

Explanation of the Self-Care Barrier Factors in Veterans with Chronic Post-Traumatic Stress Disorder Caused by War: A Qualitative Study

Robabe Khalili ¹, Masoud Sirati Nir ^{2*}, Masoud Fallahi Khoshknab ³, Hosein Mahmoudi ⁴, Abbas Ebadi ⁵

¹ Assistant Professor in Nursing Education, Behavioral Sciences Research center, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Associated Professor in Nursing Education, Behavioral Sciences Research Center, Life style institute, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Professor, Department of nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Associated Professor in Nursing Education, Faculty of nursing, Trauma research center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁵ Professor, Behavioral Sciences Research Center, Life Style Institute, Nursing Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 8 July 2018 Accepted: 22 October 2018

Abstract

Background and Aim: Exposure to traumatic events in veterans can impair performance, such as the inability to work independently and the malfunctioning of self-care activities. Impairment and lack of self-care in patients with post-traumatic stress disorder (PTSD) leads to physical health problems and, consequently, a decrease in their quality of life. Self-care can be effective with the implementation of health measures in the process of recovery and health of these patients. The purpose of this study was to identify the preventive factors of self-care for war veterans with chronic PTSD.

Methods: This qualitative research was conducted by conventional content analysis. Twelve veterans with chronic PTSD and their 13 caregivers participated, using purposive sampling. Data collection was carried out with 18 individual interviews and two group interviews, which were profound and semi-structured. The analyses included eight steps: typing interview texts; identifying semantic units; coding text; revising codes with text; classifying and developing categories; reviewing categories; identifying themes; and reporting findings.

Results: The four main categories, included "dimensions and outcomes related to disease", "personality traits of the patient", "the nature and dimensions of the treatment of the disease" and "inadequate organizational support" were extracted as self-care preventive factors. A total of 15 sub-categories emerged, which included severity of disease, involvement in the other chronic physical diseases, aggressive personality type, tendency to high-risk behavior, delayed onset of treatment, drug and therapeutic interactions, side effects of psychiatric drugs, inadequate access to some of certain medications, fatigue from long-term drug intake, missed doses of some medication, inadequate reliance on pure drug therapy, weakness of social worker activity, inadequate organization management, dissatisfaction with the organization and unexpected expectations of the organization.

Conclusion: Planning and intervention to control the self-care barrier factors can help to achieve independence in caring for veterans with chronic post-traumatic stress disorder.

Keywords: Caregivers, Chronic Post-Traumatic Stress Disorder, Self-Care, Qualitative research, Veterans

*Corresponding author: Masoud Sirati Nir, Email: masoudsirati@gmail.com

تبیین عوامل بازدارنده خود مراقبتی مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه مزمن ناشی از جنگ: مطالعه کیفی

ربابه خلیلی^۱، مسعود سیرتی نیر^{۲*}، مسعود فلاحی خشکناز^۳، حسین محمودی^۴، عباس عبادی^۵

^۱ استادیار، دکترای آموزش پرستاری، مرکز علوم رفتاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، تهران، ایران

^۲ دانشیار، دکترای آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، تهران، ایران

^۳ استاد، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۴ دانشیار، دکترای آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، تهران، ایران

^۵ استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، انستیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: مواجهه با حوادث تروماتیک جنگ در رزمندگان سبب آسیب عملکرد اجرایی از قبیل ناتوانی کارکردن مستقل و نقص انجام فعالیتهای مراقبت از خود می شود. نقص و کمبود مراقبت از خود در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه جنگ منجر به بروز مشکلات سلامت فیزیکی و به تبع آن پایین آمدن کیفیت زندگی شان می گردد. خود مراقبتی می تواند با اجرای اقدامات بهداشتی در فرایند بهبودی و سلامت این بیماران موثر واقع شود. هدف این مطالعه شناسایی و اکتشاف عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانبازان مبتلا به اختلال پس از ضربه مزمن ناشی از جنگ بود.

روش ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای متعارف انجام شد. ۱۲ جانباز مبتلا به اختلال پس از ضربه و ۱۳ فرد مراقب آنان بودند که با نمونه گیری هدفمند مشارکت نمودند. جمع آوری داده ها با ۱۸ مصاحبه انفرادی و ۲ مصاحبه گروهی متمرکز عمیق و نیمه ساختارمند انجام گردید. تحلیل ها در هشت مرحله شامل تایپ متن مصاحبه ها، تعیین واحدهای معنایی، کدگذاری متن، بازنگری کدها با متن، طبقه بندی و توسعه طبقات، بازنگری طبقات، شناسایی درون مایه ها و گزارش یافته ها انجام گرفت.

یافته ها: ۴ طبقه اصلی شامل "ابعاد و پیامد مربوط به بیماری، ساختار شخصیتی فرد بیمار، ماهیت و ابعاد مربوط به درمان بیماری و حمایت ناکافی از سوی سازمان" بعنوان عوامل بازدارنده خود مراقبتی استخراج شد. در مجموع ۱۵ زیر طبقه هم از طبقات اصلی پدیدار گردید که شامل "بالا بودن شدت بیماری فرد مبتلا، ابتلا بیمار به سایر بیماری های مزمن جسمی، دارا بودن تیپ شخصیتی پرخاشگر، گرایش فردی بیمار به رفتار پر خطر، تاخیر در شروع درمان بیماری، تداخلات دارویی و درمانی، عوارض جانبی داروهای اعصاب و روان، دسترسی ناکافی به برخی داروهای اعصاب، خستگی از مصرف طولانی مدت دارو، فراموشی مصرف برخی دوزهای دارو، ناکافی بودن تکیه بر درمان دارویی صرف، ضعف فعالیت مددکاری اجتماعی سازمان، رسیدگی مادی و معنوی ناکافی از سوی سازمان، نارضایتی از شرایط و امکانات سازمان و انتظارات و توقعات برآورده نشده از سوی سازمان" بود.

نتیجه گیری: برنامه ریزی و مداخله جهت کنترل عوامل بازدارنده خود مراقبتی می تواند برای دستیابی به استقلال مراقبت مبتلایان به اختلال استرس پس از ضربه مزمن ناشی از جنگ کمک کننده باشد.

کلیدواژه ها: مراقبت دهندگان، اختلال استرس پس از ضربه مزمن، خود مراقبتی، تحقیق کیفی، نظامیان.

*نویسنده مسئول: مسعود سیرتی نیر. پست الکترونیک: masoudsirati@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۱۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۳۰

مقدمه

جنگ به عنوان یک رویداد استرس زای قوی، در بروز و تشدید اختلالات روانی و رفتاری نقش مؤثری دارد (۱). اختلال استرس پس از ضربه یا Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) از ناتوان کننده ترین عوارضی است که بروز مشکلات متعددی را برای افرادی که در جنگ حضور داشته اند و برای خانواده آنها و جامعه سبب شده است (۲). این اختلال به طور عمده در دو سال اول پس از تجربه ضربه در ۹ تا ۲۵ درصد مصدومین جنگی بروز می کند (۳) شیوع آن در سربازان ویتنامی (۳۰ درصد) (۴) و فراوانی این اختلال در پرسنل نظامی ایران (۱۴/۹ درصد) گزارش شده است (۵).

بر اساس تحقیقات کسانی که تجربه مواجهه با حوادث تروماتیک داشته اند در عملکرد اجرایی شان دچار آسیب می شوند؛ به طوریکه منجر به عدم توانایی کارکردن مستقل و انجام فعالیت‌های مراقبت از خود، حفظ و نگهداری روابط بین فردی شان می گردد. در بیماران PTSD این آسیب عملکردی در به طور وسیعی مشاهده شده است (۶). همچنین بسیاری از بیماران PTSD دچار بیگانگی از خود، سلامت عمومی جسم و ذهن شان می شوند. تجربه جدایی یا تفکیک ذهن - جسم که کم و بیش این بیماران را در وضعیت گسستگی قرار می دهد کاملاً مشکل ساز بوده، بطوری که بسیاری از بیماران بدنشان را نادیده گرفته و نسبت به سلامتی، مسائل درمانی و مراقبت از خود بی تفاوت می شوند و در واقع از طرق مختلف در معرض خطر و آسیب قرار می گیرند (۷). کمبود مراقبت از خود در بیماران PTSD منجر به بروز مشکلات سلامت فیزیکی و به تبع آن پایین آمدن کیفیت زندگی می گردد، در این راستا مطالعه ای که در سازمان نظامی امریکا در مورد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت فیزیکی بیماران PTSD انجام شد، نشان داد این بیماران بعلت دارا بودن اختلالات عضلانی - اسکلتی و بیماری قلبی از کیفیت زندگی پایینی برخوردارند (۸).

خودمراقبتی براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، توانایی افراد، خانواده ها و جوامع جهت ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و مقابله با بیماری و ناتوانی با یا بدون پشتیبانی ارائه دهنده مراقبت بهداشتی است. مهمترین دستاورد خود مراقبتی این است که افراد تصمیمات درستی در مورد استفاده صحیح از مراقبت های بهداشتی گرفته و رفتارهای مراقبت از خود را درست انتخاب می کنند (۹). بر اساس اطلاعات مرکز سلامت روان امریکا بهبودی بیماران PTSD یک فرایند مستمر است (۱۰). خود مراقبتی می تواند با اجرای اقدامات بهداشتی در بهبودی این بیماران موثر واقع شود. خود مراقبتی این گروه از بیماران شامل استفاده از مهارت‌های مقابله ای ویژه در مورد PTSD و بکارگیری سبک زندگی سالم می باشد، حائز اهمیت است (۱۱).

اغلب رزمندگان ارتباط میان شرایط سلامتی و تجربیات رزمی شان را به خوبی درک نمی کنند و این موضوع به خصوص در مورد

استرس و اثرات تکرار آن و تجربیات مواجهه طولانی مدت شان با جنگ صدق می کند (۱۲). پرستاران نقش مؤثری در کاهش انگ اجتماعی (Stigma) مربوط به اختلالات سلامت روان و فراهم نمودن حمایت در طول دوره انطباق با مشکل، آموزش و مراقبت از زنان و مردان رزمنده دارا می باشند (۱۲). استفاده از الگوهای پرستاری نیز جهت ارائه مراقبت پرستاری، سبب اصلاح کیفیت مراقبت و درنهایت بهبود کیفیت زندگی بیماران می گردد (۱۳). Orem اولین صاحب نظر پرستاری است که در سال ۱۹۵۹ الگوی خویش را تحت عنوان "الگوی پرستاری مراقبت از خود" ارائه کرد که بر توانایی افراد و نیازهای آنها برای مراقبت از خود استوار است. از نظر Orem عوامل زمینه ای در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در خودمراقبتی و یا نوع و مقدار خودمراقبتی لازم تحت تاثیر قرار می دهند. این عوامل شامل سن، جنس، تحصیلات، شرایط رشد، الگوهای زندگی از جمله فعالیت هایی که فرد به طور مرتب به آنها می پردازد، وضعیت سلامتی و سازگاری فرهنگی و اجتماعی، عوامل مربوط به سیستم خانوادگی، عوامل محیطی، کفایت و در دسترس بودن منابع می باشد (۱۴).

برخی مطالعات بین المللی به بررسی عوامل بازدارنده درمان و مراقبت نظامیان جنگی پرداخته است. به طور مثال Kantor و همکاران طی مطالعه مرور سیستماتیک در میان بازماندگان ترومایی گزارش کردند عواملی مثل انگ، شرمندگی، طرد شدن اجتماعی، سواد سلامت پایین و کمبود دانش در مورد مراقبت، شک و شبهه به درمان، ترس از پیامدهای منفی اجتماعی و محدودیت زمان، هزینه و منابع بازدارنده روند درمان مبتلایان می باشد (۱۵). Sayer و همکارانش نیز طی مطالعه ای در میان بیماران PTSD بازگشته از جنگ عراق و افغانستان نشان دادند عواملی مثل اجتناب از یادآوری خاطرات مربوط به تروما، ارزشهای متعارض با جستجوی درمان، باورهای غلط غیرمشوق نسبت به درمان، نگرانی های مربوط به سیستم مراقبت بهداشتی، کمبود دانش و آگاهی، دسترسی نامناسب به امکانات و محیط روانی اجتماعی غیرمعتبر، موانع و بازدارنده روند درمان می باشد (۱۶). ولیکن تاکنون هیچ مطالعه ای در سطح کشور به طور مستقیم به کنکاش عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانبازان جنگ ایران و عراق نپرداخته است. از آنجا که عوامل متعدد از جمله نژاد، فرهنگ، و ارزش ها و باورها، بر ادراک و تجربه ی افراد از مراقبت اثر گذارند و باتوجه به وجود تفاوت های جامعه ایرانی از نظر فرهنگی؛ ارزشی؛ خانوادگی و اجتماعی با سایر جوامع ضرورت انجام این مطالعه محسوس گردید. همچنین پدیده خود مراقبتی با انسان و ارزشهای انسانی که ابعاد وسیع و پیچیده ای دارند در ارتباط است، در این راستا استفاده از تحقیق با رویکرد طبیعت گرا (Naturalistic) که به تبیین همه جانبه و عمیق تجربیات انسانی در مورد پدیده مورد نظر می پردازد کمک کننده است. بنابراین با توجه به کمبود اطلاعات موجود و اهمیت خود مراقبتی جانبازان PTSD جنگ؛ پژوهش کیفی حاضر

با هدف تبیین عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانبازان PTSD جنگ و به منظور پاسخ به این سوال که «عوامل بازدارنده فرایند خود مراقبتی بیماران PTSD جنگ کدامند؟» صورت گرفت.

روش‌ها

نوع مطالعه: این مطالعه به روش تحلیل محتوای کیفی متعارف (Conventional) انجام شد. تحلیل محتوای کیفی به عنوان روش تحقیق، به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده های متنی است که از طریق فرایند طبقه بندی منظم، درون مایه ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن، شناسایی می شود. تحلیل محتوای متعارف معمولاً در مطالعاتی به کار می رود که هدف آن شرح یک پدیده است و اغلب هنگامی مناسب است که نظریه های موجود یا ادبیات تحقیق درباره پدیده مورد مطالعه محدود باشد (۱۷).

نمونه گیری: مشارکت کنندگان تحقیق شامل جانبازان مبتلا به PTSD جنگ ایران و عراق و مراقبین غیر حرفه ای و حرفه ای بودند که به مدت ۱۵ ماه (شهریور ۹۴ تا دی ۹۵) به منظور جمع آوری یا تولید داده های غنی مصاحبه شدند. مشارکت کنندگان از بیمارستان فوق تخصصی نظامی، کلینیک وابسته به بیمارستان روانپزشکی صدر و مرکز مشاوره غرب تهران به روش نمونه گیری هدفمند گزینش شدند. معیارهای ورود مشارکت کنندگان به مطالعه شامل جانبازان جنگ ایران و عراق با تشخیص PTSD بر اساس ویرایش متنی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-V)؛ که دارای توانایی برقراری ارتباط کلامی باشند و کلیه افرادی که در فرایند مراقبت شان دخیل هستند؛ بود. جانبازان PTSD جنگ با تشخیص اختلالات سایکوتیک، هذیانی و شخصیت از شرکت در مطالعه خارج شدند. محقق برای دسترسی به مشارکت کنندگان، طی زمان مطالعه در شیفت های کاری صبح و عصر در بیمارستان ها و مراکز درمانی مربوطه حضور پیدا کرده و سپس بر اساس همکاری مسوولین مربوطه و ارتباط با مشارکت کنندگان؛ برنامه ریزی لازم برای مصاحبه و جمع آوری داده ها انجام شد. برای رعایت حداکثر تنوع پذیری و غنای مطالعه سعی شد؛ جانبازان PTSD جنگ با ویژگیهای دموگرافیک مختلف (سن؛ تحصیلات؛ درصد مجروحیت؛ سابقه مجروحیت و اختلالات همراه) انتخاب شوند.

ابزار پژوهش: برای جمع آوری اطلاعات از روش مصاحبه نیمه ساختارمند انفرادی؛ چهره به چهره استفاده شد. مصاحبه بر اساس سوال اصلی پژوهش با سوالی باز «درباره فعالیت های روز مره زندگی جانباز» آغاز می شد و به تدریج براساس تحلیل داده ها سوالات ژرف کاو و پیگیر بر اساس تجربه خود مراقبتی مشارکت کنندگان پیش می رفت. در ابتدا ۶ مصاحبه انفرادی با بیماران PTSD جنگ انجام شد و با توجه به تحلیل اولیه داده ها و مشخص شدن نقش اعضای خانواده و دوستان و همکاران و کارکنان سلامت

در خود مراقبتی به منظور تکمیل دقیق طبقات؛ مراقبین غیرحرفه-ای (همسر جانباز) و حرفه ای (تیم درمان و مراقبت) هم مصاحبه شدند. در مجموع بر اساس ملاک اشباع داده ها در تحقیق کیفی؛ ۱۸ مصاحبه انفرادی با مشارکت ۱۸ نفر و ۲ مصاحبه گروهی ۶ نفره با مشارکت کلاً ۷ همسر انجام شد. مدت مصاحبه های انفرادی بین ۹۰-۴۰ دقیقه و مصاحبه های گروهی متمرکز ۱۲۰ دقیقه بود. مصاحبه های گروهی متمرکز با هدایت نویسنده اول مقاله و حضور یک منشی در مرکز مشاوره غرب تهران انجام شد. بیشتر مصاحبه ها بنابر راحتی مشارکت کنندگان در محیطی آرام (کنار تخت بیمار؛ اتاق مشاوره یا اتاق ویزیت) انجام شد. تمام مصاحبه ها توسط نویسنده اول مطالعه انجام و همزمان با موافقت مشارکت کنندگان با دستگاه MP3 ضبط می شد و طی ۲۴ ساعت کلمه به کلمه در نرم افزار word پیاده سازی و تایپ می شد. برای غوطه وری در داده ها؛ مصاحبه ها در چند نوبت به دقت گوش داده شد و متن تایپ شده آن چندین بار مرور؛ کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. جهت سهولت کدگذاری و تحلیل سازمان یافته تر مصاحبه ها از نرم افزار MAXQ استفاده شد.

نمونه سوالات مصاحبه از مشارکت کنندگان بیماران، مراقبین

غیرحرفه ای (همسران) و حرفه ای:

- ✓ برای حل مشکلات بیماری تان چه کار کرده اید؟
- ✓ چه عواملی موجب می گردید تا مراقبت از خودتان سخت و دشوار یا با مشکل مواجه شود؟
- ✓ در هنگام عود علایم بیماری همسران چکار کرده اید؟
- ✓ در مورد درمان و مراقبت از بیمار PTSD جنگ را چکار کرده اید؟

تجزیه و تحلیل آماری داده ها: تحلیل داده ها براساس تحلیل محتوا به شیوه متعارف، در ۸ مرحله شامل تایپ متن مصاحبه ها، تعیین واحدهای معنایی، کدگذاری متن، بازنگری کدها با متن، طبقه بندی و توسعه طبقات، بازنگری طبقات، شناسایی درون مایه ها و گزارش یافته ها انجام گرفت. برای اطمینان از صحت و پایایی داده های کیفی از معیارهای اعتبار؛ اعتماد؛ انتقال پذیری؛ قابلیت تایید Guba و Lincoln استفاده شد (۱۸). به منظور افزایش اعتبار داده ها استفاده از روش تلفیقی مانند مصاحبه نیمه ساختار یافته، بررسی پرونده و مدارک پزشکی؛ غرق شدن و درگیری مداوم محقق در داده ها؛ فرایند کنترل اعضاء و تحلیل مقایسه ای و مستمر استفاده شد. اعتماد پذیری داده ها، از طریق بازبینی همه نویسندگان مقاله و دو نفر از اعضای هیات علمی انجام شد و بدین ترتیب آنها صحت فرایند کدگذاری را مورد بررسی و تایید قرار دادند. برای تایید پذیری مطالعه حاضر؛ تمامی مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش شد تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. جهت انتقال پذیری یافته ها سعی شد نقل قول های مشارکت کنندگان به همان صورت که گفته شد ارائه گردد.

(۴۱-۷۵) سال با سطح تحصیل زیر دیپلم تا دکترا؛ جانبازی (۱۰ تا ۵۰) درصد؛ سابقه مجروحیت (۲۷ تا ۳۵) سال و اختلالات همراه افسردگی، اضطراب و دوقطبی و سوء مصرف مواد بودند. محدوده سنی همسران جانباز (۳۱-۵۲) سال با تحصیلات زیردیپلم تا کارشناسی بود (جدول - ۱ تا ۳).

با تحلیل داده ها ۴ طبقه اصلی به عنوان عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ استخراج شد. طبقات اصلی شامل بود. نحوه دستیابی به طبقات و زیرطبقات بطور مثال در مورد یک طبقه نیز ارائه شده است (جدول-۴ و جدول-۵).

ملاحظات اخلاقی: قبل از جمع آوری اطلاعات، کمیته اخلاق و تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) این مطالعه را تأیید نمود و موارد اخلاق در پژوهش، مانند رضایت آگاهانه، حفظ بی نامی و اختیار مشارکت کنندگان برای ترک مطالعه در هر زمان دلخواه شان، رعایت شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۵ مشارکت کننده (۱۲ رزمنده بیمار PTSD جنگ و ۷ همسر جانباز، ۲ روانپزشک، ۱ روانشناس، ۱ مددکار، ۱ پزشک پایش سلامت، ۱ روانپرستار) بودند. محدوده سنی جانبازان مشارکت کننده

جدول-۱. ویژگی های دموگرافیک جانبازان PTSD شرکت کننده در پژوهش

مشارکت کننده	سن	تحصیلات	درصد جانبازی	سابقه مجروحیت	اختلالات همراه
اول	۷۵	لیسانس	۲۰	۳۵ سال	-
دوم	۵۲	دیپلم	۳۵	۳۵	-
سوم	۴۹	زیردیپلم	۲۵	۳۰	افسردگی
چهارم	۵۰	زیردیپلم	۱۰	۳۳	اختلال اضطرابی
پنجم	۴۹	زیردیپلم	۱۰	۲۹	اختلال اضطرابی
ششم	۵۵	زیردیپلم	۳۰	۳۳	افسردگی
هفتم	۴۷	زیردیپلم	۱۰	۳۲	افسردگی
هشتم	۴۴	دکتر	۵۰	۳۰	افسردگی
نهم	۴۱	لیسانس	۴۶	۲۷	سوء مصرف مواد
دهم	۶۳	زیردیپلم	۱۰	۳۴	افسردگی
یازدهم	۵۰	دیپلم	۲۰	۲۹	سوء مصرف مواد
دوازدهم	۵۷	فوق دیپلم	۵۰	۳۰	دوقطبی

جدول-۲. مشخصات دموگرافیک همسران جانبازان PTSD شرکت کننده در پژوهش

مشارکت کننده	سن	شغل	تحصیلات	درصد جانبازی همسر	مکان جلسه گروهی
اول	۴۵	خانه دار	دیپلم	۲۵	
دوم	۳۱	خانه دار	دانشجوی لیسانس	۵۰	
سوم	۴۸	خانه دار	دیپلم	۲۵	مرکز مشاوره منطقه
چهارم	۴۳	خانه دار	دیپلم	۲۵	غرب تهران
پنجم	۴۹	خانه دار	لیسانس	۳۰	
ششم	۵۰	خانه دار	زیردیپلم	۱۵	
هفتم	۵۲	بازنشسته	دیپلم	۲۰	

جدول-۳. مشخصات مراقبین حرفه ای شرکت کننده در پژوهش

مشارکت کننده	سن	سابقه کار با جانباز PTSD به سال	سمت	محل کار
پزشک متخصص	۵۳	۱۵	روانپزشک	درمانگاه
پزشک متخصص	۵۱	۱۶	روانپزشک	بیمارستان
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی	۴۷	۱۷	روانشناس	بیمارستان
کارشناس مددکاری	۴۸	۲۳	مددکار اجتماعی	بیمارستان
پزشک عمومی	۴۸	۲	پزشک پایش سلامت جانبازان	درمانگاه
پرستار	۵۷	۱۵	روانپرستار	بخش بستری اعصاب و روان

بیماری به درمان مقاوم می‌شن اینه که خیلی هاشون درمانشون رو رها می‌کنند» (پزشک پایش).

«من درصد مجروحیتم بالاست ۴۶ درصده چندین باره که بستری میشم الان هم خشونت زیاد دارم سردرد زیاد دارم پشت شونه ام زیاد درد می‌کنه پرخاشگری دارم تو خونه بهم می‌گن خودتو یه خورده کنترل کن ولی نمی‌تونم خودمو کنترل کنم» (بیمار ۹).

«تعداد بیماریهای مزمنی که جانباز PTSD داره خیلی عامل مهمیه چون دفعات مراجعه؛ تعداد داروها؛ دوزهای متعدد؛ تداخلات دارویی باعث میشه که تبعیت از درمانش کم بشه» (روانپزشک ۵).

وقتی که یک کم کار سنگین میکنم مثلا میرم آژانس مسافركشی كمر دردم شروع می‌شه آخه من دیسك كمرم هم پاره است از همون موقع كه موج انفجار پرتم كرد دیسك پاره شد درد دارم» (بیمار ۲).

ابعاد و پیامد مربوط به بیماری: در مطالعه حاضر یکی از طبقات استخراج شده «ابعاد و پیامد مربوط به بیماری» شامل دو زیر طبقه: «بالا بودن شدت بیماری فرد مبتلا»، «ابتلا بیمار به سایر بیماری‌های مزمن جسمی» بود. شدید بودن بیماری و مبتلا شدن به سایر بیماریهای مزمن مثل بیماریهای قلبی و عروقی یا عصبی عضلانی مثل کمردرد و غیره در برخی از بیماران می‌توانست در راهبرد خود مراقبتی سازگار بیماران مداخله نماید و به صورت تبعیت ناکافی و نامناسب از درمان، بازدارنده روند خود مراقبتی مبتلایان به PTSD جنگ باشد. در این مورد می‌گفت مثال:

«یه نکته ای هست اینکه شدت بیماری و درصد موج گرفتگی اینا هم خیلی مهمه که همیشه هیچ وقت کامل و قطعی در موردش نظر داد مثلا می‌بینی جانباز درجه بالایی از پی تی اس دی رو داشته معمولاً اینا به خاطر شدت

جدول-۴. نمونه ای از نحوه دستیابی به طبقات عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانبازان PTSD

طبقه اصلی	زیر طبقه	کدهای اولیه	واحد معنایی فشرده	واحد معنایی
		سابقه عصبانیت بیمار از کودکی	زود عصبانی شدن و از کوره در رفتن بیمار از دوران کودکی اش	"مادرم میگه تو از بچگی زود عصبانی می‌شدی و از کوره در می‌رفتی."
ساختار شخصیتی بیمار	دارا بودن تیپ شخصیتی پرخاشگر	تاثیر سابقه خانوادگی عصبانیت بر تشدید پرخاشگری بیمار	سابقه داشتن مزاج عصبی در خانواده بیمار و تشدید آن بعد مجروحیت	"همسرم و اینا خونادگی عصبی مزاجند بعد از جبهه و موج گرفتگی بدتر هم شده"
		تاثیر صفات شخصیتی بیمار بر پرخاشگری	وجود عامل موثر صفات شخصیتی بیمار بر میزان پرخاشگری اش بعد مجروحیت	"فاکتورهایی هستند که روی پرخاشگری جانباز بعد مجروحیت خیلی اثر گذاره یکیش صفات شخصیتی اشه"

جدول-۵. طبقات و زیر طبقات عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانبازان PTSD

زیر طبقات	طبقات اصلی
بالا بودن شدت بیماری فرد مبتلا ابتلا بیمار به سایر بیماری‌های مزمن جسمی دارا بودن سابقه خانوادگی تیپ شخصیتی پرخاشگر گرایش فردی بیمار به رفتار پر خطر	ابعاد و پیامد مربوط به بیماری ساختار شخصیتی فرد بیمار
تاخیر در شروع درمان بیماری تداخلات دارویی و درمانی عوارض جانبی داروهای اعصاب و روان دسترسی ناکافی به برخی داروهای اعصاب خستگی از مصرف طولانی مدت دارو فراموشی مصرف برخی دوزهای دارو ناکافی بودن تکیه بر درمان دارویی صرف	ماهیت و ابعاد مربوط به درمان بیماری
ضعف فعالیت مددکاری اجتماعی سازمان رسیدگی مادی و معنوی ناکافی از سوی سازمان نارضایتی از شرایط و امکانات سازمان انتظارات و توقعات برآورده نشده از سوی سازمان	حمایت ناکافی بیمار از سوی سازمان

«به مقدار از داروهای روانگردانی که به ما میدن ناخودآگاه می گم ما رو دچار خلسه و خواب آلودگی میکنه اینه که دیگه تصمیم گرفتیم این داروها رو مصرف نکنم.» (بیمار ۵).

«یه سری از دارو ها بیمه ای اند تو دفترچه می نویسی داروخونه میده بعضی ها هم نه آزاده مثل تا جانباز بخواد چم و خم اداری رو طی کنه بجای دریافت هزینه اش خب انقدر ممکنه طولانی بشه که کلا منصرف بشه از گرفتنش و حوصله اش نشه که پیگیری کنه» (روانپزشک ۱).

«متاسفانه اگر که داروهامو نخورم اصلا نمی فهمم چیکار می کنم پرخاشگریم زیاد می شه متاسفانه بچه ام رو کتک می زنم همین سه شب پیش بود من ۴ تا دختر دارم دوتا کوچیکار رو و...قسم با کمربند زدم نمی فهمیدم چیکار می کنم می دونستم دارم دعوا می کنم نمی دونستم به چه حد دارم بچه رو می زنم اصلن کنترل نداشتم نمی دونم دیگه بعضی موقع ها خسته می شم همش دارو همش دارو» (بیمار ۲).

«شوهرم بعضی اوقات اصلن یادش میره داروهاشو مصرف کنه من حواسم هست بهش یادآوری می کنم یا اینکه قرصاشو بهش می دم بخوره» (همسر ۱).

«دارو هم گفتم تا حدودی اثر داره ببینید من الان هم اگه با اون خانوم دکتر که بریم باهاش صحبت بکنیم میگه که ما با پرخاشگری جانبازا مشکل داریم یعنی هر دارویی رو تجویز می کنیم یه مدت کوتاهی جواب میده» (بیمار ۲).

حمایت ناکافی بیمار از سوی سازمان: «حمایت سازمانی

ناکافی» با زیرطبقات: «ضعف فعالیت واحد مددکاری اجتماعی سازمان»، «رسیدگی ناکافی مادی و معنوی از سوی سازمان»، «انتظارات و توقعات برآورده نشده از سوی سازمان» و «نارضایتی از شرایط و امکانات سازمان» می توانست بازدارنده فرایند خود مراقبتی مبتلایان به PTSD جنگ باشد. از نظر بیمار و مراقبین حرفه ای وی؛ «ضعف فعالیت واحد مددکاری اجتماعی» در بنیاد می توانست به نوعی سبب رها شدن روند درمان و مراقبت بیمار شده و در فرایند خود مراقبتی شان تاثیر سوئی داشته باشد. همچنین رسیدگی ناکافی سازمان به صورت عدم تامین مادی، رفاهی و تناسب ناکافی حقوق و مخارج زندگی بیمار یکی دیگر از موارد حمایت سازمانی ناکافی بود که می توانست باعث ایجاد نگرانی و تنش برای بیمار و خانواده اش شود و حملات اضطراب و بی قراری یا تحریک پذیری و عصبانیت بیشتر وی را بدنبال داشت. در این مورد بیان کرد مثال:

«الان ما بحث مددکاری رو بحای این جانباز نداریم و خیلی کم رنگه در حالیکه مددکاری خیلی مهمه خیلی از مشکلات این جانباز نیاز به مددکار داره البته تو بنیاد به صورت ستادی یه جایگاه بجا مددکاری تعریف شده ولی وارد عرصه عمل نشده که این واقعا جای توجه داره» (روانپزشک ۲).

الان مثلن تناسب حقوق در بنیاد خیلی نوسان داره اگه بنیاد

ساختار شخصیتی فرد بیمار: از دیگر عوامل مداخله گر در فرایند خودمراقبتی مبتلایان به PTSD جنگ، «ساختار شخصیتی فرد بیمار» بود که شامل زیر طبقات: «دارا بودن تیپ شخصیتی پرخاشگر» و «گرایش فردی بیمار به رفتار پر خطر» بود. وجود تیپ شخصیتی پرخاشگر و گرایش به رفتار پرخطر در این دسته از بیماران سبب بکارگیری راهبرد مقابله ای ناکارآمد و غیرموثر به صورت بهره گیری از رفتار تکانشی و مکانیسم فرار و اجتناب می گردید که بازدارنده روند خود مراقبتی شان بود. در این مورد بیان کرد مثال:

« همسرم و اینا خونوادگی عصبی مزاجند ایشون هم بعد جبهه و موج گرفتگی بدترهم شده فقط منتظر کوچکتترین چیزیه که دعوا راه بندازه» (همسر ۲).

«یه فاکتورهایی هست که تو پرخاشگری بیشتر جانباز خیلی اثر داره یه قسمتش هم برمی گرده به صفات شخصیت ایش» (روانپزشک ۲).

« همسرم خیلی ریسکش بالاست رانندگیشون که باور کنید رو هواست خیلی اذیت می شیم با کاراش خودش هم اذیته باورکنید خواب نداره با کوچکتترین صدا از خواب می پره خیلی زود عصبانی می شه» (همسر ۵).

« فکرای بیخودی می زنه به کله ام دهها بار شده خودمو زخمی کردم دیگه من انقدر این مریضی بلا بسرم میاره که به هیچی فکر نمی کنم فقط دوست دارم همه قرصا رو یکجا بخورم هم خانواده ام رو نجات بدم هم خودمو.» (بیمار ۹).

ماهیت و ابعاد مربوط به درمان بیماری: ماهیت و ابعاد

درمان» از دیگر طبقاتی بود که می توانست در فرایند خود مراقبتی بیمار مبتلا به PTSD تداخل ایجاد نماید و با مقابله ناکارآمد نوعی بازدارنده فرایند خودمراقبتی باشد. ماهیت و ابعاد درمان شامل زیرطبقات: «تاخیر در شروع درمان بیماری»، «تداخلات دارویی و درمانی»، «عوارض جانبی داروهای اعصاب و روان»، «دسترسی ناکافی به برخی داروهای اعصاب»، «خستگی از مصرف طولانی مدت دارو»، «فراموشی برخی دوزهای مصرفی»، «ناکافی بودن تکیه بر درمان دارویی صرف» بود. تمامی زیر طبقات مذکور می - توانست سبب بکارگیری راهبرد مقابله ناسازگار و ناکارآمد به صورت تبعیت ناکافی از درمان و حتی رها کردن آن در مبتلایان به PTSD جنگ باشد که در واقع بازدارنده روند خود مراقبتی شان بود. در این مورد می گفت مثال:

« بعضی از جانبازا هم از اول تو درمانشون سهل انگاری کردند همین وقفه انداختن ها باعث پیشروی و بدتر شدن بیماریشون شده دیگه به درمان مقاوم شدن یا اینکه سخت جواب می دن» (پزشک پایش).

«من بیماری قلبی دارم دریچه قلبم رو پارسال عمل کردم دکتر بهم گفته من کاری به داروهای اعصاب ندارم ولی به هیچ وجه داروهای قلبیو قطع نکن» (بیمار ۷).

افزایش دهد (۲۲). مداخلات و پروتکل های درمانی و مراقبتی ویژه شامل (درمان های مشارکتی برای بهبود و تثبیت خلق و یا پیشگیری از خودکشی) در این گروه از مبتلایان می تواند بسیار کمک کننده باشد (۲۳).

همچنین در این مطالعه عوامل تشکیل دهنده ساختار شخصیتی فرد بیمار شامل تیپ شخصیتی پرخاشگر و گرایش به رفتار پرخطر می توانست با تشدید تنش و خشونت؛ بازدارنده روند خود مراقبتی شان باشد. می توان گفت دارا بودن زمینه پرخاشگری و تحریک پذیری سبب تشدید عصبانیت بعد از ابتلا به بیماری شده و استفاده از راهبرد مقابله ناسازگار به صورت رفتار تکانشی را تشدید می کرد. از آنجا که تیپ شخصیتی D یا مضطرب با دو ویژگی عواطف منفی و بازداری اجتماعی به عنوان ریسک فاکتور پیشگویی کننده PTSD در کنار و ورای ریسک فاکتورها مثل سن، جنس، روان نژندی و برونگرایی می باشد؛ Mommersteeg و همکاران طی مطالعه شان نشان دادند که تیپ شخصیتی D با فرار و اجتناب مضر و خود مدیریتی ضعیف و تشدید افزایش علایم PTSD در مبتلایان همراه است (۲۴). وجود شخصیت ضد اجتماعی محرک ایجاد عصبانیت و پرخاشگری بیشتر مبتلایان به PTSD می باشد که پیشگویی اولیه مقاومت به درمان می باشد. از آنجا که عصبانیت و پرخاشگری بیشتر از سوی این بیماران منجر به کاهش دریافت حمایت اجتماعی شان می شود، برنامه ریزی و مداخله جهت تخفیف عصبانیت و پرخاشگری مبتلایان PTSD می تواند حمایت اجتماعی جهت ایجاد منافع درمانی در طول زمان را فراهم نماید (۲۵).

گرایش به رفتار پر خطر نیز در این دسته از مبتلایان منجر به بکارگیری راهبرد مقابله ناسازگار و غیر موثر به صورت فرار و اجتناب (سوء مصرف مواد و الکل، خود زنی یا خودکشی و غیره) می گردید که مخدوش کننده روند خود مراقبتی شان بود و سیر بیماری را بدتر و فرسایشی تر می نمود. Miller و همکاران طی مطالعه ای گزارش کردند؛ اختلال شخصیتی و هیجانات منفی مثل خشم و عصبانیت به عنوان عوامل میانجی گر تاثیر PTSD بر سوء مصرف الکل و مواد مخدر مبتلایان می باشد (۲۶). همچنین Elbogen و همکاران طی تحقیقی در رزمندگان اعزامی به مناطق عملیاتی عراق و افغانستان نشان دادند رزمندگانی که همزمان PTSD و سوء مصرف الکل داشتند از رفتار های خشونت آمیز و پرخاشگری بیشتری نسبت به سایر رزمندگان رنج می برند (۲۷)؛ در واقع سوء مصرف الکل باعث سیکل معیوب بیماری PTSD می گردید. بر اساس شواهد مداخلات درمانی و مراقبتی منسجم و ادغام شده روانپزشکی و روانشناختی در این موارد بسیار اثرگذار بوده است (۲۸).

نتایج مطالعه ما نشان داد ماهیت و ابعاد درمان که شامل مفاهیم تاخیر در درمان بیماری، تداخلات دارویی و درمانی، عوارض جانبی داروهای اعصاب و روان، دسترسی ناکافی به برخی داروهای

بتونه اینایی که درگیر اعصاب و روان هستند اگر بتونه به جوری تعریف کنه که بتونن از پس زندگیشون بر بیان ما می تونیم حداقل نه هفته ای یکبار ماهی یکبار به گردش دوره ای بیرون از محوطه زندگیمون داشته باشیم با خیال راحت هم زندگیمون رو می-چرخونیم» (بیمار۲).

«بیایند برای بیماری اعصاب و روان به برنامه ای بزارن مثلا ماهی یکبار ما رو ببرند کمپ های شرکت نفت یا شرکت گاز یا خود بنیاد که الان هستش مثلا بگند به هفته برند اونجا استراحت کنند همین کار می دونید چقدر تاثیر رو حال ما داره» (بیمار۹).

« دخترم الان سه ساله که ازدواج کرده نمی تونه بره خونه شوهرش جهیزیه نداره بنیاد رفتم میگه به دولت بگو ما نداریم به دولت هم گفتم میگه برو به بنیاد بگو ما رو کردند توپ فوتبال» (بیمار۱۱).

بحث

یافته های حاصل از این بررسی تصویر واقعی از عوامل بازدارنده خود مراقبتی جانبازان PTSD جنگ بر اساس تجارب واقعی مشارکت کنندگان و افراد درگیر (خانواده، پزشک، روانپزشک، روانشناس، مددکار اجتماعی و پرستار) را ارایه می دهد. ابعاد مربوط به بیماری، ساختار شخصیتی، ماهیت و ابعاد درمان و حمایت سازمانی ناکافی به عنوان عوامل بازدارنده خود مراقبتی این دسته از جانبازان شناسایی شدند.

در مطالعه حاضر در برخی از مبتلایان PTSD جنگ، ابعاد مربوط به بیماری از قبیل بالا بودن شدت آن و ابتلا به سایر بیماریهای مزمن منجر به پیچیدگی و مقاوم شدن به درمان شان می گردید. با توجه به اینکه تبعیت نامناسب از درمان یکی از راهبردهای خود مراقبتی ناکارآمد در این بیماران بشمار می آمد؛ بنابراین می توانست در فرایند خود مراقبتی شان اثر سویی داشته و حتی منجر به عود و بدتر شدن سیر بیماری شان گردد. بر اساس شواهد نیز یکی از فاکتورهایی که سبب بی تفاوتی بیمار به جستجوی درمان یا شکست در پیوستگی کامل به درمان می گردد؛ شدت بالای بیماری است (۱۹) که تایید کننده نتیجه مطالعه ماست. Armour و همکاران طی مطالعه مقایسه تحلیل ثانویه در میان نیروهای نظامی کانادا دریافتند که سربازانی که بیشترین شدت علایم بیماری PTSD را داشتند در عملکرد اجرایی و ایفای نقش و انجام فعالیت های مربوط به سلامت جسمانی شان ضعیف تر بودند (۲۰). همچنین شدت بالای بیماری با کاهش بیشتر توان اعمال اجرایی، سوء مصرف الکل و داروهای مخدر مرتبط بوده است (۲۱). البته عملکرد کاهش یافته روانی اجتماعی و افزایش رنج ناشی از آن می تواند رزمندگان را حداقل به پذیرش و پیوستگی ابتدایی درمان تهییج نماید ولیکن مداخلات و پروتکل های درمانی ویژه ای برای رزمندگان مسن تر و بازنشسته و همچنین همراه با افسردگی مورد نیاز است تا مشارکت و پیوستگی به درمان شان را

که پیش روی مبتلایان قرار می دهد و چه و چه با در نظر گرفتن دینی که جامعه در قبال خدمات آنان بر عهده دارد، بی گمان از مسائل مهم کنونی روانپزشکی کشور است که باید به آن بیشتر پرداخته شود (۳۴).

بنابر پاسخ به سوال اصلی این پژوهش؛ یافته های این مطالعه و مرور بر متون انجام شده توسط پژوهشگران این مطالعه نشان داد چهارعامل: ابعاد مربوط به بیماری، ساختار شخصیتی، ماهیت و ابعاد درمان و حمایت سازمانی ناکافی نقش برجسته ای در بازدارندگی روند خود مراقبتی جانباز PTSD جنگ دارد. یکی از محدودیتهای مطالعه حاضر؛ عدم شرکت زنان مبتلا به اختلال پس از ضربه ناشی از جنگ به علت در دسترس نبودن آنان بود. محدودیت دیگر این مطالعه شرایط روحی روانی بیماران مشارکت کننده بود که ممکن بود بر روند مصاحبه و پاسخگویی شان اثر گذار باشد که در این رابطه سعی گردید با جو دوستانه و جلب اعتماد این محدودیت تا حدودی کنترل شود.

نتیجه گیری

براساس یافته های این مطالعه؛ شدت بالای بیماری و ابتلا به سایر بیماریهای مزمن می توانست سبب کند شدن و بازداری روند خود مراقبتی مبتلایان به PTSD جنگ گردد که نیازمند بکارگیری پروتکل های درمانی و مراقبتی ویژه ای از سوی متخصصین تیم درمان و مراقبت می باشد. همچنین از آنجا که ساختار شخصیتی فرد مبتلا (تیپ شخصیتی و گرایش به رفتار پرخطر) در تشدید تنش و پرخاشگری ناشی از بیماری اثر گذار بود؛ برنامه ریزی و ادغام مداخلات درمان و مراقبت روانشناختی می تواند حمایت اجتماعی (خانواده و اطرافیان) از این بیماران را جهت ایجاد منافع درمانی در طول زمان تسهیل نماید. ماهیت و ابعاد مربوط به درمان شامل تاخیر در درمان بیماری، تداخلات دارویی و درمانی، عوارض جانبی داروهای اعصاب و روان، دسترسی ناکافی به برخی داروهای اعصاب، خستگی از مصرف طولانی مدت دارو، فراموشی مصرف برخی دوزهای دارو و ناکافی بودن تکیه بر درمان دارویی صرف می توانست بازدارنده خود مراقبتی بصورت تبعیت ناکافی و حتی رها کردن درمان مبتلایان گردد که ایجاد یک تعهد یا معاهده درمانی با بیماران در گام نخست و سپس حمایت اجتماعی از آنان در تقویت پیوستگی و تبعیت از درمان شان اثر گذار می باشد. با توجه به آسیب پذیری بیشتر (از کارافتادگی، مشکلات اقتصادی، روابط مختل خانوادگی و اجتماعی) این قشر از بیماران؛ حمایت سازمانی مناسب به صورت فعال تر نمودن واحد مددکاری اجتماعی و توجه و رسیدگی مادی و معنوی بیشتر از سوی سازمان ذیربط می تواند روند خود مراقبتی شان را تقویت و توسعه ببخشد.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از رساله دکتری آموزش پرستاری می باشد که با تایید دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... و با

اعصاب، خستگی از مصرف طولانی مدت دارو، فراموشی مصرف برخی دوزهای دارو و ناکافی بودن تکیه بر درمان دارویی صرف بود؛ می توانست در راهبرد مقابله ای سازگار مبتلایان مداخله نموده و منجر به تبعیت ناکافی و نامناسب و حتی رها کردن درمان شان گردد. بیماران PTSD به خصوص نوع مزمن سابقه عدم پیوستگی به درمان بیشتری دارند که می توان تا حدودی به طولانی شدن سیر بیماری و خستگی از درمان مرتبط دانست (۲۹). براساس برخی مطالعات همسو؛ در میان مبتلایان به PTSD تبعیت نامناسب از درمان به صورت استفاده کمتر از حد دوزهای دارویی تجویزی، سوء مصرف داروهای روانپزشکی و تمایل به خود درمانی به خصوص در مورد بنزودیازپین ها گزارش شد (۳۰، ۳۱). Lockwood و همکارانش در مطالعه ای نشان دادند که تعداد داروی کمتر می-توانست منجر به عدم پیوستگی و پایبندی به درمان مبتلایان گردد و بنوعی دریافت داروهای بیشتر توسط بیمار نشانگر توافق و سازگاری وی با درمان بود (۳۲) که مغایر با نتایج داده های مطالعه ما بود. همچنین در بررسی عوامل موثر در پیوستگی و تبعیت از درمان مبتلایان به PTSD، Keller و همکارانش طی مطالعه ای گزارش نمودند که ایجاد یک تعهد یا معاهده درمانی اولیه با بیمار در مشارکت و تسهیل تبعیت بهتر از درمان و کاهش قطع مصرف دارو حایز اهمیت می باشد. همچنین عواملی مثل جو و محیط دربرگیرنده زندگی فرد بخصوص حمایت اجتماعی مثبت بعد از تروما می تواند در تقویت تعهد و پیوستگی به درمان این بیماران بسیار موثر باشد (۳۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که حمایت سازمانی ناکافی به صورت ضعف فعالیت واحد مددکاری اجتماعی، رسیدگی ناکافی سازمانی، توقعات برآورده نشده سازمان و نارضایتی از سازمان می توانست در ایجاد تنش و تشدید علایم بیماری مبتلایان PTSD جنگ نقش داشته و سبب سیکل معیوب بهبودی می گردید. اغلب مبتلایان در هنگام عود بیماری شان با بکارگیری راهبردهای مقابله ای ناسازگار به صورت فرار و اجتناب یا رفتار تکانشی یا سرکوب و انزواطلبی سبب بدتر شدن سیر بیماری شان می شدند که نیازمند حمایت و توجه مادی و معنوی بیشتر و بهتر از سوی سازمان مربوطه بود. در مورد لزوم توجه و حمایت سازمانی مناسب از رزمندگان مبتلا به PTSD جنگ؛ شعبانی طی مطالعه اش در ایران می نویسد: با توجه به شیوع بالا، افت عملکرد شدید شغلی و از کارافتادگی، پیامدهای اقتصادی، اختلالات روان روانپزشکی همراه متعدد از جمله افسردگی و اعتیاد به مواد گوناگون، آسیب جدی به روابط خانوادگی و اجتماعی و آسیب دیدگی همسر و فرزندان با جمعیتی از افراد مبتلا به بیماری چندوجهی، پیچیده و مقاوم به درمانی رو بررو هستیم که سزاوار دریافت حمایتی گسترده و خدمات درمانی و اجتماعی بسیار بیشتر از آنچه در اختیار دارند هستند. در مجموع اختلال استرس پس از جنگ چه از نظر فراوانی مراجعه برای دریافت خدمات درمانی، چه از نظر حجم زیاد دشواری هایی

غرب تهران و تمامی بیماران و همسران مشارکت کننده در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی بعمل می آید.

تضاد منافع: این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) انجام شده است و هیچگونه تضاد منافی در آن وجود ندارد.

منابع

- Nemati S, Saeedi-moghaddam M, Pirzadi H. Psychological consequences of the Iraq war against Iran. *Journal of Defae Moghaddas*. 2013;1(2):81-95.
- Zoghi-paydar M, Sohrabi-asmerood F, Yaghoobi A. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on post-traumatic stress disorder and depression in veterans. *Women Research Center of Alzahra University. Journal of motaleate zan va khanevadeh*. 2014;1(1):99-118.
- Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for US veterans: a revisit with new data and methods. *Science*. 2006;313(5789):979-82.
- Koenen KC, Stellman SD, Sommer JF, Stellman JM. Persisting posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship to functioning in Vietnam veterans: A-14 year follow-up. *Journal of traumatic stress*. 2008;21(1):49-57.
- Donyavi V SF, Rouhani SM, Hosseini SR, Kazemi J, Arghanoun S, et al. The prevalence of PTSD in conscript and official staff of earth force in Tehran during 2005-6. *J Army Univ Med Sci Iran*. 2007;5(1): 1121-5.
- Walter KH, Palmieri PA, Gunstad J. More than symptom reduction: Changes in executive function over the course of PTSD treatment. *Journal of Traumatic Stress*. 2010;23(2):292-5.
- Courtois CA. Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. 2008.
- Ouimette P, Cronkite R, Henson BR, Prins A, Gima K, Moos RH. Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *Journal of Traumatic Stress*. 2004;17(1):1-9.
- Webber D, Guo Z, Mann S. Self-care in health: we can define it, but should we also measure it. *SelfCare*. 2013;4(5):101-5.
- Post-Traumatic Stress Disorder [Internet]. 2014. Available from: <http://www.mentalhealthamerica.net/conditions/post-traumatic-stress-disorder>.
- Self-Care Following Trauma - Hidden Hurt [Internet]. 2015. Available from: www.hiddenhurt.co.uk/self-care_following_trauma.html.
- Algire M, Martyn D. Enhancing emergency nurses' knowledge of veterans' health needs. *Journal of Emergency Nursing*. 2013;39(6): 570-5.
- Malekzadeh J AZ, Mazloum R. The effect of teaching Orem Self-Care Model on nursing students communication performance in clinical setting. *Modern Care Journal of Abnormal Psychology*. 2011;8(3):107-15.

کد اخلاقی (BMSU.REC.۱۳۹۵.۲۲۵) به تصویب رسید. بدینوسیله از هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج) و مسوولین و دست اندرکاران بنیاد شهید و امور ایثارگران تهران بزرگ و همچنین کادر درمان و مراقبت بخش روانپزشکی بیمارستان بقیه ا... اعظم (عج)؛ درمانگاه بیمارستان روانپزشکی صدر؛ مرکز مشاوره

- Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*, 6th edn. St Louis: Mosby. Inc; 2001.
- Kantor V, Knefel M, Lueger-Schuster B. Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017;5: 52-68.
- Sayer NA, Friedemann-Sanchez G, Spont M, Murdoch M, Parker LE, Chiros C, et al. A qualitative study of determinants of PTSD treatment initiation in veterans. *Psychiatry*. 2009;72(3):238-55.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005;15(9):1277-88.
- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*: Sage; 1985.
- Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Jenkins R, Lewis G. The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *International Review of Psychiatry*. 2003;15(1-2):123-8.
- Armour C, Contractor A, Elhai JD, Stringer M, Lyle G, Forbes D, et al. Identifying latent profiles of posttraumatic stress and major depression symptoms in Canadian veterans: Exploring differences across profiles in health related functioning. *Psychiatry research*. 2015;228(1):1-7.
- Bruffaerts R, Demyttenaere K, Vilagut G, Martinez M, Bonnewyn A, De Graaf R, et al. The relation between body mass index, mental health, and functional disability: a European population perspective. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53(10):679-88.
- Lindley S, Cacciapaglia H, Noronha D, Carlson E, Schatzberg A. Monitoring mental health treatment acceptance and initial treatment adherence in veterans. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010;1208(1):104-13.
- Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams Jr JW, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002; 288(22):2836-45.
- Mommersteeg PM, Denollet J, Kavelaars A, Geuze E, Vermetten E, Heijnen CJ. Type D personality, temperament, and mental health in military personnel awaiting deployment. *International journal of behavioral medicine*. 2011; 18 (2):131-8.
- Marshall AD, Martin EK, Warfield GA, Doron-Lamarca S, Niles BL, Taft CT. The impact of antisocial personality characteristics on anger management treatment for veterans with PTSD. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice*,

- and Policy. 2010;2(3):224.
26. Miller MW ,Vogt DS, Mozley SL, Kaloupek DG, Keane TM. PTSD and substance-related problems: The mediating roles of disconstraint and negative emotionality. *Journal of Abnormal Psychology*. 2006;115(2):369.
27. Elbogen EB, Johnson SC, Wagner HR, Sullivan C, Taft CT, Beckham JC. Violent behaviour and post-traumatic stress disorder in US Iraq and Afghanistan veterans. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;204(5):368-75.
28. Oslin DW, Lynch KG, Maisto SA, Lantinga LJ, McKay JR, Possemato K, et al. A randomized clinical trial of alcohol care management delivered in Department of Veterans Affairs primary care clinics versus specialty addiction treatment. *Journal of general internal medicine*. 2014;29(1):162-8.
29. Burstein A. Treatment noncompliance in patients with post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics*. 1986;27(1):37-40.
30. Spont M, Sayer N, Nelson DB. PTSD and treatment adherence: the role of health beliefs. *The Journal of nervous and mental disease*. 2005; 193(8):515-22.
31. Dunlop BW, Davis PG. Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10(3):222-8.
32. Lockwood A, Steinke DT, Botts SR. Medication adherence and its effect on relapse among patients discharged from a Veterans Affairs posttraumatic stress disorder treatment program. *Annals of Pharmacotherapy*. 2009;43(7-8):1227-32.
33. Keller SM, Zoellner LA, Feeny NC. Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010;78(6):974.
34. Shabani A. Post-traumatic stress disorder in Iranian research literature. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010;15(4): 323-6.