

شناخت تجربه بستری مجدد و عوامل اصلی مؤثر بر آن در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه (مطالعه کیفی)

کتایون شفیعی^{۱*}، عباس عطاری^۲، علی مهدوی^۳، مهین امین الرعایا^۴

^۱دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، ^۲استاد گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، ^۳روانپزشک، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، بیمارستان نور، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران، ^۴کارشناس پژوهش، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

*نویسنده پاسخگو: اصفهان خیابان استانداری، بیمارستان نور و حضرت علی (ع)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

هدف: هدف این پژوهش شناخت تجربه بستری مجدد و عوامل اصلی مؤثر بر آن در جانباز مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه (PTSD) می باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه کیفی و به روش گراند تئوری (Grounded theory) انجام شده است. مشارکت کنندگان در این پژوهش ۱۹ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD بستری در بیمارستانهای شهید رجایی و نور اصفهان و ۶ نفر از همسران آنان می باشند. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف آغاز شده و تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. اطلاعات با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته جمع آوری شده است. یافته های پژوهش با استفاده از روش مقایسه ای مداوم مطابق با روش اشتروس و کوربین (strauss & corbin) تجزیه و تحلیل گردیده است.

یافته ها: هفت مفهوم محوری از دیدگاه مشارکت کنندگان در بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD نقش اصلی دارد که عبارتند از: عود بیماری روانی، مشکلات دارو و درمان، مشکلات خانوادگی، مشکلات اقتصادی، عود بیماری جسمی همراه، نارضایتی از نگرش منفی جامعه و نارضایتی از سیستم درمانی و حمایتی.

نتیجه گیری: جانبازان مبتلا به PTSD مشکلات متعددی در زمینه عود بیماری روانپزشکی، دارو و درمان، خانوادگی، اقتصادی، نارضایتی از نگرش منفی جامعه و نارضایتی از سیستم درمانی و حمایتی را تجربه میکنند که منجر به بستری مجدد آنها می شود و ما با کنترل این عوامل می توانیم موجب بهبود کیفیت زندگی و پیشگیری از بستری مجدد آنها شویم.

کلید واژه: جانباز، بستری مجدد، اختلال استرس پس از حادثه، مطالعه کیفی.

تاریخ دریافت: ۸۸/۴/۱۲

تاریخ پذیرش: ۸۸/۶/۲۵

مقدمه

اختلال استرس پس از حادثهⁱ (PTSD) یک بیماری جدی و ناتوان کننده است که در پی مواجهه با عامل استرس‌زای شدید پیدا می‌شود. خصایص بالینی اصلی PTSD عبارت است از احساس دردناک تجربه مجدد واقعهⁱⁱ، الگویی از اجتنابⁱⁱⁱ، بی‌تفاوتی هیجانی^{iv} و بیش برانگیختگی^v نسبتاً دائم (۱). شایع‌ترین حادثه منجر به PTSD در مردان وقایع جنگ و در زنان مورد حمله واقع شدن و تجاوز است (۲).

بر اساس آمار ارائه شده از سوی بنیاد جانبازان در سال ۱۳۷۸ از میان جانبازان جنگ، ۳۶۳۵۴ نفر جانباز اعصاب و روان دارای تشخیص روانپزشکی در سراسر ایران وجود دارد (۳). در پژوهشی که بر اساس سوابق و تشخیص مندرج در پرونده‌های جانبازان اعصاب و روان و مصاحبه حضوری با خودشان در سال ۱۳۸۰ در استان قم انجام شد بیش از ۸۰ درصد جانبازان اعصاب و روان دچار اختلال PTSD بودند (۴).

هزینه موارد بستری مجدد روانپزشکی در مقایسه با بستری نخست بیماران بیشتر است. بستری مجدد بیماران در بخش‌های روانپزشکی برای خود بیماران و خانواده‌هایشان ناخوشایند است (۵). آگاهی از تجارب جانبازان مبتلا به PTSD در شناخت عوامل مؤثر در بستری مجدد کمک می‌کند و می‌تواند برای کنترل بهتر این عوامل بکار گرفته شود تا کیفیت زندگی آنها و خانواده‌هایشان بهبود پیدا کند و هزینه‌های درمان و بستری کمتر شود. لذا پژوهشگران بر آن شدند تا با توجه به شیوع این بیماری مزمن در جانبازان مطالعه‌ای بصورت کیفی در جهت شناخت تجربه بستری مجدد و عوامل اصل مؤثر بر آن در جانبازان مبتلا به PTSD را طراحی و اجرا نمایند.

مواد و روش کار

با توجه به اینکه این مطالعه درصدد شناخت و توصیف عوامل اصلی مؤثر در بستری مجدد جانبازان مبتلا به

PTSD بوده، روش کیفی^{vi} انتخاب شد. این مطالعه کیفی و با روش گراند تئوری^{vii} انجام شد. گراند تئوری نوعی تحقیق در عرصه است. یعنی پدیده‌ها را در موقعیت طبیعی آنها مثل بیمارستانها و درمانگاههای سرپایی مورد بررسی قرار داده و توصیف می‌نماید (۶). با گراند تئوری محقق در پی ایجاد یک نظریه در مورد افرادی است که فرایند خاصی را طی می‌کنند (۷). سوال این تحقیق آن است که بنابر تجربه جانبازان مبتلا به PTSD، عوامل اصلی مؤثر در بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD کدامند؟ محیط پژوهش بخش‌های روانپزشکی بیمارستان نور و بیمارستان روانپزشکی شهید رجائی اصفهان بوده که بطور عمده جانبازان را پذیرش می‌کند. معیارهای ورود در پژوهش: ۱- جانبازانی که بر اساس معیارهای DSM IV-TR مبتلا آنها به PTSD ناشی از جنگ تحمیلی ۸ ساله توسط روانپزشک تأیید شده بود. ۲- سابقه بیش از یکبار بستری در بخش روانپزشکی داشتند. ۳- قادر به مصاحبه و انتقال اطلاعات و تجربیات خود بودند ۴- تمایل به شرکت در مطالعه و انگیزه مصاحبه و همکاری لازم را داشتند. ۵- همسران جانبازان شرکت کننده در مطالعه و شرایط خروج از مطالعه: از بین رفتن هر یک از شرایط ورود به مطالعه در حین انجام مصاحبه بود.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف^{viii} استفاده شد. در این روش اساس انتخاب افراد برای شرکت در پژوهش، اطلاعات خاص از پدیده‌ها می‌باشد و هدف از انتخاب آنها جمع‌آوری این اطلاعات است در این پژوهش حجم نمونه از فرمول خاصی پیروی نمی‌کند و جمع‌آوری اطلاعات تا زمانی که محقق به اشباع دست نیافته باشد ادامه می‌یابد (۷).

در این پژوهش که در نیمه اول سال ۱۳۸۵ انجام شد، ۲۵ نفر شرکت نمودند که شامل ۱۷ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ تحمیلی ۸ ساله (۱۳۶۷-۱۳۵۹) بستری در بیمارستان شهید رجائی اصفهان و ۲ نفر از بیماران بستری در بیمارستان نور اصفهان و ۶ نفر از همسران جانبازان بودند که با آنها مصاحبه بعمل آمد. پژوهشگران پس از اخذ مجوزهای لازم و دریافت معرفی نامه از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی

i. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

ii. Reexperience

iii. Avoidance

iv. Emotional numbing

v. Hyperarousal

vi. Qualitative research

vii. Grounded theory

viii. purposive sampling

انتخابی انجام و متغیرهای اصلی مشخص گردید. در این مرحله محقق ضمن تمرکز بر فرایندی که در داده‌ها نهفته بود توجه خود را به این امر معطوف نمود که کدام مقوله یا متغیر است که بیش از همه داده‌ها تکرار شده و قادر است سایر متغیرها را به یکدیگر ارتباط دهد. در طول مطالعه روشهایی برای اطمینان از صحت و پایایی تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. همچنین جهت ارزیابی و حصول اطمینان از موثق بودن داده‌ها، پژوهشگران از چهار معیار تناسب، قابل فهم بودن، عمومیت و کنترل استفاده نمودند.

از بازنگری مشارکت کنندگان برای تأیید صحت داده‌ها و کدهای استخراج شده استفاده شد. متن نسخه برداری شده و کدگذاری شده و تجزیه و تحلیل آن به نظر اسایتد صاحب‌نظر رسیده و پیشنهادات اصلاحی و نظرات ایشان مدنظر قرار گرفت. همچنین یافته‌ها با برخی از جانبازان مبتلا به PTSD که بستری بوده و یا به تازگی مرخص شده بودند ولی در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذاشته شد و آنها تناسب یافته‌ها را مورد تأیید قرار دادند.

نتایج

شرکت کنندگان پژوهش متشکل از ۱۹ نفر جانباز مرد مبتلا به PTSD بستری در بیمارستان که حداقل یکبار سابقه بستری قبلی داشتند و ۶ نفر از همسران آنها بودند که با آنها مصاحبه شد. تعداد بستری از ۲ تا ۱۰ بار و به طور متوسط ۴-۵ بار بود. سن مشارکت کنندگان ۳۷-۴۷ سال با میانگین ۴۱.۵ سال بود. از نظر تحصیلات ۱ نفر لیسانس و ۳ نفر دیپلم و ۵ نفر تحصیلات دوره راهنمایی و ۱۰ نفر تحصیلات ابتدایی داشتند. از نظر وضعیت اشتغال به کار ۴ نفر مشغول به کار و ۵ نفر بیکار و ۱۰ نفر از کار افتاده بودند. در مرحله اول که به صورت کدگذاری باز بود ۲۷۱ کد مفهومی استخراج گردید. در مرحله کدگذاری انتخابی ۷ متغیر اصلی (مفهوم اساسی) با ۱۹ مفاهیم زیرطبقاتی مشخص گردید که در این مطالعه از علل اصلی مؤثر در بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD بود. برای مثال توصیف چند شرکت کننده و کدهای استخراجی شرح داده می‌شود:

شرکت کننده (۲): «خیلی زود عصبانی می‌شوم. وقتی صدای مته بادی را شنیدم فکر کردم صدای تیربار است و

اصفهان و ارائه آن به محیط پژوهش و کسب مجوز لازم، ضمن معرفی خود به مشارکت کنندگان و توضیح مورد پژوهش و اطمینان دادن به ایشان که کلیه موارد ثبت شده در طی مصاحبه محرمانه خواهد بود، مشارکت کنندگانی را که واجد شرایط پذیرش بودند انتخاب کردند. مشارکت کنندگان آزاد بودند که هر زمان که مایل باشند از مصاحبه خارج شوند. در این پژوهش از مصاحبه غیرساختاری و با سؤالات باز استفاده شده است. این روش رایج ترین مصاحبه در تحقیقات کیفی است. مصاحبه‌ها در بیمارستان در یک اتاق اختصاصی انجام می‌شد که محل خلوت و مناسبی با شرایط فیزیکی مناسب و بدور از سایر پارازیت‌های محیطی بود. مدت زمان مصاحبه در این پژوهش ۲۰ تا ۶۰ دقیقه بود که با توافق و تمایل شرکت کنندگان تنظیم گردید و متن مصاحبه بعد از اخذ رضایت ضبط گردید در هر مصاحبه از مشارکت کنندگان خواسته می‌شد تا به توصیف تجربیات و ادراکات خود در رابطه با عوامل مؤثر در بستری مجدد بپردازند و در مورد زندگی روزمره و مسائل و مشکلاتی که زمینه ساز بستری بود توضیح دهند و مثالهایی را بیان نمایند. از آنها پرسیده می‌شد که به نظر شما چه عواملی در بستری شدن شما مؤثر بوده و در آن نقش تسهیل کننده یا مانع را ایفاء نموده است.

جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها بصورت همزمان انجام شده است. و با روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (۸). هر مصاحبه قبل از انجام مصاحبه بعدی کدگذاری و تجزیه و تحلیل شد. به این منظور سه مرحله کدگذاری بازⁱ، محوریⁱⁱ و انتخابیⁱⁱⁱ انجام شد. در کدگذاری باز متن هر مصاحبه چندبار خوانده و جملات اصلی آن استخراج وبصورت کدهایی ثبت شد. سپس کدهایی که به لحاظ مفهومی با یکدیگر مشابه بودند به صورت دسته‌هایی درآمدند. در کدگذاری محوری، کدها و دسته‌های اولیه‌ای که در کدگذاری باز ایجاد شده بود با یکدیگر مقایسه و ضمن ادغام موارد مشابه، دسته‌هایی که به یکدیگر مربوط می‌شدند حول محور مشترکی قرار گرفتند. تمرکز این مرحله بر شرایطی بود که منجر به پدیده موردنظر می‌شد. سپس کدگذاری

ⁱ. open
ⁱⁱ. Axial
ⁱⁱⁱ. selective

طپش قلب پیدا کردم و عرق کردم حالم خیلی بد شده بود.»

با توجه به توصیف شرکت کننده فوق مفاهیم استنباط شده اینگونه می‌باشد «بیش برانگیختگی» (کد ۱۰) «احساس تجربه مجدد واقعه» (کد ۱۷).

شرکت کننده شماره (۴): «داروها را مرتب می‌خوردم ولی خوردن دارو فایده نداشت. با دارو سرگیجه داشتم و چرت می‌زدم». مفهوم استخراج شده «عدم پاسخ به درمان دارویی» (کد ۴۲) «عوارض دارویی» (کد ۱۲).

به نظر مشارکت کنندگان در این تحقیق ۷ علت اصلی در بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD مؤثر است که عبارتند از: «مشکلات دارو و درمان»، «مشکلات خانوادگی»، «مشکلات اقتصادی»، «عود بیماری جسمی»، «نارضایتی از نگرش منفی جامعه»، «نارضایتی از سیستم درمانی و حمایتی» در این میان «عود بیماری روانپزشکی» علت اصلی بوده و بطور مستقیم یا غیرمستقیم سایر متغیرها را تحت تأثیر خود قرار می‌داد.

عود بیماری روانپزشکی

اکثر مشارکت کنندگان «عود بیماری PTSD» که اغلب به صورت «بیش برانگیختگی» شامل «خشم و عصبانیت»، «بیقراری»، «حساسیت زیاد به سر و صدا» و «احساس تجربه مجدد حادثه» بود را از علل اصلی مؤثر در بستری مجدد ذکر کردند. به نظر آنها ریشه اغلب مشکلات آنها از «عدم کنترل خشم و عصبانیت» است. «افسردگی» با نشانه‌های «خلق گرفته»، «احساس گناه»، «گوشه‌گیری»، «مشغولیت فکری با مسائل زندگی» و «احساس ناامیدی» از نظر تعداد زیادی از مشارکت کنندگان از علل بستری قبلی آنها بوده است. چند تن از مشارکت کنندگان، «فراموشی تجزیه‌ای» و «اقدام به خودکشی» را از علل بستری مجدد ذکر می‌کردند.

مشکلات دارو و درمان

به نظر مشارکت کنندگان از علل دیگری که منجر به بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD می‌گردد «عدم اثر دارو»، «قطع خودسرانه دارو» و «عوارض دارویی شدید» از جمله «خواب آلودگی»، «سرگیجه»، «افزایش وزن»، «کاهش میل جنسی»، «بی قراری»، «وابستگی فیزیکی» و «ناتوانی در کاهش مقدار داروی مصرفی» بود. چند تن

از مشارکت کنندگان بعلت «عدم بهبودی» با درمان دارویی، «سوء مصرف دارو و مواد» را راه حلی برای کاهش ناراحتی‌ها و مشکلات خود قرار داده بودند که باعث ایجاد «عوارض شدید دارویی»، «مسمومیت با دارو و مواد»، و «علائم ترک دارو و مواد» در آنها شده بود که از علل بستری در آنها بوده است. «قطع خود سرانه دارو و درمان» بعلت «مزمّن بودن بیماری» و «مصرف داروهای متعدد در طول روز» از دیگر علل بستری مجدد در مشارکت کنندگان بود. مشارکت کنندگان اظهار می‌کردند که از مصرف دارو خسته می‌شدند و خودسرانه بدون اطلاع پزشک معالج دارو را قطع می‌کردند و این فرایند زمینه ای برای عود بیماری و بستری مجدد می‌شد.

مشکلات خانوادگی

از علل مهمی که مشارکت کنندگان به عنوان عامل استرس منجر به بستری ذکر می‌کردند «مشکلات خانوادگی» بود. «مشکلات خانوادگی بر کیفیت زندگی مشارکت کنندگان و خانواده آنها تأثیر منفی زیادی می‌گذارد» «خشم و عصبانیت شدید» در محیط خانه و «پرخاشگری لفظی و فیزیکی» نسبت به اعضای خانواده موجب «کاهش حمایت و مراقبت» خانواده از بیمار و پیگیری درمان می‌شود و این فرایند زمینه ساز عود بیماری و بستری مجدد می‌گردد. مشکلات خانوادگی بدلیل رفتارهای پرخاشگرانه با همسر منجر به متارکه و طلاق می‌شود که استرس بزرگی برای مشارکت کنندگان بشمار می‌رود.

اغلب مشارکت کنندگان خود از رنج و عذاب خانواده احساس گناه می‌کنند و حتی چند تن از آنها راضی بودند که به صورت طولانی مدت بستری شوند تا خانواده آنها آسایش بیشتری داشته باشند و در حالی که مشکلات خانوادگی زیادی داشتند اغلب از حمایت خانواده ابراز رضایت می‌کردند و عامل ترک و طلاق همسر را رفتار خودشان بعلت بیماری می‌دانستند.

مشکلات اقتصادی

مشکلات اقتصادی از جمله «بیکاری»، «ازکارافتادگی» و «اجاره نشینی» از عوامل استرس پایداری بود که توسط مشارکت کنندگان مطرح شد. به نظر مشارکت کنندگان

نارضایتی از سیستم درمانی و حمایتی

چندین تن از جانبازان و همسران آنها از وضعیت بیمارستان شاکی بودند که می‌توان این نارضایتی‌ها را به چند دسته تقسیم کرد. از جمله «نارضایتی از مکان و فضای بیمارستان»، «نارضایتی از مشترک بودن بخش روانپزشکی بیماران مبتلا به PTSD با سایر بیماران روانپزشکی»، «نارضایتی از برخوردهای بعضی از پرسنل». چون مکان بیمارستان شهید رجایی حدود ۲۰ کیلومتر خارج از شهر بوده و در یک جاده فرعی که دور تا دور آن عمدتاً زمینهای کشاورزی می‌باشد واقع شده، بعلاوه وقت و هزینه زیاد رفت و آمد جهت ملاقات بیماران، مشکل زیادی برای خانواده‌های جانبازان ایجاد کرده است. نارضایتی از «بسته بودن بخشها»، «کم بودن فضای سبزی که در طول روز بیماران آزادانه به آن رفت و آمد داشته باشند» از موارد مطرح شده بود. «مشترک بودن بخش روانپزشکی» و «فاقد اتاق‌های جداگانه بودن» از علل نارضایتی بعضی از جانبازان بود. بخش روانپزشکی این بیمارستان به صورت سالنی بزرگ با حدود ۴۰ تخت می‌باشد که بیماران با اختلالات خلقی از جمله افسردگی، مانیا^۱ و بیماران ترک اعتیاد و اسکیزوفرنی همراه با بیماران PTSD در آن بستری می‌باشند. این مشترک بودن بخش باعث ایجاد مشکلاتی از جمله ناآرامی فضای بخش‌ها می‌شود.

بعضی از مشارکت کنندگان از برخورد بعضی از پرسنل بیمارستان شاکی بودند از جمله «اعتقاد بعضی پرسنل که فرد صرفاً جهت افزایش درصد جانبازی بستری شده و واقعاً مشکلی ندارد». همه موارد ذکر شده قبل از بهبودی کامل باعث «ترخیص با رضایت شخصی» می‌شود. که خود زمینه بستری بعدی می‌باشد. چند نفر از مشارکت کنندگان از سیستم حمایتی بعلاوه «عدم پیگیری ایجاد اشتغال» و «ناعادلانه در نظر گرفتن درصد جانبازی» شاکی بودند. آنها ذکر می‌کردند که «به مجروحیت جسمی نسبت به مجروحیت اعصاب و روان اهمیت بیشتری داده می‌شود و درصد بیشتری برای آنها در نظر گرفته می‌شود» مواردی که اکثر جانبازان ابراز رضایت می‌کردند شامل بیمه درمانی با پوشش کامل، ویزیت

«مشکلات مالی» موجب ایجاد «مشکلات خانوادگی» و «افسردگی» و «عدم پیگیری درمان» می‌شود. آنها معتقدند با کاهش فشار اقتصادی، آرامش آنها و خانواده‌هایشان بیشتر می‌شود و این خود زمینه‌ای برای حمایت بیشتر خانواده از جانباز و در نتیجه کاهش احتمال «عصبانیت»، «افسردگی» و «قطع دارو و درمان» می‌شود که در کاهش بستری مجدد جانبازان مؤثر می‌باشد.

عود بیماری جسمی

با توجه به اینکه بعضی از جانبازان مبتلا به PTSD دچار مصدومیت شیمیایی و یا مجروحیت‌های جسمی نیز هستند عود عوارض شیمیایی در چند تن از آنان موجب بستری‌های مکرر در بخش‌های غیرروانپزشکی گردید. همچنین «عوارض جسمی ناشی از مصرف طولانی مدت داروها» و یا بیماریهای داخلی مانند «دیابت» و «بیماریهای قلبی» از دیگر علل بستری بوده است. با توجه به آسیب‌های جسمی ناشی از جنگ و مجروحیت‌های مختلف بعضی از جانبازان مبتلا به PTSD درگیر مشکلات جسمی دیگری نیز می‌باشند که تحمل بیماری PTSD را برای آنها سختتر کرده و گاه‌ها منجر به بستری آنها می‌شود.

نارضایتی از نگرش منفی جامعه نسبت به جانبازان اعصاب و روان

نارضایتی از «برخوردهای غلط» و گاه‌ها «تحقیرآمیز و طرد کننده مردم، اقوام و نزدیکان زمینه‌ساز «گوشه گیری» و «افسردگی» می‌باشد و تحمل بیماری PTSD را برای جانبازان مشکل کرده است. از جمله اعتقاد جامعه که جانبازان در رفاه کامل هستند و مشکلی ندارند، و یا اینکه «فرد از موقعیت جانبازی خود سوء استفاده می‌کند» از مسائلی است که مشارکت کنندگان بیان کردند. اکثر شرکت کنندگان تأکید داشتند که باید فرهنگ‌سازی انجام شود و انگیزه رفتن به جنگ را برای نسل جدید خوب روشن کنند. گاه‌ها «افسردگی و خشم» ناشی از PTSD بر روابط با افراد فامیل نیز اثر می‌گذارد و بستگان میل کمتری به رفت و آمد با خانواده جانباز PTSD دارند. همه موارد یاد شده عامل استرس‌زای مضاعفی برای شدیدتر شدن بیماری PTSD می‌باشد.

^۱. Mania

رایگان، هزینه بستری پایین و برخورد مناسب اکثر پرسنل بیمارستان و خصوصاً مددکاری بیمارستان بود.

بحث و نتیجه گیری

خشم و پرخاشگری مساله‌ای شایع می‌باشد که توسط سربازان قدیمی مبتلا به PTSD تجربه می‌شود، تقاضای درمان برای خشونت و عصبانیت از طرف سربازان قدیمی مبتلا به PTSD نسبت به سربازان قدیمی یا بیماران روانپزشکی بدون این اختلال بیشتر است (۹). در مطالعه دیگری بر روی ۱۳۲۸ سرباز قدیمی جنگ ویتنام که همگی مرد بودند، بیش برانگیختگی در بیماران PTSD رابطه مثبت و قوی با پرخاشگری داشت که با یافته‌های این مطالعه هماهنگ می‌باشد. (۱۰)

در پیگیری ۶ ساله ۵۱ بیمار PTSD ناشی از جنگ نشان داده شد که ۷۵ درصد آنها مجدداً در بیمارستان بستری شدند و اکثر افراد شرکت کننده در مطالعه بهبودی کمی در توانایی کنار آمدن با بیماری مزمن و کاهش خشم و سوء مصرف مواد را تجربه کردند (۱۱).

از دسته داروهایی که مصرف زیادی در درمان PTSD دارند، داروهای مهار کننده انتخابی باز جذب سروتینⁱ هستند. از عوارض شایع این داروها تهوع، خواب آلودگی، بیقراری، بی خوابی و تأخیر انزال در مردان می‌باشد (۱). از دیگر داروهایی که در درمان PTSD بکار می‌رود داروهای آنتی سایکوتیک آتیپیک مثل الانزاپینⁱⁱ ریسپریدونⁱⁱⁱ و کوئتاپین^{iv} است چون این داروها عوارض جانبی کمتری دارند در حال حاضر فراتر از اندیکاسیون‌های اولیه، از جمله PTSD مورد مصرف قرار می‌گیرند. همه داروهای آنتی سایکوتیک آتیپیک ریسک افزایش وزن دارند (بیشتر از ۷ درصد افزایش)، همچنین با خطر افزایش عدم حساسیت به انسولین، دیابت قندی و افزایش چربی خون همراهند. بنزودیازپین‌ها بعنوان درمان الحاقی برای کاهش برانگیختگی در PTSD استفاده می‌شود. از عوارض بنزودیازپین‌ها خواب آلودگی، اختلال شناختی، سوء مصرف و وابستگی می‌باشد (۱).

ⁱ SSRIs

ⁱⁱ Olanzapine

ⁱⁱⁱ Risperidone

^{iv} Quetiapine

پژوهشها نشان می‌دهد که خانواده جانبازان اعصاب و روان از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند (۱۲). به نظر می‌رسد پس از اتمام جنگ و بازگشت رزمندگان به خانواده به سبب استرس‌های ناشی از جنگ و اثرات مخرب آن بر روح و روان افراد، تأثیرات نامطلوب جنگ بر خانواده بخصوص همسران آنان همچنان ادامه می‌یابد (۱۳). اعضای خانواده بیمار اعصاب و روان بطور معنی‌داری دچار تنش ناشی از زندگی با بیمار هستند (۱۴). در مطالعه‌ای میزان افسردگی در همسران جانبازان ۸۸.۹ درصد بوده و اختلالات اضطرابی، انطباقی و اختلال در روابط بین فردی در بین خانواده‌های جانبازان چشم‌گیر بود (۴). در مطالعه دیگری نشان داده شد مردانی که با سطوح بالایی از آسیب جنگی روبرو شده بودند در معرض خطر بیشتری برای طلاق، خشنودی کمتر از زندگی و ازدواج، نقش خود بعنوان پدر و روابط جنسی با همسر قرار داشتند (۱۵).

در مطالعه بر روی ۱۷۹۰ زوج مشاهده شد که میزان خشونت‌های خانگی در میان سربازان قدیمی با PTSD بیشتر از میزان آن در جمعیت عمومی بود (۲).

در مطالعه‌ای نشان داده شد که اختلالات شدید روانپزشکی با افت عملکرد شغلی توأم بوده بطوریکه فرصت کسب موقعیتهای شغلی را از فرد سلب می‌کند. بدون استثناء عملکرد شغلی بیماران قبل از حملات بیماری و بستری مطلوب‌تر از بعد از بستری بود. افت شدید عملکرد شغلی بیماران پس از بستری و بدنبال بستری‌های مجدد محسوس بود (۱۶). در مردانی که PTSD ناشی از جنگ داشتند بیکاری بیشتر از مردانی بود که PTSD بدلیل غیرجنگ داشتند (۱۷).

عود بیماری جسمی از جمله عود عوارض مصدومیت‌های شیمیایی، مجروحیت‌های جسمی، دیابت و بیماریهای قلبی از علل اصلی در بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD بود. در مطالعه‌ای بر روی اثرات گاز خردل که از شایعترین گازهای شیمیایی مورد استفاده در جنگ تحمیلی بوده نشان داده شد که شایعترین عوارض مواجهه با این گاز شیمیایی عوارض پوستی و بعد از آن عوارض سیستم تنفس بودو عوارض تنفسی گاز خردل بر خلاف عوارض پرستی رو به کاهش نبود (۱۸). در این مطالعه نیز از علل بستری مجدد جانبازان مبتلا PTSD که در معرض گازهای شیمیایی بودند عوارض تنفس این

تجربه می‌کند و توانایی او برای همدردی و درک بیمار می‌تواند کاهش یابد (۲۰).

نتیجه‌گیری:

یافته‌های این تحقیق کیفی در فهم بهتر عوامل مؤثر در بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD کمک می‌کند. این مطالعه داده‌های برخی از مطالعات قبلی را مورد تأیید قرار داد. چنانچه مشارکت کنندگان اظهار داشتند عود PTSD و خصوصاً خشم ناشی از بیش برانگیختگی مهمترین علت موجب بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD می‌باشد. عود PTSD با مشکلات مربوط به دارو و درمان از جمله قطع خودسرانه دارو، عدم پاسخ به درمان دارویی و ایجاد عوارض دارویی به علت استفاده از دوزهای بالا در رابطه مستقیم قرار دارد. با توجه به آنچه ذکر گردید مشکلات خانوادگی، مشکلات اقتصادی، نارضایتی از نگرش منفی جامعه و نارضایتی از سیستم درمانی و سیستم حمایتی، زمینه‌ای برای قطع درمان و عود PTSD و در نتیجه بستری مجدد می‌گردد. عود یا تشدید بیماری جسمی نیز بعنوان یک عامل استرس‌زا بصورت مستقیم یا غیرمستقیم باعث بستری می‌گردد.

پیشنهاد می‌شود با آموزش بیشتر جانبازان مبتلا به PTSD در مورد درمان و راههای کنترل علائم این بیماری خصوصاً کنترل خشم و مطالعات بیشتر جهت کاهش مشکلات در هر یک از زمینه‌های ذکر شده، خطرات احتمالی منجر به بستری مجدد را کاهش داده تا زمینه‌ای برای بهبود کیفیت زندگی جانبازان مبتلا به PTSD و خانواده‌هایشان فراهم شود و بار مالی و فشارهای روحی ناشی از بستری مجدد کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از جانبازان محترمی که در این مطالعه شرکت نمودند و از مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان شهید رجایی و بیمارستان نور اصفهان و از مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قدردانی می‌گردد.

گازها بوده که بعد از گذشت حدود ۲۰ سال همچنان این عوارض پابرجا می‌باشد.

در مطالعه دیگری تأکید گردید که قرار گرفتن در معرض جنگ افزارهای شیمیایی خطر PTSD در تمام عمر، نشانه‌های اضطرابی و نشانه‌های افسردگی را بالا می‌برد (۱۹).

دردهای قلبی از دیگر علل بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD بود که با توجه به میانگین سنی ۴۱.۵ سال قابل انتظار است و در تجویز دارو باید توجه خاصی به اثرات آن بر روی سیستم قلب و عروق داشت.

چند تن از مشارکت کنندگان نارضایتی از برخورهای غلط و تحقیر آمیز جامعه را عامل استرس در جهت تسریع بستری مجدد ذکر می‌کردند. در مطالعه‌ای ذکر شد که مواجهه با جنگ شدید، بعد از برگشتن از جنگ موجب PTSD و اختلال در سازگاری با جامعه می‌شود (۲۰). در مطالعه‌ای نشان داده شد که بهبودی از PTSD بطور مشخص تحت تأثیر دریافت حمایت اجتماعی قرار دارد (۲۱).

در این مطالعه به نظر مشارکت کنندگان نارضایتی از سیستم درمانی و حمایتی از علل مؤثر در بستری مجدد جانبازان مبتلا به PTSD بود. در پیگیری ۱ ساله بعد از ترخیص بیماران مبتلا به PTSD نشان داده شد که بیمارانی که به صورت کوتاه مدت در بخش‌های PTSD بستری بودند رضایت بیشتری نسبت به بیماران با بستری طولانی مدت در بخش‌های PTSD و بخش‌های روانپزشکی عمومی داشتند و هزینه‌های بستری نیز در بخش طولانی مدت PTSD به ترتیب حدود ۸۲.۴ درصد و ۵۳.۵ درصد بیشتر از هزینه بستری در بخش کوتاه مدت PTSD و بخش روانپزشکی عمومی بود (۲۲). درمان روانپزشکی بیماران PTSD موجب انتقال متقابل در مراحل مختلف درمان می‌شود. درمانگر ترس، خشم، گناه، ناامیدی و بعضی وقتها تمایل به اجتناب از مریض را

منابع

- 1-Sadock, B.J., & Sadock, V.A. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry 10th ed. Philadelphia; Williams & Wilkins, 2007. 612-622.
- 2-Solomon, S.D., & Davidson, J.R. Treum: Prevalence, Impairment service use and cost. Journal of clinical psychiatry, . 1997. 58, 5-11.
- 3- Sirati Nir, Masoud. Evaluation of personal, social and economical factors in psychal abnormalities in

veterans' view. research project of Baghiyatallah university of medical science. 1381

4-Borhani H. Evaluation of psichal health in neuropsychal veterans' families in Qom province. Research journal in medicine. Medical college of Shahid Beheshti university. 1382. V.4.305-312

5-Tavallai, Sayed Abbas, Asari Shervin, Karimi Zarchi Ali Akbar. Study of psycal readmission in Baghiyatallah & Noorafshar hospitals. 1379-1380. Journal of Military Medicine 1384. V.7(2) 161-166

6-Salsali Mahvash, Parvizi Sarvar, Adib Haj Bagheri Mohsen. Methods of qualitative research. 1382 Tehran. Boshra publish.

7-Streubert, H.J., & Carpenter, D.R.. Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative. 3rd Lippicoot, 2003. 67.68.

8-Strauss, A., & Corbin, J. Basic of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory 2th ed. London, sage. Publications. 1998.

9-Calhoun, P.S., Beckhom, J.C., Feldman, M.E., Barefoot, J.C., Haney, T., & Bosworth, HBPartner's ratings of combat veteran's anger. Journal of Traumatic stress, .2002. 15, 133-136.

10-Taft, C.T., Kaloupek, D.G., Schumm, J.A., Marshall, A.D., Panuzio, J., King, D.W., & Keane, T.M. Posttraumatic stress disorder symptoms, physiological reactivity, alcohol problems, and aggression among military veterans. Journal of Abnormal psychology, 2007. 116, 498-507.

11-Johnson, D.R., Fontana, A., Lubin, H., Corn, B., & Rosenbeck, R. (2004). Long-term course of treatment seeking Vietnam's veterans with post traumatic stress disorder: mortality, clinical condition, and life satisfaction. Journal of Nervous and Mental Disorder 2004. 35-41.

12-Radfar Shokoufeh. Evaluation of psycial health of veterans' children 15-18 years old. Military Medicine 1384. V.3.205

13-Dojkan Mahmoud, Aminoraia Ashraf. Comparison of psycial health of neuropsychical veterans' spouses referred to Sadr hospitals with Imam Hosein hospitals. Articles of first veterans & families science congress.

14-Martens, L., & Addington, J. The psychological well being of family members of individuals with schizophrenia. Social psychiatric Epidemiology, .2001. 36, 128-133.

15-Stellman, J.M., Stellman, S.D., & Sommer, J.F Jr. Social and behavioral consequences of the Vietnam experience among American legionnaires. Environmental Research, 1988. 47, 129-149.

16- Ghasemi Gholamreza, Taban Habibollah, Asadollahi Ghorban ali, Madani Hamidreza. Comparison of occupational function of patients before psycial disorder and after that. Journal of research in medical science at Isfahan university. 1382 V.8.1.12-14

17-Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K., & Rosenheck, R.A., Combat trauma: trauma with highest Risk of delayed onset unresolved posttraumatic stress disorder symptoms, unemployment, and abuse among men. Journal of Nervous and Mental Disorder, 2001. 189, 99-108.

18-Taghadosi Mohsen, Razi Ebrahim, Zare Mohammad. Evaluation of respiratory problems in chemical veterans of Iran & Iraq war in Kashan province. Journal of Military Medicine. 1381. V.4(3). 163-164

19-Hashemian, F., Khoshnook, K., Desai, M.M., Falahati, F., Kasl, S., & Southwick, S. Anxiety, depression, and posttraumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare. Journal of Trauma, 2006. 295, 560-566.

20-Kezic, S., Mihanovic, M., Zilic-Dzeba, J., & Sain, I. Therapist's psychological problems when treating posttraumatic stress disorder. Acta med croatica. 2006. 60, 385-388.

21-Koenen, K.C., Stellman, J.M., Stellman, S.D., & Sommer, J.F Jr. Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14 year follow-up of American legionnaires. Journal of Consultating and Clinical Psychology, . 2003. 71, 980-986.

22-Fontana, A., & Rosenheck, R. Effectivaess and cost of the inpatient of posttraumatic saress disorder: comparison of three models of treat ment. American Journal of psychiatry, 1997. 154, 758-785.