

اثربخشی رفتار درمانی گروهی در سلامت عمومی و نشانه‌های PTSD در بازماندگان حادثه آتش سوزی قطب صنعتی شهید بابائی شهرستان شازند سال ۱۳۸۷

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۹/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۵

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی گروهی در سلامت عمومی و نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان حادثه آتش سوزی قطب صنعتی شهید بابائی شهرستان شازند در سال ۱۳۸۷ بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی با روش پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه مورد مطالعه کلیه بازماندگان حادثه آتش سوزی قطب صنعتی شهید بابائی شهرستان شازند بود که به روش سرشماری مورد غربالگری اولیه قرار گرفتند. نمونه مورد مطالعه شامل ۱۱۱ نفر از افراد بزرگسال دچار اختلال استرس پس از آسیب به شیوه نمونه-گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در ۲ گروه مردان و ۶ گروه زنان قرار گرفتند. در ابتدا افراد چک لیست اختلال استرس پس از آسیب و پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل نمودند، سپس ۷ جلسه تحت آموزش رفتاردرمانی به شیوه گروهی قرار گرفتند، و در جلسه آخر مجدداً توسط پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: انجام مداخله در افزایش سلامت عمومی بازماندگان و کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب، اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی بازماندگان موثر است ($P < 0.001$). درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش علائم اختلال استرس پس از آسیب در بازماندگان موثر است.

کلمات کلیدی: رفتار درمانی گروهی، سلامت عمومی، اختلال استرس پس از آسیب، آتش سوزی

مریم صادقی^۱، مهرانگیز نادری نبی^۲،
مریم چگینی^۳، علی قاندریای جهرمی^۴

^۱ کارشناس بهداشت روان، واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۲ روانپزشک و مشاور علمی واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۳ کارشناس بهداشت روان واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

نویسنده مسئول:

کرج، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز، واحد سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

۰۲۶- ۳۲۵۴۴۴۱۰

E-mail: m_sadeghi52@yahoo.com

مقدمه

زندگی انسان هیچ گاه عاری از آسیب نبوده و آسیب نیز در جای خود هیچ گاه عاری از پیامدهای ناگوار اقتصادی، اجتماعی، جسمی و البته روانی نبوده است. آدمی در طول حیات اجتماعی خویش همواره خواه به صورت مستقیم و خواه غیر مستقیم شاهد حوادث و رخداد‌های تکان دهنده متعدد و مختلفی بوده است. اثرگذاری و پیامدهای حوادث تروماتیک محدود به منطقه، زمان و افراد خاص نیست، بلکه تمام گروه‌ها و افراد جامعه را دربرمی‌گیرد.^۱ به لحاظ نوع حادثه در بین وقایع فشارزا، هیچیک به شدت بلایا و فجایع نیستند، هنگامی که فاجعه‌ای روی می‌دهد؛ ماهیت ناگهانی، بهت‌آور و غیرمنتظره آن برای قربانیان و درک تفاوتی که در زندگی آنها قبل و بعد از فاجعه حاصل شده است؛ سبب فشارروانی بی‌مانندی بر بازماندگان می‌شود و از دیگر سو به حاشیه رفتن ابعاد و عوارض روانی قربانیان و بازماندگان بلایا می‌باشد.^۲ مطالعاتی که به بررسی حوادث تروماتیک پرداخته‌اند، نشان می‌دهند که در بسیاری از بازماندگان پاسخ‌های کلینیکی علامت دار خاصی پس از مواجهه با حادثه استرس‌زا نظیر فقدان افراد مورد علاقه، در هم ریختگی ساختار اجتماعی و از دست دادن حمایت‌های اجتماعی دیده می‌شود.^۳

به طور معمول اختلال استرس پس از سانحه اولین پاسخ بازماندگان به واقعه است، و خود پیش بینی کننده مهم پیامد طولانی مدت سلامت ذهنی و فیزیکی بعدی آنها است.^۴ این اختلال به منزله واکنش‌های حاد روان‌شناختی در برابر رویدادهای ضربه‌آمیز شدید نظیر زلزله، تصادف، آتش‌سوزی یا ضربه‌های ناشی از جنگ بوده و امکان بروز آنها در هر سنی وجود دارد.^۵ بر اساس برخی مطالعات ۱۸/۳٪ افرادی که در معرض این گونه تروماها بوده‌اند مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌شوند.^۶

شیوع این اختلال در سوانح و بلایای طبیعی و جنگ، از ۵ الی ۷۵ درصد گزارش شده است که میزان شیوع آن در زنان، ۱۰ تا ۱۲ درصد و در مردان ۵ تا ۶ درصد برآورد شده است.^۷ این اختلال معمولاً پس از وقوع آسیب ظاهر می‌شود. مدت بروز آن می‌تواند به کوتاهی یک هفته یا به طول ۳۰ سال باشد. علائم بیمار ممکن است در طول زمان نوسان داشته باشد. بیشترین شدت علائم در دوره هائی است که فشار روانی بیمار زیاد است. تقریباً ۳۰ درصد بیماران بدون

درمان بهبود می‌یابند، ۴۰ درصد همچنان دارای علائم خفیف و ۲۰ درصد علائم متوسط خواهند داشت و ۱۰ درصد هیچ تغییری در علائم نداشته و یا بدتر می‌شوند.^۸

خصوصیت اصلی این اختلال پدیدآیی نشانه‌هایی مشخص است که به دنبال قرار گرفتن در معرض یک محرک فشارزا نمودار می‌گردد. چنین محرکی می‌تواند تجربه مستقیم رویدادهائی مانند مواجهه با مرگ تا تهدید به مرگ و آسیب جدی یا سایر رویدادهائی که تمامیت جسمی فرد را تهدید می‌کند و یا مشاهده مرگ، مجروح شدن یا تهدید علیه تمامیت جسمی فرد دیگر یا آگاهی از مرگ غیرمنتظره یا خشونت بار و آسیب جدی یکی از اعضای خانواده یا بستگان باشد، واکنش مشخص به این رویداد شامل ترس شدید، درماندگی و یا وحشت است.^۹ در چهارمین متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال استرس پس از سانحه را به عنوان مجموعه علائمی توصیف می‌کند که پس از آن که شخص رویداد آسیب‌زائی را مشاهده می‌کند، می‌شنود و یا درگیر آن می‌شود، بوجود می‌آید. واکنش شخص به این تجربه با ترس و ناتوانی همراه بوده و دائماً واقعه را در ذهن خود مرور و دوباره تجربه می‌کند. فشارهائی که موجب PTSD می‌شود بقدری درهم شکننده است که تقریباً هر فردی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، چنین فشاری می‌تواند برخاسته از تجارب جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی باشد.^{۱۰} به طور کلی نشانه‌های این اختلال در دو گروه جای می‌گیرند، گروه اول که مواجهت‌ها و اجتناب نامیده می‌شود، افکار مزاحم، رویاهای مکرر، بازگشت سریع خاطره، بیش‌فعالی نسبت به علائم آسیب و اجتناب از افکار یا عوامل یادآوری را در بر می‌گیرد. گروه دوم به نام بیش برانگیختگی و کمرختی، نشانه‌هایی را شامل می‌شود که حالت سستی، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های روزمره، آشفتگی خواب، تحریک پذیری و احساس کوتاه شدن آینده را در بر دارند. بنابراین افکار مزاحم موجب اجتناب از یادآوری‌های ناراحت کننده می‌شود و بیش برانگیختگی به پاسخ کمرختی می‌انجامد.^{۱۱} اختلال PTSD بر کیفیت زندگی خود فرد تاثیر فراوانی دارد. علاوه بر آن روی زندگی و کیفیت زندگی دیگر افراد خانواده و حتی افراد جامعه‌ای که در تماس با آنهاست، اثرگذار است.^{۱۲} و علائم آن با ناسازگاری، بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان،

تفاوتی با گروه شاهد دیده نشد.^{۳۰} در حوادث طبیعی از جمله زلزله‌های مناطق مختلف دنیا اینگونه مداخلات انجام شده است که در چند متاآنالیز انجام شده نتایج متفاوت بوده است.^{۳۱-۳۳} با این حال روش مداخله در فاصله طولانی نسبت به زمان واقعه کمتر بکار رفته است.^{۲۸} انجام سایر انواع سایکوتراپی نیز از جمله مداخلات درمانی دیگری است که در این خصوص بکار رفته است. در یک مطالعه بر روی ۶۴ نوجوان بازمانده از زلزله ارمنستان سایکوتراپی کوتاه مدت مبتنی بر سوگ و تروما موجب کاهش نشانه‌های استرس در این افراد شد و بر نشانه‌های افسردگی اگرچه اثر کاهنده نداشت ولی نسبت به گروه کنترل تشدید نشانه‌های افسردگی در طول زمان کمتر بود.^{۳۴}

مطالعه صورت گرفته توسط بازغلو و همکاران (۲۰۰۳) بر روی ۲۳۱ نفر از بازماندگان زلزله ترکیه مبتلا به PTSD نشان داد که درمان‌های رفتاری کوتاه مدت سه تا چهار جلسه‌ای در فاصله زمانی ۱۳ ماه پس از زلزله موجب کاهش تمامی نشانه‌های اختلال شده بود. در کودکان نیز اثر این گونه مداخلات بررسی شده و نشان داده شده است که درمان چهار جلسه‌ای موجب کاهش در علائم اختلال PTSD در کودکانی شد که دو سال بعد از وقایع طبیعی همچنان نشانه‌های اختلال را گزارش می‌کردند.^{۳۵} بررسی اثر بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری گروهی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان زلزله بم نشان دهنده تغییرات معنادار میانگین فراوانی نشانه‌های PTSD قبل و بلافاصله بعد از مداخلات ذکر شده می‌باشد.^{۳۶}

با توجه به تعداد زیاد بزرگسالان آسیب دیده حادثه آتش سوزی شهرستان شازند، مداخلات گروهی ضروری بود و پژوهشگران بر این اساس ترکیبی از مداخلات شامل بازگویی روانشناختی و رفتار درمانی کوتاه مدت را مطابق دستور العمل اداره سلامت روان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، با تمرکز بر نشانه‌های اختلال بکار بردند.

مواد و روش‌ها

شرکت کنندگان و طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه مورد مطالعه کلیه بازماندگان حادثه

ارتباط دارد.^{۱۳،۱۲} همچنین، این امر سبب کاهش عملکرد اجتماعی فرد، از هم‌پاشیدگی سیستم خانواده، عصبانیت، اضطراب، افسردگی، مشکلات روانی-اجتماعی، ترس در سایر افراد خانواده بیمار^{۱۵،۱۴} و مشکل در سیستم اجتماعی می‌شود که فرد با آن در ارتباط است.^{۱۶} مطالعات متعدد، نشان داده است که PTSD بر کارکردهای روان‌شناختی و شغلی، اثر منفی دارد.^{۱۷،۱۲} عوارض ناشی از بیماری‌های مزمن روانی PTSD، بخصوص برای فرد مبتلا و سایر اعضای خانواده سبب کاهش کیفیت زندگی آنها می‌شود.^{۲۰،۱۹}

بر این اساس، انجام مداخلات درمانی و پیشگیری لازم است. در مطالعات درمان‌های متعددی برای کنترل علائم این بیماری معرفی شده است که از جمله می‌توان به درمان‌های دارویی^{۲۱،۲۲} و مداخلات غیر دارویی نظیر روان‌درمانی‌های حمایتی فردی و گروهی و روش‌های رفتاری شناختی شامل آرامش بخشی عضلانی و حساسیت زدائی تدریجی و سایر انواع روان‌درمانی‌ها اشاره نمود.^{۲۳،۲۲}

گروه درمانی و گروه‌های حمایتی نیز وقتی تعداد زیادی از افراد تحت تأثیر واقعه قرار می‌گیرند بکار می‌روند و در درمان اختلال استرس پس از سانحه بطور شایع بکار رفته اند،^{۲۵} بر این اساس یول و همکارانش تکنیک‌های گروهی را برای مقابله با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه معرفی نمودند که مبتنی بر روش‌های رفتاری است و در درمان این اختلال به کار می‌رود.^{۲۶} بازگویی روانشناختی (Psychological Debriefing) نیز روش دیگری است که در ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از وقوع حادثه برای پیشگیری از وقوع اختلال بکار می‌رود^{۲۷} و با استفاده از روش‌هایی چون تعدیل هیجانات، عادی سازی پاسخ‌ها و آموزش در خصوص واکنش‌های روانشناختی طبیعی به وقایع در زمینه یک تیم حمایتی در یک جلسه منفرد درمانی برای جلوگیری و کاهش نشانه‌های اختلال بکار رفته است.^{۲۸} در مطالعات مختلف این مداخلات برای کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه ناشی از انواع مختلف تروماها نظیر سوانح جاده‌ای در ۱۰۶ نفر در ۲ گروه مداخله و شاهد بکار رفته است که گروه تحت مداخله نسبت به گروه شاهد افت عملکرد بیشتری داشتند که البته با توجه به شدت بیشتر آسیب و طول مدت بیشتر بستری در این گروه احتمال تأثیر این عوامل در نتایج مطرح است.^{۲۹} در مطالعه دیگری تأثیر این مداخلات را در جلوگیری از اختلال در افراد تحت تأثیر تروماهای متفاوت بررسی نمودند که

گروه‌های مناسب (حداکثر ۱۵ نفر) قرار گرفتند که در مجموع شامل ۷ گروه، ۵ گروه زن و ۲ گروه مرد شدند و سرانجام پس از انجام جلسات روان درمانی (۷ جلسه) و انجام دارودرمانی برای افراد نیازمند به دارو، مجدداً دو پرسشنامه مذکور در فاصله ۳ ماه پس از انجام مداخلات بهداشت روان بر روی افراد شناسایی شده جهت ارزیابی نتایج اجرا شد.

ابزار

الف) مصاحبه تشخیصی PTSD واتسون: توسط واتسون، جوبا و همکاران در سال ۱۹۹۹ بر اساس معیارهای DSM-III-R ساخته شد. این پرسشنامه، دارای ۲۱ سؤال است و علائم PTSD را در ۵ طبقه‌ی A، B، C، D و E بر اساس ملاک‌های PTSD در DSM مطرح می‌کند. واتسون و همکاران^{۱۶} ضریب پایایی این ابزار را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. مداحی، این ضریب را ۰/۶۸^{۱۸} و اصغرنژاد و میرزایی آن را ۰/۹۵ گزارش کردند.^{۱۸}

ب) چک لیست ارزیابی اختلال فشارروانی پس آسیبی (PTSD) بر مبنای DSMIV که شامل ۲۳ سؤال بود، که توسط اداره کل سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت به منظور ارزیابی و غربالگری استفاده شد.

آتش‌سوزی قطب صنعتی شهید بابائی شهرستان شازند بود که به روش سرشماری مورد بررسی و مطالعه قرار گرفتند. جهت مشخص نمودن نمونه مورد مطالعه ابتدا اطلاعات شامل ارزیابی اولیه وجود علائم اختلال فشار روانی پس آسیبی (PTSD) در جامعه مورد مطالعه جهت غربالگری بررسی شد. این ارزیابی ۳ علامت اصلی داشت که عبارت بودند از:

- ۱- یادآوری و تجربه مجدد حادثه
 - ۲- اجتناب یا دوری کردن از چیزهایی که یادآور حادثه می‌باشد
 - ۳- بیش برانگیختگی
- نمونه مورد مطالعه پس از غربالگری تعداد ۱۸۳ نفر در رده سنی ۱۸ سال به بالا بود که با دو پرسشنامه GHQ و چک لیست علائم اختلال فشار روانی و مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک مورد ارزیابی قرار گرفتند تا در خصوص ابتلا آنها به PTSD و همچنین تایید نتایج حاصل از چک لیست علائم اختلال فشار روانی پس آسیبی، اطمینان حاصل گردد که در کل تعداد ۱۱۱ نفر بزرگسال تعداد ۳۰ نفر مرد (۲۷٪) و ۸۱ نفر زن (۷۳٪) تشخیص نهایی داده شدند.

در مرحله سوم افراد بر اساس جنسیت و گروه سنی در

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی مداخلات روانشناختی برای افراد مبتلا به PTSD

| جلسات | مراحل | محتوای جلسات |
|-------|-----------------------|--|
| اول | برون ریزی هیجانی | بازگویی روانشناختی به مدت حدود ۲ ساعت، شامل بازگویی خاطره واقعه، احساسات و افکار، همراه با عادی سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجانها در یک محیط حمایت شده؛ همسان سازی احساسات در گروه |
| دوم | مقابله با افکار مزاحم | استفاده از روش‌های تجسمی، شامل روش تعویض جایگزینی افکار مزاحم به هنگام مراجعه با افکار و خاطرات و نیز روش‌های کوچک کردن و دور کردن خاطرات، قاب کردن و برگرداندن قاب تصویر به منظور مقابله با افکار مزاحم |
| سوم | آرام سازی | آموزش آرام سازی عضلانی به منظور کاهش نشانه‌های بیش برانگیختگی |
| چهارم | حساسیت زدایی نظام‌دار | حساسیت زدایی تدریجی با روش‌های تجسمی به منظور مقابله با بیش برانگیختگی |
| پنجم | ارزیابی و کاربرد | ۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف (۲) کاربرد مهارت‌های آموخته شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه ۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف |
| ششم | تمرین مهارت | مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده. |
| هفتم | تمرین مهارت | مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده. |

بهداشت روان غربال‌گری شدند. در پایان تعداد ۱۱۱ نفر از افراد بزرگسال تشخیص ابتلا به استرس پس از سانحه که شامل تعداد ۳۰ نفر مرد (۲۷٪) و ۸۱ نفر زن (۷۳٪) بودند، جهت درمان و تشکیل گروه درمانی مشخص شدند.

یافته‌ها

تعداد افراد نمونه ۱۱۱ نفر بود که از این تعداد ۳۰ نفر مرد (۲۷٪) و ۸۱ نفر زن (۷۳٪) بودند. بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۰-۴۰ و ۴۰-۴۹ سال با تعداد ۴۵ و ۳۶ نفر بود. همچنین کمترین فراوانی هم مربوط به گروه سنی ۷۰-۶۰ سال با تعداد ۴ نفر است. تعداد آزمودنی‌های مجرد ۲۰ نفر و آزمودنی‌های متأهل ۹۱ نفر بودند.

نتایج جدول ۳ نشان داد که در میان گروه‌های سنی مختلف از نظر میزان فراوانی اختلال فشار روانی پس آسیبی تفاوت وجود دارد.

جدول ۲: شیوع (درصد) اختلال فشار روانی پس آسیبی در گروه‌های سنی مختلف شهرستان شازند

| میزان شیوع | گروه‌های سنی |
|------------|--------------|
| ۵/۶۹ | ۱۸-۲۹ سال |
| ۶/۶ | ۳۰-۳۹ سال |
| ۵/۱ | ۴۰-۴۹ سال |
| ۳/۷ | ۵۰-۵۹ |
| ۳/۲ | ۶۰-۶۹ |

جدول ۳: آزمون χ^2 بین گروه‌های سنی مختلف

| مقادیر | شاخص‌های آماری |
|--------|----------------|
| ۷۲/۲۹۷ | χ^2 |
| ۵ | Df |
| ۰/۰۰۰ | Sig |

جدول ۴: توزیع فراوانی و درصد آزمودنی‌ها بر اساس جنسیت

| جنسیت | فراوانی | درصد |
|----------|---------|------|
| مرد | ۳۰ | ۲۷ |
| زن | ۸۱ | ۷۳ |
| تعداد کل | ۱۱۱ | ۱۰۰ |

ج) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ): پرسشنامه ۲۸ سوالی گلدبرگ که برای هر ماده به روش نمره گذاری لیکرت ۴ گزینه از ۰ تا ۳ در نظر گرفته شده است. یعقوبی سال ۱۳۷۴ با استفاده از حساسیت ۸۶/۵٪ و ویژگی ۸۲٪ اعتبار و پایایی بازآزمایی ۸۸٪ آن نمره برش را در ایران ۲۳ تعیین کرده است.

د) ساختارکلی درمان روان‌شناختی PTSD: بر اساس دستورالعمل حمایت‌های روانی اجتماعی در بلایا و حوادث غیرمترقبه وزارت بهداشت متن آموزشی کارشناسان بهداشت روان که این دستورالعمل پس از زلزله بم توسط اداره سلامت روان وزارت بهداشت تهیه شده است.

روش اجرا

جهت جمع آوری داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز پژوهش پس از انجام هماهنگی با فرمانداری شهرستان شازند، شورای روستاهای هفته و بازنه، مراکز بهداشتی درمانی هفته و بازنه، خانه‌های بهداشت روستاهای مذکور، هماهنگی با کارخانه‌های قطب صنعتی شهید بابائی و در نهایت شبکه بهداشت و درمان شهرستان شازند و مرکز بهداشت استان مرکزی چهار تیم دو نفره مشتمل بر ۸ نفر از کارشناسان بهداشت روان (دانشگاه علوم پزشکی اراک و بهزیستی) و چهار بهورز آشنا به منطقه به منظور تسهیل در برقراری ارتباط و جلب همکاری افراد آموزش‌های لازم در زمینه بیمار یابی را دریافت داشتند. جمع‌آوری اطلاعات توسط تیم مذکور در خلال ۲ هفته در فاصله زمانی ۸/۳۰ صبح الی ۱۳/۳۰ بعد از ظهر هر روز صورت می‌پذیرفت.

پس از انجام معارفه هر تیم توسط بهورزها بیمار یابی به صورت خانه به خانه توسط روانشناسان انجام شد. در مورد خانواده‌های آسیب دیده در روستاهای دیگر به دلیل این که حداقل یک نفر و حداکثر ۳ نفر آسیب دیده بودند غربالگری تنها در محدوده ۲۰ خانوار اطراف خانواده آسیب دیده انجام شد. علاوه بر این جهت غربالگری کارخانه‌های مجاور که شاهد حادثه بودند پس از انجام مکاتبات و هماهنگی‌های لازم توسط کارشناس بهداشت حرفه‌ای و کارشناس بهداشت روان شهرستان شازند تمام ۲۷ کارخانه موجود در قطب صنعتی شهید بابائی توسط کارشناسان

جدول ۵: نتایج آزمون χ^2 در دو گروه زنان و مردان

| شاخص‌های آماری | مقادیر |
|----------------|--------|
| χ^2 | ۲۳/۴۳۲ |
| Df | ۱ |
| Sig | ۰/۰۰۰ |

تجزیه داده‌ها در جدول ۶ نشان داد که تفاوت میزان شیوع در میان دو گروه متاهل و مجرد به صورت معنادار بود.

جهت بررسی تفاوت معنادار بین میزان شدت اختلال فشار روانی پس آسیبی در گروه زنان و مردان با توجه به میانگین نمرات گروه نمونه که با تکمیل چک لیست ارزیابی از اختلال فشار روانی پس آسیبی به دست آمد از آزمون t مستقل استفاده گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در جدول ۷ نشان داد بین دو گروه مردان و زنان از نظر میزان فشار روانی پس آسیبی تفاوتی مشاهده نشده است.

جهت بررسی اثربخشی انجام مداخلات بهداشت روان در کاهش علائم اختلال فشار روانی پس آسیبی با استفاده از میانگین نمرات افراد در قبل و بعد از انجام مداخلات که در پاسخ به چک لیست اختلال فشار روانی پس آسیبی به دست آمده بود، از آزمون t وابسته استفاده شد.

نتایج مندرج در جدول ۷ نشان داد که انجام مداخلات بهداشت روان به شیوه گروهی منجر به کاهش علائم در بازماندگان حادثه گردید.

جهت بررسی اثربخشی انجام مداخلات بهداشت روان در افزایش سلامت عمومی بازماندگان از طریق میانگین نمرات افراد در پرسشنامه سلامت عمومی در قبل و بعد مداخلات بهداشت روان با استفاده از آزمون t وابسته انجام گردید.

نتایج داده‌ها میزان شیوع در میان زنان بیش از مردان بود این میزان به ترتیب برابر با (۵/۷٪) و (۱۱/۷۱٪) بود، که این تفاوت در جدول ۵ به صورت معنادار بیان شده است.

از کل جمعیت تحت مطالعه ۱۳۳۴ نفر متاهل و ۱۸۴۹ نفر مجرد هستند که با استفاده از فرمول شیوع بیماری‌ها، میزان شیوع بیماری در میان افراد متاهل (۶/۸۲٪) و افراد مجرد (۱/۱٪) می‌باشد.

جدول ۶: نتایج آزمون χ^2 بین دو گروه متاهل و مجرد

| شاخص‌های آماری | مقادیر |
|----------------|--------|
| χ^2 | ۴۵/۴۱۴ |
| Df | ۱ |
| Sig | ۰/۰۰۰ |

جدول ۷: میزان شدت اختلال روانی پس آسیبی در زنان و مردان

| | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | درجه آزادی | آزمون t مستقل | Sig |
|-------|-------|---------|------------------|------------|---------------|-------|
| مردان | ۳۰ | ۱۲/۵۳ | ۶/۳ | ۱۰۹ | ۰/۸۳۹ | ۰/۴۰۳ |
| زنان | ۸۱ | ۱۱/۶۲ | ۴/۵ | | | |

جدول ۷: نتایج آزمون t وابسته بین میانگین نمرات علائم استرس پس از آسیب افراد قبل و بعد از انجام مداخلات روان‌شناختی

| گروه‌ها | شاخص‌ها | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | درجه آزادی | آزمون t وابسته | Sig |
|---------------|---------|-------|---------|------------------|------------|----------------|-------|
| قبل از مداخله | | ۱۱۱ | ۱۱/۹ | ۵/۰۳ | ۱۱۰ | ۱۴/۹۸۳ | ۰/۰۰۰ |
| پس از مداخله | | ۱۱۱ | ۴/۵۹ | ۳/۰۸ | | | |

جدول ۸: نتایج آزمون t وابسته با استفاده از میانگین نمرات افراد در پرسشنامه GHQ

| گروه‌ها | شاخص‌ها | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | درجه آزادی | آزمون t وابسته | Sig |
|--------------------------|----------------|-------|---------|------------------|------------|----------------|-------|
| | | | | | | | |
| نمره کل GHQ | قبل از مداخلات | ۱۱۱ | ۳۶/۷ | ۱۴/۷ | ۱۱۰ | ۱۲/۳۷۳ | ۰/۰۰۰ |
| | بعد از مداخلات | ۱۱۱ | ۲۴/۳ | ۹/۸ | | | |
| نشانه‌های جسمانی | قبل از مداخلات | ۱۱۱ | ۹/۸ | ۳/۴ | ۱۱۰ | ۱۴/۰۹۵ | ۰/۰۰۰ |
| | بعد از مداخلات | ۱۱۱ | ۵/۵ | ۲/۹ | | | |
| اضطراب | قبل از مداخلات | ۱۱۱ | ۹/۵ | ۱/۴ | ۱۱۰ | ۱۳/۱۰۱ | ۰/۰۰۰ |
| | بعد از مداخلات | ۱۱۱ | ۵/۵ | ۳/۲ | | | |
| اختلال در کارکرد اجتماعی | قبل از مداخلات | ۱۱۱ | ۱۱/۵ | ۳/۷ | ۱۱۰ | ۱۲/۱۸۸ | ۰/۰۰۰ |
| | بعد از مداخلات | ۱۱۱ | ۷/۳ | ۲/۹ | | | |
| افسردگی | قبل از مداخلات | ۱۱۱ | ۷ | ۵ | ۱۱۰ | ۹/۳۵۶ | ۰/۰۰۰ |
| | بعد از مداخلات | ۱۱۱ | ۳/۴ | ۲/۶ | | | |

اکثراً نتایج مثبت داشته‌اند. جنکینز در مطالعات خود اثرات مثبتی را برای اینگونه مداخلات گزارش نمود.^{۳۷} در یک مطالعه اثر گروه درمانی با استفاده از بازگویی روان‌شناختی در بازماندگان وقایع طبیعی ۶ ماه پس از واقعه بررسی شد که کاهش علائم در هر دو گروه مداخله و شاهد گزارش شد.^{۳۸} در یک مطالعه دیگر نیز بازگویی روان‌شناختی در پرسنل آتش‌نشانی و پلیس استفاده شد که در گروه مداخله موجب کاهش وقوع اختلال استرس پس از سانحه گردید.^{۳۹} نتایج فکور و همکاران (۱۳۸۳) در بررسی اثربخشی بازگویی روان‌شناختی و مداخلات رفتاری گروهی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در بازماندگان زلزله بم نشان از تغییر معنادار میانگین فراوانی نشانه‌های PTSD قبل و بعد از مداخله داشت. یکی از دلایل اثربخشی این روش درمانی را می‌توان مربوط به گروهی بودن آن دانست. روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمانی می‌شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند.^{۴۰} در واقع گروهی بودن این روش درمانی سبب همسان سازی احساسات در بین اعضا می‌شود.

نتایج جدول ۸ نشان داد در تمام موارد (نمره کل آزمون GHQ و نمره هریک از ۴ بعد) بین میانگین نمرات افراد در قبل و بعد از انجام مداخلات تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتار درمانی گروهی بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و سلامت عمومی در بازماندگان حادثه آتش سوزی قطب صنعتی شهید بابائی شهرستان شازند بود. نتایج نشان داد که رفتار درمانی گروهی در کاهش شدت تمامی علائم اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان مؤثر است. مداخلات حمایتی روانی اجتماعی شامل یک جلسه بازگویی روان‌شناختی و سه جلسه گروه درمانی رفتاری و یک جلسه ارزیابی و کاربرد و دو جلسه تمرین مهارت توانستند به طور معنادار علائم PTSD را کاهش دهند، همچنین به طور معنادار بر سلامت عمومی و مولفه‌های آن اثربخش بودند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات روان‌شناختی در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. مقایسه میانگین نمرات آزمودنی‌ها، پیش و پس از انجام مداخلات نشان دهنده تفاوت معنادار بین این دو مرحله بود. مطالعاتی که به بررسی اثر روش‌های شناختی رفتاری در نوجوانان و بزرگسالان پرداخته‌اند

اسمیت و همکاران^{۲۱} اشاره می‌کنند، کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌تواند تأثیر مستقیمی نیز بر کاهش نشانه‌های اختلال همراه به عنوان مشکلات ثانویه داشته باشد. در درجه دوم، می‌توان کاهش اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در عملکردهای اجتماعی را با کاهش برانگیختگی مرتبط دانست، این کاهش برانگیختگی می‌تواند ناشی از کاهش تجربه مجدد افکار و خاطرات مزاحم باشد.^{۲۲} از سوی دیگر، تجدید خاطره تصویری رویداد آسیب‌زا در مراحل ابتدایی درمان با سطوح بالایی از ناراحتی و اضطراب افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در عملکردهای اجتماعی همراه است، اما به نظر می‌رسد که با تکرار این مواجهه تصویری و پس از آن مواجهه در محیط واقعی به نوعی خوگیری اتفاق می‌افتد و سطح نشانه‌ها به تدریج کاهش می‌یابد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از پژوهش مبین وجود تفاوت معناداری در میانگین نمرات آزمون سلامت عمومی و اختلال استرس پس از سانحه آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله بود. به بیان دیگر انجام مداخله در افزایش سلامت عمومی بازماندگان و کاهش اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی و کاهش علائم نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب موثر است. با توجه به اینکه مداخلات رفتار درمانی گروهی به صورت قابل توجهی در کاهش علائم نشانه‌های PTSD و افزایش سلامت عمومی موثر است این روند در بازماندگان سایر حوادث و توجه به مشکلات روانی آنها توصیه می‌شود.

به طور کلی نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب در دو گروه جای می‌گیرند: گروه اول که مزاحمت‌ها و اجتناب نامیده می‌شود، افکار مزاحم، رویاهای مکرر، بازگشت سریع خاطره، بیش‌فعالی نسبت به علائم آسیب و اجتناب از افکار یا عوامل یادآوری را در بر می‌گیرد. گروه دوم به نام بیش برانگیختگی و کرختی، نشانه‌هایی را شامل می‌شود که حالت سستی، از دست دادن علاقه به فعالیت‌های روزمره، آشفتگی خواب، تحریک پذیری و احساس کوتاه شدن آینده را در بر دارند. بنابراین افکار مزاحم موجب اجتناب از یادآوری‌های ناراحت‌کننده می‌شود و بیش برانگیختگی به پاسخ کرختی می‌انجامد.^{۲۳} بازگویی روانشناختی سبب می‌شود که خاطره واقعه همراه با احساسات و افکار بیان گردد، که با توجه به محیط حمایت‌شونده سبب می‌شود هیجان‌های همراه با خاطره تعدیل و تخلیه گردند، این روش با آرام‌سازی عضلانی سبب می‌شود که مزاحمت‌ها و اجتناب از مرور سانحه از بین برود. این یافته با نتایج فوآ، ریگز، مسی و یارکوزور (۱۹۹۵) همسان است. آنان دریافتند بیمارانی که در جلسه اول مواجهه ترس‌های شدیدتری را بروز می‌دادند نسبت به کسانی که شدت کمتری از ترس را نشان می‌دادند سود بیشتری از درمان می‌بردند. بیمارانی که خشم بیشتری قبل از درمان گزارش کردند نسبت به بیمارانی که خشم کمتری داشتند از درمان سود بیشتری بردند.

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر، تأثیر رفتاردرمانی گروهی در کاهش علائم سلامت عمومی (اضطراب، افسردگی، نشانه‌های جسمانی و اختلال در عملکردهای اجتماعی) بود. در تبیین این یافته می‌توان به دو نکته اشاره کرد. در درجه نخست همان طور که

References

- Mirzai j, karami gh. A comprehensive guide to theory and practice in post traumatic stress disorder. Veterans Medical Research Institute for Science and Engineering. Tehran.2007. [In Persian].
- Livanuo M, Bassoglu M, Salcioglu EB, et al. Traumatic stress responses in treatment seeking earthquake survivors in turkey. J Nerv Mental disorder. 2002; 190(12): 816-23.
- March JS, Amaya-jackson L, Murray MC, et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescent with posttraumatic stress disorder after a single-incident stressor. J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry. 1998; 37(6): 585-593.
- Dadsetan p. Morbid psychology of change. tehran, Publication Samt. 2005. [In Persian].
- Car VJ, Lewin TJ, Webster RA, et al. Psychosocial sequel of the 1989 Newcastle earthquake. Psychol Med. 1997; 27(1): 167-78.
- Sadock BJ, & Sadock AV. Synopsis of psychiatry behavioral and clinical psychiatry (10ed).2007.
- Parsons ER. Victims of Disasters, Helping people Recover. 2004.
- American psychiatric association: Diagnosis and statistical manual disorder text revision 1980-1994-2000 washington Dc.

9. Halgin RP, Whitborne SK. Abnormal psychology. 2003.
10. Radfar SH. Assessment Mental health of children 15 to 18 years of war. *J Military Med.* 2005; 3: 205 [In Persian].
11. Mendlowicz MV, & Sten MB. Quality of life in individuals with anxiety disorder. *Am J psychiatry* 2000; 666-682.
12. Calhoun P, Bekham J & Boswooth H. Caregivers and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *J trauma stress* 2002; 15(3): 205.
13. Sayers SL, Farrow VA, Ross J & Oslin DW. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 163-170
14. Attari A. Stress in children of veterans. Fourth Symposium on the prevention and treatment of neurological, psychological impacts of war. Center for Mental Health. 2007. [In Persian].
15. Renshaw K, Rodrigues C, & Jones D. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom. 2008. Veterans: Relationships with spouses' perceptions of veterans' experiences and symptoms. *J fam Psychol.* 2008; 22: 586-594.
16. Ray S, & Vanstone M. The impact of PTSD on veterans' family relationships: An interpretative phenomenological inquiry. *International Journal of Nursing Studies.* 2009; 46: 838-847.
17. Mousavi B, Montazeri A, & Soroush M. Quality of life of female veterans with spinal cord injury. *J Payesh* 2007; 6: 81-75 [In Persian].
18. Madahi M. Assessment posttraumatic stress disorder in patients with PTSD due to war. MA thesis. Allameh University. 1992. [In Persian].
19. Mehrparvar F. The quality of life in veterans with chronic PTSD in psychiatric hospital Sadr. unpublished B.Sc. thesis. IAU Roudehen branch. 2007 [In Persian].
20. Carlson E, & Ruzek, J. PTSD and family. National center for PTSD. U.S. Department of veteran's affairs. Available at: www.ncptsd.va.gov/facts/specific/ps-family.html. 2005.
21. Fridman MJ. Current and future drug treatment for PTSD patients. *Psychiatric Ann.* 1998; 28: 461-8.
22. Argouropoulos SV. The psychobiology of Anxiety disorders. *Pharmacol Therap.* 2000; 88: 213-27.
23. Perry BD, Azad I. Post traumatic stress disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr.* 1999; 11(4): 310-16.
24. Pfefferbaum B. Post traumatic stress disorder in children: A review of the 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(11): 1503-1.
25. Pfefferbaum B. Post traumatic stress disorder in children: A review of the 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(11): 1503-11.
26. Basoglu M, Livanou M, Salcioglou E, et al. A brief behavioral treatment of chronic post traumatic stress disorder in earthquake survivors: Result from an open clinical trial. *Psychological Medicine.* 2003; 33(4): 647-54.
27. Yul W, Canterbury R. The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry.* 1994; 6: 141-51.
28. Deabl M. Psychological debriefing. In: Nutt D, Davidson JRT, Zohar J. Post-traumatic stress disorder. London, Martin Dunitz. 2000 Pp:115-31.
29. Chemtob CM, Tomas S, Law W, et al. Post disaster psychosocial interventions: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatr.* 1997; 154(3): 415-7.
30. Mayou RA, Ehler A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims. *Brit J Psychiatry.* 2000; 176: 589-93.
31. Suzanna R, Janathan BI, Simon WE. Psychological debriefing for preventing PTSD. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 2: CD000560.
32. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, et al. Single session debriefing after psychological trauma: A meta analysis. *Lancet.* 2002; 360: 766-71.
33. Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions for trauma-related symptoms and the prevention of PTSD. *Cochrane Database Rev.* 2001; 3: CD000560.
34. Kenardy JA, Webster RA, Levin TJ, et al. Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *J Trauma stress* 1996; 9(1): 37-49.
35. Bisson JI, Shephrd JP, Joy D, probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress symptom after physical injury: Randomized clinical trial. *Brj psychiatry* 2004; 184: 63-9.
36. Gharai M, Mahmoodi M, Fakor y, & Momtazbakhsh M. Effects of psychosocial support interventions - social bookmarking PTSD Drnvjvanan Azsanhh Bam earthquake damaged. *Iranian J Pediatr.* 2006; 15(3). [In Persian].
37. Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta psychiatrica scandinavica.* Munksgaard international publishers. 2001; 104(6): 423-37.
38. Chemtob CM, Tomas S, Law W, et al. Post disaster psychosocial interventions: A field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatr.* 1997; 154(3): 415-7.
39. Smith CL, de Chesnay M. Critical incident stress debriefings for crisis management in post traumatic stress disorders. *Med Law.* 1994; 13(1-2): 185-91.

40. Mokhtari S. Effectiveness of cognitive - behavioral approach to group on depression in patients with Multiple Sclerosis. Psychology [thesis]. Isfahan: Isfahan University. 2006. [In Persian]
41. Hakim Shoostari M, Panaghi L, Attari Moghadam, J. Outcome of Cognitive Behavioral Therapy in Adolescents after Natural Disaster. J Adolesc Health. 2008; 42: 466-72.

Archive of SID