

## مطالعه میزان افسردگی، اضطراب و استرس در اعضای خانواده آسیب‌دیدگان شیمیایی سردشت

### Study of depression anxiety and stress among family members of chemical warfare victims in Sardasht

خدابخش احمدی<sup>\*</sup>، محمود رشادت‌جو<sup>\*\*</sup>، غلام‌رضا کرمی<sup>\*\*\*</sup>

#### چکیده

**مقدمه:** تسلیحات شیمیایی اثرات مخرب جسمی و روانی بر افراد آسیب‌دیده می‌گذارد، بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان افسردگی، اضطراب و استرس در خانواده‌های افراد آسیب‌دیده شیمیایی انجام شده است.  
**روش:** شامل دو گروه، خانواده‌های افراد آسیب‌دیده جنگ‌افزارهای شیمیایی منطقه سردشت شامل همسران و فرزندان و افراد مشابه از شهروندان همان منطقه که تحت‌تاثیر مستقیم اثرات حملات شیمیایی نبوده‌اند به صورت تصادفی سیستماتیک وارد این مطالعه شدند. اختلالات روانی شامل افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از مقیاس DASS مورد بررسی قرار گرفت. آزمون آماری T و خی ۲ برای بررسی متغیرهای مورد نظر استفاده شد.

**نتایج:** میزان افسردگی، اضطراب و استرس در میان همسران گروه مورد نسبت به همسران گروه شاهد و نیز میزان اختلالات در میان فرزندان دو گروه به طور قابل ملاحظه‌ای بیش‌تر است (همه موارد  $P < 0.05$ )، اما در داخل گروه مورد تفاوت چندانی بین مادران و فرزندان دیده نمی‌شود ( $P < 0.05$ ).

**بحث:** نتایج نشان‌دهنده وجود میزان بالایی از علائم اختلالات روانشناختی، به ویژه اضطراب و افسردگی در بین اعضای خانواده افراد آسیب‌دیده حملات شیمیایی است. هر چند سایر مردم ساکن سردشت که تحت‌تاثیر سایر آثار جنگ بوده‌اند نیز دارای میزانی از علائم اضطراب و افسردگی هستند.  
**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، اضطراب، خانواده، آسیب‌دیدگان

شیمیایی، سردشت

#### Abstract

**Introduction:** Physical and psychological side-effects of chemical warfare on victims have been shown in several studies, we established this study to compare psychological disorders among family and households of chemical warfare victims.

**Methods:** All family members of victims of Sardasht chemical warfare attack and systematic randomized adjusted people without direct damages of chemical attacks in the same region entered into the study. Mental disorders such as depression, anxiety and stress evaluate by Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). We used Chi square and t test, to analyze variables.

**Results:** Depression, anxiety and stress rates were considerably frequent among victims' wives than adjusted controls; mentioned disorders were prevalent among children too. ( $P < 0.05$ ) But no significant differences were seen between mothers and children in separate groups. ( $P > 0.05$ )

**Discussion:** Results show higher mental disorders among victims' families. Although psychological problems are frequent in peoples who live in war region without direct chemical damages too.

**Key words:** Depression, Anxiety, Family, Chemical warfare victims, Sardasht

## مقدمه

از زمان به کارگیری تسلیحات شیمیایی در جنگ جهانی دوم، وسیع‌ترین حملات شیمیایی در جنگ ایران و عراق (۱۹۹۰-۱۹۹۸) بر علیه نظامیان و غیر نظامیان ایرانی صورت گرفته است. به طوری که با گذشت بیش از ۲۰ سال از این حملات همچنان حدود ۳۴۰۰۰ آسیب‌دیده ناشی از حملات در ایران به ثبت رسیده‌اند. (تولایی و همکاران، ۱۳۸۳)، (هاشمیان و همکاران، ۲۰۰۶).

با این وجود مطالعات انجام شده در این زمینه در مقایسه با سایر جنگ‌های مشابه و تقریباً هم‌زمان مانند جنگ خلیج فارس محدود است و مطالعه بر روی اعضای خانواده‌های آسیب‌دیدگان و همسران و فرزندان اندک و انگشت‌شمار است. این افراد که در بسیاری از موارد در زمان حملات آسیب مستقیم جسمی را تجربه نکرده‌اند اما نه تنها در معرض حملات بوده‌اند بلکه تجربه زندگی با فرد آسیب‌دیده با مشکلات خاص جسمی و روانی دارند و از طرفی بار برخی از مسوولیت‌ها را بر عهده گرفته‌اند که به تدریج باعث بروز علائم اختلالات روانشناختی در افراد می‌شود.

در حال حاضر مفهوم اختلالات نیابتی یا ثانویه به ویژه<sup>۱</sup> PTSD نیابتی در روانپزشکی مطرح است، این موضوع در مورد افرادی مطرح می‌شود که به طور غیر مستقیم درگیر تجربیات و موقعیت‌های تروما نبوده‌اند و معمولاً وظیفه مراقبت از افراد آسیب‌دیده را داشته و یا کلاً با این افراد زندگی کرده‌اند. برای مثال کودکان سربازان جنگ ویتنام مبتلا به PTSD، از نظر عزت‌نفس و واقعیت‌سنجی و کنار آمدن با احساسات درونی خود دچار اختلال بودند و بیش‌فعالی و رفتار تهاجمی از خود نشان می‌دادند. (هارکس، ۱۹۹۳).

برخی مطالعات نشان می‌دهند که شیوع PTSD در پسران جوان ۳/۷ درصد و در دختران جوان ۶/۳ درصد است. (APA, 2003). از سوی دیگر حدود ۳۰ درصد مردان و زنان که زمانی را در یک منطقه جنگی

سپری کرده‌اند دچار PTSD می‌شوند. (جانسون و همکاران، ۲۰۰۸). با این که برخی معتقدند که زنان ممکن است نسبت به مردان در معرض خطر بیش‌تری برای PTSD باشد. (کسلر، ۲۰۰۵، تولین و فوا، ۲۰۰۶). ولی مطالعات اخیر نشان می‌دهد که خطر PTSD به نظر می‌رسد در هر دو جنس برابر باشد. (هوجی و همکاران، ۲۰۰۷). از سوی دیگر مطالعه بر روی افراد غیر نظامی در شرق افغانستان نیز نشان می‌دهد که علائم افسردگی، اضطراب و PTSD در زنان نسبت به مردان شایع‌تر است. (اسچولت، ۲۰۰۴). کودکان نیز به طور اختصاصی به علت خصوصیات روانشناختی، فارماکولوژیک و تکاملی‌شان مستعد اثرات سلاح‌های کشتار جمعی هستند، هر چند ممکن است تظاهرات بالینی آن‌ها مشابه بالغین نباشد، اما فهم نیازمندی‌های فیزیولوژیک و موقعیتی کودکان باعث می‌شود که بقا و پیامد کودکان در زمان بروز حوادث مصیبت‌بار و فجایع به حد مطلوب برسد. (دی‌جانگ، کامپروی، ۲۰۰۱). مطالعه اخیر در ونکوور کانادا نیز موید این مطلب است که میزان شیوع اختلالات روانی در میان کودکان در معرض مناقشات نسبت به جمعیت عادی بیش‌تر است. (آتانایاک، مک‌کی، جوفرز، ۲۰۰۹) با توجه به شمار بالای این قبیل مناقشات در دنیا در حال حاضر اطلاعات اندکی در مورد اختلالات روانی در میان کودکان متأثر از جنگ وجود دارد.

همان‌طور که قبلاً نیز ذکر شد انتظار می‌رود مشکلات مزمن جانبازان شیمیایی به ویژه در افرادی که سرپرست خانواده محسوب می‌شوند تاثیر مستقیم و غیر مستقیم بر روی سلامت روان سایر اعضای خانواده داشته باشد. مطالعه پیش‌رو یکی از مجموعه مطالعات محققان در منطقه سردشت در شمال غرب ایران است که توسط تیم تحقیقاتی در سال ۱۳۸۸ بر روی خانواده‌های مصدومین شیمیایی و نیز افراد شاهد به انجام رسیده است. این مطالعه بر روی افراد خانواده‌هایی که سرپرست خانوار آن‌ها از مصدومین

<sup>1</sup>- Post Traumatic Stress Disorder.

شیمیایی هستند، در مقایسه با شهروندانی که تجربه همزیستی با همسر یا پدران آسیب دیده از جنگ افزارهای شیمیایی را نداشته‌اند، با هدف بررسی اختلالات روانی شامل افسردگی، اضطراب و PTSD صورت گرفته است تا به این سوال اساسی پاسخ دهد که میزان افسردگی، اضطراب و استرس در اعضای خانواده آسیب دیدگان شیمیایی سردشت چقدر است؟

## روش

گروه تحقیقاتی مجموعه‌ای از مطالعات را در منطقه سردشت آذربایجان غربی در سال ۱۳۸۷ طراحی و اجرا نمود که این بخش مطالعه برای بررسی وضعیت سلامت روان از نظر اختلالات افسردگی، اضطراب و PTSD در بین خانواده مصدوم شیمیایی در مقایسه با افراد متناظر که تحت تاثیر عوارض تسلیحات شیمیایی نبوده‌اند می‌باشد.

در این مجموعه مطالعات مقطعی پس از اخذ مجوز لازم و هماهنگی با بهداشت روانی بنیاد شهید و ایثارگران همه پرونده‌های مصدومان شیمیایی (۱۳۳۶ مورد) موجود در بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان سردشت، مورد بررسی قرار گرفت. از بین پرونده‌ها، مواردی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند (مواجهه ثابت شده سرپرست (پدر خانواده) با سموم ناشی از بمباران شیمیایی سردشت، خانواده کامل (شامل پدر، مادر و حداقل یک فرزند مجرد بالای ۱۵ سال)، عدم وجود بیماری مزمن یا بدخیمی در سایر اعضای خانواده، دیگر افراد خانواده مصدوم شیمیایی یا جسمی نباشند و رضایت برای شرکت در مطالعه داشته باشند) مورد بررسی قرار گرفت.

خانواده ۱۷۶ مصدوم شیمیایی، دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند و از این تعداد، خانواده ۱۶۱ مصدوم شیمیایی در مطالعه شرکت کردند.

(۴/۹۱ درصد) پرونده خانواده نیز در مرحله کنترل پرسشنامه‌ها (به علت ناقص بودن اطلاعات درج شده) از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۵۰ خانواده مورد

بررسی قرار گرفتند. برای انتخاب خانواده‌های گروه کنترل، ۵ منطقه شهرستان سردشت، به صورت تصادفی خوشه‌ای و ۶۰۰ خانواده به صورت تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ۳۵ خانواده، تمایلی برای تکمیل پرسشنامه نداشتند، ۴۸۷ خانواده، معیارهای ورود به مطالعه (عدم وجود فرد شهید یا جانباز در خویشاوندان درجه یک خانواده، خانواده کامل، عدم وجود بیماری مزمن یا بدخیمی در اعضای خانواده) را نداشتند. برای ۱۷۸ خانواده‌ای که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، پرسشنامه‌ها تکمیل شد و در نهایت پرونده ۲۲ خانواده، در مراحل کنترل پرسشنامه‌ها (به علت ناقص بودن اطلاعات درج شده) از مطالعه خارج شدند و ۱۵۶ خانواده به عنوان جمعیت کنترل، مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه نهایتاً افراد خانواده مصدوم شیمیایی با افراد متناظر خود در گروه شاهد مورد مقایسه قرار گرفتند.

پرسشنامه افراد شامل اطلاعات دموگرافیک و نیز مقیاس<sup>۱</sup> DASS بود. این مقیاس دارای ۴۲ سوال است که توسط لایبوند ۱۵ طراحی و هنجاریابی شده است. این مقیاس میزان افسردگی، اضطراب و استرس (هر یک با ۱۴ سوال) را اندازه‌گیری می‌کند. منظور از استرس در این مقیاس، شامل استرس‌های فیزیکی و روانی می‌باشد. مطالعات انجام شده توسط لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵، نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای زیر مقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب و ۰/۷۱ برای افسردگی است. هر سوال دارای پاسخ ۴ گزینه‌ای می‌باشد که گزینه‌ها «هیچ وقت»، «کمی»، «گاهی» و «همیشه» که به ترتیب، نمره ۱ تا ۳ دارند. در افسردگی نمره ۰ تا ۹ طبیعی، ۱۰ تا ۱۳ خفیف، ۱۴ تا ۲۰ متوسط، ۲۱ تا ۲۷ شدید و ۲۸ و بالاتر خیلی شدید طبقه‌بندی می‌شوند. برای اضطراب نمره ۰ تا ۷ طبیعی، ۸ تا ۹ خفیف، ۱۰ تا ۱۴ متوسط، ۱۵ تا ۱۹ شدید و ۲۰ و بالاتر خیلی شدید طبقه‌بندی می‌شوند. استرس با

<sup>۱</sup> - Depression, Anxiety and Stress Scale.

همسران گروه مورد و شاهد و فرزندان گروه مورد و شاهد به ترتیب ۶۷/۳ درصد، ۴۱ درصد، ۵۷/۳ درصد و ۳۸/۲ درصد می‌باشد. (جدول ۱)

آنالیز داده‌ها بین همسران و فرزندان هر گروه در مورد هر سه اختلال نشان می‌دهد که به جز در مورد اختلال اضطراب ( $P=0/006$ ) و نیز استرس ( $P=0/017$ ) در گروه شاهد در سایر زمینه‌ها تفاوتی بین مادران و فرزندان دیده نمی‌شود. (همگی  $P>0/05$ ). اما بررسی نتایج نشان می‌دهد که تفاوت‌های نسبت‌ها بین همسران دو گروه و نیز فرزندان کاملاً معنادار است. (همه موارد  $P<0/005$ ). نتایج معیار DASS به صورت کمی (میانگین و انحراف معیار) نیز در جدول ۲ ارائه شده است. آنالیز داده‌های کمی نشان می‌دهند که تفاوت میانگین‌ها در میان همسران دو گروه از نظر هر سه زمینه اختلالات معنادار هستند. ( $P=0/000$ ). این تفاوت معنادار در مورد هر سه اختلال در بین فرزندان دو گروه نیز دیده می‌شود. ( $P=0/000$ ) اما بررسی میانگین اختلالات بین فرزندان و مادران به جز تفاوت نسبتاً جزئی در زمینه استرس در بین مادران و فرزندان ( $P=0/032$ ) در سایر موارد اصلاً تفاوتی ندارند. (همه موارد  $P<0/005$ ) (جدول ۲)

نمره ۰ تا ۱۴ طبیعی، ۱۵ تا ۱۸ خفیف، ۱۹ تا ۲۵ متوسط، ۲۶ تا ۳۳ شدید و ۳۴ و بالاتر خیلی شدید طبقه‌بندی می‌شوند. (لاویبوند، ۱۹۹۵).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا برای گزارشات توصیفی از معیارهای تمرکز (میانگین و میانسه)، معیارهای پراکندگی (انحراف معیار و واریانس) استفاده شد و برای آزمون فرضیات، از روش‌های آزمون خی ۲ و T، استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS-13 آنالیز شد.

### نتایج

در این مطالعه ۸۳۸ نفر شامل ۴۳۶ نفر در گروه مورد (همسران ۱۵۰ و فرزندان ۲۸۶ نفر) و ۴۰۲ نفر در گروه شاهد (همسران ۱۵۶ و فرزندان ۲۴۶ نفر) قرار داشتند. از این تعداد در گروه ۱۰/۴ درصد همسران و ۴۵/۹ درصد فرزندان و در گروه شاهد ۳۵/۹ درصد همسران و ۴۵/۹ درصد فرزندان تحصیلات دیپلم و بالاتر داشتند. همچنین ۸۰/۸ درصد همسران گروه مورد و ۸۱/۳ درصد همسران گروه شاهد شغلی نداشتند، در میان فرزندان این میزان‌ها تا حدودی مشابه و به ترتیب ۸۹/۲ درصد و ۸۲/۹ درصد در گروه مورد و شاهد بود. بر اساس طبقه‌بندی هر کدام از اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس به ۵ گروه نرمال، خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید نتایج حاصله حاکی از آن است که ۵۲/۷ درصد همسران گروه مورد و تنها ۳۲/۷ درصد همسران گروه شاهد افسردگی خیلی شدید دارند این نسبت‌ها در میان فرزندان به صورت ۴۷/۲ درصد و ۲۷/۶ درصد به ترتیب در گروه مورد و شاهد است. (جدول ۱)

اما نتایج حاصل از بررسی میزان اضطراب نشان‌دهنده اختلال شدیدتر است به طوری که ۹۰/۷ درصد همسران و ۹۱/۳ درصد فرزندان گروه مورد دچار اختلال خیلی شدید هستند که نسبت‌ها در همسران و فرزندان گروه شاهد به ترتیب ۷۵ درصد و ۵۸/۵ درصد است. میزان استرس خیلی شدید هم به ترتیب در

جدول ۱- فراوانی اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس در میان فرزندان و همسران به تفکیک گروه‌های مورد و شاهد<sup>۱</sup>

اختلال	گروه	نسبت با فرد آسیب دیده	طبیعی	خفیف	متوسط	شدید	خیلی شدید
افسردگی	مورد	همسر	٪۰/۷	٪۲/۷	٪۱۸/۰	٪۲۶/۰	٪۵۲/۷
		فرزند	٪۱/۷	٪۳/۵	٪۲۳/۸	٪۲۳/۸	٪۴۷/۲
	شاهد	همسر	٪۵/۸	٪۹/۰	٪۱۹/۹	٪۳۲/۷	٪۳۲/۷
		فرزند	٪۶/۹	٪۷/۳	٪۲۷/۶	٪۳۰/۵	٪۲۷/۶
اضطراب	مورد	همسر	-	٪۲/۰	٪۱/۳	٪۶/۰	٪۹۰/۷
		فرزند	-	٪۱/۴	٪۱/۷	٪۵/۶	٪۹۱/۳
	شاهد	همسر	٪۳/۲	٪۴/۵	٪۳/۸	٪۱۳/۵	٪۷۵/۰
		فرزند	٪۴/۵	٪۳/۳	٪۵/۷	٪۲۸/۰	٪۵۸/۵
استرس	مورد	همسر	-	٪۰/۷	٪۱۲/۷	٪۱۹/۳	٪۶۷/۳
		فرزند	-	٪۲/۱	٪۱۶/۱	٪۲۴/۵	٪۵۷/۳
	شاهد	همسر	٪۹/۶	٪۴/۵	٪۱۷/۹	٪۲۶/۹	٪۴۱/۰
		فرزند	٪۹/۳	٪۱۰/۲	٪۲۶/۰	٪۱۶/۳	٪۳۸/۲

جدول ۲- مقایسه میزان اختلالات افسردگی، اضطراب و استرس در بین گروه‌های مورد مطالعه با استفاده از آزمون  $t$

P value	انحراف معیار	میانگین	نسبت	گروه	
۰/۰۰۱	۱۰/۸۳	۳۴/۴۰	مورد	همسر	افسردگی
	۹/۶۳	۲۳/۸۹	شاهد		
۰/۰۰۱	۱۱/۰۲	۲۸/۷۴	مورد	فرزند	
	۱۰/۶۵	۲۳/۲۵	شاهد		
۰/۰۰۱	۱۰/۹۶	۳۲/۷۶	مورد	همسر	اضطراب
	۱۱/۴۲	۲۶/۷۲	شاهد		
۰/۰۰۱	۱۰/۳۲	۳۰/۹۷	مورد	فرزند	
	۱۱/۳۶	۲۴/۴۳	شاهد		
۰/۰۰۱	۱۰/۶۹	۳۹/۲۱	مورد	همسر	استرس
	۱۲/۷۷	۳۱/۶۴	شاهد		
۰/۰۰۱	۱۰/۷۰	۳۶/۸۹	مورد	فرزند	
	۱۳/۹۶	۳۰/۸۸	شاهد		

۱- طراحی جدول به صورتی است که مجموع درصدها در یک ردیف ۱۰۰٪ می‌باشد. بر اساس آزمون  $t$ ،  $(P < ۰/۰۰۵)$  در مورد همسران دو گروه و نیز فرزندان دو گروه به طور جداگانه در زمینه همه اختلالات،  $(P < ۰/۰۰۵)$  در مورد همسران و فرزندان در داخل یک گروه به جز اختلال اضطراب ( $P = ۰/۰۰۶$ ) و نیز استرس ( $P = ۰/۰۱۷$ ) در گروه شاهد

### بحث و نتیجه گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که میزان اختلالات روانی شامل افسردگی، اضطراب و استرس در خانواده‌های آسیب‌دیدگان حملات شیمیایی به طور قابل ملاحظه‌ای بیش از خانواده‌هایی است که در معرض این حملات نبوده‌اند، هر چند سایر انواع مناقشات نظامی را همسان با افراد آسیب‌دیده تجربه کرده‌اند. اختلال به تفکیک بین همسران و نیز فرزندان هر دو گروه قابل مشاهده است. نتایج در واقع نشان‌گر تاثیر جمعی تسلیحات شیمیایی در آسیب‌دیدگان و متقابلاً افزایش اختلالات در خانواده آن‌هاست.

مطالعه‌ای که در مورد خانواده‌های بازماندگان جنگ‌های دیگر انجام شده است نیز بیش‌تر بودن اختلالات در این افراد را تایید می‌کند. کودکان نظامیان کویتی که در جنگ خلیج حضور داشتند ۶ سال بعد از جنگ، درصد بالاتری از اختلالات رفتاری (۱۷ درصد)، اضطراب و افسردگی (۱۴٪) را نشان می‌دهند به ویژه افرادی که پدرانشان به طور قابل ملاحظه‌ای از اختلالات PTSD و افسردگی رنج می‌برند. آلتورکیت، اوهایری (۲۰۰۸). نکته مهم دیگر این است که PTSD، اضطراب و افسردگی و نیز وضعیت اجتماعی مادران کاملاً با نتایج و پیامد کودکان مرتبط بود. اگر چه اثر اختلالات هر دو والد به کودکان مهم است ولی اضطراب مادر یک عامل پیش‌گویی‌کننده شایع و مهم در پیامد کودکان است. در مطالعه فوق کودکان با متوسط ۱۳/۸ سال سن با احتساب گذشت ۶ سال از جنگ در واقع در زمان جنگ متوسط سنی ۷/۸ سال را داشتند. در کودکان ۵ تا ۱۶ ساله سربازان نیالی یک سال بعد از جنگ میزان افسردگی (۴۶/۱ درصد)، PTSD (۳۹ درصد)، اضطراب (۵۳/۳ درصد) و مشکلات روانشناختی (۶۲/۴ درصد) شایع بود و در مقایسه با کودکانی که پدرانشان در جنگ حضور نداشته‌اند در معرض خطر بیش‌تری از افسردگی و اضطراب در دختران و PTSD در پسران بودند. کوهرت، جوردنز (۲۰۰۸). تداوم این اختلالات حتی بعد از کنترل مواجهه با تروما اهمیت مساله را دو چندان می‌کند.

از سوی دیگر میزان مواجهه با تروما و شدت آن با افزایش بروز PTSD کودکان نیز نشان داده شده

است. (کاتانی و همکاران ۲۰۰۸). ده سال بعد از نسل‌کشی در رواندا، ۴۴ درصد کودکان دچار PTSD بودند، این میزان در کودکانی که در درون خانواده زندگی می‌کردند نسبت به کودکان ساکن موسسات نگهداری بیش‌تر بود. (اسچال، البرت ۲۰۰۶) مواجهه با تروما در سنین مدرسه نسبت به سنین قبل از مدرسه نیز عوارض روحی بیش‌تری را نشان می‌دهد. مطالعه بر روی وجود تفاوت یا تشابه بین شانس بروز اختلالات روحی متعاقب تروما در زنان و مردان مورد مناقشه علمی است. مطالعات بر روی شهروندان غیر نظامی حاکی از بیش‌تر بودن قابل توجه شیوع افسردگی و اضطراب و نیز PTSD در میان زنان است. (ولف، اریکسون ۱۹۹۹). اما این تفاوت‌ها در نظامیان جنگ ویتنام، خلیج فارس و افرادی که در اقدامات صلح‌جویانه شرکت داشتند نتایج متفاوتی از هم دارد. (آدلر، هافمن ۲۰۰۵. آنوین ۲۰۰۲). اما مطالعه جنگ افغانستان نشان می‌دهد که در زنان غیرنظامی علایم افسردگی (۷/۳)، اضطراب (۱۲/۸) و PTSD (۸/۵) بسیار بیش از مردان بوده است.

مطالعه مشابه که در همین منطقه توسط هاشمیان و همکاران انجام شده است نتایج حاصل نیز نشان‌دهنده میزان بالاتر اختلالات روانشناختی در افرادی است که علاوه بر تسلیحات معمول تحت‌تاثیر سلاح‌های شیمیایی نیز قرار گرفته‌اند، اما در آن مطالعه فرزندان و سایر افراد خانواده که متأثر از آسیب مستقیم نبوده‌اند مورد بررسی نبوده و نتایج نیز به تفکیک جنس گزارش شده است، بلکه این نتایج در مقایسه با افرادی است در مناطقی دیگر که صرفاً تسلیحات معمول جنگی بر علیه‌شان استفاده شده است.

نتایج مطالعات فوق و مطالعه پیش رو به طور کلی تاییدکننده اثر مناقشات جنگی به عنوان یک تروما بر کل اعضای خانواده است، و حتی عدم حضور در زمان جنگ و یا تحت‌تاثیر مستقیم اثرات جنگ نبودن نیز مانع از بروز اختلالات روانی در سایر افراد نمی‌کند. مواجهه با فرد آسیب‌دیده از اثرات جنگ در خانواده و در نتیجه مواجهه با مشکلات متعاقب آن مانند افزایش

بار مسوولیت روی همسران و گاه فرزندان و تغییر نقش حامی روحی در خانواده و گاه از دست دادن آن می‌توانند از علل احتمالی بروز اختلالات باشند. نکته مهم دیگر در مطالعه ما که اثر جنگ‌افزارهای شیمیایی را بر بروز اختلالات مهم‌تر جلوه می‌دهد این است که افراد مورد مطالعه در هر دو گروه مورد و کنترل، همگی بومی و ساکن یک منطقه بوده‌اند و سایر تجربیات جنگ در هر دو مشابه هم بوده است. در نتیجه هر چند نمی‌توان به قطع از احتمال بالاتر بودن دوز- اثر جنگ‌افزارهای شیمیایی سخن گفت ولی نتایج مطالعه این فرضیه را در ذهن ایجاد می‌کند.

در نهایت محققان پیشنهاد می‌دهند که به علت حجم بالای اختلالات روحی در میان آسیب‌دیدگان شیمیایی و خانواده آن‌ها نیاز به بررسی‌های مداخله‌ای بیش‌تر وجود دارد. همچنین تشکیل کلینیک ویژه اختلالات روانی برای این افراد نیز اهمیت بسزایی برای این افراد دارد.

**تشکر و قدردانی:** لازم است از پژوهشکده علوم پزشکی و مهندسی جانبازان و به خصوص دکتر سروش که فرصت اجرای این پژوهش را فراهم ساختند و نیز از جانبازان شیمیایی سردشت و خانواده آن‌ها که با ارائه اطلاعات مورد نیاز پژوهشگران را یاری کردند سپاسگذاری نماییم.

12- Lovibond PF, Lovibond SH. ( 1995)The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behave Res Ther.33 (3):335-43.

13- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. (2<sup>nd</sup>. Ed.) Sydney: Psychology Foundation. ISBN 7334-1423-0  
<http://www2.psy.unsw.edu.au/Groups/Dass/down.htm>  
 (Available from the Psychology Foundation, Room 1005 Mathews Building, University of New South Wales, NSW 2052, and Australia)

14- Pirmoradi U. Persian translation of DASS scale. Azad Islamic university of Masjed Solyman, Iran  
<http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/Persian/Pirmoradi.htm>

15- Brown, T.A., Chorpita, B.F., Korotitsch, W., and Barlow, D.H. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. Behavior Research and Therapy35,79-89

16- Al-Turkait FA, Ohaeri JU. (2008)Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first gulf war. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 29; 2(1):12.

17- Kohrt BA, Jordans MJ, Tol WA, Speckman RA, Maharjan SM, Worthman CM, Komproe IH. (2008) Comparison of mental health between former child soldiers and children never conscripted by armed groups in Nepal.JAMA. 13; 300(6):691-702.

18- Catani C, Jacob N, Schauer E, Kohila M, Neuner F.( 2008) Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. BMC Psychiatry. 2008 May 2; 8:33.

19- Schaal S, Elbert T. (2006 ) Ten years after the genocide: trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents. J Trauma Stress; 19(1):95-105.

20- Wolfe J, Erickson DJ, Sharkansky EJ, King DW, King LA. (1999) Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War Veterans: a prospective analysis. J Counsel Cline Psychos 67:520-28.

21- Adler AB, Huffman AH, Bliese PD, Castro CA. (2005) the impact of deployment length and experience on the well-being of male and female soldiers. J Occup Health Psycho 10:121-37.

22- Unwin C, Hotopf M, Hull L, Ismail K, David A, Wessely S. (2002) Women in the Persian Gulf: lack of gender differences in long-term health effects of service in United Kingdom Armed Forces in the 1991 Persian Gulf War. Mil Med 167:406-13.

## منابع

۱- تولایی سید عباس. آثاری شروین. نجفی مصطفی. حبیبی مهدی. قناعی مصطفی، (۱۳۸۳) مطالعه کیفیت خواب در جانبازان شیمیایی. مجله طب نظامی. سال ۶: شماره ۴: صفحات ۲۴۱-۲۴۹

2- Hashemian F, Khoshnood K, Desai MM, Falahati F, Kasl S, Southwick S. Anxiety, (2006) depression, and posttraumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare.JAMA. 2; 296(5):560-6.

3- Ibid, Figley, p. 210; Harkness, Laurie Leydie.(1993). "Tran generational Transmission of War Related Trauma" in International Handbook of Traumatic Stress Syndrome, eds. John P. Wilson and Beverley Raphael (New York: Plenum Press, 1993), p. 36.

4- American Psychiatric Association.(2003) High Percentage of Youth in the U.S. Report Symptoms of Posttraumatic Stress and Other Disorders [press release]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 3.  
<http://www.apa.org/news/press/releases/2003/08/youth-disorders.aspx>

5- Johnson H, Thompson A.(2008) The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review. Cline Psycho Rev. 28(1):36-47.

6- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. (2005) Prevalence, severity, and co morbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Co morbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 62:617-27.

7- Tolin DF, Foa EB. (2006) Sex differences in trauma and post-traumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. Psychol Bull 6:959-92.

8- Hoge CW, Clark JC, Castro CA.(2007;) Commentary: women in combat and the risk of post-traumatic stress disorder and depression. Int J Epidermal. 36(2):327-9.

9- Scholte WF, Olf M, Vent Vogel P, de Vries GJ, Jansveld E, Cardozo BL, Crawford CA.(2004)Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. JAMA. 4; 292(5):585-93.

10- de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, van De Put W, Somasundaram D.( 2001)Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 post conflict settings. JAMA. 1; 286(5):555-62.

11- Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F Jr, Mills E. (2009) Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. Med Confl Surviv. 25(1):4-19.