

اختلال پس از استرس ضربه‌ای در دانش‌آموزان دبستانی شاهد به دار آویختن یک مجرم

دکتر عباس عطاری^{*}، دکتر سعیده دشتی^{**}، معصومه محمودی^{***}

چکیده

مقدمه: بسیاری از کودکانی که شاهد صحنه‌های خشونت و جنایت هستند دچار علائمی از اختلال پس از استرس ضربه‌ای (PTSD) می‌شوند. در این پژوهش PTSD در دانش‌آموزان یک دبستان که شاهد به‌دار آویخته شدن یک مجرم در ملاء عام بودند بررسی شده است.

مواد و روش کار: این بررسی توصیفی بر روی ۲۰۰ دانش‌آموز ۷-۱۱ ساله یک دبستان که از نزدیک صحنه اعدام را دیده بودند انجام شد. برای گردآوری داده‌ها فهرست علائم PTSD بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV و هم‌چنین شاخص واکنش PTSD در کودکان (CPTSD-RI)، سه ماه پس از حادثه با مصاحبه با والدین و کودکان به کار برده شد. داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های دو تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که ۵۲٪ افراد دچار علائمی از PTSD هستند. ۴۳٪ تجربه دوباره، ۳۱٪ افزایش برانگیختگی و ۱۲٪ رفتارهای اجتنابی را نشان دادند. شایع‌ترین علائم، تجربه دوباره و احساس ناراحتی شدید در به یاد آوردن حادثه بود. فراوانی PTSD ۱۲٪ بود. میانگین شدت علائم PTSD بر پایه CPTSD-RI $39/1 \pm 2/7$ (متوسط تا شدید) بود. **نتیجه‌گیری:** دیدن صحنه به‌دار آویختن می‌تواند سبب بروز علائم PTSD در حد متوسط تا شدید در کودکان گردد.

کلیدواژه: اختلال پس از استرس ضربه‌ای، کودکان، به‌دار آویختن

مقدمه

اصلی علائم PTSD، شامل تجربه دوباره^۱، رفتار اجتنابی^۳ و افزایش برانگیختگی^۴ برای دست‌کم یک‌ماه، از معیارهای تشخیصی این اختلال است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

اختلال پس از استرس ضربه‌ای^۱ (PTSD) با واکنش‌هایی مانند ترس، احساس درماندگی یا وحشت همراه است. سه بخش

* روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان. اصفهان، خیابان استانداری، مرکز پزشکی نور، مرکز تحقیقات علوم رفتاری. فاکس: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵ (نویسنده مسئول).
E-mail: attari@excite.com

** پزشک عمومی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، بیمارستان خورشید، اصفهان.

*** کارشناس پژوهشی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، بیمارستان خورشید، اصفهان.

1- Posttraumatic Stress Disorder
3- avoidance

2- reexperience
4- hyperarousal

پسرانه به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. افرادی که در یک سال گذشته سابقه ای از ترومای شدید یا مراجعه به روانشناس یا روانپزشک داشتند و یا صحنه اعدام را ندیده بودند از بررسی حذف شدند. سن آزمودنی ها ۱۱-۷ سال (میانگین ۸/۸۵، انحراف معیار ۱/۲۳) بود.

فهرستی بر پایه معیارهای PTSD در DSM-IV^{۳۳} در برگیرنده سه مجموعه علایم (تجربه دوباره شامل پنج علامت، اجتناب و کمرختی هیجانی شامل هفت علامت و افزایش برانگیختگی شامل پنج علامت) تهیه گردید. این فهرست بر پایه مصاحبه بالینی توسط پزشک همکار طرح که طی چند جلسه توسط روانپزشک آموزش دیده بود، تکمیل گردید. در مواردی که ابهام وجود داشت از مشاوره روانپزشک کمک گرفته می شد. برای تشخیص تجربه دوباره دست کم یک علامت از پنج علامت، برای رفتارهای اجتنابی و کمرختی هیجانی سه علامت از هفت علامت و برای افزایش برانگیختگی دست کم دو علامت از پنج علامت را باید می داشت. برای تشخیص PTSD ضروری است که فرد هر سه علامت اصلی را با هم داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

برای بررسی تأثیر استرس پس از ضربه، مصاحبه با کودکان و پدران و مادران ایشان سه ماه پس از حادثه (فروردین ۱۳۸۱) انجام گردید.

برای ارزیابی شدت اثرات ضربه و شدت علایم، شاخص واکنش PTSD در کودکان^{۳۴} (CPTSD-RI) به کار برده شد. ضریب پایایی این آزمون به روش بازآزمایی برای ۳۰ نفر از دانش آموزان ۸۶٪ به دست آمد. روایی آزمون با روش اعتبار محتوا و نظرخواهی از چند تن از استادان روانشناس و روانپزشک بررسی شد. این پرسش نامه دارای ۲۰ ماده است که شدت واکنش کودکان را در برابر رویدادها می سنجد. هر ماده بر حسب شدت آن از صفر تا ۴ نمره گذاری می شود

رویدادهایی چون خشونت های انسانی مانند ترور، تجاوز به عنف و دیگر کشی و یا رخداد های تهدید کننده زندگی مانند حوادث رانندگی و یا حوادث طبیعی هم چون سیل و زلزله (نورث^۱، نیکسون^۲ و شریعت^۳، ۱۹۹۹) از این دسته اند. این رویدادها برای کودکان به عنوان فشارهای روانی شدید و تهدیدی جدی برای سلامت روان و رشد روانی و جسمی آنان به شمار می روند (گریس^۴، ۲۰۰۳؛ سینگر^۵، آنکلین^۶، سانگ^۷ و لانگوفر^۸، ۱۹۹۵؛ اگیستین^۹، فرانک^{۱۰}، پوزنر^{۱۱} و زاگ^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ ففرباوم^{۱۳}، ۲۰۰۲).

دیدن رفتارهای خشونت آمیز پیامدهای کوتاه مدت و درازمدت بر هیجانها، رشد اجتماعی و شناختی کودکان دارد (جف^{۱۴}، ولف^{۱۵}، ویلسون^{۱۶} و زاگ^{۱۷}، ۱۹۸۶a). بسیاری از کودکانی که شاهد خشونت های انسانی هستند نشانه هایی از PTSD، خشم، رفتارهای ضد اجتماعی، بزهکاری و رفتارهای تکانه ای را نشان می دهند (همان جا). آنها ممکن است از اضطراب، افکار مزاحم، کم خوابی و افسردگی نیز رنج ببرند. از سوی دیگر دیدن برخی صحنه ها ممکن است بر بزرگسالان تأثیر پایداری بر جای نگذارد، اما دیدن همان صحنه ها ممکن است بر کودکان تأثیر پایدار آسیب زا بر جا گذارد (همان جا). به گزارش کیل پاتریک^{۱۸} و ویلیامز^{۱۹} (۱۹۹۷) کودکانی که شاهد رفتارهای تهدید کننده زندگی نسبت به پدران و مادران خود بوده اند بسیاری از علایم PTSD را نشان داده اند. به طور کلی کودکانی که شاهد صحنه های خشونت بار هستند، در حقیقت قربانیان فراموش شده^{۲۰} می باشند (بورمن^{۲۱} و آلن-مرس^{۲۲}، ۱۹۹۴).

پژوهش حاضر در این راستا و با هدف بررسی علایم اختلال پس از استرس ضربه ای در دانش آموزان یک دبستان پسرانه شهر اصفهان که شاهد مراسم به دار آویخته شدن یک نفر مجرم بودند اجرا گردید. مراسم اعدام طی حدود دو ساعت در کنار آن مدرسه و در ساعت های بعد از ظهر انجام شده بود. طی این مدت بیشتر دانش آموزان شاهد این مراسم بودند.

مواد و روش کار

این بررسی توصیفی - مقطعی در بهار سال ۱۳۸۱ در شهر اصفهان انجام شده است. آزمودنی های پژوهش ۲۰۰ نفر از دانش آموزان شیفت عصر بودند که در روز حادثه شاهد صحنه اعدام بودند. این افراد از میان دانش آموزان یک دبستان

1- North	2- Nixon
3- Shariat	4- Grace
5- Singer	6- Anglin
7- Song	8- Lunghofer
9- Augystyn	10- Frank
11- Posner	12- Zuckerman
13- Pfefferbaum	14- Jaffe
15- Wolfe	16- Wilson
17- Zak	18- Kilpatric
19- Williams	20- neglected victims
21- Burman	22- Allen-Mears
23- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	
24- Child-PTSD-Reaction Index	

جدول ۱- فراوانی مطلق و نسبی علایم PTSD در آزمودنی‌های پژوهش (n=۲۰۰)

علامت	فراوانی (%)
علایم تجربه دوباره	
یادآوری مکرر حادثه	۵۸ (۲۹)
کابوس و رؤیاهای مرتبط با حادثه	۴۲ (۲۱)
واکنش‌های فیزیولوژیک شدید در مواجهه با عوامل به‌خاطر آورنده حادثه	۴۰ (۲۰)
عمل یا احساس به‌گونه‌ای که انگار واقعه تکرار می‌شود	۳۲ (۱۶)
ناراحتی شدید روانی در مواجهه با عوامل به‌خاطر آورنده حادثه	۲۸ (۱۴)
علایم اجتنابی و کرختی هیجانی	
کوشش در راستای پرهیز از فعالیت‌ها یا مکان‌هایی که باعث یادآوری حادثه می‌گردند	۴۰ (۲۰)
محدود شدن علائق و مشارکت در فعالیت‌ها	۳۲ (۱۶)
کوشش در راستای پرهیز از افکار یا احساسات مرتبط با حادثه	۲۴ (۱۲)
احساس بیگانگی با دیگران	۲۴ (۱۲)
احساس آینده‌های کوتاه (انتظار ادامه تحصیل، اشتغال و ازدواج را نداشتن)	۲۰ (۱۰)
محدود شدن دامنه عواطف	۱۴ (۷)
ناتوانی در به یاد آوردن جنبه‌های مهمی از حادثه	۱۰ (۵)
علایم افزایش برانگیختگی	
تحریک پذیری یا خشم	۵۶ (۲۸)
گوش به زنگ بودن	۴۴ (۲۲)
افزایش واکنش از جا پریدن	۴۴ (۲۲)
اختلال در تمرکز	۳۸ (۱۹)
اختلال در خواب	۳۴ (۱۷)

آزمون‌های دو بین میزان تحصیلات پدر و مادر با فراوانی علایم PTSD رابطه‌ای معکوس نشان داد ($p < ۰/۰۵$) (جدول ۲). کمترین میزان فراوانی تجربه دوباره مربوط به کودکانی بود که خانواده آنها ۳ و ۴ نفر بودند (۲۰٪) و کمترین میزان فراوانی اجتناب و کرختی هیجانی و هم‌چنین افزایش برانگیختگی در کودکانی بود که شمار اعضای خانواده آنها بیش از ۴ نفر بود. آزمون آماری‌های دو تفاوت را معنی‌دار نشان داد ($p < ۰/۰۵$).

(بر پایه ارزیابی پدر و مادر یا آموزگار). نمره صفر به معنای نداشتن و نمره‌های یک تا چهار به ترتیب نشان دهنده تأثیر خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید می‌باشد. این آزمون توسط روانشناس برای همه آزمودنی‌ها اجرا گردید.

در جمع نمره‌های به‌دست آمده، نمره‌های کمتر از ۱۲ به معنای نداشتن استرس، ۲۴-۱۲ استرس خفیف، ۳۹-۲۵ استرس متوسط، ۵۹-۴۰ استرس شدید و نمره بالاتر از ۵۹ به معنای استرس بسیار شدید می‌باشد (فوا^۱، جانسون^۲، فینی^۳ و تردول^۴، ۲۰۰۱؛ پینوس^۵ و همکاران، ۱۹۸۷).

داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری‌های دو تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

با توجه به این که همه دانش‌آموزان این دبستان معدل بالاتر از ۱۸ داشتند و دارای وضعیت تحصیلی کم و بیش یکسانی بودند، تأثیر این متغیر بررسی نشد. ۱۰۴ نفر از مجموع ۲۰۰ نفر (۵۲٪) دست کم یکی از علایم اصلی سه‌گانه PTSD را داشتند. ۸۶ نفر (۴۳٪) تجربه دوباره (دست کم یک علامت)؛ ۲۴ نفر (۱۲٪) علایم اجتنابی و کرختی هیجانی (دست کم سه علامت) و ۶۲ نفر (۳۱٪) دچار افزایش برانگیختگی (دست کم دو علامت) بودند. فراوانی علایم مربوط به تجربه دوباره آزمودنی‌های پژوهش در **جدول ۱** ارایه شده است.

از میان دانش‌آموزانی که دارای علامت تجربه دوباره بودند، ۵۸ نفر (۲۹٪) دچار یادآوری دردناک و پی‌درپی حادثه نشان داده شدند. از میان دانش‌آموزانی که علایم اجتنابی یا کرختی هیجانی داشتند، ۲۰٪ رفتارهای پرهیز از فعالیت‌ها، مکان‌ها یا اشخاص مرتبط با حادثه را یادآور شدند. در دانش‌آموزانی که افزایش برانگیختگی داشتند، ۵۶ نفر (۲۸٪) تحریک‌پذیری بیش از اندازه و یا حملات خشم را عنوان نمودند (جدول ۱).

میانگین شدت علایم بر پایه CPTSD-RI برابر با ۳۹/۱ (انحراف معیار ۳/۷) بود. به بیان دیگر شدت علایم در کودکانی که شاهد صحنه اعدام بودند در سه ماه پس از این رویداد در حد متوسط تا شدید برآورد می‌شود. در این بررسی میزان فراوانی PTSD بر پایه معیارهای DSM-IV برابر با ۱۲٪ بود.

1- Foa
3- Feeny
5- Pynoos

2- Johnson
4- Treadwell

جدول ۲ - رابطه سطح تحصیلات والدین با فراوانی علایم اختلال پس از استرس ضربه‌ای

سطح تحصیلی	تجربه دوباره		اجتناب		افزایش برانگیختگی		بدون علامت	
	مادر٪	پدر٪	مادر٪	پدر٪	مادر٪	پدر٪	مادر٪	پدر٪
لسانس و بالاتر	۵	۷	۰	۰	۲	۵	۷	۸
دیپلم و فوق دیپلم	۱۹	۱۷	۶	۴	۱۴	۱۰	۴	۴
کمتر از دیپلم	۱۹	۱۹	۶	۸	۱۵	۱۶	۳	۲
جمع	۴۳	۴۳	۱۲	۱۲	۳۱	۳۱	۱۴	۱۴

بحث

PTSD در کودکانی که در معرض ضربه روانی و آسیب‌های شدید قرار گرفته‌اند دیده می‌شود. در مورد پیامدهای شناختی و آسیب‌های روانی کودکانی که شاهد خشونت‌های انسانی و صحنه‌های دلخراش می‌باشند، اطلاعات کمی در دست است (سینگر، ۱۹۹۵؛ اگوستین، ۲۰۰۲). بر پایه یافته‌های این بررسی بیش از نیمی از کودکانی که شاهد مراسم اعدام بودند دست کم یکی از علایم اصلی سه گانه PTSD را نشان دادند و PTSD پس از گذشت سه ماه از رویداد در ۱۲٪ دانش‌آموزان مورد بررسی دیده شد. در بررسی‌های انجام شده شیوع همه عمر PTSD بین ۱ تا ۱۴٪ گزارش شده است. در کسانی که در معرض ضربه‌های شدید قرار داشته‌اند، میزان شیوع آن بین ۵ تا ۷۵٪ گزارش شده است (سادوک^۱ و سادوک، ۲۰۰۳؛ فرباوم و همکاران، ۲۰۰۲). در گزارش نورث، اسمیت^۲ و اسپیتزناگل^۳ (۱۹۹۹) در پی‌گیری یک‌ساله بازماندگان یک حادثه تیراندازی، ۲۴٪ علایم PTSD را داشتند و ۱۲٪ سایر علایم اختلال‌های روانپزشکی را نشان دادند.

در این بررسی، علامت‌های شایع پس از گذشت ۳ ماه از حادثه یادآوری مکرر و ناخوشایند حادثه، کابوس‌ها و رؤیاهای مرتبط با حادثه، واکنش‌های فیزیولوژیک شدید در رویارویی با عواملی که یادآور حادثه بودند، کوشش در راستای پرهیز از فعالیت‌ها، مکان‌ها یا اشخاصی که باعث یادآوری حادثه می‌گردند، تحریک‌پذیری و خشم و حالت گوش به زنگ بودن بوده است. سینگر و همکاران (۱۹۹۵) علایمی هم‌چون افسردگی، خشم، اضطراب، حالت‌های تجزیه‌ای و علایم PTSD را در این زمینه گزارش کرده‌اند. جف و همکاران (۱۹۸۶b) افزون بر PTSD به خشم، رفتارهای بزهکارانه و تکانشی، افکار مزاحم، کم‌خوابی، افسردگی و اضطراب هم اشاره نموده‌اند. به‌طور کلی کودکانی که شاهد

رفتارهای تهدیدکننده زندگی هستند بسیاری از علایم PTSD را نشان می‌دهند (کیلیاتریک و همکاران، ۱۹۹۷). یافته‌های بررسی حاضر مبنی بر وجود میزان استرس متوسط تا شدید در آزمودنی‌های پژوهش، با یافته‌های پینوس و همکاران (۱۹۸۷) هم‌سویی دارد. آنان دریافتند که شدت واکنش کودکان در برابر ضربه‌های شدید روانی می‌تواند تا حد نسبتاً شدید باشد و حتی تا ماه‌ها پس از ضربه نیز در حد شدید تا متوسط باقی بماند (پینوس و همکاران، ۱۹۸۷).

این بررسی، سطح تحصیلات پایین پدران و مادران و شمار بیشتر اعضای خانواده را به عنوان دو عامل خطر در شیوع بیشتر PTSD نشان داد. در کودکانی که سطح تحصیلات پدر و مادر آنها دیپلم یا کمتر بود و هم‌چنین در خانواده‌هایی که شمار اعضای آنها از چهار نفر بیشتر بود، علایم PTSD شیوع بیشتری داشته است. در بسیاری بررسی‌ها سطح اجتماعی و اقتصادی خانواده به‌عنوان یکی از عوامل خطر در بروز PTSD شناخته شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳).

پی‌گیری پیامدهای آسیب‌زای حادثه یکسال پس از آن نیز مورد نظر پژوهشگران این بررسی بود که مسئولین دبستان با اجرای آن موافقت نمودند.

به‌طور کلی از دیدگاه بهداشت روان ضروری است کودکان را از دیدن صحنه‌های خشونت و درگیری‌های انسانی، اعدام، قتل، ترور، تصادفات شدید رانندگی، مراسم به‌خاک‌سپاری و جنگ باز داشت.

یکی از محدودیت‌های بررسی حاضر نپرداختن به فراوانی سایر علایم غیر از PTSD و هم‌چنین ارزیابی نکردن عوامل رشدی و پیشرفت تحصیلی بود.

انجام بررسی‌های گسترده‌تر در زمینه میزان شیوع سایر اختلال‌های روانی در این کودکان و به‌کارگیری گروه‌های هم‌تا پیشنهاد می‌شود.

1- Sadock

2- Smith

3- Spitznagel

- girls' and boys' behavioral symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 143, 74-77.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., & Zak L. (1986b). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 142-146.
- Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1997). Posttraumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 639-644.
- North, C. S., Nixon, S. J., & Shariat, S. (1999). Psychiatric disorder among survivors of the Oklahoma city bombing. *JAMA*, 282, 755-762.
- North, C. S., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1997). One-year follow-up of survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1696-1702.
- Pfefferbaum, B. (2002). *Posttraumatic stress disorder*. In: M. Lewis (Ed.). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. (3rd. ed.) (p.p. 912-921). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., & Eth, S. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Sadock, B. J., & Sadock V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry (9th. ed.)* (p.p. 624-625). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Singer, M. I., Anglin, T. M., Song, L., & Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *JAMA*, 273, 477-482.

سیاسگزاری

از مسئولین محترم آموزش و پرورش اصفهان به ویژه مسئولین و آموزگاران دبستان پسرانه جنت که در اجرای طرح همکاری داشته‌اند، قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۲/۶؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۵/۲۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۶/۴

منابع

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Augystyn, M., Frank, D. A., Posner, M., & Zuckerman, B. (2002). Children who witness violence and parent report of children's behavior. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 146, 800-803.
- Burman, S., & Allen-Meares, P. (1994). Neglected victims of murder: Children's witness to parental homicide. *Social Work*, 39, 28-34.
- Foa, E. B., Johnson, K., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.
- Grace, B. V. (2003). *Child witnesses to domestic violence*. Available on: <http://uptodateonline.com/application/topic/print.asp>. accessed.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K., & Zak, L. (1986a). Family violence and child adjustment: A comparative analysis of