

مقایسه بیماران دارای ادعای غرامت مالی و بدون ادعای غرامت مالی از نظر وجود اختلالات روانی ۴ ماه پس از آسیب مغزی تروماتیک

سجاد رضائی* - دکتر سید ولی... موسوی** - دکتر شاهرخ یوسف زاده*** - دکتر سید حشمت...
موسوی***

* پژوهشگر مرکز تحقیقات تروما و دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان
** استادیار گروه روانشناسی دانشگاه گیلان
*** دانشیار جراحی اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، مرکز تحقیقات تروما
**** روانپزشک و سرپرست اداره مشاوره دانشگاه علوم پزشکی گیلان

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه بیماران با و بدون ادعای غرامت مالی از نظر وجود اختلالات روانی در پیگیری ۴ ماهه پس از آسیب مغزی تروماتیک^۱ بود.

روش بررسی: در مجموع ۲۳۸ بیمار دچار TBI (۴۳ زن و ۱۹۵ مرد) در قالب یک مطالعه توصیفی - طولی به شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی و پیاپی وارد مطالعه شدند و هر یک از آنها تحت معاینات جراحی اعصاب قرار گرفتند و پس از کسب رضایت، اطلاعات جمعیت شناختی آنها گردآوری گردید. پس از ۴ ماه پیگیری، ۱/۶۵٪ (۱۵۵ نفر) از بیماران جهت تعیین اختلالات روانی ناشی از TBI با استفاده از مصاحبه ساختار یافته بالینی بر پایه ضوابط تشخیصی DSM-IV به یک روانپزشک مراجعه نمودند.

یافته‌ها: از ۱۵۵ بیمار پیگیری شده، ۹۲ نفر به دلیل حادثه منجر به TBI هنوز پیگیری ادعای غرامت مالی بودند و ۴۷ نفر مایل به طرح دعوی قضایی نبودند و اطلاعات ۱۶ بیمار دیگر نامشخص بود. ۶۶ بیمار شاکی و ۳۷ بیمار غیر شاکی نیز (به ترتیب ۷۱/۸٪ و ۷۸/۷٪) پس از ۴ ماه از آسیب‌دیدگی شان اختلالات روانی پس از TBI را از خود نشان دادند. نتایج آزمون مجذور کای بیانگر آن بود که هیچ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه با و بدون ادعای غرامت مالی از نظر وجود اختلالات روانی ناشی از TBI حتی پس از کنترل شدت آن و سطح ناتوانی کلی ناشی از TBI وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: فراوانی بالای اختلالات روانی در مرحله حاد پس از TBI به همراه موارد جدید تغییر شخصیت، اختلالات خلقی و اضطرابی، چشمگیر است اما در این میان بیماران شاکی و غیر شاکی، تفاوت قابل ملاحظه‌ای از نظر بروز اختلالات روانی تا ۴ ماه پس از TBI با یکدیگر ندارند.

واژگان کلیدی: آسیب مغزی تروماتیک، اختلالات روانی، بیماران شاکی و غیر شاکی، ادعای غرامت مالی.

تأیید مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۲

وصول مقاله: ۱۳۸۹/۵/۲۵

نویسنده پاسخگو: رشت، خیابان نامجو، بیمارستان پورسینا، مرکز تحقیقات تروما و توسعه تحقیقات بالینی، Rezaei_psy@hotmail.com

مقدمه

مسأله‌ای عالم‌گیر در بهداشت عمومی شمرده می‌شود و پیشتر نیز تحت عنوان «همه‌گیری خاموش یا پنهان»^۲ خوانده می‌شد، چرا که درباره علایم و پیامدهای آن نظیر مشکلات عصبی-روانی، که ممکن بود بلافاصله آشکار نشود، دانش اندکی وجود داشت (۱ و ۲). TBI

آسیب مغزی تروماتیک^۱ (TBI) تجربه‌ای فاجعه‌بار است که زندگی هر انسانی را پس از آسیب‌دیدگی دگرگون می‌نماید. از آن جا که این عارضه به سبب ماهیت پیچیده تغییرات حاد یا کوتاه مدت و درازمدت آن می‌تواند به نحو چشمگیری با پیامد و کیفیت زندگی پس از آسیب مغزی تداخل نماید، در کانون توجه قرار گرفته است. همچنین TBI

1 - TBI

2- Traumatic brain injury

3 - Silent or hidden epidemic

حاضر تعداد قابل توجهی از بیماران دچار TBI به دلیل بروز تصادفات جاده‌ای، خشونت، حوادث محیط کار و سایر علل منتهی به ایجاد TBI درگیر دعوی قضایی^{۱۱} شده و به دلیل جبران خسارات وارده از مبادی پزشکی- قانونی ادعای دریافت غرامت مالی^{۱۱} می‌نمایند. در این میان در مورد مقایسه و یا ارتباط عامل دعوی قضایی با فراوانی و بروز اختلالات روانی، به ویژه در فاز حاد پس از TBI، پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است. در این مطالعات اندک نیز، نتایج متفاوت و گاه کاملاً متناقض را نشان داده‌اند. همه یافته‌های ذیل در مورد عامل دعوی قضایی یا ادعای غرامت مالی در بیماران دچار TBI بیانگر آن هستند که اثرگذاری این عامل، در ارتباط با متغیرهای دربرگیرنده آسیب‌دیدگی و عوامل روانی- اجتماعی هنوز در پرده‌ای از ابهام قرار دارد.

دسته‌ای از پژوهش‌ها نظیر بیندر و رولینگ^{۱۲} در پژوهشی با استفاده از روش فراتحلیل^{۱۳} بر روی ۱۷ مطالعه نتیجه گرفتند که مشوق‌های مالی اثر تعدیل‌کننده‌ای روی علائم TBI خفیف و ناتوانی ناشی از آن دارند (۲۵). به عبارت دیگر آن‌ها نشان دادند که بیماران درگیر در یک دعوی قضایی، علائم بیش از حد متوسط را از خود نشان می‌دهند؛ در حالی که آن دسته از بیمارانی که خواستار غرامت مالی نبودند و شدت ضربات مشابه با گروه دیگر داشتند، علائم کمتری را بیان می‌نمودند. در نهایت این پژوهشگران عنوان نمودند که تأثیر ادعای غرامت مالی در افراد با آسیب‌دیدگی خفیف‌تر، بیشتر است. همچنین مونی واسپید^{۱۴} در پژوهش خود بر روی ۷۸ بیمار دچار TBI به رابطه معنی‌داری میان وجود دعوی قضایی و شکست در رسیدن به بهبودی پس از TBI دست یافتند (۲۶). این پژوهشگران پیشتر نیز در پژوهش دیگری به همین رابطه معنی‌دار اشاره نموده و اظهار کردند که وجود عوامل غرامت مالی یا دعوی قضایی و بروز حالات بیمارگون روانی (نظیر افسردگی، اضطراب، و اختلال تبدیلی^{۱۵})، توجیهی برای درمان و عدم بهبودی پس از TBI هستند (۲۷).

در مغایرت با پژوهش‌های فوق سامپتر و مک میلان^{۱۶}، که بر روی بیماران دچار TBI شدید و وجود PTSD کار می‌کردند، دریافتند که در افراد درگیر دعوی قضایی، و بیمارانی که ادعای غرامت مالی نداشتند، هیچ تفاوت معنی‌داری وجود ندارند (۲۸). پیشتر از آن نیز دب^{۱۷} و همکاران عنوان نمودند که ۲۰/۷٪ (n=۳۴) از بیماران، در

همچنین یکی از علل برجسته مرگ و ناتوانی‌های طولانی مدت برای اشخاص ۳۵ ساله و جوان‌تر است. دست کم سالانه ۱/۴ میلیون مورد TBI در ایالات متحده رخ می‌دهند که در بین آن‌ها، حدوداً ۵۰۰۰۰ نفر می‌میرند و ۲۳۵۰۰۰ نفر در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند و ۱/۱ میلیون نفر تحت درمان قرار گرفته و از بخش‌های اورژانس ترخیص می‌شوند (۳ و ۴). با این وصف هر چند آمار دقیقی از همه‌گیرشناسی TBI در ایران وجود ندارد اما از پژوهش‌های پراکنده‌ای که در این باره صورت گرفته است، این‌طور برمی‌آید که متأسفانه کشور ما در زمینه بروز سوانح و تصادفات در زمره نخستین کشورهای جهان قرار دارد. این در حالی است که بیشترین صدمات وارده به قسمت‌های سر و گردن وارد شده و در نهایت منجر به بروز آسیب‌های مغزی می‌شود (۵-۸). در پژوهش دیگری یوسف‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۴ به همه‌گیرشناسی ضربه‌های سر در استان گیلان پرداختند که در آن از ۵۲۵۶ بیمار ترومایی مراجعه‌کننده به بیمارستان پورسینای شهرستان رشت ۳۳۹۶ نفر (۶۴٪) دچار ضربه مغزی شده بودند (۹). این در حالی است که نقایص شناختی و روانی قابل ملاحظه‌ای برای بسیاری از بیماران، به خصوص آن دسته از بیمارانی که آسیب‌دیدگی متوسط تا شدید را تجربه کرده‌اند، باقی خواهد ماند. همچنین در ارتباط با پیامدهای آسیب‌شناسی روانی آسیب مغزی تروماتیک (TBI)، بسیاری از پژوهش‌ها از این فرضیه حمایت کرده‌اند که TBI می‌تواند عاملی خطرزا برای ایجاد اختلالات روانی باشد (۲۴-۱۰). برای مثال ولان- گودینسون، یونز فورد و جانستون^۴ (۲۰۰۹) در پژوهش خود به تعیین ماهیت و فراوانی اختلالات روانی بر روی ۱۰۰ بیمار که از ۶ ماه تا ۵/۵ سال از TBI آن‌ها گذشته بود پرداخته و، در عین حال هر یک از آن‌ها را در یک نقطه زمانی با ۸۷ فرد عادی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که ۵۲٪ از بیماران پیش از TBI مبتلا به اختلال روانی بودند که شایع‌ترین آن‌ها را اختلال مصرف مواد^۵ (۴۱٪)، پس از آن اختلال افسردگی اساسی (۱۷٪) و اختلالات اضطرابی (۱۳٪) شامل می‌شدند. ۶۵٪ از بیماران تشخیص اختلال روانی پس از TBI را دریافت نمودند که در این میان افسردگی اساسی (۴۵٪)، و پس از آن اختلالات اضطرابی (۳۸٪) و اختلال مصرف مواد (۲۱٪) جز شایع‌ترین موارد شمرده می‌شدند. فراوانی افسردگی، اختلال اضطراب منتشر^۶، PTSD^۷ و ترس‌های مرضی^۸ پس از TBI نسبت به مقدار پیش از آن افزایش یافته بود. بیش از دو سوم موارد افسردگی و اضطراب پس از آسیب‌دیدگی جدید بودند؛ و موارد اندکی از اختلال مصرف مواد پس از TBI تشخیص داده شدند. اختلالات روان‌پریشی، جسمانی شکل و خوردن^۹ در فراوانی‌های مشابه با افرادی که از جمعیت عادی بودند، رخ داد. در نهایت پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که افراد دچار TBI می‌بایست برای اختلالات روانی در مقاطع زمانی مختلف پس از آسیب‌دیدگی، بدون توجه به سابقه مشکلات روانی به منظور پیش‌بینی افراد که در معرض خطر، غربال شوند تا بتوان مداخله مناسب را برای آنها ترتیب داد (۲۳). علاوه بر آن براساس تجربه پژوهشگران مطالعه

4- Whelan-Goodinson, Ponsford & Johnston

5-Substance use disorder

6- Generalized anxiety disorder

7- Post Traumatic Stress Disorder

8- Phobia

9- Psychotic, somatoform and eating disorders

10- Litigation

11-Compensation claim

12-Binder & Rohling

13- Metanalysis

14- Mooney & Speed

15-Conversion disorder

16- Sumpter & McMillan

17-Deb

در بخش‌های مختلف بیمارستان و وجود دعوی قضایی ناشی از حادثه منجر به TBI بود.

(ب) پرسشنامه محقق ساخته مرتبط با ارزیابی عصب‌شناختی و آسیب‌شناسی عضوی مغز: در این پرسشنامه نیز اطلاعاتی نظیر سطح هشیاری بیمار تا ۳ ساعت از بدو ورود به بیمارستان (با استفاده از مقیاس اغمای گلاسکو = GCS)، نوع شکستگی جمجمه با توجه به تصاویر رادیوگرافی جمجمه، جهت آسیب‌دیدگی نیم‌کره‌ها، مکان آسیب مغزی، نوع آسیب موضعی یا منتشر مغز با توجه به برش‌نگاری رایانه‌ای (CT اسکن) و در بعضی موارد MRI و همچنین وجود ترومای جسمی همراه با TBI را دربر می‌گرفت. در پژوهش حاضر جهت سنجش سطح ناتوانی کلی ناشی از TBI، از مقیاس پیامد گلاسکو^{۲۸} (GOS) استفاده شد و نمره آن در پرسشنامه (ب) ثبت گردید. مقیاس پیامد گلاسکو که توسط جنت و باند^{۲۹} انتشار یافته است به طور وسیعی برای ارزیابی پیامد پس از آسیب‌دیدگی سر و صدمات حاد غیر تروماتیک بکار می‌رود (۳۰). GOS مقیاسی ۵ درجه‌ای است که براساس آن نتیجه قضاوت درباره آسیب مغزی در ۵ گروه به شرح زیر قرار می‌گیرد: ۱- مرگ، ۲- زندگی نباتی، ۳- ناتوانی شدید، ۴- ناتوانی متوسط، ۵- بهبودی خوب (همچنین به ضمیمه ۱- رجوع شود). به عقیده جنت و همکاران GOS تلاش دارد پیامد بیمارانی را که از آسیب مغزی تروماتیک رنج می‌برند کلیت بخشیده و طبقه‌بندی نماید (۳۱). در مجموع برخلاف مقیاس اغمای گلاسکو (GCS)، این مقیاس در اقدامات بالینی روی بیماران استفاده نمی‌شود، بلکه اغلب در پژوهش، به منظور کمی نمودن سطح بهبودی بیماران، به کار می‌رود.

(ج) چک لیست مصاحبه ساختار یافته بالینی بر پایه ضوابط تشخیصی DSM-IV: در پژوهش حاضر به منظور تعیین ماهیت انواع اختلالات روانی محور یک، پس از آسیب مغزی تروماتیک از چک لیست مصاحبه ساختار یافته بالینی^{۳۲} که توسط نور بالا و همکاران تهیه و تنظیم گردیده بود، استفاده شد. این چک لیست دارای ۱۴۹ علامت اختلال روانی شامل علائم اختلالات خلقی، اضطرابی، روان‌پریشی^{۳۱}، روان‌تنی^{۳۲}، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات ارگانیک مغز می‌باشد. این علائم به صورت بلی و خیر آورده شده و در ابتدای پرسشگری مربوط به علائم هر بخش، طول مدت و شدت اختلال

- 18-Chi-square
- 19-Descriptive-longitudinal
- 20- Nonprobability
- 21-Consecutive
- 22-level of consciousness
- 23- Glasgow Coma Scale
- 24- Post traumatic amnesia
- 25- Computerized tomography
- 26-stroke
- 27-aneurismal
- 28-Glasgow Outcome Scale
- 29-Jennett & Bond
- 30-Structured Clinical Interview
- 31-psychotic
- 32-psychosomatic

هنگام مطالعه، ادعای غرامت مالی داشته‌اند. این پژوهشگران با استفاده از یک تحلیل مجذور کای^{۱۸} بین دو گروه، در مورد شیوع اختلال روانی بین آنهایی که درگیری دعوی قضایی داشتند و آنهایی که ادعای غرامت مالی نداشتند، هیچ تفاوت معنی‌داری یافت نمودند (۱۱). در همین زمینه از سؤالات مطرح پژوهشگران مطالعه حاضر، یافتن فراوانی اختلالات روانی در بیماران شاکی و بدون دعوی قضایی پیرو TBI، بوده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- طولی^{۱۹} است که با همکاری مرکز تحقیقات تروما و توسعه تحقیقات بالینی دانشگاه علوم پزشکی گیلان واقع در بیمارستان آموزشی درمانی پورسینای شهرستان رشت انجام گرفته است. در این پژوهش که از فروردین تا بهمن ماه سال ۱۳۸۸ به طول انجامید، ۲۳۸ بیمار دچار آسیب مغزی تروماتیک به شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی^{۲۰} و پیاپی^{۲۱} (حایز معیارهای ورود و خروج)، پس از جلب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به پژوهش

(الف) سن ۱۸ سال و بالاتر؛ (ب) نمره سطح هشیاری^{۳۳} (بر اساس GCS^{۳۲}) پایین‌تر از ۱۵؛ (ج) دارای آسیب موضعی یا منتشر بافت مغز ناشی از یک نیروی مکانیکی خارجی (د) فقدان هشیاری بیش از ۱ دقیقه؛ (ه) طول مدت آمیزی پس از تروما^{۳۴} بیش از ۲۰ دقیقه؛ (و) یافته‌های رادیوگرافی و یا برش‌نگاری رایانه‌ای^{۳۵} (CT) ارایه کننده TBI نظیر شکستگی جمجمه، خونریزی درون جمجمه‌ای یا آسیب حاد مغزی؛ (ز) داشتن سردرد، سرگیجه یا حالت تهوع، علی‌رغم دارا بودن نمره GCS ۱۵ به مدت ۳ روز متوالی باشند.

معیارهای خروج از پژوهش

(الف) بیماران دارای یافته‌های بالینی یا رادیولوژیکی نمایانگر آسیب طناب نخاعی؛ (ب) وجود هرگونه بیماری عصب‌شناختی پیش از TBI یا آسیب مغزی با منشأ غیرتروماتیک نظیر تومورهای مغزی، سکته مغزی^{۳۶}، اتساع سرخرگی^{۳۷} و سایر حوادث عروقی مغز؛ (ج) بیماران دارای وضعیت نباتی و یا نقص هشیاری شدید به طوری که قادر به پاسخگویی به مصاحبه‌گر نباشند؛ (د) بیمارانی که به هر دلیلی برای ورود به پژوهش رضایت نداشته باشند.

ابزارهای پژوهش

(الف) پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیمارستانی: این پرسشنامه حاوی اطلاعاتی در مورد سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، محل سکونت، علت وقوع و سابقه جراحی پس از TBI، موقعیت شغلی پیش از TBI، طول مدت بستری

تشخیص این اختلال براساس مصاحبه بالینی روانپزشک، اظهارات یکی از اعضای درجه اول خانواده مبنی تغییر الگوی رفتار بیمار پس از TBI و همچنین معیارهای DSM-IV-TR صورت می‌گرفت. در صورتی که آزمودنی دچار TBI مبتلا به اختلال روانی نیز تشخیص داده می‌شد، برای وی پرونده تشکیل می‌گردید تا تحت درمان قرار گیرد. آن دسته از بیمارانی که مدت ۳ ماه از طول دوره پیگیری آنها می‌گذشت و به هر دلیلی هنوز به روانپزشک مراجعه نکرده بودند، ۲ بار و به فاصله ۲ هفته از طریق شماره تلفنی که در پروندهشان ثبت شده بود، مراجعه به روانپزشک به آنها یادآوری می‌شد.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در پژوهش حاضر، شاخص‌های آمار توصیفی نظیر درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار ($M \pm SD$) و دامنه تغییرات به کار گرفته شدند. از تحلیل مجذور کای به منظور مقایسه دو گروه بیماران با و بدون ادعای غرامت مالی استفاده گردید. در نهایت نیز از آزمون مانتل-هاینزل^{۳۷} با فاصله اطمینان^{۳۸} (CI) ۹۵٪ برای تعیین نسبت خطر (Odd Ratio) ابتلا به اختلال روانی و تعیین نقش متغیرهای اثرگذار دیگر بهره برده شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم افزار SPSS (۱۶,۰ ver) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در طول ۹ ماهه اول سال ۱۳۸۸ در مجموع ۲۳۸ بیمار (۱۹۵ مرد، ۴۳ زن) دچار آسیب مغزی تروماتیک (TBI) که حایز معیارهای ورود به پژوهش بودند، تحت معاینات عصب شناختی و آسیب شناسی عضوی مغز قرار گرفتند و پس از ارجاع متخصص جراحی اعصاب، اطلاعات جمعیت شناختی و بیمارستانی آنها تکمیل گردید. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی این بیماران را نشان می‌دهد.

میانگین سنی این بیماران به هنگام وقوع TBI 36.7 ± 1.7 سال و دامنه سنی آنها بین ۱۸ تا ۸۵ سال قرار داشت. همچنین در حالی که ۳۱ بیمار (۱۳٪) بی‌سواد بودند و با کمک مصاحبه‌گر و اعضای خانواده اطلاعات آنها تکمیل می‌گردید، ۲۱ بیمار (۸/۸٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. با این وصف متوسط سطح تحصیلات کل بیماران 4.25 ± 7.8 و دامنه میزان سالهای تحصیلات آنها بین ۰ تا ۱۸ سال متغیر بود.

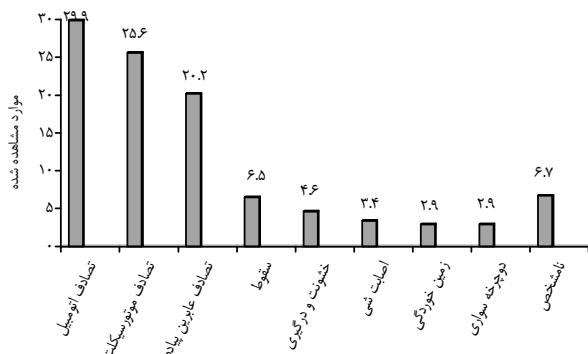
نمودار ۱ نشانگر درصد و فراوانی علل وقوع آسیب مغزی تروماتیک (TBI) می‌باشد. همانطور که در این نمودار نشان داده شده است، سوانح رانندگی و جاده‌ای، از جمله تصادفات اتومبیل و موتورسیکلت، بیشترین سهم آسیب‌زایی را به خود اختصاص داده‌اند. علاوه بر آن ۶۸ بیمار (۲۸/۵۷٪) پس از TBI تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند.

نیز پرسیده می‌شود. پس از پایان مصاحبه و بررسی کلیه علایم و نشانه‌های اختلالات مطرح در چک لیست، تشخیص و یا تشخیص‌های مورد نظر با توجه به شدت و سابقه قبلی علایم بیماری در فرد، ثبت می‌شوند. نوربالا و همکاران به منظور بررسی پایایی تشخیص‌ها و توافق بین روانپزشکان در استفاده از چک لیست مصاحبه بالینی، ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان روزبه را توسط دو روانپزشک به طور جداگانه مورد مصاحبه بالینی قرار دادند. این پژوهشگران به جهت سنجش میزان توافق تشخیص گذاری بین ۲ روانپزشک از ضریب کاپا استفاده کردند و میزان آن را $K = 0.87$ گزارش نمودند. آنها در نهایت به این نتیجه رسیدند که اطلاعات حاصل از این چک لیست نشان‌دهنده پایایی بالای این ابزار بوده و می‌تواند در ارزیابی تشخیصی اختلالات روانی به طور موفقیت آمیزی به کار برده شود (۳۲).

روش اجرای پژوهش

اگر چه این بیماران ممکن بود از بخش‌های اورژانس، تروما، داخلی اعصاب بیمارستان پورسینا و نیز اداره پزشکی قانونی استان گیلان و یا از طریق پزشکان سایر درمانگاه‌های محلی ارجاع شوند اما در نهایت، تشخیص وجود آسیب مغزی تروماتیک (TBI) برای همه بیمارانی که به درمانگاه جراحی اعصاب مراجعه می‌کردند، توسط متخصص جراحی مغز و اعصاب مستقر در کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام رضا (ع) صورت می‌گرفت. پس از انجام معاینه و مشخص شدن این مطلب که بیمار دچار TBI حایز معیارهای ورود به پژوهش است، اطلاعات وی توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی، با همکاری متخصص جراحی اعصاب در پرسشنامه محقق ساخته (ب) ثبت می‌گردید و آنگاه در همان کلینیک تحت نظر و آموزش یک کارشناس ارشد روانشناسی اطلاعات جمعیت شناختی تکمیل و در پرسشنامه محقق ساخته (الف) ثبت می‌شد. پس از آن از بیمار خواسته می‌شد تا حداقل ۳ ماه پس از آسیب‌دیدگی جهت انجام معاینات تکمیلی ضربه سر به یک روانپزشک نیز مراجعه نماید. هر چند این روانپزشک از همکاران مجری پژوهش حاضر بود، اما اطلاعات حاصل از ارزیابی عصب شناختی و آسیب شناسی عضوی مغز برای او کور می‌شد. باور مجری پژوهش این بود که بی‌اطلاع سازی یافته‌های جراحی اعصاب می‌تواند در حذف یا کاهش سوگیری سنجش پیامدی کور نشده^{۳۳} و یا سوگیری گمان تشخیصی^{۳۴} مؤثر باشد. تعیین انواع اختلالات روانی با استفاده از مصاحبه ساختار یافته بالینی یک روانپزشک مبتنی بر ضوابط تشخیصی DSM-IV صورت می‌گرفت با این الزام که اختلال روانی منحصراً در طی دوره دلیریوم^{۳۵} اتفاق نیفتاده باشد و اگر زوال عقل یا دمانس^{۳۶} وجود داشت، نتوان تغییر شخصیت و سایر اختلالات را به عنوان یک تشخیص در نظر گرفت. افزون بر آن اختلال نمی‌بایست دلیل موجه بهتری برای سایر اختلالات روانی (نظیر اختلالات مصرف مواد) باشد. به علاوه از آنجا که در این چک‌لیست معیارهای تغییرات شخصیت لحاظ نشده بودند،

33- nonblinded outcome assessment bias
34-diagnostic suspicion bias
35-delirium
36-dementia
37- Mantel-Haenszel
38- confidence interval



نمودار ۱ - درصد و فراوانی علل وقوع TBI

جدول ۲ میانگین، انحراف معیار و دامنه مدت زمان بستری در بخش‌های مختلف بیمارستان را نشان می‌دهد. اطلاعات این جدول نشانگر آن است که در مجموع یک بیمار دچار TBI به طور متوسط $16/6 \pm 5/4/9$ روز را برای بازیابی بهبودی خود در بیمارستان سپری می‌کند. این در حالی است که برخی از بیماران اصلاً بستری نمی‌شوند و با معاینه مختصر سرپایی و یا رادیوگرافی ساده از جمجمه، از بیمارستان ترخیص می‌گردند و برخی دیگر ممکن است تا بیش از شش ماه در بخش‌های مختلف آن (نظیر ICU، تروما، اورژانس و بخش داخلی اعصاب) بستری باشند.

نتایج همچنین بیانگر آن بودند که ۱۴۶ بیمار (۶۱/۳۴٪) به دلیل حادثه منجر به TBI اعم از تصادف، نزاع یا خشونت و غیره با ارایه نامه پزشکی قانونی خواستار غرامت بوده و یا با متشاککی خود درگیر در دعوی قضایی بودند.

جدول ۳ نتایج حاصل از معاینات جراحی اعصاب و نیز یافته‌های حاصل از فنون تصویربرداری عصبی نظیر CT اسکن، (در برخی موارد MRI) و رادیوگرافی جمجمه را نشان می‌دهد. براساس اطلاعات این جدول اکثریت بیماران (۶۷/۲٪) دچار TBI خفیف بوده و ۳۳ بیمار (۱۳/۹٪) از TBI شدید رنج می‌بردند؛ در حالی که میانگین متغیر سطح هشیاری بر طبق معیار اغمای گلاسکو (GCS) برای تمام بیماران برابر با $12/61 \pm 3/30$ و در دامنه بین ۵ تا ۱۵ نمره GCS در نوسان بود. ۱۹۹ بیمار (۸۳/۶٪) به بهبودی مطلوب دست یافتند اما ۹ بیمار (۳/۸٪) مبتنی بر مقیاس پیامد گلاسکو (GOS) تا زمان ترخیص از بیمارستان هنوز در ناتوانی شدید به سر می‌بردند. شکستگی‌های قابل رؤیت در گرافی‌های جمجمه در انواع مختلف خود ظاهر شد و همچنین این بیماران انواع مختلف مکان‌های مختلف آسیب مغزی را در اسکن‌های برش نگاری رایانه‌ای (CT) از خود نشان دادند. در این میان آسیب‌های لوب پیشانی (چپ، راست و دو طرفه) از سایر موارد بیشتر بودند. با این وصف، نکته شایان توجه، میزان بالای جراحات‌های متعدد یا ترکیبی در مکان‌های مختلف مغز یا در موارد آسیب‌های موضعی بود که هر یک به ترتیب ۱۱/۸٪ و ۱۲/۸٪ از جراحات به وجود آمده را به خود اختصاص

جدول ۱ - ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران دچار TBI (n = 238)

متغیرها	فراوانی (n)	درصد (%)	
توزیع سنی بیماران	۱۸ تا ۲۵ سال	۷۲	۳۰/۸
	۲۶ تا ۳۵ سال	۵۲	۲۱/۸
	۳۶ تا ۴۵ سال	۲۹	۱۲/۲
	۴۶ تا ۶۵ سال	۴۱	۱۷/۲
	۶۶ تا ۸۵ سال	۱۷	۷/۱
	نامشخص	۲۷	۱۱/۳
جنسیت	مرد	۱۹۵	۸۱/۹
	زن	۴۳	۱۸/۱
وضعیت تأهل	مجرد	۷۸	۳۲
	متاهل	۱۵۷	۶۱/۸
	مطلقه	۱	۰/۴
توزیع سطح تحصیلی	بی‌سواد	۳۱	۱۳
	ابتدائی	۴۰	۱۶/۸
	راهنمائی	۵۹	۲۴/۸
محل سکونت	دبیرستان	۵۹	۲۴/۸
	دانشگاه	۲۱	۸/۸
	نامشخص	۲۸	۱۱/۸
محل سکونت	شهر	۱۰۲	۴۲/۹
	روستا	۱۰۸	۴۵/۴
	نامشخص	۲۸	۱۱/۸
موقعیت شغلی پیش از TBI	حرفه‌ای/تخصصی	۲	۰/۸۵
	مدیر میانی/دقت‌دار/کارمند/فروشنده	۲۲	۹/۲
	صنعتگر/تعمیرکار/اسرکارگر/دانشجو	۵۱	۲۱/۴
	متصدی ماشین‌انبروی خدماتی/خانه‌دار/کشاورز/محصل	۹۱	۳۸/۲
	کارگر ساده(بی مهارت)	۳۱	۱۳
	بیکار	۴	۱/۷
نامشخص	۳۷	۲۳/۸۷	

جدول ۲ - میانگین و انحراف معیار مدت اقامت در بخش‌های مختلف بیمارستان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	دامنه تغییرات
طول مدت بستری (به روز) در بخش عمومی	۸/۲۱	۳۸/۲	۰-۶۰
مجموع مدت بستری	۸/۸	۱۶/۹	۰-۱۵۰
	۱۶/۶	۴۵/۹	۰-۱۹۵

جدول ۳ - نتایج معاینات جراحی اعصاب و یافته‌های تصویربرداری عصبی بیماران دچار TBI (n=238)

متغیرها	فراوانی (n)	درصد (%)	
شدت TBI	خفیف (نمره GCS بین ۱۳ تا ۱۵)	۱۶۰	۶۷/۲
	متوسط (نمره GCS بین ۹ تا ۱۲)	۴۵	۱۸/۹
	شدید (نمره GCS ۸ و پایین‌تر)	۳۳	۱۳/۹
سطح ناتوانی کلی پس از TBI	بهبودی مطلوب (نمره ۵ در GOS)	۱۹۹	۸۳/۶
	ناتوانی متوسط (نمره ۴ در GOS)	۳۰	۱۲/۶
	ناتوانی شدید (نمره ۳ در GOS)	۹	۳/۸
موارد شکستگی جمجمه	ساده (خطی)	۵۰	۲۱
	فرو رفته	۲۴	۱۰/۱
	قاعده جمجمه	۵	۲/۱
جهت آسیب‌دیدگی نیمکره‌های مغز	چپ	۵۲	۲۱/۸
	راست	۳۷	۱۵/۵
	دوطرفه	۵۲	۲۱/۸
مکان آسیب مغزی (جهت نیمکره)	لوب پیشانی (راست)	۲۱	۸/۸
	لوب پیشانی (چپ)	۲۳	۹/۷
	لوب پیشانی (دوطرفه)	۱۱	۴/۶
	لوب آهیانه ای (راست)	۱۲	۵
	لوب آهیانه ای (چپ)	۱۵	۶/۳
	لوب آهیانه ای (دوطرفه)	۰	۰
	لوب گیجگاهی (راست)	۲	۰/۸
	لوب گیجگاهی (چپ)	۵	۲/۱
	لوب گیجگاهی (دوطرفه)	۰	۰
	لوب‌های پس سری	۲	۰/۸
موارد آسیب موضعی	مخچه	۱	۰/۴
	ساقه مغز	۱	۰/۴
	مکان‌های آسیب دیده متعدد	۲۸	۱۱/۸
	کونوزیون (کوفتگی مغز)	۳۰	۱۲/۶
	هماتوم روی سخت شامه (EDH)	۳۱	۱۳
موارد آسیب موضعی	هماتوم زیر سخت شامه (SDH)	۱۴	۵/۹
	خونریزی تحت عنکبوتیه (SAH)	۳	۱/۳
	خونریزی داخل بطنی (IVH)	۱	۰/۶
	هماتوم داخل مغزی (ICH)	۶	۲/۵
	آسیب‌های موضعی متعدد	۲۹	۱۲/۸
موارد آسیب منتشر	ادم (Edema)	۱۴	۵/۹
	آسیب آکسونی منتشر (DAI)	۱۶	۶/۷
	آسیب‌های منتشر متعدد (ادم DAI+)	۷	۲/۹

می‌داد. علاوه بر آن ۶۱ بیمار (۲۵/۶۳٪) نیز دچار آسیب جسمی همراه با TBI (نظیر ضایعات ارتوپدیک یا جراحات مرتبط با جراحی عمومی) در نقاط مختلف بدن به ویژه دست‌ها و پاها شده بودند. پس از گذشت ۳ ماه از پیگیری ۲۳۸ بیمار، دریافت شد که تنها

۱۰۷ نفر از آنها جهت معاینه روانپزشکی و تشخیص اختلالات روانی مراجعه نمودند. بنابراین با هریک از این بیماران تا دو بار و به فاصله ۲ هفته جهت یادآوری انجام معاینه روانپزشکی تماس تلفنی برقرار شد. پس از پایان تماس‌های تلفنی و پیگیری ۱ ماه بعد، ۴۸ بیمار دیگر نیز جهت انجام معاینه روانپزشکی مراجعه نمودند. در مجموع به طور میانگین پس از گذشت 145 ± 53 روز (در حدود ۴ ماه)، ۱۵۵ بیمار (۶۵/۱٪) از مجموع ۲۳۸ بیمار ارزیابی شده، از طریق مصاحبه ساختار یافته بالینی بر مبنای ضوابط تشخیصی DSM-IV جهت تعیین اختلالات روانی پس از آسیب مغزی تروماتیک تحت بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۹۲ نفر به دلیل حادثه منجر به TBI هنوز پیگیر ادعای غرامت مالی بودند و ۴۷ نفر مایل به تشکیل پرونده و طرح دعوی قضایی نبودند. اطلاعات ۱۶ بیمار دیگر نیز از نظر پیگیری شکایت نامشخص بود. در ادامه جدول ۴ ماهیت و فراوانی بروز انواع اختلالات روانی پس از آسیب مغزی تروماتیک را برحسب وضعیت دعوی قضایی در این بیماران نشان می‌دهد.

با ارزیابی ۱۳۹ بیمار دچار TBI مشخص شد که ۱۰۳ نفر (۷۴/۱٪) از آن‌ها مبتلا به اختلالات روانی شده‌اند. به عبارت دیگر ۶۶ بیمار شاک و ۳۷ بیمار غیرشاک (به ترتیب ۷۱/۷٪ و ۷۸/۷٪) پس از گذشت حدود ۴ ماه از آسیب‌دیدگی‌شان اختلالات روانی ناشی از TBI را از خود نشان داده‌اند. با این وجود شایع‌ترین اختلالات روانی ناشی از TBI به ترتیب شامل اختلال تغییر شخصیت (۵۴/۹٪) و اختلالات خلقی (۳۳/۱٪)، اختلالات اضطرابی (۲۲/۳٪)، اختلالات خواب (۱۸/۷٪)، اختلال آمیزی نوع مزمن (۱۳/۷٪) و اختلالات جسمانی شکل (۱/۴٪) می‌شدند. اختلالات دلیریوم، خوردن و روانپریشی ناشی از TBI نیز هر یک به میزان ۰/۷٪ تشخیص داده شدند. اختلال سوء مصرف مواد نیز در ۵ بیمار شاک (۵/۴٪) و ۱ بیمار غیرشاک (۲/۱٪) برآورد شد که از مابقی TBI وجود داشت (جدول ۴).

بر طبق جدول ۵ نتایج آزمون مجذور کای تصحیح ییتس^{۳۹} نشان داد که هیچ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه با و بدون ادعای غرامت مالی از نظر وجود اختلالات روانی ناشی از TBI وجود ندارد ($P < 0/49$) و $\chi^2 = 0/47$ ، $df = 1$ ، به عبارت دیگر ۷۱/۸٪ از مبتلایان به اختلال روانی، ادعای غرامت مالی داشتند که تقریباً مشابه با آن ۷۸/۷٪ از مبتلایان بدون ادعای غرامت مالی بودند.

با استفاده از آزمون مانتل-هاینزل نیز یافت شد که هیچ تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر طرح ادعای غرامت مالی وجود ندارد ($P < 0/508$) و $df = 1$ ، $\chi^2 = 0/437$ (Mantel-Haenszel chi-square test)؛ و پس از کنترل متغیرهای شدت TBI و ناتوانی ناشی از TBI مشخص شد آن‌ها نقش مخدوش‌کننده‌ای در رابطه بین ادعای غرامت مالی و ابتلا به اختلال روانی ایفا نمی‌کنند. علاوه بر آن در افراد دارای ادعای غرامت مالی، نسبت خطر ابتلا به اختلال روانی ۰/۹۱ برابر افراد بدون ادعای

39- Yates' correction

جدول ۴ - ماهیت و فراوانی انواع اختلالات روانی ۴ ماه پس از آسیب مغزی تروماتیک (TBI) بر حسب وضعیت دعوی قضائی

انواع اختلالات		شاک (n=۹۲)	غیرشاک (n=۴۷)	جمع (n=۱۳۹)		
		درصد (n)	درصد (n)	فراوانی (n)	درصد (%)	فراوانی (n)
اختلالات خلقی ناشی از TBI	همراه با افسردگی	۹/۸	۷	۱۴/۹	۱۶	۱۱/۵
	همراه با ویژگی های شبیه افسردگی اساسی	۲۰/۷	۷	۱۴/۹	۲۶	۱۸/۷
	همراه با ویژگی های مانیک	۱/۱	۱	۲/۱	۲	۱/۴
	همراه با ویژگی های مختلط	۱/۱	۱	۲/۱	۲	۱/۴
جمع		۳۲/۶	۱۶	۳۴/۰۴	۴۶	۳۳/۱
اختلالات اضطرابی ناشی از TBI	همراه با اضطراب منتشر	۹/۸	۲	۴/۳	۱۱	۷/۹
	همراه با حملات پانیک	۲/۱	۰	۰	۱	۰/۷
	همراه با نشانگان وسواس فکری- عملی	۰/۷	۰	۰	۱	۰/۷
	اختلال استرس پس از سانحه	۲/۲	۴	۸/۵	۶	۴/۵۱
	اختلال استرس حاد	۲/۲	۳	۶/۴	۵	۳/۶
	فوبیای اختصاصی	۲/۲	۳	۶/۴	۵	۳/۶
اختلال پانیک همراه با آگروفوبیا	۱/۱	۰	۰	۱	۰/۷	
جمع		۲۱/۷	۱۱	۲۳/۴	۳۱	۲۲/۳
اختلال تغییر شخصیت ناشی از TBI	بی ثبات	۴/۳	۱	۲/۱	۵	۳/۶
	مهملر گسیخته	۶/۵	۵	۱۰/۶	۱۱	۷/۹
	پر خاشگر	۳۴/۸	۲۱	۴۴/۷	۵۳	۳۸/۱
	بی احساس	۳/۳	۲	۴/۳	۵	۳/۶
	پارانویید	۱/۱	۰	۰	۱	۰/۷
	مرکب	۱/۱	۰	۰	۱	۰/۷
جمع		۵۱/۱	۲۹	۶۱/۷	۷۶	۵۴/۹
اختلالات خواب ناشی از TBI	بی خوابی	۱۳/۰	۸	۱۷/۰	۲۰	۱۴/۴
	پر خوابی	۴/۳	۰	۰	۴	۲/۹
	اختلال در استمرار خواب	۲/۲	۰	۰	۲	۱/۴
جمع		۱۹/۵	۴	۱۷/۰	۲۲	۱۸/۷
اختلالات جسمانی شکل ناشی از TBI	خودبیمارانگاری	۰	۱	۲/۱	۱	۰/۷
	اختلال تبدیلی همراه با تیک حرکتی	۰	۱	۲/۱	۱	۰/۷
جمع		۱/۲۹	۰	۰	۲	۱/۴
اختلال آمیزی (یاد زدودگی) ناشی از TBI	نوع مزمن	۱۴/۱	۶	۱۲/۸	۱۹	۱۳/۷
	اختلال دلیریوم ناشی از TBI	۰	۱	۲/۱	۱	۰/۷
	اختلال سوء مصرف مواد	۵/۴	۱	۲/۱	۶	۴/۳
	اختلالات خوردن ناشی از TBI	۰	۱	۲/۱	۱	۰/۷
	اختلالات روانپریشی ناشی از TBI	۰	۱	۲/۱	۱	۰/۷
	همراه با هذیان ها	۰	۱	۲/۱	۱	۰/۷
	جمع	۱۴/۱	۶	۱۲/۸	۱۹	۱۳/۷

جدول ۵ - مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر وجود ادعای غرامت مالی (n=۱۳۹)

وضعیت ادعای غرامت مالی اختلال روانی	سطح معنی داری (آزمون)	
	ندارد	دارد
مبتلا	۳۷ (۷۸/۷)	۶۶ (۷۱/۸)
غیرمبتلا	۱۰ (۲۱/۳)	۲۶ (۲۸/۲)
کل	۴۷ (۱۰۰)	۹۲ (۱۰۰)

گرامت مالی بود (OR = ۰/۹۱، ۹۵٪ CI ۰/۲۹۶ - ۱/۶۰۸).

جدول توافقی ۵ نتیجه آزمون تفاوت مجذور کای را در بیماران دچار TBI مبتلا و غیر مبتلا به اختلال روانی از نظر ادعای غرامت مالی نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه بیماران با و بدون ادعای غرامت مالی از نظر وجود اختلالات روانی در پیگیری ۴ ماهه پس از آسیب مغزی تروماتیک بود. همان طور که در تحقیقات پیشین مرور گردید و در یافته های این پژوهش نیز نشان داده شد، افراد دچار TBI ممکن است از اختلالات روانی نظیر افسردگی، PTSD، اختلالات جسمانی شکل، سوء مصرف مواد و طیف دیگری از اختلالات رنج ببرند؛ خواه این اختلالات به عنوان اختلالات روانی ناشی از شرایط طبی عمومی^{۴۱} طبقه بندی گردند و خواه تحت عنوان اختلالات روانی اولیه^{۴۱} در نظر گرفته شوند (که این مسأله نیز به نوبه خود بحث برانگیز بوده و به دور از شفافیت است)، به هر روی ارزیابی قانونی از هر یک از این اختلالات می بایست از لحاظ دارا بودن معیارهای تشخیصی DSM-IV مورد ملاحظه قرار گیرند (۲۹). در همین زمینه فراوانی ادعای غرامت مالی مطرح شده پس از TBI، این تصور را ایجاد می کند که علایم گزارش شده ممکن است از طریق عوامل انگیزشی (نظیر دریافت غرامت مالی، از کار افتادگی، بیمه و ...) و خصوصیات زمینه ساز پیش مرضی^{۴۲} نظیر (سوء مصرف مواد^{۴۳} یا اختلال شخصیت ضد اجتماعی^{۴۴}) با دعوی قضایی مرتبط باشند. به نظر می رسد که در این میان وجود علایم مرضی و بروز اختلالات روانی به تشکیل بیشتر پرونده های قضایی به منظور دریافت غرامت مالی دامن می زند.

عمده ترین یافته پژوهش حاضر میزان بروز بالای اختلالات روانی ۴ ماه پس از TBI بود. به عبارت دیگر ۷۴/۱٪ (n=۱۰۳) از آنها به اختلالات روانی مبتلا شده بودند. در همین زمینه همسو با یافته های پژوهش حاضر، مطالعات گذشته نیز به مقادیر قابل توجه بروز اختلالات

روانی پس از TBI دست یافته بودند؛ نظیر ژانگ، ژای و چن^{۴۵}، ۷۲/۵٪ (۱۴)؛ مونی واسپید، ۷۶٪ (۲۶)؛ ولان - گودینسون، پونزفورد و جانستون، ۶۵٪ (۲۳). این میزان بروز بالای گزارش شده در پژوهش حاضر و مطالعات همسو با آن می تواند به دلیل ماهیت ناتوان کننده این نوع از تروما و پدید آمدن تغییرات ویران کننده زیستی - عصبی و همچنین پیامدهای مخرب روانی - اجتماعی حاصل از آن باشد. همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده است از نظر درصد اختلالات روانی نیز دو گروه بیماران شاکی و غیر شاکی، به استثنای تفاوت حدود ۱۰٪ طبقه اختلالات تغییر شخصیت ناشی از TBI که در میان بیماران غیر شاکی بیشتر دیده می شود، تفاوت فاحشی از یکدیگر ندارند.

در پژوهش حاضر، هیچ تفاوت معنی داری میان دو گروه بیماران مبتلا و غیر مبتلا به اختلال روانی از نظر طرح دعوی قضایی یا ادعای غرامت مالی ناشی از TBI یافت نشد (جدول ۵). تصور ما بر این بود که بیماران درگیر در دعوی قضایی و یا خواستار غرامت مالی، اختلالات روانی بیشتری را تجربه می کنند. این یافته در حالی که به دست آمد که پس از کنترل عواملی نظیر شدت TBI و میزان ناتوانی کلی ناشی از TBI، آن ها به عنوان عوامل مخدوش کننده ظاهر نشدند؛ بدین معنا که تفاوت میزان اختلالات روانی در بین دو گروه بیماران با و بدون ادعای غرامت مالی به دلیل شدت ضربه یا سطح ناتوانی آن ها نیست. همسو با این پژوهش دب و همکاران نیز هیچ تفاوت معنی داری را در مورد اختلال روانی بین افراد درگیر در طرح دعوی قضایی و افراد بدون ادعای غرامت مالی، یافت نمودند (۱۱). سامپتر و مک میلان نیز ضمن بررسی PTSD در میان بیماران دچار TBI، با این یافته (عدم معنی داری) مواجه شدند (۲۸). در مقابل ناهمسو با پژوهش های فوق بیندر و رولینگ و همچنین مونی و اسپید بر وجود روابط معنی دار بین گروه های بیماران دچار TBI در مطالعات خود صحه گذاشتند (۲۷-۲۵). با این همه، یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن است که بیماران مبتلا و غیر مبتلا به اختلال روانی، از نظر ادعای غرامت مالی با یکدیگر تفاوتی ندارند. در تبیین این نتایج متناقض می توان به عامل روش شناسی و اهداف مختلف پژوهش های فوق اشاره نمود. برای مثال در پژوهش دب و همکاران، روی اختلالات روانی متمرکز شده و بیماران هر سه دسته شدت آسیب مغزی را مورد ارزیابی قرار داده بودند؛ در حالی که مونی و اسپید در پژوهش خود بر شکست در دستیابی به بهبودی و دسته بیماران دچار TBI خفیف تمرکز داشتند (۲۷). به هر روی علاوه بر موارد فوق نباید از عامل کارایی نظام بیمه و خدمات درمانی، کیفیت بازپرداخت غرامت مالی حاصل از تروما و دردهای مرتبط با فرآیند پرزحمت تشکیل و پیگیری پرونده قضایی جهت دریافت غرامت مالی برای بیماران آسیب دیده، چشم پوشید.

40-Mental Disorders due to a General Medical Condition

41-Primary psychiatric disorders

42-Premorbid

43- Substance abuse

44-Psychopath personality disorder

45- Zhang, Zhai & Chen

فقد هرگونه نشانگان اختلالات روانی هستند، تصویری نادرست است. در این میان باید به عوامل دیگری نظیر نگرش بد نسبت به مصاحبه روانپزشکی، بعد مسافت جغرافیایی شهرها و روستاهای استان نسبت به مرکز آن (یعنی محل اصلی انجام مطالعه و ارزیابی‌ها) و انکار علایم اختلالات روانی از سوی خود بیمار به دلیل دوری جستن از انگ اجتماعی اشاره نمود. براین اساس برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود ضمن کنترل این محدودیت‌ها به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، از شیوه‌های چند مرکزی^{۴۷} (تحت پوشش قرار دادن چند بیمارستان) نمونه برداری بیماران دچار TBI به شکل تصادفی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر مقاله‌ای مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه گیلان است که در کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام رضا (ع) و با همکاری مرکز تحقیقات تروما و توسعه تحقیقات بالینی واقع در بیمارستان پورسینای شهرستان رشت انجام یافته است. منافع شخصی نویسندگان با نتایج این پژوهش ارتباطی نداشته است. نویسنده مسؤول بر خود لازم می‌داند از زحمات استادان راهنما و مشاور خود و نیز پرسنل محترم واحدهای مذکور که در به ثمر رسیدن این پژوهش نقش داشتند، قدردانی نماید.

در مجموع می‌توان گفت فراوانی بالای اختلالات روانی در مرحله حاد پس از آسیب مغزی تروماتیک به صورت بروز موارد جدید تغییر شخصیت، اختلالات خلقی و اضطرابی، چشمگیر است. در این میان، بیماران شاکی و غیر شاکی تفاوت قابل ملاحظه‌ای از نظر بروز اختلالات روانی تا ۴ ماه پس از TBI نشان نداده‌اند.

محدودیت عمده پژوهش حاضر این بود که شرایط اقتصادی می‌توانست به عنوان عاملی تأثیرگذار در ادعای غرامت مالی بیماران نقش داشته باشد و ما در این پژوهش قادر به کنترل آن نبودیم. همچنین طول دوره پیگیری بیماران در پژوهش حاضر به طور میانگین ۴ ماه پس از TBI بوده است که باید در تفسیر این نتایج برای دوره‌های طولانی‌تر با احتیاط عمل نمود. در نهایت از ۲۳۸ بیمار ارزیابی شده، تنها ۱۵۵ نفر به روانپزشک مراجعه نمودند. بنابراین این احتمال وجود دارد که فقط بیماران دارای شکایت و علایم اختلالات روانی مایل به شرکت در پژوهش بوده باشند. تأثیر این موضوع می‌تواند خود را در تشخیص بیش از حد^{۴۶} اختلالات روانی نشان دهد (به ویژه اختلال تغییر شخصیت چرا که چک لیست مصاحبه ساختار یافته بالینی معیارهای مربوط به این اختلال را در بر نمی‌گرفته است). اما تفسیر ذیل را هم می‌توان بیان نمود؛ این تصور که هیچ یک از بیمارانی که دوره پیگیری خود را پس از TBI تکمیل نمودند و تمایل به مصاحبه نداشتند،

ضمیمه ۱

مقیاس پیامد گلاسکو (Glasgow Outcome Scale)	
۱= مرگ	
۲= زندگی نباتی توانایی تعامل با محیط را ندارد (غیر پاسخگو).	
۳= ناتوانی شدید توانایی پیروی از دستورات را دارد، اما نمی‌تواند بطور مستقل به زندگی خود ادامه دهد.	
۴= ناتوانی متوسط می‌تواند بطور مستقل به زندگی خود ادامه دهد، اما توانایی بازگشت به کار یا مدرسه را ندارد.	
۵= بهبودی مطلوب توانایی بازگشت به کار یا مدرسه را دارد.	

46-Over diagnosis
47-Multi center

References

- 1- Ashman TA, Gordon WA, Cantor JB & Hibbard MR. Neurobehavioral Consequences of Traumatic Brain Injury. *Mt Sinai J Med.* 2006 Nov; 73(7): 999-1005.
- 2- Feinstein A, Hershkop S, Ouchterlony D., Jardine, A., McCullagh, S. Posttraumatic amnesia and recall of a traumatic event following traumatic brain injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2002 Winter; 14(1): 25-30.
- 3- Langlois JA, Rutland-Brown W, Wald MM. The epidemiology and impact of traumatic brain injury: A brief overview. *J Head Trauma Rehabil.* 2006 Sep-Oct; 21(5): 375-8.
- 4- Tagliaferri F, Compagnone C, Korsic M., Servadei F, Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. *Acta Neurochir.* 2006; 148: 255-68.
- 5- Rangraz Jeddi, F., Farzandipour M. Epidemiology of trauma in patients hospitalized in Naghavi Hospital, Kashan, 2000. *FEYZ SUMMER 2002;* 6(22): 88-93. [Persian]
- 6- Sadeghei, s. Epidemiology of trauma patients referred to the Hazrat Ali-Ebn-Abitaleb Hospital in Rafsanjan in 1997. *FEYZ SUMMER 1997;* 6: 77-82. [Persian]
- 7- Khatami S. M., Kalantar Motamedi M. H., Mohebbi H. A., Tarighi P., Farzanegan Gh. R., Rezai Y., Bakhshandeh H., Shakiba M., Jalali A. Epidemiology of trauma in Baqiatallah hospital: A one-year prospective study. *JOURNAL OF MILITARY MEDICINE* Spring 2003; 5(1): 13-19. [Persian]
- 8- Yousefzadeh, Sh.; Ahmadi Dafchahi, M.; Mohammadi Maleksari, M.; Dehnadi Moghadam, A.; Hemati, H.; Shabani, S. Epidemiology of Injuries and their Causes among Traumatic Patients Admitted into Poursina Hospital, Rasht (second half of the year 2005). *BEHBOOD FALL 2007;* 11(3 (34): 286-295. [Persian]
- 9- Yousefzade Chabok Sh., Safayi M., Hemati H., Mohammadi H., Ahmadi dafchahi M., Koochaki nezhad L., Shabani S. Epidemiology of Head Injury in Patients who were Referred to Poorsina Hospital. *JOURNAL OF GUILAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES* WINTER 2008; 16(64): 112-119. [Persian].
- 10- Hibbard MR, Uysal S, Kepler K, Bogdany J, Silver J. Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 1998 Aug; 13(4): 24-39.
- 11- Deb S, Lyons I, Koutzoukis C, Ali I, McCarthy G. Rate of psychiatric illness 1 year after traumatic brain injury. *Am J Psychiatry.* 1999 Mar; 156(3): 374-8.
- 12- Van Reekum R, Cohen T, Wong J. Can Traumatic Brain Injury Cause Psychiatric Disorders? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000 Summer; 12(3):316-27.
- 13- Silver JM, Kramer R, Greenwald S, Weissman M. The association between head injuries and psychiatric disorders: Findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Brain Inj.* 2001 Nov; 15(11): 935-45.
- 14- Zhang, JX., Zhai, AL., Chen, M. Study on the correlative factors for mental disorder in patients with head injury. *Chinese Journal of Forensic Medicine.* 2006; 21 (1): 24-27.
- 15- Koponen, S. The occurrence of psychiatric disorders in patients with traumatic brain injury. Abstract for poster sessions / *European Psychiatry.* 2007, 22: S221eS341.
- 16- Warriner EM, Velikonja D. Psychiatric disturbances after traumatic brain injury: neurobehavioral and personality changes. *Curr Psychiatry Rep.* 2006 Feb; 8(1): 73-80.
- 17- Sudarsanan, S., Chaudhary, S., Pawar, A.A., Srivastava, K. Psychiatric effects of traumatic brain injury. *Medical Journal Armed Forces India.* 2007; 63 (3): 259-263.
- 18- Rogers JM, Read CA. Psychiatric comorbidity following traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2007 Dec; 21(13-14): 1321-33.
- 19- Kim E, Lauterbach EC, Reeve A, Arciniegas DB, Coburn KL, Mendez MF, Rummans TA, Coffey EC. Neuropsychiatric Complications of Traumatic Brain Injury: A Critical Review of the Literature (A Report by the ANPA Committee on Research). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2007 Spring; 19(2):106-27.
- 20- Schwarzbald M, Diaz A, Martins ET, Rufino A, Amante LN, Thais ME, Quevedo J, Walz R. Psychiatric disorders and traumatic brain injury. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008 August; 4(4): 797-816.
- 21- Fleminger, S. Long-term psychiatric disorders after traumatic brain injury. *Eur J Anaesthesiol Suppl.* 2008; 42: 123-30.

- 22-Riggio S, Wong M. Neurobehavioral sequelae of traumatic brain injury. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 2009; 76 (2), 163-172.
- 23-Whelan-Goodinson R, Ponsford J, Johnston L & Grant F. Psychiatric Disorders following traumatic brain injury: their nature and frequency. *J Head Trauma Rehabil*. 2009 Sep-Oct; 24(5): 324-32.
- 24-Halbauer JD, Ashford JW, Zeitzer JM, Adamson MM, Lew HL, Yesavage JA. Neuropsychiatric diagnosis and management of chronic sequelae of war-related mild to moderate traumatic brain injury. *J Rehabil Res Dev*. 2009; 46(6): 757-96.
- 25-Binder LM, Rohling ML. Money matters: a meta-analytic review of the effects of financial incentives on recovery after closed-head injury. *Am J Psychiatry*. 1996 Jan; 153(1): 7-10.
- 26-Mooney G, Speed J. the association between mild traumatic brain injury and psychiatric conditions. *Brain Inj*. 2001 Oct; 15(10): 865-77.
- 27-Mooney G, Speed J. and Shulimson A. Brain injury related neuropsychiatric conditions. Paper presented at 4th Annual Conference-International Association for the Study of Traumatic Brain Injury, St. Louis, Missouri, and 26 September, 1994.
- 28-Sumpter, RE, McMillan TM. Misdiagnosis of post-traumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. *Br J Psychiatry*. 2005 May; 186: 423-6.
- 29-Silver JM, McAllister TW. Forensic Issues in the Neuropsychiatric Evaluation of the Patient with Mild Traumatic Brain Injury. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1997 Winter; 9(1): 102-13.
- 30-Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage. *Lancet*. 1975 Mar 1;1 (7905): 480-4.
- 31-Jennett B., Snoek, J., Bond, M. R., and Brooks, N. (1981). Disability after severe head injury: Observations on the use of the Glasgow Outcome Scale. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1981 Apr; 44(4): 285-93.
- 32-Noorbala AA, Mohammad K, BagheriYazdi SA, et al. Mental health status of population aged 15 and above in Islamic Republic of Iran. *Hakim Research Journal*. 2002; 5 (1): 1- 10.

Archive of SID

Comparison of Compensation Claimant whom made no claim, considering the presence of mental disorders 4 months post traumatic brain injury

Sajjad Rezaei*† - Vali Allah Moosavi** - Shahrokh Yousefzadeh*** - Heshmat Allah Moosavi****

* PhD Student in Psychology, Researcher of Trauma Research Center, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Isfahan

** PhD in Psychology, Assistant Professor of Department of Psychology, University of Guilan

***MD, Associate Professor of Neurosurgery, Guilan University of Medical Sciences, Trauma Research Center

****MD, Psychiatrist, Guilan University of Medical Sciences

Abstract

Background: This study aimed at comparing patients with and without compensation claim with respect to the presence of mental disorders as a result of a follow-up study four months post traumatic brain injury (TBI).

Methods: Overall, 238 TBI patients (43 females and 195 males), were chosen by nonprobability and consecutive sampling in the form of a descriptive-longitudinal study; each of whom, underwent neurosurgical examinations. Then, their demographic data were collected after obtaining written consent form. After 4 months follow-up, 65.1% (155 cases) of patients referred to a psychiatrist to determine mental disorders due to TBI using a structured clinical interview based on DSM-IV diagnostic criteria.

Findings: Out of 155 followed-up patients, 92 cases were still claiming compensation due to TBI incident and 47 cases were not interested in litigation and information of other 16 patients were unspecified. Also, 66 complained and 37 noncomplained patients (71.7% and 78.7%, respectively) demonstrated post-TBI mental disorders 4 months post injury. The results of Chi-square test showed no significant difference between the two groups (with and without compensation claim), considering presence of mental disorders resulting from TBI, even after controlling for TBI severity and the level of overall disability due to TBI.

Conclusion: The high frequency of mental disorders in the acute phase following TBI, along with many novel cases of personality changes, mood and anxiety disorders are evident; though meanwhile, no significant differences are observed in complained and noncomplained patients in terms of mental disorders 4 months after TBI.

Key words: Traumatic Brain Injury, Mental Disorders, Complained and Noncomplained Patients, Compensation Claims.

Received: 16 Aug 2010

Accepted: 22 Jan 2011

†Correspondence: Trauma Research Center, Poorsian Hospital, Namjo St, Rasht, Iran

Rezaei_psy@hotmail.com