

فراوانی PTSD در جانبازان شیمیایی سردشت

دکتر خدابخش احمدی^۱، دکتر محمود رشادت جو^۲، دکتر غلامرضا کرمی^۳

تاریخ دریافت ۸۸/۷/۲۸، تاریخ پذیرش ۸۸/۱۱/۷

چکیده

پیش زمینه و هدف: جانبازان شیمیایی نیز به طور مستقیم با تروما مواجه شده‌اند و احتمال دارد آن‌ها نیز به اختلال استرس پس از تروما (PTSD) مبتلا باشند. هدف از این تحقیق ارزیابی میزان و شدت PTSD در جانبازان شیمیایی سردشت در دو دهه پس از مواجهه در جنگ عراق - ایران می‌باشد.

مواد و روش کار: در این مطالعه که یک مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی بود، ۱۵۰ نفر از مصدومین شیمیایی شهرستان سردشت از نظر علائم اختلال استرس پس از تروما (PTSD) بررسی و با ۱۵۶ نفر افراد سالم مقایسه شدند. PTSD با استفاده از پرسش‌نامه‌های "پی‌سی‌ال" و "می‌سی‌سی‌پی" در دو گروه ارزیابی شد.

یافته‌ها: میزان و شدت PTSD در مصدومین شیمیایی به طور معنی‌داری ($p < 0/05$) بیشتر از گروه کنترل بود. همچنین درصد جانبازی، وضعیت شغلی، نوع شغل، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان با میزان ابتلا به PTSD ارتباط معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه، میزان و شدت بالای PTSD را در جانبازان شیمیایی نشان داد که ضرورت پیگیری درمان روان‌شناختی و روان‌پزشکی این گروه را بیان می‌دارد.

کلید واژه‌ها: اختلال استرس پس از ضربه، آسیب دیدگان شیمیایی، جنگ شیمیایی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و یکم، شماره اول، ص ۹-۱، بهار ۱۳۸۹

آدرس مکاتبه: تهران، میدان ونک، خیابان ملاصدرا، شیخ بهایی جنوبی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، صندوق پستی: ۰۹۱۲۳۷۵۳۲۵۲، تلفن: ۰۹۳۹۵-۵۴۸۷

Email: Kh_Ahmady@yahoo.com

مقدمه

(فاضل، ۲۰۰۵). در این بین حملات شیمیایی در جنگ می‌تواند آسیب‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت فردی، خانوادگی و اجتماعی بجای گذارد (احمدی، ۱۳۸۵).

وسیع‌ترین حملات شیمیایی که تاکنون روی داده است (علی‌رغم پروتکل ۱۹۲۵ ژنو)، در جنگ هشت ساله عراق - ایران (۱۹۸۰-۱۹۸۸) بود. در این جنگ هزینه انسانی برای ایران شامل بیش از ۲۰۰۰۰۰ نفر کشته، ۴۰۰۰۰۰ نفر زخمی و نیز مواجهه ۵۰۰۰۰ نفر نظامی و غیر نظامی با سلاح‌های شیمیایی به ویژه گاز موستارد بود (زرگر، ۲۰۰۷). به گزارش بنیاد شهید و امور ایثارگران ایران در حال حاضر ۳۴۰۰۰ نفر مصدوم شیمیایی در کشور وجود

جنگ می‌تواند باعث ایجاد اختلال استرس پس از ضربه PTSD^۴ در قربانیان اولیه و ثانویه شود. سیر بالینی PTSD واضح نیست ولی این اختلال می‌تواند ماه‌ها و حتی سال‌ها پس از حادثه تروماتیک ادامه یابد (الناصر، ۲۰۰۰). شیوع PTSD، افسردگی و اختلالات اضطرابی در افرادی که در شهرهای جنگ‌زده ساکن هستند، بیشتر گزارش شده است (کاردوزو، ۲۰۰۴). همچنین شیوع بیشتر این اختلالات، در نجات یافتگان از جنگ و بمباران گزارش شده است (دی‌جونگ، ۲۰۰۱). در متآنالیز انجام شده توسط فاضل و همکاران، در ۲۰ مطالعه‌ای که بررسی شد، شهروندان مواجهه شده با جنگ، مشکلات سلامت روان بیشتری داشتند

^۱ دانشیار روانشناسی مشاوره، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) (نویسنده مسئول)

^۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ استادیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

^۴ Post Traumatic Stress Disorder

مبتلا به PTSD بوده‌اند و حدود یک سوم افراد علائم کامل PTSD را در زمان مطالعه (حدود ۵۰ سال بعد از مواجهه) داشتند (اشنار^۶، ۱۹۹۶). میزان بالای بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا، لغزش دیسک کمری یا درگیری عصبی، بیماری‌های دندان و شیوع بالاتر اختلال استرس بعد از تروما و بستری شدن به علت افسردگی در سربازان جنگ خلیج فارس را ناشی از مواجهه احتمالی این سربازان با مواد شیمیایی بیان شده است (مک‌کالی^۷، ۲۰۰۲). تحقیق دیگری در مطالعه سربازان حاضر در جنگ خلیج فارس نشان داد که ضربه روحی ناشی از جنگ شیمیایی می‌تواند باعث بروز عوارض فوری و طولانی مدت در سلامت افراد گردد و علت مهمی در بیماری سربازان باشد (ریدل^۸، ۲۰۰۳).

اثرات بکارگیری تسلیحات شیمیایی بر سلامت روان شهروندان ایرانی حدود ۲ دهه بعد از جنگ، نشان داده شده است. مطابق این تحقیقات افراد در سه سطح از مواجهه با جنگ در جنگ عراق - ایران مقایسه شده‌اند؛ مواجهه با شدت کم (زندگی در مناطقی که کم‌تر از ۱۰ بار با بمب‌های انفجاری بمباران شده بودند)، مواجهه با شدت بالا (سکونت در مناطقی که ۲۵ تا ۶۰ بار با بمب‌های انفجاری بمباران شده بودند) و گروه سوم یعنی ساکنان سردشت، که علاوه بر مواجهه بالا، مورد حمله شیمیایی نیز قرار گرفته بودند. در مقایسه با دو گروه اول، مردم سردشت (که علاوه بر مواجهه بالا، بمباران شیمیایی را تجربه کرده بودند)، PTSD بالایی داشتند (هاشمیان، ۲۰۰۶).

تحقیقات انجام شده نشان دهنده وجود آسیب‌های روان‌شناختی و به‌ویژه PTSD در بین آسیب دیدگان حملات شیمیایی است. بر این اساس تحقیق حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که میزان اختلال استرسی و به‌ویژه PTSD در آسیب‌دیدگان حملات شیمیایی شهر سردشت پس از گذشت ۲۰ سال چقدر است.

مواد و روش کار

در این مطالعه که یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی^۹ می‌باشد، ۱۵۰ نفر از مصدومین شیمیایی شهرستان سردشت (که همه مرد و سرپرست خانواده بودند) از نظر علائم PTSD با ۱۵۶ نفر مردان سالم که سرپرست خانواده بودند به عنوان گروه شاهد، مقایسه شدند. این مطالعه در ماه‌های

دارند. و در حال حاضر حدود ۳۴ هزار مصدوم یا جانباز شیمیایی در کشور وجود دارد (تولایی ۱۳۸۵). در حملات متعدد شیمیایی عراق، در تابستان ۱۳۶۶، سردشت که شهر کوچک کردنشین در شمال غرب ایران واقع در استان آذربایجان غربی می‌باشد، توسط چهار بمب ۲۵۰ کیلوگرمی سولفورمستارد، بمباران شد که منجر به مصدومیت حدود ۴۵۰۰ نفر شد. سوختگی شدید پوستی، آسیب چشمی و مشکلات تنفسی از عوارض شایع مواجهه با این سلاح‌ها می‌باشد (خاطری، ۲۰۰۳؛ قانعی، ۲۰۰۶؛ هاشمیان، ۲۰۰۶).

بررسی‌ها نشان داده است که اختلال استرس بعد از تروما میان افرادی که مواجهه با گازهای شیمیایی داشته‌اند با افرادی که با شدیدترین استرس‌های ناشی از تروما، مواجهه داشته‌اند، قابل مقایسه است. کیفیت تجربه مواجهه با آسیب ناشی از سلاح‌های شیمیایی می‌تواند در میزان ناتوانی افراد موثر باشد. درگیری روانی زودرس و پیشرونده این حقیقت را تایید می‌کند که ضربه روحی ناشی از سلاح‌های شیمیایی، مانند آثار پوستی، چشم یا ریوی آن، از نظر بالینی قابل تشخیص و ارزیابی است (لاری، ۲۰۰۷).

تعداد قابل توجهی از جانبازان شیمیایی، به طیفی از بیماری‌های جسمانی و اختلالات روانی مبتلا هستند. اختلال اضطرابی در ۵۷ درصد، تحریک پذیری و عصبی شدن مکرر در بیشتر جانبازان شیمیایی و افسردگی در بین ۵۷ تا ۹۲ درصد آن‌ها گزارش شده است (جیمز^۱، ۲۰۰۱).

در مطالعه دیگری نشان داده شد که نشانه‌های PTSD و ضعف عملکرد اجتماعی در بازماندگان حمله شیمیایی حلبچه در کردستان عراق، ۱۸ سال بعد از حمله شیوع بالایی داشت (ورکین^۲، ۲۰۰۸). در ارزیابی اثرات رفتاری و تاثیر طولانی مدت ناشی از مسمومیت حاد با گاز شیمیایی سارین^۳ بر عملکرد عصبی در حمله تروریستی مترو در سال ۲۰۰۵ ژاپن، نشانه‌های روان‌شناختی و اثرات دراز مدت بر عملکرد سایکوموتور، سیستم عصبی بینایی و سیستم وستیبولو-سربلار نشان داده شد (یوکوهاما^۴، ۱۹۹۸). در مطالعه‌ای که به پیگیری اطلاعات نرولوژیک تعدادی از قربانیان این حمله پرداخت، عارضه اصلی در ۷ سال بعد از حمله، اختلال استرس بعد از تروما عنوان شده است (هافمن^۵، ۲۰۰۷). سربازانی که در جنگ جهانی دوم، تحت آزمایش‌های محرمانه نظامی باگاز مستارد قرار گرفته بودند، ۵۰ درصد در تمام یا بخشی از زندگی

^۶ Schnurr

^۷ Mc Cauley

^۸ Riddle

^۹ Descriptive cross-sectional study

^۱ James

^۲ Dworkin

^۳ Sarin

^۴ Yokoyama

^۵ Hoffman

مقیاس می‌سی‌سی‌پی توسط گودرزی در سال ۱۳۸۲ اعتباریابی شد. اعتبار آزمون بر اساس همبستگی درونی ۰/۹۲، بر اساس روش دو نیمه کردن ۰/۹۲، بر اساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۱ و با آزمون همتا (سیاهه PTSD) ۰/۸۲ بود. ۴ عامل مربوط به اختلال استرسی (خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی) در این پرسش‌نامه به تفکیک بیان شده است. هر سوال حداقل ۱ و حداکثر ۵ نمره دارد و کل نمرات ۳۵ تا ۱۹۵ می‌باشد (گودرزی ۱۳۸۲). در این مطالعه افرادی که نمره کل می‌سی‌سی‌پی ۳۵ تا ۶۵، جزء گروه با نمره اختلال استرسی پایین، نمره کل می‌سی‌سی‌پی ۶۵ تا ۱۳۰، جزء گروه با نمره اختلال استرسی متوسط و افرادی که نمره کل می‌سی‌سی‌پی ۱۳۰ تا ۱۹۵، جزء گروه با نمره اختلال استرسی بالا تقسیم‌بندی شده‌اند.

چک لیست اختلال استرس پس از ضربه یا پرسش‌نامه PCL: این پرسش‌نامه از معیارهای DSM-IV اقتباس شده است و دو نسخه متمایز، برای استفاده در افراد نظامی (PCL-M) و سایر افراد (PCL-C) دارد. این پرسش‌نامه، مطابق معیارهای تشخیص نسخه چهارم DSM تهیه شده است و دارای ۱۷ ماده است. مطابق این پرسش‌نامه، شدت علائم بیمار، در هر یک از علائم ۱۷ گانه‌ی PTSD بر اساس مقیاس چهار سطحی (اصلاً، یک بار در هفته، ۲ تا ۴ بار در هفته و پنج بار یا بیشتر در هفته) تعیین می‌شود که به ترتیب نمره صفر (اصلاً) تا ۳ (پنج بار یا بیشتر در هفته) به پاسخ‌ها تعلق می‌گیرد. برای تشخیص PTSD بر اساس DSM-IV، حداقل یک پاسخ با نمره ۱ یا بیشتر، برای یکی از سوالات مربوط به تجربه مجدد^۵ یعنی سوالات شماره یک تا پنج، برای ۳ سوال از سوالات اجتناب^۶ از شماره ۶ تا ۱۲ و دو مورد از سوالات برانگیختگی^۷ از شماره‌های ۱۳ تا ۱۷، لازم است. شدت هر یک از علائم PTSD را می‌توان با جمع نمرات هر دسته از علائم بدست آورد، و شدت کلی PTSD را می‌توان با جمع نمرات بدست آورد. میزان اعتبار پرسش‌نامه بر اساس همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۷ و بر اساس روش دو نیمه کردن برای نیمه اول ۰/۷۷ و برای نیمه دوم ۰/۸۳ بود (بلانچارد^۸، ۱۹۹۶). در تحقیقات انجام شده داخلی با تعیین نمره برش ۴۴ برای این فهرست، حساسیت و ویژگی آن را به ترتیب ۰/۷۷۸ و ۰/۸۶۴ گزارش نموده‌اند که حاصل آن کارایی تشخیصی برابر ۰/۹۰ می‌باشد. همچنین، ضرب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس ۰/۹۳۹، ماده‌های ملاک B ۰/۹۳۵،

اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۸۷ (حدود دو دهه بعد از بمباران شیمیایی سردشت) انجام شد.

برای انتخاب خانواده‌های جانبازان، همه پرونده‌های جانبازان شیمیایی موجود در بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان سردشت، مورد بررسی قرار گرفت. تعداد کل مصدومین شیمیایی که در این بنیاد دارای پرونده‌های جانبازی (شیمیایی) بودند، ۱۳۳۶ مورد بود. از بین پرونده‌ها، همه مواردی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند (یعنی مواجهه پدر خانواده با گازهای شیمیایی، تاهل و داشتن خانواده، عدم وجود بیماری مزمن یا بدخیم در سایر اعضای خانواده، عدم وجود فرد مصدوم شیمیایی یا جسمی دیگر در خانواده)، در مطالعه وارد شدند. تعداد ۱۷۶ مصدوم شیمیایی دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند که در نهایت ۱۵۰ از بین آن‌ها انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند (۸۵/۲ درصد جامعه هدف).

گروه کنترل ۱۵۶ نفر بودند که به صورت تصادفی سیستماتیک از جمعیت عادی شهرستان سردشت انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه گروه کنترل مشابه با معیارهای ورود به مطالعه گروه آزمایش بود. با این تفاوت که سرپرست خانواده، مواجهه ثابت شده با سموم شیمیایی نداشت.

در این پژوهش برای بررسی میزان علائم استرسی از پرسش‌نامه می‌سی‌سی‌پی^۱ و برای بررسی شدت PTSD از پرسش‌نامه پی‌سی‌ال^۲ استفاده شد.

پرسش‌نامه می‌سی‌سی‌پی: مقیاس اصلی می‌سی‌سی‌پی مربوط به جنگ توسط کینی ساخته شد و ۳۵ سؤال دارد و اعتبار و روایی آن بر اساس DSM-III به دست آمده است. این مقیاس توسط نوریس و همکارانش اصلاح شد (نوریس^۳، ۱۹۹۶). در نمونه ۳۵ سؤالی این مقیاس (با حداکثر نمره ۱۷۵)، نمره برش ۱۰۷ به عنوان مرز تشخیص اختلال استرسی پیشنهاد شده است، هر چند امتیاز ۱۲۱، با حساسیت بالاتر ولی ویژگی پایین‌تری، افرادی را که معیارهای اختلال استرسی داشتند، از افراد فاقد این معیارها بهتر تشخیص می‌دهد (لیونز^۴، ۲۰۰۵). محققان ایرانی چهار سؤال دیگر به مقیاس اصلی اضافه نمودند (و حاصل آن یک مقیاس ۳۹ سؤالی بود) تا مقیاس سایر علائم و خصوصیات جانبی اختلال را نیز پوشش دهد و با توجه به مقاس اصلی می‌سی‌سی‌پی مربوط به جنگ، یک مقیاس ۳۹ سؤالی برای سنجش اختلال استرسی شهروندان عادی (مقیاس شهروندی) ساختند. نسخه فارسی

⁵ re-experiencing

⁶ avoidance

⁷ arousal

⁸ Blanchard

¹ Mississippi

² (PCL) PTSD Check List

³ Norris

⁴ Lyons

از جانبازان و ۶۹ درصد از افراد گروه کنترل به شکل شدید یا متوسط این مشکل را داشتند. فقدان افسردگی (عامل ۴) شدید در ۲۹/۷ درصد از جانبازان شیمیایی و ۴۵/۵ درصد از گروه کنترل وجود داشت. حدود ۸۶/۵ درصد از جانبازان و ۶۹ درصد از افراد گروه کنترل به شکل شدید یا متوسط این مشکل را داشتند (جدول شماره ۲).

نمره کل "پی سی ال" در گروه جانبازان شیمیایی ($12/75 \pm 22/22$) و در گروه کنترل ($10/05 \pm 11/56$) بود. با استفاده از پرسش‌نامه "پی سی ال" ۲۲/۹۰ درصد (۳۳ نفر) در گروه جانبازان شیمیایی به اختلال شدید، ۶۳ نفر (۴۳/۸ درصد) به اختلال متوسط و ۴۸ نفر (۳۳/۳ درصد) به اختلال خفیف مبتلا بودند ولی در گروه کنترل موارد شدید، متوسط و خفیف به ترتیب ۱۲/۸ درصد، ۱۷/۹ درصد و ۶۹/۲ درصد بود. حدود ۷۷ درصد از جانبازان شیمیایی نمره کل "پی سی ال" متوسط و شدید داشتند (جدول شماره ۱).

برای بررسی این که اختلالات فوق در بین جانبازان شیمیایی و گروه کنترل اختلاف معنی‌داری دارد یا نه از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد با توجه به نتایج ملاحظه شد که میانگین نمره کل "می‌سی سی پی" در جانبازان شیمیایی ($14/19 \pm 23/06$) و به طور معنی‌دار بالاتر از گروه کنترل یعنی افراد غیر شیمیایی (سالن) ($21/73 \pm 112/29$) بود ($p < 0/01$). هر یک از عوامل چهارگانه "می‌سی سی پی" در جانبازان شیمیایی بالاتر از گروه کنترل بود؛ که بالا بودن نمره سه عامل اول یعنی خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی و ناتوانی در کنترل عاطفی با $p < 0/01$ معنی‌دار بود ولی درعوامل چهارم (فقدان افسردگی) معنی‌دار نبود ($p > 0/05$) (جدول شماره ۳).

شدت PTSD با استفاده از پرسش‌نامه پی‌سی‌ال نیز در جانبازان شیمیایی ($12/75 \pm 22/22$) و به طور معنی‌دار بالاتر از این نمره در گروه کنترل ($10/05 \pm 11/56$) بود ($p < 0/01$). میزان شدت عامل یک و عامل سوم (تجربه مجدد و برانگیختگی) در گروه جانبازان به طور معنی‌دار بالاتر از گروه کنترل است ($p < 0/01$)؛ اما شدت عامل دوم (اجتناب) در دو گروه در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار نبود (جدول شماره ۳).

یافته‌های این مطالعه، بیان می‌دارد که میزان نمره "می‌سی سی پی" بین گروه‌های سنی در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است؛ یعنی می‌توان گفت که میزان نمره "می‌سی سی پی" در سنین مختلف متفاوت می‌باشد ($p < 0/01$). در بررسی تکمیلی به روش توکی، ملاحظه گردید که این اختلافات در رده‌ی سنی بالای ۵۵ سال با گروه‌های دیگر اتفاق می‌افتد. به عبارت دیگر، میزان نمره

ماده‌های ملاک C ۰/۸۲ و ماده‌های ملاک D ۰/۸۳۹ گزارش شده است (گودرزی، ۱۳۸۲). در پژوهشی دیگر نیز اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد (احمدی و همکاران، ۱۳۸۵).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش پارامتریک آزمون تی استفاده شد. همچنین میزان نمره هر دو مقیاس براساس درصد جانبازی^۱، شاغل یا بیکار بودن، نوع شغل، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان به تفکیک در گروه جانبازان و گروه کنترل بررسی شد.

یافته‌ها

در این پژوهش میزان اختلال استرسی در ۱۵۰ جانباز شیمیایی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند با ۱۵۶ نفر در گروه کنترل مقایسه شد. میانگین نمره کل "می‌سی سی پی" در جانبازان شیمیایی ($17/19 \pm 23/06$) و در گروه کنترل ($21/73 \pm 112/29$) بود. بر اساس نمره کسب شده، هر فرد در یکی از گروه‌های با اختلال استرسی شدید (نمره بالاتر از ۱۳۰)، متوسط (نمره ۶۵ تا ۱۳۰) یا کم (نمره کم‌تر از ۶۵) قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

براساس پرسش‌نامه "می‌سی سی پی" در گروه جانبازان شیمیایی ۳۰ نفر (۲۰ درصد) به علایم استرسی شدید، ۸۷ نفر (۵۸ درصد) به اختلال استرسی متوسط و ۳۳ نفر (۲۲ درصد) به اختلال استرسی خفیف مبتلا بودند ولی در گروه کنترل موارد شدید، متوسط و خفیف به ترتیب ۲۲/۴ درصد، ۳۶/۵ درصد و ۴۱ درصد بود. حدود ۷۸ درصد از جانبازان شیمیایی نمره کل می‌سی سی پی متوسط و شدید داشتند (جدول شماره ۱).

همچنین شدت هر یک از ۴ عامل اختلال استرسی مورد بررسی قرار گرفت. عامل ۱ یا شدت خاطرات رخنه کننده در ۱۴/۷ درصد از جانبازان شیمیایی شدید ارزیابی شد در حالی که این رقم در گروه کنترل ۸/۳ درصد بود. اما در بررسی شدت مشکل در ارتباطات بین فردی (عامل ۲)، ۸/۳ درصد از افراد گروه کنترل شدیداً اشکال در ارتباطات بین فردی داشتند در حالی که ۱۵/۵ درصد از جانبازان شیمیایی به شکل شدید، این مشکل را داشتند، ۱۶/۷ درصد از جانبازان شدیداً ناتوانی در کنترل عاطفی (عامل ۳) داشتند در حالی که ۲۹/۵ درصد از افراد گروه کنترل به شکل شدید این مشکل را داشتند. اگرچه در گروه کنترل درصد بیشتری شکل شدید این مشکل را داشتند ولی حدود ۸۶/۵ درصد

^۱ براساس درصد جانبازی اعلام شده از سوی بنیاد شهید امور ایثارگران کشور

مقیاس‌ها وجود ندارد. ($p=0/375$) همچنین با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون میزان اختلالات بر اساس هر یک از متغیرهای شاغل یا بی‌کار بودن، نوع شغل، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان به تفکیک در گروه جانبازان و گروه کنترل بررسی شد که میزان اختلالات مستقل از این متغیرها بود.

"می‌سی سی پی" در افراد بالای ۵۵ سال بیشتر از گروه‌های دیگر می‌باشد.

برای بررسی رابطه بین درصد جانبازی، با متغیرهای مورد مطالعه بر اساس پرسش‌نامه‌های "می‌سی سی پی" و "پی سی ال" از آزمون همبستگی استفاده گردید. با توجه به اطلاعات حاصله، ملاحظه گردید که هیچ رابطه‌ی خطی بین درصد جانبازی و نمرات

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی نمره کل PTSD به تفکیک پرسش‌نامه در گروه مورد (جانبازان) و گروه کنترل

نمره کل می‌سی‌سی‌پی		نمره کل پی‌سی‌ال		فراوانی	کم
کنترل	جانباز	کنترل	جانباز		
۶۴	۳۳	۱۰۸	۴۸	فراوانی	کم
۶۵/۹	۳۴	۶۹/۲	۳۰/۷	درصد سطری به تفکیک پرسش‌نامه	
۴۱	۲۲	۶۹/۲	۳۳/۳	درصد ستونی	
۵۷	۸۷	۲۸	۶۳	فراوانی	متوسط
۳۹/۵	۶۰/۴	۲۲/۲	۷۷/۷	درصد سطری به تفکیک پرسش‌نامه	
۳۶/۵	۵۸	۱۷/۹	۴۳/۸	درصد ستونی	
۳۵	۳۰	۲۰	۳۳	فراوانی	شدید
۵۳/۸	۴۶/۱	۳۷/۷	۶۲/۲	درصد سطری به تفکیک پرسش‌نامه	
۲۲/۴	۲۰	۱۲/۸	۲۲/۹	درصد ستونی	

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی و شدت هر یک از عوامل می‌سی سی پی به تفکیک گروه مورد و شاهد

فقدان افسردگی		ناتوانی در کنترل عاطفی		مشکل در ارتباطات بین فردی		خاطرات رخنه کننده		فراوانی	کم
کنترل	مورد	کنترل	مورد	کنترل	مورد	کنترل	مورد		
۴۸	۲۰	۵۷	۲۲	۶۷	۵۳	۸۳	۳۹	فراوانی	کم
۱۸/۵	۷/۷	۲۰/۷	۸	۱۶/۸	۱۳/۳	۲۳/۹	۱۱/۲	درصد سطری برای عامل	
۳۰/۸	۱۳/۵	۳۶/۵	۱۴/۷	۴۲/۹	۳۵/۸	۵۳/۲	۲۶	درصد ستونی	
۳۷	۸۴	۵۳	۱۰۳	۷۶	۷۲	۶۰	۸۹	فراوانی	متوسط
۹/۹	۲۲/۵	۸/۹	۱۷/۳	۱۱/۷	۱۱/۱	۱۰	۱۴/۹	درصد سطری برای عامل	
۲۳/۷	۵۶/۸	۳۴	۶۸/۷	۴۸/۷	۴۸/۶	۳۸/۵	۵۹/۳	درصد ستونی	
۷۱	۴۴	۴۶	۲۵	۱۳	۲۳	۱۳	۲۲	فراوانی	شدید
۱۴/۵	۹	۱۶/۸	۹/۲	۱۴/۶	۲۵/۸	۷	۱۱/۸	درصد سطری برای عامل	
۴۵/۵	۲۹/۷	۲۹/۵	۱۶/۷	۸/۳	۱۵/۵	۸/۳	۱۴/۷	درصد ستونی	

جدول شماره (۳): مقایسه میزان اختلالات به تفکیک عوامل پرسش‌نامه‌های می‌سی‌سی‌پی و پی‌سی‌ال بین افراد مورد و کنترل

سطح معنی‌داری	آماره t	انحراف معیار	میانگین	اختلالات	
				جانباز	کنترل
۰/۰۰۱	۴/۸۰	۱۷/۱۹	۱۲۳/۰۶	جانباز	مجموع کل نمره می‌سی‌سی‌پی
		۲۱/۷۳	۱۱۲/۲۹	کنترل	
۰/۰۰۱	۴/۳۳	۷/۳۲	۳۲/۳۶	جانباز	خاطرات رخنه کننده (می‌سی‌سی‌پی)
		۷/۷۱	۲۸/۶۲	کنترل	
۰/۰۰۱	۴/۵۵	۷/۲۶	۲۹/۵۴	جانباز	مشکل در ارتباطات بین فردی (می‌سی‌سی‌پی)
		۸/۱۸	۲۵/۵۰	کنترل	
۰/۰۰۵	۲/۸۵	۴/۶۷	۳۱/۵۲	جانباز	ناتوانی در کنترل عاطفی (می‌سی‌سی‌پی)
		۸/۷۹	۲۹/۲۱	کنترل	
۰/۴۸	۰/۷۵	۶/۳۹	۲۹/۵۵	جانباز	فقدان افسردگی (می‌سی‌سی‌پی)
		۸/۵۶	۲۸/۹۴	کنترل	
۰/۰۰۱	۷/۹۹	۱۲/۷۵	۲۲/۲۲	جانباز	PTSD (پی‌سی‌ال)
		۱۰/۰۵	۱۱/۵۶	کنترل	
۰/۰۰۱	۵/۸۳	۴/۵۷	۴/۸۹	جانباز	عامل یک پی‌سی‌ال تجربه مجدد
		۲/۷۲	۳/۵۸	کنترل	
۰/۹۳۰	-۰/۰۷	۵/۴۳	۵/۴۶	جانباز	عامل ۲ پی‌سی‌ال اجتناب
		۵/۱۱	۵/۴۸	کنترل	
۰/۰۰۱	۳/۸۵	۴/۸۰	۵/۷۴	جانباز	عامل ۳ پی‌سی‌ال برانگیختگی
		۳/۸۴	۴/۷۴	کنترل	

بحث

اختلال استرسی شدید در گروه کنترل ممکن است این باشد که مردم سردشت دائماً در معرض انواع آسیب‌های ناشی از جنگ به‌ویژه بمباران‌های انفجاری بوده و کم‌تر کسی در این شهر پیدا می‌شود که به نوعی با حوادث تروماتیک مواجه نداشته باشد. هر چند این موضوع از سایر زوایا نیز قابل بررسی است. همچنین با استفاده از پرسش‌نامه "پی‌سی‌ال" ملاحظه شد که گروه جانبازان شیمیایی به طور معنی‌داری اختلال شدیدتری نسبت به گروه کنترل داشتند. براساس نتایج پرسش‌نامه "پی‌سی‌ال"، ۲۲/۹ درصد در گروه جانبازان شیمیایی به PTSD شدید، و در گروه کنترل ۱۲/۸ درصد بود. حدود ۷۷ درصد از جانبازان شیمیایی نمره کل "پی‌سی‌ال" متوسط و شدید داشتند. در بررسی متون و مقالات ملاحظه شد که شیوع و شدت PTSD در بازماندگان مواجهه یافته با گازهای شیمیایی، متفاوت گزارش شده است که می‌تواند به علت متفاوت بودن ابزارهای مطالعه، تفاوت در میزان مواجهه افراد و عوامل منطقه‌ای، فرهنگی و اقتصادی جوامع مورد مطالعه باشد. در تحقیق هاشمیان و همکاران ۵۹ درصد از جمعیت مورد مطالعه سردشت علایم اختلال را در زمان مطالعه داشتند (هاشمیان و همکاران، ۲۰۰۶).

در مطالعه‌ای که ۵ سال بعد از حمله تروریستی مترو در ژاپن (۲۰۰۵) انجام شد، ۱۷ تا ۳۵ درصد از بازماندگان علایم PTSD را داشتند. که به درصد موارد شدید در مطالعه حاضر نزدیکتر است

نتایج مطالعات انجام شده در بازماندگان جنگ جهانی دوم و حمله تروریستی مترو در ژاپن و جنگ خلیج فارس، فرضیه بالا بودن اختلالات روان‌پزشکی در بازماندگان و مصدومین حملات شیمیایی را نشان می‌دهد. مطالعات محدودی روی اختلالات روان‌پزشکی مصدومین شیمیایی انجام شده است. در مطالعه هاشمیان و همکاران (۲۰۰۶) نیز نمونه تصادفی از مردم شهر سردشت بررسی شده است و نه مصدومین شیمیایی. بنابراین انجام مطالعه‌ای برای بررسی اختلالات روان‌پزشکی مصدومین شیمیایی و مقایسه این اختلالات با جمعیت مشابه غیرمصدوم شیمیایی، لازم به نظر می‌رسد.

در قسمت نتایج ذکر شد که میانگین نمره کل "می‌سی‌سی‌پی" در جانبازان شیمیایی به طور معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بود. البته در گروه جانبازان شیمیایی ۳۰ نفر (۲۰ درصد) به اختلال استرسی شدید مبتلا بودند و بر خلاف انتظار، در گروه کنترل درصد بیشتری (۲۲/۴ درصد) در این گروه قرار داشتند. ولی در کل در مجموع موارد شدید، متوسط و خفیف، جانبازان شیمیایی اختلال شدیدتری داشتند. حدود ۷۸ درصد از جانبازان شیمیایی نمره کل می‌سی‌سی‌پی متوسط و شدید داشتند و در کل نمره "می‌سی‌سی‌پی" در جانبازان شیمیایی به طور معنی‌دار بالاتر از این نمره در گروه کنترل بود. یکی از دلایل بالا بودن

مطالعه ارزیابی شوند که تنها جنگ و بمباران را به عنوان حادثه تلخی ذکر کنند که از یادآوری آن احساس ناراحتی می‌کنند. همچنین اختلالات روانپزشکی مصدومین شیمیایی، می‌تواند به علت عوارض جسمی ناشی از مواجهه با گازهای شیمیایی باشد (اشنار^۱، ۲۰۰۰). ولی در مطالعه ما رابطه مستقیمی بین میزان آسیب جسمی (درصد جانبازی)، مصدومین شیمیایی با اختلالات روانپزشکی به دست نیامد. ممکن است، تعدادی از افراد گروه کنترل نیز درجاتی از آسیب جسمی ناشی از مواجهه با گازهای شیمیایی را داشته باشند ولی مصدوم شیمیایی محسوب نشوند. مطلب دیگر عدم وجود ارتباط خطی بین اختلالات و متغیرهایی مانند شاغل یا بیکار بودن، نوع شغل، میزان تحصیلات و تعداد فرزندان می‌باشد. امید است محدودیت‌های این تحقیق با پژوهش‌های دیگران بویژه از طریق مقایسه آسیب‌دیدگان شیمیایی با سایر جانبازان، با مطالعه متغیرهای وسیعتر و کنترل متغیرهای مزاحم غنی‌سازی شود.

نتیجه‌گیری

اکنون استفاده از سلاح‌های شیمیایی، یکی از مسایل امنیتی بین‌المللی محسوب می‌شود. استفاده از این سلاح‌ها در حملات تروریستی می‌تواند منجر به تکرار حوادث تلخ و اسفبار شود. مقابله با عوارض مواجهه با این تسلیحات باید از تمام جوانب از جمله تاثیر آن بر سلامت روان افراد مورد توجه قرار گیرد. این مطالعه، میزان بالای PTSD را در جانبازان شیمیایی نسبت به گروه کنترل نشان داد که ضرورت تشخیص، پیگیری و درمان موارد شدید را بیان می‌دارد. مواجهه با سلاح‌های شیمیایی می‌تواند منجر به آسیب شدید و طولانی مدت در بازماندگان شود.

تقدیر و قدردانی

این مقاله قسمتی از طرح تحقیقاتی است که با حمایت مرکز تحقیقات علوم رفتاری و با همکاری پژوهشکده مهندسی و پزشکی بنیاد جانبازان و مرکز بهداشت روانی بنیاد انجام شده است و جا دارد از همه آن‌ها و تمامی جانبازان شیمیایی و سایر مردم شهر سрдشت که با این طرح همکاری کردند نهایت سپاسگزاری خود را اعلام کنیم.

(اهتانی^۱، ۲۰۰۴). ولی در مطالعه انجام شده دیگری برای بررسی اثرات سارین بر سیستم عصبی، ۵۶ فرد مواجهه یافته و ۵۲ نفر در گروه کنترل مقایسه شدند، نتایج بعد از کنترل فاکتورهای مخدوش کننده، تفاوت معنی‌داری از نظر نشانه‌های استرس نداشتند (نیشی‌واکی^۲، ۲۰۰۱). همچنین در مطالعه‌ای دیگر اختلالات اضطرابی در ۵۷ درصد جانبازان شیمیایی گزارش شده است (جیمز^۳، ۲۰۰۱).

علایم اضطرابی در جانبازان شیمیایی در مقایسه با دیگر جانبازان نیز بیشتر گزارش شده است (حقدادی ۱۳۷۲ و محمدی ۱۳۷۲). همچنین در پژوهش دیگری به اهمیت مشکلات همراه با PTSD مانند ناپایداری روابط زناشویی، بیکاری و افزایش مراجعات به پزشک که منجر به تحمیل هزینه به فرد و جامعه می‌شود، اشاره شده است (کسلر، ۲۰۰۰).

در مطالعه حاضر، درصد بالای PTSD را در جانبازان شیمیایی در مقایسه با گروه کنترل، ضرورت پیگیری و درمان موارد شدید را بیان می‌دارد. همچنین یافته‌های این مطالعه، بیان می‌دارد که میزان اختلال استرسی بین گروه‌های سنی در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است؛ به عبارت دیگر، میزان اختلال استرسی در افراد بالای ۵۵ سال بیشتر از گروه‌های دیگر می‌باشد که با توجه به مطالب ذکر شده در متون، مبنی برافزایش اختلالات در افراد مسن (سادوک ۱۳۸۲)، منطبق می‌باشد.

در این مطالعه برخلاف انتظار ارتباط مستقیم بین درصد جانبازی و اختلالات، در این مورد ارتباطی مشاهده نشد. در مطالعه‌ای که توسط وفایی و همکارانش انجام شده است، برخلاف انتظار میزان افسردگی در درصدهای پایین جانبازی (کل ۱۰۰ جانباز شیمیایی و غیرشیمیایی مطالعه شده) بالاتر گزارش شد (وفایی ۱۳۸۲).

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت که بعضی از این محدودیت‌ها مربوط به نوع مطالعه یعنی مشکلات و محدودیت‌های مطالعات توصیفی - مقطعی می‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی اثرات طولانی مدت مواجهه با سلاح‌های شیمیایی بر سلامت روان مصدومین شیمیایی، حدود ۲۰ سال بعد از این مواجهه انجام شد. هر چند احتمال مواجهه با سایر حوادث تروماتیک علاوه بر جنگ و بمباران، در طی این مدت ممکن است وجود داشته باشد و شاید فرد آن‌را به خاطر نیاورد ولی سعی شده است که با قرار دادن معیارهای ورود به مطالعه به حداقل رسانده شوند و فقط افرادی در

¹ Ohtani

² Nishiwaki

³ James

⁴ Schnurr

References:

- Ahmadi K, Zarei A, Arabnia AR. The study of effective factors on marital adjustment among veterans with PTSD. *Iran Mil Med J* 2006; 8(3): 165-74.
- Ahmadi K. *Psychology of tensions*. Tehran: Avaye Nour Pub; 2007 .
- al-Naser F, al-Khulaifi IM, Martino C. Assessment of posttraumatic stress disorder four and one-half years after the Iraqi invasion. *Int J Emerg Ment Health* 2000; 2(3):153-6.
- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther* 1996; 34: 669-73.
- Cardozo BL, Bilukha OO, Crawford CA, Shaikh I, Wolfe MI, Gerber ML. Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA*. 2004; 292:575-84.
- De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, Masri M, Araya M, Khaled N, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 2001; 286:555-62.
- Dworkin J, Prescott M, Jamal R, Hardawan SA, Abdullah A, Galea S. The long-term psychosocial impact of a surprise chemical weapons attack on civilians in Halabja, Iraqi Kurdistan. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196(10):772-5.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries. *Lancet* 2005; 365:1309-14.
- Ghanei M, Aslani J, Khateri S, Hamadanizadeh K. Public health status of the civil population of Sardasht 15 years following large-scale wartime exposure to sulfur mustard. *J Burns Surg Wound Care* 2003; 2:1-9.
- Goodarzi MA. Evaluating validity and reliability of Mississippi Post Traumatic stress disorder scale. *Iran J Psychol* 7:153-78.
- Haghdadi G, Parchami M. Comparison survey of disabled people (Janbazan) with severe psychologic symptoms among two groups exposed or nonexposed to chemical agents. In: *Conference on neuropsychologic complications of war*. Tehran: Bonyad Pub Co.P. 1993: 508-31.
- Hashemian F, Khoshnood K, Desai MM, Falahati F, Kasl S, Southwick S. Anxiety, depression, and posttraumatic stress in Iranian survivors of chemical warfare. *JAMA* 2006, 296(5):560 -6.
- Hoffman A, Eisenkraft A, Finkelstein A, Schein O, Rotman E, Dushnitsky T. A decade after the Tokyo sarin attack: a review of neurological follow-up of the victims. *Mil Med* 2007 ;172(6):607-10.
- James CA, Romana JR. Psychological casualties resulting from chemical and biological weapons. *J Mil Med* 2001;166:21.
- Kessler RC. Posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiat* 2000; 61(suppl5):4-12.
- Khateri S, Ghanei M, Keshavarz S, Soroush M, Haines D. Incidence of lung, eye, and skin lesions as late complications in 34,000 Iranians with wartime exposure to mustard agent. *J Occup Environ Med* 2003; 45:1136-43.
- Larry HP. Psychiatric aspects of chemicals and toxins. *Psychiatr Ann* 2007; 37: 706-9.
- Lyons JA, Caddell JM, Pittman RL, Rawls R, Perrin S. The potential for faking on the Mississippi scale for combat-related PTSD. *J Traum Stress* 2005; 7:441-5.
- McCauley LA, Lasarev M, Sticker D, Rischitelli DG, Spencer PS. Illness experience of Gulf War veterans possibly exposed to chemical warfare agents. *Am J Prev Med* 2002;23(3):200-6.
- Mohammadi MR, Noori AR. Common psychological disorders among chemical warfare victims. In: *Conference on neuropsychological complications of war*. Tehran: Bonyad Pub Co; 1993.P. 147-50.

21. Nishiwaki Y, Maekawa K, Ogawa Y, Asukai N, Minami M, Omae K. Effects of sarin on the nervous system in rescue team staff members and police officers 3 years after the Tokyo subway sarin attack. *Environ Health Perspect* 2001;109:11.
22. Norris FH, Perilla JL. The revised civilian mississippi scale for PTSD: reliability, validity, and cross-language stability. *J Trauma Stress* 1996;9:285-98.
23. Ohtani T, Iwanami A, Kasai K, Yamasue H, Kato T, Sasaki T, et al. Post-traumatic stress disorder symptoms in victims of Tokyo subway attack. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004;58:624-9.
24. Riddle JR, Brown M, Smith T, Ritchie EC, Brix KA, Romano J. Chemical warfare and the Gulf War: a review of the impact on Gulf veterans' health. *Mil Med* 2003; 168(8):606-13.
25. Schnurr PP, Ford JD, Friedman MJ, Green BL, Dain BJ, Sengupta A. Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:258-68.
26. Schnurr PP, Friedman MJ, Green BL. Posttraumatic stress disorder among World War II mustard gas test participants. *Mil Med* 1996;161:131-6.
27. Yokoyama K, Araki S, Murata K, Nishikitani M, Okumura T, Ishimatsu S, et al. Chronic neurobehavioral and central and autonomic nervous system effects of Tokyo subway sarin poisoning. *J Physiol Paris* 1998; 92(3-4):317-23.
28. Tavalaei A, Asari S, Najafi M, Habibi M, Ghanei M. Study of sleep disorders among chemical warfare victims. *Iran Mil Med J* 2006; 4:6.
29. Vafaei B, Seidy A. Study of the prevalence and intensity of depression in 100 devotees with chemical and non-chemical war injuries (30-70%) of imposed war in Tabriz. *Mil Med J* 2003; 2(5):105-10.