

نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و همبودی آن با اختلال‌های دیگر در نوجوانان زلزله‌زده ۱۱ تا ۱۶ ساله شهر بم

لیلا محمدی^۱، دکتر پروانه محمد خانی^۲، دکتر بهروز دولتشاهی^۳، دکتر محمود گلزاری^۴

Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and their Comorbidity with Other Disorders in Eleven to Sixteen Years Old Adolescents in the City of Bam

Leila Mohamadi*, Parvane Mohamadkhani^a, Behroz Dolatshahi^a, Mahmud Golzari^b

Abstract

Objectives: The aim of this study was to assess the symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and the comorbidity of depression, anxiety, anger and dissociation with PTSD based on gender difference between two groups of earthquake-stricken boys and girls in the city of Bam and comparing it with normal adolescents in Tehran. **Method:** One thousand 11-16 year old students (300 boys and 700 girls) in the city of Bam selected using multi-step cluster sampling in two educational levels as the experimental group, and 3042 eleven to sixteen year old students from Tehran as the control group were examined. Data were gathered using Syndrome Checklist for Children (form A) and Interview form of Post Trauma Stress Scale (interview form). Data were then analyzed using correlation, independent t, chi-square (χ^2), and Kruskal Wallis. **Results:** Adolescents who had experienced the traumatic events showed higher levels of depression, anxiety, posttraumatic stress, anger and dissociation in comparison with normal adolescents ($p < 0.01$). In the group with PTSD, frequency of all PTSD symptoms except anger symptoms was higher in girls than in boys. However, the frequency of pathological syndromes ($T > 65$) was more evident in boys than in girls, but was non-significant. The prevalence of PTSD in the experimental group was 20%. **Conclusion:** There is a high comorbidity between symptoms of PTSD and other symptoms, which leads to a higher report of PTSD prevalence. Even though psychological vulnerability was higher in boys than in girls, it seems that gender role expectance in the expression of emotions and the method of describing the symptoms play a role in this issue.

Key words: earthquake; posttraumatic stress disorder; comorbidity

[Received: 17 June 2009 ; Accepted: 30 November 2009]

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و همبودی افسردگی، اضطراب، خشم و تجزیه با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بر اساس تفاوت جنسیتی در دو گروه نوجوانان دختر و پسر زلزله‌زده شهر بم و مقایسه آن با نوجوانان بهنجار شهر تهران بود. **روش:** ۱۰۰۰ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۶ ساله شهر بم (۳۰۰ پسر و ۷۰۰ دختر) با نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای در دو مقطع تحصیلی به‌عنوان گروه آزمایش، و ۳۰۴۲ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۶ ساله شهر تهران به‌عنوان گروه ملاک مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با دو ابزار سیاهه مقیاس رویداد آسیب‌زا برای کودکان (فرم A) و مقیاس نشانگان استرس پس از سانحه (فرم مصاحبه) گردآوری و به روش‌های همبستگی، مستقل، مجذور کای دو متغیره (χ^2) و کرووسکال والیس تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نوجوانانی که رویداد آسیب‌زا را تجربه کرده بودند، بیش از نوجوانان بهنجار، نشانگان افسردگی، اضطراب، استرس پس‌آسیبی، خشم و تجزیه را گزارش کردند ($p \leq 0/01$). در گروه مبتلایان به PTSD، دختران همه نشانه‌های PTSD را به استثنای نشانه‌های خشم، بیش از پسران گزارش کردند، اما فراوانی نشانه‌های PTSD در حد بیمارگونه ($T \geq 65$) در پسران بیش از دختران بود، هرچند این تفاوت معنی‌دار نبود. فراوانی PTSD در گروه آزمایش ۲۰٪ بود. **نتیجه‌گیری:** همبودی بالایی بین نشانگان اختلال استرس پس‌آسیبی با سایر نشانگان وجود دارد که می‌تواند منجر به گزارش بالایی فراوانی اختلال استرس پس از سانحه شود. گرچه آسیب‌پذیری روانی در پسران بیش از دختران بود، ولی به نظر می‌رسد انتظارات نقش جنسیتی در ابراز هیجانات عاطفی و نحوه بیان نشانگان روانی در این مسأله نقش داشته باشد.

کلیدواژه: زلزله؛ اختلال استرس پس از سانحه؛ همبودی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۳/۲۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۹/۹]

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، روان‌رمانگری و مشاوره. تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. دورنگار: ۰۲۱-۵۵۸۶۵۰۵۰ (نویسنده مسئول). E-mail: l.mohamadi@yahoo.com ^۲ دکترای روانشناسی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ^۳ دکترای روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ^۴ دکترای روانشناسی عمومی، عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی.

* Corresponding author: MA. in Clinical Psychology, University of Social Wafer and rehabilitation Sciences, Koodakyar St., Daneshju Blvd., Evin, Tehran, Iran, IR. Fax: +982155865050. E-mail: l.mohamadi@yahoo.com; ^b PhD. in Psychology, University of Social Wafer and rehabilitation Sciences, Psychology Department; ^c PhD. of General Psychology, Allame Tabatabayi University, Psychology Department.

مقدمه

در سراسر جهان هر سال بلاای طبیعی به مرگ و معلولیت میلیون‌ها تن و آسیب‌های مالی بسیار می‌انجامد. تاکنون توجه سامانه‌های بهداشتی تنها به کاهش پیامدهای جسمانی این بلایا متمرکز بوده است، حال آن‌که این حوادث منبع استرس بزرگی برای بازماندگان به شمار می‌آیند و پیامد روانی جدی و دیرپا برجا می‌گذارند (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲). مردم کشورهای درحال توسعه بیشتر تحت تأثیر بلاای طبیعی قرار می‌گیرند و درصد مرگ و میر ناشی از بلاهای طبیعی و حادثه‌های صنعتی در این کشورها بیشتر است. ولی اطلاعات مربوط به اثر بلاهای طبیعی بر سلامت روان، بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته به دست آمده است (وانگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۰).

کودکان و نوجوانان به دلیل شرایط ویژه جسمانی و سنی، بیشتر از دیگر قشرهای جامعه در معرض خطر رویداد آسیب‌زا^۲، خشونت و آزاردیدگی قرار دارند و در برابرش از کمترین پشتیبانی حقوقی، اقتصادی و اجتماعی برخوردارند. توجه به رویارویی آنها با رویدادهای آسیب‌زا و تشخیص، سنجش و ارزیابی آنها، برای درمان اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان اهمیت بسیار دارد، این موضوعی است که تاکنون کمتر بدان پرداخته شده است (محمدخانی، محمدی و رضایی دوگانه، ۱۳۸۳).

همان‌طور که بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند رویارویی با رویداد آسیب‌زا در نوجوانان، می‌تواند به اختلال‌های مختلف منجر شود که از مهم‌ترین آنها می‌توان به PTSD اشاره نمود. برخی از پژوهشگران مانند اسکورفیلد^۳ (۱۹۸۵)، به نقل از یاسمی و همکاران، (۱۳۸۲) از عاریتی بودن نشانه‌های PTSD انتقاد کرده‌اند. اگرچه نشانه‌های اختلال‌های روانی همپوشی زیادی با یکدیگر دارند، اما این شباهت معمولاً در وجوه اساسی تشخیصی آنها وجود ندارد. درباره PTSD نیز این هم‌پوشی نشانه‌ای، نسبتاً زیاد است، بنابراین در امر تشخیص مشکلاتی به وجود می‌آورد (دیویدسون^۴ و فوآ^۵، ۱۹۹۱).

دیویدسون و فوآ (۱۹۹۱) بر این باورند که PTSD دربردارنده سه شاخه نشانه است: شاخه اول (Cluster B) نشانه‌های مداخله‌ای و تکراری است که در معیار دوم اختلال جای دارند و ویژه خود اختلال هستند. دومین شاخه (Cluster C) نشانه‌های معیار سوم PTSD است، که خود به

دو دسته تقسیم می‌شوند: الف) دسته‌ای که مربوط به اجتناب^۶ و کرختی هیجانی^۷ هستند و افزون بر PTSD ممکن است در اختلال‌های ترس بیمارگونه^۸ نیز دیده شوند و ب) دسته‌ای که با افسردگی مشترک هستند که بیشتر از آنها سخن گفته شد. شاخه سوم (Cluster D) نشانه‌های معیار چهارم PTSD هستند که به نشانه‌های برانگیختگی^۹ و بیش‌برانگیختگی^{۱۰} مربوط بوده، بین PTSD و سایر اختلالات اضطرابی مشترک هستند و مواردی از آن‌ها ممکن است در ترس بیمارگونه ساده و هم‌چنین در اختلال وسواس نیز دیده شود. با وجود ارتباطی که میان رویارویی با رویداد آسیب‌زا و PTSD وجود دارد، برخی از پژوهشگران بر این باورند که آسیب‌شناسی روانی پس از رویداد آسیب‌زا منحصر به PTSD نیست (گرین^{۱۱}، ۱۹۹۱).

بنسون^{۱۲} (۲۰۰۲)، به نقل از یاسمی و همکاران، (۱۳۸۲) نشان داد هرچه میزان آسیب جسمی در رویداد آسیب‌زا بیشتر باشد، امکان ابتلا به PTSD بیشتر می‌شود. استولارد^{۱۳} (۱۹۹۸)، به نقل از همان‌جا) نشان داد میان سن نوجوانان و میزان آسیب‌دیدگی ناشی از رویداد آسیب‌زا با PTSD ارتباط وجود ندارد، اما میان جنسیت و تجربه‌های پیش از رویداد آسیب‌زا با PTSD رابطه وجود دارد.

چون تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند در چگونگی بروز و شدت مشکلات روانی مؤثر باشد، تعمیم یافته‌های دیگر کشورها ممکن است با خطای برآورد همراه شود، بنابراین انجام پژوهش‌هایی در کشور، برای بررسی همه‌گیرشناسی، فراوانی و روش‌های پیش‌گیری و درمان اختلال‌های ناشی از بلاهای طبیعی ضروری است. اندک بودن تعداد پژوهش‌هایی که به بررسی تأثیر رویدادهای آسیب‌زا روی نوجوان پردازد، در کنار این واقعیت که کشور ما یکی از زلزله‌خیزترین کشورهای آسیایی است، انجام پژوهش برای بررسی فراوانی اختلال استرس پس‌آسیبی^{۱۴} و عوامل درگیر با شدت آن را ضروری می‌کند. هدف این پژوهش بررسی نشانیان PTSD و بررسی همبودی^{۱۵} افسردگی، اضطراب، خشم^{۱۶} و تجزیه^{۱۷} با

1- Wang
2- trauma
3- Schorfield
4- Davidson
5- Foa
6- avoidance
7- numbness
8- phobia
9- arousal
10- hyperarousal
11- Green
12- Benson
13- Stolard
14- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)
15- comorbidity
16- anger
17- dissociation

است. محمدخانی و همکاران (۱۳۸۳) پایایی^۴ خرده‌مقیاس‌های بالینی (مقدار آلفا از ۰/۷۳ تا ۰/۸۲) و روان‌سنجی (بیش‌پاسخی و کم‌پاسخی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۵۸) TSCC را بالا گزارش کردند. در همین بررسی روایی همگرایی^۵ خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۴۷- و روایی افتراقی^۶ خرده‌مقیاس‌های بالینی بین ۰/۴۸- تا ۰/۶۴- گزارش شد.

۲- **مقیاس نشانگان استرس پس‌آسیبی (فرم مصاحبه)^۷ (PSS-I)** (فوا، ریگنز^۸، دانکو^۹ و روتبام^{۱۰}، ۱۹۹۳) مصاحبه تشخیصی نیمه‌ساختاریافته‌ای است که برای تشخیص PTSD و ارزیابی شدت نشانگان آن بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^{۱۱} (DSM) طراحی شده است. این پرسش‌نامه که توسط آزمونگر تکمیل می‌شود، شامل ۱۷ گویه و سه خرده‌مقیاس تجربه مجدد^{۱۲}، رویداد آسیب‌زا (پنج گویه)، اجتناب (هفت گویه) و بیش‌برانگیختگی (پنج گویه) است. این پرسش‌نامه محدودیت سنی ندارد و ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب آن، کاربردش را برای مقاصد بالینی و پژوهشی توجیه می‌کند. حساسیت^{۱۳} تشخیصی آن ۰/۸۸، ویژگی^{۱۴} آن ۰/۹۶ (همان‌جا)، پایایی بازآزمایی^{۱۵} آن به فاصله یک ماه ۰/۷۷، پایایی نمره‌گذاری^{۱۶} آن ۰/۹۵، همسانی درونی آن ۰/۸۶ و هماهنگی تشخیصی آن با مصاحبه تشخیصی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID)^{۱۷} نزدیک به ۰/۸۶ گزارش شده است (بارلو^{۱۸}، ۱۹۹۳). حساسیت نسخه فارسی این مقیاس ۰/۹۱، ویژگی آن ۰/۷۸، و پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله دو هفته ۰/۹۵ به‌دست آمده است (فوا و همکاران، ۱۹۹۳).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک SPSS-13^{۱۹} و به روش همبستگی، t مستقل، مجذور کای دو متغیره^{۲۰} (X^۲) و کروسکال والیس^{۲۱} انجام شد.

PTSD در نوجوانان زلزله‌زده شهر بم بر اساس تفاوت جنسیتی در دو گروه نوجوانان دختر و پسر و مقایسه آن با نوجوانان بهنجار شهر تهران بود. از آن‌جا که پیامد روانی رویارویی با بلاهای طبیعی، همواره با برخی عواملی که زمینه‌ساز بروز اختلال‌ها هستند، همراه بوده است، در این بررسی سعی شد اثر سن، جنسیت، تجارب پیشین بیمار و تجربه از دست‌دادن خویشاوندان نزدیک در نظر گرفته شود.

روش

این پژوهش به‌گونه‌یک طرح بدون مداخله و مقطعی انجام شد. جامعه آماری دربرگیرنده دانش‌آموزان دختر و پسر شهر بم در مقطع راهنمایی و دبیرستان (دامنه سنی ۱۱ تا ۱۶ سال) بود که در سال ۱۳۸۳ در شهر بم مشغول به تحصیل بودند. ملاک ورود عبارت بود از حضور در بم در زمان زلزله تا ۱۰ ماه پس از آن. تعداد این دانش‌آموزان بر پایه آمار اداره آموزش و پرورش شهر بم ۱۵۹۰۰ نفر (۸۴۰۰ نفر راهنمایی و ۷۵۰۰ نفر دبیرستانی) و به تفکیک جنسیت، ۸۹۰۰ دختر و ۷۰۰۰ پسر) بود. از این تعداد با نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای از نواحی مختلف آموزش و پرورش شهر بم، تعداد ۱۰۴۰ نفر به‌عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند. تعداد ۴۰ پرسش‌نامه به‌دلیل معتبر نبودن (با استفاده از دو خرده‌مقیاس روایی سنجی بیش‌پاسخی و کم‌پاسخی) حذف شد و در نهایت ۱۰۰۰ پرسش‌نامه (۳۰۰ پسر و ۷۰۰ دختر) مورد تحلیل آماری قرار گرفت. پروفایل‌های نوجوانان بهنجار شهر تهران (۳۰۴۲ دانش‌آموز بهنجار ۱۱ تا ۱۶ ساله شهر تهران) که سیاهه مقیاس رویداد آسیب‌زا برای کودکان (فرم A)^۱ (TSCC-A) (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۳) روی آنها هنجاریابی شده بود، به‌عنوان گروه ملاک در نظر گرفته شد. میانگین سنی این گروه ۱۳/۰۶ و انحراف معیار ۱/۳۴ بود. برای رعایت اصول اخلاقی، محرمانه‌ماندن اطلاعات برای آزمودنی‌ها بیان و رضایت آنان برای شرکت در پژوهش جلب شد.

برای گردآوری داده‌ها از دو ابزار استفاده شد:

۱- **سیاهه مقیاس رویداد آسیب‌زا برای کودکان (فرم A) (TSCC-A)** (برای^۲ و همکاران، ۲۰۰۱) که یک ابزار خودگزارشی مربوط به PTSD و علامت‌شناسی روان‌شناختی آن و دربرگیرنده دو خرده‌مقیاس روان‌سنجی کم‌پاسخی و بیش‌پاسخی (برای سنجش روایی^۳ مقیاس) و پنج خرده‌مقیاس بالینی اضطراب، افسردگی، خشم، استرس پس‌آسیبی و تجزیه

- 1- Trauma Scale Checklist for Children form A (TSCC-A)
- 2- Brier
- 3- validity
- 4- reliability
- 5- convergent validity
- 6- differential validity
- 7- Post traumatic Stress Scale -Interview
- 8- Riggs
- 9- Dancu
- 10- Rothbaum
- 11- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
- 12- re-experience
- 13- sensitivity
- 14- specificity
- 15- test- retest
- 16- scoring
- 17- Structural Clinical Interview for DSM-IV
- 18- Barlow
- 19- Statistical Package for the Social Science- version 13
- 20- chi square
- 21- Kruskal wallis

یافته‌ها

توزیع فراوانی گروه آزمایش بر حسب سن در **جدول ۱** آمده است؛ میانگین سنی افراد مبتلا به PTSD ۱۳/۹ و انحراف معیار آن ۱/۲ بود. نوجوانان ۱۵ ساله با ۲۷٪ از جمعیت کل نمونه، بیشترین تعداد و نوجوانان ۱۱ ساله با ۱۱٪ از جمعیت کل نمونه کمترین تعداد را دارا بودند. به دلیل نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی و بر پایه سال تحصیلی، شاهد پراکندگی سنی نامنظمی هستیم.

نتایج کاربرد آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه در خرده‌مقیاس‌های TSCC-A در **جدول ۲** آورده شده است. کودکان مبتلا به PTSD بیش از کودکان بهنجار نشانگان روانی PTSD (افسردگی، اضطراب، استرس پس‌آسیبی، خشم و تجزیه) را گزارش کردند. بنابراین این فرضیه که PTSD با سایر نشانگان همبودی دارد، در سطح ۹۹٪ تأیید شد.

جدول ۱- توزیع فراوانی گروه آزمایش بر حسب سن

سن بر حسب سال	فراوانی (%)	درصد تراکمی
۱۱	(۱۱) ۱۱۰	۱۱
۱۲	(۱۵) ۱۵۰	۲۶
۱۳	(۱۰) ۱۰۰	۳۶
۱۴	(۱۷) ۱۶۹	۵۳
۱۵	(۲۷) ۲۷۱	۸۰
۱۶	(۲۰) ۲۰۰	۱۰۰
کل	(۱۰۰) ۱۰۰۰	

جدول ۲- نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه دو گروه آزمایش و ملاک در خرده‌مقیاس‌های TSCC-A

تجزیه	استرس پس‌آسیبی	خشم	افسردگی	اضطراب	میانگین (انحراف معیار) در گروه آزمایش
	(۵/۳۴) ۱۰/۲	(۵/۴۹) ۷/۲۴	(۵/۳۱) ۸/۱۱	(۵/۱۲) ۸/۶۸	
	(۴/۹۴) ۷/۵۴	(۴/۵۸) ۵/۲۳	(۵/۰۳) ۵/۹۰	(۴/۸۶) ۵/۹۷	میانگین (انحراف معیار) در گروه ملاک
نمره t	۱/۴۲۸	۱۱/۳	۱۱/۸۷۹	۱۵/۰۹۶	
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

جدول ۳- نتایج آزمون T مستقل برای مقایسه میانگین سه خرده‌مقیاس نشانگان استرس پس‌آسیبی در دو گروه دختر و پسر گروه آزمایش

خرده‌مقیاس	جنسیت	تعداد	میانگین	df	t	سطح معنی‌داری
تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا	دختر	۶۸۳	۵/۶۷	۹۵۰	۴/۱	۰/۰۰۱
	پسر	۲۶۹	۴/۶۹			
اجتناب	دختر	۶۸۳	۷/۹۹	۹۵۰	۳/۱	۰/۰۰۱
	پسر	۲۶۹	۷/۰۱			
بیش برانگیختگی	دختر	۶۸۳	۷/۴۹	۹۵۰	۲/۶	۰/۰۰۱
	پسر	۲۶۹	۶/۲۶			

جدول ۴- نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های PTSD در دو گروه دختر و پسر مبتلا به PTSD (۲۲۴ دختر و ۲۷۵ پسر)

نشانه‌ها	میانگین (انحراف معیار)	T	سطح معنی‌داری
اضطراب	دختر ۹/۶۰ (۴/۹) پسر ۶/۵۳ (۴/۸)	۹/۲۲	۰/۰۱
افسردگی	دختر ۸/۷۱ (۵/۴) پسر ۶/۷۲ (۵/۸)	۵/۶۴	۰/۰۱
خشم	دختر ۷/۵۱ (۵/۵) پسر ۶/۵۹ (۵/۳)	۲/۴۹	۰/۰۱
استرس	دختر ۱۰/۹۳ (۵/۲) پسر ۷/۸۹ (۴/۹)	۸/۷۱	۰/۰۱
تجزیه	دختر ۷/۸۶ (۵/۲) پسر ۶/۵۱ (۵/۱۱)	۳/۸۴	۰/۰۱

بررسی شد. کودکانی که خویشتاوندان خود را از دست داده بودند ($\chi^2=61/07$, $df=889$, $p \leq 0/05$)، زیر آوار مانده بودند ($\chi^2=67/09$, $df=259$, $p \leq 0/05$) و بیماری روانی ($\chi^2=133/11$, $df=329$, $p \leq 0/001$) یا مصرف داروی اعصاب ($\chi^2=82/89$, $df=39$, $p \leq 0/001$) داشتند، PTSD را با شدت بیشتری گزارش کردند.

بحث

یافته‌ها نشان داد، نوجوانان زلزله‌زده ۱۶-۱۱ ساله شهر بم افزون بر PTSD، نشانه‌های افسردگی، اضطراب، خشم و تجزیه را نیز گزارش کرده‌اند. شدت تمامی این نشانه‌ها در نوجوانان زلزله‌زده شهر بم بیش از نوجوانان گروه ملاک شهر تهران بود. هم‌چنین شدت PTSD در نوجوانانی که از دست‌دادن خویشتاوندان، ماندن زیر آوار، پیشینه بیماری روانی و یا مصرف داروی اعصاب را تجربه کرده بودند، بیشتر بود. فراوانی PTSD در نوجوانان زلزله‌زده شهر بم ۲۰٪ به‌دست آمد.

دیگر بررسی‌ها نیز همبندی افسردگی (روسوس^۱، گنجیان^۲ و اشتاین‌برگ^۳، ۲۰۰۵؛ گرین، ۱۹۹۱) و اضطراب (گرین، ۱۹۹۱) را با PTSD تأیید کرده‌اند. یافته‌های گرین (۱۹۹۱) نشان داد فراوان‌ترین نشانه همراه با PTSD ابتدا اضطراب و سپس افسردگی است، ولی در این پژوهش تجزیه فراوان‌ترین نشانه همراه با PTSD بود. این یافته با بررسی اشپنگلر^۴ و گورنمون^۵ (۱۹۹۸) هم‌خوان است. بر همین اساس به‌نظر می‌رسد یکی از علت‌های فراوانی بالای PTSD در جمعیت تجربه‌کننده رویداد آسیب‌زا، همبندی سایر نشانه‌ها با این اختلال است، برخی از پژوهشگران (مثلاً اسکورفیلد، ۱۹۸۵؛ به نقل از یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲) علت این امر را عارضیتی بودن نشانه‌ها PTSD با سایر اختلالات روانی می‌دانند. درباره فراوانی PTSD در جمعیت تجربه‌کننده رویداد آسیب‌زا، آمارهای مختلفی وجود دارد: ۶۸٪ (دژکام، ۱۹۹۰؛ به نقل از یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲)، ۵۱/۷٪ (کرمی، ۱۳۷۳)، ۷۷٪ (فارلان^۶ و پاپایی^۷، ۱۹۹۲)، ۲۰٪ (رافایل^۸ و پاپایی، ۱۹۸۶؛ به نقل از یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲)، ۲۳٪ (شاران^۹، ۱۹۹۰) و در مورد زلزله بم آمارهای ۵۱/۹٪ (فرویدیان و

برای بررسی تفاوت جنسیتی در نمره‌های خرده‌مقیاس‌های PSS-I در گروه آزمایش از آزمون t مستقل استفاده شد (جدول ۳). شدت تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا، اجتناب و بیش‌برانگیختگی در دانش‌آموزان دختر بیش از دانش‌آموزان پسر بود.

برای مقایسه نمرات خرده‌مقیاس‌های PTSD در دو گروه دختر و پسر مبتلا به PTSD از آزمون t مستقل استفاده شد: شدت نشانه‌ها در هر پنج خرده‌مقیاس در دانش‌آموزان دختر بیش از دانش‌آموزان پسر بود (جدول ۴).

فراوانی درصدی اضطراب، افسردگی، خشم، استرس پس‌آسیبی و تجزیه به ترتیب در دانش‌آموزان دختر مبتلا به PTSD ۱۳/۳، ۱۲/۶، ۹/۶، ۱۳/۳ و ۲۲/۶ و در دانش‌آموزان پسر مبتلا به PTSD ۲۰، ۱۹/۸، ۲۱/۶، ۲۴/۳ و ۲۳/۵ بود. مقایسه این یافته‌ها در دو گروه دختر و پسر با استفاده از آزمون χ^2 دو متغیره نشان داد فراوانی درصدی دانش‌آموزان پسری که نشانه‌ها PTSD را در حد بیمارگونه ($T \geq 65$) گزارش کردند، بیش از دانش‌آموزان دختر بود ($p \leq 0/05$) ($\chi^2=2/32$, $df=1$).

۸۹٪ نوجوانان مبتلا به PTSD از دست‌دادن خویشتاوندان، ۲۶٪ ماندن زیر آوار، ۳۳٪ سابقه بیماری روانی و ۴٪ سابقه مصرف داروی اعصاب پیش از وقوع زلزله را تجربه کرده بودند. ارتباط میان شدت PTSD (از روی نمره کل آزمون PSS-I) با این چهار عامل، به روش آماری کروسکال‌والیس

در تشخیص PTSD، بر حضور یکی از نشانه‌های ذهنی تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا تأکید شود.

همبلن^۳ (۲۰۰۶) بیان می‌کند که میزان درگیری با رویداد آسیب‌زا عامل تعیین‌کننده شدت آسیب‌زایی است، اما پژوهش حاضر نشان داد که نوجوانانی که خویشاوندان نزدیک خود را از دست داده بودند، نسبت به نوجوانانی که این تجربه را نداشتند، تنها در نشانگان افسردگی نمره بیشتری داشتند و نه در نشانگان استرس پس‌آسیبی. هم‌چنین نوجوانانی که زیر آوار ماندن را تجربه کرده بودند، بیش از نوجوانانی که مبتلا به PTSD بودند ولی این تجربه را نداشتند، نشانگان تجزیه، خشم و افسردگی را گزارش کردند. این پژوهش نشان داد که: نشانگان همراه با رویداد آسیب‌زا از جمله افسردگی و تجزیه، همبندی بالایی با PTSD دارند. این یافته همسو با پژوهشی است که نشان داد دانش‌آموزانی که از پیش زمینه افسردگی و نشخوار فکری داشتند، بیشتر مستعد ابتلا به PTSD بودند (لونیگان^۴، شانون^۵، فینچ^۶، دوئرتی^۷ و تایلر^۸، ۱۹۹۱).

بررسی استولارد (۱۹۹۸)؛ به نقل از یاسمی و همکاران، (۱۳۸۲) این موضوع را تأیید می‌کند که شخصیت، تجارب پیش از زلزله و جنسیت با شدت PTSD رابطه دارد. هرچند رابطه PTSD با جنسیت به توضیح بیشتری نیاز دارد؛ یافته‌ها نشان داد دانش‌آموزان دختر مبتلا به PTSD در سه خرده‌مقیاس PSS-I (تجربه مجدد رویداد آسیب‌زا، اجتناب و بیش‌برانگیختگی) و نشانگان روانی پس از رویداد آسیب‌زا (افسردگی، اضطراب، استرس پس‌آسیبی و تجزیه) نمرات بالاتری نسبت به پسران داشتند. در ظاهر به نظر می‌رسد این یافته با یافته‌هایی که PTSD و اختلال افسردگی را در دختران بیش از پسران نشان داده است (همبلن، ۲۰۰۶)، نشانگان خشم را در پسران بیش از دختران گزارش کرده است (کریک^۹ و گروتپتر^{۱۰}، ۱۹۹۵) و دختران را بیش از پسران مستعد PTSD گزارش کرده است (استولارد، ۱۹۹۸)؛ به نقل از یاسمی و همکاران، (۱۳۸۲) همسو است. اما در واقع این‌طور نیست، زیرا زمانی که فراوانی نشانگان روانی پس از رویداد آسیب‌زا که در حد بیمارگونه باشد (و نه تنها میانگین نمرات) در دو جنس بررسی شد، مشاهده شد که پسران بیش از دختران همه

همکاران، (۱۳۸۶)، ۵۸٪ (راد گودرزی و همکاران، ۱۳۸۶) و ۶۶٪ (نوربالا، عیوضی و پاشامیثی، ۱۳۸۶) گزارش شده است. در بیشتر این بررسی‌ها مصاحبه روانپزشکی صورت نگرفته است و تشخیص از روی نمرات پرسش‌نامه‌ها، بدون توجه به سطح عملکرد آزمودنی و بدون تفکیک نشانگان روانی همراه با PTSD انجام گرفته است.

یافته‌های این پژوهش، عاریتی بودن علائم PTSD را تأیید کرد. زمانی که فراوانی PTSD با استفاده از ملاک‌های DSM-IV-TR برآورد شد، فراوانی ۷۰٪، و هنگامی که هر یک از نشانگان همراه با آن جداگانه بررسی شد، فراوانی ۲۰٪ به دست آمد. در واقع یافته‌های بررسی حاضر، اعتبار یافته‌های پژوهش‌های پیشین را که فراوانی بسیار بالایی برای PTSD گزارش کرده‌اند، زیر سؤال می‌برد و یکی از علت‌های فراوانی بالای PTSD در آن پژوهش‌ها را در نظر نگرفتن همبندی نشانه‌های دیگر اختلال‌ها با PTSD می‌داند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد مشکل اصلی در نوع دسته‌بندی DSM-IV-TR از نشانه‌های PTSD است، زیرا در آن‌جا دو مین شاخه نشانه‌ها، که نشانه‌های اجتنابی و کرختی هیجانی را دربرمی‌گیرد، نشانه‌هایی را مدنظر قرار داده است که هم با افسردگی و هم با ترس بیمارگونه همپوشی دارد. نشانه‌های اجتناب هم در PTSD و هم در ترس بیمارگونه مشاهده می‌شود و کرختی هیجانی نیز از نشانه‌های شاخص اختلال افسردگی است (کینگ^۱، کینگ^۲ و لسکین^۲، ۱۹۹۸). بنابراین به نظر می‌رسد افزایش افسردگی به خودی خود می‌تواند به سه راه مایه بالا رفتن فراوانی گزارش شده از PTSD شود: ۱- زمانی که افسردگی به هر دلیلی (مانند از دست دادن وابستگان، از دست دادن امکانات رفاهی پیشین، سردرگمی و ناسامانی، خانه‌به‌دوشی و...) افزایش یابد، احتمال افزایش گزارش نشانه‌های کرختی هیجانی و بنابراین احتمال افزایش تشخیص PTSD بیشتر می‌شود. ۲- افسردگی به کاهش عملکرد روزانه فرد، که یک عامل اساسی در تشخیص PTSD است، می‌انجامد و فرد ارزیابی‌کننده کمتر به تحلیل این موضوع می‌پردازد که این کاهش عملکرد به افسردگی مربوط است یا PTSD. ۳- در بی‌فعالیتی پس از زلزله و افسردگی ناشی از سوگ عزیزان، فرد دچار کاهش انرژی و ناتوانی مقابله با افکار مزاحم می‌شود و همین موضوع نخستین شاخه نشانه‌های اختلال PTSD را تحت تأثیر قرار داده، باعث افزایش گزارش PTSD می‌شود. بنابراین بسیار مهم است که

1- King
2- Leskin
3- Hamblen
4- Lonigan
5- Shannon
6- Finch
7- Daugherty
8- Taylor
9- Crick
10- Grotpeter

منابع

فرهودیان، علی؛ شریفی، ونداد؛ رحیمی موقر، آفرین؛ رادگودرزی، رضا؛ محمدی، محمدرضا؛ یونسیان، مسعود؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۶). *بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه و علایم آن در بازماندگان زلزله*. مقاله ارایه شده در اولین همایش اختلال استرس پس از حادثه. بسیج جامعه پزشکی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۲۸ بهمن ماه.

کریمی، صغری (۱۳۷۳). *بررسی وضعیت اختلالات رفتاری، اختلال پس از ضربه (PTSD) در کودکان و نوجوانان دختر و پسر در مقاطع سنی ۱۶-۹ ساله مناطق زلزله زده پس از ۳ سال در مقایسه با مناطق غیرزلزله زده*. پایان نامه دکترای روانپزشکی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

رادگودرزی، رضا؛ رحیمی موقر، آفرین؛ فرهودیان، علی؛ شریفی، ونداد؛ محمدی، محمدرضا؛ یونسیان، مسعود؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۶). *عوامل پیش بینی کننده اختلال استرس پس از تواما در بازماندگان زلزله بم*. مقاله ارایه شده در اولین همایش اختلال استرس پس از حادثه. بسیج جامعه پزشکی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۲۸ بهمن ماه.

محمدخانی، پروانه؛ محمدی، محمدرضا؛ رضایی دوگانه، ابراهیم (۱۳۸۳).

هنجار یابی آزمون فهرست نشاتگان روانی ضربه فرم A (TSCC-A) در دختران و پسران ۱۶-۱۱ ساله تهران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۸۶-۶۰.

نوربالا، احمدعلی؛ عبودی، علیرضا؛ پاشا میثمی، علی (۱۳۸۶). *بررسی مقایسه ای شیوع اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) ۱۸ ماه بعد از زلزله بم در دو شهر بم و کرمان*. مقاله ارایه شده در اولین همایش اختلال استرس پس از حادثه. بسیج جامعه پزشکی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۲۸ بهمن ماه.

یاسمی، محمدتقی؛ میرابزاده، آرش؛ سردارپور؛ شاهرخ؛ شاه محمدی، داود؛ باقری، عباس؛ لایقی، هوشمند (۱۳۸۲). *بهداشت روانی در جریان بلایای طبیعی*. تهران: انتشارات وزارت کشور، ۴۵-۱۸.

Barlow, D. (1993). *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd. ed.). New York: Guilford Press, 259-263.

Brier, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, G., Eliana, H., Hanson, R., & Ernst, V. (2001). The trauma symptom checklist for young children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *American Journal of Child Abuse and Neglect*, 25, 1001-1014.

Crick, R., & Grotpeter, K. (1995). Relational aggression, gender and social-psychological adjustment. *American Journal of Child Development*, 66, 710-722.

Davidson, D., & Foa, E. (1991). Treatment PTSD in traumatized people. *American Journal of Psychiatry*, 10, 38-41.

نشانگان از جمله افسردگی، اضطراب، استرس پس آسیبی، خشم و تجزیه را گزارش کرده اند. اگر چه این تفاوت معنی دار نبود، اما دست کم نشان داد که دختران بیش از پسران تشخیص PTSD نمی گیرند. در واقع عاملی که سبب می شود فراوانی PTSD در دختران بیش از پسران برآورد شود، به الگوهای قالبی نقش های جنسیتی مربوط است. رایبیز^۱ و همکاران (۱۹۸۴) این موضوع را این گونه تحلیل می کنند که اجتماعی بودن جنسیت، نه تنها به فراوانی بیماری، بلکه به ابراز آن کمک می کند. میزان فراوانی انواع اختلال های رفتاری میان زن و مرد یکسان نیست. مردان در راستای نگرش قالبی نقش جنسیتی، که زنان را به درون سازی ناراحتی و مردان را به برون سازی آن سوق می دهد، بیشتر اختلال هایی چون سوء مصرف الکل و مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی را برون سازی می کنند، در حالی که زنان اختلال های عاطفی، ترس بیمارگونه، وسواس و وحشت زدگی را که بیشتر مشکلات درونی سازی کردن هستند، نشان می دهند. برای جنس مرد کمک خواستن و ابراز کردن هیجان ها بسیار دشوار است، زیرا می پندارد انجام این کار به معنی پذیرفتن ضعف است که این عزت نفس آنان را تهدید می کند (استدمن^۲، یول^۳ و اسمیت^۵، ۲۰۰۵).

کمتر بودن تعداد دانش آموزان پسر نسبت به دانش آموزان دختر از محدودیت های این پژوهش بود که در تحلیل یافته های مربوط به تفاوت های جنسیتی تأثیر می گذاشت. گردآوری داده ها پس از گذشت ۱۰ ماه از وقوع زلزله از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر بود، و پیشنهاد می شود بررسی های آتی با گذشت زمان کوتاه تری به گردآوری داده ها پردازند. هم چنین پیشنهاد می شود در دوره های زمانی یک ساله و دوساله پی گیری به عمل آید تا مقایسه نتایج در فاصله های زمانی مختلف امکان پذیر شود. در پایان برای رفع محدودیت سنی ۱۱ تا ۱۶ سال نمونه های این پژوهش پیشنهاد می شود بررسی های مشابه در مورد کودکان زیر ۱۱ سال نیز انجام شود.

سپاسگزاری

از همه دانش آموزانی که در این پژوهش شرکت کردند، هم چنین از مسئولان و کارکنان اداره آموزش و پرورش و مدرسه های شهر بم صمیمانه قدردانی می شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

1- Robins
3- Yule

2- Stedman
4- Smith

- Farlan, A., & Papay, P. (1992). Multiple diagnostic in post traumatic stress disorders in the victims of a natural disaster. *American Journal of Nervous and Mental Disorder*, 180, 498-504.
- Foa, E., Riggs, D., Dancu, C., & Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *England Journal of Traumatic Stress*, 6, 454-473.
- Green, L. (1991). Evaluation the effects of disasters. *American Journal of Psychological Assessment*, 41, 538-540.
- Hamblen, J. (2006). *PTSD in children and adolescents*. Available on: <http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/information>
- King, D., King, L., & Leskin, G. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD scale. *American Journal of Psychological Assessment*, 10, 90-96.
- Lonigan, C., Shannon, M., Finch, A., Daugherty, T., & Taylor, C. (1991). Children's reactions to a natural disaster: symptom severity and degree of exposure. *American Journal of Advances in Behavior and Therapy*, 13, 135-154.
- Robins, C., Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J., & Regier, D. (1984). Life time prevalence of specific psychiatric disorders, *Journal of Three Sites Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Roussos, A., Goenjian, A., & Steinberg, A. (2005). Post traumatic stress and depressive reactions among children and adolescents after the 1999 earthquake in Ano Liosina, Greece. *American Journal of Psychiatry*, 162, 530-537.
- Sharan, P. (1990). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *American Journal of psychiatry*, 153, 554-558.
- Spiegler, M., & Guerenmont, D. (1998). *Contemporary behavior therapy*, New York: ITP, 269-271
- Stedman, R., Yule, W., & Smith, P. (2005). Acute stress disorder and post traumatic stress disorder in children and adolescent involved in assault or motor vehicle accident. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1381-1383.
- Wang, X., Gao, L., Shinfuku, N., Zhang, H., Zhao, C., & Shen, Y. (2000). Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north of China. *American Journal of Psychiatric Association*, 157, 1260-1266.