

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

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

چکیده

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

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

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که ۵۲٪ افراد دچار علائمی از PTSD هستند. ۴۳٪ تجربه دوباره، ۳۱٪ افزایش برانگیختگی و ۱۲٪ رفتارهای اجتنابی را نشان دادند. شایع‌ترین علائم، تجربه دوباره و احساس ناراحتی شدید در به یاد آوردن حادثه بود. فراوانی PTSD ۱۲٪ بود. میانگین شدت علائم PTSD بر پایه CPTSD-RI $39/1 \pm 27$ (متوسط تا شدید) بود. نتیجه‌گیری: دیدن صحنه به‌دار آویختن می‌تواند سبب بروز علائم PTSD در حد متوسط تا شدید در کودکان گردد.

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

مقدمه

اصلی علائم PTSD، شامل تجربه دوباره^۱، رفتار اجتنابی^۲ و افزایش برانگیختگی^۳ برای دست‌کم یک‌ماه، از معیارهای تشخیصی این اختلال است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴).

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

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

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

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

پسرانه به‌روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. افرادی که در یک‌سال گذشته سابقه‌ای از ترومای شدید یا مراجعه به روانشناس یا روانپزشک داشتند و یا صحنه اعدام را ندیده بودند از بررسی حذف شدند. سن آزمودنی‌ها ۱۱-۷ سال (میانگین ۸/۸۵، انحراف معیار ۱/۲۳) بود.

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

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

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

رویدادهایی چون خشونت‌های انسانی مانند ترور، تجاوز به عنف و دیگر کشتی و یا رخداد‌های تهدیدکننده زندگی مانند حوادث رانندگی و یا حوادث طبیعی هم‌چون سیل و زلزله (نورث^۱، نیکسون^۲ و شریعت^۳، ۱۹۹۹) از این دسته‌اند. این رویدادها برای کودکان به‌عنوان فشارهای روانی شدید و تهدیدی جدی برای سلامت روان و رشد روانی و جسمی آنان به‌شمار می‌روند (گریس^۴، ۲۰۰۳؛ سینگر^۵، آنگلین^۶، سانگ^۷ و لانگوفر^۸، ۱۹۹۵؛ آگستین^۹، فرانک^{۱۰}، پوزنر^{۱۱} و زاکرمن^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ فرباوم^{۱۳}، ۲۰۰۲).

دیدن رفتارهای خشونت‌آمیز پیامدهای کوتاه‌مدت و درازمدت بر هیجان‌ها، رشد اجتماعی و شناختی کودکان دارد (جف^{۱۴}، ولف^{۱۵}، ویلسون^{۱۶} و زاک^{۱۷}، ۱۹۸۶a). بسیاری از کودکانی که شاهد خشونت‌های انسانی هستند نشانه‌هایی از PTSD، خشم، رفتارهای ضد اجتماعی، بزهکاری و رفتارهای تکانه‌ای را نشان می‌دهند (همان‌جا). آنها ممکن است از اضطراب، افکار مزاحم، کم‌خوابی و افسردگی نیز رنج ببرند. از سوی دیگر دیدن برخی صحنه‌ها ممکن است بر بزرگسالان تأثیر پایداری بر جای نگذارد، اما دیدن همان صحنه‌ها ممکن است بر کودکان تأثیر پایدار آسیب‌زا بر جا گذارد (همان‌جا). به گزارش کیل‌پاتریک^{۱۸} و ویلیامز^{۱۹} (۱۹۹۷) کودکانی که شاهد رفتارهای تهدیدکننده زندگی نسبت به پدران و مادران خود بوده‌اند بسیاری از علائم PTSD را نشان داده‌اند. به طور کلی کودکانی که شاهد صحنه‌های خشونت بار هستند، در حقیقت قربانیان فراموش شده^{۲۰} می‌باشند (بورمن^{۲۱} و آلن-مرس^{۲۲}، ۱۹۹۴).

پژوهش حاضر در این راستا و با هدف بررسی علائم اختلال پس از استرس ضربه‌ای در دانش‌آموزان یک دبستان پسرانه شهر اصفهان که شاهد مراسم به‌دار آویخته شدن یک نفر مجرم بودند اجرا گردید. مراسم اعدام طی حدود دو ساعت در کنار آن مدرسه و در ساعت‌های بعد از ظهر انجام شده بود. طی این مدت بیشتر دانش‌آموزان شاهد این مراسم بودند.

مواد و روش کار

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

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

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

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

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

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

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

داده‌های گردآوری شده به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری خی‌دو تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

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

از میان دانش‌آموزانی که دارای علامت تجربه دوباره بودند، ۵۸ نفر (۲۹٪) دچار یادآوری دردناک و پی‌درپی حادثه نشان داده شدند. از میان دانش‌آموزانی که علایم اجتنابی یا کرختی هیجانی داشتند، ۴۰ نفر (۲۰٪) پرهیز از فعالیت‌ها، مکان‌ها یا اشخاص مرتبط با حادثه را یادآور شدند. در دانش‌آموزانی که افزایش پراکنجیختگی داشتند، ۵۶ نفر (۲۸٪) تحریک‌پذیری بیش از اندازه و یا حملات خشم را عنوان نمودند (جدول ۱).

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

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

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

بحث

رفتارهای تهدیدکننده زندگی هستند بسیاری از علائم PTSD را نشان می‌دهند (کیلیاتریک و همکاران، ۱۹۹۷).

یافته‌های بررسی حاضر مبنی بر وجود میزان استرس متوسط تا شدید در آزمودنی‌های پژوهش، با یافته‌های پینوس و همکاران (۱۹۸۷) هم‌سویی دارد. آنان دریافتند که شدت واکنش کودکان در برابر ضربه‌های شدید روانی می‌تواند تا حد نسبتاً شدید باشد و حتی تا ماه‌ها پس از ضربه نیز در حد شدید تا متوسط باقی بماند (پینوس و همکاران، ۱۹۸۷).

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

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

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

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

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

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

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

سیاسکزاری

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

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

پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۶/۴

منابع

- girls' and boys' behavioral symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 143, 74-77.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., & Zak L. (1986b). Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 142-146.
- Kilpatrick, K. L., & Williams, L. M. (1997). Posttraumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 639-644.
- North, C. S., Nixon, S. J., & Shariat, S. (1999). Psychiatric disorder among survivors of the Oklahoma city bombing. *JAMA*, 282, 755-762.
- North, C. S., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1997). One-year follow-up of survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1696-1702.
- Pfefferbaum, B. (2002). *Posttraumatic stress disorder*. In: M. Lewis (Ed.). *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook*. (3rd. ed.) (p.p. 912-921). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., & Eth, S. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Sadock, B. J., & Sadock V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry (9th. ed.)* (p.p. 624-625). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Singer, M. I., Anglin, T. M., Song, L., & Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *JAMA*, 273, 477-482.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Augustyn, M., Frank, D. A., Posner, M., & Zuckerman, B. (2002). Children who witness violence and parent report of children's behavior. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 146, 800-803.
- Burman, S., & Allen-Meares, P. (1994). Neglected victims of murder: Children's witness to parental homicide. *Social Work*, 39, 28-34.
- Foa, E. B., Johnson, K., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.
- Grace, B. V. (2003). *Child witnesses to domestic violence*. Available on: <http://uptodateonline.com/application/topic/print.asp>. accessed.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. K., & Zak, L. (1986a). Family violence and child adjustment: A comparative analysis of