

PTSD نیابی در همسران جانبازان شیمیایی سردشت Vicarious PTSD in Sardasht chemical warfare victims' wives

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۷/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۲/۲۶

Ahmadi K. PhD[✉], Reshadatjoo M. PhD, Karami G.
MD, Anisi J. MSc

خدا بخش احمدی[✉]، محمود رشادتجو^۱،
غلامرضا کرمی^۲، جعفر انیسی^۱

Abstract

Introduction: This study was to evaluate the vicarious or secondary post traumatic stress disorder (PTSD) in Sardasht chemical warfare victims' wives.

Method: In this descriptive cross-sectional study, 306 persons were analyzed in two case (150 wives of Sardasht chemical warfare victims) and control (156 wives of Sardasht normal families) groups. A 39-query Mississippi questionnaire was filled for each person in order to evaluate the severity of PTSD.

Results: The total Mississippi degree was 128.68 ± 12.67 in chemical warfare victims' wives and 111.27 ± 21.21 in control group. The prevalence and severity of PTSD in chemical warfare victims' wives were sensibly more than the control group. The total Mississippi score in chemical victims (case group's husbands) was higher than normal people (control group's husbands).

Conclusion: According to high prevalence and severity of this disorder in chemical warfare victims' wives, it is necessary to follow up and treat the involved cases.

Keywords: PTSD (Post Traumatic Stress Disorder), Vicarious Trauma, Chemical Victims, Chemical Warfare

چکیده

مقدمه: این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه فراوانی اختلال فشار روانی آسیب‌زاد (PTSD) نیابی یا ثانویه در همسران جانبازان شیمیایی سردشت انجام شد.

روش: در این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی، ۳۰۶ نفر در دو گروه آزمون (۱۵۰ نفر از همسران مصدومین شیمیایی شهرستان سردشت) و کنترل (۱۵۶ نفر از همسران جمعیت عادی شهرستان سردشت) مورد بررسی قرار گرفتند. برای ارزیابی شدت PTSD، برای هر فرد پرسش‌نامه ۳۹ سئوالی "می‌سی‌سی‌پی" تکمیل شد.

یافته‌ها: نمره کل می‌سی‌سی‌پی در همسران جانبازان شیمیایی 128.68 ± 12.67 و در گروه کنترل 111.27 ± 21.21 بود. میزان و شدت PTSD در همسران مصدومین شیمیایی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. همچنین نمره کل می‌سی‌سی‌پی در مصدومان شیمیایی (شوهران گروه آزمون)، بیشتر از شوهران گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: مطابق نتایج به‌دست آمده تقریباً تمامی همسران جانبازان PTSD دچار آسیب‌نیابی بودند. لذا با توجه به فراوانی و شدت بالای این اختلال در همسران جانبازان شیمیایی، پیگیری و درمان موارد مبتلا ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: اختلال فشار روانی آسیب‌زاد، آسیب نیابی، قربانیان شیمیایی، جنگ شیمیایی

✉ **Corresponding Author:** Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Email: kh_ahmady@yahoo.com

✉ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران
۱ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران
۲ گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه...، تهران، ایران

مقدمه

اختلال روانی در سربازانی که در جنگ حضور داشته‌اند، بحث جدیدی نیست. سربازانی که در جنگ ویتنام حضور داشتند بعد از بازگشت از این جنگ، دچار تغییرات رفتاری و روانی شدند. بعد از این جنگ "اختلال فشار روانی آسیب‌زاد" (PTSD) تشریح و تعریف شد [۱].

PTSD مجموعه‌ای از سندروم‌ها است که در پی مواجهه با "عامل فشار آسیب‌زای شدید" ایجاد می‌شود؛ این مواجهه می‌تواند به شکل دیدن، حضور، یا شنیدن باشد. این فشار یا تنیدگی می‌تواند از تجربه جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی، حمله، تجاوز و سوانح جدی نظیر تصادف اتومبیل و آتش‌سوزی ساختمان ناشی شده باشد. افراد، واقعه آسیب‌زا را در رویا و نیز افکار روزانه خود، مجدداً تجربه می‌کنند؛ از هر چیزی که واقعه را به خاطرشان بیاورد، دوری می‌کنند و دچار کرختی پاسخ‌دهی، همراه با حالت بیش‌برانگیختگی می‌شوند. علائم و اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب و مشکلات شناختی، نظیر ضعف تمرکز نیز بروز می‌کند [۲].

فیگلی معتقد است که PTSD از طریق تلقین یا یکدلی که بین فرد آسیب‌دیده و سایر اعضای خانواده وجود دارد، مشخصاً سایر اعضای خانواده را نیز دچار آشفتگی روانی می‌کند. او این پدیده را واکنش تنیدگی ثانویه به مصیبت نامید [۳، ۴]. سایر نویسندگان واژه‌های مختلفی مانند خستگی ناشی از غم‌خواری، تنیدگی تروماتیک ثانویه و ترومای نیابی را برای این پدیده به کار برده‌اند [۴، ۵، ۶].

تجارب آسیب‌زایی که برای یکی از اعضای خانواده اتفاق می‌افتد، بر روی سایر اعضای خانواده اثر می‌گذارد. وقتی واکنش‌های آسیب‌زا شدید باشد و بدون درمان باقی بماند، می‌تواند مشکلات جدی در خانواده ایجاد کند. به همین علت است که برخی از اختلالات روان‌شناختی و از جمله افسردگی هم در بیمار مبتلا به PTSD و هم در خانواده آنها و به‌ویژه در بین همسران ایشان رایج است [۷]. تحقیقات نشان می‌دهد که بستگان بیمار مبتلا به PTSD در رنج به‌سر می‌برند [۸]. در مطالعه‌ای که به بررسی PTSD همسران مصدومان جنگی در کرواسی پرداخت، از ۵۶ نمونه مورد بررسی فقط ۳ نفر فاقد علائم بودند و ۳۹٪ از درجاتی از PTSD رنج می‌بردند و مبتلا به PTSD ثانویه بودند [۹].

بنابراین زندگی با فردی که دچار آسیب شده است و علائم PTSD دارد، سایر افراد خانواده، به‌خصوص همسر وی را که وابستگی نزدیکی با شوهر دارد و از شوهر بیمار خود حمایت می‌کند، تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ علاوه بر این همسر مجبور است نقش حمایتی بیشتری را در جهت رفاه و آسایش سایر اعضای خانواده ایفا نماید که نشانگر نقش همسر (زن) در خانواده، به‌خصوص نقش زن در خانواده مصدومان جنگی است [۳، ۱۰].

علائم PTSD یا سایر واکنش‌ها به تروما، اعمال و رفتار فرد آسیب‌دیده را تغییر می‌دهد، بنابراین تجربه آسیب در یکی از افراد خانواده می‌تواند بقیه افراد خانواده را نیز متأثر سازد. زمانی که واکنش به تروما یا آسیب شدید باشد و برای مدتی درمان نشود، می‌تواند منشأ مشکلات بزرگی در خانواده شود. زمانی که یکی از افراد خانواده به آسیب و تروما واکنش نشان می‌دهد، سایر افراد خانواده نیز به‌گونه‌ای دیگر به آسیب فردی که او را دوست دارند، واکنش نشان می‌دهند. افراد خانواده می‌توانند تعداد زیادی از واکنش‌های مشابه یا فقط تعداد محدودی واکنش را بروز دهند [۱۱، ۱۲].

از زمان به‌کارگیری تسلیحات شیمیایی در جنگ جهانی دوم، وسیع‌ترین حملات شیمیایی در جنگ ایران و عراق (۱۹۹۰-۱۹۹۸) بر علیه نظامیان و غیرنظامیان ایرانی صورت گرفته است. به‌طوری که با گذشت بیش از ۲۰ سال از این حملات، همچنان حدود ۳۴۰۰۰ آسیب‌دیده ناشی از حملات در ایران به ثبت رسیده‌اند [۱۳، ۱۴]. مطالعه روی اعضای خانواده‌های آسیب‌دیدگان و همسران و فرزندان آنها اندک و انگشت‌شمار است. هرچند این افراد در بسیاری از موارد در زمان حملات آسیب مستقیم جسمی را تجربه نکرده‌اند، اما نه‌تنها در معرض حملات بوده‌اند، بلکه تجربه زندگی با فرد آسیب‌دیده با مشکلات خاص جسمی و روانی را دارند و از طرفی بار برخی از مسئولیت‌ها را بر عهده گرفته‌اند که به‌تدریج باعث بروز علائم و اختلالات روحی و روانی در افراد می‌شود. مطالعه مشابهی در همین منطقه توسط هاشمیان و همکاران انجام شده است که نتایج حاصل از آن نشان‌دهنده میزان بالاتر اختلالات روان‌شناختی در افرادی است که علاوه بر تسلیحات معمول تحت تأثیر سلاح‌های شیمیایی قرار گرفته‌اند [۱۴]. اما در آن مطالعه همسران و سایر افراد خانواده که متأثر از آسیب مستقیم نبوده‌اند مورد بررسی قرار نگرفته‌اند؛ نتایج این مطالعه در مقایسه با افراد مناطق دیگر است که صرفاً تسلیحات معمول جنگی بر علیه‌شان استفاده شده است. بنابراین با توجه به درصد بالای PTSD در جانبازان شیمیایی، بررسی تأثیر این اختلال بر سایر اعضای خانواده و به‌ویژه همسران ایشان ضروری به‌نظر می‌رسد تا زمینه برنامه‌ریزی برای درمان و حمایت از خانواده آنها باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه فراوانی PTSD نیابی یا ثانویه در همسران جانبازان شیمیایی سردشت، طراحی و اجرا شد.

روش

در این مطالعه ۳۰۶ نفر در دو گروه مورد (۱۵۰ نفر از همسران مصدومان شیمیایی شهرستان سردشت) و کنترل (۱۵۶ نفر از همسران جمعیت عادی شهرستان سردشت) مورد بررسی قرار

است. هر سؤال حداقل ۱ و حداکثر ۵ نمره دارد و کل نمرات ۳۵ تا ۱۹۵ است [۱۷].

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا برای گزارشات توصیفی از معیارهای تمرکز (میانگین و میانه) و معیارهای پراکندگی (انحراف معیار و واریانس) استفاده شد. آزمون فرضیات با روش‌های پارامتریک آزمون مجذور کای و T، آزمون واریانس و ضریب همبستگی انجام شد. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS 13 آنالیز شدند.

یافته‌ها

نمره کل و هر یک از عوامل می‌سی‌سی‌پی در مصدومان شیمیایی (شوهران گروه مورد)، بیشتر از شوهران گروه کنترل بود (جدول ۱).

جدول ۱) مقایسه میزان اختلالات به تفکیک عوامل پرسش‌نامه‌های می‌سی‌سی‌پی در شوهران گروه مورد و کنترل

مقدار p	t	انحراف معیار	میانگین	شاخص‌های آماری ← عوامل پرسش‌نامه
.۰/۰۰۱	۴/۸۰	۱۷/۱۹	۱۲۳/۰۶	مجموع کل نمره
		۲۱/۷۳	۱۱۲/۲۹	می‌سی‌سی‌پی
.۰/۰۰۱	۴/۳۳	۷/۳۲	۳۲/۳۶	خاطرات تهاجمی
		۷/۷۱	۲۸/۶۲	کنترل
.۰/۰۰۱	۴/۵۵	۷/۲۶	۲۹/۵۴	مشکل در ارتباطات
		۸/۱۸	۲۵/۵۰	بین فردی
.۰/۰۰۵	۲/۸۵	۴/۶۷	۳۱/۵۲	ناتوانی در کنترل
		۸/۷۹	۲۹/۲۱	عاطفی
.۰/۴۸	۰/۷۵	۶/۳۹	۲۹/۵۵	فقدان افسردگی
		۸/۵۶	۲۸/۹۴	کنترل

میانگین نمره کل می‌سی‌سی‌پی در همسران جانبازان شیمیایی ۱۲۸/۶۸ و در گروه کنترل ۱۱۱/۲۷ بود. بر اساس نمره کسب‌شده، هر فرد در یکی از گروه‌های با PTSD شدید (نمره بالاتر از ۱۳۰)، متوسط (نمره ۶۵ تا ۱۳۰) یا کم (نمره کمتر از ۶۵) قرار گرفتند.

در گروه همسران جانبازان شیمیایی ۳ نفر (۲/۱٪) به PTSD شدید، ۱۴۰ نفر (۹۶/۶٪) به PTSD متوسط و ۲ نفر (۱/۴٪) به PTSD خفیف مبتلا بودند ولی در گروه کنترل موارد شدید، متوسط و خفیف به ترتیب ۱/۹، ۷۲/۴ و ۲۵/۶٪ بود.

در این مقاله علاوه بر نمره کل می‌سی‌سی‌پی، شدت هر یک از ۴ عامل PTSD که در این پرسش‌نامه به تفکیک بیان شده است مورد بررسی قرار گرفت. عامل ۱ یا "شدت خاطرات تهاجمی" در ۳۱/۳٪ از همسران جانبازان شیمیایی شدید ارزیابی شد؛ در حالی که این رقم در گروه کنترل ۴/۵٪ بود. در بررسی مشکل

گرفتند. این مطالعه در بهار و تابستان سال ۱۳۸۷ (حدود دو دهه بعد از بمباران شیمیایی سردشت) انجام شد.

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی، برای انتخاب گروه مورد، همه پرونده‌های جانبازان شیمیایی موجود در بنیاد شهید و امور ایثارگران شهرستان سردشت مورد بررسی قرار گرفت. تعداد کل مصدومان شیمیایی که در این بنیاد دارای پرونده‌های جانبازی شیمیایی بودند، ۱۳۳۶ نفر بود. از بین پرونده‌ها، همسران همه افرادی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند (یعنی مواجهه پدر خانواده با گازهای شیمیایی، داشتن خانواده کامل شامل پدر، مادر و حداقل یک فرزند مجرد بالای ۱۵ سال، عدم وجود بیماری مزمن یا بدخیمی در سایر اعضای خانواده، عدم وجود فرد مصدوم شیمیایی یا جسمی دیگر در خانواده)، به مطالعه وارد شدند. خانواده ۱۷۶ مصدوم شیمیایی دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند که در نهایت ۱۵۰ خانواده مورد بررسی قرار گرفتند (۸۵/۲٪ جامعه هدف). اختلال PTSD در مصدومان شیمیایی نیز با گروه کنترل متناظر (شوهران گروه مورد و کنترل) مقایسه شد.

۱۵۶ خانواده گروه کنترل به صورت تصادفی سیستماتیک از جمعیت عادی شهرستان سردشت انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه گروه کنترل مشابه با معیارهای ورود به مطالعه گروه مورد بود، با این تفاوت که سرپرست خانواده، مواجهه ثابت شده با سموم شیمیایی نداشت. در نهایت سرپرستان و همسران در دو گروه مورد (مصدومان شیمیایی) و کنترل (شاهد) مورد مطالعه قرار گرفت.

ابزار بررسی پرسش‌نامه می‌سی‌سی‌پی بود. مقیاس "اختلال تنیدگی پس از ضربه" می‌سی‌سی‌پی دارای ۳۹ سؤال است. مقیاس اصلی می‌سی‌سی‌پی مربوط به جنگ که توسط کینی ساخته شد، ۳۵ سؤال دارد و اعتبار و روایی آن بر اساس DSM-III به دست آمده و توسط نوریس و همکاران اصلاح شده است [۱۵].

در نمونه ۳۵ سؤالی این مقیاس (با حداکثر نمره ۱۷۵)، نمره برش ۱۰۷ به عنوان مرز تشخیص PTSD پیشنهاد شده است؛ هر چند امتیاز ۱۲۱، با حساسیت بالاتر ولی ویژگی پایین‌تر، افراد دارای معیارهای PTSD را از افراد فاقد این معیارها بهتر تشخیص می‌دهد [۱۶]. این مقیاس توسط نوریس و رید معرفی و توسط گودرزی در ایران اعتباریابی شده است. اعتبار آزمون بر اساس همبستگی درونی ۰/۹۲، بر اساس روش دونیمه کردن ۰/۹۲، بر اساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۱ و با آزمون همتا (سیاهه PTSD) ۰/۸۲ بود. ۴ عامل PTSD (خاطرات رخنه‌کننده، مشکل در ارتباطات بین‌فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی) در این پرسش‌نامه به تفکیک بیان شده

همسران جانبازان ناتوانی شدید در کنترل عاطفی (عامل ۳) داشتند؛ درحالی که ۲۱/۸٪ از افراد گروه کنترل دارای مشکل شدید در این زمینه بودند. فقدان افسردگی (عامل ۴) شدید در ۴۹/۷٪ از همسران جانبازان شیمیایی و ۴۱٪ از افراد گروه کنترل وجود داشت (جدول ۲).

در ارتباطات بین فردی (عامل ۲)، ۱۲/۸٪ از افراد گروه کنترل دارای مشکی شدید در ارتباطات بین فردی بودند، درحالی که ۶/۱٪ از همسران جانبازان شیمیایی به شکل شدید، این مشکل را داشتند؛ ۷۱/۶٪ از همسران جانبازان شیمیایی و ۴۴/۹٪ از افراد گروه کنترل با شدت متوسط این مشکل را داشتند. ۲۸٪ از

جدول ۲) مقایسه میزان اختلال تنیدگی می‌سی‌سی‌پی و هریک از عوامل آن در گروه مورد و کنترل

مقدار p	t	انحراف خطای		میانگین	شاخص‌های آماری ← عوامل پرسش‌نامه	
		انحراف معیار	معیار		مورد	کنترل
<۰/۰۰۱	۸/۷۱	۱/۰۵۲۷۵	۱۲/۶۷۶۸۱	۱۲۸/۶۸۹۷	مورد	مجموع کل نمره
		۱/۶۹۸۳۶	۲۱/۲۱۲۴۷	۱۱۱/۲۷۵۶	کنترل	می‌سی‌سی‌پی
<۰/۰۰۱	۸/۱۹	۰/۴۸۶۳۲	۵/۸۹۶۳۶	۳۵/۴۲۸۶	مورد	خاطرات تهاجمی
		۰/۵۹۲۴۰	۷/۳۹۹۰۴	۲۹/۱۴۷۴	کنترل	
<۰/۰۰۱	۴/۱۸	۰/۳۲۵۴۱	۳/۹۵۸۷۴	۲۹/۳۵۱۴	مورد	مشکل در ارتباطات
		۰/۶۲۵۸۶	۷/۸۱۷۰۰	۲۶/۳۹۷۴	کنترل	بین فردی
<۰/۰۰۱	۵/۴۷	۰/۳۱۰۷۸	۳/۸۰۶۲۸	۳۲/۹۵۳۳	مورد	ناتوانی در کنترل
		۰/۶۸۰۳۷	۸/۴۹۷۷۸	۲۸/۸۵۹۰	کنترل	عاطفی
<۰/۰۰۱	۵/۴۲	۰/۳۹۳۷۹	۴/۷۴۱۸۳	۳۱/۰۸۹۷	مورد	فقدان افسردگی
		۰/۶۷۰۹۰	۸/۳۷۹۴۸	۲۶/۸۷۱۸	کنترل	

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، ۹۸/۷٪ از همسران جانبازان از PTSD شدید یا متوسط رنج می‌برند. نمره کل می‌سی‌سی‌پی و شدت هر یک از ۴ عامل PTSD در گروه مورد بیشتر از گروه کنترل بود.

در بررسی متون و مقالات، مطالعه‌ای که به‌طور اختصاصی شدت PTSD را در همسران جانبازان شیمیایی ارزیابی کند، وجود نداشت. ولی PTSD در همسران مصدومان جنگی (دارای مصدومیت جسمی غیر از مصدومیت شیمیایی) در مطالعات مختلف بیشتر از افراد گروه کنترل ارزیابی شده است. در مطالعه فرانسویسکوویچ و همکاران، ۳۹٪ از همسران مصدومان جنگی در جاتی از PTSD را نشان دادند و مبتلا به PTSD ثانویه بودند [۸]. کوویچ و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که حدود یک‌سوم (۳۰٪) از همسران مصدومان جنگی که مبتلا به PTSD بوده‌اند، علائم تنیدگی تروماتیک ثانویه را دارند [۱۷]. نتایج حاصل از مطالعات انجام‌شده روی زوج‌های مصدومان جنگی هلند، باقی‌مانده از جنگ جهانی دوم [۱۸] و مصدومان جنگ ویتنام [۱۹، ۲۰] بیان‌کننده تأثیر وضعیت روانی مصدومان جنگی بر همسران آنها است.

مطالعه انجام شده توسط بن‌رززی و همکاران که با مقایسه ۲۰ همسر مصدومان جنگی و ۲۰ همسر کنترل انجام شد، نشان‌دهنده میزان تنیدگی و رنج بیشتر در همسران مصدومان جنگی بود [۲۱]. کالهون و همکاران دریافتند که شدت علائم بیماری و خشونت بین فردی در مبتلایان به PTSD با افزایش

آزمون T گروه‌های مستقل، نمره کل می‌سی‌سی‌پی در همسران جانبازان شیمیایی را به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل نشان داد ($p < 0.05$; $t = 8.71$). نمره خاطرات تهاجمی در همسران جانبازان شیمیایی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل ($p < 0.05$; $t = 8.19$). نمره مشکل در ارتباطات بین فردی در همسران جانبازان شیمیایی و گروه کنترل در سطح خطای ۰/۰۵ به‌شدت معنی‌دار و در همسران جانبازان بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0.05$; $t = 4.18$). اختلاف نمره ناتوانی در کنترل عاطفی، در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار و در همسران جانبازان شیمیایی بیشتر از گروه کنترل بود. فقدان افسردگی نیز در همسران جانبازان شیمیایی به‌طور معنی‌دار بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0.05$; $t = 5.42$) (جدول ۲).

بحث

میزان PTSD در همسران مصدومان شیمیایی به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از همسران خانواده‌هایی است که در معرض این حملات نبوده‌اند؛ هرچند سایر انواع مناقشات نظامی را همسان با افراد آسیب‌دیده تجربه کرده‌اند. نتایج در واقع نشانگر تأثیر تجمعی تسلیحات شیمیایی در آسیب‌دیدگان و متقابلاً افزایش اختلالات در خانواده آنهاست. به‌خصوص که اختلالات فوق در مصدومان شیمیایی نیز به‌شکل معنی‌داری بیشتر از شوهران گروه کنترل بود.

- 3- Figley CR. Burnout in families: The systematic cost of caring. Boca Raton: CRC Press; 1998.
- 4- Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner Inc; 1995.
- 5- Bell H. Strengths and secondary trauma in family violence work. Soc Work. 2003;48:513-22.
- 6- Salston M, Figley CR. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. J Trauma Stress. 2003;16:167-74.
- 7- Motta RW. Personal and intra familial effects of the viet war experience. Behav Ther. 1990;51:155-7.
- 8- Franciskovic T, Stevanovic A, Jelusic I, Roganovic B, Klaric M, Grkovic J. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. Croat Med J. 2007;48(2):177-84.
- 9- Solomon Z, Shalev AY. Helping victims of military trauma. In: Freedy JR, Hobfoll SE, editors. Traumatic stress: From theory to practice. New York: Plenum Press; 1995.
- 10- Amick-Mcmullan, Angelyne; Kilpatrick, Dean G., Resnick, Heidi S., Homicide as a Risk Factor for PTSD Among Surviving Family Members, Behavior Modification, Vol. 15, No. 4, 545-559 (1991)
- 11- Matsakis A. Vietnam wives: Facing the challenges of life with veterans suffering post traumatic stress. Baltimore: Sidran Institute Press; 1996.
- 12- Tavalaei A, Asari S, Najafi M, Habibi M, Ghanei M. Study of sleep disorders among chemical warfare victims. J Mil Med. 2006;3(5):6-9.
- 13- 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.
- 14- Norris FH, Perilla JL. The revised civilian Mississippi scale for PTSD: Reliability, validity and cross-language stability. J Trauma Stress. 1996;9(2):285-98.
- 15- Judith A, Juesta M, Caddell RL, Pittman RR, Sean P. The potential for faking on the Mississippi scale for combat-related PTSD. J Trauma Stress. 2005;7(3):441-5.
- 16- Goodarzi MA. Evaluating validity and reliability of Mississippi post traumatic stress disorder scale. J Phycol. 2003;7:153-78.
- 17- Koic E, Franciskovic T, Muzinic-Masle L, Dordevic V, Vondracek S. Chronic pain and secondary traumatization in the wives of Croatian veterans treated for posttraumatic stress disorder. Acta Clin Croatica. 2002;41:295-306.
- 18- Galovski T, Lyons JA. Psychological sequel of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. Aggress Violent Behav. 2004;9:477-501.
- 19- Lyons MA. Living with post-traumatic stress disorder: The wives/female partners/perspective. J Adv Nurs. 2001;34(1):69-77.
- 20- Dirkzwager AJ, Bramsen I, Ader H, Ploeg HM. Secondary traumatization in partners and parents of Dutch peacekeeping soldiers. J Fam Psychol. 2005;19(2):217-26.
- 21- Ben Arzi N, Solomon Z, Dekel R. Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: Distress, caregiver burden and psychological separation. Brain Inj. 2000;14(8):725-36.
- 22- Calhoun PS, Beclhim JC, Bosuord HB. Partners of veterans with PTSD: Caregiver burden and related problems. J Trauma Stress. 2002;15(3):205-12.

فشار روانی مراقبین، ارتباط دارد. در این تحقیق فشار روانی همسران سربازان مبتلا به PTSD با افزایش فشار روانی اطرافیان ارتباط معنی‌داری داشته است [۲۲].

نتایج مطالعات فوق و نتایج این مطالعه به‌طور کلی تأییدکننده اثر مناقشات جنگی به‌عنوان آسیبی بر کل اعضای خانواده است و حتی عدم حضور در زمان جنگ یا تحت تأثیر مستقیم اثرات جنگ نبودن نیز مانع از بروز اختلالات روحی و روانی در سایر افراد نمی‌شود. مواجهه با فرد آسیب‌دیده از اثرات جنگ در خانواده و در نتیجه مواجهه با مشکلات متعاقب آن مانند افزایش بار مسئولیت همسران و گاه فرزندان و تغییر نقش حامی روحی در خانواده و گاه از دست دادن آن می‌تواند از علل احتمالی بروز اختلالات باشد. نکته مهم دیگر در این مطالعه که اثر جنگ‌افزارهای شیمیایی را بر بروز اختلالات مهم‌تر جلوه می‌دهد، بومی و ساکن یک منطقه بودن افراد مورد مطالعه در هر دو گروه مورد و کنترل است که سایر تجربیات جنگی آنها مشابه بوده است. در نتیجه، هرچند نمی‌توان به قطع از احتمال بالاتر بودن دوز- اثر جنگ‌افزارهای شیمیایی سخن گفت، ولی نتایج مطالعه این فرضیه را در ذهن تقویت می‌کند.

نتیجه‌گیری

به‌علت حجم بالای اختلالات روحی در میان آسیب‌دیدگان شیمیایی و خانواده آنها نیاز به بررسی‌های مداخله‌ای بیشتر وجود دارد. همچنین تشکیل کلینیک ویژه اختلالات روانی برای این افراد نیز اهمیت بسزایی دارد. زمانی که واکنش به تروما یا آسیب شدید باشد و برای مدتی درمان نشود، می‌تواند منشأ مشکلات بزرگی در خانواده شود. لذا باتوجه به فراوانی و شدت بالای این اختلال در همسران جانبازان شیمیایی پیگیری و درمان موارد مبتلا ضروری به‌نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی: این مقاله قسمتی از طرح تحقیقاتی است که با حمایت مرکز تحقیقات علوم رفتاری انجام شده است. با نهایت تشکر و قدردانی از همکاری پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی بنیاد جانبازان، این مطالعه را به مصدومان شیمیایی تقدیم می‌کنیم تا شاید مبین ذره‌ای از مشکلات ایشان باشد.

منابع

- 1- Anne Rane Farrar MA. Vicarious traumatization of the mental health professional. Washington: Newsletter; 2002.
- ۲- سادوک بنجامین جیمز. خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی. رفیعی حسین، سبحانیان خسرو، مترجمان. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۲.