

Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Caused by War in Veterans

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Rahnejat A.M.¹ PhD,
Dabagi P.* PhD,
Rabiei M.² PhD,
Taghva A.³ MD,
Valipoor H.¹ MSc,
Donyavi V.³ MD,
Ebrahimi M.R.³ MD

How to cite this article

Rahnejat AM, Dabagi P, Rabiei M, Taghva A, Valipoor H, Donyavi V, Ebrahimi MR. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Caused by War in Veterans. *Iranian Journal of War & Public Health*. 2017;9(1): 15-23.

*Clinical Psychology Department, Medicine Faculty, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹Clinical Psychology Department, Medicine Faculty, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Clinical Psychology Department, Medicine Faculty, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Psychiatry Department, Medicine Faculty, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Correspondence

Address: Shahid Etemadzade Street, West Fatemi Street, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Phone: +98 (21) 22195164
Fax: +98 (21) 22197198
dabaghi_44@yahoo.com

Article History

Received: June 29, 2016

Accepted: November 21, 2016

ePublished: March 10, 2017

ABSTRACT

Aims The post-traumatic stress disorders sometimes continue years after wars. The aim of the study was to estimate the prevalence of post-traumatic stress disorders in the veterans 26 years after the end of Iran-Iraq war.

Instrument & Methods In this cross-sectional study, 341 Iranian veterans were studied in 2014. The subjects were selected via cluster random sampling method. Data was collected using post-traumatic stress disorder checklist-military edition (PCL-M-5), clinician-administered post-traumatic stress disorders scale for DSM-5 (CAPS-5), and a demographic questionnaire. Data was analyzed through descriptive statistics and Pearson correlation coefficient and simultaneous regression analysis tests.

Findings 82 veterans (24.0%) were with post-traumatic stress disorders diagnostic criteria. In addition, their most prevalent post-traumatic stress disorders symptoms were arousal and reactivity, and negative changes in the cognition and mood, successively. Demographic parameters, including educational level ($r=-0.191$; $p<0.01$), age during military services ($r=0.046$; $p<0.05$), military services length ($r=0.107$; $p<0.05$), and injury and its severity ($r=0.347$; $p<0.01$) significantly correlated with post-traumatic stress disorders. In addition, 13% of the post-traumatic stress disorders variance were explained by the demographic parameters ($p<0.01$).

Conclusion 26 years after the end of Iran-Iraq war, many veterans are with post-traumatic stress disorders, and their most prevalent symptom is arousal and reactivity.

Keywords Stress Disorder, Post-Traumatic; Prevalence; War; Veterans

CITATION LINKS

[1] Traumatic events and posttraumatic ... [2] Treating trauma survivors... [3] Causal metacognitive model war-related chronic... [4] Review and analysis of the Meta cognitive... [5] Comparative effectiveness of ... [6] Prevalence of post-traumatic stress... [7] Posttraumatic stress disorder in the ... [8] Trauma and the vietnam war ... [9] Population attributable fractions of ... [10] PTSD after deployment to Iraq... [11] Haunted by combat: Understanding ... [12] Military psychol: Clinical and ... [13] Flashback: Post traumatic stress... [14] Cognitive behavior therapy of post... [15] Bringing the war back home: mental health ... [16] PTSD prevalence, associated exposures ... [17] Comorbidity of PTSD and depression in ... [18] Combat duty in Iraq and Afghanistan ... [19] Epidemiological study of psychological ... [20] Trends and risk factors for mental... [21] Invisible wo PTSD symptom increases in ... [22] PTSD symptom increases ... [23] Prevalence of mental health ... [24] The psychological risks of Vietnam ... [25] Ethnic differences in posttraumatic ... [26] The prevalence of common mental ... [27] The prevalence of ptsd in conscript ... [28] Study of sleep quality in chemical-warfare ... [29] The role of thought control ... [30] Psychometric properties of the ... [31] The prevalence of post-traumatic ... [32] Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria ... [33] Normalization of Clinician Administered PTSD ... [34] Treatment for posttraumatic stress disorder ... [35] Health status of Vietnam ... [36] A longitudinal and retrospective ... [37] Prevalence estimates of combat-related PTSD ... [38] Posttraumatic stress disorder and posttraumatic ... [39] Post-traumatic stress disorder and chronic ... [40] The health of UK military personnel ... [41] Prevalence of psychotic co morbidity ... [42] Conceptual and practical principles ... [43] Meta cognitive therapy ... [44] Met cognitive therapy for PTSD ... [45] Chronic PTSD Treated with Meta ... [46] Understanding the relationship ... [47] The Thought Control Questionnaire ... [48] Behavioral formulation of posttraumatic ... [49] Cognitive reserve in neuropsychiatry ... [50] Intelligence and other predisposing ...

میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ در کهنه‌رزمندگان

امیرمحسن راه‌نجات PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

پرویز دباغی PhD*

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

مهدی ربیعی PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...، تهران، ایران

ارسیا تقوا MD

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

حبیب ولی‌پور MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

وحید ندوی MD

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

محمدرضا ابراهیمی MD

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

اهداف: پژوهش‌ها نشان داده‌اند عوارض روانی جنگ مانند اختلال استرس پس از ضربه گاهی اوقات تا سال‌ها پس از جنگ نیز قابل دوام هستند. پژوهش حاضر با هدف برآورد میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه در رزمندگان نظامی، پس از ۲۶ سال از خاتمه جنگ انجام شد. **ابزار و روش‌ها:** در این پژوهش توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۳، تعداد ۳۴۱ نفر از نظامیان یکی از ارگان‌های نظامی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار پژوهش، فهرست اختلال استرس پس از ضربه-ویرایش نظامی (PCL-M-5)، مقیاس متخصص اجرای ساختاریافته اختلال استرس پس از ضربه براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (CAPS-5) و پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد.

یافته‌ها: ۸۲ نفر (۲۴/۰٪) از نظامیان، واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال استرس پس از ضربه بودند و شایع‌ترین نشانه در آنها در وهله اول برانگیختگی و واکنش‌پذیری و پس از آن، تغییرات منفی در شناخت و خلق بود. متغیرهای جمعیت‌شناختی میزان تحصیلات ($F(1,191) = 2.1; p < .01$)، سن حضور در جبهه ($F(1,191) = 2.1; p < .05$) و مجروحیت و شدت مجروحیت ($F(1,191) = 2.1; p < .05$) با ابتلا به اختلال استرس پس از ضربه ارتباط معنی‌دار داشتند و ۱۳٪ واریانس مربوط به اختلال استرس پس از ضربه، توسط عوامل جمعیت‌شناختی تبیین می‌شد ($p < .01$).

نتیجه‌گیری: پس از گذشت ۲۶ سال از خاتمه جنگ، تعداد زیادی از کهنه‌رزمندگان نظامی همچنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه هستند و شایع‌ترین نشانه آنها برانگیختگی و واکنش‌پذیری است.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از ضربه، شیوع، جنگ، رزمندگان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۰۱

* نویسنده مسئول: dabaghi_44@yahoo.com

مقدمه

یکی از اختلالات روان‌شناختی که در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا رخ می‌دهد، اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) است، به‌طوری

که نتایج برخی از مطالعات حاکی از آن است که تقریباً ۲۵٪ افرادی که با یک رویداد آسیب‌زا مواجه می‌شوند، نهایتاً به PTSD مبتلا می‌شوند^[1-3]. پنجمین متن ویرایش شده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5) تاکید می‌کند که PTSD شامل مجموعه‌ای از علائم است که به‌دنبال یک عامل فشارزای آسیب‌زا حادث می‌شود و معمولاً شامل یک تهدید ادراک‌شده درباره زندگی (یا زندگی خود شخص یا زندگی شخص دیگر) یا تمامیت فیزیکی و ترس شدید، درماندگی یا وحشت است^[4, 5]. نتایج پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در زمینه میزان شیوع مادام‌العمر PTSD در بین جمعیت عمومی، تقریباً بین ۹-۱۱٪ است^[6]. همچنین میزان شیوع مادام‌العمر PTSD در زنان بالاتر از میزان شیوع آن در مردان است (۱۰ در برابر ۵)^[4, 7].

ضمناً نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که مواجهه با جنگ می‌تواند خطر ابتلا به PTSD را افزایش دهد. مطالعات کولکا و همکاران^[8] و پریگرسون و همکاران^[9]، حکایت از میزان بالای شیوع مادام‌العمر این اختلال (۲۲٪ تا ۳۱٪) در بین رزمندگان جنگی دارند. قبل از دهه ۱۹۸۰ نقش جنگ به‌عنوان یک عامل زمینه‌ساز در ایجاد اختلال درازمدت و ازکارافتادگی حاد بحث‌برانگیز بود. بعد از سال ۱۹۸۰ و مطرح شدن PTSD در DSM-III (سومین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روان‌پزشکی)، پژوهشگران به‌صورت گذشته‌نگر شروع به بررسی ارتباط اختلال تازه‌تعریف‌شده با خدمت در طول جنگ ویتنام نمودند^[10].

اختلال استرس پس از ضربه در بین نیروهای نظامی دارای یک سیر تاریخی ۱۵۰ساله است که "نشانگان قلب سرباز" یا "غم غربت" اولین نامی بود که در زمان جنگ‌های داخلی ایالات متحده به‌دلیل وجود علائم خودکار به نشانگان شبیه PTSD داده شد. جاکوب *داکوستا* در سال ۱۸۷۱ در مقاله‌ای تحت عنوان "درباره قلب تحریک‌پذیر" به توصیف این گونه سربازان پرداخت. در سال‌های ۱۹۰۰ تا ۱۹۰۹ که نفوذ روان‌کاوی به‌ویژه در ایالات متحده بسیار چشمگیر بود، متخصصان بالینی، تشخیصی تحت عنوان "نوروز آسیب‌زاد" را برای این بیماری به‌کار می‌بردند. در جنگ جهانی اول این نشانگان را "شوک ناشی از ترکش" نامیده بودند و این فرضیه مطرح بود که نشانگان مزبور به‌دلیل آسیب مغزی ناشی از انفجار گلوله‌های توپ به‌وجود می‌آید. در همین دوران جنگ جهانی اول و پس از آن، از واژه‌هایی مانند "سندروم تلاش"، "نوروز جنگ"، "هستری گاز"، "سندروم داکوستا"، "سندروم قلب تحریک‌پذیر" و "نوروز به‌گونه دیگر تشخیص‌داده‌نشده" برای توصیف این اختلال استفاده می‌شد. واژه‌های "نوروز جنگ"، "سندروم تلاش"، "فرسودگی ناشی از جنگ"، "خستگی نبرد" و "خستگی عملیاتی" از جمله واژه‌هایی بودند که در طول جنگ جهانی دوم تا قبل از جنگ کره برای توصیف مشکلات روانی سربازان جنگ جهانی دوم، بازماندگان اردوگاه‌های نازی‌ها و بازماندگان بمباران اتمی ژاپن، به‌کار برده می‌شدند. در طول جنگ کره، از واژه‌های "خستگی نبرد" و "فرسودگی ناشی از جنگ" برای توصیف این اختلال استفاده شد. در جنگ ویتنام، واژه‌های "استرس جنگ" و "سندروم اختلال استرس پس از سانحه" مطرح شد. بالاخره در دهه ۱۹۸۰ با چاپ DSM-III، مفهوم PTSD به‌طور کامل شکل گرفت و وارد واژگان رسمی شد، چنانکه امروزه نیز اختلال مزبور را به همین نام می‌خوانند^[4, 11-13].

در مورد تاثیر جنگ در ایجاد اختلالات روانی خصوصاً بعد از جنگ‌های اول و دوم جهانی، ویتنام و کره، اعراب و اسرائیل، ایران و عراق و خلیج فارس تاکنون پژوهش‌های وسیع و دامنه‌داری در کشورهای مختلف در مورد نظامیان و شرکت‌کنندگان در جنگ انجام

داده است. علی‌رغم آثار زیان‌بار جنگ بر نیروهای نظامی درگیر، هنوز پژوهش جامع و ملی در زمینه برآورد میزان شیوع این اختلال در سطح کارکنان نظامی صورت نگرفته است و معدود پژوهش‌هایی که در این حوزه در بین کارکنان نظامی و رزمندگان به‌عمل آمده، با حجم نمونه کم و به‌صورت پراکنده در برخی از نیروهای نظامی انجام شده که نمی‌تواند برآورد دقیقی از میزان شیوع این اختلال باشد؛ به‌عنوان مثال دنیوی و همکاران^[27] طی پژوهشی به‌صورت توصیفی و مقطعی روی تعدادی از کارکنان پایور نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران استان تهران، میزان شیوع این اختلال را ۱۴/۹٪ برآورد نمودند. تولایی و همکاران^[28] طی مطالعه‌ای در زمینه سلامت روانی مجروحان شیمیایی سردشت، علائم PTSD را در بیش از ۹۰٪ جانبازان شیمیایی مشاهده نمودند. علی‌رغم تفاوت‌ها در زمینه گزارش میزان شیوع PTSD در جمعیت نظامی و رزمندگان، هنوز میزان شیوع آن در این جمعیت چندبرابر بالاتر از میزان شیوع آن در جمعیت عادی است.

با عنایت به موارد فوق، انجام پژوهش‌های همه‌گیرشناسی به‌خصوص در زمینه PTSD در بین کارکنان نظامی جوامع، از اهمیت زیادی برخوردار است، چرا که جنگ، زندگی در شرایط عملیاتی، مأموریت‌های متعدد رزمی، دوری از خانواده، ترس از کشته‌شدن، اسارت، زخمی‌شدن و غیره، همواره بخشی از زندگی کارکنان نظامی است و به‌دلیل این سبک زندگی، فرسودگی و استرس شغلی و انواع اختلالات روانی به‌خصوص PTSD در بین آنان شیوع بالایی دارد. با برآورد میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه در جامعه نظامیان مشخص خواهد شد چه نسبتی از این جامعه دستخوش اختلال‌اند و این شاخص مقدمه‌ای برای اجرای هر طرح پیشگیرانه یا درمانی است. با توجه به این شاخص می‌توان امکانات لازم از قبیل برآورد هزینه پیشگیرانه و درمانی، کارکنان مورد نیاز برای ارائه خدمات بهداشت روانی، فضای درمانی و غیره را پیش‌بینی کرد و سپس مبادرت به اعمال مداخلات پیشگیرانه یا درمانی نمود.

بنابراین پژوهش حاضر با هدف برآورد میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه در رزمندگان نظامی، پس از ۲۶ سال از خاتمه جنگ انجام شد.

ابزار و روش‌ها

پژوهش حاضر، از نوع مطالعات توصیفی و همه‌گیرشناسی است که به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۹۳ در بین کلیه نظامیان یکی از ارگان‌های نظامی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ نظامی پایور شاغل یا بازنشسته، داشتن سوابقی از حضور در مناطق جنگی در دوران ۸ سال جنگ، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، برخوردار از انگیزه بالا و تمایل برای شرکت در پژوهش بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران در حدود ۳۸۳ نفر برآورد شد که با توجه به آفت ۱۰٪ آزمودنی‌ها که امر طبیعی در پژوهش است، نمونه‌ای به‌حجم ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه مورد نظر به‌روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از ۲۱ واحد یکی از ارگان‌های نظامی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران انتخاب شد.

پس از مشخص شدن یگان‌های تحت بررسی، اقدام به انتخاب و دعوت تعداد ۲۰ نفر از روان‌شناسان در مقطع کارشناسی‌ارشد و آموزش و آشنانمودن آنها با اهداف طرح، شیوه انجام طرح و ابزارهای پژوهش شد. سپس ابزارهای پژوهش روی نمونه‌های پژوهش اجرا شد. لازم به ذکر است در این مرحله، از بین ۴۰۰

گرفته است که همگی نشان‌دهنده تأثیرات مخرب جنگ و حضور در میدان نبرد بر واکنش‌های رفتاری و وضعیت روانی افراد است. نتایج پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که عوارض روانی جنگ گاهی اوقات حتی تا ۴۰ سال پس از جنگ نیز قابل دوام است^[14]. تحقیقات پینک و رابرتز^[14] نشان داد سربازان دارای PTSD، سال‌ها پس از جنگ از لحاظ ایجاد روابط اجتماعی، روابط دوستانه و صمیمی، بیان احساسات، اعتماد به دیگران و تکانش‌های عصبی، تفاوت‌های معنی‌داری با جمعیت عادی داشتند. این تحقیقات نشانگر این واقعیت نیز هستند که حتی در صورت مراقبت‌های روان‌پزشکی پیگیرانه و درازمدت هم این علائم ممکن است تداوم یابند.

سیل و همکاران^[15] طی پژوهشی در میان رزمندگان شرکت‌کننده در عملیات‌های آزادسازی عراق و افغانستان به این نتیجه رسیدند که ۲۵٪ آنها، یک یا بیشتر از یک تشخیص مرتبط با مشکلات روان‌شناختی دارند و از همین تعداد، ۵۲٪ آنها تشخیص PTSD را دریافت نموده بودند. اسمیت و همکاران^[16] طی مطالعه‌ای روی ۷۵۱۵۶ نفر از کارکنان نظامی ارتش ایالات متحده که بین سال‌های ۱۹۹۸ تا اکتبر ۲۰۰۰ برای مأموریت به کشورهای آسیای غربی، بوسنی یا کوزوو اعزام شده بودند، به این نتیجه رسیدند که ۹۵۳ نفر از این افراد (۱/۲٪) دارای تشخیص PTSD، ۱۴۹۰ نفر (۲/۱٪) دارای نشانه‌های PTSD اما بدون تشخیص PTSD و ۲۸۷ نفر (۰/۴٪) هم دارای تشخیص PTSD و هم دارای نشانه‌های PTSD بودند. لیکین و همکاران^[17] طی پژوهشی روی ۵۳۵۲ نفر از رزم‌دیدگان جنگ کره، میزان شیوع PTSD را با اختلال همراه افسردگی ۱۷٪، بدون اختلال همراه (افسردگی) ۱۵٪ و افسردگی بدون PTSD را بیش از ۶٪ برآورد کردند. در مطالعات هوگ و همکاران [۱۸]، رنجات و همکاران [۱۹]، سیل و همکاران^[20]، تالینین و جای‌کوکس^[21] و واسترلینگ و همکاران^[22]، میزان شیوع فعلی PTSD در بین کارکنان نظامی شرکت‌کننده در طول اجرای عملیات آزادسازی عراق بین ۱۳٪ تا ۲۰٪ برآورده شده است. در یک بررسی روی ۱۸۳۰۵ نفر از رزمندگان بازگشته از جنگ‌های عراق و افغانستان، توماس و همکاران^[23] به این نتیجه دست یافتند که میزان شیوع PTSD، سه ماه پس از اعزام به مأموریت، ۷/۷٪ در کارکنان نظامی شرکت‌کننده در عملیات‌ها و ۶/۷٪ در اعضای محافظ ملی بوده است و پس از ۱۲ ماه این میزان شیوع به ترتیب ۸/۹٪ و ۱۲/۴٪ بوده است. طی یک تحلیل انجام‌شده توسط دوهرنوند و همکاران^[24]، میزان شیوع مادام‌العمر PTSD در بین رزمندگان ۱۸/۷٪ و میزان شیوع فعلی آن، ۹/۱٪ برآورد شد. مارشال و همکاران^[25] طی یک بررسی تصادفی از طریق تلفن روی نیروهای نظامی بازگشته از عملیات‌های آزادسازی عراق و افغانستان با استفاده از فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL)، میزان شیوع PTSD را در جمعیت مذکور، ۱۴٪ برآورد نمودند. ایورسون و همکاران^[26] نیز طی پژوهشی در بین کارکنان نظامی انگلستان، میزان شیوع اختلالات روانی و PTSD را به ترتیب ۲۷/۲٪ و ۴/۸٪ برآورد کردند.

در کشور جمهوری اسلامی ایران نیز رزمندگان نظامی، از این اختلال و سایر اختلال‌های روانی مصون نبوده‌اند و با اینکه سال‌ها از اتمام جنگ می‌گذرد، هنوز شاهد وجود اختلال استرس پس از ضربه و سایر آسیب‌های روانی و پیامدهای آن در سطح رزمندگان و خانواده‌های آنان و مراجعه زیاد آنها به مراکز درمانی نظامی، دولتی و خصوصی هستیم و وجود همین اختلال و سایر اختلال‌های روانی، عملکرد مناسب کارکنان نیروهای نظامی را تحت تأثیر قرار

چکلیست اجرا شده، فقط تعداد ۳۴۱ چکلیست دارای شرایط تجزیه و تحلیل بودند و تعداد ۵۹ چکلیست به دلیل مخدوش و ناقص بودن از فرآیند تجزیه و تحلیل کنار گذاشته شدند. در مرحله بعدی شرکت کنندگانی که نمره آنها در PCL-5 بالاتر از نقطه برش یعنی ۳۸ بود، توسط روان‌شناسان مذکور مورد مصاحبه بالینی براساس CAPS-5 (مقیاس متخصص اجرای ساختاریافته اختلال استرس پس از ضربه براساس DSM-5) قرار گرفتند تا مشخص شود چند درصد این افراد دارای شرایط تشخیصی PTSD هستند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- فهرست اختلال استرس پس از ضربه- ویرایش نظامی (PCL-M-5): فهرست اختلال استرس پس از ضربه (PCL-M-5) یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که برای ارزیابی اختلال استرس پس از ضربه و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. مزیت این فهرست در مختصر و کوتاه بودن آن است. مدت زمان اجرا، تقریباً ۱۰ دقیقه است. این فهرست به وسیله ودرز و همکاران^[29] براساس معیارهای تشخیصی DSM-5 برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه آمریکا تهیه شده است و شامل ۲۰ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به نشانه‌های مزاحم و ناخواسته (ملاک B)، ۲ ماده آن مربوط به نشانه‌های اجتنابی (ملاک C)، ۷ ماده آن مربوط به تغییرات منفی در شناخت و خلق (ملاک D) و ۵ ماده آن مربوط به نشانه‌های برانگیختگی و واکنش‌پذیری (ملاک E) است.

این فهرست به دو روش نمره‌گذاری می‌شود؛ اولین روش، جمع نمرات از محدوده صفر تا ۸۰ است که می‌تواند از طریق جمع نمرات آیتم‌های ۲۰ گانه براساس مقیاس لیکرت با گزینه‌های اصلی (با نمره صفر) خیلی کم (با نمره یک) متوسط (با نمره ۲) زیاد (با نمره ۳) و خیلی زیاد (با نمره ۴) به دست آید. نقطه برش برای تشخیص PTSD، نمره ۳۸ در نمونه‌های مربوط به نیروهای نظامی تعیین شده و فقط برای نظامیان اعتباریابی شده است. در دومین روش، نمره‌گذاری از معیارهای DSM-5 پیروی می‌کند. بدین معنی که داشتن حداقل یک نشانه از نشانه‌های ملاک B (سؤالات ۱-۵)، یک نشانه از نشانه‌های ملاک C (سؤالات ۶ و ۷)، دو نشانه از نشانه‌های ملاک D (سؤالات ۸-۱۴) و دو نشانه از نشانه‌های ملاک E (سؤالات ۲۰-۱۵) برای تشخیص PTSD کافی است^[30]. در خصوص اعتباریابی این فهرست، ودرز و همکاران در مطالعه‌ای روی ۱۳۳ مرد شرکت‌کننده در جنگ ویتنام، ضرایب همسانی درونی ۰/۹۷ و ۰/۹۶ را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۲ را برای نشانگان B، C و D و ضریب ۰/۹۶ را به عنوان ضریب بازآزمایی به فاصله دو یا سه روز گزارش دادند. آنها در مطالعه اول خود، روایی همگرا را بین این فهرست و ابزارهای زیر به صورت؛ مقیاس می‌سی‌سی‌پی ۰/۹۳، مقیاس PK مربوط به MMPI-2 (پرسش‌نامه شخصیتی چندمحوری مینه‌سوتا) ۰/۷۷، مقیاس اثر حادثه ۰/۹۰ و مقیاس رویارویی با جنگ ۰/۴۶ گزارش کردند. علاوه بر آن، نقطه برش ۵۰ را برای این مقیاس به عنوان نقطه بهینه برای پیش‌بینی تشخیص‌های PTSD تعیین نمودند که حساسیتی برابر ۰/۸۲ و ویژگی برابر ۰/۸۳ را نتیجه داد. در مطالعه دوم، ۱۰۰۶ نفر از نیروهای نظامی شرکت‌کننده در جنگ خلیج فارس را مورد بررسی قرار دادند و نتایج همسانی درونی ۰/۹۶ را برای کل مقیاس و ضرایب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ را به ترتیب برای نشانگان C و D به دست آوردند. همچنین در این مطالعه، روایی همگرای مقیاس می‌سی‌سی‌پی برابر ۰/۸۵ بود^[31]. در مطالعه حاضر، پایایی چکلیست نشانه‌های اختلال

استرس پس از ضربه (PCL-M-5) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب گاتمن تعیین شد. ضرایب پایایی نمره کلی PCL-5 طبق ضرایب آلفای کرونباخ و گاتمن به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶، برای تجربه مجدد (ملاک B) ۰/۸۲ و ۰/۸۳، برای تغییرات منفی در شناخت و خلق (ملاک D) ۰/۸۷ و ۰/۸۱، برای اجتناب (ملاک C) ۰/۸۷ و ۰/۷۰ و برای برانگیختگی و واکنش‌پذیری (ملاک E) ۰/۸۷ و ۰/۹۰ به دست آمد. دامنه آلفای کرونباخ بین ۰/۷ تا ۰/۹ نشان‌دهنده این است که PCL-5 استفاده شده در پژوهش از پایایی خوبی برخوردار بوده است. همچنین نتایج پایایی از نوع بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته ۰/۸ به دست آمد که نشان از پایایی مناسب PCL-5 است.

۲- مقیاس متخصص اجرای ساختاریافته اختلال استرس پس از ضربه براساس DSM-5 (CAPS-5): این مقیاس، یک مقیاس استاندارد برای ارزیابی نشانه‌های PTSD است که توسط انجمن ملی PTSD آمریکا براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 تهیه شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که به کمک این مقیاس متخصصان بالینی می‌توانند اطلاعات کمی و کیفی در زمینه نشانه‌های PTSD به دست آورند. این مقیاس برای هر علامت PTSD دارای سه شاخص تواتر عمق و شدت نشانه است که براساس تعریف، شدت نشانه عبارت از مجموع نمره فراوانی و عمق اثر هر نشانه است. نمره دو شاخص اول به صورت صعودی صفر تا ۴ تعیین می‌شود و نمره شدت اختلال بین صفر تا ۸ قرار می‌گیرد که حداقل نمره ۴ (برای اطمینان بیشتر نمره ۳) در شاخص شدت برای وجود آن علامت لازم است^[31].

بررسی‌های چندی در زمینه ویژگی‌های روان‌سنجی CAPS انجام شده که گویای پایایی و روایی بالای این مقیاس است. بلانچارد و همکاران^[30] ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها را بالاتر از ۰/۹۵ گزارش نمودند. ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده روی چینی‌ها ۰/۹۰، افغانی‌ها ۰/۹۱ و در آفریقای غربی ۰/۹۱ بوده است. اشنایدر و مورگلی^[32] در بررسی پایایی این ابزار روی قربانیان تصادفات رانندگی، ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آوردند. رنر و همکاران^[33] این مقیاس را در مقایسه با سایر ابزارهای سنجش علایم PTSD دارای بیشترین ضریب تشخیص دانسته‌اند.

مقیاس مذکور از طریق اداره کهنه‌سربازان ایالات متحده دریافت شد و پس از ترجمه به فارسی و بازترجمه به انگلیسی و تایید روایی صورتی مقیاس توسط دو نفر از روان‌شناسان مسلط به زبان انگلیسی مورد استفاده قرار گرفت. نمره‌گذاری براساس دستورالعمل اجرایی مقیاس به صورت مصاحبه ساختاریافته مبنی بر بررسی دو عامل وجود یا عدم وجود علایم و شدت علایم (فراوانی و تکرار علایم در هفته و ماه) با احتساب علایم دارای شدت متوسط و بالاتر و وجود حداقل علایم مورد نیاز در دسته‌های A، B، C، D و E برای تشخیص اختلال و علایم هر دسته از اختلالات بر مبنای DSM-5 انجام می‌شود. در این پژوهش ضریب پایایی این مقیاس بین چهار ارزیاب ۰/۸۹ به دست آمد.

ودرز و همکاران به بررسی روایی همگرا و واگرایی این مقیاس روی ۱۳۳ بازمانده جنگی پرداختند که نتایج بررسی آنها گویای همبستگی ۰/۵۳ نمره کلی شدت CAPS با مقیاس مواجهه با جنگ (CES)، همبستگی ۰/۹۱ با مقیاس می‌سی‌سی‌پی ویژه PTSD مرتبط با جنگ، همبستگی ۰/۷۷ با مقیاس PTSD برگرفته شده از MMPI (PK) و همبستگی ۰/۸۹ با شمار علایم PTSD در مصاحبه بالینی

میزان شیوع اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ در کهنه‌رزمندگان ۱۹ حضور فرد در جبهه پایین‌تر بود، به تبع آن نمره PCL-5 بیشتر بود. همچنین بین مدت حضور در جبهه ($r=0/10$; $p<0/05$) و مجروحیت و شدت مجروحیت ($r=0/347$; $p<0/01$) با نمره PCL-5 رابطه مثبت و معنی‌دار وجود داشت؛ یعنی با افزایش میزان حضور در جبهه و با بیشتربودن مجروحیت و شدت مجروحیت، احتمال ابتلا به PTSD افزایش می‌یافت. سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباط معنی‌داری با ابتلا به PTSD نداشتند.

جدول (۱) میانگین آماری نمره اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) براساس PCL-5 و خرده‌مقیاس‌های آن در کهنه‌رزمندگان نظامی (۳۴۱ نفر)

| نمره کلی | شاخص | میانگین | حداقل | حداکثر |
|-----------------------------|------|-------------|-------|--------|
| ۷۲ | | ۳۸/۰۶±۲۱/۸۰ | ۰ | ۷۲ |
| خرده‌مقیاس تجربه مجدد | | ۹/۷±۵/۱۰ | ۰ | ۲۰ |
| خرده‌مقیاس اجتناب | | ۳/۷±۲/۲۰ | ۰ | ۸ |
| تغییرات منفی در شناخت و خلق | | ۱۲/۴±۷/۳۰ | ۰ | ۲۸ |
| برانگیختگی و واکنش‌پذیری | | ۱۲/۲±۱۱/۲۷ | ۰ | ۲۰ |

همچنین ۱۳٪ واریانس مربوط به PTSD، توسط عوامل جمعیت‌شناختی تبیین شد ($p<0/01$) که ۱۰٪ آن مربوط به متغیر میزان تحصیلات ($\beta=-0/10$; $p=0/04$) و ۳٪ آن مربوط به متغیر مجروحیت و شدت مجروحیت ($\beta=0/3$; $p=0/0001$) بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف شناسایی میزان و علایم PTSD و آثار روانی به‌جامانده از جنگ پس از ۲۶ سال از خاتمه جنگ در کهنه‌رزمندگان نظامی صورت پذیرفت. نتایج بررسی داده‌های به‌دست‌آمده از ۳۴۱ رزمنده که دارای سابقه حضور در جبهه بودند نشان داد که ۲۴٪ آنها یعنی ۸۲ نفر از ۳۴۱ نفر واجد ملاک‌های تشخیصی PTSD بودند. همچنین شایع‌ترین خوشه‌ها براساس تحلیل‌های آماری به‌عمل‌آمده به ترتیب شامل دسته‌های برانگیختگی و واکنش‌پذیری، تغییرات منفی در شناخت و خلق و تجربه مجدد بود و کم‌شایع‌ترین دسته به نشانه اجتناب تعلق داشت.

در مورد دلایل و تبیین‌های احتمالی این میزان از شیوع و تفاوت آن با سایر مطالعات در این زمینه [8, 15, 18, 21, 22, 24-27, 34-42] می‌توان به تفاوت در روش ارزیابی و نوع ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش اشاره نمود. در اکثر مطالعات مورد اشاره فوق تنها از پرسش‌نامه استفاده شده است که این امر امکان تشخیص دقیق را با مشکل مواجه می‌سازد. لذا با توجه به اینکه در این پژوهش هم از فهرست نشانه‌های اختلال روانی PCL-5 برای غربالگری اولیه افراد مشکوک به PTSD و هم مصاحبه بالینی ساختاریافته با افراد دارای نمره بالاتر از نقطه برش و مشکوک به PTSD براساس نسخه متخصص اجرای مقیاس اختلال استرس پس از ضربه (CAPS-5) براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 استفاده شده بود، لذا نتایج این پژوهش می‌تواند از اعتبار بیشتری برخوردار باشد.

همچنین با توجه به معرفی نسخه جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکان آمریکا- ویرایش پنجم (DSM-5) و افزوده‌شدن دسته علایم تغییرات منفی در شناخت و خلق به‌عنوان خوشه مستقل از علایم، دامنه شمول علایم خلقی افزایش یافته است و افراد زیادی که دارای علایم خلقی مانند افسردگی، خلق منفی، بی‌لذتی، کرختی و سایر نشانه‌های خلق و تفکرات و باورهای منفی هستند (که در بازماندگان جنگ و کهنه‌سربازان شایع است) را مشمول دریافت تشخیص PTSD می‌نماید. لذا با توجه به اینکه در این پژوهش از مصاحبه بالینی و

ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک (SIDC) بود. این مقیاس قادر به ارزیابی میزان عملکرد فردی و اجتماعی و نیز دارای معیارهایی برای سنجش درجه بهبودی و نیز ارزیابی میزان اعتماد به پاسخ‌ها است [32]. این مقیاس در ایران توسط فیروزآبادی و همکاران [33] اعتباریابی شده است. ضریب پایایی با استفاده از روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمده است.

۳- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته: این پرسش‌نامه حاوی پرسش‌هایی بود که برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، درجه، مدت‌زمان حضور در جبهه، سن حضور در جبهه، یگان خدمتی در زمان جنگ، تعداد رویدادهای آسیب‌زای تجربه‌شده در زمان حضور در جنگ، زمان شروع علایم و نشانه‌ها پس از تجربه استرس‌آور جنگی، درصد جانبازی و غیره مرتبط با اختلال PTSD در بین کهنه‌نظامیان طراحی شده بود. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده و تعیین میزان شیوع فعلی PTSD در بین رزمندگان، از روش‌های آمار توصیفی و همچنین برای بررسی رابطه متغیرهای جمعیت‌شناختی با میزان شیوع و علایم PTSD از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد.

یافته‌ها

۹۸/۲٪ آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۴۵ تا ۵۵ سال قرار داشتند. همچنین ۹۸/۲٪ آنها متأهل بودند. بیشترین فراوانی شرکت‌کننده‌ها بر حسب مقطع تحصیلی مربوط به مقطع دیپلم (۳۹/۰٪) و کمترین آن مربوط به مقطع کاردانی (۱۲/۰٪) بود. ۳۲/۸٪ بین یک تا ۳ سال سابقه حضور در جبهه و ۱۰/۳٪ تجربه اسارت داشتند. ۴۳/۱٪ آنها از طبقه نظامیان جزء بودند که بیشترین فراوانی مربوط به رشته خدمتی رزمی (۶۱/۸٪) و کمترین فراوانی مربوط به رشته خدمتی بهداشت و درمان بود (۳/۲٪) بود. ۵۲/۶٪ نمونه‌ها بازنشسته و ۳۹/۰٪ در زمان پژوهش شاغل بودند. ۸۰/۰٪ آنها ۲۵ سال و بیشتر، سابقه خدمت داشتند که در ۶۳/۶٪ محل خدمت، نیروی زمینی بود. ۷۸/۵٪ سابقه مجروحیت در زمان جنگ داشتند که نوع مجروحیت در ۴۷/۲٪ این افراد هم مجروحیت جسمی و هم موج انفجار بود. میانگین سن حضور مشارکت‌کنندگان در جبهه ۲۲/۷±۱/۲ سال بود. ۳۱/۹٪ مشارکت‌کنندگان از درصد جانبازی برخوردار بودند. ۴۱/۳٪ بلافاصله پس از مواجهه با رویداد آسیب‌زا، نشانه‌ها و مشکلات روانی را نشان داده بودند که مهم‌ترین رویدادهای آسیب‌زای تجربه‌شده در مشارکت‌کنندگان به ترتیب شامل: موج انفجار (۵۷/۱٪)، بمباران شدید (۳۳/۱٪)، شهادت همزمان (۳۲/۵٪)، زخمی‌شدن خود (۳۲/۲٪)، دیدن اجساد همزمان شهید (۳۰/۴٪)، محاصره‌شدن توسط دشمن (۲۸/۴٪)، دیدن اجساد دشمن (۲۷/۸٪)، زخمی‌شدن همزمان (۲۵/۸٪)، کشتن نیروهای دشمن (۲۴/۶٪) و اسارت (۲۲/۲٪) بود.

۸۲ نفر (۲۴/۰٪) از رزمندگان شرکت‌کننده در پژوهش از مجموع ۳۴۱ نفر، واجد ملاک‌های تشخیصی PTSD بودند و شایع‌ترین نشانه PTSD در آنها در وهله اول برانگیختگی و واکنش‌پذیری و پس از آن، تغییرات منفی در شناخت و خلق بود (جدول ۱).

در مورد رابطه متغیرهای جمعیت‌شناختی با ابتلا به PTSD، بین میزان تحصیلات ($r=-0/191$; $p<0/01$) و سن حضور در جبهه ($r=-0/046$; $p<0/05$) با نمره PCL-5 رابطه منفی و معنی‌دار وجود داشت؛ به این معنی که هر چقدر میزان تحصیلات و همچنین سن

پرسش‌نامه براساس DSM-5 استفاده شد، افزایش میزان شیوع در رزمندگان ارتشی قابل تبیین است.

تبیین دیگری که در این خصوص می‌توان بیان نمود این است که در ایران به دلیل احراز نشدن سیاست یک‌بار پرداخت در خصوص ارایه امتیاز به رزمندگان، همواره کسانی که در جنگ حضور داشته‌اند در جستجوی دریافت امتیازات بیشتر بوده و به‌صورت طبیعی در هر ارزیابی گرایش به ارایه و وانمود بد و بیشتر از علایم و وضعیت خود دارند. به همین دلیل میزان شیوع بیشتر PTSD در ارتشیان رزمنده قدیمی کمی بیشتر از سایر پژوهش‌ها است^[14]. همچنین تبیین احتمالی دیگر این است که زمانی که یک ابزار بالینی که در نمونه‌های بیمار هنجاریابی شده است در نمونه‌های غیربیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد، طبیعتاً باعث می‌شود که مشکلات، نشانه‌ها و علایم نمونه تحت مطالعه فراتر از حد واقعی ارزیابی شوند.

نتایج این مطالعه در مرحله غربالگری براساس PCL-5 حاکی از آن بود که شایع‌ترین دسته شامل دسته‌های برانگیختگی و واکنش‌پذیری، تغییرات منفی در شناخت و خلق و تجربه مجدد و کم‌شایع‌ترین خوشه نشانه اجتناب بود. همچنین نتایج مصاحبه بالینی براساس CAPS-5 نتایج حاصله در زمینه خوشه‌های شایع و کم‌شایع از طریق PCL-5 را تایید نمود. از جمله دلایل و تبیین‌های احتمالی در این زمینه می‌توان به این موضوع اشاره نمود که این نوع نشانه‌ها به‌عنوان مکانیزم‌هایی مطرح هستند که کهنه‌سربازان به‌عنوان مکانیزم‌های ناکارآمد کنترل فکر و ایجاد آرامش استفاده می‌کنند که همواره با تداوم علایم اختلال PTSD رابطه مستقیم دارند. از دیدگاه فراشناختی، افراد مبتلا به PTSD بر خطرات بالقوه یا مشکوک متمرکز می‌شوند. آنها این کار را برای تشخیص هرچه سریع‌تر خطرات بالقوه و قادر بودن برای رسیدن به امنیت و ایمنی انجام می‌دهند (باورهای فراشناختی مثبت). به هر حال این "راهبرد ایمنی" منجر به تداوم یک حالت هشدار و عدم اطمینان و عدم قطعیت و تداوم آنها در حالت برانگیختگی می‌شود^[5, 43-46].

همچنین براساس مدل فراشناختی PTSD راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد افکار، مانند اجتناب از شناخت‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا در تداوم PTSD نقش دارند^[44, 45]. براساس این مدل راهبردهای شناختی به‌کارگرفته‌شده برای کنترل افکار ناخواسته می‌تواند با پردازش موفقیت‌آمیز رویداد آسیب‌زا تداخل نماید، به‌ویژه راهبردهایی مانند تفکر مداوم درباره رویداد آسیب‌زا، اجتناب از یادآورنده‌های مربوط به رویداد آسیب‌زا و تجربه آگاهی افزایش‌یافته نسبت به محرک‌های مرتبط با رویداد آسیب‌زا با استفاده از منابع ارزشمند مورد نیاز برای پردازش هیجانی یک رویداد آسیب‌زا، به‌نوبه خود می‌تواند منجر به ایجاد و تداوم نشانه‌های PTSD شود. پژوهش‌های مرتبط در این زمینه، به بررسی تلاش‌های افراد برای مدیریت این نوع شناخت‌های ناکارآمد^[47] با تاکید بر نقش مهم راهبردهای کنترل افکار در مشکلات پس از رویداد آسیب‌زا پرداخته‌اند و از تبیین مدل فراشناختی PTSD در این زمینه حمایت نموده‌اند.

از جمله تبیین‌های دیگر که در این زمینه مطرح می‌شود رویکرد پردازش هیجانی است. این رویکرد ادعا می‌کند ساختار ترس که زیربنای شکل‌گیری PTSD و نشانه‌های آن است به‌وسیله بازنمایی تعداد بی‌شماری از محرک‌های بی‌ضرر خاص که به‌اشتباه با مفهوم خطر همراه شده‌اند و همچنین بازنمایی برانگیختگی‌های فیزیولوژیک و واکنش‌های رفتاری که منجر به نشانه‌های PTSD می‌شوند، مشخص می‌شوند. به همین دلیل تعداد زیادی از محرک‌ها می‌توانند ساختار ترس را فعال نمایند و باعث می‌شوند که

افراد مبتلا به PTSD دنیا را به‌صورت کاملاً خطرناک درک نمایند. به‌علاوه، بازنمایی‌ها از چگونگی رفتار شخص در طول رویداد آسیب‌زا و نشانه‌های پس از آن به‌گونه‌ای اشتباه با مفهوم بی‌کفایتی خود همراه شده است. این دو مجموعه گسترده از شناخت‌های منفی ("جهان کاملاً خطرناک است" و "من آدم کاملاً بی‌کفایتی هستم") بیشتر به ترویج شدت نشانه‌های PTSD کمک می‌نماید که این موضوع به‌نوبه خود باعث تقویت شناخت‌های نادرست و منفی می‌شود.

برخی از پژوهشگران PTSD مانند کین و همکاران^[48] پیشنهاد داده‌اند که نظریه یادگیری دوعاملی ترس و اضطراب مارور (و کاربرد آن برای فوبیاهای توسط دولاورد و میلر در سال ۱۹۵۰) می‌تواند نشانه‌های بالینی PTSD را توضیح دهد. برای توضیح نشانه‌های PTSD در رزمندگان جنگ ویتنام، کین و همکاران^[48] پیشنهاد نمودند که شخص مواجه‌شده با یک رویداد تهدیدکننده زندگی، ممکن است از طریق فرآیند شرطی‌سازی کلاسیک نسبت به طیف وسیعی از محرک‌ها که در طول وقوع رویداد آسیب‌زا حضور داشته‌اند، شرطی شده باشد (مانند صداها، زمان روز و بویها) و در نتیجه این نوع محرک‌ها که قبلاً خنثی بوده‌اند می‌توانند منجر به فراخوانی اضطراب شدید در فرد شوند. کین و همکاران^[48] به نظریه شرطی‌سازی برای توضیح پرخاشگری و تحریک‌پذیری و برانگیختگی استناد می‌کنند که اغلب به‌وسیله رزمندگان مبتلا به PTSD نشان داده می‌شود. آنها پیشنهاد نمودند که این نوع رفتارها در طول آموزش‌های نظامی به‌وجود می‌آیند. در زندگی غیرنظامی، رفتارهایی مانند پرخاشگری هم به‌وسیله تقویت‌کننده مثبت (مانند دستیابی به یک هدف) هم به‌وسیله تقویت‌کننده منفی (مانند کاهش اضطراب به‌هنگام ابراز پرخاشگری) تداوم می‌یابند. کین و همکاران در خصوص کرختی و گوشه‌گیری رزمندگان مبتلا به PTSD پیشنهاد می‌کنند که کاهش علاقه به فعالیت‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی در نتیجه اثر تقابل است؛ رزمندگان ویتنامی بازگشته از جنگ کمتر به فعالیت‌های غیرنظامی علاقه‌مند بودند، زیرا آنها مانند رویدادهای زمان جنگ تحریک‌کننده نبودند^[48].

از دیگر نتایج این پژوهش ارتباط معنی‌دار متغیرهای جمعیت‌شناختی تحصیلات، مدت حضور در جبهه، سن حضور در جبهه و مجروحیت و شدت مجروحیت با ابتلا به PTSD بود. نتایج حاکی از آن بودند که بین میزان تحصیلات و نمرات PCL-5 رابطه منفی وجود داشت، یعنی هر چقدر میزان تحصیلات فرد پایین‌تر باشد، به‌تبع آن نمرات PCL-5 مشارکت‌کننده بیشتر و به احتمال زیادتری در معرض ابتلا به PTSD خواهد بود. همچنین بین مدت حضور در جبهه و نمره PCL-5 رابطه مثبتی وجود داشت، یعنی با افزایش میزان حضور در جبهه ابتلا به PTSD افزایش یافته بود. علاوه بر این، بین سن حضور در جبهه و نمرات PCL-5 رابطه منفی وجود داشت. این یافته نیز به این معنی است که هر چقدر سن فرد در جبهه پایین‌تر بود، بیشتر در معرض ابتلا به PTSD قرار داشت. در نهایت بین مجروحیت و شدت مجروحیت با نمرات PCL-5 رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده شد. این یافته نیز نشان داد هر چقدر شدت مجروحیت بیشتر بوده باشد، به احتمال زیادتری رزمنده ارتشی در معرض ابتلا به PTSD بوده است.

همچنین نتایج تحلیل واریانس همزمان نشان داد ۱۳٪ واریانس مربوط به PTSD توسط عوامل جمعیت‌شناختی مجروحیت و شدت مجروحیت، مدت‌زمان حضور در جبهه، سن حضور در جبهه و میزان تحصیلات تبیین می‌شود که این یافته تقریباً با مطالعاتی

از جمله تبیین‌های قابل طرح در این زمینه، می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

۱- عوامل مختلفی خطر ابتلا به PTSD را افزایش می‌دهند. نوع رویداد آسیب‌زا و شدت، مدت و نزدیکی فرد با رویداد آسیب‌زا مهم‌ترین عوامل خطر ساز در پیدایش این اختلال هستند. تجربه آسیب‌های فیزیکی (مجروحیت جسمی، موج انفجار، شهادت دوستان، اسارت، صحنه‌های فجیع جنگی، دیدن اجساد کشته‌شدگان و غیره)، مشاهده یک رویداد به‌عنوان یک تهدیدکننده واقعی زندگی و درد و رنج ناشی از خسارات عمده با خطر بالای ابتلا به PTSD همراه هستند. همچنین مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان با تجربه حملات فیزیکی، جنگ، اسارت، ربوده‌شدن و تهدید با سلاح مواجه می‌شوند و این عوامل می‌توانند خطر ابتلا به این اختلال را افزایش دهند. همچنین عوامل رفتاری (مانند برخورد انسانی یا غیرانسانی دشمن با اجساد کشته‌شده‌ها یا زخمی‌ها)، تفاوت‌های فرهنگی میان هم‌زمان، فرهنگی که جنگ در آن اتفاق می‌افتد، عوامل محیطی (مانند تاثیر شرایط آب و هوایی، میزان حرارت و غیره)، نوسان‌های مداوم محیط‌های شغلی (مانند هواپیما، تانک یا اتومبیل، یگان خدمتی مانند زمینی، هوایی، دریایی و غیره)، عوامل بهداشتی (مانند غذای گرم و مناسب، امکانات استحمام و غیره)، تاثیر روان‌شناختی کشتن دشمن، عوامل بین‌فردی و بین‌گانی (مثل ارتباطات، آموزش، روحیه، همبستگی درون‌یگانی، فرماندهی و غیره)، از جمله عواملی هستند که احتمال ابتلا به PTSD را افزایش می‌دهند^[17، 12]. با توجه به اینکه اکثریت نمونه شرکت‌کننده در این پژوهش به نیروی زمینی تعلق داشتند و میانگین مدت‌زمان حضور آنها در جبهه بین یک تا ۳ سال بوده است، طبیعی است که به احتمال زیاد در معرض برخی از عوامل برشمرده فوق قرار گرفته باشند و شانس ابتلای آنها به PTSD افزایش یافته باشد.

۲- ذخایر شناختی (تفاوت‌های فردی در ساختار و کارکرد مغز) یکی دیگر از عوامل سبب‌شناختی مهم در پیدایش و شدت ابتلا به PTSD و پیشگیری از آن است. ضریب هوشی (IQ)، یکی از ذخایر و منابع شناختی مهم است که نشان داده شده ارتباط معکوسی با خطر ابتلا به PTSD و سایر اختلالات روانی دارد^[49]. در یک مطالعه از نوع آینده‌نگری، برلساو و همکاران^[50] به این نتیجه رسیدند که هوش بالا (۱۱۵ و بالاتر) یک عامل محافظتی مهم از افراد در معرض این اختلال است. با توجه به اینکه سطح تحصیلات اکثریت نمونه شرکت‌کننده در زمان حضور در جبهه یعنی ۳۷/۹٪ دیپلم بوده است، بنابراین می‌توان گفت این عامل یکی از عوامل احتمالی تاثیرگذار بر افزایش ابتلای رزمندگان به PTSD بوده است.

۳- PTSD ممکن است در هر سنی حادث شود، اما به دلیل ماهیت موقعیت‌های تسریع‌کننده آن شایع‌ترین سن شروع آن در اوایل جوانی است^[5] که در این پژوهش، سن اکثر نمونه‌های تحت مطالعه در اوایل دوره جوانی با میانگین ۲۲/۳ سال بوده است.

۴- افزایش مدت‌زمان حضور در جبهه، فرسایشی‌شدن جنگ و تحلیل‌رفتن قوای جسمانی و روانی فرد، فرسودگی و خستگی روانی و تجربه مکرر حوادث آسیب‌زا، می‌توانند خطر ابتلا به PTSD را افزایش دهند^[5]. با توجه به اینکه میانگین حضور اکثریت نمونه این پژوهش یعنی ۳۱/۹٪ بین یک تا ۳ سال بوده است، خود همین موضوع این دسته از کهنه‌رزمندگان نظامی را بیشتر در معرض تشخیص PTSD قرار داده است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به چند مورد اشاره کرد؛ با توجه به اینکه این پژوهش در بین رزمندگان یک ارگان نظامی انجام شده، لذا مهم‌ترین محدودیت این پژوهش، عدم امکان تعمیم‌دادن یافته‌های پژوهش حاضر به سایر نیروهای نظامی است. همچنین با توجه به اینکه این اختلال با اختلالات روان‌پزشکی و جسمانی همبود مانند افسردگی، حملات هراس، سوء مصرف مواد و مشروبات الکلی و سایر مشکلات روان‌پزشکی، درد مزمن، مشکلات در ارتباطات زناشویی، خانوادگی و اجتماعی همراه است، از دیگر محدودیت‌های مهم این پژوهش عدم ارزیابی اختلالات روانی همبود با PTSD بوده است. محدودیت دیگر مربوط به نارضایتی خدمتی و نگرش منفی بود. لذا تعدادی از مشارکت‌کنندگان در فرآیند اجرای پژوهش همکاری کامل را نداشته و اقدام به ارایه ناقص پرسش‌نامه‌های خود نمودند. در این راستا تعداد ۵۹ پرسش‌نامه به‌دلیل مخدوش‌بودن از فرآیند تجزیه و تحلیل حذف شدند. کسب نفع ثانویه مانند افزایش درصد جانبازی توسط برخی از مشارکت‌کنندگان که باعث افزایش برآورد میزان شیوع PTSD در مرحله اول این پژوهش یعنی اجرای PCL-5 شد نیز محدودیت دیگر پژوهش بود. البته لازم به ذکر است که این موضوع پس از غربالگری اولیه توسط PCL-5، با استفاده از مصاحبه بالینی براساس CAPS-5 کنترل شد.

با توجه به محدودیت‌های اشاره‌شده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، برای اطمینان بیشتر از تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در حجم نمونه بزرگ‌تر از رزمندگان تکرار شود، میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی همبود با PTSD بررسی شود و برآورد کلی میزان شیوع این اختلال در کل نیروهای مسلح شرکت‌کننده در جنگ صورت پذیرد.

همچنین با عنایت به نقش خدمات بهداشت روانی در ارتقای توان رزمی نیروهای نظامی، لازم است بحث بهداشت روانی و مراکز مشاوره به‌طور جدی از طرف قانون‌گذاران و فرماندهان و مسئولان مورد توجه قرار گیرد و برنامه‌ریزی‌های اصولی و مدون توأم با سرمایه‌گذاری لازم برای گسترش سطوح بهداشت روانی کارکنان شاغل و بازنشسته به‌خصوص کهنه‌سربازان به‌عمل آید. با توجه به اینکه پس از جنگ جهانی دوم بسیاری از ارتش‌های حرفه‌ای جهان متوجه آسیب‌های روانی ناشی از جنگ شده و اقدام به ایجاد سازمان‌ها و اداراتی در زمینه ارایه خدمات پزشکی از جمله خدمات روان‌شناسی و مشاوره به نظامیان شاغل و بازنشسته خود نموده‌اند (مانند اداره کهنه‌سربازان ارتش ایالات متحده)، لازم است معاونت تخصصی در زمینه بهداشت روان در سطح ستاد کل نیروهای مسلح ایجاد شود تا معاونت مذکور در زمینه راه‌اندازی مراکز بیمارستانی، بازتوانی، مراقبتی و نگهداری اقدام جدی به‌عمل آورد.

نتیجه‌گیری

پس از گذشت ۲۶ سال از خاتمه جنگ، تعداد زیادی از کهنه‌رزمندگان نظامی همچنان مبتلا به اختلال PTSD هستند و شایع‌ترین نشانه آنها برانگیختگی و واکنش‌پذیری است.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله مراتب قدردانی و سپاسگزاری خود را از کلیه رزمندگان شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

تاییدیه اخلاقی: این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه وابسته به نویسندگان مورد تایید واقع شد.

تعارض منافع: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

13- Coleman P. Flashback: Post traumatic stress disorder, suicide, and the lessons of war. 1st edition. Boston: Beacon Press; 2007.

14- Dabaghi P. Cognitive behavior therapy of post traumatic stress disorder - treatment guide for clinicians. Tehran: Jahad Daneshgahi Publication; 2008. [Persian]

15- Seal KH, Bertenthal D, Miner CR, Sen S, Marmar C. Bringing the war back home: mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. Arch Intern Med. 2007;167(5):476-82.

16- Smith TC, Wingard DL, Ryan MA, Kritz-Silverstein D, Slymen DJ, Sallis JF. PTSD prevalence, associated exposures, and functional health outcomes in a large, population-based military cohort. Public Health Rep. 2009;124(1):90-102.

17- Likin JF, Creamer MC, Sim MR, McKenzie DP. Comorbidity of PTSD and depression in Korean War veterans: prevalence, predictors, and impairment. J Affect Disord. 2010;125(1-3):279-86.

18- Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. N Engl J Med. 2004;351:13-22.

19- Rah Nejat AM, Bahmin Gh, Sajadian SR, Donyavi V. epidemiological study of psychological disorders in one of the ground units military forces of Islamic Republic of Iran. J Mil Psychol. 2011;2(6):27-36. [Persian]

20- Seal KH, Metzler TJ, Gima KS, Bertenthal D, Maguen S, Marmar CR. Trends and risk factors for mental health diagnoses among Iraq and Afghanistan veterans using Department of Veterans Affairs health care, 2002-2008. Am J Public Health. 2009;99(9):1651-8.

21- Tanielian TL, Jaycox L. Invisible wounds of war: Psychological and cognitive injuries, their consequences, and services to assist recovery. Arlington, VA: RAND Corporation; 2008.

22- Vasterling JJ, Proctor SP, Friedman MJ, Hoge CW, Heeren T, King LA, et al. PTSD symptom increases in Iraq-deployed soldiers: Comparison with no deployed soldiers and associations with baseline symptoms, deployment experiences, and post deployment stress. J Trauma Stress. 2010;23(1):41-51.

23- Thomas JL, Wilk, JE, Riviere LA, McGurk D, Castro CA, Hoge CW. Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(6):614-23.

24- Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. Science. 2006;313(5789):979-82.

25- Marshall GN, Schell TL, Miles JN. Ethnic differences in posttraumatic distress: Hispanics' symptoms differ in kind and degree. J Consult Clin Psychol. 2009;77(6):1169-78.

26- Iversen AC1, van Staden L, Hughes JH, Browne T, Hull L, Hall J, et al. The prevalence of common mental disorders and PTSD in the UK military: Using data from a clinical interview-based study. BMC Psychiatry. 2009;9:68.

27- Donyavi V, Shafiqhi F, ROUHANI SM, Hosseini S, Kazemi J, Arghanoun S, et al. The prevalence of PTSD in conscript and official staff of earth force in tehran during 2005-6. Ann Mil Health Sci Res. 2007;5(1):1121-5. [Persian]

سهم نویسندگان: امیرمحسن راه‌نجات (نویسنده اول) طرح پژوهش و پژوهشگر اصلی (۳۰٪); پرویز دباغی (نویسنده دوم) پژوهشگر اصلی (۲۰٪); مهدی ربیعی (نویسنده سوم) همکار اجرای پژوهش (۱۰٪); ارسیا تقوا (نویسنده چهارم) همکار اجرای پژوهش (۱۰٪); حبیب ولی‌پور (نویسنده پنجم) همکار اجرای پژوهش (۱۰٪); وحید دنیوی (نویسنده ششم) همکار اجرای پژوهش (۱۰٪); محمدرضا ابراهیمی (نویسنده هفتم) همکار اجرای پژوهش (۱۰٪)

منابع مالی: این مطالعه بخشی از یک کار پژوهشی است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران بین سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ انجام شده است.

منابع

1- Breslau N1, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(3):216-22.

2- Yehuda Rachel. Treating trauma survivors with PTSD. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.

3- Rahnejat AM, Rabiei M, Salimi SH, Fathi Ashtiani A, Donyavi V, et al. Causal metacognitive model war-related chronic posttraumatic stress disorder. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2015;20(4):317-25. [Persian]

4- Salimi SH, Rahnejat AM, Rabiei M, Fathi Ashtiani A, Dabaghi P, Donyavi. Review and analysis of the Meta cognitive therapy of post traumatic stress disorder: A systematic review of studies. J Nurs Physician War. 2014;2(2):38-45. [Persian]

5- Rahnejat AM. Comparative effectiveness of metacognitive therapy and prolonged exposure therapy on the reduction of chronic post traumatic stress disorder caused by the war [Dissertation]. Tehran: Baqiyatallah University of Medical Science; 2014. [Persian]

6- Zungu LI. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the South African mining industry and outcomes of liability claims submitted to Rand Mutual Assurance Company. Occup Health South Afr. 2013;19(2):22-6.

7- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048-60.

8- Kulka, RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, et al. Trauma and the vietnam war generation: Report of findings from the national vietnam veterans readjustment study. 1st edition. New York: Brunner Mazel Publishers; 1990.

9- Prigerson HG, Maciejewski PK, Rosenheck RA. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men. Am J Public Health. 2002;92(1):59-63.

10- Sundin J, Fear NT, Iversen ARJ, Rona RJ, Wessely S. PTSD after deployment to Iraq: Conflicting rates, conflicting claims. Psychol Med. 2010;40(3):367-82.

11- Paulson DS, Krippner S. Haunted by combat: Understanding PTSD in war veterans including women, reservists, and those coming back from Iraq. London: Praeger Security International; 2007.

12- Kennedy CH, Zillmer EA. Military psychol: Clinical and operational applications. New York: Guilford Press; 2006.

- 39- Kang HK, Natelson BH, Mahan CM, Lee KY, Murphy FM. Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: A population-based survey of 30,000 veterans. *Am J Epidemiol.* 2003;157(2):141-8.
- 40- Hotopf M1, Hull L, Fear NT, Browne T, Horn O, Iversen A, et al. The health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: A cohort study. *Lancet.* 2006;367(9524):1731-41.
- 41- Kozarić-Kovačić, D, Borovečki A. Prevalence of psychotic co morbidity in combat-related post-traumatic stress disorder. *Mil Med.* 2005;170(3):223-6.
- 42- Taheri S, Shabani A. Conceptual and practical principles in designing healing gardens for veterans with PTSD with a focus on reducing stress- a narrative review. *J Mil Med.* 2016;18(3):230-41. [Persian]
- 43- Simon M. Meta cognitive therapy and other cognitive - behavioral treatments for posttraumatic stress disorder. *Verhaltenstherapie.* 2010;20:86-92.
- 44- Wells A, Sembi S. Met cognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004;35(4):307-18.
- 45- Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. Chronic PTSD Treated with Meta cognitive Therapy: An Open Trial. *Cogn Behav Pract.* 2008;15(1):85-92.
- 46- Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behav Res Ther.* 2009;47(12):1018-23.
- 47- Reynolds M, Well A. The Thought Control Questionnaire--psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychol Med.* 1999;29(5):1089-99.
- 48- Keane TM, Zimering RT, Caddell JM. A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder. *Behav Ther.* 1985;8(1):9-12.
- 49- Barnett JH, Salmond CH, Jones PB, Sahakian BJ. Cognitive reserve in neuropsychiatry. *Psychol Med.* 2006;36(8):1053-64.
- 50- Breslau N1, Lucia VC, Alvarado GF. Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and posttraumatic stress disorder: A follow-up study at age 17 years. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(11):1238-45.
- 28- Tavallaie SA, Assari SH, Najafi M , Habibi M, Ghanei M. Study of sleep quality in chemical-warfare-agents exposed veterans. *J Mil Med.* 2005;6(4) :241-48. [Persian]
- 29- Rahnejat AM, Rabiei M, Salimi SH, Fathi-Ashtiani A, Donyavi V, Mirzai J. The role of thought control strategies on the symptoms of chronic Post-Traumatic Stress Disorders caused by war. *J Behav Sci.* 2015;8(4):347-54. [Persian]
- 30- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther.* 1996;34(8):669-73.
- 31- Hoge CW, Riviere LA, Wilk JE, Herrell RK, Weathers FW. The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combats soldiers: A head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(4):269-77.
- 32- Weathers FW, Marx BP, Friedman MJ, Schnurr PP. Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria, new measures, and implications for assessment. *Psychol Inj Law.* 2014;7(2):93-107.
- 33- Firoozabadi A, Asgharnejad Farid AA, Mirzaei J, Shareh H. Normalization of Clinician Administered PTSD Scale-version 1 (CAPS-1) for Psychological Effects due to War. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2010;15(4):334-42. [Persian]
- 34- Institute of Medicine (IOM). Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: Initial assessment. Washington, DC: The National Academies Press; 2012.
- 35- US Centers for Disease Control. Health status of Vietnam veterans. I. Psychosocial characteristics. The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study. *JAMA.* 1988;259(18):2701-7.
- 36- Port CL, Engdahl B, Frazier P. A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *Am J Psychiatry.* 2001;158(9):1474-9.
- 37- Richardson LK, Frueh BC, Acierno R. Prevalence estimates of combat-related PTSD: A critical review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44(1):4-19.
- 38- Solomon Z, Dekel R. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli ex-pows. *J Trauma Stress.* 2007;20(3):303-12.