

اختلال تنش زای پس از سانحه (PTSD)

منیره عبادی^۱، سمیه آزرمی^۲، سوسن شفیقی^۳

چکیده

مقدمه: اختلال تنش زای پس از سانحه (PTSD) یکی از اختلالات روانی است که حجم زیاد مراجعه بیماران مبتلا به مراکز روانپزشکی و آمار بالای این اختلال (حدود ۸ درصد) در جامعه، نشان دهنده اهمیت این بیماری است. نا آشنایی و نا آگاهی جامعه در مورد علائم، عوارض، درمان، طرز رفتار با این بیماران و بدنبال آن مشکلات پیش آمده در اجتماع و خانواده برای این افراد موجب شده که در این مقاله به توضیح مبسوط در مورد PTSD پرداخته شود.

مواد و روش‌ها: این مقاله حاصل یک مطالعه مروری است که بر اساس مقالات جستجو شده از منابع کتابخانه‌ای و منابع اینترنتی گردآوری شده است.

یافته‌ها: بیماری PTSD بدلیل ایجاد اشکال در عملکرد اجتماعی، افزایش فشارهای روحی و تهدید وضعیت سلامتی تاثیر منفی در فرد، خانواده و اجتماع می‌گذارد. اغلب مردم (۵۰ تا ۹۰ درصد) یک رویداد تنش زا را تا پایان عمر به یاد دارند ولی فقط ۸ درصد آنها به این اختلال مبتلا می‌شوند. این بیماری در دوران جنگ بسیار شایع است (جنگ ویتنام، ایران و عراق، بوسنی هرزگوین و افغانستان) و همچنین در اثر اتفاقات مهم زندگی مانند فوت یک عزیز یا طلاق و ضربه‌های عاطفی احتمال ابتلا زیاد است. مطالعات در میان جمعیت‌های در معرض خطر شیوع را به نصف یا یک سوم می‌رساند بطوریکه در بازماندگان جنگ و تجاوز شدگان جنسی شیوع به ۳۰ درصد هم رسیده است.

نتیجه‌گیری: به دلیل اهمیت و تاثیر این اختلال در اجتماع باید به افراد روشهای مقابله با استرس و اضطراب و تقویت مکانیسمهای دفاعی آموزش داده شود و سعی شود از همان ابتدا کودکان قوی تربیت شود تا در تند باد حوادث متزلزل نگردند.

کلمات کلیدی: اختلال تنش زای پس از سانحه - PTSD

مقدمه

تروما، اختلال PTSD است (۲). مرکز ملی مطالعات اختلال استرس پس از سانحه (۱۹۹۹) بروز PTSD را پس از زلزله، در ۳۲ تا ۸۰ درصد افراد بالغ و ۲۵ تا ۹۵ درصد از جمعیت کودکان اعلام کرده است (۳). در این مقاله بطور مبسوط در مورد PTSD بحث می‌شود.

یافته‌ها

تعریف: اختلال استرس پس از سانحه، نوعی ناراحتی مستمر است که پس از مواجهه با استرس شدید ایجاد می‌شو (۴).

آخرین زیر گروه از اختلالات اضطرابی می‌باشد که پس از مشاهده، تجربه مستقیم و یا شنیدن یک عامل استرس زا و آسیب زای شدید روی می‌دهد که می‌تواند منجر به مرگ واقعی یا تهدید به مرگ یا وقوع یک سانحه جدی باشد. (۱) در مطالعه‌ای که بدنبال زلزله سال ۱۹۹۹ ترکیه بر روی ۴۳۰ نفر از بازماندگان زلزله انجام شد، بروز ناتوانی و اختلالات روانی نظیر Post traumatic stress (PTSD) disorder دیده شد. بطور معمول اولین پاسخ بازماندگان حادثه به

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری نظامی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری

۲- مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه پرستاری روان

راه استرس مربوط کنند. اگرچه این عقیده در بعضی موارد واقعاً غلو آمیز و گاهی کاملاً نامربوط است اما تحقیقات جدید نشان می‌دهد که حداقل در مورد PTSD حق با مردم عادی است. بررسی‌های انجام شده روی بیش از چهار هزار کهنه سرباز آمریکایی جنگ ویتنام محققان را به این نتیجه رسانده که PTSD می‌تواند بیش از هر عامل خطر دیگری، فرد را دچار بیماری‌های دراز مدت جسمانی و مرگ زودرس کند (۷). این مطلب به قدری اهمیت دارد که حتی به پزشکان توصیه شده هنگام شرح حال گرفتن از بیماران، PTSD را به عنوان بخشی از شرح حال رایج بگنجانند. این محققان عقیده دارند همانطور که بالا بودن شمارش گلبول‌های سفید خون می‌تواند نشانه‌ای از عفونت یا بیماری‌هایی نظیر لوکمیا (سرطان خون) باشد و یا همانطور که بالا بودن تست خونی ESR می‌تواند نشانه‌ای از التهاب باشد و بنابراین خطر یک بیماری جدی و مرگ را پیش‌بینی کند، به همین صورت هم PTSD که توسط آزمون‌های روان‌شناسی اندازه‌گیری می‌شود می‌تواند نشانه‌ای مستقل باشد که بیان می‌کند وضعیت دراز مدت سلامتی فرد در خطر جدی است. بیماران قلبی نیز از اثرات PTSD در امان نیستند. رابرت لیهی و همکارش در مطالعه خود بر روی بیماران قلبی نتیجه گرفته‌اند که حدود ۱۵ درصد از افراد بعد از حمله قلبی دچار مشکلات روحی به خصوص PTSD می‌شوند که این اتفاق می‌تواند آنها را درگیر یک سیکل معیوب کند، زیرا PTSD با ایجاد اشکال در عملکرد اجتماعی بیمار، افزایش فشارهای روحی و تهدید وضعیت سلامتی باعث وخیم‌تر شدن مشکل قلبی می‌شود (۵). اگر چه PTSD خودش به طور مستقل یک عامل خطر برای سلامتی محسوب می‌شود اما ممکن است باز مینه‌سازی برای کسب عادت‌های نادرست بهداشتی، تهدیدکننده هر چه بیشتر سلامتی باشد. به عنوان مثال ۴۵ درصد افراد مبتلا به PTSD سیگاری هستند (۹). همچنین بعضی از این بیماران برای فرار از مشکلات روحی به الکل گرایش پیدا می‌کنند که این کار جدا از عوارض جسمی باعث بدتر شدن علائم PTSD نیز می‌شود.

واکنشهای شایع به تروما که تحت عنوان علائم PTSD بیان می‌شود عبارتند از:

- ۱- ترس و اضطراب
- ۲- تجربه مجدد تروما بصورت احساس تجدید تجربه، توهم،

تاریخچه PTSD: در ۲۰۰۰ سال پیش از میلاد، مصریان باستان با علایم روانی پس از جنگ آشنا بودند و یونانیان پس از وقوع جنگ مارتن در ۴۵۰ سال قبل از میلاد مسیح که بین سپاه داریوش هخامنشی و دولت آتن روی داد، علائم اختلال تنش زای پس از سانحه را در سربازان خود مشاهده کردند (۵). تاثیر حوادث تروماتیک بر روان از دیرباز توسط شاعران و نویسندگان شرح داده شده است. به طوری که ویلیام شکسپیر توصیف واضحی از واکنشهای تروماتیک پس از سانحه را در آثار خود بیان می‌کند. ساموئل پپی در دفتر خاطرات خود واکنشهای خود را به آتش سوزی بزرگ لندن در سال ۱۹۶۶ شامل اضطراب، بی‌خوابی کابوس شبانه، احساس گناه به خاطر حفظ جان خود و ثروتش شرح می‌دهد. چارلز دیکنز کابوسهای شبانه و ترسهای دائمی را به عنوان پیامد حوادث توصیف کرده است (۶). سندرم PTSD در طول سالهای متمادی از شروع جنگ در میان افراد بشر اسامی مختلفی چون سندرم ناشی از اردوگاه اسیران، سندرم قلب سرباز و موج انفجار یا شوک گلوله باران به خود گرفته است (۷). سربازان آمریکایی بازگشته از جنگ ویتنام در سال ۱۹۷۵ از ترس، اضطراب و کابوسهای شبانه شکایت داشتند و بعد از این جنگ (ویتنام) واژه PTSD در سال ۱۹۸۰ در عالم روانپزشکی وارد شد (۵).

انجمن روانپزشکی آمریکا در اولین کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روان (DSM) از PTSD تحت عنوان واکنش شدید استرس نام برده است. در دومین کتابچه (DSM II) از عنوان اختلال موقعیتی گذرا استفاده شد و در سومین کتابچه (DSM II) تحت عنوان اختلال استرس پس از ضربه طبقه بندی شده است (۴). البته برای ضربه شرایطی تعیین کردند: ۱. شدت ضربه به حدی باشد که در اکثر افراد علائم بارز پریشانی ایجاد کند. ۲. فراتر از دامنه تجارب معمول بشر باشد. در چهارمین کتابچه ملاکهای ضربه تغییر یافت چراکه پاسخ به استرسور در افراد مختلف، متفاوت است و بسیاری از استرسورها برای افراد در قلمرو تجربه طبیعی آنهاست. به همین دلیل بارزترین پاسخ ذهنی قربانی به یک رویداد تروماتیک را ملاک قرار دادند (۸).

اهمیت PTSD

بیشتر مردم عادت دارند بخش زیادی از بیماری‌های جسمی خودشان

انواع PTSD

تا پایان عمر به یاد دارند ولی فقط ۸ درصد آنها به این اختلال مبتلا می‌شوند (۶). این بیماری در دوران جنگ بسیار شایع است (جنگ ویتنام، ایران و عراق، بوسنی هرزگوین و افغانستان) و همچنین در اثر اتفاقات مهم زندگی مانند فوت یک عزیز یا طلاق و ضربه‌های عاطفی احتمال ابتلا زیاد است. مطالعات در میان جمعیت‌های در معرض خطر شیوع را به نصف یا یک سوم می‌رساند (۱۳)، بطوریکه در بازماندگان جنگ و تجاوز شدگان جنسی شیوع به ۳۰ درصد هم رسیده است (۱۴). هر چقدر تماس با حادثه طولانی تر باشد و یا نزدیکی به متن حادثه بیشتر باشد احتمال ابتلا به این سندرم بیشتر است. با این وجود شواهد گردآوری شده بعد از حملات ۱۱ سپتامبر نشان می‌دهد که عدم حضور فیزیکی در محل یک حادثه تضمینی برای مبتلا نشدن به PTSD نیست، به همین دلیل به نظر می‌رسد که نوعی استعداد شخصی نیز برای ابتلا به PTSD لازم است (۵).

سبب شناسی: ۱- پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که قبل از آسیب از نظر روان بسیار سالم هستند کمتر در معرض قرار می‌گیرند اما اگر وقایع به قدر کافی فجیع و وحشتناک باشد حتی سلامت روان قبلی هم، فرد را مصون نگه نمی‌دارد (۱۲).

۲- ارت: تحقیقات بر روی دوقلوهای تک تخمکی نشان می‌دهد که احتمال این اختلال در این دوقلوها بیشتر است (۱۵).

۳- تحقیقات نشان داده است قربانیان PTSD هیپوکامپ کوچکتر از حدمعمول دارند (۱۵ و ۱۶).

۴- نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی: زندگی در محله‌های شهری پراز جرم احتمال قرار گرفتن در معرض حادثه را بیشتر می‌کند. همچنین زندگی در محله‌های فقیرنشین کشورهای در حال توسعه بدلیل نبود خدمات حمایتی مطلوب، موجب تشدید پاسخ روانی افراد به حادثه می‌شود (۱۳).

روند شکل گیری

۱- تحقیقات جدید بر این عقیده است که کلید حل این مسئله در چگونگی ثبت خاطرات در مغز است. حافظه ما وقایع را در پوشه‌های کاملاً مجزا و تفکیک شده ثبت نمی‌کند بلکه هنگام بایگانی یک اتفاق، مغز سعی می‌کند بین خاطره آن اتفاق و دیگر محفوظات و تجربه‌های زندگی ارتباط برقرار کند. به همین دلیل دیدن یک منظره و تصویر یا شنیدن صدایی جدید

۱- حاد: اختلال کمتر از ۳ ماه طول می‌کشد
 ۲- مزمن: اختلال بیشتر از ۳ ماه طول می‌کشد
 ۳- تاخیری: علائم اختلال بعد از ۶ ماه شروع می‌شود

تشخیص افتراقی: این اختلال با اختلالی موسوم به اختلال استرس حاد یا (ASD) از آن جایی افتراق پیدا می‌کند که ASD معمولاً بلافاصله پس از حادثه بروز پیدا می‌کند اما عارضه PTSD یک ماه پس از حادثه علائم خود را در فرد نشان می‌دهد (۱۱).

PTSD و اختلالات همراه

شایع ترین اختلالات همراه با PTSD شامل افسردگی، سوء مصرف مواد و الکل، اختلالات اضطرابی به خصوص حملات وحشت زدگی، پرخاشگری، احساسات و افکار مربوط به خودکشی، افکار پارانوئید، اختلال شدید در عملکرد روزانه، مشکلات خانوادگی، شغلی و اجتماعی هستند. بازمانده‌های یک سانحه ممکن است احساس گناه کنند و این مسئله می‌تواند آن‌ها را نسبت به ابتلا به افسردگی و PTSD مستعد کرده یا آن را تشدید کند.

تعارض به عوارض اختلال استرس پس از سانحه

PTSD زمینه‌ای خاص برای تمارض شده است مخصوصاً از زمانی که اداره کهنه سربازان معیارهای این بیماری را منتشر کردند و اعلام نمودند که به این افراد مستمری تعلق می‌گیرد. تمارض به PTSD نشانه‌های خاصی دارد. شخص بیمار با PTSD واقعی اغلب به خصوصیات منفی بیماری تکیه میکند (بی‌حسی عاطفی، بی‌تفاوتی و انزوای اجتماعی)، در حالی که تمارض کننده بمنظور نمایش بیشتر علائمی مانند کابوسهای بظاهر وحشتناک و جرقه‌هایی از حوادث گذشته flashback را نشان می‌دهد. در مبتلایان به PTSD واقعی، کابوسها محتوای متفاوتی با مضمونهای وحشتناک و حالت درماندگی را دارند، در حالی که تمارض کنندگان بیشتر به گزارش تجربه مجدد و دقیق همان رویای خاص تمایل دارند. ارائه علائم دقیقاً منطبق با کتاب درسی، بخصوص در رابطه با PTSD باید شک برانگیزتر باشد تا ارائه علائمی مبهم و مشابه دسته علائم مربوطه (۱۲).

شیوع PTSD: اغلب مردم (۵۰ تا ۹۰ درصد) یک رویداد تنش زا را

خوب قبل از بیماری، حمایت‌های اجتماعی قوی و فقدان اختلالات روانی و جسمی می‌باشد. در مجموع زنها آسیب پذیر تر از مردها هستند. شرکت در جنگ و شاهد جنگ بودن بیشترین فراوانی را در مردها و مورد تجاوز جنسی قرار گرفتن بالاترین فراوانی را در زنها نشان می‌دهد (۴).

عوامل خطر

- وجود ضربه‌های دوران کودکی
- اختلالات شخصیت
- سیستم حمایتی ناکافی
- ژنتیک
- تغییرات استرس آمیز در زندگی
- مصرف الکل

عوامل روانشناختی: طبق نظریه فروید این اختلال موجب فعال شدن تعارضهای حل نشده دوران کودکی می‌گردد. حیات دوباره ضربه‌های کودکی منجر به پسرفت و استفاده از مکانیزمهای دفاعی بازگشت، انکار و ابطال می‌گردد. همچنین قربانیانی که از دنیای بیرون نفع ثانویه کسب می‌کنند (جبران مادی، افزایش توجه و همدردی و ارضای نیازهای وابستگی) موجب تقویت اختلال و دوام آن می‌گردد (۱۷).

عوارض PTSD

تأثیر بر کانون خانوادگی

اختلال در عملکرد خانواده یکی از تأثیرات این اختلال است. یادآوری ناگهانی حادثه دردناک، موجب خشم و عصبانیت می‌شود و خود فرد مبتلا را به وحشت می‌اندازد. یا یادآوری صحنه‌های جنگ در خواب به صورت کابوس‌های شبانه و رؤیا سبب برخواستن با داد و فریاد می‌شود و با ایجاد ترس و وحشت در اطرافیان، فضایی پر از رعب و وحشت را ایجاد می‌کند. فرد مبتلا احساس دوست داشته شدن نمی‌کند و به علت مشکل در بروز احساسات عاطفی، موجب کاهش بروز احساسات اعضای خانواده می‌شود. از لحاظ اجتماعی کناره گیر و تنها هیجانی که معمولاً نشان می‌دهند خشم است. احساس می‌کند حضور و موجودیت ندارد و به علت رفتارهای تدافعی نسبت به سایر اعضای خانواده پر خاشاگرانه برخورد می‌کند.

یا حتی چشیدن و بوییدن چیزی که ارتباطی ولو اندک با حادثه قبلاً تجربه شده داشته باشد می‌تواند با به راه انداختن زنجیره‌های از محفوظات مغزی دوباره همان حادثه را زنده کند (۱۲).

۲- علت دیگر مرور خاطرات این است که افراد مبتلا به PTSD نیاز دارند مفهوم آن اتفاق را برای خود تجزیه و تحلیل کنند. رویدادهای آسیب‌زا باعث می‌شوند که این افراد باورهای پیشین‌شان را زیر سؤال ببرند (۵). برای مثال، این که جهان اساساً مکان امنی است یا اتفاق بدی برایشان نخواهد افتاد را مسخره و غیر ممکن می‌دانند. آن‌ها درباره‌ی ضربه‌ی روحی که به آن‌ها وارد شده‌است فکر می‌کنند تا بتوانند درکش کنند. اما فکر کردن درباره‌ی آن خاطره باعث می‌شود خاطرات و احساسات ناخوشایند و دردناک برگردند. و این خود باعث می‌شود که از فکر کردن درباره‌ی آن واقعه‌ی دردناک طفره برونند. این افراد به جای آرامش یافتن، در فاصله بین به خاطر آوردن یا تلاش برای فراموش کردن نوسان می‌کنند.

۳- طی چند دقیقه اول پس از سانحه، فرد دچار رعب و وحشت می‌شود در این مرحله که بسیار کوتاه و گذراست فرد قادر به عکس‌العمل است. سپس قهرمان‌گرایی شکل می‌گیرد که طی آن افراد احساس مسئولیت دارند و سعی می‌کنند به یکدیگر کمک کنند. تحریک‌پذیری افراد در این مرحله بسیار بالاست (۵). در مرحله امیدواری و فراموشی که یک هفته تا چند ماه پس از حادثه اتفاق می‌افتد واکنش‌هایی مثل خشم، انتقام‌جویی، در افراد مشاهده می‌شود. ۲ تا ۳ ماه پس از وقوع حادثه نیز مرحله رویارویی با واقعیت‌هاست. در این زمان فرد مراحل اولیه خسران را پشت سر گذاشته، نتایج فاجعه را در زندگی فردی و اجتماعی‌اش مشاهده می‌کند. به دنبال بروز استرس شدید روانی ناشی از یک حادثه یا ضربه، دسته‌ای از علائم در فرد قابل مشاهده است که می‌تواند تأثیر معکوسی بر عملکرد او بگذارد (۹).

سیر و پیش آگهی: این اختلال معمولاً پس از ضربه ظاهر می‌گردد تاخیر ممکن است به کوتاهی یک هفته و یا به درازای سی سال باشد. تقریباً ۳۰ درصد بیماران بهبود می‌یابند، ۴۰ درصد علائم خفیف، ۲۰ درصد علائم متوسط و ۱۰ درصد بدتر میشوند (۶). پیش آگهی خوب با شروع سریع علائم، کوتاهی طول مدت علائم، عملکرد

- تغییر شغل‌های مکرر
- افزایش مشغولیت شغلی
- رها کردن شغل

PTSD در اطفال: مشابه بزرگسالان است اما تفاوت‌هایی نیز دیده می‌شود. بطور مثال اطفال ممکن است برای آنکه به شدت خطر تروما پی ببرند به واکنش والدین خود نگاه کنند. اطفال ممکن است آسیب وارده به خود را در بازیهایشان نشان دهند. بسیاری از اطفال مبتلا احساس می‌کنند که هرگز رشد نخواهند کرد و بزرگ و قوی نخواهند شد، به آینده خود امیدوار نیستند و گاهی در رفتارهای خود نمایشهایی از خود تخریبی، شکایت‌های جسمی یا رفتارهای مقابله جویانه نشان می‌دهند. شیوع این اختلال در اطفال حدود یک درصد برآورد می‌شود (۱۱). درجات زیادی از PTSD اطفال در کودکانی که شاهد وقایع تهدید آمیزی مثل جنگ بوده‌اند یا در معرض بیماری شدید مثل سوختگی، پیوند مغز استخوان و یا بچه دزدی قرار گرفته‌اند دیده می‌شود. بسیاری از اطفال دچار PTSD، در نوجوانی اعمال مشابه آسیبی که برای خودشان اتفاق افتاده را نشان می‌دهند. رویاهای ترسناک و بدون مفهوم، وحشت‌های بی‌دلیل، انجام بازی‌های تکراری و حالت‌های در خود فرورفتگی از علائم اختلال استرس حاد پس از سانحه در کودکان است. در صورت درمان نشدن ممکن است به اضطراب‌های شدید، از کارافتادگی و گاهی افسردگی و اختلالات جسمی منجر شود. در کودکان کمتر از ۲ سال این عارضه به صورت گریه، بی‌قراری، بی‌علاقگی به محیط اطراف، کاهش تعامل با محیط، ترس از محیط، اشکال در خواب رفتن، توقف در مسیر تکامل مانند اشکال در راه رفتن یا حرف زدن، بیش از حد چسبیدن به مراقبان یا مادر، نداشتن واکنش به محرک‌هایی که کودک به طور طبیعی باید به آن‌ها واکنش نشان دهد بروز پیدا کند. در کودکان ۲ تا ۶ ساله علائمی مثل پسرقت به مراحل قبلی تکلم و شروع دوباره مراحل تکلم در فرد، کنترل نکردن ادرار و شب ادراری، تحریک پذیری، بی‌قراری، پرخاشگری، ترس از محیط، اختلال در تمرکز و در کودکان سن مدرسه نیز همین اختلالات به اضافه افت تحصیلی، اختلال یادگیری، اختلال تغذیه و مشکلات تحصیلی بروز می‌کند. واکنش والدین تاثیر قابل ملاحظه‌ای روی کودکان می‌گذارد و این واکنش می‌تواند آسیب‌زننده یا حفاظتی باشد (۱۱).

خشونت و تهاجم نسبت به همسر موجب دوری عاطفی بیشتر با همسر و گاهی موجب مشکلات قانونی می‌شود. در فرزندان افراد مبتلا مجموعه علائمی مانند پرخاشگری، افت تحصیلی، اشکال در تمرکز، احساس دوست داشته نشدن، مراقب والدین بودن، و مصرف دارو و الکل مشاهده می‌شود. فرد مبتلا به واسطه حالت تهییج و انزوایی که دارد به اعضای خانواده احساس تهی بودن از هیجان را تحمیل می‌کند. بی‌روح بودن فضای خانه، وجود فاصله عاطفی زیاد از یکدیگر، بیدار ماندن در شب، گذراندن ساعات زیاد در مقابل تلویزیون، عدم توجه به یکدیگر، انزوا و گوشه گیری زیاد مشاهده می‌شود. تجربه احساس گناه و پرخاشگری موجب می‌شود که فرد نتواند نقشهای خود را بعنوان پدر، مادر و همسر ایفا نماید. (۱۸). دیفازیوپاسکیوسکی نیز در تحقیقی که در کهنه سربازان آمریکایی بازگشته از جنگ ویتنام انجام داد مشکلات در روابط بین فردی و احساس کناره گیری از دیگران را گزارش نموده است (۱۹). در پژوهشی در ایران در میان جانبازان PTSD مشخص گردید که هیچ یک از بیماران به مدرک تحصیلی بالاتر نایل نشده‌اند و یافته‌های پژوهش کاهش درآمد و موفقیت‌های شغلی را نشان می‌داد (۲۰). پارسون (۱۹۹۰) بیان کرد که فرزندان این افراد دچار پرخاشگری، بزهداری، بیش‌فعالی، مشکل در برقراری دوستیهای صمیمی هستند (۲۸ و ۱۲). سطح افسردگی و اضطراب در فرزندان جانبازان مبتلا به PTSD در ایران بالاتر از فرزندان افراد عادی است. شایع‌ترین مشکلات گزارش شده توسط همسران سربازان جنگ ویتنام: تنهایی، انزوای اجتماعی، گمگشتگی، فقدان احساس مسئولیت، استیصال، از دست دادن هویت، فقدان کنترل بر زندگی و سرزنش خود می‌باشد (۱۷). فیلگی (۱۹۸۳) اصطلاح آسیب دیدگی ثانویه را برای همسران بیماران PTSD بکار برد (۲۱). تحقیقات آشکار کردند که همسران بیماران، خود نیز به درجاتی از PTSD مبتلا بودند. بولتن (۱۹۹۹) در تحقیقی که در مادرانی که فرزندان خود را در سانحه غرق شدن کشتی ژوپیتر در سال ۱۹۸۸ از دست داده بودند انجام داد متوجه شد همه مادران به درجاتی علایم PTSD را نشان داده‌اند (۲۱ و ۲۵ و ۲۹).

تاثیر بر عملکرد شغلی

- بروز مشکلات شغلی

- و مرخصیهای ناشی از بیماری باشید.
- ۲- مراقب عصبانیت، تحریک پذیری، افسردگی، عدم علاقه و عدم تمرکز باشید.
- ۳- سوالات کلی بپرسید.
- ۴- اجازه صحبت کردن در مورد حادثه را به این بیماران بدهید. جریان صحبت بیمار را قطع نکرده و به تجربیات خودتان رجوع نکنید.
- ۵- احساس بیمار را جویا نشوید و به آنها پیشنهاد نکنید که احساساتشان را کنترل کنند.
- ۶- سعی در کوچک جلوه دادن تجربیات تلخشان را نداشته باشید.
- ۷- از آنها دوری نکنید، آنها را سرزنش نکنید و از دست آنها عصبانی نشوید.
- ۸- فراهم نمودن شرایط جهت تمرینات آرامبخش، ورزش، فعالیت و داشتن اوقات فراغت با دوستان و خانواده
- درمان PTSD:** شامل روان درمانی، گروه درمانی و دارو درمانی است.
- روان درمانی:** متخصصان بالینی نه تنها برای حل کردن مسایل هیجانی، بلکه همچنین برای کنترل کردن واکنشهای فرد به درمانهای دارویی، روان درمانی را توصیه می کنند که شامل آموزش مدیریت اضطراب از طریق تکنیکهای بازخورد زیستی، حساسیت زدایی تدریجی، آرامش آموزی، بازسازی شناختی و آموزش مصون سازی در مقابل استرس است (۲۳).
- آموزش مصون سازی در برابر استرس همان احساس تسلط بر ترس است که شامل سه مرحله می باشد (۲۴).

- ۱- مرحله آموزش: که در این مرحله کشف ریشه ترس و اضطراب صورت می گیرد.
- ۲- مرحله ساخت: که در آن آموزش تکنیکهای مهارتهای مقابله ای (آرامش آموزی عضلانی، کنترل تنفس، الگو سازی پنهان، مواجهه، توقف فکر و خود گوییهای هدایت شده) انجام می گردد.
- ۳- مرحله کاربردی: تمرین ذهنی مواجهه با حادثه و سپس تمرین عملی در شرایط واقعی

بازسازی شناختی: تغییر افکار فرد بیمار و دنیای ذهنی او می باشد. افرادی که به خاطر نقششان در واقعه ی آسیب زا بیش از حد احساس گناه می کنند، باید متوجه شوند که مسؤل لیتشان آن قدر که تصور

- در اطفال بر خلاف والدین دو نوع آسیب می تواند منجر به PTSD شود.
- آسیب حاد و شدید در لحظه
- آسیب های مزمن و در گذر زمان که ممکن است ظاهرا بزرگ به نظر نرسند
- درمان PTSD در اطفال:** درمان بسیار جامع و مفصلی است و شامل رویکردهایی مثل مداخله در بحران، روان درمانی و دارو درمانی است. در واقع هرچه سن کمتر باشد، واکنش های انطباقی کمتر است و مشکلات ارتباطی بین والدین احتمال شدت عارضه را بیشتر می کند. به گفته روان پزشکان در کودکان خردسال حتی الامکان از دارو درمانی کمتر استفاده می شود و روان درمانی بهتر می تواند به آنها کمک کند. با روش های روان درمانی از جمله بازسازی سانه اضطراب آنها کاهش پیدا می کند. هم چنین طبق تحقیقات، مشخص شده که بازی درمانی با تکیه بر حمایت کودک، تشویق برای بیان احساسات، آموزش تکنیک های کنترل اضطراب، تقویت رابطه مادر و کودک باعث کاهش ترس، اضطراب و پرخاشگری می شود. در این جلسات به مادران نیز آموزش داده میشود که چگونه احساسات خود را بیان کنند و به کودک خود اجازه دهند احساساتش را بگویند و تخلیه هیجانی شود. از طرفی مکانیزم های آرام سازی عضلات به کودک اجازه می دهد کودک بهتر بتواند با استرس کنار آید (۲۲).
- این اختلال هر قدر دیرتر درمان شود، آسیب های خود را بیشتر بر فرد به جا می گذارد.

وظایف روان پرستار در ارتباط با بیمار

- ۱- به بیمار می آموزد که با احساسات و تنش همراه با خاطرات، چگونه کنار آید. شیوه هایی برای آرامش بخشیدن به جسم و ساکت کردن دردی که احساس می کند را به او آموزش می دهد.
- ۲- کمک به روبرو شدن با خاطرات به صورت تعریف مجدد داستان.
- ۳- آموختن شیوه هایی برای تغییر افکار منفی و جایگزینی آن با افکار مثبت (۵).

روشهای برخورد با بیماران PTSD

- ۱- مراقب هر گونه رفتار مانند کارایی ضعیف در سر کار، تاخیر

درمان PTSD هستند، هنوز در بخش بزرگی از بیماران، نشانه‌های PTSD پس از درمان برمی‌گردند. به همین دلیل باید رویکردهای درمانی گسترش داده شوند تا قادر به حذف کامل نشانه‌ها باشند (۲۶).
وظایف فرماندهان در جنگ در برخورد با PTSD: از آنجا که نوع تاخیری PTSD در بین کارکنان نظامی بازمانده از جنگ شیوع زیادی دارد و حجم زیاد مراجعه کارکنان نظامی بازمانده از جنگ به مراکز فوریت‌های روانپزشکی کشورمان گواه این مطلب است لذا وظایف فرماندهان رادر چهار بخش می‌توان تقسیم نمود (۲۷).

۱- آشنایی فرمانده با علائم این اختلال نقش موثری در پیشگیری از پیشرفت این اختلال دارد.
۲- تشکیل گروه‌هایی برای تبادل اطلاعات در خصوص رویداد آسیب زاست تا فرد را قادر سازد به جریان عادی زندگی بر گردد.

۳- پیگیری اوضاع روانی سربازان پس از جنگ و کمک به آنها برای عبور از این بحران
۴- ارجاع سربازان دارای علائم به مراکز فوریت‌های روانپزشکی
نتیجه‌گیری: بدلیل اهمیت و تأثیر این اختلال بر اجتماع پیشنهاد میشود:

- ۱- آموزش روشهای مقابله با استرس و اضطراب و تقویت مکانیسم‌های دفاعی افراد
- ۲- شناسایی اختلال در بدو ورود بیماران به مراکز روانپزشکی با استفاده از برگه‌های آزمون‌های روان سنجی
- ۳- تشکیل مراکز باز توانی برای این بیماران
- ۴- ایجاد برنامه‌های آموزشی به زبان ساده از طریق رسانه‌های گروهی، مطبوعات و صدا و سیما که به بیان ماهیت این عارضه و روشهای برخورد با این بیماران بپردازد.
- ۵- در زمان جنگ از ورود افراد ناتوان و مستعد بیماری‌های روانی در ارتش جلوگیری و به اعزام نیروهایی با شخصیت مناسب و با حداکثر کارایی برای کاهش هزینه‌های نظامی و اقتصادی اقدام شود.
- ۶- توجه به سلامت نظام خانواده به خصوص همسران بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه امری مهم است و می‌تواند در برنامه ریزی، سیاست‌های آموزشی، مشاوره‌ای و درمانی سودمند باشد.

می‌شود سنگین نبوده است. بر عکس کسانی که احساس می‌کنند بر آنچه برایشان اتفاق می‌افتد، کنترلی ندارند و بنا بر این از مواجه شدن با مشکلات اجتناب می‌کنند می‌توانند یاد بگیرند احساس تسلط بیشتری بر روند زندگی‌شان داشته باشند (۱۶).

حساسیت زدایی تدریجی: شامل دو مرحله رویارویی و آرمیدگی عضلانی است. در مرحله رویارویی به منزله روبرو شدن با علت برانگیختگی و در مرحله آرمیدگی عضلانی گفتن خاطرات حوادث آسیب‌زا به بیمار در حالت آرامش عضلات می‌باشد (۲۴).

- **گروه درمانی:** گروه، مکان مناسبی برای خودافشایی از طریق الگو گیری است و حمایت اجتماعی در گروه انجام می‌گیرد. همچنین گروه به بیمار کمک می‌کند تا از انزوا بیرون آمده و تجربیات منحصر به فرد خود را در اختیار دیگر اعضای گروه قرار دهد. بسیاری از مبتلایان از مشکلات جسمی نیز در رنجند و این مسأله خود پیامدهای روانی را به دنبال خواهد داشت. لذا داشتن دوستان دارای سرنوشت مشترک که بیش از هر کس دیگری قادر به درک آنان باشند در کاهش ناراحتی‌های جسمی و روانی مؤثر است

دارو درمانی: دارو درمانی به تنهایی موثر نمی‌باشد. دارو کمک می‌کند به جای مقابله با خاطرات از آنها دوری شود و در بلند مدت اثرات منفی از خود به جای می‌گذارد و شخص بیمار برای تسکین و آرامش به دارو درمانی خود باید سالیان متمادی ادامه دهد. به همین دلیل هیچگاه دارو به تنهایی توصیه نمی‌شود. داروهای توصیه شده نیز بسته به علائم بیمار است. در صورتی تهییج زیاد از بنزو دیازپینها، در صورت کرختی و کناره گیری اجتماعی از ضد افسردگیهای سه حلقه‌ای و در موارد بی‌قراری، پرخاشگری و بازگشت به گذشته، کار با مازپین و اسید والپروئیک تجویز می‌شود (۱۳).

باورهای مذهبی، طرز تلقی از مرگ و باور به جاودانگی باعث بروز تفاوت‌هایی در واکنش‌های افراد نسبت به حوادث آسیب‌زا و خطرات و خاطرات آسیب‌زا شده است. لذا در درمان PTSD باید به بنیادها و باورهای مذهبی افراد توجه ویژه‌ای مبذول شود (۱۰).
طول درمان: طول درمان بسته به نوع آسیب، میزان وخامت حال بیمار و میزان حمایت‌های اجتماعی ۱۲ تا ۲۰ جلسه که هر جلسه ۴۵ تا ۵۰ دقیقه طول می‌کشد (۵).

با اینکه درمان‌های شناختی- رفتاری دارای پشتوانه تجربی قوی برای

«لوگو تراپی» که خودش تجربه دهشتناک اردوگاه‌های آلمان نازی را در کارنامه دارد بر این عقیده است که حتی در تاریک‌ترین لحظه‌های زندگی هم انسان می‌تواند در انتخاب نوع واکنشش به سرنوشت آزادی داشته باشد.

او خود می‌گوید: «پاسخ مثبت به زندگی، با وجود هر اتفاقی که با آن روبه‌رو شویم، یک فرمان است.» شاید این توصیه زیبایی‌دکتر فرانکل همان چیزی است که بیماران PTSD باید باورش کنند و در راه رسیدن به آن گام بردارند (۵).

اهم مواردی که مدیران باید برای جلوگیری از شیوع PTSD در میان کارکنان در نظر داشته باشند عبارتند از:

- شناسایی تنش‌های مربوط به مشاغل پرخطر
- اتخاذ روش‌هایی برای کنترل تنش کارکنان
- فراهم نمودن سیستم حمایتی از قبیل مشاوره
- تدوین برنامه‌های آموزشی جهت کنترل خستگی مفرط در کارکنان

دکتر فرانکل، عصب‌شناس معروف اتریشی و بنیانگذار روش

References

- 1- Pinel, Jean, ravanshenas fiziolojik, tarjome mehrdad firozbakht, chap aval, Tehran, virayesh 1387, safeye6
- 2- Mahmoodi gharai Javad, mohamadi mohammadreza, fakur yousef, momtazbaksh Maryam, asare modakhelete hemeyati ravani ejtemaee bar neshane haye ekhtelale steress pas az sanehe dar nojavanan asib dide az zelzele bam, majale bimarihaye Kodakan, 1384, (3) 15, 230-236
- 3- National Center for PTSD (1999). The august 1999 earthquake Turkey and posttraumatic stress
- 4- kaplen Harold, sadook benyamin, kholase ravanpezeszki, tarjome nasrollahe poafkari, chape aval, Tehran, entesharate shahrab, 2003
- 5- Leih Robert, holand stefen. Tarhrye darmaniva modakhelete balini baraye afsordegi va ekhtelele ezterabi, gerd avarande doctor soheil salehi, sale2000
- 6- Dabaghi parviz, rafter darmani shenakhti ekhtelale steress pas az zarbe (PTSD) (rahnamaye darman baraye motekhasesine balini), Tehran, entesharate jahade daneshgahi, 1387
- 7- Kolmen james, ci (1376), ravan shenasi nabehanjar va zendegie novin, tarjome kianoosh hashemian, Tehran: entesharate daneshgah alzahra
- 8- Fathi ashtiani ali, sabab shenasi ekhtelale steress pas az zarbe, majmoe maghalate sevomin sampoziome Barresi avareze asabie ravani nashi az jang, gerd avarande doctor mohammad ali hemmati, chape aval, Tehran, entesharate golban, 1378
- 9- Jancsoma, Arthur, Peterson, mark (1381), rahnamaye gam be game darmane moshkelate ravani bozorgsalan, tarjome seyed ali kimiyai va hamkaran, Tehran: entesharate astane ghodse razavi
- 10- Yaghoobi abdolali. Tashkhis va darmane ekhtelele feshare ravani dar janbazan <http://www.navideshahed.com> Available.
- 11- Ekhtelale steress pas az sanehe: koodakan bishtar dar maaraze khatarand Available at <http://www.khorasannews.com> accessed 8th June 2010
- 12- lindezi, S, J, E va pavel, J, E (1377), osoole ravanshenasi balini bozorgsalan, tarjome hamayak avadis yanes va mohammadreza nikkho, tahrn: entesharate roodaki
- 13- niazi form, ekhtelale pas az sanehe Available <http://www.google.com> accessed
- 14- fadaee, farbod (1364), ravanpezeszki jang, Tehran: entesharate roz
- 15- khalaj tayebe. Ekhtelale steress pas az sanehe Available <http://www.pajouheshkadehbagherololume.com> accessed 1390/11/22
- 16- Kalat james. Ravanshenasi fiziolojiki, tarjome yahya seyed mohammadi, chpe aval, Tehran, ravan, 1386, safeye223
- 17- Carrol, E.M., Rueguer D.B., foy, D.W., & Donahoe, C.P. (1985). vietnamcombar with posttraumatic stress disorder: Analysis of marital and cohabitating adjustment. Journal Abnormal Psychology, 2004, 329-227.
- 18- Defazio, V.I., & Pascussi, N.I. (1984). Return to intaca: A perspective on marriage and love in possttraumatic stress disorder. Journal of contemporary Psychotherapy, 14, 76-89
- 19- journal of behavior therapy and experimental psychiatry Stockholm aunovic: nenaduniversity, 1999, page 106.
- 20- Eftekhari, homayoon, hamid mozafar va digar hamkaran, behdasht ravani baraye farmandehan va yeganhaye behdari, chap aval, Tehran, entesharate edare behdasht va darmane nezaja
- 21- Toolaee zavare, seyed abbas, ekhtelale steress pas az sanehe. Veb be naghl az: www.bmsu.ac.ir
- 22- Mozafari mohammad, morori bar darmanhaye ravanshenakhti PTSD, majmoe maghalate sevomin sampoziome barresie avareze ravani nashi az jang, gerd avarande doctor mohammad alie hemmati, chape aval, Tehran, entesharate golban, 1379
- 23- BBC News - Military dog recovers from PTSD after Iraq war. Available <http://fa.wikipedia.org> accessed
- 24- Ahmadi abhari seyeeed ali. Negareshi be tashkhis va

- tabaghebandi ekhtelalate ravani nashi az jang, majale daneshkade pezeshki daneshgah olom pezeshki Tehran,1372, shomare1
- 25- Parsons,J.,Kehle,T.J.,&Owen, S.V. (1990).Incidence of behavior problems among children of Vietnam war veterans. School Psychology International,11,235-256.
- 26- Behdashte ravani khanevade dar ekhtelale feshare ravani pas az sanehe, Tehran: pajoheshkade mohandesi va olome pezeshki janbazan