

## بررسی شیوع اختلال استرس پس از سانحه و علایم آن در بازماندگان زلزله بم

### دکتر علی فرهودیان<sup>۱</sup>

گروه پژوهشی روانشناسی و نیازهای ویژه،  
پژوهشکده علوم بهزیستی و توانبخشی

### دکتر ونداد شریفی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روانپزشکی  
دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر آفرین رحیمی موقر

مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی  
تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر رضا رادگودرزی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر محمدرضا محمدی

مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر مسعود یونسیان

دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات محیط  
زیست دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر محمد تقی یاسمی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، اداره  
سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش  
پزشکی

**هدف:** در این مطالعه شیوع اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، اختلال نسبی استرس پس از تروما (partial PTSD)، و علایم آن در جمعیت بازماندگان زلزله بم مورد بررسی قرار گرفت. **روش:** برای تعیین شیوع PTSD و علایم آن در این مطالعه مقطعی که حدود هشت ماه پس از وقوع زلزله انجام شد از مصاحبه بالینی براساس CIDI (مصاحبه تشخیصی جامع بین-المللی) استفاده شد. نمونه مطالعه شامل ۷۸۶ نفر از جمعیت بم بود که به صورت تصادفی و با مراجعه خانه به خانه انتخاب شد. **یافته‌ها:** حدود ۹۸ درصد از پاسخ‌دهندگان حداقل با یک تروما مواجهه داشتند. در ۸۷/۲ درصد بدترین ترومای تجربه شده دیدن جراحت یا جسد دیگران بود. شیوع PTSD طول عمر ۵۹/۱ درصد، شیوع PTSD نسبی (وجود برخی علایم PTSD بدون تکمیل کامل معیارها) و PTSD فعلی به ترتیب ۲۰/۲ درصد و ۵۱/۹ درصد بود. تفاوت شیوع در زنان و مردان از نظر آماری معنی‌دار نبود. از گروه‌های علایم، «اجتناب و کرختی» کم‌ترین و «تجربه مجدد واقعه» بیشترین شیوع را داشتند. **نتیجه‌گیری:** PTSD در بازماندگان زلزله بم بسیار شایع می‌باشد که ضرورت مداخلات مبتنی بر جامعه را برای جمعیت آسیب‌دیده مطرح می‌سازد.

**کلید واژه‌ها:** اختلال استرس پس از سانحه، زلزله، شیوع، جمعیت

## مقدمه

زلزله بم پنجم دی‌ماه ۱۳۸۲، بامداد روز جمعه در این شهر تاریخی اتفاق افتاد و جمعیتی بالغ بر ۹۷ هزار نفر را تحت تأثیر قرار داد. قدرت این زلزله ۶/۳ در مقیاس ریشتر بود و منجر به فوت بیش از ۲۵ هزار نفر و آسیب‌دیدگی ۵۰ هزار نفر شد. در پی این زلزله مهیب، بیش از سی هزار واحد مسکونی یا تجاری به طور کامل یا

نسبی تخریب و بسیاری از ساختمان‌های دولتی و دو بیمارستان شهر به طور کامل یا عمده تخریب شد (سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در مقایسه با آمارهای موجود، میزان عوارض و مرگ‌ومیر این زلزله از بسیاری از زلزله‌های بزرگ جهان بیشتر بوده است (الکساندر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷؛ لیانگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱).

اکثر مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بعد از مواجهه با

2- World Health Organization

3- Alexander

4- Liang

۱- نشانی تماس: تهران، اوین، دانشگاه علوم بهزیستی توانبخشی.

Email: farhoudian@yahoo.com

میلانس<sup>۴۹</sup>، ۱۹۹۲). اما افزایش بروز مشکلات و عواقب روانی تنها خاص افرادی نیست که معیارهای کامل PTSD را در DSM-IV دارا می باشند.

فلسفه وجود تشخیص اختلال استرس پس از سانحه از ابتدا این بود که بتواند افراد دارای مشکل بالینی حاصل از مواجهه با ترومای شدید را مشخص کند. ولی در طی سال‌های اخیر دیده شد که به‌علت فراوانی زیاد تعداد و انواع استرس‌های شدید، میزان بروز مشکلات روانی در جمعیت عمومی بسیار بیشتر از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از تروماست؛ در موارد بسیاری دیده شد که هرچند شخص دارای معیارهای کامل اختلال استرس پس از سانحه نیست، ولی اختلال عملکردی در حد افراد مبتلا به PTSD دارد یا فرد به‌همان اندازه در ناراحتی است. مثلاً در یک مطالعه اپیدمیولوژیک که توسط اشتاین<sup>۵۰</sup>، واکر<sup>۵۱</sup>، هیزن<sup>۵۲</sup> و فورد<sup>۵۳</sup> در سال ۱۹۹۴ در جمعیت عمومی شهر وینپگ<sup>۵۴</sup> کانادا انجام شد، دیده شد که افرادی که دارای علائم تمام گروه‌های تشخیص بالینی اختلال استرس پس از سانحه («تجربه مجدد واقعه»، «اجتناب یا کرختی احساسی»، و «بیش‌انگیختگی») هستند، ولی معیارهای کامل آن را براساس DSM-IV ندارند، اختلال عملکرد شغلی و اجتماعی معادل افراد دارای علائم کامل PTSD دارند. این مسأله

ترومای زلزله، میزان اختلالات مختلف روان‌شناختی مانند اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> (PTSD)، افسردگی، اختلال خواب، مصرف مواد غیرقانونی، و اختلالات اضطرابی افزایش می‌یابند (برای مثال: نورت<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ و لاهوف<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ کافو<sup>۴</sup> و بلایس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳؛ چيو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). از این بین اختلال استرس پس از تروما شایع‌ترین اختلال روانی پس از وقوع زلزله می‌باشد (کو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ شاران<sup>۸</sup>، چادهری<sup>۹</sup>، کاونتکار<sup>۱۰</sup> و ساکسینا<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۶). مطالعاتی که تاکنون در زمینه آسیب‌شناسی روانی پس از زلزله و میزان شیوع PTSD در دنیا انجام شده است. میزان شیوع PTSD پس از زلزله را بین ۱۴٪ تا ۸۷٪ گزارش نموده‌اند (برای مثال بینید: وانگ<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ مک‌فارلین<sup>۱۳</sup> و کلیمیدیس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۳؛ باشوگلو<sup>۱۵</sup>، شالچیوگلو<sup>۱۶</sup> و لیوانو<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۲؛ کار<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۵ و ۱۹۹۷؛ مک‌میلن<sup>۱۹</sup>، نورت<sup>۲۰</sup> و اسمیت<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۰؛ کیلیج<sup>۲۲</sup> و اولوسوی<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۳). برای تشخیص این اختلال براساس معیارهای بالینی DSM-IV، شخص باید علاوه بر مواجهه با حداقل یک حادثه تروماتیک که با احساس ترس شدید یا درماندگی همراه بوده، بیش از یک ماه حداقل یک علامت از «تجربه مجدد واقعه»<sup>۲۵</sup>، سه علامت از «اجتناب یا کرختی احساسی»<sup>۲۶</sup>، و دو علامت «بیش‌انگیختگی»<sup>۲۷</sup> را تجربه کند و این علائم موجب ناراحتی و اختلال در حوزه‌های عملکرد شخص شده باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۴). این اختلال می‌تواند موجب بروز مشکلاتی مانند افت عملکرد شغلی (بلانچارد<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۶)، شکایات متعدد جسمی (مک‌فارلین، اتچیسون<sup>۳۰</sup>، رافالوویکز<sup>۳۱</sup> و پاپی<sup>۳۲</sup>، ۱۹۹۴)، اشکال در ایجاد صمیمیت (ریگز<sup>۳۳</sup>، بیرن<sup>۳۴</sup>، و درز<sup>۳۵</sup> و لیتز<sup>۳۶</sup>، ۱۹۹۸)، و مشکلات خانوادگی (بکهام<sup>۳۷</sup>، لیتل<sup>۳۸</sup> و فلدمن<sup>۳۹</sup>، ۱۹۹۶) باشد و می‌تواند تا سال‌ها پس از زلزله باقی بماند (گوئنجان<sup>۴۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین دیده شده که وجود PTSD احتمال بروز بعضی از اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. مثلاً در موارد زیادی دیده شده که وجود PTSD احتمال بروز افسردگی، فوبیا، مصرف مواد و اختلال پانیک را افزایش می‌دهد (ساوتویک<sup>۴۱</sup>، یهودا<sup>۴۲</sup> و گیلر<sup>۴۳</sup>، ۱۹۹۱؛ آریه<sup>۴۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ ملمن<sup>۴۵</sup>، راندولف<sup>۴۶</sup>، براومن‌مینتزر<sup>۴۷</sup>، فلورس<sup>۴۸</sup>، و

1- Posttraumatic stress disorder	2- North
3- Vlahov	4- Caffo
5- Belaise	6- Chiu
7- Kuo	8- Sharan
9- Chaudhary	10- Kavethekar
11- Saxena	12- Wang
13- McFarlane	14- Klimidis
15- Başoğlu	16- Şalcıoğlu
17- Livanou	18- Carr
19- McMillen	20- North
21- Smith	22- Kilic
23- Ulusoy	
24- the fourth edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	
25- reexperience	26- avoidance and numbness
27- hyperarosal	28- American Psychiatric Association
29- Blanchard	30- Atchison
31- Rafalowicz	32- Papay
33- Riggs	34- Byrne
35- Weathers	36- Litz
37- Beckham	38- Lytle
39- Feldman	40- Goenjian
41- Southwick	42- Yehuda
43- Giller	44- Arieh
45- Mellman	46- Randolph
47- Brawman-Mintzer	48- Flores
49- Milanes	50- Stein
51- Walker	52- Hazen
53- Ford	54- Winnipeg

علی فرهودیان و همکاران

تعیین شیوع PTSD نسبی، تعیین میزان شیوع فعلی PTSD، تعیین شیوع PTSD مرتبط با زلزله و تعیین شیوع هر یک از علائم این اختلال در فاصله زمانی حدود هشت ماه پس از وقوع زلزله در بازماندگان زلزله بم بوده است.

## روش

این مطالعه یک بررسی مقطعی بود که در سال ۱۳۸۳، حدود هشت ماه پس از وقوع زمین‌لرزه در شهرستان بم صورت گرفت. جمعیت مورد مطالعه کل بازماندگان زلزله بم با حداقل سن ۱۵ سال بودند که در زمان انجام مطالعه (هشت ماه پس از زلزله) و زمان بروز زمین‌لرزه در آن شهر ساکن بوده و رضایت به شرکت در مصاحبه داشتند. افرادی که به علت شدت آسیب‌دیدگی و مشکل شناختی یا ناآشنایی با زبان فارسی برای درک سؤالات پرسشنامه‌ها قادر به همکاری و شرکت در مصاحبه نبودند، از مطالعه خارج شدند.

نمونه شامل ۸۰۰ نفر بود ولی با توجه به گستردگی آسیب که منجر به تخریب بیش از ۹۰ درصدی منازل و تخلیه کلیه آنها و اسکان موقتی مردم به‌طور پراکنده در شهر گردیده بود، عملاً لیستی از بازماندگان زلزله به‌عنوان چارچوب نمونه‌گیری وجود نداشت و نقشه دقیق جمعیتی نیز موجود نبود. لذا از روش زیر (نمونه‌گیری صحرائی) به‌عنوان نزدیک‌ترین روش برای نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردید.

پس از وقوع زلزله ستاد بحران، شهر بم را به ۱۳ منطقه جغرافیایی تقسیم کرده بود. ابتدا به‌طور تصادفی پنج منطقه از این بین انتخاب گردید. سپس فهرستی از میادین یا چهارراه‌های اصلی هر یک از این مناطق با مشورت افرادی که آشنایی کامل با وضعیت جدید شهر داشتند تهیه شد. در مرحله بعد در هر منطقه ۵۰ نقطه از فهرست مذکور به‌طور تصادفی انتخاب گردید. گروه پرسشگر به آدرس میدان یا چهارراه تعیین شده در منطقه مراجعه و در چهارراه یا میدان مورد نظر به‌طرف خیابانی که در راستای

قبلاً در مطالعات دیگری نیز نشان داده شده بود (برای مثال ببینید: ویس<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۲؛ کارلیر<sup>۲</sup> و گرسونز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ بلانچارد<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). همچنین دیده شد که افراد مبتلا به اختلال نسبی استرس پس از سانحه<sup>۵</sup> بیش از افراد سالم از همبودی اختلالات دیگر روان‌پزشکی و افکار خودکشی در رنجند (مارشال<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ بلیچ<sup>۷</sup>، کسلووسکی<sup>۸</sup>، دولو<sup>۹</sup> و لری<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۷).

متأسفانه به‌رغم زلزله‌خیز بودن کشور ما و وقوع پی‌درپی زلزله‌های بزرگ، تحقیقات داخلی درباره عوارض روانشناختی زلزله و اختلال استرس پس از سانحه بسیار اندک است. در مطالعه‌ای که توسط یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) بر روی بازماندگان با سن بیش از ۱۵ سال در زلزله‌های اردبیل و جنوب خراسان (بیرجند و قائنات) انجام شد، شیوع PTSD متوسط یا شدید ۷۶/۵ درصد بود و ۱۹/۳ درصد از افراد از علائم PTSD در رنج بودند.

ما مطالعات کمی یافتیم که بروز این اختلال را در جمعیت مصیبت‌دیده به‌صورت پیمایشی و در کل جمعیت بررسی نماید و تاکنون سؤالاتی مانند «چه نسبتی از افراد در مواجهه با بلایایی در ابعاد زلزله بم به اختلال استرس پس از سانحه براساس یک معیار ثابت مانند DSM-IV مبتلا می‌شوند؟» و «ابتلا به اختلال در این افراد بیشتر با کدام خصوصیت و علائم بروز می‌کند؟»، بدون پاسخ مانده است. سایر مطالعات بر روی مردمی با فرهنگی کاملاً متفاوت انجام گرفته و تعداد قابل توجهی از آنها بر روی حوادث ساخته دست بشر<sup>۱۱</sup> مانند حملات تروریستی یا حوادث موتوری انجام شده یا اینکه شیوع PTSD را در افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سنجیده‌اند. از طرف دیگر در این مطالعات از ابزارهای مختلفی برای سنجش استفاده گردیده که باعث می‌شود به‌طور دقیق قابل مقایسه نباشند.

داشتن اطلاعات پایه در مورد اپیدمیولوژی PTSD متعاقب زلزله به‌عنوان شایع‌ترین اختلالات روانشناختی پس از زلزله، نه تنها بر دانش موجود می‌افزاید، بلکه می‌تواند بستری باشد جهت تخمین شدت عوارض روان‌شناختی، و نیز شناسایی و خدمت‌رسانی مؤثر به آسیب‌دیدگان هم در مورد این زلزله و هم برای حوادث بزرگ دیگر در آینده که احتمال وقوع آنها اندک نیست.

هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان شیوع طول عمر PTSD،

1- Weiss  
3- Gersons  
5- partial PTSD  
7- Bleich  
9- Dolev  
11- Man made

2- Carlier  
4- Blanchard  
6- Marshall  
8- Koslowsky  
10- Lerer

«جهت شمال» قرار داشت حرکت می نمودند تا به اولین محل سکونت (کانکس یا چادر) برسند. در این محل فهرستی از افراد ساکن بالاتر از ۱۵ سال تهیه نموده و یکی را به طور تصادفی انتخاب می کردند. در صورت عدم حضور فرد مورد نظر، قرار مصاحبه را در زمان دیگری تعیین نموده و سپس به محل سکونت بعدی مراجعه نموده و همین مراحل تکرار می گردید. سپس گروه پرسشگر در مسیر خیابان اصلی از جایی که «دومین کانکس یا چادر بررسی شده» قرار داشت، در امتداد مسیر قبلی به میزان ۵۰۰ متر حرکت می نمودند تا اولین مکان سکونت در سمت چپ دیده شود و به روال مشابهی با نفرات سوم و چهارم نیز مصاحبه شود. سپس به نقطه بعدی مراجعه و کار پرسشگری ادامه می یافت. چنانچه در مراجعه دوم نیز به فرد دسترسی پیدا نمی شد، از افراد حاضر فرد دیگری به طور تصادفی انتخاب شده و مورد مصاحبه قرار می گرفت. در ضمن از هر محل سکونت تنها یک نفر مورد مصاحبه قرار می گرفت.

برای شناسایی افراد بومی از غیر بومی هایی که از خارج بم به آنجا آمده بودند از معلمین بازنشسته یا راهنمای معتمد بومی استفاده گردید. به این ترتیب که پس از انتخاب چادرها، روز قبل از مصاحبه یک نفر از آنها به آن چادر رفته و علاوه بر تأیید بومی بودن آنها، راجع به مطالعه توضیح داده و اعتماد آنها را جلب می نمود.

علاوه بر وجود اختلال استرس پس از سانحه، میزان تجربه تروما و مشخصات دموگرافیک نیز مورد توجه و بررسی قرار گرفت.

برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه از ابزار مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI<sup>1</sup>) نسخه ۲/۱ برای سنجش PTSD طول عمر، یک ماه گذشته (به عنوان PTSD فعلی)، مرتبط با زلزله و PTSD نسبی استفاده شد. CIDI ابزاری دقیق برای تشخیص اختلالات روانی براساس محور یک DSM است که توسط راینتز<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۸۸) طراحی و نسخه فارسی آن توسط علاقبندراد و شریفی (۱۳۸۳) برای جامعه ایرانی اعتباریابی شده است. بر اساس مطالعه اعتباریابی نسخه فارسی، حساسیت این ابزار برای تشخیص PTSD ۰/۷ و ویژگی آن ۰/۸۶ می باشد؛ پایایی آن با استفاده از

شاخص کاپا، ۰/۴۶ و براساس شاخص یول، ۰/۵۱ است. این پرسشنامه قابلیت سنجش وجود یا عدم وجود PTSD طول عمر، طول مدت آن، زمان شروع و خاتمه علایم، و وجود فعلی اختلال را دارا می باشد. در این ابزار در ابتدا از آزمودنی راجع به تروماتیک ترین و ناراحت کننده ترین حادثه زندگی پرسیده می شود و پس از مشخص شدن این حادثه از وی خواسته می شود که بر روی آن حادثه تمرکز کند و پاسخ سؤالات را براساس آن حادثه بدهد. در صورتی که پرسش شونده علایم معیار A تشخیص PTSD را داشته باشد، سؤالات تشخیصی در مورد آن به صورت ساختاریافته ادامه می یابد. در انجام مصاحبه با استفاده از این ابزار، برای هر پرسش شونده ای که هیچ یک از علایم یک دسته تشخیصی PTSD را نداشته باشد مصاحبه متوقف می گردد؛ ولی از آنجایی که یکی از اهداف این مطالعه بررسی شیوع هر یک از علایم این اختلال در جامعه تروما دیده بم بود، برای تمام پرسش شونده گان قسمت PTSD پرسشنامه تا انتها پر گردید و کل سؤالات پرسیده شد. تشخیص PTSD در این مطالعه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV بود. هر کس که علایم PTSD را تا یک ماه اخیر قبل از مصاحبه تجربه کرده باشد، مبتلا به PTSD فعلی<sup>۳</sup> دانسته شد.

PTSD پس از زلزله<sup>۴</sup> به اختلال استرس پس از سانحه ای اطلاق شد که اولین علایم این اختلال پس از وقوع زلزله تجربه شده باشد و شخص حداقل به مدت یک ماه دارای معیارهای کافی برای تشخیص PTSD باشد. در صورتی که فرد مبتلا به PTSD شروع علایم خود را پس از وقوع زلزله و محتوای علایم خود را زلزله یا عوامل مربوط به آن دانسته باشد، مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه<sup>۵</sup> مرتبط به زلزله نامیده شد. در این مطالعه از یک معیار محافظه کارانه برای تشخیص ابتلا به اختلال نسبی استرس پس از سانحه استفاده شد. در این مطالعه مانند مطالعه استین و همکاران (استین و همکاران، ۱۹۹۷)، هر فردی که از معیارهای دسته های B، C و D فقط یک علامت داشت و واجد بقیه معیارهای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه بر اساس معیار تشخیصی DSM-IV بود، مبتلا به اختلال نسبی استرس پس از سانحه محسوب گردید.

1- Composite International Diagnostic Interview

2- Robins

3- Current

4- Post earthquake

دقیق فیشر<sup>۳</sup> استفاده گردید. کلیه آزمون‌ها با سطح معنی‌داری  $\alpha=0/05$  سنجیده شد. با توجه به این که تعداد شرکت‌کنندگان زن در مطالعه بیش از مرد بود، برای گزارش درصد شیوع کلی علائم یا اختلالات به داده‌ها وزن داده شد؛ از آنجا که طبق آخرین سرشماری نفوس و مسکن (سال ۱۳۷۵) نسبت مرد به زن در جمعیت شهری کشور در رده سنی مورد مطالعه حدود یک بود، داده‌های این مطالعه نیز بر همین مبنا وزن‌دهی شد.

کلیه فرایند طراحی، و انجام عملیات میدانی با همکاری ستاد حمایت‌های روانی و اجتماعی شهر بم انجام پذیرفت. برای رعایت ضوابط اخلاقی نام و نام‌خانوادگی افراد در پرسشنامه‌های مربوطه محفوظ ماند. در ابتدای مصاحبه، بعد از توضیحات پرسشگر مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات، از آمادگی افراد برای شرکت در مصاحبه سؤال شد و در صورت مخالفت، پرسشگری انجام نشد.

## یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک:

مجموعاً تعداد ۸۰۰ نفر در این پژوهش شرکت نمودند. تعداد بسیار اندکی از افراد تمایل به شرکت در مطالعه را نداشتند که در این صورت فرد دیگری جایگزین می‌شد. در انتهای کار میدانی پرسشنامه ۱۴ شرکت‌کننده به علت نقص عمده در جمع‌آوری اطلاعات از مطالعه حذف گردید و ۷۸۶ نفر در مطالعه باقی ماندند. ۷۱/۸ درصد (۵۶۴ نفر) از جمعیت مورد مطالعه زن و بقیه مرد بودند. متوسط سن پرسش‌شوندگان ۳۱/۹ سال، (انحراف معیار ۱۳/۴)، و دامنه سنی از ۱۵ تا ۷۵ سال بود. ۶۲/۳ درصد مصاحبه‌شوندگان متأهل و بقیه مجرد، مطلقه، و یا بیوه بوده و یا این که تنها زندگی می‌کردند. ۲۵ درصد افراد دارای شغل، ۱۱/۸ درصد محصل یا دانشجو، ۶۰/۵ درصد بیکار یا خانه‌دار و ۲/۴ درصد بازنشسته بودند. میانگین متوسط درآمد مصاحبه‌شوندگان قبل از زلزله ۱۴۷/۴۲۰ (انحراف معیار ۱۲۱/۸۳۲) و پس از زلزله ۹۹/۲۰۰ (انحراف معیار ۷۸/۲۸۹) تومان در ماه ذکر شده بود.

البته در این مطالعه برای افرادی که واجد معیارهای کامل PTSD بودند (افراد با تشخیص PTSD)، تشخیص PTSD نسبی در نظر گرفته نشد.

تجربه حادثه تروماتیک: این پرسشنامه بخشی از پرسشنامه CIDI می‌باشد که راجع به ۱۱ نوع ترومای مختلف که ممکن است شخص در طول عمر تجربه کرده باشد پرسش می‌نماید، و در انتها از شخص می‌خواهد تا تعیین کند کدام تروما بدترین اثر را بر شخص داشته است. در ادامه سؤالات CIDI در مورد بدترین ترومای گفته‌شده در این پرسشنامه پرسیده می‌شود.

تجربه ترومای زلزله اخیر: میزان تجربه تروما با استفاده از یک پرسشنامه محقق‌ساخته سنجیده شد. در این پرسشنامه در مورد تعداد افراد از دست داده شده از بستگان درجه اول و دوم، آسیب به منزل مسکونی، نحوه خروج از زیر آوار، میزان آسیب جسمی در اثر زلزله به عنوان معیارهای شدت تجربه تروما از پرسش‌شونده پرسیده شد. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه، در مرحله اول جهت تعیین روایی صوری<sup>۱</sup> و محتوایی<sup>۲</sup> پرسشنامه‌ها به هفت روان‌پزشک و محقق با سابقه در پژوهش‌های روان‌پزشکی و روانشناسی داده شد و پرسشنامه‌ها با نظرات اصلاحی آنان تصحیح گردید. در مرحله بعد در چهار نوبت با کل پرسشگران که دانشجویان کارشناسی رشته‌های روان‌شناسی و اهل استان کرمان بودند، جلسه مباحثه گروهی برگزار شد، به این ترتیب که در هر نوبت هر پرسشگر یک سری کامل پرسشنامه‌ها را در میدان تکمیل نمود و پس از آن در جلسه مشترک تک‌تک پرسشنامه‌ها بررسی شده، با نظرات گروه پرسشنامه‌ها اصلاح شد.

مشخصات دموگرافیک: سن شخص، جنسیت، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، و درآمد خانواده به عنوان متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای پرسیده شدند.

کلیه داده‌ها براساس پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده به کمک برنامه SPSS ویراست ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا از آماری توصیفی برای سنجش شیوع هریک از علائم و مشخصات دموگرافیک استفاده شد. سپس برای بررسی اثر جنسیت و ارتباط آن با بروز PTSD و هریک از علائم آن از «خی دو» (و یا در صورتی که شرایط انجام این آزمون وجود نداشت از آزمون

1- face validity  
3- Fisher's Exact Test

2- content validity

**جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی تجربه حادثه تروماتیک در هر یک از دو جنس در بازماندگان زلزله بم (n=۸۰۰)**

مردها	زنها		شیوع کلی		بدترین تروما		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد <sup>□</sup>	تعداد	درصد	
۲۹	۱۳	۱	۳۰	۶/۵	۰	۰	درگیری مستقیم در جنگ
۱۰۹	۴۹	۱۹۶	۳۰۵	۴۱/۸	۱	۰/۱	حادثه‌ای که جان شخص را به خطر بیندازد
۲۱۸	۹۸/۱	۵۶۱	۷۷۹	۹۸/۷	۵۶	۷/۱	زلزله یا سایر بلایای طبیعی
۲۱۳	۹۵/۹	۵۴۰	۷۵۳	۹۵/۸	۶۸۶	۸۷/۲	شاهد صدمه جدی یا کشته شدن کسی بودن
۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	هتک حرمت و یا تجاوز جنسی
۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	دستکاری جنسی
۲۳	۱۰/۳	۳۶	۵۹	۸/۳	۰	۰	حملات بدنی (کتک خوردن شدید)
۱۱	۴/۹	۸	۱۹	۳/۱	۱	۰/۱	تهدید با اسلحه یا به گروگان گرفته شدن
۲	۰/۹	۱	۳	۰/۵	۰	۰	شکنجه شدن و یا قربانی عملیات تروریستی
۲۹	۱۳	۷۰	۹۹	۱۲/۷	۱۳	۱/۶	سایر حوادث تروماتیک
۴۳	۱۹/۳	۱۰۷	۱۵۰	۱۹/۱	۲۲	۲/۸	اتفاق افتادن موارد مذکور برای نزدیکان

□ درصد شیوع کلی حوادث با وزن دهی بر اساس نسبت تعداد مردان و زنان محاسبه گردیده است.

تروماهای تجربه شده در زنان ۲/۶۹ (انحراف معیار ۰/۸۸) و در مردان ۳/۰۶ (انحراف معیار ۱/۰۶) بود. شیوع مواجهه با تروماهای مختلف در طول عمر به صورت جداگانه برای مردان و زنان در جدول شماره ۱ ذکر شده است. ۹۷/۱ درصد از افراد سابقه بیش از یک نوع تروما را ذکر کرده بودند. شایع ترین ترومای ذکر شده وقوع زلزله ذکر گردید. ۸۸/۷ درصد مردان و ۸۶/۷ درصد زنان بدترین ترومای تجربه شده را این دانستند که در جریان ساعات پس از زلزله شاهد مصدوم شدن شدید یا کشته شدن کسی بوده‌اند.

شیوع اختلال استرس پس از سانحه و علایم آن: ۴۷۴ نفر (۵۹/۱ درصد) از پرسش‌شوندگان واجد تشخیص اختلال استرس پس از سانحه طول عمر بودند که شروع علائم همه آنها در یک سال اخیر ذکر شده بود. تعداد ۴۱۳ نفر (۸۷/۷ درصد از این افراد) مبتلا به PTSD فعلی بوده، و ۴۰۲ نفر (۸۴/۸ درصد از افراد مبتلا به PTSD در طول عمر) تا دو هفته قبل از زمان مصاحبه دارای علایمی از این اختلال بودند. ۹۷/۱ درصد از افرادی که واجد PTSD بودند، علت و تروماتیک‌ترین حادثه را وقوع زلزله یا عوارض مستقیم آن ذکر کردند.

شیوع PTSD و PTSD نسبی در جدول ۲ آورده شده است.

تجربه ترومای زلزله: ۸۹/۳ درصد (۶۹۵ نفر) از مصاحبه‌شوندگان حداقل یک نفر از اعضای درجه اول یا دوم خانواده خود را از دست داده بودند. تعداد افراد از دست‌رفته درجه اول یا دوم خانواده از یک تا ۴۰ نفر گزارش شد. ۴۷ نفر (۵/۹ درصد) در اثر وقوع زلزله همسر خود را از دست دادند. منازل مسکونی ۹۷/۷ درصد از ایشان خسارت کلی دیده بود و غیرقابل سکونت شده بود. ۸/۱ درصد از مصاحبه‌شوندگان بدون کمک، و ۲۹/۴ درصد با کمک از زیر آوار خارج شده بودند در حالی که ۶۲/۵ درصد از آنها زیر آوار نمانده بودند. ۶۶/۵ درصد از مصاحبه‌شوندگان در جریان زلزله آسیب ندیده بودند. ۱۷/۴ درصد آسیب جزئی با نیاز به درمان سرپایی، ۱۴/۷ آسیب غیرعمده نیازمند بستری و ۱/۳ درصد آسیب عمده پایدار شامل قطع عضو یا فلجی را تجربه کرده بودند.

تجربه حادثه تروماتیک: با توجه به این که این مطالعه بر روی جمعیتی از بازماندگان انجام گرفت که در زمان وقوع زلزله در بم حضور داشتند، ۷۴۹ نفر (۹۸/۰ درصد) از بازماندگان مواجهه با حداقل یک تروما را در گذشته اذعان نمودند. میزان مواجهه با حداقل یک تروما در دو جنس تفاوتی نداشت؛ ولی میانگین تعداد

**جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلال استرس پس از سانحه و هر یک از علائم آن و مقایسه آنها در دو جنس در بازماندگان زلزله بم**

p-value	٪	شیوع کلی		زنها		مردها		
		درصد <sup>□</sup>	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱	۰/۰۹۱	۹۸	۷۴۹	۹۷/۸	۵۳۶	۹۸/۲	۲۱۳	معیار A: تجربه حادثه تروماتیک
۲/۱۹۴	۲/۱۹۴	۹۹/۴	۷۸۳	۹۹/۸	۵۶۳	۹۹	۲۲۰	احساس مرگ یا آسیب جدی در زمان تجربه حادثه
۰/۷۹	۰/۱۹۱	۹۷/۸	۷۶۹	۹۷/۶	۵۵۱	۹۸/۱	۲۱۸	واکنش وحشت شدید یا درماندگی در مقابل حادثه
۰/۳۰۶	۱/۰۴	۹۶/۶	۷۶۲	۹۷/۳	۵۴۹	۹۵/۹	۲۱۳	معیار B: تجربه مجدد واقعه
۰/۲۹۸	۱/۰۸۵	۸۸/۲	۶۹۸	۸۹/۵	۵۰۵	۸۶/۹	۱۹۳	یادآوری‌های مکرر و مداخله‌آمیز
۰/۱۱۶	۲/۴۶۸	۶۳/۳	۵۰۸	۶۶/۳	۳۷۴	۶۰/۳	۱۳۴	دیدن مکرر واقعه در رویا
۰/۰۰۸	۷/۰۳۴	۶۷/۸	۵۵۰	۷۲/۶	۴۱۰	۶۳	۱۴۰	عمل به صورتی که انگار واقعه در حال تکرار است
۰/۱۸۶	۱/۷۴۷	۹۵/۹	۷۵۸	۹۶/۹	۵۴۷	۹۵	۲۱۱	احساس ناراحتی در مواجهه با سرنخ‌ها
۰/۰۰۸	۷/۰۶۰	۷۵/۵	۶۰۹	۷۹/۹	۴۵۱	۷۱/۱	۱۵۸	واکنش‌های جسمی در مواجهه با اشارات
۰/۵۶۲	۰/۳۳۷	۷۱/۲	۵۶۴	۷۲/۳	۴۰۸	۷۰/۲	۱۵۶	معیار C: اجتناب مکرر و احساس کمرختی
۰/۲۹۱	۱/۱۱۳	۴۸/۳	۳۷۳	۴۶/۲	۲۶۱	۵۰/۴	۱۱۲	کوشش برای اجتناب از افکار و احساسات مربوط به تروما
۰/۹۲	۰/۰۱۰	۵۲/۵	۴۱۲	۵۲/۳	۲۹۵	۵۲/۷	۱۱۷	کوشش برای اجتناب از فعالیت‌های تداعی‌کننده تروما
۰/۵۸۸	۰/۲۹۴	۱۷/۶	۱۳۶	۱۶/۸	۹۵	۱۸/۴	۴۱	ناتوانی در به‌یادآوری تروما
۰/۵۸۶	۰/۲۹۷	۷۷/۴	۶۱۲	۷۸/۳	۴۴۲	۷۶/۵	۱۷۰	کاهش علاقه
۰/۷۱۴	۰/۱۳۴	۵۴/۷	۴۳۳	۵۵/۴	۳۱۳	۵۴	۱۲۰	احساس دلگسستگی یا غریبگی در جمع
۰/۲۰۸	۱/۵۸۴	۴۸/۴	۳۷۲	۴۵/۹	۲۵۹	۵۰/۹	۱۱۳	محدود شدن طیف حالات عاطفی
۰/۰۵۶	۳/۶۳۹	۶۶/۱	۳۵۲	۶۹/۶	۳۹۳	۶۲/۶	۱۳۹	احساس بعید دانستن همه چیز در آینده
۰/۰۳۳	۴/۵۵۷	۹۵/۲	۷۵۵	۹۶/۹	۵۴۷	۹۳/۶	۲۰۸	معیار D: افزایش برانگیختگی
۰/۰۷	۳/۲۷۹	۷۸/۱	۶۲۴	۸۱	۴۵۷	۷۵/۲	۱۶۷	اشکال در به‌خواب رفتن یا تداوم خواب
۰/۰۰۸	۶/۹۳۴	۸۷/۴	۶۹۹	۹۰/۷	۵۱۲	۸۴/۲	۱۸۷	تحریک‌پذیری یا فوران خشم
۰/۴۵۷	۰/۵۵۴	۷۴/۲	۵۸۸	۷۵/۵	۴۲۶	۷۲/۹	۱۶۲	دشواری تمرکز
۰/۲۱۱	۱/۵۶۷	۷۶/۸	۶۱۱	۷۸/۹	۴۴۵	۷۴/۷	۱۶۶	بیش‌انگیختگی
<۰/۰۰۱	۱۸/۹۴۲	۸۱/۸	۶۶۵	۸۸/۱	۴۹۷	۷۵/۶	۱۶۸	واکنش شدید از جا پریدن
۰/۵۹۸	۰/۲۷۸	۸۷/۶	۶۹۱	۸۸/۳	۴۹۸	۸۶/۹	۱۹۳	معیار F: اختلال عملکرد شغلی، اجتماعی، یا تحصیلی
۰/۱۵۱	۲/۰۶۷	۵۹/۱	۴۷۴	۶۱/۹	۳۴۹	۵۶/۳	۱۲۵	اختلال استرس پس از سانحه طول عمر *
۰/۴۶۱	۰/۵۴۴	۵۱/۹	۴۱۳	۵۳/۴	۳۰۱	۵۰/۵	۱۱۲	اختلال استرس پس از سانحه فعلی **
۰/۱۴۴	۲/۱۳۹	۵۸	۴۶۵	۶۰/۶	۳۴۲	۵۵/۴	۱۲۳	اختلال استرس پس از سانحه مربوط به زلزله بم ***
۰/۱۷۹	۱/۸۰۵	۵۸	۴۶۵	۶۰/۶	۳۴۲	۵۵/۴	۱۲۳	اختلال استرس پس از سانحه پس از وقوع زلزله ****
۰/۰۷۱	۳/۲۴۸	۲۰/۲	۱۴۹	۱۷/۴	۹۸	۲۳	۵۱	اختلال استرس پس از سانحه نسبی (طول عمر) *****

\*Lifetime Posttraumatic stress disorder  
 \*\*Current Posttraumatic stress disorder  
 \*\*\* Bam Earthquake Related Posttraumatic stress disorder  
 \*\*\*\* After Quake Posttraumatic stress disorder  
 \*\*\*\*\* Partial Posttraumatic stress disorder

□ درصد شیوع کلی علائم با وزن دهی بر اساس تعداد مردان و زنان محاسبه گردیده است.

## بحث

(۲۰۰۰) و در فاصله زمانی کمتر از وقوع بلایا شیوع علائم روانپزشکی بیشتر می‌باشد؛ میزان گزارش شده از PTSD در این زلزله به علت فاصله زمانی آن از وقوع زلزله نیست، چون به جز زلزله ترکیه مطالعه ما با فاصله زمانی بیشتری از بقیه مطالعاتی که در این بحث به آن اشاره شد صورت گرفته است. شاید بروز میزان بسیار زیاد PTSD در بازماندگان زلزله بم به علت حضور بیشتر عوامل خطر در این زلزله (مثل احتمالاً میزان تخریب بالای شهر به رغم شدت نه بسیار بالای زلزله) باشد، یا ابزار تشخیصی CIDI حساسیت بیشتری برای تشخیص این اختلال نسبت به ابزارهای استفاده شده در مطالعات دیگر داشته باشد. از طرف دیگر، در این مطالعه شیوع اختلالات دیگر روانپزشکی اندازه گیری نشده است و حدس زده می‌شود با توجه به وسعت حادثه، شیوع اختلالاتی مانند افسردگی عمده و اختلال اضطرابی منتشر نیز زیاد باشد؛ بنابراین احتمال دارد افرادی که دارای هم‌ابتلائی PTSD و افسردگی اساسی هستند تمایل به گزارش تعداد بیشتری از علائم را داشته باشد (شالو، همکاران، ۱۹۹۸) و این امر می‌تواند موجب گزارش بالاتری از PTSD شود.

در این مطالعه دیده شد که ۸۷/۸ درصد از افراد مبتلا به PTSD در طول عمر و ۹۸/۱ درصد از مبتلایان به PTSD مرتبط به زلزله بم مبتلایان فعلی بوده و دچار ازمان بیماری شده‌اند و این حاکی از پیش‌آگهی بد برای سیر این اختلال در این جمعیت است. میزان بالای افراد مبتلا به PTSD فعلی (۵۱/۹ درصد) نیاز به شناسایی دقیق‌تر بیماری در جمعیت ایرانی را ایجاب کرده و بررسی دیگری را در این جهت می‌طلبد.

علاوه بر افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، ۲۰/۲ درصد از افراد (حدود نیمی از افرادی که واجد اختلال استرس پس از سانحه تشخیص داده نشدند) مبتلا به اختلال نسبی استرس پس از سانحه بودند و علیرغم داشتن مشکلات اجتماعی، خانوادگی و یا شغلی و داشتن معیارهایی از تمام گروه‌های علائم PTSD واجد تشخیص PTSD با استفاده از معیارهای DSM-IV نبودند. این میزان مشابه میزان شیوع اختلال نسبی استرس پس از تروما یک و

این مطالعه شیوع PTSD در طول عمر، PTSD فعلی، PTSD نسبی، PTSD مربوط به زلزله بم، PTSD پس از وقوع زلزله و هریک از علائم PTSD را در دو جنس در جمعیت بازماندگان زلزله بم هشت ماه پس وقوع زلزله مورد سنجش قرار داده است. براساس نتایج این مطالعه شیوع طول عمر PTSD ۵۹/۱ درصد و شیوع کنونی آن ۵۱/۹ درصد می‌باشد. این میزان ابتلا، ۳/۳ برابر (۵۹/۱٪ در برابر ۱۷/۷٪) میزان قابل انتظار است که در مطالعه علاقبندراد و شریفی (۱۳۸۳) اندازه‌گیری شده بود. هرچند شیوع این اختلال در بم به نسبت شیوع آن در زلزله‌های قبلی ایران در اردبیل و جنوب خراسان کمتر بود (یاسمی و همکاران، ۱۳۷۷)، در بسیاری از کشورها، شیوع این اختلال پس از بروز زلزله‌های مشابه کمتر بوده است؛ مثلاً شیوع PTSD ۱/۵ سال پس از وقوع زلزله ۱۹۹۹ ترکیه (با قدرت ۷/۴ ریشتر) ۱۴ تا ۲۳ درصد (کیلیج و اولوسوی، ۲۰۰۳) و در افراد ارجاع شده به مراکز درمانی ۶۳٪ (اندازه‌گیری شد (لیوانو، باشوگلو، شالچیوگلو و کالیندر، ۲۰۰۲). بروز PTSD سه ماه پس از زلزله در چی چی تایوان ۳۲٪ (یانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳) و شیوع PTSD دو ماه پس از وقوع زلزله مرکز تایوان ۳۷٪ بود (کو و همکاران، ۲۰۰۳). بروز PTSD در بازماندگان زلزله شمال چین سه و نه ماه پس از وقوع زلزله، ۱۸/۸ و ۲۴/۲ درصد بود (وانگ و همکاران، ۲۰۰۰). البته مطالعه یاسمی و همکاران حدوداً یک سال پس از وقوع زلزله انجام شد و به علت افزایش احتمالی علائم در زمان سالگرد بروز بلایا می‌توانیم انتظار گزارش شیوعی بالاتر را داشته باشیم و در بسیاری از مطالعات قبلی که براساس DSM انجام گرفته بود، معیار تشخیصی PTSD براساس DSM-III یا DSM-III-R بود و به دلیل تأکید بر خاص و تروماتیک بودن حادثه در DSM-IV (که در DSM-III-R موجود نبود)، معیارهای DSM-III-R برای تشخیص این اختلال ساده‌تر از DSM-IV بود و شیوع بیشتری از این اختلال را گزارش می‌نمود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). علاوه بر این، دیده شده که، بروز مشکلات روانپزشکی ارتباط مستقیم با میزان تخریب منازل و از دست رفتن لوازم زندگی دارد (کوکایی<sup>۲</sup>، فوجیی<sup>۴</sup>، شینفو کو<sup>۵</sup>، و ادوارد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ شاران و همکاران، ۱۹۹۶؛ گوئنجان و همکاران،

1- Kalendar

2- Yang

3- Kokai

4- Fujii

5- Shinfuku

6- Edward



مواجهه با ترومای جنگ در مردها، و شیوع بسیار کم تروماهای جنسی در زن‌ها علت عدم تفاوت شیوع اختلال استرس پس از سانحه در دو جنس است. از طرفی در مطالعه ما دیده شد که به علت حضور کمتر مردان در منزل یا چادرها، تعداد زنان شرکت‌کننده در مطالعه حدود سه برابر مردان بود. شاید بتوان عدم تفاوت شیوع PTSD را در دو جنس این طور توجیه نمود که از جامعه‌ای مانند بم انتظار می‌رود که زن‌ها در منزل کار کنند و مردان در خارج از منزل انجام وظیفه نمایند. چه بسا این تعداد مردانی که در منزل حضور داشتند بازنمای جامعه مردان کل بم نبودند، و در واقع عامل حضور آنها در منزل ابتلای بیشتر به این اختلال و کاهش عملکرد شغلی و اجتماعی ناشی از بیماری باشد. در مجموع نتایج مطالعه ما با نتایج بعضی از مطالعات بزرگ که شیوع بیشتری از PTSD را در زن‌ها نسبت به مردان نشان دادند، هماهنگ بود: کسلر و همکاران (۱۹۹۵) و برسلا<sup>۲۱</sup>، دیویس<sup>۲۲</sup>، آندرکسی<sup>۲۳</sup>، پیترسون<sup>۲۴</sup> و شولتز<sup>۲۵</sup> (۱۹۹۷) وقتی بروز PTSD را پس از وقوع یک فاجعه خاص بررسی نمودند، شیوع این اختلال در زن و مرد تفاوت معنی‌دار آماری نداشت. به‌رحال با توجه به عدم برتری جنسی در این مطالعه و مطالعه یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه در جامعه ایرانی احساس می‌گردد.

در این مطالعه دیده شد که ۸۷/۲ درصد از افراد بدترین ترومای خود را این دانستند که شاهد صدمه یا کشته شدن یکی از آشنایان یا بستگان بودند. این نتیجه تداعی‌کننده مطالعه ساکسون<sup>۲۶</sup> و همکاران (۲۰۰۱) بر روی زندانیان جنگی بود که دیده شد میزان بروز PTSD در افرادی که ترومای نیابتی را تجربه کرده بودند (این افراد شاهد وقوع تروما در شخص دیگری بودند) بیشتر از افرادی بود که خود در معرض تهدید تروما واقع شده بودند؛ به‌خصوص

۱۳ ماه پس از وقوع زلزله جنوب ترکیه بود (آلتینداگ<sup>۱</sup>، اوزن<sup>۲</sup> و سیر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). اتفاق نظر فعلی که بر مدل‌های تشخیصی از نوع طبقه‌بندی وجود دارد موجب بی‌توجهی نسبی به اختلال عملکرد ناشی از علائم روان‌پزشکی شده است و چنانچه ذکر شد این در حالی است که وجود اختلال در عملکرد، از چاپ چهارم DSM به‌عنوان یکی از معیارهای لازم برای تشخیص این اختلال وارد شده است.

هرچند تعداد زیادی از مطالعات نشان دادند که میزان بروز PTSD و PTSD نسبی در زن‌ها بیشتر از مردان است (کسلر<sup>۴</sup>، سونگا<sup>۵</sup>، برومت<sup>۶</sup>، هوگس<sup>۷</sup> و نلسون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵؛ کتز<sup>۹</sup>، پلگرینو<sup>۱۰</sup>، پانديا<sup>۱۱</sup>، نگ<sup>۱۲</sup> و دلیسی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۲؛ اشتاین و همکاران، ۱۹۹۷؛ شاران و همکاران، ۱۹۹۶)، ولی نتایج مطالعه ما در جهت نتایج مطالعه یاسمی و همکاران (۱۳۷۷) در اردبیل و خراسان و تعداد اندکی از مطالعات کشورهای دیگر بود که نشان دادند بروز این اختلال در دو جنس ارتباط معنی‌داری با جنسیت ندارد (دیویدسون<sup>۱۴</sup>، هوگس<sup>۱۵</sup>، بلیزر<sup>۱۶</sup> و جورج<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۱؛ شیران<sup>۱۸</sup> و زیمرمن<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۲). یکی از دلایل عدم تفاوت شیوع PTSD در دو جنس می‌تواند این باشد که در اکثر مطالعات انجام‌شده در جمعیت عمومی که شیوع بیشتر این اختلال را در زن‌ها نشان دادند، زن‌ها مواجهه بیشتری با تروماهایی مانند هتک حرمت و تجاوز جنسی داشته‌اند؛ در واقع علت بروز بیشتر PTSD در خانم‌ها نه به‌علت تعداد بیشتر تروما، بلکه به‌علت تفاوت در نوع تروماهایی است که زن‌ها با آنها مواجه می‌شوند (فریدمن و همکاران، ۲۰۰۲).

تقریباً تمام جمعیت بم در معرض مواجهه با دو ترومای زلزله و مشاهده صحنه جراحت و جسد آسیب‌دیده دوستان و آشنایان قرار گرفتند. در مطالعه ما به‌طور کلی میزان تجربه حادثه تروماتیک در طول عمر در مردان بیشتر از زنان ذکر شد، ولی با توجه به جدول شماره ۱ دیده می‌شود که جز ترومای جنگ که در مردان بیشتر از زنان بود اکثر تروماهای ذکر شده در واقع تروماهای مربوط به زلزله اخیر بم بودند که طبیعتاً در تمام جمعیت مورد مطالعه وجود داشته است. با توجه به این که در بعضی از مطالعات دیده شد که تجربه حوادث تروماتیک قبلی احتمال بروز PTSD را در مواجهه‌های بعدی بیشتر می‌کند (کونن<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۵)، شاید برتری

1- Altindag	2- Ozen
3- Sir	4- Kessler
5- Sonnega	6- Bromet
7- Hughes	8- Nelson
9- Katz	10- Pellegrino
11- Pandya	12- Ng
13- DeLisi	14- Davidson
15- Hughes	16- Blazer
17- George	18- Sheeran
19- Zimmerman	20- Koenen
21- Breslau	22- Davis
23- Andreski	24- Peterson
25- Schults	26- Saxon

که در حادثه بم این مشاهده مربوط به صدمه و کشته شدن عزیزان بوده است.

در مطالعه مک‌میلن و همکاران، (۲۰۰۰) که بر روی شیوع هریک از علایم PTSD سه ماه پس از زلزله کالیفرنیا انجام شد نشان داده شد که شیوع گروه علایم «تجربه مجدد واقعه» دارای حداکثر شیوع و گروه علایم «اجتناب مکرر و احساس کرحتی» دارای حداقل شیوع است. چن و همکاران (۲۰۰۱) پس از زلزله ۱۹۹۹ تایوان نشان دادند که وجود علایم «اجتناب مکرر و احساس کرحتی» از بقیه گروه علایم این اختلال شیوع بسیار کمتری دارد. به علت شیوع بسیار کمتر علایم «اجتناب مکرر و احساس کرحتی» در مطالعه مک‌میلن و همکاران به نظر رسید وجود یا عدم وجود تشخیص PTSD وابسته به وجود یا عدم وجود علایم این دسته بوده است. هر چند در مطالعه ما وجود و یا عدم وجود PTSD کاملاً وابسته به حضور علایم «اجتناب مکرر و احساس کرحتی» نبود، ولی در این مطالعه نیز دیده شد که وجود علایم این دسته شیوع کمتری از بقیه گروه علایم دارد.

تعداد مطالعات مربوط به روانپزشکی بلایا در جهان به خصوص در آسیا محدود می‌باشد، و ما مطالعه منتشرشده‌ای در مورد روانپزشکی پس از وقوع بلایای طبیعی در کشورمان نیافتیم. این شاید به دلیل این واقعیت باشد که این شاخه از روانپزشکی علم جدیدی است و به خصوص در کشورهای آسیایی اخیراً مورد توجه قرار گرفته است (کوکایی و همکاران، ۲۰۰۴). به هر صورت با عنایت به آمار ارائه شده توجه بیشتر به این شاخه از علم و پژوهش‌های بیشتر و برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر یافته‌های منطقه‌ای ضروری به نظر می‌رسد.

این مطالعه محدودیت‌هایی به‌قرار زیر داشت. تعداد کمی از افراد تمایل به شرکت در این مطالعه را از خود نشان ندادند و در نتیجه آن فرد توسط فرد دیگری جایگزین گردید؛ هرچند تعداد این افراد بسیار اندک بود، ولی طبیعی است که خروج افراد فاقد تمایل به شرکت در مطالعه موجب سوگیری در نتایج آن می‌شود. چنانچه پیشتر ذکر شد، در این مطالعه جمعیت زنان وارد شده به مطالعه بیشتر از مردان بود و این با الگوی جمعیت بم در زمان مطالعه سازگار نبود. این مسأله می‌تواند علل متفاوتی داشته باشد. از

جمله این که مردان بیشتر در کارهای درآمدزا و خارج از منزل نقش‌آفرینی می‌کنند و زنان بیشتر در انجام کارهای منزل قبول مسؤلیت دارند؛ طبیعتاً در زمان مراجعه پرسشگران به منازل، احتمال حضور مردان در منزل کمتر از زنان بوده است. از طرفی تجارب پرسشگران این مطالعه نشان داد که زنان بم تمایل بیشتری نسبت به مردان برای ابراز مشکلات و پاسخگویی به سؤالات داشتند و مردان در این مورد تمایل کمتری از خود نشان می‌داد. چنین توزیع جنسی در مطالعات اپیدمیولوژیک خانه‌به‌خانه در سایر مطالعات داخلی و خارجی نیز مشاهده شده است. البته این توزیع بعضی از اهداف عملی این مطالعه که در واقع کشف مشکل در جمعیت در دسترس برای ارائه خدمات بهداشتی است را بهتر مرتفع می‌کند؛ بدیهی است که با توجه به محدودیت‌های بسیار زیادی که در خدمت‌رسانی به این جمعیت وجود دارد، یافتن مشکل در جمعیت خدمت‌گیرنده به حل مشکل کمک زیادی می‌کند.

از محدودیت‌های دیگر مطالعه این بود که برای جلوگیری از طولانی‌شدن مصاحبه، میزان عملکرد روانی-اجتماعی افراد به صورت عمیق مورد بررسی و سنجش قرار نگرفت و همچنین راجع به دیگر مشکلات احتمالی مانند افسردگی و اضطراب سؤال نشد. از آنجا که این مطالعه به روش مصاحبه انجام پذیرفت و اصولاً پس از چنین وقایعی این تمایل وجود دارد که مشکلات بعد از آن با بزرگنمایی بیان شود این احتمال وجود دارد که تخمین بیشتر از واقع میزان اختلال موجود در جمعیت گردد. از طرفی با گذشت حدود هشت ماه پس از گذشت حادثه ممکن است یادآوری میزان و زمان شروع بعضی از علایم دقیق نباشد.

با گذشت حدود هشت ماه از وقوع زلزله، PTSD در بم شیوع بسیار بالایی داشته و نسبت قابل توجهی از این افراد دچار ازمان اختلال شده‌اند. به نظر می‌رسد هم‌اکنون نیاز مبرمی برای برنامه‌ریزی گسترده جهت درمان این اختلال در این حد وسیع و ادامه فعالیت‌های ستاد حمایت‌های روانی و اجتماعی شهر بم وجود داشته باشد. همچنین لازم است مطالعه دیگری در زمینه بررسی عوامل خطر در جمعیت ایرانی برای بررسی و تعیین اولویت برای انجام اقدامات لازم<sup>۱</sup> در حوادث بعدی صورت گیرد.

## سپاسگزاری

این تحقیق با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و دفتر مواد و جرایم سازمان ملل متحد انجام گرفته است. همچنین پژوهشگران مراتب قدردانی خود را از مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ستاد مداخلات روانی- اجتماعی شهر بم و پژوهشکده علوم شناختی که تسهیلات لازم برای انجام این تحقیق را فراهم نموده‌اند، اعلام می‌دارند.

پژوهشگران لازم می‌دانند از زحمات و تلاش‌های سرکار خانم دکتر گلاره مستشاری، جناب آقای دکتر محمد فرج‌پور، جناب آقای دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی، جناب آقای دکتر حسین

کاویانی، سرکار خانم دکتر معصومه امین‌اسماعیلی، جناب آقای عباس زامیاد، جناب آقای احمد تقوایی، سرکار خانم زهرا بیات، سرکار خانم صغری برمک، سرکار خانم سوسن مقدس محرابی، جناب آقای محمد محتشمی و جناب آقای سلیمانی نهایت تشکر را ابراز دارند. همچنین کلیه همکاران پرسشگر و رابطان بهداشتی و علی‌الخصوص مردم بم که علیرغم دشواری‌های این تحقیق همکاری صمیمانه داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۲۲؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۸/۲۵

## منابع

- یاسمی، م. (۱۳۷۷). گزارش پژوهش: شیوه‌های مناسب ارائه خدمات بهداشتی روانی به آسیب‌دیدگان بلایای طبیعی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. تهران.
- علاقبندراد، ج، شریفی، و. (۱۳۸۳). مطالعه پایایی، روانی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) چکیده مقالات دومین همایش بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان.
- Alexander, D. (1997). The study of natural disasters, 1977-1997: Some reflection on a changing field of knowledge. *Disasters*, 21, 284-304.
- Altindag, A., Ozen, S., & Sir, A. (2005). One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among earthquake survivors in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 328-323.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed.)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arieh, Y., Shalev, M. D., Freedman, S. A., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 630-637.
- Basoğlu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., (2002). Traumatic stress responses in earthquake survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 269-276.
- Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1068-1072.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 775-786.
- Bleich, A., Koslowsky, M., Dolev, A., & Lerer, B. (1997). Posttraumatic stress disorder and depression. An analysis of comorbidity. *British Journal of Psychiatry*, 170, 479-782.
- Breslau, N. D., Davis, G. C., Andreski, P., Peterson, E., & Schultz, L. R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.
- Caffo, E., & Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 493-535.
- Cao, H., McFarlane, A. C., & Klimidis, S. (2003). Prevalence of psychiatric disorder following the 1988 Yun Nan (China) earthquake-the first 5-month period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 204-212.
- Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (1995). Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): The issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 107-109.
- Carr, V. J., Lewin, T. J., Kenardy, J. A., Webster, R. A., Hazell, P. L., Carter, G. L., & Williamson, M. (1997). Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: Role of vulnerability factors in post-disaster morbidity. *Psychological medicine*, 27, 179-190.

- Carr, V. J., Lewin, T. J., Webster, R. A., Hazell, P. L., Kenardy, J. A., & Carter, G. L. (1995). Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: Community disaster experiences and psychological morbidity 6 month post disaster. *Psychological medicine*, 25, 539-555.
- Chen, C. C., Yeh, T. L., Yang, Y. K., Chen, S. J., Lee, I. H., Fu, L. S., Yeh, C. Y., Hsu, H. C., Tsai, W. L., Cheng, S. H., Chen, L. Y., & Si, Y. C. (2001). Psychiatric morbidity and posttraumatic symptoms among survivors in the early stage following the 1999 earthquake in Taiwan. *Psychiatry Research*, 15, 13-22.
- Chiu, W. T., Arnold, J., Shih, Y. T., Hsiung, K. H., Chi, H. Y., Chiu, C. H., Tsai, W. C., & Huang, W. C. (2002). A survey of international urban search-and-rescue teams following the Ji Ji earthquake. *Disasters*, 26, 85-94.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D., Blazer, D. G., & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.
- Freedman, S. A., Gluck, N., Tuval-Mashiach, R., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. Y. (2002). Gender differences in responses to traumatic events: A prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 407-413.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, N. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety and depressive reaction after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157, 911-916.
- Katz, C. L., Pellegrino, L., Pandya, A., Ng, A., & DeLisi, L. E. (2002). Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: A review of the literature. *Psychiatry Research*, 110, 201-217.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilic, C., & Ulusoy, M. (2003). Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: An epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 232-238.
- Koenen, K. C., Fu, Q. J., Lyons, M. J., Toomey, R., Goldberg, J., Eisen, S. A., True, W., & Tsuang, M. (2005). Juvenile conduct disorder as a risk factor for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 23-32.
- Kokai, M., Fujii, S., Shinfuku, N., & Edward, G. (2004). Natural disaster and mental health in Asia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 110-116.
- Kuo, C. J., Tang, H. S., Tsay, C. J., Lin, S. K., Hu, W. H., & Chen, C. C. (2003). Prevalence of psychiatric disorders among bereaved survivors of a disastrous earthquake in Taiwan. *Psychiatric Services*, 54, 249-251.
- Livanou, M., Basoğlu, M., Salcioglu, E., Kalendar, D., (2002). Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 816-823.
- Marshall, R. D., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E. L. (2001). Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1467-1473.
- McFarlane, A. C., Atchison, M., Rafalowicz, E., Papay, P. (1994). Physical symptoms in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 715-726.
- McMillen, J. C., North, C. S., & Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal: Intrusion, avoidance, or arousal? Data from the Northridge, California, earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 57-75.
- Mellman, T. A., Randolph, C. A., Brawman-Mintzer, O., Flores, L. P., & Milanes, F. J. (1992). Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1568-1574.
- North, C. S., Nixon, S. J., Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L., & Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. *The Journal of the American Medical Associations.*, 282, 755-762.
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 87-101.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N., & Towle, L. H. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2000). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Saxon, A. J., Davis, T. M., Sloan, K. L., McKnight, K. M., McFall, M., & Kivlahan, D. R. (2001). Trauma, symptoms of posttraumatic stress disorder, and associated problems among incarcerated veterans. *Psychiatric Research*, 52, 959-964.
- Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 155, 630-637.
- Sharan, P., Chaudhary, G., Kavethekar, S. A., & Saxena, S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *American Journal of Psychiatry*, 153, 556-558.
- Sheeran, T., & Zimmerman, M. (2002). Screening for posttraumatic stress disorder in a general psychiatric outpatient setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 961-966.

- Southwick, S. M., Yehuda, R., & Giller, E. L. J. (1991). Characterization of depression in war-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 148*, 179-183.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., & Forde, D. R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1114-1119.
- Vlahov, D., Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Boscarino, J. A., Bucuvalas, M., Gold, J., & Kilpatrick, D. (2002). Increased use of cigarettes, alcohol, and marijuana among Manhattan New York, residents after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology, 155*, 988-996.
- Wang, X., Gao, L., Shinfuku, N., Zhang, H., Zhao, C., & Shen, Y. (2000). Longitudinal study of earthquake related PTSD in a randomly selected community sample in North China. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1260-1266.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Schellenger, W. E., Fairbank, J. A., Jordan, B. K., Hough, R. L., & Kulka, R. A. (1992). The prevalence of lifetime and partial posttraumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 365-376.
- World Health Organization. (2003). Earthquake disaster in Bam, Iran Preliminary indication of urgent requirements for those responding to the health needs of the affected population. Geneva.
- Yang, Y. K., Yeh, T. L., Chen, C. C., Lee, C. K., Lee, I. H., Lee, L. C., & Jeffries, K. J. (2003). Psychiatric morbidity and posttraumatic symptoms among earthquake victims in primary care clinics. *General hospital psychiatry, 25*, 253-261.