**پژوهش درپزشکی ( مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)**
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۷، شماره ۴، صفحات ۳۰۵ تا ۳۱۲ (زمستان ۸۲)

Original Article

# بررسی بهداشت روان در یک جمعیت از جانباران اعصاب و روان و همسران آنان در استان قم

**دکتر سید عبدالمجید بحرینیان [۱] ، دکتر حسین برهانی [۱]**

[۱]گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## چکیده

**سابقه و هدف:** *جنگ به عنوان یک عامل استرس زا می تواند منجر به عوارض ناگواری در زندگی انسانها شود. افرادی که مستقیما در جنگ شرکت می کنند و به نوعی در معرض تروماهای ناشی از این بلای خانمانسوز قرار می گیرند اولین قربانیان جنگ هستند. اثرات جنگ تا اعماق خانواده ها و جامعه نیز نفوذ می کند. خانواده مجروحین، معلولین، شهدا و اسرا قربانیان فراموش شده جنگ محسوب می شوند. هدف این مطالعه بررسی سلامت روانی و شیوع افسردگی در خانواده جانبازان جنگ تحمیلی استان قم و همسران آنان می باشد.*

**مواد و روشها** *: در این مطالعه مقطعی دو پرسشنامه معتبر GHQ و Beck و یک پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت شناختی روی ۲۵۰ جانباز و همسر جانباز (۱۶۰ مرد و ۹۰ زن) اجرا شد. در واقع ۹۰ زوج مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه ها ازبین جانبازان اعصاب و روان استان قم که دارای پرونده جانبازی بودند، بطور تصادفی انتخاب شدند.*

**یافته ها:** *آزمون بک میزان افسردگی جانبازان (از خفیف تا شدید ) را ۹۶/۳ درصد و میزان افسردگی همسرانشان را ۸۸/۹ درصد نشان داد. آزمون GHQ ۹۴/۵در صد جانبازان اعصاب و روان و ۸۶/۷ درصد همسران آنها را مشکوک به عدم سلامت روان معرفی می کند.*

**نتیجه‌گیری و توصیه‌ها**: *بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق اختلالات اضطرابی، انطباقی، و اختلال در روابط بین فردی در بین خانواده ها چشمگیر بود. در این خصوص توصیه می شود ضمن توجه به جنبه های بهداشت روان جانبازان مطالعات بیشتر صورت گیرد.*

**واژگان کلیدی:** *بهداشت روان، جانبازان.*

## مقدمه

جنگ هشت ساله عراق علیه ایران لطمات و خسارات همه جانبه ای به کشور ما وارد کرد. از جمله این خسارات جبران ناپذیر شهید، مجروح و مفقود شدن جمع کثیری از بهترین اقشار مردم کشورمان بود. آسیبهای روحی و روانی خانواده های این عزیزان نیز خسارات جبران ناپذیری بود که به بدنه ملت ما وارد شده و اثرات سو آن نیز همچنان ادامه دارد. از جمله این مسائل بهداشت روانی خانواده جانبازان یعنی همسر و فرزندان آنها است که در اثر کم توجهی به نیازهای اولیه آنان در معرض خطر قرار گرفته است. آسیب های روانی هم مثل آسیبهای جسمی اگر به موقع و به سرعت تشخیص داده

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2025-12-14 ]

نشوند و تدابیر درمانی لازم صورت نگیرد آثار و عوارض و پیامدهای ناگواری بر خانواده و اجتماع بجا خواهند گذاشت.

تقریبا صددرصد آسیب دیدگان اعصاب و روان از اختلال خواب، ضعف و سستی، سردرد و سرگیجه، احساس از دست رفتن انرژی، خستگی، دردهای عضلانی و مفصلی، عدم تمرکز حواس، یاس و ناامیدی، عدم احساس لذت از زندگی و افکار مرگ شکایت دارند. این مجموعه علائم تقریبا مشابه مجموعه علائمی است که در جنگ های مختلف از جمله جنگ خلیج فارس نیز وجود داشته است. می توان از این مجموعه علائم به عنوان *نشانگان جنگ تحمیلی* نام برد. طبق آماری که در سال ۱۹۹۰ منتشر شده در بیش از ۵۰/۰۰۰ نفر از نیروهای نظامی آمریکا و متحدانش که در جنگ موسوم به جنگ خلیج فارس بر علیه عراق شرکت کرده بودند پس از بازگشت از جنگ دچار انواع مختلفی از علائم اختلالات روانی شدند. عمده این علائم شامل خستگی مزمن، کوتاه شدن تنفس، درد عضلات و مفاصل، سردردهای میگرنی، اختلالات گوارشی، ریزش مو، فراموشکاری، اختلال خواب و دشواری در تمرکز حواس بود. مجموعه این علایم را بعنوان *سندرم جنگ خلیج فارس* نامیدند.

در تحقیق انجام شده روی نظامیانی که در جنگ خلیج فارس شرکت کرده بودند بسیاری از نظامیان آمریکایی معتقد بودند که این اختلالات و علائم آنان به علت مواجهه با عوامل زیستی و شیمیایی نظیر گاز خردل و سایر گازهای اعصاب بوجود آمده است. وزارت دفاع آمریکا اعلام کرد بیش از بیست هزار نفر از نظامیان آمریکا که در جنگ خلیج فارس شرکت کرده بودند ممکن است با سلاحهای مرگبار شیمیایی مواجه شده باشند و در این نکته اتفاق نظر است که سندرم خلیج فارس ممکن است بر اثر مواجهه با سم ناشناخته ای تسریع شده باشد اما در اغلب موارد ریشه چنین اختلالی در فشار روانی مربوط به حضور در منطقه جنگی است. اختلال فشار روانی آسیب زا وضعیتی است که وقوع و پیدایش آن در زمان جنگ از سالها قبل بخوبی شناخته شده است. اختلال استرس پس از ضربه (تروما) در زمان جنگهای داخلی آمریکا شناسایی و تشخیص داده شد و سپس در همه جنگهای بعد از آن هم دیده شد هر چند به اسامی مختلف نامگذاری شده است.

در سال ۱۹۹۷ در نشریه انجمن پزشکی آمریکا در مورد رابطه سندرم جنگ خلیج فارس با اختلال فشار روانی مقاله ای منتشر شد که به پزشکان توصیه نمود قبول کنند که بسیاری از نظامیان در جنگ خلیج فارس به اختلالات مرتبط با فشار روانی و عوارض جسمی فشار روانی مبتلا هستند و تاکید شده است که این بیماریها را نباید پنهان یا کتمان کرد. چراکه کاملا شناخته شده هستند و در بازماندگان جنگهای گذشته به ویژه ویتنام بطور وسیعی بررسی شده اند. پزشکان نباید تشخیص اختلال مرتبط با فشار روانی را قبول کنند مگر اینکه عوامل جسمی و ارگانیک را کنار گذاشته باشند. البته باید به فراگیر بودن بیماریهای مرتبط با فشار روانی نظیر پرفشاری خون، دردهای عضلانی (فیبرومیالژیا) و خستگی مزمن در نظامیان جنگ خلیج فارس نیز واقف بود.

تاکنون چندین مطالعه در رابطه با جانبازان کشورمان انجام شده است که هیچکدام از آنها به مقوله اثرات آسیبهای روانی ناشی از جنگ بر مجموعه خانواده جانبازان بخصوص خود جانباز و همسرش نپرداخته است. در حال حاضر ما نمی دانیم که اثرات جنگ تحمیلی بر خانواده جانباز اعم از خودش، همسر و فرزندانش تا چه حد است؟ همچنین نمی دانیم که دقیقا چه تعدادی از جانبازان دچار آسیب روانی شده اند؟

در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۰ تحت عنوان بررسی افسردگی و تمایلات خودکشی در جانبازان بستری در آسایشگاههای تهران و مقایسه آن با جانبازان قطع نخاع بستری در منزل انجام گرفت (۱)، نشان داده شد وجود جانباز در منزل و در کنار خانواده تاثیر خوبی بر علائم بیمار داشته و بطور قابل توجهی میزان خودکشی یا افکار خودکشی و شدت افسردگی در جانبازان بستری در منزل کمتر گزارش شده است.

در مطالعه ای دیگر در سال ۱۳۷۰ (۲) جنبه های روانشناختی سازگاری پس از ضایعه نخاعی و تفاوت شیوه های مقابله با استرس مورد بررسی قرار گرفت و عنوان شد که جنگ و آسیب های ناشی از جنگ منجر به عوارض روانپزشکی در جانبازان شده است.

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2025-12-14 ]

در سال ۱۳۷۵ مطالعه دیگری به بررسی رابطه آسیبهای مغزی در مجروحین جنگی موج گرفته در مقایسه با اسرای جنگی مبتلا به PTSD (فشار روانی بعد از ضربه) و مجروحین عضوی مغز و افراد بهنجار پرداخت(۳). در این مطالعه مشخص شد احتمال بروز صدمات مغزی بر اثر موج انفجار به مجروحین وجود دارد.

بر اساس تعریف DSM-IV، PTSD عبارت است از مجموعه ای از علائم اختصاصی است که در پی مواجهه با (عامل فشار آسیب زای بی نهایت شدیدی) پیدا می شوند. این مواجهه ممکن است به صورت دیدن یا حضور در صحنه های بسیار وحشتناک قتل و یا کشتار باشد یا به صورت شنیدن باشد که در هر صورت فرد به صورت ترس، اضطراب و درماندگی به این تجربه وحشتناک پاسخ می دهد. علائم مربوط به تجربه حادثه باید لااقل یک ماه طول بکشد و باید بر جنبه های مهم و مختلف زندگی بیمار نظیر موقعیت شغلی و خانوادگی او تاثیر قابل توجه و چشمگیری بگذارد.

فشار روانی که موجب PTSD می شود به قدری ناتوان کننده و سنگین است که تقریبا هر کسی را ازپای درمی آورد. این فشار روانی می تواند ناشی از تجربه جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی مثل زلزله و سیل و طوفان باشد و یا از مورد حمله واقع شدن، تجاوز و سوانح سخت مثل تصادف با ماشین و یا آتش سوزی واقع گردد. افرادی که در معرض چنین واقعه آسیب زایی قرار بگیرند ممکن است در رویا و یا افکار روزانه خود مجددا این واقعه را تجربه کنند. PTSD علائم مهم دیگری نیز دارد که عبارتند از: افسردگی، اضطراب، و مشکلات شناختی نظیر ضعف تمرکز.

حدود ۳۰٪ سربازان جنگ ویتنام دچار PTSD شدند و ۲۵٪ دیگر سربازان دچارحالت بالینی این اختلال شدند. هر چند ما آمار دقیقی در مورد میزان PTSD در بین مجروحین و آسیب دیدگان جنگ تحمیلی نداریم اما در جمعیت مورد مطالعه با توجه به سوابق و تشخیص درج شده در پرونده آنها و همچنین علائمی که جانباران در مصاحبه حضوری از خود نشان می دادند، احتمالا بیش از ۸۰٪ آنها دچار PTSD بودند که البته شدت علائم طیفی از ضعیف تا بسیارشدید را در بر می گیرد. در اینجا اگر ما طبق تعریف DSM IV شنیدن وقایع و فجایع جنگ را هم جزو PTSD محسوب کنیم درصد بالائی از همسران جانبازان نیز دچار این اختلال شده اند.

اسکندری در یک مطالعه گذشته نگر بر روی ۱۳۲ نفر از جانبازان مصدوم شیمیایی مراجعه کننده به مراکز درمانی بنیاد جانبازان در سال ۷۰ و ۷۱ که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، تستهای Beck و MMPI اجرا کرد. او نتیجه گرفت که بین عامل D تست MMPI و تست افسردگی Beck همبستگی مستقیم و مثبتی وجود دارد، با افزایش درصد جانبازی میزان افسردگی نیز افزایش می یابد، بیکاری جانبازان شیمیایی موجب افزایش نمره آنها و در واقع افسردگی آنان می گردد و در نهایت رابطه مثبتی بین افزایش سن و مدت مصدومیت با افزایش افسردگی وجود ندارد(۴).

در مطالعه دیگری (۵) که تعداد ۹۰ جانباز با جراحتهای جسمی، شیمیایی و اعصاب و روان شرکت داشتند نشان داده شد که جانبازان جسمی در مواجهه با مسائل و مشکلات استرس زا بطور معنی داری بیشتر از روشهای فاصله گیری، خویشتن داری و ارزیابی مجدد مثبت و کمتر از روش اجتناب و فرار استفاده کرده بودند. این در حالیست که جانبازان اعصاب و روان بیشتر از روش اجتناب و فرار و کمتر از روش فاصله گیری، خویشتن داری و ارزیابی مجدد مثبت استفاده کرده بودند. جانبازان شیمیایی نیز در مواجهه با مشکلات استرس زا بیشتر از روش اجتناب و فرار استفاده کرده بودند. همچنین یافته ها نشان داد بین کاربرد روش های مقابله ای و ویژگی هایی نظیر سن، تأهل، رتبه فرزندان، تحصیلات، مدت مجروحیت، تیپ شخصیتی و شکایت از ناراحتی عصبی و اختلال رفتاری ارتباط معنی دار آماری وجود دارد($p<۰/۰۵$). بر اساس نتایج حاصل از این تحقیق باید برنامه هایی برای بالا بردن سطح تحصیلات جانبازان، اجتماعی کردن و تسریع سازگاری آنها به منظور حفظ و ارتقاء سلامت روانی ایشان تهیه و اجرا نمود.

در مطالعه تولائی بر روی ۲۰۶ جانباز شیمیایی شهرستان سردشت، نتایج تست GHQ در ۹۵/۱٪ موارد بیانگر درجاتی از عدم سلامتی روانی بود که در هر ۴ مقیاس تست GHQ مشکلاتی دیده شد. این مشکل در مقیاس

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2025-12-14 ]

علائم جسمانی بیشتر نشان داده شد. در این مطالعه بین سن و مقیاس اضطراب و بین جنس و مقیاس افسردگی ارتباط معنی داری دیده شد. همچنین بین نمره کلی تست GHQ و درصد جانبازی ارتباط معنی داری وجود داشت (۶).

در پژوهش دیگری میزان افسردگی و نیز شدت درجات افسردگی در ۱۰۰ جانباز جنگ تحمیلی با ۱۰۰ نفر گروه شاهد مقایسه شد. تعیین وجود افسردگی بوسیله پرسشنامه افسردگی استاندارد زونگ انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد شیوع افسردگی در کل جانبازان ۷۱٪ و در گروه شاهد ۳۶٪ بود. شدت درجات افسردگی در جانبازان بالا بود، بطوری که ۳۱٪ جانبازان غیر شیمیایی بود. شیوع افسردگی و شدت آن در جانبازان شیمیایی بالاتر از جانبازان غیرشیمیایی بود. ۶۴/۳٪ از جانبازان غیر شیمیایی علائم افسردگی شدید و عمیق را نشان دادند (۷).

در یک مطالعه دیگر میزان افسردگی به کمک تست بک بر روی ۱۲۵ جانباز شیمیایی که در فاصله زمانی بین سال های ۶۷-۱۳۶۲ در معرض گازهای شیمیایی قرارگرفته بودند، ارزیابی شد. در این بین ۱۰۲ نفر (۸۲٪) از شدت افسردگی قابل ملاحظه ای برخوردار بودند. همچنین بین شدت افسردگی با پارامترهایی چون سطح تحصیلات، اشتغال به کار و درصد جانبازی ارتباط معنی داری وجود داشت (۸).

در مطالعه ساکی که با هدف بررسی شیوع افسردگی در جانبازان قطع نخاعی استان لرستان انجام گرفت ۳۵/۱٪ از واحدهای مورد بررسی مشکوک به افسردگی بودند که پس از معاینات روانپزشکی ۲۷٪ افسرده شناخته شدند (۹).

در مطالعه دیگری که بر روی ۵۰ نفر از همسران افراد جانباز بعنوان گروه مورد و ۵۰ نفر از همسران افراد غیر جانباز به عنوان گروه کنترل صورت گرفت، میانگین میزان افسردگی در گروه مورد بطور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود(۱۰).

با توجه به تناقضات موجود هدف اصلی این پژوهش بررسی سلامت روانی در جانبازان و همسران جانبازان اعصاب و روان جنگ تحمیلی در استان قم در نظر گرفته شد.

## مواد و روشها

این مطالعه به صورت توصیفی- تحلیلی انجام شد. جامعه مورد پژوهش شامل ۲۵۰ جانباز اعصاب و روان و همسران آنها بود که با روش خوشه ای از بین جانبازان اعصاب و روان جنگ تحمیلی در استان قم انتخاب شدند. در این راستا ۹۰ زوج (۹۰ جانباز و۹۰ همسر جانباز) و تعداد ۷۰ جانباز متأهل به تنهایی و در مجموع ۱۶۰ نفر جانباز متأهل مورد بررسی قرار گرفتند.

در این مطالعه، ما از دو پرسشنامه استاندارد شده Beck,GHQ (۲،۱۱،۱۲) و یک پرسشنامه حاوی اطلاعات فردی خانوادگی استفاده نمودیم.

پرسشنامه بک مقیاس خودسنجی افسردگی است که ۲۱ سئوال دارد و علائم و شدت افسردگی را ارزیابی می کند. پایایی و روایی این آزمون به اثبات رسیده است. هر سئوال دارای ۴ یا ۵ گزینه است و نمره گذاری هر گزینه از ۳-۰ تعیین شده است.

تست GHQ مشتمل بر ۲۸ سئوال می باشد که پاسخهای هر جمله بصورت بلی، خیر و تا حدودی مشخص می شود. در این مطالعه از فرم سه گزینه ای GHQ استفاده شده است (۱۲). نمره برش این آزمون ۲۱ برای زنان و ۲۰ برای مردان تعیین شده است (۱۱و۱۲). همچنین تست GHQ دارای چهار جزء جسمی، اضطرابی، بین فردی و افسردگی است که هر کدام از این اجزاء دارای ۷ سئوال هستند. اگر نمره هر جزء ۷ و بالاتر باشد آن شخص بیمارگونه محسوب می شود یعنی بیمار مشکوک به داشتن اختلال روانی است.

پرسشنامه حاوی اطلاعات فردی و خانوادگی شامل مشخصات جانباز و همسرش، سطح تحصیلات، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و مسکن، نوع مجروحیت و نحوه اعزام به جبهه، و سابقه اختلالات روانپزشکی در جانباز و خانواده و فامیل درجه یک جانباز را در بر می گیرد.

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2025-12-14 ]

## یافته‌ها

تعداد کل نمونه ها ۲۵۰ نفر شامل ۱۶۰ مرد (۶۴٪) و ۹۰ زن (۳۶٪)بود. بیماران از نظر سنی به پنج گروه سنی بدین شرح تقسیم شدند :

افراد ۳۰-۲۰ سال (۱۹٪)، ۴۰-۳۱ سال (۶۶/۲٪)، ۵۰-۴۱ سال (۱۶/۹٪)، ۶۰-۵۱ سال (۲/۵٪) و ۷۰-۶۱ سال (۲/۵٪). توزیع فراوانی گروه های سنی در ۹۰ نفر از همسران جانبازان بدین شرح است:

۳۰-۲۰سال (۶۲/۳٪)، ۴۰-۳۱ سال (۳۰٪)، ۵۰-۴۱ سال (۵/۵٪) و۶۰-۵۱ سال (۲/۲٪).

بر اساس تست بک، ۱۲/۲٪ از همسران دارای افسردگی شدید بودند و این میزان برای شوهران آنها ۲۰٪ یعنی در مقایسه با همسران آنها تقریبا دو برابر بود. همچنین بر اساس آزمون بک ۱۶/۷٪ همسران و ۲۴/۴٪ شوهران آنها افسردگی عمیق داشتند. در این دو گروه اخیر افکار خودکشی، یأس و ناامیدی و افت عملکرد بسیار دیده شد به طوری که بیش از ۵۰٪ آنها اشتغال فکری به مرگ داشتند. آزمون GHQ ۹۴/۵٪ جانبازان و ۸۶/۷٪ همسرانشان را مشکوک به عدم سلامت روانی نشان داد. نتایج آزمون GHQ در چهار زمینه افسردگی، روابط بین فردی، اضطراب و وضعیت جسمانی آزمودنی در همسران جانبازان و جانبازان در جدول شماره ۱ خلاصه شده است.

**جدول ۱- توزیع فراوانی خرده آزمونهای GHQ در جانبازان و همسران آنها بر حسب موارد مشکوک**

| | جسمی | اضطرابی | بین فردی | افسردگی |
|---|---|---|---|---|
| همسر جانباز (n=۹۰) | (۸۸/۹)۸۰ | (۸۰)۷۲ * | (۵۴/۴)۴۹ | (۶۰)۵۴ |
| ۹۰ جانباز مزدوج | (۸۸/۹)۸۰ | (۹۱/۱)۸۲ | (۷۱/۱)۶۴ | (۶۸/۹)۶۳ |
| ۱۶۰ جانباز | (۹۰)۱۴۴ | (۹۱/۲)۱۴۶ | (۷۷/۵)۱۲۴ | (۷۰/۶)۱۱۳ |

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

بر اساس آمار به دست آمده ۷۵٪ جانبازان در این مطالعه دچار افت شدید عملکرد بودند و بیش از ۷۰٪ آنها در شرایط اقتصادی و معیشتی بد یا بسیار بد قرار داشتند. ۳۰٪ بیش از ۳ فرزند و ۷۰٪ بیش از ۲ فرزند داشتند و بیش از ۶۰٪ آنها فاقد مسکن بوده و در منازل استیجاری بسیار نامناسب و غیر بهداشتی زندگی می کردند و از این نظر نیز تحت فشار بودند. بیش از ۶۰٪ جانبازان در این پژوهش دچار مجروحیتهای متعدد موضعی و PTSD و بطور کلی دچار اختلال اعصاب و روان بودند و ۳۶/۹٪ فقط مجروحیت اعصاب و روان داشتند.

۶/۲٪ از جانبازان در این پژوهش به مواد مخدر معتاد بودند و ۳۸/۸٪ از آنها بیش از یک پاکت سیگار در روز می کشیدند که اغلب عنوان می کردند که برای رهایی از افسردگی و تسکین دردهای جسمی اقدام به استعمال سیگار و مواد مخدر می کنند.

در مجموع آزمون GHQ در ۲۵۰ آزمودنی شامل جانبازان و همسران آنها، ۷/۶٪ را سالم و ۹۲/۴٪ را مشکوک به عدم سلامت روان معرفی نمود حال آنکه آزمون بک در ۱۶۰ جانباز ۳/۷٪ را سالم یعنی بدون افسردگی و ۹۶/۳٪ از آنها را دچار درجات مختلف افسردگی (از افسردگی مرزی تا عمیق) نشان داد (جدول ۲).

**جدول ۲- توزیع فراوانی نتایج آزمون بک در جانبازان و همسران آنها**

| درجه بندی آزمون بک | جانباز (n=۱۶۰) | همسر جانباز (n=۹۰) |
|---|---|---|
| سالم (زیر نمره برش) | (۳/۷)۶ * | (۱۱/۱)۱۰ |
| خفیف (۲۰-۱۴) | (۱۳/۸)۲۲ | (۲۵/۶)۲۳ |
| متوسط (۳۰-۲۱) | (۳۸/۱)۶۱ | (۳۴/۴)۳۱ |
| شدید (۴۰-۳۱) | (۲۰)۳۲ | (۱۲/۲)۱۱ |
| عمیق (بیشتر از ۴۱) | (۲۴/۴)۳۹ | (۱۶/۷)۱۵ |

* اعداد داخل پرانتز معرف درصد هستند

## بحث

هدف از این مطالعه بررسی سلامت روانی و شیوع افسردگی در جانبازان جنگ تحمیلی و همسران آنها در استان قم می باشد. یافته آزمون GHQ روی جانبازان و همسرانشان اختلال افسردگی را ۶۶/۸٪، اختلال ارتباط بین فردی را ۶۹/۲٪، اختلال اضطرابی را ۸۷/۲٪ و شکایات جسمانی را ۸۹/۶٪ نشان می دهد.

بر اساس نتایج حاصله اختلالات اضطرابی، افسردگی و اختلالات انطباقی و اختلال در روابط بین فردی در بین

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2025-12-14 ]

این خانواده ها چشمگیر بود و جانبازان مورد بررسی، دچار افت شدید عملکرد بودند.

اهمیت این پژوهش از این نظر است که برای اولین بار اثرات جنگ و شیوع اختلالات روانی در خانواده جانبازان استان قم را مورد بررسی قرار داده است و وضعیت روانی همسران جانبازان را مطالعه و بطور کلی موضوع بهداشت روانی خانواده های معظم جانبازان را مورد تأکید قرار می دهد. یافته ها نشان داد که بیش از ۹۷٪ از جانبازان اعصاب و روان و حدود ۸۹٪ همسران آنها از درجات مختلف افسردگی رنج می برند در حالی که به نظر می رسد از پوشش درمانی مناسبی برخوردار نیستند و اگر چه آنها همواره تحت حمایت ها و مراقبت های درمانی قرار داشته اند ولی هیچگاه این افراد عمیقاً مورد بررسی و توجه درمانی قرار نگرفته اند بویژه نیازهای روانی و مشکلات همسران و فرزندان جانبازان فراموش شده است. این یافته ها با نتایج مطالعات وفائی و صیدی و خیر خواه (۸،۷) که درصد بسیار بالایی از علائم افسردگی را در جانبازان نشان می داد، همخوانی و هماهنگی دارد. همچنین یافته های مطالعه حاضر با مطالعه مسکینی و سردره ای (۱۰) که میزان افسردگی در همسران جانبازان را در مقایسه با گروه کنترل از نظر آماری معنی دار می داند، یکسو می باشد. یافته های مطالعه تولائی (۶) که ۹۵/۱٪ جانبازان را مشکوک به عدم سلامت روانی می داند دقیقاً در حمایت از یافته مقاله حاضر است که ۹۴/۵٪ جانبازان را مشکوک به همین اختلال می داند. نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد احتمال می رود که در اکثر موارد همسر جانباز دارای مشکلات روانپزشکی باشد زیرا آنها به دلیل درماندگی هایی که در مواجهه با مشکلات ناتوان کننده و فرساینده همسر جانباز خود و زندگی خانوادگی شان دارند، در شرایط روانی بسیار نامطلوب قرار دارند. علاوه بر این فرزندان این خانواده ها نیز که بعضاً به همراه والدین در محل مصاحبه و تکمیل پرسشنامه حاضر می شدند علائم اضطرابی، ADHD، پرخاشگری و اختلالات رفتاری و گاه علائم افسردگی را از خود نشان می دادند و در نتیجه دچار افت تحصیلی بودند که این موضوعات خود نیاز به انجام مطالعات جداگانه ای دارد. بیش از ۷۵٪ جانبازان و همسران آنها در این مطالعه از نحوه سرویس دهی خدمات درمانی مربوط به خود ناراضی بودند. البته اینها مواردی بود که خودشان صریحاً عنوان می کردند و احتمال اینکه تعداد قابل توجهی از آنان تمایل به ذکر این مشکلات نداشته اند، زیاد است.

معضل اعتیاد هم در بین گروهی از جانبازان موضوعی قابل بحث و تأمل است که باید در این رابطه پژوهشهای جداگانه ای صورت گیرد. در کتب مرجع به این مطلب اشاره شده است که اغلب بیماران افسرده برای رهایی از چنگال افسردگی به مواد مخدر پناه می برند (۱۵،۱۳).

۶۲/۵٪ جانبازان مورد مطالعه علاوه بر مجروحیت اعصاب و روان ناشی از ترومای جنگ دچار مجروحیتهای موضعی نیز بودند که این موضوع در جامعه جانبازان اعصاب و روان صدق می کند به همین دلیل این گروه از جانبازان به دلیل وجود همزمان مجروحیت جسمی و روانی علاوه بر اینکه مشکلات اعصاب و روان دارند از مشکلات و نقائص و دردهای جسمی نیز رنج می برند. در چنین خانواده هایی بطور قطع ویقین فشار و استرس بسیار زیادی بر همسر و فرزندان نیز وارد خواهد شد و زمینه های مختلف اختلالات اضطراب، افسردگی، روابط بین فردی و رفتار انطباقی و حتی اختلالاتی نظیر جسمانی سازی و تبدیلیADHD در فرزندان فراهم می شود. اصولاً وقتی فردی از نظر روانی و عصبی از اعتدال برخوردار نباشد و دچار اختلالاتی نظیر افسردگی مداوم، اضطراب، پرخاشگری و غیره باشد و از امتیازات شغلی رفاهی هم کم بهره باشد طبیعی است که اثرات این وضعیت روانی بر افکار همسر و شیوه تربیتی فرزند تأثیر سوء گذاشته تا آنجا که آنان خود گرفتار اختلالات اضطرابی و سازگاری می شوند و از نظر ملجأ و پناهگاه امن، خود را تنها می بینند و اگر نهادهای اجتماعی ذیربط در این زمینه اقدامات جایگزین و روابط سالم را برای از بین بردن این خلأ ویران کننده بکار نبرند، پیامدهای سوء این گونه زندگی قابل تصور نیست و هرچند در جامعه ما نقش اعتقادات و باورهای مذهبی نقشی بازدارنده است ولی طبیعی است که فشارهای روانی ناشی از این مشکلات که در خانواده این دسته از جانبازها وجود دارد، نقش تخریبی خود را بجا خواهد گذاشت.

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2025-12-14 ]

بنابراین نتایج حاصل از این مطالعه تعجب آور نیست اما قابل تأمل است. باید مطالعات بیشتری در رابطه با جامعه جانبازان و آثار و عوارض جنگ تحمیلی به عمل آید تا بتوانیم راهکارهای مناسب ارائه دهیم و از وقوع پیش آمدهای ناگوارتر جلوگیری کنیم.

این مطالعه دارای محدودیت هایی بود که به برخی از آنها اشاره می شود:

در آین مطالعه ابتدا سعی شد ۲۵۰ زوج جانباز را مورد بررسی قرار دهیم که متاسفانه در نهایت موفق شدیم این مطالعه را تنها روی ۹۰ زوج و ۷۰ جانباز به پایان برسانیم. بدلیل محدودیت زمانی جایگزین نمودن خانواده های دیگر میسر نشد. از طرف دیگر علیرغم باسواد بودن بیش از ۹۰٪ از شرکت کنندگان در این طرح، در بیش از نیمی از موارد خود مجبور بودیم سئوالات را یکی یکی خوانده و پرسشنامه ها را تکمیل نماییم. همچنین با توجه به شرایط دشوار این مطالعه به لحاظ نحوه برقراری ارتباط با جانباز و خانواده اش و موانع بسیار زیاد اداری و غیره، برای جمع آوری اطلاعات با مشکلات و محدودیتهای فراوانی روبرو بودیم. همچنین باید خاطر نشان ساخت در این مطالعه از آزمون سه گزینه ای GHQ استفاده کردیم، گرچه یافته های این تحقیق تا حدودی شبیه یافته های تولائی با پرسشنامه چهار گزینه ای و حتی یافته های آزمون بک در همین تحقیق است، با این حال باید تفسیر این یافته ها با دقت بیشتری صورت گیرد.

## *REFERENCES*


1. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1998. p. 808,525.

2. Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, eds. Harrison's principles of internal medicine. 14th ed. New York: Mc Graw- Hill. 2000. p.2110, 2136.

3. Lustman PJ, et al. Screening for depression in diabetes using the Beck depression inventory. Psychosom Med 1997;59:24-31.

4. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins. 2000. p.769, 68.

۵. واهب زاده حسین. ارزیابی آزمون افسردگی بک در مبتلایان به افسردگی در ایران. پایان نامه تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۵۳-۱۳۵۲.

6. Ryang A, et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes (A meta–analysis). Diabetes Care 2001;24(6):1069-78.

7. Groot M, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of diabetes complications and depression in type1 and type 2 diabetes :a meta –analysis. Diabetes 2000;49:A63.

8. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorder in America: The epidemiologic catchment area study. New York: Free Press (McMillan).1991. p. 154-6.

9. Carney RM, Freedland KE, Sheline YL, Weiss ES. Depression and coronary heart disease:a review for cardiologists.Clin Cardiol 1997;20:196-200.

10. Faas S, Trucco M. The genes influencing the susceptibility to IDDM in humans. J Endocrinal Invest 1994;17:477-95.

11. Trulson MH, Himmel C. Effects of insulin and streptozocin- induced diabetes on brain norepinephrin metabolism in rats . J Neurochem 1985;44:1873.

12. Lustman PJ, Skor DA, Carney RM, Santiago JV, Cryer PE. Stress and diabetic Control. Lancet 1983;4:588.

13. Eaton WW, Armenian HA, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of type II diabetes: a prospective population based Study .Diabetes Care 1996;19:1097-102.


[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2025-12-14 ]

14. Lustman PJ, Freedland KE, Griffth LS, Clouse Results:. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double –blind placebo- controlled trial .Diabetes Care 2000;23:618-23.

15. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH. Effects of nortriptyline on depression and glucose regulation in diabetes: result of a double- blind placebo- controlled trial. Psychosom Med 1997;59:241-50.

[ Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2025-12-14 ]