

مقایسه اثر مداخلات حمایتی روانی - اجتماعی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بازماندگان زلزله بم

چکیده

یوسف فکور^۱

جواد محمودی قرائی^{۲*}

محمد رضا محمدی^۲

مه‌دی کریمی^۳

ماهیار آذر^۴

مریم ممتاز بخش^۵

زمینه و هدف: بازگوئی روانشناختی روشی است که در پیشگیری از بروز نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در آسیب‌های مختلف به‌کار رفته است. درمان‌های شناختی - رفتاری نیز در درمان این اختلال موثر بوده است. در این مطالعه اثر این روش‌های مداخله بین گروه‌های سنی مختلف بازماندگان زلزله بم مقایسه می‌شود.

روش بررسی: در یک مطالعه تک گروهی از نوع کار آزمایشی بالینی نیمه تجربی قبل - بعد، بازماندگان زلزله بم که نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه را داشتند در سه گروه سنی جوانان، میانسالان و سالمندان تحت درمان گروهی شامل یک جلسه بازگوئی روانشناختی و سه جلسه درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند. و نشانه‌های اختلال توسط مقیاس CAPS ارزیابی شد و نتایج قبل و بعد از انجام مداخله مقایسه شدند.

یافته‌ها: تعداد ۱۳۰ نفر از بازماندگان زلزله وارد مطالعه شدند و ۵۱ نفر از مطالعه خارج شدند. تغییر تواتر نشانه‌های اختلال در یک دوره سه ماهه معنی‌دار بود. ولی مداخلات فقط در کوتاه مدت بر شدت نشانه‌ها مؤثر بودند. تغییر میانگین نشانه‌های اجتنابی قابل توجه بوده و مداخلات بر نشانه‌های یادآوری واقعه در دراز مدت و بر نشانه‌های برانگیختگی در کوتاه مدت و دراز مدت اثری نداشتند. گروه‌های سنی در پاسخ‌دهی به مداخلات با یکدیگر تفاوتی نداشتند.

نتیجه‌گیری: مداخلات حمایتی روانی-اجتماعی شامل مداخلات گروهی رفتاری شناختی در بلاپای طبیعی بر برخی نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است ولی در اثر بخشی این مداخلات بین گروه‌های سنی مختلف تفاوتی وجود ندارد.

کلمات کلیدی: اختلال استرس پس از سانحه، درمان رفتاری - شناختی، بازگوئی روانشناختی.

۱- مرکز تحقیقات حقوق و اخلاق پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- مرکز پزشکی لقمان دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی

۴- گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی

شهید بهشتی

۵- سازمان تامین اجتماعی

*نشانی: بیمارستان روزبه، مرکز تحقیقات

روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی تهران

تلفن تماس: ۵۵۴۱۹۱۵۱

پست الکترونیک:

Jmahmoudi@razi.tums.ac.ir

مقدمه

گروهی به پیشگیری از وقوع اختلال کمک می‌کند.^۹ اثربخشی این روش در مطالعات مختلف بررسی شده است و نتایج در متآنالیزهای انجام شده متفاوت بوده است.^{۱۰،۱۱} با این حال این روش درمانی برای درمان و یا تعدیل نشانه‌ها و در فاصله‌ای طولانی نسبت به زمان حادثه کمتر به‌کار رفته است.^{۱۲} همچنین به نظر می‌رسد که ترکیبی از روش‌های رفتاری - شناختی نظیر روش یول و PD مفیدتر از کاربرد هر یک به‌تنهایی است.^۹ در این مطالعه اثر گروه درمانی با استفاده از PD و روش‌های رفتاری مرکز روانشناسی بحران برگن نروژ^{۱۳} را در یک زمینه حمایتی بر نشانه‌های اختلال PTSD، در بازماندگان زلزله بم ۱۲ هفته پس از حادثه بررسی نموده و در گروه‌های سنی مختلف مقایسه می‌نمائیم.

روش بررسی

در یک مطالعه کارآزمایی بالینی نیمه تجربی از نوع قبل و بعد، اثر مداخلات حمایتی گروهی همراه با بازگویی روانشناختی و مداخلات رفتاری شناختی شامل روش‌های تجسمی و آموزش آرامش بخشی عضلانی (Relaxation training) در مردان و زنان سنین ۲۰ سال و بالاتر بازمانده از زلزله بم بررسی شد. آزمودنی‌ها همگی سابقه مواجهه با زلزله را از طریق مستقیم (حضور و یا مشاهده وقایع) و یا غیر مستقیم از طریق شنیدن وقایع داشتند و قبل از شرکت در جلسات درمانی از طریق مراجعه به محل سکونت توسط دو نفر از دستیاران روانپزشکی آموزش دیده غربالگری شده بودند و افرادی که حداقل دو نشانه اختلال PTSD را داشتند وارد مطالعه شده بودند. افرادی که سابقه اختلال PTSD ناشی از سایر انواع تروما قبل از زلزله را داشته و یا افراد سایکوتیک، عقب افتاده ذهنی و یا مبتلا به ناتوانی‌های شدید جسمی که تحمل حضور در گروه را

مطالعات نشان می‌دهند که در بسیاری از بازماندگان زلزله پاسخ‌های کلینیکی علامت‌دار خاصی پس از مواجهه با واقعه استرس‌زا دیده می‌شود^۱ در مطالعه‌ای پس از زلزله سال ۱۹۹۹ ترکیه در ۴۳۰ نفر از بازماندگان، بروز ناتوانی و اختلال روانی نظیر PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) با میزان نزدیکی و مواجهه با زلزله ارتباط مستقیم داشت.^۲ در مطالعه دیگری نیز در ۵۸۶ نفر از بازماندگان زلزله ترکیه این نتیجه به‌دست آمد که زلزله‌های شدید و وحشتناک عواقب روانشناختی طولانی مدتی را در پی دارند بخصوص در افرادی که سطح مواجهه بالایی داشته‌اند.^۳ به‌طور معمول اختلال PTSD اولین پاسخ بازماندگان به تروماست^۴ در یک مطالعه در تایوان ۲۱/۷٪ از ۳۲۳ بازمانده زلزله بررسی شده نشانه‌های PTSD داشتند ولی در کل گزارشات متعددی از میزان PTSD در بازماندگان زلزله وجود دارد که از ۲/۵٪ تا ۳۳٪ در بالغین و ۲۸ تا ۷۰٪ در کودکان متغیر است.^۵ مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که ۱۸/۳٪ از افراد مواجهه شده با زلزله نشانه‌های PTSD را نشان می‌دهند^۶ بنابراین انجام مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای کاهش این ناتوانی‌ها لازم است و گروه درمانی‌های حمایتی و درمان‌های مبتنی بر روش‌های شناختی - رفتاری و سایر انواع روان‌درمانی مورد توجه بوده‌اند.^۷ یول و همکارانش تکنیک‌هایی را برای مقابله با نشانه‌های PTSD معرفی نموده‌اند که مبتنی بر روش‌های تجسمی و رفتاری - شناختی است که در درمان این اختلال به‌کار می‌رود.^۸ بازگویی روانشناختی (Psychological Debriefing) (PD) نیز روش دیگری است که در ۴۸ تا ۷۲ ساعت از وقوع حادثه برای پیشگیری از بروز اختلال به‌کار گرفته می‌شود.^۹ در طی آن با استفاده از روش‌هایی چون عادی سازی پاسخ‌ها، تعدیل هیجانات و نحوه مواجهه با نشانه‌های اختلال، در یک جلسه

به صورت صعودی از صفر تا چهار تعیین می‌گردد و نمره شدت اختلال بین صفر تا هشت قرار می‌گیرد که حداقل نمره چهار (برای اطمینان بیشتر نمره سه) در شاخص شدت برای وجود آن علامت لازم است. این مقیاس قادر به ارزیابی میزان عملکرد فردی و اجتماعی و نیز دارای معیارهایی برای سنجش درجه بهبودی و نیز ارزیابی میزان اعتماد به پاسخ‌هاست. آزمودنی‌ها بر اساس سن در سه گروه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۶۵ سال و ۶۵ سال و بالاتر قرار گرفتند. مداخلات درمانی شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی در یک گروه حمایتی و سه جلسه استفاده از روش‌های تجسمی و رفتاری شناختی (الگوی درمانی یول) بود که به صورت هفتگی و هر هفته یک جلسه در گروه‌های هشت الی ۱۲ نفره و در یکی از چادرهای مستقر در منطقه مطابق الگوی زیر انجام می‌شد: جلسه اول: بازگویی روانشناختی (PD) به مدت حدود دو ساعت شامل بازگویی خاطره واقعه، احساسات و افکار همراه با عادی‌سازی پاسخ‌ها، تعدیل و تخلیه هیجانات در یک محیط حمایت شده و تبیین نحوه مواجهه با نشانه‌های اختلال، جلسه دوم: استفاده از روش‌های تجسمی شامل روش تعویض کانال ذهنی به هنگام مواجهه با افکار و خاطرات مزاحم و نیز روش‌های کوچک کردن، دور کردن و قاب گرفتن خاطرات به منظور مقابله با افکار مزاحم (Intrusive thoughts)، جلسه سوم: آموزش آرامش بخشی عضلانی به منظور کاهش نشانه‌های برانگیختگی و جلسه چهارم: حساسیت‌زدایی تدریجی با روش‌های تجسمی برای کاهش نشانه‌های اجتنابی. ارزیابی مجدد نشانه‌ها، یک ماه و نیز چهار ماه پس از شروع مداخلات به عمل آمد. میانگین نمره هر شاخص قبل، یک ماه و چهار ماه بعد از انجام مداخله تعیین شد و مقایسه آماری شاخص‌های جمعیتی توسط آزمون Kruskal-wallis، مقایسه میزان تاثیر واقعه و دیسترس مربوط به آن بین گروه‌ها در شروع مطالعه از طریق آزمون ANOVA، مقایسه قبل و بعد در ارزیابی یک ماهه در هر گروه از طریق آزمون student t و در

نداشتند و یا مواردی که نیازمند مداخلات دارویی بودند از مطالعه خارج شدند. نمونه‌گیری در ناحیه بروات شهرستان بم انجام شد و انتخاب نمونه‌ها از طریق مراجعه به محل زندگی افراد از اولین چادر به بعد تا زمان تکمیل حجم نمونه بود و با توجه به مقررات مربوط به توزیع مناطق درمانی بر حسب ترتیب مراجعه گروه‌های درمانی به منطقه و لزوم انجام مداخله فقط در همان ناحیه و پوشش درمانی سایر مناطق قبل از انجام این طرح توسط گروه‌های دیگر، انتخاب تصادفی منطقه شهری برای ما مقدور نبود. ولی انتخاب منطقه نمونه‌گیری و اولین چادر در آن ناحیه تصادفی بود به این ترتیب که منطقه نمونه‌گیری بر اساس خیابان اصلی به چهار ناحیه فرعی تقسیم و به صورت تصادفی یک ناحیه انتخاب و نمونه‌گیری از اولین چادر سمت راست شروع و ادامه می‌یافت و چنانچه به خیابان فرعی می‌رسید در سمت راست خیابان فرعی ادامه داشت و اگر کوچه‌ای وجود داشت در سمت راست کوچه ادامه می‌یافت در صورت بن‌بست بودن نمونه‌گیری در سمت مقابل تا بازگشت به خیابان ادامه می‌یافت و چنانچه بن‌بست نبود تا انتهای محدوده پیش می‌رفت تا اینکه حجم نمونه تکمیل شود در حین نمونه‌گیری افراد بر اساس سن در گروه‌ها توزیع می‌شدند. پس از توضیح روش مداخله برای آزمودنی‌ها و کسب رضایت آنها برای شرکت در مداخلات ارزیابی نشانه‌ها توسط مقیاس (Clinical administrated PTS scale for DSM-IV) CAPS^{۱۴} قبل از انجام مداخلات توسط یک نفر از دستیاران روانپزشکی و دو نفر روانشناس آموزش‌دیده انجام شد. مقیاس CAPS یک مقیاس استاندارد برای ارزیابی نشانه‌های PTSD است که توسط انجمن ملی PTSD آمریکا تهیه شده است. این مقیاس برای هر علامت PTSD دارای سه شاخص تواتر (Frequency)، عمق (Intensity) و شدت (Severity) نشانه است که بر اساس تعریف شدت نشانه عبارت از مجموع نمره تواتر و عمق اثر هر نشانه می‌باشد. نمره دو شاخص اول

هر سه گروه آزمودنی‌ها در شاخص‌های مربوط به میانگین نشانه‌های اختلال، دیسترس فردی، افت عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی و نیز شاخص‌های مربوط به تواتر، عمق و شدت میانگین کل نشانه‌های PTSD و نیز نشانه‌های یادآوری و اجتناب و شاخص تواتر نشانه‌های برانگیختگی، تفاوت معنی‌دار نداشتند. میانگین تواتر نشانه‌های PTSD در کل آزمودنی‌ها از ۳۲/۷ در ابتدای مطالعه به ۲۸/۶ در ماه اول کاهش یافت که تغییرات از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0/05$). همچنین میانگین شدت نشانه‌های اختلال نیز از ۵۶/۷ به ۵۱/۸ در ماه اول کاهش یافت که این تغییر نیز معنی‌دار بود. ولی در شاخص عمق نشانه‌ها این تغییرات معنی‌دار نبود. مقایسه اختلاف میانگین قبل و بعد در ماه اول، با استفاده از آزمون ANOVA نشان می‌دهد که سه گروه سنی در هیچ‌یک از شاخص‌های تواتر، عمق و شدت کل نشانه‌ها و در نشانه‌های یادآوری، اجتناب و برانگیختگی تفاوت معنی‌دار ندارند. در آزمون Repeated measure که برای مقایسه میانگین‌ها در سه ارزیابی متوالی نشانه‌ها به کار رفت، نتایج نشان می‌دهند که تغییرات میانگین تواتر نشانه‌ها در طول مطالعه از نظر آماری معنی‌دار است ولی تغییر میانگین دو شاخص عمق و شدت نشانه‌های PTSD معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). همچنین تغییر میانگین هر سه شاخص تواتر، عمق و شدت نشانه‌های اجتناب از نظر آماری در جهت کاهش معنی‌دار ($P < 0/05$) بودند ولی در مورد برانگیختگی هیچ‌یک از این سه شاخص معنی‌دار نبوده ($P > 0/05$) و شاخص‌های عمق و شدت نشانه‌های یادآوری در جهت افزایش معنی‌دار بودند ($P > 0/05$). جدول شماره ۳ تغییرات میانگین شاخص‌های کلی اختلال PTSD را در گروه‌های سنی مختلف به تفکیک نشان می‌دهد. در مقایسه بین گروه‌ها بر اساس آزمون Tukey، تفاوت در هیچ‌یک از شاخص‌های آماری معنی‌دار نبود. جدول شماره ۴ تغییر میانگین انواع نشانه‌های PTSD را در طول مطالعه نشان می‌دهد.

ارزیابی متوالی بین گروه‌ها از طریق Repeated measure ANOVA در سطح معنی‌دار آلفا مساوی با ۰/۰۵ با استفاده از نرم افزار SPSS در محیط ویندوز انجام شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۳۰ نفر از بازماندگان زلزله بم وارد مطالعه شدند از این تعداد ۱۳ نفر به دلیل مهاجرت و یا عدم تمایل شخصی از مطالعه خارج شدند و در ۱۱۷ نفر باقیمانده با میانگین سنی ۴۲/۴ سال (انحراف معیار=۱۸/۲)، ۶۳٪ بر اساس کرایتریای DSM-IV مبتلا به PTSD بوده و مابقی (۳۷٪) نشانه‌های اختلال را در حد Sub threshold داشتند. ویژگی‌های جمعیتی آزمودنی‌ها مطابق جدول شماره ۱ می‌باشد. در طی سه ماه پس از مداخله نیز ۳۸ نفر از مطالعه خارج شدند که علت خروج آنها تغییر در محل سکونت بود. در ابتدای مطالعه میزان دیسترس فردی، افت عملکرد شغلی و اجتماعی آزمودنی‌ها توسط مقیاس CAPS ارزیابی شد. جدول شماره ۲ مقایسه این شاخص‌ها را نشان می‌دهد. در ابتدای مطالعه گروه‌های مختلف سنی از نظر شاخص‌های جمعیتی و شاخص‌های مرتبط با واقعه و اختلال PTSD باهم مقایسه شدند. در مقایسه شاخص‌های جمعیتی، تفاوت بین گروه‌ها در شاخص‌های جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات بر اساس آزمون Kruskal-Wallis معنی‌دار بود ($P < 0/05$) ولی در شاخص اشتغال این اختلاف معنی‌دار نبود ($P > 0/05$). در مقایسه شاخص‌های مربوط به اختلال و تأثیر واقعه، تفاوت بین گروه‌ها بر اساس آنالیز واریانس (ANOVA) فقط در شاخص‌های عمق و شدت نشانه‌های برانگیختگی معنی‌دار بود ($P < 0/05$) که این تفاوت بر اساس آزمون Tukey در شاخص عمق، بین دو گروه جوانان و سالمندان و دو گروه میانسالان و سالمندان و در شاخص شدت برانگیختگی بین دو گروه میانسالان و سالمندان معنی‌دار و بین گروه جوانان و میانسالان در هیچ‌یک از این شاخص‌ها تفاوت معنی‌دار نبود ($P > 0/05$).

جدول ۱- ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها

| ویژگی | جوانان | میانسالان | سالمندان | کل |
|---------------|----------|-----------|----------|------|
| تعداد | ۶۵ | ۴۳ | ۲۲ | ۱۳۰ |
| ابتدای مطالعه | ۶۱ | ۳۶ | ۲۰ | ۱۱۷ |
| ماه اول | ۳۹ | ۲۸ | ۱۲ | ۷۹ |
| انتهای مطالعه | ۲۷/۵ | ۴۹/۷ | ۷۴/۱ | ۴۲/۴ |
| سن | ۶ | ۵/۵ | ۴/۵ | ۱۸/۲ |
| انحراف معیار | ۲۰ | ۴۲ | ۷۰ | ۲۰ |
| حداقل | ۴۰ | ۶۵ | ۸۲ | ۸۲ |
| حداکثر | ۱۸ | ۴۴/۷ | ۵۰ | ۳۱/۹ |
| جنس (%) | زن | ۸۲ | ۵۵/۳ | ۶۸/۱ |
| مرد | ۶۰/۷ | ۹۲/۱ | ۸۰ | ۸۸ |
| وضعیت | متاهل | ۳۷/۷ | - | ۲۲ |
| تاهل (%) | مجرد | ۱/۶ | ۷/۹ | ۸ |
| جدا شده/ بیوه | ۱/۶ | ۱۰/۵ | - | ۴/۲ |
| وضعیت | بی سواد | ۸/۲ | ۴۲/۱ | ۳۴/۵ |
| تحصیلی (%) | ابتدائی | ۱۱/۵ | ۲۸/۹ | ۱۵/۱ |
| راهنمایی | ۶۲/۳ | ۱۵/۸ | - | ۳۷ |
| دبیرستان | ۱۶/۴ | ۲/۶ | - | ۹/۳ |
| دانشگاهی | ۲۶/۲ | ۴۴/۷ | ۳۰ | ۳۲/۸ |
| وضعیت | شاغل | ۹/۸ | ۲/۶ | ۹/۲ |
| اشتغال (%) | بیکار | ۸/۲ | - | ۴/۲ |
| محصل | خانه دار | ۵۵/۷ | ۵۲/۶ | ۵۳/۸ |

جدول ۲- ارزیابی اولیه آزمودنی ها بر اساس مقیاس CAPS

| شاخص | جوانان | میانسالان | سالمندان | کل |
|--------------|--------|-----------|----------|------|
| تعداد | ۱۱/۷ | ۱۱/۸ | ۱۱/۲ | ۱۱/۶ |
| میانگین | ۲/۳ | ۳ | ۴/۲ | ۲/۹ |
| انحراف معیار | ۴ | ۳ | ۴ | ۳ |
| اختلال | ۱۵ | ۱۵ | ۱۶ | ۱۶ |
| حداکثر | ۶۳/۹ | ۶۳/۲ | ۸۰ | ۶۳ |
| تشخیص | ۳۶/۱ | ۳۶/۸ | ۲۰ | ۳۷ |
| اختلال (%) | ندارد | ۳۶/۱ | ۲۰ | ۳۷ |
| میزان | ۲۶/۲ | ۵/۳ | ۱۰ | ۳/۴ |
| هیچ | ۵۴/۱ | ۲۳/۷ | ۳۰ | ۲۶/۱ |
| دیسترس | ۱۸ | ۳۴/۲ | ۲۰ | ۴۲ |
| (%) | متوسط | ۱/۶ | ۲/۶ | ۲۶/۹ |
| شدید | - | ۷/۹ | - | ۱/۷ |
| خیلی شدید | ۳/۳ | ۲۸/۹ | ۱۰ | ۵/۹ |
| هیچ | ۳۲/۸ | ۳۴/۲ | ۵۰ | ۳۴/۵ |
| عملکرد | ۵/۷ | ۲۳/۷ | ۲۰ | ۴۲/۹ |
| شغلی | ۸/۲ | ۵/۳ | ۲۰ | ۱۵/۱ |
| (%) | شدید | - | ۱۰/۵ | ۱/۷ |
| خیلی شدید | ۶/۶ | ۳۱/۶ | ۱۰ | ۸/۴ |
| افت | ۳۴/۴ | ۳۶/۸ | ۵۰ | ۳۶/۱ |
| عملکرد | ۵۰/۸ | ۱۸/۴ | ۳۰ | ۴۲/۹ |
| اجتماعی | ۸/۲ | ۲/۶ | ۱۰ | ۱۱/۸ |
| (%) | شدید | - | - | ۰/۸ |
| خیلی شدید | - | - | - | - |

جدول ۳- تغییرات میانگین مجموع نشانه های PTSD در گروه های سنی مختلف به تفکیک

| گروه ها | شاخص مقیاس | قبل از مداخله | بلافاصله پس از مداخله | سه ماه پس از مداخله | P** |
|-----------|------------|---------------|-----------------------|---------------------|-------|
| جوانان | تواتر | ۳۲/۰۸ | ۷ | ۹/۵ | ۰/۰۰۲ |
| | عمق | ۲۳/۶ | ۶/۱ | ۱۳/۱ | ۰/۳۹۴ |
| | شدت | ۵۵/۸ | ۱۲/۲ | ۱۲/۵ | ۰/۰۲۳ |
| میانسالان | تواتر | ۳۳/۸ | ۹/۲ | ۸/۶ | ۰/۱۰۴ |
| | عمق | ۲۴/۳ | ۸ | ۱۰/۴ | ۰/۸۴۷ |
| | شدت | ۵۸/۱ | ۱۷ | ۱۱/۳ | ۰/۴۰۵ |
| سالمندان | تواتر | ۳۱/۸ | ۱۱/۴ | ۱۷/۸ | ۰/۰۷۱ |
| | عمق | ۲۳/۱ | ۸/۳ | ۲۳ | ۰/۵۶۷ |
| | شدت | ۵۴/۹ | ۱۹/۶ | ۲۳/۷ | ۰/۱۹۸ |

* Paired samples t- test (Between month 0 and 1)

**Repeated measure ANOVA

جدول ۴- تغییرات میانگین انواع نشانه‌های PTSD در گروه‌های سنی مختلف در طول مطالعه

| P** | سه ماه پس از مداخله | | P * | بلافاصله پس از مداخله | | قبل از مداخله | | شاخص / مقیاس | گروه‌ها | |
|-------|---------------------|---------|-------|-----------------------|---------|---------------|---------|--------------|-----------|------------|
| | SD | میانگین | | SD | میانگین | SD | میانگین | | | |
| ۰/۳۹۱ | ۴/۲ | ۸/۳ | ۰/۰۵۲ | ۳/۶ | ۷/۵ | ۲/۵ | ۸/۵ | تواتر | جوانان | یادآوری |
| ۰/۰۰۲ | ۴/۲ | ۷/۶ | ۰/۷۹۷ | ۳/۳ | ۶ | ۱/۹ | ۵/۸ | عمق | | |
| ۰/۰۷۳ | ۸/۱ | ۱۶ | ۰/۳۱۹ | ۶/۵ | ۱۳/۵ | ۴/۳ | ۱۴/۴ | شدت | | |
| ۰/۷۸۱ | ۵/۳ | ۹/۴ | ۰/۶۱۷ | ۳/۹ | ۸/۸ | ۲/۸ | ۹/۱ | تواتر | میانسالان | |
| ۰/۰۰۷ | ۵/۴ | ۹/۱ | ۰/۱۵۵ | ۳/۴ | ۷/۰۵ | ۲/۳ | ۶/۲ | عمق | | |
| ۰/۱۵۷ | ۱۰/۵ | ۱۸/۵ | ۰/۶۲۶ | ۷/۰۹ | ۱۵/۹ | ۴/۹ | ۱۵/۳ | شدت | | |
| ۰/۲۵۴ | ۶/۴ | ۱۱/۸ | ۰/۳۰۵ | ۳/۵ | ۶/۴ | ۴ | ۸/۳ | تواتر | سالمندان | |
| ۰/۰۷۲ | ۵/۷ | ۱۰/۵ | ۰/۷۶۱ | ۳/۳ | ۶ | ۲/۹ | ۵/۶ | عمق | | |
| ۰/۱۴۱ | ۱۲/۱ | ۲۲/۳ | ۰/۶۲۱ | ۶/۸ | ۱۲/۴ | ۶/۸ | ۱۳/۹ | شدت | | |
| ۰/۰۰ | ۴/۲ | ۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۴/۶ | ۱۱/۴ | ۳/۵ | ۱۳/۷ | تواتر | جوانان | اجتناب |
| ۰/۳۹۳ | ۴/۲ | ۹ | ۰/۰۵۸ | ۴/۲ | ۹/۲ | ۳/۳ | ۱۰/۴ | عمق | | |
| ۰/۰۲۰ | ۸/۱ | ۱۹/۱ | ۰/۰۰۴ | ۸/۶ | ۲۰/۷ | ۶/۵ | ۲۴ | شدت | | |
| ۰/۰۰ | ۴/۷ | ۹/۴ | ۰/۰۱۸ | ۵/۴ | ۱۱/۴ | ۴/۵ | ۱۳/۷ | تواتر | میانسالان | |
| ۰/۲۶۰ | ۴/۸ | ۹/۵ | ۰/۲۳۴ | ۴/۳ | ۹/۳ | ۴/۳ | ۱۰/۲ | عمق | | |
| ۰/۰۰۴ | ۹/۴ | ۱۹ | ۰/۰۵۶ | ۹/۴ | ۲۰/۸ | ۸/۷ | ۲۴ | شدت | | |
| ۰/۰۱۱ | ۴/۴ | ۹/۸ | ۰/۰۴۵ | ۵/۶ | ۹/۶ | ۵/۶ | ۱۴/۴ | تواتر | سالمندان | |
| ۰/۰۱۱ | ۲/۵ | ۷/۵ | ۰/۱۳۹ | ۵/۳ | ۸/۷ | ۴/۱ | ۱۱/۹ | عمق | | |
| ۰/۰۱۰ | ۶/۹ | ۱۷/۳ | ۰/۰۷۸ | ۱۰/۹ | ۱۸/۳ | ۹/۷ | ۲۶/۳ | شدت | | |
| ۰/۰۵۸ | ۴/۵ | ۸/۳ | ۰/۱۵۳ | ۳/۳ | ۹/۱ | ۲/۵ | ۹/۷ | تواتر | جوانان | برانگیختگی |
| ۰/۷۷۷ | ۴/۱ | ۷/۳ | ۱/۰۰ | ۲/۷ | ۷/۳ | ۲ | ۷/۳ | عمق | | |
| ۰/۴۰۹ | ۸/۵ | ۱۵/۱ | ۰/۳۴۴ | ۵/۹ | ۱۶/۵ | ۳۴ | ۱۷/۲ | شدت | | |
| ۰/۵۷۱ | ۵ | ۱۰/۶ | ۰/۴۵۶ | ۴/۷ | ۱۰/۵ | ۳/۱ | ۱۰/۹ | تواتر | میانسالان | |
| ۰/۰۱۵ | ۴۴ | ۹/۴ | ۰/۴۶۹ | ۳/۵ | ۸/۱ | ۲/۵ | ۷/۸ | عمق | | |
| ۰/۴۶۰ | ۹/۳ | ۲۰ | ۰/۹۳۵ | ۸/۱ | ۱۸/۶ | ۵/۵ | ۱۸/۷ | شدت | | |
| ۰/۹۱۱ | ۴/۶ | ۱۰/۵ | ۰/۱۱۲ | ۴/۱ | ۷/۵ | ۴/۰۳ | ۹/۱ | تواتر | سالمندان | |
| ۰/۳۸۶ | ۲ | ۷/۵ | ۰/۴۲۸ | ۴۳ | ۳۶ | ۲/۹ | ۵/۶ | عمق | | |
| ۰/۹۴۲ | ۶/۶ | ۱۸ | ۰/۶۰۲ | ۷/۴ | ۱۳/۸ | ۶/۸ | ۱۴/۷ | شدت | | |

* Paired samples t - test (Between month 0 and 1)

**Repeated measure ANOVA

بحث

ابزار (مقیاس CAPS) و اینکه اثر مداخلات را بر سه شاخص تواتر، عمق، و شدت علائم و در سه گروه سنی مختلف ارزیابی نموده است و از این نظر که ترکیب دو روش مداخله که قبلاً مجزا بررسی شده‌اند را توأماً به‌کار برده است منحصر

انجام این مطالعه با توجه به وسعت آسیب ناشی از زلزله بم و شیوع قابل توجه اختلال استرس پس از سانحه به‌دنبال وقایع طبیعی اهمیت زیادی داشت. این مطالعه از این نظر که در یک واقعه طبیعی بسیار شدید و گسترده انجام شده است و از نظر

مدت پایدار نیست. در مطالعات مختلف به روش های دیگر و با ابزارهای متفاوتی اثر بازگویی روانشناختی و رفتار درمانی شناختی را به تفکیک بررسی نموده اند. در این مطالعات نتایج مربوط به اثر بازگویی روانشناختی متفاوت بوده است. اولین هدف این گونه مداخلات جلوگیری از بروز اختلال PTSD است و با توجه به دامنه وسیع اهداف مثل نرمال سازی پاسخ ها، کلامی نمودن تجربیات واقعه و تقویت و گسترش حمایت گروه و این روش سایکوتراپی محسوب نمی شود و اختلاف نظر بر سر اثر بخشی آن زیاد است. در یک مطالعه محققین گزارش نمودند که این مداخلات اگرچه در کوتاه مدت ممکن است اثر مثبت داشته باشند ولی در دراز مدت اثرات منفی داشته اند. بر خلاف این نظر Jenkins و Shalev در مطالعات خود اثرات مثبتی را برای این گونه مداخلات گزارش نمودند.^{۱۶} در یک مطالعه اثر گروه درمانی با استفاده از بازگویی روانشناختی در بازماندگان وقایع طبیعی شش ماه پس از واقعه بررسی شد که کاهش علائم در هر دو گروه مداخله و شاهد گزارش شد.^{۱۷} در مطالعه دیگری نیز بازگویی روانشناختی در پرسنل آتش نشانی و پلیس استفاده شد که در گروه مداخله موجب کاهش وقوع اختلال PTSD گردید.^{۱۷} در یک متاآنالیز اثر این گونه مداخلات در جلوگیری از PTSD مزمن و سایر اختلالات مرتبط با تروما بررسی شد و بر اساس نتایج آن این مداخلات نشانه های اختلال PTSD و سایر اختلالات مرتبط با تروما را کاهش ندادند.^{۱۸} مطالعاتی که اثر روش های شناختی رفتاری را بررسی نمودند، اکثراً نتایج مثبت داشته اند.^{۱۹-۲۱} در ۲۳۱ نفر از بازماندگان زلزله ترکیه مبتلا به PTSD، درمان های رفتاری کوتاه مدت سه تا چهار جلسه ای در فاصله زمانی ۱۳ ماه از زلزله موجب کاهش در تمامی نشانه های اختلال شده بود^۷ و نتایج آن تا حدی با نتایج مطالعه ما هم خوانی دارد. در مطالعه دیگری اثر مداخلات رفتاری شناختی چهار جلسه ای به دنبال آسیب فیزیکی بررسی شد که موجب کاهش در شاخص های مقیاس IES گردید.^{۲۲} در کودکان نیز اثر اینگونه

به فرد بوده و مطالعه مشابهی انجام نشده است. بر اساس نتایج، آزمودنی ها در گروه های مختلف از نظر اکثر شاخص های دموگرافیک هموزن نبودند. با توجه به تفکیک گروه ها بر اساس سن این تفاوت می تواند در برخی شاخص های جمعیتی تحت تاثیر اختلاف سنی افراد باشد. در شاخص های مربوط به تاثیر واقعه و نشانه های PTSD، جز در دو شاخص یعنی شاخص های عمق و شدت برانگیختگی در سایر شاخص ها گروه ها در ابتدای مطالعه هموزن بودند. بر اساس نتایج این مطالعه به طور کلی مداخلات حمایتی سایکوسوشیال شامل یک جلسه بازگویی روانشناختی و سه جلسه گروه درمانی شناختی رفتاری در کوتاه مدت یعنی دوره یک ماهه بر تواتر و شدت نشانه های PTSD مؤثرند. اگرچه این اثر بیشتر در گروه جوانان دیده می شود ولی گروه ها از نظر آماری تفاوتی ندارند. در مقایسه بین علائم نیز بیشترین اثر این مداخلات بر نشانه های اجتنابی بوده است. این مداخلات اگر چه در کاهش تواتر نشانه های یادآوری و برانگیختگی مؤثرند ولی بر شاخص های عمق و شدت این نشانه ها بی تأثیرند. تغییر میانگین شاخص های یاد شده نیز در گروه های سنی مختلف تفاوت معنی دار نداشته و پاسخ دهی گروه ها به مداخلات یکسان بوده است. در کل دوره مطالعه نیز عمده اثر مداخلات بر تواتر نشانه های PTSD بوده است و پس از سه ماه از مداخله تغییرات در مورد شدت نشانه های اختلال بر خلاف دوره یک ماهه معنی دار نیست و بین سه گروه تفاوت آماری وجود ندارد. نتایج مربوط به مقایسه نشانه های PTSD نشان می دهند که فقط در مورد نشانه های اجتنابی اثر مداخلات در جهت کاهش میانگین شاخص ها معنی دار باقی مانده است و میانگین شاخص های برانگیختگی اگرچه اکثراً کاهش نشان می دهند ولی تفاوتشان به لحاظ آماری معنی دار نیست. پس از سه ماه از مداخله تغییر نشانه های یادآوری واقعه بر خلاف دوره یک ماهه در جهت افزایش میانگین هاست. بر این اساس به نظر می رسد که این مداخلات در کوتاه مدت مؤثرند ولی اثرشان در دراز

سن عامل موثری در اثر بخشی اینگونه مداخلات نباشد ولی ممکن است این نتیجه تحت تأثیر حجم کم نمونه در گروه‌های سنی مختلف و ناهمگون بودن گروه‌های سنی از نظر تعداد افراد، جنسیت و وضعیت تأهل باشد که می‌توانند به عنوان متغیرهای زمینه‌ای بر میزان پاسخدهی افراد مؤثر باشند. و چنانچه تعداد آزمودنی‌ها در هر گروه سنی بیشتر و افراد در گروه‌ها همگون‌تر بودند، ممکن بود تفاوت گروه‌ها در برخی شاخص‌ها که در حال حاضر معنی‌دار نیست از نظر آماری معنی‌دار گردد. با توجه به نتایج مطالعات کنترل شده با حجم نمونه بیشتر و نیز مطالعاتی با تعداد جلسات بیشتر پیشنهاد می‌شود. انجام مداخلات درمانی بازگویی روانشناختی و درمان رفتاری شناختی گروهی ممکن است در کوتاه مدت باعث کاهش برخی شاخص‌ها و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زلزله از جمله نشانه‌های اجتنابی شود ولی در دراز مدت پایداری این اثر محدود است. این مداخلات بر نشانه‌های برانگیختگی هیچ اثری نداشته است. پاسخدهی گروه‌های سنی مختلف به این مداخلات یکسان بوده است.

سپاسگزاری: این مطالعه بر اساس پایان‌نامه تخصصی دکتر یوسف فکور بوده که در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی ثبت گردیده است. از مساعدت ریاست محترم اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر یاسمی و نیز از ریاست ستاد مداخلات روانی اجتماعی بم و همکارانشان صمیمانه سپاسگزاریم.

مداخلات بررسی شده است^{۳۳} و درمان چهار جلسه‌ای موجب کاهش در علائم اختلال PTSD در کودکانی شد که دو سال بعد از وقایع طبیعی همچنان نشانه‌های اختلال را گزارش می‌کردند.^{۳۲} اگر چه ممکن است اثرات کاهنده مداخلات ما بر میانگین برخی شاخص‌های علائم PTSD مربوط به تأثیر سایر عوامل مثل عامل زمان و مداخله‌گرهای دیگر باشد، و به دلیل نداشتن گروه شاهد حذف اثر این مداخله‌گرها امکان‌پذیر نیست، ولی همان‌طور که در نتایج مشهود است در چند شاخص از جمله شاخص‌های یادآوری واقعه، میانگین‌ها با اتمام مداخلات بعد از سه ماه افزایش یافته‌اند و یا اینکه در مواردی کاهش میانگین پس از یک ماه بیشتر از دوره سه ماهه بعدی بوده است که بیانگر تأثیر عوامل مداخله‌کننده در جهت بدتر شدن علائم پس از قطع مداخلات است و چنانچه عامل زمان اثر کاهنده داشت می‌بایست این روند کاهش به‌صورت پایدار ادامه یابد. از سوی دیگر ریزش زیاد جمعیت آزمودنی‌ها در سه ماه بعد از مداخله می‌تواند باعث بروز این نوع تغییرات شود. بنابراین این نتایج را باید با احتیاط تفسیر نمود. عدم تأثیر این مداخلات بر برخی نشانه‌ها و شاخص‌ها می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی همچون تعداد محدود جلسات درمانی، امکانات محدود افراد برای انجام تمرینات در فواصل جلسات و یا استرس‌های ثانوی باشد. با توجه به شدت زیاد واقعه و وجود پس‌لرزه‌های بعدی و نیز استرس‌های ناشی از فقدان، به نظر می‌رسد تعداد جلسات بیشتری ضروری باشد. اگرچه در برخی شاخص‌ها بین گروه‌های سنی تفاوت‌هایی مشهود است ولی بین گروه‌ها اختلاف آماری وجود نداشته است و به نظر می‌رسد

References

1. Livanuo M, Bassoglu M, Salcioglu E, Kalendar D. Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in turkey. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 816-23.
2. Kilic C, Ulusoy M. Psychological effects of the November 1999 earthquake in Turkey: an epidemiological study. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 232-38.
3. Salcioglu E, Basoglu M, Livanou M. Long-term psychological outcome for non-treatment seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment dis* 2003; 191: 154-60.
4. March JS, Amaya-jackson L, Murray MC, Schulte A. Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescent with post traumatic stress disorder after a single-incident stressor. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 585-93.
5. Hsu CC, Chong MY, Yang P, Yen CF. Posttraumatic stress disorder among adolescent earthquake victims in Taiwan. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 875-81.
6. Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Hazell PL, Kenardy JA, Carter GL, et al. Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake. *Psychol Med* 1997; 27: 167-78.
7. Basoglu M, Livanou M, Salcioglou E, Kalender D. A brief behavioral treatment of chronic post- traumatic stress disorder in earthquake survivors: Result from an open clinical trial. *Psychol Med* 2003; 33: 647-54.
8. Yul W, Canterbury R. The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents. *Int Rev Psychiatry* 1994; 6: 141-51.
9. Deabl M, Psychological debriefing, Nutt D, Davidsonsone JRT, Zohar J editor. Post-traumatic stress disorder. Martin Dunitz 2000; 115-31.
10. Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions (debriefing) for trauma-related symptoms and prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; CD000560.
11. Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL. Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *J trauma stress* 1996; 9: 37-49.
12. Chemtob CM, Tomas S, Law W, Cremniter D. Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 415-7.
13. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Charney DS, Keane TM. Clinical Adminstrated PTSD Scale for DSM-IV. Boston MA medical center: 1998.
14. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Charney DS, Keane TM, et al. Clinical administrated PTSD scale for DSM-IV. Nutt D, Davidsonsone JRT, Zohar J editor. Post-traumatic stress disorder. Martin Dunitz 2000; 211-42.
15. Smith P, Dyregrov A, Yul W. Children and disaster: teaching recovery techniques. Center for crisis psychology: Bergen Norway: 2002.
16. Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta psychiatr scand* 2001; 104: 423-37.
17. Smith CL Jr, de Chesnay M. Critical incident stress debriefings for crisis management in post-traumatic stress disorders. *Med Law* 1994; 13: 185-91.
18. van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002; 360: 766-71.
19. Van Etten ML, Taylor S, Comprative efficacy of treatments for post traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychol Psychother* 1998; 5: 126-45.
20. Wagner AW. Cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress disorder: applications to injured trauma survivors. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2003; 8: 175-87.
21. Cohen JA. Treating acute post traumatic reactions in children and adolescents. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 827-33.
22. Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioral therapy for post traumatic stress symptoms after physical injury: Randomized clinical trial. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 63-9.
23. Chemtob CM, Nakashima JP, Hamada RS. Psychological intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156: 211-6.

The effect of psychosocial supportive Interventions on PTSD symptoms after Bam earthquake

Y. Fakour¹
 J. Mahmoudi-gharaei² *
 MR. Mohammadi²
 M. Karimi³
 M. Azar⁴
 M. Momtaz-bakhsh⁵

1. Ethnic and Law research center Shahid beheshti university of medical sciences

2. psychiatric and psychology research center, Roozbeh Hospital, Tehran university of medical sciences, Tehran, Iran

3. Loghman Hospital, Shahid beheshti university of medical sciences

4. Emam Hossein Hospital, Department of psychiatry Shahid beheshti university of medical sciences

5. Social Welfare Organization

* Psychiatry and psychology research center, Roozbeh Hospital, Tehran, Iran
 Tel: +98-21-55419151
 Email:
 Jmahmoudi@razi.tums.ac.ir

Abstract

Background: Many studies have shown the efficacy of cognitive – behavioral therapy and psychological debriefing in treatment of post traumatic stress disorder (PTSD) and a few evidences are available for using these techniques in large scale disasters. This study aimed to asses the effect of some psychological interventions in reducing PTSD symptoms after Bam earthquake in different age groups.

Methods: In a before-after quasi experimental clinical trial, we compared the efficacy of one session of psychological debriefing and three sessions of group cognitive-behavioral therapy in bam earthquake PTSD symptoms in different age groups. We evaluated PTSD symptoms before and immediately and three months after interventions by CASP scaling system and analyzed data.

Results: one hundred and thirty persons entered in the study and 51 persons excluded during interventions because of migration. Interventions were showed to be effective only in short term period. The means of PTSD symptoms frequency and severity of avoidance symptoms were reduced during three months period of study which were statistically significant $P < 0.05$. Interventions showed no efficacy for recall symptoms in long term and hyper arousal symptoms in short term and long term periods. There was no statistically significant difference among age groups.

Conclusion: Psychosocial supportive interventions may be effective on some of the PTSD symptoms but there is no difference in different age groups.

Keywords: post traumatic stress disorder, PTSD, psychological debriefing, group cognitive behavioral therapy.