

بررسی میزان شیوع و شدت افسردگی در ۱۰۰ نفر از جانبازان ۳۰ الی ۷۰ درصد شیمیایی و غیر شیمیایی جنگ تحمیلی در تبریز

باقر وفائی* M.D. و علی صیدی** M.D.

آدرس مکاتبه: *دانشگاه علوم پزشکی تبریز- گروه روان پزشکی- تبریز- ایران

**بیمارستان روان پزشکی تبریز- ایران

خلاصه

پژوهش‌های موجود نشان می‌دهد که میزان افسردگی در میان جانبازان بیش از افسار عادی است. هدف اصلی از این پژوهش تعیین میزان افسردگی و نیز شدت آن در جانبازان ۳۰ تا ۷۰ درصد و بالاتر و نیز مقایسه آن با گروه شاهد بود. همچنین، به دلیل تنوع درصدهای جانبازی و نیز تنوع ضایعات جسمی، مقایسه‌ای در میزان شیوع و شدت درجات افسردگی در جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی و نیز در بین جانبازان با درصدهای مختلف جانبازی به عمل آمد. در این تحقیق ۱۰۰ نفر از جانبازان جنگ تحمیلی با درصدهای جانبازی ۳۰ تا ۷۰ درصد و بالاتر با ضایعات متفاوت به طور تصادفی انتخاب و با گروه شاهد تحت بررسی قرار گرفتند. تعیین وجود افسردگی به وسیله پرسشنامه افسردگی استاندارد زونگ و مصاحبه روان پزشکی براساس معیارهای DSM-IV انجام شد. تمام نمونه‌ها از بین جانبازان مرد انتخاب شدند. محدوده سنی ۲۵ تا ۷۵ سال و میانگین سنی افراد بررسی شده ۳۸ سال بود. نتایج نشان داد، شیوع افسردگی در کل جانبازان ۷۱٪ و در گروه شاهد ۳۶٪ است. شدت درجات افسردگی در جانبازان بالا بود، به طوری که ۳۱٪ جانبازان، افسردگی شدید و عمیق داشتند که در گروه کنترل وجود نداشت. همچنین شیوع افسردگی و شدت درجات افسردگی در جانبازان شیمیایی بالاتر از جانبازان غیر شیمیایی بود. بیشترین میزان شدت علائم افسردگی در جانبازان غیر شیمیایی ۳۹٪ - ۳۰٪ بود، به طوری که ۶۴/۲۸٪ آنها، علائم افسردگی شدید را نشان می‌دادند. شیوع افسردگی در جانبازان قطع نخاع برخلاف تصورات و فرضیات و با وجود این که بیشترین میزان معلولیت و محدودیت جسمی را نسبت به سایر گروه‌های جانبازان داشتند، از تمام گروه‌ها کمتر بود. با توجه به نتایج این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که غیر از معلولیت‌های جسمی و شدت معلولیت و محدودیت فیزیکی، عوامل دیگری نیز در میزان بروز و شدت علائم افسردگی در جانبازان دخیل اند که بایستی در تحقیقات بعدی مورد ارزیابی قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، جنگ تحمیلی، جانباز شیمیایی، جانباز غیر شیمیایی

مقدمه

شود، ناچار از خود واکنش نشان می‌دهد. به طور کلی هر فردی در زمان و شرایط خاص دارای آستانه تحمل معینی در مقابل استرس

وقتی انسان مورد تهاجم قرار گیرد یا تحت تأثیر فشار روانی واقع

می‌باشد. وقتی فشار روانی از حد توان شخص بگذرد ناچار اختلال‌های رفتاری و هیجانی نشان خواهد داد. یکی از استرس‌های مهم زندگی استرس‌های ناشی از جنگ است. هرچه سلاح‌هایی که در جنگ به کار می‌رود مخرب‌تر باشد و زندگی شخص را بیشتر مورد تهدید قرار بدهد، استرس بیشتری در شخص به وجود می‌آورد [۱].

اختلالات روانی ناشی از جنگ که امروزه آن را اختلال استرس پس از سانحه می‌خوانند در زمان جنگ روی می‌دهد. این سندرم برای اولین بار در جنگ‌های داخلی آمریکا و پس از آن در سایر جنگ‌ها مشاهده شده است. اختلال ناشی از استرس پس از سانحه در جنگ‌های مختلف نام‌های متفاوتی مانند قلب تحریک‌پذیر (جنگ داخلی آمریکا)، سندرم تلاش (جنگ جهانی اول)، واکنش استرس (جنگ جهانی دوم) و اختلال استرس پس از سانحه (جنگ ویتنام) و بالاخره سندرم جنگ خلیج فارس داشته است [۲]. نام‌های دیگر این سندرم، سندرم بازگشت از نبرد، نوروژ، شوک انفجار و نوروژ جنگ می‌باشد [۳]. علایم اختلال پس از سانحه نه فقط در کسانی که در خط مقدم جبهه حضور داشته‌اند بلکه در یک چهارم افرادی که مشاهده‌گر خشونت بوده‌اند نیز مشاهده می‌گردد. این سندرم در کسانی که خیلی زود از والدین خود جدا شده‌اند و در کسانی که در خانواده آنها افسردگی، اضطراب و نوروتیسم وجود داشته است، نیز مشاهده می‌گردد [۴]. این سندرم ممکن است در جریان شکنجه، سوانح طبیعی، تهاجم، تجاوز به عنف، تصادفات شدید مثل تصادف اتومبیل یا آتش‌سوزی در ساختمان به‌وجود آید [۵].

در اختلال استرس پس از سانحه غالباً سابقه بیماری روانی وجود ندارد و در یک دوره زمانی کوتاه مدت معمولاً واکنش استرس حاد به‌طور کامل بهبود می‌یابد. طبق ICD-10 اصل مسئله باید طی ۲ تا ۳ روز حاصل شود. در حالی که مطابق DSM-IV علایم اختلال استرس حاد ممکن است تا چهار هفته دوام یابد.

ویژگی بالینی اختلال استرس پس از سانحه عبارتند از: تجربه مجدد و دردناک رویداد، تلاش در اجتناب از یادآوری سانحه [۶]، Flash backs، احساس و رفتار به گونه‌ای است که تصور می‌شود، حادثه در حال تکرار شدن است، ناتوانی برای به

خطر آوردن وجه مهمی از ضربه [۷]، خستگی مداوم و همه‌جانبه، احساس فشار پشت سر و گردن، تنش و انقباض ماهیچه‌ها و تکان و لرزش، بی‌حرکتی مجسمه‌وار، عرق کردن مفرط، بی‌اشتهایی، متناوب، ناراحتی مبهم شکم، اسهال خفیف، تکرر ادرار، تکیه‌کاری، طپش قلب، احساس تنگی نفس و فشار درون قفسه سینه، احساس سرگیجه و حالت ضعف و غش، ضعف عمومی ماهیچه‌ها، حالت کندی عاطفه یا بی‌حسی عاطفی، سعی برای اجتناب از احساس گناه و اجتناب فوبیک، افسردگی، افکار و احساسات مربوط به ضربه، اشکال در به خواب‌رفتن و تداوم خواب، اشکال در تمرکز، تحریک‌پذیری یا حمله‌های خشم، دقت زیادی و گوش به زنگ‌بودن و تشدید واکنش از جا پریدن [۸]. گرچه به‌نظر می‌رسد بین احساس‌های بدنی و هیجانات ارتباطی وجود نداشته باشد با این وجود، این احساس‌ها می‌توانند بر شدت و بروز هیجانات و عواطف تأثیر بگذارد. در مطالعه‌ای که بر روی گروهی از آسیب‌دیدگان قطع‌نخاعی صورت گرفته است نشان داده شده که محروم‌شدن از احساس‌های جسمانی، به کاهش در خور توجهی از هیجان‌پذیری منجر می‌شود [۹]. مطالعات تجربی و پژوهش‌های موجود نشان می‌دهند که میزان افسردگی در میان جانبازان بیش از اقشار عادی مردم است. دقت در عوامل سبب شناختی نشان می‌دهد که افراد جانباز به‌علت مواجهه با سخت‌ترین شرایط جسمی و روحی مثل جنگ، نبرد، خون، شهادت، صدمات متعدد و صحنه‌های خارق‌العاده، مستعد ابتلاء به افسردگی بوده‌اند و حتی در شرایط موجود نیز هستند. چنانچه تحقیق انجام شده توسط هزاره‌ای (۱۳۷۰) بر روی ۵۱۲۷ جانباز حاکی از اهمیت درجه و شدت افسردگی است. در این پژوهش که نمونه‌ها به شکل تصادفی و خارج از اعمال نظر انتخاب شده بودند، میزان افسردگی در جانبازان با آسیب بالای هفتاد درصد، ۵۵٪ نشان داده شد.

مطابق تحقیق دکتر اسدالهی و همکاران (۱۳۶۹) در اصفهان که بر روی جانبازان ۷۰٪ قطع‌نخاعی و جانبازان ۷۰٪ غیرقطع‌نخاعی به‌عمل آمد، میزان افسردگی در جانبازان نخاعی و غیرنخاعی تفاوت عمده‌ای نداشت اما شدت علایم افسردگی در جانبازان غیرنخاعی بیشتر بود. با توجه به این که میزان افسردگی در جانبازان قطع‌نخاعی ۵۸٪ و جانبازان غیرقطع‌نخاعی ۶۸٪

استاندارد زونگ (Zung Self Rating Depression) انجام شد. پرسشنامه زونگ شامل ۲۰ سوال چهارجوابی بوده و توسط بیمار یا شاهد، پاسخ مناسب داده می‌شد و در صورت لزوم توضیح لازم توسط تحقیق‌گران ارائه می‌گردید. نمره هر عبارت از ۱ تا ۴ بوده و مجموع نمرات از ۲۰ تا ۸۰ متغیر بود. مجموع نمرات حاصل بر عدد ثابت ۸۰ تقسیم و در ۱۰۰ ضرب گردید. لذا نمرات به‌عنوان درصدی از میزان حداکثر بیان و از محدوده ۲۵ تا ۱۰۰ را دربر می‌گرفت.

نمره طبیعی این تست ۳۴ و پایین‌تر بوده و نمره ۵۰ و بالاتر از آن بیانگر افسردگی است و تقسیم‌بندی شدت افسردگی براساس نمراتی که از فرمول بالا به‌دست می‌آید به‌ترتیب عبارتند از نمرات زیر ۵۰، طبیعی؛ بین ۵۰ تا ۵۹، افسردگی خفیف؛ ۶۰ تا ۶۹، افسردگی متوسط؛ ۷۰ تا ۷۹، افسردگی شدید و ۸۰ و بالاتر افسردگی عمیق و پسیکوتیک.

نتایج

نتایج به‌دست آمده به‌شرح زیر بود:

۱- شیوع افسردگی در کل جانبازان ۷۱٪ و در گروه کنترل ۳۶٪ بود.

۲- شدت درجات افسردگی در جانبازان در مقایسه با گروه کنترل بالاتر بود، به‌طوری‌که ۳۱٪ جانبازان افسردگی شدید و عمیق داشتند که در گروه کنترل وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه دو گروه کنترل و جانبازان از نظر شدت علائم افسردگی

افسردگی خفیف	افسردگی متوسط	افسردگی شدید	افسردگی عمیق	جمع
۲۰٪	۲۰٪	۲۲٪	۹٪	۷۱٪
۲۸٪	۸٪	صفر	صفر	۳۶٪

۳- شیوع افسردگی جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی بسیار بالاتر از جانبازان غیرشیمیایی و گروه کنترل بود (جدول ۲).

گزارش شده است [۱۰، ۱۱]، این تحقیق به منظور تعیین شدت افسردگی جانبازان ۳۰ الی ۷۰ درصد شیمیایی و غیر شیمیایی جنگ تحمیلی در تبریز انجام شد.

مواد و روش بررسی

در این پژوهش ۱۰۰ نفر از جانبازان جنگ تحمیلی که درصد جانبازی آنها بین ۳۰ تا ۷۰ درصد بود از نظر وجود و یا عدم وجود افسردگی و نیز شدت درجات افسردگی همراه تعداد ۱۰۰ نفر از افراد عادی جامعه که در شرایط سنی و جسمی یکسانی قرار داشتند، مورد مطالعه واقع شدند. سپس مقایسه‌ای از نظر میزان شیوع و شدت درجات افسردگی در دو گروه فوق به‌عمل آمد. علاوه بر آن، جانبازان مورد مطالعه به دو گروه تقسیم شدند:

الف) جانبازان شیمیایی

ب) جانبازان غیرشیمیایی

میزان شیوع و شدت درجات افسردگی در هر دو گروه بررسی و نسبت به هم، مورد مقایسه قرار گرفتند. همچنین ارتباط درصد جانبازی با میزان شیوع و بروز افسردگی و شدت علائم افسردگی مورد مطالعه قرار گرفت و مقایسه‌ای بین جانبازان ۷۰٪ شیمیایی و جانبازان ۷۰٪ غیرشیمیایی و نیز مقایسه‌ای بین کل جانبازان شیمیایی و جانبازان غیرشیمیایی به‌عمل آمد و در آخر مقایسه‌ای بین جانبازان شیمیایی و گروه کنترل و نیز جانبازان غیرشیمیایی و گروه کنترل از نظر میزان شیوع و شدت درجات افسردگی به‌عمل آمد.

به‌دلیل عدم دسترسی و نیز تعداد کم جانبازان زن، تمامی موارد از بین جانبازان مرد انتخاب شدند و گروه کنترل نیز تماماً مرد بودند و در شرایط مشابه سنی و جنسی، فرهنگی و اجتماعی قرار داشتند. در این تحقیق با مراجعه به مراکز حضور جانبازان شامل بنیاد جانبازان آذربایجان شرقی، آسایشگاه جانبازان، کلینیک‌های تخصصی درمان جانبازان شامل فجر ۱ و ۲ که جانبازان جهت کنترل مراجعه می‌نمایند و نیز با مراجعه به منازل، کارخانه‌ها، دانشگاه، آموزش و پرورش و بیمارستان، جانبازان با آسیب‌دیدگی‌های مختلف مورد مطالعه قرار گرفتند.

تعیین وجود افسردگی به‌وسیله مصاحبه و پرسشنامه افسردگی

جدول ۲: مقایسه جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی با گروه کنترل از نظر

افسردگی

افسردگی	غیر افسرده	افسرده
جانبازان شیمیایی	۷۷٪	۹۲/۳٪
جانبازان غیر شیمیایی	۴۲/۶۳٪	۵۷/۳۷٪
گروه کنترل	۶۴٪	۳۶٪

۴- میزان شیوع افسردگی جانبازان شیمیایی در درصدهای بالاتر جانبازی بیشتر بود (جدول ۳).

۵- میزان شیوع افسردگی جانبازان غیر شیمیایی در درصدهای بالاتر جانبازی (قطع نخاع) کمتر بود (جدول ۴).

۶- شدت علائم افسردگی در جانبازان شیمیایی در درصدهای بالاتر جانبازی بیشتر بود (جدول ۵)

۷- شیوع میزان شدت علائم افسردگی در جانبازان غیر شیمیایی ۳۹٪ - ۳۰٪ بود (جدول ۶).

کلاً در درصدهای پایین تر جانبازی در هر دو گروه شیمیایی و غیر شیمیایی شدت علائم افسردگی بیشتر بود.

جدول ۳: شیوع افسردگی در جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی به تفکیک درصد جانبازی

درصد شیوع افسردگی در جانبازان شیمیایی	۷۰ درصد و بالاتر		۶۰-۶۹ درصد		۵۰-۵۹ درصد		۴۰-۴۹ درصد		۳۰-۳۹ درصد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
درصد شیوع افسردگی در جانبازان شیمیایی	۲۲	۱۰۰٪	۲	۱۰۰٪	۴	۱۰۰٪	۷	۸۵/۷۲٪	۱۴	۸۵/۷۲٪
درصد شیوع افسردگی در جانبازان غیر شیمیایی	۲۲	۳۶/۳۶	۲	۵۰٪	۴	۷۵٪	۱۲	۵۸/۳۲٪	۲۱	۷۶/۱۸٪

جدول ۴: شدت علائم افسردگی در جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی به تفکیک درصد جانبازی

شدت علائم افسردگی	۷۰ درصد و بالاتر	۶۰-۶۹ درصد	۵۰-۵۹ درصد	۴۰-۴۹ درصد	۳۰-۳۹ درصد
افسردگی خفیف و متوسط در جانبازان شیمیایی	۷۵٪	۵۰٪	۷۵٪	۲۸/۵۷٪	۲۱/۴۲٪
افسردگی شدید و عمیق در جانبازان شیمیایی	۲۵٪	۵۰٪	۲۵٪	۵۷/۱۴٪	۶۴/۲۸٪
افسردگی خفیف و متوسط در جانبازان غیر شیمیایی	۲۷/۲۷٪	۵۰٪	۲۵٪	۴۲/۸۵٪	۴۲/۸۵٪
افسردگی شدید و عمیق در جانبازان غیر شیمیایی	۹/۰۹٪	صفر	۵۰٪	۱۶/۶۶٪	۳۳/۳۳٪

جدول ۵: مقایسه جانبازان شیمیایی و غیر شیمیایی ۷۰٪ با گروه کنترل از نظر شیوع افسردگی

افسردگی	غیر افسرده	افسرده
جانبازان شیمیایی ۷۰٪	صفر	۱۰۰٪
جانبازان غیر شیمیایی ۷۰٪	۶۳/۶۳٪	۳۶/۳۶٪
گروه کنترل	۶۴٪	۳۶٪

۸- شیوع افسردگی در جانبازان شیمیایی ۷۰٪ خیلی بالاتر از

جانبازان غیر شیمیایی ۷۰٪ بود (جدول ۵).

۹- همچنین شدت علائم افسردگی در جانبازان شیمیایی ۷۰٪ بیش از جانبازان غیر شیمیایی (قطع نخاع) ۷۰٪ بود. (جدول ۶).

بحث

جانبازان در طول جنگ استرس‌های فراوانی مانند صحنه‌های خون، مرگ، تخریب، انفجارات و اثرات آنها، عوارض سمی مواد و

جدول ۶: مقایسه جانبازان شیمیایی و غیرشیمیایی با گروه کنترل از نظر شدت علائم افسردگی

افسردگی خفیف	افسردگی متوسط	افسردگی شدید	افسردگی عمیق	
٪۳۳/۳۳	٪۴۱/۶۶	٪۸/۳۳	٪۱۶/۶۶	جانبازان شیمیایی ٪۷۰
٪۱۸/۱۸	٪۹/۰۹	٪۹/۰۹	صفر	جانبازان غیرشیمیایی ٪۷۰
٪۲۸	٪۸	صفر	صفر	گروه کنترل

فرضیات و با وجود این که بیشترین میزان معلولیت و محدودیت جسمی را نسبت به سایر گروه‌های جانبازان داشتند، از تمام گروه‌های دیگر پایین‌تر بود. سوالی که در اینجا پیش می‌آید این است که اگر شیوع افسردگی با شدت معلولیت و میزان استرس‌های ناشی از محدودیت جسمی و عوارض بیماری‌های ناشی از معلولیت در ارتباط است، چرا در جانبازان قطع نخاع که دارای بیشترین میزان معلولیت فیزیکی هستند، این مسئله صادق نیست.

در تحقیقی که دکتر اسدالهی و همکاران (۷۰ - ۶۹) در اصفهان بر روی جانبازان قطع نخاع و سایر جانبازان ٪۷۰ انجام داده بودند، شدت علائم افسردگی در جانبازان قطع نخاع پایین‌تر بود و هرچه محل آسیب دیدگی نخاعی به قسمت‌های بالاتر نخاع گسترش می‌یافت، شدت علائم افسردگی کمتر می‌شد. به طوری که در جانبازان کوادری پلژیک شدت علائم افسردگی کمتر از جانبازان پاراپلژیک بود. در آنجا فقدان درک حسی قسمتی از بدن را عامل اصلی مطرح کرده بودند. به این ترتیب که فقدان درک حسی قسمتی از بدن سبب کاهش شدت هیجانات و عواطف (Emotions & Feeling) می‌گردد. با توجه به این که افسردگی بیماری است که عمدتاً در محور خلق ایجاد می‌گردد، می‌تواند به عنوان نموداری از هیجان و عواطف مطرح شود. بنابراین اگرچه ظاهراً به نظر می‌رسد، بین احساس‌های بدنی (Somatic sensation) و هیجانات ارتباطی وجود نداشته باشد، با این وجود احساس‌ها می‌توانند بر شدت تجربه و بروز هیجانات و عواطف تأثیر بگذارند.

در جانبازان قطع نخاع هرچه محل ضایعات بالاتر باشد میزان بروز هیجانات در فرد کمتر می‌گردد و این مسئله شاید مهمترین علت پایین بودن میزان و شدت علائم افسردگی در جانبازان قطع نخاعی باشد.

از علل دیگر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱- تعداد افراد ورزشکار در گروه جانبازان قطع نخاع در این مطالعه بیشتر بود که تأثیر مثبت ورزش را در کاهش میزان شیوع و شدت

گازهای شیمیایی روی سلسله اعصاب مرکزی و دیگر اعضا، اثرات موج انفجار و اثرات تروماهای مختلف را متحمل شده‌اند. در زمان‌های بعد از اتمام جنگ نیز عوارض روحی و جسمی ناشی از معلولیت‌ها، محدودیت‌های حرکتی، عوارض بیماری‌های ناشی از معلولیت و عوارض دیرپای صدمات فیزیکی و عوارض شیمیایی را نیز تجربه کرده‌اند. جانبازان مورد مطالعه در این تحقیق دارای معلولیت‌های مختلفی از جمله صدمات شیمیایی، قطع نخاع، قطع اندام‌ها و آسیب‌های مختلف دیگر بودند. در این بررسی برای این که ارتباط نوع مصدومیت با میزان شیوع و شدت علائم افسردگی مورد مطالعه قرار گیرد. جانبازان در دو گروه جداگانه شامل جانبازان شیمیایی و جانبازان غیرشیمیایی مورد بررسی قرار گرفتند. شیوع و شدت علائم افسردگی در گروه جانبازان شیمیایی به نحو معنی‌داری بیشتر از جانبازان غیرشیمیایی بود (P.value<0.001).

موضوع قابل توجه در این مطالعه شیوع پایین‌تر افسردگی در جانبازان قطع نخاع و شیوع بسیار بالاتر آن در جانبازان شیمیایی ٪۷۰ بود. به طوری که شیوع افسردگی در گروه جانبازان شیمیایی به ۱۰۰ درصد رسید (بیشترین میزان). برعکس شیوع افسردگی در جانبازان ٪۷۰ غیرشیمیایی (جانبازان قطع نخاع) ٪۳۶/۳۶ و تقریباً مشابه گروه شاهد (٪۳۶) بوده است. شیوع افسردگی در جانبازان قطع نخاع، برخلاف تصورات و

علایم افسردگی نشان می‌دهد. این موضوع در تحقیقات دیگر به اثبات رسیده است.

۲- عوامل اجتماعی می‌توانند نقش مهمی در این زمینه داشته باشند. جانبازان قطع‌نخاع به‌دلیل محدودیت حرکتی اکثراً ویلچر سوار هستند. این موضوع سبب می‌گردد در اجتماع، میزان محبوبیت و احترام و درک و حمایت اجتماعی برای این افراد بالا باشد. به‌قول یکی از مسئولین، برادری که به‌علت آسیب جنگ، قطع‌نخاع شده هر جا حضور دارد. قاعدتاً احترام کسانی را که بر این نظام معتقد هستند برمی‌انگیزد ولی کسی که آسیب روانی دارد، ممکن است رفتاری داشته باشد که حتی نزدیک‌ترین فرد خانواده او هم نتواند آن را تحمل کند. لذا حمایت‌های اجتماعی و افزایش ارزش‌های جانبازی در سطح اجتماع می‌تواند یکی از علل مهم کاهش عوامل روانی ایجادکننده افسردگی در جانبازان باشد.

۳- درگیری کمتر در مسایل اجتماعی به‌علت محدودیت‌های فیزیکی موجود

۴- حمایت‌های لازم از طریق ارگان‌ها، مردم، مسئولین و خانواده

۵- شغل مناسب با وضعیت جسمی و روحی

۶- ایمان و اعتقاد مذهبی بالا
۷- وجود مراکز مخصوص درمانی جهت کنترل و درمان بیماری‌ها و عوارض معلولیت‌ها

در هر حال در این تحقیق نشان داده شد که، جانبازان شیمیایی هفتاد درصد، ۱۰۰٪ افسرده هستند. همچنین در افراد با درصد جانبازی بالای ۵۰٪ نیز میزان شیوع افسردگی ۱۰۰٪ بود. بسیاری از مواردی که برای جانبازان قطع‌نخاع مطرح بود، برای این جانبازان صادق نبود. این گروه به‌دلیل بیماری شدید تنفسی قادر به انجام ورزش و کارهای مورد علاقه نبودند و شاید درک و حمایت اجتماعی و خانوادگی نیز در این گروه پایین‌تر بود. کاهش سطح حسی و هیجانات نیز در این گروه مطرح نبود و از طرف دیگر عوارض شیمیایی و محدودیت‌های فیزیکی و علل روانی همچنان به‌قوت خود باقی بودند.

در کل به‌دلیل کم‌بودن تعداد در هر مورد قضاوت منطقی و صحیح ممکن نیست و بایستی تحقیقات بیشتر در مقیاس گسترده صورت گیرد و مشکلات مختلف جانبازان به تفکیک نوع معلولیت و میزان درصد جانبازی مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- ۱- وفایی ب (۱۳۷۵). بررسی ۴۰۰ مورد اختلالات روانی ناشی از جنگ در بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۷۵، صفحات: ۶۸ - ۷۷.
- 2- Kaplan HI and Sadok BJ(1998). synopsis of psychiatry. 8th Ed Kathleen Courtney Millert, Baltimore. Maryland USA, P: 617-623.
- 3- Gelder MG, Lopez-Ibor J, Andreasen N(2000). New oxford textbook of psychiatry. first published Volum 1; Oxford University New york, P: 758 - 769.
- 4- Sadok BJ Sadok VA(2000). Comprehensive textbook of

psychiatry 7th volum 1,Ed walters Kluwer, New york, p: 1484-1484.

۵- رایت جی س، فیلان م. (2002) CORE Psychiatry. مترجم دکتر نصرتا ... پورافکاری، چاپ اول، ناشر دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، صفحه: ۱۸۳.

۶- مورفی ج، کوان ال و سیلدر ل. (2001) Blue print psychiatry مترجم نصرتا ... پورافکاری، چاپ اول، ناشر آزاده تبریز، صفحه: ۲۷.

۷- سادوک ب ج، سادوک و. (2001) Pocket & Hand book and clinical psychiatry مترجم نصرتا ... پورافکاری، چاپ اول، ناشر آزاده تبریز، صفحات: ۱۳۷ - ۱۳۶.