

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشکده ادبیات و علوم انسانی

گروه روانشناسی عمومی

تعیین ماهیت، فراوانی و عوامل پیش بینی کننده بروز اختلالات روانی پس از

آسیب مغزی تروماتیک

از

سجاد رضائی

اساتید راهنما

دکتر ایرج صالحی

دکتر شاهرخ یوسف زاده

اساتید مشاور

دکتر سیدحشمت الله موسوی

دکتر احسان کاظم نژاد

خرداد ۱۳۸۹

اگر تنها ترین تنهاییان شوم ، باز هم خدا با من است

او جانشین تمام نداشته‌های من است.

((دکتر علی شریعتی))

تقدیم به:

دو گوهر ارزنده زندگانیم

پدرم عزیزم، کوه استوار شکیبائی و مهر

مادر مهربانم، دریای محبت و فداکاری؛

کسانیکه دو بال زندگی من برای پرواز به سوی پیشرفت بوده‌اند،

اما من قادر به جبران ذره‌ای از الطاف آنها نبوده‌ام.

سپاس و تشکر :

- ❖ از راهنمایی‌های بیدریغ استاد بزگوآرم جناب **دکتر ایرج صالحی** در گروه روانشناسی دانشگاه گیلان.
- ❖ از راهنمایی‌ها و حمایت‌های همه جانبه آقای **دکتر شاهرخ یوسف زاده** در بیمارستان پورسینای شهرستان رشت و مرکز تحقیقات تروما و توسعه تحقیقات بالینی دانشگاه علوم پزشکی گیلان.
- ❖ از مشاوره‌های روانپزشکی صبورانه **دکتر سید حشمت الله موسوی** و تامین بخشی از داده‌های پژوهش.
- ❖ از مشاوره‌های آماری دقیق **دکتر احسان کاظم نژاد**.

مطالعه حاضر تحت عنایات خداوند متعال ، حاصل همکاری متعهدانه این اساتید و پرسنل زحمتکش کلینیک تخصصی و فوق تخصصی امام رضا(ع) بوده است که بر خود لازم می‌دانم از ایشان که در به ثمر رسیدن این پژوهش نقش داشتند، صمیمانه قدردانی نمایم.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
ذ	چکیده فارسی
ر	چکیده انگلیسی
	۱- فصل اول: موضوع پژوهش
۱	۱-۱: مقدمه
۲	۱-۲: وسعت مسأله «همه گیر شناسی TBI»
۴	۱-۳: بیان مسأله (اهمیت و ضرورت پژوهش)
۶	۱-۴: اهداف پژوهش
۶	۱-۵: سوالات پژوهش
۷	۱-۶: توصیفات و تعاریف مفهومی متغیرها در همبستار پژوهش
۱۵	۱-۷: مشخصات فنی و تعاریف عملیاتی متغیرها
	۲- فصل دوم: ادبیات پژوهش
۲۳	۲-۱: تاریخچه و مبنای نظری
۲۶	۲-۲: تشخیص آسیب مغزی تروماتیک (TBI)
۲۹	۲-۳: سبب شناسی TBI
۳۰	۲-۴: پاتوفیزیولوژی آسیب مغزی تروماتیک (TBI)
۳۱	۲-۵: تغییرات عصب-زیست شناختی TBI
۳۴	۲-۶: آسیب های موضعی مغز
۳۴	۲-۶-۱: کونتوزیون
۳۵	۲-۶-۲: هماتوم روی سخت شامه (EDH)
۳۶	۲-۶-۳: هماتوم زیر سخت شامه (SDH)
۳۷	۲-۶-۴: خونریزی تحت عنكبوتیه (SAH)
۳۸	۲-۶-۵: خونریزی داخل بطنی (IVH)

۳۸	۶-۶-۲: هماتوم داخل مغزی (ICH)
۳۹	۷-۲: آسیب های منتشر مغز
۳۹	۱-۷-۲: آسیب آکسونی منتشر (DAI)
۴۱	۲-۷-۲: اِدِم (آماس مغزی)
۴۱	۸-۲: سیر و پیش آگهی TBI
۴۳	۹-۲: آمتری (یادزدودگی) پس از تروما
۴۴	۱۰-۲: نقص زبانی پس از TBI
۴۶	۱۱-۲: نقص شناختی و TBI
۴۸	۱۲-۲: عوامل پیش مرضی مؤثر بر بهبودی پس از TBI
۴۹	۱۳-۲: تأثیرات روانشناختی ترومای سر
۵۰	۱۴-۲: شواهد درد و TBI
۵۱	۱۵-۲: مصرف سیگار و آسیب مغزی
۵۲	۱۶-۲: بیماری شناسی مقایسه ای و TBI
۵۴	۱-۱۶-۲: دمانس
۵۵	۲-۱۶-۲: دلیریوم ناشی از TBI
۵۵	۳-۱۶-۲: اختلالات خلقی ناشی از TBI
۵۷	۴-۱۶-۲: مانیای ثانویه
۵۹	۵-۱۶-۲: اختلال اضطرابی ناشی از TBI
۶۱	۶-۱۶-۲: تغییرات شخصیت
۶۴	۷-۱۶-۲: اختلالات روانپریشی ناشی از TBI
۶۵	۸-۱۶-۲: اختلالات خواب ناشی از TBI
۶۸	۹-۱۶-۲: اختلالات مرتبط با مصرف مواد و TBI
۶۸	۱-۹-۱۶-۲: وابستگی به مواد
۷۰	۲-۹-۱۶-۲: سوء مصرف مواد

۷۱	۲-۱۶-۱۰: اختلالات ساختگی و تمارض در برابر ادعای غرامت ناشی از TBI
۷۴	۲-۱۷: بررسی پیشینه پژوهش
۱۰۲	۲-۱۸: نقد و تحلیل پژوهشهای گذشته
۱۰۸	۲-۱۹: وجوه تمایز پژوهش حاضر
	۳- فصل سوم: روش پژوهش
۱۱۱	۳-۱: طرح کلی پژوهش
۱۱۱	۳-۱-۱: جامعه آماری
۱۱۱	۳-۱-۲: محیط پژوهش
۱۱۱	۳-۱-۳: تعیین حجم نمونه
۱۱۲	۳-۱-۴: روش نمونه گیری و ویژگی های آزمودنی ها (معیارهای ورود و خروج)
۱۱۳	۳-۲: ابزارهای اندازه گیری
۱۱۳	۳-۲-۱: سیاهه متغیرهای جمعیت شناختی بیماران دچار TBI
۱۱۳	۳-۲-۲: مقیاس اغمای گلاسکو (GCS)
۱۱۴	۳-۲-۳: مقیاس پیامد گلاسکو (GOS)
۱۱۵	۳-۲-۴: پرسشنامه اطلاعات عصب شناختی و تشریحی
۱۱۵	۳-۲-۵: پرسشنامه سنجش وقوع، شدت و مدت آمنزی
۱۱۶	۳-۲-۶: مقیاس پیوسته بصری (VAS)
۱۱۷	۳-۲-۷: معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)
۱۱۸	۳-۲-۸: خرده آزمون گنجینه واژگان آزمون هوشی بزرگسالان و کسلر (WAIS-R)
۱۲۰	۳-۲-۹: خرده آزمون تکمیل تصاویر آزمون هوشی بزرگسالان و کسلر
۱۲۱	۳-۲-۱۰: الگوریتم برآورد هوش پیش مرضی او کلاهاما (OPIE)
۱۲۳	۳-۲-۱۱: نسخه مناسب سازی شده ۲۸-GHQ برای بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک
۱۲۶	۳-۲-۱۲: چک لیست مصاحبه ساختار یافته بالینی
۱۲۷	۳-۳: شیوه اجرای پژوهش

۱۳۰ ۴-۳: روش های آماری تجزیه و تحلیل داده ها

۱۳۲ ۱-۴-۳: ارزیابی مدل رگرسیونی لوجستیک

۴- فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها

۱۳۵ ۱-۴: یافته های پژوهش

۱۶۴ ۲-۱-۴: نتایج مرتبط با ساخت مدل رگرسیونی لوجستیک با استفاده از روش پیش‌رو نسبت درست نمائی

۵- فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱۷۲ ۱-۵: بحث و نتیجه‌گیری

۱۸۷ ۲-۵: محدودیت های پژوهش

۱۸۹ ۳-۵: پیشنهادات پژوهش

۱۹۲ منابع فارسی

۱۹۵ منابع انگلیسی

۲۰۸ ضمائم و پیوست‌ها

فهرست جداول

۱۵	جدول ۱-۱) نقش، نوع مقیاس، تعریف عملیاتی و واحد اندازه گیری یا حالت نمره گذاری متغیرهای پژوهش
۳۱	جدول ۱-۲) تظاهرات رفتاری مرتبط با نواحی کالبدشناختی آسیب مغزی لوب پیشانی یا گیجگاهی
۵۳	جدول ۲-۲) طبقه بندی DSM-IV-TR از رخداد برخی نشانگان رفتاری پس از آسیب مغزی تروماتیک
۹۸	جدول ۲-۴) خلاصه نتایج مطالعات اختلالات روانی در بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک
۱۰۳	جدول ۲-۵) ارزیابی گستره دانش موجود از اختلالات روانی پس از TBI
۱۰۷	جدول ۲-۶) خلاصه انتقاد از پژوهش های گذشته
۱۱۱	جدول ۳-۱) فرمول تعیین حجم نمونه بر اساس روش رگرسیون لجستیک
۱۳۶	جدول ۴-۱) ویژگی های جمعیت شناختی بیماران دچار TBI
۱۳۸	جدول ۴-۲) میانگین و انحراف معیار مدت اقامت در بخش های مختلف بیمارستان و LOC
۱۳۹	جدول ۴-۳) نتایج معاینات جراحی اعصاب و یافته های تصویربرداری عصبی بیماران دچار TBI
۱۴۰	جدول ۴-۴) یافته های مرتبط با شدت آمیزی پس از تروما در بیماران دچار TBI
۱۴۱	جدول ۴-۵) یافته های حاصل از ارزیابی های روانشناختی بیماران دچار TBI
۱۴۳	جدول ۴-۶) ماهیت انواع اختلالات روانی ۴ ماه پس از آسیب مغزی تروماتیک (TBI) بر حسب جنسیت
۱۴۵	جدول ۴-۷) تشخیص های همزمان اختلالات روانی در بیماران دچار TBI
۱۴۶	جدول ۴-۸) شیوع طول عمر اختلالات روانی (محور ۱ و ۲) پیش از وقوع TBI
۱۴۷	جدول ۴-۹) نتایج آزمون گلموگروف-اسمیرنوف جهت مشخص ساختن توزیع نرمال متغیرهای کمی پژوهش
	جدول ۴-۱۰) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی بر حسب متغیرهای شدت درد، OPIE، VOC،
۲۴۸	GHQ-۲۸
	جدول ۴-۱۱) نتایج آزمون U مان-ویتنی جهت مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی بر حسب متغیرهای سن،
۱۴۹	سطح تحصیلات، GCS، مدت انواع مختلف بستری، LOC، PTA، تکمیل تصاویر و نقص شناختی
۱۵۰	جدول ۴-۱۲) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی بر حسب متغیر جنسیت
۱۵۰	جدول ۴-۱۳) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی بر حسب وضعیت تاهل
۱۵۱	جدول ۴-۱۴) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی بر حسب محل سکونت
۱۵۱	جدول ۴-۱۵) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی بر حسب موقعیت شغلی

- ۱۵۲ جدول ۴-۱۶) مقایسه دو گروه بیماران گروه بیماران مبتلا و غیر مبتلا به اختلال روانی از نظر علت وقوع TBI
- ۱۵۳ جدول ۴-۱۷) مقایسه دو گروه بیماران مبتلا و غیر مبتلا به اختلال روانی از نظر سطوح شدت TBI
- ۱۵۴ جدول ۴-۱۸) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر سطح ناتوانی کلی ناشی از تروما
- ۱۵۵ جدول ۴-۱۹) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر وجود یا عدم وجود شکستگی جمجمه
- ۱۵۵ جدول ۴-۲۰) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر جهت آسیب دیدگی نیمکره های مغز
- ۱۵۶ جدول ۴-۲۱) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر مکان آسیب دیدگی لوب های مغزی
- ۱۵۷ جدول ۴-۲۲) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر نوع آسیب های موضعی مغز
- ۱۵۸ جدول ۴-۲۳) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر نوع آسیب های منتشر مغز
- ۱۵۸ جدول ۴-۲۴) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر وجود آسیب تحت جمجمه ای
- ۱۵۹ جدول ۴-۲۵) مقایسه دو گروه بیماران مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر سابقه جراحی اعصاب پس از TBI
- ۱۵۹ جدول ۴-۲۶) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر وجود ادعای غرامت مالی
- ۱۶۰ جدول ۴-۲۷) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر سابقه مصرف سیگار به مدت بیش از شش ماه
- ۱۶۰ جدول ۴-۲۸) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر سابقه سوء مصرف مواد
- ۱۶۱ جدول ۴-۲۹) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر وقوع نقص زبانی
- ۱۶۲ جدول ۴-۳۰) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر وقوع آمیزی
- ۱۶۲ جدول ۴-۳۱) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر سطوح شدت آمیزی
- ۱۶۳ جدول ۴-۳۲) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر وقوع آسیب جسمی
- ۱۶۳ جدول ۴-۳۳) مقایسه دو گروه بیماران دچار TBI مبتلا و غیرمبتلا به اختلال روانی از نظر وقوع نقص شناختی
- ۱۶۴ جدول ۴-۳۴) مقادیر هر دو آماره مربوط به لگاریتم درست‌نمائی و ضریب تعیین کاذب
- ۱۶۵ جدول ۴-۳۵) نتایج آزمون هاسمر- لمه شو مرتبط با برازش میزان پیش بینی تغییرات متغیر وابسته
- ۱۶۶ جدول ۴-۳۶) نتایج مرتبط با عملکرد مدل و قدرت تفکیک بیماران دچار TBI در طبقات متغیر وابسته (بروز اختلال روانی)
- ۱۶۷ جدول ۴-۳۷) نتایج گام چهارم در تحلیل رگرسیون لجستیک دوجبهی مرتبط با عوامل خطرزای بروز اختلال روانی پس از TBI
- ۱۶۸ جدول ۴-۳۸) معادله رگرسیونی لجستیک و مدل پیش‌بینی کننده بروز اختلالات روانی پس از TBI

فهرست تصاویر و نمودارها

- ۲۴ تصویر ۱-۲) آسیب دیدگی فینئاس گیج
- ۳۵ تصویر ۲-۲) نشانگر یک کونتوزیون در لوب پیشانی سمت راست
- ۳۵ تصویر ۳-۲) نشانگر یک EDH در لوب پیشانی سمت چپ
- ۳۶ تصویر ۴-۲) نشانگر قسمت زیرین جمجمه و لایه‌های سخت‌شامه، پرده عنكبوتیه و نرم‌شامه
- ۳۷ تصویر ۵-۲) نشانگر یک SDH در نیمکره سمت راست
- ۳۷ تصویر ۶-۲) نشانگر یک SAH، در ناحیه سفید مرکز آن
- ۳۸ تصویر ۷-۲) نشانگر یک IVH در بطن جانبی و سوم مغز
- ۱۳۷ نمودار ۱-۴) نشانگر درصد و فراوانی علل وقوع آسیب مغزی تروماتیک (TBI)
- ۱۴۱ نمودار ۲-۴) پراکنندگی شدت درد مرتبط با آسیب دیدگی سر در بیماران دچار TBI

(عنوان): تعیین ماهیت، فراوانی و عوامل پیش بینی کننده بروز اختلالات روانی پس از آسیب مغزی تروماتیک

(نام دانشجو): سجاد رضائی

مقدمه: آسیب عضوی مغز می‌تواند فرد را مستعد ابتلاء به اختلال روانی نماید. هدف از پژوهش حاضر تعیین ماهیت، فراوانی و عوامل پیش‌بینی کننده بروز اختلالات روانی پس از وقوع آسیب مغزی تروماتیک (TBI) بود.

مواد و روشها: در مجموع ۲۳۸ بیمار دچار TBI (۴۳ زن و ۱۹۵ مرد) در قالب یک مطالعه توصیفی-طولی به شیوه نمونه‌گیری غیراحتمالی و پیاپی وارد مطالعه شدند و هریک از آنها تحت معاینات جراحی اعصاب و ارزیابی‌های روانشناختی قرار گرفتند. پس از گذشت ۴ ماه پیگیری ۶۵/۱٪ (۱۵۵ نفر) از بیماران جهت تعیین ماهیت اختلال روانی ناشی از TBI با استفاده از مصاحبه ساختار یافته بالینی بر پایه ضوابط تشخیصی DSM-IV به یک روانپزشک مراجعه نمودند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که پس از آسیب‌دیدگی، ۷۵/۴۸٪ (۱۱۷ نفر) دارای تشخیص اختلالات روانی ثانوی بر TBI هستند. شایعترین اختلالات روانی ناشی از TBI به ترتیب شامل اختلال تغییر شخصیت (۵۸/۵۹٪) و اختلالات خلقی (۳۲/۲۶٪)، اختلالات اضطرابی (۲۰٪)، اختلالات خواب (۱۹/۳۴٪)، اختلال امنزی نوع مزمن (۱۲/۹٪) و اختلالات جسمانی شکل (۱/۲۹٪) می‌شدند. اختلالات دلیریوم، خوردن، و روانپریشی ناشی از TBI نیز هر یک به میزان ۰/۶۴٪ تشخیص داده شدند. نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک دو وجهی برای محاسبه نسبت بخت‌های مدل (OR) با فواصل اطمینان (CI) ۹۵٪، نشان داد که شدت TBI (۹/۷۱۲ - ۱/۲۵۹ CI) ۹۵٪، (OR=۳/۴۹۷)، وجود آسیب تحت جمجمه‌ای (۷/۸۵۷ - ۱/۰۲۲ CI) ۹۵٪، (OR=۲/۸۳۴) و افت سطح سازش یافتگی عمومی پس از تروما، همانطور که توسط نسخه مناسب‌سازی شده GHQ-۲۸ سنجیده می‌شد (۱/۰۳۵ - ۱/۱۱۱ CI) ۹۵٪، (OR=۱/۰۷۲) خطر بروز اختلالات روانی را افزایش می‌دهند.

نتیجه‌گیری: فراوانی بالای اختلالات روانی در مرحله حاد پس از TBI به همراه بسیاری از موارد جدید تغییر شخصیت، اختلالات خلقی و اضطرابی، چشمگیر است و بیماران دچار TBI می‌بایست، دست‌کم در مقطع زمانی ۴ ماهه پس از تروما مورد پایش و ارزیابی قرار بگیرند تا خطر بروز اختلالات روانی کاهش یابد.

کلید واژگان: آسیب مغزی تروماتیک، اختلالات روانی، عوامل پیش بینی کننده، معاینات جراحی اعصاب، ارزیابی‌های روانشناختی.

Abstract

(Title): determining the nature, frequency and predictive factors for the incidence of mental disorders after traumatic brain injury

(Author): Sajjad Rezaei

Introduction: Organic brain damage can predispose individuals to mental disorders. The aim of this research was to determine the nature, frequency and predictive factors of mental disorders following Traumatic Brain injury

Materials and Methods: Overall, 238 patients (43 females and 195 males) with TBI in the form of a descriptive-longitudinal study, were chosen by nonprobability and consecutive sampling and each of them under were neurosurgical examinations and psychological evaluations. After 4 months, follow-up 65.1% (155 cases) of patients to determine the nature of mental disorder due to TBI using a structured clinical interview based on DSM-IV diagnostic criteria, referred to a psychiatrist.

Results: The results showed that postinjury, 75.48% (117 cases) have mental disorders secondary to TBI. The most common mental disorders due to TBI including personality change (58.59%), mood disorders (32.26%), anxiety disorders (20%), sleep disorders (19.34%), chronic amnesia(12.9%) and somatoform disorders(1.29%). Delirium, eating and psychotic disorders each upto 0.64% were diagnosed. Results of binary logistic regression analyses to calculate the model odds ratio (OR) with 95% confidence interval (CI) indicated that severity of TBI (OR=3.497, 95% CI 1.259-9.712), presence of subcranial injury (OR=2.834, 95% CI 1.022-7.857) and Falling levels of General compatibility, as was measured by Modified Version for GHQ-28(OR=1.072, 95% CI 1.035-1.111) increased the risk of incidencing mental disorders.

Conclusion: The high frequency of mental disorders is evident in the acute phase after TBI, along with many novel cases of personality changes, mood and anxiety disorders and TBI patients at least in 4-month period after the trauma, must be monitoring and evaluation to reduce the risk of incidencing mental disorders.

Key Words: Traumatic brain injury, mental disorders, predictive factors ,neurosurgical examinations, psychological assessments.

فصل اول

موضوع پژوهش

۱-۱: مقدمه:

آسیب مغزی تروماتیک^۱ (TBI) تجربه ای فاجعه بار است که زندگی هر انسانی را پس از آسیب دیدگی دگرگون می نماید. این عارضه به دلیل ماهیت پیچیده‌ی تغییرات حاد یا کوتاه مدت و دراز مدتش که می تواند به نحو چشمگیری با پیامد و کیفیت زندگی پس از جراحی مغزی تداخل نماید، در کانون توجه قرار گرفته است. TBI یکی از علل برجسته مرگ و ناتوانی‌های طولانی مدت برای اشخاص ۳۵ ساله و جوانتر است. پیشرفت های چشمگیر درحوزه جراحی های ترومای سر و نیز بهبود خدمات بیمارستانی و نظام مراقبت از افراد دچار تروما در طول چند ساله اخیر در کشور ما سبب افزایش بقا و بهبودی بیشتر بیماران متحمل TBI گشته است. با این حال نقایص شناختی و روانی قابل ملاحظه ای برای بسیاری از بیماران، خصوصاً آن دسته از بیمارانی که آسیب دیدگی متوسط تا شدید را تجربه کرده اند، باقی می ماند.

با مرور پژوهشهای گذشته یافت شد که افراد دچار TBI اغلب منظومه ای از مشکلات جسمی، روانی، عصبی و علائم اختلالات روانی را در روزها و هفته ها پس از آسیب دیدگی از خود نشان می دهند. هر چند بسیاری از مشکلات وخیم جسمی و پزشکی در طول چند ماه اول و طی دوره توانبخشی فروکش کرده و به تثبیت می رسد اما همانگونه که هوفین^۲ و همکاران (۲۰۰۱)؛ فان^۳ (۲۰۰۴) و کوپونن^۴ و همکاران (۲۰۰۲، ۲۰۰۶) نشان داده اند تعداد قابل توجهی از بیماران برخی از علائم اختلالات روانی را سالها یا حتی دهه ها پس از آسیب مغزی تروماتیک از خود نشان می دهند. این مسأله به نوبه خود می تواند سبب معلولیت های مزمن شود که متأسفانه اغلب به دلیل ماهیت پیچیده ابعاد زیستی- روانی و اجتماعی^۵ آن مورد توجه و درمان مقتضی قرار نمی گیرد.

بطور معمول پژوهش راجع به آسیب مغزی تروماتیک به شیوه ای نظام مند دشوار است، چرا که سازو کارهای آسیب دیدگی می تواند سبب آسیب مغزی موضعی یا منتشر^۶ گردیده و به تظاهرات بالینی نامتجانسی منجر شود (این مسأله به نحو بارزی در یافته های پژوهش حاضر نمایان شده است). بنابراین اکثر بررسیها بر شناسایی ماهیت و تأثیر پیامدهای جسمی و شناختی متعاقب TBI تمرکز داشته اند. با این وصف پژوهش درباره اختلالات روانی ناشی از TBI هنوز دوران طفولیت خود را می گذراند و به دنبال رشد و توسعه بیشتری است.

1- traumatic brain injury

2 -Hoofien

3 -Fann

4 -Koponen

5 - biopsychosocial dimensions

6 - focal or diffuse brain injury

در مجموع ماهیت جنبه های آسیب شناسی روانی TBI بسیار پیچیده است که در این پژوهش با پشتوانه مطالعات گذشته تصور می شود، ناشی از وجود عوامل تأثیرگذار بی شماری نظیر شدت آسیب مغزی تروماتیک، نوع آسیب (موضعی یا منتشر)، مکان آسیب مغزی^۱، میزان نقص شناختی^۲، سطح کارکرد پیش مرضی^۳، افت سازش یافتگی عمومی پس از تروما و ... باشد. اگرچه اکثر بالینگران به طور واضحی به تأثیر ضمنی دگرگونی های رفتاری و شخصیتی پس از TBI پی برده اند، اما مطالعات اندکی به نحوی فراگیر و عینی ماهیت، فراوانی و آن دسته از عواملی را که بتواند بروز اختلالات را پس از TBI پیش بینی نماید، مورد پژوهش قرار داده اند. در پژوهش حاضر امید می رود بادیدی یکپارچه نگر و بین رشته ای در بستر رویکرد زیستی- روانی- اجتماعی بتوان رهنمودهایی ارزشمند در شناسایی عوامل خطرزا ارائه نمود و فقر پژوهشی موجود در کشورمان را تقلیل داد. همچنین امید است مطالعه حاضر بتواند محرک ایده های جدید برای مطالعات آینده باشد و خطوط کلی را برای پژوهش های مداخله ای و آزمایشی ترسیم نماید.

۱-۲: وسعت مسأله «همه گیر شناسی TBI»^۴

آسیب مغزی تروماتیک مسأله ای عالمگیر در بهداشت عمومی است. این عارضه بیشتر تحت عنوان «همه گیری خاموش یا پنهان»^۵ خوانده می شود، چرا که دانش عمومی ناچیزی درباره موضوع و علائم آن نظیر حافظه و مشکلات شناختی که ممکن بود بلافاصله آشکار نشود، وجود داشت. این مسأله هنگامی بغرنج تر می گردد که بسیاری از افراد آسیب دیده توسط نظام سلامت مورد شناسایی قرار نگرفته و علائم عصب شناختی^۶، عصب روانشناختی^۷ و عصبی-رفتاری^۸ و دشواری های کارکردی^۹ شان به سایر سبب شناسی های غیر مرتبط و نه به آسیب مغزی نسبت داده شود (آشمن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۶؛ فینستاین و راپاپورت^{۱۱}، ۲۰۰۰).

دست کم ۱/۴ میلیون مورد TBI سالانه در ایالات متحده رخ می دهد. در بین آنها، حدوداً ۵۰/۰۰۰ نفر می میرند و ۲۳۵۰۰۰ نفر در بیمارستانها پذیرش می شوند و ۱/۱ میلیون نفر تحت درمان قرار گرفته و از بخش های اورژانس ترخیص می شوند

- 1- lesion location
- 2 - Cognitive impairment
- 3 - level of premorbid functioning
- 4 - epidemiology of TBI
- 5 - "silent" or "hidden" epidemic
- 6- neurological
- 7 - neuropsychological
- 8- neurobehavioral
- 9 - functional difficulties
- 10- Ashman
- 11 - Feinstein & Rapoport

(لانگ لوییس، راتلند- براون و والد^۱، ۲۰۰۶). تقریباً ۵/۳ میلیون نفر در حالیکه از ناتوانی های درازمدت ناشی از TBI رنج می برند، زندگی خود را به سختی می گذرانند. هزینه های مستقیم و غیر مستقیم ناشی از TBI که بطور سالانه برآورد می شود بالغ بر ۵۶ میلیارد دلار است (بیندر^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). در اروپا تگلیافری^۳ و همکاران (۲۰۰۶) براساس مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف این قاره، نرخ بروز سالانه TBI را ۲۳۵ مورد در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر محاسبه نمودند.

علاوه بر این همان پژوهشگران تخمین زدند که ۶/۳ میلیون نفر با سطوح مختلف ناتوانی، آسیب دیدگی یا معلولیت های مرتبط با TBI زندگی می کنند. در جنوب اروپا علل عمده TBI، انواع مختلفی از سقوط ها هستند که بطور ویژه ای با مصرف الکل مرتبط است (تگلیافری و همکاران، ۲۰۰۶).

میزان وقوع TBI بطور چشمگیری در مردان بیشتر از زنان است. اکثر موارد TBI در میان کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جوان رخ می دهد، مضافاً اینکه در طول گستره سنی یک اوج ثانویه دیگری در میان افراد سالخورده دیده شده است. در مجموع بیشتر از دو سوم موارد TBI، "خفیف" گزارش شده است. ما بقی موارد TBI بطور برابری در بین افرادی که دارای آسیب دیدگی متوسط تا شدید بوده اند، تقسیم شده است (همان منبع).

با این وصف هر چند آمار دقیقی از همه گیر شناسی آسیب مغزی تروماتیک در ایران وجود ندارد اما از پژوهشهای پراکنده ای که در این باره صورت گرفته است، اینطور برمی آید که متأسفانه ایران در زمینه بروز سوانح و تصادفات در زمره نخستین کشورهای جهان قرار دارد. این در حالی است که به نحو تأسف باری بیشترین صدمات وارده به قسمت های سرو گردن و نهایتاً بروز آسیب های مغزی می باشد (رنگرز جدی و فرزندی پور، ۱۳۸۱؛ صادقی، ۱۳۷۷؛ خاتمی و همکاران، ۱۳۸۲، یوسف زاده و همکاران، ۱۳۸۶ الف). در پژوهش دیگری یوسف زاده و همکاران (۱۳۸۶ ب) بطور ویژه ای به همه گیر شناسی ضربه های سر در استان گیلان پرداختند که در آن از ۵۲۵۶ بیمار ترومایی مراجعه کننده به بیمارستان پورسینای رشت ۳۳۹۶ نفر (۶۴٪) دچار ضربه مغزی شده بودند که در آن نسبت مرد به زن ۳ به ۱ بود. گروه سنی دچار آسیب دیدگی، افراد ۲۵ تا ۴۴ ساله را تشکیل می داد. در این میان ۱۳ درصد از بیماران فوت شدند که علت مرگ ۵۵ درصد از افراد آسیب دیده موتورسیکلت بود. با این همه در مورد داده های همه گیر شناختی اختلالات روانی پس از TBI که پژوهش حاضر تمرکز ویژه ای بر روی آن دارد، داستان چیز دیگری است. با مرور متون پژوهشی گذشته دریافته شد تفاوت های چشمگیری در نرخ

1- Langlois , Rutland-Brown & Wald

2 - Binder

3- Tagliaferri

4 -mild

بروز انواع اختلالات روانی پس از آسیب مغزی تروماتیک وجود دارد. برای مثال نگاه کنید به: ون ریکوم^۱ و همکاران (۱۹۹۶)، دب^۲ و همکاران (۱۹۹۹)، هیبارد^۳ و همکاران (۱۹۹۸ و ۲۰۰۰)، سیلور^۴ و همکاران (۲۰۰۱)، کوپونن و همکاران (۲۰۰۲) و ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷، سیل^۵ و همکاران (۲۰۰۳)، بومباردییر^۶ و همکاران (۲۰۰۶)، ژانگ، ژای و چن^۷ (۲۰۰۶)، ماینیو^۸ و همکاران (۲۰۰۷)، اسکوارزبولد^۹ و همکاران (۲۰۰۸) و رچیو و ونگ^{۱۰} (۲۰۰۹).

ماهیت انواع اختلالات روانی در فصل دوم به تفصیل مورد بررسی قرار خواهد گرفت، اما ذکر این نکته ضروریست که علی‌رغم پراکندگی در میزان اختلالات روانی در پژوهش‌های مختلف، گروه بیماران دچار آسیب مغزی تروماتیک نسبت به جمعیت عمومی همواره بطور معناداری اختلالات روانی بیشتری را بویژه در طبقات تشخیصی افسردگی اساسی و سوء‌مصرف مواد تجربه می‌کنند (دب و همکاران، ۱۹۹۹؛ ولان – گودینسون، پونزفورد و جانستون^{۱۱}، ۲۰۰۹).

۱-۳: بیان مسأله (اهمیت و ضرورت پژوهش)

بسیاری از پژوهشها از این فرضیه حمایت کرده اند که TBI می تواند عاملی خطرزا برای ایجاد اختلالات روانی باشد (فان و همکاران، ۱۹۹۵؛ ون ریکوم و همکاران؛ ۱۹۹۶؛ هیباردو همکاران، ۱۹۹۸ و ۲۰۰۰؛ دب و همکاران، ۱۹۹۹؛ ون ریکوم، کوهن و ونگ^{۱۲}، ۲۰۰۰؛ سیلور و همکاران، ۲۰۰۱؛ رائو و لیکتسوس^{۱۳} ۲۰۰۲؛ وارینر و ولیکونجا^{۱۴}، ۲۰۰۶؛ ساندارسانان^{۱۵} و همکاران، ۲۰۰۷؛ راجرز و رید^{۱۶}، ۲۰۰۷؛ کیم^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسکوارزبولد و همکاران، ۲۰۰۸؛ فلمینگر^{۱۸}، ۲۰۰۸؛ رچیو و ونگ، ۲۰۰۹؛ ولان – گودینسون، پونزفورد و جانستون، ۲۰۰۹؛ هالبوئر^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۹).

-
- 1 - Van Reekum
 - 2 - Deb
 - 3 - Hibbard
 - 4 - Silver
 - 5 - Seel
 - 6 - Bombardier
 - 7 - Zhang, Zhai & Chen
 - 8 - Mainio
 - 9 - Schwarzbald
 - 10 - Riggio & Wong
 - 11 - Whelan-Goodinson, Ponsford & Johnston
 - 12 - Cohen & Wong
 - 13 - Rao & Lyketsos
 - 14 - Warriner & Velikonja
 - 15 - Sudarsanan
 - 16 - Rogers & Read
 - 17 - Kim
 - 18 - Fleminger
 - 19 - Halbauer

بروز اختلالات روانی پس از آسیب مغزی تروماتیک می تواند سبب ناتوانی های دراز مدت شده و دامنه وسیعی از دشواری های زیستی- روانی و اجتماعی را برای بیمار به ارمغان بیاورد؛ به نحوی که زندگی مستقل پیش از TBI به تلخی تمام تبدیل به وابستگی مفرط به دیگران شده و برای اعضای خانواده نیز ایجاد زحمت و مشقت می نماید. این بیماران همچنین پس از فروکش کردن علائم جسمی و پزشکی خود برای استخدام و بازگشت مجدد به کار و نیز مشارکت فعال در جامعه با مشکل مواجه می شوند (جاکوبز^۱، ۱۹۸۸).

آگاهی از همه گیرشناسی و ماهیت نشانگان اختلالات روانی پس از TBI نه تنها می تواند در فهم پیامد خود اختلالات ناشی از آسیب مغزی یاری رساند بلکه قادر است در غنی سازی پروتکل توانبخشی بیماران موثر واقع شده و در شیوه های درمانی موجود اصلاح یا بهبود ایجاد کند. در این میان جراحات وارده به مناطق پیشانی و گیجگاهی^۲ در این بیماران بسیار شایع است. آنطور که گرانچر^۳ (۲۰۰۳) اظهار کرده است درون این ساختارهای مغزی سیستمها و مداراتی^۴ وجود دارند که مسئول تنظیم خلق و عاطفه اند؛ بنابراین دور از انتظار نیست که بازماندگان جان به در برده از آسیب مغزی تروماتیک (TBI) دچار اختلالات روانی شوند. این مسأله پدیده نوظهوری نیست و حتی در تحقیقات کلاسیک اوایل قرن بیستم نیز به آن اشاره شده است. به عنوان نمونه امیل کراپلین^۵ (۱۹۲۱) اظهار نمود که جراحات موضعی مغز می تواند علت مستقیم اختلال افسردگی باشد. پیشتر از آن نیز مهیر^۶ (۱۹۰۴) خاطر نشان ساخته بود که آسیب به نقاط خاصی از مغز می تواند با آسیب شناسی روانی ویژه ای همراه باشد (نقل از فرش واتر و گلدن^۷، ۲۰۰۲).

در مطالعه حاضر با مرور کلیه متون پژوهشی تا هفدهم مارس سال ۲۰۱۰ دریافت شد که هیچ روش قابل دسترسی برای پیش بینی بروز اختلالات روانی پس از آسیب مغزی تروماتیک وجود ندارد، بنابراین ساخت مدل پیش بینی کننده ای^۸ که قادر باشد افراد در معرض خطر بالا برای بروز اختلالات روانی را شناسایی کند، می تواند برای متخصصان جراحی اعصاب، روانپزشکان، روانشناسان، ویژه کاران توانبخشی^۹، کارشناسان پزشکی قانونی، مؤسسات بیمه ای و حتی خود بیماران و اعضای خانواده شان که تحت تأثیر TBI بوده اند، ارزشمند باشد. همچنین ساخت این مدل پیش بینی کننده در کنار تعیین ماهیت و

1 - Jacobs
 2 -frontal & temporal
 3 -Granacher
 4 - circuits
 5 - Kraepelin
 6 - Meyer
 7 - Freshwater & Golden
 8 - predictive model
 9 - rehabilitation practitioner