فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، دوره ۲۰، شماره ۲، زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۶۰-۳۷

تأملی بر موضوع سلامت در رویکرد قابلیتی به توسعه؛ مطالعه ترومای حاصل از شکستن دیوار صوتی در جنگ تحمیلی

دکتر سمیه سادات شفیعی[۱]

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۱۱/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۴/۱۶

چکیده:

پیامدهای اجتماعی جنگ تحمیلی با گذشت چند دهه همچنان مغفول و در سیاست‌گذاری‌ها کمتر وجه نظر قرار می‌گیرد. تحقیق حاضر با اهمیت بخشی به مستندسازی تجارب ساکنان بومی مناطق مرزی درگیر به واکاوی ترومای ادراک شده می‌پردازد. ترومای حاصل از شکستن دیوار صوتی با گذشت دهه‌ها همچنان موضوع حاضر در روایت زنان از تجارب وحشت‌زای خود و اعضای خانواده از جنگ تحمیلی است. پرسش این است که این وضعیت تروماتیک چه ویژگی اجتماعی به پهنه‌هایی با جمعیت آسیب‌دیده در جریان توسعه می‌بخشد؟ تحقیق به روش کیفی و با مصاحبه نیمه ساختارمند و نیز مطالعه کتابخانه‌ای، زمینه گردآوری و تحلیل داده‌ها را میسر ساخته است. ارجاع به مباحث فقر قابلیتی آمارتیاسن نشان داد موضوع ترومای حاصل از شکستن دیوار صوتی در شکل مصدومیت انبوه (در کثرت و تکرار خود و نیز گستره جغرافیایی درگیر)، برای آسیب‌دیدگان بعنوان عاملی محرومیت زا عمل کرده و سلامت روانی آنان را با تجربه مستمر وحشت و نیز عوارض جسمی مختلف مورد تهدید قرار داده است. در حالی که سلامتی یکی از مهم‌ترین پیش شرط‌های زندگی در اندیشه قابلیتی توسعه و بطور تأثیرگذاری سازنده قابلیت‌های ممتازی است، اختلال استرس پس از سانحه یاد شده، آسیب‌دیدگان را دچار انواعی از اختلال اضطرابی و استرس ساخته و آنان را به شکلی از مشارکت در زندگی اجتماعی بازداشته است. سیاست‌گذاری توسعه منطقه‌ای با در نظر گرفتن چنین پیشینه روانشناسی اجتماعی باید فرصت‌های مشارکت اجتماعی آسیب‌دیدگان را مهیا سازد.

مفاهیم کلیدی: *آمارتیاسن، سلامت روان، زنان، مصدومیت انبوه، اختلال استرس پس از سانحه*

---

[۱] دانشیار گروه جامعه‌شناسی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران
ss.shafiei@ihcs.ac.ir

مقدمه و بیان مسأله

از دیرباز موضوع تروما بعنوان تهدیدی جدی در حوزه سلامت جسم و روان مطرح بوده است. این اهمیت در ناشی از رنج و آلام بلاواسطه‌ای است که تروما همواره با خود داشته و لذا بدیهی است که این تجربه بشری و ابعاد ناگوارش دست‌مایه مطالعات میان رشته‌ای قرار گرفته و محافل متعددی را رقم زده باشد. با تأملی ژرف‌تر می‌توان دریافت که موضوع بررسی تروما تنها منوط به عوامل سبب‌ساز نبوده، پیامدها از بعد مدت زمان و میزان وخامت و هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم و نیز فشار و عوارض منتجه را مورد توجه قرار داده و به ویژه در دهه‌های اخیر به بررسی ادراک کنشگران و تجربه زیسته آنان علاقه نشان داده است. از همین رو است که تروما موضوع مطالعه محققان علوم اجتماعی قرار گرفته و زمینه‌ها و پیامدها، اعمال، مناسک، اثرات و کنش‌های مرتبط با آن از منظر رویکردهای نظری مطرح و مورد توجه قرار گرفته است.

تروما در رویکرد پزشکی عبارت است از «هر نوع زخم یا آسیب نافذ یا غیر نافذی که بر اثر عوامل خارجی به‌طور عمدی یا غیر عمدی رخ می‌دهد و نیز در رویکرد روان‌شناختی عبارت از تجربه‌ای ناگهانی، دردناک و پریشان‌کننده دارد که پیامدهای پایدار روانی و جسمی را به دنبال دارد. با آنکه در وادی امر موضوع تروما موضوعی پزشکی، روانشناختی می‌نمایاند و سهم پزشکان و روانشناسان در تأسیس این نحله از دانش به کفایت روشن است اما بر اساس دامنه سبب‌ها و پیامدها، موضوع بعنوان پدیده‌ای میان رشته‌ای در دستور کار علوم اجتماعی نیز قرار دارد. به عبارت دیگر تروما تنها با ضربه‌ای که از سانحه بر سلامت جسمی انسان‌ها عارض می‌شود شناخته نشده و بیش از پیش به ابعاد روانی در لحظه و نیز درازمدت ماجرا نیز توجه شده است. به ویژه در رویدادهایی که با مصدومیت انبوهی از افراد همراه است، مطالعه ابعاد تروما ما را با دقائق و سطوح جدیدی از موضوع به مثابه مسئله اجتماعی آشنا می‌سازد؛ سطوحی که با در نظر گرفتن بر هم‌کنش افراد آسیب‌دیده و وحشت‌زده از تروما می‌توان بروز خشم، هیجان و نیز اضطراب را بعنوان مشخصه جمعی در نظر گرفته، کنش‌های آنان را در ارتباط با این پس زمینه مشترک معنا کرد. از این منظر نه تنها کنش‌ها با اثر وضعیت تروماتیک در خودآگاه یا ناخودآگاه کنشگران، نشان‌دار شده بلکه با طیف وسیعی از مسائل اجتماعی مبتلا به هم‌آیی دارد. رویدادهایی با مصدومیت انبوه که در جامعه‌شناسی مصائب جمعی نامیده می‌شود عبارت است از فاجعه‌های طبیعی چون سیل، زلزله و مانند آن و نیز فجایعی با عوامل انسانی چون جنگ که تعداد کثیری را با واقعه‌ای ناخوشایند، ناگهانی و هولناک در معرض آسیب قرار می‌دهد.

در این راستا باید گفت جنگ تحمیلی که در دوره طولانی‌مدت خود و با حملات زمینی و هوایی بیش از همه برای مردمان ساکن در مناطق مرزی و اراضی همجوار آن تألم‌برانگیز و رنج‌آور بود، بیشتر از بعد رزمی مورد بررسی قرار گرفته و هم در دوره وقوع و نیز در دوره پساجنگ کمتر دست‌مایه مطالعات علوم اجتماعی بوده است. حال آنکه به‌عنوان پدیده اجتماعی پهن دامنه و طولانی مدت، پیامدهای متعددی را به دنبال داشته که فراتر از نسل درگیر در جنگ و نیز خطوط حمله و دفاع، سرنوشت ساکنان را در دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب از یک‌سو و تحقق توسعه بر اساس ظرفیت‌ها و موانع منطقه‌ای موجود تحت تأثیر قرار داده است. این زمینه‌ها که بطور پایدار در شکل‌دهی به جریان توسعه راهبری داشته، به تدریج و با فاصله گرفتن از پایان جنگ مورد غفلت قرار گرفته است. تلویحاً به محرومیت‌هایش همچون محرومیت سایر استان‌های مرزی نگریسته شده و در خوشه‌بندی‌های میزان توسعه‌یافتگی، این سابقه عمیقاً تعیین‌کننده و نشان‌دار چندان جدی گرفته نشده است. حال آنکه رویکرد متأخر آمارتیاسن ما را با شاخصه فقر قابلیتی به مداقه بیشتر در عوامل پس زمینه‌ای توسعه وا می‌دارد.

غفلت از متغیر مهم زندگی در وضعیت جنگی تا اندازه‌ای به خوانش استعلایی و البته مردانه از جنگ نیز باز می‌گردد که با عاملیت مردان در میدان رزم منطبق است. و در گزارش‌های مکتوب، تصویری و نیز نشست‌ها و گفتگوها، این دست روایت‌ها، جنگ را در قالب رزم، کاربرد سلاح‌ها و جنگ افزارها، شیوه‌های پدافندی آفندی، تجارب رزمندگان از نبرد و مانند آن صورتبندی کرده است. درحالیکه با توجه به گستره مناطق درگیر در جنگ و حجم تبادل آتش، کاربرد سلاح‌های ضد بشری شیمیایی و میکروبی رژیم بعث علیه غیر نظامیان و نیز موضوع جنگ شهرها، تجربه جنگ وجهی عمیقاً متمایز می‌یابد که در آن نهاد خانواده بعنوان نهاد اجتماعی درگیر دست به گریبان موقعیت‌های اضطراری بی‌سابقه‌ای در این مناطق شده است. به نظر می‌رسد زنان در نقش‌های مادری و همسری راویان بلاواسطه و مستقیم این تجارب‌اند و می‌توانند با گزارش خود از مواقع سطح جدیدی از داده‌ها را در جهت بررسی پیامدهای اجتماعی جنگ به دست دهند.

پیشینه پژوهش

مروری بر پیشینه نشان می‌دهد موضوع ترومای جنگی غالباً مشتمل بر تجربه جراحات از سوی نظامیان درگیر در جنگ بوده و در مجموعه مطالعات طب جانبازان مورد تفحص قرار گرفته است. از جمله کاظمی و دیگران (۱۳۹۹)، مدعی‌اند طرح‌واره‌های هیجانی در جانبازان

مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه همراه با علائم افسردگی و اضطرابی و فاقد علائم متفاوت است (*Kazemi & et. al, 2021*).

همچنین مطالعات شریفی و دیگران (۱۴۰۲)، با مطالعه ۳۰ مرد جانباز مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان دادند درمان رفتار درمانی‌شناختی متمرکز بر تروما روش درمانی مؤثری است (*Sharifi & et. al, 2024*).

هر چند غیر نظامیان آسیب‌دیده از جنگ نیز به طور جسته گریخته در مواردی چون صدمه‌دیدگان مین و مهمات به جامانده از جنگ تحمیلی و نیز بمباران هوایی از منظر روانشناسی و پزشکی و عموماً با رویکردی اپیدمولوژیک مورد بررسی قرار گرفتند اما هرگز موضوع شکستن دیوار صوتی به‌عنوان عاملی تروماتیک در جریان جنگ تحمیلی و در ارتباط با سکنه کثیر مناطق غیر نظامی مورد پژوهش قرار نگرفته است. از جمله مطالعه گنجی پرور و دیگران (۱۳۹۲)، نشان داد نیمی از قربانیان کودک تحقیق در هنگام حادثه مشغول بازی و یک سوم نیز در حال مراقبت از دام‌ها بودند (*Ganjparvar & et. al, 2014*). این تحقیقات و نیز *Kasani & et. al (2012)* به طیف وسیعی از پیامدهای جسمانی انفجار مین و مهمات عمل‌نکرده پرداخته‌اند (*Shafiei & et. al, 2017*).

علاوه بر این، تجربه مواجهه با انفجار مین را موجب کسب نمرات بالای اضطراب، تحریک‌پذیری و عدم بازداری، به آسانی عصبی شدن، احساس ترس، تردید و ناایمنی بالا می‌دانند؛ همچنین رستمی‌زاده (۱۳۸۸)، در مطالعه خود بر روی ۲۲۷ نفر از سالمندان بازمانده از بمباران جنگ تحمیلی شهر ایلام دریافت ۱۶ درصد از آنان به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا هستند (*Rostamizadeh, 2010*). ملاک ورود آنان داشتن حداقل ۶۰ سال سن در زمان پاسخگویی و سکونت در ایلام در زمان جنگ بوده است. ۶۶ درصد پاسخگویان شاهد مجروحیت یا کشته شدن فرد یا افرادی در طول جنگ از نزدیک بوده‌اند. محققان همچنین دریافتند بین چربی خون بالا، دیابت، اختلالات گوارشی، اختلالات اسکلتی و عضلانی، مشکلات شنوایی، افسردگی و اضطراب با میزان اختلال استرس پس از سانحه ارتباط وجود دارد. در همین راستا باید به گزارش شیوع شناسی اختلالات روانشناسی *Mohammadi & et. al (2001)* بعنوان نمایی از وضعیت کلی در ایران توجه نشان داد که در آن درصد شیوع اختلال پانیک در مردان ۰/۷۹ و در زنان ۱۹/۲ درصد اعلام شده است.

بر این اساس مطالعه پیامدهای تروماتیک زندگی در موقعیت جنگی برای سلامت عمومی (و در اینجا با تأکید بر سلامت روان) غیر نظامیان حیطه‌ای جدید در علوم اجتماعی است که با وجود اهمیت و گستره افراد درگیر و نیز آسیب‌های متعاقب در قالب فقر قابلیتی،

کمتر در چهار دهه گذشته مورد بررسی قرار گرفته و در نتیجه نتوانسته خروجی کاربردی در برنامه‌ریزی توسعه و سیاست‌گذاری داشته باشد. حال آنکه بزعم محقق اهمیت موضوع تا آنجا است که مطالعه گذشته‌نگر می‌تواند شالوده‌ای علمی جهت جلب نظر کارشناسان توسعه در تدوین، اجرا و مدیریت برنامه‌ها بر اساس به رسمیت‌شناسی آسیب‌های روانی و جسمی ناشی از ترومای جنگ داشته، به تحقیقات آتی دانشگاهی و نیز کارشناسانه در زمینه وضعیت‌شناسی اجتماعی ساکنان محلی این مناطق، مطالعات زنان و جنسیت، خانواده پژوهی و نیز مسائل و آسیب‌های اجتماعی مبتلابه با توجه به اهمیت موضوع جهت بخشد؛ همچنین نتایج تحقیق در حوزه سیاست‌گذاری اجتماعی رفاهی معطوف به توانمندسازی قربانیان غیر نظامی جنگ و ایجاد فرصت برای جلب مشارکتشان و برنامه‌ریزی جهت ارتقای کیفیت زندگی آنان اهمیت وافری دارد.

مروری بر پیشینه تحقیق نشان داد موضوع تروما آنچنان که در مجموعه مباحث طب جانباز دنبال شده بیشتر متوجه ابعاد فردی و رفتارهای فردی قربانیان است که خود را در بارزترین مصداق در قالب ترومای جسمی و آنچنان که در پزشکی مصطلح است: ترومای تک اندام و چند اندام نشان می‌دهد. این سنخ‌بندی عموماً متعاقب سوانحی چون تصادفات جاده‌ای و سوانح شهری است و سبب‌شناسی را در کنار روند امداد مهم می‌شمرد.

حال آنکه در مطالعه حاضر این شیوع‌شناسی تروما است که چه در زمان تجربه مستقیم و اولیه تروما و چه در گذر زمان عوارض جسمی و روانی خود را بر تعداد قابل توجهی از افراد به سبب موقعیت اسکان و معیشت وارد ساخته و آنان را در معرض عوارض جسمی، روانی و روان تنی مزمن قرار داده و ظرفیت‌های آنان را در جهت ارتقای توسعه منطقه‌ای تحت‌الشعاع قرار داده است. علوم اجتماعی هم از منظر عوامل انسانی مسبب این وضعیت یعنی جنگ، هم زندگی درازمدت در موقعیت اضطراری و تروماتیک و هم تجربه تعداد کثیری از هموطنان و در نهایت پیامدهای تروما برای افراد در ارتباط با مجموعه متغیرهای اجتماعی از قبیل طبقه، جنس، دوره زندگی و نیز قومیت، موضوع تحقیق را قابل مطالعه می‌شمرد. به بیان دیگر «نقطه مشترک تحقیقات حیطه تروما، فردمحوری آن است. همه این تحقیقات تروما را تا حد یک رفتار فردی چه به صورت عینی و چه به صورت ذهنی فرو کاسته‌اند. تفاوت محققان تفسیری در این خصوص نسبت به محققان پوزیتیویستی در پرداختن به ابعاد ذهنی ماجرا است که قدمی رو به جلو در برابر آنان محسوب می‌شود. با این وجود نپرداختن به جنبه‌های اجتماعی تروما و عدم امکان فهم چگونگی ارتباط جنبه‌های فردی و روانی تروما با جنبه‌های

اجتماعی و سیستمی مانع از درک وافی و حتی صحیح از معضل تروما است» (*Tavakol & Hasanzadeh, 2012:216*).

هدف تحقیق شناسایی موضوع ترومای حاصل از شکستن دیوار صوتی در مناطق مرزی و پیامدهای آن در شکل مصدومیت انبوه و مستمر و البته در ارتباط با ظرفیت‌های توسعه منطقه‌ای است. در حالی که مطالعات پوزیتیوستی به دنبال درج علائم و سوابق تروما است در اینجا به روش کیفی برخی از ابعاد ذهنی و کیفی تجربه تروماتیک مورد بررسی قرار می‌گیرد. این بررسی هم پیامدهای مستقیم که دفعتاً آسیب‌زا بوده را لحاظ کرده و هم پیامدهای درازمدت تجربه تروما را حائز اهمیت می‌شمرد.

تحقیق به دنبال پاسخگویی به این سؤال اصلی است که درک فرد در معرض صدای مهیب شکستن دیوار صوتی در جریان حملات هوایی دشمن، از مواجهه منجر به تروما چیست؟ روایت شاهدان عینی از افراد آسیب دیده از ترومای حاصل از شکستن دیوار صوتی دربردارنده چه فکت‌هایی است؟ این وضعیت تروماتیک چه ویژگی اجتماعی به پهنه‌های جمعیت آسیب‌دیده ساکن در جریان توسعه می‌بخشد؟

چارچوب مفهومی پژوهش

سلامت و اندیشه متاخر توسعه

در مقابل رویکردهای متقدم به توسعه که درآمد و شاخص‌های اقتصادی را معیار قابل ارجاع توسعه‌یافتگی می‌دانست رویکرد متأخر فقر قابلیتی منظری بافتدار و موقعیت‌مند به موضوع می‌بخشد. آمارتیاسن با نگاهی انسان‌گرا و آزادی‌محور به توسعه، توانمندی‌های انسانی را محور برخورد با محرومیت‌ها می‌داند. لذا تمرکز مطالعاتی‌اش برخلاف سایر رویکردهای توسعه معطوف به فرصت‌های واقعی است که یک فرد دارد. در این مسیر بجای ارزیابی وضعیت درآمد برای تحلیل فقر و محرومیت، به قابلیت‌ها و کارکردها توجه می‌کند. از جمله و به طور مثال از منظر او درک عمیق از قحطی باید مبتنی بر عواملی باشد که فرصت‌های واقعی گروه‌های مختلف در جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. گرسنگی در زمانی رخ می‌دهد که فرصت‌های واقعی دسترسی به غذا برای گروه‌هایی از افراد جامعه فراهم نمی‌شود و عوامل اجتماعی اقتصادی زیادی وجود دارد که چنین فرصت‌هایی را محدود می‌کند. در اینجا فردی فقیر است که فاقد قابلیت‌های اساسی برای انجام برخی کارکردها و فعالیت‌ها است (*UNDP, 1997:17*).

«آمارتیاسن با قرار دادن وزن اصلی مباحث خود بر توانایی انتخاب عملکردهایی که برای فرد با ارزش است و برای داشتنشان دلیل دارد، عملکردها را نشانگر سبک زندگی فرد دانسته و با اشاره به سلسله مراتب هرم مازلو رشته موارد پلکانی از امور معیشتی گرفته تا خودشکوفایی را در نظر می‌گیرد. بنابراین توسعه صرفاً مهیا ساختن نیازهای معیشتی نبوده بلکه محقق ساختن بستری برای توانمندی و خودشکوفایی افراد است؛ زیستن به شیوه‌ای که انتخاب خود کنشگر است. در اینجا است که فقر قابلیتی بجای فقر درآمدی و به معنای محرومیت از توانمندی مهم شمرده می‌شود. لذا درآمد مشروط به عوامل دیگری می‌تواند کیفیت زندگی را رقم زند؛ همچنین از این منظر سرمایه اجتماعی عبارت از اعتبار و منزلت اجتماعی و پایبندی به تعهدات گوی سبقت را از سرمایه اقتصادی می‌رباید. دموکراسی گفتگویی مبتنی بر کنش ارتباطی، بر دموکراسی نمایندگی ارجحیت می‌یابد. این برداشت از توسعه در سایه گفتگوی کنشگران دارای سرمایه اجتماعی و در جامعه مبتنی بر ایجاد فرصت‌های توانمندساز، در جریان روندی پایین به بالا حاصل می‌آید که در آن ارزش‌های غائی و نیازها در کنش ارتباطی و هم فکری نهفته است (*Shafiei, 2024:231*).

از این منظر اتخاذ رویکرد قابلیتی به توسعه مستلزم تدوین، تصویب و اجرای سیاست‌های حمایتی است که بجای جبران ضعف درآمد از طریق پرداخت‌های انتقالی به دنبال ارتقای مسیر زندگی فرد از طریق ایجاد فرصت‌های فردی و اجتماعی و توانمند کردن فرد برای استفاده از این فرصت‌ها باشند.

در عین حال باید توجه داشت که توسعه پایدار بر بعد زمانی و عمق پایداری مبتنی است و حداقل چهار زمینه را دربرمی‌گیرد:«پایداری رفاه اقتصادی نسل‌های مختلف، پایداری وضعیت در دوره عمر بشر، پایداری و دوام جریان تولید و مجموعه اقتصادی، پایداری جامعه انسانی (*Khalatbari ,1990*). از آنجا که توسعه انسانی محور اساسی توسعه پایدار است لذا به تعبیر سن تأمین آزادی‌های اساسی به افزایش توانمندی‌ها و رفع محرومیت و فقر و بالا بردن سطح کیفیت زندگی و توسعه می‌انجامد؛ و بدین ترتیب ترکیبی از آزادی و عدالت زمینه‌ساز پایداری می‌گردد. از این‌رو نظریه خوب زیستن یا زندگی خوب سن می‌تواند مفهوم توسعه پایدار داشته باشد (*Momeni & et. al, 2011:45*).

در جهت بسط ایده سن، رابینز (۲۰۰۲)، قابلیت‌ها را مشتمل بر قابلیت‌های پایه و بنیادی می‌داند. قابلیت‌های پایه به نوعی بیانگر کالاهای اساسی همچون سواد، آموزش، سلامتی و غیره و قابلیت‌های بنیادی به معنی وجود شرایط نهادی است که امکان تحقق قابلیت‌ها و تبدیل آنها به کارکردهای اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی مانند فعالیت

اقتصادی، مشارکت در زندگی اجتماعی، فراغت و نظایر آن را فراهم می‌آورد (*Kermani, 2020:40*).

در این راستا سلامت از نظر آمارتیاسن هم ارزش ذاتی و هم ارزش ابزاری دارد که بر دستیابی به بسیاری کارکردها همچون رشد اقتصادی، دستاوردهای تحصیلی، فرصت‌های شغلی، توانایی کسب درآمد توسعه قابلیت‌های شناختی تأثیر اساسی می‌گذارد. سلامت در اینجا عبارت از سلامت عمومی و دربردارنده ابعاد جسمی و روانی است. در حالی که موضوع سلامت جسمی عموماً و به جهت وجوه عینی‌اش بیش و پیش از همه مد نظر است، به روشنی می‌توان دریافت که سهم سلامت روانی هم در خصوص کیفیت زیست روانی به خودی خود و هم در ارتباط با وضعیت جسمانی تا چه اندازه در دستیابی به توسعه از منظر قابلیتی تعیین‌کننده است. به خصوص آنکه دریابیم «سلامت روان صرفاً فقدان بیماری یا ناتوانی نیست، بلکه حالتی از رفاه است که با توجه به آن فرد قادر است با استرس‌های عادی زندگی کنار آید و به‌عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری کند (*Yazdani & et. al, 2010:9*).

در عین حال نمی‌توان از انواع اختلال مرتبط با موضوع جنگ از جمله اختلال استرس پس از سانحه بعنوان عاملی تهدیدآمیز برای سلامت روان و در نتیجه پیامدهای قابلیتی آن برای توسعه غفلت کرد. اختلال استرسی پس از سانحه (*PTSD*) آسیب روانی یا اختلال تنش‌زای پس از رویداد یکی از زیرگروه‌های اختلال‌های اضطرابی است. در این اختلال، نشانه‌های مرضی روان‌شناختی به دنبال یک حادثه آسیب زا بروز می‌کند که معمولاً خارج از تحمل تجربه انسان است.

روش‌شناسی پژوهش

به لحاظ روش‌شناسی مطالعه حاضر از روش کیفی و بکارگیری تکنیک مصاحبه نیمه ساختارمند بهره گرفته است. با توجه به فقدان مطالعات پژوهشی پیشین رویکرد تحقیق اکتشافی است. در این راستا با حضور در بخش‌های سابقاً در معرض حمله در استان‌های کردستان، کرمانشاه، ایلام و خوزستان با تعدادی از ساکنان زن این مناطق درباره تجربه زیسته آنان از حملات نظامی در جنگ تحمیلی مصاحبه شد. جامعه آماری این پژوهشی شامل زنانی است که در جریان جنگ تحمیلی ساکن استان‌های مرزی غربی و جنوب غربی بوده و تجربه مستقیمی از حملات نظامی دشمن در شکل زمینی و هوایی داشته‌اند. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند و از نوع نمونه‌گیری غیر احتمالی بوده است. مصاحبه‌ها

پیاده‌سازی شد. از میان مجموع داده‌های به دست آمده، محتوایی که دلالت بر گزاره تجربه شکستن دیوار صوتی داشت، گردآوری شد. داده‌ها بر اساس چارچوب مفهومی کدگذاری، دسته‌بندی و مورد تحلیل قرار گرفت. روش تحلیل در داده‌پردازی، تحلیل مضمون بوده و متن داده‌ها بر اساس مقولات مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در نهایت مقوله‌بندی در جهت پاسخ به پرسش‌ها و تحلیل یافته‌ها انجام شد.

تحقیق علاوه بر داده‌های مستخرج از مصاحبه میدانی، از داده‌های اسنادی و کتابخانه‌ای نیز بهره گرفته است. منابع تحقیق، متونی است که در شکل خاطرات و مصاحبه با ساکنان غیر نظامی مناطق مرزی انجام شده است. در مجموع محقق در تکمیل داده‌های مستخرج از مصاحبه‌های میدانی، با ارجاع به داده‌های منتشر شده مرتبط و در دسترس به تحلیل نظری موضوع پرداخت.

برای اطمینان از صحت داده‌ها و نیل به اعتبار و پایایی هر چند تحقیق کیفی است رسیدن به اعتبار و پایایی آنچنان که در تحقیق کمی رایج است ممکن نیست، اما مراجعه‌های مکرر به متن‌های گردآوری شده همراه با مداقه انجام شد تا بیشتر امکان مقایسه داده‌ها و کسب پایایی مهیا باشد. متن‌ها در اختیار محقق متخصص دیگری قرار گرفت تا با بازبینی از ظرفیت متن در انتقال سوژه مورد نظر اطمینان حاصل شود و یافته‌های نهایی پژوهش با محقق مذکور مطرح شد تا در فضای بحث و نظر ایده‌های مستخرج به چالش کشیده شود. به علاوه باید گفت ترکیب روش مطالعه اسنادی کتابخانه‌ای و نیز مصاحبه نیمه سازمان‌یافته موجبات پایایی تحقیق را فراهم آورده است.

یافته‌های پژوهش

سیمای پاسخگویان

جدول ۱: مشخصات پاسخگویان

***Table 1**: Profile of Respondent*

نام	سال تولد	محل سکونت در زمان جنگ تحمیلی
Name	*Year of Birth*	*Place of Residence During the Imposed War*
مریم ش		ایلام
سعدیه	۱۳۵۰	دهلران
منیژه	۱۳۳۲	اهواز
خدیجه	۱۳۴۰	خرمشهر
صدیقه	۱۳۳۲	آبادان

نام	سال تولد	محل سکونت در زمان جنگ تحمیلی
Name	*Year of Birth*	*Place of Residence During the Imposed War*
مریم ب	۱۳۵۳	کرمانشاه
سرود	۱۳۴۵	ایلام
کبری	۱۳۴۰	ایلام
فریده الف	۱۳۴۶	دهلران
فاطمه	۱۳۳۰	مهران
نسیم	۱۳۳۹	دهلران
فاطمه م	۱۳۳۸	مهران
فرخنده	۱۳۴۸	ایلام

به روشنی می‌توان دید که اکثر اطلاع‌رسانان در زمان تجربه حملات هوایی در طول جنگ تحمیلی در سنین نوجوانی و جوانی بوده‌اند. اهمیت این امر در تحلیل وضعیت سلامت جسمی و روانی آنان و همتایان نسلی‌شان آن است که بروز مشکلات گزارش شده در سنین کم، در شکل مزمن برای دهه‌های بعد با آنان همراه بوده است.

اختلال استرس ناشی از سانحه شکستن دیوار صوتی

پرواز هواپیماهای جنگنده با سرعت بسیار بالا[1] و عمدتاً بطور جمعی صدای فوق‌العاده وحشتناکی ایجاد می‌کند که بسیار رعب‌آور است. مواجهه با این واقعه از جمله تجارب پرتکرار در میان زنان و از چالش‌های آنان در جریان جنگ تحمیلی بوده است که آستانه تحملشان را در مواردی حتی با ضرب آهنگ‌های کوتاه تحریک می‌سازد.

[1] سرعت صوت بسته به چگالی دما و رطوبت (در مورد هوا) متفاوت است. به‌طور مثال سرعت صوت در هوای ۲۰ درجه سانتیگراد حدود ۱۲۳۴ کیلومتر بر ساعت، در آب معمولی ۵۳۷۵ کیلومتر بر ساعت و در الماس ۴۳۲۰۰ کیلومتر بر ساعت می‌باشد. واحد سرعت صوت ماخ نام دارد که معادل ۱۲۲۴ کیلومتر بر ساعت است و هر جسم که بخواهد دیوار صوتی را بشکند باید از این سرعت فراتر رود و استحکام کافی برای متلاشی نشدن را داشته باشد. اغلب هواپیماهای جنگنده توانایی این کار را دارند. امواج حاصله از حرکت هواپیما یا صدای تولید شده در اثر حرکت، هر بار در سرعت‌های زیر سرعت صوت از هواپیما دور شده و به گوش شنونده می‌رسد. اما با رسیدن هواپیما به سرعت صوت، این صداها دیگر فرصت دور شدن از هواپیما را نداشته و کلاً در جلوی هواپیما جمع می‌شوند. با گذر از سرعت صوت، صدایی چند ده برابر شده از حرکت هواپیما باهم به گوش شنونده می‌رسد که مانند یک انفجار شدید یا صدای رعد و برقی بسیار قدرتمند می‌باشد.

آسیب‌دیدگان از واژه وحشت برای توصیف مواجهه خود با صدای مهیب غرش هواپیماهای جنگنده و بمب‌افکن استفاده کرده‌اند. از جمله منیژه از ساکنان دزفول در آغاز جنگ به یاد می‌آورد: «خدا بیامرزه پدر شوهرم مادر شوهرم این‌ها [خانه] بودن آره بعد یک دفعه نگو که این‌ها هواپیماهای عراقی‌اند دیوار صوتی رو می‌شکنند. شکستن دیوار صوتی صدای مهیبی داره. یعنی اینجوری بود که شیشه‌هامون شکستند. بعد خودم وحشت کردم ... ای خدا چی شده؟!» (منیژه). فرشته درباره اختلال استرس پس از سانحه شکستن دیوارهای صوتی در گفتگو با سلیمی از تجربه تروماتیک خود و عوارض آنی آن گفته: «من با صدای بمباران و هواپیماها دچار وحشت می‌شدم و جیغ زنان می‌دویدم، جوری که دیگران مخصوصاً غریبه‌ها مرا مسخره می‌کردند» (*Salimi, 2023:331*). این شرح حال آشکارا نشان از بی‌قراری و برانگیختگی بالا و شوک رفتاری مواجهه با محرک تنش‌زا یعنی شکستن دیوار صوتی دارد.

آسیب‌های روانی ناشی از قرار گرفتن در معرض مستمر این اصوات در دوران جنگ به ویژه برای ساکنان مناطق غربی و جنوب غربی که در دالان هوایی عبور و مرور جنگنده‌های دشمن قرار داشتند، عوارض مزمنی را به دنبال داشته است. روایت مریم در تصویرسازی این صحنه‌ها آنچنانکه در کرمانشاه اتفاق افتاده به ما کمک می‌کند تا عمق فاجعه را در شکل یورش جمعی نیروی هوایی دشمن دریابیم: «دیگه کار به جایی رسیده بود که هر روز اسکاتران هواپیما می‌اومد. هر اسکاتران بین ۱۲ تا ۱۸ هواپیما باشه[۱] اونجوری که یادم میاد دقیقاً مطمئن نیستم[۲]. اینا میومدن و شما تصور کنید همزمان دیواره صوتی را می‌شکستند. ببین شکستن دیواره صوتی خدا نکنه کسی ببینه الان دوازده تا یا بیشتر هواپیما شما در نظر بگیر همزمان صدا به شدت زیاد اینها دور می‌زدن روی شهر بعد یه دفعه توی یه لحظه دیواره صوتی می‌شکستن یعنی صدای اون اینقدر وحشتناک بود که آدم مرگ رو آرزو می‌کرد، تو یک بار از این شرایط داداش کوچیکه من کلاً از ترس زبونش بند رفت، کلاً دیگه نمی‌تونست صحبت کنه هر کاری می‌کردن هر چی بهش آب قند می‌دادن باهاش حرف می‌زدن [مکث] رنگ روی زرد دیگه هم حرف نمی‌تونست بزنه و تا نزدیک یک هفته تمام این بچه کاملاً لال شده بود». (مریم) و البته گزارش این اطلاع‌رسان از مشاهداتش درباره اختلال تکلم و ناتوانی

---

[۱] هر اسکادران یا گردان هوایی، به واحدی متشکل از ۱۲ تا ۲۴ فروند هواپیمای نظامی گفته می‌شود که معمولاً از یک نوع هستند و به سه یا چهار دسته بسته به نوع هواپیما و نیروی هوایی تقسیم می‌شوند.

[۲] تسلط اطلاع‌رسان در گزارش تعداد هواپیماهای جنگنده قابل توجه است و چه بسا بر تکرار تجربه عینی روزمره بیش از پیش تأکید دارد.

در صحبت و تلفظ ناشی از شوک که بطور تخصصی زبان پریشی[۱] نام دارد را بعنوان یکی از نشانه‌های پیامدی اختلال پس از سانحه برادرش بیان کرده است.

خدیجه از ساکنان اروندکنار درباره تجربه شکستن دیوار صوتی و عوارض آن در تعرض به حریم هوایی آبادان می‌گوید: «تو بیابون‌ها، زیر نخل‌ها می‌رفتیم قائم می‌شدیم. خیلی از بچه‌ها خیلی از خانم‌ها و خیلی از پیرمردها می‌اومدند مثلاً بالا پشت بوم مثلاً میگ‌ها و هواپیماهای عراقی رو که می‌دیدند، همین که می‌دیدشون، هواپیما که می‌دیدشون می‌اومد پایین و دیوار صوتی رو می‌شکوند حالا اگر از بالا [حمله هوایی] دیگه جون سالم به در می‌برد می‌افتاد پایین، شوک و به قول معروف ناراحتی اعصاب پیدا می‌کرد و موج شکستن صوت می‌گرفت. داریم الان. یکی از خوزستانی‌ها الان اینجا هست ولی این دیگه تو حالت خودش نیست. این دیگه دیوونه شده به خاطر شکستن دیوار صوتی هواپیمای میگ ۲۵. خیلی‌ها را ما داریم. زن‌ها بودند بچه سقط کردند، حامله بودند» (خدیجه). توضیح آنکه در حال خود نبودن اشاره به مجموعه رفتارهایی دارد که حاکی از بی‌قراری مفرط و بارز است. «خیلی وحشت کردیم مخصوصاً اون صوت‌ها را که باز می‌کردند. من مادرم اصلاً روانی شده بود» (فاطمه م). «زمانی که هواپیماها می‌آمدند بخدا یعنی زن‌ها و دخترها بیشتر این انگشت رو اینجوری می‌گذاشتیم تو گوشمون و می‌گفتیم هی بالا را نگاه نکنیم. هر بمبی می‌آید رو سرمون عیب ندارد و همون‌جا بمیریم مشکلی نیست فقط انقدر صداشون مهیب بود که اصلاً اعصاب آدم رو خراب می‌کرد» (فرخنده).

از دست دادن شنوایی از آشکارترین عوارض جسمی مستقیم قرار گرفتن در معرض شکستن دیوار صوتی بود که با قرار گرفتن عصب شنوایی در معرض حجم زیاد صدا بیشتر از آستانه تحمل، گاه برای همه عمر فرد را از نعمت شنوایی محروم می‌ساخت. سعدیه از ساکنان ایلام می‌گوید: « سال ۵۹؛ آخرهای ۵۹؛ تقریباً ما ۶ ماه روستای کاور بودیم. هواپیماهای عراقی دیوار صوتی بالای روستای کاور شکستند. یک خانم بر اثر دیوار صوتی کر شد. اتفاقات زیادی افتاد» (سعدیه).

زلیخا درباره عوارض جسمی ناشی از شکستن دیوار صوتی تعریف می‌کند: «هواپیماها بعد از اینکه بمب‌ها را رها می‌کردند و به ارتفاع پایین برمی‌گشتند، صوت را بازمی‌کردند و این بار انفجار صوتی رخ می‌داد. همان زمان گوش راستم خون‌ریزی کرد و همیشه گوش درد، سردرد و چشم درد داشتم و نمی‌دانستم این به خاطر آسیب همان صوت است. چند سال بعد

---

[۱] معادل تخصصی آفازی (*Aphasia*)

از جنگ دکتر تشخیص داد که به خاطر آسیب همان صوت پرده گوشم پاره شده و پرده‌های چشمم نازک شده‌اند» (*Salimi, 2023:149*).

«شما اون دوران از چی بیشتر از همه می‌ترسیدید؟»، «من یکی خودم، فقط هواپیما می‌اومد همین‌جور تسلیم می‌کردم. یعنی همون جا فقط نمردم! الان دیگه انقدر استرس دارم و عصبی‌ام و به قول معروف فشار جسمی دارم بیشتر مال ترس هواپیماهای اون موقع است.» «هنوز هم می‌ترسید؟» «الان خدای نکرده هواپیمایی صداش بلند باشه بیاد آره والله ... اون که وقتی که صوت باز می‌کرد صدای اون صوت میدونی پرده‌های گوشمون رو پاره، من خودم گوشم رو عمل کردم. به علت صوت هواپیما که بالای خونمون زدن، مثلاً یک صدایی زد بعد از اون صدا تا دو روز سه روز اصلاً هیچ شنیدی نشنیدم». «هیچی؟!»؛ «هیچی. فقط یارو اینجوری دهنش رو می‌کرد من می‌تونستم بفهمم [لب‌خونی کنم] تا یه چند سال بعد از اینکه قطع‌نامه قبول شد دیگه عملش کردم، خوب شد. گفت عصب گوشت پاره شده» (سرود).

صدیقه درباره عوارض صداهای مهیب بر نوزاد خواهرش و بی‌قراری ممتد او می‌گوید: «[در آبادان] رفتم خونه خواهرم. ایستگاه شش بود. رفتم خونه خواهرم و گفتم چی‌کار کنیم؟ و خواهرم تازه دخترش به دنیا آمده بود و خیلی گریه می‌کرد. صدای انفجار و هواپیماها می‌آمد وحشت‌زده شده بود و همش گریه می‌کرد و جیغ می‌زد. ترسیده بود دختر خواهرم» (صدیقه).

منیژه به نکته‌ای در ساخت خانه‌ها اشاره دارد که بعد تازه‌ای به موضوع شکستن دیوار صوتی می‌بخشد: «خب چون خانه ما نزدیک شرکت نفت بود، هواپیماهای عراقی موقعی که می‌آمدند بمباران کنند یا به قول معروف بترسانند خیلی صداهای وحشتناکی ایجاد می‌کرد برای ما. در اون شرایط نه برق بود نه آب بود. با اینکه خانه‌های سازمانی بودیم و انگلیسی‌ها خانه‌هایمان را ساخته بودند اما باز هم موقع بمباران یا آمدن هواپیماها خانه‌هایمان می‌لرزیدند انقدر شدتش زیاد بود. اصلاً وحشتناک بود برایمان. برای همین بود که دیگه از آن‌جا آمدیم بیرون.» (منیژه).

روایت منیژه ما را با عمق رنج سایر جنگ‌زدگان ساکن در سازه‌های سست‌تر در برابر ارتعاش با مصالح ابتدایی چون سنگ، خشت، کاه و گل دارای تجربه قرار گرفتن در معرض شکستن دیوار صوتی قرار می‌دهد. در واقع در زمانه‌ای که مصالح اصلی بکار رفته در ساخت خانه‌ها عموماً بوم‌آورد بود، ارتعاشات ناشی از شکستن دیوار صوتی در خانه‌های معمول به‌ویژه در بخش روستایی به مراتب دلهره‌آورتر از خانه‌های ساخته شده بر اساس اصول مهندسی و

مصالح پیشرفته از جمله در کوی کارکنان شرکت نفت آبادان بود. چنانکه این اطلاع‌رسان در مقام مقایسه، توصیف بلاواسطه‌ای از این وضعیت دارد.

اختلال سانحه ناشی از شکستن دیوار صوتی در زمان تجربه به ویژه برای کودکان و نوجوانان به شدت دلهره‌آور بوده و به یقین تأثیرات مزمن خود را در جریان رشد آنان داشته است. مهناز که در آن زمان نوجوانی کم سن و سال بوده در توضیح علل گریزش از مدرسه آورده؛ در حقیقت وضعیت اجتناب[1] را بعنوان یکی از نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه توضیح می‌دهد: «هنوز چند روزی از مدرسه نگذشته بود که یک روز با صدای وحشتناکی از مدرسه فرار کردیم و معلم‌ها گفتند: «هواپیمای عراقی بوده» که صوت شکسته و در آخر شهرک سقوط کرده بود». خلبان و کمک خلبان هم سالم بودند و مردم تا رسیدن نیروهای نظامی دستگیرشان کرده بودند، اما من از ترس مدرسه نمی‌رفتم و با هر کسی که به مدرسه می‌رفتم تا مشغول صحبت کردن با معلم می‌شد فرار می‌کردم، هنوز از آن صدای وحشتناکی که گوشم را آزار می‌داد می‌ترسیدم (گفتگو با مهناز افشاری، ۴۳ ساله، مطلع محلی، قصر شیرین، ۱۳۹۶/۰۳/۱۶به نقل از *Salimi, 2017:178*).

اختلال پس از سانحه ناشی از قرار گرفتن در معرض شکستن دیوار صوتی، خود را با پایین آمدن آستانه تحمل و برانگیختگی و حساسیت وافر به صداهای بلند نشان می‌دهد. در نتیجه برای افرادی که در جریان جنگ تحمیلی دچار این اختلال شده‌اند کوچک‌ترین صدایی خارج از روال معمول می‌تواند یادآور حملات هوایی دشمن باشد، آشفتگی و برانگیختگی به دنبال داشته و فرد را از خود بیخود کند. «من خودم الان یک صدای بلندی میاد از اون وقت تا حالا، من ریه‌ام هم خراب شده بود. بهمون گفتند، سپاه اومد بعد از چند ساعت که همون که بهش می‌گن بزرگ آبدانان که بمباران شدند، اومد گفت کسی مجروح نشده چیزی؟ گفتم والله سالمیم الحمدلله. نمی‌دانستیم دیگه ریه‌مون پر شده از گرد و خاک و این‌ها و این مونده رو من. بعدش همون صوت‌ها هنوز ازشون می‌ترسیم وقتی صدای دری بیاد، تند بزنه، ما از جا می‌پریم. هنوز می‌پریم از جامون. می‌ترسیم می‌گیم چی شد؟! دوباره جنگ شد؟! سختی هست» (نسیم).

فریده از ساکنان مهران در زمان جنگ درباره اثرات میان‌مدت سانحه که خود را در شکل اختلال و برانگیختگی مفرط نشان داده به یاد می‌آورد: «زمانی که [بعد از پایان جنگ] اردو رفتم. خواب بودیم صبح یک‌هو صدای هواپیما [اردو که بودیم ما] اومد من بدو فرار. مسئول اونجا اومد گفت کجا؟! یادم افتاد که جنگ نیست!» (فریده).

[1] Avoidance

«وقتی هواپیما می‌آمد می‌ترسیدم و دو تا پسرهایم را بغلم می‌گرفتم می‌گفتم اگر مُردم همه با هم بمیریم. وقتی حامله بودم بیشتر می‌ترسیدم. سال ۶۳ که حامله بودم خیلی می‌ترسیدم که دکتر می‌گفت خواهرم این بچه داخل شکم تو یا زبان نداره یا چشمش کوره یا فلج می‌شه بس که می‌ترسی. الان الحمدالله سالمه و فوق لیسانس داره. هنوزم صدای بلند بیاد می‌ترسم». «هنوزم؟» «هنوز هم دارمش به خدا یک ماشین اگر در حال خالی کردن سنگ باشه صداش بیاد من فکر می‌کنم داره هواپیما میاد» (فریده، آ).

برانگیختگی و واکنش‌پذیری با عامل تحریک‌پذیر، در اینجا صدای بلند، از جمله مهم‌ترین نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه است که نسبتاً شیوع قابل توجهی دارد. به نظر می‌رسد خلق و خو، آستانه تحمل، جنس، سن هنگام سانحه، موقعیت مواجهه و مانند آن از جمله متغیرهای مهم در میزان این برانگیختگی باشد.

فاطمه در بیان وضعیت خود و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه از افکار مزاحم[1] هولناک با محرک محیطی صدای پرواز هواپیماها سخن می‌گوید: «از اون دوران ترسی هنوز همراه شما هست؟» «بله بعضی وقت‌ها آره. بعضی وقت‌ها صدای هواپیما ناگهان می‌شنوم یک فکرهایی به سرم می‌زند و می‌ترسم» (فاطمه).

در جمع‌بندی این بخش ادراک کلی متبادر از روایت اطلاع‌رسانان را می‌توان در صورت‌بندی کلی از وضعیت مواجهه با صوت مهیب ناشی از شکستن دیوار صوتی با عنوان وحشت دانست؛ همچنین در خلال روایت زنانه از ماوقع با آسیب‌های روانی چون بی‌قراری، ناآرامی و فرار، ترس شدید و در نتیجه قطع فعالیت‌های روزمره از جمله رفتن به مدرسه، برانگیختگی و واکنش‌پذیری با محرک‌های تنش‌زای اندک، گوش به زنگی مفرط و نیز رفتارهای تهییجی و پرخاشگرانه روبروییم.

در مجموع باید گفت این وقایع پرتنش بسته به میزان فشار ایجاد شده، میزان و فاصله قرار گرفتن در معرض حادثه و آستانه تحمل افراد آسیب جسمی چون پارگی پرده شنوایی، سردردهای مزمن، چشم درد، سقط جنین و را به دنبال داشته و بطور مستقیم عارضه اختلال تکلم و ناتوانی در صحبت و تلفظ را بعنوان بیماری روان‌تنی موجب شده است.

اما تکمله بحث، تلاش اطلاع‌رسانان در صورت جمعی بخشیدن به اختلال پس از سانحه بعنوان تجربه مشترک ساکنان استان‌های مرزی غرب و جنوب غربی کشور و نیز تحریک‌پذیری بالا، استرس و هیجان در روایت زنانه از جنگ ناشی از این نوع اختلال پس از سانحه است. فریده از سکنه ایلام مدعی است: «این رو بهتون بگم چون آنقدر خاطرات جنگ

[1] intrusive thoughts

زیاده که اصلاً نمی‌دونی از کجاش بگی و از کجا شروع کنی. ما خودمون خواب بودیم. اصلاً کاملاً مردم مثلاً ساعت ۲ شب بود همه استراحت، خسته. خوابی، یک‌دفعه با صدای صوت هواپیما هر کسی یه ور می‌دوید از لای رختخوابش در می‌اومد بعد مثلاً تصورش کن زمستون سرد یک‌دفعه از لای رختخواب گرم بپری تو حیاط. یعنی اگر خدایی بخوایم برای این مردم مناطق جنگ‌زده، اون‌هایی که تو جنگ بودند بخوایم برایشون درصد حساب کنیم، همه این‌ها به نوعی رزمنده‌اند. همه این‌ها جانبازند. همه این‌ها ایثارگرند. خود من وقتی در سن ۱۳ سالگی، ۱۴ سالگی، ۱۵ سالگی تا زمانی که جنگ متوقف شده هر شب صدای [شکستن] دیوار صوتی تو گوش من بوده، انتظار دارید از نظر روانی خیلی سلامت روان داشته باشم؟! نیست واقعاً. این عصبانیت‌هایی که ما گاهاً دچارش می‌شیم، اینکه قدرت تحمل‌مون کم می‌شه، اینکه نمی‌تونیم خیلی حرف بچه‌ها رو تحمل کنیم ناشی از چیه؟ ناشی از دورانیه که اثرات خودش رو روی افراد گذاشته ولی این دلیل نمی‌شه که چون همه مثلاً مستقیم اسلحه دستشون نبوده پس بنابراین این‌ها جزو رزمنده‌ها حساب نشن یا ایثارگر نباشند» (فریده، الف).

«یک‌بار یک بحثی بود توی حوزه داشتیم، بحث می‌کردیم در مورد همین اثرات جنگ من می‌گفتم به نظرم ایلام مجروح جنگ است. یعنی کل خانم‌های ایلامی مجروح جنگ‌اند. ایلام مجروح جنگ‌اند. نه تنها من، توی همه اشخاصی که اون ایام بودند صد درصد تأثیر گذاشته. اون صدای هواپیماها و اون صدای غرش هواپیما و اون صدای بمب‌ها» (کبری).

«واقعاً الان نه مهران حتی ایلام اعصاب و آرامش‌مون مثل شهرهای دیگه نیست. من مسافرت زیاد رفتم، قبلاً مثلاً می‌رفتیم شهرهای دیگه، خانم‌هایشان خیلی آرام‌تر هستند ولی ما یک کمی آرامش خاصی زیاد نداریم، چون اثر کرده است. هر صوت هواپیما یک اثر بدی روی ما ایجاد کرد. هر روز و هر ماه این تکراری هی بود تا صلح شد ولی باز هم شکرگذار هستیم» (مریم. ش).

فریده و کبری موضوع بی‌حوصلگی، بروز خشم، رفتارهای پرخاشگرانه را در شکل عمومی پیامد اختلال پس از سانحه می‌شمرند و به ما درباره موضوع سلامت بعنوان وجه قابلیتی برای توسعه در این مناطق نکته مهمی را گوشزد می‌کنند. در عین حال وضعیت زنان با توجه به ارتباطشان با اعضای خانواده و از جمله کودکان در زمان جنگ، به ویژه در غیاب مردان در شرایط اعزام آسیب‌پذیری بیشتری را یادآور می‌شود. بی‌خبری از نزدیکان، گسست روابط خانوادگی در جریان جنگ‌زدگی، زندگی در وضعیت جنگی با مضیقه‌های مختلف معیشتی،

فضای ملتهب با ترس از دست دادن عزیزان، مجموعه شرایطی را به دنبال دارد که می‌تواند زنان را در نقش‌های کانونی مادری و همسری دچار فشار مضاعف سازد.

بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق نشان داد موضوع ترومای حاصل از شکستن دیوار صوتی با گذشت چند دهه همچنان موضوع حاضر در بیان روایت اطلاع‌رسانان از آسیب‌های ادراک شده از جنگ تحمیلی است. ارزیابی میزان شیوع و شدت عوارض نیازمند جمع‌آوری اطلاعات پایه از وضعیت سلامت روان و نیز مصاحبه با متخصصان دارای سابقه کار در منطقه برای گزارش نرخ شیوع و اندازه‌گیری تغییرات آن است. غربالگری منظم منطقه‌ای سلامت با حساسیت نسبت به چگونگی شیوع و برآورد عوارض در ابعاد مختلف می‌تواند داده‌های مفیدی برای برنامه‌ریزی‌های دقیق به دست دهد و دامنه پیامدها در نسل در معرض آسیب و چه بسا نسل بعد را رصد کند. چرا که می‌دانیم اختلالات روانی چگونه اثرات خود را در جریان بارداری و تولد و نیز مراحل رشد کودک از طریق ارتباط کودک با مادر برقرار می‌سازد. از جمله دوکی دریافت ابتلای به اختلالات روانی، شانس ابتلا کودکان را بیشتر و آنان را در معرض اختلال مشابه قرار می‌دهد (*Douki & et. al, 2007: 177*).

اهمیت در نظر گرفتن تجربه وحشت عمومی ناشی از شکستن دیوار صوتی در جمعیت‌های کثیر، کارشناسان و اولیای امر را به بازبینی شاخص‌های سلامت و در نظرگرفتن عوامل اجتماعی پس زمینه‌ای متوجه می‌سازد. در شرایط کنونی و در ارزیابی وضعیت استانی بر اساس شاخص‌های سلامت در میان شاخص‌های مرکب به موضوع توسعه انسانی بر اساس تعریف جهانی سازمان ملل پرداخته شده است. نکته مهم این است که به زمینه‌های محرومیت‌زایی چون سابقه وقوع جنگ توجهی نشده است. مخاطرات اجتماعی سلامت تنها با در نظر گرفتن گرایش به سیگار، سوء مصرف مواد مخدر، شیوع رفتار جنسی ناایمن، تعداد افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی کاهش اعتیاد و مانند آن لحاظ شده است (*National Health Indicators, 2008: 41*)؛ و نیز در همین راستا مطالعات پژوهشی کوچک مقیاس‌تر نیز از اهمیت این مهم غفلت ورزیده‌اند. از جمله *Shahraki & et. al (2021)* شاخص‌های بهداشتی درمانی استان‌های کشور را بر اساس تعداد پزشکان، پیراپزشکان، مراکز درمانی دارویی و مراقبتی ارزیابی و خوشه‌بندی کرده‌اند. در معدود پژوهش‌های استانی از جمله *Maleki & et. al (2017)*، در مطالعه شهرستان‌های ایلام نیز به شاخص‌های زیست‌محیطی، تعداد مراکز درمانی و نیز شاخص‌های اجتماعی چون سواد بسنده شده است. حال آنکه

موضوع تروما حاصله بعنوان مصدومیت انبوه (در کثرت و تکرار خود و نیز گستره جغرافیایی درگیر)، برای آسیب‌دیدگان بعنوان عاملی محرومیت‌زا عمل کرده و سلامت آنان را به جهت رنج فشار روانی مورد تهدید قرار داده است. چنین آسیب‌دیدگی که تنها محدود به روان نبوده و عوارض جسمی قابل توجهی را نیز به دنبال داشته، تنها نباید از جنبه صدمات روانی وجه نظر قرار گیرد بلکه می‌تواند افراد آسیب‌دیده را حتی در شرایطی که خود به آسیب‌هایشان واقف نیستند در چرخه محرومیت‌زایی قرار دهد. بی‌قراری، استرس، اضطراب، بی‌تابی و کم-حوصلگی، اجتناب، گوشه‌گیری، کاهش اعتماد به نفس ناشی از استیصال، برانگیختگی و رفتارهای تهییجی، اختلال در کار روزانه، مشکلات در تمرکز و آموزش می‌تواند موجب از دست دادن فرصت‌های کاری، برقراری ارتباط اجتماعی سالم با اعضای خانواده و نیز اطرافیان در اجتماع عمومی شود، انگیزه‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد و مانع ایفای وظایف نقشی در عرصه خصوصی و عمومی شود. با مخدوش ساختن انتقال پیام در صدور و دریافت، در بیان و بروز مهارت‌ها به جهت ابتنا بر عنصر کنش ارتباطی اثر گذارد، به روابط خانوادگی و زندگی اجتماعی خدشه وارد ساخته و در نتیجه محرومیت‌های متفاوتی را رقم می‌زند. زنان در این میان به جهت اهمیت ارتباط با نسل بعد به فراخور شرایط دشوارتری را متحمل شده‌اند. علیرغم میل خود گاه بطور غیر ارادی از برقراری ارتباط مؤثر با فرزندان در دوره‌های زندگی آنان باز مانده‌اند. کودکان در معرض اختلال استرس ناشی از شکستن دیوار صوتی به وضوح در جریان رشد دچار چالش‌های جدی شده‌اند که البته با توجه به مجموعه بحران‌های ناشی از زندگی در وضعیت جنگی، این اختلال در سایه سایر اختلال‌ها چندان جدی گرفته نشده است.

در فقدان اهمیت‌بخشی و بکارگیری نظام مددکاری اجتماعی کارآمدی که بتواند به معرفی راهی برای دفع فشارهای روانی استرس‌زا و مزمن هجمه‌های صوتی حملات هوایی چه در دوره وقوع و چه در سال‌های پس از آن بپردازد این امر خود را در شکل بیماری‌های مزمن روانی و روان تنی نشان داده است. نقش مددکاری اجتماعی در بهبود و توانمندسازی آسیب‌دیدگان جسمی به کفایت روشن است که به فراخور هرگز آنچنان که لازم بود مورد ارجاع قرار نگرفت. این در حالی است که همچنان که گفتیم سلامتی یکی از مهم‌ترین پیش شرط‌های زندگی در اندیشه توسعه‌محور است و به نحو بسیار تأثیرگذاری سازنده قابلیت‌هایی است که برای انسان ارزشمند به شمار می‌رود.

در حالی که سلامتی ارزش ذاتی دارد، اما به دلیل نوع منابع نهادی که در اثر زندگی در شرایط حملات هوایی و پرواز مستمر جنگنده‌های بمب‌افکن بر افراد عارض گشته، اینجا

می‌توان از قابلیت نهادی آن سخن به میان آورد. از سوی دیگر نمی‌توان از ارزش ابزاری سلامت همچنان که در ادبیات سن آمده غفلت ورزید و موانع تحقق آن را به‌عنوان مانعی برای توسعه پایدار ندانست. در حالیکه سن توسعه را چیزی جز افزایش دامنه گزینش‌های انسان نمی‌داند، بر اساس داده‌های اکتشافی این پژوهش می‌توان مفروض دانست که عوارض جسمی و وحشت عمومی ناشی از شکستن دیوار صوتی در شکل مکرر خود چگونه سلامت جسم و روان افراد را در معرض خطر قرار داده و شانس‌های زندگی آنان را در مقطع وقوع و در درازمدت محدود ساخته است. عده‌ای را به امراض مقطعی یا مزمن گرفتار ساخته و در حافظه جمعی کثیری دیگر، بعنوان عاملی وحشت‌زا (همراه با گوش بزنگی مفرط به صدای بلند)، همچنان و با گذشت دهه‌ها جای دارد. نمی‌توان نادیده گرفت که آسیب‌دیدگان حملات مستمر، در اثر ترومای ناشی از صدای مهیب و خارج از ظرفیت شنوایی و وحشت متعاقب به شکلی از مشارکت در زندگی اجتماعی بازمانده‌اند. خصوصاً آنکه روانشناسی بالینی به ما می‌گوید افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بعنوان یک اختلال روانی مزمن، مستعد ابتلا به بیماری‌های روانی ثانویه بوده و چه بسا در دهه‌های گذشته از انواع اختلال‌های روانی و بیماری‌های روان تنی رنج برده‌اند. در این خصوص نیز وضعیت زنان با توجه به نرخ بالاتر ابتلا به اختلال افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال هراس[۱] و از جمله بطور اخص اختلال پانیک[۲] به مراتب حساسیت برانگیزتر بوده است.

به نظر می‌رسد به رسمیت شناختن نوع و میزان آلام تجربه شده و اختلال‌های منتجه، گام نخست در جهت اولویت بخشی به آموزش و نهادینه‌سازی مهارت‌های زندگی است.

در عین حال باید دانست که تألمات ناشی از جنگ تحمیلی تنها محدود به شکستن دیوار صوتی بعنوان عاملی کمتر شناخته شده نیست. بلکه با مجموعه متغیرهای دیگری چون محرومیت‌های چند بعدی، فقر اقتصادی و نیز گرسنگی ناشی از بی‌خانمانی و مانند آن از یکسو و طرد اجتماعی و برچسب‌زنی‌هایی همراه بوده که فرودستی جنگ‌زدگان را شدت بخشیده است.

هر چند دولت مرکزی کوشید با پدافند هوایی در حد امکان از طردد خوف‌انگیز هواپیماهای نظامی دشمن جلوگیری کند اما تلاش دولت تنها نباید بدان متوقف می‌شد. بخشی از کوشش برنامه‌دار جهت بی اثر ساختن چنین تهدیدی توجه به برنامه‌های پیشگیری

---

[۱] برای مطالعه بیشتر درباره تمایز جنسیتی سلامت روان بنگرید به *Norbala &Norbala (2015)*

[۲] برای مطالعه بیشتر درباره تمایزات جنسیتی همه گیری اختلالات روانپزشکی بنگرید به *Mohammadi & et. al(2001)*

و درمان زودرس جسمی و روانی بود که در خصوص اجرای آن شواهدی وجود ندارد. مشخص نیست دولت تا چه اندازه به موضوع وقوف داشته و اقدامات عاجل در حین مواجهه مستمر با عامل تروما و نیز پس از آن در طول هشت سال جنگ تحمیلی چه بوده است.

در جمع‌بندی باید گفت تداوم وضعیت جنگی در مناطق مرزی نوعی پایداری فضای ملتهب و آسیب‌های منتجه در اینجا روانی و جسمی (بعنوان پیامد مستقیم شکستن دیوار صوتی) را در بستر زندگی روزمره بر سکنه به دنبال داشت که چه بسا در وهله اول عادت‌وارگی و روزمرگی را متبادر کرده اما با نشانگان اضطراب اجتماعی، اختلال‌آفرین بوده و پیامدهای مزمن خود را بر روان آنان، وارد ساخته است. لذا در مقابل ادبیات توسعه پایدار، ما در این مناطق و به ویژه جهت آسیب‌دیدگی روانی، شاهد ناپایداری رفاه و کیفیت زندگی هستیم که با وجود گذشت دهه‌ها از پایان جنگ تحمیلی، صدای بلند می‌تواند تداعی‌گر ناامنی روانی بوده و به میزان متفاوتی موجب تحریک‌پذیری افراد شود. لذا در برشمردن وضعیت این مناطق و برنامه‌ریزی منطبق با وضعیت تنها نباید به شاخص فقر و نابرابری‌های اجتماعی، کمبود زیرساخت‌ها، تراکم جمعیت، امنیت غذایی، محدودیت دسترسی به خدمات بهداشتی، دسترسی به آب آشامیدنی سالم، قرارگیری در معرض بیماری‌های جسمی، در دوران جنگ و سال‌های پس از آن توجه داشت. بلکه غیراستاندار بودن محل و موقعیت زندگی از بعد ارتفاع، نوع سازه و مصالح بکار رفته، کم توجهی به آسیب‌های جسمی و روانی منتج در هنگام شکستن دیوار صوتی و در نهایت کم توجهی به نکات مرتبط با شیوه مواجهه با بحران و روش‌های درمان اختلالات منتجه از قرار گرفتن مستمر در معرض آسیب در سطح بالایی محسوس و یقینا اثرگذار بوده است. سیاست‌گذاری توسعه با در نظر گرفتن چنین پیشینه روانشناسی اجتماعی باید فرصت‌های مشارکت اجتماعی آسیب‌دیده‌گان را مهیا سازد و توسعه اجتماعی را اولویت بخشد.

پیشنهادات کاربردی

توجه به تقویت کیفیت زندگی در این استان‌ها با تمرکز بر راهکارهای اجرایی ذیل تا اندازه‌ای راهگشا به نظر می‌رسد:

- برخورداری از امنیت شغلی و دسترسی به منابع درآمدی
- ارتقا خدمات سلامت عمومی در سطح همگانی این مناطق
- غربالگری منظم منطقه‌ای سلامت روان
- اهمیت‌بخشی به تأسیس و حفظ و نظارت مراکز خدمات مشاوره‌ای

- پرداخت یارانه به منظور برخورداری از خدمات مشاوره
- برگزاری برنامه‌های عمومی آموزشی ترویجی مهارت‌های زندگی
- توجه به نیازهای رفاهی خدماتی سالمندان آسیب‌دیده از جنگ با شاخص سالمندی زود هنگام و متمایز
- افزایش سرانه فضاهای فراغتی شهری
- آگاهی‌بخشی در خصوص اهمیت سلامت روان و ضرورت تلاش در جهت درمان اختلال‌های عارضه‌ای
- برنامه‌ریزی جهت استقرار واحدهای خدماتی رفاهی یاد شده در موقعیت‌های قابل دسترس برای گروه‌های مختلف اجتماعی به ویژه زنان آسیب‌دیده از جنگ
- ارائه تسهیلات برای برخورداری گروه‌های مختلف اجتماعی کم برخوردار آسیب‌دیده از جنگ از خدمات فراغتی مشاوره‌ای به ویژه زنان
- ارتقای آگاهی عمومی درباره صدمات و آسیب‌های جسمی روانی ناشی از جنگ تحمیلی به منظور درک موقعیت، افزایش همدلی و تسهیل درمان آسیب‌دیدگان

References:

Douki, S., Heron, J., Francomb, H. (2007). "Women's Mental Health in the Muslim World: Cultural", Religious and Social Issues, Journal of Affective Disorders. 102 (1-3): 177- 189.

Ganjparvar, Z.; Mousavi, B.; Khatri, Sh.; Soroush, M. R.; Masoumi, M.; Shokoohi, H. (2014). "Daily activities of adolescents who are victims of mines and unexploded ordnance", Janbaz Medicine, Vol. 24, 138-142. (Persian).

Kasani, A.; Manti, R.; Estraki, P.; Delpishe, A. (2012). "Epidemiological study of physical injuries in victims of mine explosions and other war munitions in Ilam Province 2001-2008, Military Medicine, Vol. 1, No. 3. 199-192. (Persian).

Kazemi, S. A.; Javidi, H.; Begholi, H.; Zare, M. M. (2019). "Comparison of emotional schemas in veterans with post-traumatic stress disorder with depressive symptoms, with anxiety symptoms, and without depressive and anxiety symptoms", Janbaz Medicine, No. 46. (Persian).

Kermani, M. (2020). "Rereading government policies in supporting the poor and needy in post-revolution development programs from the perspective of Amartya Sen's capability-based approach", Quarterly Journal of Social Work and Social Welfare, Vol. 1, S1. pp. 35-54. (Persian).

Khalatbari, F. (1990). "The connection between the value of the national currency and freedom, justice and social welfare", Social Security Quarterly, Vol. 2, No. 2. (Persian).

National Health Indicators (2008). Second Edition, Ministry of Health and Medical Education. (Persian).

Maleki, S.; Parvizian, A.; Alizadeh, M.; Ahmadi, H. (2017). "Assessment of the status of health indicators in the cities of Ilam", Geography and Environmental Studies, Vol. 6, No. 21. (Persian).

Mohammadi, M. R.; Amini, H.; Malek Afzali, H.; Naqvi, H. R. Pouremet, H. R.; Bagheri Yazdi, S. A.; Zehgozar, M.; Alaghbandarad, J.; Razzaghi, O. M.; Davidian, H.; Noorbala, A. A. (2001). "Epidemiology of Psychiatric Disorders in Iran", Hakim Magazine, Vol. 6, No. 1, pp. 5-64. (Persian).

Momeni, F.; Amini Milani, M. (2011). "Empowerment and Sustainable Development in the Third and Fourth Development Plans

of Iran with Amartya Sen's Approach", Social Welfare Quarterly, No. 42, pp. 37-66. (Persian).

Norbala, A. A.; Noorbala, F. (2015). Survey of Women's Mental Health in Iran, Report on the Social Status of Women in Iran, Nay Publication. (Persian).

Rostamizadeh, A.; Abolfathi Mumtaz, Y.; Foroughan, M. (2010) "Rate and factors associated with post-traumatic stress disorder in elderly survivors of the bombing of Ilam city", Janbaz Medicine, No. 47. (Persian).

Salimi, M. (2023). Children of War, An Anthropological Study of the Lived Experience of Children in the Imposed War, Center for War Documentation and Research. (Persian).

Salimi, M. (2017). Anthropology of Iranian Women's Narratives from the Iraq Iran war Era, Cultural Heritage and Tourism Research Institute. (Persian).

Shafiei, M.; Basharpour, S.; Heidari-Rad, H. (2017). "The role of emotional temperament in predicting symptoms of post-traumatic stress disorder in people with limb disabilities due to landmine explosions", Janbaz Medicine, Vol. 36, 125-120. (Persian).

Shafiei, S. S. (2022). Development and We, the Middle Eastern Women, Saless publication. (Persian).

Sharifi, A. A.; Livarjani, Sh.; Abdi, Reza; Mohib, N. (2024). The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy in reducing anxiety sensitivity and panic attacks in veterans with post-traumatic stress disorder, Modern Psychological Research, No. 73. (Persian).

Shahraki, M. R.; Fallah, M. (2012). "Development of Iranian provinces in terms of health and medical indicators using weighted centrality and numerical taxonomy methods", Payavard Salamat, Vol. 16, No. 1, 21-10. (Persian).

Tavakol, M.; Hasanzadeh, A. (2012). "Sociological Understanding of Urban Trauma: Trauma from Motorcycle Accidents in Tehran", Quarterly Journal of Sociological Studies, Vol 20, No 2, 20-232. (Persian).

UNDP (1997). Human Development Report, New York.

Yazdani, M. H.; Derakhshan, H., Pashazadeh, A.; Zadoli, F. (2010). "Analysis of the effects of poverty on mental health in informal settlements", Welfare Planning and Social Development, 1-77. (Persian).

A Reflection on the Issue of Health in A Capability Approach to Iran Development; Study of the Trauma Resulting From Breaking the Sound Barrier in the Iraq-Iran War

Somayeh Sadat Shafiei (Ph.D)[1]

DOI: 10.22055/QJSD.2025.48603.3013

Abstract:

After several decades the social consequences of the Iraq-Iran war continue to be neglected and given little consideration in Iran's policymaking. The present study focuses on documenting the experiences of border indigenous residents explores perceived trauma. Decades later, the trauma of breaking the sound barrier continues to be a recurring theme in women's narratives of their own and their family members' terrifying experiences of war. The question is: what social characteristics does this traumatic situation give to areas with affected populations during development? Methodologically as Qualitative research, using semi-structured interviews and library studies has enabled the collection and analysis of data. Referring to the issues of capability poverty, Amartya Sen showed that the trauma of breaking the sound barrier in the form of mass trauma (in its multiplicity and repetition as well as the geographical extent involved) acted as a factor of deprivation for the victims and threatened their mental health with a continuous experience of panic as well as various physical complications. While health is one of the most important prerequisites for life in terms of developing and effectively building exceptional capabilities, the aforementioned post-traumatic stress disorder has caused victims to suffer from various types of anxiety and stress disorders and has prevented them from participating in social life in a way. Regional development policymaking, taking into account such a social psychological background, should provide opportunities for social participation for the affected.

Key Concepts: *Amartya Sen, Injury, Mental Health, Women, Mass Casualty*

[1] Associate Research Professor, Department of Social Science, Institute of Humanities and Cultural Studies, Tehran, Iran (Corresponding Author), ss.shafiei@ihcs.ac.ir

© 2019 by the authors. Licensee SCU, Ahvaz, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).