

## عوامل مرتبط با شروع اختلال استرس پس از سانحه در حوادث جاده ای

پژوهشگران: نعیم خدادادی<sup>۱</sup>، عاطفه قنبری خانقاه<sup>۲\*</sup>، سیده مریم موسوی<sup>۳</sup>، طاهره خالق دوست<sup>۴</sup>،

سید محمد جواد موسوی<sup>۵</sup>

(۱) گروه پرستاری (روان پرستاری)، مری، مرکز تحقیقات تروما جاده ای، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
(۲) گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
(۳) گروه پرستاری، مری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، رشت، ایران  
(۴) گروه پرستاری (داخلی-جراحی)، مری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران  
(۵) کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی، صومعه سرا، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۱۵

### چکیده

**مقدمه:** حوادث رانندگی یکی از شایعترین علت های ایجاد کننده اختلالات روانی مرتبط با تروماها هستند. با توجه به شیوع، اهمیت و عوارض اختلال استرس پس از سانحه رانندگی، بررسی عوامل مرتبط با این اختلال می تواند کمک مفیدی به افراد در معرض خطر ابتلا نماید. هدف: این مطالعه با هدف تعیین برخی از عوامل مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه رانندگی انجام گرفته است. روش کار: در این مطالعه توصیفی- مقطعی شرکت کنندگان از بخش های ارتوپدی و ترومای بیمارستان پورسینا در شهر رشت انتخاب شدند. اطلاعات در هفته اول و دو ماه بعد از آسیب در ۸۹ بیمار بستری، در سال ۱۳۸۹ جمع آوری گردید. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه عوامل فردی و روانی- اجتماعی، فرم خلاصه شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF) 36 items، فرم خودگزارشی استرس پس از سانحه SRS PTSD Self-Rating Scale for PTSD و تست افسردگی بک بودند. داده ها با استفاده از روش های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تی-زوجی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج: ۲۱ نفر (۲۳/۵٪) از حادثه دیدگان یک ماه بعد به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا شدند. میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه از گروه غیرمبتلا بطور معنی داری بالاتر بود ( $p=0/001$ ). بعلاوه میانگین و انحراف معیار طول دوره بستری در گروه مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بطور معنی داری بیشتر از گروه غیرمبتلا به این اختلال بود ( $p=0/003$ ). نتیجه گیری: یافته ها بیانگر آن است که برخی از عوامل، همچون افسردگی و طول دوره بستری با اختلال استرس پس از سانحه رانندگی مرتبط هستند، لذا پیشنهاد می گردد از بستری های طولانی مدت و غیرضروری بیمار سانحه دیده اجتناب گردد، بعلاوه انجام مشاوره روانپزشکی بلافاصله بعد از تصادف و پیگیری نشانه های روانی، بویژه افسردگی بعد از ترخیص، بمنظور اجتناب از بستری های طولانی مدت و غیرضروری توصیه می شود.

**کلید واژه ها:** اختلالات روحی پس ضربه ای، حوادث رانندگی، زخم ها و آسیب ها

### مقدمه

مجدد، اجتناب، برانگیختگی (۱،۲). تجربه مجدد، ویژگی هایی همچون: داشتن خاطرات مزاحم در مورد حادثه، کابوس شبانه، اقدام کردن به صورتی که گویی حادثه همین لحظه دوباره اتفاق می افتد و واکنش های فیزیولوژیک و سایکولوژیک در مواجهه با هر سرخشی از حادثه، دارد (۱،۲،۳). علائم اجتناب، ویژگی هایی همچون: داشتن افکار و اعمال اجتناب دارد، یعنی فرد حادثه دیده به طور ذهنی یا عملی از موقعیت حادثه یا موقعیت های مشابه کناره گیری و اجتناب می کند. اجتناب می تواند عاطفه فرد را محدود کرده و علائق و دلبستگی های وی را نابود کند (۲،۴). و سرانجام

برخلاف تجارب استرس زای معمول، حوادث آسیب زای شدید (مرگ آور) مثل حوادث رانندگی، با اختلال استرس پس از سانحه ارتباط دارند. استرس پس از سانحه نوعی اختلال اضطرابی است که بعد از حوادث استرس زای روان شناختی شدید همچون جنگ، زلزله، سیل، تجاوز، تصادف و ... ظاهر می شود (۱). علائم اختلال استرس پس از سانحه PTSD post traumatic stress disorder بر اساس ویرایش چهارم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی تجدید نظر شده (Manual of Diagnostic and Statistical Mental Disorder (DSM-IV-TR)) به سه دسته تقسیم بندی می شوند: تجربه

پر خطر و متعاقباً HIV (۱۷) همراه است و همچنین به طور همزمان با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و سوء مصرف مواد (۱۴) و با افزایش تمایل به خشونت و خودکشی بروز می یابد (۱۵). در واقع وقوع همزمان ترومای مغز با این علائم روانی، خطر خودکشی را افزایش می دهد (۱۸). با توجه به شیوع، اهمیت و عوارض PTSD، بعد از حوادث رانندگی، بررسی عوامل مرتبط با این اختلال می تواند کمک مفیدی به افراد در معرض خطر نماید. مطالعاتی در مورد عوامل پیش بینی کننده ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلالات روانی بعد از تصادفات رانندگی بعمل آمده است. عواملی که مورد بررسی قرار گرفته اند، متعدد بوده اند. عمده ترین عوامل مورد مطالعه، مشخصات فردی، ویژگی های حادثه، شدت جراحات جسمی، سابقه روانپزشکی، عوامل پیرامون حادثه، عوامل شناختی همچون درک تهدید، ترس و سوگ و وجود استرس حاد بودند (۱۹،۲۰).

در مطالعه بانتینگ (Bunting) اختلال استرس پس از سانحه در زنان بیشتر بوده و زنان تقریباً دو برابر بیشتر علائم این اختلال را نشان داده اند (۱۹). اما بلانشارد (Blanchard) و همکاران زن بودن را عامل خطری برای این اختلال نمی دانند (۲۱). در مطالعه بانتینگ شرکت کنندگان مسن تر (بیش از ۷۵ سال) کمتر نشانه های اختلال را داشتند و شرکت کنندگانی که از نظر وضعیت شغلی بازنشسته یا نامشخص بودند بیشتر این اختلال را نشان دادند (۱۹). اما در مطالعه تریکی (Trickey) عوامل خطر متفاوت و شامل، تجربه PTSD برای اولین بار، شروع زودرس علائم، احساس گناه در قبال دیگران، از هم گسیختگی و سرکوب افکار، ابتلا به اختلالات روانشناختی همزمان، نظیر اضطراب و افسردگی بود. افسردگی بعنوان مهمترین عامل خطر و یک عامل پیش بینی کننده مطرح گردیده است (۲۰). و به همین ترتیب در مورد شغل، شدت جراحات فیزیکی و تجربه تصادف، یافته های متناقضی بدست آمده است (۱۹،۲۰،۲۱). و از طرف دیگر از نظر یوسف زاده و همکاران، آسیب های ناشی از حوادث رانندگی یکی از مشکلاتی است، که از آن غفلت شده است و پیگیری آنها اساسی است (۱۳).

علائم برانگیختگی و ویژگی های شامل: آشفتگی خواب، تحریک پذیری، عصبانیت، اشکال در تمرکز، گوش به زنگی مفرط و پاسخ اغراق آمیز از جا پریدن دارد (۱،۵). تقریباً ۶-۵ درصد مردان و ۱۲-۱۰ درصد زنان در طول زندگی شان یکبار اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می کنند (۴). در ایالات متحده آمریکا این وضعیت شایع و ناتوان کننده روانی را ۲۰/۸ میلیون والد تجربه می کنند، شیوع مادام العمر اختلال استرس پس از سانحه در اسپانیا ۸ درصد، در آمریکا و اروپا ۵ تا ۱۰ درصد است (۶). در گیلان فراوانی این اختلال ۲۲/۵ درصد بعد از حوادث رانندگی گزارش گردیده است (۷).

لازم است که اختلال استرس پس از سانحه در حوادث هایی که بطور معنی داری باعث آسیب می شوند، بررسی گردد و این اختلال مخصوصاً دو ماه بعد از حوادث رانندگی توسعه می یابد. میزان این حوادث در کشورهای با درآمد بالا کمتر و در کشورهای با درآمد متوسط و کم، بیشتر است. حوادث رانندگی علت بیش از ۵۰ درصد مرگ و میر در سنین ۱۵-۴۴ سال در سراسر جهان هستند (۸). در ایران حوادث رانندگی دومین علت عمده مرگ و میر را تشکیل داده (۹) و یکی از مهمترین علل مرگ های تروماتیک در کشورهای در حال توسعه، حوادث رانندگی است (۱۰). در مورد میزان مرگ و میر و خسارات جانی این حوادث در ایران، منتظری، تعداد ۱۵۴۸۲ مورد مرگ سالانه، متعاقب حوادث رانندگی گزارش کرده است (۱۱). مطالعه دیگری نیز توسط سنایی زاده و همکاران روی قربانیان حوادث رانندگی، در سازمان پزشکی قانونی تهران انجام گرفت، ۲۱۲۸ مورد مرگ، در یک سال گزارش گردیده است (۱۲).

در گیلان نیز در مورد حوادث رانندگی مطالعاتی بعمل آمده که از جمله می توان از مطالعه یوسف زاده و همکاران، در زمینه اپیدمیولوژی تروماهای استان گیلان، نام برد در این مطالعه حوادث رانندگی ۷۴/۴ درصد موارد تروماها را تشکیل می دادند (۱۳). پیشرفت PTSD با تغییر در رفتارهای مرتبط با سلامت نظیر کشیدن سیگار، سوء مصرف مواد (۱۴)، سوء مصرف الکل (۱۵،۱۶)، اقدام به رفتارهای

توجه دقیق به علائم روان شناختی فرد سانحه دیده و ارزیابی اختلال همزمان روان شناختی مخصوصا افسردگی، حائز اهمیت است. نظر به آنکه پیشرفت این اختلال می تواند منجر به عواقب بسیار خطرناکی همانند سوءمصرف مواد، ایدز و خودکشی شود، بررسی واکنشهای روان شناختی این افراد یک ماه پس از سانحه بسیارمهم است. با وجود اهمیت مسئله، مطالعات در این حیطه محدود و یا دارای نتایج متناقض بوده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین عوامل مرتبط با شروع اختلال استرس پس از سانحه رانندگی انجام گرفته است تا شاید نتایج این مطالعه بتواند با مشخص نمودن عوامل مرتبط، ضمن افزایش آگاهی جامعه علمی، در پیشگیری و کنترل این اختلال مفید واقع گردد.

### روش کار

این پژوهش یک پژوهش توصیفی- مقطعی است. جامعه پژوهش، شامل تمام مصدومین حوادث رانندگی بوده که در روز هفتم بعد از تصادف رانندگی و در بخش های ارتوپدی و ترومای مرکز آموزشی درمانی پورسینا در سال ۱۳۸۹ بستری بودند. حجم نمونه اولیه ۸۹ نفر برآورد گردید، از این تعداد، دو گروه مبتلا (۲۱ نفر) و غیر مبتلا (۲۰ نفر) به PTSD که از نظر متغیر سن و جنس همسان شده بودند، جدا شدند. معیارهای ورودی مطالعه: شامل سن بین ۶۵-۱۸ سال، توانایی برقراری ارتباط، عدم وجود تروما به مغز و طناب نخاعی (از روی تشخیص پزشک در پرونده)، نداشتن سابقه بیماری شدید قبلی و سابقه اختلال روانی (طبق اظهار بیمار) و معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش بدلیل درد یا خستگی بود. جمع آوری داده ها توسط یک روان پرستار در بخش های ارتوپدی و ترومای بیمارستان پورسینا به دلیل امکان دسترسی به نمونه ها صورت گرفت و پس از مطالعه پرونده بیماران مصدومینی که دارای معیارهای ورود بودند، انتخاب شدند. وقتی که بیمار امکان برقراری ارتباط را داشت، پس از تشریح اهداف پژوهش، برای شرکت در پژوهش در روز هفتم و پی گیری آن در ماه دوم بعد از تصادف از بیمار رضایت نامه کسب می شد.

ابزار گرد آوری داده ها مشتمل بر ۴ بخش بود:  
الف- پرسشنامه مشخصات فردی و روانی- اجتماعی شامل جنس، وضعیت تاهل، شغل، موقعیت مصدوم، اطمینان از وضعیت حقوقی، جبران خسارت مالی (بیمه)، عادت به نوشیدن الکل، تجربه تصادف قبلی، شاهد صحنه زجر یا مرگ دیگران بودن، زمان تصادف، سابقه بستری بودن در بیمارستان، و در مرحله دوم یعنی دو ماه بعد از مصدومیت رانندگی نیز دو سوال طول مدت بستری در بیمارستان و زمان برگشت به کار و مدرسه پرسیده می شد.

ب- پرسشنامه SRS- PTSD: پرسشنامه شامل ۲۱ سوال با امتیاز صفر تا ۲ است (صفر به معنی اصلا- ۱ به معنی کمی، یکبار و کمتر از ۴ بار - ۲ به معنی خیلی زیاد، تقریبا ثابت و بیش از ۴ بار)، در سه حیطه تجربه مجدد (۷ عبارت)، اجتناب از موقعیت های مشابه (۷ عبارت) و تحریک پذیری (۷ عبارت) می باشد. بیش از ۶ مورد جواب مثبت، (یک مورد مثبت از سئوالات تجربه مجدد، سه مورد از سئوالات اجتناب و دو مورد از سئوالات تحریک پذیری) استرس حاد پس از سانحه را پیش بینی می نماید (۲۲). پرسشنامه ابتدا توسط پژوهشگر ترجمه گردید و سپس برای تعیین اعتبار علمی این پرسشنامه، از روش اعتبار محتوا استفاده گردید. بدین لحاظ پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضاء هیئت علمی عضو کمیته تحقیقات تروما قرار داده شد و پس از گردآوری پیشنهادات و نظرات اصلاحی، اصلاحات و تغییرات با نظرات اساتید همکار صورت گرفت.

برای محاسبه پایایی این پرسشنامه ابتدا یک مطالعه با ۲۵ نمونه بصورت پایلوت با آزمون مجدد انجام گرفت و سپس اعتماد آن محاسبه گردید. این پرسشنامه بر اساس ملاک های DSM-IV-TR تهیه گردیده است.

ج- پرسشنامه آزمون افسردگی بک شامل ۲۱ سوال از نوع مقیاس لیکرت با امتیاز صفر تا ۳ است (صفر به معنی هیچوقت، ۱ گاهی اوقات، ۲ بیشتر اوقات و سه همیشه). نمره ۹-۰ نشانه عدم افسردگی، ۱۹-۱۰ افسردگی خفیف و ۲۵-۲۰ افسردگی متوسط و ۲۶ و بالاتر به عنوان افسردگی شدید امتیاز بندی می شود. پاشا

شریفی معتقد است که، هدف از ابداع این آزمون این بوده که نشانه‌شناسی افسردگی را به طور جامع در بر گیرد و از طرف دیگر، وی این آزمون را در سال ۱۳۷۰ بر روی جمعیت ایران، بومی سازی نمود (۲۳).

د- پرسشنامه کیفیت زندگی یا فرم خلاصه شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این تحقیق، گونه فارسی ابزار استاندارد بین المللی SF-36 بود که توسط منتظری و همکاران بر اساس مطالعه جمیتی در شهر تهران در افراد سنین ۱۵ سال و بالاتر انجام شده و روایی و پایایی آن برای جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (۲۴). پرسشنامه SF-36 موردی جهت ارزیابی سلامت از دیدگاه بیماران طراحی شده است و به سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد می پردازد و در ۸ بعد سلامت می باشد که عبارتند از عملکرد جسمی (۱۰ سوال)، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی (۴ سوال)، درد جسمانی (۲ سوال)، سلامت عمومی (۵ سوال)، محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی (۳ سوال)، سلامت روانی (۵ سوال)، شادابی و نشاط (۴ سوال)، و عملکرد اجتماعی (۲ سوال).

این ابزار از صفر تا ۱۰۰ امتیاز دارد و میانگین امتیازات بالاتر نشان دهنده بالاتر بودن کیفیت زندگی است. حجم نمونه با استناد به مقاله وانگ چینگ (Wang Ching) ۸۹ نفر برآورد گردیده بود (۸).

داده ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۶ و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تی-زوجی) تحلیل گردید. ملاحظات اخلاقی رعایت شده بدین صورت بود، به محض دریافت تأییدیه از کمیته اخلاق معاونت تحقیقات فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و بعد از کسب رضایت از ریاست بیمارستان و بیمار اقدام به جمع آوری اطلاعات شد. برای بیماران بستری در بیمارستان توضیحات کافی در مورد پژوهش، و نیز محرمانه بودن اطلاعات داده شد و رضایت آنها اخذ گردید.

### نتایج

از ۸۹ نفر نمونه اولیه، ۲۱ نفر (۲۳/۵٪) دو ماه بعد از تصادف مبتلا به PTSD بودند. تفاوت معنی دار در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به PTSD از نظر سن و جنس

وجود نداشت. یعنی از نظر آماری فرضیه همسان بودن آنها تایید گردید. میانگین و انحراف معیار افسردگی در گروه غیرمبتلا به PTSD  $0/9 \pm 20/5$ ، و در گروه مبتلا به این اختلال  $0/6 \pm 24/1$  بود. این اختلاف در میانگین از نظر آماری معنی دار بود ( $p=0/001$ ). میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه غیرمبتلا به PTSD  $71/14 \pm 6/02$  و در گروه مبتلا به این اختلال  $65/40 \pm 17/22$  بود. این اختلاف در میانگین از نظر آماری معنی دار نبود. میانگین و انحراف معیار طول دوره بستری در گروه غیرمبتلا به PTSD  $15/21 \pm 7/70$  و در گروه مبتلا به این اختلال  $10/90 \pm 3/69$  بود. این اختلاف در میانگین از نظر آماری معنی دار بود ( $p=0/03$ ) (جدول شماره ۱).

### بحث و نتیجه گیری

یافته مهم مطالعه این بود که گروه مبتلا به PTSD بعد از حوادث رانندگی بطور معنی داری افسرده تر از گروه غیر مبتلا بودند. نتایج مطالعه بلانشارد و همکاران نیز با مطالعه حاضر همسو بود به گونه ای که از بین بازماندگان تصادف، آن دسته که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بودند، بطور معنی داری مبتلا به افسردگی اساسی بودند، در واقع افسردگی در ۵۳ درصد از مبتلایان به PTSD مشاهده شده بود (۲۱). کاپچیک (Kupchik) و همکاران به نتایج مشابهی دست یافتند (۲۵). راث (Roth) و همکاران نیز بیان نمودند اختلال استرس پس از سانحه می تواند با افسردگی ارتباط مستقیم و غیر مستقیم داشته باشد (۲۶). ضمنا آیریش (Irish) و همکاران، اشنایدر (Schnyder) و همکاران نیز افسردگی را پیش بینی کننده قوی اختلال استرس پس از سانحه یک سال بعد از تصادفات رانندگی می دانند (۲۷ و ۲۸). با توجه به این امر که آمار بالایی از الکسی تایمی (ناتوانی در بیان هیجانات) در این اختلال گزارش شده است، احتمال می رود تعدادی از مشارکت کنندگان نیز علائم افسردگی خود را بیان نکرده باشند تا با این روش، بهتر با بیماری خود سازگاری یابند. دومین یافته مهم این بود که کیفیت زندگی در گروه غیرمبتلا به PTSD بهتر از گروه مبتلا به این اختلال بود. ولی این ارتباط از نظر آماری معنی دار نبود. در این رابطه

در پژوهش گیل بک (Gayle Beck) و همکاران، مردان بیکار بعد از تصادف با وسایل نقلیه موتوری ۹/۹۴ درصد بیشتر مبتلا به PTSD بودند. بنابراین محدودیتهای عملکرد می تواند در تداوم PTSD اثر بخش باشد (۳۴) و این موضوع نزدیک به یافته ماست به اینصورت که کسانی که دوره طولانی تری در بیمارستان بستری بودند و هنوز به سرکار برگشته بودند بیشتر مبتلا به PTSD بودند. در مطالعه مشابه بعمل آمده توسط کاپچیک و همکاران تفاوت معنی داری بین سن و جنس و شغل دو گروه مورد و شاهد بدست نیامد (۲۵). تحقیق بعمل آمده توسط بلانشارد نیز بین دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به PTSD، از نظر متغیر سن، تفاوت معنی دار آماری را نشان نداد (۲۱). این نتایج تا حدودی در مورد اختلال استرس پس از سانحه ناشناخته است، که احتمالا مربوط به جمعیت تحت بررسی در این مطالعه است که در بیمارستان بستری بودند ولی در مطالعات دیگر که بین ویژگی های دموگرافیک و این اختلال ارتباط وجود داشت، جمعیت مورد مطالعه در جامعه بوده و یا پیش بیمارستانی بودند. انتظار می رود که بیماران بستری در بیمارستان علائم PTSD شدیدتری را نسبت به افراد سالم تجربه کرده باشند.

در تحقیق بلانشارد کسانی که سابقه تصادف جدی رانندگی داشتند، بطور معنی داری بیشتر از گروه کنترل مبتلا به PTSD بودند (۲۱). در مطالعه حاضر تفاوت معنی داری بین وضعیت تحصیلات و اختلال استرس پس از سانحه وجود نداشت، ولی شنایدر و همکاران بیان نمودند سطح تحصیلات پایین و مشکلات مالی، پیش بینی کننده PTSD هستند (۲۸). تفاوت های فردی، اجتماعی، اقتصادی شرکت کنندگان در این پژوهش با پژوهش های قبلی، می تواند علت بدست آوردن چنین نتایج متفاوتی باشد. از محدودیتهای این مطالعه تعداد معدود نمونه می باشد. اگر تعداد نمونه بیشتر بود شاید بهتر می توانست، تفاوت های معنی دار را مشخص نماید. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی از روش های بهتری برای ایجاد انگیزه تداوم شرکت، مشارکت کنندگان در مطالعه استفاده گردد. یافته های این

ماتسوکا (Matsuoka) و همکاران نتایج دیگری بدست آوردند، آنها نشان دادند که ابتلا به مشکلات روانی بعد از تصادف تاثیر منفی روی کیفیت زندگی دارد (۲۹). تفاوت در حجم نمونه و روش کار، احتمالا باعث شده تا نتایج این مطالعات متفاوت باشند. در مطالعات متعدد، یافته های متناقضی در مورد ریسک فاکتورها و عوامل پیش بینی کننده PTSD وجود دارد. در مطالعه حاضر مشخصات فردی ارتباط معنی دار آماری با PTSD نداشت، از مطالعات همسو با مطالعه حاضر، مطالعه بعمل آمده توسط سیلو (Silove) و همکاران و کاپچیک و همکاران است که بین متغیرهای دموگرافیک و ابتلای بعدی به اختلالات روانی بعد از تصادفات رانندگی ارتباط معنی دار آماری مشاهده نکرده بودند (۲۵ و ۳۰). البته این نتایج با برخی مطالعات که ارتباط معنی داری بین متغیرهای فردی و PTSD نشان داده اند، همسو نیست (۳۱ و ۲۰). حتی جنس زن که در سایر مطالعات با PTSD ارتباط داشت در این مطالعه مرتبط نبود، که یکی از دلایل آن می تواند تعداد خیلی کمتر زنان نسبت به مردان در این مطالعه باشد و لذا این مقدار کمتر از حدی بود که بتوان تحلیل دقیقی، روی آن انجام داد.

از عوامل روانی- اجتماعی مورد بررسی در مطالعه حاضر، تنها طول دوره بستری در گروه مبتلا به PTSD بیشتر بود، البته ما در مطالعه خود شدت جراحات فیزیکی را بررسی نکردیم ولی طولانی بودن زمان بستری خود می تواند گویای جراحات شدید و متعدد باشد. در رابطه با ارتباط شدت جراحات فیزیکی با PTSD نظرات متعددی وجود دارد، پژوهش مایو (Mayo) و همکاران و کارن (Koren) و همکاران با این یافته ها همسو بودند (۳۳ و ۳۲)، ولی کاپچیک و همکاران و شنایدر و همکاران بین شدت و خامت حوادث ترافیکی و PTSD ارتباطی نیافتند (۲۸ و ۲۵). در بیمارانی که از جراحات متعدد فیزیکی رنج می بردند علائم اختلال استرس حاد واضح بود، بنظر می رسد، احتمال آنکه بعد از گذشت یک ماه از تصادف، علائم استرس حاد، پایدار و به استرس پس از سانحه تبدیل شود، بیشتر می شود (۸).

مطالعه قابل تعمیم به سانحه دیدگان در سراسر کشور نخواهد بود. بخصوص ضایعه دیدگان طناب نخاعی و ترومای مغز که از مطالعه خارج شده اند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه هم پوشانی دارند بطوریکه شاید نتواند تفاوت‌های جنبه های بالینی اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی را نشان بدهد. تعدادی از بیماران نیز جهت پیگیری مراجعه ننمودند، لذا ویژگیهای فردی آنها در دسترس نبود، آن دسته از بیمارانی که مراجعه نکرده و از مطالعه خارج شدند، ممکن است دلیل داشتن علائم اجتناب شدید، وضعیت روانی بدتر و علائم اضطراب، افسردگی و... بدتر و شدیدتری نسبت به سایرین داشته باشند. پیشنهاد می شود مطالعات اضافی در یک حوزه جغرافیایی وسیع تر برحادثه دیدگان با انواع مختلف وسائل نقلیه موتوری و با شدت های مختلف آسیب، انجام شود. اضافه نمودن مدت پیگیری در زمان های متناوب ۳ ماه ۶ ماه یکسال و... بعد از سانحه توصیه می شود. انجام چنین برنامه های پیگیری، می تواند تصویر روشنی از مداخلات طولانی مدت بدست دهد. طبق شواهد این مطالعه، تعدادی از بیماران مبتلا به PTSD، افسردگی را تجربه می کنند. این مسئله نیاز آنها به خدمات روانپزشکی را تایید می نماید و بر نیاز به خدماتی همچون بازتوانی های حرفه ای و روانی-اجتماعی صحه می گذارد، آنچه که اهمیت دارد این است که کارکنان مراقبت سلامتی که در بیمارستان ها کار می کنند، لازم است که این عوامل و نشانه ها را در بیماران بررسی کنند. تشخیص زودرس و ارجاع بعدی برای درمان افسردگی می تواند تاثیر منفی این وضعیت ها را در دراز مدت بر کیفیت زندگی کاهش دهد.

### تشکر و قدردانی

این تحقیق با استفاده از منابع مالی مرکز تحقیقات حوادث جاده ای دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام گردید. بدینوسیله از همکاری همه جانبه واحد توسعه تحقیقات بالینی پورسینا و کلیه کارکنان مرکز تحقیقات و بیمارستان تشکر و قدردانی می گردد.

جدول شماره(۱): مقایسه برخی از عوامل فردی، روانی- اجتماعی و افسردگی دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

| نوع آزمون و قضاوت | گروه غیر مبتلا به PTSD<br>انحراف معیار ± میانگین | گروه مبتلا به PTSD<br>انحراف معیار ± میانگین |                    |                  |
|-------------------|--|--|--------------------|------------------|
| p=۰/۰۰۱           | ۲۰/۵±۰/۹   | ۲۴/۱± /                                      | افسردگی            |                  |
| p ۰/۰۵            | ۶۵/۴۰±۱۷/۲۲                                      | ۷۱/۱۴±۶/۰۲                                   | کیفیت زندگی        |                  |
| p ۰/۰۵            | ۲۹/۷۰±۱۱/۶۸                                      | ۳۰/۴۲±۱۲/۵۸                                  | سن به سال          |                  |
| p=۰/۰۰۳           | ۱۵/۲۱±۷/۷۰                                       | ۱۰/۹۰±۳/۶۹                                   | طول مدت بستری(ماه) |                  |
| p ۰/۰۵            | ۱(۵)   | ۱(۴/۸)                                       | زن                 | جنس              |
|                   | ۱۹(۹۵)   | ۲۰(۹۵/۲)                                     | مرد                |                  |
| p ۰/۰۵            | ۶(۳۰)  | ۷(۳۳/۳)                                      | مجرد               | وضعیت تاهل       |
|                   | ۱۴(۷۰)   | ۱۴(۶۶/۷)                                     | متاهل              |                  |
| p ۰/۰۵            | ۸(۴۰)  | ۱۴(۶۶/۷)                                     | شاغل               | شغل              |
|                   | ۱۲(۶۰)   | ۷(۳۳/۳)                                      | بیکار              |                  |
| p ۰/۰۵            | ۱۴(۷۰)   | ۱۴(۶۶/۷)                                     | راننده مصدوم       | موقعیت           |
|                   | ۴(۲۰)  | ۲(۹/۵)                                       | سر نشین            |                  |
|                   | ۲(۱۰)  | ۵(۲۳/۸)                                      | عابر               |                  |
| p ۰/۰۵            | ۳(۱۵)  | ۴(۱۹)  | دارد               | اطمینان از بیمه  |
|                   | ۱۷(۸۵)   | ۱۷(۸۱)                                       | ندارد              |                  |
| p ۰/۰۵            | -  | ۱(۴/۸)                                       | دارد               | عادت به الکل     |
|                   | (۲۰)۱۰۰  | ۲۰(۹۵/۲)                                     | ندارد              |                  |
| p ۰/۰۵            | ۱۴(۷۰)   | ۱۳(۶۱/۹)                                     | روز                | زمان             |
|                   | ۶(۳۰)  | ۸(۳۸/۱)                                      | شب                 |                  |
| p ۰/۰۵            | ۴(۳۰)  | ۷(۳۳/۳)                                      | دارد               | تجربه تصادف قبلی |
|                   | ۱۶(۸۰)   | ۱۴(۶۶/۷)                                     | ندارد              |                  |
| p ۰/۰۵            | ۶(۳۰)  | ۷(۳۳/۳)                                      | بلی                | شاهد بودن        |
|                   | ۱۴(۷۰)   | ۱۴(۶۶/۷)                                     | خیر                |                  |
| p ۰/۰۵            | ۷(۳۵)  | ۱۲(۵۷/۱)                                     | دارد               | سابقه بستری      |
|                   | ۱۳(۶۵)   | ۹(۴۲/۹)                                      | ندارد              |                  |

## References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive Text book of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott; 2009. p. 1851-1853.
2. Stuart G, Laraia MT. Psychiatric nursing. St louis: Mosby; 2005. p. 270-271.
3. Carr C, d'Ardenne P, Sloboda A, Scott C, Wang D, Priebe S. Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder--an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychol Psychother*. 2012 Jun; 85(2):179-202.
4. Alici Y, Smith D, Lu HL, Bailey A, Shreve S, Rosenfeld K, et al. Families' perceptions of veterans' distress due to post-traumatic stress disorder-related symptoms at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Mar; 39(3):507-14.
5. Dekel R, Monson M C. Military-related post-traumatic stress disorder and family relations: Current knowledge and future directions. *Aggress Violent Behav*. 2010; 15(4): 303-309.
6. Leen-Flender WE, Feldner TM, Bunaciu L, Blumenthal H. Association between parental posttraumatic stress disorder and both offspring internalizing problems and parental aggression within the national comorbidity survey-replication. *J Anxiety Disord*. 2011; 25(2):169-75.
7. Khodadady N, Ghanbari A, Yousefzadeh Chabok Sh, Rahimi H. Frequency of Acute Stress and Post-Traumatic Disorder in Traffic -Related Injured Patients, Hospitalized in Porsina Hospital Rasht, Iran 2010. *Journal of Rafsanjan university of medical sciences*. 2012; 11(4): 347-354. Persian.
8. Wang CH, Tsay SL, Bond AE. Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and Quality of life in patients with traffic - related in juries. *J Adv Nurs*. 2005; 52(1):22-30.
9. Tavakoli Kashani A, ShariatMohaymany A, Ranjbari A. Analysis of factors associated with traffic injury severity on rural roads in Iran. *Journal of Violence Res*. 2012; 4(1): 36-41. Persian.
10. Coronas R, Garcia P G, Viladrich C, Manel S J, Manel M J. Clinical and socio demographic variable with the onset of post traumatic stress disorder in road traffic accidents. *J Depress Anxiety*. 2008; 25 :16-23.
11. Montazeri A. Road-traffic-related mortality in Iran: a descriptive study. *Public Health*. 2004; 118(2):110-3.
12. Sanaei-Zadeh H, Vahabi R, Nazparvar B, Amoei M. An epidemiological study and determination of causes of traffic accident-related deaths in Tehran, Iran (during 2000-2001). *J Clin Forensic Med*. 2002; 9(2):74-7.
13. Yousefzadeh SH, Ahmadi Dafchahi M, Mohammadi Maleksari H, Dehnadi Moghadam A, Hemati H, Shaabani S. Epidemiology of Injuries and their Causes among Traumatic Patients Admitted into Poursina Hospital, Rasht (second half of the year 2005). *Behood*. 2007; 11(3):1-10. Persian.
14. Zatzick D, Rivara F, Jurkovich G, Russo J, GeissTrusz S, Wang J, et al. Enhancing the population impact of collaborative care interventions: Mixed method development and implementation of stepped care targeting posttraumatic stress disorder and related co morbidities after acute trauma. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011 Mar-Apr; 33(2):123-34.
15. Jakupcak M, Hoerster KD, Blais RK, Malte CA, Hunt S, Seal K. Readiness for Change Predicts VA Mental Healthcare Utilization Among Iraq and Afghanistan War Veterans. *J Trauma Stress*. 2013 Feb; 26(1):165-8.
16. Miller M W, Reardon AF, Wolf EJ, Prince L B, Hein C L. Alcohol and Drug Abuse Among U.S. Veterans: Comparing Associations With Intimate Partner Substance Abuse and Veteran Psychopathology. *J Trauma Stress*. 2013 Feb; 26(1):71-6.
17. Marshall BD, Prescott MR, Liberzon I, Tamburrino MB, Calabrese JR, Galea S. Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and HIV Risk Behavior Among Ohio Army National Guard Soldiers. *J Trauma Stress*. 2013 Feb; 26(1):64-70.
18. Jakupcak M, Varra E M. treating Iraq and Afghanistan War Veterans With PTSD Who Are at High Risk for Suicide. *Cogn Behav Pract*. 2011; 18:85-97.
19. Bunting BP, Ferry F R, Murphy S D, O'Neill S M, Bolton D. Trauma Associated With Civil Conflict and Posttraumatic Stress Disorder: Evidence From the Northern Ireland Study of Health and Stress. *J Trauma Stress*. 2013 Feb; 26(1):134-41.
20. Trickey D, Siddaway A P, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2012 Mar; 32(2):122-38.
21. Blanchard EB, Hickling EJ, Taylor EA, Loos W. Psychiatric morbidity associated with motor vehicle accidents. *J Nerv Ment Dis*. 1995; 183(8):495-504.
22. Carlier IV, Lamberts RD, Van uchelen AJ, Gersons BP. Clinical utility of a brief diagnostic test for Post traumatic stress disorder. *Psychosom Med*. 1998 Jan-Feb; 60(1):42-7.
23. Pasha Sharifi H, Nick khoos M. Psychological Assessment Manual. Vol I. Tehran: Roshd; 2000. Persian.
24. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-3. *Payesh*. 2005; 5(1): 49-56. Persian.
25. Kupchik M, Strous R, Erez R, Gonen N, Weizman A, Spivak B. Demographic and clinical characteristics of motor vehicle accident victims in the community general health outpatient clinic. *Depress Anxiety*. 2007; 24(4):244-50.
26. Roth S R, Geisser M E, Bates R. The realation of post-traumatic stress symptoms to depression and pain in patients with accident -related chronic pain. *J Pain*. 2008 Jul; 9(7): 588-96.
27. Irish L, Ostrowski S, Fallon W, Spoonster E, Dulmen M, Sledjeski E, et al. Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *J Trauma Stress*. 2008 Aug; 21(4):377-84.
28. Schnyder U, Morgeli H, trentz O, Klaghofer R, Buddeberg C. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *Am Journal of Respir Crit Care Med*. 2001; 15.164 (4):653-6.
29. Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S, Yonemoto N, Noguchi H, Otomo Y, et al. Impact of psychiatric morbidity on quality of life after motor vehicle accident at 1 month follow up. *Psychiatry Clin Neurosci*; 2009 Apr; 63(2):235-7.
30. Silove D, Blaszczyński A, Manicavasager V, Tyndall K, Petridis A, Hillman K. Capacity of screening questionnaires to predict psychiatric morbidity 18 months after motor vehicle accidents. *J Nerv Ment Dis*. 2003 Sep; 191(9):604-10.
31. Ehler A, Mayou R, Bryant B. Psychological predictors of chronic post traumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*. 1998 Aug; 107(3):508-19.
32. Mayo R, Bryant B, Ehlers A. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *Am J Psychiatry*. 2001 Aug; 158(8):1231-8.
33. Koren D, Arnon I, Klein E. Acute stress response and post traumatic stress disorder in traffic accident victims: A one-year prospective, follow-up study. *Am J Psychiatry*. 1999 Mar; 156(3):367-73.
34. Beck JG, Palyo SA, Canna MA, Blanchard EB, Gudmundsdottir B. What factors are associated with the maintenance of PTSD after a motor vehicle accident? The role of sex differences in a help-seeking population. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006 Sep; 37(3):256-66.



**Related factors to onset of post-traumatic stress disorder after road accidents**

**BY:** Khodadadi N<sup>1</sup>, Ghanbari Khanghah A\*<sup>2</sup>, Mousavi S.M<sup>3</sup>, Khaleghdoost T<sup>4</sup>,  
Moosavi MJ<sup>5</sup>

- 1) Department of Nursing (Psychiatric Nursing), Instructor, Guilan road trauma research center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran
- 2) Department of Nursing (medical-surgical), Associate professor, Social determinants of health research center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran
- 3) Department of Nursing, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
- 4) Department of Nursing (medical-surgical), Instructor, Social determinants of health research center, School of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
- 5) BS in Nursing, Imam Khomaeni hospital, Some Sara, Iran.

Received: 2012/06/09

Accept: 2012/11/05

**Abstract**

**Introduction:** Traffic accidents are one of the most common causes of mental disorders associated to trauma, According to the prevalence, importance and complications of post traumatic stress disorder after the accident, examining the related factors can be a useful aid in screening and treatment of people at risk.

**Objective:** This study aimed to determine some variables related to post traumatic stress disorder after traffic accident.

**Methods:** In this descriptive cross sectional study, participants were chosen from orthopaedic and traumatic units of Poursina hospital in Rasht city. Data were collected at 1 week and 2 months post-injury for 89 patients hospitalized in 2008. Instruments used included personal and psycho-social questionnaire, health related quality of life (SF 36 item), Self- Scale for PTSD Rating (SRS-PTSD) and Beck anxiety test

**Results:** Statistical results showed that 21 victims (22.5%) suffered from post-traumatic stress disorder one month after the accident. Depression mean score and SD was significantly higher in PTSD group ( $p=0.001$ ). In addition the mean score and SD of duraion of hospitalization was higher in PTSD group ( $p=0.03$ ).

**Conclusion:** The findings suggest that some factors, such as depression and duration of hospitalization are related to post-traumatic stress disorder after an accident. Therefore it is recommended to avoid long-term and unnecessary hospitalization. In addition, psychiatric counselling immediately after accident and follow up of psychological symptoms, especially depression is recommended post-discharge .

**Keywords:** Stress disorders / Post-Traumatic, Accidents / Traffic, Wounds and Injuries

\*corresponding. Author: Atefe Ghanbari Khanghah, Rasht, School of Nursing and Midwifery

Email: At\_ghanbari@gums.ac.ir