

بررسی توزیع فراوانی و شدت اختلال استرس پس از سانحه و همراهی آن با مؤلفه‌های جمعیت شناختی و شغلی در پرسنل فوریت‌های پزشکی شهرستان جهرم

جهرم

مریم میرزایی

کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

دکتر محسن فاصله جهرمی^۱

دکترای پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

وحید سعادت‌مند

کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، مرکز اورژانس جهرم، جهرم، ایران

سارا مقدم

کارشناس ارشد پرستاری داخلی-جراحی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Frequency distribution survey and severity of Post-Traumatic stress disorder and its accompaniment with demographic and occupational factors in the medical emergency technician of Jahrom

Maryam Mirzaei, MSc

Mohsen Faseleh Jahromi, Ph.D

Vahid Saadatmand, MSc

Sara Moghaddam, MSc

ABSTRACT

Introduction: PTSD is an anxiety disorder which after severe stressful events such as war, earthquake, flood, aggression, accident as well as in occupations where there is human, medical and educational communication and there is more stress, it can be seen. Since the medical emergency personnel in most cases are a first-line service provider to patients and victims are exposed to stress and psychological trauma we decided to research on the prevalence of PTSD and its contributing factors to the medical emergency personnel of Jahrom.

Material and methods: In a descriptive cross-sectional study, 100 medical emergency medical personnel in Jahrom, who work as technicians and drivers in these units, were investigated and after receiving satisfaction from the participants, they were given a questionnaire. Mississippi PTSD questionnaire and demographic questionnaire to diagnoses and collect personal information was used. The data were analyzed using SPSS software and descriptive and analytic statistics.

Results: The mean age of subjects was 32.1 ± 4.8 years and most of them were bachelor's degrees. Among participants, 2.4% of people were with mild PTSD and the rest were 97.9% with moderate PTSD and no one had severe type of disorder. Among the four dimensions of the post-traumatic stress disorder questionnaire, the highest score was obtained in dimension of emotional control disorder and then the highest score was followed by disruptions in personal relationships. There was no significant correlation between post-traumatic stress disorder with age, level of education, working hours, marital status, place of mission and work experience ($P > 0.05$).

^۱. نویسنده مسؤول: mohsenefaseleh@yahoo.com

Conclusion: Based on the results of the study, most medical emergency personnel in Jahrom, suffer from moderate PTSD that given the importance of their job, it is recommended that training be provided on emotional self-efficacy and coping skills and other emotional readiness.

Keywords: Stress Disorders, Posttraumatic Stress Disorders, Medical Emergency Service, Emergency Medical Technician

چکیده

مقدمه: اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، نوعی اختلال اضطرابی است که بعد از حوادث استرس‌زای شدید همچون جنگ، زلزله، سیل، تجاوز، تصادف و همچنین در مشاغلی که در آنها ارتباط انسانی، پزشکی و آموزشی مطرح است و تنیدگی بیشتری وجود دارد، دیده می‌شود. از آنجا که پرسنل فوریت پزشکی در بیشتر موارد به عنوان اولین خط ارائه دهنده خدمات پزشکی به بیماران و حادثه دیدگان در معرض استرس و ترومای روحی هستند، بر آن شدیم که پژوهشی را در زمینه بررسی شیوع PTSD و عوامل دخیل در آن در پرسنل فوریت‌های پزشکی شهرستان جهرم انجام دهیم.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی مقطعی ۱۰۰ نفر از پرسنل فوریت‌های پزشکی شهرستان جهرم که به عنوان تکنیسین و راننده در این واحدها کار می‌کنند، وارد تحقیق شدند و پرسشنامه پس از جلب رضایت افراد تحت مطالعه، به آنها ارایه شد. ابزار کار، پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک به ترتیب برای بررسی تشخیص PTSD و جمع‌آوری اطلاعات فردی استفاده شد. در پایان داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد تحت مطالعه $32/1 \pm 4/8$ سال و اکثراً لیسانس بودند. از بین افراد تحت مطالعه ۲۱/۴٪ از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه خفیف و مابقی یعنی ۹۷/۶٪ مبتلا به اختلال متوسط استرس پس از سانحه بودند و هیچ‌کس به اختلال نوع شدید مبتلا نبود. در بین ابعاد چهارگانه پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه، بیشترین امتیاز کسب شده در بعد اختلال در کنترل عواطف مشاهده شد و پس از آن بیشترین امتیاز را اختلال در روابط شخصی به خود اختصاص داد. هیچ ارتباط معنی‌داری بین اختلال استرس پس از سانحه با سن، سطح تحصیلات، ساعات کاری، وضعیت تأهل، محل مأموریت و سابقه کاری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه بیشتر افراد شاغل در فوریت پزشکی شهرستان جهرم به اختلال استرس پس از سانحه متوسط مبتلا هستند که با توجه به اهمیت شغلی ایشان، توصیه می‌شود آموزش‌های لازم در زمینه خودکارآمدی هیجانی و مهار‌های مقابله‌ای و سایر آمادگ‌های هیجانی به آنها ارایه گردد.

کلواژگان: استرس، اختلال استرس پس از سانحه، فوریت پزشکی

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، نوعی اختلال اضطرابی است که بعد از حوادث استرس‌زای شدید همچون جنگ، زلزله، سیل، تجاوز، تصادف و... ظاهر می‌شود (۱). علایم اختلال استرس پس از سانحه بر اساس ویرایش چهارم کتاب تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی^۲ به سه دسته تقسیم‌بندی می‌شود: تجربه مجدد، اجتناب، برانگیختگی (۲). تجربه مجدد دارای ویژگی‌هایی همچون داشتن خاطرات مزاحم در مورد حادثه، کابوس شبانه، اقدام کردن به صورتی که گویی حادثه همین لحظه دوباره اتفاق می‌افتد و واکنش‌های فیزیولوژیک و سایکولوژیک در مواجهه با هر نشانه‌ای از حادثه است (۳). علایم اجتناب، ویژگی‌هایی همچون داشتن افکار و اعمال اجتناب دارد یعنی فرد حادثه دیده به طور ذهنی یا عملی از موقعیت حادثه یا موقعیت‌های مشابه کناره‌گیری و اجتناب می‌کند که این اجتناب می‌تواند عاطفه فرد را محدود کرده و علایق و دلبستگی‌های وی را نابود کند (۴) و سرانجام علایم برانگیختگی ویژگی‌هایی شامل آشفتگی خواب، تحریک‌پذیری، عصبانیت، اشکال در تمرکز، گوش به زنگی مفرط و پاسخ اغراق آمیز از جا پریدن دارد (۵). در مشاغلی که در آنها ارتباط انسانی، پزشکی و آموزشی مطرح است تنیدگی بیشتری وجود دارد. سر و کار داشتن با بیماران سانحه دیده و بیماران دچار سوختگی شدید بستری در بخش‌های سوختگی و میزان بالای مرگ و میر در این بیماران و مسؤولیت و وظیفه نگهداری بیماران با خطر بالای مرگ در پرستاران و حضور در

صحنه آتش‌سوزی و شنیدن ماجرای آتش‌سوزی از زبان شواهد و کارکنان آتش‌نشانی می‌تواند خطر ابتلا به اختلال را افزایش دهد (۶). بر اساس مطالعات انجام شده در این زمینه، آمار این اختلال از ۷-۱۹٪ در پرسنل پلیس و آتش‌نشانی تا ۴۶٪ در داوطلبان فوریت پزشکی و امداد در کمک به حوادث گزارش شده است. در یک متاآنالیز انجام شده در این زمینه، پرسنل فوریت پزشکی درصد بیشتری از این اختلال را نسبت به پلیس‌ها و آتش‌نشان‌ها تجربه می‌کنند (۷). در مطالعه‌ای که توسط بردسیری و همکاران در سال ۱۳۹۳ در کرمان با استفاده از پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی انجام شد، ۹۴٪ از پرسنل فوریت پزشکی اختلال استرس پس از سانحه متوسط را اعلام کردند (۸).

استرادی^۳ و همکاران درباره وضعیت سلامت پرسنل شاغل در آمبولانس ۴۹ مطالعه تا سال ۲۰۰۶ در این خصوص به دست آورده‌اند. بیشتر این مطالعات به این موضوع اشاره داشت که از آنجا که پرستاران اورژانس خط اول مواجه با بلاها هستند این افراد از نظر مشکلات روحی روانی در وضعیت مناسبی قرار نداشتند به طوری که از هفت مطالعه یافت شده در مورد PTSD، ۵ مطالعه دلالت بر شیوع PTSD بیش از ۲۰ درصد داشت (۹).

به طور کلی، PTSD بیشتر در کسانی دیده می‌شود که استرس روانی یا جسمانی شدیدی را تجربه کرده‌اند؛ بنابراین، متخصصان مراکز اورژانس یا پرسنل بخش اورژانس بیمارستان‌ها از جمله افرادی هستند که در معرض خطر این اختلال قرار

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

3. Sterud

دارند. این کارکنان با حوادث تروماتیک تهدید کننده سلامت در محل کار و نیز با حوادثی مواجهه می شوند که در آن به بیمارانشان آسیب یا صدمه جدی وارد شده تهدید به مرگ شده‌اند ولی خطری خود آنها را تهدید نمی‌کند. (۱۰) همچنین یک مطالعه نشان داد که ۲۷ درصد از پرستاران بخش اورژانس علایم اختلال استرس پس از سانحه را در خود گزارش کردند و ۲۰ درصد آنها بیان کردند که رخداد تروماتیک آنها را مجبور می‌سازد که به ترک کار فکر کنند. (۱۱) از طرف دیگر، کارکنان مراکز آتش‌نشانی نیز در معرض خطر ابتلا به اختلالی استرس پس از سانحه قرار دارند. (۱۲) مطالعات اولیه نشان داده است که فاکتورهایی مثل سن، الگوی خانوادگی، تجارب قبلی درگیری می‌تواند در ایجاد PTSD مؤثر باشد. همچنین سابقه خانوادگی، تجرد و سوء مصرف مواد پس از استرس می‌تواند با ایجاد PTSD ارتباط داشته باشد. احتمالاً فاکتورهای شخصیتی می‌تواند در تطابق و کنار آمدن با استرس مؤثر باشد به طوری که به نظر می‌رسد بعضی از افراد کمتر مبتلا به PTSD می‌شوند اکثراً این افراد بهتر آموزش دیده اند و توان مقابله با استرس‌های زندگی در آنها بالاتر است. (۱۳)

مواجهه مکرر و روزانه با آلام مردم و مرگ و میر آنها و کار در محیط‌ها و موقعیت‌های خطرناک؛ پرسنل فوریت‌های پزشکی را در معرض استرس‌های ترومایی قرار می‌دهد، اگرچه تمایل به مطالعه بر روی تروما و حوادث و تصادفات در بعد بدنی بیماران رو به افزایش است ولی به مقوله ترومای روحی بیماران و افراد درگیر با بیمار و شرایط آنها توجه کمتری صورت گرفته است. (۷) بنابراین از آنجا که پرسنل فوریت پزشکی اولین خط مواجهه با بلا یا

هستند و در بیشتر موارد به عنوان اولین خط ارائه دهنده خدمات پزشکی به بیماران و حادثه دیدگان در معرض استرس و ترومای روحی قرار دارند بر آن شدیم پژوهشی را در زمینه بررسی شیوع PTSD و عوامل دخیل در آن در پرسنل فوریت‌های پزشکی شهرستان جهرم انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه توصیفی مقطعی ۱۰۰ نفر از پرسنل فوریت‌های پزشکی شهرستان جهرم که به عنوان تکنیسین، راننده، و پزشک در این واحدها کار می‌کنند، وارد تحقیق شدند و پرسشنامه به آنها ارائه شد. این افراد در مورد وقایع تروماتیک روحی که مربوط به کارشان در مرکز فوریت‌ها بوده مورد سؤال واقع شدند. ابزار کار، پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک به ترتیب برای بررسی تشخیص PTSD و جمع‌آوری اطلاعات فردی استفاده شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش مقیاس شهروندی اختلال استرس پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی است. این ابزار یک پرسشنامه ۳۹ سؤالی است. سؤالات پرسشنامه شامل چهار قسمت هستند: تکرار مکرر خاطرات (شامل ده سؤال: ۴، ۷، ۱۳، ۱۴، ۳۶، ۳۹، ۱۸، ۳۷، ۳۳، ۲۹)، اختلال در روابط شخصی (شامل نه سؤال: ۲۸، ۱۹، ۵، ۱، ۲۲، ۶، ۳۰، ۳۵، ۳۸)، اختلال در کنترل عواطف (شامل ده سؤال: ۲۰، ۳، ۲۶، ۲۴، ۲۷، ۳۱، ۱۶، ۲۳، ۲۵، ۳۲)، فقدان افسردگی (ده سؤال: ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۲۱، ۲، ۱۱، ۱۷، ۳۴). آزمودنی‌ها به این سؤال‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره‌گذاری می‌شوند (هرگز

صادق نیست: ۱، کاملاً صادق است: ۵). اما امتیازدهی به ده سؤال (۲، ۶، ۱۱، ۱۷، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۷، ۳۰، ۳۴) به صورت معکوس داده می‌شود یعنی هرگز صادق نیست: ۵، کاملاً صادق است: ۱). مجموع امتیازات حاصله بین ۰ تا ۱۹۵ در نوسان خواهد بود. امتیاز کمتر از ۶۵ به عنوان اختلال خفیف، ۶۵ تا ۱۳۰ به عنوان اختلال متوسط و امتیاز بیشتر از ۱۳۰ به عنوان اختلال شدید در نظر گرفته می‌شود (۸). نقطه برش برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ۲۰ و بالاتر است (۱۴). این آزمون یک مقیاس خودگزارشی است که توسط کینی و همکاران در سال ۱۹۸۸ تدوین شده و برای ارزیابی شدت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه به کار می‌رود (۱۵). این مقیاس در ایران توسط گودرزی (۱۳۸۱) اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۲ گزارش شده است. جهت تعیین روایی همزمان این مقیاس از سه ابزار فهرست وقایع زندگی، فهرست PTSD و سیاهه پادوآ استفاده گردید که ضریب همبستگی مقیاس می‌سی‌سی‌پی با هر یک به ترتیب برابر ۰/۲۳، ۰/۸۲ و ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۶).

همچنین از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک که شامل اطلاعات فردی همچون: سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نام پایگاه، تعداد ساعات کاری در ماه، وضعیت استخدامی، سابقه کار، میزان تجربه حوادث استرس‌زا و میزان علاقه‌مندی به شغل استفاده شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش پس از مراجعه به مراکز مربوط و انتخاب نمونه آماری، آزمودنی‌ها در زمانی که مأموریت نیستند و در شرایط استرس‌زا قرار نداشته باشند، پس از کسب

رضایت آگاهانه کتبی از آنها، به پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی و اختلال استرس پس از سانحه پاسخ خواهند داد. به آنها اطمینان داده خواهد شد که اطلاعات به صورت محرمانه خواهد ماند و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست و در پایان مطالعه در صورتی که فرد دچار استرس پس از سانحه شده باشد، با هماهنگی رئیس بخش اورژانس و در صورت تمایل و رضایت خود شخص، به پزشک متخصص روانپزشکی یا روانشناس معتمد ارجاع داده خواهند شد.

در پایان داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

نتایج

بر اساس نتایج به دست آمده از ۱۰۰ نفر از افراد وارد شده، ۸۲ نهایتاً وارد مطالعه شدند. میانگین سنی افراد تحت مطالعه $32/1 \pm 4/8$ سال و اکثراً لیسانس بودند (جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک).

از بین افراد تحت مطالعه ۲/۴٪ از افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه خفیف و مابقی مبتلا به اختلال متوسط استرس پس از سانحه بودند و هیچ‌کس به اختلال نوع شدید مبتلا نبود (جدول ۲).

در بین ابعاد چهارگانه پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه، بیشترین امتیاز کسب شده در بعد اختلال در کنترل عواطف مشاهده شد و پس از آن بیشترین امتیاز را بعد اختلال در روابط شخصی به خود اختصاص داد (جدول ۳).

نتایج نشان داد نشان که میانگین امتیاز PTSD در پایگاه جاده‌ای از همه بیشتر و در مرکز پیام از

از نظر آماری معنی‌دار نبود. همچنین هیچ ارتباط معنی‌داری بین اختلال استرس پس از سانحه با سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه کاری مشاهده نشد ($P > 0/05$). (جدول ۴)

همه کمتر بوده است و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود.

از سوی دیگر میانگین امتیاز PTSD در ساعات کاری بیش از ۲۰۰ ساعت از همه بیشتر و در کمتر از ۱۵۰ ساعت از همه کمتر بود که این اختلاف هم

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک افراد شاغل در مراکز فوریت پزشکی شهرستان جهرم

متغیر دموگرافیک	اجزای متغیر	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
سطح تحصیلات	دیپلم	۲	۲/۲٪
	فوق دیپلم	۳۲	۳۵/۶٪
	لیسانس	۵۲	۵۷/۸٪
	فوق لیسانس	۲	۴/۴٪
وضعیت تأهل	مجرد	۲۶	۲۸/۹٪
	متاهل	۵۶	۶۱/۱٪
نوع پایگاه مشغول به کار	شهری	۲۰	۲۲/۷٪
	جاده‌ای	۵۶	۳۶/۶٪
	مرکز پیام	۴	۴/۶٪
سابقه شغلی	کمتر از ۵ سال	۱۰	۲۳/۳٪
	۵-۱۰ سال	۴۴	۵۱/۲٪
	بالاتر از ۱۰ سال	۲۶	۲۵/۶٪
ساعت کاری	کمتر از ۱۰۰ ساعت	۲	۲/۳٪
	۱۰۰-۱۵۰ ساعت	۴	۴/۵٪
	۱۵۰-۲۰۰ ساعت	۲۸	۳۱/۸٪
	بیشتر از ۲۰۰ ساعت	۴۶	۶۱/۴٪
میزان علاقه به کار	متوسط	۲۴	۲۶/۷٪
	زیاد	۶۶	۷۳/۳٪
	کم	۰	۰٪

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی سطوح اختلال استرس پس از سانحه افراد شاغل در مراکز فوریت پزشکی شهرستان جهرم

سطوح اختلال	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۰-۲۰ (عدم ابتلا)	۰	۰٪
۲۰-۶۵ (اختلال خفیف)	۲	۲/۴٪
۶۵-۱۳۰ (اختلال متوسط)	۸۰	۹۷/۶٪
۱۳۰-۱۹۵ (اختلال شدید)	۰	۰٪

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار ابعاد چهارگانه پرسش نامه اختلال استرس پس از سانحه افراد شاغل در مراکز فوریت پزشکی شهرستان جهرم

ابعاد پرسشنامه	انحراف معیار \pm میانگین
تکرار مکرر خاطرات	۱۷/۸ \pm ۴/۹
اختلال در روابط شخصی	۲۲/۳ \pm ۳/۸
اختلال در کنترل عواطف	۲۴ \pm ۴
فقدان افسردگی	۱۹/۵ \pm ۴/۱
نمره کل	۸۶ \pm ۱۲/۸

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار افراد مبتلا به PTSD بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر دموگرافیک	اجزای متغیر	میانگین \pm انحراف معیار PTSD	نتایج آزمون
نوع پایگاه	شهری	۸۷/۱ \pm ۹/۸	=۲df, =۰/۰۰۱p
	جاده‌ای	۷۹/۶ \pm ۱۶/۵	
	مرکز پیام	۷۳/۸ \pm ۱۱/۳	
ساعات کاری	کمتر از ۱۵۰ ساعت	۷۳ \pm ۹/۸	=۳df =۰/۸۴p
	۱۵۰-۲۰۰ ساعت	۸۰/۸ \pm ۱۳/۶	
	بیشتر از ۲۰۰ ساعت	۸۱/۲ \pm ۱۶/۳	
گروه های سنی	۲۰-۳۰	۸۱/۵ \pm ۱۲/۳	=۱df =۰/۹۳p
	۳۱-۴۱	۸۱/۱ \pm ۱۶/۱	
وضعیت تاهل	مجرد	۸۰/۶ \pm ۱۳/۴	=۱df =۰/۹۳p
	متاهل	۸۱ \pm ۱۵/۵	
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	۸۲/۸ \pm ۱۴/۵	=۲df =۰/۸p
	لیسانس	۸۰ \pm ۱۵/۲	
	فوق لیسانس	۷۷/۵ \pm ۱۶/۲	
سابقه کاری	۵-۰ سال	۷۷/۲ \pm ۹/۲	=۲df =۰/۲p
	۱۰-۵ سال	۸۴ \pm ۱۶/۳	
	بالاتر از ۱۰ سال	۷۷/۹ \pm ۱۶/۲	

بودند. همچنین امتیاز کلی کسب شده برای ابتلا به PTSD در مطالعه حاضر $۸۶ \pm ۱۲/۸$ بود و بیشترین امتیاز متعلق به بعد اختلال در کنترل عواطف (۲۴ ± ۴) بود. در همین راستا نتایج مطالعه ایران منش و همکاران (۱۳۹۲) در شهر کرمان با استفاده از پرسشنامه می سی سی پی نیز نشان داد که

بحث

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که شیوع اختلال استرس پس از سانحه در پرسنل فوریت پزشکی شهرستان جهرم، در بین ۸۲ نفر اعضاء شرکت کننده در مطالعه، ۲ نفر ($۲/۴\%$) مبتلا به اختلال خفیف و ۸۰ نفر ($۹۷/۶\%$) مبتلا به اختلال شدید

اکثریت پرسنل فوریت پزشکی (۹۴٪) به اختلال استرس پس از سانحه متوسط مبتلا بودند (۱۷) و امتیاز کلی کسب شده از پرسشنامه $89/3 \pm 15/4$ و بیشترین امتیاز نیز بین ابعاد پرسشنامه به بعد اختلال در کنترل عواطف ($24/2 \pm 4/4$) تعلق داشت که کاملاً در راستای نتیجه مطالعه حاضر بود.

در مطالعه کارمندی و همکاران (۲۰۱۶) در ایتالیا ۱۵/۷٪ از پرسنل فوریت پزشکی به علایم اختلال استرس پس از سانحه مبتلا بودند (۱۸). در مطالعه بنت و همکاران نیز فراوانی این اختلال در پرسنل فوریت پزشکی ۲۲٪ بود (۱۰). همچنین در مطالعه صابری و همکاران نیز (۱۳۸۷) گزارش کردند که ۳۶/۴٪ از پرسنل فوریت پزشکی تحت مطالعه، شاخص‌های ابتلا به PTSD را داشتند (۹) و در مطالعه نریمانی و همکاران (۱۳۸۹) تنها ۱۴٪ از پرستاران شاغل در بخش اورژانس به این اختلال مبتلا بودند (۱۰). به دلیل اینکه اختلال استرس پس از سانحه به دنبال یک رویداد آسیب‌زای شدید در شخص تظاهر می‌کند پس دور از ذهن نیست که پرسنل فوریت پزشکی به دلیل ماهیت شغلیشان که همواره در مواجهه با مرگ و صدمات شدید مصدومان هستند، در معرض خطر PTSD قرار دارند. اما تفاوت میزان شیوع این اختلال در جوامع مختلف را می‌توان به تفاوت تعداد افراد تحت مطالعه و تفاوت در انواع ابزارهای بررسی در مطالعات مختلف دانست. از دیگر نتایج به دست آمده در مطالعه فوق، این بود که بین ساعات کاری در ماه، گروه‌های سنی، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و سابقه کاری با PTSD ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد. اما در مطالعه ایران‌منش و همکاران گزارش شد که هر چه ساعات کاری پرسنل در ماه بیشتر بود، میزان این

اختلال کمتر بود و این نتیجه را به عادت کردن شخص با سوانح به دلیل مواجهات مکرر با رویدادهای آسیب‌زا نسبت به افرادی که ساعات کمتری در ماه شیفت بودند، نسبت دادند (۱۷). از سوی دیگر در مطالعه نریمانی نشان داده شد که هر چه سن افراد بیشتر باشد، میزان شیوع این اختلال کمتر می‌شود و دلیل آن را به تجربه بیشتر پرسنل مسن در انجام وظایف شغلی و در عین حال حفظ روحیه کاری خودشان و رشد و تقویت مکانیسم‌های دفاعی آنها مربوط دانستند (۱۰).

تنها ارتباط آماری معناداری که در مطالعه فوق مشاهده شد، ارتباط معنادار شیوع فراوانی این اختلال در پرسنل با پایگاه‌های مختلف بود به این صورت که امتیاز اختلال در پایگاه شهری $(87/1 \pm 9/8)$ از همه بیشتر و در مرکز پیام $(73/8 \pm 11/3)$ از همه کمتر بود. نتیجه فوق را شاید بتوان این گونه تفسیر کرد که پرسنل شاغل در مرکز پیام به دلیل عدم مواجهه حضوری با مصدومان و تنها درگیری شنیداری حوادث، نسبت به پرسنل دیگر کمتر اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند و در مقابل پرسنل پایگاه‌های شهری به دلیل ماهیت بروز حوادث در شرایط شهری همچون ترافیک و ازدحام جمعیت و... شاید سطح بالاتری از استرس را نسبت به پرسنل جاده تجربه می‌کنند و این خود منجر به شیوع بیشتر این اختلال شود.

با توجه به شیوع بالای اختلال استرس پس از سانحه در این افراد نسبت به جمعیت عمومی، می‌توان از قبل آموزش‌های سودمندی در زمینه خودکارآمدی هیجانی و مهارت‌های مقابله‌ای و سایر آمادگی‌های هیجانی را به آنها ارایه داد تا قبل از بروز اختلال به پیشگیری اولیه آن بتوان اقدام نمود.

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی
 جهرم سپاسگزاری می‌شود.
 محل تأمین بودجه: مطالعه حاضر با بودجه تأمین
 شده از طرف معاونت محترم فناوری و تحقیقات
 دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شده است.
 تضاد منافع: تمام نویسندگان اعلام می‌کنند که
 هیچ‌گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش به نظر می‌آید
 استفاده از پرسشنامه به عنوان تنها ابزار بررسی این
 اختلال بود که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده
 از مصاحبات بالینی نیز به صورت مکمل استفاده
 شود.
 تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه پرسنل
 مراکز فوریت پزشکی شهرستان جهرم به واسطه
 همکاری صمیمانه در اجرای این تحقیق و همچنین

REFERENCES

1. Khodadadi N, Ghanbari Khanghah A, Mousavi S M, Khaleghdoost T, Mousavi S M J. Related factors to onset of post-traumatic stress disorder after road accidents. *Holist Nurs Midwifery*. 2014; 24 (2) :9-17. [Persian]
2. Stuart G, Laraia MT. *Psychiatric nursing*. St Louis: Mosby; 2005. p. 270-271
3. Carric, d, Ardenna p, Sloboda A, Scott C, Wang D, Priebes. Group music therapy for patients with persistent posttraumatic stress disorder—an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psycho psychother*. 2012 Jan; 85(2):179-202
4. Alici Y, Smith-D, Lu H, Bailey A, Shreves, Rosenfeld K, et al. Families' perceptions of veterans' distress due to past-traumatic stress disorder—related symptoms at the end of life. *J Pain Symptom Manage*; 2010; 39(3):507-14
5. Dekel R, Monson MC. Military-related posttraumatic stress disorder and family relations: current knowledge and future directions *Aggress Violent Behav*. 2010; 15(4): 303-309
6. Hatam Boostani, Siros Pakseresht, Ahmad Fakhri, Sadegh Jalili, Mohammad Reza Haghdoost. Comparison of Post-Traumatic Stress Disorder and use of Defense Mechanisms Scores among Burn Ward Nurses and Employees of Fire Brigade in Ahvaz, Iran. *Journal of Ahvaz Jondi shahpoor* 2015; 6(13): 665-70. [Persian]
7. Mirzaei M, Sepahvand E, Sadatmand V. PTSD in disaster workers. Abstract book of 7th International Congress on Health in Emergencies and Disasters 2016 JAN 6-8. Tehran. P:237. [Persian]
8. Sheikh Bardsi H, Saberini A, Amini zadeh M, Sabahi A, Shirazi F. Post-traumatic stress disorder among hospital emergency personnel in South-East of Iran. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences* 2013; 4(6):1400-1405.
9. Saberi H R, Moravveji S A R, Ghorashi F, Heidari Z. Post-traumatic stress disorder in Kashan and Arak emergency medicine departments' staffs during 2009. *KAUMS Journal (FEYZ)*. 2009; 12 (5) :1-6. [Persian]
10. Narimani M, Zahed A, Basharpour S. Prevalence of posttraumatic stress disorder in hospital emergency nurses and fire department workers in Uremia city. *Behavioral Sciences Research* 2010; 1(8):69-74. [Persian]
11. Laprosa JM, Alden LE. Posttraumatic stress in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behavior Research and therapy* 2003; 41(1):49-65
12. Kitchiner NJ. Psychological treatment of three urban fire fighters with posttraumatic stress disorder using eye movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy. *Complementary therapies in nursing and midwifery* 2004; 10(3):186-93
13. O'Brien LS, Hughes SJ. Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falkland veterans five years after the conflict. *Br J psychiatry* 1991; 59:135-41
14. Robert I Simon. *Posttraumatic Stress Disorder in Litigation: Guidelines for Forensic Assessment*. Washington, DC : American Psychiatric Pub., 2003. eBook : Document : English : 2nd ed
15. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 56(1), Feb 1988, 85-90.
16. Goodarzi M. Validity and reliability of Mississippi post traumatic stress disorder scale. *Journal of Psychology* 2003, Vol. 7, No. 2. [Persian]
17. Iranmanesh S, Tirgari B, Sheikh Bardsiri H. Post-traumatic stress disorder among paramedic and hospital emergency personnel in south-east Iran. *World J Emerg Med* 2013; 4(1):26-31.
18. Carmassi C, Gesi C, Simoncini M, et al. DSM-5 PTSD and posttraumatic stress spectrum in Italian emergency personnel: correlations with work and social adjustment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2016; 12:375-381.
19. Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emerg Med J* 2004; 21: 235-23