Original Article

# A study on acute stress, post-traumatic stress disorder and quality of life in injured accident survivors admitted to Rasht Porsina Hospital during 2009-10

**Khodadadi N[1], Ghanbari A[2*], Yosefzadeh SH[1], Meskini F[1], Asgari F[3], Koochaki Nejad L[1]**

1- Trauma Research Center, Guilan University of Medical Sciences, I.R .Iran.
2- Department of Educational Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, I. R. Iran.
3- Department of Management Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, I. R. Iran.

Received November 20, 2010; Accepted February 7, 2011

## Abstract:

**Background:** There is limited information on health-related quality of life (HRQOL) of injured accident survivors. The aim of the present study was to assess acute stress, post traumatic stress disorder and health-related quality of life in injured accident survivors.
**Materials and Methods:** Eighty-eight patients admitted to the orthopaedics and trauma surgery department of Rasht Porsina Hospital were enrolled to this descriptive study. SRS-PTSD (post-traumatic stress) and SF-36 (short-form of health-related quality of life) questionnaires were completed and assessed one week and two months after the accident.
**Results:** Acute stress of the first week of the accident was found to be an independent predictor of post-traumatic stress of two months later. Regression analysis showed a statistically significant relationship between position of the survivor as a driver and score of post-traumatic stress disorder two months post-accident ($P$=0.024). The results also showed a statistically significant improvement in physical function ($P$=0.005), lack of improvement in role limitations due to physical injury ($P$=0.02), no improvement in mental function including mental health ($P$=0.001), role limitations due to emotional problems ($P$=0.01) and vitality ($P$=0.001).
**Conclusion:** There is a significant relationship between PTSD and quality of life of the injured survivors. The return of injured accident survivors to pre-injury HRQOL may depend not only on optimal medical care but also on awareness and timely interventions regarding PTSS.

**Keywords:** Quality of life, Traffic accident, Traumatic stress disorder

* **Corresponding Author.**
**Email:** at_ghanbari@gums.ac.ir
**Tel:** 0098 911 337 8344
**Fax:** 0098 131 323 8373

Conflict of Interests: ***No***

***Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, Supplement, 2011; Vol. 14, No 5, Pages 520-525***

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-18 ]

# بررسی استرس حاد، اختلال استرس پس از سانحه و کیفیت زندگی بعد از سوانح رانندگی در مصدومین بستری شده در بیمارستان پورسینا رشت طی سال ۱۳۸۸

نعیما خدادادی [۱]، عاطفه قنبری [۲*]، شاهرخ یوسف‌زاده [۳]، فاطمه مسکینی [۴]، فریبا عسگری [۵]، لیلا کوچکی نژاد [۶]

**خلاصه**

**سابقه و هدف:** دانش کمی در مورد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مصدومین حوادث رانندگی وجود دارد. هدف از انجام این مطالعه تعیین استرس حاد، اختلال استرس پس از سانحه و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مصدومین حوادث رانندگی می‌باشد

**مواد و روش‌ها:** برای انجام این مطالعه توصیفی افراد مورد مطالعه از بستری شدگان در بخش‌های ارتوپدی و ترومای بیمارستان پورسینا شهر رشت طی سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند. داده‌ها یک هفته و دوماه پس از تصادف برای ۸۸ بیمار بستری جمع آوری گردیده و با ابزارهای SRS- PTSD (استرس پس از سانحه) و SF-36 (فرم خلاصه شده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت) بررسی شدند.

**نتایج:** استرس حاد هفته اول پیش بینی کننده مستقل استرس پس از سانحه دوماه بعد بود. در تجزیه و تحلیل رگرسیونی بین موقعیت مصدوم به‌عنوان راننده و نمره اختلال استرس پس از سانحه دو ماه بعد ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P$=۰/۰۲٤). نتایج این مطالعه همچنین، افزایش میانگین در عملکرد جسمی کیفیت زندگی ($P$=۰/۰۰۵) و کاهش میانگین محدودیت نقش به‌علت آسیب جسمانی ($P$=۰/۰۲) و کاهش میانگین در عملکرد روانی شامل سلامت روانی ($P$=۰/۰۰۱) محدودیت نقش هیجانی ($P$=۰/۰۱) و نیروی حیاتی ($P$=۰/۰۰۱) در هفته اول تا دوماه پس از تصادف را نشان دادند.

**نتیجه‌گیری:** در مجموع می‌توان گفت حوادث رانندگی می‌تواند در کیفیت زندگی مصدومین حوادث رانندگی اختلال ایجاد کرده و کارکنان ارائه دهنده خدمات مراقبتی باید در مورد استرس حاد، به‌خصوص در رانندگان اقدامات مداخله‌ای لازم را انجام دهند.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، حوادث رانندگی، اختلال استرس سانحه

فصلنامه علمی – پژوهشی فیض، دوره چهاردهم، شماره ۵، ضمیمه ۱۳۸۹، صفحات ۵۲۵-۵۲۰

**مقدمه**

امروزه با پیشرفت‌های علم پزشکی و تکنولوژی از مرگ و میر ناشی از بیماری‌های عفونی کاسته شده و در مقابل بر مرگ و میر ناشی از حوادث رانندگی افزوده شده است [۱]. مرگ و میر ناشی از جراحات رانندگی بالاترین میزان مرگ ناشی از جراحات غیر عمدی را در دنیا به‌خود اختصاص داده است [۲]، سالانه جان ۱/۲ میلیون نفر را در دنیا گرفته و بیش از ۵۰ میلیون مورد مصدومیت ایجاد می‌نماید [۳]. بیشتر این موارد نیز در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود [٤]. در مورد حوادث جاده‌ای، ایران با ۳۰ درصد در هزار مورد مرگ، جزء کشورهای صدر نشین دنیاست و بالاترین مقام را در سراسر دنیا دارد [۲]. این حوادث نه تنها مستقیما آسیب جسمی به فرد می‌زنند، که به‌طور غیر مستقیم روی عملکرد روانی–اجتماعی و کارکرد وی اثر می‌گذارند. نکته مهم این است که صدمات جسمی با مراقبت‌های پزشکی و بازتوانی درمان می‌شود، اما فشارهای روانی– اجتماعی آن چندین هفته، ماه، سال یا حتی سراسر عمر ادامه می‌یابد [۳]. در سال‌های اخیر استرس حاد و اختلال پس از سانحه و سایر واکنش‌های روانی رانندگی بعد از تصادفات افزایش یافته است [۵]. وقوع این حوادث در سال‌های اولیه عمر، علاوه بر اینکه آشکارا بر زندگی روزمره و بهره‌وری فرد موثر است، بر کیفیت زندگی شخص، خانواده و جامعه نیز تاثیر گذار است [٦]. استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه اختلالی با علائم ویژه است که بعد از حوادث استرس‌زای روان شناختی مثل تصادفات، قتل، جنگ و تجاوز دیده می‌شود [۷]. علائم روانی که ماه اول بعد از حوادث ظاهر می‌شوند، استرس حاد و علائمی که بیش از یک

[۱] مربی، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

[۲] استادیار، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

[۳] دانشیار، مرکز تحقیقات تروما ،دانشگاه علوم پزشکی گیلان

[۴] کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات تروما ،دانشگاه علوم پزشکی گیلان

[۵] مربی، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

[۶] کارشناس پرستاری، مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

* **نشانی نویسنده مسوول:**

رشت، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، گروه آموزش پرستاری

**تلفن:** ۰۹۱۱۳۳۷۸۳۴۴ **دورنویس:** ۰۱۳۱۳۲۳۸۳۷۳

**پست الکترونی:** at_ghanbari@gums.ac.ir

**تاریخ دریافت:** ۸۹/۸/۲۹ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۸۹/۱۱/۱۸



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-18 ]

ماه پس از وقوع حادثه رخ می‌دهند اختلال استرس پس از سانحه نام دارند [۸]. شیوع اختلال استرس پس از سانحه بعد از حوادث رانندگی در مطالعات مختلف بین ۱ تا ٤٦ درصد گزارش شده است [۹]. کیفیت زندگی اساسا مفهومی فردی است و می‌تواند وضعیت زندگی شخص و توانایی دست‌یابی به اهداف زندگی را ارزیابی کند. کیفیت زندگی شامل پنج حیطه سلامت عمومی، جسمانی، اجتماعی، محیطی و روانی است [۱۰]. از آنجایی‌که حوادث رانندگی بر وضعیت جسمی و روانی فرد تاثیر می‌گذارند [۳] لذا بررسی کیفیت زندگی مصدومین حوادث رانندگی که در گیری طولانی‌مدت با فرایند بیماری دارند اهمیت می‌یابد. Wang و همکاران بیان کرده‌اند که استرس حاد با کیفیت زندگی همبستگی منفی دارد. به‌علاوه، در هفته ششم بعد از حادثه نیز همبستگی منفی بین استرس پس از سانحه، و کیفیت زندگی وجود دارد [۳]. در ایران تحقیقی که به‌طور نظام‌مند فرایندهای روانی اجتماعی مصدومین حوادث رانندگی را به‌خصوص با پی‌گیری درمان بررسی نماید انجام نشده است. این تحقیقات بیشتر محدود به بررسی اپیدمیولوژیک ترومای ناشی از تصادف رانندگی بوده [۱۲،۱۱] و بنابراین انجام چنین مطالعه‌ای می‌تواند برای برنامه‌ریزی جامع در رویکردهای درمانی و مراقبتی مفید باشد.

## مواد و روش‌ها

جامعه پژوهش توصیفی- مقطعی حاضر تمام مصدومین حوادث رانندگی در روز هفتم بعد از حادثه بوده، محدوده سنی ۱۸ تا ٦٥ سال داشته و دارای توانایی برقراری ارتباط بودند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: تروما به مغز و طناب نخاعی (از روی تشخیص پزشک در پرونده)، سابقه بیماری مزمن قبلی و سابقه اختلال روانی (طبق اظهار بیمار). به بیمار در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شده و از وی برای شرکت در هر دو مرحله پژوهش رضایت آگاهانه اخذ گردید. پس از تکمیل پرسشنامه‌های (Rating Scale for PTSD; SRS- PT SD) و ( short form-36; SF-36) در روز هفتم پس از تصادف به شرکت‌کنندگان جهت مراجعه مجدد در دو ماه بعد از تصادف معرفی نامه داده شد و مقرر گردید که به اتاق سوپروایزر آموزشی بیمارستان مراجعه کنند تا نمونه‌ها از دست نروند. در پی‌گیری درمان در دو ماه پس از مصدومیت مجددا همان پرسشنامه‌ها تکمیل گردید. اعتماد علمی پرسشنامه SRS- PTSD (استرس حادواختلال استرس پس از سانحه) برای کل آیتم‌ها ۰/۹۳ برآورد شده است [۱۳]. این پرسشنامه بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR تهیه گردیده است و در آن تجربه مجدد با ۷ عبارت، اجتناب از موقعیت‌های مشابه با ۷ عبارت و تحریک پذیری با ۵ عبارت بررسی شدند. در صورتی‌که بیش از ٦ مورد جواب مثبت باشد استرس حاد و اختلال پس از سانحه را پیش بینی می‌کند. از این پرسشنامه به استناد منابع برای تعیین استرس حاد و همچنین استرس پس از سانحه استفاده می‌شود [۳]. پرسشنامه مذکور ابتدا توسط پژوهشگر ترجمه شده و سپس برای تعیین اعتبار علمی آن از روش اعتبار محتوا استفاده گردید. بدین لحاظ پرسشنامه در اختیار ۱۲ نفر از اعضاء هیئت علمی عضو کمیته پرستاری مرکز تحقیقات تروما قرار داده شد و پس از گردآوری پیشنهادات و نظرات اصلاحی، اصلاحات و تغییرات با نظرات اساتید همکار صورت گرفت. برای محاسبه اعتماد پرسشنامه، ابتدا یک مطالعه با ۲۵ نمونه به‌صورت پایلوت با آزمون مجدد انجام گرفت و اعتماد آن محاسبه گردید (r=۰/۹۰). 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 [١٤]. این پرسشنامه شامل ۱۱ سئوال اصلی در نسخه فارسی است که در حیطه جسمی عملکرد جسمی، محدودیت نقش به‌علت آسیب جسمانی، درد جسمی و درک عمومی از سلامتی را شامل شده و در حیطه روانی سلامت روانی، محدودیت نقش به‌علت هیجانات، عملکرد اجتماعی و حیاتی را شامل می‌شود. از ۰ تا ۱۰۰ امتیاز دارد و میانگین امتیازات بالاتر نشان‌دهنده بالاتر بودن کیفیت زندگی است. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه ۸۸ نفر برآورد گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ١٦ و آزمون t زوجی تحلیل شدند، سپس همه عوامل پیش بینی کننده با $P$=۰/۱ در ارتباطات چندگانه از طریق مدل‌های تعمیم یافته خطی، به روش Robust Estimator مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به‌ذکر است که ارتباطات چندگانه به‌صورت مرحله‌ای بررسی شدند؛ بدین معنی که در هر مرحله تجزیه و تحلیل، متغیر دارای بزرگترین $P$ از مدل خارج شد و سرانجام پس از چند مرحله تجزیه و تحلیل، مدل نهایی به‌دست آمد.

## نتایج

در هفته اول ۸۸ بیمار در پژوهش شرکت داده شدند ولی دو ماه بعد حجم نمونه به ٧٦ بیمار تقلیل یافت. مجموع یافته‌ها نشان می‌دهد که ٦٦/۳ درصد واحدهای مورد پژوهش سن کمتر از ۳۰ سال، ۹۱ درصد مرد، ٥٦/۲ درصد متاهل، ۵۳/۹ درصد شاغل،



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-18 ]

و ٦٦/٣ درصد در موقعیت تصادف، راننده بودند. فراوانی استرس حاد بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی نشان داد بین متغیرهای جمعیت شناختی و استرس حاد ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد (جدول شماره ١). میانگین استرس حاد در هفته اول ٤/٤٩±٥/٠٧ و میانگین اختلال استرس پس از سانحه در دو ماه بعد از تصادف ٤/٩٧ ±٤/٨٠ بود که این کاهش در میانگین از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول شماره ٢). میانگین کیفیت زندگی هفته اول ١٠/٦٨±٦٦/٨٤ و میانگین کیفیت زندگی در دو ماه بعد از تصادف ٢٤/٦٠±٦٦/٣٣ بود (جدول شماره ٢). کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمی افزایش یافته ($P$=٠/٠٠٥) و محدودیت نقش به‌علت آسیب جسمانی ($P$=٠/٠٢) کاهش یافته بود. در عملکرد روانی، زیر مقیاس‌های سلامت روانی ($P$<٠/٠٠١) محدودیت نقش هیجانی ($P$=/٠١) و نیروی حیاتی ($P$<٠/٠٠١) نیز از هفته اول تا دوماه پس از تصادف کاهش میانگین معنی‌دار آماری را نشان داد. در مجموع کاهش میانگین عملکرد روانی پس از تصادف معنی‌دار بود ($P$=/٠٠٣) (جدول شماره ٢). استرس حاد هفته اول پیش بینی کننده مستقل استرس پس از سانحه دو ماه بعد بود؛ به‌طوری‌که با افزایش استرس حاد هفته اول، اختلال استرس پس از سانحه به میزان ٠/٧٧٣ واحد افزایش می‌یافت. در تجزیه و تحلیل رگرسیونی بین موقعیت مصدوم و نمره اختلال استرس پس از سانحه دو ماه بعد ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت؛ به‌طوری‌که نمره استرس پس از سانحه دو ماه بعد در رانندگان به میزان ٥/١٠٦ بالاتر بود ($P$=٠/٠٢٤) (جدول شماره ٣).

جدول شماره ١- مشخصات فردی بیماران مبتلا به استرس حاد

| استرس حاد | دارد | ندارد | نتایج آزمون |
|---|---|---|---|
| مشخصات فردی | تعداد (درصد) | تعداد (درصد) | |
| سن ( سال) ٣٠> | ١٦ (٢٧/٦) | ٤٢ (٧٢/٤) | |
| ٣٩ -٣٠ | ٤ (٣٣/٣) | ٨ (٦٦/٧) | $P$ =٠/٨٥ |
| ≥ ٤٠ | ٦ (٣٣/٣) | ١٢ (٦٦/٧) | |
| جنس زن | ٢ (٢٨/٦) | ٥ (٧١/٤) | $P$=٠/٦٦ |
| مرد | ٢٤ (٢٩/٦) | ٥٧ (٧٠/٤) | |
| تاهل مجرد | ١٣ (٣٤/٢) | ٢٥ (٦٥/٨) | |
| متاهل | ١٣ (٢٦/٥) | ٣٦ (٧٣/٥) | $P$=٠/٥٩٧ |
| سایر | ٠ (٠) | ١ (١٠٠) | |
| شغل شاغل | ١٢ (٢٥) | ٣٦ (٧٥) | $P$=٠/٢١٥ |
| بیکار | ١٤ (٣٥) | ٢٦ (٦٥) | |
| موقعیت مصدوم راننده | ١٦ (٢٧/١) | ٤٣ (٧٢/٩) | |
| سرنشین | ٥ (٣١/٢) | ١١ (٦٨/٨) | $P$=٠/٧١ |
| عابر | ٥ (٣٨/٥) | ٨ (٦١/٥) | |

جدول شماره ٢- میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی، استرس حاد و اختلال استرس پس ازسانحه در هفته اول و دو ماه بعد از مصدومیت در واحدهای مورد پژوهش

| | | هفته اول | | دوماه بعد | | نتایج آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | شاخص های مورد مطالعه | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| | استرس حاد/پس از سانحه | ٥/٠٧ | ٤/٤٩ | ٤/٨٠ | ٤/٩٧ | NS |
| | کیفیت زندگی | ٦٦/٨٤ | ١٠/٦٨ | ٦٦/٣٣ | ٢٤/٦٠ | NS |
| | مولفه فیزیکی | ٤٦/٨٩ | ١٠/٩٠ | ٤٩/٠٢ | ١٩/٣٤ | NS |
| ١- | عملکرد جسمی | ١٧/١٥ | ٦/٢ | ١٩/٩٦ | ٩/٠٥ | $P$<٠/٠٠٥ |
| ٢- | محدودیت نقش | ٥/٦١ | ١/٥٤ | ٤/٩٦ | ٢/٤١ | $P$<٠/٠٢ |
| ٣- | درد جسمی | ٦/٦٩ | ٣/٣٢ | ٦/١١ | ٣/٥٦ | NS |
| ٤- | درک از سلامتی | ١٧/٤١ | ٤/٦٤ | ١٧/٤٩ | ٧/٢٥ | NS |
| | مولفه روانی | ٥٢/٦٤ | ٧/٧٠ | ٤٦/٨٤ | ١٨/١٨ | $P$<٠/٠٠٣ |
| ١- | سلامت روانی | ٢٣/٠٧ | ٣/٦٨ | ٢٠/٣٦ | ٨/١١ | $P$</٠٠١ |
| ٢- | محدودیت نقش بدلایل هیجانی | ٤/٧٠ | ١/٢٧ | ٤/١٩ | ١/٩٨ | $P$<٠/٠١ |
| ٣- | عملکرد اجتماعی | ٦/٤٤ | ٢/١٦ | ٦/١٤ | ٢/٨٩ | NS |
| ٤- | عملکرد حیاتی | ١٨/٤٧ | ٢/٨٢ | ١٦/٠٩ | ٦/٢٥ | $P$<٠/٠٠١ |

جدول شماره ٣- پیش بینی کننده های استرس پس از سانحه دوماه بعد ازسوانح رانندگی

| متغیرهای مستقل | B | S.E | حد پایین | حد بالا | مجذور کای | درجه آزادی | نتیجه آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| استرس حاد | ٠/٧٧٣ | ٠/٠٩١٩ | ٠/٥٩٣ | ٠/٩٥٣ | ٧٠/٧٥٤ | ١ | $P$=./٠٠٠ |
| موقعیت مصدوم (راننده) | ٥/١٠٦ | ٢/٢٦٩٦ | ٠/٦٥٨ | ٩/٥٥٥ | ٥/٠٦١ | ١ | $P$=٠/٠٢٤ |

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-18 ]

## بحث

یکی از یافته‌های مهم این تحقیق این بود که استرس حاد می‌تواند مهمترین عامل پیش بینی کننده اختلال استرس پس از سانحه باشد. به استناد منابع نیز استرس حاد یکی از عوامل بعد از آسیب است که می‌تواند در ایجاد اختلال استرس پس از سانحه متعاقب تصادف موثر باشد [۹]. در مطالعه به‌عمل آمده توسط Wang و همکاران نتایج متناقضی به‌دست آمد و استرس حاد هفته اول پیش بینی کننده اختلال استرس پس از سانحه ٦ هفته بعد نبود [۳]. در مطالعه ما علائم اختلال استرس پس از سانحه در دو ماه پس از مصدومیت رانندگی کاهش یافت، اما این کاهش معنی‌دار نبود. یافته حاضر نشان دهنده این است که پس از بهبودی، سازگاری و کاهش درد، علائم روانی اضطرابی (استرس پس از سانحه) همچنان تداوم می‌یابد. در مطالعه ما باید به این نکته ظریف توجه داشت که عده‌ایی از مبتلایان به استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه ممکن است به‌دلیل داشتن علائم اجتناب از پاسخگویی به هرگونه سئوالی که در خصوص تصادف باشد، خودداری کنند و آمارهای واقعی حتی بیشتر از میزان به‌دست آمده باشد. از بین متغیرهای جمعیت شناختی در مطالعه ما موقعیت مصدوم ارتباط معنی‌داری با اختلال استرس پس از سانحه دو ماه بعد داشت و رانندگان به‌طور معنی‌داری به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا شدند. نوع حادثه برای راننده و عابر و سرنشین یکسان است اما آنچه وضعیت راننده را متفاوت می‌سازد این است که راننده باید پاسخگوی خسارات مالی و روانی خود و سایر مصدومین باشد. نقش راننده بسیار پر استرس‌تر ارزیابی می‌شود؛ چرا که اوست باید به مسائل و درگیری‌های قانونی بپردازد. تصور شود اگر همین راننده شغل و تنها منبع در آمد خانواده اش را نیز در اثر تصادف از دست داده باشد، وضعیت چگونه خواهد بود. به‌هرحال راننده به‌دلیل درگیر بودن با عوامل فشارزای متعدد وضعیت پیچیده‌تری پیدا می‌کند و در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه قرار می‌گیرد. بنابراین بعضی از عوامل اجتماعی علاوه بر خود تصادف می‌توانند در پیشرفت استرس حاد به سمت اختلال استرس پس از سانحه مداخله کنند. یکی از عوامل مهم، این است که درک هر فرد در مورد حادثه متفاوت است و حادثه را منحصر به‌فرد ارزیابی می‌کند، نوع ارزیابی می‌تواند روی پیشرفت یا عدم پیشرفت اختلال استرس پس از سانحه تاثیر داشته باشد [۳]. درک تهدید زندگی برای هر فرد متفاوت است و درک تهدید زندگی به‌عنوان یکی از علل اصلی تعیین کننده استرس پس از سانحه بعد از حوادث مختلف است که در منابع متعدد بدان تاکید شده است [۱٦،۱۵]. در مطالعه به‌عمل آمده توسط Kupchik و همکاران بین متغیرهای جمعیت شناختی و اختلال استرس پس از سانحه ار تباط معنی‌دار آماری به‌دست نیامد [۱۷]. در مورد این تفاوت در نتایج دو مطالعه باید یادآوری نمود که ما در مطالعه خود افرادی که سابقه اختلالات روانی داشتند را از واحدهای مورد پژوهش خود حذف کردیم و این احتمالا می‌تواند باعث ایجاد تفاوت در یافته‌های مطالعه حاضر با سایر مطالعات در کشورهای دیگر شود. یافته مهم بعدی این است که علی‌رغم بهبود بیشتر مولفه‌های جسمی کیفیت زندگی، بهبود روانی بعد از تصادف با تاخیر همراه است، و با وجود بهبود عملکرد جسمی و محدودیت نقش جسمی بعد از گذشت دو ماه هنوز سلامت روانی و محدودیت نقش روانی (هیجانی) پر رنگ بوده و تداوم دارد و احتمالا باعث ایجاد خلل در کیفیت زندگی این بیماران در دراز مدت خواهد شد. به‌نظر می‌رسد کسانی که قربانی سوانح رانندگی بوده‌اند، همانند قبل از حادثه احساس مثبتی نسبت به زندگی ندارند. در مطالعه‌ای که توسط Landolt و همکاران با هدف بررسی کیفیت زندگی یک‌ماه و یک‌سال بعد از تصادف در کودکان آسیب دیده در حوادث رانندگی انجام شد، میزان کیفیت زندگی با گذشت یک‌سال از تصادف پایین بود و کیفیت زندگی ماه اول بعد از تصادف پیش بینی کننده کیفیت زندگی یکسال بعد بود [۱۷]. پیشنهاد می‌شود که همه آسیب دیدگان تصادف رانندگی حتی حوادث جزیی باید مورد توجه و مشاوره قرار گیرند [۱۸]، چون مشکلات جدی و طولانی مدت روانی پس از تصادفات دیده شده است [۱۹]. مستنداتی وجود دارد که استفاده از روش‌هایی همچون تخلیه احساسات، آموزش روش‌های سازگاری و مدارا می‌تواند کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه با حوادث رانندگی را بهبود بخشد [۱٦]. کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی-درمانی لازم است عوامل زیستی و روانی-اجتماعی که از قبل وجود داشته را بررسی کنند؛ چرا که وجود آنها به همان اندازه حوادث بعد از تصادف اهمیت دارد [۳].

## نتیجه گیری

طبق شواهد به‌دست آمده تصادفات رانندگی می‌توانند کاهش کیفیت زندگی در هفته اول و دو ماه بعد در بعضی از مولفه‌ها را به‌دنبال داشته باشند. همچنین وجود استرس حاد قوی‌ترین پیشگویی کننده اختلال استرس پس از سانحه است. کارکنان خدمات بهداشتی– درمانی در اورژانس‌ها و بخش‌ها لازم است که این علائم را در بیماران پذیرش شده بررسی کنند. به‌خصوص موقعی که مصدوم راننده است. تشخیص زودرس و ارجاع متعاقب



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-18 ]

آن برای در مان استرس حاد می‌تواند از ایجاد اختلال استرس پس از سانحه پیشگیری نموده و عوارض احتمالی آن بر کیفیت زندگی در طولانی مدت را کاهش دهد.

**تشکر و قدردانی**

این پژوهش با استفاده از امکانات مالی و حمایت‌های حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی و نیز از اعضا محترم شورای پژوهشی دانشگاه، مرکز تحقیقات تروما و اساتید گرانقدر سرکار خانم دواچی و محمودی تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

**References:**

[1] Dixey RA. Fatalism Accident causation and prevention:Issues for health promotion from an exploratory study in a yoruba town, Nigeria. ***Health Educ Res*** 1999; 14 (2): 197-208.

[2] Akbari ME, Naghavi M, Soori H. Epidemiology of deaths from injuries in the Islamic Republic of Iran. ***East Mediterr Health J*** 2006; 12(3-4): 382-90.

[3] Wang CH, Shiow L, 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.

[4] Soori H, Naghavi M. Deaths from unintentional injuries in rural areas of the Islamic Republic of Iran. ***East Mediterr Health J*** 1999; 5 (1): 55-60.

[5] Fecteau G. Nicki R. Cognitive behavioral treat ment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. Behavioral and cognitive psychotherapy. ***Cambridge university press*** 1999; 27: 201-14.

[6] Diehl T, Goldberg K. Psychiatric nursing. 1th ed. philadelphia: Lippincott; 2004. p. 110-1.

[7] Brunner LS Suddarth DS, Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 222-7.

[8] Stuart G, Laraia M. Psychiatric nursing. 8 th ed. St louis: Mosby; 2005. p. 430-1 .

[9] Wu KK, Cheung MW. Post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. ***J Traumatic Stress*** 2006; 19(6): 923-36.

[10] Chan S, Wai IU Q. Qualiy of Life with Schizophernia. ***J Adv Nurs*** 2003; 45(1): 72-83.

[11] Araqi A, Vahedian M. Study on susceptible and damages from motorcycle accidents in Mashhad in 2005. ***Ofogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services*** 2007; 13(1): 34-9. [in Persian]

[12] Gorbani A, Rabiei M, Charkazi A. Epidemiology trauma results of accident in Shahid Motahari Hospital Gonbade Kavoos. ***The Journal of Medical Legal*** 1388; 15(1): 29-34. [in Persian]

[13] Carlier IV, Lamberts RD, Van uchelen AJ,Gersons BP.Clinical utility of abrief diagnostic test for Post traumatic stress disorder. ***Psychosom Med*** 1998; 60(1):42-7.

[14] Montazeri A, Gashtasbi A,Vahdaninia M. The translation, validation and relability persian scale SF-36. ***The Journal of Payesh*** 1384; 5(1): 49-56. [in Persian]

[15] Olofsson E, Bunketrop O, Andersson AL. Children and adolescents injured in traffic--associated psychological consequences: a literature review. ***Acta Paediatr*** 2009; 98(1): 17-22.

[16] Fujita G, Nishida Y. Association of objective measures of trauma exposure from motor vehicle accidents and posttraumatic stress symptoms. ***J Trauma stress*** 2008; 21(4): 425-9.

[17] Kupchik M, Strous R, Erez R, Gonen N, We zman 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.

[18] Landolt MA, Vollrah ME, Gnehm HE, Sennhauser FH. Post-traumatic stress impacts on quality of life in children after road traffic accidents:Prospective study. ***Aust N Z J Psychiatry*** 2009; 43(8): 746-53.

[19] OzaltinM, kaptanogluC, Aksary G. Acute stress disorder and post traumatic stress disorder after motor vehicle accidents. ***Turk Psikiyatri Derg*** 2004; 15(1): 16-25.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-18 ]