بررسی اختلال استرس پس از تروما (PTSD) در کارکنان مراکز فوریت‌های پزشکی شهرستان‌های کاشان و اراک در سال ۱۳۸۷

حمیدرضا صابری [۱*]، سید علیرضا مروجی [۱]، فاطمه قریشی [۲]، زهرا حیدری [۳]

خلاصه

سابقه و هدف: کارکنان بخش اورژانس مخصوصاً پرسنل فوریت‌های پزشکی، در معرض انواع استرس‌های شغلی از جمله ترومای روحی هستند. اطلاعات کمی درباره امکان و میزان PTSD در پرسنل فوریت‌های پزشکی در ایران و جهان وجود دارد. این مطالعه به بررسی شیوع PTSD پرسنل فوریت‌های پزشکی شهرستان‌های کاشان و اراک و عوامل اثرگذار بر آن می پردازد .

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی برای برآورد میزان PTSD و شدت ترومای روحی، ۱۵۰ نفر از پرسنل فوریت‌های پزشکی شهر کاشان و اراک وارد مطالعه شدند. از پرسشنامه‌های استاندارد IES-I5 و PTSS-10 و معیارهای DSM -IV برای این منظور استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش‌های آماری مجذور کای، آزمون دقیق فیشر، t دانشجویی، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت.

نتایج: از ۱۵۰ نفر، ۱۲۱ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. از نظر معیارهای DSM- IV، ۴۴ نفر (۳۶/۴ درصد) دارای معیارهای تشخیصیPTSD بودند. از نظر شاخص IES، یک سوم کارکنان اورژانس در گروه تأثیر شدید از حادثه قرار گرفتند. نمره PTSS ۱۱ نفر(۹ درصد) ۵ و بالاتر بود که نشان دهنده واکنش نسبتاً شدید در آنها می باشد. وضعیت تأهل رابطه معناداری بر وضعیت PTSD داشت به گونه‌ای که بیشتر مجردها دارای معیارهای PTSD بودند. جنسیت، تحصیلات و نوع شغل ارتباطی با دارا بودن معیارهای PTSD نداشتند.

نتیجه‌گیری: براساس این مطالعه میزان PTSD و شدت ترومای حادث شده در بین پرسنل فوریت‌های پزشکی بسیار بالا بود. به نظر می‌رسد این افراد شدیدا در معرض استرس شغلی و عوارض مربوط به آن قرار دارند و باید هر چه سریع‌تر نسبت به وضعیت روحی روانی این افراد به عنوان یکی از مهمترین کارکنان درمانی رسیدگی گردد.

واژگان کلیدی: PTSD، IES-I5، PTSS-10، DSM –IV، EMS

۱- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان-مرکز تحقیقات تروما

۲- استادیار گروه روان‌پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۳- کارشناس بهداشت حرفه ای دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نویسنده مسوول:**حمیدرضا صابری

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

پست الکترونیک: saberi_hr@kaums.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳ ۳۶۱ ۴۶۹۹

دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵۰۱۱۱

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۲۳

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۱۰/۳

مقدمه

اختلال استرس پس ازتروما post traumatic stress disorder (PTSD) در بسیاری از کشورها و گروه‌های جمعیتی مورد مطالعه قرار گرفته است [۱]. اختلالات روان شناختی پس از یک حادثه ترومایی پدیده‌ای جدید نبوده و از سال‌ها قبل مورد توجه و شناخت قرار گرفته است. شدت و تکرار PTSD وابسته به شدت ترومایی است که شخص تجربه می کند. علاوه بر آن مواجهه مزمن با استرس می تواند یک فاکتور مهم در ایجاد علائم PTSD باشد [۲]. مطالعات Ravenscroft نشان داد در افرادی که در مراکز فوریت‌های پزشکی کار می‌کنند، استرس شغلی مهمترین علت ناخوشی است و ۱۵ درصد از آنها در شرف PTSD می‌باشند [۳]. استرس شغلی در بخش‌های اورژانس به صورت حاد و یا مزمن می‌تواند اختلالات استرسی ایجاد نماید [۴]. با این وجود مطالعات محدودی در مورد افراد شاغل در این

بخش ها و عوارض استرس و PTSD انجام گردیده است. Sterud و همکاران در یک مطالعه مروری درباره وضعیت سلامتی پرسنل شاغل در آمبولانس، ۴۹ مطالعه تا سال ۲۰۰۶ در این خصوص به‌دست آوردند. بیشتر این مطالعات به این موضوع اشاره داشت که این افراد از نظر مشکلات روحی روانی در وضعیت مناسبی قرار نداشتند، به طوری که از ۷ مطالعه یافت شده در مورد PTSD پنج مطالعه دلالت بر شیوع PTSD در این افراد بیشتر از ۲۰ درصد داشت [۵]. کارکنان بخش اورژانس غالبا در معرض ترومای استرسی قرار می‌گیرند و نشان داده شده است که استعداد ایجاد PTSD در آنها زیاد است. واکنش های استرسی میان افرادی که به حادثه دیدگان و افراد ترومایی کمک می‌کنند و با عامل صدمه زننده روبرو می شوند دیده می شود [۸،۷،۵]. استرس‌های بالا و روزانه و تکراری در بین پرسنل اورژانس که مجبورند این شرایط را تحمل کنند، فراتر از افراد عادی است [۹،۶،۴،۵]. بنابراین این حالت به راحتی می‌تواند منجر به PTSD شود. هر ترومایی می‌تواند عامل شروع کننده اختلال استرسی باشد ولی بعضی از موقعیت‌ها مثل تصادف، تجاوز و نزاع همیشه استرس زا هستند. تجربه نشان داده است که قربانیان این نوع وقایع اکثرا به صورت حاد دچار اختلال حاد استرسی می‌گردند. اگر نشانه‌ها برای یک ماه و بالاتر باقی بماند گفته می‌شود PTSD اتفاق افتاده است. طی مطالعات انجام شده نه تنها قربانیان بلکه افرادی که به نوعی در صحنه حضور دارند نیز دچار واکنش‌های روحی- روانی و فیزیولوژیک می شوند [۱۱-۸]. Selley ثابت کرد که کارکنان بخش سلامت، مثل قربانیان حادثه می‌توانند در معرض خطر ایجاد PTSD قرار گیرند و حوادث ترومایی قبلی این افراد خطر PTSD آنها را بالا می برد [۱۲]. بر اساس معیارهای DSM-IV استرس ترومایی شرط لازم برای بروز علائم PTSD می باشد. PTSD با سه گروه علائم شناخته می‌شود، این گروه‌ها شامل درگیری ذهنی، اجتناب و افزایش برانگیختگی می‌باشد. علایم درگیری ذهنی شامل خاطرات پریشان، رویاها و خواب‌های پریشان در مورد یک اتفاق، عمل کردن یا احساس کردن به طوری که حادثه آسیب زا عود کند، پریشانی روانی شدید و واکنش پذیری (عرق کردن- تپش قلب و....) در زمان به یاد آوری حادثه هستند. علایم اجتناب شامل تلاش برای دوری از تفکر، احساسات یا مکالمات همراه با آسیب، تلاش برای پرهیز از فعالیت‌ها، مکان‌ها و یا افرادی که باعث تجدید خاطره آن آسیب می شوند، ناتوانی برای یاد آوری یک جنبه مهم آسیب، علاقه کاهش یافته در همکاری فعالیت‌های مهم، احساس جدایی از دیگران، بعضی از واکنش‌های احساسی و عاطفی محدود و احساس آینده کوتاه می باشد. علایم بیش از حد برانگیختگی از این قرارند: دشواری در خوابیدن یا خواب ماندن، تحریک پذیری یا طغیان خشم، دشواری در تمرکز، واکنش پرش وحشت زدگی اغراق آمیز و گوش به زنگ بودن برای علائم خطر. اگر علائم برای حداقل یک ماه دوام داشته باشد، PTSD تشخیص داده می‌شود و اگر علائم کمتر از یک ماه باقی بماند، به عنوان اختلال حاد استرسی محسوب می‌گردد [۱۳]. مطالعات اولیه نشان داده است که فاکتورهایی مثل سن، الگوی خانوادگی و تجارب قبلی درگیری می‌تواند در ایجاد PTSD موثر باشد. عدم حمایت خانوادگی، تجرد و سوء مصرف مواد پس از استرس می‌تواند با ایجاد PTSD ارتباط داشته باشد [۱۵،۱۴،۱۳،۱۱،۲]. احتمالا فاکتورهای شخصیتی می‌تواند در تطابق و کنار آمدن با استرس موثر باشد، به طوری که به نظر می رسد بعضی از افراد کمتر مبتلا به PTSD می‌شوند. اکثرا این افراد بهتر آموزش دیده‌اند و توان مقابله با استرس های زندگی در آنها بالاتر است [۱۵،۱۳]. مواجهه مکرر روزانه با آلام مردم و مرگ آنها و کار در محیط ها و موقعیت های خطرناک، پرسنل فوریت‌های پزشکی را در معرض استرس های ترومایی قرار می دهد. اگر چه تمایل به مطالعه بر روی ترومـا 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 نشده و یا کم توجهی صورت گرفته است. بنابراین بر آن شدیم احتمالا برای اولین بار در ایران مطالعه‌ای را برای بررسی PTSD و شدت آن بر روی پرسنل فوریت‌های پزشکی-کسانی که بر اساس شغل خود مرتبا و اکثرا به عنوان اولین افراد ارائه دهنده خدمات پزشکی به بیماران و حادثه دیدگان در معرض استرس و ترومای روحی می‌باشند- شهرستان‌های کاشان و اراک انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

در یک مطالعه مقطعی ۱۵۰ نفر از پرسنل مرکز فوریت‌های پزشکی ۱۱۵ شهرستان‌های اراک و کاشان که به عنوان تکنسین، راننده، پزشک و مسئولین این واحدها کار می‌کردند، وارد تحقیق شده و پرسشنامه‌ها به آنها ارائه گردید. این افراد درباره وقایع تروماتیک روحی که مربوط به کارشان در مرکز فوریت‌ها بود مورد سوال واقع شدند. از پرسشنامه‌های (PTSS-10، (Post trauma Symptoms Scale)، IES-I5 (Impact of Event Scale) و معیارهای DSM-IV و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک به ترتیب برای بررسی شدت ترومای روحی، نشانه‌ها، تشخیص PTSD و اطلاعات فردی استفاده گردید. IES-I5 که توسط Horowitz و همکاران طراحی گردیده، به طور گسترده در

سطح دنیا برای بررسی شدت اثر ترومای مشخص بر فرد مورد استفاده قرار می گیرد و قابل اعتماد بودن آن مورد تایید قرار گرفته است [۲۷]. این پرسشنامه بر اساس ۱۵ عبارت در مورد یک تروما طراحی شده است که پاسخ‌های فرد به جملات به صورت انتخاب گزینه‌های نه هرگز؛ معادل نمره صفر، به ندرت؛ معادل نمره ۱، گاهی اوقات؛ معادل نمره ۳ و غالبا؛ معادل نمره ۵ را مورد بررسی قرار می دهد. براساس پاسخ فرد به هر عبارت و جمع جواب‌ها در ۱۵ گزینه نمرات از صفر تا ۷۵ می تواند به دست آید. بر اساس نمره بدست آمده، شدت اثر تروما، از ۸-۰ (بدون تأثیر)، ۲۵-۹ (احتمال تأثیر)، ۴۳-۲۶ (تأثیر واضح) و۷۵-۴۴ (تأثیر شدید) تقسیم بندی می‌گردند. نمره IES بالاتر از ۲۷ به مفهوم داشتن ۷۵ درصد احتمال برای رخ دادن PTSD در فرد است. نمره بالاتر از ۳۵ احتمال بسیار زیاد PTSD را مطرح می کند برای این افراد مشاوره روان‌شناسی تحت نظر متخصصین سلامت روان انجام گیرد [۱۵،۱۴]. PTSS-10 پرسشنامه ای است که علائم واکنشی فرد را نسبت به یک ترومای روحی می‌سنجد. در این پرسشنامه ۱۰ سئوال از فرد پرسیده می شود. پاسخ می‌تواند بلی یا خیر باشد. به پاسخ بلی، نمره یک، و به پاسخ خیر، نمره صفر، داده می شود. اگر جمع نمرات بالای ۵ باشد، نشان دهنده واکنش شدید به یک ترومای روحی است. تشخیص PTSD براساس معیارهای DSM- IV به صورت پرسشنامه انجام پذیرفت [۱۲]. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۴ و روش‌های آماری مجذور کای وآزمون دقیق فیشر و t دانشجویی و آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

نتایج

در این مطالعه ۱۲۱ نفر از کارکنان اورژانس به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند (میزان پاسخ دهی: ۸۰/۶ درصد). ۱۰۹ نفر (۹۰/۱ درصد) مرد و بقیه زن بودند. ۳در این بین ۱۰۲ نفر (۸۴/۳ درصد) متأهل بودند و از نظر سطح تحصیلات، ۷ نفر (۹ درصد) پزشک، ۶۲ نفر (۵۱/۲ درصد) لیسانس، ۲۹ نفر (۲۴ درصد) فوق دیپلم، ۱۴ نفر (۱۱/۶ درصد) دیپلم و ۹ نفر (۷/۴ درصد) زیر دیپلم بودند. وضعیت کاری ۱۸ نفر (۱۴/۹ درصد)؛ اداری، ۸۸ نفر (۷۲/۷ درصد)؛ تکنیسین اورژانس و ۱۵ نفر (۱۲/۴ درصد)؛ راننده بودند. میانگین ساعت کاری آنها در شبانه روز در زمان انجام مطالعه ۷/۲±۱۹/۶ ساعت، (دامنه ساعت کاری افراد مورد مطالعه به علت وجود شیفت های کاری از ۲ تا ۲۴ ساعت متغیر بود.) و میانگین سابقه خدمت آنها ۶/۲±۸ سال (حداقل ۱ و حداکثر سال ۲۹) بود. کارکنان اورژانس از نظر شاخص IES به چهار گروه تقسیم شدند که تقریباً یک سوم آنها در گروه تأثیر شدید از حادثه قرار گرفتند (جدول ۱). ۷۹ نفر (۶۵/۳ درصد) نمره IES بالاتر از ۲۷ داشتند. همچنین ۶۱ نفر (۵۰/۴ درصد)، نمره بالاتر از ۳۵ داشتند. از نظر شاخص PTSS اکثر افراد دارای نمره صفر بودند و تعداد اندکی نمرات خیلی بالا داشتند (جدول ۲). نمره PTSS ۱۱ نفر، ۵ و بالاتر بود که نشان دهنده واکنش نسبتاً شدید در آنها است. از نظر معیارهای DSM IV افراد مورد مطالعه، ۴۴ نفر (۳۶/۴ درصد) دارای معیارهای PTSD و بقیه۷۷ نفر(۶۳/۶ درصد) فاقد آن بودند. نمره IES خانم‌ها نسبت به مردان، به طور معنی داری بالاتر بود. افراد متأهل نیز نمرات PTSS و IES بالاتری نسبت به افراد مجرد داشتند. در سایر موارد (تحصیلات و نوع شغل) اختلاف معنی داری بین کارکنان از نظر نمرات IES و PTSS دیده نشد (جدول ۳). بین نمرات IES و PTSS همبستگی مثبت معنی‌داری دیده شد (r=۰/۴۵۸ و p<۰/۰۰۱). وضعیت تأهل تأثیر معناداری بر وضعیت PTSD داشت، به گونه‌ای که مجردها بیشتر دارای معیارهای PTSD بوند. اما جنسیت، تحصیلات و نوع شغل ارتباط معنی داری با دارا بودن معیارهای PTSD نداشتند (جدول ۴).

جدول۱-توزیع فراوانی نمرات IES در کارکنان اورژانس

IESنمره	تعداد (درصد)
۸-۰ (بدون تأثیر)	۷ (۵/۸)
۲۵-۹ (احتمال تأثیر)	۳۱ (۲۵/۶)
۴۳-۲۶ (تأثیر واضح)	۴۵ (۳۹/۷)
۷۵-۴۴ (تأثیر شدید)	۳۵ (۲۸/۹)
جمع	۱۲۱ (۱۰۰)

جدول ۲- توزیع فراوانی نمرات PTSS-10 در گروه تحت مطالعه

PTSSنمره	صفر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	جمع
تعداد	۷۶	۱۳	۷	۸	۶	۳	۲	۳	۲	۰	۱	۱۲۱
درصد	۶۲/۸	۱۰/۷	۵/۸	۶/۶	۵	۲/۵	۱/۷	۲/۵	۱/۷	۰	۰/۸	۱۰۰

جدول ۳- میانگین نمره PTSS و IES بر حسب متغیرهای جنس، تاهل، تحصیلات و نوع شغل

متغیرها		تعداد	نمره IES ($\overline{X} \pm SD$)	p	نمره PTSS ($\overline{X} \pm SD$)	pv
جنس	مرد	۱۰۹	۳۲/۸ (±۱۶/۵)	۰/۰۰۸	۱/۲۴ (±۲/۲)	۰/۹۱۲
	زن	۱۲	۴۷/۱ (±۱۴)		۱/۱۷ (±۱/۹)	
تأهل	مجرد	۱۹	۲۴/۶(±۱۵/۶)	۰/۰۱۰	۰/۵۳ (±۱/۳)	۰/۰۳۰
	متأهل	۱۰۲	۳۶/۱ (±۱۶/۴)		۱/۳۶ (±۲/۲)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۹	۳۸/۸ (±۱۷/۷)	۰/۱۴۹	۰/۶۶ (±۱/۳)	۰/۵۸۳
	دیپلم	۱۴	۲۴/۴ (±۱۶/۹)		۰/۶۴(±۱/۴)	
	فوق دیپلم	۲۹	۳۵/۹ (±۱۸/۹)		۱/۲۱(±۱/۹)	
	لیسانس	۶۲	۳۵/۹ (±۱۵/۸)		۱/۵۰ (±۲/۵)	
	دکتری	۷	۳۳/۰ (±۱۰/۷)		۰/۸۶ (±۱/۶)	
نوع شغل	اداری	۱۸	۳۷/۲ (±۱۳/۷)	۰/۲۳۶	۰/۸۳ (±۱/۲)	۰/۲۲۴
	تکنیسین	۸۸	۳۴/۷ (±۱۷/۲)		۱/۴(±۲/۴)	
	راننده	۱۵	۲۸/۰ (±۱۷/۰)		۰/۵۳ (±۱/۲)	

جدول ۴ - ارتباط وضعیت PTSD با جنس، تحصیلات، تاهل و نوع شغل در کارکنان اورژانس

متغیرها		دارای PTSD	بدون PTSD	pv
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنس	مرد	۴۱(۳۷/۶)	۶۸(۶۲/۴)	۰/۵۳
	زن	۳(۲۵/۰)	۹(۷۵/۰)	
تأهل	متاهل	۴۱(۴۰/۲)	۶۱(۵۹/۸)	۰/۰۴۲
	مجرد	۳(۱۵/۸)	۱۶(۸۴/۲)	
تحصیلات	زیر لیسانس	۱۶(۳۰/۸)	۳۶(۶۹/۲)	۰/۲۶
	لیسانس و بالاتر	۲۸(۴۰/۶)	۴۱(۵۹/۴)	
نوع شغل	اداری	۷(۳۸/۹)	۱۱(۶۱/۱)	۰/۱۴
	تکنیسین	۳۵(۳۹/۸)	۵۳(۶۰/۲)	
	راننده	۲(۱۳/۳)	۱۳(۸۶/۷)	

میانگین سابقه کار در گروه دارای معیارهای PTSD و فاقد آن(به ترتیب ۶±۷/۴ و ۶/۴±۹/۰۲ سال) تفاوت معنی داری نداشت (p=۰/۰۸۶). همچنین از نظر ساعات کار در شبانه روز نیز اختلاف معنی داری در دو گروه دیده نشد (میانگین ساعات کار در گروه دارای PTSD ۷/۴±۱۹/۷ و در گروه بدون آن ۶/۴±۱۹/۵ ساعت بود) (p=۰/۸۶۸). ارتباط معنی داری بین نمره IES و نیز نمره PTSS با وضعیت PTSD در کارکنان اورژانس دیده شد. میانگین نمره IES در گروه دارای PTSD (۱۴/۸± ۴۲/۲) بالاتر از سایرین (۱۶/۷۱±۲۹) بود (p<۰/۰۰۱). همچنین میانگین شاخص PTSS در در گروه دارای PTSD(۱±۲/۸۶) بالاتر از سایرین (۰/۸۷± ۱/۹) بود (p=۰/۰۱۹).

بحث

در این مطالعه، ۸۰/۶ در صد افراد به پرسشنامه پاسخ دادند. عدم پاسخ گویی به پرسش‌نامه می‌تواند به دلایل مختلف صورت پذیرد؛ از جمله عدم تمایل در شرکت انجام تحقیق، عدم داشتن فرصت کافی برای جواب به سوالات، ترس از برکنار شدن از موقعیت شغلی و یا تعویض شغل و ... . این موضوع در دیگر مطالعات خصوصا در مطالعاتی که توانایی روحی-روانی و استرس فرد را مورد ارزیابی قرار می‌دهد نیز یافت شده است[۲۰،۱۹،۱۸،۶]. بر

اساس این مطالعه میزان شیوع PTSD بر اساس معیارهای-DSM IV، ۴۴ نفر(۳۶/۴ درصد) بود. در مطالعه Bennett و همکاران که بر روی ۶۱۷ نفر از پرسنل آمبولانس های انگلستان انجام گرفت، این مقدار ۲۲ درصد به دست‌آمد [۲۰]. براساس مطالعه Armagan و همکاران که بر روی‌گروهی‌از کارکنان اعزامی هلال احمر ترکیه جهت کمک به فاجعه زدگان تسونامی اندونزی انجام شد، شیوع PTSD (۲۴/۲) درصد بود [۲۱]. همچنین Clohessy نشان داد که پرسنل آمبولانس‌ها بر اساس معیار شیوع -DSM-III R به میزان ۲۱ درصد دچار PTSD بودند [۱۸]. PTSD در مطالعات مشابه در کانادا و هلند به ترتیب ۱۵/۹ درصد و ۱۲ درصد بود [۲۴،۲۳]. همان‌طور که مشاهده می شود، PTSD در این مطالعه نسبت به مطالعات مشابه شیوع بالاتری دارد. علت این امر می تواند به دلایل متفاوتی باشد از جمله؛ میزان بالای ساعت کاری، ساختارهای متفاوت سازمانی در کشورهای مختلف، میزان صداقت در پاسخ به سوالات، تفاوت در گزینش افراد، حجم کاری، حمایت های اجتماعی و سازمانی را می‌توان نام برد. مطالعات Davidson و همکاران، Hodgkinson و همکاران، Mitchell و همکاران نشان دادند که مدت تروما و شدت آن می‌تواند باعث بروز بالاتر PTSD گردد [۲۲،۲۵،۱۹]. در مناطق مورد تحقیق این مطالعه، شدت حوادث و تکرار آن به علت ترانزیتی بودن بسیار بالاست و به تبع حجم کاری این افراد و مواجهه با حوادث با شدت بالا افزایش می یابد که خود می تواند دلیل بالابودن PTSD در این افراد باشد. درمطالعه ما بجز وضعیت تاهل که مجردها دچار PTSD بیشتری می شدند و توسط مطالعه Berger و همکاران این نتیجه نیز به دست آمد [۱۴]، جنس، تحصیلات و نوع شغل عامل موثری در بروز و یا عدم بروز PTSD نبود. هر چند مطالعه Bennett نشان داد که مردان بیشتر از زنان دچار PTSD می‌شوند [۲۰]. همان‌طور که در نتایج مشاهده می گردد، بر اساس IES نمرات "تاثیر واضح از حادثه" و همچنین "تاثیر شدید از حادثه" مقدار بالایی می باشد (به ترتیب ۳۹/۷ درصد و ۲۸/۹ درصد). همچنین طبق این مطالعه ۶۵/۳ درصد افراد نمره IES بالای ۲۷ و ۵۰/۴ درصد نمره بالای ۳۵ داشتند که به *ترتیب* نشان دهنده ۷۵ درصد احتمال رخ دادن PTSD و احتمال بسیار زیاد برای PTSD است که لزوم مشاوره روان پزشکی را نشان می‌دهد. با توجه به تمام مطالعات موجود این مقدار بالاتر از دیگر مطالعات است. در مطالعه ای که در سوئد در سال۲۰۰۳ توسط Jansson و همکاران بر روی پرسنل آمبولانس‌ها انجام گرفت، نمره IES بالای ۳۱ ، ۱۵/۲ درصد به دست آمده است [۲۷]. همچنین در این مطالعه نمره PTSS بالای ۵ در ۱۲/۱ درصد دیده شد. به نظر می رسد علت این تفاوت ها همان دلایل ذکر شده در مورد PTSD باشد. همان‌طور که مشاهده می شود در حضور شدت‌های بالای استرس و ترومای روحی زیاد و عدم وجود فاکتورهای تعدیل کننده مثل حمایت های شغلی، استراحت کاری، رضایت شغلی و گزینش مناسب افراد فاکتورهای دیگر نمی‌توانند در شیوع اثرگذار باشند. در افراد متاهل احتمالا به دلیل حمایت خانوادگی و مسائل دیگر قسمتی از فشار روحی و روانی کاسته می‌گردد. تاثیر مثبت تاهل در کاهش PTSD در مطالعه دیگر نیز یافت شده بود [۱۴]. لازم به ذکر است که PTSS وIES به ترتیب شدت اثر یک حادثه و واکنش‌های ناشی از آن را نشان می دهد. افرادی که شدیدا تحت تاثیر یک حادثه و حوادث متعدد قرار می‌گیرند در معرض تجمع فشارهای روحی- روانی و استرس مزمن قرار گرفته و احتمال PTSD یعنی وجود علائم به طور طولانی (حداقل یک ماه) در آنها افزایش می یابد. این ارتباط در مطالعات دیگر هم به اثبات رسیده است. نمرات بالای PTSS و IES می‌تواند پیش بینی کند افراد با چه احتمالی مستعد PTSD خواهند بود [۱۷،۱۶]. این رابطه مثبت در مطالعه ما نیز به دست آمد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می دهد پرسنل فوریت‌های پزشکی که با افراد ترومایی و بیماران اورژانسی سروکار دارند، خود در معرض ترومای روحی و عوارض آن به طور شدید قرار دارند. به طوری‌که میزان آن نسبت به سایر مطالعات صورت گرفته در کشورهای دیگر بالاتر بود. با توجه به اهمیت و حساسیت شغل این افراد در کمک به بیماران حادثه دیده و ترومایی و نجات جان مردم، لازم است به این قشر اهمیت بیشتری داده شود.

Reference:

[1] Helps S. Experiences of stress in accident and emergency nurses. ***Accid Emergen nurs*** 1997;1:33–48.
[2] Corneil DW. Prevalence of posttraumatic stress disorders in ametropolitan fire department. Baltimore: The Johns Hopkins University:1993.

[3] Ravenscroft T. Going Critical: Survey of occupational stress factors in accident and emergency staff in the London ambulance service. London: GMB/Apex/and T&G Unions:1994.
[4] Andersen HS, Christensen AK, Petersen GO. Posttraumatic stress reactions among rescue workers after a major rail accident. ***Anx Res*** 1991;4:245–51.
[5] Sterud T, Ekeberg M, Hem E. Health status in the ambulance services: A systematic review. ***BMC Health Serv Res*** 2006;3:82-6.
[6] Clohessy S, Ehlers A. PTSD symptoms, responsive to intrusive memoriesand coping in ambulance service workers. ***Br J Clin Psychol*** 1999;38:251–65.
[7] Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder:An overview. In: Figley CR. Editor, ***Compassion Fatigue***. New York: Brunner/Mazel: 1995.p. 1–20.
[8] Ward CL, Lombard CJ, Gwebushe N. Critical incident exposure in South African emergency services personnel: Prevalence and associated mental health issues. ***Emerg Med J*** 2006;23:226-31.
[9] Houston Acker K. Do critical nurse face burnout, PTSD, or is itsomething else? Getting help for the helpers. ***Clin Issues Criti Care Nurs*** 1993;4:558–65.
[10] Bunkhold V. Psychology. Lund: Studentlitteratur: 1996.
[11] Al-Naser F, Everly GS Jr. Prevalence of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti firefighters. ***Int J Emerg Ment Health*** 1999;1:99-101.
[12] Selley C. Post-traumatic stress disorder. Practitioner: 1991; 235: 635–9.
[13] American Psychiatric Association. DSM-IV. Diagnostic and statisticalmanual of mental disorder. Washington DC: American PsychiatricAssociation: 1994.
[14] Berger W, Figueira I, Maurat AM, Bucassio EP, Vieira I, Jardim SR, et al. Partial and full PTSD in Brazilian ambulance workers: Prevalence and impact on health and on quality of life. ***J Trauma Stress*** 2007;20:637-42.
[15] O'Brien LS, Hughes SJ. Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict. ***Br J Psychiatry*** 1991;59:135–41.
[16] Eriksson NG, Lundin T. Early Stress reactions among Swedish survivorsof the m/s Estonia disaster. ***Br J Psychiatry*** 1996;169:713–6.
[17] Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Crisis support: Impact of EventScale: A study of subjective stress. ***Psychosom Med*** 1979;41:209–18.
[18] Clohessy S, Ehlers A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. ***Br J Clin Psychol*** 1999;38:251-65.
[19] Davidson JRT, Hughes D, Blaze DG, et al. Posttraumatic stress disorderin the community: An epidemiological study. ***Psychol Med*** 1991; 21:713–21.
[20] Bennett P, Williams Y, Page N, Hood K, Woollard M. Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. ***Emerg Med J*** 2004;21:235-6.
[21] Armagan E, Engindeniz Z, Devay AO, Erdur B, Ozcakir A. Frequency of post-traumatic stress disorder among relief force workers after the tsunami in Asia: Do rescuers become victims? ***Prehosp Disaster Med*** 2006;21:168-72.
[22] Mitchell JT, Bray GP. Emergency service stress. Englewood Cliffs: NJ:Brady: 1990.
[23]Regehr C, Hill J, Goldberg G, Hughes J. Postmortem inquiries and trauma responses in paramedics and firefighters. ***J Interpers Violence*** 2003;18:607–22.
[24]Van der Ploeg E, Kleber RJ. Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: Predictors of health symptoms. ***Occup Environ Med*** 2003;60:40–6.
[25] Hodgkinson PE, Stewart M. Coping with catastrophe: A handbook of disaster management. London: Routledge: 1991.
[26] Gibbs MS, Drummond J, Lachenmeyer JR. Effects of disaster onemergency workers: A review with implications for training and post disaster interventions. ***J Soc Behav Personal*** 1993;8:189–212.
[27] Jonsson A, Segesten K, Mattsson B. Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. ***Emerg Med J*** 2003;20:79–84.