

بررسی علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی و رابطه‌ی آن با آسیب‌شناسی روانی در پرستاران بخش‌های اورژانس اهواز

*دکتر سودابه بساک نژاد^۱، دکتر ایران داودی^۲

خلاصه

مقدمه: هدف از تحقیق کنونی بررسی علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی در پرستاران بخش‌های اورژانس و رابطه‌ی آن با آسیب‌شناسی روانی و برخی علایم روان‌شناختی در مقایسه با پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها در بیمارستان‌های شهر اهواز بود.

روش کار: در این پژوهش توصیفی پس‌رویدادی که از ابتدای سال ۸۶ به مدت نه ماه اجرا گردید، ۱۱۰ پرستار به روش نمونه‌گیری تصادفی از بین پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های اهواز انتخاب شدند. ۵۰ پرستار نیز به عنوان گروه شاهد انتخاب گردیدند. برای ارزیابی علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی از آزمون مواجهه با رویداد و برای ارزیابی آسیب‌شناسی روانی و برخی علایم روان‌شناختی از مقیاس فهرست ۹۰ نشانه‌ای استفاده گردید. با روش‌های آماری توصیفی و آزمون تی، ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان و گام به گام، داده‌ها تحلیل شدند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، اجتناب یکی از علایم شایع اختلال فشار روانی پس آسیبی در پرستاران اورژانس می‌باشد. هم‌چنین همبستگی معنی‌داری بین علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی با علایم روان‌شناختی به دست آمد ($P < 0/001$). با استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه، جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط بین فردی بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی بودند.

نتیجه‌گیری: اجتناب یکی از علایم شایع در اختلال فشار روانی پس آسیبی پرستاران است که می‌تواند به صورت اشکال در روابط بین فردی یا بیماری‌های روان‌تنی تظاهر یابد. پرستاران اورژانس به دلیل چالش در شرایط فشارزای سعی دارند از رویدادها اجتناب ورزند اما فشارهای روانی ناشی از رویداد بر جنبه‌های روان‌شناختی آن‌ها اثر گذارده و سبب واکنش‌هایی هم‌چون دردهای جسمانی و مشکلاتی در روابط بین فردی می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: اختلال فشار روانی پس آسیبی، آسیب‌شناسی روانی، اورژانس، پرستاران، مشکلات روان‌شناختی

مقدمه

سالیان متمادی است که متخصصان بهداشت روانی تلاش می‌کنند واکنش‌های نابهنجار افراد را در رویارویی با منابع فشار روانی مورد بررسی قرار دهند. برای نخستین بار در میان سربازان جنگ نشانگان روان‌شناختی و رفتارهای نابهنجار در رویارویی با وقایع تنش‌زا شناسایی شد که بعدها در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی به عنوان یکی از اختلالات اضطرابی قرار گرفت

که به آن اختلال فشار روانی پس آسیبی^۱ می‌گویند (۱). این اختلال با نشانگان مرضی همراه است که پس از قرار گرفتن در معرض یک رویداد تنش‌زای شدید بروز می‌کند. فرد ممکن است به طور مستقیم یا غیر مستقیم (آسیب شدید جسمی، روانی و تهدید به مرگ یا مشاهده‌ی آسیب شدید جسمی در دیگران و مشاهده‌ی مرگ آن‌ها) با رویداد تنش‌زای نگران‌کننده‌ای مواجه شود که خارج از تحمل وی بوده و پیامد آن بروز نشانه‌های اختلال فشار روانی پس آسیبی باشد (۲). انجمن بهداشت عمومی آمریکا گزارش می‌کند که در ایالات متحده حدود ۷۰ درصد جمعیت عمومی بزرگسالان، یک رویداد تنش‌زا را تجربه کرده و حدود ۸ درصد آن‌ها نشانه‌های مرضی فشار روانی پس آسیبی را

سالیان متمادی است که متخصصان بهداشت روانی تلاش می‌کنند واکنش‌های نابهنجار افراد را در رویارویی با منابع فشار روانی مورد بررسی قرار دهند. برای نخستین بار در میان سربازان جنگ نشانگان روان‌شناختی و رفتارهای نابهنجار در رویارویی با وقایع تنش‌زا شناسایی شد که بعدها در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی به عنوان یکی از اختلالات اضطرابی قرار گرفت

^۱مؤلف مسئول: اهواز، دانشگاه شهید چمران، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی

تلفن تماس: ۰۶۱۱-۳۳۶۰۶۰۹

تاریخ وصول: ۸۷/۸/۱۴

تاریخ تایید: ۸۷/۱/۱۸

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز

^۱Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

در رویارویی با عامل تنش‌زا بروز می‌دهند (۳).

بر اساس یافته‌های تحقیقات انجام گرفته، نشانه‌های اختلال فشار روانی پس آسیبی را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد: بخش اول شامل نشخوارهای ذهنی مکرر درباره‌ی رویداد تنش‌زا (افکار مزاحم و برانگیختگی) و بخش دوم انکار رویداد (اجتناب و بی‌حسی روانی) است. در این میان اجتناب و افکار مزاحم از جمله نشانه‌های بالینی بارز در مبتلایان است (۴، ۵). بر اساس سایر یافته‌ها، اجتناب از رویداد تنش‌زا مفهوم پیچیده‌ای است و اغلب می‌تواند به اشکال مختلفی هم‌چون اجتناب شناختی (تلاش برای فکر نکردن به رویداد)، اجتناب عاطفی (بازداری از بروز احساسات عاطفی به هنگام یادآوری رویداد تنش‌زا) و اجتناب رفتاری (دوری از رویدادها و عوامل مشابه آن‌ها) ظاهر گردد. این محققین معتقدند که نشانه‌های مرضی اختلال فشار روانی پس آسیبی می‌تواند به صورت انواع مشکلات ارتباطی و اجتماعی، اضطراب، پرخاشگری و افسردگی بروز کند. یکی از نکات برجسته در درک اختلال فشار روانی پس آسیبی، نوع رویداد تنش‌زا است (۲). تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که رویدادهای طبیعی (سیل و زلزله)، رویدادهای جنگ، رویدادهای خشونت‌بار جنایی و سیاسی، تجاوز جنسی و پناهندگی از جمله رویدادهای مهم تنش‌زا محسوب می‌شوند (۶، ۷).

علاوه بر این، گاهی افراد در شرایط تنش‌زایی قرار می‌گیرند که توانایی اجتناب از آن را نداشته و فقط قادر به تحمل آن هستند و همین امر فشار روانی شدیدی بر آنان وارد می‌سازد و این مسئله زمانی رخ می‌دهد که افراد در مشاغل فعالیت می‌کنند که به طور روزمره با فشارهای روانی شدید روبه‌رو شده و قرار گرفتن در چنین شرایط شغلی، آنان را در معرض خطر بروز نشانه‌های اختلال فشار روانی پس آسیبی قرار می‌دهد (۸). یافته‌های تحقیقاتی در مورد افسران پلیس جنایی و آتش‌نشان‌ها (۹، ۱۰)، پزشکان و دانشجویان پزشکی در بخش اورژانس بیمارستان (۱۱) و پرستاران اورژانس بخش مراقبت‌های ویژه (۱۲، ۱۳) نشان می‌دهند که در چنین مشاغلی افراد به دلیل رویارویی با منابع مهم فشار روانی از جمله رویارویی با حوادث پرمخاطره و دردناک یا فوت بیماران و

جدال آنان با مرگ، نشانه‌های اختلال فشار روانی پس آسیبی را تجربه می‌کنند. همان‌طور که تحقیقات بر روی گروهی از پرستاران نشان می‌دهد، پرستاری از جمله مشاغل همراه با فشار روانی شدید است که افراد از ابتدای دوران کارورزی خود این فشار روانی را احساس می‌کنند. در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه که با شیفت‌های طولانی روزانه و شبانه در نگه‌داری از بیماران با آسیب شدید جسمانی، پذیرش مسئولیت مراقبت از بیماران رو به مرگ، احیاء قلبی، مرگ بیماران پس از عمل جراحی یا خون‌ریزی‌های شدید و تلاش‌های جدی برای نجات آن‌ها رو به رو هستند، احتمال بروز نشانه‌های اختلال فشار روانی پس آسیبی بیشتر است (۱۴، ۱۵). در تحقیقی که بر روی گروهی از پرستاران اورژانس که به مداوای آسیب‌دیدگان پس از یک حادثه‌ی غیرمترقبه پرداخته بودند، ۲۰ درصد از آن‌ها پس از نجات آسیب‌دیدگان و رویارویی با حوادث مختلف، علائمی از افسردگی، بی‌خوابی و اجتناب از یادآوری خاطرات مربوط به آسیب‌دیدگان را تجربه نمودند. بنا بر این تحقیقات قلبی‌گویای آن است که پرستاران در شرایط بحرانی و تحت فشار روانی علائمی از اجتناب، افسردگی و مشکلات در روابط بین فردی را بروز می‌دهند که می‌تواند منجر به ترک خدمت یا کاهش عملکرد موثر آن‌ها گردد (۱۶).

هر چند که پرستاران شاغل در بخش‌های پرمخاطره‌ی بیمارستان در معرض ابتلا به فشار روانی پس آسیبی هستند اما آنچه پرستاران را مستعد می‌سازد، درگیر شدن در مراقبت‌های طولانی مدت از بیماران بدحال، مشاهده‌ی زخم و جراحات‌های جراحی، خون‌ریزی‌های شدید، فشار روانی ناشی از ناکامی در نجات بیماران و دشواری در تعامل با بیماران و خانواده‌های آن‌ها است (۱۷، ۱۸). پاره‌ای از محققین بر این نقطه نظر تأکید می‌ورزند که پرستاران بخش‌های اورژانس وقتی در معرض شرایط پرمخاطره‌ی محیط بیمارستان قرار می‌گیرند فشارهای روانی متعدد و تغییرات جسمی، هیجانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند، بنا بر این از نظر جسمی مستعد بیماری قلبی و از نظر هیجانی مستعد افزایش حساسیت در روابط بین فردی، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی و از نظر اجتماعی و شغلی مستعد غیبت‌های مکرر می‌گردند.

از آزمودنی‌ها درخواست گردید تا از ذکر نام خودداری کرده و در نهایت صداقت و به طور کامل پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶، تحلیل گردیدند. در این تحقیق از آزمون تی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چندمتغیره به روش هم‌زمان و گام به گام برای تجزیه و تحلیل آماری استفاده گردید.

ویژگی‌های روان‌سنجی ابزارها به شرح ذیل می‌باشند:
 ۱) پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسش‌نامه شامل سئوالاتی درباره‌ی سن، جنسیت، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و مدت خدمت در بخش پرستاری اورژانس می‌باشد که قبل از اجرای ابزارهای دیگر توسط آزمودنی‌ها تکمیل می‌شد.

۲) مقیاس مواجهه با رویداد: این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که برای سنجش علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۲) و برای نخستین بار توسط پژوهشگران به فارسی ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مورد بررسی قرار گرفت. این مقیاس ۱۵ ماده دارد و به طریقی طراحی شده که از فرد خواسته می‌شود در ابتدا، رویداد تنش‌زا و ناراحت‌کننده را به یاد آورد و آن را مختصراً توصیف کند، سپس به ماده‌های آزمون پاسخ دهد. سئوال‌ات مربوط به افکار مزاحم (۵، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴)، مربوط به اجتناب (۱، ۲، ۳، ۷، ۱۳)، مربوط به بی‌حسی روانی (۸، ۱۲، ۱۵) مربوط به خواب آشفته (۴، ۶) می‌باشند. طیف پاسخ‌های آزمودنی بین گاهی (صفر) تا خیلی شدید (چهار) است و طیف نمرات بین ۰ تا ۶۰ که از جمع پاسخ‌های افراد به ۱۵ ماده به دست می‌آید. در پژوهش اولیه، پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای نمره‌ی کل ۰/۷۹، افکار مزاحم ۰/۷۵، اجتناب ۰/۸۱، بی‌حسی روانی ۰/۷۷ و خواب آشفته ۰/۷۹ گزارش می‌کنند. در تحقیق کنونی، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ در نمونه‌ی روایی به ترتیب برای نمره‌ی کل ۰/۸۰، افکار مزاحم ۰/۸۱، اجتناب ۰/۸۱، بی‌حسی روانی ۰/۷۵ و خواب آشفته ۰/۸۲ است.

هم‌چنین به منظور روایی این مقیاس به طور هم‌زمان، مقیاس

هم‌چنین شغل پرستاری ایجاب می‌کند که آن‌ها صبور و رازدار باشند و از بیان احساسات نگران‌کننده‌ی خود پرهیزند در نتیجه زمینه برای بروز مشکلات روان‌شناختی در آن‌ها آماده می‌گردد (۱۹، ۲۰). ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی پرستاران در نوع مشکلات روان‌شناختی آن‌ها موثر است به طور مثال سن، طول مدت خدمت، تاهل و جنسیت از جمله عوامل جمعیت‌شناختی هستند که می‌توانند در شدت مشکلات روان‌شناختی آن‌ها نقش داشته باشند (۲۱). هدف از تحقیق کنونی بررسی نشانه‌های اختلال فشار روانی پس آسیبی (افکار مزاحم، اجتناب، بی‌حسی روانی و خواب آشفته) در پرستاران زن و مرد شاغل در بخش‌های اورژانس و رابطه‌ی آن با علایم روان‌شناختی است.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی پس رویدادی است که از ابتدای سال ۱۳۸۶ به مدت ۹ ماه اجرا گردید. جامعه‌ی آماری این تحقیق شامل کلیه‌ی پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس، مراقبت‌های ویژه و اورژانس جراحی بودند که در پنج بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز و یک بیمارستان تامین اجتماعی فعالیت می‌کردند. در این تحقیق با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده دو نمونه‌ی مجزا (شامل شاهد و آزمون) انتخاب شدند. گروه شاهد، ۵۰ پرستار از میان جمعیت پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان به روش تصادفی ساده انتخاب و به دو مقیاس مواجهه با رویداد^۱ (۲۲) و نسخه‌ی کوتاه شده‌ی فهرست ۲۵ نشانه‌ای پاسخ دادند (۲۳). در گروه آزمون نیز ۱۱۰ پرستار از بخش‌های مراقبت‌های ویژه و اورژانس بیمارستان‌های مختلف به شیوه‌ی تصادفی ساده انتخاب و به پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس مواجهه با رویداد و نسخه‌ی تجدید نظر شده فهرست ۹۰ نشانه‌ای^۲ پاسخ دادند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، گروهی از کارشناسان روان‌شناسی با آموزش‌های قبلی به مراکز درمانی مراجعه و با آگاه ساختن آزمودنی‌ها از موضوع پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات، ابزارهای تحقیق را به آن‌ها می‌دادند.

^۱Impact of Event Scale (IES)

^۲Symptom Checklist- 90- Revised (SCL- 90- R)

افسردگی (۰/۸۵)، اضطراب (۰/۸۳)، خصومت (۰/۷۰) و برای فهرست ۹۰ نشانه‌ای به طور کلی (۰/۸۱) می‌باشد که همگی از نظر روان‌سنجی در حد مطلوبی هستند.

نتایج

یافته‌های این تحقیق در چهار بخش ارائه می‌گردند. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی است. جدول (۱) فراوانی و درصد فراوانی پرستاران زن و مرد را در جنبه‌های مختلف جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تاهل و سابقه‌ی شغلی) نشان می‌دهد. نتایج حاصل نشان می‌دهند که ۶۳/۳۶ درصد پرستاران زن در دامنه‌ی سنی بین ۲۵ تا ۴۰ سال بودند. ۵۴/۲۸ درصد پرستاران زن و ۸۰ درصد پرستاران مرد مجرد و بیشترین درصد فراوانی مدت زمان خدمت در شغل پرستاری اورژانس در کل پرستاران در دامنه‌ی بین ۵ تا ۱۰ سال بوده است.

جدول ۱- فراوانی و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	زن		مرد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنس	۷۰	(۶۳/۳۶)	۴۰	(۳۶/۳۶)
سن				
۲۰-۲۵	۱۷	(۲۴/۲۸)	-	-
۲۵-۳۰	۲۵	(۳۵/۷۱)	۲۰	(۵۰)
۳۵-۴۰	۲۳	(۳۲/۸۵)	۱۸	(۴۵)
۴۰ >	۵	(۷/۱۶)	۲	(۵)
وضعیت تاهل				
مجرد	۳۸	(۵۴/۲۸)	۸	(۲۰)
متاهل	۳۲	(۴۵/۷۲)	۳۲	(۸۰)
سابقه‌ی شغلی				
< ۵ سال	۱۵	(۲۱/۲۴)	۱۱	(۲۷/۵۰)
۵-۱۰	۳۵	(۵۰)	۲۸	(۷۰)
۱۰-۱۵	۱۵	(۲۱/۴۲)	-	-
> ۱۵ سال	۵	(۷/۱۶)	۱	(۲/۵)

بخش دوم مربوط به مقایسه‌ی میانگین نمرات پرستاران زن و مرد در علائم بالینی اختلال فشار روانی پس آسیمی و انواع علائم روان‌شناختی و آسیب‌شناسی روانی است. جدول (۲) یافته‌های مربوط به میانگین، انحراف معیار و آزمون تی را در هر یک از علائم اختلال فشار روانی پس آسیمی نشان می‌دهد. مشخص گردید که بین پرستاران زن و مرد در نمره‌ی کل فشار روانی پس آسیمی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و از میان مجموع

مواجهه با رویداد و نسخه‌ی کوتاه شده‌ی فهرست ۲۵ نشانه‌ای روی یک نمونه‌ی ۵۰ نفری از پرستاران (گروه شاهد) اجرا گردید. این ابزار نسخه‌ی کوتاه شده‌ی فهرست ۹۰ نشانه‌ای مرضی است که برای سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی به جای یک مقیاس چند بعدی مورد استفاده قرار می‌گیرد. ضریب روایی این مقیاس از طریق ضریب همبستگی بین مقیاس مواجهه با رویداد و فهرست ۲۵ نشانه‌ی مرضی برابر ۰/۵۱ می‌باشد که در سطح ($P < ۰/۰۵$) معنی‌دار است ($P < ۰/۰۰۱$).

۳) مقیاس تجدید نظر شده‌ی فهرست ۹۰ نشانه‌ای: یک ابزار خود گزارشی رایج برای سنجش آسیب‌شناسی روانی است. ۹۰ ماده‌ی این مقیاس، نشانه‌هایی را توصیف می‌کنند که بیماران روان‌پزشکی آن‌ها را تجربه و گزارش می‌نمایند. این مقیاس در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرتی، میزان ناراحتی آزمودنی را از صفر (هیچ) تا چهار (شدید) می‌سنجد. بر اساس تجارب بالینی و نتایج تحلیل‌های روان‌سنجی که روی این فهرست انجام گردید، نسخه‌ی تجدید نظر شده آماده و اجرا گردید. این فهرست ۹۰ نشانه‌ای شامل ۹ عامل مستقل است: جسمانی‌سازی^۱ (۱۲ ماده)، وسواسی جبری^۲ (۱۰ ماده)، حساسیت بین فردی^۳ (۹ ماده)، افسردگی^۴ (۱۳ ماده)، اضطراب^۵ (۱۰ ماده)، خصومت^۶ (۶ ماده)، فوبی (۷ ماده)، افکار پارانوئیدی^۷ (۶ ماده) و روان‌گسستگی^۸ (۱۰ ماده). این ۹ عامل ۸۳ ماده را به خود اختصاص می‌دهند و ۷ ماده‌ی باقی‌مانده تحت عنوان ماده‌های اضافی دسته‌بندی شده‌اند اما به عنوان یک عامل نمره‌گذاری نمی‌شوند بلکه در نمرات کلی منظور می‌گردند. تحقیقات مختلف گزارش می‌کنند که این مقیاس از پایایی و روایی بالایی برخوردار است (۲۳). در تحقیق کنونی برای محاسبه‌ی پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب پایایی به ترتیب برای ابعاد جسمانی‌سازی (۰/۸۰)، وسواسی جبری (۰/۷۰)، حساسیت بین فردی (۰/۷۹)،

^۱Somatization

^۲Obsessive-Compulsive

^۳Interpersonal Sensitivity

^۴Depression

^۵Anxiety

^۶Hostility

^۷Paranoid

^۸Psychoticism

۹۰ نشانه‌ای، فقط در عامل جسمانی‌سازی، حساسیت بین فردی و افسردگی تفاوت معنی‌داری بین پرستاران مرد و زن وجود دارد ($P < 0/001$) و در هر سه عامل، میانگین نمره‌ی پرستاران زن بالاتر از پرستاران مرد می‌باشد. بخش سوم مربوط به رابطه‌ی بین نمره‌ی کل فشار روانی پس‌آسیبی و آسیب‌شناسی روانی و علائم روان‌شناختی در پرستاران به تفکیک جنسیت می‌باشد. جدول (۴) ضرایب همبستگی ساده بین فشار روانی پس‌آسیبی و ۹ عامل آزمون فهرست ۹۰ نشانه‌ای را در پرستاران زن و مرد نشان می‌دهد. ضریب همبستگی ساده بین عوامل مختلف با فشار روانی پس‌آسیبی به ترتیب در پرستاران زن، مرد و کل پرستاران در جسمانی‌سازی (۰/۴۰، ۰/۳۸، ۰/۴۰)، و سواسی‌جبری (۰/۳۹، ۰/۴۰، ۰/۴۰)، حساسیت بین فردی (۰/۵۰، ۰/۴۷، ۰/۴۸)، افسردگی (۰/۴۵، ۰/۴۳، ۰/۴۴)، اضطراب (۰/۳۵، ۰/۳۴، ۰/۳۵)، خصومت (۰/۳۰، ۰/۳۳، ۰/۳۳)، فوبی (۰/۴۷، ۰/۴۵، ۰/۴۶) است که همگی در سطح ($P < 0/05$) معنی‌دار هستند ($P < 0/001$) اما در دو عامل افکار پارانوئیدی و روان‌گسستگی ضرایب همبستگی در هیچ‌کدام از گروه‌ها معنی‌دار نبود.

علایم، فقط در مقیاس فرعی اجتناب بین پرستاران زن و مرد در سطح تفاوت معنی‌دار است ($P < 0/001$) و میانگین نمره‌ی اجتناب در پرستاران زن به طور معنی‌داری بالاتر از مردان است.

جدول ۲- نتایج مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه پرستاران زن و مرد در نمره‌ی کل فشار روانی پس‌آسیبی و مقیاس‌های فرعی آن

علایم	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	آزمون تی	P
افکار مزاحم	زن	۸/۷۵	۵/۲۶	۷۰	۸/۱۵	N.S
	مرد	۷/۲۵	۵/۷۵	۴۰		
اجتناب	زن	۱۴/۵	۵/۲۱	۷۰	۳/۵۴	۰/۰۰۱
	مرد	۹/۱۱	۷/۴۲	۴۰		
بی‌حسی روانی	زن	۳/۴۸	۴/۸۶	۷۰	۲/۷۹	N.S
	مرد	۳	۵/۶۰	۴۰		
اختلال خواب	زن	۲/۸۵	۷/۱۷	۷۰	۲/۷۹	N.S
	مرد	۲/۲۱	۶/۳۲	۴۰		
نمره‌ی کل علائم فشار روانی پس‌آسیبی	زن	۲۵/۱۵	۶/۶۷	۷۰	۲/۸۴	N.S
	مرد	۲۴/۵۰	۶/۱۰	۴۰		

N.S = Not Significant

جدول (۳) یافته‌های مربوط به میانگین، انحراف معیار و آزمون تی را در هر یک از ۹ عامل فهرست ۹۰ نشانه‌ای علائم روان‌شناختی را نشان می‌دهد. از میان ۹ عامل آزمون فهرست

جدول ۳- نتایج مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه پرستاران زن و مرد در ۹ عامل فهرست ۹۰ نشانه‌ای آسیب‌شناسی روانی و علائم روان‌شناختی (SCL-90-R)

علایم	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	آزمون تی	P
جسمانی‌سازی	زن	۲۳/۶۰	۱۲/۱۲	۷۰	۳/۲۶	۰/۰۰۱
	مرد	۱۹/۶۰	۱۱/۷۹	۴۰		
وسواسی جبری	زن	۱۷/۲۱	۷/۲۰	۷۰	۲/۳۹	N.S
	مرد	۱۷/۴۵	۷/۴۱	۴۰		
حساسیت بین فردی	زن	۲۰/۵۱	۶/۲۲	۷۰	۳/۸۳	۰/۰۰۱
	مرد	۱۸/۳۶	۶/۱۱	۴۰		
افسردگی	زن	۲۵/۰۱	۱۲/۱۱	۷۰	۴/۰۴	۰/۰۰۱
	مرد	۱۵/۲۵	۷/۲۱	۴۰		
اضطراب	زن	۱۸/۱۵	۹/۱۴	۷۰	۴/۴۳	N.S
	مرد	۱۷/۰۴	۹/۲۳	۴۰		
خصومت	زن	۹/۱۱	۵/۲۱	۷۰	۲/۲۹	N.S
	مرد	۹/۵۰	۵/۷۰	۴۰		
فوبی	زن	۵۱/۵۲	۱۱/۲۰	۷۰	۲/۲۸	N.S
	مرد	۵۰/۵۵	۱۱/۱۱	۴۰		
افکار پارانوئیدی	زن	۱۱/۵۷	۵/۱۳	۷۰	۲/۹۳	N.S
	مرد	۱۲/۰۳	۵/۳۴	۴۰		
روان‌گسستگی	زن	۱۶/۲۱	۸/۱۱	۷۰	۳/۸۳	N.S
	مرد	۱۶/۷۴	۵/۲۱	۴۰		

N.S=Not Significant

جدول ۴- ضرایب همبستگی ساده بین فشار روانی پس آسیبی و آسیب‌شناسی روانی در آزمودنی‌های زن و مرد و کل

عوامل	زن		مرد		کل	
	r	P	r	P	r	P
جسمانی‌سازی	۰/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۴۰	<۰/۰۰۱
وسواسی جبری	۰/۳۹	<۰/۰۰۱	۰/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۰	<۰/۰۰۱
حساسیت بین فردی	۰/۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	<۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۴	<۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۳۵	<۰/۰۰۱
خصوصیت	۰/۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۳	<۰/۰۰۱
فوبی	۰/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۶	<۰/۰۰۱
افکار پارانوییدی	۰/۱۰	=۰/۲۱	۰/۱۰	=۰/۰۱	۰/۱۱	=۰/۲۵
روان‌گسستگی	۰/۱۰	=۰/۸۰	۰/۱۱	=۰/۰۴۰	۰/۱۰	=۰/۸۱

آسیب‌شناسی روانی، متغیرهای جسمانی‌سازی (MR برابر ۰/۶۵ و ضریب تعیین برابر ۰/۴۲ و نسبت F برابر ۱۸/۶۸)، حساسیت بین فردی (MR برابر ۰/۶۷، ضریب تعیین برابر ۰/۴۴ و نسبت F برابر ۱۵/۳۰) و افسردگی (MR برابر ۰/۶۹، ضریب تعیین برابر ۰/۴۷ و نسبت F برابر ۱۱/۳۷) در سطح ($P < ۰/۰۵$) معنی‌دار هستند ($P < ۰/۰۰۱$) و سایر متغیرها از معادله‌ی رگرسیون حذف گردیدند.

بخش چهارم مربوط به بررسی رابطه‌ی چندگانه بین علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی با آسیب‌شناسی روانی است. به منظور بررسی این رابطه از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان برای کل آزمودنی‌ها استفاده شد. جدول (۵) نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان را بین علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی با اختلالات روان‌شناختی نشان می‌دهد. نتایج بیانگر آن است که از میان مجموعه‌ی

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان بین علایم اختلال فشار روانی پس آسیبی

و آسیب‌شناسی روانی برای کل آزمودنی‌ها

متغیرها	شاخص‌های آماری			ضرایب رگرسیون		
	MR	RS	FP	۱	۲	۳
جسمانی‌سازی	۰/۶۵	۰/۴۲	۱۸/۶۸ <۰/۰۰۱	$\beta=۰/۲۳$ $t=۳/۹۶$ $P<۰/۰۰۱$		
متغیر ملاک علایم فشار روانی پس آسیبی						
جسمانی‌سازی و حساسیت بین فردی	۰/۶۷	۰/۴۴	۱۵/۳۰ <۰/۰۰۱	$\beta=۰/۳۷$ $t=۴/۳۵$ $P<۰/۰۰۱$	$\beta=۰/۱۷$ $t=۲/۱۵$ $P<۰/۰۰۱$	
جسمانی‌سازی، حساسیت بین فردی و افسردگی	۰/۶۹	۰/۴۷	۱۱/۳۷ <۰/۰۰۱	$\beta=۰/۲۹$ $t=۱/۱۹$ $P<۰/۰۰۱$	$\beta=۰/۲۱$ $t=۲/۷۸$ $P<۰/۰۰۱$	$\beta=۰/۱۸$ $t=۲/۰۳$ $P<۰/۰۰۱$

رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد که نتایج حاصل در جدول (۶) آمده است. این نتایج نشان می‌دهد که

برای تحلیل دقیق‌تر از رابطه‌ی چندگانه بین علایم فشار روانی پس آسیبی و آسیب‌شناسی روانی در پرستاران از تحلیل

جسمانی‌سازی و حساسیت بین‌فردی بهترین پیش‌بینی کننده‌های فشار روانی پس‌آسیبی در پرستاران هستند به طوری که ۲۹ درصد واریانس این اختلال توسط دو متغیر جسمانی‌سازی و حساسیت بین‌فردی قابل تبیین است. **جدول ۶-** نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام بین علایم اختلال فشارروانی پس‌آسیبی

و آسیب‌شناسی روانی در پرستاران

ضرایب رگرسیون		شاخص‌های آماری			متغیرها
۲	۱	FP	RS	MR	
	$\beta=0/11$ $t=5/11$ $P < 0/001$	۳۸/۱۰ < 0/001	۰/۲۴	۰/۴۹	جسمانی‌سازی روانی پس‌آسیبی
$\beta=0/23$ $t=0/7$ $P < 0/001$	$\beta=0/44$ $t=5/27$ $P < 0/001$	۲۱/۱۵ < 0/001	۰/۲۹	۰/۵۴	جسمانی‌سازی و حساسیت بین‌فردی

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به بررسی سلامت روانی در محیط شغلی شده است. آن چه مورد توجه محققین می‌باشد عوامل تنش‌زایی است که می‌تواند سلامت روانی افراد را در محیط شغلی مورد تهدید قرار دهد. وقتی افراد در مشاغلی فعالیت می‌کنند که به طور روزمره با انواع فشارهای روانی شدید رو به رو می‌شوند به اجبار در معرض انواع مشکلات روان‌شناختی ناشی از فشار روانی قرار می‌گیرند. پرستاری از جمله مشاغلی است که به طور روزمره با رویدادها و حوادث مختلف منجر به صدمه یا فوت بیماران سر و کار دارد. وجود چنین رویدادهایی پرستاران را مستعد نشانه‌های علایم اختلال فشار روانی پس‌آسیبی می‌کند. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که مقیاس مواجهه با رویداد از جمله مقیاس‌هایی است که در جمعیت پرستاران از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. بر اساس یافته‌های جمعیت‌شناختی دامنه‌ی سنی نمونه‌ی مورد بررسی بین ۲۵ الی ۴۰ سال است که بین ۵ تا ۱۰ سال، سابقه‌ی فعالیت حرفه‌ای دارند. این یافته نشان می‌دهد که این پرستاران افراد با تجربه‌ای هستند که در کشمکش با رویدادهای شغلی و فشارهای ناشی از شغل راهبرد اجتناب را برای کاهش تنش‌ها انتخاب کرده‌اند. هر چند این راهبرد با پیامدهای روان‌شناختی خاصی همراه می‌باشد و اثری موقت بر کاهش فشار روانی دارد. از سوی دیگر نتایج مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی پرستاران زن و مرد نشان می‌دهد که در همه‌ی انواع

علایم فشار روانی پس‌آسیبی میانگین نمره‌ی زنان بالاتر از مردان است اما فقط در متغیر اجتناب این مقایسه از نظر آماری معنی‌دار بود. نتایج این یافته با نتایج یافته‌های بنت و همکاران (۱۴)، لاپوسا و همکاران (۱۲) و مک نیلی (۲۰) هم‌سو و هماهنگ است. تحقیقات مختلف نیز این یافته را مورد تأکید قرار می‌دهند که اجتناب یک راهبرد روان‌شناختی است که می‌تواند به اشکال مختلف هم‌چون تلاش برای فکر نکردن درباره‌ی رویداد نگران‌کننده، بازداري از بروز احساسات عاطفی به هنگام یادآوری رویداد و دوری از موقعیت‌های مشابه بروز کند (۲۴). وقتی در ابتدای اجرای آزمون از افراد گروه خواسته شد رویدادهای نگران‌کننده در طول خدمت خود را به یاد آورند اغلب آن‌ها صحنه‌هایی از مرگ کودک بیمار، قرار گرفتن در احیای قلبی منجر به فوت بیمار تصادفی و یادآوری صحنه‌هایی از جراحات‌های شدید بعضی از بیماران را بیان می‌کردند که اغلب در شروع فعالیت‌های شغلی آن‌ها رخ داده بود. بنا بر این بهترین روش را اجتناب می‌دانستند هر چند هر از گاهی افکار مزاحم درباره‌ی بعضی رویدادها داشتند. این یافته‌ی توصیفی با نتایج یافته‌های جانسون و همکاران در گروهی از کارکنان آمبولانس مشابه بود (۲۱).

هم چنین از میان مجموع آسیب‌شناسی‌های روانی، میانگین نمره‌ی جسمانی‌سازی، حساسیت در روابط بین‌فردی و افسردگی در پرستاران زن بالاتر از مردان بود. این یافته با نتایج

درمانی که با وجود استفاده‌ی بهینه از تجربیات پرستاران اورژانس این قشر در معرض شرایط پرمخاطره‌ای می‌باشند که نیازمند برنامه‌های مناسب آموزشی مقابله با فشارهای روانی هستند. استفاده از جلسات بحث گروهی (برای بیان مشکلات) و آموزش آرامش‌بخشی (برای کاهش علائم اختلال فشارهای روانی) می‌تواند راه‌های مناسبی برای کاهش علائم اختلال فشار روانی پس آسیبی باشند. پرستاران پس از پایان یک هفته‌ی پرتلاش در بخش، نیازمند بحث و گفتگو گروهی با سایر همکاران درباره‌ی رویدادهای نگران‌کننده هستند و به این طریق می‌توانند احساسات خود را بیان و از تجربیات یکدیگر برای کاهش فشارهای روانی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این طرح تحقیقاتی در قالب طرح پژوهانه (گرانته) به شماره‌ی ۶۰۵ مورخه ۱۳۸۶/۲/۲۹ اجرا گردید که نویسندگان از حمایت‌های مالی و همکاری‌های دانشگاه شهید چمران اهواز صمیمانه سپاسگزارند. شایان ذکر است که منافع نویسندگان با موضوع طرح رابطه‌ای نداشته است.

حاصل از تحقیقات بتلز (۱۶)، مک نیلی (۲۰) و شپیتون (۲۴) هم‌سو می‌باشد. همان‌طور که یافته‌های تحقیقات قبلی گزارش می‌کنند هیجان‌ناشی از فشار روانی در محیط شغلی می‌تواند افراد را مستعد پرخاشگری، اضطراب، نومیدی و افسردگی نماید (۲۴). یافته‌های کنونی در این تحقیق نیز نشان می‌دهد که جسمانی‌سازی و حساسیت در روابط بین فردی ۲۹ درصد واریانس فشار روانی پس آسیبی را تبیین می‌کنند. این یافته توصیف می‌کند که اجتناب از گفتگو یا یادآوری رویدادها می‌تواند روی احساسات درونی افراد اثر بگذارد. دردهای جسمانی با ریشه‌ی روان‌شناختی، زمینه‌ی کاهش عملکرد و فرسودگی شغلی را ایجاد می‌نماید. این تحقیق با محدودیت‌هایی همراه بود که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به عدم تمایل مدیران بیمارستان‌ها به انجام کار تحقیقاتی، مشغله‌های زیاد پرستاران اورژانس که فرصت تکمیل ابزارها را برای ما محدود می‌ساخت و تعداد پرستاران اورژانس به ویژه پرستاران مرد بود که تعمیم نتایج را محدود می‌ساخت. اما یافته‌های کنونی هشدار می‌دهد برای مدیران و سرپرستان مراکز

References

1. Beals J, Manson SM, Shore JH. The prevalence of post traumatic stress disorder among American Indian Vietnam veterans: Disparities and context. *J Trauma Stress* 2002; 15: 89-97.
2. Joseph S, Williams R, Yule W. *Understanding post traumatic stress*. 1st ed. New York: John Wiley and sons; 1997: 50-5.
3. Kessler RC. Post traumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 4-12.
4. Asmundson GJ, Norton GR, Allardings MD, Norton PJ, Larsen DK. Post traumatic stress disorder and work-related injury. *J Anxiety Disord* 1998; 12: 57-69.
5. Stein MB. A 46 year old man with anxiety and nightmares after a motor vehicle collision. *J Am Med Assoc* 2002; 288: 1513-22.
6. Fontana A, Rosenheck R, Brett E. War zone traumas and post traumatic stress disorder symptomatology. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 748-55.
7. Orner RJ, Lynch T, Seed P. Long term traumatic stress reactions in British Falklands war veterans. *Br J Clin Psychol* 1993; 32: 457-9.
8. Kingdon B, Halversen F. Perioperative nurses perceptions of stress in the workplace. *AORN J* 2006; 54: 607-14.
9. Stephens C, Long N, Miller C. The impact of trauma and social support on posttraumatic stress disorder: A study of New Zealand police officers. *J Crimi Justice* 1997; 25(4): 303-14.
10. Tolin DF, Foa EB. Treatment of a police officer with PTSD using prolonged exposure. *Behav Ther* 1999; 30(3): 527-38.

11. Mills LD, Mills TJ. Symptoms of post traumatic stress disorder among emergency medicine residents. *J Emerg Med* 2005; 28(1): 1-4.
12. Laposa JM, Alden LE, Fullerton LM. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses. *J Emerg Nurs* 2003; 29(1): 23-8.
13. McGowan B. Self reported stress and its effects on nurses. *Nurs Standar* 2001; 15(8): 33-8.
14. Bennett P, Lowe R, Matthews V, Dourali M, Tattersall A. Stress in nurses: Coping, managerial support and work demand. *Stress Health* 2001; 14(1): 55-63.
15. Li TC, Lee YD, Lee YY, Chen CC, Chi CH. Validation of the Chinese version MPSS-R for occupational stress among emergency nurses. *J Psychosom Res* 2001; 51: 379-85.
16. Battles ED. An exploration of post traumatic stress disorder in emergency nurses following Hurricane Katrina. *J Emerg Nurs* 2007; 33(4): 314-8.
17. Mealer ML, Shelton A, Berg B, Rothbaum B, Moss M. Increased prevalence of post traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Resp Crit Care Med* 2007; 1(7): 175-7.
18. Kerasiotis B, Motta RW. Assessment of PTSD symptoms in emergency room, intensive care unit and general floor nurses. *Int J Emerg ment Healt* 2004; 6: 121-33.
19. Adeb-Saeedi J. Stress among emergency nurses. *Aust Emerg Nurs J* 2002; 5(2): 19-24.
20. McNeely E. The consequences of job stress for nurses health: Time for a check up. *Nurs Outlook* 2005; 53(6): 291-9.
21. Jonsson A, Segesten K, Mattsson B. Post traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg Med J* 2003; 20: 79-84.
22. Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979; 41: 209-18.
23. Najarian B, Davoudi I. Construction and validity of SCL-25 (short version). *J Psychology* 2001; 5(9): 136-49.
24. Shipton S. The process of seeking stress care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response appraised clinical stress. *J Nurs Educ* 2002; 4: 243-56.