

بررسی میزان افسردگی پس از حوادث ترافیکی در مرکز آموزشی - درمانی پورسینای رشت

پژوهشگران: نعیم خدادادی^{۱*}، دکتر عاطفه قنبری^۲، کبری سلامی کهن^۳، محمد تقی مقدم نیا^۴
مینو میترا چهرزاد^۵، سیده نوشاز میر حق جو^۵

(۱) آموزش پرستاری (روان پرستاری)، مربی دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت

(۲) دکترای آموزش پرستاری، استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۳) آموزش پرستاری (داخلی جراحی)، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۴) آموزش پرستاری (اطفال)، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

(۵) مامایی، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۹/۲۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۱۸

چکیده

مقدمه: افسردگی بعد از حوادث ترافیکی یکی از شایعترین اختلالات روانی است که در سالهای اخیر افزایش یافته است و وقوع این رویداد در سال های اولیه عمر، نه تنها بر زندگی روزمره و بهره وری افراد بلکه بر خانواده و جامعه نیز تاثیرگذار است. از این رو لازم است که افسردگی پس از حوادث ترافیکی را هر چه سریعتر شناسایی نموده و برای اقدامات تشخیصی و درمانی به روانپزشک ارجاع داد.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین میزان افسردگی در هفته اول و دوم ماه پس از حوادث ترافیکی صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی از نوع تحلیلی است. جامعه پژوهش در این مطالعه بیماران بستری در بخشهای ارتوپدی و ترومای مرکز آموزشی درمانی پورسینای رشت می باشد. داده ها در دو مقطع زمانی (هفته اول و دوم ماه پس از حوادث ترافیکی) برای ۸۹ بیمار با استفاده از پرسشنامه های جمعیت شناختی و BDI (آزمون افسردگی بک) جمع آوری گردید و با آزمون آماری تی تست مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش (۳۷/۱٪) در هفته اول از میزان افسردگی خفیف برخوردار بودند اما میزان افسردگی بطور معنی داری در دو ماه پس از تصادف بیشتر شده بود به طوریکه اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۳۸/۵٪) افسردگی شدید داشتند. نتایج تفاوت معنی دار آماری در میزان افسردگی ($P < 0/01$) بین هفته اول تا دوم ماه بعد از نشان داد.

بحث و نتیجه گیری: طبق شواهد بدست آمده در این مطالعه درصد قابل توجهی از بیماران مصدوم، افسردگی پس از حوادث ترافیکی را تجربه می نمایند که با تداوم علائم تا دو ماه بعد ارتباط دارد. نظر به این که تشخیص زودرس و ارجاع بیماران متعاقب حوادث ترافیکی می تواند از مزمن شدن افسردگی پیشگیری بعمل آورد، یافته های پژوهش ضرورت توجه ویژه به کارکنان خدمات بهداشتی درمانی در اورژانسها و سایر بخشها را در بررسی این علائم در بیماران پذیرش شده مطرح می نماید.

کلید واژه ها: اختلالات روحی پس ضربه ای، افسردگی، حوادث رانندگی، تروما

مقدمه

بلکه بطور غیر مستقیم بر روی عملکرد روانی - اجتماعی و کار کرد وی اثر می گذارند. نکته مهم این است که صدمات جسمی با مراقبت های پزشکی و بازتوانی درمان می شود، اما فشارهای روانی - اجتماعی آن چندین هفته، ماه، سال یا حتی سراسر عمر ادامه می یابد (۱). در سالهای اخیر واکنشهای روانی شامل ترس از رانندگی و افسردگی بعد از تصادفات افزایش یافته است. وقوع این رویداد در سال های اولیه عمر، نه تنها

حوادث ترافیکی تبعات متعدد جسمی و روانی دارند. علیرغم درمان عواقب جسمی این حوادث، معمولاً عواقب روانی به دنبال این رویداد نادیده انگاشته شده و بدون تشخیص و درمان باقی می ماند (۱). در مورد حوادث جاده ای، 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 مستقیماً آسیب جسمی به فرد می زنند،

میزان افسردگی یک هفته و دو ماه بعد از حوادث ترافیکی و تعیین متغیرهای مرتبط با این اختلال بود. انجام چنین مطالعاتی می تواند برای برنامه ریزی جامع در رویکردهای درمانی و پرستاری مفید باشد.

روش کار

در این مطالعه محقق پس از کسب مجوز پژوهش، به بخشهای ارتوپدی و ترومای بیمارستان پورسینا که امکان دسترسی به نمونه های مورد نظر وجود داشت مراجعه نموده و از روی پرونده بیمارانی که در روز هفتم بعد از تصادف رانندگی و محدوده سنی بین ۶۵-۱۸ سال بودند را انتخاب نمود. معیارهای خروج از مطالعه تروما به مغز و طناب نخاعی، سابقه بیماری شدید قبلی و سابقه اختلال روانی (مصرف دارو و بستری در بیمارستان روانپزشکی) بودند. سپس پژوهشگر اقدام به معرفی خود نموده جهت کسب رضایت از بیمار هدف تحقیق و اهمیت همکاری وی در هر دو مرحله از تحقیق توضیح داده شد. ضمناً جهت شرکت بیماران در مرحله دوم آدرس و شماره تلفن آنان ثبت گردید تا در صورت تاخیر با تلفن مراجعه دوم به آنان یادآوری شود. داده های این پژوهش با استفاده از پرسشنامه های مشخصات فردی روانی- اجتماعی و BDI (آزمون افسردگی بک) جمع آوری گردید. پس از تکمیل پرسشنامه ها در روز هفتم پس از تصادف، به شرکت کنندگان جهت مراجعه مجدد در دوماه بعد از تصادف معرفی نامه داده شد و مقرر گردید که به اتقاق سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی پورسینا مراجعه کنند تا نمونه ها از دست نروند. در ملاقات پیگیری درمان در دو ماه بعد از مصدومیت، مجدداً همان پرسشنامه ها تکمیل گردید.

ابزار گرد آوری داده ها در این مطالعه دو قسمتی شامل پرسشنامه مشخصات فردی، روانی، اجتماعی و آزمون افسردگی بک (BDI) بود که در مرحله اول روز هفتم پس از تصادف و در مرحله دوم دو ماه بعد تکمیل شد.

بر زندگی روزمره و بهره وری بلکه بر کیفیت زندگی شخص، خانواده و جامعه نیز موثر است (۳).

محققین به این نتیجه رسیده اند که افسردگی شایعترین اختلال روانی بعد از تصادف است (۱). افسردگی نوعی اختلال خلقی همراه با علائم ناامیدی، از دست دادن علاقه، تغییرات اشتها، خواب، تحرک بدنی، تفکر و تمرکز می باشد (۴)، شخص افسرده ممکن است شدیداً احساس بی ارزشی یا گناه کند یا افکار خودکشی داشته باشد (۵).

در مطالعه به عمل آمده بر روی ۲۳۷ بیمار با ترومای ناشی از حوادث ترافیکی که در جستجوی درمان بودند ۲۵ درصد دارای علائم افسردگی اساسی بودند (۶). در مطالعه وانگ و همکاران (۲۰۰۵) در تایوان نیز در هفته اول پس از حوادث رانندگی ۷۸ درصد ابتلا به افسردگی وجود داشت و در شش هفته بعد ۶۲/۵ درصد از مصدومین هنوز به افسردگی مبتلا بودند.

به دنبال حوادث رانندگی و به علت جراحتهای پدید آمده توانایی فیزیکی قربانیان کاهش می یابد. این توانایی ۶ ماه بعد به تدریج افزایش یافته و فعالیت های روزانه زندگی آنها بهتر می شود ولی آسیبهای روانی متعاقب آن می تواند تا مدتهای بیشتری بر زندگی فرد تاثیر گذار باشد (۱).

البته بعضی از محققین معتقدند که ناتوانی فیزیکی بعد از این حوادث است که منجر به اختلالات روانی شده و بیمار را تا مرز خودکشی سوق می دهند (۷) براساس مطالعات بعمل آمده تعداد قابل توجهی از مصدومین که قبل از تصادف شاغل بودند بعد از آن وقوع حوادث ترافیکی به سرکار باز نگشته بودند (۸)، که این مسئله می تواند به علت نادیده انگاشته شدن سلامت روانی این حادثه دیدگان توسط مراقبت دهندگان باشد (۶).

در ایران مطالعاتی که رویکردهای روانی بعد از حوادث ترافیکی بخصوص افسردگی را بررسی کرده باشند بسیار محدود است. هدف از این مطالعه، بررسی

بوده و بیشتر واحدهای مورد پژوهش متاهل (۵۶/۲٪)، شاغل (۵۳/۹٪) بودند. ۶۶/۳ درصد از آنان در موقعیت تصادف راننده بوده، ۳۹/۳ درصد با خانواده زندگی می کردند، ۹۴/۴ درصد از نظر جبران مالی خسارت وارده مشکل دارند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش (۹۴/۴٪) عادت به نوشیدن الکل نداشتند. نوع وسیله نقلیه در اکثر موارد (۷۱/۹٪) موتور سیکلت بود ۷۰/۸ درصد سابقه تصادف قبلی نداشتند و اکثریت واحدها (۶۱/۸٪) شاهد صحنه زجر و مرگ دیگران بودن را ذکر نمودند. زمان تصادف در اکثر موارد (۶۵/۲٪) روز بود و ۵۶/۲ درصد سابقه بستری در بیمارستان نداشتند. طول مدت بستری در بیمارستان ۶۸/۴ درصد واحدهای مورد پژوهش زیر دو هفته بود. بازگشت به کار و مدرسه در مدت پیگیری تصادف ۶۹/۷ درصد موارد خیر ذکر شد. میانگین و انحراف معیار طول مدت بازگشت به کار و مدرسه در افرادی که بازگشت داشتند $3/4 \pm 20/04$ بود.

در هفته اول ۸۹ بیمار در پژوهش شرکت کردند. اما برای جمع آوری داده های مرحله دوم با وجود پیگیری تلفنی تنها ۷۶ بیمار در دسترس بودند. نتایج پژوهش در مرحله دوم بیانگر آن بود که اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۳۷/۱ درصد در هفته اول از میزان افسردگی خفیف برخوردار بودند ولی در دو ماه پس از مصدومیت اکثریت واحدهای مورد پژوهش ۳۸/۵ درصد جزء دسته افسردگی شدید قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی افسردگی پس از تصادف (هفته اول و دوم بعد)

افسردگی پس از تصادف	دوماه بعد	
	هفته اول تعداد(درصد)	دوماه بعد تعداد(درصد)
<۱۰	۳۳ (۳۷/۱)	۲۶ (۳۳/۳)
۱۰-۱۹	۲۱ (۲۳/۶)	۱۶ (۲۰/۵)
۲۰-۲۵	۹ (۱۰/۱)	۶ (۷/۷)
≥۲۶	۲۶ (۲۹/۲)	۳۰ (۳۸/۵)
جمع	۸۹ (۱۰۰)	۸۹ (۱۰۰)

براساس نتایج میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در هفته اول $13/6 \pm 18/23$ بود که در ماه دوم افزایش یافته بود ($14/8 \pm 21/19$) و این افزایش از

الف- پرسشنامه مشخصات فردی و روانی- اجتماعی که مرحله اول پژوهش یعنی روز هفتم بعد از وقوع مصدومیت رانندگی تکمیل گردید شامل ۱۶ عبارت: سن (کمتر از ۳۰، ۳۰-۳۹، و بیشتر از ۴۰ سال)، جنس (زن، مرد)، تاهل (مجرد، متاهل، سایر)، شغل (شاغل، بیکار)، موقعیت مصدوم (راننده، سرنشین، عابر)، وضعیت زندگی (تنها، با خانواده، با همسر، با والدین) اطمینان از وضعیت حقوقی و جبران خسارت مالی (دارد، ندارد)، عادت به نوشیدن الکل (دارد، ندارد)، نوع وسیله نقلیه (موتور سیکلت، ماشین شخصی، سایر) تجربه تصادف قبلی (دارد، ندارد)، شاهد صحنه زجر یا مرگ دیگران بودن (بله، خیر)، زمان تصادف (روز، شب)، سابقه بستری بودن در بیمارستان (دارد، ندارد) بود. در مرحله دوم یعنی دو ماه بعد از مصدومیت رانندگی نیز ۳ سؤال طول مدت بستری در بیمارستان (کمتر از ۱۴ روز، بیشتر از ۱۴ روز)، برگشت به کار و مدرسه (بله، خیر) و زمان برگشت به سرکار یا مدرسه (میانگین روزها) مطرح گردید.

ب- پرسشنامه آزمون افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال از نوع مقیاس لیکرت با امتیاز صفر تا ۳ است که صفر به معنی هیچ وقت، ۱ گاهی اوقات، ۲ بیشتر اوقات و سه همیشه است. نمره ۹-۱ به عنوان عدم افسردگی، نمره ۱۰-۱۹ افسردگی خفیف و نمره ۲۰-۲۵ افسردگی متوسط و نمره ۲۶ و بالاتر به عنوان افسردگی شدید امتیاز بندی می شود. جهت تعیین اعتماد پرسشنامه ابتدا یک مطالعه با ۲۵ نمونه به صورت پایلوت انجام گرفت ضرایب پایایی کرونباخ ۹۰ درصد اعتماد آن تأیید گردید.

حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه ۸۹ نفر بر آورد گردیده بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین) و تی زوج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

یافته ها نشان داد که اکثریت (۶۶/۳٪) واحدهای مورد پژوهش دارای سن کمتر از ۳۰ سال و مرد (۹۱٪)

نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.01$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره (۲): مقایسه میانگین و انحراف معیار افسردگی در هفته اول و ماه دوم پس از مصدومیت در واحدهای مورد پژوهش

افسردگی پس از تصادف	میانگین	انحراف معیار	نوع آزمون و سطح معنی داری
هفته اول	۱۸/۲۳	۱۳/۶	$P < 0.01$
دو ماه بعد	۲۱/۱۹	۱۴/۸	

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته های مطالعه حاضر اکثر مصدومین: مرد، متأهل، شاغل، راننده موتورسیکلت و در گروه سنی زیر ۳۰ سال قرار داشتند. اکثراً عادت به نوشیدن الکل نداشتند. بیشترین تعداد تصادفات در روز بود و اکثریت واحدها سابقه تصادف قبلی و بستری در بیمارستان را ذکر ننمودند. در مورد وضعیت زندگی اکثر مصدومین همراه خانواده زندگی می کردند و در مورد جبران خسارات مالی نگران بودند. اکثریت شاهد صحنه زجر و مرگ دیگران نبودند. طول مدت بستری در بیمارستان در اکثر موارد زیر دو هفته و بیشتر آنها گزارش نمودند که دو ماه بعد از تصادف هنوز به سر کار یا مدرسه بر نگشتند. در مطالعه قربانی و همکاران (۱۳۸۸) در مورد اپیدمیولوژی ترومای ناشی از تصادف اکثر مصدومین: مذکر (۸۵/۴٪) با میانگین سنی ۲۶/۹۸ سال بودند و نوع وسیله نقلیه تصادفی اکثراً موتورسیکلت (۶۲/۷٪) و بیشتر مصدومین راننده (۵۶/۳٪) و از این بین بیشترین تعداد (۸۴/۳٪) موتورسیکلت سوار بودند (۹).

در مطالعه وانگ در تایوان اکثر مصدومین: مرد، مجرد، شاغل، موتورسیکلت سوار با میانگین سنی ۳۳ سال بودند، ۳۳ درصد سابقه تصادف قبلی و مشکلاتی در مورد بیمه را ذکر کرده بودند و ۱۴ درصد وجود الکل در خونشان ثبت شده بود (۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نزدیک به یک سوم واحدهای مورد پژوهش در هفته اول پس از تصادف و با میزان بالاتری در دو ماه پس از تصادف افسردگی را تجربه نموده اند. این تفاوت میزان افسردگی معنی دار بود و نتایج عدم بهبودی معنی داری را در بیماران دارای میزان افسردگی بالاتر نشان

داد ($P < 0.01$). در مطالعه به عمل آمده توسط آیریش و همکاران میزان افسردگی ۶ هفته بعد از مصدومیت ۱۰/۱ درصد بود و همین میزان بیماران بعد از گذشت یکسال نیز هنوز افسرده بودند (۱۰). اما در مطالعه به عمل آمده توسط وانگ در تایوان ۷۸ درصد شرکت کنندگان در هفته اول و ۶۲/۵ درصد در هفته ششم افسردگی داشتند که بهبود معنی دار آماری گزارش شده بود (۱). باید به این نکته نیز توجه داشت که وجود مشکلات مالی به عنوان یک عامل استرس زا در ابتلا به افسردگی نقش دارد. در مطالعه حاضر تقریباً تمام مددجویان ما مشکل مالی داشتند و از نظر جبران خسارت مالی حاصل از تصادف نگرانی داشتند این در حالی بود که اکثریت مددجویان تایوانی از بابت جبران خسارات مالی نگرانی نداشتند (۲).

ضمناً باید یاد آوری نمود که در مطالعه حاضر افرادی که سابقه اختلالات روانی داشتند جزء معیارهای مرجع در مطالعه قرار گرفتند و این یک تفاوت در یافته های ما با سایر مطالعات است و تفاوت در روش تحقیق و تفاوت در معیارهای ورود و خروج نمونه ها ممکن است شرایط متفاوتی داشته باشند (۱۱).

به علت بروز مشکلات جدی و طولانی مدت روانی پس از تصادف ها (۱۳) پیشنهاد می شود همه آسیب دیدگان حوادث ترافیکی تحت بررسی و مشاوره قرار گیرند (۱۲). نتایج مطالعات نشان می دهد که استفاده از روشهایی همچون تخلیه احساسات، آموزش روشهای سازگاری و مدارا می تواند کیفیت زندگی مبتلایان به افسردگی بدنبال حوادث ترافیکی را بهبود بخشد (۱۲).

تشکر و قدردانی

این مقاله که دستاورد طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی گیلان است ایجاب می نماید از زحمات معاونت محترم پژوهشی و کارکنان این معاونت، ریاست بیمارستان پورسینا و کارکنان آن، دفتر پرستاری و پرسنل بخش های مختلف این بیمارستان که در جهت به انجام رساندن این پژوهش نهایت همکاری را

داشته اند تقدیر و تشکر بعمل آید.

منابع:

- 1-Wang,C-H. shiow-L. Bond A. Elaine. Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and Quality of life in patients with traffic- related in juries.Journal of advanced nursing 2005;52(1): 22-30.
- 2-Schnyder U, Moergeli H. Trentz O, Klaghofer R ,Buddeberg C. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up.American Journal of respiratory and critical care medicine 2001;164:653-656.
- 3-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.
- 4-KaplanH ,Sadok B.Text Book of psychiatry. 9st ed, Philadelphia:lippincott 2005:487-495.
- 5-Stuart G, Laraia M. Psychiatric nursing. 8th ed. St louis: Mosby 2005:430-1.
- 6-Beck Gayle, Scott CF. Assessment and treatment of PTSD after a motor vehicle collision empirical findings and clinical observations. NIH public access 2007; 38(6):629-639.
- 7-Jurisc B, MarusicA. S uicidal ideation and behavior and some psychological correlates in physically disabled motor vehicle accident survivors. The journal of crisis intervention and suicide prevention 2009; 30(1):34-38.
- 8-Adam L,Schreiber DO,Guy W,Fried MD.Demographic characteristics of38 patients injured in motor vehicle accidents . The journal of crisis intervention and suicide prevention 2009;30(1):38 -42.
- ۹- قربانی ع، ربیعی م، چرکزی ع. اپیدمیولوژی ترومای ناشی از تصادف در بیمارستان شهید مطهری گنبد کاووس. فصلنامه پزشکی قانونی ۱۳۸۸، سال پانزدهم، شماره ۱، صص:۳۴-۲۹.
- 10-Irish L ,Ostrowski S, Fallon W, Spoonster E, Dulmen M, Sledjeski E .Delahanty D. Trauma history characterisiics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicleaccident victims. Joarnal of traumatic stress 2008; 21(4):377-384.
- 11-Wu K K, Cheung WL M. post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. Joarnal of Traumatic Stress 2006; 19(6):923-936.
- 12-MA Landolt, ME Vollrah, HE Gnehm, FH Sennhauser. Post-traumatic stress impacts on quality of life in children after road traffic accidents:Prospective study .AUST N Z J Psychiatry 2009;43(8):746-753.
- 13-OzaltinM, kaptanogluC, Aksary G. Acute stress disorder and post traumatic stress disorder after motor vehicle accidents.Turk psikiyatri dergisi 2004;15(1):16-25.

Depression after traffic –accident in Poursina educational- therapeutic center in Rasht

By: Khodadadi N¹, Ghanbri A², Salami kohan K³, Moghadamnia MT³
Cherzad MM⁴, Mirhaghjoo SN⁵

Abstract

Introduction: Post traffic accident depression is one of the most prevalent mental disorders which increased in recent years and its occurrence in early years of life affects daily living productivity and also family and society. Therefore it's important to promptly detect it and refer them to psychiatrist for diagnosis and treatment.

Objective: The goal of this study was to determine the level of depression one week and also two months after traffic accidents.

Methods: This study had descriptive-cross sectional design. Participants were chosen from orthopaedic and trauma wards in Poursina hospital in Rasht city. Data were collected in two time periods (one week and two months after the traffic accident) from 89 patients using demographic and Beck Depression Inventory questionnaires. Data were collected in 2010 and T- test was used as statistical test for analysis.

Results: Findings showed that the majority(37.1%) had mild depression one week after the accident but the level of depression significantly increased two months after as 38.5% of samples had severe depression.

Conclusion: Study results indicated that a significant percent of patients experience depression after traffic accident which is related to symptoms two months after. Health care personnel in emergency and other wards need to assess patients for these symptoms. Early detection and referring patients for depression treatment can prevent it from becoming chronic.

Key words: Post traumatic Stress Disorder, Depression, Traffic accidents, Trauma

1-MSc in Psychiatric Nursing, Instructor of Guilan University of Medical Sciences

2-Phd in Nursing Education, Assistant Professor, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

3-MSc in Nursing Education (Medical Surgical), Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

4-MSc in Nursing Education (Pediatric), Faculty member of Guilan University of Medical Sciences

5-MSc in Midwifery, Faculty member of Guilan University of Medical Sciences