

شیرین اسماعیلی دولابی نژاد^۱، میترا صفا^{۲*}، فاطمه قاسم بروجردی^۳، فرزانه حاجی زاده^۴، بامداد میراب زاده اردکانی^۵

بررسی بروز اختلال استرس پس از ضربه در کادر پرستاری درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به COVID-19 در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

چکیده

زمینه: با شیوع سریع بیماری COVID-19 در ابتدای سال ۲۰۲۰ در جهان، فشار جسمانی و روانی شدیدی بر کادر درمانی بیمارستان‌هایی که درگیر مراقبت از بیماران مبتلا به COVID-19 بودند، وارد گردید که خطر بروز اختلال پس از ضربه (PTSD) را می‌تواند افزایش دهد. هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت بروز اختلال پس از ضربه (PTSD) در پرسنل بیمارستانی درگیر مراقبت از بیماران COVID-19 بود.

روش کار: در این پژوهش توصیفی ۳۱۱ نفر از پرستاران و بهیاران بیمارستان دکتر مسیح دانشوری شرکت کردند و از پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته و مقیاس می‌سی سی پی PTSD استفاده گردید. از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. **یافته‌ها:** ۶۹/۳٪ از افراد مورد مطالعه پرستار و ۳۰/۷٪ از آنها بهیار بودند. در ۱۳/۳٪ از آنها ابتلا به COVID-19 در خود یا اعضای خانواده درجه یک آنها گزارش شد. میانگین نمره PTSD در تمام اعضای نمونه شدید بود. بین گروه‌های سنی مختلف در زیر مقیاس فقدان افسردگی و بین افراد با وضعیت‌های تأهل مختلف، در زیرمقیاس‌های خاطرات رخنه کننده و ناتوانی در کنترل عاطفی و نمره کل PTSD تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: پاندمی COVID-19 می‌تواند منجر به بروز مشکلات روانشناختی جدی، به خصوص در کادر خط مقدم درمان شود. وجود PTSD در پرسنل بیمارستان، باید به عنوان عاملی مهم توسط وزارت بهداشت و درمان کشور در نظر گرفته شود تا سلامت روان اعضای جامعه حفظ شود. **واژگان کلیدی:** اختلال استرس پس از ضربه، COVID-19، کادر پرستاری

^۱ کارشناس ارشد آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۲ استاد متخصص اعصاب و روان، مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۳ دکترای روانشناسی، مرکز تحقیقات بیماریهای مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماریهای ریوی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۴ دانشجوی دکترای روانشناسی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، تهران، ایران.

^۵ دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نشانی نویسنده مسئول:

تهران، خیابان نیاوران، خیابان دارآباد، بیمارستان مسیح دانشوری

تلفن: ۰۲۱-۲۷۱۲۲۶۰۷

نشانی الکترونیک: mitra.safa@yahoo.com

مقدمه

دقیق مشکلات روانشناختی تیم درمانی و بیماران مبتلا به COVID-19 به صورت دقیق گزارش نشده است (۵). در نتیجه، شناسایی و انجام مداخلات درمانی در سریعترین زمان ممکن در افرادی که در بحران حاضر دچار PTSD شده اند، اهمیت بسزایی دارد. اهمیت و ضرورت انجام پژوهش حاضر، از آن روست که بیمارستان دکتر مسیح دانشوری یکی از اولین و اصلی ترین مراکز درمان پاندمی COVID-19 در تهران بوده است و پرسنل این بیمارستان فشار روانی شدیدی را بدلیل مواجهه با حجم بسیار بالا و ناگهانی بیماران بد حال مبتلا به کووید ۱۹، افزایش شدید ساعات کاری و ابتلاء خود ویا همکاران ویا از دست دادن آنها یا اعضای خانواده شان و سایر اعضای جامعه را در ماه اول تجربه کردند. در واقع آنها به طور کاملاً ناگهانی با شرایط بسیار ناگواری برای خود و اطرافیان و مشاهده درد و رنج و مرگ دیگران مواجه شدند که می تواند تأثیر بسیار جدی بر سلامت روان و کارکرد آنها بگذارد. لذا هدف از انجام مطالعه حاضر بررسی وضعیت PTSD در کارمندان درمانی این بیمارستان می باشد تا با اطلاعات بدست آمده، امکان ارائه خدمات پزشکی و غیر پزشکی و حمایت‌های روانشناختی برای آنان فراهم گردد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع کاربردی و روش آن توصیفی بود. جامعه آماری شامل تمام پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در تهران، طی بروز پاندمی COVID-19 در فروردین سال ۱۳۹۹ بود. روش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد و ۳۱۱ نفر از پرستاران و بهیاران در مطالعه شرکت کردند. به علت دشواری در دسترسی به کادر پرستاری به دلیل حجم کار بالای آنها، امکان نمونه گیری تصادفی مهیا نبود.

بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، از همان ابتدای شیوع بیماری COVID-19 در ایران، یکی از اولین و عمده ترین مراکز بستری و درمان بیماران مبتلا به COVID-19 در تهران بوده است. این بیمارستان، یک مرکز فوق تخصصی برای درمان بیماری های ریوی است که در دوران پاندمی COVID-19، کل بخش های آن به این بیماران اختصاص یافت.

پرسشنامه های استفاده شده در مطالعه حاضر، به صورت آنلاین برای اعضای جامعه آماری و آنهایی که واجد ملاک های ورود به مطالعه بودند، ارسال شد. تمامی شرکت کنندگان، رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه را دادند و مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه رضایت آگاهانه شفاهی اعضای نمونه و اشتغال در بخش های درمانی COVID-19 بود و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و ترک اشتغال در محل کار بود.

کلیه داده‌ها توسط روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آمار استنباطی ANOVA، خی دو و تی مستقل و به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS

بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، اختلال استرس پس از ضربه^۱، یک بیماری روانپزشکی است که مشخصه آن بروز اضطراب و استرس به دنبال مواجهه با رویدادی آسیب زنده مانند جنگ، تجاوز جنسی، تصادف شدید یا سایر رویدادهایی است که جان انسان را تهدید می کنند. رویدادهای آسیب زنده یا پر استرسی که فرد با آن درگیر و یا شاهد آن حادثه و رویداد است. علائم PTSD شامل افکار یا خاطرات مزاحم در مورد رویدادها، اضطراب، بی قراری، تلاش برای اجتناب از محرک های مرتبط با رویداد آسیب زنده، تغییر در تفکر و احساسات و افزایش واکنش های جنگ یا گریز است. این علائم برای بیشتر از یک ماه بعد از وقوع رویداد آسیب زنده ادامه می یابند (۱).

در حال حاضر شیوع گسترده بیماری COVID-19 با قدرت انتقال سریع، تبدیل به یک فوریت در زمینه سلامت جسمی و روانی در عرض فقط چند ماه شده است (۲). شیوع این بیماری به طور مداوم در حال افزایش است که نه تنها موجب بروز نگرانی‌هایی در رابطه با سلامت جامعه می شود (۳)، بلکه ممکن است سبب مشکلات روانشناختی جدی مانند اضطراب، عدم قطعیت و انگ زدن شود که با درمان‌های پزشکی و روانپزشکی قابل پیشگیری هستند (۴). بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که اثرات روانشناختی گسترده، متنوع و منفی شرایط حاضر (مانند خشم، پریشانی و علائم استرس پس از آسیب)، می‌تواند با دوران قرنطینه طولانی مدت، ترس از آلوده شدن به ویروس COVID-19، ناامیدی، امکان کمبود مایحتاج اولیه، اطلاعات ناکافی، مشکلات اقتصادی و انگ در ارتباط باشند (۵). در واقع، تحقیقات موجود نشان می‌دهند که رشد PTSD می‌تواند منجر به بروز علائم مزمنی مانند خاطرات مزاحم، رفتارهای اجتنابی، تحریک پذیری و بی‌حسی هیجانی شود، یکی از مهم‌ترین پیامدهای روانشناختی وضعیت حاضر است (۳).

در حقیقت، مبتلا شدن به یک بیماری مهلک، می‌تواند تجربه‌ای آسیب‌زا باشد و برخی از تحقیقات در زمینه وضعیت روانشناختی کادر پزشکی درگیر در درمان بیماری همه گیر SARS^۲ در سال ۲۰۰۳ که شرایطی مشابه با شرایط کنونی شیوع گسترده COVID-19 وجود داشت، نشان داده که در حدود ۱۰٪ از آنها، آمار بالایی از PTSD را نشان داده‌اند (۶). تحقیقات بلند مدت دیگری در زمینه بیماری‌های روانپزشکی در بهبود یافتگان از بیماری SARS، نشان داده اند که PTSD شایع ترین اختلال طولانی مدت روانپزشکی در میان آنها بوده و نرخ بروز آن در دو سال پس از شیوع بیماری SARS، ۴۷/۸ درصد بود (۷).

نکته قابل اهمیت این است که تاکنون اثرات پاندمی COVID-19 بر سلامت روان، به صورت سیستماتیک مورد مطالعه قرار نگرفته و وضعیت

۱. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

۲. Severe Acute Respiratory Syndrome- related Coronavirus

ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

جدول ۱ - اطلاعات توصیفی

متغیرها	درصد	
جنسیت	۳۱/۴	مرد
	۶۸/۶	زن
وضعیت تأهل	۴۰/۳	مجرد
	۵۵/۲	متاهل
	۱/۵	بیوه
	۳	مطلقه
تعداد فرزندان	۶۲/۳	۰
	۳۴/۴	۱-۲
	۳/۳	≥ ۳
تحصیلات	۲۲/۹	دیپلم
	۷۷/۱	تحصیلات دانشگاهی
شغل	۶۹/۳	پرستار
	۳۰/۷	بهبیار
سابقه ابتلا به COVID-19	۱۳/۳	سابقه ابتلا در خود و اعضای خانواده
	۸۶/۷	بدون سابقه ابتلا

جدول ۲ - شدت PTSD

گروه	شدت	درصد	X ^۲	P.V
سابقه ابتلا	خفیف	۰	۰/۱۰۳	۰/۷۴۸
	متوسط	۹/۰۹		
	شدید	۹۰/۹		
بدون سابقه ابتلا	خفیف	۰	۰/۱۰۳	۰/۷۴۸
	متوسط	۱۲/۵		
	شدید	۸۷/۵		
کل	خفیف	۰	۰/۱۰۳	۰/۷۴۸
	متوسط	۱۲		
	شدید	۸۸		

پرسشنامه‌های مورد استفاده

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته و مقیاس PTSD می‌سی‌سی‌پی (Mississippi PTSD Scale) توسط اعضای نمونه تکمیل شدند.

۱. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته: این پرسشنامه برای ارزیابی جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، تحصیلات، شغل، و نیز سابقه ابتلا به COVID-19 در خود یا اعضای خانواده درجه یک به کار رفته است.

۲. مقیاس PTSD می‌سی‌سی‌پی: این مقیاس جهت بررسی اختلال استرس پس از ضربه مرتبط با جنگ طراحی شده است و ۳۹ سؤال دارد. نمره گذاری آن به صورت لیکرت و شامل نمرات ۱ تا ۵ برای هر سؤال است که بعضی از آنها به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. مجموع نمرات می‌توانند از صفر تا ۱۹۵ باشند. نمرات کمتر از ۶۵ بیانگر PTSD خفیف، نمرات ۶۵ تا ۱۳۰ بیانگر PTSD متوسط و نمرات بالاتر از ۱۳۰، بیانگر PTSD شدید هستند. این مقیاس شامل ۴ زیر مقیاس است که عبارت از خاطرات رخنه کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان افسردگی می‌باشند. در زمینه اعتبار این پرسشنامه نشان داده شده که ضریب حساسیت آن برای تفکیک گروه‌هایی که PTSD داشتند و گروه‌هایی که PTSD نداشتند، ۰/۹۳ بوده است (۸). این مقیاس در ایران در سال ۱۳۸۲ اعتباریابی شده است. اعتبار آزمون با روش همسانی درونی و روش دونیمه کردن، ۰/۹۲ و بر اساس آزمون مجدد با فاصله یک هفته، ۰/۹۱ بوده است (۹).

یافته‌ها

نمره زیر مقیاس خاطرات رخنه کننده در کل اعضای نمونه بیشتر و میانگین نمره زیرمقیاس مشکل در ارتباطات بین فردی کمتر از سایر زیرمقیاس‌ها بود.

بر اساس یافته‌های جدول ۴، تفاوت معناداری ($P < ۰/۰۵$) بین گروه‌های سنی مختلف در زیرمقیاس فقدان افسردگی وجود داشت. افراد در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، بالاترین و در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال کمترین نمره فقدان افسردگی را داشتند.

بر اساس یافته‌های جدول ۵، تفاوت معناداری ($P < ۰/۰۵$) بین افراد با وضعیت‌های تأهل مختلف در زیرمقیاس‌های خاطرات رخنه کننده، ناتوانی در کنترل عاطفی و PTSD وجود داشت. افراد متأهل، بالاترین نمره را در خاطرات رخنه کننده، ناتوانی در کنترل عاطفی و PTSD داشتند.

همچنین، تفاوت معناداری بین دو جنس، افراد با تعداد فرزندان مختلف، سطح تحصیلات و موقعیت‌های شغلی مختلف در زمینه PTSD وجود نداشت.

۳۱۱ نفر از پرسنل بیمارستان، در مطالعه حاضر شرکت کردند. ۶۹/۳٪ پرستار و ۳۰/۷٪ بهیار و میانگین سنی آنان $۷/۸۷ \pm ۳۶/۳۶$ سال بود. بر اساس یافته‌های جدول ۱، بیشتر اعضای نمونه زن، متأهل، بدون فرزند، دارای تحصیلات دانشگاهی و پرستار بودند. ۸۶/۷٪ از شرکت کنندگان، علائم ابتلا به COVID-19 را در زمان انجام مطالعه نشان ندادند و نتایج تست کرونای خود و اعضای خانواده درجه یک آنها منفی بود.

بر اساس یافته‌های جدول ۲، بیشتر اعضای نمونه علائم PTSD شدید داشتند و تفاوت معناداری در شدت علائم PTSD بین شرکت کنندگان با سابقه ابتلا به COVID-19 و عدم آن وجود نداشت.

بر اساس یافته‌های جدول ۳، تفاوت معناداری در زیر مقیاس‌های PTSD بین پرسنل با سابقه ابتلا به COVID-19 در خود و اعضای خانواده درجه یک و افراد بدون سابقه ابتلا به COVID-19 وجود نداشت. میانگین نمره PTSD در تمام اعضای گروه شدید بود. میانگین

جدول ۳- نمرات زیرمقیاس های PTSD، به تفکیک سابقه ابتلا به COVID-19 و عدم آن

P.V	T	Mean±SD	سابقه ابتلا به COVID-19	زیر مقیاس ها
۰/۵۶۲	- ۰/۵۹۲	۴۱/۸۱ ± ۴/۲۳ ۴۲/۶۵ ± ۴/۸۵ ۴۲/۵۳ ± ۴/۷۴	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	خاطرات رخنه کننده
۰/۸۶۸	۰/۱۷۰	۳۱/۵۴ ± ۳/۲۹ ۳۱/۳۵ ± ۳/۷۱ ۳۱/۳۸ ± ۳/۶۳	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	مشکل در ارتباطات بین فردی
۰/۲۷۱	- ۱/۱۳۷	۳۷/۹ ± ۳/۷۲ ۳۹/۳۷ ± ۵/۰۵ ۳۹/۱۶ ± ۴/۸۸	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	ناتوانی در کنترل عاطفی
۰/۵۳۱	۰/۶۴۴	۳۹/۳۶ ± ۴/۶۱ ۳۸/۴ ± ۴/۲۱ ۳۸/۵۷ ± ۴/۲۵	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	فقدان افسردگی
۰/۷۶	- ۰/۳۰	۱۵۰/۶۳ ± ۱۱/۶۹ ۱۵۱/۸۲ ± ۱۴/۳۳ ۱۵۱/۶۵ ± ۱۳/۹۱	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	PTSD

جدول ۴- تفاوت گروه های سنی مختلف در زیرمقیاس های PTSD

P.V	F	Mean±SD	گروه های سنی	زیرمقیاس ها
۰/۷۵۲	۰/۴۰۲	۴۳/۰۴ ± ۴/۳۵ ۴۲/۱۳ ± ۵/۶۴ ۴۳/۰۵ ± ۳/۸ ۳۹ ± ۱	۲۰-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱-۶۰	خاطرات رخنه کننده
۰/۳۶۵	۱/۰۷۵	۳۲/۳۶ ± ۴/۱۲ ۳۰ / ۸۳ ± ۳/۷۱ ۳۱/۱۵ ± ۲/۸۵ ۲۸ ± ۰/۱	۲۰-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱-۶۰	مشکل در ارتباطات بین فردی
۰/۶۴۸	۰/۵۵۳	۴۰/۱۳ ± ۵/۰۲ ۳۸/۶ ± ۴/۹ ۳۹/۳ ± ۴/۹ ۳۶ ± ۰/۵	۲۰-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱-۶۰	ناتوانی در کنترل عاطفی
۰/۰۵۰	۲/۶۲۱	۴۰/۱۳ ± ۳/۳۱ ۳۷/۱۶ ± ۴/۸۴ ۳۹/۵ ± ۳/۴۲ ۳۸ ± ۰/۲	۲۰-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱-۶۰	فقدان افسردگی
۰/۲۷۸	۱/۳۱۱	۱۵۵ / ۶۸ ± ۱۳/۳۲ ۱۴۸ / ۷۳ ± ۱۵/۲۳ ۱۵۳ ± ۱۲/۲۴ ۱۴۱ ± ۱/۱	۲۰-۳۰ ۳۱-۴۰ ۴۱-۵۰ ۵۱-۶۰	PTSD

بحث و نتیجه گیری

این باشد که در این شرایط سخت، همبستگی افراد بیشتر شده و کمتر دچار آسیب در روابط بین فردی می شدند و این می تواند نقطه مثبتی باشد که در بحران ها رخ می دهد. با توجه به اینکه تفاوت معناداری در زمینه بروز PTSD بین پرسنل با سابقه ابتلا به COVID-19 و عدم آن وجود نداشت، در نتیجه اولین فرضیه مطالعه شامل تفاوت معنادار PTSD در پرسنل بیمارستان با و یا بدون سابقه ابتلا به COVID-19 رد شد. این یافته ها بیانگر گسترش جدی PTSD هنگام مواجهه با یک پاندمی مهلک است، زیرا عمق فاجعه مواجهه مستقیم با بیماران مبتلا به COVID-19، می تواند در حدی ناشناخته و نتیجتاً پراسترس باشد و به نظر می رسد همه را به طور مشابه تحت تأثیر قرار می دهد و به خصوص باعث یادآوری مکرر رویدادهای ناخوشایند در ذهن می گردند. بعضی از مطالعات در این

بر اساس یافته های مطالعه حاضر، میانگین نمره PTSD در ۸۸٪ کل اعضای تحت مطالعه شدید و تنها در ۱۲٪ متوسط بود. اما هیچ یک از اعضای نمونه، PTSD خفیف نداشتند، که این یافته نشان دهنده عمق و شدت اثرگذاری روانی بحران حاضر بر کادر درمان است. بالاترین نمره بین زیر مقیاس ها مربوط به خاطرات رخنه کننده و کمترین آن مربوط به مشکلات بین فردی در بین تمامی اعضای گروه نمونه بود. بدین معنی که کادر درمانی درگیر مراقبت از بیماران COVID-19، از بین علائم PTSD بیشتر دچار یادآوری خاطرات و افکار ناراحت کننده در رابطه با بیماران مبتلا می شدند که می تواند بر سلامت روان و کارکرد آنها اثر منفی جدی و درازمدت بگذارد. اما اطلاق کمترین نمره به مشکلات بین فردی می تواند حاکی از

جدول ۵- تفاوت PTSD در وضعیت های تأهل مختلف

P.V	F	Mean± SD	وضعیت تأهل	زیرمقیاس ها
۰/۰۰۱	۶/۵۱۷	۴۲/۳۳ ± ۳/۸۲ ۴۳/۷۵ ± ۳/۹۶ ۴۰ ± ۲/۳ ۳۰ ± ۱۳/۴۳	مجرد متأهل بیوه مطلقه	خاطرات رخنه کننده
۰/۷۲۹	۰/۴۳۴	۳۱/۴۴ ± ۴/۱۱ ۳۱/۴۸ ± ۳/۳۳ ۳۲ ± ۱/۲ ۲۸/۵ ± ۲/۱۲	مجرد متأهل بیوه مطلقه	مشکل در ارتباطات بین فردی
۰/۰۰۳	۵/۱۷۳	۳۸/۷۷ ± ۴/۵۳ ۴۰/۴ ± ۴/۰۳ ۳۹ ± ۳/۵ ۲۸ ± ۱۱/۳۱	مجرد متأهل بیوه مطلقه	ناتوانی در کنترل عاطفی
۰/۰۶۱	۲/۵۸۸	۳۹/۱۴ ± ۴/۱۲ ۳۸/۰۸ ± ۳/۸۲ ۴۲ ± ۲/۴ ۳۱/۵ ± ۷/۷۷	مجرد متأهل بیوه مطلقه	فقدان افسردگی
۰/۰۰۴	۴/۸۳۳	۱۵۱/۷ ± ۱۳/۴۷ ۱۵۳ /۷۲ ± ۱۰/۹۵ ۱۵۳ ± ۴/۵ ۱۱۸/۵ ± ۳۴/۶۴	مجرد متأهل بیوه مطلقه	PTSD

چهارم) بالاترین میزان افسردگی را داشتند. این امر می تواند ناشی از گسترش هیجانات در آغاز بزرگسالی باشد. اما در دهه بعد، درگیر شدن بیشتر در جامعه، به خصوص هنگام مواجهه با بحران می تواند آن را کاهش دهد.

همچنین در پژوهش حاضر نشان داده شد که زنان و مردان در مواجهه با یک بیماری مهلک، از نظر بروز PTSD یکسان بودند. اما تحقیقات دیگری در این زمینه نشان داده اند که زنان بیشتر مستعد بروز سطوح بالاتر PTSS هم در دوران شیوع COVID-19 و هم در دوران H1N1 بوده اند (۱۱ و ۳). همچنین در مطالعات دیگری نشان داده شده که زنان دوبرابر بیشتر احتمال دارد که علائم PTSD را نشان دهند (۱۳). این امر می تواند ناشی از این باشد که زنان معمولاً ریسک فاکتورهای بیشتری را مانند افسردگی، اضطراب، حساسیت جسمانی و ناامیدی تجربه می کنند (۱۴). اما برابری نسبی زنان و مردان در مواجهه با شرایط پر تنش در مطالعه حاضر که با مطالعات دیگر در این زمینه ناهمسو است، می تواند نشان دهنده این باشد که زنان در جامعه ما به علت بروز مشکلات متعددی مانند جنگ، زلزله، بحران های اقتصادی و ... در سال های اخیر سازگاری بیشتری پیدا کرده اند و در مواجهه با بحران هایی مثل بروز یک پاندمی، الزاماً شدیدتر از مردان واکنش نشان نمی دهند.

از دیگر یافته های مطالعه حاضر، وضعیت تأهل با PTSD بود. اگرچه نظریه های بسیاری نشان داده اند که افراد متأهل یا صاحب فرزند، سلامت روان بهتری دارند (۱۵ و ۱)، اما مشاهده بالاترین نمره در زیر مقیاس های خاطرات رخنه کننده و ناتوانی در کنترل عاطفی و نمره کل PTSD در افراد متأهل، یافته ای بحث برانگیز در مطالعه حاضر

زمینه نشان داده اند، افرادی که در استان اوبی^۲ کشور چین، به عنوان مرکز اصلی شیوع COVID-19 زندگی می کردند، بالاترین میزان علائم استرس پس از آسیب^۳ را نشان دادند. یک ماه پس از شیوع COVID-19، میزان شیوع PTSS، در افرادی که قرنطینه شده بودند، ۴/۶% بود. این رقم در کادر درمانی بیماران مبتلا به COVID-19، ۴/۴% بود. در حقیقت، شیوع PTSS در کادر درمانی در کشور چین کمتر از سایر افراد بود (۳). همچنین، مطالعاتی نشان دادند که افرادی که در مناطقی زندگی می کردند که نرخ بالایی از بیماری SARS در آن ها وجود داشت، مستعد بروز و گسترش PTSD بودند (۱۰). در این میان، افراد قرنطینه ای که کیفیت خواب ضعیف داشتند، PTSS را با احتمال بیشتری نشان می دادند (۳). مطالعه دیگری نشان داد که در حدود ۲% از دانشجویان چینی، برخی علائم PTSD را طی پاندمی H1N1 در سال ۲۰۰۹ نشان دادند (۱۱). علاوه بر این، برخی تحقیقات دیگر در مورد PTSD نشان داده اند که هر قدر بیماران ریوی، ناامیدی و دیدگاه تردیدآمیز بیشتری در مورد آینده بیماری داشته باشند، نرخ PTSD در آنها بالاتر است (۱۲). لذا با توجه به یافته ها و مطالعات انجام شده در این زمینه، توجه به علائم PTSD در کادر درمانی بیماران مبتلا به COVID-19 از اهمیت برخوردار است.

دومین فرضیه مطالعه حاضر شامل ارتباط متغیرهای دموگرافیک با PTSD در زمینه سن و وضعیت تأهل تأیید شد. افراد در سومین دهه زندگی خود پایین ترین میزان افسردگی را داشتند، اما در دهه بعد (دهه

۲. Hubei

۳. Post-Traumatic Stress Symptoms (PTSS)

کنونی، تلاش در بسیاری زمینه‌ها ضروری است، صرف زمان و هزینه برای سلامت روان بیماران در معرض خطر و نیز کل جامعه یک ضرورت است.

محدودیت‌ها

مطالعه حاضر به علت محدودیت زمانی و دسترسی به گروه نمونه، تنها در پرستاران و بهیاران بیمارستان دکتر مسیح دانشوری انجام شده است. پیشنهاد می‌گردد برای دستیابی به نتایج دقیق‌تر، پرسنل بیمارستان‌های بیشتری که درگیر درمان COVID-19 هستند، در مطالعات بزرگتری شرکت داده شوند. فرآیند جمع‌آوری اطلاعات، به علت اورژانسی بودن شرایط، از طریق روش‌های آنلاین توسط روانپزشک و روانشناس انجام شد که می‌تواند نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. اما در برخی موارد خاص که نیاز به حضور آنها در بخش‌های درمانی بود، حاضر می‌شدند تا اطلاعات تکمیلی را درمورد پرسشنامه‌ها ارائه دهند. همچنین، اگرچه بررسی عوامل روانشناختی به خصوص در زمان بحران، لزوم انجام مطالعات طولی را ضرورت می‌بخشد، اما جمع‌آوری داده‌ها ظرف تنها دو ماه در مطالعه حاضر، امکان داشت که نتایج را دچار سوگیری کند و شرایطی را پیش آورد که به موجب آن، برخی از شرکت‌کنندگان که علائم COVID-19 را در زمان انجام مطالعه نشان ندادند، در زمان آنالیز داده‌ها دچار ابتلای به COVID-19 شوند. علاوه بر این، استرس روانشناختی پاسخ‌دهندگان، می‌توانست پاسخ‌های آنها را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های پیگیری (Fol-) low-up را انجام داده و نقش افسردگی، اضطراب و استرس را در کادر درمانی درگیر درمان COVID-19 در بازه زمانی طولانی‌تر مشخص کنند، تا خدمات روانشناختی مناسب برای کمک به آنها که زیر بار فشار روانی شدید ناشی از پاندمی COVID-19 هستند، ارائه گردد.

قدردانی

کلیه نویسندگان مقاله حاضر، کمال تشکر و قدردانی را از تمامی همکاران بیمارستان دکتر مسیح دانشوری بعمل می‌آورند که با وجود حکمفرما بودن یک پاندمی و شرایط پر استرس، در تهیه داده‌های این مقاله همکاری کردند.

است. این مطلب نشان می‌دهد که ازدواج الزاماً سلامت روان را افزایش نمی‌دهد، بلکه کیفیت ارتباطات در ازدواج، تعیین‌کننده بهتری در این زمینه می‌تواند باشد. علاوه بر این، تعداد فرزندان هیچ نوع ارتباطی با PTSD در مطالعه حاضر نداشت. این امر می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که فشار روانی مواجهه با یک ویروس مهلک، به خصوص در شروع یک پاندمی، الزاماً نمی‌تواند به واسطه وجود حمایت‌های خانوادگی کمتر یا بیشتر شود و عوامل دیگری می‌توانند در این زمینه نقش داشته باشند. در واقع، حتی وجود وابستگی‌های خانوادگی در این دوران شاید حتی نگرانی را تشدید کند، زیرا افراد می‌توانند نگران سلامتی اعضای خانواده خود نیز بشوند که این نگرانی در افراد مجرد و بدون فرزند طبیعتاً کمتر می‌شود. اما بعضی از تحقیقات نشان داده‌اند که برخی اطلاعات دموگرافیک شامل جنس، سن، میزان مواجهه با بیماری عفونی مسری، تجربه ابتلا به آن و داشتن خانواده، دوست یا آشنایی که مبتلا شده باشند، می‌توانند به عنوان پیش‌بین‌های علائم PTSD در خلال شیوع بیماری‌های عفونی مانند SARS و H1N1 عمل کنند (۱۱).

هیچ یک از عوامل تحصیلات و شغل با PTSD ارتباط معنادار در مطالعه حاضر نداشتند. یک دلیل محتمل در این زمینه می‌تواند این باشد که کل اعضای مورد مطالعه در شرایط نسبتاً مشابهی بودند و این باعث می‌شد که کمتر تحت تأثیر تحصیلات و شغل قرار بگیرند. به طور کلی، این نکته آشکار است که سلامت روان، موضوعی با اهمیت فوری از نظر بررسی در بحران COVID-19 است که تأخیر در توجه به آن می‌تواند منجر به پیامدهای نامطلوب گردد (۱۶). در مطالعه حاضر نشان داده شد که پرسنل بیمارستان که درگیر درمان COVID-19 بودند، علائم PTSD شدید داشتند. این موضوع، قابل تأمل جدی برای بررسی بیشتر سلامت روان کادر درمان بیماران COVID-19 است. نقش معنادار سن و وضعیت تاهل در PTSD پرسنل بیمارستان، بیانگر این واقعیت است که آنها به واسطه نقش این عوامل می‌توانند در شرایط بحرانی بهتر یا بدتر شوند. لذا افرادی که دارای ریسک فاکتورهایی از نظر برخی متغیرهای دموگرافیک هستند، باید بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

در واقع، گسترش جدی علائم روانپزشکی آسیب‌زنده در شرایط حاضر می‌تواند منجر به آسیب نظام سلامت شود. در حالی که در شرایط

منابع

1. Sadock BS, VA; Ruiz, P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry: Wolters Kluwer; 2017.
2. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. Lancet 2020;395(10223):470-

473.

3. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. Prevalence and risk factors of acute posttraumatic stress symptoms during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. medRxiv 2020;1:112-31.

4. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* 2020;7(3):228-229.
5. Santos CF. Reflections about the impact of the SARS-COV-2/ COVID-19 pandemic on mental health. *Braz J Psychiatry* 2020;42(3):329.
6. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 2009;54(5):302-11.
7. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(4):318-26.
8. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(1):85-90.
9. Goodarzi MA. Evaluating reliability and validity of the Mississippi scale for post-traumatic stress disorder in Shiraz. *Journal of Psychology* 2003;7(3):153-78.
10. Lee TM, Chi I, Chung LW, Chou KL. Ageing and psychological response during the post-SARS period. *Aging Ment Health* 2006;10(3):303-11.
11. Xu J, Zheng Y, Wang M, Zhao J, Zhan Q, Fu M, Wang Q, et al. Predictors of symptoms of posttraumatic stress in Chinese university students during the 2009 H1N1 influenza pandemic. *Med Sci Monit* 2011;17(7):PH60-4.
12. Safa M, Khosravi A, Amin Nasab A, Reza Soveizi R, Ghassem Boroujerdi F, Mousavi MR. . Determining the Relationship between Symptoms of Post Traumatic Growth and Post Traumatic Stress Disorder in Three Groups of Pulmonary Patients with Cancer, Their Families and Pulmonary Patients without Cancer. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences* 2014;4(7):10-9.
13. Christiansen DE, A. . In: Lazinica AO, E., editor. Posttraumatic stress disorder in a global context Rijeka, Croatia: InTech Open Access Book; 2012. p. 113-42.
14. Christiansen DM, Hansen M. Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *Eur J Psychotraumatol* 2015;6:26068.
15. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition ed2013.
16. Correa H, Malloy-Diniz LF, da Silva AG. Why psychiatric treatment must not be neglected during the COVID-19 pandemic. *Braz J Psychiatry* 2020:S1516-44462020005011204.