مقـــاله تحقیقی

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

شیرین اسماعیلی دولابی نژاد[1]، میترا صفا[2]*، فاطمه قاسم بروجردی[3]، فرزانه حاجی زاده[4]، بامداد میراب زاده اردکانی[5]

[1] 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.

[2] 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.

[3] 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.

[4] دانشجوی دکترای روانشناسی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، تهران، ایران.

[5] 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

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 می سی 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 وضعیت های تأهل مختلف، در زیرمقیاس‌های خاطرات رخنه کننده و ناتوانی در کنترل عاطفی و نمره کل PTSD تفاوت معناداری وجود داشت (P< ۰/۰۵).

نتیجه گیری: پاندمی COVID-19 می‌تواند منجر به بروز مشکلات روانشناختی جدی، به خصوص در کادرخط 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

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

مقدمه

بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، اختلال استرس پس از ضربه[1]، یک بیماری روانپزشکی است که مشخصه آن بروز اضطراب و استرس به دنبال مواجهه با رویدادی آسیب زننده مانند جنگ، تجاوز جنسی، تصادف شدید یا سایر رویدادهایی است که جان انسان را تهدید می کنند. رویدادهای آسیب زننده 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 زننده، 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 زننده 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 می‌شود (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)، می‌توانند 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 که 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[2] 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 بهبودیافتگان 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 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 می‌باشد 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 دردسترس 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

۱. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
۲. Severe Acute Respiratory Syndrome- related Coronavirus

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

ویرایش ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

پرسشنامه‌های مورد استفاده

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک محقق ساخته و مقیاس PTSD می سی سی پی (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 می سی سی پی: 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 می شوند. مجموع نمرات می توانند 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 گروه هایی که PTSD داشتند و گروه هایی 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).

یافته ها

۳۱۱ نفر از پرسنل بیمارستان، در مطالعه حاضر شرکت کردند. ۶۹/۳ % پرستار و ۳۰/۷ % بهیار و میانگین سنی آنان ۷/۸۷ ± ۳۶/۳۶ سال بود. بر اساس یافته های 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 ۱ – اطلاعات توصیفی

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

جدول ۲– شدت PTSD

گروه	شدت	درصد	X^2	P.V
سابقه ابتلا	خفیف متوسط شدید	۰ ۹/۰۹ ۹۰/۹		
بدون سابقه ابتلا	خفیف متوسط شدید	۰ ۱۲/۵ ۸۷/۵	۰/۱۰۳	۰/۷۴۸
کل	خفیف متوسط شدید	۰ ۱۲ ۸۸		

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 موقعیت های شغلی مختلف در زمینه PTSD وجود نداشت.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

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

زیر مقیاس ها	سابقه ابتلا به COVID-۱۹	Mean±SD	T	P.V
خاطرات رخنه کننده	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	۴۱/۸۱ ± ۴/۲۳ ۴۲ /۶۵ ± ۴/۸۵ ۴۲/۵۳ ± ۴/۷۴	- ۰/۵۹۲	۰/۵۶۲
مشکل در ارتباطات بین فردی	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	۳۱/۵۴ ± ۳/۲۹ ۳۱/۳۵ ± ۳/۷۱ ۳۱/۳۸ ± ۳/۶۳	۰/۱۷۰	۰/۸۶۸
ناتوانی در کنترل عاطفی	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	۳۷/۹ ± ۳/۷۲ ۳۹/۳۷ ± ۵/۰۵ ۳۹/۱۶ ± ۴/۸۸	- ۱/۱۳۷	۰/۲۷۱
فقدان افسردگی	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	۳۹/۳۶ ± ۴/۶۱ ۳۸/۴ ± ۴/۲۱ ۳۸/۵۷ ± ۴/۲۵	۰/۶۴۴	۰/۵۳۱
PTSD	سابقه ابتلا در خود یا خانواده عدم سابقه ابتلا کل	۱۵۰/۶۳ ± ۱۱/۶۹ ۱۵۱/۸۲ ± ۱۴/۳۳ ۱۵۱/۶۵ ± ۱۳/۹۱	- ۰/۳۰	۰/۷۶

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

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

بحث و نتیجه گیری

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 مقیاس‌ها 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 می‌شدند که می‌تواند بر سلامت روان و کارکرد آنها اثر منفی جدی و درازمدت بگذارد. اما اطلاق کمترین نمره به مشکلات بین فردی می‌تواند حاکی از این باشد که در این شرایط سخت، همبستگی افراد بیشتر شده و کمتر دچار آسیب در روابط بین فردی می شدند و این می‌تواند نقطه مثبتی باشد که در بحران‌ها رخ می‌دهد. 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 یافته‌ها بیانگر گسترش جدی PTSD هنگام مواجهه با یک پاندمی مهلک است، زیرا عمق فاجعه مواجهه مستقیم با بیماران مبتلا به COVID-19، می‌تواند در حدی ناشناخته و نتیجتاً پراسترس باشد و به نظر می‌رسد همه را به طور مشابه تحت تأثیر قرار می‌دهد و به خصوص باعث یادآوری مکرر رویدادهای ناخوشایند در ذهن می‌گردند. بعضی از مطالعات در این

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

جدول ۵- تفاوت PTSD در وضعیت های تأهل مختلف

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

زمینه نشان داده اند، افرادی که در استان اوبی[۳] کشور چین، به عنوان مرکز اصلی شیوع COVID-19 زندگی می کردند، بالاترین میزان علائم استرس پس از آسیب[۴] 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 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 می‌تواند 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

۳. Hubei
۴. Post-Traumatic Stress Symptoms (PTSS)

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

است. این مطلب نشان می دهد که ازدواج الزاماً سلامت روان را افزایش نمی دهد، بلکه کیفیت ارتباطات در ازدواج، تعیین کننده بهتری در این زمینه می تواند باشد. علاوه بر این، تعداد فرزندان هیچ نوع ارتباطی با PTSD در مطالعه حاضر نداشت. این امر می تواند نشان دهنده این باشد که فشار روانی مواجهه با یک ویروس مهلک، به خصوص در شروع یک پاندمی، الزاماً نمی تواند به واسطه وجود حمایت های خانوادگی کمتر یا بیشتر شود و عوامل دیگری می توانند در این زمینه نقش داشته باشند. در واقع، حتی وجود وابستگی های خانوادگی در این دوران شاید حتی نگرانی را تشدید کند، زیرا افراد می توانند نگران سلامتی اعضای خانواده خود نیز بشوند که این نگرانی در افراد مجرد و بدون فرزند طبیعتاً کمتر می شود. 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 پیش بین‌های 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 می تواند این باشد که کل اعضای مورد مطالعه در شرایط نسبتاً مشابهی بودند و این باعث می شد 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 می تواند 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 تأهل در PTSD پرسنل بیمارستان، بیانگر این واقعیت است که آنها به واسطه نقش این عوامل می توانند 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 آسیب زننده در شرایط حاضر می‌تواند منجر به آسیب نظام سلامت شود. در حالی که در شرایط کنونی، تلاش در بسیاری زمینه ها ضروری است، صرف زمان و هزینه برای سلامت روان بیماران در معرض خطر و نیز کل جامعه یک ضرورت است.

محدودیت ها

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 جمع آوری اطلاعات، به علت اورژانسی بودن شرایط، از طریق روش های 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 می شدند 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 شرکت کنندگان 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 پاسخ دهندگان، می توانست پاسخ های 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 طولانی تر 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.

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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

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, Criatia: 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.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]