

Comparison of Hostility and Sleep Disorders among Nursing Students with Post-Traumatic Stress Disorder

Borzoo Amirpour^{1*}, Mehdi Merati²

¹Department of Psychology, Payam-e-Noor University, Tehran, Iran

²Department of Clinical Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Article Info:

Received: 18 Mar 2015

Accepted: 28 Oct 2015

ABSTRACT

Introduction: Both at the 11th edition of the international classification of diseases (ICD-11) and in the Fifth edition of the diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fifth edition-DSM-5), It has been noted that the attitudes (toward self, others, world and future) and quality of sleep can be seriously impaired by post-traumatic stress disorder (PTSD). The present study was conducted to compare hostility and sleep disorders among nursing students with and without PTSD. **Materials and Methods:** This descriptive-comparative causal study was performed on 190 (140 females & 50 males) nursing students from Islamic Azad University, Toyserkan, Iran. Participants were chosen by stratified sampling. Three questionnaires were used in this study, including the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version (PCL-C), hostility subscale from Buss & Perry aggression questionnaire, and sleep disorder subscale from Mississippi scale for combat-related PTSD. **Results:** Fifty-six out of the 190 students were identified with PTSD symptoms. This group of students had significantly higher scores on hostility and sleep disorders. Regression analysis indicated that sleep disorders and hostility were strong positive predictors for PTSD. **Conclusion:** Due to considerable prevalence and impact of PTSD on sleep quality and hostility in patients who suffering from PTSD, intervention to promote appropriate diagnosis and treatment seems to be crucial.

Key words:

1. Hostility
2. Stress Disorders, Post-Traumatic
3. Sleep Disorders, Circadian Rhythm

* **Corresponding Author:** Borzoo Amirpour

E-mail: borzooamirpour@gmail.com

مقایسه خصومت و اختلالات خواب در میان دانشجویان رشته پرستاری با اختلال استرس پس از سانحه

برزو امیرپور^{۱*}، مهدی مرآتی^۲^۱گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران^۲گروه روانشناسی بالینی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

اطلاعات مقاله:

تاریخ پذیرش: ۶ آبان ۱۳۹۴

تاریخ دریافت: ۲۷ اسفند ۱۳۹۳

چکیده

مقدمه: علاوه بر یازدهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اذعان شده است که نگرش‌ها (نسبت به خود، دیگران، جهان و آینده) و کیفیت خواب می‌تواند به طور جدی توسط اختلال استرس پس از سانحه مختل شود. پژوهش حاضر به منظور مقایسه خصومت و اختلالات خواب در دانشجویان پرستاری با و بدون اختلال استرس پس از سانحه انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-علی مقایسه‌ای بر روی ۱۹۰ (۱۴۰ دختر و ۵۰ پسر) دانشجوی پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی تویسرکان، ایران انجام گردید. شرکت‌کنندگان توسط نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. در این مطالعه سه پرسشنامه شامل فهرست اختلال استرس پس از سانحه ویرایش عادی، خرده‌مقیاس خصومت از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری و خرده‌مقیاس اختلالات خواب از پرسشنامه می‌سی سی پی، برای اختلال استرس پس از سانحه مربوط به جنگ مورد استفاده قرار گرفت. **یافته‌ها:** ۵۶ نفر از ۱۹۰ دانشجویان با علائم اختلال استرس پس از سانحه مشخص شدند. این گروه از دانشجویان به طور قابل توجهی نمرات بالاتری در خصومت و اختلالات خواب داشتند. تجزیه و تحلیل رگرسیون نشان داد که اختلالات خواب و خصومت، پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت معنی‌داری برای اختلال استرس پس از سانحه بودند. **نتیجه‌گیری:** با توجه به شیوع قابل ملاحظه و تأثیر اختلال استرس پس از سانحه بر کیفیت خواب و خصومت بیماران که از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند، به نظر می‌رسد که مداخله برای پیشرفت تشخیص و درمان بسیار مهم است.

کلیدواژه‌ها:

۱. خصومت
۲. اختلال استرس پس از سانحه
۳. اختلالات ریتم شبانه روزی خواب

* نویسنده مسئول: برزو امیرپور

آدرس الکترونیکی: borzooamirpour@gmail.com

مقدمه

مخاطره انداختن بهبودی نیز تداخل ایجاد می‌کنند. خواب برای انعطاف‌پذیری سیناپسی و شکل‌گیری حافظه^۸ اهمیت دارد. به‌طوری که در فرایند حافظه خاموشی ترس، تداعی‌های بین یک محرک راه‌انداز خنثی و محرک تنفرانگیز، تضعیف می‌شود و این انعطاف‌پذیری سیناپسی ناشی از خواب، فرایند خاموشی ترس در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را تسهیل می‌کند (۵). اختلالات خواب از شاخصه‌های شایع در اختلال استرس پس از سانحه محسوب می‌شود و ریسک فاکتوری برای شکل‌گیری این اختلال به دنبال مواجهه با تروما تلقی می‌شوند.

نتایج پژوهش روپکه^۹ و همکاران نشان داده است که تشخیص دقیق اختلالات خواب در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه با درمان و ارزیابی و پیش‌آگهی این اختلال ارتباط دارد (۶). بر اساس مطالعه گاتنر^{۱۰} و همکاران بیش از ۷۰ درصد مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به اختلالات خواب مبتلا هستند (۷). مطالعات مختلفی نشان داده است که درمان اختلال استرس پس از سانحه کابوس‌های شبانه، بی‌خوابی و کیفیت ادراک شده خواب را افزایش می‌دهد. بی‌خوابی و کابوس شبانه، به طور مستقل از یکدیگر با اختلال استرس پس از سانحه ارتباط دارند؛ بی‌خوابی در ۶۰ تا ۹۰ درصد و کابوس شبانه در کمتر از ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه رخ می‌دهد، اگرچه کابوس شبانه به دنبال مداخلات درمانی کاهش می‌یابد اما بی‌خوابی همچنان از مشکلات باقیمانده و رایج این اختلال قلمداد می‌شود (۸).

نواکو^{۱۱} به نقل از بومان^{۱۲} و همکاران بیان می‌کند که برای خشم به‌عنوان یک پاسخ هیجانی نیرومند به تحریک‌شدگی، چهار بعد مجزای عاطفی، شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی متصور است که اساس درک خشم را مؤلفه شناختی آن می‌داند (۹). این مؤلفه شناختی انواع باورهای منفی فرد درباره خود، دیگران و جهان را منعکس می‌کند که همان خصومت^{۱۳} است و شامل مجموعه‌ای از نگرش‌ها هستند که فرد را برای رفتار پرخاشگرانه ترغیب می‌کند. خصومت را عموماً به‌عنوان یک نگرش یا صفت‌شناختی منفی^{۱۴} معطوف به دیگران تعریف می‌کنند (۱۰) که با رنجش، سوءظن و بدبینی همراه است (۱۱). خصومت از نشانه‌های اصلی^{۱۵} در اختلال استرس پس از سانحه است که در پژوهش‌های مختلف به ارتباط بین این دو اشاره شده است (۱۷-۱۱).

بررسی ادبیات پژوهش حاکی از آن است که پرستاران و دانشجویان پرستاری به دلیل شرایط پرتنش محیط کار و مراقبت‌های ویژه از بیماران وخیم و نوبت‌های کاری شبانه‌روزی، متحمل فشار روانی بالایی می‌شوند و در معرض تجربه اختلال استرس پس از سانحه قرار می‌گیرند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف مقایسه خصومت و اختلالات خواب در میان دانشجویان رشته پرستاری با و بدون اختلال استرس پس از سانحه اجرا شد.

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)^۱ یکی از نگرانی‌های اساسی سلامت عمومی است که می‌تواند پیامدهای طولانی‌مدت هیجانی، اجتماعی و مالی برای افراد و جامعه به دنبال داشته باشد که طول عمر شیوع آن برای جمعیت‌های عمومی ۸ درصد تخمین زده شده است و نرخ مواجهه با حداقل یک رویداد آسیب‌زا^۲ در زندگی تقریباً ۵۰ تا ۶۵ درصد برآورد شده است (۱). با این وجود اختلال استرس پس از سانحه چهارمین تشخیص شایع روانپزشکی است که ۱۰ درصد از مردان و ۱۸ درصد از زنان را مبتلا می‌کند (۲).

سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۳، مسئول تدوین و آماده کردن یازدهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌های روانی (ICD-11)^۴ می‌باشد که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۱۷ آن را تکمیل کند و برای طیف اختلالات وابسته به تروما و استرس، دو تشخیص مرتبط با هم یعنی اختلال استرس پس از سانحه و اختلال استرس پس از سانحه مرکب (CPTSD)^۵ را پیشنهاد کرده است. این سازمان بر کاربردپذیری بالینی^۶ به‌عنوان یک اصل ساختاریافته در شکل‌گیری طبقه‌بندی تأکید می‌کند. این بدان معنی است که تشخیص می‌بایست با طبقه‌بندی‌های سلامت روان بالین‌گران سازگار باشد، در تعداد نشانگان محدودیت لحاظ گردد و مبتنی بر تفاوت‌های مهم کنترل و درمان باشد. در ICD-11 تشخیص‌های اختلال استرس پس از سانحه، برای مجموعه‌ای از شش نشانگان متشکل از سه مؤلفه اصلی پیشنهاد شده است که وجود هر کدام از آن‌ها جهت تشخیص الزامی است.

تجربه مجدد رویداد یا رویدادهای آسیب‌زا که با هیجان‌ات ترس و وحشت توأم هستند؛ اجتناب از یادآورنده‌های تروما و یک احساس تهدید کنونی که با گوش به‌زنگی مفرط یا واکنش از جا پریدن شدید مشخص می‌شود (۳). با این حال ICD-11، با تغییراتی نسبت به نسخه قبلی پنج ملاک را برای اختلال استرس پس از سانحه مطرح می‌کند: الف) مواجهه با یک رویداد یا موقعیتی فوق‌العاده تهدیدکننده یا شرایط محیطی وحشت‌آفرین که احتمالاً در هر فردی موجب اختلال گسترده می‌شود ب) تجربه مجدد رویداد به صورت پایدار که نه تنها یادآوری رویداد آسیب‌زا را شامل می‌شود بلکه تجربه آن به گونه‌ای است که گویی دوباره برای فرد اتفاق می‌افتد ج) اجتناب د) برانگیختگی مزمن (تشدید ادراک تهدید فعلی) ه) آسیب کارکردی قابل‌ملاحظه از نظر بالینی (۴).

خواب، تحکیم حافظه خاموشی ترس^۷ را تسهیل می‌کند. کابوس‌های شبانه و بی‌خوابی از نشانگان برجسته در اختلال استرس پس از سانحه می‌باشند و احتمالاً در خاموشی ترس و به

¹ Post-traumatic stress disorder

² Traumatic

³ World health organization

⁴ International classification of diseases, 11th revision, clinical modification

⁵ Complex post traumatic stress disorder

⁶ Clinical utility

⁷ Fear extinction memory

⁸ Synaptic plasticity and memory formation

⁹ Roepke

¹⁰ Gutner

¹¹ Novaco

¹² Boman

¹³ Hostility

¹⁴ Negative attitude or cognitive trait

¹⁵ Hallmark

مواد و روش‌ها

خرده مقیاس خصومت از مقیاس پرخاشگری ب‌اس و پری

خرده مقیاس خصومت از مقیاس پرخاشگری ب‌اس و پری^{۲۲} ابزار چهار بعد پرخاشگری کلامی، فیزیکی، خشم و خصومت را از طریق ۲۹ سؤال مدرج پنج‌گزینه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. سازندگان مقیاس ب‌اس و پری بر اساس روش بازآزمایی به ترتیب برای چهار خرده مقیاس مذکور برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند (۲۴)؛ و در بررسی سامانی که هنجاریابی این مقیاس را انجام داده‌اند ضریب پایایی کل مقیاس را ۰/۷۸ نشان داده است (۲۵). در پژوهش حاضر از خرده مقیاس خصومت با ۸ گویه استفاده شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

اطلاعات به دست آمده در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ ثبت شدند و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری *t* مستقل و تحلیل رگرسیون چند متغیری و با سطح اطمینان ۹۵ درصد تحلیل شدند. داده‌ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار نمایش داده شد و $P < 0/05$ به‌عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۹۰ پرستار حاضر در پژوهش ۸۱ نفر نمرات بالاتر از نقطه برش در اختلالات خواب کسب کردند، بر اساس دو شاخص توصیفی فراوانی و درصد مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان در پژوهش ۱۴۰ دختر (۷۳/۶۸ درصد) و ۵۰ پسر (۲۶/۳۲ درصد)؛ ۱۲۵ نفر مجرد (۶۵/۸ درصد) و ۶۵ نفر متأهل (۳۴/۲ درصد) با میانگین سن $20/6 \pm 21$ سال برای کل افراد حاضر در پژوهش به دست آمد. علاوه بر این نتایج آزمون *t* مستقل نشان داد متغیرهای اختلالات خواب، خصومت و اختلال استرس پس از سانحه با زیرمؤلفه‌های تجربه مجدد سانحه، کرحتی و اجتناب و بیش برانگیختگی در بین دانشجویان مجرد و متأهل ($P = 0/091$) و نیز در بین دختران و پسران تفاوت معنی‌داری ندارد ($P = 0/064$).

نتایج به دست آمده از آزمون *t* مستقل نشان داد که اختلال خواب در میان دانشجویان گروه پرستاری با اختلال استرس پس از سانحه ($2/86 \pm 19/04$) به طور معنی‌داری بیشتر از دانشجویان گروه پرستاری بدون اختلال استرس پس از سانحه ($4/39 \pm 9/68$) بوده است ($T = 2/37, df = 188, P < 0/001$). در ارتباط با خصومت، نتایج به دست آمده از آزمون *t* مستقل نشان داد که خصومت در میان دانشجویان گروه پرستاری با اختلال استرس پس از سانحه ($5/09 \pm 18/53$) به طور معنی‌داری بیشتر از دانشجویان گروه پرستاری بدون اختلال استرس پس از سانحه ($4/52 \pm 16/93$) بوده است ($T = 2/39, df = 188, P < 0/001$). در نتیجه میانگین نمرات دانشجویان پرستاری مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به طور معنی‌داری بالاتر از دانشجویان فاقد این اختلال است (نمودار ۱).

در نمودار ۱ تفاوت بین دو گروه پرستاران با و بدون اختلال استرس پس از سانحه بر اساس میانگین نمرات اختلالات خواب و خصومت ارائه شده است.

پژوهش حاضر از لحاظ هدف در زمره مطالعات بنیادی و از نظر گردآوری داده‌ها در قلمرو بررسی‌های توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد که به صورت مقطعی اجرا شده است. جامعه آماری پژوهش متشکل بود از کلیه دانشجویان رشته پرستاری مقطع کارشناسی که در نیمسال اول ۹۴-۱۳۹۳ در دانشگاه آزاد توپسرکان مشغول تحصیل بودند. از جامعه آماری پژوهش نمونه‌ای مرکب از ۱۹۰ (۱۴۰ دختر و ۵۰ پسر) دانشجو بر اساس جدول مورگان (۱۸) به شیوه نمونه‌برداری طبقه‌ای با تناسب توزیع دانشجویان بر حسب جنسیت و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی انتخاب شدند. محدوده سنی حاضران در پژوهش ۱۹ تا ۲۷ سال و معیار ورود به پژوهش شامل موارد تحصیل در مقطع کارشناسی، سپری شدن بیش از یک سال از تحصیل، گذران واحد عملی و رغبت به شرکت در پژوهش بود.

ابزارهای پژوهش

چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه - نسخه عادی

چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه - نسخه عادی (PCL-C)^{۱۶} مرکب از ۱۷ ماده ۵ گزینه‌ای است که توسط ودرز^{۱۷} و همکاران برای مرکز ملی اختلال استرس پس‌آسیبی ایالات متحده آمریکا بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش چهارم) به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی تهیه شده است (۱۹). ۵ ماده آن مربوط به تجربه مجدد علائم آسیب‌زا، ۷ ماده مربوط به علائم کرحتی هیجانی و اجتناب و ۵ ماده دیگر آن مربوط به نشانه‌های برانگیختگی شدید است. این چک‌لیست در ایران توسط میرزایی و همکاران (۲۰) و گودرزی (۲۱) هنجاریابی شده است. در بررسی گودرزی، همسانی درونی پرسشنامه ۰/۹۳ و در پژوهش ودرز و همکاران، ضریب همسانی ۰/۹۷ گزارش شده است.

مقیاس می‌سی‌سی‌پی برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه

از مقیاس ۳۵ گویه‌ای می‌سی‌سی‌پی که برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه^{۱۸} استفاده شد ۵ گویه آن مرتبط با سنجش اختلالات خواب بود. این گویه‌ها اختلال در بخواب رفتن، تداوم خواب و کابوس‌های شبانه را بر اساس یک مقیاس مدرج از هرگز با نمره ۱ تا همیشه با نمره ۵ (هرگز، به‌ندرت، گاهی، مکرراً و همیشه) را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش بوکس^{۱۹} و همکاران همبستگی سؤالات این مقیاس را با سیاهه خودسنجی برای اختلال استرس پس از سانحه (SRIP)^{۲۰} برابر با ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند (۲۲) که حاکی از روایی بالای آن است، همچنین در مطالعه هوانگ و کاشویک-وست^{۲۱} همبستگی بین مقیاس می‌سی‌سی‌پی برای سنجش اختلال استرس پس از سانحه و چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه را برابر با ۰/۹۰ به دست آورده‌اند (۲۳). هنجاریابی این مقیاس توسط گودرزی انجام گرفته است (۲۱).

¹⁶ The post-traumatic stress disorder checklist-civilian version

¹⁷ Weathers

¹⁸ Mississippi scale for post-traumatic stress disorder

¹⁹ Boks

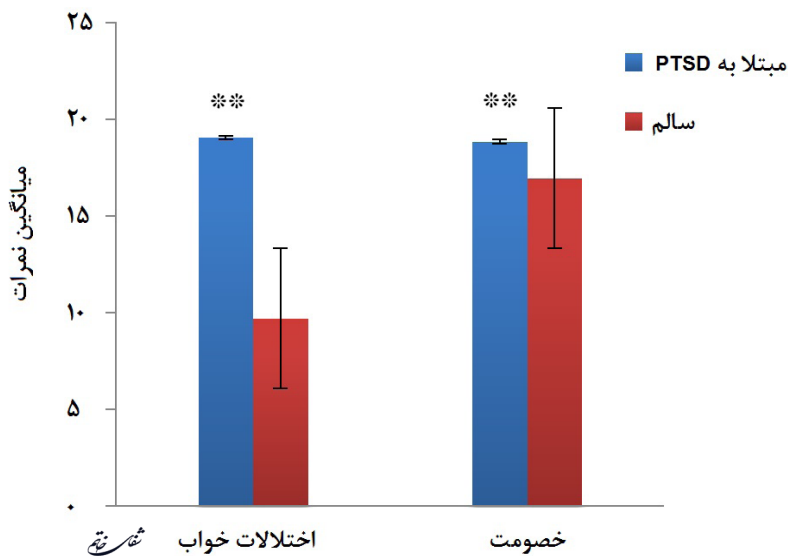
²⁰ Self-rating inventory for PTSD

²¹ Huang and Kashubeck-West

²² Hostility subscale from Buss and Perry aggression questionnaire

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار کل شرکت‌کنندگان در پژوهش با توجه به جنسیت و وضعیت تأهل (n=۱۹۰).

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	میانگین \pm انحراف معیار
اختلال استرس پس از سانحه	جنسیت	مرد $44/05 \pm 9/21$ زن $45/17 \pm 9/22$
	وضعیت تأهل	مجرد $45/16 \pm 9/27$ متاهل $44/08 \pm 9/06$
	کل	$44/43 \pm 9/54$
	تجربه مجدد سانحه	مرد $16/60 \pm 4/04$ زن $13/80 \pm 3/90$
کمرختی و اجتناب	جنسیت	مرد $16/31 \pm 3/11$ زن $17/02 \pm 3/19$
	وضعیت تأهل	مجرد $17/25 \pm 3/42$ متاهل $16/41 \pm 4/43$
	کل	$17/03 \pm 4/84$
	بیش برانگیختگی	مرد $12/98 \pm 3/03$ زن $13/64 \pm 3/91$
اختلال خواب	جنسیت	مرد $13/20 \pm 3/42$ زن $12/83 \pm 3/32$
	وضعیت تأهل	مجرد $13/20 \pm 3/42$ متاهل $12/83 \pm 3/32$
	کل	$13/07 \pm 3/38$
	خصوصیت	مرد $8/04 \pm 1/53$ زن $8/33 \pm 1/06$
خصوصیت	جنسیت	مجرد $8/26 \pm 1/59$ متاهل $8/46 \pm 1/27$
	وضعیت تأهل	مجرد $8/26 \pm 1/59$ متاهل $8/46 \pm 1/27$
	کل	$8/33 \pm 1/51$
	کل	مرد $17/12 \pm 4/13$ زن $17/39 \pm 4/02$ متاهل $17/83 \pm 4/90$ مجرد $17/22 \pm 4/66$ کل $17/43 \pm 4/74$



نمودار ۱- اختلاف میانگین نمرات متغیرهای خصوصیت و اختلال خواب در دانشجویان پرستاری. ** نشان‌دهنده اختلاف معنی‌دار در متغیرهای خصوصیت و اختلال خواب بین دانشجویان پرستار با و بدون اختلال استرس پس از سانحه با سطح $P < 0/01$ می‌باشد.

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون جهت پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه بر اساس متغیرهای پیش‌بین.

P value (sig)	مقدار T	ضرایب استاندارد	متغیرهای پیش‌بین
		Beta	
۰/۰۰۰	۸/۶۱	-	مقدار ثابت
۰/۰۰۲	۳/۱۹	۰/۲۲۷	اختلالات خواب
۰/۰۰۴	۲/۹۵	۰/۲۱۱	خصوصیت

زمینه‌های ایجاد اختلال استرس پس از سانحه در مطالعات مورد توجه قرار گرفته است. در ارتباط با هدف اصلی پژوهش نتایج نشان داد که اختلالات خواب و خصوصیت در دانشجویان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به طور معنی‌داری بالاتر از دانشجویان سالم است که یافته‌های حاضر با بررسی‌های صورت گرفته در این مورد همسو است (۱۷-۶) و (۲۸، ۲۷). الگوهای شناختی^{۲۵} چگونگی پاسخ یک فرد به موقعیت‌های بالقوه تروماتیک را به نحوه تفسیر، ارزیابی و معنی‌دهی فرد به آن موقعیت‌ها می‌دانند در نتیجه افراد مستعد و مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در حین و بعد از رویداد آسیب‌زا، تفسیرهای تهدید برانگیزتر و ارزیابی منفی‌تری از موقعیت دارند و تغییرات ایجاد شده به دنبال تروما را پایدار و نشخوار ذهنی و سرکوب افکار^{۲۶} را در مواجهه با افکار وابسته به تروما انتخاب می‌کنند (۲۹).

بر اساس این نظریه می‌توان تبیین نمود که چرا دیدگاه مبتنی بر خصوصیت در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه اتخاذ می‌شود و این خود بی‌تأثیر بر کیفیت خواب آن‌ها نیست. به طور کلی پرستاران و دانشجویان این رشته به دلیل موقعیت بالقوه آسیب‌رسان شغلیشان و مواجهه با رنج و مشقت بیماران، مستعد ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه خصوصاً از نوع نیابی یا ثانویه^{۲۷} آن هستند، در نتیجه اختلال استرس پس از سانحه علاوه بر اینکه با شاخص‌های تندرستی پایین، افزایش نشانگان فیزیولوژیکی (از جمله افزایش فشارخون سیتولیک، دیاستولیک، ضربان قلب و دما)، تشدید علائم بدنی و غیبت از کار ارتباط دارد. همچنین نرخ همبودی یا هم‌ابتلائی اختلال استرس پس از سانحه با سایر اختلالات پزشکی و سلامت روان، بالاتر از ۸۰ درصد برآورد شده است (۳۰)، ضرورت تشخیص و مداخلات درمانی را برای این گروه در معرض خطر برجسته می‌سازد.

بررسی حاضر با محدودیت‌هایی همراه بوده است که به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود این موارد را در مطالعات خود مد نظر قرار دهند: به دلیل استفاده از پرسشنامه و عدم بهره‌مندی از مصاحبه، زمینه‌ها و بسترهای مختلف ایجاد استرس پس از سانحه از جمله به دلیل سوانح مختلف مانند تجربه یا مشاهده سوختگی، تصادف، زلزله، جنگ و تجاوز برای خود و دیگران، شناسایی نشده‌اند؛ همچنین نوع اختلال استرس

نتایج ضریب همبستگی میان اختلال استرس پس از سانحه با اختلالات خواب (** $r=0/227, P<0/01$) و خصوصیت (** $r=0/211, P<0/01$) در گروه مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه در مقایسه با افراد سالم حاکی از همبستگی مثبت، مستقیم و معنی‌دار بود. به‌منظور تعیین سهم پیش‌بینی‌کنندگی اختلالات خواب و خصوصیت در تبیین اختلال استرس پس از سانحه از روش آماری تحلیل رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ نشان داده شده است. جدول ۲ نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری را بر اساس روش ورود^{۲۳} جهت پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه بر اساس اختلالات خواب و خصوصیت نمایش می‌دهد.

بر اساس داده‌های استخراج شده از جدول ۲ و با عنایت به مقادیر و علامت مثبت Beta، هر دو متغیر پیش‌بین را می‌توان پیش‌بینی‌کننده‌های مثبت و معنی‌داری از اختلال استرس پس از سانحه در نظر گرفت به طوری که برای اختلالات خواب سهم ۲۲ درصدی و برای خصوصیت سهم ۲۱ درصدی در پیش‌بینی اختلال استرس پس از سانحه در نمونه شرکت‌کننده در پژوهش را می‌توان تصور کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال استرس پس از سانحه از تشخیص‌های شایعی می‌باشد که به دنبال قرار گرفتن در معرض تروما به وجود می‌آید. در یک بررسی اجرا شده توسط سازمان بهداشت جهانی در بین ۱۳ کشور و روی ۲۳۹۳۶ نفر که با تروما مواجهه شده بودند، ۶/۶ درصد از آن‌ها شواهد بالینی یا نشانگان اساسی اختلال استرس پس از سانحه را مطابق با معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)^{۲۴} نشان داده بودند (۲۶). پژوهش حاضر با هدف مقایسه خصوصیت و اختلالات خواب در میان دانشجویان رشته پرستاری با و بدون اختلال استرس پس از سانحه اجرا شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش تفاوت معنی‌داری از نظر شیوع اختلال استرس پس از سانحه از نظر جنسیت و وضعیت تأهل وجود نداشت؛ در رابطه با وضعیت تأهل این عدم معنی‌داری می‌تواند دور از تصور نباشد چون شرایط درمان نشده این اختلال در هر شرایطی به تداوم نشانگان آن مربوط می‌شود.

از نظر جنسیتی بسته به جامعه آماری پژوهش و اینکه کدام

²³ Enter method

²⁴ Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th

²⁵ Cognitive models

²⁶ Rumination about trauma and thought suppression

²⁷ Secondary traumatic stress

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانم که از مدیریت محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد توپسرکان به واسطهٔ مساعدتشان و دانشجویان محترم شرکت‌کننده در این پژوهش که با طیب خاطر به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، صمیمانه قدردانی به عمل آورم.

پس از سانحه از جمله نوع مرکب، حاد، مزمن، با شروع تأخیری و ثانویه می‌تواند در مطالعات آینده به تفکیک مشخص شوند؛ و در نهایت تأثیر نوبت یا شیفت فعالیت عملی دانشجویان در شب و روز بر اختلال استرس پس از سانحه به تفکیک شبانه‌روزی در این مطالعه مشخص نشده است.

منابع

- Sheldon T. Psychological intervention including emotional freedom techniques for an adult with motor vehicle accident related posttraumatic stress disorder: A case study. *Curr Res Psychol*. 2014; 5(1): 40-63.
- Nagpal ML, Gleichauf K, Ginsberg JP. Meta-analysis of heart rate variability as a psychophysiological indicator of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Treat*. 2013; 182 (3): 8-31.
- Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 15(4): 1-12.
- Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC, Atwoli L, Friedman MJ, Hill ED, et al. DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating "narrow" and "broad" approaches. *Depress Anxiety*. 2014; 31(6): 494-505.
- Van Liempt S. Sleep disturbances and PTSD: a perpetual circle? *Eur J Psychotraumatol*. 2012; 3. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.19142.
- Roepke S, Hansen ML, Peter A, Merkl A, Palafox C, Danker-Hopfe H. Nightmares that mislead to diagnosis of reactivation of PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4(5): 1-6.
- Gutner CA, Casement MD, Gilbert KS, Resick PA. Change in sleep symptoms across Cognitive Processing Therapy and Prolonged Exposure: A longitudinal perspective. *Behav Res Ther*. 2013; 51(12): 817-22.
- Pigeon WR, Campbell CE, Possemato K, Ouimette P. Longitudinal relationships of insomnia, nightmares, and PTSD severity in recent combat veterans. *J Psychosom Res*. 2013; 75(6): 546-50.
- Boman P, Mergler A, Furlong M, Caltabiano N. Anger in Australian indigenous and non-indigenous students. *Int Educ J*. 2014; 13(2): 15-26.
- Suls J. Anger and the heart: perspectives on cardiac risk, mechanisms and interventions. *Prog Cardiovasc Dis*. 2013; 55(6): 538-47.
- Teten AL, Miller LA, Stanford MS, Petersen NJ, Bailey SD, Collins RL, et al. Characterizing aggression and its association to anger and hostility among male veterans with post-traumatic stress disorder. *Mil Med*. 2010; 175(6): 405-10.
- Beckham JC, Flood AM, Dennis MF, Calhoun PS. Ambulatory cardiovascular activity and hostility ratings in women with chronic posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2009; 65(3): 268-72.
- Vrana SR, Hughes JW, Dennis MF, Calhoun PS, Beckham JC. Effects of posttraumatic stress disorder status and covert hostility on cardiovascular responses to relived anger in women with and without PTSD. *Biol Psychol*. 2009; 82(3): 274-80.
- Birkley EL, Eckhardt CI. Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2015; 37(2): 40-56.
- Elbogen EB, Wagner HR, Fuller SR, Calhoun PS, Kinneer PM. Correlates of anger and hostility in Iraq and Afghanistan war veterans. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(9): 1051-8.
- Galovski TE, Elwood LS, Blain LM, Resick PA. Changes in anger in relationship to responsivity to PTSD Treatment. *Psychol Trauma*. 2014; 6(1): 56-64.
- Kathleen KT. The psychoneuroimmunology of chronic disease: exploring the links between inflammation, stress, and illness. American Psychological Association. 2010.
- Nadri E, Seife Naraghi M. Research methods and how to evaluate it in humanities sciences with emphasis on educational science 5th ed. Tehran: Arasbaran Press. 2012.
- Weathers FW, Litz BT, Herman DS, Huska JA, Keane T. The PTSD checklist (PCL). reliability, validity and diagnostic utility. San Antonio; 9th Annual Meeting of International Society for Traumatic Stress Hisser Studies. 1993.
- Mirzaee J. Karami GR, Ameli J, Hemmati MA.

Investigation of clinical diagnosis by psychological tests in PTSD outpatients and inpatients. *J Mil Med.* 2004; 6 (3): 201-8.

21. Goodarzi MA. Reliability and validity of post-traumatic stress disorder Mississippi scale. *J psychol.* 2003; 7(2): 135-78.

22. Boks MP, Van Mierlo HC, Rutten BP, Radstake TR, De Witte L, Geuze E, et al. Longitudinal changes of telomere length and epigenetic age related to traumatic stress and post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology.* 2015; 51: 506-12.

23. Huang HH, Kashubeck-West S. Exposure, agency, perceived threat, and guilt as predictors of posttraumatic stress disorder in veterans. *J Couns Dev.* 2015; 93(1): 3-13.

24. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992; 63(3): 452-9.

25. Samani S. Study of reliability and validity of buss and Perry's aggression questionnaire. *Iran J Psychiat Clin Psychol.* 2008; 13(4): 359-65.

26. Williamson JB, Porges EC, Lamb DG, Porges

SW. Maladaptive autonomic regulation in PTSD accelerates physiological aging. *Front Psychol.* 2015; 5(571): 1-12.

27. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The insomnia severity index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep.* 2011; 34(5): 601-8.

28. Miller MW, Wolf EJ, Reardon AF, Harrington KM, Ryabchenko K, Castillo D, et al. PTSD and conflict behavior between veterans and their intimate Partners. *J Anxiety Disord.* 2013; 27(2): 240-51.

29. Kleim B, Ehlers A, Glucksman E. Investigating cognitive pathways to psychopathology: predicting depression and posttraumatic stress disorder from early responses after assault. *Psychol Trauma.* 2012; 4(5): 527-37.

30. Kip KE, Sullivan KL, Lengacher CA, Rosenzweig L, Hernandez DF, Kadel R, et al. Brief treatment of symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) by use of accelerated resolution therapy (ART). *Front Psychiatry.* 2013; 4(8): 11. doi: 10.3389/fpsyt.2013.00011.