QUALITATIVE RESEARCH

Challenges and Strategies for Managing Depression in Children Hospitalized After Road Traffic Accidents: A Qualitative Study

Leila Mohammadinia[1,2]
Hassan Shahrokhi[3,1]
Samira Taghinezhad[4],
Mina Najafalizadeh[1,4]
Mahtab Nikpour[5,6]

[1] Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Health Policy and Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[3] Associate Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Research Center of Psychiatry and Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[4] MSc in Health Services Management, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[5] PhD Student in Health Policy, Department of Health Policy and Management, Student Research Committee, School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran
[6] Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received August 28, 2025; Accepted October 29, 2025)

Abstract

Background and purpose: Road traffic accidents are among the leading causes of mortality and mental health problems in children. According to the World Health Organization, in 2022, approximately 8% of children aged 5 to 9 years globally suffered from some form of mental health disorder, including depression and anxiety. This study aimed to identify the challenges faced and potential interventions to reduce depression in children admitted following road traffic accidents.

Materials and methods: This qualitative study was conducted using a conventional content analysis approach in the medical centers affiliated with Tabriz University of Medical Sciences. Semi-structured interviews were conducted with 17 mental health professionals and 6 parents of children involved in road traffic accidents, using purposive sampling. The collected data were then analyzed using MAXQDA software.

Results: The findings indicated that the challenges could be categorized into three domains: environmental, familial, and individual, comprising three main areas and twelve subgroups. The recommended strategies included training and strengthening the psychological skills of stakeholders, establishing standardized protocols for early intervention and structured psychological follow-up, and enhancing organizational support and resources at three time points: at the accident scene, during hospitalization, and after discharge.

Conclusion: Children affected by road traffic accidents experience numerous psychological challenges, and the identified strategies offer a framework for the effective prevention and management of depression.

Keywords: health mental ,children ,depression ,accidents traffic Road

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (251): 131-143 (Persian).

Corresponding Author: Samira Taghinezhad - School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (E-mail: .S inezhadtagh .gmail@ com) &- **Mahtab Nikpour-** School of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (E-mail: nikpoor.mahtab@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و پنجم شماره ۲۵۱ آذر سال ۱۴۰۴ (۱۴۳-۱۳۱)

چالش‌ها و راهکارهای مدیریت افسردگی در کودکان بستری‌شده پس از حوادث ترافیک جاده‌ای: یک مطالعه کیفی

لیلا محمدی نیا[۱،۲]
حسن شاهرخی[۱،۳]
سمیرا تقی نژاد[۴]
مینا نجف علیزاده[۱،۴]
مهتاب نیک پور[۵،۶]

چکیده

سابقه و هدف: حوادث ترافیکی یکی علل اصلی مرگ‌ومیر و مشکلات روانی در کودکان هستند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۲)، حدود ۸ درصد از کودکان ۵ تا ۹ ساله در جهان دچار نوعی اختلال روانی از جمله افسردگی، اضطراب هستند. این مطالعه با هدف شناسایی چالش‌ها و راهکارهای کاهش افسردگی در کودکان بستری شده بر اثر حوادث جاده‌ای، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه‌ی کیفی، با رویکرد تحلیل محتوای قراردادی در چهار مرکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۱۷ نفر از کارکنان سلامت روان و ۶ والدِ کودکان حادثه دیده، با روش نمونه‌گیری هدفمند جمع‌آوری و با نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند.

یافته‌ها: چالش‌ها در سه دسته‌ی محیطی، خانوادگی و فردی شامل سه تم و دوازده سابتم طبقه‌بندی شدند. راهکارهای پیشنهادی نیز شامل آموزش و ارتقای مهارت‌های روانی ذی‌نفعان، تدوین پروتکل‌های مداخله‌ی اولیه و پیگیری روانی ساختارمند، و تقویت حمایت‌های سازمانی و منابع در سه بازه‌ی زمانیِ صحنه‌ی تصادف، بستری و پس از ترخیص بود.

استنتاج: کودکان آسیب دیده در حوادث ترافیکی با چالش‌های روانی متعددی روبه‌رو هستند و راهکارهای شناسایی شده می‌توانند چارچوبی برای پیشگیری مؤثر از افسردگی فراهم کنند.

واژه های کلیدی: حوادث جاده‌ای، افسردگی، کودکان، سلامت روان

مولف مسئول: سمیرا نقی نژاد– تبریز- دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، تبریز، ایران **Email**: gmail.com@۰S.taghinezhad
مهتاب نیک پور –تبریز- دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، تبریز، ایران **Email:** nikpoor.mahtab@gmail.com
۱. مرکز تحقیقات مدیریت و پیشگیری از مصدومیت‌های حوادث ترافیکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. استادیار سلامت در بلایا و فوریت‌ها، گروه سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۳. دانشیار روانپزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۴. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۵. دانشجو دکتری تخصصی سیاست گذاری سلامت، گروه مدیریت و سیاست گذاری سلامت، کمیته تحقیقات دانشجوییدانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۶. مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۶/۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۶/۲۵ تاریخ تصویب : ۱۴۰۴/۸/۷

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

مقدمه

حوادث جاده‌ای یکی از مهم‌ترین مسائل سلامت جهانی هستند(۱). در ایران نیز تصادفات جاده‌ای دومین عامل مرگ‌ومیر و نخستین عامل سال‌های از دست رفته عمر ناشی از مرگ زودرس YLLs (Years Lived with Disability) محسوب می‌شود(۲، ۳). همه گروه‌های سنی در معرض خطر تصادفات هستند، اما تقریباً نیمی از مرگ‌های ناشی از تصادفات در بین کودکان به عنوان گروه آسیب‌پذیردیده می‌شود(۴). پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۳۰، نرخ مرگ‌ومیر استاندارد شده سنی ASMR (age-standardized mortality rate) ناشی از تصادفات جاده‌ای در ایران به حدود ۱۷٫۹۵ در هر ۱۰۰٫۰۰۰ نفر خواهد رسید، که بیانگر استمرار این مخاطره در آینده است(۳).

حوادث جاده‌ای علاوه بر آسیب‌های جسمی، پیامدهای روانی و اجتماعی قابل توجهی نیز به همراه دارند(۳، ۵). بازماندگان این حوادث ممکن است دچار اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) شوند(۶). در میان این اختلالات، افسردگی یکی از شایع‌ترین پیامدهای روان‌شناختی پس از تصادفات است و شدت و تداوم آن به شرایط فردی و محیطی بستگی دارد و در برخی موارد می‌تواند تا سال‌ها ادامه یابد(۷). یافته‌های مطالعه‌ی اخیر در ۴۰ کشور با درآمد کم - متوسط نشان داد که تجربه‌ی حوادث ترافیکی خطر ابتلا به افسردگی را ۱/۷۲ برابر افزایش می‌دهد(۸). هم‌چنین مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۰ گزارش کرد که حدود ۱۷ درصد از بازماندگان تصادفات، حتی بدون صدمات جدی جسمی، علائم افسردگی دارند این مساله بیانگر اهمیت این حوادث در افزایش خطر افسردگی در میان بازماندگان است(۷). اگر چه پیامدهای روانی، از جمله افسردگی، ناشی از این حوادث در تمامی گروه‌های سنی مشاهده می‌شود، اما کودکان به‌دلیل ویژگی‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک، آسیب‌پذیرترند(۹، ۱۰). کودکان بستری به علت شدت آسیب و طولانی شدن دوره درمان، بیش از سایرین در معرض بروز استرس پس از سانحه و افسردگی قرار می‌گیرند(۷، ۱۰، ۱۱). این پیامدها می‌توانند کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی و رشد اجتماعی کودکان را تحت تأثیر قرار دهند و نیاز به مداخلات روانی را افزایش دهند(۱۲، ۱۳).

با وجود تحقیقات متعدد درباره اختلال استرس پس از سانحه و عوامل محیطی و اجتماعی مؤثر بر پیامدهای روانی کودکان، پژوهش‌های نظام‌مند در زمینه افسردگی کودکان بستری بر اثر تصادفات جاده‌ای در کشور محدود است. داده‌های بومی درباره تجربه خانواده‌ها و نقش تیم درمان در بهبود روانی این کودکان نیز اندک گزارش شده است(۱۶-۱۴). لذا این مطالعه، با هدف معرفی چالش‌های افسردگی ناشی از حوادث جاده‌ای در کودکان بستری شده و ارائه‌ی راهکار است. نتایج این مطالعه می‌تواند به سیاستگذاران سلامت در طراحی مداخلات روانی هدفمند، شناسایی به‌موقع نیازهای روانی کودکان و حمایت از خانواده‌های آنان توسط کادر درمان را تسهیل کند.

مواد و روش‌ها

برای انجام این پژوهش با کد اخلاق، IR.TBZMED.REC.۱۴۰۲/۰۴۰، ۴ بیمارستان اصلی (بیمارستان امام رضا، مردانی آذر، ولیعصر، شهدا) از مراکز درمانی سطح شهر تبریز که بخش بستری کودکان داشتند، انتخاب شدند. این مطالعه از نوع کیفی با رویکرد استقرایی بوده است که در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۲ انجام شده است(۱۷).

آزمون اولیه ابزار

سؤالات مصاحبه نیمه ساختار یافته ابتدا در یک پایلوت با دو نفر از اعضای تیم درمان ارزیابی شد تا وضوح و قابل فهم بودن آن‌ها بررسی شود. همچنین مواردی از جمله شرایط زمان‌بندی و محل برگزاری مصاحبه نیز متناسب با توصیه‌های شرکت کنندگان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

پایلوت بهبود یافت. هم‌چنین دو روان شناس بالینی و یک روان پزشک، سؤالات را بازبینی و تایید علمی کردند تا اعتبار محتوایی ابزار تضمین شود.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود کادر درمان شامل، داشتن تجربه در ارائه خدمات درمانی به کودکان و حداقل درمان یک کودک تصادفی بوده است و برای والدین داشتن فرزندی که در سال های اخیر حداقل یک بار درگیر مخاطره تصادف بوده باشد، می باشد. معیارهای خروج کادر درمان از مطالعه شامل، عدم تمایل به ادامه مشارکت یا ناتوانی در ارائه تجربیات مرتبط و مستند درباره مراقبت از کودکان حادثه دیده و برای والدین انصراف داوطلبانه، ناتوانی در مشارکت مؤثر در مصاحبه، یا شرایط کودک در وضعیت بحرانی باشد که مانع مشارکت والدین بود، بوده است.

مشارکت کنندگان و نمونه گیری

نمونه‌گیری به روش هدفمند و گلوله برفی انجام شد. مشارکت کنندگان شامل روان پزشکان و روان شناسان بالینی، پزشکان اورژانس متخصص طب اورژانس، پرستاران و مددکاران اجتماعی با تجربه بالینی در مراقبت از کودکان تصادفی بودند. به‌علاوه چندین مصاحبه با والدین کودکان بستری نیز انجام شد تا دیدگاه خانواده‌ها نیز لحاظ شود. این ترکیب جامعه‌ای ناهمگن را تشکیل داد تا هم دیدگاه‌های حرفه‌ای تیم درمان و هم تجربیات واقعی خانواده‌ها پوشش داده شود. وضعیت روانی کودک پیش شرط ورود به مطالعه نبود و تنها بستری شدن کودک به‌عنوان شاخص شدت حادثه در نظر گرفته شد تا امکان بررسی پیامدهای جسمی و روانی حادثه، به ویژه افسردگی کودک، فراهم شود. حجم نمونه با توجه به ماهیت ناهمگن جامعه اگر چه حدود ۲۵–۲۰ نفر پیش‌بینی شده بود، با توجه به ماهیت کیفی مطالعه و ادامه مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع داده‌ها، و تکرار کدها در چند مصاحبه آخر، تحلیل مطالعه با ۲۳ مصاحبه (۱۷ کادر درمان و ۶ والدین) انجام شد(۱۸).

جمع‌آوری داده‌ها و تعامل با مشارکت کنندگان

مصاحبه‌ها به‌صورت فردی، چهره‌به‌چهره و نیمه ساختار یافته انجام شد. زمان و مکان آن‌ها با توافق مشارکت کنندگان در فضای آرام و خصوصی بیمارستان تعیین شد تا امکان بیان آزاد تجربیات فراهم شود. طول مصاحبه‌ها بین ۱۵ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود و مصاحبه شوندگان می‌توانستند در هر مرحله از مطالعه انصراف دهند. سوالات مصاحبه برای والدین شامل تجربه مواجهه با حادثه، واکنش‌های اولیه خود و کودک، نگرانی‌ها و ترس‌های بعد از انتقال به بیمارستان، ارزیابی رفتار کادر درمان، تغییرات روانی و رفتاری کودک پس از ترخیص، نیازهای برآورده نشده و پیشنهادها برای بهبود خدمات و حمایت‌های لازم بود. برخی از سوالات مهم کادر درمان شامل، برای ما شرایط کودک حادثه دیده تصادفی را تعریف کنید و این که چه تفاوتی با دیگر کودکان بخش داشتند؟ تجربه خود را از مراقبت یا درمان کودکان آسیب دیده در حوادث جاده‌ای توضیح دهید؟ به نظر شما، تیم درمان و سیستم مراقبت چه اقداماتی می‌توانند انجام دهند تا به کودکان و خانواده‌ها بهتر کمک کنند؟، و برخی سوالات از والدین شامل، در لحظات اول حادثه، واکنش شما و کودک تان چه بود؟ چه رفتارهایی داشتید یا کودک نشان داد؟ بیش‌ترین نگرانی یا ترس شما و کودک چه بود؟ این سوالات به تجربه بالینی کادر درمان، واکنش‌ها و نیازهای ویژه کودکان و چالش‌های ارائه مراقبت اختصاص داشت، بوده است. مصاحبه‌ها با اجازه شرکت کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد.

ملاحظات اخلاقی و گردآوری داده‌ها

هدف و ماهیت پژوهش برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد و ورود به مطالعه با رضایت کامل و داوطلبانه بود. شرکت کنندگان می‌توانستند در هر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

مرحله بدون پیامد منفی انصراف دهند. مصاحبه‌ها کدگذاری و تحلیل شدند و هیچ مشخصه فردی در گزارش نهایی ذکر نشد. دسترسی به داده‌ها محدود به تیم پژوهش و صرفاً در چارچوب اهداف تحقیق بود.

تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها بر اساس روش تحلیل محتوای قراردادی و با پیروی از مدل گرانهایم و لوندمن انجام شد(۱۹). ابتدا متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد تا درک کلی حاصل شود. سپس واحدهای معنایی شناسایی، در صورت لزوم فشرده و با کدهای اولیه برچسب‌گذاری شدند. کدهای مشابه در ساب‌تم گروه‌بندی و در نهایت به تم تبدیل شدند. این فرآیند منجر به شش تم و ۱۸ ساب‌تم شد و تحلیل همزمان با جمع‌آوری داده‌ها انجام گرفت. به منظور افزایش اعتبار و دقت مطالعه، معیارهای لینکن و گوبا مدنظر قرار گرفت(۲۰). متن مصاحبه‌ها پس از کدگذاری به مشارکت کنندگان بازگردانده شد تا برداشت‌های پژوهشگر با تجربیات واقعی آنان مطابقت داشته باشد و تحلیل‌ها توسط دو پژوهشگر مستقل بررسی گردید. اختلاف نظرها از طریق بحث و توافق تیم حل شد، به‌عنوان مثال، کدهایی مانند ترس و گریه در ساب‌تم واکنش عاطفی کودک و سپس در تم واکنش به حادثه و محیط حادثه گروه‌بندی شد و مشارکت کنندگان صحت این برداشت را تأیید کردند. همه مصاحبه‌ها کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی و نتایج توسط پژوهشگر مستقل بررسی شد تا اطمینان‌پذیری تأمین شود. زمینه، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و شرایط مصاحبه‌ها به دقت توصیف شد تا انتقال‌پذیری فراهم گردد و با ثبت مستندات مراحل و تصمیمات تحلیلی، تأییدپذیری تضمین شد. برای مدیریت و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۰ استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۳ شرکت‌کننده شامل ۱۷ نفر از اعضای کادر درمان و ۶ نفر والدین کودکان حادثه دیده در این مطالعه وارد شدند. میانگین سنی اعضای کادر درمان ۳۹/۲ (دامنه ۶۰ – ۲۶) و والدین ۳۶/۵ سال (دامنه ۴۵ – ۳۰) بود. ترکیب جنسیتی در تیم درمان ۱۲ زن (۷۰/۶ درصد) و ۵ مرد (۲۹/۴ درصد) و در والدین ۵ زن (۸۳/۳ درصد) و ۱ مرد (۱۶/۷ درصد) شرکت داشتند. در میان اعضای تیم درمان، ۵ نفر دارای درجه دکتری تخصصی/متخصص، ۵ نفر کارشناسی‌ارشد/پزشک عمومی و ۷ نفر کارشناسی بودند. میانگین سابقه کاری اعضای تیم درمان ۷/۱ سال (دامنه ۱۴– ۱) گزارش شد. اطلاعات کامل فردی و حرفه‌ای شرکت کنندگان در جدول شماره ۱، آمده است.

جدول شماره ۱: مشخصات مصاحبه شوندگان در بررسی چالش ها و راهکارهای افسردگی کودکان بستری ناشی از حوادث جاده ای، تبریز

شناسه	گروه	جنسیت	سن	نقش / حرفه / شغل	سطح تحصیلات	سابقه کاری (سال)
P1	کادر درمان	زن	۴۰	روان‌پزشک	دکتری تخصصی	۵
P2		مرد	۶۰	روان‌پزشک	دکتری تخصصی	۱۴
P3		زن	۵۱	روان‌پزشک	دکتری تخصصی	۷
P4		زن	۴۲	روان‌شناس بالینی	کارشناسی‌ارشد	۱۰
P5		مرد	۳۷	روان‌شناس بالینی	کارشناسی	۲
P6		زن	۳۹	روان‌شناس بالینی	کارشناسی	۱
P7		زن	۲۷	روان‌شناس بالینی	کارشناسی	۱
P8		زن	۳۹	پزشک عمومی	کارشناسی‌ارشد	۱۰
P9		مرد	۴۵	پزشک عمومی	کارشناسی‌ارشد	۹
P10		زن	۳۱	پزشک عمومی	کارشناسی‌ارشد	۳
P11		زن	۳۴	پزشک عمومی	کارشناسی‌ارشد	۶
P12		مرد	۵۴	متخصص طب اورژانس	دکتری تخصصی	۱۰
P13		زن	۴۸	پرستار	دکتری تخصصی	۱۱
P14		زن	۲۹	پرستار	کارشناسی	۲
P15		مرد	۳۱	پرستار	کارشناسی	۸
P16		زن	۳۴	پرستار	کارشناسی	۱۰
P17		زن	۲۶	مددکار اجتماعی	کارشناسی	۲
P18	والدین	زن	۳۰	خانه‌دار	کارشناسی	-
P19		زن	۳۲	شاغل	کارشناسی	-
P20		زن	۳۵	خانه‌دار	کارشناسی ارشد	-
P21		زن	۳۷	شاغل	کارشناسی ارشد	-
P22		زن	۴۰	خانه‌دار	دیپلم	-
P23		مرد	۴۵	آزاد	دیپلم	-

یافته‌ها بر پایه تحلیل موضوعی مصاحبه‌های انجام شده در دو حیطه اصلی چالش‌ها و راهکارها دسته بندی شدند. چالش‌ها در سه تم واکنش به حادثه و محیط حادثه، پیامدهای روانی و اجتماعی کودک و عملکرد و مداخلات کادر درمان و راهکارها نیز در سه تم مدیریت واکنش به حادثه و محیط حادثه، تامین نیازهای حمایتی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

آموزشی و بهبود عملکرد و مداخلات کادر درمان طبقه‌بندی شدند (جداول شماره ۲ و ۳).

جدول شماره ۲: چالش‌های مدیریت افسردگی پس از حوادث جاده‌ای در کودکان بستری

تم	ساب‌تم	کد
واکنش به حادثه و محیط حادثه	شدت حادثه	فوت/ جراحت شدید/جراحت سطحی
	واکنش عاطفی کودک	ترس / گریه
	واکنش عاطفی والدین	سردرگمی / اضطراب / تلاش برای آرامش کودک/
	واکنش عمومی افراد	بی‌توجهی / مداخله غیرحرفه‌ای
	ضعف مدیریت صحنه حادثه	نبود امنیت / حضور افراد غیرمرتبط /
پیامدهای روانی و اجتماعی کودک	اثرات روانی پایدار	اضطراب / کابوس / پرهیز از سفر
	وابستگی رفتاری	چسبندگی به والد / احساس ناامنی
	مشکلات خواب	بی‌خوابی / ترس شبانه
	پیامدهای اجتماعی	انزوا / ترس از سفر
	تشدید افسردگی پس از ترخیص	نبود مراقبت روانی / عدم پیگیری روانی/عدم سیستم ثبت اطلاعات روانی
عملکرد و مداخلات کادر درمان	تاخیر در واکنش	تأخیر اورژانس / عدم پروتکل مداخله روانی اولیه/عدم حمایت روانی کادر درمان
	محدودیت منابع	کمبود نیروی تخصصی / کمبود منابع مالی /بار کاری سنگین /

جدول شماره ۳: راهکارهای پیشنهادی مدیریت افسردگی پس از حوادث جاده‌ای در کودکان بستری

تم	ساب‌تم	کد
مدیریت واکنش به حادثه و محیط حادثه	بهبود مدیریت صحنه تصادف	ایجاد محدوده امن ، اقدامات فوری درمانی، آرام‌سازی محیط
تامین نیازهای حمایتی و آموزشی	حمایت روانی	ارائه مشاوره والدین، پیگیری روانی ساختار یافته/گروه حمایتی
	آموزش	آموزش عمومی جامعه، ،خودآتکایی شناخت علایم افسردگی کودک تکنیک تثبیت وضعیت / حمایت عاطفی کودک /آموزش کادر درمان
بهبود عملکرد و مداخلات کادر درمان	بهبود واکنش اولیه کادر درمان	تدوین پروتکل مداخله روانی اولیه، تسریع پاسخ اورژانس
	ایجاد آرامش در محیط درمانی	همراهی کودک و والد، کنترل همهمه
	مدیریت منابع	تامین نیروی تخصصی / حمایت مالی/ حمایت خیرین / سازمان مردم نهاد

واکنش به حادثه و محیط حادثه

واکنش کودکان به حادثه و محیط اطراف آن تحت تأثیر شدت حادثه، واکنش‌های عاطفی کودک، واکنش‌های عاطفی والدین، واکنش افراد حاضر در صحنه و ضعف مدیریت محیط بوده است. مشاهده جراحات شدید یا فوت دیگران، نخستین عامل ایجاد ترس و شوک بود. حضور افراد ناآشنا و سروصدا در نتیجه ضعف مدیریت، بی‌قراری کودک را تشدید می‌کرد. علاوه بر این، واکنش‌های هیجانی اطرافیان، مانند فریاد والدین، به‌طور مستقیم بر ناآرامی کودک اثر می‌گذاشت.

" کودکان حتی اگه جراحت سطحی هم داشته باشن، خیلی میترسن و بی‌تاب می‌شن گریه میکنن و به والدشون می‌چسبن. اگر محیط شلوغ باشه و افراد ناآشنا باشن، کنترلشون سخت می‌شه " (۱۵P، پرستار).

پیامدهای روانی و اجتماعی کودک

پیامدهای روانی و اجتماعی کودک پس از حادثه شامل اثرات روانی پس از حادثه، وابستگی روانی و رفتاری، مشکلات خواب و ترس شبانه، پیامدهای اجتماعی و تشدید افسردگی پس از ترخیص کودک بودند.

کودک در لحظه حادثه از یک فضای امن جدا شده و وارد محیطی ناشناخته می‌شود. این تغییر ناگهانی باعث تاثیرپذیری کودک از واکنش‌های افراد حاضر در صحنه تصادف می شود و باعث افزایش اضطراب، وابستگی بیش‌تر به والدین، کاهش تمایل به حضور در جمع و بازی با همسالان، و بروز مشکلات خواب می‌گردد. همچنین نبود پیگیری روانی والدین و کودک پس از ترخیص به دلایلی مانند عدم سیستم ثبت و پایش اطلاعات روانی کودکان در بیمارستان‌ها یا بی توجهی خانواده، می‌تواند علائم روانی را تشدید و منجر به افسردگی شود.

"فریادهای هیستریک مادر و رفتارهای هیجانی ناظرین روی بچه اثر می‌ذاره " (۲P، روانپزشک).

"شبا کابوس می دید و از تاریکی یا صداهای بلند می‌ترسید " (P22، والدین).

"حتی مدت‌ها بعد تصادف، بچه‌م به جاهای شلوغ نمیرفت تمایلی به بازی تو پارک با بچه‌ها نداشت حتی از سفر رفتن چه ماشین شخصی چه اتوبوس می‌ترسید. " (P23، والدین).

"بعد از ترخیص، خانواده‌ها فکر می‌کنن اگه کودک به حادثه فکر نکنه، کم‌کم فراموش می‌کنه و دیگه نیازی به روانشناس نیست. اما این باعث می‌شه حمایت روانی و پیگیری درست انجام نشه " (P2، روانپزشک).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

"نبود سامانه ثبت اطلاعات روانی کودکان در بیمارستان می تونه پیگیری روانی کودکان آسیب دیده را به تاخیر بندازه " (p7، روانشناس).

"ما دقیقا نمیدونیم باید مواظب چی باشیم برامون توضیح ندادند چه علایمی از لحاظ روانی طبیعیه و چه علایمی باید حواسمون باشه " (P23، والدین).

عملکرد و مداخلات کادر درمان

عملکرد کادر درمان به کودکان مصدوم در حوادث جاده‌ای تحت تأثیر تأخیر در واکنش و محدودیت منابع بوده است. دیر رسیدن اورژانس و فقدان پروتکل مداخله روانی اولیه برای کودکان، به‌ویژه در بخش اورژانس که اولویت اصلی آن بررسی و درمان آسیب‌های جسمی می باشد، موجب تعامل ناکافی کادر درمان با کودک و تشدید اضطراب والدین می‌شود. این کاستی‌ها توانایی کادر درمان در ارزیابی به‌موقع وضعیت روانی کودک و ارائه خدمات روانی مناسب را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، کمبود نیروی تخصصی مانند روان شناس کودک و مددکار اجتماعی در بخش‌های بستری و اورژانس و بار کاری سنگین پرستاران، و محدودیت بوجه از محدودیت های سازمانی است که عامل اختلال در ارائه مراقبت روانی است.

" چون فوتبال برده بود خیابون ها شلوغ بود اورژانس خیلی دیر رسید تا رسیدنش انگار روح تو بدنم نبود " (P18، والدین).

"وقتی کودک به اورژانس میرسه یا حتی در بخش بستری میشه تمرکز ما روی آسیب‌های جسمیشه و چون پروتکلی برای مداخله روانی اولیه برای کودک نداریم باعث میشه تا بروز علائم واضح، اقدامی انجام نمی‌دیم. از اون ور شیفت‌های شلوغ خودمون و نبود روان‌شناس کودک و مددکار اجتماعی در کنارمون باعث می‌شه نتونیم حمایت روانی کافی به موقع ارائه بدیم. " (P13، پرستار).

" به دلیل محدودیت بودجه، مدت هاس کارشناس روانشناس بالینی یا مدکار اجتماعیی استخدام نمیشه فقط یه تعداد کمی نیروی طرحی داریم که اونا هم تا اکسپرت میشن طرحشون تموم میشه میرن " (P4، روانشناس).

مدیریت واکنش به حادثه و محیط حادثه

واکنش به حادثه و محیط حادثه شامل ساب تم بهبود مدیریت صحنه تصادف است. محیط باید به‌گونه‌ای مدیریت شود که کم‌ترین تحریک روانی را برای کودک ایجاد کند. مدیریت سریع و آرام سازی محیط از عوامل کلیدی ایجاد حس امنیت برای کودک است. ارائه اقدامات درمانی فوری متناسب با شدت جراحات در صحنه نیز باعث آرامش کودک و همراهانش می‌شود.

"تیم اورژانس اول محیط حادثه رو با با دور کردن افراد غیر مرتبط، آروم میکنه و سعی میکنه با سوال پرسیدن اسم کودک یا کارتون مورد علاقه اش حواسشو پرت کنه تا استرس کودک کم بشه و فضایی امن برای کودک محیا بشه و اقدامات فوری درمانی برای جراحاتش انجام بده همین کار باعث ارامش کودک و والدینش میشه " (P14، پرستار).

تامین نیازهای حمایتی و آموزشی

نیازهای حمایتی و اموزشی را می‌توان به زیر گروهای حمایت روانی والدین و آموزش تقسیم‌بندی کرد. یکی از اقدامات حیاتی برای کاهش افسردگی کودکان، حمایت عاطفی و روانی از کودک و والدین است که شامل تشکیل گروه‌های حمایتی برای والدینی که فرزندانشان شرایط مشابهی دارند، حضور والدین کنار کودک و ارائه مشاوره تخصصی برای افزایش آرامش کودک است. پیگیری ساختار یافته روانی پس از ترخیص و آموزش علائم هشدار دهنده افسردگی به والدین، امکان شناسایی به موقع مشکلات روانی را فراهم می‌کند. آموزش والدین برای حمایت عاطفی و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

تقویت خود اتکایی کودکان، به‌عنوان مکمل اقدامات حمایتی، کنترل احساسات و کاهش وابستگی روانی کودکان را تسهیل می‌کند. همچنین، آموزش‌های ملی مدیریت حوادث و مراقبت مبتنی بر تروما مهارت روانی کادر درمان را تقویت می کند. هر یک از این اقدامات به کاهش اضطراب و افسردگی کودکان کمک می‌کند و تأثیر قابل توجهی در بهبود وضعیت روانی آن‌ها دارد.

"با همین ثبت جامع اطلاعات کودکان تصادفی در بیمارستان و همکاری مدارس میشه پیگیری روانی ساختار یافته ای پس از ترخیص کودک در سن مدرسه انجام داد تا علائم افسردگی به‌موقع شناسایی بشه و مداخلات حمایتی شامل آموزش والدین درباره نشانه‌های افسردگی و حمایت عاطفی والدین، مشاوره والدین و آموزش خوداتکایی به کودکان برای کاهش وابستگی پس از حادثه توسط روانشناس مدرسه ارائه بشه " (P7، روانشناس).

"اگه آموزش‌های ساده مثل تکنیک تثبیت وضعیت از تلویزیون و رادیو و شبکه‌های اجتماعی آموزش داده بشه همه یاد میگیرن چطور تو شرایط بحران استرس و اضطرابشون رو کنترل کن و از بروز تروماهای بیش‌تر جلوگیری میشه و برای پرسنل درمانی هم برگزاری کارگاهای مهارت آموزی مراقبت مبتنی بر تروما می تونه بسیار کمک کننده باشه تا بتونن در برخورد با بچه‌های آسیب دیده واکنش بهتری نشون بدن " (P1، روانپزشک).

"وقتی آدم‌ها تجربه‌های سخت و مشابهی دارن، خوبه یه جمع حمایتی بین خودشون باشه که بشه با هم حرف زد، درد دل کرد این گروه‌ها کمک می‌کنن آدم احساساتش رو بهتر بشناسه و بدونه کسای دیگه‌ای هم هستن که شرایط مشابهی رو گذروندن و می‌تونن همدیگه رو درک کنن کم تر خودش سرزنش کنه " (p19، والدین).

بهبود عملکرد و مداخلات کادر درمان

عوامل متعددی مانند بهبود واکنش اولیه کادر درمان، ایجاد آرامش در محیط درمانی، مدیریت منابع بر عملکرد و مداخلات کادر درمان تاثیر دارد. تجربه‌های شدید روانی در لحظات نخست وقوع تصادف می‌تواند ایجاد آسیب روانی را تسریع کند؛ بهبود واکنش اولیه کادر درمان در هر دو سطح پیش بیمارستانی و درون بیمارستانی نقشی کلیدی در کاهش این اثرات روانی دارد. به‌علاوه، تدوین و اجرای پروتکل‌های استاندارد مداخله روانی ویژه کودکان می‌تواند راهنمای عملی برای کادر درمان در مدیریت به‌موقع شرایط روانی باشد. محیط فیزیکی و روندهای درمانی باید به گونه‌ای طراحی شود که آرامش و همراهی کودک و والدین تسهیل گردد.

"حضور سریع کادر درمان در محل حادثه و برقراری آرامش در محیط، کنترل ما را نسبت به خودمون افزایش داد " (p20، والدین).

"ما نیاز داریم تیم واکنش سریع داشته باشیم و با پایش پراکنش پایگاه‌ها و هماهنگی ترافیک، بتوانیم زمان رسیدن اورژانس به حادثه را کاهش دهیم " (P11، پزشک).

"وقتی کودکی در اورژانس بستری میشه ما فقط اجازه میدیم والدینش کنارش باشن تا هم کودک آرامش داشته باشه و از شلوغی و همهمه جلوگیری بشه و ما بتونیم اقدامات درمانی راحت انجام بدیم " (P9، پزشک)."در بسیاری از کشورها تامین نیروی متخصص در مراکز درمانی برای مراقبت روانی کودکان با حمایت خیرین و سازمان های مردم نهاد انجام میشه ما هم می تونیم در بسیاری از بیمارستان هان استفاده کنیم " (P3، روانپزشک).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی چالش‌ها و ارائه راهکارهای کاهش افسردگی در کودکان بستری شده پس از تصادفات جاده‌ای انجام شد. چالش‌ها در قالب سه تم واکنش به حادثه و محیط حادثه، پیامدهای روانی و اجتماعی کودک، و عملکرد و مداخلات کادر درمان طبقه‌بندی شد و راهکارهای پیشنهادی در سه تم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

مـدیریت واکـنش بـه حادثـه و محـیط، تـأمین نیازهـای حمایتی و آموزشی، و بهبود عملکرد و مداخلات کـادر درمان ارائه گردید.

مطالعه حاضر نشان داد کـه واکـنش بـه حادثـه و محـل حادثه از نخستین عوامل مؤثر در بروز اضطراب و افسردگی در کودکان بستری پـس از تصـادفات جـاده‌ای اسـت. ایـن نتیجـه بـا مطالعـه Bryant (۲۰۰۴) کـه واکنش‌هـای روانـی کودکان را ناشـی از ادراک فـردی حادثـه می‌داننـد همسـو است(۲۱). در حالی‌که یافته‌های این مطالعه نشان داد ترس و اضطراب کودکان الزاماً با شدت حادثـه مـرتبط نیسـت، در مقابل Nadimi (۲۰۲۵) شدت حادثه را عامـل تعیـین کننـده اضطراب پس از سانحه می‌دانند(۲۲). ایـن نـاهمخوانی نشـان می دهد درک و تفسیر ذهنـی کـودک، در شـکل گیـری اضطراب آنان نقش دارد.

از چالش‌هـای دیگـر مطالعـه، پیامـدهای روانـی و اجتماعی ناشی از حادثـه بـود. مشـکلاتی ماننـد اخـتلال خواب، انزوا، وابستگی رفتاری کودکان، کاهش تمایـل به حضور در جمع و ترس از سفر در جاده از شـایع‌ترین مشکلات کودکان بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش های Wittmann (2012) و Giannakopoulos and Kolaitis (۲۰۲۱)که بر شیوع بالای مشکلات خواب در کودکـان و نوجوانـان پـس از مواجهـه بـا وقـایع آسـیب‌زا تأکیـد داشتند همسو بوده است(۲۳، ۲۴). هم‌چنین نتایج نشان داد نبود سامانه‌ای برای ثبت، ارجاع و پایش کودکان آسیب دیده، موجـب فقـدان پیگیـری روانـی و از دسـت رفـتن فرصت شناسایی زود هنگام افسـردگی پـس از تـرخیص می‌شود. در مقابل مطالعه Ridings (۲۰۱۹)نشان داد کـه اجـرای برنامـه‌ای سـاختار یافتـه بـرای ثبـت و پیگیـری کودکـان بسـتری، امکـان تشـخیص زود هنگـام علائـم روانـی و ارجـاع بـه موقـع را فـراهم کـرده و در کـاهش افسردگی نقش مؤثری دارد(۲۵). این تفـاوت مـی توانـد ناشی از تفاوت بستر نظام سلامت و دسترسی به خدمات روان شناختی در محیط‌های گوناگون باشـد. عملکـرد و مـداخلات کـادر درمـان یکـی از چالش‌هـای اصـلی در کاهش افسردگی کودکان بستری پس از حوادث جاده‌ای است. یافته‌های نشان داد که تأخیر در واکنش اورژانسـی، تمرکـز بـیش از حـد بـر مـداخلات جسـمی و فقـدان پروتکل‌های مشخص برای حمایت روانـی اولیـه، موجـب نادیده گرفته شـدن نیازهـای عـاطفی کودکـان و افـزایش استرس و اضطراب آنـان می‌شـود. ایـن نتـایج بـا پـژوهش Curtis (2016) کـه نشـان داد حمایـت روانـی کودکـان بستری نادیده گرفته شده است، همسو است(۲۶). علاوه بر این محدودیت منابع سازمانی از جمله کمبود روان شـناس کودک و مددکار اجتماعی، بار کاری بالای پرستاران، از موانع عمده در ارائـه مراقبـت روانـی بـه کودکـان آسـیب دیده است. ایـن یافتـه‌ها بـه همـراه نتـایج مطالعـه Ballout (۲۰۲۵) نشـان داد کـه نظـام سـلامت روان در سـطح بـین المللی با چالش‌هایی همچـون کمبـود نیـروی متخصـص، فرسـودگی شـغلی مواجـه اسـت(۲۷). عـلاوه بـر ایـن، Sarikhani (۲۰۲۱) نشـان دادنـد کـه محـدودیت منـابع انسانی و موانع سازمانی از چالش‌های اصلی ارائه خـدمات روانی در کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌باشند(۲۸).

مدیریت واکنش بـه حادثـه و محـیط حادثـه یکـی از راهکارهای مهـم در کـاهش افسـردگی کودکـان بسـتری پس از حوادث جاده‌ای اسـت. یافتـه‌های پـژوهش حاضـر نشان داد که بهبود مدیریت محـیط حادثـه، از جملـه آرام سازی محیط و کاهش تحریکات روانـی، همـراه بـا ارائـه اقدامات درمانی فوری می‌تواند استرس کودکان و والدین آن‌ها را کاهش دهد. ایـن یافتـه بـا مطالعـه Murphy and King (۲۰۲۴)که نشان داد استفاده از تکنیک‌های حـواس پرتی می‌تواند کودکان را در صحنه‌های حادثه آرام کرده و حس امنیت آن هارا افزایش دهد، همسو است(۲۹).

یکی از راهکارهای مهم در کاهش افسردگی کودکـان بستری پس از حوادث جـاده‌ای، تـأمین نیازهـای حمـایتی و آموزشی است. در حوزه حمایت روانی تشـکیل گروه‌هـای حمایتی والدین، ارائه مشاوره تخصصـی والـدین و پیگیـری روانی ساختار یافته می‌توانـد موجـب آرامـش والـدین و در نتیجـه کـاهش افسـردگی کودکـان شـود. در همـین راسـتا

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

Foster (۲۰۱۷) و Curtis (۲۰۱۶) نیز بر ضرورت ارائه مراقبت‌های روانشناختی هدفمند برای والدین کودکان آسیب دیده تأکید کرده‌اند، و Curtis (۲۰۱۶) یک مدل پیشنهادی با ارائه مراقبت‌های روانی-اجتماعی در طول بستری و پس از ترخیص، حمایت از کودکان آسیب دیده و خانواده‌هایشان را بهبود می‌بخشد(۲۶، ۳۰). هم‌چنین Foster (۲۰۱۹)گزارش کردند که پیگیری روانی مستمر و رویکرد خانواده محور سلامت روان والدین و خانواده را ارتقا می‌دهد(۳۱).

علاوه بر حمایت های روانی، نتایج پژوهش حاضر بر اهمیت آموزش نیز تأکید دارد. آموزش مهارت‌های خوداتکایی و اعتماد به نفس در کودکان، همراه با آموزش حمایت عاطفی به والدین و می‌تواند اضطراب و افسردگی کودکان کاهش دهد. در همین راستا، Williamson (۲۰۱۶)گزارش کردند که والدین با تشویق کودک به بیان احساسات، تمرین‌های اعتماد به نفس و باز تفسیر مثبت حادثه توانسته‌اند فشار روانی فرزندان خود را کاهش دهند(۳۲). این یافته با نتایج حاضر همسو است که بر اهمیت ترکیب حمایت عاطفی والدین و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کودکان تأکید دارد. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که آموزش‌های ضمن خدمت کادر درمان با تقویت مهارت‌های روانی، توانایی آن‌ها در مراقبت از کودکان آسیب دیده را افزایش داده و به کاهش اضطراب و افسردگی این کودکان کمک می‌کند. در این راستا، یافته های مطالعه Marsac (۲۰۱۶)) نشان داد که برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ترومـا، دانش و مهارت‌های ارتباطی و حمایتی کادر درمان را تقویت کرده بود و کیفیت مراقبت و حمایت عاطفی از بیماران بهبود یافته بود(۳۳).

بهبود عملکرد و مداخلات کادر درمان، یکی دیگر از راهکارهای مهم در کاهش افسردگی کودکان بستری پس از حوادث جاده‌ای است. بهبود واکنش اولیه کادر درمان در سطح پیش بیمارستانی و بیمارستانی پیامدهای منفی روانی والدین و کودکان را در لحظات نخست کاهش دهد و شناسایی سریع علایم روانی کودک را تسهیل کند. در همین راستا WHO (World Health Organization, 2022) نیز بر اهمیت غربالگری روان شناختی در اورژانس‌ها و بخش‌های بستری تأکید و پیشنهاد کرده که این فرایند بخشی از چک لیست مراقبت کودکان آسیب دیده باشد(۳۴). علاوه بر این، یافته پژوهش حاضر نشان داد که ایجاد آرامش در محیط درمانی و حضور والدین کنار کودک، عملکرد کادر درمان را بهبود و اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد، این یافته با نتایج مطالعه Sereno (۲۰۲۵) که نشان داد همراهی والدین کنار کودکان بستری پیامد های روانی بهتری برای کودکان دارد هم راستا است(۳۵). همچنین، مدیریت منابع بیمارستانی از طریق حمایت‌های گروه‌های مردم نهاد و خیرین می‌تواند تأمین نیروی متخصص روان مورد نیاز برای مراقبت از کودکان آسیب دیده را ممکن سازد. در همین راستا مطالعه Thara and Patel (۲۰۱۰) نیز نشان داد که کمبود مراکز درمانی و روانپزشکان در بخش دولتی شکاف مراقبت‌های روانی را افزایش داده و سازمان‌های غیر دولتی در ارائه مراقبت‌های کم هزینه و مؤثر نقش مهمی دارند(۳۶).

در نهایت نتایج مطالعه حاضر نشان داد که افسردگی کودکان پس از حوادث جاده‌ای یک چالش چند بعدی است که نیازمند حمایت از کودک و خانواده است. شناسایی چالش‌ها و اجرای راهکارهای پیشنهادی، از جمله آموزش، توسعه خدمات روان شناختی می‌تواند وضعیت روانی کودکان را بهبود دهد. پیشنهاد می شود سیاستگذاران حوزه سلامت، ساختارهای منسجم ثبت و پیگیری روانی و برنامه‌های حمایتی خانواده محور را توسعه دهند تا پیامدهای روانی تصادفات در کودکان کاهش یابد. این مطالعه همانند دیگر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این مطالعه صرفا محدود به شهر تبریز بود. با این حال، با انتخاب نمونه‌ای ناهمگن دیدگاه‌های متنوعی جمع‌آوری شد. همچنین، داده‌ها بر پایه خود گزارشی گردآوری شدند که می‌تواند با سوگیری همراه باشد، اما با اجرای پایلوت،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

رعایت اصول اخلاقی، بازبینی کدها و بازخورد دهی نتایج به مشارکت کنندگان این محدودیت را تا حدی کاهش داد. پیشنهاد می‌شود مطالعات کمی برای سنجش اثر بخشی مداخلات و مطالعات طولی برای پیگیری بلند مدت اثرات روانی حوادث بر کودکان و خانواده ها انجام شود.

سپاسگزاری

از مرکز مدیریت و پیشگیری از مصدومیت‌های ترافیکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بابت حمایت در انجام مطالعه حاضر سپاسگزاریم.

References

1. Zare H, Abdollahi M, Poursadeghiyan M, Kasiri N. Epidemiological Study of Fatal Road Accidents in Eastern Iran in a Five-year Period. Health in Emergencies and Disasters Quarterly 2022; 8(1): 47-54.
2. Mollaei Pardeh M, Yarmohammadian MH, Atighecian G, Ebrahimi A, Maracy MR. 11-Year Trend of Mortality from Fatal Road Traffic Injuries in The Center of Iran; a Cross-sectional Study. Arch Acad Emerg Med 2024; 12(1): e27.
3. Danaei G, Farzadfar F, Kelishadi R, Rashidian A, Rouhani OM, Ahmadnia S, et al. Iran in transition. The Lancet 2019; 393(10184): 1984-2005.
4. Rezayat AA, Zarifian A, Maamouri G, Imani B, Tork MAB, Ebrahimi N, et al. Child injury mortality in Iran: A systematic review and meta-analysis. Journal of Transport & Health 2020; 16: 100816. PMID: 41193912
5. Mitchell M. Death and injury on the road. The Aftermath of Road Accidents: Routledge; 2021 p. 3-14.
6. van der Vlegel M, Polinder S, Toet H, Panneman MJM, Geraerds A, Haagsma JA. Anxiety, depression and post-traumatic stress symptoms among injury patients and the association with outcome after injury. Eur J Psychotraumatol 2022; 13(1): 2023422. PMID: 40319827
7. Kovacevic J, Miskulin M, Degmecic D, Vcev A, Leovic D, Sisljagic V, et al. Predictors of Mental Health Outcomes in Road Traffic Accident Survivors. J Clin Med 2020; 9(2).
8. Stickley A, Oh H, Sumiyoshi T, McKee M, Koyanagi A. Injury and depression among 212 039 individuals in 40 low- and middle-income countries. Epidemiol Psychiatr Sci 2019; 29: e32.
9. Rissanen R, Ifver J, Hasselberg M, Berg HY. Quality of life following road traffic injury: the impact of age and gender. Qual Life Res 2020; 29(6): 1587-96. PMID: 31960212
10. Deluka-Tibljaš A, Šurdonja S, Ištoka Otković I, Campisi T. Child-Pedestrian Traffic Safety at Crosswalks—Literature Review. Sustainability 2022; 14(3): 1142.
11. Salehi-pourmehr H, Sabahi Z, Pashazadeh F, Tahmasbi F, Aletaha R, Kashtkar M, et al. Delayed PTSD Prevalence in Road Traffic Crashes: A Systematic Review and Meta-analysis. Current Psychiatry Research and Reviews 2024; 20.
12. Ellis A, Stores G, Mayou R. Psychological consequences of road traffic accidents in

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

children. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998; 7(2): 61-8. PMID: 16612135

13. Dipnall JF, Lyons J, Lyons RA, Ameratunga S, Brussoni M, Lecky FE, et al. Impact of an injury hospital admission on childhood academic performance: a Welsh population-based data linkage study. Injury Prevention 2024; 30(3): 206.
14. Moradi A, Rahmani K, G G. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors in Children with Experience of Traffic Accident in Tehran. Journal of Traumatic Stress Disorders & Treatment 2017; 06.
15. Heydari ST, Sarikhani Y, Lankarani KB, Shirazi MK. Burden of transportation injuries among children and adolescents of Fars province: analysis of Iran's 20-year trends. Epidemiol Health 2014; 36: e2014032.
16. Ghiasvand H, Roshanfekr P, Ali D, Ardakani HM, Stephens AN, Armoon B. Determinants of road traffic injuries in Iranian children; results from a National Representative Demographic- Health Survey 2010. BMC Pediatr 2020; 20(1): 231. PMID: 32429865.
17. Wisdom JP, Cavaleri MA, Onwuegbuzie AJ, Green CA. Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. Health Serv Res 2012; 47(2): 721-45.
18. Hennink M, Kaiser BN. Sample sizes for saturation in qualitative research: A systematic review of empirical tests. Soc Sci Med 2022; 292: 114523. PMID: 34785096.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-12.
20. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A Review of the Quality Indicators of Rigor in Qualitative Research. Am J Pharm Educ 2020; 84(1): 7120.
21. Bryant B, Mayou R, Wiggs L, Ehlers A, Stores G. Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. Psychol Med 2004; 34(2): 335-46.
22. Nadimi N, Mansourifar F, Sheykhfard A, Useche SA. What factors could enhance post-crash anxiety and depression outcomes? A SEM-based retrospective study. Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour 2025; 114: 741-57.
23. Wittmann L, Zehnder D, Jenni OG, Landolt MA. Predictors of children's sleep onset and maintenance problems after road traffic accidents. Eur J Psychotraumatol 2012; 3. PMID: 22893829
24. Giannakopoulos G, Kolaitis G. Sleep problems in children and adolescents following traumatic life events. World J Psychiatry 2021; 11(2): 27-34.
25. Ridings LE, Anton MT, Winkelmann J, Davidson TM, Wray L, Streck CJ, et al. Trauma Resilience and Recovery Program: Addressing Mental Health in Pediatric Trauma Centers. J Pediatr Psychol 2019; 44(9): 1046-56.
26. Curtis K, Foster K, Mitchell R, Van C. How is care provided for patients with paediatric trauma and their families in Australia? A mixed-method study. J Paediatr Child Health 2016; 52(8): 832-6.
27. Ballout S. Trauma, Mental Health Workforce Shortages, and Health Equity:

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]

A Crisis in Public Health. Int J Environ Res Public Health 2025; 22(4).

28. Sarikhani Y, Bastani P, Rafiee M, Kavosi Z, Ravangard R. Key Barriers to the Provision and Utilization of Mental Health Services in Low-and Middle-Income Countries: A Scope Study. Community Ment Health J 2021; 57(5): 836-52.
29. Murphy LM, King EK. The Lived Experiences of First Responders During Emergency Events Involving Children: Child Reactions, First Responder Roles, and Additional Needs. The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice 2024; 5(2).
30. Foster K, Young A, Mitchell R, Van C, Curtis K. Experiences and needs of parents of critically injured children during the acute hospital phase: A qualitative investigation. Injury 2017; 48(1): 114-20.
31. Foster K, Mitchell R, Young A, Van C, Curtis K. Parent experiences and psychosocial support needs 6 months following paediatric critical injury: A qualitative study. Injury 2019; 50(5): 1082-8. PMID: 30655002.
32. Williamson V, Creswell C, Butler I, Christie H, Halligan SL. Parental responses to child experiences of trauma following presentation at emergency departments: a qualitative study. BMJ Open 2016; 6(11): e012944.
33. Marsac ML, Kassam-Adams N, Hildenbrand AK, Nicholls E, Winston FK, Leff SS, et al. Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks. JAMA Pediatr 2016; 170(1): 70-77. PMID: 26571032.
34. WHO W. World mental health report: transforming mental health for all. World Health Organization 2022.
35. Sereno I, Young G, Hughes ML, Harsvik M, George JE. Association between psychosocial barriers, family-centered care, and caregiver presence at the bedside in a pediatric post-acute care hospital: A qualitative study. J Pediatr Nurs 2025; 82: e84-e90.
36. Thara R, Patel V. Role of non-governmental organizations in mental health in India. Indian J Psychiatry 2010; 52(Suppl 1): S389-395.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-12-21]