

ارتباط افسردگی و کیفیت زندگی در پرستاران: کاربرد مدل تحلیل مسیری

عزیز کسانى، محسن نيازى[■]، رستم منتى، يوسف على محمدى، واليه منتى

چکیده

مقدمه: پرستاران به دلیل ماهیت کاری همیشه مستعد به خطر افتادن سلامتی‌شان هستند. پرستارانی که از سلامت روانی و جسمی مناسب برخوردار نباشند، به درستی قادر نخواهند بود که مراقبت‌های مطلوبی از بیماران به عمل آورند.

هدف: این مطالعه با هدف شناسایی عوامل مؤثر با افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان شهر ایلام بوده که با استفاده از مدل تحلیل مسیری اجرا گردیده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی می‌باشد، که روی همه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر ایلام در سال (۱۳۹۰) انجام شده است. پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک ۲۱ سوالی (BDI= Beck Depression Inventory) و کیفیت زندگی (Short form-QOL₁₂) و پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک برای گردآوری داده‌ها بکار رفت. برای آزمون مدل علیتی، تحلیل مسیری به کار گرفته شد. برای انجام تحلیل مسیری افسردگی و کیفیت زندگی مدل علیتی فرضی این مؤلفه‌ها طراحی و با استفاده از آنالیز رگرسیون چندگانه، مدل نهایی مؤلفه‌های افسردگی و کیفیت زندگی ترسیم گردید. در این مطالعه متغیر افسردگی به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرهای مورد بررسی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند و در برنامه SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر طبق مدل نهایی تحلیل مسیری، مهمترین متغیرهای تأثیرگذار بر افسردگی به ترتیب، بعدروانی کیفیت زندگی (۰/۲۸)، وضعیت تاهل (۰/۲۵)، بعد جسمی کیفیت زندگی (۰/۲۴)، شیفت شب (۰/۱۸)، سن (۰/۱۶)، و اضافه کاری (۰/۱۲) بوده که تأثیر مستقیم متغیرهای ذکر شده بر مؤلفه افسردگی در پرستاران بیش از تأثیر غیر مستقیم آنها از طریق بعد روانی و بعد جسمی؛ کیفیت زندگی می‌باشد. همچنین مدل مؤلفه‌های افسردگی و کیفیت زندگی این مطالعه (۰/۴۸) از تغییرات متغیر افسردگی را نسبت به متغیرهای مستقل در مدل تبیین نمود. نتیجه‌گیری: برنامه‌ریزی توسط مدیران پرستاری در جهت افزایش سطح بعد روانی پرستاران، توجه به تحکیم پایه‌های خانواده مثل ازدواج، کم کردن و توزیع تعداد ساعات کار و همچنین کم کردن ساعات کار در شیفت شب برای پرستاران می‌تواند باعث کم شدن افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در آنها شود.

کلمات کلیدی: افسردگی، پرستار، کیفیت زندگی، تحلیل مسیری

عزیز کسانى

دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

■ مؤلف مسؤو: محسن نيازى

استاد جامعه‌شناسی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

آدرس: niazim@kashanu.ac.ir

رستم منتى

کارشناس ارشد مردم‌شناسی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

يوسف على محمدى

دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

واليه منتى

کارشناس ارشد مردم‌شناسی، مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال سوم، دوره سوم، شماره دوم

تابستان ۱۳۹۳

■ مقدمه

بر طبق تحقیقات قبلی کارکنان مشاغل بهداشتی از نظر ابتلا به بیماریهای روانی و خطر خودکشی و افسردگی شغلی به مراتب مستعدتر از مردم عادی گزارش شده‌اند (۱). توجه به بهداشت روانی افراد در همه عرضه‌های زندگی از جمله زندگی فردی، اجتماعی و شغلی حایز اهمیت می‌باشد، در این بین حرفه پرستاری، بیشترین مشاغلین بخش بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهد، و جزء یکی از حرفه‌های استرس‌آور است، که در این حرفه پرستاران نقش مراقبت دهنده بیمار و اداره‌کنندگان وضعیت جسمی و روانی بیماران را دارند (۲). پرستاران به عنوان پازوی توانمند سیستم خدمات بهداشتی و درمانی نقش به‌سزایی در تحول و پیشرفت امور مراقبتی، درمانی، بهبود و ارتقاء سلامت ایفا می‌کنند (۳). بنابراین سلامت جسمی و روانی پرستاران از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد (۴، ۵). پرستاران به دلیل شیفت‌های کاری طولانی و خستگی ناشی از آن همیشه مستعد به خطر افتادن سلامتی‌شان هستند. پرستارانی که از سلامت روانی و جسمی مناسب برخوردار نباشند، به درستی قادر نخواهند بود که مراقبت‌های مطلوبی همانند حمایت‌های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند (۶، ۷). در محیط کار محرک‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی هر کدام می‌توانند عامل ایجاد استرس و افسردگی به حساب آیند (۶). در پرستاران تجمعی از استرس‌های تسکین نیافته می‌تواند حالتی از خستگی مزمن و افسردگی حاصل از ناامیدی را ایجاد کند، افسردگی ناشی از استرس شغلی خسارت‌هایی به شکل مخارج درمان و از دست دادن ساعات کار و تولید نیز به همراه دارد. از عوارض دیگر افسردگی پرستاران، غیبت از کار است که به عنوان یک امر مشکل‌زا رو به افزایش است (۷). بر طبق مطالعات قبلی متغیرهای متعددی همانند سن، ساعات زیاد کار پرستاری، شیفت شب کاری و متغیرهای اقتصادی اجتماعی می‌توانند با افسردگی در پرستاران مرتبط باشند (۳، ۵، ۷). در ۵۰٪ موارد شروع افسردگی بین سنین ۲۰-۵۰ سالگی است که اکثر نیروهای فعال پرستار هم در این دامنه سنی قرار دارند (۷).

افسردگی از اختلالات شایع روانپزشکی است، و یکی از شایعترین مسائلی که در پزشکی امروز دیده می‌شود، افسردگی نشانگر احساس کسالت روان، کمبود انرژی، از دست رفتن توان، ناامیدی، بی‌فایده بودن، بی‌علاقگی و بدبینی است (۸). افسردگی مجموعه‌ای از حالات مختلف روحی و روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند. افسردگی اساسی واژه‌ای

است که توسط انجمن روانپزشکی آمریکا جهت مجموعه‌ای از علائم اختلال خلق برای DSM-III در سال ۱۹۸۰ به کار رفت و پس از آن عمومیت یافت. افسردگی منجر به از کارافتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹ و ۱۰). این بیماری به عنوان چهارمین عامل ناتوانی در سراسر جهان شناخته شده و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت ناتوانی انسانها تبدیل شود (۱۱). رابطه مستقیمی بین بروز افسردگی و تنش‌های روانی وجود دارد. همچنین کیفیت زندگی هم از جنبه‌های روانی مربوط به زندگی افراد می‌باشد که میزان تطبیق‌کارایی را با سلامت شخص نشان می‌دهد (۱۲). سازمان جهانی بهداشت (WHO) کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، تفسیر می‌نماید و این درک در ارتباط با اهداف اصلی، ادراکات و برداشت‌های فرد از حیات، مفهوم می‌یابد. این واقعیت دارای محدوده گسترده‌ای است که به طرق مختلف تحت تأثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورهای فردی و ارتباطات اجتماعی فرد قرار دارد. کیفیت زندگی هم یکی از شاخص‌های مهم در بعد روانی و جسمی افراد می‌باشد که توجه به این مقوله می‌تواند باعث افزایش کارایی افراد و جلوگیری از تشنجات روانی شود (۱۳، ۱۴).

با توجه به اهمیت افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران که حلقه‌ای از سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌باشند و حفظ سلامت آنان در کیفیت و کمیت ارائه خدمات بهداشتی مؤثر است و در نهایت می‌تواند سلامت جامعه را تضمین نماید، این مطالعه با هدف بررسی افسردگی و کیفیت زندگی با استفاده از مدل علیتی تحلیل مسیری در پرستاران بیمارستان‌های شهر ایلام انجام گردید، برخی عواملی که در این پژوهش رابطه آن با افسردگی و کیفیت زندگی سنجیده می‌شود عبارت‌اند از: سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل همسر، تحصیلات همسر، فوت والدین قبل از یازده سالگی، اندازه خانوار، مصرف مداوم قرص‌های ضدبارداری در سه ماهه اخیر، وجود حاملگی فعلی، میزان ساعات اضافه کاری و میزان ساعات شب کاری می‌باشد.

■ مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی (Cross sectional) می‌باشد، که در سال ۱۳۹۰ به روش تمام شماری بروی پرستاران شاغل (۱۹۱ پرستار) در بیمارستان‌های شهر ایلام انجام گردید (مجموع ۲۰۲

پرستار، ۱۱ نفر ریزش در طول مطالعه). این مراکز درمانی شامل بیمارستانهای؛ امام خمینی (ره) ۷۱ پرستار، مصطفی خمینی ۷۴ پرستار، بیمارستان طالقانی ۲۶ پرستار، بیمارستان قائم ۱۰ پرستار، زایشگاه کوثر ۶ پرستار و درمانگاه تامین اجتماعی ۴ پرستار بوده اند. پس از کسب رضایت آگاهانه با توجه آنها از لحاظ اهداف مطالعه نسبت به توزیع پرسشنامه استاندارد افسردگی بک ۲۱ سؤال (BDI= Beck Depression Inventory) و کیفیت زندگی (Short form-12) که روایی و پایایی آن در مطالعات دیگر به اثبات رسیده است، اقدام شد. پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-12) فرم تعدیل شده پرسشنامه SF-36 می باشد. این پرسشنامه شامل دو بعد نهایی (بعد جسمی و بعد روانی) و ۸ بخش می باشد (۱۵). در این مطالعه متغیر افسردگی به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرهای مورد بررسی به عنوان متغیر مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. با استفاده از مدل آماری تحلیل مسیری میزان اثر مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته محاسبه شده است. در این مطالعه نمره کلی افسردگی به عنوان متغیر وابسته اصلی وارد مدل گردید به این صورت که در مرحله اول یک مدل علیتی فرضی بر اساس مطالعات انجام شده قبلی برای افسردگی تدوین و سپس مدل فرضی با استفاده از آزمون رگرسیون چند گانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و متغیرهایی که در مدل رگرسیون چندگانه معنی دار نشده ($P \geq 0/50$) حذف و در نهایت مدل نهایی افسردگی تدوین گردید. در این مدل ضریب بتای استاندارد (β) به دست آمده از رگرسیون چند متغیره نشان دهنده ارتباط بین متغیرها می باشد. و ضریب R^2 (ضریب تعیین) بدست آمده از آنالیز رگرسیونی نشان دهنده کارایی مدل می باشد. متغیرهای مستقل شامل بعد جسمی و بعد روانی (شاخص های کیفیت زندگی)، سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل همسر، تحصیلات همسر، فوت والدین قبل از یازده سالگی، اندازه خانوار، سابقه افسردگی، مصرف مداوم قرص های ضدبارداری در سه ماهه اخیر، وجود حاملگی فعلی، میزان ساعات اضافه کاری و میزان ساعات شب کاری می باشد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و آزمون رگرسیون مدل های فرضی مورد تجزیه تحلیل و در نهایت مدل مناسب این مؤلفه ها به دست آمد.

یافته ها

مشخصات دموگرافیک جمعیت تحت مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است. در این مطالعه متغیرهای شغل همسر ($P \geq 0/11$)، تحصیلات همسر ($P \geq 0/28$)، فوت والدین قبل از یازده سالگی

ضریب R^2 (ضریب تعیین) که بیان کننده کارایی و برازندگی هر یک از مدل ها می باشد (۱۸) برای مدل افسردگی $0/48$ به دست آمد، به عبارت دیگر این مدل ۴۸ درصد از تغییرات متغیر افسردگی در این مطالعه را نسبت به متغیرهای مستقل در این مدل تبیین می کند.

مدل افسردگی همراه با جداول تفسیری آنها در جداول و نمودارهای زیر آمده است. همچنین وضعیت کیفیت زندگی و افسردگی پرستاران بیمارستانهای شهر ایلام به ترتیب در جدول شماره ۱ و ۲ آمده است. در این مطالعه میانگین نمره افسردگی در پرستاران $21/13 \pm 4/25$ تخمین زده شده است، همچنین وضعیت افسردگی پرستاران این مطالعه بر حسب درجات (جزیی، خفیف، متوسط، شدید) در جدول شماره ۲ آمده است.

با توجه به مدل فرضی و با استفاده از آنالیز رگرسیونی مدل تحلیل مسیری زیر برای افسردگی در پرستاران شهر ایلام به دست آمده است.

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی عوامل مرتبط با افسردگی و کیفیت زندگی پرستاران شاغل در بیمارستان شهر ایلام بوده که با استفاده از مدل تحلیل مسیری اجرا گردیده است. بر طبق این پژوهش مهمترین عواملی که بر روی افسردگی تاثیر دارند، به ترتیب بعد روانی پرستاران، وضعیت زناشویی (متاهل به مجرد)، ساعات کاری در شیفت شب، سن، بعد جسمی، اضافه کاری، سابقه افسردگی در پرستاران می باشند که اثر مستقیم همه این عوامل بر روی افسردگی بیشتر از اثر غیر مستقیم آنها (از طریق بعد روانی و بعد جسمی کیفیت زندگی) می باشد.

بعد روانی کیفیت زندگی از عوامل بسیار موثر بر افسردگی است به طوری که برخورداری از سلامت روان باعث افزایش اعتماد و همبستگی شده و زمینه را برای بروز افسردگی کنترل می کند (۴) ولی از آنجا که حرفه پرستاری در بین سایر حرفه ها به دلیل موقعیت ویژه ای که برخوردار است و شاغلان آن دائم در معرض عوامل خطر بی شماری مانند مسایل عاطفی مربوط به بیمار، شرایط سخت محیط کار بخصوص در بعضی بخش هایی مثل CCU, ICU و اطفال، ساعات کار زیاد، شیفت شب کاری و حجم بالای کار در موقعیت حساس

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک پرستاران بیمارستان‌های شهر ایلام در سال ۱۳۹۰

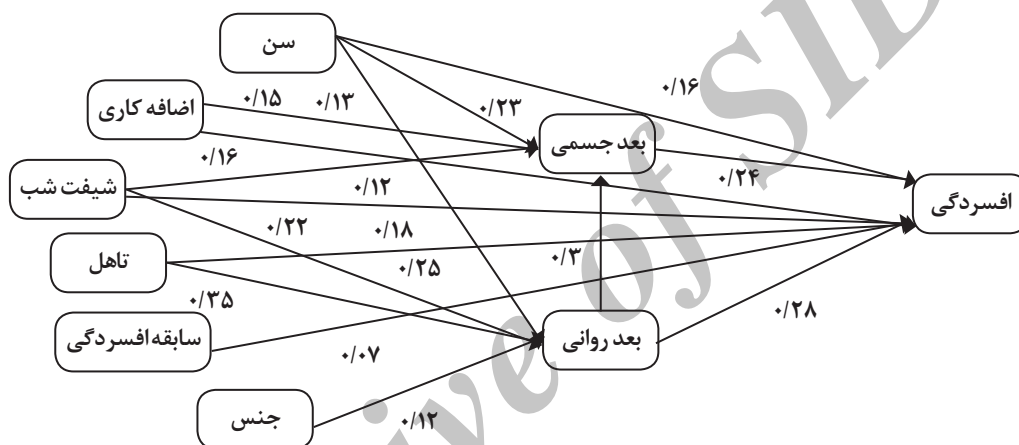
مشخصات دموگرافیک	طبقه بندی	تعداد	درصد	سطح اطمینان ۹۵ درصد
سن	۲۰-۳۰ سال	۶۱	۳۱/۹	۱۹/۸۵-۴۳/۹۰
	۳۰-۴۰ سال	۹۸	۵۳/۳	۴۳/۲۴-۶۳/۳۵
	بالتر از ۴۰	۳۲	۱۶/۸	۳/۰۸-۳۰/۱۵
جنس	زن	۱۱۷	۶۰/۵	۵۱/۵۰-۶۹/۴۹
	مرد	۷۴	۳۹/۵	۲۸/۰۹-۵۰/۹۱
وضعیت زناشویی	متاهل	۹۷	۵۰/۷	۴۰/۵۶-۶۰/۸۳
	مجرد	۸۴	۴۴/۱	۳۳/۲۵-۵۴/۹۴
	بیوه یا مطلقه	۱۰	۵/۲	-۱۱/۵۹-۲۱/۹۹
وضعیت اشتغال همسر	شاغل	۱۱۸	۶۲/۴	۵۳/۵۲-۷۱/۲۱
	بیکار(در جستجوی کار)	۴۰	۲۳/۵	۹/۷۵-۳۷/۲۴
	سایر	۱۲	۷/۱	-۹/۹۸-۲۴/۱۸
تعداد ساعات کار شیفت شب در ماه	کمتر از ۵	۱۰	۵/۳	-۱۱/۶۴-۲۲/۴
	۵-۱۵	۶۱	۳۲/۲	۲۰/۱۲-۴۴/۲۷
	۱۵-۲۵	۶۸	۳۶	۲۴/۲۸-۴۷/۷۱
	۲۵-۳۵	۳۲	۱۷	۳/۲۲-۳۰/۷۷
	بیشتر از ۳۵	۱۸	۹/۵	-۵/۵۳-۲۴/۵۳
بعد روانی کیفیت زندگی	پایین	۱۳	۶/۸	-۹/۰۷-۲۲/۶۷
	متوسط	۳۴	۱۷/۸	۴/۲۳-۳۱/۳۶
	خوب	۸۳	۴۳/۵	۳۲/۶۰-۵۴/۳۹
بعد جسمی کیفیت زندگی	خیلی خوب	۶۱	۳۱/۹	۱۹/۸۵-۴۳/۹۴
	پایین	۱۶	۸/۴	-۶/۸۹-۲۳/۶۹
	متوسط	۵۸	۳۰/۴	۱۸/۱۹-۴۲/۶۰
	خوب	۸۱	۴۲/۴	۳۱/۳۹-۴۰/۵۳
	خیلی خوب	۳۶	۱۸/۸	۵/۳۷-۳۲/۲۲

می‌شود(۳،۵).
 بین تاهل و افسردگی در مطالعات قبلی ارتباط معنی داری دیده می‌شود که با یافته‌های این مطالعه مطابقت دارد(۹۳) در این تحقیقات میزان افسردگی در مجردها نسبت به متاهل‌ها بیشتر دیده می‌شود که این امر احتمالاً به دلیل هدف دار بودن زندگی مشترک و سعی در ارتقاء زندگی با امیدواری بیشتر در متاهل‌ها، قابل تفسیر

تری هستند پرستاران با افزایش فشارهای روانی، عاطفی و افسردگی توأم روبرو هستند(۱۵). مطالعات اپیدمیولوژیکی نشان می‌دهند که عوامل روانی در محیط کار در به وجود آمدن افسردگی نقش اساسی دارند، پرستاران در محیط کاری خود استرس و فشار زیادی تجربه می‌کنند، که این مسئله با فشار کاری خود حرفه پرستاری اثر برهمکنش(Interaction) داشته و موجب افسردگی در پرستاران

جدول ۲. مشخصات افسردگی بر حسب درجه شدت در پرستاران بیمارستانهای شهر ایلام در سال ۱۳۹۰

شاخص					افسردگی
سطح اطمینان ۹۵ درصد	درصد	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	
۲۲/۶۲-۴۶/۱۷	۳۴/۶	۱/۸۵	۷/۷۸	۶۶	افسردگی جزئی (نمره ۱۳-۰)
۱۹-۳۰-۴۳/۴۹	۳۱/۴	۲/۰۲	۱۵/۲۳	۶۰	افسردگی خفیف (نمره ۱۹-۱۳)
۱۶/۹۹-۴۱/۶۰	۲۹/۳	۴/۴۵	۲۳/۱۰	۵۶	افسردگی متوسط (نمره ۲۸-۲۰)
-۱۲/۶۱-۲۲/۰۱	۴/۷	۸/۷۰	۳۸/۴	۹	افسردگی شدید (نمره ۶۳-۲۹)
	۱۰۰	۴/۲۵	۲۱/۱۳	۱۹۱	جمع



شکل ۱. مدل تحلیل مسیری افسردگی در پرستاران بیمارستانهای شهر ایلام در سال ۱۳۹۰

می تواند در ایجاد یا تشدید در اختلال خواب موثر باشد و از سوی دیگر بین اختلالات خواب و اختلالات خلق و افسردگی ارتباط وجود دارد (۱۹،۲۳)، در مطالعه اسد زندی و همکاران بین افزایش تعداد ساعات کاری و افسردگی رابطه مستقیمی دیده شد که با یافته های مطالعه حاضر مطابقت دارد (۲۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین جنسیت و افسردگی در پرستاران رابطه وجود دارد بطوری که میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان تخمین زده شده است. بر اساس مطالعات انجام شده در اروپا و ایالات متحده برآورد شده است که بین ۹-۲۶ درصد زنان و ۵-۱۲ درصد از مردان در طول زندگی خود به افسردگی مبتلا می شوند. در پژوهش خمسه و همکاران (۱۳۸۸) بین افسردگی و جنسیت در پرستاران رابطه معنی داری پیدا شده است که با یافته های این مطالعه مطابقت دارد (۳،۲۴) که به خاطر درگیری بیشتر عاطفی زنان به مردان به

است و اینکه پرستاران متاهل نسبت به مجردها در معرض عوامل خطر کمتری برای افسردگی هستند (۱۶).

ساعات نامنظم و زیاد شیفت شب و شیفت های نامنظم بر روی جسم، روان، زندگی فردی، اجتماعی، عملکرد و کارایی پرستاران تاثیر منفی داشته و از عوامل مهم به وجود آمدن افسردگی در پرستاران می باشد، مطالعه محمودی و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان می دهد که بین شیفت کاری شب با افسردگی در پرستاران رابطه وجود دارد (۵،۶). نوبت کاری عوارض جسمی و روانی شناخته شده ای دارد که می تواند منجر به کاهش کارایی و توانایی فرد در انجام فعالیت های کاری شود. اختلال افسردگی به عنوان یکی از عوارض نوبت کاری است که می تواند منجر به کاهش کارایی در پرستاران شود. مطالعات مختلفی رابطه بین افسردگی با نوع نوبت کاری و به خصوص کار در شیفت شب را بیان می کند (۶) همچنین از آنجا که که اشتغال به صورت شیفت شب

جدول ۳. مشخصات افسردگی بر حسب درجه شدت در پرستاران بیمارستانهای شهر ایلام در سال ۱۳۹۰

متغیرها	اثر مستقیم (ضریب بتای استاندارد)	اثر غیرمستقیم (ضریب بتای استاندارد)	اثر کل	ضریب رگرسیونی B
سن	۰/۱۶	۰/۱۱	۰/۲۷	۳/۲۷
اضافه کاری	۰/۱۲	۰/۰۴	۰/۱۶	۲/۲۶
شیفت شب	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۲۹	۳/۰۲
وضعیت تاهل (متاهل به مجرد)	۰/۲۵	۰/۱	۰/۳۵	۴/۱۲
سابقه افسردگی	۰/۰۷	-	۰/۰۷	۰/۰۵
جنس	-	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۸
بعد جسمی کیفیت زندگی	۰/۲۴	--	۰/۲۴	۱/۹۵
بعد روانی کیفیت زندگی	۰/۲۸	۰/۰۷	۰/۳۵	۳/۵۶

شمار می‌آید این توانمندی به لحاظ عملی از طریق ارزیابی زندگی افراد جامعه مد نظر قرار می‌گیرد. سیاست گذاران و برنامه ریزان باید بر اساس ابزار و امکانات موجود کیفیت زندگی پرستاران را ارتقاء دهند. شیفت شب کاری از عوامل مهم در بروز افسردگی می‌باشد که با توجه به اثرات روانی و جسمی شیفت شب کاری لازم است با برنامه‌ریزی دقیق‌تر و با کاهش ساعات شیفت شب کاری برای هر پرستار از اثرات منفی آن بر روی پرستاران جلوگیری شود. همچنین سلامت جسمی پرستاران هم از عوامل مهم مرتبط با افسردگی می‌باشد به طوری که هرچه نمره سلامت جسمی هر پرستار بیشتر باشد میزان بروز افسردگی نیز کمتر می‌باشد، بنابراین توجه به سلامت جسمی با سبک زندگی سالم می‌تواند در این امر کمک کننده باشد.

شاید از مهم‌ترین یافته‌های تحلیل مسیری تأثیر مستقیم کیفیت زندگی (بعد روان و بعد جسمی)، وضعیت زناشویی، شیفت کار شب و ساعات اضافه کاری باشد که لازم است توسط سیاست‌گذاران و مسئولان سلامت پرستاری به دقت مورد توجه قرار گیرد. و مطالعات تکمیلی دقیق‌تر می‌تواند به تحلیل ارتباطات افسردگی و کیفیت زندگی در آن گروه‌ها کمک نماید.

■ تشکر و قدرانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب به شماره ۲۲/۵۲/۲۰۱ در مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام می‌باشد، که پیشاپیش از کارکنان این مرکز تشکر می‌شود.

خصوص در پرستاران که ممکن است با صحنه‌های ناخوشایند بیشتری روبرو باشند و همچنین تفاوت‌های هورمونی در بین مردان و زنان قابل تفسیر است (۲۵). در پژوهش ملازم و همکاران (۱۳۸۱) بین سن پرستاران با وضعیت شغلی آنها ارتباط معنی داری دیده شد در حالی یافته‌های مطالعات خمسه (۱۳۸۸) و حیرانی (۱۳۸۲) این ارتباط یافت نشد (۳،۲۶).

در مطالعه تریسی و همکارانش (۲۰۰۱) که به بررسی اضطراب و افسردگی در پرستاران پرداختند مهمترین فاکتورهایی که با افسردگی رابطه داشتند میزان ساعات کار پرستاران، تحصیلات، تعداد فرزندان و سن آنها می‌باشد، همچنین بین جنس پرستاران و افسردگی رابطه ای دیده نشد (۲۷) در مطالعه بررسی افسردگی در پرستاران بیمارستان نمازی در شهر شیراز در سال ۱۳۸۷ که در ۳۱۱ پرستار انجام شد، در این مطالعه سن با تمام عناصر افسردگی رابطه معنا داری داشت ولی در مطالعه حاضر جنس با افسردگی رابطه نداشت (۱۹). به نظر می‌رسد که با افزایش سن به علت انرژی کمتر و مشغولیت بیشتر زندگی، ارتباطات اجتماعی افراد کمتر می‌شود همچنین با افزایش سن مشکلات جسمی بیشتر می‌شود که به طور متقابل با مسائل روانی در ارتباط است که این امر می‌تواند توجیه کننده ارتباط سن با افسردگی باشد (۲۸).

■ نتیجه‌گیری

بعد روانی از عوامل موثر بر افسردگی است، بنابراین برنامه ریزی در جهت ارتقاء بعد روان افراد جامعه و به خصوص پرستاران ضروری می‌باشد. ارتقای سلامت روانی، شاخص توانمندی نظام اجتماعی به

■ References

1. Faulkner N, Mackay Ec. Stress in the work place public health and hospital nurses. *The Condition Nurse*, 1985;8(2): 40.
2. Nazarpour Sh, Mehrabizadeh H, Comparison of mental health of shift working nurses. *Jundishapur Scientific Medical Journal*.2008 ;6 (7).[Persian].
3. Khamesh F, Rocha H, Ebbady A,Hajamani Z,Salemi H. Survey relationship between demographic factors and depression in nurses working in the selected hospital in the Tehran city. *Quarterly Nursing and Midwifery Guilan*. 2011; 21(65):1-13. [Persian].
4. Chen YM. Role stress and job satisfaction for nurse specialists. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 59(5): 497-509.
5. Mahmoodi SH, Zehni K. Comparison of Depression in nursing shifts in educational hospitals Kordestan University of medical sciences. *Journal of Nursing Research*.,2013;8 (28):38-29. [Persian].
6. Mirmohammadi S, Mehrparvar A, Mehrjerdi A. Effect of working shift in depression in nurses, *Quarterly Occupational Medicine*. ,2009;1(1):27-24. [Persian].
7. Autnfm R. Depression: America's declining depression.*Journal of mental health*, 1993;6(3),65-78.
8. Jiloda S. From responsiveness to collaboration: depressive citizens, and the next generation of public administration.*Public Administration Review*, 1991;6(25):540.
9. Crawford JR, Henry JD. The depression anxiety stress scale. *British Journal of Psychology*. 2003;42(2):111-31 .
10. GlassJ, Mackinght D. A survey for identify relationship between shiftwork in nurses hospitals and physical and mental health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993;6(1): 147-155.
11. Patti E. Prevalence of anxiety and depression among emergency department staff. *Nursing*, 2007. 48(2): 8.
12. Gill TM ,Feinstein A critical appraisal of the quality of quality of life measurements. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 1994;272(8): 619-626.
13. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 1993;118(8): 622-629.
14. Addington-Hall J, Kalra L. Measuring quality of life: Who should measure quality of life? *BMJ: British Medical Journal*, 2001; 322(7299): 1417.
15. Montazeri A. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 2005;14(3): 875-882.
16. Loehlin JC. Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis. Lawrence Erlbaum Associates Publishers. 1998;2:272
17. Alwin DF, Hauser R. The decomposition of effects in path analysis. *American Sociological Review*, 1975;2(5):37-47.
18. Colquitt J, LePine J, Noe R. Toward an integrative theory of training motivation: a meta-analytic path analysis of 20 years of research. *Journal of Applied Psychology*,2000; 2: 85(5)678.
19. Dehghani M, Zoladl M,Boland-Parvaz SH,KeshtkaranZ, Mahmodi R. Asurvey on depression and its related factors in Nurses who work in Namazi Hospital of Shiraz University of Medical Sciences-2008. *Iran Occupational Health*, 2009; 6(3): 29-34.[Persian].
20. Sardar MA. Effect of eight weeks of aerobic training on mental health, depression, anxiety, somatic complaints, social dysfunction in male student . *Jondi Shapour ; Shahid Chamran University*. 2008;7(3):27-35. [Persian].
21. Scott A, Monk T, Brink L. Shift work as a risk factor for depression: a pilot study. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 1997; 3(2): 22.
22. Yousefi R, Namdari K, Edhamian A. Comparison of depression and occupational anxiety in nurses of section of psychology and non psychology. *Quarterly Nursing and Midwifery*. 2006;4(2):53-59. [Persian].
23. Lewittes L, Marshall L. Fatigue and concerns about quality of care among Ontario interns and residents. *CMAJ: Canadian*

Medical Association Journal, 1989; 140(1): 21.

24. Zandi A, Saiari R, Ebadi A, Sanaie H. Abundance of depression, anxiety and stress in militant Nurses. MilMed Journal.2001; 13(2): 103-108. [Persian].

25. Bildt C, Michelsen H. Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a 4-year follow-up. International archives of occupational and environmental health, 2002; 75(4): 252-258.

26. Molazem Z, Mohammad hosaini S, Karimi Z, Baghirizade GH, A study on job stress making factor and their degrees of stressfulness from the nurses, Journal of Armaghan Danesh, 2005;10(3):95-103. [Persian].

27. Teresi J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2001; 36(12): 613-620.

28. Muntaner C. Work organization, economic inequality, and depressing among nursing assistants a multivariate modeling approach. Psychological Reports, 2006; 98(2): 585-601.

Archive of SID

Relationship between nurses' depression and quality of life: applying path analysis model

Aziz Kassani, Mohsen Niazi[■], Rostan Menati, Yousef Alimohamadi, Waliyeh Menati

Kassani A.

Ph.D Student of Epidemiology, Prevention of Psychosocial Injuries Research Centre, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

■ Corresponding author:

Niazi M.

Professor of Sociology, Prevention of Psychosocial Injuries Research Center, Ilam university of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Address: niazim@kashanu.ac.ir

Menati R.

MSc of Anthropology, Prevention of Psychosocial Injuries Research Centre, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Alimohamadi Y.

MSc Student of Epidemiology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Menati W.

MSc of Anthropology, Prevention of Psychosocial Injuries Research Centre, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

Introduction: Always clinical nurses are in healthy risk, because of their work identity. Nurses who are not healthy in physical and psychological domains; they could not delivery nursing care to patients.

Aim: This study was done to identify factors associated with depression and quality of life nurses who worked in Ilam city hospitals.

Method: This was a cross-sectional study that was done for all nurses who were working in Ilam city hospitals in 2011. Data gathering was done by BDI= Beck Depression Inventory, Short form-QOL12 and demographic questionnaire. Path analysis as a statistical method was used to test the causal model. For path analysis depression and quality of life, a hypothetical causal model designed, so was used of regression multivariate analysis and was obtained final model of the depression and quality of life. In this study depression variable was independent variable and the others were independent variables and also, SPSS18 software used for data analysis.

Results: According to path analysis, important related variables with depression were respectively, mental domain QOL (28%), married status(25%), physical domain QOL(24%), shift working (18%), age (16%), and overtime hours working (12%), that direct effect of these variables were more than indirect effect; through of mental and physical domains of nurses' QOL on their depression. Also, in this model; depression variables and QOL could be predicted (48%) variance depression to other variables.

Conclusion: Nurse managers must be planning to increase nurses' mental health, attention to variety aspects of family such as marriage, decrease and distribution of times working especially in night shift could be increased quality of life in nurses and decreased their depression.

Key words: depression, nurse, path analysis, quality of life

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

Third Year, Vol 3, No 2, Summer 2014