

بررسی افسردگی پرستاران بیمارستان نمازی شیراز و عوامل مرتبط با آن - ۱۳۸۷

مینادهقانی^۱، محمد ذوالعدل^۲، شهرام بلندپرواز^۳، زهرا کشتکاران^۴، رضامحمودی^۵، عباس جبارنژاد^۶

تاریخ پذیرش: ۸۸/۸/۲۰

تاریخ ویرایش: ۸۸/۶/۱۱

تاریخ دریافت: ۸۸/۳/۱۹

چکیده

زمینه و اهداف: گستره وسیع حیطه فعالیت پرستاران و ماهیت بین رشته ای این حرفه سبب ایجاد ضربه شغلی در پرستاران شده و موجب تغییرات خلقی بویژه افسردگی در آنان می شود. از آنجا که سلامت و ایمنی بیماران با شرایط محیط کاری و سلامت اعضاء تیم درمانی همبستگی مستقیمی داشته لذا این مطالعه با هدف تعیین شدت افسردگی پرستاران شاغل در بیمارستان نمازی شیراز و عوامل مرتبط با آن اجرا گردید.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی مقطعی، مشخصات جمعیت شناختی و مقیاس خودارزشیابی افسردگی زانگ تکمیل شده توسط ۳۱۱ پرستار شاغل در بیمارستان نمازی شیراز به کمک نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱ و با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی نظیر آزمون مجذور خی و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این پژوهش، ۴۱/۲ درصد واحدهای پژوهشی از خلق طبیعی برخوردار بوده و سایرین از افسردگی خفیف (۴۲/۴ درصد)، افسردگی متوسط (۱۳/۸ درصد) و افسردگی شدید (۲/۶ درصد) در رنج بوده اند. آزمون مجذور خی نشان داد پرستاران شاغل در بخشهای ویژه و اورژانس در مقایسه با پرستاران سایر بخشها سطوح بالاتری از افسردگی را تجربه نموده اند ($P=0/001$). همچنین این آزمون ارتباط معنادار آماری را بین شدت افسردگی پرستاران و رضایتمندی آنان از خوابشان مورد تأیید قرار داد ($P=0/015$).

نتیجه گیری: شرایط کاری کنونی پرستاران به گونه ای است که افزایش فشارهای عاطفی و ایجاد افسردگی را به همراه دارد. به همین دلیل، پژوهشگران پیشنهاد می نمایند که دفاتر پرستاری بیمارستانها از فارغ التحصیلان روان پرستاری بهره جسته تا ضمن ارائه خدمات مشاوره ای، آموزشهای لازم در مورد شیوه های مقابله ای و مدیریت خلق منفی رانیز به پرستاران ارائه نمایند.

کلید واژه ها: افسردگی، پرستار، بیمارستان، مقیاس خودارزشیابی افسردگی زانگ

مقدمه

اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز همراه است [۱]. شمس علیزاده و همکاران (۱۳۸۰) به نقل از کاپلان و سادوک، شیوع اختلالات خلقی را ۳۴۰ میلیون نفر در سطح جهان بیان نموده اند [۲]. تحقیقات نشان داده است که افسردگی اساسی به

افسردگی بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت یکی از مهم ترین اختلالات خلقی است که با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی ارزشی،

۱. سرپرستار بخش تروما بیمارستان نمازی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲. نویسنده مسئول (استادیار، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، ایران. email: zoladi@yahoo.com)

۳. استادیار، رئیس مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۴. مربی، دانشکده پرستاری لاز

۵. استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

۶. کارشناس ارشد زبان و ادبیات فارسی، مربی، عضو هیأت علمی گروه دروس عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج (ویراستار ادبی).



پرستارانی که در سایر مراکز درمانی یا در محیط های خصوصی فعالیت می نمایند نمایان تر بوده و نه تنها موجبات ترک کار و خروج از خدمت را برای آنان فراهم آورده، بلکه با افزایش احتمال خطاهای حرفه ای کیفیت مراقبت آنان را نیز تحت الشعاع قرار داده و می تواند منجر به کاهش ایمنی بیمار گردد [۸، ۱۱، ۱۷، ۱۸]. بیمارستان نمازی یکی از بیمارستانهای آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بوده که از نظر وسعت فیزیکی، تنوع بخشهای پاراکلینیکی و بستری تخصصی و فوق تخصصی و ویژه، تعداد نیروی انسانی از جمله پرستار، کثرت مراجعه کنندگان با امراض و دردهای گوناگون و فشار کاری، رتبه اول رادر منطقه جنوب کشور به خود اختصاص داده است.

با عنایت به موارد پیشگفت و از آنجا که سلامت و ایمنی بیماران همبستگی مستقیمی با شرایط محیط کاری و سلامت اعضاء تیم درمانی داشته [۱۸، ۱۹]، لذا این مطالعه با هدف تعیین شدت افسردگی پرستاران بیمارستان نمازی شیراز و عوامل مرتبط با آن طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه توصیفی مقطعی است که جامعه مورد پژوهش در آن کلیه پرستاران بیمارستان نمازی شیراز بوده و داده های مربوط به آنان در بازه زمانی اردیبهشت لغایت مهرماه ۸۷ جمع آوری گردید. در این پژوهش حجم نمونه لازم با استفاده از جدول نمونه گیری کرجسیه و مورگان، ۲۷۸ نفر تخمین زده شد [۲۰]. معیارهای ورود به نمونه مشتمل بر اشتغال در بیمارستان نمازی شیراز به عنوان پرستار حداقل به مدت یک سال، دارا بودن مدرک کاردانی، کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری و تمایل به شرکت داوطلبانه در مطالعه بوده و معیارهای خروج از نمونه شامل عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه یا هرگونه نقص در تکمیل ابزار جمع آوری داده ها بود. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، مقیاس خودارزشیابی افسردگی زانگ بود که در آن آزمودنی ها برای هر یک از ۲۰ مورد این مقیاس از میان عبارات لیکرتی هیچگاه یا به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و اکثر اوقات گزینه مورد نظرشان را انتخاب نموده و در پاسخنامه علامت

عنوان یکی از شایع ترین اختلالات خلقی، بیش از ده درصد کل هزینه های غیر تولیدی و فشار منسوب به بیماری را به خود اختصاص داده و بار اقتصادی ناشی از آن سالانه ۴۳/۷ بلیون دلار تخمین زده شده است [۳، ۴]. در ایران نیز بر اساس نتایج بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر (۱۳۷۸)، ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه (۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان) مشکوک به اختلال روانی بوده و علائم افسردگی بیشترین موارد را به خود اختصاص داده است [۵]. از آنجا که مطالعه عبدالهیان و همکاران نشان داده است که یک فرد افسرده، در سال بطور متوسط ۲۳ روز بیشتر از جمعیت عمومی از محل کار یا تحصیل خود غیبت می نماید و با در نظر گرفتن میزان کاهش عملکرد افراد افسرده خانه دار و تبعات ناشی از آن از قبیل افزایش مشکلات و کشمکشهای خانوادگی، بایستی اذعان نمود که در ایران، افسردگی، باعث هدر رفتن ۱۱۵ میلیون روز کاری در سال خواهد بود [۶].

پرستاران بزرگترین و در دسترس ترین بخش تیم حرفه ای مراقبت بوده که در شناسایی و ایجاد موقعیت برای مددجویان در راستای برنامه ریزی صحیح، عملکرد مناسب و غلبه بر مشکلات نقش داشته و در سطوح سه گانه پیشگیری به ارائه خدمات درمانی، مراقبتی، حمایتی، آموزشی و پیشگیری پرداخته و در این راه از مهارتهای مدیریتی و توانمندیهای پژوهشی حرفه ای خویش بهره خواهند جست [۷].

گستره وسیع حیطه های فعالیت پرستاران و ماهیت بین رشته ای این حرفه، شاغلین آن را با مشکلات و فشارهای عدیده ای مواجه می سازد که از جمله مهمترین آنها می توان تضاد بین حرفه ای و تضاد نقش با سایر اعضاء تیم مراقبتی، شناخت کم همکاران و ارتباط ضعیف متقابل بین آنها و پرستاران، وظایف کاری گوناگون، مدیریت جنبه های فیزیکی، روانی، عاطفی و بیماران و خانواده های آنان و مواجهه با مرگ و میر را برشمرد [۸-۱۳]. این عوامل موجبات ضربه شغلی را برای پرستاران فراهم آورده و سبب ایجاد تغییرات خلقی به ویژه افسردگی در آنان می شوند [۱۶-۱۴]. تحقیقات نشان داده است که ۲۵ درصد پرستاران از افسردگی رنج برده و این اختلال در پرستارانی که در بیمارستان مشغول خدمت هستند نسبت به

| وضعیت استخدام | تعداد | درصد |
|---------------|-------|-------|
| رسمی | ۱۲۶ | ۴۰/۵٪ |
| پیمانی | ۵۱ | ۱۶/۴٪ |
| شرکتی | ۶۳ | ۲۰/۳٪ |
| نیروی طرحی | ۷۱ | ۲۲/۸٪ |
| جمع | ۳۱۱ | ۱۰۰٪ |

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پرستاران شاغل در بیمارستان نمازی شیراز بر حسب وضعیت استخدامی - ۱۳۸۷

| میانگین | انحراف معیار |
|---------------|--------------|
| سن | ۳۱/۲۴ |
| سابقه کار | ۱۲/۹ |
| تعداد فرزندان | ۱/۹۳ |

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن، سابقه کار و تعداد فرزندان پرستاران شاغل در بیمارستان نمازی شیراز - ۱۳۸۷

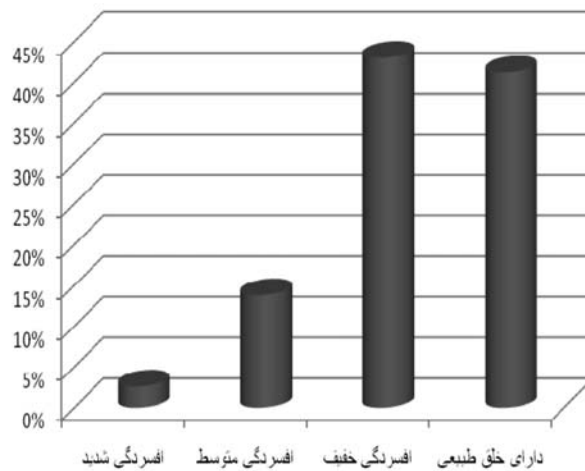
صحت ترجمه و بازبینی نهایی به وسیله افراد خبره و نیز ویراستار ادبی، روایی محتوا و روایی صوری متن فارسی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته و پایایی آن نیز با استفاده از بررسی ثبات درونی و با عنایت به ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ مورد تأیید قرار گرفت [۳۰].

شایان ذکر است که در این مطالعه، پژوهشگر با مراجعه به افرادی که واجد شرایط نمونه بوده، علاوه بر سنجش شدت افسردگی با استفاده از ابزار گردآوری مذکور، مشخصات جمعیت شناختی آنها را نیز مورد بررسی قرار داده است، بدین صورت که پژوهشگر در راستای گردآوری این داده ها و نیز به منظور رعایت نکات اخلاقی در پژوهش، در پشت پاسخنانه مقیاس خودارزشیابی افسردگی زانگ، پس از توضیح پیرامون مطالعه و اطمینان دادن به افراد مبنی بر این که در مورد شرکت در تحقیق کاملاً مختار بوده و در هر زمانی که مایل به ادامه تحقیق نبوده، مجاز به خروج از مطالعه می باشند، از آنان خواست در صورت تمایل به شرکت در تحقیق، علاوه بر پاسخگویی به موارد مقیاس خودارزشیابی افسردگی زانگ، موارد مربوط به مشخصات جمعیت شناختی مندرج را نیز تکمیل نموده و حداکثر تا ۲ هفته بعد به پژوهشگر تحویل نمایند. پرسشنامه های تکمیلی بدون نام بوده، از

گذاری می نمایند. به هریک از این پاسخها بر اساس دستورالعمل امتیازدهی این مقیاس نمره ۱، ۲، ۳ یا ۴ تعلق گرفته و سپس نمرات ۲۰ مورد با هم جمع شده، آنگاه به منظور دستیابی به شاخص مقیاس خودارزشیابی افسردگی عدد به دست آمده را در ۱/۲۵ ضرب نموده و حاصل آن جهت بررسی وضعیت افسردگی فرد مورد استفاده قرار می گیرد، بدین نحو که امتیاز کمتر از ۵۰ به عنوان خلق طبیعی، امتیاز ۵۹-۵۰ به عنوان افسردگی متوسط و امتیازات بالاتر از ۷۰ به عنوان افسردگی شدید محسوب می شود [۲۱]. این مقیاس که برای اولین بار در دانشگاه دوک ایالات متحده و به زبان انگلیسی تدوین گردید به زبانهای مختلف ترجمه شده و در مطالعات متعددی در سطح دنیا مورد استفاده قرار گرفته و به عنوان یک ابزار استاندارد، پایایی و روایی آن به تأیید رسیده است [۲۹-۲۲]. با عنایت به موارد پیشگفت و نیز با توجه به استفاده از متن اصلی این مقیاس در پژوهش حاضر و ترجمه متن اصلی از انگلیسی به فارسی، بازترجمه متن فارسی به انگلیسی به وسیله افراد صاحب نظر، مقایسه متون ترجمه شده آنها با متن اصلی و انجام اصلاحات لازم در متن ترجمه فارسی به منظور حصول اطمینان از

| رضایتمندی از خواب | راضی | نسبتاً راضی | ناراضی | جمع | نوع آزمون و قضاوت |
|-------------------|-------|-------------|--------|------|------------------------------------|
| شدت افسردگی | تعداد | درصد | تعداد | درصد | |
| طبیعی | ۶۰ | ۱۹/۳ | ۲۸ | ۹/۱ | $\chi^2=15/82$ df = ۶ P = ۰/۰۱۵ |
| خفیف | ۳۵ | ۱۱/۲ | ۴۸ | ۱۵/۴ | |
| متوسط | ۷ | ۲/۲ | ۲۴ | ۷/۷ | معنادار است |
| شدید | ۰ | ۰ | ۸ | ۲/۶ | |
| جمع | ۱۰۲ | ۳۲/۷ | ۱۰۸ | ۳۴/۸ | |

جدول ۳- جدول توزیع فراوانی مطلق و نسبی شدت افسردگی پرستاران شاغل در بیمارستان نمازی شیراز بر حسب رضایتمندی از خواب - ۱۳۸۷



نمودار ۱- شدت افسردگی پرستاران شاغل در بیمارستان نمازی شیراز - ۱۳۸۷

و ۵۵ نفر مرد (۱۷/۷٪)، ۱۸۳ نفر آنان متأهل (۵۸/۸٪)، ۱۱۸ نفر آنان مجرد (۳۷/۹٪) و ۱۰ نفر آنان بیوه یا مطلقه (۳/۳٪) بوده و نتایج مربوط به سن، سابقه کار و تعداد فرزندان واحدهای پژوهشی نیز در جدول ۱ نشان داده شده است. همچنین در این مطالعه اکثریت واحدهای پژوهشی شیفت در گردش بوده (۸۴٪)، در بخشهای ویژه و اورژانس خدمت نموده (۲۵/۴٪) و اذعان نموده اند که در آمد آنها متوسط بوده (۵۹/۱٪) و از وضعیت خوابشان (۳۴/۸٪) رضایت کامل ندارند. تعداد و فراوانی نسبی واحدهای پژوهشی بر حسب نوع استخدام در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش، ۴۱/۲ درصد واحدهای پژوهشی از خلق طبیعی برخوردار بوده و سایرین به درجات مختلفی از افسردگی در رنج بوده اند که در این میان ابتلا به افسردگی خفیف، بیشترین درصد (۴۲/۴ درصد) را به خود اختصاص داده است (نمودار شماره ۱). آزمون مجذور خی نشان داد بین وضعیت خلق پرستاران شاغل در بخشهای ویژه و اورژانس و وضعیت خلق پرستاران سایر بخشها تفاوت آماری معنادار وجود دارد ($P=0/001$)، بدین معنا که پرستاران شاغل در بخشهای ویژه و اورژانس، سطوح بالاتری از افسردگی را تجربه نموده اند. همچنین این آزمون ارتباط معنادار آماری را بین شدت افسردگی پرستاران و رضایتمندی آنان از خوابشان مورد تأیید قرار داد (جدول ۳).

داده‌ها به صورت کلی و فقط جهت انجام پژوهش استفاده شده و نتایج کلی آن در اختیار مسئولان قرار گرفت [۳۱]. خاطر نشان می‌سازد که پژوهشگر به دلیل احتمال عدم همکاری یا عدم تمایل آزمودنی‌ها به شرکت در پژوهش و به منظور حصول اطمینان از تکمیل حجم نمونه، تعداد ۴۱۷ پرسشنامه (۵۰ درصد مازاد بر حجم نمونه تخمینی) بین واحدهای پژوهشی توزیع کرد و تعداد ۳۵۸ پرسشنامه تکمیل شده در مدت مقرر تحویل پژوهشگر شد. پس از بررسی مقدماتی پرسش‌نامه‌ها، تعداد ۴۷ پرسش‌نامه که اطلاعاتشان ناقص بود نیز حذف گردید و از آنجا که تعداد باقیمانده پرسشنامه‌ها از حجم نمونه تخمینی بیشتر بود و به منظور اطمینان از کفایت نمونه، تجزیه و تحلیل بر روی داده‌های ۳۱۱ پرسشنامه کامل که وارد رایانه شده بود صورت پذیرفت. بدین منظور از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱ استفاده شده و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی نظیر فراوانی، میانگین، انحراف معیار، جدول و نمودار و آمار استنباطی نظیر آزمون مربع کای و آزمون آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، یافته‌های مربوط به ۳۱۱ پرستار شاغل در بیمارستان نمازی شیراز مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته که از این میان ۲۵۶ نفر زن (۸۲/۳٪)

به دلیل تفاوت فرهنگی، استفاده از ابزار گردآوری متفاوت، نحوه ارائه نتایج و تفاوت در حجم نمونه باشد. ضمن آن که پژوهشگران، امکان بروز خطا در نمونه گیری که نتایج را نیز تحت الشعاع قرار می دهد محتمل می دانند.

در این مطالعه پرستاران شاغل در بخشهای ویژه و اورژانس سطوح بالاتری از افسردگی را تجربه نموده اند که با نتایج مطالعه عبدی، کلانی و حرازی [۳۹] مبنی بر این که داشتن مسئولیت در پرستاران شاغل در بخشهای ویژه، بیشترین استرس زائی را داشته است مشابهت دارد. فراهم نمودن مراقبت مستقیم از بیمار، مواجهه با وقایع غیر منتظره و مرگ و میر بیماران، کار بیشتر و فرصت استراحت کمتر همگی از جمله دلایلی محسوب می شوند که تنیدگی و احتمال ابتلا به افسردگی را در پرستاران بخشهای ویژه و اورژانس افزایش می دهد [۷، ۵].

همچنین در پژوهش حاضر، بین شدت افسردگی پرستاران و رضایتمندی آنان از خوابشان ارتباط معنادار آماری تأیید گردید. اختلال خواب و نارضایتی از خواب باعث کاهش تواناییهای عقلانی و کیفیت فکر شده، عصبانیت، تحریک پذیری، خستگی، اختلال خلقی و افسردگی را به همراه دارد [۴۰، ۳۴]. از آنجا که اشتغال به صورت شیفت در گردش که در مطالعه حاضر بیشترین در صد را به خود اختصاص داده است می تواند در ایجاد یا تشدید اختلال خواب موثر باشد و از سوی دیگر بین اختلالات خواب و اختلالات خلق یک رابطه دوسویه وجود دارد، تشدید و خامت وضعیت روانی پرستاران شیفت در گردش به عنوان یک چالش مهم مدیریت پرستاری مطرح می شود که در آن نیازهای مراقبتی درمانی بخشهای بیمارستانی در شیفت های مختلف با بروز واکنشهای روان تنی، احساس کسالت، فرسودگی شغلی، غیبت از محل کار و ترک خدمت پرستاران در تقابل قرار دارند [۱۱، ۳۴، ۳۹، ۴۱].

در این مطالعه ارتباط بین شدت افسردگی پرستاران با جنسیت و وضعیت تأهل در سطح معنادار آماری $P=0/05$ تأیید نشد که با نتایج برخی از تحقیقات مشابهت داشته [۳۶، ۴۲] و با برخی از مطالعات و متون موجود مطابقت نمی نماید [۳۳، ۴۱]. همچنین در

در این مطالعه، آزمون مجذور کای، ارتباط بین شدت افسردگی پرستاران با متغیرهای جنسیت ($P=0/252$) وضعیت استخدامی ($P=0/974$)، میزان درآمد ($P=0/545$)، وضعیت تأهل ($P=0/182$) و گردش بودن شیفت ($P=0/664$) را تأیید نکرد. همچنین آزمون آنالیز واریانس یک طرفه، ارتباط بین شدت افسردگی پرستاران با سن ($P=0/368$)، سابقه کار ($P=0/295$) و تعداد فرزندان واحدهای پژوهشی را تأیید نکرد ($P=0/133$).

بحث

یافته های این مطالعه نشان داد علی رغم این که درصد زیادی از پرستاران دارای خلق طبیعی بوده و این امر می تواند کیفیت مراقبت را تضمین نماید، اما نزدیک به نیمی از پرستاران از افسردگی خفیف رنج می برند. مواجهه با مرگ و میر، حمایت اجتماعی ناکافی، روبرو شدن با توقعات عاطفی بیماران و خانواده هایشان، همدلی با درد و رنج بیمار، تضادهای بین فردی، آلودگیهای صوتی، مواجهه با بیماران پر خاشگر و عصبانی، فشار کاری و تضاد نقش از جمله عواملی هستند که ایجاد تنش روانی نموده و تجمع این تنشهای تسکین نیافته ناشی از شغل ایجاد افسردگی می نماید [۶، ۷، ۳۲، ۳۳]. مارچاند و همکاران در این زمینه ضمن اشاره به این نکته که با تحقیقات انجام شده در پنج کشور فنلاند، آلمان، انگلستان، ایتالیا و ایالات متحده تخمین زده می شود حدود ۲۰ درصد بالغان از سختی کار و تنش و افسردگی ناشی از آن رنج می برند، نیز تأکید می نمایند که این میزان ممکن است با توجه به نوع شغل و شرایط موسسه محل کار تغییر یابد [۳۴]. پرستاری از جمله مشاغلی است که با افزایش فشار های عاطفی و ایجاد افسردگی توأم بوده [۳۵] و پرستاران شاغل را در معرض ابتلا به صدمات روانی قرار داده [۳۶] به نحوی که در مطالعات انجام شده در سایر کشورها میزان شیوع افسردگی آنان ۲۵ درصد [۱۲] و ۴۰ درصد [۳۷] و در مطالعات مشابه انجام شده در ایران، میزان شیوع افسردگی خفیف ۷۳/۱ درصد [۳۳] و میزان شیوع افسردگی خفیف تا شدید ۶۴/۵ درصد [۳۸] گزارش شده است. اختلاف نتایج این مطالعه با مطالعات مشابه ذکر شده می تواند



ضمن برطرف نمودن نقیصه فوق الذکر، جامعه پژوهشی وسیعتری نظیر پرستاران عضو سازمان نظام پرستاری کشور را مورد مطالعه قرار داده و با افزایش تعداد نمونه‌های مورد پژوهش و استفاده از روش آنالیز مسیری - که قادر است ارتباط چندین متغیر مستقل با چندین متغیر وابسته که به صورت زنجیره‌ای (متوالی) بر یکدیگر اثر می‌گذارند را تحلیل نماید [۴۸] - عوامل تأثیرگذار بر افسردگی پرستاران بصورت دقیق تر مورد شناسایی قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از مرکز تحقیقات تروما و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به دلیل تصویب طرح و تأمین هزینه‌های آن، جناب آقای دکتر اکبر نکوئیان که با ارشادات ارزنده خود بر غنای کار افزودند، پرستاران محترم شرکت کننده در پژوهش، مسئولان محترم بیمارستان نمازی شیراز و کلیه کسانی که به نحوی در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند اعلام می‌نماییم.

منابع

- 1- Lewin K. Depression assessment. Practice nurse. 2007; 33(12):43- 45
- 2- Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohamadi D. Barrasi hame girshenasi ekhtelalhaye ravani dar yek rostaye ostan Tehran. Andishe va Raftar 7(1,2) 19-26. [Persian].
- 3- Bolhari J, Mohit A. Barrasi edgham behdashte ravani dar moraghebathaye behdashti avaliyeye Hashygerd (1370-72). Andishe va Raftar: 7(1,2)16-24. [Persian].
- 4- Brontland G. Payame dr. Groharlem Brotland Modirekole sazmane Jahani Behdasht be Monasebat 18 Farvardin 1380=7 April 2001 Roze jahani Behdasht. Andishe va Raftar 1381. 7(Supl. 4) 9-10. [Persian].
- 5- Norbala AA, Kazem M. Bagheri Yazdi A. Yasemi MT. Barrasi vaziat salamate ravan dar afrade 15 sal va balatar dar Jomhori Eslami Iran dar Sale 1378. Majaleye Pajouheshi Hakim 1381. 5(1)1-10. [Persian].
- 6- Abdolalian E, Seyed Nozadi M, Sargolzaei M. Barrasi bare eghtesadi ekhtelalhaye afsordegi baraye bimar va Jamee. Andishe va Raftar 1379. 6(1)20-24. [Persian].

این تحقیق، ارتباط بین شدت افسردگی پرستاران با گردشی بودن شیفت، بی ثباتی در وضعیت استخدامی و درآمد کم نیز در سطح معنادار آماری $P=0/05$ مورد تأیید قرار نگرفت. این در حالی است که یعقوبیان و پرهیزکار [۴۳] در مطالعه خود بین میزان تنیدگی شغلی پرستاران و نوبت کاری و درآمد کم آنان ارتباط معنادار آماری را گزارش کرده‌اند و در تحقیق خلیل زاده، یاوریان و خلخالی [۳۸] اگرچه که بین وضعیت استخدام و میزان افسردگی ارتباط معنادار آماری مشاهده نگردید، اما تعداد افراد افسرده شدید با وضعیت استخدام پیمانی به مراتب بیشتر از شاغلین رسمی مبتلا به افسردگی شدید بوده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد شرایط کاری و محیط کنونی پرستاران به گونه‌ای است که افزایش فشارهای عاطفی و ایجاد افسردگی را به همراه دارد. این امر موجب می‌شود که فرسودگی شغلی در پرستاران ایجاد شده [۴۴] و کاهش کیفیت زندگی کاری آنان را به دنبال خواهد داشت. از آنجا که شرایط محیط کاری می‌تواند در ارتقاء سلامت روانی و بهبود شرایط شغلی یا ایجاد فشار روانی و اختلال خلقی در پرستار نقش تعیین کننده‌ای را ایفا نمایند [۴۵، ۴۶] و با توجه به این که ایجاد یک محیط کاری رضایتبخش و افزایش کیفیت زندگی کاری پرستاران در راستای تأمین کیفیت مراقبت ضروری بوده [۴۷] و با عنایت به موارد پیشگفت، پژوهشگران پیشنهاد می‌نمایند که دفاتر پرستاری بیمارستانها از فارغ التحصیلان روان پرستاری بهره‌جسته تا ضمن ارائه خدمات مشاوره‌ای، آموزشهای لازم در مورد شیوه‌های مقابله‌ای و مدیریت خلق منفی را نیز به پرستاران ارائه نمایند.

همچنین از آنجا که در معیارهای ورود و خروج نمونه این مطالعه، عوامل مخدوش کننده از جمله سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و علل دیگر ابتلا به افسردگی مد نظر قرار نگرفته که از نقاط ضعف مطالعه حاضر محسوب می‌شود و نیز با توجه به موارد پیشگفت در مورد نتایج متفاوت مطالعات مختلف در زمینه عوامل تأثیرگذار بر افسردگی پرستاران، به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در طراحی مطالعات آتی در این مورد



- 7- Zoladl M. Tarahi va arzeshyabi model moraghebat bar asas tajarob moshtarek khanevadehaye daraye bimar ravani. PhD. Dissertation. Tarbiat Modares University, Tehran: 1386. [Persian].
- 8- Berland A, Natvig G K, Gundersen D. Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2008; 24: 90-97.
- 9- Chen M, Chen S H, Tsai C Y, Lo L Y. Role stress and job satisfaction for nurse specialists. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 59(5): 497-509.
- 10 - Coomber K, Barriball L. Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2007; 44: 297-314.
- 11 - Sveinsdottir H, Biering P, Ramel A. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 875-889.
- 12 - Pearce S. The experience of stress for cancer nurses: a Heideggerian phenomenological approach. *European Journal of Oncology Nursing*. 1998; 2(4): 235-237.
- 13 - Schmitz N, Neumann W, Oppermann R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2000; 37: 95-99.
- 14- Laposa JM, Alden LE, Fullerton LM. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. *Journal of emergency nursing*. 2003; 29(1):23-28.
- 15- Alexy E M, Hutchins J A. Workplace Violence: A Primer for Critical Care Nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2006; 18(3):305-312.
- 16- Eriksen W, Tambs K, Knardahl S. work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *Bio Med Central (BMC) Public Health*. 2006; 6: 290.
- 17- Chao H, Chen T, Chi S, Ting Y, Yang C. Mental health, work stress, and social support among clinical nurse specialists in a general hospital. *Clinical Nurse Specialist*. 2006; 20(2):85.
- 18- Elfering A, Semmer NK, Grebner S. Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. *Ergonomics*. 2006; 49:457-469.
- 19- Segerstrom S, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*. 2004; 4:601-630.
- 20- Krejcie, R V, Morgan D W. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30: 607-610.
- 21- Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*. 1965; 12: 63-70.
- 22- Biggs J T, Wylie L T, Ziegler V E. Validity of the Zung Self-Rating Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 1978; 132 : 381-385.
- 23-Campo-Arias A, Diaz-Martinez L A, Rueda-Jaimes G E, del Pilar Cadena L, Hernandez N L. Validation of Zung's self-rating depression scale among the Colombian general population. *Social Behavior and Personality*. 2006; 34(1) : 87-94.
- 24-Chawla H M, Sahasi G, Bhushan B, Kacker C. Comparative evaluation of Zung's short depression scale & Carroll's rating scale in depressive affective disorders. *Journal of Personality and Clinical Studies*. 1990; 6(1) : 145-147.
- 25-Conde Lopez V, de Estaban Chamorro T. Validity of the S.D.S. (Self-Rating Depression Scale) of Zung. *Archivos de Neurobiologia*. 1975; 38(3) : 225-246.
- 26-de Jonghe J F, Baneke J J. The Zung Self-Rating Depression Scale: A replication study on reliability, validity and prediction. *Psychological Reports*. 1989; 64(3): 833-834.
- 27-Lee H B. Reliability, validity and fakability of the Zung Self-rating Depression Scale. *Bulletin of the Hong Kong Psychological Society*. 1990; 24: 5-15.
- 28-Schrijnemaekers V J, Haveman M J. Depression in frail Dutch elderly: The reliability of the Zung scale. *Clinical Gerontologist*. 1993; 13(3) : 59-66.
- 29- Thurber S, Snow M, Honts C R. The Zung Self-Rating Depression Scale: Convergent validity and diagnostic discrimination. *Assessment*. 2002; 9(4): 401-405.
30. Nadri E, Seifnaraghi M. Sanjesh va Andazrghiri va bonyadhaye tahlili abzarhaye an dar olome tarbiati va ravanshenasi. Misagh Publication: Tehran, 1374 [Persian].
31. Komiteye Akhlagh Pezeshki Vezerat Behdasht, Darman va Amozesh Pezeshki. Aiinnameye baznegari shodaye komitehaye mantagheei akhlagh dar paouhesh haaye oloome pezeshki va kodhaye hefazat az azmodani ensan dar pajouheshhae oloome pezeshki. 1383. [Persian].
- 32- Witham H. Work trauma affects psychological health of nursing staff. *Australian Nursing Journal*. 1999; 6(9): 7.
33. Khajenasiri F. Barrasi shoyoe afsordeghi va avamele moaser bar an dar bimarestane emam Khomaini Tehran. *Majale daneshkadeye Pezeshkie Tehran* 1379. 58(1) 10-14. [Persian].
- 34 - Marchand A, Demers A, Pierre D. Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress. *Social Science & Medicine*. 2005; 61: 1-14.
- 35- Van Dussen D, Muntaner C. Work organization, economic inequality, and depression among nursing assistants: A Multilevel Modeling Approach. *The Gerontologist*. 2004; 44(1): 647.



36. Salmani Barogh N, Sharifi Neyestanak ND, Yousefi F, Mehran A. Barrasi moghayeseei afsordegi daneshjouyan karamoze parastar dar arseye (internship) dar daneshkadeye parastari ve mamaei daneshgah olom pezeshki Tehran dar salhaye 1376-77. Hayat: Majaleye Daneshkadeye Parastari ve Mamaei Daneshgah Tehran 1378. 8: 18-22. [Persian].

37 - Lam LT, Ross FI, Cass DT, Quine S, Lazarus R. The impact of work related trauma on the psychological health of nursing staff: a cross sectional study. Australian Journal of Advanced Nursing. 1999; 16(3):14-20.

38. Khalilzadeh R, Yavarian R, Khakhali H. Barrasi erteбат stresshaye shoghli va ekhtelel afsordeghi va ezterab dar parastaran bimarestanhaye Amozeshidarmani Daneshgah Olom Pezeshki Oromiye. Faslnameye Daneshkadeye Parastari va Mamaye Oromiye 1384. 3(1)10-17.

39. Eidi H, Kalani Z, Harazi MA. Strss shoghli dar parastaran. Majaleye Daneshgah Olom Pezeshki va khadamat behdashti Darmani Shahid Sadoghi Yazd, 1379. 4: 17-21. [Persian].

40 - Lewittes LR, Marshall V W. Fatigue and concerns about quality of care among Ontario interns and residents. Canadian Medical Association Journal. 1989; 140(1):21-24.

41. Nasri S. Hamegirshenasi neshangane mozmen ve erteбат an ba moshkelate ravanpezeshi dat parastaran. Andishe va Raftar 1383. 9(36)25-33.

42. Zoladl M, Givi M. Parastari bimarihaye Ravani. Nordanesh Publication: Tehran, 1381. [Persian].

43. Yaghobian M, Parhizkar S. Barrasi tanidegi shoghli dar parastarane saghel dar bimarestanhaye shargh Mazandaran dar 1378. Armagh Danesh: Faslnameye Elmi Pajouheshi Daneshgah Yasouj 1381. 7 (25) 13-20. [Persian].

44. Abedini S, Abedini SM, Abedini Si, Kamalzadeh H. Estres Shoghli dar parastaran Shaghel dar bimarestanhaye amozeshi Bandar abass 1383. Dena 1386. 2(2)13-22. [Persian].

45- Muntaner C, Li Y, Xue X, Thompson T, Chung H, O'Campo P. County and organizational predictors of depression symptoms among low-income nursing assistants in the USA. Social Science & Medicine. 2006; 63: 1454-1465.

46 - Latham C L, Hogan M, Ringl K. Nurses Supporting Nurses: Creating a Mentoring Program for Staff Nurses to Improve the Workforce Environment. Nursing Administration Quarterly. 2008; 32(1): 27-39.

47-Ugur E, Abaan S. Nurses' opinions about their quality of work life and related factors. SO Turkiye Klinikleri Tip Bilimleri Dergisi. 2008; 28(3):297 - 310.

48. Akaberi A. Ravesh analize masiri dar tahlile shabakehaye elmi dar parastari va mamaee. Dena: Faslnameye Elmi Daneshkade Parastari va Mamaei hazrat Zeinab Yasouj, 1387. Supll. Tabestan 1387.p.31.