

The General Health of the Intensive Care Unit Nurses of the Selected Teaching Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences (2019)

Fatemeh Alipoor¹, Mehrnoosh Inanloo²

Abstract

Background & Aims: Job plays a key role in health. The issue of health in hospitals is of a greater essence since the health of nurses is at a higher risk due to constant contact with patients. Important factors threatening the health of nurses include the stressful nature of the profession, high workload, ambiguity in job roles, communication problems and interpersonal conflicts, emotional problems, facing unpredictable situations, work shifts variables. Prolonged contact with critically ill patients and providing intensive care to specific patients predisposes nurses to a variety of mental disorders. Nurses working in intensive care units are at higher risk than nurses working in outpatient clinics. Reducing the feeling of well-being and health, despite the effect on nurses health, can indirectly effect the health of the community by reducing the quality of services provided by them. Because the environment of intensive care units is full of stressful conditions, including the observation of deaths, diseases and also the pressures exerted by patients companions on nurses, therefore, identifying the variables that are related to improving the general health of nurses working in intensive care units is more important than other occupations. The present study aimed to assess the general health of the intensive care unit (ICU) nurses of the selected teaching hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences.

Materials & Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 193 ICU nurses of the selected hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences during January-May 2019. The participants were selected via stratified random sampling based on the inclusion criteria. Data were collected using a demographic questionnaire and the general health questionnaire (GHQ-28). The GHQ-28 consists of 28 items and four dimensions of physical examination, anxiety and insomnia, social functions, and depression. The items in the GHQ-28 are scored based on a Likert scale (Not at All, Normal, Abnormal, and Extremely Abnormal) within the score range of 0-3. The scores of the dimensions were summed up, and the total score was calculated within the range of 0-84. The general health score is 23 and six in all the dimensions, so that the scores of ≤ 23 in general health and scores of ≤ 6 in the other dimensions represent healthy individuals or the absence of disease syndromes. In addition, the scores of ≥ 24 in general health and the scores of ≥ 7 in the other dimensions are indicative of disease syndromes. Data analysis was performed using descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency, and percentage) and inferential statistics, including the analysis of variance, independent t-test for the normal variables, Kruskal- Wallis test for the non-normal variables, and simultaneous multiple linear regression analysis.

Results: The mean score of general health status was 28.86 ± 6.53 , which indicated the average health status of the nurses with disease symptoms. Moreover the dimensions of physical symptoms (7.60 ± 2.29) and social functions (11.57 ± 1.81) showed health disorders, while the dimensions of anxiety and insomnia (6.74 ± 3.31) and depression (2.95 ± 3.00) were indicative of no health symptoms. Furthermore, significant correlations were observed between general health and the variables of age ($P=0.023$), marital status ($P<0.001$), economic status ($P=0.023$), and work shift ($P=0.01$). In addition, the results of the multiple linear regression analysis indicated that economic status ($P=0.004$) and marital status ($P=0.010$) became significant in the model, and their regression coefficients were estimated at 0.38 and -0.10, respectively, which showed the effects of these variables on the general health of individuals. In other words, the mean score of general health of the nurses with the income of

¹. Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(Corresponding author) Tel: +98-21-88882885 Email: inanlou.m@iums.ac.ir

less than 1.5 million was higher by 0.38 (lower general health) compared to those with the income of more than four million. Moreover, the general health score of the single nurses was lower by 0.10 (better general health) compared to the married nurses.

Conclusion: Given the vital role of nurses as a treatment staff, it is necessary to pay attention to the problems of this group and try to maintain their health. Nurses who are not in good general health are unable to perform proper care such as physical and mental support for patients and this increases the risk of mistakes and occupational accidents, the consequences of which ultimately affect the patient and the nurse. Finally, it seems that the attention of officials to factors related to nurses health can be an important step in maintaining their health and increasing their efficiency and will increase the quality of work. According to the results, special attention must be paid to the health of ICU nurses. Our findings in this regard could lay the groundwork for further research to adopt appropriate strategies for the improvement of the work conditions and skills training in an attempt to promote the general health of employees.

Keywords: General Health, Intensive Care Units, Critical Care Nurse

Conflict of Interest: No

How to Cite: Alipoor F, Inanloo M. The General Health of the Intensive Care Unit Nurses of the Selected Teaching Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences (2019). *Iran Journal of Nursing*. 2020; 33(125):1-12.

Received: 2 May 2020

Accepted: 1 Aug 2020

سلامت عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۸

فاطمه علیپور^۱، مهرنوش اینانلو^۲

چکیده

زمینه و هدف: شغل یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامتی افراد است. موضوع سلامت در بیمارستان‌ها اهمیت بیشتری دارد زیرا سلامت عمومی پرستاران به دلیل ارتباط زیاد با بیماران، در معرض خطر بیشتری قرار دارد. هدف مطالعه حاضر بررسی سلامت عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی همبستگی ۱۹۳ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران از دی ماه ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ماه ۱۳۹۸ به شیوه طبقه بندی با تخصیص متناسب و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و با استفاده از پرسشنامه فرم جمعیت شناختی و پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questioner (GHQ-28) مورد ارزیابی قرار گرفتند. این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال که از چهار خرده آزمون آزمون جسمانی، اضطراب و بیخوابی، کارکردهای اجتماعی و افسردگی تشکیل شده است. نمره گذاری به روش لیکرت و بر اساس گزینه‌های بی هیچ وجه، در حد معمول، بیش از معمول و بسیار بیش از حد معمول است که از ۳-۰ نمره گذاری شد. در نهایت نمرات خرده آزمون‌ها با هم جمع شده و نمره کل فرد از ۸۴-۰ است. نمره برش در سلامت عمومی عدد ۲۳ و در همه ابعاد عدد شش است، بدین صورت که نمره ۲۳ و کمتر در سلامت عمومی و نمره شش و کمتر در ابعاد، به عنوان افراد سالم یا فاقد نشانگان اختلال در سلامتی و نمره ۲۴ و بالاتر در سلامت عمومی و نمره هفت و بالاتر در ابعاد، به عنوان افراد دارای نشانگان اختلال سلامتی بود. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آزمون‌های آمار استنباطی (آنالیز واریانس، تی مستقل جهت متغیرهای نرمال و آزمون کروسکال والیس جهت متغیرهای غیرنرمال، رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار وضعیت سلامت عمومی ۶۵۳ ± ۲۸/۸۶ بدست آمد که نشان داد میانگین وضعیت سلامت عمومی پرستاران دارای اختلال در سلامت عمومی بود. ابعاد علائم جسمانی (۲/۲۹ ± ۷/۶۰) و وضعیت کارکرد اجتماعی (۱/۸۱ ± ۱۱/۵۷) دارای اختلال در سلامتی و اضطراب و بیخوابی (۳/۳۱ ± ۶/۷۴) و افسردگی (۳/۰۰ ± ۲/۹۵) فاقد اختلال در سلامتی بودند. همچنین سلامت عمومی با متغیرهای سن ($P=0/023$)، وضعیت تأهل ($P<0/001$)، وضعیت اقتصادی ($P=0/023$) و نوبت کاری ($P=0/01$) ارتباط معنی‌داری داشت. نتایج رگرسیون چندگانه خطی نشان داد وضعیت اقتصادی ($P=0/004$) و وضعیت تأهل ($P=0/010$) در مدل معنی‌دار شدند. ضریب رگرسیونی آنها به ترتیب برابر با ۰/۳۸ و ۰/۱۰- بود که نشانه میزان تأثیر این متغیر بر سلامت عمومی افراد است. بدین معنی که نمرات سلامت عمومی افراد دارای وضعیت اقتصادی زیر ۱/۵ میلیون به اندازه ۰/۳۸ از افراد دارای بیشتر از ۴ میلیون بیشتر (سلامت عمومی پایینتر) بود. همچنین سلامت عمومی افراد مجرد به اندازه ۰/۱۰ واحد از افراد متأهل کمتر (سلامت عمومی بهتر) بود.

نتیجه‌گیری کلی: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که توجه به سلامت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه ضروری می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند پایه ای برای پژوهش‌های بعدی برای انتخاب راهکارهای مناسب جهت بهبود شرایط کار و آموزش مهارت‌هایی جهت بهبود سطح سلامت عمومی کارکنان باشد.

کلید واژه‌ها: سلامت عمومی، بخش‌های مراقبت ویژه، پرستار مراقبت ویژه

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۹/۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۹/۵/۱۱

۱. پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران
 ۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران (نویسنده

Email: Inanlou.m@iums.ac.ir

شماره تماس: ۰۲۱-۸۸۸۸۲۸۸۵

(مسئول)

مقدمه

از میان پدیده‌ها و عوامل مختلف تأثیرگذار بر بازده شغلی و سطح کارایی فرد، سلامت جسمی و روانی است^(۱). اهمیت موضوع سلامت در بیمارستان‌ها بیشتر است چرا که در بیمارستان‌ها، سلامت پرستاران به دلیل ارتباط زیاد با بیماران، در معرض خطر بیشتری قرار دارد^(۲). Nelson و Cole معتقدند (۹۳ درصد) از پرستاران دائماً تحت تأثیر عوامل استرس زای محیط کار قرار می‌گیرند که می‌تواند سلامت آنان را تحت تأثیر قرار دهد^(۳). بر اساس نتایج پژوهش‌ها از عوامل مهم تهدید کننده سلامت روانی پرستاران می‌توان به ماهیت استرس زای این حرفه، فشار کاری زیاد، ابهام در نقش‌های شغلی، مشکلات ارتباطی و تعارض‌های بین فردی، مشکلات هیجانی، مواجه شدن با موقعیت‌های غیر قابل پیش بینی، نوبت‌های کاری متغیر، عوامل سازمانی و فردی اشاره کرد^(۴). نتایج مطالعه Noroozi و همکاران در سال ۱۳۹۱ نشان داد که حدود (۳۳٪) از پرستاران سطح سلامت عمومی مطلوبی نداشته و حداقل یکی از واکنش‌های هیجانی استرس، اضطراب و افسردگی را دارا بودند، بطوریکه حتی افسردگی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه نسبت به پرستاران شاغل در دیگر بخش‌ها بیشتر بود^(۵). پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به پرستاران شاغل در کلینیک‌های سرپایی در معرض خطر بیشتری قرار دارند^(۶). تماس طولانی مدت با بیماران بدحال و ارائه مراقبت‌های ویژه به بیماران خاص، پرستاران را مستعد ابتلا به انواع اختلالات روانی می‌کند. از نظر علائم جسمانی طبق مطالعات ۷۷/۲ درصد پرستاران از بی خوابی و ۶۶/۵ درصد پرستاران اغلب از سردرد و اختلالات گوارشی و ۶۱/۲ درصد اغلب از تکیکاردی و درد مفاصل شکایت دارند^(۷). از طرفی بحران ایجاد شده در ارتباط با بیماری کووید ۱۹ و همه گیری جهانی آن و ترس و اضطراب ناشی از ابتلای احتمالی، بار روانی زیادی را بر کادر درمان تحمیل نموده است. لباس‌های محافظتی سنگین، ماسک N95، خطر آلوده شدن و اضطراب آلوده کردن خانواده،

می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانشناختی شود^(۸). کاهش احساس بهزیستی و سلامتی علی رغم تأثیر بر سلامت پرستاران، می‌تواند با کاهش کیفیت خدمات ارائه شده توسط آنان، به طور غیر مستقیم بر سلامت جامعه اثر بگذارد^(۹). از آنجایی که محیط بخش‌های مراقبت ویژه مملو از شرایط استرس زا، از جمله مشاهده مرگ و میرها، بیماری‌ها و نیز فشارهای وارد شده از سوی همراهان بیماران به پرستاران است و با توجه به اهمیت پرستاران به عنوان عضو اصلی سیستم سلامت کشور و ارتباط سلامت پرستاران با کیفیت عملکرد آنان در مراقبت از بیماران، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین سلامت عمومی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقب ویژه بیمارستان‌های منتخب علوم پزشکی ایران انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - همبستگی بود. پژوهشگر پس از اخذ معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و دریافت مجوز کمیته اخلاق با کد IR.IUMS.REC.1397.345 و ارائه آن به مسؤولین مراکز آموزشی و درمانی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران اقدام به جمع آوری داده نمود. در پژوهش حاضر داده‌ها در مدت ۴ ماه (از دی ماه ۱۳۹۷ تا اردیبهشت ماه ۱۳۹۸) در نوبت‌های صبح و عصر، پس از توضیح اهداف، به صورت مستمر و به صورت خودگزارش دهی توسط ۱۹۳ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه با توجه به رضایت نامه کتبی و معیارهای ورود جمع آوری شد. معیارهای ورود شامل حداقل مدرک کارشناسی و حداقل دو سال سابقه کار در بخش‌های مراقبت ویژه بود. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص متناسب استفاده شد و حجم نمونه بر اساس سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض ضریب همبستگی ۰/۲، ۱۹۳ نفر انتخاب شد. بدین منظور، پژوهشگر با مراجعه به اداره کل پرستاری دانشگاه علوم

روش دوباره سنجی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ بررسی شده که به ترتیب ضرائب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ رابه دست داده است. روایی همزمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان Middlesex انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ بود. ضرایب همبستگی بین خرده آزمون های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بود^(۱۲).

داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تحلیل شد. در این مطالعه از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آنالیز واریانس، تی مستقل جهت متغیرهای نرمال و آزمون کروسکال والیس جهت متغیرهای غیرنرمال، رگرسیون خطی چندگانه به روش همزمان) استفاده شد. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۹۳ پرستار مراقبت ویژه مورد مطالعه قرار گرفتند. تمامی شرکت کنندگان در مطالعه زن و بیشتر آنان در رده سنی کمتر از ۳۰ سال (۴۴/۶ درصد) و متأهل (۶۲/۲ درصد) بودند. از میان شرکت کنندگان ۸۸/۱ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۶۲/۲ درصد واحدهای مورد پژوهش به صورت استخدام رسمی در بخش‌های مراقبت ویژه مشغول به کار بودند. سابقه کار اقلیت پرستاران (۲۷/۵ درصد) بین ۱۰-۵ سال بود. پرستار شاغل در بخش ICU (۳۱/۵ درصد) و پس از آن CCU (۳۰/۱ درصد) نسبت به سایر بخش‌ها بیشتر بود که ساعت اضافه کار ۴۵/۱ درصد از پرستاران بیشتر از ۶۰ ساعت در ماه و در آمد ماهیانه بیشتر پرستاران یعنی ۹۳/۸ درصد از آنان بین ۴- ۱/۵ میلیون تومان در ماه بود. (جدول شماره ۱)

پزشکی ایران، تعداد بخش‌های مراقبت ویژه و تعداد پرستاران مراقبت ویژه پنج مرکز درمانی فیروزآبادی (۵۹ نفر)، شهدای هفتم تیر (۷۰ نفر)، شفا یحییان (۲۷ نفر)، شهید مطهری (۹ نفر) و شهید هاشمی نژاد (۲۸ نفر) را مشخص کرد.

جمع آوری داده‌ها با استفاده از فرم جمعیت شناختی (سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، نوبت کاری، وضعیت استخدام، سابقه کار، اضافه کار و نام بخش) و پرسشنامه (GHQ-28) General Health Questionnaire بود. این پرسشنامه شامل ۲۸ سؤال است که از چهار خرده آزمون تشکیل شده است به نحوی که سئوالات ۷-۱ مربوط به خرده آزمون جسمانی (نمره ۰ تا ۲۱)، سئوالات ۱۴-۸ مربوط به اضطراب و بی خوابی (نمره ۰ تا ۲۱)، سئوالات ۲۱-۱۵ خرده آزمون کارکردهای اجتماعی (نمره ۰ تا ۲۱) و سئوالات ۲۸-۲۲ مربوط به افسردگی (نمره ۰ تا ۲۱) است. نمره گذاری به روش لیکرت و بر اساس گزینه‌های به هیچ وجه، در حد معمول، بیش از معمول و بسیار بیش از حد معمول است که از ۰-۳ نمره گذاری شد. نمره دهی سئوالات ۱۵-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱ به صورت معکوس است. در نهایت نمرات خرده آزمون‌ها با هم جمع شده و نمره کل فرد از ۰-۸۴ است. نمره برش در سلامت عمومی عدد ۲۳ و در همه ابعاد عدد شش است، بدین صورت که نمره ۲۳ و کمتر در سلامت عمومی و نمره شش و کمتر در ابعاد، به عنوان افراد سالم یا فاقد نشانگان اختلال در سلامتی و نمره ۲۴ و بالاتر در سلامت عمومی و نمره هفت و بالاتر در ابعاد، به عنوان افراد دارای نشانگان اختلال سلامتی بود^(۱۰). ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران توسط Ebrahimi و همکاران ۸۸ درصد عنوان شده است^(۱۱). Taghavi در سال ۱۳۸۰ پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را مورد بررسی قرار داده است. بر اساس این پژوهش، پایایی پرسشنامه مزبور با استفاده از سه

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی جمعیت شناختی پرستاران بخش مراقبت ویژه

فراوانی (درصد)	مشخصات جمعیت شناختی	
۸۶ (۴۴/۶)	کمتر از ۳۰	سن، سال
۸۱ (۴۲)	۳۹-۳۰	
۲۳ (۱۱/۸)	۴۹-۴۰	
۳ (۱/۶)	۵۰ و بیشتر	
	Mean ± SD	
۰	مرد	جنس
۱۹۳ (۱۰۰)	زن	
۷۳ (۳۷/۸)	مجرد	وضعیت تأهل
۱۲۰ (۶۲/۲)	متأهل	
۱۷۰ (۸۸/۱)	لیسانس	تحصیلات
۲۳ (۱۱/۹)	فوق لیسانس و بالاتر	
۶ (۳/۱)	کمتر از ۱/۵	درآمد (میلیون تومان)
۱۸۱ (۹۳/۸)	۱/۵-۴	
۶ (۳/۱)	بیش از ۴	
۱۴ (۷/۳)	صبح	نوبت کاری
۳۸ (۱۹/۶)	شب	
۱۴۱ (۷۳/۱)	در گردش	
۱۲۰ (۶۲/۲)	رسمی	وضعیت استخدام
۴۰ (۲۰/۷)	قراردادی	
۳۳ (۱۷/۱)	طرحی	
۷۰ (۳۶/۳)	۱-۵	سابقه کار، سال
۵۳ (۲۷/۴)	۵-۱۰	
۷۰ (۳۶/۳)	بیشتر از ۱۰	
	Mean ± SD	
۶۱ (۳۱/۵)	ICU	نام بخش
۵۸ (۳۰/۱)	CCU	
۵۷ (۲۹/۵)	اورژانس	
۱۷ (۸/۸)	دیالیز	
۳۵ (۱۸/۱)	۰-۴۰	اضافه کار (ساعت)
۷۱ (۳۶/۸)	۴۰-۶۰	
۸۷ (۴۵/۱)	بیشتر از ۶۰	
	Mean ± SD	

نشانیگان اختلال در سلامتی بود. میانگین و انحراف معیار علائم اضطراب $3/31 \pm 6/74$ و علائم افسردگی $3/00 \pm 2/95$ بدست آمد که نشان دهنده این بود علائم اضطراب و علائم افسردگی پرستاران فاقد نشانیگان اختلال در سلامتی بود. (جدول شماره ۲).

میانگین و انحراف معیار وضعیت سلامت عمومی $6/53$ ، علائم جسمانی $2/29 \pm 7/60$ ، وضعیت کارکردهای اجتماعی $1/81 \pm 11/57$ بدست آمد که نشان دهنده این بود میانگین وضعیت سلامت عمومی، علائم جسمانی و وضعیت کارکرد اجتماعی پرستاران دارای

جدول شماره ۲: شاخص عددی و توزیع فراوانی وضعیت سلامت عمومی، علائم جسمانی، علائم اضطراب، وضعیت کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی در پرستاران بخش مراقبت ویژه

سلامت عمومی و ابعاد آن	انحراف معیار \pm	بیشینه-کمینه	فاقد نشانگان اختلال در	دارای نشانگان اختلال
	میانگین		وضعیت سلامت عمومی	وضعیت سلامت عمومی
			(درصد) فراوانی	(درصد) فراوانی
وضعیت سلامت عمومی (۰-۸۴)	۲۸/۸۶ \pm ۶/۵۳	۱۶-۴۹	۲۹ (۱۵)	۱۶۴ (۸۵)
وضعیت جسمانی (۰-۲۱)	۷/۶۰ \pm ۲/۲۹	۳-۱۳	۶۵ (۳۳/۷)	۱۲۸ (۶۶/۳)
وضعیت اضطراب و بی‌خوابی (۰-۲۱)	۶/۷۴ \pm ۳/۳۱	۰-۱۸	۹۸ (۵۰/۸)	۹۵ (۴۹/۲)
وضعیت کارکردهای اجتماعی (۰-۲۱)	۱۱/۵۷ \pm ۱/۸۱	۶-۱۷	۴ (۲/۱)	۱۸۹ (۹۷/۷)
وضعیت افسردگی (۰-۲۱)	۲/۹۵ \pm ۳/۰۰	۰-۱۵	۱۶۵ (۸۵/۵)	۲۸ (۱۴/۵)

جدول شماره ۳: شاخص‌های عددی وضعیت سلامت عمومی در پرستاران بخش مراقبت ویژه بر حسب فرم جمعیت شناختی و بررسی ارتباط آنها

نام متغیر	تعداد	سلامت عمومی	نتایج آزمون
		Mean \pm SD	
کمتراز ۳۰	۸۶	۲۷/۶۷ \pm ۶/۴۷	$X^2=9/78$
سن (سال) ^۱	۸۱	۳۰/۱۲ \pm ۶/۷۴	df=۲
بیشتر از ۴۰	۲۶	۲۸/۹۲ \pm ۵/۴۹	P=۰/۰۲۳
مجرد	۷۳	۲۷/۱۰ \pm ۷/۳۶	t=-۳/۵۸
متاهل	۱۲۰	۲۹/۹۴ \pm ۵/۷۴	df=۱۹۱
وضعیت تأهل**			P<۰/۰۰۱
لیسانس	۱۷۰	۲۸/۶۳ \pm ۶/۸۳	t=-۱/۷۸
فوق لیسانس و بالاتر	۲۳	۳۰/۶۰ \pm ۳/۲۴	df=۱۹۱
سطح تحصیلات**			P=۰/۰۷۶
کمتراز یک و نیم میلیون تومان*	۶	۳۵/۵۰ \pm ۷/۵۵	F=۳/۸۶
بیشتر از ۴	۱۸۱	۲۸/۷۵ \pm ۶/۳۹	P=۰/۰۲۳
صبح	۱۴	۳۲/۷۸ \pm ۶/۷۰	F=۴/۴۱
شب	۳۸	۳۰/۰۷ \pm ۶/۲۴	P=۰/۰۱
در گردش	۱۴۱	۲۸/۱۵ \pm ۶/۴۵	
رسمی	۱۲۰	۲۹/۶۵ \pm ۶/۴۳	F=۲/۷۰
قراردادی	۴۰	۲۷/۶۰ \pm ۴/۲۷	P=۰/۰۶۹
طرحی	۳۳	۲۷/۵۶ \pm ۸/۶۱	
۱-۵	۷۰	۲۸/۵۹ \pm ۷/۲۱	F=۰/۹۴
۵-۱۰	۵۳	۳۰/۱۳ \pm ۷/۷۵	P=۰/۳۷
بیشتر از ۱۰	۷۰	۲۸/۱۸ \pm ۴/۴۵	
ICU	۶۱	۲۹/۲۷ \pm ۶/۶۶	F=۰/۳۳
CCU	۵۸	۲۸/۳۷ \pm ۶/۵۰	P=۰/۷۹
دیالیز	۱۷	۲۸/۸۲ \pm ۹/۳۸	
اورژانس	۵۷	۲۸/۹۴ \pm ۵/۴۹	
۰-۴۰	۳۵	۲۸/۵۷ \pm ۷/۲۲	F=۰/۵۶
۴۰-۶۰	۷۱	۲۹/۳۸ \pm ۵/۸۵	P=۰/۵۶
بیشتر از ۶۰	۸۷	۲۸/۵۷ \pm ۶/۸۲	

* آنالیز واریانس ** تی تست ^۱ کروسکال والیس

اقتصادی بیشتر از ۴ میلیون ($P=0/022$) و بین ۴- ۱/۵ میلیون ($P=0/047$) بیشتر (سلامت عمومی پایین‌تر) بود. (جدول شماره ۳).

در نتایج رگرسیون خطی چندگانه مشاهده می‌شود وضعیت اقتصادی ($P=0/004$) و وضعیت تأهل ($P=0/010$) در مدل معنی‌دار شدند. ضریب رگرسیونی آنها به ترتیب برابر با ۰/۳۸ و ۰/۱۰- است که نشانگر میزان تأثیر این متغیر بر سلامت عمومی افراد است. بدین معنی که نمرات سلامت عمومی افراد دارای وضعیت اقتصادی زیر ۱/۵ میلیون به اندازه ۰/۳۸ از افراد دارای بیشتر از ۴ میلیون بیشتر (سلامت عمومی پایین‌تر) بود. همچنین سلامت عمومی افراد مجرد به اندازه ۰/۱۰ واحد از افراد متأهل کمتر (سلامت عمومی بهتر) بود. (جدول شماره ۴)

یافته‌ها نشان داد بین میانگین سلامت عمومی با سن ($P=0/023$)، وضعیت تأهل ($P<0/001$)، وضعیت اقتصادی ($P=0/023$) و نوبت کاری ($P=0/01$) رابطه معنی‌دار آماری وجود داشت. بدین صورت که میانگین سلامت عمومی افراد مجرد به صورت معنی‌داری از افراد متأهل کمتر بود. یعنی افراد مجرد دارای سلامت عمومی بهتری نسبت به افراد متأهل بودند. نتایج آزمون دو به دو نشان داد میانگین سلامت عمومی افراد بین ۴۰-۳۰ سال به صورت معنی‌داری از افراد دارای سن کمتر از ۳۰ سال ($P=0/049$) و همچنین افراد شاغل در نوبت صبح به صورت معنی‌داری از افراد شاغل در نوبت کاری در گردش ($P=0/026$) بیشتر (سلامت عمومی پایین‌تر) بود. میانگین سلامت عمومی افراد دارای وضعیت اقتصادی کمتر از ۱/۵ میلیون نیز به صورت معنی‌داری از افراد دارای وضعیت

جدول شماره ۴: رگرسیون چندگانه خطی جهت پیش بینی سلامت عمومی پرستاران بخش مراقبت ویژه

متغیرهای مستقل	ضریب مدل	انحراف از خطا	ضریب استاندارد	آماره آزمون	p-value
مقدار ثابت	۳/۲۲	۰/۱۲		۲۶/۹۲	<۰/۰۰۱
سن	کمتر از ۳۰	۰/۰۶۱	۰/۰۶۱	۱/۰۰۵	۰/۳۱
	۳۰-۴۰	۰/۰۷۶	۰/۰۵۱	۱/۴۸	۰/۱۳
	۴۰ و بالاتر			مرجع	
نوع قرارداد	رسمی	۰/۰۰۷	۰/۰۵۳	۰/۱۳	۰/۸۹
	قراردادی	-۰/۰۴۶	۰/۰۵۳	-۰/۸۷	۰/۳۸
	طرحی			مرجع	
تحصیلات	لیسانس	-۰/۰۸	۰/۰۵	-۱/۵۹	۰/۱۱
	فوق لیسانس و بالاتر			مرجع	
وضعیت تأهل	مجرد	-۰/۱۰	۰/۰۳۹	-۲/۶۱	۰/۰۱۰
	متأهل			مرجع	
	وضعیت اقتصادی (میلیون تومان)	کمتر از یک و نیم	۰/۳۸	۰/۱۳	۲/۹۲
	۴- ۱/۵	۰/۱۵	۰/۰۹۷	۱/۵۵	۰/۱۲
	بیشتر از ۴			مرجع	
نوبت کاری	صبح	۰/۰۹۲	۰/۰۶۱	۱/۵۲	۰/۱۲
	شب	۰/۰۴۲	۰/۳۰	۱/۴۰	۰/۱۶
	در گردش			مرجع	

مطالعه kushali و همکاران در تهران با ۳۱۳ پرستار، Najafi و همکاران در زاهدان با ۲۴۰ پرستار و Mashak و همکاران در کرج با ۷۸ پرستار هم راستا می‌باشد^(۱۳). بر اساس نتایج پژوهش‌ها از عوامل مهم تهدید

بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با بررسی وضعیت سلامت عمومی نتایج نشاندهنده این بود که (۸۵٪) پرستاران وضعیت سلامت مطلوبی ندارند (جدول شماره ۲) که مطالعه حاضر با نتایج

کننده سلامت روانی پرستاران می‌توان به ماهیت استرس زای این حرفه، فشار کاری زیاد، ابهام در نقش‌های شغلی، مشکلات ارتباطی و تعارض‌های بین فردی، مشکلات هیجانی، مواجه شدن با موقعیت‌های غیر قابل پیش بینی، نوبت‌های کاری متغیر، عوامل سازمانی و فردی اشاره کرد^(۴). پرستاران به دلیل نوبت‌های کاری طولانی و خستگی ناشی از آن، همیشه مستعد این هستند که سلامتشان در ابعاد مختلف مورد تهدید قرار گیرد^(۱۴). پرستارانی که در محیط کار تحت فشار قرار می‌گیرند، سلامت جسمی روانی پایین تری دارند که می‌تواند کیفیت زندگی آنان را کاهش داده و مانع از توانایی آن‌ها در ارائه خدمات ایمن و مؤثر از بیمار شود^(۱۵). سازمان جهانی بهداشت (WHO) یک روز را به عنوان روز جهانی سلامت روان تعیین کرده است تا از مردم بخواهد برای دستیابی به سلامت کامل به مسائل جسمی، روانی و اجتماعی توجه کنند^(۱۶).

در رابطه با بعد علائم جسمی نتایج نشان داد که ۶۶/۳ درصد از پرستاران سلامت جسمانی مطلوبی نداشتند (جدول شماره ۲). نتایج این مطالعه با مطالعه Zamanian که در شهر شیراز بر روی ۱۱۶۵ پرستار انجام شد و نشان داد ۳۴/۴ درصد از پرستاران از ناراحتی‌های جسمانی شکایت دارند و نتایج مطالعه Maghsoodi همسو می‌باشد^(۲). پرستاران به علت شرایط فیزیکی محیط کار خود دچار مشکلات جسمی متعددی می‌شوند به طوری که کمر درد شایع‌ترین مشکل جسمی در بیش از نیمی از زنان پرستار می‌باشد. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۴ در کشور هندوستان بر روی مراقبین بهداشتی با گروه بندی (فیزیوتراپ، دندانپزشک، تکنسین آزمایشگاه و پرستار) انجام شد پرستاران بیشترین ریسک ابتلا به اختلالات عصبی-عضلانی مرتبط با کار را داشتند^(۱۷).

در رابطه با بعد علائم اضطراب و افسردگی نتایج نشانگر این بود که (۵۰/۸ درصد) از پرستاران در علائم اضطراب و ۸۵/۵ درصد در علائم افسردگی فاقد نشانگان اختلال در سلامتی بودند که با نتایج مطالعه Kushali که نشان داد

۷۰/۱ درصد از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و ۶۵/۲ درصد از پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها میزان اضطراب طبیعی داشتند هم راستا می‌باشد. ولی نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Najafi و همکاران که نشان داد بالاترین میانگین نمره سلامت عمومی مربوط به بعد اضطراب (۳/۶۰ ± ۱۵/۶۱) بود و همچنین با مطالعه Rahmani و همکاران که در تبریز بر روی ۶۳ پرستار انجام شد و در آن ۶۲/۷ درصد از پرستاران در بعد اضطراب در حد بالا ارزیابی شدند و همچنین مطالعه Mashak و همکاران که نشان داد (۶۳ درصد) از پرستاران از نظر اضطراب در سطح بالا ارزیابی شدند هم راستا نمی‌باشد. همچنین نتایج این مطالعه با مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ در کشور یونان بر روی ۲۱۳ پرستار انجام شده بود و میزان اضطراب در پرستاران بخش اورژانس را در حد بالا ارزیابی کرده بود مغایرت دارد^(۱۸). همچنین نتایج مطالعه حاضر در بعد علائم افسردگی با نتایج مطالعات مقصودی، رحمانی، مهرابی و غفاری هم راستا می‌باشد. هر چند که در مطالعه حاضر میزان علائم اضطراب و افسردگی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب در حد پایین ارزیابی شد ولی از جمله دلایل تفاوت در یافته‌ها را می‌توان به تفاوت محیط‌های پژوهش، شرایط بیمارستان‌ها، شرایط کاری پرستاران در بخش‌ها و میزان حمایت مدیران از پرستاران در ابعاد مختلف اشاره نمود. با این حال اهمیت حرفه پرستاری و تأثیر استرس، اضطراب و افسردگی بر عملکرد شغلی و کیفیت خدمات دهی را نمی‌توان نادیده گرفت و این مبحث نیاز به پژوهش و مطالعات بیشتری دارد، چرا که محیط کاری پرستاران، استرس‌های طولانی و مداوم به همراه دارد و این موارد در افراد شاغل در حرفه های یاری رسان که درگیر در مشکلات دیگران هستند به وجود می‌آید^(۱۹).

در رابطه با بعد کارکرد اجتماعی نتایج نشانگر این بود که ۹۹/۲ درصد پرستاران دارای نشانگان اختلال در سلامتی بودند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه مقصودی و همکاران و نتایج مطالعه زمانیان که نشان داد ۷۹/۵ درصد

ها، مشاوره‌ها، کارهای بالینی از جمله تعویض رگ، پانسمان، تعویض میکروست‌ها و سایر کارهای پاراکلینیکی از جمله آزمایشات، سونوگرافی‌ها و... در نوبت صبح نسبت به سایر نوبت‌های کاری نسبت داد. مطالعات نشان می‌دهد که کار شیفتی با کیفیت پایین زندگی و اختلال در سلامت روانی پرستاران همراه است، اما این موضوع به نوع نوبت کاری و دیگر شرایط مانند کار تمام وقت و یا پاره وقت بستگی دارد^(۱۰).

با توجه به نقش حیاتی پرستاران به عنوان کادر درمان، توجه به مشکلات این قشر و تلاش در جهت حفظ سلامت آنان ضروری است. پرستارانی که از سلامت عمومی خوبی برخوردار نیستند قادر به انجام صحیح مراقبت‌هایی نظیر حمایت‌های جسمی و روانی از بیماران نیستند و این امر خطر بروز اشتباهات و حوادث شغلی را بالا می‌برد که در نهایت عواقب آن متوجه بیمار و پرستار می‌شود. در نهایت به نظر می‌رسد توجه مسئولین به عوامل مرتبط با سلامت پرستاران می‌تواند گام مهمی در حفظ سلامت و افزایش کارایی آنان داشته باشد و منجر به افزایش کیفیت کار خواهد شد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به جمع آوری داده‌ها به شیوه خود گزارش دهی اشاره نمود چرا که پاسخ دهی به پرسشنامه‌ها تحت تأثیر عوامل محیطی مانند مشغله زیاد کار پرستاری و حالات روانی پرستاران قرار می‌گیرد. لذا به پرستارانی که قادر به پاسخگویی به پرسشنامه‌ها در طول نوبت کاری نبودند دو روز زمان داده شد تا موانعی همچون محدودیت‌های زمانی و نداشتن تمرکز برطرف گردد. جامعه این پژوهش پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. با توجه به قوانین و شرایط محیطی بخش‌های مختلف و بیمارستان‌های غیر دولتی پیشنهاد می‌شود تحقیقی با این عنوان در میان پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها و مراکز (اعم از آموزشی و خصوصی) جهت مقایسه نتایج و امکان تعمیم یافته‌ها صورت گیرد. همچنین از آنجایی که بین سلامت عمومی با سن و نوبت کاری ارتباط معنی‌داری وجود داشت، پیشنهاد می‌شود در قانون

از پرستاران دچار اختلال در وضعیت کارکرد اجتماعی می‌باشند هم راستا است. اختلال در عملکرد اجتماعی از جنبه‌های فرسودگی شغلی است و معمولاً به علت کمبود منابع حمایتی و تعارض در کار ایجاد می‌شود و در این میان پرستاران به دلیل ماهیت شغل و ویژگی‌های شخصیتی متفاوت، از نظر سلامتی بیشتر در معرض خطر هستند^(۲۰). هر چند که سلامت عمومی پرستاران با عوامل متعددی مرتبط است اما توجه به ارتباط آن با عوامل جمعیتی شناختی در این مطالعه، شناسایی و محدود کردن عوامل زمینه ساز می‌تواند در جهت بهبود وضعیت سلامت عمومی پرستاران مؤثر باشد. نتایج مطالعه بیانگر این بود که افراد ۴۰-۳۰ سال نسبت به افراد کمتر از ۳۰ سال و افراد متأهل نسبت به افراد مجرد وضعیت سلامت عمومی نامطلوبی داشتند. نتایج مطالعات نشان داده است که پرستاران متأهل نسبت به مجرد از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند همچنین افزایش عواملی از قبیل سن و سابقه کار در ارزیابی منفی از وضعیت سلامت به خصوص سلامت جسمانی مؤثر است^(۲۱) زنان متأهل به دلیل نقش مضاعفی که در منزل در قبال همسر و فرزندان دارند و گاه‌ها دچار تضاد نقش‌ها می‌شوند فشار و استرس بیشتری را نسبت به افراد مجرد متحمل می‌شوند. پیشنهاد می‌شود تا جایی که امکان دارد با کارکنان به ویژه افراد متأهل در خصوص نوبت‌های کاری درخواستی همکاری گردد.

نتایج نشان داد که افراد با درآمد پایین وضعیت سلامت نامطلوبی نسبت به سایرین داشتند. بررسی ارتباط بین درآمد و شاخص‌های موقعیت اقتصادی در بردارنده این نتیجه است که موقعیت اقتصادی و اجتماعی بالا با سلامت بهتر و عمر طولانی‌تر همراه است^(۲۲). برخی مطالعات اشاره به این موضوع دارند که درآمد و سلامتی می‌توانند یک چرخه را تشکیل دهند و ارتقای درآمد می‌تواند در بهبود وضعیت سلامت مؤثر باشد^(۲۳).

افراد شاغل در نوبت ثابت صبح وضعیت سلامت عمومی نامطلوبی نسبت به سایرین داشتند که علت آن را شاید بتوان به حجم بالای کار در نوبت صبح (از جمله ویزیت

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری گرایش مراقبت‌های ویژه در دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. پژوهشگر مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و شرکت کنندگان اعلام می‌دارد. همچنین از تمامی پرستارانی که با قرار دادن وقت خود جهت تکمیل پرسشنامه، پژوهشگران را در انجام مطالعه یاری کردند سپاسگزاری می‌شود.

بازنشستگی و کاهش سنوات کاری پرستاران یک بازنگری اساسی صورت گیرد و حجم کار در نوبت صبح کاسته شده و بین سایر نوبت‌های کاری تقسیم گردد.

تعارض منافع: نویسندگان هیچگونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

تقدیر و تشکر

References

1. Kamali Dehkordi F, Maghsoudi S, Emami Sigaroudi A, Kazemnejad Leili E. Study of Predictive factors of public health based on job satisfaction in employees of Rasht city Health Service Centers. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2015;25(4):110-7. [Persian]
2. Maghsoudi S, Hesabi M, Monfared A. General health and related factors in employed nurses in Medical-Educational Centers in Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2015;25(1):63-72. [Persian]
3. Simmons BL, Nelson DL. Eustress at work: The relationship between hope and health in hospital nurses. *Health Care Manag Rev*. 2001;26(4):7-18.
4. Hirokawa K, Taniguchi T, Tsuchiya M, Kawakami N. Effects of a stress management program for hospital staffs on their coping strategies and interpersonal behaviors. *Industrial health*. 2012;MS1358.
5. Nouroozi Kushali A, Hajiamini Z, Ebadi A, Khamseh F, Rafieyan Z, Sadeghi A. Comparison of intensive care unit and general wards nurses' emotional reactions and health status. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2013;23(80):15-23. [Persian]
6. Chiou ST, Chiang JH, Huang N, Wu CH, Chien LY. Health issues among nurses in Taiwanese hospitals: National survey. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(10):1377-84.
7. Qalawa SA, Hassan HE. Implications of nurse's moral distress experience in clinical practice and their health status in obstetrics and critical care settings. *Clin Pract*. 2017;6(2):15-25.
8. Heydariyeh I. Depression, stress and anxiety of nurses in COVID-19 pandemic in Nohe-Dey Hospital in Torbat-e-Heydariyeh city, Iran. *Journal of Military Medicine*. 2020;22(6):526-33. [Persian]
9. Darvishpoor Kakhki A, Ebrahim H, Alavi Majd H. Health status of nurses of hospitals dependent to Shahroud Medical University. *Iran journal of Nursing*. 2009 t;22(60):19-27. [Persian]
10. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(1):139-45.
11. Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(4):80-8. [Persian]
12. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. *J Psychol*. 2002;5(4):381-98.
13. Mashak B, Farhand B, Moghadam S, Pazhoom Z, Hajalikhani T, Taghipoor N, Soltannezhad N, Shahnavaaz N, Farid M. Relationship Between Job Stress Among Nurses with Their General Health Status in Kamali Hospital in 1392. *Alborz University Medical Journal*. 2015;4(4):231-6. [Persian]
14. Keshavarz AM, Minakhani AM, Amini K, Imani A, Hamidi L, Mohammadi P, Daviran L, Pourrahimi A. The Level of Mental Health and Relationship Factors in Nurses Working in zanjan University of Medical Science Hospitals in 1395. *Zanko Journal Of Medical Sciences*. 2018; 19(60): 22-30. [Persian]
15. Sauer PA, McCoy TP. Nurse bullying: Impact on nurses' health. *West J Nurs Res*. 2017;39(12):1533-46.

16. Hsiao SJ, Tseng HT. The impact of the moderating effect of psychological health status on nurse healthcare management information system usage intention. *InHealthcare* 2020;8,(1):28. Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
17. Yasobant S, Rajkumar P. Work-related musculoskeletal disorders among health care professionals: A cross-sectional assessment of risk factors in a tertiary hospital, India. *Ind J Occup Environ Med.* 2014;18(2):75.
18. Stathopoulou H, Karanikola MN, Panagiotopoulou F, Papathanassoglou ED. Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *J Emerg Nurs.* 2011;37(4):314-20.
19. Taleghani E, Noroozi M, Hadavi M. Prevalence of Stress, Anxiety and Depression among Nursing Staff in Intensive Care Units of Ali Ebn-e Abitaleb Hospital in Rafsanjan in 2017. *Community Health Journal.* 2018;12(2):11-21. [Persian]
20. Mehrabi T, Ghazavi Z. Health assessment of female nurses of Isfahan University of Medical Sciences. *J Hygiene Health.* 2005;1:1-5.
21. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nur.* 2001;34(3):383-96.
22. Bazazian S, Rajaei YE. The Relationship between Socioeconomic Status with Mental and Physical Health. *Developmental Psychology (Journal of Iranian Psychologists).* 2007;3(11):237-48. [Persian]
23. Yang C. The influence of income and working time of rural migrant workers on health: The mediating effect of life stress and the moderating effect of marital status. *Human Syst Manag.* 2020;39(1):69-80.