

## بررسی شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در شاغلین پرستاری بخش‌های ویژه

### بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۹۶

عصمت طالقانی<sup>۱</sup>، مجید نوروزی<sup>۲</sup>، مریم هادوی<sup>۳\*</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۱۲

#### خلاصه

**مقدمه:** سلامتی پرستاران، به دلیل ماهیت کاری همیشه در معرض خطر می‌باشد. پرستارانی که از سلامت روانی و جسمی مناسب برخوردار نباشند قادر نخواهند بود مراقبت‌های مطلوبی از بیماران به عمل آورند. پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در شاغلین پرستاری بخش‌های ویژه بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع) شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶ طراحی شده است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۶ به روش سرشماری بر روی کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه (NICU, ICU, CCU) بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع) رفسنجان (۸۷ نفر) انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک (۱۴ سؤال) و پرسشنامه استاندارد DASS 21 (۲۱ سؤال) جمع‌آوری و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** با توجه به میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی ( $10/80 \pm 9/60$ )، استرس ( $12/14 \pm 8/17$ )، و اضطراب ( $8/02 \pm 8/8$ )، شدت این اختلالات در پرستاران مورد بررسی به ترتیب خفیف، عادی و خفیف بود. نوع شدید این اختلالات به ترتیب در ۱۳/۸٪ (۱۲ نفر)، ۹/۲٪ (۸ نفر) و ۱۸/۴٪ (۱۶ نفر) از پرستاران مشاهده شد. میزان افسردگی در پرستاران شاغل در ICU بیشتر از پرستاران بخش‌های NICU و CCU بود و آزمون آماری این اختلاف را معنی‌دار نشان داد ( $p=0/022$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، اهمیت حرفه پرستاری و تأثیر استرس، اضطراب و افسردگی پرستاران بر عملکرد شغلی و کیفیت خدمات‌دهی به بیماران، لازم است توسط مدیران پرستاری در جهت افزایش سلامت روان این قشر از جامعه به خصوص پرستاران شاغل در ICU، برنامه‌ریزی‌های لازم صورت گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** افسردگی، استرس، اضطراب، پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، آزمون DASS 21، رفسنجان

۱- کارشناس ارشد، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۲- کارشناس ارشد، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، بیمارستان علی‌ابن‌ابیطالب (ع)، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران.

۳- دانشجوی دکتری پژوهشی، مرکز تحقیقات پزشکی مولکولی، پژوهشکده علوم پایه پزشکی، دانشکده پزشکی، مری گروه بیهوشی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، رفسنجان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: hadavimaryam@yahoo.com، تلفن: ۰۳۴-۳۴۲۵۸۳۹۷

## مقدمه

افسردگی، شایع‌ترین علت ناتوانی ناشی از بیماری‌ها و یکی از چهار بیماری عمده در دنیا می‌باشد [۱]. سازمان بهداشت جهانی، این بیماری را یکی از دلایل عمده ناتوانی تا سال ۲۰۲۰ پیش‌بینی نموده است [۲-۳]. افسردگی، مجموعه‌ای از حالات مختلف روحی و روانی است که از احساس خفیف ملال تا سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می‌کند و سبب از دست دادن علاقه به زندگی می‌شود. غم و اندوه، کاهش انرژی، مختل شدن تمرکز، اختلال در خواب و اشتها، دردهای فیزیکی، سردرد و مشکلات گوارشی از علائم افسردگی هستند. عملکرد فرد افسرده در مجموع، از نظر فردی و اجتماعی دچار اختلال می‌شود [۳]. این بیماری، رتبه پنجم صرف هزینه‌ها را به خود اختصاص داده است [۴]. تخمین زده می‌شود هزینه افسردگی تقریباً ۱۴/۴ میلیارد دلار در سال است که بیشتر از نصف آن به علت غیبت از کار و کاهش کارایی است [۵].

محیط کار و فعالیت‌های مربوط به شغل پرستاری از عوامل تهدیدکننده و ایجاد اضطراب در آنها است. احتمال وقوع اشتباه در کار، احساس حقارت، عدم درک مشکلات کارکنان توسط مدیران نیز از مهم‌ترین عوامل تنش‌زا در بیمارستان است [۶].

در جهان صنعتی امروز عوامل بسیاری باعث بروز استرس می‌شوند. یکی از عمده‌ترین دلایل آن، شغل افراد است [۷]. در محیط کار محرک‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌توانند عامل ایجاد ناراضی‌های خدمات شوند [۸]. محیط کار پرستاران، استرس‌های طولانی و مداوم را به دنبال دارد و این موارد در افراد شاغل در حرفه‌های یاری‌رسان، که خود را غرق در مشکلات دیگران احساس می‌نمایند، به وجود می‌آید [۹]. انجمن ملی ایمنی حرفه‌های آمریکا، پرستاری را در رأس ۴۰ حرفه پر استرس معرفی کرده و احتمالاً در میان مشاغل بهداشتی، در رأس مشاغل پر استرس قرار دارد [۱۰]. افسردگی ناشی از استرس شغلی خسارت‌هایی به شکل مخارج درمان و از دست دادن ساعات کار و تولید نیز به همراه دارد [۱۱]. استرس مداوم برای سلامت جسم و روان مضر بوده و باعث عوارضی چون بی‌تفاوتی، خواب منقطع، غیبت‌های مکرر از کار، استفاده از مواد مخدر، احساس بی‌کفایتی، مشکلات

جسمی و تغذیه‌ای، افزایش هزینه‌های درمانی و کاهش رضایت شغلی می‌شود [۱۰، ۱۱].

سلامتی پرستاران بخش‌های ویژه به دلیل ماهیت کاری، همیشه در معرض خطر است و به علت مواجه بودن با استرس‌های متعدد از جمله بیماران بدحال و نیازمند ونتیلاتور، ناپایدار بودن وضعیت بیماران، تزریق داروهای حساس، چک مداوم علائم حیاتی و سطح هوشیاری و ناپایدار بودن آن و جلوگیری از زخم بستر تنش بیشتری دارند [۲]. بررسی Kawano نشان داد پرستاران نسبت به مشاغل دیگر در معرض بیشترین عوامل تنش‌زا قرار دارند و سلامت جسمی و روانی آنان بر کیفیت کار و رضایت بیماران تأثیرگذار است [۱۲].

مطالعات متعدد بر روی پرستاران، میزان شیوع بالای افسردگی را نشان می‌دهد [۱۳، ۱۴]. Asadi Fakhr و Asadi در مطالعه‌ای که بر روی پرستاران شاغل در اتاق‌های عمل ۵ بیمارستان شهر همدان انجام دادند، گزارش کردند ۶۲/۲٪ از پرستاران در معرض استرس در حد زیاد قرار داشتند [۱۵]. مطالعه Ohler ارتباط بین محیط کار، افسردگی و غیبت از کار را نشان می‌دهد [۱۶]. مطالعه‌ای که بر تحقیقات ۱۰ ساله متمرکز بود نشان داد ریسک فاکتورهای محیط کار مانند درد، رنج و مرگ بیمار، تعارض با پزشک و همکاران، سختی کار، شرایط کاری حساس، مواد شیمیایی، دستگاه‌ها و مواد مختلف ضدعفونی و سرطان‌زای مربوط به محیط کار از عوامل استرس و بروز افسردگی و اضطراب هستند [۱۷].

Nouroozi Kushali و همکاران، سلامت عمومی و میزان واکنش‌های هیجانی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه دو بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) را بررسی نمودند. در مطالعه آن‌ها، میزان استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران به ترتیب ۳۳٪، ۳۳/۹٪ و ۳۰/۸٪ بود [۱۸]. از آنجا که سلامت جسمی و روانی پرستاران به شکل مستقیم با کیفیت عملکرد آنان در مراقبت از بیماران، افزایش رضایتمندی و علاقه به کار و افزایش بازده کاری آنان مرتبط است [۱۹] و با عنایت به این که مطالعه‌ای در این زمینه در شهر رفسنجان انجام نشده است، پژوهشگران بر آن شدند که میزان شیوع استرس، اضطراب و افسردگی پرستاران بخش‌های

است که علامت مورد نظر در هفته گذشته خیلی زیاد تجربه شده است. هر یک از سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس، ۱۴ پرسش دارند و نمره آزمودنی با جمع عبارات متعلق به خرده مقیاس حاصل می‌شود.

در مطالعه حاضر از فرم کوتاه شده DASS-42 استفاده شده است. این ابزار در سال ۱۹۹۳ توسط Lovibond و Lovibond طراحی شد و ضریب پایایی این ابزار برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۱ و ۰/۹۱ به دست آمد [۲۱]. Henry و Crawford روایی و پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۳ گزارش کردند [۲۲]. در مطالعه Samani و Jokar که با هدف بررسی روایی و پایایی این ابزار در ایران انجام شد، ضریب پایایی برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۸۰ و برای کل مقیاس ضریب ۰/۸۲ به دست آمد [۲۳]. در پرسشنامه DASS-21، هر خرده مقیاس توسط ۷ سؤال ارزیابی می‌شود. نمره مربوط به هر خرده مقیاس بین صفر تا ۲۱ می‌باشد. نمره نهایی هر خرده مقیاس باید ۲ برابر شود. سپس شدت هر یک بر اساس جدول ۱ محاسبه می‌گردد [۲۱].

جدول ۱- نحوه محاسبه شدت اختلالات افسردگی، اضطراب و افسردگی بر اساس

درجه بندی DASS-42

شدت	افسردگی	اضطراب	استرس
عادی	۰-۹	۰-۷	۰-۱۴
خفیف	۱۰-۱۳	۸-۹	۱۵-۱۸
متوسط	۱۴-۲۰	۱۰-۱۴	۱۹-۲۵
شدید	۲۱-۲۷	۱۵-۱۹	۲۶-۳۳
بسیار شدید	۲۸ <	۲۰ <	۳۳ <

در جدول ۱ برای افسردگی حداقل نمره صفر تا ۲۸، این حد نصاب برای اضطراب صفر تا ۲۰ و برای استرس محدوده نمره صفر تا ۳۳ مورد انتظار می‌باشد [۲۱]. در مطالعه حاضر به علت کم بودن موارد اختلال شدید و بسیار شدید، در تجزیه و تحلیل‌های آماری این موارد با هم ادغام گردیدند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند. اختلاف در سطح  $p < 0.05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

ویژه بیمارستان علی‌ابن ابی‌طالب(ع) شهر رفسنجان در سال ۱۳۹۶ را مورد بررسی قرار دهند.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۶ به روش سرشماری بر روی کلیه پرستاران شاغل (۸۷ نفر) بخش‌های ویژه (ICU, CCU, NICU) بیمارستان علی‌ابن ابی‌طالب(ع) شهر رفسنجان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، عدم رخداد مهم (فوت نزدیکان، بیماری یا بستری فرد یا اقوام درجه یک در بیمارستان) و رضایت شرکت در مطالعه بود.

در این مطالعه از پرسشنامه مشخصات فردی شامل ۹ سؤال (سن، جنسیت، میزان تحصیلات، محل سکونت، وضعیت تأهل، سابقه کار، ساعت اضافه‌کاری در ماه، سابقه افسردگی در خانواده و سابقه بیماری خاص) و فرم کوتاه شده پرسشنامه DASS-42 (Depression, Anxiety, Stress Scale) استفاده شد. مقیاس DASS-42 از ۴۲ عبارت مرتبط با علائم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی، خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه به درگیری در امور، لذت نبردن از زندگی و فقدان انرژی و توانمندی را می‌سنجد. خرده مقیاس اضطراب بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب‌های موقعیتی را ارزیابی می‌کند. خرده مقیاس استرس عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری را در برمی‌گیرد [۲۰].

پژوهشگر پس از توضیح هدف از مطالعه و تأکید به محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه‌ها را توزیع کرده و در صورت مبهم بودن سؤالات، توضیحات لازم را ارائه می‌نمود.

آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت، شدت علامت مطرح شده را در یک مقیاس ۴ درجه‌ای مشخص کند. نمره صفر به معنای آن است که آزمودنی علامت مطرح شده در عبارت را در هفته گذشته اصلاً تجربه نکرده؛ عدد ۱ به معنای آن است که علامت مذکور در هفته گذشته تا حدی تجربه شده است؛ عدد ۲ یعنی آزمودنی علامت مورد نظر را در هفته گذشته تا حد زیادی تجربه کرده و عدد ۳ نشان‌دهنده این

## یافته‌ها

تعداد پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه ۸۷ نفر بود که ۱۵ نفر (۱۷/۳٪) در بخش ICU، ۱۷ نفر (۱۹/۵٪) در بخش NICU و ۵۵ نفر (۶۳/۲٪) در بخش CCU مشغول به کار بودند. میانگین و انحراف معیار سن پرستاران  $۶/۷۸ \pm ۳۵/۷۰$  سال محاسبه گردید (حداقل ۲۴ و حداکثر ۵۸ سال). ۲۴/۱۴٪ (۲۱ نفر) از پرستاران مورد بررسی مرد و ۱۶/۱٪ (۱۴ نفر) متأهل بودند. اکثریت پرستاران (۹۰/۸٪، ۷۹ نفر) در شهر ساکن بودند. بیشتر افراد مورد بررسی (۷۳ نفر، ۸۳/۹٪) تحصیلات لیسانس داشتند و ۵۵ نفر از آن‌ها (۶۳/۲٪) در حدود ۱۰۰-۵۱ ساعت در هفته در بخش ویژه کار می‌کردند. میزان سابقه کار ۳۶ نفر (۴۱/۴٪) از پرستاران، ۵ تا ۱۰ سال بود. سابقه بیماری خاص در ۷۷/۹٪ (۶۷ نفر) و سابقه افسردگی در خانواده در ۸۷/۲٪ (۷۵ نفر) موارد گزارش نشد.

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی  $۹/۶ \pm ۱۰/۸۰$ ، نمره استرس  $۸/۱۷ \pm ۱۲/۱۴$  و نمره اضطراب  $۸/۰۲ \pm ۸/۹۰$  بود که با توجه به جدول ۱، شدت این اختلالات به ترتیب خفیف، عادی و خفیف می‌باشد. افسردگی شدید در ۱۳/۸٪ پرستاران مشاهده شد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود افسردگی متوسط و شدید در سنین ۳۹-۲۰ بیشتر از ۶۰-۴۰ سال و در پرستاران با مدرک تحصیلی لیسانس بیشتر از سایرین بود ولی ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد. علاوه بر این، افسردگی شدید در زنان بیشتر از مردان بود هر چند اختلاف معنی‌دار نبود. فراوانی شدت افسردگی در پرستاران مورد بررسی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- فراوانی شدت افسردگی در شاغلین پرستاری بخش‌های ویژه بیمارستان علی ابن ابی‌طالب شهر رفسنجان در سال ۹۶ بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	شدت افسردگی	بدون افسردگی	افسردگی خفیف	افسردگی متوسط	افسردگی شدید	مقدار P
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
سن (سال)	۲۰-۳۹	۳۵ (۴۰/۷)	۳ (۴/۷)	۱۶ (۲۵/۰)	۱۰ (۱۵/۶)	۰/۰۹۴
	۴۰-۶۰	۱۲ (۵۲/۲)	۵ (۲۱/۷)	۴ (۱۷/۴)	۲ (۸/۷)	
جنسیت	زن	۳۸ (۵۷/۶)	۴ (۶/۱)	۱۴ (۲۱/۲)	۱۰ (۱۵/۱)	۰/۲۳۱
	مرد	۹ (۴۲/۹)	۴ (۱۹/۰)	۶ (۲۸/۶)	۲ (۹/۵)	
	دیپلم	۲ (۵۰/۰)	۱ (۲۵/۰)	۰ (۰)	۱ (۲۵/۰)	
میزان تحصیلات	لیسانس	۳۸ (۵۲/۱)	۶ (۸/۲)	۱۸ (۲۴/۷)	۱۱ (۱۵/۱)	۰/۵۹۸
	بالتر از لیسانس	۷ (۷۰/۰)	۱ (۱۰/۰)	۲ (۲۰/۰)	۰ (۰)	
ساعات اضافه‌کاری در ماه	کمتر از ۱۰۰ ساعت	۳۳ (۵۰/۰)	۷ (۱۰/۶)	۱۵ (۲۲/۷)	۱۱ (۱۶/۷)	۰/۳۸۳
	ک ۱۰۰ ساعت	۱۴ (۶۶/۷)	۱ (۴/۸)	۵ (۲۳/۸)	۱ (۴/۸)	
سابقه بیماری خاص	بلی	۱۰ (۵۲/۶)	۲ (۱۰/۵)	۳ (۱۵/۸)	۴ (۲۱/۱)	۰/۶۷۵
	خیر	۳۷ (۵۴/۴)	۶ (۸/۸)	۱۷ (۲۵)	۸ (۱۱/۸)	
محل سکونت	شهر	۴۲ (۵۳/۲)	۸ (۱۰/۱)	۱۹ (۲۴/۱)	۱۰ (۱۲/۷)	۰/۵۴۲
	روستا	۵ (۶۲/۵)	۰ (۰)	۱ (۱۲/۵)	۲ (۲۵)	
وضعیت تأهل	متأهل	۶ (۴۲/۹)	۱ (۷/۱)	۵ (۳۵/۷)	۲ (۱۴/۳)	۰/۸۱۵
	مجرد	۳۸ (۵۵/۱)	۷ (۱۰/۱)	۱۴ (۲۰/۳)	۱۰ (۱۴/۵)	
سابقه افسردگی در خانواده	بیوه	۳ (۷۵/۰)	۰ (۰)	۱ (۲۵/۰)	۰ (۰)	۰/۱۲۵
	بلی	۶ (۵۴/۵)	۳ (۲۷/۳)	۱ (۹/۱)	۱ (۹/۱)	
سابقه کار	خیر	۴۱ (۵۳/۹)	۵ (۶/۶)	۱۹ (۲۵/۰)	۱۱ (۱۴/۵)	۰/۸۶۴
	> ۱۵ سال	۳۱ (۵۵/۴)	۳ (۵/۴)	۱۴ (۲۵/۰)	۸ (۱۴/۳)	
	ک ۱۵ سال	۶ (۶۶/۷)	۰ (۰)	۲ (۲۲/۲)	۱ (۱۱/۱)	

Chi- square tests ■

بخش‌ها کار می‌کردند، بیشتر بود. فراوانی شدت اضطراب در پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان علی‌ابن‌ابی‌طالب (ع) شهر رفسنجان در سال ۹۶ بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۳ نشان داده شده است.

اضطراب متوسط و شدید به ترتیب در ۱۸/۴٪ و ۲۳٪ از پرستاران مشاهده شد. با توجه به جدول ۳، ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای مورد مطالعه و شدت اضطراب وجود ندارد هر چند، شدت اضطراب در پرستاران متأهل شاغل در بخش‌های ویژه و پرستارانی که کمتر از ۱۰۰ ساعت در ماه در این

جدول ۳- فراوانی شدت اضطراب در شاغلین پرستاری بخش‌های ویژه بیمارستان علی ابن ابی‌طالب شهر رفسنجان در سال ۹۶ بر حسب متغیرهای دموگرافیک

مقدار P	اضطراب شدید		اضطراب متوسط		اضطراب خفیف		بدون اضطراب		شدت اضطراب	
	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)		تعداد (درصد)		تعداد (درصد)		متغیر	
۰/۶۲۱	۱۱ (۱۷/۲)		۱۳ (۲۰/۳)		۵ (۷/۸)		۳۵ (۵۴/۷)		۲۰-۳۹	
	۵ (۲۱/۷)		۷ (۳۰/۴)		۲ (۸/۷)		۹ (۳۹/۱)		۴۰-۶۰	
۰/۸۵۴	۱۲ (۱۸/۲)		۱۴ (۲۱/۲)		۵ (۷/۶)		۳۵ (۵۳/۰)		زن	
	۴ (۱۹/۰)		۶ (۲۸/۶)		۲ (۹/۵)		۹ (۴۲/۹)		مرد	
	۲ (۵۰/۰)		۰ (۰)		۰ (۰)		۲ (۵۰/۰)		دیپلم	
۰/۲۷۶	۱۴ (۱۹/۲)		۱۸ (۲۴/۷)		۵ (۶/۸)		۳۶ (۴۹/۳)		لیسانس	
	۰ (۰)		۲ (۲۰/۰)		۲ (۲۰/۰)		۶ (۶۰/۰)		بالتر از لیسانس	
۰/۰۹۱	۱۵ (۲۲/۷)		۱۷ (۲۵/۸)		۴ (۶/۱)		۳۰ (۴۵/۵)		کمتر از ۱۰۰ ساعت	
	۱ (۴/۸)		۳ (۱۴/۳)		۳ (۱۴/۳)		۱۴ (۶۶/۷)		≥ ۱۰۰ ساعت	
۰/۲۰۹	۱ (۵/۳)		۷ (۳۶/۸)		۲ (۱۰/۵)		۹ (۴۷/۴)		بلی	
	۱۵ (۲۲/۱)		۱۳ (۱۹/۱)		۵ (۷/۴)		۳۵ (۵۱/۵)		خیر	
۰/۷۶۸	۱۵ (۱۹/۰)		۱۸ (۲۲/۸)		۷ (۸/۹)		۳۹ (۴۹/۴)		شهر	
	۱ (۱۲/۵)		۲ (۲۵/۰)		۰ (۰)		۵ (۶۲/۵)		روستا	
	۶ (۴۲/۹)		۳ (۲۱/۴)		۲ (۱۴/۳)		۳ (۲۱/۴)		متأهل	
۰/۰۸۱	۱۰ (۱۴/۵)		۱۶ (۲۳/۲)		۴ (۵/۸)		۳۹ (۵۶/۵)		مجرد	
	۰ (۰)		۱ (۲۵/۰)		۱ (۲۵/۰)		۲ (۵۰/۰)		بیوه	
۰/۹۸۰	۲ (۱۸/۲)		۲ (۱۸/۲)		۱ (۹/۱)		۶ (۵۴/۵)		بلی	
	۱۴ (۱۸/۴)		۱۸ (۲۳/۷)		۶ (۷/۹)		۳۸ (۵۰/۰)		خیر	
۰/۲۰۲	۱۰ (۱۷/۹)		۱۴ (۲۵)		۳ (۵/۴)		۲۹ (۵۱/۸)		> ۱۵ سال	
	۰ (۰)		۱ (۱۱/۱)		۰ (۰)		۸ (۸۸/۹)		≤ ۱۵ سال	

#### Chi- square tests ■

بود. فراوانی شدت استرس در شاغلین پرستاری بخش‌های ویژه بیمارستان علی‌ابن‌ابی‌طالب (ع) شهر رفسنجان در سال ۹۶ بر حسب متغیرهای دموگرافیک در جدول ۴ نشان داده شده است.

استرس متوسط و شدید به ترتیب در ۱۲/۶٪ و ۹/۲٪ از پرستاران مورد مطالعه مشاهده شد. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای مطالعه و شدت استرس وجود نداشت ولی استرس متوسط و شدید در پرستاران متأهل به‌طور قابل توجهی بیشتر از سایر پرستاران

جدول ۴- فراوانی شدت استرس در شاغلین پرستاری بخش‌های ویژه بیمارستان علی ابن ابی‌طالب شهر رفسنجان در سال ۹۶ بر حسب متغیرهای دموگرافیک

مقدار P	استرس شدید		استرس متوسط		استرس خفیف		بدون استرس		شدت استرس	
	تعداد (درصد)		تعداد (درصد)		تعداد (درصد)		تعداد (درصد)		متغیر	
۰/۲۶۳	۶ (۹/۴)		۶ (۹/۴)		۶ (۹/۴)		۴۶ (۷۱/۹)		۲۰-۳۹	
	۲ (۸/۷)		۵ (۲۱/۷)		۴ (۱۷/۴)		۱۲ (۵۲/۲)		۴۰-۶۰	
۰/۳۰۴	۸ (۱۲/۱)		۷ (۱۰/۶)		۸ (۱۲/۱)		۴۳ (۶۵/۲)		زن	

		(۰/۰)	(۱۹/۰)۴	(۹/۵)۲	(۷۱/۴)۱۵	مرد	
		(۰/۰)	(۵۰/۰)۲	(۰/۰)	(۵۰/۰)۲	دبلم	
۰/۱۸۶	میزان تحصیلات	(۱۱)۸	(۱۲/۳)۹	(۱۲/۳)۹	(۶۴/۴)۴۷	لیسانس	
		(۰/۰)	(۰/۰)	(۱۰/۰)۱	(۹۰/۰)۹	بالتر از لیسانس	
۰/۶۰۸	ساعات اضافه کاری در ماه	(۹/۱)۶	(۱۵/۲)۱۰	(۱۲/۱)۸	(۶۳/۶)۴۲	کمتر از ۱۰۰ ساعت	
		(۹/۵)۲	(۴/۸)۱	(۹/۵)۲	(۷۶/۲)۱۶	ک ۱۰۰ ساعت	
۰/۹۸۳	سابقه بیماری خاص	(۱۰/۵)۲	(۱۰/۵)۲	(۱۰/۵)۲	(۶۸/۴)۱۳	بلی	
		(۸/۸)۶	(۱۳/۲)۹	(۱۱/۸)۸	(۶۶/۲)۴۵	خیر	
۰/۳۱۶	محل سکونت	(۷/۶)۶	(۱۳/۹)۱۱	(۱۱/۴)۹	(۶۷/۱)۵۳	شهر	
		(۲۵)۲	(۰/۰)	(۱۲/۵)۱	(۶۲/۵)۵	روستا	
		(۱۴/۳)۲	(۲۸/۶)۴	(۲۱/۴)۳	(۳۵/۷)۵	متأهل	
۰/۱۴۳	وضعیت تأهل	(۷/۲)۵	(۱۰/۱)۷	(۱۰/۱)۷	(۷۲/۵)۵۰	مجرد	
		(۲۵/۰)۱	(۰/۰)	(۰/۰)	(۷۵/۰)۳	بیوه	
۰/۵۷۱	سابقه افسردگی در خانواده	(۹/۱)۱	(۹/۱)۱	(۰/۰)	(۸۱/۸)۹	بلی	
		(۹/۲)۷	(۱۳/۲)۱۰	(۱۳/۲)۱۰	(۶۴/۵)۴۹	خیر	
۰/۵۷۸	سابقه کار	(۷/۱)۸	(۱۴/۳)۸	(۱۰/۷)۶	(۶۷/۹)۳۸	سال ۱۵ >	
		(۰/۰)	(۲۲/۲)۲	(۲۲/۲)۲	(۵۵/۶)۵	سال ۱۵ ≤	

## Chi- square tests

پرستاران شاغل در ICU بیشتر از سایر بخش‌های مراقبت ویژه بود و آزمون آماری این اختلاف را معنی‌دار نشان داد ( $p=۰/۰۲۲$ ). میزان انواع اضطراب نیز در پرستاران بخش ICU بیشتر بود ولی اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد.

در جدول ۵ فراوانی شدت استرس، اضطراب و افسردگی در شاغلین پرستاری بخش‌های ویژه، بر حسب بخش محل کار مقایسه شده است. به علت مفهوم‌تر بودن نتایج، موارد اختلال شدید و بسیار شدید با هم ادغام گردید. میزان افسردگی در

جدول ۵- فراوانی شدت استرس، اضطراب و افسردگی در شاغلین پرستاری بخش‌های ویژه بیمارستان علی ابن ابی طالب شهر رفسنجان در سال ۹۶ بر حسب بخش محل کار

مقدار P	بخش محل کار			متغیر
	CCU تعداد (درصد)	NICU تعداد (درصد)	ICU تعداد (درصد)	
۰/۲۹۹	(۶۳/۶)۳۵	(۷۶/۵)۱۳	(۶۶/۷)۱۰	وضعیت
	(۱۲/۷)۷	(۵/۹)۱	(۱۳/۳)۲	خفیف
	(۱۸/۲)۱۰	(۰/۰)	(۶/۷)۱	متوسط
	(۵/۵)۳	(۱۷/۶)۳	(۱۳/۳)۲	شدید
۰/۴۲۰	(۵۴/۵)۳۰	(۵۸/۸)۱۰	(۲۶/۷)۴	وضعیت
	(۵/۵)۳	(۱۱/۸)۲	(۱۳/۳)۲	خفیف
	(۲۳/۶)۱۳	(۱۷/۶)۳	(۲۶/۷)۴	متوسط
	(۱۶/۴)۹	(۱۱/۸)۲	(۳۳/۳)۵	شدید
* ۰/۰۲۲	(۵۸/۲)۲۲	(۵۸/۸)۱۰	(۳۳/۳)۵	وضعیت
	(۵/۵)۳	(۰/۰)	(۳۳/۳)۵	خفیف
	(۲۳/۶)۱۳	(۲۹/۴)۵	(۱۳/۴)۲	متوسط
	(۱۲/۷)۷	(۱۱/۸)۲	(۲۰)۳	شدید

Chi- square tests \*  $p < ۰/۰۵$  اختلاف معنی‌دار

## بحث

ابیطالب (ع) شهر رفسنجان انجام شد. یافته‌ها نشان داد شدت تمامی اختلالات ذکر شده در افراد مورد پژوهش در محدوده خفیف می‌باشد. Kazemi و Kouhian شیوع افسردگی و

این مطالعه با هدف بررسی شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان علی ابن

از بیمارستان‌های شهر تهران انجام شد ارتباط بین نمره افسردگی و جنسیت را معنی‌دار گزارش کرد و میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان بود [۲۴] ولی Dehghani و همکاران [۲۵] و Alipoor و همکاران [۲۶]، رابطه‌ای بین افسردگی و جنسیت گزارش نکردند. یکسان نبودن نسبت پرستاران زن به پرستاران مرد در مطالعات مختلف را شاید بتوان علت اختلاف در نتایج ذکر نمود. در مطالعه حاضر، تعداد پرستاران زن از پرستاران مرد بیشتر بود و این امر ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار داده باشد.

در مطالعه حاضر، استرس متوسط و شدید به ترتیب در ۱۲/۶٪ و ۹/۲٪ از پرستاران وجود داشت. Asadi Fakhr و همکار، عوامل استرس‌زا را در پرستاران اتاق عمل بررسی نمودند و گزارش کردند ۶۳/۳٪ پرسنل اتاق عمل دارای استرس بالایی بودند. در مطالعه آن‌ها رابطه بین جنسیت و میزان استرس معنی‌دار و میزان استرس در زنان بیشتر از مردان بود [۱۵]. Hazavehei و همکاران رابطه جنسیت و استرس را معنی‌دار ذکر کردند. آن‌ها تفاوت‌های فیزیولوژیک بدن و ساختارهای روحی- روانی زنان و مردان را علت استعداد بیشتر زنان به ابتلا به استرس بیان کردند [۲۷] در حالی که در مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری در این مورد مشاهده نشد. در پژوهش Molazem و همکاران نیز ارتباطی بین جنسیت و استرس گزارش نگردید [۲۸]. شاید بتوان یکی از دلایل این اختلاف را تفاوت در بخش محل کار نمونه‌های مورد مطالعه دانست. یکی دیگر از دلایل اختلاف مطالعه حاضر با مطالعه Hazavehei و همکاران، احتمالاً تفاوت در زمان انجام مطالعه است. مطالعه Hazavehei و همکاران زمانی انجام شد که قوانین ارتقا بهره‌وری در پرستاری و پرداخت مبتنی بر عملکرد اجرایی نشده بودند [۲۷]. اگر چه در مطالعه Seyed Bagheri و همکاران، به عدم تأثیر این قوانین بر رضایت شغلی پرستاران اشاره گردیده است [۱۹] ولی شاید بتوان اجرای این قوانین را عاملی برای کاهش اضطراب و استرس و افسردگی پرستاران دانست.

در مطالعه حاضر، میزان اضطراب شدید ۱۸/۴٪ بود. این میزان در مطالعه Alipoor و همکاران [۲۶] ۱/۴٪ گزارش گردید. از آنجا که در مطالعه حاضر پرستاران بخش‌های ویژه

عوامل مؤثر بر آن را در پرستاران تعدادی از بیمارستان‌های شهر تهران بررسی کردند و شیوع افسردگی را ۳۷/۳٪ گزارش نمودند. نمره افسردگی پرستاران مورد بررسی در مطالعه آن‌ها  $25/25 \pm 6/9$  بود [۲۴]. بر طبق ابزار استفاده شده در پژوهش آن‌ها (پرسشنامه بک) که نمره بالاتر از ۱۶ افسردگی شدید تعیین شده است، افسردگی پرستاران در سطح شدید قرار می‌گرفت. Dehghani و همکاران نیز شیوع افسردگی را در پرستاران بیمارستان نمازی شیراز، ۵۸/۸٪ گزارش کردند. افسردگی شدید در مطالعه آن‌ها با استفاده از مقیاس افسردگی زانگ، ۲/۶٪ اعلام گردید [۲۵]. علت تفاوت نتایج مطالعات ذکر شده با نتایج مطالعه حاضر که افسردگی شدید در ۱۳/۸٪ نمونه‌ها وجود داشت، احتمالاً مربوط به تفاوت ابزار پژوهش است. در ضمن، نمونه‌های مطالعه حاضر، پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بودند در حالی که در مطالعات ذکر شده پرستاران سایر بخش‌ها نیز بررسی شده‌اند.

در مطالعه حاضر، افسردگی متوسط و شدید در سنین ۳۹-۲۰ بیشتر از ۶۰-۴۰ سال بود ولی اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. در پژوهش Kazemi و Kouhian نیز ارتباط بین نمره افسردگی و سن معنی‌دار نبود [۲۴]. Alipoor و همکاران در مطالعه خود رابطه معنی‌دار مثبتی بین میزان افسردگی و سن پرستاران بدست آوردند به طوری که با افزایش سن، میزان افسردگی پرستاران افزایش می‌یافت اما رابطه بین سن پرستاران با میزان استرس و اضطراب در پژوهش آن‌ها معنی‌دار نبود [۲۶]. این اختلاف را می‌توان ناشی از متفاوت بودن بخش محل کار پرستاران دانست زیرا در مطالعه آن‌ها، پرستاران شاغل در کلیه بخش‌ها بررسی شده بودند.

در پژوهش حاضر، میزان افسردگی متوسط و شدید در پرستاران با مدرک تحصیلی لیسانس بیشتر از سایرین بود ولی ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد. Kazemi و Kouhian رابطه معکوس و معنی‌داری بین سطح تحصیلات و شدت افسردگی گزارش کردند و پرستاران دارای تحصیلات بالاتر امتیاز افسردگی کمتری داشتند [۲۴]. علاوه بر این، در مطالعه حاضر افسردگی شدید در زنان بیشتر از مردان بود هر چند اختلاف معنی‌دار نبود. مطالعه‌ای که بر روی پرستاران تعدادی

نسبت به سایر پرستاران استرس، افسردگی و اضطراب بیشتری نشان می‌دهند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه به صورت خود گزارش‌دهی بود. از این رو، ممکن است برخی از پرستاران به طور صادقانه به پرسش‌ها پاسخ نداده باشند. عدم توازن جنسی در پرستاران بخش‌های ویژه نیز محدودیت دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با حجم نمونه بیشتر و رعایت توازن در جنسیت پرستاران صورت گیرند. پرستاران بخش‌های ویژه به دلیل ارتباط با بیماران بدحال، بیماران مبتلا به انواع بدخیمی‌ها و انواع بیماری‌های مزمن، سطوح بالاتری از افسردگی و استرس و اضطراب را تجربه می‌کنند. کاهش ساعت کاری، افزایش امکانات رفاهی و توجه بیشتر مسئولین تأثیر بسزایی در افزایش سلامت روان پرستاران خواهد داشت.

#### نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر،

اهمیت حرفه پرستاری و تأثیر استرس، اضطراب و افسردگی بر عملکرد شغلی و کیفیت خدمات‌دهی به بیماران، لازم است توسط مدیران پرستاری در جهت افزایش سلامت روان این قشر از جامعه برنامه‌ریزی شود. شیوع استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران بخش‌های ویژه به خصوص بخش ICU نیازمند توجه خاص و انجام مداخلات سازمانی نظیر تشویق و پاداش، حمایت شغلی، کاهش تعارضات و ابهامات شغلی است. همچنین، مداخلات روان‌شناختی جهت کاهش استرس‌های شغلی می‌تواند در بالا بردن سطح کیفیت زندگی پرستاران مؤثر باشد. برگزاری کارگاه‌های مختلف جهت مقابله با استرس و اضطراب و بررسی دوره‌ای این پرستاران از نظر مشکلات روان‌پزشکی و پیشگیری و درمان به موقع این اختلالات توصیه می‌گردد.

#### تعارض منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشته است.

مورد بررسی قرار گرفتند، بیشتر بودن میزان اضطراب در مطالعه حاضر قابل توجیه است.

در پژوهش حاضر، بین میزان اضطراب پرستاران با جنسیت رابطه معنی‌داری وجود نداشت. این یافته با نتایج مطالعات Bigdeli و همکاران [۲۹]، و Hebrani و همکاران [۳۰] همسو است اما با نتایج مطالعات Zamanian و همکاران [۳۱] و Khamseh و همکاران [۳۲] همخوانی ندارد. این تفاوت احتمالاً ناشی از مطالعه بر روی پرستاران بخش‌های مختلف است. مطالعات بیشتر با حجم نمونه زیادتر برای نیل به نتیجه بهتر کمک‌کننده است.

در بررسی حاضر هر چند ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تأهل و شدت اضطراب دیده نشد ولی اضطراب شدید و متوسط در پرستاران متأهل بیشتر بود. Alipoor و همکاران [۲۶]، Molazem و همکاران [۳۳] و Rezaei و همکاران [۳۴] نیز بین وضعیت تأهل با میزان اضطراب رابطه معنی‌داری گزارش نکردند. اما این رابطه در پژوهش Khamseh و همکاران [۳۲] و Zamanian و همکاران [۳۱] معنی‌دار بود. در مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای مطالعه و شدت استرس در پرستاران بخش‌های ویژه وجود نداشت. ولی استرس متوسط و شدید در پرستاران متأهل بیشتر از سایر پرستاران بود. در مطالعه Alipoor و همکاران [۲۶]، Molazem و همکاران [۳۳] و Rezaei و همکاران [۳۴] نیز رابطه معنی‌داری بین وضعیت تأهل با میزان استرس مشاهده نگردید اما در پژوهش Khamseh و همکاران [۳۲] و Zamanian و همکاران [۳۱] این رابطه معنی‌دار بود. این مطالعات شیوع بیشتر استرس و اضطراب در متأهلین را مشکلات اقتصادی و اضطراب ناشی از تأمین خانواده عنوان نمودند.

افسردگی در پرستاران شاغل در ICU بیشتر از سایر بخش‌های مراقبت ویژه و اختلاف معنی‌دار بود. در مطالعه Dehghani و همکاران ابتلا به افسردگی با کار در بخش‌های ویژه و اورژانس ارتباط معنی‌داری داشت [۲۵]. Lai و همکاران، پیچیدگی کار و استفاده از تجهیزات فنی تخصصی را از چالش‌های بخش‌های مراقبت ویژه و از عوامل استرس‌زا ذکر کرده‌اند [۳۶] و به این دلیل، پرستاران این بخش‌ها



## سهام نویسندگان

عصمت طالقانی، طراحی مطالعه و نگارش پروپوزال، مجید نوروزی جمع‌آوری اطلاعات و مریم هادوی همکاری در تجزیه و تحلیل نتایج و نگارش مقاله را بر عهده داشته‌اند.

بدین‌وسیله از تمامی پرستارانی که با بردباری و دقت به سؤالات پرسشنامه پاسخ داده و پژوهشگران را در انجام تحقیق یاری رساندند و از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند، صمیمانه تشکر می‌شود.

## تشکر و قدردانی

## References

- Buchanan JL. Prevention of depression in the college student population: a review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing* 2012;26(1):21-42.
- Babamiri M, Nisi A, Arshadi N, Shahroie S. Job Stressors as predictors of psychosomatic symptoms. *SJIUMS* 2015;23(1):45-55.
- World health organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimate.[ cited 2017 Mar 22]. Available from: <http://apps.who.int/iris>
- Zarepoor F, Kamali M, Alagheband M, Gheisari M, Sarlak S. Evaluation of depression and its relationship to exercise in women over 20 years. *JSUMS* 2012;20(1):64-72.
- Enns V, Currie S, Wang J. Professional autonomy and work setting as contributing factors to depression and absenteeism in Canadian nurses. *Nursing outlook* 2015;63(3):269-77.
- Zandi A, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Abundance of depression, anxiety and stress in militant Nurses. *Journal Mil Med* 2011;13(2):103-8.
- Yavari M. Comparison psychiatrics nurses burnout and general health with critical care (ICU) nurses. *QJNM* 2014;3(1):55-65. [Persian]
- Aghajani MJ. The professional burnout of nurses in different wards. *JRDNM* 2013;9(3):97-104. [Persian]
- Arefian N, Seddighi A, Seddighi A, Nobahar M. Depression in the nurses of the special wards versus nurses of the general wards, a comparative study. *IJCP* 2009;2(3):151-4.
- Barry S, Wegman H. *Occupational Health* edition. 5nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2006: 737.
- Autnfm R. Depression: America's declining depression. *Journal of mental health* 1993;6(3):65-78.
- Kawano Y. Association of job-related stress factors with psychological and somatic symptoms among Japanese hospital nurses: effect of departmental environment in acute care hospitals. *Journal of occupational health* 2008;50(1):79-85.
- Jolivet A, Caroly S, Ehlinger V, Kelly-Irving M, Delpierre C, Balducci F, et al. Linking hospital workers' organisational work environment to depressive symptoms: a mediating effect of effort-reward imbalance? The ORSOSA study. *Social science & medicine* 2010;71(3):534-40.
- Letvak S, Ruhm CJ, McCoy T. Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist* 2012;26(3):177-82.
- Asadi Fakhr A, Asadi S. Investigation of the amount of stressors in operating room nurses. *Pajouhan Scientific Journal* 2017;15(2):27-31. [Persian]
- Ohler MC, Kerr MS, Forbes DA. Depression in nurses. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)* 2010;42(3):66-82.
- Wang J, Schmitz N, Smailes E, Sareen J, Patten S. Workplace characteristics, depression, and health-related presenteeism in a general population sample. *JOEM* 2010;52(8):836-42.
- 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):53-83. [Persian]
- Seyed BSH, Khoshab H, Mahdizadeh M, Yaghobipoor M, Khoshab M. Implementation of enforcement productivity law and performance-based payment and nurses' job satisfaction. *QJNM* 2017;6(1):94-103. [Persian]
- Antony M, Barlow D. *Handbook of assessment and treatment planning for Psychological Disorders*. 2<sup>nd</sup> ed. Guilford Publications: New York; 2002: 589

21. Lovibond S, Lovibond P. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (DASS). 2nd ed. Australia: Public domain; 1993: 34.
22. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *BJCP* 2005;44(2):227-39.
23. Samani S, Jokar B. Investigation of Validity of Short Form of Depression Scale, Anxiety and Stress. *JSHSHU* 2007;26(3):65-77. [persian]
24. Kazemi M, Kouhian K. Prevalence of depression and its effective factors in nurses of some hospitals in Tehran. *Nurse and physician within war* 2011;14(8):8-11. [persian]
25. Dehghani M, Zoladl M, Boland-Parvaz S, Keshtkaran Z, Mahmoudi R, Jabbarnejad A. A survey on depression and its related factors in Nurses who work in Namazi Hospital of Shiraz University of Medical Sciences-2008. *Iran Occup Health* 2009;6(3):24-31. [Persian]
26. Alipoor R, Ebrahimi A, Omidi R, Hedayati A, Ranjbar H, Hosseinpour S. Depression, anxiety, stress and related demographic variables in nurses of Valiasr hospital in Fasa University of Medical Sciences in 2014. *Pajouhan Scientific Journal* 2015;13(4):51-9. [Persian]
27. Hazavehei MM, Moghimbeigi A, Hamidi Y. Assessing stress level and stress management among Hamadan hospital nurses based on precede model. *The horizon of medical sciences* 2012;18(2):78-85. [Persian]
28. Molazem Z, Mohammadhosseini S, Karimi Z, Bagheri G. Assessing of job stress factors and the score of stress from sight of nurses in Kohgiluyeh Boyer-Ahmad University of medical sciences hospitals. *J Armaghane-e-Danesh* 2005;10(3):95-103. [Persian]
29. Bigdeli I, Karimzade S. The study of relationship between the tension-making factors and mental health of Semnan nurses. *Koomesh* 2007;8(2):21-6. [Persian]
30. Hebrani P, Behdani F, Mobtaker M. Evaluation of stress factors in nurses of different hospital wards. *QJFMH* 2008;10(3(39)):231-7. [Persian]
31. Zamanian Ardakani Z, Kakooei H, Ayattollahi S, Karimian S, Nasle Seraji G. Mental Health Survey on Shift Work Nurses in Shiraz Province, Iran. *JSPHIPHR* 2008;5(4):47-55.
32. Khamseh F, Roohi H, Ebaady A, Hajiamini Z, Salimi H, Radfar S. Survey Relationship between demographic factors and stress, anxiety and depression in nurses working in selected hospitals in Tehran city. *JHNM* 2011;21(1):13-21. [Persian]
33. Molazem Z, Mohammadhoseini S, Karimi Z, Zadehbagheri G. A Study on Job Stress-Making Factors and their Degrees of Stressfulness from the Nurses' Viewpoint in the University Hospitals of Kohgiluyeh & Boyer-Ahmad. *Armaghane danesh* 2005;10(3):95-103. [Persian]
34. Rezaei T, Yazdi-Ravandi S, Ghaleiha A, Rabiei S, Ali M. Depression among medical students of Hamadan University of Medical Sciences in 2014: The Role of demographic variables. *Pajouhan Scientific Journal* 2015;13(4):1-8. [Persian]
35. Lai HL, Lin YP, Chang HK, Wang SC, Liu YL, Lee HC, et al. Intensive care unit staff nurses: predicting factors for career decisions. *Journal of clinical nursing* 2008;17(14):1886-96.

# Prevalence of Stress, Anxiety and Depression among Nursing Staff in Intensive Care Units of Ali Ebn-e Abitaleb Hospital in Rafsanjan in 2017

Taleghani E<sup>1</sup>, Noroozi M<sup>2</sup>, Hadavi M<sup>3</sup>

1- MSc, Dept of Surgical Technology, Paramedical Faculty, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

2- MSc, Ali Ebn-e Abitaleb Hospital, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran.

3- PhD Student, Molecular Medicine Research Center, Research Institute of Basic Medical Sciences, Dept of Anesthesiology, Paramedical Faculty, Rafsanjan University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran. (Corresponding Author)

Email: hadavimaryam@yahoo.com, Tel: 03434258397

Received: 17 April 2018

Accepted: 3 November 2018

**Introduction:** Due to the nature of the job, the health of nursing staff is always at risk. Nurses who do not have a good mental and physical health will not be able to take good care of patients. The purpose of this study was to investigate the prevalence of stress, anxiety and depression in the nursing staff in intensive care units of Ali Ebn-e Abitaleb Hospital in Rafsanjan in 2017.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted in 2017 using a census method on all the nurses (87 nurse) working in the intensive care units (NICU, ICU, CCU) of Ali Ebn-e Abitaleb Hospital in Rafsanjan. Data were collected using a demographic questionnaire (14 items) and the standard DASS-21 questionnaire (21 items) and analyzed using a chi-square test.

**Results:** Regarding the mean and standard deviation of depression scores ( $10.80 \pm 9.60$ ), stress ( $12.14 \pm 8.17$ ) and anxiety ( $8.90 \pm 8.02$ ), the severity of these disorders in nurses was mild, normal and mild, respectively. The severe type of these disorders was observed in 13.8% (12 people), 9.2% (8 people) and 18.4% (16 people) of the nurses, respectively. The rate of depression in ICU nurses was higher than depression in NICU and CCU nurses. A significant statistical difference was found ( $p = 0.022$ ).

**Conclusion:** Regarding the findings of this study, given the importance of nursing profession and the effect of the prevalence of stress, anxiety and depression of nurses on job performance and quality of service to patients, it is necessary for the nursing managers to increase the mental health of this community, especially nurses working in the ICU.

**Keywords:** Depression, Stress, Anxiety, Intensive Care Unit Nurses, DASS-21 Test, Rafsanjan

---

### Please cite this article as follows:

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.

Funding: Rafsangan University of Medical Science funded this article.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: Rafsangan University of Medical Science Ethical committee approved the study.