

ارتباط مواجهه با COVID-19 و وضعیت سلامت روان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی: مطالعه‌ی مقطعی در بیمارستان‌های شهر مشهد

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۶

خلاصه

مقدمه: افزایش علائم اضطراب، به ویژه در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی (HCW) تا کنون در چندین کشور در رابطه با همه‌گیری کووید-۱۹ گزارش شده است. این مطالعه با هدف مقایسه سلامت روان و اضطراب کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در مراکز ارجاع کووید-۱۹ و سایر بیمارستان‌ها انجام شد. **روش کار:** شرکت کنندگان این مطالعه مقطعی ۱۸۰ نفر از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بودند که ۸۱ نفر از آنان در بخش‌های کووید-۱۹ و ۹۹ نفر در سایر بخش‌ها فعالیت داشتند. سلامت روان با استفاده از نسخه برخط پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸ (GHQ-28)، پرسشنامه اضطراب سلامت (HAI-18) و مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) ارزیابی شد. آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۶ انجام شد. تست‌های آماری مربع کای (یا آزمون دقیق فشر)، T مستقل و رگرسیون خطی چند متغیره در مواقع مناسب مورد استفاده قرار گرفتند.

نتایج

میانگین سنی شرکت کنندگان $36,55 \pm 9,48$ سال بود که ۱۲۰ (۶۶,۷٪) نفر از آن‌ها زن بودند. میانگین نمره پرسشنامه‌های HAI-18 و CDAS در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بخش کووید ۱۹ به شکل قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر بود ($p < 0,05$)، اما نمره GHQ-28 میان دو گروه تفاوت نداشت. مدت زمان شیفت ($\beta = -0,297$)، ساعت شیفت ($\beta = 0,283$)، $p = 0,044$ و واحدهای مختلف بیمارستان ($\beta = 0,211$)، $p = 0,045$ ، به طور قابل ملاحظه‌ای بر نمرات CDAS تأثیر گذار بود. همچنین، تعداد فرزندان تعیین‌کننده اصلی نمره GHQ-28 بود ($\beta = -0,224$)، $p = 0,035$.

نتیجه‌گیری

کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در بخش کووید-۱۹ استرس کمتری را نسبت به آن‌هایی که با بیماران کووید-۱۹ تماس نداشتند، تجربه کردند.

کلمات کلیدی

کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، اضطراب، کووید-۱۹، سلامت روان

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

زنیره سلیمی^۱

نجمه شاهینی^۲

زهرا رجائی^۳

ملیحه ضیائی^۴

مصطفی منصوری^۵

رضا رحیم زاده اسکویی^۶

حسین محدث اردبیلی^{۳*}

۱ استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲ استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۳ دستیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان ابن سینا، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

۴ متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه

۵ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۶ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)

Email: h.mohaddesardabili@gmail.com

مقدمه

از دی ماه ۱۳۹۹، بیماری کروناویروس ۲۰۱۹ (کووید-۱۹) به سرعت در سراسر جهان گسترش یافت و در اسفند ماه همان سال، توسط سازمان جهانی بهداشت به عنوان یک بیماری همه گیر اعلام شد (۱). اکنون مسئولین و کارکنان مراقبت های بهداشتی به صورت ۲۴ ساعته به ارائه خدمت مشغول اند تا گسترش بی وقفه این بیماری را کنترل کنند.

اخیرا سازمان جهانی بهداشت اعلام نیاز به اقدام فوری در مورد سلامت روان کرده و کارکنان مراقبت های بهداشتی فعال در خط مقدم درمان را در معرض خطر افسردگی و اضطراب بیشتری در نظر گرفته است. در طی چنین همه گیری هایی، کارکنان مراقبت های بهداشتی فعال در خط مقدم درمان، به دلیل مواجهه با ساعات طولانی کار، خطر بالای انتقال عفونت، انزوای اجتماعی و دلتنگی و دوری از خانه و خانواده، که همگی به طور بالقوه می تواند زمینه ساز مشکلات جدی سلامت روانی باشد، در خطر بالای ابتلا یا تشدید مشکلات سلامت روان می باشند (۲، ۳).

برخی مطالعات وضعیت روانشناختی کارکنان مراقبت های بهداشتی را در همه گیری کووید-۱۹ در کشورهای مختلف بررسی کرده اند. به عنوان مثال، لو و همکاران ۲۲۹۹ نفر از کارکنان کادر پزشکی و اداری را در چین از نظر اضطراب، ترس و افسردگی مورد بررسی قرار دادند و در پایان نتیجه گرفتند که کادر پزشکی در معرض خطر بالای بروز مشکلات روانشناختی فوق می باشند (۴). اما مطالعه دیگری در سنگاپور به این نتیجه رسید که در طی همه گیری کووید-۱۹ کارکنان مراقبت های بهداشتی غیرپزشکی (متخصصان پیراپزشکی، داروسازان، تکنسین ها، مدیران، کارمندان و نیروهای خدمات) در مقایسه با کارکنان مراقبت های بهداشتی پزشکی (پزشکان و پرستاران) در معرض خطر بیشتری برای مسائل روانشناختی مانند اضطراب هستند (۵). پژوهشی نیز در ایران به بررسی اثرات روانی این پاندمی بر پرستاران پرداخت و به این نتیجه رسید که کووید-۱۹ پیامدهای روانی زیادی

برای پرستاران به همراه داشته است که مهم ترین آن ها افسردگی، کاهش تمرکز و بی انگیزگی هستند (۶). البته لازم به ذکر است که این مطالعات محدودیت هایی مانند عدم در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی-اجتماعی و تک مرکز بودن داشتند (۴، ۵). علاوه بر این، وضعیت همه گیری روز به روز در حال تغییر است و وضعیت روانی کارکنان مراقبت های بهداشتی نیز ممکن است با گذشت زمان تغییر کرده باشد. به همین دلایل، شواهد در این زمینه ناقص و متغیر است و برای دستیابی به دیدگاه جامع تری از وضعیت موجود و برنامه ریزی برای مداخلات دقیق و به موقع، مطالعات بیشتری به خصوص در جمعیت محلی لازم است.

با توجه به تعداد کل موارد کووید-۱۹، ایران جزء کشورهای با شیوع بالای این بیماری دسته بندی می شود (۷). با این حال، توجه اندکی به تأثیرات روانشناختی کووید-۱۹ در کارکنان مراقبت های بهداشتی خط مقدم درمان شده است. هدف ما مقایسه وضعیت سلامت روان و میزان اضطراب کارکنان مراقبت های بهداشتی شاغل در مراکز ارجاع کووید-۱۹ با سایر کارکنان مراقبت های بهداشتی می باشد. این مطالعه می تواند فرصتی برای بهبود درک نیازهای روانشناختی کارکنان مراقبت های بهداشتی خط اول درمان و برنامه ریزی برای اقدامات و مداخلات مناسب فراهم کند.

روش کار

مطالعه حاضر به صورت مقطعی و در میان کارکنان مراقبت های بهداشتی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. منظور از کارکنان مراقبت های بهداشتی، پزشکان، پرستاران، دانشجویان پزشکی عمومی، دستیاران تخصصی پزشکی، دندانپزشکان، تکنسین های آزمایشگاهی، داروسازان و سایر کارکنان فعال در محیط بیمارستانی است. برای جلوگیری از انتقال عفونت و تماس های فرد به فرد، از ۲۲ تا ۳۰ فروردین ۱۳۹۹ پرسش نامه آنلاین از طریق شبکه های اجتماعی متداول به شرکت

HAI-18 برای اندازه گیری اضطراب سلامت به طور مستقل از وضعیت سلامت جسمی مورد استفاده قرار می گیرد (۱۰). این پرسشنامه مشتمل بر سه قسمت نگرانی در مورد سلامتی، آگاهی از احساسات یا تغییرات جسمی و ترس از داشتن بیماری می باشد. نمرات HAI-18 از ۰ تا ۵۴ است که در آن نمره بالاتر با اضطراب بالاتر مرتبط است. اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه توسط ربیعی و همکاران بررسی و تأیید شده است (۱۱).

شرکت کنندگان پرسشنامه CDAS را نیز پر کردند که در واقع پرسشنامه ای است که توسط روانپزشکان ایرانی برای برآورد اضطراب مربوط به کووید-۱۹ تدوین شده است. این پرسشنامه براساس مقیاس های قبلی که مربوط به بیماری های تنفسی است (مانند آنچه توسط ویلگوس و همکاران (۱۲) ایجاد شده است) تهیه شده و اعتبار آن در مطالعات مقدماتی اندازه گیری اضطراب مربوط به کووید-۱۹ بررسی و تأیید شده است (۱۳).

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. مقدار p کمتر از ۰,۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. نمرات پرسشنامه های HAI-18، CDAS و GHQ-28 به طور نرمال توزیع شده بود و به عنوان میانگین \pm انحراف معیار (SD) ارائه شد. داده های کیفی به صورت فراوانی (درصد) نشان داده شد. برای مقایسه میانگین سن و نمرات پرسشنامه بین دو گروه از آزمون T مستقل استفاده شد. برای مقایسه تفاوت بین زیرگروه های هر متغیر گسسته از آزمون مربع کای یا آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای تعیین اینکه کدام یک از پارامترهای جمعیتی بر نمرات پرسشنامه تأثیر می گذارد، از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد.

نتایج

ما ۱۸۰ نفر از کارکنان مراقبت های بهداشتی با میانگین سنی $9,48 \pm 36,55$ سال را بررسی کردیم که اکثریت آن ها را

کنندگان ارائه شد. در روزهایی که پرسشنامه به صورت آنلاین در دسترس بود، تعداد موارد محلی که ابتلای آن ها به کووید-۱۹ تأیید شده بود به سرعت در حال افزایش بود. پرسشنامه بصورت ناشناس تکمیل می شد و اطلاعات محرمانه و بدون نام جمع آوری و نگهداری شد. پروپوزال این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شد.

صد و هشتاد نفر از کارکنان مراقبت های بهداشتی، در این نظرسنجی شرکت کردند و به دو گروه کارکنان مراقبت های بهداشتی فعال در بخش های کووید-۱۹ (۸۱ نفر) و کارکنان مراقبت های بهداشتی در سایر بخش ها (۹۹ نفر) تقسیم شدند. برای این مطالعه از نمونه گیری در دسترس استفاده شد.

از افراد خواسته شد که چهار پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28)، پرسشنامه اضطراب سلامت ۱۸ سوالی (HAI-18) و مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) را تکمیل کنند. اطلاعات دموگرافیک خواسته شده از بیماران نیز شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، موقعیت شغلی در سیستم مراقبت های بهداشتی، سابقه کار، سطح درآمد و سوابق برای ارزیابی میزان قرار گیری در معرض کووید-۱۹ بود.

GHQ-28 یک ابزار غربالگری برای شناسایی خطر ابتلا به اختلالات روانپزشکی است. این پرسشنامه شامل چهار قسمت علائم سوماتیک (موارد ۱-۷)، اضطراب/بی خوابی (موارد ۸-۱۴)، اختلال عملکرد اجتماعی (موارد ۱۵-۲۱) و افسردگی شدید (موارد ۲۲-۲۸) است. دامنه نمره از ۰ تا ۸۴ است که نمرات بالاتر نشان دهنده اختلال شدیدتر هستند. نمره کل ۲۳ یا پایین تر در دسته غیر روانپزشکی طبقه بندی می شوند، در حالی که نمرات بالای ۲۴ ممکن است در دسته اختلالات روانپزشکی طبقه بندی شوند (۸). در این مطالعه ما از نسخه ی اعتبارسنجی شده فارسی این پرسشنامه استفاده کردیم (۹).

³ Corona Disease Anxiety Scale

¹ General Health Questionnaire-28

² Health Anxiety Inventory-18

پزشک به همراه ۱۸ نفر (۱۰٪) دستیار پزشکی و ۱۰ نفر (۵٪/۶) دانشجوی پزشکی عمومی بودند. وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، جایگاه حرفه ای، بخش محل خدمت، سابقه بیماری جسمی در خانواده، مدت هر شیفت و مجموع زمان فعالیت در بخش بیماران کووید بین کارکنان مراقبت های بهداشتی فعال در بخش های کووید-۱۹ و سایر بخش ها تفاوت معنی داری داشت (<۰/۰۵) (جدول ۱).

زنان تشکیل می دادند (۶۶,۷٪). ۸۱ نفر (۴۵٪) از شرکت کنندگان در بخش های مربوط به کووید-۱۹ و ۹۹ نفر (۵۵٪) در سایر بخش ها کار می کردند. بیشتر شرکت کنندگان متاهل بودند (۸۲,۸٪/۱۴۹)، زیر ۱۵ سال سابقه ی کار داشتند (۴۵,۸٪/۸۱)، در بخش های بیمارستان کار می کردند (۶۴,۲٪/۱۱۱) و بیماری جسمی (۷۸,۹٪/۱۴۲) یا روانی (۹۲,۲٪/۱۶۶) نداشتند. از نظر جایگاه حرفه ای، ۷۰ نفر (۳۸٪/۹) از جمعیت مورد مطالعه پرستار و ۶۸ نفر (۳۷٪/۸)

جدول ۱. مقایسه مشخصات دموگرافیک بین کارکنان مراقبت های بهداشتی در بخش کووید-۱۹ و سایر بخش ها

خصوصیات	حضور در بخش کووید-۱۹	
	خیر (N=99)	بله (N=81)
کل (N=180)		
سن (سال)	36.5±9.5	34.3±8.6
جنسیت (مرد)	60 (33.3)	23 (28.4)
*وضعیت تاهل		
متاهل	149 (82.8)	58 (71.6)
مجرد	28 (15.6)	22 (27.2)
مطلقه	3 (1.7)	1 (1.2)
*تعداد فرزند	0.9±0.9	0.7±1.1
سطح سواد		
کمتر از کارشناسی	2(1.1)	2(2.5)
کارشناسی و کارشناسی ارشد	76 (42.2)	39 (48.1)
دکتر و بالاتر	102 (56.7)	40(49.4)
شغل/حرفه *		
دانشجو/کارورز	10 (5.6)	8 (9.9)
پرستار	70 (38.9)	39 (48.1)
دستیار پزشکی	18 (10)	6 (7.4)
پزشک	68 (37.8)	26 (32.1)
سایر	14 (7.7)	2 (2.5)
سابقه شغلی		
کمتر از ۱۵ سال	141 (79.7)	68 (84)
بیشتر از ۱۵ سال	36 (20.3)	13 (16)
* سطح درآمد (میلیون ریال)		
زیر ۵۰	116 (64.4)	58(71.6)
بالای ۵۰	64 (35.6)	23 (28.4)
سابقه ی بیماری جسمی		
عدم وجود سابقه	142 (78.9)	59 (72.8)
اختلالات تیروئید	12 (6.7)	9 (11.1)

2 (1.1)	1 (1)	1 (1.2)	دیابت
6 (3.3)	4 (4)	2 (2.5)	فشارخون
2 (1.1)	1 (1.2)	1 (1.2)	بیماری های نوروسایکولوژیک
4 (2.2)	0	4 (4.9)	بیماری ریوی
12 (6.6)	7 (7)	5 (6.1)	سایر
14 (7.8)	7 (7.1)	7 (8.6)	ریسک فاکتور کووید-۱۹
95 (52.8)	45 (45.5)	50 (61.7)	*سابقه ی بیماری جسمی مزمن در خانواده
			سابقه ی بیماری اعصاب و روان
166 (92.2)	92 (92.9)	74 (91.4)	عدم وجود سابقه
9 (5)	5 (5.1)	4 (4.9)	اضطراب
5 (2.8)	2 (2)	3 (3.7)	افسردگی
30 (16.7)	17 (17.2)	13 (16)	سابقه ی بیماری اعصاب و روان در خانواده درجه اول
			*رده پرسنلی
4 (2.2)	3(3)	1 (1.2)	کمک پرستار، منشی یا تکنسین آزمایشگاه
71 (39.4)	31 (31.3)	40 (49.4)	پرستار
105 (58.3)	65 (65.7)	40 (49.4)	پزشک
			*بخش محل خدمت
134 (74.4)	93 (93.9)	41 (50.6)	کم خطر
46 (25.6)	6 (6.1)	40 (49.4)	پر خطر
			*مدت زمان حضور در بخش کووید
54(55.7)	16(100.0)	38 (۴۶/۹)	کمتر از ۱ هفته
43(44.3)	0	43 (53.1)	بیشتر از ۱ هفته
			مدت زمان هر شیفت
86(92.5)	13(100)	73(91.3)	زیر ۸ ساعت
7(7.5)	0	7 (8.8)	بالای ۸ ساعت
27.3± 3.8	28.0±3.5	26.3±4.0	*نمره پرسشنامه HAI-18
45.11 ± 11.0	45.43±11.9	44.7±9.8	نمره پرسشنامه GHQ-28
25.2 ± 7.9	26.5±7.7	23.6±7.9	*نمره پرسشنامه CDAS

* اختلاف آماری معنی دار ($p < 0.05$) بین کارکنان مراقبت های بهداشتی در کووید-۱۹ و سایر بخش ها؛ داده ها به صورت

میانگین \pm انحراف معیار یا فراوانی (%) ارائه شده اند.

۱. بخش های پرخطر: اورژانس، عفونی، داخلی، بخش مراقبت های ویژه؛ بخش کم خطر: سایر بخش ها

سایر بخش ها متفاوت نبود ($p < 0.05$). طبق HAI-18، اکثر کارکنان مراقبت های بهداشتی فعال در بخش کووید-۱۹ سطح اضطراب خفیف داشتند (۴۵ [۵۵/۶]%)، در حالی که سایر کارکنان مراقبت های بهداشتی غالباً در گروه اضطراب متوسط طبقه بندی می شدند. ($p = 0.001$) (جدول ۲).

میانگین نمره پرسشنامه های HAI-18 و CDAS در کارکنان مراقبت های بهداشتی فعال در بخش کووید-۱۹ کمتر بود ($p < 0.05$)، با این حال، نمره GHQ-28 تفاوت معنی داری بین دو گروه نداشت (جدول ۱). طبقه بندی افراد از لحاظ شدت اختلال بر اساس پرسشنامه های GHQ-28 و CDAS بین کارکنان مراقبت های بهداشتی فعال در بخش کووید-۱۹ و

جدول ۲. دسته بندی نمرات پرسشنامه های CDAS، GHQ-28 و HAI-18 بین گروه های مطالعه، فراوانی (%)

P-value	حضور در بخش کووید-۱۹		گروه پرسشنامه
	خیر (N=99)	بله (N=81)	
0.05	11 (11.1)	15 (18.5)	CDAS خفیف
	55 (55.6)	51 (63.0)	متوسط
	33 (33.3)	15 (18.5)	شدید
0.49	5 (5.1)	2 (2.5)	GHQ-18 مطلوب
	30 (30.3)	31 (38.3)	آسیب در برخی حوزه ها
	59 (59.6)	46 (56.8)	آسیب در اکثر حوزه ها
	5 (5.1)	2 (2.5)	شدید
0.001	31 (31.3)	45 (55.6)	HAI-18 اضطراب خفیف
	68 (68.7)	36 (44.4%)	اضطراب متوسط
	0	0	اضطراب شدید

مدل های رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که مجموع زمان فعالیت در بخش بیماران کووید ($\beta = -0.297$ ، $p = 0.026$)، مدت زمان هر شیفت ($\beta = 0.283$ ، $p = 0.044$) و واحدهای مختلف محل فعالیت در بیمارستان ($\beta = 0.211$ ، $p = 0.045$) به طور معنی داری بر نمرات CDAS تأثیر می گذارند. همچنین، تعداد کودکان به عنوان یک تعیین کننده شاخص برای نمره GHQ-28 شناخته شد ($\beta = -0.224$ ، $p = 0.035$).

بحث

در طی یک اپیدمی، کارکنان پزشکی نه تنها بار خود بیماری بلکه عواقب روانی آن را نیز متحمل می شوند و حضور در خط اول مقابله با بیماری آن ها را از بسیاری از جهات در معرض اضطراب قرار می دهد. در حالی که در منطقه شمال شرق کشور هنوز هیچ مطالعه ای برای بررسی شرایط سلامت روان در کارکنان مراقبت های بهداشتی خط مقدم کووید-۱۹ در مقایسه با سایرین انجام نشده است، در مطالعه حاضر نگاه دقیق تری به این موضوع نمودیم. این مطالعه مقطعی میزان اضطراب کارکنان مراقبت های بهداشتی فعال در

بخش های کووید-۱۹ و سایر کادر پزشکی را مقایسه کرده است. برخلاف انتظارات، ما دریافتیم که نمرات HAI-18 در کارکنان پزشکی غیر فعال در خط مقدم (28.0 ± 3.5) در مقایسه با کارکنان مراقبت های بهداشتی خط مقدم بیماری کووید (40.3 ± 26.3) بالاتر است. آبراموویتز و همکارانش (۱۴) نشان دادند که امتیاز بالای ۲۷ در HAI-18 می تواند به طور قابل اعتمادی اضطراب سلامتی را شناسایی کند و هیپو کندریاز را از سایر اختلالات اضطرابی متمایز کند، که خود نشان دهنده این است که کارکنان مراقبت های بهداشتی غیر خط مقدم اضطراب بیشتری را تجربه می کنند. مطالعه حاضر در دوره ای انجام شده است که اپیدمی در ایران به تازگی آغاز شده بود، بنابراین نداشتن اطلاعات قابل اعتماد در مورد این بیماری، می توانسته بسیاری از کارکنان را مضطرب سازد. با توجه به این وضعیت، به نظر می رسد کارکنان مراقبت های بهداشتی نه تنها بابت سلامت خود بلکه جهت احتمال ناقل بودن و بیماری زایی برای خانواده شان بسیار مضطرب می شوند.

¹ hypochondriasis

بعضی از مطالعاتی که در اپیدمی‌های قبلی بیماری‌های ویروسی انجام شده اند نتایجی مشابه با مطالعه حاضر بدست آورده اند. در طول شیوع بیماری SARS^۱ در سال ۲۰۰۸، استیرا و همکاران (۱۸) تأثیر این بیماری را بر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که در مناطق پر خطر تورنتو مشغول به کار بودند، بررسی کردند و نشان دادند که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم SARS که تماس بیشتری با بیماران را تجربه می کردند، کمتر مضطرب بودند. بنا بر این مطالعه، تجربه درمان بیماران متعدد SARS به عنوان یک عامل تعدیل کننده مطرح می شود. این یافته دقیقاً مشابه یافته‌های ما بود. می توان این گونه استنباط کرد که تجربه کار با چند بیمار و نیز همان طور که ژو و همکاران (۱۹) نشان دادند، افزایش دانش کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، باعث افزایش اعتماد به نفس آن‌ها در برابر ابتلا به ویروس و کاهش نگرانی آن‌ها درباره ویروس می شود. به نظر می رسد دستیابی به منابع اطلاعاتی قابل اعتماد در مورد بیماری و راه‌های محافظت، تجربه مواجهه و شرکت در درمان بیماران کووید-۱۹ در انواع مختلف از نوع خفیف تا شدید، به دور از عواملی نظیر وحشت و شایعات و نیز داشتن اعتماد به نفس کافی و سازگاری روانشناختی با استرس شغلی عواملی هستند که باعث می شوند کارکنان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم، به میزان کمتری نگران سلامتی و آلوده شدن به ویروس کرونا باشند.

علت اضطراب کمتر پرسنل کادر درمانی بخش‌های کووید میتواند مواجهه ی طولانی مدت آن‌ها با عامل استرس زا باشد. همانطور که در مطالعات قبلی نشان داده شده، مواجهه با عامل استرس‌زا می تواند باعث کاهش اضطراب شود (۲۰).

محدودیت‌های مطالعه

بسیاری از شرکت کنندگان این مطالعه به خصوص در گروه غیر فعال در بخش‌های کووید از پرسنل بخش روانپزشکی بودند، بنابراین ممکن است احتمال بالاتر مواجهه با حوادث استرس‌زای شغلی مانند مدیریت بیماران پرخاشگر که به

یافته‌های ما با مطالعات دیگر در مورد اضطراب کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در بخش‌های کووید-۱۹ در تضاد است. لیو و همکاران (۱۵) اضطراب در بین ۵۱۲ کارمند پزشکی را ارزیابی نمودند. آن‌ها نشان دادند کارکنانی که مستقیماً در درمان بیماران کووید-۱۹ نقش داشتند، اضطراب بالاتری نسبت به سایر کارکنان دارند. مطالعه ای توسط ژو و همکاران (۲) در فوریه سال ۲۰۲۰، بر روی ۵۰۶۲ پزشک، پرستار و تکنسین بالینی در بیمارستان ویژه بیماران کووید به نام تونگ جی در ووهان چین، نشان داد که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم، استرس (۷۷,۱٪) و اضطراب (۲۴,۱٪) قابل توجهی را تجربه می کنند. لای و همکاران (۱۶) در پژوهشی ۱۲۵۷ نفر از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در معرض کووید-۱۹ را مورد بررسی قرار دادند و گزارش دادند که بخش قابل توجهی از آن‌ها از علائم اضطراب (۴۴,۶٪) و نگرانی (۷۱,۵٪) رنج می برند. دای و همکاران (۱۷) در تحقیقات خود در مورد کارکنان مراقبت‌های بهداشتی مرتبط با کرونا در ووهان چین نتیجه گرفتند که نگرانی در مورد عفونت و روش‌های محافظتی در ۳۹,۱٪ از آنها باعث ایجاد دیسترس روانی شده است. آن‌ها همچنین پیشنهاد کردند که سلامت روان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در سایر کشورهای مبتلا به کرونا بلافاصله ارزیابی شود تا اقدامات متناسب جهت این جمعیت در معرض خطر انجام شود. با این حال، این مطالعات نتایج خود را با کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در سایر بخش‌های غیر خط اول مقایسه نکرده بودند که این موضوع ممکن است باعث ایجاد اختلاف بین نتایج بدست آمده در آن‌ها و نتایج مطالعه حاضر باشد. از سوی دیگر باید توجه داشت که مطالعات ذکر شده در روزهای اول ایجاد همه گیری انجام شده اند و بالاتر بودن سطح اضطراب افراد در معرض بیماری در آن زمان با توجه به ناشناخته بودن بیماری قابل توجیه است اما مطالعه ما بعد از گذشت چند ماه از شروع همه گیری انجام شد که در این زمان اطلاعات در مورد خطر بیماری و نحوه انتقال آن تا حدوی افزایش یافته بود.

¹ Severe acute respiratory syndrome

مطالعه ما نشان داد که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم نسبت به کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بدون تماس با بیماران کووید-۱۹ اضطراب کمتری نسبت به قرار گرفتن در معرض کووید-۱۹ دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافع مالی یا غیر مالی واقعی یا بالقوه ای ندارند.

تقدیر و تشکر

این کار توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد پشتیبانی شد.

و فور در این رشته دیده می‌شود، آن‌ها را در برابر عوامل استرس‌زا مضطرب‌تر نموده و از انعطاف‌پذیری آن‌ها کاسته باشد. ما قویا پیشنهاد می‌کنیم که مطالعات آینده برای بررسی تأثیر استرس حاد ایجاد شده در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در خط مقدم مقابله با اپیدمی‌های واگیر مانند کووید-۱۹ در مقایسه با سایر کارکنان با تعداد و تنوع بیشتر در نمونه‌گیری، طراحی شوند.

نتیجه‌گیری

References

1.] Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200425-sitrep-96-covid-19.pdf?sfvrsn=a33836bb_2.
2. Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G, et al. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. medRxiv. 2020.
3. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):e14.
4. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychiatry Research*. 2020:112936.
5. Tan BY, Chew NW, Lee GK, Jing M, Goh Y, Yeo LL, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine*. 2020.
6. sepahvand r, momeni mofrad M, taghipour s. Identifying and prioritizing the psychological consequences of the Covid 19 virus in nurses. *Hospital*. 2020;19(2):25-32.
7. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. medRxiv. 2020:2020.03.03.20030874.
8. Goldberg D. Manual of the general health questionnaire: Nfer Nelson; 1978.
9. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28) in college students of Shiraz University. *Journal of psychology*. 2002;5(4):381-98.
10. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick H, Clark D. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*. 2002;32(5):843-53.
11. Rabiei M, Kalantari M, Asgari K, Bahrami F. Factor structure analysis, validity and reliability of the Health Anxiety Inventory-Short Form. *J Depress Anxiety*. 2013;2.۲۱۶۷-۱۰۴۴:(۱۲۵)
12. Willgoss TG, Goldbart J, Fatoye F, Yohannes AM. The development and validation of the anxiety inventory for respiratory disease. *Chest*. 2013;144(5):1587-96.
13. Alipour A, Ghadami A, Alipour Z, Abdollahzadeh H. Preliminary validation of the Corona Disease Anxiety Scale (CDAS) in the Iranian sample. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2020;8(32):163-75.
14. Deacon B, Abramowitz JS. Is hypochondriasis related to obsessive compulsive-disorder, panic disorder, or both? An empirical evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2008;22(2):115-27.
15. Liu C-Y, Yang Y-z, Zhang X-M, Xu X, Dou Q-L, Zhang W-W, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiology & Infection*. 2020:1-17.
16. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*. 2020;3(3):e203976-e.
17. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. medRxiv. 2020.
18. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(2):177-83.
19. Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, You G, et al. Knowledge, attitude and practice regarding COVID-19 among health care workers in Henan, China. *Journal of Hospital Infection*. 2020.
20. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*. 2008;69(4):621-32.

Original Article

Association of exposure to COVID-19 and mental health status of healthcare workers: a cross-sectional study in Mashhad hospitals

Received:10/11/2022- Accept:07/09/2021

Zanireh Salimi ¹
Najmeh Shahini ²
Zahra Rajai ³
Maliheh Ziaee ⁴
Mostafa Mansouri ⁵
Reza Rahimzadeh Oskouei ⁶
Hossein Mohaddes Ardabili ^{3*}

¹ Assistant professor of psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

² Assistant professor of psychiatry, Golestan Research Center of Psychiatry (GRCP), Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

³ M.D., Psychiatry Resident, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁴ M.D., Community Medicine Specialist, Assistant Professor of Community Medicine, Department of Community Medicine, School of Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

⁵ Students Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

⁶ Students Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email:

h.mohaddesardabili@gmail.com

Abstract

Introduction: An increase in symptoms of anxiety, particularly in Healthcare workers (HCWs) are already being reported in several countries concerning the COVID-19 pandemic. This study aimed to compare the mental health and anxiety of HCWs in COVID-19 referral centers and other hospitals.

Methods: This cross-sectional consisted of 180 HCWs including 81 participants in COVID-19 wards and 99 in other wards. The mental health was assessed using the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28), Health Anxiety Inventory (HAI-18), and Corona Disease Anxiety Scale (CDAS). Participants were provided with the online questionnaires using social media apps. Data were analyzed using SPSS software version 16. chi-square test (or Fisher exact test), independent samples T-test and linear regression were used when appropriate.

Results: The mean age of the participants were 36.55±9.48 years and 120 (66.7%) were women. The mean score of HAI-18 and CDAS questionnaires were significantly lower in COVID-19 HCWs ($p<0.05$), however, GHQ-28 score was not different between the two groups. The shift duration ($\beta=-0.297$, $p=0.026$), shift hours ($\beta=0.283$, $p=0.044$), and different hospital units ($\beta=0.211$, $p=0.045$) significantly affect the CDAS scores. Also, number of children was significant determinant of the GHQ-28 score ($\beta=-0.224$, $p=0.035$)

Conclusion: HCWs in the COVID-19 wards experience less anxiety compared to HCWs without contact with COVID-19 patients.

Keywords: healthcare worker, anxiety, COVID-19, mental health

Acknowledgement: There is no conflict of interest