

مقایسه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس شغلی در پرستاران بیمارستان‌های بخش روانپزشکی و غیرروانپزشکی شهر تهران

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۸/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱۵

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس شغلی در پرستاران بیمارستان‌های بخش روانپزشکی و غیرروانپزشکی شهر تهران بود.

روش کار: روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از حیث گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری، کلیه پرستاران بیمارستان‌های روان پزشکی و غیرروانپزشکی شهر تهران بودند. نمونه پژوهش تعداد ۶۲ نفر از پرستاران بخش روانی و غیرروانی بیمارستان‌ها (هر بیمارستان ۳۱ نفر) بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مود استفاده در این پژوهش پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه استرس شغلی فرنیچ و همکاران است.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد، بین پرستاران بیمارستان‌های بخش روانپزشکی و غیرروانپزشکی از نظر میزان افسردگی، اضطراب و استرس شغلی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/000$).

نتیجه‌گیری: میزان افسردگی، اضطراب و استرس شغلی پرستاران بخش روانپزشکی بیشتر از پرستاران غیرروانپزشکی بیشتر است.

کلمات کلیدی: اضطراب، افسردگی، استرس شغلی، پرستاران.

فردوس کاظمی دلیوند^{۱*}

پرستو صادقی^۲

مریم رمضانعلی پور^۳

میانا حسینی^۴

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، کرمانشاه

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

Email:

akbarafarinesh@gmail.com

مقدمه

در دهه اخیر موضوع استرس و آثار آن در سازمان‌ها مورد توجه بسیار واقع شده است. با وجود اینکه استرس مثبت نیز وجود دارد و نباید به استرس تنها به عنوان یک پدیده منفی نگریست، اما زمانی که از استرس صحبت می‌شود بیشتر به عوارض و جنبه‌های منفی آن توجه می‌شود (۱). پدیده استرس از مسائل حاد کنونی سازمان‌ها است که سلامت جسمی و روانی نیروی کار را به خطر انداخته و هزینه سنگینی را به سازمان‌ها وارد می‌سازد (۲). استرس می‌تواند منجر به بیماری جسمی و روانی گردد (۳). از جمله؛ بیماری‌ها و نشانه‌های روانی ناشی از استرس می‌توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد. استرس، اضطراب و افسردگی به‌عنوان فاکتورهای سلامت روانی نقش‌هایی که به فرد محول شده است را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). یکی از انواع استرس که برای کارکنان هر سازمانی ممکن است رخ دهد، استرس شغلی^۱ است (۵). استرس شغلی را می‌توان روی هم جمع‌شدن عامل‌های استرس‌زا و وضعیت‌های مرتبط با شغلی دانست که اکثر افراد نسبت به استرس‌زا بودن آن اتفاق نظر دارند. همچنین استرس شغلی را می‌توان کنش متقابل بین شرایط کار و ویژگی‌های فردی شاغل به گونه‌ای که خواست‌های محیط کار بیش از آن است که فرد بتواند از عهده آن‌ها برآید تعریف کرد (۶). در بعضی موارد به کارگیری فرد در کاری که با توانایی‌ها و اطلاعات او همخوانی ندارد و یا تغییر در فعالیت کاری او می‌تواند باعث ایجاد استرس در فرد شود (۷).

پرستاری از جمله مشاغل پر استرس است (۸). پرستاران معمولاً با انواع بسیاری از استرس در کار خود مواجه هستند (۹). پرستاری عملکرد و فعالیت حیاتی می‌باشد و استرس شغلی در میان پرستاران شایع است (۱۰). پنج عامل استرس در شغل پرستاری عبارتند از: واکنش‌های شخصی، نگرانی‌های شخصی، نگرانی‌های کاری، انجام نقش و نگرانی‌های انجام کار (۹). دستکاری موقعیت‌های مختلف زندگی و شرایط بحرانی

بیماران، مواجه با ساعات کار طولانی، مواجه بیماران مشکل‌دار و افزایش بار کاری از جمله عوامل استرس‌زای شغل پرستاری هستند (۱۱). پرستاران با رنج شدید، اندوه و مرگ چند انسان دیگر مواجه می‌شوند. بیشتر آن‌ها با موقعیت‌های ناخوشایند و حتی منجرکننده روبرو می‌شوند که دیگران اغلب از آن می‌گریزند و استرس شغلی نتایج منفی برای پرستاران، بیمارستان و بیماران به همراه دارد (۱۲). مطالعات نشان داده است استرس شغلی در پرستاران به فرسودگی، نارضایتی شغلی و تغییر شغل منجر می‌شود و انجام ضعیف کار و شرایط جسمی وخیم همانند فشار خون بالا، افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب و سوء مصرف الکل و دارو از نتایج استرس بالای کاری است. خستگی هیجانی، شخصیت‌زدایی و کاهش دستاورد شخصی از نتایج استرس شغلی بر پرستاران است. استرس شغلی در بی‌کفایتی سازمانی، جابجایی بالای کارمندان، غیبت از کار ناشی از بیماری، کاهش کمیت و کیفیت مراقبت، افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و کاهش رضایت شغلی مؤثر می‌باشد (۱۳). استرس شغلی یکی از پنج علت ترک حرفه پرستاری توسط پرستاران می‌باشد (۱۴).

درباب افسردگی نیز باید افزود؛ هر شخصی در طول زندگی خود تجربه اندوه و ناراحتی را دارد که ممکن است به دلایل مختلف ایجاد شده باشد (۱۵). این بیماری در اصل یک اختلال خلقی محسوب می‌شود که ممکن است به اشکال مختلف از جمله افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، افسردگی فصلی و افسردگی پس از زایمان دیده شود. همچنین افسردگی در اختلال دو قطبی (شیدایی-افسردگی) نیز دیده می‌شود. (۱۶). این بیماری به صورت شدید، خفیف یا مزمن وجود دارد. اختلال افسردگی، معضلی شایع و فراگیر همراه با علائمی جدی است (۱۷-۱۸). این بیماری به عنوان چهارمین عامل ناتوانی در سراسر جهان شناخته شده است (۱۹) و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت ناتوانی انسان‌ها تبدیل شود (۲۰). این اختلال عملکرد افراد را به‌طور محسوس کاهش می‌دهد (۲۱). در سال ۲۰۰۳ برآورد شده که سالانه نزدیک به ۸۳ میلیارد دلار

¹ job stress

پژوهش حاضر درصدد بررسی مقایسه‌ای اضطراب، افسردگی و استرس شغلی پرستاران بیمارستان‌های روانپزشکی و غیرروانپزشکی شهر تهران است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش‌های کاربردی، و از نوع پژوهش‌های توصیفی و علی-مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان‌های شهر تهران بود. نمونه پژوهش حاضر را ۶۲ نفر از پرستاران بیمارستان‌های بخش روانی و غیر روانی (هر بیمارستان ۳۱ نفر) با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ تمایل پرستاران برای همکاری در پژوهش، داشتن سطح تحصیلات بهیاری و یا بالاتر در رشته پرستاری، اشتغال در بیمارستان‌ها و عدم شرکت در مطالعه مشابه دیگر به صورت همزمان بود. معیار خروج از مطالعه نیز قرار گرفتن در وضعیت بحرانی یا عزاداری در زمان پژوهش در نظر گرفته شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI-II-2): این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را انتخاب می‌کند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. ۲۱ ماده پرسشنامه افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی افسردگی طبقه‌بندی می‌شود. این پرسشنامه چندین گروه سوال وجود دارد و هر سوال بیان‌کننده حالتی در فرد است. برای اجرای پرسشنامه از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا سوال‌ها و گزینه‌ها را به دقت بخواند و از هر سوال گزینه‌ای را انتخاب کنند که بهتر از همه احساس فرد را نشان می‌دهد، یعنی آنچه درست در زمان اجرای پرسشنامه احساس می‌کنند. نمره افسردگی فرد با جمع نمرات گزینه‌های انتخاب شده توسط فرد به دست می‌آید. درباره روایی و پایایی این پرسشنامه نیز باید گفت؛ نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آن است که ضرایب همسانی

برای افسردگی در ایالت متحده هزینه می‌شود، زیرا فرد افسرده توانایی حضور در اجتماع و کار را نیز به مرور از دست می‌دهد و کارایی یک فرد عادی را ندارد و از این رو هزینه زیادی را بر اجتماع وارد می‌کند (۲۲). به رغم مطالعه‌های جدی که بر گسترش فزاینده افسردگی و تاثیر آن بر جمعیت در کشورهای مختلف تاکید دارند (۲۳). اما همچنان افسردگی در بسیاری موارد تشخیص داده نشده یا درمان نشده باقی مانده است (۲۴). پژوهش‌ها حاکی از آن است که محیط شغلی بر فرد تاثیر می‌گذارد (۲۵). همچنین افسردگی در محیط کاری به فقدان اعتماد به نفس و غیبت‌های مکرر کاری می‌انجامد (۲۶). معمولاً دلیل ابتلا به افسردگی، ترکیبی از عوامل ژنتیکی، جسمی، محیطی و روانی می‌باشد. از این عوامل می‌توان به انتقال دهنده‌های عصبی، هورمون‌ها، عادات ارثی، آسیب‌ها و مشکلات کودکی و موقعیت‌های پرسترس زندگی اشاره کرد (۲۷).

از سوی دیگر؛ اضطراب در سراسر طبقه‌بندی بیماری‌های روانی به چشم می‌خورد. معمولاً اضطراب به عنوان احساس پراکنده، مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود (۲۸). شخص مضطرب خصوصاً در مورد خطرات ناشناخته، بسیار نگران است، علاوه بر آن فرد مضطرب ترکیبی از علائم زیر را نشان می‌دهد: تپش قلب، تنگی نفس، بی‌اشتهایی، سستی، سرگیجه، تعریق، بی‌خوابی و لرزش، همه این علائم جسمانی، با ترس و اضطراب همراه است. افراد دچار اضطراب از علل ترسشان آگاهی ندارند (۲۹). پژوهش‌های مختلف ارتباط معنادار اضطراب را با بیماری‌های روانی را تأیید کرده‌اند (۳۰-۳۱-۳۲).

در نهایت باید افزود؛ پرستاران مشغول به کار در بخش روانپزشکی بیشتر در معرض استرس‌ها و دغدغه‌های شغلی هستند که این استرس به نوبه خود منجر به افزایش افسردگی و اضطراب می‌گردد. همچنین هر روزه علاوه بر درد فیزیکی بیماران، شاهد درد روحی و روانی آن‌ها نیز هستند بنابراین طبیعی است که بیشتر محیط بر آن‌ها اثر گذاشته و حالات روانی پرستاران نیز تحت‌الشعاع محیط کاری‌شان قرار گیرد. بنابراین

¹ Beck Depression Inventory

داد که تبعیض جنسیتی پراگندگی (واریانس) بیشتری نسبت به مورد دیگر یعنی تبعیض نژادی دارد (۳۵).

نتایج

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد، و جهت تعیین نرمال بودن داده‌ها و همسانی واریانس‌ها از آزمون کولموگروف-اسمرینف و آزمون لوین استفاده شده است. در سطح استنباطی نیز جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش، از آزمون t مستقل استفاده شده است.

ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها به این صورت بود: ۱۷/۲ درصد (۳۱ نفر) از پاسخگویان کمتر از ۲۵ سال، ۲۳/۳ درصد (۴۲ نفر) ۲۵ تا ۲۹ سال، ۲۷/۸٪ (۵۰ نفر) ۳۰ تا ۳۴ سال و ۲۶/۱ درصد (۴۷ نفر) ۳۴ تا ۳۹ سال و ۵/۶٪ (۱۰ نفر) ۴۰ سال و بیشتر سن دارند؛ ۴۳٪ (۷۸) از پاسخگویان زن و ۵۶/۷٪ (۱۰۲ نفر) مرد هستند. ۵۰/۰٪ (۹۰ نفر) از پرستاران در بخش روانپزشکی و ۵۰/۰٪ (۹۰ نفر) از پرستاران در بخش غیرروانپزشکی مشغول به فعالیت هستند. ساعت اضافه کاری آزمودنی‌ها در هفته ۲/۲٪ (۴ نفر) از پاسخگویان کمتر از ۱۰ ساعت، ۳۶/۷٪ (۶۶ نفر) ۱۰ تا ۱۹ ساعت، ۴۲/۸٪ (۷۷ نفر) ۲۰ تا ۲۹ ساعت و ۱۸/۳٪ (۳۳ نفر) ۳۴۳۰ ساعت و بیشتر است.

در ادامه جهت بررسی‌های حاصل با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی انجام و سپس یافته‌های حاصل از اجرای آزمون‌های آماری جهت پاسخ به سؤالات پژوهشی ارائه شده است.

درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد (۳۳).

۲. پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI): پرسشنامه بک یک پرسشنامه چهار گزینه‌ای است که هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. نمره کل در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. درباره روایی و پایایی این پرسشنامه نیز باید گفت؛ این مقیاس ثبات درونی بالایی بدست آورده و همبستگی ماده‌های آن با هم شامل رنجی از ۰/۳۰ تا ۰/۷۱ (میانگین برابر ۰/۶۰) می‌باشد. این آزمون بر روی ۸۳ بیمار با فاصله یک هفته برای بازآزمایی اجرا شد. که همبستگی بالایی (۷۵/۰) بدست آمد. همبستگی‌های BAI با نتایج چند آزمون بالینی کاملاً معنادار بود. همبستگی نتایج BAI با HARS-R و HRSD تقریباً ۰/۵۱ و ۰/۲۵ بود. همبستگی نتایج BAI با BDI^۲ ۰/۴۸ بدست آمده است (۳۴).

۳. پرسشنامه استرس شغلی^۳ (ENSS): این پرسشنامه توسط فرنچ^۳ و همکاران (۳۵) طراحی شده است. سوالات این پرسشنامه شامل موقعیت‌های استرس‌زای شغلی مختلف برای یک پرستار است. هر سوال دارای پاسخ ۵ گزینه‌ای است: هنوز استرس زا نیست عدد (۱) تا همیشه استرس زا است عدد (۴) و عدم مواجهه با این شرایط عدد ۵. این ابزار دارای ۹ خرده مقیاس "مرگ و مردن، درگیری با پزشک، آمادگی عاطفی ناکافی، مشکل با همکاران، مشکل با سوپروایزر، بار کاری، عدم اطمینان در مورد درمان، بیمار و خانواده‌هایشان و تبعیض" است. به منظور بررسی همسانی درونی آزمودن از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است. نتایج نشان داد که ضریب مقیاس تجدید نظر شده پرستاران (۰/۹۶) از مقیاس اصلی نیز بیشتر است (۰/۸۹). دامنه اعتبار زیر مقیاس‌ها از $\alpha=0/88$ (تعارض با سر پرستاران) تا $\alpha=0/65$ (تبعیض) بود. تحلیل عاملی زیر مقیاس تبعیض نشان

¹ Beck Anxiety Inventory

² Expanded Nursing Stress Scale

³ French

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس شغلی

متغیر	بخش ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	روانپزشکی	۳۱	۵۹/۲۷	۴/۸۷۶
	غیرروانپزشکی	۳۱	۵۰/۸۱	۲/۵۹۴
اضطراب	روانپزشکی	۳۱	۷۰/۴۶	۷/۶۸۵
	غیرروانپزشکی	۳۱	۵۸/۴۷	۳/۱۰۲
استرس شغلی	روانپزشکی	۳۱	۱۷۸/۳۳	۱۵/۱۵۸
	غیرروانپزشکی	۳۱	۱۰۶/۹۶	۲۳/۶۶۹

جدول شماره ۱، میانگین، انحراف معیار، را در مورد متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس شغلی نشان می‌دهد. پیش از آزمون فرضیه آماری و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض‌های استفاده از این آزمون پارامتریک انجام شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمرینف استفاده شد. نتایج این آزمون برای هیچ یک از متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس شغلی معنادار نبودند؛ در نتیجه فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار است.

جدول شماره ۲- نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین افسردگی، اضطراب و استرس شغلی در بین پرستاران

همچنین برای بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن به توجه به مقدار F و مقدار معنی-داری برای هیچ کدام از متغیرهای پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌ها هم برقرار است ($p > 0/05$). فرضیه‌ی پژوهش بیان می‌کند که، بین میزان اضطراب، افسردگی و استرس شغلی در پرستاران بیمارستان‌های بخش‌های روانپزشکی و غیرروانپزشکی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲- نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین افسردگی، اضطراب و استرس شغلی در بین پرستاران

متغیر	بخش ها	عداد	درجه آزادی	سطح معنی داری دو سویه
افسردگی	روانپزشکی	۱	۱۷۸	۰/۰۰۰
	غیرروانپزشکی	۱		
اضطراب	روانپزشکی	۱	۱۷۸	۰/۰۰۰
	غیرروانپزشکی	۱		
استرس شغلی	روانپزشکی	۱	۱۷۸	۰/۰۰۰
	غیرروانپزشکی	۱		

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میزان هر سه متغیر (افسردگی، اضطراب و استرس شغلی) به‌طور معنادار ($p < 0/000$)، در بخش روانپزشکی بیش از سایر بخش‌های غیرروانپزشکی است. به عبارت دیگر میانگین افسردگی، اضطراب و استرس شغلی در پرستاران بخش روانپزشکی بیشتر از

پرستاران بخش غیرروانپزشکی است، که این مقدار تفاوت در سطح ۰/۰۵ معنی دار می‌باشد. بنابراین فرضیه بین میزان اضطراب، افسردگی و استرس شغلی در پرستاران بخش‌های روانی با پرستاران سایر بخش‌ها تفاوت وجود دارد تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس شغلی در پرستاران بیمارستان‌های بخش روانپزشکی و غیرروانپزشکی شهر یزد بود. نتایج نشان داد که بین هر سه متغیر اضطراب، افسردگی و استرس شغلی در پرستاران بخش‌های روانی با سایر پرستاران تفاوت وجود دارد و میزان افسردگی، اضطراب و استرس شغلی در بین پرستاران بخش روانپزشکی بیشتر از پرستاران بخش غیرروانپزشکی بود.

نتیجه به دست آمده از فرضیه پژوهش یعنی بیشتر بودن متغیرهای مورد بررسی در پرستاران بخش‌های روانی، نسبت به سایر پرستاران، با نتایج تحقیقات (۳۶)، (۳۷) و (۳۸)، همسان و همسو بوده است. چرا که این محققان نیز در پژوهش‌های خود به بیشتر و شدیدتر بودن یک یا چند مورد از این متغیرها در پرستاران بخش‌های خاصی مانند روانی و یا ویژه نسبت به سایر پرسنل، پی بردند. همچنین نتایج به دست آمده از این فرضیه از پژوهش، با نتایج تحقیقات (۳۹)، (۴۰)، (۴۱)، (۴۲) ناهمسو است. مطالعه کوررید^۱ (۲۰۰۹) (۴۳) نشان داد که کارمندان بخش روانپزشکی بیشتر در معرض رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت‌آمیز بیماران قرار دارند، استرس بالاتری را تجربه می‌کنند. این یافته نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر را تأیید می‌کند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که، علی‌رغم اینکه تمام پرستاران در بخش‌های مختلف بیمارستانی با مشکلات و سختی‌های مشابهی همراه هستند، که این موارد منجر به اضطراب، افسردگی و استرس شغلی در آن‌ها می‌گردد، ولی موارد مذکور در پرسنل بخش‌های روانی و روانپزشکی به ویژه پرستاران که بار اصلی کار در این بخش‌ها بر دوش آن‌ها می‌باشد، بیشتر و شدیدتر است.

پرستاران در بخش‌های روانپزشکی (نسبت به سایر پرستاران در سایر بخش‌های بیمارستانی)، بیشتر و به صورت همواره در فضای پر عظمت، حساس و گسترده حرفه خود با انتظارات و رفتارهای نامعقول خانواده‌های بیماران، برنامه‌ریزی‌های

غیرواقعی و غیررفتارها، پیچیدگی‌ها و چالش‌های حرفه‌ای ویژه ای دست و پنجه نرم می‌کنند. تهاجم، خشونت، خودکشی، وحشت و عدم همکاری بیماران بستری در واحد روانپزشکی نمونه‌های بارز این چالش‌ها هستند که این پرستاران در این بخش، خیلی بیشتر از سایر بخش‌ها با آن‌ها روبه‌رو هستند (۴۴). مطالعات نشان می‌دهد که بیشترین قربانیان رفتارهای پرخاشگرانه و تهاجمی بیماران روانی بستری در واحدهای روانپزشکی، پرستاران هستند. لازم به ذکر است که مجموعه عواملی چون حجم بالای کار، شرایط سخت کاری، تغییرات تکنولوژی و توسعه انواع درمان‌های غیردارویی در بخش‌های روانپزشکی، کمبود حمایت مدیران، فشار نقش‌ها، افزایش روز به روز تعداد بیماران و عدم انطباق بین تعداد پرستاران و بیماران از علل آسیب‌پذیری بیشتر پرستاران واحدهای روانپزشکی در مورد متغیرهای مذکور، نسبت به سایر پرستاران در بخش‌های دیگر در این محیط‌های شغلی می‌باشند (۴۵).

مسئله دیگر در مورد بیشتر و شدیدتر بودن این متغیرها در مورد پرستاران شاغل در بخش‌های روانی را می‌توان به نوع بیماران این بخش‌ها مرتبط دانست. بیماران بخش‌های روانی به دلیل شرایط خاص روانی و ذهنی‌ای که دارند، دارای تعادل خاصی نبوده و به دفعات زیاد در طول یک شیفت کاری با پرستاران، که مسئول مستقیم مراقبت از آنها هستند، دچار تعارض و یا حتی درگیری‌های جسمی می‌شوند. بخش‌های روانپزشکی محیط‌هایی است که با وجود تکرار این منازعات، جدال بین بیمار و پرستار دو طرفه نیست و به هر حال حق با بیمار است. چرا که هم بیمار و هم پرستار در راستای مراقبت و بهبود بیمار تلاش می‌نمایند (۴۶). متأسفانه در این منازعه نابرابر آن که بیش از همه آسیب می‌بیند پرستار است. پرستاران این بخش‌ها به دلیل شرایط خاص بیماران، در این گستره فقط مجبور به تلاش برای کنترل وضعیت بیمار و تسکین او و نه مقابله با او می‌باشند، لذا این امر موجب بروز انواع مشکلات از جمله اضطراب و استرس که نتیجه اضطراب است می‌شود. و اگر این روند ادامه یابد می‌تواند در درازمدت منجر به افسردگی نیز شود (۴۷).

¹ Currid

و میزان کاری که پرستاران این واحدها انجام می‌دهند را تا حد امکان از طرق مختلف مانند تقسیم کار، افزایش نیرو و ... کاهش دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود که به منظور کسب نتایج دقیق‌تر و همه جانبه‌تر، پژوهش‌های مشابه در سطحی گسترده‌تر و با نمونه‌های بزرگتر مثلاً در سطح کشور انجام گیرد.

لازم به ذکر است که مطالعه حاضر دارای محدودیت‌های از جمله حجم کم نمونه است. که این محدودیت می‌تواند بر قدرت تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد و باید جوانب احتیاط را در این زمینه رعایت کرد. با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود که، مدیران بیمارستان‌ها برای جلوگیری از افسردگی و کاهش فشارهای کاری در بخش‌های روانی، حجم

References

1. Kamali Ardakani M, Malek M, Attarchi M, Mohammadi S. Assessment of occupational stress and influencing factors in medical students. tkj. 2013; 5 (1) :24-33.
2. Alipour N, Shabani M, Asady Fakhr A, Mahdiyoun S A. Study of occupational stress as predictors of nurses' intention to leave. Iran J Ergon. 2018; 6 (1) :58-64.
3. Parsamehr M, Afshani A, Nikoo F. Relationship between Anxiety and Depression with Quality of Life after Coronary Artery Bypass Graft. IJN. 2015; 28 (93 and 94) :106-117.
4. Najafi Kalyani M, Pourjam E, Jamshidi N, Karimi S, Najafi Kalyani V. Survey of stress, anxiety, depression and self-concept of students of Fasa University of medical sciences, 2010. J Fasa Univ Med Sci. 2013; 3 (3) :235-240.
5. Lambert E G, Minor K I, Wells J B, & Hogan N L. Social support's relationship to correctional staff job stress, job involvement, job satisfaction, and organizational commitment. The Social Science Journal. 2016; 53(1): 22-32.
6. Amini M, Samavatyan H, Haghighi A, Barati M R. The Effectiveness of Communication Skills Training on Job Stress in Nurses of Isfahan Hojjatieh Hospital. Journal of Industrial and Organizational Psychology Studies. 2015 ; 2 (1): 71-82.
7. Khatoni M, Mlahasani M, Khoeniha S. Job stress and its related factors in accountant employees of Qazvin University of Medical Sciences. ioh. 2011; 8 (2) :18-0.
8. Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. Journal of health sa gesondheid. 2017; 22(1): 252-258.
9. Lu K, Chang L, Wu H. Relationships between Professional Commitment, Job Satisfaction, and work Stress in Public Health Nurses in Taiwan. Journal of Prof Nurs. March-April, 2007; 23 (2): 110-116.
10. 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(7): 875-889.
11. Epstein D G. Extinguish workplace stress. Nurs Manag [serial online]. October; Available from: <http://ovidsp.tx.ovid.com>. 2010.
12. Wang W, Kong A M, Chair Y S. Relationship between job stress level and coping strategies used by Hong Kong nurses working in an acute surgical unit. Appl Nurs Res [serial online] 2009; available from: <http://www.sciencedirect.com>.
13. Cavalheiro A M, Moura Junior D F, Lopes A C. Stress in nurses working in intensive care units. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 ;16(1):29-35.
14. Letvak S, Buck R. Factors Influencing Work Productivity and Intent to Stay in Nursing. Nurs Eco. May-June, 2008; 26(3):159-165.
15. Tabai, S. Depression and therapies. National Bank of Iran. 2008; 150: 47-46.
16. Mazaheri M. On the relationship between alexithymia and depression and anxiety in psychiatric patients. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2010; 12 (46): 479-470.
17. Kouzis A C, Eaton W W. Emotional disability days: prevalence and predictors. American Journal of Public Health. 1994; 84(8): 1304-1307.
18. Kessler R C, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas K R, Wang P S. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Jama. 2003; 289(23): 3095-3105.
19. Wang P S, Simon G, Kessler R C. The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. International journal of methods in psychiatric research. 2003; 12(1): 22-33.
20. Patti E, Acosta J, Chavda A, Verma D, Marker M, Anzisi L. Prevalence of anxiety and depression among emergency department staff. Nursing. 2007; 48(2): 8. Available in: <http://newyorkmedicaljournal.org/1/Archives/patti9-07.htm>
21. Pignone M P, Gaynes B N, Rushton J L, Burchell C M, Orleans C T, Mulrow C D, Lohr K N. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Annals of internal medicine. 2002; 136(10): 765-776.

22. Greenberg PE, Kessler R C, Birnbaum H G, Leong SA, Lowe S W, Berglund P A, Corey-Lisle P K. "The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 200?". *Journal of Clin Psychiatry*. 2003; (12): 1465-1475.
23. King M, Walker C, Levy G, Bottomley C, Royston P, Weich S, Rifel J. Development and validation of an international risk prediction algorithm for episodes of major depression in general practice attendees: the PredictD study. *Journal of Archives of General Psychiatry*. 2008; 65(12): 1368-1376.
24. Mitchell A J . Why do clinicians have difficulty detecting depression? In: Mitchell AJ, Coyne JC, editors. *Screening for depression in clinical practice*. New York: Oxford University Press 2010; p. 82-57.
25. van der Klink J J, Blonk R W, Schene A H, van Dijk F J. The benefits of interventions for work-related stress. *Am Journal of Public Health*. 2001; 91: 270-276.
26. Williams S, Dale J, Glucksman E, Wellesley A. Senior house officers' work related stressors, psychological distress, and confidence in performing clinical tasks in accident and emergency: a questionnaire study. *Bmj*. 1997; 314(7082): 713.
27. Saadati M, Abbaszadeh M, Montazeri Khosh, H. (1394). Sociological Study of the Relationship between Social Capital and Depression (Case Study: Married Women in Tabriz). *Social Psychological Studies in Women*. 2015; 13 (1): 89- 110.
28. Tahmasebi M, Momeni Kh, Karami J. The Relationship between Spirituality and Resilience with Anxiety and Depression in Ilam University of Medical Sciences Students. 2012; M.Sc., Razi University of Kermanshah. In this case, we have the following.
29. Rashidi A, Atashpour S M, Badami R. Evaluation of the Effectiveness of Competitive Muscle Progressive Muscle Relaxation Method. *Journal of Isfahan Medical School*. 2013 ; 31 (255): 1619-1608.
30. Golestaneh M, Pirmardond, S. Investigating the Relationship between Basic Psychological Needs and Anxiety of Students in Psychology. *Teaching and Learning Studies*. 2016; 9 (1), 22-2. In this case, it is important to note that the.
31. Ghorbani E, Sadatmand S, Sepehrian Azar F, Asadnia S, Feyzipour H. SURVEYING THE RELATIONSHIP BETWEEN HOPE, DEATH, ANXIETY WITH MENTAL HEALTH ON STUDENTS OF URMIA UNIVERSITY. *Stud Med Sci*. 2013; 24 (8) :607-616.
32. Firth J, Torous J, Nicholas J, Carney R, Rosenbaum S, Sarris J. Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of affective disorders*. 2017; 218: 15-22.
33. Rahimi C H. Application of Beck Depression Inventory-2 to Israeli Students. *Clinical and Personality Psychology*. 2014; 10 : 173-188.
34. Beck A T, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety : Psychometric properties. *Journal of consulting and clinical Psychology*. 1988; 56:893-897.
35. French M, Kaplan R. Job stress among nursing performance in dialysis unit. *Journal Nurs Res*, 2003; 3: 150-59.
36. Swapnil Bhirange, Harshali, Rankhambe, Snehal, Chaware. Prevalence of Low Mental Health Among Nurses in Medical Intensive Care Units. *International Journal of Contemporary Medical Research*. 2016; 3(8): 2444-2447.
37. Sarafis, P. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *Bio Med Central Nursing Journal*. 2016; 15(39):11-19.
38. Amarneh B. Social Support Behaviors and Work Stressors among Nurses: A Comparative Study between Teaching and Non-Teaching Hospitals. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2017;7: 1-11.
40. Mami S, Mehdian K, Davoodian Z. Investigation of Depression Rate in Nurses Working at state Hospitals of the city of and its associated factors. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2014; 22: 56-51.
41. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Moravveji A R, Mirzadeh M. Survey of Nurse's Mental Health in Psychiatric and Dialysis Wards in Kashan University of Medical Sciences in 2010: (A Short Report). *JRUMS*. 2013; 12 (4) :325-330.
42. ChinAveh M, Arjomand E. Comparison of Anxiety, Depression and Procrastination in Nurses of Mental and General Hospitals. *JHPM*. 2017; 6 (4) :1-7.
43. Currid T. Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. *Nursing standard*. 2009; 23(44).
44. Ramezani T, Fasihi T, Mangali M. Nurses' experiences of occupational aggression in the psychiatric wards: Phenomenology approach. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012; 13(4): 314-27.
45. varasteh mogaddam Y, sadeg fard M, Mohammadi S H. Stressors and coping strategies of psychiatric nurses in psychiatric wards. *IJPN*. 2013; 1 (3) :54-61.
46. Rose D N, Peter E, Gallop R, Angus J E, Liaschenko J. Respect in forensic psychiatric nurse-patient relationships: A practical compromise. *Journal of Forensic Nursing*. 2011; 7(1):3-16.
47. Cheung T, Yip P. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*. 2015; 12(9): 11072-11100.

Original Article

Comparison of depression, anxiety and occupational stress in nurses of psychiatric and nursing hospitals in Tehran

Received: 03/11/2018 - Accepted: 06/03/2019

Fardoos Kazemi Dalivand^{1*}
Parastoo Sadeghi²
Maryam Ramazanalipoor³
Mina Hasani⁴

¹Master of General Psychology, Islamic Azad University, Tehran-North Branch

²Master of Public Psychology, Islamic Azad University, Kermanshah Branch of Science and Research

³Master of Public Psychology, Islamic Azad University, Tehran-North Branch

⁴Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch

Mail:

akbarafarinesh@gmail.com

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare depression, anxiety and job stress in nurses of psychiatric and non-psychiatric hospitals in Tehran.

Methods The research method was descriptive and causal-comparative in terms of purpose and data collection. The statistical population consisted of all nurses in psychiatric and non-psychiatric hospitals in Tehran. The sample consisted of 62 nurses in psychiatric and non-psychiatric wards of hospitals (31 in each hospital) who were selected using available sampling method. The instruments used in this study are Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory and Frenchch et al.

Results: The results showed that there was a significant difference between nurses in psychiatric and non-psychiatric hospitals regarding depression, anxiety and job stress ($P < 0.000$).

Conclusion: The level of depression, anxiety and job stress in nurses in psychiatric ward is higher than non-psychiatric nurses.

Key words: Anxiety, Depression, Occupational Stress, Nurses