

بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با عملکرد بهورزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۲

صدیقه انصاری پور^۱، اکبر حسن زاده^۲، دکتر ناهید گرامیان^۱، دکتر شهره اخوان^۱، طاهره مقدس^۱

مقاله کوتاه

چکیده

مقدمه: افسردگی یکی از اختلالات شایع خلقی در بیشتر جوامع بشری است که موجب افت قابل ملاحظه در عملکرد شغلی، تحصیلی، اجتماعی و یا خانوادگی می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین میزان افسردگی و تأثیر آن بر عملکرد بهورزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود که در آن تعداد ۲۹۷ نفر از بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، به روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری میزان افسردگی از پرسش‌نامه‌ی PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) استفاده گردید و عملکرد بهورزان مورد مطالعه نیز توسط مربیان مرکز آموزش بهورزی با استفاده از چک‌لیست‌های تهیه شده در واحد آموزش بهورزی سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های همبستگی Pearson و Spearman، Independent t و One-way ANOVA مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: شیوع افسردگی در بهورزان مورد مطالعه، ۵۳/۹ درصد بود. ۲۶/۶ درصد دارای افسردگی خفیف، ۱۱/۸ درصد افسردگی متوسط و ۱۶/۵ درصد دارای افسردگی شدید تا بسیار شدید بودند. افسردگی در بهورزان زن نسبت به بهورزان مرد شیوع بالاتری داشت. ارتباط افسردگی با سن، سابقه‌ی کار و نوع سکونت معنی‌دار بود ($P < 0/05$). عملکرد بهورزان با شدت افسردگی آن‌ها رابطه‌ی معکوس داشت ($P < 0/05$). همچنین، سطح تحصیلات بهورزان با افسردگی رابطه‌ی معکوس و با عملکرد رابطه‌ی مستقیم داشت.

نتیجه‌گیری: شیوع افسردگی در بهورزان بالا است و این افسردگی، بر روی عملکرد آن‌ها نیز تأثیر دارد. برنامه‌ریزی برای کاهش افسردگی در آنان نقش مهمی در ارتقای برنامه‌های سلامت ایفا می‌نماید.

واژگان کلیدی: افسردگی، بهورز، مقیاس افسردگی 9-Patient Health Questionnaire

ارجاع: انصاری پور صدیقه، حسن‌زاده اکبر، گرامیان ناهید، اخوان شهره، مقدس طاهره. بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با عملکرد بهورزان دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۲. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴؛ ۳۳ (۳۵۷): ۱۸۹۰-۱۸۸۴

مقدمه

افسردگی یکی از اختلالات شایع خلقی در بیشتر جوامع بشری است که به زمان، مکان و شخص خاصی محدود نمی‌گردد و همه‌ی گروه‌ها و طیف‌های مختلف جامعه را در بر می‌گیرد (۱).

امروزه، میزان بروز افسردگی رو به افزایش گذاشته است؛ به طوری که بر اساس پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰ میلادی، بیماری افسردگی به دومین بیماری جهان تبدیل خواهد شد (۲). اختلال افسردگی اساسی، اختلالی شایع است که شیوع آن در مردان ۱۲-۵ و در زنان ۲۵-۱۰ درصد می‌باشد (۳).

زمانی از افسردگی به عنوان بیماری یاد می‌شود که موجب افت

قابل ملاحظه در عملکرد شغلی، تحصیلی، اجتماعی و یا خانوادگی انسان بشود و یا آرامش درونی او را به طور بارزی بر هم زده باشد (۴). طبق مطالعه‌ی اخیر مشترک سازمان بهداشت جهانی، دانشگاه هاروارد و بانک جهانی، افسردگی مهم‌ترین علت ناتوانی و ناکارآمدی در سطح جهان می‌باشد (۵). شیوع اختلالات افسردگی در کشور ما ۱۳/۶ درصد است که این میزان برای زنان ۱۶/۵ و برای مردان ۱۰/۷ درصد می‌باشد (۶).

یکی از مهم‌ترین و مخرب‌ترین عوارض افسردگی، کاهش میل به کار و فعالیت می‌باشد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، افسردگی در رأس علل مهم ناتوانی و از کار افتادگی قرار دارد (۷).

۱- معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: صدیقه انصاری پور

معیار ورود به مطالعه، بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت با بیش از یک سال سابقه‌ی کار بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر دو بخش بود که در بخش نخست آن مشخصات فردی (سن، جنس، سابقه‌ی کار، مدرک تحصیلی، محل کار، تعداد فرزند، وضعیت تأهل، محل سکونت و شغل همسر) و در بخش دوم آن سؤالات افسردگی (۹ گویه) مطرح شد.

پرسش‌نامه‌ی Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) یکی از رایج‌ترین ابزارهای مورد استفاده برای غربال‌گری افسردگی و پرسش‌نامه‌ای معتبر است که روایی محتوایی آن در مطالعات قبل ثابت شده است (۱۵). حساسیت این آزمون ۷۷ و اختصاصیت آن ۱۰۰ درصد برای جمعیت عمومی می‌باشد (۱۶).

بر اساس این پرسش‌نامه‌ی ۹ سؤالی، درجه‌بندی افسردگی به این صورت بود که نمره‌ی صفر نشان دهنده‌ی عدم افسردگی، نمرات ۱-۴ افسردگی بسیار کم (کمترین حد)، ۵-۹ افسردگی خفیف، ۱۰-۱۴ افسردگی متوسط، ۱۵-۱۹ افسردگی به نسبت شدید و ۲۰-۲۷ افسردگی شدید بود.

جهت سنجش عملکرد بهورزان نیز از چکلیست‌های تهیه شده توسط واحد آموزش بهورزی استان با همکاری کارشناسان معاونت بهداشتی که نمره‌ی عملکرد بهورزان را به صورت درصد (۱۰۰-۰) نشان می‌داد، استفاده گردید. امتیاز سؤالات چکلیست‌ها بر حسب انجام یا عدم انجام فرایند، نمره‌ی صفر یا یک در نظر گرفته شد. در انتها، حداقل امتیاز هر کدام از چکلیست‌ها صفر و حداکثر آن ۱۰۰ امتیاز محاسبه شد که نمره‌ی عملکرد بهورز، از میانگین نمره‌ی به دست آمده از چکلیست‌ها استخراج شد. روایی چکلیست‌ها توسط کارشناسان معاونت بهداشتی و با انجام یک مطالعه‌ی آزمایشی بر روی ۳۰ نفر از مربیان مراکز آموزش بهورزی تأیید شد. پایایی آن نیز با استفاده از Cronbach's alpha سنجیده شد که برابر ۸۸ درصد بود. پس از رعایت کلیه‌ی موازین اخلاق در پژوهش، پرسش‌نامه‌های افسردگی بین نمونه‌ها به صورت خودیفا و چکلیست‌ها در خانه‌های بهداشت در هنگام آرایه‌ی خدمت، توسط مربیان مربوط به صورت مشاهده و حضوری تکمیل شد.

داده‌های جمع‌آوری شده پس از ورود به رایانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های همبستگی Pearson و Spearman، Independent t و One-way ANOVA مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در مجموع از ۲۹۷ نفر بهورز مورد مطالعه، ۷۹/۵ درصد زن و بقیه مرد بودند. میانگین سن بهورزان مورد مطالعه، $36/5 \pm 6/0$ با دامنه‌ی

همچنین، کارمندان افسرده، دقت کمی را در خصوص ایمنی کار از خود نشان می‌دهند و بیشتر در معرض صدمات شغلی و تصادفات قرار دارند (۸).

دهقان و همکاران در مطالعه‌ای در لارستان شیوع افسردگی را در بهورزان مورد بررسی قرار دادند. این بررسی نشان داد که بسیاری از بهورزان علائم افسردگی دارند و این افسردگی بر عملکرد آنان تأثیر منفی گذاشته است (۹). نتایج مطالعه‌ی دیگری که توسط فلاح و همکاران انجام شد، بیانگر شیوع ۴۰ درصدی افسردگی خفیف تا شدید در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی زنجان بود که در مقایسه با آمارهای جهانی که میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی را ۱۵ درصد ذکر کرده‌اند، بیشتر است (۱۰).

Liu و همکاران با تحقیق خود در چین نشان دادند که اضافه کاری، شیفت شب، تعداد بیماران می‌تواند باعث افسردگی در پرستاران و پزشکان شود (۱۱).

همچنین، بررسی‌های دیگر در این رابطه نشان داده است که افسردگی بر پیشرفت کار فرد و بهره‌وری تأثیر می‌گذارد (۱۲-۱۳). نیروی انسانی یکی از بزرگ‌ترین منابع و سرمایه‌های هر سازمانی محسوب می‌شود که سلامت آن‌ها در افزایش بهره‌وری نقش تعیین کننده دارد. از این رو، هر گونه برنامه‌ریزی و حتی سرمایه‌گذاری در این بخش که منتهی به حفظ و ارتقای سطح سلامت کارکنان گردد، می‌تواند در نهایت منجر به افزایش کارایی شود و با بازگشت سرمایه همراه باشد (۱۴).

بهورزان از نیروهای کلیدی و بومی شاغل در خانه‌های بهداشت هستند که سالم نگهداشتن این قشر زحمتکش در درجه‌ی اول به عنوان یک انسان و در مرحله‌ی بعد به عنوان فردی که حافظ سلامت و تندرستی جامعه‌ی روستایی است، ضرورت دارد.

لازم است، میزان شیوع افسردگی در بهورزان سنجیده شود تا بر اساس نتایج به دست آمده گام‌هایی در جهت حفظ و ارتقای سلامت روان آن‌ها برداشته شود. تعیین شیوع و شناخت بهورزان افسرده و درمان آن‌ها باعث افزایش کارکرد آن‌ها و جلوگیری از تحمیل هزینه‌های ناشی از آن بر جامعه می‌شود. پژوهش حاضر، با هدف تعیین میزان افسردگی و تأثیر آن بر عملکرد بهورزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی مورد پژوهش در این مطالعه، ۱۲۳۵ نفر بهورز شاغل در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۲ بودند که با روش نمونه‌گیری سیستماتیک، ۳۰۰ نفر از آنان انتخاب شدند.

فرزند رابطه‌ی معنی‌داری نداشت. همچنین، سطح تحصیلات آن‌ها (طبق ضریب همبستگی Spearman) با افسردگی رابطه‌ی معکوس و با عملکرد رابطه‌ی مستقیم داشت، اما نمره‌ی عملکرد با متغیرهای سن، سابقه‌ی کار و تعداد فرزند رابطه‌ی معکوس داشت و معنی‌دار نبود (جدول ۱).

میانگین نمره‌ی عملکرد بهورزان زن و مرد (طبق آزمون Independent t) با هم تفاوت معنی‌داری نداشت ($P = ۰/۴۳۰$)؛ اما میانگین نمره‌ی افسردگی در بهورزان زن به طور معنی‌داری بیشتر از بهورزان مرد بود ($P = ۰/۰۰۱$) (جدول ۲).

میانگین نمره‌ی عملکرد در بهورزانی که محل سکونت آن‌ها در شهر و روستا بود، تفاوت معنی‌دار نداشت ($P = ۰/۲۵۶$)، اما میانگین نمره‌ی افسردگی در بهورزانی که ساکن روستا بودند، کمتر از بهورزان ساکن شهر بود ($P = ۰/۰۴۹$) (جدول ۳).

افسردگی و عملکرد با هیچ یک از متغیرهای شغل همسر و محل کار بهورزان (طبق آزمون ANOVA) ارتباط آماری معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵۰$).

۲۲-۵۵ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۱۶۸ نفر (۵۶/۶ درصد) دیپلم بودند، ۸۷ نفر (۲۹/۳ درصد) تحصیلات تا حد سیکل داشتند و ۳۱ نفر (۱۰/۵ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی و بقیه بالاتر از دیپلم بودند. همچنین، میانگین سابقه‌ی کار آن‌ها $۶/۷ \pm ۱۴/۲$ با حداقل یک و حداکثر ۲۹ سال بود. محل کار ۸۳/۲ درصد بهورزان خانه‌ی بهداشت بود. ۶۸ درصد آن‌ها ساکن روستا و ۹۱/۹ درصد آن‌ها متأهل بودند.

میانگین نمره‌ی عملکرد بهورزان مورد مطالعه بررسی بیشترین و کمترین امتیاز، به ترتیب مربوط به برنامه‌های سلامت مادران و مشارکت مردمی بود.

ضریب همبستگی Spearman نشان داد که بین نمره‌ی عملکرد بهورزان با شدت افسردگی آن‌ها رابطه‌ی معکوس وجود داشت ($r = -۰/۱۱۴$ و $P = ۰/۰۴۷$)؛ به عبارت دیگر، افرادی که افسردگی آن‌ها کمتر بود، عملکرد بهتری داشتند.

همان‌طور که در جدول ۱ دیده می‌شود، نمره‌ی افسردگی با سن و سابقه‌ی کار بهورزان مورد مطالعه رابطه‌ی مستقیم داشت و با تعداد

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین نمره‌ی افسردگی و عملکرد بهورزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با متغیرهای مختلف

متغیر	نمره‌ی افسردگی		نمره‌ی عملکرد	
	r	مقدار P	r	مقدار P
سن	۰/۱۵۹	۰/۰۰۶	-۰/۰۱۱	۰/۰۶۰
سابقه‌ی کار	۰/۲۲۲	۰/۰۰۱	-۰/۰۱۱	۰/۰۶۰
مدرک تحصیلی	-۰/۲۴۴	۰/۰۰۱	۰/۱۴۸	۰/۰۱۰
تعداد فرزند	۰/۰۳۰	۰/۶۲۰	-۰/۰۲۰	۰/۶۹۰

آزمون ضریب همبستگی Spearman

جدول ۲. میانگین نمره‌ی عملکرد و نمره‌ی افسردگی بهورزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تفکیک جنس

متغیر	بهورز زن		بهورز مرد	
	میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P	میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P
نمره‌ی عملکرد	۸۶/۱ \pm ۵/۸	۰/۰۰۱	۸۵/۵ \pm ۵/۰	۰/۴۳
نمره‌ی افسردگی	۷/۶ \pm ۶/۶	۰/۰۰۱	۳/۸ \pm ۴/۵	۰/۰۰۱

آزمون Independent t

جدول ۳. میانگین نمره‌ی عملکرد و نمره‌ی افسردگی بهورزان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تفکیک محل سکونت

متغیر	روستا		شهر	
	میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P	میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P
نمره‌ی عملکرد	۸۶/۴ \pm ۵/۸	۰/۰۰۱	۸۵/۰ \pm ۶/۴	۰/۲۵۶
نمره‌ی افسردگی	۶/۳ \pm ۶/۰	۰/۰۰۱	۷/۷ \pm ۷/۱	۰/۰۴۹

بحث

۵۳/۹ درصد از نمونه‌های مورد مطالعه درجات مختلف افسردگی را داشتند. ۷۹ نفر (۲۶/۶ درصد) افسردگی خفیف، ۳۵ نفر (۱۱/۸ درصد) افسردگی متوسط و ۴۶ نفر (۱۶/۵ درصد) افسردگی شدید تا بسیار شدید داشتند. در کتب مرجع، شیوع افسردگی در جمعیت عمومی، ۲۵-۱۵ درصد ذکر شده است (۱۷)؛ در حالی که نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که میزان افسردگی بین بهورزان در مقایسه با جمعیت عمومی بیشتر است و نیاز است بیشتر مورد بررسی و کنکاش از نظر پیش‌گیری، غربال‌گری و درمان به موقع قرار گیرد.

در مطالعه‌ای که به منظور بررسی افسردگی در بهورزان شاغل در شهرستان لارستان شیراز توسط دهقان و همکاران انجام شد، از مجموع ۹۹ نفر بهورز مورد مطالعه، ۴۳/۴ درصد به درجات مختلف افسردگی مبتلا بودند. ۱۶/۲ درصد افسردگی خفیف، ۲۰/۲ درصد افسردگی متوسط و ۷/۱ درصد افسردگی شدید داشتند (۹). افسردگی در این قشر می‌تواند مربوط به حجم و تنوع کار که باید در تمام زمینه‌های خدمات اولیه بهداشتی فعال باشند و همچنین فشار واحدها و عدم توانایی بهورزان در انجام کلیه امور محوله، مرتبط باشد.

به جز مطالعه‌ی دهقان و همکاران (۹) در مورد میزان افسردگی در بهورزان، مطالعه‌ی دیگری جهت مقایسه پیدا نشد، اما در مطالعه‌ی دیگری که بر روی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام گرفت، از ۴۱۵ نفر کارکنان مورد مطالعه، در ۲۳ درصد موارد افسردگی خفیف، ۱۳ درصد موارد افسردگی متوسط و ۴ درصد افسردگی شدید بود (۱۰). از نتایج مطالعه‌ی حاضر و نتایج مطالعات دیگر این طور به نظر می‌رسد که میزان افسردگی در بین جمعیت عمومی و جمعیت خاص، اختلاف زیادی دارد، اما بین افراد با گروه‌های مشابه اختلاف چندانی وجود ندارد.

شیوع افسردگی در بهورزان زن نسبت به بهورزان مرد بیشتر بود که با مطالعات انجام شده در بهورزان و دیگر گروه‌های جمعیتی، سازگار است (۲۰-۱۸). همچنین، بر اساس مطالعه‌ی Kaplan و Sadock، بررسی‌های انجام شده در جهان بدون توجه به فرهنگ و کشور نشان می‌دهد که زن‌ها دو برابر بیشتر از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند (۲۱).

علت افسردگی بیشتر بهورزان زن ممکن است به دلیل وظایف خانه‌داری، مسئولیت تربیت فرزندان، استرس‌های زایمان و آثار هورمونی باشد. اگر چه آمار زنان تحت تأثیر رخدادهای زندگی یکسان است، اما واکنش زنان نسبت به این فشارها شدیدتر است و همین مسأله باعث آسیب‌پذیری بیشتر در آنان می‌شود.

در بررسی انجام شده، بین سطح تحصیلات و شدت افسردگی ارتباط معنی‌دار معکوس وجود داشت؛ به این صورت که با افزایش

سطح تحصیلات، شدت افسردگی کمتر می‌شد. این مطالعه با پژوهش‌های Lambert و Lambert (۲۲)، Feinstein و Chevalier (۲۳) و خواجه‌نصیری (۲۴) همخوانی دارد، اما در مطالعه‌ی دهقان و همکاران، افسردگی با میزان تحصیلات ارتباط معنی‌دار نداشت (۹). به نظر می‌رسد بهورزان دارای سطح تحصیلات پایین‌تر، به طور معمول دارای مهارت کمتری می‌باشند، از این رو، با توجه به برنامه‌های وسیع نظام سلامت و حجم زیاد کار، دچار استرس و احساس عدم کارایی بیشتری می‌شوند.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، بین افسردگی و سن واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در تأیید این یافته، می‌توان به نتایج پژوهش‌های دهقان و همکاران (۹)، فلاح و همکاران (۱۰) و نیز خواجه‌نصیری و همکاران (۲۵) اشاره کرد. در حالی که یافته‌های Mackin و Sinclair (۲۶) و احمدنیا (۲۷) مغایر با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. طبق مطالعات صورت گرفته، سن شیوع بیماری بین سنین ۵۰-۲۰ سالگی و سن متوسط در زمان شروع این اختلال حدود ۴۰ سالگی است (۲۱). افزایش سن می‌تواند منجر به کاهش فعالیت‌های اجتماعی فرد و ایجاد افسردگی گردد.

تحقیق حاضر همچنین نشان داد که بین سابقه‌ی کار و شدت افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد که با مطالعه‌ی خواجه‌نصیری و همکاران (۲۵) و نیز گلین تهرانی و همکاران (۲۸) همخوانی دارد؛ اما سایر تحقیقات انجام گرفته، نتایج متفاوتی را ارائه داده‌اند (۳۰-۲۹).

در مطالعه‌ی حاضر، تفاوت معنی‌دار آماری بین شدت افسردگی در بهورزان متأهل و مجرد یافت نشد. یافته‌های دیگر پژوهش‌ها از جمله پژوهش‌های Janson و Dahlen (۳۱) و نیز حسن‌زاده‌ی طاهری و همکاران (۳۲)، یافته‌ی پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهند. همچنین، نوربالا در تحقیق خود به این نتیجه رسید که در ایران افراد متأهل نسبت به افراد مجرد، به دلایل گوناگون از سلامت روانی بهتری برخوردار نیستند (۳۳).

همچنین، مطالعه‌ی حاضر نشان داد که سکونت در میزان افسردگی تأثیر دارد؛ به این صورت که بهورزان ساکن در شهر افسرده‌تر می‌باشند. مطالعات مشابهی که در سایر کشورها از جمله آمریکای جنوبی (۳۴) و پاکستان (۳۵) انجام گرفته است، در همین راستا می‌باشد. با توجه به جذابیت‌های زندگی شهرنشینی و وجود امکانات رفاهی در شهرهای بزرگ به ویژه کلان‌شهرها و لزوم داشتن کار برای سرپرست خانواده و ادامه‌ی تحصیل فرزندان در مقاطع بالاتر، به دلیل کمبود مقطع تحصیلی آموزش و پرورش به خصوص در مقطع متوسطه، موجبات مهاجرت ناخواسته‌ی بهورزان را از روستاها به شهرها فراهم آورده است. بدیهی است این مهاجرت ناخواسته، به دلیل ایاب و ذهاب روزانه‌ی بهورز و حضور به موقع در محل کار در روستای محل خدمت، در بازه‌ی زمانی

جهت انجام امور بهداشتی با کیفیت و کمیت مناسب در خانه‌های بهداشت، پیشنهادهای زیر با توجه به شیوع بالای افسردگی در بهورزان ارائه می‌شود.

- ۱- شناسایی بهورزان افسرده و برگزاری جلسات مشاوره و در صورت لزوم انجام مشاوره‌ی روانی جهت آن‌ها
- ۲- تهیه برنامه‌های مدون در خصوص رفع علل و عوامل خطر بروز افسردگی
- ۳- متناسب نمودن برنامه‌های ابلاغی به خانه‌های بهداشت با توان جسمی و ذهنی بهورزان
- ۴- توانمندسازی بهورزان و کارشناسان و پزشکان در اجرای درست کارهای موظفی تیم سلامت در چارچوب کار تیمی منسجم.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران به طور خالصانه از زحمات کلیه مدیران مراکز آموزش بهورزی و بهورزان شبکه‌های بهداشت و درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین، از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به دلیل حمایت مالی و از راهنمایی جناب آقای دکتر خدیوی دانشیار محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مرتبط با سلامت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

کوتاه موجب استرس خانواده و گاهی از هم گسیختگی خانواده‌ها را فراهم می‌نماید.

نتایج این مطالعه بر خلاف مطالعه‌ی دیگر (۱۰) نشان داد که افسردگی ارتباط معنی‌داری با تعداد فرزند و محل کار ندارد. همچنین نتایج مطالعه مبین این بود که بین نمره‌ی عملکرد با شدت افسردگی رابطه‌ی معکوس وجود داشت؛ یعنی بهورزانی که افسردگی آن‌ها کمتر بود، عملکرد بهتری داشتند. واضح است کارکنانی که درگیر کار هستند، از انرژی بالایی برخوردارند و مشتاق کار کردن می‌باشند (۱۲). نشان داده شده است که برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات در سیستم مراقبت‌های اولیه جهت افسردگی، منجر به بهبود کیفیت خدمات درمانی، بهبود رضایت بیماران از خدمات، بهبود عملکرد بیماران و بهبود تولید اقتصادی می‌گردد (۳۶). نتایج این پژوهش می‌تواند ضمن تأکید بر لزوم غربالگری این گروه، به تشخیص عوامل خطر، راه‌های سازگاری با آن، درمان به موقع و بهبود سبک زندگی آن‌ها کمک کند.

نتیجه‌گیری نهایی این که وجود عوامل تنش‌زای شغلی و محیطی در حرفه‌ی بهورزی، احتمال بروز واکنش‌های هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس را افزایش می‌دهد. نظر به این که بهورزان نقش مهمی در بهبود و ارتقای سلامت افراد جامعه‌ی روستایی دارند، رفع عوامل زمینه‌ساز ایجاد کننده و تداوم بخش واکنش‌های هیجانی در بهورزان به عنوان یک اولویت بهداشتی مطرح می‌گردد.

References

1. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford textbook of psychiatry. 3rd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 1996.
2. Heidari J, Mahmoudi Gh. Mental Health. Tehran, Iran: Jame' Negar Publications; 2008. p. 227. [In Persian].
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2010.
4. Assadollahi Gh, Abbasalizadeh A. Answers to common questions patients with depression. Isfahan, Iran: Charbagh Publications; 2000. [In Persian].
5. Rosenthal S. 50 Ways to fight depression without drugs. New York, NY: McGraw-Hill; 2002.
6. Ministry of Health and Medical Education, Deputy of Health. Comprehensive program of mental health promotion (2011-2015). Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2002.
7. Kavari H. A study of depression prevalence in nurses and it's effective factors in Shiraz Namazi Hospital. Rawal Med J 2007; 32(2): 184-6.
8. Williams CD, Schouten R. Assessment of occupational impairment and disability from depression. J Occup Environ Med 2008; 50(4): 441-50.
9. Dehghan A, Ghavami L, Ghahramani F, Bazrafshan MR, Namavar S. Prevalence of depression and its relation with their performance in Larestan rural health workers in 2010. J Rafsanjan Univ Med Sci 2012; 11(1): 79-84. [In Persian].
10. Fallah R, Farhadi S, Amini K, Mohajeri M. Prevalence of depression in personnel of Zanjan University of Medical Sciences. J Zanjan Univ Med Sci 2011; 19(75): 107-13. [In Persian].
11. Liu ZY, Zhong M, Hai Y, Du QY, Wang AH, Xie DH. Influencing factors on depression among medical staff in Hunan province under ordinal regression analysis. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2012; 33(11): 1115-8. [In Chinese].
12. Schaufeli WB, Bakker AB. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. J Organiz Behav 2004; 25(3): 293-315.
13. Takai M, Takahashi M, Iwamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K, et al. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: relations to depression and quality of life. Arch Gerontol Geriatr 2009; 49(1): e1-e5.
14. de Vries MW, Wilkerson B. Stress, work and mental health: a global perspective. Acta Neuropsychiatrica 2003; 15(1): 44-53.

15. Maurer DM. Screening for depression. *Am Fam Physician* 2012; 85(2): 139-44.
16. Wulsin L, Somoza E, Heck J. The Feasibility of using the Spanish PHQ-9 to screen for depression in primary care in Honduras. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2002; 4(5): 191-5.
17. Najafipour S, Yektatalab Sh. The prevalence of depression among the students of Jahrom University of Medical Sciences and its relationship with academic failure. *J Jahrom Univ Med Sci* 2008; 6(2): 27-37. [In Persian].
18. Ahmadi A, Yosefi Gh. The incidence of depression and related causes among Bakhteyari tribal population, Iran - 2006. *J Gorgan Uni Med Sci* 2008; 10(2): 65-8. [In Persian].
19. Golberg A, Akiskal H. Mood disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. p. 524-730.
20. Ghasemi SM, Rajabnia F, Saadatian V, Meshkat M. The frequency of depression and related factors among the medical and paramedical students of Mashhad Islamic Azad University during year 2007-2008. *Screening and Geographical Medicine* 2009; 4(3): 181-7. [In Persian].
21. Kaplan H, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 5th ed. London, UK: Williams and Wilkins; 1988.
22. Chevalier A, Feinstein L. Sheepskin or Prozac: The causal effect of education on depression. 2004. [Online]. [cited Jun 2007]; Available from: URL: <http://www.tinbergen.nl/cost/cost/chevalier.pdf>
23. Lambert VA, Lambert CE. Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nurs Health Sci* 2001; 3(3): 161-72.
24. Khajeh Nasiri f. A study of depression prevalence of nurses and its effective factors in Tehran Emam Khomeini Hospital. *Tehran Univ Med J* 2000; 58(1): 10-4. [In Persian].
25. Khajeh Nasiri F, Mortazavi SB, Alameh A, Akhondzadeh Sh. Reviewing the prevalence of depression and associated factors among shift workers in Tehran Oil Refinery. *J Health Syst Res* 2013; 9(5): 505-12. [In Persian].
26. Mackin P, Sinclair M. Labour ward midwives' perceptions of stress. *J Adv Nurs* 1998; 27(5): 986-91.
27. Ahmad-Nia S. Women's work and health in Iran: a comparison of working and non-working mothers. *Soc Sci Med* 2002; 54(5): 753-65.
28. Golyan Tehrani Sh, Monjamed Z, Mehran A, Hasheminasab L. Mental health status among midwives working in Tehran's public hospitals. *Hayat* 2007; 13(1): 73-80. [In Persian].
29. Dehghani M, Zoladl M, Boland-Parvaz SH, 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. [In Persian].
30. Mahmoudi Sh, Zehni K. The comparison of depression prevalence between shift work nurses in education hospitals of Kurdistan Medical Sciences University. *Iran J Nurs Res* 2013; 8(28): 29-38. [In Persian].
31. Dahlen I, Janson C. Anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. *Chest* 2002; 122(5): 1633-7.
32. Hasanzadeh Taheri MM, Mogharab M, Akhbari SH, Raeesoon MR, Hasanzadeh Taheri E. Prevalence of depression among new registered students in Birjand University of Medical Sciences in the academic year 2009-2010. *J Birjand Univ Med Sci* 2011; 18(2): 109-16. [In Persian].
33. Noorbala A. Psychosocial health and strategies for improvement. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 17(2): 151-6. [In Persian].
34. Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N, Powell MP, Baxley EG. Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. *Fam Med* 2006; 38(9): 653-60.
35. Rab F, Mamdou R, Nasir S. Rates of depression and anxiety among female medical students in Pakistan. *East Mediterr Health J* 2008; 14(1): 126-33.
36. Ministry of Health and Medical Education. *Guideline for caring psychiatric disorders in adults (for physicians)*. 1st ed. Kerman, Iran: Kerman University of Medical Sciences, Department of Health Publication; 2008. p.2. [In Persian].

The Prevalence of Depression and its Impact on Health Workers' Performance in Isfahan University of Medical Sciences, Iran, 2013

Sedigheh Ansari-pour MSc¹, Akbar Hasanzadeh MSc², Nahid Gramian MD¹,
Shohreh Akhavan MD¹, Tahereh Moghadas¹

Short Communication

Abstract

Background: Depression is one of the common mood disorders in many societies which lead to a significant drop in job, educational, social, or family performance. This research aimed to determine the depression rate and its impact on the health workers' performance in Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in 2013.

Methods: In this descriptive-analytic study of correlation type, 297 health workers in health care homes of Isfahan University of Medical Science were selected via systematic sampling. The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) was used to measure the depression rate, and the health workers' performance was evaluated by the trainers of health training center using a checklist provided in health training unit. The findings were statistically analyzed using Pearson and Spearman correlation, independent t, and one-way ANOVA tests.

Findings: The prevalence of depression was 53.9% in the selected health workers; 26.6% had mild, 11.8% had moderate, and 16.5% had severe or extremely severe depression. Depression showed a higher rate in female health workers compared to males. There was a significant relationship between depression and age, work experience, and residential type ($P < 0.050$). Health workers' performance had an inverse relationship with depression severity ($P < 0.050$). Moreover, the level of health workers' education had an inverse relationship with depression and a direct relationship with performance.

Conclusion: Health workers suffer from high rate of depression, and it has an impact on their performance; planning to reduce their depression plays an important role in health promotion programs.

Keywords: Depression, Health workers, Patient health questionnaire-9 (PHQ-9)

Citation: Ansari-pour S, Hasanzadeh A, Gramian N, Akhavan Sh, Moghadas T. **The Prevalence of Depression and its Relationship to Health Workers' Performance in Isfahan University of Medical Sciences, Iran, 2013.** J Isfahan Med Sch 2016; 33(357): 1884-90

1- Vice Chancellery of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Instructor, Department of Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Sedigheh Ansari-pour MSc, Email: s_ansari-pour@mail.mui.ac.ir