

بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان پیشوا در سال ۱۳۹۲

امیررضا نبی پور^۱، حسین غلامی^۲، امیر امینی^۳، سیدمحمد ریاحی^۴، سارا قنبری فر^۵، حسین زیرک مرادلو^۶

چکیده

مقدمه: افسردگی از مهم‌ترین اختلالات خلقی است که عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از انجام این مطالعه تعیین شیوع افسردگی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان پیشوا و برخی از عوامل مرتبط با آن بود.

روش‌ها: در این مطالعه مقطعی همه ۱۲۴ نفر از پرسنل شبکه بهداشت و درمان پیشوا وارد مطالعه شدند. جهت سنجش افسردگی از پرسشنامه سنجش میزان افسردگی (سما) و نیز برای سنجش مذهبی بودن از پرسشنامه DUREL استفاده گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره و همچنین از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید.

نتایج: از کل این افراد ۳۴/۷ درصد دچار افسردگی بودند که ۲/۴ درصد از آن‌ها افسردگی شدید داشتند. بین جنسیت (زن)، اعتقادات و تجارب دینی و سابقه خدمت و با افسردگی ارتباط معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده گردید. اما بین سن، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت استخدام، داشتن شغل دوم، شرکت در مراسم مذهبی و نیز انجام فعالیت‌های مذهبی شخصی و افسردگی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: افسردگی در کارکنان این شبکه شیوع زیادی دارد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد اقداماتی در زمینه ارتقاء سلامت روان از جمله شناسایی عوامل به وجود آورنده، برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزش بهداشت روان و خدمات مشاوره‌ای انجام پذیرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، شیوع، کارکنان، شبکه بهداشت و درمان

مقدمه

شایع با عواقب وسیع اقتصادی و فردی همراه است (۲، ۳).

افسردگی در محیط کار اثرات زیادی دارد، کارکنان مبتلا به افسردگی نسبت به افراد غیر افسرده، زمان تولید بیشتری را از دست می‌دهند (۶-۴). در افراد افسرده غیبت از کار و جابجایی‌های شغلی بالاتر

افسردگی بنا بر تعریف سازمان جهانی بهداشت، یکی از مهم‌ترین اختلالات خلقی است که با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز همراه است (۱). این بیماری ناتوان کننده و

۱- کارشناس ارشد، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- پزشک عمومی، سرپرست شبکه بهداشت و درمان پیشوا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- پزشک عمومی، معاون بهداشتی، شبکه بهداشت و درمان پیشوا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- دانشجوی دکتری، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- کارشناس، شبکه بهداشت و درمان پیشوا، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۶- کارشناس ارشد، رئیس مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی رازی، اداره کل آموزش و پرورش شهرستان‌های استان تهران، تهران، ایران

Email: amirrezanabipour@yahoo.com

نویسنده‌ی مسئول: امیررضا نبی پور

تلفکس: ۰۳۴-۳۳۲۰۵۱۲۷

آدرس: کرمان، بزرگراه هفت باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده بهداشت

است (۷،۸). تحلیل‌های اقتصادی همواره نشان داده اند، هزینه‌هایی که صرف درمان این اختلال می‌شود به مراتب کمتر از هزینه‌های به هدر رفته تولید به علت افسردگی است (۹). نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده است که افسردگی یکی از شرایط بهداشتی شایع و پرهزینه‌ای است که بر روی کار و نحوه اجرای شغلی تأثیر می‌گذارد (۱۳-۱۰،۵). به طوری که کارمندان افسرده در خصوص ایمنی کار دقت کمتری از خود بروز می‌دهند و در آن‌ها امکان صدمات شغلی و تصادفات بیشتر است. افراد مزبور در مسموم نمودن جو محل کار و ایجاد تنش در روابط بین فردی و فرآیند انجام کار نقش بسزایی ایفا می‌نمایند (۱۴،۱۵).

از میان عوامل متنوع مربوط به افسردگی مطالعات مختلف نشان داده‌اند که زنان بیشتر از مردان مبتلا به افسردگی می‌شوند، در محیط‌های شغلی در افراد با سابقه بالاتر، شیوع افسردگی بیشتر است و همچنین اعتقادات و گرایش‌های مذهبی می‌تواند در پیشگیری از افسردگی نقش بسزایی ایفا نماید (۱۸-۱۶،۱).

در مطالعه دهقان و همکاران شیوع افسردگی در بهورزان شهرستان لارستان بیش از ۴۳٪ گزارش شده است (۱۶). نتایج پژوهش دهقانی و همکاران نشان می‌دهد که بیش از ۶۷٪ از پرستاران بیمارستان نمازی شیراز، از بیماری افسردگی رنج می‌برند (۱). علاوه بر این فلاح و همکارانش، شیوع افسردگی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان را ۴۰٪ گزارش نمودند (۱۹). نتایج مطالعه Patti و همکارانش نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در بخش اورژانس بیمارستان‌های آمریکا ۶۶٪ می‌باشد (۲۰). افسردگی در پرسنل بخش روانپزشکی در مقایسه با گروه شاهد بیشتر است (۱۲). شیوع افسردگی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان سراب ۴/۱ درصد و به تفکیک

جنسیت در ۲۵ درصد مردان و ۷۵ درصد زنان بود (۲۱). شیوع افسردگی در پرسنل بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد نسبت به کارکنان اداری آن بیشتر بود (۱۱). بهداشت روان پرسنل بهداشتی و درمانی به علت این که در خط مقدم مواجهه با بیماران هستند، حائز اهمیت فراوانی است. با توجه به آمارهای بین المللی می‌توان نتیجه گرفت که شیوع افسردگی در پرسنل بهداشتی و درمانی بیمارستان‌های دانشگاه، بیشتر از جوامع دیگر است (۱۱).

با توجه به نتایج مطالعات انجام شده، شیوع افسردگی در کارکنان حوزه بهداشت و درمان ایران می‌تواند یک هشدار جدی محسوب شود. این مسئله زمانی اهمیت مضاعفی می‌یابد که پرسنل مزبور به عنوان متصدیان و صاحبان فرآیند حفظ سلامت جامعه، خود باید نقش اساسی در پیشگیری از بیماری‌ها و اختلالاتی همچون افسردگی ایفا نمایند. تلفات به این نکته ضروری به نظر می‌رسد که اطلاعات مردم در بیشتر جوامع در مورد علل مرتبط با افسردگی، روش‌های پیشگیری از ابتلا، شیوه‌های مراقبت از خود و روش‌های درمان دارویی و روانی اندک است و هیچ‌گونه اقدام درمانی تقریباً در نیمی از مبتلایان صورت نمی‌پذیرد (۲۳،۲۲).

با عنایت به مواردی که ذکر شد و از آنجایی که سلامت بیماران و عموم جامعه با نحوه کار و سلامت کارکنان حوزه بهداشت و درمان مرتبط است، لذا این مطالعه با هدف تعیین شیوع افسردگی در کارکنان بهداشت و درمان شهرستان پیشوا در استان تهران و عوامل مرتبط با آن اجرا گردیده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ انجام گردید. جامعه این پژوهش را کلیه کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان پیشوا (۱۳۲ نفر) شاغل در بخش‌های ستاد شبکه بهداشت، ۴ مرکز بهداشتی و درمانی، ۱۵ خانه بهداشت، ۳ پایگاه بهداشتی و ۲ پایگاه اورژانس تشکیل می‌داد که به صورت سرشماری و با اخذ رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. ۶ نفر به علت مرخصی استعلاجی و ۲ نفر به دلیل عدم تمکین در تکمیل پرسشنامه در مطالعه شرکت نمودند و در نهایت ۱۲۴ نفر از ۱۳۲ نفر (۹۴٪) در مطالعه شرکت نمودند. کلیه کارکنان در این مطالعه مسلمان بودند. جهت سنجش افسردگی پرسشنامه استاندارد سنجش میزان افسردگی (سما) استفاده شد که ضریب روایی (I=۰/۷۳) و پایایی با روش آلفای کرونباخ (I=۰/۷۰) مناسب نشان داده شده است (۲۴). این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است که براساس علایم مختلف افسردگی تنظیم شده است و متناسب با هنجارهای محیط فرهنگی ایران طراحی شده است. در مقابل هر پرسش ۴ گزینه قرار دارد که به ترتیب شدت علامت را نشان می‌دهد. در مجموع ۹۰ نمره می‌تواند به فرد تعلق بگیرد. نمره کمتر از ۲۱، ۲۱-۵۳، ۵۴-۹۰ به ترتیب سلامتی، افسردگی خفیف یا متوسط و افسردگی شدید را پیشنهاد می‌دهد. همچنین اطلاعات دموگرافیک شامل جنس، سن، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت استخدام، شغل دوم و سابقه کار کارکنان اخذ گردید. برای سنجش مذهبی بودن از نسخه فارسی پرسشنامه استاندارد ویژه مسلمانان DUREL (The Duke University Religion Index) استفاده گردید. این پرسشنامه کوتاه و

پنج سؤالی شامل سه آیتم می‌باشد: شرکت در مراسم مذهبی، فعالیت‌های مذهبی شخصی (در خلوت و بدون حضور در جمع) و نیز اعتقادات و تجارب دینی. مطالعه در مورد این پرسشنامه، ضریب روایی (-I=۰/۸۶/۶) و ضریب پایایی برای کل پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ (I=۰/۹۲) و با روش ضریب همبستگی درونی سؤالات برای بُعد سازمانی (۰/۹۶)، بُعد شخصی (۰/۹۹) و بُعد تجارب دینی (۰/۹۷) را نشان داده است (۲۵).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره استفاده شد.

نتایج

از بین ۱۲۴ فرد شرکت کننده در مطالعه ۴۵ نفر (۳۶/۳٪) مرد بودند (جدول ۱). میانگین سنی شرکت کنندگان 34.7 ± 8.9 سال بود. از کل این افراد ۴۳ نفر (۳۴/۷٪) دچار افسردگی بودند که ۴۰ نفر (۳۲/۳٪) دچار افسردگی خفیف و متوسط و ۳ نفر (۲/۴٪) دچار افسردگی شدید بودند.

شیوع افسردگی در زنان بیش از مردان بود به طوری که ۴۱/۸٪ زنان و ۲۲/۲٪ مردان دچار افسردگی بودند (جدول ۱). مطابق با جدول شماره ۱ بیشترین شیوع افسردگی در گروه سنی ۳۵ تا ۴۵ سال (۵۵/۶٪) و سپس در گروه‌های سنی کمتر از ۳۵ سال (۲۸/۲٪) و بالاتر از ۴۵ سال (۱۷/۶٪) بود. بیشترین شیوع افسردگی در افراد مطلقه (۷۵٪) بود (جدول ۱). بیشترین شیوع افسردگی را افراد دارای یک فرزند (۴۰/۹٪) به خود اختصاص می‌دادند و کمترین آن‌ها مربوط به افراد دارای ۴ فرزند (۲۵٪) بود (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان و شیوع ابتلا به افسردگی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان پیشوا

متغیر	تعداد (درصد)	تعداد موارد مبتلا به افسردگی (درصد)
جنس	مرد	۴۵ (۳۶/۳)
	زن	۳۳ (۴۱/۸)
سن	کمتر از ۳۵ سال	۲۰ (۲۸/۲)
	۳۵-۴۵ سال	۲۰ (۵۵/۶)
	بالاتر از ۴۵ سال	۳ (۱۷/۶)
وضعیت تأهل	متأهل	۳۴ (۳۷/۸)
	مجرد	۶ (۲۰/۰)
	مطلقه	۳ (۷۵/۰)
فرزند	۰	۱۶ (۳۰/۲)
	۱	۹ (۴۰/۹)
	۲	۱۴ (۴۰/۰)
	۳	۳ (۳۳/۰)
	۴	۱ (۲۵/۰)
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۱۱ (۲۵/۶)
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۹ (۴۴/۲)
	لیسانس و بالاتر	۱۳ (۳۰/۲)
وضعیت استخدام	رسمی	۱۳ (۴۱/۹)
	قراردادی	۱۴ (۳۸/۹)
	پیمانی	۷ (۲۳/۳)
	شرکتی	۳ (۳۳/۳)
	طرحی	۶ (۳۳/۳)
شغل دوم	دارد	۸ (۱۸/۶)
	ندارد	۳۵ (۳۸/۵)
	کمتر از ۱۰ سال	۲۰ (۲۹/۰)
سابقه کار	۱۰-۲۰ سال	۱۵ (۳۶/۶)
	بالاتر از ۲۰ سال	۸ (۵۷/۱)
کل	۱۲۴ (۱۰۰)	۴۳ (۳۴/۷)

(۴۷/۸٪) مشاهده گردید (جدول ۱). نتایج تحلیل رگرسیون تک متغیره و چند متغیره در جدول ۲ گنجانده شده است. در تحلیل‌های رگرسیون تک متغیره و چند متغیره بین جنسیت، اعتقادات و تجارب دینی و با افسردگی ارتباط معنی‌داری از لحاظ آماری مشاهده گردید. بین سن، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت استخدام، داشتن شغل

مطابق با جدول شماره ۱ با افزایش سابقه خدمت نسبت افسردگی افزایش می‌یافت، به طوری که در گروه با سابقه کاری بالاتر از ۲۰ سال ۱/۵۷٪ افراد دچار افسردگی بودند. از لحاظ وضعیت استخدامی، بالاترین شیوع افسردگی مربوط به نیروهای رسمی (۴۱/۹٪) بود. براساس سطح تحصیلات، بیشترین شیوع افسردگی در افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم

لحاظ آماری معنا دار بود (جدول ۲). دلیل بزرگ بودن نسبت شانس و حدود اطمینان آن در مورد افراد با سابقه بالای بیست سال، تعداد کم افراد در این زیرگروه بود. همچنین اعتقادات و تجارب دینی شانس ابتلا به افسردگی را کاهش می‌دهد که از لحاظ آماری به شدت معنی دار بود.

دوم، شرکت در مراسم مذهبی، فعالیت‌های مذهبی شخصی و با افسردگی ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت. تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که شانس ابتلا به افسردگی در زنان حدود ۷ برابر بیش از مردان است و این از لحاظ آماری معنی دار بود. کارکنان با سابقه خدمتی بیش از ۲۰ سال، بیش از ۲۰ برابر شانس ابتلا به افسردگی نسبت به افراد دارای سابقه خدمتی کمتر از ۱۰ سال دارند که این یافته از

جدول ۲: تحلیل تک متغیره و چند متغیره عوامل مرتبط با افسردگی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان پیشوا

متغیر	Crude OR (CI)	معنی داری	Adjusted OR (CI)	معنی داری
جنس	مرد	Ref	Ref	
	زن	۲/۵۱(۱/۰۹-۵/۷۷)	۶/۸۳(۱/۶۷-۲۷/۹۴)	*۰/۰۰۷
سن	کمتر از ۳۵ سال	Ref	Ref	
	۳۵ تا ۴۵ سال	۳/۱۹(۱/۳۸-۷/۳۶)	۱/۹۵(۰/۳۵-۱۰/۷۶)	۰/۴۴۶
	بالاتر از ۴۵ سال	۰/۵۵(۰/۱۴-۲/۱۹)	۰/۲۳(۰/۰۲-۲/۵۶)	۰/۲۲۵
وضعیت تأهل	متاهل	Ref	Ref	
	مجرد	۰/۴۱(۰/۱۵-۱/۱۱)	۰/۳۲(۰/۰۹۲-۱/۱۱)	۰/۰۷۲
	مطلقه	۴/۹۴(۰/۴۹-۴۹/۴۳)	۰/۹۶(۰/۰۶۸-۱۳/۴۸)	۰/۹۷۵
سطح تحصیلات	زیردیپلم	Ref	Ref	
	دیپلم و فوق دیپلم	۰/۶۹(۰/۲۵-۱/۸۸)	۰/۵۱(۰/۱۷-۲/۲۵)	۰/۳۷۴
	لیسانس	۰/۴(۰/۱۴-۱/۱۷)	۰/۱۹۵(۰/۰۴-۱/۰۸)	۰/۰۶۱
وضعیت استخدام	رسمی	Ref	Ref	
	قراردادی	۰/۸۸(۰/۳۳-۲/۳۵)	۳/۱۳(۰/۶۷-۱۴/۶۵)	۰/۱۴۸
	پیمانی	۰/۴۲(۰/۱۴-۱/۲۸)	۱/۴۶(۰/۲۳-۹/۳۰)	۰/۶۹
	شرکتی	۰/۶۹(۰/۱۵-۳/۲۹)	۱/۶۷(۰/۲۱-۱۳/۲۱)	۰/۶۳۱
	طرحی	۰/۶۹(۰/۲۰-۲/۳۲)	۲/۰۳(۰/۲۹-۱۴/۱۸)	۰/۴۷۷
شغل دوم	دارد	Ref	Ref	
	ندارد	۱/۹۵(۰/۷۹-۴/۸۱)	۱/۶۰(۰/۳۵-۳/۸۵)	۰/۸۰۹
سابقه خدمت	کمتر از ۱۰ سال	Ref	Ref	
	۱۰ تا ۲۰ سال	۱/۴۱(۰/۶۲-۳/۲۱)	۲/۱۸(۰/۳۸-۱۲/۵۰)	۰/۳۸۳
	بالاتر از ۲۰ سال	۳/۱۹(۱/۳۸-۷/۳۶)	۲۰/۱۹(۱/۳۲-۳۰۷/۸۴)	* ۰/۰۳۱
شرکت در مراسم مذهبی	۰/۸۶(۰/۶۶-۱/۱۱)	۰/۲۳۶	۰/۶۷(۰/۴۷-۱/۰۳)	۰/۰۷۳
فعالیت‌های مذهبی شخصی	۰/۹۱(۰/۷۱-۱/۱۸)	۰/۸۲۴	۰/۵۷(۰/۵۷-۱/۱۹)	۰/۲۹۷
اعتقادات و تجارب دینی	۰/۶۶(۰/۴۸-۰/۹)	* ۰/۰۰۸	۰/۴۵(۰/۲۸-۰/۷۰۳)	* ۰/۰۰۱

بحث

در مورد شیوع افسردگی در بین کارکنان، پژوهش های مختلفی انجام گرفته است که علیرغم همخوانی نتایج، در برخی موارد تفاوت‌هایی نیز دیده می‌شود که به علت آن‌ها در حد امکان اشاره می‌گردد.

بر پایه یافته‌های پژوهش کنونی، شیوع افسردگی در کارکنان مورد بررسی بیش از ۳۴ درصد بود.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که شانس ابتلا به افسردگی در زنان بسیار بیشتر از مردان است. البته شیوع بالاتر افسردگی در زنان در مطالعات مختلف نیز نشان داده شده است (۲۶، ۲۱، ۱۶). از طرف دیگر پژوهش‌های دیگری ارتباط معنی‌داری بین جنسیت و بیماری افسردگی را گزارش نموده‌اند (۱۹، ۲۰). شیوع بیشتر این اختلال در زنان، صرف‌نظر از عامل شغل، ممکن است مربوط به استرس‌های زایمانی، آثار هورمونی و خانه‌داری باشد (۱۶). نتایج این مطالعه همسو با پژوهش‌های فلاح و همکاران و دهقانی و همکاران (البته در نمونه‌هایی متفاوت) است که نشان می‌دهد سن با افسردگی کارکنان ارتباط آماری معنی‌داری ندارد (۱۹، ۱).

در این مطالعه ارتباط آماری معنی‌داری بین افسردگی کارکنان و تعداد فرزندان مشاهده نگردید که با نتیجه تحقیق دهقانی و همکاران بر روی پرستاران همخوانی دارد (۱)، که البته بهتر است انواع دیگر افسردگی (از جمله افسردگی پس از زایمان) نیز در مطالعات بعدی مورد مطالعه دقیق‌تری قرار گیرد.

نتایج این مطالعه مطابق با نتایج پژوهش‌های دیگر (البته در جمعیت عمومی) است که نشان می‌دهد شیوع افسردگی با وضعیت تأهل ارتباط آماری معنی‌داری ندارد (۱۷، ۱۹). از طرف دیگر یافته‌های مطالعات دیگر نشان می‌دهد که اختلال افسردگی در بین متأهلین بیشتر از مجردین است (۲۷). برخی از

منابع نیز به وجود ارتباط بین تأهل و افسردگی اشاره دارند (۱۹، ۲۸). در این پژوهش تأهل نقش پیشگیری‌کننده از افسردگی را نداشته است. احتمالاً می‌توان به عواملی مانند نارضایتی از وضعیت ازدواج، بی‌تفاوتی به مسائل زناشویی و دغدغه‌های شغلی و مالی زیاد در به وجود آمدن شرایط مزبور اشاره نمود، البته شیوع افسردگی در بین افراد مطلقه (۷۵ درصد) نیز قابل بررسی است.

در پژوهش فلاحی و همکاران بین سطح تحصیلات و افسردگی ارتباط معکوس آماری وجود داشت به طوری که با افزایش سطح تحصیلات از شدت افسردگی کاسته می‌شد (۱۹). این مطلب می‌تواند بیانگر این واقعیت باشد که افزایش میزان تحصیلات در افزایش آگاهی و رفتار پیشگیرانه مرتبط با افسردگی نقش مؤثری ایفا نموده است و نیاز به برنامه‌های آموزشی مدون در این زمینه به وضوح احساس می‌شود.

مشابه مطالعه دهقانی و همکاران در این پژوهش نیز ارتباط آماری معنی‌داری بین وضعیت استخدامی شاغلین و افسردگی مشاهده نگردید (۱). بنابر نتایج این پژوهش احتمالاً ثبات شغلی در کاهش افسردگی نقش ندارد و البته باید به خاطر سپرد کارکنان پیمانی و طرحی عموماً در سنین پایین‌تری هستند و سابقه خدمت آن‌ها کمتر است و ممکن است فرسودگی شغلی در آن‌ها به مراتب کمتر از پرسنل رسمی با ثبات شغلی بالاتر باشد. دارا بودن شغل دوم می‌تواند در فرسودگی شغلی و در نهایت در افسردگی کارکنان نقش بسزایی ایفا نماید. از طرف دیگر ممکن است این عامل در راستای ارتقاء سطح درآمد مهم باشد و در نتیجه در کاهش افسردگی نقش داشته باشد. در این تحقیق بین دارا بودن شغل دوم و افسردگی ارتباط آماری مشاهده نگردید. احتمالاً این عامل در

های آتی مورد بررسی قرار گیرد. بی‌تردید عوامل مزبور در ایجاد اعتقادات و تجارب دینی فوق‌الذکر، نقش بسزایی دارند.

در این مطالعه عوامل مخدوش‌کننده از جمله سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و علل ابتلا به افسردگی در نظر گرفته نشده است. در این راستا انجام مطالعات مشابه آتی در جوامع یا نمونه‌های پژوهشی وسیع‌تر می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر بیانگر این واقعیت است که شیوع افسردگی در کارکنان شبکه بهداشت و درمان پیشوا بالا است. در این زمینه پیشنهاد می‌گردد در راستای افزایش کیفیت زندگی کاری شاغلان گام‌های مؤثری برداشته شود. از جمله می‌توان در خصوص شناسایی عوامل به وجود آورنده، برگزاری کارگاه‌ها و کلاس‌های آموزش بهداشت روان و خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی، از جمله تغییر سبک زندگی و آموزش مهارت‌های زندگی، تقویت اعتقادات مذهبی و نیز ایجاد تغییرات لازم در محیط شغلی از جمله با نشاط کردن و بالا بردن جذابیت شغلی و نیز افزایش انگیزه کارکنان، تلاش مضاعفی نمود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین و کلیه پرسنل شبکه بهداشت و درمان شهرستان پیشوا به منظور شرکت در این پژوهش کمال قدردانی به عمل می‌آید.

ایجاد فرسودگی شغلی در کارکنان تأثیرگذار نمی‌باشد. نتیجه مطالعه فلاح نشان می‌دهد که ارتباط آماری معنی‌داری بین شیوع افسردگی و سابقه کار وجود ندارد (۱۹)، ولی نتیجه مطالعه وکیلی و همکاران بیانگر این است که شیوع افسردگی با سابقه شغلی کارکنان ارتباط دارد (۱۷). بنابر یافته‌های این مطالعه، شانس ابتلا به افسردگی در کارکنان با سابقه خدمتی بالاتر از ۲۰ سال بیش از ۲۰ برابر کارکنان با سابقه خدمتی کمتر از ۱۰ سال بود. احتمالاً عللی چون فرسودگی شغلی، فشارکاری و یکنواختی در انجام کار در ایجاد این اختلال نقش دارند.

رضایی، سیاح، ابراهیمی و نصیری (به نقل از رضایی) در مطالعات خود نشان دادند بین انجام تکالیف و عملکردهای دینی با کاهش افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد (۲۹). در این مطالعه بین شرکت در انجام فعالیت‌های مذهبی شخصی مانند دعا، گوش کردن یا خواندن قرآن و نیز شرکت در مراسم مذهبی مانند رفتن به مسجد و نمازخانه با افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نگردید. از طرف دیگر اعتقادات و تجارب دینی مانند وجود خدا را در زندگی احساس نمودن، زندگی خود را بر مبنای اعتقادات مذهبی بنا نمودن، براساس تعالیم دینی زندگی و رفتار نمودن به شدت از لحاظ آماری معنی‌دار بود.

البته باید به این نکته التفات نمود که حجم نمونه در این مطالعه پایین می‌باشد و رابطه بین فعالیت‌های مذهبی شخصی و شرکت در مراسم مذهبی و افسردگی در پیشگیری از افسردگی باید در پژوهش

References

1. 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):29-34.
2. Hirschfeld RM, Montgomery SA, Keller MB, Kasper S, Schatzberg AF, Moller HJ, et al. Social functioning in depression: a review. *J Clin Psychiatry*. 2000 Apr;61(4):268-75.
3. Stephens T, Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Dis Can*. 2001;22(1):18-23.
4. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA*. 2003 Jun 18;289(23):3135-44.
5. Adler DA, McLaughlin TJ, Rogers WH, Chang H, Lapitsky L, Lerner D. Job performance deficits due to depression. *Am J Psychiatry*. 2006 Sep;163(9):1569-76.
6. Wang PS, Beck AL, Berglund P, McKenas DK, Pronk NP, Simon GE, et al. Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry*. 2004 Oct;161(10):1885-91.
7. Kessler RC, Barber C, Birnbaum HG, Frank RG, Greenberg PE, Rose RM, et al. Depression in the workplace: effects on short-term disability. *Health Aff (Millwood)*. 1999 Sep-Oct;18(5):163-71.
8. Lerner D, Adler DA, Chang H, Lapitsky L, Hood MY, Perissinotto C, Reed J, et al. Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. *Psychiatr Serv*. 2004 Dec;55(12):1371-8.
9. Furlan AD, Gnam WH, Carnide N, Irvin E, Amick BC 3rd, DeRango K, et al. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. *J Occup Rehabil*. 2012 Sep;22(3):312-21.
10. Kessler RC, Akiskal HS, Ames M, Birnbaum H, Greenberg P, Hirschfeld RM, et al. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am J Psychiatry*. 2006 Sep;163(9):1561-8.
11. Dehghan Bahabadi H. The prevalence of depression among staff of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. [dissertation]. Yazd: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services; 1999.
12. Tatari F, Amiri H. Comparing depression among Farabi Psychiatry Hospital with staff of Imam Khomeini Hospital in Kermanshah [dissertation]. Kermanshah; Kermanshah University of Medical Sciences; 2000.
13. Lerner D, Henke RM. What does research tell us about depression, job performance, and work productivity? *J Occup Environ Med*. 2008 Apr;50(4):401-10.
14. Williams CD, Schouten R. Assessment of occupational impairment and disability from depression. *J Occup Environ Med*. 2008 Apr;50(4):441-50.
15. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *Am J Psychiatry*. 2006 Jan;163(1):115-24.
16. Dehghan A, Ghavami L, Ghahramani F, Bazrafshan M, 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.
17. Vakili M, Eslami Frasani S, Hossien SM, Deghani Tafti MH. Prevalence of depression and its related factors among truck drivers in Yazd Province-2008. *Iran Occup Health*. 2010;6(4):69-76.
18. Moatamedi AA, Ejei J, Azadfallah P, Kymanesh AR. The relationship between religious tendency and successful aging. *Clinical Psychology & Personality (Danshvar Raftar)*. 2005;12(10):43-56. Persian.
19. 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.
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.
21. Lali Sarab M, Ekhtiyari A. The prevalence of depression among Sarab health workers. 9th Iranian Nutrition Congress Tabriz. 2006 Sep 4-7; Tabriz University of Medical Sciences; 2006.
22. Hight NJ, Hickie IB, Davenport TA. Monitoring awareness of and attitudes to depression in Australia. *Med J Aust*. 2002 May 20;176 Suppl:S63-8.
23. Jorm AF. Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000 Nov;177:396-401.
24. Jalali D, Aghaei A, Nazari A, Rahbarian J. The psychosocial effect of mental health helpers on women depression. *Journal of Applied Psychology*. 2007;1(2):159-76. Persian.
25. Saffari M, Zeidi IM, Pakpour AH, Koenig HG. Psychometric properties of the Persian version of the Duke University Religion Index (DUREL): a study on Muslims. *J Relig Health*. 2013 Jun;52(2):631-41.
26. Kavari HA, Helyani M, Dehghani V. A study of depression prevalence in nurses and its effective factors in Shiraz Namazi hospital. *Rawal Medical Journal*. 2007;32(2):184-6.
27. Mohammadi MR, Ghanizadeh H, Noorbala AA, Davidian H, Malek afzali A, Naghavi HR, et al.

Prevalence of mood disorders in Iran. Iran J Psychiatry. 2006;1(2):59-64.

28. Ettinger A, Reed M, Cramer J. Epilepsy Impact Project Group. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. Neurology. 2004 Sep 28;63(6):1008-14.

29. MousaRezaie A, NajiEsfehiani H, Khosravi N, Momeni-Ghaleghasemi T, Masaeli N. Relationship between commitment and priority to prayer with depression and some demographic parameter. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2013;10(6):441-52. Persian.

Prevalence of depression and its related factors in Pishva District Health Network employees in 2013

Amir Reza Nabipour¹, Hossein Gholami², Amir Amini³, Seyed Mohammad Riahi⁴, Sara Ghanbarifar⁵, Hossein Zirak Moradlou⁶

Abstract

Background: Depression is one of the most important mental disorders affecting social, vocational and educational performance. The aim of this study was to determine the prevalence of depression and its related factors in Pishva District Health Network employees.

Methods: In this cross sectional study, all 124 employees from Pishva District Health Network were enrolled. Depression among employees was assessed using a Standard Persian Depression Assessment Questionnaire (SAMA) and Religiosity was assessed using the Duke University Religion Index (DUREL). Univariate and multivariate logistic regression statistical analysis was performed through SPSS 21 Software.

Results: The prevalence of depression was 34.7% including 2.4% severe depression cases. There was a significant relationship between depression and female gender, religious beliefs and experiences, and employment duration. There was no statistically significant relationship between depression and other variables including age, number of children, marital status, educational level, employment status, having a second job, attending religious meetings and having personal religious activities.

Conclusion: There was a high prevalence of depression in Pishva district health network employees. Therefore, it should be planned to promote mental health of the employees through detection of underlying causes, holding mental health workshops, educational meetings and consultation services.

Keywords: Depression, Prevalence, Employees, Health network

1- MSc, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- MD, Head of Pishva Health Network, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- MD, Deputy of Health, Pishva Health Network, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- PhD Student, Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- BSc, Pishva Health Network, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

6- MSc, Head of Razi Counseling and Psychological Services, Tehran Province Education Department, Tehran, Iran

Corresponding Author: Amir Reza Nabipour **Email:** amirrezanabipour@yahoo.com

Address: School of Public Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Tel/Fax: 034-33205127