

## بررسی ارتباط نشخوار فکری با افسردگی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه

ناصر پریزاد<sup>۱</sup>، فردین آجودانی<sup>۲</sup>، وحید علی‌نژاد<sup>۳</sup>، محدثه بیژن‌پور<sup>۴\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** پرستاران از شاخص‌ترین گروه‌های دارای شیفت کاری هستند که سختی‌های مختلف شغلی‌شان نه تنها بر روی سلامت آن‌ها تأثیر می‌گذارد و موجب اختلالات روانی مختلف از جمله افسردگی در آنان می‌شود بلکه سلامت بیماران تحت نظرشان را نیز به مخاطره می‌اندازد. نشخوار فکری به عنوان یک فرآیند شناختی نقش عمده‌ای در تشدید و نگهداری علائم افسردگی دارد. هدف این پژوهش تعیین ارتباط نشخوار فکری با افسردگی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بود.

**مواد و روش کار:** تمامی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های ارومیه به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای وارد مطالعه گردیدند و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصدی در نهایت ۳۸۵ پرستار واجد شرایط انتخاب گردیدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (BDI)<sup>۵</sup> و نشخوار فکری (RRS)<sup>۶</sup> استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون پیرسون استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل نشان داد که میانگین نمره افسردگی در پرستاران حاضر در این مطالعه برابر  $16/14 \pm 33/58$  بوده و میانگین نمره نشخوار فکری برابر  $14/25 \pm 36/56$  بود. نشخوار فکری رابطه مثبت و معناداری با افسردگی پرستاران داشت ( $P < 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد افسردگی در بین پرستاران به جهت سختی‌های شغلی‌شان از شیوع بالایی برخوردار است و نشخوار فکری نیز در افزایش افسردگی این قشر مؤثر می‌باشند. لذا می‌توان با ارائه پیشنهادهای مؤثر در زمینه بهبود نشخوار فکری پرستاران، گام‌های مؤثری را جهت کاهش افسردگی برداشت. پیشنهاد می‌شود تمرین‌هایی مانند مدیتیشن، یوگا، و تمرینات ورزشی جهت کاهش استرس، نشخوار فکری و افزایش آرامش در این پرستاران برنامه‌ریزی و اجرا شود.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، پرستاران، نشخوار فکری

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره هشتم، پی‌در پی ۱۸۱، آبان ۱۴۰۳، ص ۶۹۸-۶۹۰

**آدرس مکاتبه:** دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: bizhanpourmohadese64@gmail.com

### مقدمه

کارکنان یک بیمارستان را پرستاران تشکیل می‌دهند. بنابراین آن‌ها نقش بارزی را در سیستم مراقبت بهداشت و درمان دارند (۲). خدمات پرستاری یکی از مهم‌ترین اجزای تشکیل‌دهنده خدمات بیمارستانی است و کیفیت مراقبت بهداشتی به میزان زیادی به نحوه‌ی کار پرستاران بستگی دارد. با پیشرفت حرفه‌ی پرستاری از پرستار انتظار می‌رود تا بتواند بر اساس نیاز بیماران مراقبت‌های پیچیده‌تری را ارائه نماید (۳).

بخش بهداشت و درمان به دلیل ارتباط مستقیم با سلامتی انسان‌ها یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه پایدار، در جوامع بشری است که نیازمند کادر درمانی با سلامت روان و عملکرد شغلی بالا است (۱). پرستاران بزرگ‌ترین گروه حرفه‌ای در سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند، به‌طوری‌که ۴۰ درصد از کل

<sup>۱</sup> دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، پژوهشکده بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۵</sup> Beck Depression Inventory

<sup>۶</sup> Ruminative Response Scale

کادر پرستاری علی‌الخصوص پرستارانی که در بخش مراقبت‌های ویژه شاغل هستند، بنا به ماهیت شغلی خود در معرض استرس‌های متعددی قرار دارند که از آن جمله می‌توان به ارتباط طولانی و مستمر با بیماران بدحال و روبه‌مرگ، مسئولیت‌پذیری فوق‌العاده، درخواست‌های شخصی بیش‌ازحد از طرف بیمار و اطرافیان، پیشرفت‌های سریع، رویارویی مکرر با واقعیت مرگ اشاره کرد (۴، ۵). استرس و استرسورهای نظیر زیاد بودن بارکاری، تعارض نقش، کمبود وقت، کمبود خودمراقبتی، ارتباطات بین فردی ضعیف مرتبط با شغل، احساس ناتوانی برای ارائه مراقبت با کیفیت، مرگ بیماران، تعارض با پزشکان و همکاران و سوپروایزرها و آمادگی روانی ناکافی می‌تواند موقعیت‌های پرسترس منفی و مخرب برای پرستاران باشد (۶). متعاقب این عوارض، آثار مخرب فیزیولوژیکی و روانی منجر به پیامدهای منفی دیگری همچون بیماری، غیبت، کاهش عملکرد شغلی، اختلال در تنظیم هیجانات، کاهش بهره‌وری، افزایش احتمال خطر ابتلا به انواع اختلالات روانی ازجمله افسردگی می‌شود (۷).

افسردگی بنا بر تعریف سازمان جهانی بهداشت یکی از مهم‌ترین اختلالات خلقی همراه با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز است (۸). افسردگی یک اختلال روانی شایعی است که تنش روحی - روانی قابل‌توجهی را به کادر درمان و پرستاران وارد می‌کند و منجر به کاهش کیفیت زندگی، عملکرد شغلی و ناتوانی آن‌ها می‌شود (۹). افراد افسرده نظرات منفی‌تری نسبت به خود، دنیا و آینده دارند (۱۰). پرستاران به دلیل شیفت‌های کاری طولانی و خستگی ناشی از آن مستعد به خطر افتادن سلامتی‌شان هستند و پرستارانی که از سلامت روانی و جسمی مناسبی برخوردار نباشند، قادر نخواهند بود که مراقبت‌های مطلوبی همانند حمایت‌های فیزیکی و روانی از بیماران به عمل آورند (۱۱). افسردگی ازجمله مشکلات روانی رایج در بین پرستاران است (۱۲). افسردگی منجر به ازکارافتادگی قابل‌توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی و اجتماعی و اشتغال می‌شود و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۳). همچنین افسردگی منجر به غیبت از کار می‌شود که به‌عنوان یک امر مشکل‌زا در پرستاران رو به افزایش است (۶).

شیوع افسردگی در پرستاران بسیار بالا بوده به‌گونه‌ای که پرستاران با دو برابر ابتلا نسبت به سایر حرفه‌ها شناخته شده‌اند (۸، ۱۳). مطالعه سیستماتیک منتشرشده در طی ۲۰ سال از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۱۷، شیوع افسردگی در پرستاران ایران را ۲۶/۸۸ درصد نشان

داد (۱۲). هوانگ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲) با انجام یک مطالعه‌ی متاآنالیز اعلام کردند که شیوع افسردگی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه ۲۵ درصد است (۱۴). شیوع بالای افسردگی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه اقتضا می‌کند که مدیران پرستاری به فکر راه‌های کنترل و کاهش آن باشند و اولین قدم برای این مهم شناسایی عوامل مرتبط با آن است (۱۵).

یکی از عوامل مرتبط با افسردگی پرستاران، وجود نشخوار فکری در آن‌ها است. نشخوار فکری به‌طور مستقیم در بروز آشفتگی‌ها نقش اساسی دارد. درواقع نشخوار فکری واژه‌ای عمومی است که به چند نوع تفکر اشاره می‌کند و غالباً به‌عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده‌کننده شناخته می‌شود که پاسخی به خلق پایین هستند (۱۶، ۱۷). نشخوار فکری به معنای گرایش به داشتن افکار تکراری، مداوم، غیرقابل‌کنترل و مزاحم است (۱۸). به‌طورکلی نشخوار پاسخی است که ممکن است به خاطر رویدادهای مختلفی که در زندگی فرد رخ می‌دهد یا هیجان‌های مختلف مثل خشم، افسردگی یا اضطراب حاصل شود. نشخوار فکری به‌عنوان یک فرآیند شناختی نقش عمده‌ای در تشدید و نگهداری علائم افسردگی و اختلال استرس پس از حادثه دارد (۱۹).

پرستاران به‌عنوان نیروی انسانی در سازمان نظام سلامت نقش بسزایی در تأمین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت جامعه دارند و کیفیت مراقبت پایین و نایمن پیامدهایی را به دنبال خواهد داشت. بنابراین، سلامت روان پرستاران در ارائه‌ی مراقبت با کیفیت بالا و ایمن به بیماران از اهمیت خاصی برخوردار خواهد بود. بر اساس مرور متون، افسردگی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه از شیوع بالایی برخوردار بوده و توأم با عواقب جدی است (۱۳، ۱۴). درنتیجه، بررسی عوامل مرتبط با افسردگی پرستاران نظیر نشخوار فکری و بررسی ارتباط نشخوار فکری به‌عنوان یک مکانیسم تنظیم هیجان در مورد عوامل روان‌شناختی می‌تواند در کمک به این پرستاران برای غلبه به افسردگی خود و ارائه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت و ارتقاء ایمنی بیماران کمک‌کننده باشد. همچنین ازآنجایی‌که، مطالعات در زمینه افسردگی، و نشخوار فکری محدود بوده و ارتباط این دو متغیر در بخش‌های مراقبت ویژه بر روی پرستاران در ایران بررسی نشده است، درنتیجه، عدم دسترسی به پژوهشی جامع دراین‌باره، زمینه را برای انجام پژوهش‌های بیشتر و همه‌جانبه در این حوزه ضروری می‌نماید. بنابراین، مطالعه‌ی حاضر باهدف تعیین ارتباط نشخوار فکری با افسردگی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه در بیمارستان‌های ارومیه در سال ۱۴۰۳ انجام شد.

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی است. پس از کسب اجازه از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کسب مجوز از کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش، پژوهشگر با مراجعه به واحدهای ذی‌ربط و معرفی خود، جهت تعیین افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، لیست پرستاران را از دفاتر پرستاری و مسئولین بیمارستان‌های مربوطه اخذ نمود. جامعه پژوهش ما تمام پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های امام خمینی، طالقانی، سیدالشهدا و شهید مطهری ارومیه بود. با توجه به تعداد کل پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مراکز درمانی ارومیه (۵۰۳ نفر)، با استفاده از نمونه‌گیری سهمیه‌ای به نسبت جمعیت پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های موجود در شهرستان ارومیه نمونه‌ها انتخاب شدند. در مطالعه حاضر، با توجه به معیارهای ورود ۳۸۵ پرستار واجد شرایط، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل پرستاران تمام‌وقت شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، پرستاران با هر وضعیت استخدامی، پرستاران مقاطع تحصیلی کارشناسی و بالاتر، پرستارانی با حداقل ۶ ماه سابقه کار، و پرستاران علاقه‌مند به شرکت در مطالعه و عدم مصرف داروهای ضدافسردگی و عدم سابقه بستری بود. پرستارانی که پرسشنامه‌ها را ۲۰ درصد ناقص پر کرده بودند از مطالعه خارج شدند. پرسشنامه‌ها توسط خود شخص پرستار تکمیل و در نهایت توسط پژوهشگر جمع‌آوری شد. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی بین شرکت‌کننده‌ها توزیع شد و در مورد محرمانه بودن اطلاعات به شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد.

برای تعیین حجم نمونه، در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه ضریب همبستگی بین نشخوار فکری با متغیر وابسته حداقل ۰/۱۵ باشد تا ارتباط بین دو متغیر از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد (۲۰)، پس از مقدار گذاری در فرمول زیر حداقل حجم نمونه لازم ۳۵۰ به دست آمد. در انتها با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۱۰ درصدی ۳۸۵ پرستار واجد شرایط، در مطالعه شرکت کردند.

$$n = \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r} \left( \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{W^2} + 3 \right) \rightarrow n = \frac{(1.96 + 0.84)^2}{(0.15)^2} + 3 \rightarrow n = 350$$

پس از تعیین حجم نمونه، ابتدا جمع کل جامعه آماری پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه (۵۰۳ نفر) مشخص شد و سپس تعداد نمونه‌ی درخواستی (۳۸۵ نفر) بر آن تقسیم گردید.

$$\frac{n}{N} = \frac{385}{502} = 0.765$$

سپس کسر به‌دست‌آمده (۰/۷۶۵) را در تعداد تک‌تک دسته‌ها ضرب نموده تا مشخص شود از هر بیمارستان، چند نفر باید انتخاب شود. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم اطلاعات جمعیت شناختی پرستاران، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه نشخوار فکری نالن هاگسما و مارو<sup>۱</sup> استفاده شد. به‌منظور بررسی مشخصات جمعیت شناختی پرستاران از فرم اطلاعات دموگرافیک پرستاران استفاده گردید. اطلاعات موجود در این فرم شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شیفت کاری، وضعیت استخدامی و سابقه کار بود.

پرسش‌نامه افسردگی بک<sup>۲</sup> (BDI) برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. این پرسشنامه حاوی ۲۱ گویه در زمینه علائم افسردگی بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت است که در طیف صفر تا ۶۳ نمره‌گذاری شده است (۲۱، ۲۲). میانگین نمره (۱-۱۸) عدم افسردگی، (۱۸-۲۸) افسردگی خفیف، (۲۹-۳۵) افسردگی متوسط و (۳۶-۶۳) افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۲۲). گومز اولیویرا<sup>۳</sup> و همکاران در سال ۲۰۱۲ روایی پرسشنامه افسردگی بک را برای هر ۲۱ بخش معادل ۰/۹۱ به دست آورده‌اند. تست مجدد با فاصله یک هفته ۰/۹۳ بود. همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ به دست آمد و همچنین روایی هم‌زمان و توانایی پیش‌بینی سطح شدت قابل‌قبول بود (۲۳). در تحقیق رجبی و همکاران (۱۳۹۵) روایی پرسشنامه توسط ۱۰ نفر هیئت‌علمی بررسی و تأیید شد. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۷ به دست آمده است که نشان از پایایی مناسب این پرسشنامه است (۲۴).

پرسشنامه نشخوار فکری (RRS) پرسشنامه نشخوار فکری در سال ۱۹۹۱ توسط نولن هوکسما و مارو<sup>۴</sup> ساخته شده است. این پرسشنامه حاوی ۲۲ گویه در زمینه علائم نشخوار فکری بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت است که در طیف ۲۲ تا ۸۸ نمره‌گذاری شده است. کسب نمره‌ی بالاتر به معنای نشخوار فکری بیشتر است. بر این اساس نمره بین ۲۲ تا ۳۳: نشان‌دهنده میزان نشخواری فکری پایین، نمره بین ۳۳ تا ۵۵: میزان نشخواری فکری متوسط و نمره بالاتر از ۵۵: میزان نشخواری فکری بالا است (۲۵). لیانگ<sup>۵</sup> و همکاران در ۲۰۱۹ روایی پرسشنامه را خوب توصیف کرده و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸۱ تأیید کردند (۲۶) در ایران روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه محمدی و همکاران در سال

<sup>4</sup> Nolen-Hoeksema & Morrow

<sup>5</sup> Liang

<sup>1</sup> Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991

<sup>2</sup> Beck Depression Inventory

<sup>3</sup> Gomes-Oliveira

۱۴۰۲ با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ مورد تأیید قرار گرفت (۲۷). داده‌ها بعد از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

#### یافته‌ها

میانگین سن پرستاران حاضر در این مطالعه برابر  $7/85 \pm 37/59$  سال بوده و میانگین سابقه کار برابر  $7/85 \pm 12/85$  سال بوده است. از تمامی پرستاران حاضر در این مطالعه ۱۹۲ نفر (۴۹/۴ درصد) مرد و ۱۹۷ نفر (۵۰/۶ درصد) زن بودند. و ۱۲۸ نفر (۳۲/۹ درصد) از پرستاران مجرد، ۱۶۷ نفر (۴۲/۹ درصد) متأهل، ۲۹ نفر

(۷/۵ درصد) از پرستاران بیوه و ۶۵ نفر (۱۶/۷ درصد) مطلقه بودند. همچنین ۲۸۷ نفر (۷۳/۸ درصد) از پرستاران دارای مدرک کارشناسی و ۱۰۲ نفر (۲۶/۲ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. ۷۵ نفر (۱۹/۳ درصد) از پرستاران شیفت صبح، ۹ نفر (۲/۳ درصد) شیفت عصر، ۱۲ نفر (۳/۱ درصد) شیفت شب، ۳۵ نفر (۹ درصد) شیفت عصر و شب بوده و ۲۵۸ نفر (۶۶/۳ درصد) شیفت چرخشی بودند. همچنین ۴۹ نفر (۱۲/۶ درصد) از پرستاران نیروی طرحی، ۱۴۰ نفر (۳۶ درصد) استخدام رسمی، ۱۱۶ نفر (۲۹/۸ درصد) استخدام پیمانی و ۸۴ نفر (۲۱/۶ درصد) استخدام قراردادی بودند (جدول ۱).

جدول (۱): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک پرستاران حاضر در این مطالعه

| متغیر       | فراوانی  | درصد |
|-------------|----------|------|
| جنسیت       | مرد      | ۱۹۲  |
|             | زن       | ۱۹۷  |
| وضعیت تأهل  | مجرد     | ۱۲۸  |
|             | متأهل    | ۱۶۷  |
|             | بیوه     | ۲۹   |
|             | مطلقه    | ۶۵   |
| تحصیلات     | کارشناسی | ۲۸۷  |
|             | ارشد     | ۱۰۲  |
| شیفت کاری   | صبح      | ۷۵   |
|             | عصر      | ۹    |
|             | شب       | ۱۲   |
|             | عصر و شب | ۳۵   |
|             | گردشی    | ۲۵۸  |
|             | طرحی     | ۴۹   |
| نوع استخدام | رسمی     | ۱۴۰  |
|             | پیمانی   | ۱۱۶  |
|             | قراردادی | ۸۴   |
|             |          | ۲۱/۶ |

میانگین نمره افسردگی در پرستاران برابر  $16/14 \pm 33/58$  بوده و میانگین نمره نشخوار فکری برابر  $14/25 \pm 36/56$  بوده است. از ۳۸۹ پرستار حاضر در این مطالعه ۸۶ نفر (۲۲/۱ درصد) از پرستاران سطح عادی (بدون افسردگی)، ۲۶ نفر (۶/۷ درصد) سطح

افسردگی خفیف، ۵۱ نفر (۱۳/۱ درصد) سطح افسردگی متوسط و ۲۲۶ نفر (۵۸/۱ درصد) سطح افسردگی شدید داشته‌اند. ۱۳۸ نفر (۳۵/۵ درصد) از پرستاران دارای میزان نشخوار فکری پایین، ۲۳۰ نفر (۵۹/۱ درصد) داری میزان نشخوار فکری متوسط و ۲۱ نفر (۵/۴ درصد) داری میزان نشخوار فکری بالا بودند (جدول ۲).

جدول (۲): توزیع فراوانی سطح افسردگی و میزان نشخوار فکری در مطالعه

| متغیر       | فراوانی  | درصد |
|-------------|----------|------|
| افسردگی     | سطح عادی | ۸۶   |
|             | خفیف     | ۲۶   |
|             | متوسط    | ۵۱   |
|             | شدید     | ۲۲۶  |
| نشخوار فکری | پایین    | ۱۳۸  |
|             | متوسط    | ۲۳۰  |
|             | بالا     | ۲۱   |

با توجه به نتایج حاصل از جدول پایین بین افسردگی با نشخوار فکری همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ) (جدول ۳).

جدول (۳): ضریب همبستگی بین متغیرهای افسردگی و

| متغیرها | نشخوار فکری |
|---------|-------------|
| افسردگی | $r = 0.795$ |
|         | $P < 0.001$ |

#### بحث

این مطالعه باهدف تعیین ارتباط نشخوار فکری با افسردگی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه ارومیه انجام گرفت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نشخوار فکری در جامعه آماری مورد مطالعه رابطه مثبت و معناداری با افسردگی داشته و با افزایش میزان نشخوار فکری میزان افسردگی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های ارومیه نیز افزایش می‌یابد. همسو و هم‌راستا با نتایج این مطالعه، باقری و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای با افسردگی دوران بارداری رابطه مثبت و معنادار داشتند. همچنین، متغیرهای نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای توانستند ۲۸/۱ درصد از تغییرات افسردگی دوران بارداری را تبیین کنند که سهم نشخوار فکری بیشتر از اجتناب تجربه‌ای بود (۲۸). لی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲) در کشور چین در پژوهشی نشان دادند که نشخوار فکری و سکوت ارتباط معناداری با قرار گرفتن در معرض تروما و افسردگی در متخصصان مراقبت‌های بهداشتی خط مقدم مبارزه با بیماری کووید-۱۹ داشت (۲۹). سان<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نیز پژوهشی با عنوان نقش نشخوار فکری در پرستاران

آسیب‌دیده از اختلالات روانی در کشور چین انجام داده و به این نتیجه رسیدند که نشخوار فکری با آسیب‌های روانی آشکار شرکت‌کنندگان همبستگی مثبتی داشت (۳۰). همچنین واندوالا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عوامل استرس‌زا نظیر خستگی عاطفی و عدم مشارکت و نشخوار فکری با فرسودگی شغلی در ارتباط بود. همچنین عوامل استرس‌زا پیش‌بینی کننده معنی‌دار افسردگی بودند. از بین عوامل استرس‌زا نشخوار فکری تنها متغیری بود که به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی کننده افسردگی بود (۱۷).

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که اختلالات افسردگی شامل مجموعه اختلالاتی می‌شود که ویژگی مشترک تمامی آن‌ها احساسات غمگینی، پوچی و تحریک‌پذیری، به همراه تغییرات شناختی و بدنی است، که به‌صورت معنادار توانایی و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از موارد تأثیرگذار در راستای افسردگی، نشخوار فکری می‌تواند باشد (۲۴). نشخوار فکری به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده پیرامون یک موضوع تعریف می‌شود. این افکار به طریق غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند. نشخوار فکری به تجربیات ملال‌آور، دوره‌های خلق افسرده را طولانی‌تر و شدیدتر می‌کند. همچنین نشخوار فکری، افراد را به‌طور منفی جهت‌دار کرده و باعث می‌شوند تا توانایی حل مسئله آنان پایین بیاید (۱۷، ۳۱). نشخوار فکری می‌تواند به افسردگی پرستاران منجر شود. پرستاران معمولاً با مواجهه با مسائل پیچیده و چالش‌برانگیز در طول کارشان هستند که می‌تواند باعث افزایش نشخوار فکری شود. این نشخوار فکری می‌تواند باعث افزایش فشار و استرس شود که در نتیجه افسردگی را تقویت می‌کند (۱۷). برای مبارزه با این مشکلات، توسعه روش‌های مدیریت استرس می‌تواند بسیار مفید باشد. همچنین حمایت

<sup>3</sup> Vandevala

<sup>1</sup> Li

<sup>2</sup> Sun

و اجرا شود. مشاوران روانشناسی می‌توانند راهکارهای خاصی نظیر ورزش کردن، تمرینات تنفسی و غیره برای کاهش نشخوار فکری و بهبود علائم افسردگی پرستاران ارائه کنند.

#### تشکر و قدردانی:

در پایان لازم است از مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه جهت حمایت‌های لازم در اجرای این مطالعه و همچنین پرستاران محترم بخش‌های مراقبت‌های ویژه ارومیه که ما را یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی به عمل آید.

#### ملاحظات اخلاقی:

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1403.016 است.

#### تعارض منافع:

نویسندگان اظهار می‌دارند که تعارض منافع ندارند.

#### حمایت مالی:

این مطالعه از طرف دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مورد حمایت قرار گرفته است.

اجتماعی و استفاده از روش‌های مدیریت اضطراب می‌تواند به پرستاران کمک کند تا با نشخوار فکری و افسردگی مواجهه کنند. از آنجایی که نتایج این مطالعه به پرستاران شاغل در بیمارستان‌های ارومیه محدود شده است، بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط اعمال شود. پرسشنامه خود گزارش دهی از محدودیت‌های دیگر مطالعه بودند، که سعی شد با محرمانه نگه‌داشتن مشارکت‌کنندگان از میزان پاسخ‌های غیرواقعی کاسته شود. تعداد زیاد آیت‌های پرسشنامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در جامعه آماری متنوع‌تری و حجم نمونه بیشتر بررسی گردد و علاوه بر پرسشنامه از سایر ابزارها از جمله مصاحبه و گزارش‌های شخصی نیز استفاده شود.

#### نتیجه‌گیری

با عنایت به اینکه نشخوار فکری ارتباط معناداری با افسردگی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه دارد. پیشنهاد می‌شود تمرین‌هایی مانند مدیتیشن، یوگا، و تمرینات ورزشی جهت کاهش استرس، نشخوار فکری و افزایش آرامش در این پرستاران برنامه‌ریزی

## References:

- Flaubert J, Le Menestrel S, Williams D, Wakefield M. Supporting the health and professional well-being of nurses. Future Nurs 2020-2030: Charting a path to achieve health equity. National Academies Press (US); 2021.
- Pourebrahimi M, Bamdad M, Hoseini Zarvijani SA. The relationship between the quality of working life and general health of nursing staff of Razi Psychiatric Center in Tehran. Iran J Rehabil Res 2019;5(4):43-9.
- Aghasi Z, Araghian-Mojarrad F, Jafari H. The effect of patients' trust in nurses on their recovery process: a review study. Nurs Dev Health J 2021;12(1):42-53.
- Kostka AM, Borodzicz A, Krzemińska SA. Feelings and emotions of nurses related to dying and death of patients: a pilot study. Psychol Res Behav Manag 2021;705-17. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S311996>
- Poshtiri SN, Hassanzadeh R, Emadian SO. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on tolerance failure and health anxiety in nursing and midwifery students with health anxiety. J Adolescent Youth Psychol Stud 2022;3(1):222-31. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.1.18> <https://doi.org/10.52547/jspnay.3.1.222>
- Yılmaz EB. Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. Chin Nurs Res 2017;4(1):9-13. <https://doi.org/10.25164/cnr201701003> <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2017.03.004>
- Babaei NK, Amiry S, Farzalizade V, Sattari M. Investigate the dimensions of health anxiety in nurses compared to normal people based on the role of maladaptive personality dimensions [Pid 5] 2019.
- Hosseini F, Farnia F, Vaziri S. Predicting nurse's depression based on self-compassion and resilience. Occup Hyg Health Promot J 2021;5(3):251-60. <https://doi.org/10.18502/ohhp.v5i3.7787>
- Sakai M, Nakanishi M, Yu Z, Takagi G, Toshi K, Wakashima K, et al. Depression and anxiety among nursing students during the COVID 19 pandemic in Tohoku region, Japan: a cross-sectional survey. Japan

- J Nurs Sci 2022;19(3):e12483.  
<https://doi.org/10.1111/jjns.12483>
10. Shin KE, Newman MG. Self-and other-perceptions of interpersonal problems: effects of generalized anxiety, social anxiety, and depression. *J Anxiety Disord* 2019;65:1-10.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.04.005>
11. Kaushik A, Ravikiran S, Suprasanna K, Nayak MG, Baliga K, Acharya SD. Depression, anxiety, stress and workplace stressors among nurses in tertiary health care settings. *Indian J Occup Environ Med* 2021;25(1):27-32. [https://doi.org/10.4103/ijjem.IJOEM\\_123\\_20](https://doi.org/10.4103/ijjem.IJOEM_123_20)
12. Fereidouni Z, Dehghan A, Najafi Kalyani M. The prevalence of depression among nurses in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Int J Med Rev* 2018;5(4):163-7. <https://doi.org/10.29252/IJMR-050407>
13. Chen C, Meier ST. Burnout and depression in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* 2021;124:104099.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104099>
14. Huang H, Xia Y, Zeng X, Lü A. Prevalence of depression and depressive symptoms among intensive care nurses: a meta-analysis. *Nurs Crit Care* 2022;27(6):739-46. <https://doi.org/10.1111/nicc.12734>
15. Alipoor R, Ebrahimi A, Omid R, Hedayati A, Ranjbar H, Hosseinpour S. Depression, anxiety, stress and related demographic variables in nurses of Valiasr hospital in Fasa University of Medical Sciences in 2014. *Pajouhan Sci J* 2015;13(4):51-9.
16. Syed SMH, Chethiyar SDM, Ibrahim NB. Mediating role of rumination between neuroticism and depression among the married and unmarried nurses of Multan. *Ann Soc Sci Perspect* 2021;2(2):299-310.  
<https://doi.org/10.52700/assap.v2i2.100>
17. Vandevala T, Pavey L, Chelidoni O, Chang N-F, Creagh-Brown B, Cox A. Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *J Intensive Care* 2017;5:1-8.  
<https://doi.org/10.1186/s40560-017-0209-0>
18. Stade EC, Ruscio AM. A meta-analysis of the relationship between worry and rumination. *Clin Psychol Sci* 2023;11(3):552-73.  
<https://doi.org/10.1177/21677026221131309>
19. Barzegari A, Jahandari P, Mahmoodpour A, Naderi R. The mediating role of self-compassion in terms of rumination and depression symptoms in veterans with post-traumatic stress disorder 2019.
20. Brydges CR. Effect size guidelines, sample size calculations, and statistical power in gerontology. *Innov Aging* 2019;3(4):igz036.  
<https://doi.org/10.1093/geroni/igz036>
21. Almeida S, Camacho M, Barahona-Corrêa JB, Oliveira J, Lemos R, da Silva DR, et al. Criterion and construct validity of the Beck Depression Inventory (BDI-II) to measure depression in patients with cancer: the contribution of somatic items. *Int J Clin Health Psychol* 2023;23(2):100350.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100350>
22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
23. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry* 2012;34:389-94.  
<https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
24. Rajabi G, Gashtil K, Amanollahi A. The relationship between self-compassion and depression with mediating's thought rumination and worry in female nurses. *Iran J Nurs* 2016;29(99-100):10-21.  
<https://doi.org/10.29252/ijn.29.99.100.10>
25. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *J*

- Pers Soc Psychol 1991;61(1):115.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
26. Liang L, Lee Y-H. Factor structure of the Ruminative Response Scale and measurement invariance across gender and age among Chinese adolescents. *Adv Appl Sociol* 2019;9(06):193.  
<https://doi.org/10.4236/aasoci.2019.96016>
27. Mohammadi K, Ghaffari M. The effect of processing-based cognitive-behavioral therapy on rumination and worry of nurses during the Corona crisis epidemic. *Nurs Midwifery J* 2023;21(1):37-46.  
<https://doi.org/10.61186/unmf.21.1.37>
28. Bagheri S, Koochakentazar R, Niromanesh S, Hassani F. The relationship between rumination and experiential avoidance with depression during pregnancy 2021.
29. Li C, Wu Q, Gu D, Ni S. Trauma exposure and depression among frontline health professionals during COVID-19 outbreak in China: the role of intrusive rumination and organizational silence. *BMC Psychiatry* 2022;22(1):366. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04011-0>
30. Sun L, Deng J, Xu J, Ye X. Rumination's role in second victim nurses' recovery from psychological trauma: a cross-sectional study in China. *Front Psychol* 2022;13:860902.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.860902>
31. Hasegawa A, Kunisato Y, Morimoto H, Nishimura H, Matsuda Y. How do rumination and social problem solving intensify depression? A longitudinal study. *J Rational-Emotive Cogn Behav Ther* 2018;36:28-46.  
<https://doi.org/10.1007/s10942-017-0272-4>

## THE RELATIONSHIP BETWEEN RUMINATION AND DEPRESSION IN NURSES WORKING IN THE INTENSIVE CARE UNITS

Naser Parizad<sup>1</sup>, Fardin Ajudani<sup>2</sup>, Vahid Alinezhad<sup>3</sup>, Mohaddese Bizhanpour Sarabi<sup>4\*</sup>

Received: 20 November, 2024; Accepted: 09 December, 2024

### Abstract

**Background & Aim:** Nurses are among the most significant groups engaged in shift work. The challenges they face not only affect their health and contribute to various mental disorders, such as depression but also pose risks to the well-being of the patients they care for. Rumination is a cognitive process that significantly contributes to the exacerbation and maintenance of depressive symptoms. This study aimed to investigate the relationship between rumination and depression among nurses working in Intensive Care Units.

**Materials & Methods:** All nurses working in the intensive care units of hospitals in Urmia were included in the study through quota sampling method. Considering a potential attrition rate of 10%, a total of 385 qualified nurses were selected. The Beck Depression Inventory (BDI) and the Ruminative Responses Scale (RRS) were used to collect data. Data were analyzed using SPSS software version 22 and the Pearson correlation test.

**Results:** The findings indicated that the mean depression score among the nurses in this study was  $33.58 \pm 16.14$ , and the mean rumination score was  $36.56 \pm 14.25$ . There was a positive and significant correlation between rumination and depression among the nurses ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** This study found a high prevalence of depression among nurses, which can be attributed to the challenges they face in their profession. The study also found that rumination can exacerbate depression in this group. By offering practical suggestions to help nurses manage their rumination, effective measures can be taken to alleviate their depression. It is recommended that activities such as meditation, yoga, and exercise be organized and implemented to mitigate stress and rumination while promoting relaxation among nurses.

**Keywords:** Depression, Nurses, Rumination

**Address:** Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +984432754961

**Email:** bizhanpourmohadese64@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Associate Professor, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Statistics, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Master's student in intensive care nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)