

مقایسه سلامت روان بین کادر بهداشتی درمانی در ارتباط مستقیم و بدون ارتباط مستقیم با کووید-۱۹ در بخش‌های بیمارستانی: یک مطالعه توصیفی-تحلیلی

هایده فیضی‌پور^۱، رسول گلی^{۲*}، ناصر قره‌باغی^۳، آرزو کیانی^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۱/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۲/۰۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: در شرایط بحرانی مانند پاندمی کووید ۱۹، احتمال بروز اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه در افراد پرخطر، به‌ویژه در کادر درمانی خط مقدم افزایش می‌یابد که باعث اختلال در سلامت روان و عملکرد آن‌ها می‌گردد. بنابراین این مطالعه باهدف مقایسه سلامت روان بین کادر بهداشتی درمانی در ارتباط مستقیم و بدون ارتباط مستقیم با کووید-۱۹ در بخش‌های بیمارستانی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

مواد و روش کار: مطالعه حاضر توصیفی از نوع مقطعی-تحلیلی است که در آن تعداد ۱۲۶ نفر از کادر درمانی شاغل در بیمارستان طالقانی با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده پرسشنامه اندازه‌گیری نشانه‌های متقاطع سطح ۱ خود رتبه‌بندی DSM-5 ویژه بزرگسالان (بالتر از ۱۸ سال) بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آزمون‌های ANOVA، تی تست و آزمون همبستگی پیرسون توسط نرم‌افزار آماری SPSS 25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که بیشترین نمره مربوط به مقیاس‌های افسردگی ($2/19 \pm 22/69$) و اختلال خواب ($22/1 \pm 06/78$) و کمترین نمره مربوط به مقیاس‌های حافظه ($1/40 \pm 03/03$) و افکار خودکشی ($2/31 \pm 01/01$) بود. در بین متغیرهای دموگرافیک بر اساس آنالیز همبستگی پیرسون، بین مقیاس افسردگی با جنسیت ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P=0/04$). همچنین بین مقیاس‌های افسردگی، پرخاشگری، اضطراب، روان‌تنی، کیفیت خواب، وسواس، خودکشی و حافظه ارتباط معنی‌داری با گروه کادر بهداشتی درمانی مستقیم و غیرمستقیم درگیر با کووید ۱۹ وجود داشت ($P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: سلامت روان در کادر درمانی در همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ در سطح نامطلوبی قرار داشت. پیشنهاد می‌شود برای ارتقاء سلامت روانی کادر درمانی خصوصاً پرستاران که به‌طور مستقیم در کیفیت مراقبت و بهبود سطح سلامت جامعه مؤثر هستند، برنامه‌ریزی‌های مناسب از قبیل مشاوره‌های روان‌درمانی، برگزاری برنامه‌های مفرح و روحیه‌بخش، اعطای موارد انگیزشی در زمینه‌های مختلف انجام شود.

کلیدواژه‌ها: COVID-19، کارکنان بهداشت، سلامت روان

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۵۹، دی ۱۴۰۱، ص ۸۴۱-۸۳۰

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. تلفن: ۰۹۱۴۸۸۵۴۰۵۷

Email: rasoulgoli94@gmail.com

بالای کار، خستگی، عدم تماس با اعضای خانواده و انزوا و مواجهه با احساسات منفی بیماران مبتلا مواجه هستند (۱). عوارض این فشارها نیز می‌توانند منجر به بروز مشکلاتی مانند استرس، اضطراب، بی‌خوابی، ترس، خشم، افسردگی و غیره گردد. این نوع اختلالات نه تنها بر قدرت توجه، درک و تصمیم‌گیری تیم پزشکی تأثیر

مقدمه

کادر بهداشتی درمانی در خط مقدم درمان بیماران مبتلا به کووید-۱۹ و مقابله با این بحران قرار دارند که در این شرایط با فشارهای روانی متعددی از جمله ابتلا به بیماری کووید-۱۹، حجم

^۱ دکتری روانشناسی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ دانشیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

می‌گذارند، بلکه قادر هستند، اثرات پایداری را بر سلامت عمومی آنان برجای گذارند (۲).

در حقیقت، بروز هر نوع بحران، می‌تواند با بحران روانی نیز توأم گردد. مطالعات حاکی از این است که سطح خطر ادراک‌شده در خصوص یک رویداد، تحت تأثیر دو مقیاس، شامل: ناشناخته بودن آن و غیرقابل کنترل بودن خطرات ناشی از آن، قرار می‌گیرد و این برداشتها به نوبه خود بر احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه و کاهش سلامت روان، تأثیر می‌گذارند (۳-۴). بر اساس این دو مقیاس به نظر می‌رسد که دوره اپیدمی کووید-۱۹، توأم با بحران روانی بوده است.

در دوره بحران اپیدمی کووید-۱۹، به دلیل ترس بیش‌ازحد، نسبت به آلوده شدن به ویروس کرونا، یک اصطلاح جدید در ادبیات روان‌پزشکی تحت عنوان کرونا فوبیا شکل گرفت (۵). فشار روانی شدید در شرایط بحرانی، می‌تواند منجر به بروز اختلالاتی در روند درمانی گردد از جمله: اختلال اضطراب فراگیر و حملات وحشت‌زدگی که ممکن است تنگی نفس را تشدید کند؛ رفتارهای پرخاشگرانه که ممکن است منجر به عدم سازگاری بیمار و اضطراب کادر پزشکی شوند؛ وسواس رفتاری در افراد که ممکن است باعث بروز اختلال در عملکرد پرسنل پزشکی گردد، افسردگی و اختلال در خواب از واکنش‌های رایج در این نوع از بحران به شمار می‌روند (۶). یافته‌های علمی، نشان داده‌اند که در شرایط بحران، احتمال بروز اختلالات روان‌پزشکی مانند افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه در افراد پرخطر، به‌ویژه در کادر درمانی خط مقدم افزایش می‌یابد (۷).

مطالعات پیشین، وجود علائم اختلالات روان‌پزشکی در دوره شیوع ویروس سارس و پس‌از آن را در بین کادر بهداشتی در کشورهای از جمله کانادا (۸)، هنگ‌کنگ (۹) و تایوان (۱۰ و ۱۱)، ارزیابی و مورد تأیید قرار داده‌اند. وو^۱ و همکاران (۲۰۰۹) نشان دادند که کارکنان بیمارستان در بخش‌های پرخطر، افراد قرنطینه شده و همچنین افرادی که با بیماران مبتلا به سارس در ارتباط بودند، ۲ تا ۳ برابر بیشتر از سایر افراد، علائم استرس پس از سانحه را بروز دادند (۱۲). ممکن است کادر درمان، ترس از ابتلا به ویروس و انتشار ویروس به دیگران، به‌ویژه به اعضای خانواده، والدین سالخورده، فرزندان را تجربه کنند (۱۳-۱۴). ترس، عدم اطمینان و احساس طرد شدگی برای این گروه، شایع است و می‌تواند مانع اجرای صحیح مداخلات درمانی شود. در نتیجه ارزیابی سلامت روان و ارائه خدمات روانشناختی با استفاده از وسایل الکترونیکی در دوره همه‌گیری کووید-۱۹، بسیار ضروری است (۱۵). یافته‌های سان^۲ و

همکاران (۲۰۲۰)، حاکی از آسیب‌پذیری روانی و اختلال خواب بیشتر در کادر درمانی زنان است (۵). یافته‌های کانگ^۳ و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که کادر درمان به‌ویژه پرستاران زن که در بخش‌های بیمارستانی خط مقدم مبارزه با کووید-۱۹ مشغول به کار هستند، با خطر بالاتری برای ابتلاء به افسردگی، اضطراب و افزایش پریشانی مواجه می‌باشند (۱۶). لین^۴ و همکاران (۲۰۰۷) در دوره شیوع ویروس سارس باهدف تعیین تأثیر کار در شرایط مختلف پرخطر بیمارستانی بر سلامت روان، وضعیت روانی کارکنان بخش اورژانس (با ارتباط مستقیم با سارس) با کارکنان بخش روان‌پزشکی (بدون ارتباط مستقیم با سارس) را مقایسه کردند. در این پژوهش، نمرات اضطراب در بخش اورژانس و بخش روان‌پزشکی تفاوت معنی‌داری داشت و کارکنان بخش اورژانس نسبت به کارکنان بخش روان‌پزشکی علائم استرس پس از سانحه‌ی شدیدتری را داشتند (۱۰).

کادر درمان به عنوان جهادگران خط مقدم مبارزه با کروناویروس فعالیت‌های غربال‌گری، شناسایی و درمان بیماران را برعهده دارند. انتظار می‌رود که شرایط سخت ناشی از اپیدمی کروناویروس بر روی سلامت روان کادر درمان اثر گذاشته باشد (۲). از طرفی کارکنان مراقبتهای بهداشتی و درمانی می‌بایست لباس‌های محافظتی سنگین و ماسک N-۹۵ بپوشند که باعث ایجاد محدودیت حرکتی و سختی کار جهت انجام روش‌ها و اعمال پزشکی در مقایسه با شرایط طبیعی می‌گردد. تمامی این فاکتورها و همچنین خطر آلوده شدن و آلوده کردن دیگران خطر بروز اختلالات روانشناختی را در بین کارکنان پزشکی افزایش می‌دهد (۵). مطالعه حیدری و همکاران در این زمینه نشان داد که استرس کاری ناشی از پاندمی کرونا می‌تواند باعث کاهش رضایت شغلی در پرستاران شود (۱۷). از این رو، توجه به حفظ سلامت روان کادر درمانی بهداشتی از اهمیت خاصی برخوردار است. در حقیقت، علاوه بر ضرورت تهیه امکانات محافظتی فیزیکی، مداخلات بحران روانی این گروه نیز می‌بایست مورد تأکید قرار گیرند. حمایت روانی از کادر درمانی بهداشتی خط مقدم مقابله با بحران، می‌تواند منجر به شکل‌گیری اعتماد گردد که به‌عنوان یک عنصر اصلی برای حفظ انگیزه، عملکرد و کیفیت مراقبت از بیماران مطرح است (۱۸). درک وضعیت سلامت روان کادر درمانی بهداشتی خط مقدم جزو ضروریات و اولین مرحله شروع مداخلات روانشناختی، محسوب می‌گردد. بنابراین این پژوهش باهدف مقایسه سلامت روان بین کادر درمانی در ارتباط مستقیم و بدون ارتباط مستقیم با کووید-۱۹ شاغل در بخش‌های بیمارستانی انجام شد.

³ Kang
⁴ Lin

¹ Wu
² Sun

مواد و روش کار

پژوهش این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی-تحلیل است که در بیمارستان طالقانی ارومیه در ایران، سال ۱۳۹۹ اجرا شد. از طریق نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۱۲۶ نفر با توجه به معیارهای ورود به مطالعه که شامل تمایل به شرکت در مطالعه، حداقل سابقه اشتغال به کار ۳ ماه، عدم وجود اختلال‌های روان‌پزشکی از نوع سایکوز (مانند مانیا، تجزیه‌ای، پارانویا)، عدم اعتیاد به مصرف مواد و مشروبات الکلی، عدم وجود اختلال‌های شناختی از بین کارکنان در بخش‌های پرخطر بیمارستان طالقانی که در ارتباط مستقیم با بیماران مبتلا به کرونا (شامل بخش‌ها و آی‌سی‌یوها که مسئولیت بستری و درمان بیماران مبتلا به کرونا را داشتند) و غیرمستقیم (شامل بخش‌هایی که مسئولیت بستری و درمان بیماران مبتلا به کرونا را نداشتند، مانند بخش مددکاری، دفتر پرستاری، اورژانس، درمانگاه، مسمومیت) از مورخ ۲۷ مرداد تا ۱۶ آبان ۱۳۹۹ با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. لازم به توضیح است که در طول اجرای این پژوهش، بخش اورژانس، مداخلات مستقیم در خصوص بیماران مبتلا به کووید ۱۹ را انجام نمی‌داد. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها مشتمل بر دو پرسشنامه بود. پرسشنامه اول شامل اطلاعات دموگرافیک از قبیل سن، جنس، سطح تحصیلات، رشته تحصیلی، وضعیت تأهل، سابقه بیمار در فرد و خانواده فرد و محل خدمت بود. پرسشنامه دوم در این پژوهش، ابزار سنجش نشانه‌های متقاطع سلامت روان^۱ ویژه بزرگسالان (بالتر از ۱۸ سال) بود. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۹۲ توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا بر اساس کتاب طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی DSM-5 تهیه و در کانادا و آمریکا مورد ارزیابی قرار گرفت (۱۹). نسخه ویژه بزرگسالان از ۲۳ سؤال تشکیل شده است که ۱۳ حوزه روان‌پزشکی از جمله مقیاس‌های افسردگی، پرخاشگری، مانیا، اضطراب، نشانه‌های روان‌تنی، افکار خودکشی، اسکیزوفرنی، مشکلات خواب، حافظه، افکار و رفتارهای وسواسی را شامل می‌شود که در دو هفته قبل تکرار شده باشند. در پژوهش حاضر به دلیل اینکه عدم وجود اختلالات سایکوز از جمله اسکیزوفرنی، مانیا و اختلال تجزیه، سوء مصرف مواد جزو ملاک‌های ورود به پژوهش بودند از پرسشنامه حذف شدند. هر آیت از یک مقیاس ۵ نمره‌ای لیبرتی تشکیل شده است. نحوه نمره‌گذاری هر یک از زیر مقیاس‌ها به این ترتیب است که از مجموع نمرات پاسخ‌های سؤالات مربوط به هر مقیاس یک نمره اولیه به دست می‌آید. این نمره اولیه بر اساس جدول خاص هر مقیاس، تبدیل به نمره استاندارد و قابل قیاس می‌گردد. نمره سلامت روان نیز از

مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها حاصل می‌شود. نارو^۲ و همکارانش (۲۰۱۳) در کشور کانادا ضریب اعتماد پرسشنامه از طریق بازآزمایی مجدد^۳ ضریب همبستگی درون گروهی را با سطح اطمینان ۹۵ گزارش کرده‌اند (۲۰). یافته‌های براوو^۴ و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که این پرسشنامه در آمریکا از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است (۲۱). در این مطالعه نیز از روش بازآزمایی مجدد بر اساس گایدلاین عمومی برای سنجش پایایی پرسشنامه استفاده شد (۲۲). پرسشنامه توسط ۸۱ نفر از کادر درمانی شاغل تکمیل شد. سپس در همان شرایط سه روز بعد مجدد پرسشنامه توسط آنها تکمیل گردید. نمرات از دو آزمون به عمل آمده به منظور سنجش پایایی (الفای کرونباخ برابر ۰/۸۲۱) و ضریب همبستگی (۲ برابر ۰/۹۱) استفاده شد. لازم به ذکر است که این پرسشنامه از سال ۲۰۱۸ تاکنون، جهت پایش سلامت روان دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۳).

برای جمع‌آوری داده‌ها در مرحله اول، پس از اخذ مجوز از کمیته پژوهشی و اخلاق دانشگاه (کد اخلاق: IR.UMSU.REC.1399.063) و با هماهنگی مسئولین بیمارستان، نسخه الکترونیکی پرسشنامه در سایت بیمارستان طالقانی (ره) قرار داده شد. از شرکت‌کننده‌هایی که معیار ورود به مطالعه را داشتند خواسته شد به سایت بیمارستان مراجعه و پرسشنامه را تکمیل کنند. پس از تکمیل پرسشنامه و نمره‌گذاری، در صورت نیاز، جهت اطمینان از نمرات برخی از پرسشنامه‌ها، مصاحبه بالینی نیز همزمان انجام و در صورت تمایل شرکت‌کنندگان، نتیجه پایش سلامت روان هر فرد در اختیار وی قرار داده شد. همچنین رضایت‌نامه آگاهانه از داوطلبان اخذ و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر داده شد. در این مطالعه با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ به تجزیه و تحلیل داده‌های پرداخته شد. ابتدا در بخش یافته‌های توصیفی، فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای تحقیق توصیف شد و سپس در بخش یافته‌های استنباطی با استفاده از روش‌های آماری مناسب، با استفاده از آزمون‌های ANOVA، تی تست و آزمون همبستگی پیرسون، به تحلیل‌ها داده‌ها پرداخته شد.

یافته‌ها

جدول ۱ شامل اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه می‌باشد. بر اساس نتایج آنالیز و اطلاعات جدول ۷۴/۶ درصد شرکت کنندگان زن بودند. ۷۸/۵۶ درصد افراد متأهل و ۸۰/۲ درصد

³ test-retest
⁴ Bravo

¹ Self-Rated Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure DSM-5
² Narrow

دارای مدرک کارشناسی، ۷۷/۸ درصد افراد شرکت کننده پرستار بودند.

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنس	مرد	۳۲
	زن	۹۴
وضعیت تأهل	مجرد	۲۴
	متأهل	۹۹
سطح تحصیلات	مطلقه	۳
	دیپلم	۱۴
شغل	کاردانی	۴
	کارشناسی	۱۰۱
	کارشناسی ارشد	۷
رشته تحصیلی	پرستار	۹۸
	سایر	۲۸
وضعیت تأهل	متأهل	۷۸/۵۶
	مطلقه	۲/۴
سطح تحصیلات	دیپلم	۱۱/۱
	کاردانی	۳/۲
شغل	کارشناسی	۸۰/۲
	کارشناسی ارشد	۵/۵
	پرستار	۷۷/۸
رشته تحصیلی	پرستاری	۹۸
	سایر	۲۲/۲

روانشناختی در فرد یا خانواده داشتند، ۱۸/۳ درصد سابقه بیماری جسمانی، ۶/۳ درصد در خانواده کرونای مشکوک یا تأیید شده داشتند و ۴۶ درصد آن‌ها دارای سابقه بیماری مزمن در خانواده بودند.

جدول شماره ۲ شامل اطلاعات مربوط به مشکل و سابقه بیماری در افراد شرکت کننده و خانواده آن‌ها می‌باشد بر اساس نتایج موجود در جدول ۲، ۶/۳ درصد افراد دارای سابقه اختلال

جدول (۲): مشکل و سابقه بیماری در افراد شرکت کننده و خانواده آنها

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
گروه	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶
سابقه اختلال روانشناختی در فرد و خانواد	بله	۸
	خیر	۱۱۸
سابقه بیماری روان پزشکی	بله	۰
	خیر	۱۲۶
سابقه بیمار جسمانی	بله	۲۳
	خیر	۱۰۳
کرونا مشکوک یا تأیید شده در خانواده	بله	۸
	خیر	۱۱۸
داشتن بیماری مزمن در خانواده	بله	۵۸
	خیر	۶۸
کل	۱۲۶	۱۰۰

سلامت روان با سابقه کار، کادر بهداشتی درمانی شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد، بین مقیاس های سلامت روان سابقه کار شرکت کنندگان ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p>0.05$).

بر اساس جدول ۶ که ارتباط مقیاس های سلامت روان با گروه کادر بهداشتی درمانی مستقیم و غیرمستقیم درگیر با درمان بیماران مبتلا به کرونا را نشان می دهد. بین مقیاس های افسردگی، پرخاشگری، اضطراب، روان تنی، وسواس، کیفیت خواب، خودکشی و حافظه با گروه کادر بهداشتی درمانی مستقیم و غیرمستقیم درگیر با کرونا ارتباط معنی دار وجود داشت ($p<0.05$) میانگین نمرات مقیاس های سلامت روان در گروهی که درگیری مستقیم با درمان بیماران مبتلا به کرونا را دارند بیشتر می باشد.

بر اساس جدول ۳ که ارتباط مقیاس های سلامت روان با سطح تحصیلات کادر بهداشتی درمانی شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد بین مقیاس های سلامت روان سطح تحصیلات شرکت کنندگان ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p>0.05$).

بر اساس جدول ۴ که ارتباط مقیاس های سلامت روان با جنسیت کادر بهداشتی درمانی شرکت کننده در مطالعه را نشان می دهد بین مقیاس های افسردگی و جنسیت ارتباط معنی دار وجود داشت ($p<0.05$) میانگین نمره افسردگی در زنان بیشتر بود، اما بین مقیاس های، پرخاشگری، اضطراب، روان تنی، کیفیت خواب، خودکشی و حافظه با جنسیت شرکت کنندگان ارتباط معنی داری وجود نداشت ($p>0.05$). بر اساس جدول ۵ که ارتباط مقیاس های

جدول (۳): درصد و میانگین مقیاس های سلامت روان کادر بهداشتی درمانی شرکت کننده در مطالعه

متغیر	فراوانی	انحراف معیار ± میانگین	سطح تحصیلات	فراوانی	انحراف معیار ± میانگین	نتیجه آزمون آنوا
افسردگی	هیچ تا کمی	۹۵	دیپلم	۱۴	۶/۷۱ ± ۱۲/۰۶	P=0.16 F=1.72
	خفیف	۱۹	فوق دیپلم	۴	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	
	متوسط	۸	لیسانس	۱۰۱	۸/۷۴ ± ۱۱/۲۲	
	شدید	۴	فوق لیسانس	۷	۱/۵۷ ± ۴/۱۵	
پرخاشگری	هیچ تا کمی	۹۵	دیپلم	۱۴	۴/۰۷ ± ۸/۲۱	P=0.57 F=0.66
	خفیف	۱۷	فوق دیپلم	۴	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	
	متوسط	۱۱	لیسانس	۱۰۱	۴/۳۴ ± ۶/۷۵	
	شدید	۳	فوق لیسانس	۷	۲/۲۸ ± ۶/۰۴	
اضطراب	هیچ تا کمی	۱۰۰	دیپلم	۱۴	۳/۲۱ ± ۸/۳۵	P=0.54 F=0.71
	خفیف	۱۲	فوق دیپلم	۴	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	
	متوسط	۹	لیسانس	۱۰۱	۵/۴۵ ± ۱۰/۰۱	
	شدید	۵	فوق لیسانس	۷	۷/۵۷ ± ۱۳/۳۱	
روان تنی	هیچ تا کمی	۱۱۰	دیپلم	۱۴	۵/۹۲ ± ۹/۴۷	P=0.76 F=0.38
	خفیف	۰	فوق دیپلم	۴	۲/۷۶ ± ۵/۵	
	متوسط	۰	لیسانس	۱۰۱	۴/۵۸ ± ۷/۵۲	
	شدید	۱۶	فوق لیسانس	۷	۲/۵ ± ۶/۸۰	
کیفیت خواب	هیچ تا کمی	۸۶	دیپلم	۱۴	۷/۹۲ ± ۱۳/۲۷	P=0.74 F=0.40
	خفیف	۱۱	فوق دیپلم	۴	۶/۵ ± ۱۳	
	متوسط	۱۵	لیسانس	۱۰۱	۱/۳۰ ± ۱۴/۳۳	
	شدید	۱۴	فوق لیسانس	۷	۵/۱۴ ± ۱۳/۶۰	
وسواس	هیچ تا کمی	۱۰۸	دیپلم	۱۴	۰/۹۲ ± ۳/۴۷	P=0.75 F=0.40
	خفیف	۱۲	فوق دیپلم	۴	۰/۰۰ ± ۰/۰۰	
	متوسط	۵	لیسانس	۱۰۱	۱/۷۷ ± ۴/۱۷	

	۱/۴۲±۳/۷۷	۷	فوق لیسانس	۱۶±۰/۰۰	۱	شدید	
	۰/۱۴±۰/۳۶	۱۴	دیپلم	۰/۰۷±۰/۲۵	۱۱۹	هیچ تا کمی	
P=0.80	۰/۵۰±۱/۱	۴	فوق دیپلم	۲±۰/۰۰	۴	خفیف	خودکشی
F=0.33	۰/۲۱±۰/۶۸	۱۰۱	لیسانس	۳±۰/۰۰	۲	متوسط	
	۰/۱۴±۰/۳۷	۷	فوق لیسانس	۴±۰/۰۰	۱	شدید	
	۰/۴۳±۰/۷۵	۱۴	دیپلم	۰/۱۵±۰/۶۳	۱۱۵	هیچ تا کمی	
P=0.65	۰/۰۰±۰/۰۰	۴	فوق دیپلم	۲±۰/۰۰	۶	خفیف	حافظه
F=0.54	۰/۳۷±۰/۷۴	۱۰۱	فوق دیپلم	۳±۰/۰۰	۵	متوسط	
	۰/۳۵±۰/۷۵	۷	لیسانس	۰/۰۰±۰/۰۰	۲	شدید	
	-	۱۲۶	-	-	۱۲۶	-	کل

جدول (۴): ارتباط مقیاس‌های سلامت روان با جنسیت کادر بهداشتی درمانی شرکت کننده در مطالعه

مقیاس‌های سلامت روان	جنس	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون تی تست
افسردگی	مرد	۳۲	۴/۸۴	۹/۴۸	P=0.04
	زن	۹۴	۸/۸۶	۱۱/۳۷	t=-1.795
پرخاصگری	مرد	۳۲	۲/۹۶	۶/۲۶	P=0.3
	زن	۹۴	۴/۴۳	۷/۰۹	t=-1.03
اضطراب	مرد	۳۲	۳/۰۶	۶/۷۶	P=0.16
	زن	۹۴	۵/۸۷	۱۰/۶۸	t=-1.39
روان‌تنی	مرد	۳۲	۳/۵۹	۶/۸۱	P=0.39
	زن	۹۴	۴/۹۱	۷/۸۲	t=-0.85
کیفیت خواب	مرد	۳۲	۷/۶۶	۱۱/۹۵	P=0.39
	زن	۹۴	۸/۵۰	۱۳/۰۲	t=-0.84
وسواس	مرد	۳۲	۱/۵۳	۴/۲۱	P=0.9
	زن	۹۴	۳/۹۵	۱/۶۲	t=-0.11
خودکشی	مرد	۳۲	۰/۱۸	۰/۵۲	P=0.7
	زن	۹۴	۰/۲۲	۰/۶۹	t=-0.26
حافظه	مرد	۳۲	۰/۳۷	۰/۷۵	P=0.8
	زن	۹۴	۰/۳۵	۰/۷۵	t=0.15

جدول (۵): ارتباط مقیاس‌های سلامت روان با سابقه کار، کادر بهداشتی درمانی شرکت کننده در مطالعه

متغیر	افسردگی	پرخاصگری	اضطراب	روان‌تنی	کیفیت خواب	وسواس	خودکشی	حافظه
سابقه کار	P*=0.76	P=0.41	P=0.13	P=0.12	P=0.76	P=0.62	P=0.45	P=0.58
	R=0.02	R=0.07	R=0.14	R=0.13	R=-0.02	R=-0.04	R=-0.06	R=-0.04

*جهت ارتباط مقیاس‌های سلامت روان و سابقه کار از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول (۶): ارتباط مقیاس‌های سلامت روان با گروه کادر بهداشتی درمانی مستقیم و غیرمستقیم درگیر با کرونا شرکت کننده در مطالعه

متغیر	گروه‌ها	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون تی تست
افسردگی	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰	۱۱/۲۳	۱۲/۶۴	P=0.001
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶	۴/۷۵	۸/۲۹	t=3.42
پرخاشگری	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰	۵/۸۳	۷/۹۵	P=0.006
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶	۲/۴۵	۵/۳۵	t=2.81
اضطراب	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰	۷/۱۳	۱۰/۹۷	P=0.03
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶	۳/۳۶	۸/۴۶	t=2.14
روان‌تنی	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰	۶/۷۰	۸/۴۴	P=0.002
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶	۲/۶۵	۶/۱۳	t=3.09
کیفیت خواب	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰	۱۳/۲۸	۱۵/۰۸	P=0.004
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶	۶/۰۷	۱۲/۱۷	t=2.96
وسواس	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰	۲/۳۵	۴/۶۹	P=0.04
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶	۰/۹۲	۳/۱۴	t=2.01
خودکشی	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰	۰/۳۵	۰/۸۶	P=0.02
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶	۰/۰۹	۰/۳۳	t=2.63
حافظه	مستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۰	۰/۵۱	۰/۹۱	P=0.02
	غیرمستقیم درگیر با بیماران کرونا	۶۶	۰/۲۱	۰/۵۴	t=2.30

بحث

پژوهش این مطالعه باهدف مقایسه سلامت روان بین کادر بهداشتی درمانی در ارتباط مستقیم و بدون ارتباط مستقیم با کووید-۱۹ بخش‌های بیمارستانی، انجام شد. یافته‌ها نشان دادند که از بین نمرات مقیاس‌های سلامت روان شرکت‌کننده‌ها، بیشترین نمره به ترتیب مربوط به مقیاس‌های افسردگی و اختلال خواب و کمترین نمره مربوط به مقیاس‌های اختلال در حافظه و افکار خودکشی بود. همسو با مطالعه حاضر، یافته‌های قوچان و همکاران (۱۳۹۹)، نشان دادند که در بین ابعاد سلامت روان پرستاران شاغل طی پاندمی کووید ۱۹، شاخص افسردگی بالاترین نمره را به خود اختصاص داده بود (۲۴).

همچنین در یافته‌های مطالعه حاضر بین افسردگی با جنسیت ارتباط معنی‌داری نشان داده شد. همسو با بررسی‌های انجام شده (۵ و ۱۶)، مطالعه لئو^۱ و همکاران (۲۰۲۰) نیز در همین راستا، نشان داد که جنسیت زن یک عامل خطر برای بروز و تشدید علائم اختلال اضطرابی نسبت به جنسیت مرد در کادر درمانی خط مقدم است (۲۵).

علاوه به راین در مطالعه حاضر، یافته‌ها حاکی از این هستند که بین افسردگی، پرخاشگری، اضطراب، روان‌تنی، وسواس، کیفیت

خواب، خودکشی و حافظه با گروه کادر بهداشتی درمانی مستقیم و غیرمستقیم درگیر با کووید-۱۹، ارتباط معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که میانگین نمرات این مقیاس‌ها در گروهی که درگیری مستقیم با درمان بیماری کرونا دارند بیشتر می‌باشند. مطالعه نعمتی و همکاران (۱۳۹۹)، نیز نشان داد که سطح اضطراب ناشی از بیماری کووید ۱۹ در بین پرستاران شاغل طی پاندمی کووید ۱۹ بالا می‌باشد (۲۶). در مطالعه لئو و همکاران که بر روی پرسنل پزشکی در کشور چین در طی انتشار کووید-۱۹ انجام دادند، مشخص شد میزان ۷۸ درصد افراد اضطراب شدید را تجربه کرده‌اند. همچنین، بررسی نتایج مطالعه فوق نشان داد، پرسنلی که در تماس مستقیم با بیماران آلوده به کووید-۱۹ هستند، نسبت به افرادی که در تماس مستقیم با این بیماران نیستند دارای شاخص اضطرابی بیشتری می‌باشند که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد (۲۵). همچنین همسو با این مطالعه، کانگ^۲ و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که کادر درمانی بهداشتی خط مقدم در درمان بیماری کووید-۱۹ دارای افسردگی قابل توجه (۵۰،۴)، اضطراب (۴۴/۶) و بی‌خوابی (۳۴/۰) هستند. در این مطالعه همچنین مشخص شد که زنان و کارکنانی که در خط مقدم درمان بیماری کووید-۱۹، قرار دارند از خطر بیشتری برای ابتلاء به افسردگی، اضطراب و افزایش پریشانی برخوردار هستند

¹ Liu

² Kang

۱۶). در همین راستا، لین^۱ و همکاران (۲۰۰۷) در کشور تایوان باهدف تعیین تأثیر کار در شرایط مختلف بر خطر بیمارستانی بر سلامت روان در دوره شیوع ویروس سارس، وضعیت روانی کارکنان بخش اورژانس (در ارتباط مستقیم با درمان ویروس سارس) با کارکنان بخش روان پزشکی (بدون ارتباط مستقیم در درمان ویروس سارس) را مقایسه کردند. نمرات اضطراب در بخش اورژانس و بخش روان پزشکی تفاوت معنی‌داری داشت و کارکنان بخش اورژانس، نسبت به کارکنان بخش روان پزشکی، علائم استرس پس از سانحه‌ی شدیدتری را نشان دادند (۱۰). در مطالعه‌ی دیگری هانگ^۲ و همکاران نشان دادند که سطح اضطراب ناشی از کووید-۱۹ در پرستاران در مقایسه با سایر گروه‌های شغلی، بالاتر است و این افراد، بیشتر در معرض آسیب سلامت روان قرار دارند (۲۷) که علت این افزایش اضطراب در پرستاران به خاطر تماس مستقیم با بیماران مبتلا به کووید ۱۹ است. همچنین نتایج پژوهش حاضر با مطالعه کوه و همکاران که در طی اپیدمی بیماری سارس در سنگاپور انجام شده بود نیز مطابقت دارد که گزارش نمودند بیش از نیمی از پرستاران، استرس و افسردگی را گزارش کرده‌اند (۲۸). زو^۳ و همکاران (۲۰۲۰)، عوامل خطر اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، علائم روان‌تنی، اختلال خواب و خودکشی را بین کادر درمانی شاغل در خط مقدم را با جمعیت عمومی، مورد مقایسه قرار دادند. یافته‌ها حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین افسردگی، اضطراب، علائم روان‌تنی، اختلال خواب در بین دو گروه بود. ولی در خصوص میزان خودکشی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (۲۹) که با مطالعه حاضر همسو است. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان به این اشاره کرد که گروه مقایسه در دو مطالعه، متفاوت بودند؛ هم از نظر کشور و هم از نظر نمونه انتخاب شده، یعنی جمعیت عمومی در مقابل کادر درمان بدون ارتباط مستقیم با ویروس کووید ۱۹ در همان بیمارستان. در نتیجه در مطالعه حاضر، بین دو گروه مقایسه شده، نقاط مشابه و مشترک زیادی وجود دارد از جمله: حقوق و مزایا، امنیت شغلی، خرده فرهنگ حاکم در محل کار، همکاران و غیره در حالی که در مطالعه زو و همکاران، تفاوت زیادی بین دو گروه مقایسه شده می‌تواند وجود داشته باشد. علاوه بر این با در نظر گرفتن این حقیقت که خودکشی در غیاب افسردگی می‌تواند روی دهد (۳۰) در عموم جمعیت، عواملی از جمله از دست دادن شغل و عوامل استرس‌زای مالی، در خانه ماندن دانش‌آموزان و دانشجویان، خشونت خانگی، قرنطینه، انزوای اجتماعی، داغدیدگی و از دست دادن عزیزان و تنها بودن، عوامل خطر شناخته شده برای خودکشی هستند (۳۱).

ماهیت مبهم بیماری و تغییر مداوم علائم بالینی می‌تواند به عنوان یکی از دلایل اختلال سلامت روان در پرستاران باشد؛ زیرا برنامه‌ریزی درمانی مناسب و قابل پیش‌بینی را نمی‌توان برایش متصور بود و در نتیجه ممکن است کادر درمان، خود را در برابر بیماری غیر توانمند تلقی کنند و از سوی دیگر، نگران ابتلای خود و مخصوصاً خانواده‌هایشان بوده که این موضوع می‌تواند باعث بروز مشکلات روانشناختی گردد.

از طرفی با تأکید بر این موضوع که بخشی از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی که از برخی از اختلالات روانشناختی همچون اضطراب و استرس رنج می‌برند می‌تواند کیفیت فعالیت و خدمت‌رسانی آن‌ها را به شدت تحت تأثیر قرار دهد (۳۲). همچنین در مطالعه چرزان^۴ و همکاران که باهدف بررسی رابطه صلاحیت اجتماعی و سلامت روان در پرستاران انجام شد، نتایج نشان دادند که کاهش سطح سلامت روان پرستاران بر میزان صلاحیت و کارکرد اجتماعی آنان تأثیر منفی می‌گذارد (۳۳). این یافته‌ها با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد و نشان‌دهنده ارتباط مستقیم سلامت روان با عملکرد اجتماعی پرستاران است که می‌تواند بر کیفیت روابط اجتماعی پرستار با بیمار و سایرین تأثیر داشته باشد. صادقی یارزندی و همکاران (۱۳۹۹) در مطالعه خود نشان دادند که شیوع بیماری کووید-۱۹ میانگین امتیاز مسئولیت‌پذیری سلامت در بین افراد را افزایش داده است و کارکنان نسبت به حفظ سلامتی خود حساس‌تر شده‌اند. به علاوه مشخص گردید در طی شیوع بیماری کووید-۱۹، میزان روابط بین فردی به‌طور قابل توجهی کاهش یافته است. از جمله دلایل آن می‌توان به ترس از ابتلا به این بیماری و همچنین حفظ فاصله اجتماعی به منظور جلوگیری از شیوع بیشتر این بیماری اشاره نمود. علاوه بر این، یافته‌ها حاکی از این هستند که در غیاب روابط بین فردی، نشانه‌های اختلال افسردگی و اضطراب به احتمال زیاد بروز کرده و یا وضعیت آن وخیم‌تر خواهد شد (۳۴).

در این مطالعه که در زمان شیوع بیماری کووید ۱۹ انجام شد به جهت رعایت اصول بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی جمع‌آوری اطلاعات به صورت غیرحضور و با استفاده از ظرفیت شبکه‌های اجتماعی انجام شد که می‌تواند یکی از نقاط قوت مطالعه حاضر باشد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به استفاده از پرسشنامه خوداظهاری جهت گردآوری اطلاعات اشاره کرد که حالات روحی پرستاران می‌توانست بر نحوه پاسخ‌دهی آن‌ها تأثیرگذار باشد. همچنین تفاوت‌های فردی واحدهای مورد پژوهش نیز می‌تواند بر درک آن‌ها از سؤالات پرسشنامه، مؤثر باشد که بدین منظور پیشنهاد

³ Zhou
⁴ Chrzan

¹ Lin
² Huang

امکان درگیری بیشتر پرستاران نسبت به سایرین به اختلالات روانشناختی و اضطراب، تمهیدات لازم برای حفظ و ارتقای سلامت روان پرستاران از قبیل معاینات و مشاوره‌های منظم روانشناختی و برگزاری جلسات متعدد برای افزایش روحیه، تقویت باورهای فکری و ارزشی و نیز انگیزه کاری، استفاده از برنامه‌های مفرح ورزشی، فرهنگی و مذهبی همراه با اعطای امتیازات ویژه مالی و غیرمالی در راستای ارتقاء رتبه شغلی صورت گیرد. بنابراین بر اساس نتایج مطالعات ارائه شده به نظر می‌رسد، رسیدگی و حفظ سلامت روان کارکنان مراقبت‌های پزشکی در طی مواجهه با بیماران عفونی مسری و همچنین بیماری کووید-۱۹ از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ارومیه همچنین جناب آقای رسول گلی که در این جهت نگارش این مقاله نهایت همکاری را داشتند، تقدیر و تشکر نمایند.

References:

1. Joob B, Wiwanitkit V. COVID-19 in medical personnel: observation from Thailand. *J Hosp Infect* 2020;104(4): 453.
2. Talebi-Azar NA, Anzali BC, Goli RA. COVID-19 and its mental health effects on nurses and health workers—a narrative review. *Pak J Med Health Sci* 2020;14: 1453-6.
3. Parizad N, Goli R, Faraji N, Mam-Qaderi M, Mirzaee R, Gharebaghi N, et al. Effect of guided imagery on anxiety, muscle pain, and vital signs in patients with COVID-19: A randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2021;43: 101335.
4. Parizad N, Goli R, Mirzaee R, Baghaie R, Habibzadeh H. Satisfaction with nursing care and its related factors in patients with COVID-19: A descriptive correlational study. *J Educ Health Promot* 2021;10.
5. Sun L, Sun Z, Wu L, Zhu Z, Zhang F, Shang Z, et al. Prevalence and Risk Factors of Acute Posttraumatic Stress Symptoms during the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *medRxiv* 2020.

می‌شود در مطالعات آتی از سایر روش‌های حضوری گردآوری اطلاعات مانند مصاحبه استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح سلامت روان کادر درمانی در زمان همه‌گیری ویروس کووید ۱۹، رضایتبخش نمی‌باشد. با توجه به اینکه پرستاران بیشترین تعامل و ارتباط درمانی را با بیماران دارند و نیز از نظر فراوانی، نسبت به سایر کادر درمان تعداد بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند، اختلال در سلامت روان آن‌ها می‌تواند منجر به بروز آسیب جدی در بدنه نظام سلامت گردد؛ زیرا بروز علائم روانشناختی اغلب می‌تواند باعث افت عملکرد و در نتیجه کاهش کیفیت مراقبت و نحوه خدمت رسانی می‌گردد. از طرفی اختلال در بهبود به موقع بیماران قطعاً باعث افزایش طول مدت بستری و به دنبال آن افزایش هزینه‌های تحمیلی بر مردم و دولت خواهد شد و نظم اقتصاد سلامت و بلکه کشور را متأثر می‌نماید. بر اساس این نتایج پیشنهاد می‌شود با توجه به سطح گستردگی شیوع بیماری کووید ۱۹ در سراسر جهان و میزان تلفات ناشی از این بیماری و

6. Zarghami M. Psychiatric Aspects of Coronavirus (2019-nCoV) Infection, *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2020;14(1): e102957.
7. Person B, Sy F, Holton K, Govert B, Liang A, Garza B, et al.; National Center for Infectious Diseases/SARS Community Outreach Team. Fear and stigma: the epidemic within the SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2004;10: 358–63.
8. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis* 2006;12(12): 1924
9. Mak IW, Chu CM, Pan PC, Yiu MG, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31: 318–26.
10. Lin CY, Peng YC, Wu YH, Chang J, Chan CH, Yang DY. The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emerg Med J* 2007;24(1): 12-7.
11. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe

- acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *BJPsych* 2004;185(2): 127-33.
12. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatr* 2009;54(5): 302-11
 13. Smith GD, Ng F, Ho Cheung Li W. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs* 2020;29(9-10): 1425.
 14. Tsamakidis K, Rizos E, Manolis AJ, Chaidou S, Kypourouopoulos S, Spartalis E, et al. [Comment] COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp Ther Med* 2020;19(6): 3451-3.
 15. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatr* 2020;7(3): 228-9.
 16. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatr* 2020;7(3): e14.
 17. Heidari S, Parizad N, Goli R, Mam-Qaderi M, Hassanpour A. Job satisfaction and its relationship with burnout among nurses working in COVID-19 wards: A descriptive correlational study. *Ann Med Surg* 2022;82: 104591.
 18. Imai H. Trust is a key factor in the willingness of health professionals to work during the COVID - 19 outbreak: Experience from the H1N1 pandemic in Japan 2009. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020;74(5): 329.
 19. Bastiaens L, Galus J. The DSM-5 self-rated level 1 cross-cutting symptom measure as a screening tool. *Psychiatr Q* 2018;89(1): 111-5.
 20. Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, Kraemer HC, Kupfer DJ, Greiner L, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatr* 2013;170(1): 71-82.
 21. Bravo AJ, Villarosa-Hurlocker MC, Pearson MR. College student mental health: An evaluation of the DSM-5 self-rated Level 1 cross-cutting symptom measure. *Psychol Assess* 2018;30(10): 1382.
 22. Altman D. *Practical Statistics for Medical Research*, London, Chapman and Hall. Lon-don; UK: Chapman and Hall; 1990.
 23. Heidari M. The necessity of knowledge management health. behdasht.gov.ir/index.jsp. Last access: April 2023. *Manage Strat Health Syst* 2023;6:6.
 24. Quchan AD, Tajabadi A, Borzoe F, Heshmatifar N, Tabrizi ZM, Rastaghi S. Comparison of Mental Health of Nurses Working in COVID-19 Reference Hospitals with Other Hospitals. *J Mil Med* 2020;22(11): 1145-52.
 25. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect* 2020;148.
 26. Nemati M, Ebrahimi B, Nemati F. Assessment of Iranian nurses' knowledge and anxiety toward COVID-19 during the current outbreak in Iran. *Arch Clin Infect Dis* 2020;15(COVID-19).
 27. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatr Res* 2020 Jun 1;288: 112954.
 28. Koh D, Lim MK, Chia SE, Ko SM, Qian F, Ng V, et al. Risk Perception and Impact of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) on Work and Personal Lives of Healthcare Workers in Singapore What Can We Learn? *Med Care* 2005: 676-82.
 29. Zhou Y, Wang W, Sun Y, Qian W, Liu Z, Wang R, et al. The prevalence and risk factors of psychological disturbances of frontline medical staff

- in china under the COVID-19 epidemic: workload should be concerned. *J Affect Dis* 2020;277: 510-4.
30. Batterham PJ, van Spijker BA, Mackinnon AJ, Callear AL, Wong Q, Christensen H. Consistency of trajectories of suicidal ideation and depression symptoms: evidence from a randomized controlled trial. *Depress Anxiety* 2019;36(4): 321-9.
31. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatr* 2020;7(6): 468-71.
32. Li L, Wan C, Ding R, Liu Y, Chen J, Wu Z, et al. Mental distress among Liberian medical staff working at the China Ebola Treatment Unit: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2015;156(1): 13-5.
33. Chrzan-Rodak A, Ślusarska B, Nowicki G, Deluga A, Bartoszek A. Relationship between social competences and the sense of general mental health and intensity of stress among nurses. *Pomeranian J Life Sci* 2020;66(1).
34. Sadeghi Yarandi M, Gholami A, Ghasemi M, Sadeghi Yarandi M, Ghasemi Koozekonan A, et al. Investigating the Psychological Consequences of the COVID-19 Outbreak in the Occupational Society. *J Mil Med* 2020;22(6): 562-9.

COMPARING MENTAL HEALTH STATUS BETWEEN HEALTH STAFFS WITH AND WITHOUT DIRECT CONTACT WITH THE COVID-19 VIRUS IN HOSPITAL WARDS: A DESCRIPTIVE-ANALYTICAL STUDY

Haedeh Fezipour¹, Rasoul Goli², Naser Gharebaghi³, Arezou Kiani⁴

Received: 11 April, 2022; Accepted: 28 February, 2023

Abstract

Background & Aims: In crises such as the COVID-19 pandemic, the possibility of psychiatric disorders such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorders increases in high-risk people, especially in the frontline medical staff, causing disruption of their mental health and performance. Therefore, this study was conducted to compare mental health between healthcare staff with and without direct contact with COVID-19 in hospital wards of Urmia City, Iran in 2020.

Materials & Methods: The present study is a cross-sectional descriptive-analytical study in which 126 medical staff working in Taleghani Hospital were included using a convenience sampling method. The data collection tool was the DSM-5 Self-Rating Cross-Symptoms Level 1 Questionnaire for adults (over 18 years old people). The collected data were analyzed using ANOVA, t-test, and Pearson's correlation test by SPSS 25 statistical software.

Results: The results showed that the highest scores were related to depression scales (22.69 ± 2.19) and sleep disorder (22.06 ± 1.78), and the lowest scores were related to memory scales (1.40 ± 0.03) and suicidal thoughts (2.31 ± 0.01). Among the demographic variables and based on Pearson correlation analysis, there was a statistically significant relationship between depression and gender ($P=0.04$). Also, there was a significant relationship between depression, aggression, anxiety, psychosomatic, sleep quality, obsession, suicide, and memory in the group of direct and indirect healthcare staff involved with COVID-19 ($p<0.05$).

Conclusion: Mental health status was unfavorable among the health staff during the pandemic of COVID-19 disease. It is suggested to improve the mental health status of the health staff, especially nurses, who are directly effective in the quality of care and improving the health level of the society, by appropriate planning such as psychotherapy consultations, holding fun and encouraging programs, giving motivational things should be done in different.

Keywords: COVID-19, Health Staff, Mental Health

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

Tel: +989148854057

Email: rasoulgoli94@gmail.com

Copyright © 2023 Nursing and Midwifery Journal

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.

¹ PhD in psychology, member of the faculty of medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Master of Science in Nursing, Urmia School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran (Corresponding Author)

³ Associate Professor of Infectious Diseases, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Associate Professor of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran