مقاله تحقیقاتی

شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور

هانیه خانی[1]، *حسن قدسی[2]، حامد نژاد نیک[1]، سحر تیموری[1]، علیرضا قدسی[3]

چکیده

مقدمه: سلامت روانی افراد در پیشبرد اهداف ملی و آرمانی جوامع از بیشترین اهمیت برخوردار است لذا، توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه‌های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت است. کارکنان بیمارستان‌ها با توجه به نوع حرفه و محیط‌کاری خود در معرض استرس بالایی می‌باشند. مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۱۹۶ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با کمک پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز و پرسشنامه افسردگی بک انجام گرفت. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی نمونه‌ها ۸ ± ۳۲/۱ سال بود. ۲۶٪ (۵۱ نفر) از نمونه‌ها به درجاتی از افسردگی و ۴۵/۴٪ (۸۹ نفر) به درجاتی از خودبیمارانگاری مبتلا بودند. بین محل خدمت کارکنان و تعداد شیفت آن‌ها در ماه با افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. همچنین نتایج نشان داد بین افسردگی و خودبیمارانگاری ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (P= ۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه احساس خودبیمارانگاری و افسردگی از جمله مسائلی هستند که می‌توانند کارکرد حرفه‌ای و اجتماعی پرستاران را تحت تأثیر قرار دهند لذا، شناخت عواملی که بر بروز آن‌ها تأثیر دارند بسیار حائز اهمیت بوده و لزوم اتخاذ تصمیمات مناسب جهت پیشگیری و یا درمان این قبیل مشکلات را یادآور می‌شود.

کلمات کلیدی: افسردگی، پرستار، خودبیمارانگاری.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال سوم ■ شماره ۱ ■ بهار ۱۳۹۵ ■ شماره مسلسل ۷ ■ صفحات ۳۴-۴۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۲۷
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۴
تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۳/۲۶

مقدمه

اختلالات روانی به عنوان یکی از مهم‌ترین و معنی‌دارترین اجزای بار کلی بیماری‌ها (Burden Of Diseases) می‌باشند و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار کلی بیماری‌ها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل بار بیماری‌ها برسد (۱). لذا، توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه‌های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت است (۲). فشارهای ناشی از شغل از جمله استرس‌هایی هستند که اگر بیش از حد باشند می‌توانند با عوارض جسمی، روانی و رفتاری برای فرد، سلامت وی را به مخاطره اندازند. کارکنان بیمارستان‌ها از جمله گروه‌هایی هستند که با توجه به نوع فعالیت و محیط کاری که دارند، استرس شغلی بالایی را تجربه

۱- کارشناس اتاق عمل، ایران، نیشابور، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده علوم پزشکی نیشابور.
۲- کارشناس ارشد پرستاری، مربی، ایران، نیشابور، دانشکده علوم پزشکی نیشابور، گروه پرستاری (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: ghodsih1@nums.ac.ir
۳- دکترای تخصصی ریاضی، استادیار، ایران، سبزوار، دانشگاه حکیم سبزواری، دانشکده ریاضی و علوم کامپیوتر، گروه آمار.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.1.34]

می‌کنند. عوامل استرس‌زای فراوان موجود در این حرفه تأثیرات زیادی را در کارکنان آن به جای می‌گذارد (۳). عواملی همچون حجم کاری بالا، عدم وجود سیستم‌های حمایتی مناسب (۴)، ارتباط مکرر با بیماران بد حال و در حال فوت (۵)، جابجایی در میان بخش‌های مختلف و ارتباط با بیماران متفاوت، عدم همکاری و درک متقابل توسط بیماران و همراهانشان همچنین خانواده خود کارکنان (۶)، وجود فاصله طبقاتی در درون این گروه هم از نظر سطح درآمد و هم از نظر جایگاه اجتماعی (۷) و فاکتورهای متعدد دیگر به عنوان فاکتورهای مؤثر در ایجاد استرس و کاهش سطح سلامت روانی در کارکنان شاغل در بیمارستان‌ها مطرح می‌باشند که می‌توانند باعث تهدید اهداف سازمانی شده و موجب کاهش کیفیت و عملکرد افراد شوند (۸). از جمله مشکلات مرتبط با سلامت روانی، اختلالات روان‌تنی و خودبیمارانگاری را می‌توان ذکر کرد. ویژگی بنیادین خودبیمارانگاری بر اساس ویرایش چهارم سیستم طبقه‌بندی آماری و تشخیصی اختلالات روانی، اشتغال ذهنی به ترس از ابتلا یا اعتقاد به ابتلا به یک بیماری جدی است که اساس آن تفسیر نادرست یک یا چند نشانه توسط شخص است (۳). بر پایه دیدگاه فروید، پذیرش نقش بیمار در واقع راه گریزی برای فرد است که به او امکان می‌دهد از تعهدات مزاحم اجتناب کند و چالش‌های نامطلوب را به تعویق بیاندازد (۹، ۱۰). نشانه‌های بیماری از هر سنی ممکن است شروع شود ولی این اختلال بیشتر در افراد ۳۰-۲۰ سال دیده شده (۱۱) و شیوع آن حدود ۵/۸ درصد در کل جامعه گزارش شده است (۱۰). حس قوی آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و صدمه خوردن، داشتن پریشانی و اندوه زیاد، افسردگی، اضطراب و کاهش فعالیت‌های عمومی، از عواقب خودبیمارانگاری محسوب می‌شوند (۱۲). ساده‌ترین برخورد درمانی در بیمارانی که از اختلال خودبیمارانگاری رنج می‌برند، تشخیص و درمان بیماری‌های همراه مثل اختلالات وسواسی-جبری، اختلال پانیک و افسردگی است که به بهبود اختلال خودبیمارانگاری کمک شایانی می‌کند (۱۳). از سوی دیگر افسردگی اختلال روانی نسبتاً شایعی است که سلامت افراد جامعه را تهدید کرده و بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت منجر به از کار افتادگی زودهنگام انسان می‌شود. تخمین زده می‌شود که ۲۵٪ زنان و ۱۵٪ مردان در طول عمر خود دچار این بیماری خواهند شد (۱۴، ۱۵). تأثیر افسردگی بر عملکرد شغلی بیش از دیگر بیماری‌های مزمن مانند آرتروز، فشارخون، کمردرد و دیابت برآورد شده است (۱۶). برخی پژوهش‌ها نشان داده است که بیماران دارای نشانه‌های روان‌تنی ریسک بیشتری در توسعه افسردگی را نشان داده‌اند (۱۷). گزارش انستیتو بین‌المللی بهداشت و ایمنی کار نشان می‌دهد پرستاران به دلیل عوامل استرس‌زای متعدد در محیط کار از نظر بروز بیماری‌های روانی در رتبه ۲۷ از بین ۱۳۰ حرفه مورد بررسی می‌باشند (۱۸). افراد پاسخ‌های متنوعی به عوامل استرس‌زا می‌دهند از جمله انزوا، احساس ناکارآمدی، افسردگی، غیبت و خودبیمار انگاری (۱۹). کارکنان بالینی بیمارستان‌ها استرس‌های زیادی را در محیط‌های شغلی خود تجربه می‌نمایند که می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی مانند خودبیمارانگاری و افسردگی گردیده و کارکرد شغلی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان شیوع افسردگی و ارتباط آن با بروز خودبیمارانگاری در پرستاران بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی – تحلیلی بوده و بر اساس فرمول ذیل تعداد ۱۹۶ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفتند.

$$n_0 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 * pq}{d^2} \Rightarrow \frac{(1/96)^2 * 0/5 * 0/5}{0/05^2} = 384$$

$$n = \frac{n_0}{1+\frac{n_0}{N}} = \frac{384}{1+\frac{384}{400}} \approx 196$$

پس از تائید طرح پژوهشی در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده علوم پزشکی نیشابور و کسب مجوزهای لازم محققین ضمن مراجعه به کارگزینی بیمارستان‌ها و دریافت لیست پرستاران شاغل که تعداد کل آن‌ها ۴۳۰ نفر بود، بعد از شماره‌گذاری افراد به ترتیب حروف الفبا، به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با کمک جدول اعداد تصادفی تعداد نمونه‌ها انتخاب شدند به منظور پیشگیری از

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.1.34]

ریزش نمونه‌ها حجم پرسشنامه توزیع شده ۱۵٪ بیشتر در نظر گرفته شد ولی در پایان به دلیل تکمیل نبودن اطلاعات برخی از پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج و نهایتاً تعداد ۱۹۶ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. پژوهشگران ضمن مراجعه به محل خدمت نمونه‌های پژوهش در صورت وجود یکی از معیارهای خروج در فرد انتخاب شده، وی از مطالعه خارج شده و نفر بعدی بر اساس جدول اعداد تصادفی وارد لیست نمونه‌ها می‌شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: کار به عنوان پرستار در یکی از واحدهای بیمارستان، سابقه کاری حداقل ۶ ماه، رضایت به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: مصرف داروهای ضد افسردگی و ابتلا به بیماری‌های مزمن. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس پرسشنامه سه قسمتی انجام گرفت. قسمت اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و شغلی (سن، جنس، سطح تحصیلات، نوبت کاری، نوع استخدام، سابقه‌کار و بخش محل خدمت) بود. قسمت دوم پرسشنامه خودبیمارانگاری ایوانز (Evans Hypochondrias Questionnaires) و حاوی ۳۶ سؤال بود و افراد بر مبنای نمره کسب شده در گروه‌های سالم (۲۰-۰)، مرزی (۳۰-۲۱)، خفیف (۴۰-۳۱)، متوسط (۶۰-۴۱) و شدید (بالای ۶۰) قرار گرفتند (۱۳). پایایی پرسشنامه به کمک روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد. به علاوه همبستگی بالای پرسشنامه با سایر آزمون‌های سنجش خودبیمارانگاری مانند خرده مقیاس خودبیمارانگاری پرسشنامه‌ی شخصیت چند وجهی مینسوتا (MMPI) و چک لیست علامتی ۹۰ سؤالی (SCL-۹۰) بیانگر اعتبار مناسب آن می‌باشد (۱۳).

قسمت سوم پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-II (BDI-II)) و شامل ۲۱ سؤال بود و حالت فرد را نسبت به رویدادهای متفاوت بر اساس خودسنجی ارزیابی می‌کرد. هر پرسش دارای ۴ جمله است و نمره کلی افسردگی فرد با جمع نمرات در تمام جنبه‌ها به دست می‌آید. افراد با نمره‌های ۱۵-۱ بهنجار، ۳۱-۱۶ افسردگی خفیف، ۴۷-۳۲ افسردگی متوسط و ۶۲-۴۸ مبتلا به افسردگی عمیق می‌باشند (۱۵). پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین پایایی این تست در مطالعه محمدخانی و همکاران به کمک روش آزمون مجدد معادل ۰/۹۳ اعلام گردیده است (۲۰). سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی نسبی) و آمار استنباطی (کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدای تحقیق به کلیه شرکت کنندگان اختیاری بودن شرکت در مطالعه یادآوری و تأکید شد کلیه اطلاعات محرمانه خواهد ماند، از ذکر نام و نام خانوادگی خودداری گردید و در خصوص عدم استفاده اطلاعات برای منافع شخصی به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۳۰ عدد پرسشنامه توزیع شد ولی برخی از پرسشنامه‌ها به دلیل کامل نبودن اطلاعات حذف گردیدند و در نهایت ۱۹۶ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور مورد مطالعه قرار گرفتند که میانگین سنی آن‌ها ۸ ± ۳۲/۱ سال بود (بازه سنی ۵۷-۲۲ سال). اکثر افراد مورد مطالعه خانم (۷۱/۹٪)، متأهل (۸۳/۷٪) و بومی (۹۲/۳٪) بودند. میانگین نمره آزمون بک (۹/۹±۱۰/۹) بود و ۲۶٪ (۵۱ نفر) از نمونه‌ها به درجاتی از افسردگی مبتلا بودند. نتایج آزمون کای دو نشان داد بین محل خدمت کارکنان و تعداد شیفت آن‌ها در ماه با افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد به نحوی که پرسنل شاغل در بخش اورژانس و پرسنل با تعداد بیشتر از ۳۰ شیفت در ماه نسبت به سایر گروه‌ها به میزان بیشتری دچار درجاتی از افسردگی بودند (جدول ۱).

میانگین نمره آزمون ایوانز (۹/۵±۲۰/۹) بود و ۴۵/۴٪ (۸۹ نفر) از نمونه‌ها به درجاتی از خودبیمار انگاری مبتلا بودند. نتایج آزمون کای دو نشان داد بین سن، جنسیت، سابقه کار و بخش محل خدمت با خودبیمار انگاری ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد اما بین رتبه فرزندی نمونه‌های پژوهش با خودبیمار انگاری ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. (جدول ۲).

از سوی دیگر آزمون کای دو مشخص نمود بین افسردگی و خودبیمار انگاری ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (P= ۰/۰۰۱). (جدول ۳).

بین افسردگی و خودبیمار انگاری با سن بالاتر از ۳۱ سال (P= ۰/۰۰۲)، اشتغال به کار در بخش زایشگاه (P= ۰/۰۰۸)، اشتغال به کار به عنوان ماما (P= ۰/۰۰۱) و داشتن درآمد کمتر از یک میلیون تومان در ماه (P= ۰/۰۰۱) ارتباط آماری معناداری پیدا شد.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.1.34]

جدول ۱- ارتباط بخش محل خدمت و تعداد شیفت در ماه با افسردگی با استفاده از آزمون کای دو

نام متغیر		تعداد افراد دچار افسردگی	تعداد افراد سالم	Sig
بخش محل خدمت	اورژانس	۱۴	۲۹	(P=۰/۰۲)
	جراحی	۷	۳۲	
	زنان- زایشگاه	۹	۱۳	
	NICU-ICU	۶	۱۲	
	CCU	۱	۱۴	
	داخلی- دیالیز	۷	۱۰	
	اتاق عمل	۱	۲۱	
	اداری	۶	۱۴	
تعداد شیفت در ماه	N≤۳۰	۱۷	۱۶	(P=۰/۰۰۱)
	N>۳۰	۳۴	۱۲۹	

جدول ۲- ارتباط خودبیمار انگاری با رتبه فرزندی با استفاده از آزمون کای دو

نام متغیر		تعداد افراد دچار خود بیمار انگاری	تعداد افراد سالم	Sig
رتبه فرزندی	اول	۱۷	۳۹	(P=۰/۰۲)
	دوم، سوم	۳۴	۳۶	
	بالاتر از سوم	۳۸	۳۲	

جدول ۳- مقایسه فراوانی افسردگی و خودبیمار انگاری در نمونه‌های پژوهش با استفاده از آزمون کای دو

متغیرها		افسردگی		Sig
		دارد	ندارد	
خودبیمار انگاری	دارد	۳۵	۵۴	(P=۰/۰۰۱)
	ندارد	۱۶	۹۱	

بحث و نتیجه‌گیری

افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی و یکی از مهم‌ترین علل منجر به از کار افتادگی زودرس انسان‌ها شناخته شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد ۲۶٪ از نمونه‌های مورد مطالعه درجاتی از افسردگی را داشتند که با نتایج پژوهش صاحبی (۲۰) همخوانی دارد.

همچنین با توجه به نتایج مطالعه مشخص شد میزان افسردگی با محل خدمت افراد و تعداد شیفت‌های ماهانه آن‌ها ارتباط آماری معنی‌داری دارد به نحوی که بیشتر نمونه‌های دچار افسردگی کسانی بودند که یا در بخش اورژانس مشغول خدمت بودند و یا تعداد شیفت‌های کاری آن‌ها بالاتر از ۳۰ شیفت در ماه بود که با یافته‌های پژوهش آراسته (۸) همخوانی دارد. دلیل این ارتباط می‌تواند ناشی از این موضوع باشد که در بخش‌های اورژانس علاوه بر بد حال بودن بیماران و بار کاری زیاد پرسنل، حضور همراهان در اورژانس بیشتر بوده و حتی احتمال ایجاد درگیری‌های فیزیکی بیشتری برای پرسنل این بخش از طرف بیمار و همراهانشان وجود دارد. همچنین پوشش دادن تعداد شیفت‌های زیاد منجر به دوری فرد از خانواده و تحمل بار کاری بیشتر شده لذا، افراد نسبت به بروز افسردگی و اختلالات عاطفی مستعدتر هستند.

در پژوهش حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین خودبیمارانگاری با افسردگی مشاهده شد که با نتایج پژوهش پاشا (۱۲) و حسینی همخوانی دارد (۲۱). دلیل شباهت نتایج این مطالعه با مطالعات ذکر شده به نظر می‌رسد این باشد که درآمدهای پرسنلی، مشکلات فردی و خانوادگی افراد در میان کارکنان بهداشت و درمان کشور تا حدودی مشابهت دارد. افسردگی به عنوان یک پیامد روانشناختی و اختلالی که ناشی از ناتوانی فرد برای ایستادگی و مقاومت در

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.1.34]

مقابل منابع استرس و فشارهای محل کار ایجاد می‌شود شناخته شده است. بین افسردگی و خودبیمار انگاری رابطه وجود دارد و افسردگی به عنوان یک مسبب برای بروز خودبیمارانگاری نقش ایفا می‌کند (۲۲).

افراد در محیط‌های مختلف پاسخ‌های مختلف و متنوعی به عوامل استرس‌زا می‌دهند. از جمله این پاسخ‌ها می‌توان به انزوا، احساس ناکارآمدی، یاس، ناامیدی، افسردگی، ترک شغل، غیبت و خودبیمار انگاری اشاره کرد. پرستارانی که در محیط شغلی خود احساس فشار و تنش زیادی دارند و راهبردهای مناسب برای مواجهه با این فشارها را آموزش ندیده‌اند از راهبردهای روانشناختی منفی مانند خودبیمار انگاری در مواجهه با استرس‌های محیطی استفاده می‌کنند و قطعاً این‌گونه واکنش‌ها اگرچه تا حدودی به فرهنگ و حامیان خانوادگی و اجتماعی بستگی دارد ولی در مجموع تفاوت چندانی بین پرستاران ایرانی در بیمارستان‌های مختلف دیده نمی‌شود.

به نظر می‌رسد با توجه به اینکه ماماهای شاغل در زایشگاه غالباً به صورت مستقل و بدون مداخله سایر گروه‌ها باید وظایف مهم و حساسی همچون کمک به زایمان و مراقبت‌های بعد از زایمان را انجام دهند و مسئولیت کاری بسیار بالایی را بر عهده دارند لذا، این بارکاری و فشارهای زیاد منجر به بروز اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و خودبیمار انگاری در این افراد می‌شود.

گروه‌های بالینی شاغل در بیمارستان‌ها به دلیل کمبود نیروی انسانی مجبورند نقش‌های متعددی را بپذیرند. همچنین با توجه به اینکه مدیران، پزشکان و ارباب رجوع انتظارات مختلفی از آن‌ها دارند لذا، این موضوعات منجر به افزایش استرس در آن‌ها می‌شود؛ بنابراین به منظور حفظ این سرمایه‌های معنوی بیمارستان از تنش‌ها و استرس‌های زیاد که منجر به اختلالات مختلف روان‌شناختی برای آن‌ها خواهد شد پیشنهاد می‌شود به منظور آشنایی پرسنل با راهبردهای مناسب روان‌شناختی و افزایش مهارت‌های انطباقی آنان، کلاس‌های آموزشی کنترل استرس و جلسات مشاوره برای آن‌ها به صورت دوره‌ای برگزار گردد. همچنین مسئولین بیمارستان‌ها باید به دنبال شناسایی و تعدیل عوامل ایجادکننده استرس در محیط کاری باشند تا شاهد بهبود عملکرد و ایجاد احساسات مطلوب و کارآمدی در پرستاران باشیم.

تشکر و قدردانی

این طرح با کد ۳ و در تاریخ ۹۲/۳/۱۳ در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده علوم پزشکی نیشابور مصوب گردیده است. بدین‌وسیله از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشکده علوم پزشکی نیشابور و کلیه پرسنل محترم بخش‌های مختلف بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی نیشابور به سبب همکاری صمیمانه‌شان در این طرح کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1- Wu SY, Wang MZ, Li J, Zhang XF. [Study of the intervention measures for the occupational stress to the teachers in the primary and secondary schools]. Wei Sheng Yan Jiu. 2006;35(2):213-6. PMID: 16758975

2- Gabriel P. Mental health in the workplace: situation analysis (preliminary report). Geneva: US ILO; 2000.

3- Noyes R, Jr., Kathol RG, Fisher MM, Phillips BM, Suelzer MT, Holt CS. The validity of DSM-III-R hypochondriasis. Arch Gen Psychiatry. 1993;50(12):961-70. PMID: 8250682

4- Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. BMJ. 2000;320(7247):1432-6. PMID: 10827043

5- Lambert VA, Lambert CE, Itano J, Inouye J, Kim S, Kuniviktikul W, et al. Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). Int J Nurs Stud. 2004;41(6):671-84. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2004.02.003 PMID: 15240091

6- Lambert VA, Lambert CE, Petrini M, Li XM, Zhang YJ. Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the People's Republic of China. Int Nurs Rev. 2007;54(1):85-91. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2007.00512.x PMID: 17305962

7- Walcott-McQuigg JA, Ervin NE. Stressors in the workplace: community health nurses. Public Health Nurs. 1992;9(1):65-71. PMID: 1565606

8- Arasteh MHB, Sdaghat A, Charejo N. [Assessment of mental health status and its related factors among medical and non medical staff in the hospitals of Sanandaj city in 1385]. Sci J Kurdistan Univ Med Sci. 2008;13(3):35-44.

9- Noyes R, Jr., Stuart S, Langbehn DR, Happel RL, Longley SL, Yagla SJ. Childhood antecedents of hypochondriasis.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.1.34]

Psychosomatics. 2002;43(4):282-9. DOI: 10.1176/appi.psy.43.4.282 PMID: 12189253

10- Sadock BJSV. Comprehensive textbook of psychiatry: Lippincott, Williams and Wilkins; 2005.

11- Barsky AJ, Frank CB, Cleary PD, Wyshak G, Klerman GL. The relation between hypochondriasis and age. Am J Psychiatry. 1991;148(7):923-8. DOI: 10.1176/ajp.148.7.923 PMID: 2053634

12- Pasah G. [The prevalence of hypochondriasis and its relation to anxiety, depression and other personal characteristics of students]. Knowledge Res Applied Psychol. 2005;25(3):1-20.

13- Talaei A, Nasiraei A, Samari AA, Mirshojaeian M, Rezaei Ardani A. [Hypochondrias in resident students of mashhad university of medical sciences]. J Ilam Uni Med Sci. 2009;17(1):8-18.

14- Sadock BJSV. Synopsis of psychiatry: Williams & Wilkins; 2003.

15- Soltanian ABF, Namazi S, Amiri M, Ghaedi H, Kohan G. [Mental health of high school students and its effective factors in Bushehr province in Iran]. Iran South Med J. 2005;7(2):173-82.

16- Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. J Occup Environ Med. 2001;43(3):218-25. PMID: 11285869

17- Terre L, Poston WS, Foreyt J, St Jeor ST. Do somatic complaints predict subsequent symptoms of depression? Psychother Psychosom. 2003;72(5):261-7. DOI: 10.1159/000071897 PMID: 12920330

18- Gasemnejad SM, Rasady M, Mahmoudi M. [Association study of anxiety and hypochondriasis in student of Islamic Azad University, Lahijan medical branch in 2008]. Med Sci J Islamic Azad Uni Tehran Med Branch. 2011;21(3):222-6.

19- Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry. 2004;184:386-92. PMID: 15123501

20- Sahebi L, Ayatollahi M. [Mental health status of hospitals staffs in Shiraz]. Horizon Med Sci. 2007;12(4):26-33.

21- Hosseyni MSN, editor Relationship between Depression and, burnout and emotional adjustment with Hypochondriasis among nurses in Isfahan hospitals. Fourth International Congress of Psychosomatic; 2012; Islamic Azad University of Khorasgan, Isfahan, Iran.

22- Bravo IM, Silverman WK. Anxiety sensitivity, anxiety, and depression in older patients and their relation to hypochondriacal concerns and medical illnesses. Aging Ment Health. 2001;5(4):349-57. DOI: 10.1080/13607860120080305 PMID: 11767983.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.1.34]

Depression and its relationship with hypochondriasis in nurses in Neyshabur, Iran

Khani. H[1], *Ghodsi. H[2], Nezhadnik. H[1], Teymori. S[1], Ghodsi. A[3]

Abstract

Introduction: Mental health is the most important factor for achievement of national and ideal goals in a community. Staff members of hospitals, depending on their profession and work environment, are exposed to high stress levels.

Objective: This study aimed to investigate the prevalence of depression and its relation to the incidence of hypochondriasis in hospital Nursing Staff of Neyshabur University of Medical Sciences, Iran.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was performed on 196 randomly selected clinical staff of hospitals affiliated to Neyshabur University of Medical Sciences with Evans hypochondria and Beck depression questionnaire in 2014. The data was analyzed with SPSS version 16.

Results: The prevalence of depression and hypochondriasis was 26% 45.4%, respectively. There was a significant relationship in depression with workplace and the number of shifts per month. There was also a significance relationship between depression and hypochondriasis (P = 0.0001).

Discussion and Conclusion: Since hypochondriasis and depression are two issues that can affect the social and professional function of nurses, identifying the factors that influence their incidence is very important and it is necessary for decisions making regarding prevention or remediation of such problems.

Keywords: Depression, Hypochondriasis, Nurse.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-27]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.1.34]

Khani H, Ghodsi H, Nezhadnik H, Teymori S, Ghodsi A. Depression and its relationship with hypochondriasis in nurses in Neyshabur, Iran. Military Caring Sciences. 2016;3(1).34-40.

Submission: 16/2/2016 Accepted data: 3/5/2016 Published: 15/6/2016

1- Bsc of Surgical Technologist, Iran, Neyshabur, Neyshabur University of Medical Sciences, Students Research Committee.

2- (*Corresponding Author) MSc in Nursing, Instructor, Iran, Neyshabur, Neyshabur University of Medical Sciences, Nursing Department. Email: ghodsih1@nums.ac.ir

3- Ph.D.in Statistics, Assistant Professor, Iran, Sabzevar, Hakim Sabzevari University, Faculty of Mathematics and Computer Sciences, Statistics Department.