

مقایسه مؤلفه‌های روان‌شناختی در کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی با کادر درمان مراکز غیر اختصاصی کرونا

محمود شهابت^۱، سید مجید احمدی^{۲*}، سجاد رئیسی^۳، محمد ملکزاده^۴

^۱گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲گروه بیماری‌های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران، ^۳مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۷/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: کادر درمان درگیر مبارزه با بیماری کووید-۱۹، فشارهای جسمانی و روانی بالایی را تجربه می‌کنند. در همین راستا، بررسی میزان علایم روانی مراقبین بهداشتی در معرض خطر و مقایسه آن‌ها با جمعیت‌های دیگر ضروری است. لذا هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه مؤلفه‌های روان‌شناختی در کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی با کادر درمان مراکز غیر اختصاصی کرونا بود.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی - مقطعی از نوع مقایسه‌ای می‌باشد که در مرداد ماه تا آذر ماه سال ۱۴۰۰ انجام گردید. جامعه آماری تمامی کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی و غیر اختصاصی کرونا بیمارستان‌های استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۴۰۰ بود. ۱۶۹ نفر از آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، سلامت بیمار (PHQ-9)، اضطراب فراگیر (GAD-7) و کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI) استفاده گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۹۷ نفر (۵۷/۴۰ درصد) از شرکت کنندگان در مراکز درمانی اختصاصی کرونا و ۷۲ نفر (۴۲/۶۰ درصد) در مراکز درمانی غیر اختصاصی کرونا بودند. بین گروه‌های پژوهش از نظر ابتلای شرکت کنندگان به کرونا ($p < 0/05$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت. همچنین، بین گروه‌های پژوهش از نظر اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$)، اما از نظر افسردگی و کیفیت خواب تفاوت معنی‌داری بین آن‌ها وجود نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اضطراب بالایی کادر درمان خط مقدم، طراحی و اجرای آموزش‌ها و مداخله‌های مبتنی بر کاهش اضطراب برای آن‌ها ضروری است.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، کیفیت خواب، مراکز درمانی، کرونا، کووید-۱۹، کادر درمان

* نویسنده مسئول: سید مجید احمدی، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، گروه بیماری‌های داخلی

Email: majidahmadi1385@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های عفونی و ویروسی در ارتباط هستند، لذا تنش روانی بالایی را تجربه می‌کنند و به شدت در مورد سلامتی خود و خانواده نگران می‌شوند (۱۲). علاوه بر این، اخبار مرتبط با ابتلا و مرگ و میر مراقبین بهداشتی ناشی از کووید-۱۹ می‌تواند نگرانی مراقبین بهداشتی درگیر مبارزه با این بیماری و خانواده‌های آن‌ها را چندین برابر کند (۱۳). همچنین، افسردگی شامل؛ احساس غم، احساس انزوا، اندوه، ناامیدی، نوسانات خلقی و از دست دادن انگیزه است (۱۴). انتشار خبرهای مرتبط با کووید-۱۹ باعث کاهش روابط اجتماعی مراقبین بهداشتی با یکدیگر می‌شود و این امر منجر به انزوا و افسردگی آن‌ها می‌گردد (۱۳). نتایج پژوهشی در ایران نشان داد که، ۶۵/۶ درصد از شرکت کنندگان دارای علائم اضطراب متوسط تا شدید و ۴۲/۳ درصد از شرکت کنندگان دارای علائم متوسط تا شدید افسردگی بودند، که میزان شیوع آنها در پزشکان و پرستاران بیشتر از سایر مشاغل بود (۱۵). اوانو و همکاران در پژوهشی نشان دادند که، ۱۰ درصد از مراقبین بهداشتی اختلال اضطراب شدید تا متوسط و ۲۷/۹ درصد از آنها اختلال افسردگی داشتند (۱۶). در پژوهشی نشان داده شد که شیوع اضطراب و افسردگی برای مراقبین بهداشتی در بنگلادش به ترتیب برابر ۶۹/۵ درصد و ۳۹/۵ درصد بود (۱۷).

همچنین، کیفیت خواب از شاخص‌های مهم سلامت است و مراقبین بهداشتی که کیفیت خواب کافی و مناسب دارند، از تمرکز بالاتر و سیستم ایمنی

شیوع بیماری کووید-۱۹ و تشدید آن بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد تأثیر قابل توجهی گذاشته است. همچنین، این بیماری فشارهای اجتماعی و اقتصادی بالایی را به دولت‌ها، ملت‌ها و مراقبین بهداشتی کشورها تحمیل نموده است (۱ و ۲). فشارهای روانی ناشی از کووید-۱۹ تا حد زیادی به دلیل تغییر در سبک زندگی و فشارهای ناشی از ابتلا به این بیماری است. در همین راستا، پژوهش‌هایی به تعیین تأثیر روانی کووید-۱۹ بر جمعیت عمومی، جمعیت‌های پرخطر (بیماران، سالمندان و کودکان) و مراقبین بهداشتی پرداخته‌اند (۳ و ۴). شواهد موجود نشان دهنده این است که، در تعداد زیادی از افراد در طول شیوع کووید-۱۹، علائم روانی (اضطراب، افسردگی، مشکلات خواب، استرس و پانیک) بروز کرده است (۵-۷). علاوه بر این، پژوهش‌های انجام شده نشان دادند که مراقبین بهداشتی درگیر مبارزه با این بیماری فشارهای جسمانی (کاهش سیستم ایمنی) و فشارهای روانی بالایی (افسردگی، اضطراب و بی‌خوابی) را تجربه می‌کنند (۸ و ۹). در پژوهشی، پس از بروز بیماری کووید-۱۹ شیوع افسردگی، اضطراب، علائم مرتبط با استرس و بی‌خوابی به ترتیب ۵۰/۴، ۴۴/۶ و ۷۱/۵ درصد در مراقبین بهداشتی گزارش گردیده است (۱۰).

اضطراب به عنوان تنش و نگرانی مبهم در مورد آینده است (۱۱). از آن جایی که برخی از مراقبین بهداشتی به صورت مستقیم با بیماران مبتلا به

قوی‌تری برخوردارند (۱۸). علایم روانی (استرس و اضطراب) به عنوان عامل اصلی مشکلات خواب و کاهش کیفیت خواب شناخته شده‌اند (۱۹). علاوه بر این، ترکیب عوامل روانی و محیطی (تغییر در سبک زندگی، قرنطینه، محدودیت در مسافرت، افسردگی، اضطراب و استرس) ناشی از کووید-۱۹ به صورت قابل توجهی می‌توانند کیفیت خواب را کاهش دهند (۲۰). مشکلات خواب به ویژه در مراقبین بهداشتی که شیفت‌های طولانی (۱۶-۱۲ ساعت) می‌دهند، شیوع بیشتری دارد (۲۱ و ۲۲). پاپا و همکاران در پژوهشی متاآنالیز نشان دادند که شیوع بی‌خوابی برای مراقبین بهداشتی در زمان شیوع کرونا برابر ۳۸/۹ درصد گزارش شده است (۲۳). در پژوهش دیگری نشان داده شد که ۵۰/۴ درصد از مراقبین بهداشتی از بی‌خوابی رنج می‌بردند (۲۴). علاوه بر این، در پژوهش دیگری نشان داده شد که شیوع بی‌خوابی در مراقبین بهداشتی درگیر با کرونا ۳۶/۳۶ درصد بود (۲۵).

عواملی مانند افزایش حجم کار، عدم کافی بودن تجهیزات مناسب، ترس از ابتلا به بیماری و نیاز به تصمیم‌گیری اخلاقی قرار دارد (۲۹ و ۲۸). در همین راستا، از آنجایی که مشکلات روانی باعث کاهش عملکرد فرد می‌گردد، شناسایی آن‌ها در زمان شیوع بیماری‌های همه‌گیر از اهمیت بالایی برخوردار است (۳۰). شیوع بیماری کووید-۱۹ به دلیل ایجاد فشارهای روانی گسترده برای کادر درمان درگیر با بیماران مبتلا به آن، حایز اهمیت است و برای بررسی وضعیت سلامت روان این گروه از کادر درمان لازم است که آن‌ها با سایر گروه‌های درمانی مورد مقایسه و ارزیابی قرار گیرند. به همین منظور، لذا هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه مؤلفه‌های روان‌شناختی در کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی با کادر درمان مراکز غیر اختصاصی کرونا بود.

روش بررسی

این یک مطالعه توصیفی - مقطعی از نوع مقایسه‌ای می‌باشد که در مرداد ماه تا آذر ماه سال ۱۴۰۰ انجام گردید. جامعه آماری شامل تمامی کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی و غیر اختصاصی کرونا بیمارستان‌های استان کهگیلویه و بویراحمد در سال ۱۴۰۰ بود. جهت انتخاب شرکت کنندگان از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس استفاده گردید. هم‌چنین، حجم نمونه بر اساس نرم‌افزار جی پاور با آلفای ۰/۰۵، بتای ۰/۲۰ و اندازه اثر ۰/۲۰

بر اساس شواهد موجود، سلامت روان مراقبین بهداشتی که به صورت مستقیم با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ مواجهه هستند، به صورت جدی مورد بررسی قرار نگرفته است (۲۶). لذا، بررسی میزان علام روانی مراقبین بهداشتی در معرض خطر و مقایسه آن‌ها با جمعیت‌های دیگر از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۷). سلامت روان مراقبین بهداشتی در زمان شیوع بیماری‌های اورژانسی تحت تأثیر

شده‌اند و تمامی سوالات در طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (اصلاً=۰ تا تقریباً هر روز=۳) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره این پرسشنامه بین ۰-۲۷ است و به پنج طبقه تقسیم می‌شود. افرادی که نمره‌ی ۰-۴ می‌گیرند احتمال دارد نیاز به درمان نداشته باشند، افرادی که نمره ۵-۹ (خفیف) یا نمره ۱۰-۱۴ (متوسط) می‌گیرند نیاز به قضاوت بالینی در مورد درمان دارند، افرادی که نمره‌ی ۱۵-۱۹ (نسبتاً شدید) می‌گیرند نیاز به شروع درمان با داروهای ضد افسردگی، روان‌درمانی یا ترکیبی از هر دو دارند، در نهایت افرادی که نمره‌ی ۲۰-۲۷ (شدید) می‌گیرند نیاز به درمان دارویی به صورت جدی دارند. نقطه برش این پرسشنامه ۱۰ و بالاتر است. علاوه بر این، حساسیت و ویژگی این پرسشنامه به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۸۸ گزارش شده است (۳۱).

پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) به وسیله اسپیزر و همکاران ساخته شد، این پرسشنامه به منظور ارزیابی میزان و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دو هفته اخیر طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۷ سوال است که تمامی آن‌ها در طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (اصلاً=۰ تا تقریباً هر روز=۳) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره‌های این پرسشنامه بین ۰-۲۱ متغیر است و نمره بالاتر نشان دهنده اضطراب بیشتر است. نمره‌ی ۰-۴ نشان دهنده عدم اضطراب، نمره ۵-۹ نشان دهنده اضطراب خفیف، نمره ۱۰-۱۴ نشان دهنده اضطراب متوسط و نمره ۱۵-۲۱ نشان دهنده اضطراب شدید است. نقطه برش

تعیین شد، که بر این اساس حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۱۵۰ نفر به دست آمد، لذا با در نظر گرفتن افت (ریزش) شرکت کنندگان ۱۸۶ نفر وارد مطالعه شدند. سپس از این تعداد ۱۷ نفر با توجه به معیارهای خروج از پژوهش کنار گذاشته شدند و در نهایت اطلاعات مربوط به ۱۶۹ نفر از آن‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت.

معیارهای ورود به پژوهش؛ سابقه حداقل یک سال اشتغال در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کهگیلویه و بویر احمد، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و زمینه‌ای، بود.

معیارهای خروج از پژوهش، تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها (عدم پاسخدهی به ۵ درصد از پرسشنامه) و پاسخ‌دهی سوگیرانه به پرسشنامه‌ها (و انمود خوب یا بد).

در پژوهش حاضر از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت بیمار (PHQ-9)، پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7) و پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI) جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده گردید.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، این پرسشنامه به صورت محقق ساخته است و اطلاعات جمعیت شناختی را شامل می‌شود.

پرسشنامه سلامت بیمار (PHQ-9) به وسیله کرونکه و همکاران ساخته شد، این پرسشنامه شامل ۹ سوال است که براساس معیارهای DSM تهیه

این پرسشنامه ۱۰ گزارش شده است. در پژوهش‌های قبلی همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۲ گزارش شده است (۳۲ و ۳۳). علاوه بر این، نائیبیان و همکاران اعتبار و پایایی فرم کوتاه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۶ گزارش کردند (۳۴).

پرسشنامه کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI)، این پرسشنامه ابزار خود گزارشی استاندارد است که به وسیله بویس و همکاران جهت بررسی کیفیت خواب در طول یک ماه گذشته طراحی شد، دارای ۱۸ سوال و شامل هفت خرده مقیاس (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب، اختلالات خواب، میزان مصرف داروی خواب آور و اختلال در عملکرد روزانه) است. تمامی سوال‌ها در طیف لیکرت چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌ی ۶ و بالاتر نشان دهنده‌ی کیفیت نامناسب خواب است (۳۵). در پژوهشی پایایی بازآزمون این پرسشنامه ۰/۸۰ = r گزارش شد (۳۶). هم‌چنین، پایایی و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های دیگری به صورت مناسب و قابل تأیید گزارش شده است (۳۷ و ۳۸).

به منظور اجرای پژوهش حاضر، ابتدا تأییدیه اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی یاسوج دریافت گردید و سپس پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش به صورت گوگل فرم آماده شدند و لینک پرسشنامه‌ها از طریق پیام رسان‌های اجتماعی (اینستاگرام، واتساپ، تلگرام، ایتا) و ایمیل در اختیار کادر درمان بیمارستان‌های استان کهگیلویه و بویراحمد قرار

گرفت. در ابتدای گوگل فرم مربوطه از تمامی شرکت کنندگان رضایت آگاهانه اخذ می‌گردید و افرادی که رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را داشتند به سوالات پاسخ می‌دادند.

پژوهش حاضر به وسیله کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی یاسوج تأیید شد. در این پژوهش رضایت آگاهانه شرکت کنندگان برای ورود به پژوهش، مهم‌ترین شرط ورود به پژوهش بود. هم‌چنین، اصل‌های عدالت، آزادی، محرمانه ماندن اطلاعات، راز داری و کد گذاری اطلاعات رعایت گردید.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی مستقل و کای اسکور تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر ۱۶۹ نفر از کادر درمان بیمارستان‌های استان کهگیلویه و بویراحمد انجام شد. ۹۷ نفر (۵۷/۴۰ درصد) از شرکت کنندگان در مراکز اختصاصی کرونا و ۷۲ نفر (۴۲/۶۰ درصد) از شرکت کنندگان در مراکز غیر اختصاصی کرونا مشغول به کار بودند. در جدول ۱، یافته‌های توصیفی به تفکیک گروه‌های پژوهش و نتایج همسانی متغیرهای جمعیت‌شناسی و زمینه‌ای ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ نشان داده شده، بین شرکت کنندگان در گروه‌های پژوهش از نظر ابتلای شرکت کنندگان به کرونا ($p < ۰/۰۵$) تفاوت معنی‌داری

متغیرهای پژوهش با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی مورد بررسی قرار گرفتند و چون مقادیر آن‌ها بین +۱ و -۱ بود، لذا پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش به تفکیک گروهها تأیید شد. علاوه بر این، بر اساس نتایج آزمون تی مستقل در جدول ۲ نشان داده شد که بین گروه‌های پژوهش از نظر اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($t = -2/57$ ، $p = 0/011$)، اما از نظر کیفیت خواب و افسردگی بین گروه‌های پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$).

وجود دارد. در همین راستا، میزان ابتلا به کرونا در کادر درمان مراکز اختصاصی کرونا نسبت به کادر درمان مراکز غیر اختصاصی کرونا بیشتر است. در جدول ۲، میانگین، انحراف استاندارد، همگنی واریانس‌ها و نتایج آزمون تی مستقل اضطراب، افسردگی و کیفیت خواب براساس گروه‌های پژوهش ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده، پیش فرض همگنی واریانس‌ها برای گروه‌های پژوهش رعایت شده است ($p < 0/05$). همچنین، وضعیت نرمالی

جدول ۱: یافته‌های توصیفی به تفکیک گروه‌های پژوهش و نتایج همسانی متغیرهای جمعیت‌شناسی و زمینه‌ای

متغیر	گروه‌های پژوهش		نتایج همسانی (کای اسکوتر)	
	مراکز اختصاصی کرونا (درصد فراوانی)	مراکز غیر اختصاصی کرونا (درصد فراوانی)	آماره	سطح معنی‌داری
جنسیت	مرد ۲۳ (۲۳/۷۱)	۱۵ (۲۰/۸۳)	۰/۲۰	۰/۶۵۸
	زن ۷۴ (۷۶/۲۹)	۵۷ (۷۹/۱۴)		
ابتلای نزدیکان به کرونا	بله ۵۴ (۵۵/۶۷)	۳۰ (۴۱/۶۷)	۳/۲۴	۰/۰۷۲
	خیر ۴۳ (۴۴/۳۳)	۴۲ (۵۸/۳۳)		
ابتلای شرکت کنندگان به کرونا	بله ۴۵ (۴۶/۳۹)	۲۲ (۳۰/۶۹)	۴/۳۳	۰/۰۳۷*
	خیر ۵۲ (۵۳/۶۱)	۵۰ (۶۹/۴۴)		
متغیر	میانگین \pm انحراف استاندارد		نتایج همسانی (تی مستقل)	
سن	میانگین \pm انحراف استاندارد		تی مستقل	سطح معنی‌داری
	۳۰/۷۵ \pm ۶/۱۵	۲۹/۹۹ \pm ۵/۲۳	-۰/۸۵	۰/۳۹۵
سابقه‌ی خدمت (سال)	۵/۶۱ \pm ۵/۴۶	۵/۱۷ \pm ۵/۵۱	-۰/۵۲	۰/۶۰۵

* $p < 0/05$

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد، همگنی واریانس‌ها و نتایج آزمون تی مستقل اضطراب، افسردگی و کیفیت خواب براساس گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه‌های پژوهش		همگنی واریانس‌ها (آزمون لون)		آزمون تی مستقل
	مراکز اختصاصی کرونا میانگین \pm انحراف استاندارد	مراکز غیر اختصاصی کرونا میانگین \pm انحراف استاندارد	F	سطح معنی‌داری	
اضطراب	۸/۴۹ \pm ۵/۳۱	۶/۵۴ \pm ۴/۲۱	۳/۶۴	۰/۰۵۸	۰/۰۱۱*
افسردگی	۹/۶۹ \pm ۶/۶۸	۸/۸۰ \pm ۶/۴۳	۰/۰۱	۰/۹۲۰	۰/۳۸۸
کیفیت خواب	۷/۷۳ \pm ۴/۴۶	۷/۶۱ \pm ۳/۹۵	۰/۴۶	۰/۴۹۷	۰/۸۵۵

* $p < 0/05$

بحث

سلامت روان مراقبین بهداشتی در زمان شیوع بیماری‌های اورژانسی تحت تأثیر عواملی مختلفی قرار می‌گیرد (۲۸ و ۲۹). در همین راستا، از آنجایی که مشکلات روانی باعث کاهش عملکرد فرد می‌شود، شناسایی آن‌ها در زمان شیوع بیماری‌های همه‌گیر از اهمیت بالایی برخوردار است (۳۰). لذا هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه مؤلفه‌های روان‌شناختی در کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی با کادر درمان مراکز غیر اختصاصی کرونا بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی کرونا با کادر درمان مراکز درمانی غیر اختصاصی کرونا از نظر اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش هاسیموسالار و همکاران (۳۹)، کای و همکاران (۴۰)، لای و همکاران (۱۰)، ژانگ و همکاران (۱۳)، حسن‌نیا و همکاران (۱۵)، لئو و همکاران (۴۱)، رحمانیان و همکاران (۴۲) و احمد و همکاران (۴۳) همسو بود، اما با نتیجه پژوهش شو - بردال و همکاران (۴۴) ناهمسو بود. در زمان شیوع بیماری سارس (همانند شیوع بیماری کووید-۱۹)، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی علاوه بر علائم جسمانی و شناختی اضطراب علایم دیگری شامل؛ احساس آسیب‌پذیری شدید، عدم اطمینان و تهدید زندگی را تجربه کردند (۴۵). نتایج پژوهشی نشان داد که، مراقبین بهداشتی درگیر مبارزه با کووید-۱۹ به دلیل قرار گرفتن در معرض بیماران

مبتلا به کووید-۱۹، خطر بالای عفونت ناشی از شرایط شغلی و فقدان داروها و استراتژی‌های مؤثر درمانی جهت مقابله با مشکلات سلامت روان، آسیب‌پذیری بیشتری دارند (۴۶ و ۱۳)، اما بر اساس شواهد موجود نشان داده شده که مراقبین بهداشتی به دلیل این که می‌توانند اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ را بهتر از سایر افراد درک و طبقه‌بندی کنند، از نظر ذهنی آمادگی بیشتری دارند (۴۷). این نتیجه با توجه به این واقعیت که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی درگیر در خط مقدم کووید-۱۹ در تلاش روزانه برای زنده نگه داشتن بیماران هستند، بسیار قابل درک است. همان‌طور که گفته شد، قرارگیری فرد در موقعیتی خطرناک می‌تواند سطح استرس و اضطراب فرد را به صورت قابل توجهی افزایش دهد. در همین راستا، کادر درمان درگیر با کرونا که در معرض مستقیم این بیماری قرار دارند، با عواملی مانند خطر انتقال کووید-۱۹ به خانواده، ترس ابتلا به کرونا، افزایش بارکاری، عدم امنیت شغلی، قرنطینه و سایر موارد مشابه قرار دارند که موجب اضطراب بیشتر آن‌ها نسبت به کادر درمان در مراکز درمانی غیر اختصاصی می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که، بین کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی کرونا و کادر درمان مراکز درمانی غیر اختصاصی کرونا از نظر افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش لویی و همکاران (۴۸) همسو بود، اما با نتایج پژوهش حسن‌نیا و همکاران (۱۵)،

مدت خواب تأثیر بگذارند (۵۴). نتایج پژوهشی در نیویورک نشان داد که، مراقبین بهداشتی در زمان شیوع کووید-۱۹ به صورت قابل توجهی اختلالات خواب را تجربه کردند (۵۵). حتی قبل از این که بیماری کووید-۱۹ به صورت رسمی شیوع پیدا کند، مراقبین بهداشتی زندگی خود را در معرض خطر قرار دادند تا با شرایط پیش آمده مقابله نمایند و شیوع این بیماری را تا حد امکان کاهش دهند. تمام این موارد برای آن‌ها طاقت‌فرسا بود و این مبارزه آن‌ها با بیماری کووید-۱۹ در دراز مدت برای آن‌ها خطرات بالایی می‌تواند داشته باشد که از جمله آن‌ها می‌توان به پریشانی هیجانی، اختلالات خواب و کاهش بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی اشاره کرد (۵۸-۵۶). با توجه به این که شیوع کووید-۱۹ منجر به احساس بی‌قراری، تحریک‌پذیری، نشخوار فکری، کابوس‌های شبانه و کاهش کیفیت زندگی گردید، به صورت قابل توجهی بر ساعات خواب کادر درمان تأثیر گذاشت. در همین راستا، با توجه به کاهش نیروهای درمانی در زمان شیوع کووید-۱۹، افزایش بارکاری و شیفت‌های کاری طولانی‌تر به میزان قابل توجهی کیفیت خواب کادر درمان تحت تأثیر قرار گرفت.

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت بود که به آن‌ها اشاره شده است. استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارشی برای جمع‌آوری اطلاعات یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، زیرا ممکن است شرکت‌کنندگان با سوگیری به سوالات پاسخ داده باشند، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده در

دی‌تلا و همکاران (۴۹) و کلیمکیویچ و همکاران (۵۰) ناهم‌سو بود. در تبیین این یافته می‌توان به یکسان بودن منبع استرس برای کارکنان بهداشتی اشاره کرد، که می‌تواند شامل پریشانی روان‌شناختی برای کادر درمانی خط مقدم (ساعت‌های طولانی کار، خستگی، خطر عفونت) و همچنین قرار دادن خانواده‌های آن‌ها در معرض خطر تهدید کننده زندگی (ابتلا به کووید-۱۹) باشد. به ویژه در بیماری کووید-۱۹ کارکنان بهداشتی خط مقدم با فشار کاری سنگینی روبرو هستند، که ممکن است منجر به فرسودگی آن‌ها شود (۵۱). با توجه به این که اخبار و میزان مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ موجب به خطر افتادن زندگی افراد گردید و آن‌ها را دچار ناامیدی، احساس پوچی، تغییرات در اشتها، تغییر در خلق و خود، مشکلات اقتصادی، محدودیت‌های اجتماعی و افزایش احتمال خودکشی کرده است، به صورت قابل توجهی ابتلا به افسردگی را در تمامی جمعیت‌ها افزایش داد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که، بین کادر درمان مراکز درمانی اختصاصی کرونا و کادر درمان مراکز درمانی غیر اختصاصی کرونا از نظر کیفیت خواب تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش وانگ و همکاران (۵۲) و جهرامی و همکاران (۵۳) هم‌سو بود، اما با نتایج پژوهش کلیمکیویچ و همکاران (۵۰) ناهم‌سو بود. به صورت کلی، قرار گرفتن در شرایط استرس‌زا در اغلب موارد رابطه‌ی معکوس با خواب دارد و استرس به صورت قابل توجهی می‌تواند بر کیفیت، زمان و

علاوه بر این، بین گروه‌های پژوهش از نظر اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

تقدیر و تشکر

این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه مقطع دکترای عمومی با کد اخلاق IR.YUMS.REC.1400.097 از دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می‌باشد، که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. نویسندگان این مقاله از تمامی کادر درمان مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به این دانشگاه که در این پژوهش شرکت کردند و از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج کمال تشکر و قدردانی را دارند.

کنار این پرسشنامه‌ها از مصاحبه‌های ساختار یافته استفاده گردد. محدودیت دیگر در مورد تعمیم‌پذیری نتایج است، زیرا پژوهش حاضر محدود به استان کهگیلویه و بویر احمد بوده است، لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های مشابه در استان‌های دیگر اجرا گردد و نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس است، در پژوهش‌های آینده به منظور افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. علاوه بر این، با توجه به نتایج پژوهش حاضر و نتایج پژوهش‌های قبلی پیشنهاد می‌گردد که وزارت بهداشت و تمامی سازمان‌های مرتبط با سلامت روان مراقبین بهداشتی برنامه‌ها و مداخلاتی مرتبط با شرایط استرس‌زا و ناخوشایندی که مراقبین بهداشتی در آن قرار دارند طراحی و اجرا نمایند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌گردد به شناسایی عوامل اضطراب‌زا پرداخته شود و تا حد امکان آن‌ها را تعدیل نمود. در همین راستا، پیشنهاد می‌گردد که با توجه به اضطراب بالای مراقبین بهداشتی خط مقدم، دستورالعمل‌های آموزشی و مداخله‌های روان‌شناختی مبتنی بر کاهش اضطراب طراحی و به وسیله مراکز درمانی اجرا گردد.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش حاضر، بین شرکت‌کنندگان در گروه‌های پژوهش از نظر ابتلای شرکت‌کنندگان به کرونا تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

REFERENCES

1. Pan X, Ojcius DM, Gao T, Li Z, Pan C, Pan C. Lessons learned from the 2019-nCoV epidemic on prevention of future infectious diseases. *Microbes and Infection* 2020; 22(2): 86-91.
2. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(5): 1729.
3. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7(4): e15-e6.
4. Li SW, Wang Y, Yang YY, Lei XM, Yang YF. Analysis of influencing factors of anxiety and emotional disorders in children and adolescents during home isolation during the epidemic of novel coronavirus pneumonia. *Chinese Journal of Child Health* 2020; 28(3): 1-9.
5. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2020; 277: 55-64.
6. Shammi M, Bodrud-Doza M, Islam ARMT, Rahman MM. COVID-19 pandemic, socioeconomic crisis and human stress in resource-limited settings: a case from Bangladesh. *Heliyon* 2020; 6(5): e04063.
7. Islam MS, Ferdous MZ, Potenza MN. Panic and generalized anxiety during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi people: An online pilot survey early in the outbreak. *Journal of Affective Disorders* 2020; 276: 30-7.
8. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA. Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine* 2021; 51(8): 1403-4.
9. Limcaoco RSG, Mateos EM, Fernández JM, Roncero C. Anxiety, worry and perceived stress in the world due to the COVID-19 pandemic, March 2020. *Preliminary Results MedRxiv* 2020; 75(4):309-22.
10. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open* 2020; 3(3): e203976-e.
11. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 50: 102014.
12. Leo YS, Chen M, Heng BH, Lee CC. Severe acute respiratory syndrome-singapore, 2003. *JAMA* 2003; 289(24): 3231.
13. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry* 2020; 11: 306.
14. Mahmud MS, Talukder MU, Rahman SM. Does 'Fear of COVID-19' trigger future career anxiety? An empirical investigation considering depression from COVID-19 as a mediator. *International Journal of Social Psychiatry* 2021; 67(1): 35-45.
15. Hassannia L, Taghizadeh F, Moosazadeh M, Zarghami M, Taghizadeh H, Dooki AF, et al. Anxiety and depression in health workers and general population during COVID-19 epidemic in Iran: a web-based cross-sectional study. *Neuropsychopharmacol Rep* 2020; 41(1): 40-9.
16. Awano N, Oyama N, Akiyama K, Inomata M, Kuse N, Tone M, et al. Anxiety, depression, and resilience of healthcare workers in Japan during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Internal Medicine* 2020; 59(21): 2693-9.
17. Tasnim R, Sujam M, Hossain S, Islam M, Ritu AH, Siddique M, et al. Prevalence and correlates of anxiety and depression in frontline healthcare workers treating people with COVID-19 in Bangladesh. *BMC Psychiatry* 2021; 21(1): 1-14.

- 18.Lange T, Dimitrov S, Born J. Effects of sleep and circadian rhythm on the human immune system. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010; 1193(1): 48-59.
- 19.Morin CM, Rodrigue S, Ivers H. Role of stress, arousal, and coping skills in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65(2): 259-67.
- 20.Stanton R, To QG, Khaledi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(11): 4065.
- 21.Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* 2020; 26: e923549-1.
- 22.Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research* 2020; 288: 112954.
- 23.Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020; 88: 901-7.
- 24.Şahin MK, Aker S, Şahin G, Karabekiroğlu A. Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. *Journal of Community Health* 2020; 45(6): 1168-77.
- 25.Sahebi A, Abdi K, Moayedi S, Torres M, Golitaleb M. The prevalence of insomnia among health care workers amid the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Journal of Psychosomatic Research* 2021; 149: 110597.
- 26.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. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7(3): 228-9.
- 27.Lin Y, Hu Z, Alias H, Wong LP. Knowledge, attitudes, impact, and anxiety regarding COVID-19 infection among the public in China. *Frontiers in public health*. 2020;8:236.
- 28.Lu YC, Chang YY, Shu BC. Mental symptoms in different health professionals during the SARS attack: a follow-up study. *Psychiatric Quarterly* 2009; 80(2): 107-16.
- 29.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. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2009; 54(5): 302-11.
- 30.Taylor MR, Agho KE, Stevens GJ, Raphael B. Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC Public Health* 2008; 8(1): 1-13.
- 31.Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine* 2001; 16(9): 606-13.
- 32.Terrill A, Hartoonian N, Beier M, Salem R, Alschuler K. The 7-item generalized anxiety disorder scale as a tool for measuring generalized anxiety in multiple sclerosis. *International Journal of MS Care* 2015; 17(2): 49-56.
- 33.Kircanski K, Mortazavi A, Castriotta N, Baker A, Mystkowski J, Yi R, et al. Challenges to the traditional exposure paradigm: Variability in exposure therapy for contamination fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2012; 43(2): 745-51.
- 34.Naeinian MR, Shairi MR, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Clinical Psychology & Personality(daneshvar raftar)* 2011; 3(4): 41-50.
- 35.Mahdizadeh S, Salari MM, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z, Avazeh A, et al. Relationship between sleep quality and quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans referred to Baqiyatallah hospital of Tehran, Iran. *Payesh(Health Monitor)* 2011; 10(2): 265-71.

36. Zeighami Mohammadi S, Shahparian M. Evaluation of sleep problems and its associated factors in male patients with systolic heart failure. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2012; 6:64-73.
37. Farhadi Nasab A, Azimi H. Study of patterns and subjective quality of sleep and their correlation with personality traits among medical students of Hamadan University of Medical Sciences. *Avicenna Journal of Clinical Medicine* 2008; 15: 11-5.
38. Ghaljaei F, Naderifar M, Ghaljeh M. Comparison of general health status and sleep quality between nurses with fixed working shifts and nurses with rotating working shifts. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2011; 13: 94094.
39. Hacimusalar Y, Kahve AC, Yasar AB, Aydin MS. Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *Journal of Psychiatric Research* 2020; 129: 181-8.
40. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* 2020; 26: e924171-1.
41. 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. *Epidemiology & Infection* 2020; 148: 98.
42. Rahmanian M, Kamali AR, Mosalanezhad H, Foroughian M, Kalani N, Hatami N, et al. A comparative study on anxiety of medical and non-medical staff due to exposure and non-exposure to the novel coronavirus disease. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2020; 23(5): 710-23.
43. Ahmed GK, Ramadan HK-A, Refay SM, Khashbah MA. Comparison of knowledge, attitude, socioeconomic burden, and mental health disorders of COVID-19 pandemic between general population and health care workers in Egypt. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery* 2021; 57(1): 1-11.
44. Schou-Bredal I, Bonsaksen T, Ekeberg Q, Skogstad L, Grimholt TK, Heir T. A comparison between healthcare workers and non-healthcare workers' anxiety, depression and PTSD during the initial COVID-19 lockdown. *Public Health in Practice* 2022; 3: 100267.
45. 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. *The British Journal of Psychiatry* 2004; 185(2): 127-33.
46. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020; 89: 531-42.
47. Hummel S, Oetjen N, Du J, Posenato E, De Almeida RMR, Losada R, et al. Mental health among medical professionals during the COVID-19 pandemic in eight European countries: cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research* 2021; 23(1): e24983.
48. Liu Y, Chen H, Zhang N, Wang X, Fan Q, Zhang Y, et al. Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders* 2021; 278: 144-8.
49. Di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2020; 26(6): 1583-7.
50. Klimkiewicz A, Schmalenberg A, Klimkiewicz J, Jasińska A, Jasionowska J, Machura W, et al. Covid-19 pandemic influence on healthcare professionals. *Journal of Clinical Medicine* 2021; 10(6): 1280.

51. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Moghadam AD, Farokhi E, Rezaei N. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *Journal of Clinical Virology* 2020; 126: 104345.
52. Wang S, Xie L, Xu Y, Yu S, Yao B, Xiang D. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occupational Medicine* 2020; 70(5): 364-9.
53. Jahrami H, BaHammam AS, AlGahtani H, Ebrahim A, Faris M, AlEid K, et al. The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep and Breathing* 2021; 25(1): 503-11.
54. Kalmbach DA, Cuamatzi-Castelan AS, Tonnu CV, Tran KM, Anderson JR, Roth T, et al. Hyperarousal and sleep reactivity in insomnia: current insights. *Nature and Science of Sleep* 2018; 10: 193-201.
55. Shechter A, Diaz F, Moise N, Anstey DE, Ye S, Agarwal S, et al. Psychological distress, coping behaviors, and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *General Hospital Psychiatry* 2020; 66: 1-8.
56. Alimoradi Z, Gozal D, Tsang HWH, Lin CY, Broström A, Ohayon MM, et al. Gender-specific estimates of sleep problems during the COVID-19 pandemic: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research* 2022; 31(1): e13432.
57. Alimoradi Z, Broström A, Tsang HWH, Griffiths MD, Haghayegh S, Ohayon MM, et al. Sleep problems during COVID-19 pandemic and its' association to psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 2021; 36: 100916.
58. Tasnim S, Rahman M, Pawar P, Chi X, Yu Q, Zou L, et al. Epidemiology of sleep disorders during COVID-19 pandemic: a systematic scoping review. *MedRxiv* 2020; 1-49

Comparing Psychological Symptoms in the Medical Staff of Specialized Medical Centers with the Medical Staff of Non-Specific Corona Centers

Shahamat M¹, Ahmadi SM^{2*}, Reisi S³, Malekzadeh M⁴

¹Department of Pediatrics, Yasouj University of Medical Sciences, Yasouj, Iran, ²Department of Internal Medicine, Yasouj University of Medical Sciences, Yasouj, Iran, ³Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran, ⁴Determinants of Health Research Center, Yasouj University of Medical Sciences, Yasouj, Iran

Received: 22 Oct 2022 Accepted: 19 Feb 2023

Abstract

Background & aim: The medical staff involved in the fight against the Covid-19 disease experience high physical and mental pressures. In this regard, it is necessary to investigate the psychological symptoms of healthcare workers at risk and compare them with other populations. Therefore, the present study was conducted with the aim of comparing psychological symptoms in the medical staff of specialized medical centers with the medical staff of non-specific Corona centers.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study of a comparative type that was conducted from August to December 2021. The statistical population was all the medical staff of specific and non-specific Corona medical centers of hospitals in Kohgiluyeh and Boyer Ahmed state in 2021. 169 of them were selected using the available sampling method. Questionnaires for demographic information, patient health (PHQ-9), generalized anxiety (GAD-7), and Pittsburgh sleep quality (PSQI) was used. SPSS-25 statistical software, descriptive indices, independent t-test, and chi-square (chi-square) test were used for data analysis.

Results: 97 people (57.40%) of the participants were in special medical centers for Corona and 72 people (42.60%) were in non-specific medical centers for Corona. There was a significant difference between the research groups in terms of the participant infected with Corona ($P < 0.05$). Also, there was a significant difference between the research groups in terms of anxiety ($P < 0.05$), but there was no significant difference between them in terms of depression and sleep quality ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the high anxiety of the frontline medical staff, it is necessary to design and implement trainings and interventions based on anxiety reduction for them.

Keyword: Anxiety, Depression, Sleep quality, Health centers, Coronavirus, Covid-19, Medical staff

*Corresponding Author: Ahmadi SM, Department of Internal Medicine, Yasouj University of Medical Sciences, Yasouj, Iran

Email: majdahmadi1385@yahoo.com

Please cite this article as follows: Shahamat M, Ahmadi SM, Reisi S, Malekzadeh M. Comparing Psychological Symptoms in the Medical Staff of Specialized Medical Centers with the Medical Staff of Non-Specific Corona Centers. Armaghane-danesh 2022; 28(2): 246-259.