

The Relationship between Diet Quality and Depression in Baqiyatallah Al-Azam Hospital Staffs

Soosan Ghasemi ¹, Karim Parastouei ², Mojtaba Sepandi ³, Hamdollah Jayervand ^{4,*}

¹ MSc of Psychology, Department of Psychology, Abdanan center, Islamic Azad University, Abdanan, Iran

² Assistant Professor of Nutrition, Health Research Center, Life Style Institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Associate Professor of epidemiology, Health Research Center, Life style institute, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Received: 12 September 2020 Accepted: 10 November 2020

Abstract

Background and Aim: Depression is one of the most common mental disorders worldwide and has been reported as a consequence of stressful work environments including hospitals. The aim of this study was to investigate the relationship between diet quality and depression in Baqiyatallah Al-Azam Hospital staff in Tehran, Iran.

Methods: This cross-sectional study was performed with the participation of 100 female staff working in Baqiyatallah Al-Azam Hospital in Tehran with mean age of 37.28 ± 7.98 years and mean body mass index of 26.54 ± 4.27 kg/m². Depression symptoms were assessed using the Beck Depression Inventory-II questionnaire. Food frequency questionnaire and Healthy Eating Index (HEI) were used to assess the quality of the diet. Nutritionist 4, SPSS software and Pearson correlation coefficient were used for data analysis. The significant level was considered less than 0.05.

Results: The findings of the study revealed that the mean and standard deviation of depression score in the subjects was 11.71 ± 7.7 . The mean and standard deviation of HEI index in women under study was 64.5 ± 8.1 . The correlation coefficient between diet quality and depression in employees was -0.592, which was significant at the level of 0.01.

Conclusion: The results of the study showed that the quality of diet has a significant and inverse effect on employee depression. Further studies, especially prospective ones, are needed to confirm these findings in military communities.

Keywords: Depression, Diet quality, Nurses

*Corresponding author: Hamdollah Jayervand , Email: Hamj6137@gmail.com

بررسی ارتباط کیفیت رژیم غذایی با افسردگی در کارکنان بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج)

سوسن قاسمی¹، کریم پرستویی²، مجتبی سپندی³، حمداله جایروند^{4*}

¹ کارشناس ارشد، روان شناسی، ایران، آبدانان، دانشگاه آزاد اسلامی مرکز آبدانان، گروه روان شناسی
² استادیار، دکترای تخصصی علوم تغذیه، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، پژوهشکده سبک زندگی، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی
³ دانشیار، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، پژوهشکده سبک زندگی، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی
⁴ استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از شایع ترین اختلال های روانی در سراسر جهان به شمار می رود و به عنوان یکی از پیامدهای محیطهای کاری پر تنش از جمله بیمارستان گزارش شده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه بین کیفیت رژیم غذایی با افسردگی در کارکنان بیمارستان بقیه الله اعظم (عج) تهران انجام شد.

روش ها: این مطالعه مقطعی با مشارکت 100 نفر از پرسنل زن شاغل در بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) تهران با میانگین سنی $37/28 \pm 7/98$ و میانگین نمایه توده بدن $26/54 \pm 4/27$ انجام شد. علایم افسردگی توسط پرسشنامه افسردگی بک-2 (Beck Depression Inventory-II) ارزیابی گردید. جهت ارزیابی کیفیت رژیم غذایی از پرسشنامه بسامد خوراک و شاخص Healthy Eating Index (HEI) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزارهای SPSS و Nutritionist4 و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و سطح معنی دار، کمتر از 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته ها: یافته های مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار امتیاز افسردگی در افراد تحت مطالعه $11/71 \pm 7/7$ بود. میانگین و انحراف معیار شاخص HEI در زنان تحت مطالعه $64/5 \pm 8/1$ محاسبه گردید. ضریب همبستگی کیفیت رژیم غذایی و افسردگی در کارکنان 0/592- بدست آمد که در سطح 0/01 معنادار بود.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد کیفیت رژیم غذایی اثر معناداری و معکوسی بر افسردگی کارکنان دارد. مطالعات بیشتر، به خصوص از نوع آینده نگر، برای تایید این یافته ها در جوامع نظامی مورد نیاز است

کلیدواژه ها: افسردگی، کیفیت رژیم غذایی، پرستاران

* نویسنده مسئول: حمداله جایروند³. پست الکترونیک: Email: Hamj6137@gmail.com

دریافت مقاله: 1399/01/22 پذیرش مقاله: 1399/08/20

افسردگی اختلالی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتها و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود و با تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و سایر ریتمهای بیولوژیک همراه است. افسردگی منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود(1). افسردگی یکی از شایع ترین اختلال های روانی در سراسر جهان به شمار می رود. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت بیش از 350 میلیون نفر از مردم دنیا از این اختلال رنج می برند. در سال 2000، افسردگی چهارمین رتبه از نظر بار بیماری ها را به خود اختصاص داد و پیش بینی می شود تا سال 2030 در جایگاه اول این رتبه-بندی در تمام گروه های سنی قرار گیرد به طوری که 15-12 درصد زنان و 12-5 درصد مردان در دوره های از زندگی دچار آن میشوند(2، 3). در ایران مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها نشان می دهد افسردگی سومین مشکل سلامتی در کشور است. طبق همین بررسی، اختلال افسردگی اساسی (افسردگی تک قطبی) در زنان در رده دوم (پس از بیماری های ایسکمی قلبی) و در مردان در جایگاه هفتم بار بیماری ها در کل جمعیت ایران قرار دارد. به طور متوسط 43-24 درصد جمعیت افراد 15 سال به بالای ایران مبتلا به افسردگی میباشند(4، 5). امروزه تنش شغلی به یک مشکل شایع و پرهزینه در محل کار تبدیل شده است. چرخش شیفت کاری، مدیریت ضعیف، سطوح بالای مسئولیت، فقدان آموزش در حین کار، تعداد ناکافی کارکنان، محل خدمت و درگیری در محل کار از جمله عوامل مشترک تنش زای محیط کاری میباشد(6). این در حالی است که اضطراب و افسردگی به عنوان پیامدهای محیطهای کاری پر تنش گزارش شده است(7). در این میان حرفه پرستاری به علت سختی کار از جایگاه ویژه ای برخوردار است و در برابر تنش و اختلالات روانی آسیب پذیری بیشتری دارند، بطوریکه نرخ خودکشی در پرستاران به طور قابل توجهی بالاتر از متوسط گزارش شده است و امید به زندگی آنان فقط یک سال بیشتر از کارگران معدن است(8). مطالعات نشان داده است، شرایط محیط کاری و نوع بخش، شیفتهای مختلف کاری خصوصاً شیفت شب با کنترل کم روی کار، حمایت اندک سرپرستان از جمله عوامل تنش زای شغل پرستاری است که میتواند منجر به بروز اضطراب و افسردگی در آنان شود(9، 10). لذا شرایط بحرانی و تنش زا موجود در بیمارستانها نه تنها باعث رنج و سختی پرستاران میشود، بلکه به احتمال زیاد کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار میدهد و سبب تأخیر و اجتناب از انجام وظایف میشود. این امر زمانی قابل توجه است که مشخص گردیده پرستاران בעلت سختی کار، رویارویی با حوادث پرمخاطره و دردناک یا فوت بیماران و جدال آنان با مرگ، مواجهه با خشونت، فاصله طبقاتی درون گروهی، ارتباط نامناسب نظام نظارتی، و حمایتی، رده های

شغلی و نوع بیمارستان محل خدمت در معرض کاهش سطح سلامت روانی و در نتیجه تأخیر در خدمت رسانی به بیماران قرار دارند(7). نتایج پژوهشها حاکی از آن است که پرستاران وقتی در معرض شرایط پر تنش محیطهای بیمارستانی قرار میگیرند، تغییرات جسمی، هیجانی و اجتماعی را تجربه میکنند که میتواند از نظر هیجانی، حساسیت در روابط بین فردی، پرخاشگری، اضطراب و افسردگی و از نظر اجتماعی و شغلی، بیزاری از کار و غیبتهای مکرر را سبب شود(11). با توجه به شیوع بالای افسردگی و بار قابل توجه اقتصادی و بهداشتی ناشی از این بیماری، بررسی عوامل خطر قابل اصلاح مرتبط با این اختلال، از جمله رژیم غذایی ضروری به نظر می رسد (12). تاکنون رویکرد متداول در زمینه بررسی ارتباط رژیم غذایی و افسردگی بر پایه مواد مغذی یا غذاهای خاص بوده است. اما با توجه به تداخل پیچیده میان مواد مغذی موجود در رژیم غذایی، بررسی جداگانه مواد مغذی یا غذاها تصویر کاملی از ارتباط بین رژیم غذایی و سلامت روانی ایجاد نمی کند. به همین جهت تحلیل کیفیت رژیم غذایی به عنوان یک رویکرد جامع، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. در این روش تصویر جامعی از مصرف غذاها و مواد مغذی به طور همزمان نشان داده می شود. با توجه به تعداد کم مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط کیفیت رژیم غذایی با افسردگی در کشور و نظر به شیوع بالای افسردگی در زنان مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین کیفیت رژیم غذایی با افسردگی در پرستاران بیمارستان بقیه الله اعظم (عج) تهران انجام شد.

روش‌ها

شرکت کنندگان در مطالعه مقطعی توصیفی و تحلیلی حاضر، پرستاران زن، شاغل در بیمارستان بقیه الله (عج) تهران بودند. تعداد 108 نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی بر اساس معیارهای زیرانتخاب شدند. 1-عدم مصرف داروهای ضد افسردگی

2- نداشتن مشکلات جسمی، مزمن 3- حداکثر سن 50 سال

نحوه ارزیابی علایم افسردگی

علایم افسردگی در زنان مورد مطالعه توسط پرسشنامه افسردگی بک-2 (BDI-II) ارزیابی شد. پرسشنامه افسردگی بک - 2 یک پرسشنامه خود ارزیابی 21 ماده ای است که شدت علایم افسردگی را میسنجد. هر ماده (نشانه بیماری) بر اساس شدت آن به چهار درجه تقسیم شده و از صفر تا سه نمره میگیرد. نمره صفر نشان دهنده پائین ترین میزان و نمره 3 نشان دهنده بالاترین میزان شدت تجربه یک نشانه افسردگی است. جمع نمرات هر پرسشنامه میتواند بین 0 تا 63 باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی شدت افسردگی در افراد

5 امتیاز می‌باشد. در صورتی کل سبزی‌ها دریافتی فرد بزرگ‌تر مساوی 1.1 فنجان به ازای هر 1000 کیلوکالری باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که سبزی نخورده باشد امتیاز صفر را می‌گیرد. سبزی‌ها برگ سبز و لوبیایا : حداکثر دارای 5 امتیاز می‌باشد. در صورتی مجموع سبزی‌ها برگ سبز تیره و لوبیایی دریافتی فرد بزرگ‌تر مساوی 0.2 فنجان به ازای هر 1000 کیلوکالری باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که سبزی‌ها برگ سبز تیره و لوبیایی نخورده باشد امتیاز صفر را می‌گیرد. غلات کامل : حداکثر دارای 10 امتیاز می‌باشد. در صورتی مجموع غلات کامل دریافتی فرد بزرگ‌تر مساوی 1.5 انس به ازای هر 1000 کیلوکالری باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که غلات کامل نخورده باشد امتیاز صفر را می‌گیرد. لبنیات : حداکثر دارای 10 امتیاز می‌باشد. در صورتی مجموع لبنیات دریافتی فرد بزرگ‌تر مساوی 1.3 فنجان به ازای هر 1000 کیلوکالری باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که لبنیات نخورده باشد امتیاز صفر را می‌گیرد. کل غذاهای پروتئینی: حداکثر دارای 5 امتیاز می‌باشد. در صورتی مجموع غذاهای پروتئینی فرد بزرگ‌تر مساوی 2.5 انس به ازای هر 1000 کیلوکالری باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که غذاهای پروتئینی نخورده باشد امتیاز صفر را می‌گیرد. غذاهای دریایی و پروتئین‌های گیاهی: حداکثر دارای 5 امتیاز می‌باشد. در صورتی مجموع غذاهای دریایی و پروتئین‌های گیاهی فرد بزرگ‌تر مساوی 0.8 انس به ازای هر 1000 کیلوکالری باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که غذاهای دریایی و پروتئین‌های گیاهی نخورده باشد امتیاز صفر را می‌گیرد. اسیدهای چرب : حداکثر دارای 10 امتیاز می‌باشد. در صورتی نسبت مجموع اسیدهای چرب غیراشباع با یک و چند پیوند دوگانه بر اسید چرب اشباع فرد بزرگ‌تر مساوی 2.5 باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی نسبت مجموع اسیدهای چرب غیراشباع با یک و چند پیوند دوگانه بر اسید چرب اشباع فرد کوچک‌تر مساوی 1.2 باشد، صفر می‌گیرد. غلات تصفیه‌شده : حداکثر دارای 10 امتیاز می‌باشد. در صورتی مجموع غلات تصفیه‌شده فرد کوچک‌تر مساوی 1.8 انس به ازای هر 1000 کیلوکالری انرژی دریافتی باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی مجموع غلات تصفیه‌شده فرد بزرگ‌تر مساوی 4.3 انس به ازای هر 1000 کیلوکالری انرژی دریافتی باشد، امتیاز صفر را می‌گیریم. حداکثر دارای 10 امتیاز می‌باشد. در صورتی سدیم دریافتی فرد کوچک‌تر مساوی 1.1 گرم به ازای هر 1000 کیلوکالری انرژی دریافتی باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که بزرگ‌تر مساوی 2 گرم به ازای هر 1000 کیلوکالری انرژی دریافتی باشد، امتیاز صفر را می‌گیرد. کالری حاصله از چربی‌های جامد، الکل و قندهای ساده: حداکثر دارای 20 امتیاز می‌باشد. در صورتی که کل انرژی تأمین‌شده از این موارد کمتر مساوی 19% از کل انرژی

بالاتر از 13 سال استفاده می‌شود. در این آزمون نمرات 0-13 حداقل افسردگی، 19-14 افسردگی خفیف، 28-20 افسردگی متوسط و 63-29 افسردگی شدید را نشان می‌دهد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و روایی و پایایی قابل قبولی دارد (13).

نحوه جمع آوری اطلاعات تغذیه‌ای

اطلاعات تغذیه‌ای افراد به این صورت جمع‌آوری گردید که دریافت‌های معمول غذایی افراد در طی یک سال گذشته با استفاده از پرسش‌نامه روا و پایایی بسامد خوراک (168 FFQ) آیتی جمع‌آوری گردید (14، 15). از افراد خواسته شد که فراوانی مصرف خود را در مورد هر قلم غذایی پرسشنامه، در طول یک سال گذشته برحسب روز، هفته، ماه و یا سال گزارش کنند. فراوانی مصرف گزارش‌شده برای هر قلم غذایی بر اساس پیمانه خانگی است به دریافت‌های روزانه برحسب گرم تبدیل شد. با توجه به کامل نبودن جدول ترکیبات ایرانی از نظر تعداد اقلام غذایی و ریزمغذی‌ها برای مشخص کردن میزان انرژی و مواد مغذی دریافتی از اقلام غذایی موجود در ترکیبات غذایی USDA استفاده شد، همچنین برای غذاهایی که مخصوص کشور خودمان می‌باشد و در جدول ترکیبات USDA وجود نداشتند از جمله اقلام غذایی مثل کشک، از جدول ترکیبات ایرانی استفاده شد. برای غذاهای ترکیبی (مانند پیتزا) نیز مواد مغذی بر اساس جمع مواد مغذی اقلام غذایی تشکیل‌دهنده آن غذا محاسبه گردید.

نحوه محاسبه شاخص تغذیه سالم 2010:

برای بررسی کیفیت رژیم غذایی از شاخص تغذیه سالم استفاده شد. برای محاسبه این شاخص داده‌های بدست آمده از پرسشنامه بسامد خوراک به نرم‌افزار 4 Nutritionist وارد و درشت مغذی و ریزمغذی‌های دریافتی کلیه افراد شرکت‌کننده در مطالعه محاسبه گردید. بعد از محاسبه کل درشت مغذی‌ها و ریزمغذی‌های دریافتی همه افراد، شاخص تغذیه‌ای سالم محاسبه شد. اجزاء شاخص تغذیه سالم عبارت‌اند از: کل میوه دریافتی، کل سبزی‌های دریافتی، غلات کامل، لبنیات، غذاهای دریایی و پروتئین‌های گیاهی، اسیدهای چرب، غلات تصفیه‌شده، سدیم، کالری حاصله از چربی‌های جامد، الکل و قندهای ساده. نحوه محاسبه امتیاز شاخص تغذیه سالم به شرح ذیل می‌باشد: کل میوه دریافتی : حداکثر دارای 5 امتیاز می‌باشد. در صورتی که فرد بزرگ‌تر مساوی 0.8 فنجان به ازای هر 1000 کیلوکالری میوه گرفته باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که هیچ میوه‌ای نخورده باشد امتیاز صفر را می‌گیرد. مصرف میوه به صورت کامل: حداکثر دارای 5 امتیاز می‌باشد. در صورتی که فرد بزرگ‌تر مساوی 0.4 فنجان به ازای هر 1000 کیلوکالری میوه کامل گرفته باشد، حداکثر امتیاز را می‌گیرد. در صورتی که هیچ میوه کاملی نخورده باشد امتیاز صفر را می‌گیرد. کل سبزی‌ها : حداکثر دارای

برای ارزیابی نرمال بودن توزیع متغیرهای کمی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای کمی از ضریب همبستگی پیرسون یا اسپیرمن با استفاده از نرم افزار SPSS و سطح معنی داری کمتر از 0/05 در نظر گرفته شد.

نتایج

با توجه به اینکه 8 پرسشنامه بصورت کامل پر نشده بود نتایج بر روی 100 نفر آنالیز گردید. خصوصیات دموگرافیک و آنتروپومتریک افراد شرکت کننده در مطالعه در جدول 1 نشان داده شده است.

دریافتی باشد، حداکثر امتیاز را می گیرد. در صورتی که بزرگ تر مساوی 50% کل انرژی دریافتی باشد، امتیاز صفر را می گیرد. مقادیر دریافتی بین حداقل و حداکثر به صورت نسبتی از این موارد بیان می شوند. در نهایت امتیاز برای هر فرد مقداری بین 0 تا 100 می تواند داشته باشد. عدد بالاتر نشان می دهد رژیم غذایی فرد از کیفیت بالاتری برخوردار است.

ملاحظات اخلاقی: برای تمام کارکنان شرکت کننده، در مورد روند اجرای طرح توضیحات کامل داده شد. از تمامی افراد فرم رضایت نامه کتبی دریافت گردید و اطلاعات آنها بصورت محرمانه نگهداری شد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

خصوصیات دموگرافیک و تن سنجی شرکت کنندگان در مطالعه (n=100)

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن بر حسب سال	37/28	7/98
وزن بر حسب کیلوگرم	69/85	11/42
قد بر حسب سانتی متر	162/30	6/10
نمایه توده بدن بر حسب کیلوگرم بر متر مربع	26/54	4/27

یافته های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمره های افسردگی و شاخص تغذیه سالم در نمونه های مورد پژوهش در جدول 2 نشان داده شده است.

جدول شماره 2 - میانگین و انحراف استاندارد نمره های افسردگی و شاخص تغذیه سالم در نمونه های مورد پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	11/71	7/7
کیفیت رژیم غذایی	64/5	8/1

بین کیفیت رژیم غذایی و افسردگی در سطح 0/01 رد می گردد و با احتمال 99 درصد می توان گفت که بین کیفیت رژیم غذایی و افسردگی در کارکنان رابطه ی معکوس و معناداری وجود دارد.

به منظور بررسی رابطه بین افسردگی با کیفیت رژیم غذایی در کارکنان بیمارستان بقیه الله اعظم (عج) از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول 3 نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول 3، فرضیه صفر در خصوص رابطه

جدول 4-5- نتایج ضریب همبستگی بین کیفیت رژیم غذایی و افسردگی در افراد تحت مطالعه

متغیر	افسردگی
کیفیت رژیم غذایی	ضریب همبستگی
	P-value
	-0/592
	0/01

غذایی سالم با افسردگی در برخی پژوهش ها گزارش شده است. از آن جمله، الگوی غذایی مدیترانه ای در اسپانیا، الگوی غذایی کامل (مقادیر زیاد میوه، سبزی و ماهی) در میانسالان انگلیسی، الگوی غذایی سنتی (مصرف بالای ماهی و میوه) و الگوی غذایی سالم در فرانسه با کاهش احتمال افسردگی مرتبط

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد کیفیت رژیم غذایی اثر معکوس و معناداری بر افسردگی در کارکنان بیمارستان بقیه الله اعظم (عج) دارد. به عبارت دیگر با افزایش کیفیت رژیم غذایی امتیاز افسردگی پایین تر است. ارتباط معکوس الگوی

اختلال های افسردگی ایفا کنند (24). ارتباط مثبت الگوی غذایی ناسالم با بیماری افسردگی را می توان این گونه توجیه کرد که غذاهای با چگالی انرژی بالا و ارزش غذایی پایین (نظیر غلات تصفیه شده، شکر، اسیدهای چرب ترانس و اشباع)، مقادیر کم آنتی اکسیدان-های طبیعی، فیبر و اسیدهای چرب امگا-3 باعث فعال شدن مسیرهای التهابی خواهند شد (25). سیتوکین های پیش التهابی ممکن است از طریق مهار بیان عامل نوروتروفیک مشتق از مغز (BDNF)، دخالت در متابولیسم انتقال دهنده های عصبی و کاهش پیش سازهای سروتونین نظیر تربیتوفان در ایجاد یا پیشرفت اختلال های افسردگی مؤثر باشند (26). به دلیل اینکه مطالعه حاضر بر روی زنان شاغل در بیمارستان بقیه ا... (عج) تهران انجام شد ممکن است قابل تعمیم به کل جمعیت مردان و زنان نباشد.

نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که پیروی از شاخص تغذیه سالم با کاهش میزان ابتلا به افسردگی در زنان پرسنل بیمارستان شایع در بیمارستان بقیه الله الاعظم (عج) همراه است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی عوامل مؤثر بر کیفیت رژیم غذایی مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

1. Park LT, Zarate CA. Depression in the Primary Care Setting. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(6):559-68.
2. Mokdad AH, Charara R, El Bcheraoui C, Khalil I, Moradi-Lakeh M, Kassebaum NJ, et al. The burden of mental disorders in the Eastern Mediterranean region, 1990–2015: findings from the global burden of disease 2015 study. *International journal of public health*. 2018;25:37.
3. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*. 2020;126:134-40.
4. MONTAZERI A, MOUSAVI SJ, OMIDVARI S, TAVOUSHI M, HASHEMI A, ROSTAMI T. Depression in Iran: a systematic review of the literature (2000-2010). 2013.
5. Sadeghirad B, Haghdoust A-A, Amin-Esmaili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-

بود (12, 16, 17). این رابطه معکوس در استرالیا با الگوی سستی (دریافت بالای سبزی، میوه، گوشت، ماهی و غلات کامل)، در ژاپن با الگوی ژاپنی (مصرف بالای سبزی، میوه، قارچ و محصولات سویا) در فنلاند با الگوی Prudent (مصرف بالای سبزی ها، میوه ها و غلات کامل) و در چین با الگوی میوه و سبزی نیز مشاهده شده است (18-21). برخلاف این مطالعه ها و ناهمسو با مطالعه حاضر، مطالعه ای بر روی زنان و مردان ژاپنی ارتباطی بین الگوی غذایی سالم با افسردگی را نشان نداد (22). از دلایل ناهمسو بودن مطالعه ذکر شده، می توان به سن افراد شرکت کننده در مطالعه ذکر شده اشاره کرد که بر روی افراد سالمند، مطالعه انجام شده بود و سبک زندگی افراد سالمند متفاوت است. در حالیکه در مطالعه ما میانگین سنی افراد 37 سال بود. همچنین در مطالعه دیگری در کشور ژاپن، الگوهای غذایی ماهی و غذاهای گیاهی و محصولات ماهی با افسردگی تک قطبی مرتبط نبود (23). از علل ناهمسو بودن مطالعه ذکر شده می توان به نوع بیماری در مطالعه ذکر شده اشاره کرد که در آن فقط افراد مبتلا به افسردگی تک قطبی مورد بررسی قرار گرفته بودند در حالیکه در مطالعه ما نوع خای از افسردگی مد نظر نبود. مکانیسم احتمالی مطرح شده برای ارتباط معکوس الگوی غذایی سالم و افسردگی به این صورت است که غذاهای غنی از سبزی ها، میوه ها و ماهی با داشتن اثرات آنتی اکسیدانی و ضد التهابی، احتمالاً می توانند نقش محافظت کننده ای در برابر

- Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: a systematic review and meta-analysis. *International journal of preventive medicine*. 2010;1(2):81.
6. Park Y-M, Kim SY. Impacts of job stress and cognitive failure on patient safety incidents among hospital nurses. *Safety and health at work*. 2013;4(4):210-5.
7. Watanabe N, Furukawa TA, Horikoshi M, Katsuki F, Narisawa T, Kumachi M, et al. A mindfulness-based stress management program and treatment with omega-3 fatty acids to maintain a healthy mental state in hospital nurses (Happy Nurse Project): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015;16(1):36.
8. Kölves K, De Leo D. Suicide in medical doctors and nurses: an analysis of the Queensland Suicide Register. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(11):987-90.
9. Leka S, Hassard J, Yanagida A. Investigating the impact of psychosocial risks and

- occupational stress on psychiatric hospital nurses' mental well-being in Japan. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2012;19(2):123-31.
10. Saijo Y, Yoshioka E, Kawanishi Y, Ito T, Nakagi Y, Yoshida T. Job Factors Related to Intention to Quit and Depressive Symptoms: Local Base Hospital Nurses. *International Journal of Epidemiology*. 2015;44(suppl_1):i104-i.
 11. McNeely E. The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. *Nursing outlook*. 2005;53(6):291-9.
 12. Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Alonso A, Schlatter J, Lahortiga F, Majem LS, et al. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(10):1090-8.
 13. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety*. 2005;21(4):185-92.
 14. Asghari G, Rezazadeh A, Hosseini-Esfahani F, Mehrabi Y, Mirmiran P, Azizi F. Reliability, comparative validity and stability of dietary patterns derived from an FFQ in the Tehran Lipid and Glucose Study. *British journal of nutrition*. 2012;108(6):1109-17.
 15. Mirmiran P, Esfahani FH, Mehrabi Y, Hedayati M, Azizi F. Reliability and relative validity of an FFQ for nutrients in the Tehran lipid and glucose study. *Public health nutrition*. 2010;13(5):654-62.
 16. Akbaraly TN, Brunner EJ, Ferrie JE, Marmot MG, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;195(5):408-13.
 17. Le Port A, Gueguen A, Kesse-Guyot E, Melchior M, Lemogne C, Nabi H, et al. Association between dietary patterns and depressive symptoms over time: a 10-year follow-up study of the GAZEL cohort. *PloS one*. 2012;7(12):e51593.
 18. Chan R, Chan D, Woo J. A prospective cohort study to examine the association between dietary patterns and depressive symptoms in older Chinese people in Hong Kong. *PLoS One*. 2014;9(8):e105760.
 19. Jacka FN, Pasco JA, Mykletun A, Williams LJ, Hodge AM, O'Reilly SL, et al. Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American journal of psychiatry*. 2010;167(3):305-11.
 20. Nanri A, Kimura Y, Matsushita Y, Ohta M, Sato M, Mishima N, et al. Dietary patterns and depressive symptoms among Japanese men and women. *European journal of clinical nutrition*. 2010;64(8):832-9.
 21. Ruusunen A, Lehto SM, Mursu J, Tolmunen T, Tuomainen T-P, Kauhanen J, et al. Dietary patterns are associated with the prevalence of elevated depressive symptoms and the risk of getting a hospital discharge diagnosis of depression in middle-aged or older Finnish men. *Journal of affective disorders*. 2014;159:1-6.
 22. Sugawara N, Yasui-Furukori N, Tsuchimine S, Kaneda A, Tsuruga K, Iwane K, et al. No association between dietary patterns and depressive symptoms among a community-dwelling population in Japan. *Annals of general psychiatry*. 2012;11(1):24.
 23. Noguchi R, HIRAOka M, Watanabe Y, Kagawa Y. Relationship between dietary patterns and depressive symptoms: difference by gender, and unipolar and bipolar depression. *Journal of nutritional science and vitaminology*. 2013;59(2):115-22.
 24. Jacka FN, Cherbuin N, Anstey KJ, Butterworth P. Dietary patterns and depressive symptoms over time: examining the relationships with socioeconomic position, health behaviours and cardiovascular risk. *PloS one*. 2014;9(1):e87657.
 25. Popa T, Ladea M. Nutrition and depression at the forefront of progress. *Journal of medicine and life*. 2012;5(4):414.
 26. Sanchez-Villegas A, Henriquez P, Bes-Rastrollo M, Doreste J. Mediterranean diet and depression. *Public health nutrition*. 2006;9(8A):1104-9.