

وضعیت سلامت روان در پرستاران نظامی

مینو اسدزندی^{۱*} PhD، رقیه سیاری^۱ MSc، عباس عبادی^۱ PhD

هرمز سنایی^۲ PhD

آدرس مکاتبه: گروه هوش بری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)، تهران، ایران
masadzandi@gmail.com

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۸/۸/۳

تاریخ اعلام وصول: ۸۸/۲/۲۹

چکیده

اهداف. سلامتی پرستاران به عنوان ارایه‌دهندگان مراقبت، در کیفیت مراقبت ارایه‌شده از سوی آنها بر بیماران تأثیرگذار است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی ابعادی از وضعیت سلامت روانی پرستاران نظامی بود.

روش‌ها. در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۲۷۲ نفر از پرستاران نظامی (۱۱۷ مرد و ۱۵۵ زن) به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه سلامت روانی ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28) با روش نمره‌گذاری لیکرت و نمره برش ۲۳ بود.

یافته‌ها. ۲۶٪ پرستاران دارای درجاتی از اختلال در سلامت روانی بودند. شیوع میزان اختلال در زنان بیشتر از مردان بود. همچنین میانگین نمرات پرستاران در مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی نسبت به دیگر موارد بالاتر بود. بین شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی و متغیرهای جنس و تأهل و اضافه‌کاری و سابقه کار ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت.

نتیجه‌گیری. مطالعه وضعیت سلامت روان پرستاران نظامی، اطلاعات ارزشمندی در زمینه برنامه‌ریزی پیشگیری در سطوح مختلف، آموزش مداوم، انجام معاینات دوره‌ای شاغلین، درمان و پیشگیری از بروز اختلالات روانی در اختیار سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و مدیران سیستم‌های بهداشت و درمان کشور قرار می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روانی، پرستار، پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی

مقدمه

از کشور؛ ۲- ماهیت این ارگان که دارای برخورد های جدی تر نسبت به محیط های دیگر است؛ و ۳- وسعت برنامه های علوم رفتاری نظامی، است [۱۴].

با توجه به این امر، پرستارانی که در محیط های نظامی، مشغول به کار هستند، علاوه بر فشار های شغلی و سنگینی مسئولیت های شدید کاری ناشی از شغل پرستاری، وظایف پشتیبانی در امور نظامی را نیز به عهده دارند. زیرا بیمارستان های نظامی در رده پشتیبانی، باید همواره آماده خدمت رسانی به افراد در مسایل بحرانی و بلایا باشد. از طرفی پرستاران شاغل در بیمارستان های نظامی در معرض استرس های مخصوص محیط های نظامی نظیر محدودیت آزادی های فردی، اجبار به پاسخ گویی در مقابل رفتار های انجام شده، انتظار و نگرانی از لحظه وقوع حادثه و رویارویی و مداخله در بحران ها قرار دارند [۱۵]. آن چه کمتر مورد توجه قرار گرفته بررسی و انتشار عوامل موثر در سلامت روان پرستاران بیمارستان های نظامی است. نیروهای نظامی به لحاظ مأموریت های ویژه حرفه ای، با مسایل شغلی بیشتری مواجه بوده، مشکلات روان شناختی بیشتری در مقایسه با کارکنان سایر مشاغل دارند [۱۶].

در هر حال، سلامت شرط ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است و انسان ها در صورتی می توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه، آنها را سالم بداند [۱۷]. یکی از مهم ترین حوزه های توسعه پایدار سلامتی در جوامع بشری بخش بهداشت و درمان است که ارتباط مستقیمی با سلامتی انسان ها و وظیفه حفظ و اعاده سلامتی را بر عهده دارد؛ تحقق این امر نیازمند درمانگرانی سالم و شاداب است. سلامتی پرستاران به عنوان ارایه دهندگان مراقبت، در کیفیت مراقبت ارایه شده از سوی آنها بر بیماران تأثیر گذاشته، لذا برای رسیدن به حداکثر کارایی در پرستاران لازم است آنها خود افرادی سالم باشند [۱۸، ۱۹].

عدم انجام مطالعه مشابه در داخل و خارج، به خصوص مکتوم نگهداشتن آمارهای افراد نظامی از محدودیت های این تحقیق به شمار می رود و به دلیل این مسایل مقایسه بین افراد مشابه مقدور نبود. با توجه به اهمیت و ضرورت ارتقای سلامت پرستاران و نقش آن بر کیفیت خدمات پرستاری، مطالعه حاضر با هدف بررسی ابعادی از وضعیت سلامت روانی پرستاران نظامی انجام شد.

روش ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است. جامعه مورد مطالعه پرستاران شاغل در بیمارستان های نظامی در زمستان ۱۳۸۷ بودند. در کل، ۳۱۰ پرسش نامه به صورت حضوری توزیع شد. با توجه به عدم تمایل تعدادی از نمونه ها برای شرکت در مطالعه و تکمیل پرسش نامه و مخدوش بودن برخی از پرسش نامه ها، در نهایت ۲۷۲ پرسش نامه قابل قبول به دست آمد.

بهداشت عامل مهمی در پیشرفت و اعتلای سطح تندرستی و رفاه جامعه است [۱]. بهداشت روانی از موضوعات مهمی است که در سال های اخیر مورد توجه جدی دانشمندان، مسئولان بهداشتی و سیاست گذاران دولتی قرار گرفته است. به طوری که سازمان بهداشت جهانی، بهداشت روانی را یکی از اصول مراقبت های اولیه بهداشتی در دستور کار کشورهای عضو قرار داده است. سلامت جسمی، روانی و اجتماعی لازمه رشد و شکوفایی انسان ها است [۲]. بهداشت روانی به معنی سلامت روان از دیدگاه های مختلف تعاریف متعددی دارد. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۴ سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط، فقدان بیماری یا معلولیت تعریف کرده است [۳] که در سالیان اخیر با گنجانیدن توانایی داشتن "زندگی مثمرتر از نظر اقتصادی و اجتماعی" این تعریف تقویت شده است [۴]. جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت و آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است [۵].

گزارش سازمان جهانی بهداشت نشان دهنده آن است که اختلالات روانی ۱۰٪ بالغین جامعه را گرفتار نموده است [۶]. براساس مطالعاتی که در اروپا و ایالات متحده امریکا انجام شده بین ۹ تا ۲۶٪ زنان و ۵ تا ۱۲٪ مردان در طول زندگی خود یک بیماری افسرده ساز عمده دارند و حدود ۴/۵ تا ۹/۳٪ زنان و حدود ۲/۳ تا ۳/۲٪ مردان در برهه ای از زمان به این اختلال دچار هستند [۷، ۸]. در ایران اختلالات روانی، ۲۱/۵٪ (۲۷/۷٪ در زنان و ۱۴/۹٪ در مردان) گزارش شده است [۹].

اشتغال و کار، بخش عمده ای از زندگی اجتماعی انسان را تشکیل می دهد. شغل از طریق فراهم آوردن زمینه مشارکت کارکنان در گروه های کاری در برآورده نمودن نیازهای اجتماعی انسان مانند نیاز به احترام نقش اساسی ایفا می کند [۱۰]. منابع انسانی در عصر حاضر به عنوان مهم ترین قابلیت سازمان و عمده ترین دارایی نامشهود است. این بارزترین سرمایه سازمان است که در کنار فناوری و منابع مالی، عنصری مهم و حیاتی در نیل به اهداف کمی و کیفی سازمان ها است [۱۱]. از عوامل موثر در سلامتی (تعیین کننده سلامت) می توان به عوامل ژنتیکی و فردی مانند سن، جنس، شغل و طبقه اجتماعی، عوامل محیطی، شیوه های زندگی مردم و وسعت و کیفیت ارایه خدمات اشاره کرد [۱۲]. مشکلات شغلی و شرایط کاری دشوار یکی از عوامل زمینه ساز اختلالات روانی است [۱۳]. مشاغل ممکن است به طور مستقیم یا غیرمستقیم فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روانی نمایند [۱]. مفهوم استرس های شغلی و فشار زیاد کار در هیچ حرفه ای آشکارتر از مجموعه های نظامی نیست. اصولاً عواملی که باعث تمایز نیروهای نظامی از دیگر سازمان ها در این امر شده عبارت از، ۱- مأموریت خطیر دفاع

آلفای معادل ۰/۸۸ را گزارش نمود [۲۰، ۲۱، ۲۲]. اطلاعات خام گردآوری شده (داده‌ها) در نرم‌افزار SPSS 15 وارد شد و با روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی مورد ارزیابی قرار گرفت. سطح معنی‌داری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی پرستاران مرد و زن به ترتیب برابر با $38/69 \pm 7/8$ و $4/93 \pm 35/53$ بود. ۱۱۷ پرستار (۴۳٪) مرد و ۱۵۵ پرستار (۵۷٪) زن بودند. شاخص‌های آماری مربوط به ویژگی دموگرافیک نمونه‌ها (جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، تحصیلات، وضعیت مسکن) در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات فردی پرستاران

مشخصه فردی	متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۱۱۷	۴۳
	زن	۱۵۵	۵۷
وضعیت تأهل	مجرد	۴۱	۱۵/۱
	متاهل	۲۲۹	۸۴/۲
تعداد فرزند	بدون فرزند	۳۷	۱۶/۲
	یک یا دو فرزند	۱۴۸	۶۴/۶
تحصیلات	سه یا بیشتر	۴۴	۱۹/۲
	کاردانی	۳۸	۱۴/۲
وضعیت مسکن	کارشناسی	۲۱۷	۸۱/۳
	کارشناسی ارشد	۱۲	۴/۵
وضعیت مسکن	شخصی	۱۶۵	۶۱/۶
	استیجاری	۹۲	۳۴/۳

در بررسی سوابق شغلی از نظر نوبت کاری $21/4\%$ از کارکنان، صبح کار ثابت و $78/6\%$ چرخشی (عصر و شب، صبح و شب) بودند. میانگین ساعات کار در هفته $55/27$ ساعت با انحراف معیار $0/47$ ساعت و میانگین سابقه کاری $4/44$ سال با انحراف معیار $2/42$ سال بود. ۱۹۱ نفر ($70/5\%$) دارای اضافه‌کار و ۸۰ نفر ($29/5\%$) فاقد اضافه‌کار بودند. 74% (۱۹۹ نفر) از کل واحدهای پژوهش دارای نمره زیر نمره برش و 26% (۷۰ نفر) دارای نمره بالاتر از نمره برش بودند. با در نظر گرفتن مقیاس‌های چهارگانه مورد بررسی پرسش‌نامه، $52/2\%$ (۱۴۲ نفر) از نظر اختلال در عملکرد اجتماعی مثبت بودند. 34% پرستاران (۹۴ نفر) علائم مربوط به اضطراب و اختلال در خواب داشتند. $10/7\%$ (۲۹ نفر) از پرستاران هم دارای افسردگی بودند. $22/8\%$ (۶۲ نفر) پرستاران از علائم جسمانی شکایت داشتند. شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی در پرستاران زن به‌طور معنی‌داری بیش از پرستاران مرد بود. این مقایسه بین ابتلا به اختلالات روانی و جنس اختلاف معنی‌داری نشان داد ($p = 0.04$). شیوع موارد مشکوک به افسردگی در افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل

نمونه‌گیری به روش احتمالی چندمرحله‌ای صورت پذیرفت. با مراجعه به دفتر پرستاری و آرایه معرفی‌نامه، هماهنگی لازم انجام شد. از نظر اخلاقی، احترام به شأن افراد مورد مطالعه و مشارکت داوطلبانه در نظر گرفته شد. امضا کردن فرم رضایت‌نامه برای مستند کردن شرکت آگاهانه و داوطلبانه انجام شد. با روش کدگذاری پرسش‌نامه به واحدهای مورد پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات آنان اطمینان قطعی داده شد و بالای هر پرسش‌نامه این مورد قید گردید. نتایج کلی حاصله بعد از بررسی نهایی در اختیار موسسه مزبور قرار گرفت. ۲۹ بخش بالینی از بیمارستانی نظامی در این مطالعه مشارکت داشتند. از هر بخش با توجه به تعداد پرستاران، تعداد نمونه کافی بر اساس لیست به روش تصادفی ساده انتخاب شد. با مراجعه حضوری به کارکنان انتخابی، هدف از تحقیق تشریح و پس از اعلام رضایت شرکت ایشان در تحقیق، مندرجات پرسش‌نامه و روش تکمیل آن بیان شد. با در نظر گرفتن مناسب نبودن شرایط بالینی بخش برای تکمیل پرسش‌نامه، وقت کافی به‌منظور تکمیل پرسش‌نامه در نظر گرفته شد. بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، محاسبه نمره زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت روان و نمره مجموع انجام گردید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه دویبخشی بود. بخش اول، پرسش‌نامه اطلاعات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، سابقه کار، ساعات کار در هفته، بخش محل فعلی کار، نوبت کاری و درآمد متوسط ماهانه، نوع خانه مسکونی، وسیله نقلیه و وضعیت اشتغال همسر بود. بخش دوم، پرسش‌نامه سلامت روانی ۲۸ سئوالی (GHQ-28) بود که شناخته‌ترین ابزار غربالگری در روان‌پزشکی و ارزیابی وضعیت سلامت روانی است. فرم ۲۸ سئوالی گلدبرگ و هیلبر (۱۹۷۹) در اقدامی به‌منظور افزایش میزان واریانس و براساس تحلیل عاملی روی فرم اصلی ساخته شد و تاکنون به ۳۶ زبان زنده دنیا ترجمه شده است. فرم ۲۸ سئوالی این پرسش‌نامه که در پژوهش حاضر از آن استفاده شد دارای ۴ مقیاس است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد که ۴ دسته از اختلالات غیرروانی شامل، ۱- نشانگان جسمانی؛ ۲- اضطراب و اختلالات خواب؛ ۳- اختلال در کارکردهای اجتماعی؛ و ۴- افسردگی و گرایش به خودکشی، را اندازه‌گیری می‌کند. مطالعاتی در ایران در این زمینه انجام گرفته است. یعقوبی و همکاران، در اعتباریابی پرسش‌نامه ۲۸ سئوالی سلامت روانی، نقطه برش ۲۳ را با روش لیکرتی گزارش نمودند و ضریب پایایی پرسش‌نامه (با روش بازآزمایی) $0/88$ گزارش شده است. در مطالعه پلاهنک، بهترین نقطه برش در مردان نمره ۲۲ با حساسیت و ویژگی ۸۸ و 79% و بهترین نقطه برش در زنان نمره ۲۱ با حساسیت و ویژگی ۸۸ و 79% به‌دست آمد که در این بررسی ضریب پایایی این پرسش‌نامه $0/91$ تعیین شد. گلدبرگ و ویلیامز، اعتبار تصنیفی این پرسش‌نامه را که برای ۸۳ نفر تکمیل شده بود، $0/95$ گزارش کردند. مطالعه‌ای مشابه در کشور هنگ کنگ ضریب

بررسی یافته‌ها نشان می‌دهد که میانگین سلامت روانی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه $12/17 \pm 19/02$ و در پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی و جراحی و اطفال $9/33 \pm 17/26$ بود که حاکی از آن است که پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی و جراحی و اطفال از سلامت روانی بهتری نسبت به پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه برخوردار بودند. ولی در آزمون آماری ارتباط معنی‌داری بین نوع بخش و سلامت روانی مشاهده نشد ($p=0/3$).

بحث

محاسبه آماری شاخص‌های مرکزی نشان داد که ۲۶٪ پرستاران شاغل در بیمارستان منتخب نظامی به نوعی مشکوک به اختلال روانی بودند. نتیجه‌ای از مطالعات مشابه در زمینه پرستاران نظامی در دست نبود تا مقایسه انجام شود ولی نتایج مطالعات انجام گرفته در زمینه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در ایران نشان می‌دهد که طیف شیوع اختلالات روانی از ۱۱/۹ تا ۲۳/۸٪ متفاوت است [۱۲، ۲۳]. مطالعات گذشته‌نگر حاکی است که میزان شیوع اختلالات روانی در پژوهش‌هایی که در آنها از فرم ۲۸ سؤالی پرسش‌نامه سلامت روانی استفاده شده از ۲۱ [۳] تا ۲۶/۹٪ متغیر است [۲۴]. نتایج این پژوهش با مطالعات ذکر شده هم‌خوانی دارد. نوربایلا و همکاران در مطالعه‌ای که در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ ساله و بالاتر در ایران انجام دادند، میزان ابتلای افراد جامعه به اختلالات روانی را ۲۱٪ گزارش نمودند [۹]. نتیجه ۲۶ درصدی در این پژوهش نشان می‌دهد که سلامت روان پرستاران در مقایسه با سایر مردم جامعه در معرض خطر بیشتری است. در این زمینه خاقتی‌زاده و همکاران در تحقیقی که در مورد سطح سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام دادند، میانگین نمره سلامت روان را ۲۳/۲۹ گزارش نمودند [۲۵]. همچنین طبق نتایج حاصل از مطالعه بررسی سلامت روان کارکنان بیمارستان‌های شیراز، ۴۵/۶٪ کارکنان دارای اختلال روانی بودند [۲۶]. پیرامون میزان شیوع اختلال در سلامت روان پرستاران در سایر نقاط دنیا اعداد متفاوتی گزارش شده است. در مطالعه رابرتز و همکاران، شیوع اختلالات روانی ۲۵٪ گزارش شده است [۲۶]. در انگلستان، میزان شیوع اختلال در سلامت روان پرستاران ۲۸/۵٪ و در جمعیت عمومی ۱۷/۸٪ ذکر گردیده است [۲۷]. در مطالعه پویزونت و همکاران نیز پرستاران بالاترین نمره GHQ را داشتند [۲۸]. در تایوان میزان شیوع اختلال در سلامت روان پرستاران ۴۸/۸٪ [۲۹] و در جمعیت عمومی ۳۳/۳٪ گزارش شده است [۳۰]. نتایج مطالعه تاکاهاشی و همکاران نیز نشان داد که ۷۲/۷٪ پرستاران دارای سلامت روانی مطلوب بودند که کاملاً با یافته‌های پژوهش حاضر مطابقت دارد [۱۷]. در حالی که نتایج مطالعه سوزوکی و همکاران بیان می‌کند که ۳۱/۲٪ پرستاران از نظر سلامت روانی در وضعیت

بود که در این میان بین اختلالات عملکرد جسمانی و اضطراب و افسردگی و جنس اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($p=0/002$). یافته‌های جدول ۲ که میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس سلامت روانی پرستاران را نشان می‌دهد حاکی از آن است که خرده‌مقیاس‌های اختلال در عملکرد اجتماعی و اضطراب و اختلال در خواب نسبت به افسردگی و علائم جسمانی از نمرات بالاتری برخوردارند.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس سلامت روانی پرستاران.

متغیر	میانگین	انحراف معیار
اختلالات جسمانی	۴/۳۹	۳/۶۱
اضطراب و اختلال خواب	۵/۲۶	۴/۱۷
اختلال در عملکرد اجتماعی	۶/۴	۲/۸۱
افسردگی	۲/۲۵	۳/۱۸
سلامت روانی	۱۸/۵	۱۱/۴۱

جدول ۳ میانگین نمره کل سلامت روان و خرده‌مقیاس‌های آن را در جمعیت جهان و جمعیت عمومی ایران و قشر پرستاران (نظامی)، مورد مقایسه قرار می‌دهد [۹، ۳۴].

جدول ۳) مقایسه شیوع افسردگی، علائم اضطرابی، علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و اختلالات روانی در مطالعات جمعیت‌شناسی، مطالعات جمعیتی ایران و پژوهش حاضر

متغیرهای وضعیت سلامت روان	مطالعات جمعیت‌شناسی (%)	مطالعات جمعیت ایران (%)	پژوهش حاضر (%)
افسردگی	۱۱/۲	۲۱	۱۰/۷
علائم اضطرابی	۴۳/۲	۲۰/۸	۳۴
علائم جسمانی	۳۴/۵	۱۷/۹	۲۲/۸
اختلال در عملکرد اجتماعی	۷۹/۵	۱۴/۲	۵۲/۲
اختلالات روانی	۴۵/۴	۲۰/۹	۲۶

انجام آزمون آماری T مستقل دلالت به این دارد که بین ابتلا به اختلالات روانی در افراد مورد مطالعه و سطوح مختلف تحصیلی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/07$). این مقایسه بین ابتلا به اختلالات روانی و سن نیز اختلاف معنی‌داری نشان نداد ($p=0/06$). بین ابتلا به اختلالات روانی و سابقه کار ($p=0/03$) و اضافه‌کاری ($p=0/01$) و رضایت از درآمد ماهیانه ($p=0/031$) اختلاف معنی‌دار بود. بررسی یافته‌ها نشان می‌دهد که ۲۲/۴٪ پرستاران نوبت کاری ثابت دارای سلامت روانی نامطلوب بودند که این میزان در مقایسه با پرستاران شیفت در گردش ۲۶/۸٪ بود. در بررسی زیرمقیاس‌ها، میانگین افسردگی و تمایل به خودکشی در پرستاران نوبت کاری ثابت $4/92 \pm 2/7$ و در پرستاران شیفت در گردش $6/11 \pm 4/41$ بود.

با استناد به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که پرستاران امروز بیماران بالقوه فردا هستند. توجه به سلامت پرستاران که خود مسئول سلامت بیماران و جامعه هستند از اهمیت بسزایی برخوردار است [۱۷].

در این پژوهش اختلاف معنی‌دار بین اختلالات روانی و اضافه‌کاری وجود داشت. در مطالعه چانگ و همکاران مشخص گردید که استرس محل کار، حمایت در محیط کار، سابقه کار در واحد مربوطه و بار کاری اضافه‌تر از عوامل موثر بر سلامت روان پرستاران هستند و نشان دادند که بار کاری زیاد ارتباط معنی‌دار با سلامت روان پرستاران دارد [۳۶] که نتایج تحقیق آنها در مورد اضافه‌کار با تحقیق ما هم‌سویی دارد. در پژوهش حاضر اختلاف معنی‌دار بین اختلالات روانی و سابقه کار وجود داشت. پرستاران با سابقه کار زیر ۹ سال نمرات GHQ بالاتری داشتند. وانگ و همکاران نشان دادند که عامل استرس خصوصاً در بین پرستاران با سابقه کمتر تهدیدکننده سلامت روان است؛ بنابراین انتظار می‌رود سلامت روان پرستاران با سابقه کمتر نسبت به پرستاران با سابقه کاری بالاتر در معرض خطر باشد [۳۷]. شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی در پرستاران زن به‌طور معنی‌داری بیش از پرستاران مرد بود. نسبت سنی برای بیماری‌هایی مانند افسردگی و اضطراب در زن‌ها بیشتر از مردان است. در مطالعه‌ای که توسط کلینیک پرستاری آمریکا انجام شد نشان داده شد که اختلالات روانی در زنان دو برابر مردان است؛ اعظم این مشکلات شامل افسردگی و اضطراب هستند [۳۸].

پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی و جراحی و اطفال از سلامت روانی بهتری نسبت به پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه برخوردار بودند. در مطالعات انجام شده توسط صاحبی در بین پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه، نشانه‌های اختلال روانی بیشتر مشاهده شده است [۲۶] که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. مواردی مانند محیط کار پراسترس، کار با بیماران بدحال، ساعت کار طولانی، خستگی مفرط و غیره در این بخش‌ها می‌تواند سلامت پرستاران را تهدید کند. در مطالعاتی که در سال ۲۰۰۸ در کارکنان بیمارستان انجام شد عواملی مانند شلوغی و ازدحام بیمار بر سلامت روانی کارکنان تأثیرگذار بوده و باعث افزایش مرخصی استعلاجی پرستاران شده است [۳۹]. غربالگری و پایش سلامت به مفهوم شناسایی بیماری در مراحل قبل از بیماری در جوامع انسانی از پیشینه تاریخی زیادی برخوردار است [۴۰].

نتیجه‌گیری

اختلالات روانی به‌ویژه اختلال در عملکرد اجتماعی در بین پرستاران نظامی شیوع بالایی دارد. از آن‌جا که پرستاران شاغل در بیمارستان‌های نظامی در معرض استرس‌های مخصوص محیط‌های نظامی نظیر محدودیت آزادی‌های فردی، اجبار به پاسخ‌گویی در مقابل

مطلوب و ۶۸/۸٪ در وضعیت نامطلوب قرار دارند که با یافته‌های پژوهش حاضر مغایرت دارد [۳۱]. در ضمن در مطالعاتی که سلامت روانی کارکنان نظامی را مورد بررسی قرار داده‌اند، میزان اختلالات روانی ۲۸/۶٪ ذکر شده که تقریباً با این پژوهش هم‌خوانی دارد [۳۲]. هم‌چنین تحقیقات انجام‌شده در سایر کشورها نیز میزان شیوع اختلال در سلامت روان پرستاران را نسبت به سایر اقشار جامعه بالاتر گزارش کرده‌اند. سلامت روان پرستاران به دلایل متعددی نسبت به سایر اقشار جامعه در معرض خطر است که از مهم‌ترین این دلایل می‌توان به ماهیت استرس‌زایی این حرفه، فشار کاری، رویارویی با موقعیت‌های غیرمترقبه، نوبت کاری، عوامل سازمانی و عوامل فردی اشاره کرد [۳۳].

با در نظر گرفتن مقیاس‌های چهارگانه مورد بررسی پرسش‌نامه، ۵۲/۲٪ افراد از نظر اختلال در عملکرد اجتماعی مثبت بودند. میانگین نمرات پرستاران در مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی از نمره هنجار بالاتر است که با نتایج مطالعه خاقانی‌زاده و همکاران، صاحبی و همکاران و زمانیان و همکاران هم‌سویی دارد. اختلال در عملکرد اجتماعی در پرستاران به علت ماهیت نوبت کاری در شغل پرستاری است که باعث می‌شود این گروه از تعاملات اجتماعی محروم باشند [۲۵]. براساس مطالعات گزارش‌شده انستیتو بین‌المللی بهداشت و ایمنی کار، پرستاران از نظر بروز بیماری‌های روانی در رتبه ۲۷ از ۱۳۰ حرفه هستند [۳۴].

در بررسی نتایج، ۳۴/۶٪ پرستاران علایم مربوط به اضطراب و اختلال در خواب داشتند. ۱۰/۷٪ افراد دارای افسردگی بودند. ۲۲/۸٪ پرستاران از علایم جسمانی شکایت داشتند. شاید ماهیت کار پرستاری که به‌صورت شیفت در گردش و کار در شیفت شب است، توجیهی برای افزایش میزان اختلال خواب باشد. این نتیجه با یافته‌های موکه و همکاران مبنی بر این که شیفت در گردش باعث ایجاد اثرات مضر روان‌شناختی در پرستاران می‌گردد، قابل توجیه است [۳۵].

نتایج این مطالعه نشان داد پرستارانی که در شیفت ثابت کار می‌کنند در مقایسه با پرستاران شیفت در گردش از سلامت روانی مطلوب‌تری برخوردار هستند. مطالعات متعددی نشان می‌دهد که کار شیفتی می‌تواند اثرات منفی بر عملکرد شغلی، کیفیت خواب، سلامت فیزیکی، سلامت روانی، زندگی اجتماعی، مصرف بی‌رویه داروهای مختلف و سطح تحمل تنش‌های شغلی داشته باشد [۱۷]. نتایج مطالعه پیر و /رین یافته پژوهش حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد. وی در پژوهش خود نشان داد که سلامت جسمی و روانی پرستاران شیفت در گردش نسبت به پرستاران شیفت ثابت نامطلوب‌تر بود. او معتقد است بهبود سلامت روانی پرستاران مستلزم داشتن شیفت‌های کاری ثابت است. با توجه به این که شیفت‌های مختلف کاری به‌خصوص شیفت شب باعث اختلال در ریتم خواب و بیداری پرستاران شده و در کنار سایر موارد مانند محیط کار پراسترس، کار با بیماران بدحال، ساعت کار طولانی، خستگی مفرط و ... می‌تواند سلامت پرستاران را تهدید کند.

۱۰- علامه محسن. توسعه الگوی کیفیت زندگی والتون بر مبنای ارزش‌های اسلامی (با تاکید بر نهج‌البلاغه) و تعیین آن بر کاهش تنیدگی روانی [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۸.

۱۱- تیموری‌نژاد حسین، امینی غلامعلی. منابع انسانی با کلید طلایی رقابت. ماهنامه تدبیر. ۱۳۸۴؛ ۱۶(۶): ۹-۲۶.

۱۲- حاتمی حسین، رضوی سیدمنصور، افتخاراردبیلی حسن، مجلسی فرشته، سیدنوزادی محسن، پریزاده سیدمحمدجواد. بهداشت عمومی. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۵.

۱۳- سادوک بنیامین جیمز، سادوک ویرجینیا. خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک. رفیعی حسن، سبحانیان خسرو، مترجمان. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۴.

۱۴- میرزمانی محمود. کاربرد روان‌شناسی در نیروهای نظامی. تهران: مرکز برنامه‌ریزی و تالیف کتاب‌های درسی؛ ۱۳۸۵.

۱۵- یاسایی ایرج، احمدی خدابخش، کولیوند علیرضا. استرس در خلبانان نظامی، بررسی شیوع علایم اختلالات روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در خلبانان. مجله طب نظامی. ۱۳۸۱؛ ۴(۱۴): ۷-۲۳۱.

۱۶- محمدی عیسی. بررسی عوامل موثر بر رضایتمندی شغلی نیروهای نظامی. تهران: دفتر امور زنان سپاه، سازمان استعدادهای درخشان؛ خلاصه مقالات همایش بهداشت روانی و خدمات مشاوره‌ای، ۱۳۸۲.

۱۷- سلیمانی محمدعلی، نصیری‌زیا فریبا، ذونعمت کرمانی اکرم، حسینی فاطمه. مقایسه سلامت روانی پرستاران شاغل در شیفت‌های ثابت و شیفت درگردش. فصل‌نامه پرستاری ایران. ۱۳۸۶؛ ۲۰(۵۰): ۲۸-۱۲.

۱۸- اسفندیاری غلامرضا. بررسی میزان فرسودگی در کادر پرستاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۱۳۸۱؛ ۱۶(۱): ۵-۳۱.

۱۹- قاسم‌زاده فرزانه. بررسی تاثیر آرام‌سازی بر تنش ناشی از محیط کار پرستاران مشهد. مجله پرستاری و جامعه. ۱۳۸۱؛ ۱۲: ۸-۶.

20- Molina JD, Andrade-Rosa C, Gonzalez-Parra S, Blasco-Fontecilla H, Real MA, Pintor C. The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): A scaled version for general practice in Spain. Eur Psychiatry. 2006;21(7):478-86.

۲۱- ابراهیمی امراله، مولوی حسین، موسوی غفور، برنامه‌نمیش علیرضا، یعقوبی محمد. ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسش‌نامه سلامت روانی ۲۸ (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی. دوفصل‌نامه تحقیقات علوم رفتاری. ۱۳۸۶؛ ۱۲(۹): ۵-۱۲.

۲۲- کافی سیدموسی. بررسی شیوه‌های رویارویی با تنیدگی روانی و ارتباط آن با سلامت روان در نوجوانان مدارس عادی و خاص شهر تهران [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۷۵.

۲۳- باقری‌یزدی سیدعباس، بوالهروی جعفر، شاه‌محمدی داوود. بررسی اپیدمیولوژیکی اختلالات روانی در مناطق روستایی مینو. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۷۱؛ ۱۱(۱): ۳۲-۴۲.

۲۴- محمدی محمدرضا، رهگذر مهدی، باقری‌یزدی سیدعباس، مسگرپور بیتا، نیکناش جهان، داودنیا بهنام. همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان اردبیل. مجله پزشکی ارومیه. ۱۳۸۳؛ ۳(۵۷): ۸۳-۱۷۴.

۲۵- خاقانی‌زاده مرتضی، سیرتی‌نیر مسعود، عبدی فتانه، کاویانی حسین. بررسی سطح سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی. فصل‌نامه اصول بهداشت روانی. ۱۳۸۵؛ ۸(۳۱-۳۲): ۸-۱۴۱.

۲۶- صاحبی لیلیا، آیت‌اللهی سیدمحمدتقی. عوامل خطر میگرن و سردردهای تنشی در کارکنان بیمارستان‌های شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۱۳۸۵؛ ۲۹(۳): ۹-۱۳.

27- Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: Prospective study. Br Med J. 2000;32:1432-6.

رفتارهای انجام‌شده، انتظار و نگرانی از لحظه وقوع حادثه و رویارویی و مداخله در بحران‌ها قرار دارند، توجه بیشتر مسئولان در این زمینه ضروری به‌نظر می‌رسد.

توجه به نیروی انسانی به‌عنوان عامل اساسی در بهره‌وری سازمان ضروری است. انجام دوره‌های تحقیقات در مورد سلامت روان پرستاران به‌ویژه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های نظامی، امری ضروری و در راستا با تلاش‌های پیشگیرانه نظام سلامت است. انجام تحقیقات مقایسه‌ای سلامت روان بین پرستاران شاغل در کشورهای مختلف تفاوت سطح رفاهی و شغلی این قشر را مشخص خواهد کرد و زمینه‌ساز مطالبات تعویقی این قشر فعال و صبور خواهد بود. در گزینش نیروهای جدید وضعیت روان‌شناختی و سطح بهداشت روان باید به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین ملاک‌های استخدام، بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این مطالعه با حمایت مالی دانشکده پرستاری انجام شده است. نویسندگان از کلیه مشارکت‌کنندگان در این مطالعه و هم‌چنین از همکاری صمیمانه سرکار خانم سهیلا متوسل که زحمات زیادی را متقبل گردیدند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

منابع

۱- حاجی‌آقاجانی سعید، اسدی‌نوقابی احمدعلی. روان‌پرستاری. تهران: انتشارات بشری؛ ۱۳۸۷.

۲- کوشان محسن، واقعی سعید. روان‌پرستاری بهداشت روان. چاپ سوم. تهران: انتشارات اندیشه رفیع؛ ۱۳۸۶.

۳- کاپلان هارولد، سادوک بنیامین. خلاصه روان‌پزشکی. پورافکاری نصرت‌اله، مترجم. تهران: انتشارات شهرآب؛ ۱۳۷۹.

۴- مروتی‌شریف‌آباد محمدعلی. بهینه‌سازی الگوی ارتقاء سلامت و ارزیابی به‌کارگیری آن همراه با تئوری آموزش بزرگسالان [پایان‌نامه دکتری]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۵.

۵- اکبری محمداسماعیل. کتاب جامع بهداشت عمومی. قابل دسترس از: http://www.elib.hbi.ir/persian/public_health_ebook

۶- فروزنده‌نسرین، دل‌آرام معصومه، دریس فاطمه. بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان شبانه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. فصل‌نامه دانشکده‌های پرستاری و مامایی استان گیلان. ۱۳۸۱؛ ۱۳(۵۳): ۷-۴۶.

۷- بلک‌برن ماری، دیویدسون کیتام. شناخت‌درمانی افسردگی و اضطراب. توننده‌جانی حسن، مترجم. تهران: انتشارات سماط؛ ۱۳۷۴.

8- Shariati M, Yunesian M, Vash JH. Mental health of medical student: Across sectional study in Tehran. Psycho Rep. 2007;100(2):346-54.

۹- نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری‌یزدی سیدعباس، یاسمی محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم. ۱۳۸۱؛ ۵(۱): ۱-۱۰.

۳۴- مهرابی طیبیه، قضاوی زهره. بررسی وضعیت سلامت روانی زنان پرستار شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۱۳۸۲. مجله بهداشت و سلامت. ۱۳۸۳؛۱(۲):۵-۱.

35- Muecke S. Effects of rotating night shifts: Literature review. *J Adv Nurs*. 2005;50(4):433-9.

36- Chang EM, Daly J, Hancock KM, Bidewell JW, Johnson A, Lambert VA, et al. The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics and health in Australian nurses. *J Prof Nurs*. 2006;22(1):30-8.

37- Wong D, Sharon SK, Christopher K, Deie O. Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: The roles of nursing stresses and coping strategies. *Online J Issues Nurs*. 2001;2:125-9.

38- Robynn Z, Ellen O. Women's mental health: Depression and anxiety. Philadelphia: The Nursing Clinics of North America; 2009.

39- Virtanen M. Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *Am J Psychiatry*. 2008;165(11):1482-6.

40- Morabia A, Zhang FF. History of medical screening: From concepts to action. *Postgrad Med J*. 2004;80(946):463-9.

28- Poissonnet CM, Lwatsubo Y, Cosquer M, Quera Salva MA, Caillard JF, Veron M. A cross-sectional study of the health effect of work. *J Hum Ergology*. 2001;30(1-2):387-91.

29- Yang MS, Pan SM, Yang MJ. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. *Psychiatry*. 2004;58(6):636-41.

30- Cheng TA. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychol Med*. 1988;18:953-68.

31- Suzuki K, Ohaida T, Kaneita Y, Yagi Y, Yokoyama E, Uchiyama M. Mental health status, shiftwork and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J Occup Health*. 2004;6:448-54.

۳۲- علیشیری غلامحسین، محبی حسنعلی، احمدزاده اصل مسعود. بررسی وضعیت سلامت جسمی کارکنان سپاه پاسداران در سطح شهر تهران. مجله طب نظامی. ۱۳۸۴؛۷(۲):۹-۱۳۱.

۳۳- زمانیان اردکانی زهرا، کاکویی حسین، آیت‌اللهی محمدتقی، کریمیان سیدمرتضی، نسل‌سراجی جبرئیل. بررسی وضعیت سلامت روانی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر شیراز. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی. ۱۳۸۴؛۵(۴):۵۴-۴۷.