

بررسی وضعیت سلامت روانی در کارکنان بیمارستانهای شیراز

لیلا صاحبی^۱ - دکتر سید محمدتقی آیت‌اللهی^۲

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روانی لازمه حفظ دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه و تأمین آن هدف اصلی اجرای برنامه‌های بهداشت روان در جامعه می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی) کارکنان بیمارستانهای شیراز، تأثیر عوامل خطر حرفه‌ای - فردی بر سلامت روانی کارکنان و رابطه بین سردرد و وضعیت سلامت روانی کارکنان انجام شد. **روش تحقیق:** در این مطالعه که در سال ۱۳۸۴ انجام شد، تعداد ۱۰۲۳ نفر (۲۰٪ کارکنان بیمارستانها) به روش تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از سه پرسشنامه «ویژگیهای فردی- شغلی»، «وضعیت سلامت روانی کارکنان با استفاده از سؤالات ۲۸ GHQ» و «پرسشنامه بین‌المللی سردرد HIS جهت غربالگری افراد دارای سردرد و تأیید تشخیص نوع سردرد با معیارات بالینی یک نفر متخصص مغز و اعصاب» جمع‌آوری شدند؛ سپس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون Mann-Whitney در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: ۴۵/۶٪ از کارکنان، دارای اختلالات روانی بودند (۲۷/۶٪ از کارکنان مذکر و ۵۴/۳٪ از کارکنان زن) ($P < 0/0001$). میانگین نمرات در بُعد نشانه‌های جسمانی ۶/۷۲، اضطراب ۶/۶۷، عملکرد اجتماعی ۶/۴۸، افسردگی ۳/۲۸ و سلامت روانی ۲۳/۲ بود؛ همچنین سلامت روانی به طور معنی‌داری با الگوی خواب غیر طبیعی، عدم فعالیت بدنی و عدم رضایت شغلی در ارتباط بود و مشخص شد که احتمال ابتلای کارکنان مؤنث بیشتر است؛ همچنین سردرد روی سلامت روانی مؤثر بود و این دو عارضه مستقل از هم نبودند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این تحقیق نشان داد که اختلالات روانی در بین کارکنان بیمارستانها از شیوع بالایی برخوردار است؛ بنابراین توجه بیشتر مسئولین و محققین را می‌طلبد تا با تدوین برنامه‌های مداخله‌ای به بهبود وضعیت سلامت روانی آنان پرداخته شود؛ همچنین اصلاح وضعیت خواب، ایجاد امکانات برای فعالیت ورزشی در کارکنان بیمارستانها و کسب رضایت آنها تا حد امکان، تأثیر بسزایی در اصلاح وضعیت سلامت روانی آنان خواهد داشت. هم‌ابتلایی بالا بین سردرد و GHQ نیز اقداماتی را برای پیشگیری و درمان هر دو اختلال می‌طلبد.

کلید واژه‌ها: سلامت روانی؛ میگرن؛ سردردهای تنشی؛ کارکنان بیمارستان

افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد (دوره ۱۲؛ شماره ۴؛ زمستان سال ۱۳۸۵)

دریافت: ۸۶/۲/۲ اصلاح نهایی: ۸۶/۴/۱۷ پذیرش: ۸۶/۴/۲۶

^۱ نویسنده مسؤول؛ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی؛ عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ همکار و عضو پژوهشی مرکز کشوری مدیریت سلامت NPMC

آدرس: تبریز- سه راهی گلگشت- دانشگاه علوم پزشکی تبریز- دانشکده بهداشت و تغذیه کد پستی: ۵۱۶۶۶۱۴۷۱۵

تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۴۰۶۳۴-۳۳۴۰۶۳۴-۰۴۱۱-۳۳۴۰۶۳۴ پست الکترونیکی: sahebileila@yahoo.com

^۲ استاد گروه آموزشی آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامتی را مجموعه‌ای از رفاه، آسایش کامل جسمانی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است که هیچ‌کدام بر دیگری برتری ندارد (۱)؛ سلامت روانی لازمه حفظ و دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه است (۲) و در واقع سلامتی پاسخ سه‌گانه وضعیت‌های جسمی، روانی و اجتماعی نسبت به محرک‌های داخلی و خارجی در جهت نگهداری ثبات و راحتی می‌باشد (۳). طبق آمار WHO، ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف از بیماری‌های شدید روانی رنج می‌برند و ۲۵۰ میلیون نفر بیماری خفیف روانی دارند؛ در ایران نیز این آمار از سایر کشورها کمتر نیست (۱). در طرح ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران با استفاده از پرسشنامه GHQ* ۲۸، میزان اختلالات در افراد بالای ۱۵ سال ایران ۲۱٪ گزارش شد (۵). در این طرح بالاترین شیوع اختلالات در استان چهار محال و بختیاری (۳۹/۱٪) بود (۵). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۹ اعلام کرد افراد شاغل در جامعه از ابتلا، آسیب و میرایی بیشتری برخوردارند (۶). یکی از مهمترین حوزه‌های توسعه سلامتی در جوامع، بخش بهداشت و درمان می‌باشد که ارتباط مستقیمی با سلامت انسانها دارد (۷). نتایج تحقیقات انجام‌شده، نشانگر این مطلب است که بیشتر مرگها در بین جوانان و افراد در سنین کار به علت خودکشی و دیگرکشی بوده و این حوادث کم و بیش با مقوله سلامت روانی آنان مرتبط است (۱). طبق نتایج مطالعات Sato و همکاران (۸) و Larosa و همکاران (۹)، پیشگیری از اختلالات روانی می‌تواند به طور عظیمی از عمل خودکشی پیشگیری نماید؛ همچنین هم‌ابتلائی بالای اضطراب و افسردگی با سردرد، ارتباط این اختلالات را با هم و اهمیت رسیدگی به وضعیت سلامت روانی کارکنان را نشان می‌دهد (۱۰-۱۴). گذشته از این موارد، هم‌ابتلائی بالایی بین سلامت روانی با سکنه مغزی و بیماری‌های قلب و عروق نیز گزارش شده است (۱۵-۱۷).

با توجه به مطالب پیش‌گفت، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی) کارکنان بیمارستانهای شیراز، تأثیر عوامل خطر حرفه‌ای- فردی بر سلامت روانی کارکنان و رابطه بین

سردرد و وضعیت سلامت روانی کارکنان انجام شد.

روش تحقیق

این بررسی در بهمن‌ماه سال ۱۳۸۴ بین کارکنان بیمارستانهای شیراز که حداقل یک سال سابقه کاری داشتند، انجام شد. با در نظر گرفتن شیوع تقریبی ۰/۳۵ و با دقت ۳٪ در سطح اطمینان ۹۵٪، اندازه نمونه بالغ بر ۹۶۲ نفر بود؛ به منظور در نظر گرفتن موارد گم‌شده و ناقص اندازه نمونه برابر با ۱۰۲۳ نفر (۲۰٪ از جمعیت هدف) انتخاب شد. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی طبقه‌بندی شده بود و طبقات شامل گروه‌های پرستاری (پرستار، کمک‌پرستار، ماما، کمک ماما، بهیار و کمک بهیار)، اداری (بخش مدیریتی و اداری) و خدمات بودند و روش نمونه‌گیری از هر گروه تصادفی سیستماتیک بود. سه پرسشنامه زیر در این زمینه طراحی شد:

۱- پرسشنامه‌ای شامل متغیرهای فردی- حرفه‌ای

۲- پرسشنامه بین‌المللی سردرد (IHS)

۳- پرسشنامه‌ای شامل سؤالات استاندارد سلامت روانی

GHQ۲۸

پرسشنامه سلامت عمومی توسط Goldberg در سال ۱۹۷۲ ابداع شد و هدف از طراحی آن شناسایی اختلالات روانی در محیط‌های مختلف بود. سؤالات پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد. در انتخاب پرسشها بر روی چهار حوزه زیر کار شده است (۱۸):

۱- مالیخولیا که در برگیرنده پرسشهای وضعیت جسمانی

بود.

۲- اضطراب و احساس آشفتگی روانشناختی

۳- اختلال در کارکرد اجتماعی

۴- افسردگی اختصاص داشت

در این مطالعه از فرم استاندارد شده ۲۸ پرسشی استفاده شد و پاسخها به صورت نمره‌گذاری لیکرت کدبندی شد (۰-۱-۲-۳). نقطه برش[†] در این مطالعه بدین صورت بود که افراد دارای نمره ۲۲ و پایین‌تر در گروه سالم و افراد دارای نمره ۲۳ به بالا در گروه افراد دارای اختلال طبقه‌بندی شدند (۴،۱). مطالعات فرا تحلیل Goldberg و Mary نشان داد که متوسط حساسیت

[†] Cut of Point

* General Health Question

پرسشنامه GHQ28 ۸۴٪ و متوسط ویژگی آن ۸۲٪ است (۱۸). مقادیر آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمانی ۰/۸۴، اضطراب ۰/۸۵، کارکرد اجتماعی ۰/۷۹، افسردگی ۰/۸۱ و وضعیت سلامت روانی ۰/۹۱ به دست آمد که بیانگر ثبات درونی قابل قبول این پرسشنامه می‌باشد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS (13) و آزمون Mann Whitney (جهت تعیین رابطه سردرد با سلامت روانی) و رگرسیون لجستیک تک‌متغیره و چندگانه (جهت تعیین رابطه عوامل مرتبط با سلامت روانی) در سطح معنی‌داری $P \leq 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مؤنت ۵۴/۳٪ (۳۸۰ مورد) بود ($P < 0.001$). ۵۱٪ (۲۷۲ نفر) از کارکنان گروه پرستاری، ۴۰/۸٪ (۹۸ نفر) از کارکنان گروه اداری و ۲۵٪ (۹۶ نفر) از کارکنان گروه خدمات، اختلالات روانی داشتند (جدول ۱). میانگین نمرات کارکنان در نشانه‌های جسمانی ۶/۷۲ (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۶/۹۹-۶/۴۵)، اضطراب ۶/۶۷ (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۶/۹۶-۶/۳۸)، عملکرد اجتماعی ۶/۴۸ (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۶/۶۶-۶/۳۰)، افسردگی ۳/۲۸ (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۳/۵۳-۳/۰۳) و سلامت روانی ۲۳/۲ (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۲۴/۰-۲۳/۱) بود. با امتیازبندی نمرات کارکنانی که نمرات آنها بین ۰-۶، ۷-۱۳ و ۱۴-۲۱ بود، (به ترتیب در سه گروه سالم، مشکوک و دارای اختلال)، ۸/۱٪، دارای اختلال جسمانی، ۱۰/۶٪، دارای اختلال اضطراب، ۲/۲٪ دارای اختلال عملکرد اجتماعی و ۳/۳٪ دارای افسردگی بودند (جدول ۲).

یافته‌ها

در مجموع ۱۰۲۳ نفر (۳۱۲ مرد و ۷۱۱ زن)، مورد بررسی قرار گرفتند. ۴۵/۶٪ (۴۶۶ نفر) از این افراد (با حدود اطمینان ۹۵٪: ۴۵/۵-۴۵/۷) دارای اختلالات روانی بودند. شیوع این اختلالات در کارکنان مذکر ۲۷/۶٪ (۸۶ مورد) و در کارکنان

جدول ۱- توزیع وضعیت سلامت روانی کارکنان بیمارستانهای شیراز بر حسب ویژگیهای فردی و حرفه‌ای

| متغیر | سطوح | تعداد (درصد) | متغیر | سطوح | تعداد (درصد) |
|---------------|---------------------|--------------|--------------|-----------|--------------|
| جنس | مذکر | ۸۶ (۲۷/۶) | شب کاری | ندارد. | ۲۶۴ (۴۳/۸) |
| | مؤنت | ۳۸۰ (۵۳/۴) | | دارد. | ۲۰۲ (۴۸/۱) |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۱۵۹ (۴۸/۶) | فعالیت بدنی | ندارد. | ۳۵۵ (۵۰/۵) |
| | متأهل | ۲۷۹ (۴۳/۳) | | دارد. | ۱۱۱ (۳۴/۷) |
| تحصیلات | جدا شده یا فوت شده | ۲۸ (۵۳/۸) | رضایت از شغل | ندارد. | ۱۶۸ (۶۱/۸) |
| | دانشگاهی | ۳۸ (۴۸/۷) | | دارد. | ۲۹۸ (۳۹/۷) |
| فرزند | ابتدایی و پایین‌تر | ۱۵۷ (۴۱/۳) | وضعیت خواب | طبیعی | ۲۰۹ (۳۳/۴) |
| | دارد | ۷۷ (۴۶/۴) | | غیرطبیعی | ۲۵۷ (۶۴/۶) |
| گروه‌های شغلی | راهنمایی - دبیرستان | ۲۷۱ (۴۸/۰) | شغل دوم | ندارد. | ۴۱۲ (۴۵/۶) |
| | ندارد | ۲۳۰ (۴۳/۶) | | دارد. | ۵۴ (۴۵) |
| پرستاری | نوع بیمارستان | ۲۷۲ (۵۱) | آموزشی | آموزشی | ۲۹۰ (۴۷/۲) |
| | اداری | ۹۸ (۴۰/۸) | | غیرآموزشی | ۱۷۶ (۴۳/۱) |
| | خدمات | ۹۶ (۲۵) | | | |

جدول ۲- بررسی وضعیت کارکنان از نظر ابعاد سلامت روانی

| ابعاد سلامت روانی | امتیاز | فراوانی (درصد) | ابعاد سلامت روانی | امتیاز | فراوانی (درصد) |
|-------------------|--------|----------------|-------------------|--------|----------------|
| سلامت جسمانی | ۰-۶ | ۴۵۳ (۴۴/۳) | عملکرد اجتماعی | ۰-۶ | ۵۵۶ (۵۴/۳) |
| | ۷-۱۳ | ۵۴۸ (۵۳/۶) | | ۷-۱۳ | ۳۸۴ (۳۷/۵) |
| | ۱۴-۲۱ | ۲۲ (۲/۲) | | ۱۴-۲۱ | ۸۳ (۸/۱) |
| اضطراب | ۰-۶ | ۸۴۱ (۸۲/۲) | افسردگی | ۰-۶ | ۵۵۲ (۵۴/۰) |
| | ۷-۱۳ | ۱۴۸ (۱۴/۵) | | ۷-۱۳ | ۳۶۳ (۳۵/۵) |
| | ۱۴-۲۱ | ۳۴ (۳/۳) | | ۱۴-۲۱ | ۱۰۸ (۱۰/۶) |

خواب، جنس، شاخص توده بدنی (BMI) و گروه‌های شغلی بود (جدول ۳ و ۴)؛ بدین ترتیب که در کارکنانی که عادت به فعالیت بدنی داشتند، شانس اختلال پایین‌تر ($P < 0/0001$) و در مقابل کارکنانی که دارای الگوی خواب غیرطبیعی بودند (شامل بیدار شدن مکرر در طول شب، کابوس‌دیدن، دیر به خواب رفتن ($P < 0/0001$))، کارکنانی که از شغل خود ناراضی بودند ($P < 0/0001$))، کارکنان مؤنث ($P < 0/0001$) و کارکنان بخش‌های پرستاری، نسبت به کارکنان بخش اداری ($P < 0/002$) و بخش خدمات ($P < 0/0001$) دارای شانس اختلال بالاتری بودند؛ همچنین به ازای افزایش هر ساعت به خواب شبانه‌روزی، احتمال اختلال پایین‌تر ($P < 0/016$) و به ازای افزایش هر واحد BMI احتمال اختلال بالاتر بود ($P < 0/016$).

به منظور بررسی دقیق‌تر عوامل خطر احتمالی اختلالات روانی به صورت مستقل و با کنترل عوامل مخدوش‌کننده، متغیرهایی که سطح معنی‌داری آنها کمتر از ۰/۲۰ بود (داشتن شب کاری، فعالیت بدنی، رضایت از شغل، جنس، وضعیت تأهل، گروه‌های شغلی، وضعیت تحصیلات، وضعیت خواب، میزان خواب شبانه‌روزی، BMI) تحت آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه نیز قرار گرفتند. در مدل، فعالیت بدنی پایین ($P < 0/034$))، وضعیت خواب غیرطبیعی ($P < 0/0001$))، جنسیت مؤنث ($P < 0/0001$)) و عدم رضایت از شغل ($P < 0/0001$)) معنی‌دار بودند (جدول ۵).

به منظور بررسی رابطه ابعاد سلامت روانی با سردرد، رابطه هر یک از ابعاد نشانه‌های جسمانی، افسردگی، اضطراب و کارکرد اجتماعی با سردردهای میگرنی، تنشی و توأم مورد تحلیل آزمون Mann-Whitney قرار گرفتند. بر این اساس نشانه‌های جسمانی ($P < 0/001$) و اضطراب ($P < 0/005$) با سردرد میگرنی ارتباط آماری معنی‌داری نشان دادند؛ اما کارکرد اجتماعی و افسردگی با سردرد میگرنی ارتباط آماری معنی‌داری نشان ندادند.

در مورد ابعاد سلامت روانی و سردرد تنشی، نشانه‌های جسمانی ($P < 0/0001$))، اضطراب ($P < 0/0001$))، عملکرد اجتماعی ($P < 0/002$) و افسردگی ($P < 0/013$) با سردرد تنشی ارتباط آماری معنی‌داری نشان دادند. در مورد سردرد توأم نیز، نشانه‌های جسمانی ($P < 0/0001$))، کارکرد اجتماعی ($P < 0/002$) و افسردگی ($P < 0/013$) با سردرد توأم میگرنی-تنشی ارتباط آماری معنی‌داری نشان دادند؛ اما اضطراب با سردرد توأم میگرنی-تنشی، ارتباط آماری معنی‌داری نشان نداد ($P = 0/077$)). وضعیت سلامت روانی با سردرد میگرنی ($P < 0/003$))، تنشی ($P < 0/001$) و توأم ($P < 0/001$) ارتباط آماری معنی‌داری نشان داد. با توجه به نتایج کسب‌شده، سردرد روی سلامت روانی مؤثر است و این دو عارضه مستقل از هم نیستند.

در این مطالعه کارکنان از نظر میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، سن، جنس، تعداد فرزندان، نوبت کاری، ساعات کاری طولانی، فعالیت ورزشی، رضایت از شغل و وضعیت خواب، میزان خواب و داشتن بیماری خاص مورد تحلیل رگرسیون تک متغیره و چندگانه قرار گرفتند.

در تحلیل رگرسیون تک‌متغیره، عوامل مرتبط با سلامت روانی شامل فعالیت بدنی، رضایت از شغل، الگوی خواب، میزان

جدول ۳- رابطه وضعیت سلامت روانی با عوامل خطر کیفی با استفاده از تحلیل رگرسیون لوجیستیک تک متغیره

| سلامت روانی | | | سطوح متغیر | عوامل خطر |
|-------------|------------------|---------------|----------------------------|------------------|
| نسبت شانس | حدود اطمینان ۹۵٪ | سطح معنی داری | | |
| ۳/۰۱۷ | ۲/۲۶-۴/۰۲۷ | ۰/۰۰۰۱ | مؤنث دانشگاهی | جنس تحصیلات |
| ۰/۷۴ | ۴/۵۵-۱/۲۱ | ۰/۳۳ | ابتدایی و پایین تر | وضعیت تأهل |
| ۰/۹۷ | ۱/۶۵-۰/۰۶ | ۰/۹۰ | راهنمایی- دبیرستان مجرد | |
| ۰/۸۱ | ۱/۰۶-۰/۶۲ | ۰/۱۲ | متأهل | داشتن فرزند |
| ۱/۲۳ | ۲/۲۲-۰/۶۹ | ۰/۴۹ | جدا شده | |
| ۰/۵۲۱ | ۰/۳۶۹-۰/۶۸۴ | ۰/۰۰۰۱ | | عادت به ورزش |
| ۳/۶ | ۲/۷۹-۴/۷۲ | ۰/۰۰۰۱ | | خواب غیر طبیعی |
| ۰/۱۸۵ | ۰/۶۶-۱/۱ | ۰/۲۰۷ | | بیمارستان آموزشی |
| ۰/۶۶۲ | ۰/۴۹-۰/۹ | ۰/۰۰۹ | پرستاری | گروههای شغلی |
| ۰/۵۹۸ | ۰/۴۴-۰/۸۱ | ۰/۰۰۱ | اداری | عدم رضایت از شغل |
| ۰/۴۰۷ | ۰/۳۰۶-۰/۵۴۱ | ۰/۰۰۰۱ | خدمات | |
| ۰/۹۸ | ۰/۶۷-۱/۴۳ | ۰/۱۸۹۷ | | داشتن شغل دوم |
| ۱/۱۹ | ۰/۹۲۷-۱/۵۳ | ۰/۱۷۳ | | داشتن شب کاری |

جدول ۴- رابطه وضعیت سلامت روانی با عوامل خطر کمی با استفاده از مدل رگرسیون لوجیستیک تک متغیره

| سلامت روانی | | | عوامل خطر |
|-------------|--------|---------------|--------------------------|
| SE (β) | β | سطح معنی داری | |
| ۰/۰۴۸ | -۰/۰۰۶ | ۰/۴۱ | سن |
| ۰/۰۲۱ | ۰/۲۱ | ۰/۰۱۶ | شاخص توده بدنی |
| ۰/۰۴۱ | -۰/۰۹۸ | ۰/۰۱۶ | میزان خواب شبانه روزی |
| ۰/۰۰۵ | -۰/۰۰۳ | ۰/۵۲۱ | تعداد ساعات کاری در هفته |

جدول ۵- رابطه وضعیت سلامت روانی با تعدادی از عوامل خطر با استفاده از مدل رگرسیون لوجیستیک چندگانه

| مقادیر آماری | | | | نسبت شانس | عوامل خطر |
|--------------|---|---------------|------------------|-----------|--|
| SE (β) | β | سطح معنی داری | حدود اطمینان ۹۵٪ | | |
| | | ۰/۰۰۰۱ | ۲/۱-۴/۲۳ | ۲/۹ | جنسیت مؤنث |
| | | ۰/۰۷ | ۰/۳۱-۱/۰۶ | ۰/۵۷ | تحصیلات دانشگاهی |
| | | ۰/۸۹ | ۰/۲۴-۱/۱۱ | ۰/۵۲ | ابتدایی و پایین تر راهنمایی- دبیرستان |
| | | ۰/۰۹۰ | ۰/۵۴-۱/۰۵ | ۰/۷۵ | مجرد تأهل |
| | | ۰/۳۴ | ۰/۳۵-۱/۴۴ | ۰/۷۱ | جدا شده یا فوت شده |

ادامه جدول ۵- رابطه وضعیت سلامت روانی با تعدادی از عوامل خطر با استفاده از مدل رگرسیون لجیستیک چندگانه

| مقادیر آماری | | | | | نسبت شانس | عوامل خطر |
|--------------|-------|---------------|------------------|---------------|-----------|------------------|
| SE (β) | β | سطح معنی داری | حدود اطمینان ۹۵٪ | سطح معنی داری | | |
| ۰/۰۱۹ | ۰/۰۱۸ | ۰/۳۵ | | | | شاخص توده بدنی |
| | | ۰/۰۱۹ | ۰/۵۰۲-۰/۹۴ | ۰/۶۹ | | عادت به ورزش |
| | | ۰/۰۰۰۱ | ۲/۴۵-۴/۳۹ | ۳/۲۸ | | خواب غیر طبیعی |
| | | ۰/۴۳ | ۰/۶۷-۱/۱۸ | ۰/۸۹ | | بیمارستان آموزشی |
| | | ۰/۰۹۳ | ۰/۴۴-۱/۰۷ | ۰/۶۹ | | پرستاری |
| | | ۰/۱۵۷ | ۰/۳۴-۱/۰۷ | ۰/۶۴ | | اداری |
| | | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۲۸-۰/۵۳ | ۰/۳۹ | | خدمات |
| | | ۰/۷۳ | ۰/۶۷-۱/۳۳ | ۰/۹۴ | | عدم رضایت از شغل |
| | | | | | | داشتن شب کاری |

بحث

نشان داد که ۲۷/۶٪ از کارکنان مذکر و ۵۴/۳٪ از کارکنان مؤنث، دارای اختلالات روانی هستند و تفاوت اختلال در دو گروه از نظر آماری معنی دار بود.

در مطالعه سلطانیان و همکاران، بر روی دانش‌آموزان استان بوشهر نیز شیوع اختلالات روانی در بین دختران (۴۴/۷٪) بیش از پسران (۳۷/۹٪) بود (۱)؛ در چند تحقیق دیگر نیز بین جنس مؤنث و سلامت روانی، ارتباط آماری معنی‌داری گزارش شده است (۲۱، ۲۰ و ۲۶-۲۸)؛ بخصوص زنان شاغل در مقایسه با زنان خانه‌دار در معرض خطر بیشتری بوده‌اند (۲۶). زنان به علت متأثر شدن بیشتر از محیط خانوادگی و اجتماعی، بیشتر در معرض خطر هستند. در بین گروه‌های شغلی، کارکنان پرستاری بالاترین نمره GHQ را در مقایسه با کارکنان گروه اداری و گروه خدمات داشتند؛ هرچند در مدل رگرسیون لجیستیک چندگانه، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه Poissonnet و همکاران نیز کارکنان پرستار و کارکنان دارای نوبت کاری، بالاترین نمره GHQ را داشتند (۲۹). بر اساس مطالعات انجام‌یافته، همبستگی شدیدی بین اضطراب شغلی و سلامت روانی وجود دارد (۳۰-۳۲).

به گزارش انستیتو بین‌المللی بهداشت و ایمنی کار، پرستاران از نظر بروز بیماری‌های روانی در رتبه ۲۷ از بین ۱۳۰ حرفه می‌باشند (۷). در بُعد عملکرد اجتماعی ۱۳-۱۴٪ از آنان دچار مشکلاتی در زمینه عملکرد اجتماعی بوده‌اند (۷) و در بُعد روحی، کار طولانی با بیماران بدحال و بیماران سالخورده،

در این مطالعه، شیوع اختلالات روانی ۴۵/۶٪ و در مقایسه با نتایج مطالعات در گروه‌های مختلف، بالاتر بود (۷، ۳، ۱) و ۲۴٪ شیوع اختلالات روانی بین دانش‌آموزان بوشهر ۴۴٪ (۱)، دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران ۴۲/۶٪ (۳)، مترونی‌های پرستاری در تهران ۹/۱۱٪ (۷)، دانش‌آموزان دبیرستانهای ساری ۳۹/۱٪ (۲۰). مراجعین به مراکز بهداشتی شیراز ۲۲/۹٪ (۲۱) و در جمعیت عمومی شیراز ۱۸/۶٪ (۲۲) گزارش شده است.

در بررسی انجام شده در بین پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه نیز در بیش از نیمی از واحدها، نشانه‌های اختلال روانی مشاهده شده است (۲۳). در طرح ملی تعیین اختلالات روانی افراد بالای ۱۵ سال در ایران، شیوع این اختلالات ۲۱٪ برآورد شد (۱) که بیشترین شیوع (۳۹/۱٪) مربوط به استان چهارمحال و بختیاری می‌باشد (۱). Swallow و همکاران، شیوع اختلالات روانی در بین زنان را با استفاده از GHQ۲۸، ۳۹/۶٪ گزارش کردند (۲۴)؛ در مطالعه Roberts و همکاران نیز، شیوع اختلالات روانی ۲۵٪ گزارش شده است (۲۵). در بررسی Cortes و همکاران، شیوع اختلالات روانی از ۸٪ بین کارکنان غیر دستی مذکر تا ۱۹٪ در بین کارکنان دستی مؤنث متغیر بود (۲۶). تفاوت در نتایج حاضر می‌تواند به ویژگی‌های فردی، محیط خانوادگی و حرفه‌ای و نحوه جمع‌آوری اطلاعات مرتبط باشد. بخش مهمی از علت شیوع بالای اختلالات روانی در بین کارکنان بیمارستان، به تنش محیط کاری ارتباط دارد. نتایج این مطالعه

در بوشهر (۱)، همخوانی دارد. بر اساس نتایج حاضر، سردرد روی سلامت روانی مؤثر است و این دو عارضه مستقل از هم نیستند. در گزارشات مختلف نیز، ارتباط مثبتی بین اضطراب و افسردگی با سردرد ذکر شده است (۱۰-۱۴، ۱۶).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که اختلالات روانی شیوع بالایی دارد و توجه بیشتر مسؤولین را در این زمینه می‌طلبد. تدوین چند برنامه مداخله‌ای مانند اصلاح وضعیت خواب، امکانات برای فعالیت ورزشی در کارکنان بیمارستانها، کسب رضایت آنها تا حد امکان، تأثیر بسزایی در اصلاح وضعیت سلامت روانی آنها خواهد داشت؛ همچنین هم‌ابتلایی بالایی که بین سردرد و GHQ مشاهده می‌شود، اقدامات و ارائه راهکارهایی را برای پیشگیری و درمان هر دو اختلال می‌طلبد.

پرستاران زن را در مقایسه با سایر کارکنان بیمارستان، با توجه به ویژگی حساس بودنشان، مستعد ابتلا به اختلالات روانی می‌کند (۳۴، ۳۳). در این تحقیق، ارتباط معنی‌داری بین شب‌کاری، ساعات کاری و سابقه در شغل دوم با سلامت روانی مشاهده نشد. در تحقیق Cortes و همکاران (۲۶) و Poissonnet و همکاران (۲۹)، بین نوبت کاری و اختلالات روانی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت؛ حتی برخی محققان، کاهش ساعات کاری در بین کارکنان بیمارستان راهی برای پیشگیری و حفظ سلامت روانی پیشنهاد کرده‌اند (۲۹، ۲۷). مغایر بودن این نتیجه با نتایج مطالعات ذکر شده می‌تواند به نوع کنترل عوامل مخدوش‌کننده مرتبط باشد.

در پژوهش حاضر، ارتباط معنی‌داری بین وضعیت خواب و سلامت روانی مشاهده شد که با نتیجه مطالعه Sheatt و همکاران (۳۵) همخوانی دارد؛ در این تحقیق کارکنانی که عادت به ورزش داشتند، از نظر روانی سالمتر بودند؛ این یافته با مطالعه انجام‌شده

منابع:

- ۱- سلطانیان ع، بحرینی ف، نمازی س، امیری م، قائدی ح، کهن غ. بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دوره متوسطه استان بوشهر و عوامل مؤثر بر آن در سال تحصیلی ۸۳-۱۳۸۲. دوفصلنامه طب جنوب. دانشگاه علوم پزشکی بوشهر. ۱۳۸۳؛ سال ۷ (۲): ۱۷۳-۱۸۲.
- ۲- بحرینیان س، نورعلی ا. بررسی وضعیت سلامت کارورزان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله پژوهش در پزشکی (دانشکده پزشکی شهید بهشتی). ۱۳۸۳؛ دوره ۲۸ (۱): ۶۵-۷۰.
- ۳- شریعتی م، کفاشی ا، قلعه‌بندی م، فاتح ا، عبادی م. بررسی وضعیت سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایش. فصلنامه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی. ۱۳۸۱، دوره ۱ (۳): ۲۹-۳۷.
- ۴- حسینی س، موسوی مح. مقایسه وضعیت سلامت روانی دانشجویان کارآموز پزشکی و پیراپزشکی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. سال ۶ (۱۳): ۱۰۲-۱۰۵.
- ۵- نوربالا اع، محمد ک. طرح ملی سلامت و بیماری در ایران. تهران: انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۸.
- 6-Cormack MA. The introduction of mental health component into primary health care. World Health Organization. Int J Social Psychiatry. 1991; 37(4): 31-40.
- ۷- مهربانی ط، قضاوی ز. بررسی وضعیت سلامت روانی زنان پرستار شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سال ۱۳۸۲. مجله بهداشت و سلامت. ۱۳۸۳؛ سال ۱ (۲): ۵-۱.
- 8- Sato R, Kawanishi C, Yamada T, Hasegawa H, Ikeda H, Kato D, et al. Knowledge and attitude towards suicide among medical students in Japan: Preliminary study. Phchiatry Clin Neurosci. 2006; 60 (5):558-62.
- 9- Larosa E, Consoli SM, Hubert-Vadenay T, Leclesiau H. Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a preventive health center. Encephale. 2005; 31 (3): 289-99.
- 10- Merskey H, Brown J, Brown A, Malhotra L, Morrison D, Ripley C. Psychological normality and abnormality in persistent headache patients. Pain. 1985; 23 (1): 35-47.
- 11- Cassidy EM, Tomkins E, Hardiman O, O'Keane V. Factors associated with burden of primary headache in a specialty clinic. Headache. 2003; 43 (6): 638-44.
- 12- Demirturk F, Akbayrak T, Citak I. Relation of intensity and frequency of headache with general health status of patients with chronic tension-type headache. Pain. 2002; 13 (4): 323-29.

- 13-Demjen S, Bakal D. Illness behavior and chronic headache. *Pain*. 1981; 10 (2): 221-29.
- 14- Nadaoka T, Kanda H, Oiji A, Morioka Y, shiwakura M, Totsuka S. Headache and stress in a group of nurses and government administrators in Japan. *J Head Face Pain*. 1997; 37 (6): 386-89.
- 15- Rasul F, Stansfeld SA, Hart CL, Gillis C, Smith GD. Common mental disorder and physical illness in the Renfrew and Paisley (MIDSPAN) study. *J Psychosom Res*. 2002; 53 (6): 1163-70.
- 16- Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population: a prospective study. *Ann Epidemiol*. 2004; 14 (7): 467-72.
- 17-May M, McCarron P, Stansfeld S, Ben-Shlomo Y, Gallacher J, Yarnell J, et al. Does psychological distress predict the risk of ischemic stroke and transient ischemic attack? The Caerphilly Study. *Stroke*. 2002; 33 (1): 5-6.
- ۱۸- چراغیان، ب. الگوی اپیدمیولوژیک سردردهای میگرنی و تنشی آموزگاران شهر شیراز. [پایان نامه]. شیراز: دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۸۴.
- ۱۹- منتظری ع، شریعتی م، حریرچی ا. بررسی وضعیت کیفیت زندگی و سلامت روانی در جوانان ایرانی. تهران: انتشارات جهاد دانشگاهی؛ ۱۳۸۰.
- ۲۰- خلیلیان ع، مسعودزاده ع، کیمیایی ک، اشرفی م. بررسی وضعیت سلامت روانی دانش آموزان دبیرستان ساری. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران. ۱۳۸۳؛ سال ۱۴ (۴۵): ۷۴-۸۲.
- ۲۱- شریف ف، جولایی ح، کدیور م ر، رجایی فرد ع ا. بررسی وضعیت سلامت روانی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شیراز و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی ۱۳۸۰-۱۳۸۱. ارمغان دانش. ۱۳۸۳؛ سال ۹ (۳۵): ۸۰-۸۴.
- 22- Bash KW, Liechti J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatry disorders among the population of the city of Shiraz. *Social Psychiatry*. 1974; 10: 163-171.
- ۲۳- پیامی م. بررسی وضعیت حمایت‌های اجتماعی و ارتباط آن با فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های ویژه. [پایان نامه]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۴.
- 24- Swallow B, Lindow S, Masson E, Hay D. The use of the General Health Questionnaire (GHQ) to estimate prevalence of psychiatric disorder in early pregnancy. *Psychology Health Med* 2003; 8 (2): 213-17.
- 25- Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblant A. Prevalence of psychology among children and adolescents. *Am J Psychiar*. 1998; 155: 715-25.
- 26- Cortes I, Artazcoz L, Rodriguez- Sanz M, Borrel C. Inequalities in mental health in he working population. *Gac Sanit*. 2004; 18 (5): 321-29.
- 27- Kawada T, Ooya M. Workload and health complaints in overtime workers: a survey. *Arch Med Res*. 2005; 36 (5): 594-97.
- 28- Shi QC, Zhang JM, Phillips MR, Zhou XJ, Wang SM, Zhang Y. Epidemiological survey of mental illnesses in the people aged 15 older in zhejiang province, China. 2005; 39 (4): 229-36.
- 29- Poissonnet CM, Iwatsubo Y, Cosquer M, Quera Salva MA, Caillard JF, Veron M. A cross- sectional study of the health effects of work. Schedules on 3212 hospital work France: implications for the new French work schedules policy. *J Hum Ergol (Tokyo)*. 2001; 30 (1-2): 387-91.
- 30- Mino Y, Shigemi J, Tsuda T, Yasuda N, Bebbington P. Perceived job stress and mental health in precision machine workers of Japan: a 2 year cohort study. *Occup Environ Med*. 1999; 56 (1): 41-45.
- 31- Shigemi J, Mino Y, Tsuda T, Babazono A, Aoyama H. The relationship between job stress and mental health at work. *Ind Health*. 1997; 35 (1): 29-35.
- 32- Estry-n-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med*. 1990; 47(1):20-8.
- 33- Davis PA., Holm JE, Jeffrey E, Suda KT. Stress, headache, and physiological diseregulation: A time- series analysis of stress in the laboratory. *Headache*. 1998; 38: 116-21.
- ۳۴- آیت‌اللهی س م ت، صاحبی ل. عوامل خطر میگرن و سردردهای تنشی در کارکنان بیمارستان‌های شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز. زیر چاپ.
- 35- Schat AC, Kelloway EK, Desmarais S. The Physical Health Questionnaire (PHQ): construct validation of a self-report scale of somatic symptoms. *J Occup Health Psychol*. 2005; 10 (4): 363-81.

Title: Mental health status of hospitals staffs in Shiraz

Authors: L. Sahebi¹, SMT. Ayatollahi²

Abstract

Background and Aim: Mental health is prerequisite for continuity preservation of social-occupational-educational function of society subjects and main target of applying health and mental plans is that preservation. This study was conducted to estimate the mental health status (body healthy- anxiety-depressing, social function), demographic and occupational characteristics and survey of relation between headaches and mental health among Shiraz hospitals staffs.

Materials and Methods: A random sample of 1023 staff constituting a 20% sample of the hospital staff population were selected and sampling method was categorical random sampling and peer each group sampling method was systemically. Demographic, occupational and mental health data (by General Health Question 28 (GHQ28). for determine patients with headaches questionnaires were screened followed by clinical interviews, general physical and international headache society (IHS).

Results: Of 1023 subjects 466 (45.6%) cases had mental disorders. Prevalence of mental disorders was 86(27.6%) cases in male staffs and 380 (54.3%) cases in male staffs. Average score of staffs were in index body health 6.74, anxiety 6.67, social function 6.48 depression 3.28 and mental health 23.2. In this study, characteristics on mental health were associated with abnormal sleep pattern, low body activity, dissatisfaction to job. In present results headache was affected on mental health and this two disorders was not independent.

Conclusion: Result of this research found that mental disorders has high prevalence and that invokes, masters, that by recognition of mental health risk factors codifies intervention plans. Also with amendment of sleep status, creation convenience for sporting activity in hospitals staffs and their creation of satisfaction, can had worthwhile effect on status mental health status. High co morbidity among headache and GHQ deserves more attention and especial strategies for prevention and treatment.

Key Words: Migraine; Tension- type headache (TTH); Hospital staffs; International Headache Society (IHS); General Health Question (GHQ)

¹ Corresponding Author; Instructor of Epidemiology, Faculty of Tabriz National Public Health Management, Tabriz University of Medical Sciences. Tabriz, Iran sahebileila@yahoo.com

² Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran