

بررسی وضعیت سلامت عمومی کارکنان شبکه بهداشت و درمان شهرستان کهگیلویه در سال ۱۳۹۳

امیر محبی فر

کارشناسی ارشد مدیریت اجرایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهدشت، دهدشت، ایران.

Email: amirmohebifar92@gmail.com

چکیده

بهداشت روانی جامعه یکی از محورهای ارزیابی سلامتی جوامع مختلف است. براساس یافته های موجود اختلالات روانی به عنوان یکی از مهمترین و معنی دار ترین اجزای بار کلی بیماری ها می باشد و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار کلی بیماریها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل باردرمانی بیماریها برسد. این مطالعه توصیفی تحلیلی می باشد که درزمستان ۱۳۹۳ انجام شده است. جامعه پژوهش ۴۲۳ نفر از کارکنان شبکه بهداشت شهرستان کهگیلویه بود که به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ28) جمع آوری و به وسیله نرم افزار آماری SPSS با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نمونه ها شامل ۲۳۶ مرد و ۱۸۷ زن بود. بین جنس با سلامت عمومی ($P < 0/001$)، بین وضعیت تاهل با سلامت عمومی ($P < 0/021$)، بین سطح تحصیلات با سلامت عمومی ($P < 0/002$)، بین سابقه خدمت با سلامت عمومی ($P < 0/02$) بین محل خدمت با سلامت عمومی ($P < 0/02$) رابطه معنی دار مشاهده شد. ولی رابطه معناداری میان نوع شغل، سن و میزان درآمد ماهیانه با سلامت عمومی مشاهده نشد. یافته های این تحقیق نشان داد که اختلالات روانی در بین کارکنان این شبکه از شیوع متوسط برخوردار است؛ بنابراین توجه بیشتر مسئولین را می طلبد تا با تدوین برنامه های مداخله ای به بهبود وضعیت سلامت روانی آنان پرداخته شود.

واژه های کلیدی: سلامت عمومی، GHQ28

مقدمه :

موضوع سلامتی از بدو پیدایش بشر و در قرون و اعصار متمادی مطرح بوده است اما هرگاه از آن سخنی به میان آمده عموماً بعد جسمی آن مدنظر قرار گرفته و کمتر به سایر ابعاد سلامتی بخصوص بعد روانی آن توجه شده است (۱). مفهوم سلامت روانی، در واقع جنبه ای از مفهوم کلی سلامتی است و بر کلیه روش ها و تدابیری اطلاق می شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری های روانی، درمان و توان بخشی آنها به کار می رود. نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت و ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص تر می نماید (۲). در بعضی از تعاریف ارایه شده در زمینه سلامت روانی، سازگاری با محیط اهمیت زیادی دارد. طبق این تعریف، شخصی که بتواند با اعضای خانواده، همکاران، همسایگان و به طور کلی اجتماع پیرامون خود خوب سازگار شود از نظر بهداشت روانی بهنجار خواهد بود. تعارض ها و کشمکش های درونی و بیرونی خود را حل نموده و در مقابل ناکامی های اجتناب ناپذیر زندگی مقاومت خواهد. بنابراین شرط برخورداری از سلامت روانی در سطح عالی آن است که شخص بتواند در موقعیت های دشوار انعطاف پذیر بوده و توانایی این را داشته باشد که در هر موقعیتی تعادل روانی خود را به دست آورد (۳).

عوامل بسیاری باعث بر هم خوردن سلامت روانی می شود که از جمله آنها می توان به عدم رعایت عدالت اجتماعی، فراهم نبودن فرصت های شکوفایی برای افراد، وجود تبعیض های غیرمنطقی و عدم ایجاد امنیت اجتماعی اشاره نمود (۴). سلامت روانی افراد در پیشبرد اهداف ملی و آرمانی جوامع از بیشترین اهمیت از لحاظ صرفه جویی در هزینه های مادی و معنوی برخوردار است. بر اساس یافته های موجود اختلالات روانی به عنوان یکی از مهمترین و معنی دارترین اجزای بار کلی بیماریها می باشد و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار کلی بیماریها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل باردرمانی بیماریها برسد (۵).

از آن جا که نیروی انسانی یکی از بزرگ ترین منابع و سرمایه های هر سازمانی محسوب می شود که سلامت آن ها در افزایش بهره وری نقش تعیین کننده دارد، بنابراین هرگونه برنامه ریزی و حتی سرمایه گذاری در این بخش که منتهی به حفظ و ارتقا ع سطح سلامت کارکنان گردد، می تواند در نهایت منجر به افزایش کارایی شده و با بازگشت سرمایه هم راه باشد (۶). داشتن مشکلات روانی منجر به اختلال در انجام وظایف، کاهش انگیزه، اضطراب، ترس و نگرانی شده و سبب می شود که فرد بخش قابل توجهی از نیروی فکری خود را صرف چنین مشکلاتی نماید، در نتیجه مسلم است که توان و علاقه کافی برای فعالیت در سازمان را نخواهد داشت (۷). سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۱ اعلام کرد افراد شاغل در جامعه از ابتلا، آسیب و میرایی بیشتری برخوردارند بهداشت روانی پرسنل عامل تعیین کننده ای در افزایش بهره وری از نیروی کار و ارائه خدمات بهتر و مؤثر تر توسط هر سازمان است (۸).

طبق آمار حدود ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف از بیماریهای شدید روانی رنج می برند و ۲۵۰ میلیون نفر بیماری خفیف روانی دارند. در ایران نیز مطالعات فراوانی در مورد شیوع اختلالات روانی از مناطق مختلف گزارش شده است. این مقادیر از ۱۲/۵ درصد در یزد تا ۲۳/۸۴ درصد در صومعه سرا متغییر بوده است. البته در طرح ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران که با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 میزان اختلالات روانی را در افراد بالای ۱۵ سال جامعه ایران را تعیین نموده، شیوع اختلالات روانی را در کل کشور ۲۱ درصد بدست آورده که بیشترین شیوع این اختلالات در استان چهارمحال وبختیاری برابر (۳۹/۱ درصد) بوده است (۹).

برخی از مشاغل دارای استرس های ویژه و فوق العاده می باشند. محیط هایی شغلی همچون اتاق عمل (۱۰) بخش های سوختگی و روانپزشکی بیمارستان ها (۱۱) پلیس های جنایی (۱۲) پرسنل سردخانه مخصوص جنازه (بیمارستان ها) (۱۳) و کارکنان کفن و دفن اموات (۱۴-۱۵) می توانند تأثیرات قابل توجهی بر وضعیت بهداشت روانی افراد شاغل در این حرفه ها داشته باشند. یکی از مهمترین حوزه های توسعه سلامتی در جوامع، بخش بهداشت و درمان می باشد که ارتباط مستقیمی با سلامت انسان ها دارد و در این بین کادر شاغل در بیمارستانها خصوصاً گروه پرستاری به عنوان یک گروه شغلی پر استرس در نظر گرفته می شود (۱۶، ۱۷) به همین دلیل این مطالعه به منظور درک و شناخت مشکلات کارکنان انجام می گردد تا با

استفاده از نتایج آن بتوان ضمن ارائه خدمات مشاوره ای، موجبات ارتقای سطح بهداشت روان کارکنان را فراهم نموده و از عوارض و پیامدهای هدر رفتن نیروی انسانی و اقتصادی قشر جوان و فعال جلوگیری نمود.

روش کار:

مطالعه حاضر از نوع مقطعی (توصیفی-تحلیلی) می باشد که بر روی ۴۲۳ نفر از کارکنان شبکه بهداشت و درمان که در ستاد مرکز بهداشت، بیمارستان، فوریت‌های پزشکی، بیمارستان، مراکز و خانه های بهداشت و شبکه بهداشت مشغول به کار بودند، انجام شد. روش جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) (۲۸ سؤال) بود. این پرسشنامه شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تأثیر شگرفی بر پیشرفت پژوهش ها داشته و برای شناسایی اختلالات روانی غیرسایکوتیک، به طور گسترده ای بکار می رود (۸). این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر به منظور غربالگری اختلالات روان شناختی غیر سایکوتیک طراحی شده است (۱۸).

فرم اصلی این پرسشنامه ۶۰ سؤالی است و دارای سه فرم ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی است و تا کنون به ۳۸ زبان زنده دنیا ترجمه شده است و در هفتاد کشور از آن استفاده شده است. این یک پرسشنامه بروز روان شناختی است که برای شناسایی افراد با مشکلات روانی به کار می رود. این پرسشنامه روی تغییرات و عملکرد بهنجار تمرکز دارد و دو گروه از پدیده های مهم را در برمی گیرد: ناتوانی در ادامه انجام عملکرد عادی فرد و ظهور پدیده جدید با ماهیت پریشان ساز.

همچنین این پرسشنامه ناراحتی های با طول مدت کمتر از دو هفته را شناسایی می کند و نسبت به بیماری های گذرا حساس است. در مطالعات زمینه یابی در جامعه کل، مطالعات زمینه یابی در گروه های خاص و در مطالعات مقایسه ای بیماری های روانی در یک جمعیت در زمان های متفاوت به کار برده می شود. پرسشنامه به طور مکرر مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفته است (این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس اضطراب، علائم جسمانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می باشد. در این آزمون از نقطه برش ۲۳ استفاده شد. نمره بالاتر از ۲۳ در کل آزمون نشان دهنده اختلال روانی و پایین تر از آن نشانه سلامت روانی محسوب گردید. پس از جمع آوری اطلاعات و نمره گذاری پرسشنامه ها، داده ها را وارد کامپیوتر گردید و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و من ویتنی، کای اسکویر و کروسکال والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

یافته ها نشان داد دامنه سنی کارکنان ۲۰ تا ۵۱ سال بود که بیشتر افراد در گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال (۳۸/۸٪) قرار داشتند. ۵۵/۸٪ کارکنان مرد و ۴۴/۲٪ زن و ۲۳/۹٪ مجرد و ۹۷/۶٪ متأهل ۱/۲٪ ازدواج مجدد، بودند. ۳۴/۳٪ دارای سابقه ۱-۵ سال و ۱۶/۸٪ سابقه ۶ تا ۱۰ سال، ۹/۹٪ دارای سابقه ۱۱ تا ۱۵ سال، ۱۶/۸٪ سابقه ۱۶ تا ۲۰ سال و ۲۲/۲٪ سابقه بالاتر از ۲۰ سال داشتند. ۲۳/۵۹٪ شغل اداری، ۲۷/۲٪ شغل درمانی، ۴۸/۵٪ دارای شغل بهداشتی و ۰/۵٪ دارای شغل آموزشی بودند. ۱۸/۷٪ در بیمارستان، ۱۸/۹٪ در مرکز بهداشت، ۳۲/۶٪ از کارکنان در مراکز بهداشتی، ۲۷٪ در خانه های بهداشت و ۲/۸٪ از کارکنان در فوریتها مشغول به کار بودند. نتایج ارتباط مقیاس های فرعی چهارگانه و مقیاس کلی GHQ با مشخصات دموگرافیک توسط آزمون من ویتنی و کروسکال والیس و میانگین و انحراف معیار این مقیاس ها و مقایسه آنها را نشان داد.

در ارتباط با سن بالاترین میانگین ۷/۳ مربوط به مقیاس سوم (عملکرد اجتماعی) در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال و کمترین میانگین ۱/۳ مربوط به مقیاس چهارم (افسردگی) در گروه سنی ۵۰ سال و بیشتر بود همچنین بالاترین نمره میانگین کلی ۲۳/۶۸ مربوط به گروه سنی ۴۰-۳۱ سال به دست آمد. آزمون آماری کروسکال والیس اختلاف معنی داری بین سن و مقیاس های GHQ نشان نداد. در خصوص ارتباط جنس با سلامت عمومی، میانگین افسردگی در کارکنان مرد ۲/۵ کمتر از زنان ۳/۷۱ و معنی دار در سطح ($p < 0.001$) بود.

میانگین نمره مقیاس کلی سلامت عمومی در کارکنان مجرد کمتر از متأهلین بوده و این تفاوت معنی دار بود ($p = 0.02$). همچنین بین میانگین نمره مقیاس سلامت جسمانی و وضعیت تاهل ارتباط وجود دارد به طوری که میانگین نمره سلامت جسمانی در کارکنان متأهل ۵/۹ بیشتر از کارکنان مجرد ۳/۹۴ گزارش شد ($p = 0.001$). همچنین میانگین نمره مقیاس اضطراب در کارکنان مجرد ۵/۰۳ کمتر از متأهلین ۶/۱۶ بوده و در افرادی که ازدواج مجدد داشته اند ۱۱/۶۶ بوده و این

تفاوت معنی دار بود ($p=0/02$). میانگین نمره مقیاس جسمانی در کارکنان خانه های بهداشت ۷/۲۸ بیشترین و فوریت های پزشکی ۳/۳۳ کمترین، که این تفاوت معنی دار می باشد ($p=0/008$). میانگین نمره مقیاس کلی سلامت عمومی در کارکنان خانه های بهداشت ۲۵/۴۷ بالاترین و مراکز بهداشتی کمترین ۱۹/۳۴ و این تفاوت معنی دار بود ($p=0/027$). مطالعه فوق رابطه معنی داری را میان مقیاس های فرعی عملکرد اجتماعی و اضطراب با محل خدمت نشان نداد.

نتایج در رابطه با سلامت عمومی و سابقه خدمت نشان داد که بیشترین میانگین نمره کلی سلامت عمومی مربوط به افراد با سابقه خدمت ۱۶-۲۰ سال با میانگین ۲۵/۷۴ و کمترین مربوط به افراد با سابقه خدمت ۵-۱ سال بود که مطالعه رابطه معنی داری را میان نمره کلی سلامت عمومی با سابقه خدمت نشان داد ($p=0/023$). مقایسه میانگین مقیاس اضطراب با سابقه خدمت ارتباط معنی داری را نشان داد. ($p=0/023$). ولی مقایسه میانگین نمره کلی سلامت عمومی با سطح سواد ارتباط معنی داری را نشان داد. ($p=0/002$). نتایج در رابطه با سلامت عمومی و محل خدمت خانه بهداشت نشان داد که بیشترین میانگین نمره کلی سلامت عمومی مربوط به افراد شاغل در خانه های بهداشت با میانگین ۲۵/۴۷ و شاغل در بیمارستان ۲۰/۵۴ بود. ولی مقایسه میانگین خرده مقیاس افسردگی با محل خدمت حاکی از وجود اختلاف معنی دار بود ($p=0/035$). مقایسه میانگین خرده مقیاس جسمانی با محل خدمت حاکی از وجود اختلاف معنی دار بود ($p=0/003$) بین نمره کلی سلامت عمومی با میزان درآمد ماهیانه رابطه ای مشاهده نشد. نتایج در رابطه با سلامت عمومی و وضعیت میزان درآمد نشان داد که بیشترین میانگین نمره کلی سلامت عمومی مربوط به افراد با درآمد ۶۰۰-۳۰۰ هزار در ماه با میانگین ۲۲/۴۰ و کمتر از ۳۰۰ هزار در ماه ۲۰/۰۴ بود. ولی مقایسه میانگین خرده مقیاس اضطراب با میزان درآمد حاکی از وجود اختلاف معنی دار بود ($p=0/05$) بین نمره کلی سلامت عمومی با میزان درآمد ماهیانه رابطه معنی داری مشاهده نشد. ($p=0/04$)

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی اجزای سلامت عمومی در کارکنان مورد بررسی.

اجزای سلامت عمومی		فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
سلامت جسمانی	۰-۶ (در حد مطلوب)	۲۸۰	۶۶/۲
	۷-۱۲ (تاحدی مطلوب)	۱۱۳	۲۶/۷
	۱۴-۲۱ (نامطلوب)	۳۰	۷/۱
اضطراب	۰-۶ (در حد مطلوب)	۲۶۷	۶۳/۱
	۷-۱۲ (تاحدی مطلوب)	۱۲۳	۲۹/۱
	۱۴-۲۱ (نامطلوب)	۳۳	۷/۸
عملکرد اجتماعی	۰-۶ (در حد مطلوب)	۱۹۵	۴۶/۱
	۷-۱۲ (تاحدی مطلوب)	۲۱۳	۵۰/۴
	۱۴-۲۱ (نامطلوب)	۱۵	۳/۵
افسردگی	۰-۶ (در حد مطلوب)	۳۵۵	۸۳/۹
	۷-۱۲ (تاحدی مطلوب)	۴۹	۱۱/۶
	۱۴-۲۱ (نامطلوب)	۱۹	۴/۵
سلامت عمومی	۰-۲۷ (در حد مطلوب)	۳۱۵	۷۴/۵
	۲۸-۵۵ (تاحدی مطلوب)	۹۵	۲۲/۵
	۵۶-۸۴ (نامطلوب)	۱۳	۳/۱

در جدول فوق با در نظر گرفتن نقطه برش ۶ برای برای هر مقیاس، نمرات ۲۱-۱۴ به عنوان اختلالات شدید، ۱۳-۷ به عنوان مشکل متوسط و نمره کمتر از ۶ به عنوان فرد سالم در نظر گرفته می شود. در مقیاس سلامت جسمانی ۲۶/۷٪، اضطراب ۲۹/۱٪، عملکرد اجتماعی ۵۰/۴٪ و افسردگی ۱۱/۶٪ افراد دارای اختلال متوسط بودند همچنین در مقیاس جسمانی ۷/۱٪، اضطراب ۷/۸٪ افسردگی ۴/۵٪ کارکنان دارای اختلال شدید بودند. نمره کلی سلامت عمومی از ۸۴-۰ متغیر است که ۷۴/۵٪ افراد نمره کمتر از ۲۷، ۲۲/۵ نمره ۲۸-۵۵ و ۳/۱٪ نمره بالاتر از ۵۶ کسب کردند.

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت سلامت عمومی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در دانشجویان

مورد بررسی

متغیر	سلامت روان	ندارد	دارد	سطح معنی داری
سن	۲-۳-۲۰	۱۹/۵	۱۳۲	۸۰/۵
	۳۱-۴۰	۵۰	۲۷	۵۰
	۴۱-۵۰	۲	۸	۸۰
	۵۱ و بیشتر	۵	۲۱	۸۰/۸
جنس	پسر	۱۷/۸	۱۹۴	۸۲/۲
	دختر	۳۵/۳	۱۲۱	۶۴/۷
وضعیت تأهل	مجرد	۱۷/۸	۸۳	۸۲/۲
	متاهل	۲۶/۶	۲۲۹	۷۳/۴
	ازدواج مجدد طلاق	۴	۱	۲۰
سطح تحصیلات	کمتر از دیپلم	۳۰	۳۶/۶	۶۳/۴
	دیپلم	۴۰	۲۸/۴	۷۱/۶
	فوق دیپلم	۱۹	۱۷/۴	۸۲/۶
	لیسانس	۱۷	۲۳/۶	۷۶/۴
	فوق لیسانس و بالاتر	۲	۱۰/۵	۸۹/۵
سابقه خدمت	۱-۵	۱۷/۹	۱۱۹	۸۲/۱
	۶-۱۰	۱۸	۲۵/۴	۷۴/۶
	۱۱-۱۵	۱۱	۲۶/۲	۷۳/۸
	۱۶-۲۰	۲۶	۳۶/۶	۶۳/۴
نوع شغل:	بیش از ۲۰ سال	۲۷	۲۸/۷	۷۱/۳
	اداری	۳۱	۳۰/۷	۶۹/۳
	درمانی	۲۴	۲۰/۹	۷۹/۱
	بهداشتی	۵۲	۲۵/۴	۷۴/۶
درآمد	کمتر از ۳۰۰ هزار در ماه	۱۰	۲۳/۳	۷۶/۷
	۳۰۰ تا ۳ هزار	۸۸	۲۸/۹	۷۱/۱
	۳ تا ۳ میلیون	۷	۱۱/۹	۸۸/۱
	بیش از یک میلیون	۳	۱۷/۶	۸۲/۴
محل خدمت	بیمارستان	۲۰	۲۵/۳	۷۴/۷
	مراکز بهداشتی	۲۸	۲۰/۳	۷۹/۷
	مرکز بهداشت	۱۷	۲۱/۲	۷۸/۸
	فوریتها	۳	۲۵	۷۵
	خانه بهداشت	۴۰	۳۵/۱	۶۴/۹

همانطور که نتایج جدول ۸ نشان می دهد آزمون آماری کای اسکور ارتباطی میان سطح تحصیلات، نوع شغل و محل خدمت با سلامت روانی نشان نداد. در مورد وضعیت س و جنس، وضعیت تاهل، سابقه خدمت، درآمد، ارتباط معنی داری نشان داد.

بحث:

هدف این پژوهش تعیین وضعیت سلامت روانی کارکنان شبکه بهداشت کهگیلویه بود که در ۴ بعد از سلامت روانی (سلامت جسمانی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) را مورد بررسی قرار داد. با توجه به یافته های پژوهش ۲۵/۵۳٪ (۱۰۸ نفر) از کارکنان مورد بررسی دچار اختلالات روانی بودند که از این تعداد ۱۷/۸٪ (۴۲ نفر) مرد و ۳۵/۳۵٪ (۶۶ نفر) زن هستند. این میزان بیش از ۲/۵ برابر آمارهای جهانی است که توسط سازمان جهانی بهداشت گزارش شده و نشان می دهد که اختلالات روانی حدود ۱۰ درصد بالغین جامعه را گرفتار کرده است (۱۹). ولی یافته های ما با یافته های مطالعات دیگر در ایران همچون مطالعه بحرینیان، عکاشه و نوربالا هم خوانی دارد (۲۰، ۲۱). در مطالعه سلطانیان و همکاران، بر روی دانش آموزان استان بوشهر نیز اختلالات روانی در بین دختران ۴۴٪/۷ بیش از پسران بود. (۹) در چند مطالعه دیگر نیز بین جنس مونث و سلامت روانی، ارتباط معنی داری گزارش شده است (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵).

زنان بعلت متاثر شدن بیشتر از محیط خانوادگی و اجتماعی، بیشتر در معرض خطر هستند. شاید توجه دیگر این یافته این است که زنان علاوه بر شغل کارمندی، وظایف مادری و همسران را نیز به عهده دارند و باعث این امر را بتوان ناشی از تحمل مشکلات زندگی و فرزندان و تمایل کم تر زنان به استفاده از اوقات فراغت دانست. در مطالعات مشابه رفعتی (۲۶) و دادخواه (۷) نیز تفاوت میانگین نمره سلامت عمومی در زن و مرد معنی دار نبود البته جهت بررسی بیشتر وضعیت سلامت عمومی کارکنان، نمرات به سه قسمت دسته بندی شدند که در قسمت اول ۷۴/۵٪ افراد نمره کمتر از ۲۷ (مطلوب) در قسمت دوم ۲۲/۵٪ نمره بین ۲۸-۵۵ (تا حدی مطلوب) و ۳/۱٪ نمره بیشتر از ۵۶ (نامطلوب) را کسب کرده بودند در مطالعه Arimura این میزان ۶۵٪ در پرستاران گزارش شده است (۲۷) در طرح ملی تعیین اختلالات روانی افراد بالای ۱۵ سال در ایران، شیوع این اختلالات ۲۱٪ برآورد شد (۲۸).

SWALLOW و همکاران، شیوع اختلالات روانی در بین زنان را ۳۹/۶٪ گزارش کردند. (۲۹) در مطالعات ROBERTS و همکاران نیز، شیوع اختلالات روانی ۲۵٪ گزارش شده است (۳۰) درصد اختلالات روانی، در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال بیش تر دیده شد، که با نتایج خورسندی و همکاران که نشان داد با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش یافته است همخوانی ندارد. نتایج نشان داد که بیش ترین درصد افرادی که به دلیل فوت، طلاق یا دلایل دیگر با همسر خود زندگی نمی کنند، از اختلال در سلامت روانی بیشتر رنج می برند. بررسی راه کارهای موثر جهت پیشگیری از بروز اختلالات روانی در این گونه افراد همچون تامین منابع مشاوره ای و مالی جهت حل مشکلات خانواده پیشنهاد می شود. بیشترین درصد اختلال در سلامت روانی مربوط به کمتر از دیپلم می باشد. رابطه معکوس بین میزان تحصیلات و اختلال در سلامت روانی مشاهده گردید. بیشترین درصد ابتلا به اختلال در سلامت روانی مربوط به گروهی است که سوابق کاری ۱۶ سال و بالاتر را دارند. بر اساس این پژوهش، اکثر ابعاد سلامت روانی با بیشتر شدن سابقه کار، کاهش یافته است. این موضوع می تواند ناشی از رابطه معکوس افزایش سن و بیشتر شدن سابقه کار با سلامت عمومی می باشد که با مطالعه هادی و همکاران که در آن با افزایش سنوات خدمت از سلامت روان بهتری برخوردار بودند مغایرت داشت (۳۱) ولی با مطالعه صاقیان و همکاران هم سو بود (۳۲).

رابطه معنی داری بین نوع شغل و اختلال در سلامت روانی مشاهده نشد. بیشترین میزان اختلال در سلامت روان به ترتیب در پرسنل اداری (۲۲/۵۱)، بهداشتی (۲۱/۹۳٪) و درمانی (۱۹/۴۹٪) دیده شد. در بین گروههای شغلی، کارکنان بهداشتی و اداری بالاترین نمره GHQ را در مقایسه با سایر گروهها داشتند. بر اساس مطالعات انجام شده، همبستگی شدیدی بین اضطراب شغلی و سلامت روانی وجود دارد (۳۳-۳۴) در تحقیق حاضر، بین میانگین ابعاد سلامت عمومی در سطوح مختلف و میزان حقوق دریافتی، اختلاف معنی داری مشاهده شد که با نتایج وحدانی نیا و همکاران و فلاحی و همکاران که در آن بین میزان حقوق دریافتی و کیفیت زندگی افراد رابطه معنی داری مشاهده شد همخوانی دارد (۳۵، ۳۶).

در مطالعه کوو همکاران نیز رابطه مستقیم بین سطح درآمد و کیفیت زندگی افراد مشاهده شد یعنی هر چه درآمد افزایش یافته بود کیفیت زندگی بهتری نیز گزارش شده بود (۳۷) که با نتایج تحقیق حاضر در یک راستا می باشد. در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و سلامت عمومی نیز اختلاف معنی داری به دست نیامد. شاید از میان رفتن ارزش تحصیلات و مدرک گرایی در جامعه فعلی توجیه کننده این نتیجه باشد و شاید بتوان گفت تحصیلات تاثیر زیادی بر سطح سلامتی و کیفیت زندگی ندارد که این قسمت از نتایج مطالعه حاضر با تحقیقات هادی مبنی بر عدم تاثیر میزان تحصیلات بر کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه هم خوانی دارد (۳۱) اما با تحقیق منتظری در ارزیابی مردم شهر تهران از وضعیت سلامتی خود که در آن بین سطح تحصیلات و سلامتی ارتباط معنی داری به دست آمد و افراد با سطح تحصیلات بالاتر سطح بالاتری از سلامتی را گزارش نمودند، مغایرت دارد (۳۸). نتایج در رابطه با سلامت عمومی و محل خدمت خانه بهداشت نشان داد که بیشترین میانگین نمره کلی سلامت عمومی مربوط به افراد شاغل در خانه های بهداشت با میانگین ۲۵/۴۷ و شاغل در بیمارستان ۲۰/۵۴ بود.

نتیجه گیری :

بررسی ها نشان می دهد اگرچه پرسشنامه سلامت عمومی به طور قطعی مشکل روانی یا جسمی را اثبات نمی کند ولی کارکنان در معرض خطر را شناسایی می کند. لذا این موضوع کمک مسئولین را در جهت کاهش عوامل خطر می طلبد. با توجه به این که غم و اندوه، اضطراب و افسردگی و درک اختلالات روانی می تواند باعث کاهش توجه، تمرکز و دقت کارکنان گشته، حافظه را کاهش داده و بر میزان خطاها، حوادث و سوانح در محیط کار بیا فزاید برای بهبود و ارتقاء سلامت روانی کارکنان پیشنهاد می شود که مدیران استعدادهای بالقوه کارکنان را شناسایی نموده و دلایل کم کاری، غیبت از کار، بی حوصلگی و نظایر آن ها را جستجو و از قضاوت های کورکورانه و روش های زور و اجبار پرهیز نمایند. از ایجاد احساس حقارت و ناامنی در کارکنان جلوگیری کنند و به آنها کمک نمایند تا با واقعیت های محیط کار آشنا شوند. تدوین چند برنامه مداخله ای مانند برگزاری کلاس های آموزش تکنیک مقابله با استرس و آشنایی با مکانیسم های دفاعی و همچنین مداخلات جدی روان درمانی و روان پزشکی و افزایش حمایت شغلی و فراهم نمودن خدمات مشاوره ای و روانشناختی برای این افراد در کنار تلاش برای بهبود تسهیلات و درآمد و در نظر گرفتن هر چه بیشتر سختی کار در بخش های مورد فعالیت آنها توسط مدیران سیستم و تعامل بیشتر با صاحب نظران حیطة سلامت روان جهت طراحی برنامه ای پیشگیری و کاهش اختلال سلامت روان در این گروه شغلی ضروری به نظر می رسد.

از محدودیت های این پژوهش می توان به اجرای این مطالعه تنها در کارکنان شبکه بهداشت کهگیلویه اشاره کرد. و اینکه بعضی از کارکنان بدلائل مختلف تمایل به پرکردن پرسشنامه نداشتند. نتایج این پژوهش می تواند به عنوان یک منبع اطلاعاتی و آماری برای مسئولان برنامه های بهداشت روان مورد استفاده و کاربرد قرار گیرد.

پیشنهادات:

با وجود مشکلاتی نظیر افسردگی، اختلال شخصیتی، اختلال اضطرابی و انطباقی در کارکنان معمولاً آنان کمتر برای دریافت خدمات مشاوره ای به متخصصین و مراکز مربوطه مراجعه می کنند. در چنین شرایطی مشاورین دلسوز می توانند با کمک روش های مناسب راه های مقابله ای مناسب را به آنان آموزش داده و در حل مشکلات به آنان یاری رسانند تا منجر به افزایش کارایی آنان و در نتیجه استفاده بهینه از استعدادهایشان گردند.

منابع مورد استفاده

1. World Health Organization. (1990) The integration of mental health into primary health care: Translation: The doctor Shah Mohammadi D. Bagheri Yazdi A and Palahang H, Tehran: Cultural and Scientific Association Majd. 1994, first edition, p. 12.
2. The world health reports 2001. Mental health: new undersanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. Available at: <http://discovermagazine.com/2000/oct/featworld/>
3. Hosseini Agh. Fundamentals of Mental Health. Mashhad, Mashhad University of Medical Sciences, 2001.
4. Kaplan E, B Sadvk. Summary of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. Pour Afkar (translation). Third volume. Tehran: the city of Ashob; 2003, 671-685.

- 5-Wu SY, Wang MZ, Li J, Zhang XF. Study of the intervention measures for the occupational stress to the teachers in the primary and secondary schools. *Wei Sheng Yan Jiu* 2006; 35: 213-6.
6. Hasanabadi A. General public health. Eighth Edition, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, 1996.
- 7.Dadkhah B, Mohammadi MA, Mozaffari N. The mental health of medical students Ardabil, *Journal of Science. Medical*, 2006, Vol. the sixth, No. I, pp. 36-31.
8. Arasteh M, Hadinia B, Sedaghat A, Charehjo N. The mental health status and related factors among medical and non-medical staff in hospitals in Sanandaj 2006. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, Volume, Fall 2008, pp. 35-44.
9. Soltanian AR, Bahraini F, Namazi S, Amiri M, Ghaedi H, Kohan GR. Mental health of high school students in Bushehr province and its effective factors in the academic year 2003-2004 *South Medical Journal of Medical Sciences and Health Services Bushehr*, seventh year, No. 2, pp. 182-173, March 2004.
- 10- Katz P. Ritual in operation room. *Ethnology* 1981; 20: 335-50.
11. Hashemzade I, Orangi M, Bahredar MJ. Occupational stress and its relation to mental health staff in hospitals in Shiraz. *Journal*, 62.2000 No. 22 and 23, p.55.
- 12-Simon D. *Homicide: A Year on Killing Streets*. Boston :Houghton, Mifflin ; 1991.
- 13- Ashforth BE, Kreiner GE. Normalizing emotion in organization: Making the extraordinary seem ordinary. *Hum Resource Manag Rev* 2002; 12: 215-35.
- 14-Thompson WE. Handling the stigma of handling dead: morticians and funeral directors. *Deviant Behav* 1991; 12: 403-29.
- 15- Ashforth BE, Kreiner GE. How can you do it?: dirty work and the challenge of constructing a positive identity. *Acad Manag Rev*, 1999; 24: 413-34.
16. Lambert VA, Lambert CE, Petrini M, Li XM, Zhang YJ. Predictors of physical and mental health in hospital nurses within the People's Republic of China. *Int Nurs Rev* 2007; 54:85-91.
17. Lambert VA, Lambert CE. Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nurs Health Sci* 2001; 3:161-72.
- 18-. Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population: a prospective study. *Ann Epidemiol* 2004; 14: 467-72.
- 19- <http://www.wfmh.org/newsletter/n1014/projatlas.html>
20. Noorbala AA, Kazem M. National Survey of Health and Disease Agents. Tehran: National Research Center of Medical Sciences, Ministry of Health and Medical Education, 1999.
21. Akasheh G. Public health students Kashan university entrance examination in 1375. *Thought and Behavior* 2000; 16: 20.
- 22-Khalilian A, Shariati M, Harirchi you. Mental health Surrey high school students. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2004, Year 14 (45): 74-82.
- 23 -Shryf F, Jolae H, Kadivar MR, Rajae fard A. Mental health of families referred to health centers Shyravz its relationship with variables Shnasy2002-2001 population. 2004 brings the knowledge, Year 9 (35): 80-84.
- 24-Cortes I, Artazcoz L, Rodriguez- Sanz M, Borrel C. Inequalities in mental health in the working population. *Gac Sanit*. 2004; 18(5):321-29.
- 25-Shi QC, Zhang JM, Phillips MR, Zhou XJ, Wang SM, Zhang Y. Epidemiological survey of mental illness in the people aged 15 order in zhejiang province, china. 2005;39(4):229-36 .
26. Rafati F, Sharif F, Ahmadi J, Shafie N. The effect of mental health on their academic achievement. *University of Medical Sciences and Health Services - Health Yazd*, 2003, Volume 11, Fall Appendix, No. 3, pp. 86-80.
- 27-Arimura M, Imai M, Okawa M, Fujimura T, Yamada N. Sleep, mental health status, and medical errors among hospital nurses in Japan. *Ind Health*. 2010;48(6):811-7. Epub 2010 Jul 1.
- 28-Rasul F, Stanfeld SA, Hart CL, Gillis C, Smith GD. Common mental disorder and physical illness in the Renfrew and paisley(MIDSPAN)study. *J psychosom Res*.2002; 53960:1163-70.

- 29-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.
- 30.Robert RE, Attiikisson CC, Rosenblat A. Prevalence of psychology among children and adolescents. *Am J psychair* . 1998: 155:715-25.
- 31.Hadi N, Malekan Makan L.[Evaluation of health state and quality of life in primary school teachers of Shiraz, 2003]. *Medical Journal of Hormozgan University* 2007; 10 (4) :387- 92.
- 32.Sadeghian F, Bagheri H, Mirnia M, Bezi H. Survey of Quality of life Shahrod workers in 2004. 6th Conference of safety and environment health in mines and mineral industries; 2006; Tehran, Iran.
- 33.Mino Y, Shigemi J, Yasuda N, Bebbington P. Perceived Job stress and mental health in precision machine workers of japan: a 2 year cohortsudy . *occp Environ Med*. 1999:91041-45.
- 34-Davis PA, Holm JE, Jeffrey E, Suda KT. Stress , headache , and physiological diseregulation : A Time- series analysis of stress in the labratory . *Headache* .1998:38:116-21.
- 35.Ayat Elahi SMT, Rafiei M.[Investigation of quality of life (psychological dimension) of Arak Islamic Azad University staff, 2003]. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2004; 6(21-22):63-70
- 36.Falahi Khoshknab M, Karimloo M, Rahgoy A, Fatah Moghadam L. [Quality of life and factors related to it among psychiatric nurses in the university teaching hospitals in Tehran].*Hakim* 2007; 9(4):24-30.
- 37.Ko GT, Wai HP, Tsang PC, Chan HC. Hong Kong men with low incomes have worse health – related quality of life as judged by SF – 36 scores *Hong Kong Med J* 2006; 12(5): 351-4.
- 38.Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia M.[The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version]. *Payesh* 2006; 5(1):49-56.