مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره سیزدهم/ پائیز ۱۳۸۷/ ۴۴-۳۵

بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان کارکنان درمانی و غیردرمانی بیمارستانهای شهر سنندج در سال ۸۵

دکتر مدبر آراسته[1]، دکتر بهروز هادی نیا[2]، دکتر عبداله صداقت[2]، دکتر نادر چاره جو[2]

۱- استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، بیمارستان قدس (مؤلف مسؤول) تلفن: ۶۶۶۰۰۲۵-۰۸۷۱ m_araste2007@yahoo.com

۲- پزشک عمومی

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روانی افراد در پیشبرد اهداف ملی و آرمانی جوامع از بیشترین اهمیت از لحاظ صرفه جویی در هزینه‌های مادی و معنوی برخوردار است. با توجه به ارتباط تنگاتنگ پرسنل بیمارستانها با بیماران و نقش آنها در ارتقای سلامت روان، شناسایی بیماران در معرض خطر اختلالات روان شناختی و ارجاع آنان برای دریافت کمکهای تخصصی، بررسی سلامت روانی در این قشر جامعه ضروری بنظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان کارکنان درمانی و غیر درمانی بیمارستانهای شهر سنندج در سال ۸۵، طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی: این مطالعه یک مطالعه توصیفی- تحلیلی (مقطعی) بود. جامعه آماری شامل کلیه پرسنل رسمی شاغل در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی در شهر سنندج با بیش از یکسال سابقه کاری در سال ۸۵ بود. حجم نمونه برابر ۵۰۶ نفر بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. پس از مراجعه به افراد و توضیح هدف مطالعه برای آنان و اخذ رضایت آنها جهت شرکت در مطالعه، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ 28) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده پس از ورود به رایانه با کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد و توزیع فراوانی مطلق و نسبی گروه‌ها تعیین گردید. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون آماری خی دو و تی تست استفاده گردید.

یافته‌ها: شیوع عدم سلامت روان در میان افراد مورد مطالعه ٤٢/١٪ بود که به تفکیک در بیمارستان بعثت (عمومی) ٤٧/٢٪ ، در بیمارستان توحید (عمومی) ۳۸/۷٪ و در بیمارستان قدس (روانپزشکی) ٢٦/٥٪ بود. بین جنسیت، محل خدمت، سطح درآمد و سطح تحصیلات با سلامت روان در افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود داشت (p<۰/۰۵). اما رابطه معنی‌داری بین رسته شغلی و گروه سنی با سلامت روان دیده نشد (p>۰/۰۵). شیوع اختلالات اضطراب و اختلال خواب، افسردگی و گرایش به خودکشی، اختلال کارکرد اجتماعی و نشانگان جسمانی به ترتیب ٥/٦٪، ۲/۹٪، ٦/١٪ و ٥/٩٪، ارزیابی گردید که بیشترین میزان شیوع مربوط به اختلالات کارکرد اجتماعی و کمترین شیوع مربوط به اختلالات افسردگی بود.

نتیجه‌گیری: راهکارهایی مانند افزایش حمایت شغلی و فراهم نمودن خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی برای کارکنان بیمارستانها در کنار تلاش برای بهبود تسهیلات و درآمد و در نظر گرفتن هرچه بیشتر سختی کار در بخشهای مورد فعالیت آنها توسط مدیران سیستم و تعامل بیشتر با صاحب نظران حیطه سلامت روان جهت طراحی برنامه‌ای جهت پیشگیری و کاهش اختلال سلامت روان در این گروه شغلی، ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، پرسنل بیمارستان، بیمارستان روانپزشکی، سنندج

وصول مقاله: ۸۷/۵/۸ اصلاح نهایی: ۸۷/۵/۱۸ پذیرش مقاله: ۸۷/۵/۲۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

سلامت روانی افراد در پیشبرد اهداف ملی و آرمانی جوامع از بیشترین اهمیت از لحاظ صرفه جویی در هزینه‌های مادی و معنوی برخوردار است. بر اساس یافته‌های موجود اختلالات روانی به عنوان یکی از مهمترین و معنی‌دارترین اجزای بار کلی بیماریها می‌باشد و پیش بینی می‌شود 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 بار درمانی بیماریها برسد (۱).

لذا توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه‌های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت است (۲) .

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۱ اعلام کرد افراد شاغل در جامعه از ابتلا، آسیب و میرایی بیشتری برخوردارند (۳). هم ابتلایی بالایی نیز بین سلامت روانی با سکته مغزی و بیماری‌های قلب و عروق نیز گزارش شده است (۴,۵).

یکی از مهمترین حوزه‌های توسعه سلامتی در جوامع، بخش بهداشت و درمان می‌باشد که ارتباط مستقیمی با سلامت انسانها دارد و در این بین کادر شاغل در بیمارستانها خصوصاً گروه پرستاری به عنوان یک گروه شغلی پر استرس در نظر گرفته می‌شود (۶,۷).

مطالعات مختلفی در زمینه بررسی استرس (۱۰-۸)، رضایت شغلی (۹,۱۱,۱۲) و به تعداد کمتر در زمینه بررسی سلامت روان (۱۳,۱۴, ۶) در میان پرستاران انجام شده است و عواملی همچون حجم کاری زیاد و عدم وجود سیستم‌های حمایتی مناسب (۱۵)، ارتباط مکرر با بیماران بد حال و در حال فوت (۹)، جابجایی در میان بخشهای کاری مختلف و ارتباط با بیماران مختلف (۶)، عدم همکاری و درک متقابل توسط بیماران و همراهانشان و همچنین خانواده خود پرسنل (۹,۱۶)، وجود فاصله طبقاتی در درون این گروه هم از نظر سطح درآمد و هم از نظر جایگاه اجتماعی (۹,۱۶)، ارتباط نامناسب سیستم‌های نظارتی و سایر همکاران و رده‌های شغلی (۱۷) نوع بیمارستان محل خدمت (۱۰) و فاکتورهای متعدد دیگری به عنوان فاکتورهای مؤثر در ایجاد استرس و کاهش سطح سلامت روانی در این افراد مطرح شده است.

مطالعات انجام شده در ایران در زمینه سلامت روان در پرستاران ارقام ۵۳/۳٪ (۱۴)، ۴۳٪ (۱۱) و ۴۵/۶٪ (۱۳) را برای شیوع عدم سلامت روان در این افراد ذکر کرده‌اند.

بررسی سلامت روان در کل پرسنل شاغل در بیمارستانها، کمتر مورد توجه بوده است و مطالعات بسیار اندکی در این زمینه در کشور انجام شده است. نتایج یک مطالعه در یک بیمارستان عمومی ارتباط معنی‌داری را میان جنس، وضعیت تأهل و کاری با سلامت روان پرسنل نشان داد، اما ارتباط معنی‌داری بین سن، سطح تحصیلات، میزان درآمد و سابقه کاری با سلامت روان دیده نشد (۱۲).

در مطالعه دیگری که در شیراز انجام شد، تفاوت معنی‌داری میان کارکنان اداری و درمانی در زمینه سلامت روان، دیده شد و کارکنان درمانی از سلامت کمتری برخوردار بودند و سلامت روانی در کارکنان مرد بیشتر از کارکنان زن بود. شیوع کلی اختلال در سلامت روان در آن مطالعه ۴۵/۶٪ بود (۱۸).

در برخی مطالعات انجام شده در خارج از کشور نیز به طور محدود به بررسی سلامت روان در پزشکان پرداخته شده است. در مطالعه انجام شده در اسپانیا شیوع

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

اختلال سلامت روان در ۲۵/۷٪ افراد مورد مطالعه گزارش شد (۱۹). در مطالعه‌ای نیز که در نیوزلند انجام شد ۲۹/۱٪ پزشکان مورد مطالعه دارای اختلال در سلامت روان بودند (۲۰).

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در میان کارکنان درمانی و غیر درمانی بیمارستانهای شهر سنندج در سال ۸۵ ، طراحی و اجرا گردید.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی- تحلیلی (مقطعی) بود. جامعه آماری شامل کلیه پرسنل رسمی شاغل در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان در شهر سنندج با بیش از یکسال سابقه کاری در سال ۸۵ بود. حجم نمونه برابر ۵۰۶ نفر بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند به گونه‌ای که ابتدا با توجه به تعداد پرسنل هر بیمارستان سهم نمونه‌های آن بیمارستان تعیین و سپس در داخل هر بیمارستان با روش تصادفی سیستماتیک نمونه‌ها انتخاب گردید. در شهر سنندج سه بیمارستان دانشگاهی و یک بیمارستان تامین اجتماعی وجود دارد. بزرگترین بیمارستان شهر (بعثت) دارای بخشهای اورژانس، جراحی، اورتوپدی، زنان، پوست، داخلی، ICU و جراحی مغز و اعصاب می‌باشد. دومین بیمارستان (توحید) دارای بخشهای اورژانس، قلب، CCU، ICU، چشم، داخلی مغز و اعصاب، داخلی، سوختگی، جراحی کلیه و مجاری ادراری، جراحی و گوش و حلق و بینی می‌باشد و نهایتاً سومین بیمارستان (قدس) که یک بیمارستان روانپزشکی می‌باشد که در این مطالعه این سه بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند. پس از مراجعه به افراد و توضیح هدف مطالعه برای آنان و اخذ رضایت آنها جهت شرکت در مطالعه، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ 28) و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد خانوار، سطح درآمد و غیره جمع‌آوری گردید.

پرسشنامه GHQ از جمله شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات در روانپزشکی است که به صورت فرم‌های ۲۱، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سوالی در دسترس می‌باشد که در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی که توسط آقایان گلدبرگ و هیلیر تدوین شده است (۱۱) و زیر مقیاسهای آن شامل نشانگان جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی و گرایش به خود کشی می‌باشد، استفاده شد.

نمره برش در این مطالعه ۲۳ بود. مطالعات فرا تحلیل گلدبرگ و مری نشان داد که متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ 28، ۸۴٪ و متوسط ویژگی آن ۸۲٪ است (۱۳). در مطالعات انجام شده در داخل کشور نیز نجفی، پایایی آزمون سلامت عمومی را با روش آزمون- آزمون مجدد برابر ۰/۸۹ به دست آورد. همچنین حساسیت و ویژگی و میزان اشتباه کلی طبقه بندی با نقطه برش ۲۲ را به ترتیب ۸۸٪، ۷۴٪ و ۲۰٪ گزارش نمودند (۲۱) نقطه برش در مطالعه خاقانی‌زاده و همکاران نیز ۲۳ بود (۱۴).

در این مطالعه پایایی آزمون سلامت عمومی با روش آزمون-آزمون مجدد برابر ۰/۸۵ به دست آمد و حساسیت و ویژگی با نقطه برش ۲۳ نیز به ترتیب ۸۹٪ و ۷۳٪ بدست آمد.

در کل میزان پاسخ دهی[1] در نمونه‌ها ۹۵٪ بود.

1. Response Rate

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده پس از ورود به رایانه با کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد و توزیع فراوانی مطلق و نسبی گروه‌ها تعیین شد و جهت تحلیل داده‌ها از آزمونهای آماری خی دو و تی تست استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه اکثریت نمونه‌ها زن (٦٧/٤٪) و ٣٢/٦٪ مرد بودند. میانگین سنی نمونه‌ها ٨/٦±٣٧/٠٣ سال بود. ٦٩/٨٪ نمونه‌ها متأهل و ٢٩/٥٪ مجرد و ٠/٧٪ جدا شده یا مطلقه بودند.

٤٩/٤٪ نمونه‌ها در بیمارستان بعثت، ٤٣/٩٪ در بیمارستان توحید و ٦/٧٪ در بیمارستان قدس مشغول بکار بودند. بیشترین تعداد خانوار پرسنل ٤ نفر با ٣٧/٩٪ بود. از نظر تحصیلی بیشترین تعداد نمونه‌ها دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند (٣٧/٥٪) و از نظر سطح درآمد بیشترین میزان با ٥٤/٣٪ مربوط به افراد با سطح درآمد ٢٥١-١٥١ هزار تومان بود.

٨١/٨٪ افراد پرسنل درمانی و ١٨/٢٪ غیر درمانی بودند. شیوع عدم سلامت روان در میان افراد مورد مطالعه ٤٢/١٪ بود که به تفکیک در بیمارستان بعثت ٤٧/٢٪ ، در بیمارستان توحید ٣٨/٧٪ و در بیمارستان قدس ٢٦/٥٪ بود.

بین جنسیت، محل خدمت، سطح درآمد و سطح تحصیلات با سلامت روان در افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود داشت (P<٠/٠٥). اما رابطه معنی‌داری بین رسته شغلی و گروه سنی با سلامت روان دیده نشد (جدول ١).

با افزایش سطح تحصیلات از میزان شیوع اختلالات روانی کاسته می‌شد، بیشترین و کمترین شیوع ٥٢/٧٪ و ٢٤/٤٥٪ به ترتیب مربوط به افراد با تحصیلات دیپلم و کارشناسی ارشد و بالاتر بود (p<٠/٠١).

با افزایش میزان درآمد نیز از شیوع اختلالات روانی کاسته می‌شد به گونه‌ای که بیشترین شیوع در افراد با درآمد ٢٥٠-١٥١ هزار تومان (٤٩/١٪) و کمترین میزان در افراد با درآمد بالای ٥٠٠ هزار تومان بود (٢١/٧٪) (p<٠/٠١).

شیوع اختلالات روان نیز به طور معنی‌داری در جنس مؤنث بیشتر بود (٤٥/٧٪ در مقابل ٣٤/٥٪ در مردان٣) (p<٠/٠٥).

اختلال در سلامت روان به طور معنی‌داری در پرسنل بهیار (٥٣/٢٪) و اداری و خدمات (٤٥/٧٪) بیشتر از سایر افراد بود (p=٠/٠١) (جدول ٢).

در این مطالعه میانگین شیوع اختلالات اضطراب و اختلال خواب، افسردگی و گرایش به خودکشی، اختلال کارکرد اجتماعی و نشانگان جسمانی به ترتیب ٥/٦٪، ٢/٩٪، ٦/١٪ و ٥/٩٪، ارزیابی گردید که بیشترین میزان شیوع مربوط به اختلالات کارکرد اجتماعی و کمترین شیوع مربوط به اختلالات افسردگی و گرایش به خود کشی بود. جدول (٣) نشان دهنده میانگین و انحراف معیار نمرات زیر مقیاسهای پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشد. همانگونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات نمونه‌های مورد مطالعه در سه زیر مقیاس نشانگان جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب و اختلال درکارکرد اجتماعی از نمره هنجار (٦) بالاتر و در زیر مقیاس افسردگی و گرایش به خود کشی زیر نمره هنجار بود.

همچنین میانگین نمرات پرسش نامه سلامت عمومی در واحدهای مورد پژوهش ٢١/٥٩±٢٣/٨٩ بود که از نمره هنجار (٢٣) بالاتر می‌باشد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

جدول ۱: توزیع فراوانی سلامت روان بر حسب ویژگیهای دموگرافیک در نمونه‌های مورد مطالعه

پارامترهای مورد مطالعه / سلامت روان		دارد		ندارد	
		فراوانی	درصد نسبی	فراوانی	درصد نسبی
گروه سنی	۳۰-۲۰ سال	۷۷	۶۲/۶	۴۶	۳۷/۴
	۴۰-۳۱ سال	۱۳۱	۵۹/۰	۹۱	۴۱/۰
	۵۰-۴۱ سال	۸۲	۵۲/۲	۷۵	۴۷/۸
	۵۱ سال و بالاتر	۳	۷۵/۰	۱	۲۵/۰
جنس	مذکر	۱۰۸	۶۵/۵	۵۷	۳۴/۵
	مؤنث	۱۸۵	۵۴/۳	۱۵۶	۴۵/۷
رسته شغلی	درمانی	۲۴۳	۵۸/۷	۱۷۱	۴۱/۳
	غیر درمانی	۵۰	۵۴/۳	۴۲	۴۵/۷
محل خدمت	بیمارستان بعثت	۱۳۲	۵۲/۸	۱۱۸	۴۷/۲
	بیمارستان توحید	۱۳۶	۶۱/۳	۸۶	۳۸/۷
	بیمارستان قدس	۲۵	۷۳/۵	۹	۲۶/۵۳
تحصیلات	دیپلم	۸۰	۴۷/۳	۸۹	۵۲/۷
	فوق دیپلم	۵۹	۶۲/۸	۳۵	۳۷/۲
	لیسانس	۱۱۴	۶۰/۰	۷۶	۴۰/۰
	فوق لیسانس و بالاتر	۴۰	۷۵/۵	۱۳	۲۴/۵
درآمد	کمتر از ۱۵۰ هزار تومان	۴۴	۵۸/۷	۳۱	۴۱/۳
	۲۵۰-۱۵۱ هزار تومان	۱۴۰	۵۰/۹	۱۳۵	۴۹/۱
	۵۰۰-۲۵۱ هزار تومان	۹۱	۶۸/۴	۴۲	۳۱/۶
	بالای ۵۰۰ هزار تومان	۱۸	۷۸/۳	۵	۲۱/۷

$p<۰/۰۵$

جدول ۲: توزیع فراوانی سلامت روان بر حسب شغل در نمونه‌های مورد مطالعه

شغل / سلامت روان	دارد		ندارد	
	فراوانی	درصد نسبی	فراوانی	درصد نسبی
پزشک	۴۰	۷۵/۵	۱۳	۲۴/۵
پرستار	۱۱۴	۶۰/۰	۷۶	۴۰/۰
بهیار	۳۶	۴۶/۸	۴۱	۵۳/۲
سایر رشته‌های پیراپزشکی	۵۹	۶۲/۸	۳۵	۳۷/۲
اداری و خدمات	۵۰	۵۴/۳	۴۲	۴۵/۷

$p=۰/۰۱$

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات نمونه‌های مورد مطالعه در هریک از زیر مقیاسهای پرسشنامه سلامت عمومی

زیر مقیاسها	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
نشگان جسمانی	۵۰۶	۰	۲۱	۶/۵۲	۶/۱۷
اضطراب و اختلالات خواب	۵۰۶	۰	۲۰	۶/۸۹	۶/۲۲
اختلال در کارکردهای اجتماعی	۵۰۶	۰	۲۱	۷/۴۷	۴/۶۲
افسردگی و گرایش به خودکشی	۵۰۶	۰	۱۹	۳/۰۰	۵/۲۳

در بخش‌های با تعداد نمونه ۳۰ نفر و بیشتر، پرسنل شاغل در بخش‌های داخلی و اورژانس به ترتیب با ۵۰٪ و ۴۴/۴٪ بیشترین مقدار و پرسنل شاغل در بخش‌های اتاق عمل و کودکان به ترتیب با ۲۱/۱٪ و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

۲۲/۶٪ کمترین مقدار اختلالات روانی را داشتند. اما در کل در دو بخش مراقبتهای قلب (CCU) و بخش دیالیز بیشترین میزان فراوانی اختلالات دیده شد به گونه‌ای که ۱۰۰ درصد نمونه‌های بخش CCU و ۷۳/۳٪ نمونه‌های بخش دیالیز دارای علائم اختلال سلامت روان بودند.

نکته جالب توجه در نتایج این بود که پرسنل بخش مراقبتهای ویژه (ICU) دارای کمترین میزان شیوع اختلال در سلامت روان بودند (۱۵٪).

بحث

نتایج، شیوع بالای اختلال در سلامت روان در افراد مورد مطالعه را نشان داد (۴۲/۱٪). بیشترین میزان اختلال در سلامت روان به ترتیب در پرسنل بهیار (۵۳/۲٪)، اداری و خدمات (۴۵/۷٪) و پرستاران (۴۰٪) و کمترین میزان در گروه پزشکان دیده شد (۲۴/۵٪)، که این درصدها با نتایج مطالعات مشابه در این گروه شغلی در سطح کشور که رقمی بین ۵۳/۵٪-۴۳٪ را برای اختلال در سلامت روان در آنها ذکر کرده‌اند، هماهنگی دارد (۱۴-۱۱).

مطالعات انجام شده در زمینه سلامت روان در کشورهای مختلف رقمی بین ۴۸/۸٪-۳۴٪ را برای اختلال روان در پرستاران و ۲۹/۱٪-۲۵/۷٪ در پزشکان (۲۳و ۲۲) ذکر کرده‌اند که تا حدود زیادی با نتیجه مطالعه حاضر هماهنگی دارد.

مقایسه نتیجه مطالعه حاضر و سایر مطالعات انجام شده قبلی در این زمینه مؤید بالاتر بودن شیوع اختلال در سلامت روان در پرسنل شاغل در بیمارستانها به نسبت جامعه عمومی می‌باشد، لذا این گروه باید به عنوان یک گروه در معرض خطر در نظر گرفته شوند.

از مهمترین دلایل مؤثر بر این شیوع بالا می‌توان به ماهیت استرس‌زای این حرفه‌ها، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیتهای غیر مترقبه، نوبت کاری، عوامل سازمانی و همچنین عوامل فردی اشاره کرد که این موضوع در مطالعات قبلی نیز مورد تایید قرار گرفته است (۶,۹,۱۱,۱۵-۱۷).

عامل دیگری نیز که باید به عنوان یک فاکتور مهم مورد توجه قرار گیرد بیشتر بودن تعداد پرسنل زن در این حرفه‌ها است که در این مطالعه نیز ۶۷/۴٪ نمونه‌ها را زنان تشکیل می‌دادند، که این امر خود با توجه به اینکه زنان علاوه بر مسؤولیت‌های شغلی دارای مسؤولیت تربیت فرزندان و مدیریت امور خانه نیز هستند و به نوعی عامل استرس‌زای بیشتری را تحمل می‌کنند و نهایتاً در معرض خطر بیشتری برای اختلال در سلامت روان می‌باشند، می‌تواند در بالاتر بودن میزان اختلال سلامت روان در پرسنل شاغل در بیمارستانها مد نظر قرار گیرد. مؤید این سخن بالاتر بودن شیوع اختلال سلامت روان به طور معنی‌داری در خانمها نسبت به آقایان در مطالعه حاضر است (۴۵/۷٪ در مقابل ۳۴/۵٪)، که به این موضوع در مطالعه عبدی و همکاران (۱۱) و صاحبی و همکاران (۱۳) نیز اشاره شده است.

عوامل مؤثر دیگری که در این مطالعه تأثیر معنی‌داری در سطح سلامت روانی افراد داشتند، سطح تحصیلات، درآمد و نهایتاً شغل افراد بود. در این مطالعه افراد دارای تحصیلات بالاتر و درآمد بیشتر و پزشکان، دارای سطح سلامت روانی بهتری بودند که این نتیجه با نتیجه مطالعه لامبرت و همکارانش هماهنگی دارد (۹) و تا حدود زیادی قابل توجیه است، چراکه سطح درآمد بالاتر سبب ایجاد احساس امنیت و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

امید به آینده بهتری در فرد شده و میزان استرس شخص را کاهش می دهد و از سوی دیگر بالاتر بودن تحصیلات و وضعیت شغلی نیز خود به عنوان عامل مؤثری در ارتقای جایگاه اجتماعی افراد مطرح می‌باشد و نهایتاً جمیع این موارد که در یک سیکل ارتباطی نیز با هم قرار دارند، می‌توانند در ارتقای سلامت روان افراد مؤثر باشند. خاقانی زاده و همکارانش در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری بین وضعیت اقتصادی و سلامت روان پرستاران مشاهده نکردند (۱۴) که با توجه به اینکه در مطالعه ما کل پرسنل مورد بررسی قرار گرفتند و همچنین یکنواخت بودن تقریبی درآمد افراد در آن مطالعه، این تفاوت توجیه پذیر است.

صاحبی و همکارانش نیز در مطالعه خود ارتباطی بین سلامت روان و سطح تحصیلات گزارش نکردند (۱۳)، البته در آن مطالعه فقط پرسنل اداری، خدمات و پرستاران مورد بررسی قرار گرفته و پزشکان در مطالعه وارد نشده بودند که این موضوع می‌تواند در توجیه تفاوت نتیجه آن مطالعه با مطالعه حاضر مد نظر باشد.

در این مطالعه بهیاران (۵۳/۲٪) و پرسنل اداری و خدمات (۴۵/۷٪) و پرستاران (۴۰٪) به طور معنی‌داری دارای شیوع بیشتر اختلال در سلامت روان بودند. البته تفاوت معنی‌داری بین پرسنل درمانی و غیر درمانی دیده نشد. در مطالعه صاحبی بیشترین اختلال در پرستاران و سپس در پرسنل اداری و خدمات دیده شد (۱۳)، که با توجه به اینکه در آن مطالعه بهیاران به عنوان گروهی جداگانه در نظر گرفته نشده و در داخل گروه پرستاری قرار داده شده بودند، نتایج مطالعه حاضر با نتایج آن مطالعه هماهنگی دارد و فقط تفاوت دو مطالعه در رتبه‌بندی شیوع در این دو گروه است.

در مطالعه انجام شده در شیراز شیوع عدم سلامت روان در پرسنل درمانی نسبت به پرسنل غیر درمانی بیشتر بود (۱۸) در حالیکه در مطالعه ما تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه دیده نشد.

با توجه به نتایج مطالعه، در زیر مقیاسهای پرسش نامه سلامت عمومی، اختلال کارکرد اجتماعی بیشترین فراوانی و افسردگی و گرایش به خود کشی کمترین فراوانی را در بین نمونه‌های مورد مطالعه به خود اختصاص می‌داد که این موضوع کاملاً با نتیجه مطالعه انجام شده در دانشگاه علوم پزشکی تهران که در پرستاران انجام شده است هماهنگی دارد (۱۴). سایر مطالعات انجام شده در کشور درصد هر یک از این اختلالات را به طور جداگانه ذکر نکرده‌اند.

نکته جالب توجه در نتایج مطالعه، بالاتر بودن سطح سلامت روان به طور معنی‌دار در پرسنل بیمارستان روانپزشکی نسبت به دو بیمارستان عمومی دیگر بود، چرا که انتظار می‌رفت با توجه به وضعیت بیماران بستری در این بیمارستان احتمال اینکه سطح سلامت روان در کارکنان آن کاهش یابد بیشتر باشد. اما نتایج بدست آمده بر خلاف این پیش‌بینی بود. در مطالعه انجام شده در تایوان در زمینه استرس کاری پرستاران بخش‌های روانپزشکی، ۱۷/۲٪ نمونه‌ها وجود استرس را در خود ذکر نموده بودند. در آن مطالعه بین میزان کم استرس، حمایتهای موجود در محیط کار وامنیت محیط کار با افزایش سلامت روان ارتباط معنی‌داری گزارش شد (۱۰)، لذا به نظر می‌رسد در صورتیکه این فاکتورها در محیط بیمارستان وجود داشته باشند. با توجه به اینکه کارکنان بیمارستانهای روانپزشکی آشنایی بیشتری با اختلالات روانپزشکی و همچنین نحوه برخورد و کنترل بیماران دارند و از سوی

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

دیگر پزشکان شاغل در این بیمارستانها و حتی همراهان بیماران نیز تعامل مناسب تری با پرسنل بیمارستان دارند، پائین‌تر بودن میزان اختلال در سلامت روان در پرسنل بیمارستان روانپزشکی مورد مطالعه نسبت به دو بیمارستان عمومی دیگر قابل توجیه باشد.

از نظر بخش محل خدمت بیشترین میزان اختلال سلامت روان در مطالعه ما در پرسنل بخش‌های CCU (۱۰۰٪)، دیالیز (۷۳/۳٪)، داخلی (۵۰٪) و اورژانس (۴۴/۴٪) و کمترین میزان در پرسنل ICU (۱۵٪)، اتاق عمل (۲۱/۱٪) و بخش کودکان (۲۲/۶٪) دیده شد که در مورد بخش‌های قلب و داخلی با نتیجه مطالعه حبیب و همکاران (۱۲) هماهنگی دارد اما در آن مطالعه بخش‌های مراقبت ویژه و اتاق عمل نیز دارای شیوع بالایی بودند که در مطالعه ما کارکنان این دو بخش کمترین میزان اختلال در سلامت روان را داشتند. در توجیه این تفاوت جدای از تفاوت تعداد نمونه‌های هر بخش در این دو مطالعه، می‌توان گفت با توجه به نتیجه مطالعه ما به نظر می‌رسد دلیل احتمالی شیوع کمتر اختلال در سلامت روان در دو بخش مراقبتهای ویژه و اتاق عمل می‌تواند تا حد زیادی ناشی از ایزوله بودن پرسنل این بخش‌ها و ارتباط کم آنها خصوصاً با همراهان بیمار و همچنین سایر کارکنان بیمارستان باشد چرا که در برخی مطالعات ذکر شده است که در میان پرسنل پزشکی، پرستاران بیشترین میزان آسیب ناشی از خشونت و حمله بیماران و همراهان آنها را تحمل می‌کنند (۱۰,۲۴) در حالیکه پرسنل معمولاً در این دو بخش دارای احساس امنیت بیشتری هستند چرا که احتمال حضور فیزیکی همراهان بیمار در این بخش‌ها بسیار کم بوده و ارتباط با بیمار نیز اغلب یک ارتباط یکطرفه بوده (به علت عدم هوشیاری یا انجام بیهوشی در بیمار) و در حد انجام امور درمانی بیمار است. در بخش کودکان نیز نوع مددجویان و ارتباط خاص هیجانی که پرسنل با آنان برقرار می‌کنند می‌تواند در توجیه کمتر بودن اختلال در سلامت روان در آنها، مد نظر باشد. اما در سمت مقابل در بخش‌هایی مانند دیالیز، اورژانس، قلب و داخلی جدای از بد حال بودن بیماران این بخش‌ها و بار کاری پرسنل آنها، حضور همراهان در بخش‌ها بیشتر بوده و حتی احتمال ایجاد استرس‌های فیزیکی بیشتر برای پرسنل این بخش‌ها هم از طرف بیمار و همراهانش وجود دارد و از سوی دیگر استرس‌های ناشی از سیستم مدیریتی بیمارستان و سایر همکاران در این بخش‌ها ممکن است بیشتر باشد. البته پرسنل بخش CCU نیز تا حدودی همانند بخش‌های ICU و اتاق عمل ایزوله هستند اما به نظر می‌رسد هوشیار بودن بیماران و ارتباطات بیشتر با آنها می‌تواند در این تفاوت تأثیرگذار باشد که تایید این امر و ارزیابی فاکتورهای دیگر نیازمند مطالعات بیشتر و اختصاصی بر روی پرسنل بخش‌های ویژه است.

امروزه توصیه می‌شود در بررسی سلامت روان باید هم متغیرهای مربوط به محیط کار یا عوامل سازمانی و هم متغیرهای خارج از محیط کار از جمله عوامل فردی در نظر گرفته شود (۲۵). لذا با توجه به بالاتر بودن شیوع اختلال سلامت روان در پرسنل بیمارستانها در این مطالعه، به نظر می‌رسد عوامل سازمانی در این زمینه دارای نقش با اهمیت‌تری هستند، که از این عوامل می‌توان به شرایط کاری، بار کاری، ساعات کار، ارتباطات بین فردی در محیط کار، رضایت و امنیت شغلی اشاره نمود (۶,۱۰). به همین دلیل مدیران سیستم بهداشتی درمانی کشور باید اقدامات ویژه‌ای را در زمینه بر طرف نمودن

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

کاستی‌های مادی و معنوی موجود در سیستم که سبب کاهش سلامت روان افراد شاغل در این سیستم می‌گردد، در اهم فعالیتها و برنامه‌ریزیهای کلان خود قرار دهند.

نتیجه‌گیری

در کل با توجه به شیوع بالای اختلال سلامت روان در کارکنان بیمارستانهای مورد بررسی، راهکارهایی مانند افزایش حمایت شغلی و فراهم نمودن خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی برای این افراد در کنار تلاش برای بهبود تسهیلات و درآمد و در نظر گرفتن هرچه بیشتر سختی کار در بخش‌های مورد فعالیت آنها توسط مدیران سیستم و تعامل بیشتر با صاحب نظران حیطه سلامت روان جهت طراحی برنامه‌ای جهت پیشگیری و کاهش اختلال سلامت روان در این گروه شغلی، ضروری به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

این مطالعه با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان اجرا شده است. بدینوسیله از زحمات آقایان دکتر نادر چاره جو و دکتر عبدا.. صداقت به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای طرح و همچنین مشاور محترم آماری طرح آقای فایق یوسفی و تمامی پرسنل زحمتکش بیمارستانهای دانشگاهی شهر سنندج که اجرای تحقیق بدون همکاری ایشان میسر نبود کمال تشکر و قدردانی بعمل می‌آید.

References

1. 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.
2. ILO. Mental health in the workplace: situation analysis (preliminary report). Geneva: US ILO, 2000. p. 3-5.
3. Cormack MA. The introduction of mental health component into primary health care. World Health Organization. Int J Social Psychiatry 1991; 37: 31-40.
4. Robinson KL, McBeth J, Macfarlane GJ. Psychological distress and premature mortality in the general population: a prospective study. Ann Epidemiol 2004; 14: 467-72.
5. May M, McCarron P, Stansfeld S, Ben-Shlomo Y, Gallacher J, Yarnell J, and et al. Does psychological distress predict the risk of ischemic stroke and transient ischemic attack? The Caerphilly Study. Stroke 2002; 33: 5-6.
6. 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.
7. Lambert VA, Lambert CE. Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. Nurs Health Sci 2001; 3:161-72.
8. Bergman B, Ahmad F, Stewart DE. Physician health, stress and gender at a university hospital. J Psychosom Res 2003; 54:171-8.
9. Lambert VA, Lambert CE, Itano J, Inouye J, Kim S, Kuniviktikul W, and et al. Cross-cultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). Int J Nurs Stud 2004; 41:671-84.
10. Shen HC, Cheng Y, Tsai PJ, Lee SH, Guo YL. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. J Occup Health 2005; 47:218-25.
11. Abdi Masooleh F, Kaviani H, Khaghanizade M, Momeni Araghi A. The relationship between burnout and mental health among nurses. Tehran University Medical Journal 2007; 6: 65-75.
12. Habib S, Shirazi MA. Job satisfaction and mental health among the employees of a general hospital. Quarterly Journal of Andeesheh Va Raftar 2003; 32: 73-64.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]

13. Sahebi L, Ayatollahi SMT. Mental health status of hospitals staffs in Shiraz. Ofogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences and Health Services 2007; 4: 26-33.
14. Khaghanizade M, Sirati Nayer M, Abdi F, Kaviani H. Assessing of mental level of employed nurses in educational hospitals affiliated to Tehran medical sciences university. The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health 2006; 31-32:141-148.
15. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. BMJ 2000; 27:1432-6.
16. Walcott-McQuigg JA, Ervin NE. Stressors in the workplace: community health nurses. Public Health Nurs 1992; 9:65-71.
17. Magennis C, Slevin E, Cunningham J. Nurses' attitudes to the extension and expansion of their clinical roles. Nurs Stand 1999; 13:32-6.
18. Hashem Zadeh I, Aurangi M, Bahrehdar MJ. The relationship between job stress and mental health in a group of hospital employees in Shiraz. Quarterly Journal of Andeesheh Va Raftar 2000; 23-22: 62-55.
19. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. Rev Clin Esp 2006; 206:77-83.
20. Clarke D, Singh R. Life events, stress appraisals, and hospital doctors' mental health. N Z Med J 2004; 22: U1121.
21. Najafi M, Solaty Dehkordy SK, Foroozbakhsh F. Relationship between staff burnout and mental health in staff of nuclear energy organization, Isfahan. Shahrekord University of Medical Sciences Journal 2000; 2: 34-41.
22. Fagin L, Brown D, Bartlett H, Leary J, Carson J. The claybury community psychiatric nurse stress study: is it more stressful to work in hospital or the community? J Adv Nurs 1995; 22: 347-58.
23. Yang MS, Pan SM, Yang MJ. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci 2004; 58:636-41.
24. Warchol G. Workplace Violence 1992-96. US Department of justice, bureau of justice statistics special report NCJ 168634, 1998.
25. Brough P. A comparative investigation of the predictors of work-related psychological well-being within police, fire and ambulance workers. New Aealand Journal of Psychiatry 2005; 34: 127-34.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-13]