مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۸۹
دوره ۲، شماره۴، صفحات ۳۸-۳۳

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Winter 2011
Vol. 2; Issue 4, Pages : 33-38

تعیین وضعیت سلامت روانی کارکنان مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی قزوین

احمد صادقی[۱]، بهاره رحمانی[۲*]، محمد زکریا کیایی[۳]،
محمد احمد پور[۴]، رامین محمدی[۵]، سید حمید نبوی[۶]

چکیده

زمینه و هدف: توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه‌های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت است عدم توجه به سلامت روان یکی از عوامل مهم در کاهش کارآیی، از دست رفتن نیروی انسانی و ایجاد عوارض جسمی و روانی، خصوصاً در خدمات حرفه‌ای، می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، تعیین وضعیت سلامت روانی کارکنان مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی قزوین بود که ۴ بعد از سلامت روانی (سلامت جسمانی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) را مورد بررسی قرار می‌دهد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- مقطعی می‌باشد که در پائیز ۱۳۸۷ انجام شده است. جامعه پژوهش پرسنل پرستار و اداری شاغل در بیمارستان شهید رجائی قزوین و نمونه پژوهش ۷۰ نفر از این جامعه بود که به روش طبقه ای تصادفی انتخاب شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی(GHQ 28) جمع آوری و به وسیله نرم افزار آماریSPSS و آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه و کای دو تحلیل شد.

یافته ها: در نمونه مورد مطالعه، از لحاظ سلامت جسمانی ۵/۷٪، از لحاظ عملکرد اجتماعی ۲/۸٪، از لحاظ وضعیت اضطراب ۱۱/۴٪ و از نظر وضعیت افسردگی ۱/۴٪ از نمونه مورد مطالعه، دارای اختلال بودند. همچنین بین هیچکدام از متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش(سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی، رشته تحصیلی و تعداد فرزندان) با اختلالات روانی، در سطح $\alpha = 0.05$ رابطه آماری معنادار وجود نداشت.

نتیجه گیری: یافته‌های این تحقیق نشان داد که اختلالات روانی در بین کارکنان این بیمارستان از شیوع متوسط برخوردار است؛ بنابراین توجه بیشتر مسئولین و محققین را می‌طلبد تا با تدوین برنامه‌های مداخله ای به بهبود وضعیت سلامت روانی آنان پرداخته شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی ، پرسشنامه GHQ28 ، مرکز آموزشی درمانی

۱- کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۲- کارشناس مدیریت بهداشت و درمان، بیمارستان صلاح الدین ایوبی بانه
۳- کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۴- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، شبکه بهداشت شهرستان بانه
۵- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بهداشت و درمان، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶- کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
*** نویسنده مسئول:** کردستان، بانه، خیابان انقلاب کوچه خلیلی، پلاک ۲۲
تلفن: ۰۸۷۵-۴۲۲۸۳۶۴ آدرس الکترونیک: Bahare841611@yahoo.com

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-15]

مقدمه

علی رغم تلاش های متعدد به منظور تعریف سلامت روانی تاکنون تعریف واحدی از آن موجود نیست. روانپزشکان با دید پزشکی به مسئله نگاه می‌کنند و روانشناسان با دید فردی و رفتاری به آن توجه دارند. سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی عادلانه و مناسب تعریف می‌کند. کاپلان، سلامت روانی را شامل سازگاری مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تضادهای درونی و الزامات محیطی در حال تغییر می‌داند (۱).

طبق آمارWHO، ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف از بیماریهای شدید روانی رنج می‌برند و ۲۵۰ میلیون نفر بیماری خفیف روانی دارند (۲). در ایران نیز این آمار از سایر کشورها کمتر نیست؛ در طرح ملّی بررسی سلامت و بیماری در ایران با استفاده ازپرسشنامه GHQ28 ، میزان اختلالات در افراد بالای ۱۵ سال ایران۲۱٪ گزارش شد (۳).

مطالعات متعددی بر روی سلامت روان در جمعیت های عمومی در کشورهای مختلف انجام شده است. در ایالات متحده شیوع اختلالات روانی با استفاده از پرسشنامه GHQ28 در عموم جمعیت ۲۶/۲٪ و در انگلستان ۱۶/۵٪ بوده است. در مطالعه WHO در ۱۴کشور توسعه یافته این برآورد در کلمبیا ۱۷/۸٪ فرانسه ۱۸/۴٪، آلمان ۹/۱٪، ایتالیا ۸/۲٪ ، لبنان ۱۶/۹٪، ژاپن ۸/۸٪ و چین ۴/۳٪ بوده است (۴). در طرح ملّی بررسی سلامت و بیماری در ایران با استفاده از پرسشنامه GHQ، میزان اختلالات روانی در بالغین ۲۰ درصد، در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال ۱۷/۶ درصد و در دانشجویان ۱۵/۶ درصد گزارش شده است. در این طرح بالاترین شیوع اختلالات در استان چهارمحال و بختیاری (۳۹/۱ درصد) بود (۳). مطالعات کاپلان نشان می‌دهد که میزان تنش، اضطراب و افسردگی در بین کارکنان بخش بهداشت و درمان بالا است و به نظر می‌رسد که این میزان از حد قابل انتظار بیشتر باشد(۵). به طوری که میزان اختلال روانی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۲/۵ برابر آمارهای جهانی برآورد شده است (۶).

تحقیقات اپیدمیولوژیک زیادی طی دهه گذشته مشخص نموده است که مسائل و معضلات موجود در زمینه بهداشت روان از جمله مشکلات اساسی است که بار مالی زیادی به دنبال دارد. به طوری که هزینه پرداختن به مشکلات روانپزشکی در اروپا و آمریکای شمالی در سال ۱۹۹۹ بالغ بر ۱۲۰ میلیون دلار بود (۷).

با توجه به مطرح بودن موضوع سلامتی و بعد جسمانی، روانی و اجتماعی آن، عدم توجه کامل به بعد روانی موضوع و پیچیدگی‌ها و مشکل در تعریف و ارزیابی آن، افزایش شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه و اولویت پائین آن در برنامه ریزی های توسعه اجتماعی و اقتصادی، رشد روز افزون جمعیت و مشکلات متناسب با آن، تغییرات عمده جهان در طول دو دهه گذشته در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد، جایگزینی بیماری های غیر واگیر(خصوصا بیماری های روانی) با بیماریهای واگیر و در صدر قرار گرفتن اختلالات روانی در ایجاد ناتوانی و مرگ زودرس و آمار منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف، ضرورت انجام این گونه مطالعات را بیشتر می‌کند(۸).

داشتن مشکلات روانی منجر به اختلال در انجام وظایف، کاهش انگیزه اضطراب، ترس و نگرانی شده و سبب می‌شود 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. از آنجا که نیروی انسانی یکی از بزرگترین منابع و سرمایه های هر سازمانی محسوب می‌شود که سلامت آنها در افزایش بهره وری نقش تعیین کننده دارد. بنابراین هر گونه برنامه ریزی و حتی سرمایه گذاری در این بخش که منتهی به حفظ و ارتقاء سطح سلامت کارکنان گردد، می‌تواند در نهایت منجر به افزایش کارایی شده و با بازگشت سرمایه همراه باشد(۷). هدف از این مطالعه بررسی شیوع اختلالات روانی و تعیین چندی از عوامل مرتبط دموگرافیکی با سلامت روانی در کارکنان مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی شهر قزوین می‌باشد. امید است با انجام این مطالعه و تعیین وضعیت سلامت روانی کارکنان، اطلاعات ارزشمندی در اختیار مدیران و کارشناسان جهت پیشگیری، کنترل، درمان و پیش بینی هزینه های مستقیم نهاده شود. با تعیین و شناسایی چندی از عوامل مرتبط با اختلالات روانی می‌توان گروه های پر خطر را شناسایی کرد و همچنین راهکارهایی برای پیشگیری و کنترل عوامل خطر تغییر پذیر ارائه داد. تاکنون مطالعاتی در مورد وضعیت سلامت عمومی کارکنان در قزوین کمتر صورت گرفته است، بنابراین انجام پژوهش برای دستیابی به یک خط پایه[1] در این مورد لازم به‌نظر می‌رسد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی- تحلیلی است که در پائیز سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. محیط پژوهش در این مطالعه مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی قزوین، و جامعه پژوهش شامل ۲۰۰ نفر از کارکنان بخش پرستاری، مالی و اداری شاغل در مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی قزوین بود. با در نظر گرفتن شیوع تقریبی ۱|۳۴ اختلالات روانی و سطح اطمینان ۹۵٪ در مطالعات مشابه (۵ ، ۱۷) و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه بندی شده[2]، حجم نمونه ۷۰ نفر به

1. Base Line
2 . Randomized- Stratified method

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-15]

دست آمد. اطلاعات مورد نظر با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی(GHQ 28) گردآوری گردید(۳). پرسشنامه سلامت عمومی توسط *گلدبرگ* در سال ۱۹۷۹ ابداع شد(۹) و هدف از طراحی آن، کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف بوده است. سؤالات پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد، شامل نشانه هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه هایی از رفتارهای قابل بررسی بود، به همین دلیل پرسشها بر موقعیت « اینجا و اکنون» تأکید داشت. در انتخاب پرسشها بر روی چهار حوزه کار شده بود: اولین حوزه مالیخولیا درنظر گرفته شد که در برگیرنده طیف گسترده ای از پرسشهای وضعیت جسمانی بود. دومین حوزه اضطراب و احساس آشفتگی روانشناختی و سومین حوزه رفتار قابل بررسی عینی بود که پرسشهای مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی در آن منظور شده بود و چهارمین حوزه به افسردگی اختصاص داشت (۱۰). تا به امروز پرسشنامه سلامت عمومی شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهشها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرمهای ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ پرسشی طرح شده است. فرم استاندارد شده یا ۲۸ پرسشی که در این آزمون از آن استفاده شده است براساس تحلیل عامل بر روی فرم کامل GHQ یعنی نسخه ۶۰ پرسشی آن می‌باشد که ۴ مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می‌گیرد (۷). پرسشنامه GHQ28 مانند سایر فرمهای GHQ به صورت چهار گزینه ای بوده که در آن طیف پاسخها به صورت «خیلی کمتر از همیشه، کمتر از همیشه، مثل همیشه و بیشتر از همیشه» می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه در مطالعات مختلف از جمله مطالعات پالاهنگ (۱۱) و یعقوبی (۱۲) مورد بررسی قرار گرفته که به ترتیب ۹۱٪ و ۸۸٪ بوده است. مقادیر آلفای کرونباخ نیز برای پرسشنامه وضعیت سلامت جسمی۰/۸۴، اضطراب۰/۸۵، کارکرد اجتماعی۰/۷۹، افسردگی۰/۸۱ و وضعیت سلامت عمومی۰/۹۱بدست آمد که بیانگر ثبات درونی قابل قبول این پرسشنامه‌ها می‌باشد (۱۱). با توجه به جامعیت و استاندارد بودن آن، در این مطالعه نیز از این پرسشنامه استفاده شد. سپس به نمونه‌ها مراجعه و با ارائه توضیحات، پرسش نامه به آنها تحویل و با معرفی اهداف مطالعه و تأکید بر اهمیت موضوع و محرمانه بودن اطلاعات، مشارکت آن‌ها جلب گردید. در این مطالعه به لحاظ رعایت اخلاق پژوهش، پرسشنامه‌ها بی نام بوده و داده‌های جمع آوری شده فقط در اختیار پژوهش گران بود. بنابراین امکان شناسایی افراد توسط سایرین وجود نداشت. برای تجزیه و تحلیل و حصول نتایج از داده‌های جمع آوری شده از آزمون های آماری آنالیز واریانس، تی یک طرفه و مجذور کای توسط نرم افزار SPSS 14 بهره گیری شده است.

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۵/۷٪ از نمونه مورد مطالعه را مردان و ۵۴/۳٪ دیگر را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی پاسخ دهندگان ۳۶سال با انحراف معیار ۷/۹۸ بود. در رابطه با میزان تحصیلات، یافته های پژوهش نشان داد که بیشتر نمونه‌ها مورد بررسی دارای مدرک لیسانس و بالاتر (۵۴/۳٪) و ۱۵/۷٪ دارای مدرک فوق دیپلم بودند. از لحاظ وضعیت شغلی، نمونه مورد مطالعه در سه گروه پرستار و بهیار، کارمند اداری و امور مالی قرار گرفتند که بیشترین فراوانی مربوط به پرستار و بهیار با فراوانی ۴۱/۴٪ بود.

در مجموع ۴۱/۴٪ از پرسنل مورد مطالعه از نظر وضعیت سلامت روان در در سطح نسبتاً پایینی قرار داشتند. این وضعیت در کارکنان مذکر ۵۲/۶٪ و در کارکنان مونث ۲۸/۱٪ بود. ۴۴/۸٪ از کارکنان پرستاری، ۴۰/۷٪ از کارکنان گروه اداری و ۳۵/۷٪ از کارکنان امور مالی نیز سلامت روانی در سطح پایینی داشتند(جدول۱).

جدول۱: توزیع وضعیت اختلال روانی کارکنان بیمارستان مورد مطالعه بر حسب ویژگیهای فردی و شغلی

متغیر		(در صد) فراوانی
جنس	مذکر	۲۰ (۵۲/۶)
	مونث	۹ (۲۸/۱)
مقطع تحصیلی	دیپلم و پایین تر	۵ (۲۳/۸)
	کاردانی	۴ (۳۶/۴)
	کارشناسی و بالاتر	۲۰ (۵۲/۶)
وضعیت تاهل	مجرد	۵ (۳۸/۵)
	متاهل	۲۳ (۴۳/۴)
گروه شغلی	پرستاری	۱۳ (۴۴/۸)
	امور اداری	۱۱ (۴۰/۷)
	امور مالی	۵(۳۵/۷)

در پرسشنامه GHQ، وضعیت سلامت روان به چهار آیتم وضعیت جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی تقسیم شده که حداقل و حد اکثر امتیاز هر آیتم به ترتیب صفر و ۲۱ می‌باشد. بدین ترتیب با افزایش نمره، سلامت روانی افراد پایین تر می‌آید. میانگین نمرات هر یک از این ابعاد در جدول ۲ آمده است.

با امتیاز بندی نمرات کارکنان، کارکنانی که نمره آنها بین ۶-۰ بود در گروه سالم، نمره ۱۳-۷ در گروه مشکوک و نمره۲۱- ۱۴ در گروه دارای اختلال قرار گرفتند. بدین ترتیب ۵/۷٪ افراد مورد بررسی دارای اختلال جسمانی، ۱۱/۴٪ دارای اختلال اضطراب، ۲/۸٪ دارای اختلال عملکرد اجتماعی و۱/۴٪ دارای افسردگی بودند(جدول۳).

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-15]

جدول۲: اطلاعات توصیفی وضعیت سلامت روان در بیمارستان مورد مطالعه

آیتم‌های وضعیت سلامت روان	حداقل	حداکثر	میانگین و انحراف معیار
وضعیت جسمانی	۰	۲۱	۶/۱۴ ± ۴/۶۴
اضطراب	۰	۲۱	۳/۷ ± ۴/۸۹
کارکرد اجتماعی	۰	۲۱	۶/۵۲ ± ۳/۶۳
افسردگی	۰	۱۵	۲/۸۱ ± ۳/۴۰

جدول۳: بررسی وضعیت کارکنان از نظر ابعاد سلامت روانی

ابعاد سلامت روانی	سلامت جسمانی		عملکرد اجتماعی		اضطراب		افسردگی	
وضعیت	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سالم	۴۶	۶۵/۷	۳۶	۵۱/۵	۴۱	۵۸/۶	۶۱	۸۷/۱
مشکوک	۲۰	۲۸/۶	۳۲	۴۵/۷	۲۱	۳۰	۸	۱۱/۵
بیمار	۴	۵/۷	۲	۲/۸	۸	۱۱/۴	۱	۱/۴

در نهایت از لحاظ وضعیت کلی سلامت روانی افراد در دو گروه سالم و بیمار قرار گرفتند:سالم: افرادی که نمره ی آن‌ها ۲۲ و پائین تر از ۲۲، بیمار: امتیاز ۲۳ و بالاتر از ۲۳. ۴۱ نفر (۵۸/۶٪) از لحاظ وضعیت کلی سلامت روانی، سالم و ۲۹ نفر (۴۱/۴٪) از لحاظ وضعیت سلامت عمومی، در سطح پایین بودند.

نهایتاً اینکه یافته های پژوهش نشان داد که بین هیچکدام از متغیرهای مورد استفاده در این پژوهش (جنس، سن، وضعیت تاهل، مقطع و رشته تحصیلی، شیفت کاری) با اختلالات روانی، رابطه آماری معنادار وجود ندارد.

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین وضعیت سلامت روانی کارکنان مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی قزوین بود که ۴ بعد از سلامت روانی (سلامت جسمانی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی) را مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی ابعاد سلامت روانی بیمارستان شهید رجائی قزوین حاکی از این بود که وضعیت سلامت روان در این مرکز در سطح متوسطی قرار دارد. بیشترین میزان اختلال در سلامت روان در پرسنل پرستاری (۴۶/۸٪) مشاهده شد. این میزان برای پرسنل اداری ۴۰/۷٪ و برای پرسنل امور مالی ۳۵/۷٪ به دست آمد. مطالعات انجام شده در زمینه سلامت روان در کشورهای مختلف رقمی بین ۴۸/۸-۳۴ درصد را برای اختلال روانی در بین پرستاران ذکر کرده اند که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۳و۱۴). یافته های مطالعه صاحبی (۱۳۸۵) نیز نشان داد که شیوع اختلال روانی در بین پرستاران بالاترین میزان را دارد (۱۷). به گزارش انستیتو بین المللی بهداشت و ایمنی کار، پرستاران از نظر بروز بیماریهای روانی در رتبه ۲۷ از بین ۱۳۰حرفه می‌باشند (۱۵). نتایج دیگر تحقیقات نشان می‌دهد در بعد عملکرد اجتماعی۱۴-۱۳درصد از پرستاران دچار مشکلاتی در زمینه عملکرد اجتماعی بوده اند و در بعد روحی (افسردگی و اضطراب)، کار طولانی با بیماران بدحال و بیماران سالخورده، پرستاران زن را در مقایسه با سایر کارکنان بیمارستان، با توجه به ویژگی حساس بودنشان، مستعد ابتلا به اختلالات روانی می‌کند (۱۷،۱۶). در این مطالعه، شایع ترین اختلال مربوط به اضطراب (۱۱/۴٪) بود که با مطالعات باقری (۱۳۸۴) و دستجردی (۱۳۸۲) که در محیط دانشگاه و بین دانشجویان انجام گرفته همخوانی ندارد. چرا که در این مطالعات بالاترین اختلال مربوط به عملکرد اجتماعی بوده است (۱۸و۱۹). اضطراب بالا در بین کارکنان بخش بهداشت و درمان و به خصوص پرستاران می‌تواند ناشی از کار در محیط پر استرس بیمارستان، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیت های غیر مترقبه و عوامل سازمان و فردی باشد. خاقانی زاده و همکاران (۱۳۸۵) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شایع ترین اختلال روانی در بین پرستاران، اضطراب می‌باشد (۲۰). همچنین در این مطالعه شیوع اختلالات روانی در میان کارکنان ۴۱/۴ درصد بود که نسبت به شیوع اختلالات در تعدادی از مطالعات کمتر بود. صاحبی و آیت الهی (۱۳۸۴)در مطالعه خود گزارش کردند که ۴۵/۶ درصد از کارکنان بیمارستانهای شیراز دارای اختلالال روانی بودند(۱۷). همچنین طبق یافته‌های کاپلان ۴۷درصد از پزشکان ،مدیران، و مشاوران بیمارستانی در بخش بهداشت و درمان دارای اختلال روانی بودند(۵) اما در مقایسه با مطالعه انجام گرفته در سمنان، شیوع اختلالات روانی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی سمنان (۲۸/۶)کمتر از این پژوهش بود (۶). در این مطالعه در بررسی رابطه سن، جنس، وضعیت تاهل، مقطع تحصیلی، تعداد فرزندان با اختلالات روانی رابطه آماری معنی داری مشاهده نشد، که با مطالعات صابریان و همکاران (۱۳۸۵) و بیگدلی و کریم زاده(۱۳۸۵) همخوانی ندارد (۶،۲۱) ولی با مطالعات هاشمی نظری و همکاران(۱۳۸۴) دارای تطابق و همخوانی می‌باشد (۲۰). خاقانی زاده نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسید که بین سلامت روان و متغیر های سابقه کار، اضافه کار و نوبت کاری رابطه معناداری وجود دارد(۲۰).

از طرفی در این تحقیق، ارتباط معنی داری بین شب کاری با سلامت روانی مشاهده نشد. در تحقیق کورتس[1] و همکاران (۲۳) و پویسو ننت[2] و همکاران (۲۴) بین نوبت کاری و اختلالات روانی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت؛ برخی محققان، کاهش ساعات کاری در بین کارکنان بیمارستان را، راهی برای پیشگیری وحفظ سلامت‌روانی پیشنهادکرده‌اند (۲۴).

1. Cortes
2. Poissonnet

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-15]

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که سلامت روانی کارکنان این مرکز در سطح متوسطی قرار دارد؛ با این وجود توجه بیشتر مسئولین را در این زمینه می‌طلبد. به نظر می‌رسد تدوین چند برنامه مداخله ای 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. سلامت روان لازمه حفظ و دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه بوده و تامین آن هدف اصلی اجرای برنامه های بهداشت روان در جامعه می‌باشد. در برنامه ریزی بهداشت روان، داشتن اطلاعات و آمار در زمینه اختلالات روانی الزامی است و پژوهش حاضر در همین راستا انجام گردید. نتایج پژوهش می‌تواند به عنوان یک منبع اطلاعاتی و آماری در جهت برنامه ریزی و بهبود برنامه های بهداشت روان، مورد استفاده و کاربرد قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه کارکنان بیمارستان شهید رجایی قزوین که در اجرای این تحقیق و جمع آوری اطلاعات، ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

References

1. Kaplan, L, Education and mental health, New York, Harper and Row, 1971, 105.
2. Soltanian A, Bahreini F, Namazi S, Amiri M, Gheedi H, Kohan G,The survey mental health in Boshehr high school students and factors affecting the academic year 2003-2004, Tebbe Jonob Bio Quarterly, 2004; 7(2): 173-182 [Persian].
3. Norbala AA, National plan of health and disease in iran, National Center of Medical Sciences Research, Ministry of Health and Medical Education, Tehran 1999, 14-16 [Persian].
4. Goldman RD, Fisher LJ, Howthorne G, WHO survey of prevalence of mental health disorders, JAMA 2004, 292: 2467-8.
5. Caplan RP, Stress, anxiety and depression in hospital manager, Br Med J, 1994; 309 (1261): 3.
6. Saberian M, HajiAghajani S, Ghorbani R, Behnam B, Maddah S, Studying of mental health workers in Semnan University of Medical Sciences, Journal of Semnan University of Medical Sciences 2006; 8(2): 15-19. [Persian]
7. DeVries MW, Wilkerson B, Stress, work and mental health: a global perspective, Acta Neuropsychiatrica 2003: 15 (1): 44.
8. ILO, Mental health in the workplace: situation analysis (preliminary report), Geneva, US ILO 2000:3-5.
9. Goldberg DP, Hillier VF, A scaled version of general health questionnaire, Psychological Medicine 1979; 9(1): 131-145.
10. Cheraghian B, Epidemiologic pattern of migraine and tention of teachers in Shiraz 2003, Journal of Kerman University Medical sciences 2004; 12(2): 85-92 [Persian].
11. Palahang H, Nasr M, A study of the epidemiology of mental disorders in the Kashan, Journal of Andisheh & Raftar 1997; 2(4): 19-27 [Persian].
12. Yaghobi N, Shahmohamadi D, A study of the epidemiology of mental disorders in the rural and urban of the city of Some'e Sara, Journal of Andisheh & Raftar 1996; 1(4): 7-14 [Persian].
13. 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(2): 347-58.
14. Yang MS, Pan SM, Yang MJ, Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan, Psychiatry Clin Neurosciences 2004; 58(6):636-41.
15. Mehrabi T, Ghazavi Z, Women's mental health status of nurses in hospital of Isfahan University of Medical Sciences, Journal of Health 2004; 1(2): 1-5 [Persian].
16. Davis PA, Holm JE, Jeffrey E, Suda KT, Stress, headache, and physiological disergulation: A time- series analysis of stress in the laboratory, Headache 1998; 38(2): 116-21
17. Sahebi L, Ayatollahi MT, The survey of mental health in hospital staff in Shiraz, Journal of Ofogh-e- Danesh 2005; 12(4):26-33 [Persian].
18. Bagheri A, Mental health review year entry students 1383-84, Magazine of Andisheh & Raftar 2005; 10(34): 30-39. [Persian]
19. Dastjerdi R, Khazaeei K, The survey of students public health in Birjand University of Medical Sciences, Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences 2003; 8(1): 34-38 [Persian].
20. Khaghanizadeh M, SyratiNir M, Abdi F, Kaviani H, Review the level of mental health nurses working in hospital affiliated to Tehran University of Medical Sciences, Journal of mental health principles 2006; 8(31): 141-148. [Persian]
21. Bigdeli I, Karim zadeh S, The effect of tension factors on mental health nurses in Semnan, Sientific Journal of semnan University of Medical Sciences 2006; 8(2):21-25 [Persian].
22. Hashemi Nazari S, Khosravi J, The survey of mental health Fire station workers using GHQ28 questionnaire in

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-15]

2005, Hakim Medical Journal 2007; 10(2): 56-64 [Persian].

23. Cortes I, Artazcoz L, Rodriguez- Sanz M, Borrel C, Inequalities in mental health in working population, Gac Sanit 2004; 18 (5): 321-29.

24. 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 2001; 30 (1-2): 387-91.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-09-15]