

بررسی سطح سلامت روان در پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران

*مرتضی خاقانی زاده^۱، مسعود سیرتی نیر^۲، فتنه عبدی^۳، دکتر حسین کاویانی^۴

^۱مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ... (عج)

^۲مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری، ^۳کارشناس ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴دانشیار روان شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خلاصه

مقدمه: توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت است. عدم توجه به سلامت روان یکی از عوامل مهم در کاهش کارایی، از دست رفتن نیروی انسانی و ایجاد عوارض جسمی و روانی، خصوصاً در خدمات حرفه ای، می باشد. با توجه به نقش پرستاران در سیستم بهداشتی درمانی و لزوم انگیزه کاری بالای آنها برای ایجاد امنیت بهداشتی برای این قشر عظیم و مراجعین آنها، تحقیقی به منظور بررسی سلامت روان پرسنل پرستاری بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجام شد. **روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی و مقطعی می باشد که روی ۲۰۰ نفر از پرسنل پرستاری که به صورت چند مرحله ای احتمالی انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل ویژگی های دموگرافیک، پرسش نامه سلامت عمومی-۲۸ بود.

یافته ها: یافته ها از لحاظ سطح سلامت روان نشان داد که ۴۳٪ از نمونه ها دارای علامت و ۵۷٪ از آن ها بدون علامت بودند. بین سلامت روان و ویژگی های دموگرافیک از قبیل وضعیت تأهل، تعداد فرزندان و رضایت از وضعیت اقتصادی ارتباط معناداری وجود نداشت. اما بین سلامت روان و متغیرهای سابقه کار، اضافه کار و نوبت کاری رابطه با معنادار بود.

بحث و نتیجه گیری: میانگین نمره سلامت روان نمونه ها ۲۳/۲۹ بود که در مقایسه با جمعیت عمومی در ایران، رقم بالایی می باشد. سلامت روان پرستاران به دلایل متعددی نسبت به سایر مردم جامعه در معرض خطر است. با توجه به یافته های تحقیقات موجود از مهم ترین دلایل می توان به ماهیت استرس زای این حرفه، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیت های غیرمترقبه، نوبت های کاری، عوامل سازمانی و عوامل فردی اشاره کرد.

واژه های کلیدی: سلامت روان، استرس، پرستاری و پرستار

مقدمه

البته با در نظر گرفتن تفاوت های بین فرهنگ ها، ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیرممکن می نماید. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است. به این معنی که صرفاً به لحاظ نداشتن بیماری روحی نمی توان سلامت روان را در یک فرد صد در صد تأیید کرد. حتی با این که بسیاری از ما از بیماری خاص روانی قابل تشخیص رنج نمی بریم اما واضح است که برخی از ما به لحاظ روانی سالم تر از دیگران هستیم.

سلامت روان توسط محققان از فرهنگ های مختلف، به صورت های متفاوتی تعریف شده است. مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی^۱ و خود شکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می باشد.

*آدرس مؤلف مسؤول: تهران - میدان توحید - خیابان گلبار - کوچه محمدی -

پلاک ۱۳ - واحد ۲

تلفن تماس: ۰۲۱-۶۶۹۴۱۴۰۵ Email: Khaghanizade@BMSU.ac.ir

تاریخ وصول: ۸۵/۵/۱۸ تاریخ تأیید: ۸۵/۸/۱۸

به این بعد از سلامت در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. این در حالی است که در برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی، پایین‌ترین اولویت به آنها داده می‌شود (۵). اطلاعات به دست آمده از تحقیقات اپیدمیولوژیکی در کشور ما دلالت بر این دارد که میزان شیوع این مشکلات در کشور ما نیز از سایر کشورها کم‌تر نیست. در خصوص شیوع بیماری‌های روان‌پزشکی در افراد ۱۵ سال به بالا در ایران، در یک مطالعه اپیدمیولوژیک در سطح کشور اعلام شده است که مجموعاً ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه در سطح کشور از اختلالات روانی رنج می‌برند که حدود ۱۲-۱۰ میلیون نفر از بالغین کشور نیازمند خدمات بهداشت روان هستند. ضمن این که حدود ۰/۶٪ نیز از اختلالات سایکوتیک رنج می‌برند (۶). توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه‌های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت بوده و جای بحث دارد. یکی از زمینه‌هایی که توجه به بهداشت روان در آن حائز اهمیت می‌باشد، شغل و حرفه می‌باشد. بشر از زمانی که خود را شناخته، در پی تلاش و فعالیت بوده و اشتغال به کار بخش عمده‌ای از زندگی انسان را تشکیل می‌دهد (۷).

هدف اصلی این پژوهش تعیین وضعیت سلامت جسمی و روانی کارکنان از جمله پرستاران، تأکید بر لزوم ایجاد امنیت بهداشتی در محیط کار برای کارکنان حرفه‌های پزشکی و مراجعین به آنها و به عبارت دیگر، تأمین و ارتقاء سلامت جسمی روانی و اجتماعی دست اندرکاران بهداشت عمومی است تا در سایه آن متولیان و خدمتگزاران امر سلامت جامعه، خود جزء سالم‌ترین‌ها باشند و با پوشیدن لباس دانش و مهارت موازین بهداشتی، همچون غواصانی آگاه، ماهر و آماده، بدون هیچ گونه احساس خطری به نجات غرق شدگان در دریای عوامل بیماری‌زا بپردازند.

برای ارتقاء کیفیت و بازدهی در محیط کاری اقدامات زیادی انجام می‌شود. به طور مثال بهسازی محیط، استفاده از تکنولوژی مدرن و ارائه خدمات مکانیزه و اقدامات دیگر. اگر در کنار همه این اقدامات، سطح سلامت روان و مشکلات ناشی از عدم توجه

آن چه مسلم است حفظ سلامت روان نیز مانند سلامت جسم حائز اهمیت است. شاید اقداماتی در این زمینه صورت گیرد اما خدمات بهداشت روان عمدتاً به گروه کوچکی از افراد که مشکلات جدی و آشکار دارند اختصاص می‌یابد (۱).

بهداشت روانی عبارت است از مجموعه عواملی که در پیشگیری از ایجاد و یا پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان نقش مؤثر دارند و هدف اصلی آن پیشگیری از وقوع بیماری‌هاست و پیشگیری به معنای وسیع آن عبارت است از به وجود آوردن عواملی که مکمل زندگی سالم و طبیعی است، همراه با درمان اختلالات جزئی رفتار به منظور جلوگیری از وقوع بیماری‌های شدید (۲). مشکلات در زمینه بهداشت روان از بدو پیدایش بشر وجود داشته و هیچ فردی، از هیچ طبقه اقتصادی اجتماعی خاصی در مقابل آن‌ها مصونیت نداشته و خطری است که بشر را مرتباً تهدید می‌کند (۳). امروزه پیشرفت صنعت و تکنولوژی در جوامع انسانی، قدرت و ثروت را افزایش داده ولی امکان زندگی با آرامش و صلح و اطمینان را از انسان سلب کرده و در حقیقت «کیفیت فدای کمیت» شده و اعتدال و تناسب کنار رفته و مشکلات عصبی روانی و روان‌تنی، جانشین آن شده است. عواقب فیزیکی و روان‌شناختی چنین مشکلاتی، توانایی برای عملکرد در خانواده، جامعه و محل کار را مختل کرده و در بسیاری از موارد باعث از هم پاشیدگی خانواده‌ها، سوءمصرف مواد، خودکشی، بی‌کاری، فقر و انزوای اجتماعی می‌گردد. در حالی که بسیاری از این عواقب بحرانی با توجه به مسائل مربوط به بهداشت روان و حمایت به موقع افراد، قابل پیشگیری است (۴).

از طرف دیگر، تحقیقات اپیدمیولوژیک زیادی در طی دهه گذشته مشخص کرده که مسائل و معضلات موجود در زمینه بهداشت روان از جمله مشکلات اساسی است که بار مالی زیادی به دنبال دارد. طوری که هزینه پرداختن به مشکلات روان‌پزشکی در اروپا و آمریکای شمالی در سال ۱۹۹۹، بالغ بر ۱۲۰ بیلیون دلار به علاوه ۶۰ بیلیون دلار متعلق به اختلالات سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع مسائل مربوط

ساده انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش نامه است. که شامل دو بخش است: بخش اول پرسش نامه اطلاعات فردی و دموگرافیک است که شامل: سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه کار، ساعات کار در هفته، بخش محل فعلی کار، نوبت کاری، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی می‌باشد.

بخش دوم پرسش نامه سلامت عمومی ۲۸^۱ بود. این پرسش نامه، اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید. فرم اصلی این پرسش نامه ۶۰ سؤالی است و دارای سه فرم ۲۸، ۶۰ و ۶۰ سؤالی است و تاکنون به ۳۸ زبان زنده دنیا ترجمه شده است و در هفتاد کشور از آن استفاده شده است (۹). این یک پرسش نامه بروز روان‌شناختی است که برای شناسایی افراد با مشکلات روانی به کار می‌رود. روی تغییرات و عملکرد بهنجار تمرکز دارد و دو گروه از پدیده‌های مهم را در بر می‌گیرد: ناتوانی در ادامه انجام عملکرد عادی فرد و ظهور پدیده جدید با ماهیت پریشان‌ساز. این پرسش نامه ناراحتی‌های با طول مدت کمتر از دو هفته را شناسایی می‌کند و نسبت به بیماری‌های گذرا حساس است. در مطالعات زمینه‌یابی در جامعه کل، مطالعات زمینه‌یابی در گروه‌های خاص و در مطالعات مقایسه‌ای بیماری‌های روانی در یک جمعیت در زمان‌های متفاوت به کار برده می‌شود. پرسش نامه به طور مکرر مورد بررسی و تجدید نظر قرار گرفته است. فرم ۲۸ سؤالی این پرسش نامه که در پژوهش حاضر از آن استفاده می‌شود دارای چهار مقیاس A, B, C, D می‌باشد و هر مقیاس هفت پرسش دارد که چهار دسته از اختلالات غیرسایکوتیک، شامل: ۱- نشانگان جسمانی^۲، ۲- اضطراب و اختلالات خواب^۳، ۳- اختلال در کارکردهای اجتماعی^۴، ۴- افسردگی و گرایش به خودکشی^۵ را اندازه‌گیری می‌کند. زیر مقیاس‌ها جنبه علامت‌شناسی را نشان می‌دهند و لزوماً برابر با تشخیص‌های روانی نیست.

به آن نیز سنجیده شود، در شناسایی و مقابله با مشکلات کاری پرسنل کادر درمان نقش به سزایی خواهد داشت. با افزایش سلامت روان در پرسنل، در مددجویان نیز رضایت خاطر ایجاد خواهد شد و حتی اثر بخشی و تأثیر افعال بهینه‌گر نیز تحت الشعاع قرار خواهد گرفت. چون پرستاری از قدیم‌الایام به عنوان یک حرفه پراسترس شناخته شده، منابع استرس‌های شغلی و رضایت شغلی به میزان وسیعی مورد بررسی قرار گرفته، اما اطلاعات در مورد سلامت روان پرستاران و ارتباط بین استرس مزمن و سلامت روان آنها کم است (۸). امروزه سلامت کارکنان به اندازه کافی مورد بررسی قرار نگرفته است. به علاوه مطالعات در مورد ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و متغیرهای کاری (مثل: سن، زمان حضور در شغل فعلی، بارکاری و ...) با سلامت روان هنوز نتایج متناقضی را نشان می‌دهند (۹).

با توجه به اهمیت و ضرورت ارتقاء سلامت روان پرستاران و نقش آن بر کیفیت خدمات پرستاری، محقق با هدف تعیین وضعیت سلامت روان آنان این تحقیق را انجام داده است. به امید آن که این تحقیق راه‌گشایی برای ارتقاء سلامت روان، پرستاران باشد.

روش پژوهش

تحقیق حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع مقطعی و همبستگی است. واحدهای مورد پژوهش شامل پرستاران رسمی و شاغل تمام وقت در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در پاییز ۱۳۸۴ بود که دارای حداقل مدرک کارشناسی و بالاتر بوده‌اند. جامعه پژوهش ۱۴۸۲ نفر بود و حجم نمونه ۲۰۰ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت چند مرحله‌ای احتمالی صورت پذیرفت. ابتدا از هر تخصص یک بیمارستان به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و در هر بیمارستان نمونه‌گیری به روش احتمالی طبقه‌ای صورت پذیرفت به این صورت که هر طبقه معرف هر یک از بخش‌های بیمارستان بود. در صورت وجود یک بخش در بیمارستان فقط یک طبقه داشتیم و نمونه‌گیری در هر طبقه با توجه به تعداد پرسنل آن طبقه به روش نمونه‌گیری تصادفی

1- General health questioner-28

2- Somatization

3- Anxiety and Sleep disorders

4- Social dysfunction

5- Depression

از نظر نوبت کاری، ۴۴٪ از پرسنل صبح کار و ۵۶٪ چرخشی (عصر و شب، صبح و شب) بودند. میانگین سابقه کار پرسنل ۱۳/۲۲ سال با انحراف معیار ۵/۹۲ سال بود. ۸۱/۵٪ از واحدهای مورد پژوهش فاقد اضافه کار و ۱۸/۵٪ دارای اضافه کار بودند.

بررسی فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهشی بر اساس وجود یا عدم وجود علامت در پرسش نامه سلامت عمومی حاکی از آن است که ۴۳٪ از کل واحدهای مورد پژوهش دارای نمره‌ای بالاتر از نمره برش (۲۳) و ۵۷٪ از واحدهای مورد پژوهش هم دارای نمره زیر نمره برش بودند.

جدول (۱) نشان دهنده میانگین و انحراف معیار نمرات زیرمقیاس‌های پرسش نامه سلامت عمومی می‌باشد. همانگونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات واحدهای مورد پژوهش در سه زیرمقیاس نشانگان جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب و اختلال در کارکردهای اجتماعی از نمره هنجار (۶) بالاتر و در زیر مقیاس افسردگی و گرایش به خودکشی زیر نمره هنجار بود. همچنین میانگین نمرات پرسش نامه سلامت عمومی در واحدهای مورد پژوهش ۲۳/۲۹ با انحراف معیار ۱۲/۰۱ بود که از نمره هنجار بالاتر می‌باشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد. که پس از ورود اطلاعات مربوط به افراد به کامپیوتر، ابتدا شاخص‌های سلامت روان برای هر فرد محاسبه و در مجموع افراد به صورت شاخص‌های مرکزی و پراکندگی توزیع گزارش شدند. تعیین ارتباط بین سلامت روان با شاخص‌های دموگرافیک از طریق آزمون‌های مجزوری و تست t دانش آموزان و تحلیل واریانس (ANOVA) انجام شد.

نتایج

در این تحقیق بیش از دوسوم آزمودنی‌ها زن (۷۸٪) و کمتر از یک‌سوم آنان (۲۲٪) مرد، با میانگین سنی ۳۷/۴۳ سال با انحراف معیار ۵/۶۴ سال بودند. ۷۲/۵٪ متأهل و ۲۶/۵٪ مجرد و ۱٪ مطلقه بودند. ۳۷٪ بدون فرزند و ۶۳٪ دارای فرزند که اکثریت یک یا دو فرزند و فقط ۴ نفر از آنان دارای ۳ فرزند بودند. از نظر میزان تحصیلات، اکثریت (۹۶/۵٪) واحدهای مورد پژوهش دارای مدرک کارشناسی و فقط ۳/۵٪ دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. حدود دوسوم از واحدهای مورد پژوهش (۷۶٪) از وضعیت اقتصادی خود ناراضی، ۲۱٪ کم و بیش راضی و فقط ۳٪ از وضعیت اقتصادی خود راضی بودند.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات واحدهای مورد پژوهش در هر یک از زیر مقیاس‌های پرسش نامه سلامت

زیرمقیاس‌ها	تعداد	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
نشانگان جسمانی	۲۰۰	۰	۲۱	۶/۵۷	۴/۰۱
اضطراب و اختلالات خواب	۲۰۰	۰	۱۹	۶/۹۳	۴/۲۴
اختلال در کارکردهای اجتماعی	۲۰۰	۰	۱۶	۶/۸۶	۳/۱۲
افسردگی و گرایش به خودکشی	۲۰۰	۰	۱۸	۲/۹۲	۳/۳۵

در بررسی ارتباط بین سلامت روان و ویژگی‌های دموگرافیک مشاهده گردید: بین سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، وضعیت اقتصادی با سلامت روان ارتباط معناداری وجود ندارد، لیکن همان‌طور که در جداول شماره (۳-۵) مشاهده می‌کند بین سابقه کار، نوبت کاری و اضافه کار با سلامت روان با $p < 0/05$ ارتباط معنی داری مشاهده گردید.

جدول (۲) نشان‌دهنده فراوانی واحدهای مورد پژوهش در هر یک از زیرمقیاس‌های پرسش نامه سلامت عمومی بر اساس وجود یا عدم وجود علامت می‌باشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بیشترین فراوانی مربوط به زیرمقیاس اختلال در کارکردهای اجتماعی (۶۹ درصد) و کم‌ترین فراوانی مربوط به افسردگی و گرایش به خودکشی (۱۷ درصد) بود.

به این صورت که فراوانی نسبی افراد دارای علامت در بین گروهی که سابقه کار کمتر از ۱۰ سال دارند بالاتر از دو گروه دیگر است و فراوانی نسبی گروه دارای اضافه کار دارای علامت از گروه بدون علامت بیشتر می باشد. همچنین فراوانی نسبی گروه افرادی که به طور چرخشی کار می کنند در گروه دارای علامت از افراد صبح کار بیشتر می باشد.

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سلامت روان واحدهای مورد پژوهش در هر یک از زیرمقیاس های پرسش نامه سلامت عمومی به تفکیک وجود یا عدم وجود علامت

نمره زیر مقیاس ها	فراوانی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
نشانه های جسمانی	دارای علامت	۱۱۵	۵۷/۵
	بدون علامت	۸۵	۴۲/۵
اضطراب و اختلالات خواب	دارای علامت	۱۲۱	۶۰/۵
	بدون علامت	۷۹	۳۹/۵
اختلال در کارکردهای اجتماعی	دارای علامت	۱۳۸	۶۹
	بدون علامت	۶۲	۳۱
افسردگی و گرایش به خودکشی	دارای علامت	۳۴	۱۷
	بدون علامت	۱۶۶	۸۳
جمع		۲۰۰	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سلامت روان واحدهای مورد پژوهش بر اساس اضافه کار

نمره GHQ	دارای علامت		بدون علامت		جمع	اضافه کار
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی		
دارد	۲۲	۵۹/۵	۱۵	۴۰/۵	۳۷	۱۰۰
ندارد	۶۴	۳۹/۳	۹۹	۶۰/۷	۱۶۳	۱۰۰
Statistic	Value		df		Significance	
Chi- Square	۵/۰۱		۱		۰/۰۲	

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سلامت روان واحدهای مورد پژوهش بر اساس سابقه کار

نمره GHQ	دارای علامت		بدون علامت		جمع	سابقه کار
	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی		
کمتر از ۱۰ سال	۴۲	۵۳/۲	۳۷	۴۶/۸	۷۹	۱۰۰
۱۱-۲۰ سال	۳۶	۳۸/۳	۵۸	۶۱/۷	۹۴	۱۰۰
بالاتر از ۲۰ سال	۸	۲۹/۶	۱۹	۷۰/۴	۲۷	۱۰۰
Statistic	Value		df		Significance	
Chi- Square	۶/۱۴		۲		۰/۰۴۵	

جدول ۵- توزیع فراوانی مطلق و نسبی سلامت روان واحدهای مورد پژوهش وجود بر اساس نوبت کاری

نوبت کاری	نمره GHQ		دارای علامت		بدون علامت		جمع
	مطلق	نسبی	فراوانی	نسبی	فراوانی	نسبی	فراوانی
صبح	۳۰	۳۵/۳	۵۵	۶۴/۷	۸۵	۱۰۰	۱۰۰
چرخشی	۵۶	۴۸/۷	۵۹	۵۱/۳	۱۱۵	۱۰۰	۱۰۰
	Significance		df		Value		Statistic
	۰/۰۵		۱		۲/۵۸		Chi-Square

بحث و نتیجه گیری

هرچند اکثر مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده دارای محدودیت هایی بوده اند، اما اطلاعات به دست آمده در این زمینه دلالت بر این دارند که میزان سلامت روان در جمعیت عمومی در ایران از ۱۱/۹ درصد تا ۲۳/۸ درصد متفاوت بوده است (۱۰-۱۴) و در تحقیقی که در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در ایران انجام شد، نشان داد که به طور کلی ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه مشکوک به اختلال روانی بوده اند (۶). همان گونه که قبلاً ذکر شد، سلامت روان پرستاران به دلایل متعددی نسبت به سایر اقشار جامعه در معرض خطر است. که از مهم ترین این دلایل می توان به ماهیت استرس زای این حرفه، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیت های غیر مترقبه، نوبت های کاری، عوامل سازمانی و همچنین عوامل فردی اشاره کرد. از طرف دیگر همان طور که می دانیم، اکثریت پرستل این حرفه را زنان تشکیل می دهند که علاوه بر وظایفی که در محل کار مسئول انجام آن هستند، مسئولیت خانه و فرزندان نیز بر عهده آنان است و این خود باعث افزایش میزان اضطراب و استرس در این قشر از جامعه می شود و سلامت روان آنان را در معرض خطر قرار می دهد. پیرامون میزان شیوع اختلال در سلامت روان پرستاران در سایر نقاط دنیا نیز اعداد متفاوتی گزارش شده است، مثلاً میزان شیوع اختلال در سلامت روان در بین پرستاران را ۳۴٪، ۴۱ درصد، ۲۱ درصد و ۴۸/۸ درصد، گزارش کرده اند (۱۵-۱۷). همچنین تحقیقات انجام شده در سایر کشورها نیز میزان شیوع اختلال در سلامت روان پرستاران را

نسبت به سایر اقشار جامعه بالاتر گزارش کرده اند، مثلاً میزان شیوع اختلال در سلامت روان در جمعیت پرستاران را ۴۸/۸ درصد در مقابل جمعیت عمومی ۳۳/۳ درصد گزارش کردند (۱۸) که به دلایل ذکر شده قابل توجیه می باشد. همچنین در زیر مقیاس های این پرسش نامه اختلال در کارکردهای اجتماعی بیشترین فراوانی (۶۹٪) و افسردگی و گرایش به خودکشی، کم ترین فراوانی (۱۷٪) را به خود اختصاص دادند. البته در ارتباط با هر یک از زیر مقیاس های این پرسشنامه محقق، تحقیق جداگانه ای که درصد هر یک از این اختلال ها را به تفکیک ارائه کرده باشد، پیدا نکرد. اما در این زمینه می توان گفت که ماهیت کار پرستاری که به صورت شیفت در گردش می باشد، یا کار در شیفت شب می تواند توجیهی برای افزایش میزان اختلال خواب و اختلال در کارکردهای اجتماعی باشد که باعث می شود این صنف شغلی از تعاملات اجتماعی معمولی محروم باشند. به هر حال سلامت روان لازمه حفظ و دوام عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی افراد جامعه بوده و تأمین آن هدف اصلی اجرای برنامه های بهداشت روان در جامعه می باشد. در برنامه ریزی بهداشت روان، داشتن اطلاعات و آمار در زمینه اختلالات روانی الزامی است و پژوهش حاضر در همین راستا انجام گردید. دهه اخیر، موضوع استرس و آثار آن در سازمان یکی از مباحث اصلی مدیریت رفتار سازمانی را به خود اختصاص داده است و فشار عصبی در سازمان همچون آفتی، نیروها را تحلیل داده و فعالیت ها و تلاش ها را عقیم می سازد.

همچنین مداخلات روان‌شناختی جهت کاهش استرس‌های شغلی و افزایش سازگاری در محیط کار از جمله دیگر راهکارها است. بسیاری از محققان معتقدند که این مداخلات نه تنها باید در محیط کار انجام گیرد، بلکه آموزش آنها جزء برنامه‌های آموزشی پرسنل بهداشتی درمانی باشد (۱۹). البته به نظر می‌رسد در مورد گروهی که دچار اختلال جدی در سلامت روان هستند، نیاز به مداخلات فردی تخصصی می‌باشد. این مطالعه می‌تواند بستری باشد برای انجام مطالعاتی برای سنجش اثربخشی مداخلاتی که جهت ارتقای سلامت روان، انجام خواهد گرفت.

تشکر و قدردانی

این تحقیق تحت حمایت مالی دانشکده پرستاری و مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) و دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. ضمن تشکر از مسئولین مربوطه از پرسنل پرستاری بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه همکارانی که اینجانب را در انجام این تحقیق یاری رسانده‌اند قدردانی به عمل می‌آید.

به طوری که سالانه سرمایه‌های هنگفتی به علت فقدان سلامت جسمانی- روانی کارکنان، کاهش کارآیی آنان و ترک شغل و تغییر شغل به دلیل استرس شغلی از دست می‌رود. درصد شیوع مشکلات در سلامت روان در جمعیت مورد بررسی بالا است.

نتایج پژوهش می‌تواند به عنوان یک منبع اطلاعاتی و آماری در جهت برنامه ریزی مسئولینی که دست اندر کار برنامه‌های بهداشت روان است، مورد استفاده و کاربرد قرار گیرد. با توجه به اجتناب ناپذیر بودن برخی از عوامل استرس‌زا در حرفه پرستاری و لزوم پیشگیری از آثار روانی و رفتاری استرس بر شاغلین این حرفه به کارگیری تمهیداتی در جهت بهبود شرایط محیط کار و آموزش روش‌های مقابله‌ای از جمله وظایفی است که بر عهده مدیران سازمان‌های خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد. شیوع قابل توجه اختلال در سلامت روان نیازمند توجه خاص و مداخلات ویژه می‌باشد. که از این مداخلات می‌توان مداخلات سازمانی را نام برد، مانند ترغیب کارگروهی، شرکت دادن پرسنل در تصمیم‌گیری‌ها، حمایت‌های شغلی، کاهش تعارضات و ابهام‌های شغلی و افزایش کنترل بر رخداد‌های شغلی.

منابع

۱. عباس‌زاده و دیگران. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱. سلامت روان: درکی نو: امیدی نو: تهران. مؤسسه فرهنگی این‌سینای بزرگ. ۱۳۸۲: ۳۳-۳۰.
۲. شاملو سعید. بهداشت روانی. تهران. انتشارات رشد. ۱۳۷۸: ۱۲-۱۱.
۳. حاتمی حسین، رضوی سیدمنصور، افتخار اردبیلی حسن، مجلسی فرشته، سیدنوزادی محسن، پریزاد سید محمدجواد. کتاب جامع بهداشت عمومی. تهران. انتشارات ارجمند. چاپ اول. جلد سوم. ۱۳۸۳، فصل ۱۲ گفتار ۱: ۸۹-۱۵۸۰.
4. Herman H. Long-term outcome and rehabilitation. *Current Opinion in Psychiatry*. 1998, 11: 175-182.
5. deVries MW, Wilkerson B. Stress, work and mental health: a global perspective. *Acta Neuropsychiatrica*. 2003 15 (1): p. 44.
۶. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سیدعباس، یاسمی محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان درافراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم. ۱۳۸۱، دوره ۵ شماره ۱: ۱-۱۰.
7. ILO. Mental health in the workplace: situation analysis (preliminary report). Geneva: US ILO. 2000: 3-5.
۸. استورا. تنیدگی با استرس، بیماری جدید تمدن. دادستان، پریخ. تهران. انتشارات رشد. چاپ اول. ۱۳۷۷: ۷۴-۷۳.
۹. بحری بیناباج نرجس، مقیمیان مریم، عطارباشی مریم، قرچه معصومه. بررسی ارتباط فرسودگی شغلی و سلامت روانی در حرفه مامایی و پرستاری. افق دانش، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد. ۱۳۸۲، دوره ۹، بهار و تابستان، شماره ۱: ۹۹-۱۰۴.
۱۰. رفیعی فروغ. بررسی میزان فرسودگی شغلی و ارتباط آن با روش‌های مقابله‌ای به کارگرفته شده توسط پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سوانح سوختگی و مقایسه آن با بهیاران شاغل در این بیمارستان‌ها. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۳: ۳۸-۴۲.

۱۱. باقری یزدی سیدعباس، بوالهری جعفر، شاهمحمدی داوود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. مجله اندیشه و رفتار، سال اول، شماره یک، ۱۳۷۱: ۴۲-۳۲.
۱۲. خسروی شمسعلی. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۴: ۴۵-۴۴.
۱۳. پالاهنگ حسن، نصر مهدی، براهنی محمدتقی، شاهمحمدی داود. بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. اندیشه و رفتار. سال دوم. ۱۳۷۵، شماره ۴: ۷-۱۹.
۱۴. نوربالا احمدعلی، محمدکاظم باقری یزدی، سیدعباس. بررسی شیوع اختلال های روان پزشکی در شهر تهران. مجله حکیم. ۱۳۷۸، دوره دوم، شماره ۴: ۲۳۳-۲۱۲.
15. Farrel GA. The mental health of hospital nurses in Tasmania as measured by the 12-item General Health Questionnaire. Journal of Advanced nursing. 1998; 28(4): 707-712.
16. Fagin L, Brown D, bartlett H, Leary J. Carson j. The Claybury community psychiatric nurse stress study: is it more stressful to work in the hospital or community? Journal of Advanced Nursing. 1995, 22: 347-358.
17. Arafa MA, Nazel MV, Ibrahim NK. Predictors of psychological well being in Alexandria-Egypt. Int J Nurse Practice. (2003): Oct; 9(5): 313-20.
18. Yang MS, Pan Sh M, Yang MG. Jo strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. Psychiatric and Clinical Neurosciences. 2004, 58: 636-641.
19. Wong D, Sharon SK, Christopher K, Deie O. Mental health of Chinese nurses in Hong Kong: the roles of nursing stresses and coping strategies. Online Journal of Issues in Nursing. 2001, vol: 6 Issue2: 412-417.

Abstract

Assessing of mental health level of employed nurses in educational hospitals affiliated to Tehran Medical Sciences University khaghanizade M, Siratinir M, Abdi F, Kaviani H. MD

Introduction: Attention to mental health is important in all aspects of life such as individual, social and occupational. Inattention to mental health is one of the most important factors in reduced productivity, be losed humanpower and develops physical and mental complications especially in professional services. Considering nurses role in health system and necessary for high motivation in work place to health security about this grand group and referral persons to them, we accomplished this research to studding of mental health nursing staff in educational hospitals affiliated to Tehran medical sciences university.

Method and Material: This is a descriptive correlational and cross- sectional study, we performed on 200 nurses who were selected via probable multistage sampling. Data collecting tool were including demographic characteristics and General Health Questionnaire -28 (GHQ-28).

Results: The findings regarding to level of mental health showed that 43% samples were symptomatic and 57% of them were asymptomatic. There was not significant correlation between mental health and demographic characteristics such as marital status, children numerous, economic satisfaction. But relationship between mental health and variables consisting of job history, overtime work and shift was significant.

Discussion: The mean score of menal health was 23/29 that in comparison with general population in Iran is high numeral. Nurses mental health to several causes toward other community people exposed to risk. The most important reasons that we could point for these findings, are job stressors identity, strain, exposing to disasters situations, shifts, organizational and individual factors.

Keyword: Mental Health, stress, Nursing, Nurse