

بررسی وضعیت سلامت عمومی کارکنان شاغل در مراکز و خانه های بهداشتی درمانی تبریز

وهاب اصل رحیمی^۱

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، مدیر گروه سلامت روانی و اجتماعی و پیشگیری از اعتیاد معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

چکیده

سلامت عمومی به عنوان یکی از شاخص های مهم بیان کننده وضعیت سلامت روانی اجتماعی افراد بوده و از اهمیت زیادی در کیفیت زندگی برخوردار است. در این میان سلامت کارکنان بهداشت و درمان نسبت به سایر مردم جامعه در معرض خطر بیشتری است. هدف پژوهش حاضر تعیین سطح سلامت عمومی کارکنان "شاغل در مراکز و خانه های بهداشتی درمانی تبریز در سال ۹۴ بود. پژوهش بصورت توصیفی- تحلیلی از نوع مطالعه مقطعی، که بر روی ۲۷۰ نفر از کارکنان که به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند صورت گرفت و با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند، که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰.۹۲٪ محاسبه شده است. اطلاعات در دو سطح توصیفی و استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آنووا) گزارش گردیده است. نتایج نشان داد در کارکنان مورد مطالعه ۴۲/۹ درصد از افراد مورد پژوهش سالم و ۵۷/۱ درصد دچار اختلال در سلامتی بودند. بیشترین نمره میانگین عدم سلامتی مربوط به حیطة عملکرد اجتماعی ($3/98 \pm 1/37$) و کمترین میانگین مربوط به حیطة افسردگی ($3/4 \pm 27$) به دست آمد. هم چنین، مشخص شد بین متغیرهای اضطراب با اختلالات جسمانی، افسردگی با سلامت جسمانی، اضطراب و اختلال کارکرد اجتماعی همبستگی وجود دارد و ارتباط معناداری بین ابعاد سلامت عمومی با گروه های شغلی بدست آمد ($P < 0/01$). در پژوهش حاضر مشخص شد کارکنان شاغل در مراکز و خانه های بهداشتی درمانی تبریز از سطح بالایی از سلامت عمومی برخوردار نبودند و هم چنین این افراد از نظر مؤلفه های سلامت عمومی مانند سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت و کارکرد اجتماعی نیز در وضعیت مناسبی به سر نمی برند. لذا پیشنهاد می شود به منظور حفظ و ارتقا هرچه بیشتر سلامت عمومی کارکنان مراکز بهداشتی، بر روی استفاده از معاینات دوره ای، عوامل مرتبط با سلامت آنان و کمک به رفع آن، ارائه آموزش های مورد لزوم و خدمات مشاوره ای بطور خاص تأکید شود.

واژه های کلیدی: سلامت عمومی، کارکنان، مرکز بهداشت

مقدمه

سلامت معادل کلمه انگلیسی Health است و سلامت عمومی ترجمه کلمه Public Health است. از آنجایی که انسان موجودی زیستی، روانی و اجتماعی^۱ است (نوری و عسگری، ۱۳۹۰)، به این دلیل تعاریف سلامت در طول زمان از منظر مفاهیم و ابعاد آن دگرگونی‌های مختلفی داشته است.

بدگر^۲ سلامت عمومی را نوعی ادراک از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی تعریف کرده و چنین ادراکی از نشانه‌ها را از تعیین‌کننده‌های وجود مشکل جسمانی و یا روان‌شناختی در نظر می‌گیرد (نقل از محمدی، ۱۳۸۳). موضوعات عام سلامت روان را می‌توان در رویکرد سلامت عمومی شامل سلامت جسمی و نشانه‌های مثبت آن، وضعیت عملکرد اجتماعی در جنبه‌های روان‌شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی و هم‌راستا با آن‌ها وضعیت اضطراب و افسردگی را از جمله موارد مهم مورد توجه قرارداد. بر این اساس در مطالعه حاضر تعیین وضعیت سلامت روانی (نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی) به‌عنوان متغیر ملاک و وابسته مورد توجه و بررسی قرار می‌گیرد.

سلامت جسم یکی از بخش‌های مهم و تأثیرگذار در تبیین سلامت عمومی است. توجه و مراقبت از آن می‌تواند در ابعاد دیگر سلامت نقش مهم ایفا کند. لذا در سلامت عمومی یکی از مسائلی که باید مورد ارزیابی قرار گیرد این بخش است. علائم و نشانه‌های سلامت جسمانی بسیار گسترده و زیاد است. توجه به سلامت و مراقبت از نشانه‌های جسمی حس خوشایندی در فرد ایجاد می‌کند.

از جمله مواردی که در مورد نشانه‌های سلامت جسمانی باید مورد ارزیابی قرار گیرد عبارت‌اند از:

۱. نگرش و احساس نسبت به کلیت سلامتی توسط فرد
 ۲. آرامش جسمی و عدم نیاز به استفاده از دارو برای ایجاد سلامت و نشاط جسمانی
 ۳. نداشتن احساس سستی، کمرمقی و ضعف و ناتوانی جسمانی و فیزیولوژیک
 ۴. فقدان بیماری و نیز عدم احساس وضعیت بیمارگون در فرد
 ۵. فقدان سردردهای عصبی و فیزیولوژیک
 ۶. فقدان سرسنگینی، یا درد و فشار در ناحیه سر و گردن
 ۷. نبود علائم و نشانه‌های جسمانی خاص مانند داغ شدن و یا سرد شدن بدن
- هریک از این موارد از جمله نشانه‌ها و علائمی هستند که در وضعیت سلامت عمومی فرد تأثیرگذار بوده و می‌تواند حالات حسی بدنی را تحت تأثیر قرار دهد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲).

نشانه‌های اضطراب^۳ مطابق DSM-5^۴ اضطراب یک مشکل فراگیر است به طوری که حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد جوامع غربی با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، بنابراین باری سنگین بر دوش فرد و جامعه تحمیل می‌کند و ممکن است به‌اندازه یک بیماری جسمی فلج‌کننده باشد (گنجی، ۱۳۹۲).

اختلالات خواب (بی‌خوابی): مطابق ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5، ۲۰۱۴) ویژگی اصلی اختلال بی‌خوابی، نارضایتی از کمیت و کیفیت خواب همراه با شکایت‌هایی از اشکال در آغاز و یا حفظ خواب است، این شکایت‌ها موجب ناراحتی چشمگیر بالینی و یا افت کارکردهای اجتماعی، شغلی یا دیگر حوزه‌های کارکردی شخصی و اجتماعی افراد است، بی‌خوابی غالباً با برانگیختگی شناختی و فیزیولوژیک و عوامل شرطی ساز دیگر همراه است که با خواب

1.bio psycho social

2.Badger

3.anxiety

4.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

تداخل می کنند. دل مشغولی با خواب و آشفتگی ناشی از ناتوانی در به خواب رفتن ممکن است منجر به چرخه معیوب گردد، بدین معنی که هرچه فرد برای خوابیدن تقلا کند ناکامی بیشتری به بار آید و آسیب بیشتری به خواب بزند .

بد کارکردی اجتماعی (نارسانا کنش وری اجتماعی)^۱: کارکرد اجتماعی بر ظرفیت و توانایی فرد در جهت رهبری جمعی، روابط توأم با همدلی و همکاری خلاق با دیگران متمرکز است. کارکرد اجتماعی فرد در میان افراد دیگر (همسر، فرزندان، پدر، مادر، خواهران و برادران، کارمندان، رئیس، همکاران، دوستان و...) و ایجاد ارتباط متقابل و متعامل محقق می گردد. در این زمینه اهداف مشترک، مشارکت در امور مهم، مشاورت بین فردی و... مورد توجه، پیگیری و دنبال می گردد. در ارزیابی سلامت عمومی وجود اختلال در کارکرد اجتماعی، توانایی افراد را در مقابله با خواسته های حرفه ای، چالش ها و مسائل زندگی روزمره با مشکل مواجه کرده چگونگی کنار آمدن با موقعیت های متداول زندگی را با مشکل مواجه می سازد، بر این اساس یکی از خرده مقیاس های ارزیابی سلامت عمومی این موضوع است (حسن زاده و ساداتی کیادهی، ۱۳۹۲).

نشانه های افسردگی^۲: بر اساس DSM-IV اختلالات افسردگی و دوقطبی، مجموعاً اختلالات خلقی نامیده می شود. در حالی که DSM-5 این دو را در دو طبقه جداگانه قرار می دهد که شامل اختلالات افسردگی^۳ (اختلال گزتنظیمی خلقی ایذایی^۴، اختلال افسردگی عمده و اختلال افسردگی دائمی) و اختلالات دوقطبی^۵ است (گنجی، ۱۳۹۲).

سازمان های سلامت گسترده ترمانند بخش بهداشت و درمان از جمله آنها است که به جهت الزامی و اورژانسی بودن ارائه خدمات در آن از یک طرف و نیاز ضروری مشتریان و مراجعین این بخشها از سوی دیگر اهمیت جایگاه آن را منحصر به کرده است. لذا نیروهای بهداشتی و درمانی شاغل در واحدهای ارائه کننده خدمات به عنوان منابع سرشار انسانی^۶ بخش سلامت در کسوت ارایه کننده مراقبت های سلامتی^۷ از جایگاه بسیار مهم در دست یابی به ارتقای سلامت و اهداف آن در جامعه ما برخوردار هستند. توجه به تامین و حفظ و ارتقای سلامت این قشر در ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی از جهات مختلف باید مورد توجه قرار بگیرد تا آنها با تن و روانی سالم و با ثبات بتوانند نقش های سازمانی خویش را به نحو احسن ایفا کنند. در حال حاضر بررسی و مشاهدات حضوری این دغدغه را در ذهن ایجاد می کند که نکند سلامت عمومی و روانشناختی بخش عظیمی از کارکنان شاغل در بخش سلامت در مخاطره قرار گرفته و یا از آن غفلت شده است؟ یا کارمندان شاغل در این بخش مهارت های مورد نیاز جهت مدیریت کارآمد مشکلات سازمانی را با توجه به ویژگیهای خاص شغل های مورد تصدی به حد کافی نداشته باشند و از این منظر آسیب پذیر باشند و سئوالات متعدد دیگر مطمئناً غفلت از این نوع سئوالات و دغدغه ها، کارایی و اثر بخشی نظام سلامت را با ابهام مواجه می سازد و ضمن تهدید سلامت کارکنان، افت کمی و کیفی فرآیندهای خدمت را بدنبال داشته و به مرور هزینه اثر بخشی^۸ و رضایت مشتریان بخش سلامت را به چالش کشیده و تحقق اهداف سلامت را غیر قابل پیش بینی می کند. بر این اساس، باید از سلامت جسمی و روانی کارکنان مطلع بود، باید تعیین کننده های سازمانی و روانشناختی مؤثر بر آن را تشخیص داده و مورد توجه قرار داد، و با استناد به آن مسیر ارتقای سازمان را هموار کرد. برای دست یابی به این مهم ناگزیر باید بررسی های کاربردی و موضوعی در حوزه های سلامت سازمانی و منابع انسانی و رصد

1.social dysfunction

2.depression

3.depressive disorder

4.disruptive mood dysregulation disorder

5.bipolar and related disorder

6 -Human Resource s

7 -Health Care Provider

8 - Cost effective

به موقع مشکلات احتمالی را در اولویت قرار داد تا بر اساس آن اقدامات مبتنی بر شواهد^۱ را طراحی و به عنوان نقشه راه توسعه و تقویت زیر ساخت های بخش سلامت در جهت تسهیل دست یابی به اهداف سیستم بهداشتی درمانی اولیه به کار گرفت. این مطالعه با هدف تعیین سطح سلامت کارکنان و عوامل مرتبط با آن در مراکز و خانه های بهداشتی درمانی تبریز انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی است که در سال ۱۳۹۴ انجام شده است، در این روش سعی می شود وضعیت موجود نمونه های مورد نظر در جامعه آماری هدف در بعد سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک، ارزیابی، توصیف و تفسیر شود. جامعه آماری عبارت است از کلیه کارکنان شاغل در رسته های بهداشتی درمانی مراکز و خانه های بهداشت شهرستان تبریز (پزشک، کارشناس بهداشت خانواده، کارشناس بهداشت محیط و بهورز اعم از زن و مرد) که مجموعاً ۶۴۲ نفر را شامل می شود. جهت تعیین حجم نمونه از جدول برآورد حجم نمونه مورگان استفاده گردید. با توجه به داده های این جدول به ازای جامعه آماری کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی حجم نمونه معادل ۲۴۰ نفر را شامل گردید (جهت اطمینان بیشتر تعداد نمونه به میزان ۵ درصد بیشتر از مورد انتظار انتخاب گردید که تعداد آن ۲۷۳ نفر می باشد).

با توجه به اینکه حجم نمونه های مورد بررسی در گروه های مختلف (پزشک، کارشناس بهداشت خانواده، کارشناس بهداشت محیط و بهورز) واقع شده بودند مطابق جدول زیر جمعیت هر طبقه و نمونه مورد انتظار به روش تناسب متناسب محاسبه و مطابق اطلاعات جدول زیر تعیین گردید.

جدول ۱: حجم نمونه انتخاب شده به تفکیک گروه های شغلی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تبریز

عنوان طبقه	جمعیت طبقه	تعداد نمونه انتخاب شده	
		نمونه مورد انتظار	نمونه طلایی
پزشکان	۱۱۸	۴۴	۴۹
کارشناسان بهداشت خانواده	۲۵۶	۹۶	۱۰۹
کارشناسان بهداشت محیط و حرفه	۱۷۲	۶۴	۷۴
بهورزان	۹۶	۳۶	۴۱
جمع	۶۴۲	۲۴۰	۲۷۳

اطلاعات مورد نیاز این تحقیق، با استفاده از پرسشنامه های استاندارد شده متناسب با فرضیات، سئوالات و اهداف پیش بینی شده گردآوری گردید. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در این پژوهش آزمون سلامت عمومی (GHQ^۲) بوده، این پرسشنامه یک آزمون غربالگری^۳ مبتنی بر خود گزارش دهی است. سؤال های پرسشنامه سلامت عمومی، به بررسی وضعیت سلامتی فرد در

1 - Evidence Based Interventions

2 General Health Questionnaire

3 - Screening Questionnaire

یک ماهه اخیر می پردازد و از ۴ خرده آزمون تشکیل شده است که هر کدام از آنها دارای ۷ سؤال می باشد. سؤالهای هر خرده آزمون به ترتیب و پشت سر هم آمده به نحوی که سؤال ۱-۷ مربوط به خرده آزمون نشانه های جسمانی، ۱۴-۸ مربوط به اضطراب و بیخوابی، ۱۵-۲۱ خرده آزمون کارکردهای اجتماعی و ۲۲-۲۸ مربوط به افسردگی می باشد. نمره گذاری به روش لیکرت است که بر اساس این شیوه هر یک از سؤالهای آزمون بصورت: به هیچ وجه، در حد معمول، بیش از معمول، بسیار بیش از معمول و از ۰ تا ۳ نمره گذاری شد، فقط در سؤالات ۱۵-۱۹-۱۸-۱۷-۲۰-۲۱ شد. به صورت عکس می باشد. در نهایت نمرات خرده آزمون ها با هم جمع می شود و نمره کل فرد، از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. پرسشنامه سلامت عمومی در مطالعات بر روی جوامع سالم و موقعیت های بالینی استفاده وسیعی دارد و ابزاری است که پایایی^۱ آن بالاست. روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. به طوری که ایران یعقوبی در سال ۱۳۷۵ کار هنجاریابی آن را بر روی ۶۲۵ نفر از ساکنان مناطق شهری و روستایی صومعه سرا، انجام داده و ضریب آلفای آن ۰/۸۶/۵ و ۰/۸۲ گزارش نموده است. همچنین در بررسی دیگری که توسط دکتر احمد علی نور بالا و همکاران ایشان در سال ۱۳۸۰ در شهر تهران به عمل آمده است روایی و اعتبار آن به ترتیب با سطح اطمینان ۰/۹۴/۴ و ۰/۹۹ معنی دار بوده که گویای همخوانی آن با ضرایب گزارش شده توسط گلد برگ و هیلر (۱۹۷۹) و چونگ و اسپیرز (۱۹۹۴) می باشد (نوربالا و دیگران، ۱۳۸۰).

تجزیه و تحلیل داده ها در این بررسی با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی (جهت تعیین میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و آنووا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

تعداد پرسشنامه های صحیح جمع آوری شده ۲۷۳ عدد بود. نتایج داده های توصیفی در جدول (۲) نشان می دهد که ۵۹ نفر (۲۱.۷٪) از افراد مورد مطالعه مرد و ۲۱۴ نفر (۷۸.۴٪) زن و میانگین سن ۳۸ سال که ۱۷.۹۴ درصد پزشک و ۳۸.۴ درصد کارشناس بهداشت خانواده و ۲۶.۷ درصد کارشناس بهداشت محیط و ۱۴.۶ درصد بهورز تشکیل داده بودند. در این میان ۲۵.۹ درصد زیر ۵ سال سابقه کار و ۲۳.۹ درصد بین ۵-۱۰ سال و ۲۳.۲ درصد بین ۱۱-۲۰ سال و ۲۷ درصد بالای ۲۷ سال سابقه کار داشتند.

¹. Reliability

جدول ۲: نتایج داده‌های توصیفی

متغیر	فراوانی	درصد
سن	کمتر از ۳۰ سال	۱۶.۶
	۳۰ - ۴۰ سال	۴۲.۹
	بیشتر از ۴۰ سال	۴۰.۵
جنس	مرد	۲۱.۷
	زن	۷۸.۴
	پزشک	۱۷.۹۴
نوع شغل	کارشناس بهداشت خانواده	۳۸.۴۵
	کارشناس بهداشت محیط	۲۶.۷۳
	بهورز	۱۴.۶۴
	بدون پاسخ	۲.۱۸
	زیر ۵ سال	۲۵.۹
	۵ الی ۱۰ سال	۲۳.۹
سابقه‌ی شغلی	۱۱ الی ۲۰ سال	۲۳.۲
	بالای ۲۰ سال	۲۷

وضعیت سلامت عمومی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان تبریز چگونه است؟

یافته‌ها نشان داد (جدول ۳-۶) که ۴۲/۹ درصد کارکنان مشکلی از نظر سلامت عمومی نداشته، ۴۱/۰۰ درصد دارای مشکلات خفیف بوده، ۱۴/۷ درصد نیز میزان سلامت عمومی خود را متوسط گزارش کرده‌اند. بهورزان بالاترین میانگین را در بین گروه‌های شغلی دارا می‌باشند. بدین معنی که مشکلات سلامت عمومی بهورزان نسبت به گروه‌های شغلی دارا می‌باشند. ۴۴/۷ درصد کارکنان مشکلی از نظر نشانه‌های جسمی نداشته، ۳۶/۱۶ درصد دارای مشکلات خفیف جسمی بوده، ۱۵/۸ درصد نیز از نشانه‌های متوسط جسمانی برخوردار بوده و ۲/۹ درصد مشکلات شدید جسمی را گزارش کرده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کارکنان از نظر نشانه‌های جسمانی سلامت عمومی به تفکیک گروه‌های شغلی نشان می‌دهد بهورزان بالاترین میانگین را در بین گروه‌های شغلی دارا می‌باشند. بدین معنی که نشانه‌های جسمانی مشکلات سلامت عمومی بهورزان نسبت به سایر گروه‌های شغلی بیشتر است.

مشاهده می‌شود که ۵۰/۹ درصد کارکنان مشکلی از نظر اضطراب و بی‌خوابی نداشته، ۳۲/۲ درصد دارای مشکلات اضطراب و بی‌خوابی داشته، ۱۴/۷ درصد دارای اضطرابی و بی‌خوابی متوسط بوده و ۲/۲ درصد اضطراب و بی‌خوابی شدید را گزارش کرده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کارکنان از نظر سلامت عمومی به تفکیک گروه‌های شغلی نشان می‌دهد کارشناسان بهداشت محیط بالاترین میانگین را در بین گروه‌های شغلی دارا می‌باشند. بدین معنی که به‌طور نسبی مشکلات اضطراب در آن‌ها نسبت به سایر گروه‌های شغلی بیشتر است.

۱۹/۴ درصد کارکنان از نظر وضعیت کارکرد اجتماعی مشکل نداشته، ۵۷/۱ درصد دارای مشکلات بد کارکردی اجتماعی خفیف بوده، ۲۰/۱ درصد بد کارکردی اجتماعی متوسط داشته و ۲/۹ درصد بد کارکردی اجتماعی شدید را گزارش کرده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کارکنان از نظر نظر بد کارکردی اجتماعی به تفکیک گروه‌های شغلی نشان می‌دهد که بهورزان بالاترین

میانگین را در بین گروه‌های شغلی دارا می‌باشند. بدین معنی که به‌طور نسبی به‌روزان نسبت به سایر گروه‌های شغلی در رابطه با بد کارکردی اجتماعی مشکلات بیشتری دارند.

۸۱/۳ درصد کارکنان از نظر اختلال افسردگی مشکل نداشته، ۱۲/۵ درصد دارای اختلال افسردگی خفیف بوده، ۴/۴ درصد افسردگی متوسط داشته‌اند. همچنین ۱/۸ درصد نیز دارای علائم افسردگی شدید بوده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کارکنان از نظر افسردگی به تفکیک گروه‌های شغلی نشان می‌دهد به‌روزان بالاترین میانگین را در بین گروه‌های شغلی دارا می‌باشند. بدین معنی که به‌طور نسبی میزان افسردگی در به‌روزان نسبت به سایر گروه‌های شغلی بیشتر است.

جدول ۳: سطح وضعیت سلامت عمومی کارکنان مراکز و خانه‌های بهداشت شهرستان تبریز

درجه گروه شغلی	هیچ		خفیف		متوسط		شدید	
	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد
بهورزان	۱۱	۲۷/۵	۲۲	۵۵/۰۰	۷	۱۷/۵	۰	۰
بهداشت خانواده	۴۵	۴۱/۳	۴۴	۴۰/۴	۱۹	۱۷/۴	۰	۰
بهداشت محیط	۳۱	۴۱/۹	۳۱	۴۱/۹	۹	۱۲/۲	۰	۰
پزشکان	۳۰	۶۱/۲	۱۴	۲۸/۶	۵	۱۰/۲	۰	۰
کل	۱۱۷	۴۲/۹	۱۱۲	۴۱/۰۰	۴۰	۱۴/۷	۰	۰

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی وضعیت ابعاد سلامت عمومی، کارکنان مراکز و خانه‌های بهداشت شهرستان تبریز بر حسب گروه‌های شغلی

انحراف استاندارد	میانگین	شدید		متوسط		خفیف		هیچ		ابعاد گروه شغلی	
		۱۷-۲۱		۱۲-۱۶		۷-۱۱		۵-۶			
		درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی		
۱۱/۵	۲۸/۲	۵/۰	۲	۲۵/۰	۱۰	۳۲/۵	۱۳	۳۷/۵	۱۵	جسمانی	بهورزان
		۰	۰	۱۷/۵	۷	۴۰/۴	۱۶	۴۲/۵	۱۷	اضطراب و بی‌خوابی	
		۲/۵	۱	۱۷/۵	۷	۵۰	۲۰	۲۷/۵	۱۱	بد کارکردی اجتماعی	
		۰	۰	۷/۵	۳	۱۲/۵	۵	۸۰/۰	۳۲	افسردگی	
۱۲/۷۷	۲۷/۷۱	۴/۶	۵	۱۵/۶	۱۷	۴۴/۰	۴۸	۵۸/۸	۳۹	جسمانی	بهداشت خانواده
		۱/۸	۲	۱۷/۴	۱۹	۳۳/۰	۳۶	۴۷/۷	۵۲	اضطراب و بی‌خوابی	
		۱/۸	۲	۲۱/۱	۲۳	۶۱/۵	۶۷	۱۵/۶	۱۷	بد کارکردی اجتماعی	
		۲/۸	۳	۳/۷	۴	۱۲/۸	۱۴	۸۰/۷	۸۸	افسردگی	
۱۳/۴۲	۲۶/۷	۰	۰	۱۶/۲	۱۲	۳۶/۵	۲۷	۴۷/۳	۳۵	جسمانی	

		۴/۱	۳	۱۴/۹	۱۱	۲۸/۴	۲۱	۵۲/۷	۳۹	اضطراب و بی‌خوابی	بهداشت محیط
		۵/۴	۴	۱۶/۲	۱۲	۵۴/۱	۴۰	۲۴/۳	۱۸	بد کارکردی اجتماعی	
		۱/۴	۱	۶/۸	۵	۱۳/۵	۱۰	۷۸/۴	۵۸	افسردگی	
۱۱/۸۲	۲۲/۶۱	۲/۰	۱	۸/۲	۴	۲۴/۵	۱۲	۶۵/۳	۳۲	جسمانی	پزشکان
		۲/۰	۱	۶/۱	۳	۲۸/۶	۱۴	۶۳/۳	۳۱	اضطراب و بی‌خوابی	
		۲	۱	۲۴/۵	۱۲	۵۹/۲	۲۹	۱۴/۳	۷	بد کارکردی اجتماعی	
		۲/۰	۱	۰	۰	۸/۲	۴	۸۹/۸	۴۴	افسردگی	

جدول ۵: میانگین و انحراف استاندارد نمرات سلامت عمومی کارکنان مراکز و خانه‌های بهداشت شهرستان تبریز

دامنه نمرات		انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص‌ها گروه شغلی
بیشترین	کمترین				
۴۹	۷	۱۱/۵	۲۸/۲	۴۰	بهورزان
۶۹	۹	۱۲/۷۷	۲۷/۷۱	۱۰۹	بهداشت خانواده
۶۳	۵	۱۳/۴۲	۲۶/۷	۷۴	بهداشت محیط
۵۸	۶	۱۱/۸۲	۲۲/۶۱	۴۹	پزشکان
۶۹	۵	۱۲/۶۸	۲۶/۶۱	۲۷۳	کل

جدول ۶: اطلاعات توصیفی مربوط به سطوح سلامت کارکنان مراکز و خانه‌های بهداشت شهرستان تبریز

شدید		متوسط		خفیف		هیچ		سلامت عمومی
۱۷-۲۱		۱۲-۱۶		۷-۱۱		۰-۶		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲/۹	۸	۱۵/۸	۴۳	۳۶/۶	۱۰۰	۴۴/۷	۱۲۲	سلامت جسمانی
۲/۲	۶	۱۴/۷	۴۰	۳۲/۲	۸۸	۵۰/۹	۱۳۹	اضطراب و بی‌خوابی
۲/۹	۸	۲۰/۱	۵۵	۵۷/۱	۱۵۶	۱۹/۴	۵۳	بد کارکردی اجتماعی
۱/۸	۵	۴/۴	۱۲	۱۲/۵	۳۴	۸۱/۳	۲۲۲	افسردگی

به‌طوری‌که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، نشانه‌های جسمانی به ترتیب با ابعاد اضطراب و بی‌خوابی ($r=0/72$ و $P<0/01$)، افسردگی ($r=0/06$ و $P<0/01$) و کل سلامت عمومی ($r=0/82$ و $P<0/01$) ارتباط مثبت معناداری نشان داده است. در این تحلیل نشانه‌های جسمانی با بعد، بد کارکردی اجتماعی، ارتباط معناداری نشان نداده است ($r=0/04$). اضطراب و بی‌خوابی

رابطه مثبت معناداری با ابعاد بد کارکردی اجتماعی ($r=0/16$ و $P<0/01$)، افسردگی ($r=0/66$ و $P<0/01$)، کل سلامت عمومی ($r=0/88$ و $P<0/01$) همبستگی معناداری نشان می‌دهد. از بین ابعاد سلامت عمومی اضطراب و بی‌خوابی قوی‌ترین ارتباط مثبت معنادار را باهوش هیجانی نشان داده است. بد کارکردی اجتماعی با بعد افسردگی رابطه منفی معنادار ($r=-0/14$) و با کل سلامت عمومی ($r=0/41$ و $P<0/01$)، از همبستگی مثبت معناداری برخوردار هست. آزمون‌های آنالیز واریانس نشان دهنده ارتباط معنادار با گروه‌های شغلی است.

جدول ۷: ماتریس ضرایب همبستگی بین ابعاد سلامت عمومی با یکدیگر

متغیر	نشانه‌های جسمانی	اضطراب و بی‌خوابی	بد کارکردی اجتماعی	افسردگی
نشانه‌های جسمانی				
اضطراب و بی‌خوابی	۰/۷۲**			
بد کارکردی اجتماعی	۰/۰۴	۰/۱۶**		
افسردگی	۰/۱۶**	۰/۶۶**	۰/۱۴*	
کل سلامت عمومی	۰/۸۲**	۰/۸۸**	۰/۴۱**	۰/۸۱**

** $P<0/01$ * $P<0/05$

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های حاصل از تحلیل توصیفی نتایج حاکی از آن است که علیرغم اینکه ۴۲/۹ درصد از کارکنان فاقد نشانگان مرضی هستند، اما حدود ۴۱ درصد از آن‌ها دارای مشکلات از نظر سلامت عمومی در سطح خفیف می‌باشند. همچنین ۱۴/۴ درصد از آن‌ها وضعیت مشکلات سلامتی شان متوسط است. شواهد موجود بیان‌گر این واقعیت است هرکدام از این عوامل به خودی خود می‌تواند وضعیت سلامت فردی، سازمانی و اجتماعی افراد را مختل نموده و چه بسا فرد را مستعد ابتلا به انواع مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی نماید و توان و ظرفیت او را به تحلیل ببرد. در این میان بیشترین اختلال در حیطه عملکرد اجتماعی و کمترین اختلال در حیطه افسردگی بود، که با نتایج مطالعات مقصودی، مهرابی (۲۰۰۳) و خاقانی زاده (۲۰۰۶) هماهنگ است. اختلال در عملکرد اجتماعی که از جنبه‌های فرسودگی شغلی محسوب می‌شود، معمولاً به علت کمبود منابع حمایتی و تعارض در کار ایجاد می‌شود. در این حال فرد نسبت به همکاران و مددجویان با دید منفی برخورد می‌کند که این نگرش‌های منفی ممکن است به محیط‌های خانوادگی و محافل اجتماعی نیز کشیده شود. به طور کلی سلامت جسمی و روانی و توانایی انجام نقش‌های اجتماعی از ویژگی‌های فرد سالم می‌باشد که می‌تواند در اثر مشکلات شغلی تحت تاثیر قرار گیرد. در این میان کارکنان بهداشت و درمان به دلیل مقتضیات شغلی و شخصیتی مانند: بار کاری، عدم امکان در موکول کردن کار به

زمانی دیگر، مواجهه با رنج و مرگ بیماران، درک و برآوردن نیازهای خانواده، کمبود منابع حمایتی و انعطاف ضعیف در برنامه کاری، از نظر سلامتی بیشتر در معرض خطر هستند.

در مطالعه حاضر پس از اختلال در عملکرد اجتماعی، بیشترین میانگین نمره مربوط به حیطة مشکلات جسمانی و سپس حیطة اضطراب و بی خوابی به دست آمد که با نتایج مطالعات مهرابی (۲۰۰۳)، غفاری و زمانیان (۲۰۰۳) همخوانی دارد.

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد پزشکان که رده سازمانی بالاتری دارند کمتر دچار اضطراب و افسردگی می شوند (برخلاف بهروزان) و از سلامت عمومی بهتری برخوردارند که این نتیجه با نتایج تحقیقات حیاتی (۲۰۱۳)، قشقایی زاده و مسعودیان (۲۰۱۳)، کاشف و مظفری (۲۰۰۶) و آراسته و همکاران (۲۰۰۸) همسو می باشد، اما با نتایج رنجبر و همکاران (۲۰۰۹) انطباق ندارد.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر مشخص شد کارکنان شاغل در مراکز و خانه های بهداشتی درمانی تبریز خصوصاً بهروزان از سطح بالایی از سلامت عمومی برخوردار نبودند و هم چنین این افراد از نظر مؤلفه های سلامت عمومی مانند سلامت جسمانی، سلامت روان، سلامت و کارکرد اجتماعی نیز در وضعیت مناسبی به سر نمی برند. اختلالات مربوط به عملکرد اجتماعی بیشترین تأثیر و افسردگی کمترین تأثیر را بر سلامت عمومی آن ها دارد. لذا پیشنهاد می شود به منظور حفظ و ارتقا هرچه بیشتر سلامت عمومی کارکنان شاغل در مراکز و خانه های بهداشتی درمانی تبریز، بر روی انجام معاینات دوره ای، عوامل مرتبط با سلامت آنان و کمک به رفع آن، ارائه آموزش های مورد لزوم و خدمات مشاوره ای بطور خاص تأکید شود.

منابع

1. Askari A, Nouri A. Investigating the Relationship between Workaholic and Dimensions of General Health in the Employees of an Organization in Isfahan. *Iran Occupational Health Journal*. 2011; 8 (2) :14-0.
2. Zarean M, Asadollah-pour A, Bakhshi-pour Roodsari A. Relationship between Emotional Intelligence and Problem-solving Styles with General Health. *IJPCP*. 2007; 13 (2) :166-172.
3. Hassanzadeh R, Sadati K. (2013). *Emotional intelligence: managing feelings Emotion and heart*. Tehran: Ravan .
4. Ganjeh S A R, Dehestani M, Zadeh Mohammadi A. Comparison of Effectiveness of Problem-Solving Skills and Emotional Intelligence Training on Decreasing Aggression in male High School Students. 3. 2013; 14 (52) :38-50.
5. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
6. Nor bala A, Bagheri A, Kazem mohamad. The validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim* . 2009;11(4):47-53. Persian.
7. Ghafari F, Azizi F, Mazlom R. Multiple Roles and its Relationship with Mental Health of Female Nurses. *Journal of Obstetries, Gynecology and Infertility*. 2007;10(1):69-78. Persian.
8. Mehrabi T, ghazavi Z. Health assessment of female nurses of Isfahan university of Medical Science. *journal of hygiene and health*. 2003;1(2):1-5. Persian.
9. Nor bala A, Bagheri A, Kazem mohamad. The validation of General Health Questionnaire- 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim* . 2009;11(4):47-53. Persian.

10. Ebrahimi A, Molavi H, Mossavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. Psychometric properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients. *journal of Research in Behavioral Siences*.2007;5(1):5 Persian.
11. Khaghanizade M, sirati niya M, Abdi F, Kavyani H. The study of Mental Health in Medical-Educational Hospital Nurses in Tehran. *The quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2006;8(31):141-148. Persian.
12. zamaniyan Z, Kakoyi H, Ayatolahi M, Karimiyan M, Seraji J. The study of Mental Health in Medical-Educational Hospital Nurses in Shiraz. *Journal of Department of Health and institute for Health Research*.2007;4(5):47-54. Persian.
13. Hayati A. Assessment of general health among Tehran university of medical sciences hospitals administrators [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, School of Allied Medicine; 2013.
14. Ghashgaeizadeh N & Masudian P. Investing organizational health of Behbahan branch of Islamic Azad university with regard demographic variables in the view of faculty members. *Journal of Life Sciences and Biomedicine* 2013; 3(3): 213-20.
15. Kashef MM & Mozafari SAA. Comparative study of general health of active and inactive faculty members of Iranian Universities. *Journal of Movement Sciences & Sports* 2006; 4(7): 11-23[Article in Persian].
16. Arasteh M, Hadiniya B, Sedaghat A & Charejo N. Assessment of mental health status and its related factors among medical and nonmedical staff in the hospitals of Sanandaj city *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2008; 13(3): 35-44[Article in Persian].
17. Ranjbar Ezzatabadi M, Arab M, Hadizadeh F & Asqari RA. Effects of stress on managers' performance in different wards of hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences. *Tollo-EBehdasht* 2009; 8(1-2): 1 10[Article in Persian].

Study of General Health among in Staff working in health centers in Tabriz

Vahab AslRahimi

*MA in Educational Psychology, director Mental health, social and prevention of addiction group, Tabriz Health chancellor
University of Medical Sciences, Tabriz, Iran*

Abstract

Public health as one of the important indicators that reflect social status Mental Health And is of great significance in quality of life Among this the health of Staff working in health centers who are important part of country health system is under greater danger than other social groups due to a variety of reasons.

This study aims to determine the level of health and its related factors in Staff working in health centers in Tabriz.

In this cross sectional study, 270 employed in health centers affiliated to Tabriz University of Medical Sciences were selected by stratified sampling and evaluated using Bio data questionnaire, and Goldberg General Health (GHQ) Questionnaire. Data were analyzed by using descriptive (mean, median, standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation coefficient and ANOVA).

Findings showed that (42.9%) Staffs were healthy while (57.1%) were unhealthy. The highest mean score of unhealthy Staffs was related to social performance domain (11.37 ± 3.97) and the lowest mean was related to depression area (3.27 ± 4). Also, there was significant correlation between anxiety with physical dysfunctions, and depression with physical dysfunctions, and anxiety with social functions.

The rate of general health among Staff working in health centers is low. Therefore, we suggest periodic medical examination, general health training, and consultant services to develop or maintain the general health among healthcare Staffs.

Keywords: general health, hygiene homes, health centers
