

## وضعیت سلامت روانی ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران

شهناز گلیان تهرانی\* زهرا منجمد\*\* عباس مهران\*\*\* لیلا هاشمی‌نسب\*\*\*\*

### چکیده

زمینه و هدف: شرایط کاری در بعضی از حرفه‌ها به ویژه ازبدهندگان مراقبت‌های بهداشتی به گونه‌ای است که روزانه در محل کار با عوامل استرس‌زای زیادی مواجه می‌شوند. این استرس می‌تواند تأثیرات ناگواری بر وضعیت سلامت روانی آن‌ها داشته باشد. با توجه به مشکلات حرفه‌ای خاص رشته مامایی این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران و عوامل مؤثر بر آن انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی انجام شد. جهت انجام پژوهش کلیه ماماهاى واجد شرایط شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران (۳۷۰ نفر) که مایل به شرکت در پژوهش بودند، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد GHQ-12 بود. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون آماری  $\chi^2$  و نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ۳۵/۱٪ واحدهای مورد پژوهش از سلامت روانی مطلوب برخوردار نیستند. وضعیت سلامت روانی ماماها با سطح تحصیلات ( $p < 0/001$ )، وضعیت اقتصادی ( $p = 0/04$ )، وضعیت تأهل ( $p < 0/001$ ) و نوبت کاری ( $p = 0/02$ ) آنان ارتباط معنادار داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه مبنی بر بالا بودن میزان اختلالات روانی در جامعه مورد پژوهش انجام مطالعات تکمیلی به منظور شناسایی عوامل شغلی مرتبط با این پدیده و اقدام در جهت رفع آن‌ها، ضروری به نظر می‌رسد.

نویسنده مسؤول: شهناز گلیان تهرانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: Golian2005@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: ماما، وضعیت سلامت روانی، عوامل مرتبط

- دریافت مقاله: آبان ماه ۱۳۸۵ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۸۶

### مقدمه

سلامت روانی یکی از ابعاد سلامت است که آن را به مفهوم حالت توازن بین شخص و دنیای پیرامون او و سازگاری شخص با خود و دیگران و همزیستی بین واقعیت‌های خود، مردم و محیط زیست تعریف نموده‌اند (۱).

اختلالات روانی مشکلات جدی و شایع هستند که در تمام دنیا مشاهده می‌شوند و ۴۰٪ تمام ناتوانی‌ها از آن منشأ می‌گیرد (۲). افزایش

روزافزون مشکلات روانی، به دلیل پیامدهای اجتماعی ناگوار و تخصیص بخشی از اعتبارات دولت‌ها، سبب بذل توجه مسؤولان به سلامت روانی شده است. سازمان بهداشت جهانی معتقد است که حجم مسایل رفتاری و روانی در کشورهای در حال توسعه به دلیل مسایلی نظیر رشد جمعیت و تغییرات اجتماعی نظیر فروپاشی خانواده‌های گسترده، تغییر در شیوه زندگی مردم و مشکلات اقتصادی، رو به ازدیاد است (۳).

مطالعات متعدد در جوامع مختلف شیوع مشکلات روانی را بین ۲۴-۱۱/۵٪ گزارش

\* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\*\* مربی و کارشناس ارشد آمار حیاتی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\*\*\* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

کرده‌اند (۴). نوربالا و همکاران در مطالعه‌ای که به منظور بررسی وضعیت سلامت روانی افراد بالاتر از ۱۵ سال در جمهوری اسلامی ایران با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 انجام دادند، شیوع اختلالات روانی را حدود ۲۱٪ برآورد نمودند (۵).

چنانچه بسیاری از این مشکلات به موقع مورد تشخیص و درمان واقع نشوند، شدت گرفته و لطمات جبران‌ناپذیری از جمله افزایش معلولیت‌ها و ناتوانی‌ها و ایجاد مرگ زودرس در پی خواهند داشت، به طوری که طبق بررسی‌های به عمل آمده در سال ۲۰۰۰ حدود یک میلیون نفر در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند و ۱۲/۸٪ ناتوانی‌ها و معلولیت‌های افراد، مربوط به مشکلات روانی آن‌ها بوده است (۴).

اگر چه سلامت روانی جزء اصلی سلامتی است، هیچ وسیله دقیقی برای اندازه‌گیری آن وجود ندارد (۱). پرسشنامه‌های مختلفی به این منظور تدوین شده‌اند از جمله پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ=General Health Questionnaire) (۶) که یک روش غربالگری مبتنی بر خود گزارش‌دهی است و با هدف شناسایی اختلالات روانی، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است. بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین سلامت و بیماری روانی است (۷).

امروزه نیروی انسانی عامل مهمی در موفقیت سازمان‌ها است (۸) و از مشخصات یک سازمان پویا این است که سلامت کارکنان را به اندازه تولید و بهره‌وری آن سازمان مورد توجه قرار دهد (۹) با در نظر گرفتن این که ماماها از اعضای مهم تیم ارایه‌دهنده خدمات بهداشتی هستند که مراقبت‌های اولیه را به طور جامع، مداوم و در دسترس، برای افراد محروم و قشر متوسط جامعه فراهم می‌آورند و با توجه به این که وضعیت سلامت آن‌ها بر کمیت و کیفیت ارایه خدمات مؤثر است، بر آن شدیم، تا تحقیقی را با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران انجام دهیم.

### روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی و از نوع مقطعی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه را کلیه ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۳۸۳ تشکیل می‌دهند. حجم نمونه با استفاده از فرمول حداکثر حجم معادل ۳۸۴ نفر در نظر گرفته شد. بر همین اساس با توجه به حجم جامعه مورد مطالعه از کلیه افراد که ۴۲۶ نفر بودند، درخواست شد در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمایند. به افرادی که مایل به شرکت در مطالعه بودند پرسشنامه تحویل داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند و پرسشنامه‌ها در همان زمان توسط پژوهشگران جمع‌آوری شد که در نهایت ۳۷۰ پرسشنامه از واحدهای مورد پژوهش اخذ گردید.

## یافته‌ها

در این پژوهش ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای بیشترین واحدهای مورد مطالعه به شرح زیر بود:

۵۵/۹٪ در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال قرار داشتند. ۸۷/۸٪ دارای مدرک کارشناسی مامایی و ۷۴/۱٪ متأهل بودند. ۳۴/۶٪ آنان دو فرزند داشتند. ۵۱/۹٪ دارای مسکن شخصی بودند. سنوات خدمت ۴۵/۷٪ آنان ۲۰-۱۰ سال بود. ۷۴/۳٪ در اتاق درد و اتاق زایمان کار می‌کردند و ۵۹/۲٪ دارای نوبت کاری چرخشی بودند.

نتایج پژوهش نشان داد که ۳۵/۱٪ ماماهاای شاغل وضعیت روانی نامطلوب دارند. بر اساس یافته‌های پژوهش بین وضعیت سلامت روانی و سطح تحصیلات واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنادار وجود دارد ( $p < 0.001$ )، به این صورت که بیشترین درصد (۶۸٪) ماماهاایی که دارای مدرک تحصیلی کارشناسی هستند از سلامت روانی مطلوب برخوردارند، در حالی که بیشترین درصد (۷۳/۷٪) ماماهاای شاغل با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد، دارای سلامت روانی نامطلوب می‌باشند (جدول شماره ۱).

نتایج پژوهش نشان داد که ارتباط بین سلامت روانی و وضعیت اقتصادی ماماهاای شاغل معنادار است ( $p = 0.04$ ). به عبارت دیگر ۴۲/۹٪ ماماهاای دارای وضعیت اقتصادی نامطلوب، وضعیت روانی نامطلوب دارند، در حالی که ۷۳/۹٪ ماماهاای با وضعیت اقتصادی مطلوب از سلامت روانی مطلوب هم برخوردارند (جدول شماره ۲).

بازار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه GHQ-12 بود که یک بخش حاوی مشخصات فردی و حرفه‌ای نظیر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، وضعیت مسکن، سابقه کار، واحد محل خدمت، نوبت کاری و ساعات اضافه کار به آن منضم شده بود. انواع مختلفی از پرسشنامه‌های سلامت عمومی وجود دارد که فرم ۱۲ و ۲۸ ماده‌ای آن بیشتر از سایر انواع، مورد استفاده قرار گرفته است (۱۰). منتظری و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که پرسشنامه GHQ-12 جهت مطالعه سلامت روانی در جمعیت ایرانی استاندارد می‌باشد (۱۱) و ضریب پایایی آن ۰/۸۷ است.

به منظور تعیین وضعیت سلامت روانی، بسته به پاسخ واحدهای مورد پژوهش به سؤالات پرسشنامه GHQ-12 بر حسب بیشتر از همیشه، مثل همیشه، کمتر از همیشه، خیلی کمتر از همیشه، به هر گزینه امتیاز ۱ یا صفر تعلق می‌گرفت. به این ترتیب که اگر پاسخ داده شده بیانگر مطلوب بودن حالت مورد نظر بود (مثلاً خوشحال بودن) به آن امتیاز صفر و اگر بیانگر نامطلوب بودن وضعیت مورد نظر بود، به آن امتیاز ۱ تعلق می‌گرفت و پس از جمع‌بندی امتیازات حاصله از هر پرسشنامه، کسب امتیاز بیشتر از ۲ (نقطه آستانه توصیف شده توسط Goldberg) به عنوان وضعیت سلامت روانی نامطلوب در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از آزمون آماری  $\chi^2$  و توسط نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

نتایج مطالعه حاکی از آن است که بین دو متغیر وضعیت سلامت روانی و وضعیت تأهل ارتباط معنادار وجود دارد ( $p < 0/001$ ). به بیان دیگر بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش که همسرانشان را از دست داده‌اند یا جدا شده‌اند (به ترتیب ۷۰٪ و ۶۶/۷٪) وضعیت روانی نامطلوب دارند در حالی که فقط ۲۹/۹٪ ماماها‌ی متأهل وضعیت روانی نامطلوب دارند (جدول شماره ۳).

نتایج تحقیق نشان داد که بین سلامت روانی و نوبت کاری ماماها‌ی شاغل در

بیمارستان‌های دولتی ارتباط معنادار وجود دارد ( $p = 0/02$ ). به عبارت دیگر ماماها‌یی که نوبت کاری چرخشی دارند و یا شب کار هستند در مقایسه با آن‌هایی که صبح کار یا عصر کار ثابت هستند، وضعیت روانی نامطلوب‌تری دارند (جدول شماره ۴).

نتایج مطالعه بیانگر آن است که بین سلامت روانی و وضعیت مسکن، تعداد فرزندان، محل خدمت و ساعات اضافه کار واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنادار وجود ندارد.

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سطح تحصیلات در سال ۱۳۸۳

| سطح تحصیلات |      | کارشناسی          |      | کارشناسی ارشد |      | وضعیت سلامت روانی |
|-------------|------|-------------------|------|---------------|------|-------------------|
| تعداد       | درصد | تعداد             | درصد | تعداد         | درصد |                   |
| ۱۴          | ۵۳/۸ | ۲۲۱               | ۶۸   | ۵             | ۲۶/۳ | مطلوب             |
| ۱۲          | ۴۶/۲ | ۱۰۴               | ۳۲   | ۱۴            | ۷۳/۷ | نامطلوب           |
| ۲۶          | ۱۰۰  | ۳۲۵               | ۱۰۰  | ۱۹            | ۱۰۰  | جمع               |
|             |      | $\chi^2 = 15/176$ |      | $p < 0/001$   |      |                   |

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت اقتصادی در سال ۱۳۸۳

| وضعیت اقتصادی |      | مطلوب            |      | تاحدودی مطلوب |      | نامطلوب |      | وضعیت سلامت روانی |
|---------------|------|------------------|------|---------------|------|---------|------|-------------------|
| تعداد         | درصد | تعداد            | درصد | تعداد         | درصد | تعداد   | درصد |                   |
| ۸۵            | ۷۳/۹ | ۱۴۳              | ۶۱/۱ | ۱۲            | ۵۷/۱ |         |      | مطلوب             |
| ۳۰            | ۲۶/۱ | ۹۱               | ۳۸/۹ | ۹             | ۴۲/۹ |         |      | نامطلوب           |
| ۱۱۵           | ۱۰۰  | ۲۳۴              | ۱۰۰  | ۲۱            | ۱۰۰  |         |      | جمع               |
|               |      | $\chi^2 = 6/127$ |      | $p = 0/04$    |      |         |      |                   |

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت تأهل آن‌ها در سال ۱۳۸۳

| وضعیت تأهل |      | مجرد            |      | متأهل       |      | بدون همسر در اثر فوت |      | وضعیت سلامت روانی |
|------------|------|-----------------|------|-------------|------|----------------------|------|-------------------|
| تعداد      | درصد | تعداد           | درصد | تعداد       | درصد | تعداد                | درصد |                   |
| ۴۳         | ۵۳/۸ | ۱۹۲             | ۷۰/۱ | ۳           | ۳۰   | ۲                    | ۳۳/۳ | مطلوب             |
| ۳۷         | ۴۶/۲ | ۸۲              | ۲۹/۹ | ۷           | ۷۰   | ۴                    | ۶۶/۷ | نامطلوب           |
| ۸۰         | ۱۰۰  | ۲۷۴             | ۱۰۰  | ۱۰          | ۱۰۰  | ۶                    | ۱۰۰  | جمع               |
|            |      | $\chi^2 = 15/5$ |      | $p < 0/001$ |      |                      |      |                   |

جدول ۴: توزیع فراوانی وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوبت کاری آن‌ها در سال ۱۳۸۳

| نوبت کاری در گردش |     | شب کار ثابت |      | عصر کار ثابت |              | صبح کار ثابت |      | نوبت کاری / وضعیت سلامت روانی |
|-------------------|-----|-------------|------|--------------|--------------|--------------|------|-------------------------------|
|                   |     | تعداد       | درصد | تعداد        | درصد         | تعداد        | درصد |                               |
| ۵۹/۴              | ۱۲۳ | ۶۰/۵        | ۲۶   | ۷۶/۲         | ۱۶           | ۷۵/۸         | ۷۵   | مطلوب                         |
| ۴۰/۶              | ۸۴  | ۳۹/۵        | ۱۷   | ۲۳/۸         | ۵            | ۲۴/۲         | ۲۴   | نامطلوب                       |
| ۱۰۰               | ۲۰۷ | ۱۰۰         | ۴۳   | ۱۰۰          | ۲۱           | ۱۰۰          | ۹۹   | جمع                           |
| $p=۰/۰۲$          |     |             |      |              | $\chi^2=۹/۴$ |              |      |                               |

## بحث

نتایج پژوهش نشان داد که ۳۵/۱٪ واحدهای مورد مطالعه وضعیت روانی نامطلوب دارند. تحقیقی که توسط Farrell به منظور بررسی سلامت روانی پرستاران در شهر Tasmania (استرالیا) انجام گرفت، نشان داد که ۳۴٪ پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های این شهر وضعیت روانی نامطلوب دارند (۱۰). همچنین Mackin طی مطالعه‌ای که به منظور بررسی ادراک ماماها‌ی اتاق درد و اتاق زایمان از استرس انجام داد، به این نتیجه رسید که، ۳۰٪ واحدهای مورد پژوهش وضعیت روانی نامطلوب دارند (۱۲). نتایج ارزیابی وضعیت سلامت روانی که توسط نوربالا و همکاران با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 انجام گرفته است، بیانگر شیوع ۲۱ درصدی اختلالات روانی در جمعیت عمومی کشور می‌باشد (۵).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، وضعیت سلامت روانی ماماها‌ی دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد نسبت به سایرین نامطلوب‌تر است. در تأیید یافته فوق می‌توان به نتایج مطالعه Koopman و همکاران مبنی بر تعیین رابطه بین سطح تحصیلات و سلامت روانی اشاره نمود که به نتایج مشابه تحقیق حاضر

دست یافتند (۱۳). در حالی که احمدنیا در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی وضعیت سلامت زنان شاغل و خانه‌دار، بین این دو متغیر رابطه معنادار نیافت (۱۴).

بالا بودن وضعیت نامطلوب سلامت روانی در میان ماماها‌ی با تحصیلات کارشناسی ارشد می‌تواند به دلیل نبودن فرصت‌های ارتقای شغلی، عدم تناسب میزان درآمد با سطح تحصیلات و داشتن شرایط کاری یکسان با همکاران با رده‌های پایین‌تر شغلی (از نظر نوبت کاری، ساعات موظفی و مرخصی سالیانه) باشد.

بر اساس یافته‌های این مطالعه بین وضعیت سلامت روانی و وضعیت تأهل واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنادار وجود دارد و ماماها‌ی متأهل از وضعیت سلامت روانی بهتری برخوردارند در حالی که ماماها‌ی که از شوهر خود جدا شده و یا همسرانشان را از دست داده‌اند وضعیت سلامت روانی نامطلوب‌تری دارند. نتایج پژوهش Korten و Dunn که به منظور بررسی عمومی وضعیت سلامت روانی در استرالیا و کانادا مستقلاً انجام گرفته است، نیز در جهت حمایت از یافته‌های فوق می‌باشد (۱۵ و ۱۶). اگر چه تشکیل خانواده همراه با افزایش سطح مسؤولیت‌ها و

مشکلات ناشی از آن است ولی در غالب اوقات همسر و گاهی فرزندان در هنگام مواجهه فرد با مشکلات فردی و اجتماعی وی را از نظر عاطفی و روانی مورد حمایت قرار می‌دهند که نقش مهمی در کاهش اضطراب و افسردگی فرد دارد.

نتایج مطالعه حاکی از ارتباط وضعیت اقتصادی با سلامت روانی است. نتایج پژوهش رفعتی و همکاران و Kahn و همکاران در جهت حمایت از نتایج این مطالعه می‌باشد (۱۷ و ۳).

بر اساس یافته‌های مطالعه بین وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش و نوبت کاری آن‌ها ارتباط آماری معنادار وجود دارد و کسانی که نوبت کاری در گردش یا شب کاری ثابت دارند از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند. Suzuki و همکاران در تحقیق خود بین این دو متغیر ارتباط معنادار یافتند (۱۸). کاملاً واضح است که به هم خوردن سیکل خواب و بیداری فرد و عدم تناسب برنامه کاری فرد با برنامه همسر و فرزندان می‌تواند به عنوان عامل استرس‌زای مزمن عمل نموده و موجب بروز اضطراب شود.

بر اساس یافته‌های پژوهش بین وضعیت سلامت روانی و سن واحدهای مورد پژوهش ارتباط معناداری وجود ندارد. در تأیید یافته فوق می‌توان به نتایج پژوهش Mackin و احمدنیا اشاره کرد که ارتباط معنادار بین سن و سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش نیافتند (۱۲ و ۱۴). در حالی که Zhou و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که با افزایش سن،

سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش بهبود می‌یابد (۱۹).

بر اساس نتایج پژوهش بین سلامت روانی و تعداد فرزندان واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنادار وجود ندارد. نتایج پژوهش احمدنیا و Lam مبنی بر فقدان رابطه معنادار بین این دو متغیر (۱۴ و ۲۰)، همسو با نتایج این پژوهش می‌باشد.

بر اساس آزمون آماری  $\chi^2$  بین دو متغیر وضعیت سلامت روانی و وضعیت مسکن واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنادار وجود ندارد. یافته‌های مطالعه احمدنیا نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر است (۱۴). در حالی که سازمان جهانی بهداشت می‌نویسد که داشتن منزل شخصی به دلیل ایجاد احساس امنیت و کنترل بیشتر بر امور، موجب بهبود سلامت روانی افراد می‌گردد (۲۱). نتایج پژوهش Korten و Dunn نیز بیانگر آن است که افراد دارای مسکن شخصی از سلامت روانی بهتری برخوردارند (۱۵ و ۱۶). ولی در نظر داشتن این نکته ضروری است که غیر از مالکیت منزل، عوامل دیگری (نظیر فضای فیزیکی، سروصدا، ارتباط با همسایگان و مسایلی نظیر وام‌های سنگین مسکن) وجود دارند که بر احساس آرامش و امنیت فرد در محل سکونتش مؤثر هستند.

یافته‌های تحقیق نشان داد که بین دو متغیر سلامت روانی و سابقه کار واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنادار وجود ندارد. نتایج مطالعه احمدنیا و Lam نیز یافته‌های این تحقیق را تأیید می‌نماید (۱۴ و ۲۰).

اختلال‌های روانی به عمل آید، تا با ارایه راه حل‌های مناسب درمانی و مشاوره‌ای گامی در جهت ارتقای سطح سلامت جامعه برداشته شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که ۳۵/۱٪ ماماها‌ی شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران وضعیت روانی نامطلوب دارند. این میزان در مقایسه با وضعیت سلامت روانی جمعیت عمومی کشور و همچنین یافته‌های برخی از مطالعات مشابه انجام گرفته در کشورهای دیگر رقم بالاتری را نشان می‌دهد.

ماماها‌یی که دارای مدرک کارشناسی، وضعیت اقتصادی مطلوب، دارای همسر و نوبت کاری ثابت صبح و عصر دارند، از سلامت روانی بهتری در مقایسه با آن‌هایی که دارای مدرک کارشناسی ارشد هستند، وضعیت اقتصادی نامطلوب دارند، همسرشان فوت کرده و یا از شوهر خود جدا شده‌اند و نوبت کاری ثابت شب یا چرخشی دارند، برخوردارند.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران که تأمین‌کننده هزینه طرح پژوهشی بودند، تشکر و قدردانی نمایند.

بر اساس آزمون‌های آماری رابطه بین سلامت روانی و واحد محل خدمت ماماها‌ی مورد پژوهش معنادار نیست. در حالی که Farrell بین این دو متغیر ارتباط معنادار یافت (۱۰). با توجه به این که مطالعه فوق بر روی ۴۰ نفر پرسنل شاغل در بخش پرستاری انجام شده است این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت در جامعه‌های مورد مطالعه یا حجم نمونه باشد.

نتایج مطالعه حاضر مبین فقدان ارتباط بین ساعات اضافه کار و وضعیت سلامت روانی واحدهای مورد پژوهش است. Tyssen و همکاران نیز همسو با نتایج پژوهش حاضر رابطه معناداری بین ساعات کار و وضعیت سلامت روانی نیافتند (۲۲)، در حالی که یافته‌های مطالعه Cartwright مبنی بر رابطه مستقیم و معنادار افزایش ساعات کار با وضعیت نامطلوب سلامت روانی، مغایر با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد (۲۳).

با توجه به نتایج مطالعه توصیه می‌شود تحقیقات مشابه در بیمارستان‌های خصوصی و همچنین بیمارستان‌های دولتی سایر نقاط کشور انجام گیرد و با انجام تحقیقات تکمیلی به صورت مطالعات مورد شاهده‌ی یا آینده‌نگر و با حجم نمونه بالاتر، عوامل مختلف مؤثر بر بروز اختلالات روانی از جمله عوامل حرفه‌ای و شغلی در این گروه از کارکنان بهداشتی شناسایی شود. همچنین مطالعات دیگری با استفاده از مصاحبه‌های تخصصی روان‌پزشکی، جهت تشخیص قطعی

### References

- ۱- رفایی شیر پاک خسرو، افتخار اردبیلی پارک حسین. طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، تهران: نشر ایلیا، ۱۳۸۲؛ صفحه ۴۰.
- ۲- یعقوبی نورالله. بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۱۳۷۴؛ سال اول، شماره ۴، صفحه ۵۵.

- ۳ - رفعتی فوزیه، شریف فرخنده، احمدی جمشید، شفیعی نعمت الله. تأثیر وضعیت بهداشت روانی دانشجویان بر پیشرفت تحصیلی آنها. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد. سال ۱۳۸۲؛ سال یازدهم؛ شماره سوم، صفحات ۸۶-۸۰.
- ۴ - توکلی زاده جهانشیر، قهرمانی محمد، چمنزاری حمید. بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۸۰-۷۹ دانشکده علوم پزشکی گناباد. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی گناباد، سال ۱۳۸۱؛ سال هشتم؛ شماره ۱۷، صفحات ۵۳-۴۷.
- ۵ - نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی عباس، یاسمی محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله حکیم، بهار ۱۳۸۱؛ سال ۵؛ شماره ۱، صفحات ۱۰-۱.
- 6 - Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP, et al. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health Quality Life Outcome*. 2004; 2(23).
- ۷ - دادستان پریخ. تنیدگی یا استرس (بیماری جدید تمدن)، تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۷؛ صفحات ۱۸۰-۱۷۹.
- 8 - Assadi H. Evaluation of job stress factors (organizational and managerial) among head of physical education organizations. *ACTA Uni. Palacki.Olomu. Gymn*. 2003; 33(1): 47-54.
- ۹ - یعقوبیان محمد، جنتی یدالله. بررسی وضعیت تنیدگی شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان مازندران در سال ۱۳۷۸. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، تابستان ۱۳۸۰؛ سال دهم، شماره نوزدهم، صفحات ۷-۱.
- 10 - Farrell GA. The mental health of hospital nurses in Tasmania as measured by the 12- item General Health Questionnaire. *J Adv Nurs*. 1998; 28(4): 707-12.
- 11 - Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, et al. The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003; 1: 66.
- 12 - Mackin P. Labour ward midwife percept of stress. *J Adv Nur*. 1998; 27: 986-91.
- 13 - Koopman C, Wanat SF, Whitsell S, et al. Relationships of alcohol use, stress, avoidance coping, and other factors with mental health in a highly educated workforce. *Am J Health Promot*. 2003; 17(4): 259-68.
- 14 - Ahmad-Nia S. Women's work and health in Iran: a comparison of working and non-working mothers. *Soc Sci Med*. 2002; 54(5): 753-65.
- 15 - Korten A, Henderson S. The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Common psychological symptoms and disablement. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 325-30.
- 16 - Dunn JR. Housing and inequalities in health: a study of socioeconomic dimension of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56: 671-6.
- 17 - Kahn RS, Wise PH, Kennedy BP, et al. State income inequality, household income, and maternal mental and physical health: cross sectional national survey. *B M J*. 2000; 321(7272): 1311-5.
- 18 - Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, et al. Mental health status, Shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J Occup Health*. 2004; 46(6): 448-54.
- 19 - Zhou MJ, Yao LQ, Xie LP, et al. The mental health situation and its influencing factors in general hospital nurses. *Zhonghua Lao Dong Wei sheng zhi Ye Bing Za Zhi*. 2004; 22(6): 435-8.
- 20 - Lam LT. Aggression exposure and mental health among nurses. *Australian Journal for the Advancement of Mental Health*. 2002; 1(2): 1-12.
- 21 - World Health Organization. Housing, related health determinant an available intervention for limiting exposure. Geneva: the institute; 2005.
- 22 - Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, et al. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among Junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ*. 2000; 34(5): 374-84.
- 23 - Cartwright K, Lewis D, Roberts C, et al. Workload and stress in consultant medical microbiologists and Virologists: a questionnaire survey. *J Clin Pathol*. 2002; 55(3): 200-5.