

بررسی سطح سلامت روانی کارگران صنایع استان قم، سال ۱۳۹۳

علیرضا کوهپایی^۱، محمد خندان^{۲*}

چکیده

زمینه و هدف: امروزه، تأکید روزافزونی بر ارتقای سطح سلامت روان در محیط‌های کاری می‌شود. از طرفی، اختلالات روانی می‌تواند به طرز مؤثری فرد و شغل وی را دستخوش تغییر کند. این مطالعه با هدف ارزیابی و مقایسه بهداشت روانی کارگران و مؤلفه‌های آن در صنایع مختلف استان قم انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به روش توصیفی - مقطعی بر روی سطح سلامت روانی کارگران صنایع استان قم در سال ۱۳۹۳ انجام شد. اطلاعات از ۳۷۹ کارگر (هفت صنعت استان قم) گردآوری شد. ابزارهای مطالعه شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی و سلامت عمومی ۲۸ سؤالی Goldberg بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی‌تست، آنالیز واریانس یک‌طرفه و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این بررسی، سن کارگران ۶۲-۱۶ با میانگین $33/58 \pm 10/06$ سال بود. اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی به ترتیب با ۵/۹۷ و ۲/۴۲، بیشترین و کمترین نمره میانگین را داشتند. نمره سلامت عمومی $17/78 \pm 9/84$ بود. ۳۰/۴٪ از افراد در فاکتور اضطراب، اختلالات خواب و ۴۰/۲٪ افراد در شرایط نامطلوبی قرار داشتند. همچنین بین افراد متأهل و مجرد از نظر شکایات عوامل زیرمجموعه سلامت عمومی، اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$). همبستگی بین خرده‌آزمون‌های پرسشنامه سلامت عمومی با نمره کل، در حد رضایت‌بخش و بین $0/59 - 0/86$ متغیر بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، اگرچه سطح کلی خرده‌آزمون‌های سلامت عمومی کارگران در سطح نامطلوب نمی‌باشد، اما یافته‌ها نشان از اختلالات روانی در بین کارگران دارد. همچنین با توجه به یافته‌های این مطالعه مبنی بر ارتقای بهداشت روان، می‌توان موقعیت‌هایی را برای تحقیقات عمیق‌تر در اختیار محققین قرار داد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان؛ افسردگی؛ اختلالات روان؛ قم، ایران.

^۱استادیار بهداشت حرفه‌ای، گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای، مرکز تحقیقات سلامت کار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲مربی ارگونومی، گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

محمد خندان، گروه ارگونومی
دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی
قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
mkhandan@muq.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۲/۱۹

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Koohpaie AR, Khandan M. Assessment of mental health level among workers of industries in Qom province, 2014-2015, Iran. Qom Univ Med Sci J 2015;9(8):66-74. [Full Text in Persian]

مقدمه

سلامت عمومی یکی از زیرمجموعه‌های نظام سلامت بوده که مجموعه‌ای از فعالیت‌ها، اقدامات مهم فردی، محیطی و سازمانی را دربرمی‌گیرد و عمدتاً بر مبنای پیشگیری استوار بوده و منجر به افزایش رفاه و رضایت انسانها می‌شود (۱). سلامت عمومی در تعریف سازمانی خود، اهمیتی مضاعف می‌یابد. از مشخصات یک سازمان سالم و بهداشتی آن است که در آن سازمان، سلامت جسمی و روانی کارکنان به اندازه تولید و سودآوری، مورد توجه و علاقه مدیریت سازمان قرار گرفته باشد، همچنین برنامه مدون و قابل اجرایی برای اندازه‌گیری و مدیریت شرایط زیان‌آور محیط کار داشته باشد (۲). انواع مختلفی از مواجهات شغلی به عنوان ریسک سلامتی شناخته شده‌اند، به عنوان نمونه مواجهات ارگونومیکی، زمینه‌ساز اختلالات اسکلتی-عضلانی (۳،۴)؛ مواجهه‌های فیزیکی، شیمیایی و روانی - اجتماعی، زمینه‌ساز بیماری‌های جسمی (۵) و در نهایت، فاکتورهای روانی که باعث بیماری‌ها و اختلالات روانی (۶) می‌شوند. عوامل متعدد و متعاملی در شکل‌گیری نيمرخ سلامت عمومی کارگران، مشارکت دارند (۷). کارگران معمولاً در هنگام کار دچار اضطراب یا افسردگی شده (۸)، و استرس شدیدی را در محیط کار متحمل می‌شوند (۹)، همچنین علائم جسمی و روانی همچون دردهای مزمن مبهم نیز در آنها دیده می‌شود (۱۰، ۱۱). از طرفی، گاهی در تعاملات اجتماعی خود همچون ارتباط با دیگران و برطرف نمودن نیازهای شغلی نیز دچار مشکل می‌شوند (۱۲). در چنین شرایطی راندمان کاری بالایی نداشته و عملکرد شغلی مطلوبی را از خود نشان نمی‌دهند. در استان قم صنایع متعددی وجود دارد. براساس اطلاعات موجود در متون، قم دومین قطب صنعت چوب، همچنین چاپ و نشر کشور است. کارگاه‌های کوچک و بزرگ فرآوری (شامل: برش، نمره‌بندی و صیقل‌کاری) و قله‌های سنگی برای مصارف ساختمانی به همراه شهرک سنگ در این استان وجود دارد. نساجی نیز از صنایع پرسابقه قم محسوب شده و اولین صنعتی است که به شکل مدرن در این استان شکل گرفته است. سفال و سفالگری نیز به عنوان یکی از مشاغل مورد توجه، همواره رونق تجاری خاص خود را داشته است. در کنار صنایع شاخص، دو صنعت چرم و خوراک دام نیز در نظر گرفته شدند تا

در کنار هم و به صورت تلفیقی، به دور از هرگونه پیش‌فرض بتوانند نیم‌رخ از وضعیت صنایع استان را در اختیار قرار دهند. یکی از بهترین روش‌ها برای ارزیابی شرایط روحی و روانی افراد، در کنار انجام آزمایشهای بالینی که بسیار گران و وقت‌گیر بوده و امکان استفاده از آنها نیز در حجم وسیع فراهم نیست، پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg می‌باشد (۱۳)، که ابزار سنجش ساده‌تری را برای غربالگری اختلالات روانی به صورت اپیدمیولوژیک فراهم می‌کند (۱۳). با توجه به سرعت زیاد رشد و توسعه استان قم و حرکت به سمت صنعتی‌شدن، همچنین موقعیت ممتاز این استان در مرکز کشور از نظر حمل و نقل از یک سو و وجود منطقه آزاد اقتصادی سلفچگان از سوی دیگر، به نظر می‌رسد وجود اطلاعات مربوط به سلامت عمومی در سطح منطقه‌ای، اطلاعات ارزشمندی در اختیار تصمیم‌گیرندگان قرار می‌دهد تا با استفاده از نتایج، تحلیل‌ها و ارتباطات بین عوامل بتوانند برنامه‌ریزی مطلوبی برای نیروی کار انجام داده و موجبات ارتقای سطح سلامتی آنان را فراهم آورند. لذا به منظور ارتقای سطح سلامتی جامعه کارگری استان قم و با توجه به نقش سلامت عمومی کارگران در پیشگیری از بیماری‌ها و حوادث شغلی، این مطالعه با هدف تعیین سطح سلامت روان کارگران صنایع منتخب استان قم (صنعت چوب، نساجی، سنگبری، چاپخانه، سفال، تولید غذای طیور و چرم) طراحی و اجرا گردید، تا بتوان از نتایج آن جهت ارتقای سطح ایمنی و سلامت کارگران در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و مدیریتی استان و کشور استفاده کرد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی - مقطعی، با در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر ۵٪، توان مطالعه برابر ۹۰٪ و حداکثر اختلاف همبستگی (دقت مطالعه) برابر ۰/۲، تعداد نمونه مورد نیاز برابر ۲۶۸ نفر به دست آمد که در نهایت جهت اطمینان بیشتر، ۳۷۹ نفر وارد مطالعه شدند.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای برای انتخاب نمونه‌ها استفاده گردید. با توجه به در نظر داشتن هفت صنعت (طبقات)، انتخاب نمونه‌ها از هر طبقه به نسبت تعداد کارکنان

تاکنون مطالعات فراوانی انجام شده است. تقوی در مطالعه خود، با بررسی تحقیقات مربوط به روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، اعتبار و روایی پرسشنامه را برای استفاده در جامعه ایرانی مورد تأیید قرار داده است (۱۶). پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات با استفاده از آزمون‌های تحلیلی تی‌تست، تحلیل واریانس یک‌طرفه و همبستگی پیرسون در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر از ۳۷۹ فرد مورد بررسی، اکثریت را مردان (۳۵۵ نفر، ۹۳/۷٪) تشکیل می‌دادند که از این بین، ۳۱۳ نفر (۸۲/۶٪) متأهل بودند. سن کارگران مورد مطالعه بین ۱۶ و ۶۲ با میانگین $33/58 \pm 10/06$ سال برآورد شد. در این بررسی کارکنان ۷ واحد صنعتی شاخص در استان قم حضور داشتند. شرکت چاپ با ۲۲/۴٪ نمونه، بیشترین سهم را به خود اختصاص داد. صنعت چوب (۱۹/۳٪)، تولید غذای طیور (۱۴/۷٪)، نساجی (۱۴/۵٪)، چرم (۱۱/۱٪) و سفال (۹/۸٪) در رده‌های بعدی قرار داشتند. سنگ‌بری نیز با ۳۱ نفر کارگر، کمترین سهم را در مشارکت‌کنندگان داشت.

تمامی ۳۷۹ عدد پرسشنامه‌های تکمیل‌شده در این قسمت قابل قبول بود و نتایج حاصله نشان داد سلامت عمومی این افراد به‌طور میانگین $17/78 \pm 9/84$ می‌باشد. سلامت عمومی کل در صنعت نساجی، کمترین نمره ($15/71 \pm 7/96$) و در صنعت چوب، بیشترین نمره ($21/66 \pm 10/6$) را به دست آورد (جدول شماره ۱).

شاغل در آن طبقه نسبت به کل کارکنان انجام شد. همچنین افراد مورد بررسی از هر صنعت، به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه محقق‌ساخته جهت بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همچون جنسیت، وضعیت تأهل و سن، به همراه پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (General Health Questionnaire, GHQ) که دارای چهار خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، علائم اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و نشانه‌های افسردگی می‌باشد، استفاده گردید. شیوه نمره‌گذاری این ابزار به‌صورت لیکرت و نمره‌گذاری هریک از سؤال‌ها، چهار درجه‌ای (۰، ۱، ۲، ۳) تعریف شده است. نمره کمتر، نشان‌دهنده سطح بالاتر سلامت عمومی فرد بوده که در نهایت، نمره هر فرد بین ۰-۸۴ می‌باشد. کسانی که دارای نمره ۲۳ و کمتر هستند، به‌عنوان فرد سالم و افرادی که نمره ۲۴ و بالاتر می‌گیرند، مشکوک به اختلال، در نظر گرفته می‌شوند (۱۴). در زیرمقیاس‌های چهارگانه، نمره برش ۶ در نظر گرفته می‌شود؛ یعنی افرادی که در هریک از زیرمقیاس‌ها دارای نمره ۶ و کمتر باشند، به‌عنوان فرد سالم و کسانی که بالاتر از ۶ می‌گیرند مشکوک به اختلال در آن زیرمقیاس هستند (۱۵). در هر زیرمقیاس حداقل و حداکثر نمره برابر با ۰ و ۲۱ به دست می‌آید. در تمامی مراحل تحقیق حاضر، اطلاعات شخصی کارگران محرمانه تلقی شده و اطمینان خاطر لازم به آزمودنی‌ها داده شد. با توجه به اینکه نیم‌رخ وضعیت روانی برای تصمیم‌گیری آتی مورد نیاز خواهد بود، لذا هیچ‌گونه معیار خروج نمونه در نظر گرفته نشد. درخصوص روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی،

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در صنایع منتخب

متغیر	گروه	نشانه‌های جسمانی	علائم اضطراب و بی‌خوابی	اختلال در کارکرد اجتماعی	نشانه‌های افسردگی	سلامت عمومی
چوب		۱۶/۴±۵	۶/۷۰±۵/۱۶	۷/۰۵±۳/۱۰	۳/۸۷±۲/۹۰	۲۱/۶۶±۱۰/۶۰
نساجی		۴/۶۵±۳/۰۶	۴/۵۵±۳/۲۳	۴/۶۷±۲/۱۱	۲/۸۹±۱/۸۴	۱۵/۷۱±۷/۹۶
سنگ‌بری		۴/۵۵±۳/۳۴	۴/۳۹±۲/۸۲	۵/۷۴±۲/۱۳	۳/۶۰±۲/۵۸	۱۷/۲۶±۸/۵۲
چاپخانه		۳/۸۶±۳/۳۲	۴/۵۴±۳/۷۶	۵/۹۱±۲/۹۴	۳/۳۳±۲/۶۲	۱۶/۹۳±۱۰/۸۸
سفال‌سازی		۴/۵۱±۳/۹۹	۵/۱۴±۳/۹۹	۶/۲۴±۲/۸۲	۳/۴۶±۲/۸۹	۱۸/۷۸±۹/۲۱
تولید غذای طیور		۴/۱۳±۳/۴۷	۴/۸۲±۳/۸۴	۵/۴۶±۲/۸۴	۳/۳۹±۲/۶۱	۱۶/۵۶±۱۰/۵۴
چرم		۵/۱۱±۳/۹۱	۶/۱۶±۴/۴۷	۶/۴۴±۳/۰۴	۳/۸۸±۲/۸۷	۱۷/۰۲±۹/۱۲
کل (۳۷۹ نفر)		۴/۳۰±۳/۴۴	۵/۰۸±۴/۰۵	۵/۹۷±۲/۸۲	۲/۴۲±۲/۳۱	۱۷/۷۸±۹/۸۴

در ضمن، با در نظر گرفتن نمره ۶ و ۲۳ (به ترتیب نمره نقطه برش چهار مؤلفه و نمره کل سلامت عمومی) مشخص گردید دو شرکت چوب و چرم (۳۰/۴٪ افراد مورد مطالعه) در فاکتور اضطراب، اختلالات خواب و سه شرکت نیز در مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی (۴۰/۲٪ افراد مورد مطالعه) در شرایط نامطلوب قرار دارند. از سوی دیگر، هیچ یک از هفت شرکت درخصوص علائم جسمانی، افسردگی و سلامت عمومی کل، در سطح نامطلوب نبودند. در میان افراد مورد مطالعه، ۱۹٪ در نشانه‌های جسمانی، ۲۸/۲٪ در علائم بی‌خوابی و اضطراب، ۳/۳۹٪ اختلال در کارکرد اجتماعی، ۳۸٪ در نشانه‌های افسردگی و در نهایت ۲۵/۳٪ افراد در سلامت عمومی کل در شرایط ناسالم/نامطلوب قرار داشتند. نتایج حاصل از بررسی اختلاف نمره کل سلامت عمومی و اجزای آن در صنایع منتخب به‌وسیله تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد اختلاف نشانه‌های اضطراب، اختلال

در کارکرد اجتماعی و سلامت عمومی کل از منظر آمار معنی‌دار است ($p < 0/05$). همچنین طبق آزمون تی، از نظر متغیرهای جنس و وضعیت تأهل، بین مردان و زنان اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p < 0/05$) و تنها در علائم اضطراب و بی‌خوابی بین افراد متأهل و مجرد، اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/05$) (جدول شماره ۲). همبستگی بجز درخصوص افسردگی و علائم جسمانی با ضریبی مثبت، معنی‌دار بود ($p < 0/01$). همبستگی بین خرده‌آزمون‌های پرسشنامه سلامت عمومی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۵۹-۰/۸۶ متغیر بود کمترین ضریب به نشانه‌های افسردگی و بیشترین به علائم اضطراب و بی‌خوابی تعلق داشت ($p = 0/001$). در ضمن، ضریب پیرسون نشانه‌های جسمانی و اختلال در کارکرد اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۶۳ محاسبه گردید ($p = 0/001$).

جدول شماره ۲: مقایسه نمرات سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن بین دو گروه جنس و وضعیت تأهل

گروه مقایسه	متغیر	نشانه‌های جسمانی	علائم اضطراب و بی‌خوابی	اختلال در کارکرد اجتماعی	نشانه‌های افسردگی	سلامت عمومی
جنس	مردان	۴/۳۱±۲/۴۷	۵/۰۸±۴/۱	۵/۹۷±۲/۸۴	۳/۳±۲/۳۹	۹/۹۳±۱۷/۷۴
	زنان	۴/۲۵±۲/۹۱	۵/۱۷±۲/۶۶	۶/۰۴±۲/۴۷	۳/۴۸±۲/۸۸	۸/۴۴±۱۸/۳۳
تأهل	سطح معنی‌داری	۰/۹۳۷	۰/۹۱۸	۰/۹۰۳	۰/۴۸۷	۰/۷۷۷
	متأهل	۴/۴۳±۳/۵۶	۵/۲۹±۴/۱۴	۶/۰۳±۲/۹۲	۳/۳۳±۲/۳۹	۱۸/۱۵±۹/۹۸
	مجرد	۳/۷۰±۲/۷۷	۴/۱۱±۳/۴۸	۵/۷۰±۲/۲۸	۳/۲۵±۲/۵۵	۱۶/۰۵±۸/۹۶
	سطح معنی‌داری	۰/۱۱۵	۰/۰۳۱	۰/۳۸۰	۰/۳۳۴	۰/۱۱۵

داده‌ها براساس میانگین و انحراف استاندارد و سطح معنی‌داری می‌باشد.

بحث

امروزه، تأکید روزافزونی بر ارتقای سطح سلامت روان در محیط‌های کاری، همچنین عملیاتی‌نمودن معیارهای اجرایی برای حفظ، بهبود رفاه و آسایش شغلی می‌شود (۱۷). اختلالات روانی، فرد و شغل او را به‌طرز مؤثری دستخوش تغییر می‌کند (۱۹، ۱۸). واکنش انسان به شرایط تنش‌زای محیط‌های شغلی، قرن‌هاست شناخته شده‌اند (۲۰). این واکنش‌ها بسته به شدت و وسعت شرایط تنش‌زا در بین افراد متفاوتند. بیش از نیمی از افسران پلیس (۲۱)، آتش‌نشانان (۲۲)، کارکنان آمبولانس (۲۳)، کارکنان خدمات درمانی (۲۴) و کارگران صنایع معمولاً دچار اختلالات روانی همچون استرس پس‌آسیبی (PTSD)، به‌خصوص پس از مواجهه با حوادث و شرایط تنش‌زای محیط کار خود می‌شوند (۲۶، ۲۵).

بروز این مشکلات از کشورهای در حال توسعه بیشتر گزارش شده است (۲۰). در مطالعه حاضر، نزدیک به ۹۴٪ کارگران را مردان تشکیل می‌دادند که مشابه الگوی کار استان بود. تحقیقات نشان می‌دهد کارگران صنعتی و ساختمانی، دو گروه شغلی با بیشترین مشکلات بهداشتی بوده که این مشکلات به‌صورت مستقیم با بهره‌وری آنان در ارتباط است. از ۱۰/۷٪ کارگران صنایع و ۱۱/۸٪ کارگران ساختمانی، ۲ ساعت در روز کاهش بهره‌وری گزارش شده که این کاهش با اختلالات اسکلتی و عضلانی، غیبت و بدتر شدن شرایط بهداشت عمومی، فیزیکی و روانی محیط کار، همبستگی دارد (۲۷). با توجه به این اطلاعات، قسمت عمده نمونه از جامعه صنعتی انتخاب شده و پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg نیز عملکرد بسیار مطلوبی در شناسایی

اختلالات روانی کارگران داشته است (۲۸). این ابزار این توان را دارد تا اضطراب و علائم جسمانی وابسته به اختلالات روانی - اجتماعی را به خوبی پیش‌بینی کند (۲۹). با توجه به نتایج، اگرچه سطح کلی خرده‌آزمون‌های سلامت عمومی کارگران با توجه به نقطه برش در سطح نامطلوبی نیست، اما وجود اختلاف ۶ نمره‌ای بین مقیاس کلی و ۳/۵ نمره‌ای در خرده‌آزمون‌ها در صنایع مختلف، تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد. درخصوص خرده‌آزمون‌ها نیز بیشترین شکایات در دو بخش اضطراب، اختلالات خواب و اختلال در عملکرد اجتماعی گزارش شده است. البته در برخی تحقیقات، نقطه برش خرده‌آزمون‌ها کمتر از ۶ بوده (۳۰)، که می‌تواند وضعیت را نسبت به تحلیل موجود، بدتر نشان دهد. اضطراب یکی از علائمی است که در بین کارگران این تحقیق نیز مشاهده گردید. اضطراب وابستگی زیادی با استرس شغلی داشته و استرس نیز تهدیدکننده کیفیت زندگی کاری است (۳۱). همچنین استرس و اضطراب موجبات پرخاشگری، غیبت، ترک و جابجایی محل خدمت و کاهش بهره‌وری را فراهم می‌کنند. در مطالعه حاضر، ۲۸/۲٪ کارگران از اضطراب شکایت داشتند. در یک مطالعه دیگر، این میزان در بیمارستان ۲۶٪ گزارش شده است که عمده‌ترین دلایل، استرس عدم پرداخت مناسب، نابرابری در کار، کار زیاد، کمبود کارکنان، فقدان توجه و احترام فردی، فشار زمانی، نقصان امنیت شغلی و عدم حمایت مدیریت عنوان شده است (۳۱). در تحقیقات مربوط به بررسی اختلالات روانی خفیف، مشخص گردید بیشترین اختلالات در افرادی وجود دارد که شرایط اقتصادی و اجتماعی پایینی دارند، اما برعکس افرادی که دارای جایگاه‌های شغلی بالاتری هستند، بهتر علائم و نشانه‌های جسمانی و روانی خود را منعکس می‌کنند. این مشکل به‌خصوص برای مردان گزارش شده است (۳۲). به‌نظر می‌رسد این مشکل در جوامع کاری کشور نیز مصداق داشته و می‌بایست مورد توجه بیشتری قرار گیرد. اختلال خواب نیز از دیگر مشکلاتی است که کارگران به آن اشاره داشته‌اند (۲۸/۲٪). براساس مطالعات انجام‌شده، ساعات خواب کافی و استفاده از ایام مرخصی می‌تواند کارگران را در مقابل فرسودگی، اضطراب و افسردگی محافظت کند (۳۳).

در تحقیق حاضر، بین زنان و مردان اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد که با توجه به تعداد ناکافی زنان (۶/۳٪) در این تحقیق، منطقی به‌نظر می‌رسد. همچنین در مقیاس کلی، بین مجردها و متأهلین مورد مطالعه، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، ولی در خرده‌آزمون اختلال خواب و اضطراب، اختلاف معنی‌دار بود ($p < 0/05$)، که با نتایج دیگر مطالعات همخوانی داشت (۲۸). در تحقیق حاضر، ۱۹٪ افراد مورد مطالعه از علائم جسمانی شکایت داشتند که تاکنون ارتباط بین مشکلات روانی و بروز علائم جسمانی در متون علمی به‌خوبی تبیین نشده است (۳۴). نتایج یک مطالعه بر روی کارگران با سطوح بالای فرسودگی نشان داد در سطوح بالای فرسودگی در طول زمان، شکایات فیزیکی بیشتر می‌شود (۳۴). همچنین بین سطح استرس، افزایش احتمال معلولیت و از کارافتادگی بیش از موعد، همبستگی وجود دارد (۳۵). مطالعه‌ای دیگر نشان داد شرایط نامناسب شغلی و الزامات شغلی، رابطه‌ای قوی با بروز علائم روانی، همچنین علائم روان‌تنی و علائم جسمانی دارند (۳۶). ارتباط بین استرس‌های محیط صنعتی، دردهای کمری (۳۷)، عدم امنیت شغلی و اختلالات اسکلتی-عضلانی (۳۸) نیز به‌خوبی به اثبات رسیده است. در مطالعه حاضر، نتایج آزمون پیرسون بر روی کل کارگران نشان داد بین متغیر سن و نمره کل سلامت عمومی (در سطح معنی‌داری ۹۵٪)، ارتباط معنی‌دار است ($p = 0/007$). درخصوص خرده‌آزمون‌ها نیز شاخص اختلال در عملکرد اجتماعی و اضطراب معنی‌دار بود ($p < 0/05$). براساس این آزمون مشخص گردید کارگران با افزایش سن، سطح پایین‌تری از سلامت عمومی را تجربه می‌کنند. باوجود افزایش تجربه کاری، کاهش توان جسمی و تحلیل ماهیچه‌ای که با افزایش سن اتفاق می‌افتد، همچنین نیاز به توجه بیشتر و انتظار احترام در محیط‌های کاری که گاهی محقق نمی‌شود، می‌تواند از دلایل اضطراب و اختلال در عملکرد اجتماعی فرد تلقی گردد. نتایج با سایر مطالعات که بین خرده‌آزمون‌ها و سن کارگران همبستگی یافته‌اند، همخوانی دارد (۴۰، ۳۹). به‌هرحال نحوه تعامل مدیریت سازمان با کارگران سالمند از جمله فاکتورهای مؤثر بر سطح سلامت عمومی این گروه شغلی محسوب می‌شود (۲۸).

نتیجه گیری

با توجه به نتایج، اگرچه سطح کلی خرده آزمون های سلامت عمومی کارگران با توجه به نقطه برش در سطح نامطلوبی نیست، اما وجود اختلاف ۶ نمره ای بین مقیاس کلی و ۳/۵ نمره ای در خرده آزمون ها در صنایع مختلف، اختلاف معنی دار آماری را نشان می دهد که نیازمند توجه جدی می باشد. درخصوص توجه به مسائل بهداشت روانی و اجتماعی شغلی در سطح جهانی، نقائصی وجود دارد (۴۱). یافته های این مطالعه بر ارتقای بهداشت روان دلالت داشته و موقعیت هایی را برای تحقیقات عمیق تر در اختیار محققین قرار می دهد. همچنین نتایج به دست آمده، پتانسیل کمک به سیاست گذاران در جهت پیشگیری از اختلالات شغلی روانی در هر دو سطح فردی و سازمانی را در اختیار دارد. معمولاً سه راهبرد کلی پیشگیرانه برای جلوگیری از اعمال آسیب های جدی به کارگران توصیه می شود.

اولین راهبرد، انتخاب کارگران مناسب برای مشاغل بوده که البته در این خصوص و تأثیر آن روی بروز حوادث و بیماری ها، مستندات علمی کافی وجود ندارد. آموزش برای مدیریت شرایط پرتنش، راهبرد دیگری است که معمولاً در محیط های شغلی استفاده می شود و در نهایت، مداخله به موقع برای کمک به کارگران درگیر در شرایط نامناسب شغلی توصیه می گردد. با توجه به تنوع زیاد صنایع در کشور، انجام تحقیق مشابه در سایر استان ها به منظور طراحی نیمرخ مناسب کشوری پیشنهاد می شود. همچنین انجام تحقیقات جداگانه بر روی زنان کارگر نیز ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از تمام مشارکت کنندگان در این تحقیق تشکر می نمایند.

References:

1. Davari SA. Health and its determinant. Tehran: Contemporary Work; 2007. p. 25. [Text in Persian]
2. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. Can J Psychiatry 2003;48(5):330-7.
3. Sommerich CM, McGlothlin JD, Marras WS. Occupational risk factors associated with soft tissue disorders of the shoulder: A review of recent investigations in the literature. Ergonomics 1993;36(6):697-717.
4. Sharafi N, Gharibi F, Khoubi J. Prevalence of musculoskeletal disorders and its relation to working posture in Sanandaj hand-woven carpet weavers. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2014;19(7):1-9. [Full Text in Persian]
5. Kristensen TS. Cardiovascular diseases and the work environment: A critical review of the epidemiologic literature on nonchemical factors. Scand J Work Environ Health 1989;15(3):165-79.
6. Van der Doef M, Maes S. The job demand-control (-support) model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. Work Stress 1999;13(2):87-114.
7. Bhui KS, Dinis S, Stansfeld SA, White PD. A synthesis of the evidence for managing stress at work: A review of the reviews reporting on anxiety, depression, and absenteeism. J Environ Public Health 2012;2012:1-21.
8. Nieuwenhuijsen K, de Boer AG, Verbeek JH, Blonk RW, van Dijk FJ. The depression anxiety stress scales (DASS): Detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. Occup Environ Med 2003;60(Suppl 1):i77-82.
9. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. Int J Environ Res Public Health 2015;12(1):652-66.

10. Klusmann A, Gebhardt H, Liebers F, Rieger MA. Musculoskeletal symptoms of the upper extremities and the neck: A cross-sectional study on prevalence and symptom-predicting factors at visual display terminal (VDT) workstations. *BMC Musculoskeletal Disord* 2008;9:96.
11. Comper ML, Padula RS. The effectiveness of job rotation to prevent work-related musculoskeletal disorders: Protocol of a cluster randomized clinical trial. *BMC Musculoskeletal Disord* 2014;15:170.
12. Zare S, Shabani N, Babaei Heydarabadi A, Asghari M, Aminizadeh R, Dadfar R, et al. Investigation of the relationship between general health and workers' sleep quality and work incidence in Gole Gohar mineral industries Co., Sirjan. *J Ilam Univ Med Sci* 2013;21(2):112-19. [Full Text in Persian]
13. Daneshmandi H, Choobineh A, Rajaei Fard A. The investigation of association between psychological health and maximum aerobic capacity in male workers of industrial sector. *J Ergon* 2013;1(1):14-22. [Full Text in Persian]
14. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammadi K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim* 2009;11(4):47-53. [Full Text in Persian]
15. Nastiezaie N, Vaezi M, Molazahi A, Moghadam M. The relationship between job burnout and public health of telecommunication central office personnel in Zahedan. *Toloo-E-Behdasht* 2009;7(3-4):49-56. [Full Text in Persian]
16. Taghavi MR. Validity and reliability of general health questionnaire assessment. *Psychology* 2001;20:381-98. [Full Text in Persian]
17. Giorgi G, Perez JML, D'Antonio AC, Perez FJF, Arcangeli G, Cupelli V, et al. The General Health Questionnaire (GHQ-12) in a sample of Italian workers: Mental health at individual and organizational level. *World J Med Sci* 2014;11(1):47-56.
18. Baumann A, Muijen M, Gaebel W. Mental health and well-being at the workplace-protection and inclusion in challenging times. Geneva, Switzerland: WHO Regional Office for Europe; 2010.
19. Mucci N, Giorgi G, Cupelli V, Arcangeli G. Future health care workers-mental health problems and correlates. *World Appl Sci J* 2014;30(6):710-15.
20. Resick PA, Friedman MJ, Keane TM. *Handbook of PTSD, Science and Practice*. New York: Guilford Press; 2007.
21. Martin M, Marchand A, Boyer R. Traumatic events in the workplace: impact on psychopathology and healthcare use of police officers. *Int J Emerg Ment Health* 2009;11(3):165-76.
22. Corneil W, Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K. Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban firefighters in two countries. *J Occup Health Psychol* 1999;4(2):131-41.
23. Sterud T, Ekeberg Ø, Hem E. Health status in the ambulance services: A systematic review. *BMC Health Serv Res* 2006;6:82.
24. Alden LE, Regambal MJ, Laposa JM. The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: Implications for PTSD criterion A. *J Anxiety Disord* 2008;22(8):1337-46.
25. Skogstad M, Skorstad M, Lie A, Conradi HS, Heir T, Weisæth L. Work-related post-traumatic stress disorder. *Occup Med (Lond)* 2013;63(3):175-82.
26. Diene E, Agrinier N, Albessard A, Cassadou S, Schwoebel V, Lang T, et al. Occupational categories and symptoms of post-traumatic stress disorder after the industrial disaster in Toulouse, France. *Soc Psychiatry Psych Epidemiol* 2012;47(8):1309-19.
27. Meerding WJ, Jzelenberg W, Koopmanschap MA, Severens JL, Burdorf A. Health problems lead to considerable productivity loss at work among workers with high physical load jobs. *J Clin Epidemiol* 2005;58(5):517-23.

28. Banks MH, Clegg CW, Jackson PR, Kemp NJ, Stanford EM, Wall TD. The use of the General Health Questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *J Occup Psychol* 1980;53(3):187-94.
29. Werneke U, Goldberg DP, Yalcin I, Üstun BT. The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 2000;30(4):823-9.
30. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* 1986;16(1):135-40.
31. Mosadeghrad AM, Ferlie E, Rosenberg D. A study of relationship between job stress, quality of working life and turnover intention among hospital employees. *Health Serv Manage Res* 2011;24(4):170-81.
32. Stansfeld SA, Marmot MG. Social class and minor psychiatric disorder in British Civil Servants: A validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1992;22(3):739-49.
33. Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadat P. Shift work and burnout among health care workers. *Occup Med* 2014;64(4):279-86.
34. Kim H, Ji J, Kao D. Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Soc Work* 2011;56(3):258-68.
35. Rai D, Kosidou K, Lundberg M, Araya R, Lewis G, Magnusson C. Psychological distress and risk of long-term disability: Population-based longitudinal study. *J Epidemiol Community Health* 2012;66(7):586-92.
36. Cottini E, Lucifora C. Mental health and working conditions in European Countries. *ILR Review* 2013;66(4):958-88.
37. Ghaffari M, Alipour A, Farshad AA, Jensen I, Josephson M, Vingard E. Effect of psychosocial factors on low back pain in industrial workers. *Occup Med* 2008;58(5):341-7.
38. Zeytinoglu CU, Denton M, Plenderleith J, Chowhan J. Associations between workers' health, and non-standard hours and insecurity: The case of home care workers in Ontario. *Int J Human Resour Manag* 2015;26(19):1-20.
39. Parkes KR. Shift rotation, overtime, age and anxiety as predictor of offshore sleep pattern. *J Occup Health Psychol* 2015;20(1):27-39.
40. Boumans CA, Vemer P, Vanstraten A, Tan SS, Hakkaart-van Roijen L. Health related quality of life and productivity losses in patient with depression and anxiety disorders. *J Occup Environ Med* 2014;56(4):420-4.
41. Idris MA, Dollard MF, Coward J, Dormann C. Psychosocial safety climate: Conceptual distinctiveness and effect on job demands and worker psychological health. *Saf Sci* 2012;50(1):19-28.

Assessment of Mental Health Level among Workers of Industries in Qom Province, 2014-2015, Iran

Ali Reza Koohpaie¹, Mohammad Khandan^{2*}

¹Assistant Professor of Occupational Health, Department of Occupational Health Engineering, Work Health Research Center, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Instructor of Ergonomics, Department of Ergonomics, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

***Corresponding Author:**
Mohammad Khandan,
Department of Ergonomics,
Faculty of Health, Qom
University of Medical
Sciences, Qom, Iran.

Email:
mkhandan@muq.ac.ir

Received: 17 Feb, 2015

Accepted: 9 May, 2015

Abstract

Background and Objectives: Nowadays, there is an increasing emphasis on workplace mental health promotion. On the other hand, mental disorders can effectively change individuals and their job. This study was conducted with the aim of assessment and comparison of workers' mental health and its components among different industries in Qom Province.

Methods: This study was performed as a descriptive cross-sectional study on the mental health level in workers of industries in Qom province, 2014-2015. Information were collected from 379 workers (seven industries of Qom Province). The study tools were demographic questionnaire and Goldberg's General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). Data were analyzed using t-test, one-way ANOVA, and Pearson's correlation statistical tests.

Results: In this investigation, the age of the workers ranged from 16-62 years with the mean of 33.58 ± 10.06 years. Social dysfunction and depression symptoms, respectively had the highest (5.97) and lowest (2.42) mean scores. The score of GHQ score was 17.78 ± 9.84 . Of these subjects, 30.4% were in undesirable condition in anxiety and sleep disorders, and 40.2% in social function. Also, There was a significant difference between single and married workers in terms of subclasses of general health psychological distress ($p < 0.05$). Furthermore, the correlation between GHQ-28 subscales and total scale was satisfactory and ranged between 0.59 and 0.86 ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, although overall level of general health subscales of the worker was not at undesirable level, the findings showed mental disorders among the workers.

Keywords: Mental health; Depression; Mental disorders; Qom, Iran.