



بررسی وضعیت سلامت روان کارکنان سازمان آتش نشانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۵

مهدی جهانگیری^{۱*}، آزاده صفاییان^۲، سودابه دشت بش پودنک^۳، جواد طایفه رحیمیان^۴، عبدالحلیم رجبی^۵

چکیده

مقدمه: حرفه آتش نشانی از جمله مشاغل پر استرس است که می تواند سلامت روان آتش نشانان را در معرض خطر قرار دهد. هدف از این مطالعه، بررسی وضعیت سلامت روان آتش نشانان شهر شیراز بود.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی توصیفی بر روی ۱۴۴ نفر از آتش نشانان شهر شیراز که به صورت تصادفی انتخاب گردیدند، انجام شد. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) گردآوری و با استفاده از نرم افزار SPSS19 مورد تحلیل قرار گرفت. سطح معنی دار $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی و سابقه کار افراد مورد بررسی به ترتیب 35.03 ± 7.66 و 6.11 ± 10.88 سال بود. میانگین نمرات سلامت روان 30.79 ± 12.44 محاسبه گردید. بر اساس نتایج مطالعه $23/8$ درصد افراد بدون هیچگونه اختلالات روانی، 58 درصد دارای اختلالات روانی خفیف، $16/8$ درصد افراد دارای اختلالات روانی متوسط و $1/4$ درصد افراد دارای اختلالات روانی شدید بودند.

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد اغلب آتش نشانان به درجه ای از ابتلا به اختلالات روانی مبتلا هستند. با توجه به نقش مهم آتش نشانان در ارائه خدمات شرایط اضطراری، لازم است اقدامات لازم به منظور ارتقاء سطح سلامت روان آن‌ها به عمل آید.

کلید واژه‌ها: آتش نشان، سلامت روان، سلامت عمومی، استرس

مقاله پژوهشی



تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۰۱

ارجاع:

جهانگیری مهدی، صفاییان آزاده، دشت بش پودنک سودابه، طایفه رحیمیان جواد، رجبی عبدالحلیم. بررسی وضعیت سلامت روان کارکنان سازمان آتش نشانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۵. بهداشت کار و ارتقاء سلامت ۱۳۹۶؛ ۳(۱): ۱۶-۲۰۶.

^{۱*}دکترای بهداشت حرفه‌ای، گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی، شیراز، ایران (نویسنده مسئول: jahangiri_m@sums.ac.ir)

^۲ کارشناس بهداشت حرفه‌ای، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، شیراز، ایران
^۳ کارشناس بهداشت حرفه‌ای، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، شیراز، ایران
^۴ کارشناس بهداشت حرفه‌ای، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، شیراز، ایران
^۵ کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، شیراز، ایران

مقدمه

سلامت روانی (Mental Health) به عنوان قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب تعریف می‌شود. سلامت روانی جنبه ای از سلامت بوده و به کلیه روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، درمان و توان بخشی آن‌ها به کار می‌رود (۱).

امروزه در اکثر کشورهای جهان به دلیل صنعتی و رشد سریع جمعیت، شهرنشینی و مهاجرت، روز به روز بر استرس‌ها و مشکلات روانی اجتماعی جوامع افزوده می‌شود به گونه‌ای که بیماری‌های روانی، در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار گرفته است (۲). به همین علت سازمان جهانی بهداشت امروزه مساله بهداشت روانی را به عنوان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان مطرح نموده است (۳). بر اساس بررسی‌های این سازمان، از هر ۴ نفر ۱ نفر در هر مرحله از زندگی از یک یا چند اختلال روانی رنج می‌برد (۴) و افسردگی شایع‌ترین و رایج‌ترین مشکل روانی موجود در زندگی امروزی است به گونه‌ای که بیش از ۲۰ درصد از جامعه عمومی دارای رنجش عاطفی و افسردگی هستند (۵). در ایران نیز، به طور متوسط حدود ۲۱ درصد افراد بالای ۱۵ سال جامعه از اختلالات روانی رنج می‌برند و زنان نسبت به مردان از آسیب پذیری بالاتری در این زمینه برخوردارند (۶).

یکی از عرصه‌هایی که در آن توجه به سلامت روان حائز اهمیت می‌باشد، شغل و حرفه است (۷). برخی از مشاغل به علت عوامل استرس زا و ماهیت پرتنشی که دارند بیشتر سبب ایجاد اختلالات روانی در بین افراد می‌شود که در نتیجه می‌تواند سبب غیبت و کاهش کارایی کارکنان و در نهایت ایجاد هزینه‌های سنگین برای سازمان گردد (۸-۹-۱۰).

شغل آتش نشانی به دلیل ریسک بالا، تماس مستقیم با عوامل زیان آور و محیط پر استرس جزء مشاغل سخت و زیان آور طبقه بندی می‌شود (۱۱). افرادی که در این مشاغل کار

می‌کنند، دارای استرس فراوان و در معرض ابتلا به اختلالات روانی و اضطراب هستند به گونه‌ای که بررسی‌ها نشان داده است، بیشترین میزان بیماری‌ها و مرگ و میر مأموران آتش نشانی به طور مستقیم یا غیرمستقیم به طبیعت استرس‌زای کار آن‌ها ارتباط دارد (۱۲). از طرفی عملکرد مأموران آتش نشانی علاوه بر سلامت خود آن‌ها، تاثیر مستقیم بر سلامت سایر افراد جامعه دارد زیرا اختلال‌های روانی و سلامت عمومی پایین موجب تضعیف خدمات رسانی فرد می‌شود (۱۳). همچنین براون (Brown) و همکاران بیان کردند که آتش نشانان با مسائلی چون احساسات منفی ناشی از میزان بالای حوادث و عدم به کارگیری راهبردهای مقابله با استرس درگیرند (۱۴).

در پژوهشی با عنوان «بررسی سلامت روان کارکنان سازمان آتش نشانی با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی در سال ۱۳۸۴»، هاشمی نظری و همکاران، بیان کردند که ۱۵/۲ درصد از افراد مورد بررسی، مشکوک به اختلالات روانی هستند (۸). همچنین دن (Dean) و همکاران در سال ۲۰۰۳ در پژوهشی با عنوان «اختلالات روانی در آتش نشانان حرفه ای و کمکی» نشان دادند که ۷۶ درصد افراد بدون اختلالات روانی، ۱۱/۳ درصد افراد دارای اختلالات خفیف و ۱۲/۷ درصد افراد دارای اختلالات شدید روانی بودند. همچنین آتش نشانان حرفه‌ای علائم اختلالات روانی بیشتری نسبت به آتش نشانان کمکی داشتند (۱۵).

وانگر (Wanger) و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان شیوع علائم اختلالات استرسی پس از حادثه (PTSD) در آتش نشانان حرفه‌ای آلمان، مشخص کردند که ۱۸/۲ درصد افراد دارای علائم PTSD و ۲۷ درصد دارای اختلالات روانی بودند (۱۶). لالیک (Lalic) و همکاران نیز در سال ۲۰۰۷، طی پژوهشی نشان دادند که آتش نشانان از اثرات منفی استرس رنج نمی‌برند چون پاسخ‌ها در محدوده نرمال بود، هرچند نمره افسردگی آن‌ها در مقایسه با مردم جامعه به طور قابل ملاحظه‌ای پایین بود (۱۷). هدف از این مطالعه بررسی وضعیت سلامت روان در بین کارکنان سازمان آتش نشانی



شهر شیراز انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی مقطعی به منظور بررسی وضعیت سلامت روان در بین ۱۴۴ نفر از کارکنان سازمان آتش نشانی شهر شیراز که به طور تصادفی از بین ۶ ایستگاه آتش نشانی شهر شیراز انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، تأهل، سابقه کار، سطح تحصیلات، ساعات کاری و تعداد مأموریت و ... و همچنین پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) بود. این پرسشنامه به منظور بررسی سلامت روان و برخی اختلالات روانی به کار می‌رود و روایی و پایایی آن به زبان فارسی مورد تایید قرار گرفته و ضریب پایایی کل پرسشنامه ۹۶ درصد گزارش شده است (۱۸-۱۹-۲۰).

این آزمون جنبه تشخیصی نداشته و تنها می‌توان از آن برای جداسازی افراد مشکوک به برخی از اختلالات روانی استفاده نمود. سؤال‌های این پرسشنامه به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت این جا و اکنون تأکید دارد. پرسشنامه با سؤالات مربوط به علائم جسمانی شروع می‌شود و در ادامه سؤال‌هایی که بیش تر علائم روان پزشکی را مطرح می‌کنند ارائه می‌شود.

برای پاسخ به سوالات از شیوه نمره گذاری لیکرت استفاده شد که براساس آن به هر یک از سؤالات، نمره‌ای ۴ درجه‌ای (هیچ گاه نمره صفر، گاهی اوقات نمره یک، بیشتر اوقات نمره دو و همیشه نمره سه) داده شد و در نتیجه، نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود و در این مطالعه، امتیاز ۲۲ به عنوان نقطه برش انتخاب شد به گونه‌ای که امتیاز نهایی برابر ۲۲ یا بزرگتر از آن بیانگر وضعیت نامطلوب سلامت روانی فرد می‌باشد (۲۱-۲۲). در این روش امتیاز بالاتر نشان دهنده سلامت روانی کمتر است. پس از امتیازگذاری، مجموع امتیاز پرسشنامه‌ها محاسبه شد و امتیاز نهایی پرسشنامه هر فرد تعیین گردید و با توجه به آن وضعیت سلامت روانی وی در چهار سطح طبیعی

(صفر تا ۲۲)، خفیف (۲۳ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۶۰) و شدید (۶۱ تا ۸۴) شد. همچنین برای بررسی عمیقتر، امتیاز GHQ در حیطه‌های چهارگانه شامل عوارض جسمانی (مواد ۱ تا ۷)، اضطراب و بیخوابی (مواد ۸ تا ۱۴)، عملکرد اجتماعی غیرمعمول (مواد ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی شدید (مواد ۲۲ تا ۲۸) نیز به طور جداگانه محاسبه گردید. در مورد این ابعاد نمره بالاتر از ۶ نشانه کاهش و نمرات پایین تر از ۶ نشانه سالم بودن در نظر گرفته شد. به منظور جمع آوری اطلاعات بعد از مراجعه و کسب اجازه از مسئولین و حراست آتش نشانی مرکزی شیراز و پس از شناسایی ایستگاه‌های مورد پژوهش و معرفی خود و ارائه توضیحات کافی در مورد هدف از انجام پژوهش و جلب رضایت کتبی آنان، تک تک افراد مورد پژوهش به صورت داوطلبانه اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها نمودند. مدت زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ۱۵ الی ۲۰ دقیقه بود و به طور کلی اطلاعات در مدت ۶ هفته جمع آوری گردید.

برای آنالیز و تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS¹⁹ استفاده شد. در این مطالعه برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد و از آزمون‌های T-Test و آزمون ANOVA برای مقایسه میانگین متغیرهای کمی و برای میزان تحصیلات که دارای سه سطح بود از آزمون Post HOC Test استفاده شد، همچنین از آزمون کای اسکوئر یا فیشر برای مقایسه متغیرهای کیفی و برای بررسی ارتباط بین دو متغیر کمی از ضریب همبستگی و در مواقعی که داده‌ها نرمال نبود از تست‌های غیرپارامتریک Man-whitney Test استفاده شد. سطح معنی‌دار، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

به طور کلی تعداد ۱۴۴ نفر از افراد مورد بررسی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی را تکمیل کردند که میانگین سنی، سابقه کار، ساعات کاری هفتگی و میانگین تقریبی تعداد مأموریت افراد مورد مطالعه به ترتیب ۳۵/۰۳ سال، ۱۰/۸۸ سال، ۷۳/۵۱ ساعت و ۱۲/۴۸ مأموریت در هفته گزارش گردید. بیشتر افراد مورد مطالعه دارای شغل عملیاتی (۷۷/۱ درصد)، نوبت کار

بیشتری برخوردار بودند (جدول شماره ۳). جدول شماره ۴ نشان دهنده سطح سلامت روان در ابعاد مختلف بر حسب جنسیت و نوع کار است. همانطور که مشاهده می‌شود بیشترین نمره سلامت روان در هردو جنسیت در بعد افسردگی و کمترین آن، در مردان در بعد اضطراب و بی‌خوابی و در زنان در بعدهای اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی است. از لحاظ نوع کار نیز بیشترین میزان سلامت روان در کارکنان عملیاتی، مربوط به بعد افسردگی و کمترین میزان سلامت روان در سطح شدید مربوط به بعد اضطراب و بی‌خوابی است. افرادی که دارای کار غیر عملیاتی می‌باشند نیز، بیشترین و کمترین سلامت روان را به ترتیب در دو بعد افسردگی و اضطراب و بی‌خوابی داشتند. در بررسی ارتباط بین نمره ابعاد مختلف سلامت روان، بعد نشانه‌های بدنی با همه ابعاد سلامت عمومی، بعد اضطراب و بی‌خوابی با همه ابعاد سلامت عمومی جز بعد اجتماعی، بعد اجتماعی با بعد نشانه‌های بدنی و بعد افسردگی با بعد نشانه‌های بدنی رابطه معنی‌داری داشت ($P < 0.05$). همچنین نمره کلی سلامت روان با همه ابعاد رابطه معنی‌داری داشت (جدول شماره ۵).

(۷۹/۲ درصد)، مرد (۸۷/۵ درصد)، دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم (۶۴ درصد) و متاهل (۸۱/۹ درصد) بودند و ۱۱/۱ درصد آن‌ها شغل دوم داشتند (جدول شماره ۱). از لحاظ آماری بین متغیرهای نوع شغل، نظام شیفتی و جنسیت با نمره کلی سلامت روان ارتباط معنی‌داری یافت شد، به طوری که نمره سلامت روان در افراد غیر عملیاتی، غیر نوبت کار و زنان بیشتر از افراد عملیاتی، نوبت کار و مردان بود (جدول شماره ۱) ($P < 0.05$).

وضعیت کلی سلامت روان نشان داد که ۲۳/۸ درصد افراد بدون اختلالات روانی، ۵۸ درصد دارای اختلالات روانی خفیف، ۱۶/۸ درصد دارای اختلالات روانی متوسط و ۱/۴ درصد دارای اختلالات روانی شدید بودند. بر این اساس ۷۶/۲۲ درصد افراد مشکوک به اختلالات روانی بوده و نمره کلی سلامت روان افراد مورد مطالعه $12/24 \pm 30/79$ محاسبه شد (جدول شماره ۲).

بررسی نمره سلامت روان در ابعاد مختلف بر حسب جنسیت و نوع کار نشان داد که بین نشانه‌های بدنی (جسمانی) با جنسیت کارکنان و نوع کار آن‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$), به نحوی که زنان و افراد غیر عملیاتی از نمره

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه و ارتباط آن‌ها با نمره سلامت روان کلی ($n=144$)

P-value	میانگین و انحراف معیار	تعداد (درصد)	متغییر
0/01	29/38 ± 11/53	111 (77/1)	عملیاتی*
	35/68 ± 13/55	33 (22/9)	غیر عملیاتی**
0/017	29/29 ± 11/32	114 (79/2)	نوبت کار
	36/44 ± 14/28	29 (20/1)	غیر نوبت کار
0/042	30/00 ± 11/74	126 (87/5)	مرد
	36/27 ± 14/49	18 (12/5)	زن
0/499	30/47 ± 14/06	24 (18)	زیر دیپلم
	29/01 ± 10/23	85 (64)	دیپلم و فوق دیپلم
	32/2 ± 15/5	24 (18)	لیسانس
0/586	29/42 ± 14/55	26 (18/1)	مجرد
	31/1 ± 11/72	126 (81/9)	متاهل
0/712	31/75 ± 16/28	16 (11/1)	بلی
	30/55 ± 11/52	122 (84/7)	خیر

* منظور از کارکنان عملیاتی تمام افرادی است که در ایستگاه‌های آتش نشانی سطح شهر (فرمانده، کمک فرمانده، آتش نشان، راننده و تلفنچی) فعالیت می‌کنند.

** منظور از پرسنل غیر عملیاتی تمام افرادی است که در ایستگاه مرکزی سازمان آتش نشانی (آموزش، امور مالی، حراست و ...) فعالیت می‌کنند.



جدول ۲: وضعیت کلی سلامت روان در افراد مورد مطالعه به تفکیک جنسیت و نوع کار (n=۱۴۴)

کلی	نوع کار		جنسیت		سطح	شاخص
	غیر عملیاتی	عملیاتی	مردان	زنان		
۳۴ (۲۳/۸)	۴ (۱۲/۵)	۳۰ (۲۷/۰)	۳۱ (۲۴/۸)	۳ (۱۶/۷)	طبیعی	سلامت روان کلی تعداد (درصد)
۸۳ (۵۸)	۱۸ (۵۶/۳)	۶۵ (۵۸/۶)	۷۵ (۶۰)	۸ (۴۴/۴)	ناراحتی خفیف	
۲۴ (۱۶/۸)	۹ (۲۸/۱)	۱۵ (۱۳/۵)	۱۸ (۱۴/۴)	۶ (۳۳/۳)	ناراحتی متوسط	
۲ (۱/۴)	۱ (۳/۱)	۱ (۰/۹)	۱ (۰/۸)	۱ (۵/۶)	ناراحتی شدید	
	۰/۰۳۹		۰/۰۲۳		*p-value	

*Chi-square or Fisher's Exact Test

جدول ۳: نمره شاخص سلامت روان در ابعاد مختلف پرسشنامه GHQ به تفکیک جنسیت و نوع کار (n=۱۴۴)

کلی	P-value	نمره سلامت روان (میانگین و انحراف معیار)		P-value	نمره سلامت روان (میانگین و انحراف معیار)		بعد
		غیر عملیاتی	عملیاتی		زنان	مردان	
		۷/۲۵±۳/۹۳	^a ۰/۰۰۲		۹/۲۴±۳/۹۶	۶/۶۵±۳/۷۳	
۸/۳۹±۴/۶	^a ۰/۱۰۴	۹/۷۸±۵/۳۶	۷/۹۹±۴/۳۰	^a ۰/۰۵۳	۱۰/۳۸±۵/۳۰	۸/۱۰±۴/۴۴	اضطراب و بی خوابی
۱۱/۵۷±۳/۴۷	^a ۰/۰۶۸۱	۱۱/۱۸±۳/۹۴	۱۱/۶۹±۳/۳۳	^a ۰/۵۱۷	۱۱/۰۰±۳/۴۶	۱۱/۶۵±۳/۴۸	اجتماعی
۳/۵۴±۴/۶۱	^a ۰/۱۳۷	۵/۲۴±۵/۹۶	۳/۰۴±۴/۰۱	^a ۰/۲۵۹	۵/۷۲±۶/۸۴	۳/۲۳±۴/۱۴	افسردگی
۳۰/۷۹±۱۲/۲۴	^b ۰/۰۰۱	۳۵/۶۸±۱۳/۵۵	۲۹/۳۸±۱۱/۵۳	^b ۰/۰۴۲	۳۶/۲۷±۱۴/۴۹	۳۰/۰۰±۱۱/۷۴	سلامت روان کلی

a Mann-Whitney test و b Independent sample t test

جدول ۴: سطح سلامت روان افراد مورد مطالعه در ابعاد مختلف پرسشنامه GHQ بر حسب جنسیت و نوع کار (n=۱۴۴)

کلی	فراوانی پاسخ ها به تفکیک شدت سلامت روان (تعداد/ درصد)				سطح	بعد
	غیر عملیاتی	عملیاتی	زنان	مردان		
۱۴ (۹/۷)	۶ (۱۸/۲)	۸ (۷/۲)	۳ (۱۶/۷)	۱۱ (۸/۷)	طبیعی	اجتماعی
۴۹ (۳۴)	۸ (۲۴/۲)	۴۱ (۳۶/۹)	۴ (۲۲/۲)	۴۵ (۳۵/۷)	ناراحتی خفیف	
۷۶ (۵۲/۸)	۱۷ (۵۱/۵)	۵۹ (۵۳/۲)	۱۱ (۶۱/۱)	۶۵ (۵۱/۶)	ناراحتی متوسط	
۵ (۳/۵)	۲ (۶/۱)	۳ (۲/۷)	۰ (۰)	۵ (۴)	ناراحتی شدید	
۴۸ (۳۳/۶)	۱۱ (۳۴/۴)	۳۷ (۳۳/۳)	۶ (۳۳/۳)	۴۲ (۳۳/۶)	طبیعی	اضطراب و بی خوابی
۶۱ (۴۲/۷)	۹ (۲۸/۱)	۵۲ (۴۶/۸)	۳ (۱۶/۷)	۵۸ (۴۶/۴)	ناراحتی خفیف	
۲۵ (۱۷/۵)	۸ (۲۵/۰)	۱۷ (۱۵/۳)	۷ (۳۸/۹)	۱۸ (۱۴/۴)	ناراحتی متوسط	
۹ (۶/۳)	۴ (۱۲/۵)	۵ (۴/۵)	۲ (۱۱/۱)	۷ (۵/۶)	ناراحتی شدید	
۶۴ (۴۴/۴)	۹ (۲۷/۳)	۵۵ (۴۹/۵)	۵ (۲۷/۸)	۵۹ (۴۶/۸)	طبیعی	نشانه های بدنی (جسمانی)
۶۴ (۴۴/۴)	۱۷ (۵۱/۵)	۴۷ (۴۲/۳)	۹ (۵۰)	۵۵ (۴۳/۷)	ناراحتی خفیف	
۱۳ (۹)	۵ (۱۵/۲)	۸ (۷/۲)	۴ (۲۲/۲)	۹ (۷/۱)	ناراحتی متوسط	
۳ (۲/۱)	۲ (۶/۱)	۱ (۰/۹)	۰ (۰)	۳ (۲/۴)	ناراحتی شدید	
۱۱۱ (۷۷/۱)	۲۱ (۶۳/۶)	۹۰ (۸۱/۱)	۱۲ (۶۶/۷)	۹۹ (۷۸/۶)	طبیعی	افسردگی
۲۱ (۱۴/۶)	۵ (۱۵/۲)	۱۶ (۱۴/۴)	۲ (۱۱/۱)	۱۹ (۱۵/۱)	ناراحتی خفیف	
۹ (۶/۳)	۵ (۱۵/۲)	۴ (۳/۶)	۲ (۱۱/۱)	۷ (۵/۶)	ناراحتی متوسط	
۳ (۲/۱)	۲ (۶/۱)	۱ (۰/۹)	۲ (۱۱/۱)	۱ (۰/۸)	ناراحتی شدید	
۳۴ (۲۳/۸)	۴ (۱۲/۵)	۳۰ (۲۷/۰)	۳ (۱۶/۷)	۳۱ (۲۴/۸)	طبیعی	سلامت روان کلی
۸۳ (۵۸)	۱۸ (۵۶/۳)	۶۵ (۵۸/۶)	۸ (۴۴/۴)	۷۵ (۶۰)	ناراحتی خفیف	
۲۴ (۱۶/۸)	۹ (۲۸/۱)	۱۵ (۱۳/۵)	۶ (۳۳/۳)	۱۸ (۱۴/۴)	ناراحتی متوسط	
۲ (۱/۴)	۱ (۳/۱)	۱ (۰/۹)	۱ (۵/۶)	۱ (۰/۸)	ناراحتی شدید	

جدول ۵: بررسی ارتباط بین نمره ابعاد مختلف و نمره کلی سلامت روان (n=۱۴۴)

سلامت روان					ابعاد مختلف سلامت روان
سلامت روان کلی	افسردگی	اجتماعی	اضطراب و بی خوابی	نشانه های بدنی	
۰/۷۰۹	۰/۴۰۵	۰/۱۶۴	۰/۵۲۱	۱/۰۰۰	ضریب همبستگی
P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	P<۰/۰۰۱	-	*P-value
۰/۶۴۵	۰/۳۴۸	۰/۱۰۸	۱/۰۰۰	۰/۵۲۱	ضریب همبستگی
P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	۰/۰۷۴	-	P<۰/۰۰۱	*P-value
۰/۳۱۵	۰/۰۷۵	۱/۰۰۰	۰/۱۰۸	۰/۱۶۴	ضریب همبستگی
P<۰/۰۰۱	۰/۲۳۳	-	۰/۰۷۴	۰/۰۰۷	*P-value
۰/۵۶۹	۱/۰۰۰	۰/۰۷۵	۰/۳۴۸	۰/۴۰۵	ضریب همبستگی
P<۰/۰۰۱	-	۰/۲۳۳	-	P<۰/۰۰۱	*P-value
۱	۰/۵۶۹	۰/۳۱۵	۰/۶۴۵	۰/۷۰۹	ضریب همبستگی
-	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	*P-value

* Correlate (Bivariate)

بحث

چرا که زنان علاوه بر وظایف شغلی، مسئولیت‌های بیشتری برای ایجاد هماهنگی بین نقش‌های حرفه‌ای و خانوادگی بر عهده دارند (۲۳).

در این مطالعه از میان ابعاد چهارگانه، سلامت روان افراد، در بعد اجتماعی از دیگر ابعاد وضعیت بدتری داشت. در بعد اجتماعی، توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم‌گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره مورد بررسی قرار می‌گیرد. علت وضعیت بد سلامت روان در این بعد می‌تواند ناشی از کم خوابی و نوع شیفت کاری کارکنان (از ۷ صبح تا ۷ صبح روز بعد به صورت ۲۴ ساعته) باشد. مطالعات بسیاری در رابطه با تاثیر نوبت کاری بر زندگی اجتماعی و سلامت روان افراد انجام شده است که همگی تاکید بر تاثیر این دو بر هم دارند. به عنوان مثال در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ در مورد خودکشی در افسران نوبت کار پلیس آمریکا صورت گرفت، مشخص شد که اختلالات استرسی و روانی با افزایش ساعات شیفت بعد از ظهر افزایش می‌یابد (۲۴). مطالعه نوری و همکاران (۲۵) نیز نشان داد که اختلال در خواب و نوبت کاری باعث اختلال در عملکرد و سلامت جسمی، روحی و اجتماعی

هدف از انجام این مطالعه بررسی سلامت روان در کارکنان سازمان آتش نشانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۵ بود. با توجه به نقطه برش ۲۲، بیشتر افراد مورد مطالعه دارای ناراحتی خفیف روانی بودند. به طور کلی نیز ۲۳/۸ درصد افراد بدون هیچگونه اختلالات روانی، ۵۸ درصد دارای اختلالات روانی خفیف، ۱۶/۸ درصد افراد دارای اختلالات روانی متوسط و ۱/۴ درصد افراد دارای اختلالات روانی شدید بودند. در این مطالعه، نمره سلامت روان در پرسنل غیرعملیاتی و غیر نوبت کار از کارکنان عملیاتی و نوبت کار به طور معنی‌داری بیشتر بود که این یافته با نتایج مطالعه هاشمی نظری و همکاران (۸) در آتش نشان شهر تهران همخوانی دارد. از طرفی یافته‌های این مطالعه با مطالعه دن و همکاران (۱۵) که در بین ۷۵ نفر پرسنل عملیاتی و ۶۷ نفر پرسنل غیرعملیاتی انجام شد همخوانی نداشت که دلیل آن، علاوه بر تفاوت در تعریف گروه عملیاتی و غیرعملیاتی در دو مطالعه می‌تواند ناشی از اختلاف در ویژگی‌های فرهنگی، سبک زندگی و بار کاری نیز باشد. ضمناً باید به این نکته نیز توجه داشت که در مطالعه حاضر، بیشتر افراد غیر عملیاتی و غیر نوبت کار را زنان تشکیل می‌دادند که مطابق بررسی‌های به عمل آمده، سطح سلامت روان کمتری نسبت به مردان دارند



می‌شود. همچنین در مطالعه جبارزاده (۲۶) که اثرات شب کاری بر روی پرستاران شیفت شب بررسی شد، بیشترین مشکلات ناشی از نوبت کاری، کاهش میزان تفریحات و اثر منفی بر شرکت در فعالیت‌های اجتماعی گزارش شد.

نتیجه قابل توجه دیگر در این مطالعه، سلامت روان کمتر زنان نسبت به مردان بود. البته باید این موضوع در نظر گرفته شود که در این مطالعه، زنان درصد ۱۲/۵ از افراد مورد بررسی را تشکیل می‌دادند و این تفاوت تعداد، مقایسه را سخت می‌نماید اما مطالعات بسیاری در مشاغل مختلف صورت گرفته است که به بررسی و یا مقایسه وضعیت سلامت روان زنان شاغل و غیرشاغل پرداخته است که اکثریت آن‌ها بر تاثیر منفی اشتغال زنان در سلامت روان آنان دارد (۲۷-۲۸). در مطالعه‌ای که (منهایم و شفرین) بر روی ۴۱۹ زن شاغل انجام شد، نشان داد ۵۳ درصد آنان معتقد بودند که شغلشان در خانواده ایجاد اختلال می‌کند (۲۹). به طور کلی زنان چون به طور سنتی مسئولیت خانوادگی بیشتری بر عهده دارند، مستعد تعارض‌های بین محل کار و خانه هستند که به طور معنی‌داری بهداشت روانی آن‌ها را به خطر می‌اندازد (۲۹).

در این مطالعه شیوع اختلالات روانی ۷۶/۲۲ درصد محاسبه شد که این یافته با نتایج مطالعه هاشمی و همکاران (۱۵/۲ درصد) (۸)، مطالعه دن و همکاران (۲۴ درصد) (۱۵) و مطالعه وانگر و همکاران (۲۷ درصد) (۱۶)، اختلاف قابل توجهی داشت. مهم ترین دلیل این اختلاف احتمالاً ناشی از حضور ۱۲/۵ درصدی زنان در مطالعه حاضر می‌باشد (بر خلاف سایر مطالعات که فقط مردان مورد بررسی قرار گرفته بودند). چرا که در مطالعات مختلف مشخص شده است که زنان در مقایسه با مردان، سلامت عمومی پایین‌تری دارند (۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱). از طرف دیگر در کارکنان عملیاتی نیز عواملی همچون صدای زنگ حریق و نور چراغ گردان (عوارض فیزیولوژیکی)، استرس رانندگی، ترافیک و تصادف، حوادث حین کار، استرس پس از

حادثه، صدمات فیزیکی در حین انجام وظیفه، ترس و دلهره انجام بهینه عملیات، مسائل ارگونومی وسایل، تجهیزات و ماشین‌آلات، رؤیت صحنه‌های دلخراش و تألم آور صحنه حادثه، نوبت کاری، کارکردن در محیط‌های آلوده، وجود عوامل زیان آور فیزیکی و شیمیایی حین کار و... سبب استرس و اختلال در سلامت روان کارکنان می‌گردد. مهم ترین محدودیت این مطالعه عدم بررسی نقش بیماری‌های جسمی و نیز مشکلات اقتصادی و اجتماعی در سلامت روان کارکنان بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی این موضوع مد نظر قرار گیرد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد اکثر آتش نشانان (۷۶/۲۲ درصد) مشکوک به ابتلا به اختلالات روانی هستند. از آنجایی که حرفه‌ای آتش‌نشانی در تمامی جوامع به عنوان یک حرفه آسیب‌پذیر و خطرناک محسوب می‌گردد و اختلالات سلامت روان در آتش نشانان منجر به کاهش کارایی و بهره‌وری آن‌ها می‌گردد، برنامه ریزی برای ارتقاء سطح سلامت روان آن‌ها از طریق اقداماتی نظیر بهبود شرایط کار، آموزش، تغذیه مناسب، بهبود برنامه نوبت کاری، ورزش و ... ضروری به نظر می‌رسد.

تقدیر و تشکر

بدنویسیله از همکاری مسئولین و کارکنان محترم سازمان آتش نشانی شهر شیراز قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م.ج

جمع آوری داده: آ.ص، س.د.پ

تحلیل داده: ع.ر

نگارش و اصلاح مقاله: م. ج، ج.ط.ر

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.



منابع

2. World Health Organization. Department of Mental Health Substance Abuse. Mental health atlas 2005: World Health Organization; 2005.
3. Jozi SA, Saffarian Sh. Environmental Risk Analysis of Abadan Gas Power Plant Using TOPSIS Method. J Environ Stud. 2011;37(58):53-66.
4. Karami S, Pirasteh A. Evaluation of mental health of Zanjan University of Medical Sciences students. Zanjan University Medical Science Journal. 2001;9(35):66-73. [Persian]
5. Mental and Neurological Disorders. 2001. The world health report. Available at: www.who.int/entity.
6. Smith P. The role of the general health questionnaire in general practice consultations. The British Journal of General Practice. 1998;48(434):1565.
7. Norbala AA. National plan of health and disease in iran. National Center of Medical Sciences Research, Ministry of Health and Medical Education, Tehran. 1999:14-6. [Persian]
8. Gabriel P. Mental Health in the Workplace: Situation Analyses, United States. GLADNET Collection. 2000:228.
9. Hashemi Nazari S, Khosravi J, Faghihzadeh S, Etemadzadeh S. A survey of mental health among fire department employees by GHQ-28 questionnaire in 2005, Tehran-Iran. Hakim Research Journal. 2007;10(2):56-64. [Persian]
10. Jafari E, Nikneshan Sh, Abedi MR. Mental Health Status of Oil Refining Company Staff in Isfahan. Hakim Research Journal. 2010;13(3):192-8. [Persian]
11. Raeisi P, Tavakoli G. Impact of occupational stress on mental health and job performance in hospital managers and matrons. Mirror Of Heritage. 2003;5(4): 247-54. [Persian]
12. Hoseinzadeh E, Faghih M, Kalte Haji O, Roshanaei G, Taghavi M. Evaluation of Occupational Stress Factors in Firefighters of Tehran in 2011. 2011:129-36.
13. Lesan S, Ghofranipour F, Birashk B, Faghihzadeh S. Application of PRECEDE in Reducing Tehranian Firemen Anxiety. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2003;9(2):77-83.
14. Mohammadi nakhjiri F, Mirmousavi A. Study on the effectiveness of group training on promotion of public health of firefighting staff of Municipality of Tehran by Eliss's rational emotive behavior therapy (REBT). Educational Psychology Islamic Azad University Tonekabon Branch. 2011;2(4-8):41-52.
15. Brown J, Mulhern G, Joseph S. Incident-related stressors, locus of control, coping, and psychological distress among firefighters in Northern Ireland. Traumatic Stress. 2002;15(2):161-8.
16. Dean PG, Gow KM, Shakespeare-Finch JE. Counting the cost: Psychological distress in career and auxiliary firefighters. Australasian



- Journal of Disaster and Trauma Studies. 2003.
17. Wagner D, Heinrichs M, Ehler U. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(12):1727-32.
 18. Lalić H, Bukmir L, Ferhatović M. Examining psychic consequences in firefighters exposed to stress. *Collegium Antropologicum*. 2007; 31(2):451-5.
 19. Noorbala A, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim Research Journal*. 2009;11(4):47-53.
 20. Yaghoubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiological study of mental disorders in urban and urban areas of SoumaahSara city-Gilan. *Andisheh and Raftar Journal* 1995; 4: 55- 65.
 21. Palahang H, Nasr M, Brahani Mn, . Shahmohammadi D. Epidemiology of Mental Illnesses in Kashan City. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1996;2(4):19-27.
 22. Taghavi M. Assessing reliability and validity of the General Health Questionnaire (GHQ). *Journal of Psychology*. 2001;4:381-98.
 23. Taghavi M. The normalization of general health questionnaire for Shiraz University students (GHQ-28). *Daneshvar Raftar*. 2008;28(1):13-1.
 24. Agresta J. Role perceptions of school mental health personnel: their unique and overlapping functions: Yeshiva University; 2002.
 25. Violanti JM, Charles LE, Hartley TA, Mnatsakanova A, Andrew ME, Fekedulegn D, et al. Shift-work and suicide ideation among police officers. *American journal of industrial medicine*. 2008;51(10):758-68.
 26. Nori S, Dehghanan A, Bagheri H, Shahabi Z. Survey correlation between quality sleep and quality life in nursing physical functions emotional- psychological, social Sharod University of Medical Science and Hygienic Medicinal Services. proceeding of 4th congress of science Nursing and Midwifery care (Promotion Health); 2005; Tehran, Iran. Tehran; University of Medical Sciences. 2005:68. [Persian]
 27. Jabbarzade S. Effect night shift work for nurses and midwives. Proceeding of the national conference on occupational hazards medicine para medicine; 2007; Dezfull, Iran. Dezfull: Iran; 2007:171. [Persian]
 28. Shahrokhi A. General health status of female workers in Qazvin factories. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2003;7(4):32-5.
 29. Delaram M, Safdari F, Forozandeh N, Akbari N. Comparing the mental health of employed and unemployed women health centers - urban in Shahrekord in 2005. *Tolooebehdasht*. 2005;4(2):12-8.
 30. Mannheim B, Schiffrin M. Family structure, job characteristics, rewards and strains as related





- to work-role centrality of employed and self-employed professional women with children. *Journal of Organizational Behavior*. 1984;5(2):83-101.
31. Mardani Hamooleh M, Shahraky Vahed A, Ebrahimi E. Mental Health Status of Nursing Staff. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2012;24(74):28-35.
32. Yoon H-S, Cho Y-C. Relationship between job stress contents, psychosocial factors and mental health status among university hospital nurses in Korea. *J Prev Med Public Health*. 2007;40(5):351-62.



Survey of Mental Health among Fire Department Employees of Shiraz City in 2016

Mehdi JAHANGIRI¹, Azadeh SAFAIYAN², Sodabeh DASHTBESH PODONAK³,
Javad TAYEFE RAHIMIAN⁴, Abdol-Halim RAJABI⁵

Original Article



Received: 2017/11/25

Accepted: 2018/01/21

Citation:

Jahangiri M, Safaiyan A, Dashtbesh Podonak S, Tayefe Rahimian J, Rajabi AH. Survey of Mental Health among Fire Department Employees of Shiraz City in 2016. Occupational Hygiene and Health Promotion Journal 2018;1(3): 206-16.

Abstract

Introduction: Firefighting is among high stress jobs in which endanger their mental health. The purpose of this study was investigating the level of mental health in firefighters in Shiraz city.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 144 randomly selected firefighters in Shiraz. Required data were gathered using General Health Questionnaire (GHQ-28) and were analyzed by aid of SPSS 19. P-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: The average of age and experience of studied people was 35.03 ± 7.66 and 10.88 ± 6.11 years. Respectively, the average rating of mental health was calculated to be 30.79 ± 12.44 . According to the results of the study the percentage of healthy and those with light, mild and severe mental disorder among the studied firefighters were 23.8%, 58%, 16.8% and 1.4%.

Conclusion: The results of this study showed that most of the studied firefighters were suspect to a degree of mental disorders. Considering the important role of firefighters in emergency situations, it is necessary to improve the level of their mental health.

Keywords: Firefighter, Mental health, General Health, Stress

¹PhD of Occupational health, Associate Professor, Department of Occupational Health Engineering and Research Center for Health Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

*(Corresponding Author: jahangiri_m@sums.ac.ir)

²BSc of Occupational health Engineering, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³BSc of Occupational health Engineering, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁴MSc of Occupational health Engineering, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁵MSc of Epidemiology, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran