Original Article

Military Caring Sciences

Volume 9, Issue 1, Spring 2022 (Serial Number: 31)

Investigation of the General Health Status of Health Care Workers Involved in Disaster Relief in the Kermanshah Earthquake, in the West of Iran

Azarmi. S[1]

Baniyaghoobi. F[2]

Farsi. Z[3]

Safshekan. S[4]

*Sharififar. ST[5]

1- Ph.D. of Health in Emergencies and Disasters, Instructor, Health in Emergencies and Disasters Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc in Nursing, Instructor, Military Nursing Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Ph.D. Medical- Surgical Nursing, Professor, Research and Community Health Departments, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- MSc in Disaster Management, Health, Relief and Treatment Department of NahAja

*5- (*Corresponding Author) Ph.D. Health in Disaster and Emergency, Assistant Professor, Health in Disaster and Emergency Department, Faculty of Nursing, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Email: s_sharififar@yahoo.com

Abstract

Introduction: In recent decades, natural disasters and their consequences on human societies have been increasing. Disasters can have negative impacts on the general health of individuals, especially health care workers involved in disaster relief.

Objective: This study aimed to investigate the general health status of health care workers involved in the Kermanshah earthquake in the west of Iran.

Materials and Methods: This cross-sectional (descriptive-analytical) study was conducted in 2019-2020 on health care workers (n=242) who were selected based on the convenience sampling method. The study instruments included the demographic characteristics form and the General Health Standard Questionnaire (GHQ-28). The data (descriptive and inferential statistics) were analyzed using SPSS software (version 22).

Results: The mean±SD score obtained by the participants (using the questionnaire) was 26.43±12.18. Based on the results, the participants had a moderate condition in terms of the mean score of physical complaints, anxiety, sleep disorders, and depression, and a desirable condition in terms of the mean score of social dysfunction. There was a significant relationship between gender, work experience, and job category with the general health status of the participants ($P<0.05$).

Conclusion: Disasters can have negative consequences on the general health status of workers in the affected regions. The results of this study can be used to develop preventive and therapeutic interventional strategies to promote general health, especially the mental health of people working in the health care sector, to improve their quality of life and performance (in providing disaster relief services), especially during the crises such as earthquakes.

Keywords: Crisis, Disaster, Earthquake, General Health, Healthcare Worker

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

Azarmi S, Baniyaghoobi F, Farsi Z, Safshekan S, Sharififar S T. Investigation of the General Health Status of Health Care Workers Involved in Disaster Relief in the Kermanshah Earthquake, in the West of Iran. Military Caring Sciences. 2022; 9 (1). 35-44.

Submission: 15/7/2021 Accepted: 25/9/2021 Published: 20/6/2022

بررسی وضعیت سلامت عمومی کارکنان بهداشتی امدادرسان در زلزله غرب ایران در کرمانشاه

سمیه آزرمی[۱]، فائضه بنی‌یعقوبی[۲]، زهرا فارسی[۳]، سعید صف شکن[۴]، *سیمین تاج شریفی‌فر[۵]

چکیده

مقدمه: در دهه‌های اخیر بلایای طبیعی و تأثیر آن‌ها بر جوامع انسانی رو به افزایش می‌باشد. حوادث و بلایا می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر سلامت عمومی کارکنان بهداشتی به ویژه کارکنان درگیر امدادرسانی در مناطق تحت تأثیر بلایا داشته باشد.

هدف: این پژوهش با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی کارکنان بهداشتی امدادرسان در زلزله کرمانشاه، انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی (مقطعی) می‌باشد که در سال ۹۸- ۱۳۹۷ انجام گرفت. ۲۴۲ نفر از کارکنان بهداشتی که در زلزله کرمانشاه (حدود یک سال قبل از انجام مطالعه)، به زلزله زدگان امدادرسانی کرده بودند، به روش در دسترس وارد مطالعه شدند. پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی GHQ–۲۸ جهت بررسی وضعیت سلامت عمومی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین امتیاز کسب شده پرسشنامه در واحدهای مورد پژوهش ۱۲/۱۸±۲۶/۴۳ بود. واحدهای مورد پژوهش از نظر میانگین نمره شکایات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی، در حد متوسط و از نظر اختلال عملکرد اجتماعی، در حد مطلوب بودند. ارتباط معنی‌دار بین جنس، سابقه کار و رده خدمتی با وضعیت سلامت عمومی واحدهای مورد پژوهش وجود داشت (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بلایا می‌تواند تأثیرات نامطلوبی بر سلامت عمومی کارکنان بهداشتی در مناطق تحت تأثیر داشته باشد. نتایج این پژوهش می‌تواند جهت تدوین راهکارهای مداخله‌ای پیشگیرانه و درمانی در جهت ارتقاء سلامت عمومی و به ویژه سلامت روان کارکنان بهداشتی به منظور بهبود کیفیت زندگی و داشتن عملکرد مطلوب‌تر در زمینه ارائه خدمات به ویژه در بحران‌هایی همچون زلزله مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: بحران، زلزله، سلامت عمومی، کارکنان بهداشتی

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال نهم ■ شماره ۱ ■ بهار ۱۴۰۱ ■ شماره مسلسل ۳۱ ■ صفحات ۳۵-۴۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۴/۲۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۳
تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۳/۳۰

مقدمه

انسان‌ها از آغاز خلقت بشر، دائماً با حوادث و بلایای گوناگونی از جمله حوادث طبیعی مانند زلزله، سیل، آتش سوزی و بیماری‌ها مواجه بوده‌اند (۱). بحران حالتی کاملاً غیرمنتظره و غافلگیرکننده است که در آن فرصت تصمیم‌گیری بسیار کم بوده و سختی و خسارت زیادی را بر یک مجموعه یا جامعه انسانی تحمیل می‌کند و برطرف کردن آن نیاز به اقدامات اضطراری دارد. (۲). حوادث با انبوه مصدومین (Mass Casualty Incident) به حوادثی اشاره می‌کند که بسیاری از مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهد و تعداد مصدومین و فوت شدگان زیاد است (۳). فراوانی حوادث با انبوه

۱ـ دکترای تخصصی سلامت در بلایا و فوریت‌ها، مربی، گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۲ـ کارشناس ارشد پرستاری نظامی، مربی، گروه پرستاری نظامی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۳ـ دکترای تخصصی پرستاری (آموزش داخلی - جراحی)، استاد، گروه بهداشت جامعه و معاون پژوهش، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
۴ـ کارشناس ارشد مدیریت سوانح، اداره بهداشت، امداد و درمان نهاجا
۵ـ دکترای تخصصی سلامت در بلایا و فوریت‌ها، استادیار، گروه سلامت در بلایا و فوریت‌ها، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران
آدرس الکترونیک: s_sharififar@yahoo.com

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

مصدومین به علل مختلف روند افزایشی داشته و منجر به ایجاد پیامدهای نامطلوب و تلفات سنگینی می‌گردد (۴).

با توجه به حادثه خیز بودن کشور ایران و روند خسارات وارد شده ناشی از وقوع بلایا در کشور طی سال‌های اخیر، پرداختن به موضوع بحران، به ویژه زلزله که در کشور ما رخداد بالایی دارد، از اهمیت بالائی برخوردار است (۵). زمین لرزه‌ها یکی از مخرب‌ترین رویدادهای طبیعی هستند که ظرف مدت چند ثانیه قادر به ایجاد خسارات عظیمی در منطقه وقوع می‌باشد. همچنان که در پاییز ۱۳۹۶، زمین لرزه شدیدی استان کرمانشاه در غرب ایران را لرزاند؛ که با بزرگی ۷/۳ ریشتر در نزدیکی ازگله و در ۳۵ کیلومتری شمال شهرهای سرپل ذهاب و قصرشیرین به وقوع پیوست. در اثر این زلزله حدود ۶۰۰ نفر جان خود را از دست دادند. قریب ۱۰۰۰۰ نفر مجروح شدند و حدود ۷۰۰۰۰ نفر بی‌خانمان شدند (۶).

وقوع زلزله در سکونت‌گاه‌های انسانی باعث خسارات زیادی از لحاظ جانی و مالی شده و سرمایه‌گذاری‌های بلند مدت را از بین برده و توسعه و پیشرفت کشور را به خطر می‌اندازد (۷). در مناطق زلزله دیده علاوه بر قربانیان حادثه که پیامدهای نامطلوب جسمی و روانی را تا مدت‌ها پس از حادثه متحمل می‌شوند، پرسنل امداد و نجات هم به درجات متفاوتی دچار صدمه ناشی از زلزله به صورت تخریب منزل، از دست دادن عزیزانشان و یا مجروحیت خود و یا دیگر اعضای خانواده می‌شوند؛ بنابراین ضروری است که پرسنل بهداشت و درمان نیز از نظر تحمل رنج و استقامت، وضعیت سلامتی و شروع فعالیت عادی مورد بررسی قرار گیرند (۸).

سلامتی، موضوعی مشترک در بسیاری از کشورها و فرهنگ‌هاست که همه سازمان‌های بهداشتی- درمانی جهت دستیابی به آن تلاش می‌کنند (۹). سلامتی حالتی از احساس خوب بودن جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می‌شود (۱۰). به بیان دیگر سلامتی دارای ابعاد مختلف جسمی، روانی، اجتماعی، شغلی و عاطفی است که لازم است در تعریف آن تمامی این ابعاد در نظر گرفته شود (۹).

ارتباط بین کار و سلامتی یک رابطه دوجانبه است. به گونه‌ای که سلامت روانی و جسمی پایین، شانس مشکلات اشتغال را افزایش داده و می‌تواند به بهره‌وری سازمان آسیب برساند (۱۱). استرس‌های شغلی در صورت عدم ایجاد سازگاری مناسب، می‌تواند به ناهنجاری‌های جسمی، روانی و رفتاری کارکنان سازمان‌ها منجر شود (۱۲). نقش محیط‌های پراسترس در ایجاد علائم بیماری روانی به خوبی شناخته شده است (۱۳).

حرفه‌های وابسته به پزشکی از جمله مشاغلی هستند که به علت مسئولیت تأمین راحتی، آسایش و مداوای بیماران، تحت تأثیر عوامل مختلف تنش‌زا قرار دارند (۱۴). اساساً در شغل‌هایی که در آن‌ها ارتباط انسانی از اهمیت خاص برخوردار است تنیدگی بیشتری وجود دارد و باعث به مخاطره انداختن سلامت فرد می‌شود (۱۵). نتایج بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که پزشکان و پرستاران و سایر کارکنان بیمارستان از استرس‌های ناشی از کار رنج می‌برند (۱۶). خصوصاً زمانی که کارکنان بهداشتی در بحران‌ها در حال ارائه مراقبت و خدمات درمانی هستند میزان فشارهای روانی، استرس و اضطراب آنان افزایش می‌یابد (۱۷، ۱۸). در عین حال چون وظیفه کارکنان مراقبت بهداشتی، حفظ سلامت مردم است، شاغلین مربوط به این حرفه‌ها، باید از حداکثر سلامت روانی برخوردار باشند (۱۹). همچنین به علت ضرورت برقراری ارتباطات بین فردی مؤثر و ارتباط سازنده اعضای تیم درمان با یکدیگر که منجر به همبستگی و انسجام حرفه‌ای می‌شود، برخورداری این افراد از سلامت روانی، بسیار اهمیت دارد (۲۰). سلامت روانی افراد، تحت تأثیر مسائل و عوامل اجتماعی متعددی قرار دارد. یکی از مهم‌ترین حوزه‌های توسعه پایدار، حفظ و ارتقای سلامت کارکنان بهداشت و درمان است که ارتباط مستقیمی با سلامت سایر انسان‌ها دارد و تحقق این امر نیازمند درمانگری مناسب است (۲۱)؛ به عبارت دیگر نیروی انسانی ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی سهم بسزایی در سلامت جامعه دارد. از این رو حفظ و ارتقای سلامت آنان می‌تواند نقش کمک کننده‌ای در سلامت جامعه داشته باشد (۱۱). امروزه سازمان‌هایی قادر به ادامه حیات هستند که کارایی خود را ارتقاء دهند. لذا، لازم است بیمارستان‌ها جهت ارتقای کارایی خود، وضعیت سلامت کارکنان را مورد توجه قرار دهند (۲۲). اگر بررسی وضعیت سلامت کارکنان بیمارستان‌ها به منظور برنامه‌ریزی جهت ارتقای کیفیت عملکرد آن‌ها مورد بررسی قرار گیرد، عملکرد شغلی آن‌ها بهتر می‌شود (۱۲).

این مطالعه یک سال بعد از زلزله انجام شده و تا سال ۹۸ ادامه یافت و با استناد به اینکه در این مطالعه بر خلاف سایر مطالعات،

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

سلامت عمومی در کلیه کادر درمان درگیر در بحرانی خاص مثل زلزله اخیر بررسی شده و در ایران اکثر مطالعات در این حوزه قدیمی بوده و فقط در گروه‌های ویژه‌ای انجام شده بود، پس نتایج آن جدیدتر، کاربردی‌تر و قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری خواهد داشت. همچنین با توجه به اهمیت بررسی سلامت عمومی کارکنان بهداشت و درمان و عوامل مؤثر بر آن از جمله قرار گرفتن در شرایط کاری استرس‌زا، ناشی از حوادث و بلایا با مصدومین انبوه مانند زلزله، پژوهشگر بر آن شد پژوهشی با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی کارکنان بهداشتی امدادرسان در زلزله کرمانشاه را انجام دهد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی (مقطعی) در سال ۹۸- ۱۳۹۷ انجام شد. محیط پژوهش شامل بیمارستان طالقانی در کرمانشاه، بیمارستان الزهرا در گیلان غرب، بیمارستان بانگر در سرپل ذهاب و بیمارستان حضرت ابوالفضل در قصر شیرین و یک بیمارستان نظامی مرجع در تهران بود. به دلیل حجم زیاد مصدومان ناشی از زلزله و تکمیل ظرفیت مراکز درمانی مناطق حادثه دیده، تعدادی از مصدومان از طریق هوایی، به بیمارستان نظامی مورد مطالعه در تهران که مجهز به باند هلیکوپتر می‌باشد، منتقل شدند. بیمارستان‌های مورد مطالعه به روش تصادفی ساده از بین بیمارستان‌های درگیر امدادرسانی در زلزله کرمانشاه و واحدهای مورد پژوهش شامل کارکنان بهداشتی امدادرسان در زلزله کرمانشاه بودند که به روش در دسترس وارد مطالعه شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و انحراف معیار ۱۱/۴۱ بر اساس مطالعه قبلی (۲۳) و با استفاده از فرمول حجم نمونه ۲۲۵ نفر برآورد گردید. با در نظر گرفتن ۱۰ درصد احتمال ریزش نمونه‌ها، در کل ۲۴۸ پرسشنامه تکمیل گردید که از این تعداد ۶ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن حذف شدند و در نهایت تعداد ۲۴۲ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند.

$$n = \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \right)^2 \delta^2 / d^2$$

$$n = (1/96)^2 (11/41)^2 / (1/5)^2 = 499/2 \div 25 = 221/7$$

حجم نمونه با احتساب ۱۰ درصد ریزش، ۲۴۵ نفر محاسبه شد

حداکثر اشتباه برآورد= ۰/۵

اطمینان= ۹۵٪

انحراف معیار جامعه معادل ۱۱/۴۱

معیارهای ورود به مطالعه شامل شاغل بودن در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی و حضور فعال حداقل ۸ ساعت در امدادرسانی به زلزله‌زدگان و معیارهای خروج از مطالعه شامل کارکنان داوطلب امدادرسان به زلزله‌زدگان و عدم تمایل به شرکت در مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، شامل فرم اطلاعات فردی شامل (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت شغل، شیفت کاری، رده خدمتی، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، سابقه خدمت و سابقه بیماری) و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-۲۸) بود که در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و هیلر ساخته شد، جهت ارزیابی سلامت عمومی واحدهای مورد پژوهش استفاده گردید. این پرسشنامه دارای ۶۰ سؤال می‌باشد که در مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (۳- ۰) نمره گذاری می‌شود. نمرات بالاتر افزایش علائم را نشان می‌دهد. این آزمون ۴ مقیاس شکایات جسمانی (Physical Complaints)، اضطراب و اختلال خواب (Anxiety & Sleep Disorder)، اختلال عملکرد اجتماعی (Social Dysfunction) و افسردگی (Depression) را اندازه‌گیری می‌کند (۲۴). هر مقیاس ۷ سؤال دارد. به طوری که سؤالات ۶-۱ و سؤال ۱۹ مربوط به مقیاس شکایات جسمانی، سؤالات ۱۳-۷ مربوط به مقیاس اضطراب و اختلال خواب، سؤالات ۲۴-۲۰، ۲۷ و ۲۸ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و سؤالات ۱۸-۱۴، ۲۵ و ۲۶ مربوط به مقیاس افسردگی است. از مجموع ۴ زیرمقیاس، یک نمره کلی به دست می‌آید که از ۸۴-۰ متغیر است. نقطه برش این آزمون ۲۳ در نظر گرفته می‌شود. نمره کلی ۲۳ و کمتر از آن نشانه سلامت عمومی و نمره ۲۴ و بالاتر از آن نشانه وجود اختلالات سلامت عمومی می‌باشد. همچنین در هر زیرمقیاس نمرات ۲۱-۱۴ به عنوان اختلالات شدید، ۱۳-۷ نشان‌دهنده مشکلات متوسط و نمره کمتر از ۶ نشان‌دهنده وضعیت سالم است (۱۰، ۲۴). این پرسشنامه ابزاری استاندارد با پایایی ۰/۸۸ در ایران است (۲۵). با توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه شفاهی از واحدهای مورد

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

پژوهش، پرسشنامه‌ها توزیع و پس از تکمیل جمع‌آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و از روش‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی نسبی و فراوانی مطلق) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل، آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر) استفاده شد.

این مطالعه در کمیته اخلاق IR.AJAUMS.REC.۱۳۹۹.۲۲۴ تصویب شد. در این مطالعه اصول اخلاق در پژوهش بیانیه هلسینکی رعایت گردید (۲۶). در مورد گمنام بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم، اطمینان کافی به واحدهای پژوهش داده شد و در صورت تمایل شرکت کنندگان، نتایج پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در ضمن حق خروج از مطالعه برای شرکت کنندگان محفوظ بود.

یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۷/۰۹±۳۶/۴۷ (دامنه سنی ۶۰- ۲۳ سال) بود. بیش از ۵۵ درصد واحدهای مورد پژوهش، زن بودند و بیش از ۶۵ درصد از آن‌ها دارای مدرک کارشناسی بودند. همچنین اکثر واحدهای مورد پژوهش، متأهل و دارای سابقه کمتر از ده سال بودند.

میانگین امتیاز کسب شده پرسشنامه GHQ-۲۸، در واحدهای مورد پژوهش ۱۲/۱۸±۲۶/۴۳ بود. همچنین نمره کسب شده در بعد شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال خواب و افسردگی بالاتر از ۶ و در حد متوسط و نمره کسب شده در بعد اختلال عملکرد اجتماعی کمتر از ۶ و در حد مطلوب بود. از کل واحدهای مورد پژوهش ۱۵۱ نفر (۶۲/۴ درصد) با میانگین سنی ۶/۱۹±۳۶/۱۶ سال نمره ۲۴ و بالاتر داشتند. در بعد شکایات جسمانی ۵۷/۴ درصد دارای اختلال متوسط، از نظر اضطراب و اختلال خواب ۶۲/۴ درصد دارای اختلال متوسط، از لحاظ اختلال عملکرد اجتماعی ۷۱/۵ درصد سالم و از نظر افسردگی ۵۶/۲ درصد سالم بودند (جدول ۱).

در بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی با سلامت عمومی، همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود بین جنس، سابقه کار و رده خدمتی با وضعیت سلامت عمومی واحدهای مورد پژوهش رابطه معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۵). به طوری که خانم‌ها بیشتر از اختلالات سلامت عمومی رنج می‌بردند و افراد با رده خدمتی بالینی و سابقه کمتر از ده سال به احتمال بیشتری اختلالات سلامت عمومی داشتند (جدول ۲). نتایج بررسی ارتباط سایر متغیرهای دموگرافیک با سلامت عمومی رابطه معنی‌داری را نشان نداد (P>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت سلامت عمومی کارکنان بهداشتی امدادرسان در زلزله کرمانشاه، انجام گردید. نتایج

جدول ۱- میانگین نمره سلامت عمومی کلی و زیرمقیاس‌های آن در واحدهای مورد پژوهش

ابعاد سلامت عمومی	میانگین (انحراف معیار)	نمره سلامت عمومی	فراوانی (درصد)
شکایات جسمانی	۶/۹۷ (۳/۳۵)	سالم (۶-۰)	۹۳ (۳۸/۴)
		اختلال متوسط (۱۳-۷)	۱۳۹ (۵۷/۴)
		اختلال شدید (۲۱-۱۴)	۱۰ (۴/۱)
اضطراب و اختلال خواب	۷/۲۷ (۳/۶۴)	سالم (۶-۰)	۷۸ (۳۲/۲)
		اختلال متوسط (۱۳-۷)	۱۵۱ (۶۲/۴)
		اختلال شدید (۲۱-۱۴)	۱۳ (۵/۴)
اختلال عملکرد اجتماعی	۵/۵۸ (۳/۵۲)	سالم (۶-۰)	۱۷۳ (۷۱/۵)
		اختلال متوسط (۱۳-۷)	۵۹ (۲۴/۴)
		اختلال شدید (۲۱-۱۴)	۱۰ (۴/۱)
افسردگی	۶/۵۹ (۳/۲۱)	سالم (۶-۰)	۱۳۶ (۵۶/۲)
		اختلال متوسط (۱۳-۷)	۹۵ (۳۹/۳)
		اختلال شدید (۲۱-۱۴)	۱۱ (۴/۵)

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

جدول ۲- وضعیت سلامت عمومی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای فردی

متغیر	فراوانی (درصد)		سطح معنی‌داری* و آزمون
	سلامت عمومی (۲۳ > =)	اختلال سلامت عمومی (۲۴ -۸۴)	
جنس			
زن	۴۱ (۴۷/۱)	۹۳ (۶۲/۴)	Fisher's Exact Test *P= ۰/۰۲۹
مرد	۴۶ (۵۲/۹)	۵۶ (۳۷/۶)	
تحصیلات			
دیپلم و زیر دیپلم	۹ (۱۰/۲)	۶ (۴/۰)	Pearson Chi-Square df= ۳ value= ۶/۷۴۹a P= ۰/۰۸
کاردان	۸ (۹/۱)	۲۱ (۱۴/۱)	
کارشناس	۵۸ (۶۵/۹)	۱۰۹ (۷۳/۲)	
کارشناس ارشد و دکترا	۱۳ (۱۴/۸)	۱۳ (۸/۷)	
وضعیت تأهل			
متأهل	۶۰ (۶۸/۲)	۱۰۷ (۷۱/۳)	Pearson Chi-Square df= ۲ value= ۴/۵۹۱a P= ۰/۱۰۱
مجرد	۲۷ (۳۰/۷)	۳۴ (۲۲/۷)	
جدا شده	۱ (۱/۱)	۹ (۶/۰)	
سابقه کار			
کمتر از ۱۰ سال	۴۹ (۵۶/۳)	۱۰۶ (۷۱/۱)	Fisher's Exact Test Value= ۷/۸۸۶ *P= ۰/۰۳۳
۲۰-۱۰ سال	۲۳ (۲۶/۴)	۳۲ (۲۱/۵)	
بیشتر از ۲۰ سال	۱۴ (۱۶/۱)	۱۱ (۷/۴)	
محل سکونت			
کرمانشاه	۷۵ (۸۲/۴)	۱۳۴ (۸۸/۷)	Fisher's Exact Test P= ۰/۱۷۹
تهران	۱۶ (۱۷/۶)	۱۷ (۱۱/۳)	
وضعیت شغل			
رسمی	۴۲ (۴۸/۳)	۸۳ (۵۵/۷)	Fisher's Exact Test Value= ۲/۶۵۱ P= ۰/۲۱۳
غیر رسمی	۴۴ (۵۰/۶)	۶۶ (۴۴/۳)	
شیفت کاری			
صبح	۲۶ (۳۰/۲)	۴۷ (۳۲/۴)	Fisher's Exact Test Value= ۶/۴۱۳ P= ۰/۰۶۸
عصر	۱ (۱/۲)	۰ (۰/۰)	
شب	۶ (۷/۰)	۲ (۱/۴)	
چرخشی	۵۳ (۶۱/۶)	۹۶ (۶۶/۲)	
سابقه بیماری			
ندارد	۸۴ (۹۵/۵)	۱۳۸ (۹۱/۴)	Fisher's Exact Test P= ۰/۳۰۳
دارد	۴ (۴/۵)	۱۳ (۸/۶)	
رده خدمتی			
پزشک	۸ (۹/۶)	۷ (۴/۷)	Pearson Chi-Square df= ۳ value= ۱۱/۰۰۸a *P= ۰/۰۱۲
مدیریتی	۱۱ (۱۳/۳)	۱۱ (۷/۴)	
بالینی	۵۰ (۶۰/۲)	۷۸ (۵۲/۳)	
آموزشی	۱۴ (۱۶/۹)	۵۳ (۳۵/۶)	

*P<۰/۰۵

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

بررسی سلامت عمومی کارکنان بهداشتی امدادرسان نشان داد که میانگین کلی سلامت عمومی آنان بالاتر از نقطه برش پرسشنامه بود که نشان‌دهنده وجود اختلالات سلامت عمومی در آن‌ها بود. همچنین، کارکنان بهداشتی امدادرسان از نظر شکایات جسمانی، اضطراب و اختلال خواب و افسردگی نمره‌ای در حد متوسط و از نظر اختلال عملکرد اجتماعی نمره‌ای در حد مطلوب کسب نمودند. مطالعات مختلفی به بررسی وضعیت سلامت عمومی در گروه‌های مختلف پرداختند که به برخی از آن‌ها اشاره می‌گردد. نتایج مطالعه مشتاق و همکاران نشان داد که ۵۱/۳ درصد کارکنان عملیاتی اورژانس، سلامت عمومی متوسط داشتند (۲۷). همچنین نتایج به دست آمده از مطالعه رجب‌زاده و همکاران نشان داد که سلامت عمومی ۷۵ درصد از پرستاران نامطلوب بود (۱۴). یافته‌های مطالعه نصیری و همکاران نیز نشان داد که پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران، وضعیت سلامت عمومی مطلوبی ندارند (۲۸). در مطالعه نوریان (۲۹) و بدری زاده (۱۵)، نیز پرستاران از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار نبودند که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد. یافته‌های مطالعه حجتی (۳۰) و حسینی (۳۱) نشان داد واحدهای مورد پژوهش از سلامت روان مطلوب برخوردارند که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

نتایج حاصل از بررسی ارتباط متغیرهای فردی با سلامت عمومی کارکنان بهداشتی امدادرسان حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار جنس، سابقه کار و رده خدمتی با وضعیت سلامت عمومی آنان بود ($P<0/05$).در مطالعه رجب‌زاده (۱۴) بین ابعاد سلامت عمومی در زنان و مردان پرستار، تفاوت معنی‌داری وجود داشت که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. پرستاران زن در مقایسه با پرستاران مرد، علاوه بر شغل، وظیفه خانه‌داری و مادری را بر عهده دارند و حجم بالای فشار کاری، شب کاری، تداخل نقش مادری و پرستاری ممکن است باعث شود که میزان سلامت روان آن‌ها نسبت به آقایان کمتر باشد؛ اما نتایج مطالعه درویش پور کاخکی (۹) حاکی از عدم وجود ارتباط معنی‌دار جنس با ابعاد مختلف وضعیت سلامت عمومی بود که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در مطالعه مشتاق (۲۷) بین اختلال عملکرد اجتماعی و نوع استخدام ارتباط معنی‌داری وجود داشت طوری که نیروهای قراردادی نسبت به نیروهای پیمانی و رسمی اختلال در کارکرد اجتماعی کمتری داشتند. نتایج مطالعه درویش پور کاخکی (۹) نیز حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار آماری وضعیت شغل با ابعاد مختلف وضعیت سلامت عمومی بود که نتایج این مطالعات با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. شاید علت اختلال کمتر در کارکرد اجتماعی نیروهای قراردادی این باشد که اکثریت قریب به اتفاق نیروهای قراردادی به علت موقتی بودن استخدام، احساس ثبات شغلی نداشته و از آنجائی که در هر زمان احتمال عدم تمدید قرارداد برای آن‌ها مطرح است، کمتر خود را درگیر مشکلات شغلی می‌کنند و از طرفی در صورت ایجاد تعارضات شغلی، به راحتی پس از پایان قرارداد می‌توانند آن حرفه را ترک کنند.

در مطالعه خاقانی زاده (۳۲) بین سلامت عمومی و وضعیت تأهل و تعداد فرزند ارتباط معناداری وجود نداشت که از این نظر با مطالعه حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعه درویش پور کاخکی (۹) همچنین حاکی از عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین وضعیت تأهل با ابعاد مختلف سلامت عمومی بود و مبین این مطلب است که تنش‌های ناشی از مراحل رشد و تکامل فردی مانند ازدواج و تشکیل خانواده و پذیرش نقش‌ها و مسئولیت‌های بیشتر تأثیری در سلامت روان افراد نگذاشته و حتی ممکن است باعث تسکین روان و آرامش بیشتر افراد شود و سلامتی را بهبود ببخشد. همچنین نتایج مطالعه فوق نشان از وجود ارتباط معنی‌دار بین سن با ابعاد مختلف وضعیت سلامت عمومی داشت و این مطلب را نشان داد که اگر چه با افزایش سن، توانایی‌های جسمی کاهش می‌یابد اما در تقابل با آن احساس سلامت عمومی افزایش می‌یابد. در مطالعه حجتی (۳۰) نیز نشان داده شد پرستارانی که سن آن‌ها بیش از ۴۵ سال است، از دفعات و شدت خستگی عاطفی کمتری رنج می‌برند. زیرا با افزایش سن میزان دانش، آگاهی افراد و همچنین درک رفتارهای حمایت‌گرانه بیشتر شده و به دنبال آن سازگاری بهتر رخ می‌دهد که نتایج آن‌ها با مطالعه حاضر همخوانی دارد زیرا نشان داده شد با افزایش سن و سابقه کاری اختلال سلامت کاهش می‌یابد که می‌توان آن را به سازگار شدن آنان به شرایط حرفه‌ای و پذیرش عوامل تنش‌زا نسبت داد که باعث رضایت بیشتر و سلامت عمومی بهتری خواهد شد. در مطالعه درویش پور کاخکی (۹) ارتباط معنی‌دار بین شیفت کاری با ابعاد مختلف وضعیت سلامت عمومی را نشان داد و پرستاران با شیفت کاری

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

ثابت ایفای نقش جسمی پایین‌تری نسبت به پرستاران با شیفت در گردش داشتند و بیان شد چون اکثر پرستاران شیفت روز پرستاران با سنوات خدمتی بیشتر و سن بالاتری هستند طبیعتاً اختلال عملکرد جسمی آن‌ها با توجه به حجم بیشتر کار در روز نسبت به پرستارانی که به صورت گردشی شیفت می‌دهند بیشتر خواهد بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد چون طبق نتایج مطالعه حاضر در شیفت کاری چرخشی اختلال سلامت بیشتر بوده است که می‌توان آن را ناشی از اختلالات در سیکل خواب و بیداری و بالطبع آن تغییرات خلقی و همچنین افزایش ساعات کاری در شیفت‌های شب و نیاز به انرژی مازاد جسمی، خستگی در طول روز و برهم خوردن برنامه روتین و منظم زندگی دانست. نتایج پژوهش هاگلیوس (Hugelius) و همکاران نشان داد فاجعه گردباد حیان سبب ایجاد هر دو اختلال نشانگان جسمانی و روانی و همچنین عواقب و پیامدهای اجتماعی برای بازماندگان حدود ۳۰ ماه بعد از رخداد فاجعه شده بود. مشکلات سلامت روانی به مراتب بیشتر از آسیب‌های جسمی گزارش شده بود و در متخصصین بهداشتی نیز به طور کلی میانگین سلامت عمومی پایین گزارش گردید (۳۳). برخی اثرات مرتبط با فاجعه به ویژه اختلالات مرتبط با سلامت روان بازماندگان ممکن است تا یک سال یا بیشتر بعد از رویداد، ظهور نکنند (۳۴). نتایج مطالعه چن (Chen) و همکاران نیز نشان داد پزشکانی که در مناطق آسیب دیده پس از بحران‌هایی مثل زلزله کار می‌کردند، استرس و اضطراب روانی بیشتری داشتند (۳۵). از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به بعد مسافت تا استان کرمانشاه و دسترسی مشکل به واحدهای پژوهش و از طرفی مشغله زیاد کادر درمان و هماهنگی‌های متعدد به منظور پر کردن پرسشنامه‌ها توسط آنان، اشاره کرد.

همان طور که نتایج نشان داد میانگین کلی سلامت عمومی کارکنان، نشان‌دهنده وجود اختلالات سلامت عمومی در آن‌ها بوده و از طرفی می‌دانیم ارتباط بین کار و سلامتی یک رابطه دوجانبه است به گونه‌ای که سلامت جسمی و روانی نامطلوب، شانس مشکلات اشتغال را افزایش داده و می‌تواند به بهره‌وری سازمان آسیب برساند؛ بنابراین با توجه به اهمیت سلامت عمومی بالأخص سلامت روان در کارکنان بهداشت و درمان، نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای تدوین راه کارهای پیشگیرانه و درمانی در جهت ارتقای سلامت عمومی، سلامت روان و کیفیت زندگی پرسنل بهداشتی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب ۹۷/۸/۲۱ در دانشگاه علوم پزشکی آجا به شماره ثبت ۵۹۷۴۳۳ و تحت حمایت‌های مادی این دانشگاه انجام شده است. نویسندگان از تمامی مسئولین و همکارانی که در این طرح مشارکت داشته‌اند کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

بدین وسیله کلیه نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1- Mokhtari Nouri J, Khademolhosseini SM, Ebadi A, Moradi E. Effectiveness of lecture method on nurses' learning levels in nursing education in nuclear accidents. Quarterly Journal of Nursing Management. 2012; 1(2): 29-36. (Persian)

2- Salvatian S, Mehraban F. Role of social media in disaster management of possible earthquake in Tehran. Disaster Prevention and Management Knowledge (quarterly). 2016; 6(1): 9-22. (Persian)

3- De Boer J. Definition and classification of disasters: Introduction of a disaster severity scale. J Emerg Med. 1990; 8(5): 591-5. http://dx.doi.org/10.1016/0736-4679(90)90456-6 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2254608

4- Karampourian A, Ghomian Z, Jahangiri K, Karkhanei B. Effect the education of mass casualty incident (mci) on knowledge, attitude, practice and satisfaction in red crescent rescuers of hamadan. Scientific Journal of Hamedan Nursing and Midwifery Faculty. 2017; 25 (1): 44-50. (Persian) http://dx.doi.org/10.21859/nmj-25016

5- Khodadadizadeh A, Jahangiri K, Yousef Nezhad S. Bam, Iran, earthquake experiences, life suddenly collapse in a few seconds: A qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2018; 6(4): 414-26. (Persian)

6- Ahmadi A, Bazargan-Hejazi Sh. 2017 Kermanshah earthquake; Lessons learned. Journal of Injury and Violence Research. 2018; 10(1): 1-2. (Persian) http://dx.doi.org/10.5249/jivr.v10i1.1049 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ 29374766 http://www.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5801606

7- Khammar G, Rakhshani A. The role of risk management strategies to mitigate the damages caused by earthquake (Case study: Khorramabad city). Geography and Development Iranian Journal. 2015; 13(41): 147-60. (Persian) http://dx.doi.org/10.22111/gdij.2015.2233

8- Sistanehei F, Goudarzi Z, Rezapour R, Mehran A, Mahmoodi A, Ahmadvand H, et al. Study of general health of traumatic nursing team members of Bam one year after earthquake. Hayat. 2005; 11(2): 15-21. (Persian)

9- Darvishpoor Kakhki A, Ebrahim H, Alavi Majd H. Health status of nurses of hospitals dependent to Shahroud Medical University. Iran Journal of Nursing. 2009; 22(60): 19-27. (Persian)

10- World Health Organization. Constitution of the World Health Organisation 1946. Availablefrom:http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution.

11- Kamali Dehkordi F, Maghsoudi S, Emami Sigaroudi A, Kazemnejad Leili E. Study of predictive factors of public health based on job satisfaction in employees of Rasht city health service centers. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2015; 25(4): 110-7. (Persian)

12- Hayati Y, Rahmani H, Arab M. Assessing general health of staff affiliated to Tehran University of Medical Sciences hospital and its related factors in 2014. Journal of Hospital. 2017; 16(3): 104-10. (Persian)

13- Jalali H, Sartavi M. Study of mental health status of soldiers in a military training center at north of country from 1390 to 1394 using by general health questionnaire. Nurse and Physician Within War. 2016; 4(10 And 11): 11-8. (Persian)

14- Rajabzadeh Z, Shahbazimoghadam GH, Nikroo T, Pourakbaran E. Assessment of mental health status among nurses working in hospitals in Behbahan city. Fundametals Mental Health. 2016; 18: 388-91. http://dx.doi.org/10.22038/jfmh.2016.7781. (Persian)

15- Badrizadeh A, Farhadi A, Tarrahi MJ, Saki M, Beiranvand G. Mental health status of the nurses working in khorramabad state hospitals. Scientific Magazine Yafte. 2013; 15(3): 62-9. (Persian)

16- Hashemi S, Ghazanfari F, Karami K, Farzinara F, Ebrahimzadeh F. The effect of environmental index on mental health in nurses working in emergency and non emergency wards in Khorramabad hospitals. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(3): 57-66. (Persian)

17- Farsi Z, Dehghan Nayeri N. Pain and suffering: Experiences of health care professionals in the Iran-Iraq war-a content analysis study. Journal of Military Medicine. 2017; 19(3): 222-33. (Persian)

18- Teymouri F, Farsi Z. Lived experiences of military nurses from war-a mini-review. Journal Mil Med. 2019; 21(5): 427-35. (Persian)

19- Ward M, Cowman S. Job satisfaction in psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2007; 14(5): 454-61. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01104.x

20- Rauhala A, Fagerstr OM L. Are nurses' assessments of their workload affected by non-patient factors? An analysis of the RAFAELA system. J Nurs Manag. 2007; 15(5): 490-9. https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00645.x http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17576247

21- Hojati H, Jalalmanesh SH, Fesharaki M. Sleeplessness effect on the general health of hospitals nightshift nurses in Gorgan, Iran. Journal of Gorgan University of MedicL Ssiences. 2009:11(3). 70-75. (Persian)

22- Hamooleh MM, Vahed AS, Ebrahimi E. Mental health status of nursing Staff. Iran Journal of Nursing. 2012; 24(74): 28-35. (Persian)

23- Asadzandi M, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Mental health status of military nurses. Journal of Military Medicine. 2009; 11(3): 135-41. (Persian)

24- Farsi Z, Dehghan Nayeri N, Sajadi A. General health status and burnout of the hematopoietic stem cell transplantation nurses in Tehran. International Journal of Community Based Nursing & Midwifery. 2013; 1(1): 52-61. (Persian)

25- Mehrabi T, Ghazavi Z. Health assessment of female nurses of Isfahan University of Medical Sciences. Journal of Hygiene and Health. 2006; 2(1):1-5. (Persian)

26- World Medical A. Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Jahrbuch Fur Wissenschaft Und Ethik. 2009; 14(1): 233-8.

27- Moshtagh Eshgh Z, Aghaeinejad A A, Shahsavani A, Koochaki G M, Chehregosha M, Kalantari S, et al. An assessment of general health of operational staff of pre-hospital emergency in Golestan province. Journal of Health and Care. 2017; 18(4): 359-67. (Persian)

28- Nasiri Ziba F, Bogheiri F. Mental health status of critical care nurses in teaching hospitals of Tehran. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2013; 1(4): 6-12. (Persian)

29- Noorian C, Parvin N, Mehrabi T. Evaluation of the relationship between occupational stress and general health condition in nurses working in Isfahan university hospitals 2005. Community Health Journal. 2010; 5(1): 45-52. (Persian)

30- Hojjati H, Tahery N, Sharifniyai S. Review of mental health and physical health in night working nurses in Golestan university of medical sciences in 2008-2009. Nursing and Midwifery Journal. 2010; 8(3): 144-149. (Persian)

31- Hosseini F, FasihiHarandi T, Kazemi M, Rezaeian M, Hosseini R. The relationship between sleep quality and general health of nurses in Rafsanjan university of medical sciences in 2012. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2013; 12(10): 843-54. (Persian)

32- Khaghanizade M, Siratinir M, Abdi F, Kaviani H. Assessing of mental health level of employed nurses in educational hospitals affliated to Tehran medical sciences university. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2007; 8(32): 141-8. https://doi.org/ 10.22038/jfmh.2006.1812 (Persian)

33- Hugelius K, Gifford M, Ortenwall P, Adolfsson A. Health among disaster survivors and health professionals after the Haiyan Typhoon: A self-selected Internet-based web survey. International

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]

Journal of Emergency Medicine. 2017; 10(1): 1-9. https://doi.org/0.1186/s12245-017-0139-6.

34- Morren M, Dirkzwager AJE, Kessels FJM, Yzermans CJ. The influence of a disaster on the health of rescue workers: A longitudinal study. CMAJ. 2007; 176(9): 1279-83. https://doi.org/10.503/cmaj.060626 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17452661

35- Chen X, Tan X, Li L. Health problem and occupational stress among Chinese doctors.Scientific Research. 2013; 4 (1). https://doi.org/10.4236/cm.2013.41001

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2026-11-26]

[DOI: 10.52547/mcs.9.1.35]