

مقایسه سطح سلامت روانی کارکنان بخش درمانی با کارکنان بخش غیردرمانی در شهر همدان

احسان کیوهئی^۱، پگاه پروین^۲

تاریخ وصول: ۹۲/۷/۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۵

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور مقایسه سلامت روانی کارکنان بخش درمانی با کارکنان بخش غیردرمانی شهر همدان در زمستان ۱۳۹۱ انجام شده است. با توجه به عوامل استرس‌زایی که خاص محیط‌های بیمارستانی است و نیز ارتباط دایم کارکنان این محیط‌ها با بیماری و مرگ انسان‌ها، انتظار می‌رود شاغلین بخش درمانی در مقایسه با بخش غیردرمانی سلامت روانی نامطلوب‌تری داشته باشند و بعلاوه زنان نیز نسبت به عوامل فوق آسیب‌پذیرتر باشند. روش: در این مطالعه که بصورت علی-مقایسه‌ای انجام شده ۱۲۵ نفر پرسنل درمانی از ۴ مرکز و ۹۸ نفر پرسنل غیردرمانی از ۳ مرکز یک سازمان غیردرمانی شهر همدان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) بود که نقطه برش در کل آزمون ۲۳ و در زیر مقیاس‌ها ۶ در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری χ^2 و OR تحلیل شدند. یافته‌ها: ۴۱/۶ درصد پرسنل درمانی و ۴۹/۰ درصد پرسنل غیردرمانی در شاخص کل، بالاتر از نقطه برش شناسایی شدند اما تفاوت شیوع اختلالات بین دو نوع سازمان در هیچ‌یک از شاخص‌ها از نظر آماری معنی‌دار

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول) ehsan.kivei@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد علوم تربیتی بوعلی سینا همدان

نبود. از سوی دیگر رابطه بین جنسیت و شیوع اختلال روانی در پرسنل درمانی معنادار بدست آمد. نتیجه گیری: با توجه به یافته ها، به نظر می رسد ثبات در تصمیم گیری‌های مدیریتی و در نتیجه افزایش پیش بینی پذیری شرایط می تواند به بهبود سلامت روانی کارمندان کمک کند.

واژگان کلیدی: پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، سلامت روانی، کارکنان درمانی، کارکنان غیردرمانی، همدان.

مقدمه

نیروی کار سالم و کارآمد یکی از مولفه های اساسی اثربخشی هر سازمان است. سلامت روانی نیز بعنوان یکی از ابعاد سلامتی محسوب می شود. سازمان بهداشت جهانی سلامتی را اینگونه تعریف می کند: «رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی» (WHO^۱، ۲۰۰۱). بر این اساس می توان فاکتورهای گوناگونی را برشمرد که سلامت فرد و از جمله سلامت روانی وی را تحت تاثیر قرار می دهند که همگی را می توان تحت عنوان کلی استرس مطرح نمود. فشار کاری در قالب ساعات کار طولانی مدت، ضرب العجل ها و مسئولیت های حساس، استرس قابل توجهی ایجاد کرده و سلامت روانی را تحت تاثیرات نامطلوبی قرار می دهد (اسپکتور^۲، ۲۰۰۰). برای نمونه مشاغلی که مسئولیت حفظ جان افراد را بر عهده دارند نظیر پزشکی، آتش نشانی و خلبانی عموماً سطوح بالایی از استرس را تجربه می کنند (شوکسمیت و تیلور^۳، ۱۹۹۷). مطالعه دیگری نشان می دهد پزشکان و پرستارانی که زمان بیشتری را در ارتباط مستقیم با بیماران سپری می کنند استرس بیشتری را تجربه می کنند (روتلیج و همکاران^۴، ۲۰۰۹). اما حتی مشاغلی که با بیماری و مرگ سر و کار ندارند نیز می توانند استرس آمیز باشند. در اینگونه مشاغل عواملی نظیر ارتباط با همکاران و سرپرستان، فقدان منابع

-
1. world health organization
 2. Spector
 3. Shouksmith & Taylor
 4. Rutledge et al

حمایتی لازم و محیط فیزیکی منبع تنش محسوب می شوند (اوانس و ونر^۱، ۲۰۰۶). بعلاوه باید در نظر داشت که روابط بین فردی همانطور که می توانند منبع حمایت روانی برای فرد باشد، منبع عمده استرس نیز محسوب می شوند (پتاچک و همکاران^۲، ۱۹۹۲). از دیگر منابع استرس فقدان کنترل بر شرایط کاری است، بدین ترتیب افرادی که کنترل کمی بر زمانبندی انجام کارها دارند استرس زیادی را تجربه می کنند (ILO^۳، ۲۰۰۰). از این دسته مشاغل می توان پزشکی را نام برد (بارنت و همکاران^۴، ۱۹۹۹).

تعداد اندکی مطالعات طولی و مقطعی نیز به بررسی ارتباط بین شرایط مختلف کاری و سطح سلامت روانی پرسنل پرداخته اند. برای نمونه در فرانسه مطالعه ای که بین سالهای ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۵-۹۶ بر روی ۱۱۰۰۰ نفر پرسنل شاغل در دو سازمان دولتی انجام شد، شدت ناراحتی های روحی را در ۵ گروه شغلی بالاتر از بقیه نشان داد (نایدهمر و همکاران^۵، ۱۹۹۸). در هلند نیز بررسی ۸۵۲۱ نفر شاغل در ۱۳۱ حرفه شیوع بالاتر مشکلات روانی در ۱۰ حرفه را آشکار ساخت (بولتمن و همکاران^۶، ۲۰۰۱). بطور مشابهی در نروژ نیز بررسی ۱۷۳۸۴ نفر شاغل در ۱۰ گروه شغلی، علایم افسردگی بیشتری را در ۶ گروه خاص مشخص نمود (سان و همکاران^۷، ۲۰۰۳).

از سوی دیگر پژوهش هایی که محیط کاری بیمارستانی را هدف بررسی قرار داده اند، برخی فاکتورهای استرس شغلی پرستاران را اینگونه شناسایی کرده اند: الف) کنترل شغلی پایین، انتظارات شغلی بالا، و روابط حمایتگرانه شغلی ضعیف (چاپمن^۸، ۱۹۹۳؛ فونگ^۹، ۱۹۹۳؛

-
1. Evans & Wener
 2. Ptacek et al.
 3. international labour organization
 4. Barnett et al.
 5. Niedhammer et al.
 6. Bultmann at al.
 7. Sanne et al.
 8. chapmann
 9. Fong

ویستر و هکت^۱، ۱۹۹۹؛ چنگ و همکاران^۲، ۲۰۰۰؛ لالی و پیرس^۳، ۱۹۹۶؛ ملکواری و همکاران^۴، ۱۹۹۷؛ بابا و همکاران^۵، ۱۹۹۹؛ ونویک^۶، ۱۹۹۷؛ (ب) سر و کار داشتن با بیماری و مرگ، جابجایی بین بخشهای مختلفی درمانی در بیمارستان، حجم بالای کاری (اسنلگرو^۷، ۱۹۹۸؛ کارسون و همکاران^۸، ۱۹۹۶؛ فوکسال و همکاران^۹، ۱۹۹۰؛ هچر و لاشینگر^{۱۰}، ۱۹۹۶؛ هیلی و مک‌کی^{۱۱}، ۱۹۹۹؛ اسنپ و کاوانا^{۱۲}، ۱۹۹۳؛ مورای^{۱۳}، ۱۹۹۸؛ مک‌گیون^{۱۴}، ۱۹۹۷؛ سای^{۱۵}، ۱۹۹۳؛ (ج) فقدان همکاری لازم از سوی بیماران و اعضای خانواده خودشان (والکوت و اروین^{۱۶}، ۱۹۹۲؛ (د) کار شیفی (رابینسون و لوییس^{۱۷}، ۱۹۹۰؛ (ه) ارتباط ضعیف با سوپروایزرها، همکاران و پزشکان (دکر^{۱۸}، ۱۹۹۷؛ مگنیس و همکاران^{۱۹}، ۱۹۹۹؛ واتسون و فلد^{۲۰}، ۱۹۹۶؛ (و) مدیریت همزمان مسئولیت‌های کار و خانواده (شیو^{۲۱}، ۱۹۹۸).

مطالعه ای که با استفاده از پرسشنامه GHQ-12 در بریتانیا بر روی پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان‌ها انجام شد حاکی از شیوع ۲۳ درصدی مشکلات روانی دارد (کلانان و همکاران^{۲۲}، ۲۰۰۱) و یا مطالعه مشابه دیگری در همین کشور روی ۴۰۶ پزشک عمومی با استفاده از همان

1. Webster & Hackett
2. Cheng et al
3. Lally & Pearce
4. Melchior et al
5. Bab et al
6. Van Wijk
7. Snelgrove
8. Carson et al
9. Foxal et al
10. Hatcher & Lasckinger
11. Healy & McKay
12. Snape & Cavanagh
13. Murray
14. McGibbon
15. Tasi
16. Walcott & Ervin
17. Robinson & Lewis
18. Decker
19. Magennis et al
20. Watson & Feld
21. Shiu
22. Clanan et al

پرسشنامه و نقطه برش $2/3$ ، شیوع مشکلات روانی را 52% گزارش نموده است (اپلتون و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعه میدانی دیگری در بریتانیا روی کارکنان NHS^۲ و با استفاده از همان پرسشنامه در دو مقطع زمانی طی سالهای ۹۶-۱۹۹۴ و ۹۸-۱۹۹۶ انجام گرفت، بیش از یک چهارم افراد نمونه مورد بررسی را واجد ملاک های اختلال روانی گزارش نمود (بوریل^۳، ۱۹۹۸). انجمن ملی ایمنی حرفه ای آمریکا، پرستاری را در راس ۴۰ حرفه با شیوع بالای بیماری های مربوط به استرس معرفی کرده و عقیده بر این است که احتمالاً حرفه پرستاری در راس مشاغل پر استرس، در میان مشاغل بهداشتی قرار دارد (فالکنر و مک کی^۴، ۱۹۸۵؛ وگمن^۵، ۲۰۰۰).

در همین راستا سازمان ها تلاش می کنند تا نیروهایی را جذب نمایند که مشکل روانی عمده ای نداشته باشند، اما افراد سالم هم در اثر مواجهه طولانی مدت با عوامل استرس زا دچار عوارضی نظیر اضطراب، خستگی، بی خوابی، کسالت، مشکلات ارتباطی، افسردگی، بیماری های روان تنی، استعمال دخانیات، مشکلات قلبی عروقی، اختلالات خوردن و حتی خودکشی می شوند (تیسدیل^۶، ۲۰۰۶). از همین رو شناسایی دوره ای موارد ابتلا و یا مستعد ابتلا به بیماری های روانی می تواند سازمان ها و افراد را در راستای اقدامات پیشگیرانه و کاهش هزینه های ناشی از افت عملکرد، درمان و غیبت از کار یاری رساند.

این پژوهش به بررسی وضعیت سلامت روانی کارمندان شاغل در دو شرایط کاری متفاوت می پردازد؛ شرایط کاری بیمارستانی که از مشخصات اصلی آن مسئولیت و حجم کاری زیاد، کنترل کاری کم، ارتباط با بیماری و بیماران و کار شیفتی می باشد و در سوی دیگر یکی از سازمان های دولتی غیردرمانی که عمدتاً فاقد مشخصات ذکر شده است. فرضیه های این

-
1. Appleton et al
 2. national health service
 3. Borril
 4. Faulkner & Mackay
 5. Wegman
 6. Teasdale

پژوهش عبارتند از (الف) پرسنل درمانی در مقایسه با پرسنل غیردرمانی به نسبت بیشتری از ناراحتی‌های روحی رنج می‌برند؛ و (ب) زنان در قیاس با مردان به نسبت بیشتری از ناراحتی‌های روحی رنج می‌برند.

مواد و روش کار

پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه شرایط کاری و سلامتی پرداخته‌اند، با برخی ایرادات روش شناختی روبرو بوده‌اند (کالبرگ^۱، ۱۹۹۴؛ کلاین و کوزلوسکی^۲، ۲۰۰۰؛ ماستکاسا^۳، ۱۹۹۲). یکی از این ایرادات سوگیری در افشای احوال شخصی در پرسشنامه‌ها است. این پدیده که عمدتاً به دلیل فقدان اعتماد کامل در محرمانه ماندن اطلاعات و متعاقباً نگرانی از تهدید موقعیت شغلی و یا انگ بیماری روانی صورت می‌گیرد، منجر می‌شود تا برخی از شرکت‌کننده‌ها علیرغم اطمینان بخشی در دستورالعمل پرسشنامه، پروفایل روانی مطلوب‌تری از خود نشان دهند و بدین ترتیب داده‌ها دستخوش تحریف شوند. در این پژوهش برای جلوگیری از این پدیده و اعتمادسازی حداکثر، تلاش شد تا حداقل اطلاعات دموگرافیک از افراد جمع‌آوری شود تا پاسخ‌نامه‌ها به هیچ ترتیب قابل شناسایی نباشند. بدین ترتیب پرسشنامه‌های GHQ-28 صرفاً همراه با فیلد خالی تعیین جنسیت و توضیح مختصری درباره اهداف پژوهش در پاکت‌های در بسته تحویل افراد شد و سپس در موعدهی مقرر توسط یک صندوق‌ساز و درون پاکت‌های در بسته جمع‌آوری شدند.

این مطالعه از نوع کاربردی بوده و در قالب طرح علی-مقایسه‌ای طی زمستان ۱۳۹۱ انجام گرفته است. متغیرهای مستقل عبارتند از جنسیت و نوع سازمان و متغیر وابسته عبارت است از سطح سلامت روانی افراد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) می‌باشد. این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ

-
1. Kalleberg
 2. Klein & Kozlowski
 3. Mastekassa

طراحی شد و دربردارنده ۴ مقیاس علایم جسمانی (A)، اضطراب و بی خوابی (B)، اختلال عملکرد اجتماعی (C) و افسردگی شدید (D) است. این آزمون برای غربالگری اختلالات روانشناختی غیر سایکوتیک تدوین گشته و درصدد یافتن ناراحتی های جدی نیست و ناراحتی های روانی را در یک هفته گذشته بررسی می کند (گلدبرگ^۱، ۱۹۷۲). پرسشنامه GHQ دارای فرم های کوتاه شده ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سوالی است و به طرق مختلف نمره گذاری می شود که در این مطالعه شیوه نمره گذاری لیکرتی ۴ درجه ای (۰-۱-۲-۳) استفاده شده است.

به این ترتیب مجموع کلی نمرات فرم ۲۸ سوالی بین ۰ تا ۸۴ و در هر یک از مقیاس ها بین ۰ تا ۲۱ خواهد بود. نقطه برش کلی ۲۳، و برای هر یک از مقیاس ها ۶ در نظر گرفته شد، زیرا پژوهش نشان داده که بر اساس این نقاط برش حساسیت، ویژگی و اشتباه طبقه بندی آزمون بهینه خواهد بود (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷). پایایی این فرم توسط یک مطالعه ۰/۹۱ محاسبه شده است (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵). گلدبرگ و همکارانش با انجام پژوهش های متعددی نشان داده اند که کارایی فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه تقریباً به اندازه فرم اصلی ۶۰ سوالی است (ویلیامز و همکاران^۲، ۱۹۸۷).

روش جمع آوری نمونه در این پژوهش، نمونه گیری در دسترس بوده و به همین دلیل امکان همسازی وجود نداشته است. تنها معیار شمول، علاقه فرد به همکاری و معیار عدم شمول نیز هرگونه نقص در تکمیل پرسشنامه بوده است. بدین ترتیب برای داده های مربوط به کارکنان بخش غیردرمانی، پرسشنامه GHQ بین ۱۱۲ نفر پرسنل ۳ زیر مجموعه یک سازمان غیر درمانی^۳ در شهر همدان توزیع گشت که از این تعداد ۱۰۰ نفر پرسشنامه را تکمیل نمودند و ۲ پرسشنامه به دلیل عدم ذکر جنیست حذف شدند. جهت جمع آوری داده های پرسنل بخش درمانی ۴ مرکز درمانی، شامل ۱ کلینیک دولتی و ۳ کلینیک خصوصی انتخاب شدند و

1. Goldberg

2. Williams et al.

۳. نام سازمان نزد نگارندگان محفوظ است.

پرسشنامه بین ۲۱۲ نفر پرسنل آنها توزیع گشت که ۱۲۸ پرسشنامه تکمیل گردید و ۳ پرسشنامه ناقص حذف شدند. عدم تمایل قابل ملاحظه پرسنل بخش درمانی به همکاری، جای تامل دارد که در قسمت بحث و نتیجه گیری، بررسی خواهد شد.

داده های مطالعه به کمک نرم افزار SPSS 19 و با استفاده از آزمون χ^2 و OR آنالیز شدند. در مورد آزمون χ^2 نیز با توجه به اینکه اندازه نمونه ها به اندازه کافی بزرگ است نیاز به استفاده از تصحیح Yates نمی باشد.

یافته‌های پژوهش

از مجموع پرسشنامه های توزیع شده بین پرسنل سازمان غیردرمانی ۸۷/۵ درصد افراد و از مجموع پرسنل درمانی ۵۹ درصد افراد علاقمند به همکاری بودند و پرسشنامه ها را بطور کامل تکمیل کردند. ۴۲/۴ درصد شرکت کنندگان پرسنل درمانی را مردان و ۵۷/۶ درصد را زنان تشکیل داده‌اند که این نسبت در پرسنل غیردرمانی به ترتیب ۵۷/۱ و ۴۲/۹ درصد است (جدول ۱). در ادامه نتایج را بر حسب دو فرضیه عنوان شده بررسی می کنیم:

الف) مقایسه وضعیت روانی افراد بر حسب متغیر نوع سازمان (مقایسه بین سازمانی): در این مقایسه متغیر جنسیت را ثابت در نظر گرفته و مقایسه بر اساس نوع سازمان صورت می گیرد. با توجه به طبقه بندی ذکر شده در خصوص نمره گذاری این آزمون، ۴۱/۶ درصد پرسنل درمانی و ۴۹/۰ درصد پرسنل غیر درمانی در شاخص کل، بالاتر از نقطه برش شناسایی شدند. در بین زیر شاخص ها، بیشترین میزان شیوع در هر دو سازمان مربوط به اختلال در عملکرد اجتماعی (C) و کمترین مقدار مربوط به افسردگی شدید (D) بود. در تمامی زیرشاخص ها و نیز شاخص کل، پرسنل غیر درمانی نمرات بالاتری نسبت به پرسنل درمانی کسب کرده‌اند، که این اختلاف در هیچ مورد معنی دار نیست. نمرات پرسنل غیر درمانی مرد در تمامی شاخص ها بالاتر از پرسنل درمانی بود که این اختلاف در مورد علایم جسمانی و افسردگی معنی دار است. نمرات پرسنل غیر درمانی زن در شاخص های A و C بالاتر و در شاخص های B و D پایین تر از

پرسنل درمانی زن بود که این اختلاف در هیچ مورد معنی دار نیست. زنان شاغل در هر دو نوع سازمان نسبت ابتدای یکسانی در شاخص کل کسب کردند. جزییات بیشتر در جدول ۲ آمده است.

(ب) مقایسه وضعیت روانی افراد بر حسب متغیر جنسیت (مقایسه درون سازمانی): در این مقایسه متغیر نوع سازمان ثابت در نظر گرفته شده و مقایسه بر حسب جنسیت صورت گرفته است. در بین پرسنل درمانی در هر دو جنسیت بیشترین شیوع در شاخص C و کمترین شیوع در شاخص D مشاهده می شود. همین وضعیت در مورد پرسنل غیر درمانی در هر دو جنسیت وجود دارد. پرسنل درمانی زن در تمامی شاخص ها نمرات بالاتری نسبت به مردان کسب کرده اند که این اختلاف در مورد شاخص A، D و شاخص کل معنی دار است. پرسنل غیر درمانی زن در شاخص های A، C و شاخص کل نسبت به مردان نمرات بیشتری کسب کردند که اختلاف در هیچ مورد معنی دار نیست، اما پرسنل غیر درمانی مرد در شاخص های B و D بالاتر از زنان هستند که تنها در مورد اخیر، اختلاف معنی دار است. اطلاعات بیشتر در جدول ۳ آمده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد مبتلا به اختلال روانی با استفاده از آزمون GHQ-28 در دو گروه سازمان،

زمستان ۱۳۹۱

نوع سازمان	جنسیت	فراوانی	درصد	مجموع
درمانی	مرد	۵۳	۴۲/۴	۱۲۵
	زن	۷۲	۵۷/۶	
غیردرمانی	مرد	۵۶	۵۷/۱	۹۸
	زن	۴۲	۴۲/۹	

جدول ۲. نتیجه مقایسه وضعیت روانی افراد بر اساس نوع سازمان درمانی / غیردرمانی در شهر همدان،

زمستان ۱۳۹۱

شاخص	گروه	دارای اختلال		نتیجه ($\alpha = 0/05$)									
		فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	CI	OR	p-value							
علائم جسمانی	کل پرسنل	درمانی	۳۶/۰	۴۵	(۰/۸۸۰, ۲/۵۸۹)	۱/۵۰۹	۰/۱۳۴						
		غیردرمانی	۴۵/۹										
	مردان	درمانی	۲۵/۰	۱۳				(۱/۰۱۷, ۵/۲۳۷)	۲/۳۰۸	۰/۰۴۳ *			
		غیردرمانی	۴۲/۹										
	زنان	درمانی	۴۴/۴	۳۲							(۰/۵۸۳, ۲/۶۸۱)	۱/۲۵۰	۰/۵۶۶
		غیردرمانی	۵۰/۰										
اضطراب و بی‌خوابی	کل پرسنل	درمانی	۳۷/۶	۴۷	(۰/۷۵۵۷, ۲/۲۲۴)	۱/۲۹۸	۰/۳۴۳						
		غیردرمانی	۴۳/۹										
	مردان	درمانی	۲۸/۸	۱۵				(۰/۹۲۱, ۴/۵۳۲)	۲/۰۴۳	۰/۰۷۷			
		غیردرمانی	۴۴/۶										
	زنان	درمانی	۴۳/۱	۳۱							(۰/۴۶۰, ۲/۱۴۰)	۰/۹۹۲	۰/۹۸۴
		غیردرمانی	۴۲/۹										
اختلال در عملکرد اجتماعی	کل پرسنل	درمانی	۷۸/۴	۹۸	(۰/۶۲۹, ۲/۳۸۲)	۱/۲۲۵	۰/۵۴۹						
		غیردرمانی	۸۱/۶										
	مردان	درمانی	۷۱/۲	۳۷				(۰/۶۰۹, ۳/۳۵۹)	۱/۴۳۰	۰/۴۱۰			
		غیردرمانی	۷۶/۸										
	زنان	درمانی	۸۳/۳	۶۰							(۰/۴۸۳, ۴/۵۴۰)	۱/۴۸۰	۰/۴۹۳
		غیردرمانی	۸۸/۱										
افسردگی	کل پرسنل	درمانی	۱۵/۲	۱۹	(۰/۶۱۹, ۲/۵۴۶)	۱/۲۵۵	۰/۵۲۷						
		غیردرمانی	۱۸/۴										
	مردان	درمانی	۵/۸	۳				(۱/۴۹۵, ۲۰/۶۴۶)	۵/۵۵۶	۰/۰۰۵ *			
		غیردرمانی	۲۵/۰										
	زنان	درمانی	۲۲/۲	۱۶							(۰/۱۱۴, ۱/۱۸۸)	۰/۳۶۸	۰/۰۸۵
		غیردرمانی	۹/۵										
۷۰	کل پرسنل	درمانی	۴۱/۶	۵۲	(۰/۷۹۱, ۲/۲۹۵)	۱/۳۴۸	۰/۲۷۱						

			۴۹/۰	۴۸	غیردرمانی	
			۳۰/۸	۱۶	درمانی	مردان
۰/۰۵۴	۲/۱۵۳	(۰/۹۸۱, ۴/۷۲۸)	۴۸/۲	۲۷	غیردرمانی	
			۵۰/۰	۳۶	درمانی	زنان
۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	(۰/۴۶۷, ۲/۱۴۱)	۵۰/۰	۲۱	غیردرمانی	

جدول ۳. نتیجه مقایسه وضعیت روانی افراد بر اساس جنسیت بین دو نوع سازمان در شهر همدان، زمستان

۱۳۹۱

شاخص	گروه	دارای اختلال		نتیجه ($\alpha = 0.05$)		
		فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	CI	OR	p-value
سلامت جسمانی	مردان	۱۳	۲۵/۰	(۰/۱۸۶, ۰/۸۸۶)	۰/۴۰۶	۰/۰۲۲ *
	زنان	۳۲	۴۴/۴			
	مردان	۲۴	۴۲/۹	(۰/۳۳۶, ۱/۶۷۵)	۰/۷۵۰	۰/۴۸۴
	زنان	۲۱	۵۰/۰			
اضطراب و بی‌خوابی	مردان	۱۵	۲۸/۸	(۰/۲۴۵, ۱/۱۱۴)	۰/۵۲۲	۰/۰۹۱
	زنان	۳۱	۴۳/۱			
	مردان	۲۵	۴۴/۶	(۰/۴۸۰, ۲/۴۱۰)	۱/۰۷۵	۰/۸۶۲
	زنان	۱۸	۴۲/۹			
اختلال در عملکرد	مردان	۳۷	۷۱/۲	(۰/۱۹۷, ۱/۰۸۶)	۰/۴۶۳	۰/۰۷۳
	زنان	۶۰	۸۳/۳			
	مردان	۴۳	۷۶/۸	(۰/۱۴۶, ۱/۳۷۲)	۰/۴۴۷	۰/۱۵۲
	زنان	۳۷	۸۸/۱			
افسردگی	مردان	۳	۵/۸	(۰/۰۵۸, ۰/۷۶۴)	۰/۲۱۰	۰/۰۱۱ *
	زنان	۱۶	۲۲/۲			
	مردان	۱۴	۲۵/۰	(۰/۹۵۹, ۱/۴۵۸)	۳/۱۶۷	۰/۰۵۰ *
	زنان	۴	۹/۵			
شاخص کل	مردان	۱۶	۳۰/۸	(۰/۲۰۵, ۰/۹۱۲)	۰/۴۳۲	۰/۰۲۶ *
	زنان	۳۶	۵۰/۰			
	مردان	۲۷	۴۸/۲	(۰/۴۱۸, ۲/۰۷۳)	۰/۹۳۱	۰/۸۶۲
	زنان	۲۱	۵۰/۰			

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه وضعیت سلامت روانی کارکنان دو بخش درمانی و غیردرمانی در شهر همدان انجام شد. بر اساس نتایج حاصل، ۴۱/۶ درصد پرسنل درمانی و ۴۹ درصد پرسنل غیردرمانی دچار اختلال روانی بودند. پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در نقاط مختلف ایران بین سالهای ۱۳۵۳ تا ۱۳۸۲، شیوع اختلالات روانی را بین ۱۲/۵ تا ۲۳/۸ درصد گزارش نموده‌اند (احمدوند و همکاران، ۱۳۸۹). طرح ملی سلامت نیز که طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۸ اجرا گردید آشکار ساخت که ۱۴/۹ درصد مردان و ۹/۲۵ درصد زنان و در کل ۲۱٪ افراد شرکت‌کننده در طرح، مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند (نوربالا و محمد، ۱۳۷۹). نتایج این مطالعه در مقایسه با پژوهش‌های یاد شده که سلامت روانی را در جمعیت عادی بررسی کرده‌اند، حکایت از تفاوت قابل ملاحظه شیوع اختلالات روانی در جمعیت مورد بررسی دارد. این پژوهش در قیاس با برخی مطالعاتی که جامعه پرستاری را مورد مطالعه قرار داده‌اند نیز شیوع بالاتر مشکلات روانی را در پرسنل درمانی همدان نشان می‌دهد. برای نمونه اسد زندی در تهران، ۲۶٪ (۱۳۸۸)، زمانیان در شیراز، ۲۸/۷٪ (۱۳۸۶)، محمودی در تهران، ۲۵/۶٪ (۱۳۸۷)، حموله در نجف آباد، ۱۸/۹٪ (۱۳۹۰)، و حجتی در گلستان، ۲۸/۹٪ (۱۳۸۹) پرسنل پرستاری را تحت فشار روانی گزارش نموده‌اند. اما نتایج شهرکی واحد در زابل (۱۳۸۹) و رئیسی در تهران (۱۳۸۱) که به ترتیب شیوع ۴۲/۷ و ۴۳/۲ درصدی اختلال روانی را بین پرستاران گزارش کرده‌اند همخوان با نتایج این پژوهش است. مطالعات کمتری به بررسی وضعیت سلامت روانی پرسنل سازمانهای غیردرمانی پرداخته‌اند که از جمله آنها می‌توان به اصغرنژاد (۱۳۸۹) اشاره کرد که شیوع ۱۰/۹ درصدی اختلالات روانی را بین کارمندان بانکی در تهران با استفاده از GHQ نشان می‌دهد که تفاوت بسیاری با پژوهش پیش رو دارد.

یکی از عوامل عمده و تاثیرگذار در بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در این مطالعه نسبت به سایر مطالعات می‌تواند مربوط به مقطع زمانی انجام پژوهش باشد که متاثر از شرایط

کلان جامعه از منظر اقتصادی و اجتماعی است. شرایط متفاوت زندگی در شهرهای مختلف از منظر امکان اشتغال، فضای فرهنگی، امکانات رفاهی و تفریحی را نیز نباید از نظر دور داشت. سایر متغیرهای تاثیر گذار عبارتند از نقاط برش متفاوت، نحوه جمع آوری داده‌ها و استفاده از ابزارهای اندازه گیری متفاوت.

در رابطه با فرضیه اول مبنی بر شیوع بیشتر اختلالات روانی در پرسنل درمانی، تفاوت معنی داری در هیچ یک از شاخص‌ها بین دو سازمان یافت نشد. تنها تفاوت معنی دار مربوط به زیر شاخص افسردگی و علائم جسمانی بین پرسنل مرد دو سازمان بود، طوریکه شیوع افسردگی در پرسنل غیردرمانی تقریباً ۵ برابر ($OR= 5/556$) و علائم جسمانی نیز تقریباً ۲ برابر ($2/308$) $OR=$ پرسنل درمانی به دست آمد. طبق فرضیه پیشنهادی انتظار می رفت پرسنل درمانی با در نظر گرفتن استرس‌زاهای خاص شغلی ابتلای بیشتری به اختلالات روانی داشته باشند، که این فرضیه رد شد. برای تبیین این مساله ابتدا باید شناخت دقیق تری نسبت به عوامل استرس‌زای سازمان غیردرمانی مورد بررسی پیدا کنیم. مطالعات متعددی استرس‌زاهای محیط‌های بیمارستانی را مطالعه کرده‌اند اما مطالعات کمتری به این موضوع در سازمانهای غیردرمانی پرداخته‌اند. از سوی دیگر سبک مدیریتی ادارات را نیز باید مد نظر قرار داد. به این صورت که در سبک مدیریتی سلیقه محور، شرایط برای پرسنل قابل پیش بینی نیست و تغییر پذیری بالایی دارد، بنابراین فرد حس کنترل بر امور را از دست داده و دائم در شرایط گوش به زنگی و ترصد به سر می برد و این قضیه به نوبه خود منجر به اضطراب مزمن می شود. اما در سبک مدیریتی قانون محور، از آنجا که چارچوبی مشخص و قابل پیش بینی برای امور وجود دارد، پرسنل احساس امنیت و آرامش بیشتری می کنند. نوع قرارداد افراد با سازمان‌ها نیز مهم است. افرادی که استخدام رسمی نیستند (شرکتی، قراردادی) حاشیه امنیت کمتری برای آینده شغلی خود احساس می کنند ضمن اینکه این موضوع تحت مدیریت سلیقه محور تشدید می یابد.

نکته‌ی دیگر اینکه برخی پرسنل درمانی امکان بیشتری برای اضافه کار و یا اشتغال همزمان در مکانی دیگر را دارند که این موضوع به کاهش استرس‌های ناشی از فشار مالی کمک

می‌کند، اما این امکان عمدتاً برای پرسنل سازمان‌های غیردرمانی وجود ندارد. با در نظر گرفتن این موضوع شاید شیوع بالاتر افسردگی و علائم جسمانی در پرسنل مرد سازمان غیردرمانی که بطور سنتی مسئولیت مدیریت مالی خانواده را بعهده دارند دور از انتظار نباشد. در مورد فرضیه دوم مبنی بر شیوع بیشتر اختلالات روانی در زنان، تنها در بخش درمانی تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان مشاهده شد (۵۰ درصد زنان در برابر ۳۰/۸ درصد مردان). این تفاوت در زیرشاخص افسردگی و علائم جسمانی بین پرسنل درمانی نیز یافت شد، طوریکه علائم جسمانی در زنان تقریباً ۲ برابر ($OR= ۰/۴۰۶$) و افسردگی نیز تقریباً ۴ برابر ($OR= ۰/۲۱۰$) مردان مشخص شد. مساله قابل توجه، شیوع ۳ برابری افسردگی در پرسنل غیردرمانی مرد نسبت به زنان است. در اینجا باید به دو نکته توجه داشت. اولاً توزیع مشاغل بین دو جنس متفاوت بوده و بعلاوه زنان گرایش بیشتری به گزارش مشکلات روحی و روانی خود دارند (دوژونگ و همکاران^۱، ۲۰۰۰؛ پوگلیسی^۲، ۱۹۹۹؛ استانسفیلد و همکاران^۳، ۱۹۹۹؛ مک‌دونو^۴، ۲۰۰۰). ثانیاً با توجه روش خاصی که در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد، صرفاً افرادی که واقعا علاقمند به همکاری بوده‌اند پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. این موضوع در بین مردان اهمیت بیشتری پیدا می‌کند، زیرا این احتمال وجود دارد مردانی که بیشتر خود را تحت فشار روانی احساس می‌کردند تمایل بیشتری به آگاهی از وضعیت روانی خود نشان دهند و همین موضوع می‌تواند منجر به کاهش اختلاف شیوع اختلالات بین دو جنس شود. یکی از تفاوت‌های پژوهش پیش رو با پژوهش‌های قبلی نحوه جلب همکاری افراد بود که حداکثر آزادی را برای همکاری یا عدم همکاری فرد فراهم می‌نمود. تحت این شرایط، ۴۱ درصد پرسنل درمانی و ۱۲/۵ درصد پرسنل غیردرمانی علاقه‌ای به همکاری نشان ندادند. این موضوع می‌تواند دو چالش را مطرح نماید؛ اول اینکه آیا شیوه فعلی پژوهشگران در توزیع و

-
1. De Jonge et al
 2. Pugliesi
 3. Stansfeld et al
 4. McDonough

جمع آوری پرسشنامه‌ها که به نوعی افراد را برای همکاری تحت محذورات قرار می‌دهد، صحت و دقت لازم را دارد؟ بسیار مشاهده شده که در راستای انجام طرح‌های تحقیقاتی در دانشگاه‌ها و یا سازمان‌ها، افراد به اکراه و بدون دقت و تمرکز لازم و صرفاً برای رفع تکلیف اقدام به تکمیل سرسری پرسشنامه‌ها می‌نمایند. اما از سوی دیگری شیوه به کار گرفته شده توسط پژوهشگر جامعه مورد مطالعه را محدود به افراد واقعاً علاقمند به همکاری می‌کند که شاید از مفهوم نمونه معرف فاصله بگیرد. برای حل این چالش باید رویکردی دیالکتیک در پیش گرفت که ضمن فراهم آوردن آزادی نسبی برای افراد بتوان حداکثر همکاری آنها را نیز جلب نمود تا نمونه حاصل به اندازه کافی معرف جامعه مورد بررسی باشد. پاره‌ای پیشنهادات برای پژوهش‌های آتی عبارتند از: الف) تفکیک مراکز درمانی دولتی و خصوصی، ب) تکرار در سایر سازمانهای غیردرمانی، ج) شناسایی عوامل استرس‌زا در سازمان غیردرمانی مورد مطالعه، و د) تکرار این پژوهش در همین سازمان اما در زمانی دیگر و تحت مدیریتی متفاوت، جهت بررسی تاثیر سبک مدیریتی بر سلامت روانی پرسنل.

منابع

- باچر، جیمز؛ مینکا، سوزان (۲۰۰۷). *آسیب شناسی روانی جلد اول*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات ارسباران.
- احمدوند ا.، سپهرمنش ز.، قریشی ف.، عصاریان ف.، موسوی غ.، ساعی ر.، اعتصام ف. (۱۳۸۹). بررسی شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی شهر کاشان در سال ۱۳۸۷. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۶، شماره ۲، ۱۶-۲۴.
- اسدزندی م.، سیاری ر.، عبادی ع.، سنایی نسب ه. (۱۳۸۸). وضعیت سلامت روان در پرسنل نظامی. *طب نظامی*، دوره ۱۱ شماره ۳، ۱۴۵-۱۳۱.
- اصغرنژاد فرید ع. ا.، مرادی ش.، زنونزیاں س. (۱۳۸۹). رابطه بین سلامت روان و هوش هیجانی کارکنان بانک مسکن. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی، دوره ۲ شماره ۴، ۹-۲۷.

- پالاهنگ ح.، نصر م.، براهنی م. ت.، شاه محمدی د. (۱۳۷۵). بررسی همه گیر شناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. اندیشه و رفتار، ۴، ۲۷-۱۹.
- حجتی ح.، طاهری ن.، شریف نیا س. ح. (۱۳۸۹). بررسی سلامت روان و سلامت جسمانی در پرستاران شب کار شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان در سال ۱۳۸۷-۸۸. فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره ۸ شماره ۳، ۱۴۹-۱۴۴.
- رئسی پ.، توکلی گ. (۱۳۸۱). تاثیر استرس‌های شغلی مدیران بیمارستان‌ها و مترونها در پرستاری بر سلامت روانی و عملکرد شغلی آنان. مجله پژوهشی حکیم، دوره ۵ شماره ۴، ۲۴۷-۲۵۴.
- زمانیان اردکانی ز.، کاکویی ح.، آیت‌اللهی م.، کریمیان س. م.، نسل سراجی ج. (۱۳۸۶). بررسی وضعیت روانی پرستاران شاغل در بیمارستانهای شیراز. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۵، شماره ۴، ۵۴-۴۷.
- شهرکی واحد ع.، مردانی حموله م.، سنجولی ج.، حامدی شهرکی س. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط سلامت روانی و استرس شغل در پرستاران. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره ۸ شماره ۳، ۴۰-۳۴. محمودی ح.، سیرتی نیر م.، عبادی ع.، تدریسی س. د.، طیبی ع. (۱۳۸۷). بررسی میزان فشار روانی در پرستاران بیمارستان‌های منتخب شهر تهران. دو ماهنامه پرستاری ایران، ۵۶، ۵۳-۴۷.
- مردانی حموله م.، شهرکی واحد ع.، ابراهیمی ا. (۱۳۹۰). وضعیت سلامت روانی کارکنان پرستاری. نشریه پرستاری ایران، ۷۴، ۳۸-۲۵.
- نوربالا ا. ع.، محمد ک. (۱۳۷۹). خلاصه گزارش طرح ملی سلامت و بیماری در ایران. فصلنامه حکیم، دوره ۳ شماره ۳، ۱۹۲-۱۷۳.
- نوربالا، ا. ع.، باقری یزدی، ع.، محمد ک. (۱۳۸۷). اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری اختلال روانپزشکی در شهر تهران-۱۳۸۰. فصلنامه حکیم، دوره ۱۱، شماره ۴، ۵۳-۴۷.

- Appleton, K., House, A., & Dowell, A. (1998). A survey of job satisfaction, source of stress and psychological symptoms among GPs in Leeds. *British Journal of General Practice*, 48, 1059-1063.
- Baba, V., Galperin, B., Lituchy, T. (1999). Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies* 36, 163-169.
- Barnett, R. C., Gareis, K., & Brennan, R. T. (1999). Fit as a mediator of relationship between work hours and burnout. *Journal of occupational health psychology*, 4, 307-317.
- Borrill, C. S., Wall, E. D., & West, M. A., et al. (1998). Stress among staff in NHS Trusts: Institute of Work Psychology, University of Sheffield.
- Bultmann, U., Kant, I., van Amelsvoort, L. G., van den Brandt, P. A., & Kasl, S. V. (2001). Differences in fatigue and psychological distress across occupations: Results from the Maastricht Cohort Study of Fatigue atWork. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 976-983.
- Carson, J., Brown, D., Fagin, L., Leary, J., Barlett, H. (1996). Do larger caseloads cause greater stress in community mental health nurses? *Journal of Clinical Nursing* 5, 133-134.
- Chapman, J. (1993). Collegial support linked to reduction of job stress. *Nursing Management*, 24, 52-54.
- Cheng, Y., Kawachi, I., Coakley, E., Schwartz, J., Colditz, G. (2000). Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: Prospective study. *British Medical Journal* 320, 1432-1436.
- Clanan, M., Wainwright, D., Forsythe, M., Wall, B., Almond, S. (2001). Mental health and stress in the workplace: the case of general practice in the UK. *Social Science and Medicine*, 52, 499- 507.
- Decker, F. (1997). Occupational and non-occupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in Nursing and Health* 20, 453-464.
- De Jonge, J., Reuvers, M. M., Houtman, I. L., & Kompier, M. A. (2000). Linear and nonlinear relations between psychological job characteristics, subjective outcomes, and sickness absence: Baseline results from SMASH. Study on musculoskeletal disorders, absenteeism, stress, and health. *Journal of occupational health psychology*, 5, 256- 268.
- Evans, G. W., & Wener, R. E. (2006). Rail commuting duration and passenger stress. *Health psychology*, 28, 408-412.
- Faulkner, N. and Mackay, E.C. (1985). Stress in the work place public health and hospitals nurses. *The Canadian Nurses*. pp. 40-55.
- Fong, C. (1993). A longitudinal study of the relationships between overload, social support and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education* 32, 24-29.
- Foxall, M., Zimmerman, L., Standley, R., Bene, B. (1990). A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical-surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing* 15, 577-584.

- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University press, London.
- Hatcher, S., Laschinger, H. (1996). Staff nurses' perceptions of job empowerment and level of burnout: a test of Kanter's theory of structural power in organizations. *Canadian Journal of Nursing Administration* 9, 74-94.
- Healy, C., McKay, M. (1999). Identifying sources of stress and job satisfaction in the nursing environment. *Australian Journal of Advanced Nursing* 17, 35-39.
- International Labour Organization (ILO). (2000). *Mental health in the workplace*. Available: <http://www.ilo.org/> [2013, 11 July].
- Lally, I., Pearce, J. (1996). Intensive care nurses' perceptions of stress. *Nursing Critical Care* 1, 17-25.
- Kalleberg, A. (1994). Studying employers and their employees: Comparative approaches. *Acta Sociologica*, 37, 223-229.
- Klein, K. J., & Kozlowski, S. W. J. (2000). From micro to mesocritical steps in conceptualizing and conducting multilevel research. *Organizational Research Methods*, 3(3), 211-236.
- Magennis, C., Slevin, E., Cunningham, J. (1999). Nurses' attitudes to the extension and expansion of their clinical roles. *Nursing Standards* 13, 32-36.
- Mastekaasa, A. (1992). Organizational contexts and individual behaviour. *Acta Sociologica*, 37, 141-150.
- McDonough, P. (2000). Job insecurity and health. *International journal of Health Services*, 30, 453-476.
- McGibbon, G. (1997). The ward sister/charge nurse as 'on-site' manager. *Nursing Standards* 11, 24-37.
- Melchior, M., Bours, G., Schmitz, P., Wittrich, Y. (1997). Burnout in psychiatric nursing: a meta-analysis of related variables. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing* 4, 193-201.
- Murray, R. (1998). From outside the walls: a qualitative study of nurses who recently changed from hospital-based practice to home health care nursing. *Journal of Continuing Education Nursing* 29, 55-60.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I., & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24, 197-205.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Zanas, J. (1992). Gender, Appraisal and coping: A longitudinal analysis. *Journal of personality*, 60, 747-770.
- Pugliesi, K. (1999). The consequences of emotional labor: effects on work stress, job satisfaction, and well-being. *Motivation and emotion*, 23, 125-154.
- Robinson, J., Lewis, D. (1990). Coping with ICU work-related stressors: a study. *Critical Care Nurse* 10, 80-88.
- Rutledge, T., Stucky, E., Dollarhide, A., Shively, M., Jain, S., Wolfson, T., Dresshaus, T. (2009). A real-time assessment of work stress in physicians and nurses. *Health psychology*, 28, 194-200.

- Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. (2003). Occupational differences in levels of anxiety and depression: The Hordaland health study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 628–638.
- Shiu, A. (1998). Work and family role juggling and mood states of Hong Kong publichealth nurses with children. *Journal of Advanced Nursing* 28, 203–211.
- Shouksmith, G., & Taylor, J. E. (1997). The interaction of culture with general job stressors in air traffic controllers. *International journal of aviation psychology*, 7, 343-352.
- Snape, J., Cavanagh, S. (1993). Occupational stress in neurosurgical nursing. *Intensive Critical Care Nursing* 9, 62–70.
- Snelgrove, S. (1998). Occupational stress and job satisfaction: a comparative study of health visitors district nurses and community psychiatric nurses. *Journal of Nursing Management* 6, 97–104.
- Spector, P. E. (2002). Employee control and occupational stress. *Current directions in psychological science*, 11, 133-136.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorder: Prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56, 302-307.
- Teasdale, E. L. (2006). Workplace stress. *Psychiatry*, 5, 251-254.
- Tsai, S. (1993). Chinese nurse stress in Taiwan, Republic of China. *Issues in Mental Health Nursing* 14, 275–285.
- Van Wijk, C. (1997). Factors influencing burnout and job stress among military nurses. *Military Medicine* 162, 707–710.
- Walcott-McQuigg, J., Ervin, N. (1992). Stressors in the workplace: community health nurses. *Public Health Nursing* 9, 65–71.
- Watson, P., Feld, A. (1996). Factors in stress and burnout among pediatric nurses in a general hospital. *Nursing Practise in New Zealand* 11, 38–46.
- Webster, L., Hackett, R. (1999). Burnout and leadership in community mental health systems. *Administrative Policy in Mental Health* 26, 387–399.
- Wegman, H. (2000). *Occupational health*. Lippincott and Wiking.
- Williams, P., Goldberg, D., and Mari, J. (1987). The validity of GHQ questionnaire. *Social Psychiatry*. 21, pp. 15.
- World Health Organisation (WHO). (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Available: <http://www.who.int/whr/2001/en/> [2013, 17 July].