مقاله پژوهشی

ارتباط ابعاد سلامت روان با حمایت اجتماعی درک شده در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۷

مریم تفویضی زواره[۱]، نگاه توکلی فرد[۲]، فاطمه صابر[۳]، فرشته زمانی علویجه[×٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۷/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۱۰/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به علت سروکار داشتن با اقشار جامعه نیاز به سلامت روان کامل برای ادامه حرفه خود دارند. از طرفی حمایت اجتماعی از عوامل تأثیرگذار در سلامت روان افراد محسوب می‌شود و کمک می‌کند تا آن‌ها با شرایط استرس‌زا و اضطراب‌آور کنار آمده و آسیب‌های روانی کم‌تری را تجربه کنند. لذا این مطالعه باهدف بررسی ارتباط سلامت روان با حمایت اجتماعی درک شده ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شاغل در شهرستان اصفهان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بر روی ۴۰۰ نفر از مراقبین سلامت و بهورزان شاغل در سیستم بهداشتی درمانی شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۷ انجام شد. روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای از نوع تصادفی طبقه‌بندی شده بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ۳ قسمتی شامل ۱- مشخصات فردی، ۲- وضعیت سلامت روان (اضطراب، افسردگی و استرس) و ۳- حمایت اجتماعی درک شده جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۴ از طریق تحلیل رگرسیون و ضریب همبستگی تجزیه‌وتحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه۸/۳±۳۸/۶ بود. در این مطالعه وضعیت سلامت روان با نمره حمایت اجتماعی درک شده رابطه معنی‌دار و معکوس داشتند. همچنین نتایج به‌دست‌آمده نشان دادند که سن، تعداد فرزندان، سابقه کاری با ابعاد سلامت روان (اضطراب ، افسردگی و استرس) و حمایت اجتماعی درک شده دارای همبستگی معکوس و معنی‌داری هستند ($P < ۰/۰۵$) . در این مطالعه افراد مطلقه و بیوه سطح افسردگی، استرس و اضطراب بالاتری داشته و حمایت اجتماعی پایین‌تری را گزارش کردند.

بحث و نتیجه‌گیری: در این مطالعه، بین سلامت روان و حمایت اجتماعی درک شده رابطه معنی‌داری وجود داشت و این ارتباط با توجه به عوامل جمعیت شناختی متغیر بوده است. بنابراین نتایج مطالعه حاضر می‌تواند به برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات باهدف ارتقا کیفیت و کمیت شبکه‌های حمایتی به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر جهت غلبه بر استرس‌های شغلی و درنهایت ارتقا وضعیت سلامت روان کارکنان کمک کند.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، حمایت اجتماعی درک شده ، عوامل جمعیت شناختی، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

مجله پرستاری و مامایی ، دوره هفدهم، شماره ۱۲، پی‌درپی ۱۲۵، اسفند ۱۳۹۸، ص ۹۸۴-۹۷۵

آدرس مکاتبه: اصفهان، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، تلفن: ۰۳۱۳۷۹۲۳۲۹۲

Email: fe.zamani@gmail.com

مقدمه

سلامت روان یکی از ابعاد اصلی سلامت عمومی است و ارتقاء آن در جامعه و در کارکنان بخش‌های مختلف ازجمله نظام سلامت، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است(۱،۲). بر اساس نتایج مطالعات انجام‌شده، بیش از ۵۰ درصد جمعیت عمومی در کشورهای با درآمد بالا و متوسط حداقل از یک اختلال روانی در

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش جامعه نگر در نظام سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی گروه آموزش بهداشت ، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، ایران

۲ استادیار، گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

۳ دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت،کمیته تحقیقات دانشجویی گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، ایران

٤ دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

مقطعی از زندگی رنج برده‌اند(۳). در سال ۲۰۱۰ اختلالات روانی و سوءمصرف مواد ۱۰/۴ درصد از بار بیماری‌ها و علت اصلی سال‌های زندگی توأم با ناتوانی را بین همه بیماری‌ها به خود اختصاص داده‌اند(۴). شیوع اختلالات روانی در گروه‌های مختلف جامعه متفاوت است و تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد. یکی از عوامل بسیار حائز اهمیت در این راستا شغل است که از طریق در معرض قرار دادن کارکنان با عوامل مختلف، سلامت روان آن‌ها را مورد تهدید قرار می‌دهد(۵). مطالعه‌ای در کارمندان شاغل در هنگ‌کنگ نشان داد که سلامت روان تعداد زیادی از آن‌ها در شرایط مطلوبی نیست، به‌طوری‌که یک‌سوم (۳۱درصد) آن‌ها از اضطراب و یک‌چهارم (۲۴درصد) آن‌ها از افسردگی رنج می‌بردند(۶).

سلامت روان وضعیتی از بهزیستی است که در آن هر فردی می‌تواند توانایی بالقوه خود را محقق سازد، با فشارهای عادی زندگی کنار بیاید، به‌صورت مؤثر و سودمندانه ای در حوزه وظایف شغلی خود کار کند و درنهایت قادر به کمک به جامعه خود باشد(۷). شناسایی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در کارکنان حوزه‌های شغلی مختلف در هر جامعه لازم است تا بتوان مداخلات مناسب برای ارتقای سلامت و کارایی آن‌ها فراهم نمود(۶). این موضوع در مراقبین سلامت به علت حجم کاری و تنوع زیاد در وظایف محوله از اهمیت بسزایی برخوردار است (۸). به این خاطر که وضعیت سلامت روانی آن‌ها می‌تواند درنهایت بر چگونگی و اثربخشی ارائه خدمات بهداشتی تأثیر بسزایی داشته باشد(۹). در مطالعه‌ای در کارکنان بیمارستان یکی از شهرهای ایران، شیوع اختلالات روانی ۴/۲۹ درصد گزارش شده بود(۱۰). شغل نه‌تنها می‌تواند بر سلامت روان افراد تأثیرگذار باشد، بلکه وضعیت شغلی و کیفیت آن متقابلاً می‌تواند از وضعیت سلامت روان کارکنان تأثیر پذیرد. به‌طوری‌که سازمان بین‌المللی کار، اختلالات روانی اجتماعی را یکی از دلایل عمده بیماری، غیبت از کار و مرگ در محیط کار در سراسر جهان اعلام کرده است. مشکلات سلامت روان در محیط کار، ممکن است از طریق افزایش خطاهای شغلی، تصمیم‌گیری ضعیف، از دست رفتن انگیزه و تعهد کاری و همچنین تنش و تعارض با همکاران موجب کاهش کارایی کارکنان شود(۱۱).

در هریک از مطالعات قبلی، عوامل مرتبط با سلامت روان متفاوت گزارش شده است، گاهی عواملی مانند تحصیلات (۱۲، ۱۳) و جنسیت (۱۴) و گاهی نیز حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و سایر افراد مهم (۱۵-۱۷) در سلامت روان مؤثر تلقی شده‌اند. اما آنچه استنباط می‌شود این است که نقش این عوامل در گروه‌های مختلف شغلی متفاوت است(۱۸) . برخی مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی از جانب مسئول، همکار و خانواده نه‌تنها می‌تواند خودارزشی، اعتمادبه‌نفس و عملکرد شغلی افراد را تقویت می‌کند(۱۹). بلکه دارای تأثیر تعدیل‌کننده‌ای بر عوامل استرس‌زای روانی و اجتماعی محیط کار و پیامدهای ناخوشایند آن دارد و ممکن است با وضعیت سلامتی و رفاه کارکنان مرتبط باشد(۲۰). علاوه بر این حمایت اجتماعی پایین با از دست دادن شغل و فرسودگی شغلی ارتباط دارد(۱۷). با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات فوق، یکی از عوامل بسیار مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان، حمایت اجتماعی درک شده است. حمایت اجتماعی نشان‌دهنده مقدار حمایتی است که یک شخص درک می‌کند و دریافت آن را گزارش می‌کند (۲۱). بنابراین حمایت اجتماعی بالا عاملی در سازگاری با استرس، بیماری (۲۲)و پایین آمدن میزان ابتلا و مرگ‌ومیر در نظر گرفته می‌شود (۲۳). از آن گذشته رفتار و عملکرد کارکنان مرتبط با سلامت می‌تواند متأثر از این موارد باشد.(۱۵) مسئله اصلی که در پژوهش حاضر دنبال می‌شود بررسی وضعیت سلامت روان در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شهرستان اصفهان و همچنین بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روان است. این مطالعه در پی آن است تا مشخص نماید که برحسب متغیرهای جمعیت شناختی کارکنان، کدام گروه به لحاظ روانی آسیب‌پذیرتر و یا از حمایت‌های کم‌تری برخوردار می‌باشند. به همین دلیل مطالعه ذیل باهدف تعیین ارتباط ابعاد سلامت روان با حمایت اجتماعی درک شده ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شاغل در شهرها و روستاهای شهرستان اصفهان در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که در جامعه آماری ارائه‌دهندگان سطح اول خدمات سلامت، شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان اصفهان در شهرستان در سال ۱۳۹۷ انجام شد. این کارکنان در شهرها، مراقب سلامت و در روستاها بهورز نامیده می‌شوند. حجم نمونه با در نظر گرفتن دامنه اطمینان آماری ۹۵ درصد و توان مطالعه ۸۰ درصد، با استفاده از فرمول برآورد یک متغیر کیفی، و دقت آماری ۵ صدم، و در نظر گرفتن شیوع افسردگی ۵۰ درصد در کارکنان بهداشتی، بیشترین حجم نمونه محاسبه شد. حجم نمونه نهایی ۴۰۰ نفر به‌دست آمد که با در نظر گرفتن ۱۰ درصد احتمال ریزش حجم نمونه نهایی ۴۴۰ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای از نوع تصادفی طبقه‌بندی شده بود. بدین‌صورت که متناسب با نسبت مراقب سلامت و بهورز در هریک از دو شبکه واقع در شهرستان اصفهان، نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی از هر طبقه انجام شد. به‌این‌ترتیب، ۲۳۸ نفر در شبکه شماره ۱ (واقع در شرق اصفهان) و ۱۶۲ نفر در شبکه شماره ۲ (واقع در غرب اصفهان) وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه، سابقه کاری بالاتر از ۶ ماه، عدم سابقه بیماری روانی و تمایل و رضایت کامل

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

جهت شرکت در پژوهش، و معیارهای خروج از مطالعه افرادی با سابقه بیماری روانی و افرادی که پرسشنامه‌ها را به‌صورت ناقص پرکرده بودند..

جمع‌آوری اطلاعات با ابزار ۳ قسمتی انجام شد: ۱)شامل مشخصات فردی، با ۹ سؤال درزمینه‌ی سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، محل سکونت، دارا بودن شغل دوم، سطح تحصیلات، سابقه کاری، نوع استخدام ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

۲) وضعیت سلامت روان با استفاده از پرسشنامه افسردگی، استرس و اضطراب (DASS) ، اندازه‌گیری شد. این قسمت شامل ۲۱ سؤال در ۳ بعد افسردگی، استرس و اضطراب بود. هر بعد شامل ۷ سؤال ۴ گزینه‌ای با نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت۴ درجه ایی (۰=اصلاً تا ۳=زیاد) صورت گرفت. دامنه‌ی نمرات و امتیازات ابعاد افسردگی،اضطراب و استرس بین صفر تا ۲۱ متغیر بود. لوی باند و لوی باند پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای هر سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ گزارش کردند(۲۴). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط فیاضی در سال ۲۰۱۵ در ایران بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است و آلفای کرونباخ برای بعد افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب۰،۷۴،۰،۸۵و ۰،۸۳ به‌دست آمده است (۲۵).

۳) اندازه‌گیری حمایت اجتماعی درک شده بر اساس پرسشنامه حمایت اجتماعی درک شده شربورن و استوارت (۱۹۹۱) انجام شد. این قسمت شامل ۱۹ سؤال به‌صورت لیکرت پنج گزینه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، گاهی اوقات، به ندرت و هیچ وقت) با امتیاز ۵ به گزینه همیشه و امتیاز ۱ به گزینه هیچ وقت بود. حمایت اجتماعی درک شده در این پرسشنامه در ۵ بعد حمایت ملموس(۱۰تا ۵۰ نمره)، حمایت هیجانی(۴ تا ۲۰ نمره)، اطلاع رسانی(۳ تا ۱۵نمره)، مهربانی و تعامل اجتماعی مثبت(۲ تا ۱۰ نمره) مورد سنجش قرار گرفت. برای به‌دست آوردن امتیاز حمایت اجتماعی، نمرات مربوط به سؤالات هر بعد با یکدیگر جمع گردیده و میانگین امتیازات محاسبه شد. نمره‌ی بالای آزمودنی در این مقیاس بیانگر برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوبی بود. شربورن و استوارت ضرایب پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ملموس، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی و مقیاس کل به‌ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۶ ، ۰/۹۲ ، ۰/۹۴ ، ۰/۹۱ ، ۰/۹۷ گزارش کردند(۱۹). در مطالعه‌ای که توسط خوشدل و همکارانش روی زنان یک سازمان دولتی انجام گرفت ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر ۰/۹۷ و برای خرده مقیاس حمایت ملموس برابر ۰/۸۸، حمایت هیجانی برابر۰/۸۹، اطلاع رسانی برابر ۰/۹۲ مهربانی برابر با ۰/۹۱و تعامل اجتماعی مثبت برابر با ۰/۹۱به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی این پرسشنامه می‌باشد(۲۶).

داده‌های جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار اماری SPSS نسخه ۲۴ شدند. برای آنالیز داده‌ها، در آنالیز توصیفی از شاخص‌های اماری میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی استفاده گردید و با توجه به اینکه آزمون کولموگراف اسمیرنو بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد و نرمال بودن داده‌ها مورد تأیید قرار گرفت آزمون‌های T-test مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه (one way ANOVA)، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون خطی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مورد استفاده قرار گرفتند.

اصول اخلاقی رعایت شده در انجام این پژوهش شامل دریافت کد اخلاق (IR.RESEARCH.REC.1397.383) ، دریافت مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه، توضیحات کامل درباره‌ی اهداف و روش کار برای شرکت کنندگان، حفظ حق انتخاب آزادانه‌ی واحدهای پژوهش برای رد یا قبول شرکت در پژوهش، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده و افشا نکردن اطلاعات شخصی نمونه‌ها بود.

یافته ها

میانگین سن و سابقه کاری شرکت کنندگان به‌ترتیب ۸،۳±۳۸،۶ سال و ۱۰۳،۶±۱۷۸ ماه بود و ۸۶،۳درصد از آنان زن و ۱۳،۷درصد مرد بودند. از نظر تأهل ۱۲،۷درصد مجرد، ۳۴،۵درصد متأهل و ۶درصد مطلقه یا بیوه بودند. محل سکونت ۷۰،۳درصد شهر و ۲۹،۷درصد ساکن روستا بودند. سطح تحصیلات ۶،۳درصد زیر دیپلم، ۲۶ درصد دیپلم، ۲۳،۲ درصد لیسانس و ۳درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. ۶۹،۷ از شرکت کنندگان مراقب سلامت در پایگاه‌ها و مراکز شهری و ۳۰،۳درصد بهورز خانه‌های بهداشت مراکز روستایی بودند. نمای کلی مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول (۱):خصوصیات دموگرافیک مراقبین سلامت و بهورزان شهرستان اصفهان

متغیر	شاغلین(n=۴۰۲)
سن(سال)(میانگین±انحراف معیار)	۸،۳±۳۸،۶
کم‌ترین-بیشترین	(۲۲-۵۸)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

سابقه کاری(ماه) (میانگین±انحراف معیار)		۱۰۳،۶±۱۷۸
کم‌ترین-بیشترین		(۳۸۵-۲)
شبکه[تعداد(٪)]	۱. شرق اصفهان	۲۱۷(۶۵،۸٪)
	۲. غرب اصفهان	۱۱۳(۳۴،۲٪)
عنوان شغلی[تعداد(٪)]	مراقب سلامت	۲۶۷(۶۹،۷٪)
	بهورز	۱۱۶(۳۰،۳٪)
جنس[تعداد(٪)]	زن	۳۴۷(۸۶،۳٪)
	مرد	۵۵(۱۳،۷٪)
وضعیت تأهل[تعداد(٪)]	مجرد	۵۱(۱۲،۷٪)
	متأهل	۳۴۵(۸۵،۸٪)
	مطلقه یا بیوه	۶(۱،۵٪)
تحصیلات[تعداد(٪)]	زیر دیپلم	۲۵(۶،۳٪)
	دیپلم	۱۰۴(۲۶٪)
	فوق دیپلم	۹۳(۲۳،۲٪)
	لیسانس	۱۶۶(۴۱،۵٪)
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۲(۳٪)
وضعیت استخدامی[تعداد(٪)]	رسمی	۲۶۰(۶۵،۳٪)
	پیمانی	۲۲(۵،۵٪)
	قراردادی	۱۱۶(٪۲۹،۲)
محل سکونت[تعداد(٪)]	شهر	۲۸۲(۷۰،۳٪)
	روستا	۱۱۹(۲۹،۷٪)
داشتن شغل دوم[تعداد(٪)]	بله	۳۸۰(۹۴،۸٪)
	خیر	۲۱(۵،۲٪)

میانگین نمره افسردگی، اضطراب و استرس در کارکنان به‌ترتیب ۴،۶۴±۴،۵، ۳،۸۲±۴،۳ و ۶،۲۸±۴،۷ بود. کم‌ترین و بیشترین نمره افسردگی، اضطراب و استرس به‌ترتیب ۲۱-۰، ۲۰-۰ و ۲۱-۰ بود. میانگین نمره حمایت اجتماعی درک شده ۵۲،۳۴±۱۸،۳۸ از دامنه ۷۶-۰ بود (جدول شماره ۲).

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار شاخص‌های سلامت روان و حمایت اجتماعی درک شده

نوع متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین	بیشترین
افسردگی	۳۸۱	۴،۶۴	۴،۵۴	۰	۲۱
اضطراب	۳۸۰	۳،۸۲	۴،۳۵	۰	۲۰
استرس	۳۷۶	۶،۲۸	۴،۷۱	۰	۲۱
حمایت اجتماعی درک شده	۳۵۰	۵۲،۳۴	۱۸،۳۸	۰	۷۶

ماتریکس ضریب همبستگی ارتباط بین عوامل فردی، سلامت روان و حمایت اجتماعی درک شده ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در جدول شماره ۳ آورده شده است. ضریب همبستگی پیرسون نشان دهنده همبستگی معکوس بین حمایت اجتماعی درک شده این کارکنان با افسردگی(P<۰،۰۰۱, r=-۰،۲۹۵) ، اضطراب (P<۰،۰۰۱, r = -۰،۲۴۰) ، استرس(P<۰،۰۰۱, r = -۰،۱۹۴) ، (P<۰،۰۰۱, r = -۰،۱۷۷) بود. همبستگی حمایت اجتماعی با سن

[Downloaded from umsu.ac.ir on 2024-10-12]

تعداد فرزندان (۰،۱۲۱- = r ,P<۰،۰۵) و سابقه کاری (۰،۱۲۹- , r = P<۰،۰۵) نیز معکوس و معنی‌دار بود. افسردگی بیشتر از سایر متغیرهای مورد بررسی با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط داشت(جدول شماره۳).

جدول(۳). ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک، حمایت اجتماعی درک شده و سلامت روان مراقبین سلامت و بهورزان شهرستان اصفهان

متغیرها	سن	تعداد فرزندان	سابقه کاری	افسردگی	اضطراب	استرس	حمایت اجتماعی درک شده
سن	۱						
تعداد فرزندان	.۵۴۶**	۱					
سابقه کاری	.۷۹۱**	.۵۲۷**	۱				
افسردگی	.۱۰۳*	.۱۱۳*	.۱۳۲*	۱			
اضطراب	.۱۶۲**	.۱۸۵**	.۲۱۰**	.۷۸۷**	۱		
استرس	.۰۸۷	.۱۳۷**	.۱۳۴*	.۸۰۶**	.۷۷۹**	۱	
حمایت اجتماعی درک شده	-.۱۷۷**	-.۱۲۱*	-.۱۲۹*	-.۲۹۵**	-.۲۴۰**	-.۱۹۴**	۱

*P<۰.۰۵, **P<۰.۰۰۱

نمره افسردگی و استرس و اضطراب و حمایت اجتماعی درک شده کارکنان برحسب متغیرهای کیفی مرتبط با خصوصیات دموگرافیک در جدول شماره ۴ آورده شده است. نمره حمایت اجتماعی درک شده در کارکنان مجرد و متأهل به‌طور معنی‌داری بالاتر از افراد مطلقه و بیوه بود.(P<۰،۰۱). میزان افسردگی در زنان به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان می‌باشد و افرادی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند به‌طور معنی‌داری اضطراب بیشتری نسبت به افراد شهری دارند. همچنین افرادی که سطح تحصیلات بالاتری دارند دارای شاخص‌های سلامت مطلوب‌تری هستند.

جدول (۴): میانگین نمره شاخص‌های سلامت روان و حمایت اجتماعی برحسب متغیرهای کیفی مرتبط با خصوصیات دموگرافیک مراقبین سلامت و بهورزان شهرستان اصفهان

متغیرهای دموگرافیک		افسردگی M±SD	P-value	استرس M±SD	P-value	اضطراب M±SD	P-value	حمایت اجتماعی درک شده M±SD	P-value
جنس	مرد	۳.۴۷±۴.۱۲	۰.۰۴۳a*	۵.۰۰±۴.۹۴	۰.۰۲۸a*	۲.۷۴±۳.۷۰	۰.۰۴۴a*	۵۵.۸۶±۱۶.۵۶	۰.۱۳۳a
	زن	۴.۸۲±۴.۵۷		۶.۵۳±۴.۶۴		۴.۰۲±۴.۴۲		۵۱.۶۸±۱۸.۶۲	
عنوان شغلی	بهورز	۶.۰۷±۵.۲۴	<۰.۰۰۰۱a**	۷.۷۵±۵.۲۰	<۰.۰۰۰۱a**	۵.۵۸±۵.۴۱	<۰.۰۰۰۱a**	۵۱.۳۵±۱۸.۹۶	۰.۶۲۶a
	مراقب سلامت	۴.۰۶±۴.۰۲		۵.۶۱±۴.۲۶		۳.۰۶±۳.۵۳		۵۲.۴۰±۱۸.۰۲	
وضعیت تأهل	مجرد	۳.۷۴±۳.۶۸	۰.۰۹۱b	۵.۰۵±۳.۸۸	۰.۰۸b	۲.۲۴±۲.۶۷	۰.۰۱۳b*	۵۰.۳۹±۲۰.۰۸	۰.۰۰۴b**
	متأهل	۴.۷۲±۴.۶۱		۶.۴۸±۴.۸۰		۴.۰۵±۴.۴۶		۵۲.۹۳±۱۷.۸۸	
	بیوه یا مطلقه	۷.۶۶±۵.۲۰		۸.۴۰±۴.۹۲		۵.۶۶±۶.۴۷		۲۳.۰۰±۱۳.۹۷	
وضعیت تحصیلات	زیر دیپلم	۸.۹۱±۵.۵۱	<۰.۰۰۰۱b**	۱۰.۰۸±۵.۶۷	<۰.۰۰۰۱b**	۸.۴۵±۵.۹۴	<۰.۰۰۰۱b**	۴۶.۸۳±۲۰.۲۲	۰.۲۴۷b
	دیپلم	۵.۱۲±۴.۷۴		۶.۵۱±۴.۸۰		۴.۳۹±۴.۸۰		۵۰.۴۷±۲۰.۳۵	
	فوق دیپلم	۳.۶۷±۳.۶۰		۵.۴۲±۳.۹۰		۳.۳۷±۳.۷۶		۵۴.۱۷±۱۶.۳۵	
	لیسانس وبالاتر	۴.۲۵±۴.۳۵		۶.۰۸±۴.۶۶		۳.۰۲±۳.۵۵		۵۳.۰۸±۱۷.۷۴	
نوع قرارداد	رسمی	۵.۱۰±۴.۷۴	۰.۰۱۱b*	۶.۶۹±۴.۶۵	۰.۰۸۱b	۴.۴۶±۴.۸۱	<۰.۰۰۰۱b**	۵۰.۷۹±۱۸.۶۵	۰.۱۲۷b
	پیمانی	۴.۹۵±۵.۰۳		۵.۸۵±۴.۶۷		۳.۸۰±۵.۱۶		۵۶.۱۶±۱۵.۹۹	
	قراردادی	۳.۵۶±۳.۷۶		۵.۵۰±۳.۰۸		۲.۳۹±۴.۲۹		۵۴.۸۴±۱۸.۰۱	
	روستا	۵.۴۲±۵.۲۱	۰.۰۴۸a	۷.۰۲±۵.۴۰	۰.۰۷۷a	۵.۰۷±۵.۳۲	۰.۰۰۱a	۵۳.۴۲±۱۹.۳۱	۰.۴۳۷a

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

محل سکونت	شهر	۴.۳۲±۴.۱۸	*	۶.۰۰±۴.۳۵		۳.۲۸±۳.۷۲	**	۵۱.۷۶±۱۷.۹۹	
شغل دوم	خیر	۴.۷۱±۴.۵۶	۰.۱۷۴a	۶.۴۲±۴.۷۱	۰.۰۴a	۳.۹۴±۴.۳۹	۰.۰۰۱a	۵۲.۳۳±۱۸.۲۰	۰.۸۱۳a
	بله	۳.۲۶±۳.۷۹		۴.۲۰±۴.۰۲	*	۱.۷۶±۲.۴۶	**	۵۱.۲۷±۲۲.۲۰	
علاقه به شغل فعلی	پایین	۷.۱۴±۵.۴۱	<۰.۰۰۰۱b	۸.۲۰±۵.۵۰	<۰.۰۰۰۱b	۵.۳۷±۴.۷۹	۰.۰۰۷b	۴۶.۴۵±۱۹.۰۲	۰.۰۰۲b
	متوسط	۵.۰۳±۴.۴۲	**	۶.۷۷±۴.۴۹	**	۴.۱۳±۴.۲۳	**	۴۹.۷۰±۱۸.۸۰	**
	بالا	۳.۷۶±۴.۱۹		۵.۴۲±۴.۵۰		۳.۲۲±۴.۲۴		۵۵.۶۶±۱۷.۳۲	

[a]Independent sample t-test, [b]One-way ANOVA test.

M: Mean, SD: Standard Deviation *P-value<۰.۰۵, **p-value<۰.۰۱

نتایج رگرسیون خطی چند متغیره در جدول شماره ۵ آورده شده است. متغیرهایی همچون سن، تعداد فرزندان، سال‌های سابقه کاری، وضعیت تأهل، علاقه مندی به شغل فعلی، نمره افسردگی، استرس و اضطراب بعنوان مستقل و متغیر حمایت اجتماعی درک شده بعنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. بعد از تعدیل اثر سایر متغیرها، نمره حمایت اجتماعی درک شده در افسردگی کارکنان همچنان ارتباط آماری معنی‌دار و معکوس داشت و در کارکنان متأهل نسبت به افراد بیوه و مطلقه نمره مذکور از نظر آماری به‌طور معنی‌داری بالاتر بود. درنهایت نشان داده شد که ۱۲،۹٪ (۰،۱۲۹ = r^2) از تغییرات نمره حمایت اجتماعی درک شده کارکنان با این مدل قابل پیش بینی است. (P<۰،۰۰۰۱, F=۵،۰۶)

جدول(۵): نتایج آنالیز رگرسیون چند متغیره خطی حمایت اجتماعی درک شده بعنوان متغیر وابسته

متغیرهای دموگرافیک	ضریب بتا استاندارد شده		Sig.	دامنه اطمینان آماری ۹۵٪ برای ضریب بتا	
	B	SE		حد پایین	حد بالا
مقدار ثابت	۵۱.۱۶۷	۹.۳۶۲	.۰۰۰	۳۲.۷۳	۶۹.۵۹
سن	-.۲۶	.۲۳۰	.۲۵	-.۷۱	.۱۹
تعداد فرزندان	-۱.۹۶	۱.۳۱	.۱۳	-۴.۵۵	.۶۳
وضعیت ازدواج۱	۷.۷۰	۳.۰۰	.۰۱	۱.۷۸	۱۳.۶۳
تجربه کاری	.۰۰	.۰۱۷	.۹۱	-.۰۳	.۰۳
علاقه مندی به شغل فعلی۲	۲.۸۷	۱.۵۲	.۰۶	-.۱۳	۵.۸۸
افسردگی	-.۹۷	.۴۴	.۰۲	-۱.۸۴	-.۱۰
اظطراب	-.۱۲	.۴۲	.۷۷	-.۹۶	.۷۱
استرس	.۰۹	.۴۱	.۸۲	-.۷۲	.۹۰

[۱,۲]Reference group were widow or divorced and low interest respectively.

SE= Standard error, CI=Confidence interval.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی ارتباط سلامت روان با حمایت اجتماعی درک شده ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شهرستان اصفهان انجام شده است. براساس نتایج بین حمایت اجتماعی درک شده و شاخص‌های سلامت روان (شامل:افسردگی،اضطراب و استرس) همبستگی معکوسی و معنی‌دار وجود داشت. به عبارت دیگر می‌توان گفت هر چه میزان حمایت اجتماعی درک شده در کارکنان بالاتر و قوی‌تر باشد، میزان افسردگی ،اضطراب و استرس در آن‌ها کم‌تر خواهد بود. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین متغیرهای شاخص سلامت روان(اضطراب،افسردگی و استرس) نیز همبستگی معنی‌دار و قوی وجود دارد.

به‌طور کلی یافته‌های تحقیق نشان دهنده‌ی ارتباط بین متغیرهای سلامت روان و میزان حمایت اجتماعی درک شده در افراد شرکت‌کننده می‌باشد. بدین‌صورت که سلامت روان افراد با افزایش

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

میزان حمایت اجتماعی دریافتی ،وضعیت مطلوب‌تری پیدا می‌کند و با کاهش منابع حمایتی میزان شاخص‌های افسردگی، اضطراب و استرس افزایش می‌یابد که می‌تواند موجب به خطر افتادن سلامت روان در افراد شود. نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های پژوهش بر روی کارکنان یک مرکز پزشکی توسط لی و همکاران (۱۵)، ونیز تعدادی از مطالعات بر روی سایر کارکنان و گروه‌ها توسط پتر و همکاران(۱۶) ،لاندمن پیترز و همکاران(۱۷) و سن تینی (۲۷) است. این پژوهشگران معتقدند که حمایت اجتماعی مرتبط با کار تعیین کننده مهم در وضعیت سلامت روان می‌باشد. حمایت اجتماعی ممکن است به میزان قبل توجهی فشار تضاد نقش را تضعیف کرده و بر کارکنان تأثیر بگذارد(۲۸). نتایج یک مطالعه نشان داد پرستارانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودند موفقیت شخصی بیشتر و فرسودگی و فرسودگی هیجانی کم‌تری را تجربه می‌کردند(۱۸). این یافته نشان می‌دهد که ارائه حمایت‌های اجتماعی کافی به مراقبین سلامت و بهورزان به استفاده کامل از استعدادهای حرفه‌ای آن‌ها کمک کرده در نتیجه کیفیت مراقبت‌های در دسترس گیرنده خدمت را بهبود می‌بخشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین برخی متغیرهای زمینه‌ای با حمایت اجتماعی و سلامت روان ارتباط وجود دارد. به‌طوری‌که با افزایش سن، سابقه کاری و تعداد فرزندان، نمره اختلالات روان افزایش یافت. این یافته با نتایج مطالعه حاجبی و همکاران هم‌خوانی دارد(۲۹). از این یافته می‌توان استنباط نمود که افراد با سابقه کاری بیشتر معمولاً تعداد فرزندان بیشتر و به تبع آن مسئولیت‌های متعددتری دارند به همین جهت سطح سلامت روان پایین‌تری را گزارش کردند در حالی‌که مراقبین با تجربه کم‌تر معمولاً جوانتر هستند و مسئولیت‌های کم‌تری را در بافت فرهنگی ایران دارند.

در این مطالعه همچنین با افزایش سن، سابقه کاری و تعداد فرزندان، نمره حمایت اجتماعی کارکنان خدمات سلامت کاهش یافت. نتایج مطالعه حاجبی و همکاران در یکی دیگر از شهرهای ایران که بر روی کارکنان بهداشتی انجام شد با یافته‌های فوق هم‌خوانی دارد(۲۹). به نظر می‌رسد با توجه به نتایج این پژوهش‌ها، این گروه از کارکنان به میزان کافی از حمایت اجتماعی برخوردار نیستند و شرایط آسیب‌پذیرتری دارند که نیازمند توجه ویژه است.

در تحقیق حاضر میانگین نمره افسردگی، استرس و اضطراب در بین افراد با تحصیلات پایین‌تر بیش‌تر بود. همچنین نتایج نشان داد که بهورزها نسبت به مراقبین سلامت به‌طور معنی‌داری از افسردگی، استرس و اضطراب بیشتری برخوردار هستند اما هیچ گونه اختلاف معنی‌داری در حمایت اجتماعی این افراد مشاهده نگردید. این یافته با مطالعات انجام شده در این زمینه هم‌خوانی دارد (۱۲، ۱۳). اگرچه واضح نیست که چرا افراد با تحصیلات پایین‌تر استرس بالاتری دارند، اما یک احتمال می‌تواند این مسئله باشد که به ندرت این افراد ارتقا پیدا می‌کنند و از طرف دیگر ساعت کاری طولانی‌تری نسبت به سایر مراقبین دارند بنابراین لازم است که یک سیستم ارتقا معقول با افزایش سالانه رتبه برای پرسنل در نظر گرفته شود.

در این مطالعه افراد مطلقه و بیوه سطح افسردگی، استرس و اضطراب بالاتری داشتند و این یافته با مطالعه نور بالا و همکاران که گزارش کردند احتمال ابتلا به اختلالات روانی در افراد مطلقه بیش‌تر از مجرد است همسو است(۳۰). همچنین در این مطالعه افراد مطلقه و بیوه حمایت اجتماعی پایین‌تری گزارش کردند و این یافته با مطالعه انجام شده در این زمینه هم خوانی دارد(۳۱). وجود استرس ناشی از جدایی و طلاق از همسر و همچنین مشکلات مالی، اداره زندگی و رسیدگی به امور فرزندان باعث تضاد و ابهام نقش در افراد بیوه یا مطلقه می‌شوند بنابراین با استرس‌های مرتبط با این مسئولیت‌ها مواجه هستند و این ادراک را می‌توانند داشته باشند که کار کردن با زندگی شخصی آن‌ها در تداخل است و از طرف دیگر به علت ناهمسان بودن با دیگران ممکن است حمایت اجتماعی کم‌تری را دریافت کنند.

نتایج فرعی تحقیق حاضر، تأیید کنندهٔ اختلاف معنی‌داری بین جنسیت و متغیرهای شاخص سلامت روان در افراد شرکت‌کننده می‌باشد که بر اساس آن میانگین نمرات افسردگی ،اضطراب و استرس زنان بالاتر از مردان گزارش شده است. این یافته با نتایج مطالعه کایا و همکاران (۱۴) و رضازاده و همکاران(۳۲) هم‌خوانی دارد. بیشتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان، می‌تواند به‌دلیل عوامل بیولوژیک، نقش جنسیت و استرس‌های محیطی باشد. بنابر این نتایج به نظر می‌رسد که در گروه‌های مختلف جنسی، لازم است این عوامل شناسایی شوند و نقش آن‌ها در عملکرد شغلی کارکنان مطالعه گردد؛ تا زمینه مداخلات صحیح فراهم گردد.

این ارزیابی در مورد حمایت اجتماعی نشان داد که با وجود بالاتر بودن میانگین حمایت اجتماعی در مردان نسبت به زنان، بین جنسیت و حمایت اجتماعی، رابطهٔ معنا داری وجود نداشته است. در مطالعه دیگری، میانگین حمایت اجتماعی در زنان به‌طور معنی‌داری بیشتر از مردان گزارش شد(۲۹)، که با مطالعه حاضر هم‌خوانی ندارد. دلیل این عدم هم‌خوانی را می‌توان تفاوت در نوع جامعه آماری و تعداد حجم نمونه کم‌تر این مطالعه اشاره نمود. بنابراین با توجه به اینکه حمایت اجتماعی محافظ خوبی برای سلامتی و سپر محکمی در برابر فشارهای محیطی و روانی است، می‌توان به این طریق نمره پایین سلامت روان در زنان را توجیه نمود. بنابراین لازم است استراتژی‌ها محافظتی بیشتری برای زنان در نظر گرفته شود.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

از محدودیت‌های این مطالعه، اطلاعاتی بود که به‌صورت خود گزارش دهی به دست آمده است که ممکن است در تخمین ارزیابی وضعیت سلامت روان ارائه‌دهندگان خدمات تا حدودی فاصله داشته باشد. همچنین طراحی مطالعه به‌صورت مقطعی، مانعی برای تفسیر ارتباط علی بین سلامت روان با حمایت اجتماعی درک شده وجود داشت.

با توجه به یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش و تأیید وجود رابطه منفی و معنی‌دار بین وضعیت سلامت روان و حمایت اجتماعی درک شده در مراقبین سلامت و بهورزان شهرستان اصفهان و نیز با توجه به اینکه منابع انسانی در این سازمان‌ها به‌عنوان فاکتور کلیدی تعیین کیفیت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌باشند، پیشنهاد می‌گردد مطالعات آینده نگر برای توضیح دقیق روابط بین سلامت روان با حمایت اجتماعی و عملکرد شغلی انجام گردد همچنین با افزایش متغیرهای مرتبط از روش تحلیل مسیر جهت شناسایی عوامل تعیین کننده سلامت روان کارکنان استفاده گردد و نیز برای شناسایی کارکنان آسیب‌پذیر، غربالگری کارکنان در بدو ورود و پایش های دوره‌ای آن‌ها در حین اشتغال به کار، صورت پذیرد و از طرفی سیاست گذاری‌های مناسبی در این زمینه در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش جامعه نگر در نظام سلامت (دوره مجازی) از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به کد اخلاق (IR.MUI.REC.1397.383) بوده و لذا بدینوسیله نویسندگان مقاله مراتب امتنان و تشکر خود را از آن معاونت محترم و نیز شبکه بهداشت شماره یک و دو و کلیه نمونه‌های شرکت‌کننده‌ها در این طرح اعلام می‌دارند.

References:

1. Dickinson T, Wright KM. Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. Br J Nurs 2008;17(2):82-7.
2. Ziapour A, Kianipour N. Association among character attributes and mental health among the staff in Medical Sciences Kermanshah University in 2015. J Med Life 2015;8(Spec Iss 3):122.
3. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Global priorities for addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders. 2016.
4. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;382(9904):1575-86.
5. Hosseni Z, Safari Moradabadi A, Aghamolaei T, Dadipoor S, Ghanbarnezhad A. Investigating the correlation between self-efficacy and mental health of nurses and head nurses. J Urmia Nurs Midwifery 2018;15(12):921-30.
6. Zhu S, Tse S, Goodyear-Smith F, Yuen W, Wong P. Health-related behaviours and mental health in Hong Kong employees. Occup Med 2017;67(1):26-32.
7. Organization. WH. Mental health: a state of well-being)2014 .(Available from: Retrieved from https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en .
8. Kabir M HA, Babazadeh Gashti A, Jafari N, Tabibi M, pourabbasi M A, Sedaghat M, et al. Job Burnout among Health Workers in Golestan Province, 2012. J Mazan U Med Sci 2014; 24(114)(169-73. (Persian)
9. Sabaghian M, Fouladvand A, Fatahi Z, Motahharifard M. Quality of Life Among Behvarzs in Qazvin Province. J 2016;14(1):71-80.
10. Ghaderi N, Khasi B, Ghaderi G, Hoseini SH, Yoshany N, Ghaderi S, et al. Mental health status of employees of Salah al-Din Ayubi hospital in Baneh. Int J BioMed Public Health 2018;1(3):135-2.
11. Park SK, Larson JL. Multiple symptoms, functioning, and general health perception in people with severe COPD over time. Appl Nurs Res 2016;29:76-82.
12. Chao M-C, Jou R-C, Liao C-C, Kuo C-W. Workplace stress, job satisfaction, job performance, and turnover intention of health care workers in rural Taiwan. Asia Pac J Public Health 2015;27(2):NP1827-NP36.
13. Lee I, Wang H-H. Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. J Nurs Res 2002;10(4):253-60.

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

14. Kaya M, Genc M, Kaya B, Pehlivan E. Prevalence of depressive symptoms, ways of coping, and related factors among medical school and health services higher education students. Turk Psikiyatri Derg 2007;18(2):137.
15. Lee MS-M, Lee M-B, Liao S-C, Chiang F-T. Relationship between mental health and job satisfaction among employees in a medical center department of laboratory medicine. J Formos Med Assoc 2009;108(2):146-54.
16. Peters E, Spanier K, Radoschewski FM, Bethge M. Influence of social support among employees on mental health and work ability—a prospective cohort study in 2013–15. Eur J Public Health 2018;28(5):819-23.
17. Landman-Peeters KM, Hartman CA, van der Pompe G, den Boer JA, Minderaa RB, Ormel J. Gender differences in the relation between social support, problems in parent-offspring communication, and depression and anxiety. Soc Sci Med 2005;60(11):2549-59.
18. Nie Z, Jin Y, He L, Chen Y, Ren X, Yu J, et al. Correlation of burnout with social support in hospital nurses. Int J Clin Exp Med 2015;8(10):19144.
19. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med 1991;32(6):705-14.
20. Sargent LD, Terry DJ. The moderating role of social support in Karasek's job strain model. Work Stress 2000;14(3):245-61.
21. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health, translated to Persian: Montazeri A. Iranian institute for Health Sciences Research: Iran; 2008.
22. Kroll LE, Lampert T. Unemployment, social support and health problems: results of the GEDA study in Germany, 2009. Dtsch Arztebl Int 2011;108(4):47.
23. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. Int J Behav Med 2006;29(4):377-87.
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behav Res Ther 1995;33(3):335-43.
25. Fayazi S, Ghasemi F, Ghobadian M, Zenoozian S, Kharaghani R. Relationship between social support with anxiety, depression, and stress in pregnant women attending to health care centers in Zanjan-Iran in 2015-2016. Prev Care Nurs Midwifery J 2017;7(2):41-8.
26. Khoshdel H HA, Naserbakht M, Khanmohammadi A. The correlation between social support, marital adjustment, and mental health of a population of women employed in a governmentally funded office. Teb Tazkieh 2017;25(4):247-56.
27. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Haro JM. The association between social relationships and depression: a systematic review. J Affect Disord 2015;175:53-65.
28. AbuAlRub RF. Job stress, job performance, and social support among hospital nurses. J Nurs Scholarsh 2004;36(1):73-8.
29. Hajebi A, Faridnia P. The Relationship between mental health and social support in health staffs of Bushehr oil industry. Iran South Med J 2009;12(1):67-74.
30. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran-Iran (2009). Iran J Psychiatry clin psychology 2011;16(4):479-83.
31. Moghadam Far N, Zokaie Ashtiyani M. The comparison of self-differentiation, early maladaptive schema, and the perceived social support in the married women, and the separated spouses. Fam Pathol,Cnsl Enrich J 2017;3(1):93-114.
32. Rezazade M, Lashani Z, Ahmadi K. Mental Health Status Among the Staff of Harm Reduction Centers. Int J High Risk Behav Addict 2014;3(1).

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]

Original Article

THE RELATIONSHIP BETWEEN MENTAL HEALTH DIMENSIONS WITH PERCEIVED SOCIAL SUPPORT IN ISFAHAN HEALTH SERVICES PROVIDERS IN 2018

*Maryam Tafvizi Zavareh [1], Negah Tavakkoli Fard[2], Fatemeh Saber[3], Fereshteh Zamani alavijeh[4] **

Received: 21 Oct, 2019; Accepted: 28 Dec, 2019

Abstract

***Background & Aims*:** Because of having relationships with the community and the patients, health care personnel need a thorough mental health to be able to continue their profession as a health care personnel. social support is an effective factors in mental health, And to help them cope with stressful situations and anxiety, and trauma they experienced fewer. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between mental health and perceived social support of health service providers working in Isfahan.

***Materials and Methods*:** This descriptive-analytical investigation is a periodical type conducted on 400 of health service providers working in Isfahan health system in 2018. The two-step sampling method was randomly classified. Data were collected using a 3-part questionnaire including demographic data, mental health status for depression, stress and anxiety and social support assessment. The data were analyzed by use of spss, 24 version and by regression and analyzing coefficient correlation.

***Results*:** The mean age of participants were (3/8±6/38) years. In this study, mental health status has a significant and direct relationship with the score of perceived social support. The results showed that there was a inverse and significant correlation between age, child number, work experience and mental health (anxiety, depression and stress) with social support. ($P < 0.05$). Also in this study, divorced and widowed people had higher levels of depression, stress and anxiety and reported lower social support.

***Conclusion*:** In this study, there is a significant relationship between mental health and perceived social support and this relationship has varied according to demographic factors. Therefore, the results of the present study can be used to plan and design interventions aimed at improving network quality and quantity. Supportive support, especially for vulnerable groups, can help overcome work stress and ultimately improve employee mental health.

***Keyword*:** mental health, perceived social support, Demographic factors, health service providers

Address: Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Tel: +983137923292
Email: fe.zamani@gmail.com

[1] Student in Community Health Education in In the health system, Student Research Committee Department of Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
[2] Assistant Professor, Department of Social Medicine and Family, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[3] PhD Candidate, Health Education and Health Promotion, Student Research Committee Department of Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[4]Associate Professor of Health Education & Health Promotion, Department of Health Education, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

[Downloaded from unmf.umsu.ac.ir on 2024-10-12]