

## بررسی عوامل موثر بر وضعیت سلامت روان زنان شاغل در

شهر ارومیه سال ۱۳۸۲-۱۳۸۳

فاطمه مقدم تبریزی<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۳/۳۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۴/۳۱

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی

سال سوم، شماره سوم، پائیز ۱۳۸۴

## چکیده

**مقدمه:** بنابر تعریف سازمانی جهانی بهداشت، سلامتی، حالت بهزیستی کامل بدنی، روانی و اجتماعی است و سلامت روان عبارت از قابلیت برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط و حل تضادها می‌باشد. بر پایه آمار سازمان جهانی بهداشت ۱٪ مردم جهان از بیماری روانی شدید و ۱۵-۵٪ از بیماری خفیف آن رنج می‌برند. شیوع مقطعی اختلالهای روانی در ایران ۱۸-۲۳٪ گزارش شده است.

**مواد و روشها:** این مطالعه یک تحقیق توصیفی مقطعی است که در آن وضعیت سلامت روان زنان شاغل در سازمانهای دولتی مورد بررسی قرار گرفته است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد GHQ28 است و حجم نمونه را ۱۱۸۱ زن شاغل تشکیل می‌دهد.

**یافته‌ها:** نتایج بیانگر آن بود که شاخص نشانه‌های بدنی با میزان همبستگی ۰/۴۲۶ بیشترین ارتباط را با نمره وضعیت سلامت عمومی افراد دارند. به ترتیب شاخص اضطراب و بی‌خوابی با میزان همبستگی ۰/۴۰۶ شاخص افسردگی و خیم با میزان همبستگی ۰/۲۶۴، شاخص اختلال عملکرد اجتماعی با میزان همبستگی ۰/۲۲۱ با نمره وضعیت سلامت عمومی ارتباط دارند.

**بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش به نظر می‌رسد راهکارهایی مانند افزایش حمایت شغلی، بهبود تسهیلات و در آمد، تعیین علل و عوامل ایجاد کننده تنش در زندگی زنان، کاستن فشارهای وارده از طریق آموزش مهارتهای زندگی و روشهای مقابله با تنش در زندگی می‌توان آثار تنش را به حداقل رساند.

**واژه های کلیدی:** سالمند، مشکلات سلامتی

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال سوم، شماره سوم، ص ۹۳-۱۰۰، پائیز ۱۳۸۴

آدرس مکاتبه: ارومیه، خیابان بسیج، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۲۲۲۸۸۱۸، فاطمه مقدم تبریزی

## مقدمه

طبق گزارشهای سازمان بهداشت جهانی، جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه اپیدمیولوژی بیماریها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود؛ به گونه‌ای که بیماریهای غیرواگیر هم چون بیماریهای روانی به سرعت جایگزین بیماریهای عفونی و واگیردار گردیده و در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگهای زودرس قرار می‌گیرند. طبق برآوردهای این سازمان میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه، رو به افزایش است. این در حالی است که در زمینه برنامه‌ریزیهای توسعه اجتماعی و اقتصادی، پایین‌ترین اولویت به آنها داده می‌شود. دلیل این افزایش را تا حدود زیادی می‌توان وابسته به رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی همچون شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده و مشکلات اقتصادی دانست.

همچنین بنابر گزارش سازمان جهانی بهداشت (گزارش سال ۱۹۹۳)، دست کم ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف دچار بیماریهای روانی، همچون اسکیزوفرنیا و ۱۵۰ میلیون نفر دچار اختلالهای روان-نژندی بودند که بیشترین موارد در کشورهای روبه رشد دیده می‌شود.

از سال ۱۹۵۰ به بعد تعداد زنانی که در کشورهای غربی به کار گمارده شده‌اند افزایش چشمگیر و معنی‌داری را نشان می‌دهد. در سال ۱۹۵۰ حدود ۳۰٪ زنان ایالات متحده در کارهای سخت اشتغال داشتند؛ اما در سال ۱۹۸۶ این تعداد به ۵۵٪ افزایش یافت. بین سال‌های ۱۹۸۱ و ۱۹۸۶ یک افزایش ۲۳ درصدی را در خانواده‌هایی که پدران و مادران هر دو شاغل و دارای فرزندان کمتر از ۵ سال بودند نشان می‌دهد. زنها همچنین عهده‌دار مسئولیت سنگین مراقبت از والدین پیر خویش یا والدین همسرشان نیز هستند و این امر می‌تواند احتمال ارتقاء آنها را در محیط کار تعدیل نموده و باعث فروپاشی عاطفی، دشواریهای مالی و ضعف قوای جسمانی گردد.

لذا برنامه‌ریزی دقیق به منظور ارائه خدمات بهداشت روان در کشور، نیاز به اطلاعات پایه و بررسی وضعیت سلامت روان افراد جامعه دارد، تا با استفاده از نتایج این گونه مطالعات بتوان ضمن ارزیابی نیاز مردم، حجم مشکل را دریافت و خدمات مطلوب و مناسب را به آنها ارائه داد.

## مواد و روش

این مطالعه یک تحقیق توصیفی مقطعی است که در آن وضعیت سلامت روان زنان شاغل در سال ۱۳۸۲ و

۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفته است جامعه آماری پژوهش، زنان شاغل در مراکز دولتی شهر ارومیه بود. جهت تعیین حجم نمونه با توجه به آمارهای تحقیقات پیشین که شیوع اختلالات روانی در زنان را ۲۱ درصد گزارش کرده بودند، ( $P=0/21$ ) در نظر گرفته و با سطح اطمینان ۹۵ درصد و حداکثر خطای ۲٪ حجم جامعه زنان شاغل در ارومیه از روی لیست زنان شاغل در استانداری حدود ۹۸۳۷ نفر بود که حجم نمونه از ۵ درصد حجم نمونه بیشتر می‌باشد پس حجم نمونه به دست آمد.

ادارات مختلف تعدادی از افراد از نسبت کل زنان شاغل در هر اداره به کل زنان شاغل بدست آمد چون ۵۶ درصد زنان شاغل در آموزش و پرورش هستند ۵۶٪ نمونه انتخابی نیز از آموزش و پرورش انتخاب شدند. تعداد نمونه‌ها از بقیه ادارات نیز به همین ترتیب انتخاب شدند.

برای سنجش سلامت روان زنان از پرسشنامه استاندارد (GHQ 28) استفاده شده است. مؤلفه‌های این پرسشنامه عبارت از: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی و خیم بود. پاسخهای افراد در چهار گروه اصلاً، در حد معمول، تقریباً بیش از حد معمول و بیشتر از حد معمول دسته‌بندی شد. به هر یک از پاسخهای داده شده بین ۴-۱ امتیاز

داده شد؛ به طوریکه دامنه امتیاز به دست آمده برای چهار مؤلفه فوق بین ۷ تا ۲۸ قرار گرفت. گرفتن امتیاز بالاتر نشان دهنده اختلال سلامت روان بیشتر قلمداد شد.

قسمت دوم پرسشنامه دربردارنده اطلاعاتی درباره سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت استخدام، تعداد فرزند بود. شرط ورود به پژوهش نداشتن سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی بود. جهت نمونه‌گیری، محقق در طول ساعات کار به محل کار افراد مراجعه کرده و بعد از هماهنگی با مسئولان مربوطه به طور تصادفی پرسشنامه را در اختیار واحدهای پژوهش قرار می‌داد. زنان شاغل در اوقات فراغت در اطاقی ساکت و به دور از سر و صدا پرسشنامه را تکمیل می‌کردند. از بین ۱۳۷۲ پرسشنامه، تعدادی از پرسشنامه‌ها کامل نبوده و در تجزیه و تحلیل حذف گردیدند. در نهایت تعداد کل نمونه‌ها ۱۱۸۱ مورد بود.

اطلاعات بدست آمده در نرم افزار SPSS وارد شده و از آزمون Chi-Square و کندانال برای تعیین اختلال سلامت روان در گروههای مختلف مورد مطالعه استفاده شد.

## نتایج

بین وضعیت استخدام و سطح اضطراب و بی‌خوابی

وجود ندارد ( $P=0/349$ ).

۶۸ درصد زنان ۳۴ سال و کمتر در زیر مقیاس اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی در حد معمول قرار دارند، در حالیکه ۶۸/۸ درصد زنان ۳۵-۴۴ ساله و ۶۰/۲ درصد زنان ۴۵ سال و بیشتر در این حد قرار دارند. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین سن و سطح اضطراب و بی‌خوابی وجود دارد ( $P=0/040$ ).

۷۲ درصد زنان ۳۴ سال و کمتر در زیر مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی در حد معمول قرار داشتند و ۷۶/۲ درصد زنان با ۴۵ سال و بیشتر در این مقیاس در حد معمول قرار داشتند. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین سن و اختلال عملکرد اجتماعی وجود ندارد ( $P=0/640$ ).

۱۲/۵ درصد زنان ۴۵ سال و بالاتر در حد معمول از افسردگی رنج می‌بردند و برای زنان زیر ۳۴ سال این میزان ۱۵/۱ درصد است. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین سن و میزان افسردگی وجود ندارد ( $P=0/412$ ).

۶۶ درصد افرادی که ۳۴ سال و کمتر سن دارند از زیر مقیاس نشانه‌های بدنی سلامت عمومی در حد معمول برخوردارند؛ در حالیکه ۶۵/۸ درصد زنان ۳۵-۴۴ ساله و

نتایج بیانگر آن است که ۶۴/۵ درصد زنانی که از تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم برخوردار بودند، در نشانه‌های بدنی سلامت عمومی در حد معمول دچار مشکل بودند، در حالیکه این، در زنان با تحصیلات عالی ۶۵/۵ درصد بود. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات و نشانه‌های بدنی سلامت وجود دارد ( $P=0/567$ ).

و ۸۷/۱ درصد زنانی که استخدام رسمی‌اند به هیچ وجه افسردگی نداشته‌اند در حالیکه این میزان در زنان استخدام غیر رسمی ۷۷/۶ درصد بود. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین نوع استخدام و افسردگی وجود دارد ( $P=0/001$ ).

۷۹/۹ درصد زنان با استخدام غیر رسمی و ۷۳/۷ درصد زنان با استخدام رسمی از اختلال عملکرد اجتماعی در حد معمول دچار مشکل بودند. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین وضعیت استخدام و اختلال عملکرد اجتماعی وجود دارد ( $P=0/012$ ).

۷۱/۳ درصد زنان با استخدام غیر رسمی و ۶۵/۹ درصد زنان با استخدام رسمی از اضطراب و بی‌خوابی در حد معمول رنج می‌کشیدند. از نظر آمار ارتباط معنی‌داری

۵۹ درصد زنان ۴۵ سال به بالا در حد معمول قرار دارند. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین سن و نشانه‌های بدنی وجود دارد ( $P=0/037$ ).

۷۱/۴ درصد زنان شاغل بدون فرزند و در زیر مقیاس اضطراب و بی‌خوابی در حد معمول قرار داشتند؛ در حالیکه ۶۴/۸ درصد زنان با یک الی دو فرزند و ۶۸/۵ درصد زنان ۳-۴ فرزند در این حد قرار داشتند. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین تعداد فرزند و سطح اضطراب و بی‌خوابی وجود ندارد ( $P=0/320$ ).

۶۹ درصد افرادی که بدون فرزند بودند در حد معمول در زیر مقیاس نشانه‌های بدنی سلامت روان دچار اختلال بودند و ۵۸/۲ درصد افرادی که دارای ۳-۴ فرزند بودند در حد معمول از نشانه‌های بدنی مشکل داشتند از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین تعداد فرزند و نشانه‌های بدنی وجود دارد ( $P=0/000$ ).

۱۶/۵ درصد زنان بدون فرزند، ۱۳/۱ درصد زنان دارای ۱-۲ فرزند و ۱۳ درصد زنان دارای ۳-۴ فرزند در حد معمول دچار افسردگی وخیم بودند. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین تعداد فرزند و افسردگی وخیم وجود ندارد. ( $P=0/412$ )

۱۲/۴ درصد زنان متاهل، ۲۶/۷ درصد زنان بیوه، مطلقه و متارکه در حد معمول دچار افسردگی وخیم بودند. از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین وضعیت تاهل و افسردگی وخیم وجود دارد ( $P=0/013$ ).

۸۶/۷ درصد زنان متاهل، ۷۹/۴ درصد افراد مجرد در زیر مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی در حد معمول قرار داشتند. ارتباط معنی‌دار آماری بین وضعیت تاهل و اختلال عملکرد اجتماعی وجود ندارد ( $P=0/317$ ).

۷۰/۹ درصد زنان مجرد در زیر مقیاس اضطراب و بی‌خوابی سلامت عمومی در حد معمول بوده و ۶۶/۱ درصد زنان متاهل و ۶۶/۷ درصد زنان بیوه، مطلقه و متارکه در این حد قرار داشتند. ارتباط معنی‌دار آماری بین وضعیت تاهل و سطح اضطراب و بی‌خوابی وجود ندارد ( $P=0/367$ ).

۷۰/۲ درصد زنان شاغل با میزان تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم از زیر مقیاس اضطراب و بی‌خوابی در حد معمول برخوردار بودند، در حالیکه ۶۵/۷ درصد زنان با

۷۸/۶ درصد زنان بدون فرزند در زیر مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی در حد معمول قرار داشتند؛ در حالیکه ۶۸/۵ درصد زنان دارای ۳-۴ فرزند از زیر مقیاس مذکور، در حد معمول قرار داشتند، از نظر آماری ارتباط معنی‌داری بین تعداد فرزند و اختلال عملکرد اجتماعی وجود دارد ( $P=0/045$ ).

تحصیلات عالی از این زیر مقیاس در حد معمول قرار داشت. ارتباط معنی‌دار آماری بین سطح تحصیلات و سطح اضطراب و بی‌خوابی وجود ندارد ( $P=0/069$ ).  
 ۷۶/۷ درصد زنان با تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم در زیر مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی در حد معمول قرار داشتند، در حالیکه ۷۴ درصد زنان با تحصیلات عالی در این زیر مقیاس در حد معمول قرار داشتند  
 ارتباط معنی‌دار آماری بین سطح تحصیلات و اختلال عملکرد اجتماعی وجود ندارد ( $P=0/347$ ).

۸۳/۶ درصد زنان با تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم به هیچ وجه افسردگی نداشتند، در حالیکه این میزان در

بین افرادی که از تحصیلات عالی برخوردار بودند ۸۶/۳ درصد بود. ارتباط معنی‌دار آماری بین میزان تحصیلات و میزان افسردگی وجود ندارد ( $P=0/170$ ).  
 ۶۳ درصد زنان شاغل که دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم بودند از زیر مقیاس نشانه‌های بدنی سلامت عمومی در حد معمول دچار مشکل بودند که این میزان در زنان با تحصیلات عالی ۶۵/۲ درصد بود. ارتباط معنی‌دار آماری بین میزان تحصیلات و نشانه‌های بدنی وجود دارد ( $P=0/049$ ).

**جدول شماره ۱: فراوانی مطلق و نسبی زیر مقیاس‌های سلامت روانی برحسب سطوح سلامتی**

جمع		بیشتر از حد معمول		تقریباً بیش از حد معمول		در حد معمول		اصلاً		سطوح سلامتی
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	زیر مقیاس‌های سلامت روانی
۱۰۰	۱۱۸۱	۰/۲	۲	۴/۹	۵۸	۶۴/۷	۷۶۴	۳۰/۲	۳۵۷	نشانه‌های بدنی
۱۰۰	۱۱۸۱	۰/۷	۸	۷/۷	۹۱	۶۶/۷	۷۸۸	۲۴/۹	۲۹۴	اضطراب و بی‌خوابی
۱۰۰	۱۱۸۱	۰/۳	۳	۱۳/۱	۱۵۵	۷۴/۶	۸۸۱	۱۲	۱۴۲	اختلال عملکرد اجتماعی
۱۰۰	۱۱۸۱	۰/۲	۲	۰/۳	۴	۱۳/۸	۱۶۳	۸۵/۷	۱۰۱۲	افسردگی وخیم
۱۰۰	۱۱۸۱	۰	۰	۱/۳	۱۵	۷۲/۶	۵۸۷	۲۶/۳	۳۰۹	نمره کل

نتایج نشان می‌دهد، شاخص نشانه‌های بدنی با میزان همبستگی ۰/۴۲۶ بیشترین ارتباط را با نمره وضعیت سلامت عمومی افراد دارند، به ترتیب شاخص اضطراب و بی‌خوابی با میزان همبستگی ۰/۴۰۶ شاخص افسردگی وخیم ۰/۲۶۴ شاخص اختلال عملکرد

اجتماعی با میزان همبستگی ۰/۲۲۱ با نمره وضعیت سلامت عمومی ارتباط دارند ( $P<0/001$ ).

## بحث و نتیجه گیری

افراد مجرد و متاهل بود و میزان شیوه اختلال روانی در افراد متاهل بیش از مجرد بوده است.

شاید دلیل آن را بتوان عوامل تنش‌زای اقتصادی، اجتماعی وارده بر افراد متاهل مانند کسب درآمد و اداره زندگی و رسیدگی به امور فرزندان نسبت داد. در ارتباط با سطوح سلامتی و زیر مقیاسهای سلامت روان در جدول بیشترین ارتباط بین شاخصهای بدنی و اضطراب و بی‌خوابی با سلامت عمومی بوده است، لذا به نظر می‌رسد با تغییر در زیرمقیاسهای بدنی و اضطراب و بی‌خوابی می‌توان سلامت عمومی زنان را ارتقاء داد. نتایج مطالعه نوربالا در این رستا بیانگر آن بود که ۲۱ درصد افراد از علائم افسردگی، ۲۰/۸ درصد از علائم اضطراب و ۱۷/۹ درصد از علائم بدنی و ۱۴/۲ درصد از علائم اختلال عملکرد اجتماعی رنج می‌برند.

### پیشنهادات

۱. به نظر می‌رسد مسئولان و دست‌اندرکاران با تسهیل شرایط تبدیل وضعیت استخدامی، اقداماتی را در جهت بهبود وضعیت سلامت روان زنان شاغل انجام دهند: چرا که در صورت مختل بودن این بعد از سلامتی، مشکل روانی زنان بر ارتباطات خانواده نیز تاثیر گذاشته و روابط زناشویی و روابط فرزندان با مادر

نتایج تحقیق نوربالا نیز نشان داد که شیوع اختلالهای روانی با افزایش سن، سیر صعودی دارد و در افراد ۴۵ سال به بالا، اختلال بیشتر، از گروه سنی ۱۵-۴۴ ساله بوده که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد بین تعداد فرزندان و اختلال عملکرد اجتماعی و نشانه‌های بدنی زنان شاغل ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. به نظر می‌رسد وجود فرزند و امور مربوط به آن از قبیل اقامت کودک در مهد کودک و رفت و آمد فرزندان در ساعات کار و همینطور مسائل اقتصادی از قبیل هزینه تامین نیازهای کودک از قبیل پوشاک و تغذیه و غیره مشکلات مضاعفی را برای زنان به وجود آورده است و زنان را با مشکلات عدیده‌ای مواجه کرده است، در صورتیکه اصولاً باید وجود کودک وضعیت سلامت روان زنان را ارتقا دهد. در این راستا نتایج تحقیق منگلی نیز نشان داد که بین تعداد فرزندان و سلامت روان زنان حامله تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد که با نتایج تحقیق حاضر در یک راستا است. در ارتباط با وضعیت تاهل و اختلال عملکرد اجتماعی و اضطراب و بی‌خوابی و نشانه‌های بدنی، ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد ولی بین وضعیت تاهل با افسردگی و خیم ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد. تحقیق نوربالا بیانگر آن بود که اختلال روانی در افراد مطلقه و بیوه بیش از

را مختل کرده و سطوح سلامتی خانواده را کاهش می‌دهد.

۲. گذاشتن کلاسهای مشاوره در جهت آموزش مهارتهای زندگی در سن یائسگی و چگونگی مقابله با عوامل تنش‌زا و آموزش مهارتهای سازگاری با علائم یائسگی و تغییر در سبک زندگی الزامی باشد و در صورت شدید بودن علائم جسمی با نظر متخصص مربوطه، هورمون درمانی جایگزینی می‌تواند مفید واقع گردد، ورزش و اصلاح کیفیت تغذیه در دوران یائسگی، بعد از مشاوره با کارشناس تغذیه نیز می‌تواند در جهت کاهش علائم بدنی مثر ثمر باشد.

فاطمه مقدم تبریزی

۳. به نظر می‌رسد تمهیداتی از قبیل نداشتن دیدن مهد کودک در داخل محل کار زنان و اختصاص دادن ساعاتی از شیفت‌های کاری زنان شاغل به امور فرزندان، تدارک کمک هزینه به فرزندان، عهده‌دار شدن مسئولیت کودک توسط مهد کودک در انجام بعضی از کارها از قبیل معاینات غربالگری کودکان در مهد کودک و اجرای برنامه واکسیناسیون و بهبود وضعیت تغذیه کودک، پایش رشد جسمی و روانی کودک، شاید بتواند از مسئولیت‌های مادران در قبال کودکان بکاهد تا زمینه را برای بهبود وضعیت سلامتی مادر و کودک فراهم آورد. ۴. گذاشتن کلاسهای بدنسازی، شنا، کوهنوردی می‌تواند در بهبود شاخصهای

بدنی مفید گردد، از طرفی به نظر می‌رسد گذاشتن کلاسهای مشاوره گروهی با حضور یک روانشناس و بحث و بررسی مشکلات توسط زنان و همچنین اختصاص دادن بودجه‌هایی در ادارات و ترتیب دادن وسایل و امکانات مسافرت دسته جمعی و خانوادگی از طریق ادارات شاید بتواند در کاهش اضطراب زنان شاغل مفید و موثر واقع گردد.



## منابع

- ۱- امیدی ع، طباطبایی ا. همه‌گیری شناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری در شهرستان نظز اصفهان، فصلنامه اندیشه و رفتار ۳۲، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال هشتم، شماره ۴، بهار ۱۳۸۲،
- ۲- حبیب س، شیرازی م. رضایت شغلی و سلامت روانی در کارکنان یک بیمارستان عمومی. فصلنامه اندیشه و رفتار ۳۳، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، سال هشتم، شماره ۴، بهار ۱۳۸۲، ص ۲۰-۲۴.
- ۳- محیط ا، شاه محمدی د. ارزشیابی کشوری بهداشت روانی، فصلنامه اندیشه و رفتار ۴، سال سوم، شماره ۳، زمستان ۱۳۷۶، ص ۱۲-۱۷.
- ۴- محمدی م، داویدیان ه. همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران سال ۱۳۸۰، مجله پژوهشی حکیم بهار ۸۲، دوره ششم شماره اول، ص ۵۵-۶۴.
- ۵- نوربالا ا، محمد ک. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸، مجله پژوهشی حکیم، بهار ۸۱، دوره پنجم، شماره اول، ص ۱۰-۱۱.
- ۶- سوری ح، حاتمی سعدآباد ع. استرس‌های شغلی در زنان شاغل اهوازی، مجله پزشکی حکیم، بهار ۸۲، دوره ششم، شماره اول، ص ۶۹-۶۵.
- ۷- نوربالا ا، محمد ک باقری یزدی ع. بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران، مجله پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره ۴ ص ۲۲۳-۲۱۲.
- ۸- دنرسین ل، بیان‌زاده ا. جنبه‌های روانی- اجتماعی و بهداشت روانی سلامت زنان، ترجمه شادلویی ف، چاپ اول، ۱۳۸۲ ناشر تحفه، ص ۵۸-۵۰.

# *A Survey of Effective Factors on Mental Health of Employed Women in Urmia*

*Moghadam Tabrizi F<sup>1</sup>*

## **Abstract:**

**Introduction:** Health, according to definition of WHO, is a condition of complete physical, mental, and social health. Mental health may be defined as capability, in becoming coordinated with others, improving the environment, and solving the conflicts. WHO reported that 1% of world population suffers from severe mental diseases and 5-15% of them have mild mental diseases. The reported incidence of mental disorders in Iran appears to be 18-23%.

**Methods & Materials:** This study is performed to investigate mental health condition of employed women in governmental sectors. Standard GHQ28 questionnaires were used for data collection and 1181 employed women were randomly selected.

**Results:** The results showed that public health of employed women was more related to physical signs with 0.426 correlation coefficient. The public health situation score was respectively affected as follows: the relation coefficient of anxiety and insomnia was 0.406, severe depression was 0.264, and social disorder 0.221.

**Discussion:** It is almost certain that some factors such as job security, improved facilities and better income had great effect on their lifestyle and appeared to reduce tension and depression signs.

**Key Words:** Mental Health, Employed women

**Address:** Nursing and Midwifery Faculty, Basij St, Urmia, Iran.

---

<sup>1</sup> Instructor of Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences