



ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت

نفت بوشهر

دکتر احمد حاجی*^۱، دکتر پیمان فریدنیا^۲

^۱ استادیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

^۲ پزشک عمومی، بهداشت و درمان صنعت نفت استان بوشهر منطقه ویژه انرژی پارس

چکیده

زمینه: این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر و با تأکید بر عوامل جمعیت شناختی نظیر سن، جنس، تأهل، تحصیلات، حالت اشتغال و محل سکونت در سال ۱۳۸۵ اجرا گردیده است. مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی با روش نمونه‌گیری سرشماری بر روی جامعه آماری کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر، با حجم نمونه ۱۴۹ نفر انجام شد. اطلاعات مورد لزوم با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت عمومی، مقیاس حمایت اجتماعی و فرم اطلاعات جمعیت شناختی جمع‌آوری شد. برای توصیف و تحلیل آماری از جداول توزیع فراوانی و درصدی، میانگین، انحراف معیار، آزمون‌های تی، آنووا و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. یافته‌ها: این تحقیق نشان داد که وضعیت سلامت روان با نمره حمایت اجتماعی رابطه معنی‌دار و مستقیم دارد ($r=0/56$, $P=0/001$). نتایج به‌دست آمده نشان دادند که جنسیت، گروه سنی، تحصیلات دانشگاهی، متأهل بودن و تعداد اعضاء خانواده با سلامت روانی و حمایت اجتماعی دارای همبستگی معنی‌داری هستند. همچنین نشان داده شد که پرسنل نوبت کاری اقماری در مقایسه با سایر حالات اشتغال از شرایط سلامت روان و حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند ($F=7/8$ و $P=0/0001$) و ($F=12/29$ و $P=0/0001$). نتیجه‌گیری: بین سلامت روان و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود دارد و این ارتباط با توجه به عوامل جمعیت شناختی متغیر بوده است. از طرفی تأثیر حمایت اجتماعی بر سلامت روان نشان می‌دهد که تغییر سیاست‌گذاری‌ها با هدف ارتقاء کیفیت و کمیت شبکه‌های حمایتی بویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر می‌تواند باعث تقویت اثرات محافظتی حمایت اجتماعی و در نهایت سلامت روانی گردد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، حمایت اجتماعی، عوامل جمعیت شناختی، صنعت نفت

دریافت مقاله: ۸۶/۲/۱۸ - پذیرش مقاله: ۸۶/۱۱/۳۰

مقدمه

تجربه سوگ با سهولت بهتری صورت می‌گیرد (۵). ادبیات پژوهشی در زمینه حمایت اجتماعی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد، اول مطالعاتی که متمرکز بر سیستم‌های حمایتی در محیط است. دوم مطالعاتی که بر حمایت اجتماعی تصویری تکیه می‌کنند یعنی بنا به تصور شخصی چه میزان از حمایت اجتماعی برخوردارند (۶).

مسئله اصلی که در پژوهش حاضر دنبال می‌شود بررسی وضعیت سلامت روان در پرسنل بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر و همچنین بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی تصویری و سلامت روان است. این مطالعه در پی آن است تا مشخص نماید که بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی کارکنان، کدام گروه به لحاظ روانی آسیب پذیرتر و یا از حمایت‌های کمتری برخوردار می‌باشند.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی-تحلیلی بوده که بر روی کارکنان بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر، در سال ۱۳۸۵ اجرا شده است. جامعه پژوهش را پرسنل رسمی، حق‌الزحمه‌ای و قراردادی با مدت معین تشکیل می‌دادند که از این جامعه آماری به روش نمونه‌گیری سرشماری ۱۵۸ نفر به‌عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. به سبب عدم شرکت ۹ نفر از اعضای نمونه مورد مطالعه، اندازه نهایی نمونه به ۱۴۹ نفر کاهش یافت. کارکنان شرکت کننده در این پژوهش با راهنمایی کارشناسان آموزش دیده، پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ-28)^۱، مقیاس حمایت

بررسی‌های گوناگون در جهان نشان داده‌اند که استرس‌های روانی برای سازمان‌ها، هزینه و خسارت زیادی را به همراه دارند زیرا سازمان‌ها هر ساله تعداد قابل توجهی جمعیت جوان را جذب می‌کنند و طی زمان معینی توانمندی‌های علمی و عملی این اشخاص را پرورش می‌دهند و در نهایت نیروهای آموزش دیده را در اختیار جامعه می‌گذارند. با گذشت زمان در محیط‌های کاری، فشارهای روانی موجب کاهش عملکرد و کارایی، غیبت و جابجایی کارکنان و اختلال در تعاملات اجتماعی می‌گردند، این مسئله هزینه‌های سنگینی را بر سازمان‌ها و موسسات تحمیل می‌کند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی همواره نقش تعدیل کننده‌ای بر روی استرس دارند (۱). لو معتقد است که حمایت اجتماعی اثرات رویدادهای استرس زا را تعدیل می‌کند و منجر به کسب عواطف مثبت می‌گردد (۲) از طرفی حمایت اجتماعی از طریق محافظت و کاهش اثرات زیان آور وقایع استرس زا، نقش مهمی در حفظ سلامتی دارد، بنابراین حمایت اجتماعی بر روی شروع، پیشرفت و بهبود بیماری مؤثر است (۳).

مطالعات نشان می‌دهند که حمایت اجتماعی باعث غلبه افراد بر مشکلات زناشویی می‌گردد و زوجینی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، رضایت بالاتری را اعلام می‌کنند (۴). در مطالعه‌ای اثر حمایت اجتماعی بر روی تجربه سوگ مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی به عنوان یک تعدیل کننده بر تجربه سوگ عمل می‌کند یعنی افرادی که فقدان را تجربه می‌کنند وقتی از حمایت اجتماعی برخوردار باشند، بهتر با آن کنار می‌آیند و بهبودی از

^۱ General Health Questionnaire

برای تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات از روش آمار توصیفی (فراوانی، درصد و میانگین) و آمار تحلیلی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون، آنووا و تی تست دو نمونه‌ای) استفاده شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۴۹ نفر (۱۰۸ مرد و ۴۱ زن) پرسنل بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر در پاییز ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه فرض شده بود که بین حمایت اجتماعی و سلامت روان رابطه وجود دارد. بر اساس نتایج به دست آمده این فرضیه تأیید و فرض صفر رد گردید. به عبارتی دیگر، جهت پاسخ به این سؤال از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده که نتایج نشان دادند بین حمایت اجتماعی و سلامت روان رابطه معنی‌دار وجود دارد ($r=0/56$ و $P=0/001$).

در این مطالعه علاوه بر فرضیه فوق‌الذکر دو پرسش هم مطرح شده است که در پرسش اول رابطه بین حمایت اجتماعی و متغیرهای جمعیت‌شناختی و در پرسش دوم رابطه بین سلامت روان و متغیرهای جمعیت‌شناختی به طور جداگانه مورد سؤال قرار گرفته است. جهت پاسخ به دو پرسش مطرح شده از آزمون تی دو نمونه‌ای برای متغیرهای جنس و وضعیت تأهل و از آزمون آنوای یک طرفه برای سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی استفاده شده است. میانگین نمرات سلامت روان و حمایت اجتماعی بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول (۱) قابل مشاهده است. بر اساس جدول شماره ۱، میانگین و انحراف معیار نمونه مورد مطالعه در دو پرسشنامه سلامت روان و حمایت اجتماعی بر حسب عوامل جمعیت‌شناختی نشان داده شده است.

اجتماعی (SSS)^۲ و فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی را تکمیل نمودند.

فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی: در این فرم ویژگی‌های فردی و جمعیت‌شناختی پاسخ‌دهندگان از قبیل سن، جنس، تحصیلات، تأهل، محل سکونت و حالت اشتغال مورد سؤال قرار گرفته است.

پرسشنامه سلامت عمومی-۲۸ (GHQ-28):

این پرسشنامه شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تأثیر شگرفی بر پیشرفت پژوهش‌ها داشته و برای شناسایی اختلالات روانی غیرسایکوتیک، به طور گسترده‌ای بکار می‌رود (۷). این ابزار دارای ۴ مقیاس فرعی الف: علائم جسمانی ب: علائم اضطرابی ج: کارکرد اجتماعی و د: علائم افسردگی است و هر مقیاس دارای ۷ پرسش می‌باشد. ویلیامز، گلدبرگ و ماری در تحلیل ۴۳ مطالعه، حساسیت آن را ۸۴ درصد و ویژگی آن را ۸۲ درصد گزارش نمودند (۸). در پژوهشی دیگر این پرسشنامه با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۸۶ درصد و ویژگی ۸۲ درصد گزارش شده است (۷).

پرسشنامه مقیاس حمایت اجتماعی (SSS): این مقیاس ۱۲ سؤال دوگزینه‌ای (بلی و خیر) دارد که دامنه نمره آن بین صفر تا ۱۲ است. نمره بالا بر حمایت اجتماعی تصویری پایین و نمره پایین بر حمایت تصویری پایین دلالت دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۶۲ درصد گزارش شده است که دارای همگنی درونی قابل قبولی است (۹). در مطالعه حاضر ضریب آلفا کرونباخ ابزار ۷۶ درصد بدست آمد که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب است.

² Social Support Scale

جدول ۱: میانگین نمرات سلامت روانی و حمایت اجتماعی بر حسب عوامل جمعیت شناختی

| متغیر | شاخص آماری | سلامت روانی | | حمایت اجتماعی | |
|-------------|-------------------------------|--------------|---------|---------------|---------|
| | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| جنس | مرد | ۲۲/۵۶ | ۱۲/۱۴ | ۷/۳۷ | ۲/۹۹ |
| | زن | ۲۱/۵۳ | ۱۲/۰۷ | ۹/۲۴ | ۳/۱۹ |
| تأهل | متأهل | ۲۳/۵۸ | ۱۲/۱۵ | ۷/۹۸ | ۳/۱۶ |
| | مجرد | ۲۵/۱۴ | ۱۲/۶۲ | ۶/۹۲ | ۲/۹۴ |
| حالت اشتغال | نوبت کاری | ۲۰/۸۵ | ۱۲/۷۱ | ۸/۵۷ | ۳/۲۹ |
| | عادی کار | ۱۸/۳۶ | ۹/۲۹ | ۹/۵۲ | ۲/۶۲ |
| | نوبت کاری اقماری | ۳۰/۱۴ | ۹/۷۲ | ۵/۸۰ | ۲/۳۱ |
| | عادی کاری اقماری | ۲۹/۰۰ | ۱۱/۵۰ | ۵/۸۷ | ۲/۴۲ |
| محل سکونت | سایر موارد | ۲۸/۰۰ | ۱۴/۱۲ | ۷/۴۴ | ۲/۷۴ |
| | شهرک‌های منطقه | ۱۷/۹۴ | ۱۰/۴۸ | ۹/۷۹ | ۲/۹۱ |
| | اقماری کار ساکن در استان | ۳۶/۱۸ | ۶/۴۳ | ۴/۵۶ | ۲/۰۶ |
| | اقماری کار ساکن خارج از استان | ۳۱/۸۳ | ۹/۷۵ | ۵/۲۱ | ۱/۶۳ |
| | بومی ساکن در استان | ۱۷/۲۱ | ۹/۵۸ | ۱۰/۰۵ | ۱/۵۴ |
| | غیر بومی ساکن در استان | ۲۱/۴۵ | ۱۱/۰۱ | ۹/۷۰ | ۲/۲۹ |
| محل کار | بوشهر | ۲۲/۰۰ | ۹/۹۸ | ۹/۸۸ | ۲/۵۲ |
| | جم | ۲۲/۱۱ | ۱۲/۱۲ | ۸/۰۳ | ۳/۲۵ |
| | عسلویه | ۳۰/۴۴ | ۱۰/۸۳ | ۶/۶۸ | ۲/۵۰ |

حالت اشتغال: ارزیابی میانگین نمرات متغیرها با آزمون آنووا نشان داد که میانگین نمرات سلامت روان ($p=0/0001$ و $f=7/8$) و حمایت اجتماعی ($p=0/0001$ و $f=7/8$) بر اساس حالت اشتغال به شکل معنی‌داری تفاوت دارد. آزمون تعاقبی توکی (tukey) هم نشان داد که در این باره پرسنل نوبت کاری اقماری و عادی کاری اقماری نسبت به پرسنل غیر اقماری از سلامت روان ضعیف‌تر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار هستند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود.

محل سکونت: آزمون آنووا تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات سلامت روان ($P=0/0001$) و

جنس: بررسی میانگین نمرات متغیرهای سلامت روان و حمایت اجتماعی بر حسب جنس نشان داد، زن‌ها نسبت به مردها از سلامت روان بهتر و حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، ولی این تفاوت از نظر آماری در مورد رابطه بین سلامت روان با جنسیت معنی‌دار نبوده ($P.value > 0/05$) ولی در زمینه تفاوت بین حمایت اجتماعی بر اساس جنسیت معنی‌دار بوده است ($p=0/0001$ و $df=147$ و $t=-3/35$).

وضعیت تأهل: نتایج بر حسب وضعیت تأهل نشان دادند که علی‌رغم این‌که متأهلین دارای سلامت روان مناسب‌تر و حمایت اجتماعی بیشتری بودند، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P.value > 0/05$).

می‌کند، به‌طوری‌که اثر قابل توجه‌ای بر روی سلامت و عملکرد اجتماعی دارد. وی بیان می‌کند که حمایت اجتماعی باعث می‌شود فرد احساس کند که مورد علاقه است، از وی مراقبت می‌شود؛ ارزش و احترام دارد و متعلق به یک شبکه از ارتباطات است (۱۱). پژوهش حاضر وضعیت سلامت روان پرسنل بهداشت و درمان صنعت نفت بوشهر را ارزیابی و رابطه آن را با حمایت اجتماعی و ویژگی‌های جمعیت شناختی مورد بررسی قرار داده است.

در این مطالعه آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که رابطه بین نمره سلامت روان و حمایت اجتماعی معنی‌دار و معکوس است. بنابراین با افزایش نمره حمایت اجتماعی، نمره سلامت روان کاهش می‌یابد که این کاهش نشان‌دهنده بهبود سلامت روان است. چو (Chou) و همکاران در مطالعه خود اثرات وقایع استرس‌زای زندگی را بر روی ایجاد افسردگی در هنگ‌کنگ بررسی کردند. آنان دریافتند که افزایش حمایت اجتماعی اثر وقایع استرس‌زای زندگی را در ایجاد افسردگی کاهش می‌دهد (۱۲). در این مطالعه رابطه دو متغیر سلامت روان و حمایت اجتماعی به‌طور جداگانه با متغیرهای جمعیت‌شناختی بررسی شد، که نتایج بدست آمده در زیر مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

جنسیت: ارزیابی سلامت روان برحسب جنس مشخص نمود که پرسنل زن از سلامت روان مناسب‌تری نسبت به مردها برخوردار هستند. اما این تفاوت معنی‌دار نبود. این ارزیابی در مورد حمایت اجتماعی نشان داد که پرسنل زن حمایت اجتماعی بالاتری نسبت به مردها دارند که در این مورد تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود. ولموس (Wohlgenuth) و بتز (Betz) در پژوهش خود به نتایج مشابهی رسیدند،

و حمایت اجتماعی ($F=19/66$) و $P=0/0001$) و همچنین $F=32/04$) بر حسب محل سکونت نشان داد. همچنین آزمون تعاقبی توکی در این باره مشخص نمود که پرسنل اقماری ساکن در استان و خارج از استان نسبت به سایر انواع محل سکونت از سلامت روان نامناسب‌تر و حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد.

محل کار: تفاوت بین نمرات سلامت روان ($P=0/0004$) و $F=5/85$) و حمایت اجتماعی ($P=0/017$ و $F=4/20$) با محل کار با استفاده از آزمون آنووا بررسی شد که نتایج تفاوت معنی‌داری را نشان دادند. در این باره آزمون تعاقبی توکی هم نشان داد که پرسنل شاغل در عسلویه از سلامت روان پایین‌تر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار می‌باشند، این تفاوت از نظر آماری با بوشهر دارای تفاوت معنی‌داری بوده است.

بحث

در جهان کنونی هر فرد در زندگی روزمره به شکلی استرس را تجربه می‌کند و به ناچار سعی می‌کند با اتخاذ شیوه‌ای منحصر به فرد به آن عوامل پاسخگو باشد. اکثر مطالعات به اثرات سودمند حمایت اجتماعی بر روی سلامت و احساس خوب بودن افراد تمرکز می‌کنند، به گونه‌ای که حمایت اجتماعی اثرات محافظتی در مقابل استرس دارد و عوارض ناشی از یک تجربه ناخوشایند را به حداقل می‌رساند (۳). حمایت اجتماعی به انواع مختلفی تعریف شده است؛ زیرا زمینه‌های متفاوت و ابزارهای مختلفی برای ارزیابی آن بوجود آمده است. به عنوان مثال کاسل (Cassel) حمایت اجتماعی را به‌عنوان یک همبستگی اجتماعی تعریف می‌کند (۱۰) و کوب حمایت اجتماعی را به‌عنوان یک عامل محافظت‌کننده در مقابل استرس بیان

به گونه‌ای که حمایت اجتماعی در زنان بیشتر از مردان بود (۱۳). بنابراین با توجه به این که حمایت اجتماعی محافظ خوبی برای سلامتی و سپر محکمی در برابر فشارهای محیطی و روانی است، می‌توان به این طریق نمره پایین سلامت روان را در زنان توجیه کرد.

وضعیت تأهل: در مقایسه نمرات سلامت روان و حمایت اجتماعی بین پرسنل مجرد و متأهل مشخص گردید که میانگین نمرات سلامت روان در پرسنل متأهل نسبت به مجرد کمتر است، بنابراین از وضعیت سلامت روان بهتری برخوردار هستند. همچنین افراد متأهل نسبت به مجرد حمایت اجتماعی بیشتری را برای خود تصور می‌کنند، ولی این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار نبود. تحقیق جورج (George) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک فاکتور محافظتی با بروز مشکلات عاطفی بخصوص افسردگی مقابله کند (۱۴). از طرفی کوهن (Cohen) و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که حمایت اجتماعی از دو طریق محافظتی و بنیادی بر روی سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اثرات مثبت دارد (۱۵).

حالت اشتغال: بالاترین میانگین نمره سلامت روان مربوط به پرسنل نوبت کاری و عادی کاری اقماری است و کمترین میانگین مربوط به پرسنل عادی کاری است. بنابراین پرسنل اقماری از شرایط سلامت روان نامناسب‌تری برخوردار هستند. بررسی میانگین نمرات حمایت اجتماعی هم نشان می‌دهد که بیشترین میانگین نمره حمایت اجتماعی به پرسنل عادی کار تعلق دارد و از طرفی ارزیابی‌های آماری نشان می‌دهند که این تفاوت‌ها معنی‌دار هستند. بنابراین رابطه همسویی بین وضعیت سلامت روان و حمایت اجتماعی مشاهده می‌گردد. اطلاعات کسب شده از

پژوهش حاضر و سایر مطالعات مؤید این نکته هستند که پرسنل اقماری کار از شرایط سلامت روان نامناسبی برخوردار هستند. و میزان آسیب‌پذیری آن‌ها بیشتر است. اثرات زیان آور نوبت کاری و افزایش ساعت اقماری کاری (میانگین ساعت کار بیش از ۴۸ ساعت در هفته) در اکثر مطالعات مورد تأکید قرار گرفته است. نوبت کاری می‌تواند یک فشارزای روانی اجتماعی باشد و اثرات آن بر روی سلامت روان، باعث اضطراب، افسردگی، شکایت زیاد از خستگی و کاهش کیفیت و کمیت خواب می‌شود (۱۶). در پی‌گیری چهار ساله شیلدز (Shields) مشخص گردید که بین نوبت کاری از یک طرف و شیوع اختلالات مزمن و تغییر در سطوح پریشانی‌های روان-شناختی از طرف دیگر، یک رابطه معنی‌دار وجود دارد (۱۷).

محل سکونت: میانگین نمره سلامت روان پرسنل بومی ساکن در استان کمتر از سایر پرسنل است و همچنین بیشترین نمره حمایت اجتماعی به پرسنل بومی ساکن در استان تعلق دارد. بنابراین مشاهده می‌کنیم که وضعیت سلامت روان در راستای وضعیت حمایت اجتماعی تغییر می‌کند. استفاده از آزمون‌های آماری مشخص نمود که تفاوت بین میانگین‌های نمرات سلامت روان و حمایت اجتماعی بر حسب محل سکونت معنی‌دار است. طبق یافته‌های وگا (Vega) و همکاران یکی از فشارزاهای اصلی برای افراد، کاهش روابط خانوادگی و حمایت اجتماعی است، به‌طوری‌که عدم کفایت حمایت خانوادگی و اجتماعی می‌تواند به‌طور مستقیم بر وضعیت سلامت روان اثر منفی بگذارد (۱۸). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که شرایط زندگی اقماری باعث کاهش حمایت اجتماعی و کاهش وضعیت سلامت روان

شرایط آسیب‌پذیری دارند که نیازمند توجه ویژه است، زیرا عسلویه قطب اقتصادی است که به موازات رشد صنعتی، بستر فرهنگی و اجتماعی آن پیشرفت لازم را نداشته است. علاوه بر این شرایط کاری اکثر کارکنان در این منطقه نوبت کاری و یا اقماری کاری است که به اثرات زیان‌آور آن‌ها بر سلامت روان، اشاره شده است.

بنابراین نتایج پژوهش اخیر نشان می‌دهد که کارکنان زن، متأهل، عادی کار، بومی ساکن در استان و شاغل در شهرستان بوشهر دارای حمایت اجتماعی بالاتری هستند، یعنی از یک فاکتور محافظتی در مقابل بحران‌ها و استرس‌ها برخوردار هستند. در خاتمه با در نظر گرفتن نتایج، پیشنهاد می‌گردد که غربال‌گری کارکنان در بدو ورود و همچنین پایش آنان در حین اشتغال بکار، برای دستیابی به کارکنان آسیب‌پذیر و پرخطر انجام شود و از طرفی سیاست‌گذاری‌های مناسبی با هدف ارتقای خدمات معیشتی، رفاهی و حمایتی برای کارکنان صنعت نفت بویژه در مناطق عملیاتی، در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله مراتب سپاس و تشکر را از آقای نوری و شادروان علی غلامی به جهت همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها اعلام می‌دارند.

می‌گردد. مطالعه بر روی پرسنل تأسیسات نفت و گاز دریای شمال مشخص نمود که پرسنل اقماری کار در مقایسه با پرسنل غیر اقماری کار، از سلامت روان بالاتری برخوردار هستند. از طرفی تحلیل اطلاعات نشان داد که اضطراب در بین پرسنل اقماری کار بیشتر بوده است (۱۹). ارزیابی شاخص‌های افسردگی و اضطراب، اثرات زیان‌آور نوبت کاری و افزایش ساعت کار اقماری را بر روی سلامت روان نشان می‌دهد (۱۵).
محل کار: نتایج به دست آمده پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین نمره سلامت روان مربوط به کارکنان شاغل در عسلویه است و کمترین نمره حمایت اجتماعی هم به آنان تعلق دارد که می‌تواند نشان‌دهنده رابطه مثبت حمایت اجتماعی با وضعیت سلامت روان باشد. اطلاعات این مطالعه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات حمایت اجتماعی و سلامت روان بر حسب محل کار از نظر آماری معنی‌دار بوده است. ویس (Weiss) از تحقیقات خود نتیجه گرفت که روابط و حمایت‌های اجتماعی باعث ایجاد احساس امنیت، یکپارچگی اجتماعی، احترام به ارزش‌های انسانی و ایجاد حس اتحاد و همبستگی پایدار می‌گردد (۲۰). به نظر می‌رسد که با توجه به نتایج پژوهش حاضر کارکنان شاغل در منطقه عسلویه به میزان کافی از این خصوصیات بهره‌مند نیستند و

References

1. Fleming MZ, MacGowan BR, Robinson L, et al. The body image of the postoperative female-to- male transsexual. *J consult clin psycho* 1982; 50: 461-2.
2. Lu L. Social Support, reciprocity, and well-being. *J Soc psycho* 1997 137: 618-28.
3. Shinyeol K. The effects of socioeconomic status Social support and acculturation on the mental and physical health among Korean American older adults in Chicago metropolitan area Dissertation for PhD. (accessed: 22 Aug 2007, at: <http://www.Wordcatlibraries.Org/wcpa/ow/d7do5e48a407b25ba19afe4daoge526.html>2002).
4. Dehle C, Landers JE. You can't always get what you want, but can you get what you need? Personality traits and social support in marriage. *J soc clin psycho* 2005; 24: 1051-76.
5. Stroebe W, Zech E, Stroebe MS, et al. Does social support help in bereavement? *J soc clin psycho* 2005; 24: 1030-50.
6. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford

- university press, 1972.
۷. یعقوبی ن، نصر م، شاه محمدی د. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا گیلان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول شماره ۴، ۵۵-۶۴.
۸. شمس علیزاده ن، بوالهروی ج، شاه محمدی د. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در یک روستای استان تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم شماره ۱ و ۲، ۱۳۸۰، ۲۶-۱۹.
9. Cassidy T, Burns E. Cognitive, appraisal, Vulnerability and coping: an integrative analysis of appraisal and coping mechanism. *Couns Psychol Q* 1996; 9: 261-79.
10. Cassel JC. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104:107-23.
11. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976; 38:300-14.
12. Chou KL, Chi I. Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators *Int J Aging Hum Dev* 2001; 52: 155-71.
13. Wohlgemuth E, Betz E. Gender – as a moderator of relationships of stress and social support to physical health in college students. *J Couns Psychol* 1991; 38: 367-74.
14. George LK. Stress social support and depression over the life – course. In: Markides KS, Cooper CL (Editors). *Aging Stress and health*. New York: John Wiley and Sons 1989.
15. Cohen S, Wills TA. Stress social support and the buffering hypothesis. *psychological Bulletin* 1995; 98:310-57.
16. Harrington JM. Health effects of shift work and extended hours of work. *Occup Environ Med* 2001; 58: 68-72.
17. Shields M. Shift work and health. *Health Rep* 2002; 13: 11-33.
18. Vega WA, Kolody B, Valle JR. Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *Int Migr Rev* 1997; 21: 512-29.
19. Parks KR. Mental health in the oil industry: a comparative study of onshore and offshore employees. *Psycho Med* 1992; 22: 997-1009.
20. Weiss RC. The provisions of social relationships. In: Rubin Z (Editor). *In doing unto others: Joining, Molding, Comforting, helping, loving*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1994.