فصلنامه علمی تخصصی طب کار
دوره ۷، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۴
صفحه: ۴۴-۳۱

Occupational Medicine Quarterly Journal
Vol.7, No 4, Winter, 2015
Pages: 31-44

مطالعه تطبیقی میزان سلامت روان گروه علوم پزشکی: فراتحلیل مطالعات کشوری در زمینه سلامت روان و اشتغال

سمانه‌سادات سدیدپور*[۱]، سعیده‌سادات سدیدپور[۲]، اکرم‌السادات سادات حسینی [۳]

چکیده

مقدمه: پزشک و پرستار باید سلامت روان مطلوبی داشته باشند تا بتوانند آنرا به بیمار نیز انتقال دهند. بنابراین، در قدم اول، انجام مطالعه‌ای با هدف مقایسه سلامت روان در گروه علوم‌پزشکی با دیگر مشاغل ضرورت می‌یابد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مطالعات کمی و نظام‌مند است. در این پژوهش سلامت‌روان، متغیر وابسته و نوع شغل افراد، متغیر مستقل تعیین شده است. جامعه آماری مطالعه، مقالات علمی-پژوهشی انجام شده در زمینه سلامت‌روان در مشاغل مختلف بود. فرضیه این پژوهش تجمیع و مقایسه یافته‌های پژوهش‌ها در زمینه سلامت روان شاغلین در گروه‌های مختلف بویژه مقایسه گروه علوم پزشکی و غیرپزشکی است. روش مورد استفاده برای انجام این پژوهش از نوع فراتحلیل بود که برای فراتحلیل از روش تجمیع مقادیر Z استفاده گردید.

نتایج: داده‌های پژوهش حاضر، نشان می‌دهد میانگین سلامت روان در گروه علوم پزشکی۰/۰۷-، در گروه مشاغل اداری ۰/۰۶ و مشاغل نظامی برابر با ۰/۰۱- بوده و میانگین مشاغل صنعتی ۰/۷ - بدست آمد. بررسی تطبیقی نشان می‌دهد میانگین سلامت روان در گروه علوم پزشکی از بین چهارگروه مشاغل نظامی، علوم پزشکی، اداری و صنعتی از مشاغل صنعتی بیشتر اما از مشاغل نظامی و اداری کمتر بوده است. همچنین کمترین سطح سلامت روان، مربوط به مشاغل صنعتی بوده و مشاغل اداری از همه بالاتر بدست آمد.

نتیجه‌گیری: بررسی‌ها نشان دادند میانگین سلامت روان در شاغلین گروه اداری، نسبت به شاغلین گروه علوم پزشکی بالاتر بود که این مسئله نیاز به تأمل بیشتری دارد. بنابراین، برای داشتن کادر پزشکی متعهد، لازم است به عوامل مؤثر بر سلامت روان در این گروه بیشتر توجه شود و در سیاست‌گذاری کلان کشور ارتقا سطح سلامت روان گروه علوم پزشکی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اشتغال، سلامت روان، علوم پزشکی، فراتحلیل، نوع شغل.

۱- کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی، دانشگاه الزهرا(س)، تهران ، ایران
۲- دانشجوی دکترا مهندسی کامپیوتر دانشگاه مالک اشتر، تهران، ایران
۳- عضو هیأت علمی‌دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۳۵۱۵۳۰۲۱۵، پست الکترونیکی: sama.sadid@gmail.com
تاریخ پذیرش:۹۴/۱/۲۴ تاریخ دریافت:۹۳/۰۹/۰۶

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

نداشتن سلامت روان، جامعه انسانی را به خشونت، تبعیض و سوءاستفاده از تمام جنبه‌های زندگی دیگران می‌رساند. سلامت روانی و رفاه اساسی به توانایی فردی و جمعی ما به عنوان انسان قوت می‌بخشد. اندیشیدن، اظهار احساسات کردن، ارتباط برقرار کردن با یکدیگر و لذت بردن از زندگی، تنها در پی داشتن سلامت روان، ممکن خواهد بود. در حال حاضر، شکل‌گیری سرمایه ذهنی فردی و جمعی، به ویژه در مراحل اولیه زندگی، با طیف وسیعی از خطرات قابل اجتناب که به سلامت روان لطمه می‌زنند، مواجه است. از سوی دیگر، با توجه به اهمیت سلامت ارائه‌دهندگان خدمت و ایمنی بیماران در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، پژوهش‌های انجام گرفته نشان می‌دهند احساس امنیت، از تبیین‌کننده‌های سلامت روان است (۱) به طوریکه با توجه به پژوهش‌ها به نظر می‌رسد احساس امنیت اجتماعی در افراد با سلامت عمومی کمتر، پایین‌تر است(۲). در این میان در گروه علوم پزشکی، تنها ۳۰ درصد از پرستاران، ۲۱ درصد از پزشکان و ۳۹ درصد از پیراپزشکان، در محیط کار، احساس امنیت داشتند(۳). اگر روان انسان شناخته نشود نه تنها انسان به کمال نمی‌رسد؛ بلکه به خاطر عدم شناخت درست آن آفت‌ها و آسیب‌های زیادی دامن‌گیرش می‌شود. کارشناسان در مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران، دریافتند ۴۸/۸ درصد از افراد مورد مطالعه، سلامت روان خود را مطلوب می‌دانند و در مقابل تنها ۸/۶ درصد پاسخگویان میزان افسردگی خود را زیاد و بسیار زیاد برآورد کرده بودند(۴). اگرچه اخیراً نتایج برخی تحقیقات حاکی از آن بوده است که سلامت روان جامعه ما مطلوب نیست(۵). مطالعات انجام شده در مورد سلامت روان، برخی از اقشار مانند مادران دارای فرزند بیمار(۶)، بیماران(۱۰-۶)، افراد غیر ورزشکار(۱۱)، پناهندگان(۱۲)، کودکان(۱۳،۱۴)، نوجوانان(۱۵،۱۶)، سالمندان(۱۷)، زنان(۱۸،۱۹) بویژه زنان مطلقه(۲۱-۲۰) و کم درآمد شهری(۲۲) را بیشتر در معرض خطر و نیازمند توجه بیشتری در مسئله سلامت روان می‌دانند. در اینجا این پرسش را مطرح می‌شود که علت مطلوب نبودن سلامت روان در جوامع امروزی چیست؟ در پاسخ، پژوهش‌های انجام شده به عواملی چون جنگ(۲۳)، اضطراب مرگ(۲۴)، رضایت زناشویی(۲۵،۲۶)، رضایت از رشته تحصیلی(۲۷)، رضایت شغلی(۲۸) اشاره دارند اما تأثیر نوع شغل بر سلامت‌روان افراد کمتر مورد توجه بوده است. جهان زیست در مناسبات بیمار و پزشک حائز اهمیت بوده و دستیابی به سلامت روان در این زیست‌جهان نیازمند یک کار گروهی است(۳۱-۲۹). مروری بر مطالعات انجام شده درباره مشاغل حوزه علوم پزشکی بویژه پزشکی، نشان می‌دهد گرچه رضایت بیماران از دانش پزشکان مطلوب است(۳۲) و پراکندگی متخصصین نسبت به ۵ سال گذشته همگن‌تر می‌باشد(۳۳) اما، ارائه فوریت‌های پزشکی نیازمند ایجاد اعتماد(۳۶)، مشارکت های گروهی (۳۷)، اجرای تعهدات حرفه‌ای(۳۸)، مهارت‌های ارتباطی(۴۰) و مهارت‌های همدلی(۴۱) بویژه در برخورد با بیماری‌های حاد نیازمند سلامت‌روانی پزشک است.

در کادر پزشکی، رابطه پزشک-پرستار(۴۲) و مهارت‌های ارتباطی پزشک - بیمار و در محیط کار(۴۳)، کادر درمانی بیمارستان‌ها با وجود مسئولیتی که دارند پرستاران و بویژه در بخش روان‌پزشکی(۴۶-۴۴) مطلوب نیست. ناعدالتی و تشدید تأثیرات سوءپرداخت‌های مستقیم(۴۷) تأثیرات منفی بر سلامت روان گروه پزشکی دارد. این درحالی است که حکمای طب سنتی ایران، رعایت اخلاق را برای طبیب ضروری می‌دانستند و این موضوع نه تنها در آثار و مکتوبات، بلکه در سیره آنان نیز منعکس بوده است. ایشان برای پزشک، نه تنها از لحاظ سجایای اخلاقی، بلکه حتی از نظر خصوصیات و صفات ظاهری نیز مشخصاتی قائل بودند و اهمیت رفتار، گفتار و ظاهر مناسب طبیب کمتر از صلاحیت‌های علمی او نبوده است(۴۸)

از آنجا که استرس شغلی بویژه در گروه علوم پزشکی می‌تواند اثرات زیان‌باری بر کیفیت مراقبت از بیماران و کیفیت زندگی کاری کادر پزشکی داشته باشد، با توجه به نظریات و گزارش‌های متناقض در مورد تأثیر نوع مشاغل مختلف بر سلامت روان، لزوم یک کل‌نگری در مورد همه نتایج مطالعات بدست آمده و رسیدن به یک نتیجه‌گیری کلی- نقص داده‌های موجود در زمینه سلامت روان در رسته‌های مختلف شغلی، بویژه مقایسه گروه علوم

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

پزشکی با دیگر مشاغل ضرورت دارد. پژوهش حاضر بر آن است که با رویکردی کیفی از نوع فراتحلیل(متاآنالیز) به بررسی عمیق‌تر وضعیت سلامت‌روان در مشاغل گروه علوم پزشکی و تفاوت آن با گروه غیر علوم پزشکی می‌پردازد و به منظور مقایسه سلامت‌روان در مشاغل مختلف، تجربه‌های زیسته آنان را مورد تحلیل مقایسه‌ای قرار دهد. بدین منظور، دو پرسش اساسی در این مطالعه بررسی می گردد، الف. چه تفاوتی میان مشاغل گروه پزشکی و غیر پزشکی به لحاظ میانگین سلامت روان وجود دارد؟ب. تأثیر میزان خدمت افراد و ارتباط آن با سلامت روان ایشان چگونه است؟

به این ترتیب، در پاسخ به پرسش‌های بالا، با توجه به نتایج گزارش‌هایی که تاکنون ارائه شده‌اند و بعضاً متفاوت نیز بوده‌اند، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نتایج مطالعاتی است که تاکنون به صورت پراکنده رابطه اشتغال و سلامت‌روان را بررسی کرده‌اند. این مهم با بهره‌برداری از رویکرد روشی فراتحلیل میسر شده است؛ چرا که هدف اصلی آن نیز یکپارچه‌سازی نتایج بدست آمده از نتایج مختلف است و همانطور که Glass می‌گوید متاآنالیز در واقع تحلیل تحلیل‌هاست(۴۹). هم‌چنین، به دلیل اهمیت رابطه اشتغال و سلامت روان، دریافت ابعاد جامعه‌شناختی این پدیده نیز ضروری است. یافته‌های این پژوهش مقدمه‌ای است برای ارائه طرحی جامع پیرامون ابعاد مختلف سلامت روان در نقش‌های مختلف که با پژوهش‌های هدفمند و ربط منطقی آن‌ها، زمینه کاربردی‌کردن پژوهش‌ها را فراهم می‌نماید. انجام مطالعاتی از نوع فراتحلیل از این رو پر فایده است که می‌تواند پژوهش علمی را به مثابه تلاش جمعی بسیاری از پژوهشگران که نتایج خود را با تحقیقات دیگران شریک هستند، ارائه دهد.(۵۰)

روش بررسی

فراتحلیل از جمله روش‌های کیفی است. فرضیه این پژوهش تجمیع و مقایسه یافته‌های پژوهش‌ها در زمینه سلامت روان شاغلین در گروه‌های مختلف، بویژه مقایسه گروه علوم پزشکی و غیر پزشکی است. روش مورد استفاده برای انجام این پژوهش، فراتحلیل یا متاآنالیز است. فراتحلیل چشم‌اندازی است که در آن روش‌های مختلف اندازه‌گیری و آمار بکار برده می‌شود(۵۰). در این روش که تحلیل تحلیل‌هاست، در ابتدا نیاز است مطالعات مناسب گردآوری گردند. محققان برای اجرای فراتحلیل ۵ گام را برمی‌شمرند: گام اول، تصمیم‌گیری در مورد اینکه چه اطلاعاتی باید استخراج شوند؛

گام دوم، مدل مناسب ثابت، تصادفی یا ترکیبی برای تجزیه و تحلیل باید انتخاب شود؛

گام سوم، جستجوی داده‌ها انجام شود؛

گام چهارم، تجزیه و تحلیل انجام گردد؛

گام پنجم، تفسیر نتایج ارائه شود(۵۱).

در بسیاری از مطالعات مربوط به فراتحلیل که با تعداد زیادی مطالعه شروع می‌شوند، در جریان تحلیل تعداد زیادی از فرآیند تحلیل خارج می‌شوند(۵۲). در این مطالعه، سلامت روان متغیر وابسته و نوع شغل افراد، متغیر مستقل است. جامعه آماری در این مطالعه، مقالات علمی-پژوهشی انجام شده در زمینه سلامت روان در مشاغل مختلف بودند. برای بالا بردن اعتبار فراتحلیل، مقالات علمی-پژوهشی، به دلیل در دسترس‌تر بودن نسبت به پایان‌نامه‌ها و اعتبار علمی بالاتری که نسبت به مقالات علمی-ترویجی و مقالات همایش‌ها و کنفرانس‌ها داشتند، هدف بررسی قرار گرفتند. بدین منظور، با جستجوی اینترنتی در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و پایگاه اطلاعات-داده جهاد دانشگاهی با استفاده از کلمات کلیدی سلامت، سلامت روان و اشتغال، گردآوری مقالات علمی- پژوهشی معتبر منتشر شده از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۹۲ انجام شد. در زمینه سلامت روان و اشتغال ۸۰ مقاله بدست آمد که از این میان ۳۳ مقاله کمی مناسب برای بررسی سلامت روان در مشاغل مختلف در مناطق مختلف کشور، انتخاب شدند(جدول ۱). در مطالعات مربوط به فراتحلیل، روایی اثربخش در زمره روش‌های ارزیابی روایی به معنای توافق آن است. در این روایی، به منظور اجتناب از ارتکاب برخی تورش‌ها و خطاهای اندازه‌گیری از جمله تورش‌های مربوط به خطای اندازه‌گیری تصادفی در برآورد روایی اثربخش، رایج است از فرمول چارلز اسپرمن و ویلیام براون استفاده می‌شود. میزان روایی ۰/۷۸۲ - بدست آمده است که این میزان نشان می‌دهد روایی پژوهش‌ها مطلوب است(۵۳)

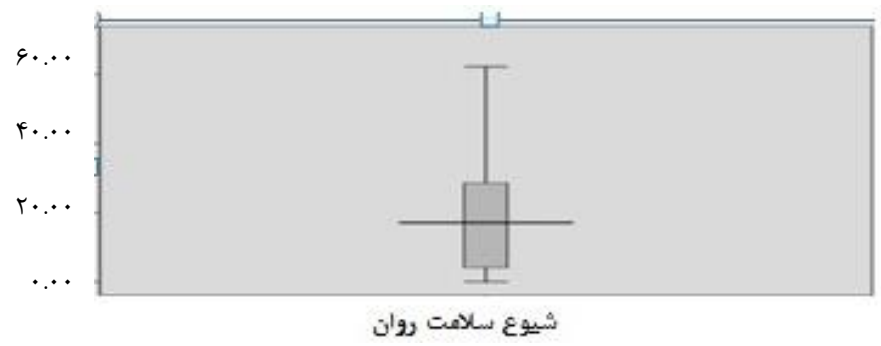
[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱: مشخصات مربوط به مطالعات مناسب فراتحلیل شیوع سلامت روان در رسته شغلی

ردیف	پژوهشگر	سال پژوهش	رسته شغلی	مکان پژوهش	حجم نمونه	میانگین سلامت‌روان	نمره استاندارد سلامت روان (Z)
۱	آقاجانی و همکاران	۱۳۹۲	علوم پزشکی	رودسر	۱۳۰	۱۸/۷۵	-۰/۲
۲	امید و همکاران	۱۳۹۲	علوم پزشکی	اصفهان	۵۰۱	۳/۷۹	-۰/۹
۳	حریری و بطلانی	۱۳۹۲	اداری	اصفهان	۵۸	۴۵/۷۳	۰/۹
۴	چوبینه و همکاران	۱۳۹۱	علوم پزشکی	شیراز	۲۰۰	۱۷/۱۲	-۰/۳
۵	قهرمانی و نادی	۱۳۹۱	علوم پزشکی	شیراز	۲۵۰	۳۷/۶۴	۰/۶
۶	بحری بیناباج و همکاران	۱۳۹۰	علوم پزشکی	گناباد	۱۲۴	۲۲/۶۵	-۰/۰۳
۷	پورسردار و همکاران	۱۳۹۰	علوم پزشکی	آبدانان-ایلام	۱۷۰	۴/۳	-۰/۹
۸	حدادی و همکاران	۱۳۹۰	اداری-صنعتی	تهران	۱۶۰	۲۵/۶۶	۰/۰۵
۹	هاشمی شیخ شبانی و همکاران	۱۳۹۰	صنعتی	اهواز	۲۸۸	۱۳/۰۹	-۰/۴۷
۱۰	ایرانبان و همکاران	۱۳۸۹	صنعتی	فارس	۲۰۰	۱۸/۷۵	-۰/۲
۱۱	حجتی و همکاران	۱۳۸۹	علوم پزشکی	گلستان	۱۵۲	۵۷	۱/۴۵
۱۲	صادقی و همکاران	۱۳۸۹	علوم پزشکی	قزوین	۷۰	۹/۶	-۰/۶
۱۳	اصغر نژاد	۱۳۸۹	اداری	رودسر	۱۰۰	۱۰/۹	-۰/۶
۱۴	غنی و همکاران	۱۳۸۹	علوم پزشکی	تهران	۳۸۴	۴۳/۸	۰/۹
۱۵	اسدزندی و همکاران	۱۳۸۸	نظامی	تهران	۲۷۲	۱۸/۵	-۰/۲
۱۶	خلیفه سلطانی	۱۳۸۸	علوم پزشکی	اصفهان	۴۰	۲/۵	-۰/۹
۱۷	عبدالملکی و همکاران	۱۳۸۸	صنعتی- اداری	تهران	۶۰	۷/۹۷	-۰/۹
۱۸	آراسته و همکاران	۱۳۸۷	اداری	سنندج	۵۰۶	۵۰	۱/۱۵
۱۹	آراسته	۱۳۸۶	علوم پزشکی	سنندج	۵۰۶	۶۲/۲۵	۱/۶۷
۲۰	بهروزی و همکاران	۱۳۸۷	اداری	اهواز	۲۹۵	۳/۲	-۰/۹
۲۱	نصیری و جوکار	۱۳۸۷	اداری	شیراز	۳۸۲	۲۶/۸	۰/۱۴
۲۲	عقیلی‌نژاد و همکاران	۱۳۸۶	نظامی	تهران	۲۵۰	۷/۶	-۰/۶۹
۲۳	فولادوند	۱۳۸۶	علوم پزشکی	ایلام	۱۷۶	۰/۲۶	۰/۱
۲۴	نظرپور و همکاران	۱۳۸۶	علوم پزشکی	اهواز	۱۲۰	۳/۲۸	-۰/۹
۲۵	خاقانی‌زاده و همکاران	۱۳۸۵	علوم پزشکی	تهران	۲۰۰	۵/۸۲	-۰/۷
۲۶	غفاری و همکاران	۱۳۸۵	علوم پزشکی	بابل	۱۲۰	۲۰/۷	-۰/۱۲
۲۷	فارسی و همکاران	۱۳۸۵	نظامی	تهران	۳۰۱	۲۸/۵۸	۰/۲
۲۸	فرح بخش	۱۳۸۴	اداری	اصفهان	۶۰	۳۶/۸۶	۰/۶
۲۹	حسینی و موسوی	۱۳۸۳	علوم پزشکی	مازندران	۲۸۵	۵۹/۶۶	۱/۶
۳۰	گروسی فرشی و مانی	۱۳۸۳	صنعتی	تبریز	۹۸۵	۰/۰۳	-۱
۳۱	ظهیرالدین و مهدوی هزاوه	۱۳۸۲	صنعتی	تهران	۲۰۲	۰/۶۳	-۱
۳۲	نجفی و همکاران	۱۳۸۲	علوم پزشکی	تهران	۳۹	۱/۲۱	-۱
۳۳	رئیسی و توکلی	۱۳۸۱	علوم پزشکی	تهران	۱۰۴	۴/۱۵	-۰/۹

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]



نمودار۱: نمایش وضعیت نرمال بودن داده‌ها

و داده‌ها همچنان که در نمودار نشان داده می‌شود نرمال هستند، همچنین کشیدگی و چولگی داده‌ها در بازه (۲, ۲-) قرار داشته و می‌توان گفت که این متغیر می‌تواند نرمال باشد.

جدول ۲: نمایش وضعیت نرمال بودن داده‌ها

	فراوانی	مینیمم	ماکسیمم	مجموع	میانگین		انحراف معیار	واریانس	چولگی		کشیدگی	
	آماره	آماره	آماره	آماره	آماره	خطای انحراف معیار	آماره	آماره	آماره	خطای انحراف معیار	آماره	خطای انحراف معیار
سلامت روان	۳۳	۰	۹۸	۷۸۶	۲۳/۸۳	۳/۹۷۲	۲۲/۸۱۸	۵۲۰/۶۷۰	۱/۳۵۵	۰/۴۰۹	۲/۰	۰/۷۹۸
تعداد کل	۳۳											

برخی از مطالعات، جامعه آماری خود را از چند رسته شغلی قرار داده بودند که در هر دو گروه به تناسب محاسبه شدند. در تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزارهای Excel و SPSS ویرایش ۱۶ استفاده شد. بدین‌منظور، بررسی وضعیت نرمال‌بودن داده‌ها، خطای معیار، حد پایین و حد بالای مطالعات Z و اندازه اثر جداگانه محاسبه شدند. فراتحلیل مطالعات یک‌بار برای ایران و یک‌بار روی مطالعات تهران انجام شد. با توجه به اینکه کلید انجام فراتحلیل اندازه اثر است، در مرحله سوم برای مقایسه سطح سلامت روان در گروه علوم پزشکی با گروه‌های غیر پزشکی، سلامت روان ایشان با توجه به روش Stuffer روش‌های نه‌گانه رزنتال(۵۴) برای فراتحلیل از روش تجمیع مقادیر Z استفاده می‌شود(۵۵). این روش دارای دو ویژگی اساسی است.۱. فرآیند محاسبه آن خیلی ساده‌تر از روش‌های قبلی است ۲. نتایج این آزمون به نتایج آزمون واینر که از تجمیع مقادیر T بدست می‌آید بسیار نزدیک است و بویژه آن که این روش در هر شرایطی قابل استفاده است(۵۶).

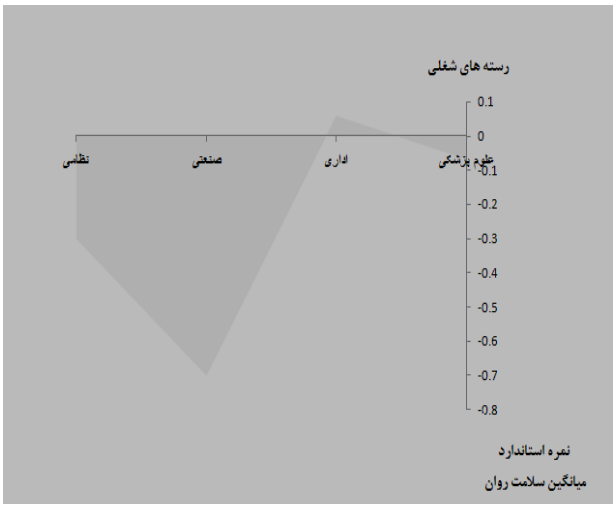
نتایج

جامعه آماری در این مطالعه شامل ۷۸۵۰ نفر است که از این میان۳۵۷۱ نفر در مشاغل مرتبط با علوم پزشکی و ۴۲۷۹ نفر در دیگر مشاغل- اداری، صنعتی و یا نظامی فعالیت دارند. از این تعداد ۲۱۳۲ نفر از شاغلین مورد بررسی، در تهران کار می‌کردند. در گروه علوم پزشکی، بالاترین نمره میانگین استاندارد شده سلامت روان مربوط به شهر سنندج ۱/۷ و پایین‌ترین میانگین سلامت روان ۱/۰۱- از تهران گزارش شده است. در گروه علوم پزشکی، بالاترین میانگین ۱/۷ از شهر سنندج و پایین‌ترین میانگین از تهران ۱/۱- گزارش شده است. در گروه مشاغل اداری، بالاترین میانگین از سنندج، ۱/۱ و پایین‌ترین میانگین از تهران ۰/۹ گزارش شده است و در گروه مشاغل صنعتی، بالاترین

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

میانگین، ۱/۱۴ و پایین‌ترین میانگین ۱/۰۴- گزارش شده است. در گروه مشاغل نظامی، کمترین و بیشترین میانگین مربوط به شهر تهران است.

از ۱۸ مطالعه انجام شده در گروه علوم پزشکی تنها در ۵ مطالعه، نمره استاندارد سلامت روان بالاتر از صفر استاندارد گزارش شده است. بررسی مطالعات کشوری نشان می‌دهد، میانگین سلامت روان در گروه علوم پزشکی۰/۰۷- در گروه مشاغل اداری ۰/۰۶ و مشاغل نظامی با ۰/۰۱- بوده و میانگین مشاغل صنعتی ۰/۷- بدست آمد. بررسی تطبیقی نشان می‌دهد میانگین سلامت روان در گروه علوم پزشکی از بین چهارگروه مشاغل نظامی، علوم پزشکی، اداری و صنعتی از مشاغل صنعتی بهتر اما از مشاغل نظامی و اداری کمتر بوده است. همچنین کمترین سطح سلامت روان مربوط به مشاغل صنعتی بوده و مشاغل اداری از همه بالاتر بدست آمد.



نمودار۲ : میانگین سلامت روان به تفکیک رسته‌های شغلی در کشور

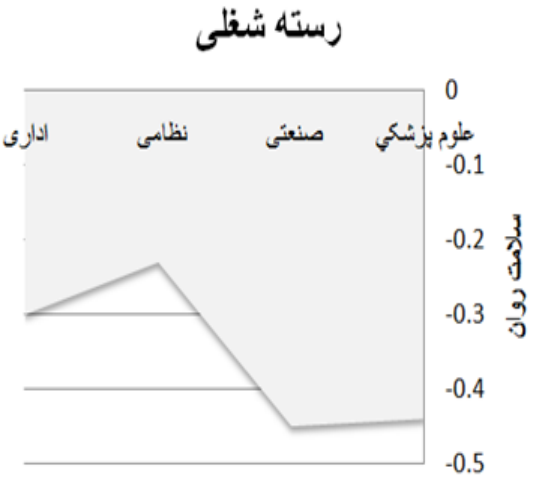
با استفاده از فرمول$ES = r\frac{z}{\sqrt{n}}$اندازه اثر سلامت روان در مشاغل مختلف بدست آمد. در علم آمار، اندازه اثر معیاری است که قدرت یک پدیده را نشان می‌دهد(۵۷). اگرچه صاحب‌نظران در تفسیر اندازه اثر به اجماع نرسیده‌اند، اما با توجه به قراردادهای کوهن در تفسیر شاخص‌های مبتنی بر r، r = ۰/۱ ، اثرکم؛ r = ۰/۳ ، اثر متوسط و r = ۰/۸، اثر زیاد تفسیر می‌شود.

جدول ۳: رسته‌های شغلی به تفکیک اندازه اثر

رسته شغلی	اندازه اثر	تفسیر اندازه اثر
علوم پزشکی	۰/۰۱	اندازه اثر خیلی کم است
اداری	۰/۰۱۵	اثر خیلی کم است
صنعتی	۰/۲	اثر تقریبا متوسط است
نظامی	۰/۱	اثر کم است

بررسی اندازه اثر نشان‌دهنده آن است که تأثیر مشاغل صنعتی بر سلامت روان افراد بیشتر از سایر مشاغل است.

در تهران، مشاغل نظامی بالاترین سطح میانگین سلامت روان را به خود اختصاص می‌دهند و کمترین میانگین سلامت‌روان نیز مربوط به مشاغل گروه پزشکی است(نمودار ۲)



نمودار ۳: میانگین سلامت روان در رسته‌های مختلف شغلی در تهران

در گروه علوم پزشکی، فراتحلیل انجام شده روی مطالعات فهرست شده در جدول، پس از خروج مطالعات غیرپزشکی، نشان داد که سلامت روان در جامعه آماری گروه علوم پزشکی در کشور، با دامنه اطمینان ٪۹۵- درصد می‌باشد. پس از حذف داده‌های پرت دوباره داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که بر این اساس میانگین نمره استاندارد سلامت‌روان در گروه علوم پزشکی برای ۳۵۷۱ نفر، در کـل کشور ۰/۰۱- اسـت که در کمترین حد به ۱- و در بیشترین حد به ۱/۶۷ می‌رسد.

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۴: فراتحلیل مطالعات کشوری در زمینه سلامت روان در گروه علوم پزشکی

پژوهش	حجم نمونه	میانگین سلامت‌روان	Overall rate	Standard error	Lower	upper	Z
آقاجانی و همکاران	۱۳۰	۱۸/۷۵	۸/۷۰%	%۲/۴۷	۰/۰۱	۰/۱۶۱۱	-۰/۲
امید و همکاران	۵۰۱	۳/۷۹	۸/۷۰%	%۱/۲۶	۰.۰۵	۰/۱۲۴۸	-۰/۹
چوبینه و همکاران	۲۰۰	۱۷/۱۲	۸/۷۰%	%۱/۹۹	۰/۰۳	۰/۱۴۶۷	۰/۹
قهرمانی و نادی	۲۵۰	۳۷/۶۴	۸/۷۰%	%۱/۷۸	۰/۰۳	۰/۱۴۰۴	-۰/۳
بحری‌بیناباج و همکاران	۱۲۴	۲۲/۶۵	۸/۷۰%	%۲/۵۳	۰/۰۱	۰/۱۶۲۹	۰/۶
پورسردار و همکاران	۱۷۰	۴/۳	۸/۷۰%	%۲/۱۶	۰/۰۲	۰/۱۵۱۸	-۰/۰۳
حجتی و همکاران	۱۵۲	۵۷	۸/۷۰%	%۲/۲۹	۰/۰۲	۰/۱۵۵۷	-۰/۹
صادقی و همکاران	۷۰	۹/۶	۸/۷۰%	%۳/۳۷	- ۰/۰۱	۰/۱۸۸۱	۰/۰۵
غنی و همکاران	۳۸۴	۴۳/۸	۸/۷۰%	%۱/۴۴	۰/۰۴	۰/۱۳۰۲	-۰/۴۷
خلیفه‌سلطانی	۴۰	۲/۵	۸/۷۰%	%۴/۴۶	-۰.۰۵	۰/۲۲۰۸	-۰/۲
آراسته و همکاران	۵۰۶	۵۰	۸/۷۰%	%۱/۲۵	۰.۰۵	۰/۱۲۴۵	۱/۴۵
آراسته و همکاران	۵۰۶	۶۲/۲۵	۸/۷۰%	%۱/۲۵	۰.۰۵	۰/۱۲۴۵	-۰/۶
فولادوند	۱۷۶	۰/۲۶	۸/۷۰%	%۲/۱۲	۰/۰۲	۰/۱۵۰۶	-۰/۶
نظر پور و همکاران	۱۲۰	۳/۲۸	۸/۷۰%	%۲/۵۷	۰/۰۱	۰/۱۶۴۱	۰/۹
خاقانی زاده و همکاران	۲۰۰	۵/۸۲	۸/۷۰%	%۱/۹۹	۰/۰۳	۰/۱۴۶۷	-۰/۲
غفاری و همکاران	۱۲۰	۲۰/۷	۸/۷۰%	%۲/۵۷	۰/۰۱	۰/۱۶۴۱	-۰/۹
فارسی و همکاران	۳۰۱	۲۸/۵۸	۸/۷۰%	%۱/۶۲	۰/۰۴	۰/۱۳۵۶	-۰/۹
فرح بخش	۶۰	۳۶/۸۶	۸/۷۰%	%۳/۶۴	-۰/۰۲	۰/۱۹۶۲	۱/۱۵
حسینی و موسوی	۲۸۵	۵۹/۶۶	۸/۷۰%	%۱/۶۷	۰/۰۴	۰/۱۳۷۱	۱/۶۷

ب. تجمیع مقادیر که به روش استافر معروف است، از فرمول زیر محاسبه می‌شود: $z = \frac{\sum z}{\sqrt{N}}$

مقایسه دو گروه علوم‌پزشکی و غیرپزشکی نشان می‌دهد که در گروه علوم‌پزشکی سطح سلامت روان پایین‌تر از سطح سلامت روان افرادی است که در گروه‌های غیرپزشکی فعالیت می‌کنند:

گروه علوم پزشکی $\rightarrow z = \frac{\sum z}{\sqrt{N}} = -۰/۰۴$

گروه غیر علوم پزشکی $\rightarrow z = \frac{\sum z}{\sqrt{N}} = -۰/۰۲$

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به امپریالیسم پزشکی و اهمیت سلامت جهانی(۵۸) کسی نمی‌تواند منکر این شود که اهمیت به سلامت می‌تواند پایه‌ای برای مراقبت از خود و در نهایت دست‌یافتن سلامت روانی مطلوب در افراد جامعه باشد. پزشکی و سلامت در جامعه مدرن با مختصات گوناگون در تمام عرصه‌های جامعه وارد شده و پدیده‌های مختلف را تحت تاثیر خود قرار داده است که در این میان بحث‌های اخلاقی و ارتباط پزشک و بیمار و مقوله‌های فرهنگی از اهمیت زیادی برخوردارند(۵۹). نادیده‌گرفتن نیازهای این گروه، اثرات ناخواسته‌ای بر آنان و بیماران خواهد گذاشت(۶۰) که با برنامه‌ریزی می‌توان آن را مدیریت کرد(۶۱) و اجتماع علمی-درمانی پزشکی را به سطح بالاتری از سلامت‌روان رساند(۶۲) در این صورت است که کادر درمانی می‌توانند سلامتی را به بیمار تلقین کنند. اما یافته‌های مطالعه کیفی پیش‌رو از نوع فراتحلیل داد، وضعیت سلامت روان در گروه علوم‌پزشکی را به هیچ وجه مطلوب نشان نمی‌دهد. این یافته با دیگر پژوهش‌ها که نشان‌دهنده فرسودگی شغلی بیشتر در کارکنان درمانی نسبت به کارکنان اداری، بودند،(۶۳) هم‌سو بوده

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

است. یافته‌های این پژوهش توسط Choobineh و همکاران مبنی بر این که گروه علوم پزشکی را دچار عوارض جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی غیرمعمول و افسردگی شدید می‌دانند مورد تأیید قرار گرفته است(۶۴). Soleimannejad و همکارانش تأییُد کردند که فشار روان پزشکان حتی با توجه به جنسیت آنان متفاوت نیست(۶۵) تا آنجاکه GHasemi و همکاران او به این نکته رسیدند که خشونت در محیط کار در سراسر دنیا به عنوان زنگ خطر برای سلامت روانی محسوب می‌شود و با مواردی چون هتاکی، ضرب و شتم، آزار و اذیت، توهین نژادی، و تعارض جنسی و سرآخر دیگرکشی علیه کارکنان تعریف می‌گردد. کارکنان بهداشتی درمانی بیشترین مواجهات خشونت‌بار را دارند که ابعاد دقیق آن به خوبی مشخص نشده است به طوریکه از بین ۴۵۰ نفر پرستار مورد مطالعه، تعداد ۹۶ نفر(۲۱/۳ ٪) حداقل یک بار در سال گذشته مورد خشونت در محل کار خود قرار گرفته بودند(۶۶). عمق مسئله آنجاست که حتی بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی به ویژه اختلالات افسردگی در میان دانشجویان علوم پزشکی نیز تأیید می‌شود و این مهم نشان می‌دهد ارتقای بهداشت روانی و بهبود شرایط زندگی آنان در محیط‌های آموزشی بیش از پیش حایز اهمیت می‌باشد(۶۷) اگرچه در رفع این مسئله پژوهش‌هایی نیز انجام گرفته است به طوریکه Khalife Soltani و همکارش نشان دادند آموزش کنترل استرس، می‌تواند در بهبود علائم اختلالات سلامت روان مفید واقع شود(۶۸) به عبارت دیگر اگرچه بیکاری موجب می‌شود افراد دچار علائمی چون افسردگی و کاهش سطح سلامت روان باشند اما اشتغال و بازگشت دوباره به کار وضعیت سلامت روان ایشان را بهبود می‌بخشد (۶۹).

به عبارتی، نه می‌توان گفت دوربودن از محیط کار برای این افراد مفید است نه می‌توان گفت تغییر نوع شغل می‌تواند چندان تأثیری داشته باشد بلکه در درجه اول خود کادر پزشکی باید تلاش کنند محیط سالمی به دور از تنش‌های مرسوم برای گروه پزشکی فراهم نمایند.

References:

1- Rajabi Gilan, N. & et al. ***Health -Related Quality of liffe of women in marginal areas of Kermanshah and some related factors.*** J (J Kermanshah Univ Med Sci). Vol 18, No 9. Dec 201[Persian].

2- Momen Abadi V.& etal. ***The Relationship between Social Security and Genenral Health among students of Kerman Medical University, Health school, Health & Development*** . Vol 3, No. 3 2014. ,PP. 245-255.[Persian]

3- Mahfoozpour S. and Mojdekar R. ***Attitudes of Health Care providers toward Teamwork, Safety Climate and knowledge Transfer through Team Collaboration in an Educational Medical Center in Tehran 2009***. Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti Uni Med Sci Health Services, 2012; vol 22, No 76. 35[Persian].

4- Ainparast A, Farzadi F, Maftoon F, Azin A, Omidvari S, Jahangiri K, Sadighi J, Ebadi M, Montazeri A, Vahdaninia M. ***Depression among the general population in Iran: Iranian health perception survey***. Payesh 2012; 11: 2(207)[Persian].

5- Khosravi A, Sepidarkish M, khalili M, Ghofrani M, Ashrafi A, Sharifi N, Saei M, Mokhayeri Y, Mansuri A, Chaman R, Holakuei Naini K. ***Community assessment To determine and assess the amount of health-related problems***. Knowledge & Health J 2012; 8(1) p 41 [Persian].

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

6- Riahi F, Khagedin N, Izadi Mazidi S. ***The effect of negative mood management training on mental health and depression in mothers of children with autism disorder***; jentashapir J 2012; 4(2): 91-99[Persian].

7- Zare Zadegan B, Mehrabi zadeh Honarmand M, Ahmadian A, Eidi Bayegi M, Akbari Shaye Y. ***Comparison of mental health, self-esteem and aggression in epilepsy andnormal pupils***, Bimonthly J Hormozgan Uni Med Sci Vol 17 , No 71 , PP. 423-430[Persian].

8- Adibi N, Shafiei K, Afshar H, Bagherian Serarudi, R. ***Evaluation of Psychological Profile of Patients with Skin Lesions.*** J Isfahan Medical School 2013; 31(236)[Persian].

9- Tamannaifar MR, Akhavan-Hejazi Z. ***Comparing the mental health and quality of life in patients with irritable bowel syndrome and healthy subjects in Kashan***, Iran; J Kashan Uni Med Sci 2013; 17(2): 195-202[Persian].

10- Parvinian A M, Mohammad Khan Kermanshahi S, Sajedi F. ***The Effect of a designed- supportive program on mental health of mothers of children with cerebral palsy***. J Evidence-based care, No 4;PP: 23-32; fall 2011[Persian].

11- NoorbL F, Bprj ali A, Nurbala Ahmad. ***Interaction effect of "self-compassion" and rumination in depressive patients' treatments based on compassion*** ".Daneshvar Medicine 2012; 104 PP: 77-84[Persian].

12- Raeisoon M.R, Mohammadi Y, Bijari B, Mogharrab M. ***Comparison of mental health in athletic and non-athletic male students in Birjand Payam-e-Noor University (2010-2011);*** Modern Care Journal 2011; 9(4)[Persian].

13- Durà-VG, Klasen H, Makatini Z, Rahimi Z, and Hodes M. ***Mental health problems of young refugees: Duration of settlement, risk factors and community-based interventions.Clinical Child Psychology and Psychiatry,*** October 2013; 18(4): 604-623, first published on October 26, 2012

14- Lucas N, Bayer JK, Gold L, Mensah FK, Canterford L, Wake M, Westrupp EM, and Nicholson JM. ***The cost of healthcare for children with mental health difficulties Australian and New Zealand.*** Journal of Psychiatry, September 2013; 47(9): 849-858. first published on May 29, 2013

15- Schwean V, and Rodger S. ***Children First: It's Time to Change! Mental Health Promotion, Prevention, and Treatment Informed by Public Health, and Resiliency Approaches***. Canadian J School Psychol 2013; 28(1): 136-166

16- Kozemi H, Keshavarzian F. ***Interaction effect of "self-compassion" and rumination in depressive patients' treatments based on compassion "Responsibility for medical care***, J Emerging Trends in training.2011; 15: 91-106, 2011[Persian].

17- Schrodt P and Shimkowski JR. ***Feeling caught as a mediator of co-parental communication and young adult children's mental health and relational satisfaction with parents***. J Social and Personal Relationships 2013; 30(8): 977-999.

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

18- Shoja M, Rimaz Sh, Asadi Lari M, Bagheri Yazdi SA, Gohari MR. ***Geriatric Mental Health Survey and its relationship to social capital***. J 2012; 50, 345[Persian].

19- Salari H,Ghanbari MR, Padash L, Yusefi MR, LotfAli Negad E. ***Mental health status of women 15 years and older in population among the factors***. J Gorgan Bouyeh Faculty Nurs & Midwifery, 2013; 11(23)[Persian].

20- Ghasemi SH, Delavar ALi, Karimi Zarchi M. ***The Comparison index of mental health meta-analysis comparing women and men fashion***. J Educational Measurement, NO10; PP159; Winter 2011[Persian].

21- Gholami A, Beshlideh K, Rafiei A. ***Mental health treatment effectiveness Theatre***. Quarterly absolute psychological methods and models 2011; 2(10): 45-64[Persian].

22- Gholami A, Beshlideh K. ***Therapeutic effect on mental health, spirituality divorced women***. Psychotherapy and family Quarterly, No. 3, Winter 2009[Persian].

23- Hill TD, Reid M, and Reczek C. ***arriage and the Mental Health of Low-Income Urban Women With Children***. Journal of Family Issues, September 2013;34(9): 238-1261, first published on April 11, 2012 .

24- Zargar F, Frouzandeh E, Mohammadi A, Bagherian Sararoodi R, Habibi M. ***Investigate the psychological health of the Iraqi war against Iran, 22 years after the war ended***. Behav Sci Res J: 2011; 27: 544[Persian].

25- Alipour, A. ***Rahimi, Hossein Zare investigate the relationship between mental health and marital satisfaction in married student Noor University of Tehran Medical Sciences University*** 2013;103: 557-565[Persian].

26- Shirjang L, N. ***Sohrabi, Hosseini SM. Prediction of postnatal depression on marital satisfaction and mental health***. J Psychol Method Model, Second Year, No. 10, Winter 2012, pp. 27-44[Persian].

27- Ghorbani A, Saadatmand S, Sepehrian Azar F, Asadnia S, Feyzipour H. ***Relationship expectancy, death anxiety, mental health, Urmia University, Urmia***, 2013; 104: 607-616[Persian].

28- Anbari Z, Jamilian HR, Rafiee M, Qomi M, Muslemi Z***. Satisfaction with the field of mental health and academic achievement among students in Arak University of Medical Sciences*** Iranian J Med Edu 2013; 56:489-497[Persian].

29- Hariri N, Botlani F. ***Invalidity related to mental health and job satisfaction of librarians of Isfahan University of Medical Sciences and Health Services, national studies on librarianship and information organization***,2013;94:58-74[Persian].

30- Vedad Hare A A, Alaei M. H, Alaei Khoraym R. ***The biological significance of the relationship between patients and physicians: qualitative research on patterns of medical advice to patients from rural to urban authorities in Ardabil***. J Rural Develop 2012;6[Persian].

31- Ashghali M. Farahani, Lari M, Jamshidi Ork R, Bozorg negad M. ***Ethnic comparison of attitudes of doctors and nurses in public hospitals of Tehran University of Medical Sciences for their collaboration on.*** J of Nursing Res 2013; 30:58-64[Persian].

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

32- Fothergill Anne, et al. ***Setting up a mental health service user research group: a process paper***. J Res Nurs2012;18(8): 746-759

33- Hunter E, Onnis L.A, Santhanam-Martin R, Skalicky J, ***Gynther B, and Dyer G. Beasts of burden or organised cooperation: the story of a mental health team in remote***, Indigenous Australia .Australasian Psychiatry, December 2013; 21(6): 572-577.

34- Tubayi SH, Dehbozorgi GH. ***Ten major survey of patients' expectations of Internal Medicine, Psychiatry and Surgery***, Hormozgan Uni Med Sci 2004; 29 p 41[Persian].

35- Taati coli E, Meshkini A, Khorasani Zavareh D. ***Eevaluate the distribution of physicians in public hospitals Ayrandv Health Information Management Magazine***, 2012; 26: 548-557[Persian]

36- Shojaei AA, Abolhasani Niyaraki F. ***Components of the relationship between patient and physician confidence in the***. J Med Ethic History,2012; 7 p 71[Persian].

37- Karimi S, Masudian Y,Yaghubi M, Hosseini M, Sadeghi Far J. ***Satisfaction of the services and facilities offered in teaching hospitals in Isfahan, from the moment of admission to Trkhysdv***. J Health Inform Manag 2012; 28 p 780[Persian].

38- Nooronesa R, Rezaeian S, Moradi S, Rezaeian Z. ***Patient satisfaction of general practitioners: a study in Medical ethics***. Journal of Medical Ethics. Winter 2012; 22:161-184. [Persian]

39- Alizadeh Moghadam H, Labaf Ghasemi R, Qushkhaneei H, Afshari R, Marvazi P. ***faced assess faculty members in Mashhad University of Medical Sciences accountable medical education (English)***. Future Med Edu J 2013; 3: 20 -23[Persian].

40- Sadat Akhavi SM. ***Commitment to the medical profession***. Iranian Journal of Medical Law.Spring 2013; 24: 11-46.[Persian]

41- Managheb E, Bagheri S. ***Effect of empathy training on the practice of family physicians Jahrom University of Medical Sciences***. Iranian J Med Education. May 2013; 52:114-122.[Persian]

42- Fallah R., Akbari ME. ***Effective Medicines - patient reported receiving a diagnosis of breast cancer: a qualitative analysis of the preferences patients***. J Kermanshah Med Sci 2013; 62: 23-29[Persian].

43- Shojaei AA , Abolhasani Niyaraki F. ***The components of trust in the doctor-patient relationship***. J Med Ethic History 2012; 7: p 71[Persian].

44- Arab M, Rahimi A, Vali, L, Ravangard R, AkbariSari A. ***Research on relationship between environmental parameters and dimensions of burnout in nurses working in public hospitals of Tehran University of Medical Sciences***. J Iran Occup Health 2012; 25: 39-51[Persian].

45- Farafzadi A . ***Responsibility for medical care***. Judicial Law Views. Summer 2012; 62:113.[Persian]

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

46- Ruhani M, Rajai A, Kimiaei SA, Malek Zadeh, J, Behnam Vsheny H. ***Effects of cognitive training - religious behavior on the feelings of hopelessness, worthlessness and dissatisfaction with life in the Nurses', Health Promotion Management***. Summer 2013; 7: 45-55[Persian].

47- Mahmoudi Sh, Zehni K. ***Comparative study of mental depression in nursing shifts in teaching hospitals of Kurdistan University of Medical Sciences***. Iranian J Nurs Res 2013; 28: 29-38[Persian].

48- Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A, Moraveji AR, Mirzadeh Mojdeh. ***Evaluation of Mental Health in nurses of Department of Psychiatry and dialysis in Kashan University of Medical Sciences in 1389: (A short report..)*** J Rafsanjan Uni Med Sci 2013; 51: 325-330[Persian].

49- Vahidi RGH, Saadat M. ***Factors determining the distribution of direct payments (formal and informal) in cardiac patients hospitalized in Shahid Madani Hospital and side-effects of the patient or his point of view - 1389***. Hospital Quarterly 2012; 6(4) p 45[Persian].

50- Jafari F, Alizadeh F, Mortaz S S. ***Morphological characteristics and behavior of doctors from the perspective of traditional medicine***. J Med purification 2010; 12(51): 17[Persian].

51- Glass GV. ***Primary, secondary, and meta-analysis of research***. Educational Researcher. 1976; 5 (10): 3–8.

52- Neuman, W.L. ***Social Research Methods***: Qualitative and Quantities Approaches. Boston 2000, Allyn & Bacon.

53- Paterson BL, Thorne SE., Canam C., Jillings C. ***Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis***. Thousand Oaks, CA: Sage,2001.

54- Delavar A. ***Theoretical and practical research in the humanities and social sciences***, Tehran, 2001: Publication of Roshd[Persian].

55- Chen P Y and Popvich P M. ***Correlation: Parametric and Nonparametric Measures***, Thosand Oaks, CA 2002:Sage.

56- Pigott TD. ***Advances in Meta-Analysis, Statistics for Social and Behavioral Sciences***,. DOI 10.1007/978-1-4614-2278-5_3, Springer Science+Business Media, LLC 2012:13.

57- Rosenthal, Robert, ***Meta- analysis: quantitative Methods for Research Synthesis, Beverly Hills, CA: Sage Publictatiion***, 1999.

58- Patel Vikram. ***Why mental health matters to global health Transcultural Psychiatry, December*** 2014; 51(6): 777-789.

59- Ken K. ***Preacher, Kristopher J. "On Effect Size". Psychological Methods*** 2012; 17(2): 137–152.

60- Garland Brett E. and William P. ***McCarty Criminal Justice Policy Review.***2009; 20(2): 188-208.

61- Letafati Bris A. ***New psychotherapy (hypnosis).*** Spring and Summer 2010; (55-56):76-97[Persian].

62- Jafari S, Batebi AR, Sadegh R. ***Shojaei. i, F, Hosseini SM,. Ibrahim M, Vaezi M. Nurses' quality of life: a study of Zanjan province (English)***. Monitoring Journal.2013; 52: 671-678[Persian].

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

63- Badri Zadeh A, Farhadi A, Tarahi MJ, Saki M, Biranvand Gh. ***R.Mental health status of nurses in public hospitals of KhorramAbad*** Quarterly. Summer 2013; 57: 62-69[Persian].

64- Choobineh A, Neghab M, Hasanzade J, Rostami R. ***Comparative Assessment of Dentists' Psychological Health Status in Shiraz with Their Physicians Counterparts Using General Health Questionnaire (GHQ-28)***. jdm. 2012; 25 (4): 290-296[Persian].

65- Soleimannejad A, Hamdami P, Soudi H. ***investigating the relationship between coping skills and career exhaustion with psychological health of urmia doctor*** 2012(2)10[Persian].

66- GHasemi M & et al. ***Exposure of Nurses with Physical Violence in Academic Hospitals of Baqiyatallah Medical University.*** J Mil Med. 2007; 9(2): 113-121[Persian].

67- Parvizifard, A.A, Shakeri J , Sadeqhi Kh., Ameri MR, Nezhadjafar P. ***Psychiatric Disorders in First Year Students of Kermanshah University of Medical Sciences***. J Kermanshah Uni Med Sci 2006; 10(2)[Persian].

68- Khalife Soltani F ; Kamkar M. .***The effect of stress management training on the mental health status of dentists in the city of Isfahan***. Journal of Isfahan Dental School;2009(5)3: [Persian]

69- Henderson K A, Muller J.J, and Helmes E. ***Addressing mental health and reemployment for unemployed Australians through psychological interventions: An applied study Australian***. J Career Development, October 2013; 22(3): 112-120.

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

A Comparative Study of Mental Health of Medical Sciences: A Meta-Analysis of Studies in the Field of Mental Health and Employment in Country

Sadidpour SS(M A)[1*], Sadidpour SS(PhD Student)[2], Sadat Hoseini AS(PhD)[3]

[1] *Alzahrah University, Tehran, Iran*

[2] *Malek Ashtar University, Tehran, Iran.*

[3] *Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 27/11/2014 accepted: 13/04/2015

Abstract:

Introduction: Mental health of nurses and doctors should have a desirable mental health to be able to transfer it to the patients. Therefore, in the first step performing a study about mental health in comparison with the other jobs in the medical sciences is necessary.

Methods: This study is quantitative and systematic. In this study, mental health was the dependent variable and the type of occupation was the independent variable. The Studied population was the articles of scientific researches in the field of mental health among the different occupations.The hypothesis of this study was collecting and companing the results in the field of mental health of employers in different groups, especially comparing medical and non-medical sciences. The method used for this research was a meta-analysis one and for analyzing the data, Z scores meta- analysis was applied.

Result: The data of the present study showed that the average score of mental health in Medical Sciences group was -0.07, in office jobs was 0.06, in military jobs was -0.01 and in the industrial jobs was -0.7, respectively. Comparative analysis showed that the average scores of mental health in Medical Sciences group compared with the military, Medical sciences,office,and industrial jobs was higher, but in comparison with the military and office, jobs was lower. The lowest level of mental health was related to the industrial jobs and office jobs was higher compared with the other jobs.

Conclusion: Studies have shown that the average mental health scores in medical sciences group was higher compared with non-medical group. So, for having committed medical staff it needs more attention about mental health of this group. In macro policy, it should be paid attention to promote the level of mental health of medical sciences in hospitals and clinics.

***Keywords*:** Occupation; Mental Health; Medical Sciences Group; Meta-Analysis; Type of Occupation

This paper should be cited as. Sadidpour SS, Sadidpour SS, Sadat Hoseini AS. ***A Comparative Study of Mental Health of Medical Sciences: A Meta- Analysis of Studies in the Field of Mental Health and Employment in Country:*** Occupational Medicine Quarterly Journal 2015; 7(4):31-44

**** Corresponding author: Tel: 09351530215, E-mail: sama.sadid@gmail.com***

[Downloaded from tkj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]