



Assessment of mental, social, and family health status among medical assistants at Kashan University of Medical Sciences

Fatemeh Mohseni ¹, Abdollah Omidi ^{1*}, Sanaz Jokar ¹

¹ Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

*Corresponding author: Abdollah Omidi, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

Email: abomidi20@yahoo.com

Received: 11 September 2024 Revised: 15 January 2025 Accepted: 15 January 2025

Abstract

Background and Aim: Unfavorable psychological and social conditions in medical groups, including medical assistants, can have widespread consequences for individual health, social well-being, and the quality of healthcare services. Therefore, the aim of this study was to assess the mental, social, and family health status of medical assistants.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted during the 2022-2023 academic year on medical assistants at Kashan University of Medical Sciences. Demographic information of participants was collected, and to assess mental, social, and family health, the General Health Questionnaire (GHQ-28), Keyes Social Well-Being Questionnaire (KSWBQ), and Family of Origin Scale (FOS) were utilized, respectively.

Results: A total of 72 medical assistants participated in this study, of whom 58.3% were female and the rest were male. The majority of participants (44.4%) were in the age range of 30 to 35 years, with most of them (30.6%) in their second year of assistantship. The results showed that 54.2% of the assistants had moderate mental health, 95.8% had moderate social health, and 76.4% had high family health. In terms of mental health dimensions, anxiety and sleep disturbances had the highest mean score (9.15 ± 5.34). Regarding social health, social acceptance (15.89 ± 1.93) and social participation (13.17 ± 2.93) had the highest mean scores. No significant differences were observed in mental, social, and family health scores based on gender, age, or field of study ($P > 0.05$), however the family intimacy dimension significantly decreased with increasing years of study ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings revealed that medical assistants' mental and social health levels were moderate, while their family health status was high. Given the high prevalence of anxiety and sleep disturbances in this group, it is essential to develop practical strategies to reduce anxiety and improve sleep quality. Additionally, planning for the training of social skills and increasing social participation among medical assistants, which can ultimately enhance the general health of the community, is critical.

Keywords: Mental health, Social health, Family health, Medical assistants



ارزیابی وضعیت سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

فاطمه محسنی^۱، عبدالله امیدی^{۱*}، ساناز جوکار^۱

^۱ گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۲۱ اصلاح مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: شرایط روانی-اجتماعی نامطلوب در گروه‌های مختلف پزشکی، از جمله دستیاران پزشکی، می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای بر سلامت فردی، اجتماعی و کیفیت ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی داشته باشد. بنابراین، هدف از مطالعه حاضر، ارزیابی وضعیت سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی دستیاران پزشکی بود.

روش‌ها: این پژوهش توصیفی-مقطعی در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بر روی دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد و برای بررسی سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی به ترتیب از پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28)، پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کبیز (KSWBQ) و مقیاس خانواده اصلی (FOS) استفاده گردید.

یافته‌ها: در مجموع ۷۲ دستیار پزشکی در این پژوهش شرکت کردند که از این میان ۵۸٫۳٪ زن و مابقی مرد بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان (۴۴٫۴٪) در بازه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال قرار داشتند و اکثریت آنان (۳۰٫۶٪) در سال دوم دستیاری مشغول به تحصیل بودند. نتایج نشان داد که ۵۴٫۲٪ از دستیاران دارای سلامت روانی متوسط و ۹۵٫۸٪ دارای سلامت اجتماعی متوسط بودند، در حالی که ۷۶٫۴٪ سلامت خانوادگی بالایی داشتند. در بررسی ابعاد سلامت روان، نشانگان اضطراب و اختلال خواب بالاترین میانگین نمره را (۹٫۱۵ ± ۵٫۳۴) داشتند. در بُعد سلامت اجتماعی، پذیرش اجتماعی (۱۵٫۸۹ ± ۱٫۹۳) و مشارکت اجتماعی (۱۳٫۱۷ ± ۲٫۹۳) بالاترین میانگین نمرات را نشان دادند. میانگین نمرات سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی بر اساس جنسیت، سن و رشته تحصیلی تفاوت معناداری نداشت ($P > 0/05$)، اما بُعد صمیمیت در خانواده با افزایش سنوات تحصیلی به‌طور معناداری کاهش یافت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که سطح سلامت روانی و اجتماعی دستیاران پزشکی در حد متوسط و سلامت خانوادگی آنان در سطح بالا قرار دارد. با توجه به شیوع بالای اضطراب و اختلال خواب در این گروه، تدوین راهکارهای عملی برای کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این، برنامه‌ریزی برای آموزش مهارت‌های اجتماعی و افزایش مشارکت‌های اجتماعی دستیاران پزشکی، که می‌تواند در نهایت موجب افزایش سلامت عمومی جامعه شود، ضرورت دارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت روان، سلامت اجتماعی، سلامت خانواده، دستیاران پزشکی

کافی در جمع خانواده و درآمد پایین همگی سبب ایجاد استرس در دستیاران می‌شوند. در این شرایط نه تنها بهداشت روانی پزشک آسیب می‌بیند، بلکه پیامدهایی همچون پرخاشگری، اضطراب، برقرار نکردن ارتباط مناسب با محیط کار و زندگی، افزوده شدن بر حساسیت در روابط میان‌فردی، زود رنجی و فرسودگی شغلی، آسیب به دیگران از جمله بیماران و به‌طور کلی جامعه را به دنبال دارد [۱۴]. با توجه به موضوعات پیشگفت و نقش بسزای سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی در نحوه عملکرد شغلی و کیفیت زندگی افراد، انجام پژوهشی که سه مولفه سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی را در دستیاران پزشکی بررسی کند، ضروری به نظر می‌رسد، به گونه‌ای که نتایج پژوهش علاوه بر آگاهی نسبت به وضعیت ابعاد سلامتی دستیاران می‌تواند به تبیین مشکلات حوزه سلامت نیز کمک کننده باشد.

روش‌ها

این پژوهش توصیفی به‌صورت مقطعی در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بر روی دستیاران پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. مجموع تعداد دستیاران پزشکی مشغول به تحصیل در این دانشگاه در بازه زمانی مذکور ۱۸۴ نفر بود و در این بین، ۷۲ نفر براساس معیارهای ورود به مطالعه و خروج از مطالعه و همچنین تمایل به شرکت در مطالعه، در این مطالعه شرکت نمودند. به منظور جمع‌آوری نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. معیارهای ورود به پژوهش، تحصیل در دوره دستیاری در دانشگاه علوم پزشکی کاشان در بازه زمانی مطالعه بدون محدودیت (در جنسیت، سن و وضعیت تاهل و تسلط به زبان فارسی) جهت تکمیل پرسشنامه‌ها بود و در پرسشنامه‌هایی که به صورت کامل، تکمیل نشده بودند از پژوهش خارج شدند.

این مطالعه دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره IR.KAUMS.MEDNT.REC.1402.172 می‌باشد و تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. پس از ارائه توضیحات کافی به دانشجویان درباره موضوع و هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه، پرسشنامه‌های حاوی اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنسیت، رشته دستیاری و سال دستیاری و پرسشنامه‌های ارزیابی سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی توسط آن‌ها تکمیل شد.

سنجش سلامت روانی

به منظور ارزیابی سلامت روانی دستیاران از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ و هیلر ساخته شده است [۱۵] و نسخه اصلی آن دارای ۶۰ سوال است و سپس فرم‌های ۲۸، ۲۰ و ۱۲ سوالی آن نیز طراحی گردیده است [۱۶]. این پرسش‌نامه‌ی ۲۸ سوالی در مقیاسی چهار درجه‌ای از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. به این ترتیب نمره کل این آزمون از صفر تا ۸۴ متغیر است. نمره (۲۱-۰) نشانه

از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی منظور از سلامت فقط فقدان بیماری نیست، بلکه وضعیت بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی محسوب می‌گردد [۱]. سلامت روان به عنوان یکی از ابعاد سلامت یکی از دو رکن اصلی سلامتی لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است و سلامت روان افراد یک جامعه خصوصاً اقبال مؤثر و سازنده آن همچون جامعه پزشکان لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. سلامت روان با ویژگی‌های توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرت ارتباط دارد. برخورداری از این منابع درونی، توانایی فرد را با وجود شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، برای رشد سازگارانه خود افزایش می‌دهد تا سلامت روان خود را حفظ نماید [۲].

سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی دیگر از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت گسترده‌ای دارد. سلامت اجتماعی به توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی [۳]، ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی اشاره دارد [۴، ۵]. اهمیت سلامت اجتماعی به اندازه‌ای است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعی، با موفقیت بیش‌تری می‌توانند با مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی کنار بیایند [۶]. شاخص‌های سلامت اجتماعی عبارتند از مشارکت اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انطباق اجتماعی [۷].

از سوی دیگر یکی از عوامل تأثیرگذار بر سلامت روانی افراد، ادراک آن‌ها از ویژگی‌های خانواده‌ی خود است [۸، ۹، ۱۰]. در واقع سلامت خانواده نقش اساسی در سلامت افراد و جامعه دارد [۱۱]. خانواده‌ی سالم از ویژگی‌های مثبت بسیاری برخوردار است از جمله‌ی این ویژگی‌ها استقلال و صمیمیت هستند که به‌عنوان دو ویژگی مهم خانواده سالم در نظر گرفته می‌شوند [۱۲]. استقلال در خانواده باعث تقویت توانمندی، عزت نفس و خودگردانی اعضای خانواده می‌شود. همچنین وجود صمیمیت نیز به نزدیکی، دوستی و پیوند اعضای خانواده با یکدیگر اشاره دارد، در نتیجه اعضا در ابراز نظرات و مشکلات خود احساس راحتی کرده و در مواقع ضروری می‌توانند از حمایت خانواده برای مقابله با مشکلات بهره‌مند شوند [۹]. استقلال و صمیمیت به‌عنوان دو عنصر خانواده سالم باعث افزایش توانمندی اعضای خانواده می‌شوند و احتمال بروز اختلالات روان‌شناختی و مشکلات رفتاری را کاهش می‌دهند [۱۳].

دوره دستیاری در اکثر رشته‌های تخصصی پزشکی مرحله‌ای طاقت‌فرسا است چرا که مواجه شدن با مسائلی همچون تعداد کشیک‌های زیاد، پر مسئولیتی حرفه، لزوم پاسخگو بودن مداوم، حجم زیادی از مطالب علمی و کارهای عملی که باید در زمان فشرده‌ای فراگرفته شود، بار کاری بیشتر، مسئولیت‌هایی که به خوبی تعریف نشده، انتظار انجام وظایف متضاد، حضور نداشتن

استنباطی نیز با رعایت پیش فرض‌ها، آزمون‌های پارامتریک آنوای یک طرفه و تی تست (برای متغیرهای با توزیع نرمال) و آزمون‌های ناپارامتریک کروسکال والیس و من ویتنی (برای متغیرهای با توزیع غیرنرمال) (جدول ۴) و برای واریانس‌های معنی‌دار شده آزمون تعقیبی توکی به کار برده شد (جدول ۹).

نتایج

در این پژوهش در مجموع ۷۲ دانشجوی دستیار پزشکی شرکت نمودند که در این بین، ۵۸/۳ درصد زن و مابقی (۴۱/۷ درصد) مرد بودند. ۴۱/۷ درصد از شرکت‌کنندگان ۲۵ تا ۳۰ سال، ۴۴/۴ درصد ۳۰ تا ۳۵ سال، ۵/۶ درصد ۳۵ تا ۴۰ سال و ۸/۳ درصد بیشتر از ۴۰ سال سن داشتند. بیشتر شرکت‌کنندگان نیز در سال‌های دوم (۳۰/۶ درصد) و سوم (۲۷/۸ درصد) تحصیلی دستیار مشغول بودند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی دستیاران پزشکی

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۴۱/۷
	مرد	۵۸/۳
سن	۲۵-۳۰	۴۱/۷
	۳۰-۳۵	۴۴/۴
	۳۵-۴۰	۵/۶
	۴۰ به بالا	۸/۳
رشته تحصیلی	پاتولوژی	۹/۷
	نورولوژی	۱۱/۱
	روان‌پزشکی	۱۱/۱
	رادیولوژی	۱۱/۱
	ارتوپدی	۱۲/۵
	داخلی	۱۱/۱
	جراحی عمومی	۸/۳
	جراحی اعصاب	۴/۲
	زنان	۶/۹
	عفونی	۶/۹
سال تحصیلی	اطفال	۶/۹
	اول	۲۲/۲
	دوم	۳۰/۶
	سوم	۲۷/۸
	چهارم	۱۸/۱
پنجم	۱/۴	

میانگین نمره سلامت روانی دستیاران پزشکی برابر 29.33 ± 3.63 بود. براین اساس، اکثر دستیاران (۵۴/۲٪) دارای سلامت روان در حد متوسط بودند و ۲۹/۲٪ نیز از سلامت روان مطلوب برخوردار بودند و مابقی (۱۶/۷٪) سلامت روان پائین

وضعیت مطلوب سلامت روان، (۲۲-۴۲) نشانه آسیب در برخی از حوزه‌ها، (۴۳-۶۳) نشانه آسیب در بسیاری از حوزه‌ها و (۶۴-۸۴) نشانه وضعیت وخیم سلامت روان است [۱۷]. پرسش‌نامه سلامت عمومی از چهار بعد شکایت جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلال خواب، نشانگان کارکردهای اجتماعی و نشانگان افسردگی تشکیل شده است [۱۸]. مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی فرم‌های ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سوالی پرسش‌نامه سلامت عمومی دلالت بر پایایی و روایی بالای پرسش‌نامه داشته است [۱۹]. در ایران تقوی در پژوهشی برای ضرایب اعتبار بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ به ترتیب مقادیر ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به دست آورد. ضریب روایی همزمان با پرسش‌نامه میدلکس ۰/۵۵ و روایی سازه بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ محاسبه شد [۱۹].

سنجش سلامت اجتماعی

به منظور بررسی میزان سلامت اجتماعی دستیاران پزشکی، از پرسش‌نامه پنج بعدی سلامت اجتماعی کیز (Keyes) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۳ گویه است که ۷ گویه مربوط به انسجام اجتماعی، ۷ گویه مربوط به پذیرش اجتماعی، ۶ گویه مربوط به مشارکت اجتماعی، ۶ گویه مربوط به انطباق اجتماعی و ۷ گویه مربوط به شکوفایی اجتماعی است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای بوده و دامنه نمرات به دست آمده به سه گروه سلامت اجتماعی پایین (۰-۴۳)، متوسط (۴۴-۸۸) و بالا (۸۹-۱۳۲) تقسیم می‌شوند. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف داخلی به تأیید رسیده است [۲۰، ۲۱، ۲۲]. در مطالعه هاشمی و همکاران که باهدف تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه این پرسش‌نامه بود، نتایج مربوط به اعتبار پرسش‌نامه نشان داد که آلفای کرون باخ برابر با ۰/۸۱ بود [۲۲].

سنجش سلامت خانوادگی

جهت بررسی سلامت خانواده نیز از مقیاس خانواده اصلی استفاده شد که یک ابزار ۴۱ سؤالی است که بر استقلال و صمیمیت به عنوان دو مفهوم کلیدی در حیات یک خانواده سالم تمرکز دارد. سوالات این مقیاس به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای تنظیم شده است. پایین‌ترین نمره در مقیاس خانواده اصلی ۴۰ و بالاترین نمره ۲۰۰ است و نمره (۴۰-۸۰) نشانه سلامت خانوادگی پایین، نمره (۸۰-۱۲۰) سلامت خانوادگی متوسط و نمره (۱۲۰-۲۰۰) نشانه سلامت خانوادگی بالاست [۲۳]. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۶ برآورد شده است [۲۴].

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 صورت گرفت. تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده به کمک روش‌های آماری در دو بخش توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی به شاخص‌های فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار، واریانس و دامنه‌ی تغییرات پرداخته شد. در آمار

پائین مشاهده نشد. میانگین نمرات در زیر مقیاس‌های استقلال $۶/۰۸ \pm ۵۹/۹۳$ و صمیمیت $۵/۶۱ \pm ۵۸/۸۹$ بود (جدول ۲ و ۳).

همان‌طور که در جدول ۵ الی ۷ نشان داده شده است، میانگین نمره سلامت روانی و سلامت اجتماعی به تفکیک جنس، سن و رشته تحصیلی دستیاران پزشکی تفاوت معناداری نشان نداد ($P > ۰/۰۵$). به طور جزئی تر، هرچند میانگین نمرات در ابعاد نشانگان جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلال خواب در زنان بیش از مردان بود، اما مردان در ابعاد نشانگان کنش اجتماعی، نشانگان افسردگی میانگین نمرات بالاتری داشتند، هرچند این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$).

براساس نتایج بدست آمده، تفاوت نمرات دستیاران پزشکی در مولفه همبستگی اجتماعی بر اساس گروه‌های سنی معنادار بود و این تفاوت مربوط به دو گروه ۲۵ تا ۳۰ سال و ۳۰ تا ۳۵ سال با تفاوت میانگین $۳۶۹/۳$ بود ($P = ۰/۰۱۵$) (جدول ۹).

علاوه بر این، زنان از سلامت خانوادگی و قدرت حل تعارض بیش‌تری نسبت به مردان برخوردار بودند ($P = ۰/۰۱۶$). بعد بیان احساسات در خانواده با افزایش سنوات تحصیلی به‌صورت معناداری افزایش یافت ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۹).

داشتند. علاوه بر این، میانگین نمرات زیر مقیاس‌های نشانگان اضطراب و اختلال خواب $۵/۳۴ \pm ۹/۱۵$ ، نشانگان کنش اجتماعی $۷/۲۲ \pm ۲/۴۸$ ، نشانگان جسمی $۳/۶۳ \pm ۷/۱۹$ و نشانگان افسردگی $۶/۰۰ \pm ۵/۷۶$ بود که موید بالا بودن میزان نشانگان اضطراب و اختلالات خواب در این گروه بود (جدول ۲ و ۳).

میانگین نمره سلامت اجتماعی دستیاران پزشکی برابر $۹/۲۲ \pm ۶۳/۳۳$ بود. هرچند اکثریت ($۹۵/۸\%$) دستیاران دارای سطح متوسط سلامت اجتماعی بودند، مابقی ($۴/۲\%$) سلامت اجتماعی پائین داشتند و هیچ موردی از سلامت اجتماعی بالا مشاهده نشد. میانگین نمرات در زیر مقیاس‌های انسجام اجتماعی مشارکت $۱۱/۳۲ \pm ۲/۳۱$ ، همبستگی اجتماعی $۹/۱۴ \pm ۲/۲۴$ ، مشارکت اجتماعی $۱۳/۱۷ \pm ۲/۹۳$ ، شکوفایی اجتماعی $۱۲/۱۰ \pm ۲/۱۵$ و پذیرش اجتماعی $۱۵/۸۹ \pm ۱/۹۳$ بود. بر این اساس همبستگی و انسجام اجتماعی در میان دستیاران در مقایسه با سایر زیرمقیاس‌های سلامت اجتماعی، کمتر بود (جدول ۲ و ۳).

میانگین نمره سلامت خانوادگی دستیاران پزشکی ($۲۰/۹۸ \pm ۱۳۷/۹۰$) نیز موید بالا بودن سطح سلامت خانوادگی در اکثر شرکت‌کنندگان ($۷۶/۴\%$) بود و هیچ موردی از سلامت خانوادگی

جدول ۲. میانگین نمرات سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی دستیاران پزشکی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
ابعاد سلامت روان	۷/۱۹	۳/۶۳
نشانگان اضطراب و اختلال خواب	۹/۱۵	۵/۳۴
نشانگان کنش اجتماعی	۷/۲۲	۲/۴۸
نشانگان افسردگی	۵/۷۶	۶/۰۰
سلامت روان کلی	۲۹/۳۳	۱۲/۵۷
ابعاد سلامت اجتماعی	۱۱/۳۲	۲/۳۱
همبستگی اجتماعی	۹/۱۴	۲/۲۴
مشارکت اجتماعی	۱۳/۱۷	۲/۹۳
شکوفایی اجتماعی	۱۲/۱۰	۲/۱۵
پذیرش اجتماعی	۱۵/۸۹	۱/۹۳
سلامت اجتماعی	۶۳/۳۳	۹/۲۲
استقلال (کلی):	۵۹/۹۳	۶/۰۸
صراحت بیان	۱۲/۰۰	۱/۴۶
مسئولیت	۱۲/۳۱	۲/۱۴
احترام به سایرین	۱۱/۷۱	۱/۵۳
بازبودن با دیگران	۱۲/۴۴	۲/۰۸
پذیرش جدایی و فقدان	۱۱/۴۷	۱/۷۶
صمیمیت (کلی):	۵۸/۸۹	۵/۶۱
تشویق بیان احساسات	۱۱/۵۱	۱/۵۵
فضای گرم خانه و روحیه	۱۲/۲۴	۱/۶۱
حل تعارض ها بدون استرس	۱۱/۷۸	۱/۵۴
ایجاد حساسیت نسبت به هم فهمی	۱۱/۷۸	۱/۶۳
ایجاد اعتماد به انسان ها	۱۱/۵۸	۱/۹۴
سلامت خانوادگی	۱۳۷/۹۰	۲۰/۹۸

جدول ۳. وضعیت سلامت روانی، اجتماعی و خانوادگی دستیاران پزشکی برحسب نقاط برش

متغیر	بالا	متوسط	پایین	وخیم
سلامت روانی	٪ ۲۹/۲	٪ ۵۴/۲	٪ ۱۶/۷	٪ ۰/۰
سلامت اجتماعی	٪ ۰/۰	٪ ۹۵/۸	٪ ۴/۲	---
سلامت خانوادگی	٪ ۷۶/۴	٪ ۲۳/۶	٪ ۰/۰	---

جدول ۴. بررسی توزیع نرمال با روش ارزیابی چولگی و کشیدگی

متغیر	چولگی	کشیدگی
سلامت روان	۱/۱۰۲	-۱/۱۵۳
نشانگان اضطراب و اختلال خواب	۱/۴۸۴	۱/۲۲۱
نشانگان کنش اجتماعی	-۰/۱۴۴	-۰/۶۰۶
همبستگی اجتماعی	۱/۵۲۲	-۰/۶۳۱
شکوفایی اجتماعی	-۱/۰۴۲	-۰/۴۲۲
پذیرش اجتماعی	۰/۹۹۶	۱/۲۸۲
سلامت خانوادگی	۰/۷۲۰	-۰/۴۴۹
مسئولیت	-۱/۷۵۹	-۰/۰۳۹
احترام	-۱/۷۷۷	-۰/۵۴۰
بازبودن با دیگران	-۰/۹۹۶	۱/۱۶۴
صمیمیت	-۰/۷۲۷	۱/۴۳۶
تشویق بیان احساسات	-۰/۲۱۵	۱/۷۲۲
فضای خانه	۱/۹۶۱	۱/۵۷۶
حل تعارض‌ها	-۱/۲۴۳	۱/۲۱۲
ایجاد حساسیت نسبت به هم فهمی	-۰/۳۹۲	۱/۸۴۹
نشانگان جسمی	۲/۰۰۳	۲/۰۱۰
نشانگان افسردگی	۳/۵۲۲	-۳/۵۹۲
سلامت اجتماعی (کلی)	-۲/۸۲۶	۲/۲۷۱
انسجام اجتماعی	-۳/۰۴۲	۳/۱۴۱
مشارکت اجتماعی	۲/۵۶۱	۶/۳۶۸
استقلال	-۳/۴۲۰	۴/۸۱۹
صراحت بیان	-۲/۷۴۵	۳/۴۹۱
پذیرش جدایی	۵/۴۴۵	۱۲/۲۵۲
ایجاد اعتماد	-۲/۴۹۱	۳/۸۰۵

جدول ۵. نتایج حاصل از مقایسه ابعاد سلامت روانی و اجتماعی و خانوادگی بر اساس جنسیت

متغیر	df/Z	t	معناداری	M-W	معناداری
ابعاد سلامت روان	۷۰	-۰/۴۲۶	-۰/۶۷۲	---	---
نشانگان اضطراب و اختلال خواب	۷۰	-۱/۵۸۸	-۰/۱۱۷	---	---
نشانگان کنش اجتماعی	۷۰	۰/۲۶۴	-۰/۷۹۲	---	---
سلامت روانی (کلی)	-۱/۵۰۹	---	---	۴۹۸/۵۰۰	۰/۱۳۱
نشانگان جسمانی	-۰/۰۹۸	---	---	۶۲۱/۵۰۰	۰/۹۲۲
نشانگان افسردگی	۷۰	-۰/۷۶۲	-۰/۴۴۹	---	---
همبستگی اجتماعی	۷۰	-۱/۲۳۷	-۰/۲۲۰	---	---
شکوفایی اجتماعی	۷۰	۰/۳۲۸	-۰/۷۴۴	---	---
پذیرش اجتماعی	-۰/۲۸۰	---	---	۶۰۶/۰۰۰	۰/۷۸۰
انسجام اجتماعی	-۰/۸۵۷	---	---	۵۵۶/۰۰۰	۰/۳۹۱
مشارکت اجتماعی	-۰/۳۸۹	---	---	۵۶۹/۰۰۰	۰/۶۹۷
سلامت اجتماعی (کلی)	۷۰	-۰/۳۵۰	-۰/۷۲۷	---	---
ابعاد سلامت خانوادگی	۷۰	-۰/۳۴۹	-۰/۷۲۸	---	---
مسئولیت	۷۰	-۰/۴۹۳	-۰/۶۲۳	---	---
احترام	۷۰	-۰/۱۴	-۰/۸۸۸	---	---
باز بودن با دیگران	۷۰	---	---	---	---
صمیمیت (کلی)	۷۰	---	---	---	---

---	---	۰/۳۱۵	-۱/۰۱۱	۷۰	بیان احساسات
---	---	۰/۹۹۰	۰/۰۱۲	۷۰	فضای خانه
---	---	۰/۰۱۶	۲/۴۶۳	۷۰	حل تعارض ها
---	---	۰/۴۱۲	-۰/۸۲۵	۷۰	ایجاد حساسیت نسبت هم فهمی
---	---	۰/۰۳۵	۲/۱۵۰	۷۰	سلامت خانوادگی (کلی)
۰/۲۹۲	۵۳۸/۰۰۰	---	---	-۱/۰۵۳	استقلال (کلی)
۰/۲۱۵	۵۲۵/۰۰۰	---	---	-۱/۲۴۰	صراحت بیان
۰/۰۸۶	۴۸۴/۵۰۰	---	---	-۱/۷۱۴	پذیرش جدایی
۰/۲۴۴	۵۳۰/۰۰۰	---	---	-۱/۱۶۶	ایجاد اعتماد

جدول ۶. نتایج حاصل از مقایسه ابعاد سلامت روانی و اجتماعی و خانوادگی بر اساس سن

متغیر	df	F	معناداری	K-W	معناداری
ابعاد سلامت روان	۵	۰/۴۲۲	۰/۷۳۸	---	---
	۳	۰/۲۳۶	۰/۸۷۱	---	---
	۳	۰/۶۶۵	۰/۵۷۶	---	---
	۳	---	---	۱/۵۵۵	۰/۶۷۰
	۳	---	---	۱/۴۱۵	۰/۷۰۲
	۳	۲/۹۹۴	۱۳/۸۷۰	---	---
ابعاد سلامت اجتماعی	۳	۰/۵۶۴	۴/۶۳۲	---	---
	۳	۰/۳۸۴	۲/۶۵۶	---	---
	۳	---	---	۰/۹۶۵	۰/۸۱۰
	۳	---	---	۰/۲۵۱	۰/۹۶۹
	۳	---	---	۳/۵۲۳	۰/۳۱۸
	۳	۰/۳۳۲	۰/۸۰۲	---	---
ابعاد سلامت خانوادگی	۳	۱/۰۲۸	۰/۳۸۶	---	---
	۳	۰/۰۸۱	۰/۹۷۰	---	---
	۳	۰/۲۵۴	۰/۸۵۸	---	---
	۳	۲/۳۴۴	۰/۰۹۱	---	---
	۳	۰/۱۱۹	۰/۹۴۹	---	---
	۵	۰/۷۶۸	۰/۵۱۶	---	---
	۳	۰/۲۰۳	۰/۸۹۴	---	---
	۳	۰/۲۱۱	۰/۸۸۹	---	---
	۳	---	---	۱/۱۷۳	۰/۷۶۰
	۳	---	---	۴/۹۹۲	۰/۱۷۲

جدول ۷. نتایج حاصل از مقایسه ابعاد سلامت روانی و اجتماعی و خانوادگی بر اساس رشته دستتاری

متغیر	df	F	معناداری	K-W	معناداری
ابعاد سلامت روان	۱۰	۱/۰۰۵	۰/۴۵۰	---	---
	۱۰	۱/۸۴۵	۰/۰۷۱	---	---
	۱۰	۱/۱۶۷	۰/۳۳۰	---	---
	۱۰	---	---	۱۰/۳۰۲	۰/۴۱۴
	۱۰	---	---	۱۶/۸۲۲	۰/۰۷۸
	۱۰	۰/۴۸۵	۰/۸۹۴	---	---
ابعاد سلامت اجتماعی	۱۰	۱/۱۹۰	۰/۳۱۵	---	---
	۱۰	۱/۰۵۵	۰/۴۱۰	---	---
	۱۰	---	---	۹/۸۵۶	۰/۴۵۳
	۱۰	---	---	۱۴/۸۶۴	۰/۱۳۷
	۱۰	---	---	۱۵/۸۳۸	۰/۱۰۴
	۱۰	۱/۰۰۷	۰/۴۸۸	---	---

---	---	۰/۸۷۰	۰/۵۲۰	۱۰	احترام		
---	---	۰/۱۷۷	۱/۴۹۵	۱۰	باز بودن با دیگران	سلامت	ابعاد
---	---	۰/۹۸۱	۰/۲۹۰	۱۰	صمیمیت (کلی)		خانوادگی
---	---	۰/۹۹۹	۰/۱۳۳	۱۰	بیان احساسات		
---	---	۰/۸۸۰	۰/۵۰۶	۱۰	فضای خانه		
---	---	۰/۱۴۰	۱/۵۶۳	۱۰	حل تعارضها		
---	---	۰/۹۵۲	۰/۳۷۷	۱۰	ایجاد حساسیت نسبت به هم فهمی		
---	---	۰/۱۷۲	۱/۴۷۳	۱۰	سلامت خانوادگی (کلی)		
۰/۶۰۲	۸/۲۷۹	---	---	۱۰	استقلال (کلی)		
۰/۶۲۱	۸/۰۸۲	---	---	۱۰	صراحت بیان		
۰/۶۹۱	۷/۳۶۱	---	---	۱۰	پذیرش جدایی		
۰/۸۳۲	۵/۸۰۱	---	---	۱۰	ایجاد اعتماد		

جدول ۸. نتایج حاصل از مقایسه ابعاد سلامت روانی و اجتماعی و خانوادگی بر اساس سال دستیاری

متغیر	df	F	معناداری	K-W	معناداری		
نشانگان اضطراب و اختلال خواب	۴	۰/۵۱۴	۰/۷۲۶	---	---		
نشانگان کنش اجتماعی	۴	۱/۲۸۱	۰/۲۸۶	---	---		
سلامت روانی (کلی)	۴	۰/۲۱۲	۰/۹۳۱	---	---		ابعاد سلامت روان
نشانگان جسمانی	۴	---	---	۱/۷۷۳	۰/۷۷۸		
نشانگان افسردگی	۴	---	---	۱/۱۷۶	۰/۸۸۲		
همبستگی اجتماعی	۴	۰/۲۹۶	۰/۸۸۰	---	---		
شکوفایی اجتماعی	۴	۱/۷۱۵	۰/۱۵۷	---	---		
پذیرش اجتماعی	۴	۰/۷۷۶	۰/۵۴۵	---	---		ابعاد اجتماعی
انسجام اجتماعی	۴	---	---	۷/۲۲۵	۰/۱۲۴		
مشارکت اجتماعی	۴	---	---	۶/۲۸۰	۰/۱۷۹		
سلامت اجتماعی (کلی)	۴	---	---	۷/۷۲۱	۰/۱۰۲		
مسئولیت	۴	۰/۷۰۴	۰/۵۹۲	---	---		
احترام	۴	۰/۰۹۲	۰/۹۸۵	---	---		ابعاد سلامت خانوادگی
باز بودن با دیگران	۴	۱/۳۶۳	۰/۲۵۶	---	---		
صمیمیت (کلی)	۴	۱/۲۰۸	۰/۳۱۶	---	---		
بیان احساسات	۴	۲/۷۱۲	۰/۰۳۷	---	---		
فضای خانه	۴	۰/۴۰۰	۰/۸۰۸	---	---		
حل تعارضها	۴	۰/۳۶۱	۰/۸۳۵	---	---		
ایجاد حساسیت نسبت به هم فهمی	۴	۰/۸۲۳	۰/۵۱۵	---	---		
سلامت خانوادگی (کلی)	۴	۱/۳۴۸	۰/۲۶۲	---	---		
استقلال (کلی)	۴	---	---	۴/۳۰۱	۰/۳۶۷		
صراحت بیان	۴	---	---	۳/۵۱۳	۰/۴۷۶		
پذیرش جدایی	۴	---	---	۳/۶۵۱	۰/۴۵۵		
ایجاد اعتماد	۴	---	---	۶/۳۴۶	۰/۱۷۵		

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی برای تفاوت های معنی دار شده

متغیرها	میانگین	تفاوت میانگین	معناداری
سلامت خانواده (کلی)	۱۴۲/۲۸	۱۰/۵۱۹	۰/۰۳۵
	۱۳۱/۷۶		
حل تعارضها	۱۲/۱۴	۰/۸۷۶	۰/۰۱۶
	۱۱/۲۷		
همبستگی اجتماعی	۸/۶۰	۱/۳۶۹	۰/۰۱۵
	۹/۹۷		
بیان احساسات	۱۱/۱۳	اول و سوم	۰/۰۱۷
	۱۰/۹۵		
	۱۲/۳۵	دوم و سوم	۰/۰۰۳

اجتماعی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان که با استفاده از مقیاس سلامت اجتماعی کبیز سنجیده شد، در ۸۷/۹ درصد موارد متوسط بود. عزیزاده اقدام و همکاران، نیز در مطالعه خود نشان دادند که میانگین نمره سلامت اجتماعی دانشجویان پیام نور مشکین شهر در حد متوسط و روبه بالا است [۳۳]. از جمله علل وجود تفاوت در نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر و پائین تر بودن سلامت اجتماعی در مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعات مذکور، آن است که این مطالعات به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان پزشکی به طور کلی و در هر سال تحصیلی پرداخته‌اند، اما در مطالعه حاضر، سلامت اجتماعی دستیاران پزشکی مورد بررسی قرار گرفته است و با توجه به اینکه با بالا رفتن سال‌های تحصیلی در رشته پزشکی و ورود به مقاطع تخصصی، دانسته‌ها و دروس مورد نیاز به فراگیری، ساعات شیفت، تعداد بیماران تحت نظر مشغله‌های شغلی و درسی این افراد افزایش می‌یابد، به نظر می‌رسد از میزان سلامت اجتماعی آنان نیز کاسته می‌شود.

در پژوهش حاضر، از بین ابعاد سلامت اجتماعی دانشجویان، بالاترین نمره در بعد پذیرش اجتماعی (نمره ۱۵/۸۹) و مشارکت اجتماعی (نمره ۱۳/۱۷) و کمترین نمره در بعد همبستگی اجتماعی (۹/۱۴) کسب شده است. نتایج مطالعه Michalec و همکاران نشان می‌دهد سلامت اجتماعی بین دانشجویان سال اول رشته پزشکی به ویژه در احساس پذیرش اجتماعی و یکپارچگی اجتماعی افزایش یافته است [۳۴]. در مطالعه کامکار و همکاران از بین ابعاد سلامت اجتماعی دانشجویان، بالاترین نمره در بعد انسجام اجتماعی و پذیرش اجتماعی و کمترین نمره در بعد مشارکت اجتماعی کسب شده است که با نتایج مطالعه حاضر، همخوانی کامل ندارد [۳۵]. به نظر می‌رسد دلیل تضاد در حداقل نمره کسب شده در مطالعات مختلف ناشی از تفاوت در رشته‌های تحصیلی مورد مطالعه و مقاطع تحصیلی متفاوت باشد [۳۵].

براساس نتایج پژوهش حاضر، میانگین نمره سلامت خانوادگی دستیاران پزشکی برابر $20/98 \pm 137/90$ بوده است که موید بالا بودن سطح سلامت خانوادگی در اکثر شرکت‌کنندگان (۷۶/۴٪) بود و هیچ موردی از سلامت خانوادگی پائین مشاهده نشد. خانواده منبع مهمی برای حمایت از دانشجویان پزشکی است. نتایج مطالعه Shao و همکاران رابطه منفی بین عملکرد خانواده و علائم روانشناختی (افسردگی، اضطراب) را در میان دانشجویان پزشکی نشان داد [۳۶] که با نتایج مطالعات قبلی که ارتباط بین اختلال عملکرد خانواده و علائم افسردگی را نشان می‌داد، همسو بود [۳۷]. در پژوهش Yu و همکاران عوامل محیطی سخت خانواده مانند رابطه والدین، وضعیت اقتصادی خانواده، سطح سواد والدین و ساختار خانواده سالم با علائم افسردگی مرتبط بودند. علاوه بر این، عوامل محیطی نرم خانواده - تعارض و کنترل - به طور مثبت با افسردگی مرتبط بودند [۳۸]. بنابر گزارش Lavenda و همکاران بیش از نیمی از دستیاران پزشکی رشته‌های مختلف مورد مطالعه، مشکلات ارتباطی با پارتنر و یا همسر را به علت دوره دستیاری

براساس نتایج پژوهش حاضر، میانگین نمره سلامت روانی دستیاران پزشکی براساس این مقیاس، برابر $29/33 \pm 3/63$ بود. براین اساس، بیش از نیمی از دستیاران دارای سلامت روان در حد متوسط بودند. همسو با این یافته مبنی بر بالا بودن نمرات پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) در میان جمعیت پزشکان و دستیاران پزشکی که بیانگر پائین تر بودن سطح سلامت عمومی و روان آنان می‌باشد، در مطالعه Eroglu و همکاران حدود ۲۲/۶ درصد از پزشکان جراح و یا غیرجراح مورد بررسی، نمرات پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بیش از ۵ را کسب نمودند [۲۵]. در مطالعه دیگری که توسط مومنی و همکاران انجام شد، نمره پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) در پزشکان اورژانس در ۳۶/۸ درصد موارد بیانگر وجود سلامت روان ناکافی بود [۲۶]. دستیاران پزشکی می‌توانند مانند جمعیت عمومی تحت تأثیر طیف کاملی از اختلالات روانی و همچنین طیف وسیعی از مسائلی که بر سلامت آن‌ها تأثیر می‌گذارد، مانند فرسودگی شغلی قرار گیرند. شایع‌ترین اختلالات روانی گزارش شده در بین پزشکان افسردگی و اضطراب است [۲۷]. در مطالعه López و همکاران تعداد ساعات کاری طولانی در هفته، تخصص‌های جراحی و سابقه آزار و اذیت در محل کار به عنوان عوامل روانی اجتماعی و شغلی مرتبط با مشکلات سلامت روان پزشکان مقیم، مانند افسردگی، افکار خودکشی و مرگ، فرسودگی شغلی و مصرف مواد روانگردان شناخته شد [۲۸]. همانگونه که ذکر شد از جمله علل ناکافی بودن سلامت روان در میان دستیاران پزشکی حجم کاری بالا، کنترل شغلی کم، سازماندهی ضعیف فرآیندهای کاری و همچنین کمبود حمایت اجتماعی و منابع از جمله شرایط نامطلوب کاری روانی - اجتماعی است که کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در کار روزمره خود با آن مواجه هستند [۲۹، ۳۰]. علاوه بر این، در مطالعه حاضر و همسو با گزارشات موجود، نشانگان اضطراب و اختلال خواب با میانگین نمره $5/34 \pm 9/15$ در میان دستیاران پزشکی وضعیت نامطلوبی داشت. یکی از شایع‌ترین مشکلات همراه با دانشجویان و دستیاران پزشکی به علت حجم بالای فعالیت و شیفت‌های طولانی مدت، اختلالات خواب است که از جدی‌ترین علل وقوع تصادفات منجر به مرگ و دیگر حوادث شغلی، نظیر خطاهای تشخیصی و درمان اشتباه توسط پزشکان محسوب می‌گردد که که به اختلالات خواب دچار هستند [۳۱].

در مطالعه حاضر، میانگین نمره سلامت اجتماعی دستیاران پزشکی برابر $63/33 \pm 9/22$ بود که نشانگر وجود سلامت اجتماعی متوسط می‌باشد. در مطالعه بی نظیر و همکاران نیز میزان سلامت اجتماعی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در حد متوسط گزارش شد و نتایج بیانگر آن بود که سطح تحصیلات، جنسیت، نوع سکونت و وضعیت تاهل موارد اثرگذار بر سلامت اجتماعی در این گروه بودند [۳۲]. این یافته با مطالعه جواد و همکاران همسو بود. در مطالعه این گروه از محققین، میزان سلامت

فشارهای کاری و سختی های دوری دستپاری) می دانستند و ۶۱ درصد از این شرکت کنندگان گزارش کردند که همسران یا پارترهایشان با این ارزیابی موافق هستند [۳۹]. آسایش عاطفی عملکرد خانواده ممکن است به بهبود بهزیستی جسمی و روانی دانشجویان پزشکی کمک کند [۳۶].

به طور کلی در پژوهش حاضر، میانگین نمره سلامت روانی در زنان بالاتر از مردان بود (۲۹/۶۶ در مقابل ۲۸/۸۶)، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. در پژوهش Treusch و همکاران جنسیت زن، اسکان در محل سکونت شهری و فعالیت در بخش انکولوژی دستپاران پزشکی نمرات اضطراب را به طور قابل توجهی افزایش داد [۴۰] که از بعد بالاتر بودن نشانگان اضطراب در زنان، این مطالعه در تأیید یافته های مطالعه حاضر می باشد. Navarro-Abal و همکاران دریافتند که زنان به طور قابل توجهی پریشانی شخصی و نگرانی همدلانه در مقایسه با مردان دارند [۴۱]. در مطالعه Maciaszek و همکاران نیز جنس مذکر، سن بالاتر و تجهیزات حفاظتی مناسب با نمره کل GHQ-28 به طور قابل توجهی پایین تر در متخصصان پزشکی همراه بود که این یافته نیز همسو با نتایج مطالعه حاضر می باشد [۴۲]. بسیاری از مطالعات نشان داده اند که تفاوت های جنسیتی بر سلامت تأثیر می گذارد [۴۳، ۴۴]. برخی از مطالعات عوامل اجتماعی، از جمله ویژگی های شغلی و مسئولیت های خانوادگی را بررسی کرده اند که می تواند تفاوت های بی خوابی جنسیتی را توضیح دهد. با این حال، نتایج متناقض هستند [۴۵]. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، به طور کلی میانگین نمره سلامت اجتماعی در مردان بالاتر از زنان بود (۶۳/۹۰ در مقابل ۶۲/۹۲)، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. همسو با این یافته ها مبنی بر عدم وجود تفاوت معنادار در سلامت اجتماعی دستپاران مرد و زن، در مطالعه دارابی نیا و همکاران که به بررسی سلامت اجتماعی دانشجویان پزشکی پرداخته شد، در نمره کلی سلامت اجتماعی این گروه از نظر جنسیت تفاوتی وجود نداشت [۴۶]. علاوه بر این، بر اساس یافته های این پژوهش، زنان در بعد استقلال میانگین نمرات بالاتری داشتند و در مقابل، مردان در بعد صمیمیت از میانگین نمرات بالاتری برخوردار بودند. اما به طور جزئی تر می توان عنوان داشت که زنان به صورت قابل ملاحظه ای از سلامت خانوادگی و صمیمیت بیشتری نسبت به مردان برخوردار بودند؛ هرچند این تفاوت معنادار نبود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، تفاوت معناداری در نمرات سلامت روان، سلامت اجتماعی و خانوادگی دستپاران پزشکی بر اساس سن وجود نداشت. همسو با این یافته ها، در پژوهش آراسته و همکاران نیز ارتباط معناداری بین سن و سلامت روانی شاغلین بیمارستان های آموزشی شهر سنج مشاهده نشد [۴۷]. در مطالعه نیکورز و همکاران نیز سن ارتباط معناداری با سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان نداشت، این درحالیست که در مطالعه این گروه از محققین، اعتماد اجتماعی، مشارکت

اجتماعی، دسترسی به امکانات و خدمات محیطی و ارزیابی فرد از طبقه اجتماعی خود و خانواده و همچنین، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، محل تولد و رشته تحصیلی با سلامت اجتماعی رابطه معناداری داشت [۴۸].

همچنین، در پژوهش حاضر تفاوت معناداری در نمرات سلامت روان و ابعاد نشانگان اضطراب و اختلال خواب و نشانگان کنش اجتماعی و سلامت خانوادگی میان دستپاران پزشکی بر اساس رشته و سال تحصیلی وجود نداشت. همسو با این یافته، در مطالعه یوسفی و همکاران میزان سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان رابطه معناداری با رشته تحصیلی آنان نداشت [۴۹]. پاره ای از مطالعات به کاهش سلامت کلی و کیفیت زندگی دانشجویان پزشکی در طی دوره آموزشی اشاره دارند [۵۰، ۵۱]. علاوه بر این، در مطالعه حاضر، از میان مولفه های سلامت خانواده اصلی، بر اساس بعد بیان احساسات میان دستپاران بر حسب سال دستپاری تفاوت وجود داشت. به طوری که میان دستپاران سال اول و سوم معنادار بود، همچنین این تفاوت میان دستپاران سال دوم و سوم هم معنادار بود. نتایج پژوهشی که در تبیین نقش خانواده در سلامت روان دانشجویان پزشکی در مقاطع تخصصی صورت گرفت، نشان داد عملکرد خانواده می تواند رضایت از زندگی دانشجویان تحصیلات تخصصی پزشکی را به طور معناداری پیش بینی کند. این امر به ویژه در سال های انتهایی تحصیل که میزان دروس و فعالیت های محوله افزایش می یابد، دانشجویان با سطح بالایی از تکالیف و شیفت های طولانی مدت در بیمارستان مواجه می شوند و اغلب استرس و اضطراب بیشتری را تجربه می نمایند، اهمیت بیشتری دارد [۵۲]. از جمله مهم ترین محدودیت های مطالعه حاضر، کم بودن حجم نمونه و استفاده از شیوه نمونه گیری در دسترس بود که به نظر می رسد انجام مطالعات آتی با حجم نمونه بیشتر و استفاده از روش های نمونه گیری تصادفی، ضروری است.

نتیجه گیری

در مجموع میزان سلامت روانی و اجتماعی دستپاران پزشکی در سطح متوسط و سلامت خانوادگی این گروه نیز متوسط به بالا بوده است. به منظور کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب دستپاران راه حل هایی جامع و قابل اجرا، اندیشیده شود. علاوه بر این، به نظر می رسد برنامه ریزی جهت تدوین برنامه های آموزشی مناسب و فراهم آوردن شرایط کافی جهت جلب مشارکت های اجتماعی دستپاران پزشکی که در نهایت موجب افزایش سلامت عمومی جامعه می گردد، ضرورت دارد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان از واحد توسعه تحقیقات

بالینی بیمارستان کارگرنژاد و متینی کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

نقش نویسندگان: همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله یا بازنگری آن سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

منابع

- Hamblion E, Burkitt A, Lalor M, Anderson L, Thomas H, Abubakar I, et al. Public health outcome of Tuberculosis Cluster Investigations, England 2010-2013. *J Infect.* 2019; 78(4): 269-74. [doi:10.1016/j.jinf.2018.12.004](https://doi.org/10.1016/j.jinf.2018.12.004) PMID:30653984
- Kavoosi Z, Ghaderi AR, Moeenizadeh M. Psychological well-being and job performance of nurses at different wards. *Res Clin Psychol Counseling.* 2014; 4(1): 175-94.
- Babapour Kheiroddin J, Toosi F, Hekmati I. Study of determinant factors role of students' social well-being. *JMPR.* 2010; 4(16): 1-19.
- Ebrahim Na. factors influencing the social health rate of 15 to 24year old fe-males in isfahan (focusing on social support rate). 2011.
- Fadaye Mehrebani M. Citizenship, media and social health. *Communi Res.* 2007;14(49):67-86.
- Fathi M, Ajamnejad R, Khakrangin M. Factors contributing to social health among teachers of Maraghe city. *Social Welfare Quarterly.* 2013; 12(47): 225-43.
- Darvishpour A, Javadi-Pashaki N. Comparison of various dimensions of social well-being in medical and paramedical students. *CRMS* 2018; 3(1): 17-23.
- Kim HK, Viner-Brown SI, Garcia J. Children's mental health and family functioning in Rhode Island. *Pediatrics.* 2007; 119(Supplement_1): S22-S8. [doi:10.1542/peds.2006-2089E](https://doi.org/10.1542/peds.2006-2089E) PMID:17272581
- Park H, Walton-Moss B. Parenting style, parenting stress, and children's health-related behaviors. *J Dev Behav Pediatr.* 2012; 33(6): 495-503. [doi:10.1097/DBP.0b013e318258bdb8](https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e318258bdb8) PMID:22772823
- Farajzadegan Z, Koosha P, Sufi GJ, Keshvari M. The relationship between family function and women's well-being. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013; 18(1):9-13.
- Pannilage U. Impact of family on children's wellbeing. *JSSW.* 2017; 5(1): 149-58. [doi:10.15640/jssw.v5n1a15](https://doi.org/10.15640/jssw.v5n1a15)
- Józefik B, Pilecki M. Perception of autonomy and intimacy in families of origin of parents of patients with eating disorders, of parents of depressed patients and of parents of healthy controls: a transgenerational perspective: Part II. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2010;12(4)
- Dmitrieva J, Chen C, Greenberger E, Gil-Rivas V. Family relationships and adolescent psychosocial outcomes: Converging findings from Eastern and Western cultures. *J Res Adolesc.* 2004;14(4):425-47. [doi:10.1111/j.1532-7795.2004.00081.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2004.00081.x)
- Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med.* 2002; 136(5): 384-90. [doi:10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00011](https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00011) PMID:11874311
- Goldberg P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph.* 1972.
- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979; 9(1): 139-45. [doi:10.1017/S0033291700021644](https://doi.org/10.1017/S0033291700021644) PMID:424481
- Saatchi M, Kamkari K, Asgarian M. *Psychological Tests.* Tehran; 2017.
- Karami S, Pirasteh A. Evaluation of mental health of Zanjan University of Medical Sciences students. *Zanjan Univ Med Sci J.* 2001; 9(35): 66-73.
- Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (ghq-28) in college students of shiraz university. *IPA.* 2002; 5(4): 381-98.
- Joshanloo M, Nosratabadi M, Rostami R. Examining the factor structure of the Keyes comprehensive scale of well-being 20006.
- Heidari Gh, Ghanaei Z. The normalization of well-being social inventory. 2008.
- Hashemi T, Hekmati I, Vahedi S. Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. 2014.
- Sanai Zaker B, Alaghbands, Falahati SH, Hooman A. *Family and Marriage Scales.* Tehran; 2008.
- Karami A. Examine the navigation and psychometric properties of health of the family of origin scale. *Res Consulting.* 2009; 10(38): 103-18.
- Eroğlu T, Altuğ D, Erdem A, Yerlikaya İN, Bakırcı N. Comparison of Psychological Well-Being of Surgical and Non-Surgical Specialty Physicians Working in a Hospital using the General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2023; 14(2): 221-7. [doi:10.31067/acusaglik.1077374](https://doi.org/10.31067/acusaglik.1077374)
- Momeni M, Fahim F, Vahidi E, Nejati A, Saedi M. Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. *World J Emerg Med.* 2016;7(3):203. [doi:10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.03.007](https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.03.007) PMID:27547280 PMCid:PMC4988110
- Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, et al. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet.* 2021; 398(10303): 920-30. [doi:10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8) PMID:34481571
- López JAA, González EF, Palomera JFO, Huerta JC, Fernández MA. Digital survey of mental health, associated psychosocial, and work factors in medical specialty residents in the Guadalajara metropolitan area. *Salud Mental* 2021; 44(5): 221-8. [doi:10.17711/SM.0185-3325.2021.029](https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.029)
- Vu-Eickmann P, Loerbroks A. Psychosoziale Arbeitsbedingungen Medizinischer Fachangestellter: Ergebnisse einer qualitativen Studie zu den berufsspezifischen Belastungen, Ressourcen, Präventionsmöglichkeiten und Interventionsbedürfnissen. *Z Evidenz Fortbild. Qual Gesundheitswes.* 2017;126:43-51. [doi:10.1016/j.zefq.2017.06.005](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.06.005) PMID:28716704

30. Goetz K, Berger S, Gavartina A, Zaroti S, Szecsenyi J. How psychosocial factors affect well-being of practice assistants at work in general medical care?-a questionnaire survey. *BMC Primary Care*. 2015;16:1-7. doi:10.1186/s12875-015-0366-y PMID:26560752 PMCID:PMC4642745
31. Howard SK, Gaba DM, Rosekind MR, Zarcone VP. The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Acad. Med.* 2002;77(10):1019-25. doi:10.1097/00001888-200210000-00015 PMID:12377678
32. Binazir MB, Heidari F. Social health among Iranian medical students during COVID-19 pandemic. *Res Dev Med Educ.* 2023;12(1):9-. doi:10.34172/rdme.2023.33117
33. Alizade Aghdam MB, Samaram E, Soltani Bahram S, Rajae K. Studying the impact of social health on quality of life of students in Payame-Noor University in Meshginshahr city. *JISR.* 2013; 2(4): 525-64.
34. Michalec B, Keyes CL. A multidimensional perspective of the mental health of preclinical medical students. *Psychol Health Med.* 2013; 18(1): 89-97. doi:10.1080/13548506.2012.687825 PMID:22676432
35. Kamkar MZ, Agha GZM, Karamelahi Z. Investigation of Social Health and its Relationship with Quality of Life in Medical Students of Golestan University of Medical Sciences. 2023.
36. Shao R, He P, Ling B, Tan L, Xu L, Hou Y, et al. Prevalence of depression and anxiety and correlations between depression, anxiety, family functioning, social support and coping styles among Chinese medical students. *BMC Psychol.* 2020; 8: 1-19. doi:10.1186/s40359-020-00402-8 PMID:32321593 PMCID:PMC7178943
37. Souza RA, Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(03): 469-76. doi:10.1590/S0080-623420140000300012 PMID:25076275
38. Yu Y, Yang X, Yang Y, Chen L, Qiu X, Qiao Z, et al. The role of family environment in depressive symptoms among university students: a large sample survey in China. *PLOS ONE.* 2015; 10(12): e0143612. doi:10.1371/journal.pone.0143612 PMID:26629694 PMCID:PMC4667844
39. Landau C, Hall S, Wartman SA, Macko MB. Stress in social and family relationships during the medical residency. *Acad Med.* 1986; 61(8): 654-60. doi:10.1097/00001888-198608000-00004 PMID:3735367
40. Treusch Y, Möckel L, Kohlstedt K. Working conditions, authorizations, mental health, and job satisfaction of physician assistants in Germany. *Front Public Health.* 2023; 11: 1082463. doi:10.3389/fpubh.2023.1082463 PMID:36908456 PMCID:PMC9998044
41. Navarro-Abal Y, López-López MJ, Climent-Rodríguez JA. Engagement, resilience and empathy in nursing assistants. *EC (English Edition).* 2018; 28(2): 103-10. doi:10.1016/j.enfele.2017.08.012
42. Maciaszek J, Ciulkowicz M, Misiak B, Szczesniak D, Luc D, Wieczorek T, et al. Mental health of medical and non-medical professionals during the peak of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional nationwide study. *J Clin Med.* 2020; 9(8): 2527. doi:10.3390/jcm9082527 PMID:32764509 PMCID:PMC7463597
43. Chandola T, Martikainen P, Bartley M, Lahelma E, Marmot M, Michikazu S, et al. Does conflict between home and work explain the effect of multiple roles on mental health? A comparative study of Finland, Japan, and the UK. *Int J Epidemiol.* 2004; 33(4): 884-93. doi:10.1093/ije/dyh155 PMID:15166199
44. Bird CE. Gender, household labor, and psychological distress: The impact of the amount and division of housework. *J Health Soc Behav.* 1999; 32-45. doi:10.2307/2676377 PMID:10331320
45. Sekine M, Chandola T, Martikainen P, Marmot M, Kagamimori S. Work and family characteristics as determinants of socioeconomic and sex inequalities in sleep: The Japanese Civil Servants Study. *Sleep.* 2006; 29(2): 206-16. doi:10.1093/sleep/29.2.206 PMID:16494089
46. Darabinia M, Gorji AMH, Karnami HH. Examining social health and its related factors among Iranian medical students. *JCS.* 2018; 7(1): 47. doi:10.15171/jcs.2018.008 PMID:29637057 PMCID:PMC5889798
47. Arasteh M, Hadinia B, Sdaghath A, Charajo N. Assessment of mental health status and its related factors among medical and non medical staff in the hospitals of Sanandaj city in 1385. 2008.
48. Nikvarz T, Yazdanpanah L. Relationship between Social factors and social health among students of Shahid Bahonar Univ Kerman. *JAS.* 2015; 26(3): 99-116.
49. Yousefi F, Mohamadkhani M. Investigation of students' mental health at Kurdistan University of Medical Science and it related with age, gender and their academic courses. *MJMS.* 2014; 56(6): 354-61.
50. Keating XD, Guan J, Piñero JC, Bridges DM. A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *J Am Coll Health.* 2005; 54(2): 116-26. doi:10.3200/JACH.54.2.116-126 PMID:16255324
51. Janssen I, LeBlanc AG. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010; 7: 1-16. doi:10.1186/1479-5868-7-40 PMID:20459784 PMCID:PMC2885312
52. Huang Z, Zhang L, Wang J, Xu L, Wang T, Tang Y, et al. Family function and life satisfaction of postgraduate medical students during the COVID-19 pandemic: the mediating role of meaning in life and depression. *Heliyon.* 2022; 8(4). doi:10.1016/j.heliyon.2022.e09282 PMID:35464699 PMCID:PMC9013680

How to Cite this Article:

Mohseni F, Omodi A, Joekar S. Assessment of mental, social, and family health status among medical assistants at Kashan University of Medical Sciences. *Feyz Med Sci J* 2024; 28(6) : 663-674.
doi: 10.48307/FMSJ.2024.28.6.663