

## مقایسه وضعیت سلامت روانی دندانپزشکان شهرستان شیراز با هممتایان پزشک خود با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

دکتر علیرضا چوبینه<sup>۱</sup> - دکتر مسعود نقاب<sup>۲†</sup> - دکتر جعفر حسنزاده<sup>۳</sup> - رضا رستمی<sup>۴</sup>

- ۱- عضو مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و استاد گروه آموزشی مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران  
 ۲- استاد گروه آموزشی مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران  
 ۳- دانشیار گروه آموزشی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران  
 ۴- کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و دانشجوی کارشناسی ارشد مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

### Comparative Assessment of Dentists' Psychological Health Status in Shiraz with Their Physicians Counterparts Using General Health Questionnaire (GHQ-28)

Alireza Choobineh<sup>1</sup>, Masoud Neghab<sup>2†</sup>, Jafar Hasanzade<sup>3</sup>, Reza Rostami<sup>4</sup>

- 1- Professor, Research Center for Health Sciences/Department of Occupational Health, School of Health and Nutrition, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran  
 2<sup>†</sup>- Professor, Department of Occupational Health, School of Health and Nutrition, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (neghabm@sums.ac.ir)  
 3- Associate Professor, Department of Epidemiology, School of Health and Nutrition, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran  
 4- Student Research Committee of Shiraz University of Medical Sciences/Occupational health department, School of Health and Nutrition, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

**Background and Aims:** This study was conducted to assess the psychological health status of dentists in Shiraz city.

**Materials and Methods:** In this cross-sectional study, subjects consisted of 106 dentists and 94 general practitioners (comparison group) from private and public clinics in Shiraz city. Subjects were requested to complete the standard general health questionnaire and a questionnaire on demographic variables. The data were analyzed by appropriate statistical tests. Chi-Square test and independent sample t-test were used to compare demographic and occupational variables of both groups. The questionnaires were scored and the overall score of each individual determined his/her psychological health status. Means of GHQ scores of both groups were compared using statistical tests.

**Results:** Both groups were similar in all demographic variables, except for age. The mean total score of GHQ-28 for both dentists (17.9) and physicians (16.34) groups were significantly lower than the cut-off point value of 23 ( $P < 0.01$ ). The means of scores for somatic problems, depression, anxiety and insomnia as well as unusual social performance scales were significantly different between both groups ( $P < 0.05$ ). A significant positive association was found between GHQ total score and job tenure.

**Conclusion:** Our findings revealed that psychological health status of dentists was poorer than that of physicians. Additionally, dentists' scores were significantly different from those of their counterparts in all GHQ sub-scales.

**Key Words:** General health; Questionnaire; Psychological disorders; Dentist

Journal of Dental Medicine-Tehran University of Medical Sciences 2013;25(4):290-96

+ مولف مسوول: نشانی: شیراز- کوی زهرا- کوچه فتح المبین- دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شیراز- گروه آموزشی مهندسی بهداشت حرفه‌ای  
 تلفن: ۷۲۵۱۰۲۰ نشانی الکترونیکی: neghabm@sums.ac.ir

## چکیده

**زمینه و هدف:** این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی دندانپزشکان شهرستان شیراز انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی ۱۰۶ نفر دندانپزشک و ۹۴ نفر پزشک عمومی (گروه مقایسه) از کلینک‌های خصوصی و دولتی شهر شیراز مورد ارزیابی قرار گرفتند. از شرکت‌کنندگان در مطالعه خواسته شد که پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی و پرسشنامه مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک را تکمیل نمایند. جهت بررسی همسانی ویژگی‌های دموگرافیک و شغلی دو گروه از آزمون‌های Independent t-test و کای دو استفاده شد. با امتیازگذاری پرسشنامه‌ها و محاسبه امتیازات نهایی هر فرد، وضعیت سلامت روانی وی تعیین شد. میانگین امتیاز (GHQ) General Health Questionnaire در دو گروه با استفاده از آزمون‌های آماری مقایسه گردید.

**یافته‌ها:** از نظر متغیرهای جمعیت شناختی به جز سن دو گروه با یکدیگر یکسان بودند. با در نظر گرفتن امتیاز ۲۳ به عنوان نقطه برش، میانگین امتیاز کل در دندانپزشکان (۱۷/۹) و پزشکان (۱۶/۳۴) به شکل معنی‌داری کمتر از این مقدار بود ( $P < 0/001$ ). میانگین امتیاز GHQ در دندانپزشکان در حیطه‌های عوارض جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی غیرمعمول و افسردگی شدید با گروه مقایسه از نظر آماری متفاوت بود. با افزایش سابقه کار امتیاز نهایی GHQ در دندانپزشکان نیز افزایش می‌یابد.

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی دندانپزشکان از سطح سلامت روانی ضعیف‌تری نسبت به گروه مقایسه برخوردار بوده و در تمام حیطه‌های چهارگانه GHQ امتیازات آنان با همتایان پزشک دارای اختلاف معنی‌دار بود.

**کلید واژه‌ها:** پرسشنامه سلامت عمومی؛ اختلالات روانی؛ دندانپزشک

وصول: ۹۰/۱۱/۱۵ اصلاح نهایی: ۹۱/۰۹/۰۱ تایید چاپ: ۹۱/۰۹/۱۰

## مقدمه

در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی افراد و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم، ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده است. سازمان جهانی بهداشت امروزه مساله بهداشت روانی را به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان مطرح نموده است (۱). شواهد بیان‌گر این است که افسردگی شایع‌ترین و رایج‌ترین مشکل روانی موجود در زندگی امروزی است. برآوردها نشان می‌دهد که بیش از ۲۰ درصد از جامعه عمومی دارای رنجش عاطفی و افسردگی هستند (۲). یافته‌های علمی نشان می‌دهد مواجهه طولانی مدت با استرس شغلی زمینه‌ساز افزایش فشارخون و استرس‌های روانی می‌باشد (۳). در ایالات متحده آمریکا، هزینه‌های بهداشتی-درمانی برای کارگرانی که با استرس شغلی بالا مواجه هستند، ۵۰ درصد بیشتر است. اتحادیه اروپا برآورد کرده است که استرس شغلی در ۱۵ کشور عضو اتحادیه حداقل ۴۰ میلیون کارگر را تحت تأثیر قرار داده و سالانه ۲۰ میلیارد یورو هزینه در پی دارد (۳). Calnan و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی استرس محیط کار انجام دادند، دریافتند که میزان استرس در پزشکان نسبت به جامعه عمومی بالاتر است (۴). اما Mc Manus و همکاران نشان دادند که میزان استرس در پزشکان با میزان آن در

جامعه عمومی یکسان است (۵).

شاخص‌های مختلفی برای ارزیابی سلامت روانی وجود دارد. برای مثال، تعدادی از پژوهشگران استفاده از شاخص کیفیت خواب را برای ارزیابی سلامت روانی فرد توصیه نموده‌اند (۶). در جامعه عمومی که اکثر مردم علایم آسیب‌شناسی روانی را نشان نمی‌دهند، مصاحبه‌های تشخیصی بالینی اغلب آنقدر گران و وقت‌گیر است که استفاده از آن‌ها برای ارزیابی سلامت روانی در مطالعات اپیدمیولوژیکی توجیه منطقی ندارد. در چنین شرایطی، کاربرد یک مقیاس برای غربالگری می‌تواند مفید باشد (۷).

از جمله ابزارهای غربالگری مورد استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیک اختلالات روانی، پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشد (۱۱-۳۶) که توسط Goldberg در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی این اختلالات در مراجعین به مراکز درمانی بوده است. این پرسشنامه تأثیر بسزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روانپزشکی داشته است و به زبان‌های مختلفی ترجمه شده است (۱۲،۱۳). این ابزار اختلالات روانی حاد (کمتر از دو هفته) را شناسایی می‌کند و نسبت به اختلالات گذرا حساس است (۱۳). این پرسشنامه در ابتدا به صورت ۶۰ آیتمی طراحی گردید، اما امروزه چندین نسخه کوتاه شده نیز وجود دارد که مشتمل بر General

و نوع کلینیک مطرح شده بود. قسمت دوم، از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ آیتمی (GHQ-28) تشکیل شده بود. این پرسشنامه دارای چهار حیطه (مقیاس) شامل عوارض جسمانی (آیتم ۱ تا ۷)، اضطراب و بی‌خوابی (آیتم ۸ تا ۱۴)، عملکرد اجتماعی غیرمعمول (آیتم ۱۵ تا ۲۱) و افسردگی شدید (آیتم ۲۲ تا ۲۸) می‌باشد (۳). هر آیتم به صورت چهار گزینه‌ای (کمتر از حد معمول، در حد معمول، تقریباً بیش از حد معمول و اغلب بیش از حد معمول) نرخ‌گذاری می‌شود (۸، ۱۳). معمول‌ترین شیوه‌های امتیازگذاری به صورت دو گزینه‌ای (۰، ۱، ۲، ۳) و امتیازگذاری لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) می‌باشد. از آنجایی که امتیازگذاری به روش دوم توزیع قابل قبولی از امتیازها را جهت تجزیه و تحلیل ایجاد می‌کند (۹)، در این مطالعه از شیوه امتیازگذاری لیکرت استفاده شد. با توجه به مطالعه کشاورز اخلاقی و همکاران که در آن امتیاز نهایی ۲۳ به عنوان نقطه برش تعیین شده است (۶)، در این مطالعه نیز با امتیازگذاری به شیوه لیکرت، امتیاز ۲۳ به عنوان نقطه برش انتخاب شد به گونه‌ای که امتیاز نهایی برابر ۲۳ یا بزرگتر از آن بیانگر وضعیت نامطلوب سلامت روانی فرد می‌باشد (۶، ۹). در این روش امتیاز بالاتر نشان دهنده سلامت روانی نازل‌تری است.

پس از امتیازگذاری، مجموع امتیاز پرسشنامه‌ها محاسبه شد و امتیاز نهایی پرسشنامه هر فرد تعیین گردید و با توجه به آن وضعیت سلامت روانی وی تعیین شد. همچنین برای بررسی عمیق‌تر، امتیاز GHQ در حیطه‌های چهارگانه شامل عوارض جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، عملکرد اجتماعی غیرمعمول و افسردگی شدید نیز به طور جداگانه محاسبه گردید.

مطالعه حاضر به تایید کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز رسیده و همه افراد قبل از ورود به مطالعه فرم رضایت آگاهانه تکمیل نمودند.

آنالیز آماری داده‌ها به وسیله نرم‌افزار SPSS انجام گرفت. ابتدا متغیرهای دموگرافیک و شغلی دو گروه با استفاده از آزمون‌های Independent t-test (برای متغیرهای کمی) و Chi-square (برای متغیرهای کیفی) مقایسه شدند. سپس با استفاده از آزمون‌های Student's t-test یا Welch's alternate t-test امتیاز نهایی سلامت روانی و نیز امتیاز حیطه‌های چهارگانه در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. جهت بررسی ارتباط بین سن و سابقه کار با امتیاز نهایی GHQ

(GHQ-30)، Health Questionnaire-30، GHQ-28، GHQ-20 و GHQ-12 می‌باشند (۹، ۱۲، ۱۴، ۱۵). 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 (۱۲). در مطالعه Ebadi و همکاران، با بررسی پایایی پرسشنامه با استفاده از روش ثبات داخلی، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد (۱۶). هدف اصلی این پرسشنامه تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین اختلالات روانی و سلامت است. این پرسشنامه به طور وسیعی به منظور سنجش اختلالات خفیف روانی در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده است (۱). از آنجایی که این پرسشنامه مختصر، ساده و تکمیل آن آسان است، کاربرد آن به عنوان یک وسیله غربالگری در زمینه‌های تحقیقاتی گوناگون به خوبی به اثبات رسیده (۹) و مقبولیت زیادی کسب کرده است (۱۷).

در ایران، GHQ-28 به زبان فارسی ترجمه شده و روایی آن مورد تایید قرار گرفته است (۸، ۱۲، ۱۶). در مطالعاتی که با استفاده از این پرسشنامه انجام شده است، شیوع اختلالات سلامت روانی در ایران بین ۱۱/۷٪ تا ۴۳/۲٪ برآورد شده است (۱۸).

با توجه به اینکه اطلاعات کافی درمورد سلامت روانی دندانپزشکان در مقیاس ملی و منطقه‌ای وجود ندارد، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی دندانپزشکان شهرستان شیراز انجام شد.

## روش بررسی

در این مطالعه مقطعی، ۱۰۶ نفر دندانپزشک و ۹۴ نفر پزشک به عنوان گروه مقایسه که به صورت تصادفی از مطب‌ها و کلینیک‌های شهر شیراز و با استفاده از لیست موجود در معاونت درمان دانشگاه انتخاب شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. همه افراد با آگاهی کامل از اهداف مطالعه، حاضر به شرکت در مطالعه گردیدند و فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. داده‌های گردآوری شده محرمانه تلقی شده و اسامی افراد از پرسشنامه‌ها حذف گردید. همه شرکت‌کنندگان یک پرسشنامه دو قسمتی را تکمیل نمودند. در قسمت اول ویژگی‌های دموگرافیک افراد نظیر سن، قد، وزن، سابقه کار، جنس، وضعیت تاهل

جدول ۲ نتایج ارزیابی سلامت روانی در حیطه‌های چهارگانه و همچنین امتیاز نهایی GHQ در دندانپزشکان و پزشکان را نشان می‌دهد. بررسی امتیاز نهایی GHQ در دو گروه نشان داد که میانگین امتیاز نهایی برای دندانپزشکان برابر ۱۷/۹ و برای پزشکان برابر ۱۶/۳۴ بود که اختلاف این دو میانگین از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $P=0/086$ )، اما اختلاف هر کدام از آن‌ها با نقطه برش ۲۳ معنی‌دار به دست آمد ( $P<0/001$ ).

از آزمون‌های Kendall و Spearman و برای مقایسه امتیاز نهایی GHQ با نقطه برش ۲۳ از آزمون One sample t-test استفاده گردید.

### یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک دو گروه را نشان می‌دهد. میانگین سن دندانپزشکان به طور معنی‌داری بیش از میانگین آن در گروه مقایسه بود ( $P<0/05$ ). در سایر متغیرها اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و شغلی افراد مورد مطالعه (میانگین (انحراف معیار))

P-Value	پزشک (n=94)	دندانپزشک (n=106)	متغیر
0/01 <sup>†*</sup>	40/8 (±7/7)	38 (±8)	سن (سال)
0/5 <sup>†</sup>	70/2 (±10/1)	69/3 (±11/1)	وزن (کیلوگرم)
0/6 <sup>†</sup>	169/5 (±8/5)	169 (±8/1)	قد (سانتی‌متر)
0/7 <sup>†</sup>	24/3 (±2/5)	24/2 (±3/1)	BMI
0/4 <sup>†</sup>	11 (±5/9)	11/7 (±7/3)	سابقه کار (سال)
			جنس:
0/8 <sup>‡</sup>	57 (%60/6)	63 (%59/4)	مرد
	37 (%39/4)	43 (%40/6)	زن
			وضعیت تاهل:
0/2 <sup>‡</sup>	10 (%10/6)	18 (%17)	مجرد
	84 (%89/4)	88 (%83)	متاهل
			نوع کلینیک:
0/2 <sup>‡</sup>	39 (%41/5)	35 (%33)	خصوصی
	55 (%58/5)	71 (%67)	عمومی

\* دارای اختلاف معنی‌دار آماری با گروه مقایسه  
 † Independent t-test  
 ‡ Chi-square test

جدول ۲- میانگین امتیاز سلامت روانی در حیطه‌های چهارگانه GHQ و همچنین امتیاز نهایی در دندانپزشکان و پزشکان

P-Value <sup>*</sup>	دندانپزشکان (n=106)		حیطه (تعداد سوالات)
	پزشکان (n=94)	Mean (SD)	
0/045	3/68 (3/04)	4/44 (3/26)	عوارض جسمانی (n=7)
0/041	3/39 (3/12)	4/2 (3/41)	اضطراب و بی‌خوابی (n=7)
0/008	8/48 (3/12)	7/49 (2/59)	عملکرد اجتماعی غیر معمول (n=7)
0/02	0/78 (2/09)	1/53 (3/3)	افسردگی شدید (n=7)
0/086	16/34 (7/51)	17/9 (8/46)	امتیاز نهایی (n=28)

\* student's t-test or Welch's alternate t test

کرده بود (۶)، در مطالعه حاضر نیز امتیاز ۲۳ به عنوان مرز سلامت روانی و نقطه برش اختیار شد.

با توجه به یافته‌های این مطالعه، هنگامی که امتیاز نهایی GHQ در دو گروه دندانپزشکان و پزشکان مقایسه می‌شود، در نگاه اول هیچگونه اختلاف معنی‌داری بین آن دو ملاحظه نمی‌گردد ( $P=0/086$ ). همچنین، هر دو گروه با توجه به نقطه برش تعیین شده (مقدار ۲۳)، از نظر روانی سالم به نظر می‌رسند، چرا که میانگین امتیاز نهایی اکتسابی GHQ آنان به شکل معنی‌داری کمتر از این مقدار است، اما با در نظر گرفتن امتیاز دو گروه در حیطه‌های چهارگانه پرسشنامه، اختلافاتی بین آن‌ها مشاهده شد. بررسی میانگین امتیاز حیطه‌های چهارگانه در دو گروه نشان داد که در دندانپزشکان امتیاز حیطه‌های عوارض جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی شدید بالاتر است که این امر مؤید سطح نازل‌تر سلامت روانی این افراد در این حیطه‌ها نسبت به گروه مقایسه می‌باشد. همچنین، در حیطه عملکرد اجتماعی غیرمعمول که برخلاف حیطه‌های پیش گفت کسب امتیاز پایین‌تر نامطلوب تلقی می‌شود، میانگین امتیاز دندانپزشکان به شکل معنی‌داری از گروه مقایسه کمتر بود که این موضوع حاکی از عملکرد ضعیف آنان در این حیطه می‌باشد.

همان‌طور که گفته شد امتیاز نهایی GHQ در دو گروه به شکل معنی‌داری کمتر از نقطه برش بود. علت این امر را تا حدود زیادی می‌توان اینگونه توجیه کرد که مطالعات مختلف نشان داده‌اند که با افزایش سطح تحصیلات، میانگین امتیاز GHQ کاهش می‌یابد (۱۹) و بالا بودن سطح تحصیلات می‌تواند نقش حفاظتی در گروه‌های مورد مطالعه داشته باشد. در این مطالعه نیز که افراد شرکت‌کننده از گروه‌های شغلی با سطح تحصیلات بالا هستند (پزشک یا دندانپزشک عمومی یا متخصص)، شاید یکی از دلایل پایین بودن امتیاز نهایی GHQ نسبت به نقطه برش این موضوع باشد.

برخی مطالعات نشان داده‌اند که بین سن و امتیاز نهایی GHQ رابطه عکس وجود دارد (۱۰). مطالعات قبلی همچنین نشان داده است که پزشکان بیمارستانی جوان نسبت به افراد مجرب استرس بیشتر و در نتیجه از سلامت روانی نازل‌تری برخوردارند (۱۰). در این مطالعه ارتباطی بین سن و امتیاز نهایی GHQ مشاهده نشد. این در حالی است که بین سابقه کار و امتیاز GHQ رابطه معنی‌داری به دست آمد،

با این وجود، مقایسه امتیازها در چهار حیطه GHQ-28 نتایج متفاوتی را به دست داد، بطوریکه دندانپزشکان از نظر عوارض جسمانی ( $P=0/045$ )، اضطراب و بی‌خوابی ( $P=0/041$ ) و افسردگی شدید ( $P=0/02$ ) که در آن‌ها امتیاز بالاتری کسب نموده‌اند دارای وضعیت ضعیف‌تری نسبت به پزشکان بودند و اختلاف امتیازات آنان در این حیطه‌ها با گروه مقایسه معنی‌دار بود. همچنین، در حیطه عملکرد اجتماعی غیرمعمول که برخلاف حیطه‌های پیش گفت کسب امتیاز پایین‌تر نامطلوب تلقی می‌شود، میانگین امتیاز دندانپزشکان به شکل معنی‌داری از گروه مقایسه کمتر بود ( $P=0/008$ ).

بین سابقه کار دندانپزشکان و امتیاز نهایی GHQ همبستگی وجود داشت ( $P=0/034$ )، بدان معنا که هرچه سابقه کار در این گروه افزایش می‌یابد امتیاز GHQ بیشتر می‌شود، اما بین سن و امتیاز نهایی GHQ در هر دو گروه ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ( $P>0/05$ ). همچنین، آزمون آماری نشان داد که میانگین امتیاز GHQ-28 در زنان (۱۹/۴۸) بیش از مردان (۱۵/۴۵) است و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ( $P<0/001$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی دندانپزشکان شهر شیراز در مقایسه با گروهی از پزشکان انجام شد. به غیر از عامل سن، دو گروه مورد مطالعه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک شبیه هم می‌باشند و لذا اختلاف امتیازات مشاهده شده در حیطه‌های GHQ احتمالاً می‌تواند ناشی از تفاوت شرایط کار آنان باشد. علیرغم وجود اختلاف آماری معنی‌دار در عامل سن، اختلاف مطلق آن‌ها در دو گروه حدود ۲ سال است که به نظر نمی‌رسد این اختلاف، تأثیری در پیامد مورد مطالعه داشته باشد، به ویژه وقتی به این واقعیت توجه شود که بین سن و امتیاز نهایی GHQ در دو گروه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. این بدان معنی است که اختلاف سطح سلامت روانی دو گروه نمی‌تواند متاثر از سن باشد.

در مطالعات مختلفی که با استفاده از GHQ-28 انجام شده حدود استاندارد متفاوتی برای تعیین مرز سلامتی میان افراد سالم و بیمار تعیین شده است. همانند یکی از مطالعات اخیر که از شیوه لیکرت برای به دست آوردن امتیاز نهایی استفاده نموده و نقطه برش را ۲۳ تعیین

سلامت روانی زنان نسبت به مردان به شکل معنی‌داری پایین‌تر بود. در هر دو جنس با افزایش سابقه کار، سطح سلامت روانی تنزل فزونی‌تری می‌یابد. با توجه به شرایط کاری دو گروه، پایین‌تر بودن سطح سلامت روانی دندانپزشکان را می‌توان به مولفه‌های شغلی آنان منتسب نمود. این نتیجه‌گیری با این مشاهده که بین سن و امتیاز نهایی GHQ در دو گروه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، اما بین سابقه کار دندانپزشکان و امتیاز نهایی GHQ رابطه معنی‌دار به دست آمد (بدین معنی که با افزایش سابقه کار امتیاز نهایی GHQ افزایش می‌یابد)، کاملاً وفاق و سازگاری دارد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه به وسیله حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز براساس قرارداد شماره ۲۵۳۵-۸۴ حمایت مالی شده است. بدین‌وسیله از همکاری کلیه دندانپزشکان و پزشکان شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

بطوریکه در دندانپزشکان با افزایش سابقه کار امتیاز GHQ فزونی می‌گیرد. این یافته با نتایج مطالعات دیگر نیز همخوانی دارد (۲۰).

مقایسه امتیاز نهایی GHQ در دو جنس نیز مشخص ساخت که امتیاز نهایی در زنان به طور معنی‌داری بیش از مردان است که گویای آن است که زنان در شرایط مشابه، از نظر سلامت روانی از وضعیت پایین‌تری نسبت به مردان قرار دارند. این یافته با نتیجه مطالعه اخیر لطفی و همکاران نیز همخوانی دارد (۱۸).

با توجه به شباهت ویژگی‌های دموگرافیک دو گروه، بالاتر بودن امتیاز GHQ در دندانپزشکان در حیطه‌های عوارض جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی شدید و پایین‌تر بودن امتیاز GHQ آنان در حیطه عملکرد اجتماعی غیرمعمول را احتمالاً می‌توان به شرایط کاری آنان منتسب نمود.

به طور کلی دندانپزشکان از سطح سلامت روانی پایین‌تری نسبت به گروه مقایسه برخوردار بوده و در تمام حیطه‌های عوارض جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی شدید و عملکرد اجتماعی غیرمعمول، تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار است. افزون بر آن، در این مطالعه

### منابع:

- 1- 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.
- 2- Smith P. The role of the general health questionnaire in general practice consultations. *Br J Gen Pract*. 1998; 48(434):1565-9.
- 3- Arghami Sh, Nasl Seraji J, Mohammad K, Zamani Gh, Farhangi A, Van Vuuren W. Mental Health in High-Tech System. *Iranian J Publ Health*. 2005;34(1):31-7.
- 4- Calnan M, Wainwright D, Forsythe M, Wall B, Almond S. Mental health and stress in the workplace: the exposed of general practice in UK. *Soc Sci Med*. 2001;52:499-507.
- 5- Mc Manus Ic, Winder Bc, Gordon D. Are UK doctors particularly stressed? *Lancet*. 1999; 354(9187):1358-9.
- 6- Keshavarz Akhlaghi AA, Ghalebani F. Sleep quality and its correlation with general health in pre-university students of Karaj, Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci (IJPBS)*. 2009;3(1): 44-49.
- 7- Castro-Costa É, Lima-Costa M, Carvalhais S, Firmo J O A, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community-Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):104-9.
- 8- Noorbala AA, Bagheri yazdi SA, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool. *Hakim*. 2009;11(4):47-53.
- 9- Salama-Younes M, Montazeri A, Ismaïl A, Roncin Ch.

- Factor structure and internal consistency of the 12-item GeneralHealth Questionnaire (GHQ-12) and the Subjective Vitality Scale (VS) and the relationship between them: a study from France. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:22.
- 10- Hayasaka.Y, Nakamura K, Yamamoto M, Sasaki Sh. Work environment and mental health status assessed by the general health questionnaire in female Japanese doctors. *Ind Health*. 2007;45(6):781-6.
- 11- Amini M, Safaee Ardekani Gh, Golkar A, Jafari P, Hosseini Alhashemi HR, Moghadami M. Quality of life of medical students in different stages- A multi center study. *J Med Educ*. 2007;11(1,2):13-9.
- 12- Taghavi MR. Evaluation of validity and reliability of General Health Questionnaire (GHQ). *J Psychology*. 2001;4(5):381-98.
- 13- Zamanian Ardekani Z, Kakooei H, Ayattollahi SMT, Karimian M, Nasle Seraji, G. Evaluation of mental health status of Shiraz city hospitals. 2007;5(4):47-54.
- 14- Smith AB, Fallowfield LJ, Stark DP, Velikova G, Jenkins V. A Rasch and confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire (GHQ)-12. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:45.
- 15- Gibbons P, Flores de Arévalo H, Mónico M. Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *Int J Clin Health Psychology*. 2004;4(2):389-98.
- 16- Ebadi M, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroodi G, Fateh

- A, Montazeri A. Evaluation of reliability and validity of 12 questions general health questionnaire (GHQ-12). *Payesh*. 2002;1(3):39-46.
- 17- Wilkinson MJ, Barczak P. Psychiatric screening in general practice: comparison of the general health questionnaire and the hospital anxiety depression scale. *J R Coll Gen Pract*. 1988; 38(312):311-3.
- 18- Lotfi M H, Aminian A H, Ghomizadea A, Noorani F. A Study on psychological health of first year university students in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci (IJPBS)*. 2009;3(2):47-51.
- 19- Revilla P, Ahumada AM, Ríos Álvarez B, Castillo C. Use of the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) to detect psychosocial problems in the family physician's office. *Aten Primaria*. 2004;33(8):417-22.
- 20- Ritchie KA, Macdonald EB, Hammersley R, O'Neil JM, McGowan DA, Dale IM, et al. A pilot study of the effect of low level exposure to mercury on the health of dental surgeons. *Occup Environ Med*. 1995;52(12):813-7.