

بررسی ارتباط وضعیت سلامت عمومی و کیفیت خواب کارگران با آمادگی فردی در مدیریت بحران

حمید قابلی^۱، نادر شعبانی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بحران، یک واقعه پیش‌بینی نشده است که می‌تواند خسارات مالی و جانی در برداشته باشد. یکی از اصلی ترین اقدامات در مدیریت بحران، میزان آمادگی فردی برای مقابله با بحران است. هدف اصلی از انجام مطالعه حاضر، بررسی ارتباط بین آمادگی فردی در مدیریت بحران با سلامت عمومی و کیفیت خواب بود.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی بود که در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری، ۳۱۰ نفر از برستل شرکت معدنی و صنعتی گل‌گهر بودند. از آمار حوادث در شش ماه اول سال ۱۳۹۴ به عنوان متغیری برای بررسی آمادگی فردی در مدیریت بحران استفاده گردید. ابزار مورد استفاده برای بررسی وضعیت سلامت عمومی و کیفیت خواب کارگران، پرسشنامه‌های وضعیت سلامت عمومی و شاخص کیفیت خواب Pittsburgh بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی کارگران ۴۲.۲ ± ۷.۶ سال و میانگین سایقه کار افراد ۴۱.۶ ± ۷.۶ سال بود. میانگین شاخص توده بدنی در بین کارگران شرکت ۲۵.۲ ± ۲.۷ کیلوگرم بر متر مربع به دست آمد. شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی با استفاده از نمره برش ۲۳ در کل و ۶ در خرده مقیاس، نشان داد که $۳۲/۳$ درصد از کارگران، مشکوک به اختلال روانی بودند. همچنین، $۳۹/۷$ درصد از کارگران کیفیت خواب مطلوب $۶۰/۳$ درصد از آن‌ها کیفیت خواب نامطلوب داشتند.

نتیجه‌گیری: افزایش سلامت عمومی، باعث بالا رفتن آمادگی فردی در مدیریت بحران و در نتیجه کاهش حوادث شده است، ولی ارتباط معنی‌داری بین کیفیت خواب و حوادث نشان نداد.

واژه‌های کلیدی: مدیریت بحران، آمادگی فردی، سلامت عمومی، کیفیت خواب، حوادث

ارجاع: تالیفی حمید، شعبانی نادر. بررسی ارتباط وضعیت سلامت عمومی و کیفیت خواب کارگران با آمادگی فردی در مدیریت بحران. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵: ۴۷۷-۴۷۲.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۴

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۴

مدیریت بحران به حساب می‌آید که این انعطاف‌پذیری از شروط لازم برای برخورداری از سلامت روانی است. همچنین، برخورداری از نیروی انسانی پویا و خلاق نیز از عوامل مهم و اثرگذار در موفقیت برنامه‌های مدیریت بحران محسوب می‌گردد. بی‌شک یکی از اصلی ترین اقدامات جهت اثربخشی مدیریت بحران در فاز پیش از بحران، میزان آمادگی فردی و سازمانی برای مقابله با بحران‌ها و کاهش حوادث است. از این‌رو، گفته شده است که بین آمادگی فردی در مدیریت بحران و تأثیر آن بر شدت حوادث ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (۱). مطالعات نشان داده است که شرایط فیزیولوژیک و وضعیت بدنی افراد، از جمله مواردی است که می‌تواند در بروز حادث تأثیرگذار باشد. همچنین، بسیاری از حوادث بر اثر وجود زمینه‌های نامساعد روانی در کارکنان به وجود می‌آید (۲). سلامت روانی، نمو متعادل شخصیت و باورهای هیجانی است که شخص را قادر می‌سازد تا هماهنگ با دیگران زندگی کند. در پژوهشی که توسط زارع و همکاران انجام شد، بین میانگین نمره کل اختلال روانی در بین افراد حادث دیده و افراد حادث ندیده اختلاف معنی‌داری وجود داشت (۳). خواب یکی از مهم‌ترین چرخه‌های شباهه‌روزی و یک الگوی پیچیده زیست‌شناختی است. تحقیقات نشان داده است که محرومیت از خواب باعث کاهش سیستم ایمنی، افزایش فشار

مقدمه

از آن جایی که هر سازمان در طول حیات خود بارها با بحران‌های گوناگون روبرو می‌شود، مدیران و تصمیم‌گیرندگان اصلی سازمان باید تمهداتی بینندیشند تا سازمان خود را همراه آماده مقابله با بحران‌های احتمالی کنند (۱). بحران، اتفاق، رویداد و یا واقعه‌ای پیش‌بینی نشده و خارج از انتظار که می‌تواند خسارات مالی و جانی در برداشته باشد. یکی از مهم‌ترین اقدامات در هنگام بروز بحران یا حادث، مدیریت بحران می‌باشد (۲). مدیریت بحران را به صورت فرایند پیش‌بینی و پیشگیری از وقوع بحران، برخورد و مداخله در بحران و سالم‌سازی پس از وقوع بحران تعریف می‌کنند. وظایف اصلی مدیریت بحران شامل شناخت بحران، ارزیابی اطلاعات، بررسی اخبار مربوط، توجه به امکانات و توانمندی‌های موجود، ارزیابی راه حل‌های موجود و همچنین، شناخت لایه‌های مختلف بحران و در نهایت، انتخاب بهترین راه می‌باشد (۳). از جمله اهداف مدیریت بحران شامل مراقبت از زندگی کارکنان و همچنین، پیشگیری، مراقبت و کاهش حوادث انسانی است. فرایند مدیریت بحران از لحاظ زمانی و عملیاتی می‌شود. انعطاف‌پذیری کامل و تطبیق با شرایط جدید، از راهبردهای کلیدی

۱- دانشیار، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، رفسنجان، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رفسنجان، کرمان، ایران

نویسنده مسؤول: نادر شعبانی

Email: nader111350@yahoo.com

مدت کمتر از دو هفته را شناسایی می‌کند و نسبت به اختلالات گذرا حساس است. فرم ۲۸ سؤاله این پرسش‌نامه دارای ۴ مقیاس ۷ سؤالی است. هر مقیاس هفت پرسش دارد که ۴ دسته از اختلالات غیر سایکوتیک شامل اختلالات جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند (۱۴). برای بررسی کیفیت خواب از پرسش‌نامه استاندارد کیفیت خواب Pittsburgh sleep quality index (PSQI) استفاده شد. این پرسش‌نامه جهت اندازه‌گیری کیفیت والگوهای خواب در افراد بزرگسال استفاده می‌شود. اعتبار این پرسش‌نامه با استفاده از روش Cronbach's alpha ۰/۸۳ می‌باشد، در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و دارای ۷ زیرمقیاس است که عبارت از کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلالات عملکردی روزانه می‌باشد. در هر مقیاس نمره فرد بین صفر تا ۳ خواهد بود و به این صورت که نمره صفر (نیوڈ مشکل خواب)، نمره ۱ (مشکل خواب متوسط)، نمره ۲ (مشکل خواب جدی)، نمره ۳ (مشکل خواب بسیار جدی) تفسیر می‌شود. جمع نمره‌های مقیاس هفت‌گانه، نمره کلی را تشکیل می‌دهد که از صفر تا ۲۱ است. نمره کلی ۶ یا بیشتر به معنی نامناسب بودن کیفیت خواب می‌باشد (۴). با توجه به این که بین خواست و آمادگی فردی ارتباط تنگانگی وجود دارد (۵)، از آمار خواست در شش ماه اول سال ۱۳۹۴ به عنوان متغیری برای بررسی آمادگی فردی در مدیریت بحران استفاده گردید. قبل از تکمیل پرسش‌نامه توضیحی پیرامون هدف تحقیق و نحوه تکمیل پرسش‌نامه به افراد داده شد. داده‌ها طی یک مصاحبه توسط محقق گردآوری شد. ورود داده‌ها به کامپیوتر و آنالیز آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام گرفت، در این بررسی به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی برای تهیه جداول دو بعدی و برای تحلیل داده‌ها برحسب ضرورت از آمار استنباطی شامل آزمون آزمون Mann-Whitney و آزمون Fisher دوطرفه استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی کارگران ۴ \pm ۲/۲ سال و میانگین سابقه کار افراد ۴/۱ \pm ۲/۶ سال بود. همچنین، ۷۸/۲ درصد از کل جامعه آماری متاهل و ۲۱/۸ درصد نیز مجرد بودند. میانگین شاخص جسمانی شکایت داشتند، ۴۰/۲ درصد آنان دچار اضطراب و اختلال خواب بودند، ۴۸/۴ درصد اختلال در عملکرد اجتماعی و ۱۷/۶ درصد نشانه‌هایی از افسردگی داشتند (جدول ۲).

در مجموع، در ارتباط با سطح سلامت روان، نتایج نشان داد که درصد سلامت عمومی به دست آمده از پرسش‌نامه سلامت عمومی در حدود ۳۲/۳ درصد با نقطه برش، ۲۳ از نمره کل بود.

خون و کاهش توانایی حداکثری سطح فعالیت افراد می‌گردد. کمبود خواب می‌تواند اختلال خواب آلودگی در طی روز و به دنبال آن خواست شغلی و اجتماعی را افزایش دهد. همچنین، زودرنجی، رفتارهای تهاجمی و کاهش ارتباطات اجتماعی در افرادی که دچار محرومیت از خواب هستند، نسبت به سایر همکاران بر روی پرستاران، مشخص شد که کیفیت خواب و سلامت روان بر روی خطای انسانی و خواست شغلی مؤثر می‌باشد (۸). در مطالعه‌ای توسعه Suzuki و همکاران بر روی پرستاران، مشخص شد که کیفیت خواب و سلامت روان بر روی خطای انسانی و خواست شغلی مؤثر می‌باشد (۸). در مطالعه‌ای دیگر با بررسی ارتباط شاخص کیفیت خواب با تصادفات جاده‌ای، نشان داد که سابقه خواست رانندگی مربوط به رانندگان با کیفیت خواب مطلوب، کمتر از رانندگان با کیفیت خواب نامطلوب می‌باشد و ارتباط از لحاظ آماری معنی دار بود (۹). همچنین، در مطالعه‌ای توسعه Arassi و همکاران بر روی کارگران دکلهای نقی، مشخص شد که بین خواست شغلی و برخی ابعاد روانی-اجتماعی ارتباط معنی داری وجود دارد (۱۰). همان گونه که مطالعات نشان می‌دهد، بین آمادگی فردی در مدیریت بحران و خواست، ارتباط تنگانگی وجود دارد، از طرفی، خواست خود متأثر از کیفیت خواب و سلامت افراد می‌باشد. بنابراین، با توجه به مطالب فوق، هدف اصلی از مطالعه حاضر، بررسی رابطه بین آمادگی فردی در مدیریت بحران با وضعیت سلامت عمومی و کیفیت خواب کارگران در شرکت معدنی و صنعتی گل گهر سیرجان بود.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی، توصیفی-تحلیلی بود که در ششم‌ماهه اول سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری شامل ۳۱۰ نفر از کارگران شاغل در کارخانه‌های گندله‌سازی، تعلیظی، هماتیت، پلی کام و جهاد نصر واقع در شهر کت معدنی و صنعتی گل گهر بود. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد. به منظور گردآوری اطلاعات، دو پرسش‌نامه سلامت عمومی و پرسش‌نامه شاخص کیفیت خواب مورد استفاده قرار گرفت. قبل از تکمیل پرسش‌نامه، اطلاعات لازم در مورد هدف مطالعه، روش تکمیل پرسش‌نامه در اختیار پرسنل قرار گرفت. پرسش‌نامه سلامت عمومی (General health questionnaire) GHQ آزمونی است که به منظور بررسی اختلالات غیر روان‌پریشی طراحی شده است و ماهیتی چندگانه و خود-اجرا (Self-administered) دارد. این پرسش‌نامه جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای غربالگری افراد در شرایط حاد استفاده کرد (۱۱). از پرسش‌نامه سلامت عمومی می‌توان برای نوجوانان و بزرگسالان در هر سنی و به منظور کشف ناتوانی در عملکرد بهنجار و وجود خواست آشفته کننده در زندگی استفاده کرد. پرسش‌نامه سلامت عمومی اولین بار در سال ۱۹۷۲ به وسیله Goldberg منتشر شده است (۱۲) و هدف آن، تمایز قابل شدن بین افراد سالم و افراد بیمار است. این پرسش‌نامه تاکنون به طور وسیع در موقعیت‌های مختلف و در کشورهای متفاوت به کار برده شده است (۱۳). پرسش‌نامه GHQ در ۴ فرم ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی منتشر شده است. فرم ۲۸ سؤالی، علاوه بر هدف متمایزسازی افراد سالم از افراد غیر سالم و در برداشت می‌دانند. همچنین، تیجه بهتر از این اهداف تحقیقاتی مناسب تشریخی داده شده است (۱۱). Williams و Goldberg تیجه بهتر از ۷۰ تحقیق را در این خصوص ارایه داده‌اند و بر این اساس انتشار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند (۱۱). این ابزار اختلالات روانی با طول

جدول ۳. میانگین کیفیت خواب و توزیع هر یک از اجزای شاخص
(PSQI) Pittsburgh sleep quality index خواب

متغیر (درصد)	متغیر
۱۰/۱۰	کیفیت ذهنی خواب خوب
۷۰/۲۰	تا حدودی خوب
۱۴/۵۰	تا حدودی بد
۵/۲۰	خوبی بد
۲۲/۶۰	مشکل در به خواب رفتن
۳۷/۴۰	کمتر از ۱۵ دقیقه در طی ماه گذشته
۱۹/۷۰	۱۶-۳۰ دقیقه، کمتر از یک بار در هفته
۲۰/۳۰	۳۱-۶۰ دقیقه، یک یا دو بار در هفته
۱۶/۴۸	بیش از ۶۰ دقیقه، سه یا بیش از سه بار در هفته
۲۵/۸۰	مدت زمان خواب بیش از ۷ ساعت
۱۹/۲۰	۶-۷ ساعت
۲۸/۷۰	۵-۶ ساعت
۵۲/۱۰	کمتر از ۵ ساعت بازدهی خواب
۱۸/۶۰	بیشتر از ۸۵ درصد
۱۵/۹۰	۷۴-۸۴ درصد
۱۲/۴۰	۶۵-۷۴ درصد
۲/۲۰	کمتر از ۶۵ درصد وقfe خواب بدون وقfe خواب
۵۷/۹۰	امتیاز ۱ تا ۹
۳۰/۲۰	امتیاز ۱۰ تا ۱۸
۹/۷۰	امتیاز ۱۹ تا ۲۷ استفاده از دارو برای خواب عدم استفاده در طی ماه گذشته
۷۱/۳۰	بیش از یک بار در هفته
۱۸/۹۰	یک یا دو بار در هفته
۶/۱۰	سه یا بیش از سه بار در هفته اختلال در امور روزانه
۲۲/۹۵	بدون اختلال
۴۶/۱۰	امتیاز ۱ تا ۲
۲۴/۹۰	امتیاز ۳ تا ۴
۶/۱۰	امتیاز ۵ تا ۶ کیفیت خواب مطلوب نامطلوب
۳۹/۷۰	میانگین و انحراف استاندارد کیفیت خواب
۸/۵۴ ± ۴/۷۵	میانگین و انحراف استاندارد کیفیت خواب

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک کارگران مورد مطالعه تعداد ۳۱۰ نفر

متغیر	درصد	وضعیت تحصیلات
سیکل	۱۶/۳	
دبیلم	۵۲/۱	
فوق دبیلم	۱۱/۰	وضعیت شیفت کاری
لیسانس	۲۰/۶	
روزگار	۵۸/۳	
۸ ساعته	۴۱/۷	
بلی	۷۶/۸	رضایت شغلی
خیر	۲۲/۲	
بلی	۱۲/۲	شغل دوم
خیر	۸۷/۸	

میانگین نمره کلی PSQI در مجموع مقیاس‌های هفت‌گانه، $8/54 \pm 4/75$ به دست آمد. نتایج نشان داد که در مجموع ۳۹/۷ درصد از کارگران دارای کیفیت خواب مطلوب و ۶۰/۳ درصد از آن‌ها کیفیت خواب نامطلوب داشتند. ۱۰/۱ درصد از کارگران در کل کیفیت خواب خود را خوب خوب، ۷۰/۲ درصد کیفیت خواب خود را خوب، ۱۴/۵ درصد کیفیت خواب خود را تا حدودی بد و ۵/۲ درصد از کارگران کیفیت خواب خود را خوبی بد گزارش کردند. ۲۸/۷ درصد از کارگران اظهار داشتند که مجبورند برای به خواب رفتن داروی خواب‌آور مصرف کنند و ۷۱/۳ درصد از آن‌ها به هنگام خواب رفتن دارو مصرف نمی‌کردند. در جدول ۳ میانگین نمره کیفیت خواب و توزیع درصد هر یک از اجزای شاخص خواب PSQI نشان داده شده است.

جدول ۲. تعیین درصد اختلالات روانی در میان زیرمقیاس‌های سلامت عمومی

متغیر	درصد
دارای اختلالات جسمانی	۲۶/۵
دارای اضطراب	۴۰/۲
دارای اختلال در عملکرد اجتماعی	۴۸/۴
دارای افسردگی	۱۷/۶
درصد کلی افراد دارای سلامت عمومی	۳۲/۳

در مطالعه حاضر مشخص شد که در شش ماه اول سال ۱۳۹۴، ۸۴/۶ درصد از افراد موردنظر، کار بدون حادثه داشتند و ۱۵/۴ درصد از افراد دچار حادثه شدند. ۱۰/۴ درصد با یک حادثه، ۳/۷ درصد با دو حادثه و ۰/۹ درصد با ۳ حادثه مواجه شدند. با استفاده از آزمون Mann-Whitney میانگین نمره کل اختلال روانی اختلاف معنی‌داری در بین افراد حادثه دیده و نیدیده به دست آمد. مقدار اختلال روانی در افراد حادثه دیده بیشتر از افراد حادثه نیدیده بود ($P = 0/034$). همبستگی معنی‌داری بین شاخص توهه بدن با دیگر متغیرهای کمی دیده نشد ($P > 0/05$). با استفاده از آزمون دقیق Fisher دوطرفه ارتباط معنی‌داری بین رضایت از شغل و نمره کلی اختلال سلامت عمومی ($P = 0/001$)، با اختلال اضطراب ($P = 0/027$) و افسردگی ($P = 0/016$) دیده شد.

نتایج نشان داد که ۳۹/۷ درصد از کارگران دارای کیفیت خواب مطلوب و ۶۰/۳ درصد آن‌ها کیفیت خواب نامطلوبی داشتند. در مطالعه‌ای توسط زارع و همکاران بر روی گروه هدف مشابه، مشخص گردید که ۴۶/۹ درصد از کارگران دارای کیفیت خواب مطلوب درصد از آن‌ها کیفیت خواب نامطلوب داشتند (۴). این مطالعه نشان داد که بین نمره کلی سلامت عمومی و نمره کلی کیفیت خواب ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود دارد. در مطالعه عباسی و همکاران مشخص گردید که کیفیت خواب نامناسب با وضعیت سلامت روان نامطلوب ارتباط مستقیم دارد (۱۸). مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داد که کسانی که سابقه اختلال روانی دارند، به طور تقریبی دو برابر کسانی که سابقه اختلال روانی ندارند، دچار بی‌خوابی می‌شوند (۱۹). این پژوهش نشان داد که تعداد حوادث در افرادی که دارای وضعیت سلامت عمومی ضعیفی بودند، نسبت به افرادی که از سلامت عمومی خوبی برخوردار بودند، به طور معنی‌داری بالاتر بود (۸). زارع و همکاران نیز در مطالعات خود دریافتند که میانگین نمره اختلال در وضعیت جسمانی، مثبت بودند. نتایج این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. همان‌گونه که ذکر شد، بین حوادث و آمادگی فردی در مدیریت بحران ارتباط تنگاتنگی دیده شد و از طرفی در پژوهش حاضر، بین بالا بودن وضعیت سلامت عمومی و کاهش حوادث رابطه معنی‌داری وجود داشت، از این‌رو، بالا بودن وضعیت سلامت عمومی می‌تواند منجر به افزایش آمادگی فردی در بحران و به تبع آن کاهش حوادث گردد. Eisenman و همکاران با بررسی تأثیر سلامت عمومی بر آمادگی فردی در بحران دریافتند که افرادی که وضعیت سلامت عمومی نامطلوبی دارند، دارای آمادگی کمتری برای مواجهه با شرایط بحرانی هستند و در بین افرادی که دارای شرایط سلامت عمومی نامطلوبی بودند، تنها ۳۴/۸ درصد آن‌ها آمادگی مطلوبی در شرایط بحرانی داشتند؛ در حالی که در بین افرادی که از وضعیت سلامت عمومی خوبی برخوردار بودند، ۴۴/۸ درصد آن‌ها آمادگی فردی مطلوبی در شرایط بحرانی نشان دادند (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در نهایت، به عنوان نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که افزایش سلامت عمومی، باعث بالا رفتن آمادگی فردی و در نتیجه کاهش حوادث در بحران می‌شود.

تشکر و قدردانی

در اینجا نویسنده‌گان از کلیه کارگرانی که در مطالعه حاضر شرکت نمودند، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

با استفاده از آزمون Spearman همبستگی معنی‌داری بین سابقه کار و نمره اختلالات اضطراب دیده شد ($P = 0.001$)، اما با دیگر متغیرهای کمی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد ($P = 0.05$). با استفاده از آزمون χ^2 ارتباط معنی‌داری بین نوع شیفت کاری با اختلال جسمانی ($P = 0.031$) و اجتماعی ($P = 0.021$) و نمره کلی اختلال سلامت عمومی ($P = 0.043$) به دست آمد. با استفاده از آزمون Spearman همبستگی معنی‌داری بین سن و نمره کیفیت خواب دیده شد ($P = 0.036$)، اما با دیگر متغیرها از جمله تعداد حادثه، نمره سلامت عمومی و ابعاد آن همبستگی معنی‌داری دیده نشد ($P = 0.05$).

بحث

تعداد قابل توجهی از کارگران (۳۲/۳ درصد) به نوعی مشکوک به اختلالات روانی بودند. با در نظر گرفتن مقیاس‌های چهارگانه مورد بررسی پرسشنامه، ۳۶/۵ درصد کارگران از نظر اختلال در وضعیت جسمانی، مثبت بودند. ۴۷/۲ درصد کارگران عالیم مربوط به اضطراب و اختلال در خواب داشتند. همچنین، ۴۸/۴ درصد کارگران از نظر اختلال در عملکرد اجتماعی، مثبت بودند. ۱۷/۶ درصد افراد هم دارای عالیم افسردگی بودند (جدول ۲). در مطالعه زارع و همکاران بر روی گروه هدف مشابه، مشخص گردید که تعداد ۲۹/۴ درصد از کارگران به نوعی مشکوک به اختلالات روانی بودند. در آن مطالعه با در نظر گرفتن مقیاس‌های چهارگانه مورد بررسی پرسشنامه، ۳۳/۷ درصد کارگران از نظر اختلال در عملکرد اجتماعی مثبت بودند. ۳۴/۳۶ درصد کارگران عالیم مربوط به اضطراب و اختلال در خواب داشتند. ۵۷/۵ درصد افراد هم دارای افسردگی بودند. ۱۰/۲ درصد کارگران هم از عالیم جسمانی شکایت داشتند (۴). مطالعات گذشته‌نگر حاکی است که میزان شیوع اختلالات روانی در پژوهش‌هایی که در آن‌ها از فرم دارای ۲۸ سؤال پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است، از (۲۱ درصد) تا (۲۶/۹ درصد) متغیر می‌باشد (۱۵). شیوع ۳۲/۳ درصد به دست آمده در این بررسی، نسبت به شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی به دست آمده از سوی نوربیلا و همکاران که توسط پرسشنامه سلامت عمومی صورت پذیرفته (۱۴/۹ درصد)، بالاتر است (۱۶). همچنین، میزان شیوع (۳۲/۳ درصد) به دست آمده در این بررسی نسبت به شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی به دست آمده در پرستاران (۲۸/۷ درصد) که توسط زمانیان اردکانی و همکاران انجام شده بود، بسیار نزدیک است (۱۷). میانگین نمره کلی شاخص کیفیت خواب Pittsburgh برابر $4/75 \pm 8/54$ به دست آمد.

References

- Rezvani H. Organizational Crisis Management. Tadbir 2006; 17(170): 20-6. [In Persian].
- Seyedmazhari M. Crisis management in healthcare centers. Proceedings of the first congress of nurses Armed Forces; 2011 May 18-19; Tehran, Iran.
- Dorostian A, Dorostian E. Earthquake, crisis management and he effect of psycho-social interventions on reducing survivors' anxiety. Journal of The Earth 2011; 6(21): 11-25. [In Persian].
- Zare S, Shabani N, Babaei Heydarabadi A, Asghari M, Aminizadeh R, Nazemorroaya V, et al. Investigation of the relationship between general health and workers' sleep quality and work incidence in Gole Gohar mineral industries Co., Sirjan. J Ilam Univ Med Sci 2013; 21(2): 112-9. [In Persian].
- Mahmoodzadeh A, Pirasteh S, Iranpoor A. Familiarity with the crisis management concepts. Isfahan, Iran: Elm Afarin Publications; 2009. p. 78-90. [In Persian].
- Omidvari M, Noroozi S. Investigation and analysis of occupational and industrial accidents. 1st ed. Tehran, Iran: Industrial Management Institute; 2012. p. 55-60. [In Persian].

7. Bagheri H, Shahabi Z, Ebrahimi H, Alaeenejad F. The association between quality of sleep and health-related quality of life in nurses. *Hayat* 2007; 12(4): 13-20. [In Persian].
8. Suzuki K, Ohida T, Kaneita Y, Yokoyama E, Miyake T, Harano S, et al. Mental health status, shift work, and occupational accidents among hospital nurses in Japan. *J Occup Health* 2004; 46(6): 448-54.
9. Malek M, Halvani GH, Fallah M, Jafari Nodushn R. A study of the relationship between the Pittsburgh sleep quality index and road accidents among truck drivers. *Occup Med* 2011; 3(1): 14-20. [In Persian].
10. Arassi M, Mohammadi H, Motamedzade M, Kamalinia M, Mardani D, Mohammadi Beiragani M, et al. The Association between psychosocial factors and Occupational Accidents among Iranian Drilling Workers. *Journal of Ergonomics* 2004; 2(1): 36-45. [In Persian].
11. Goldberg D, Williams P. *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1988.
12. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire; a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. London, UK: Oxford University Press; 1972.
13. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997; 27(1): 191-7.
14. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9(1): 139-45.
15. Shamsalizadeh N, Bolhari J, Shahmohammadi D. Determine the epidemiology of mental disorders in rural areas of Tehran. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2001; 7(1-2): 19-26.
16. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran city. *Hakim Res J* 2000; 2(4): 212-23. [In Persian].
17. Zamanian Ardakani Z, Kakooei H, Ayattollahi M, Karimian S, Nasle Seraji G. Mental health survey on shift work nurses in Shiraz Province, Iran. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2008; 5(4): 47-54. [In Persian].
18. Abbasi S, Mehdizadeh S, Payami Bousari M. Relationship between general health level and sleep quality in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. *J Mil Med* 2012; 14(1): 15-9.
19. Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreishi FS, Mousavi SG. Prevalence of insomnia among 18 years old people and over in Kashan city, Iran in 2008. *Feyz* 2010; 13(4): 313-20. [In Persian].
20. Eisenman DP, Zhou Q, Ong M, Asch S, Glik D, Long A. Variations in disaster preparedness by mental health, perceived general health, and disability status. *Disaster Med Public Health Prep* 2009; 3(1): 33-41.

An Investigation of the Relationship between Individual Preparedness of Workers in Crisis Management and Their Overall Health and Sleep Quality

Hamid Taboli¹, Nader Shabani²

Original Article

Abstract

Background: A crisis entails an unanticipated incident that may cause financial losses and claim human casualties. One of the most important actions in crisis management is individual preparedness in dealing with the crisis. The present study aimed at investigating the relationship between individual preparedness in crisis management, and overall health and sleep quality.

Methods: This descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted in 2015. The study population included 310 staff members of Golgohar Mining and Industrial Company, Iran. The number of incidents in the spring and summer of 2015 was considered as an indicator of individual preparedness in crisis management. In addition, the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) was used for assessing participants' overall health and sleep quality. The data were analyzed in SPSS software.

Findings: The participating workers had a mean age of 32.2 ± 4 years and a mean work experience of 7.6 ± 4.1 years. The mean body mass index (BMI) of the workers was 25.2 ± 2.72 kg/m². In order to judge the existence of mental disorders, 23 and 6 were considered as cut-off scores in total PSQI score and scores of each domain, respectively. The results revealed that 32.3% of the workers were likely to suffer from mental disorders. Furthermore, 39.7% of the participants enjoyed satisfactory sleep quality, while 60.3% had unsatisfactory sleep quality.

Conclusion: This study showed that an increase in public health increased individual preparedness in crisis management, and therefore, reduced accidents. However, a significant association was not observed between quality of sleep and accidents.

Keywords: Crisis management, Individuals' peparedness, Overall health, Sleep quality, Incidents

Citation: Ttaboli H, Shabani N. An Investigation of the Relationship between Individual Preparedness of Workers in Crisis Management and Their Overall Health and Sleep Quality. J Health Syst Res 2017; 12(4): 472-7.

1- Associate Professor, Department of Government Management, Payame Noor University, Rafsanjan, Iran

2- PhD Candidate, Department of Government Management, School of Management, Rafsanjan Branch, Islamic Azad University, Rafsanjan, Iran

Corresponding Author: Nader Shabani, Email: nader111350@yahoo.com