DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2702 Published by Vesnu Publications

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

حمید تابلی[1]، نادر شعبانی[2]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بحران، یک واقعه پیش‌بینی نشده است که می‌تواند خسارات مالی و جانی در بر داشته باشد. یکی از اصلی‌ترین 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 پرسنل شرکت معدنی و صنعتی گل گهر بودند. از آمار حوادث در شش‌ماه 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 ۴ ± ۳۲/۲ سال و میانگین سابقه کار افراد ۴/۱ ± ۷/۶ سال بود. میانگین شاخص توده بدنی در بین کارگران شرکت ۲/۷۲ ± ۲۵/۲ 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 و 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: تابلی حمید، شعبانی نادر. **بررسی ارتباط وضعیت سلامت عمومی و کیفیت خواب کارگران با آمادگی فردی در مدیریت بحران.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۵؛ ۱۲ (۴): ۴۷۷-۴۷۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۹/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۱۴

مقدمه

از آن‌جایی که هر سازمان در طول حیات خود بارها با بحران‌های گوناگون روبه‌رو می‌شود، مدیران و تصمیم‌گیرندگان اصلی سازمان باید تمهیداتی بیندیشند تا سازمان خود را همواره 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 بر داشته باشد. یکی از مهم‌ترین اقدامات در هنگام بروز بحران یا حوادث، 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 راه‌حل‌های 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 به مرحله پیش از بحران، مرحله حین بحران و مرحله پس از بحران تقسیم‌بندی می‌شود. انعطاف‌پذیری کامل و تطبیق با شرایط جدید، از راهبردهای کلیدی 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 اصلی‌ترین 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 (۵، ۴). مطالعات نشان داده است که شرایط فیزیولوژیک و وضعیت بدنی افراد، از جمله مواردی است که می‌تواند در بروز حوادث تأثیرگذار باشد. همچنین، بسیاری از حوادث بر اثر وجود زمینه‌های نامساعد روانی در کارکنان به وجود می‌آید (۶). 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 حادثه دیده و افراد حادثه ندیده اختلاف معنی‌داری وجود داشت (۴). خواب یکی از مهم‌ترین چرخه‌های شبانه‌روزی و یک الگوی پیچیده زیست‌شناختی است. تحقیقات نشان داده است که محرومیت از خواب باعث کاهش سیستم ایمنی، افزایش فشار

۱- دانشیار، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام‌نور، 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2702]

خون و کاهش توانایی حداکثری سطح فعالیت افراد می‌گردد. کمبود خواب می‌تواند احتمال خواب آلودگی در طی روز و به دنبال آن حوادث 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 افراد به طور قابل توجهی بالاتر است (۷). در مطالعه‌ای توسط Suzuki و همکاران بر روی پرستاران، مشخص شد که کیفیت خواب و سلامت روان بر روی خطای انسانی و حوادث شغلی مؤثر می‌باشد (۸). در مطالعه‌ای دیگر با بررسی ارتباط شاخص کیفیت خواب با تصادفات جاده‌ای، نشان داد که سابقه حوادث رانندگی مربوط به رانندگان با کیفیت خواب مطلوب، کمتر از رانندگان با کیفیت خواب نامطلوب می‌باشد و ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار بود (۹). همچنین، در مطالعه‌ای توسط Arassi و همکاران بر روی کارگران دکل‌های نفتی، مشخص شد که بین حوادث شغلی و برخی ابعاد روانی- اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۱۰). همان گونه که مطالعات نشان می‌دهد، بین آمادگی فردی در مدیریت بحران و حوادث، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد، از طرفی، حوادث 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 شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه آماری شامل ۳۱۰ نفر از کارگران شاغل در کارخانه‌های گندله‌سازی، تغلیظ، هماتیت، پلی‌کام و جهاد نصر واقع در شرکت 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 GHQ (General health questionnaire) 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 حوادث 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 قایل 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 بر داشتن مقیاس علایم بدنی، تنها فرمی است که برای اهداف تحقیقاتی مناسب تشخیص داده شده است (۱۱). Goldberg و Williams نتیجه بیش از ۷۰ تحقیق را در این خصوص ارایه داده‌اند و بر این اساس اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند (۱۱). این ابزار اختلالات روانی با طول 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 (PSQI یا Pittsburgh sleep quality index) استفاده شد. این پرسش‌نامه جهت اندازه‌گیری کیفیت و الگوهای 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 (نبود 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 حوادث و آمادگی فردی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد (۵)، از آمار حوادث در شش‌ماه 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 Mann–Whitney، χ^2 و آزمون Fisher دوطرفه استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی کارگران ۴ ± ۳۲/۲ سال و میانگین سابقه کار افراد ۴/۱ ± ۷/۶ سال بود. همچنین، ۷۸/۲ درصد از کل جامعه آماری متأهل و ۲۱/۸ درصد نیز مجرد بودند. میانگین شاخص BMI (Body mass index) در بین کارگران شرکت ۲/۷۲ ± ۲۵/۲ کیلوگرم بر متر مربع به دست آمد. در جدول ۱ وضعیت تحصیلات، وضعیت شیفت کاری، وضعیت رضایت شغلی و وضعیت شغل دوم گزارش شده است.

نمره کسب شده در قسمت‌های مختلف پرسش‌نامه نشان داد که ۳۶/۵ درصد کارگران از ناراحتی 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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2702]

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک کارگران مورد مطالعه تعداد ۳۱۰ نفر

متغیر	متغیر	درصد
وضعیت تحصیلات	سیکل	۱۶/۳
	دیپلم	۵۲/۱
	فوق دیپلم	۱۱/۰
	لیسانس	۲۰/۶
وضعیت شیفت کاری	روزکار	۵۸/۳
	۸ ساعته	۴۱/۷
رضایت شغلی	بلی	۷۶/۸
	خیر	۲۳/۲
شغل دوم	بلی	۱۲/۲
	خیر	۸۷/۸

میانگین نمره کلی PSQI در مجموع مقیاس‌های هفت‌گانه، ۸/۵۴ ± ۴/۷۵ 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 خیلی 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 خیلی 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	۳۶/۵
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 شش‌ماه اول سال ۱۳۹۴، ۸۴/۶ درصد از افراد مورد مطالعه، 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 بین میانگین نمره کل اختلال روانی اختلاف معنی‌داری در بین افراد حادثه دیده و ندیده به دست آمد. مقدار اختلال روانی در افراد حادثه دیده بیشتر از افراد حادثه ندیده بود (P = ۰/۰۳۴). همبستگی معنی‌داری بین شاخص توده بدن با دیگر متغیرهای کمی دیده نشد (P > ۰/۰۵). با استفاده از آزمون دقیق Fisher دوطرفه ارتباط معنی‌داری بین رضایت از شغل و نمره کلی اختلال سلامت عمومی (P = ۰/۰۰۱)، با اختلال اضطراب (P = ۰/۰۲۷) و افسردگی (P = ۰/۰۱۶) دیده شد.

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

متغیر	(درصد)
کیفیت ذهنی خواب	
خیلی خوب	۱۰/۱۰
تا حدودی خوب	۷۰/۲۰
تا حدودی بد	۱۴/۵۰
خیلی بد	۵/۲۰
مشکل در به خواب رفتن	
کمتر از ۱۵ دقیقه در طی ماه گذشته	۲۲/۶۰
۳۰-۱۶ دقیقه، کمتر از یک بار در هفته	۳۷/۴۰
۶۰-۳۱ دقیقه، یک یا دو بار در هفته	۱۹/۷۰
بیش از ۶۰ دقیقه، سه یا بیش از سه بار در هفته	۲۰/۳۰
مدت زمان خواب	
بیش از ۷ ساعت	۱۶/۴۸
۷-۶ ساعت	۳۵/۸۰
۶-۵ ساعت	۱۹/۲۰
کمتر از ۵ ساعت	۲۸/۷۰
بازدهی خواب	
بیشتر از ۸۵ درصد	۵۲/۱۰
۸۴-۷۴ درصد	۱۸/۶۰
۷۴-۶۵ درصد	۱۵/۹۰
کمتر از ۶۵ درصد	۱۳/۴۰
وقفه خواب	
بدون وقفه خواب	۲/۲۰
امتیاز ۱ تا ۹	۵۷/۹۰
امتیاز ۱۰ تا ۱۸	۳۰/۲۰
امتیاز ۱۹ تا ۲۷	۹/۷۰
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	۳/۷۰
اختلال در امور روزانه	
بدون اختلال	۲۲/۹۵
امتیاز ۱ تا ۲	۴۶/۱۰
امتیاز ۳ تا ۴	۲۴/۹۰
امتیاز ۵ تا ۶	۶/۱۰
کیفیت خواب	
مطلوب	۳۹/۷۰
نامطلوب	۶۰/۳۰
میانگین و انحراف استاندارد کیفیت خواب	۸/۵۴ ± ۴/۷۵

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2702]

با استفاده از آزمون Spearman همبستگی معنی‌داری بین سابقه کار و نمره اختلالات اظطراب دیده شد (P = ۰/۰۰۱)، اما با دیگر متغیرهای کمی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد (P = ۰/۰۵). با استفاده از آزمون χ^2 ارتباط معنی‌داری بین نوع شیفت کاری با اختلال جسمانی (P = ۰/۰۳۱) و اجتماعی (P = ۰/۰۲۱) و نمره کلی اختلال سلامت عمومی (P = ۰/۰۴۳) به دست آمد. با استفاده از آزمون Spearman همبستگی معنی‌داری بین سن و نمره کیفیت خواب دیده شد (P = ۰/۰۳۶)، اما با دیگر متغیرها از جمله تعداد حادثه، نمره سلامت عمومی و ابعاد آن همبستگی معنی‌داری دیده نشد (P = ۰/۰۵).

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 علایم 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 علایم 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 علایم مربوط به اضطراب و اختلال در خواب داشتند. ۵۷/۵ درصد افراد هم دارای افسردگی بودند. ۱۰/۲ درصد کارگران هم از علایم 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 نوربالا 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 ۴/۷۵ ± ۸/۵۴ به دست آمد.

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 و ۵۳/۱ 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 مستقیمی 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 روانی در افراد حادثه دیده بیشتر از افراد حادثه ندیده است (۴). نتایج این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. همان گونه 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 این رو، 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 نویسندگان از کلیه کارگرانی که در مطالعه حاضر شرکت نمودند، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

References

1. Rezvani H. Organizational Crisis Management. Tadbir 2006; 17(170): 20-6. [In Persian].
2. Seyedmazhari M. Crisis management in healthcare centers. Proceedings of the first congress of nurses Armed Forces; 2011 May 18-19; Tehran, Iran.
3. 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].
4. 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].
5. Mahmoodzadeh A, Pirasteh S, Iranpoor A. Familiarity with the crisis management concepts. Isfahan, Iran: Elm Afarin Pulications; 2009. p. 78-90. [In Persian].
6. 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].

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2702]

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.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2702]

DOI: *10.22122/jhsr.v12i4.2702* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research Received: 15.12.2015

Vol. 12, No. 4, Winter 2017 Accepted: 03.02.2016

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

Hamid Taboli[1], Nader Shabani[2]

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/m^2. 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

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.22122/jhsr.v12i4.2702]