

Interactive effect of chronic stress disorders and mental disorders on reporting somatoform disorders among workers

Kiani F(M.Sc)^{1*}, Samavatyan H(Ph.D)¹, Pourabdian S(M.D)²

1- Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2- Department of occupational Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: 13 Feb 2011, Accepted: 4 May 2011

Abstract

Background: A lot of research has been done on the post-traumatic stress, but few studies have investigated the effect of chronic stress disorders on physical and psychological health. This study investigated the combined interactive effects of chronic stress disorders and mental disorders on somatoform disorders reporting among employees at Isfahan Steel Company.

Materials and Methods: In this correlational study, 189 employees in Isfahan Steel Company were selected according to the stratified random sampling method and completed demographic characteristics, chronic stress disorders of Cohen, Karmark, and Mermelstein, and mental disorders and somatoform disorders of Barling, Loughlin, and Kelloway questionnaires in 2011. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and hierarchical regression.

Results: Results showed significant internal correlations among chronic stress disorders, mental disorders, and somatoform disorders ($p < 0.01$). In addition, by controlling for demographic variables, the results of hierarchical regression analysis showed the interactive effect of chronic stress disorders and mental disorders on reporting somatoform disorders to be significant ($p < 0.05$).

Conclusion: This study showed that chronic stress disorders have a positive relationship with reporting somatoform disorders both in experiencing and not experiencing psychological disorders; however, this relationship was stronger when employees in addition to chronic stress disorders experienced psychological disorders.

Keywords: Chronic stress disorders, employees, Isfahan Steel Company, mental disorders, somatoform disorders

*Corresponding author:

Address: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran

Email: fariba.kiani64@gmail.com

اثر تعاملی استرس مزمن کاری و پریشانی روانی بر گزارش دهی علایم بیماری جسمی در میان کارکنان

فریبا کیانی^{1*}، حسین سماواتیان²، سیامک پورعبدیان³

1- کارشناسی ارشد روان شناسی صنعتی و سازمانی، گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

2- استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

3- استادیار، گروه بهداشت حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: 89/11/4 تاریخ پذیرش: 90/1/14

چکیده

زمینه و هدف: در رابطه با استرس پس آسیبی در محیط کار پژوهش‌های فراوانی انجام شده است، اما کمتر پژوهشی به نقش استرس مزمن شغلی بر علایم بیماری جسمی و سلامت روانشناختی پرداخته است. این مطالعه به بررسی اثرات ترکیبی استرس مزمن کاری و پریشانی روانی بر گزارش دهی علایم بیماری جسمی در میان کارکنان شرکت ذوب آهن اصفهان می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی، 189 نفر از کارکنان شرکت ذوب آهن اصفهان در سال 1389 به روش نمونه گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شده و به پرسش‌نامه‌های خصوصیات دموگرافی، استرس مزمن کاری کوهن، کامارک و مرملاستین، پریشانی روانی و علایم بیماری جسمی از بارلینگ، لوگین و کلوی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون سلسله مراتبی تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین متغیرهای استرس مزمن کاری، پریشانی روانی و گزارش دهی علایم بیماری جسمی همبستگی درونی معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد بعد از کنترل متغیرهای دموگرافیک، اثر تعاملی استرس مزمن کاری و پریشانی روانی بر گزارش دهی علایم بیماری جسمی معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: استرس مزمن کاری به طور مثبتی در ارتباط با گزارش دهی علایم بیماری جسمی هم در تجربه و هم در عدم تجربه پریشانی روانی می‌باشد، اما این تأثیر زمانی قوی‌تر بود که کارکنان همراه با استرس مزمن کاری، پریشانی روانی را نیز تجربه کرده باشند.

واژگان کلیدی: استرس مزمن کاری، کارکنان، شرکت ذوب آهن اصفهان، پریشانی روانی، علایم بیماری جسمی

* نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه اصفهانی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

مقدمه

کارکنان در محیط کار اغلب از نشانه‌های بیماری جسمی متعددی شکایت می‌کنند که به لحاظ بالینی قابل توضیح نیست (1). علایم بیماری جسمی متشکل از احساسات بدنی مانند کمر درد، سر درد، اختلالات روده، سرگیجه، تپش قلب، خستگی و اختلالات بدنی متعدد دیگر می‌شود، که توسط فرد آزار دهنده یا ناخوشایند ادراک می‌شوند (2). اگرچه شکایات در مورد نشانه‌های بیماری به طور روزمره ثبت می‌شوند، اما آنها به میزان کافی برای مراقبت از سلامتی کارکنان در محیط کار مورد مطالعه قرار نمی‌گیرد (1).

اثرات استرس شغلی به عنوان یک چالش عمده محیطی در نظر گرفته می‌شود که سلامت جسمی و روانی افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد (3). استرس شغلی از عوامل استرس زای محیط کار تولید می‌شود و نتیجه ادراکی است که تهدید و یا تقاضا فراتر از ظرفیت فرد برای مقابله است (4). در یک موقعیت پاسخ دهی به استرس، حالت برانگیختگی یا اضطراب فرد به شدت افزایش می‌یابد و سپس به تدریج کاهش پیدا می‌کند. به عنوان مثال، فرد ممکن است استرس حادی در پاسخ به شرایط منفی از قبیل سوء استفاده، داغ دیدگی غیر قابل انتظار یا تعارض بین فردی در کارگاه (درگیری و منازعه با مشتری یا همکار) را تجربه کند. در این حالت استرس حاد، می‌تواند احساس فزاینده‌ای از برانگیختگی و پاسخ‌های فیزیولوژیکی از قبیل خشکی دهان، اسهال، تپش قلب یا حتی مشکلات شناختی را ایجاد کند (5). اکثر افرادی که یک واکنش حاد به استرس را تجربه می‌کنند، انتظار می‌رود بعد از یک دوره زمانی کوتاه به زندگی عادی خود برگردند. وقتی که واکنش‌های درونی به طور مداوم با شرایط بیرونی در تضاد باشند، توانایی مقابله با آن موقعیت‌ها در فرد کاسته می‌شود و شرایط مذکور تولید استرس مزمن می‌نمایند (6).

برخلاف استرس حاد، که برگشت به حالت بهنجار در زمان کوتاهی اتفاق می‌افتد، علایم استرس مزمن به صورت پایدار، و به شکل نشانگان‌های روان‌شناختی و جسمانی از قبیل فشار خون، اختلالات خواب، بیماری‌های قلبی عروقی، تمرکز ضعیف، واکنش در خود فرو رفتن و

افسردگی ظاهر می‌شوند علاوه بر آن استرس مزمن به مرور زمان سیستم ایمنی بدن را تضعیف می‌کند (7، 8).

مطابق با پژوهش‌های اخیر افراد با پریشانی روانی بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری‌های جسمی، پیشگوکننده قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی می‌باشد (9-12). پریشانی روانی به عنوان مجموعه‌ای از علایم بیماری روانی - فیزیولوژی و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های افسردگی، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، غیبت کاری و غیره تعریف می‌شود (13). حضور پریشانی روانی باعث اعمال فشار بر اطرافیان فرد شاغل، از طریق افزایش در تعداد درخواست برای کمک از سوی شبکه‌های اجتماعی و ایجاد تنش بر روابط زوجین، فرزندان و دوستان می‌شود (14). اختلالات روحی متداول مانند، افسردگی و اضطراب ملایم (15) در محیط کار موجب تحمیل هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی زیادی بر پیکره جامعه می‌شود و به عنوان عوامل پیشگوکننده افزایش بیماری‌های شغلی، هزینه غیبت و ناتوانی‌ها معرفی می‌شوند (15-17). با این مقدمه، این پژوهش خواهان بررسی دو سوال می‌باشد: آیا استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی مرتبط با گزارش دهی علایم بیماری جسمی در کار است؟ و این که آیا تجربه ترکیبی یا به تنهایی این دو عامل تاثیر متفاوتی بر گزارش دهی علایم بیماری جسمی می‌گذارد؟

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی تعداد 200 نفر از کارکنان شرکت ذوب آهن اصفهان در تابستان سال 1389 وارد مطالعه شدند. در این پژوهش با توجه به گستردگی و پراکندگی بخش‌های مختلف تولیدی در شرکت ذوب آهن اصفهان (ساختمان توحید، بخش نورد، کوره بلند، فولادسازی، کک‌سازی، آتشنشانی، راه آهن، گاز رسانی، کارگاه اکسیژن، هدایت فنی و الگومراسیون) از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای برای انتخاب اعضای نمونه استفاده شد. با توجه به این که افراد به نسبت‌های متفاوتی در بخش‌های شرکت توزیع شده بودند، به منظور کاهش خطای نمونه‌گیری، همان نسبت نیز در انتخاب اعضای نمونه

لحاظ گردید. معیار ورود به مطالعه شامل اشتغال در بخش‌های شرکت و انتخاب به شیوه تصادفی از بین اعضای گروه خود بود و معیار خروج از پژوهش، تکمیل ناقص پرسش‌نامه و بیان اظهار عدم علاقه نسبت به موضوع مورد تحقیق بود. 6 نفر از اعضای نمونه به علت عدم علاقه به شرکت در پژوهش و 5 نفر به دلیل این که پرسش‌نامه را به طور کامل پر نکرده بودند به ناچار از نمونه اصلی کنار رفتند.

به منظور کنترل عوامل مخدوش کننده اعضای نمونه در محیطی آرام، به دور از سر و صدا و در جوی صمیمی پرسش‌نامه‌های مذکور را کامل کردند. هم‌چنین به آنها گفته شد مواردی که در این پرسش‌نامه‌ها ذکر شده، تنها مربوط به تجربه استرس، پریشانی روانی و علائم بیماری جسمی می‌باشد که به موجب انجام وظایف شغلی شان (نه محیط خانوادگی) تجربه کرده‌اند. ضمناً کارکنان به صورت شفاهی رضایت خود را در مورد شرکت در پژوهش اعلام کردند و به منظور جلوگیری از سوگیری در پاسخ دادن به سوالات پرسش‌نامه، به آنها اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنها محرمانه خواهد ماند و هم‌چنین سعی بر آن شد تا در تدوین سوالات پرسش‌نامه، از عبارت ارزشی استفاده نشود که باعث شود حساسیت کارکنان برانگیزد و در نتیجه موجب سوگیری در پاسخ دهی به سوالات شود.

پس از ترجمه مقیاس‌های استرس مزمن کارایی، پریشانی روانشناختی و علائم بیماری جسمی نسخه اصل به زبان انگلیسی همراه با نسخه فارسی به 3 نفر از اعضای هیأت علمی گروه روان شناسی و 4 نفر از متخصصان ایمنی و سلامت ارائه شد و حدود 22 نسخه از هر کدام از مقیاس‌ها تکثیر و در اختیار نمونه‌ای از کارکنان قرار گرفت؛ و از آنها خواسته شد که درباره سوال‌ها و روایی آنها نظر خود را بیان نمایند. پس از بررسی نظرهای مقدماتی، مقیاس‌های نهایی تدوین شدند و به صورت انفرادی به کارکنان ارائه شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس‌های زیر استفاده شد:

مقیاس استرس مزمن کارایی (Work chronic stress scale): مقیاس روانشناختی بسیار رایجی از کوهن

و همکاران برای سنجش استرس ادراک شده و سنجش درجه‌ای که شرایط زندگی استرس آور قضاوت می‌شوند(18). سوالات ویژه‌ای برای استخراج کردن درجه‌ای که پاسخ دهنده‌ها شرایط کاری شان را کنترل ناپذیر، مبهم یا بیش از حد فشار آور می‌دانند، ایجاد شده است(19). میچل و همکاران در پژوهش خود ذکر کردند این مقیاس با دو پرسش‌نامه "نشانیگان استرس پس ضربه‌ای" و "کیفیت سلامت ذهن" اعتبار همبستگی بالایی دارد(20). دارای 10 آیتم و بر مبنای مقیاس لیکرتی 5 درجه‌ای می‌باشد از 1 (هرگز) تا 5 (اکثر اوقات). این مقیاس، دارای روایی (ضریب روایی = 0/84، 0/85، 0/86 در سه نمونه)، روایی درونی بالا ($\alpha = 0/79$) و اعتبار قابل قبول است(21). هم‌چنین دمیر و اوروکو در پژوهش خود α کرونباخ را 0/84 و همبستگی آن با پرسش‌نامه "سلامت عمومی" را 0/61 ذکر کردند(22). در این پژوهش روایی درونی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ و تنصیف 0/82 و 0/75 به دست آمد.

مقیاس گزارش دهی علائم بیماری جسمی (Reporting of physical symptoms scale): این مقیاس ابزاری است با 20 آیتم از بارلینگ و همکاران که بر مبنای فراوانی نه شدت علائم بیماری جسمی می‌باشد، که کارکنان در طی ماه گذشته در شغل خود تجربه کرده‌اند(23). بر مبنای مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای است از 1(هرگز) تا 5 (بیش از 5 بار). حاصل جمع نمرات داده شده به عنوان نمره کل تجربه علائم بیماری جسمی هر کارکن گزارش می‌شود. در پژوهش مانته آنو روایی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ 0/83 گزارش کرد، هم‌چنین این پژوهش‌گر در پژوهش خود نشان داد که این پرسش‌نامه دارای اعتبار بالایی است(24). در این پژوهش ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ و تنصیف 0/81 و 0/83 به دست آمد.

مقیاس پریشانی روانی (Psychological symptoms scale): این مقیاس ابزاری است با 7 آیتم از بارلینگ و همکاران که مطابق با ملاک DSM- III-R و نسخه دهم طبقه‌بندی بین المللی بیماری (International

همان طور که مشاهده می‌شود، بین متغیرهای استرس مزمن کارایی، پریشانی روانی و علائم بیماری جسمی همبستگی درونی بالایی وجود دارد ($p < 0/01$).

از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای ارزیابی اثر تعاملی استرس شغلی و پریشانی روانی بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی استفاده شد (جدول 2). برای کاهش هم خطی پنهان بین اصلاح تعامل و متغیرهای سازنده‌اش از پیشنهاد آیکین و وست برای متمرکز کردن متغیرهای مستقل درگیر در تعامل (در این پژوهش استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی) استفاده شد (25). متغیرهای دموگرافیک (جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تاهل و سابقه کار) به عنوان پیش بین‌های گزارش دهی علائم بیماری جسمی در گام اول وارد شدند؛ در گام دوم متغیرهای استرس کارایی و پریشانی اضافه شدند؛ و در گام سوم اصلاح تعامل (استرس مزمن کارایی* پریشانی روانی) برای ارزیابی تعامل بین این دو متغیر اضافه شد. متغیرهای دموگرافیک جنسیت، سن و تحصیلات در گام اول و دوم؛ و سن همین طور در گام سوم پیش بین معنی‌دار گزارش دهی علائم بیماری جسمی در میان کارکنان بودند. تأثیر متغیرهای دموگرافیک سابقه کار و وضعیت تاهل بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی به دلیل این که معنی‌دار نبود، در جدول 2 آورده نشده است. در جدول زیر تنها گام سوم به عنوان گام نهایی آورده شده است.

جدول 2. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی به منظور بررسی اثر تعاملی استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی

شاخص‌های آماری				
ΔR^2	β	SE B	B	
	-0/20	2/791	-5/26	جنسیت
	0/24*	1/46	5/54	سن
0/07**	0/194	0/62	3/55	تحصیلات
	0/36**	0/1	0/37	استرس مزمن کارایی
	0/25*	0/28	0/68	پریشانی روانی
	0/29**	0/05	0/16	استرس مزمن کارایی* پریشانی روانی

* $p < 0/05$, ** $p < 0/01$

می‌باشد (23). از پاسخ دهندگان درخواست شد بر مبنای یک مقیاس لیکرتی 5 درجه‌ای (هرگز / همه اوقات) فراوانی نشانه‌های روانشناختی که در ماه اخیر تجربه کرده‌اند، را گزارش دهند. نمرات پریشانی روانی بین 0 تا 28 است که نمرات بالا نشان دهنده تجربه بیشتر پریشانی روانی توسط فرد است. در پژوهش مانته آنو روایی درونی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ 83 درصد گزارش شد؛ هم‌چنین این مقیاس نشان داد که از اعتبار خوبی برخوردار است (24). پایایی این ابزار در این پژوهش به دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف 0/79 و 0/75 برآورد گردید.

یافته‌ها

با احتساب معیارهای ورود و خروج از مطالعه 189 کارکن با محدوده سنی 21-52 سال وارد مطالعه شدند. از کل کارکنان به دلیل اشتغال بیشتر اعضای نمونه در قسمت‌های تولیدی شرکت 90 درصد مرد و 10 درصد زن، 60 درصد متأهل و 40 درصد مجرد بودند. میانگین سنی 34 سال، از نظر تحصیلات 4 درصد زیر دیپلم، 60 درصد دیپلم، 24 درصد فوق دیپلم، 12 درصد لیسانس و بالاتر و میانگین سابقه کار 12 سال بود.

از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای آزمون روابط فرض شده بین استرس مزمن کارایی، پریشانی روانی و علائم بیماری جسمی استفاده شد.

در جدول 1 میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول 1. میانگین، انحراف معیار، همبستگی درونی متغیرها (N=189)

	میانگین \pm		
	انحراف معیار	1	2
استرس شغلی	6/99 \pm 38/47	1	
علائم بیماری جسمی	2/60 \pm 19/95	0/34 **	1
پریشانی روانی	9/07 \pm 43/26	0/43**	0/55**

** $p < 0/01$

بحث

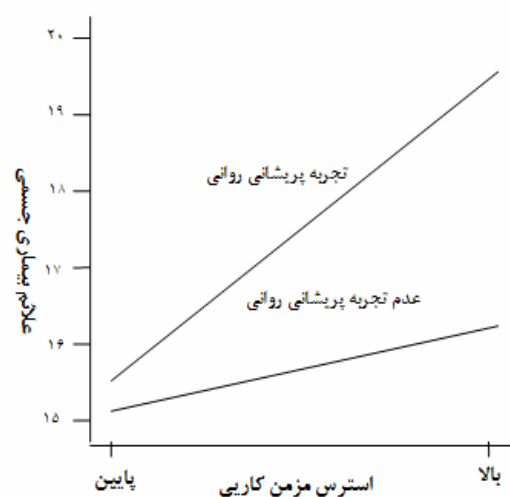
شواهدی در دست است که نشان می‌دهد، شیوع استرس در موقعیت‌های کاری بیشتر از آن چیزی است که آمار و ارقام موجود نشان می‌دهند اما متأسفانه نسبت اندکی از کارکنان به دلایلی که ذکر می‌شود از تقاضای دریافت غرامت به خاطر استرس شغلی صرف نظر می‌کنند. ترس از بر چسب روانی بودن و ترس از این که کارفرما مجدداً او را به کار نگیرد، مانع از آن می‌شود که کارکنان اثرهای زیان بار استرس‌های کاری را گزارش نمایند (27). یک بازنگری از موسسه سلامت روانی کانادایی در سال 2001 نشان داد که 25 درصد از کارکنان کار خود را یک منبع عمده استرس و اضطراب می‌دانند (28).

همان طور که در بخش نتایج مشاهده شد، بین متغیرهای استرس مزمن کارایی، پریشانی روانی و گزارش دهی علائم بیماری جسمی همبستگی درونی معنی داری وجود داشت. این نتایج هم راستا با پژوهش‌های پیشین می‌باشد (29، 30). به عنوان مثال، واتسون و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که استرس شغلی، خصوصیات فردی، رویدادهای زندگی و پریشانی روانی همه با هم مرتبط می‌باشند (31). نومیورا و همکاران به این نتیجه رسیدند که گزارش دهی علائم بیماری جسمی با بالا رفتن سطح استرس شغلی افزایش می‌یابد (1). این همسانی نتایج بیان کننده رابطه قوی بین این متغیرها می‌باشد. صالحی و همکاران در پژوهش خود به نتایج متناقضی در بین زنان شاغل رسیدند. آنها بین میزان فراوانی اختلالات روانی و سابقه بیماری جسمی رابطه معنی‌داری نیافتند. این پژوهشگران با مقایسه نتایج تحقیقات دیگر به این نتیجه رسیدند که احتمالاً به دست نیامدن رابطه معنی‌دار مربوط به حجم کم نمونه می‌باشد (32).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اثر تعاملی استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی بیشتر از اثر آنها به تنهایی است. صالحی و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که وجود سابقه بیماری روانی در هر فردی میزان تأثیر

پس از کنترل متغیرهای دموگرافیک، علاوه بر تأثیر مستقیم استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی، تعامل بین آنها نیز بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی از لحاظ آماری معنی‌دار بود. این تعامل موجب افزایش معنی‌دار 7 درصد در تأثیر متغیرهای استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی شده بود.

برای بررسی دقیق‌تر این تعامل، خطوط رگرسیون برای نمایش رابطه بین استرس مزمن کارایی و گزارش دهی علائم بیماری جسمی در سطوح تجربه یا عدم تجربه پریشانی روانی به عبارت دیگر، 1 انحراف معیار بالا و 1 انحراف معیار پایین میانگین ترسیم شد (25، 26) (نمودار 1). همان طور که در این شکل مشاهده می‌شود، رابطه بین استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی زمانی بیشتر است که کارکنان پریشانی روانی را نیز تجربه کرده باشند. نیرومندی رابطه بین استرس مزمن کارایی و گزارش دهی علائم بیماری جسمی به تجربه پریشانی روانی توسط کارکنان بستگی دارد. استرس مزمن کارایی به طور مثبتی مرتبط با گزارش دهی علائم بیماری جسمی هم در تجربه و هم در عدم تجربه پریشانی روانی بود، اما این تأثیر زمانی که کارکنان همراه با استرس مزمن کارایی، پریشانی روانی را نیز تجربه کرده باشند قوی تر می‌باشد.



نمودار 1. اثر تعاملی استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی

مخرب استرس‌های وارده از شغل را بر فرد چند برابر می‌کند (32). این که استرس شغلی موجب پریشانی روانی می‌شود یا پریشانی روانی موجب استرس می‌شود، دقیقاً مشخص نیست احتمالاً هر دو جهت امکان پذیر می‌باشد؛ ولی آنچه منطقی و در این پژوهش نیز تأیید شد، این می‌باشد که این دو عامل در تجربه علائم بیماری جسمی همدیگر را تقویت و تأثیر خود را بر سلامت جسمی به مراتب مخرب‌تر می‌کنند. تجربه استرس شغلی وقتی همراه با افسردگی، اضطراب، کم خوابی و سایر نشانه‌های ضعف سلامت روانی باشد، باعث می‌شود که فرد از فقر سلامت روانی علاوه بر فشار و تنیدگی رنج ببرد. در نتیجه زمانی که دچار برانگیختگی شدید می‌شود، از فقدان مکانیسم‌های مناسب کاهش دهنده این برانگیختگی مانند آرامش، خواب مناسب، خلق آرام و مدیریت صحیح نیز آسیب بیند.

بنابراین در تعیین این که آیا هیچ گونه تفاوت در گزارش دهی علائم بیماری جسمی در میان کارکنان به موجب استرس مزمن کاری وجود دارد یا نه، باید میزان تجربه پریشانی روانی را توسط کارکنان نیز به حساب آوریم. یک افزایش خطر برای تجربه علائم بیماری جسمی در مورد کارکنانی وجود دارد که هم زمان با استرس مزمن کاری، پریشانی روانی نیز را تجربه کنند؛ به عبارت دیگر کارکنان با استرس مزمن کاری، با تجربه بیشتر پریشانی روانی دچار ناراحتی‌های جسمی بیشتری می‌شوند. لذا کارکنانی که به منظور کاهش استرس شغلی مورد درمان قرار می‌گیرند، باید هم‌چنین مداخلاتی به منظور کاهش پریشانی روانی دریافت نمایند. درمان این دو عامل باید هم زمان صورت گیرد زیرا غفلت و نادیده گرفتن هر کدام از این عوامل موجب کم اثر شدن مداخله درمانی مورد نظر می‌شود.

همان طور که در بخش نتایج مشاهده شد، متغیرهای دموگرافیک جنسیت، سن و تحصیلات پیش بین معنی داری بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی بودند. جنسیت یکی از قوی‌ترین متغیرهای دموگرافیک است که بر گزارش دهی علائم بدنی تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌های

مختلف نشان داده‌اند که علائم بیماری جسمی بیشتر از 50 درصد در زنان نسبت به مردان گزارش می‌شود (33). زنان نسبت به مردان بیشتر متقاضی کمک برای درمان نشانه‌های بیماری جسمی خود می‌باشند و لذا بیشتر آنها را گزارش می‌کنند. سن نیز یک عامل مهم در گزارش دهی علائم است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که گزارش دهی علائم بیماری خاصی به طور برجسته‌ای در اشخاص مسن‌تر بیشتر است (34). احتمالاً افراد جوان نسبت به افراد مسن برای نشانه‌های بیماری خود درمان بیشتری را دنبال می‌کنند و صرفاً آن را به افزایش سن نسبت نمی‌دهند. اما در مورد تحصیلات، پیرامون نحوه تأثیر این عامل بر میزان تجربه علائم بیماری جسمی پژوهش‌های کمی صورت گرفته است. در تبیین این تأثیر می‌توان گفت که احتمالاً افراد با تحصیلات بالاتر نسبت به علائم بیماری و راه‌های ایجاد آن آگاهی بیشتری دارند که این موجب می‌شود که بتواند بهتر عوامل دخیل در ایجاد این عوامل را کنترل و مدیریت کنند و لذا کمتر متحمل استرس شغلی و پریشانی روانی، و عواقب ناشی از آن شوند.

این مطالعه شواهدی فراهم می‌کند که ملاحظه استرس و تجربه پریشانی روانی در سبب شناسی نشانه‌های جسمی مهم می‌باشد. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که علائم بیماری جسمی مانند کمردرد و سردرد می‌تواند نشان‌گرهای شیوع افسردگی در محیط کار باشند (35). کوهستانی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که یکی از راه‌های کنترل شروع و عود مجدد کمردرد شغلی، از طریق کنترل فشار روانی محیط کار است. این پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که با انجام اقدامات پیش‌گیری کننده مانند تعدیل و یا اصلاح محیط روانی اجتماعی و آموزش تکنیک‌های کاهش استرس، می‌توان از ناتوانی ناشی از کمردرد جلوگیری کرد (36).

هم‌چنین این مطالعه تولیحات بالقوه مهمی برای کاربرد مداخلات سلامت در محیط کار دارد. تبیین روانی در مورد علائم بیماری جسمی زمانی مجاز است که نشانه‌های بیماری بدنی در 2 تا 6 هفته بعد از درمان ادامه یابد

psychological consequences. *World Psychiatry*. 2010;9(1):3-10.

4. Jamison-Howse PA. Empirical investigation of effects of communication skills training on work stress at an AT&T corporation: Walden University; 2008.

5. Guyton AC. *Textbook of Medical Physiology*. 6nded. Philadelphia: W.B; 1981.p. 222-311.

6. Evoy K. The doctor is in: A chronic stress audit. *CA Magazine*. 1998 ;131(5): 30-2.

7. Cooper CL, Payne R. Causes, coping, and consequences of stress at work: New York: Wiley; 1998. p.11-4.

8. Minter S. Too Much Stress? *Occupational Hazards*. 1999;61(5):49-52.

9. Nakao M, Yamanaka G, Kuboki T. Suicidal ideation and somatic symptoms of patients with mind/body distress in a Japanese psychosomatic clinic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002; 32(1):80-90.

10. Nakao M, Yano E. Prediction of major depression in Japanese adults: somatic manifestation of depression in annual health examinations. *Journal of affective disorders*. 2006;90(1):29-35.

11. Cheng Y, Guo YL, Yeh WY. A national survey of psychosocial job stressors and their implications for health among working people in Taiwan. *International archives of occupational and environmental health*. 2001; 74(7): 495-504.

12. Marchand A, Blanc ME. The Contribution of Work and Non-work Factors to the Onset of Psychological Distress: An Eight-year Prospective Study of a Representative Sample of Employees in Canada. *J Occup Health*. 2010; 52(3):176-85.

13. Dohrenwend BP, ShROUT PE, Egri G, Mendelsohn FS. Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: Measures for use in the general population. *Archives of General Psychiatry*. 1980;37(11):1229-65.

14. Pearlin LI, Turner HA. The family as a context of the stress process. *Stress and health: Issues in research methodology*. 1987:143-65.

15. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic.

و تشخیص دارویی و درمان به خصوصی را برای آن نتوان داد. وقتی پزشک درباره مکانیسم قابل قبول برای مشارکت علائم بیماری جسمی و روانشناختی مطمئن نیست، کمک به بیمار برای ابراز کردن اعتقادات و باورهایش؛ و ایجاد استراتژی برای مدیریت روان و بدن می‌تواند مطلوب باشد(2).

نتیجه گیری

به طور خلاصه، پژوهش حاضر پیشنهاد می‌کند که اثرات استرس مزمن کارایی بر گزارش دهی علائم بیماری جسمی می‌تواند توسط تجربه پریشانی در میان کارکنان تقویت شود. برای بهبود سلامتی نیروی کار علاوه بر تشخیص اختلالات جسمی باید همزمان تلاش‌هایی برای کاهش استرس مزمن کارایی و پریشانی روانی انجام شود. پژوهش‌های آتی بایستی این یافته‌ها را در سازمان و دیگر تکرار کنند و پیرامون مکانیسم‌های زیر بنایی آن کاوش کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله ماحصل یک پایان نامه دانشجویی است که با همکاری بخش آموزش و پژوهش شرکت ذوب آهن اصفهان انجام شده است. از کلیه کارکنان شرکت ذوب آهن اصفهان که ما را در انجام این پژوهش یاری فرمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

1. Nomura K, Nakao M, Sato M, Ishikawa H, Yano E. The association of the reporting of somatic symptoms with job stress and active coping among Japanese white-collar workers. *Journal of occupational health*. 2007;49(5):370-5.
2. Kroenke K. The interference between physical and psychological symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003; 5(7):11-8.
3. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and

- review. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2006;32(6):443-62.
16. Houtman I. Work-related stress. [Cited 2005 Dec 19]. Health and safety executive. Available from: <http://www.hse.gov.uk/stress/furtheradvice/wrs.htm>
17. Schaufeli WB, Kompier MAJ. Managing job stress in the Netherlands. *International Journal of Stress Management*. 2001;8(1):15-34.
18. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 1983;385-96.
19. Cohen S. Perceived stress scale. [Cited 2006 January 10]. Available from: http://www.ncsuedu/assessment/resources/perceived_stress_scale.pdf
20. Mitchell AM, Crane PA, Kim Y. Perceived stress in survivors of suicide: Psychometric properties of the Perceived Stress Scale. *Research in nursing & health*. 2008;31(6):576-85.
21. Araas TE. Associations of mindfulness, perceived stress, and health behaviors in college freshmen: Dissertation for the degree of doctor of psychology. Arizona State University; 2008.
22. Örüçü MÇ, Demir A. Psychometric evaluation of perceived stress scale for Turkish university students. *Stress and health*. 2009;25(1):103-9.
23. Barling J, Loughlin C, Kelloway EK. Development and test of a model linking safety-specific transformational leadership and occupational safety. *Journal of Applied Psychology*. 2002;87(3):488-96.
24. Munteanu MR. Safety attitudes in the Ontario construction. [MSc thesis]. University of Toronto (Canada). 2005.
25. Aiken LS, West SG. Multiple regression: Testing and interpreting interactions: Thousand Oaks; 1999.
26. Cohen J, Cohen P. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. 2 ed. Hillsdale: NJ: Erlbaum; 1983.p. 321-34.
27. Dewa C, Lin E, Koehoorn M, Goldner E. Association of chronic work stress, psychiatric disorders, and chronic physical conditions with disability among workers. *Psychiatric services*. 2007;58(5):652-8.
28. cmha.ca[homepage on the Internet]The 2001 Canadian Mental Health Survey, Canadian Mental Health Association. [Cited 2001 July 29]. Available from: <http://www.cmha.ca/bins/contentpage>.
29. Gunnar E, Oivind E, Tor K, Leiv S, Elsa H. Physical distress is associated with cardiovascular events in a high risk population of elderly men. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2009;9(1):14.
30. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of affective disorders*. 2006;92(2-3):185-93.
31. Watson R, Gardiner E, Hogston R, Gibson H, Stimpson A, Wrate R, et al. A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(2):270-8.
32. Salehi B, Seyf Kh, Jamilian HR, Ghebleh F. [Comparison of mental health status between employed women in Arak University of Medical Sciences and official staffs of Education office, Arak, 2008]. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2009; 12(3): 77-84. [Persian]
33. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C. Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *International archives of occupational and environmental health*. 2008;82(1):31-8.
34. Kroenke K, Spitzer RL. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*. 1998;60(2):150-5.
35. Nakao M, Yamanaka G, Kuboki T. Suicidal ideation and somatic symptoms of patients with mind/body distress in a Japanese psychosomatic clinic. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2002;32(1):80-90.
36. Kohedtani HR, Baghcheghi N, Abedsaiidi J, Ghezlbash A, Alavimajid H. Determining the association between low back pain and occupational stress in nurses. *Arak Medical University Journal*. 2006;9(3):73-81.