تعیین میزان سلامت و بیماری و مراقبت از خود گزارش شده توسط پزشکان عضو هیأت علمی مجتمع‌های بیمارستانی امام خمینی، سینا و فارابی

دکتر مهرنگ هدایتی[1*]، دکترمهسا هدایتی[2]، دکتربهروز نبئی[3]

۱- گروه پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، بیمارستان الزهرا (س)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۲- گروه رادیولوژی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

*نویسنده مسؤول: اصفهان، خیابان هزار جریب، بیمارستان الزهرا (س)، واحد پزشکی قانونی و مسمومیت‌ها، تلفن: ۶۲۴۷۰۱۲-۰۳۱۱، نمابر: ۶۶۸۴۵۱۰-۰۳۱۱
پست الکترونیک: mahrang9@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۵/۹ پذیرش: ۸۹/۷/۷

چکیده

مقدمه: *هدف این مطالعه تعیین میزان سلامت و مراقبت از خود گزارش شده توسط پزشکان عضو هیأت علمی بود.*

روش کار: *در این مطالعه case-study، ۸۰ پزشک بیمارستان امام خمینی، سینا و فارابی پرسشنامه‌هایی را به طور محرمانه پر نمودند. سپس آنالیز توصیفی تک‌متغیره و دو متغیره توسط نرم‌افزار SPSS10 انجام شد.*

یافته‌ها: *۶۰٪ پزشکان مرد و ۶٪ مجرد بودند. میانگین سنی پزشکان ۴۸ سال، میانگین تعداد فرزندان ۲ نفر و BMI آنها ۲۵/۱ بود. ۵۶/۳٪ افراد درآمد ماهیانه ۱/۵ تا ۵ میلیون تومان داشتند. میانگین ساعات کار روزانه ۱۱ ساعت و۴۰ دقیقه، میانگین استفاده از مرخصی سالیانه ۲۵ روز، میانگین میزان ورزش ۱ ساعت و ۴۰ دقیقه در هفته، و میانگین میزان خواب در شبانه‌روز ۶ ساعت و۲۰ دقیقه بود. ۶۱٪ افراد صبحانه و ۳۷/۵٪ میوه و سبزیجات کافی مصرف می‌نمودند. ۳۱٪ از سیگار و ۲۲٪ از داروهای روان‌گردان استفاده می‌کردند. ۳۳٪ برنامه منظم معاینه دندان‌ها و ۲۲/۵٪ برنامه چک‌آپ سالیانه داشتند. پزشکان رشته‌های اینترونشنال نسبت به غیراینترونشنال، BMI بیشتر و کیفیت خواب شب بدتر داشتند. افزایش ساعات کار با کاهش کیفیت خواب شب و وضعیت نامناسب‌تر سلامت دهان و دندان مرتبط بود. همچنین تعداد روزهای مرخصی و ساعات ورزشی با کیفیت کنترل بیماری پزشکان ارتباط داشت.*

نتیجه‌گیری: *افزایش ساعات کار و عدم استفاده از مرخصی سالیانه، جنبه‌های مختلف حفظ سلامتی اساتید مورد مطالعه را تحت تأثیر قرار داده است. عوامل دخیل در سلامت مانند میزان خواب، مصرف میوه و سبزیجات، ورزش، مراقبت از دندان‌ها، چک‌آپ سالیانه و... و همچنین نداشتن وقت کافی و انگیزه موجب عدم کنترل کامل بیماری در قشر پزشکی می‌باشد.*

گل‌واژگان: *سلامتی، بیماری، پزشکان، خواب، سوءمصرف مواد*

مقدمه

تعبیر سازمان بهداشت جهانی[1] از سلامت عبارت است از: "رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه تنها بیمار و ناتوان نبودن". تعریف دیگری نیز توسط Reproductive Health ارائه شده است که به صورت: "شرایط[2] فیزیکی و منتالی و اجتماعی خوب در همه زمینه‌های مرتبط با سیستم باروری در همه مراحل زندگی که در آن افراد یک زندگی ارضاءکننده و امن مناسب با جنس خود[3] دارند و در آن توانایی باروری و آزادی تصمیم‌گیری در مورد امکان و چگونگی و زمان انجام امور دارند" (۱) می‌باشد. طبقه پزشکان یکی از مهم‌ترین و زحمتکش‌ترین اقشار جامعه هستند که معمولاً از نخبگان تشکیل می‌شوند و زحمات زیادی برای رسیدن به رتبه خود متحمل می‌شوند؛ در عین حال جامعه نیز متحمل هزینه‌های گزافی برای ایشان می‌شود. اهمیت پزشک در تمامی جوامع ثابت

[1] WHO
[2] State
[3] Satisfying and safe sex life

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

شده است تا آنجا که حتی طبق روایات پیامبر اسلام پزشک یکی از سه رکن اصلی یک شهر در کنار فقیه و امیر به شمار آمده که اگر در شهری پزشک نباشد نمی‌توان آن منطقه را شهر نامید. علی‌رغم موارد فوق پزشکان به دلیل شغل سنگین، مسؤولیت اجتماعی بزرگ و...، جزء آسیب‌پذیرترین اقشار جامعه بوده‌اند و اصولاً در معرض آسیب‌ها و بیماری‌های جسمی و روحی و چه بسا مرگ‌ومیر بالا می‌باشند. متأسفانه نه فقط در ایران بلکه در همه جای دنیا طبق اطلاعات موجود پزشکان در معرض حوادث و سوانح، بیماری‌ها و در مجموع مرگ‌ومیر بالایی هستند. چنان که از آمارهای آمریکا برمی‌آید اگر چه میزان مرگ‌ومیر پزشکان از اقشار نرمال جامعه کمتر است (که این میزان کاهش خصوصاً به علت پایین بودن شیوع بیماری‌های کاردیوواسکولر، کنسر ریه و بیماری‌های مرتبط با کشیدن سیگار و کنترل دیابت می‌باشد) ولی مرگ به علت بیماری‌های عروق مغزی[4]، حوادث هوایی و خودکشی در میان پزشکان بالاتر می‌باشد. از این میان بیش از نیمی از پزشکان در درمان بیماری‌های خود از خوددرمانی[5] بهره می‌برند و زیر نظر متخصصین مربوطه نمی‌باشند (۲). شیوع بیماری‌هایی نظیر هیپرتنشن، بیماری‌های قلبی از جمله MI و بیماری‌های ریوی به ترتیب در میان پزشکان آمریکا ۱۴٪، ۱/۴٪، ۱/۵٪ (۳ و ۴) و شیوع افسردگی در میان پزشکان زن آمریکا ۱۹/۵٪ گزارش شده است (۹ –۵). در بررسی دیگری در آمریکا که بر روی ۱۴۹۹ پزشک زن بعد از منوپوز شدن توسط دکتر فرانک وکاس در سال ۱۹۹۷ انجام شد نشان داده شد که میزان استفاده از درمان‌های هورمونی جایگزین[6] در خانم‌های پزشک بعد از منوپوز شدن بالاتر از خانم‌های غیرپزشک در همان سن در آمریکا می‌باشد؛ به علاوه سن آغاز مصرف نیز در پزشکان پایین‌تر بوده است (۱۰). در تحقیق مشابه در ایتالیا در سال ۲۰۰۴ نیز نتایج مشابه حاصل شد (۱۱). همچنین درصد قابل ملاحظه کمتری از آنان مصرف الکل و سیگار را در مقایسه با زنان عادی جامعه دارند و در صورت مصرف سیگار تعداد کمتری در روز مصرف می‌کردند (۱۵ –۱۲).

در مطالعات بسیاری به بررسی شیوع افسردگی و عوارضی از آن نظیر خودکشی در میان دانشجویان پزشکی مقاطع مختلف تحصیلی پرداخته شده است (۱۹ –۱۶). در تحقیق دیگری به بررسی شیوع افسردگی در میان دانشجویان پزشکی و میزان استفاده آنان از سرویس درمانی روانی، و همچنین علل عدم مراجعه و پیگیری این دانشجویان پرداخته شده است که شیوع افسردگی بر اساس کرایتریای BDI حدود ۲۴٪ بوده و در این میان فقط ۲۲٪ دانشجویان از سرویس‌های بهداشت روانی استفاده می‌کردند (۲۰). در مطالعات متعدد انجام شده دیگر در کانادا و سایر نقاط میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها، و پزشکان به خصوص پزشکان خانم بالاتر از افراد نرمال جامعه گزارش شد و نتایج به طور معناداری مشابه بودند (۷ –۵ و ۲۵ –۲۱).

هدف از این مطالعه پیدا کردن نقاط ضعف و مشکلات آگاهی، اعتقاد و عملکرد پزشکان در رابطه با سلامت خودشان و پیدا کردن راه‌حل‌های مناسب برای ارایه راهنمایی‌های لازم به خانواده پزشکی اعم از پزشکان بود.

روش کار

تحقیق ما از نوع بررسی موارد[7] بود که در آن تعدادی از پزشکان بیمارستان‌های امام خمینی، سینا و فارابی به نسبت ۲۰٪ از شاغلین در هر رشته با استفاده از روش تصادفی ساده انتخاب شدند.

جمع‌آوری داده‌ها به روش پرسشگری (با استفاده از پرسشنامه‌هایی که توسط پرسش‌شونده به طور محرمانه پر می‌شد و در آن هیچ کد یا مشخصه‌ای که معرف پزشک باشد وجود نداشت) انجام شد. ابتدا از تحقیقات کاوشگر[8] که عمدتاً با استفاده از جمع‌آوری اطلاعات از خود پزشکان بود این کار آغاز شد و از روش خودسنجی و خودگزارش‌دهی به کمک پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات در زمینه آگاهی پزشکان از میزان سلامت و بیماری خود و سپس اعتقاد ایشان نسبت به آنچه که در این رابطه جاریست و در نهایت عملکرد پزشکان در ارتباط با آنچه که به سلامت یک پزشک مربوط می‌شود استفاده شد. در پرسشنامه تنظیم شده سؤالاتی مبنی بر رشته تخصصی، سن، جنس، BMI، وضعیت تأهل، تعداد مراکز اشتغال، درآمد کل ماهیانه، داشتن مطب، مجموع ساعات کار در روز، تعداد فرزند، ساعت شروع کار، ساعت پایان کار، سابقه کار، تعداد روزهای مرخصی در سال، تعداد ساعات ورزشی، خواب میانه روز، کیفیت خواب شب، خواب در شبانه‌روز، وضعیت صبحانه، کیفیت صبحانه، مصرف میوه‌جات و سبزیجات، مصرف سیگار، مصرف داروهای روانگردان (نظیر بنزودیازپین، TCA، فلوکستین)،

[4] Cerebrovascular
[5] Self-treatment
[6] HRT
[7] Case-study
[8] Explorative research

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

سلامت دهان و دندان، ابتلا به بیماری، آخرین بار مراجعه به دندانپزشک، آزمایشات ادواری، داشتن برنامه منظم مراجعه به دندانپزشک، وضعیت کنترل بیماری، وضعیت کل سلامت، و علت اختلال کنترل بیماری پرسیده شده بود.

داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS10 گردید و آنالیز توصیفی به صورت تک متغیره و دو متغیره انجام شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها به صورت اول آنالیز تک متغیره برای بررسی فراوانی و درصد یافته‌ها و دوم آنالیز دو متغیره برای بررسی رابطه بین متغیرها بود.

نتایج

جمعیت مورد مطالعه ما در مجموع ۸۰ نفر از اساتید عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران در رشته‌های مختلف تخصصی در بیمارستان‌های امام خمینی، فارابی و سینا بودند (جدول ۱).

جدول ۱ – توزیع اساتید مورد مطالعه برمبنای رشته تحصیلی

	فراوانی	درصد
رادیولوژی	۳	۳/۸
اعصاب	۴	۵/۰
داخلی	۱۵	۱۸/۸
پوست	۳	۳/۸
کودکان	۶	۷/۵
جراحی عمومی	۵	۶/۳
زنان و زایمان	۳	۳/۸
ارتوپدی	۵	۶/۳
عفونی	۱۱	۱۳/۸
چشم پزشکی	۶	۷/۵
قلب و عروق	۴	۵/۰
روانپزشکی	۲	۲/۵
اورولوژی	۵	۶/۳
پزشکی قانونی	۵	۶/۳
فارماکوتراپی	۳	۳/۸
جمع	۸۰	۱۰۰

میانگین سنی اساتید ۴۸ سال، طیف سنی ۲۹ سال با حداقل ۳۰ سال و حداکثر ۵۹ سال و میانه ۵۰ سال بود. ۴۰٪ افراد زن و ۶۰٪ مرد بودند. میانگین BMI پزشکان خانم ۲۳/۲۶ کیلوگرم (SD= ۳/۱۸) و پزشکان مرد ۲۶/۳۰ کیلوگرم (SD= ۲/۸۴) و میانگین BMI پزشکان هر دو جنس ۲۵/۱ کیلوگرم (SD= ۳/۳۲) در طیف ۱۷/۸۴ کیلوگرم با حداقل ۱۷/۶۵ کیلوگرم و حداکثر ۳۵/۴۹ کیلوگرم بود. اکثراً متأهل بودند و فقط ۶/۳٪ از اساتید مورد مطالعه مجرد بودند. میانگین تعداد فرزندان پزشکان مورد مطالعه ۲ عدد بود.

میانگین سابقه کار این پزشکان ۱۵ سال بود که حداقل ۲ سال و حداکثر ۲۸ سال سابقه کار داشتند میانگین سابقه کار خانم‌های پزشک ۱۵ سال و آقایان پزشک ۱۶ سال بود. از میان پزشکان مورد مطالعه ۳۸/۸٪ درآمد ماهیانه زیر ۱/۵ میلیون تومان، ۵۶/۳٪ درآمد ماهیانه ۵ –۱/۵ میلیون تومان، ۲/۵٪ درآمد ماهیانه ۱۰ –۵ میلیون تومان و ۲/۵٪ درآمد ماهیانه بالای ۱۰ میلیون تومان داشتند. میانگین درآمد پزشکان مرد بیشتر از پزشکان زن مورد مطالعه بود (p= ۰/۰۳۴).

میانگین ساعت کار روزانه اساتید مورد مطالعه ۱۱ ساعت و ۴۰ دقیقه با حداقل ۶ ساعت و حداکثر ۱۸ ساعت بود. ۶۶٪ پزشکان مورد مطالعه ۱۲ ساعت یا کمتر، و ۸۴٪ بیش از ۸ ساعت کار می‌کردند. ۶۲/۵٪ پزشکان مورد مطالعه در یک یا دو مرکز و بقیه در بیش از دو مرکز مشغول بودند. میانگین ساعت آغاز کار در صبح ۷/۲۰ با مینیمم ساعت ۵ و ماکزیمم ۹ صبح بود، ساعت شروع به کار ۹۷/۵٪ این پزشکان ساعت ۸ یا قبل از آن بود. میانگین ساعات پایان کار در روز ۱۹/۴۰ بود که حداقل ۱۳ و حداکثر ۲۴ بود. میانگین روزهای استفاده از مرخصی در سال توسط این پزشکان، ۲۵ روز در سال (SD =۱۵) بود. در این میان پزشکانی بودند که از مرخصی اصلاً استفاده نمی‌کردند یا فقط یک روز استفاده می‌کردند. ماکزیمم میزان استفاده از مرخصی در سال ۷۰ روز بود.

پزشکان مورد مطالعه به طور میانگین ۱ ساعت و ۴۰ دقیقه در هفته ورزش می‌کردند. ۵۱٪ این پزشکان اصلاً ورزش نمی‌کردند. حداکثر ساعات ورزش در هفته ۱۲ ساعت بود. میانگین ساعات ورزش در هفته در پزشکان خانم ۱ ساعت و ۳۵ دقیقه و در پزشکان آقا ۱ ساعت و ۵۰ دقیقه بود. در این میان ۸۰٪ پزشکان یک ورزش را انتخاب کرده بودند. ۲۰٪ آنان ورزش دوم نیز داشتند که از آنها ۵۶٪ به دو ورزش شنا و پیاده‌روی و ۳۳٪ کوهنوردی و پیاده‌روی را انتخاب کرده بودند. از میان مابقی تعدادی نرمش و پیاده‌روی را ترجیح می‌دادند که این اختلاف معنی‌دار نبود. از بین اینها ۳ نفر ورزش سومی هم داشتند که نرمش بود.

میانگین ساعت خواب پزشکان مورد مطالعه در شبانه‌روز ۶ ساعت و ۲۰ دقیقه (SD= ۱/۱۳) با حداقل ۳ و حداکثر ۱۰ ساعت بود. ۳۹٪ پزشکان مورد مطالعه از خواب میانه روز بهره می‌بردند. ۴۷/۵٪ پزشکان مورد مطالعه کیفیت خواب شب خود را خوب، ۴۲/۵٪ متوسط و ۱۰٪ بد توصیف کردند که اختلاف معنادار بین دو جنس وجود نداشت.

۶۱٪ پزشکان (۷۲٪ خانم‌ها و ۵۴٪ آقایان) همیشه صبحانه می‌خوردند، فقط ۲۴٪ این پزشکان صبحانه کامل و مقوی مصرف می‌کردند که ۳۸٪ پزشکان خانم و ۱۵٪ پزشکان آقا را تشکیل می‌داد. فقط ۳۷/۵٪ پزشکان مورد مطالعه همه روزه به مقدار کافی میوه و سبزیجات مصرف می‌کردند که ۵۹/۴٪

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

خانم‌ها و ۲۲/۹٪ آقایان به مقدار کافی میوه و سبزیجات مصرف می‌کردند و به نحو معناداری میزان مصرف میوه و سبزیجات توسط پزشکان خانم بهتر از پزشکان آقا بود.

۶۹٪ پزشکان مورد مطالعه اصلاً سیگار نمی‌کشیدند. میزان مصرف سیگار در پزشکان خانم کمتر از پزشکان آقا بود که این اختلاف معنادار نبود. ۷۸٪ پزشکان مورد مطالعه اصلاً داروهای روانگردان نظیر SSRI و TCA و بنزودیازپین مصرف نمی‌کردند و ۴٪ به طور دایم مصرف می‌کردند. مردان پزشک به طور معناداری بیش از زنان پزشک از داروی روانگردان استفاده می‌کردند.

۶۷/۵٪ پزشکان وضعیت دندان‌های خود را خوب تا عالی، ۱۵٪ متوسط و ۱۷/۵٪ بد گزارش کردند. فقط یک سوم پزشکان مورد مطالعه برنامه منظم برای معاینه دندان‌های خود داشتند. زنان پزشک (۵۰٪) دو برابر مردان پزشک (۲۵٪) برنامه منظم برای معاینه دندان‌های خود داشتند. ۲۲/۵٪ پزشکان برنامه بیش از یک بار در سال و ۱۶٪ سالی یک بار و ۴۶٪ هر چند سال یک بار برنامه چک‌آپ به صورت آزمایشات روتین داشتند. ۱۵٪ هیچ گونه برنامه چک‌آپ نداشتند.

در میان بیماری‌هایی که توسط خود پزشکان گزارش شده به ترتیب بیماری گوارشی (۲۰٪)، موسکولواسکلتال و سردردهای تکرار شونده نظیر میگرن و تنشن به عنوان اولین بیماری گزارش شد (جدول ۲). بیماری‌های موسکولواسکلتال خصوصاً کمردرد شایع‌ترین بیماری گزارش شده به عنوان بیماری دوم پزشکان بود، بیماری شایع گزارش شده سوم توسط پزشکان خانم مشکلات روانی نظیر اضطراب و افسردگی که دو برابر پزشکان آقا و بیماری سوم پزشکان آقا سردردهای تکرارشونده نظیر تنشن بود. ۱۹٪ پزشکان مورد مطالعه بیماری خود را کاملاً تحت کنترل گزارش کردند. ۵۲٪ وضعیت بیماری خود را تا حدی کنترل شده و ۲۹٪ کاملاً رها شده گزارش کردند. ۶۰٪ پزشکان نداشتن وقت و ۲۴٪ پزشکان نداشتن انگیزه را به عنوان علت عدم کنترل کامل بیماری ذکر کردند. سایرین عللی نظیر اختلال در امورات جاری به دلیل ضروری پیگیری بیماری و آزمایشات، نگرانی از افشای بیماری نظیر افسردگی، و یا عواملی نظیر استرس را برای عدم کنترل دیابت را ذکر کردند. در ارزیابی که پزشکان از سطح سلامت خود داشتند ۲۰٪ خود را در سلامت کامل، ۶۴٪ در سلامت نسبی، ۱۵٪ غیر بیمار و بقیه خود را نسبتاً تا شدیداً بیمار ارزیابی کردند.

جدول ۲: توزیع فراوانی شیوع انواع بیماری‌های اول اساتید مورد مطالعه

	فراوانی	درصد
گوارشی	۱۶	۲۰/۰
تنفسی	۷	۸/۸
قلبی و عروقی	۱۰	۱۲/۵
موسکولواسکلتال	۱۲	۱۵/۰
مشکلات روانی	۷	۸/۸
سردردهای تکرارشونده	۱۲	۱۵/۰
دیابت	۱۲	۱۵/۰
کلیوی	۳	۳/۸
اطلاعات غیر کامل	۹	۱۱/۳
جمع	۸۰	۱۰۰/۰

در تقسیم‌بندی رشته‌ها به دو دسته اینترونشنال و دارای پروسیجرهای invasive، و رشته‌های غیر اینترونشنال[9] و مدیکال، میانگین BMI پزشکان رشته‌های اینترونشنال بیش از پزشکان رشته‌های غیر اینترونشنال بود. میانگین درآمد پزشکان رشته‌های جراحی بیشتر از پزشکان رشته‌های داخلی بود ولیکن اختلاف معنادار نبود. پزشکان رشته‌های داخلی مختصری بیشتر از پزشکان رشته‌های جراحی ورزش می‌کردند ولی این اختلاف معنادار نبود. همچنین میزان خواب پزشکان داخلی و جراحی اختلاف معناداری نداشت. پزشکان رشته‌های جراحی بیش از پزشکان رشته‌های داخلی از خواب میانه روز بهره می‌بردند و جراحان به نحو معناداری کیفیت خواب شب بدتری نسبت به پزشکان داخلی داشتند. وضعیت کنترل بیماری در بین پزشکان رشته‌های جراحی و داخلی تفاوت معناداری نداشت. هر دو دسته پزشکان داخلی و جراحی نداشتن وقت را به عنوان علت اول عدم کنترل بیماری خود به طور شایع بیان کردند اما پزشکان داخلی اختلال در امورات جاری را بیش از پزشکان جراح و پزشکان جراح نداشتن انگیزه را بیش از پزشکان داخلی ذکر کردند (x^2= ۸/۰۸۲، p= ۰/۰۸۹، df= ۴).

بین ساعات خواب و ساعات کار همبستگی منفی متوسط به دست آمد. پزشکانی که کیفیت خواب خود را بد توصیف کردند میانگین ساعت کارشان به وضوح بیش از پزشکان با کیفیت خواب متوسط تا خوب بود. با افزایش میانگین ساعات کار از میزان مصرف میوه و سبزیجات کاسته می‌شد ولی ارتباط معنادار نشد (p= ۰/۵۵). کسانی که وضعیت سلامت دهان و دندان خود را بد گزارش کردند به طور معناداری میانگین ساعات کار روزانه بیشتری نسبت به افراد با وضعیت سلامت دهان و دندان بهتر داشتند. کسانی که نداشتن وقت را به عنوان علت اصلی عدم کنترل بیماری خود ذکر کردند میانگین ساعت کار روزانه بیشتری نسبت به افرادی با سایر علل عدم کنترل بیماری داشتند.

[9] Non-interventional

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

پزشکانی که بیماری خود را بیشتر تحت کنترل داشتند نسبت به پزشکانی که بیماری خود را کمتر تحت کنترل داشتند کمتر از داروهای روانگردان استفاده می‌کردند ولی رابطه معنادار نبود. بین ورزش کردن و مقدار استفاده از مرخصی همبستگی مثبت ضعیفی به دست آمد (۰/۲۴ =γ). ولی بین میزان خواب شبانه‌روزی و استفاده از مرخصی افراد همبستگی دیده نشد. بیماری کسانی که از مرخصی بیشتری استفاده می‌کردند وکسانی که ساعات ورزش بیشتری داشتند بیشتر تحت کنترل بود (در آزمون آماری Chi^2 for trend روند تغییرات نتیجه با p for trend= ۰/۰۰۱ معنادار بود).

از میان پزشکان مورد مطالعه کسانی که بیشتر ورزش می‌کردند از کیفیت خواب شبانه بهتری برخوردار بودند ولی این رابطه معنادار نشد. کسانی که از خواب میانه روز بهره می‌گرفتند وضعیت کنترل بیماری بهتری داشتند ولی رابطه معنادار نبود. در پزشکان مورد مطالعه که سیگار می‌کشیدند میزان مصرف داروی روانگردان بیش از پزشکان غیر سیگاری بود ولی ارتباط معنادار نبود؛ همچنین کسانی که سیگار می‌کشیدند بیشتر نداشتن وقت را به عنوان علت عدم کنترل بیماری نسبت به پزشکان غیرسیگاری بیان کردند. کسانی که داروی روانگردان نظیر TCA، بنزودیازپین و SSRI مصرف می‌کردند نداشتن انگیزه را بیش از افراد دیگر به عنوان علت عدم کنترل بیماری بیان کردند ولی ارتباط معنادار نشد.

از میان افرادی که بیماری کاملاً تحت کنترل داشتند فقط ۷٪ آنها درآمد زیر ۱/۵ میلیون تومان ماهیانه داشتند و از میان افراد با بیماری تا حدی تحت کنترل ۲۸٪ و از میان افراد با بیماری کاملاً رها شده ۷۸٪ آنها درآمد زیر ۱/۵ میلیون داشتند؛ با افزایش درآمد سطح کنترل بیماری به نحو معناداری افزایش می‌یافت. از میان افراد با درآمد زیر ۱/۵ میلیون ۵۸٪ وضعیت بیماری کاملاً رها شده داشتند ولی فقط ۱۰٪ افراد با درآمد بالاتر از ۱/۵ میلیون وضعیت بیماری کاملاً رها شده داشتند.

بحث

جمعیت مورد مطالعه در این تحقیق اساتید عضو هیأت علمی دانشگاه تهران در رشته‌های مختلف تخصصی در بیمارستان‌های امام خمینی، فارابی و سینا بودند که تعداد اساتید در رشته‌های غیر اینترونشنال بیشتر از رشته‌های تخصصی اینترونشنال بود. در مطالعه مزبور BMI در اساتید مرد به طور معناداری از اساتید زن بالاتر بود که اساتید مرد در محدوده اضافه وزن[10] (بالای ۲۵) قرار می‌گرفتند و اساتید زن در محدوده طبیعی (۲۵ -۲۰) بودند. همچنین BMI در اساتید رشته‌های اینترونشنال به طور معناداری (p< ۰/۰۵) از اساتید رشته‌های تخصصی غیراینترونشنال بیشتر بود که اساتید رشته‌های تخصصی اینترونشنال در محدوده اضافه وزن و اساتید رشته‌های تخصصی غیراینترونشنال در محدوده طبیعی بودند که می‌تواند نشانه توجه بیشتر این گروه از پزشکان برای کنترل وزن باشد.

در رابطه با درآمد ماهیانه ارتباط معناداری از نظر ارتقاء کنترل سلامتی با افزایش میزان درآمد وجود داشت. افزایش ساعات کاری به طور واضحی جنبه‌های مختلف سلامتی را در اساتید مورد مطالعه تحت تأثیر منفی قرار داده بود به طوری که ساعت کاری پزشکانی که کیفیت خواب خود را بد توصیف کرده بودند به طور معناداری بیشتر از پزشکانی بود که کیفیت خواب خوب و متوسط داشتند. همچنین با افزایش میزان ساعت کاری از میزان مصرف میوه و سبزیجات کاسته می‌شد و نیز ساعت کاری پزشکانی که وضعیت سلامت دهان و دندان خود را بد توصیف کرده بودند به طور معناداری نسبت به پزشکانی که سلامت دهان و دندان خوبی داشتند بالاتر بود. پزشکانی که ساعت کاری روزانه بیشتری داشتند علت اصلی عدم کنترل بیماری خود را نداشتن وقت کافی می‌دانستند.

در رابطه با ورزش، پزشکان مورد مطالعه به طور میانگین تقریباً ۲ ساعت در هفته ورزش می‌کردند؛ اما نکته تکان‌دهنده این بود که ۵۱٪ آنها اصلاً ورزش نمی‌کردند. در میان پزشکانی که ورزش می‌کردند شنا بیش از سایر ورزش‌ها به عنوان ورزش اول انتخاب شده بود. با این حال پزشکان زن به پیاده‌روی بیشتر از سایر ورزش‌ها می‌پرداختند که احتمالاً به دلیل محدودیت زمانی و پرداختن به فعالیت‌های داخل منزل می‌باشد. افزایش میزان ورزش با توجه به مطالعه صورت گرفته، جنبه‌های گوناگونی از سلامتی را به صورت مثبت تحت تأثیر قرار داده است به طوری که اساتیدی که ساعت ورزش بیشتری داشتند به طور معناداری بیماریشان بیشتر تحت کنترل بود و از کیفیت خواب شبانه بهتری برخوردار بودند (که البته این مورد از نظر آماری معنادار نبود)؛ نیز پزشکان رشته‌های داخلی مختصری بیشتر از پزشکان رشته‌های جراحی ورزش می‌کردند ولی این اختلاف معنادار نشد.

در رابطه با خواب، بین ساعات خواب و ساعات کار همبستگی منفی متوسط به دست آمد به عبارتی پزشکانی که کمتر کار می‌کردند بیشتر می‌خوابیدند و بالعکس. مطالعه‌ای به طور میانگین ۱۰ -۸ ساعت خواب شبانه جهت هر فرد را توصیه کرده است (۲۶). مطالعه‌ای دیگر کیفیت و میزان خواب ضعیف و

[10] Over weight

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

ناکافی را علتی برای خستگی و کاهش توانایی کاری دانسته است (۲۷ و ۲۸). باتوجه به این مطالب، انتظار می‌رود به علت ناکافی بودن ساعت خواب اساتید مورد مطالعه، علاوه بر تهدید سلامتی آنان، از عملکرد مناسبی هم برخوردار نباشند. در پزشکان مورد مطالعه فقط ۳۹٪ از خواب میان روز بهره می‌بردند که به طور معناداری بهره‌مندی از خواب میان روز در خانم‌ها بیشتر از آقایان و در پزشکان رشته‌های تخصصی اینترونشنال بیش از پزشکان رشته‌های تخصصی غیراینترونشنال بود. باتوجه به مقاله‌ای که در سال ۲۰۰۷ توسط دانشگاه میسوری ارایه شده است حداکثر ۳۰ دقیقه خواب میان روز باعث افزایش میزان توانمندی فرد در انجام امور روزانه می‌گردد که در مطالعه ما، اکثر پزشکان از این مسأله بی‌بهره بودند (۲۹). پزشکان رشته‌های تخصصی اینترونشنال به نحو معناداری نسبت به دیگر پزشکان از کیفیت خواب شب برتری برخوردار بودند.

در رابطه با مصرف صبحانه، در کل میزان صبحانه خوردن در پزشکان خانم بیشتر از آقا بود که این اختلاف معنادار نبود ولی کیفیت صبحانه پزشکان خانم به نحو معناداری بهتر از پزشکان آقا بود. در رابطه با میزان مصرف میوه و سبزیجات، فقط ۳۷/۵٪ پزشکان مورد مطالعه به مقدار کافی در روز میوه و سبزیجات مصرف می‌کردند که به طور معناداری میزان مصرف میوه و سبزیجات توسط پزشکان خانم بیشتر از آقایان بود و نیز با افزایش میانگین ساعات کار از میزان مصرف میوه و سبزیجات کاسته می‌شد ولی ارتباط معنادار نشد.

در رابطه با مصرف سیگار، ۳۱٪ پزشکان سیگار استعمال می‌کردند. که تاحدودی در اساتید زن کمتر از اساتید مرد بود ولی اختلاف معنادار نبود. در مقایسه با پزشکان کشورهای دیگر با توجه به مطالعه‌ای در سال ۱۹۷۴ که میزان شیوع مصرف سیگار در پزشکان را ۱۸/۸٪ گزارش نموده (۱) و مطالعه‌ای دیگر که در کتاب سلامت پزشکان سال ۲۰۰۰ چاپ شده (۱) و در آن مصرف سیگار ۲۲٪ بوده است، مصرف سیگار در پزشکان مورد مطالعه ما بیشتر بوده است. در رابطه با مصرف داروهای روانگردان، تقریباً ۲۲٪ پزشکان استفاده از داروهای مزبور را ذکر می‌کردند و ۴٪ مصرف دایمی داشتند. در این مطالعه اساتید مرد به طور معناداری بیشتر از اساتید زن از داروهای روانگردان استفاده می‌کردند.

در رابطه با سلامت دندان‌ها، اکثر پزشکان با وجود آگاهی از اهمیت سلامت دهان و دندان به علت ذیق وقت از رسیدن به این مهم باز می‌ماندند. در رابطه با برنامه چک‌آپ، ۱۵٪ از پزشکان هیچ گونه برنامه چک‌آپ نداشتند و ۴۶٪ هرچند سال یک بار آن هم در حد آزمایشات روتین بود و در این میان ممکن است بسیاری از بیماری‌ها از نظر پنهان بماند؛ این امر باعث می‌شود که پزشکان که خود متولیان سلامت جامعه‌اند با بیماری‌های متعددی دست و پنجه نرم کنند. این مسایل به طور غیرمستقیم می‌تواند سلامت جامعه را نیز به خطر بیاندازد. این در حالی است که در مطالعه‌ای دیگر نزدیک به ۷۰٪ پزشکان چک‌آپ مرتبی داشته‌اند (۱).

در رابطه با شیوع بیماری‌ها در پزشکان، به ترتیب بیماری‌های گوارشی، موسکولواسکلتال و سردردهای راجعه به عنوان بیماری اول ذکر شد. در مقایسه با مطالعه‌ای که در آمریکا صورت گرفته است بیماری‌های قلبی عروقی، ریوی و افسردگی در رأس قرار دارند که الگویی کاملاً متفاوت با مطالعه ما می‌باشد. در این مطالعه پزشکان آقا بیشتر بیماری‌های گوارشی و پزشکان خانم بیشتر سردردهای تکرار شونده را به عنوان بیماری اول خود ذکر کردند. ۲۹٪ پزشکان مورد مطالعه بیماری خود را کاملاً رها شده و ۵۲٪ وضعیت بیماری خود را تا حدی کنترل شده گزارش کردند که در این میان ۶۰٪ پزشکان نداشتن فرصت کافی و ۲۴٪ نداشتن انگیزه را به عنوان علت اصلی عدم کنترل بیماری ذکر کردند و همان طور که قبلاً نیز اشاره شد میزان تحت کنترل بودن بیماری با افزایش درآمد ارتباط مثبت داشت. پزشکان رشته‌های تخصصی اینترونشنال و غیر اینترونشنال علت اصلی عدم کنترل بیماری خود را نداشتن فرصت کافی بیان کردند، اما پزشکان رشته تخصصی غیر اینترونشنال اختلال در امورات جاری و پزشکان رشته تخصصی اینترونشنال نداشتن انگیزه را علت دوم عدم کنترل بیماری خود بیان نمودند. پزشکانی که از مرخصی بیشتری استفاده می‌کردند به صورت بسیار معناداری بیماریشان بیشتر تحت کنترل بود. در رابطه با سطح سلامت، ۲۰٪ پزشکان خود را در سلامت کامل، ۶۴٪ در سلامت نسبی، ۱۵٪ غیر بیمار و مابقی خود را شدیداً بیمار توصیف کردند که در این میان پزشکان مرد به طور معناداری سطح سلامت خود را بالاتر از پزشکان زن برآورد کرده بودند.

نتیجه‌گیری

در مجموع وضعیت سلامت پزشکان رضایت‌بخش نبود و نیاز به توجه فردی و جمعی و برنامه‌ریزی و ارایه کمک‌های مادی و معنوی مسؤولین دارد. اهم مشکلات پزشکان در موضوعاتی خلاصه می‌شوند که قابل رفع و اصلاح می‌باشند لذا با قدری توجه می‌توان به نتایج زودهنگام رسید.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

پیشنهادات

۱- ساعات کار اطبا اکثراً بیش از ظرفیت و توان ایشان است و باید تنظیم شود که در نتیجه کیفیت خواب شب، مقدار خواب شب، و برنامه تغذیه اصلاح خواهد شد و وقت لازم برای رسیدگی به سلامت جسمی و روحی و به ویژه دندان‌ها حاصل خواهد شد. ۲- برنامه چک‌آپ سالیانه اجباری برای کلیه پزشکان همراه با ارایه گواهی‌های لازم به مسؤولین جهت مجوز آغاز به کار در سال جدید پیشنهاد می‌شود. ۳- تأکید خاص بر روی انجام ورزش منظم، صرف صبحانه مقوی و کافی، ترک سیگار، مصرف میوه و سبزیجات لازم، افزایش ساعت خواب و تنظیم وزن داریم. ۴- حمایت از پزشکان در قالب تأمین اجتماعی جهت مداوای بیماری‌ها و کسب سلامت کامل ضروری است.

References

1- Goldman LS, Myers M, Dickstein LJ. *The handbook of physician health: The Essential Guide to Understanding the Health Care Needs of Physicians*. 1st ed. American Medical Association; 2000.
2- Innos K, Rahu K, Baburin A, Rahu M. Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: a cohort study in Estonia. Scand J Public Health 2002;30(2):133-40.
3- Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. Health-related behaviors of women physicians vs other women in the United States. Arch Intern Med 1998;158(4):342-8.
4- Glanz K, Fiel SB, Walker LR, Levy MR. Preventive health behavior of physicians. J Med Educ 1982;57(8):637-9.
5- Welner A, Marten S, Wochnick E, Davis MA, Fishman R, Clayton PJ. Psychiatric disorders among professional women. Arch Gen Psychiatry 1979;36(2):169-73.
6- Remick RA. Refractory depressive illness in physicians. B C Med J 1998;40:153-5.
7- Wise TN. Depression and fatigue in the primary care physician. Prim Care 1991;18(2):451-64.
8- Töyry S, Räsänen K, Kujala S, Aärimaa M, Juntunen J, Kalimo R, et al. Self-reported health, illness, and self-care among finnish physicians: a national survey. Arch Fam Med 2000; 9(10):1079-85
9- Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ 2001;323(7315):728-31.
10- McNagny SE, Wenger NK, Frank E. Personal use of postmenopausal hormone replacement therapy by women physicians in the United States. Ann Intern Med 1997;127(12):1093-6.
11- Biglia N, Cozzarella M, Ponzone R, Marenco D, Maggiorotto F, Fuso L, et al. Personal use of HRT by postmenopausal women doctors and doctors' wives in the north of Italy. Gynecol Endocrinol 2004;18(3):165-74.
12- Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, et al. Prevalence of substance use among US physicians. JAMA 1992; 267(17):2333-9.
13- Ohida T, Sakurai H, Mochizuki Y, Kamal AM, Takemura S, Minowa M, et al. Smoking prevalence and attitudes toward smoking among Japanese physicians. JAMA 2001; 285(20):2643-8.
14- Nelson DE, Glavino GA, Emont SL, et al. Trends in cigarette Smoking among MS physicians and nurses. JAMA. 1994; 271: 1273-1275
15- Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC. Prevalence of substance abuse among US physician. JAMA 1992;267(17):2333-9.
16- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51(1):8-19.
17- Hays LR, Cheever T, Patel P. Medical student suicide, 1989-1994. Am J Psychiatry 1996;153(4):553-5.
18- Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. JAMA 1988;260(17):2521-8.
19- Dickstein LJ, Stephenson JJ, Hinz LD. Psychiatric impairment in medical students. Acad Med 1990;65(9):588-93.
20- Givens JL, Tjia J. Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. Acad Med 2002;77(9):918-21.
21- Frank E. The women physician's health study: background, objectives, and methods. J Am Med Womens Assoc 1995;50(2):64-6.
22- Hsu K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. Am J Psychiatry 1987;144(12):1561-6.
23- Clayton PJ, Marten S, Davis MA, Wochnik E. Mood disorder in women professionals. J Affect Disord 1980;2(1):37-46.
24- Pitts FN Jr, Winokur G, Steward MA. Psychiatric syndromes, anxiety symptoms and responses to stress in medical students. Am J Psychiatry 1961;118:333-40.
25- Pond DA. Doctors' mental health. N Z Med J 1969;69(442):131-5.
26- Hossain JL, Reinish LW, Heslegrave RJ, Hall GW, Kayumov L, Chung SA, et al. Subjective and objective evaluation of sleep and performance in daytime versus nighttime sleep in extended-hours shift-workers at an underground mine. J Occup Environ Med 2004; 46(3):212-26.
27- Cartwright R. Hey, Wake Up! You're Not Sleeping Enough. PsycCRITIQUES 2007:52(23).
28- Nelson D. Prevention and treatment of sleep deprivation among emergency physicians. Pediatr Emerg Care 2007;23(7):498-503; quiz 504-5.
29- Dhand R, Sohal H. Good sleep, bad sleep! The role of daytime naps in healthy adults. Curr Opin Pulm Med 2006; 12(6):379-82.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]

Self Reported Health, Illness and Self Care among the Specialists of the Hospitals of Tehran University of Medical Sciences

Hedaiati M[*1] (MD), Hedaiati M[2] (MD), Nabaii B[3] (MD)

[1]*Department of Forensic Medicine, Alzahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran*
[2]*Department of Radiology, Imam Khomini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3]*Department of Social Medicine, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Received: 31 Jul 2010, Accepted: 29 Oct 2010

Abstract

Introduction: The aim of this study was to evaluate self reported health, illness and self care among the physicians of Tehran University of Medical Sciences' hospitals, to prepare efficient programs for promotion of physicians' health.

Methods: This was a case study with 80 specialists working in Imam Khomeini, Sina and Farabi hospitals. The data was collected through questionnaires filled by the physicians and was analyzed with software SPSS 10.

Results: Among the mentioned specialists, 60% were male and 6% were single. Their mean age was 48.5 year, their mean number of children was 2, and their mean BMI was 25.1 kg/m^2. The mean number of working and sleep hours were 11:40 and 6:20 hours per day, respectively; the quality of sleep among interventionist was worse than non-interventionist. They spent only 1:40 hours per week on exercise, and 25 days off –work yearly. The monthly income of most physician (56.3%) was about 15-50 million Rials. 37.5% had enough fruit and vegetable in their diet and 61% eat breakfast. 22.5% had regular annual check-up program and 33% had regular dentist visiting. 22% used psychotherapeutic drugs and 31% were cigarette smokers. As they spent more hours working, the quality of their sleep and tooth health became worse.

Conclusion: Increase in working hours and decrease of vacations, affects different aspects of health in physicians. Factors that affect health such as diet, exercise and regular check up is not satisfying among physicians. Not having enough spare time and motivation causes poor control of their diseases.

Key words: Health; Illness; Physicians; Sleep; Substance Abuse

Hakim Research Journal 2010; 13(3): 137- 144.

[*]Corresponding Author: Hezar Jarib St, Alzahra hospital, Department of Forensic Medicine, Isfahan, Iran. Tel: +98- 311- 6247012, Fax: +98- 311- 6684510, Email: mahrang9@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-08-24]