



National Survey on Mental Health Status of Industrial and production centers' Employees in Iran

Behzad Damari, Associate Professor, Community Medicine Specialist, Department of Governance and Health, Neuroscience Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

• **Hamid Yaghubi**, (*Corresponding author), Associate Professor, Clinical psychology Department, Shahed university, Tehran, Iran. yaghubi@shahed.ac.ir

Behroz Dolatshahi, Associate Professor, Clinical psychology Department, university of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Mahin Ahmadi Pishkuhi, Pars Advanced and Minimally Invasive Medical Manners Research Center, Pars Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Iraj Esmaeli, MD-MPH, General Practitioner, MA in Public Health, Chief Researcher of Research Center of Tehran Prison HQ, Tehran, Iran.

Masoud Zafar, Social Worker, Counseling center, Shahed university, Tehran, Iran.

Hosein Almadani, PhD of Psychology, Researcher, Department of Governance and Health, Neuroscience Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and aims: Mental health is one of the principal aspects of personal, social and professional life. According to World Health Organization (WHO), mental health is known as one of the main areas of health. Mental health of people could be considered as their mental ability to move harmoniously, to cope with difficult situations and having skills to recover themselves. Paying attention to the mental health status of the working community, as an effective group on the promotion of organizations and economic productivity, in any countries, is of great importance. On the other hand, mental disorders can lead to the negative and unpleasant effects on the workers' feeling of secure and safe in their jobs and increase their dissatisfaction. This study, as a part of a large-scale national survey, was conducted to determine the prevalence of psychological disorders as well as affecting factors in employees of industrial and production centers.

Methods: The present national survey was conducted cross-sectionally on 13661 employees of 680 industrial and production environments of Iran. The census data of the labor and production community of Iran in 2011 was used and weight sampling was done based on the weight of the existing workplace. In workplaces with 10 to 50 people, all their employees were examined. In workplaces with more than 50 employees classified into 4 categories(50 to 99 people, 100 to 500 people, 501 to 1000, and More than 1000 people) were selected based on weight ratio using a random number table. Subjects were selected using cluster sampling method from 31 provinces. The data collection tool was the SCL-25 questionnaire which was the summary form of the SCL-90-R questionnaire that indicates the existence of mental disorders in 9 dimensions. Afterwards, the data were entered into SPSS statistical software version 21 and the prevalence of mental disorders in the working community of the country was estimated by both pessimistic and optimistic methods. Then, the distribution of mental health status of employees by province was reported. In addition, the role of possible factors affecting mental disorders (with an optimistic approach) was investigated using Chi-square test and regression model.

Keywords

Psychological disorders

Mental health

Work environment

Industrial and production centers

Received: 2019/06/30

Published: 2020/03/29

Results: The prevalence of mental disorder in the working population of the country was estimated between 35.4% to 61.5%. Also, the highest prevalence was observed in the age group of 36 to 45 years North Khorasan (54.4%), Sistan and Baluchestan (48.2%) and Zanjan (47.3%), respectively. The lowest prevalence was in Hormozgan province (23.1%). The prevalence of mental disorders among divorced employees (40.4%) or with the death of a spouse (39%) was significantly higher than married employees (P -value = 0.049). With increasing education level, the frequency of psychological disorders among the subjects decreased (p -value <0.001). Daily-paid employees experienced the highest prevalence of psychological disorders (44%) and formal employees experienced the best mental health status (p -value <0.001). Night shift, work experience less than one year, labor tasks and working at the transportation departments were other factors affecting the prevalence of psychological disorders (p -value <0.001).

Conclusion: Based on the results, the prevalence of psychological disorders among the population of workers in the industrial and production centers of the country, even with a minimalist approach, is higher than the world level. This finding indicates the need to implement psychological intervention programs at the country level, especially in the provinces of North Khorasan, Zanjan and Sistan and Baluchestan. The most psychologically vulnerable groups were divorced workers or deceased spouses, people with low levels of education and with occupations such as labor, transportation and daily- paid. This shows that it is necessary to prioritize these groups in policy-making and implementation of intervention programs. However, improving the mental health of employees can be cost-effective by increasing the efficiency and performance of employees.

Conflicts of interest: None

Funding: None

How to cite this article:

Behzad Damari, Hamid Yaghubi, Behroz Dolatshahi, Mahin Ahmadi Pishkuhi, Iraj Esmaeeli, Masuod Zafar, Hosein Almadani. National Survey on Mental Health Status of Industrial and production centers' Employees in Iran. *Iran Occupational Health*. 2020 (12 Dec);17:51.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence**



پیمایش ملی وضعیت سلامت روان کارکنان مراکز صنعتی و تولیدی ایران

بهزاد دماری: دانشیار، متخصص پزشکی اجتماعی، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
حمید یعقوبی: (* نویسنده مسئول) دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران. yaghubi@shahed.ac.ir
بهروز دولتشاهی: دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
مهین احمدی پیشکوهی: مرکز تحقیقات روش‌های پیشرفته و کم‌تهاجمی پزشکی بیمارستان پارس، بیمارستان پارس، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
ایرج اسماعیلی: پزشک و کارشناس ارشد سلامت همگانی، دبیر شورای تحقیقات زندان‌های استان تهران.
مسعود ظفر: مددکار اجتماعی مرکز مشاوره دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
حسین المدنی: دکترای روان‌شناسی، محقق، دپارتمان حکمرانی و سلامت، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سلامت روان یکی از حوزه‌های اصلی سلامت ارکان اصلی کیفیت زندگی فردی، اجتماعی و شغلی افراد جامعه به‌شمار می‌رود. توجه به وضعیت سلامت روان جامعه شاغلان کشور - به‌عنوان قشر مؤثر بر اعتلای سازمان‌ها و بهره‌وری اقتصادی - از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا این بررسی با هدف تعیین شیوع اختلالات روان‌شناختی در کارکنان مراکز صنعتی و تولیدی کشور و عوامل مؤثر بر آن اجرا گردید.

روش بررسی: پیمایش ملی حاضر به‌روش مقطعی بر روی ۱۳۶۶۱ نفر از شاغلان ۶۸۰ محیط صنعتی و تولیدی کشور اجرا شد. افراد مورد مطالعه با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای باز ۳۱ استان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه SCL-25 بود که توسط پرسشگرهای آموزش‌دیده تکمیل گردید. داده‌ها با دو رویکرد خوش‌بینانه و بدبینانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۱) تجزیه و تحلیل شد و شیوع اختلالات روان‌شناختی به تفکیک گروه‌های مختلف شاغلان گزارش گردید.

یافته‌ها: شیوع مشکلات روان‌شناختی در جامعه شاغلان کشور بین ۳۵٫۴٪ تا ۶۱٫۵٪ برآورد گردید و بیشترین شیوع در گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال و در استان‌های خراسان شمالی (۵۴٫۴٪)، سیستان و بلوچستان (۴۸٫۲٪) و زنجان (۴۷٫۳٪) مشاهده شد. کمترین شیوع مربوط به استان هرمزگان (۲۳٫۱٪) بود. شیوع اختلالات روانی در بین شاغلان مطلقه (۴۰٫۴٪) یا با فوت همسر (۳۹٪) به‌طور معناداری بالاتر از کارکنان متأهل بود ($p = ۰/۰۴۹$). با افزایش سطح تحصیلات، درصد فراوانی اختلالات روان‌شناختی در بین افراد مورد مطالعه کاهش می‌یافت ($p < ۰/۱۰۰$). کارکنان روزمزد بالاترین شیوع اختلالات روان‌شناختی (۴۴٪) را تجربه کردند و شاغلان رسمی بهترین وضعیت سلامت روانی را داشتند ($p < ۰/۰۰۱$). شیفت کاری شبانه، سابقه کاری کمتر از یک سال و مشاغل کارگری و نقلیه از دیگر عوامل مؤثر بر شیوع اختلالات روان‌شناختی بود ($p > ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع زیاد اختلالات روانی در شاغلان مراکز صنعتی، اجرای برنامه‌های مداخلاتی روان‌شناختی در محیط‌های شغلی سطح کشور و به‌ویژه در استان‌های با فراوانی بالاتر و در قشرهای آسیب‌پذیرتر ضرورت دارد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: ندارد.

کلیدواژه‌ها

اختلالات روان‌شناختی

سلامت روان

محیط کاری

مراکز صنعتی و تولیدی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۹

تاریخ چاپ: ۱۳۹۹/۱/۱۰

شیوه استناد به این مقاله:

Behzad Damari, Hamid Yaghubi, Behroz Dolatshahi, Mahin Ahmadi Pishkuhi, Iraj Esmaeeli, Masuod Zafar, Hosein Almadani. National Survey on Mental Health Status of Industrial and production centers' Employees in Iran. Iran Occupational Health. 2020 (12 Dec);17:51.

مقدمه

سلامت روان به مفهوم استعداد روان برای کار کردن هماهنگ، خوشایند، مؤثر و انعطاف‌پذیر در موقعیت‌های دشوار و دارا بودن توانایی برای بازیابی خود است و از نظر سازمان جهانی بهداشت (WHO)^۱ یکی از حوزه‌های اصلی سلامت شناخته می‌شود. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان عبارت است از قابلیت ارتباط هماهنگ و موزون با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی و عادلانه. (۱)

سلامت روان، به‌عنوان یکی از ارکان سلامتی، در زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی نقش دارد و بهبود کیفیت زندگی افراد جامعه، به‌ویژه قشرهای مؤثر، سازنده و شاغلان آن، لازمه پویایی، بالندگی و اعتلای آن جامعه است. سلامت روان به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی کاری مطلوب شاغلان مؤثر بوده و با مجموعه شرایط عینی و واقعی در سازمان نظیر خط‌مشی‌های ارتقا از درون، رهبری آزادمنشانه، مشارکت کارکنان و اقدامات و شرایط کاری امن و مطلوب و یکسان ارتباط تنگاتنگی دارد. (۲)

از سوی دیگر وجود اختلالات روانی به نگرش منفی کارکنان، تلقی ناخوشایند از احساس امنیت، ناراضی‌تی و کاهش توان رشد و توسعه شاغلان به‌عنوان انسان منجر می‌شود. (۳) اختلالات روانی می‌تواند تظاهرات گوناگونی داشته باشند؛ نظیر شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، روان‌پریشی، افکار پارانوییدی، پرخاشگری و دیگر مشکلاتی که هر یک به‌صورت بالقوه می‌توانند موجب ناتوانی و ناکارآمدی افراد، علی‌رغم نبود بیماری جسمانی، گردند. این مسئله، خود بر اقتصاد محیط‌های کاری در سطح خرد و کلان تأثیر می‌گذارد؛ چراکه از یک سو بهره‌شغلی کارکنان کاهش می‌یابد و از سوی دیگر هزینه‌های درمانی (به‌ویژه هزینه‌های غیرمستقیم) بر کارکنان و کارفرمایان تحمیل خواهد شد. (۴-۵) با توجه به اینکه پیش از این، مطالعه جامعی در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان شاغلان کشور انجام نشده بود، پیمایش حاضر با هدف تعیین شیوع اختلالات روان در کارکنان مرکز صنعتی و تولیدی و عوامل مؤثر بر آن اجرا

گردید که خود گامی مؤثر در برنامه‌ریزی جهت اجرای مداخلات بهداشت روان در محیط کار توسط مسئولان وزارت کار و همچنین وزارت بهداشت به‌شمار می‌رود.

روش بررسی

پیمایش ملی حاضر به‌صورت مقطعی بر روی جامعه کارکنان محیط‌های صنعتی و تولیدی در سال ۱۳۹۴ اجرا گردید که از میان آنان ۱۳,۶۶۱ نفر براساس حجم نمونه محاسبه‌شده با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای براساس جمعیت شاغلان کارگری و مراکز صنعتی هر استان انتخاب شدند. اطلاعات سرشماری جامعه کار و تولید کشور در سال ۱۳۹۰ مورد استفاده قرار گرفت و نمونه‌گیری وزنی براساس وزن کارگاه‌های موجود انجام شد؛ بدین صورت که در کارگاه‌های ۱۰ تا ۵۰ نفر، همه شاغلان بررسی شدند و کارگاه‌های با بیش از ۵۰ شاغل به ۴ دسته تقسیم گردیدند: کارگاه‌های با ۵۰ تا ۹۹ نفر، ۱۰۰ تا ۵۰۰ نفر، ۵۰۱ تا ۱۰۰۰ و بیشتر از ۱۰۰۰ نفر و در هر کارگاه بر اساس نسبت وزنی، نمونه‌ها با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. این پژوهش جزئی از پیمایش ملی اجراشده در مقیاس کلان است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پیمایش در فاز ارزیابی وضعیت سلامت روان کارکنان، پرسش‌نامه SCL-۲۵ بود که فرم کوتاه‌شده پرسش‌نامه SCL-۹۰-R^۲ است که وجود اختلالات روانی را در ۹ بُعد شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، روان‌پریشی، افکار پارانوییدی، پرخاشگری و چند سؤال اضافی بررسی می‌کند. روایی و پایایی پرسش‌نامه SCL-۲۵ در سال ۱۳۸۰ توسط نجاریان و داوودی (۶) به تأیید رسیده است و براساس مطالعه‌ای پیش‌تر، با استفاده از این مطالعه روی جامعه کارگری صورت گرفته بود، دو نمره برش برای این پرسش‌نامه برآورد گردید: نمره برش به‌صورت تعادل بهینه^۴ ۱۷ و نمره برش براساس روش ویژگی حداکثری^۳ ۳۱ که به‌ترتیب نمرات برش محاسبه بدبینانه و خوش‌بینانه تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در نظر گرفته شد.

داده‌ها توسط پرسشگرهای آموزش‌دیده در هر استان

2 . Symptom Checklist-25

3 . Symptom Checklist-90-Revised

4 . Best trade-off

1 . World Health Organization

جدول ۱- مقایسه شیوع اختلالات روانی در کارکنان مراکز تولیدی و صنعتی کشور بین دو رویکرد ارزیابی خوش‌بینانه و بدبینانه

p-value*	وضعیت سلامت روانی		کل	
	بیمار	سالم		
<۰.۰۰۱	۴۸۳۸(۳۵.۴٪)	۸۸۲۳(۶۴.۶٪)	۱۳۶۶۱(۱۰۰٪)	خوش‌بینانه
	۸۴۰۰(۶۱.۵٪)	۵۲۶۱(۳۸.۵٪)	۱۳۶۶۱(۱۰۰٪)	بدبینانه

استفاده مسئولان و سیاست‌گذاران قرار گیرد.

نتایج

این پژوهش در مجموع بر روی ۱۳,۶۶۱ نفر از کارکنان ۶۸۰ کارگاه صنعتی و تولیدی در کل کشور اجرا گردید. از میان شرکت‌کنندگان، ۸۶,۱٪ مرد و بقیه زن بودند. ۸۱,۳٪ از شاغلان متأهل و ۱۷,۳٪ مجرد بودند. ۲,۱٪ از آنان بی‌سواد بودند یا در حد خواندن و نوشتن سواد داشتند و ۳۹٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. براساس جدول ۱، شیوع مشکلات روان‌شناختی در جامعه هدف مورد مطالعه، در ارزیابی به روش ویژگی حداکثری (محاسبه خوش‌بینانه) ۳۵,۴٪ و در روش تعادل بهینه (محاسبه بدبینانه) ۶۱,۵٪ برآورد گردید که البته برآورد صورت‌گرفته با دو روش تفاوت آماری معناداری را نشان داد ($p < 0.001$).

در جدول ۲، توزیع اختلالات روانی در کارکنان مراکز صنعتی و تولیدی کشور به تفکیک استان برحسب دو رویکرد خوش‌بینانه و بدبینانه نشان داده شده است. بدترین وضعیت مشکلات روان‌شناختی در میان کارکنان استان‌های خراسان شمالی، سیستان و بلوچستان و زنجان مشاهده شد. شیوع اختلالات روان‌شناختی در رویکرد بدبینانه در این سه استان به ترتیب ۷۸,۶٪، ۷۵,۹٪ و ۷۳,۸٪ و در رویکرد خوش‌بینانه ۵۴,۴٪، ۴۸,۲٪ و ۴۷,۳٪ بود.

شیوع اختلالات روان‌شناختی در گروه‌های مختلف کارکنان در جدول ۳ مقایسه شده است. شیوع اختلالات در بین مردان شاغل ۳۵,۷٪ و در زنان شاغل ۳۴,۱٪ است؛ اما تفاوت آماری معناداری بین دو جنس دیده نشد ($p = 0.179$). بین وضعیت تأهل و شیوع اختلالات روانی اختلاف آماری معناداری وجود دارد؛ به طوری که شیوع اختلالات روانی در بین شاغلان مطلقه (۴۰,۴٪) یا با فوت همسر (۳۹٪) به طور معناداری بالاتر از شاغلان متأهل (۳۵,۸٪) یا مجرد (۳۳,۱٪) بوده است ($p = 0.049$).

تکمیل گردید. به منظور اجرای پژوهش، دو کارشناس خبره در سطح هر استان تعیین شد که در کارگاه توجیهی پرسشگران شرکت نموده و آموزش‌های مربوط به دستورالعمل‌های اجرا، حین اجرا و پس از اجرا را دریافت کرده بودند. پرسشگران پس از گذراندن دوره آموزش توسط تیم پژوهش و صدور حکم توسط مدیران امور اجتماعی اداره کل تعاون، کار و رفاه اجتماعی هر استان، در تکمیل پرسش‌نامه‌ها مشارکت نمودند. پرسشگران فهرست اسامی تمام شاغلان در هر بنگاه اقتصادی مورد مطالعه را از واحد کارگزینی آن اخذ و براساس اعداد تصادفی افراد مورد نظر را انتخاب کردند؛ پس از مشخص شدن نمونه‌ها، تمام آن‌ها را در سالن مناسبی گرد آوردند و پرسش‌نامه‌ها را در اختیار آنان قرار دادند. چنانچه هریک از افرادی که می‌باید براساس جدول اعداد تصادفی مورد ارزیابی قرار گیرند در آن روز حضور نداشتند، شماره‌های بعدی و ذخیره جایگزین می‌شد و به گونه ای عمل می‌گردید که تمام افراد مورد مطالعه در هر بنگاه اقتصادی طی یک روز کاری مورد ارزیابی قرار گیرند. پیش از شروع مطالعه، به شرکت‌کنندگان در خصوص حفظ محرمانگی اطلاعات آنان اطمینان خاطر داده و از آنان رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده بسته‌بندی و از طریق پست سفارشی به دفتر مجری طرح ارسال شد. داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) گردید و شیوع اختلالات روانی در جامعه شاغلان کشور با هر دو روش بدبینانه و خوش‌بینانه برآورد و توزیع وضعیت سلامت روان شاغلان به تفکیک استان گزارش شد. در ادامه نقش عوامل احتمالی مؤثر بر اختلالات روانی (با رویکرد خوش‌بینانه) با استفاده از آزمون آماری کای اسکوار و نیز مدل رگرسیونی مورد بررسی قرار گرفت. پژوهشگران در حفظ محرمانگی اطلاعات شرکت‌کنندگان کوشا بودند و گزارش یافته‌ها را منتشر کردند تا جهت ارائه مداخلات مناسب، مورد

جدول ۲- مقایسه شیوع اختلالات روانی در کارکنان مراکز صنعتی و تولیدی کشور به تفکیک استان

ردیف	استان	حجم نمونه در هر استان	خوش بینانه		بدبینانه			
			تعداد بیماران	میزان شیوع (%)	رتبه	تعداد بیماران	میزان شیوع (%)	رتبه
۱	آذربایجان شرقی	۳۸۶	۱۱۴	۲۹/۵	۲۶	۲۰۳	۵۲/۵	۲۸
۲	آذربایجان غربی	۳۹۲	۱۴۷	۳۷/۵	۱۱	۲۴۷	۶۳	۲۹
۳	اردبیل	۴۳۱	۱۳۴	۳۱/۱	۲۳	۲۳۰	۵۳/۴	۲۶
۴	اصفهان	۸۱۵	۲۳۰	۲۸/۲	۲۸	۴۵۹	۵۶/۳	۲۱
۵	البرز	۴۲۷	۱۰۹	۲۵/۵	۳۰	۲۳۲	۵۴/۲	۲۵
۶	ایلام	۴۰۰	۱۴۰	۳۵	۱۶	۲۲۳	۵۵/۸	۲۳
۷	بوشهر	۳۸۵	۱۶۳	۴۲/۳	۵	۲۴۸	۶۴/۴	۹
۸	تهران	۸۰۱	۲۶۷	۳۳/۳	۲۰	۴۸۹	۶۱	۳۰
۹	چهارمحال و بختیاری	۴۰۰	۱۵۰	۳۷/۶	۱۰	۲۶۷	۶۶/۹	۵
۱۰	خراسان جنوبی	۳۹۷	۱۶۵	۴۱/۵	۷	۲۶۰	۶۵/۳	۸
۱۱	خراسان رضوی	۷۸۲	۲۲۷	۲۹	۲۷	۴۴۷	۵۷	۳۱
۱۲	خراسان شمالی	۴۰۲	۲۱۸	۵۴/۴	۱	۳۱۵	۷۸/۶	۱
۱۳	خوزستان	۴۲۵	۱۴۲	۳۳/۵	۱۹	۲۵۸	۶۰/۸	۱۶
۱۴	زنجان	۴۰۰	۱۸۹	۴۷/۳	۳	۲۹۵	۷۳/۸	۳
۱۵	سمنان	۳۴۷	۱۴۰	۴۰/۳	۸	۲۱۳	۶۱/۴	۱۵
۱۶	سیستان و بلوچستان	۵۱۴	۲۴۸	۴۸/۲	۲	۳۹۰	۷۵/۹	۲
۱۷	فارس	۳۹۰	۱۴۶	۳۷/۴	۱۲	۲۴۵	۶۲/۸	۱۲
۱۸	قزوین	۳۸۵	۱۳۸	۳۵/۸	۱۵	۲۴۶	۶۳/۷	۱۰
۱۹	قم	۳۹۴	۱۲۹	۳۲/۹	۲۲	۲۲۴	۵۷/۱	۱۹
۲۰	کردستان	۳۹۰	۱۳۲	۳۳/۸	۱۸	۲۴۳	۶۲/۱	۱۳
۲۱	کرمان	۳۹۳	۱۴۷	۳۷/۴	۱۳	۲۶۳	۶۶/۹	۶
۲۲	کرمانشاه	۴۰۲	۱۳۴	۳۳/۳	۲۱	۲۲۱	۵۴/۸	۲۴
۲۳	کهگیلویه و بویر احمد	۳۹۴	۱۴۲	۳۶	۱۴	۲۳۷	۶۰/۲	۱۷
۲۴	گلستان	۳۲۳	۹۱	۲۸/۲	۲۹	۱۸۲	۵۶/۳	۲۲
۲۵	گیلان	۴۱۰	۱۲۱	۲۹/۶	۲۵	۲۱۵	۵۲/۶	۲۷
۲۶	لرستان	۴۱۸	۱۶۳	۳۹	۹	۲۷۵	۶۵/۸	۷
۲۷	مازندران	۴۱۰	۱۴۱	۳۴/۵	۱۷	۲۵۴	۶۲/۱	۱۴
۲۸	مرکزی	۴۴۰	۱۳۳	۳۰/۲	۲۴	۲۵۵	۵۷/۸	۱۸
۲۹	هرمزگان	۴۰۰	۹۲	۲۳/۱	۳۱	۲۲۵	۵۶/۵	۲۰
۳۰	همدان	۳۵۶	۱۵۸	۴۴/۴	۴	۲۲۵	۶۳/۲	۱۱
۳۱	یزد	۴۵۲	۱۸۸	۴۱/۷	۶	۳۱۴	۶۹/۶	۴
-	کل کشور	۱۳۶۶۱	۴۸۳۸	۳۵/۴	-	۸۴۰۰	۶۱/۵	-

جدول ۳- شیوع اختلالات روانی در زیرگروه‌های جمعیتی کارکنان مراکز تولیدی و صنعتی کشور

p-value	وضعیت سلامت روانی		کل	گروه	
	مشکوک به اختلال	سالم			
۰/۱۷۹	۴۱۴۹ (%۳۵/۷)	۷۴۵۸ (%۶۴/۳)	۱۱۶۰۷	مرد	جنس
	۶۳۷ (%۳۴/۱)	۱۲۳۳ (%۶۵/۹)	۱۸۷۰	زن	
	۷۸۰ (%۳۳/۱)	۱۵۷۳ (%۶۶/۹)	۲۳۵۳	مجرد	
۰/۰۴۹	۳۹۵۷ (%۳۵/۸)	۷۰۸۴ (%۶۴/۲)	۱۱۰۴۱	متاهل	وضعیت تأهل
	۵۰ (%۴۰/۴)	۷۴ (%۵۹/۶)	۱۲۴	مطلقه	
	۲۲ (%۳۹)	۳۳ (%۶۱)	۵۴	فوت همسر	
<۰/۰۰۱	۱۳۷ (%۴۷/۹)	۱۴۹ (%۵۲/۱)	۲۸۶	بی‌سواد/ خواندن و نوشتن	تحصیلات
	۷۵۰ (%۲۶/۴)	۱۳۰۹ (%۶۳/۶)	۲۰۵۹	ابتدایی/ راهنمایی	
	۲۱۳۰ (%۳۷/۱)	۳۶۱۴ (%۶۲/۹)	۵۷۴۴	دبیرستان / پیش دانشگاهی	
	۱۷۷۲ (%۳۲/۶)	۳۶۵۳ (%۶۷/۴)	۵۴۲۵	دانشگاهی	
<۰/۰۰۱	۲۶۷ (%۴۴)	۳۴۰ (%۵۶)	۶۰۷	روزمزد	وضعیت استخدام
	۳۸۷۳ (%۳۵/۲)	۷۱۲۴ (%۶۴/۸)	۱۰۹۹۷	قراردادی	
	۱۴۷ (%۳۹/۷)	۲۲۳ (%۶۰/۳)	۳۷۰	پیمانی	
	۴۴۹ (%۳۲/۹)	۹۱۷ (%۶۷/۱)	۱۳۶۶	رسمی	
<۰/۰۰۱	۴۴ (%۳۴/۱)	۸۵ (%۶۵/۹)	۱۲۹	سایر	شیفت کاری
	۳۳۳۳ (%۳۴)	۶۴۷۸ (%۶۶)	۹۸۱۱	روزکار	
	۹۲ (%۴۲/۸)	۱۲۳ (%۵۷/۲)	۲۱۵	شب کار	
	۱۳۶۳ (%۳۹/۶)	۲۰۸۳ (%۶۰/۴)	۳۴۴۶	نوبت کار (گردشی)	
<۰/۰۰۱	۳۲۵ (%۲۹/۸)	۷۶۶ (%۷۰/۲)	۱۰۹۱	تا ۱ سال	سابقه کاری
	۱۲۲۴ (%۳۴)	۲۳۸۰ (%۶۶)	۳۶۰۴	۱-۵ سال	
	۱۲۵۵ (%۳۶/۳)	۲۲۰۱ (%۶۳/۷)	۳۴۵۶	۵-۱۰ سال	
	۸۹۰ (%۳۶)	۱۵۸۳ (%۶۴)	۲۴۷۳	۱۰-۱۵ سال	
<۰/۰۰۱	۹۶۵ (%۳۸/۱)	۱۵۷۰ (%۶۱/۹)	۲۵۳۵	۱۵ سال به بالا	نوع شغل
	۱۳۴۹ (%۳۹/۱)	۲۰۹۷ (%۶۰/۹)	۳۴۴۶	کارگری ساده	
	۱۵۲۵ (%۳۹/۱)	۲۳۷۷ (%۶۰/۹)	۳۹۰۲	کارگری ماهر	
	۸۰۰ (%۳۰/۹)	۱۷۸۸ (%۶۹/۱)	۲۵۸۸	اداری	
	۱۱۶ (%۳۸)	۱۸۹ (%۶۲)	۳۰۵	نقلیه	
	۸۷ (%۲۷/۸)	۲۲۶ (%۷۲/۲)	۳۱۳	حراست	
	۴۲۴ (%۳۰/۴)	۹۷۱ (%۶۹/۶)	۱۳۹۵	سرپرست	
	۷۹ (%۲۳/۹)	۲۵۱ (%۷۶/۱)	۳۳۰	مدیریت	
۱۶۶ (%۳۵/۳)	۳۰۴ (%۶۴/۷)	۴۷۰	خدمات		
	۱۴۴ (%۲۷/۹)	۳۷۳ (%۷۲/۱)	۵۱۷	سایر	

همچنین بین شیوع اختلالات روانی و سطح تحصیلات شاغلان ارتباط معنادار مشاهده گردید و با افزایش سطح تحصیلات، درصد فراوانی اختلالات روان‌شناختی در بین افراد تحت مطالعه کاهش می‌یافت؛ به طوری که بالاتر بود ($p < 0/001$). وضعیت استخدام شاغلان نیز

یا با سواد خواندن و نوشتن تا ۴۷,۹٪ و در مقایسه با افراد با تحصیلات دانشگاهی (۳۲,۶٪) به طور معناداری

جدول ۴ - اثر تعديل شده فاکتورهای گوناگون بر رخداد اختلالات روان‌شناختی با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک با رویکرد enter

حدود اطمینان ۹۵٪ برای OR		نسبت شانس OR=Odds (Ratio)	p-value	خطای معیار	ضریب Beta		
حد بالا	حد پایین						
-	-	-	-	-	-	مجرد	
۱/۲۳۶	۱/۰۲۴	۱/۱۲۵	۰/۰۱۴	۰/۰۴۸	۰/۱۱۸	متاهل	وضعیت تاهل
۱/۸۴۹	۰/۹۹۳	۱/۳۵۵	۰/۰۵۵	۰/۱۵۹	۰/۳۰۴	مطلقه یا همسر فوت شده	
۰/۳۱۳	۰/۲۲۰	۰/۲۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۹۰	-۱/۳۳۹	تحصیلات	
-	-	-	-	-	-	رسمی	
۱/۲۵۱	۰/۹۸۵	۱/۱۱۰	۰/۰۸۶	۰/۰۶۱	۰/۱۰۵	قراردادی	
۱/۷۰۶	۱/۰۶۲	۱/۳۴۶	۰/۰۱۴	۰/۱۲۱	۰/۳۹۷	پیمانی	وضعیت استخدام
۱/۹۵۸	۱/۳۲۳	۱/۶۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۰۰	۰/۴۷۶	روزمزد	
۱/۵۴۸	۰/۷۲۲	۱/۰۵۷	۰/۷۷۵	۰/۱۹۴	۰/۰۵۶	سایر	
-	-	-	-	-	-	روزکار	
۱/۹۱۰	۱/۱۰۶	۱/۴۵۳	۰/۰۰۷	۰/۱۳۹	۰/۳۷۴	شب کار	شیفت کاری
۱/۳۷۷	۱/۱۷۴	۱/۲۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۱	۰/۲۴۰	نوبت کار	
۱/۰۹۶	۱/۰۳۵	۱/۰۶۵	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۵	۰/۰۶۳	سابقه کار	
-	-	-	-	-	-	مدیریت	
۱/۷۴۲	۰/۸۵۹	۱/۲۲۳	۰/۲۶۴	۰/۱۸۰	۰/۲۰۱	حراست	
۱/۶۸۵	۰/۸۹۳	۱/۲۲۷	۰/۲۰۸	۰/۱۶۲	۰/۲۰۴	سایر مشاغل	
۱/۸۳۱	۱/۰۵۱	۱/۳۸۷	۰/۰۲۱	۰/۱۴۲	۰/۳۲۷	سرپرست	
۱/۸۵۵	۱/۰۸۹	۱/۴۲۲	۰/۰۱۰	۰/۱۳۶	۰/۳۵۲	اداری	نوع شغل
۲/۳۷۹	۱/۲۶۵	۱/۷۳۵	۰/۰۰۱	۰/۱۶۱	۰/۵۵۱	خدمات	
۲/۷۴۷	۱/۳۸۴	۱/۹۵۰	<۰/۰۰۱	۰/۱۷۵	۰/۶۶۸	نقلیه	
۲/۶۴۶	۱/۵۷۰	۲/۰۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۳	۰/۷۱۲	کارگر ساده	
۲/۶۵۸	۱/۵۷۴	۲/۰۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۴	۰/۷۱۶	کارگر ماهر	

سال (۲۹,۸٪) دیده شد. همچنین بین نوع شغل و شیوع اختلالات روان‌شناختی ارتباط معنادار وجود داشت؛ به‌نحوی که کارگران (۳۹,۱٪) و کارکنان نقلیه (۳۸,۱٪) بیشترین شیوع اختلالات و مشاغل مدیریتی (۲۳,۹٪) کمترین شیوع اختلالات روان‌شناختی را داشتند (۰/۰۰۱ < p).

اثر تعديل شده متغیرهای مختلف بر اختلالات روان‌شناختی در جدول ۴ با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک نمایش داده شده است. براساس یافته‌ها، شیوع اختلالات روان‌شناختی در شاغلان مطلقه یا موارد فوت همسر ۳۵٪ بیشتر از شاغلان مجرد است (OR = ۱,۳۵ و حدود اطمینان ۹۵٪ برای OR:

با شیوع اختلالات روان‌شناختی ارتباط معنادار داشته است. کارکنان روزمزد (۴۴٪) بالاترین شیوع اختلالات روان‌شناختی را تجربه کردند و شاغلان رسمی بهترین وضعیت سلامت روانی را داشتند (p < ۰/۰۰۱). از نظر شیفت کاری، بیشترین شیوع اختلالات روان‌شناختی بین کارکنان شب‌کار (۴۲,۸٪) دیده شد که در مقایسه با کارکنان روزکار (۳۴٪) به‌طور معناداری بالاتر بوده است (p < ۰/۰۰۱). از سوی دیگر با افزایش سابقه شغلی، شیوع اختلالات روان‌شناختی در بین کارکنان به‌طور معنادار افزایش یافت؛ به‌گونه‌ای که بیشترین شیوع در بین کارکنان با سابقه کاری ۱۵ سال و بالاتر (۳۸,۱٪) و کمترین شیوع بین کارکنان با سابقه کاری کمتر از یک

قرار گرفت و طیف میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی در جامعه کارکنان کل کشور بین ۳۵,۴٪ تا ۶۱,۵٪ گزارش شد. به عبارت دیگر، حداقل ۳۵,۴٪ از کارکنان جامعه کار و تولید کشور از یکی از اختلالات روان‌شناختی رنج می‌برند که به‌طور قابل توجهی بالاتر از میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی برآورد شده در پیمایش ملی سلامت روان در سال ۱۳۸۲ بر روی جمعیت بالای ۱۵ سال کشور بود که میزان شیوع اختلالات روان‌شناختی در کل جامعه را حدود ۲۱٪ و در گروه شاغل ۱۲,۷٪ گزارش نموده است. (۱۱) همچنین در پیمایش ملی سلامت روان اجرا شده در سال ۱۳۹۰ بر روی جمعیت ۱۸ تا ۶۰ سال کشور، شیوع یک‌ساله اختلالات روانی ۲۳,۶٪ از کل جمعیت گزارش شد. (۱۲) این تفاوت‌ها ممکن است به‌دلیل دوگانگی در روش‌ها و ابزارهای غربالگری و تشخیص و همچنین سیستم‌های طبقه‌بندی مختلف مورد استفاده در تحقیقات و نیز سن گروه‌های مورد مطالعه باشد. علاوه بر این، براساس مطالعه نوربالا و همکاران، میزان ابتلا به اختلالات روان‌شناختی در ایران طی سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴ به‌صورت معناداری روند افزایشی داشته و حدود ۱,۱۲ برابر بالا رفته است. (۱۳) به‌طور مشابه در بررسی بار اختلالات روانی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (EMR) نشان داده شد که بار مشکلات روانی طی سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۳ سیر افزایشی داشته و با افزایش بی‌ثباتی در منطقه، تقریباً تمام کشورهای منطقه شاهد افزایش سال‌های زندگی تعدیل‌شده با ناتوانی (DALY)^۴ بوده‌اند. (۱۴) البته روند صعودی بار مشکلات روانی به‌ویژه در محیط‌های کاری به‌دلیل مواجهه با استرس شغلی و دیگر عوامل، کمابیش در سایر کشورها نیز دیده می‌شود؛ به‌طوری که با استفاده از داده‌های تلفیقی در مطالعه بار جهانی شیوع سالیانه اختلالات روانی شایع (CMD)^۵ در جمعیت شاغل عمومی در کشورهای با درآمد بالا، متوسط و کم ۱۷,۶٪ می‌باشد که شیوع آن در طول عمر ۲۹,۲٪ تخمین زده شده است. (۱۵)

براساس یافته‌های این مطالعه، بیشترین شیوع اختلالات روان‌شناختی در میان شاغلان استان‌های خراسان شمالی، سیستان و بلوچستان و زنجان بوده است. شیوع اختلالات روان‌شناختی در کارکنان این

۰/۹۹۳ تا ۱/۸۴۹). شیوع اختلالات روان‌شناختی با سطح تحصیلات افراد رابطه معکوس را نشان داد ($B = -1/339$, $p < 0/001$). کارکنان روزمزد ۱,۶ برابر شاغلان رسمی دچار اختلالات روان‌شناختی بودند ($p < 0/001$). شاغلان شب‌کار و نوبت‌کار به‌ترتیب ۱,۴ و ۱,۲ برابر کارکنان روزکار، احتمال ابتلا به مشکلات روان‌شناختی را داشتند ($p < 0/05$). همچنین اثر سابقه کار بر افزایش شیوع مشکلات روان‌شناختی مثبت و معنادار بود ($p < 0/001$). امکان رخداد مشکلات روان‌شناختی در کارگران و کارکنان نقلیه حدود ۲ برابر بیشتر از مدیران بود.

بحث

در این مطالعه، به بخشی از یافته‌های پیمایش ملی بررسی سلامت روان و کیفیت کاری کارکنان ۶۸۰ بنگاه صنعتی و تولیدی ایران پرداخته شد. ابزار ارزیابی وضعیت سلامت روان افراد در این پژوهش پرسش‌نامه خوداظهاری SCL-۲۵ بود که برای ارزیابی آن دسته از مشکلات روان‌شناختی ساخته شده که پاسخ‌دهندگان به‌تازگی تجربه کرده‌اند. کوتاه بودن پرسش‌نامه قابلیت اجرایی و دقت تکمیل را ارتقا می‌دهد. همچنین پرسش‌نامه SCL-۲۵ در مقایسه با سایر ابزارهای متداول سنجش سلامت روان نظیر^۱ GMHAT و^۲ GHQ-28 (۸-۷) ابعاد گسترده‌تری از سلامت روان را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه سلامت روان پاسخ‌دهندگان را به‌صورت جامع در ۹ بُعد شکایات جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، روان‌پریشی، افکار پارانوئیدی، پرخاشگری و چند سؤال اضافی بررسی می‌کند؛ درحالی که بررسی سلامت روان با استفاده از سایر ابزارها محدود به چند بُعد خاص می‌گردد. برای مثال پرسش‌نامه پرکاربرد گلدبرگ که در بیشتر مطالعات از ابزارهای ارزیابی محسوب می‌شود، ابعاد سلامت روان را تنها در چهار بُعد نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی بررسی می‌کند. (۹-۱۰)

اطلاعات جمع‌آوری شده در این مطالعه با دو رویکرد حداقلی (خوش‌بینانه) و حداکثری (بدبینانه) مورد تفسیر

3 . Eastern Mediterranean Region

4 . Disability Adjusted Life Years

5 . Common Mental Disorders

1 . Global Mental Health Assessment Tool

2 . General Health Questionnaire

باشد. در مطالعات دیگری نیز، به ناخرسندی شغلی این گروه، فرسودگی شغلی، بالاتر بودن میزان اعتیاد، طلاق و مشکلات در روابط اجتماعی کارکنان این مشاغل اشاره شده که همگی در بروز مشکلات روحی و روانی در این گروه نقش دارد. (۲۳-۲۵) به کارگیری افراد براساس مهارت‌های شغلی و همخوانی شغل با تحصیلات می‌تواند از بار نارضایتی افراد بکاهد. از سوی دیگر نشان داده شد که مشاغل مدیریتی و شاغلان با تحصیلات دانشگاهی کمتر به اختلالات روان‌شناختی مبتلا بودند.

اختلالات روان‌شناختی علاوه بر تأثیر در سلامت جسمی و کیفیت زندگی شخصی افراد، بر عملکرد و بازده کاری آنان نیز اثرگذار است. همچنین می‌تواند منجر به غیبت کارکنان، کم شدن تعهد کاری، ترک کار یا جابه‌جایی گردد و با کاهش بهره‌وری سازمان و تحمیل بار مالی بر بنگاه‌های اقتصادی کشور همراه شود. (۲۶-۲۷) بنابراین با توجه به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در میان شاغلان کشور، به نظر می‌رسد ایجاد تسهیلات روان‌شناختی برای کارکنان محیط‌های صنعتی و تولیدی کشور امری ضروری است. افزون بر این، ایجاد مراکز مشاوره روان‌شناختی در سازمان‌ها در این زمینه کمک‌رسان خواهد بود. اگرچه بیشترین مشکلات روان‌شناختی در میان قشرهای با تحصیلات پایین‌تر، شرایط کاری روزمزد و مشاغل کارگری و نقلیه مشاهده گردید که احتمال دارد این گروه نگرش مثبتی به دریافت خدمات مشاوره نداشته باشند. لذا اجرای برنامه‌های آموزشی جهت ارتقای سطح آگاهی و نگرش برای این قشرها مؤلفه‌ای کلیدی در موفقیت برنامه‌های مداخله‌ای به‌شمار می‌رود. همچنین برگزاری کارگاه‌های آموزشی گروهی جهت کسب مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر، مدیریت خشم، افزایش هوش عاطفی و دیگر مهارت‌های زندگی کارکنان را در انجام وظایف شغلی کارا تر خواهد کرد. (۲۸-۲۹) علاوه بر این، براساس یافته‌های جانبی پیمایش حاضر که در مقالات آتی منتشر خواهد شد، سه مورد از شایع‌ترین استرس‌های تجربه‌شده در کارکنان به ترتیب افسردگی، اضطراب و خشم بوده که اولویت‌های آموزشی و مداخله‌ای در میان کارکنان محسوب می‌شود.

اجرای پیمایش حاضر به‌دلیل گستردگی و نمونه‌گیری از مراکز گوناگون در سطح همه استان‌های کشور مستلزم هماهنگی‌های اجرایی و با دشواری در خصوص

استان‌ها بسیار بالاتر از شیوع در جمعیت عمومی گزارش شده در پیمایش سال ۱۳۹۴ بود. نتایج پیمایش جمعیت عمومی بیشترین شیوع اختلالات روان‌شناختی را در استان‌های لرستان، ایلام و همدان گزارش نمود که با یافته‌های پژوهش حاضر متفاوت بود. (۱۲) این تفاوت چه بسا ناشی از عدم تشابه قشرهای شاغل جامعه از جمعیت عمومی باشد؛ چراکه ممکن است کارکنان با مشکلات متعددی در محیط کار و نیز با استرس‌های شغلی روبه‌رو باشند که ممکن است بر سلامت روان آن‌ها اثرگذار باشد.

در این مطالعه، عواملی نظیر وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت قرارداد، شیفت کاری، سابقه کار و نوع شغل به‌عنوان عوامل اثرگذار بر وضعیت سلامت روانی افراد شناسایی شد؛ اما شیوع اختلالات روان‌شناختی در هر دو جنس مشابه بود. با این حال، در بسیاری از تحقیقات اذعان شده است که شیوع اختلالات روان‌شناختی در زنان شاغل بیشتر بوده و عوامل بیولوژیکی مرتبط با جنسیت، نقش‌ها و موقعیت شغلی و فشارهای محیطی مرتبط با کار می‌تواند بر سلامت روان زنان تأثیر منفی بگذارد. (۱۶-۱۷) در پژوهش حاضر، نشان داده شد که با افزایش سابقه شغلی، اختلالات روان‌شناختی نیز شایع‌تر شده است. این یافته می‌تواند با افزایش سن شاغلان مرتبط باشد. به‌طور مشابه در مطالعات دیگر نیز بیان شده است که با افزایش سن، سلامت روانی آنان کاهش می‌یابد و افراد حداقل از یکی از مشکلات روحی رنج می‌برند. (۱۸-۱۹) وضعیت قرارداد و شیفت کاری نیز به‌طور معناداری در شیوع اختلالات روانی نقش داشت؛ به‌گونه‌ای که کمترین شیوع در بین کارکنان با وضعیت استخدام رسمی مشاهده شد و کارکنان روزمزد بیشترین بار اختلالات را تجربه کردند. این پدیده می‌تواند با احساس امنیت شغلی و ثبات و همچنین تفاوت در حقوق و مزایای کارکنان مرتبط باشد. همچنین به‌طور مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط فراوانی افسردگی، استرس و اضطراب و دیگر اختلالات روان‌شناختی با شیفت کاری شبانه در بسیاری از بررسی‌ها نشان داده شده است (۲۰-۲۲) که بر لزوم توجه ویژه و مداخلات روان‌شناختی برای این گروه تأکید می‌کند. مشاغل کارگری و نقلیه بیشترین شیوع اختلالات روانی را تجربه کردند که می‌تواند مربوط به فشار فیزیکی کار و پایین بودن دستمزد این افراد

- and Psychiatric Epidemiology. 2017; 52(1): 1-10.
5. Chaudhury PK, Deka K, Chetia D, Disability associated with mental disorders. Indian journal of psychiatry. 2006; 48(2): 95.
 6. Najarian B, Davoodi I, Construction and validation of a short form of the SCL-90-r (SCL-25). 2001.
 7. Sharma VK, et al. The global mental health assessment tool-primary care version (GMHAT/PC). Development, reliability and validity. World Psychiatry. 2004; 3(2): 115.
 8. Sterling M. General health questionnaire-28 (GHQ-28). Journal of physiotherapy. 2011; 57(4): 259.
 9. Montazeri A, et al. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. Health and quality of life outcomes. 2003; 1(1): 66. [Persian]
 10. Imani E, et al. Health status of nursing students of Hormozgan University of medical sciences by Goldberg's general health questionnaire-2011. Hormozgan medical journal. 2013; 17(4): 357-364. [Persian]
 11. Noorbala AA, et al. Mental health survey of the adult population in Iran. The British journal of psychiatry. 2004; 184(1): 70-73. [Persian]
 12. Sharifi V, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian medicine. 2015; 18(2): 0-0. [Persian]
 13. Noorbala AA, et al. Trends of mental health status in Iranian population aged 15 and above between 1999 and 2015. Archives of Iranian medicine. 2017; 20(13): S2-S6. [Persian]
 14. Collaborators G.E.M.R.M.H. The burden of mental disorders in the Eastern Mediterranean region, 1990–2015: findings from the global burden of disease 2015 study. International journal of public health. 2018; 63(1): 25-37.
 15. Steel Z, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. International journal of epidemiology. 2014; 43(2): 476-493.
 16. Afifi M. Gender differences in mental health. Singapore medical journal. 2007; 48(5): 385.
 17. Chandra PS, Satyanarayana VA, Gender disadvantage and common mental disorders in women. International Review of Psychiatry. 2010; 22(5): 513-524.
 18. Kessler RC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World psychiatry. 2007; 6(3): 168.
 19. Kessler RC, et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current opinion in psychiatry. 2007; 20(4): 359.
 20. Khammar A, et al. Survey of shift work disorders and

مانیتورینگ اعضای تیم جهت اطمینان از دقت جمع‌آوری اطلاعات همراه بود که البته با تشکیل گروه پژوهش قوی و آموزش پرسشگران تاحدودی این محدودیت مرتفع گردید. با این حال، یافته‌های پیمایش‌های کشوری، علی‌رغم محدودیت‌های اجرایی، شواهد ارزشمند و قابل مقایسه بین استان‌ها فراهم می‌آورد و پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به شواهد قابل اتکا در برنامه‌ریزی‌های کشوری، اجرای مطالعاتی از این دست برای سایر موضوعات مرتبط با سلامت گسترش یابد.

نتیجه‌گیری

درمجموع یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد شیوع اختلالات روان‌شناختی در جمعیت شاغلان محیط‌های صنعتی و تولیدی کشور، حتی با ارزیابی به‌وسیلهٔ رویکرد حداقلی، از سطح جهانی بیشتر است. این یافته لزوم اجرای برنامه‌های مداخلاتی روان‌شناختی را در سطح کشور و به‌ویژه در استان‌های خراسان شمالی، زنجان و سیستان و بلوچستان نشان می‌دهد. با ریشه‌یابی مشکل، قشرهای آسیب‌پذیرتر از جنبهٔ روانی شامل کارکنان مطلقه یا همسر فوت‌شده، افراد با سطح تحصیلات پایین و با مشاغل کارگری، نقلیه و روزمرد شناسایی شدند که لازم است در سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای به‌عنوان گروه در اولویت در نظر گرفته شوند. مسلم است که ارتقای وضعیت سلامت روان شاغلان، به‌سبب افزایش بازده و عملکرد کارکنان، می‌تواند هزینه‌اثربخش باشد.

References

1. Organization, WH. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. 2005: World Health Organization.
2. McDavid D, Curran C, Knapp M, Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. International review of psychiatry. 2005; 17(5): 365-373.
3. Corbière M, Negrini A, Dewa CS, Mental health problems and mental disorders: Linked determinants to work participation and work functioning, in Handbook of work disability. 2013; Springer. 267-288.
4. Fried EI, et al. Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. Social Psychiatry

- workers. BMC public health. 2018; 18(1): 794. [Persian]
25. Dehghani A, Barkhordari A, Servat FL, Job Burnout and Related Factors in Textile Industry Workers: A Case Study in Yazd. Toloobehdasht. 2018; 16(6): 53-66. [Persian]
 26. Barnes KB, Henderson M, Public mental health and occupational health. Oxford Textbook of Public Mental Health, 2018.
 27. Mauramo E, Lahelma E, Common Mental Disorders and Sickness Absence. 2018.
 28. Joyce S, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. Psychological medicine. 2016; 46(4): 683-697.
 29. Damari B, et al. Promoting Mental Health in Workplaces of Iran; Reviewing Present Status and Future Approaches. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25(2): 122-135. [Persian]
 - occupational stress among nurses: A cross-sectional study. Annals of Tropical Medicine and Public Health. 2017; 10(4): 978.
 21. Khodadadi E, et al. The relation of depression, anxiety and stress with personal characteristics of nurses in hospitals of Tabriz, Iran. International journal of medical research & health sciences. 2016; 5(5): 140-148. [Persian]
 22. Kakooei H, Rahimi MH, Hosseini M, The role of bright light during night work on stress and health status of shift work nurses. International journal of occupational hygiene. 2009: 46-50. [Persian]
 23. Damari B, et al. Status of Alcohol Consumption Based on the Self-Report of Iran's Industrial Staff. Iranian Journal of Epidemiology; (4)15.2020: 334-342. [Persian]
 24. Firouzbakht M, et al. Workplace social capital and mental health: a cross-sectional study among Iranian