



بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی

دکتر سید اکبر بیان زاده^{*}، افشین زمانی منفرد^{**}

چکیده

در این پژوهش، وضعیت سلامت روانی گروهی از کارکنان یک مجتمع صنعتی (N=411) که به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب گردیدند با استفاده از آزمون SCL-90-R مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سن افراد مورد بررسی ۳۹/۶ سال و میانگین سابقه کار آنان ۱۷/۷ سال بوده است. همچنین بیشتر آنها مرد (۹۵/۵٪) بودند و ۹۴/۶٪ آنان به کار فنی اشتغال داشتند. بیشترین درصد افراد مورد بررسی تحصیلات ابتدایی داشته‌اند (۳۶/۵ درصد). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمونهای آماری خی دو، آمستقل و تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج آزمون با توجه به نقطه برش آزمون (GS1 >= 0/69) نشان داد که ۳۷/۹۶٪ از افراد مورد بررسی مشکوک به بیماری بوده‌اند. بیشترین شکایات افراد مشکوک به بیماری به ترتیب مربوط به شکایات بدنی و اضطراب بوده است. هرچند بیشترین درصد افراد مشکوک به بیماری در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال، با سابقه کار ۲۰-۱۱ سال، افراد متأهل، زنان و افراد با تحصیلات ابتدایی قرار داشته‌اند ولی ارتباط آماری معنی‌داری میان عوامل یاد شده و ابتلا به اختلالات روانی دیده نشد.

Andeesheb
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۱۰

کلیدواژه: سلامت روانی، کارکنان مجتمع صنعتی، SCL-90-R

توجه به محیطهای شغلی، و شرایط کاری و کارگران در دهه‌های اخیر به منظور بالا بردن کیفیت کار، حفظ سلامت و بهداشت کارکنان و به منظور بهره‌گیری بیشتر و بهتر از تجارب کارکنان مورد توجه بسیاری از نویسندگان و پژوهشگران قرار گرفته است (شورای ملی ایمنی^(۱)، ۱۹۹۴؛ الو^(۲)، ۱۹۹۴؛ رابینز^(۳)، ۱۳۷۴؛ راس و آلتمایر، ۱۳۷۷؛ ملکوتی و همکاران، ۱۳۷۳). نیروی کار بخش بزرگی از جمعیت کشور ما را تشکیل می‌دهد و پرداختن به بهداشت روانی کارکنان و سازمانها را می‌توان از اولویتهای بشمار آورد، چراکه سالم سازی شرایط کار به معنای سالم

* دکترای توانبخشی روانی، عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خ طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.
** کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، جاده آبدلی، بومهن، ایستگاه مسجد، کوچه لوران، پلاک ۲۰۴.

سازی نیروی کار و نیروی کار سالم نیاز اساسی برای توسعه صنعتی کشور می‌باشد.

سازمانهای صنعتی به دلیل نوع و شرایط کار، احتمال بروز حادثه و دستاورد مهمی بنام "تولید" نیازمند توجه بیشتر می‌باشند. رایبیز (۱۳۷۳) مطرح می‌کند که جامعه آمریکا سالیانه نزدیک به ۳۲ میلیارد دلار برای حوادث ناشی از کار هزینه می‌کند و این در حالی است که برآوردها نشان می‌دهند که $\frac{3}{4}$ حوادث صنعتی به علت فشارهای روانی رخ می‌دهند.

بررسیهای انجام شده نشان می‌دهند که کارکنان فنی در مقایسه با کارکنان اداری از سلامت روانی کمتری برخوردار می‌باشند و وجود عوامل استرس زایی چون سر و صدا (ماتسون^(۱)) و ایوانویچ^(۲)، ۱۹۸۰؛ ماتسون، ۱۹۷۸، به نقل از عطار، (۱۳۷۴)، کار در فضاهای باز (کوپرو مارشال، ۱۹۷۶)، کارکردن در شرایط نور نامناسب، پرکاری، شرایط پر خطر کاری (والیک^(۳))، دیویدسون^(۴)، ۱۹۸۰، به نقل از عطار، (۱۳۷۴) و کارکردن با مواد شیمیایی خطرناک از جمله عواملی هستند که کارکنان فنی را احتمالاً آسیب پذیرتر می‌سازند.

از آنجاکه در فرآیند تولید، نیروی انسانی ناسالم و پریشان حال بخشی از آفات سازمانی است، به همین دلیل هیچ پدیده‌ای به اندازه سلامت روانی برای کارگران دارای اهمیت نمی‌باشد (ساعتچی، ۱۳۷۵). بنابراین برنامه‌ریزی برای تأمین بهداشت روانی کارکنان از سویی به سلامت روانی - اجتماعی کارکنان و از سوی دیگر به اهداف توسعه صنعتی و تولید بهتر کمک می‌نماید.

تاکنون پژوهشهای چندی در نقاط مختلف جهان درباره شیوع اختلالات روانی به کمک پرسشنامه‌ها و آزمونهای گوناگون صورت گرفته است. در اطلاعات بدست آمده از بازنگری بررسیهای همه گیرشناسی اختلالات روانی در کشورهای گوناگون که در آنها آزمونهای سرند و ارزیابی بالینی استفاده شده، میزان شیوع اختلالات بین ۱۰ تا ۴۱ درصد در نوسان بوده است.

بررسیهای همه گیرشناسی در کشور ما با وجود محدود بودن این بررسیها نشان می‌دهند که میزان شیوع این اختلالات در ایران از آمار سایر کشورها و سازمان جهانی بهداشت کمتر نیست (سازمان جهانی بهداشت، به نقل از باقری یزدی، بوالهروی، شاه‌محمدی، ۱۳۷۳).

بررسیهای انجام شده در ایران میزان اختلالات روانی را در جمعیت عمومی در دامنه‌ای از ۱۱/۷٪ (باش، ۱۹۶۴) تا ۴۳/۲٪ (داویدیان و همکاران، ۱۳۵۳) نشان می‌دهند. و در بررسی جلیلی و داویدیان (۱۳۷۰) این میزان تا ۵۳/۸٪ نیز گزارش شده است.

میزان شیوع این اختلالات در بررسیهای سالهای اخیر که با استفاده از پرسشنامه GHQ انجام گرفته متفاوت گزارش شده است. برای نمونه یعقوبی، نصر، شاه‌محمدی (۱۳۷۴) به ۲۳/۸۴٪، پالاهنگ، نصر، براهنی، شاه‌محمدی (۱۳۷۵) به ۲۳/۷۵٪ اشاره نموده‌اند. افزون بر آن با استفاده از آزمون SCL-90-R در بررسی باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳) به میزان ۱۲/۵٪، کوکبه (۱۳۷۲) ۱۳٪، جاویدی (۱۳۷۲) ۱۶/۷٪، افشاری منفرد، بوالهروی، باقری یزدی (۱۳۷۴) ۱۴٪ و بهادرخان (۱۳۷۲) ۱۶/۶٪ اشاره شده است.

علت اختلاف در نتایج ارائه شده را می‌توان تا اندازه‌ای مربوط به متفاوت بودن سنین نمونه مورد بررسی، ابزار پژوهشی بیماریابی و استفاده از معیارهای طبقه بندی مختلف بیماریها دانست. هر چند در پژوهشهای یاد شده ارزیابی و تشخیص بیماری بر اساس مصاحبه روانپزشکی و یا تشخیص روانپزشک متفاوت بوده است.

با وجود این که شیوع اختلالات روانی در محیطهای صنعتی به روشنی گزارش نشده است اما شواهدی از آسیب پذیری بیشتر کارکنان مشاغل صنعتی وجود دارد. راس^(۵) و آلتمایر^(۶) (۱۹۹۴) دریافتند که بیشتر

1-Matson
3-Wallie
5-Ross

2-Ivanovich
4-Davidson
6-Altmaier

بررسیهای انجام شده بر این موضوع تأکید داشته که افرادی که تحت استرس زیادی قرار دارند بیشتر دچار بیماری می‌شوند و از سلامت روانی کمتری برخوردارند. برای نمونه کوپر^(۱) و ساترلند^(۲) (۱۹۸۷) نیز دریافته‌اند که وضعیت سلامت روان کارکنان صنایع نفت آمریکا در مقایسه با جمعیت عمومی نامناسبتر و به ویژه سطح اضطراب این افراد بگونه معنی‌داری بالاتر بوده است (به نقل از عطار، ۱۳۷۴). برخی از پژوهشها بر رابطه بین استرس در کارکنان و شیوه کنار آمدن با آن تأکید نموده‌اند (گرین گلاس^(۳) و برک^(۴)، ۱۹۹۱).

کاپلان^(۵) و سادوک^(۶) (۱۹۹۴) بر این باورند که طبقه کارگران به عوامل فشارزا آسیب پذیرتر از طبقه متوسط هستند و شواهد نشانگر این است که اختلالات روانی قابل درمان و هم نشانه‌های ناراحتی روانشناختی با بیشترین فراوانی در:

۱) پایین‌ترین طبقه اجتماعی - اقتصادی

۲) در میان افرادی بدون پیوستگیهای معنی‌دار اجتماعی

۳) در میان کسانی که نقشهای اجتماعی سودمندی ندارند یافت می‌شود.

هدف پژوهش حاضر بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی است که می‌تواند با پاسخ به پرسشهای زیر به روند فعالیتهای بهداشت روانی در آن مجتمع صنعتی کمک نماید:

الف) میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه مورد بررسی چگونه است؟

ب) شایعترین نشانه‌های روانی و بدنی در نمونه مورد بررسی کدامند؟

ج) آیا ارتباطی بین عوامل جمعیت شناختی چون کار در واحدهای مختلف صنعتی، سن، سابقه کار، میزان تحصیلات، شمار افراد خانوار، نوبت کاری، نوع کار (ستادی یا فنی) و تأهل، با آسیب‌پذیری روانی وجود دارد؟

د) آیا کار در محیط پر سر و صدا، گرمای زیاد و یا کار مخاطره آمیز در سلامت روانی تأثیر دارد؟ هدف دیگر

بررسی شناخت خدمات مورد نیاز بهداشت روانی و برنامه‌ریزی جهت ارتقاء آن است.

محیط پر سر و صدا، گرمای زیاد و مخاطره آمیز بودن کار توسط مسئول ایمنی محیط کار آن مجتمع صنعتی تعیین شده است.

روش

این بررسی از نوع بررسیهای توصیفی مقطعی است و به منظور تعیین سطح سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی انجام گردیده است.

جامعه آماری پژوهش کارکنان واحدهای تولیدی و مجتمع‌های صنعتی شامل کارکنان بخش تولیدی گوناگون است. برای انتخاب نمونه نخست فهرستی از مشخصات کارکنان تولیدی تهیه و سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۱۰ درصد تمامی واحدهای آن صنعت (۴۱۱ نفر) به شیوه تصادفی انتخاب و در پژوهش شرکت نمودند.

ابزار پژوهش را دو پرسشنامه به شرح زیر تشکیل داده است:

۱) پرسشنامه مشخصات دز بر دارنده اطلاعاتی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیل، محل کار، نوع کار، سابقه کار، چگونگی نوبت کاری، سابقه ناراحتی عصبی، سابقه مراجعه برای درمان می‌باشد.

۲) آزمون SCL-90-R^(۷): در این بررسی برای تعیین میزان سلامت روانی و سرزندگی افراد مشکوک به بیماری آزمون SCL-90-R (دراگوتیس^(۸)، ریکلز^(۹) و راک^(۱۰))، (۱۹۷۶) به کار برده شد. فرم اولیه این آزمون توسط

1-Cooper	2-Sutherland
3-Greenglass	4-Burke
5-Kaplan	6-Sadock
7-Symptom Checklist-90-Revised	
8-Derogatis	9-Rickels
10-Rock	

دراگوتیس، لیپمن^(۱) و کووی^(۲) (۱۹۷۳) ساخته شد و بر پایه تجربیات بالینی مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن تهیه گردید.

این آزمون یکی از پر استفاده‌ترین آزمونها در ایالات متحده است که افزون بر بیماران روانی در مورد معتادین به الکل و مواد مخدر، ناتوانیهای جنسی، بیماران سرطانی، مبتلایان به نارساییهای قلبی و افرادی که نیازمند مشاور بوده و همچنین به عنوان یک وسیله سرند و تشخیص با موفقیت به کار گرفته شده است (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳).

وایزمن و همکاران (۱۹۷۶) در یک بررسی بالینی بر روی افسردگی دریافتند که این آزمون می‌تواند بخوبی گروههای افسرده را از غیر افسرده معتاد جدا کند (وایزمن^(۳)، اسلوبتز^(۴)، پروسف^(۵)، مریس^(۶) و هووار^(۷)، ۱۹۷۶). بررسی دراگوتیس، لوبر^(۸)، فولستاین^(۹) و آبلوف^(۱۰) (۱۹۸۳) نیز نشان داده است که این آزمون به خوبی توانایی جدا کردن بیماران سرند شده نیازمند مداخله درمانی را از کسانی که نیاز به شیوه درمانی خاصی نداشتند، داشته است. در ایران بررسی میرزایی (۱۳۵۹) برای ارزیابی پایایی و اعتبار این آزمون نشان داد که این آزمون می‌تواند به عنوان وسیله سرند یا تشخیص بیماریهای روانی در ایران به کار برده شود.

بدنبال پژوهش میرزایی، بررسیهای همه گیر شناسی چندی درباره اختلالهای روانی (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳؛ کوکبه، ۱۳۷۲؛ افشاری منفرد و همکاران، ۱۳۷۴؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ بهادرخان، ۱۳۷۲) با استفاده از آزمون SCL-90-R برای سرند اولیه انجام شده است که در تمامی بررسیهای یاد شده این آزمون حساسیت، ویژگی و کارآیی خوبی را نشان داده است.

آزمون SCL-90-R دارای ۹۰ پرسش برای ارزیابی نشانه‌های روانی است. ۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد شکایات جسمانی، پرخاشگری، ترس مرضی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، وسواس و اجبار، افکار

پارانوئیدی و روان پریشی را در بر می‌گیرد. نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی نشانه‌های^(۱۱) مرضی. معیار ضریب ناراحتی^(۱۲) و جمع علایم مرضی^(۱۳) بدست می‌آید.

در بررسی حاضر آزمون توسط دو کارشناس روانشناس که آموزشهای لازم را دریافت کرده بودند، اجرا گردید. پیش از اجرا درباره هدفهای بررسی و شیوه پاسخگویی به پرسشها در جمع کارکنان صحبت شد، سپس در گروههای ۷ نفره با حضور کارشناسان یاد شده برای پاسخگویی به سؤالات احتمالی، کار شروع گردید.

در بررسی حاضر از ضریب کلی علایم مرضی (GSI) آزمون برای ملاک وجود احتمالی بیماری یا سلامت استفاده گردید. بر پایه یافته‌های بررسیهای پیشین کسانی که نمره GSI آنها بالاتر از میانگین بود بیمار احتمالی و آنهایی که کمتر از میانگین بود سالم احتمالی تلقی گردیدند (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳، بهادرخان ۱۳۷۲، ملکوتی و همکاران ۱۳۷۶).

برای تعیین اعتبار^(۱۴)، حساسیت^(۱۵) و کارآیی^(۱۶) آزمون پس از مشخص شدن افراد مشکوک به بیماری (۱۵۶ نفر) شماری از این گروه (۲۰ نفر) و نیز از افراد سالم برای مصاحبه تشخیصی به روانپزشک ارجاع شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک روشهای آمار توصیفی، آزمون t مستقل، خی دو و تحلیل واریانس یکطرفه صورت گرفت.

1-Lipman	2-Covi
3-Weissman	4-Slobetz
5-Prusoff	6-Mertiz
7-Howar	8-Lobo
9-Folstein	10-Abeloff
11-Global Severity Index (GSI)	
12-Positive Symptom Distress Index (PSDI)	
13-Positive Symptom Total (PST)	
14-validity	15-sensitivity
16-efficiency	

یافته‌ها

ویژگیهای جمعیت شناسی آزمودنیهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است و نشان می‌دهد که بیشتر افراد (۵۰٪) در دامنه سنی ۳۱-۴۰ سال قرار داشته و میانگین سنی آنان ۳۹/۶ سال بوده است.

از نظر میزان سابقه کار بیشترین فراوانی مربوط به طبقه ۱۱-۲۰ سال و کمترین میزان به طبقه ۱-۱۰ سال بود. میانگین سابقه کار این گروه ۱۷/۷ سال بوده است. بیشترین درصد افراد مورد بررسی، مرد، متأهل، روزکار و مشغول به کار فنی بوده‌اند. از نظر وضعیت مسکن نیز بیشترین فراوانی مربوط به منزل شخصی و کمترین مربوط به خانه سازمانی است.

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی

عوامل جمعیت شناختی	فراوانی	درصد
گروههای سنی (سال)		
۲۰-۳۰	۲۸	۶/۸
۳۱-۴۰	۲۰۶	۵۰/۱
۴۱-۵۰	۱۵۱	۳۶/۷
۵۱-۶۰	۲۶	۶/۳
سابقه کار (سال)		
۱-۱۰	۶۵	۱۵/۸
۱۱-۲۰	۱۸۹	۴۶
۲۱-۳۰	۱۵۷	۳۸/۲
جنسیت		
مرد	۳۹۴	۹۵/۹
زن	۱۷	۴/۱
نوبت کاری		
روزکار	۳۹۰	۹۴/۹
شب کار	۲۱	۵/۱
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۵	۳/۶
متأهل	۳۹۶	۹۶/۴
نوع کار		
ستادی	۲۲	۵/۴
فنی	۳۸۹	۹۴/۶
وضعیت مسکن		
اجاره‌ای	۱۲۲	۲۹/۷
سازمانی	۶۰	۱۴/۶
شخصی	۲۲۹	۵۵/۷
بعد خانوار		
۱-۴	۲۶۰	۶۳/۳
۵ به بالا	۱۳۶	۳۳/۱
میزان تحصیلات		
بی سواد	۳	۰/۷۳
ابتدایی	۱۵۰	۳۶/۵
راهنمایی	۹۶	۲۳/۴
دبیرستان	۶۶	۱۶/۱
دیپلم	۸۸	۲۱/۴
بالای دیپلم	۸	۱/۹

اطلاعات بدست آمده به کمک آزمون SCL-90-R (پیش از ارجاع برای تشخیص روانپزشکی) نشان می‌دهد که ۳۷/۹۶ درصد افراد بررسی حاضر مشکوک به داشتن بیماری بوده‌اند. بیشترین درصد افراد مشکوک به داشتن بیماری در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال با ۵۴/۵ درصد و کمترین افراد در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال با ۵/۱ بوده‌اند. ۵۳/۲٪ افراد مورد بررسی ۱۱-۲۰ سال سابقه کار و کمترین درصد بیماری (۱۶/۷٪) در گروه دارای ۱-۱۰ سال سابقه کار بود. ۹۶/۱٪ افراد مورد بررسی متأهل، ۹۴/۹٪ کارکنان فنی، ۹۶/۲٪ کارکنان روزکار بودند. ۴۷/۱٪ زنان مورد بررسی مشکوک به بیماری بودند. از نظر میزان تحصیلات بالاترین درصد افراد مشکوک به بیماری (۳۳/۳ درصد) در سطح تحصیلی ابتدایی قرار داشتند.

اما از نظر آماری همبستگی معنی داری میان جنسیت، میزان تحصیل، وضعیت تأهل، بعد خانوار، گروههای سنی، نوبت کاری، نوع کار از نظر فنی یا اداری و میزان سنوات کاری با ابتلا به اختلالات روانی بدست نیامد.

جدول ۲ سابقه ناراحتی روانی را در افراد مشکوک به بیماری نشان می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود ۷۳/۱ درصد این افراد داشتن مشکل روانی را در گذشته یادآور شده‌اند. از میان افرادی که سابقه ناراحتی روانی داشته‌اند ۵۲/۶ درصد برای درمان به روانپزشک، ۸/۸ درصد به پزشک عمومی و ۳۷/۷ درصد نیز برای درمان مراجعه نداشته‌اند. ۷/۹ درصد آنها سابقه بستری در بخش روانپزشکی را گزارش نموده‌اند.

جدول ۲- سابقه روانپزشکی افراد مشکوک به بیماری

سابقه ناراحتی روانی	فراوانی	درصد
بلی	۱۱۴	۷۳/۱
خیر	۳۷	۲۳/۷
مراجعه به پزشک		
مراجعه به پزشک عمومی	۱۰	۸/۸
مراجعه به روانپزشک	۶۰	۵۲/۶
سایر متخصصان	۱	۰/۸۸
هیچکس	۴۳	۳۷/۷
سابقه بستری در بخش روانپزشکی		
بلی	۹	۷/۹
خیر	۱۰۵	۹۲/۱

تمرکز بر ایجاد نگرشهای مثبت و جلب اعتماد و بهبود روابط بین کارکنان با توجه به یافته بالا می تواند گام مؤثری در ارتقاء سطح سلامت روانی آنها باشد.

بررسی به پرسشهای مقیاسهای آزمون، بیشترین درصدها در مقیاس پرخاشگری مربوط به پرسش ۱۱ (دلخور و عصبی شدن)، در مقیاس حساسیت میان فردی مربوط به پرسش ۳۶ (اعتقاد به درک و همدلی نشدن از سوی دیگران)، در مقیاس افکار پارانوئید مربوط به پرسش ۱۸ (احساس اینکه نمی توان به بیشتر مردم اعتماد کرد)، در مقیاس شکایتهای بدنی مربوط به پرسش ۴۲ (درد و کوفتگی در ماهیچهها)، در مقیاس افسردگی مربوط به پرسش ۳۰ (احساس غمگینی)، در مقیاس وسواس - اجبار مربوط به پرسش ۹ (فراموشکاری)، در مقیاس روان پریشی مربوط به پرسش ۹۰ (احساس دچار شدن به بیماری فکری) و در مقیاس ترس مرضی مربوط به پرسش ۷۰ (احساس ناراحتی در جمع) بوده است.

فراوانی پاسخ مثبت نسبت به کلیه پرسشهای آزمون نشان می دهد که بالاترین درصد پاسخ مثبت به ترتیب مربوط به پرسشهای ۱۸ (احساس اینکه به بیشتر مردم نمی توان اعتماد کرد)؛ ۴۲ (درد و کوفتگی در عضلات بدن) و ۱۱ (دلخور و عصبی شدن) می باشد.

جدول ۴ توزیع فراوانی مطلق و نسبی میانگین پاسخ افراد مورد بررسی را به مقیاسهای نه گانه آزمون نشان می دهد. میانگین کلی آزمون دلالت بر این دارد که ۶۴/۴٪ افراد مورد بررسی از نظر نشانه های یاد شده هیچگونه شکایتی نداشته اند، ۱۷/۱٪ کمی، ۸/۹٪ تا حدی، ۶/۵٪ زیاد و ۳/۵٪ شدت ناراحتی های خود را خیلی زیاد گزارش نموده اند.

میانگین و انحراف معیار مقیاسهای ۹ گانه آزمون SCL-90-R در جدول ۳ نشان داده شده. همان طور که ملاحظه می شود، ضریب کل علایم مرضی در بررسی حاضر ۰/۶۹ و میانگین کل نمرات مقیاسها از ۰/۳۴ تا ۰/۹۲ در نوسان بوده است. بیشترین شکایتها به ترتیب مربوط به شکایتهای بدنی، افکار پارانوئیدی و کمترین آنها مربوط به ترس مرضی و روان پریشی بوده است.

میانگین و انحراف معیار ابعاد ۹ گانه در افراد مشکوک به بیماری نشان می دهد که ضریب کلی علایم مرضی ۱/۳۵، بیشترین شکایتها بترتیب مربوط به شکایتهای بدنی، اضطراب، افسردگی و افکار پارانوئیدی و کمترین شکایتها مربوط به ترس مرضی و روان پریشی بوده است. میانگین نمرات افراد مشکوک به بیماری بین ۰/۷۶ تا ۱/۶۲ بوده است. همچنین ضریب کل علایم مرضی افراد بظاهر سالم در این بررسی ۰/۳۰ و بیشترین شکایتها بترتیب مربوط به شکایات بدنی و افکار پارانوئیدی بوده است.

با توجه به فراوانی مطلق و نسبی پاسخ افراد مورد

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار مقیاسهای نه گانه آزمون SCL-90-R در آزمودنیهای پژوهش

افراد مشکوک به بیماری (n=156)		افراد سالم (n=255)		کل (N=411)		مقیاس های نه گانه SCI-90-R
SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	
۰/۷۵	۱/۶۲	۰/۴۰	۰/۴۹	۰/۷۹	۰/۹۲	شکایات بدنی
۰/۷۳	۱/۴۳	۰/۲۹	۰/۳۱	۰/۷۶	۰/۷۴	وسواس - اجبار
۰/۷۴	۱/۲۷	۰/۲۸	۰/۲۶	۰/۷۰	۰/۶۴	حساسیت در روابط متقابل
۰/۷۲	۱/۴۸	۰/۲۶	۰/۲۹	۰/۷۶	۰/۷۴	افسردگی
۰/۸۱	۱/۵۱	۰/۲۴	۰/۲۴	۰/۸۲	۰/۷۲	اضطراب
۰/۸۴	۱/۲۷	۰/۲۹	۰/۲۶	۰/۷۵	۰/۶۴	پرخاشگری
۰/۷۸	۰/۷۶	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۵۹	۰/۳۴	ترس مرضی
۰/۷۹	۱/۴۸	۰/۴۳	۰/۴۶	۰/۷۷	۰/۸۵	افکار پارانوئید
۰/۶۲	۱	۰/۲۴	۰/۱۸	۰/۵۹	۰/۵۰	روان پریشی
۰/۵۸	۱/۳۵	۰/۱۸	۰/۳۰	۰/۶۴	۰/۶۹	GSI
۱۵/۳۵	۵۶/۴۵	۱۱/۲۹	۱۸/۹۵	۲۲/۳۵	۳۳/۱۸	PSI
۰/۵۵	۲/۱۳	۰/۴۹	۱/۴۰	۰/۶۲	۱/۶۸	PSDI

Andoosbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۱۶

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی میانگین پاسخ افراد مورد بررسی در مقیاسهای نه گانه آزمون SCL-90-R

مقیاسها	میچ (%)	کمی (%)	تا حدی (%)	زیاد (%)	شدت (%)
پرخاشگری	۶۶/۵۴	۱۶/۰۲	۷/۴۶	۶/۴۹	۳/۴۹
حساسیت میان فردی	۶۴/۳۷	۱۸/۴۹	۸/۴۶	۵/۹۸	۴/۵۷
افکار پارانوئید	۵۶/۲۴	۱۹/۱۸	۱۱/۷۶	۸/۹۶	۳/۸۵
شکایت جسمانی	۵۱/۸۶	۲۲/۴۴	۱۲/۰۸	۹/۱۴	۴/۴۶
اضطراب	۶۲/۷	۱۷/۲۵	۹/۲	۶/۹	۳/۹
افسردگی	۶۱/۳۹	۱۸/۵۷	۸/۸۰	۶/۹۸	۴/۲۷
وسواس	۶۰/۱۹	۱۹/۷۳	۱۰/۱۵	۶/۳۸	۳/۵۵
روان پریشی	۷۵/۸۴	۱۲/۰۴	۵/۷۴	۴/۳۱	۲/۰۷
ترس مرضی	۸۰/۷۸	۱۰/۴۳	۳/۷۹	۳/۴۸	۱/۵۳
جمع	۶۴/۴۳	۱۷/۱۳	۸/۹۴	۶/۵۱	۳/۵۲

سال چهارم/پیاپی ۴ بهار ۱۳۷۸
Vol. 4/NO. 4/Spring. 1999

برای آزمون این فرضیه که "در میزان آسیب پذیری روانی در گروه‌های مختلف مشغول به کار در کارخانجات تفاوت وجود دارد"، از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد و نتایج نشانگر آن بود که میان گروه‌های گوناگون از نظر سطح آسیب پذیری تفاوت معنی داری وجود نداشته است (جدول ۵).

مشکوک به بیماری شناسایی شدند، از نظر مصاحبه روانپزشکی نیز تشخیص بیماری دریافت کرده بودند. از میان افراد به ظاهر سالم، ۸ نفر مبتلا به اختلال روانی در حد ملایم تشخیص داده شدند که باین ترتیب حساسیت، ویژگی و کارایی آزمون به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۷۵ و ۰/۷۰ بدست آمد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس میانگین GSI آزمودنیهای پژوهش بر حسب کار در واحدهای مختلف مجتمع صنعتی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهها	۵/۰۳	۱۲	۰/۴۲		
درون گروهها	۱۶۱/۷۶	۳۹۸	۰/۴۱	۱/۰۳	N.S.
کل	۱۶۶/۷۸	۴۱۰	-		

برای یافتن تفاوت میان ضریب کلی علایم مرضی (GSI) در دو گروه افراد مشکوک به بیماری و افراد سالم از آزمون t مستقل استفاده گردید و نتایج نشان داد که تفاوت مشاهده شده در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است.

همچنین در مورد تأثیر سر و صدا، دمای بالای محیط کار و مخاطره آمیز بودن کار در سلامت روانی کارکنان، میانگین GSI در افرادی که در هر یک از شرایط یاد شده کار می‌کردند با استفاده از آزمون آماری t مستقل مورد مقایسه قرار گرفت ولی در هیچیک از موارد تفاوت معنی داری دیده نشد.

برای بررسی اعتبار تشخیصی آزمون، ۱۵ درصد (۲۰ نفر) از افراد مشکوک به بیماری و افراد سالم بطور تصادفی انتخاب و برای مصاحبه تشخیصی به روانپزشک ارجاع گردیدند. از میان افراد مشکوک به بیماری ۴ نفر سالم و ۱۶ نفر بیمار تشخیص داده شدند.

از میان افرادی که تشخیص بیمار را دریافت کرده بودند، ۱۵ نفر تحت درمان دارویی و یک نفر بستری گردید. برای ۴ نفر از بیماران افزون بر درمان دارویی پیشنهاد تغییر شغل و معرفی به مددکار اجتماعی گردید. به بیان دیگر ۸۰ درصد افرادی که در آزمون SCL-90-R

بحث در یافته‌ها

این بررسی میزان شیوع اختلالهای روانی را به کمک آزمون SCL-90-R ۳۷/۹۶ درصد نشان داد که به یافته بررسی داویدیان (۱۳۵۳) با ۴۳/۲ درصد نزدیک است. اما از یافته بررسی جلیلی و داویدیان (۱۳۷۰) با ۵۳/۸ درصد کمتر است. در مقایسه با بررسیهای انجام گرفته با آزمون SCL-90-R می‌توان گفت که میزان آسیب پذیری در این بررسی از دو برابر میانگین این بررسی‌ها نیز بیشتر است (باقری یزدی و همکاران، ۱۲/۵٪؛ کوکبه، ۱۳٪؛ جاویدی، ۱۶/۷٪؛ افشاری منفرد و همکاران، ۱۴٪؛ بهادرخان، ۱۶/۶٪). تفاوت در میزان آسیب پذیری در این بررسی با بسیاری از بررسیهای پیشین می‌تواند به دلیل شرایط اجتماعی، اقتصادی، تفاوت در سن آزمودنیها و مهمتر از همه شرایط و نوع کار افراد در بررسی حاضر باشد. مشاغل صنعتی به دلیل نوع و ماهیت کار دارای استرسهای ویژه‌ای برای کارکنان است که می‌تواند سلامت روانی آنها را به خطر بیاندازد. راس و آلتمایر (۱۹۹۴) بر این باورند، افرادی که تحت استرس زیادی قرار دارند بیشتر دچار بیماری شده و از سلامت

روانی کمتری برخوردارند. هارمن^(۱) (۱۹۹۶) به رابطه میان سن، سلامت جسمانی و نوبت کاری اشاره می‌نماید. کوپر و ساترلند (۱۹۸۷) نیز در بررسی خود دریافتند که سلامت روان کارکنان صنایع نفت در مقایسه با جمعیت عمومی نامناسبتر است.

بررسی ملکوتی و همکاران (۱۳۷۶) در مورد ارتباط استرس‌های شغلی و اختلالهای اضطراب و افسردگی نشانگر تأثیر مستقیم استرس بر پیدایش مشکلات روانی بوده است که تأییدی بر پژوهشهای پیشین (تنانت^(۲) و همکاران، ۱۹۷۸، پیکل^(۳)، ۱۹۶۹ و آندرو^(۴)، ۱۹۷۸، به نقل از ملکوتی و همکاران، ۱۳۷۶) بوده است.

ضریب کل علایم مرضی در بررسی حاضر ۰/۶۹ و بیشترین شکایتها به ترتیب مربوط به شکایات بدنی و افکار پارانوئیدی بوده است. در بررسی باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳) ضریب کل علایم مرضی ۰/۴۱ و بیشترین شکایتها افسردگی و شکایات بدنی، در بررسی جاویدی (۱۳۷۲) ضریب کل علایم مرضی ۰/۳۲ و بیشترین شکایتها، افکار پارانوئیدی، شکایات بدنی و حساسیت در روابط متقابل، در بررسی کوکبه (۱۳۷۲) ضریب کل علایم مرضی ۰/۲۶ و بیشترین شکایتها حساسیت در روابط متقابل، افکار پارانوئیدی و شکایات بدنی، در بررسی بهادرخان (۱۳۷۲) ضریب کل علایم مرضی ۰/۳۰ و بیشترین شکایتها، شکایات بدنی و افسردگی بوده است. در بررسی حاضر ضریب کل علایم مرضی به مراتب بالاتراز بررسیهای یاد شده بوده، هر چند در تمامی بررسیها، شکایات بدنی بیشتر گزارش شده بود. بررسی دراگوتیس (۱۹۷۶) افسردگی، اضطراب و وسواس بیشترین شکایات در افراد بیمار گزارش شده است. در این بررسیها نیز مانند بررسی حاضر کمترین شکایات مربوط به ترس مرضی و روان پریشی بوده است. همانطور که ملاحظه می‌شود در بیشتر بررسیهای انجام شده نیز مانند بررسی حاضر شکایات بدنی بیشترین فراوانی را در افراد بیمار داشته است. ولی اضطراب تنها

در بررسی باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳) و دراگوتیس از جمله بیشترین شکایات بوده است.

چنین تفاوتی را احتمالاً می‌توان به دلیل شرایط شغلی و نوع کار افراد مورد بررسی دانست. همان طور که بررسی کوپر (۱۹۸۶) نشان می‌دهد افرادی که در مشاغل استرس‌زا کار می‌کنند بیش از سایرین نشانه‌های اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند. ساترلند نیز رابطه بیشتر بین استرس و اضطراب نسبت به سایر اختلالهای روانی را مطرح کرده است. افزون بر آن نتیجه بررسی ملکوتی و همکاران (۱۳۷۶) نیز نشانگر همبستگی مثبت بین میزان استرس با اضطراب و افسردگی کارکنان بوده است.

گفتنی است که میانگین نمرات تمامی مقیاسهای ۹ گانه افراد مشکوک به بیماری در بررسی حاضر بیشتر از بررسیهای انجام شده پیشین بوده است. بیشترین شکایت در افراد سالم بررسی حاضر مربوط به شکایات بدنی و افکار پارانوئیدی است. در بررسی جاویدی (۱۳۷۲) حساسیت در روابط متقابل، شکایات بدنی، در بررسی میرزایی (۱۳۵۹) شکایات بدنی، حساسیت در روابط متقابل، در بررسی باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳) شکایات بدنی، افسردگی، در بررسی کوکبه (۱۳۷۲) افکار پارانوئیدی، حساسیت در روابط متقابل و در بررسی بهادرخان (۱۳۷۲) افکار پارانوئیدی، وسواس، شکایات بدنی به عنوان بیشترین شکایات افراد سالم مطرح شده است.

در تمامی بررسیهای یاد شده نیز، مانند آنچه در مورد افراد مشکوک به بیماری مورد بحث قرار گرفت، شکایات بدنی از جمله بیشترین شکایات افراد سالم بوده است.

فراوانی مطلق و نسبی پاسخ افراد مورد بررسی به پرسشهای مقیاسهای آزمون با بیشتر نتایج بررسیهای انجام شده (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳؛ میرزایی،

1-Harman

2-Tenant

3-Paykel

4-Andrews

۱۳۵۹؛ کوبه، ۱۳۷۲؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ بهادرخان، ۱۳۷۶) در مقیاسهای وسواس اجبار، افکار پارانوئیدی، افسردگی، پرخاشگری و حساسیت در روابط متقابل تقریباً مشابه ولی در مقیاسهای شکایات بدنی، ترس مرضی، اضطراب و روان پریشی متفاوت بوده است.

بیشترین درصد پاسخ افراد مورد بررسی در مقیاس شکایات جسمانی مربوط به "درد و کوفتگی در عضلات بدن" و در مقیاس اضطراب مربوط به "فشارهای روحی و گرفتگی" بوده است.

بیشترین درصد پاسخ مثبت مربوط به شکایات جسمانی در بررسی جاویدی (۱۳۷۲) و بهادر خان (۱۳۷۲) "گرگرفتگی" و در بررسی کوبه (۱۳۷۲) و باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳) "سردرد" گزارش شده است.

بالاترین درصد پاسخ مثبت افراد در بررسی حاضر نشانگر بی اعتمادی و نگرش منفی نسبت به دیگران در بین کارکنان است که بخودی خود می تواند آسیبهای جدی در روابط میان فردی و احتمالاً در میزان همکاری کارکنان با برنامه های سازمان وارد نماید.

تمرکز بر ایجاد نگرشهای مثبت و جلب اعتماد و بهبود روابط بین کارکنان با توجه به یافته بالا می تواند گام مؤثری در ارتقاء سطح سلامت روانی آنها باشد.

این بررسی نشان داد که ۶۴/۴ درصد آنها از نظر نشانه های یاد شده در آزمون شکایتی نداشته اند. این میزان در بررسیهای جاویدی، کوبه، بهادرخان، باقری یزدی و همکاران بترتیب ۷۶/۸۲٪، ۸۴/۳٪، ۸۲/۱۵٪ و ۸۳/۲۹٪ گزارش شده است.

همان گونه که در بخش یافته ها گفته شد این بررسی نشان داد که بین کارکنان واحدهای مختلف آن مجتمع صنعتی از نظر سطح آسیب پذیری روانی تفاوت معنی داری وجود ندارد که چنین یافته ای شاید نشان دهنده شرایط یکسان و نزدیک بهم کارکنان در واحدهای مختلف آن مجتمع باشد. همچنین عدم وجود رابطه یا تفاوت در

سطح آسیب پذیری کارکنان و عوامل محیط کار (سر و صدا، دما و میزان خطرناک بودن کار) می تواند به شرایط یکسان کارکنان مربوط باشد.

این بررسی میان سن و اختلالات روانی ارتباط معنی داری را نشان نداد که با یافته های جاویدی (۱۳۷۲)، لین^(۱) (۱۹۵۲) و رگیس^(۲) دارل رژیل^(۳) (۱۹۷۸) به نقل از جاویدی (۱۳۷۲) همخوان می باشد. اما در بررسیهای دیگران چون یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، پالانگ و همکاران (۱۳۷۵)، افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۴)، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، بهادرخان (۱۳۷۲) به وجود رابطه معنی دار در این زمینه اشاره شده است. بررسیهای یاد شده نشان می دهند که در سنین باروری و میانسالی ابتلا به اختلالات روانی بیش از سایر گروههای سنی بوده است و میزان شیوع اختلالات روانی با افزایش سن کاهش می یابد. در بررسی حاضر نیز بیشترین درصد افراد مشکوک به بیماری در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال و کمترین درصد در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشته اند. در بررسی عطار (۱۳۷۴) در یک مجتمع صنعتی رابطه منفی میان سن و سلامت روانی مطرح شده، به طوریکه با افزایش سن استرس افراد افزایش یافته و سلامت روانی آنها کاهش می یابد که علت آن کاهش نیروی بدنی، بازنشستگی، از کار افتادگی و آسیب پذیری بیشتر در برابر استرسها دانسته شده است.

در مطالعه حاضر بین میزان سابقه کار و آسیب پذیری روانی ارتباط معنی داری بدست نیامد. بررسی عطار (۱۳۷۴) نشان می دهد که با طولانی شدن سابقه کار سلامت روان کاهش می یابد و علت آنرا طبق نظر کلی^(۴) (۱۹۷۰) در معرض استرس بودن در طی زمان طولانی و حساسیت بیشتر به استرس و از این رو افزایش احتمال ابتلا به بیماری روانی توضیح می دهد.

1-Lin

2-Verghees

3-Darl Rejeil

4-Kelly

در مورد وضعیت تأهل و ابتلا به اختلالات روانی ارتباط معنی داری به دست نیامده است. البته در بسیاری از بررسیها (افشاری منفرد و همکاران، ۱۳۷۶؛ باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۵؛ عطار؛ پالانگ و همکاران، ۱۳۷۵) میزان شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل بیشتر گزارش شده است. در بررسی حاضر نیز درصد افراد مشکوک به بیماری در میان متأهلین بیشتر از افراد مجرد است اما احتمالاً به دلیل تعداد کم افراد مجرد ارتباط معنی دار بدست نیامده است.

همچنین رابطه معنی داری میان میزان تحصیلات و ابتلا به اختلالات روانی در بررسی حاضر به دست نیامد. هر چند بیشترین درصد افراد مشکوک به داشتن اختلال روانی تحصیلات ابتدایی داشته‌اند، بررسی‌های بهادرخان (۱۳۷۲) کوکبه (۱۳۷۲) و عطار (۱۳۷۴) نیز در این مورد ارتباط معنی داری نشان نداده است. اما در بررسی‌های باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳؛ جاویدی؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴؛ پالانگ و همکاران، ۱۳۷۵ افراد با تحصیلات بالاتر کمتر بیمار بوده‌اند.

در بررسی حاضر بین نوع کار (دفتری یا فنی) و ابتلا به اختلالات روانی رابطه معنی داری بدست نیامد. هر چند بیشترین درصد افراد مشکوک به بیماری به کار فنی مشغول بوده‌اند که همخوان با یافته‌های بررسی عطار (۱۳۷۴) است.

همچنین در مطالعه حاضر بین تعداد خانوار و ابتلا به اختلالات روانی ارتباط معنی داری بدست نیامد. هر چند در بررسی‌های باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳) و یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) میان اختلال روانی و تعداد افراد خانوار رابطه معنی داری گزارش شده است. کمبودهای عاطفی و اقتصادی، رقابت و کشمکش میان خواهرها و برادرها و وجود بیشتر فشارهای روانی در خانواده‌های پرجمعیت از جمله عوامل توجیهی در این مورد بیان شده است. یافته‌های بررسی حاضر مبنی بر عدم ارتباط معنی دار

میان متغیرهای مورد نظر و سطح آسیب پذیری را می‌توان به شرایط یکسان شغلی و یا نزدیک بهم بودن آن در افراد مورد بررسی نسبت داد. از یافته‌های قابل توجه این بررسی آسیب پذیری بیشتر آزمودنیها در مقایسه با سایر بررسی‌های انجام شده با آزمون SCL-90-R است و می‌تواند نشان‌دهنده آسیب پذیری بیشتر کارکنان صنعتی در مقایسه با جمعیت عادی باشد. در بررسی سلامت روانی کارکنان عواملی چون خشنودی شغلی و استرسهای کاری از مهمترین عوامل به شمار می‌روند (عطار، ۱۳۷۴؛ کوپر، ۱۹۸۶؛ راس و آلتمایر، ۱۹۹۴).

به نظر می‌رسد که در بررسی حاضر نیز با توجه به درصد بالای آسیب پذیری در مقایسه با بررسی‌های انجام شده و بدست نیامدن رابطه معنی دار میان ویژگیهای مورد نظر و آسیب پذیری، می‌توان به اهمیت استرسهای ویژه محیط‌های صنعتی در آسیب پذیری روانی اشاره نمود.

در این بررسی پس از سرند اولیه با آزمون SCL-90-R به دلیل محدودیتها از ارزیابی روانپزشکی برای تعیین نوع اختلالها استفاده نگردید.

پیشنهاد می‌شود پژوهشهای مشابهی در سایر مجتمع‌های صنعتی با آزمون SCL-90-R صورت پذیرد تا بتوان نقطه برش معینی را برای چنین محیط‌هایی بدست آورد.

افزون بر آن در بررسی سطح سلامت روانی کارکنان لازم است که عواملی چون خشنودی شغلی و استرسهای شغلی نیز مورد توجه قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاری و راهنماییهای سودمند آقای دکتر جعفر بوالهروی سپاسگزاری و قدردانی می‌شود. همچنین از آقای عیسی کریمی کیسی که زحمت تحلیل داده‌ها را عهده دار شدند و از سرکار خانم رقیه میرزایی به دلیل همکاری در این پژوهش قدردانی می‌نمایم.

جا دارد که از کلیه مسئولین محترم مجتمع صنعتی که

اجرای پژوهش را ممکن ساخته و به ویژه از کارشناسان روانشناسی آقایان اسماعیل حمزه و ناصر حسین زاده تشکر نمایم.

منابع

- افشاری منفرد، ژاله؛ بوالهروی، جعفر؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۶). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای عمومی شهر سمنان. *طب و تزکیه*، شماره ۲۶، ۱۵-۱۰.
- باقری یزدی، عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود؛ (۱۳۷۳). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۱، ۴۱-۳۲.
- بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد - خراسان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد نقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، صص ۲۷-۱۹.
- رابینز، استیفن (۱۳۷۳). مدیریت رفتار سازمانی. ترجمه علی پارسائیان، محمد اعرابی، تهران: مؤسسه مطالعات و پژوهش های بازرگانی.
- راس، رندال، ر؛ آلتمایر، الیزابت، م. (۱۳۷۷). *استرس شغلی*. ترجمه: غلامرضا خواجه پور. تهران: سازمان مدیریت صنعتی.
- جاویدی، حجت ا... (۱۳۷۲). *بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت - فارس*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- جلیلی، احمد و داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای روانی در یک روستا در حاشیه کویر. خلاصه مقالات سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی

روانشناسی در ایران.

- داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ وارثکس، نهایتین؛ معتبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی مقدماتی شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر، ۱۳۵۰)، *مجله بهداشت ایران*، سال سوم، شماره ۴، ۱۵۶-۱۴۵.
- رابینز، استیفن (۱۳۷۳). *مبانی رفتار سازمانی*، ترجمه قاسم کبیری، تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی.
- ساعتچی، محمود (۱۳۷۵). *روانشناسی کاربردی برای مدیران*. نشر ویرایش.
- عطار، حمید (۱۳۷۴). *بررسی رابطه استرس شغلی با خشنودی شغلی و سلامت روان کارکنان یک مجتمع صنعتی*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- کورمن، آبراهام (۱۳۷۰). *روانشناسی صنعتی و سازمانی*. ترجمه حسین شکرکن. تهران: انتشارات رشد.
- کوکبه، فرخ (۱۳۷۳). *بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذر شهر تبریز*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ملکوتی، کاظم؛ بخشانی، نورمحمد؛ زهروی، طاهره (۱۳۷۳). *بررسی ارتباط استرسهای شغلی و اختلالات افسردگی و اضطراب در کارکنان بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی زاهدان*. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۲ و ۳، صص ۸۵-۷۶.
- ملکوتی، کاظم؛ بخشانی، نورمحمد؛ بابایی، غلامرضا؛ متقی پور، یاسمن (۱۳۷۶). *رتبه بندی رویدادهای استرسزا و ارتباط آن با اختلالات روانی در جمعیت عمومی زاهدان*. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۳، ۲۸-۱۷.
- میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری؛ دانشگاه تهران.
- یعقوبی، نور...؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد نقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). *بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا، گیلان*.

Harman, M. (1996). Aging, physical fitness and shift work tolerance. *Applied Ergonomics*, 27, 25-29.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1994). *Synopsis of psychiatry*. (7th ed.). William and Wilkins Company.

National Safety Council (1992). *Accident prevention: manual for business, industry & technology*. (10th Ed.) U. S. A.: National Safety Council.

Ross, R., & Altmaier, E. M. (1994). Intervention occupational stress, Sage Publication.

Weissman, M. M., Slobetz, F., Prusoff, B., Meritz, M. & Howard, P. (1976). Clinical depression among narcotic addicts in the community. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1434-1439.

فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول. شماره ۴، ۶۵-۵۵.

Bash, K. W. (1964). A psychiatric study of the city of Shiraz (Fars Province). Paper presented at *WPA International Symposium of Epidemiological Studies in Psychiatry*, Tehran, Iran.

Cooper, C., & Sutherland, V. (1987). Job stress, mental health and accidents among offshore workers in the oil and gas extraction industries. *Journal of Occupational Medicine*, 29, 119-125.

Cooper, C., & Payne, R. (1980). *Current concerns in occupational stress*. New York: John Wiley.

Cooper, C., & Marshall, J. (1976). Occupational source of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental illness. *Journal of Occupational Psychology*, 49, 11-28.

Derogatis, L. R. Lin, T. A. (1953). Study of the incidence of mental disorders in Chinese and other cultures. *Psychiatry*, 16, 313-318.

Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.

Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.

Elo, A. L. (1994). Assessment of mental stress factors at work. In C. Zenz (Ed.). *Occupational Medicine* (3rd Ed.). New York: Mosby-Year Book Inc.

Greenglass, E. R., & Burke, R. J. (1991). The relationship between type As, coping and work stress. *Journal of Social, Behavior and Personality*, 6, 361-373.

Andeesheh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار

۲۲

سال چهارم بهار ۱۳۷۸
Vol. 4/NO. 4/Spring 1999