



بررسی از کارافتادگی و استراحت‌های پزشکی ناشی از بیماری‌های روانپزشکی در بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران

دکتر مهدی نصر[†]، ربابه نوری قاسم آبادی[‡]، عیسی کریمی کیسی^{‡‡‡}

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی بیماری‌های روانپزشکی منجر به از کارافتادگی و استراحت‌های پزشکی در کمیسیون اعصاب و روان سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران است. از میان ۸۱۰ بیمار که در طول سالهای ۱۳۷۳-۱۳۷۲ به این کمیسیون ارجاع شدند، ۱۲۸ نفر به علت ناقص بودن اطلاعات دریافت شده حذف شدند و نمونه پژوهش به ۶۸۲ نفر (۱۴۱ نفر از کار افتاده، ۴۲۹ نفر تأیید استراحت پزشکی و ۱۱۲ نفر از کار افتاده نشده) کاهش یافت. یافته‌ها نشان داد که اختلال‌های خلقی، شایعترین اختلال روانپزشکی منجر به از کار افتادگی (۲۰/۹٪) و استراحت‌های پزشکی (۵۰/۴٪) است. اختلال‌های روانپزشکی به طور معنی‌داری بیش از اختلال‌های عصب شناختی منجر به از کار افتادگی و استراحت پزشکی شدند. به طوری که ۵۶/۹٪ از کار افتادگان و ۸۳/۵٪ کل مراجعان استراحت پزشکی را به خود اختصاص دادند. در حالی که اختلال‌های عصب شناختی در ۴۳/۱٪ از کار افتادگان و ۱۶/۵٪ مراجعان استراحت پزشکی سبب مراجعه آنها گردیده و این تفاوتها از نظر آماری معنی‌دار است. ۳۲/۳٪ از کار افتادگان را کارگران ساده و ۲۸/۳٪ استراحت‌های پزشکی را کارگران ماهر تشکیل دادند. میانگین سن از کار افتادگی ۴۶ سال بود که به طور متوسط منجر به از دست رفتن ۱۴ سال شغل (و در کل ۱۹۷۴ سال) گردید. گروه استراحت پزشکی با میانگین سن و سنوات خدمتی که به طور معنی‌داری کمتر از گروه از کار افتاده بود، به اندازه گروه از کار افتاده، استراحت‌های پزشکی داشتند (۵/۲ ماه در برابر ۵/۵) و این تفاوت معنی‌دار نبود؛ در حالی که شمار مراجعان استراحت پزشکی ۴ برابر گروه از کار افتاده است و چنانچه روزهای از دست رفته شغلی به تعداد مراجعان بخش گردد گروه استراحت پزشکی و از کار افتاده به ترتیب ۶۴/۳ و ۲۳/۳ روز شغلی را از دست داده‌اند.

کلید واژه: اختلال‌های روانپزشکی، کارگران، از کار افتادگی، استراحت پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی.

- # روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ## دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- ### کارشناس مسئول گروه پژوهش. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

امروزه نیروهای انسانی بزرگترین عامل رشد و ترقی هر سازمان و جامعه‌ای هستند. از این رو از سالهای نخست دهه ۱۹۵۰، به جنبه‌های اجتماعی انسان در دنیای کار بیشتر توجه شده است، روان شناسان صنعتی و سازمانی به ارائه نظریه‌های مربوط به رفتار انسان در محیط کار پرداخته‌اند (کورمن، ۱۳۷۰) و متخصصانی برای مشخص کردن زیانهای محیط‌های شغلی متفاوت برای سلامت کارکنان فعالیت نموده‌اند (زنس^(۱)، دیکرسون^(۲)، هوواریت^(۳)، ۱۹۹۴). هدف متخصصان بهداشت در محیط‌های شغلی، کاهش اثرات منفی استرسها و شرایط نامناسب محیط کار بر افراد و پیشگیری از بیماری کارکنان به علت شرایط و ماهیت کار می‌باشد. با این حال به دلایلی افراد در محیط کار دچار بیماری گردیده و آسیب می‌بینند. وجود چنین آسیبی می‌تواند به ناتوانی و از کار افتادگی فرد بیانجامد. از نظر روانپزشکی، از کار افتادگی که با اصطلاح ناتوانی از آن یاد می‌شود وضعیتی است که در آن به دنبال یک آسیب، توانایی انجام فعالیت به صورت یک انسان معمولی از میان رفته و یا محدود شده است (کمپبل^(۴)، ۱۹۹۰). بر پایه تعریف قانون تأمین اجتماعی، از کارافتادگی عبارت است از کاهش قدرت بیمه شده به اندازه‌ای که نتواند با اشتغال به کار سابق یا کار دیگری بیش از یک سوم درآمد پیشین خود را به دست آورد (طالب، ۱۳۷۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهند محیط شغلی و استرسهای شغلی می‌توانند باعث ایجاد بیماری روانی در کارکنان شده و یا روند ایجاد بیماری روانی را تسریع نمایند. به دنبال تجربه استرس شغلی، فرد به بیماری روانی مبتلا شده و از کار افتاده و ناتوان می‌گردد (کاپلان^(۵) و همکاران، ۱۹۹۴).

یافته‌های بررسیهای چندی تأثیر شرایط و استرسهای محیط کار را بر سلامت روان و جسم کارکنان تأیید نموده‌اند. انیل^(۶) و همکاران (۱۹۸۵) دریافته‌اند که محیط شغلی و استرسهای شغلی اثرات منفی بر سلامت جسم و روان دارد. برودسکی^(۷) (۱۹۸۴) برپایه تجارب ۱۸ ساله

خود و بررسی‌های جامع بر روی بیش از ۲۰۰۰ بیمار، اثر استرسهای شغلی را اضطراب، ترس، بی‌خوابی، تحریک پذیری، خستگی، ناتوانی در تمرکز و بیماریهای جسمانی مانند اختلالهای قلبی - عروقی و معدی - روده‌ای می‌داند. گرین لوند^(۸) و همکاران (۱۹۹۵) و تئوریل^(۹) و کاراسک^(۱۰) (۱۹۹۶) نیز رابطه میان استرس شغلی و اختلالهای قلبی - عروقی را تأیید نمودند. شنکر^(۱۱) و فامویاوا^(۱۲) (۱۹۹۱) گزارش دادند که ۳۳٪ کارگران یک مؤسسه دچار مشکلات روانی از جمله اضطراب، اختلالهای خواب و افسردگی بوده‌اند. به طور کلی سطح پایین بهداشت روان با میزان بالای استرس شغلی و میزان اندک حمایت اجتماعی رابطه داشت.

یاماتانی^(۱۳)، بالاس^(۱۴) و دوسیلویا^(۱۵) (۱۹۸۸) دریافته‌اند کارگرانی که مشکلات اقتصادی، حقوقی، قانونی و خانوادگی، به ویژه مشکل در ازدواج داشتند، بیشتر از سایرین دچار غیبت از محل کار، کاهش کارآیی، اختلال در شغل، از کارافتادگی و پیشامدهای شغلی شدند. برای هر یک از این کارکنان به دلیل از کارافتادگی یا استراحت‌های پزشکی سازمان مربوطه، ۳۶۰۰ دلار هزینه نمود. پژوهشهای چندی نشان دادند که بسیاری از کارکنان برای رویارویی با شرایط و استرس محیط کار به مصرف و سوء مصرف مواد روی می‌آورند (فیمیان^(۱۶) و همکاران، ۱۹۸۵، ویولاتتی^(۱۷) و همکاران، ۱۹۸۵ و هریس^(۱۸) و فنل^(۱۹)، ۱۹۹۸). ملکوتی و همکاران (۱۳۷۳) در پژوهش خود در زمینه رابطه بین استرسهای شغلی و

- | | |
|-------------|-------------|
| 1-Zens | 2-Dickerson |
| 3-Hovarth | 4-Campbell |
| 5-Kaplan | 6-O'Neill |
| 7-Brodsky | 8-Greenlund |
| 9-Theorell | 10-Karasek |
| 11-Shankar | 12-Famuyiwa |
| 13-Yamatani | 14-Ballas |
| 15-Desilvia | 16-Fimian |
| 17-Violanti | 18-Harris |
| 19-Fennel | |

اختلالات روانی، بین استرس شغلی و افسردگی و اضطراب رابطه‌ای معنی‌دار یافتند. عطار (۱۳۷۵) بین استرس شغلی و سلامت روان رابطه‌ای منفی و قوی (۰/۷۱-) و بین خشنودی شغلی و سلامت روان رابطه‌ای قوی و مثبت به دست آورد (۰/۷۱).

یکی دیگر از عوامل فرسودگی نیروی انسانی، غیبت استلاجی^(۱) است. غیبت از کار^(۲) یعنی حاضر نشدن در سرکار مورد انتظار بنا به هر دلیلی اعم از پزشکی و غیره. اصطلاح غیبت استلاجی در مورد غیبت‌هایی به کار می‌رود که ناشی از صدمه یا بیماری می‌باشند. بیماری یک مفهوم عینی است و توسط پزشک تشخیص داده می‌شود، ولی تمام بیماریها منجر به غیبت از کار نمی‌گردند. پدیده "غیبت استلاجی" هنگامی رخ می‌دهد که فرد احساس می‌کند از شرایط بهنجار خارج شده و این تغییر می‌تواند او را از انجام کار باز دارد. این رفتار، رفتار شخصی است و بستگی به تصمیم فرد مبنی بر کار نکردن وی دارد (متز^(۳) و لادو^(۴)، ۱۹۹۴).

بیماری‌های روانی، علت عمده غیبت از کار می‌باشند (کاپلان و همکاران، ۱۹۹۴). در انگلستان، سالانه ۱۳/۵ روزکاری تلف می‌شود و این میزان می‌تواند همراه با ناخشنودی شغلی افزایش یابد. میزان غیبت‌های شغلی در کارگران غیرماهر بیشتر است (آرجیل^(۵)، ۱۹۹۴). استرس شغلی بیشترین رابطه را با غیبت از کار دارد و این امر در افراد مطلقه یا جدا شده از عوامل اساسی منجر به غیبت از کار است (کورمن، ۱۳۷۰؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۴؛ راس^(۶) و آلتمایر^(۷)، ۱۹۹۴؛ آرجیل، ۱۹۹۴). در هر حال، علت از کارافتادگی و غیبت‌های استلاجی یا استراحت‌های پزشکی ناشی از بیماریهای روانپزشکی هر چه باشد این دو پدیده پیامدهای اقتصادی سنگینی برای جامعه دارند. از جمله هزینه درمان بیماریها و هزینه‌های مربوط به از دست رفتن زمان کار و تولید، ناشی از بیماری (راس و آلتمایر، ۱۹۹۴). حداد^(۸) (۱۹۹۴) هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بیماری

افسردگی در آمریکا را برآورد نمود: هزینه‌های مربوط به از دست دادن نیروی تولیدی به علت بیماری برابر با ۱۰ بیلیون دلار و هزینه‌های مربوط به از دست دادن نیروی تولیدی به علت خودکشی برابر با ۴/۰۲ بیلیون دلار بود. ویت^(۹) و همکاران (۱۹۹۵) هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بیماری اسکیزوفرنیا را در طول یک سال محاسبه نمودند. هزینه‌های غیر مستقیم بیماری برابر با ۴۶ میلیون دلار بود که شامل از دست دادن قدرت تولید اقتصادی می‌شود و از این مبلغ ۲۴ میلیون مربوط به غرامت و از دست دادن نیروی کار بیماران و ۷ میلیون به خودکشی بیماران و از دست رفتن نیروی تولید اقتصادی آنان مربوط می‌شد.

طبق بررسی‌های همه‌گیرشناسی مناطق مختلف کشور، میزان شیوع اختلالات روانی ۱۲/۵٪ تا ۱۶/۷٪ است (پالاهنگ، ۱۳۷۵). گزارش سازمان تأمین اجتماعی در مورد از کار افتادگیها نشان می‌دهد، بیشترین میزان از کارافتادگی مربوط به کمیسیون اعصاب و روان است که به تنهایی ۳۲٪ کل افراد از کار افتاده را به خود اختصاص داده است (جنانی، ۱۳۷۵). با توجه به این ارقام و با توجه به هزینه‌های سنگینی که به دنبال هدر رفتن نیروی تولید از دست رفتن روزها و سالهای کاری و یا غرامت بر نظام اقتصادی وارد می‌آید، هنوز هیچ اطلاعی در زمینه بیماریهای روانپزشکی منجر به از کارافتادگی یا استراحت‌های پزشکی در دست نیست. همچنین از ویژگیهای بیماران روانپزشکی از کار افتاده، مهمترین بیماری روانپزشکی منجر به از کار افتادگی یا استراحت پزشکی، سن متوسط افراد از کار افتاده و یا مراجعان استراحت پزشکی و یا متوسط روزها و سالهای از دست

| | |
|------------------------|---------------|
| 1-sickness-absenteeism | 2-absenteeism |
| 3-Mets | 4-Ladou |
| 5-Argyle | 6-Ross |
| 7-Altmaier | 8-Haddad |
| 9-Wyatt | |

رفته شغلی نیز که بر پایه آن، برنامه‌های بهداشت روانی محیط کار و یا برنامه‌های پیشگیری و حمایت از مشاغل و کارکنان آسیب‌پذیر اجرا می‌گردد آگاهی کمی در دست است. دست یافتن به این اطلاعات، از جمله اهداف پژوهش حاضر است.

روش

پژوهش حاضر از نوع مقطعی بوده و به منظور بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی منجر به از کارافتادگی و استراحت‌های پزشکی ناشی از بیماری‌های روانپزشکی بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران انجام شده است.

جامعه پژوهش را کلیه بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی تشکیل داده‌اند که به کمیسیون اعصاب و روان این سازمان برای بررسی وضعیت از کارافتادگی و استراحت پزشکی (غیبت استعلاجی) ارجاع شده‌اند. دلیل انتخاب این سازمان، حجم بالای کارکنان بیمه شده می‌باشد. شمار بیمه‌شدگان این سازمان تا پایان دی ماه ۱۳۷۳ برابر ۴۳۷۷۲۳۸ نفر بود (سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۷۴). با توجه به اینکه استان تهران، بالاترین میزان بیمه‌شدگان تحت پوشش را دارد (۱۳۰۷۳۳۰ نفر) یعنی بیش از $\frac{1}{4}$ بیمه‌شدگان در سطح کشور (همان جا)، نمونه پژوهش به استان تهران و کلیه بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی شهر تهران که به کمیسیون اعصاب و روان مراجعه نمودند، محدود گردید.

در طول یک سال اجرای پژوهش (اردیبهشت سال ۱۳۷۲ تا اردیبهشت سال ۱۳۷۳) ۸۱۰ نفر به این کمیسیون مراجعه نمودند. از این عده، ۱۲۸ نفر به علت عدم تکمیل مدارک، نامشخص بودن سیر بیماری و درمان و نامشخص بودن تشخیص از نمونه حذف شدند، در نتیجه نمونه پژوهش به ۶۸۲ نفر محدود گردید. از میان این عده، ۲۵۳ نفر (۳۷/۱٪) جهت از کارافتادگی و ۴۲۹ نفر (۶۲/۹٪) جهت تأیید استراحت پزشکی مراجعه

نمودند. از میان مراجعان از کارافتادگی ۱۴۱ نفر از کار افتاده شدند (۲۰/۷٪). کلیه مراجعان به کمیسیون و ۵۵/۷٪ کلیه مراجعان از کارافتادگی). از میان مراجعه کنندگان تأیید استراحت پزشکی، استراحت پزشکی ۴۷۸ نفر تأیید شد (۷۰/۱٪). کلیه مراجعان). گفتنی است که ۲۷ نفر از مراجعان استراحت پزشکی از کار افتاده و ۲۲ نفر از افراد از کار افتاده، استراحت پزشکی نیز دریافت کردند. به این ترتیب، جمعاً ۴۹ نفر هم از کار افتاده شدند و هم استراحت پزشکی دریافت کردند.

ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه و پرسشنامه بود. ابتدا توسط پرسشنامه‌ای که نگارندگان تهیه نمودند، اطلاعات شخصی مراجعان گردآوری گردید. مطالب این پرسشنامه عبارت بود از: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و شغلی، سابقه اختلالات روانپزشکی، علت مراجعه به کمیسیون، مدت زمان استفاده از مرخصی استعلاجی، نظر کمیسیون و تشخیص بیماری. سپس با استفاده از مصاحبه روانپزشکی با بیمار و خانواده وی و برپایه معیارهای تشخیصی DSM-III-R توسط دو روانپزشک و بنا به ضرورت یک نورولوژیست، نوع اختلال روانپزشکی و عصب‌شناختی تعیین گردید. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی را نشان می‌دهد.

داده‌های پژوهش با تأکید بر داده‌های گروه‌های از کار افتاده شده و استراحت پزشکی تجزیه و تحلیل شد. گفتنی است که دامنه تشخیص‌ها بسیار متنوع و فراوانی هر یک از اختلالات بسیار اندک بود و به همین دلیل از طبقات کلی بیماری‌های روانپزشکی استفاده گردید. از آنجا که به کمیسیون اعصاب و روان سازمان، هم بیماران روانپزشکی و هم بیماران عصب‌شناختی ارجاع می‌گردیدند و امکان جدایی این بیماران نبود، طبقه‌ای کلی با نام اختلالات عصب‌شناختی نیز در تجزیه و تحلیل‌های آماری افزوده شد.

یافته‌ها

شمار مردان در گروه از کار افتاده و گروه استراحت پزشکی

به طور معنی‌داری بیشتر از زنان بود (به ترتیب $p < 0/01$ ، $Z=12/3$ و $p < 0/01$ ، $Z=24/6$).

آزمون خی دو، تفاوت معنی‌داری را از نظر شغل میان

یافته‌های پژوهش در سه گروه از کار افتاده شده،

استراحت پزشکی و از کار افتاده نشده تفاوت معنی‌داری

را بین سه گروه از نظر جنسیت نشان نداد (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنسیت، وضعیت شغلی، اختلالات روانپزشکی و عصب‌شناختی، تشخیص‌های روانپزشکی، محل کار، وضعیت کار در گروه‌های از کار افتاده، استراحت پزشکی و از کار افتاده نشده.

| متغیرها | از کار افتاده | | استراحت پزشکی | | از کار افتاده نشده | |
|--------------------|---------------|------|---------------|------|--------------------|------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| جنسیت | | | | | | |
| مرد | ۱۲۳ | ۸۷/۲ | ۳۹۰ | ۹۰/۹ | ۱۰۳ | ۹۲ |
| زن | ۱۸ | ۱۲/۸ | ۳۹ | ۹/۱ | ۹ | ۸ |
| جمع | ۱۴۱ | ۱۰۰ | ۴۲۹ | ۱۰۰ | ۱۱۲ | ۱۰۰ |
| وضعیت شغل | | | | | | |
| کارگر ساده | ۴۴ | ۳۲/۳ | ۹۹ | ۲۳/۳ | ۳۱ | ۲۸/۴ |
| کارگر ماهر | ۳۴ | ۲۵ | ۱۲۰ | ۲۸/۳ | ۳۴ | ۳۱/۲ |
| کارمند | ۲۲ | ۱۶/۲ | ۴۹ | ۱۱/۵ | ۱۳ | ۱۱/۹ |
| راننده | ۲۰ | ۱۴/۷ | ۷۵ | ۱۷/۶ | ۲۳ | ۲۱/۲ |
| آزاد | ۱۶ | ۱۱/۸ | ۸۲ | ۱۹/۳ | ۸ | ۷/۳ |
| جمع | ۱۳۶ | ۱۰۰ | ۴۲۵ | ۱۰۰ | ۱۰۹ | ۱۰۰ |
| نوع اختلال | | | | | | |
| روانپزشکی | ۷۹ | ۵۶/۹ | ۳۳۸ | ۸۳/۴ | ۸۵ | ۸۲/۵ |
| عصب‌شناختی | ۶۰ | ۴۳/۱ | ۶۷ | ۱۶/۵ | ۱۸ | ۱۷/۵ |
| جمع | ۱۳۹ | ۱۰۰ | ۴۰۵ | ۱۰۰ | ۱۰۳ | ۱۰۰ |
| تشخیص‌های پسیکوتیک | ۲۹ | ۳۷ | ۵۰ | ۱۵ | ۹ | ۱۱ |
| روانپزشکی خلقی | ۲۹ | ۳۷ | ۲۰۴ | ۶۰ | ۴۷ | ۵۵ |
| اضطرابی | ۶ | ۷ | ۴۶ | ۱۴ | ۱۳ | ۱۵ |
| شخصیتی | ۶ | ۷ | ۱۰ | ۳ | ۴ | ۵ |
| شبه جسمی | ۳ | ۵ | ۲۱ | ۶ | ۱۲ | ۱۴ |
| ارگانیک | ۶ | ۷ | ۷ | ۲ | - | - |
| جمع | ۷۹ | ۱۰۰ | ۳۳۸ | ۱۰۰ | ۸۵ | ۱۰۰ |
| محل کار | | | | | | |
| دولتی | ۶۷ | ۴۸ | ۲۶۶ | ۶۲ | ۵۰ | ۴۷/۵ |
| غیردولتی | ۷۲ | ۵۲ | ۱۶۱ | ۳۸ | ۶۰ | ۵۳/۵ |
| جمع | ۱۳۹ | ۱۰۰ | ۴۲۷ | ۱۰۰ | ۱۱۰ | ۱۰۰ |
| وضعیت کار | | | | | | |
| نوبت کار | ۲۴ | ۱۹ | ۱۱۲ | ۲۷/۴ | ۲۶ | ۲۴ |
| ثابت کار | ۱۰۲ | ۸۱ | ۲۹۷ | ۷۲/۶ | ۸۱ | ۵۷ |
| جمع | ۱۲۶ | ۱۰۰ | ۴۰۹ | ۱۰۰ | ۱۰۷ | ۱۰۰ |

سه گروه پژوهش نشان داد ($p < 0/05$, $\chi^2 = 17/2$). در گروه از کار افتاده، تعداد کارگران ساده (۴۴ نفر، ۳۲/۴٪) به طور معنی داری بیشتر از گروه استراحت پزشکی (۹۹ نفر، ۲۳/۳٪) بود ($Z = 2/25$, $p < 0/01$). همچنین تفاوت معنی داری نیز از نظر درصد افراد دارای مشاغل آزاد میان گروه استراحت پزشکی (۸۲ نفر، ۱۹٪) و گروه از کار افتاده نشده (۸ نفر، ۷/۳٪) به دست آمد ($p < 0/01$, $Z = 3$). در گروه از کار افتاده، بیشترین فراوانی مربوط به طبقه کارگر ساده بود (۴۴ نفر، ۳۲/۳٪). در این گروه طبقه کارگر اعم از کارگر ساده و کارگر ماهر به طور معنی داری بیش از سایر طبقات از کار افتاده شدند. در گروه استراحت پزشکی نیز بیشترین فراوانی مربوط به طبقه کارگر ماهر (۱۲۰ نفر، ۲۸/۳٪) و کارگر ساده (۹۹ نفر، ۲۳/۳٪) بود.

در گروه از کار افتاده، ۴۸٪ به مشاغل دولتی (۶۷ نفر) و ۵۲٪ (۷۲ نفر) به مشاغل غیر دولتی اشتغال داشتند و تفاوت معنی داری بین این دو طبقه دیده نشد. در گروه استراحت پزشکی، تفاوت معنی داری میان مشاغل دولتی (۲۶۶ نفر، ۶۲٪) و مشاغل غیر دولتی (۱۶۱ نفر، ۳۸٪) به دست آمد ($p < 0/01$, $Z = 8$). به این ترتیب در گروه استراحت پزشکی، شاغلان مؤسسات دولتی به طور معنی داری بیشتر از شاغلان غیر دولتی بودند (جدول ۱). از نظر وضعیت کار، ۷۵٪ نمونه پژوهش را کارکنان ثابت

کار تشکیل می دادند. آزمون خی دو تفاوت معنی داری را میان سه گروه نشان داد ($p < 0/05$, $\chi^2 = 3/6$). به این ترتیب، تعداد افراد ثابت کار در گروه از کار افتاده و گروه استراحت پزشکی به طور معنی داری بیشتر از نوپشتکاران بود (به ترتیب ۸۱٪ و ۷۲/۶٪).

میانگین سن افراد از کار افتاده شده (۴۶/۱ سال) به طور معنی داری بالاتر از میانگین سن گروه استراحت پزشکی (۳۹/۲ سال) و گروه از کار افتاده نشده (۳۹/۹ سال) بود (جدول ۲). نتایج آزمون تحلیل واریانس یک عاملی، تفاوت معنی داری را از نظر سن میان گروههای مورد بررسی نشان داد ($p < 0/01$, $F = 22/2$) (جدول ۳). برای بررسی دقیق تر، میانگین سن گروه از کار افتاده و استراحت پزشکی به تفکیک اختلالات محاسبه گردید. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک عاملی تفاوت معنی داری را از نظر میانگین سن در طبقات مختلف تشخیصی نشان داد ($p < 0/01$ و $F = 6/7$).

آزمون شفه، تفاوت معنی داری را میان اختلالهای روانپزشکی نشان داد. میان اختلالهای عصب شناختی و کلیه اختلالهای روانپزشکی به جز اختلالهای عضوی، تفاوت معنی داری به دست آمد، از جمله میان اختلالهای عصب شناختی و اختلالهای پسیکوتیک ($p < 0/05$, $t = 5/04$) و اختلالهای عصب شناختی و خلقی ($p < 0/05$, $t = 3/9$). در گروه استراحت پزشکی نیز، میانگین سن بر حسب

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سن، مدت استراحت پزشکی و سالهای خدمت گروههای از کار افتاده، استراحت پزشکی و از کار افتاده نشده

| متغیر | از کار افتاده | | | استراحت پزشکی | | | از کار افتاده نشده | | |
|-------------------|---------------|---------|--------------|---------------|---------|--------------|--------------------|---------|--------------|
| | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | فراوانی | میانگین | انحراف معیار | فراوانی | میانگین | انحراف معیار |
| سن | ۱۴۱ | ۴۶/۱ | ۱۲/۱ | ۴۲۹ | ۳۹/۲ | ۱۰/۶ | ۱۱۲ | ۳۹/۹ | ۹/۲ |
| مدت استراحت پزشکی | ۱۳۱ | ۵/۵ | ۸/۹ | ۴۱۲ | ۵/۲ | ۵/۸ | ۱۰۷ | ۲/۷ | ۴/۸ |
| سالهای خدمت | ۱۴۱ | ۲۶/۲۳ | ۱۴/۷ | ۴۲۹ | ۲۰/۴ | ۱۱/۸ | ۱۱۲ | ۲۱/۹ | ۹/۸ |

جدول ۳- خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس سن، مدت استراحت پزشکی و سنوات خدمت گروههای از کار افتاده، استراحت پزشکی و از کار افتاده نشده

| متغیر | منبع خطا | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معنی داری |
|-------------------|------------|---------------|-------------|-----------------|-------|---------------|
| سن | بین گروهی | ۵۱۳۳/۳ | ۲ | ۲۵۶۶/۶ | ۲۲/۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| | درون گروهی | ۷۸۴۲۰/۵ | ۶۷۹ | ۱۱۵/۵ | | |
| | جمع | ۸۳۵۵۳/۸ | ۶۸۱ | | | |
| مدت استراحت پزشکی | بین گروهی | ۵۸۶/۹ | ۲ | ۲۹۳/۵ | ۷/۰۷ | ۰/۰۱ |
| | درون گروهی | ۲۶۸۵۰/۲ | ۶۴۷ | ۴۱/۵ | | |
| | جمع | ۲۷۴۳۷/۱ | ۶۴۹ | | | |
| سالهای خدمت | بین گروهی | ۳۵۴۲/۳۵ | ۲ | ۱۷۷۱/۱۷ | ۱۱/۸۹ | ۰/۰۰۰۱ |
| | درون گروهی | ۹۸۴۲۲/۷۲ | ۶۶۱ | ۱۴۸/۸۹ | | |
| | جمع | ۱۰۱۹۶۵/۰۷ | ۶۶۳ | | | |

در میان سه گروه پژوهش بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی به طور معنی داری بیشتر از بیماران مبتلا به اختلالات عصب شناختی بودند.

به منظور بررسی وجود تفاوت معنی دار میان سه گروه پژوهش از نظر نوع تشخیص‌های روانپزشکی از آزمون χ^2 استفاده شد، نتایج تفاوت معنی داری را میان سه گروه نشان داد ($\chi^2 = 50/19, p < 0/01$).

در گروه از کار افتاده، مهمترین اختلالات روانپزشکی منجر به از کار افتادگی به شرح زیر بودند: اختلالات خلقی و پسیکوتیک هر کدام ۳۷٪، اختلالات اضطرابی، شخصیت و عضوی مغز هر کدام ۷٪ و اختلالات شبه جسمی (۵٪). در میان گروه استراحت پزشکی مهمترین اختلالات روانپزشکی منجر به استراحت پزشکی به شرح زیر بودند: اختلالات خلقی ۶۰٪، اختلالات پسیکوتیک ۱۵٪، اختلالات شبه جسمی ۶٪، اختلالات شخصیت ۳٪ و اختلالات عضوی ۲٪. در گروهی که از کار افتاده نشدند نیز اختلالات خلقی ۵۵٪ را به خود اختصاص داد و پس از آن اختلالات اضطرابی ۱۵٪، اختلالات شبه جسمی ۱۴٪ و اختلالات پسیکوتیک ۱۱٪ افراد گروه را

اختلالات روانپزشکی و عصب شناختی بررسی گردید. با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک عاملی، تفاوت معنی داری میان اختلالات از نظر میانگین سن دیده شد ($F = 5/06, p < 0/01$). آزمون شفه، تفاوت معنی داری را میان میانگین سن اختلالات عضوی (۵۳/۳ سال) و میانگین سن سایر اختلالات روانپزشکی نشان داد. همچنین میانگین سن مبتلایان به اختلالات عصب شناختی (۴۷/۵ سال) نیز به طور معنی داری بالاتر از میانگین سن مبتلایان به اختلالات روانپزشکی بود، جز طبقه اختلالات عضوی که تفاوت معنی داری نشان نداد.

اختلالات روانپزشکی ۵۶/۹٪ افراد از کار افتاده شده (۷۹ نفر)، ۸۳/۴٪ مراجعان استراحت پزشکی (۳۳۸ نفر) و ۸۲/۵٪ افرادی که از کار افتاده نشدند (۸۵ نفر) را به خود اختصاص می‌دادند. برای بررسی تفاوت میان افراد از کار افتاده شده، مراجعان استراحت پزشکی و افراد از کار افتاده نشده از نظر اختلالات روانپزشکی و عصب شناختی از آزمون χ^2 دو استفاده شد که تفاوت معنی داری را میان گروهها نشان داد ($\chi^2 = 43/9, p < 0/01$). به این ترتیب

تشکیل دادند. در این گروه هیچ بیمار عضوی وجود نداشت.

به طور کلی، اختلالات خلقی ۴۱٪ کل مراجعان به کمیسیون را به خود اختصاص دادند. در حالیکه اختلالات پسیکوتیک ۱۳٪ کل مراجعان به کمیسیون را تشکیل دادند و اختلالات اضطرابی تنها ۹٪ کل مراجعان به کمیسیون را شامل شدند.

از نظر میزان مدت استراحت‌های پزشکی تأیید شده از سوی کمیسیون پزشکی، نتایج آزمون تحلیل واریانس یک عاملی نشان داد که اختلاف معنی داری میان گروه‌های پژوهش وجود دارد ($F=7/07$, $P<0/01$). آزمون شفه تفاوت معنی داری میان میانگین مدت استراحت‌های پزشکی گروه از کار افتاده (۵/۵ ماه، ۱۶۴ روز) و گروه از کار افتاده نشده (۲/۷ ماه، ۸۱ روز) نشان داد ($t=3/3$, $P<0/01$) و همچنین میانگین مدت استراحت پزشکی گروه از کار افتاده نشده (۲/۷ ماه) و استراحت پزشکی (۵/۲ ماه) نیز تفاوت معنی داری نشان داد.

به این ترتیب میانگین مدت گروه از کار افتاده شده و استراحت پزشکی به طور معنی داری بیشتر از گروه از کار افتاده نشده است و میان دو گروه از کار افتاده شده و استراحت پزشکی تفاوت معنی داری دیده نشد.

از نظر سالیانه‌های خدمت نیز، آزمون تحلیل واریانس یک عاملی، تفاوت معنی داری را نشان داد ($F=11/9$, $P<0/01$). آزمون شفه میان میانگین سالیانه خدمت گروه از کار افتاده (۲۶/۲ سال) با گروه از کار افتاده نشده (۲۱/۹ سال) و با گروه استراحت پزشکی (۲۰/۴) تفاوت معنی داری را نشان داد. ولی میان دو گروه از کار افتاده نشده و استراحت پزشکی تفاوت معنی داری دیده نشد. به این ترتیب، افراد از کار افتاده به طور معنی داری مسن‌تر از دو گروه دیگر بودند.

بحث در یافته‌ها

در این پژوهش، اطلاعات مربوط به از کارافتادگی و استراحت‌های پزشکی ناشی از بیماری‌های روانپزشکی و عصب‌شناختی شهر تهران در طول یک سال اجرای پژوهش گردآوری گردید. ۹۰/۳٪ افراد مورد بررسی را مردان تشکیل دادند. ۸۷٪ (۱۲۳ نفر) گروه از کارافتاده، ۹۰/۹٪ (۳۹۰ نفر) گروه استراحت پزشکی و ۹۲٪ (۱۰۳ نفر) گروه از کار افتاده نشده را مردان تشکیل دادند. در حالی که شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی در زنان بیشتر است و بسیاری از پژوهش‌های همه‌گیرشناسی انجام شده در ایران (باش، ۱۹۴۱؛ نقل از جاویدی، ۱۳۷۲؛ باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳؛ کوبه، ۱۳۷۲؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴ و پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵) گویای آن است که شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان به طور معنی‌داری بالاتر از مردان است. شمار اندک زنان در نمونه پژوهشی ممکن است به این دلیل باشد که زنان بیمار کمتر شناسایی و یا کمتر به کمیسیون ارجاع شده‌اند. موضوع دیگر آنکه تعداد زنان شاغل و بیمه شده در سازمان تأمین اجتماعی کمتر از مردان است. آمار فرض اخیر را تأیید می‌کند. آمار سال ۱۳۶۶ این سازمان نشان می‌دهد تعداد بیمه شدگان مرد این سازمان ۱۹۸۷۳۴۹ در برابر ۱۳۲۳۰۶ زن است که برابر ۹۳/۷٪ مرد در مقابل ۶/۲٪ زن می‌باشد (خاکسار فرد، ۱۳۶۸) که منطبق با یافته پژوهش حاضر است.

در این پژوهش، طبقات کارگر ساده و کارگر ماهر به طور معنی داری بیشتر از مشاغل دیگر از کارافتاده شدند. در حالیکه، در گروه استراحت پزشکی، تعداد کارگران ماهر به طور معنی داری بیشتر از سایر گروه‌ها بود به جز طبقه کارگر ساده. شاید تعداد زیاد کارگران ساده و ماهر در گروه از کار افتاده و استراحت پزشکی مربوط به فشارها و استرس‌های خاص این گروه شغلی است. شاید این افراد به علت شرایط فردی (سواد اندک، پایگاه اجتماعی اقتصادی پایین، استرس‌های بیشتر در زندگی) و شرایط شغلی

نداشتن اختیار، کنترل اندک، محیط‌های شغلی پر سر و صدا) تحت استرس‌های بیشتری بوده‌اند که منجر به بیماری شده است. تعیین دقیق فشارهای روانی این طبقه از کارکنان نیاز به پژوهش و بررسی بیشتر دارد.

نکته مهم آن که از نظر کارکنان مشاغل دولتی و غیر دولتی در گروه از کارافتاده تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در حالیکه در گروه استراحت پزشکی، تعداد کارکنان مشاغل دولتی به طور معنی داری بیشتر از کارکنان غیر دولتی بود. ممکن است علت این تفاوت ناشی از این موضوع باشد که در مشاغل دولتی امنیت شغلی و حرفه‌ای کارکنان بالاتر است و از سوی دیگر فرد نه تنها پس از غیبت ناشی از بیماری حقوق دریافت می‌کند بلکه از انجام کار نیز رهایی می‌یابد که خود جنبه پاداش دهنده و تقویت کننده رفتار غیبت از کار دارد. در حالیکه در مشاغل غیر دولتی احتمالاً امنیت شغلی در این حد نیست و به علت غیبت‌های پی در پی و عدم توانایی کار منظم، ممکن است فرد کار خود را از دست بدهد. همچنین در مورد مشاغل آزاد، از دست دادن یک روزکاری به معنی از دست دادن درآمد همان روز است که امری ناخوشایند است و بدین لحاظ میزان غیبت‌ها کاهش می‌یابد. احتمال دیگر اینکه ممکن است در مشاغل دولتی شرایط آسان‌تری برای استفاده از چنین استراحت‌هایی وجود داشته باشد.

۷۴/۸٪ (۴۸۱ نفر) از نمونه پژوهش حاضر را کارکنان ثابت کار و ۲۵/۲٪ (۱۶۲ نفر) باقی را کارکنان نوبت کار تشکیل دادند و از این نظر تفاوت معنی داری بین گروهها دیده نشد. این یافته با بسیاری از پژوهش‌هایی که در زمینه پیامدهای روانی وضعیت‌های کاری مختلف (نوبت کاری و ثابت کاری) انجام شده و بر پیامدهای روانی نامساعد، نوبت کاری، وجود اختلالات روانپزشکی و کاهش سلامت روانی در کارکنان نوبت کار دلالت دارند (کاستا^(۱)، ۱۹۹۶؛ هارما^(۲)، ۱۹۹۶؛ عطار، براهنی و نصر، ۱۳۷۵) ناهمسو است.

میانگین سن گروه از کارافتاده، ۴۶ سال بود که به طور معنی داری بیشتر از گروه استراحت پزشکی (۳۹/۲ سال) است. مقایسه میانگین سن از کارافتادگی به دست آمده در این پژوهش و سن بازنشستگی معمول (۶۰ سال) نشان می‌دهد که اختلالات روانپزشکی و عصب‌شناختی منجر به بازنشستگی و از کارافتادگی زودرس می‌گردند. به بیان دیگر، این اختلالات در اواسط دوره میانسالی، افراد را بیمار، ناتوان از انجام فعالیت شغلی و از کارافتاده می‌نمایند. به این ترتیب، به طور متوسط ۱۴ سال شغلی به علت بیماریهای روانپزشکی و عصب‌شناختی هدر رفته است و چنانچه این میزان سال از دست رفته را در بیماران از کار افتاده همین پژوهش محاسبه کنیم، ۱۹۷۴ سال شغلی در این جمعیت از دست رفته است که زیانی بزرگ برای اقتصاد و تولید کشور می‌باشد. نگاهی به میانگین سن گروههای استراحت پزشکی (۳۹/۲ سال) و از کارافتاده نشده (۳۹/۹ سال) در مقایسه با سن از کارافتادگی وضعیت ناگوارتری را بیان می‌سازد. علیرغم اینکه این دو گروه از کارافتاده نشدند، ولی به دلیل بیماریهای روانپزشکی و عصب‌شناختی به استراحت‌های پزشکی نسبتاً طولانی نیاز داشته‌اند و مدت استراحت آنان نیز از سوی کمیسیون تأیید شده است. به بیانی دیگر، گروه استراحت پزشکی با میانگین سنی پایین‌تر (۳۹/۹ سال در مقابل ۴۶ سال) به یک اندازه از مرخصی‌های پزشکی استفاده نموده‌اند.

گفتنی است که مراجعان استراحت پزشکی که استراحت آنان مورد تأیید کمیسیون قرار گرفت، تقریباً سه برابر بیشتر از افراد از کارافتاده است و چنانچه روزهای از دست رفته این دو گروه (۵/۵ ماه، ۱۶۵ روز در گروه از کارافتاده و ۵/۲ ماه، ۱۵۶ روز در گروه استراحت پزشکی) در کل افراد گروه محاسبه گردد، تفاوت چشمگیر

بین دو گروه مشخص می‌شود. به این ترتیب که گروه از کار افتاده در این پژوهش به طور متوسط ۲۳۲۶۵ روز شغلی و گروه استراحت پزشکی به طور متوسط ۶۴۲۷۲ روز را از دست داده‌اند. در گروه از کار افتاده نشده این رقم به ۸۶۶۷ روز بالغ می‌گردد.

میانگین سالهای خدمات افراد از کار افتاده ۲۶/۲ سال، در گروه استراحت پزشکی ۲۰/۴ سال و در گروه از کار افتاده نشده ۲۱/۹ سال است و تفاوت بین گروه از کار افتاده با دو گروه دیگر از نظر آماری معنی دار است. به این ترتیب، دو گروه استراحت پزشکی و از کار افتاده شده بازده تولیدی و اقتصادی کمتری داشته‌اند و به علت بیماری که از سنین پایین‌تری شروع شده است توان تولیدی آنان آسیب دیده است. به طور کلی وضعیت گروه استراحت پزشکی گویای آن است که این گروه با میانگین سالهای خدمت کمتر، میانگین سنی پایین‌تر و فراوانی بیشتر نسبت به گروه از کار افتاده، به اندازه آنان از استراحت‌های پزشکی استفاده نموده‌اند. این در حالی است که بر خلاف گروه از کار افتاده، گروه استراحت پزشکی و گروه از کار افتاده نشده احتمالاً در آینده بارها برای تأیید استراحت‌های پزشکی و یا درخواست از کار افتادگی به کمیسیون مراجعه خواهند نمود.

نگاهی به تشخیص‌ها، نشان می‌دهد اختلالاتی روانپزشکی گروه استراحت پزشکی و از کار افتاده نشده از اختلالات مزمن و شدید روانپزشکی است که فرد را از انجام فعالیت‌های شغلی باز می‌دارد و او را نیازمند مراجعه و استراحت‌های پزشکی پی در پی می‌کند.

این بررسی نشان داد که اختلالاتی روانپزشکی به طور معنی‌داری بیش از اختلالاتی عصب‌شناختی منجر به از کار افتادگی و استراحت‌های پزشکی شده‌اند. شایعترین اختلال در گروه استراحت پزشکی، اختلالات خلقی، ۶۰٪ (۲۰۴ نفر) و پس از آن اختلالاتی پسیکوتیک ۱۵٪ (۵۰ نفر) بود. اختلالاتی اضطرابی ۱۴٪ (۴۶ نفر)، شبه

جسمی ۶٪ (۲۱ نفر)، اختلالاتی شخصیتی ۳٪ (۱۰ نفر) و اختلالاتی عضوی ۲٪ (۷ نفر) در ردیف‌های بعدی قرار داشتند. شایع‌ترین اختلالاتی روانپزشکی منجر به از کار افتادگی عبارت از: اختلالاتی پسیکوتیک، اختلالاتی خلقی هر کدام ۳۷٪ (۲۹ نفر)، اختلالاتی اضطرابی شخصیت و ارگانیک هر کدام ۷٪ (۶ نفر) و اختلالاتی شبه جسمی با ۵٪ (۳ نفر). همان‌طور که ملاحظه می‌شود از میان اختلالاتی روانپزشکی، اختلالاتی خلقی و پسیکوتیک در هر دو گروه از کار افتاده و گروه استراحت پزشکی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند که ناشی از شدت علایم و ناتوان‌کننده بودن نشانه‌های این بیماری‌هاست. این یافته با یافته‌های بسیاری از پژوهش‌های همه‌گیرشناسی که در مناطق گوناگون کشور انجام شده، همسو است (داویدیان، ۱۳۵۳، نقل از داویدیان، ۱۳۷۰؛ جلیلی، ۱۳۵۷، به نقل از همان‌جا؛ باقری یزدی، بوالهری، شاه محمدی، ۱۳۷۳؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ بهادرخان، ۱۳۷۲؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴ و پالاهنگ، نصر، براهنی، شاه‌محمدی، ۱۳۷۵). در حالیکه پژوهش‌های همه‌گیرشناسی شیوع بیماری اسکیزوفرنیا را بین ۰/۸-۰/۲۵٪ و شیوع اختلالاتی عضوی مغز را بین ۰/۲۸-۰/۱٪ گزارش نموده‌اند. در پژوهش حاضر شیوع اختلالاتی پسیکوتیک در گروه از کار افتاده، استراحت پزشکی و از کار افتاده نشده به ترتیب ۳۷٪، ۱۵٪ و ۱۱٪ بود و اختلالاتی عضوی مغز نیز به ترتیب در گروه‌های از کار افتاده شده و استراحت پزشکی، ۷٪ و ۲٪ به دست آمد (در گروه از کار افتاده نشده اختلال عضوی وجود نداشت). از سوی دیگر، اختلالاتی عصب‌شناختی در سه گروه از کار افتاده شده، استراحت پزشکی و از کار افتاده نشده، به ترتیب ۴۳/۱٪، ۱۶/۵٪ و ۱۷/۵٪ به دست آمد.

شیوع بالای اختلالاتی خلقی که ۴۱٪ کل مراجعان به کمیسیون را به خود اختصاص می‌دهد نشان‌دهنده اهمیت

اختلالهای خلقی در میان سایر اختلالهای روانپزشکی در ایجاد ناتوانی و ادامه فعالیت حرفه‌ای می‌باشد. از میان مراجعان به کمیسیون که به اختلالهای خلقی مبتلا بودند، ۳۰٪ آنان در گروه استراحت پزشکی بودند (۴٪ در گروه از کار افتاده و ۷٪ در گروه از کار افتاده نشده). با توجه به درصدهای یاد شده به نظر می‌رسد که اختلالهای خلقی اگر چه فرد را ناتوان از فعالیت حرفه‌ای می‌کند ولی این ناتوانی به آن اندازه نیست که منجر به از کار افتادگی گردد. گفتنی است که مقطعی بودن پژوهش و عدم ارزیابی و بررسی طولی مراجعان، گردآوری نکردن داده‌های مربوط به تاریخچه بیماری و سابقه بیمه‌ای، بررسی جمعیت بالینی و به کار نبردن گروهی از جمعیت عادی، به کار بردن طبقات تشخیصی کلی روانپزشکی، مشترک بودن کمیسیون اعصاب و روان سازمان و عدم امکان جدا نمودن بیماران روانپزشکی و عصب‌شناختی، عدم استفاده از آزمونهای ویژه بالینی و آزمونهای مربوط به مسائل شغلی از محدودیتها و نارساییهای پژوهش حاضر به شمار می‌رود. پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آینده پژوهش بر روی بیماری یا طبقه خاصی از بیماریها محدود گردد، از آزمونهای شغلی و بالینی استفاده گردد، هزینه و زیانهای ناشی از بیماریهای روانپزشکی نیز محاسبه گردد. پیشنهاد می‌شود مداخله‌های تخصصی روانشناسی و روانپزشکی توسط متخصصان این دو رشته در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی به طور گسترده ارائه گردد، معاینه‌های پی در پی و مرتب روانپزشکی در مراکز حرفه‌ای و صنعتی انجام شود، خدمات مددکاری به صورتی حرفه‌ای و علمی ارائه گردد.

سپاسگزاری

نگارندگان لازم می‌دانند تا از انستیتو روانپزشکی تهران به ویژه از همکاران و کارشناسان بخش پژوهش، سرکار خانم‌ها امین، زعفری، شمالی، اوردیخانی، میثمی،

رضوی، هویدا، رجبی و آقایان مجتبی احسان منش، مجتبی حدیدی، عباس رضائی فرانی و مهرداد کاظم زاده عطوفی که در طی یک سال اجرای پژوهش، داده‌های لازم را گردآوری نمودند و از آقایان دکتر داریوش نسبی تهرانی و کامران داودی تشکر و قدردانی نمایند. افزون بر این از مؤسسه عالی پژوهش سازمان تأمین اجتماعی کشور که بخشی از هزینه‌های پژوهش را تأمین نمود نیز سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

- باقری یزدی، عباس؛ بوالهری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی میبد - یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره اول، ۳۲-۴۱.
- بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی گناباد - خراسان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد تقی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۱۹-۲۷.
- جاویدی، حجت ا... (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- جنانی، سید محمد علی (۱۳۷۵). بررسی مراجعان به کمیسیونهای مختلف سازمان تأمین اجتماعی. گزارش منتشر نشده.
- خاکسار فرد، عزت (۱۳۶۸). تأمین اجتماعی. انتشارات دفتر روابط عمومی و امور بین‌الملل.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). بررسی پژوهش‌های انجام شده درباره میزان شیوع افسردگیها در ایران. مجله علمی نظام

- handicaps: assessment for court. in, R. Bluglass, & P. Bowden (Eds.). *Principles and practice of forensic psychiatry*. London: Livingston Inc.
- Costa, G. (1996). The impact of shift and high work on health. *Applied Ergonomics*, 27, 9-16.
- Fimian, M., Zacherman, J., & McHardy, R. J. (1985). Substance abuse and teacher stress. *Journal of Drug Education*, 15, 139-155.
- Greenlund, K. J., Liu, K., Knox, S., et al (1995). Psychosocial work characteristics and cardiovascular disease risk factors in young adults: *Social Science & Medicine*, 41, 717-723.
- Haddad, P. M. (1994). Depression: counting the costs. *Psychiatric Bulletin*, 18, 25-28.
- Harma, M. (1996). Aging, physical fitness and shift work tolerance. *Applied Ergonomics*, 27, 25-29.
- Harris, M. M., & Fennel, M. L. (1998). A multivariate model of job stress and alcohol consumption. *Sociological Quarterly*, 29, 391-406.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of Psychiatry* (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Mets, J. J., & Ladou, J. (1994). Diagnosis of absenteeism. In C. Zens, O. Bruce, E. Didkerson & J. R. Horvath (Eds.) *Occupational Medicine*. (3rd ed.) Chicago: Mosby-Year Book Inc.
- O'Neill, C. P., & Zeichner, A. (1985). A study of relationships between stress, coping and health. *Journal of Psychosomatic, Obstetrics and Gynecology*, 4, 105-116.
- Ross, R., & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in Occupational Stress*. New York: Sage Publication.
- پزشکی جمهوری اسلامی ایران. دوره یازدهم، شماره یک، ۲۳-۱۴.
- سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۷۴). ماهنامه آماری سازمان تأمین اجتماعی، واحد آمار و اطلاعات سازمان تأمین اجتماعی. طالب، مهدی (۱۳۷۰). تأمین اجتماعی. تهران: مؤسسه چاپ و انتشارات آستان قدس رضوی.
- عطار، حمید (۱۳۷۵). بررسی رابطه بین 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 شکر کن. تهران: انتشارات رشد.
- کوکبه، فرخ (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی آذر شهر آذربایجان شرقی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- ملکوتی، کاظم؛ بخشانی، نور محمد و 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، ۸۶-۷۶.
- یعقوبی، نور...؛ نصر، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری صومعه سرا - گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington, D. C.: APA.
- Argyle, M. (1994). *The social psychology of every day life*. London: Routledge.
- Brodsky, C. M. (1984). Long term work stress. *Psychosomatics*, 25, 361-368.
- Campbell, L. (1990). Impairments, disabilities and

- Shankar, J., & Famuyiwa, O. O. (1991). Stress among factory worker in a developing country. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 163-171.
- Theorell, T., & Karasek, R. A. (1996). Current issues relating psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 9-26.
- Violanti, J. M., Marshal, J. R., & Howe, B. (1985). Stress, coping and alcohol use: The police connection. *Journal of Police Science and Administration*, 13, 106-110.
- World Health Organization (1994). *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: staff burnout*. Geneva: WHO Division of Mental Health.
- Wyatt, R. J., Hentor, I., Leary, M. C., & Taylor, E. (1995). An economic evaluation of schizo-phrenia. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 196-205.
- Yamatani, H., Ballas, M. P., & de-Silvia, G. E. (1988). The troubled employee: An assess- ment of problem areas and related financial liabilities. *Journal of Applied Social Sciences*, 12, 170-185.
- Zens, O. B., Dickerson, E., & Hovarth, J. R. (1994). *Occupational Medicine*. (3rd ed.). Chicago: Mosby Year-Book Inc.

خوانندگان گرامی عضو هیئت علمی دانشگاههای کشور

جای بسی خوشوقتی است به آگاهی شما عزیزان برسانیم که همزمان با چاپ این شماره، کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور، ارتقاء رتبه نشریه اندیشه و رفتار را از علمی - ترویجی به علمی - پژوهشی تصویب نمود. بنابر این به مقاله‌هایی که از این پس برای چاپ در این نشریه پذیرفته می‌شوند، برای ارتقاء اعضای هیئت علمی، در هیئت‌های ممیزه دانشگاههای علوم پزشکی کشور، امتیاز کامل داده می‌شود.

دفتر نشریه