

Research Paper

Promoting Mental Health in Workplaces of Iran; Reviewing Present Status and Future Approaches



Behzad Damari¹, Seyed Hossein Almadani², Ahmad Hajebi³, *Narges Salehi Shahrabi⁴

1. PhD. in Community Medicine, Associate Professor, Neuroscience Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. MSc. in Psychology, Researcher, Ministry of Cooperatives, Labour, and Social Welfare, Tehran, Iran.
3. Psychiatrist, Associate Professor, Addiction & Highrisk Behaviors Research Center, Department of Psychiatric, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. PhD. Student in Public Administration (Decision and Policy Making), Department of Management, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran.



Citation Damari B, Almadani SH, Hajebi A, Salehi Shahrabi N. [Promoting Mental Health in Workplaces of Iran; Reviewing Present Status and Future Approaches (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 25(2):122-135. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.2.122>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.2.122>



Received: 06 Sep 2018
Accepted: 24 Feb 2019
Available Online: 01 Jul 2019

Key words:

Mental health, Mental disorder, Workplace, National policy

ABSTRACT

Objectives The purpose of this study was to survey the mental and social health status in Iranian workplaces and recommend promoting approaches.

Methods This research has a qualitative-dominant mixed-methods design. The study data were collected through review of documents and resources, interviews, and group discussions. The results were classified in three separate areas of the current situation, future direction, and requirements of implementation.

Results Analysis of data revealed that mental health plans for workplaces were autonomous and voluntarily not pre-planned or based on national policy. Also, the evaluation was not performed before and after the intervention. Recommended approaches to promote mental and social health are administrative promotional interventions, compulsory interventions, and facilitative interventions.

Conclusion The recommended approaches in this study should be approved by the coordination council for health services of the insured people and gradually be implemented in the framework of a national policy for promoting social and mental health throughout the country and first from one province as a pilot study.

Extended Abstract

1. Introduction

According to the World Health Organization definition, mental health is not just lack of mental disorders but comprises subjective well-being, perceived self-efficacy, autonomy, competence, intergenerational dependence and self-actualization of one's intellectual and emotional potential [1]. Approximately 919 million people are suffering from psychiatric disorders around the world [2]. According to the latest survey, 33% of the workforce in

Iran suffer from mental disorders. Therefore, reducing this level of mental disorders requires a national plan.

In addition to the personal, biological, genetic, and the environment (in which one grows up), the mental health in workplaces depends on satisfaction with the job specifications, cultural environment, the income, communication with colleagues, and the irrational discrimination [7, 8, 9].

Based on the statistic, more than 80% of people are accessible in the workplaces. Therefore, health programs in workplaces are one of the key health promotion interventions. Mental health promotion can be part of human resource

* Corresponding Author:

Narges Salehi Shahrabi, PhD. Student

Address: Department of Management, Faculty of Management, University of Tehran, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 1796933

E-mail: nargesalehi@gmail.com

management policies, and treatment of mental health problems in their early stages of diagnosis is critical [5].

Improving mental disorders in workplaces and labor communities need national policy plans and the agreement of key officials, including representatives of employers and workers, and suppliers of services and resources. The purpose of this study is to survey the mental and social health status in Iranian workplaces and to recommend promoting approaches.

2. Method

A mixed method (qualitative-quantitative) was used in this study, whereby the dominant part was qualitative. The study data were collected through review of documents, interviews, and group discussions. The results were classified in three separate areas of the current situation, future direction, and requirements of implementation.

The qualitative section includes stakeholder analysis, interviews, group discussion, organizational status analysis, and document review. A stakeholder analysis was conducted by the commitment-impact matrix to form a leading technical committee. The level of experience and expertise of the legal entities was considered to select the member of the leading committee. The purposeful sampling was done for interviews and choosing members of the focused group. A public health specialist organized and held the interviews.

Questions were initially emailed to individuals, and then, face-to-face interviews were performed.

The obtained data were analyzed by thematic analysis method, and the results were presented in three separate sections: 1. Understanding the current status including the review of the existing data, evaluating previous interventions and upper-hand documents; 2. Future directions including prospects, strategic goals; and 3. Interventions and implementing obligations including the required resources, monitoring and evaluation indicators, motivation patterns, implementation structure, the capability of executive staffs and manuals prepared.

Furthermore, the interventions were categorized into three groups; promotional, facilitative, and compulsory interventions. Then, the leading committee revised and finalized the presented results.

3. Results

The data collected from questionnaires shows the average prevalence of mental health in workplaces was 34.5% in Iran in 2016. The details of mental health dimensions shown in Table 1.

According to the achieved results, the Ministry of Cooperatives, Labor, and Social Welfare of Iran with the assistance of inter-sectoral cooperation and participation of the union of employees and employers plans to reduce mental

Table 1. Statistical indexes of mental health in workplaces

Row	The Problems of Workplaces	Mean
1	Lack of health and safety in the workplace	23.84
2	Failure to respect human dignity	7.91
3	The unhealthy mental atmosphere in the workplace	8.19
4	Inappropriate management	5.06
5	Job insecurity	6.83
6	Lack of supportive laws	4.19
7	Stress due to workload	7.40
8	Occupational discrimination and injustice	6.72
9	Lack of career development	6.02
10	Lack of supportive infrastructure	11.44
11	Salaries and benefits	2.59
12	Family problems	4.73
13	Financial worries	8.24
14	Mental problems	1.09
15	The workplace problems (total score)	103.67

Table 2. Achieved results of the Ministry of Cooperatives, Labor, and Social Welfare of Iran

Type of Intervention	Description
Promotional	Providing a tutorial package about mental health specific for employees and employers, designing and institution-izing a mental health promotion training course in workplaces, designing and presenting mental health education package for in-person training for workplaces (less than 50 employees- between 50 to 500 employees- over 500 employees).
Mandatory	Ranking the workplaces and employers in terms of compliance with the laws and regulations of the workplaces to improve mental and social status, implementing standards of labor inspectors to supervise the obligations of a suitable workplace to improve mental and social status, health insurance coverage for mental disorders and provisions of services for acute mental problems due to trauma
Facilitatory	Expansion of phone counseling services, establishing staff-help centers in all workplaces from 50 to 500 staff, Screening preparation, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT), establishing Employee Assistance Coordinates (EACs) to find resources in the community for getting help, the employer shows a contract that a specialized clinic or center takes the responsibility of care and treatment of mental disorders in the workplace when referred from the workplace.

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

disorders down to 25% of mental diseases in the starting year, and increase in the level of social capital and happiness among labor communities by 2020. Details of this report shown in [Table 2](#).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles were considered in this research. The participants and interviewees were informed about the purpose of the study and they were also assured about the confidentiality of their data. Furthermore, they were free to leave the study whenever they want.

Funding

This study was conducted and financially supported by the Ministry of Cooperatives, Labor, and Social Welfare of Iran.

Authors contributions

Conceptualization: All authors; Methodology: Behzad Damari; Investigation: Narges Salehi Shahrabi, Seyed Hossein Hajebi; Writing-original draft: Narges Salehi Shahrabi, Behzad Damari; Writing-review and editing: Seyed Hossein Almadani, Behzad Damari; Funding acquisition: Seyed Hossein Hajebi, Seyed Hossein Almadani; Resources: Narges Salehi Shahrabi, Behzad Damari; Supervision: Behzad Damari.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

This study was proposed by the Development, Prevention, and Treatment center of the sWelfare Organization to be used by Department of Social Affairs at the Minister of Cooperatives, Labor and Social Welfare in Iran. The authors would like to thank the relevant authorities especially Dr. Gholamreza Bostanmanesh, and all participants for their valuable cooperation

رویکردهای ارتقای سلامت روان در محیط‌های کاری کشور ایران، مروری بر وضعیت موجود و ارائه راهکارهایی برای آینده

بهزاد دمازی^۱، سید حسین المدنی^۲، احمد حاجبی^۳، نرگس صالحی شهبابی^۴

۱- دکترای پزشکی اجتماعی، دانشیار، پژوهشکده علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی، پژوهشگر، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، روانپزشک، مرکز تحقیقات اعتیاد و رفتارهای پرخطر، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴- دانشجوی دکترای مدیریت دولتی (تصمیم‌گیری و خطمشی‌گذاری)، گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۵ شهریور ۱۳۹۷

تاریخ پذیرش: ۱۵ اسفند ۱۳۹۷

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۳۹۸

اهداف: سلامت روانی شامل خوببودن ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، وابستگی بین‌نسلی و خودشکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی است. شیوع اختلالات روانی به طور میانگین در کشور ما ۲۳/۶ درصد است و در جامعه کار و تولید بر اساس آخرین پیمایش کشوری در حدود ۳۳ درصد بوده است و کاهش این میزان از اختلالات روانی نیازمند برنامه ملی است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه ترکیبی (با غلبه روش کیفی) است. در مجموع برای گردآوری اطلاعات از سه روش مرور اسناد و منابع، مصاحبه و بحث گروهی استفاده شده است و نتایج در سه بخش وضعیت موجود، جهت‌گیری آینده و الزامات استقرار جمع‌بندی شده است.

یافته‌ها: تحلیل اطلاعات این مطالعه نشان می‌دهد برنامه‌های سلامت روان محیط کار، خودجوش و داوطلبانه بوده است، منطبق با یک سیاست ملی نبوده است، پراکنده و جزیره‌ای انجام شده است و سنجش قبل و بعد مداخلات انجام نشده است. رویکردهای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی پیشنهادشده در این مطالعه عبارت است از: مداخلات ترویجی (از جمله آموزش سبک زندگی سالم)، تحکیمی (از جمله رتبه‌بندی کارفرمایان از نظر میزان رعایت الزامات محیط کار برای بهبود وضعیت روانی و اجتماعی، پوشش بیمه سلامت و غیره) و تسهیلی (مانند توسعه خدمات مشاوره تلفنی، ایجاد مراکز همیار کارکنان در محیط‌های کاری).

نتیجه‌گیری: لازم است رویکردهای پیشنهادی در این مطالعه در قالب سیاست ملی ارتقای سلامت روانی و اجتماعی به تصویب شورای هماهنگی خدمات بهداشتی بیمه‌شدگان برسد و اجرای آن به شکل پلکانی در کل کشور یا شروع آزمایشی آن از یک استان پیگیری شود.

کلیدواژه‌ها:

ارتقای سلامت روان، محیط‌های کاری، کشور جمهوری اسلامی ایران، سیاست ملی

مقدمه

و خود شکوفایی توانمندی‌های بالقوه فکری و هیجانی^۶ می‌شود [۲].

طبق آمار متأسفانه حدود ۹۱۹ میلیون نفر در سراسر جهان از اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند و در ایران شیوع اختلالات روان‌پزشکی در کل کشور با توجه به مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۰ انجام شده ۲۳/۶ درصد و در جامعه کار و تولید با توجه به مطالعه انجام‌شده در سال ۱۳۹۵ به میزان ۳۵/۴ درصد ارزیابی شده است [۳، ۴].

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیشتر اختلالات روانی قابل پیشگیری هستند. مداخلات و مراقبت‌های دوره بارداری و کودکی، آموزش مهارت‌های زندگی، والدی و همسری از مؤثرترین مداخلات در پیشگیری از اختلالات روانی هستند.

با توجه به ارتباط نزدیک سلامت روان با بهداشت عمومی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، می‌توان گفت که بدون سلامت روان دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت امکان‌پذیر نیست [۱]. سلامت روانی از دید سازمان بهداشت جهانی چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و شامل مواردی مانند خوببودن ذهنی^۱، ادراک خودکارآمدی^۲، استقلال و خودمختاری^۳، کفایت و شایستگی^۴، وابستگی بین‌نسلی^۵

1. Subjective well-being
2. Perceived self-efficacy
3. Autonomy
4. Competence
5. Intergenerational dependence

6. Self-actualization of one's intellectual and emotional potential

* نویسنده مسئول:

نرگس صالحی شهبابی

نشانی: تهران اتوبان چمران دانشکده مدیریت دانشگاه تهران

تلفن: ۱۷۹۶۹۳۳ (۹۱۲) ۹۸+

پست الکترونیکی: nargesalehi@gmail.com

دارد که مقالات علمی و تجربیات کشورهای پیشرو بر این موضوع تأکید می‌کند. آلن^۸ در سال ۲۰۱۲ با انتقاد از چندشاخگی طبابت دایر کردن نهادی به نام خانه پزشکی را پیشنهاد می‌دهد، رابرتسون^۹ در مطالعه خود در سال ۲۰۱۲ به مدل‌های مختلف ادغام در کشورهای مختلف و بر سنجش و ارزشیابی ادغام تأکید کرده است. مقاله‌ای در سال ۲۰۰۵ با عنوان «مراقبت‌های اولیه سلامت و سلامت اجتماعی» در ایرلند شمالی نوشته و در آن عنوان شده است که آمیختن سلامت (مراقبت) اجتماعی با مراقبت سلامت خیلی مفید بوده است [۱۷-۱۵].

در مقاله‌ای که در سال ۱۳۹۰ نوشته شده است، برای بررسی برخی از واقعیت‌های روانی اجتماعی ایران، روند شیوع اعتیاد، سلامت روان، ناپایداری در ساختارها و مدیریت‌ها و ارزش‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در ایران، روند ازدواج و طلاق، روند مصرف داروهای ضد اضطراب و فرار مغزها بررسی و برای درمان این مشکلات، پیشنهاد شده است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید عوامل تأثیرگذار را شناسایی و اولویت‌بندی کند و سپس تأثیر جسمی روانی و اقتصادی آن را بر جامعه بررسی کند و سهم دستگاه‌ها و نهادها را برای انجام اقدامات تعیین کند و نیز اقداماتی برای فرهنگ‌سازی نیز انجام دهد [۱۸].

روان‌پزشکی مبتنی بر جامعه می‌تواند جایگزین نظام شبکه روستایی و شهری در حوزه سلامت روان باشد که این مهم با چالش‌هایی مانند تغییر نگاه سیاست‌گذاران بهداشتی، نظام بیمه‌ای، ابهام در تأمین اعتبار لازم و پیوستگی در تخصیص منابع روبه‌رو است [۱]. ارتقای سلامت روان می‌تواند به عنوان بخشی از خط مشی مدیریتی منابع انسانی باشد. درمان اختلالات روانی در اولین مراحل شناخت بسیار بااهمیت است [۱۱].

مداخلات پیشنهادی برای تأمین محیط امن روانی در محیط کار در سه جنبه پیشگیری، شناسایی افراد در معرض خطر و در نهایت درمانی است. بنابراین مداخلات توصیه شده مبتنی بر شواهد علمی با توجه به فراگیری سه جنبه مذکور شامل، طراحی و مدیریت شغل به طوری که حداقل آسیب را به همراه داشته باشد، گسترش عوامل حفاظتی در سطح سازمانی، توانمندسازی افراد (آموزش) برای مقابله با مخاطرات احتمالی محیط (به‌ویژه برای افراد در معرض خطر)، فراهم‌بودن تسهیلات و ابزارهای لازم در محیط کار برای تشخیص زودهنگام اختلالات احتمالی، حمایت از درمان و توان‌بخشی در صورت بروز بیماری روحی و روانی و غیره است.

در ایران مطالعات متعددی درباره استرس‌های شغلی و ارتباط آن با بروز اضطراب و افسردگی انجام شده است؛ طبق مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۴ روی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

رویکردهای مراقبت از بیماران روانی و آموزش خانواده‌هایی که بیمار روان‌پزشک دارند، از ضروریات این نوع خدمات محسوب شده است. علاوه بر اینکه بیکاری سبب بروز اختلال روانی می‌شود، مشاغل ناامن، رفتار نامناسب با کارگران، ناسازگاری با محیط، برخورد ناصحیح با استرس‌های محیطی، افسردگی و اضطراب، بی‌سوادی، درآمد ناکافی، رعایت نکردن حقوق شهروندی، جنگ و بلافاصله عوامل ایجادکننده اختلال روانی است [۷-۵].

عوامل متعددی علاوه بر مشخصه‌های فردی زیستی، ژنتیکی و بیولوژیکی و نیز شرایطی که فرد در آن بزرگ می‌شود، بر سلامت روان در محیط‌های کاری تأثیرگذار است که از آن جمله می‌توان به عوامل شغلی، عوامل گروهی، عوامل سازمانی، تعارض‌های بین کار و زندگی، رضایت کلی از شغل، رضایت از محیط فرهنگی شغلی، رضایت از درآمد و رضایت از روابط با همکاران، رعایت‌نشدن عدالت، فراهم‌نبودن فرصت‌های شکوفایی برای افراد و وجود تبعیض‌های غیرمنطقی اشاره کرد [۱۰-۸]. متأسفانه اختلالات روان بر عملکرد و ظرفیت کاری کارکنان تأثیر سوء گذاشته و منجر به غیبت، درخواست ترک کار، افزایش حوادث و کاهش بهره‌وری می‌شود [۱۱].

طبق آمار می‌توان به ۸۰ درصد مردم از طریق محیط‌های کاری دسترسی داشت و به همین دلیل برنامه‌های سلامت در موقعیت محیط کار یکی از مداخلات اساسی ارتقای سلامت محسوب می‌شود [۱۱]. از آنجا که رفتارهای پرخطر در فضایی جدایی از اجتماع، محله و محیط کار یاد گرفته نمی‌شود، دوری‌جستن از این رفتارها و ترویج رفتارهای سالم در اجتماعاتی مانند محیط کار موفقیت بیشتری دارد. کارکنان به عنوان گروه می‌توانند افکار و احساسات خود را به شکل بهتری در میان بگذارند و فرصت بحث درباره مسائل بین‌فردی، همکاری و مشارکت را خواهند داشت. بنابراین مداخلاتی نظیر گروه‌درمانی^۷ در محیط کار برای حل مشکلات می‌تواند بسیار مفید باشد [۱۲].

یکی از راهکارهای ارائه عادلانه خدمات سلامت روان، ادغام آن‌ها در نظام مراقبت‌های اولیه است، اما گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد اغلب این نظام‌ها مشکلات جدی دارند؛ به طوری که همگی به درجات متفاوت چالش‌هایی در مردم‌محوری، تداوم و جامعیت خدمات و ورود منظم داشته‌اند. بنابراین قبل از ادغام خدمات سلامت روان باید این موارد در نظام مراقبت‌های اولیه اصلاح و بازبینی شود [۱۳]. در حال حاضر اپیدمی سه‌گانه در کشورهای در حال توسعه وجود دارد؛ بیماری‌های غیرواگیر و روان، بیماری‌های واگیر نوپدید و بازپدید و مسائل اجتماعی که اثر هم‌افزایی با دو دسته قبلی دارد [۱۴].

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت ضرورتی برای ادغام خدمات مرتبط به حمایت‌های اجتماعی در نظام مراقبت‌های اولیه وجود

8. Allen

9. Robertson

7. Group therapy

جدول ۱. اولویت‌ها برای انتخاب اعضای کمیته راهبری فنی

سازمان	حوزه
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان بهزیستی کشور ستاد مبارزه با مواد مخدر معاونت پیشگیری و اجتماعی قوه قضائیه کمیسیون اشتغال و کار مجلس شورای اسلامی	مدیران، سیاست‌گذاران، قانون‌گذاران و ناظران
سازمان نظام روان‌شناسی ایران انجمن علمی روان‌پزشکی انجمن علمی روان‌شناسان بالینی	حوزه ارائه‌کنندگان خدمات
سندیکای کارفرمایی خانه کارگر و انجمن اسلامی کار	حوزه میانجیان مردمی
مرکز پژوهش‌های مجلس معاونت اجتماعی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت مؤسسه تعلیمات کار	حوزه محققان

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

ملی و اجماع بازیگران اصلی از جمله نمایندگان، کارفرمایان و کارگران و تأمین‌کنندگان خدمات و منابع است [۴].

روش

این مطالعه از نوع ترکیبی (کمی کیفی) با غلبه بخش کیفی است. بخش کیفی شامل تحلیل ذی‌نفعان، مصاحبه، بحث گروهی، تحلیل وضعیت سازمانی و مرور مستندات بوده است. تحلیل ذی‌نفعان با استفاده از ماتریس تعهد اثر^{۱۱} برای تشکیل کمیته راهبری فنی انجام شد و برای انتخاب اعضا، میزان تجربه عملی و خبرگی افراد سازمان‌های حقوقی مندرج در **جدول شماره ۱** به عنوان سازمان‌های با اولویت، لحاظ شد.

نمونه‌گیری برای انجام مصاحبه و گردآوری گروه متمرکز به صورت عمدی بوده است و از هر سازمان یک نماینده انتخاب شد. مصاحبه‌ها را متخصص بهداشت همگانی به طور ساختاریافته تنظیم کرد و انجام داد. پرسش‌ها درباره وضعیت کنونی برنامه‌های سلامت روان محیط کار، دورنمای سلامت روان جامعه کار و تولید، سه هدف راهبردی و نیز نوع مداخلات موردنیاز از دید مصاحبه‌شوندگان بوده است.

انجام شده است بین استرس شغلی و افسردگی و اضطراب ارتباط معناداری وجود دارد و نوع استخدام تأثیری بر ایجاد استرس ندارد [۱۹]. عوامل استرس‌زا در محیط کار می‌تواند شامل ترس از اشتباه در کار، درک‌نشدن مشکلات شغلی کارکنان از جانب رئیس و احساس حقارت نسبت به شغل محول شده باشد [۲۰].

مطالعه دیگری که روی کارکنان بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شده است، نشان می‌دهد میان میزان استرس با افسردگی و اضطراب در بین کارکنان همبستگی مثبت وجود دارد و ارتباط آن با افسردگی و اضطراب معنادار است [۲۰]. همچنین نتایج مطالعه دیگری که در سال ۱۳۷۸ انجام شده است، نشان می‌دهد میزان شیوع اختلال‌های روانی در کارگران ماهر بیشتر از کارگران نیمه‌ماهر و ساده است و نیز رابطه معناداری میان سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با ابتلا به اختلال‌های روانی وجود دارد [۲۱].

تفاوت اصلی مطالعه حاضر با مطالعات قبلی در این است که این پژوهش ابعاد سلامت روان را در محیط‌های کاری بررسی می‌کند. بر اساس آخرین پیمایش ملی در سال ۱۳۹۰ شیوع اختلالات روانی در کشور ۲۳/۶ درصد محاسبه شد، اما شیوع اختلالات روانی در جامعه کار و تولید بر اساس آخرین پیمایش کشوری در حدود ۳۵/۴ درصد بوده است. بهبود وضعیت اختلالات روانی در جامعه کار و تولید نیازمند تدوین سیاست

10. Commitment

11. Impact

توسعه، سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، برنامه جامع سلامت روان مصوب ۱۳۹۱، قانون سلامت روان کشور، مصوبات مرتبط به سلامت روان شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است. معیار انتخاب این اسناد، وجود ماده یا بند و تبصره‌ای در ارتباط با سلامت جسمی و روانی، نیروی کار، حفظ کرامت و حقوق نیروی انسانی بوده است [۳۲-۲۴].

اطمینان‌نداشتن به داده‌های ثبتی سازمان تأمین اجتماعی در وضعیت سلامت روان کارگران، پراکنده‌بودن و قدیمی‌بودن گزارش‌ها موجب شد در مرور داده‌های موجود صرفاً پیمایش‌های ملی درباره وضعیت سلامت روانی و کیفیت زندگی کاری در مراکز کاری انجام شود^{۱۵} [۳۳]. به منظور بررسی روایی پرسش‌نامه از لحاظ وضوح، شفافیت، مرتبط و ضروری‌بودن، سؤالات در اختیار پنج نفر از متخصصان قرار گرفت تا نظر اصلاحی خود را درباره سؤالات اعمال کنند. پایایی پرسش‌نامه را نیز ۱۰ نفر از خبرگان از روش آزمون‌بازآزمون در فاصله زمانی ۲ هفته‌ای انجام دادند.

مداخلات نیز در سه تم فرعی ترویجی، (مداخلات آموزش و تغییر رفتار و فرهنگ)، تسهیلی (مداخلاتی که شرایط مناسب و تشویقی برای درپیش‌گرفتن رفتار سالم فراهم می‌کند) و تحکیمی (مداخلاتی که به حکم قانون یا مصوبه اسناد بالادستی، رعایت حقوق قانونی کارگران را الزام‌آور می‌کند) تقسیم‌بندی شده است. در نهایت داده‌های گردآوری‌شده برای بازبینی و اظهار نظر مجدد به کمیته راهبری ارائه و با روش تحلیل تم^{۱۶} نتایج جمع‌بندی نهایی شد.

یافته‌ها

بر اساس سؤالات مصاحبه، یافته‌ها در چهار بخش زیر دسته‌بندی می‌شوند:

بخش اول: شناخت وضعیت موجود سلامت روان در جامعه کار و تولید

اطلاعات گردآوری و تحلیل شده از مطالعه کمی با استفاده از پرسش‌نامه پیمایش ملی وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی کاری کارکنان مراکز صنعتی و تولیدی «نشان می‌دهد شیوع سلامت روان در جامعه کار و تولید به طور میانگین در سال ۱۳۹۵، ۳۴/۵ درصد است [۳۳]. سلامت روان در محیط کار شامل ابعادی است که شرح و میزان شیوع آن‌ها در جدول شماره ۲ نشان داده شده است که همگی برگرفته از پیمایش مذکور است [۳۳].

مرور اسناد بالادستی نشان می‌دهد به میزان درخور توجهی در قوانین برنامه‌های پنج‌ساله توسعه، قانون اساسی و مقررات کار و غیره به سلامت سرمایه انسانی در محیط کار توجه شده است: در

در این نوع مصاحبه، سؤالات کاملاً مشخص و با چارچوب است و از مصاحبه‌شونده تقاضا می‌شود به پرسش مدنظر پاسخ دهد. پایایی ابزارهای مصاحبه‌ای عمدتاً با یکی از دو روش بین‌آزماینده^{۱۲} یا آزمون‌بازآزمون^{۱۳} سنجیده می‌شود. در روش پایایی بین‌آزماینده، یک مصاحبه‌گر با آزمودنی مصاحبه و او را ارزیابی می‌کند و مصاحبه‌گر دیگری که یا در محل حضور دارد، ولی مداخله نمی‌کند یا آنکه فیلم مصاحبه‌گر اول را مشاهده می‌کند، ارزیابی خود را به طور جداگانه انجام می‌دهد. این روش عملی‌تر و باصرفه‌تر است [۲۲].

در روش آزمون‌بازآزمون، دو مصاحبه‌گر مستقل در فواصل زمانی کوتاه، با فرد به طور جداگانه مصاحبه می‌کنند. این روش، به‌ویژه نوع چندمرکزی آن، نمونه ایدئال برای مطالعات پایایی محسوب می‌شود و به روش بالینی هم بیشتر قابل تعمیم است. البته اجرای آن دشوارتر است [۲۳]. در این مطالعه به دلیل محدودیت‌های دسترسی به مصاحبه‌شوندگان از پایایی اول استفاده شد.

سؤالات مصاحبه در ابتدا ایمیل و سپس به صورت چهره‌به‌چهره انجام شد. هر مصاحبه به طور میانگین ۳۰ دقیقه طول کشیده است و همه آن‌ها با گرفتن اجازه از افراد، ضبط و پس از آن مصاحبه‌کننده آن‌ها را مکتوب کرده است. داده‌های حاصل از مصاحبه به روش تماتیک^{۱۴} تحلیل شده‌اند و نتایج در سه تم اصلی دسته‌بندی شده‌اند: شناخت وضع موجود شامل مرور داده‌های موجود، ارزیابی مداخلات قبلی و اسناد بالادستی، جهت‌گیری آینده شامل دورنما، اهداف راهبردی، مداخلات و الزامات اجرا و یا استقرار شامل منابع موردنیاز، شاخص‌های پیش و ارزشیابی، روال‌های انگیزش، ساختار اجرا، توانایی نیروی انسانی استقراردهنده و شیوه‌نامه‌ها.

مرور اسناد بالادستی به منظور یافتن اینکه آیا حمایت‌های قانونی کافی در این زمینه وجود دارد یا خیر انجام شد. همه اسناد بالادستی از قوانین اصلی، مقررات و تنظیمات بخش اجرایی و توافقات مرتبط انتخاب شدند، این اسناد از طریق مصاحبه با اعضای کمیته راهبری انتخاب و تحلیل شدند که شامل اصل ۲، ۳، ۲۹، ۴۳، ۳۱، ۱۰۴ قانون اساسی، فصل چهارم قانون کار مصوب سال ۱۳۶۹، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، سند سیاست‌های کلی آمایش سرزمین مصوب ۱۳۹۰، سند سیاست‌های کلی سلامت مصوب ۱۳۹۳، سند سیاست‌های کلی جمعیت مصوب ۱۳۹۳، سند سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی مصوب ۱۳۹۲، سند سیاست‌های کلی اصلاح الگوی مصرف مصوب ۱۳۸۹، سیاست‌های کلی نظام اداری مصوب ۱۳۸۹، سیاست‌های کلی نظام اداری مصوب ۱۳۸۹، سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۸۵، سیاست‌های مرتبط با سلامت روان برنامه پنجم

۱۵. بخشی از داده‌های این مطالعه از منبع شماره ۴۳ اقتباس شده است. زیرا این مطالعات در راستای یکدیگر و به درخواست وزارت کار انجام شده‌اند.
16. Theme

12. Inter-rater
13. Test-retest
14. Content Analysis

جدول ۲. شاخص‌های آماری مربوط به ابعاد سلامت روان در محیط (۲۶)

ردیف	مشکلات محیط کار	میانگین
۱	فقدان بهداشت و ایمنی محیط کار	۲۳/۸۴
۲	رعایت‌نشدن جایگاه و کرامت انسانی	۷/۹۱
۳	جو روانی نامساعد در محیط کار	۸/۱۹
۴	مدیریت نامناسب	۵/۰۶
۵	ناامنی شغلی	۶/۸۳
۶	نبود قوانین حمایتی لازم	۴/۱۹
۷	استرس ناشی از حجم کار	۷/۴۰
۸	وجود تبعیض شغلی و بی‌عدالتی	۶/۲۲
۹	نبود امکان رشد و پیشرفت	۶/۰۲
۱۰	نبود تسهیلات حمایتی	۱۱/۴۴
۱۱	حقوق و مزایا	۲/۵۹
۱۲	مشکلات خانوادگی	۴/۲۳
۱۳	نگرانی مالی	۸/۲۴
۱۴	مشکلات روانی	۱/۰۹
۱۵	مشکلات محیط کاری (نمره کل مقیاس)	۱۰۳/۶۷

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

در قانون برنامه ۵ ساله ششم توسعه، بر حمایت و پشتیبانی و ارتقای معیشت خانوارها، به‌کارگیری افراد در قالب قراردادهای کاری معین، حمایت از ازدواج موفق، برخورداری خدمات مشاوره و روان‌شناسی از تسهیلات و مزایای بیمه‌های پایه و تکمیلی، زمینه‌سازی لازم برای کاهش نرخ طلاق از طریق مرکز فوریت‌های اجتماعی و مددکاری و مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی، کاهش ۲۵ درصدی اعتیاد با فعالیت دستگاه‌های مربوطه در طول اجرای قانون برنامه و کاهش آسیب، همچنین صیانت و حمایت اجتماعی، مقابله با عرضه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها و حمایت از بیماران روانی مزمن، کاهش نرخ طلاق به میزان ۲۰ درصد سال پایه، تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با اولویت اعتیاد، طلاق، حاشیه‌نشینی، کودکان کار و مفاسد اخلاقی، شناسایی و بهبود نقاط آسیب‌خیز در بافت شهری و حاشیه شهرها، بهبود کیفیت زندگی ساکنان سکونتگاه‌های غیررسمی و ترویج مهاجرت معکوس، حمایت از زنان سرپرست خانوار و مواردی از این قبیل تأکید شده است.

اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها درباره آسیب‌های موجود برنامه‌های مرتبط با سلامت روان وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی نشان داد برنامه‌های

اصل ۳ قانون اساسی، بر ایجاد محیط مساعد برای رشد فضایل اخلاقی، رفع تبعیض ناروا و ایجاد امکانات عادلانه؛ در اصل ۲۹، بر برخورداری عموم از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری و از کارافتادگی؛ در سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، بر حفظ کرامت و حقوق انسان‌ها؛ در سیاست‌های کلی سلامت، ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی ایرانی؛ در سند سیاست‌های کلی جمعیت، بر ارتقای امید به زندگی؛ در سیاست‌های کلی نظام اداری، بر ارج نهادن به سرمایه‌های انسانی و اجتماعی؛ در سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر، بر درپیش گرفتن راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان‌گردان؛ در سیاست‌های کلی برنامه پنجم، بر تلاش برای رفع دغدغه‌های شغلی، ازدواج، مسکن و آسیب‌های اجتماعی، ارتقای امنیت اجتماعی، مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان، تأسیس مراکز و ارائه هرگونه خدمات مشاوره‌ای روان‌شناختی و اجتماعی؛ در سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، بر کاهش بار اختلالات روانی (افسردگی)، کاهش شیوع استفاده از قلیان و سیگار، کاهش بار ناشی از مصرف مواد مخدر و مواد روان‌گردان؛ در برنامه جامع سلامت روان کشور، تأکید بر ارتقای سواد سلامت روان، ایجاد نظام خدمات سلامت روان و کاهش عوامل خطر سلامت روان از طریق توسعه همکاری‌های بین‌بخشی [۳۲].

سلامت روان محیط کار خودجوش، قائم به کارفرما و داوطلبانه بوده و متأسفانه منطبق بر یک سیاست ملی نبوده است. اقدامات به طور پراکنده و جزیره‌ای انجام شده است و همچنین ارزیابی قبل و بعد مداخلات انجام نشده است.

بخش دوم: دورنمای سلامت روان در جامعه کار و تولید

بر اساس نظرات جمع‌آوری‌شده، دورنمای سلامت روان جامعه کار و تولید در سال ۱۳۹۹ این خواهد بود که وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی با جلب همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت جامعه کارگران و کارفرمایان می‌تواند شیوع اختلالات روانی را به میزان ۲۵ درصد سال پایه کاهش دهد و نمره سرمایه اجتماعی و نشاط کارگران کشور را افزایش دهد و برای دستیابی به چنین دورنمایی حداقل سه هدف راهبردی شامل ارتقای نمره رفتارهای سالم سلامت روان به میزان ۳۰ درصد سال پایه، ارتقای نمره محیط کار مناسب برای بهبود وضعیت روانی اجتماعی (به تفکیک نوع محل‌های کاری) به میزان ۲۰ درصد سال پایه و ارتقای بهره‌مندی کارگران کشور از خدمات مشاوره سلامت روان و اجتماعی و درمان به میزان ۵۰ درصد سال پایه مدنظر هستند.

بخش سوم: مداخلات ارتقای سلامت روان در جامعه کار و تولید

مداخلات پیشنهادی خبرگان با استفاده از تحلیل تم در سه بخش اصلی ترویجی، تحکیمی و تسهیلی دسته‌بندی شدند. مداخلات ترویجی بُعد آموزشی سلامت روان را ارتقا خواهد داد. مداخلات اجباری، مداخلاتی است که پیشنهاد می‌شود به طور اجباری از سوی کارفرمایان و مسئولین امر اجرا شود. مداخلات

جدول ۳. شرح مداخلات پیشنهادی خبرگان با استفاده از تحلیل تم های اصلی

نوع	شرح مداخلات
ترویجی	تهیه بسته خودآموز ارتقای سلامت روان ویژه کارگران و کارفرمایان و نهادینه‌سازی استفاده از آن به روش‌های مقتضی طراحی و نهادینه‌سازی دوره آموزشی ارتقای سلامت روان در محیط‌های کاری و ادغام در فرایند کسب مجوزها و یا تشویق‌ها طراحی و ارائه بسته سوادآموزی سلامت روان به شکل حضوری برای محل‌های کاری (زیر ۵۰ نفر، بین ۵۰ تا ۵۰۰ نفر و بیش از ۵۰۰ نفر)
اجباری	رتبه‌بندی کارفرمایان و محیط‌های کاری از نظر میزان رعایت الزامات محیط کار مناسب برای بهبود وضعیت روانی اجتماعی استقرار استانداردهای بازرسان کار برای نظارت بر الزامات محیط کار مناسب، برای بهبود وضعیت روانی اجتماعی پوشش بیمه سلامت برای اختلالات روانی و تدارک خدمات برای اختلالات روانی شدید و ناشی از تروما
تسهیلی	توسعه خدمات مشاوره تلفنی ایجاد مراکز همیار کارکنان در تمام محل‌های کاری ۵۰ تا ۵۰۰ نفر، تدارک غربالگری، مداخله مختصر و ارجاع (SBIRIT) تدارک همیار معتمد کارکنان Employee Assistance Coordinators (EACs) برای یافتن منابعی در جامعه برای کمک کارفرما تفاهم‌نامه یا قراردادی را نشان می‌دهد که مرکز یا کلینیک تخصصی، درمان و مراقبت از اختلالات روانی در محیط را در صورت ارجاع از محل کار بر عهده دارد.

جدول ۴. زمان‌بندی برای اجرای سند ملی ارتقای سلامت روان کارگران

فعالیت	دوره زمانی
حمایت‌طلبی سیاست‌گذاران، تصویب و معرفی برنامه برای تمام ذی‌نفعان جمع‌آوری اعداد پایه نشانگرهای ارزشیابی برنامه تولید محصولات تحقیقاتی و کاربردی موردنیاز برای اجرای برنامه	۶ ماه اول در سال اول اجرا از اولین برنامه ۵ساله
تفاهم‌نامه با استان‌ها برای استقرار برنامه برگزاری دوره آموزشی کارفرمایان برای اجرای برنامه از سال بعد تدارک مقدمات کاربست محصولات تحقیقاتی	۶ ماه دوم در سال اول اجرا
اولین سال تدارک خدمات ارتقای سلامت روان، پایش و رتبه‌بندی و تشویق کارفرمایان و تشکل‌های کارگری	سال دوم اجرا
دومین سال تدارک خدمات ارتقای سلامت روان، پایش و رتبه‌بندی و تشویق کارفرمایان و تشکل‌های کارگری	سال سوم اجرا
سومین سال تدارک خدمات ارتقای سلامت روان، پایش و رتبه‌بندی و تشویق کارفرمایان و تشکل‌های کارگری	سال چهارم اجرا
ارزشیابی ملی برنامه ارتقای سلامت کارگران و تدوین گزارش و راه آینده تا ۵ سال بعدی	سال آخر از اولین برنامه ۵ساله

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تحکیمی (از جمله رتبه‌بندی کارفرمایان از نظر میزان رعایت الزامات برای بهبود وضعیت روانی اجتماعی، پوشش بیمه سلامت و غیره) و تسهیلی (مانند توسعه خدمات مشاوره تلفنی، ایجاد مراکز همیار کارکنان در محیط‌های کاری). لازم است رویکردهای پیشنهادی در این مطالعه در قالب سیاست ملی ارتقای سلامت روانی و اجتماعی به تصویب شورای هماهنگی خدمات بهداشتی به بیمه‌شدگان برسد و اجرای آن به شکل پلکانی در کل کشور و یا شروع آزمایشی آن از یک استان پیگیری شود.

بر اساس اطلس سلامت روان سال ۲۰۱۱ سازمان بهداشت جهانی، تنها ۶۰ درصد کشورهای جهان سیاست‌ها، ۷۱ درصد برنامه‌ها و ۵۹ درصد قوانین مربوط به سلامت روان را دارند و این نشان می‌دهد علی‌رغم شیوع و بار زیاد اختلالات روانی، خدمات سلامت روان نه‌تنها در نظام سلامت کشور ایران، بلکه در دیگر کشورها نیز تا حد زیادی با غفلت مواجه شده است [۳۴].

نتایج مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۹ با عنوان «استرس شغلی و رابطه آن با سلامت روان در کارکنان بیمارستان‌های شیراز» انجام شده است، نشان می‌دهد میزان استرس شغلی با سلامت روان در کارکنان اداری و درمانی رابطه دارد و حتی کارکنان درمانی سلامت روانی کمتری دارند و در انتها پیشنهاد می‌شود جلسات منظمی برای کارکنان در بیمارستان‌ها و تشویق آن‌ها به ابراز مشکلات موجود در محیط کار تشکیل شود.

همچنین بررسی‌هایی به منظور سبب‌شناسی استرس شغلی در کارکنان و ارائه راهکارها صورت بگیرد، سطح آگاهی و میزان سازگاری کارکنانی که در معرض عوامل استرس‌زای شغلی‌اند افزایش یابد، مراکز مشاوره بهداشت روانی در محیط کار

اولویت‌های تحقیقاتی در این حوزه تعیین شود. بودجه لازم برای آن‌ها اختصاص داده شود. عملکرد این طرح در سطح ملی در اولین سال اجرا بر اساس شاخص‌های میزان اختلالات روانی و تعدادی از شاخص‌های سلامت اجتماعی از جمله سرمایه اجتماعی و نشاط از طریق پیمایش‌های ملی باید تعیین شود. در عین حال وضعیت حوادث، نارضایتی‌ها، تعداد غیبت کارکنان و رضایتمندی کارکنان از طریق داده‌های ثبتی به عنوان سال پایه ۱۳۹۶ استخراج و با سال ۱۴۰۰ مقایسه شود.

باید ردیف بودجه مشخصی برای تمام پروژه‌های ارتقای سلامت روان کارگران در نظر گرفته شود و ساختار اداره کل امور اجتماعی وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی به عنوان دبیرخانه ملی ارتقای سلامت روان کارگران با همکاری دیگر دستگاه‌ها در این دبیرخانه در نظر گرفته شود. گروه‌های مردمی شامل شوراهای اسلامی شهر و روستا، سازمان‌های مردم‌نهاد منتخب و تشکل‌های کارگری با تشکیل کمیته ملی (درون یا برون ساختار پیشنهادی) و با استفاده از شاخص‌های استانی در سه حوزه اطلاع‌رسانی و ترغیب کارگران برای مراقبت از سلامت روان، پایش میزان استقرار برنامه سلامت روان و انتقال مطالبات کارگران همکاری کنند.

بحث

به طور خلاصه یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد برنامه‌های سلامت روان در محیط کار منطبق با یک سیاست ملی نبوده است و پراکنده و جزیره‌ای انجام شده است. رویکردهای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی پیشنهادشده در این مطالعه عبارت است از: مداخلات ترویجی (از جمله آموزش سبک زندگی سالم)،

راه‌اندازی شود و سطح آگاهی کارفرمایان و برنامه‌ریزان برای کاهش استرس‌های محیط کار افزایش یابد [۳۵].

در مقاله‌ای که در سال ۱۳۹۰ با عنوان «سلامت روانی اجتماعی و راهکارهای بهبود آن» انجام شده است، رویکرد پیشگیری برای اصلاح وضعیت سلامت روان اجتماعی جامعه ایران ارائه شده است. در این مقاله، درباره رویکرد پیشگیری در سه سطح با راهبردهای متنوع و متفاوت بحث شده است؛ پیشگیری در سطح نخست سلامت روان شامل، آموزش و آگاه‌سازی، انجام بررسی‌های دوره‌ای نیازسنجی و غیره، پیشگیری در سطح دوم سلامت روان شامل گسترش کمی و کیفی طرح ادغام بهداشت روان در سامانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاها، گسترش کمی و کیفی طرح بهداشت روان شهرها از طریق رابطان بهداشتی، پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌پزشکی و غیره و در نهایت پیشگیری در سطح سوم سلامت روان شامل تقویت و گسترش سازمان‌های مردم‌نهاد در امر پیشگیری، درمان و توان‌بخشی بیماران روانی و غیره ارائه شده است که با یافته‌های این مطالعه تطابق دارد [۱۸].

پس از مداخله برای بررسی خروجی‌های اولیه) بیان شدند [۳۳]. این مطالعه پژوهشی برای سیاست‌گذاری است و دید کلان برای برنامه‌ریزان و تأمین‌کنندگان منابع مالی ایجاد می‌کند و با مشارکت اصلی ذی‌نفعان سلامت روان کارگران را تأمین می‌کند. همچنین در طراحی مداخلات ترکیب چند رویکرد ترویجی، تسهیلی و تحکیمی مدنظر قرار گرفته است که احتمال موفقیت برنامه را افزایش می‌دهد و در نهایت این مطالعه امکان استقرار این برنامه را مشخص می‌کند که در بخش الزامات استقرار خلاصه شده است.

محدودیت‌های این مطالعه دسترسی نداشتن به همه ذی‌نفعان ملی و استانی در مدت‌زمان طرح بوده است. داده‌های ثبتی معتبر و به کفایت برای تحلیل وضعیت وجود نداشت و اصولاً به دلیل نبود تقویم دیده‌بانی شاخص‌های سلامت روان در جامعه کار و تولید، روند مشخصی برای وضعیت سلامت روان ترسیم نمی‌شود و ممکن است این محدودیت، دستیابی به اهداف راهبردی را دچار مشکل کند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه می‌توان پیشنهادهایی ارائه داد؛ خدمات اجتماعی و خدمات سلامت روان در کنار خدمات سلامت جسمی و به شکل یکپارچه باید ارائه شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود مدل عملیاتی کردن مداخلات پیشنهادی این مطالعه در کنار دیگر اسناد از جمله سند پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و سند ارتقای سبک زندگی سالم کارگران و معاینات ادواری به شکل یکپارچه اجرایی شود تا از انجام عملیات جزیره‌ای و ناهماهنگ در محل‌های کاری جلوگیری شود.

با توجه به تجربیات علم مدیریت در اجرای سیاست‌ها و برنامه‌های ملی و همچنین توجه مجریان ملی، استانی و محیط کار به زنجیره نتایج^{۱۷} لازم است اجرایی شدن مداخلات پیشنهادی این مطالعه در یک چارچوب زمان‌بندی شده به شرح جدول شماره ۴ انجام گیرد تا دستیابی به اهداف راهبردی سه‌گانه با احتمال بیشتری ممکن شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کلیه اصول اخلاقی در این مطالعه رعایت شده است. شرکت‌کنندگان آزادانه در این مطالعه شرکت کردند و نیز به همگی آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه نگهداشته می‌شود.

نتایج مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۹ با عنوان «مداخله مشارکتی برای بهبود محیط کار درباره سلامت روانی و عملکرد شغلی بین کارکنان» انجام شده است، نشان می‌دهد مداخله مشارکتی برای مقابله با بهبود سلامت روان و عملکرد شغلی در محیط کاری مؤثر است. این مداخله مشارکتی شامل این موارد بود: کارگاه آموزشی نیم‌روزه برای تسهیلگران (تهیه اطلاعات منسجم درباره سلامت روان در محیط کاری، سخنرانی درباره رویکرد مشارکتی برای کاهش استرس، ایفای نقش در محیط کار درباره موارد واقعی با استفاده از چک‌لیست اقدامی)، تحقیق پایه‌ای (ارائه پرسش‌نامه قبل مداخله برای بررسی نتایج اولیه، مشخص کردن خطرات، اندازه‌گیری میزان قرار گرفتن در شرایط کاری روانی)، برنامه آموزشی نظارتی (اطلاعات درباره اهمیت سلامت روانی مثبت، ارتقای محیط کاری و مثال‌هایی از نمونه‌های موفق)، اطمینان‌دادن از اینکه ناظران دانش و مهارت کافی برای شناسایی استرس‌های شغلی را دارند، کمک به ناظران برای طراحی اقدامات ابداعی که می‌تواند ابهامات را مشخص کند، تعارضات را کاهش دهد و بر منابع استرس غلبه کند، برگزاری کارگاه (ارائه مقدمه‌ای درباره متدولوژی برای بهبود محیط کاری، سخنرانی درباره تشخیص خطرات بر اساس نظارت استرس، ارزیابی ریسک که شامل کاربرد یک چک‌لیست اقدامی است، بحث گروهی درباره محیط‌های کاری و ارائه برنامه‌های اقدامی)، اجرای فعالیت‌های پشتیبان برای بهبود وضعیت محیط کار (الف. کارگاه پیگیری: تکرار بررسی و تنظیم فعالیت به وسیله تسهیلگران، ارائه فرایندهای فعالیت به وسیله کارشناسان، بحث درباره مشکلات اجرا و موانع اجرای فعالیت‌ها؛ ب. کارگاه پیگیری دوم: ارائه پیشنهادی لازم برای بهبود بیشتر و مواجهه با کارکنان برای نگهداری و حفظ فعالیت‌های خروجی)، ارزیابی (ارائه پرسش‌نامه

حامی مالی

این مطالعه با پشتیبانی و حمایت مالی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی انجام شده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی: همه نویسندگان؛ روش: بهزاد دماری؛ جستجو: نرگس صالحی شهرابی و احمد حاجبی؛ نوشتار نسخه اولیه: نرگس صالحی شهرابی و بهزاد دماری؛ ویرایش متن: سید حسین المدنی، بهزاد دماری؛ تأمین مالی: احمد حاجبی و سید حسین المدنی؛ جستجوی منابع: نرگس صالحی شهرابی و بهزاد دماری؛ نظارت و هماهنگی: بهزاد دماری.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه به پیشنهاد مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور برای بهره‌برداری اداره کل امور اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، از سوی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران انجام شده است. بنابراین از همکاری مسئولان ذی‌ربط به‌ویژه جناب آقای غلامرضا بستان‌منش و تمامی کسانی که ما را در انجام این طرح یاری کردند صمیمانه سپاسگزاریم.

References

- [1] Saberi Zafarghandi M. [Some of the challenges of mental health and addiction in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2011; 17(2):157-61.
- [2] World Health Organization. *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- [3] World Health Organization. *World health report 2003: Shaping the future*. Geneva: World Health Organization; 2003.
- [4] Amin-Esmaeili M, Rahimi-Moaghar A, Sharifi V, Motevasselian SA, Hajebe A, Rad-Goodarzi R, et al. [The overall prevalence of psychiatric disorders in Iran: Results of National Survey of Mental Health and Wellbeing (2010-2011) (Persian)]. Paper presented at: The 30th Annual Congress of Iranian Psychiatric Association. 22-25 October 2013; Tehran, Iran.
- [5] Bagheriyazdi A, Bolhari J, Shahmohammad D. [An epidemiological study of psychological disorders on a rural area (Meibod, Yazd) in Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 1994; 1(1):32-41.
- [6] Bagheri Yazdi S A, Bolhari J, Peyravi H. [Mental health status of newly admitted students to Tehran University at 1994-1995 academic year (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 1995; 1(4):30-9.
- [7] World Health Organization. *World health report 2004: Changing history*. Geneva: World Health Organization; 2004.
- [8] Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*. 1999; 89(9):1328-33. [DOI:10.2105/AJPH.89.9.1328] [PMID] [PMCID]
- [9] Kaheh D, Heivadi T. [Job satisfaction & mental health (Persian)]. *Payesh*. 201 2; 11(3):391-7.
- [10] Vasiliadis HM, Lesage A, Adair C, Boyer R. Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2005; 50(10):614-9. [DOI:10.1177/070674370505001007] [PMID]
- [11] Gabriel P, Liimatainen MR, International Labour Office. *Mental health in the workplace: Introduction, executive summaries*. Geneva: International Labour Office; 2000.
- [12] Nazari AM, Asadi M. [The effectiveness of cognitive group therapy on decreasing depression among high school students (Persian)]. *Knowledge & Health*. 2011; 6(1):44-8.
- [13] World Health Organization. *World health report 2008: Primary health care (Now More Than Ever)*. Geneva: World Health Organization; 2008.
- [14] World Health Organization. *Integrating the response to disorders and other chronic diseases in health care system*. Geneva: World Health Organization; 2014.
- [15] Allen H. Is there a social worker in the house? Health care reform and the future of medical social work. *Health & Social Work*. 2012; 37(3):183-6. [DOI:10.1093/hsw/hls021] [PMID]
- [16] Robertson H. *Integration of health and social care: A review of literature and models implication for Scotland*. Scotland: Royal College of Nursing Scotland; 2011.
- [17] Department of Health. *Caring for people beyond tomorrow primary health and social care: A strategic framework for individuals, families and communities*. London: Department of Health; 2015.
- [18] Noorbala A. [Psychosocial Health and Strategies for improvement (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2011; 17(2):151-6.
- [19] Khalilzadeh R, Yavrian R, Khalkhali HR. [Investigating the relationship between job stress and depression and anxiety disorder in nurses of educational, medical hospitals of Urmia University of Medical Sciences (Persian)]. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty*. 2005; 3(1):10-7.
- [20] Malakooti K, Bakhshani N, Zohravi T. [Studying occupational stressors among hospital employees of Zahedan University of Medical Sciences (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 1994; 1(2-3):76-86.
- [21] Palahang H, Azimi K, Zarean J. [Epidemiology of mental disorders in factory workers in Shahr-e-Kord and Brojen (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 1999; 5(1-2):100-9
- [22] Dadgar, M. [Validity and Reliability concepts of Questionnaire (Persian)]. Tehran: Noandishan Aria Kohan; 2017.
- [23] Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of implementing the Persian version of Diagnostic of the Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Psychology. Journal of New Cognitive Sciences*. 2004; 6(1-2):10-22.
- [24] Expediency Discernment Council. [Constitution of the Islamic Republic of Iran (Persian)]. Tehran: Expediency Discernment Council; 1979.
- [25] Expediency Discernment Council. [The 20-year vision document of the Islamic Republic of Iran 1404 (Persian)]. Tehran: Islamic Republic of Iran; 2005.
- [26] The Office of the Supreme Leader. [A quantitative and qualitative development of health and medical insurance, providing justice and promoting health, especially in underdeveloped areas, and providing special assistance to needy group (Persian)] [Internet]. 2014 [Updated 2014 April 7]. Available from: www.leader.ir/fa/content/11651/leader.ir
- [27] Office of the Supreme Leader's Office. *General Population Policy Announcement by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran* [Internet]. 2014 [Updated 20 May 2014]. Available from: <https://en.irna.ir/news/2695875/Supreme-Leader-outlines-Iran-s-general-population-policies>.
- [28] Office of the Supreme Leader's Office. [General policies of the administrative system Announcement by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran (Persian)] [Internet]. 2014 [Cited 7 April 2014]. Available from: www.leader.ir/fa/content/11651/leader.ir
- [29] Office of the Supreme Leader's Office. [General Counter Narcotics Policies Announcement by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran (Persian)] [Internet]. 2014 [Cited 7 April 2014]. Available from: www.leader.ir/fa/content/11651/leader.ir
- [30] The President's Office, Deputy of Strategic Planning and Control. [The text of the 5th Development Plan Law of the Islamic Republic of Iran 2011-14 (Persian)]. Tehran: The President's Office, Deputy of Strategic Planning and Control; 2010.

- [31] National document of the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2012.
- [32] Ministry of Health. [The comprehensive mental health program of the country based on the map of the health system development of the Islamic Republic of Iran, 2011-15 (Persian)]. Tehran: Ministry of Health; 2010.
- [33] Yaghoobi H, Alaeddini F, Esmaeeli I, Almadani H, Bostanmanesh Gh, Sadeghi M. Mental Health Status and Quality of Work Life in Industrial and Manufacturing Centers: A Survey on the Role of Job Stressors. Tehran: Department of Cultural and Social Affairs of the Ministry of Labor SC-oaSWatWO; 2015.
- [34] World Health Organization. Mental health atlas 2011. Geneva, World Health Organization; 2011.
- [35] Hashemzadeh E, Aurangi M, Bahrehdar M. [The relationship between job stress and mental health in a group of hospital employees in Shiraz (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2000; 6(2-3):55-63.