

شیوع افسردگی در کارگران و پیامدهای آن در جامعه و خانواده

جمشید شیخ لارآبادی

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ملارد، ایران

jamshid_sheikh@yahoo.com

آتنا اصفهانی خالقی

استاد یار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، ملارد، ایران

atena_esfahani_khaleghi@yahoo.com

مهدی عرب زاده

استاد یار، گروه روانشناسی تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران ایران

mehdi_arabzadeh@hotmail.com

چکیده :

با توجه اینکه در سال حمایت از کالای ایرانی قرارداریم لذا بررسی ابعاد مختلف مؤثر در تولید ایرانی بسیار حائز اهمیت است . کارگران نقش بسیار مهم و کلیدی ای در تولید دارا می باشند. بهره وری نیروی کار یک عامل مهم در پایداری و توانمندی یک سازمان تولیدی است. هدف از این پژوهش بررسی شیوع اختلال افسردگی در بین کارگران و پیامدهای آن در جامعه و خانواده است . روش بررسی نمونه گیری تصادفی از بین کارگران متاهل و باسواد شاغل در کارخانجات استان تهران بود که تعداد ۲۰۰ نفر در این تحقیق شرکت کردند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه افسردگی بک ویرایش ۲ است که پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط کارگران داده ها توسط نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. یافته ها نشان دادند که شیوع افسردگی در بین کارگران بسیار بالاتر از متوسط شیوع آن در جامعه است و این شیوع بالا تأثیرات بسیار نامطلوبی علاوه بر فرد کارگر، بلکه در خانواده و جامعه می گذارد و میزان بهره وری کارگران را در محیط کاری پایین می آورد .

کلید واژه : افسردگی ، خانواده ، جامعه ، بهره وری کارگر

مقدمه :

انسان موجودی اجتماعی است که در این میان خانواده و جامعه دو نهاد مهم در زندگی انسان محسوب می شوند. از دیر باز تحقیقات بسیاری در رابطه با نوع تأثیر این دو نهاد بزرگ بر انسان و تأثیر انسان بر این دو نهاد انجام شده است. در طول تاریخ خانواده نقش هستی بخش داشته و یکی از مهم ترین محیط های موثر بر سلامت بدنی و روانی افراد به شمار رفته است. خانواده شرایط لازم برای رشد و رسیدن به توازن جسمی، روانی و اجتماعی را فراهم می آورد (Wood, 1996). اجتماعی شدن، آشنایی با قوانین و درونی کردن نقش ها و ارزش های فرهنگی در خانواده روی می دهد (Vetere and Gale 1987). خانواده ها در هنگام رویارویی با موقعیت های فشارزا و دشوار استرس تجربه می کنند و این استرس موجب ناراحتی، تنش یا نومیدی اعضای خانواده می شود. موقعیت فشارزا سامانه خانواده را مختل می کند مگر این که خانواده بتواند با وضعیت تازه خود را سازگار کند. برای این که خانواده به عملکرد های خود بازگردد، به کوشش زیادی برای از میان برداشتن یا حل مشکل نیاز دارد (Balard, 1979). خانواده ها با دو نوع استرس روبرو هستند: اول: استرس های عادی مانند استرس های ناشی از فرایندهای رشد و انتقال به دوره والد بودن، ازدواج فرزندان، دوره بازنشستگی و غیره. دوم: استرس های غیر عادی مانند جنگ، از دست دادن یکی از اعضای خانواده، بیماری، مهاجرت و مانند این ها. از طرفی دیگر همین رابطه در بعد وسیع تر خود در جامعه نمود پیدا می کند و تأثیر جامعه بر فرد و عکس آن همیشه مورد نظر و تحقیق قرار دارد.

بهره وری نیروی کار یک عامل مهم در پایداری و توانمندی یک سازمان تولیدی است. غیبت از کار بر روی بهره وری تأثیر می گذارد و حتی زمانی که کارگران به طور فیزیکی در محیط کار حضور دارند، کارایی آن ها ممکن است کاهش یافته و کمتر از کیفیت کار معمول باشد. مشکلات سلامتی از عوامل مهمی است که بر روی عملکرد افراد و بهره وری آنان تأثیر می گذارد (صادقیان، 1389) یکی از عواملی که می تواند در بهره وری کار تأثیر مستقیم بگذارد، اختلال افسردگی است. افسردگی احساس غمگینی، ناکامی و ناامیدی در مورد زندگی، همراه با از دست دادن علاقه به اغلب فعالیت ها و آشفتگی در خواب، اشتها، تمرکز، انرژی، شایع ترین مشکل روانشناختی است، هر چند افسردگی به عنوان اختلالی واحد در هیجان و خلق شناخته می شود، با این حال عملاً چهارمجموعه نشانه و علامت در آن وجود دارد. علاوه بر نشانه های هیجانی و خلقی، نشانه هایی در زمینه های شناختی، انگیزشی، جسمی و فیزیکی نیز در آن مطرح هست (فلاحی و اسدی، 1395).

شیوع افسردگی :

Crin (2005) اشاره می کند که افسردگی به قدری شایع هست که لقب سرماخوردگی روانپزشکی گرفته است. این اختلال تک عاملی نبوده و از تعامل چند عامل مختلف ژنتیک و محیطی حاصل می شود. افسردگی یکی از عمومی ترین اختلالاتی است که هر فرد می تواند به آن مبتلا شود و در اغلب کشورها با نسبت حدودی 7 تا 13 درصد در افراد بالغ عمومیت دارد. افسردگی در ایران، شایع ترین و مهم ترین بیماری روانشناختی است که 9/25 درصد زنان و 9/14 درصد مردان در ایران از آن رنج می برند (حجت الاسلامی و قدسی، 2011).

اختلالات افسردگی می توانند بسیار ناتوان ساز باشند، بطوری که سازمان بهداشت جهانی (2014) بر حسب بار سنگین این اختلال آن را در رتبه سوم بیماری ها قرار داد (خانه کشی، 1396). اثرات سوء روان شناختی افسرده خویی شامل کیفیت زندگی مختل، سطوح بالای ناتوانی، حمایت اجتماعی ناکافی و سازگاری زناشویی و بالینی ضعیف است. شدت افسردگی، مزمن بودن بیماری و اختلالات همراه آن تعیین کننده های اصلی اثرات منفی اجتماعی افسرده خویی به ویژه کیفیت زندگی و ناتوانی حاصل از آن هستند (حمیدیان و همکاران، 1395).

سبب شناسی افسردگی

عوامل عمده ای که در سبب شناسی اختلال افسردگی نقش دارند را می توان به طور کلی به شرح زیر طبقه بندی کرد: اول: عوامل عصبی - زیستی از قبیل عوامل ارثی، انتقال دهنده های عصبی و دستگاه عصبی درون ریز (بی نظمی کورتیزول) دوم:

عوامل اجتماعی همچون رویدادهای زندگی و مشکلات بیرونی و در نهایت نظریه های شناختی که افکار و باورهای منفی علت عمده ی افسردگی تلقی می گردند . افکار بدبینانه و خرده گیری از خود می توانند فرد مبتلا به افسردگی را عذاب دهند.

Aron Beck (1967) اعتقاد دارد که افسردگی با سه گانگان منفی همراه است: دیدگاه منفی درباره ی خود، جهان و آینده. بر اساس این الگو، افراد مبتلا به افسردگی در دوران کودکی طرحواره های منفی را فراگرفته اند. این طرحواره ها به خاطر رویدادهای تنش زای زندگی نظیر از دست دادن والدین، طرد شدن از طرف همسالان، یا نگرش افسرده ساز یکی از والدین، به وجود آمده اند (Davisson et al. 2014, p46). افراد افسرده و افراد فاقد عزت نفس کافی، جنبه های مثبت خود را غربال کرده و دور می ریزند، ولی جنبه های منفی خود را بزرگ تر می کنند. Beck (1997) این تفکر را فیلتر ذهنی می نامند (زند و کیلی و همکاران، ۱۳۹۵). یک بر این باور است که ارزیابی بیماران افسرده در مورد خود، دنیا و آینده منفی است. بر پایه این الگو، فرد در طی دوران رشد و در اثر مواجهه با رویدادهای منفی، فرض ها یا باورهای بنیادی درباره خود و دنیا ایجاد می کند. این فرض ها و باورهای بنیادی در سازمان بندی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار به کار می رود. برخی از این فرض ها ناکارآمد، انعطاف ناپذیر و افراطی و در برابر تغییر مقاوم هستند. این سازه های شناختی ناکارآمد، پنهان و نافع هستند، اما زمانی که یک رویداد منفی از جنس این فرض ها رخ می دهد، آشکار و فعال می شوند. فعال شدن فرض ها به ایجاد افکار منفی خودآیند و سپس سایر نشانه های افسردگی می انجامد. نشانه های افسردگی نیز افکار منفی خودآیند را شدت می بخشد. به این ترتیب، بر پایه نظریه یک، افرادی که باورهای ناکارآمد دارند، نسبت به عود افسردگی آسیب پذیر هستند. از سوی دیگر از آنجا که باورهای بنیادی ناکارآمد در اثر تجربه های دردناک شکل می گیرند و دوره های افسردگی نیز تجربه ای دردناک به شمار می آیند، افراد افسرده در اثر تجربه دوره های چندباره افسردگی، باورهایی درباره افسردگی و پیامدهای آن تجربه می کنند. رویدادهایی که این باورهای بنیادی را فعال می کنند، از جنس نشانه های افسردگی (مانند خلق منفی، بی لذتی، کاهش یا افزایش خواب و اشتها، تمرکز نداشتن و خستگی) است (موتایی و همکاران، ۱۳۹۰). نظریه دیگری که در رابطه با علت افسردگی مطرح است نظریه نومیدی است. بر اساس نظریه ی نومیدی مهم ترین راه انداز افسردگی نومیدی است. نومیدی بنا به تعریف عبارت است از این انتظار که: پیامدهای مطلوب حاصل نخواهد شد، شخص برای تغییر این وضعیت نمی تواند کاری بکند. نظریه دیگری که از اهمیت ویژه ای برخوردار است نظریه نشخوار ذهنی نام دارد. Suzan Nolan – Howksma (1991) اظهار می دارد که شیوه ی خاصی از تفکر که نشخوار ذهن نامیده می شود، می تواند خطر ابتلا به افسردگی را بالا ببرد. نشخوار ذهنی چنین تعریف می شود: گرایش به اندیشه پردازی مکرر در خصوص تجارب و افکار غمبار، یا نشخوار مکرر و چند باره ی یک موضوع. مضرترین شکل از نشخوار ذهنی می تواند گرایش به خود خوری یا احساس تأسف مفرط در خصوص این موضوع باشد که چرا یک رویداد غمبار اصولاً اتفاق افتاده است (Davisson et al. 2014, p52).

در تحقیق حاضر تلاش بر این است که ببینیم میزان شیوع افسردگی در بین کارگران کارخانجات تولیدی مستقر در استان تهران چگونه است و این شیوع تا چه اندازه بر بهبود روابط خانوادگی و اجتماعی این کارگران تأثیر می گذارد و در نهایت یک سری راه کارهای کاهش میزان افسردگی در افراد، به ویژه کارگران ارائه نماییم.

روش تحقیق:

در تحقیق حاضر تعداد ۲۰۰ نفر کارگر به صورت نمونه های تصادفی از بین کارگران مرد با میزان سواد ابتدایی تا دانشگاهی در سطح کارشناسی ارشد و متاهل، شاغل در کارخانجات فعال در سطح استان تهران انتخاب و پرسشنامه افسردگی یک توسط آن ها تکمیل گردید و داده ها توسط برنامه ی SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار های پژوهش:

پرسشنامه ی افسردگی یک (BDI II):

نسخه ی دوم پرسش نامه ی افسردگی یک یکی از معروفترین و متداول ترین ابزارهای خود گزارش دهی جهت غربال گری افسردگی در افراد بالای ۱۳ سال است. این پرسشنامه به دو صورت ۲۱ آیتمی و ۱۳ آیتمی موجود می باشد و قابلیت سنجش نوع و شدت افسردگی را نیز دارد. در این پژوهش، نسخه ی دوم و ۲۱ آیتمی آن مورد مطالعه قرار گرفته است. این پرسشنامه

که مدل به روز شده و تجدید نظر شده ی نسخه ی اصلی پرسش نامه ی افسردگی بک است، دارای ابعاد شناختی، انگیزشی ، عاطفی ، فیزیولوژیکی و عوامل دیگر است (طاهری تنجانی وهمکاران ، ۱۳۹۴). امتیاز کسب شده ، درجه ی افسردگی را مشخص می کند، محدوده ی آن از صفر تا ۶۳ بوده و امتیاز بالاتر نشان دهنده ی افسردگی بیشتر است (Yung Park et al, 2015). تقسیم بندی درجه افسردگی بر اساس نمرات پرسشنامه ی افسردگی بک در اینجا به این ترتیب است که: نمرات ۰ تا ۱۰ مربوط به زمانی است که افسردگی وجود ندارد، ۱۱ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۰ کسانی که نیاز به مشورت کلینیکی دارند، ۲۱ تا ۳۰ افسردگی متوسط ، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و بیش از ۴۰ مربوط به درجه افسردگی بیش از حد می باشند. کلید درجه بندی امتیازات هر سوال بر اساس طیف لیکرت (از صفر برای گزینه ی «به هیچ وجه» ، تا ۳ برای گزینه ی « شدید») است . آلفای کرونباخ پرسش نامه افسردگی توسط جفرسون^۱ 0/85 گزارش گردید. در مطالعه ی دیگری توسط آناماری و همکارانش به منظور تعیین روایی پرسش نامه ی افسردگی بک، همبستگی آن را با مقیاس GHQ ، 0/67 نشان دادند (طاهری تنجانی وهمکاران ، ۱۳۹۴).

Beck, Estier and Braun (1996) به نقل از رحمانی و هاشمیان (1395) ثبات درونی این ابزار را ۷۳/۰ تا ۹۲/۰ با میانگین ۸۶/۰ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۸۶/۰ و غیر بیمار ۸۱/۰ گزارش کرده اند. در تحقیق حاضر، آلفای کرونباخ برابر با 0/903 گردید که با روایی و پایایی مطالعات پیشین هم خوانی دارد .

یافته ها :

ابتدا به بررسی فراوانی تحصیلاتی کارگران شرکت کننده در این تحقیق می پردازیم . طبق جدول شماره ۱ ، می بینیم که حدود 54 درصد شرکت کنندگان دارای تحصیلات دانشگاهی هستند . و تنها 46 درصد کارگران شرکت کننده تحصیلات دیپلم و یا پایین تر دارند .

سطح سواد	تعداد	درصد
زیر دیپلم	42	21
دیپلم	50	25
کاردانی	18	9
کارشناس	65	32/50
کارشناس ارشد	25	12/50
جمع کل	200	100

طبق جدول شماره ۲ ، فراوانی نمرات افسردگی کارگران شرکت کننده که در زیر آورده شده است می بینیم که تنها 38 درصد از کارگران در محدوده ی طبیعی قرار دارند و افسردگی 62 درصد از کارگران از حالت کمی افسرده به بعد می باشد و این آمار به نوبه خود بسیار تکان دهنده است . همچنین حدود 7/5 درصد از کارگران شرکت کننده در این تحقیق از افسردگی شدید و بیش از حد رنج می برند که نشان دهنده نیاز این جامعه به بررسی های بیشتر در این زمینه را نشان می دهد . با توجه به شیوع اختلال افسردگی در جامعه ایرانی که پیشتر آورده شده است ، بالابودن شیوع در بین کارگران مورد تحقیق نشان دهنده اختلاف درصد شیوع در بین کارگران و متوسط آن در جامعه ایرانی است .

¹ Jeferson

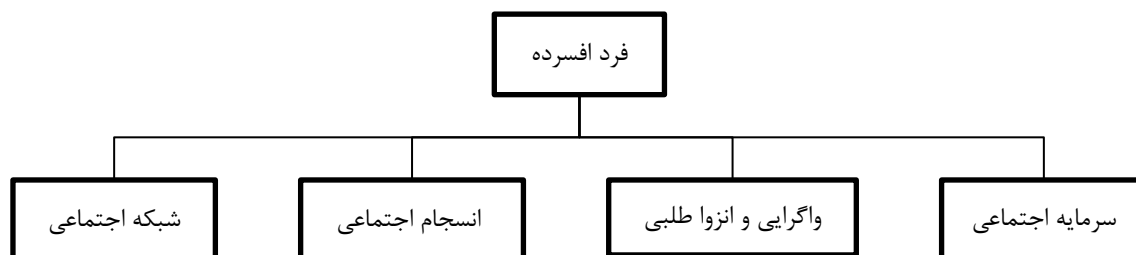
جدول شماره ۲: فراوانی نمرات افسردگی کارگران شرکت کننده			
نمره پرسشنامه افسردگی	تفسیر	تعداد	درصد
۱۰-۰	طبیعی	76	38
۱۱-۱۶	کمی افسرده	66	33
۱۷-۲۰	نیازمند مشورت	۲۱	۵/۱۰
۲۱-۳۰	به نسبت افسرده	۲۲	۱۱
۳۱-۴۰	افسردگی شدید	۱۳	۵/۶
بالای ۴۰	افسردگی بیش از حد	۲	۱
جمع		200	100

بحث و نتیجه گیری :

با توجه به داده های بدست آمده می بینیم که میزان افسردگی در بین کارگران شاغل در کارخانجات استان تهران در حد بالاتری نسبت به میزان شیوع آن در جامعه می باشد و این تفاوت از 14/9 درصد جامعه مردان ایرانی به 62 درصد کارگران شرکت کننده در این تحقیق است. چنین حجم عظیمی از مردان افسرده که نقش پدر و همسر را در جامعه کوچک خانواده ایفا می کنند بسیار تکان دهنده می باشد. این افراد با چنین اختلالی قادر به ایفای نقش مؤثر خود به عنوان پدر، همسر و یا کارگر با بهره وری مناسب نخواهند بود. ابتدا به وضعیت این افراد به عنوان فردی از خانواده نظری می اندازیم و سپس به نقش آن ها در جامعه خواهیم پرداخت.

پدر و شوهر افسرده در خانواده مشکلات بسیار زیادی را در کانون خانواده پدید می آورد که این مشکلات می تواند به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم خود را نشان دهند. چون پدر نقش مهمی در خانواده ایفا می کند و یکی از ارکان اصلی هر خانواده ای است لذا فرد افسرده می تواند خانواده ای افسرده پدید آورد. موسوی (1379) در پژوهش خود نشان داد که عملکرد خانواده های افسرده ضعیف تر از خانواده های پریشان و سالم است. خانواده های افسرده، همبستگی و انعطاف پذیری کمتری از خود نشان دادند. نظام ارتباطی خانواده افسرده ضعیف تر و رضایت زناشویی در میان والدین پایین تر است. روابط جوانان و والدین دوستانه و رضایت بخش نبود. خانواده های با عملکرد درست دارای ویژگی هایی می باشند که آن ها را نسبت به خانواده های با عملکرد ناکارآمد قوی تر می کند. روابط زناشویی قوی برای پیشرفت یک خانواده سالم ضروری است. همچنین نتایج بررسی موسوی (1379) نشان داد که نمره کل عملکرد خانوادگی در خانواده های سالم و پریشان بالاتر از خانواده های افسرده است (نمره بالاتر نشانه سلامت بیشتر است). شش ویژگی مهم عملکردی خانواده عبارتند از: همبستگی بیشتر، انعطاف پذیری بیشتر، داشتن ارتباط مستقیم و باز، روابط زناشویی نزدیک و گرم، روابط نزدیک میان والدین و جوان، درگیری کمتر خانوادگی. و طبق نتایج حاصل از تحقیق موسوی (1379) همبستگی کمتر یکی از ویژگی های خانواده های افسرده در مقایسه با خانواده های سالم و پریشان است. این یافته ها هم سو با یافته های 1982, Kaslow بود که نشان داد خانواده های دارای عضو افسرده در مقایسه با خانواده های سالم و پریشان از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند. همچنین همان بررسی نشان داد که در خانواده های افسرده دلسردی و ناخشنودی چشمگیرتری در روابط والد-فرزند در مقایسه با خانواده های سالم و پریشان نشان داد. در نهایت یافته های موسوی (1379) نشان داد که والدین در خانواده های افسرده در تربیت فرزندان در مقایسه با خانواده های سالم و پریشان از هماهنگی کمتری برخوردار بودند این یافته پژوهش همسو با یافته های Wynne و همکاران 1982 و Minuchin, 1974 است.

در رابطه با بررسی نقش افراد افسرده در جامعه تحقیقات خوبی انجام شده است. مدل تحقیقی که در اینجا بر اساس آن ارتباط بین فرد افسرده و جامعه را بررسی می کنیم به شکل شماره ۱ است هر چند عوامل بیشتری هم می توان به این مجموعه اضافه کرد:



شکل شماره ۱: مدل تحقیق

حسینی فر و سیدپورآذر (1392) در تحقیق خود تحت عنوان بررسی جامعه شناختی افسردگی در ایران نشان دادند که: بین سرمایه اجتماعی و افسردگی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد، به طوری که پایین بودن سرمایه اجتماعی با افزایش افسردگی همراه است. بین میزان واگرایی افراد و میزان افسردگی رابطه قوی و معناداری وجود دارد. بنابراین می توان چنین گفت میزان افسردگی افرادی که اهداف و راه های موجود جامعه را نمی پذیرند و جایگزین جدیدی نیز برای آن ندارند نسبت به افرادی که راه ها و اهداف موجود را می پذیرند و یا در صورت عدم پذیرش راه ها و اهداف جدیدی را ایجاد و جایگزین می کنند، بالاتر است. بین انسجام اجتماعی و افسردگی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد، یعنی هر قدر انسجام اجتماعی بالاتر باشد، میزان افسردگی کاهش می یابد. بین اندازه شبکه اجتماعی و افسردگی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد، بدین معنا که هر قدر اندازه شبکه اجتماعی بالاتر باشد افسردگی کاهش پیدا می کند.

محدودیت ها و پیشنهادات

با توجه به این که اکثر کارگران علاقمندی کمتری در تکمیل پرسشنامه نشان می دادند و گاه اطلاعات درج شده نادرست بود لزوم فرهنگ سازی در بین اقشار مختلف برای پذیرش جدی لزوم بررسی اختلالات خلقی به ویژه افسردگی دیده می شود. همچنین ابعاد مختلف این حجم از شیوع افسردگی لزوم بررسی های مجدد در جامعه های آماری دیگر و همچنین آسیب شناسی آن را می طلبد.

راه کارها:

در انتها باتوجه به اهمیت موضوع، چه از دیدگاه نظام خانواده و چه بهره وری و سلامت روانی کارگران چند راه کار برای بهبود بهداشت روانی کارگران برای کاهش افسردگی آورده می شود:

حسینی فر و سیدپورآذر (1392) در تحقیق خود راهکارهایی در جهت کاهش افسردگی در برخورد مناسب با اجتماع پیشنهاد می کنند که عبارتند از:

1. افزایش آگاهی بخشی در جهت ارتقاء کیفیت ارتباطات
2. شکل گیری انجمن ها، تشکل های اجتماعی و سازمان های غیر رسمی و برنامه ریزی جهت بهبود عملکرد آن ها.
3. ایجاد زمینه های شکل گیری و افزایش مشارکت اجتماعی

4. افزایش ارتباطات از طریق عضویت در گروه های اجتماعی و بیان نیازها و خواسته ها از طریق گروه ها و داشتن ارتباطات شبکه ای گسترده تر .
5. افزایش و تقویت پیوندهای اجتماعی در راستای ارتقاء حمایت اجتماعی و سرمایه اجتماعی.
6. برنامه ریزی جهت افزایش موقعیت شغلی برای جوانان
7. شکل گیری سازمان های مردم نهاد شادی بخش و مفرح (حسینی فر و سیدپورآذر، 1392).

در رابطه با خانواده تعدادی از مهم ترین راهکارهایی که می توان با استفاده از آن افسردگی را کاهش داد به شرح زیر است :

1. حمایت از فرد افسرده و این فرد می تواند، کارگری باشد که عهده دار سرپرستی خانواده را به عهده دارد.
2. صرف زمانی مشخص در طول شبانه روز کنار یکدیگر برای گفتگوهای خانوادگی
3. ورزش و پیاده روی به اتفاق یکدیگر و یا زوجین با هم حداقل به مدت نیم ساعت در طول روز
4. صله رحم و دیدار از بزرگ ترهای فامیل به اتفاق افراد خانواده
5. ایجاد فرهنگ گفتگو و انتقاد سازنده از یکدیگر در اعضای خانواده

تعدادی از راهکارهایی که در محیط کاری ، می توانند برای کاهش اثرات افسردگی مورد استفاده قرار گیرد :

1. برگزاری دوره های آموزشی مناسب برای ارتقای فنی کارگران
2. برگزاری دوره های آشنایی کارگران با اختلالات خلقی به ویژه افسردگی
3. برقرار سیستم های ارتقای شغلی مناسب با کارکرد و بهره وری کارگر
4. اثر بخشی بررسی پیشنهادات کارگران و تأثیر قرار دادن پیشنهادات مؤثر و تشویق کارگر
5. شرکت دادن کارگران در رده های شغلی متناسب در جلسات هم اندیشی و رفع مشکل
6. ایجاد تیم های ورزشی گروهی به منظور افزایش همکاری های تیمی و بالا بردن سطح خلقی کارگران

و در نهایت در ارتباط با بهداشت روانی فردی ، کارگر مورد نظر، کارهایی که به تنهایی می تواند برای بهبود خویش از افسردگی انجام دهد :

1. رجوع به روانشناس برای بررسی مشکل و شدت آن و درمان
2. تغییر شناخت خود از دنیای اطراف خود
3. مراقبه و مدیتیشن به مدت چند دقیقه در طول شبانه روز
4. انجام تمرینات تنفسی و ورزش به ویژه یوگا و پیاده روی

منابع :

- حسینی فر ، مریم السادات . سید پورآذر ، سید علی (1392) بررسی جامعه شناختی افسردگی در ایران . فصلنامه مطالعات روانشناختی . 3 (9) ، 91-107
- حمیدیان ، ساجده . امیددی ، عبدالله ، پور ابوالقاسمی ، راحیل . نظیری ، قاسم . موسوی نسب ، مسعود (1395) اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ترکیب با دارو درمانی در مقایسه با دارو درمانی بر افسردگی و خشم بیماران مبتلا به اختلال افسرده خویی ، فصلنامه مطالعات روان شناختی ، دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا . 12 (3) 83-103
- خانه کشی ، علی (1396) اثربخشی رفتاردرمانی شناختی بر کاهش افسردگی دانش آموزان سال سوم راهنمایی . فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن . 8 (1) ، 37-46
- دیویسون ، جرالده . نیل ، جان . کرینگ ، ام ان . جانسون ، شری ال (2014) . آسیب شناسی روانی . ویراست دوازدهم . ترجمه مهدی دهستانی (1395) . جلد دوم . تهران : نشر ویرایش

رحمانی ، فریبا . هاشمیان ، کیانوش (۱۳۹۵) . اثر بخشی برنامه ی تنظیم شناختی هیجان بر علائم اضطراب و افسردگی نوجوانان دختر .
 مطالعات روان شناختی دانشگاه الزهرا ، ۱۲ (۳) ، ۴۷-۶۵ .

زندوکیلی ، غزال . یزدی ، سیده منور. خسروی ، زهره (۱۳۹۵) تصمیم گیری و توجه اختصاصی در اختلالات افسردگی اساسی و اضطراب
 فراگیر. فصلنامه مطالعات روان شناختی ، دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهرا . ۱۲ (۱) ۴۷-۶۵

صادقیان ، فریده . باقری، حسین . منتظری ،علی (1389) کیفیت زندگی کارگران معدن زغال سنگ. فصلنامه پیش ۱۰ (۱) 55-62

طاهری تنجانی، پریسا. گرما رودی ، غلامرضا . آزادبخت ، مجتبی . فکری زاده ، زهره . حمیدی،رزگار . فتحی زاده ، شادی . قیسوندی، الهام
 (۱۳۹۴) . بررسی روایی و پایایی نسخه ی دوم پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI – II) در سالمندان ایرانی. مجله دانشگاه علوم
 پزشکی سبزوار، ۲۲ (۱) ، ۱۸۹-۱۹۸

فلاحی ، معصومه . اسدی، الهه (۱۳۹۵) اثر مثبت اندیشی و دعا بر اضطراب و افسردگی جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله ، دانش و پژوهش در روان
 شناسی کاربردی ، سال ۱۷ ، ۳ (۶۵) صص ۱۱۸-۱۲۵

کرین ، ربکا (2005). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با تاکید بر مشخصه های اختصاصی . ترجمه محمد خانی، پروانه. خانی پور ،
 حمید و جعفری ، فیروزه (1391) . تهران. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

موتایی، فرشته . فتی ، لادن. مولودی ، رضا . ضیایی، کاوه . جعفری، هلیا (۱۳۹۰) . تدوین و بررسی روایی و پایایی مقیاس باورهای مربوط
 به افسردگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران . ۱۷ (۳) ، ۲۱۷-۲۰۸

موسوی ، اشرف السادات (1379) عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی اعضای خانواده . مجله اندیشه و رفتار ، ۶ (۲ و ۳) ، 87-96

- Balard, C. (1979) . Conflict ,continuity and change: Second generation of South Asian. Minority families in
 Britain: Suport and stress. London, Mc Millian Press
- Hojjatoleslami, Simin .Ghodsí ,Zahra.(2011).A survey Beck test in university students & its relationship between
 some related risk factors, Procedia - Social and Behavioral Sciences.28,558 – 562
- Kaslow,F(1982). Portrait of a healthy couple. Psychiatric Clinics of North America.5,519-527
- Minuchin , S.(1974) Familiesand family therapy. Cambridge, MA,Harward University Press.
- Vetere ,A. Gale, A.(1987) . The family : A Failure in psychological theory and research . Echological studies of
 family life. New York .John Weily & sons
- Wood,B.(1996).A developmental biopsychosocial approach to the treatment of chronic illness in children and
 adolescents.Handbook of family psychology and systems theory. Washington , DC. American Psychology
 associaition
- Wynne ,I. Jones, J. Al-Khayyal, M. (1982).Healthy family communication pattern : observation in families “ at
 risk” for psychopathology.Normal family processes.New York . The Guilford Press.
- Young Park, Chan. Kim ,SoYoung. Won Gil, Jong. Hee Park, Min.Park,Jong-Hyock. Kim ,Yeonjung . (2015)
 Depression among Korean Adults with Type 2 Diabetes Mellitus: Ansan-Community-
 BasedEpidemiological Study . Osong Public Health Res Perspect 6(4), 224e232