

## بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان در سال ۱۳۹۹

بهاره سادات شیروانی<sup>۱</sup>، مرضیه عابدینی<sup>۲</sup>، فاطمه دینکانی<sup>۳</sup>، مونا مهدی نسب<sup>۴</sup>، فرشاد صمدی<sup>۵\*</sup>

## چکیده

**مقدمه:** سلامت روان کارکنان شرکت پتروشیمی باتوجه به ماهیت و حساسیت شغلی آن‌ها از اهمیت بسیار ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان در سال ۱۳۹۹ می‌باشد.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر توصیفی و به لحاظ هدف از نوع غربالگری می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان در سال ۱۳۹۹ یعنی ۲۰۰۰ نفر بود که با روش طبقه‌ای نسبتی باتوجه به رده شغلی و به نسبت جامعه آماری و با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه ۲۵۴ نفر تعیین شد. از پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی می‌نه سوتا جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده و داده‌ها از طریق نرم‌افزار spss-24 تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که شیوع کل اختلالات ۴۳/۳ درصد است و کارکنان بیشتر دارای اختلال خودبیمارانگاری (۱۵/۷ درصد)، افسردگی (۱۵/۰۰ درصد) و اسکیزوئید (۱۶/۵) می‌باشند. همچنین درصد بیشتری از کارکنان در معرض اختلال خودبیمارانگاری (۲۶/۸ درصد)، افسردگی (۲۳/۶ درصد) و اسکیزوئید (۲۷/۲ درصد) می‌باشند. همچنین بین زنان و مردان از نظر وضعیت اختلال‌های خودبیمارانگاری، شدیدایی خفیف و ویژگی‌های مردانه و زنانه تفاوت معناداری با یکدیگر وجود داشت و در اختلال‌های خودبیمارانگاری و افسردگی نیز بر اساس سطح تحصیلات کارکنان تفاوت معناداری وجود داشت. اما بین کارکنان در شیوع اختلالات روانی باتوجه به نوع قرارداد، سابقه کاری، رده سنی وضعیت تأهل آن‌ها تفاوتی وجود نداشت.

<sup>۱</sup> - کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران. psy. bshirvani@yahoo. com

<sup>۲</sup> - کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران. marziehabedini1@gmail.com.

<sup>۳</sup> - کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، مؤسسه فاطمیه شیراز، شیراز، ایران. fatemeh.dinakani1376@gmail.com.

<sup>۴</sup> - کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران. mnmona217@yahoo. com.

<sup>۵</sup> - نویسنده مسئول دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، رودهن، ایران.

ORCID: 0000-0002-5997-485X, [farshadsamdi@gmail.com](mailto:farshadsamdi@gmail.com), tel: 09307472055

**نتیجه‌گیری:** باتوجه‌به میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان شرکت پتروشیمی، اهمیت و حساسیت شغلی آن‌ها و نیز اختلاف نتایج بین مطالعات متعدد همه‌گیری‌شناسی، انجام پژوهش‌های همسو با روشی یکسان در سایر شرکت‌های پتروشیمی و نیز معاینات ادواری به منظور کنترل سلامت روانی کارکنان لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

**کلید واژگان:** اختلالات روانی، سلامت روان، غربالگری، کارکنان شرکت پتروشیمی

**تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۰/۶/۱۱

**تاریخ دریافت:** ۱۴۰۰/۴/۳

**استناد:** سادات شیروانی ب، عابدینی م، دینکانی ف، مهدی نسب م، صمدی ف. بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان در سال ۱۳۹۹، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰، ۱۱(۴): ۸۱-۹۵

#### مقدمه:

افراد شاغل بیش از نیمی از عمر خود را در محیط کار سپری می‌کنند و پویایی و بالندگی هر سازمانی مستلزم داشتن سرمایه‌های انسانی سالم و کارآمد است. استرس شغلی در جهان در حال گسترش امروز عامل خطر ساز مهمی در ایجاد بیماری‌های جسمی و روانی محسوب می‌شود (۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محیط‌های شغلی و استرس‌های شغلی می‌توانند باعث ایجاد بیماری روانی در کارکنان شده و یا روند ایجاد بیماری را تسریع نمایند. به دنبال تجربه استرس شغلی، فرد به بیماری روانی مبتلا شده و از کار افتاده و ناتوان می‌گردد (۲). مطالعات انجام شده سطح بالایی از استرس را برای مشاغل صنعتی شناسایی کرده‌اند به بیان دیگر استرس‌های شغلی در محیط‌های صنعتی با فراوانی و شدت بیشتری نمایان است (۳).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه همه‌گیرشناسی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهیم بود، به‌گونه‌ای که بیماری‌های روانی از جمله استرس‌های مربوط به اختلالات روانی، دومین علت ناتوانی‌ها تا سال ۲۰۲۰ خواهد بود (۴). همچنین پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی در جهان از سهم کلی بیماری‌ها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل سهم بیماری‌ها برسد (۵).

همه‌گیرشناسی (اپیدمیولوژی) اختلالات روانی شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه توزیع بیماری‌ها در جامعه را مورد مطالعه قرار می‌دهد. اختلال روانی یا بیماری روانی یک الگوی رفتاری و شناختی است که در یک فرد اتفاق می‌افتد و همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیکی اجتماعی، روان‌شناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. اختلال روانی بر حسب شنت انحراف از محدوده طبیعی سنجیده می‌شود (۶) این تغییرات در گستره هنجار جامعه قرار نمی‌گیرند و به طور واضح غیرعادی، بیمارگونه مداوم یا عودکننده هستند (۷).

باوجود اینکه امروزه بسیاری از مشکلات روانی در جهان شناخته شده لیکن به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، تکنیک‌های مصاحبه و تفاوت در روش نمونه‌گیری و طبقه‌بندی‌های مختلف مورد استفاده حجم مشکلات روانی بسیار متغیر و متفاوت برآورد شده‌اند (۸). بر پایه آمار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ میزان شیوع اختلال روانی در ۱۴ کشور دنیا بین ۴/۳٪ در

شانگهای چین تا ۲۶/۴٪ در ایالات متحده آمریکا متغیر بوده است. بر پایه اظهار نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (۸) از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده‌اند پنج مورد آن مربوط به بیماری‌های روانی است (افسردگی اساسی، سوءمصرف دارو، الکلی، اختلال خلقی دوقطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی اجباری). بر پایه پیش‌بینی‌های پژوهشگران بین‌المللی (۴) افسردگی، حوادث و سوانح، عوارض جنگ، خشونت و صدمه به خود از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ به ترتیب از رتبه چهارم به دوم، نهم به سوم، شانزدهم به هشتم، نوزدهم به دوازدهم و هفدهم به چهاردهم جابه‌جا می‌شود. در جدیدترین پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت (۸) بار اختلال افسردگی از سال ۲۰۰۲ به سال ۲۰۳۰ میلادی در کشورهای توسعه‌یافته از رتبه چهارم به رتبه نخست و در کشورهای در حال توسعه از رتبه چهارم به رتبه دوم می‌رسد.

مطالعه مروری در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که ۲۷٪ از بزرگسالان کشورهای اروپایی حداقل یک اختلال روانی را در مدت ۱۲ ماه داشته‌اند. نقش مهم سلامت روان در عملکرد نیروهای صنعتی به‌ویژه صنعت نفت و گاز و پتروشیمی به طور فزاینده‌ای در حال شناسایی است (۶) نتایج پژوهش‌های گوناگون نشان داده است که کارکنان شرکت‌های صنعتی از ابتلا به اختلالات روانی مصون نیستند. به‌عنوان مثال عریضی، امیری، و نوری (۹) در پژوهشی رابطه سلامت، تنش و نگرش به شغل و وضعیت مالی افراد در پذیرش مشاغل میانی در میان افراد بازنشسته با توجه به متغیرهای سن و تحصیلات را بررسی کردند. نمونه مورد مطالعه ۴۰۴ نفر از بازنشستگان کارخانه‌های صنعتی اصفهان و ابزار مورد مطالعه پرسش‌نامه بود. نتایج نشان داد که افرادی که سن کمتر، تحصیلات بالاتر پیش‌بین بهتری برای سلامت روان هستند.

کارلتون و همکاران<sup>۱</sup> (۱۰) در پژوهشی با عنوان علائم اختلالات روانی در کارکنان امنیت عمومی به بررسی ۵۸۱۳ نفر پرداخت. نتایج نشان داد که ۱۵.۱ تا ۲۶.۷ درصد کارکنان بسته به محل کار دارای علائم اختلالات روانی بودند. لال و تاریان<sup>۲</sup> (۱۱) در پژوهشی به شیوع و نقش پوچی، باورهای معنوی، رضایت شغلی، مقابله و سلامت روان در مراکز پزشکی پرداختند. نمونه مورد مطالعه ۳۴۵ نفر بودند که نتایج آزمون GHQ حاکی از نرخ ۲۱ درصد بیماری و وجود رابطه بین استرس‌ها با فرسودگی هیجانی و مسخ شخصیت بود. رکش چاندر و همکاران<sup>۳</sup> (۱۲) در پژوهشی به تعیین شیوع و عوامل مرتبط با اختلالات جسمانی کردن در مراکز سلامت پرداختند. نمونه پژوهش ۴۲۲ نفر با میانگین سنی ۴۰.۵ سال به روش نمونه‌گیری تصادفی منظم بود. شیوع اختلال جسمانی کردن ۵ درصد بود؛ بنابراین عوامل تهدیدکننده سلامت روان در نیروهای شرکت‌های صنعتی که در ارتباط با وضعیت شغلی‌شان (۹) و نیز ماهیت و حساسیت شغلی آن‌ها است، لزوم بررسی و تأمین سلامت روان را در این گروه بسیار حائز اهمیت می‌نماید. از طرف دیگر با توجه به برآوردهای بسیار متفاوت از میزان شیوع اختلالات روانی و نقش مهم سلامت روان در عملکرد نیروهای صنعتی به‌ویژه نیروهای شرکت‌های نفت و گاز و پتروشیمی، پژوهش حاضر با هدف جمع‌آوری اطلاعات پایه به منظور برنامه‌ریزی دقیق برای ارائه خدمات بهداشت روان در سازمان‌های صنعتی انجام گرفته است.

1. Carlton et al

2. Lal and Tarian

3. Ruksh Chander et al

## روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر توصیفی و به لحاظ هدف از نوع غربالگری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان در سال ۱۳۹۹ یعنی ۲۰۰۰ نفر بود که با روش طبقه‌ای نسبتی با توجه به رده شغلی و به نسبت جامعه آماری و با استفاده از فرمول کوکران حجم نمونه ۲۵۴ نفر تعیین شد. ابزار گردآوری اطلاعات روش پرسش‌نامه‌ای و با استفاده از پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی می‌نه سوتا<sup>۱</sup> بود. پژوهش‌های ولس<sup>۲</sup> و دالسترام<sup>۳</sup> که در مجموعه‌ای انتشار یافته نیز حاکی از آن است که پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی می‌نه سوتا بیش از هر پرسش‌نامه‌ای مورداستفاده در بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مراکز بهداشت روانی بوده توانسته است مشوق پژوهش‌های علمی باشد. از سال ۱۹۴۰ تا ۱۹۵۴ بالغ بر ۶۸۹ مقاله پژوهشی که بیانگر ارزش چشمگیر این پرسش‌نامه در تشخیص و ارزشیابی شخصیت می‌باشند، منتشر شده است. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش در سطح توصیفی از میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی، درصد و فراوانی و در سطح استنباطی از آزمون‌های خی دو با استفاده از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

**پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی می‌نه سوتا (MMPI):** پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی می‌نه سوتا برای اولین بار در سال ۱۹۴۳ توسط هته وی و مک کین لی در دانشگاه می‌نه سوتا تهیه و تدوین شد و نزدیک به ۵ دهه از کاربرد آن می‌گذشت که در سال ۱۹۸۹ توسط کمیته‌ای متشکل از چند تن از روان‌شناسان برجسته آمریکا به سرپرستی جیمز بوچر مورد تجدیدنظر قرار گرفت و به نام MMPI-2 مشهور شد. MMPI-2 توسط موتابی با همکاری دکتر محمد نقی براهنی و همکاران برای اولین بار روی گروهی از جمعیت عمومی شهر تهران هنجاریابی مقدماتی شده است (۱۳). این آزمون برای فراخوانی دامنه گسترده‌ای از ویژگی‌های خود - توصیفی و نمره‌گذاری آنهاست که شاخص کمی از سازگاری هیجانی فرد و نگرش وی نسبت به شرکت در آزمون را به دست می‌دهد و یکی از پرمصرف‌ترین پرسش‌نامه‌های شخصیتی بالینی بوده و بیش از ۸۰۰۰ منبع تحقیقاتی در باره آن منتشر شده است. محتوای بیشتر پرسش‌های MMPI-2 نسبتاً آشکار است و عمدتاً به نشانه‌های بیماری روانپزشکی، روان‌شناختی، عصب‌شناختی و یا جسمانی مربوط‌اند. این آزمون شامل ۳ مقیاس روایی و ۱۰ مقیاس بالینی می‌باشد. میزان برافراشتگی برای هر کدام از مقیاس‌های روایی و بالینی نمره  $T=65$  با بالاتر از آن است که در دامنه نمره‌های تشخیص بالینی قرار می‌گیرند. گرچه مقیاس‌ها در اصل برای تمییز رفتار بهنجار از نابهنجار طراحی شدند، اما در نظر داشتن این نکته که مقیاس‌ها دسته‌هایی از متغیرهای شخصیتی را نشان می‌دهند به مراتب مفیدتر خواهد بود. سنجش بیماران بزرگسال در دوره درمان‌های روانپزشکی و به دست آوردن یک روش عینی برای برآورد تغییر حاصل از روان‌درمانی یا دیگر متغیرهای زندگی بیمار از دیگر اهداف این آزمون می‌تواند باشد.

## یافته‌ها:

در این قسمت توزیع فراوانی افراد نمونه بر حسب جنسیت، سن، وضعیت تأهل، نوع قرارداد، سابقه کار ارائه گردیده است. در ادامه نیز شیوع بر اساس آماره‌های فراوانی و درصد، میانگین و انحراف استاندارد در هر متغیر نشان داده شده است.

1. MMPI

2. wellz

3. Dalstrom

جدول ۱: فراوانی و درصد فراوانی کارکنان بر اساس جنسیت

Table 1: Frequency and percentage of employees according to gender

| متغیر      | زیرمقیاس       | فراوانی | درصد  |
|------------|----------------|---------|-------|
| جنسیت      | مرد            | ۱۷۶     | ۶۹/۳  |
|            | زن             | ۷۸      | ۳۰/۷  |
|            | جمع            | ۲۵۴     | ۱۰۰/۰ |
| وضعیت تأهل | مجرد           | ۳۰      | ۱۱/۸  |
|            | متأهل          | ۲۲۴     | ۸۸/۲  |
|            | جمع            | ۲۵۴     | ۱۰۰/۰ |
| سن         | ۲۸-۲۳          | ۱۲      | ۷/۴   |
|            | ۳۴-۲۹          | ۳۲      | ۱۲/۶  |
|            | ۴۰-۳۵          | ۸۰      | ۳۱/۵  |
|            | ۴۶-۴۱          | ۶۵      | ۲۵/۶  |
|            | ۴۷ سال به بالا | ۶۵      | ۲۵/۶  |
|            | جمع            | ۲۵۴     | ۱۰۰/۰ |
|            | سابقه کاری     | ۵-۱     | ۳۴    |
|            | ۱۰-۶           | ۴۰      | ۱۵/۷  |
|            | ۱۵-۱۱          | ۷۵      | ۲۹/۵  |
|            | ۲۰-۱۶          | ۵۱      | ۲۰/۱  |
|            | ۲۵-۲۱          | ۲۳      | ۹/۱   |

|       |     |                |             |
|-------|-----|----------------|-------------|
| ۱۲/۲  | ۳۱  | ۲۶ سال به بالا |             |
| ۱۰۰/۰ | ۲۵۴ | جمع            |             |
| ۲۶/۴  | ۶۷  | دیپلم          | مدرک تحصیلی |
| ۱۱/۸  | ۳۰  | فوق دیپلم      |             |
| ۵۰/۴  | ۱۲۸ | لیسانس         |             |
| ۱۱/۰  | ۲۸  | فوق لیسانس     |             |
| ۰/۴   | ۱   | دکتری          |             |
| ۱۰۰/۰ | ۲۵۴ | جمع            |             |
| ۴۳/۳  | ۱۱۰ | پیمانی         | نوع قرارداد |
| ۵۶/۷  | ۱۴۴ | رسمی           |             |
| ۱۰۰/۰ | ۲۵۴ | جمع            |             |

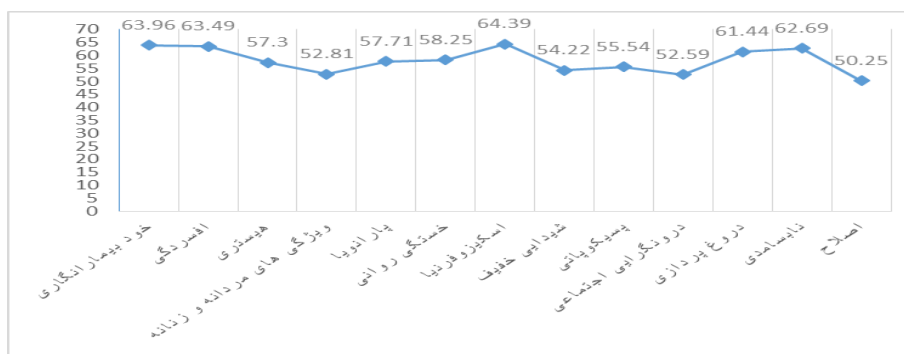
جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

Table 2: Descriptive statistics of research variables

| متغیر                    | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------------------|---------|------------------|
| خودبیمارانگاری           | ۶۳/۹۶   | ۱۰/۰۴            |
| افسردگی                  | ۶۳/۴۹   | ۱۱/۱۵            |
| هیستری                   | ۵۷/۳۰   | ۱۱/۳۹            |
| ویژگی‌های مردانه و زنانه | ۵۲/۸۱   | ۱۰/۴۹            |
| پارانویا                 | ۵۷/۵۱   | ۱۴/۳۲            |
| خستگی روانی              | ۵۸/۲۵   | ۱۴/۷۶            |

|       |       |                    |
|-------|-------|--------------------|
| ۱۳/۳۹ | ۶۴/۳۹ | اسکیزوئید          |
| ۱۱/۴۲ | ۵۴/۲۲ | شیدایی خفیف        |
| ۱۰/۸۵ | ۵۵/۵۴ | پسیکوپاتی          |
| ۹/۶۲  | ۵۲/۵۹ | درون گرایی اجتماعی |
| ۸/۸۳  | ۶۱/۴۴ | دروغ پردازی        |
| ۱۲/۴۰ | ۶۲/۶۹ | نابسامدی           |
| ۸/۹۰  | ۵۰/۲۵ | اصلاح              |

باتوجه به مقادیر جدول ۲ می توان مشاهده کرد که بزرگ ترین میانگین مربوط به اسکیزوئید (۶۴/۳۹) و کوچک ترین میانگین مربوط به اصلاح بوده است. در نمودار ۱ نیز نیمرخ کلی کارکنان نشان داده شده است.



نمودار ۱: نیمرخ روانی کل کارکنان بر اساس میانگین نمرات در هر زیرمقیاس

جدول ۳: میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان

Table 3: Prevalence rate of mental disorders in the employees of Khorasan Petrochemical Company

| وضعیت اختلال | متغیر          | فراوانی | درصد |
|--------------|----------------|---------|------|
| عدم اختلال   | خودبیمارانگاری | ۱۴۶     | ۵۷/۵ |

بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان در سال ۱۳۹۹

|      |     |                          |                |
|------|-----|--------------------------|----------------|
| ۲۶/۸ | ۶۸  |                          | در معرض اختلال |
| ۱۵/۷ | ۴۰  |                          | دارای اختلال   |
| ۶۱/۴ | ۱۵۶ |                          | عدم اختلال     |
| ۶/۲۳ | ۶۰  | افسردگی                  | در معرض اختلال |
| ۱۵   | ۳۸  |                          | دارای اختلال   |
| ۷۷/۶ | ۱۹۷ |                          | عدم اختلال     |
| ۱۶/۱ | ۴۱  | هیستری                   | در معرض اختلال |
| ۶/۳  | ۱۶  |                          | دارای اختلال   |
| ۸۷/۸ | ۲۲۳ |                          | عدم اختلال     |
| ۹/۴  | ۲۴  | ویژگی‌های مردانه و زنانه | در معرض اختلال |
| ۲/۸  | ۷   |                          | دارای اختلال   |
| ۷۰/۵ | ۱۷۹ |                          | عدم اختلال     |
| ۲۱/۳ | ۵۴  | پارانویا                 | در معرض اختلال |
| ۸/۲  | ۲۱  |                          | دارای اختلال   |
| ۶۸/۹ | ۱۷۵ |                          | عدم اختلال     |
| ۲۰/۹ | ۵۳  | خستگی روانی              | در معرض اختلال |
| ۱۰/۲ | ۲۶  |                          | دارای اختلال   |
| ۵۶/۳ | ۱۴۳ |                          | عدم اختلال     |
| ۲۷/۲ | ۶۹  | اسکیزوئید                | در معرض اختلال |
| ۱۶/۵ | ۴۲  |                          | دارای اختلال   |
| ۸۶/۲ | ۲۱۹ |                          | عدم اختلال     |
| ۱۰/۳ | ۲۶  | شیدایی خفیف              | در معرض اختلال |



| دارای اختلال            | ۹   | ۳/۵  |
|-------------------------|-----|------|
| عدم اختلال              | ۲۱۳ | ۸۳/۹ |
| در معرض اختلال          | ۲۶  | ۱۰/۲ |
| دارای اختلال            | ۱۵  | ۵/۹  |
| عدم اختلال              | ۲۳۶ | ۹۲/۹ |
| در معرض اختلال          | ۱۳  | ۵/۱  |
| دارای اختلال            | ۵   | ۲    |
| عدم اختلال              | ۴۸  | ۱۸/۹ |
| در معرض حداقل یک اختلال | ۱۷۱ | ۶۷.۳ |
| دارای حداقل یک اختلال   | ۱۱۰ | ۴۳.۳ |

باتوجه به مقادیر جدول ۳ می‌توان مشاهده کرد که درصد بیشتری از کارکنان دارای اختلال خودبیمارانگاری (۱۵/۷ درصد)، افسردگی (۱۵/۰۰ درصد) و اسکیزوئید (۱۶/۵) می‌باشند. همچنین درصد بیشتری از کارکنان در معرض اختلال خودبیمارانگاری (۲۶/۸ درصد)، افسردگی (۲۳/۶ درصد) و اسکیزوئید (۲۷/۲ درصد) هستند، بنابراین کارکنان بیشتری در معرض اختلال یا دارای اختلال خودبیمارانگاری، افسردگی و اسکیزوئید هستند. در نهایت در کل ۴۳/۳ درصد کارکنان دارای حداقل یک اختلال بودند. میزان خردی دو به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه جنسیتی در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر خودبیمارانگاری (۰/۰۵)  $p < ۱۵/۵۰$   $(\chi^2 = ۱۵/۵۰)$  و ویژگی‌های مردانه و زنانه  $p < ۰/۰۵$   $(\chi^2 = ۴۲/۹۷)$  می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار می‌باشد؛ بنابراین دو گروه مورد مطالعه از نظر وضعیت اختلال تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. مقایسه فراوانی‌ها زنان و مردان نشان می‌دهد که در مردان درصد بیشتری در معرض اختلال به خودبیمارانگاری هستند و زنان درصد بیشتری دارای اختلال خودبیمارانگاری هستند، همچنین در متغیر ویژگی‌های مردانه و زنانه درصد بیشتری از زنان در معرض اختلال یا دارای اختلال و درصد بیشتری از مردان بدون اختلال هستند. میزان خردی دو به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر افسردگی  $p > ۰/۰۵$   $(\chi^2 = ۲/۲۶)$  و هیستری  $p > ۰/۰۵$   $(\chi^2 = ۰/۰۴۸)$  می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین بین زنان و مردان در اختلال‌های افسردگی و هیستری تفاوتی وجود نداشت. میزان خردی دو به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر پارانویا  $p > ۰/۰۵$   $(\chi^2 = ۳/۱۴)$ ؛ خستگی روانی  $p > ۰/۰۲$   $(\chi^2 = ۰/۳۳)$  و اسکیزوئید  $p > ۰/۰۵$   $(\chi^2 = ۰/۰۰۴)$  می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نبود؛ بنابراین بین زنان و مردان در

اختلال‌های پارانویا، خستگی روانی و اسکیزوئید تفاوتی وجود نداشت. میزان‌های دو به‌دست‌آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر شیدایی خفیف ( $\chi^2 = ۱/۵۵$ ;  $p < ۰/۰۵$ ) می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار می‌باشد؛ بنابراین دو گروه مورد مطالعه از نظر وضعیت اختلال تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. مقایسه فراوانی‌ها زنان و مردان نشان می‌دهد که زنان درصد بیشتری در معرض اختلال هستند، همچنین میزان‌های دو به‌دست‌آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر پسیکوپاتی ( $\chi^2 = ۰/۹۱$ ;  $p > ۰/۰۵$ ) و درون‌گرایی اجتماعی ( $\chi^2 = ۱/۶۸$ ;  $p > ۰/۰۵$ ) می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین بین زنان و مردان در اختلال‌های پسیکوپاتی و درون‌گرایی اجتماعی تفاوتی وجود ندارد. میزان‌های دو به‌دست‌آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های سطح تحصیلات در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر خودبیمارانگاری ( $\chi^2 = ۱۸/۷۸$ ;  $p < ۰/۰۵$ ) و افسردگی ( $\chi^2 = ۲۷/۲۸$ ;  $p < ۰/۰۵$ ) می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار می‌باشد؛ بنابراین دو گروه مورد مطالعه از نظر وضعیت اختلال خودبیمارانگاری و افسردگی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. مقایسه فراوانی‌ها نشان می‌دهد که کارکنان لیسانس و فوق‌لیسانس درصد بیشتری بدون اختلال خودبیمارانگاری هستند، همچنین در متغیر افسردگی در افراد لیسانس و فوق‌لیسانس درصد بیشتری بدون اختلال هستند و افراد فوق‌دیپلم نیز درصد بیشتری بدون اختلال و سپس دارای اختلال هستند. میزان‌های دو به‌دست‌آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های ۵ گروه در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر ویژگی‌های مردانه و زنانه ( $\chi^2 = ۴/۳۸$ ;  $p > ۰/۰۵$ ) هیستری ( $\chi^2 = ۱۱/۲۲$ ;  $p > ۰/۰۵$ ) می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین بر اساس سطح تحصیلات کارکنان در اختلال‌های ویژگی‌های مردانه و زنانه و هیستری تفاوتی وجود ندارد. میزان‌های دو به‌دست‌آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های سطح تحصیلات در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر پارانویا ( $\chi^2 = ۰/۰۵$ ) معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین بر اساس سطح تحصیلات در اختلال‌های پارانویا، خستگی روانی و اسکیزوئید تفاوتی وجود ندارد. همچنین میزان‌های دو به‌دست‌آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های سطح تحصیلات در سه طبقه متغیر وضعیت اختلال در متغیر شیدایی خفیف ( $\chi^2 = ۶/۲۸$ ;  $p > ۰/۰۵$ )، پسیکوپاتی ( $\chi^2 = ۹/۹۲$ ;  $p > ۰/۰۵$ ) و درون‌گرایی اجتماعی ( $\chi^2 = ۵/۳۴$ ;  $p > ۰/۰۵$ ) می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد؛ بنابراین بین افراد با سطح تحصیلات متفاوت در اختلال‌های شیدایی خفیف، پسیکوپاتی و درون‌گرایی اجتماعی تفاوتی وجود نداشت.

### بحث و نتیجه‌گیری:

هدف پژوهش حاضر بررسی سلامت روان کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان بود، به همین منظور با روش طبقه‌ای نسبتی با توجه به رده شغلی و به نسبت جامعه آماری و با استفاده از فرمول کوکران ۲۵۴ نفر نمونه‌گیری شد و به پرسش‌نامه پرسش‌نامه شخصیتی چندوجهی می‌نه سوتا ۲ پاسخ دادند. یافته‌ها نشان داد که شیوع کل اختلالات ۴۳/۳ درصد است و کارکنان بیشتر در معرض اختلال یا دارای اختلال خودبیمارانگاری، افسردگی و اسکیزوئید هستند. همچنین بین زنان و مردان از نظر وضعیت اختلال‌های خودبیمارانگاری، شیدایی خفیف و ویژگی‌های مردانه و زنانه تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند و در اختلال‌های خودبیمارانگاری و افسردگی نیز بر اساس سطح تحصیلات کارکنان تفاوت معنادار وجود داشت. اما بین کارکنان در شیوع اختلالات روانی با توجه به نوع قرارداد، سابقه کاری، رده سنی وضعیت تأهل آن‌ها تفاوتی وجود نداشت. کارلتون و همکاران (۱۰) در پژوهشی با عنوان علائم اختلالات روانی در کارکنان امنیت عمومی دریافتند که ۱۵.۱ درصد تا ۲۶.۷ درصد کارکنان بسته به محل کار دارای علائم اختلالات روانی بودند که تفاوت چشمگیری با یافته این پژوهش داشت. لال و تاربان (۱۱) نیز در پژوهشی به شیوع و نقش پوچی، باورهای معنوی،

رضایت شغلی، مقابله و سلامت روان در مراکز پزشکی پرداختند، نتایج آزمون GHQ حاکی از نرخ ۲۱ درصدی اختلال و وجود رابطه بین استرس با فرسودگی هیجانی و مسخ شخصیت بود. رکش چاندر و همکاران (۱۲) در پژوهش دیگری به تعیین شیوع و عوامل مرتبط با اختلالات جسمانی کردن در مراکز سلامت پرداختند که در آن شیوع اختلال جسمانی کردن ۵ درصد بود. تفاوت به دست آمده در نتایج و شیوع بالاتر اختلالات در شرکت پتروشیمی خراسان می‌تواند به علت بافت شغلی سخت در صنعت نفت به نسبت مراکز بهداشت در تحقیق چاندر و همکاران (۱۲) باشد. فشارهای محیطی دیگری نظیر تحریم‌ها نیز در چند سال اخیر باعث کاهش چشمگیر فروش محصولات در این صنعت شده که به‌ناچار در کاهش پاداش‌ها و تسهیلات مختلفی که سازمان می‌تواند برای کارکنان خود فراهم کند، تأثیرگذار است. چنین مسائلی چه به‌صورت عاملی بیرونی (کاهش دریافتی‌ها) و چه به‌صورت ذهنی باعث افزایش فشار روانی در کارکنان این صنایع خواهد شد. در واقع به نظر کی رسد کارکنان صنعت پالایش نفت در ایران تفاوت بارزی به این دلیل با کارکنان همین صنعت در سایر کشورها دارند. نکته مهم دیگری که در ابتدای بیشتر می‌تواند تأثیرگذار باشد فشارهای خانوادگی و تعارضات کار خانواده ناشی از آن به علت دوری کارکنان از محل زندگی‌شان است. درصد شیوع بالای اسکیزوئید در نیمرخ روانی کارکنان (۱۶/۵ درصد) نیز می‌تواند مربوط به این عامل باشد. فاصله محل زندگی از محل کار در تحقیقات به‌عنوان یک عامل فشار روانی همواره مورد توجه محققان بوده است. در این پژوهش نیز باتوجه به اینکه کارکنان این صنعت اغلب در شهر دیگری سکونت دارند فارغ از مسائل کاری با مسئله دیگری نیز مواجه‌اند که در فرایند سال‌های متمادی اشتغال می‌تواند به‌عنوان استرسور نقش ایفا کرده و طبق مدل لازاروس به بالفعل شدن سندرم‌های روانی منتج شود. تبیین دیگری که می‌تواند درصد ابتلای دوبرابری کارکنان ایرانی را توجیه کند این است که پرسش‌نامه‌های این پژوهش در شرایط همه‌گیری کرونا توزیع شده است که به نظر می‌رسد می‌تواند در بروز بیشتر نشانه‌های اختلالات روانی مؤثر باشد. بحرانی که ویروس کرونا در کل دنیا و من جمله ایران و صنایع آن ایجاد نموده به نظر می‌رسد فشار روانی بیشتری را به کارکنان وارد کرده چنین فشاری بی‌سابقه است. نمود این فشار را می‌توان در شیوع بالای خودبیمارانگاری (۱۵/۷ درصد) کارکنان مشاهده کرد. خودبیمارانگاری معمولاً حاصل اضطراب شدید فرد است. اضطراب خودبیمارانگاری را به وجود می‌آورد و ناشی از تفسیر نادرست علائم بدنی و اطلاعات، مرتبط با آن است (۱۴). خصیصه اصلی خودبیمارانگاری یک تابلوی بالینی است که اختلال برجسته آن تعبیر غیرواقعی علائم جسمانی و حس‌های طبیعی به‌عنوان علائم غیرطبیعی است که منجر به اشتغال ذهنی یا اعتقاد به ترس از یک، بیماری شدید می‌شود (۱۵). خودبیمارانگاری نوعی اختلال روانی است که با وجود برخورداری از سلامت بدنی با اعتقاد فرد به وجود یک بیماری جدی در خود و نگرانی نسبت به آن، شناخته می‌شود. طبق نظریه روانکاوی این اختلال شکل دیگری از سایر اختلالات روانی است و بیش از همه با اختلالات افسردگی و اضطراب ارتباط دارد (۱۶).

طبق یافته‌های بین زنان و مردان در شیوع کلی اختلالات (به‌جز خودبیمارانگاری و هیپومانیا) تفاوت معناداری وجود نداشت. بر اساس نظریه طرحواره‌های جنسیتی بم، وجود سطوح بالایی از صفات هر دو جنس در یک فرد، انطباقی‌ترین و سازگارانه‌ترین ویژگی جنسیتی را به وجود می‌آورد. اشخاصی که به‌موقع می‌توانند مهربانی زیادی داشته باشند و در وقت مناسب دیگر افرادی هستند که به‌راحتی و بدون تردید و دودلی تصمیم‌گیری می‌کنند، از بهزیستی روانی بهتری بهره‌مندند و به نحوی شایسته‌تر می‌توانند با فشارهای روانی

زندگی مقابله کنند. شیموناکا<sup>۱</sup> و همکاران (۱۷) در ژاپن پژوهشی انجام دادند که نتایج این پژوهش نشان داد، سنخ دوجنسیتی در زن و مرد از لحاظ سلامت روانی در بهترین وضعیت هستند و سنخ تک‌بعدی در پایین‌ترین یا بدترین سطح سلامت روانی قرار دارند؛ بنابراین ممکن است اکثر زنان شاغل در مشاغل صنعتی دارای طرحواره‌های مردانه باشند که باعث شود تفاوت معناداری در شیوع اختلال در زنان و مردان وجود نداشته باشد. همچنین طبق نظریه فشار عمومی اگنیو زنان و مردان شاغل در محیط کار فشارهای عمومی تقریباً یکسانی را تجربه می‌کنند و ممکن است به همین دلیل شیوع اختلالات روانی در آن‌ها یکسان بوده و تفاوتی نداشته باشد. طبق یافته‌ها بین تحصیلات مختلف در شیوع خودبیمارانگاری تفاوت معناداری وجود داشت. این یافته همسو با پژوهش عریضی و همکاران (۹) که نشان داد افراد با تحصیلات بالاتر دارند؛ از سلامت روان بیشتری برخوردار هستند. طبق نظریه اگزستانسیال افرادی که شناخت بیشتری از خودشان داشته باشند مشکلات کمتری خواهند داشت، به همین دلیل ممکن است افرادی که تحصیلات بالاتری دارند شناخت بهتر و بیشتری از خودشان داشته باشند و اگر مشکلی داشته باشند بینش کافی به آن را داشته باشند و به دنبال حل آن مشکل می‌روند، در نتیجه از سلامت روان بهتری هم برخوردار هستند همچنین آن‌ها توقع بالاتری از خودشان برای پیشرفت دارند و شناخت از خود را برای پیشرفت ضروری می‌دانند. تحقیق حاضر بر روی کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان انجام شده است، بنابراین در تعمیم نتایج دیگر کارکنان و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. در نظر نگرفتن تفاوت‌های فرهنگی و قومی در این پژوهش، می‌تواند از دیگر محدودیت‌ها باشد؛ لذا انجام پژوهش‌های مشابه در جمعیت‌های دیگر و در شهرها و صنایع گوناگون جهت تعمیم نتایج پژوهش پیشنهاد می‌گردد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به دشواری هماهنگی و سهل‌انگاری افراد در پرکردن پرسش‌نامه اشاره کرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس خود گزارش‌دهی بود، بنابراین، محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به ابزار اندازه‌گیری می‌باشد؛ زیرا این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه و تعصب در پاسخ‌دهی مستعد تحریف هستند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی این موارد مورد لحاظ قرار گیرد که نتایج قابل‌اتکاتری به دست آید. باتوجه به اینکه یکی از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از مقیاس‌های خود گزارش‌دهی می‌باشد، پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آینده از یک پژوهش کیفی مبتنی بر مصاحبه استفاده شود. باتوجه به نتایج این پژوهش باید به ضرورت توجه به نیم‌رخ روانی کارکنان و استفاده از برنامه‌های آموزشی مناسب در جهت کمک به آن‌ها و آگاهی برای بهبود مشکلات روانی تأکید کرد. لازم به اشاره است که تنوع قومیتی و فرهنگی نیز بایستی لحاظ گردد.

## ملاحظات اخلاقی

- ۱) اخذ رضایت از نمونه‌های مورد پژوهش؛
- ۲) دادن اطلاعات کافی به هریک از نمونه‌ها پیرامون نحوه اجرای مطالعه؛
- ۳) رعایت ملاحظات اخلاقی از نظر محرمانه بودن اطلاعات افراد؛
- ۴) تشکر و قدردانی از کلیه افرادی که در ارتباط با انجام پژوهش همکاری کردند.

<sup>1</sup>. Shimonaka

تأییدیه اخلاقی: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

تعارض اخلاقی: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: موردی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی: برخورد لازم می‌دانیم از تمامی کارکنان و پرسنل خدمت و زحمت‌کش شرکت پتروشیمی خراسان که در انجام این پژوهش مشارکت کردند صمیمانه تشکر کنیم.

## Reference

1. Tsiamyrtis P, Zhu Z, MacBirde L, Pavidis IT, Levine JA.. Description and clinical studies of a device for the instantaneous detection of office-place. Stress. 2009; 34 (3): 359-64.
2. McLean J. Stress and job satisfaction among distance educators [dissertation]. Pennsylvania: Pennsylvania College of technology, 2018.
3. Shekhawat. Seema and Aurobinda Mahapatra. Debidatta, Kargil Displaced of Akhnoor in Jammu and Kashmir Enduring Ordeal and bleak future, 2016.
4. Kalia M. Assessing the economic impact of stress: The modern day hidden epidemic. Metabolism, 2002;51 (6): 46-53.
5. WuSY, Wang MZ, Li J, Zhang XF.. Study of the intervention measures for the occupational stress to the teachers in the primary and secondary schools. Wei Sheng Yan Jiu; 2006; 35: 213-6.
6. Cumbie SA, Conley VMC, Burman ME. Advanced Practicenursing model for comprehensive care with chronillness: model for promoting process engagement. Advances inNursing Science: Nursing Care Management, 2004; 27:70-80.
7. Sadock B.J., Sadock V.A., Rulz P.. Kaplan &Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
8. World Health Organization. Policies and practicesfor mental health in Europe. meeting the challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008.
9. Oreyzi H., Amiri M., Nouri A.. Relation between health. tension and attitude toward job on accepting career bridge employment in retired personnel. Journal of Psychological Studies, 2014;10(1): 137-160. doi: 10.22051/psy. 2004; 2014.1769.
10. Carleton R.N., Afifi TO., Turner S., Taillieu T., Duranceau S.. Mental Disorder Symptoms among Public Safety Personnel in Canada. Can J Psychiatry, 2018; 63(1): 54-64.

11. Lal A.P. Tharyan T.. The prevalence, determinants and the role of empathy and religious or spiritual beliefs on job stress, job satisfaction, coping, burnout, and mental health in medical and surgical faculty of a teaching hospital: A cross-sectional survey. *La Revue de Médecine Interne* 2020; 41(4) 232-240.
12. Rakesh Chandra R., Kalaivanan N., Manjunatha B., Binukumar B., Channaveera Chari Naveen Kumara Suresh Bada Matha Y.C., Janardhan Reddy. The prevalence and its correlates of somatization disorder at a quaternary mental health centre. *Asian Journal of Psychiatry*, 2019; 27: 24-42
13. Graham J., Robert 2013. *MMPI-2 Personality Assessment and Psychopathology Manual (Vol. 2)*. Translated by Moussa Kafi, Fatemeh Hekhit, Hamid Yaqoubi. Tehran: Arjmand Publications, 2016.
14. Deale A.. Psychopathology and treatment of severe health anxiety. *Psychiatry*, 2017; 6(6): 240-246.
15. Mahlouji A., Lotfi Kashani F.. The effectiveness of mindfulness therapy on self - concept and hypochondriasis in patients with chronic pain. 2019; 18 (76): 451-457.
16. Abolhassani M., Eftekhari N., Foroutan B.. Evaluation of Hypochondriasis Prevalence and Related Factors in Students of Shahroud Islamic Azad University of Medical Sciences in 2014. *Beyhagh*, 2016; 21(1): 42-48.
17. Shimonaka Y., Nakazato, K., Homan, A. (1990). Personality, longevity and successful aging among Tokyo metropolitan centenarians. *International Journal of Aging and Human Development*, 1990; 42: 173-187.