

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان
معاونت تحقیقات و فناوری
مدیریت توسعه و ارزیابی تحقیقات

فرم پیش‌نویس طرح پژوهشی
(PROPOSAL)

عنوان طرح: بررسی وضعیت سلامت روانی - اجتماعی و برخی عوامل مرتبط با آن در کارگران شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳

نام و نام خانوادگی طرح‌دهندگان: سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور، محمدعلی ذاکری، رضا وزیر نژاد، مجید سعدلو پاریزی

دانشکده / مرکز تحقیقاتی: دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

قسمت اول - خلاصه مشخصات طرح

عنوان طرح: بررسی وضعیت سلامت روانی - اجتماعی و برخی عوامل مرتبط با آن در کارگران شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳	
مدیر اجرایی طرح: سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور	دانشکده / مرکز تحقیقاتی: دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
مدت اجرا: ۱۲ ماه	محیط پژوهش:

خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردی طرح:

تعهد به حمایت از کارگران در مقابل بیماری، کسالت و جراحت ناشی از کار یکی از اهداف اصلی سازمان جهانی بهداشت است. بهبود شرایط شغلی ایمن همگام با پیشرفت‌های صنعتی بسیار موفق بوده است. با این حال توجه به سلامت روان به عنوان یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی همچنان مورد توجه است. در واقع فردی که دارای سلامت روانی است از عملکرد و کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با دیگران برخوردار می‌باشد. در دنیای امروز تنش‌های روانی زیادی برای

کارگران وجود دارد که بعضی از این تنش ها مختص محیط کار است. این تنش ها ممکن است باعث ایجاد ناخرسندی و نارضایتی از کار و فرسودگی شغلی گردد. وضعیت ضعیف سلامت روان با غیبت از کار در ارتباط بوده و منجر به کاهش عملکرد حین کار و کاهش بهره وری می گردد. سرمایه گذاری در سلامت روان در محیط کار از طریق اقدامات ارتقاء سلامت روان نه تنها می تواند سلامت روان فرد را بهبود بخشد، بلکه سطح بهره وری اقتصادی را افزایش می دهد.

روابط اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی در کنار شرایط کاری می تواند بر وضعیت سلامتی کارگران تاثیرگذار باشد. از طرف دیگر، انسجام میان منابع انسانی و سازمانی، بدون توجه به منابع انسانی نمی تواند بهبود پیدا کرده، راه های توسعه و تکامل را طی کرده و به طور اثربخش عمل کند. بنابراین سازمان هایی که در صدد بهبود عملکرد خود می باشند، برای اینکه محیط کار بهتری را برای کارکنان خود ایجاد کنند، نیازمند فراهم کردن سرمایه اجتماعی می باشند که به طور قطع به آنها کمک می کند به اهداف خود برسند. به طور کلی، یکی از مهمترین اجزای تعیین کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای هر فرد، شغل وی است. نتایج تحقیقات حاکی از آن است که شرایط نامناسب روانی - اجتماعی محیط کار می تواند تاثیر منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت داشته باشد. لذا مطالعه حاضر، باهدف بررسی وضعیت سلامت روانی - اجتماعی و برخی عوامل مرتبط با آن در کارگران شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳ انجام می شود.

خلاصه روش اجرای طرح:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی می باشد که با هدف بررسی وضعیت سلامت روانی - اجتماعی و برخی عوامل مرتبط با آن در کارگران شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳ انجام خواهد شد. نمونه مطالعه ۳۸۴ نفر از کارگران شهر رفسنجان می باشد که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب خواهند شد. چک لیست جهت جمع آوری اطلاعات در این مطالعه شامل: پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)، پرسشنامه رضایت از زندگی، پرسشنامه سلامت معنوی، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12)، پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ و کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI) است. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده خواهد شد.

هزینه پرسنلی ۱۸۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال هزینه مسافرت ۶۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
 هزینه آزمایش ها و خدمات تخصصی ۰ ریال هزینه های دیگر ۱۵۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
 هزینه مواد و وسایل مصرفی ۰ ریال جمع کل ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال

قسمت دوم- اطلاعات مربوط به عوامل اجرایی و همکاران طرح

۱- مشخصات مجریان طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	شرح فعالیت	رتبه علمی	محل خدمت	تلفن همراه	رایانامه	آخرین مدرک و رشته تحصیلی	تعداد طرح در حال اجرا
1	سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور	مدیر اجرایی	اول	طراحی مطالعه، انجام هماهنگی های لازم و	غیر هیئت علمی	دانشکده پزشکی	09137658747	mhosseini622@gmail.com	غیر هیئت علمی - کارشناسی ارشد	0

						نظارت بر اجرای مطالعه، همکاری در جمع آوری داده ها، تحلیل و ارائه گزارش نهایی				
0	غیر هیئت علمی - کارشناسی ارشد	ma.zakeri115@gmail.com	09133902799	بیمارستان حضرت علی بن ابیطالب(ع)	غیر هیئت علمی	همکاری در اجرای طرح) جمع آوری اطلاعات و ارائه گزارش (نهایی)	دوم	مجری	محمد علی ذاکری	2
0	استاد - دکتری تخصصی (PhD)	rezavazirinejad@rums.ac.ir	09132921147	دانشکده بهداشت	استاد	مشاور علمی	سوم	مجری	رضا وزیری نژاد	3
0	غیر هیئت علمی - دکترای حرفه‌ای	majidsaadloo@gmail.com	09133451028	معاونت بهداشتی	غیر هیئت علمی	همکاری در اجرای طرح	چهارم	مجری	مجید سعدلو پاریزی	4

۲- مشخصات همکاران اصلی طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت در طرح	نوع همکاری	شرح فعالیت	رتبه علمی	محل خدمت	تلفن همراه	رایانامه	آخرین مدرک و رشته تحصیلی	تعداد طرح در حال اجرا
------	-----------------------	---------------	---------------	---------------	--------------	-------------	---------------	----------	-----------------------------	--------------------------

قسمت سوم - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

۱- عنوان طرح به فارسی:

بررسی وضعیت سلامت روانی - اجتماعی و برخی عوامل مرتبط با آن در کارگران شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۲ - ۱۴۰۳

۲- عنوان طرح به انگلیسی:

۳- نوع طرح:

کاربردی بنیادی بنیادی-کاربردی جامع نگر (HSR)

۴- بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح:

تحقیقات نشان داده است که ۸۰٪ افراد جامعه از طریق محیط های کاری در دسترس اند. آن ها بیش از یک سوم عمر خود را در آنجا سپری می کنند؛ لذا تأمین ایمنی و سلامت محیط های کاری اهمیت زیادی در توسعه اقتصادی دارد (۱). تعهد به حمایت از کارگران در مقابل بیماری، کسالت و جراحت ناشی از کار یکی از اهداف اصلی سازمان جهانی بهداشت است (۲). نقش سازمان های بین المللی نظیر سازمان جهانی بهداشت و سازمان بین المللی کار در مسائل مربوط به کارگران و از جمله نیازمندی های بهداشتی در مانی آن ها بر ماهیت چندوجهی این عرصه تأکید می کند. در اکثر ایالات امریکای شمالی، شرایط محیط کار همگام با استانداردها پیش می رود (۳). برزیل پنجمین کشور بزرگ دنیا، با تشکیل سیستم متحد سلامت گام مهمی در آغاز حمایت های شغلی نیروی انسانی برداشت (۴). ژاپن نیز در بهبود شرایط شغلی ایمن همگام با پیشرفت های صنعتی بسیار موفق بوده که نمونه ای از آن استراتژی «کایزن» است (۵). سلامت روان به عنوان یکی از ملاک های تعیین کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می شود و مفهوم آن عبارت از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی و توانایی بالقوه فکری و هیجانی است (۶). مفهوم سلامت روان در واقع جنبه ای از مفهوم کلی سلامت است. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را بدین گونه تعریف می کنند: 'سلامت روان عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور منطقی، عادلانه و مناسب' (۷). طبق نظریه ای دیگر سلامت روانی عبارت از: 'سازش فرد با جهان اطرافش به حداکثر امکان؛ به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و موثر به طور کامل شود' (۸). در واقع فردی که دارای سلامت روانی است از عملکرد و کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با دیگران برخوردار می باشد (۹). در دنیای امروز تنش های روانی زیادی وجود دارد که بعضی از این تنش ها مختص محیط کار است. این تنش ها ممکن است باعث ایجاد ناخرسندی و نارضایتی از کار و فرسودگی شغلی گردد (۱۰). اختلالات روانی می تواند پیامدهای قابل توجهی نه تنها در سطح فردی، بلکه در سطح اجتماعی و اقتصادی داشته باشد. در زمینه محیط کار (۱۱)، وضعیت ضعیف سلامت روان با غیبت از کار در ارتباط بوده و حضورگرایی (۱۲) نیز منجر به کاهش عملکرد حین کار، کاهش بهره وری و افزایش خطر بیکاری می گردد (۱۲، ۱۳). سرمایه گذاری در سلامت روان در محیط کار از طریق اقدامات ارتقاء سلامت روان نه تنها می تواند سلامت روان فرد را بهبود بخشد، بلکه سطح بهره وری اقتصادی را افزایش می دهد (۱۴).

از طرفی دیگر، فقدان یا نقصان سلامت اعضای یک جامعه از دیدگاه اجتماعی سبب ناتوانی افراد در ایفای نقش های اجتماعی، اختلال در نظم اجتماعی و ناتوانی جامعه در دستیابی به سطح معینی می شود. در اغلب موارد هرگاه سخن از سلامت به میان آمده، عمدتاً ابعاد جسمی و روانی آن مورد توجه بوده و سلامت اجتماعی مورد غفلت واقع شده است. این در حالی است که رشد و تعالی جامعه در گرو جنبه های گوناگون سلامت آن جامعه، به ویژه ابعاد جسمی روانی و اجتماعی می باشد (۱۵). سلامت اجتماعی از جمله مفاهیمی است که ارائه تعریف دقیقی از آن، کار آسانی نیست. سلامت اجتماعی به توانایی فرد در برقراری تعامل مؤثر با اجتماع و دیگران، به منظور ایجاد روابط ارضاء کننده شخصی و محقق کننده نقش های اجتماعی اطلاق می شود. سلامت اجتماعی در واقع شامل مشارکت اجتماعی، زندگی سازگار با سایر انسان ها، ایجاد روابط مثبت متکی به دیگر افراد جامعه و داشتن روابط سالم است (۱۶). بعد اجتماعی سلامت سعی در شناسایی تاثیر متقابل نحوه کنش اجتماعی بر بهزیستی افراد دارد. اگر جامعه ای دچار از هم گسیختگی هنجاری شود، ممکن است به فعالیت های مخرب و ناامید کننده متوسل شود (۱۷). زمانی که بیگانگی و انزوای اجتماعی نمایان شود، فرد احساس می کند جامعه ارزش های وی و سبک زندگی او را منعکس نمی کند و فرد دچار انفکاک فکری از استانداردهای فرهنگی جامعه می شود (۱۸). در صورتی که پذیرش اجتماعی در فرد محقق شود، وی جامعه خود را با تمام نقاط قوت و ضعف آن پذیرفته و دست به تلاش برای بهبود آن می زند. فردی که خود را سهیم در جامعه می داند بر این باور است که ارزشمندی هایی را برای ارائه به جامعه داراست و چون بر این باور است که عضوی مهم از اجتماع است، در جامعه مشارکت می کند (۱۹). سلامت اجتماعی دارای هفت مولفه تعامل اجتماعی، مسئولیت پذیری اجتماعی، وظیفه شناسی، نگرش به جامعه، همدلی، روابط خانوادگی و مشارکت اجتماعی است که این گونه تعریف می شوند: تعامل اجتماعی بازتاب دهنده اطلاعاتی در مورد فرآیندی است که در آن ما نسبت به آنهایی که اطرافمان

هستند کنش و واکنش داریم. مسئولیت پذیری اجتماعی بر چارچوب اخلاقی که هر فرد باید با حساسیت نسبت به موضوعات محیطی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی که به نفع جامعه است رفتار کند و متمرکز باشد، تاکید دارد. وظیفه شناسی به جنبه ای از شخصیت فرد اشاره می کند که نسبت به جامعه خیلی دقیق، مراقب و هوشیار است. نگرش به جامعه به تمایل یا گرایش به پاسخ مثبت یا منفی نسبت به یک جامعه یا اجتماع اطلاق می شود. همدلی مربوط به احساسی است که فرد می تواند درک کند و در تجارب و عواطف افراد دیگر مشترک شود. روابط خانوادگی به کمیت و کیفیت ارتباطات خانوادگی با یکدیگر اشاره دارد. مشارکت اجتماعی به میزان درجه مداخلات فرد در جامعه یا اجتماع اشاره دارد (۲۰). همچنین، سازمان ها به مثابه جوامع اجتماعی در نظر گرفته می شوند که در آنها تخصص های فردی و اجتماعی به محصولات و خدمات اقتصادی تبدیل می شوند. بنابراین امروزه سرمایه اجتماعی به منزله شکلی از سرمایه که در شبکه ارتباطی و تعاملات بین افراد شکل می گیرد، مورد توجه قرار گرفته است (۲۱). سرمایه اجتماعی نقش بسیار مهمی در انسجام میان منابع انسانی و سازمانی دارد و بدون آن منابع انسانی نمی تواند راه های توسعه و تکامل را طی کرده و به طور اثربخش عمل کنند. بنابراین سازمان هایی که در صدد بهبود عملکرد خود می باشند، برای اینکه محیط کار بهتری را برای کارکنان خود ایجاد کنند، نیازمند فراهم کردن سرمایه اجتماعی می باشند که به طور قطع به آنها کمک می کند به اهداف خود برسند (۲۲). به طور کلی، یکی از مهمترین اجزای تعیین کننده کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای هر فرد، شغل وی است (۲۳). نتایج تحقیقات حاکی از آن است که شرایط نامناسب روانی - اجتماعی محیط کار تاثیر منفی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد (۲۴). از این رو، هدف این پژوهش بررسی وضعیت سلامت روانی - اجتماعی کارگران شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۳ - ۱۴۰۲ می باشد تا بر اساس نتایج حاصل از آن، پیشنهاد مداخلاتی برای ارتقاء آن در قالب برنامه های جامع صورت گیرد.

۵- سابقه طرح و بررسی متون:

Asare و همکارانش (۲۰۲۳) در مطالعه ای با عنوان 'سلامت و رفتارهای مربوط به کارگران صنعت معدن در استرالیا: یک مطالعه مقطعی' باهدف بررسی سلامت روان کارگران صنعت معدن در ۲۱۶ کارگر پرداختند. در این مطالعه از یک نظرسنجی آنلاین استفاده شد. یافته های این مطالعه نشان داد کارگران مدت خواب طولانی تر و کیفیت خواب بهتر در طول شب های غیر شیفتی گزارش کردند. شیوع استعمال دخانیات ۲۶,۴ درصد بود و کارگران گزارش دادند که تعداد سیگارهای مشابهی در روز در روزهای نوبت کاری و غیر شیفت مصرف می کردند. اکثر کارگران نوشیدن الکل را (۸۶,۱٪) و اغلب در سطوح پرخطر در طول روزهای غیر شیفت گزارش کردند. مصرف میوه ها و سبزیجات کم بود اما با مصرف سبزیجات بیشتر در طول روزهای خالی از شیفت گزارش شد. کارگران وضعیت سلامت جسمانی خوبی داشتند (۹۱,۲٪)، اما ۷۱,۴٪ دارای اضافه وزن/چاق و ۳۳,۴٪ سطوح بالایی از ناراحتی روانی را نشان دادند. کار در شیفت های طولانی و سیگار کشیدن با پریشانی روانی بالا مرتبط بودند. نتایج این مطالعه نشان داد شیوع پریشانی روانی و رفتارهای پرخطر سلامت بالا بود. هدف مداخلات باید باشد که به کاهش پریشانی روانی و حمایت از تغییرات رفتاری متعدد، با در نظر گرفتن ویژگی های مرتبط با کار در مناطق دور افتاده از جمله ساعات شیفت طولانی است (۲۵).

Haque و همکارانش (۲۰۲۲) در مطالعه ای با عنوان 'وضعیت سلامت روان کارگران غیررسمی در طول همه گیری COVID-19 در بنگلادش' باهدف بررسی سلامت روان کارگران غیررسمی در طول همه گیری COVID-19 در ۱۷۶ کارگر غیررسمی در بنگلادش پرداختند. برای سنجش سلامت روانی پاسخگویان از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) استفاده شد. یافته های این مطالعه نشان داد که ۸۰,۶٪ از افراد از ناراحتی روانی رنج می بردند. ۶۷,۶ درصد اضطراب و افسردگی، ۹۲,۶ درصد اختلال عملکرد اجتماعی و ۱۹,۹ درصد از دست دادن اعتماد به نفس را گزارش کردند. احتمال پریشانی روانی برای زنان به طور قابل توجهی بیشتر از مردان بود. علائم متعدد COVID-19 اعضای خانواده، ناآگاهی در مورد همسایه آلوده به COVID-19، کاهش درآمد و کاهش وعده غذایی روزانه در خانه نیز با پریشانی روانی مرتبط بودند. نتایج این مطالعه نشان داد عوامل شناسایی شده باید در برنامه های سیاست گذاری و حمایت از کارگران غیررسمی برای مدیریت وضعیت همه گیری و همچنین مبارزه با چالش های روانی مرتبط با COVID-19 در نظر گرفته شوند (۲۶).

Kim و همکارانش (۲۰۲۲) در مطالعه ای با عنوان عوامل موثر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (HRQoL) کارگران بر اساس نوع کار' باهدف بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کارگران کره در ۴۱۳۱ کارگر پرداختند. یافته های این مطالعه نشان داد عواملی که به طور قابل توجهی بر HRQoL کارگران روزانه تاثیر گذاشت، سابقه تحصیلی، زندگی با همسر، کار منظم، افسردگی برای دو هفته متوالی و افکار خودکشی بود. عاملی که به طور قابل توجهی بر HRQoL

کارگران شیفتی تأثیر می‌گذارد این بود که آیا آنها مکمل‌های غذایی را به مدت ۲ هفته یا بیشتر در طول سال گذشته مصرف کردند. این مطالعه تأیید کرد که عوامل مؤثر بر HRQoL بر اساس نوع کار متفاوت است. بر اساس نتایج این مطالعه، هنگام تدوین برنامه‌ای برای بهبود HRQoL کارگران، لازم است یک استراتژی متمایز با توجه به نوع کار ایجاد شود.

Andrade Louzado و همکارانش (۲۰۲۱) در مطالعه‌ای با عنوان 'کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در کارگران جوان' باهدف بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی کارگران جوان در ۱۲۷۰ کارگر پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد میانگین کیفیت زندگی مردان و زنان به ترتیب ۳۱/۱ و ۲۹/۴ بود. کارگرانی که سلامت خود را 'بسیار خوب' ارزیابی کردند، نسبت شانس ۷،۴ داشتند و کسانی که آن را به عنوان 'خوب' ارزیابی کردند، نسبت شانس ۲،۹ داشتند. هر دوی این گروه از کارگران در مقایسه با کارگرانی که از سلامت خود ارزیابی «معمولی»، «ضعیف» یا «بسیار ضعیف» برخوردار بودند، به احتمال زیاد سطوح بالاتری از کیفیت زندگی داشتند. افراد فعال بدنی ۳۰٪ بیشتر احتمال دارد که سطوح بالاتری از کیفیت زندگی داشته باشند. پس از تعدیل مدل بر اساس جنسیت، گروه سنی، وضعیت تاهل، طبقه اجتماعی-اقتصادی، سلامت خود ارزیابی، وضعیت تغذیه و مصرف پرخطر الکل، نسبت شانس افراد فعال ثابت باقی ماند. نتایج این مطالعه نشان داد خود ارزیابی سلامت، فعالیت بدنی و جنسیت با کیفیت زندگی کارگران جوان مرتبط بود (۲۷).

Xing و همکارانش (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای با عنوان 'رفاه و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کارگران مهاجر نسل جدید در استان ژجیانگ، چین' باهدف بررسی عوامل مؤثر بر رفاه و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کارگران چینی شامل کارگران مهاجر نسل جدید (NGMW [۲])، کارگران مهاجر نسل اول (FGMW [3]) و کارگران شهری (UW- [۴]) : HRQOL پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد به جز رضایت از زندگی و تعهد نوع دوستی، بین بهزیستی و HRQOL در NGMW همبستگی مثبت وجود داشت. تفاوت معنی داری در بهزیستی روانشناختی (PWB)، نگرانی سلامت، سرزندگی ذهنی، خلاصه اجزای فیزیکی (PCS [5]) و خلاصه مولفه‌های ذهنی (MCS [6]) بین NGMW و FGMW وجود داشت. در مقایسه با UW، نمرات بهزیستی عمومی (NGMW (GWB)، بهزیستی ذهنی (SWB)، رضایت از زندگی، رابطه مثبت و تعهد نوع دوستی کمتر و عاطفه منفی آنها بیشتر بود. نمره GWB مربوط به MCS، PCS، وضعیت اجتماعی خود گزارش شده، وضعیت تاهل، سن و درآمد ماهانه بود. نتایج این مطالعه نشان داد تفاوت معناداری در بهزیستی و HRQOL بین NGMW و گروه کنترل وجود دارد. بهزیستی در NGMW بیشتر از FGMW است، اما کمتر از UW است. بهزیستی با HRQOL مرتبط است و ممکن است تحت تأثیر MCS، PCS، وضعیت اجتماعی خود گزارش شده، وضعیت تاهل، سن و درآمد ماهانه در NGMW قرار گیرد (۲۸).

Badr و همکارانش (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای با عنوان 'تفاوت‌های جنسیتی در کیفیت زندگی، فعالیت بدنی و خطر ابتلا به فشار خون بالا در بین کارگران غیرفعال' باهدف بررسی تفاوت‌های جنسیتی در کیفیت زندگی، فعالیت بدنی و خطر ابتلا به فشار خون بالا در ۲۵۶۲ کارگر کوبیتی پرداختند. یافته‌های این مطالعه نشان داد میانگین نمرات کیفیت زندگی شامل کیفیت زندگی کل (۷۴،۷)، سلامت جسمی (۸۱،۱)، سلامت روانی (۷۵،۴)، روابط اجتماعی (۷۱،۱) و محیط (۷۰،۸) بود. زنان سطح زندگی بدتری، فعالیت بدنی بهتر و شیوع بالاتر فشار خون را نسبت به مردان نشان دادند. تجزیه و تحلیل رگرسیون چند جمله‌ای نشان داد که جنسیت زن، دستیابی به تحصیلات پایین، درآمد ضعیف، رتبه‌های شغلی بالا، سال‌های کاری کوتاه‌تر، چاقی، کم‌تحریکی، فشار خون بالا، یا داشتن حداقل یک بیماری مزمن به طور قابل توجهی با کیفیت زندگی منصفانه و ضعیف مرتبط است. نتایج این مطالعه نشان داد کارگران شغلی کم تحرک سطح متوسطی از کیفیت زندگی را گزارش کردند و در معرض خطر بالای فشار خون بودند. عوامل اجتماعی-دموگرافیک، فعالیت بدنی و وضعیت سلامتی با کیفیت زندگی مرتبط بودند. تفاوت‌های جنسیتی در کیفیت زندگی، فعالیت بدنی و خطر ابتلا به فشار خون بالا وجود داشت. بهبود کیفیت زندگی کارکنان از طریق اتخاذ استراتژی‌هایی برای ترویج سبک زندگی سالم در محیط‌های کاری باید فعال شود. مطالعات بیشتر برای کشف عوامل فرهنگی که باعث تفاوت‌های جنسیتی در کیفیت زندگی می‌شود، توصیه می‌شود (۲۹).

۶- اهداف اصلي طرح:

تعيين وضعيت سلامت روانی - اجتماعی و برخی عوامل مرتبط با آن در کارگران شهرستان رفسنجان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲

۷- اهداف ویژه طرح:

۱. تعيين میانگین نمره افسردگی، اضطراب، استرس در کارگران شهرستان رفسنجان
۲. تعيين میانگین نمره رضایت از زندگی در کارگران شهرستان رفسنجان
۳. تعيين میانگین نمره سلامت معنوی در کارگران شهرستان رفسنجان
۴. تعيين میانگین نمره سلامت عمومی در کارگران شهرستان رفسنجان
۵. تعيين میانگین نمره عزت نفس در کارگران شهرستان رفسنجان
۶. تعيين میانگین نمره کیفیت خواب در کارگران شهرستان رفسنجان
۷. تعيين میانگین نمره افسردگی، اضطراب، استرس در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و...
۸. تعيين میانگین نمره رضایت از زندگی در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و...
۹. تعيين میانگین نمره سلامت معنوی در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و...
۱۰. تعيين میانگین نمره سلامت عمومی در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و...
۱۱. تعيين میانگین نمره عزت نفس در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و...
۱۲. تعيين میانگین نمره کیفیت خواب در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و...

۸- اهداف کاربردی طرح:

نتایج حاصل از این پژوهش را می توان جهت موارد زیر استفاده نمود:

۱. امید است مدیران با استفاده از نتایج این پژوهش به شناختی بهتر از وضعیت روانشناختی کارگران دست یابند و با این شناخت در جهت بهبود وضعیت روانشناختی کارگران گام بردارند.
۲. با توجه به نتایج می توان برنامه ریزی هایی را در جهت اجرای روش هایی برای کاهش افسردگی، اضطراب، استرس کارگران استفاده کرد تا سطح آسیب پذیری کارگران کاهش داده شود و رضایتمندی کارگران را ارتقاء داد.
۳. با توجه به نتایج می توان برنامه ریزی هایی را در جهت اجرای روش هایی برای افزایش سلامت معنوی، سلامت عمومی، عزت نفس و کیفیت خواب کارگران استفاده کرد تا سطح رضایتمندی کارگران را ارتقاء داد.
۴. بر اساس نتایج به دست آمده می توان به مدیران صنایع پیشنهادهایی جهت کاهش افسردگی، اضطراب، استرس کارگران و تدوین سیاست های داخلی برای کاهش افسردگی، اضطراب، استرس کارگران ارائه نمود.
۵. یافته های این مطالعه می تواند به عنوان پایه ای جهت انجام پژوهش های بعدی در این زمینه گشته و یا منجر به تولید سؤالات پژوهشی جدیدی در این موضوع شود.

۹- فرضیات یا سوالات پژوهش (باتوجه به اهداف طرح):

۱. میانگین نمره افسردگی، اضطراب، استرس در کارگران شهرستان رفسنجان چقدر است؟
۲. میانگین نمره رضایت از زندگی در کارگران شهرستان رفسنجان چقدر است؟
۳. میانگین نمره سلامت معنوی در کارگران شهرستان رفسنجان چقدر است؟
۴. میانگین نمره سلامت عمومی در کارگران شهرستان رفسنجان چقدر است؟
۵. میانگین نمره عزت نفس در کارگران شهرستان رفسنجان چقدر است؟
۶. میانگین نمره کیفیت خواب در کارگران شهرستان رفسنجان چقدر است؟
۷. میانگین نمره افسردگی، اضطراب، استرس در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و... چقدر است؟
۸. میانگین نمره رضایت از زندگی در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و... چقدر است؟
۹. میانگین نمره سلامت معنوی در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و... چقدر است؟
۱۰. میانگین نمره سلامت عمومی در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و... چقدر است؟
۱۱. میانگین نمره عزت نفس در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و... چقدر است؟
۱۲. میانگین نمره کیفیت خواب در کارگران شهرستان رفسنجان به تفکیک سن، جنس، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سابقه کار، وضعیت تأهل و... چقدر است؟

۱۰- نوع مطالعه:

توصیفی تحلیلی

۱۱- روش اجرا:

[روش تحقیق و توجیه آن، خصوصیات دقیق نمونه (جامعه آماری، تعداد نمونه، معیارهای ورود و خروج ...) و تجزیه و تحلیل آماری، تعریف گروه شاهد، مکان اجرای تحقیق، معرفی پرسشنامه یا فرم اطلاعاتی* و روایی و پایایی آن**، ابزار با ذکر جزئیات، کیت‌ها و مواد مصرفی کلیدی با ذکر مشخصات، داروها و دارونماها، شرح مداخله و روش انجام کار و ...]

* پرسشنامه یا چک لیست ضمیمه پرسشنامه طرح تحقیقاتی گردد.

** نحوه تعیین روایی و پایایی پرسشنامه قید گردد.

این پژوهش به صورت مطالعه ای توصیفی- همبستگی می باشد که بر روی کارگران شهر رفسنجان در سال ۱۴۰۲ انجام خواهد شد. تعداد نمونه های این مطالعه ۳۸۴ بیمار است که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب خواهند شد. پژوهشگر پس از اخذ مجوز اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه، به مراکز صنعتی رفسنجان جهت شناسایی کارگران واجد شرایط، مراجعه می کند. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)، پرسشنامه رضایت از زندگی، پرسشنامه سلامت معنوی، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12)، پرسشنامه عزت نفس روز نبرگ و کیفیت خواب پیتمبورگ (PSQI) جمع آوری خواهد شد. پژوهشگر ضمن معرفی خود به کارگران هدف انجام مطالعه را توضیح می دهد. رضایت نامه کتبی از داوطلب اخذ می گردد. پرسشنامه توسط روش خود گزارش دهی توسط کارگران پر می شود.

شرایط ورود به مطالعه و معیارهای خروج از مطالعه به شرح زیر می باشند:

معیارهای ورود به مطالعه:

- سن ۱۸ سال یا بیشتر
- همه کارگران شهرستان رفسنجان که به مدت ۱ سال در شهرستان رفسنجان ساکن باشند.
- عدم ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی شناخته‌شده.

معیارهای خروج از مطالعه:

- عدم تمایل بیمار جهت ادامه همکاری.
- در صورتی که پرسشنامه‌ای به‌طور ناقص تکمیل شده باشد از مطالعه خارج می‌گردد.

۱۲- مشخصات ابزار جمع‌آوری اطلاعات و نحوه جمع‌آوری آن:

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل:

۱- اطلاعات دموگرافیک

پرسشنامه پژوهشگر ساخته دموگرافیک شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح درآمد (بالا، متوسط و پایین)، سطح تحصیلات (راهنمایی یا پایین، دبیرستان و دانشگاه یا بالاتر)، نوع استخدام، زندگی با همسر، بیماری زمینه‌ای، مصرف مکمل‌های غذایی (ویتامین‌ها، مواد معدنی و غیره) بود. عوامل مرتبط با کار عبارت بودند از: شغل (مدیر، کارگر خدماتی یا صنعتگر) و وضعیت شغلی (کارگر مزدبگیر یا خوداشتغال). مشاغل به مدیر (مدیر، کارشناس، کارگر اداری)، کارگر خدماتی (کارگر خدماتی، کارگر فروش)، اپراتور (کارگر فنی، اپراتور ماشین) و صنعتگر (کشاورز، معدن، کارگر ساده) طبقه بندی شدند. از نظر وضعیت شغلی، افراد خوداشتغال به عنوان کارفرما یا کارگر خانواده بدون مزد متمایز شدند.

عوامل فیزیکی در نظر گرفته شده شامل فشار خون بالا، دیابت، چاقی، فعالیت بدنی هوازی، مصرف الکل، سیگار کشیدن داشتن اعتیاد و زمان نشستن در روز بود. تمرین ایروبیک به این اشاره دارد که آیا فرد فعالیت بدنی با شدت متوسط را برای ۲ ساعت و ۳۰ دقیقه یا بیشتر انجام داده یا فعالیت بدنی با شدت بالا را برای ۱ ساعت و ۱۵ دقیقه یا بیشتر، یا ترکیبی از فعالیت بدنی با شدت متوسط و بالا برای دوره زمانی معادل هر هفته (۱ دقیقه شدت بالا معادل ۲ دقیقه شدت متوسط در نظر گرفته می‌شود) (30). همچنین برای بررسی اضافه وزن و چاقی شرکت کنندگان از شاخص توده بدن (BMI) استفاده خواهد شد (۲۵).

بررسی مشکلات و شکایات بهداشتی

شرکت کنندگان مشکلات سلامتی خود را بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت درجه بندی خواهند کرد: (۱) کاملاً مخالفم، (۲) مخالفم، (۳) خنثی، (۴) موافقم و (۵) کاملاً موافقم. پاسخ دهندگانی که پاسخ موافق یا کاملاً موافق بودند، در نظر گرفته خواهند شد که شکایات سلامتی خود را تجربه کردند. از کارگران خواسته خواهد شد تا وجود شکایات بهداشتی را گزارش کنند: درد گردن/شانه/بازو، کمردرد، درد دست/مچ، درد زانو/لگن، خستگی، بی خوابی، بیماری‌های پوستی، ناراحتی‌های گوارشی، مشکلات تنفسی، بیماری‌های قلبی عروقی و آلرژی در وضعیت فعلی. امتیازها به دو دسته ۰ = بدون شکایت یا ۱ = با شکایت خلاصه و طبقه بندی خواهند شد (۲۵).

۱. پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21):

پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) برای سنجش سازه‌های روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است. نسخه اصلی این مقیاس (DASS-42) دارای ۴۲ سؤال است که افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. بعدها، نسخه کوتاه شده این مقیاس به نام DASS-21 توسط Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ ساخته شد (۳۱). این

پرسشنامه با روش مصاحبه با بیماران تکمیل خواهد شد و به صورت لیکرت ۴ قسمتی طراحی شده که دارای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط و زیاد است. کمترین امتیاز مربوط به هر سؤال صفر و بیشترین نمره ۳ است. این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال در زمینه سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است. نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سؤال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجاکه DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سؤالی) است، نمره نهایی هر یک از این خرده‌مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود. و طبق جدول ذیل می‌توان شدت علائم را مشخص نمود (۳۱). برای سنجش سازه‌های روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس ساخته شده است. نسخه اصلی این مقیاس (DASS-42) دارای ۴۲ سؤال است که افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. بعدها، نسخه کوتاه شده این مقیاس به نام DASS-21 توسط Lovibond و Lovibond در سال ۱۹۹۵ ساخته شد (۳۱). روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۷۴ گزارش نموده‌اند (۳۲).

۲. پرسشنامه رضایت از زندگی: (SWLS[1])

پرسشنامه رضایت از زندگی توسط داینر و همکاران (۱۹۸۵) مورد بررسی و استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه به یک فرایند قضاوتی - شناختی اشاره دارد که در آن افراد رضایت زندگی خود را بر اساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها ارزشیابی می‌کنند این پرسشنامه دارای ۵ سؤال بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً مخالف؛ ۱؛ مخالف؛ ۲؛ کمی مخالف؛ ۳؛ نظری ندارم؛ ۴؛ کمی موافقم؛ ۵؛ موافقم؛ ۶؛ کاملاً موافقم؛ ۷) می‌باشد و هدف آن سنجش رضایت از زندگی می‌باشد. در این پژوهش منظور از رضایت از زندگی نمره‌ای است که کارکنان به سؤالات ۵ گویه‌ای پرسشنامه رضایت از زندگی می‌دهند. داینر و همکاران (۱۹۸۵)، روایی و پایایی قیاس رضایت از زندگی را بر روی گروهی از دانشجویان ارزشیابی کردند و ضریب همبستگی باز آزمایی نمره‌ها را پس از دو ماه اجرا، برابر ۰/۸۲ و ضریب آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۷ به دست آوردند (۳۳). در ایران پژوهش بیانی و همکاران (۱۳۸۶) که بر روی ۱۰۹ دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آذشهر انجام گرفت به‌منظور تعیین روایی و پایایی مقیاس رضایت از زندگی، این مقیاس به‌طور هم‌زمان با مقیاس شادکامی آکسفورد اجرا شد که ضریب روایی هم‌زمان آن با مقیاس شادکامی آکسفورد ۰/۶۶ و $P < ۰/۰۰۰۱$ و ضریب پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۰ به دست آمد که نشان‌دهنده روایی و پایایی قابل‌قبول این مقیاس می‌باشد (۳۴).

سلامت معنوی

مقیاس سلامت معنوی Palutzian & Ellison (۱۹۲۸) برای اندازه‌گیری سلامت معنوی مورد استفاده قرار گرفته است که شامل ۲۰ ماده با دو خرده‌مقیاس سلامت مذهبی (۱۰ سوال) و سلامت وجودی (۱۰ سوال) است. این موارد مربوط به میزان شرکت کنندگان در سلامت معنوی با مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) است. مجموع نمره مقیاس سلامت معنوی بین ۲۰ تا ۱۲۰ است و به ترتیب سلامت معنوی پایین نمرات ۲۰-۴۰، متوسط ۴۱-۹۹ و بالا ۱۰۰-۱۲۰ نشان می‌دهد. روایی و پایایی آن در مطالعات انجام شده در ایران با ضریب آلفا = ۰/۸۲ تایید شده است (۳۵).

هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه‌ی آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است.

پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش گزینه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد. در سؤالات منفی، نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پایین ۲۰-۴۰، متوسط ۴۱-۹۹ و بالا ۱۰۰-۱۲۰ تقسیم بندی شد. در مطالعه‌ی سید فاطمی و همکاران، روایی پرسشنامه‌ی سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی Reliability آن از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ[2]-12)

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12)، یک مقیاس ۱۲ سؤالی خود گزارشی، برای اندازه‌گیری پریشانی روانی در بین پاسخ دهندگان استفاده شد. GHQ-12 شامل تعداد مساوی از آیتم‌های مثبت و منفی است که از پاسخ دهندگان می‌خواهد

موافقت خود را در یک مقیاس چهار نقطه ای از اصلاً (= ۰) تا بیش از حد معمول (= ۳) در بین آیتم ها نشان دهند. نمره کلی GHQ-12 می تواند از ۰ تا ۳۶ متغیر باشد که امتیاز بالاتر نشان دهنده پریشانی روانی بالاتر است. علاوه بر مدل تک بعدی، از مدل ۳ عاملی نیز استفاده کردیم که در آن عوامل اضطراب و افسردگی (۴ مورد)، اختلال عملکرد اجتماعی (۶ مورد) و از دست دادن اعتماد به نفس (۲ مورد) است (۳۶).

پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ Rosenberg self-esteem scale

مقیاس عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) عزت نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می گیرد. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می سنجد. پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ از ۱۰ ماده تشکیل شده است که در آن از آزمودنی خواسته می شود تا براساس مقیاس لیکرت چهار درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف به دقت به آنها پاسخ دهد. دامنه نمرات این مقیاس از ۱۰ تا ۴۰ بوده که نمرات بالاتر نشان دهنده عزت نفس بالاتر است. ۵ عبارت آن به شکل مثبت (گویه های شماره ۱ تا ۵) و ۵ عبارت دیگر به صورت منفی (گویه های شماره ۶ تا ۱۰) ارائه شده است. شیوه نمره گذاری این مقیاس به این ترتیب است: سوالات ۱ الی ۵، کاملاً مخالفم = صفر، مخالفم = ۱، موافقم = ۲ و کاملاً موافقم دارای نمره ۳ می باشد. همچنین در سوالات ۶ الی ۱۰، کاملاً موافقم = صفر، موافقم = یک، مخالفم = ۲ و کاملاً مخالفم دارای نمره ۳ می باشد. در ایران حجتی و همکاران ضریب آلفای ۰/۷۸ را برای این پرسشنامه گزارش نموده اند (۳۷).

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI) شامل ۱۹ سوال خود گزارش دهی و پاسخ آزمودنی ها با استفاده از روش بالینی برای نمره دهی به هفت مؤلفه تبدیل شده است. نمره کل PSQI (کیفیت خواب جهانی) نیز با جمع هر هفت مؤلفه محاسبه می شود. در روش اصلی امتیاز دهی PSQI، نمره پنج به عنوان یک برش در نظر گرفته می شود و نمرات بالاتر از پنج نشان دهنده مشکلات خواب فرد است (۳۸). در ایران مطالعه ای بر روی اعتبارسنجی PSQI انجام شد که ضریب آلفای کرونباخ ۰,۵۵ بود. بر اساس تحلیل عاملی، سه عامل استخراج شد ۶۳/۴۸۵ درصد از کل واریانس را به خود اختصاص دادند (۳۹). شرکت کنندگان مدت زمان خواب معمولی و کیفیت خواب خود را برای روزهای شیفیت و غیر شیفیت با استفاده از آیتم های منفرد برگزیده از شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ (PSQI) به یاد آوردند. مدت زمان خواب با این آیتم ارزیابی شد: «شما در طول روزهای شیفیت (یا غیرفعال) در شب چند ساعت خواب واقعی داشتید؟ و کیفیت خواب با «در طول روزهای نوبت کاری (یا غیرفعال)، به طور کلی کیفیت خواب خود را چگونه ارزیابی می کنید؟» در مقیاس لیکرت ۴ درجه ای از ۰ (بسیار خوب) تا ۳ (بسیار بد) نمره داده شده است. همانطور که اشاره شد، سوالات جداگانه برای روزهای نوبت کاری و غیر شیفیتی پرسیده شد (۲۵).

۱۳- روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

در این مطالعه جهت تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران برای جامعه نامحدود استفاده خواهد شد.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

- $Z = 1,96$
- $q = p = 0,5$
- $d =$ مقدار خطا که ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.
- بنابراین با احتساب موارد فوق، حجم نمونه برای مطالعه حاضر ۳۸۴ نمونه برآورد گردید.

۱۴- روش تجزیه و تحلیل آماری:

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی (میانگین، واریانس و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل) در نسخه ۲۴ SPSS استفاده خواهد شد.

۱۵- ملاحظات اخلاقی (حتی‌الامکان به‌طور مستند و با ذکر منابع بی‌خطر بودن تحقیق برای موارد انسانی توجیه شود).

در این پژوهش، پژوهشگر اصول اخلاقی زیر را رعایت می‌نماید:

۱. اخذ کد اخلاق.
۲. هماهنگی با ریاست و معاونت محترم پژوهش دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، به‌منظور نمونه‌گیری در آن مراکز و ارائه معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی به محیط پژوهش.
۳. شرح کامل اهداف پژوهش و روش کار به مسئولین دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان و کلیه واحدهای پژوهش به‌صورت کتبی و شفاهی.
۴. اخذ رضایت کتبی از واحدهای مورد پژوهش قبل از ورود به مطالعه.
۵. اطمینان دادن به واحدهای مورد پژوهش در مورد محرمانه بودن اطلاعات.
۶. تحویل خلاصه نتایج به مسئول دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان.
۷. اختیار و آزادی کامل واحدهای مورد پژوهش در هر مرحله از اجرای کار، برای ادامه یا انصراف از همکاری.
۸. احترام کامل فردی و حفظ موقعیت اجتماعی و حرمت و شخصیت واحدهای پژوهش.

۱۶- محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آنها:

در حال حاضر محدودیت خاصی پیش‌بینی نمی‌شود و در صورت وجود محدودیت در طول مطالعه، بعداً گزارش خواهد شد.

۱۷- جدول متغیرها:

واحد	نحوه اندازه‌گیری	تعریف علمی- عملی	مقیاس متغیر				نقش متغیر			عنوان متغیر	ردیف
			نسبتي	فاصله‌اي	رتبه‌اي	اسمي	وابسته	مستقل	زمینه‌اي		
مقیاس لیکرت	چک‌لیست	ملاک های تعیین کننده سلامت عمومی افراد که مفهوم آن، احساس خوب بودن و اطمینان از کار آمدی خود، اتکا به خود،				*			*	سلامت عمومی	1

		ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی می باشد.									
مقیاس لیکرت	چکالیست	یکی از انواع اختلالات خلق است که حداقل دو هفته طول کشیده و فرد حداقل پنج معیار از موارد حالات بیانگر خلق افسرده را نشان دهد.			*			*		افسردگی	2
مقیاس لیکرت	چکالیست	نگرانی شدید در مورد چندین حادثه در طول اکثریت روزها که حداقل شش ماه طول بکشد و کنترل نگرانی مشکل بوده و همراه با علائم جسمی			*			*		اضطراب	3
مقیاس لیکرت	چکالیست	حالتی که به دنبال حوادث استرسزا ایجادشده و واکنش فرد به صورت ترس و احساس درماندگی دیده می شود.			*			*		استرس	4
مقیاس لیکرت	چکالیست	رضایت از زندگی یکی از مفاهیم اساسی مرتبط با سلامت			*			*		رضایت زندگی	5
مقیاس لیکرت	چکالیست	سلامت معنوی یکی از این عوامل روانشناختی موثر مهم در زندگی افراد است که همراه با ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی در			*			*		سلامت معنوی	6

		شناخت سلامتی تبیین شده است.									
نمره	چک‌لیست	خواب یک وضعیت برگشت پذیر است که با کاهش سطح هوشیاری و تعامل با محیط کاهش فعالیت عضلانی و وقفه نسبی یا کامل فعالیت های ارادی مشخص می شود			*			*		کیفیت خواب	7
نمره	چک‌لیست	اصطلاحی که به بازتاب ارزیابی یا برآورد یک فرد از ارزش‌های خود اشاره دارد.			*			*		عزت نفس	8
سال	چک‌لیست	بر اساس شناسنامه و بر حسب سال تعیین می شود.	*					*		سن	9
ندارد	چک‌لیست	فوتیپ شخصیتی فرد				*		*		جنس	10
بدون سواد - زیر دیپلم - دیپلم - - کاردانی - کارشناسی - کارشناسی ارشد و بالا تر	چک‌لیست	میزان و اندازه کسب علم و دانش				*		*		میزان تحصیلات	11
تأمین اجتماعی - خدمات درمانی - تکمیلی - آزاد - بیمه‌های دیگر	چک‌لیست	نوع سازمان پوشش‌دهنده خدمات سلامت					*	*		نوع بیمه	12
کمتر از ۵ میلیون تومان بین ۱۰ تا ۵ بین ۱۰ تا	چک‌لیست	میزان درآمد فرد در ماه	*					*		سطح درآمد ماهانه	13

۱۵ بیشتر از ۱۵ میلیون تومان											
نوع بیماری	چکالیست	وجود بیماری قبلی و مزمن در افراد که وضعیتی خطرساز را برای فرد ایجاد کند				*			*	وجود بیماری زمینه ای	14
محل و موقعیت کاری	چکالیست	نوع فعالیت بیمار در جهت کسب درآمد زندگی و وضعیت اشتغال فرد در خارج از منزل				*			*	نوع شغل	15
بلی /خیر/ تعداد نخ سیگار	چکالیست	مصرف هر مقدار سیگار				*			*	مصرف سیگار	16
دارد/ ندارد	چکالیست	مصرف هرگونه ترکیباتی که موجب تغییرات مغزی و اختلالات مربوط به آن از جمله بروز تغییراتی در خلق، رفتار، عملکرد شناختی، اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی، مقاومت یا وابستگی به آن می شود. (مصرف هر نوع و هر مقدار ماده مخدر)				*			*	داشتن اعتیاد	17

۱۸- تعریف واژه‌ها (تعریف عملیاتی/علمی):

سلامت روان

سلامت روانی مجموعه عواملی است که موجب می شود هر انسانی بتواند با خود و دیگران سازش یابد و با تعارض های اجتناب ناپذیر درونی خود و جامعه هماهنگ شود (۴۰). در مطالعه حاضر، این متغیر به عنوان متغیر وابسته منظور خواهد شد.

رضایت از زندگی:

رضایت از زندگی فرایندی است که فرد بر اساس ملاک‌های منحصربه‌فرد خود کیفیت زندگی خود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این پژوهش منظور از رضایت از زندگی نمره‌ای است که مادران به سؤالات ۵ گویه‌ای پرسشنامه رضایت از زندگی داینر و همکاران (SWLS) می‌دهند (۴۱).

استرس:

حالتی که به دنبال حوادث استرس‌زا از جمله یک سانحه ایجاد می‌شود و واکنش فرد به صورت ترس و احساس درماندگی است و حادثه به طور مداوم به ذهن وی آمده و سعی برای دوری از یادآوری آن را دارد. در این مطالعه منظور، نمره‌ای است که مادران از پرسشنامه DASS21 به دست می‌آورند (۴۲).

افسردگی:

یکی از انواع اختلالات خلق است که حداقل دو هفته طول کشیده و حداقل پنج معیار از موارد حالات بیانگر خلق افسرده از زبان خود بیمار و یا مشاهده توسط دیگران، کاهش علاقه به انجام کارها، تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب، تغییرات فعالیت، خستگی و فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی و گناه، مشکلات فکری و تمرکز و افکار راجعه مرگ و یا خودکشی را داشته باشد و علائم به طور واضح قابل انتساب به دارو یا اختلال طبی دیگر نباشد در این مطالعه منظور، نمره‌ای است که مادران از پرسشنامه DASS21 به دست می‌آورند (۴۲).

اضطراب:

نگرانی شدید در مورد چندین حادثه در طول اکثریت روزها که حداقل شش ماه طول بکشد و کنترل نگرانی مشکل بوده و همراه با علائم جسمی مثل تنش عضلانی و تحریک‌پذیری است و به علت مصرف دارو یا شرایط طبی عمومی نباشد و اغلب همراه با علائم اتونوم از جمله تعریق و تپش قلب است. در این مطالعه منظور، نمره‌ای است که مادران از پرسشنامه DASS21 به دست می‌آورند (۴۲).

سلامت معنوی:

سلامت معنوی را می‌توان احساس ارتباط با دیگران، فهمیدن معنی، هدف از زندگی و ارتباط با یک قدرت برتر تعریف کرد که به مردم کمک می‌کند که زندگی بهتری داشته و تعاملات موثرتری با جهان اطراف خود داشته باشند. در این مطالعه منظور، نمره‌ای است که مادران از پرسشنامه سلامت معنوی به دست می‌آورند (۴۳).

عزت نفس

اصطلاحی که به بازتاب ارزیابی یا برآورد یک فرد از ارزش‌های خود اشاره دارد. عزت نفس عبارت است از درجه تصویب و تأیید یا احساس ارزشی که فرد نسبت به خود ادراک یا برآورد می‌کند (۴۴).

کیفیت خواب

خواب یک وضعیت برگشت پذیر است که با کاهش سطح هوشیاری و تعامل با محیط کاهش فعالیت عضلانی و وقفه نسبی یا کامل فعالیت های ارادی مشخص می شود (۴۵).

۱۹- فهرست منابعی که در متن استفاده شده‌اند: (لطفاً به ترتیب ورود به متن و بر اساس سبک ونکوور درج گردند).

۱. Modiri F, Tarrah A. Evaluation of worker satisfaction from services of worker health homes covered shahid Beheshti and Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. *Iran Occupational Health*. 2015;12(1):20-6.
۲. Forastieri V. Improving health in the workplace: ILO's framework for action. Geneva): International Labour Organization (ILO). 2014:4.
۳. Kaushal N. Role of International Labour Organization (ILO) and World Health Organization (WHO) in the Protection and Promotion of Occupational Health and Safety. *Dynamics of Public Administration*. 2013;30(2):207-27.
۴. Gutberlet J, Baeder AM, Pontuschka NN, Filipone SM, Dos Santos TL. Participatory research revealing the work and occupational health hazards of cooperative recyclers in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013;10(10):4607-27.
۵. Matsuda S. A Review of the French Occupational Health System—From the Viewpoint of International Comparison between France and Japan—. *Asian Pacific Journal of Disease Management*. 2014;6(2):45-9.
۶. Ghasemi F, Ebrahimi A, Samouei R. A Review of Mental Health Indicators in National Studies. *Journal of Isfahan Medical School*. 2018;36(470):209-15.
۷. Vidourek RA, Burbage M. Positive mental health and mental health stigma: A qualitative study assessing Prevention. 2019;13:1-6 & student attitudes. *Mental Health*.
۸. Abdel-Khalek AM, Lester D. The association between religiosity, generalized self-efficacy, mental health, and happiness in Arab college students. *Personality and Individual Differences*. 2017;109:12-6.
۹. Sarmiento M. A “mental health profile” of higher education students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;191:12-20.
۱۰. Ashoori J. Prediction nurse's job burnout based on social capital, perceived social support and organizational citizenship behavior. *Pajouhan Scientific Journal*. 2017;15(2):13-9.
۱۱. Flores EC, Fuhr DC, Bayer AM, Lescano AG, Thorogood N, Simms V. Mental health impact of social capital interventions: a systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018;53:107-19.

- Niedhammer I, Bertrais S, Witt K. Psychosocial work exposures and health outcomes: a meta-review of .12
.Health. 2021;47(7):489 & 72 literature reviews with meta-analysis. Scandinavian Journal of Work, Environment
- Brouwers EP. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with .13
.mental illness or mental health issues: position paper and future directions. BMC psychology. 2020;8:1-7
- Pinheiro M, Ivandic I, Razzouk D. The economic impact of mental disorders and mental health problems .14
.in the workplace. Mental health economics: the costs and benefits of psychiatric care. 2017:415-30
- Sharbatian MH. A contemplation on the necessity of cultural development foundations and its importance .15
.in the Iranian society. 2009
- Yahyazadeh H, Ramezani M. The study of the social health rate and the social factors effective on it: A .16
.Welfare Planing. 2013;4(16):68-102 & case study of women heading households in Qurveh. Social Development
- Choi YH, Myung JK, Kim JD. The effect of employees' perceptions of CSR activities on employee .17
.deviance: The mediating role of anomie. Sustainability. 2018;10(3):601
- Adhami J. Identifying social factors affecting social and cultural alienation among students case study of .18
.Islamic Azad University, Sanandaj branch. Journal of social problems of Iran. 2018;9(1):5-27
- .Keyes CLM. Social well-being. Social psychology quarterly. 1998:121-40 .19
- Rafiey H, Rarani MA, Alipour F, Morasae EK. Development and validation of the Iranian social health .20
.questionnaire (IrSHQ). Journal of Health and Social Sciences. 2017;2(1):19-30
- Villalonga-Olives E, Kawachi I. The dark side of social capital: A systematic review of the negative .21
.medicine. 2017;194:105-27 & health effects of social capital. Social science
- Ben Hador B. Three levels of organizational social capital and their connection to performance. Journal of .22
.Management Development. 2017;36(3):348-60
- Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related .23
.disorders, a systematic review. Occupational medicine. 2010;60(4):277-86
- Edimansyah BA, Rusli BN, Naing L, Rusli BAM, Winn T. Relationship of psychosocial work factors and .24
health-related quality of life in male automotive assembly workers in Malaysia. Industrial health. 2007;45(3):437-48
- Asare BY-A, Robinson S, Powell D, Kwasnicka D. Health and related behaviours of fly-in fly-out .25
workers in the mining industry in Australia: a cross-sectional study. International Archives of Occupational and
<https://doi.org/10.1007/s00420-022-1908-x> .Environmental Health. 2023;96(1):105-20
- Haque MR, Khan MMA, Rahman MM, Rahman MS, Begum SA. Mental health status of informal waste .26
.workers during the COVID-19 pandemic in Bangladesh. PLoS One. 2022;17(1):e0262141
<https://doi.org/10.1371/journal.pone>
- Andrade Louzado J, Lopes Cortes M, Oliveira MG, Moraes Bezerra V, Mistro S, Souto de Medeiros D, et .27
al. Quality of life and associated factors in young workers. International Journal of Environmental Research and
<https://doi.org/10.3390/ijerph18042153> .Public Health. 2021;18(4):2153

- Xing H, Yu W, Chen W, Cheng X. Well-being and health-related quality of life in new-generation migrant workers in Zhejiang province, China. *Health and quality of life outcomes*. 2019;17(1):1-7
<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1193-y> .۲۸
- Badr HE, Rao S, Manee F. Gender differences in quality of life, physical activity, and risk of hypertension among sedentary occupation workers. *Quality of Life Research*. 2021;30:1365-77
<https://doi.org/10.007/s11136-020-02741-w> .۲۹
- Kim S, Kwon M, Seo K, editors. *Factors Influencing the Health-Related Quality of Life of Workers According to the Type of Work*. Healthcare; 2022: MDPI .۳۰
- Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995;33(3):335-43 .۳۱
- SAMANI S, JOUKAR B. A study on the reliability and validity of the short form of the depression anxiety stress scale (DASS-21). 2007 .۳۲
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*. 1985;49(1):71-5 .۳۳
- Bayani AA, Mohammad Koocheky A, Goodarzi H. The Reliability and Validity of the Satisfaction With Life Scale. *Developmental Psychology*. 2007;3(12):100 .۳۴
- Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual health among nursing and midwifery students at kerman university of medical sciences. *Journal of hayat*. 2014;19(4):74-81 .۳۵
- Graetz B. Multidimensional properties of the general health questionnaire. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1991;26:132-8
<https://doi.org/10.1007/BF00782952> .۳۶
- Hojjati H, Sharifnia S, Hassanalipour S, Akhonzadeh G, Asayesh H. The effect of reminiscence on the Midwifery Faculty. & amount of group self-esteem and life satisfaction of the elderly. *Journal of Urmia Nursing*. (2011;9(5):350-6. (Persian) .۳۷
- Buysee DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. Pittsburgh sleep quality index. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 1989 .۳۸
- Nazifi M, Mokarami H, Akbaritabar A, Kalte HO, Rahi A. Psychometric properties of the Persian (translation of Pittsburgh sleep quality index. *Health Scope*. 2014;3(2) .۳۹
- (Kaveh M. [Psychopathology of social diseases]. 1st ed. Tehran: Jameshenasan; 2012. (Persian) .۴۰
- Sheikhi M, Houman HA, Ahadi H, Sepah Mansour M. Psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in Iranian infertile women. *Journal of Modern Industrial/Organization Psychology*. 2010;1(4):17-25 .۴۱
- Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical*. Wilkins; 2011 & psychiatry: Lippincott Williams .۴۲
- Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifard J. Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1477-81 .۴۳

Orth U, Robins RW. The development of self-esteem. Current directions in psychological science. ۴۴
 2014;23(5):381-7

& Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry: Williams ۴۵
 Wilkins Co; 1988

۲۰- جدول زمان بندي مراحل اجراي طرح: (در صورت تصويب طرح و تأمين اعتبارات مورد نياز اقدامات ذيل در چارچوب جدول زماني صورت خواهد پذيرفت).

ردیف	عنوان فعالیت اجرایی	زمان اجرا برحسب ماه												زمان					
		18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
1	اجرای مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها												*	*	*	*	*	*	6
2	ورود داده‌ها به نرم‌افزار و تحلیل داده‌ها											*	*	*					3
3	تهیه گزارش نهایی						*	*	*										3
	زمان کل اجرای طرح						*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	12

توجه:

- ۱- زمان طراحی پیش‌نویس طرح و تکمیل این فرم جزو زمان اجرای طرح محسوب نمی‌شود.
- ۲- دریافت گزارش‌ها با توجه به جدول گانت مصوب صورت می‌پذیرد. بنابراین لازم است مجری طرح، زمان ارائه گزارشات طرح را در این جدول مشخص نماید.
- ۳- زمان شروع طرح بعد از تصویب آن، با هماهنگی مدیر اجرایی طرح و حوزه مدیریت توسعه و ارزیابی تحقیقات و از هنگام تامین اعتبار در نظر گرفته می‌شود.

قسمت چهارم – اطلاعات مربوط به هزینه‌ها

۱- هزینه کارمندی (پرسنلی): (هر فرد فقط در یک فعالیت هزینه دریافت خواهد کرد)

ردیف	نوع فعالیت	نام فرد یا افراد	رتبه علمی	تعداد ساعت کار	حق الزحمه ساعتی	جمع
1	طراحی مطالعه و نظارت بر اجرای طرح	سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور	غیر هیئت علمی	100.0	300,000	30,000,000
2	تدوین پروپوزال و همکاری در جمع‌آوری اطلاعات	محمدعلی ذاکری	غیر هیئت علمی	50.0	300,000	15,000,000
3	هماهنگی و نظارت بر جمع‌آوری صحیح اطلاعات	سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور	غیر هیئت علمی	100.0	300,000	30,000,000

4	ورورد داده ها به نرم افزار و آنالیز آماری	سیدمرتضی حسینی رفسنجانی پور	غیر هیئت علمی	50.0	300,000	15,000,000
5	همکاری در تحلیل داده ها و ارائه گزارش نهایی	محمدعلی ذاکری	غیر هیئت علمی	50.0	300,000	15,000,000
6	نظارت علمی و مشاوره علمی	رضا وزیری نژاد	استاد	50.0	1,000,000	50,000,000
7	همکاری در اجرای طرح	مجید سعدلو پاریزی	غیر هیئت علمی	100.0	300,000	30,000,000
جمع هزینه‌های کارمندی						185,000,000

۲- هزینه آزمایش‌ها و خدمات تخصصی: (که توسط دانشگاه و یا دیگر مؤسسات صورت می‌گیرد)

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات آزمایش	هزینه برای هر دفعه آزمایش	جمع (ریال)
جمع هزینه‌های آزمایش‌ها				
				0

فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:
۳- وسایل غیر مصرفی:

نام دستگاه کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل (ریال)
جمع هزینه‌های وسایل غیر مصرفی					
					0

۴- مواد مصرفی:

نام دستگاه کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل (ریال)
جمع هزینه‌های وسایل غیر مصرفی					
					0

۵- هزینه مسافرت:

مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور از آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
واحد های صنعتی شهرستان	20	سواری	1	20,000,000
مجمع مس سرچشمه	20	سواری	1	45,000,000
جمع هزینه‌های مسافرت				65,000,000

۶- هزینه‌های دیگر

هزینه‌های تکثیر اوراق ۰ ریال
سایر موارد ۰ ریال

۷- جمع هزینه‌های طرح

هزینه پرسنلی	185,000,000 ریال	هزینه مسافرت	65,000,000 ریال
هزینه آزمایش‌ها و خدمات تخصصی	0 ریال	هزینه‌های دیگر	150,000,000 ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	0 ریال	جمع کل	400,000,000 ریال

مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن: ۴۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
 باقیمانده هزینه‌های طرح که تامین آن درخواست می‌شود: ۰ ریال
 با مطالعه قسمت اول این فرم و رعایت مفاد آن، بدین وسیله صحت مطالب مندرج در پیش‌نویس را تأیید می‌نمایید و اعلام می‌دارم که این تحقیق صرفاً به صورت:

یک طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

به صورت مشترک با

در قالب پایان‌نامه در دانشکده معاونت تحقیقات و فناوری ارائه شده است.

این طرح در راستای کدامیک از اولویتهای پژوهشی نه‌گانه زیر است؟

مطالعات کارآزمایی بالینی

مطالعات کوهورت جمعیتی در حوزه‌های مختلف مربوط به سلامت در شهرستان‌های رفسنجان و انار

مطالعات پایه و بالینی در خصوص اثرات زیست‌محیطی معادن و کارخانه‌های موجود، به‌ویژه شرکت مس سرچشمه، در شهرستان‌های رفسنجان و انار

مطالعات پایه و بالینی در خصوص اثرات مصرف پسته بر جنبه‌های مختلف عملکرد بدن انسان و موجودات زنده

طرح‌های تحقیقاتی در زمینه تولید محصولات دانش‌بنیان مرتبط با سلامت

مطالعاتی که در زمینه‌های سلامت عمومی در قالب تفاهم‌نامه‌های این دانشگاه با مؤسسات دیگر مانند صندوق حمایت از پژوهشگران و فناوران کشور [وابسته به معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری] و شرکت سرمایه‌گذاری مس سرچشمه انجام می‌شوند.

بررسی میزان سموم باقی‌مانده کشاورزی در پسته، مغز پسته و اثرات احتمالی آن در افزایش‌های سرطان‌های گوارشی شهرستان رفسنجان

بررسی اثرات سموم کشاورزی بر سلامت انسان و محیط زیست منطقه

مطالعات در رابطه با بیماری‌های شایع (قلبی- عروقی، سرطان‌ها)

نام و نام خانوادگی و امضای مجری دوم
محمدعلی ذاکری

محمدعلی ذاکری

نام و نام خانوادگی و امضای مجری اول

نام و نام خانوادگی و امضای مجری سوم
رضا وزیری نژاد

نام و نام خانوادگی و امضای مجری چهارم
مجید سعدلو پاریزی



Handwritten signature in blue ink, consisting of a large loop and a horizontal stroke.

قرارداد جدید

پیش نویس طرح پژوهشی (Proposal)

ارسال پیام مرتبط با رکورد

ارسال پروپوزال

درخواست تایید همکاری

تایید همکاری

ارسال به پژوهشگر دیگر/استاد راهنما

تأمین بودجه از سایر منابع

حذف	ویرایش	میزان اعتبار	توضیحات مشروح در خصوص اعتبار	شرایط تخصیص	زمان تخصیص	محل تخصیص
		400,000,000				امور بهداشت و درمان مجتمع مس سرچشمه

جمع کل : 400,000,000

ارسال پروپوزال

درج

مرحله قبل

1 ثبت عناوین

2 ثبت اطلاعات کلی

3 ثبت مجری و همکاران

4 ثبت متن پروپوزال

5 جدول متغیرها

6 زمانبندی و مراحل اجرا

7 هزینه پرسنلی

8 هزینه آزمایشها و خدمات

9 هزینه وسایل و مواد غیر

10 هزینه وسایل و مواد

11 هزینه مسافرت

12 سایر هزینه ها

13 جمع هزینه های طرح

14 تأمین بودجه از سایر منابع