



پیشگیری از خودکشی در محیط کار

سازمان جهانی بهداشت
گروه سلامت روان و سوءمصرف مواد
سازمان جهانی بهداشت
ژنوه ۲۰۰۶

مترجم:
نافعه رسولی
آیدا قائم مقام فراهانی



School of Behavioral Sciences and
Mental Health



WHO Collaborating Centre
for Mental Health



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



این سند زیرمجموعه‌ی منابعی است که گروه‌های حرفه‌ای و اجتماعی خاص را در زمینه‌ی پیشگیری از خودکشی مخاطب قرار می‌دهد. محتوای این سند بخشی از برنامه‌ی SUPRE، ابتکار عمل سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری از خودکشی در سراسر جهان، است.

خودکشی - پیشگیری و کنترل. ۲. سلامت کار. ۳. خدمات سلامت روان. ۱ سازمان بهداشت جهانی II مجموعه: پیشگیری از خودکشی: مجموعه منابع; ۸

کلیه حقوق محفوظ است. انتشارات سازمان بهداشت جهانی از WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva Switzerland 27, (تلفن: ۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۰۶; فکس: ۰۴۱۲۲۷۹۱۴۸۰۶; ایمیل: permissions@who.int) قابل دریافت است.

اطلاعات فهرست نویسی کتابخانه سازمان بهداشت جهانی (WHO)

پیشگیری از خودکشی: مرجعی برای محیط کار

پیشگیری از خودکشی: مجموعه منابع؛ ۸

عناوین به کار رفته و مطالب ارائه شده در این نشریه ابراز عقیده سازمان بهداشت جهانی در مورد وضعیت قانونی هر کشور، منطقه، شهر یا اختیارات یا تعیین مرزهای آن نیست. خطوط نقطه دار بر روی نقشه خطوط مرزی تقریبی ای را نشان می‌دهد که ممکن است در مورد آن‌ها توافق کامل وجود نداشته باشد. ذکر نام شرکت‌ها و یا برخی تولیدکنندگان خاص به معنای تایید یا پیشنهاد آن‌ها از طرف سازمان بهداشت جهانی و اولویت قرار دادن آن‌ها به موارد مشابهی که نام‌شان ذکر نشده است، نیست. خطاها و اشکالات استثنا، نام محصولات اختصاصی، با حروف بزرگ در اول آن‌ها جدا شده‌اند. تمام اقدامات احتیاطی مناسب توسط سازمان بهداشت جهانی برای تایید اطلاعات موجود در این نشریه صورت گرفته است. با این حال مطالب بیان شده چه مستقیماً و چه به صورت ضمنی بدون هیچ گونه ضمانتی منتشر می‌شوند. مسئولیت تفسیر و استفاده از مطالب بر عهده خواننده است. سازمان بهداشت جهانی مسئولیت خسارات ناشی از استفاده از آن را بر عهده نخواهد گرفت.

انتشار در سوئیس

فهرست ۷

- ۱۶۳ پیشگفتار
- ۱۶۶ سلامت روان کارگران
- ۱۶۸ فشار کار
- ۱۷۰ بهره‌وری و هزینه
- ۱۷۱ خودکشی و اشتغال
- ۱۷۲ جست و جوی کمک و نیاز برآورده نشده
- ۱۷۳ خلق نیروی کار سالم
- ۱۷۵ تغییرات سازمانی
- ۱۷۶ اطلاعات و آموزش برای کارگران
- یک مدیر چگونه می‌تواند به کارگر دارای گرایش به خودکشی کمک کند ۱۷۹
- یک همکار چگونه می‌تواند به کارگر دارای گرایش به خودکشی کمک کند. ۱۸۱
- کارفرمایان برای ارتقاء سلامت روان نیروی کار چه کاری می‌توانند انجام دهند ۱۸۲
- کارفرمایان در هنگام مواجهه با خودکشی یک کارگر چه کاری می‌توانند انجام دهند ۱۸۳
- خلاصه و نتیجه‌گیری ۱۸۴
- منابع ۱۸۶

پیشگفتار

خودکشی پدیده‌ای پیچیده است که طی قرن‌ها توجه فیلسوفان، حکما، پزشکان، جامعه‌شناسان و هنرمندان را به خود جلب کرده است. به گفته‌ی آلبر کامو، فیلسوف فرانسوی، در افسانه‌ی سیزیف، خودکشی تنها مشکل جدی فلسفی است.

خودکشی یکی از مشکلات بهداشت عمومی است که توجه ما را می‌طلبد، اما متأسفانه پیشگیری و کنترل آن کار ساده‌ای نیست. تحقیقات نشان داده‌اند پیشگیری از خودکشی، اگر امکان‌پذیر باشد، مستلزم طیفی از فعالیت‌هاست که مواردی شامل فراهم کردن بهترین شرایط برای تربیت فرزندان و درمان مؤثر اختلالات روانی تا کنترل محیطی عوامل خطر را دربر می‌گیرد. انتشار مناسب اخبار و آگاهی دادن از عناصر اساسی موفقیت برنامه‌های پیشگیری از خودکشی هستند.

سازمان بهداشت جهانی در ۱۹۹۹ SUPRE را به اجرا گذاشت که ابتکار عمل جهانی آن سازمان برای پیشگیری از خودکشی است. این کتابچه یکی از منابع مهم و بخشی از SUPRE است که گروه‌های خاص حرفه‌ای و اجتماعی را که با پیشگیری از خودکشی در ارتباط هستند، مخاطب قرار می‌دهد. این کتابچه در صدد برقراری ارتباط بین زنجیره طولانی و متنوعی از افراد و گروه‌ها؛ از جمله متخصصان بهداشت، مربیان، سازمان‌های اجتماعی، دولت‌ها، قانون‌گذاران، رابطان اجتماعی، مجریان قانون، خانواده‌ها و جوامع است.

ما به ویژه مدیون دکتر هدر استوارت^۱، دانشگاه کوینز^۲، کینگستون^۳، کانادا، برای تهیه نسخه اولیه این کتابچه هستیم. این متن متعاقباً توسط اعضای زیر در شبکه بین‌المللی پیشگیری از خودکشی سازمان بهداشت جهانی مرور شده که از آن‌ها سپاسگزار هستیم.

دکتر آنت بوترایس^۴، دانشکده پزشکی کرایست چرچ^۵، کرایست چرچ، نیوزلند

پروفسور رابرت گولدن^۶، کلینیک آدلاید^۷، گیلبرتون^۸، استرالیا

پروفسور لورنس شلبوش^۹، دانشگاه ناتال^{۱۰}، دوربان^{۱۱}، جنوب آفریقا

1. Heather Stuart
2. Queen's University
3. Kingston
4. Annette Beautrais
5. Christchurch
6. Robert Goldney
7. Adelaide Clinic
8. Gilberton
9. Lourens Schlebusch
10. Natal
11. Durban

پروفسور جان پیر سوبریرا، رئیس بخش سوکسیدولوژی انجمن جهانی روانپزشکی، پاریس، فرانسه

دکتر آیری وارنیک^۲، دانشگاه تارتو^۳، تالین^۴، استونیا

دکتر لاکشمی ویجیکومار^۵، نیها^۶، چنای^۷، هند

پروفسور دانوتا واسرمن^۸، مرکز ملی تحقیقات خودکشی و پیشگیری از بیماری روانی و گروه بهداشت عمومی، استکهلم، سوئد.

همچنین از افراد زیر برای انرژی ای که گذاشتند تشکر می‌کنیم:

خانم جوانا کابورن^۹، برنامه‌ای با محوریت ایمنی و سلامت در محل کار و محیط زیست، سازمان بین المللی کار، ژنو، سوئیس / دکتر دیوید گولد^{۱۰}، برنامه‌ای با محوریت ایمنی و سلامت در محل کار و محیط زیست، سازمان بین المللی کار، ژنو، سوئیس / خانم اولین کورتوم^{۱۱}، بهداشت حرفه‌ای و محیطی، بهداشت عمومی و محیط زیست، سازمان بهداشت جهانی، ژنو، سوئیس / پروفسور ولفگانگ روتز^{۱۲}، بیمارستان دانشگاه اوپسالا، اوپسالا، سوئد

این منابع به امید ترجمه و انطباق با شرایط محلی – که پیش شرط لازم برای اثربخشی آن‌ها است – به طور گسترده منتشر شده است. از نظرات و درخواست برای ترجمه و انطباق آن‌ها استقبال خواهد شد.

دکتر جی. م. برتولوت^{۱۳}، هماهنگ کننده، مدیریت گروه اختلالات روانی و مغزی بخش بهداشت روان و سوء مصرف مواد

سازمان بهداشت جهانی

-
1. Jean Pierre Soubrier
 2. Airi Värnik
 3. Tartu University
 4. Tallinn
 5. Lakshmi Vijayakumar
 6. SNEHA
 7. Chennai
 8. Danuta Wasserman
 9. Joannah Caborn
 10. David Gold
 11. Evelyn Kortum
 12. Wolfgang Rutz
 13. J. M. Bertolote

خودکشی عمل آگاهانه‌ی آسیب به خود است که با این انتظار انجام می‌شود که به مرگ ختم شود. اقدام به خودکشی آسیب به خود غیرکشنده‌ای است که اغلب با هدف فراخواندن کمک انجام می‌شود. رفتار خودکشی در سراسر جهان مشکل جدی بهداشت عمومی شناخته می‌شود. در بسیاری کشورها، چه ثروتمند چه فقیر، میزان خودکشی در حال افزایش است. در کشورهای توسعه‌یافته، خودکشی یکی از ده علت مرگ و یکی از سه علت اصلی مرگ در افراد ۱۵ تا ۳۵ سال است. بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی، هر دقیقه یک خودکشی و هر سه دقیقه یک اقدام به خودکشی اتفاق می‌افتد. در نتیجه مرگ ناشی از خودکشی بیشتر از مرگ ناشی از درگیری مسلحانه است.

خودکشی، و مشکلات سلامت روانی که منجر به آن شده‌اند، تأثیر زیادی روی بهره‌وری و رفاه کارگران دارند. برای نمونه در هر شرکتی که هزار کارمند داشته باشد، دویست تا سیصد نفر در هر سال معین حداقل دچار یک مشکل سلامت روان جدی (اختلال روانی قابل تشخیص) هستند و هر ده سال یک بار یک کارگر خودکشی می‌کند. به‌ازای هر کارگری که جان خود را از طریق خودکشی از دست می‌دهد، ده تا بیست اقدام به خودکشی اتفاق افتاده است. تقریباً هشت درصد کل روزهای کاری از دست‌رفته به‌علت مرگ به خودکشی مربوط می‌شود.

خودکشی کارگران نتیجه‌ی تعامل پیچیده‌ی آسیب‌پذیری‌های فردی (مانند مشکلات سلامت روان)، شرایط کاری استرس‌زا و شرایط زندگی (شامل عوامل استرس‌زای اجتماعی و محیطی) است. هرچند نمی‌توان از تمام خودکشی‌ها یا اقدام‌های خودکشی پیشگیری کرد، تحقیقات نشان داده‌اند کارفرمایان می‌توانند گام‌های مهمی برای کاهش میزان خودکشی کارگران بردارند. پیشگیری از خودکشی در محل کار به بهترین وجه از طریق ترکیبی از این موارد امکان‌پذیر است: الف) تغییر سازمانی با هدف پیشگیری و کاهش استرس شغلی، ب) انگ‌زدایی از مشکلات سلامت روان و جست‌وجوی کمک (شامل افزایش آگاهی)، ج) شناخت و تشخیص زودهنگام مشکلات سلامت روان و مشکلات عاطفی، و د) مداخله و درمان مناسب از طریق برنامه‌های بهداشتی و رسیدگی به کارکنان مربوط به منابع بهداشت روان جامعه‌ی بیرونی. شرکت‌ها، چه کوچک و چه بزرگ، می‌توانند برنامه‌ها و سیاست‌های ایمنی و سلامتی داشته باشند تا باعث تقویت سلامت روان کارگران و پیشگیری از رفتارهای خودکشی شود.

تغییر سریع شرایط محیطی در این دوران باعث شده است تا کارگران به خاطر به خطر نیفتادن کار یا پیشرفت شغلی‌شان، از بازگو کردن مشکلات سلامت روان اجتناب کنند. برای همین سازمان‌ها باید در شناسایی و به حداقل رساندن تأثیرات مشکلات سلامت روان کارگران خود پیشگام باشند. از آنجاکه مشکلات سلامت روان مخرج مشترک متداول طیف گسترده‌ای از مشکلات مربوط به کار (از کاهش بهره‌وری گرفته تا آسیب‌ها، خشونت و خودکشی) است، این سند پیشگیری از خودکشی را از دیدگاه سلامت عمومی در ایجاد نیروی کار سالم از لحاظ روانی مورد توجه قرار می‌دهد. برنامه‌های منطبق با این دیدگاه گسترده خودکشی کارگران را با موفقیت کاهش داده و درعین حال باعث ارتقای سلامت کارگران و بهبود بهره‌وری شده‌اند. این منبع کارفرمایان، مسئولان اتحادیه، ارائه‌دهندگان برنامه‌های کمک به کارمندان، مدیران و کارگرانی را هدف قرار می‌دهد که در هدف مشترک ایجاد نیروی کار سالم از لحاظ روانی سهم دارند.

سلامت روان کارگران

اختلال روانی زمانی اتفاق می‌افتد که در عملکرد شناختی، عاطفی یا ادراکی فرد اختلال ایجاد شود و باعث اختلال عملکرد معناداری در یک یا چند حوزه‌ی عملکرد اجتماعی یا شغلی می‌شود. اختلالات روانی، بیماری‌های جدی و پایداری هستند که با نابه‌هنجاری‌های زیستی-مانند نبود تعادل شیمیایی در مغز-مرتبطند. اگر درمان پزشکی در دسترس نباشد، اختلال روانی خطر عمده‌ی ناتوانی و مرگ را به دنبال خواهند داشت. تفکیک اختلالات (یا بیماری‌های) روانی از مشکلات بهداشت عمومی که جدیت کمتر و عمومیت بیشتری دارند -و ممکن است دوره‌های کوتاه آشفتگی عاطفی و مشکلات انطباقی موقت را به دنبال داشته باشند- حائز اهمیت است.

اختلالات روانی عامل خطر اصلی خودکشی به شمار می‌آیند. اختلالات روانی خاصی که با خودکشی ارتباط دارند شامل افسردگی، سوءمصرف مواد (الکل و داروها)، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیت (مانند اختلال شخصیت مرزی یا اختلال ضداجتماعی) و اسکیزوفرنی می‌شوند. همبودی در میان کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند شایع است. برای مثال، افسردگی همراه با سوءمصرف الکل در هشتاد تا نود درصد کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند وجود دارد. اختلالات روانی در فرهنگ‌های غربی در رده‌ی اول عوامل خطر

خودکشی قرار می‌گیرد، اما شواهدی وجود دارد که این مسأله احتمالاً در کشورهای غیرغربی، به خصوص کشورهای آسیایی، آن قدر برجسته نیست.

اختلالات روانی بیشتر از هر شرایط دیگری باعث بروز رنج و ناتوانی می‌شوند. یکی از مطالعات بهداشت جهانی، درباره‌ی شیوع اختلالات روانی در چهارده کشور، نشان می‌دهد که نسبت بزرگسالانی که در یک دوره‌ی دوازده‌ماهه اختلال روانی را تجربه می‌کنند، بسته به کشور، ۴.۵ تا ۲۶.۴ درصد است. کشورهای که بیشترین میزان را گزارش کرده‌اند، ایالات متحده‌ی آمریکا (۲۶.۴ درصد)، اوکراین (۲۰.۵ درصد)، فرانسه (۱۸.۴ درصد) و کلمبیا (۱۷.۸ درصد) بوده‌اند. کشورهای که کمترین میزان را گزارش کرده‌اند جمهوری خلق چین (شانگهای) (۴.۳ درصد)، نیجریه (۴.۷ درصد)، ایتالیا (۸.۳ درصد) و ژاپن (۸.۸ درصد) بوده‌اند. سایر کشورها (مکزیک، بلژیک، آلمان، هلند، اسپانیا، جمهوری خلق چین (پکن) و لبنان) طیفی از ۹.۱ تا ۱۶.۹ درصد را دربر می‌گیرند.

پیش‌بینی می‌شود سهم ناتوانی به علت اختلالات روانی در سطح جهانی پنج درصد - از ۱۰.۵ درصد در ۱۹۹۰ تا ۱۴.۷ درصد در ۲۰۲۰ - افزایش یابد. تا ۲۰۲۰، افسردگی دومین علت اصلی ناتوانی در جهان خواهد شد. در کشورهای توسعه‌یافته، افسردگی در روزهای ناتوانی رتبه‌ی سوم و در کشورهای در حال توسعه رتبه‌ی اول را به خود اختصاص می‌دهد. همچنین پیش‌بینی می‌شود میزان خودکشی افزایش یابد. در ۱۹۹۰ خودکشی دوازدهمین عامل مرگ‌ومیر در جهان بوده که این میزان تا ۲۰۲۰ به رتبه‌ی دهم تغییر خواهد کرد. میزان خودکشی در سراسر جهان در نیم قرن گذشته شصت درصد افزایش یافته است.

اکثر افرادی که مشکلات سلامت روان را تجربه می‌کنند نیروی کار هستند (چون اکثر آن‌ها مشغول به کار هستند) و این موضوع باعث می‌شود اختلالات روانی علت اصلی ناتوانی شغلی باشد. داده‌های کشور کانادا نشان می‌دهد که طی یک دوره‌ی سی‌روزه ۸.۴ درصد از جمعیت مشغول به کار افسردگی، اضطراب، اختلالات مرتبط با مواد (غالباً الکل) یا ترکیبی از این موارد را تجربه می‌کنند. بالاترین شیوع اختلال اضطرابی در افرادی که شغل‌های تخصصی دارند (مانند پزشکی یا حقوق) و مدیران سطح بالا دیده می‌شود. بیشترین فراوانی افسردگی در میان کارگران نیمه‌حرفه‌ای اتفاق می‌افتد. مصرف مواد، به خصوص الکل، میان کشاورزان شایع است، اما اختلالات همبود میان کارمندان دفتری شیوع بالاتری دارد.

همچنین تحقیقات اخیر شیوع بالای مصرف الکل و بیماری افسردگی را میان کارگران حرفه‌ای و مدیریتی - با سطح بسیار بالای سوءمصرف الکل در زنان حرفه‌ای - نشان داده‌اند.

فشار کار

افراد بسته به مقاومت روانشناختی، راهبردهای مقابله‌ای و منابع محیطی‌شان به استرس واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. مبتلایان به اختلالات روانی و کسانی که مشکلات سلامت روان را تجربه می‌کنند ممکن است در برابر تأثیرات منفی استرس - به دلیل تاب‌آوری روانشناختی کمی که دارند، نبود حمایت اجتماعی و مشکلات مقابله‌ای - بسیار حساس باشند. استرس شغلی هنگامی ایجاد می‌شود که بین تقاضاهای شغلی یا محیط کار، قابلیت‌ها، منابع و نیازهای کارگر تطابق وجود نداشته باشد. استرس شغلی بلندمدت با پیامدهای بهداشتی متعددی از جمله اختلالات اسکلتی-عضلانی، فرسودگی شغلی، افسردگی، نشانگان بیماری ساختمان^۱، جراحات، خشونت در محل کار و خودکشی مرتبط است. استرس شغلی یکی از ده مشکل اصلی بهداشت مرتبط با کار است که غالباً پیش‌درآمد مشکلات جدی سلامت روان است و هدف مهمی برای ارتقای سلامت عمومی، سلامت روان و فعالیت‌های پیشگیرانه از جمله پیشگیری از خودکشی محسوب می‌شود.

استرس کارگران در سراسر جهان از نگرانی‌هایی است که روزه‌روز بیشتر می‌شود؛ نه تنها در اقتصادهای مثبت مانند اروپا و امریکای شمالی، بلکه در مناطقی که به سرعت در حال صنعتی شدن هستند مانند جمهوری خلق چین، تایوان یا جمهوری کره. در انگلستان مشکلات سلامت روان مانند استرس، افسردگی و اضطراب دومین علت اصلی روزهای از دست‌رفته به دلیل بیماری‌های مرتبط با کار است. سی‌ویک درصد از نیروی کار کانادایی گزارش کرده‌اند که بیشتر روزهای کاری تا حدی یا بسیار استرس‌زاست. دو برابر بیشتر احتمال می‌رود که افرادی که استرس مرتبط با کار را تجربه می‌کنند به اختلالات روانپزشکی مبتلا شوند. در ژاپن، بیش از ۶۳ درصد کارگران استرس شغلی را گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده‌ی ده درصد افزایش در پانزده سال گذشته است. در تایوان، هشت درصد از مردان و هفت درصد از زنان گزارش کرده‌اند که اغلب یا همیشه خارج از محل کار احساس تنش می‌کنند که ممکن است این کارگران نسبت به دیگران سطح استرس شغلی پایین‌تری داشته باشند.

1. sick-building syndrome

در کشورهای آسیایی، رابطه‌ی استرس کارگر با سلامت جسمی و روانی، روحیه، و رضایت شغلی مشابه کشورهای غربی است. با این حال منابع استرس شغلی تفاوت چشمگیری دارند. برای مثال پیدا کردن شغل و تقاضاهای مربوط به نقش‌های مدیریتی از اصلی‌ترین علل سختی کار میان مدیران چینی و تایوانی است؛ در مقابل در میان مدیران انگلستانی این سختی کار مربوط به روابط، جو سازمانی و مسئولیت شخصی است. در جمهوری خلق چین، سطح همانندسازی کارگران و تعهدشان به سازمان موضوع کلیدی است؛ شاید برای اینکه این موضوع نقش مهمی در تعیین پاداش‌های بیرونی (مانند دستمزدها و مزایا) و پاداش‌های ذاتی (مانند شناخت و رضایت شغلی) دارد.

در برخی موارد امکان دارد ارتباط مستقیمی بین استرس‌های محیط کار و اقدام به خودکشی وجود داشته باشد؛ مانند مورد کارگری که توبیخ یا اخراج شده و متعاقباً اقدام به خودکشی می‌کند. اتفاقات آسیب‌زا ممکن است با جابه‌جایی‌های شغلی (مانند بازنشستگی، مرخصی یا اخراج از کار)، موارد انضباطی یا موقعیت‌هایی در ارتباط باشد که در آن فرد شرمسار شده یا مشخص شده باشد که در عملی غیرقانونی (مانند تجاوز جنسی یا سوءاستفاده از اموال شرکت) دست داشته است. با این وجود بیشتر اوقات استرس مزمن در محیط کار - در میان کارگرانی که از قبل به دلیل اختلالات روانی، مشکلات شخصی و دسترسی به ابزارهای کشنده در برابر خودکشی آسیب‌پذیر بوده‌اند - نقشی تسهیلگر دارد. انجام اقداماتی برای شناخت عوامل محیطی که باعث استرس می‌شوند و علایم سوءمدیریت شده‌ی کارفرمایان می‌توانند سلامت روانی نیروی کار را ارتقا، رفتار خودکشی را کاهش، و بهره‌وری را بهبود بخشند.

مشخصه‌های محیط‌های استرس‌زا کمبود وقت، برنامه‌های کاری خارج از کنترل، عوامل زمینه‌ای حواس‌پرتی، نزاع (ناشی از روابط ضعیف کارکنان، زورگویی یا آزار و اذیت)، کمبود فضا، بی‌اطمینانی و فشار برای انجام کار بیشتر است. طیف گسترده‌ای از عوامل محیطی مرتبط با کار ممکن است باعث تحریک واکنش‌های استرس و سلامت روان پایین از جمله موارد زیر بشود:

- تغییر شغل مرتبط با کوچک شدن شرکت، گرفتن منبع از خارج از شرکت، گسترش سریع، یا تغییر ساختار شغلی (از جمله ارتقا، تنزل و تحول شغلی)
- بلا تکلیفی یا نبود کنترل بر وظایف کاری (نقش‌هایی که خوب تعریف نشده‌اند،

اولویت‌های نامشخص، ناامنی شغلی، محدود کردن دیدگاه‌هایی که احساس ناامیدی را تشویق می‌کنند)

- مدیران یا همکاران مشکل‌ساز (ارتباط ضعیف کارگران و مدیران، مدیریت ناکافی یا غیرحساس، خصومت همکاران، آزار و اذیت، سیاست منفی اداره)
- مطالبات بالای محیط کار (ساعات طولانی، نبود خودمختاری، مسئولیت زیاد، تعهد سنگین، خطر، حوادث آسیب‌زا)
- شرایط کاری غیر استاندارد و استرس‌زاهای فیزیکی (سروصدا، نور ضعیف، کمبود فضا، درجه‌ی حرارت شدید، عوامل انسانی ضعیف، مخاطرات شیمیایی، در دسترس نبودن برنامه‌های سلامت کارمندان)
- وظایف یکنواخت یا تکراری یا استفاده‌ی کم از مهارت‌ها
- دستمزد کمی که منجر به اضافه‌کاری و کارهای پاره‌وقت می‌شود
- فرهنگ‌های سازمانی که انگ و تبعیض را درباره‌ی افرادی که مشکلات سلامت روان دارند گسترش می‌دهد

به‌علاوه، مشاغل خاصی ذاتاً استرس‌زا هستند؛ مانند جاهایی که کارگران در تماس‌های بین‌فردی زیادی با عموم مردم درگیر هستند، افرادی که در اجرای قانون در معرض حوادث آسیب‌زا یا خشونت‌آمیز قرار دارند، کارگران خط مونتاژ که با وظایف تکراری درگیر هستند، کسانی که ترافیک هوایی را کنترل می‌کنند و کارمندان بهداشت. زنان به‌خصوص به احتمال بالا دچار استرس‌های مرتبط با کار هستند، زیرا اغلب مسئولیت اصلی مراقبت از فرزند و مدیریت خانواده را نیز بر عهده دارند، به‌تمرکز روی مشاغل کم‌درآمد و با وضعیت پایین‌تر و شیفت‌های کاری برای انطباق با مسئولیت‌های خانوادگی‌شان تمایل دارند، و به احتمال بیشتر دچار تبعیض‌های کاری و آزار و اذیت هستند.

بهره‌وری و هزینه

شیوع بالای اختلالات روانی آن را به بار اقتصادی مهمی در سراسر جهان تبدیل کرده است. مشاغل و کسب‌وکارها هرچه بیشتر متوجه شده‌اند که کارگرانی که از لحاظ روانی سالم هستند مولدترند. مشکلات سلامت روان در کار معمولاً خود را به‌صورت مسائل مربوط به عملکرد نشان می‌دهد: افزایش غیبت، کاهش بهره‌وری، افزایش گردش مالی کارمندان،

افزایش تعداد روزهای ازکارافتادگی کوتاه‌مدت و بلندمدت، و افزایش ادعای ناتوانی. بنابراین بی‌توجهی به سلامت روان و استرس شغلی کارگران قضیه‌ای هزینه‌بر است.

اگرچه کمی کردن (اندازه‌گیری) هزینه‌های مشکلات سلامت روان در نیروی کار به‌تازگی شروع شده، به نظر می‌رسد پیش از این هم مبهم و گیج‌کننده بوده است. برای مثال در سال ۲۰۰۰، هزینه‌ی بهداشت روان سه تا چهار درصد از تولید ناخالص داخلی پانزده ایالت اتحادیه‌ی اروپا را تشکیل می‌داد. بخش عمده‌ای از این هزینه‌ها (احتمالاً یک‌سوم یا بیشتر) مستقیماً مربوط به بهره‌وری ازدست‌رفته بود. در ایالات متحده، اغلب کارگران بیشتر به دلیل مشکلات سلامت روان از کار خود غیبت می‌کنند تا از بیماری‌های جسمانی و آسیب‌دیدگی. افسردگی رتبه‌ی سوم مشکلات مرتبط با کار را به خود اختصاص داده و به دنبال آن بحران‌های خانوادگی و استرس قرار دارند. بین سال‌های ۱۹۸۹ و ۱۹۹۴، ادعای معلولیت در حوزه‌ی اختلالات روانی در ایالات متحده امریکا دوبرابر شد. در کانادا، ادعای معلولیت در حوزه‌ی اختلالات روانی بیش از دوازده درصد از هزینه‌های حقوق و دستمزد را دربر می‌گیرد. تعداد روزهای ازدست‌رفته به دلیل ناتوانی به سرعت در حال افزایش است و انتظار می‌رود این رشد ادامه داشته باشد.

هزینه‌های بهره‌وری مشکلات سلامت روان کارگران و استرس مرتبط با کار در جوامع غیرغربی خیلی کمتر شناخته شده است، با این حال الگوهای پدیدار شدنشان مشابه است. مثلاً بین مدیران تایوانی استرس شغلی با سلامت روانی و جسمی، غیبت، رضایت شغلی پایین و قصد تغییر شغل در ارتباط است. علاوه بر این، باتوجه به نقش‌های غیرسنتی و مسئولیت‌های خانوادگی، زنان مدیر سطح بالاتری از استرس شغلی را در مقایسه با هم‌تایان مرد خود گزارش کرده‌اند.

خودکشی و اشتغال

میزان خودکشی در میان گروه‌های شغلی بسته به فشارهای روزانه‌ای که بر آن‌ها تحمیل می‌شود، قرار گرفتن بیشتر در معرض حوادث آزاردهنده یا خشونت‌آمیز که منجر به بروز اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، یا دسترسی سریع آن‌ها به ابزارهای کشنده‌ی خودکشی -مانند سلاح گرم، دوز کشنده‌ی داروها یا سموم- متفاوت است. مشاغل با میزان خودکشی بالا شامل پزشکان، داروسازان (بخشی از آن به دلیل دسترسی بالا به مواد شیمیایی کشنده و داروهاست)، وکلا، معلمان، مشاوران و مشاغل که محرم اسرار هستند

تا حدودی به دلیل شیوع بالای افسردگی در این گروه‌ها، کشاورزان (کسانی که میزان بالایی از افسردگی، محیط کار خطرناک، استرس شغلی به دلیل فشارهای اقتصادی و انزوای اجتماعی، دسترسی به میزان بالایی از سموم دفع آفات و دسترسی پایین به خدمات اورژانس) و برخی افسران پلیس (مانند افرادی که بازنشسته شده‌اند یا دچار اثرات آسیب روانی‌اند) هستند. به‌علاوه، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که ممکن است متخصصان زن در مشاغل خاص (مانند پزشکان، پرستاران یا کارکنان نظامی) در معرض خطر بسیار بالای خودکشی باشند که تا حدی ممکن است به دلیل تعارضات بین خانواده و پیشرفت شغلی باشد. همچنین ممکن است خودکشی بین کسانی که بیکار هستند یا ناامنی شغلی دارند بالا باشد.

با وجود شیوع بالای مشکلات سلامت روان میان جمعیت شاغل، تعداد کمی از خودکشی‌ها در محل کار اتفاق می‌افتند. مطالعه‌ای در ایالات متحده تخمین زده است که یک تا سه درصد از کل خودکشی‌ها در محل کار اتفاق می‌افتند که نشان‌دهنده میانگین سالانه‌ی ۲/۳ تا ۲/۵ خودکشی در هر یک میلیون کارگر است. نود درصد افرادی که در محل کار خودکشی می‌کنند مرد هستند و میزان بالاتر خودکشی در گروه‌های سنی بالاتر مشاهده می‌شود. پنجاه‌هشت درصد از مردان و چهل درصد از زنان با اسلحه خود را در محل کار می‌کشند و اسلحه متداول‌ترین روش خودکشی در محل کار است.

جست و جوی کمک و نیاز برآورده نشده

اکثر افرادی که مشکلات سلامت روان یا تمایل به خودکشی دارند، حتی در کشورهایی که طیف گسترده‌ای از درمان‌های مقرون‌به‌صرفه وجود دارد، نمی‌توانند درمان مناسب دریافت کنند. مثلاً فقط حدود یک‌سوم کارگران مبتلا به افسردگی از متخصصان بهداشت روان، یا از برنامه‌ی کمک به کارمندان، مشورت می‌گیرند. یکی از هر ده نفری که اختلال شغلی گزارش کرده‌اند، برای رفع این مشکل، دارو مصرف می‌کنند. با این حال عملکرد شغلی اکثر کسانی که تحت درمان مناسب افسردگی هستند بهبود یافته و کاهش روزهای ازکارافتادگی هزینه‌های درمان را برای کارفرما جبران می‌کند.

دلایل زیادی وجود دارد که کارگران دنبال درمان نروند. عمدتاً ترس از انگ یکی از مهم‌ترین دلایل در نظر گرفته شده است. کارگرانی که مشکلات سلامت روان دارند اغلب با تبعیض کاری چشمگیری روبه‌رو هستند. ممکن است استقلالشان محدود شود، نظارت بر آن‌ها

افزایش یابد، امنیت شغلی‌شان در معرض خطر قرار بگیرد، پیشرفتشان محدود شود، یا حمایت اجتماعی همکارانشان را از دست بدهند. معمولاً کارگرانی که مشکلات سلامت روان دارند، برای اطمینان از اینکه همکاران و مدیرانشان از بیماری‌شان مطلع نشوند، تلاش بسیاری می‌کنند؛ از جمله اینکه از برنامه‌های کمک به کارکنان فاصله می‌گیرند یا گزینه‌های درمانی مؤثر را کنار می‌گذارند. زنان بیشتر از مردان برای مشکلات عاطفی و سلامت روانشان به دنبال درمان می‌روند. مردان جوان با تحصیلات پایین به احتمال کمتر دنبال درمان می‌روند. این الگوی جست‌وجوی کمک در پنج کشور، که در مقایسه‌ای بین‌المللی وارد شده بودند، گزارش شده است: هلند، آلمان، ایالات متحده، کانادا و شیلی. مردان تمایلی به جست‌وجوی درمان برای استرس‌های روانی و عاطفی ندارند که همراه با ترجیح آن‌ها به استفاده از روش‌های کشنده‌تر خودکشی ممکن است میزان بالاتر خودکشی در آن‌ها را توجیه کند.

برای غلبه بر موانع درمانی، سازمان‌ها باید فعلاً مشکلات سلامت روان کارگران خود را، به‌ویژه گروه‌های پرخطری که ممکن است نیاز به اقدامات ویژه و مداخله‌ای داشته باشند، شناسایی و مدیریت کنند. همچنین سازمان‌ها باید گونه‌ای از فرهنگ سازمانی را تقویت کنند که حامی بهبود روانی اجتماعی باشد. در بسیاری موارد، انگ و سوءتفاهم درباره‌ی درمان‌های روانپزشکی مانع از گسترش برنامه‌ها و سیاست‌های بهداشت روان سازمان‌ها و اطمینان از این می‌شود که مزایای ارائه‌شده برای افراد دارای معلولیت روانی با مزایای فراهم شده برای افراد دارای معلولیت جسمی برابر است.

خلق نیروی کار سالم

بزرگسالان ممکن است یک‌سوم یا بیشتر از ساعات بیداری خود را در محل کار بگذرانند. محل کار -از طریق برنامه‌ها و سیاست‌های بهداشتی و ایمنی- بهبود چشمگیری را در سلامت جسمی و رفتارهای کارگران ایجاد می‌کنند. امروزه که مشخص شده مشکلات ناشی از اختلالات روانی در عملکرد شغلی همانند یا بدتر از مشکلات مربوط به اختلالات جسمانی است، کارفرمایان سیاست‌ها و برنامه‌های بهداشت روان را سرمایه‌گذاری تجاری راهبردی می‌دانند و محیط کار را مکان‌هایی ایده‌آل برای ارتقای سلامت روان و پیشگیری مبتکرانه می‌بینند.

سازمان بهداشت جهانی و سازمان بین‌المللی کار پیشنهاد می‌کنند که برای داشتن نیروی کار سالم از لحاظ روانی سه چیز ضروری است: در مرحله‌ی اول کارفرمایان و مدیران باید بدانند که مسائل مربوط به سلامت روان در رابطه با کار - هر قدر هم که فهرست عوامل تسریعگر آن‌ها، سیاست‌ها و دستورالعمل‌هایی برای رسیدگی به آن‌ها تهیه شود - نگرانی بر حقی است. دوم اینکه کارفرمایان باید قوانین مربوط به معلولیت و نیاز به مساعدت با افراد مبتلا به اختلالات روانی را درک کنند. سوم، کارفرمایان باید سیاست‌ها و برنامه‌های مناسب ارتقا و پیشگیری را تدوین کنند و گسترش دهند. موارد اضافی برای ارتقا و پیشگیری موفقیت‌آمیز شامل تغییر سازمانی برای بهبود شرایط کاری و کاهش استرس شغلی، آموزش کارگران و مدیران درباره‌ی سلامت روان، جست‌وجوی کمک و غنی کردن خدمات سلامت روان هستند.

سازمان بین‌المللی کار برنامه SOLVE را برای پاسخ به سه نیاز ذکرشده تهیه کرده است. SOLVE نوعی برنامه‌ی آموزشی تعاملی است که برای کمک به توسعه‌ی سیاست‌ها، برای پرداختن به مسائل روانشناختی در محیط کار، طراحی شده است. دوره‌ی سیاست‌گذاری مرکزی به گونه‌ای طراحی شده که مدیران بتوانند از مشکلات روان اجتماعی از جمله موارد مرتبط با خودکشی - مانند استرس و سوء‌مصرف مواد و اینکه چگونه محیط کار می‌تواند در تشدید و کاهش این مشکلات نقش داشته باشد - درک اساسی داشته باشند.

همسو با این نظر، مدیران در موقعیتی هستند که می‌توانند سیاست جامعی برای پرداختن به مسائل روانشناختی - که یکی از ابزارهای اصلی شرکت‌ها در پرورش فرهنگ سازمانی است - ارائه بدهند که هم پیشگیرانه است و هم از افراد مشکل‌دار حمایت می‌کند. در تکمیل این سیاست، شرکت‌ها باید به همه‌ی سطوح نیروی کار آموزش بدهند که SOLVE نیز در فرمت مداخلات یک‌ساعت و نیمه، که با نام میکرو سولو شناخته می‌شود، ارائه می‌شود. این ترکیب سیاست روشن‌گر و نیروی کار آگاه می‌تواند محیط کار حمایتگری را ایجاد کند که در آن پیشگیری و حمایت همسالان می‌تواند شکوفا شود. علاوه بر این سازمان بین‌المللی کار، در بخشی از برنامه‌ی SOLVE، در حال نهایی کردن دوره‌ای آموزشی برای پیشگیری، کاهش و مقابله با مشکلات روانی اجتماعی مشاوران در محل کار است. آگاهی از پیشگیری از خودکشی عنصری اساسی در این برنامه‌ی آموزشی است. هنوز اثربخشی برنامه‌ی SOLVE،

مخصوصاً برای پیشگیری از خودکشی، اثبات نشده است.

اهمیت اتخاذ رویکردی گسترده و سازمانی در پیشگیری از خودکشی در تجربه‌ی نیروی هوایی امریکا نشان داده شده است. آن‌ها در پاسخ به تعداد فزاینده‌ی خودکشی‌ها برنامه‌ای چندسطحی برای کاهش خطر در نظر گرفتند که هدف آن طیف وسیعی از عوامل خطر سازمانی، فرهنگی و فردی در کل جمعیت نیروی هوایی بود. این برنامه با مداخله‌ی زودهنگام در مشکلات بهداشت روان، تقویت عوامل محافظتی اجتماعی محیطی، ترویج حس تعلق و اجرای سیاست‌هایی برای کاهش انگ و ترویج درخواست کمک به کاهش خودکشی دست یافته است. نظارت‌کنندگان و رهبران آموزش متمرکزی دریافت و مانند مراقبان عمل کردند تا افراد در معرض خطر را شناسایی و آن‌ها را به آژانس‌های مناسب انتقال بدهند. پیام‌های الکترونیکی گسترده‌ای پخش می‌شود تا افرادی را تحسین کنند که برای مقابله با مشکلاتشان -مانند مسائل زناشویی، خانوادگی، قانونی یا سلامت روان- کمک حرفه‌ای دریافت می‌کنند. رهبران نظامی گرایش داشتند که اطمینان حاصل کنند افراد تحت استرس بالا از واحد نظامی خود مراقبت و حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند و سیاست‌های سازمانی اتخاذ شد تا اطمینان حاصل شود که رهبران نقش مراقبتی خود را درست اجرا می‌کنند. با انجام این کار، برنامه‌ی مذکور برای کاهش عوامل خطر خودکشی فرهنگ کل جامعه‌ی نظامی را تغییر داد. بین سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۸ میزان خودکشی از ۱۶/۴ در صد هزار نفر به ۹/۴ رسید. در هشت ماه اول ۱۹۹۹ کاهش بیشتری اتفاق افتاد و به ۲/۲ خودکشی در هر صد هزار رسید که کاهش هشتصد درصدی بیش از بالاترین میزان ثبت شده (در ۱۹۸۰) را نشان می‌داد. آن‌ها همچنین به کاهش‌های معنی‌داری در مرگ تصادفی، قتل و خشونت خانوادگی اشاره کردند.

تغییرات سازمانی

راهکار کلیدی در ارتقا نیروی کار سالم، حذف یا کاهش استرس‌های شغلی است. استرس‌های شغلی عبارتند از:

- ابهام نقش به گونه‌ای که کارگر اطلاعات ناکافی یا گمراه‌کننده‌ی راجع به چگونگی انجام کار داشته باشد.
- تعارض نقش به گونه‌ای که کارگر با مطالبات متعارضی مواجه می‌شود که او را در موقعیت ناراحت‌کننده‌ای قرار می‌دهد.

- فشار کاری زیاد یا فقدان مهارت‌های لازم برای انجام کار
- بهره‌گیری ناکافی از مهارت‌های کارگر یا انجام کارهای تکراری کسالت‌آور
- ساختارهای مدیریتی اقتدارگرا که کارگران را در حل مسئله و تصمیم‌گیری مشارکت نمی‌دهند.
- عدم امنیت شغلی یا مالی
- فرهنگ مدیریتی یا سازمانی تقویت‌کننده تخاصم، غیبت، جانب‌داری غیر منصفانه و رقابت‌های بی‌مورد
- سلامت جسمی، مخاطرات امنیتی، یا مواجهه با عوامل آسیب‌رسان، آزار و اذیت عاطفی، یا تبعیض جنسی

علاوه بر این، بسیاری از عوامل خطر محیطی که منجر به ایجاد استرس در مشاغل دارای ماهیت استرس‌زا می‌شوند، می‌توانند از طریق ارتقا فن‌آوری یا تجهیزات ایمنی بمنظور کاهش مواجهه، یا ایجاد محیط کاری دوستدار خانواده برای حمایت از زنان شاغل برطرف شوند. به علاوه، بسیاری از کشورها قوانینی را برای بهبود امنیت شغلی کارگران و اصلاح روند اخراج وضع کرده‌اند و استانداردهایی را نیز برای مدیریت از کار افتادگی آن‌ها تدوین کرده‌اند.

به دلیل این که استرس شغلی ناشی از اثر متقابل عوامل محیطی و آسیب‌پذیری‌های فردی است، کارگران و سازمان‌ها باید در جهت کاهش عوامل استرس‌زای شغلی با هم همکاری داشته باشند. با این وجود، بدون توجه به عوامل سازمانی که منجر به ایجاد استرس می‌شوند، و صرف تمرکز بر روی کارگر به عنوان یک فرد در برنامه‌های مربوط به سلامت و بهزیستی کارگران، از مشکلات ناشی از استرس یا پیامدهای احتمالی مرگبار آن‌ها جلوگیری نخواهد کرد.

اطلاعات و آموزش برای کارگران

در حال حاضر تعداد معدودی از مدیران از دانش و مهارت کافی برای تشخیص و مدیریت مشکلات سلامت روان در محیط کار یا نحوه برخورد با کارگران دارای گرایش به خودکشی برخوردارند. علاوه بر این، تنها تعداد کمی از سازمان‌ها، برنامه‌های مشخصی برای مواجهه با مسائل بهداشت روان و بحران‌های خودکشی کارگران یا برنامه‌های توسعه کارکنان دارند تا از این طریق از آگاهی مدیران کلیدی خود از پیشگیری از خودکشی، تأثیر مشکلات سلامت

روان بر بهره‌وری کارگران، عوامل ایجادکننده محیط کار سالم، و عوامل نشان‌دهنده مشکلات، اطمینان حاصل کنند. به عنوان مثال، در پیمایشی که اخیراً بر روی کارفرمایان در کانادا به عمل آمده نتایج زیر حاصل شد:

- ۹۱٪ از کارفرمایان افزایش بار کاری کارگران را گزارش کردند.
- ۷۲٪ تغییر در وظایف شغلی کارگران را گزارش کردند.
- ۶۸٪ افزایش غیبت کارگران را گزارش کردند.
- ۶۴٪ شیوع تنش‌های هیجانی در میان کارگران را گزارش کردند.
- ۶۱٪ کاهش بهره‌وری را گزارش کردند.
- ۴۴٪ درخواست تنظیم ساعات کار از سوی کارگران را ذکر کردند.

علیرغم این علائم هشداردهنده بارز، اکثر سازمان‌ها همچنان فاقد برنامه مشخصی برای رسیدگی به سلامت روان کارگران بودند و کمتر از ۱۰٪ آن‌ها مدیرانی داشتند که برای شناسایی و رسیدگی به مسائل سلامت روان آموزش دیده بودند. "به همین ترتیب، نتایج پیمایش کنفدراسیون صنعت بریتانیا بر روی ۸۰۰ شرکت نشان داد که ۹۸٪ از کارفرمایان معتقد بودند که سلامت روانی کارگران باید از مسائل مورد توجه شرکت باشد و ۸۱٪ معتقد بودند که این موضوع باید در خط مشی شرکت منظور شود. با این حال، کمتر از ۱۰ درصد آن‌ها از خط مشی رسمی سلامت روان برخوردار بودند.

• خدمات سلامت روانی اجتماعی تقویت شده

برنامه‌های همپاری کارکنان برنامه‌هایی هستند که اعتبار آن توسط شرکت‌ها تامین می‌شود و طیف وسیعی از خدمات حمایتی، تشخیصی، ارجاعی، مشاوره‌ای و درمانی را ارائه می‌دهند. این برنامه‌ها در ابتدا برای رسیدگی به موارد سوء مصرف مواد، به ویژه سوء مصرف الکل ایجاد شده بودند، اما از آن زمان بسیاری از آن‌ها حوزه تعهدات خود را گسترش داده‌اند تا جنبه‌های دیگری از سلامت روان را نیز شامل شوند.

با وجود این که اغلب برنامه‌های همپاری کارکنان مقرون به صرفه هستند (به ویژه اگر هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم در نظر گرفته شود)، با این حال حوزه طب کار در بسیاری از کشورها چندان توسعه نیافته است، مزایای برنامه‌های همپاری کارکنان اغلب محدود

است (به ویژه در موسسات خرد) یا برنامه‌های موجود با متخصصین سلامت روان و خدمات درمانی در جامعه محلی مرتبط نیستند. یک بررسی ملی درباره برنامه‌های بهداشتی تحت حمایت کارفرمایان در ایالات متحده نشان داد که در سال ۲۰۰۱، کمتر از ۲۰٪ موسسات دارای برنامه‌های همیاری کارکنان بودند. این برنامه‌ها در موسسات بزرگ با بیش از ۲۰۰۰ کارگر (۸۰٪) متداول بودند، اما در موسسات کوچکتر با ۱۰۰-۵۰ کارگر (۲۰٪) و به ویژه در موسسات با کمتر از ۵۰ کارگر (۱۰٪) نسبتاً نادر بودند. تقریباً حدود دو سوم از برنامه‌ها شامل درمان مختصر برای سلامت رفتاری و مشکلات سوء مصرف مواد، غربالگری داوطلبانه و ارجاع به درمان بودند. در بسیاری از نقاط جهان، طب کار به طور اعم، و برنامه‌های همیاری کارکنان به طور اخص، توسعه کافی نیافته‌اند یا به طور کل در دسترس نیستند.

مسئله دوم این است که حتی هنگامی که برنامه‌های همیاری کارکنان در دسترس است، فرهنگ حاکم بر سازمان‌ها اغلب به گونه‌ای هستند که کارگران از ترس افشای اسرار، انگزنی از سوی همکاران یا انتقام‌جویی از مدیران تمایلی به استفاده از آن‌ها ندارند. تنها تعداد معدودی از موسسات برای کاهش انگ و تشویق کارگران به استفاد از مزایای این برنامه‌ها، به صورت خودجوش و جامعه محور فعالیت میکنند.

بنابراین، برنامه‌های بهداشت حرفه‌ای و همیاری کارکنان برای دستیابی به عملکرد بهینه می‌بایست دسترسی به درمان مناسب (از جمله برنامه‌های همیاری کارکنان و مراجعه به متخصصان و خدمات سلامت روان محلی) را با دانش سلامت روان و راهکارهای انگ‌زدایی که به منظور از بین بردن موانع دسترسی به مراقبت‌های درمانی و همینطور دسترسی موثر به گروه‌های پرخطر و تحت درمان ناکافی ایجاد شده را تلفیق کنند. در حال حاضر برخی از شرکت‌ها برنامه‌های همیاری کارکنان اتحادی‌های را ارائه می‌دهند که می‌تواند برای کارگران در دسترس‌تر باشند. و برخی دیگر نیز برنامه‌هایی را ارائه می‌دهند که به طور مشترک توسط شرکت و اتحادیه مدیریت می‌شوند

نمونه‌ای از برنامه‌هایی که با هدف کاهش انگ مرتبط با سلامت روان و خودکشی از طریق فعالیت‌های خودجوش جامعه محور انجام می‌شود، برنامه SOLVE سازمان بین‌المللی کار است که در ابتدای این کتابچه در مورد آن صحبت شد

فدراسیون کار کبک در کانادا برنامه‌های نوآورانه‌ای را با بهره‌گیری از حمایت هم‌تایان اجرا

می‌کند. اعضای اتحادیه آموزش‌های پایه در زمینه مهارت‌های گوش دادن و اطلاعاتی درباره منابع کمکی که توسط اتحادیه ایجاد و نگهداری می‌شوند، دریافت می‌کنند. علاقه‌مندان می‌توانند آموزش‌های عمیق‌تری از جمله در زمینه پیشگیری از خودکشی دریافت کنند. این برنامه مزایایی مانند حمایت آگاهانه همتایان و هدایت دسترسی به کمک‌های حرفه‌ای را فراهم می‌کند. مشاوران هم‌تا به راحتی در دسترس هستند و به همین جهت می‌توانند نقش عمده‌ای در پیشگیری از خودکشی ایفا کنند.

یک مدیر چگونه می‌تواند به کارگر دارای گرایش به خودکشی کمک کند

هیچ قانون مشخصی برای تشخیص گرایش به خودکشی در کارگران وجود ندارد. افرادی که دارای گرایش به خودکشی هستند، معمولاً احساس افسردگی و سرخوردگی می‌کنند و ممکن است اظهار کنند که نمی‌دانند چه کار باید انجام دهند. اگرچه تمایل افراد به بازگرددن مشکلاتشان برای دیگران به ویژه همکاران و مدیرانشان، متفاوت است. با این وجود اکثر افرادی که سرانجام خودکشی می‌کنند در هفته‌ها یا ماه‌های پیش از مرگ، علائم هشداردهنده بارزی مبنی از قصد خودکشی نشان داده‌اند. این علائم تلاش‌های بی‌ضرری برای جلب توجه نیستند بلکه فریادهای کمک خواهی هستند که باید جدی گرفته شوند. علائم هشداردهنده عبارتند از:

- کناره‌جویی از دیگران و ناتوانی در برقراری ارتباط با دوستان و همکاران
- صحبت درباره احساس انزوا و تنهایی
- ابراز احساس ناکامی، بی‌مصرفی، ناامیدی یا از دست دادن عزت نفس
- افزایش بی‌قراری، تحریک‌پذیری یا نارضایتی.
- پرخاشگری یا عصبانیت
- خواب منقطع
- شرح دائم مشکلات به گونه‌ای که گویا هیچ راه حلی برای آن‌ها وجود ندارد
- ابراز فقدان حمایت یا اعتقاد به سیستم
- صحبت کردن در مورد رتق و فتق امور
- وجود برخی علائم دیگر دال بر وجود نقشه قبلی یا در صورت مورد پرسش قرار گرفتن، بیان ایده‌های مشخص در مورد نحوه خودکشی

علاوه بر این، افراد دارای گرایش به خودکشی در صورت وجود علائم هشداردهنده زیر در معرض خطر بیشتر خودکشی هستند:

- فروپاشی اخیر یک رابطه نزدیک
- بازنشستگی پیش از موعد، تنزل رتبه یا سایر تغییرات شغلی
- رویداد عمده ناراحت‌کننده و خجالت‌آور مرتبط با کار (مانند توبیخ رسمی، اقدام انضباطی یا فاش شدن رویدادی مانند سوءاستفاده مالی یا رفتارهای جنسی نامناسب)
- تغییر در وضعیت سلامتی
- افزایش سوء مصرف الکل یا مواد دیگر
- تاریخچه رفتار خودکشی یا سابقه اقدام به خودکشی در خانواده
- افسردگی کنونی، فرسودگی شغلی یا خستگی توجیه ناپذیر

یک مدیر در هنگام مواجهه با کارگر دارای گرایش به خودکشی، به طرق زیر می‌تواند به او کمک کند.

- بیان پذیرش و نگرانی
- تشویق فرد به گفتگو (بیشتر افراد دارای گرایش به خودکشی درباره مرگ تردید دارند. سوال پرسیدن در مورد قصد خودکشی، افراد را به سمت خودکشی سوق نمی‌دهد بلکه در حقیقت باعث احساس تسکین شده و می‌تواند آغازگر حل مشکل باشد.)
- سؤال پرسیدن در مورد این که آیا کسی وجود دارد که بخواهند با او تماس بگیرند، یا تماس گرفته باشند.
- به آرامی به آن‌ها بگویید اصل راز داری برای اطلاع‌رسانی به افراد ذیربط در سازمان، مانند نمایندگان واحدهای بهداشت حرفه‌ای یا کارگزینی (بسته به خط مشی شرکت) شکسته خواهد شد. یک مدیر هرگز نباید با حفظ این اسرار موافقت کند.
- انجام اقدامات فوری مناسب برای ارجاع فرد به یک متخصص بهداشت حرفه‌ای یا سلامت روان (در موسسات کوچک این فرد می‌تواند متخصص برنامه بهداشت روان یا پزشک در جامعه محلی باشد. توافق‌های از پیش معین‌شده با این مراکز

این روند را تسهیل خواهد کرد. در صورت دریافت مراقبت‌های به موقع و مناسب ، خودکشی قابل پیشگیری است.)

- شناسایی و حمایت از فرد در میان اعضای خانواده ، دوستان یا همکاران نزدیک برای اطمینان از این که در بحران خودکشی تنها نخواهند ماند
- پیروی از خط مشی شرکت با رعایت مستندسازی (ممکن است لازم باشد مستندات مربوطه در پرونده پرسنلی یا پرونده بهداشتی فرد ثبت شود.)
- دارا بودن یک متخصص بهداشت حرفه‌ای، مدیر پرسنل یا سایر نمایندگان که در اسرع وقت از کارگر از کارافتاده دیدن کنند و ضمن ابراز نگرانی، او را به بازگشت هر چه سریع‌تر به محل کار ترغیب کنند. در زمان بازگشت کارگر به شغل سابقش، مساعدت‌های لازم از قبیل برنامه کاری انعطاف‌پذیر بسیار حائز اهمیت است. مگر اینکه برخی شرایط خاص شغلی (مانند آزار و اذیت، درگیری با همکاران ، شرایط نامناسب یا استرس شدید شغلی) از این امر جلوگیری کند.
- تلاش جهت آگاه سازی پزشک یا متخصص سلامت روان کارگر در مورد الزامات شغلی ، تغییرات احتمالی و تسهیلات.
- افزایش آگاهی کارگران از ماهیت و پیامدهای مشکلات سلامت روان
- ایجاد یک محیط حمایتی برای کارگری که پس از اقدام به خودکشی به کار باز خواهد گشت
- رفع یا کاهش استرس شغلی و سایر مخاطرات روانی- اجتماعی مرتبط با کار

یک همکار چگونه می‌تواند به کارگر دارای گرایش به خودکشی کمک کند.

همکارهای فردی که دارای مشکلات سلامت روان است، ممکن است از او فاصله بگیرند و رویکرد "دوری و دوستی" را انتخاب کنند. آن‌ها ممکن است تمایلی به مداخله نداشته باشند، زیرا نگران هستند که مشکلات فرد را بیشتر کنند یا روابط کاری خود را به مخاطره بیندازند. در نتیجه، ممکن است فرصت حساس به اشتراک‌گذاری اطلاعات با افرادی ذریع در سازمان که می‌توانند اقدام موثری انجام دهند را از دست بدهند (۲۷، ۲۸).

اگر یکی از همکاران اقدام به خودکشی کرده است، همکاران وی ممکن است احساس

پیشانی کنند زیرا نمی‌دانند چه باید بگویند یا چگونه رفتار کنند. اگر چه با صحبت نکردن یا انکار این رویداد، می‌توانند باعث ایجاد احساس انزوا و فاصله اجتماعی در آن‌ها شوند. هنگامی که افراد خودکشی می‌کنند و یا در حال بهبودی از یک بیماری روانی هستند، حمایت همتایان بسیار حائز اهمیت است. آنچه آن‌ها نمی‌خواهند:

- احساس طرد شدن توسط دوستان و همکاران؛
- کسی موضوع صحبت را عوض کند
- نصیحت شدن، یا عنوان کردن این موضوع که رفتار یا احساسات آن‌ها احمقانه یا اشتباه است.
- مورد تحقیر، انتقاد، تحلیل و دسته بندی واقع شدن
- صحبت کردن با آن‌ها و تلاش برای سر حال آوردنشان یا تشویق آن‌ها جهت خروج از وضعیت کنونی؛

اطمینان بخشی، حمایت و احترام از طرف دوستان و همکاران به بازیابی عزت نفس فرد و احساس یکپارچگی مجدد با محیط کار کمک می‌کند.

کارفرمایان برای ارتقاء سلامت روان نیروی کار چه کاری می‌توانند انجام دهند

کارفرمایان زمانی می‌توانند نیروی کار دارای سلامت روان داشته باشند که:

- یک محیط کاری حمایتگر، هماهنگ و قدردان دستاوردها و مشارکت‌های افراد به وجود آورند.
- مشکلات و تعارضات کاری از طریق بحث آزاد، ارتباط مؤثر و مدیریت تعارضات حل و فصل شوند.
- سیاست‌های سلامت روان اثربخش، از جمله یک سیاست جامع در مورد چگونگی مواجهه با خودکشی کارگران در زمینه پیشگیری، مداخله قبل و مداخله بعد از اقدام به خودکشی؛ تدوین و اجرا شود.
- از روش‌های منصفانه و مؤثر برای رسیدگی به شکایات، بررسی عملکرد و جنبه‌های تغییر سازمانی استفاده شود.
- روش‌هایی برای شناسایی زود هنگام و کاهش استرس شغلی و سایر خطرات

روانی- اجتماعی در نظر گرفته شود.

- امکان مشاوره برای کسانی که رویدادی مانند تنزل رتبه، اخراج و قطع همکاری و یا ترومای مرتبط با کار را تجربه کرده‌اند فراهم شود.
- دوره‌های آموزشی برای شناسایی و مدیریت مشکلات روانی اجتماعی کارگران برای مدیران برگزار شود.
- اقدامات لازم برای کاهش انگ ناشی از مشکلات سلامت روان و ارتقا رفتارهای کمک طلبی کارگران انجام شود.
- خط مشی، رویه‌ها و اقدامات سلامت روان به منظور اطمینان از تحت پوشش قرارگرفتن کلیه نیازهای کارگران و سازمان به طور منظم ارزیابی شود.

کارفرمایان در هنگام مواجهه با خودکشی یک کارگر چه کاری می‌توانند انجام دهند

با وجود این که خودکشی در محل کار چندان شایع نیست اما تأثیر روانی اجتماعی بسیاری بر همکاران بر جای خواهد گذاشت. وقوع خودکشی در خارج از محل کار می‌تواند شش نفر از اعضای خانواده و دوستان نزدیک را تحت تأثیر جدی قرار دهد، اما وقوع خودکشی در محل کار ممکن است صدها نفر را تحت تأثیر قرار دهد و اثر آن می‌تواند سال‌ها در سازمان باقی بماند. علاوه بر این خودکشی‌های محل کار آمار خودکشی‌های خوشه‌ای را نیز افزایش می‌دهند.

در جستجوی علت خودکشی، همکاران ممکن است احساس کنند که به نوعی در خودکشی فرد نقش داشته‌اند یا خودشان را سرزنش کنند که مانع این امر نشده‌اند. مدیران ممکن است احساس کنند که باید با زیردستان خود ارتباط بهتری می‌داشتند، و نسبت به سبک مدیریتی خود بدگمان شوند (به ویژه اگر اخیراً درگیر مشکلاتی در روابط یا مسائل انضباطی شده باشند) و یا دچار احساس عذاب وجدان شدید برای ایجاد عوامل استرس‌زا شوند. مدیران ممکن است از طرف دیگران نیز به دلیل اینکه به فرد بیش از حد فشار آورده‌اند سرزنش شوند و وجهه آن‌ها خدشه‌دار شود. همکاران و دوستان نزدیک ممکن است احساس عصبانیت شدید و طرد شدگی کنند.

اقدام به موقع هنگام وقوع خودکشی در محل کار می‌تواند عوارض جانبی بعدی را در بین

همکاران و دوستان کاهش دهد. به دنبال خودکشی (یا اقدام به خودکشی) در محل کار، کارفرمایان می‌توانند:

- از دست نخوردن و عدم تغییر صحنه خودکشی اطمینان حاصل کرده و فوراً مقامات محلی مانند پرسنل اورژانس، پلیس یا پزشکی قانونی را از حادثه مطلع کنند.
- با کارگران شفاف و صادقانه در باره نحوه مرگ صحبت کنند. اگرچه ذکر جزئیات و روش خودکشی توصیه نمی‌شود.
- آموزش‌های کافی در مورد خودکشی و عوامل خطر آن به کارگران داده شود.
- برای فرد متوفی مراسم یادبود شایسته‌ای ترتیب دهند.
- اطمینان حاصل کنند که همکاران فرد به خوبی سوگ خود را مدیریت می‌کنند؛
- افراد آسیب‌پذیر یا در معرض خطر را که ممکن است به حمایت‌های تخصصی از طریق برنامه‌های همیاری کارکنان و یا خدمات سلامت روان جامعه احتیاج داشته باشند، شناسایی و به مراکز مربوطه ارجاع دهند (از این طریق امکان خودکشی‌های تقلیدی کاهش می‌یابد).
- یک بررسی سازمانی و شناسایی عوامل موثر بالقوه که می‌توانند از طریق تغییر سازمانی بهبود یابند انجام دهند.
- از این اطلاعات برای بهبود بهداشت حرفه‌ای و استراتژی‌های پیشگیری استفاده کنند.

خلاصه و نتیجه‌گیری

خودکشی کارگران نتیجه تعامل پیچیده آسیب‌پذیری‌های فردی (مانند مشکلات سلامت روان) و شرایط کاری پر استرس است. بهترین راه کار پیشگیری از خودکشی در محل کار تلفیقی است از (الف) تغییر سازمانی با هدف جلوگیری و کاهش استرس شغلی (ب) عادی‌سازی و انگ‌زدایی از مشکلات سلامت روان و جستجوی کمک (از جمله افزایش آگاهی) (ج) شناخت و تشخیص زودهنگام مشکلات سلامت روان و مشکلات عاطفی و (د) مداخله و درمان مناسب از طریق برنامه‌های سلامت و همیاری کارکنان مرتبط با

منابع خارجی سلامت روان است. هدف عمده می‌بایست ایجاد یک محیط کاری پر احترام برای افراد باشد که در آن تمامیت کارگر حفظ شده و استرس محیط کار از بین رفته یا به حداقل برسد و در عین حال روابط اجتماعی، هویت سازمانی مثبت، احساس یکپارچگی و توانمندسازی کارگران مورد تقدیر قرار گیرد. همه شرکت‌ها می‌توانند محیط‌های حمایتی، خط مشی و برنامه‌های بهداشتی و ایمنی را که باعث تقویت سلامت روان نیروی کار و پیشگیری از رفتارهای خودکشی می‌شود، توسعه دهند. این موضوع، در شرکت‌های بزرگ می‌تواند به معنای توسعه زیرساخت‌های قوی بهداشت حرفه‌ای از جمله برنامه‌های همیاری کارکنان و ارتباط آن با مراقبت‌های جامعه باشد در شرکت‌های کوچک نیز می‌تواند به منزله ارتباط و هماهنگی با متخصصان و مراکز سلامت روان محلی باشد.. شرکت‌ها در هر ابعادی که باشند، از فعالیت‌هایی که با هدف ارتقاء سلامت روان نیروی کار انجام می‌شوند، بهره خواهند برد..

1. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999.
2. Liimatainen MR, Gabriel P. (2000) Mental health in the workplace. Geneva: International Labour Office.
3. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. (2003) Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention program in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327: 1376-1370.
4. American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
5. The WHO World Health Organization Mental Health Consortium. (2005) Prevalence, severity, and unmet need for treatment for mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291: 2581-2590.
6. Murray CJL, Lopez AD. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349: 1498-1504.
7. Dewa C, Lesage A, Goering P, Caveen M. (2004) Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthcare Papers* 5(2): 12-25.
8. Bromet EJ, Parkinson DK, Curtis EC, Schulberg HC, Bland H, Dunn LO, Phelan J, Dew MA, Schwartz JE. (1990) Epidemiology of depression and alcohol abuse/dependence in a managerial and professional work force. *Journal of Occupational Medicine*, 32(10): 989-995.
9. Harnois G, Bagriel P. (2000) Mental health and work: Impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organization and the International Labour Organization.
10. Cheng Y, Guo Y, Yeh WY. (2001) A national survey of psychosocial job stressors and their implications for health among working people in Taiwan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74: 495-504.
11. Lu L, Kao SF, Cooper CL, Spector PE. (2000) Managerial stress, locus of control,

and job strain in Taiwan and UK: A comparative study. *International Journal of Stress Management* 7(3): 209-226.

12. Siu O. (2002) Occupational stressors and well-being among Chinese employees: The role of organizational commitment. *Applied Psychology: An International Review*, 51(4): 527-544.

13. Boxer PA, Burnett C, Swanson N. (1995) Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 37(4): 442-452.

14. Von Onciul J. (1996) ABC of work related disorders: Stress at work. *British Medical Journal*, 313: 745-748.

15. Sharif BA. (2000) Understanding and managing job stress: a vital dimension of workplace violence prevention. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(2): 107-116.

16. Michie S. (2002) Causes and management of stress at work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59: 67-72.

17. Levi L. (2005) Working life and mental health--A challenge to psychiatry? *World Psychiatry* 4(1): 53-57.

18. Zhang M, Rost KM, Fortney JC, Smith GR. (1999) A community study of depression treatment and employment earnings. *Psychiatric Services*, 59(9): 1209-1213.

19. Stuart H. (2003) Stigma and work. *Healthcare Papers* 5(2): 100-111.

20. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE, Wittchen HU. (2003) The Prevalence Of Treated And Untreated Mental Disorders In Five Countries. *Health Affairs*, 22(3): 122-133.

21. Di Martino V, Gold D, Schaap A. (ed.) (2002) *Managing health-related problems at work. (SOLVE) Geneva: International Labor Organization.*

22. Centers for Disease Control and Prevention (1999) Suicide prevention among active duty Air Force personnel – United States 1990- 1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48(46): 1053-1057.

23. Mercer Human Resource Consulting Group. (2004) Few Canadian employers addressing workplace mental health issues. <http://www.mercerhr.com/pressrelease/details.jhtml/dynamic/idContent/1148145> (accessed 2005-02-03).
24. Gray P. (2000) Mental health in the workplace: Tackling the effects of stress. London, UK: The Mental Health Foundation.
25. Teich JL, Buck JA. (2003) Mental health services in employee assistance programmes, 2001. *Psychiatric Services*, 54(5): 611.
26. Spiers C. (1996) Suicide in the workplace. *Occupational Health*, 48(7): 247-249.
27. Wasserman D. (ed.) (2001) *Suicide: An unnecessary death*. London: Dunitz
28. Mohandie K, Hatcher C. (1999) Suicide and violence risk in law enforcement: practical guidelines for risk assessment, prevention, and intervention. *Behavioural Sciences and the Law*, 17: 357-376.