



کد سند:
شماره ویرایش:

فرم پیشنهاد اجرای طرح پژوهشی

عنوان طرح:

مطالعه و بررسی نوع خدمات مشاوره در راستای بهبود کیفیت زندگی کارمندان سازمان تامین اجتماعی در عرصه های فردی، خانوادگی و شغلی (نمونه مطالعه در استان تهران)

نوع طرح: بنیادی کاربردی توسعه‌ای

الف) اطلاعات مربوط به مجری و همکاران

• مجری طرح در فاز اول

نام و نام خانوادگی: بیتا فیروز کوهی مقدم	شماره ثبت:	صاحبان امضای مجاز و سمت:
میزان تحصیلات: دانشجوی دکترای	کد ملی: ۰۹۳۰۷۴۹۰۶۵	
محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی - مرتبه علمی:	رشته تحصیلی و گرایش تخصصی: روانشناسی عمومی	
مسئولیت اجرایی:		
نشانی و تلفن منزل: تهران - خیابان مطهری - خیابان شهید وزوایی - کوچه تاک - پلاک ۱		
نشانی و تلفن محل کار: تهران - خیابان شهید احمد قصیر - کوچه دهم - پلاک ۲۰		
تلفن همراه: ۰۹۱۲۷۳۸۳۶۵۷	پست الکترونیکی: bifimo@yahoo.com	

توضیح:
ارائه رزومه شامل مشخصات فردی، سوابق تحصیلی، سوابق شغلی، سوابق علمی، پژوهشی و انتشاراتی و سایر موارد به صورت پیوست الزامی است.
در مورد اشخاص حقوقی ارائه اساسنامه؛ آگهی روزنامه رسمی مبنی بر تأسیس و آخرین تغییرات شرکت، سوابق علمی، پژوهشی و انتشاراتی، و سایر موارد به صورت پیوست الزامی است.

• همکاران طرح

ردیف	نام و نام خانوادگی	تحصیلات و رشته تحصیلی	مرتبه علمی	شغل	نوع همکاری	آدرس ایمیل	تلفن
۱							
۲							
۳							
۴							

*ارائه سوابق علمی، پژوهشی و انتشاراتی هر یک از همکاران در پیوست طرحنامه الزامی است.



ب) اطلاعات مربوط به طرح

۱. عنوان طرح:

مطالعه و بررسی نوع خدمات مشاوره در راستای بهبود کیفیت زندگی کارمندان سازمان تامین اجتماعی در عرصه های فردی، خانوادگی و شغلی (نمونه مطالعه در استان تهران)

۲. بیان مسئله پژوهش:

در حیطه سلامت و بهداشت روان، سه مقوله اصلی وجود دارد که کلیه امور روزمره انسان را تحت تاثیر قرار داده و میتواند موجب شادکامی و رضایت، و یا تلخکامی و نارضایتی گردد و تا عمق زندگی نفوذ کند، که شامل شغل و حرفه، زندگی خانوادگی و زناشویی و ویژگیهای فردی می باشد. واضح است این سه مقوله با کیفیت زندگی که بررسی و بهبود آن در کارکنان سازمان تامین اجتماعی (استان تهران) هدف این پژوهش است، رابطه مستقیم دارند. کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه های فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کنند که با اهداف، انتظارات و معیارهای آنها مرتبط است (دوایی و سینگ ۲۰۰۱) در این نگاه کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته ی محیط، تاثیر می پذیرد و نیز بر ادراک فرد مبتنی است (پوایگدلرز و همکاران، ۲۰۰۴).

از آنجا که مفهوم کیفیت زندگی پیچیده و چند وجهی است، گفته می شود که ترکیب و آمیختن ابعاد مختلف برای فراهم کردن تصویر کاملی از کیفیت زندگی در مورد یک شخص اهمیت دارد. کیفیت زندگی یک فرد وابسته است به حقایق بیرونی و عینی زندگی اش و ادراک درونی و ذهنی که او از این عوامل و نیز از خویشتن دارد (Dissart, ۲۰۰۰, P1۵۹). هدف این پژوهش پرداختن به کیفیت زندگی در سه بعد فردی، خانوادگی و شغلی کارکنان سازمان تامین اجتماعی در سطح استان تهران می باشد. تا پس از احصاء مشکلات بتوان با مداخله های مناسب، حمایت روانشناختی از کارکنان در رابطه با خانواده، خود و مسائل شغلی آنان انجام داد. در این راستا باید ابعادی چون کیفیت زندگی شغلی، کیفیت زندگی خانوادگی و کیفیت زندگی فردی در نظر گرفته شود. زیرا با توجه به پیچیدگی کیفیت زندگی، این ابعاد و اثرات آنها در هم تنیده بوده و جدا از یکدیگر نیستند و نارضایتی در یکی، تاثیر کلی بر روی کیفیت زندگی خواهد داشت.

کیفیت زندگی کاری (شغلی) یا Quality of Work Life که به اختصار QWL نامیده می شود، مکانیسمی است که به منظور طراحی و توسعه محیطهای کاری مناسب برای کارکنان شاغل در تمام سطوح، ارائه شده است. کیفیت زندگی شغلی، نه تنها به دستیابی به رضایت بیشتر انسانی مربوط می شود، بلکه هدف آن بهبود بهره وری، سازگاری و اثربخشی سازمانهاست. QWL شامل تلاش برای دستیابی به یکپارچگی بین نیازهای تکنولوژیکی، انسانی، سازمانی و اجتماعی (عوامل محیطهای کاری) به منظور به حداکثر رساندن منافع برای غنی سازی عامل انسانی است. کیفیت زندگی کاری به جو کلی کار، تاثیر کار بر افراد و اثربخشی سازمانی مربوط می شود. هدف اصلی در این زمینه تغییر محیط کار است که منجر به QWL بهتر و در نهایت بهبود کیفیت زندگی در جامعه می شود. لوید ساتل تعریف



کیفیت زندگی کاری را این‌گونه ارائه می‌دهد: "معیاری است که اعضای یک سازمان خاص می‌توانند به واسطه آن نیازهای شخصی مهمشان را از طریق تجربیات خود در سازمان برآورده کنند". برای مثال، فراهم کردن فرصت‌های فراوان برای مشارکت مستقیم کارکنان در حل مسئله و تصمیم‌گیری، به‌ویژه در زمینه‌های مرتبط با کار، شرط لازم برای آزادی بیشتر در کار تلقی و منجر به خودسازی، خودکنترلی یا رشد شخصی می‌شود. یکی از فاکتورهایی که به شدت بر روی کارآمدی و بهره‌وری کارکنان در سازمان تاثیرگذار هست، کیفیت زندگی کاری است. سرخوردگی، خشم کارکنان و نارضایتی از محیط کار هزینه‌هایی زیادی را برای خود فرد و سازمان ایجاد میکند. شرکت‌هایی که به سنجش و افزایش خشنودی اهمیت نمیدهند با کاهش بهره‌وری، ناتوانی در جذب و نگهداری کارکنان با کیفیت و مستعد مواجه میشوند که نتیجه‌ی آن چیزی جز افزایش هزینه‌ها و کاهش حاشیه سود نهایی شرکت نیست. شاید بتوان گفت هر تصور و برداشتی که از محیط کار در ذهن ما شکل میگیرد، چیزی از جنس کیفیت زندگی کاری است.

نکته‌ای که باید به آن اشاره کرد این است که کیفیت زندگی کاری و رضایت شغلی به یک معنا نیستند و نباید آن‌ها را به جای یکدیگر استفاده کرد. رضایت شغلی یکی از ثمرات و نتایج بهبود کیفیت زندگی کاری است. بررسی کیفیت زندگی کاری یا شغلی از آن نظر حائز اهمیت است که اگر فرد شاغل دچار مشکلاتی همچون سرخوردگی، خشم، استرس، فرسودگی یا بی‌انگیزگی شغلی شود، یا در محل کار با مشکلات و چالش‌های آزار دهنده روبرو باشد، علاوه بر افت بهره‌وری، انرژی روانی لازم برای زندگی خانوادگی او نیز کاهش خواهد یافت و در نتیجه روابط و تعاملات خانواده نیز تحت تاثیر مشکلات شغلی او قرار خواهد گرفت.

خوشبختی در زندگی خانوادگی عمدتاً به دلیل داشتن روابط خوب با اعضای خانواده، دوستان و همکاران حاصل می‌شود. مهارت در ایجاد روابط اجتماعی خوب تاثیر بیشتری بر موفقیت دارد تا مجموعه توانایی‌های ذهنی، تحصیلی و تجربه. مهارت‌های اجتماعی قابل آموختن و قابل یادگیری هستند. ما می‌توانیم از خود شخصیتی قابل احترام پرورش دهیم که کیفیت زندگی خانوادگی و شخصی ما را دگرگون کند. وقتی ما به بررسی اینکه چه کسی هستیم و در روابط با سایرین چه عواملی دارای اهمیت است می‌پردازیم، سپس در حوزه‌های خاصی تصمیماتی اتخاذ می‌نماییم و خود را متعهد به اجرای آنها می‌کنیم و در مرحله بعد خود را مقید می‌کنیم که با این تصمیمات و تعهداتی که برای خود معین کرده‌ایم زندگی کنیم، در راه افزایش کیفیت زندگی خانوادگی و فردی گام بر می‌داریم.

فریش (۲۰۰۲) معتقد است کیفیت زندگی بالاتر به فرد امکان میدهد که در جهت دستیابی به اهداف خود پیش رفته و خوش بینی، خود کارآمدی، فعالیت، انرژی و بهزیستی جسمی بیشتری را تجربه کند. بدین ترتیب میتوان گفت خانواده‌ای که کیفیت زندگی خانوادگی بالاتری را فراهم کرده است در حیطه‌های مختلف زندگی خانوادگی عملکرد بهتری داشته و توان بیشتری برای مقابله موثر با معضلات و استرسها خواهد داشت (نیلفروشان، ۱۳۹۲)

پوستون، تورنبال، پارک، مانان، مارکویزو وانگ (۲۰۰۳) کیفیت زندگی خانوادگی را شرایطی تعریف میکنند که نیازهای خانواده برآورده شود و اعضای خانواده از کنار هم بودن احساس رضایت میکنند و این موقعیت را دارند که کارهایی را که برایشان مهم است انجام دهند. این سوال برای متخصصان خانواده درمانی و زوج درمانی مطرح است که چگونه برخی از ازدواج‌ها، شاد و موفق هستند در حالیکه بقیه ناشاد بوده یا به طلاق می‌انجامند (هولمن و لینفورد، ۲۰۰۱). ازدواج‌های موفق به سلامت روانی، جسمانی و خانوادگی منجر می‌شود حال آنکه ازدواج‌های



ناشاد و ناپایدار هم بر بهزیستی افراد تاثیر سوء می گذارد و هم هزینه های مالی برای جامعه در بردارند (کارول، نپ و هولمن، ۲۰۰۵).

اسلام به عنوان یک مکتب انسان ساز، بیشترین عنایت را به تکریم، تنزیه و تعالی خانواده دارد و این نهاد مقدّس را کانون تربیت و مهد مودّت و رحمت می شمرد و سعادت و شقاوت جامعه انسانی را منوط به صلاح و فساد این بنا میداند و هدف از تشکیل خانواده را تأمین نیازهای مادّی، عاطفی و معنوی انسان از جمله دستیابی به سکون و آرامش برمی شمارد. خانواده گروهی است متشکل از افرادی که از طریق نَسَب یا سبب و رضاع با یکدیگر به عنوان شوهر، زن، فرزندان، مادر، پدر، برادر و خواهر در ارتباط متقابل هستند و فرهنگ مشترکی پدید آورده اند و در واحد خاصی به نام خانواده زندگی می کنند. در یک نگاه ساده متوجه میشویم که عناصر اصلی تشکیل دهنده خانواده، یک زن و یک مرد است که مطابق آداب و رسوم اجتماعی خویش با یکدیگر پیوند زناشویی بسته اند و بعد فرزند یا فرزندی بر جمع آنها افزوده شده است. پس خانواده پیوند عمیق و پایدار جسمی و روحی چند نفر برای زیستن در فضای واحد است، یعنی بدون تحقق این پیوند، خانواده معنایی ندارد. قوام این بنا به میزان پیوند اعضای آن بستگی دارد. بنابراین، جهت تعالی کارایی خانواده لازم است بر تحکیم پیوند و روابط اعضای خانواده تأکید شود. تحکیم روابط در خانواده و میزان کیفیت زندگی خانوادگی، از جمله مهمترین مسایل در سلامت و رشد فرد و خانواده، همچنین پویایی و توسعه همه جانبه در جامعه است.

بر این اساس یکی از عوامل مهم در کیفیت زندگی خانوادگی و کیفیت زندگی فردی (برای افراد متأهل) رضایت مندی زناشویی به عنوان یکی از شاخص های مهم در سلامت روان افراد و کیفیت زندگی است که از عوامل مختلفی تاثیر می پذیرد. هرچه میزان رضایت زناشویی بالاتر باشد، فرد مستعد تجربه عواطف و احساسات مثبت است. مالتبی (Maltby) و همکاران دریافتند افرادی که رضایت از زندگی خانوادگی و زناشویی بالاتری دارند، از سبکهای مقابله ای مؤثر و مناسبتر استفاده میکنند، عواطف و احساسات مثبت عمیقتری را تجربه میکنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. عدم رضایت از زندگی زناشویی با وضعیت سلامتی ضعیفتر، علایم افسردگی، مشکلات شخصیتی، رفتارهای نامناسب و وضعیت ضعیف اجتماعی همبسته است. ازدواج ناهماهنگ، عامل خطری برای افسردگی است. در مقابل رضایتمندی زناشویی با کاهش خطر ابتلا به افسردگی همراه است. همسرانی که اختلاف دارند، افسرده تر هستند و رفتار خصمانه تر و خلقی مضطرب تر دارند. پر واضح است که نیروی تعیین کننده جهت و شیوه حرکت خانواده، زوجین هستند. در دوران معاصر، روابط و سبک زندگی زوجین ایرانی در معرض تغییرات ساختاری قرار گرفته و دگرگونی و پراکندگی بسیاری در آن مشاهده میشود. این امر به نوبه خود میتواند مشکلاتی را در منظومه خانواده ایجاد نموده و حتی آن را به سمت فروپاشی سوق دهد. با این توصیف، اهمیت و ضرورت بررسی رضایتمندی زوجین ایرانی، بیش از پیش آشکار میشود و به همین دلیل یکی از اهداف مهم این پژوهش، کمک به افزایش رضایت مندی زوجین در راستای حمایت از خانواده و فرزندان است.

افزایش مهارت های فردی عامل مهم دیگری در کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روانی فرد است و شامل مهارت هایی ورای مهارت های خاص بهداشتی است. مهارتهای زندگی، توانایی های تطبیق رفتارهای مثبتی هستند که افراد را قادر به رویارویی مؤثر با تفاضهای زندگی روزمره شان می سازد. چنین مهارت هایی شامل مهارتهای فردی، بین فردی، شناختی و فیزیکی می باشد که افراد را قادر به کنترل و مدیریت زندگی می سازد. مهارت های زندگی



فردی شامل سواد خواندن و شمردن، تصمیم‌گیری و حل مسأله، تفکر خلاق و نقاد، هم‌دلی، حمایت متقابل و برقراری ارتباط مؤثر می‌باشد. همچنین سلامت انسان فقط به مفهوم بیمار یا معلول بودن نیست، طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی در شرایطی وجود دارد که فرد دارای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی باشد. که برای داشتن آن باید مجموعه‌ای از شرایط در فرد و محیط پیرامون او به وجود آید. استعمال دخانیات و مصرف مشروبات الکلی، اعتیاد و سوء مصرف مواد، رفتارهای مرتبط با صدمات و جراحات (شامل خشونت) رفتارهای جنسی ناسالم (که منجر به پیامدهایی چون بیماری ایدز می‌شود)، الگوی ناسالم تغذیه، جزء رفتارهای ناسالم محسوب می‌شوند که در فاز دوم این پژوهش، مهارت‌آموزی فردی در حوزه‌های مختلف برای افراد در دستور کار قرار خواهد گرفت.

۳. اهداف پژوهش (اصلی / فرعی)

هدف اصلی:

احصاء مسائل کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه کیفیت زندگی در راستای بند ۸ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری (دامت برکاته)

اهداف فرعی:

- ۱- شناخت انواع خدمات مشاوره در جهت بهبود کیفیت زندگی کارکنان سازمان تامین اجتماعی
- ۲- شناسایی مشکلات روانی کارکنان سازمان تامین اجتماعی در بعد فردی
- ۳- شناسایی مشکلات روانی کارکنان سازمان تامین اجتماعی در بعد خانوادگی
- ۴- شناسایی مشکلات روانی کارکنان سازمان تامین اجتماعی در بعد شغلی
- ۵- بررسی راهکارهای متناسب با مشکلات شناسایی شده
- ۶- پیشنهاد مداخله برای حل مشکلات روانشناختی احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه فردی
- ۷- پیشنهاد مداخله برای حل مشکلات روانشناختی احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه خانوادگی
- ۸- پیشنهاد مداخله برای حل مشکلات روانشناختی احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه شغلی
- ۹- پیشنهاد آموزشهای مهارت‌های لازم
- ۱۰- ارزیابی زود هنگام مداخلات انجام شده در سه بعد فردی، خانوادگی و شغلی
- ۱۱- پیشنهاد برگزاری کارگاهها و نشستهای لازم برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه فردی
- ۱۲- پیشنهاد برگزاری کارگاهها و نشستهای لازم برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه خانوادگی
- ۱۳- پیشنهاد برگزاری کارگاهها و نشستهای لازم برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه شغلی

۴. ضرورت و اهمیت انجام طرح

انسان موجودی اجتماعی است و با تغییرات ساختار زندگی، تمدن و زندگی جمعی تبدیل به ملزومات بقای افراد شده است و به همین دلیل تعاملات و ارتباطات افراد با خانواده، همکاران، و سایر افراد جامعه از جایگاه و اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همان‌طور که قبلاً گفته شد کیفیت زندگی تأثیرات همه‌جانبه‌ای بر زندگی شغلی،

خانوادگی و فردی دارد. خانواده یک نظام اجتماعی و طبیعی با ساختار عاطفی پیچیده است که محبت، وفاداری و تداوم عضویت از ویژگیهای مهم آن است و در صورتی که روابط صمیمی بین زن و شوهر خدشه دار شود، عوارض مخرب و منفی در بهداشت روانی خانواده و فرزندان ایجاد می شود. خانواده به عنوان مهمترین کانون اجتماعی، طیف وسیعی از خدمات عاطفی، جسمانی و حمایتی را برای اعضای خود فراهم می آورد و در عین حال نمایانگر مسیری است که از طریق آن کمک های دولتی و غیردولتی به اشکال مختلف در دسترس تک تک اعضای جامعه قرار می گیرد. خانواده متأثر از عوامل و سیاست های اجتماعی است و اتخاذ سیاست های اجتماعی صحیح، قبل از هر مکان، تأثیر خود را بر خانواده و اعضای آن می نمایاند. خانواده سالم، هزینه های کمتری را تحمیل می کند و مهمترین شاخص یک جامعه سالم است. برای کاربرد موفق سیاست اجتماعی در خانواده با توجه به اهمیت تصمیم ها و اقدامات در بخش های نظیر آموزش، خدمات اجتماعی، اشتغال، بهداشت و سلامت جسمی و روانی، اقتصاد و دارائی و... باید راهبردهایی معقول و مؤثر را برای نفوذ آنها در جهت ایجاد توان لازم در ارتقای سلامت اجتماعی خانواده تدوین کرد.

از سوی دیگر کار یکی از ویژگی های اساسی انسان و شاید مهم ترین ها آنها باشد، کار تجلی تلاش، استعدادها و خلاقیت انسانی است. انسان با کار طبیعت را، جامعه را و در عین حال خود را می سازد اما اگر کار به صورت امری اجباری و تحمیلی درآید، نه تنها باعث شکوفایی استعدادها و تواناییهای انسانی نخواهد شد، بلکه انسان تحت سیطره آفریده های خویش قرار می گیرد. عدم رضایت شغلی سبب میشود که انسان از اساسی ترین ویژگی خود، یعنی آفرینندگی و سازندگی، محروم شود، پیامدهای نارضایتی شغلی فقط به سطح روان شناختی و ابعاد فردی محدود نمی شود، رقابت ها و ستیزه های صنعتی، اعتصابات، و اعمال نظم مستبدانه از طرف مدیریت و دیگر مسائل این چنینی همه محصول عدم رضایت شغلی و تضاد و تعارض مدیران و کارفرمایان با کارکنان است. گاهی نیز این ستیزه شکل پنهانی به خود می گیرد. غیبت از کار، کم کاری، استرس، فرسودگی شغلی و عدم انگیزش شغلی از دیگر عوامل نمایانگر عدم رضایت شغلی است. بدین سبب سالیانه ضررهای هنگفتی نصیب اقتصاد ملی کشورها می شود. سازمان تامین اجتماعی به جهت ماهیت خدمت مدار خود، محیطی سرشار از فشارهای کاری، روحی و روانی می باشد که می تواند تأثیر به سزایی بر عملکرد کارکنان آن داشته باشد. مهارت کاری به گونه ای است که از یک طرف با انواع مراجعه کنندگان با نیازهای متنوع و گوناگون تعامل دارد و از طرف دیگر، در شرایطی چون سوء مدیریت در سازمان، کمبود امکانات و تجهیزاتی ضروری در بخش های مختلف سازمان، و مانند آن قرار می گیرد که باعث بروز واکنش های منفی و پیدایش احساس خستگی و افسردگی در کارکنان می شود. همین امر، بر کاهش بازدهی کارکنان و در نتیجه عدم رضایتمندی کاربران از ارائه خدمات، تأثیرگذار است. از طرف دیگر فرد کارمند با همه این فشار و خستگی، پس از ساعتها کار فرساینده به خانه بر می گردد بدون آنکه انرژی روانی لازم برای خانواده و مسائل مرتبط با آن را داشته باشد.

تمامی این مسائل مویدی است بر لزوم مداخله های درمان در زمینه بهداشت و سلامت روان و مشاوره و مهارت آموزی لازم برای خانواده بزرگ کارکنان سازمان تامین اجتماعی در زمینه های فردی، خانوادگی و شغلی و بالا بردن کیفیت زندگی و اصلاح سبک زندگی آنان. از سوی دیگر باید در نظر داشت که همواره پیشگیری بهتر از درمان است. همچنین ندیده گرفتن مشکلات یا کم اهمیت انگاشتن آنها، می تواند به تدریج سبب عمیق تر شدن و متعدد شدن مشکلات گردد که در آن صورت به مداخلات گسترده تر با زمان و تحمل هزینه بیشتر نیاز است و چه

بسا اگر اقدامات به موقع انجام نشود باعث فروپاشی برخی از خانواده ها، افزایش مشکلات پر خطر فردی مثل خودکشی و یا مشکلات جدی در حوزه کاری و سازمانی گردد.

۵. پیشینه پژوهش (مروری بر مطالعات پیشین و نقد و بررسی آن‌ها)

رضایت و سازگاری زناشویی یکی از گسترده مفاهیم برای تعیین و نشان دادن میزان شادی و میزان پایداری رابطه است. وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساسی ناشی از خوشبختی و رضایت از همدیگر دارند (سینها و مکرگی، ۱۹۹۱).

برخی محققان بر این باورند که هوش هیجانی یا حداقل برخی از جنبه های آن ظرفیت غنی سازی یک ازدواج سازگارانه و توأم با رضایت مطلوب و با ثبات را دارد (گلن، ۱۹۹۵، به نقل از سالاری، ۱۳۸۶). یافته های برخی از پژوهش ها نیز حاکی از آن است که کیفیت هیجانی که مهم ترین نیاز برای تداوم رابطه است، می تواند رضایت زناشویی را پیش بینی کند. همچنین نتایج تحقیقات نشان می دهد که نیازهای صمیمیت بزرگسالان با وضعیت روانی مشترک مادر و کودک پیوسته است (پاپوسک و همکاران، ۱۹۸۹؛ به نقل از کرو و ریذلی، ۱۳۸۴).

صمیمیت در ازدواج غالباً به عنوان یک فرایند پویا توصیف می شود و به طور مثبتی با سازگاری و رضایت زناشویی همراه است (باگاروی، ۱۳۸۷). صمیمیت را یک نزدیکی، تشابه و روابط شخصی عاشقانه یا هیجانی با شخص دیگر می دانند که مستلزم شناخت و درک عمیق از فرد دیگر و همین طور بیان افکار و احساساتی است که نشانه تشابه با یکدیگر است. داده های پژوهشی حاکی از آن است که هم مدلی نیروی موثری برای خوب بودن است. فرد همدل نه تنها در دیگران تغییرات سازنده ایجاد می کند، بلکه با این همدلی به خود نیز کمک می کند تا در جهت مثبت تحول پیدا کند. در واقع همدلی یکی از بهترین نشانه های بلوغ روانشناختی است (بولتون، ۱۳۸۴).

فیزر (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود نشان داد که شادکامی در رابطه با خود و زندگی، احترام به نفس مثبت، تماس با خویشان، احساس خودگردانی، انتظارات واقعی، مهارت های بین فردی خوب، احساس مسئولیت نسبت به دیگران و توانایی حفظ نگرش مثبت با وجود شرایط دشوار، در رضایت زناشویی نقش مهمی دارد. بررسی پیشینه مربوط به رضایتمندی زناشویی و اهمیت آن در کارکرد خانواده می تواند موید این حقیقت نیز باشد که، لحظات غالباً زودگذری که یک زوج به طور روزمره تجربه می کنند، با سلامتی یا وخامت یک رابطه (مثل تعارض، بحث و ناراحتی به عنوان اساس زندگی زوج) مرتبط است (درایور و گاتمن، ۲۰۰۴).

تعارضات زناشویی به عنوان یک عامل خطر برای سلامتی پایین در ازدواج همسران و فرزندان آنان شناسایی شده است. با وجود این مکانیسم های که تعارضات زناشویی از آن طریق روی سلامتی تاثیر می گذارند، به طور کامل روشن نشده. بعلاوه خود تعریف سلامت نیز در تحقیقات مربوط به تعارضات زناشویی متغیر است (ویتسون و ال شیخ، ۲۰۰۵).

به اعتقاد وارینگ و همکاران (۱۹۸۱) نابسامانی ازدواج و عدم خشنودی در زندگی زناشویی به طور معناداری با شیوع اختلالات عاطفی - هیجانی در جمعیت عمومی رابطه دارد. در حالی که ازدواج های رضایت بخش، باعث ارتقاء سلامت همسران و مانع رویدادهای منفی زندگی و مشکلات روانشناختی در آنها می شود. مشکلات و

نابسامانی زندگی زناشویی پیامدهای منفی برای سلامت عاطفی و جسمانی همسران دارد. یافته‌های دیگری نیز حاکی از آن است که ناسازگاری زناشویی با بیماریهای پیشرونده نظیر تغییر در نظام ایمنی، بیماریهای قلبی - عروقی و عملکرد سیستم اندوکرین مرتبط است.

ویتسون و آل شیخ (۲۰۰۳) با بررسی تحقیقات مربوط به رضایتمندی زناشویی و سلامت روان نتیجه‌گیری می‌شود که متأسفانه عدم وجود این عوامل مؤثر در بسیاری از ازدواج‌ها منجر به افزایش نارضایتی زناشویی و عوارض گسترده آن شده است (استامن و سالتز ۱۹۹۳). بیان کرده‌اند که پریشانی‌های فردی، تعارضات زوجین، جدایی‌ها و اثرات آن بر فرزندان، مشکلات مربوط به گسترش یافتن خانواده، دوستان و محل کار به درمان‌های شفابخش، آموزش‌های پیشگیرانه و برنامه‌های غنی‌سازی منجر شده است.

مطالعه‌ای که با استفاده از پرسشنامه GHQ-۱۲ در بریتانیا بر روی پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان‌ها انجام شد حاکی از شیوع ۲۳ درصدی مشکلات روانی دارد (کلانان و همکاران، ۲۰۰۱) و یا مطالعه مشابه دیگری در همین کشور روی ۴۰۶ پزشک عمومی با استفاده از همان پرسشنامه و نقطه برش ۲/۳، شیوع مشکلات روانی را ۵۲٪ گزارش نموده است (اپلتون و همکاران، ۱۹۹۸).

مطالعه میدانی دیگری در بریتانیا روی کارکنان NHS و با استفاده از همان پرسشنامه در دو مقطع زمانی طی سالهای ۹۶-۱۹۹۴ و ۹۸-۱۹۹۶ انجام گرفت، بیش از یک چهارم افراد نمونه مورد بررسی را واجد ملاک‌های اختلال روانی گزارش نمود (بوریل، ۱۹۹۸). انجمن ملی ایمنی حرفه‌ای آمریکا، پرستاری را در راس ۴۰ حرفه با شیوع بالای بیماری‌های مربوط به استرس معرفی کرده و عقیده بر این است که احتمالاً حرفه پرستاری در راس مشاغل پر استرس، در میان مشاغل بهداشتی قرار دارد (فالکنر و مک کی، ۱۹۸۵).

پگاه پروین و احسان کیوه‌ئی (۱۳۹۳) در پژوهشی به "مقایسه سطح سلامت روانی کارکنان بخش درمانی با کارکنان بخش غیردرمانی در شهر همدان" پرداختند. در این پژوهش نیز از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ استفاده شد. این پژوهش به بررسی وضعیت سلامت روانی کارمندان شاغل در دو شرایط کاری متفاوت می‌پردازد، شرایط کاری بیمارستانی که از مشخصات اصلی آن مسئولیت و حجم کاری زیاد، کنترل کاری کم، ارتباط با بیماری و بیماران و کار شیفته می‌باشد و در سوی دیگر یکی از سازمان‌های دولتی غیردرمانی که عمدتاً فاقد مشخصات ذکر شده است. بر اساس نتایج حاصل، ۴۱/۶ درصد پرسنل درمانی و ۴۹ درصد پرسنل غیردرمانی دچار اختلال روانی بودند. فضا رستمی (فصلنامه پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ۱۳۹۵) پژوهش دیگری با هدف غربالگری اختلالات روان پزشکی در میان ۱۰۱۳ نفر از بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۳۹۲ انجام داد. در پژوهش غربالگری اختلالات روان پزشکی در میان بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت استان خراسان رضوی در سال ۱۳۹۳) ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی نود سئوالی (SCL-۹۰) بود که یکی از پرستفاده‌ترین ابزار تشخیص روان پزشکی است. بر اساس نتایج، ۹۱/۶ درصد از بهورزان، سالم و ۳/۲ درصد دارای اختلال و ۵/۲ درصد دارای مشکل و اختلال جدی بودند.

در پژوهش "بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های ایران با استفاده از پرسشنامه GHQ-۲۸: مطالعه متا آنالیز" به برآورد شیوع اختلالات روانی در جامعه دانشجویان ایرانی پرداخته شد (نجف زارع، مریم پرواره، بیژن نوری، مهشید نامداری، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مهر و آبان ۱۳۹۵). در این پژوهش نیز از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. در ۷۷ مطالعه انجام گرفته طی سالهای ۱۳۰۷ تا ۱۳۳۳ در ایران با حجم

نمونه ۴۴۱۱۲ نفر، شیوع کلی اختلالات روانی در دانشجویان ایرانی بر اساس مدل اثرات تصادفی برابر ۳۳/۲٪ بود. شیوع اختلالات روانی در بین دانشجویان ایرانی در بازه زمانی ۱۳۰۷ تا ۱۳۳۳ روند روبه افزایشی داشته است.

۷. سؤالات پژوهش (اصلی و فرعی)

- ۱- آیا مداخلات رفتاری شناختی برای حل مشکلات احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه فردی مفید است؟
- ۲- آیا مداخلات رفتاری شناختی برای حل مشکلات احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه شغلی مفید است؟
- ۳- آیا مداخلات رفتاری شناختی برای حل مشکلات احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه خانوادگی مفید است؟
- ۴- آیا مهارت آموزی برای حل مشکلات احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه فردی مفید است؟
- ۵- آیا مهارت آموزی برای حل مشکلات احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه شغلی مفید است؟
- ۶- آیا مهارت آموزی برای حل مشکلات احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه خانوادگی مفید است؟
- ۷- آیا برگزاری کارگاهها و نشستهای مربی گری (منتورینگ) در حوزه های سلامت جسمانی، سلامت روان، اقتصادی و اجتماعی برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه فردی تاثیری در حل مشکلات دارد؟
- ۸- آیا برگزاری کارگاهها و نشستهای مربی گری (منتورینگ) در حوزه های سلامت جسمانی، سلامت روان، اقتصادی و اجتماعی برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه خانوادگی تاثیری در حل مشکلات دارد؟
- ۹- آیا برگزاری کارگاهها و نشستهای مربی گری (منتورینگ) در حوزه های سلامت جسمانی، سلامت روان، اقتصادی و اجتماعی برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه شغلی تاثیری در حل مشکلات دارد؟
- ۱۰- آیا برگزاری کارگاهها و نشستهای مربی گری (کوچینگ) در حوزه ارتقاء توانایی ها ، عملکرد و کارآمدی برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه فردی تاثیری در حل مشکلات دارد؟
- ۱۱- آیا برگزاری کارگاهها و نشستهای مربی گری (کوچینگ) در حوزه ارتقاء توانایی ها ، عملکرد و کارآمدی برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه خانوادگی تاثیری در حل مشکلات دارد؟
- ۱۲- آیا برگزاری کارگاهها و نشستهای مربی گری (کوچینگ) در حوزه ارتقاء توانایی ها ، عملکرد و کارآمدی برای کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه شغلی تاثیری در حل مشکلات دارد؟

۸. فرضیه های پژوهش (در صورت لزوم)

- ۱- مداخله شناختی رفتاری در حل مشکلات احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی در حوزه کیفیت زندگی در راستای بند ۸ سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری (دامت برکاته) تاثیر دارد

۹. زمینه‌های استفاده و کاربرد نتایج تحقیق

پژوهش حاضر اطلاعات مفید و کاربردی را در مورد مسائل جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی کارکنان سازمان تامین اجتماعی در پی دارد. مداخلات مناسب مثل انواع رویکردهای شناختی-رفتاری میتواند در حل مسائل احصاء شده موثر بوده و به رفع کامل یا کمتر شدن مشکلات کارکنان سازمان منجر شود که قطعاً کم‌رنگ شدن مشکلات کارکنان سازمان در حوزه‌های فردی، خانوادگی، و شغلی باعث افزایش بازده این افراد در سازمان و خدمات رسانی بهتر و رضایت بالاتر مراجعان می‌شود. هم‌چنین میتوان با استفاده از روشهای مربی‌گری کوچینگ و منتورینگ مهارتهای لازم را به کارکنان در حوزه‌های فوق آموزش داد.

۱۰. کاربرد نتایج تحقیق برای سازمان تأمین اجتماعی (یا حوزه رفاه و تامین اجتماعی)

پژوهش حاضر اطلاعات مفید و کاربردی را در مورد مسائل جسمی، روانی، اقتصادی و اجتماعی کارکنان سازمان تامین اجتماعی در پی دارد. مداخلات مناسب مثل انواع رویکردهای شناختی-رفتاری میتواند در حل مسائل احصاء شده موثر بوده و به رفع کامل یا کمتر شدن مشکلات کارکنان سازمان منجر شود که قطعاً کم‌رنگ شدن مشکلات کارکنان سازمان در حوزه‌های فردی، خانوادگی، و شغلی باعث افزایش بازده این افراد در سازمان و خدمات رسانی بهتر و رضایت بالاتر مراجعان می‌شود. هم‌چنین میتوان با استفاده از روشهای مربی‌گری کوچینگ و منتورینگ مهارتهای لازم را به کارکنان در حوزه‌های فوق آموزش داد.

۱۱. نوع و روش تحقیق

نظر به اینکه هدف اصلی از انجام پژوهش بررسی موضوعات به روش میدانی است می‌توان گفت پژوهش مذکور از نظر هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه در این پژوهش از روش‌های مطالعه کتابخانه‌ای و نیز روش‌های میدانی نظیر پرسشنامه استفاده شده است، می‌توان بیان کرد که پژوهش حاضر بر اساس ماهیت و روش گردآوری داده‌ها، یک پژوهش توصیفی-پیمایشی است.

۱۲. محدوده زمانی و مکانی تحقیق

سازمان تامین اجتماعی تهران - دی ماه سال ۱۴۰۱ الی دی ماه سال ۱۴۰۲

۱۳. جامعه آماری پژوهش (جمعیت مورد مطالعه)

این تحقیق بر روی ۱۱۳۱۳ نفر کارکنان سازمان تامین اجتماعی استان تهران شامل ۵۷۲۱ نفر زن و ۵۵۹۲ نفر مرد انجام خواهد شد.

۱۴. روش نمونه‌گیری و حجم نمونه (در صورت استفاده از نمونه‌گیری در تحقیق)

پرسشنامه‌ها برای همه افراد شاغل در سازمان تامین اجتماعی تهران ارسال شده و داده‌های همه آنها وارد مطالعه خواهد شد. سپس افراد به طور داوطلبانه وارد پژوهش خواهند شد. بنابراین روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری خواهد بود و مطالعه نیاز به نمونه‌گیری خاصی ندارد.

۱۵. تکنیک گردآوری داده‌ها (روش گردآوری داده‌ها و ابزار تحقیق)

در مرحله اول (پیش‌آزمون) از پرسشنامه آزمون سلامت عمومی کلدبرگ GHQ، برای احصاء مسائل کارکنان سازمان تامین اجتماعی در استفاده خواهد شد. پرسشنامه در یک بستر به صورت آنلاین برای کارکنان



ارسال شده و هر شخص یک کد یکتا خواهد داشت که در فاز دوم برای مداخله و سپس پس از آزمون مورد نیاز خواهد بود. نکته اینکه از سال ۱۳۹۷ تاکنون به گام به گام برای بخش‌های مختلف سازمان خواهد بود تا بتوان نتایج را به تدریج تحلیل و فازهای بعدی را سریع‌تر شروع کرد. آزمون سلامت عمومی (GHQ) به بررسی وضعیت روانی و جسمانی فرد در یک ماهه اخیر می‌پردازد و شامل نشانه‌هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه‌هایی از رفتار قابل مشاهده است که بر موقعیت اینجا و اکنون تأکید دارد. آزمون سلامت عمومی دو نگرانی اصلی را شناسایی می‌کند (ناتوانی در انجام عملکردهای عادی و ظهور پدیده‌های جدید و ناراحت کننده). این آزمون به ما نشان می‌دهد که وضع عمومی سلامت افراد در چند هفته گذشته، چگونه بوده است. تست سلامت عمومی GHQ چهار مقیاس اصلی را می‌سنجد: علائم جسمانی، علائم افسردگی، علائم اضطرابی و اختلال خواب و علائم کارکرد اجتماعی. زیر مقیاس اول (A-GHQ) دربرگیرنده نشانه‌های بدنی شامل موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنها است. زیر مقیاس دوم (B-GHQ) دربرگیرنده موادی درباره اضطراب و بی‌خوابی است. زیر مقیاس سوم (C-GHQ) نارسا کنشوری اجتماعی فرد را نشان می‌دهد و گستره توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسایل زندگی روزمره می‌سنجد و زیر مقیاس چهارم (D-GHQ) موادی را در بر می‌گیرد که میزان افسردگی و گرایش فرد به خودکشی را اندازه‌گیری می‌کند.

تست سلامت عمومی GHQ توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹ توسعه یافت و بر اساس تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه ۶۰ سوالی اصلی است. آزمون سلامت عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به عنوان طبقه کلی از آنهایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن، ایجاد تمایز بین مشکلات روانی و سلامت است. آزمونی که در این پژوهش استفاده خواهد شد نمونه ۲۸ سوالی GHQ خواهد بود.

آزمون سلامت عمومی GHQ از زمان توسعه خود به ۳۸ زبان ترجمه شده است که نشان دهنده اعتبار صوری آن در بین فرهنگ‌ها است. از این جهت دارای پایایی و روایی لازم می‌باشد.

لازم به ذکر است که این پژوهش در ۵ فاز انجام خواهد شد. فاز اول توسط موسسه و به صورت درون‌سپاری انجام خواهد شد و نتایج تجزیه و تحلیل به دست آمده از این فاز در اختیار مجری فاز دوم قرار خواهد گرفت. فاز دوم شامل برنامه ریزی برای مداخلات مورد نیاز روان‌شناختی خواهد بود. فاز سوم در رابطه با احصاء مشکلات جسمانی کارکنان، فاز چهارم مشکلات اقتصادی و در فاز پنجم مشکلات اجتماعی کارکنان سازمان تامین اجتماعی استان تهران احصاء و آموزش و مداخلات لازم توسط مجری هر فاز انجام خواهد شد. هم‌چنین برای هر یک از فازهای ۲ تا ۵ پس از فراخوان مجری انتخاب و موظف است پروپزال مربوطه را به شورای پژوهشی موسسه ارائه نماید. در پژوهش حاضر پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام خواهد شد.

۱۶. تکنیک تجزیه و تحلیل داده‌ها

از روش داده کاوی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده خواهد شد.

۱۷. محدودیت‌های احتمالی پژوهش



ممکن است برخی از کارکنان سازمان تمایل به شرکت در پژوهش نداشته باشند در این صورت باید نمونه را به صورت از جامعه در دسترس به صورت خوشه ای انتخاب نمود.

۱۸. مراحل انجام کار، شرح خدمات و خروجی هر مرحله

- فاز ۱- ارسال پرسشنامه به کارکنان سازمان تامین اجتماعی در سطح تهران و تجزیه و تحلیل آن
فاز ۲- مداخلات روان شناختی در مورد مسائل روانی احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی
فاز ۳- مداخلات پزشکی در مورد مسائل جسمانی احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی
فاز ۴- مداخلات روان شناختی در مورد مسائل اقتصادی احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی
فاز ۵- مداخلات روان شناختی در مورد مسائل اجتماعی احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی

۱۹. مزیت نسبی محقق در انجام پژوهش (سابقه پژوهشی، تألیف و ترجمه در این حوزه)

۲۰. فهرست منابع و مآخذی که در تدوین پژوهش از آنها استفاده شده است

۱. نوری، قاسم و محمد خانی، پروانه (۱۳۸۶). برنامه ی آموزش مهارت های زندگی. تهران، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور پیشگیری.
۲. نیکلسون، دالاولایزر، هری (۱۳۸۴). بررسی مشکلات نوجوانان. ترجمه ستاره آخوندی. تهران: همشهری.
۳. عزتی، مرتضی؛ «اثر ایمان مذهبی بر رفتار مصرفکننده مسلمان»؛ فصلنامه علمی پژوهشی اقتصاد اسلامی، ش ۱۱، ۱۳۸۲.
۴. احمدیفر، مصطفی و محمدعلی رضایی اصفهانی؛ «تأمین بهداشت روانی اقتصاد و تقویت آن از دید آموزه های دینی»؛ پژوهشهای میانرشتهای قرآن کریم، س ۲، ش ۴، ۴ش رحیمی یگانه، زهرا. (بی تا). خانواده موقف. اصفهان: انتشارات حدیث راه عشق.
- Appleton, K., House, A., & Dowell, A. (۱۹۹۸). A survey of job satisfaction, source of stress and psychological symptoms among GPs in Leeds. British Journal of General Practice, ۴۸, ۱۰۵۹-۱۰۶۳.
- Borrill, C. S., Wall, E. D., & West, M. A., et al. (۱۹۹۸). Stress among staff in NHS Trusts: Institute of Work Psychology, University of Sheffield,
- Carroll, J. S. Knapp, S. J. and Holman, T. B. (۲۰۰۵). Theorizing about marriage. cited in: Bengston, V. L. Acock, A.c. Allen, K. R. Dilworth - Anderson, P. and Klein, D. M. Source Book of Family Theory & Research. California. sage publications.
- Brown, L. and Brown. M. (۲۰۰۴). Dinosaurs Divorce: A Guide for Changing Families. Boston. M A: Little Brown.
۵. Sanaei Zaker B, Baghernezhad R. [Investigation of marital dissatisfaction in couples who tend to divorce (Persian)]. Danesh and Pajooresh in psychology ۰۱; ۱۵: ۶۱-۷۸. ۲.
۶. Sapingtone A. Mental health. Shahi baravati H. (Persian translator) ۱ st ed. Tehran; Ravan Publication ۲۰۰۱: ۲۲-۳.

۷. Halford WK. Brief therapy for couples: Helping partners help themselves. Tabrizi M, Kardani M, Foroogh J.(Persian Translators) 1st ed. Tehran; Fararavan Publication ۲۰۰۵: ۳۰-۱.
۸. Shackelford R, Besser M, Goetz DF. Or better or for worse: Marital well-being of newlyweds. *Journal of Counseling Psychology* ۲۰۰۷; ۱۴: ۲۲۳- ۴۲.
۹. Myers DG, Diener ED. Who is happy? *Psychological Science* ۱۹۹۵; ۶(۱): ۷۹-۱۱۴.
۱۰. Maltby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. *Br J Psychol.* ۲۰۰۴; ۹۵(۴): ۴۱۱-۲۸. ۱۱: ۲۰۰۰.۲۳(۱): ۹۵-۱۰۵.
۱۱. Douaihy, A., Singh N. (۲۰۰۱). Factors affecting quality of life in patient with HIV infection, *Aids reader*, ۱۱(۹), ۶۲۲- ۹۰.
۱۲. Hendriks, V. M. (۱۹۹۰). Psychiatric disorders in a Dutch addict population: rates and correlates of DSM- III diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۵۸, ۱۵۸-۱۶۵
۱۳. Puigdollers, E., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Torrens, M., Alvaros, J., Castillo, C., Magri, N., Martin, S., Vasques, J. M. (۲۰۰۴). Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. *Substance Use & Misuse*, ۳۹(۹), ۱۳۵۳-۱۳۶۸.
۱۴. Bradbury TN, Finchman FD, Beach SR. Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage & Family* ۲۰۰۰; ۶۲: ۹۶۴-۸۰.
۱۵. Karny B, Bradbury TN. Marital satisfaction in intimate relationship. *Journal of Marriage & Family* ۲۰۰۰; ۶۳(۲): ۵۰۴- ۱۳.

ج) زمان بندی اجرای طرح

زمان اجرا (ماه)																		طول مدت (ماه)	هزینه هر مرحله	سهم هر مرحله در کل طرح*	مراحل انجام کار	
۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱					
																		۳	درون سپاری	۲۰%	فاز یک	۱
																		۸	برون سپاری	۵۰%	فاز دو	۲
																		۴	برون سپاری	۱۰%	فاز سه	۳
																		۴	برون سپاری	۱۰%	فاز چهار	۴
																		۴	برون سپاری	۱۰%	فاز پنج	۵

* هر مرحله در ۱۰۰ درصد پروژه چند درصد کار را به خود اختصاص می دهد؟

د) هزینه‌های طرح

۱. جدول تحلیل اولیه هزینه‌های نیروی انسانی طرح

فاز	عنوان مرحله (در صورت متوسط و کلان بودن طرح)	سهم از کل پروژه	نفر ساعت	هزینه (ریال)
فاز اول	<ul style="list-style-type: none"> - مطالعه ابعاد نظری موضوع - مطالعه ادبیات موضوع - ایجاد بستر شناسایی، ثبت و ذخیره داده های مورد نیاز - گردآوری مسائل کارکنان سازمان تامین اجتماعی ذیل بند ۸ سیاستهای ابلاغی (طی پرسشنامه های باز) و تجزیه و تحلیل و طبقه بندی موضوعی مسائل دریافت شده - تهیه و تدوین پرسشنامه (محقق ساخته یا موجود) متناسب با مشکلات احصاء شده کارکنان سازمان تامین اجتماعی - ارسال پرسشنامه به جامعه هدف در مرحله پیش آزمون - بررسی و تحلیل پرسشنامه ها 	۲۰٪	۵۷۶ ساعت	درون سپاری
فاز دوم	مداخلات سلامتی و بهداشت روانی	۵۰٪		
فاز سوم	مداخلات سلامتی و بهداشت جسمی	۱۰٪		
فاز چهارم	مداخلات اقتصادی	۱۰٪		
فاز پنجم	مداخلات اجتماعی	۱۰٪		

۲. هزینه نیروی انسانی

ردیف	نام و نام خانوادگی	میزان حق الزحمه به ازای هر ساعت کار (به ریال)	ساعات کارکرد در ماه	کل ساعات کارکرد	کل حق الزحمه
------	--------------------	---	---------------------	-----------------	--------------



کد سند:
شماره ویرایش:

۶۵۵,۶۹۷,۰۸۸	۵۷۶	۱۹۲	۱۱۳۸۳۶۳	بیتا فیروز کوهی مقدم	۱
					۲
					۳
					جمع

۳. سایر هزینه ها:

مبلغ هزینه (به ریال)	نوع هزینه	ردیف
		جمع

۴. جمع هزینه ها:

مبلغ هزینه (به ریال)	نوع هزینه	ردیف
	هزینه نیروی انسانی	۱
	سایر هزینه ها	۲
		جمع

اینجانب صحت کلیه مطالب مندرج در طرحنامه را تأیید می‌نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری:

امضا: