

سلامت روان‌شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران

دکتر اسماعیل بیابانگرد*، فاطمه جوادی**

به منظور شناخت میزان سلامت روان شناختی نوجوانان و جوانان 15 تا 30 ساله تهرانی، 464 نفر از آنان با روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از مناطق بیست و دوگانه شهرداری تهران انتخاب شدند. آزمون 28 ماده‌ای «سلامت عمومی کلدبرگ» (Goldberg) به صورت انفرادی بر روی پاسخ‌گویان اجرا شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها نتایج نشان داد، 29/3 درصد افراد، بیمار یا مشکوک به بیمار روانی هستند؛ اختلال در کارکرد اجتماعی، شایع‌ترین اختلال در بین پاسخ‌گویان بوده است؛ سلامت مردان بیش از زنان و افراد مجرد بیش از متأهل بوده است؛ با افزایش سن از میزان سلامت روانی افراد کاسته شده است؛ دانش‌آموزان از بیش‌ترین سلامت روانی و افراد بیکار و خانم‌های خانه‌دار از کم‌ترین سلامت روانی برخوردار بوده‌اند.

کلید واژه‌ها: تهران، جوانان، سلامت روان‌شناختی، نوجوانان

* روان‌شناس، عضو هیأت علمی و مدیر گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی. <biabanvond@yahoo.com>
** دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

تاریخ دریافت مقاله: 1383/3/18 تاریخ پذیرش مقاله:

1383/6/3

مقدمه

بیماری‌های روانی امروزه در سراسر دنیا و به نسبت بیش‌تری در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. طبق نظر کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، بیش از 1500 میلیون نفر از جمعیت جهان از اختلالات عصبی - روانی و روانی - اجتماعی رنج می‌برند (حسینی، 1380) و نزدیک به 20 درصد از کل مراجعان به مراکز بهداشتی عمومی در جهان را تشکیل می‌دهند. (سارتوریوس*، نقل از یعقوبی، 1374).

رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع در ساختارهای اجتماعی، فروپاشی خانواده‌ها، تغییر شیوه زندگی مردم، افزایش مشکلات اجتماعی، اقتصادی و... همه از عواملی هستند که می‌توانند بر شیوع بیماری‌های روانی و در نتیجه سلامت روانی جامعه تأثیر بگذارند.

سلامت روانی با عواطف، تفکر و رفتار آدمی ارتباط دارد. فردی که از سلامت روانی خوبی برخوردار است معمولاً می‌تواند با حوادث روزافزون و مشکلات روزمره مقابله کند؛ اهداف خود را در زندگی دنبال کند و عملکرد مؤثری در جامعه داشته باشد (نقل از اینترنت، 1999).

سلامت روان در واقع زمینه رشد مهارت‌های فکری و ارتباطی را فراهم می‌کند و باعث رشد عاطفی، انعطاف‌پذیری و عزت نفس آدمی می‌شود. عملکرد موفقیت‌آمیز کارکردهای ذهنی و در نتیجه انجام

* Sartorius

فعالیت‌های سازنده، داشتن روابط مناسب با دیگران، توانایی سازگاری با تغییرات و رویارویی مؤثر با حوادث ناگوار زندگی همه از پیامدهای داشتن سلامت روانی محسوب می‌شود (نقل از اینترنت، 2002).

1) سابقه پژوهش

تاکنون تعاریف متفاوتی از سلامت روانی ارائه شده است: فقدان بیماری، داشتن تعادل عاطفی، سازش اجتماعی، احساس راحتی و آسایش، یکپارچگی شخصیت، شناخت خود و محیط و بسیاری تعاریف دیگر. آنچه در بررسی تعاریف مختلف سلامت روانی دیده می‌شود، اختلاف نظریه‌هایی است که بین اندیش‌مندان و صاحب‌نظران روان‌شناسی وجود دارد. برخی از این نظریه‌پردازان مانند آلپورت، اریک فروم، راجرز، مازلو، اریکسون، یونگ و فرانکل به جنبه سالم طبیعت آدمی می‌پردازند.

این روان‌شناسان در تلاش برای غنا بخشیدن شخصیت انسان هستند و نگرش منحصر به فردی در خصوص رشد روانی و کمال انسانی عرضه می‌کنند. به اعتقاد آنان سلامت روانی بسی‌بیش از روان‌نژندی و یا روان‌پریش نبودن است (شولتز، 1369).

در مقابل، گروه دیگری از روان‌شناسان در تعریف سلامت روان به تعریف رفتار ناهنجار یا بیماری روانی می‌پردازند و سپس نتیجه می‌گیرند که سلامت روان در واقع مساوی با عدم بیماری روانی است. در این دیدگاه، ابتدا برای بیماری روانی ملاک‌هایی ارائه می‌شود که داشتن هر یک از این ملاک‌ها به تنهایی و یا به صورت جمعی، می‌تواند نشان‌گر وجود اختلال روانی باشد. این ملاک‌ها عبارتند از: داشتن رفتار غیرانطباقی، انحراف از متوسط، پریشانی شخصی، انحراف از هنجارهای

اجتماعی و اختلال در کارکرد اجتماعی. براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی نه فقط فقدان بیماری و نقص عضو است بلکه حالت رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی را نیز دربرمی‌گیرد (کوریتس، 1381).

سلامت روان طبق این تعریف مفهوم گسترده تر و فراتری از عدم بیماری دارد. این تعریف در واقع تلفیقی است از نظریات روان شناسان کمال و روان‌شناسانی که سلامتی را فقدان بیماری می‌دانند. بنابراین می‌توان گفت سلامت روان در اثر مجموع تلاش‌هایی حاصل می‌شود که هم در زمینه بهداشت روانی و هم ارتقای رفاه کامل انسان ها صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر، پیش‌گیری از بروز اختلالات روانی، تشخیص و درمان زودهنگام بیماری‌ها و کمک به رفع معضلات و مشکلات ناشی از ابتلا به اختلالات روانی، فقط بخشی از سلامت روانی است. بخش مهم دیگر سلامت روانی، در گروی شکوفایی توان و استعدادهاي بالقوة افراد جامعه، شادکامی انسان‌ها و رشد و تحول هماهنگ آنان در زندگی است.

در این مطالعه، با تأکید بر این موضوع، که برای داشتن سلامت حقیقی، رهایی از بیماری روانی کافی نیست، سعی شده که به نخستین گام ضروری سلامتی، که همانا فقدان بیماری، معلولیت و ناتوانی است توجه بیش تری شود و شیوع اختلالات روانی و عاطفی به عنوان مهم ترین و ضروری ترین عنصر پیش‌نیاز سلامتی تحت مطالعه قرار گیرد؛ زیرا هر تلاشی که برای رشد و گسترش رفاه کامل روانی، جسمانی و اجتماع ی صورت گیرد؛ بدون توجه به مقدمه آن، یعنی نداشتن بیماری روانی و عاطفی، چندان اثربخش نخواهد بود.

مجموعه مطالعاتی که تاکنون با مبنا قرار دادن همین بُعد از سلامت روانی، به بررسی همه گیرشناسی

اختلالات روانی در مناطق مختلف شهری و روستایی کشور پرداخته است، نشان می‌دهد که میزان شیوع این نوع اختلالات بین 11/7 (باش، 1342) تا 43/2 (داویدیان و همکاران، 1353) در نوسان بوده است. تفاوت موجود در نتایج مطالعات مذکور، غیر از عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و روانی می‌تواند ناشی از تفاوت در روش تحقیق، جامعه تحت مطالعه، روش نمونه‌گیری و تنوع ابزارهای تشخیصی باشد؛ لیکن نتایجی که در مطالعات اخیر دیده می‌شود یعنی شیوع 23/84 درصدی بیماری‌های روانی در افراد 15 سال به بالای مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا (یعقوبی، 1374)، شیوع 23/75 درصدی این اختلالات در افراد 15 سال به بالای شهرک اشان (پالاهنگ، 1375) و شیوع 24/2 درصدی این بیماری‌ها در افراد 15 سال به بالای مناطق شهری و روستایی نطنز (امیدی و همکاران، 1381)، همه حاکی از بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در افراد مختلف جامعه بیش از ارقام مورد انتظار و آمارهای جهانی است.

این موضوع اهمیت بررسی میزان شیوع بیماری‌های روانی نوجوانان و جوانان تهرانی را که در بافت فرهنگی و اجتماعی پیچیده‌تری زندگی می‌کنند و با مشکلات اقتصادی و اجتماعی گسترده‌تری روبرو هستند پررنگ‌تر می‌کند؛ چرا که نسل جوان، نسل فعال و سازنده کشور بوده‌اند و پیکره اصلی ساختار اجتماعی و اقتصادی جامعه را تشکیل می‌دهند.

(2) روش

این تحقیق به روش پیمایشی بر روی جامعه آماری، کلیه نوجوانان و جوانان 15 تا 30 ساله ساکن در مناطق بیست و دوگانه شهر تهران انجام گرفته است

که از این میان 464 نفر به روش نمونه گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. به این ترتیب که در مرحله نخست از بین بلوک‌های ساختمانی، تعدادی بلوک انتخاب و به بلوک‌های مجازی 50 خانواری تبدیل شده‌اند. سپس در مرحله دوم با استفاده از متغیر اصلی طرح، تعداد و شماره پلاک‌های خانوارهای نمونه در هر یک از بلوک‌های مجازی مشخص شده است. در مرحله سوم در هر یک از خانوارهای انتخاب شده، پرسش‌گر با اولین فرد 15 تا 30 ساله که روبه‌رو شده مصاحبه کرده است. میزان سلامت روان‌شناختی آزمودنی‌ها، با استفاده از پرسش‌نامه 28 سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ اندازه‌گیری شد. علاوه بر این، اطلاعات فردی پاسخ‌گویان نیز از طریق سؤالاتی که ضمیمه پرسشنامه سلامت عمومی بود جمع‌آوری شد. پرسشنامه سلامت عمومی یکی از مناسب‌ترین ابزارهای غربالگری است که در دهه‌های 1980 و 1990 به دفعات برای تعیین سلامت عمومی افراد در کشورهای مختلف به کار گرفته شده است (هومن، 1377). این پرسشنامه از مجموعه سؤالاتی تشکیل یافته است که پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی را که در اختلالات مختلف روانی وجود دارد بررسی می‌کند و می‌تواند بیماران روانی را به عنوان یک طبقه کلی، از افراد سالم متمایز کند (دادستان، 1377).

پرسشنامه مذکور، علاوه بر یک نمره ک‌لی برای سلامت عمومی، 4 نمره در هر یک از خرده‌مقیاس‌های خود، یعنی نشانه‌های بدنی یا جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، به دست می‌دهد که می‌توان براساس آن میزان شیوع اختلالات مذکور را نیز در جمعیت تحت مطالعه بررسی کرد.

پرسشنامه GHQ به صورت 4 گزینه‌ای طراحی شده است و پاسخ آزمودنی به هر سؤال در یک طیف چهار درجه‌ای «اصلاً، در حد معمول، به مراتب بیش تر از حد معمول، تقریباً بیش تر از حد معمول» مشخص می‌شوند.

در همه گزینه‌ها، درجات پایین، حاکی از سلامتی و درجات بالا نشان دهنده فقدان سلامتی یا وجود ناراحتی در افراد است. با توجه به این که برای نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت (0-1-2-3) استفاده شد. حداکثر نمره آزمودنی‌ها می‌توانست 84 باشد. نقطه برش برای تفکیک افراد سالم از بیمار با توجه به تحقیقات انجام شده در ایران نمره 23 و در هر یک از خرده مقیاس‌ها، نمره 14 تعیین شد. به‌طور معمول دو شاخص بسیار مهم برای اعتبار پرسشنامه‌های غربالگری وجود دارد که عبارتند از حساسیت و ویژگی. حساسیت آزمون غربالگری به معنای نسبت بیماران درست شناسایی شده یا مثبت واقعی است. ویژگی، عبارت از تشخیص درست افراد سالم از گروه بیمار است. یکی دیگر از روش‌های تعیین اعتبار پرسشنامه‌های غربالگری محاسبه ضریب همبستگی آن با سایر پرسشنامه‌های مشابهی است که برای غربالگری اختلالات روان‌شناختی کارایی داشته‌اند (هومن، 1377).

طبق گزارش گلدبرگ، فراتحلیلی که تا سال 1988 بر روی 43 مطالعه در باب اعتبار GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام شده است، نشان می‌دهد که متوسط حساسیت GHQ-28، 84 درصد (بین 77 تا 89) و متوسط ویژگی آن برابر با 82 درصد (بین 78 تا 85) بوده است (یعقوبی 1374). در 1976 گلدبرگ و همکارانش همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای GHQ و SCL-90 را بر روی 244 آزمودنی، 0/78 گزارش کرده‌اند

(هومن، 1377). مطالعه پالاهنگ (حساسیت و ویژگی GHQ-28 بر روی 619 نفر از ساکنان 15 سال به بالای مناطق شهری و روستایی کاشان) 78 و 88 درصد برای مردان و 79 و 89 درصد برای زنان گزارش کرده است. یعقوبی در مطالعه خود، حساسیت و ویژگی این آزمون را بر روی نمونه 625 نفری از ساکنان 15 سال به بالای مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا، 82 و 86/5 درصد به دست آورد. هومن در مطالعه خود که بر روی 751 نفر از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم انجام داده، حساسیت و ویژگی GHQ-28 را 76 و 83 گزارش کرده است.

ضریب پایایی GHQ-28 در مطالعه پالاهنگ در فاصله زمانی 10 روزه با روش آزمون مجدد 0/91 به دست آمده است. یعقوبی ضریب پایایی آن را با روش آزمون مجدد در فاصله 2 هفته‌ای و روش آلفای کرونباخ 0/88 گزارش کرده و هومن، ضریب همابستگی کل مقیاس را با خطای استاندارد 0/83-5/848 برآورد کرده است.

3) روش جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه GHQ به روش مصاحبه حضوری در تاریخ 81/11/12 با مراجعه به منازل افراد نمونه تکمیل شده است.

4) نتایج

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های t برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، همبستگی پیرسون و t کندال، رگرسیون و آزمون کروسکال والکیس استفاده شد. در جدول شماره 1، اطلاعات فردی پاسخ‌گویان آورده شده است.

جدول 1: توزیع افراد نمونه به تفکیک جنس، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات، فعالیت و درآمد ماهیانه

| | | | |
|------|---------|-------|------------|
| درصد | فراوانی | | |
| 47/4 | 220 | زن | جنس |
| 52/6 | 244 | مرد | |
| 62/7 | 291 | مجرد | وضعیت تأهل |
| 37/3 | 173 | متأهل | |

ادامه جدول 1

| | | | |
|------|-----|-------------------------|---------------|
| 38/6 | 179 | 15-19 | سن |
| 61/4 | 285 | 20-30 | |
| 0/6 | 3 | بی‌سواد | تحصیلات |
| 18/8 | 87 | ابتدایی و راهنمایی | |
| 23/5 | 109 | دبیرستان | |
| 38/8 | 180 | دیپلم و پیش‌دانشگاهی | |
| 18/3 | 85 | عالی* | فعالیت |
| 27/8 | 129 | دانش‌آموز | |
| 9/3 | 43 | دانشجو | |
| 27/6 | 128 | خانه‌دار | |
| 1/3 | 6 | سرباز | |
| 10/1 | 47 | بی‌کار | |
| 23/9 | 111 | شاغل | درآمد ماهیانه |
| 30/8 | 143 | کمتر از 100 هزار تومان | |
| 38/6 | 179 | 101-200 | |
| 11/9 | 55 | 201-300 | |
| 1/9 | 9 | 301-400 | |
| 2/8 | 13 | بیشتر از 400 هزار تومان | |
| 14 | 65 | بی‌جواب | |
| 100 | 464 | جمع | |

* تحصیلات بالاتر از دیپلم، ش امل فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر از لیسانس در این گروه قرار گرفته‌اند.

– میانگین سن پاسخ‌گویان 21/78 سال با انحراف استاندارد 4/63 بوده است.

– میانگین تحصیلی پاسخ‌گویان 11/02 سال با انحراف استاندارد 2/98 بوده است؛ یعنی به طور متوسط تحصیلات پاسخ‌گویان تا کلاس سوم دبیرستان بوده است.

– متوسط درآمد ماهیانه پاسخ‌گویان مبلغ 165/60 هزار تومان با انحراف استاندارد 104/69 بوده است.

1-4) میزان سلامت روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن

الف) نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت عمومی در بین 464 نفر پاسخ‌گویی نوجوان و جوان این مطالعه، 30/61 بوده است و با 95 درصد اطمینان می‌توان گفت که میانگین نمره سلامت عمومی افراد جامعه آماری بین 29/46 و 31/77 قرار داشته است. همچنین انحراف استاندارد و یا به عبارت دیگر میزان پراکندگی نمرات پاسخ‌گویان 12/65 بوده است. لازم به یادآوری است که حداکثر نمره‌ای که فرد می‌توانسته است در این مطالعه با روش نمره گذاری لیکرت به دست آورد، 84 بوده است.

ب) میانگین نمره چهار «خرده مقیاس سلامت عمومی» در جدول 2 نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیشترین نمره میانگین 10/23 و کمترین انحراف استاندارد 3/04 مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی است. یعنی در مقایسه با سه اختلال دیگر، افراد تحت مطالعه، بیش تر دچار اختلال در کارکرد اجتماعی و کنش‌وری بوده‌اند که این امر می‌تواند در عملکردهای اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد.

جدول 2: شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌های سلامت روانی

| شاخص‌های آماری | اختلالات | اختلال در | اختلال |
|----------------|----------|-----------|--------|
|----------------|----------|-----------|--------|

| افسردگی | کارکرد اجتماعی | اضطرابی | شبه جسمانی | |
|----------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| 8/086 | 10/23 | 5/93 | 6/37 | میانگین |
| 7/70 و 8/47 | 9/95 و 10/51 | 5/55 و 6/30 | 5/95 و 6/79 | حدود اطمینان |
| 4/25 | 3/04 | 4/135 | 4/63 | انحراف استاندارد |

2-4) وضعیت سلامت روان‌شناختی

الف) با توجه به نقطه برش 23_29/3 درصد از افراد نمونه، بیمار بوده و یا به نوعی دچار اختلالات روانی هستند. به عبارت دقیق‌تر، با 95 درصد اطمینان، بین 25 تا 33 درصد از افراد جامعه آماری دارای بیماری‌های روانی و عاطفی بوده‌اند. البته در مقابل، 70/7 درصد از پاسخ‌گویان از سلامت روانی برخوردار بوده‌اند. ب) در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها، نقطه برش، نمره 14 به بالا بوده است بنابراین همان‌طور که در جدول شماره 3 نشان داده شده است، 4/1 درصد افراد دچار اختلالات اضطرابی، 6/5 درصد دچار اختلالات شبه جسمانی، 11 درصد دچار اختلال در کارکرد اجتماعی و 9/3 درصد دچار افسردگی شدید بوده‌اند. به عبارت دیگر می‌توان گفت که شایع‌ترین اختلال در بین پاسخ‌گویان، اختلال در کارکرد اجتماعی بوده و پس از آن افسردگی در مرتبه بعدی قرار داشته است.

جدول 3: میزان سلامت روان‌شناختی پاسخ‌گویان براساس نقطه برش

| افراد سالم | افراد بیمار | |
|------------|-------------|-------------|
| 70/7 | 29/3 | سلامت روانی |

| | | |
|------|-----|--------------------------|
| 95/9 | 4/1 | اختلالات اضطرابی |
| 93/5 | 6/5 | اختلالات شبه جسمانی |
| 89 | 11 | اختلال در کارکرد اجتماعی |
| 90/7 | 9/3 | افسردگی |

3-4) رابطه سلامت روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن با جنس

الف) میانگین نمره سلامت عمومی در مردان، 28/80 و در زنان 32/62 به دست آمد. نتایج آزمون‌های آماری نشان می‌دهد که با 95 درصد اطمینان تفاوت میانگین نمرات دو گروه معنی‌دار بوده است. ($t = 3/285$ $df = 462$ $Sig = 0/001$) یعنی سلامت روان‌شناختی مردان به طور معنی‌داری بیش از زنان بوده است.

ب) میانگین نمره خرده مقیاس اختلالات شبه‌جسمانی، در زنان 6/96 و در مردان 5/83 بوده است. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که با 95 درصد اطمینان تفاوت میانگین نمرات دو گروه معنی‌دار بوده است. ($t = 2/647$ $df = 462$ $sig = 0/008$) بدین معنا است که میزان اختلالات شبه‌جسمانی در زنان بیش از مردان بوده است.

ج) میانگین نمرات پاسخ‌گویان زن و مرد در خرده مقیاس اختلالات اضطرابی به ترتیب 6/71 و 5/22 به دست آمد که با 95 درصد اطمینان می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات زنان و مردان در این خرده مقیاس معنی‌دار بوده است. ($df = 433/894$ $sig = 0/0001$) $t = 3/899$ به عبارت دیگر میزان اختلال اضطرابی در زنان بیش از مردان بوده است.

د) بین میانگین نمرات اختلال در کارکرد اجتماعی ($t = 1/602$ $df = 462$ $sig = 0/110$) و افسردگی زنان و مردان مطالعه شده ($t = 1/911$ $df = 462$ $sig = 0/057$) تفاوت معنی‌داری به دست نیامد. میانگین نمرات زنان و مردان در سلامت روانی و هریک از خرده مقیاس‌های آن در جدول شماره 4 نشان داده شده است.

جدول 4: میانگین نمره سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن در بین زنان و مردان

| مردان | زنان | |
|-------|-------|--------------------------|
| 28/80 | 32/62 | سلامت عمومی |
| 5/83 | 6/96 | اختلالات شبه‌جسمانی |
| 5/22 | 6/71 | اختلالات اضطرابی |
| 10/02 | 10/47 | اختلال در کارکرد اجتماعی |
| 7/73 | 8/48 | افسردگی |

4-4) رابطه سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن با وضعیت تأهل

الف) محاسبه میانگین نمرات GHQ در بین افراد متأهل و مجرد نشان داد که میانگین نمرات متأهل‌ها 32/57 بیش از مجردها 29/45 بوده است که با 95 درصد اطمینان می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات دو گروه معنی‌دار بوده است. سلامت روانی بیش‌تری نسبت به افراد متأهل داشته‌اند. ($t = -2/582$ $df = 462$ $sig = 0/101$) یعنی افراد مجرد

ب) در خرده مقیاس اختلالات اضطرابی، میانگین نمرات متأهل‌ها 7/05 و مجردها 5/26 بوده است که

با 95 درصد اطمینان می توان گفت تفاوت میانگین نمرات دو گروه معنی دار بوده است. (t = -4/486 df = 329/454 sig = 0/0001) به عبارت دیگر میزان اختلالات اضطرابی در متاهل ها بیش از مجردها بوده است.

ج) تفاوت میانگین نمرات افراد متاهل و مجرد در هر سه خرده مقیاس دیگر معنی دار نبود. میانگین نمرات افراد متاهل و مجرد در سلامت روانی و هریک از خرده مقیاس های آن در جدول شماره 5 نشان داده شده است.

جدول 5: میانگین نمره سلامت روان و خرده مقیاس های آن در بین پاسخگویان مجرد و متاهل

| متاهلها | مجردها | |
|---------|--------|--------------------------|
| 32/57 | 29/45 | سلامت عمومی |
| 7/05 | 5/26 | اختلالات اضطرابی |
| 6/64 | 6/21 | اختلالات شبه جسمانی |
| 10/53 | 10/05 | اختلال در کارکرد اجتماعی |
| 8/34 | 7/93 | افسردگی |

4-5) رابطه سلامت روانی و خرده مقیاس های آن با

سن

الف) نتایج حاصل از تحلیل داده ها نشان می دهد که بین میزان سلامت روان شناختی پاسخگویان و سن آنان در سطح 0/01 رابطه معنی داری وجود داشته است (r = 0/182 sig = 0/0001). به عبارت دیگر با افزایش سن از میزان سلامت روان شناختی پاسخگویان کاسته شده است.

ب) این رابطه معنی دار در چهار خرده مقیاس

سلامت روان‌شناختی نیز وجود داشته است. بدین معنا که رابطه اختلالات اضطرابی و سن در سطح 0/01 معنی‌دار بوده است.

($r = 0/225$ sig = $0/0001$)

ج) بین اختلالات شبه‌جسمانی و سن در سطح 5 درصد رابطه معنی‌دار وجود داشته است.

($r = 0/107$ sig = $0/021$)

د) رابطه اختلال در کارکرد اجتماعی و سن در سطح 0/01 معنی‌دار بوده است.

($r = 0/127$ sig = $0/006$)

ه) بین افسردگی و سن در سطح 5 درصد نیز رابطه معنی‌داری وجود داشته است.

($r = 0/115$ sig = $0/013$)

بنابراین می‌توان گفت که با افزایش سن از میزان سلامت روانی افراد تحت بررسی، کاسته شده و برعکس بر میزان اختلالات شبه جسمانی، اضطرابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی افزوده شده است.

4-6) رابطه سلامت روانی و خرده مقیاس های آن با میزان تحصیلات و درآمد*

نتایج بررسی‌های انجام شده نشان داد که بین سلامت روان‌شناختی و هریک از خرده مقیاس های آن با متغیر تحصیلات و میزان درآمد، رابطه معنی‌داری وجود نداشته است.

* درآمد 65 نفری که بی جواب بوده اند از طریق رگرسیون محاسبه و جایگزین شده است.

4-7) رابطه سلامت روانی و خرده مقیاس‌های فعالیت*

در بررسی رابطه سلامت روانی و خرده مقیاس آن، با نوع فعالیت پاسخ‌گویان و هر یک از خرده مقیاس‌های آن با متغیر تحصیلات و میزان درآمد، رابطه معنی‌داری وجود نداشته است.

الف) بین میزان سلامت روان شناختی و گروه‌های فعالیت‌های رابطه معنی‌داری وجود داشته است. (X² = 21/292 df = 4 sig = 0/0001) بدین معنا است که سلامت روان شناختی گروه دانش‌آموزان بیش‌ترین و افراد بی‌کار و خانه‌دار کم‌ترین بوده است.

ب) بین میزان اختلالات اضطرابی و گروه‌های فعالیت‌های رابطه معنی‌داری بوده است. (X² = 27/048 df = 4 sig = 0/0001) یعنی دانش‌آموزان کم‌ترین و خانم‌های خانه‌دار بیش‌ترین اختلالات اضطرابی را داشته‌اند.

ج) بین میزان اختلال در کارکرد اجتماعی و گروه‌های فعالیت‌های پاسخ‌گویان رابطه معنی‌داری وجود داشته است. (X² = 10/527 df = 4 sig = 0/032) یعنی دانش‌آموزان کم‌ترین و افراد بی‌کار بیش‌ترین میزان اختلال در کارکرد اجتماعی را داشته‌اند.

د) بین میزان افسردگی و گروه‌های فعالیت‌های افراد نمونه، رابطه معنی‌داری به دست آمد. (X² = 14/711 df = 4 sig = 0/005) که دانش‌آموزان کم‌ترین و افراد بی‌کار بیش‌ترین میزان افسردگی را داشته‌اند.

ه) بین میزان اختلالات شبه جسمانی و گروه‌های فعالیت‌های رابطه معنی‌داری به دست نیامد. (X² = 0/094)

* گروه 6 نفری سربازان به دلیل عدم تجانس با گروه‌های فعالیت‌های دیگر ادغام نشد و از کل افراد نمونه حذف شد. بنابراین تعداد کل نمونه در این بخش 458 نفر بوده است.

$$. (X^2 = 7/932 \quad df = 4 \quad sig$$

به طور کلی نتایج تحلیلهای این بخش نشان می‌دهد که دانش‌آموزان از بیش‌ترین سلامت روانی برخوردار بوده و نسبت به سایر گروه‌های فعالیتی کم‌ترین اختلالات اضطرابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را داشته‌اند. در مقابل، افراد بی‌کار و خانم‌های خانه‌دار از کم‌ترین سلامت روانی برخوردار بوده‌اند. خانم‌های خانه‌دار بیش‌ترین اختلالات اضطرابی و افراد بی‌کار بیش‌ترین اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را داشته‌اند.

5) بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در شهر تهران نزدیک به 10 درصد بیش از آمارهای جهانی است و نسبت به سایر مطالعات بالاترین رقم به دست‌آمده است که به همین منظور بر روی گروه‌های مختلف جامعه در سال‌های گذشته انجام گرفته است. حداکثر میزان شیوع اختلالات روانی که در مطالعات اخیر گزارش شده مربوط به مطالعه امیدی در 1381 است که در نطنز انجام گرفته است. رشد بی‌رویه جمعیت، مهاجرت، بی‌کاری، تورم و فقر از مش‌کلات عمده‌ای است که شهروندان تهرانی بیش از سایر مناطق کشور با آن روبه‌رو هستند. مشکلاتی که هریک به تنهایی از عوامل زمینه‌ساز بروز مشکلات رفتاری و روانی محسوب می‌شدند. روشن است که در این میان، نوجوانان و جوانان بیش از گروه‌های سنی دیگر در معرض آسیب‌های جدی حاصل از مشکلات برشمرده قرار دارند. بنابراین شیوع 29 درصدی اختلالات روانی در بین نوجوانان و جوانان رقم‌هشداردهنده‌ای است که می‌تواند بیش از پیش توجه مسئولان را به وضعیت سلامت روانی نوجوانان و جوانان تهرانی معطوف

سازد.

– این پژوهش تأیید کرد زنان آسیب پذیرتر از مردان بوده و بیش‌تر در معرض مشکلات و بیماری‌های روانی هستند؛ که در توجیه آن می‌توان به علل متعددی اشاره کرد. از جمله این‌که زنان بیش از مردان به بیماری خود توجه کرده و آن را گزارش می‌کنند. لیکن از آن جایی‌که بخش مهمی از زنان جامعه ما را بانوان خانه دار تشکیل می‌دهند و یافته‌های تحقیق نیز نشان داد که زنان خانه دار همانند افراد بی‌کار از کم‌ترین سلامت روانی برخوردار بوده‌اند، شاید این آسیب‌پذیری با نوع فعالیت آنان مرتبط باشد، که این موضوع نیازمند بررسی بیشتری است.

– در منابع آسیب‌شناسی روانی، متأهل بودن از عوامل پیش‌آگهی مثبت بیماری‌های روانی است. اما این‌که افراد متأهل در این پژوهش از سلامت روانی کم‌تری برخوردار هستند، شاید ناشی از فشارهای مضاعف اقتصادی و مالی و افزایش بار تکفل و مسئولیت‌هایی است که افراد متأهل متحمل می‌شوند؛ خصوصاً اختلالات اضطرابی که غالباً به دلیل ترس‌ها و نگرانی‌های مبهم ظهور پیدا می‌کند، در این گروه بیش از مجردها بوده است و توجه به این یافته می‌تواند یکی از علل پنهانی تأخیر در ازدواج جوانان ما باشد.

– در بین 4 اختلال بررسی شده، اختلال در کارکرد اجتماعی، شایع‌ترین اختلال در بین پاسخ‌گویان بوده که فقط با عامل سن و نوع فعالیت ارتباط داشته است؛ بدین مفهوم که با افزایش سن بر میزان اختلال در کارکرد اجتماعی افزوده شده و در بی‌کاران بیش از سایر گروه‌ها تظاهر پیدا کرده است. به نظر می‌رسد بیماری‌های عاطفی و روانی در گروه‌های سنی جوان بیش‌تر بر کارکرد اجتماعی تمرکز داشته و موجب ناتوانی فرد در امر

تصمیم‌گیری و چگونگی مقابله با موقعیت های عادی زندگی و عدم احساس رضایت از عملکرد خویش می‌شود. این امر برای نیروهای جوان که اکثریت افراد جامعه را تشکیل می‌دهند و محور اصلی توسعه اقتصادی و اجتماعی هستند نگران‌کننده است.

– بی‌کاری همیشه از عوامل زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی و عاطفی بوده است. یافته‌های این مطالعه نیز نشان داد که افراد بی‌کار در خطر ابتلا به اختلالات روانی هستند. نداشتن شغل و بی‌کاری، خود موجب گسترش ناتوانی فرد در موقعیتهای عادی زندگی شده و احساس بی‌ارزشی و عدم رضایت از خویش و یا ناامیدی را در افراد افزایش می‌دهد. همچنان‌که یافته‌های این مطالعه نیز تأیید کرد، افراد بی‌کار علاوه بر اختلال در کارکرد اجتماعی، افسرده تر از سایر گروه‌های فعالیتی بوده‌اند. توجه به این موضوع وقتی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که به خاطر آوریم گروه تحت مطالعه نوجوانان و جوانان 15 تا 30 ساله بوده‌اند.

- 1- استورا، جین . بنجامین. (1377). **تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن** ، ترجمه پری رخ دادستان تهران: انتشارات رشد.
- 2- امیدی، عبدالله؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، سیدعلی؛ عکاشه، گ ودرز (1381). **بررسی همه‌گیرشناسی اختلال های روانی در نطنز** . فصلنامه اندیشه و رفتار 32، سال 8 شماره 4.
- 3- پالانگ، حسن . (1375). **بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان** . پایان‌نامه کارشناسی ارشد . تهران : انستیتو روان پزشکی ایران .
- 4- جوادی، فاطمه . (1382) **بررسی میزان سلامت روان‌شناسی مردم تهران در سال 81** . مرکز تحقیقات مطالعات و سنجش برنامه‌ای.
- 5- حسینی، سیدابوالقاسم (1380). «**تفکر سیستمی**» به عنوان **شالوده علمی و اساسی برای فعالیت بهداشت روانی** ، فصلنامه علمی و پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال سوم، شماره 11-13.
- 6- شولتز، دوآن (1967). **روان‌شناسی کمال** ، 1369. تهران: نشر نو.
- 7- کورتیس . آنتونی، جی (1381). **روان‌شناسی سلامت** ، ترجمه فرامرز سهرابی، چاپ دوم، تهران، انتشارات طلوع دانش.
- 8- هومن، عباس (1377). **استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمو می بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی**. تهران : حوزه معاونت دانش جویی و فرهنگی، مرکز مشاوره دانش جویی دانشگاه تهران .
- 9- یعقوبی، نورالله (1374) **بررسی همه گیرشناسی**

اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی
صومعه‌سرای گیلان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد .
تهران: انستیتو روان‌پزشکی ایران.

10- "**Mental health of Australian adults**". (1999). Special Articl. Year Book
Australian.

11- "**Mental health, Mental illness and health care priorities**". (2003) a report
of the surgeon General. WWW. Surgengeneral. gov/ library/ mental health/
home.html.

