

سلامت روان زوجین در شرف ازدواج و ارتباط آن با برخی مشخصات جمعیت شناختی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۱۷

چکیده

زهره قاضی و کیلی^۱، روح انگیز نوری^۲، کوروش کبیر^۳ و مهرداد کریمی^۴

^۱ کارشناس ارشد مامایی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران
^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران
^۳ متخصص پزشکی اجتماعی، گروه آموزشی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران
^۴ دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران
۰۲۶-۳۲۵۶۳۳۱۸
E-mail: kiarash_s_77@yahoo.com

مقدمه: ازدواج یکی از مهم ترین اتفاقات زندگی هر فرد محسوب می‌شود. سلامت روان به عنوان مولفه ای از ویژگی‌های فردی، با رضایتمندی زناشویی مرتبط است. لذا با توجه به نقش سلامت روان در داشتن یک ازدواج موفق، تاثیر سلامت خانواده در سلامت روانی جامعه و نقش اساسی زن و شوهر در این رابطه، پژوهش حاضر با هدف تعیین سلامت روان و ارتباط آن با مشخصات جمعیت شناختی زوجین در شرف ازدواج شهر کرج سال ۱۳۹۱ انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی (مقطعی) در سال ۱۳۹۱ روی ۶۰۰ نفر از زوجینی که جهت انجام آزمایش اعتیاد قبل از ازدواج مراجعه کرده بودند و با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه ای دو بخشی شامل سؤالات مشخصات جمعیت شناختی و پرسشنامه استاندارد سلامت روان ۲۸ سوالی گلدبرگ (GHQ-28) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS با سطح معناداری ($P < 0.05$) استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کسب شده از پرسشنامه سلامت روان (16.2 ± 9.9) بود. همچنین نتایج نشان داد که سلامت روان با جنس، مذهب، محل تولد، سابقه تأهل و وضعیت اشتغال رابطه معناداری داشت ($p < 0.05$) به صورتی که سلامت روان در مردان، متولدین روستا، بدون سابقه تأهل، شیعه مذهب و دارای شغل دائم بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه اخیر بیانگر مطلوب بودن سطح سلامت روان ۸۰/۳ درصد زوجین در شرف ازدواج بود.

کلمات کلیدی: ازدواج، سلامت روان، جمعیت شناختی

مقدمه

سلامت روان حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی هایش را باز می‌شناسد و قادر است با استرس‌های معمول زندگی تطابق پیدا کند، از نظر شغلی مفید و مولد باشد و به عنوان بخشی از جامعه با دیگران مشارکت و همکاری داشته باشد.^۱ سلامت روانی یکی از مباحث مهمی است که در رشد و بالندگی خانواده و جامعه موثر می‌باشد. سلامت روان و بلوغ عاطفی نقش بسزایی در ایجاد مهارت‌های لازم و ضروری جهت برقراری تعامل و ارتباط مؤثر با دیگران، سازگاری اجتماعی، حل مسئله و مقابله با مشکلات پیرامونی دارند.^۲ آن چه در ازدواج مهم است رضایتمندی زناشویی است. رضایت زناشویی وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع، احساس خوشبختی، رضایت از ازدواج و رضایت از هم‌دیگر دارند.^۳ میزان رضایتمندی از زندگی زناشویی، نقش مهمی در سلامت و یا بیماری روانی زوجین ایفا می‌کند، برای مثال

ازدواج واقعه ای اجتماعی، زیستی و فرهنگی است و به دلیل نقش بنیادین آن در تشکیل خانواده از اهمیت بسزایی برخوردار است که تولید نسل، پرورش کودکان، انتقال فرهنگ و ایجاد نظم در روابط افراد، از اثرات آن است.^۱ سلامت روان در کنار سلامت جسمی، روحی و رفاه اقتصادی بخش مهمی از زندگی فرد را تشکیل می‌دهد. متخصصین بر این عقیده اند که سلامت روان کلید رضایتمندی از زندگی است. بهداشت روان چیزی فراتر از فقدان یا نبود بیماری روانی است. سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را یک حالت رفاه فیزیکی، روانی و اجتماعی می‌داند نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی. مفهوم بهداشت روان نیز شامل رفاه ذهنی، احساس خود توانمندی، خودمختاری، کفایت، درک، هم بستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادها و بالقوه هوشی و عاطفی در خود است.^۲

جمعیت شناختی و بخش دوم پرسشنامه استاندارد ۲۸ سوالی گلدبرگ (GHQ-28) بود.^۹ پرسشنامه استاندارد سلامت روان (GHQ-28) دارای چهار زیرمقیاس علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، و افسردگی هریک با ۷ سوال می‌باشد. روش نمره‌گذاری برای این پرسشنامه به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) است بدین صورت که نمره ۰ کمتر بیانگر سلامت عمومی بالاتر می‌باشد. ارزیابی سوالات پرسشنامه با مقیاس چهار گزینه ای صورت گرفت و نمره افراد از (۰ تا ۸۴) متغیر بود. امتیازات (۲۱-۱۴) در هر زیرمقیاس نشانه وخامت وضع آزمودنی در آن زیرمقیاس و کمتر از آن نشانه سلامت روان فرد در این بعد می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات مختلف در کشور مطلوب گزارش شده است.^۸ در این مطالعه برای تعیین افراد مشکل دار و بدون مشکل (وضعیت مطلوب و نامطلوب) از نقطه برش استفاده شد؛ به صورتی که برای هر کدام از مقیاس‌های شکایات جسمانی، افسردگی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی از نقطه برش ۶ و برای نمره کل سلامت روان از نقطه برش ۲۳ استفاده شد.^{۱۱} برای اندازه گیری مقدار پایایی پرسش نامه از روش‌های همسانی درونی (Inter consistency) و ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) استفاده شد که برای پرسشنامه ۲۸ سوالی استاندارد گلدبرگ برابر ۰/۹۲ بدست آمد که میزان پایایی برای پرسشنامه را در حد بسیار مطلوب نشان می‌دهد. پژوهشگران پس از کسب مجوز از شورای پژوهشی دانشگاه و هماهنگی با مرکز بهداشتی شهید راست روش کرج، شروع به نمونه گیری کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، به صورت حضوری به زوجینی که جهت انجام تست اعتیاد قبل از ازدواج مراجعه نموده بودند، مراجعه و پس از بیان هدف از انجام پژوهش و اطمینان از این که اطلاعات افراد محرمانه خواهد ماند و نتایج به صورت کلی در یک طرح تحقیقاتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت، و با رضایت کامل آنها، پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار آنان قرار داده شد. پس از تکمیل، پرسشنامه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص، در نهایت اطلاعات ۵۴۷ پرسشنامه جهت تجزیه و تحلیل در محیط نرم افزار آماری ۱۸ SPSS وارد شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار استفاده شده است. برای بررسی ارتباط بین متغیرها و شاخص‌های سلامت عمومی از آزمون‌های آماری T-test و One way ANOVA استفاده شده است. در بررسی

ناراضامندی زناشویی معمولاً با افسردگی، اختلالات تغذیه، برخی از انواع الکلیسم و نیز بیماری‌های جسمانی و روانی همسران همراه است. محققان دریافته‌اند که همسران در یک رابطه زناشویی رضایت‌بخش و طولانی مدت، تا حدودی از تأثیرات منفی تنیدگی‌های زندگی محافظت می‌شوند، در حالی که در روابط درمانده، زوجین بیشتر در معرض تأثیرات منفی تنیدگی قرار دارند. اضطراب و ناسازگاری فردی که شامل سوء مصرف یا وابستگی به مواد (به ویژه در مردان) و افسردگی (به ویژه در زنان) نیز می‌شود، با نارضایتی زناشویی رابطه دارد. بعبارت دیگر داشتن سلامت روانی، عاطفی و علاقه، مهمترین راهکار برای رسیدن به یک ازدواج موفق است.^۶ از آنجایی که بر اساس نتایج بررسی‌های انجام شده توسط امور آسیب دیدگان سازمان بهزیستی ایران در سال ۱۳۹۰ تعداد قابل توجهی از ازدواج‌ها به طلاق منتهی می‌شود و این امر روند رو به رشدی دارد،^۷ و با توجه به اهمیت تأثیر سلامت خانواده، در سلامت روانی جامعه و نقش اساسی زن و شوهر در این رابطه،^۸ به نظر می‌رسد یکی از علل عمده پایداری و انسجام خانواده و زندگی زناشویی، داشتن سلامت روان است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین سلامت روان زوجین در شرف ازدواج و ارتباط آن با برخی مشخصات جمعیت شناختی آنان در شهر کرج سال ۱۳۹۱ انجام گردید.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی (مقطعی) است و جامعه آماری مورد بررسی را زوجین در شرف ازدواج تشکیل می‌دهد. با بکارگیری برآوردهای مقدماتی و نظر متخصص آمار تعداد نمونه ۵۵۰ نفر تعیین شد که با توجه به احتمال نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها، تعداد ۶۰۰ پرسشنامه بین زوجین در شرف ازدواج مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهید راست روش، که جهت انجام آزمایش اعتیاد مراجعه کرده بودند توزیع شد و از این تعداد، ۵۴۷ پرسشنامه تکمیل شده جمع‌آوری گردید. معیار ورود به مطالعه تمایل زوجین در شرف ازدواج به شرکت در مطالعه بود. روش گردآوری داده‌ها در دسترس بود. متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه، متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت روان بود. روش گردآوری اطلاعات خودگزارش دهی و ابزارگردآوری داده‌ها، پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش بود: بخش اول شامل سؤالات

بودند. ۳۹/۲ درصد (۲۱۴ نفر) افراد دارای شغل دائم، ۴۵/۱ درصد (۲۳۷ نفر) دارای تحصیلات دانشگاهی و ۸۵/۲ درصد (۴۶۵ نفر) فاقد سابقه تأهل بودند. ۷۷/۳ درصد (۴۱۳ نفر) آنان با پدر و مادر زندگی می‌کردند و ۸۷/۶ درصد (۴۶۶ نفر) خانواده هسته‌ای داشتند. میانگین نمره کسب شده از پرسشنامه سلامت روان نیز (۱۶/۲±۹/۹) بود. مطابق با جدول ۱، ۸۰/۳ درصد شرکت کنندگان از سلامت روان مطلوب و ۱۹/۷ درصد نامطلوب برخوردار بودند. در بررسی نتایج پرسشنامه سلامت روان، نتایج حاکی از آن است که در متغیر جنسیت بین نمرات سلامت روان افراد مذکر و مونث اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0.01$)، بدین صورت که نمرات افراد مذکر پایین‌تر و سطح سلامت روان آنان بالاتر است. همچنین در متغیر محل تولد بین نمرات سلامت روان افراد متولد شهر و روستا اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، به طوری که نمرات متولدین روستا پایین‌تر و سطح سلامت روان آنان بالاتر است. در متغیر سابقه تأهل قبلی، بین نمرات سلامت روان افراد دارای تأهل قبلی و مجرد اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)، یعنی نمرات افراد دارای تأهل قبلی بالاتر و سطح سلامت روان آنان پایین‌تر است. همچنین در متغیر وضعیت اشتغال، بین نمرات سلامت روان افراد دارای شغل دائم با سایرین اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0.01$)، به این معنی که نمرات افراد دارای شغل دائم پایین‌تر و سطح سلامت روان آنان بالاتر است. در سایر متغیرها اختلاف معناداری بین نمرات شرکت کنندگان مشاهده نگردید (جدول ۲).

ارتباط متغیرهای کمی و شاخص‌های سلامت عمومی از ضریب همبستگی پیرسون (Pearson) استفاده شده است. در ادامه در یک تحلیل چند متغیره، جهت آزمون تاثیر متغیرهای دموگرافیک اندازه گیری شده روی شاخص‌های سلامت، از مدل‌های رگرسیون چند متغیره (Multivariate Regression Models) استفاده شد. برای انتخاب متغیرهای مستقل مهم جهت حضور در مدل، از الگوی مدلسازی Hosmer-Lemeshow استفاده شد. ابتدا در تحلیل‌های ساده (Simple Analysis) اثر هر کدام از متغیرهای دموگرافیک روی شاخص‌ها بطور جداگانه آزمون شده و سپس متغیرهای دموگرافیکی که در آزمون لاندای ویلک (Wilk's Lambda) معنادار شدند، وارد مدل نهایی شدند. در نهایت در یک تحلیل چندگانه (Multiple Analysis) اثر متغیرهای انتخاب شده در مرحله اول، با هم، با یک مدل رگرسیون چند متغیره روی شاخص‌ها آزمون شد.

یافته‌ها

از ۶۰۰ پرسشنامه توزیع شده، ۵۴۷ نفر (۹۱/۲ درصد) به طور کامل به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. نتایج نشان داد دامنه سنی شرکت کنندگان در این پژوهش بین ۱۴ تا ۵۶ و میانگین سنی (۲۵/۸±۵/۸) سال بود. میانگین سنی مردان (۲۷/۸±۶/۱) و زنان (۲۳/۹±۴/۹) سال بود. ۷۷/۷ درصد افراد (۴۲۴ نفر) شیعه مذهب، ۷۶/۴ درصد (۴۱۷ نفر) متولد شهر، ۲۴ درصد (۱۳۱ نفر) فرزند اول خانواده و ۸۳ درصد (۴۳۱ نفر) در ده ساله اخیر در شهرهای بزرگ زندگی کرده

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی وضعیت سلامت روان واحدهای پژوهش

ابعاد سلامت	مطلوب	نامطلوب
علائم جسمانی	۴۵۹	۸۷
بیخوابی و اضطراب	۳۹۸	۱۵/۹
سوء عملکرد اجتماعی	۷۲/۹	۲۷/۱
افسردگی	۴۹۹	۴۷
سلامت روان کل	۴۲۰	۱۰۳
	۸۰/۳	۱۹/۷

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات واحدهای پژوهش در مقیاس‌های چهارگانه آزمون GHQ-28 برحسب عوامل جمعیت شناختی

مشخصات دموگرافیک	علائم جسمانی میانگین (انحراف معیار)	بیخوابی و اضطراب میانگین (انحراف معیار)	سوء عملکرد اجتماعی میانگین (انحراف معیار)	افسردگی میانگین (انحراف معیار)	نمره کل سلامت روان میانگین (انحراف معیار)
سن					
≤۱۹	۳/۹۲(۲/۵۶)	۵/۲۸(۴/۱۶)	۶/۰۹(۲/۲۱)	۳/۰۵(۳/۸۲)	۱۸/۳۳(۱۰/۳۱)
۲۰-۲۴	۳/۷۶(۳/۳۷)	۴/۴۸(۳/۷۴)	۵/۹۸(۲/۳۲)	۲/۰۳(۲/۹۹)	۱۶/۱۹(۹/۹۷)
۲۵-۲۹	۳/۵۹(۳/۳۵)	۴/۴۱(۳/۹۵)	۵/۶۱(۲/۲۸)	۱/۷۷(۲/۷۶)	۱۵/۴۴(۱۰/۱۱)
۳۰-۳۴	۴/۱۳(۳/۲۶)	۵/۲۵(۳/۶۲)	۵/۸۷(۲/۵۹)	۱/۹۴(۲/۶۴)	۱۷/۲۸(۹/۵۰)
≥۳۵	۳/۲۳(۳/۱۴)	۴/۱۹(۳/۰۴)	۶/۱۹(۱/۹۳)	۲/۵۷(۳/۸۴)	۱۵/۷۰(۸/۳۲)
F	۰/۵۶	۱/۱۶	۰/۸۳	۲/۰۲	۱/۰۵
جنس					
مرد	۳/۲۱(۲/۹۶)	۴/۰۳(۳/۴۵)	۵/۶۹(۲/۴۷)	۱/۸۹(۲/۸۷)	۱۴/۸۱(۹/۰۹)
زن	۴/۳۹(۳/۴۵)	۵/۲۵(۳/۹۸)	۵/۹۸(۲/۲۳)	۲/۲۵(۳/۲۰)	۱۷/۸۴(۱۰/۴۰)
T	-۴/۲۶**	-۳/۷۸**	-۱/۳۷	-۱/۳۶	-۳/۶۵**
مذهب					
شیعه	۳/۶۶(۳/۲۴)	۴/۵۳(۳/۶۸)	۵/۸۱(۲/۲۶)	۱/۸۶(۲/۸۱)	۱۵/۸۹(۹/۶۷)
سایر	۴/۷۴(۳/۶۵)	۵/۹۵(۴/۲۴)	۵/۷۰(۲/۸۲)	۲/۲۳(۳/۰۹)	۱۸/۵(۱۰/۳۷)
T	-۲/۱۳*	-۲/۴۷*	۰/۳۱۱	-۰/۸۴	-۱/۷۱
محل تولد					
روستا	۲/۹۱(۲/۳۳)	۳/۷۵(۳/۱۵)	۵/۱۲(۲/۶۲)	۱/۶۹(۲/۳۸)	۱۳/۴۸(۷/۶۲)
شهر	۳/۹۱(۳/۳۹)	۴/۶۷(۳/۷۶)	۵/۹۹(۲/۲۷)	۲/۰۰(۳/۰۶)	۱۶/۵۲(۱۰/۰۱)
T	-۲/۱۴*	-۱/۷۵	-۲/۶۱**	-۰/۷۲	-۲/۱۸*
ترتیب تولد					
فرزند اول	۳/۷۴(۳/۳۸)	۴/۸۳(۳/۸۷)	۵/۹۳(۲/۱۸)	۲/۲۲(۳/۱۷)	۱۶/۸۲(۱۰/۳۵)
دوم و بیشتر	۳/۷۶(۳/۱۸)	۴/۴۷(۳/۶۸)	۵/۸۱(۲/۳۴)	۱/۹۰(۲/۸۲)	۱۵/۸۴(۹/۳۲)
T	-۰/۰۴	۰/۹۱	۰/۵۰	۱/۰۶	۰/۹۸
محل زندگی ۱۰ سال اخیر					
شهر بزرگ	۳/۷۴(۳/۲۹)	۴/۶۱(۳/۷۷)	۵/۸۲(۲/۳۷)	۱/۹۹(۳/۰۰)	۱۶/۱۷(۱۰/۰۴)
سایر	۴/۰۵(۳/۱۴)	۴/۷۰(۳/۹۵)	۵/۸۴(۲/۳۶)	۲/۴۷(۳/۲۸)	۱۶/۹۶(۹/۸۶)
T	۰/۸۲	-۰/۲۰	-۰/۰۷	۱/۳۴	-۰/۶۷
وضعیت اشتغال					
دائم	۳/۳۲(۳/۱۷)	۴/۰۸(۳/۵۶)	۵/۷۰(۲/۵۵)	۱/۷۹(۲/۸۳)	۱۴/۹۳(۹/۴۶)
سایر	۴/۱۳(۳/۳۱)	۵/۰۵(۳/۹۱)	۵/۹۳(۲/۲۴)	۲/۲۵(۳/۲۴)	۱۷/۲۷(۱۰/۲۲)
T	-۲/۷۴**	-۲/۸۳**	۱/۰۵	-۱/۶۷	-۲/۵۹*
سطح تحصیلات					
تا راهنمایی	۳/۸۶(۳/۳۵)	۴/۶۳(۴/۳۷)	۵/۶۹(۲/۷۰)	۲/۵۴(۳/۸۷)	۱۶/۴۴(۱۲/۲۶)
متوسطه و دیپلم	۳/۶۴(۳/۳۰)	۴/۵۷(۳/۷۹)	۵/۸۸(۲/۲۲)	۲/۱۲(۲/۹۵)	۱۶/۲۳(۹/۸۰)
دانشگاهی	۳/۸۴(۳/۰۸)	۴/۶۹(۳/۵۴)	۵/۹۳(۲/۳۴)	۱/۸۲(۲/۶۹)	۱۶/۲۹(۹/۰۱)
F	۰/۲۶	۰/۰۵	۰/۲۹	۱/۷۸	۰/۰۱
سابقه تأهل					
بلی	۵/۰۵(۴/۴۲)	۶/۰۳(۴/۵۵)	۵/۸۳(۲/۷۸)	۳/۳۲(۴/۴۳)	۲۰/۲۸(۱۳/۱۵)
خیر	۳/۶۱(۳/۰۱)	۴/۴۸(۳/۶۳)	۵/۸۴(۲/۲۸)	۱/۹۱(۲/۷۸)	۱۵/۸۳(۹/۲۶)
T	۳/۱۵**	۲/۹۰**	۰/۰۵	۳/۲۴**	۳/۱۲**
خانواده هسته‌ای					
بلی	۴/۱۲(۳/۶۴)	۵/۰۱(۴/۴۷)	۵/۹۶(۲/۸۱)	۲/۷۷(۳/۴۴)	۱۸/۲۱(۱۲/۰۹)
خیر	۳/۷۵(۳/۲۰)	۴/۶۰(۳/۶۶)	۵/۸۲(۲/۳۰)	۱/۹۷(۲/۹۶)	۱۶/۰۷(۹/۵۷)
T	۰/۸۵	۰/۸۱	۰/۴۴	۱/۹۴	۱/۵۸

** معنادار در سطح ۰/۰۱

* معنادار در سطح ۰/۰۵

جدول ۳. نتایج مدل رگرسیون چندمتغیره، آزمون اثر متغیرهای دموگرافیک منتخب روی ابعاد سلامت روان

t	Std. Error	B	متغیر مستقل	ابعاد سلامت روان
-۳/۲۴**	۰/۳۸	-۱/۲۳	جنس مرد	علائم جسمانی
.	.	.	زن	
-۲/۱۶*	۰/۵۷	-۱/۲۴	مذهب شیعه	
.	.	.	سایر	
-۱/۴۳	۰/۵۲	-۰/۷۴	محل تولد روستا	
.	.	.	شهر	
۰/۴۳	۰/۳۸	۰/۱۶	وضعیت اشتغال دائم	
.	.	.	سایر	
۳/۶۴**	۰/۵۱	۱/۸۷	سابقه تأهل بلی	
.	.	.	خیر	
-۲/۴۹*	۰/۴۲	-۱/۰۵	جنس مرد	بیخوابی و اضطراب
.	.	.	زن	
-۱/۴۴	۰/۶۳	-۰/۹۲	مذهب شیعه	
.	.	.	سایر	
-۱/۲۷	۰/۵۸	-۰/۷۴	محل تولد روستا	
.	.	.	شهر	
۰/۰۲	۰/۴۳	۰/۰۱	وضعیت اشتغال دائم	
.	.	.	سایر	
۲/۹۸**	۰/۵۷	۱/۷۰	سابقه تأهل بلی	
.	.	.	خیر	
-۱/۴۰	۰/۲۶	-۰/۳۷	جنس مرد	سوء عملکرد اجتماعی
.	.	.	زن	
۰/۸۸	۰/۴۰	۰/۳۵	مذهب شیعه	
.	.	.	سایر	
-۲/۷۱**	۰/۳۶	-۰/۹۹	محل تولد روستا	
.	.	.	شهر	
۰/۵۷	۰/۲۷	۰/۱۵	وضعیت اشتغال دائم	
.	.	.	سایر	
۰/۲۴	۰/۳۶	۰/۰۸	سابقه تأهل بلی	
.	.	.	خیر	
-۱/۴۴	۰/۳۳	-۰/۴۸	جنس مرد	افسردگی
.	.	.	زن	
۰/۰۹	۰/۴۹	۰/۰۴	مذهب شیعه	
.	.	.	سایر	
-۰/۵۳	۰/۴۵	-۰/۲۴	محل تولد روستا	
.	.	.	شهر	
-۰/۵۱	۰/۳۳	-۰/۱۷	وضعیت اشتغال دائم	
.	.	.	سایر	
۳/۶۱**	۰/۴۴	۱/۶۱	سابقه تأهل بلی	
.	.	.	خیر	

** معنادار در سطح ۰/۰۱

* معنادار در سطح ۰/۰۵

شد ($P < 0/05$). در بعد بی خوابی و اضطراب نیز جنس، مذهب، اشتغال و سابقه تأهل موثر بوده اند. در بعد سوء عملکرد اجتماعی بین متولدین شهر و روستا اختلاف معناداری دیده شد. در بعد

بر اساس جدول شماره ۲ مشاهده می شود که در بعد شکایات جسمانی جنس، مذهب، محل تولد، وضعیت اشتغال و سابقه تأهل نقش داشته است و تفاوت معناداری بین گروهها دیده

مطالعه اخیر نشان داد که میانگین نمره سلامت روان واحدهای پژوهش ($16/2 \pm 9/9$) بود. در مطالعه امیدیان که روی دانشجویان دانشگاه یزد انجام داده است این میزان ($24/48 \pm 13/58$) بوده است. در مطالعه شاهی و همکاران با عنوان رابطه سلامت روان و رضایت مندی زناشویی زوجین، میانگین نمره کل سلامت روان $27/34$ گزارش شده است.^۵ در این مطالعه بین سن و سلامت روان ارتباط معناداری دیده نشد. این نتیجه با نتایج مطالعه آراسته و محمدزاده^{۱۵} همسو بود اما در مطالعه سپهرمنش که روی زنان انجام شده است ارتباط معناداری دیده شده است.^{۱۱} در مطالعه داوری نتایج نشان داده است که با افزایش سن، علائم جسمانی بیشتر شده اما بطور کلی مطالعات زیادی در ایران انجام شده است که ارتباط بین سن و سلامت عمومی را رد کرده اند.^{۱۶}

در پژوهش حاضر، نمره سلامت روان زنان بیشتر از مردان بود به عبارتی دیگر مردان از سلامت روان بالاتری نسبت به زنان برخوردار بودند. نتایج این مطالعه با دیگر مطالعات^{۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۷-۱۹} همسو است. در مطالعه ای که در مالزی انجام شده است و هم چنین مطالعه محمدخانی نیز نمره سلامت روان مردان از زنان بهتر بود اما اختلاف معناداری دیده نشد.^{۳، ۲۱} طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شیوع اختلالات روانی در جمهوری اسلامی ایران در حدود ۲۲ درصد تخمین زده شده است که بیشتر زنان را درگیر کرده است و در سالهای اخیر روند روبه رشدی نیز داشته است.^{۲۲} با این حال در مطالعه ای که فین لی - جونز انجام داده است نشان داده که وقتی شرایط اجتماعی برای دو جنس یکسان سازی شود تفاوت عملکرد در دو جنس در پرسشنامه سلامت عمومی از بین می‌رود.^{۱۹} به نظر می‌رسد دختران علاوه بر محدودیت‌هایی که در جامعه دارند بیشتر از پسران تحت تاثیر مقایسه خود با خود ایده آل هستند بنابراین از سلامت روان پایین تری برخوردارند.^{۱۷} در این مطالعه در ابعاد علائم جسمانی، اضطراب و بیخوابی بین دو جنس تفاوت دیده شد بدین صورت که نمره زنان بالاتر از مردان بود. این نتایج با نتایج مطالعات پیشین همسو بود.^{۱۹} در مطالعه انصاری در بعد اضطراب این رابطه معنادار بوده است اما در دیگر ابعاد ارتباطی دیده نشده است.^{۱۲} همچنین در مطالعه آراسته نمره بعد افسردگی در مردان بالاتر بود به بیانی دیگر میزان افسردگی در آنان بیشتر بود.^{۱۴} ممکن است یکی از دلایل وضعیت نامطلوب تر زنان نسبت به

افسردگی نیز بین افرادی که سابقه تأهل داشتند با سایرین اختلاف معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$). در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل چند متغیره نشان داده شده است. مدل نهایی که ۴ شاخص سلامت عمومی بعنوان متغیرهای وابسته و متغیرهای جنسیت، مذهب، محل تولد، وضعیت اشتغال و سابقه تأهل، بعنوان متغیرهای مستقل، کاندیدای حضور در مدل بوده اند. در مرحله اول مدلسازی، این ۵ متغیر، کاندیدای حضور در مدل بعنوان متغیرهای مستقل بوده‌اند. بر اساس آزمون چند متغیره لاندای ویلک، تاثیر جنسیت ($P < 0/05$)، مذهب ($P < 0/05$)، محل تولد ($P < 0/05$) و سابقه تأهل ($P < 0/01$)، روی شاخص‌های سلامت عمومی معنادار بوده است. تاثیر وضعیت اشتغال روی شاخص‌ها معنادار نبوده است ($P > 0/05$).

در ادامه تحلیل چند متغیره، جدول شماره ۳ آزمون تاثیر هر کدام از متغیرهای مستقل روی شاخص‌های سلامت عمومی را نشان می‌دهد. ضرایب رگرسیونی و خطای استاندارد برآورد ضرایب رگرسیونی و سطح معناداری آزمون ضرایب رگرسیونی در جدول گزارش شده است. از بین پیش‌بینی‌کننده‌های علائم جسمانی، تاثیر جنسیت، مذهب و سابقه تأهل معنادار بوده است. زنان در مقایسه با مردان، شیعه‌ها در مقایسه با سایر مذاهب و افرادی که سابقه تأهل نداشته اند در مقایسه با افراد با سابقه تأهل از وضعیت سلامت جسمانی بهتری برخوردار بوده اند. تاثیر جنسیت و سابقه تأهل روی بیخوابی و اضطراب معنادار بوده است. مردان نسبت به زنان و افراد بدون سابقه تأهل نسبت به حداقل یکبار مزدوجین از لحاظ بیخوابی و اضطراب شرایط بهتری داشته‌اند. تنها پیش‌بینی‌کننده معنادار برای سوء عملکرد اجتماعی متغیر محل تولد بوده است که متولدین روستایی نسبت به متولدین شهر وضعیت بهتری داشته‌اند. تنها پیش‌بینی‌کننده معنادار برای شاخص افسردگی متغیر سابقه تأهل بوده است که افراد بدون سابقه تأهل نسبت به حداقل یکبار مزدوجین از لحاظ شاخص افسردگی شرایط بهتری داشته‌اند.

بحث

بالاتری برخوردار باشند.^{۳۳} در مطالعه محمد و جعفر (۲۰۰۹) باورهای مختلف در سلامت نقشی نداشتند^{۳۴} اما در مطالعه ای که در مالزی انجام شده است بین اقوام مختلف با ادیان متفاوت وضعیت سلامت روان اختلاف معناداری را نشان داده است.^۳ در مطالعه حاضر بین میزان تحصیلات و سلامت روان رابطه ای دیده نشد که با نتایج مطالعه انصاری و آراسته همسو است.^{۱۴،۱۲} در مطالعه سپهرمنش بالاترین میزان اختلال در افراد با تحصیلات کمتر از سیکل دیده شد.^{۱۰} در مطالعه بنائیان نیز رابطه معناداری بین سلامت روان و سطح تحصیلات دیده شد یعنی با افزایش سطح تحصیلات سلامت روان بهتر بود.^۸ از دیگر موارد تعداد اعضای خانواده کنونی واحدهای مورد پژوهش بود که در این مطالعه تاثیری در نمره کل سلامت روان نداشت. در مطالعه انصاری نیز بین تعداد اعضای خانواده و سلامت روان ارتباطی دیده نشد^{۱۲} اما در مطالعه دل آرام بین شلوغی خانواده و سلامت روان رابطه معکوس دیده شده است.^{۲۱}

نتیجه گیری

از آنجاکه یکی از علل عمده پایداری و انسجام خانواده و رضایت مندی از زندگی زناشویی، داشتن سلامت روان است بررسی این موضوع در زوجین پیش از ازدواج از اهمیت ویژه ای برخوردار است و می توان اقداماتی در جهت کاهش میزان طلاق و مشکلات خانوادگی و بدنبال آن سلامت خانواده، فرزندان و نهایتاً جامعه انجام داد. از جمله این اقدامات می توان به انجام بررسی سلامت روان و بلوغ عاطفی زوجین و مشاوره قبل از ازدواج، آموزش مهارت های زندگی و آموزش مقابله با استرس اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز می باشد. از حمایت مالی و معنوی معاونت پژوهشی دانشگاه و کلیه عزیزانی که در این پژوهش شرکت و همکاری نمودند صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

مردان تغییرات هورمونی و بدنبال آن پایین آمدن خلق آنان در دوره های ماهیانه باشد.

در مطالعه اخیر بین نمره بعد عملکرد اجتماعی و نیز نمره کل سلامت روان و محل تولد (شهر یا روستا) ارتباط معناداری دیده شد. از آنجاکه در مطالعات پیشین در این مورد بررسی صورت نگرفته بود قضاوت کردن در این رابطه کار ساده ای به نظر نمی رسد و به شرایط بعدی فرد نیز وابسته است به این معنا که آیا افراد متولد روستا در زمان انجام مطالعه نیز ساکن روستا بوده اند یا خیر و یا آیا بخش عمده ای از زندگی خود را در روستا گذرانده اند یا خیر؟ نتایج مطالعه ی داوری که روی معلمین شهری و روستایی انجام داده است بیانگر وضعیت مطلوب تر معلمین روستایی در نمره کل سلامت عمومی و نیز ابعاد جسمانی و اضطراب می باشد.^{۱۶} بهرحال به نظر می رسد که زندگی در روستا از استرس کمتری نسبت به شهر برخوردار است علاوه بر اینکه از بسیاری از آلودگی های شهری و زندگی مدرن نیز به دور است. در این مطالعه افرادی که سابقه تاهل قبلی داشتند سلامت روان پایین تری داشتند. این رابطه در ابعاد جسمانی، اضطراب و افسردگی نمود بیشتری داشته است. از آنجاکه یکی از استرس های بزرگ در زندگی هر فرد طلاق و یا از دست دادن همسر است نتیجه حاضر منطقی به نظر می رسد. دیگر متغیر تاثیرگذار در سلامت روان وضعیت اشتغال افراد بود به این صورت که افرادی که شغل دائم داشتند از سلامت روان بالاتری نیز برخوردار بودند. در دیگر مطالعات انجام شده نیز ارتباط مثبت سلامت روان بالاتر با وضعیت اقتصادی مطلوب تر گزارش شده است.^{۲۰،۱۶،۲۰} بالطبع وضعیت اقتصادی مطلوب و داشتن شغل دائم تاثیر مستقیم بر سلامت روان دارد. یکی دیگر از متغیرهایی که در این مطالعه تاثیر معناداری روی سلامت روان داشت مذهب بود. بدین معنی که افراد شیعه مذهب از سلامت روان بالاتری برخوردار بودند. البته نباید از نظر دور داشت که تعداد افرادی که شیعه مذهب بودند در این مطالعه بیشتر بود و ممکن است به همین دلیل اختلاف معناداری ایجاد کرده باشد. اما بطور کلی با افزایش میزان دین داری در افراد، آنها این توانایی را می یابند که در شرایط گوناگون به گونه ای مناسب رفتار کرده و از مسیر تعادل خارج نشوند و در نتیجه از سلامت عمومی و سلامت روان

References

1. Kazemipour S. Changes in womens age at marriage in Iran. *Women in Development & Politics* 2004;10:103-24.[In Persian]
2. Noorizadeh M, al e. the occasion of World Mental Health. *Payam Moshaver* 2012;12(122):1-4.[In Persian]
3. Nordin NM, Talib MA, Yaacob SN, Sabran MS. A Study on Selected Demographic Characteristics and Mental Health of Young Adults in Public Higher Learning Institutions in Malaysia. *Global Journal of Health Science* 2010;2(2):104-10.
4. Donnellan MB, Conger RD, Bryant CM. The Big Five and enduring marriages. *Journal of Research in Personality* 2004;38(5):481-504.
5. Shahi A, Ghaffari I, Ghasemi K. Relationship between mental health and marital satisfaction. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences* 2011;15(2):119-26.[In Persian]
6. Having a mental, emotional Health and interest is the most important strategy for achieving a successful marriage. Available: <http://alhcqumsbehdashtgovir/index.aspx?siteid=326&pageid=32629&newsview=37687>. 2011.
7. Divorces in Tehran are 12% higher than the national average. Available: <http://www1jamejamonlineir/newstext.aspx?newsnum=100874356283>. 2010.
8. Banaian S, Parvin N, Kazemian A. The investigation of the relationship between mental health condition and marital satisfaction. *Journal of Hamadan nursing and midwifery faculty* 2006;14(2):52-8.[In Persian]
9. Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun T, Piccinelli M, Gureje O, et al. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine* 1997;27(01):191-7.
10. Sepehrmanesh Z. Mental health and its related factors in young women in Kashan City. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2009;12(1):31-41.[In Persian]
11. Tavakolizadeh J, Khodadadi Z. Assessment of mental health among freshmen entering the first semester in Gonabad university of medical sciences in 2009-2010. *Quarterly of The Horizon of Medical Sciences* 2010;16(2):45-51.[In Persian]
12. Ansari H, Bahrami L, Akbarzade L, Bakhasani N. Assessment of general health and some related factors among students of Zahedan University of Medical Sciences In 2007. *Tabib-e-Shargh*. 2007;9(4):295-304.[In Persian]
13. Amin KM, Pakmehr H. The Relationship Between Students Critical Thinking and Mental Health in Mashhad University of medical sciences. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011;13(2(50)):114-23.[In Persian]
14. Araste M. Study of mental health status and its related factors among high school teachers in cities of Sanandaj and Bijar. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2008;12(4):53-62.[In Persian]
15. Mohammadzadeh J, Kosravi A, Akbary M. Mental Health and Its Determinants among Students of Ilam University. *Investigation in health systems* 2012;8(5):799-805. [In Persian]
16. Davari S, Bagheri M. Mental Health Status and Demographic Factors Associated with it in Teachers. *Middle-East Journal of Scientific Research* 2012;12(3):340-6.[In Persian]
17. Khosroujerdi R, Khanzadeh A. Study of the relationship between emotional intelligence and general health in students o Sabzevar teacher training university. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2007;14(2):110-6.[In Persian]
18. Yaghoobi AG, Farhadi M, Ghanbari N, Kakabarai K. Study of relationship between emontiona intelligence with homesickness and mental health in university students. . *Journal of Psychology (Tabriz University)*. 2008;3(9):137-53.[In Persian]
19. Taghavi M. Validity and reliability of the Iranian version of the General Health Questionnaire in Shiraz University Students (GHQ-28). *Daneshvar (Raftar) Shahed University* 2008;28:1-13.[In Persian]
20. Delaram M, Salehian T, Froozandeh N, Alidoosti M. Comparison of General Health in Droupout and Non-droupout Students of Shahrekord University of Medical Sciences. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2012;20(2):1-8.[In Persian]
21. Mohammadkhani S, Bashgharah R. Emotional intelligence and coping styles as predictors of general health. *Research in Psychological Health* 2008;2(1):37-47.[In Persian]
22. Colleges WOoN, Academies, Physicians AAoGP-F. Integrating mental health into primary health care: a global perspective: *World Health Organization* 2008: 125-34.
23. Tabaraee R, Fathi Ashtiani A, Rassol Zadeh Tabatabaee K. Contribution of religious orientation and mental health compared with demographic factors. *Ravanshenasi Va Din* 2008;1(3):37-69.[In Persian]
24. Muhamad H, Jaafar JL. The Relation of Personality to Subjective Well Being in Malaysia Youths. *International Psychology Bulletin* 2009;13(1):10-5.