

Original Article

Sociological Study of Mental Disorders: A Case Study in Arak

Mohamad Tavakol^{1*}, Hadi Farahani²

1. Full Professor, Faculty of Social Sciences, Tehran University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: mtavakol@ut.ac.ir

2. M.A of sociology, Faculty of Social Sciences, Tehran University, Tehran, Iran.

Received: 13 Jan 2018 Accepted: 3 Apr 2018

Abstract

Background and Aim: According to the announcement of the WHO, mental Disorder is as important as physical health and is affected by a combination of social, psychological and biological components. This study aimed to explain the sociological grounds which affect the mental health of Arak's residents in 2017.

Materials and Methods: This descriptive-analytic study was conducted on 15-64 year old population living in Arak. To determine the prevalence of mental disorders, general health questionnaire (GHQ-28) and determining the effective sociological parameters on them, questions from Durkheim and Merton's theories were used. The sample size was 384 using Cochran formula and data gathering was done using multi-stage cluster sampling. Data were analyzed using SPSS 23 software.

Findings: Mean and SD of participants' age was 34±13 years, mean and SD of household size was 1.5±4.5. 98.7% of participants were Shia, 72.9% were urban and 74% owned their home. The total prevalence of mental disorders was 28.9%: 23.31% in men and 34.55% in women. Moreover, the components of immigration, job status, social status, religion, ethnicity, structural and social pressures, family problems, congestion, anomy, traffic problems and social capital were shown to contribute to the risk of mental health and the occurrence of mental disorders.

Conclusion: Regarding the high prevalence of mental disorders in this study, it is recommended that mediating institutions as ethical and legal entities be recognized by the government and try harder to reorganise and realize the individual rights and social cohesion.

Keywords: Epidemiology; Medical Sociology; Mental Disorders; Social Justice; Social Determinants; Arak

Please cite this article as: Tavakol M, Farahani H. Sociological Study of Mental Disorders: A Case Study in Arak. *Bioethics Journal* 2017; 7(26): 7-21.

بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی (مورد مطالعه: اراک)

محمد توکل^{۱*}، هادی فراهانی^۲

۱. استاد تمام جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: mtavakol@ut.ac.ir

۲. کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۲۳ پذیرش: ۱۳۹۷/۱/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: بنابر اعلام سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان اهمیتی برابر با سلامت جسمانی دارد و تحت تأثیر ترکیبی از مؤلفه‌های اجتماعی، روانشناختی و زیستی است. مطالعه حاضر با هدف تبیین جامعه‌شناختی زمینه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت روانی در ساکنین شهر اراک در سال ۱۳۹۶ انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر، روی جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال ساکن شهر اراک انجام شد. برای سنجش شیوع اختلالات روانی از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و تعیین پارامترهای جامعه‌شناختی مؤثر بر آن‌ها، از سؤالات برگرفته از نظریات دورکیم و مرتون مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ۳۸۴ به دست آمده و نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS 23 استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان برابر با 34 ± 13 سال و میانگین و انحراف معیار بعد خانوار $4/5 \pm 1/5$ نفر بود. ۹۸/۷ درصد از شرکت‌کنندگان شیعه، ۷۲/۹ درصد شهری و ۷۴٪ افراد مالک بودند. میزان شیوع اختلالات روانی برابر با ۲۸/۹ درصد و به تفکیک جنسیت در مردان برابر با ۲۳/۳۱ درصد و در زنان ۳۴/۵۵ درصد بود. مؤلفه‌های مهاجرت، وضعیت شغلی، پایگاه طبقاتی، پایبندی مذهبی، قومیت، فشارهای ساختاری و اجتماعی، مشکلات خانوادگی، ازدحام، بی‌هنجاری، مشکلات ترافیکی و سرمایه اجتماعی در به خطر انداختن سلامت روانی و ابتلای افراد به اختلالات روانی اثرگذار بودند.

نتیجه‌گیری: نظر به شیوع بالای اختلالات روانی در مورد مطالعه، توصیه می‌شود که نهادهای میانجی، به عنوان نهادهای اخلاقی و حقوقی با پیگیری حقوق فردی در جهت سازماندهی مجدد و انسجام اجتماعی تلاش نمایند.

واژگان کلیدی: شیوع‌شناسی؛ جامعه‌شناسی پزشکی؛ اختلالات روانی؛ عدالت اجتماعی؛ تعیین‌کننده‌های اجتماعی؛ اراک

مقدمه

در اساس‌نامه سازمان سلامت جهانی، سلامت ذهنی، اهمیتی برابر با سلامت جسمی دارد و به طور کلی این دو حوزه به ظاهر جدا و نامربوط در تعاملی دائمی و تأثیر و تأثر متقابل تعریف شده‌اند: «سلامت ذهنی به اندازه سلامت جسمی، در مجموع برای رفاه افراد، جوامع و کشورها اهمیت دارد. تاکنون، تنها اقلیتی اندک از ۴۵۰ میلیون مردم رنجور از اختلال ذهنی و رفتاری، درمان‌های مرتبط را دریافت کرده‌اند. پیشرفت‌های چشم‌گیر در حوزه‌های علوم اعصاب‌شناختی و پزشکی رفتاری نشان داده است که مانند بسیاری از بیماری‌های جسمی، اختلالات ذهنی و رفتاری پیامد تعاملی پیچیده میان مؤلفه‌های زیستی، روانشناختی و اجتماعی‌اند» (۱).

محسنی می‌نویسد: «سلامت از صفات بسیار متنوعی شکل می‌گیرد که عبارتند از آمادگی برای کار، تغذیه خوب، احساس شادی و فقدان هر گونه غم و رنج» (۲). میزان گسترده شیوع اختلالات روانی در جهان و کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و نیز هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی مرتبط با آن بسیار قابل توجه است. از سوی دیگر، تأثیر مخرب این اختلالات بر فرد دچار شده و نیز بر خانواده‌های قربانیان، پیامدهایی نظیر خودکشی، طلاق، سوء مصرف مواد و الکل، بیکاری، خشونت و روابط اجتماعی آسیب‌دیده به همراه دارد. همه این ملاحظات، بیماری و اختلال روانی را در زمره مهم‌ترین مسائل اجتماعی قرار می‌دهد. مطالعات بسیاری در خصوص بیماری‌های روانی در جهان انجام شده است که اکثراً ذیل رشته‌های روانشناسی، رفتاردرمانی، زیست‌شناسی و جرم‌شناسی قرار می‌گیرند، اما آنچه اخیراً جهت‌گیری اصلی این مطالعات را تعیین می‌نماید، توجه به عدالت اجتماعی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی اختلالات و بیماری‌های روانی است. به عبارت دیگر، محققین پی به سهم عمده مؤلفه‌های اجتماعی در شکل‌گیری، شیوع و حتی درمان این اختلالات برده و رویکرد میان‌رشته‌ای در این مطالعات، از رشته‌های نامبرده، چرخشی معنی‌دار به سمت جامعه‌شناسی و زیررشته‌هایش نظیر جامعه‌شناسی پزشکی داشته است.

چنانچه Aneshensel, Phelan and Bierman نیز در پژوهش خود (۲۰۱۲ م.)، به دنبال توصیف این امر هستند که «جامعه چگونه سلامت ذهنی اعضایش را شکل می‌دهد و علاوه بر این، زندگی کسانی را که به مثابه بیمار روانی و ذهنی شناخته می‌شوند... تمرکز بر این که جامعه چگونه افکار، احساسات و کنش‌های اعضایش را به شیوه‌هایی که بیماری ذهنی نامیده می‌شود، تعیین می‌نماید» (۳). چنانکه Cockerham نیز اشاره می‌نماید که «با شمار رو به افزایش مطالعاتی که روابط مهم میان مؤلفه‌های اجتماعی و بی‌شمار وضعیت‌های روان‌پزشکی را آشکار می‌کند، مطالعه رفتار به لحاظ ذهنی ناراحت، حوزه‌ای مهم از پژوهش در جامعه‌شناسی شده است» (۴).

این اهمیت فزاینده، که به واسطه آن، علاوه بر ابعاد همواره مورد توجه زیستی و روانی بیماری‌های روانی، بعد اجتماعی را نیز مورد تأکید قرار داده است، چنانکه باید و شاید در کشورهای در حال توسعه مورد توجه قرار نگرفته است. بدین معنی که در چنین کشورهایی به علت ناکارآمدی‌های اقتصادی و اجتماعی و روابط متقابل این عوامل با بیماری‌های روانی، شاهد افزایش روزافزون آمارهای غیر رسمی و گاه متضاد هستیم و پژوهش‌های انجام‌شده، دیدی تک‌بعدی و نه بین‌رشته‌ای که صرفاً یا عوامل زیستی و یا عوامل روانی را پررنگ می‌کنند، اتخاذ می‌کنند. در پژوهشی در خصوص بیماری‌های روانی در ایران و یافتن علت آمارهای مختلف ارائه شده (۵)، میزان شیوع اختلالات روانی در یافته‌های ۲۹ پژوهش صورت‌گرفته تا سال ۱۳۸۰، از ۸ تا ۵۳ درصد در نوسان بوده است. این شیوه نادرست شناخت مسأله منجر به برداشت نادرست از وضعیت بحرانی و متعاقباً ارائه راه‌کارهای گاه نامرتب می‌گردد. از سوی دیگر گردش غیر شفاف اطلاعات در این جوامع نیز مزید بر علت است.

مطالعات انجام‌شده حاکی از روند افزایشی شیوع اختلالات روانی کشور است. در مطالعه بررسی روند اختلالات روانی در ایران، شیوع اختلالات روانی در کشور در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۷، ۱۳۹۰ به ترتیب ۲۱/۵ درصد، ۳۴/۲ درصد، ۳۹/۶

درصد گزارش شده است (۶). واضح است که بدون در دست داشتن اطلاعات دقیق از شیوع یک مسأله، نمی‌توان اقدامی در جهت بهبود آن انجام داد. بنابراین اهمیت یافتن مداخله و بهبود بیماری‌های روانی در کشوری مانند ایران سابقه‌ای کم‌تر از ۱۵ سال دارد و در برابر کشورهای توسعه‌یافته‌ای چون آمریکا که یکی از مؤسسات متولی موضوع سلامت و اختلالات ذهنی‌اش سابقه‌ای بیش از ۱۱۰ سال دارد، نشان از فاصله‌ای وسیع در این مهم است.

از حدود دو دهه پیش WHO نسبت به این بی‌توجهی زیان‌بار هشدار جدی داده و به نقش نزدیک به ۸۵ درصدی عوامل روانی - اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت اشاره کرده است. به دنبال آن، کشورهای توسعه‌یافته به سرعت راه‌کارهایی برای اصلاح بهداشت روانی - اجتماعی جوامع خود تدارک دیده، به مرحله اجرا درآوردند. به نظر می‌رسد که زمان آن فرارسیده است که کشور ما نیز به طرح این موضوع مهم و حیاتی بپردازد» (۷).

علاوه بر این، در برنامه‌ریزی‌های کلان، نگرش کلان‌نگر بسیار راه‌گشاست، اما زمانی که برنامه‌ریزی در سطوح خرد منطقه‌ای، استانی، شهری و روستایی مد نظر باشد، پژوهش خرد و نیمه‌خرد اهمیت دارد. استان مرکزی و شهر اراک به طور ویژه، به علت وجود صنایع متعدد و آلودگی‌های ناشی از آن با مشکلات بی‌شماری رو به رو است که یکی از مهم‌ترین آن‌ها میزان رو به رشد اختلالات روانی در ساکنین این شهر است. به تبع، مهاجرت نیروی کار از اطراف استان به شهر اراک، میزان مهاجرین در این شهر را افزایش داده است، اما مهم‌ترین بخش ماجرا، رکود اقتصادی حاکم بر سراسر کشور است که بیش از هر جای دیگر، شهرهای صنعتی‌ای چون اراک را تحت تأثیر قرار داده است. کارخانجات متعدد خرد و کلان (چون آذراب، هپکو، کمباین‌سازی، ماشین‌سازی، لجور، واگن پارس، آونگان و...) یا به طور کامل ورشکست شده‌اند، یا تولیدات خود را به کم‌تر از نصف توان تولیدی کاسته‌اند که در هر دو وضعیت، منجر به اخراج و یا مرخصی اجباری بدون حقوق بسیاری از کارکنان چنین شرکت‌هایی شده است. بر

اساس اعلام مرکز آمار ایران، در طرح «آمارگیری نیروی کار تابستان ۱۳۹۶»، نرخ بیکاری جمعیت ۱۵ ساله و بیشتر (۳۱۵۳۶۱۳ نفر) نشان می‌دهد که ۱۱/۸ درصد جمعیت فعال کشور، بیکار بوده‌اند و از تعداد ۱۷۵۷۰۵۰ نفر جوان ۱۵-۲۹ ساله در کشور، ۲۴/۴ درصد بیکار بوده‌اند. به نظر می‌رسد که میزان بیکاری در مناطق صنعتی‌ای چون اراک بیشتر از میانگین کل کشور باشد و نیز باید به این نکته توجه نمود که در تعریف بیکاری، افرادی که پیش‌تر از آن‌ها یاد شد، با این حال که به طور رسمی اخراج نشده‌اند و یا کارگاه تولیدی آن‌ها از نظر بازدهی و تولید بلا تکلیف است، همچنان جزء شاغلان به حساب آمده‌اند.

۱- پیشینه

در مقیاس جهانی، تحقیقات متعددی در خصوص اختلالات روانی در معنای اعم و تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر این اختلالات به طور اخص انجام شده است. دلیل این حجم از توجه به اختلالات روانی علاوه بر همه‌گیر شدن این معضل، هزینه‌های بسیار بالای کنترل و در برخی موارد درمان آن‌هاست. بنابراین بهترین و کم‌هزینه‌ترین راه برای کاستن از میزان این معضل، پیشگیری است. همانطور که ذکر شد، آمارهای رو به رشد اختلالات روانی، به خصوص در کشورهای کم‌تر توسعه‌یافته‌ای چون ایران، لزوم توجه هر چه بیشتر به این معضل را می‌رساند. پژوهش‌های انجام‌شده در کشورهای توسعه‌یافته اکثراً کاربردی و در بازه‌های زمانی مشخص با اهداف معین انجام شده و می‌شوند. در خصوص مطالعه اختلالات روانی در ایران، پژوهش‌های این چنینی سابقه چندانی ندارند و هر آنچه در این باره وجود دارد، به جز مواردی ارزشمند در مقیاس کلان و کشوری که همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در کشور را سنجش نموده‌اند، بقیه در قالب گزارش بوده و فرم و قالب پژوهش علمی به خود نگرفته‌اند. در زیر ابتدا به بررسی شماری از پژوهش‌های خارجی و سپس تعدادی مطالعات داخلی خواهیم پرداخت.

در پژوهشی با عنوان «فراتحلیلی از رابطه میان اختلالات ذهنی و تکرار جرم»، پژوهندگان اقدام به اجرای فراتحلیلی ۳

منظور، از تلفیقی از نظریه‌های تولید اجتماعی بیماری روانی، پیرشناسی اجتماعی، نظریه‌های مرتبط با حمایت اجتماعی، نظریه کوکرین و کوئن استفاده کرده و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۲۸۴ سالمند ۶۰ ساله و بالاتر را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش، ارتباط سلامت روان سالمندان با متغیرهای حمایت خانوادگی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تأهل، حضور فرزندان در خانه و میزان فعالیت‌های روزمره گزارش گردیده است (۱۰).

۲- چارچوب نظری پژوهش

در این مطالعه، تأکید بر وضعیت‌هایی است که سلامتی روانی می‌تواند از شرایط ساختاری‌ای که افراد بر آن تسلطی ندارند، صدمه ببینند. دورکیم در کاری مشابه، پس از بررسی میزان‌های خودکشی در کشورهای مختلف صنعتی و غیر صنعتی و نیز مقایسه این دو با هم، به این نتیجه می‌رسد که بدون تردید، تقسیم کار آنومیک (Anomic) در جوامع صنعتی، بدون فراهم‌شدن مبنای اخلاقی منسجم‌کننده و حداقلی از وجدان جمعی، منجر به فروپاشی اجتماعی می‌شود: «عللی که افزایش خودکشی در میان افراد متمدن مبتنی بر آن‌هاست، بدون تردید، خصیصه‌ای عمومی دارند. در واقع، خودکشی در میان نقاط منزوی، در بخش‌های مشخصی از جامعه تا افراد تفکیک شده، رخ نمی‌دهد: در هر جایی قابل مشاهده است. بر اساس نواخی، گرایش رو به بالای خودکشی به لحاظ تعداد، یا سریع و یا آرام است، اما سهم‌اش در تعداد خودکشی‌ها دائماً در حال افزایش است و هیچ استثنایی وجود ندارد. کشاورزی نسبت به صنعت کم‌تر در معرض است، اما سهمش دائماً در حال افزایش است. بنابراین با پدیده‌ای رو به رو هستیم که ارتباطی به هیچ شرایط محلی خاصی ندارد، بلکه به جو عمومی محیط اجتماعی وابسته است. این وضعیت، در محیط‌های خاص، به صورت مختلفی بازتاب دارد (استان‌ها، حرفه‌ها، مذاهب و فرق و...)». به همین جهت است که تأثیرش در هر جا به صورت یکسان حس نمی‌گردد که این ماهیتش را تغییر نخواهد داد... آنچه تمایل بالارونده مرگ‌های خودخواسته اثبات می‌نماید، نه فقط این است که تعداد بیشتری از افراد

مرحله‌ای از ۲۰ دست‌نوشته (۱۷ مطالعه مستقل، N=5737) نموده و بر اختلالات درونی‌سازی، اختلالات برونی‌سازی و اختلالات همراه (ترکیبی از یک اختلال درونی و اختلال بیرونی) تمرکز داشته‌اند. یافته‌های این پژوهش حاکی از این است که «نوع تکرار جرم (به عنوان نمونه، بازداشت مجدد، مجازات مجدد)، نوع بزه‌کاری (مثلاً بزه‌کاری پنهان یا آشکار)، و جنسیت، جهت و شدت رابطه میان تکرار جرم و اختلالات درونی و برونی را تحت تأثیر قرار داده است» (۸).

Kugelmass و Garcia در مطالعه‌ای با عنوان «اختلال ذهنی در جوانان غیر مذهبی» به سنجش و بررسی تفاوت اختلال ذهنی در جوانان مذهبی و غیر مذهبی پرداخته‌اند. بر این اساس، با استفاده از داده‌های مربوط به پیمایش همراهی ملی جوانان، به ۳ یافته مهم دست یافته‌اند که در ادامه به طور مختصر به آن خواهیم پرداخت. «نخست این که جوانان غیر مذهبی به طور متوسط نرخ‌های بالاتری از اختلال ذهنی نسبت به جوانانی دارند که به عنوان مذهبی شناخته می‌شوند؛ دوم تغییرپذیری در خصوص نرخ‌های اختلال ذهنی در میان ۳ گونه از جوانان غیر مذهبی وجود دارد - ملحدین و لادری‌ها بالاترین نرخ‌ها را تجربه می‌نمایند، سپس افراد فاقد مذهب و در نهایت افرادی که ترجیحات مذهبی ندارند. در واقع، پس از کنترل متغیر میزبان خصایص اجتماعی - جمعیت‌شناختی، جوانان فاقد هر گونه تعلق مذهبی، سطوحی از اختلال ذهنی را داشتند که تفاوتی با جوانان غیر مذهبی نداشت؛ سوم نقص سلامت ذهنی غیر مذهبی بودن، در میان جوانان غیر مذهبی با والدین مذهبی، قوی‌تر بود. میزان اختلال ذهنی آن‌ها در مقایسه با جوانان مذهبی بزرگ‌شده در خانوارهای مذهبی، تقریباً دو برابر بود. به علاوه، نه جوانان غیر مذهبی و نه مذهبی، تحت تأثیرات منفی نمو در خانوارهای غیر مذهبی نبودند» (۹).

در مطالعه‌ای با عنوان «بررسی تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی»، پهلوان‌زاده و جاراللهی به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان سالمندان ساکن در روستای دشت از توابع مشکین‌شهر پرداخته‌اند. برای این

وجود دارند که برای ادامه زندگی خیلی ناخوشحال‌اند، بلکه [نشان می‌دهد که] خوشحالی عمومی جامعه نیز در حال کاهش است» (۱۱). به این ترتیب، مطالعه گسترده خود درباره این وضعیت آنومیک را در کتابی با همین نام، یعنی خودکشی، پیگیری می‌نماید و اثر مؤلفه‌های کلان مقیاس و ساختاری را بر سلامت یا اختلال ذهنی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. مطالعه پیش رو، از چند جهت می‌تواند از نظریه دورکیم استفاده نماید. یکی این‌که به دنبال تعیین اثر مؤلفه‌های ساختاری کلان و نیمه‌کلان بر سلامت روانی و ذهنی افراد است؛ دوم برای این منظور و متناسب با فرضیات پژوهش، به نظر می‌رسد که میزان شیوع اختلالات روانی، در اصطلاح دورکیمی‌اش، صورت مرضی یافته است و در نهایت این‌که دورکیم بیش از هر متفکر دیگری، به مسائل جامعه مدرن از دید ساختاری پرداخته و یکی از مهم‌ترین مطالعاتش در زمینه خودکشی، به خوبی توان تأثیر مؤلفه‌های ساختاری‌ای که فرد را به گرفتن زندگی‌اش تشویق می‌نمایند، سنجیده است.

یکی دیگر از نظریاتی که پژوهشی این‌چنینی می‌تواند از آن بهره‌گیرد، نظریه فشار ساختاری مرتون است. جامعه‌شناسی کارکردگرایی و ساختارگرایانه مرتون، جامعه را نظامی در نظر دارد که مشتمل بر مجموعه‌ای از عناصر ساختاری چون فرهنگ و ساختارهای اجتماعی است. فرهنگ و ساختارهای اجتماعی در تعامل با هم و به میانجی محیط، امکان تداوم و تطابق نظام اجتماعی و هماهنگی و سازگاری افراد با یکدیگر و با محیط خویش را فراهم می‌نماید: «اگر ساختار اجتماعی برخی اختیارات عمل را محدود می‌نماید، برخی دیگر را نیز می‌آفریند... [دیدگاه کارکردگرایانه] در تلاش است مشخص کند که ساختار فرهنگی و اجتماعی چگونه در به وجود آوردن رفتار انحرافی بر افراد فشار می‌آورد - افرادی که به انواع گوناگونی در این ساختار قرار دارند» (۱۲).

مرتون به پیروی از دورکیم، معتقد است که تداوم وضعیت‌های آنومیک می‌تواند تبعات مختلفی بر افراد داشته باشد. چنین وضعیتی هنگامی رخ می‌دهد که میان اهداف مقبول اجتماعی و وسایل مشروع رسیدن به چنین اهدافی در

جامعه، شکافی دست‌نیافتنی و پرنکردنی موجود باشد. بدین معنی که جامعه افراد را در دستیابی به اهداف خاصی تشویق می‌نماید، اما در عین حال، وسایل رسیدن به چنین اهدافی دست‌نیافتنی می‌نمایند. «در نظریه فشار ساختاری، مرتون بر این باور است که انحراف (کژرفتاری) برای این پیش می‌آید که جامعه دستیابی به برخی هدف‌ها را تشویق می‌کند، ولی وسایل ضروری برای رسیدن به این هدف‌ها را در اختیار همه اعضای جامعه قرار نمی‌دهد. در نتیجه، برخی افراد یا باید هدف‌های خاصی را برای خود برگزینند و یا برای رسیدن به هدف‌هایی که فرهنگ جامعه‌شان تجویز کرده، باید وسایل نامشروعی را به کار برند» (۱۳). در چنین شرایطی فرد دچار سرشکستگی‌ها و فشارهای متعددی می‌گردد که چه بسا منجر به شیوع اختلالات روانی خواهد شد. علاوه بر موارد بالا، رویکرد مرتون به عناوین مختلفی می‌تواند در حوزه‌های جامعه‌شناسی پزشکی نیز مورد استفاده قرار گیرد و تبیین‌گر باشد: «به عنوان مثال در به کارگیری رویکرد کارکردگرایانه در حوزه خدمات بهداشتی می‌توان به استدلال‌هایی که برای محدود کردن دسترسی به تسهیلات پزشکی مثلاً دیالیز در آمریکا می‌شود، اشاره کرد. در آنجا استدلال می‌شود که چون با توجه به هزینه‌های بالا، استفاده افراد مسن از این تسهیلات در مقایسه با جوانان توجیه ندارد، در نتیجه باید خدمات دیالیز را به جوان‌ترها محدود کرد. مثال دیگر، کاربرد این رویکرد در بیمارستان به عنوان یک ساختار اجتماعی است. در این ساختار مشارکت‌کنندگان، پزشکان، پرستاران، بیماران، کارمندان و... همه کارکرد معینی دارند که باید انجام دهند و بسته به موقعیت (و پست)، روابط و انتظارات بین آن‌ها تفاوت می‌کند و کنش‌های بین آن‌ها را تنظیم می‌کند» (۱۴).

اینک با توجه به چارچوب نظری اتخاذشده دورکیمی - مرتونی، هدف مطالعه حاضر، مطالعه پارامترها و مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌های روانی نظیر افسردگی، شیزوفرنی، اختلالات عاطفی، اختلالات ترس ناگهانی، اختلال اضطراب عمومیته یافته، اختلال وسواس فکری و عملی و... است. بنابراین فرضیات تحقیق عبارتند از:

و در نهایت از نمونه‌گیری تصادفی ساده یا سیستماتیک استفاده شد. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵، جمعیت شهر اراک ۵۲۰۹۴۴ نفر بوده است. با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه مورد مطالعه ۳۸۴ نفر به دست آمد. با استفاده از جدول مورگان نیز عددی مشابه، برابر با ۳۸۴ تعیین گردیده است. به این ترتیب، از میان جامعه آماری، به کمک روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، گردآوری داده‌ها از افراد دارای شرایط انجام شد.

برای سنجش شیوع سلامت یا اختلالات روانی و عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شده و پارامترهای جامعه‌شناختی مؤثر بر آن‌ها، با استفاده از نظریات دورکیم و مرتون مورد بررسی قرار گرفت. گویه‌های پرسشنامه با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ امتیازی به قرار زیر مورد سنجش قرار گرفتند: «خیر»، «کمی»، «زیاد»، «خیلی زیاد». امتیازهای بالاتر به پاسخ‌هایی تعلق گرفتند که دچار نشانگان اختلال روانی بودند. این مقیاس در نمونه‌ای مرکب از ۳۰ نفر، پیش‌آزمون شد، سپس مورد تحلیل گویه قرار گرفت تا میزان سازگاری درونی هر گویه با امتیاز کل مقیاس معلوم شود. این مقیاس همچنین با استفاده از تحلیل عامل، پس‌آزمون شد تا میزان تک‌بعدی بودن آن و امکان وجود زیرمقیاس‌ها تعیین شود. پارامترهای جامعه‌شناختی برآمده از چارچوب نظری دورکیمی - مرتونی نظیر بی‌هنجاری، فشارهای اجتماعی، بی‌سازمانی و بدسازمانی، فساد و رقابت ناسالم، نوسانات سرمایه اجتماعی، ترافیک و ازدحام، وضعیت شغلی، طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی، میزان تحصیلات، مهاجرت، دین‌داری و... در طیفی دوطرفه بلی یا خیر و به کمک ابزار پرسشنامه مورد سؤال قرار گرفتند. بدین معنی که ترجیح یک مورد توسط پرسش‌شونده، به معنی دارابودن خصیصه و عدم انتخاب آن، به معنای فقدان آن مشخصه در نظر گرفته شد. در نهایت، با ورود داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 23، تجزیه و تحلیل آماری انجام و اقدام به ارائه تحلیل توصیفی و استنباطی برای تشریح روابط میان متغیرها شد. در تحلیل هر فرضیه، بر اساس نوع داده‌های به دست آمده، از روش‌های

- ۱- دین‌داری و تقید مذهبی یا فقدان این مؤلفه بر شیوع اختلالات روانی مؤثر است؛
- ۲- مهاجرت به عنوان یکی از مؤلفه‌های اجتماعی، بر شیوع اختلالات روانی مؤثر است؛
- ۳- تحصیلات و مراتب علمی بالا یا پایین بر پیدایش و تداوم اختلالات روانی مؤثر است؛
- ۴- طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی پایین یا بالا بر به وجود آمدن اختلالات روانی مؤثر است؛
- ۵- شاغل بودن و یا بیکاری به عنوان یک مؤلفه اجتماعی، بر شیوع و یا اختلالات روانی اثر دارد؛
- ۶- قومیت بر اختلالات روانی تأثیر دارد؛
- ۷- میزان اختلال روانی در زنان و مردان متفاوت است؛
- ۸- مشکلات زندگی شهری (ترافیک، ازدحام و بی‌هنجاری، بی‌سازمانی - بدسازمانی - فساد، رقابت ناسالم، فشارهای اجتماعی، افت اجتماعی و افت حمایت و همدلی و اعتماد اجتماعی، نوسانات سرمایه اجتماعی و...) در افزایش اختلالات روانی اثر گذارند.

مواد و روش‌ها

در مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر، شیوع اختلالات روانی در افراد ۶۴-۱۵ ساله ساکن شهر اراک در ماه‌های تیر و مرداد سال ۱۳۹۶ مورد بررسی قرار گرفت. علت انتخاب این شهر به عنوان جامعه مورد بررسی، علاوه بر سهولت دسترسی و اقتضات ناشی از زندگی در این شهر، آشنایی با مردمان، مناطق و تقسیم‌بندی شهری بوده است. با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و به طور اخص نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، با بهره‌گیری از نقشه شهری و نقشه سرشماری، از میان مناطق مختلف شهر اراک بر حسب پایگاه طبقاتی و اجتماعی، ابتدا مناطق مذکور، سپس بلوک‌های ساختمانی یا محلات موجود در هر منطقه مشخص گردید. واضح است که با استفاده از این روش، تمامی بلوک‌های موجود در یک منطقه، شانس برابری برای انتخاب شدن خواهند داشت، سپس تمامی خانوارهای موجود در هر بلوک یا محله را مشخص کرده

تا یک و نیم میلیون تومان را ذکر کرده‌اند، ۸۴ نفر (۲۱/۹ درصد) از پاسخگویان، درآمد خود را بین یک و نیم تا دو میلیون تومان گزارش کردند و در نهایت، ۱۲۸ نفر (۳۳/۱ درصد) بیش از دو میلیون تومان درآمد داشتند. تعداد افرادی که درآمد ماهیانه خود را بیش از دو میلیون تومان ذکر کردند، بیش از سایر افراد بوده و پس از آن، افرادی که درآمد آن‌ها یک تا یک و نیم میلیون تومان بوده است، قرار دارند. ۹۸/۷ درصد از شرکت‌کنندگان شیعه، ۷۲/۹ درصد شهری و ۷۴٪ افراد مالک بودند (جدول ۱).

شیوع اختلالات روانی در جامعه آماری مورد مطالعه (اختلالات روانی افراد طی یک ماه گذشته)، ۲۸/۹ درصد به دست آمد. شیوع این اختلالات به تفکیک جنسیت، برای زنان ۳۴/۵۵ و برای مردان ۲۳/۳۱ درصد برآورد گردید.

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد مورد مطالعه

متغیر		تعداد (درصد)
شهری	شیعه	۳۷۹ (۹۸/۷)
	سنی	۴ (۱)
	زرتشتی	۱ (۰/۳)
	کل	۳۸۴ (۱۰۰)
جایگاه فرد در خانوار	سرپرست خانوار	۱۳۰ (۳۳/۹)
	همسر غیر رسمی	۱ (۰/۳)
	شوهر	۱ (۰/۳)
	زن	۱۲۱ (۳۱/۵)
	دختر	۵۰ (۱۳)
	پسر	۵۹ (۱۵/۴)
	نوه پسری	۲ (۰/۵)
	نوه دختری	۱ (۰/۳)
	پدر	۲ (۰/۲)
	مادر	۷ (۱/۸)
	خواهر	۳ (۰/۸)
	برادر	۳ (۰/۸)
	سایر بستگان	۲ (۰/۵)
	کل	۳۸۴ (۱۰۰)
درآمد ماهانه سرپرست خانوار	کم‌تر از یک میلیون	۸۵ (۲۲/۱)
	یک تا یک و نیم میلیون	۸۸ (۲۲/۹)
	یک و نیم تا دو میلیون	۸۴ (۲۱/۹)
	بیش از دو میلیون	۱۲۷ (۳۳/۱)

آماري مناسب همان داده‌ها استفاده شد. برای نمونه، مفهوم دین‌داری و تقید مذهبی در پنج گویه مورد سؤال قرار گرفت. در تحلیل این متغیر، افرادی که به هر یک از این موارد پاسخ مثبت دادند کد ۱ (به معنی بله) و سایر افرادی که پاسخ منفی دادند کد ۰ تعلق گرفت. با توجه به این‌که متغیر وابسته ما در این پژوهش (اختلال روانی) در مقیاس فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفته است و از سوی دیگر با این پیش‌فرض که رابطه علت و معلولی میان این متغیر مستقل با متغیر وابسته برقرار است (پیش‌فرض رگرسیون خطی)، از رگرسیون خطی بهره گرفته شد، اما در مواردی هم، به منظور سنجش اثر مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، مقیاس فاصله‌ای مذکور در متغیر وابسته خود را به سطح مقیاس اسمی (افراد دارای اختلال روانی و افراد فاقد اختلال روانی) تنزل دادیم.

ملاحظات اخلاقی

ضمن توضیح درباره اهداف و فرایند مطالعه، رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان کسب گردیده و درباره محرمانگی اطلاعات به آنان اطمینان داده شد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان برابر با ۳۴ سال و انحراف معیار حدود ۱۳ سال بود. میانگین بعد خانوار ۴/۵ نفر و انحراف معیار آن ۱/۴ نفر (حداقل ۱ و حداکثر ۸) بود. بنا بر اطلاعات به دست‌آمده از جایگاه افراد در خانوار (به ترتیب از بیشترین میزان تا کم‌ترین)، ۱۳۰ نفر (۳۳/۹ درصد) از شرکت‌کنندگان، سرپرست خانوار، ۱۲۱ نفر (۳۱/۵ درصد) زن خانواده، ۵۹ نفر (۱۵/۴ درصد) پسر، ۵۰ نفر (۱۳٪) دختر، ۷ نفر (۱/۸ درصد) مادر، ۳ نفر (۰/۸ درصد) خواهر، ۳ نفر (۰/۸ درصد) برادر، ۲ نفر (۰/۵ درصد) سایر بستگان، ۲ نفر (۰/۵ درصد) پدر، ۱ نفر (۰/۳ درصد) شوهر و ۱ نفر از آن‌ها (۰/۳ درصد)، همسر غیر رسمی بوده‌اند. درآمد سرپرست خانوار در ۲۲/۱ درصد افراد (۸۵ نفر)، کم‌تر از یک میلیون تومان بود. ۸۸ نفر یا ۲۲/۹ درصد از پاسخگویان درآمدی در حدود یک

۳۸۴ (۱۰۰)	کل	
۲۴۲ (۶۳)	متأهل	وضعیت تأهل
۱۲ (۳/۱)	بیوه	
۱۶ (۴/۲)	مطلقه	
۱۱۴ (۲۹/۷)	مجرد	
۳۸۴ (۱۰۰)	کل	
۲۸۰ (۷۲/۹)	شهر	محل سکونت
۱ (۰/۳)	زاغه‌نشین	
۱۰۱ (۲۶/۳)	حومه شهر	
۲ (۰/۵)	عدم پاسخ	
۳۸۴ (۱۰۰)	کل	وضعیت مسکن
۲۸۴ (۷۴)	صاحب‌خانه	
۸۶ (۲۲/۴)	اجاره‌ای	
۶ (۱/۶)	دولتی	
۷ (۱/۸)	ملک خانوادگی	
۱ (۰/۳)	سایر	
۳۸۴ (۱۰۰)	کل	

در پی دارد. در خصوص فرضیه تأثیر تحصیلات بر ابتلا به اختلالات روانی، نتایج به دست‌آمده نشان داد که رابطه معنی‌داری بین متغیر وابسته و مستقل وجود ندارد. در فرضیه اثر پایگاه اقتصادی و اجتماعی فرد در ابتلا به اختلالات روانی، آماره آزمون استقلال با مقدار $۱۲/۶۱۸$ به وضوح نشانگر ارتباط قوی میان طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی و شیوع اختلالات روانی است، به این معنی که افراد دارای اختلال روانی، بیشتر متعلق به طبقه اجتماعی و اقتصادی پایین و افراد فاقد اختلال روانی، متعلق به طبقه بالا بودند.

بر اساس مدل رگرسیون خطی، بالارفتن طبقه اجتماعی و اقتصادی حدود $۷/۳$ واحد استاندارد شیوع اختلالات روانی را کاهش می‌دهد. در خصوص اثر وضعیت شغلی افراد (شاغل یا بیکاری) بر ابتلا به اختلالات روانی، مشخص شد که آنچه سبب بروز تأثیر معنادار بین وضعیت شغلی و شیوع اختلالات روانی شده است، افراد بازنشسته، زنان خانه‌دار، دانش‌آموزان یا دانشجویان و افراد دارای درآمد بدون کار نبوده است، بلکه عامل اصلی ارتباط در این بخش، شاغل بودن و یا بیکاری افراد است که تأثیری عمیق بر ایجاد اختلال روانی داشته است. در آزمون اثر قومیت بر ابتلا به اختلالات روانی مشخص شد که عمده اختلاف در قومیت‌های ترک (افراد دارای اختلال روانی بیشتر از افراد فاقد اختلال هستند)، فارس (افراد دارای اختلال روانی کم‌تر از افراد فاقد اختلال هستند) و لر (افراد دارای اختلال روانی کم‌تر از افراد فاقد اختلال هستند) در بقیه قومیت‌ها اختلاف معناداری به چشم نمی‌خورد.

نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که داشتن جنسیت زن، $۱/۷$ درصد میزان ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. رگرسیون خطی هم با عدد $۹/۳$ نشان داد که داشتن جنسیت زن، ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. آزمون آماره استقلال Chi-square با میزان $۲۶۱/۳۸۰$ نشان داد که میان داشتن مشکلات ترافیکی و شیوع اختلالات روانی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های حاصل از رگرسیون لجستیک و عدد به دست‌آمده در نسبت بخت با مقدار ۳۱۵ و فاصله اطمینان ۹۵% کران بالا و پایین نیز نشان می‌دهد که شیوع

در بررسی اثر دین‌داری بر اختلالات روانی با استفاده از رگرسیون خطی ثابت شد که این مؤلفه جامعه‌شناختی با اختلالات روانی همبستگی معنی‌دار داشته و بر اساس آن، بین فقدان اعتقادات مذهبی و بالابودن اختلالات روانی، ارتباط منفی قوی و معنادار وجود دارد.

$$Y_{\text{General Health Status}} = 67.6 - 59.8x_{\text{Religional Activities}}$$

مدل رگرسیونی به دست‌آمده نشان می‌دهد که پاسخ مثبت به دین‌داری و تقید مذهبی حدود ۶۰ واحد، شیوع اختلالات روانی را کاهش می‌دهد (عدد منفی ضریب رگرسیونی). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین ابتلا به اختلالات روانی و فقدان پایبندی مذهبی و دینی در افراد مورد مطالعه، یک ارتباط مستقیم و معنادار آماری وجود دارد، به گونه‌ای که اختلال روانی در افرادی که پاسخ منفی به فعالیت‌های مذهبی داشته‌اند، بسیار بالاتر گزارش می‌شود. در خصوص تأثیر مهاجرت بر شیوع اختلالات روانی، آزمون Chi-square، با عددی برابر با $۲۱۳/۰۵$ ، وجود رابطه میان این مؤلفه را با ابتلا به اختلالات روانی تأیید نمود. ضریب همبستگی پیرسون نیز با عددی برابر با $-۰/۴۵۵$ ثابت می‌کند که افزایش مدت اقامت فرد در محل زندگی، کاهش احتمال ابتلا به اختلالات روانی را

حدود ۶۲۲ واحد رگرسیون مبتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، مدل رگرسیون خطی به شرح زیر هم نشانگر وجود ارتباط مثبت و قوی و معنادار بین این دو متغیر است. بدین معنی که تجربه بی‌قانونی و عدم امنیت شغلی و اجتماعی، حدود ۶۱ واحد شیوع اختلالات روانی را افزایش می‌دهد.

$$Y_{General\ Health\ Status} = 126.5 + 61.5x_{Lawlessness}$$

نتایج آماری نشان داد که افت حمایت، همدلی و اعتماد اجتماعی، بر شیوع اختلالات روانی مؤثر است. با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، عدد به دست آمده در ضریب همبستگی به مقدار -0.807 بیانگر آن است که همدلی، اعتماد اجتماعی و اختلالات روانی با یکدیگر ارتباط وارونه قوی ($r = -0.807$) و معنی‌دار ($P - value < 0.001$) دارند. اثر سرمایه اجتماعی بر متغیر وابسته پژوهش نیز، با مقدار عددی -0.1862 و معنی‌داری کمتر از 0.05 نشان داد که افزایش سرمایه اجتماعی، کاهش احتمال ابتلا به اختلالات روانی را در پی دارد.

بحث

شیوع اختلالات روانی در جامعه آماری مورد مطالعه (اختلالات روانی افراد طی یک ماه گذشته)، $28/9$ درصد به دست آمد. بر اساس پیمایش سال ۱۳۹۳، این میزان در استان مرکزی $21/5$ درصد گزارش شده است که حاکی از روند افزایشی این اختلال است. شیوع این اختلالات به تفکیک جنسیت، برای زنان $34/55$ و برای مردان $23/31$ درصد به دست آمده است که این میزان در پیمایش سال ۱۳۹۳، در زنان $31/4$ درصد و در مردان $18/9$ درصد گزارش شده است. در خصوص این افزایش ۴ درصدی در مردان، با توجه به نظرات صاحب‌نظران و کارشناسان، وضعیت اقتصادی و معیشتی خاص شهر اراک، تأثیر چشم‌گیری داشته است، چراکه بسیاری از صنایع سنگین و تولیدی که تا سال‌ها نیروهای کار مورد نیاز خود را از اطراف شهر و استان جذب می‌کرده‌اند، نه تنها استخدام جدید نداشته‌اند، بلکه نیروی کار سابق خود را نیز به

اختلالات روانی به عنوان کمیت وابسته و مشکلات ترافیکی به عنوان کمیت مستقل، دارای ارتباط مستقیم و مثبت هستند. بدین معنی که مشکلات ترافیکی، حدود ۳۱۵ واحد رگرسیون، اختلالات روانی را افزایش می‌دهند. استفاده از مدل رگرسیون خطی نیز نشان داد که دارا بودن مشکلات ترافیکی حدود ۵۸ واحد استاندارد شیوع اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. اثر بی‌هنجاری بر ابتلا به اختلالات روانی را نیز با استفاده از آزمون‌های مختلف آماری سنجیده و نتایج نشان داد که بی‌هنجاری و اختلالات روانی دارای ارتباط مستقیم هستند.

نتایج به دست آمده از آزمون رگرسیون لجستیک به همراه فاصله اطمینان 95% کران بالا و پایین، بیانگر آن است که مشکلات بی‌هنجاری حدود ۲۱۷ واحد استاندارد اختلالات روانی را افزایش می‌دهند. مدل رگرسیون به دست آمده در رگرسیون خطی نشان داد که بی‌هنجاری حدود ۶۴ واحد، شیوع بیماری‌های روانی را افزایش می‌دهد. نتایج آزمون‌های آماری در خصوص اثر مواجهه با فساد در زندگی روزمره اثر قوی این مؤلفه بر ابتلا به اختلالات روانی را ثابت کرد. نتایج حاصل از رگرسیون لجستیک با نسبت بخت 517 به همراه فاصله اطمینان 95% کران بالا و پایین خود هم به وضوح نشان می‌دهد که مواجهه با فساد در زندگی روزمره حدود 517 واحد، اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. رگرسیون خطی هم با مدلی به شرح زیر:

$$Y_{General\ Health\ Status} = 122.7 + 59.5x_{Corruption}$$

بیانگر آن است که بین مواجهه با فساد در زندگی روزمره و بالابودن اختلالات روانی، ارتباط مثبت و قوی و معناداری وجود دارد به نحوی که مواجهه با فساد حدود ۶۰ واحد رگرسیون شیوع اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. اثر بی‌قانونی بر شیوع اختلالات روانی بر اساس آزمون استقلال Chi-square $285/270$ به دست آمد که نشانگر ارتباط مستقیم بین دو متغیر است. رگرسیون لجستیک با مقدار عددی 622 و فاصله اطمینان 95% کران بالا و پایین، نشان می‌دهد که تجربه بی‌قانونی و عدم امنیت شغلی و اجتماعی

کار فزاینده صورت گرفته در جوامع مدرن، مذهب نمی‌تواند نقش پیشینی خود در فراهم نمودن انسجام اجتماعی را هنوز هم عهده‌دار باشد. نکته‌ای که می‌تواند راه‌گشای تبیین چنین وضعی باشد، انسجام اجتماعی‌ای است که بخشی از آن را مذهب می‌تواند در هر جامعه‌ای فراهم نماید. تقسیم کار جوامع مدرن بر لزوم برتری یافتن اهداف فردی بر اهداف اجتماعی و فراتر رفتن از شخصیت جمعی تأکید دارد. با چنین وضعی تضعیف مذهب به عنوان یکی از منابع فراهم آورنده انسجام اجتماعی، منجر به برتری یافتن آگوی فردی و خودپرستی و برتری یافتن اهداف فردی بر اهداف اجتماعی می‌شود. زمانی که راه دستیابی به این اهداف فردی فراهم نباشد و مذهب نیز به عنوان یکی از عوامل توجیه‌کننده و کنترل‌کننده اثر چنین محرومیتی، دچار ضعف شده باشد و نقش سابق خود را نتواند اجرا کند، فشار حاصل از عدم توانایی دستیابی به اهداف فردی منجر به احساس شکست و حقارت و تبعیض در افراد می‌شود و سلامت ذهن آن‌ها را در خطر قرار می‌دهد.

مؤلفه‌های دیگری که بر اساس تحلیل یافته‌های این پژوهش بر نقش آن در شیوع اختلالات روانی وقوف یافتیم، عبارتند از مهاجرت، وضعیت خانوادگی، طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی، اشتغال، تأثیر مشکلات زندگی شهری (ازدحام و بی‌هنجاری، ترافیک، بی‌قانونی، مشکلات و فشارهای اجتماعی و سرمایه اجتماعی). برای دورکیم «مسئله اخلاقی این بود که چگونه آزادی فردی و نظم اجتماعی را می‌توان آشتی داد. مسئله سیاسی آن بود که چگونه می‌توان اشکالی از سازمان اجتماعی را پروراند که تمایلات خودانگیخته انسجام دهنده ایجاد کند و آزادی فردی را بیشینه سازد» (۱۶). او معتقد است که با رشد تقسیم کار اجتماعی، نظم اخلاق سنتی پیشین که توجیه‌گر نابرابری افراد جامعه بود، ضعیف‌تر شد و مهم‌تر از همه این‌که صورت‌های جدید نظارت اخلاقی بر زندگی افراد در جوامع مدرن محقق نشده است. با رهاشدن نیازها و آرزوها از قید فشارهای اخلاقی و تنظیم‌کننده و نیز تخصصی‌شدن تقسیم کار و از میان رفتن برخی حرفه‌ها و

حالت تعلیق (نیمه‌اخراج و یا مرخصی اجباری) درآورده و یا اخراج کرده‌اند. چنین چشم‌اندازی، قطعاً یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تأثیرگذار بر سلامت روان افراد یک شهر خواهد بود. یکی از مهم‌ترین نظریات در خصوص تأثیر مؤلفه‌های اجتماعی و ساختاری بر سلامت روانی و ذهنی افراد جامعه، متعلق به امیل دورکیم است که در کتابی با عنوان «خودکشی» به این امر پرداخته است. آنچه دورکیم در این کتاب به بررسی آن می‌پردازد، اثبات این مهم بود که مفاهیم زیست‌شناختی (و روانشناختی صرف)، به طور کامل نمی‌توانند تبیین‌های کافی از رفتار انسان ارائه کنند.

دورکیم مدعی است که علی‌رغم نمود کاملاً فردی و شخصی خودکشی در جوامع مختلف، این پدیده آنومیک را نمی‌توان تصمیمی کاملاً فردی و تحت تأثیر مسائل شخصی و یا مشکلات ذهنی به حساب آورد، بلکه نیروهای پنهانی دخیل هستند که فرد را در جهت پایان‌بخشیدن به زندگی‌اش سوق می‌دهند. پیش از پرداختن به این مؤلفه‌های اجتماعی برانگیزاننده خودکشی، باید به این نکته پرداخت که خودکشی چه ارتباطی با متغیر وابسته پژوهش حاضر یا اختلالات روانی دارد؟ فرایندی که فرد را برای اقدام به انتحار نفس آماده می‌کند، فرایندی تک‌مرحله‌ای نیست. از طرفی، همه افراد توانایی رویارویی با خودکشی را ندارند. به عبارت دیگر، اقدام به خودکشی از مراحل اولیه‌ای آغاز می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها اختلالات روانی و ذهنی است که به صورت مزمن نه فقط سلامت ذهن فرد، بلکه عملکرد اجتماعی او را نیز مختل می‌نمایند. چنانچه دورکیم هم معتقد است که «وظیفه جامعه‌شناسی در توضیح خودکشی، بررسی تمام جنبه‌های آن نیست، زیرا مطالعه برخی از جنبه‌های آن بر عهده روانشناسی است» (۱۵).

هیچ جامعه‌ای نیست که حدی از اختلالات روانی در آن شایع نباشد. اولین متغیر جامعه‌شناختی که به عنوان عامل اثرگذار بر شیوع اختلالات روانی آوردیم، متغیر دین‌داری و تقید مذهبی بود و به این نتیجه رسیدیم که رابطه معکوسی با ابتلا به اختلالات روانی دارد. دورکیم معتقد است که با تقسیم

مشاغل سنتی و به وجود آمدن مشاغل مدرن، فرد خودمحمور به دنبال تحقق خواسته‌های بی‌حد و حصر خود و یافتن جایگاهی در تقسیم کار نوین، راهی شهرها و مراکز صنعتی می‌گردد. در چنین وضعی که هنوز در جامعه منبع نظم اخلاقی منسجم نیست و حالتی از بی‌هنجاری حاکم است، مهاجرت افراد از سایر نقاط با فرهنگ‌ها و خواسته‌های بی‌حد و حصر و برآورده نشدن این تمایلات، منجر به احساس شکست، تبعیض و محرومیت دائمی می‌شود. بنابراین تقسیم کار آنومیک در جوامع صنعتی، بدون فراهم شدن مبنای اخلاقی منسجم‌کننده و حداقلی از وجدان جمعی، منجر به فروپاشی روانی و اجتماعی می‌شود. شرایط تصویرشده در بالا، در کشورهای در حال توسعه و شهرهای صنعتی‌ای چون اراک قابل انتظار است. شهری که در سالیان گذشته به علت استقرار صنایع مختلف و رونق اقتصادی و کافی نبودن نیروی کار بومی، بی‌شمار افراد مهاجر با فرهنگ‌های مختلف، از استان‌ها، شهرها و نواحی اطراف جذب کرد و طی سالیان اخیر، به علت شرایط اقتصادی حاکم بر کل کشور، رکود و تورم، واردات بی‌رویه و بی‌شمار علل شناخته‌شده و نشده، با ورشکستگی‌های متعدد، بازنشستگی‌های اجباری، مرخصی‌های بدون حقوق و عدم توانایی مالی در پرداخت ماه‌ها حقوق به تأخیر افتاده کارگران و کارمندان مواجه گردید. حاصل: از بین رفتن مشاغل پیشین و عدم ایجاد فرصت‌های جدید شغلی برای مهاجرین جدید و سابق. به زعم دورکیم، آنچه توانایی به وجود آوردن انسجام اجتماعی در دوره نوین را دارد، گروه‌های شغلی و صنفی است. «علاوه بر جامعه ایمان، خانواده و سیاست، چیز دیگری وجود دارد که تا به حال ذکری از آن به میان نیامده است؛ تمام کارگران یک نوع مشابه، در اتحاد با یکدیگر، همه آن‌هایی که در عملی مشابه معاونت می‌کنند. به عبارت دیگر، گروه‌های شغلی یا صنفی. شایستگی‌اش [گروه صنفی] برای این نقش، به واسطه تعریفش اثبات می‌گردد، چراکه دربرگیرنده افرادی است که وقف وظایف یکسان‌اند، همراه با انسجام و حتی علائق ترکیب‌شده...» (۱۷).

در خصوص فشارهای اجتماعی و تأثیر مؤلفه‌های ساختاری کلان و نیمه‌کلان اقتصادی بر سلامت ذهنی، پیرو دورکیم و مطالعه‌اش درباره خودکشی، تحقیقات متعددی انجام شده است. بحران‌های اقتصادی نظیر رکود و تورم، ورشکستگی، بیکاری گسترده و... پیامدهای متعددی بر زندگی اجتماعی افراد بر جای می‌گذارد و به تبع، اثرات زیان‌بار این بحران‌ها بر سلامت ذهنی افراد یک جامعه نیز قابل توجه است. دورکیم در خودکشی نشان داد که رابطه‌ای میان نوسانات اقتصادی و خودکشی وجود دارد و میزان خودکشی در ایام رکود اقتصادی به شدت زیاد می‌شود. «دورکیم استدلال کرد که این امر نمی‌تواند فقط معلول فقر اقتصادی باشد، زیرا در واقع، خودکشی در میان کسانی که همیشه فقیر بوده‌اند، کم‌ترین میزان را دارد. به علاوه، میزان خودکشی تنها در ایام رکود زیاد نمی‌شود، بلکه در ایام شکوفایی اقتصادی نیز به همان‌شدن بالا می‌رود. بنابراین عامل علی، خود شرایط مادی نیست، بلکه عدم ثباتی است که این اوضاع در زندگی اجتماعی به وجود می‌آورد. در دوران آشفتگی، قواعد اخلاقی که معمولاً فعالیت‌های اجتماعی افراد را تحت نظم درمی‌آورد، تحت فشار قرار می‌گیرد و چیرگی خود را از دست می‌دهد» (۱۵).

در چنین وضعی که رکودهای ناگهانی، افت ارزش‌های سهام، ورشکستگی‌های پولی و مالی و کمبود بودجه همواره از به وجود آمدن ثبات نسبی جلوگیری می‌نماید، سلامت روانی افراد نیز همواره در معرض تهدید است. در تأیید اثر این بی‌ثباتی اقتصادی بر سلامت روان افراد باید عنوان کرد که این مطالعه بعد از انتخابات و زمان دشوار شرایط اقتصادی حاکم بر کشور (تابستان ۱۳۹۶ ش.) صورت گرفت که طی آن ارزش ارز و طلا دائماً نوسان داشت، بازار دچار رکود بود و اقتصاد کم‌ترین نشانی از بهبود نداشت و مردم گوشه چشمی به بهتر شدن وضع اقتصاد پس از انتخابات اخیر داشتند. مقایسه این مطالعه با پیمایش سال ۱۳۹۳ که در شرایط عادی (که البته نمی‌توان گفت وضع عادی بوده است، چراکه وضعیت اقتصادی پس از شهریور سال ۱۳۹۰، روند نزولی داشته و فقط

سنگینی بر آن‌ها اعمال شد. مرتون نیز در خصوص این‌گونه رفتار معتقد است که ساختار با مسدودنمودن راه‌های رسیدن به آمال و خواسته‌ها، فرد را دچار استرس، فشارهای روانی، احساس عدم عزت نفس و... نموده و تداوم چنین وضعی منجر به فروپاشی روانی افراد می‌گردد.

در خصوص سرمایه اجتماعی نتایج نشان داد که اکثر افراد دارای اختلالات روانی، سرمایه اجتماعی پایینی دارند. در تبیین این امر علاوه بر وضع تصویرشده در بالا در خصوص بی‌هنجاری و نوسانات اقتصادی و اجتماعی، مهم‌ترین مسأله را باید در همبستگی و انسجام جستجو کرد. دورکیم در کتاب تقسیم کار اجتماعی، دغدغه رابطه فرد و جامعه را داشت. «تحولاتی که او درباره آن بحث می‌کرد، صرفاً به روابط اجتماعی در حال تغییری مربوط نبود که سرمایه‌داری پدید آورده بود، بلکه به تغییر بنیادهای همبستگی‌ای اجتماعی مربوط بود که در بدوی‌ترین و قدیمی‌ترین جوامع به تدریج رخ داده بود» (۱۶).

این مسأله که افراد در عین فراترفتن از همبستگی مکانیکی، دارای تفرد شده‌اند، اما همچنان به یکدیگر وابسته نیز هستند، این وابستگی اخیر را تقسیم کار تخصصی فراهم نموده بود. در این وضعیت، حرفه افراد است که آن‌ها را به هم نیازمند و متصل می‌نماید. به همین جهت، همه اعضا به صورت مشترک به ارزش‌ها، باورها، سنت‌ها و احساسات اعتقاد ندارند. این معضل در جوامع صنعتی به علت شرایط برابر برای همه، شایسته‌سالاری، برابری در مقابل قانون، وجود اصناف و سندیکا و... تا حدودی برطرف شده است، اما در کشورهای در حال توسعه به علت شرایط ناکارآمد اقتصادی، حاکم‌بودن روابط بر ضوابط و ممنوعیت پیگیری خواسته‌ها در قالب اصناف، نوعی احساس بی‌اعتمادی و تبعیض حاکم است که اعتماد بین فردی و گروهی، مشارکت‌های اجتماعی و مصارف فرهنگی را تحت تأثیر قرار داده است. از سوی دیگر، یکی از ویژگی‌های اختلالات روانی به خصوص در هنگام افسردگی، تمایل افراد به گوشه‌گزینی است. به همین علت، نتایج پژوهش نیز حاکی از آن است که افراد دارای اختلالات روانی، کم‌ترین میزان

در مقاطعی بسیار کوتاه صرفاً نوسان نداشته است. برای اثبات این موضوع هم ملاک احساس مردم و قدرت خرید آن‌هاست و نه آمار و ارقام متناقض دولتی و رسمی) و به دور از هر گونه شوک اقتصادی و سیاسی اثرگذار انجام شده است و در طی ۲ سال، نرخ اختلالات روانی در زنان و مردان در سال ۱۳۹۶ بیش از ۴٪ افزایش داشته است، تأیید می‌کند که عدم ثبات اقتصادی، سلامت روان افراد را به شدت به مخاطره می‌اندازد. «به زعم او، [این تحولات آسیب‌شناختی] بر اثر صنعتی‌شدن بیش از حد سریع و توزیع نابرابر قدرت میان گروه‌ها یا طبقات درگیر بود. نابرابری خصوصاً در روابط میان طبقات آشکار بود، زیرا آنان که فقط نیروی کار خود را برای عرضه‌کردن در اختیار دارند، به هنگام عقد قرارداد نسبت به کسانی که منابع اندوخته‌شده‌ای برای خرید نیروی کار آنان داشتند، در موضع ضعیف‌تری قرار می‌گرفتند، مخصوصاً در شرایطی که ثروت موروثی نابرابری را تداوم می‌بخشید» (۱۶).

نکته‌ای که ذکر آن اهمیت دارد، بالابودن نرخ اختلالات روانی در طبقات بالا نسبت به سال‌های گذشته است. به این معنی که اگرچه در مقایسه با نرخ اختلالات روانی در طبقات پایین همچنان میزان کم‌تری دارد، اما با این حال، در مقایسه با وضعیت سابق خود افزایشی چشم‌گیر داشته است. این بدان جهت است که طبقات بالای اقتصادی و اجتماعی، به علت ریسک سرمایه‌گذاری در بخش تولیدی و نیز بالابودن درصد سود (ربا) بانک‌های بی‌پشتوانه، ولی با مجوز بانک مرکزی، تمایل به سپرده‌گذاری سرمایه خود را دارند و خطر اولی را به جان نمی‌خرند. پس از انتخابات ۱۳۹۶ و روی کارآمدن دولت جدید، اکثر مؤسسات مالی مجوزدار یا بدون مجوز بلوکه شدند و سرمایه‌های مردم از سوی هر دو نهاد نام‌برده مسدود شد. بنابراین نرخ بالاتر اختلال روانی در طبقات بالا و متوسط نسبت به سال‌های قبل، تا حد زیادی می‌تواند ناشی از این نوسانات هم باشد. علاوه بر این، طبقات پایین هم با سپرده‌کردن میزان ناچیز پس‌انداز خود در این‌گونه بانک‌ها، تحت تأثیر ضرر و زیان ناشی از لغو این مجوزها شدند. افرادی که بعضاً تمام سرمایه خود را از دست دادند و فشارهای روانی

سرمایه اجتماعی را در مقایسه با افراد دارای سلامت روان داشته‌اند. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش تعداد زیاد متغیرهای مستقل بود که می‌تواند سبب کاهش دقت مطالعه گردد. که طبیعتاً چنین وسعتی دقت کار را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد که بررسی اثر هر کدام یک از متغیرهای مستقل به ویژه سرمایه اجتماعی بر متغیر وابسته، نیازمند پژوهشی جداگانه است. از سوی دیگر، تداوم و زمانمند بودن پژوهش‌های از این دست، امکان مقایسه بهتر را فراهم می‌کند.

نتیجه‌گیری

نظر به شیوع بالای اختلالات روانی در مورد مطالعه و تأثیر مؤلفه‌های مهاجرت، وضعیت شغلی، پایگاه طبقاتی، پایبندی مذهبی، قومیت، فشارهای ساختاری و اجتماعی، مشکلات خانوادگی، ازدحام، بی‌هنجاری، مشکلات ترافیکی و سرمایه اجتماعی، همگی در به خطر انداختن سلامت روانی و ابتلای افراد به اختلالات روانی، توصیه می‌شود که نهادهای میانجی، به عنوان نهادهای اخلاقی و حقوقی، اجازه فعالیت بیابند تا با پیگیری حقوق فردی در جهت سازماندهی مجدد و انسجام و عدالت اجتماعی تلاش نمایند.

تشکر و قدردانی

این تحقیق حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران می‌باشد. بدین وسیله از همفکری اساتید محترم، آقایان دکتر احمدعلی نوربالا، دکتر حسن رفیعی و دکتر میرطاهر موسوی تشکر می‌گردد. تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. WHO. The World Health Report. 2001. Available at: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
2. Mohseni M. Medical Sociology. 1st ed. Iran: Tahoori Publication; 1998. [Persian]
3. Anshensel SC, Phelan JC, Bierman A. Handbook of the Sociology of Mental Health. Netherlands: Springer Publication; 2012.
4. Cockerham CW. Sociology of Mental Disorders. 10th ed. London and New York: Routledge Publication; 2017.
5. Ehsanmanesh M. Epidemiology of Mental Illnesses: Review of Some Studies. *Pshiciatry & Clinical Psychology* 2001; 6(4): 54-69. [Persian]
6. Noorbala AA, Damari B, Riazi IS. Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran. *Daneshvar Medicine* 2014; 21(112): 1-11. [Persian]
7. Noorbala A. Psychosocial Health and Strategies for improvement. *Pshiciatry & Clinical Psychology* 2011; 17(2): 151-156.
8. Wibbelink CJ, Hoeve M, Stams GJ, Oort FJ. A meta-analysis of the association between mental disorders and juvenile recidivism. Aggression and violent behavior. *Aggression and Violent Behavior* 2017; 1(33): 78-90.
9. Kugelmass H, Garcia A. Mental disorder among nonreligious adolescents. *Mental Health, Religion & Culture* 2015; 18(5): 368-379.
10. Pahlevanzadeh F, Jarollahi A. The effect of social factors on mental health of rural elders. *Community Development (Rural and Urban)* 2012; 4: 65-84.
11. Durkheim E. The division of Labor in Society. New York: The Free Press; 1984.
12. Merton KM. Social Theory and Social Structure. New York: The Free Press; 1968.
13. Sotoodeh H. Social Pathology: Sociology of Deviations. Tehran: Avaye Noor Publication; 2009. [Persian]
14. Tavakol M, Armstrong D. Medical Sociology. 3rd ed. Tehran: Hoghooghi Publication; 2013. [Persian]
15. Abazari Y. Durkheim. Translated by Gidens A. Tehran: Kharazmi Publication; 1986. [Persian]
16. Spaulding J, Simpson G. Suicide: A Study in Sociology. Translated by Durkheim E. 1st ed. New York: The Free Press of Glenco; 1951 [1897]. [English]
17. Mosammaparast S. Emil Durkheim. Translated by Thompson K. 1st ed. Tehran: Ney Publication; 2016. [Persian]