

وضعیت سلامت روانی زنان مراجعه کننده به پایگاه‌های سلامت استان قزوین (۱۳۸۷)

ماهرخ گلچین**

اعظم قربانی*

*مربی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک و دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین
**مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس نویسنده مسؤل: قزوین، بیمارستان بوعلی- مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک دانشگاه علوم پزشکی قزوین، تلفن: ۰۲۸۱-۳۳۶۰۰۸۴

Email: aghorbani@qums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۳

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۲۰

*چکیده

زمینه: زنان نقش مهمی در خانواده دارند و سلامت روانی آن‌ها بر سلامت اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد. بنابراین، برنامه ریزی ارائه خدمات اساسی بهداشت روان برای زنان استان قزوین، نیازمند اطلاعاتی در خصوص وضعیت کنونی سلامت روانی آن‌ها است.
هدف: مطالعه به منظور ارزیابی وضعیت سلامت روانی زنان مراجعه کننده به پایگاه‌های سلامت استان قزوین انجام شد.
مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۷ بر روی ۱۵۳۱ زن مراجعه کننده به پایگاه‌های سلامت استان قزوین که پرسش‌نامه سلامت عمومی را تکمیل نموده بود، انجام شد. نقطه برش در مقیاس کلی برای تشخیص افراد بیمار، ۲۳ و بالاتر و برای تشخیص افراد بیمار در هریک از مقیاس‌های فرعی ۱۴ منظور شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی، فیشر و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.
یافته‌ها: ۲۸/۵٪ زنان، از سلامت روانی مطلوبی برخوردار نبودند. شیوع اختلال روانی در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال (۳۲/۶٪) و متأهلین (۷۵٪) بیش‌تر از دیگر گروه‌ها بود. بین سن و زیر مقیاس علائم جسمانی ($p=0/025$)، سن و افسردگی ($p<0/01$) رابطه معنی‌دار وجود داشت.
نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، به طور کلی سلامت روانی زنان استان قزوین مناسب نبود. بنابراین، توجه بیش‌تر به سلامت روان از طریق برنامه‌های آموزشی مدون و تدوین برنامه‌های اجرایی جهت ارتقای سلامت زنان در قزوین ضروری است.

کلید واژه‌ها: سلامت روانی، پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، زنان

*مقدمه

دانشجویان پزشکی اردبیل، ۴۲/۶ درصد گزارش شده است.^(۳) شاهرخی در سال ۱۳۸۰ اعلام نموده که ۳۵ درصد زنان کارگر قزوین نیز به نوعی، دچار اختلال وضعیت سلامت عمومی بودند.^(۴) هارفام و اسنوگسل در سال ۲۰۰۵ شیوع اختلال‌های روانی را در زنان سوئدی ۲۴ درصد و رایت و یرینی در سال ۱۹۸۷ این اختلال‌ها را در انگلستان ۲۹ درصد اعلام کردند.^(۵و۶) این اختلال‌ها در سنین باروری شایع‌تر است. کاپلان نیز تأکید می‌کند که افسردگی، اضطراب و اختلال‌های روانی در سنین بین ۲۰ تا ۲۹ سالگی شایع‌تر است. سن شایع اختلال‌های سلامت عمومی در کلمبیا حدود ۱۹ تا ۲۵ سالگی و در سال ۲۰۰۵ در سوئد بین ۱۸ تا ۲۹ سالگی گزارش شده است.^(۷و۸) این در حالی است که سلامت این مرحله از

زنان نیمی از جامعه بشری را تشکیل می‌دهند و سلامت آن‌ها یکی از محورهای شاخص‌های توسعه، است. بنابراین، شناخت نیازها و ویژگی‌های روانی، عاطفی، و توانایی‌های زنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی اهمیت زیادی دارد.^(۱) اهمیت جایگاه زنان در جامعه و نقش آن‌ها در توسعه همه جانبه کشور برکسی پوشیده نیست و اطلاع از وضعیت بهداشت و سلامت آن‌ها و نیز شناخت عوامل مؤثر بر آن، می‌تواند مبنای برنامه ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های مناسب جهت اصلاح وضعیت پیشرفت آن‌ها قرار گیرد.^(۲) گزارش اخیر سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که اختلال‌های روانی حدود ۱۰ درصد بالغین جامعه را گرفتار کرده و بروز این اختلال‌ها رو به افزایش است. شیوع اختلال‌های روانی در

میانگین نمره مربوط به ۲۸ سؤال (سلامت کلی) $21/73 \pm 11/97$ بود. بیشترین و کمترین میانگین نمره به ترتیب مربوط به مقیاس دوم (اضطراب) و چهارم (علایم افسردگی) بودند. در مجموع $38/5$ درصد از زنان مورد مطالعه سلامت روانی مناسبی نداشتند (جدول شماره ۱).

جدول ۱- میانگین نمره‌های زنان در مقیاس کلی و مقیاس‌های فرعی

مقیاس	میانگین
سلامت کلی	$21/73 \pm 11/97$
علایم جسمانی	$5/56 \pm 3/60$
علایم اضطراب	$6/40 \pm 3/98$
کارکرد اجتماعی	$6/23 \pm 3/28$
علایم افسردگی	$2/53 \pm 4/07$

بیشترین همبستگی بین مقیاس فرعی دوم (علایم اضطراب) و مقیاس کلی بود ($r=0/868$). در مجموع همبستگی قوی بین زیر مقیاس‌ها و مقیاس کلی دیده شد (جدول شماره ۲).

جدول ۲- همبستگی بین مقیاس‌های فرعی و مقیاس کلی

سلامتی	مقیاس کلی	جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی
جسمانی	$0/788$	-	$0/656$	$0/452$	$0/424$
اضطراب	$0/868$	$0/656$	-	$0/505$	$0/584$
کارکرد اجتماعی	$0/742$	$0/452$	$0/505$	-	$0/481$
افسردگی	$0/795$	$0/424$	$0/584$	$0/481$	-

بیشترین اختلال در مقیاس‌های فرعی مربوط به گروه سنی بین ۲۰ تا ۲۹ سال بود که عبارت بودند از: علایم جسمانی ۲۴ نفر (۴۹ درصد)، اضطراب ۳۹ نفر (۳۴/۹ درصد)، عملکرد اجتماعی ۱۴ نفر (۳۴/۱ درصد)، افسردگی ۱۸ نفر (۳۴/۶ درصد) و مقیاس کلی ۱۸۸ نفر

زندگی زنان (دوران باروری) بر سلامت خانواده و به خصوص فرزندان تأثیر مستقیم دارد و باید مورد توجه بیش‌تری قرار گیرد. لذا، این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت عمومی (علایم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) زنان مراجعه کننده به پایگاه‌های سلامت استان قزوین انجام شد.

* مواد و روش‌ها:

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۸۷ بر روی تمام زنان بالای ۱۵ سال و باسواد مراجعه کننده به پایگاه‌های سلامت مستقر در سطح استان قزوین (۱۵۳۱ نفر) انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه گلدبرگ تنظیم شده در سال ۱۹۷۲ بود. پایایی این پرسش‌نامه توسط پالاهنگ و همکاران با استفاده از بازآزمایی، $0/91$ محاسبه شده است.^(۱۰،۹) یعقوبی نیز در سال ۱۳۷۴ این میزان را $0/88$ گزارش کرد.^(۱۱) این پرسش‌نامه شامل دو بخش اطلاعات جمعیتی و ۲۸ سؤال درباره سلامت عمومی در ۴ مقیاس فرعی (جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) بود. در این پرسش‌نامه از روش پاسخ‌دهی ساده لیکرت (صفر تا ۳) استفاده شد؛ بدین معنی که به گزینه یک نمره صفر، گزینه دو نمره ۱، گزینه سه نمره ۲ و به گزینه چهار نمره ۳ داده شد. نقطه برش در مقیاس کلی برای تشخیص افراد بیمار ۲۳ و بالاتر و برای تشخیص افراد بیمار در هر یک از مقیاس‌های فرعی ۱۴ منظور شد.^(۵ و ۶) داده‌ها با آزمون‌های آماری تی، دقیق فیشر و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

* یافته‌ها

از ۱۵۳۱ زن مورد مطالعه، ۳۳۴ نفر (۲۲/۲ درصد) مجرد، ۱۱۵۸ نفر (۷۶/۴ درصد) متأهل و بقیه مطلقه یا بیوه بودند. میانگین سنی زنان مورد مطالعه $31/96 \pm 12/11$ سال بود. از نظر تحصیلات، ۶۹۷ نفر (۴۵/۸ درصد) مدرک زیر دیپلم داشتند. از نظر شغلی، ۸۵۸ نفر (۵۵/۷ درصد) خانه‌دار بودند.

همکاران در سال ۱۹۹۲ بیش تر بود.^(۲۱) این اختلاف می تواند به تفاوت محیط های پژوهش مرتبط باشد، البته این روند رو به افزایش اختلال های روانی در جوامع، به خصوص در زنان که رکن اصلی خانواده را تشکیل می دهند و سلامت جسم و روان آنان بر سلامت جسمی و روانی خانواده و تربیت فرزندان تأثیر مستقیم دارد، قابل تأمل بوده و لزوم ارائه خدمات بهداشتی عمومی و روانی در جامعه زنان را مطرح می کند.

میانگین نمره مربوط به مقیاس های علایم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی در مطالعه حاضر به ترتیب ۵/۵۶، ۶/۴، ۶/۲ و ۳/۵۳ بود. این مقیاس ها در مطالعه علیزاده و همکاران در سال ۱۳۸۰ بر روی در ساکنین روستای ولیان استان تهران به ترتیب ۴/۴، ۵/۱، ۶/۸ و ۳/۵۳ گزارش شدند.^(۲۲) پالاهنگ و همکاران نیز در سال ۱۳۷۵ در کاشان میانگین نمره ها را به ترتیب ۴/۳۳، ۳/۸۲، ۶/۷۱ و ۲/۱۸ گزارش کردند.^(۹) میانگین نمره مقیاس ها در مطالعه حاضر بالاتر از نتایج مطالعه نوربالا و همکاران بود.^(۱۲) این اختلاف را می توان به افزایش روند بیماری های روانی از سال ۱۳۸۰ به بعد نسبت داد.

در پژوهش حاضر میزان اختلال های افسردگی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و جسمانی بیش تر در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال دیده شد که با نتایج تحقیقات خسروی در سال ۱۳۸۱ و شریف و همکاران همخوانی داشت.^(۲۳ و ۲۴) این یافته همچنین با نتایج مطالعه هارفام و سونوکسل در سال ۲۰۰۵ و وینزر و براسفورس در سال ۲۰۰۵ هم راستا بود.^(۵ و ۸)

در مطالعه حاضر میزان اختلال های افسردگی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و جسمانی در زنان متأهل بیش تر از سایر گروه ها بود و بین تأهل و زیرمقیاس اضطراب، اختلاف معنی داری وجود داشت. این یافته با نتایج برخی مطالعه ها همخوانی داشت.^(۹ و ۱۲) ولی با نتایج مطالعه شریف در سال ۱۳۸۱ و وینزر و براسفورس در سال ۲۰۰۵ که بیش ترین مشکلات روانی را در زنان بیوه

(۳۲/۶ درصد)، بیش ترین اختلال در مقیاس های فرعی مربوط به متأهلین بود که عبارت بودند از: علایم جسمانی ۴۲ نفر (۸۲/۳ درصد)، اضطراب ۱۰۹۹ نفر (۷۶/۹ درصد)، عملکرد اجتماعی ۲۵ نفر (۵۸/۲ درصد)، افسردگی ۳۱ نفر (۵۷/۴ درصد) و مقیاس کلی ۴۳۶ نفر (۷۵ درصد). بین سن و علایم جسمانی ($P=0/025$) و سن و افسردگی ($P=0/01$) ارتباط معنی داری وجود داشت. میزان اختلال در زنان متأهل، ۵۷/۴ درصد و در زنان مجرد، ۳۷ درصد ($P=0/01$).

* بحث و نتیجه گیری:

مطالعه حاضر میزان اختلال سلامت عمومی در زنان مراجعه کننده به پایگاه های سلامت استان قزوین را ۳۸/۵ درصد نشان داد. این میزان در مقایسه با میزان شیوع اختلال های روانی گزارش شده در سال ۱۳۷۸ در سراسر کشور (۲۱ درصد) در زنان استان کردستان (۲۶/۲۳ درصد)، در زنان استان مازندران (۳۰/۱۳ درصد)، در زنان استان سمنان (۲۲/۱۴ درصد)، در زنان استان همدان (۱۷/۲ درصد)، در زنان استان کرمان (۲۵/۴۸ درصد) و در استان یزد (۲۵ درصد) بیش تر بود.^(۱۲-۱۸) این مسأله می تواند حاکی از افزایش روند مشکلات روانی در جوامع باشد؛ چرا که بیش تر اطلاعات موجود در ایران مربوط به سال های گذشته (۸۱-۱۳۸۰) هستند. در حالی که نتایج پژوهش های انجام شده در سال های اخیر در مقایسه با نتایج مطالعه های پیشین نشان دهنده افزایش روند اختلال های روانی هستند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه نوربالا در سال ۱۳۷۸ و شاهرخی در سال ۱۳۸۰ که میزان شیوع اختلال های روانی را در زنان استان قزوین ۳۵ درصد گزارش کرده بودند، همخوانی داشت.^(۴ و ۱۲) همچنین میزان شیوع اختلال های روانی در مطالعه حاضر با میزان شیوع گزارش شده به وسیله کسلر و همکاران در سال ۱۹۹۴ در ایالات متحده و لی و همکاران سال ۱۹۹۰ در کره همخوانی داشت.^(۱۹ و ۲۰) ولی از میزان شیوع اعلام شده به وسیله استانسفلد و

بود که با برخی مطالعه‌ها همخوانی داشت. (۱۴ و ۱۸ و ۲۲ و ۲۳)
البته در مطالعه حاضر آزمون‌های آماری بین شغل و
مقیاس کلی و زیر مقیاس‌ها ارتباط معنی‌داری را نشان
نداد.

به طور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که
۳۸/۵ درصد جمعیت زنان نیازمند خدمات بهداشت روانی
هستند. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری از ناتوانی
و معلولیت ناشی از بیماری‌های روانی در زنان، این افراد
به صورت دوره‌ای غربال‌گری شوند. همچنین روش‌های
حفظ و ارتقای سلامت عمومی از طریق مراکز بهداشتی و
رسانه‌ها، به زنان آموزش داده شود. همچنین لازم است
با ارتقای توان علمی و عملی نیروهای متخصص و
نظارت مستمر بر عملکرد مراکز بهداشتی و مشاوره‌ای
جهت پیشگیری و درمان اختلال‌های روانی، گام مؤثری
در ارتقای سلامت عمومی زنان و به تبع آن جامعه
برداشته شود.

* سپاس‌گزاری:

از مشاور رئیس دانشگاه علوم پزشکی قزوین در امور
بانوان، شورای پژوهشی دانشگاه جهت تأمین منابع مالی
انجام این طرح تحقیقاتی و کارشناسان پایگاه‌ها تشکر
می‌شود.

* مراجع:

1. Keyhani Z. Editorial; The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2003; (28) page1 [In Persian].
2. Hern EM. Definition of women's health with male words. Journal of women. Available at:// www. women. Ir/health. Accessed in: 24/06/2006 [In Persian]
3. Shariati M. Mental health status and its related variables in medical students of Iran University of Medical Science. Payesh 2002; 1(3): 29-37 [In Persian]
4. Shahrokhi A. General health status of women workers in Qazvin. The Journal of

و مطلقه بیان کرده بودند، همخوانی نداشت. (۸ و ۲۴) علت
افزایش اختلال‌های روانی در افراد متأهل را می‌توان به
وجود مسئولیت‌های متعدد زنان مانند باروری، اداره منزل
و مشکلات اجتماعی - اقتصادی نسبت داد. میزان
افسردگی در مطالعه حاضر ۳/۶ درصد گزارش شد. میزان
افسردگی در مطالعه محمدی و همکاران (سال ۱۳۸۰) در
مازندران ۴/۶ درصد، در سمنان ۳/۵ درصد، در استان
همدان ۲/۵۶ درصد و در استان کرمان ۵/۵۹ درصد
گزارش شد. (۱۷-۱۴) با مقایسه مطالعه حاضر با این مقادیر
مشخص می‌شود که نتایج مطالعه حاضر با میزان
افسردگی در سمنان همخوانی داشت و نسبت به استان
کرمان و مازندران کمتر بود. در حالی که شریف
(سال ۱۳۸۰) میزان افسردگی را در شیراز، ۱۳/۷ درصد
گزارش کرده بود که نسبت به میزان گزارش شده در
مطالعه حاضر بسیار بیش‌تر است. (۲۴) شیوع بالاتر
اختلال‌های روانی در زنان را می‌توان به محدودیت نقش
زنان در فعالیت‌های اجتماعی، زایمان‌های مکرر،
تنش‌های محیطی - اجتماعی، فقر اقتصادی و عوامل
زیست‌شناسی مربوط دانست.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیش‌ترین اختلال
روانی به صورت کلی و در زیر مقیاس‌ها، مربوط به افراد
دارای تحصیلات زیردپلم بود. هر چند که این اختلاف
معنی‌دار نبود، ولی به نظر می‌رسد افراد با تحصیلات
پایین مهارت کم‌تری در اداره مشکلات محیطی و عاطفی
دارند. نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش‌های حراری،
خسروی، شریف، هارفام (سال ۲۰۰۵) و وینزر (سال
۲۰۰۷) همخوانی داشت. (۸۵ و ۲۳ و ۲۴ و ۲۵) سلامت روانی
زنان با تحصیلات بالاتر را می‌توان مربوط به توانایی
بیش‌تر این افراد در دستیابی به اطلاعات و برقراری
ارتباط و درک صحیح‌تر از وضعیت‌های موجود، رعایت
بیش‌تر اصول بهداشت روانی و پیشگیری و درمان به
موقع و به کارگیری شیوه‌های مناسب مقابله با تنش
دانست. در مطالعه حاضر، بیش‌ترین اختلال‌های روانی در
مقیاس کلی و در زیر مقیاس‌ها، مربوط به زنان خانه‌دار

- Qazvin University of Medical Sciences 2004; 28: 32-5 [In Persian]
5. Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodrlyuez C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *Br J Psychiatry* 2005 Aug; 187: 161-7
 6. Wright AF, Perini AF. Hidden psychiatric illness: use of the general health questionnaire in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987 Apr; 37(297): 164-7
 7. Kaplan H, Sadock B. *Clinical Psychiatry*. Translated by: Arjman M, Arjman Puplicer; Tehran: 2006. [In Persian].
 8. Winzer R, Brucefors AB. Does a short-term intervention promote mental and general health among adults? An evaluation of counseling. *BMC Public Health* 2007 Nov 8; 7: 319
 9. Palahang H, Nasre M, Barahini MT, Shahmohammadi D. An epidemiological study of psychiatric disorders in Kashan city;. *Andesheh va Raftar*. 1996;2(45):19-27 [In Persian] .
 10. Jahani Hashemi H, Nourozi K. Mental health status of students input 2002 in Qazvin University of Medical Sciences. *Payesh* 2005; 3(2):145-52 [In Persian]
 11. Yaghobi N, Nasr M, Bagheri Yazdi SA, Bolhari J. An epidemiological study of mental health status of individuals above 15 years of age in urban and rural Somea sara(in Gilan) city. *Andishe va Raftar* 1995; 4(1): 55-65 [In persian]
 12. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT. Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999. *Hakim* 2002; 5(1):1-8 [In Persian]
 13. Mohammadi MR, Bagheri Yazdi SA, Mesgharpoor B, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Kordestan Province in the year 2001. *The Journal of Kordestan University of Medical Sciences* 2003; 7(27): 9-19 [In Persian]
 14. Mohammadi MR, Bagheri Yazdi SA, Rahgozar M, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Mazandaran province in the year 2001. *The Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2003; 13(41): 8-18 [In Persian]
 15. Mohammadi MR, Bagheri Yazdi SA, Rahgozar M, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Semnan province in the year 2001; *Komesh*. *The Journal of Semnan University of Medical Sciences* 2003; 5(1,2):7-17; [In Persian]
 16. Mohamadi B, Bagheri yazdi SA, Rahgozar M, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Hamedan province in the year 2001. *The Journal of Hamedan University of Sciences* 2004; (11)33: 28-38 [In Persian]
 17. Mohamadi B, Bagheri yazdi SA, Rahgozar M, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Kerman province in the year 2001. *The Journal of Rafsenjan University of Sciences* 2005; (4)3: 136-45 [In Persian]
 18. Mohamadi B, Bagheri yazdi SA, Rahgozar M, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Yazd province *The Journal of Shahid Sadoghi, Yazd University of sciences*; 2003; (3)11: 28-37 [In Persian]
 19. Kessler R, Megonagle k, Zhao S. Lifetime prevalence of DSM- III R Psychiatric disorders in the United State. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 9-19
 20. Lee CK, wak YS, Yamamoto J, et al. Psychiatric epidemiology in Korea Part I: Gender and age differences in Seoul. *J Nerv Ment Dis* 1990 Apr; 178(4): 242-6

21. stanfield SA, Marmot MG. Social class and minor psychiatric disorder in British Civil Servants: a validated screening survey using the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1992 Aug; 22(3):739-49
22. Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohammadi D. An epidemiological study of psychiatric disorders in a Village of Tehran Province. *Andisheh Raftar* 1996; 2 (1):19-27 [In Persian]
23. Khosravi SH. An epidemiological study of mental health status of individuals above 15 years of age in urban and rural Brojen city. *The Journal of Shahrekord University of Medical Sciences* 2002; 4(4): 31-9 [In Persian]
24. Sharif F, Joulaei M, Kadivar MR, Rajaeefard A. Mental health status and related demographic variables of families referring to Shiraz health center -2002. *Journal of Armaghan Danesh. The Journal of Yasoj University of Medical Sciences*; 2004; (9)35: 80-4
25. Harazi M, Bagheri Yazdi. An epidemiological study of disorders in Yazd city. *Shahid Sadoghi(Yazd) University of Sciences* 1994; 4 [In Persian]

Archive of SID