

دکتر اسماعیل بیابانگرد*، فاطمه جوادی**

به منظور شناخت میزان سلامت روان‌شناختی نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۰ ساله تهرانی، ۴۶۴ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از مناطق بیست‌ودو گانه شهرداری تهران انتخاب شدند. آزمون ۲۸ 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، ۲۹/۳ درصد افراد، بیمار یا مشکوک به بیمار روانی هستند؛ اختلال در کارکرد اجتماعی، شایع‌ترین اختلال در بین پاسخ‌گویان بوده است؛ سلامت روانی 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

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۶/۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۳/۱۸

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 ۱۵۰۰ میلیون

* روان‌شناس، عضو هیأت علمی و مدیر گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

<biabanvond@yahoo.com>

** دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبایی.

نفر از جمعیت جهان از اختلالات عصبی - روانی و روانی - اجتماعی رنج می‌برند (حسینی، ۱۳۸۰) و نزدیک به ۲۰ درصد از کل مراجعان به مراکز بهداشتی عمومی در جهان را تشکیل می‌دهند. (سارتوریوس*، نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴).

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 عمل کرد مؤثری در جامعه داشته باشد (نقل از ایترنت، ۱۹۹۹). سلامت روان در واقع زمینه رشد مهارت‌های فکری و ارتباطی را فراهم می‌کند و باعث رشد عاطفی، انعطاف‌پذیری و عزت نفس آدمی می‌شود. عمل کرد موفقیت‌آمیز کارکردهای ذهنی و در نتیجه انجام 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 ایترنت، ۲۰۰۲).

(۱) 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

* Sartorius

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 بسی بیش از روان‌نژندی و یا روان‌پریش نبودن است (شولتز، ۱۳۶۹).

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، ۱۳۸۱).

سلامت روان طبق این تعریف مفهوم گسترده‌تر و فراتری از عدم بیماری دارد. این تعریف در واقع تلفیقی است از نظریات روان‌شناسان 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 انسان‌ها 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 استعداد‌های بالقوه 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 بیش‌تری شود و شیوع اختلالات روانی و عاطفی به عنوان مهم‌ترین و ضروری‌ترین عنصر پیش‌نیاز سلامتی تحت مطالعه قرار گیرد؛ زیرا هر تلاشی که برای رشد و گسترش رفاه کامل روانی، جسمانی و اجتماعی 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 همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق مختلف شهری و روستایی کشور پرداخته است، نشان می‌دهد که میزان شیوع این نوع اختلالات بین ۱۱/۷ (باش، ۱۳۴۲) تا ۴۳/۲ (داویدیان و همکاران، ۱۳۵۳) 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 ۲۳/۸۴ درصدی بیماری‌های روانی در افراد ۱۵ سال به بالای مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا (یعقوبی، ۱۳۷۴)، شیوع ۲۳/۷۵ درصدی این اختلالات در افراد ۱۵ سال به بالای شهر کاشان (پالانگ، ۱۳۷۵) و شیوع ۲۴/۲ درصدی این بیماری‌ها در افراد ۱۵ سال به بالای مناطق شهری و روستایی نطنز (امیدی و همکاران، ۱۳۸۱)، 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.

۲) روش

این تحقیق به روش پیمایشی بر روی جامعه آماری، کلیه نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۰ ساله ساکن در مناطق بیست و دوگانه شهر تهران انجام گرفته است که از این میان ۴۶۴ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده‌اند. به این ترتیب که در مرحله نخست از بین بلوک‌های ساختمانی، تعدادی بلوک انتخاب و به بلوک‌های مجازی ۵۰ 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 ۱۵ تا ۳۰ ساله که روبه‌رو شده مصاحبه کرده است.

میزان سلامت روان‌شناختی آزمودنی‌ها، با استفاده از پرسش‌نامه ۲۸ 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 ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به دفعات برای تعیین سلامت عمومی افراد در کشورهای مختلف به کار گرفته شده است (هومن، ۱۳۷۷). 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، ۱۳۷۷).

پرسش‌نامه مذکور، علاوه بر یک نمره کلی برای سلامت عمومی، ۴ نمره در هر یک از خرده مقیاس‌های 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 ۴ گزینه‌ای طراحی شده است و پاسخ آزمودنی به هر سؤال در یک طیف چهار درجه‌ای «اصلاً، در حد معمول، به مراتب بیش‌تر از حد معمول، تقریباً بیش‌تر از حد معمول» مشخص می‌شوند.

در همه گزینه‌ها، درجات پایین، حاکی از سلامتی و درجات بالا نشان‌دهنده فقدان سلامتی یا وجود ناراحتی در افراد است. با توجه به این‌که برای نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت (۰-۱-۲-۳) استفاده شد. حداکثر نمره آزمودنی‌ها می‌توانست ۸۴ باشد. نقطه برش برای تفکیک افراد سالم از بیمار با توجه به تحقیقات انجام شده در ایران نمره ۲۳ و در هر یک از خرده مقیاس‌ها، نمره ۱۴ 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 کارآیی داشته‌اند (هومن، ۱۳۷۷).

طبق گزارش گلدبرگ، فراتحلیلی که تا سال ۱۹۸۸ بر روی ۴۳ مطالعه در باب اعتبار GHQ در نقاط مختلف دنیا انجام شده است، نشان می‌دهد که متوسط حساسیت GHQ-28، ۸۴ درصد (بین ۷۷ تا ۸۹) و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۲ درصد (بین ۷۸ تا ۸۵) بوده است (یعقوبی ۱۳۷۴). در ۱۹۷۶ گلدبرگ و همکارانش همبستگی بین داده‌های حاصل از اجرای GHQ و SCL-90 را بر روی ۲۴۴ آزمودنی، ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند (هومن، ۱۳۷۷). مطالعه پالاهنگ (حساسیت و ویژگی GHQ-28 بر روی ۶۱۹ نفر از ساکنان ۱۵ سال به بالای مناطق شهری و روستایی کاشان) ۷۸ و ۸۸ درصد برای مردان و ۷۹ و ۸۹ درصد برای زنان گزارش کرده است. یعقوبی در مطالعه خود، حساسیت و ویژگی این آزمون را بر روی نمونه ۶۲۵

نفری از ساکنان ۱۵ سال به بالای مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا، ۸۲ و ۸۶/۵ درصد به دست آورد. هومن در مطالعه خود که بر روی ۷۵۱ نفر از دانشجویان دانشگاه تربیت معلم انجام داده، حساسیت و ویژگی GHQ-28 را ۷۶ و ۸۳ گزارش کرده است. ضریب پایایی GHQ-28 در مطالعه پالاهنگ در فاصله زمانی ۱۰ روزه با روش آزمون مجدد ۰/۹۱ به دست آمده است. یعقوبی ضریب پایایی آن را با روش آزمون مجدد در فاصله ۲ هفته‌ای و روش آلفای کرون‌باخ ۰/۸۸ گزارش کرده و هومن، ضریب همبستگی کل مقیاس را با خطای استاندارد ۵/۸۴۸-۰/۸۳ برآورد کرده است.

۳) روش جمع‌آوری داده‌ها

پرسش‌نامه GHQ به روش مصاحبه حضوری در تاریخ ۸۱/۱۱/۱۲ با مراجعه به منازل افراد نمونه تکمیل شده است.

۴) 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 ۱، اطلاعات فردی پاسخ‌گویان آورده شده است.

جدول ۱: توزیع افراد نمونه به تفکیک جنس، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات، فعالیت و درآمد ماهیانه

درصد	فراوانی		
۴۷/۴	۲۲۰	زن	جنس
۵۲/۶	۲۴۴	مرد	
۶۲/۷	۲۹۱	مجرد	وضعیت تأهل
۳۷/۳	۱۷۳	متأهل	

ادامه جدول ۱

۳۸/۶	۱۷۹	۱۵-۱۹	سن
۶۱/۴	۲۸۵	۲۰-۳۰	
۰/۶	۳	بی سواد	تحصیلات
۱۸/۸	۸۷	ابتدایی و راهنمایی	
۲۳/۵	۱۰۹	دبیرستان	
۳۸/۸	۱۸۰	دیپلم و پیش دانشگاهی	
۱۸/۳	۸۵	عالی	
۲۷/۸	۱۲۹	دانش آموز	فعالیت
۹/۳	۴۳	دانشجو	
۲۷/۶	۱۲۸	خانه دار	
۱/۳	۶	سرباز	
۱۰/۱	۴۷	بی کار	
۲۳/۹	۱۱۱	شاغل	
۳۰/۸	۱۴۳	کمتر از ۱۰۰ هزار تومان	
۳۸/۶	۱۷۹	۱۰۱-۲۰۰	
۱۱/۹	۵۵	۲۰۱-۳۰۰	
۱/۹	۹	۳۰۱-۴۰۰	
۲/۸	۱۳	بیشتر از ۴۰۰ هزار تومان	
۱۴	۶۵	بی جواب	
۱۰۰	۴۶۴	جمع	

تحصیلات بالاتر از دیپلم، شامل فوق دیپلم، لیسانس و بالاتر از لیسانس در این گروه قرار گرفته‌اند.

- میانگین سن پاسخ‌گویان ۲۱/۷۸ سال با انحراف استاندارد ۴/۶۳ بوده است.

- میانگین تحصیلی پاسخ‌گویان ۱۱/۰۲ سال با انحراف استاندارد ۲/۹۸ بوده است؛ یعنی به طور متوسط تحصیلات پاسخ‌گویان تا کلاس سوم دبیرستان بوده است.
- متوسط درآمد ماهیانه پاسخ‌گویان مبلغ ۱۶۵/۶۰ هزار تومان با انحراف استاندارد ۱۰۴/۶۹ بوده است.

۴-۱) میزان سلامت روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن

الف) نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره سلامت عمومی در بین ۴۶۴ نفر پاسخ‌گوی نوجوان و جوان این مطالعه، ۳۰/۶۱ بوده است و با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که میانگین نمره سلامت عمومی افراد جامعه آماری بین ۲۹/۴۶ و ۳۱/۷۷ قرار داشته است. هم‌چنین انحراف استاندارد و یا به عبارت دیگر میزان پراکندگی نمرات پاسخ‌گویان ۱۲/۶۵ بوده است. لازم به یادآوری است که حداکثر نمره‌ای که فرد می‌توانسته است در این مطالعه با روش نمره‌گذاری لیکرت به دست آورد، ۸۴ بوده است.
ب) میانگین نمره چهار «خرده مقیاس سلامت عمومی» در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیش‌ترین نمره میانگین ۱۰/۲۳ و کم‌ترین انحراف استاندارد ۳/۰۴ مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی است. یعنی در مقایسه با سه اختلال دیگر، افراد تحت مطالعه، بیش‌تر دچار اختلال در کارکرد اجتماعی و کنش‌وری بوده‌اند که این امر می‌تواند در عمل کردهای اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد.

جدول ۲: شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌های سلامت روانی

شاخص‌های آماری	اختلالات شبه‌جسمانی	اختلالات اضطرابی	اختلال در کارکرد اجتماعی	اختلال افسردگی
میانگین	۶/۳۷	۵/۹۳	۱۰/۲۳	۸/۰۸۶
حدود اطمینان	۶/۷۹ و ۵/۹۵	۶/۳۰ و ۵/۵۵	۱۰/۵۱ و ۹/۹۵	۸/۴۷ و ۷/۷۰

۴/۲۵	۳/۰۴	۴/۱۳۵	۴/۶۳	انحراف استاندارد
------	------	-------	------	------------------

۴-۲ وضعیت سلامت روان شناختی

الف) با توجه به نقطه برش ۲۳-۲۹/۳ درصد از افراد نمونه، بیمار بوده و یا به نوعی دچار اختلالات روانی هستند. به عبارت دقیق‌تر، با ۹۵ درصد اطمینان، بین ۲۵ تا ۳۳ درصد از افراد جامعه آماری دارای بیماری‌های روانی و عاطفی بوده‌اند. البته در مقابل، ۷۰/۷ درصد از پاسخ‌گویان از سلامت روانی برخوردار بوده‌اند.

ب) در هر یک از خرده مقیاس‌ها، نقطه برش، نمره ۱۴ به بالا بوده است بنابراین همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، ۴/۱ درصد افراد دچار اختلالات اضطرابی، ۶/۵ درصد دچار اختلالات شبه جسمانی، ۱۱ درصد دچار اختلال در کارکرد اجتماعی و ۹/۳ 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 ۳: میزان سلامت روان شناختی پاسخ‌گویان براساس نقطه برش

افراد سالم	افراد بیمار	
۷۰/۷	۲۹/۳	سلامت روانی
۹۵/۹	۴/۱	اختلالات اضطرابی
۹۳/۵	۶/۵	اختلالات شبه جسمانی
۸۹	۱۱	اختلال در کارکرد اجتماعی
۹۰/۷	۹/۳	افسردگی

۴-۳) رابطه سلامت روان‌شناختی و خرده مقیاس‌های آن با جنس

الف) میانگین نمره سلامت عمومی در مردان، ۲۸/۸۰ و در زنان ۳۲/۶۲ به دست آمد. نتایج آزمون‌های آماری نشان می‌دهد که با ۹۵ 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 ۶/۹۶ و در مردان ۵/۸۳ بوده است. نتایج آزمون‌های آماری نشان داد که با ۹۵ 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 ۶/۷۱ و ۵/۲۲ به دست آمد که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات زنان و مردان در این خرده مقیاس معنی‌دار بوده است. ($df = 433/894$ $sig = 0/0001$) 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 ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴: میانگین نمره سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن در بین زنان و مردان

مردان	زنان	سلامت عمومی
۲۸/۸۰	۳۲/۶۲	

۵/۸۳	۶/۹۶	اختلالات شبه جسمانی
۵/۲۲	۶/۷۱	اختلالات اضطرابی
۱۰/۰۲	۱۰/۴۷	اختلال در کارکرد اجتماعی
۷/۷۳	۸/۴۸	افسردگی

۴-۴) 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 ۳۲/۵۷ بیش از مجردها ۲۹/۴۵ بوده است که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که تفاوت میانگین نمرات دو گروه معنی‌دار بوده است. ($t = -2/582$ $df = 462$ $sig = 0/101$)

ب) در خرده مقیاس اختلالات اضطرابی، میانگین نمرات متأهل‌ها ۷/۰۵ و مجردها ۵/۲۶ بوده است که با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت تفاوت میانگین نمرات دو گروه معنی‌دار بوده است.

ج) تفاوت میانگین نمرات افراد متأهل و مجرد در هر سه خرده مقیاس دیگر معنی‌دار نبود. میانگین نمرات افراد متأهل و مجرد در سلامت روانی و هریک از خرده مقیاس‌های آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: میانگین نمره سلامت روان و خرده مقیاس‌های آن در بین پاسخ‌گویان مجرد و متأهل

متأهل‌ها	مجردها	
۳۲/۵۷	۲۹/۴۵	سلامت عمومی
۷/۰۵	۵/۲۶	اختلالات اضطرابی
۶/۶۴	۶/۲۱	اختلالات شبه جسمانی

۱۰/۵۳	۱۰/۰۵	اختلال در کارکرد اجتماعی
۸/۳۴	۷/۹۳	افسردگی

۴-۵) رابطه سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن با سن

الف) نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین میزان سلامت روان‌شناختی پاسخ‌گویان و سن آنان در سطح ۰/۰۱ رابطه معنی‌داری وجود داشته است ($\text{sig} = ۰/۰۰۰۱$) ($r = ۰/۱۸۲$). به عبارت دیگر با افزایش سن از میزان سلامت روان‌شناختی پاسخ‌گویان کاسته شده است.

ب) این رابطه معنی‌دار در چهار خرده مقیاس سلامت روان‌شناختی نیز وجود داشته است. بدین معنا که رابطه اختلالات اضطرابی و سن در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است.

($r = ۰/۲۲۵$ $\text{sig} = ۰/۰۰۰۱$)

ج) بین اختلالات شبه‌جسمانی و سن در سطح ۵ درصد رابطه معنی‌دار وجود داشته است.

($r = ۰/۱۰۷$ $\text{sig} = ۰/۰۲۱$)

د) رابطه اختلال در کارکرد اجتماعی و سن در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده است.

($r = ۰/۱۲۷$ $\text{sig} = ۰/۰۰۶$)

ه) بین افسردگی و سن در سطح ۵ درصد نیز رابطه معنی‌داری وجود داشته است.

($r = ۰/۱۱۵$ $\text{sig} = ۰/۰۱۳$)

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

۴-۶) رابطه سلامت روانی و خرده مقیاس‌های آن با میزان تحصیلات و درآمد*
 نتایج بررسی‌های انجام شده نشان داد که بین سلامت روان‌شناختی و هریک از خرده مقیاس‌های آن با متغیر تحصیلات و میزان درآمد، رابطه معنی‌داری وجود نداشته است.

۴-۷) 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 روان‌شناختی و گروه‌های فعالیتی رابطه معنی‌داری وجود داشته است. ($X^2 = 21/292$ $df = 4$ $sig = 0/0001$) بدین معنا است که سلامت روان‌شناختی گروه دانش‌آموزان بیش‌ترین و افراد بی‌کار و خانه‌دار کم‌ترین بوده است.
 ب) بین میزان اختلالات اضطرابی و گروه‌های فعالیتی رابطه معنی‌داری بوده است. ($X^2 = 27/048$ $df = 4$ $sig = 0/0001$) یعنی دانش‌آموزان کم‌ترین و خانم‌های خانه‌دار بیش‌ترین اختلالات اضطرابی را داشته‌اند.
 ج) بین میزان اختلال در کارکرد اجتماعی و گروه‌های فعالیتی پاسخ‌گویان رابطه معنی‌داری وجود داشته است. ($X^2 = 10/527$ $df = 4$ $sig = 0/032$) یعنی دانش‌آموزان کم‌ترین و افراد بی‌کار بیش‌ترین میزان اختلال در کارکرد اجتماعی را داشته‌اند.
 د) بین میزان افسردگی و گروه‌های فعالیتی افراد نمونه، رابطه معنی‌داری به دست آمد. ($X^2 = 14/711$ $df = 4$ $sig = 0/005$) بدین معنا است که دانش‌آموزان کم‌ترین و افراد بی‌کار بیش‌ترین میزان افسردگی را داشته‌اند.

* درآمد ۶۵ نفری که بی‌جواب بوده‌اند از طریق رگرسیون محاسبه و جایگزین شده است.
 * گروه ۶ نفری سربازان به دلیل عدم تجانس با گروه‌های فعالیتی دیگر ادغام نشد و از کل افراد نمونه حذف شد. بنابراین تعداد کل نمونه در این بخش ۴۵۸ نفر بوده است.

ه) بین میزان اختلالات شبه‌جسمانی و گروه‌های فعالیتی رابطه‌ی معنی‌داری به دست نیامد. ($X^2 = 7/932$ df = 4 sig = 0/094).

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.

۵) بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در شهر تهران نزدیک به ۱۰ 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 مطالعه‌ی امیددی در ۱۳۸۱ است که در نظر 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 ۲۹ درصدی اختلالات روانی در بین نوجوانان و جوانان رقم هشداردهنده‌ای است که می‌تواند بیش از پیش توجه مسئولان را به وضعیت سلامت روانی نوجوانان و جوانان تهرانی معطوف سازد.

- این پژوهش تأیید کرد زنان آسیب‌پذیرتر 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 آنجایی‌که بخش مهمی از زنان جامعه ما را بانوان خانه‌دار تشکیل می‌دهند و یافته‌های تحقیق نیز نشان داد که زنان خانه‌دار همانند افراد بی‌کار از کم‌ترین سلامت روانی برخوردار بوده‌اند، شاید این آسیب‌پذیری با نوع فعالیت آنان مرتبط باشد، که این موضوع نیازمند بررسی بیشتر 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 ۴ 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 موقعیت‌های 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 خویشتن و یا ناامیدی را در افراد افزایش می‌دهد. هم‌چنان‌که یافته‌های این مطالعه نیز تأیید کرد، افراد بی‌کار علاوه بر اختلال در کارکرد اجتماعی، افسرده‌تر از سایر گروه‌های فعالیتی بوده‌اند. توجه به این موضوع وقتی اهمیت بیش‌تری پیدا می‌کند که به خاطر آوریم گروه تحت مطالعه نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۳۰ ساله بوده‌اند.

- ۱- استورا، جین. بنجامین. (۱۳۷۷). **تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن**، ترجمه پری‌رخ دادستان تهران: انتشارات رشد.
 - ۲- امیدی، عبدالله؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، سیدعلی؛ عکاشه، گودرز (۱۳۸۱). **بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در نطنز**. فصلنامه اندیشه و رفتار ۳۲، سال ۸ شماره ۴.
 - ۳- پالاهنگ، حسن. (۱۳۷۵). **بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان**. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. تهران: انستیتو روان‌پزشکی ایران.
 - ۴- جوادی، فاطمه. (۱۳۸۲). **بررسی میزان سلامت روان‌شناسی مردم تهران در سال ۸۱**. مرکز تحقیقات مطالعات و سنجش برنامه‌ای.
 - ۵- حسینی، سیدابوالقاسم (۱۳۸۰). «**تفکر سیستمی**» به عنوان شالوده علمی و اساسی برای فعالیت بهداشت روانی، فصلنامه علمی و پژوهشی اصول بهداشت روانی، سال سوم، شماره ۱۱-۱۳.
 - ۶- شولتز، دوآن (۱۹۶۷). **روان‌شناسی کمال، الگوهای شخصیت سالم**. ترجمه گیتی خوشدل. ۱۳۶۹. تهران: نشر نو.
 - ۷- کورتیس. آنتونی، جی (۱۳۸۱). **روان‌شناسی سلامت**، ترجمه فرامرز سهرابی، چاپ دوم، تهران، انتشارات طلوع دانش.
 - ۸- هومن، عباس (۱۳۷۷). **استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی**. تهران: حوزه معاونت دانشجویی و فرهنگی، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
 - ۹- یعقوبی، نورالله (۱۳۷۴). **بررسی همه‌گیرشناسی 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.