

مشکلات روانی و نگرش به آن‌ها در منطقه ۶ تهران

محمد کاظم عاطف وحید*، جعفر بوالهیری**، مجتبی احسان منش***، عیسی کریمی****

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی مشکلات روانی و نگرش خانواده‌های منطقه شش شهر تهران نسبت به مشکلات و بیماری‌های عصبی - روانی انجام شده است.

روش: برای اجرای پژوهش یک فرد بالای ۱۵ سال از ۱۸۳۰ خانوار (۵۸۶ مرد، ۱۲۴۴ زن) از مجموع ۵۹۱۱۲ خانوار ساکن در منطقه ۶ که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده بودند به کمک پرسش نامه‌های ویژگی‌های جمعیت شناختی، پرسش نامه SCL-90-R و پرسش نامه نگرش بهداشت روان جامعه مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آمار توصیفی آزمون‌های آماری t و تحلیل واریانس، تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: ۵۳۵ نفر (۲۹/۲٪) مشکوک به یک یا چند مشکل روانی شناخته شده‌اند و میزان شیوع آن در زنان (۳۰/۴٪) بیش‌تر از مردان، (۲۶/۸٪) بوده است. همچنین در ارزیابی به عمل آمده از پرسش نامه نگرش سلامت روان جامعه، درمان ناپذیر دانستن بیماری‌های روانی (۲۰/۷٪)، مؤثر دانستن ازدواج در بهبود مشکلات روانی (۵۹/۴٪) و اعتیادآور دانستن مصرف داروهای اعصاب (۸۵/۴٪) فراوانی بیش‌تری را نسبت به سایر موارد نشان داده است.

بحث: شیوع نسبتاً بالای مشکلات روانپزشکی و وجود نگرش منفی در مورد بیماری‌های روانی، مصرف مواد و صرع در میان ساکنان منطقه مورد بررسی لزوم توجه بیش‌تر به پیشگیری و درمان این مشکلات و ارتقاء نگرش خانوارها را یادآور می‌شود.

کلید واژه‌ها: SCL-90-R، مشکلات روانی، شیوع، نگرش، شهر تهران، اعتیاد، صرع.

تاریخ پذیرش: ۸۹/۰۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۸۵/۰۷/۲۹

* دکتر روانشناس بالینی، دانشگاه تهران <kazemv@yahoo.com>

** دکتر روانشناس، دانشگاه تهران

*** کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

**** کارشناس علوم اجتماعی

مقدمه

سلامت روانی یکی از جنبه‌های مهم بهداشت عمومی به شمار می‌رود، جنبه‌ای که مدت‌ها مورد غفلت قرار گرفته و جدا از بهداشت عمومی دانسته شده است (استون^۱، ۲۰۰۰). از سوی دیگر بررسی‌ها نشان داده‌اند که بیماری‌ها و مشکلات روانی مسئول بروز نزدیک به ۱۲٪ کل ناتوانی‌ها و معلولیت‌ها در سال ۱۹۹۸ (برونتلند^۲، ۲۰۰۰) و ۱۳٪ ناتوانی‌ها در سال ۲۰۰۲ (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳) شناخته شده است. در این میان سهم بیماری‌های روانی در بروز ناتوانی‌ها در کشورهای پردرآمد با ۲۳٪ بیش‌تر از کشورهای کم‌درآمد و کشورهای با درآمد متوسط شناخته شده است. از میان بیماری‌های روانی، افسردگی اساسی پنجمین علت از ده علت مهم بار جهانی بیماری‌ها در جهان دانسته شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳).

پیش‌بینی می‌شود که با رشد روزافزون پدیده شهرنشینی، در ۳۰ سال آینده، چهار پنجم جمعیت جهان در کشورهای پیشرفته صنعتی و در برخی کشورهای رو به رشد در مناطق شهری متمرکز خواهند شد. روشن است که با این تحولات، مشکلات بهداشتی تازه‌ای برای آنان پدید خواهد آمد و یا مشکلات پیشین آن‌ها به شکلی غیرقابل پیش‌بینی افزایش خواهد یافت (سارتوریوس^۳، ۱۹۹۸؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۵). این مشکلات ضرورت انجام پژوهش‌های میدانی به ویژه بررسی‌های همه‌گیرشناسی را بیش از پیش یادآور می‌شوند (وودوارد^۴، ۲۰۰۴).

بررسی‌های همه‌گیرشناسی انجام شده در ایران نیز گویای بالا بودن میزان اختلال‌های روانی و رشد فزاینده آن در این کشور است. با آن که بررسی‌های مختلف میزان شیوع بیماری‌های روانی و اختلال‌های رفتاری را از ۱۱/۸٪ در بررسی باش (۱۹۶۴) تا ۵۳/۷٪ در بررسی جلیلی و داویدیان (۱۳۷۰) در نوسان گزارش نموده‌اند، اما شاید بتوان رقم ۱۸٪ تا ۲۳٪ را به عنوان میزان شیوع مقطعی اختلال‌های روانی در جمعیت عمومی ایران نزدیک به واقع دانست (احسان منش، ۱۳۸۰).

1- Ustun 2- Brundtland 3- Sartorius 4- Wood Ward

در همین راستا در بررسی نوربالا، محمد و باقری یزدی (۱۳۷۸)؛ سازمان جهانی بهداشت، (۲۰۰۵)، میزان شیوع کلی اختلال‌های روانی را در ایران ۲۱/۵٪ و در مطالعه نوربالا و محمد (۱۳۷۹)، این رقم ۲۱٪ گزارش گردیده است. در کنار شیوع بالای اختلالات روانی، نگرش منفی مردم نسبت به بیماری‌های روانی، درمان بیماران و مشکلات سلامت روان عامل دیگری است که رنج بیماران و خانواده آنان را دوچندان کرده و بر بار بیماری‌ها می‌افزاید. از آن جا که نگرش بیماران و بستگان آن‌ها نسبت به بیماری‌های روانی و روش‌های درمانی نقش مؤثری در پیگیری درمان و دست‌آوردهای درمانی دارد (Kim, Shin, Kim, Yang, Shin, and Yoom, 2006) و همچنین باورهای بیماران نسبت به علل بروز بیماری‌های روانی (Bolden, wicks, 2005; Tully, Parker, Wilhelm and Malhi, 2006) و ناآگاهی نسبت به چگونگی تأثیر روش‌های درمانی به ویژه تأثیر داروها (Taj and Khan, 2005) در پذیرش بیماری، مراجعه به مراکز درمانی و پیروی کردن از دستورات درمانی مؤثر است، بررسی نگرش خانواده‌های زیر پوشش خدمات بهداشتی - درمانی نسبت به بیماری‌های روانی در مناطق مختلف مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به روند تمرکز زدایی خدمات سلامت روانی و انتقال ارائه خدمات سلامت روانی و روانپزشکی از بخش‌های بسته بیمارستان‌های روانی به جامعه در سطح جهان (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳؛ جزایری، ۱۹۹۸) و نیز رویکرد اجتماع‌نگر^۱ موفق در ایران و پیشتازی در ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه (محیط، شاه محمدی و بوالهروی، ۱۳۷۶) در چارچوب اجرای یک برنامه شهری سلامت روانی اجتماع‌نگر در کلان شهر تهران (عاطف و وحید و همکاران، ۱۳۸۲) پژوهش حاضر با اهداف زیر انجام شد:

- ۱- میزان شیوع مشکلات روانی در منطقه چگونه است؟
- ۲- خانوارهای ساکن در منطقه نسبت به بیماری‌های روانی، اعتیاد و صرع چه نگرشی دارند؟

1- community based approach

روش

این بررسی از نوع توصیفی - مقطعی است، جمعیت مورد بررسی را افراد بالای ۱۵ سال خانوارهای ساکن در ۱۸ محله منطقه ۶ شهر تهران تشکیل داده‌اند. این منطقه در مرکز کلان شهر تهران واقع، از شمال به بزرگراه شهید همت؛ از جنوب به خیابان انقلاب؛ از شرق به خیابان شهید مفتاح و بزرگراه شهید مدرس و از غرب به بزرگراه شهید نواب صفوی و بزرگراه شهید چمران محدود می‌شود. دلیل انتخاب این بود که این منطقه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده و در طرح اصلی پیش بینی شده که احتمالاً پس از مطالعات اولیه و نیازسنجی منطقه آزمایشی (پایلوت) برنامه بهداشت روان شهری باشد. در این منطقه ۲۱۶۹۲۱ نفر در ۶۶۱۵۳ خانوار زندگی می‌کنند (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۸). در منطقه یاد شده ۷۷۶۷۱ مرد و ۷۳۶۸۶ زن ۶۴-۱۵ ساله زندگی می‌کنند. بخش بزرگی از ساختمانهای این منطقه اداری - تجاری و بیش تر جمعیت مورد نظر در آپارتمان‌های چند طبقه زندگی می‌کنند.

گردآوری داده‌ها به کمک یک پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، پرسش‌نامه SCL-90-R^۱ و پرسش‌نامه نگرش بهداشت روان جامعه انجام شده است.

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، دارای پرسش‌هایی در زمینه متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، جنس، میزان سواد، وضعیت تأهل و شغل بوده است.

فهرست علائم نمود سئوالی تجدید نظر شده (SCL-90-R): این پرسش‌نامه را دراگوتیس، لیپمن و کووی (۱۹۷۳) تدوین نمودند و بر پایه تجربیات بالینی و تحلیل‌های روان سنجی مورد تجدید نظر قرار دادند (دراگوتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶). این پرسش‌نامه دارای ۹۰ پرسش درباره ناراحتی‌ها و مشکلات گوناگون بدنی و روانشناختی است. در برابر هر پرسش پنج گزینه: هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و به شدت قرار دارد که به ترتیب نمره صفر تا ۴ می‌گیرند. این آزمون دارای سه شاخص مهم می‌باشد که عبارتند از: ضریب

1- Symptom Check List-90-Revised

کلی‌علایم مرضی (GSI)^۱ که بهترین نشان دهنده سطح یا عمق اختلال روانی در فرد بوده و اطلاعاتی در زمینه شمارش علایم و شدت ناراحتی به دست می‌دهد. جمع کل علایم مرضی (PST)^۲ که به طور ساده شمارش علایمی است که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می‌نماید؛ معیار ضریب ناراحتی (PSDI)^۳ که سنجشی خالص از شدت ناراحتی است. این پرسش‌نامه همچنین دارای ۹ بعد شامل: بعد جسمانی کردن (شکایات بدنی)، بعد وسواس و اجبار، بعد حساسیت بین فردی، بعد افسردگی، بعد اضطراب، بعد پرخاشگری، بعد اضطراب و ترس مرضی، بعد افکار پارانوئیدی و بعد روان پریشی می‌باشد. در بررسی اعتبار و پایایی این آزمون بر روی ۷۸۰ نفر از ساکنان روستاهای صومعه سرا، ترکمن صحرا، شیراز و شماری از ساکنان شهر تهران (میرزایی، ۱۳۵۹)، میانگین کلی‌علایم مرضی (GSI)، آزمودنی‌ها ۰/۴ و حساسیت، ویژگی و کارایی این آزمون به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۸ و ۰/۹۶ گزارش گردید (میرزایی، ۱۳۵۹).

پرسش‌نامه نگرش بهداشت روان جامعه به منظور بررسی چگونگی نگرش مردم منطقه نسبت به بیماری‌های عصبی - روانی اعتیاد و عوامل ایجاد کننده آن مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه بر پایه یک پرسش‌نامه نگرشی در هند (مؤسسه ملی بهداشت روانی و علوم عصبی بنگلور، ۱۹۹۰) و با توجه به پژوهش‌های انجام شده در کشور ما (شاه محمدی، ۱۳۷۲؛ بوالهری و محیط، ۱۳۷۳) با تغییراتی آماده و به مرحله اجرا گذاشته شد و دربرگیرنده پرسش‌نامه‌هایی پیرامون نگرش آزمودنی‌ها درباره برخی جنبه‌های بیماری‌های روانی، صرع، اعتیاد و درمان آن‌ها می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل ۱۵ پرسش بسته به صورت بلی، خیر و نمی‌دانم می‌باشد. در نمره گذاری پرسش‌نامه برای پاسخ‌های درست یک نمره و برای پاسخ‌های نادرست نمره صفر در نظر گرفته شده است. اعتبار محتوا و صوری این پرسش‌نامه‌ها قبلاً تعیین و در این بررسی تغییرات مختصری در آن داده شد.

1- Global Severity Index

2- Positive Symptom Total

3- Positive Symptoms Distress Index

برای اجرای پژوهش اصلی ۸۱ پرسش گر که برای گردآوری اطلاعات آموزش‌های لازم دیده بودند از تابستان ۱۳۸۱ در منطقه ۶ کار خود را آغاز نمودند. این افراد با مراجعه به خانه‌هایی که در نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای - تصادفی انتخاب شده بودند به تصادف یک نفر از اعضای خانواده، دارای سن ۱۵ سال و بالاتر را انتخاب و پرسش‌نامه‌های یاد شده را برای تکمیل به وی دادند. برای افزایش کیفیت مصاحبه و جلب اطمینان بیش‌تر در هنگام مصاحبه، یک برگ بروشور و دو کتابچه در زمینه آشنایی با اختلال‌های اضطرابی و افسردگی در اختیار خانواده قرار می‌گرفت.

تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و مقایسه میانگین نمره‌های افراد با بهره‌گیری از آزمون‌های آماری t و تحلیل واریانس یک متغیره انجام گردید.

یافته‌های پژوهش

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. همان گونه که جدول نشان می‌دهد، در مجموع ۴۱/۳٪ افراد مورد بررسی در گروه سنی ۲۱-۴۰ سال بوده‌اند. از نظر میزان تحصیلات بیش‌ترین گروه را تحصیلات راهنمایی و دیپلم تشکیل می‌دادند (۵۷/۸٪).

مقایسه میانگین نمره‌های GSI مردان و زنان مورد بررسی تفاوت معنی‌داری را میان دو گروه نشان داد ($P < 0/01$, $t = 3/1$). همچنین تحلیل واریانس یک متغیره، تفاوت معنی‌داری را در میانگین نمره‌های GSI گروه‌های سنی مختلف ($P < 0/01$, $F = 6/36$)، تحصیلی مختلف ($P < 0/001$, $F = 3/32$) و نیز گروه‌های با وضعیت تأهل مختلف نشان داد.

میانگین و انحراف معیار نمرات GSI به دست آمده از آزمون SCL-90-R بر حسب جنس و مقیاس‌های نه گانه آزمون یاد شده (جدول ۲) نشان می‌دهد، بعد پارانویید بالاترین نمره را در میان ابعاد این پرسش‌نامه در زنان (۱/۰۹) و همچنین در مردان (۱/۰۶) داشته است. پس از آن بعد وسواس و اجبار در مردان (۰/۷۳) و بعد افسردگی در زنان (۰/۸۳) بالاترین نمره را داشته‌اند.

فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌های شرکت کنندگان در پژوهش در پرسش نامه نگرش بهداشت روان بر حسب پرسش‌ها و نوع پاسخ در جدول ۳ ارائه گردیده است. همان گونه که در جدول یاد شده نشان می‌دهد، بیش‌ترین پاسخ درست (۸۴٪) به پرسش شماره ۲ (آیا فکر می‌کنید بیمار روانی از تمسخر دیگران ناراحت می‌شود؟) و سپس ۸۲/۲٪ به پرسش شماره ۸ (به نظر شما یک بیمار روانی درمان شده می‌تواند سر کار برود؟) و کم‌ترین پاسخ درست (۱۴/۶٪) به پرسش شماره ۱۳ (آیا مصرف داروهای اعصاب اعتیادآور هستند؟) ارائه شده است. در این جدول دیده می‌شود که مردم شهر تهران معتقدند داروی اعصاب اعتیادآورند (۸۵/۴٪)، بیمار روانی باید در بیمارستان روانی درمان شود (۷۰/۵٪)، ازدواج می‌تواند بیماری روانی را درمان کند (۵۹/۴٪)، باید بیماری روانی نزدیکان خود را از دوستان پنهان کرد (۵۵/۸٪) و بیماری صرع قابل درمان نیست (۵۲/۷٪). باور به سحر و جادو (۳۰/۱٪)، معلول بودن فرد مبتلا به صرع (۳۱/۹٪) و غیر قابل درمان نبودن اعتیاد (۲۹/۱٪) در شهر و تهران تهرانی نیز دیده می‌شود.

میانگین و انحراف معیار نمره‌های GSI و نگرش شرکت کنندگان در پژوهش نسبت به بیماری‌های عصبی - روانی بر حسب تعداد آزمودنی و محله‌های ۱۸ گانه منطقه ۶ در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی شرکت کنندگان در پژوهش بر حسب جنس، گروه سنی، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی

جنس	فراوانی	درصد
مرد	۵۸۶	۳۲
زن	۱۲۴۴	۶۸
سن		
زیر ۲۰ سال	۳۸۱	۲۰/۸
۲۱-۴۰ سال	۷۵۶	۴۱/۳
۴۱-۶۰ سال	۴۹۳	۲۷/۱
۶۱ سال و بالاتر	۲۰۰	۱۰/۹

درصد	فراوانی	جنس
		میزان تحصیلات
۸/۵	۱۵۵	ششم ابتدایی و کتر
۵۷/۸	۱۵۵۹	راهنمایی و دیپلم
۳۳/۷	۶۱۶	تحصیلات دانشگاهی
		وضعیت تأهل
۳۷/۴	۶۸۵	مجرد
۵۶/۹	۱۰۴۲	متأهل
۵/۶	۱۰۳	سایر (جدانشده و بیوه)
		وضعیت شغلی
۳۶/۲	۶۶۲	خانه دار
۳۰/۱	۵۵۱	شاغل
۱۷/۸	۳۲۶	محصل و دانشجوی
۱۵/۹	۷۵	بیکار
	۲۰۳	بازنشسته
	۷	از کارافتاده

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حاصل از آزمون SCL-90-R (شاخص‌های GSI، PST و PSDI) به تفکیک مقیاس‌های نه گانه و جنس

کل (n=۱۸۳۰)		جنسیت				مقیاس‌ها
		زن (n=۱۲۴۴)		مرد (n=۵۸۶)		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۴۶	۰/۳۱	۰/۴۵	۰/۳۲	۰/۴۷	۰/۲۹	ترس مرضی
۰/۶۴	۰/۶۴	۰/۶۱	۰/۶۳	۰/۶۸	۰/۶۷	پرخاشگری
۰/۶۴	۰/۶۲	۰/۶۵	۰/۶۵	۰/۶۰	۰/۵۴	اضطراب
۰/۶۴	۰/۷۵	۰/۶۵	۰/۷۶	۰/۶۰	۰/۷۳	وسواس و اجبار

کل (n-۱۸۳۰)		جنسیت				مقیاس‌ها
		زن (n-۱۲۴۴)		مرد (n-۵۸۶)		
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۶۰	۰/۶۵	۰/۶۱	۰/۶۶	۰/۵۸	۰/۶۱	حساسیت‌بین فردی
۰/۶۰	۰/۶۴	۰/۶۲	۰/۶۹	۰/۵۲	۰/۵۱	شکایات جسمانی
۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۲	۰/۴۶	روان‌پریشی
۰/۷۸	۱/۰۸	۰/۸۰	۱/۰۹	۰/۷۵	۱/۰۶	پارانوئیدی
۰/۶۷	۰/۷۶	۰/۶۹	۰/۸۳	۰/۶۰	۰/۶۲	افسردگی
۰/۵۱	۰/۶۶	۰/۵۲	۰/۶۸	۰/۴۹	۰/۶۱	GSI
۱۹/۰۱	۳۱/۴۷	۱۸/۷۵	۳۲/۴۰	۱۹/۴۲	۲۹/۴۸	PST
۰/۵۰	۱/۷۶	۰/۵۲	۱/۷۷	۰/۴۷	۱/۷۵	PSDI

جدول ۳- فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌های درست شرکت‌کنندگان در پژوهش در پرسش‌نامه نگرش بهداشت روان به تفکیک پرسش‌ها

پاسخ درست فراوانی درصد		
۶۷/۵	۱۲۳۶	۱- آیا به نظر شما اگر هر آدم سالمی تحت فشارهای شدید زندگی قرار بگیرد دچار بیماری روانی و عصبی می‌شود؟
۸۴	۱۵۳۸	۲- آیا فکر می‌کنید بیماران روانی از این که مورد تمسخر دیگران قرار بگیرند ناراحت می‌شوند؟
۴۴/۲	۸۰۸	۳- فرض می‌کنیم یکی از اقوام نزدیک شما رفتاری عجیب و غریب از خود نشان دهد که شما آن را بیماری روانی به حساب آورید، آیا شما از این مسئله با دوستانتان صحبت می‌کنید؟
۷۹/۳	۱۴۵۱	۴- آیا فکر می‌کنید که بیماری‌های روانی معمولاً قابل درمانند؟
۶۹/۹	۱۲۷۹	۵- آیا به نظر شما سحر و جادو، جن زدگی و دعایی شدن می‌تواند علت بیماری‌های روانی و صرع باشد؟

پاسخ درست		
درصد	فراوانی	
۴۰/۶	۷۴۳	۶- آیا به نظر شما ازدواج می‌تواند بیماری روانی را درمان کند؟
۲۹/۵	۵۳۹	۷- آیا به نظر شما می‌توان بیماری‌های روانی را در درمانگاه و یا بیمارستان عمومی درمان نمود؟
۸۲/۲	۱۵۰۴	۸- به نظر شما یک بیمار روانی درمان شده می‌تواند سرکار برود؟
۴۷/۳	۸۶۶	۹- آیا به نظر شما صرع (عش) معمولاً قابل درمان است؟
۶۸/۱	۱۲۴۶	۱۰- آیا به نظر شما یک بیمار مبتلا به صرع قادر است وظایف روزانه نظیر رفتن به مدرسه و کار کردن و امثال آن را انجام دهد؟
۷۷/۷	۱۴۲۲	۱۱- آیا به نظر شما می‌توان بیماری روانی و عصبی را پیشگیری نمود؟
۷۰/۳	۱۲۸۶	۱۲- آیا به نظر شما بیماران روانی می‌توانند از راهنمایی‌های دیگران استفاده کنند؟
۱۴/۶	۲۶۸	۱۳- آیا مصرف داروهای اعصاب اعتیادآور هستند؟
۷۰/۹	۱۲۹۷	۱۴- آیا به نظر شما اعتیاد قابل درمان است؟
۷۲	۱۳۱۸	۱۵- آیا به نظر شما افکار یا تمایلات خودکشی قابل درمان است؟

نگرش‌های خیلی منفی پررنگ‌تر نشان داده شده است.

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره‌های به دست آمده از ضریب کل علائم مرضی (GSI) و

پرسش نامه نگرش بهداشت روان شرکت کنندگان بر حسب محله‌های ۱۸ گانه منطقه ۶

نگرش بهداشت روان		GSI		تعداد نمونه	محله
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲/۰۷	۹/۷۱	۰/۴۵	۰/۶۳	۱۵۰	محله ۱
۲/۱۴	۹/۵۸	۰/۵۷	۰/۶۸	۵۵	محله ۲
۱/۵۷	۱۰/۰۲	۰/۴۹	۰/۵۱	۳۸	محله ۳
۲/۲۲	۹/۵۲	۰/۵۸	۰/۶۹	۱۹۲	محله ۴
۲/۰۵	۹/۶۲	۰/۴۸	۰/۷۴	۱۸۳	محله ۵
-	-	-	-	-	محله ۶
۱/۹۵	۹/۳۷	۰/۴۵	۰/۷۳	۵۸	محله ۷

نگرش بهداشت روان		GSI		تعداد نمونه	محله
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۱۰	۷/۵۹	۰/۴۲	۰/۷۵	۲۶۹	محله ۸
۲/۱۹	۸/۹۶	۰/۵۷	۰/۶۵	۹۳	محله ۹
۲/۵۷	۹/۴۵	۰/۴۵	۰/۵۸	۴۶	محله ۱۰
۲/۱۰	۹/۶۲	۰/۵۷	۰/۴۴	۱۳۵	محله ۱۱
۱/۹۶	۹/۷۰	۰/۵۲	۰/۵۶	۵۱	محله ۱۲
۲/۴۰	۹/۲۱	۰/۴۵	۰/۵۸	۱۲۱	محله ۱۳
۲/۳۰	۹/۱۷	۰/۵۷	۰/۷۵	۵۳	محله ۱۴
۲/۰۲	۹/۰۵	۰/۵۲	۰/۶۸	۸۰	محله ۱۵
۱/۹۶	۹/۲۰	۰/۴۷	۰/۶۴	۷۰	محله ۱۶
۲	۹/۵۴	۰/۵۰	۰/۶۴	۱۱۶	محله ۱۷
۲/۲۱	۹/۳۵	۰/۵۰	۰/۶۹	۱۲۰	محله ۱۸

همان‌گونه‌که در جدول ۴ دیده می‌شود، اهالی محله ۳ دارای بالاترین (۱۰/۰۲) میانگین (نگرش مثبت تر) در پرسش نامه نگرش بهداشت روان بوده‌اند و پس از آن میانگین نمره‌های سایر محله‌ها (صرف نظر از دو محله ۸ و ۹ در زمینه نگرش سلامت روان تفاوت اندکی با هم دارند و تا اندازه‌ای در یک سطح قرار دارند. تفاوت میانگین نمره‌ها در محله‌های هشت و نه پایین‌تر از سایر محله‌ها (نگرش منفی تر) بوده است (به ترتیب ۷/۵۹ و ۸/۹۶).

تحلیل واریانس یک متغیره از این نظر تفاوت معنی‌داری را میان محله‌های مختلف نشان داد.

همان‌گونه‌که جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمره GSI پاسخ‌گویان در محله ۸ بالاتر (شدت بیش‌تر بیماری) از سایر محله‌ها بوده است. میانگین و انحراف معیار نمره GSI افرادی که در منطقه ۶ به آزمون SCL-90-R پاسخ داده‌اند در محله‌های مختلف با یکدیگر

تفاوت معنی داری دارند. تحلیل واریانس یک متغیره این تفاوت را معنی دار نشان داد ($f=3/22, P<0/001$).

بحث

همان گونه که بیان شد این پژوهش با هدف کلی بررسی مشکلات روانی ساکنان منطقه ۶ شهر تهران و بررسی نگرش آنان نسبت به بیماری های عصبی - روانی و عوامل ایجاد کننده آنها و به منظور برآورد نیازهای سلامت روانی اهالی ساکن در منطقه یاد شده انجام گردیده است. به بیان دیگر این بررسی کوشیده است به این پرسش پاسخ دهد که چند درصد از افراد مورد بررسی از مشکلات رفتاری - روانشناختی شکایت دارند. دامنه مشکلات روانشناختی - رفتاری در منطقه تا چه اندازه گسترده بود و نگرش آنان نسبت به مشکلات یاد شده، علت بروز آنها و ضرورت درمان هر چه سریع تر آنها چگونه است. این بررسی در نهایت بهره گیری بهینه از امکانات موجود بهداشتی - درمانی را در راستای ارتقای سلامت روانی اجتماع مورد توجه قرار داده است.

یافته های بررسی حاضر همانند بسیاری از بررسی های انجام شده در زمینه شیوع اختلال های روانی در ایران (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱؛ باقری یزدی، بوالهروی و شاه محمدی، ۱۳۷۳). میزان شیوع مشکلات روانشناختی را بالاتر از آن چه که انتظار می رفت نشان داد. یافته های بررسی حاضر نشان داد گرچه ۴/۱٪ افراد مورد بررسی خود اظهار نموده اند که برخی مشکلات روانپزشکی را در گذشته تجربه کرده و یا می کنند. پرسش نامه سرنده اختلال های روانی، ۲۹/۲٪ آنان را مشکوک به این اختلال ها نشان داد.

یافته های پژوهش حاضر با یافته های گزارش شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۱) که میزان شیوع اختلال های روانی را در کل کشور ۲۱٪ (۱۴/۹٪ در مردان و ۲۵/۹٪ در زنان) گزارش نمود بالاتر است. احسان منش (۱۳۸۰) در بازبینی برخی بررسی های انجام شده در زمینه همه گیرشناسی اختلال های روانی میزان شیوع در مطالعات

مختلف را از ۱۸٪ تا ۲۳٪ گزارش نمود. این یافته‌ها ضرورت گسترش هر چه بیشتر خدمات سلامت روانی، بهره‌گیری بهینه از امکان بهداشتی - درمانی موجود، آموزش همگانی ساکنان منطقه در زمینه شناخت بیماری‌های روانی، راهنمایی آن‌ها در زمینه چگونگی مراجعه به مراکز مشاوره و برخورداری از خدمات روانشناسی و روانپزشکی را نشان می‌دهد.

یافته‌های این بررسی نشان داد که میانگین نمرات شاخص GSI زنان در همه ابعاد پرسش‌نامه SCL-90-R به جز بعد پرخاش‌گری بیش‌تر از میانگین GSI مردان بوده است. همچنین این بررسی ۳۰/۴٪ زنان و ۲۶/۸٪ مردان را مشکوک به مشکلات روانشناختی نشان داد. این یافته پژوهش نیز با یافته‌های گزارش شده در پژوهش‌های پیشین هم‌سو است، شاید بتوان معیارهای فرهنگی جامعه، برخی باورهای سنتی در زمینه شیوه‌های فعالیت‌های اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی زنان و برخی محدودیت‌های اعمال شده بر آنان را در تبیین این یافته‌ها مؤثر دانست.

مقایسه میانگین نمره GSI (ضریب کل علائم مرضی) افراد مورد بررسی در محله‌های مختلف منطقه ۶ نشان می‌دهد که دو محله ۸ و ۱۴ بالاترین میانگین GSI را داشته‌اند. به بیان دیگر این دو محله بیش از سایر محله‌های مورد بررسی مشکلات روانشناختی را نشان داده‌اند. با بررسی نگرش پاسخ‌گویان محله‌های مختلف می‌توان دریافت که همین محله‌ها به ویژه محله ۸ کم‌ترین میانگین نمره نگرش بهداشت روانی را داشته است. از سوی دیگر شرکت‌کنندگان محله ۳ کم‌ترین میانگین GSI و بالاترین میانگین نمره نگرش سلامت روانی را به خود اختصاص داده‌اند. از این رو می‌توان گفت که این بررسی نشان‌دهنده ارتباط تنگاتنگ نگرش افراد نسبت به سلامت روانی از یک سو و میزان مشکلات روانشناختی و رفتاری آنان از دیگر سو است. به بیان دیگر با افزایش آگاهی افراد نسبت به سلامت روانی و بهبود نگرش آنان نسبت به این امور، باید انتظار داشت که از مشکلات روانشناختی و رفتاری آنان کاسته شود.

گرچه در این بررسی مشکلات روانشناختی و رفتاری و نگرش آنان نسبت به سلامت روانی مستقیماً با وضعیت اقتصادی - اجتماعی آنان مقایسه شده است اما بررسی‌های انجام شده بر ارتباط میان میزان شیوع مشکلات روانشناختی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی اشاره داشته‌اند (Kleinman & patel, ۲۰۰۳).

این بررسی‌ها نشان داده‌اند که درمان بیماری‌های روانی در درازمدت سبب کاهش توان مالی خانواده‌ها و گرایش آن‌ها به فقر و تنگدستی می‌شود. این وضعیت خود سبب ایجاد بیکاری، کاهش توان تولید و فقیرتر شدن می‌گردد. از این رو بیماری‌های روانی دور باطل فقر و تشدید بیماری‌های روانی را سبب می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۳). افزون بر آن پایین بودن میزان تحصیلات سبب مراجعه کم‌تر مبتلایان به بیماری‌های روانی به مراکز درمانی و بهره‌مندی از امکانات بهداشتی - درمانی می‌شود (همان‌جا). نتایج این پژوهش ضرورت توجه هر چه بیشتر به بهداشت روانی زنان را گوشزد می‌کند که می‌تواند نقش مهمی در بهداشت روانی خانواده، فرزندان و در نهایت جامعه داشته باشد.

یافته‌های مربوط به نگرش افراد مورد بررسی درباره سلامت روانی و عوامل مؤثر در بروز بیماری‌های روانی و روش‌های درمان آن‌ها نشان داد که درصد پاسخ‌های درست افراد مورد بررسی به ماده‌های مختلف این پرسش‌نامه بسیار متفاوت است. برای نمونه در حالی که در برابر این پرسش که «به نظر شما یک بیمار روانی درمان شده می‌تواند سرکار برود؟»، ۸۲/۲٪ پاسخ درست داده بودند. در برابر این پرسش که «آیا مصرف داروهای اعصاب اعتیادآور هستند؟»، تنها ۱۴/۶٪ پاسخ درست دادند و ۸۵/۴٪ پاسخ نادرست دادند. این یافته پژوهش ضرورت هر چه بیشتر اطلاع‌رسانی و آموزش همگانی درباره مصرف داروهای روانپزشکی را گوشزد می‌کند.

مقایسه میانگین نمره‌های نگرشی افراد مورد بررسی در محله‌های ۱۸ گانه منطقه ۶ نشان می‌دهد که از این نظر، تفاوت چشمگیری در میانگین نمره‌های یاد شده دیده

نمی‌شود و تنها دو منطقه ۸ و ۹ تا اندازه‌ای پایین‌تر از سایر مناطق هستند. این یافته پژوهش می‌تواند نشان دهنده یک دست بودن ساکنان منطقه از نظر نگرش نسبت به بهداشت روان و بیماری‌های روانی باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

- ۱- بررسی حاضر از نوع مقطعی است که یکی از نارسایی‌های پژوهش حاضر می‌باشد.
- ۲- با توجه به این که پرسش نامه SCL-90-R یک وسیله سرنند برای شناسایی مشکلات روانی می‌باشد، بنابراین عدم استفاده از وسیله تشخیصی محدودیت‌هایی را در ارزیابی میزان شیوع اختلال‌های روانی در این بررسی به همراه داشته است.
- ۳- زدودن نگرش منفی افراد جامعه نسبت به بیماری‌های روانی به ویژه درمان ناپذیر بودن بیماری‌های روانی، تأثیر جادو در بروز و تداوم بیماری‌های روانی و صرع، اعتیادآور دانستن داروهای اعصاب، این باور که ازدواج می‌تواند بیماری‌های روانی را بهبود بخشد، نیاز به برنامه‌ریزی در راستای تغییر نگرش و افزایش آگاهی و اطلاعات خانواده‌ها نسبت به این باورهای نادرست دارد.
- ۴- وجود افراد مشکوک به اختلالات روانی (۲/۲۹٪) در جمعیت مورد مطالعه و شیوع بالاتر این اختلالات در گروه سنی زیر ۴۰ سال (جوانان و نوجوانان) ضرورت برنامه‌ریزی‌های درمانی و مشاوره‌ای را برای آنها بیش از پیش طلب می‌نماید.

- احسان منش، مجتبی (۱۳۸۰). همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران: بازنگری برخی بررسیهای انجام شده. **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال ششم، شماره ۲، ۶۹-۵۴.
- باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مید یزد. **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال اول، شماره ۱، ۴۱-۳۲.
- بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۳). **بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه**. طرح پژوهشی انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. گزارش منتشر نشده.
- بوالهروی، جعفر؛ محیط، احمد (۱۳۷۴). بررسی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه هشتگرد (۷۲-۱۳۷۰). **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال دوم، شماره ۱ و ۲، ۲۴-۱۶.
- پزشکی، زهرا؛ بوالهروی، جعفر (۱۳۷۳). بررسی نگرش اهالی چند روستای شمال شهر تهران در زمینه بیماری روانی. **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال اول، شماره ۲ و ۳، ۷۵-۶۸.
- جلیلی، احمد؛ داویدیان، هازاطون (۱۳۷۰). **بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای روانی در یک روستا در حاشیه کویر**. مقاله ارائه شده در سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ۱۴-۱۱ آذر ماه.
- شاه محمدی، داود (۱۳۷۲). **گزارش جامع از پروژه تحقیقی ادغام بهداشت روانی در مراقبت های بهداشتی اولیه در روستاهای شهر کرد**، گزارش منتشر نشده.
- عاطف وحید و همکاران (۱۳۸۲). **طرح نمونه توسعه بهداشت روان و پیشگیری از اعتیاد در منطقه ۶ شهر تهران**. گزارش منتشر نشده.
- عاطف وحید، محمد کاظم (۱۳۸۳). **بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش ها؛ فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی**. سال چهارم، شماره ۱۴، ۴۱-۵۷.

- محیط، احمد؛ شاه محمدی، داود؛ بوالهیری، جعفر (۱۳۷۶). ارزشیابی کشوری بهداشت روانی. **فصلنامه اندیشه و رفتار**، سال سوم، شماره ۳، ۱۶-۴.
- مرکز آمار ایران (۱۳۷۸). **سالنامه آمار کشور ۱۳۷۷**. تهران: مرکز آمار ایران.
- میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). **ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری دانشگاه تهران.
- نور بالا، احمد علی؛ محمد، کاظم (۱۳۷۹). خلاصه گزارش طرح ملی سلامت و بیماری در ایران، ۱۳۷۸. **مجله پژوهشی حکیم**، دوره سوم، شماره ۳، ۱۹۵-۱۷۳.
- نور بالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. **مجله پژوهشی حکیم**. دوره دوم، شماره ۴، ۲۱۲-۲۲۳.
- Bash, K. W. , and Bash Liecht, L. J. (1969). Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzistan. **Iran Social Psychiatry**, 4, 137-143.
- Bolden, L. and Wicks, M. N. (2005). Length of stay, admission types, psychiatric diagnoses, and the implications of stigma. **Issues of Mental Health Nursing**, 26, 1043-1059.
- Brundtland, G. H. (2000). Mental health in the 21st century. **Bulltin of the World Health Organization**, 78, 411-412.
- Deragotis, L. R. , Lipman, R. S. , and Covi, L. (1973). SCL-90 An out patient psychiatric rating scale preliminary report. **Psychopharmacology Bulletin**, 90, 13-27.
- Deragotis, L. R. and Rickels, K. , and Rock, A. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. **British Journal of Psychiatry**, 128, 1271-1279.
- Gezairy, H. A. (1998). Fifty Years of the World Health Organization. **Eastern Mediteranean Health Journal**, 4, S6-S9.
- Kim, S. W. , Shin, I. S. Kim, J. M. , Yang, S. J. Shin, HY, and Yoon, J. S. (2006). Association between attitude toward medication and neurocognitive function in schizophrenia. **Clinical Neuropharmacology**, 29, 197-205.
- Murthy, R. S. (2002). Mental health in the Islamic Republic of Iran. **Quarterly Journal of Andeesheh Va Raftar**, 7 (Suppl. No. 4), 40-57.
- National Institute of Mental Health and Neuroscience (1990). **Training of PHC personnel in mental health care experiences**. Bangalore: NIMHANS.

- National Institute of Mental Health and Neuroscience (1994). **Mental health care by primary care doctors**. Bangalore: NIMHANS.
- Noorbala, S. A. , Bagheri Yazdi, S. A. , Yasami, M. T. , and Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. **British Journal of Psychiatry**, 184, 70-73.
- Sartorius, N. (1998). Nearly forgotten mental health needs of an urbanised plant. In D. Goldberg and G. Thornicroft (Eds.). **Mental Health in our future cities**. East Sussex: Psychology Press Ltd.
- Taj, R. and Khan, S. (2005). A study of reasons of non-compliance to psychiatric treatment. **Journal of Ayub Medical College of Abbottabad**, 17, 26-28.
- Tully, L. A. , Parker, G. B., Wilhelm, K. , Malhi, G. S. (2006). Why am I depressed?: An investigation of whether patients' beliefs about depression concur with their diagnostic subtype. **Journal of Nervous & Mental Disorders**, 194, 543-546.
- Ustun, T. B. (2000). Mainstreaming mental health. **Bulltin of the World Health Organization**, 78, 412-413.
- World Health Organization (2003). **Investing in mental health**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2005). **Mental Health Atlas**. Geneva: **World Health Organization**.
- Woodward, M. (2004). **Epidemiology: Study design and data analysis** (2nd ed.). BocaRaton: CRC Press.
- Yasamy, M. T. ; Shahmohammadi, D. ; Bagheri Yazdi, S. A. Layeghi, H. ; Bolhari, J. ; Razzaghi, E. M. ; Bina, M. ,and Mohit, (2001), Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need. **Eustern Mediterranean Health Journal**, Vol7, No. 4, 381-391.