

بررسی سلامت روانی افراد بالای ۱۵ سال شهری استان کردستان و عوامل مرتبط با آن

دکتر غلامرضا خیرآبادی^{۱*}، فایق یوسفی^۲

چکیده

مقدمه: تعریف سلامت روانی به مفهوم بهداشتی آن و تغییر نگرش به برداشتی جامع از سلامت روانی به جای نگرش سنتی (سلامت روانی را معادل نبودن بیماری روانی دانستن) از موضوعات مورد توجه محافل روانپزشکی در دهه‌های اخیر بوده است و جهت گیری پژوهش‌های مربوط به اپیدمیولوژی بیماری‌های روانی در سال‌های اخیر بیشتر بر مبنای این تعریف جدید می باشد. این پژوهش با هدف تعیین سلامت روانی افراد بالای ۱۵ سال شهری استان کردستان و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۷۸ انجام شد.

مواد و روشها: تعداد نمونه پژوهش حاضر ۲۸۵۵ نفر (۱۱۱۸ مذکر و ۱۷۳۷ مؤنث) بود که با روش نمونه گیری چند مرحله ای تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته همراه با پرسشنامه GHQ 28 بوده است، نوع مطالعه Cross-Sectional بوده و اطلاعات جمع آوری شده از طریق نرم افزار آماری SPSS win و با استفاده از میزان، درصد و آزمون χ^2 محاسبه و تجزیه و تحلیل شده است.

نتایج: نتایج این پژوهش نشان داد که ۳۵/۷ درصد از افراد مورد مطالعه فاقد سلامت روانی بوده‌اند و بین نوع شغل و سلامت روانی افراد، و همچنین بعد خانواده و سلامت روانی افراد ($P=0/000$) رابطه معنی‌داری وجود داشته است اما بین جنس و سطح تحصیلات با سلامت روانی رابطه معنی‌داری بدست نیامد. نتیجه‌گیری: نتایج کلی این مطالعه تفاوت قابل ملاحظه‌ای با سایر مطالعات در مناطق دیگر ایران ندارند ولی تفاوت مهم، شیوع نسبی بیشتر مشکلات روانی در سنین زیر ۳۰ سال است که احتمالاً با موضوع بالا بودن نرخ بیکاری در استان کردستان و فقدان امکانات ورزشی و تفریحی متناسب با این سن مرتبط باشد.

واژه‌های کلیدی: سلامت روانی، اپیدمیولوژی، بیماری‌های روانی

* - استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، بیمارستان قدس، مؤلف مسئول
۲ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

مقدمه

بوالهیری و شاه محمدی در پژوهش خویش شیوع اختلالات روانی را ۱۲/۵ درصد گزارش کرده‌اند (۸). یعقوبی نورا... و همکاران در پژوهش خویش خاطر نشان کرده‌اند که ۲۳/۸۴ درصد (۳۰/۸۴ درصد زنان و ۱۵/۸ درصد مردان) دچار عدم سلامت روانی هستند بطوریکه اختلالات خلقی و اضطرابی به ترتیب با ۱۲/۶ درصد و ۷/۵۲ درصد از شایعترین اختلالات روانی بوده‌اند (۹).

بطور خلاصه مطالعات انجام شده در ایران نشان داده که شیوع اختلالات روانی در دامنه‌ای بین ۱۱/۷ درصد در مطالعه باش (۱۳۴۲) و حداکثر ۴۳/۲ درصد در مطالعه داویدیان و همکاران (۱۳۵۳) قرار دارد. راسیا و همکاران (۱۹۸۹) در مطالعه خویش خاطر نشان کرده‌اند که اختلالات روانی در بین افرادی که تحصیلات پائین‌تری دارند، برونگرا نیستند، و سابقه بیماری روانی در خانواده داشته‌اند، بیشتر است و بین جنسیت و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود داشته است (۳).

مواد و روشها

این پژوهش از نوع پژوهش مقطعی (Cross-Sectional) بوده و جامعه آماری آن افراد بالای ۱۵ سال شهری استان کردستان بوده است. حجم نمونه پژوهش حاضر از طریق نرم افزار آماری EPI6 و با استفاده از میانگین سه مطالعه در خصوص سلامت روانی که در داخل توسط پالاهنگ ۱۳۷۴، باقری یزدی ۱۳۷۳، و یعقوبی ۱۳۷۴ انجام شده، بدست آمده است.

با توجه به این نتایج از مجموع ۱۹۸۳۵۸ نفر افراد بالای ۱۵ سال شهری در سال ۱۳۷۸ با شیوع تقریبی ۲۴ درصد و با دقت ۲ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد تعداد ۲۸۵۵ نفر (۱۷۳۷ نفر مؤنث و ۱۱۱۸ نفر مذکر) انتخاب گردیدند.

روش نمونه‌گیری این مطالعه چند مرحله‌ای تصادفی بوده است و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سلامت روانی GHQ28 بوده که شامل ۲۸ سؤال می‌باشد. از دیدگاه هندرسون (۱۹۹۰) و (گلدبرگ، ۱۹۷۲) GHQ شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهشها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرمهای ۱۲، ۲۸، ۶۰، ۳۰ و ۱۲۰ سؤالی می‌باشد. فرم ۲۸ سؤالی گلدبرگ و هندرسون (۱۹۷۹) در اقدامی به منظور افزایش میزان واریانس و بر اساس تحلیل عاملی بر روی فرم اصلی ساخته شده و شامل ۴ مقیاس ۷ سؤالی نشانه‌های جهانی اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. دو روش نمره‌گذاری برای GHQ28 متداول است که در پژوهش حاضر برای گزینه‌های الف و ب پاسخ صفر و برای گزینه‌های ج و د پاسخ ۱ در نظر گرفته شد. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۶ در نظر گرفته شد طوری که کسب نمره ۶ به بالا بعنوان عدم سلامت روانی و ۶ به پایین به عنوان سلامت روانی در نظر گرفته شد و مطالعات اعتباریابی GHQ28 حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه می‌باشد. نتیجه فرم

سازمان بهداشت جهانی (WHO) در سال ۱۹۴۶ سلامتی را چنین تعریف کرده است: حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری یا معلولیت. در این تعریف سه بعد جسمی از نظر پزشکی و روانی از نقطه نظر روانشناسی و اجتماعی به جهت ابعاد روابط سالم با محیط مد نظر می‌باشد (۱).

از طرف دیگر، روانپزشکان همیشه مجذوب پسیکوپاتولوژی و ناهنجاری بوده‌اند. معهذ، اخیراً اقدام‌های هماهنگی برای تعریف سلامتی روانی و بهنجاری صورت گرفته است. تلویحاً چنین معلوم شده است که سلامت روانی را می‌توان عکس بیماری روانی تعریف نمود با چنین فرضی پسیکوپاتولوژی بارز مقابل رفتار بهنجار شمرده می‌شد. اخیراً تریدیهایی در مورد مفید بودن این فرض ابراز شده و ارائه مفاهیم و تعریف دقیقتر برای سلامت روانی و بهنجاری اهمیت فزاینده‌ای یافته است (۲).

روانپزشکان با بیرون آمدن از مطب‌ها و بخشهای بیمارستانی و ورود به اجتماع، با گروههایی از جمعیت مواجه شده‌اند که قبلاً آنها را ندیده بودند. روانپزشکان بطور فزاینده‌ای با منابع مشاوره مواجه شده اند. بیشتر از آنها خواسته شده است تا معلوم کنند چه کسی برای تصدی یک موقعیت سالمتر است یا بیمار و نامناسب. علاقه به ارزیابی حاصل تلاشهای درمانی روانپزشکی نیز موضوع سلامت روانی را در کانون توجه قرار داده است (۳). از سوی دیگر هارتمن (۱۸۴۷) تعادل روانی را با این ترکیب تعریف می‌نماید که من (Ego)، بتواند تطابق بین نهاد (ID) و ابرمن (superego)، ایجاد نماید و خواستههای آنها را نفی یا طرد ننماید، او قبلاً انعطاف‌پذیری من را بعنوان عاملی در سلامت فکر مطرح ساخته بود (۴). پروفوسور آراسته معیار ایده‌آل در سلامت روانی را تکامل روانی می‌داند و انسان کامل را انسان ایده‌آل می‌داند و معتقد است که انسان کامل فردی است که وحدت عمل و نظر دارد و نیروهای درونی را با هم هماهنگ کرده و از لحاظ بیرونی نفعش با نفع جامعه خود یکنواخت باشد (۵).

از سوی دیگر، فروید سلامتی را یک افسانه ایده‌آل می‌داند، کورت اسلر (Kurt Eissler) معتقد است که نمی‌توان بهنجاری را بدست آورد چرا که فرد سالم بایستی بطور کامل از خودش، افکارش و از احساساتش آگاه باشد. ملانی کلین (Melanie Klein)، بر این اعتقاد است که بهنجاری با منش قوی و توانایی کنار آمدن با هیجانهای متعارض، قابلیت تجزیه لذت بدون تعارض و توانایی عشق ورزیدن مشخص می‌شود (۶).

در زمینه بهنجاری و سلامت روانی تحقیقات زیادی انجام شده است. پالاهنگ (۱۳۷۴) طی پژوهشی با عنوان شیوع اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر در شهر کاشان اعلام نموده که شیوع اختلالات روانی ۲۳/۷۵ درصد و میزان شیوع اختلالات خلقی ۱۱/۷۹ درصد بوده است (۷). باقری یزدی،

متغیرها	فراوانی	درصد
مرد	۱۱۱۸	۳۹/۲
زن	۱۷۳۷	۶۰/۸
بیسواد	۶۰۶	۲۱/۲
ابتدائی	۴۸۲	۱۶/۹
راهنمایی	۴۶۷	۱۶/۴
دیپلم	۱۰۱۰	۳۵/۴
کاردانی	۱۸۴	۶/۴
کارشناس و بالاتر	۱۰۶	۳/۷
بیکار	۱۸۸	۶/۶
خانه دار	۱۲۴۸	۴۳/۷
کارگر	۱۲۰	۴/۲
کشاورز	۲۲	۰/۸
کارمند	۳۶۲	۱۲/۷
شغل آزاد	۱۲۱	۴/۲
سایر موارد	۴۹۴	۲۷/۸

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۲ بین درآمد و سلامت روانی افراد مورد مطالعه و سکونت در شهرستانهای استان کردستان و سلامت روانی و بین گروههای سنی و سلامت روانی و همچنین بین شغل و بعد خانوار افراد مورد مطالعه رابطه معنی داری به ترتیب ($P=0/000$ ، $P=0/000$ ، $P=0/000$)، $P<0/000$ ، $P<0/001$ وجود داشت. جهت رابطهها به این صورت بوده است که با افزایش میزان متوسط درآمد خانوارها سلامت روانی افراد مورد مطالعه بیشتر بوده است، افراد مورد مطالعه در سنج و قروه دارای بیشترین میزان سلامت روانی (۶۶٪) و ۸۵٪ و در میوان و کامیاران دارای کمترین میزان سلامت روانی بوده اند مابقیه شهرستانها در حد وسط قرار داشتند.

در خصوص رابطه سلامت روانی با سن، کمترین سلامت روانی در بین گروه سنی ۴۶ سال به بالا (۵۷٪) و بیشترین میزان سلامت روانی در گروه سنی ۳۱ تا ۴۵ سال بوده است (۶۹٪) ضمناً گروه سنی ۳۰-۱۵ سال با میزان ۶۴٪ سلامت روانی در حد وسط قرار داشتند.

در خصوص رابطه شغل با سلامت روانی افراد مورد مطالعه کمترین درصد سلامت روانی در بین افراد بیکار (۵۴٪) و کشاورز (۵۹٪) و بیشترین میزان سلامت روانی در بین افراد کارمند (۷۲٪) بوده است.

در مورد بعد خانوار کمترین درصد سلامت روانی (۵۰٪) در بین خانوارهای ۱۱-۷ نفر و بیشترین میزان سلامت روانی (۶۶٪) در بین خانوارهای ۶-۲ نفره بوده است.

تحلیلی ۴۳ پژوهش که توسط ویلیامز، ماری و گلدبرگ (۱۹۸۸) انجام شده به میانگین حساسیت ۸۴ درصد و متوسط ویژگی ۸۲ درصد دست یافت.

نتیجه بررسی پالانگ و همکاران (۱۳۷۴) نیز نشان داد که حساسیت GHQ28 در نقطه برش ۲۳ برابر ۸۶/۵ درصد و ویژگی آن برابر ۸۲ در صد می باشد. ضریب باز آزمایی کرونباخ در مطالعه فوق برابر با ۸۸٪ بدست آمده است.

پرسشنامه محقق ساخته حاوی متغیرهای دموگرافیک خانواده، جنسیت، سن، تحصیلات، شغل آزمونیهها و میزان درآمد با سه کد کم (کمتر از ۴۰ هزار تومان) متوسط (۸۰-۴۱ هزار تومان) زیاد (بالاتر از ۸۰ هزار تومان)، بعد خانوار و شهر محل سکونت آنان بوده است.

به تناسب جمعیت هر کدام از شهرستانهای استان کردستان تعداد مورد نظر از نمونهها انتخاب شدند. پس از آن ۳۰ درصد از مراکز بهداشتی درمانی شهری به نسبت سه منطقه مرکز شهر، حاشیه نشین و شهرکهای جدید شهرستانهای استان کردستان انتخاب شدند. به عبارت دیگر در هر کدام از مناطق سه گانه ۳۰ درصد از مراکز بهداشتی درمانی بعنوان واحدهای پژوهشی به شکل تصادفی انتخاب گردیدند. در مرحله بعدی، در مراکز بهداشتی و درمانی انتخاب شده، به تناسب جمعیت آنها، افراد مورد نظر به شکل تصادفی انتخاب شده و پرسشگران به درب منازل آنها جهت گردآوری اطلاعات مراجعه نمودند. در مرحله بعدی اطلاعات وارد رایانه شده و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS Win محاسبه و تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

بر اساس نتایج این پژوهش ۳۵/۷ درصد از افراد مورد مطالعه فاقد سلامت روانی بوده اند. (۳۵/۲۴ درصد از کل مردان و ۳۵/۹۲ درصد از کل زنان مورد مطالعه). مشخصات جمعیت شناختی بیماران مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است. با توجه به اطلاعات این جدول ۳۹/۲ درصد از افراد مورد مطالعه مذکر و ۶۰/۸ درصد مونث بوده است و ۲۱/۲ درصد از افراد مورد مطالعه بیسواد و ۳/۷ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر بوده اند همچنین براساس نتایج جدول مذکور ۶/۶ درصد از افراد مورد مطالعه بیکار، ۴۳/۷ درصد خانه دار و ۱۲/۷ درصد کارمند بوده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب جنس، تحصیلات، شغل

این پژوهش بدست آمده است می‌توان اذعان داشت که این نتایج با مقایسه پژوهش‌های لمکائو (۱۹۴۶)، لیتون (۱۹۶۵)، رژی‌ه (۱۹۷۸)، هولی فیلد (۱۹۹۰)، لیتین (۱۹۹۰)، باش (۱۹۶۴)، داویدیان (۱۳۵۳) و یزدی (۱۳۷۳) همخوانی دارد (۱۱).

با توجه به نتایج این پژوهش بین نوع شغل و سلامت روانی افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود دارد. و این نتایج با نتایج پژوهش یعقوبی، باقری و یزدی و همکاران و پالانگ مشابه است و همچنین با نتایج لین و یزدی نیز همخوانی دارد (۱۱، ۹، ۸، ۷).

همچنین پژوهشگران گزارش کرده‌اند که میزان شیوع اختلالات روانی در سنین باروری و میانسالی بیش از سایر گروه‌های سنی است (۱۳، ۱۲). در حالیکه در پژوهش حاضر در گروه سنی ۳۰ سال به پایین درصد سلامت روانی در مقایسه با گروه میانسالی کمتر بوده است (۶۴٪ در مقابل ۶۹٪) به نظر می‌رسد یکی از علت‌ها بیکاری جوانان باشد و در این خصوص کاپلان (۱۹۸۸) می‌گوید که تأثیر بیکاری فراتر از فقدان درآمد می‌باشد و تاوان روانی و جسمی ناشی از آن هنگفت است. میزان بروز الکلیسم، دگرگشی، خودکشی، خشونت و بیماری روانی با بیکاری افزایش می‌یابد (۱۴). هسته مرکزی هویت شخص که غالباً به حرفه او بسته است، با از دست دادن شغل چه با اخراج، فرسودگی یا بازنشستگی زودرس یا بموقع شدیداً آسیب می‌بیند (۱۵، ۱).

اطلاعات این پژوهش نشان داده که بین بعد خانوار و سلامت روانی افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری ($P=0/000$) وجود دارد. بنظر می‌رسد یکی از علت‌های این مسأله ناشی از معضلات اقتصادی و مالی باشد چرا که در شرایط اقتصادی نامطلوب امکان اینکه فرد بتواند برای خانوار بالا امکانات رفاهی فراهم نماید کمتر است و با توجه به این مسأله در پژوهش حاضر بین خانوار و سلامت روانی رابطه معنی‌داری وجود داشته است این نتایج با پژوهش یعقوبی (۱۳۷۴) نیز همخوانی دارد.

با توجه به نتایج این پژوهش بین درآمد افراد مورد مطالعه با سلامت روانی آنان رابطه معنی‌داری

جدول شماره ۲: رابطه بین سلامت روانی افراد مورد مطالعه با درآمد، محل سکونت، گروه‌های سنی، شغل، جنسیت، تحصیلات و بعد خانوار آنان

متغیرها	آزمونهای آماری χ^2	سطح معنی داری
درآمد خانوار	۴۲/۰۵	$P=0/000$
محل سکونت	۵۷/۹۳	$P=0/000$
گروه‌های سنی	۱۶/۹۸	$P=0/000$
شغل	۲۱/۰۹	$P<0/001$
بعد خانوار	۱۴/۶۱	$P=0/000$
تحصیلات	۰/۱۶	N.S

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۲ بین تحصیلات و جنسیت و سلامت روانی افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

بحث

هدف از اجرای این پژوهش تعیین سلامت روانی افراد بالای ۱۵ سال شهرستانهای استان کردستان و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۷۸ بوده است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش ۳۵/۷ درصد از افراد مورد مطالعه فاقد سلامت روانی بوده‌اند که این نتایج با مطالعه داویدیان و همکاران و همکاران همخوانی دارد (۱۰) و با مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۳۷۳) متفاوت می‌باشد (۹). با توجه به اطلاعات این پژوهش ۳۵/۲۴ درصد از افراد مذکر و ۳۵/۹۲ درصد از افراد مؤنث فاقد سلامت روانی بوده‌اند که تفاوت چشمگیری با هم ندارند اما این نتیجه با بسیاری از مطالعات انجام شده در دنیا همخوانی ندارد. در بسیاری از مطالعات اختلالات روانی در زنها به طور قابل ملاحظه‌ای شایعتر از مردان بوده است. شواهد نشان می‌دهد نرخ بالای بیماری روانی در زنان قبل از همه به نقش‌های جنسی و زناشویی آنها مربوط می‌شود. اکثر زنان به داشتن یک نقش اجتماعی عمده یعنی خانه‌داری محدود هستند در صورتی که مردان دست کم دو نقش ایفا می‌کنند که شامل سرپرستی خانواده و داشتن شغل می‌باشد بنابراین دو منبع رضایت دارند، در حالی که زنان فقط یک منبع رضایت دارند. همچنین در خصوص تفاوت میزان سلامت روانی در بین دو جنس مذکر و مؤنث که در

References:

1. Kaplan H., Sadocke B. Synopsis of Psychiatry. 8 th ed. New York: Williams and Wilkins. 1998. P. 17.
2. Hendyx Ms, DeRyan J. Psychiatric hospitalization characteristics associated with insurance type. Adm Policy Ment Health 1998; 25(4): 437-48.
3. Rousieau A, Deman. Authoritarian and socially restrictive attitudes toward mental patients in mental health volunteers and non volunteers. Psychol Rep 1998; 83 (3 pll) 8: 3-6
4. Frank Guidu L arryh, Ludlow A. A cross cultural study of test. Journal of Cross-Cultural, Psychology 1998; 202: 177-180.
۵. حسین ابوالقاسم. اصول بهداشت روانی، جلد اول مشهد، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۱، صفحه: ۱۶-۱۴.
۶. کاپلان، بنیامین سادوگ (۱۹۹۸) خلاصه روانپزشکی جلد اول [مترجم: دکتر نصرت... پورافکاری] تهران، مؤسسه تحقیقاتی انتشارات ذوقی، سال ۱۳۶۹، صفحه ۴۹.
۷. پالاهنگ حسن و همکاران (۱۳۷۴)، شیوع اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر در شهر کاشان، پایان نامه (منتشر نشده است).
۸. باقری یزدی، عباس و همکاران، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳، سال اول شماره ۱، صفحه: ۲۳.
۹. یعقوبی نور...، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا (گیلان) فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال اول شماره ۴، صفحه: ۵۵.
۱۰. کلافی یونس، بررسی سلامت روانی گروهی از مهاجران افغانی مقیم شیراز، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۸، سال اول شماره ۲، صفحه: ۴.
۱۱. باقری یزدی، عباس، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی (۷۴-۷۳) دانشگاه تهران، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳، سال اول شماره ۲، صفحه: ۳۱.
۱۲. مشکی پرویز، مراقبت بهداشت روانی از کارکنان واحدهای سازمان شهرداری تهران، دانشگاه

($P < 0/001$) وجود دارد که این نتایج با نتایج پژوهش باقری یزدی و یعقوبی مشابه است (۹،۸). بنظر می‌رسد که درآمد نقش مهمی در سلامت روانی افراد جامعه داشته باشد. مثلاً فرانک و همکاران (۱۹۸۹) در مطالعه‌ای دریافتند که اضطراب امتحان بین دانش‌آموزانی که در شرایط اقتصادی اجتماعی پایین بوده‌اند نسبت به دانش‌آموزانی که در شرایط اقتصادی اجتماعی بالا داشته‌اند، بیشتر بوده است (۱۶،۴). می‌توان چنین نتیجه گرفت که درآمد کم و فقر مالی نه تنها بر اضطراب امتحان بلکه در سلامت روانی افراد نقش مهمی دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که بین سکونت در شهرستانهای استان کردستان و سلامت این افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌داری ($P < 0/001$) وجود دارد که این نتایج با نتایج پژوهش یعقوبی (۱۳۷۴) مشابه می‌باشد. در خصوص توجیه این مسأله می‌توان گفت با توجه به اینکه در شهرستانهای استان کردستان محرومیت و کمبود امکانات وجود دارد و مردم از لحاظ اقتصادی در سطح پایین‌تری قرار دارند بنابراین سلامت روانی در بین آنان نیز (به تفکیک شهرستانها) متفاوت می‌باشد. به عبارت دیگر اگر امکانات در استان کردستان وجود داشته باشد بیشتر در مرکز استان و یا در یک و یا دو شهرستان دیگر قرار دارد و در نتیجه در شهرستانهای محروم‌تر مانند کامیاران و میوان میزان عدم سلامت روانی در بین مردم بیشتر است.

علوم پزشکی ایران، خلاصه مقالات چهارمین کنگره سراسری استرس، ۱۳۷۸، صفحه: ۱۲۵.

۱۳. توکلی میهن، داستان پریخ. تأثیر شیوه‌های مقابله با استرس بر سلامت روانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران چهارمین کنگره سراسری استرس، ۱۳۷۸، صفحه: ۶۲-۶۱.

۱۴. حیدری پهلوان، وضعیت روانی، اجتماعی اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهرستان همدان فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۶، سال سوم، شماره ۲، صفحه ۲۱.

۱۵. حسن‌زاده، چاپچانی ذبیح...، مفهوم، جایگاه و مبانی بهداشت روانی رشت، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمان استان گیلان، ۱۳۷۶، صفحه: ۲۷.

۱۶. موسی کافی، بوالهروی جعفر، پیروی حمید، بررسی رابطه وضعیت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷، سال سوم، شماره ۴، صفحه: ۲۰.