

علوم و تکنولوژی محیط زیست، دوره بیست و دوم، شماره دو، اردیبهشت ماه ۹۹

## بررسی میزان عملکرد سلامت روان شناختی شهروندان در فضاهای شهری

(مطالعه موردی: شهر بروجرد)

وحید پوربساط<sup>۱</sup>

فاطمه الفتی<sup>۱</sup>

مریم بیرانوندزاده<sup>۲\*</sup>

[Beyranvand28@gmail.com](mailto:Beyranvand28@gmail.com)

زهرة یوسف زاده<sup>۳</sup>

نوبخت سبحانی<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۴

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۲۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف، ارزیابی سلامت روان شهروندان شهر بروجرد و پراکندگی آن در سطح شهر تدوین شده است. **روش بررسی:** تحقیق حاضر از نوع کاربردی است و روش انجام پژوهش توصیفی-تحلیلی می باشد روش گردآوری اطلاعات مبتنی بر منابع اسنادی و میدانی است. جامعه و فضای پژوهش نواحی ۱۷گانه شهر بروجرد می باشد. در ابتدا به روش نمونه گیری کوکران حجم نمونه، ۳۸۴ نفر برآورد شد. در ادامه به منظور جمع آوری اطلاعات مربوط به سلامت روان شهروندان در نواحی ۱۷ گانه از پرسش نامه سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شده است و تحلیل های آماری آن از طریق SPSS و شاخص ها و آماره های مختلف آماری نظیر آزمون های t، همبستگی پیرسون و t کندال، رگرسیون و آزمون کروسکال و الکیس انجام گردید. **یافته ها:** یافته ها حاکی از آن است بین محل زندگی افراد (مناطق ۱۷ گانه) و سلامت روان ساکنین ارتباط مستقیمی وجود دارد. به طوری که مناطق با شرایط اقتصادی مرفه، به لحاظ سلامت روان وضعیت مطلوبی نسبت به سایر مناطق دارند. **بحث و نتیجه گیری:** تأمین سلامتی اقشار جامعه یکی از مسایل اساسی هر کشوری است که باید آن را از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی مدنظر قرار داد. بهداشت روانی علاوه بر این که هدف هر جامعه ای به شمار می آید، معیاری برای سلامت فرد نیز محسوب می گردد. این اصطلاح دارای معانی متعددی است که از جامعه ای به جامعه دیگر، فرهنگی به فرهنگ دیگر و از فردی به فرد دیگر متفاوت است. نتایج حاصل از مطالعات این تحقیق نشان می دهد، بین محل زندگی افراد (مناطق ۱۷ گانه) و سلامت روان ساکنین ارتباط مستقیمی وجود دارد. به طوری که مناطقی که شرایط اقتصادی مرفه می باشند (ناحیه ۸) با میانگین رتبه سلامت روانی

۱- کارشناس ارشد برنامه ریزی شهری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، بروجرد، ایران.

۲- دکتری جغرافیا برنامه ریزی شهری و پژوهشگر جهاد دانشگاهی واحد لرستان، خرم آباد، ایران.\* (مسول مکاتبات)

۳- دکتری جغرافیا برنامه ریزی شهری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران، ایران.

۴- دکتری جغرافیا و برنامه ریزی شهری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۲۹۰/۳۳ بهترین سلامت روانی و منطقه پایین شهر (ناحیه ۱۴) ضعیف‌ترین سلامت روانی را داشته‌اند از طرفی اختلالات کارکرد اجتماعی با توجه ناحیه‌ها نیز متفاوت است، به طوری که مشاهده شد کم‌ترین رتبه اختلال کارکرد اجتماعی مربوط به ناحیه ۱۰ و بیش‌ترین رتبه اختلال کارکرد اجتماعی مربوط به ناحیه ۵ می‌باشد. نتایج حاکی از آن است، کم‌ترین رتبه سلامت روانی مربوط به ناحیه ۹ و بیش‌ترین رتبه سلامت روانی مربوط به ناحیه ۱۴ می‌باشد

واژه‌های کلیدی: سلامت روان ، GHQ ، روش SPSS ، بروجرد.

## The Study of Cognitive Function and Mental Health of Citizens in Urban Areas (Case Study: Boroujerd City)

Vahid PourBasat<sup>1</sup>

Fatemeh Olfati<sup>1</sup>

Maryam Beyranvandezadeh<sup>2\*</sup>

[Beyranvand28@gmail.com](mailto:Beyranvand28@gmail.com)

Zohre Youse Zadeh<sup>3</sup>

Nobakht Sobhani<sup>4</sup>

Admission Date: October 25, 2016

Date Received: January 19, 2016

### Abstract

**Background and Objective:** This study aimed to assess the mental health of citizens and their distribution in the city of Boroujerd.

**Method:** The present research is of applied type and the method of conducting the research is descriptive-analytical. The method of data collection is based on documentary and field sources. The community and research space is 17 districts of Boroujerd. Initially, the sample size of 384 people was estimated by Cochran sampling method. In order to collect information about the mental health of citizens in 17 districts of the General Health Questionnaire (GHQ-28) was used and its statistical analysis was performed through SPSS and various statistical indicators and statistics such as t-test, Pearson and Kendall t-test, regression and Kruskal and Alkis test.

**Findings:** Findings indicate that there is a direct relationship between people's place of residence (17 districts) and mental health of residents. So that the regions with prosperous economic conditions are in a favorable condition in terms of mental health compared to other regions.

**Discussion and Conclusion:** Ensuring the health of the society is one of the basic issues of any country that should be considered from three physical, psychological and social dimensions. Mental health, in addition to being the goal of any society, is also a measure of an individual's health. The term has several meanings that vary from community to community, culture to culture, and from person to person. The results of the studies of this study show that there is a direct relationship between the place of residence of individuals (17 districts) and the mental health of residents. As some areas are economically prosperous (District 8) with an average mental health rating of 290.33 had the best mental health and the lower part of the city (District 14) had the poorest mental health. The lowest rank of social dysfunction is related to district 10 and the highest rank of social dysfunction is related to district 5. The results show that the lowest mental health rank is in District 9 and the highest mental health rank is in District 14.

**Keywords:** Mental Health, Citizens, GHQ, Boroujerd.

---

1- M.Sc., Urban Planning, Islamic Azad University, Boroujerd Branch, Boroujerd, Iran

2- Ph.D., Geography&Urban Planning and Researcher in Iranian academic center for education, cultural and research, Lorestan Unit, Khorramabad, Iran \*(Corresponding Athours)

3- Ph.D., Geography&Urban Planning Islamic Azad University, Tehran Markaz branch, , Tehran, Iran

4- Ph.D., Student Geography Urban Planning Unit Islamic Azad University, Olom Tahghighat Branch, Tehran, Iran

## مقدمه

گردیده است. به هر حال، با توجه به شیوع بیماری روانی در این مکان‌ها به دلیل عدم وجود هوای سالم، تحرک بسیار اندک ساکنین، فشارهای عصبی و روانی به دلیل نوع زندگی و کار، فرهنگ خاص زندگی شهری در مورد تغذیه و نوع مواد غذایی مصرفی و ... اهمیت تلاش در جهت اعتلای سلامت روانی افراد هر اجتماعی بارزتر می‌گردد. این عوامل باعث شده که این مکان‌ها از نظر سازمان بهداشت جهانی یکی از اثرگذارترین واقع قرن بیست و یکم بر سلامت انسان‌ها بدانند. تلاش و همکاری‌های بین بخشی برای بهبود معیارهای سلامت در این مکان‌ها فقط زمانی مفید خواهد بود که از نقطه شناخت دقیق معضلات آغاز گردد (۴).

مهم‌ترین مساله در این ارتباط پیشگیری از مسایلی است که باعث می‌گردد سلامت روان افراد جامعه در این مکان‌ها مختل گردد و بالطبع پیامدهای منفی در پی داشته باشد. پیشگیری از بروز این عوامل نیز جز با آشنایی با وضعیت موجود سلامت روان در افراد جامعه‌ای که قصد پیشگیری در آن را داریم ممکن نیست. چراکه آشنایی با وضع موجود ما را به اوضاع امیدوار می‌سازد و یا ما را جهت به‌کارگیری روش‌های مناسب، در جهت از بین بردن عوامل مختل سلامت روان و به‌کارگیری ابزارهای مناسب در این جهت یاری می‌نماید. (۵)

با توجه به افزایش بیماران روانی در سراسر جهان، زیان‌های مالی و معنوی ناشی از این بیماری‌ها و همچنین کمبود تسهیلات، امکانات و نیروی تخصصی لازم برای ارائه خدمت به آن‌ها، به نظر می‌رسد که انجام خدمات پیشگیرانه در این زمینه ضروری است و تأمین بهداشت روانی افراد به‌عنوان یک اقدام مثبت اجتماعی، اقتصادی، پزشکی و بهداشتی، برای تمام کشورها و ملت‌ها جنبه الزامی دارد (۶).

## مبانی نظری

اختلال‌های روانی مشکلاتی جدی و شایع هستند که در تمام جهان قابل مشاهده است. ۴۰ درصد تمامی ناتوانی‌ها به علت نداشتن سلامت روانی، اختلال‌های روانی و عصبی بوده و این موارد ۲۰ درصد از کل مراجعین به مراکز بهداشتی عمومی را تشکیل می‌دهند. افزون بر آن‌ها بر پایه برآوردهای سازمان

حل مسایل ملی و بین‌المللی تا حد زیادی به روشن‌بینی در زمینه روح و روان بشر و جلوه‌های گوناگون آن بستگی دارد و بدین منظور، باید ساخت و ایجاد فرد سالم، خانواده سالم و اجتماع سالم هدف همگان باشد. در این باره متفکران موحد ملت ما با در دست داشتن ذخایر معنوی، اخلاقی و مذهبی سرشار و غنی، مسوولیتی بس عظیم به عهده دارند (۱).

بدون شک، سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه اهمیت بسزایی دارد. افراد و جوامع انسانی بدون حفظ سلامت و رعایت بهداشت، نمی‌توانند به زندگی فردی و نوعی خود ادامه دهند و نسل خود را حفظ نمایند. بیماری و ناتوانی، زندگی فرد و روابط انسانی را مختل و در نتیجه، احساس امنیت و همبستگی را از انسان سلب می‌کنند (۲).

سازمان بهداشت جهانی ضمن توجه دادن مسوولان کشورها به تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد جامعه، همواره بر این نکته تأکید دارد که هیچ‌یک از این سه بعد بر دیگری برتری ندارد. طبق برآوردهای این سازمان میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای صنعتی و در حال توسعه رو به افزایش است. (۳)

پژوهش حاضر به منظور بررسی وضعیت بهداشت روانی شهروندان در نواحی ۱۷ گانه شهر بروجرد جهت ارتقای کیفیت زندگی ساکنین انجام شده است.

## بیان مسئله

تلاش در جهت صنعتی شدن و گسترش شهرنشینی و زندگی مکانیزه که لازمه آن قبول شیوه‌های نوین برای زندگی است. امروزه با تغییر کار، رفاه و امنیت، شهر به مکانی مناسبی برای برآورده ساختن نیازهای انسان امروز مبدل گشته است. سیل جمعیت که در دهه ۷۰-۶۰ از سوی روستاها به سمت شهرها سرازیر شد، گویای این مطلب است که انسان امروزی شهر رامکانی مناسب برای زندگی خویش می‌پندارد. در حالی که همین مکان اثر معکوس بر سلامت انسان گذاشته و در ارتباط با مقوله سلامت ابعاد دیگری را مشخص نموده است. یکی از این ابعاد سلامت روان افراد جامعه است. مقوله‌ای که اگرچه تازگی ندارد لیکن از نظر تخصصی دیرزمانی نیست که به آن توجه

گردید (۱۰). «بهداشت روانی» دارای دو تعریف است. در تعریف اول، «بهداشت روانی» به معنای سلامت فکر و روان است و منظور از آن نشان دادن وضع مثبت و سلامت روانی و راه‌های دستیابی به آن است که در تکامل فرد و اجتماع نقش مؤثری می‌تواند به عهده گیرد. در تعریف دوم، منظور از «بهداشت روانی» عبارت از رشته‌ای تخصصی از بهداشت عمومی است که در زمینه پیش‌گیری از بیماری‌های روان و کاستن آن‌ها فعالیت می‌نماید. اکنون بهداشت روانی به‌عنوان یکی از رشته‌ها و موضوعات اساسی، مورد توجه سازمان بهداشت جهانی است و یک قسمت مستقل را در این سازمان جهانی به خود اختصاص می‌دهد. در هر دو مفهوم بهداشت روانی، نقش فرهنگ، آداب و رسوم خانوادگی و اجتماعی و شرایط محیطی و مکانی مورد تأکید قرار می‌گیرد (۲) به طور کلی، می‌توان گفت: «بهداشت روانی» به معنای تأمین سلامت روان افراد جامعه به هر نحو ممکن است. بر این اساس، تمام اصول، نکات، اعمال و اقداماتی که به تأمین سلامت روان مدد برسانند مشمول بهداشت روانی بوده، در دایره آن قرار می‌گیرند. به همین دلیل، در بیش تر کتب و منابع مربوط به بهداشت روانی، به سه‌نظام اشاره می‌شود: نظام اولیه یا پیش‌گیری نوع اول برای پیش‌گیری از بیماری روانی، نظام ثانویه یا پیش‌گیری نوع دوم برای درمان بیماری و کاهش شدت آن؛ و نظام ثالثیه یا پیش‌گیری نوع سوم برای بهتر کردن عاقبت بیماری (بازتوانی و توان‌بخشی). بر این اساس، می‌توان گفت: بهداشت روانی، برخلاف مفهوم ظاهری آن (پیش‌گیری تنها)، اصطلاح عام و گسترده‌ای است که هم شامل پیش‌گیری می‌شود، هم درمان و هم‌توان بخشی. (۱۱)

در تعریف «بیماری روانی» و «سلامت روان»، الگوها، نظریه‌ها و دیدگاه‌های متعددی ارائه گردیده است. این چهار الگو به ترتیب عبارت‌اند از: ۱. الگوی پزشکی و روان‌پزشکی؛ ۲. الگوی رفتارگرایی؛ ۳. الگوی روان‌کاوی (فرویدی)؛ ۴. الگوی انسان‌گرایی (۱۲).

در نگاهی دیگر سلامت روان شناختی را به ۳ شکل می‌توان تعریف کرد: نخست معنای خودآگاهی که این تعریف توسط

جهانی بهداشت در دنیا حدود ۵۰۰ میلیون نفر از اختلالات روانی رنج می‌برند و بیشتر این موارد در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود. از نگاه همین سازمان، حجم مسایل رفتاری و روانی در این کشورها روبه فزونی است و این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی و فروپاشی خانواده‌ها گسترده و تغییر در شیوه زندگی مردم و مشکلات اقتصادی از یک سو (۷)، ضعف شدید ادغام بهداشت روان در شبکه مراقبت‌های اولیه در شهرها و فقدان یک نظام ارائه خدمات کارآمد از سوی دیگر شکاف عمیقی بین نیاز و منابع موجود برای ارائه خدمات مطلوب وجود دارد (۸). با وجود این ارائه سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای ارائه مطلوب خدمات سلامت روان در شهرها، با رویکردی جامعه‌نگر، اهمیت روزافزونی دارد.

سازمان بهداشت جهانی، سلامت را به‌صورت بهزیستی کامل فیزیکی - روانی و اجتماعی تعریف می‌کند. نه صرف فقدان بیماری و ناراحتی (۹). سلامت در دیدگاهی کلی‌نگر از جنبه‌های روانی - اجتماعی و فیزیکی مورد توجه قرار می‌گیرد. رابطه آن با محیط نیز در نظر قرار می‌گیرد. سلامت روان شناختی نیز تعریفی است که دانشمندان روان‌شناختی و علوم اجتماعی و رفتاری در مورد کارآمدی و عملکرد روان‌شناختی متناسب انسان ارائه کرده‌اند. مفهوم سلامت و بیماری روانی در طول زمان تغییرات و دگرگونی‌های زیادی داشته‌اند. ارسطو در کتاب اخلاق می‌گوید: هر انسان به‌اندازه‌ای سالم است که توانسته کنش‌های بشری را در خود توسعه دهد. از آن جاکه بشر بالاترین عملکرد هوش را دارد پس بهترین زندگی، زندگی خردمندانه است و سلامت روانی یعنی نوعی زندگی که استدلال بر آن کاملاً حکومت کند. مفهوم طبیعت‌گرایانه سلامت روانی توسط ارسطو، در قرون وسطی نادیده گرفته شد، از قرن هفتم و شانزدهم سلامت روان شناختی به‌صورت پرهیزکاری تعریف شد. پس از قرن شانزدهم مجدد سلامت روان شناختی به‌صورت طبیعت‌گرایانه تعریف شد. هم‌زمان با رنسانس روان‌پزشکی در اواخر قرن ۱۹ سلامت روان شناختی نوعاً به‌صورت «فقدان بیماری روانی» تعریف

به‌طور کلی اریکسون در ارتباط با سلامتی روان معتقد است که صفات خاصی وجود دارد که فرد دارای سلامتی روان شناختی را از کسی که فاقد این عنصر است متمایز می‌سازد. به نظر اریکسون این صفات در اجتماع معنی می‌یابد و بر این اساس فردی که در جامعه زندگی می‌کند و در صورتی دارای سلامتی روان است که از تعارض عاری می‌باشد از استعداد و توانایی بارزی استفاده کند، در کارش ماهر و استاد باشد، ابتکار نامحدود داشته باشد از انجام لحظه‌به‌لحظه حرفه‌اش پس‌خوراند بگیرد و در نهایت در مورد فرایند زندگی نظریه معنوی روشن و قابل‌درکی داشته باشد.

نظریه کورت لوین در ارتباط با سلامت روان: کورت لوین با نظریه میدانی در بین روان‌شناسان شناخته‌شده است. از دیدگاه لوین نظریه میدانی تنها به حیطه خاصی محدود نمی‌شود، بلکه مفاهیمی را دربرمی‌گیرد که با آن می‌توان حقایق روان‌شناختی مختلفی را نمایش داد. اما نظر لوین در ارتباط با سلامت روان بر این است که سلامت و کمال روان‌شناختی موجب افتراق و تمایز یافتگی بیش‌تر شخص و محیط روان‌شناختی او می‌شود و استحکام و استواری مرزهای سیستم روانی فرد به وجود می‌آورد.

بنابراین فرد سالم از نقطه‌نظر روان‌شناختی به نظر لوین کسی است که بین خودش و محیط روان‌شناختی خود تمایز و افتراق قائل می‌شود.

نظریه کارل راجرز در ارتباط با سلامت روان: به عقیده راجرز هر چه سلامت روان انسان بیشتر باشد آزادی عمل و انتخاب بیشتری را احساس و تجربه می‌کند. از نظر راجرز انسان سالم موجودی بدون محدودیت فکر و عمل می‌باشد (۱۵).

با وجود مطالب فوق و انواع دیدگاه‌ها در مورد سلامت روان و نقش بسزای آن در جامعه شهری می‌توان دریافت که سلامت روانی، جسمی، اجتماعی و ... برای تمامی افراد جامعه، حیاتی هستند که کاملاً درهم‌آمیخته و به‌شدت به هم وابسته‌اند و باید بر اساس عدالت فضایی در شهرها توزیع گردد و نابرابری در سلامت روانی می‌تواند دو عامل اصلی را در بر گیرد: الف- عوامل قابل‌تعدیل و تغییر (از جمله موقعیت اجتماعی و اقتصادی فرد، جنسیت، سطح آموزش، کیفیت مسکن و ...؛ ب- عوامل غیرقابل

فروید، مک دوگال، جورج برکلی و بسیاری از هستی‌گرایان و نظریه‌پردازان مانند لورنتز پذیرفته‌شده است. تعریف دوم شامل خود شکوفایی و تحقق خود می‌شود، یعنی بالفعل ساختن توانایی‌های روان‌شناختی ذاتی و درونی با استفاده از نوعی دگرگونی روانی میسر می‌شود. یونگ، آلپورت و انسان‌گرایانی مانند مازلو، این دیدگاه را پذیرفته‌اند. سومین تعریف سلامت روانی حدودی است که فرد توانسته با «شبکه روابط اجتماعی پایدار» یکپارچه شود. آدلر، و بسیاری از جامعه‌شناسان این تعریف را پذیرفته‌اند. (۱۳)

دیدگاه فروید در ارتباط با سلامت روان: به نظر فروید ویژگی‌های خاصی برای سلامت روان‌شناختی ضرورت دارد و نخستین ویژگی خودآگاهی است. یعنی هر چه که ممکن است در ناخودآگاه موجب مشکلی شود بایستی خودآگاه شود. خودآگاهی عنصر اصلی سلامت روان‌شناختی است. البته برای سلامت روان‌شناختی کفایت‌کننده نیست بلکه معیار نهایی سلامت روانی ویژگی دیگر از نظر فروید بیگانگی منطقی از علاقه‌مندی‌ها و اشتیاقات عمومی می‌باشد. به نظر فروید انسان متعارف کسی است که مراحل رشد روان - جنسی را با موفقیت گذرانیده باشد و در هیچ‌یک از مراحل بیش‌از حد تثبیت نشده باشد. البته دیدگاه فروید کم‌تر انسانی متعارف به حساب می‌آید و هر فرد به نحوی از انحاء متعارف است. (۱۴)

مفهوم سلامت روان در نظریه روانی اجتماعی و زیستی: از دیدگاه آدلر سلامت روان یعنی داشتن اهداف مشخص در زندگی، داشتن فلسفه استوار و محکم برای زیستن، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب و پایدار، مفید بودن برای هم‌نوعان، جرأت و شهامت، قاطعیت، کنترل داشتن بر عواطف و احساسات، داشتن هدف نهایی کمال و تحقق نفس، پذیرفتن اشکالات و کوشیدن در حد توان برای حل اشتباهات.

نظریه اریکسون در ارتباط با سلامت: همان‌گونه که فروید در نظریات خود به ناخودآگاه اهمیت ویژه‌ای می‌دهد اریکسون در این ارتباط اعتقاد زیادی به سن دارد. سلامتی روان را در ارتباط با من توصیف می‌کند و متغیرهای آن در ارتباط مقوله «من» تعریف می‌کند.

**الگوی کلی‌نگر:** این الگو سلامتی را برحسب کلیت شخص تعریف می‌کند و جنبه‌های زیست‌شناختی، فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی افراد را شامل می‌شود و بر سلامتی بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت‌های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است.

شمسائی و دیگران در سال ۱۳۸۸ به بررسی نیازهای بهداشت روانی مردم شهر همدان پرداخته‌اند و نتایج حاکی از آن است که آرایه خدمات بهداشت روانی از دیدگاه مردم شهر همدان ضعیف بوده و اکثراً معتقد بودند در محل زندگی آن‌ها دسترسی آسان به خدمات بهداشتی روانی وجود ندارد (۱۷).

در سال ۱۳۹۰ احمد مهرمند و همکارانش در پژوهش خود سلامت روان و نقش آن در بروز رفتارهای پرخطر در شهر ارومیه را مورد بررسی قرار دادند که یافته‌ها حاکی از آن بود که در ایران جنس مذکر نسبت به جنس مؤنث مستعد رفتارهای پرخطر هستند. در جایی دیگر دکتر اسماعیل بیابانگرد و فاطمه جوادی در سال ۱۳۸۳ سلامت روان جوانان در تهران را نقد و بررسی نموده است.

براتی و دیگران (۱۳۹۱)، در پژوهشی به بررسی وضعیت سلامت روانی و رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی در سالمندان شهر همدان پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که ۴۲ درصد از سالمندان مورد مطالعه مشکوک به اختلال روانی بودند، همچنین اختلاف معنی‌داری از نظر سلامت روانی بین جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و ترکیب خانواده شرکت‌کنندگان مشاهده شد. رفتارهای سیگار کشیدن، انجام ورزش یا پیاده‌روی، مصرف میوه و... و کنترل فشارخون با سطح سلامت روانی سالمندان ارتباط آماری معنی‌داری داشت (۱۸).

غفاری و دیگران (۱۳۹۳)، در مقاله‌ای «سلامت روان ساکنین مناطق آسیب خیز اجتماعی شهر گرگان» را بررسی کرده‌اند و نتایج آن‌ها منعکس‌کننده این مطلب است که اختلال سلامت روان در مناطق آسیب خیز اجتماعی شهر گرگان در ۳۷ درصد افراد وجود دارد (۱۹).

تعدیل و تغییرند (مانند سن، قومیت، نژاد و ...) (۱۶) با وجود این اگر در جامعه ای مشخص گردد که توزیع نامناسب فضای سلامت روانی متأثر از کدام عامل مذکور است، آن گاه می‌توان با برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری مناسب در این امر اقدامات لازم برای رفع آن مهیا کرد و این امر نیاز به پایش، ارزیابی مجدد برای ارائه خدمات مناسب با بهترین درمان‌ها و مراقبت‌ها می‌باشد.

### پیشینه تحقیق

اهمیت بحث سلامت روان باعث گردیده تا در ایران و خارج از کشور تحقیقات عدیده‌ای بر روی مساله صورت پذیرد. این تحقیقات که هرکدام با ابزارهای پرسشنامه‌ای متعددی انجام گرفته به شیوه‌های مختلف، ابعاد گوناگون سلامت روان را از قبیل افسردگی - اضطراب و مقوله‌های دیگر مورد بررسی قرار داده است. در این بخش به بخشی از این تحقیقات که در ارتباط با موضوع پژوهش حاضر می‌باشد اشاره می‌کنیم. دکتر بابا پور در سال ۱۳۸۲ در تحقیق خود به مفاهیم اساسی دنیای پیچیده‌ی انسان اشاره می‌کند و سلامتی را «حالت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی می‌داند.

در سال ۱۹۹۹ ادلین در تحقیق خود سلامتی را یک روش کنش‌وری وحدت یافته‌ای می‌داند که هدفش به حداکثر رساندن توان فرد است. به نظر وی سلامتی مستلزم این است که فرد طیف تعادل و مسیر هدفمندی را با محیط، یعنی جائی که در آن کنش‌وری خود را آشکار می‌سازد، نگه می‌دارد. هرمن و هرلز در سال ۱۹۹۹ سه الگوی عمده در تعریف سلامتی همواره آرایه می‌دهد:

**الگوی پزشکی:** این الگو عمدتاً بر تبیین زیست‌شناختی و فیزیولوژیکی سلامتی می‌پردازد.

**الگوی محیطی:** این الگو از تحلیل نوین اکوسیستم و خطرات محیطی به سلامتی انسان پدید آمده است در این الگو سلامتی برحسب کیفیت سازش فرد با محیط به هنگام تغییر شرایط تعریف شده است.

منابع اسنادی- پیمایشی است. ۳۸۴ نفر با روش کوکران به عنوان حجم نمونه انتخاب شده اند. در ادامه به منظور جمع‌آوری داده‌ها مربوط به سلامت روان شهروندان در نواحی ۱۷ گانه از پرس‌شننامه سلامت عمومی (GHQ-28) که یکی از مناسب‌ترین ابزار غربال‌گیری است که در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به‌دفعات برای تعیین سلامت عمومی افراد در کشورهای مختلف به کار گرفته شده است (۲۱)، استفاده گردیده شد و تحلیل‌های آماری آن از طریق SPSS و از شاخص‌ها و آماره‌های مختلف آماری نظیر آزمون‌های t برای مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، همبستگی پیرسون و t کندال، رگرسیون و آزمون کروسکال و الکیس استفاده شد. پایایی پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ با عدد ۰/۸۷ به دست آمد. یافته‌ها حاکی از آن است بین محل زندگی افراد (مناطق ۱۷ گانه) و سلامت روان ساکنین روابط مستقیمی وجود دارد به‌طوری‌که مناطقی به لحاظ شرایط اقتصادی مرفه‌تر می‌باشد، به لحاظ سلامت روان وضعیت مطلوبی نسبت به سایر مناطق دارند. از طرفی شایع‌ترین اختلال روانی مربوط به اختلال اضطراب می‌باشد که در بین ساکنین شایع است.

#### - محدوده مورد مطالعه

جامعه و فضای پژوهش نواحی ۱۷ گانه شهر بروجرد می‌باشد. شهر بروجرد به‌عنوان مرکز شهرستان و دومین شهر بزرگ استان لرستان در ۱۰۰ کیلومتری شمال شرقی مرکز استان قرار دارد. این شهر ۲۲/۳۶٪ از جمعیت شهری استان را دارا است.

#### - جمع‌آوری داده‌ها

پرسش‌نامه GHQ به روش مصاحبه حضوری تکمیل شده است. در جدول ۱، اطلاعات فردی و پاسخ‌گویان آورده شده است.

#### - بررسی سن افراد نمونه

طبق جدول و نمودار فوق مشاهده می‌شود که ۴۱/۹ درصد افراد نمونه بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۳۵/۲ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۲۱/۹ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۱ درصد هم بین ۵۰ تا ۶۰ سال سن داشته‌اند.

نگهبان و دیگران (۱۳۹۴) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی سلامت روانی سالمندان شهر تهران و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی آن‌ها» به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره سرمایه اجتماعی در سالمندان مورد مطالعه ۷۴/۳ و میانگین نمره سلامت روان پاسخ‌گویان ۶/۹ بود. تست‌های آماری بیانگر وجود همبستگی معناداری بین نمرات سرمایه اجتماعی و هفت مؤلفه آن با سلامت روانی سالمندان بود. همچنین بین متغیرهای جنسیت، محل تولد، روش تأمین مخارج زندگی، منطقه محل سکونت، گروه‌های سنی، ترتیبات زندگی، درک فرد از وضعیت مالی خود، تحصیلات و سلامت روانی سالمندان رابطه معناداری مشاهده شد (۲۰).

#### - هدف پژوهش

در این پژوهش مهم‌ترین هدف محققین ارزیابی سلامت روان شهروندان شهرستان بروجرد و ارتقاء کیفیت زندگی افراد و افزایش امید به زندگی در میان گروه‌های سنی مختلف است.

#### - فرضیات تحقیق

- ۱- به نظر می‌رسد بین اختلالات شبه جسمانی و ویژگی‌های مکانی پاسخ‌گویان رابطه معنی داری وجود دارد.
- ۲- به نظر می‌رسد بین اختلالات اضطرابی و ویژگی‌های مکانی پاسخ‌گویان رابطه معنی داری وجود دارد.
- ۳- به نظر می‌رسد بین اختلالات کارکرد اجتماعی و ویژگی‌های مکانی پاسخ‌گویان رابطه معنی داری وجود دارد.
- ۴- به نظر می‌رسد بین اختلالات افسردگی و ویژگی‌های مکانی پاسخ‌گویان رابطه معنی داری وجود دارد.
- ۵- به نظر می‌رسد بین سلامت روانی و ویژگی‌های مکانی پاسخ‌گویان روابط معنی داری وجود دارد.

#### - روش انجام پژوهش

تحقیق حاضر از نوع کاربردی است و روش انجام پژوهش توصیفی-تحلیلی می‌باشد. روش گردآوری اطلاعات مبتنی بر



جدول ۱- توصیف سن افراد نمونه

Table 1. Description of age

درصد فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	سن
۴۱/۹	۴۱/۹	۱۶۱	بین ۲۰ تا ۳۰ سال
۷۷/۱	۳۵/۲	۱۳۵	بین ۳۰ تا ۴۰ سال
۹۹	۲۱/۹	۸۴	بین ۴۰ تا ۵۰ سال
۱۰۰	۱	۴	بین ۵۰ تا ۶۰ سال
	۱۰۰	۳۸۴	مجموع

- ساختار جنسی نمونه

طبق بررسی انجام شده از ۳۸۴ نفر حجم نمونه ۲۰۲ نفر زن و

۱۸۲ نفر مرد هستند .

جدول ۲- توصیف جنسیت افراد نمونه آماری تحقیق

Table 2. The gendered descriptions of sample

درصد تجمعی	درصد فراوانی	فراوانی	جنسیت
۴۷/۵	۴۷/۵	۱۸۲	مرد
۱۰۰	۵۲/۵	۲۰۲	زن
	۱۰۰	۳۸۴	مجموع کل

، ۱۹/۸ درصد دیپلم، ۳۰/۵ درصد فوق دیپلم و ۷/۳ درصد هم

لیسانس و بالاتر بوده‌اند.

طبق جدول فوق مشاهده می‌شود ۴۷/۵ درصد افراد نمونه را

آقایان و ۵۲/۵ درصد را هم زنان تشکیل می‌دهند .

- سطح سواد

طبق جدول و نمودار (۳)، مشاهده می‌شود که ۴/۷ درصد افراد

نمونه بی‌سواد، ۱۷/۷ درصد ابتدایی، ۲۰/۱ درصد راهنمایی

جدول ۳ - توصیف تحصیلات افراد نمونه

Table 3. Description of study subjects

درصد فراوانی تجمعی	درصد فراوانی	فراوانی	سطح سواد
۴/۷	۴/۷	۱۸	بی‌سواد
۲۲/۴	۱۷/۷	۶۸	ابتدایی
۴۲/۴	۲۰/۱	۷۷	راهنمایی
۶۲/۶	۱۹/۸	۷۶	دیپلم
۹۲/۷	۳۰/۵	۱۱۷	فوق دیپلم
۱۰۰	۷/۳	۲۸	لیسانس و بالاتر
	۱۰۰	۳۸۴	مجموع

## - بررسی وضعیت تأهل

طبق جدول ۴ مشاهده می‌شود ۴۵/۸ درصد افراد نمونه را مجردها و ۵۴/۲ درصد را هم متأهل‌ها تشکیل می‌دهند.

جدول ۴- توصیف تأهل افراد نمونه آماری تحقیق

Table 4. Description of martial sample

درصد تجمعی	درصد فراوانی	فراوانی	
۴۵/۸	۴۵/۸	۱۷۶	مجرد
۱۰۰	۵۴/۲	۲۰۸	متأهل
	۱۰۰	۳۸۴	مجموع کل

## - یافته‌های تحقیق

- فرضیه اول: به نظر می‌رسد بین اختلالات شبه جسمانی و ویژگی‌های مکانی پاسخ‌گویان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵- آزمون کروسکال والیس برای مقایسه اختلالات شبه جسمانی با توجه به ناحیه

Table 5. Kruskal Wallis test to compare physical disorders according to area

ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها	ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها
۱	۴۴	۱۷۳/۱۷	۱۰	۵	۱۶۲/۱۰
۲	۲۳	۱۷۸/۷۶	۱۱	۲	۱۴۳/۲۵
۳	۶۹	۱۷۶/۵۶	۱۲	۵	۲۹۷/۳۰
۴	۳۵	۱۵۱/۹۳	۱۳	۳	۶۳
۵	۲۵	۲۶۹/۴۶	۱۴	۱	۳۵۸/۵۰
۶	۵۳	۲۵۶/۰۳	۱۵	۱۱	۱۳۲/۷۳
۷	۵۲	۲۵۰/۰۴	۱۶	۴	۶۶/۷۵
۸	۳۲	۱۱۳/۵۹	۱۷	۳	۲۹۰/۳۳
۹	۱۶	۱۰۰/۸۹			
خی دو					
درجه آزادی					
سطح معنی‌داری					

طوری که در جدول فوق مشاهده می‌شود. کم‌ترین رتبه اختلال شبه جسمانی به ناحیه ۸ و بیش‌ترین رتبه اختلال شبه جسمانی مربوط به ناحیه ۱۴ می‌باشد. شایان ذکر است دلیل

در جدول فوق مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون کروسکال والیس کمتر از ۱ درصد بوده ( $P < 0/01$ )، در نتیجه اختلالات شبه جسمانی با توجه ناحیه‌ها تفاوت دارد. به

فرضیه دوم: به نظر می‌رسد بین اختلالات اضطرابی و ویژگی های مکانی پاسخگویان رابطه معنی داری وجود دارد.

استفاده از آزمون کروسکال والیس این است که این آزمون برای مقایسه های سه و بیش تر از سه گروه از آن استفاده می‌کنیم. چون تعداد نواحی بیش تر از ناحیه بوده است از این آزمون استفاده شده است.

جدول ۶- آزمون کروسکال والیس برای مقایسه اختلالات اضطرابی با توجه به ناحیه

Table 6. Kruskal Wallis test to compare anxiety disorders according to area

ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها	ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها
۱	۴۴	۱۶۸/۸	۱۰	۵	۷۴/۵۰
۲	۲۳	۱۶۱/۴	۱۱	۲	۸۲/۷۵
۳	۶۹	۱۹۵	۱۲	۵	۲۵۸/۶۰
۴	۳۵	۱۳۷/۹۰	۱۳	۳	۱۰۰
۵	۲۵	۲۸۳/۸۰	۱۴	۱	۳۲۱
۶	۵۳	۲۵۶/۵	۱۵	۱۱	۱۱۴/۰۵
۷	۵۲	۲۴۹/۲۳	۱۶	۴	۹۶/۶۲
۸	۳۲	۱۲۴/۱۹	۱۷	۳	۲۹۸/۵۰
۹	۱۶	۹۳/۳			
خی دو					
درجه آزادی					
سطح معنی داری					
					۱۱۰/۴۵
					۱۶
					۰

ناحیه ۱۰ و بیش ترین رتبه اختلال اضطرابی مربوط به ناحیه ۱۴ می‌باشد.

فرضیه سوم: به نظر می‌رسد بین اختلالات کارکرد اجتماعی و ویژگی های مکانی پاسخ گویان رابطه معنی داری وجود دارد.

در جدول فوق مشاهده می‌شود که سطح معنی داری آزمون کروسکال والیس کم تر از ۱ درصد بوده ( $P < 0.01$ )، نتیجه آزمون نشان می دهد، اختلالات اضطرابی با توجه ناحیه‌های مورد مطالعه، تفاوت وجود دارد به طوری که در جدول فوق مشاهده می‌شود. کم ترین رتبه اختلال اضطرابی مربوط به

## جدول ۷- آزمون کروسکال والیس برای مقایسه اختلالات کارکرد اجتماعی با توجه به ناحیه

Table 7. Kruskal Wallis test to compare social dysfunction, according to area

ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها	ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها
۱	۴۴	۱۸۸	۱۰	۵	۵۲/۶۰
۲	۲۳	۱۸۰/۲	۱۱	۲	۱۴۷/۲
۳	۶۹	۱۸۵/۱۴	۱۲	۵	۲۰۸/۴
۴	۳۵	۱۷۲/۵	۱۳	۳	۸۳/۸۳
۵	۲۵	۲۸۶/۱	۱۴	۱	۲۱۹
۶	۵۳	۲۴۹	۱۵	۱۱	۱۲۴/۳۲
۷	۵۲	۲۴۶/۳	۱۶	۴	۳۳/۳۸
۸	۳۲	۱۰۸/۳	۱۷	۳	۲۶۱/۵
۹	۱۶	۸۲/۱			
خی دو					
درجه آزادی					
سطح معنی داری					
۰					

در جدول فوق مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون کروسکال والیس کمتر از ۱ درصد بوده ( $p < 0/01$ )، نتیجه آزمون نشان می‌دهد، بین اختلالات کارکرد اجتماعی با توجه ناحیه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد به طوری که در جدول فوق مشاهده می‌شود. کم‌ترین رتبه اختلال کارکرد اجتماعی مربوط به ناحیه ۱ و بیشترین رتبه اختلال کارکرد اجتماعی مربوط به ناحیه ۵ می‌باشد.

فرضیه چهارم: به نظر می‌رسد بین اختلالات افسردگی و ویژگی‌های مکانی پاسخ‌گویان روابط معنی‌داری وجود دارد.

در جدول فوق مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون کروسکال والیس کمتر از ۱ درصد بوده ( $p < 0/01$ )، نتیجه آزمون نشان می‌دهد، بین اختلالات کارکرد اجتماعی با توجه ناحیه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد به طوری که در جدول فوق مشاهده می‌شود. کم‌ترین رتبه اختلال کارکرد اجتماعی

## جدول ۸- آزمون کروسکال والیس برای مقایسه اختلالات افسردگی با توجه به ناحیه

Table 8. Kruskal Wallis test to compare depressive disorder according to area

ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها	ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها
۱	۴۴	۱۷۱/۸	۱۰	۵	۱۰۲/۳
۲	۲۳	۱۵۲/۹	۱۱	۲	۹۸/۷
۳	۶۹	۱۷۶/۳	۱۲	۵	۲۳۹/۱
۴	۳۵	۱۳۲/۷	۱۳	۳	۸۲/۵
۵	۲۵	۳۰۸/۹	۱۴	۱	۲۷۳/۵
۶	۵۳	۲۶۸/۵	۱۵	۱۱	۱۵۴/۷۷
۷	۵۲	۲۶۸/۹	۱۶	۴	۱۵۰/۵
۸	۳۲	۸۲	۱۷	۳	۳۳۱
۹	۱۶	۸۴/۳			
خی دو					
درجه آزادی					
سطح معنی داری					
۰					

می‌شود. کم‌ترین رتبه اختلال افسردگی مربوط به ناحیه ۸ و بیش‌ترین رتبه اختلال افسردگی مربوط به ناحیه ۱۷ می‌باشد. فرضیه پنجم: به نظر می‌رسد بین سلامت روانی و ویژگی‌های مکانی پاسخ‌گویان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

در جدول فوق مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون کروسکال والیس کم‌تر از ۱ درصد بوده ( $p < 0/01$ )، نتیجه آزمون نشان می‌دهد، اختلالات افسردگی بین ناحیه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد به طوری که در جدول فوق مشاهده

جدول ۹- آزمون کروسکال والیس برای مقایسه سلامت روانی با توجه به ناحیه

Table 9. Kruskal Wallis test to compare mental health, according to area

ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها	ناحیه‌ها	تعداد	میانگین رتبه‌ها
۱	۴۴	۱۷۴/۱	۱۰	۵	۸۶/۴
۲	۲۳	۱۶۳/۳	۱۱	۲	۱۰۱/۷
۳	۶۹	۱۸۲	۱۲	۵	۲۶۰/۴
۴	۳۵	۱۴۰	۱۳	۳	۷۲/۸
۵	۲۵	۳۰۳	۱۴	۱	۳۲۴
۶	۵۳	۲۶۷/۷	۱۵	۱۱	۱۱۸
۷	۵۲	۲۵۱/۲	۱۶	۴	۸۰/۳
۸	۳۲	۹۴/۵	۱۷	۳	۳۰۴
۹	۱۶	۷۸/۷			
خی دو					
درجه آزادی					
سطح معنی‌داری					
				۱۴۷	
				۱۶	
				۰	

است و این امر با توجه به سیر طولانی خود بار مالی فراوانی را در طولانی مدت به همراه دارند و این مکان‌ها به دلایل بیکاری، فقر، اختلافات فرهنگی و ... سلامت روان بسیاری از شهروندان را به طور دائم و مستمر تهدید می‌کند و استرس‌های فراوانی را پیکره شهروندان وارد می‌کند و همچنین این مکان‌ها به دلیل تراکم زیاد و افزایش زندگی در آپارتمان‌ها، فشارهای ناشی از ترافیک، آلودگی‌های هوا و دگرگونی در روابط اجتماعی و ... همگی موجب افزایش بیماری‌های روانی در این مکان‌ها شده است.

پژوهش حاضر به منظور ارزیابی سلامت روان شهروندان شهرستان بروجرد و پراکندگی آن در شهر بروجرد انجام پذیرفت. یافته‌ها حاکی از آن است بین محل زندگی افراد (مناطق ۱۷- گانه) و سلامت روان ساکنین ارتباط مستقیمی وجود دارد. به طوری که مناطقی که شرایط اقتصادی مرفه می‌باشند

در جدول فوق مشاهده می‌شود که سطح معنی‌داری آزمون کروسکال والیس کمتر از ۱ درصد بوده ( $p < 0/01$ )، نتیجه آزمون نشان می‌دهد بین سلامت روانی نواحی مورد مطالعه تفاوت وجود دارد به طوری که در جدول فوق مشاهده می‌شود. کم‌ترین رتبه سلامت روانی مربوط به ناحیه ۹ و بیش‌ترین رتبه سلامت روانی مربوط به ناحیه ۱۴ می‌باشد.

#### بحث و نتیجه‌گیری

محیط شهری مدت هاست که علت اصلی بخش وسیعی از بیماری‌های روانی از قبیل افسردگی و بیماری‌های مطرح شده است. نرخ بالای بیماری‌های روانی در این نوع مکان‌ها به خاطر توزیع نامنظم آنها در سطح مناطق نامنظم و مهاجرت‌های بی‌رویه به سمت شهرها منجر به افزایش بیماری‌های روانی در این مکان‌ها به دلیل انباشت و تراکم بیش از حد جمعیت شده

- Health Centers in Iran: Designing Evidence-Based Services, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Year 19, Issue 3, pp. 176-163. (In Persian)
9. Slusky, RI. (2004). Decreasing high risk behavior in teens. A theater program empowers students to research out to their peers, **Health Care Exec**, 19 (1):48-9
  10. Ozer, Em. Park, Mg. Paul, T. Brindis, CD. Irwine, CE (2003), **America's Adolescents: Are they healthy?**, San Francisco, CA, University of California, National Adolescent health information center.
  11. Biabangard, A, and Javadi, F (2004): Psychological health of adolescents and young people in Tehran, *Social Welfare Quarterly* - pp. 127-144. (In Persian)
  12. Esfahani, M. (2005), *Health Ritual*, Qom, University of Medical Sciences and Health Services. (In Persian)
  13. Palahang, H., 1996: Epidemiological study of mental disorders in Kashan, Master Thesis, Tehran. (In Persian)
  14. Yaghoubi, No, Nasr, M. and Shah Mohammadi, D (1374), Epidemiological study of mental disorders in urban and rural areas of Sumeh Sara (Gilan-1374), *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Volume 1, Number 4, Pp. 55-60. (In Persian)
  15. Khidmati Morsa, A. et al. (2012) Avoidable socio-economic inequality in the distribution of mental health in Tehran: a cumulative index standardization approach, *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*, No. 4, pp. 311-320. (In Persian)
  16. Shamsaei, F., Alhani, F. Cheraghi, F., (ناحیه ۸) با میانگین رتبه سلامت روانی ۲۹۰/۳۳ بهترین سلامت روانی و منطقه پایین شهر (ناحیه ۱۴) ضعیف ترین سلامت روانی را داشته اند از طرفی اختلالات کارکرد اجتماعی با توجه ناحیه ها نیز متفاوت است به طوری که مشاهده شد کم ترین رتبه اختلال کارکرد اجتماعی مربوط به ناحیه ۱۰ و بیش ترین رتبه اختلال کارکرد اجتماعی مربوط به ناحیه ۵ می باشد و در نهایت نتایج حاکی از آن است کم ترین رتبه سلامت روانی مربوط به ناحیه ۹ و بیش ترین رتبه سلامت روانی مربوط به ناحیه ۱۴ می باشد.

### Reference

1. Hosseini SA, (1998), *Principles of Mental Health*, Mashhad, University of Medical Sciences, Vol. 1, p. 45. (In Persian)
2. Shahidi, Sh. And Hamdieh, M. (2002), *Principles and foundations of mental health*, Tehran, Samat. (In Persian)
3. Noorbala, A. et al. (2001), *A Look at the Mental Health Profile in Iran*, Tehran. (In Persian)
4. Omidnia, s. Et al. (2010), *Public Mental Health Education (Collection of Articles)*, First Edition, Shasosa Publishing. (In Persian)
5. Zahedi Asl, M., (1380). *Social Security Social Health Infrastructure*, *Social Work Quarterly*, Second Year, No. 8. (In Persian)
6. Ganji, H., (2001), *Mental Health*, Tehran, Arasbaran Publications. (In Persian)
7. Yaghoubi, N., (1373), *Epidemiological study of mental disorders in rural and urban areas of Guilan monastery*. Master Thesis, Tehran Ganji, Hamzeh, *Mental Health*, Tehran, Arasbaran, 2001, pp. 14 and 15. (In Persian)
8. Sharifi, W., Abolhassani, F., Farhoudian, A. and Amin Esmaili, M. (2013), *Community-Based Mental*

- Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences, Volume 13, Number 3, pp. 87-93. (In Persian)
19. Neghaban, Z, Arab, M, Tajour, M, Rahimi Froushani, A. and Rashidian, A (2015), A Study of Mental Health of the Elderly in Tehran and Its Relationship with Their Social Capital, Health Management (2015), Volume 6, No. 1, pp. 79-88. (In Persian)
20. Hooman, Abbas (2004): Standardization of General Health Questionnaire on undergraduate students, Student Counseling Center, University of Tehran. (In Persian)
- Qalehaiha, AS (2009), A study of the mental health needs of the people of Hamadan, Yafteh, No. 4, pp. 107-115. (In Persian)
17. Barati, M, Fathi, Y, Soltanian, A. and Moeini, B (2012), A Study of Mental Health Status and Health Promoting Behaviors in the Elderly of Hamadan, Scientific Research Journal of Hamadan School of Nursing and Midwifery, No. 3, pp. 12- 22. (In Persian)
18. Ghaffari, A., Shahi, A., Rahman Bardi Ozuni Doji and Roghayeh Rostami (2011), Mental health of residents of socially vulnerable areas of Gorgan,

