

بررسی کیفیت زندگی (بعد روان شناختی) پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی اراک در سال ۱۳۸۲

دکتر سید محمد تقی آیت الهی^۱، محمد رفیعی^۲

^۱ استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز

^۲ مربی گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک

خلاصه

مقدمه: کیفیت زندگی شامل تمام عملکردهای زندگی مانند عملکرد احساسی، فیزیکی، شیمیایی، درد، خستگی و غیره می باشد. این عبارت عموماً به تغییر پذیری در دامنه زندگی افراد بر اساس اندازه گیری ارگانیزم های مختلف بدن می باشد و یکی از ابعاد مهم کیفیت زندگی افراد بعد روان شناختی آن می باشد. به صورت کلی کیفیت زندگی برای افراد مختلف در موقعیت های مختلف تعابیر متفاوتی دارد ولی اصولاً به رضایت افراد از زندگی خود بر می گردد. تحقیقات مختلف ارتباط وسیع اختلالات روان شناختی را با کیفیت زندگی آشکارا بیان نموده اند، شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف متغیر می باشد و از ۷/۳ تا ۵۲/۵ درصد متغیر است. در کشور ما بر اساس مطالعات انجام شده این شیوع بین ۱۱/۹ تا ۲۳/۸ درصد گزارش گردیده است.

مواد و روش ها: با توجه به مطالب بالا این مطالعه در بین پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی اراک جهت تعیین بعد روان شناختی کیفیت زندگی آنها انجام و متغیرهای جنس، مدرک تحصیلی و نوع استخدام آنها ثبت گردید. حجم نمونه بر اساس یک نمونه تصادفی مقدماتی از بین پرسنل این دانشگاه ۱۳۲ نفر تعیین شد و سپس به طریقه نمونه گیری سیستماتیک نمونه ها مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داد های مطالعه آزمون (SCL-90-R) می باشد.

نتایج: نتایج مطالعه نشان داد که ۳۳/۳ درصد از پرسنل این دانشگاه دچار یکی از انواع اختلالات روانی بوده اند که رقم قابل ملاحظه ای می باشد. این اختلال در زنان ۲۳/۱٪ و در مردان ۴۰٪ بوده است. ارتباط آماری معناداری بین وجود اختلالات روانی با جنس و نوع استخدام وجود نداشت.

بحث: ارتباط آماری معناداری بین سطح تحصیلات افراد و وجود اختلالات روانی مشاهده گردید، به طوری که هر چه سطح تحصیلات افزایش می یافت مقدار این اختلالات نیز افزایش پیدا کرده بود. میزان اختلالات روانی در این مطالعه با میزان کشوری آن ۲۱٪ اختلاف آماری معنادار دارد و میزان ابتلای در این دانشگاه بالاتر از میزان کشوری آن بوده است. با توجه به یافته های این تحقیق، مسئولیت سیاست گزاران و برنامه ریزان بهداشتی کشور در رابطه با تدوین برنامه های اجرای بهداشت روان را بیش از پیش نمایان می سازد.

واژگان کلیدی: کیفیت زندگی - بعد روان شناختی - آزمون (SCL-90-R) - دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

مقدمه

موضوع سلامتی انسان از بدو تولد پیدایش بشر و در طی قرون متمادی مطرح بوده است و هر جا سخنی آن به میان آمده است عمدتاً بعد جسمانی آن مد نظر بوده است و کمتر به ابعاد سلامت روانی و ابعاد روانی اشاره شده است.

دکتر سید محمد تقی آیت الهی و همکار
استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه
علوم پزشکی شیراز^۱
تلفن تماس: ۰۷۹۱-۳۳۳۱۵۲۳
فاکس: ۰۷۹۱-۳۳۳۱۵۲۰
آدرس: شیراز-کوی زهرا-دانشکده بهداشت-گروه آمار زیستی
و اپیدمیولوژی-کدپستی ۱۸۷۴-۷۱۳۴۵

دارد ولی اصولاً به رضایت افراد از زندگی خود بر می گردد (۷). کیفیت زندگی در قرن بیستم مورد توجه زیادی قرار گرفت، اولین بیان دقیق آن را سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ مورد توجه قرار داد (۸).

ابزارهای زیادی جهت سنجش مؤلفه های مختلف کیفیت زندگی ابداع شده است که ساده ترین آن ها به سنجش عملکردهای فیزیولوژی افراد بر می گردد (۸).

از آنجایی که هدف مقاله حاضر بیان یکی از ابعاد کیفیت زندگی که بیشتر موارد احساسی را در بر می گیرد. به بیان پیشینه این مفهوم، پرداخته شده است: بر اساس تحقیقات انجام شده بر روی ۸۰۵ بیمار افرادی که از افسردگی بالاتری برخوردارند، مقدار رضایت کمتری را از زندگی خود بیان نموده اند (۹).

همچنین بر اساس تحقیقات دیگر، بیماران با بی نظمی های رفتاری شدیدتر دارای نمره پائین تری از کیفیت زندگی بوده اند (۱۰).

شیوع اختلالات روانی که قسمتی از عملکرد روان شناختی QoL می باشد، در مراقبتهای اولیه کشورهای مختلف بین ۷/۳ تا ۵۲/۵ درصد می باشد (۱۱). شاید متغیر بودن میزان شیوع این اختلالات به علت متنوع بودن ابزار مورد استفاده، تفاوت در روش نمونه گیری، روش های مصاحبه و طبقه بندی های تشخیصی باشد (۱۲).

اطلاعات به دست آمده دلالت بر این دارند که میزان شیوع این اختلالات بین ۱۱/۹ تا ۲۳/۸ درصد متغیر می باشد (۲۶-۱۲). البته مطالعه وسیعی که در این زمینه انجام گرفته است، بررسی وضعیت سلامت روان افراد در ایران در سال ۱۳۷۸ می باشد که در قالب طرح ملی سلامت و بیماری در کشور انجام گردید. نتایج مطالعه نشان داد که در مجموع ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه به نوعی دچار علائم روانی بوده اند (۲۵). اهداف مقاله حاضر تعیین میزان ابتلای کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی به

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۰ ضمن تأکید به مسئولان کشورها در راستای تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه، همواره تأکید بر این مطلب دارد که هیچ یک از این سه بعد بردیگری برتری ندارد (۱).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. دلیل این افزایش تا حدود زیادی می تواند وابسته به رشد روز افزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی همچون شهرنشینی، فروپاشی خانوارهای گسترده و مشکلات اقتصادی باشد (۲).

در ابتدا برای عبارت کیفیت زندگی، یک متدولوژی برای ارزیابی درمان ها در کار آزمائی های بالینی مطرح شد و سپس شامل کلیه عملکردهای زندگی مانند عملکردهای احساسی (اضطراب و افسردگی)، عملکردهای فیزیکی، شیمیائی، درد، خستگی و غیره گردید. البته کلمه کیفیت زندگی عموماً به تغییر پذیری در دامنه زندگی افراد بر اساس اندازه گیری واحد های مختلف بدن می باشد (۳). خصوصاً کیفیت زندگی ارتباط گسترده با موارد احساسی افراد و بهداشت روانی دارد و به بیان حالت های درمان افراد و بیان تغییرات و توانائی های افراد و حالت های رضایتمندی افراد از عملکردهای چند گانه تأثیرات زندگی می پردازد (۴). گاهی اوقات کیفیت زندگی معادل رضایت از زندگی افراد تعریف می شود و شامل طیف وسیعی از رضایت افراد از کلیه مسائل زندگی خود می باشد (۵).

بررسی رضایت افراد از زندگی خود و کیفیت زندگی می تواند عوامل سودمندی در باره مؤلفه های زندگی ارائه دهد و می تواند آن را توسط نمره ای عددی تحت عنوان نمره کیفیت زندگی (QoL) بیان کند (۶). کیفیت زندگی عملاً عبارتی است که تعریف آن مشکل می باشد. به صورت کلی کیفیت زندگی برای افراد مختلف، در موقعیت های مختلف تعابیر متفاوتی

آزمون (SCL-90-R) یکی از ابزارهای سنجش کیفیت زندگی (QoL) می باشد که بیشتر به جنبه های روان شناختی و عملکردهای مربوط به آن می پردازد، این آزمون یکی از آزمون های پژوهشی و تحقیقاتی می باشد که دارای هنجار مشخص و قطعی نمی باشد و برای استفاده در هر گروه یا جامعه ای می بایست آن را هنجارگزینی مقطعی نمود و اصولاً آن را با تست ها دیگر کیفیت زندگی به کار می برند، در این مطالعه به هنجاریابی مقطعی فوق با استفاده از روش های آماری پرداخته شده و حتی اعتبار آن نیز به دست آمده است. این آزمون ۹ مقیاس را می سنجد که عبارتند از مقیاس افسردگی (۱۳ سوال)، مقیاس خودبیمارانگاری (۱۲ سوال)، مقیاس روان پریشی (۱۰ سوال)، مقیاس اضطراب (۱۰ سوال)، مقیاس وسواس (۱۰ سوال)، مقیاس حساسیت بین فردی (۹ سوال)، مقیاس ترس (شامل ۷ سوال)، مقیاس خصومت (۶ سوال)، مقیاس پارانویا (۶ سوال)، و سوال های اضافی (۷ سوال)، و جمعاً این آزمون ۹۰ سوال دارد که پر کردن آن اصولاً ۴۵ دقیقه زمان می برد (یکی از معایب این آزمون زمان زیاد جواب دادن به آن می باشد). کلیه سوال های در مقیاس و طیف لیکرت بیان می شوند و نمره های ۱ تا ۵ را به خود اختصاص می دهند.

نمره ۱ جهت عبارت اصلاً و نمره ۵ جهت عبارت همیشه می باشد. هنجاریابی نیز بر اساس جمع نمرات هر قسمت و طبقه بندی آن ها بر اساس روشهای آمار توصیفی می باشد. در بعضی از مطالعات انجام شده بعضی اوقات از آزمون و پرسش نامه (SCL-90-R) به منظور اعتبارسنجی آزمون های دیگر مانند (GHQ-28) نیز به کار می رود، این مطلب بیانگر کارایی این آزمون در بیان بعد روان شناختی کیفیت زندگی می باشد که می توان آن را به عنوان وسیله ای جهت سنجش اعتبار آزمون های دیگر کیفیت زندگی به کار برد. اعتبار این پرسش نامه در مطالعات مختلف در داخل ایران مورد تأیید قرار

انواع اختلالات روانی به تفکیک جنس، درک تحصیلی و نوع استخدام در سال ۱۳۸۲ که می تواند به بیانی از عملکرد روان شناختی، کیفیت زندگی کارکنان این دانشگاه در سال ۱۳۸۲ باشد. همچنین تعیین اعتبار پرسش نامه (SCL-90-R) با استفاده از ضرایب موجود اعتبار سنجی مانند آلفای کرونباخ یا دونیمه کردن در این دانشگاه می باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه یک مطالعه مشاهده ای و به صورت توصیفی، تحلیلی می باشد که بر روی یک نمونه تصادفی ۱۳۲ نفری از پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک صورت گرفته است. حجم نمونه براساس یک نمونه ۳۰ نفری تصادفی مقدماتی از پرسنل این دانشگاه و محاسبه نمره روان شناختی با مقادیر $S^2=2500$ و $d=8.3$ و $\alpha=0.05$ و $N=1400$ و فرم $n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 S^2}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 S^2}$ ، ۱۳۲ نفر بدست آمد.

دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک یکی از بزرگترین واحدهای دانشگاه آزاد در شهرستان ها می باشد که دارای ۱۴۰ رشته کارشناسی و ۴۸ رشته کارشناسی ارشد و ۲ رشته در مقطع دکتری می باشد، و ۱۰ دانشکده مختلف و دارای حدوداً ۲۴۰۰۰ دانشجو در مقاطع فوق می باشد و نزدیک ۱۴۰۰ کارمند در رشته های مختلف را دارا می باشد. جامعه مورد بررسی کلیه پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک در سال ۱۳۸۲ نیمسال اول، می باشد. زمان مطالعه نیمسال اول تحصیلی ۱۳۸۲ و حجم نمونه ۱۳۲ نفر از پرسنل این دانشگاه می باشد. روش انتخاب نمونه ها با استفاده از روش تصادفی طبقه ای می باشد، که طبقه ها واحدهای شغلی و معاونت های مختلف این دانشگاه تعریف شده و سپس با استفاده از روش تصادفی سیستماتیک نمونه ها از داخل معاونت های مختلف انتخاب شده اند و جهت هر نمونه انتخابی پرسش نامه (SCL-90-R) تکمیل گردید.

گرفته است (۲۷). در مطالعات انجام شده در خارج از کشور از جمله فنلاند اعتبار بالای این آزمون به اثبات رسیده است. پرسش نامه ها پس از تکمیل با استفاده از روش های آماری مانند روش های توصیفی، آزمون T، آنالیز واریانس یک طرفه و دوطرفه، آنالیز ضریب همبستگی پیرسن و آنالیز رگرسیون لجستیک و روشهای تحلیل کیفیت زندگی مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

از مجموع ۳۲ نفر مورد بررسی ۵۴ نفر ۴۰/۹٪ مرد و ۷۸ نفر ۵۹/۱٪ زن بودند، بنابراین نسبت جنسی افراد مورد بررسی ۱/۴۴ بود. ۳۰ نفر ۲۲/۷٪ دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۱۲ نفر ۹/۱٪ فوق دیپلم، ۶۶ نفر ۵۰٪ لیسانس، ۲۱ نفر ۱۵/۹٪ فوق لیسانس و ۳ نفر ۲/۳٪ پزشک بودند. ۶ نفر ۴/۵٪ وضعیت استخدامی شرکتی، ۲۷ نفر ۲۰/۵٪ پیمانی، ۲۷ نفر ۲۰/۵٪ رسمی آزمایشی و ۷۲ نفر ۵۴/۵٪ رسمی قطعی بودند. با استفاده از آزمون (SCL-90-R) و هنجاریابی آماری به کار رفته از کل افراد مورد بررسی ۷۲ نفر ۶۶/۷٪ فاقد نشانه های اختلال روانی و ۳۶ نفر ۳۳/۳٪ دارای نشانه های اختلال روانی بودند.

در صورتی که این اختلال را جداگانه در مقیاس های ۹ گانه بیان شده در نظرگیریم نتایج زیره دست آمده است: ۶۹ نفر ۵۲/۳٪ فاقد افسردگی و ۵۴ نفر ۴۰/۹٪ به درجاتی از افسردگی مبتلاء بودند و ۹ نفر ۲/۳٪ نیز دارای مشاهده گم شده بودند. ۸۱ نفر ۶۲/۸٪ از نظر خود بیمار انگاری سالم و ۴۸ نفر ۳۲/۶٪ نافردها چار حالتی از خود بیمار انگاری بوده اند. ۱۱۴ نفر ۹۰/۵٪ از نظر روان پریشی سالم و ۱۲ نفر ۹/۵٪ دچار این حالت بوده اند. در مورد اضطراب ۸۱ نفر ۶۱/۴٪ سالم و ۵۱ نفر ۳۹/۶٪ چار حالت های اضطراب بوده اند. ۷۵ نفر ۵۸/۱٪ از نظر حالت وسواس نرمال ولی ۵۴ نفر ۴۱/۹٪ دارای این خصوصیت بوده اند. در مورد حساسیت بین فردی ۱۰۲ نفر ۷۷/۳٪ نرمال و ۳۰ نفر ۲۲/۸٪ دارای سطح منفی این پدیده می باشند. ۱۱۴ نفر ۹۰/۵٪ در خصوص فوبیا دارای این حالت نبوده و نرمال هستند و ۱۲ نفر ۹/۶٪ دارای این ویژگی منفی می باشند. در مورد ویژگی خصومت، ۹۰ نفر ۶۸/۲٪ دارای این ویژگی منفی بوده و ۴۲ نفر ۳۱/۸٪ دارای این حالت در محیط دانشگاه بوده اند و در انتها در مورد پارانوئیا، ۵۱ نفر ۳۸/۶٪ نرمال ۸۱ نفر ۶۱/۴٪ دارای این حالت بوده اند جدول (۱).

جدول ۱ - توزیع فراوانی اختلال های ۹ گانه در نمونه های بررسی شده پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی اراک در سال ۸۲

سالم		متوسط		شدید		سطوح اختلال	
						نوع اختلال	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۶۹	۵۶/۱	۵۱	۴۱/۵	۹	۲/۴		افسردگی
۸۱	۶۲/۸	۴۲	۳۲/۶	۶	۴/۷		خود بیمار انگاری
۱۱۴	۹۰/۵	۱۲	۹/۵	۰	۰		روان پریشی
۸۱	۶۱/۴	۴۸	۳۶/۴	۰	۰		اضطراب
۷۵	۵۸/۱	۵۴	۴۱/۹	۰	۰		وسواس
۱۰۲	۷۷/۳	۲۷	۲۰/۵	۰	۰		حساسیت بین فردی
۱۱۴	۹۰/۵	۶	۴/۸	۰	۰		توس
۹۰	۶۸/۲	۳۹	۲۹/۵	۳	۲/۳		خصومت
۵۱	۳۸/۶	۵۴	۴۰/۹	۲۷	۲۰/۵		پارانویا

جدول ۴- توزیع فراوانی اختلالات روانی بر اساس سطوح تحصیلی در نمونه های بررسی شده پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی اراک در سال ۱۳۸۲

اختلال روانی	تعداد	دارد	ندارد
مدرك تحصیلی			
دیپلم	۲۷	۹	۱۸
فوق دیپلم	۶	۰	۶
لیسانس	۶۰	۲۴	۳۶
فوق لیسانس	۱۲	۰	۱۲
پزشک	۳	۳	۰
کل	۱۰۸	۳۶	۷۲

بحث

در این مطالعه وجود اختلالات روانی که یکی از ابعاد کیفیت زندگی افراد می باشد در بین پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی ۳/۳۳٪ به دست آمد، که رقم قابل ملاحظه ای می باشد. به بیان دیگر ۳/۳۳٪ از موارد در ملاحظه این بعد از کیفیت زندگی منفی می باشند. تحقیقات انجام شده در ایران نشان داده است ۲۱٪ افراد دارای این اختلالات می باشند (۲۷). این اختلالات در زنان ۱/۷ برابر مردان می باشد. در واحدهای مورد بررسی ۴۰٪ مردان و ۲۳/۱٪ زنان مبتلا به این اختلالات می باشند که این تفاوت قابل توجه است.

به این بیان که در مطالعه حاضر مردان حدوداً دو برابر زنان مبتلا به نوعی از اختلالات روانی بوده اند. ارتباط معناداری بین وجود اختلالات روانی و جنسیت وجود نداشت (با استفاده از روش رگرسیون لجستیک و آزمون (کای-دو)، ولی ارتباط معناداری بین تحصیلات فرد با وجود اختلالات وجود داشت ($P\text{-Value} < 0.001$) و با افزایش سطح تحصیلات این اختلالات افزایش می یافت.

توزیع وجود اختلال بر اساس جنس، نوع استخدام و سطح تحصیلات در جداول ۲، ۳ و ۴ نشان داده شده است. بر اساس این جداول ۱۸ نفر ۴۰٪ از افراد مذکر و ۱۸ نفر ۲۹٪ از افراد مؤنث مبتلا به اختلالات روان شناختی بوده اند. همچنین با افزایش سطح تحصیلات میزان این اختلالات نیز افزایش یافته است. اعتبار آزمون با استفاده از روش دو نیمه و ضریب آلفای کرونباخ ۹۴٪ به دست آمد که بیانگر اعتبار بالای آزمون فوق در بین پاسخ دهندگان بود، همچنین ضریب دو نیمه گاتمن ۹۱٪ بدست آمده است که با استفاده از روش های آزمون آنالیز واریانس این ضرایب همگی در سطح خطای ۵٪ معنادار آماری نیز می باشند.

جدول ۲- توزیع فراوانی اختلالات روانی بر اساس جنس در نمونه های بررسی شده پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی اراک در سال ۱۳۸۲

اختلال روانی	تعداد	دارد	ندارد
جنس			
مذکر	۴۵	۱۸	۲۷
مؤنث	۶۳	۱۸	۴۵
کل	۱۰۸	۳۶	۷۲

جدول ۳- توزیع فراوانی اختلالات روانی بر اساس نوع استخدام در نمونه های بررسی شده پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی اراک در سال ۱۳۸۲

اختلال روانی	تعداد	دارد	ندارد
نوع استخدام			
شرکتی	۳	۰	۳
پیمانی	۲۱	۶	۱۵
رسمی-آزمایشی	۲۴	۱۲	۱۲
رسمی-قطعی	۶۰	۱۸	۴۲
کل	۱۰۸	۳۶	۷۲

شایعترین گروه از مقیاس های اختلالات روان شناختی در این مطالعه به ترتیب پارانویا ۶۱/۴٪، افسردگی ۴۳/۹٪، وسواس ۴۱/۹٪ و اضطراب ۳۸/۶٪ بوده است. در مطالعات انجام شده در ایران شایعترین اختلال اضطراب گزارش شده است (۲۷).

البته ابزارگرد آوری اطلاعات در مطالعه کشوری مصاحبه (SADS) بود که با ابزار مطالعه انجام شده در این دانشگاه تفاوت اساسی دارد.

در پایان با توجه به شیوع بالای اختلالات روانی اقدامات اساسی در راستای تأسیس مراکز مشاوره و خدمات روان درمانی ضروری به نظر می رسد. امری که با ملاحظه بالای اختلالات خلقی، اضطرابی و روان تنی در سطح این دانشگاه، می تواند باعث بهبود و کارایی پرسنل این دانشگاه شود.

همچنین با توجه به نتایج این بررسی که میزان قابل توجهی از کیفیت زندگی در خصوص بعد روان شناختی، دارای اختلال می باشند، مسئولیت سیاست گزاران و برنامه ریزان را در ارتباط با تدوین برنامه های کاربردی و اجرایی در دانشگاه ها پیش از پیش نمایان می سازد. بنابراین لازم است تا با برنامه ریزی های اصولی در راستای پیشگیری و درمان این اختلالات و شیوه های درست مقابله با عوامل استرس زا و کنار آمدن با آنها به افراد آموزش داده شود.

بنابراین این مطالعه نشان داد که ۳۳/۳٪ این پرسنل از نوعی از اختلال روانی رنج می برند پژوهش های قبلی این حالات را در کل ایران ۲۱٪ گزارش کرده اند (۲۷). اختلاف نسبت افرادی که در این مطالعه دارای اختلالات روانی می باشند با رقم بیان شده در ایران اختلاف معنادار آماری دارد ($P\text{-Value} < 0.001$). همچنین مطالعات دیگر شیوع همه گیر شناسی این اختلالات را در ایران از ۱/۹ تا ۲۳/۸٪ گزارش نموده اند (۱۲-۲۶) که شاید اختلاف زیاد نسبت اختلالات روانی در این مطالعه با مطالعات انجام شده ناشی از روش ها و ابزارهای به کاررفته جهت تشخیص این بعد از کیفیت زندگی بوده است. میزان جهانی این اختلالات بسیار کمتر موارد به دست آمده در این پژوهش بود (۲۷).

کمترین مقدار اختلالات روانی در این مطالعات در کشور چین ۷/۳٪ و بیشترین آن در کشور شیلی ۵۲/۵٪ گزارش شده است. اختلاف معنادار آماری بین نمره کیفیت زندگی افراد مذکر و مؤنث وجود نداشت، با اینکه ظاهراً میانگین نمره کیفیت زندگی افراد مؤنث بالاتر از مذکرها بود. اختلاف معنادار آماری بین نمره کیفیت زندگی در افراد با سطوح مختلف تحصیلی وجود داشت ($P\text{-Value} < 0.001$) به طوریکه افراد دارای مدرک دیپلم بیشترین نمره و پس از آن افراد فوق لیسانس، لیسانس و پزشک قرار گرفته بودند.

منابع

- Meltzer S.B., Jonathan R.T.D.: Completeness of response and Quality of life in mood and anxiety disorders., Depression and Anxiety, 2000, 12(1): 65-101.
- Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R.: Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: a new easure. Psychopharmacol Bull., 1993, 20: 321-326.

- ۱- سازمان بهداشت جهانی، ادغام بهداشت روان در مراقبت های بهداشتی اولیه، ترجمه: دکتر داود شاه محمدی، سید عباس باقری یزدی و حسن پالاهنگ، تهران: انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد، ۱۳۷۳، چاپ اول صفحه ۱۲.

2. Human Rights: The unlnerability of mentally ill, Press Release, 1993 :15-44.

disorders among the rural population of the province of Khuzestan, Iran Soc. Psychiatry, 1969: 4:137-43.

- داویدیان، هاراطون، ایزدی، سیروس، نهاپتیان

وارتکس، معتبر، منصور: بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماریهای روانی در منطقه خزر. نشریه بهداشت ایران، ۱۳۵۳، سال سوم شماره چهارم: ۱۴۵-۵۶.

۱۸- باقری بزدی، سیدعباس، بوالهروی، جعفر، شاه محمدی، داود: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی میبدیزد. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳، سال اول، شماره ۱: ۴۲-۳۲.

۱۹- جاویدی، حجت...: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی مرودشت، فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، ۱۳۷۲: ۱۲-۲۵.

۲۰- بهادرخان، جواد: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی گنابادخراسان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲: ۱۲-۲.

۲۱- کویکبه، فرخ: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی آذرشهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲: ۴۱-۱۲.

۲۲- حرازی، محمدعلی، باقری یزدی، سیدعباس: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۳: ۲۵-۲۳.

۲۳- یعقوبی، نوا... نصر، مهدی، شاه محمدی، داود: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستائی شهرستان صومعه سرای گیلان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال اول، شماره ۴: ۶۵-۵۵.

5. Felce D., Perry J.: Quality of measurment Quality of life for people with disabilities. Cheltenham, UK: Stanley Thornes, 1996: 120-185.

6. Cummins R.A.: The domains of life satisfaction: an attempt to order choose. Soc. Indicators Res., 1996, 38: 303-332.

7. Cummins R.A.: Objective and subjective quality of life: an interative model. Soc. Indicators Res., 2000b, 52:55-72.

8. Fayers P.M., Machin D.: Quality of Life: Assessment, Analysis and interpretation. John Wiley & Sons LTD, UK, 1999: 22-48.

9. Jenkins D: Assesment of Need the Health of the Nation Outcome Scales. Aust. N. ZJ., Psychiatry, 1992, 33: 754-59.

10. Atkinson M., Zibin S., Chuang H.: haracterizing quality of life among patients with chornic mental illness: a critical examination of self report methodology. Am. J. of Psychiatry, 1997, 154: 99-105.

11. WHO, Mental health: new understanding, New hope. World Health Report, 2001: 24.

۱۲- نوربالا، احمدعلی، محمد، کاظم، باقری یزدی، سیدعباس بررسی شیوع اختلالات روان پزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، ۱۳۷۸، دوره دوم، شماره ۴: ۲۳-۱۲.

۱۳- باش، ک. و.، روح نابسامان. تألیف: ناصرالدین صاحب الزمانی، تهران انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطائی، ۱۳۴۲: ۱۲۲-۹۴.

14. Gill TM., Feinstein A.R.: A ritical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA, 1994, 272: 619-626.

15. Bash K.W.: A Psychiatric study of the shiraz (Fars Province). Studies in Psychiatry, Tehran: Iran, 1964: 145-149.

16. Bash K.W., Liechtic J.: Studies on the epidemiology of neuropsychiatric

26. Hoepfer EW., Nycz GR., Cleary PD., et al.: Estimated prevalence of RDEmental disorder in primary care. Int. Med. J. Mental Health, 1979; 8: 8-5

۲۷- محمدی، محمدرضا، داویدیان، هاراطون، نوربالا، احمدعلی، ملک افضلی، حسین وهمکاران، همه گیر شناسی اختلالات روان پزشکی در ایران، سال ۱۳۸۰ مجله حکیم، ۱۳۸۲، شماره ۱، دوره ۶، صفحه ۶۴-۵۵.

۲۴- پالاهنگ ، حسن، نصر، مهدی نقی، شاه محمدی، داود: بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان، اندیشه و رفتار، ۱۳۷۵، سال دوم ، شماره ۴: ۱۹-۲۷. در سال ۱۳۷۸، مجله حکیم، ۱۳۸۱، سال پنجم، شماره اول، بهار ۱۳۸۱: ۱۰-۱.

۲۵- نوربالا، احمدعلی، محمد، کاظم، باقری یزدی، سیدعباس، یاسمی، محمدتقی: بررسی وضعیت سلامت روان در افراد بالای ۱۵ سال در جمهوری اسلامی ایران