

وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی

نویسندگان:

رویا صادقی^۱، مراد علی زارعی پور^{۲*}، حسین اکبری^۳، محمد خان بیگی^۴

چکیده

زمینه و هدف: تامین سلامت روان در زنان از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده و جامعه می باشد. اختلالات روانی بویژه در این گروه بار سنگینی بر فرد و جامعه تحمیل می کند، زنان با توجه به نقشهای مختلف تحت عناوین همسر، مادر، مراقب خانواده بیشتر مستعد ابتلا به اختلالات روانی هستند. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت.

روش ها: در این پژوهش توصیفی- تحلیلی (مقطعی) ۳۵۰ زن به روش خوشه ای تصادفی از ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی در سطح شهر، بین ماههای مهر تا دی سال ۱۳۸۹ انتخاب شدند. جهت بررسی سلامت روان از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی ۲۸ سؤالی و همچنین از پرسشنامه دموگرافیک که توسط محققین طراحی شده بود استفاده شد. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ و با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج این بررسی نشان داد ۴۸/۳ درصد زنان مورد مطالعه مشکوک به اختلال روانی بودند و این اختلالات در چهار بعد علایم جسمانی (۴۰/۶٪)، اضطراب (۴۲/۹٪)، اختلال در کارکرد اجتماعی (۳۲/۳٪) و افسردگی (۴۴/۹٪) بود. ارتباط معناداری بین سلامت روان با سن ($p=0/004$)، وضعیت تاهل ($p=0/01$)، تحصیلات همسر ($p=0/02$)، شغل ($p=0/03$)، وضعیت اقتصادی ($p=0/02$)، سن ازدواج ($p=0/001$)، حاملگی ناخواسته ($p=0/001$) و سابقه بیماری روانی ($p=0/002$) مشاهده شد.

نتیجه گیری: نظر به شیوع بالای اختلالات روانی در زنان در این مطالعه، لزوم توجه بیشتر مسئولان بهداشتی به سلامت روان زنان را می طلبد و مطالعات دقیق تر و وسیع تر در نقاط مختلف ایران جهت بررسی فاکتورهای مؤثر بر سلامت روان زنان و پیشگیری به موقع و درمان این اختلالات پیشنهاد می شود.

واژه های کلیدی: سلامت روان، زنان، پرسشنامه سلامت عمومی، مراکز بهداشتی درمانی.

^۱ دکترای تخصصی ارتقاء سلامت، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد آموزش بهداشت ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۳ دانشجوی دکترای تخصصی اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ کارشناس بهداشت عمومی

مقدمه

در عصر حاضر سلامت روان یکی از مهمترین شاخص های سلامت و بهداشت یک جامعه قلمداد می گردد و عمیقاً مورد توجه روانپزشکان، روانشناسان و سایر دانشمندان علوم رفتاری و اجتماعی قرار گرفته است. مراد از سلامت روان این است که فرد بتواند فعالیت های روزمره خود را به خوبی انجام دهد، با افراد خانواده و محیط خود ارتباط مناسب برقرار نماید، و رفتار نامناسب از نظر فرهنگ و جامعه خود نداشته باشد. در نتیجه بهداشت روان دانش و هنری است که به افراد کمک می کند تا با ایجاد روش های صحیح از لحاظ روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نموده و راه حل های مطلوب تری را برای مشکلاتشان انتخاب نمایند چرا که اگر فشارهای روانی فرد را بطور مداوم تهدید کند دیگر نمی تواند انسان با نشاط، نیرومند و توانا در انجام مسئولیتهای اجتماعی خود باشد (۱).

بهداشت روانی از آن جهت که با بهبود و ارتقاء عملکرد فردی و اجتماعی ارتباط دارد، از اهمیت زیادی برخوردار است. در واقع تأمین بهداشت روانی می تواند به افزایش کارایی هم در زمینه های فردی و هم اجتماعی بیانجامد (۲). کارشناسان سازمان بهداشت جهانی بر اساس ضوابط علمی تخمین می زنند که بیش از ۱۵۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان از اختلالهای عصبی، روانی و روانی-اجتماعی رنج می برند که تعداد قابل توجهی از آنها با تدوین برنامه های جامع با بهره گیری از منابع محلی و اجتماعی قابل پیشگیری است. بر اساس بررسی های انجام شده، اختلالات روانی به عنوان یکی از مهمترین و معنی دار ترین اجزای بار کلی بیماریها می باشد و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار کلی بیماریها ۵۰٪ افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل بار درمانی بیماریها برسد (۳).

زنان نیمی از پیکره جهان را تشکیل می دهند و نیمی دیگر توسط آنان بزرگ می شوند، از انجایی که زنان جزء لاینفک تمامی بخشهای جامعه هستند، نقش آنان در جامعه آنها را در معرض خطر بیشتر ابتلاء به مشکلات روانی قرار می دهد. زنان بار مسئولیتهای مرتبط با نقشهای همسری، مادری و مراقبت از دیگران

را بر عهده دارند. مسئولیتهای زنان در نقش های چندگانه می تواند سلامت ایشان را به خطر بیندازد، در جوامعی که زنان علاوه بر کار در منزل برای کسب درآمد در خارج از منزل نیز فعالیت می کنند این فشار مضاعف نقشها ممکن است آنها را به لحاظ جسمی و روحی دچار مشکل کند.

در حالیکه سلامت روان در زنان موجب شادی و نشاط و بالا رفتن حس اعتماد به نفس در آنان می شود، فقدان آن اضطراب، استرس، دلپره و نا امیدی از زندگی را به همراه خواهد داشت (۲،۳).

زنان به دلیل حساسیتهای روحی و عاطفی بیشتر از مردان در معرض آسیب های روانی قرار دارند. زنان اگر چه نسبت به مردان طول عمر بیشتری دارند اما در مقایسه با مردان بیشتر در معرض خطر اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، نگرانی و اختلالات اشتها ... هستند. کودکانی که از مادران دارای اختلالات روانی به دنیا می آیند بیشتر در معرض اختلالات روانی از جمله افسردگی هستند و احتمال عدم موفقیت تحصیلی در این افراد بیشتر است (۴).

اطلاعات به دست آمده از پژوهش های بانک جهانی نشان می دهد که در بین زنان کشورهای در حال توسعه، اختلالات افسردگی ۳۰ درصد از ناتوانیهای عصبی-روانی را تشکیل می دهد در حالی که این رقم بین مردان ۱۲/۶ درصد می باشد (۳).

طبق مطالعات انجام شده، شیوع بیماریهای روانی بخصوص افسردگی و اضطراب در زنان ایرانی ۲/۵ برابر مردان ایرانی است (۵).

در کشورهای در حال توسعه که چهار پنجم جمعیت جهان را به خود اختصاص می دهند بیماریهای غیر واگیر همچون بیماریهای روانی به سرعت جایگزین بیماریهای عفونی شده و در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ ومیرهای زودرس قرار می گیرد (۶).

در تحقیقی که در شهر کاشان در سال ۱۳۸۴ انجام شد، با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، سلامت روان زنان جوان (۴۰-۲۰ساله) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که ۴۰ درصد زنان مشکوک به اختلال روانی بودند (۷).

شده را به مراکز مربوطه دعوت کرد و بعد از اخذ رضایت، در مورد هدف طرح و نحوه پر کردن پرسشنامه توضیحات لازم داده شد. پرسشنامه‌ها بصورت خود گزارش دهی پر شدند و برای کسانی که توانایی درک سؤالات را نداشتند و یا بیسواد بودند پرسشنامه‌ها از طریق مصاحبه توسط پرسشگر تکمیل شد. افراد باردار یا کسانی که در سه ماه گذشته مشکل حادی نظیر بیماری سخت اعم از جسمی و یا روانی و یا غم از دست دادن عزیزان خود را تجربه کرده بودند بدلیل احتمال مشکلات روحی از مطالعه حذف شدند.

از یک پرسشنامه دو بخشی شامل پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) در این مطالعه استفاده شد.

پرسشنامه دموگرافیکی شامل متغیرهای سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، تحصیلات همسر، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزندان، سن ازدواج، سن اولین بارداری، حاملگی ناخواسته، سابقه بیماری جسمانی و بیماری روانی و وضعیت محل سکونت بود. پرسشنامه سلامت عمومی را گلدبرگ^۱ برای شناسایی بیماران روانی در مراکز درمانی و جامعه طراحی کرده است (۹). فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی که روایی و پایایی پرسشنامه در مطالعه ای که توسط نوربالا و همکاران (۱۰) با نمره دهی ۶ در هر مقیاس انجام گرفته بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ و در مطالعه پالانگ^۲ و همکاران با نمره دهی ۲۳ بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۴ اثبات شده است (۱۱).

سؤالات این پرسشنامه در بر گیرنده ۴ مقیاس می باشد که هر یک از آنها دارای ۷ سوال هستند. سؤالات هر مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده به گونه ای که از سؤال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی، از سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در عملکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می باشد (۱۲، ۱۳).

تفاوت دو جنس در بروز نارساییهای روانی مؤید بالاتر بودن آن در بین زنان است. در تحقیقی در استرالیا که روی افراد بالاتر از ۱۸ سال انجام شده زنان بیشتر از مردان علائم نارسایی روانی را نشان داده اند. تفاوت بین نمرات سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در مردان و زنان در ارتباط با وضعیت تحصیلی و یا شغل ایشان در ارتباط نبوده، اما با وضعیت ازدواج، شهری و روستایی بودن محل زندگی، مالکیت منزل و محل درآمد بین دو جنس ارتباط نشان داده است (۸).

اگرچه در مراکز بهداشتی درمانی کشور به مراقبتهای جسمی توجه می شود، اما این در حالی است که سلامت جسم در گرو سلامت روان و سلامتی روان مادر ضامن سلامت خانواده و فرزند است که او پرورش می دهد. شیوع اختلالات روانی و وسعت نیاز مردم کشور به خدمات بهداشت روانی و همچنین محرومیت نسبی مردم روستاها و شهرهای متوسط و کوچک از خدمات بهداشت روانی، اهمیت پرداختن به موضوع این تحقیق را مطرح می سازد. طبیعی است که توفیق در حل این مشکلات مستلزم شناسایی عوامل مختلف فردی، خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی است تا با اجرای مداخلات لازم به پیشگیری از اختلالات روانی پرداخته، نسل آینده سالمتری داشته باشیم.

این مطالعه با هدف تعیین وضعیت سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت.

روش‌ها

در این پژوهش توصیفی-تحلیلی (مقطعی) ۳۵۰ زن مورد مطالعه قرار گرفتند. روش نمونه گیری به صورت خوشه ای تصادفی بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی شهر کرمانشاه در ماههای مهر تا دی سال ۱۳۸۹ انجام شد. از کل مراکز موجود در مناطق مختلف شهر ۱۵ مرکز یا خوشه انتخاب شد و بعد داخل هر خوشه بطور تصادفی ساده ۲۳ نفر زن از بین زنانی که در آن مرکز پرونده خانوار داشتند انتخاب شدند که در مجموع ۳۴۵ نفر بودند، با احتمال ریزش نمونه، ۳۵۰ نفر به عنوان حجم کل مطالعه در نظر گرفته شد، سپس پرسشگر آموزش دیده، زنان انتخاب

¹ Goldberg

² Palahang

با در نظر گرفتن سن و سلامت روانی، بیشترین اختلال مربوط به گروه سنی کمتر از ۲۰ سال ۲۶ نفر (۶۳/۴٪) و بیشتر از ۴۰ سال ۲۹ نفر (۶۹٪) بود و این ارتباط از لحاظ آماری معنا دار بود ($p=0/004$).

نتایج وضعیت تأهل و سلامت روان نشان داد که زنان مجرد ۲۸ نفر (۶۶/۷٪)، متأهل ۱۳۶ نفر (۴۵/۲٪)، مطلقه و بیوه ۵ نفر (۷۱/۴٪) مشکوک به اختلال روانی بودند. اختلالات روانی در زنان مطلقه و بیوه بیشترین و در زنان متأهل کمترین شیوع را نشان داد و این تفاوت از لحاظ آماری معنا دار بود ($p=0/01$).

از نظر تحصیلات بالاترین شیوع اختلالات روانی مربوط به افراد بی سواد ۷ نفر (۶۳/۶٪) و کمترین آن مربوط به افراد دارای تحصیلات دانشگاهی بود، اما این اختلاف رابطه معنا دار آماری را نشان نداد ($p=0/5$).

بررسی بین رابطه سلامت روان و شغل زنان نشان داد که افراد خانه دار ۱۴۰ نفر (۵۱/۳٪) و افراد شاغل ۲۹ نفر (۳۷/۷٪) مشکوک به اختلال روانی بودند که این رابطه از لحاظ آماری معنا دار بود ($p=0/03$).

با در نظر گرفتن سلامت روانی و تحصیلات همسر نتایج نشان داد که بیشترین اختلال روانی مربوط به زنانی که شوهرشان بی سواد بود ۵ نفر (۱۷/۴٪) و کمترین اختلال روانی مربوط به زنانی که شوهرشان تحصیلات دانشگاهی ۲۳ نفر (۳۳/۸٪) داشتند، که این اختلاف نیز از نظر آماری رابطه معنا داری نشان داد ($p=0/02$).

نتایج بررسی سلامت روان و وضعیت محل سکونت نشان داد افرادی که خانه شخصی داشتند شیوع اختلالات روانی در آنها ۶۳ نفر (۴۴/۷٪) و کمتر از افرادی بود که خانه استیجاری داشتند و یا با اقوام زندگی می کردند و این اختلاف از نظر آماری معنا دار نبود ($p=0/35$).

رابطه بین سلامت روان و وضعیت اقتصادی نشان داد زنانی که در وضعیت اقتصادی پایین به سر می بردند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند و این اختلاف معنا داری بود ($p=0/02$).

بررسی رابطه بین تعداد فرزندان و سلامت روان زنان نشان داد که بیشترین اختلال روانی مربوط به زنانی بود که ۳ فرزند و بیشتر داشتند (۵۳/۵٪) اگرچه این اختلاف از نظر آماری معنا دار نبود ($p=0/6$).

دو روش نمره گذاری برای این پرسشنامه وجود دارد. یکی روش سنتی بای مدال^۱ است که گزینه ها بصورت (۰-۱-۱۰) نمره داده می شود که حداکثر نمره آزمودنی با این روش برابر ۲۸ است و روش دیگر نمره دهی لیکرت است که گزینه ها بصورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می شوند که حداکثر نمره آزمودنی با این روش ۸۴ خواهد بود در این مطالعه از روش سنتی بای مدال استفاده شد.

نمره برش در این مطالعه برای کل ۶ در نظر گرفته شد، بدین معنی افرادی که نمره جمع ۲۸ سؤال ۶ یا بیشتر بود به عنوان مشکوک به اختلال و افرادی که نمره شان از ۶ پایین تر بودند سالم محسوب شدند. همچنین برای تعیین هر کدام از اختلالات (۴ بعد، علایم جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی، افسردگی) به ازای هر ۷ سؤال، افرادی که نمره کمتر از ۲ گرفتند سالم و افرادی که نمره ۲ و بیشتر گرفتند، مشکوک به اختلال مذکور در آن قسمت در نظر گرفته شد.

اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۴ و با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و ارتباط متغیرهای مختلف دموگرافیکی با سلامت روان زنان سنجیده شد.

یافته ها

در این مطالعه در مجموع ۳۵۰ زن مورد مطالعه قرار گرفتند.

با در نظر گرفتن نمره دهی ۶، برای جمع کل اختلالات با پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، ۱۸۱ نفر (۵۱/۷٪) از زنان از نظر روانی سالم و ۱۶۹ نفر (۴۸/۳٪) مشکوک به اختلال روانی بودند. همچنین زنان در چهار بعد سلامت روانی با نقطه برش ۲ برای هر بعد، ۱۴۲ نفر (۴۰/۶٪) از علایم جسمانی، ۱۵۰ نفر (۴۲/۹٪) از اضطراب، ۱۱۳ نفر (۳۲/۳٪) از اختلال در کارکرد اجتماعی و ۱۵۷ نفر (۴۴/۹٪) از افسردگی رنج می بردند (جدول ۱).

¹ Bimodal

بر اساس وجود سابقه بیماری اعصاب و روان، زنانی که سابقه اختلال اعصاب و روان داشتند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند. بطوریکه ۲۸ نفر (۷۱/۸٪) از این زنان مشکوک به اختلال روانی بودند. و این اختلاف از لحاظ آماری رابطه معناداری را نشان داد ($p=0.02$) (جدول شماره ۲).

جدول ۱: شیوع اختلالات روان به تفکیک ۴ بعد سلامت (اختلال جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، افسردگی)

نوع اختلال	ابعاد سلامت	
	تعداد	مشکوک به اختلال روانی درصد
اختلال جسمانی	۱۴۲	۴۰.۶
اضطراب	۱۵۰	۴۲.۹
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۱۳	۳۲.۳
افسردگی	۱۵۷	۴۴.۹

در مورد رابطه بین سن ازدواج و سلامت روانی نتایج نشان داد افرادی که زیر ۲۰ سالگی ازدواج کرده بودند از لحاظ سلامت روان بیشترین شیوع اختلال روانی ۷۷ نفر (۵۶/۲٪) را داشتند و این تفاوت از لحاظ آماری هم معنادار بود ($p=0.001$). یافته های پژوهش بین سلامت روان و سن اولین باردای نشانگر این بود که بیشترین اختلال روانی مربوط به افرادی که سن اولین باردایشان کمتر از ۲۰ سال بود ۵۲ نفر (۵۳/۶٪) و کمترین اختلال مربوط به سن اولین باردای بین ۲۰-۲۵ ساله بود که این رابطه از لحاظ آماری معنادار نبود ($p=0.1$).

در ارتباط با رابطه سلامت روانی و حاملگی ناخواسته نتایج نشان داد زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند ۳۷ نفر (۶۸/۵٪) و زنانی که حاملگی ناخواسته نداشتند ۱۰۴ نفر (۴۰/۹٪) مشکوک به اختلال روانی بودند که این اختلاف معنادار بود ($p=0.001$). سابقه بیماری جسمانی با سلامت روان ارتباط معنادار آماری نشان نداد ($p=0.1$).

جدول ۲- توزیع فراوانی سلامت روان زنان مورد مطالعه بر اساس متغیرهای مختلف جمعیت شناسی

p-value	مشکوک به اختلال		سالم		وضعیت سلامت روان متغیرهای مختلف
	تعداد (۱۶۹ نفر) درصد (۴۸/۳٪)	تعداد (۱۸۱ نفر) درصد (۵۱/۷٪)	تعداد (۱۸۱ نفر) درصد (۵۱/۷٪)	تعداد (۱۶۹ نفر) درصد (۴۸/۳٪)	
۰/۰۰۴	۶۳.۴	۲۶	۳۶.۶	۱۵	کمتر از ۲۰
	۳۸.۴	۲۸	۶۱.۶	۴۵	۲۰ - ۲۵
	۴۱	۴۱	۵۹	۵۹	۲۵ - ۳۰
	۴۲.۹	۲۴	۵۷.۱	۳۲	۳۰ - ۳۵
	۵۵.۳	۲۱	۴۴.۷	۱۷	۳۵ - ۴۰
۰/۰۱	۶۹	۲۹	۳۱	۱۳	بیشتر از ۴۰
	۶۶.۷	۲۸	۳۳.۳	۱۴	مجرد
	۴۵.۲	۱۳۶	۵۴.۸	۱۶۵	متاهل
۰/۰۲	۷۱.۴	۵	۲۸.۶	۲	مطلقه و بیوه
	۷۱.۴	۵	۲۸.۶	۲	بیسواد
۰/۰۳	۶۳	۱۷	۳۷	۱۰	ابتدایی
	۵۲.۷	۴۲	۴۷.۵	۳۸	راهنمایی
	۴۲	۵۰	۵۸	۶۹	دیپلم
	۳۳.۸	۲۳	۶۶.۲	۴۵	بالاتر از دیپلم
۰/۰۲	۵۱.۳	۱۴۰	۴۸.۷	۱۳۳	خانه دار
	۳۷.۷	۲۹	۶۲.۳	۴۸	شاغل
۰/۰۱	۵۷.۳	۷۱	۴۲.۷	۵۳	ضعیف
	۴۶.۸	۵۹	۵۳.۲	۶۷	متوسط
	۳۹	۳۹	۶۱	۶۱	بالا
۰/۰۰۱	۵۶.۲	۷۷	۴۳.۸	۶۰	۲۰-۱۴
	۳۳.۹	۴۲	۶۶.۱	۸۲	۲۰-۲۵
	۴۶.۸	۲۲	۵۳.۲	۲۵	۲۵ و بیشتر
۰/۰۰۱	۶۸.۵	۳۷	۳۱.۵	۱۷	دارد
	۴۰.۹	۱۰۴	۵۹.۱	۱۵۰	ندارد
۰/۰۰۲	۷۱.۸	۲۸	۲۸.۲	۱۱	دارد
					سابقه بیماری روانی

بحث

یافته های پژوهش نشان داد که نزدیک به نیمی از زنان مورد مطالعه شهر کرمانشاه مشکوک به اختلالات روانی بودند. این میزان در مقایسه با میزان شیوع اختلالات روانی بدست آمده از بررسی های فرخنده شریف در شیراز که شیوع اختلالات روانی خانواده ها را ۲۲/۹ درصد (۱۴)، سپهر منش که شیوع اختلالات روانی در خانم های جوان شهر

کاشان ۴۰ درصد (۷) محمدی در مازندران ۲۱/۵۲ درصد (۱۵)، خیر آبادی در افراد بالای ۱۵ سال کردستان ۳۵/۷ درصد (۱۶) ارائه کرده اند بالاتر است. که این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت در ابزار و یا تفاوت زمانی و جغرافیایی و سن و جنس افراد باشد.

اما نتیجه این تحقیق با نتایج حاصل از تحقیقات

انجام شده توسط بنائیان در مورد سلامت روان زنان متاهل شهر بروجن ۴۶/۲ درصد (۱) و شریعتی ۴۵/۷ درصد در زنان دانشجوی شهر تهران (۱۷) همخوانی دارد.

همچنین نتایج حاصل از بررسی، شیوع اختلالات روانی در ۴ بعد نشان داد که بیشترین اختلالات روانی مربوط به بعد افسردگی و کمترین اختلال مربوط به بعد کارکرد اجتماعی است که این نتایج در مقایسه با مطالعه سلامت روان زنان کاشان توسط سپهرمنش که نشان داده بود زنان بیشتر در ۲ بعد علائم اضطرابی و علائم جسمانی اختلال روانی دارند و کمترین اختلال مربوط به بعد افسردگی بود (۷) و همچنین با نتایج مطالعه بنائیان که در ارتباط با سلامت روان زنان متاهل بروجن که اختلالات روانی در بعد علائم جسمانی و عملکرد اجتماعی بالا بود (۱) متفاوت است که این اختلاف می تواند ناشی از اختلاف در محیط فرهنگی- اجتماعی، مذهبی و ابزار باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بیشترین شیوع اختلالات روانی از نظر تأهل در افراد مطلقه و بیوه و کمترین آن افراد متأهل بود که اختلاف معنی دار آماری وجود داشت که این نتایج با نتایج تحقیق شریف که شیوع اختلالات روانی را در افراد بیوه و مطلقه بالا بدست آورده بود (۱۴)، و با نتایج جواتسنیمی^۱ در فنلاند که نشان داده بود شیوع اختلالات روانی در افرادی که به تنهایی زندگی و یا از همسر خود جدا شده اند بالا است (۱۸)، همخوانی دارد. و شاید یکی از دلایل آن بار مسئولیت زندگی است که زنان مطلقه و بیوه به تنهایی به دوش می گیرند و فشار زندگی بیشتری دارند.

نتایج مطالعه نشان داد که بیشترین اختلال روانی در گروه سنی بالای ۴۰ سال و گروه سنی پایین تر از ۲۰ سال است و با نتایج تحقیق نوربالا که در گروه سنی بالا اختلالات روانی بیشتر را نشان داده بود (۱۱) همخوانی داشت و با نتایج سپهرمنش که در گروههای سنی بالا و پایین کمتر اختلال روانی مشاهده شده بود همخوانی نداشت (۷). شاید این

اختلال مربوط به محدوده سنی محدود (۲۰-۴۰) سال) سپهرمنش باشد که در تحقیق ما گسترده تر بود.

در این پژوهش بالاترین شیوع اختلال روانی مربوط به افراد بی سواد بود که رابطه معناداری با میزان سلامت روانی نداشت. همچنین با در نظر گرفتن رابطه بین سلامت روانی و تحصیلات همسر نتایج نشان داد که بیشترین اختلال روانی مربوط به زنانی که شوهرشان بی سواد بود و کمترین اختلال روانی مربوط به زنانی که شوهرشان تحصیلات دانشگاهی داشتند بود که این اختلاف از نظر آماری نیز رابطه معناداری نشان داد و این یافته ها با نتایج تحقیق شریف که شیوع اختلالات روانی را در افراد بی سواد بیشتر نشان داده بود (۱۴) همخوانی دارند. بیشتر تحقیقات صورت گرفته در ایران نشان دهنده شیوع اختلالات روانی بالا در افراد بی سواد و کم سواد بود (۱۹،۷)، که شاید علت آن ناآگاهی و ناتوانی این افراد در استفاده از راهبردهای مؤثر مقابله با مشکلات زندگی باشد. همچنین تحصیلات بالاتر منجر به بالا رفتن آگاهیها و یافتن مکانیسمهای مناسب تر جهت تطابق با محیط را فراهم می سازد.

در این تحقیق بین شغل زنان و سلامت روانی رابطه معناداری دیده شد. زنان شاغل سلامت روانی شان از زنان خانه دار بیشتر بود و با نتایج تحقیق نوربالا و همکاران (۱۱) همخوانی داشت اما با نتایج تحقیق مشابه دیگر همخوانی نداشت (۱۹،۷). شاید یکی از دلایل آن تعامل و ارتباط و صمیمیتی است که افراد شاغل در محیط کار با همکاران دارند و افراد خانه دار این تعامل را ندارند و در خانه تنها هستند.

سلامت روان با وضعیت اقتصادی پایین ارتباط معنادار داشت و در این زنان شیوع اختلالات روانی بیشتر بود که با نتایج سپهرمنش که شیوع اختلالات روانی در زنان با وضعیت اقتصادی بد را بالا بدست آورده بود (۷) و فلشر^۲ و همکاران در مکزیک که نشان داده بود علایم افسردگی در زنان با درآمد پایین بیشتر است (۲۰) و کورتن^۳ در استرالیا (۸) همخوانی داشت.

² Fleischer

³ Korten

¹ Joutsenniemi

ارتباط معناداری بین تعداد فرزندان و سلامت روان مشاهده نشد. اگر چه شیوع اختلال روانی در افرادی که تعداد فرزندان بیشتری داشتند بیشتر بود و با نتایج تحقیق شریف که نشان داده بود با افزایش تعداد فرزندان درصد افرادی که نمره سلامت عمومی غیر عادی دارند بیشتر می شود (۱۴)، همسو بود شاید دلیل آن را بتوان افزایش بار خانواده از نظر اقتصادی و یا مسائل تربیتی فرزندان دانست.

پژوهش حاضر نشان داد زنانی که زیر ۲۰ سالگی ازدواج کرده اند بیشترین اختلال روانی را داشتند و از نظر آماری هم معنادار بود که با نتایج حاصل از پژوهش سپهرمنش (۷) همخوانی داشت که این نتیجه شاید نشانگر عدم رسیدن این گروه سنی به بلوغ فکری، ذهنی و جنسی می باشد در مطالعه حاضر زنانی که سابقه حاملگی ناخواسته داشتند نسبت به آنهایی که سابقه حاملگی ناخواسته نداشتند بیشتر اختلال روانی داشتند و این اختلاف معنادار بود که با نتایج پژوهش فروزنده که ارتباطی بین حاملگی ناخواسته و سلامت روان مشاهده نکرده بود (۱۹) همخوانی نداشت. شاید این اختلاف را بتوان به گروه هدف که در مطالعه فروزنده زنان باردار بود نسبت داد.

در این مطالعه میزان شیوع اختلالات روانی در زنانی که سابقه بیماری روانی داشتند، بیشتر بود که با نتایج تحقیق های مشابه انجام شده، همسو بود (۱۹،۷). چون در مطالعه حاضر تنها معیار خروج، ابتلا افراد به مشکل حاد روان و در زمان اخیر بوده، لذا افرادی که سابقه قبلی یا مزمن ابتلا داشتند در نمونه ها باقی مانده بودند که جزء محدودیت های مطالعه به شمار می رود.

نتیجه گیری

آنچه که یافته های این پژوهش را اهمیت دو چندانی می بخشد نقش محوری و اساسی زنان در تربیت فرزندان و پایداری خانواده و پویایی جامعه است. و با توجه به اینکه حدود نیمی از زنان جامعه مورد پژوهش از سلامت روانی برخوردار نبودند، توجه بیش از پیش مسئولان بهداشتی به سلامت روان زنان را می طلبد، تا از طریق برنامه هایی همچون آموزش مهارت های زندگی، توانمند سازی زنان برای سازش مؤثر با محیط زندگی خود، مهارت های مقابله با استرس، بتوانند سلامت روان زنان را ارتقاء دهند. همچنین مطالعات دقیق تر و وسیع تر با حجم نمونه بیشتر در نقاط مختلف ایران جهت بررسی فاکتورهای مؤثر بر سلامت روان زنان و پیشگیری به موقع و درمان این اختلالات پیشنهاد می شود.

References:

1. Banaian SH, Parvin N, Kazemian A. The investigation of the relationship between mental health condition and marital satisfaction. *Journal of Hamadan nursing and midwifery faculty* 2006. 14 (2): 52-58 [Persian].
2. Araste M. Study of mental health status and its related factors among high school teachers in cities of Sanandaj and Bijar. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2008. 12(4): 53- 62 [Persian].
3. Olfson M. National trends in the outpatient treatment of depression. *WJAMA*, 2002. 287(2): 203.
4. Douki, S, Heron J, Francomb H. Women's mental Health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues. *Journal of affective disorders*. 2007. 102 (1-3): 177-189.
5. Ahmadi B, Farzadi F, Shariati B, Ali-Mohamadian M, Mohammad K. Longer life expectancy and smaller elderly population in Iranian women: an explanation. *Journal of school of public health and institute of public health research*, 2006. 2 (4), 27- 35 [Persian].
6. Hassanshahi M M, Goodarzi M A, Mirjafari SA, Farnam R. Prevalence of psychiatric disorders in the city of Arsanjan the quarterly *Journal of fundamentals of mental health*, 2003. 6 (19-20): 67- 83 [Persian].
7. Sepehrmanesh Z. Mental health and its related factors in young women in Kashan city. *The Iranian Journal of obstetrics, gynecology and infertility*, 2009; 1 (12): 31-41 [Persian].
8. Korten A, Heersons. The Australian national survey of mental health and well- being. Common psychological symptoms and disablement. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 2000. 177: 325.
9. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford university press; 1972; 34.
10. Noorbala, A, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K, Yasemi MT. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*, 2004. 184 (1): 70
11. Palahang H, Nasr M, Barahani T, Shahmoh-ammadi D. Epidemiological survey of men-tal disorders in kashan city. *Andeesheh VA Raftar*, 1995. 2(4): 19-27 [Persian].
12. Bagheri-Yazdi S A, Bolhari J, Peyravi H. Mental health status of newly admitted students to Tehran university at 1994-95 academic year. *Andishe VA Raftar*, 1994 1 (4): 30- 39 [Persian].
13. Goldberg DP, Williams P. The user guide to general health questionnaire. Windsor: Nelson 1989: 35.
14. Sharif F, Joulaei H, Kadivar MR, Rajaei-Fard AR. Mental health status and its related demographic variables of families referring to Shiraz health centers. *Armaghane Danesh: Journal of Yasuj University of Medical Sciences*, 2004. 35 (9): 75- 84 [Persian].
15. Mohammadi MR, Bagheri Yazdi SA, Rahgozar M, Mesgarpour B, Barimani F, Taheri SK, Malekzadeh Sh. An epidemiological study of psychiatric disorders in Mazandaran province. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 2004. 41 (13): 18- 23 [Persian].
16. Kheirabadi GhR, Yousefi F. A survey of mental health and its relevant factors in above 15 year's old urbanized subjects in Kurdistan province. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 2002. 24 (6): 34-39 [Persian].
17. Shariati M, Yunesian M, Vash J N. Mental health of medical students: a cross-sectional study in Tehran. *Psychological Reports*, 2007; 100 (2): 346- 54.
18. Joutsenniemi k, Martelin T, Martikainen P, Pirkola S, Koskinen. Living arrangements and mental health in Finland. *Journal of epidemiology and community health*, 2006. 60: 468- 475.
19. Forouzandeh N, Delaram M, Deris F. The quality of mental health status in pregnancy and its contributing factors in women visiting the health care centers of Shahrekord, 2001-02. *Medical Journal of reproduction & infertility* 2003: 2(4): 146- 155 [Persian].
20. Fleischer NL, Fernald LC, Hubbard AE. Depressive symptoms in Low- Income women in rural Mexico. *Epidemiology*, 2007. 18(6): 678.