

## Original Paper

# Psychological disorders among inhabitant residing in poor social district of Gorgan, Iran

Ghaffari E (MA)<sup>1</sup>, Shahi AS (MA)\*<sup>2</sup>, Ozouni Davaji RB (MA)<sup>3</sup>, Rostami R (MA)<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PhD student of Education, Amozgari University of Sadroddine Einy, Tajikistan, Doshanbe.

<sup>2</sup>MA in Rehabilitation Counseling. <sup>3</sup>MA in Family Counseling, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

---

### Abstract

**Background and Objective:** Normal psychological behaviour is one of the general concept of health. This study was carried out to evaluate psychological disorders among inhabitant residing in poor social district of Gorgan, Iran.

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was done on 376 subjects (188 males and 188 females) with simple random sampling method. Data were gathered using the general health questionnaire (GHQ-28). Data was analyzed by SPSS-16, Kruskal–Wallis and Pearson tests.

**Results:** The prevalence of psychological disorders was 37% (33.5% in men, 40.4% in women), depression was 24.45% (22.5% in men and 26.4% in women) and anxiety was 31.6% (31.2% in men, 32% in women). Social affairs disorder 21% (19.2% in men, 22.7% in women) and psychosomatic disorders in 28.5% (22% of men, 35% of women). The relationship between psychological disorder with economic level and family size was significant ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** This study showed that 37% of inhabitant residing in poor social district of Gorgan, Northern Iran had psychological disorders.

**Keywords:** Mental Health, Psychological disorders, Problematic area

---

\* **Corresponding Author:** Shahi AS (MA), E-mail: shahi.sattar@gmail.com

Received 3 May 2009

Revised 6 December 2010

Accepted 2 March 2011

## تحقیقی

### سلامت روان ساکنین مناطق آسیب‌خیز اجتماعی شهر گرگان

ابراهیم غفاری<sup>۱</sup>، عبدالستار شاهی\*<sup>۲</sup>، رحمان بردی اوزونی دوجی<sup>۳</sup>، رقیه رستمی<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی دکتری رشته تعلیم و تربیت، دانشگاه آموزگاری صدرالدین عینی، تاجیکستان، دوشنبه.

۲- کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، ۳- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مرکز بهداشت شهرستان مراوه تپه، دانشگاه علوم پزشکی گلستان.

### چکیده

زمینه و هدف: سلامت روان یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت می‌باشد. این مطالعه به منظور تعیین سلامت روان زنان و مردان ساکن در مناطق آسیب‌خیز اجتماعی شهر گرگان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی روی ۳۷۶ فرد (۱۸۸ مرد و ۱۸۸ زن) متأهل ساکن در سه منطقه آسیب‌خیز اجتماعی شهر گرگان در سال ۱۳۸۷ انجام شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی طبقه‌ای برای پاسخگویی به پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire: GHQ) انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و آزمون‌های کروسکال‌والیس و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: فراوانی موارد مشکوک به اختلالات روانی ۳۷ درصد بود. این میزان در مردان ۳۳/۵ درصد و در زنان ۴۰/۴ درصد تعیین گردید. میزان فراوانی اختلال افسردگی ۴۴/۴۵ درصد (مردان ۲۲/۵ درصد و زنان ۲۶/۴ درصد) تعیین شد. فراوانی اختلال اضطراب ۳۱/۶ درصد (مردان ۳۱/۲ و زنان ۳۲ درصد) بود. ۲۱ درصد افراد (۱۹/۲ درصد مردان و ۲۲/۷ درصد زنان) از لحاظ عملکرد اجتماعی دارای مشکل بودند. اختلالات روان‌تنی در ۲۸/۵ درصد (۲۲ درصد مردان و ۳۵ درصد زنان) مشاهده شد. بین فراوانی اختلال روانی و بعدخانوار و طبقه اقتصادی در افراد مورد مطالعه رابطه معنی‌دار آماری یافت شد ( $P < 0/05$ ).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که اختلال سلامت روان در مناطق آسیب‌خیز اجتماعی شهر گرگان در ۳۷ درصد افراد وجود دارد.

کلید واژه‌ها: سلامت روان، اختلال روانی، مناطق آسیب‌خیز

\* نویسنده مسؤول: عبدالستار شاهی، پست الکترونیکی shahi.sattar@gmail.com

نشانی: گرگان، بلوار غدیر، بهزیستی شهرستان گرگان، اورژانس اجتماعی، تلفن ۴۴۲۳۱۳۸ - ۰۱۷۱، نمابر ۴۴۲۳۱۳۸

وصول مقاله: ۸۸/۲/۱۳، اصلاح نهایی: ۸۹/۹/۱۵، پذیرش مقاله: ۸۹/۱۲/۱۱

**مقدمه**

سازمان بهداشت جهانی در تعریف سلامتی آن را حالتی از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری می‌داند و به این نکته تأکید دارد که هیچ‌یک از این ابعاد بر دیگری اولویت ندارد (۱). نگاهی به آمار و ارقام مربوط به شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت و ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌نماید. طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ میلادی حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که حدود نیمی از آن شامل اختلالات خفیف روانی همچون افسردگی و اضطراب است (۲).

عوامل بسیاری باعث برهم خوردن سلامت روانی می‌شوند که از جمله آنها می‌توان به عدم رعایت عدالت اجتماعی، فراهم نبودن فرصت‌های شکوفایی برای افراد، وجود تبعیض‌های غیرمنطقی و عدم ایجاد امنیت اجتماعی اشاره نمود (۳). یکی از تحقیقات مهم اساسی که توسط دو محقق به نام‌های Hollingshead و Redlick انجام گرفت؛ توجه به علل اجتماعی بیماری‌های روانی را بیشتر نمود. نتایج تحقیقات آنان بیانگر این واقعیت بود که بین طبقات اجتماعی و بیماری‌های روانی رابطه مسلم و قاطعی وجود دارد (۳). ارتباط بین سلامت روان پایین و فقر و محرومیت به فراوانی مطالعه شده و وابستگی این دو عامل مورد تأیید قرار گرفته است. سازمان بهداشت جهانی اظهار می‌دارد که اختلالات روانی در تمامی افراد در هر دو جنس زن و مرد در سنین مختلف و در تمامی زمینه‌ها اتفاق می‌افتد و هیچ گروه خاصی در مقابل این اختلالات ایمن نیستند؛ اما خطر ابتلای به اختلالات روانی در افراد فقیر، بیکار و بی‌خانمان دارای تحصیلات پایین بسیار زیاد است (۱). ارتباط بین فقر و سلامت روان پایین هنوز پیچیده است و تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد (۴).

تاکنون مطالعات متعددی در زمینه سلامت روانی افراد در جمعیت‌های مختلف انجام شده است. میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت ۲۴-۱۵ ساله مناطق روستایی و شهری استان‌های کشور در سال ۱۳۷۸، ۱۷/۶ درصد گزارش شد (۵). در مطالعه یعقوبی و همکاران در شهرستان صومعه‌سرای گیلان میزان عدم سلامت روانی ۲۳/۸۴ درصد (۳۰/۴۸ درصد در

زنان و ۱۵/۸ درصد در مردان) گزارش شد. به طوری که اختلالات خلقی و اضطرابی به ترتیب با ۱۲/۶ درصد و ۷/۵۲ درصد از شایع‌ترین اختلالات روانی گزارش شد (۶).

باقری یزدی و همکاران در مناطق روستایی میبد یزد شیوع اختلالات روانی را ۱۲/۵ درصد گزارش کردند (۷). پلاهنگ و همکاران میزان شیوع اختلالات روانی را در افراد بالای ۱۵ سال شهر کاشان ۲۳/۷۵ درصد و شیوع اختلالات خلقی را در این جمعیت ۱۱/۷۹ درصد گزارش کردند (۸). شیوع اختلالات روانی افراد بالای ۱۵ سال در استان کردستان در مطالعه خیرآبادی و یوسفی ۳۵/۷ به دست آمد (۹). زندگی شهرنشینی و مشکلات عدیده موجود در آن سبب شده است که آمار اختلالات روان و بیماری‌های روانی در جوامع افزایش روزافزونی داشته باشد (۱۰). در مناطق آسیب‌خیز آسیب‌های اجتماعی از قبیل اعتیاد، کودکان خیابانی، اختلالات زناشویی، سرقت و دیگر جرم‌های اجتماعی شیوع بیشتری دارد. لذا این مطالعه به منظور تعیین سلامت روان زنان و مردان متأهل ساکن در مناطق آسیب‌خیز اجتماعی شهر گرگان انجام شد.

**روش بررسی**

این مطالعه توصیفی روی ۳۷۶ فرد متأهل ساکن در سه منطقه آسیب‌خیز اجتماعی شهر گرگان شامل امام‌رضا (ع)، ایرانمهر و اسلام‌آباد در سال ۱۳۸۷ انجام شد. این مناطق براساس مطالعه واحد پژوهش مرکز مداخله در بحران سازمان بهزیستی استان گستان در سال ۱۳۸۵ به عنوان مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان شناسایی شده‌اند.

با توجه به آمار مرکز بهداشت شهر گرگان در سال ۱۳۸۶ جمعیت متأهلین این مناطق در حدود ۷۰۰۰ زوج بود. براساس جدول Morgan و Krijcie در سال ۱۹۷۰ نمونه معرف این جامعه برابر با ۳۶۷ نفر است (۱۱). بر این اساس تعداد ۳۹۰ نفر (با احتمال افت افراد) به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که از این تعداد ۳۷۶ نفر به پرسشنامه پاسخ دادند. با توجه به این که این پژوهش، یک مطالعه میدانی است؛ با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ابتدا از هر منطقه ۶۵ منزل براساس شماره پلاک منازل به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شدند. سپس از هر منزل یک زن و یک مرد که متأهل بودند؛ انتخاب شدند و

شد که اطلاعاتی را در مورد سن، جنس، وضعیت اقتصادی و تعداد افراد خانوار آنان را مشخص می‌نمود.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و با توجه به عدم توزیع نابرابر داده‌ها در وضعیت بعداقتصادی با استفاده از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه  $31/04 \pm 7/87$  سال بود. جوان‌ترین فرد شرکت‌کننده ۱۶ سال و مسن‌ترین فرد ۵۷ سال سن داشت. میانگین سن مردان و زنان به ترتیب ۳۱ سال و ۲۵ سال بود. از نظر وضعیت اقتصادی ۴/۸ درصد افراد در وضعیت اقتصادی بسیار خوب، ۱۴/۳ درصد در وضعیت اقتصادی خوب، ۵۲/۹ درصد افراد در وضعیت اقتصادی متوسط، ۱۹/۲ درصد در وضعیت ضعیف و ۸/۸ درصد باقی‌مانده نیز در وضعیت اقتصادی بسیار ضعیف به سر می‌بردند.

۱۷/۳ درصد افراد در خانواده‌هایی با جمعیت ۲ یا ۳ نفره، زندگی می‌کردند و ۲۱/۳ درصد در خانواده‌های ۴ نفره، ۱۶/۲۲ درصد در خانواده‌های ۵ نفره، ۲۱/۳ درصد افراد در خانواده‌های ۶ نفره و ۲۴ درصد افراد نیز در خانواده‌های ۷ نفر و بیشتر زندگی می‌کردند.

۲۳۷ فرد (۶۳ درصد) مورد مطالعه از لحاظ روانی در طیف سالم و ۱۳۹ فرد (۳۷ درصد) در طیف اختلال روانی قرار گرفتند. همچنین از لحاظ فراوانی ۱۲۵ مرد (۶۶/۵ درصد) در طیف افراد سالم و ۶۳ مرد (۳۳/۵ درصد) در طیف اختلال روانی قرار گرفتند. در بین زنان مورد مطالعه ۱۱۲ نفر (۵۹/۶ درصد) از لحاظ روانی سالم و ۷۵ نفر (۴۰/۴ درصد) نیز در طیف اختلال روانی قرار داشتند.

توزیع فراوانی اختلال افسردگی در بین مردان ۲۲/۵ درصد (۴۲ نفر) و در بین زنان ۲۶/۴ درصد (۴۹ نفر) به دست آمد. میزان اختلال اضطراب و بی‌خوابی ۳۱/۲ درصد (۵۸ نفر) در مردان و ۳۲ درصد (۶۰ نفر) در زنان تعیین شد. میزان فراوانی اختلال در عملکرد اجتماعی در بین مردان ۱۹/۲ درصد (۳۶ نفر) و در بین زنان ۲۲/۷ درصد (۴۳ نفر) بود. همچنین اختلالات روان‌تنی یا نشانه‌های بدنی اختلال در بین مردان ۲۲

در صورت نداشتن شرایط ورود به مطالعه به منزل سمت چپ مراجعه شد. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه صورت گرفت. این پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و سؤالات مربوط به پرسشنامه سلامت روان Goldberg بود. برای تکمیل پرسشنامه‌ها از پرسشگران آموزش دیده استفاده گردید. پرسشگران در زمینه موضوعات مربوط به محرمانه ماندن اطلاعات پاسخ‌دهندگان، روش جلب اعتماد پاسخگویان و سؤال‌های پرسشنامه آموزش دیدند.

در این مطالعه از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (General Health Questionnaire: GHQ) استفاده شد. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال می‌باشد؛ اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن نیز در پژوهش‌های مختلف استفاده شده است. فرم‌های مختلف این پرسشنامه از روایی و پایایی بالای برخوردار است و کارایی فرم ۲۸ سؤالی تقریباً به همان میزان کارایی فرم ۶۰ سؤالی است. ده‌ها تحقیق ارائه شده توسط گلدبرگ و ویلیامز در سال ۱۹۸۷ در انگلستان و سایر کشورها مؤید این مطلب بوده‌اند (۱۲). مطالعات اعتباریایی پرسشنامه سلامت عمومی حاکی از روایی و پایایی بالای این پرسشنامه می‌باشد. نتیجه فراتحلیل ۴۳ پژوهش در این زمینه که توسط ویلیامز هاری و گلدبرگ (۱۹۸۹) انجام شد؛ میانگین حساسیت ۸۴ درصد و متوسط ویژگی ۸۲ درصد به دست آمد (۱۴ و ۱۳ و ۱۲). مطالعات انجام شده در ایران نیز حاکی از روایی بالای این آزمون می‌باشد. بررسی انجام گرفته در خصوص شیوع اختلالات روانی در ایران که از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی استفاده شده؛ نشان‌دهنده آن است که میزان روایی و پایایی این آزمون با نقطه برش ۶ بین ۸۴ درصد تا ۹۳ درصد و با نقطه برش ۲۳ بین ۶۸ درصد تا ۹۴ درصد متغیر است (۸ و ۵).

نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی براساس مقیاس لیکرت بود. به هر سوال نمرات صفر تا ۳ تعلق گرفت. مجموع نمرات بین صفر تا ۲۷ سلامت عمومی مطلوب، ۲۸-۵۵ سلامت عمومی تاحدی مطلوب و ۵۶-۸۴ سلامت عمومی نامطلوب محسوب شد (۱۵). پرسشنامه دیگری نیز برای به‌دست آوردن اطلاعات دموگرافیک در اختیار افراد قرار داده

درصد (۴۱ نفر) و در بین زنان ۳۵ درصد (۶۵ نفر) تعیین شد. تعداد اعضای خانوار با سلامت روان کل رابطه آماری معنی داری داشت ( $P < 0/008$ ). در مورد ابعاد سلامت روان نیز تعداد اعضای خانوار با دو متغیر افسردگی ( $P < 0/001$ ) و اضطراب ( $P < 0/004$ ) رابطه آماری معنی داری داشتند. بین متغیر تعداد اعضای خانوار و بعد اختلالات روان‌تنی و اختلال در عملکرد اجتماعی رابطه آماری معنی دار یافت نشد (جدول یک).

جدول ۱: مقایسه نمره سلامت روان و ابعاد آن در ساکنین مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان بر حسب تعداد اعضای خانوار در سال ۱۳۸۷

متغیر وابسته	کای اسکوئر	Df	p-value
افسردگی	۲۵/۵	۴	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۵/۲	۴	۰/۰۰۴
اختلالات روان‌تنی	۳/۶	۴	۰/۴۶
اختلال در عملکرد اجتماعی	۷/۹	۴	۰/۰۹
سلامت روان کل	۱۳/۷۵	۴	۰/۰۰۸

### بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۳۷ درصد افراد مورد مطالعه دچار اختلال در سلامت روان بودند.

در بررسی، مطالعه مشابه انجام شده روی جوامع آسیب‌خیز یافت نشد؛ اما در مطالعاتی که روی جوامع بدون در نظر گرفتن مناطق خاص صورت گرفت است؛ اختلالات روانی به میزان ۲۱/۵ درصد (۵)، ۱۲/۵ درصد (۷) و ۱۴/۶۹ درصد (۱۶) گزارش شده است.

جدول ۲: مقایسه نمره سلامت روان و ابعاد آن در ساکنین مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان بر حسب وضعیت اقتصادی در سال ۱۳۸۷

متغیر وابسته	کای اسکوئر	Df	p-value
افسردگی	۴۷/۲۶	۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۲/۵۲	۳	۰/۰۰۶
اختلالات روان‌تنی	۱۳/۲۴	۳	۰/۰۰۴
اختلال در عملکرد اجتماعی	۳/۹	۳	۰/۲۷
سلامت روان کل	۲۳/۲۸	۳	۰/۰۰۰

این تفاوت میزان شیوع اختلال در سلامت روان می‌تواند ناشی از تفاوت جامعه و نمونه مورد بررسی این مطالعات باشد. جامعه مورد مطالعه ما ساکنین مناطق آسیب‌خیز شهر بودند. ساکنان این مناطق به دلیل عدم وجود امکانات رفاهی، شغل‌های نامناسب، درآمد ناکافی و همچنین بهداشت پایین، نسبت به جمعیتی که در مراکز شهرها زندگی می‌کنند؛ از سطح زندگی پایینی برخوردارند. براساس یافته دیگر پژوهش ۳۳/۵ درصد مردان و ۴۰/۴ درصد زنان فاقد سلامت روانی بودند. در بسیاری از مطالعات از جمله Bash (۱۷)، باقری یزدی و همکاران (۷)، نوربالا و همکاران (۵) و محمدی و همکاران (۱۸)، اختلالات روانی در زنان به طور قابل ملاحظه‌ای شایع‌تر از مردان گزارش شده است که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. شواهد نشان می‌دهند که نرخ بالای بیماری روانی در زنان بیشتر به نقش‌های جنسیتی و زناشویی آنها مربوط می‌شود. اکثر زنان به داشتن یک نقش اجتماعی یعنی خانه‌داری محدود هستند. در صورتی که مردان دست کم دو نقش ایفا می‌کنند که شامل سرپرستی خانواده و داشتن شغل است. بنابراین مردان دارای دو منبع رضایت هستند ولی زنان فقط یک منبع رضایت دارند. طبق نظر کاپلان تاثیر بیکاری فراتر از فقدان درآمد است و تاوان روانی و جسمانی ناشی از آن هنگام است. هسته مرکزی هویت شخص که غالباً به حرفه او وابسته است؛ با از دست دادن شغل و همچنین عدم

جدول ۳: همبستگی سلامت روان و مؤلفه‌های آن با متغیر سن در ساکنین مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان در سال ۱۳۸۷

متغیر وابسته	R	p-value
افسردگی	-۰/۰۶	۰/۱۱
اضطراب	-۰/۰۲	۰/۶۶
اختلال در عملکرد اجتماعی	-۰/۲۰	۰/۰۰
اختلالات روان‌تنی	-۰/۶۲	۰/۰۰
سلامت روان کل	۰/۰۴	۰/۳

بین وضعیت اقتصادی با سلامت روان کل ( $P < 0/001$ ) و سه بعد آن شامل افسردگی ( $P < 0/001$ )، اضطراب ( $P < 0/006$ ) و اختلالات روان‌تنی ( $P < 0/004$ ) از لحاظ آماری رابطه معنی داری یافت شد. این رابطه با مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی معنی دار نبود (جدول ۲).

سن افراد با دو بعد اختلال در عملکرد اجتماعی و اختلالات روان‌تنی ارتباط منفی معنی داری داشت

تجربی نشان داده است که افزایش فعالیت اجتماعی می‌تواند تأثیرات سودمندی در بهزیستی روان‌شناختی داشته باشد. در حالت کلی افراد ارتباطات اجتماعی با دیگران را در طول زندگی حفظ می‌کنند. با این وجود با افزایش سن میزان این ارتباط کمتر می‌شود. به طوری که در طول بخش آخر زندگی بزرگسالی میزان ارتباط اجتماعی کاهش می‌یابد (۲۲). مطالعه‌ای نشان داد که در افراد سالمند داشتن یک رابطه صمیمانه ثابت با سلامت روان خوب و روحیه خوب آنها در ارتباط است (۲۳). بنابراین حتی یک پیوند اجتماعی اندک می‌تواند سطح بهزیستی روان‌شناختی بالایی را نشان دهد. در مطالعه دیگری متأهل بودن با میزان مرگ و میر پایین در افراد زیر ۶۰ سال دیده شده است (۲۴). علاوه بر این در اختلالات روان‌تنی همچنان که در بالا اشاره شد؛ با افزایش سن از میزان روابط اجتماعی کاسته می‌شود. لذا ممکن است شکایات در به وجود آوردن پاسخ‌های اجتماعی مثل توجه از دیگران مورد استفاده قرار گیرند (۲۵).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به خاص بودن نمونه و محدود بودن جامعه به ساکنان مناطق آسیب‌خیز شهر گرگان اشاره نمود و تعمیم به کل جامعه بایستی با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهشگران و مشاوران و روان‌شناسان پژوهش‌های مشابهی را در نمونه‌های مختلف و با مشکلات دیگر بررسی نمایند.

### نتیجه‌گیری

در نهایت این مطالعه نشان داد که میزان اختلال سلامت روان در مناطق آسیب‌خیز اجتماعی در ۳۷ درصد افراد وجود دارد و با متغیرهایی همچون سطح اقتصادی پایین و بعد خانوار در ارتباط است. نتایج این مطالعه می‌تواند مورد استفاده برنامه‌ریزان آموزشی، درمانی و پیشگیری از بروز اختلالات روانی در مناطق آسیب‌خیز و مراکز ارائه‌دهنده خدمات قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان در مطالعه به خاطر همکاری صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

دسترسی به شغل ثابت شدیداً آسیب می‌بیند (۱۹ و ۲۰).

بین وضعیت اقتصادی با سلامت روان کل و سه بعد آن (افسردگی، اضطراب و اختلالات روان‌تنی) از لحاظ آماری رابطه معنی‌داری به دست آمد. ولی این رابطه با مؤلفه اختلال در عملکرد اجتماعی معنی‌دار نبود. این یافته با نتایج مطالعات باقری یزدی و همکاران (۷)، یعقوبی و همکاران (۶)، خیرآبادی و یوسفی (۹) همسو است. این یافته حاکی از نقش مهم وضعیت اقتصادی در سلامت روانی افراد جامعه است. Guida و همکاران نتیجه گرفتند که اضطراب امتحان بین دانش‌آموزانی که در شرایط اقتصادی و اجتماعی پایینی هستند؛ نسبت به دانش‌آموزانی که شرایط اقتصادی اجتماعی بالایی دارند؛ بیشتر است (۲۰). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲) هیچ گروهی در برابر اختلالات روانی ایمن نیست؛ اما خطر آن در میان افراد فقیر، بی‌خانمان، بیکار و با سطح تحصیلی پایین بیشتر است. بنابراین به نظر می‌رسد که درآمد کم و فقر مالی نه تنها بر اضطراب امتحان بلکه در سلامت روانی افراد نقش مهمی دارد. مطالعات شیوع‌شناسی روان‌پزشکی، نسبت‌های بالایی از بیماری‌های روانی را در جوامع دارای وضعیت اقتصادی پایین گزارش کرده‌اند (۲). فقر و وجود فشارهای اقتصادی همانند بیکاری و عدم دسترسی به مسکن مناسب احتمال بروز بیماری‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب را بالا می‌برد (۲۱).

در مطالعه ما رابطه معنی‌داری بین سلامت روان کل و بعد خانوار وجود داشت. این نتیجه با یافته‌های یعقوبی و همکاران (۶) و خیرآبادی و یوسفی (۹) هم‌خوانی دارد. این ارتباط به صورت معکوس است. بدین معنی که با افزایش بعد خانوار، میزان سلامت روان در افراد پایین می‌آید.

در مطالعه حاضر بین متغیر سن افراد با دو بعد اختلال در عملکرد اجتماعی و اختلالات روان‌تنی ارتباط منفی معنی‌داری یافت شد. یعنی با افزایش سن عملکرد اجتماعی افراد دچار مشکل می‌شود و همچنین افراد به اختلالات روان‌تنی خود گرایش بیشتری پیدا می‌کنند. رابطه به دست آمده بین سن و اضطراب و افسردگی در این مطالعه معنی‌دار نبود. در تبیین این نتیجه می‌توان چنین بحث کرد که شواهد

## References

1. World Health Organization. Investing in mental health. 2003. [www.who.int/mental\\_health/en/investing\\_in\\_mnh\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf)
2. The world health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Available at: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
3. Shamloo S. [Psychological pathology]. 2<sup>nd</sup>. Tehran: Roshd Publication. 1989; p: 54 [Persian]
4. Kuruvilla A, Jacob KS. Poverty, social stress and mental health. *Indian J Med Res.* 2007 Oct;126(4):273-8.
5. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT. [Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999]. *Hakim Res J.* 2002;5(1): 1-10. [Article in Persian]
6. Yaghoubi N, Nasr M, Shah Mohammadi D. [Epidemiology of mental disorders in urban and rural areas of Sowmaesara, Gillan]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 1995;1(4):55-65. [Article in Persian]
7. Bagheri Yazdi A, Bolhari J, Shah Mohammadi D. [An epidemiological study of psychological disorders in a rural area (Meibod, Yazd) in Iran]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 1994;1(1): 32-41. [Article in Persian]
8. Palahang H, Nasr M, Barahani MN, Shah Mohammadi D. [Epidemiology of mental illnesses in Kashan city]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 1996;2(8):19-27. [Article in Persian]
9. Kheirabadi GhR, Yousefi F. [A survey of mental health and its relevant factors in above 15 years old urbanite subjects in Kurdistan province]. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci.* 2002;6(4): 34-9. [Article in Persian]
10. Street E. [Family counseling, theory and practice in systemic theory]. Translate by Tabrizi M, Alavinia A. 5<sup>th</sup>. Tehran: Fararavan Publication. 2003; pp: 5-10. [Persian]
11. Krijcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement.* 1970;30: 607-10.
12. Williams P, Goldberg DP, Mari J. The Validity of The GHQ-28. *Social Psychiatry.* 1987; 21:15-18.
13. Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shah Mohammadi D. [Epidemiology of mental disorders in a village in Tehran province]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2001;7(2):19-26. [Article in Persian]
14. Sadeghi Kh, Saberi SM, Assareh M. [Epidemiological study of psychiatric disorders in Kermanshah urban residents]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2000;6(2):16-25. [Article in Persian]
15. Molavi H. Validation Factor Structure and Reliability of The Farsi Version of General Health Questionnaire 28 In Iranian Students. *Pakistan J Psychol Res* 2002; 17(3-4): 87-98.
16. Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri Yazdi SA, Mesgarpour B, Maleki BA, Hoseini SH, et al. [An epidemiological study of psychiatric disorders in Golestan province (Year 2001)]. *J Gorgan Uni Med Sci.* 2004; 6(1): 67-77. [Article in Persian]
17. Bash KW, Bash-Liechti J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan, Iran. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 1969;4(4):137-43.
18. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malek Afzali H, Naghavi HR, Pour Etemad HR, et al. [An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran, 2001]. *Hakim Res J.* 2003;6(1): 55-64. [Article in Persian]
19. Hasanzade Chaychiani Z. [Concept, position and basic of mental health]. 1<sup>st</sup>. Rasht: Publication of the Medical Science University of Guilan. 1997; p:27. [Persian]
20. Guida FV, Ludlow LH. A cross-cultural study of test anxiety. *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 1989;20(2):178-90.
21. Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. *Br J Psychiatry.* 2006 Dec;189:547-55.
22. Carstensen LL. Social support among the elderly: Limitations of behavioral interventions. *The Behavior Therapist.* 1986; 9(6): 111-13.
23. Lowenthal MF, Haven C. Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. In: Powell Lawton M, Salthouse TA (eds). *Essential Papers on the Psychology of Aging.* 1<sup>st</sup>. New York: New York University Press. 1998; pp: 445-62.
24. Seeman TE, Kaplan GA, Knudsen L, Cohen R, Guralnik J. Social network ties and mortality among the elderly in the Alameda County Study. *Am J Epidemiol.* 1987 Oct;126(4):714-23.
25. Sarason EJ, Sarason BR. [Abnormal psychology, the problem of maladaptive Behavior]. Translate by Najariyan B, Asghari Moghadam MA, Dehghani M. 4<sup>th</sup>. Tehran: Roshd Publication. 2002; p: 486 [Persian]