

## سلامت روان و عوامل مرتبط با آن در زنان جوان شهر کاشان

زهرا سپهرمنش

استادیار روانپزشکی و فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

تاریخ پذیرش مقاله: 87/9/4

تاریخ دریافت: 87/3/20

### خلاصه

**مقدمه:** زنان یکی از گروه‌های حساس بهداشتی بوده که نسبت به مردان در خطر بالاتری برای اکثر اختلالات روانی هستند. سلامت روان زنان، سلامت خانواده و متعاقباً جامعه را تضمین می‌کند. این مطالعه جهت بررسی وضعیت سلامت روان زنان جوان در شهر کاشان و عوامل مرتبط با آن در سال 1384 طراحی و اجرا شده است. روش کار: در این مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی 400 زن جوان 20-40 ساله به روش خوشه‌ای از سطح شهر کاشان انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده جهت بررسی سلامت روان، پرسشنامه سلامت عمومی 28 سوالی بود. همچنین یک پرسشنامه جمعیت شناختی (مشخصات فردی، خانوادگی) شامل متغیرهای سن، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی، سن ازدواج، تفاوت سنی با همسر، سن اولین بارداری و تعداد فرزندان برای زنان نمونه تکمیل گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط نرم افزار SPSS نسخه 11 و با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** یافته‌ها نشان داد که 40 درصد زنان مورد مطالعه در شهر کاشان مشکوک به اختلال روانی (عدم سلامت روان) بر اساس پرسشنامه سلامت عمومی می‌باشند. زنان مشکوک به اختلال روانی، در دو زیر مقیاس اضطراب (9/23) و علائم جسمانی (8/68) میانگین نمرات بالاتری داشتند. سلامت روانی زنان مورد مطالعه ارتباط معناداری با سن، تعداد فرزندان، سابقه بیماری اعصاب و روان، سابقه بیماری جسمی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی داشت ( $p < 0/05$ ). سلامت روان زنان با وضعیت شغلی، تاهل، سن ازدواج، رابطه معناداری نداشت ( $p > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج فوق و درصد بالای زنان جوان مشکوک به اختلال روانی در شهر کاشان لزوم مطالعات دقیق‌تر و وسیع‌تر سلامت روان زنان جوان و عوامل مرتبط با آن در سایر نقاط ایران پیشنهاد می‌شود تا با تشخیص عوامل دخیل در سلامت روان زنان، به پیشگیری و درمان به موقع این اختلالات پرداخته شود. و با بهبود سلامت روان زنان جوان، سلامت روان کودکان را فراهم کنیم.

**کلمات کلیدی:** سلامت روان، زنان، ایران

\* نویسنده مسؤل: زهرا سپهرمنش

آدرس: کاشان، پانزده خرداد، بیمارستان اخوان

[z.sepهرانesh@gmail.com](mailto:z.sepهرانesh@gmail.com)

تلفن: +98 (0361) 4460266

## مقدمه

در دو دهه گذشته اهمیت به سلامت زنان افزایش یافته است. تا این اواخر زنان از آزمایشات بالینی حذف می شدند و آنچه از مطالعه مردان می آموختیم جهت زنان بکار می رفت. همچنین مطالعاتی که شامل زنان می شد جداگانه به تفکیک جنسیت آنالیز نمی شد.

در حال حاضر می دانیم که تفاوت‌های جنسی مهمی در درمان و ارزیابی وجود دارد که باید در نظر گرفته شود. تعدادی از بیماریها علائم متفاوت، سیر متفاوت و عوامل خطر متفاوت در مردان و زنان دارند. اگر اطلاعات را با در نظر گرفتن جنسیت تحلیل نکنیم هرگز نمی توانیم به علت این تفاوتها پی ببریم که کاربرد مهمی جهت درمان دارند. هیچ حیطة ای از سلامت زنان بیشتر از سلامت روانی به این موضوع توجه نکرده است (1). افسردگی یکی از مهمترین یافته‌های تحقیقات اپیدمیولوژیکی است. زنان به خصوص در طی سالهای باروری نسبت به مردان در خطر بالاتری برای افسردگی هستند. مطالعات اپیدمیولوژیکی نشان داده که افسردگی در زنان حدوداً دوبرابر شایعتر از مردان است. مطالعات همبودی نشان داده که شیوع افسردگی در طول عمر در زنان 21/3% و در مردان 12/7% است و نسبت خطر زن به مرد 1/7 است (1). تفاوت جنسی افسردگی در طول عمر متغیر است غالبیت زن به مرد در اوایل نوجوانی شروع می شود و در طی اواسط زندگی باقی می ماند (2). مطالعات طولی نشان داده که تفاوت‌های جنسی تا سن 13 سالگی بروز می کند. و تا سن 15 سالگی افسردگی در طول عمر 4/5% در پسران و 6/9% در دختران است و تا سن 18 سالگی در پسران به 14% و در دختران به 27/5% می‌رسد که مشابه بالغین است (3).

دلایل متفاوتی وجود دارد که چرا تفاوت جنسی در میزان افسردگی بعد از میانسالی کاهش می یابد. تحقیق سلامت روان هلند نشان داده که شیوع اختلالات خلقی در گروه سنی 55 تا 64 سال در پایین ترین حد می باشد (4).

زنان همچنین اختلالات اضطرابی بیشتری را تجربه می کنند از جمله اضطراب منتشر اختلال هراس و بیشتر از 90% موارد اختلال خوردن در زنان رخ می دهد. در حقیقت تقریباً یک سوم زنان معیارهای یک اختلال اضطرابی را در طول عمر خواهند داشت (5). همچنین نتایج حاصل از تحقیقات اپیدمیولوژیکی که به روی ملل مختلف انجام شده حاکی از این می باشد که اختلالات اضطرابی شایع است و به طور زیادی در زنان رخ می دهد (6). زنان به طور مکرر در هر سنی مبتلا به اختلالات اضطرابی می شوند اگر چه به طور کلی در سنین بالا میزان بروز کاهش می یابد (7).

تفاوت در شیوع اختلالات سوماتوفورم در زنان و مردان قابل توجه است. جنسیت زن یک فاکتور مهم برای اختلالات جسمی سازی است. زمانی که معیارهای کمتری جهت تشخیص اختلال جسمی سازی در نظر گرفته شود سندرم جسمی سازی 30 تا 150 برابر شیوعش بالاتر می رود (8).

در تحقیقی که در شهر گناباد در سال 1383 انجام شده با استفاده از ابزار SCL90R سلامت روان زنان جوان و میانسال مورد بررسی قرار گرفته است. این تحقیق نشان داد که 33/6% زنان مشکوک به اختلال روانی بودند و میزان اختلالات روانی بر اساس 9 مقیاس SCL90R به ترتیب اختلال وسواس اجبار 23%، افکار پارانوئیدی 21/5%، افسردگی 19/2%، اضطراب 12/5% و شکایات جسمی 11/3% بود و حمایت اجتماعی با سلامت روانی و تمام ابعاد آن بر اساس SCL90R ارتباط معناداری داشته است (9).

در تحقیقی که در دانشجویان پزشکی در شهر تهران انجام شده 45/7% زنان و 36/7% مردان (به طور کلی 40/7%) مشکل روانی داشتند که این دیسترس روانی در ارتباط با زن بودن و وضعیت اقتصادی بود (10).

در مورد تاثیر ازدواج بر سلامت روانی تحقیقات مختلف نتایج متضادی نشان داده است. در تحقیقی که در ژورنال

تربیت کنندگان اصلی فرزندان و نسل آینده می باشند. لذا بررسی سلامت روان این قشر بسیار اهمیت دارد. این تحقیق می تواند پایه ای برای تحقیقات بعدی و کاملتر باشد. تا با بررسی عوامل مختلف خانوادگی - فرهنگی - اجتماعی - اقتصادی، نقش آنها را در سلامت روان زنان بررسی کنند و نهایتاً با مداخلات بموقع به پیشگیری از اختلالات روانی بپردازیم و نسل آینده سالمتری داشته باشیم.

### روش کار

مطالعه حاضر یک تحقیق مقطعی و توصیفی تحلیلی می باشد که روی 400 نفر از زنان جوان 20 تا 40 ساله شهر کاشان در سال 1384 انجام شده است.

روش نمونه گیری به صورت خوشه ای تصادفی بود که با مراجعه به مراکز بهداشتی شهر کاشان انجام شد. نمونه ها به طور تصادفی از پرونده های خانوار 10 مرکز بهداشتی که در نقاط مختلف شهر کاشان قرار دارند انتخاب شده اند. حجم نمونه با در نظر گرفتن  $p=0/050$ ,  $d=0/05$ ,  $Z=1/96$  400 نفر محاسبه گردید.

ملاک انتخاب زنان جوان 20 تا 40 ساله بود. زنانی که نقص عضو یا بیماری جسمی صعب العلاج (مثل سرطان) داشتند و یا تحت درمان با داروهایی بودند که بر سلامت روانشان تاثیر داشت از مطالعه حذف شدند. پس از اطلاع رسانی به کلیه زنان شرکت کننده از آنها رضایت نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه گرفته شد و سپس پرسشنامه ی مشخصات فردی، و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) برای ایشان تکمیل گردید. پرسشنامه مشخصات فردی شامل متغیرهای سن، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، سن ازدواج، سن اولین بارداری، تفاوت سنی با همسر، تحصیلات، شغل و وضعیت اقتصادی بود.

هرکدام از زنان نمونه جهت شرکت در تحقیق مختار بودند. فرم میزان شده 28 ماده ای پرسشنامه سلامت

آرشیو طب داخلی منتشر شده زنان متاهلی که از روابطشان کمتر خوشحال بودند از نظر سلامتی در وضعیت بدتری بودند. زنانی که رضایت از ازدواج نداشتند سه برابر خطر ایجاد سندرم های متابولیک در مقایسه با زنان متاهل خوشبخت داشتند. داده های این تحقیق نشان داد که کیفیت ازدواج پیشگویی کننده سندرم متابولیک می باشد (11). همچنین در مورد تاثیر بارداری بر سلامت روان زنان در تحقیق انجام شده در بلژیک (2006) سلامت روان زنان قبل و در طی بارداری و بعد از بارداری بررسی شده است. در این مطالعه 324 زن قبل و در طی و بعد از بارداری با 324 زن که در سه سال متوالی بارداری نداشتند مقایسه شده اند. (با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی 12 سؤالی) نتایج نشان داد که تفاوتی در نمرات میانگین پرسشنامه و شیوع و بروز اختلالات شایع روانی بین دو گروه وجود نداشت. نتیجه کلی این که اختلالات رایج سلامت روان در طی دوره بارداری و بعد از بارداری شایع است. اما زنان باردار و تازه زایمان کرده در خطر بیشتری نسبت به آنهایی که حامله نبوده یا زایمان نکرده اند نمی باشند (12).

در مطالعه حاضر به بررسی سلامت روان زنان با توجه به متغیرهای مختلف فردی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی شامل سن ازدواج، تعداد فرزندان، وضعیت شغلی، تفاوت سنی با همسر پرداخته شده است. با توجه به اینکه در عصر حاضر زنان بیشتر از گذشته به مشاغل مختلف خارج از خانه پرداخته و اوقات بیشتری را در خارج از خانه بسر می برند لذا بررسی این مساله و اثرات آن بر سلامت روان حائز اهمیت است. در مورد سن ازدواج و تفاوت سنی با همسر و تعداد فرزندان در عصر حاضر نسبت به گذشته تفاوتی دیده می شود. سؤالاتی که همیشه مطرح است این میباشد که آیا شاغل بودن و تفاوت سنی با همسر و تعداد فرزندان و سن ازدواج بر سلامت روان زنان نقش دارد؟ زنان یکی از گروه های حساس بهداشتی بوده و سلامت آنان سلامت خانواده و جامعه را تضمین می کند. زنان

عمومی (GHQ) دارای 4 مقیاس فرعی می باشد که هر مقیاس 7 ماده دارد. این مقیاس ها عبارتند از: الف) نشانه های جسمانی ب) نشانه های اضطرابی ج) کارکرد اجتماعی و د) نشانه های افسردگی (13). در این پرسشنامه فرد وضعیت فعلی خود را در یک ماه اخیر با وضعیت عادی روانی خود مقایسه می کند. برای هر ماده به روش نمره گذاری لیکرت 4 گزینه از صفر تا سه نمره در نظر گرفته شده است. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر 84 می باشد. روائی و پایایی این پرسشنامه در کشورهای مختلف بررسی شده که حساسیت و ویژگی آن به ترتیب 84% و 82% گزارش شده است (14) ویلیام ویلکینسون و رئونزلی (1989) روی 43 پژوهش که این ابزار را به کار برده بودند فراتحلیل انجام دادند و به حساسیت 84% و ویژگی 84% دست یافتند (15). در کشور ایران پالاهنگ و همکاران در سال 1375 این پرسشنامه را روی 619 نفر از ساکنان بالاتر از 15 سال در شهر کاشان انجام دادند و حساسیت و ویژگی و کارایی آن را بررسی نمودند که برای زنان 88% حساسیت و 79% ویژگی و 84% کارایی داشته است (16).

یعقوبی و همکاران 1374 با استفاده از حساسیت 86/5% و ویژگی 82% و پایایی بازآزمایی 88% نمره برش را در ایران 23 تعیین کرده اند (17).

بعد از جمع آوری اطلاعات و با در نظر گرفتن خط برش 23 برای پرسشنامه GHQ، داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS 11 و آزمون آماری مجذور کای مورد تحلیل آماری قرار گرفت و ارتباط متغیرهای مختلف جمعیت شناختی با سلامت روان زنان بررسی شد.

زنانی که، نمره سلامت روانی شان بالای خط برش 23 بود به عنوان مشکوک به اختلال روانی (عدم سلامت روان) محسوب گردیدند نمره کلی و نمره چهار زیرمقیاس سلامت روان زنان مورد مطالعه محاسبه گردید.

### نتایج

در این تحقیق 400 زن 20 تا 40 ساله مورد مطالعه قرار گرفتند که مشخصات فردی و خانوادگی این زنان به شرح زیر می باشد.

47% زنان سن 20 تا 25 سال، 27/5% سن 26 تا 31، 11/5% سن 32 تا 37، و 14% سن 38 تا 43 داشتند. 37/5% مجرد، 59/5% متاهل و 3% مطلقه و بیوه بودند. 21/5% تا پنجم ابتدایی، 22% تا سوم راهنمائی، 34/5% دیپلم و 22% بالاتر از دیپلم تحصیلات داشتند. 25% شاغل و 75% خانه دار بودند. 29/6% بدون فرزند، 29/6% تک فرزند، 28/8% دو تا چهارفرزند، و 12% بیشتر از 4 فرزند داشتند. از زنان شرکت کننده 52/8% سن ازدواج زیر 20 سال داشتند و 35/2% سن ازدواج بین 20 تا 25 سال و 12% سن ازدواج بین 25 تا 30 سال داشتند.

از نظر تفاوت سنی با همسر 9/6% همسن، 39/2% تفاوت سنی 1 تا 4 سال، 44% پنج تا ده سال، و 7/2% تفاوت سنی بیش از ده سال با همسرانشان داشتند.

با در نظر گرفتن خط برش 23، 60% زنان از نظر روانی سالم و 40% مشکوک به اختلال روانی (عدم سلامت روانی) بودند. در زنان مشکوک به اختلال روانی نمرات ابعاد مختلف GHQ به ترتیب: علائم اضطرابی 9/23، علائم جسمانی 8/68، عدم کارکرد اجتماعی 8/61 و علائم افسردگی 6/95 بود که این یافته نشانگر این می باشد که این گروه زنان بیشتر از علائم اضطرابی و علائم جسمانی رنج می برند.

جدول 1- توزیع فراوانی سلامت روانی زنان جوان مورد مطالعه براساس متغیرهای مختلف جمعیت شناختی

P	جمع	وضعیت سلامت روان		متغیرهای مختلف
		مشکوک به اختلال روانی تعداد درصد	سالم تعداد درصد	
P=0/095	150	54 %36	96 %64	مجرد
	238	98 %42	140 %58	متاهل
	12	8 %66/7	4 %33/3	مطلقه و بیوه
P=0/009	188	66 %35/1	122 %64/8	20-25
	110	56 %50/9	54 49/09	26-31
	46	22 47/8	24 %52/1	32-37
	56	16 %28/5	40 %71/4	38-43
P=0/002	86	42 %48/8	44 %51/1	پنجم
	88	46 %52/2	42 %47/7	سوم راهنمایی
	138	44 %31/8	94 %68/1	دیپلم
	88	28 %31/8	60 68/1	بالتر از دیپلم
P=0/345	100	44 %44	56 %56	شاغل
	300	116 %38/6	184 %61/3	خانه دار
P=0/000	74	16 %21/6	58 %78/3	بدون فرزند
	74	42 %56/7	32 %43/2	تک فرزند
	62	24 %47/2	38 %52/7	2-4 فرزند
	30	14 %46/6	16 %53/3	بالتر از 4 فرزند
P=0/360	132	60 %45/4	72 %54/5	زیر 20 سال
	88	32 %36/3	56 %63/63	20-25
	30	14 %46/6	16 %53/3	25/30

سالم و 66/7% مشکوک به اختلال روانی بودند که این یافته، نشانگر این بود که افراد مطلقه و بیوه مشکلات روانی بیشتری دارند. برای یافتن معناداری این تفاوت

با در نظر گرفتن وضعیت تاهل 64% زنان مجرد سالم و 36% مشکوک به اختلال روانی بودند. 58% متاهلان سالم و 42% دارای اختلال بودند و زنان مطلقه و بیوه 33/3%

بین گروهها از آزمون آماری مجذور کای استفاده شد که با  $df=2$  و  $p<0/05$  ( $p=0/0957$ ) این تفاوت بین گروههای مختلف معنادار نبود (جدول 1).

با در نظر گرفتن سن و سلامت روانی در گروه سنی 20 تا 25 ساله 35/1%، در گروه سنی 26 تا 31 سال 50/9%، در گروه سنی 32 تا 37 سال 47/8% و در گروه سنی 38 تا 40 سال، 28/5% مشکوک به اختلال روانی بودند که این یافته نشان می دهد که در گروههای سنی 26 تا 31 سال و 32 تا 37 سال (به طور کلی 26 تا 37 سالگی) خطر ابتلا به اختلال روانی بیشتری است. این امر می تواند ناشی از این باشد که بروز بیماری در زنان بعد از 25 سالگی افزایش می یابد. این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود،  $(p<0/05)$  ( $p=0/0091$ ) بدین معنا که بین سن و سلامت روانی زنان رابطه معناداری وجود دارد. در مورد رابطه بین سن ازدواج و سلامت روانی، طبق یافته ها زنانی که بین سنین 20 تا 25 سال ازدواج کرده بودند نسبت به زنانی که سن ازدواج زیر 20 سال و بالای 25 داشتند از سلامت روانی بالاتری برخوردار بودند. اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود ( $p>0/05$ ) ( $p=0/3604$ ). بررسی رابطه بین تعداد فرزندان و سلامت روانی زنان نشان می دهد که زنان تک فرزند (56/7%) بیشتر از سایر زنان اختلال روانی داشتند. و زنان بدون فرزند (21/6%) کمترین اختلال روانی را داشتند. این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. بدین معنا که بین سلامت روان زنان و تعداد فرزندان رابطه وجود دارد ( $p<0/05$ ) ( $p=0/0002$ ) (جدول 1).

بررسی رابطه بین سلامت روان زنان و وضعیت شغلی نشان دهنده این بود که زنان شاغل 44% و زنان خانه دار 38/4% مشکوک به اختلال روانی بودند که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود ( $p<0/05$ ) ( $p=0/3456$ ) (جدول 1).

بررسی رابطه بین تفاوت سنی با همسر و سلامت روان نشان داد که زنانی که تفاوت سنی بیش از 10 سال با همسرشان داشتند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند و زنانی که کمتر از 10 سال تفاوت سنی با همسر داشتند از سلامت روانی بیشتری برخوردار بودند. اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نبود ( $p=0/0874$ ). در مورد رابطه بین سن اولین بارداری و سلامت روانی، طبق یافته ها زنانی که اولین بارداریشان زیر 20 سالگی بود از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند. به طوریکه در این گروه زنان 58/1% مشکوک به عدم سلامت روان بودند. اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ( $p<0/05$ ) ( $p=0/190$ ). بر اساس وجود سابقه بیماری اعصاب و روان، زنانی که سابقه اختلال اعصاب و روان داشتند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند بطوری که 73/9% این افراد مشکوک به اختلال روانی بودند. رابطه بین سابقه بیماری اعصاب و روان و سلامت روان از لحاظ آماری معنادار بود ( $p<0/05$ ) ( $p=0/000$ ). رابطه بین وجود بیماری جسمی و سلامت روان نیز بررسی شد که این رابطه از لحاظ آماری معنادار بود ( $p<0/05$ ) ( $p=0/000$ ) بدین معنا که زنانی که سابقه بیماری جسمی داشتند از سلامت روانی کمتری برخوردار بودند. 64/2% این زنان از سلامت روانی برخوردار نبودند. رابطه بین سلامت روان و وضعیت اقتصادی نشان می دهد که زنانی که در وضعیت اقتصادی بد بسر می برند از سلامت روانی کمتری برخوردار می باشند. به طوری که 69/2% این زنان مشکوک به اختلال روانی بودند در حالی که تنها 30/7% زنانی که از وضعیت اقتصادی خوبی برخوردار بودند مشکوک به اختلال روانی بودند. بین سلامت روانی زنان و وضعیت اقتصادی ارتباط معناداری وجود داشت ( $p<0/05$ ) ( $p=0/0007$ ) (جدول 2).

جدول 2- توزیع فراوانی سلامت روانی زنان جوان مورد مطالعه براساس متغیرهای مختلف جمعیت شناختی

P	جمع	وضعیت سلامت روان		متغیرهای مختلف
		مشکوک به اختلال روانی تعداد درصد	سالم تعداد درصد	
P=0/087	24	12 %50	12 %50	همسن
	98	42 %42/8	56 %57/1	1-4 تفاوت سنی با همسر(سال)
	110	40 %36/3	70 %63/6	5-10
	18	12 %66/6	6 %33/3	بالاتر از 10
P=0/190	86	50 %58/1	36 %41/8	زیر 20
	76	34 %44/7	42 %55/2	20-25 بین اولین بارداری (سال)
	14	6 42/8	8 %57/1	25-30
P=0/000	92	68 %73/9	24 %26/08	وجود دارد
	308	92 %29/8	216 %70/1	وجود ندارد
P=0/000	112	72 %64/2	40 %35/7	وجود دارد
	288	88 %30/5	200 %69/4	وجود ندارد
P=0/000	26	18 %69/2	8 %30/7	بد
	172	78 %45/3	94 %54/6	متوسط
	176	56 %31/8	120 %68/1	خوب
	26	8 %30/7	18 %69/2	خیلی خوب

اما این یافته با نتایج حاصل از تحقیق انجام شده توسط داویدیان و همکاران در شهرستان رودسر همخوانی دارد. در این تحقیق شیوع بیماری های روانی در منطقه بحر خزر 43/2% برآورد شده است (19). همچنین یافته های ما با نتیجه تحقیق شریعتی و همکاران همخوانی داشت (10). در این تحقیق 45/7% از زنان دانشجوی شهر تهران مشکل روانی داشتند.

## بحث

مطالعه حاضر نشان می دهد که 40% زنان جوان مورد مطالعه شهرکاشان از سلامت روانی برخوردار نمی باشند. این یافته از میزان شیوع اختلالات روانی بدست آمده از بررسی های پالانگ و همکاران در شهر کاشان (23/7%) (16)، سالاری و همکاران در شهر گناباد (33/6%) (9) و امیدوی و همکاران در نطنز (18) بالاتر است.

در مطالعه همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر نطنز میزان کلیه اختلالات روانی در زنان 31/3% برآورد شده است (18) که این میزان با استفاده از پرسشنامه GHQ و مصاحبه بالینی بدست آمده بود لذا این اختلافات می تواند ناشی از تفاوت ابزار و یا ناشی از تفاوت فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی، زمان متفاوت تحقیق، سن و جنس افراد مورد مطالعه باشد. در مطالعه شهر نطنز میزان اختلال در زنان 15 تا 44 ساله بالاتر از زنان 45 ساله به بالا بود و این گروه به عنوان گروه پرخطر معرفی شده است (28/6%).

میزان های گزارش شده از تحقیقات در کشورهای توسعه یافته کمتر از این میزان می باشد که احتمالاً این اختلاف می تواند ناشی از ابزار متفاوت یا واقعاً ناشی از تاثیر فرهنگ و اقتصاد و زمینه بیولوژیکی متفاوت (22-20). البته در تمامی این تحقیقات نتیجه مطالعه به صورت کلی در مرد و زن گزارش شده و در زنان به تنهایی گزارش نشده بود.

در پژوهش حاضر همانند بیشتر بررسی های گزارش شده اضطراب شیوع بیشتری داشت و بالاترین میزان نمرات در این پژوهش در بعد اضطراب و علائم جسمانی بود که نتیجه همخوان با مطالعه پالانگ (16) و سالاری (9) بود. در مطالعه سالاری و همکاران جمع اختلالات اضطرابی در زنان بیشتر از سایر اختلالات بود که این نتیجه نیز مطابق با تحقیقات حاضر می باشد.

در تحقیق حاضر بالاترین میزان اختلال روانی در زنان مطلقه و بیوه بود (66/7%) و سپس متاهلین 42% و پایین ترین میزان در مجردین 36% بود. این نتیجه با الگوهای مشاهده شده در تحقیقات قوباش و همکاران (20) و امیدی و همکاران در نطنز مطابقت دارد (18).

بر اساس مطالعه انجام شده توسط امیدی و همکاران در شهر نطنز، اختلالات روانی در زنان متاهل بالاتر از زنان مجرد بود. بطوری که در زنان متاهل 25/9% و در زنان مجرد 4/3% بود که این یافته نیز مطابق با تحقیق حاضر و چندین پژوهش دیگر می باشد (16,23-26). شاید دلیل

آن را بتوان به عامل استرس زای اقتصادی، اجتماعی، بر افراد متاهل نسبت داد. این یافته مخالف با یافته روهرو و همکاران می باشد (27) که در این مطالعه زنانی که مجرد، مطلقه، بیوه یا ازدواج نکرده بودند سلامت کلی خود گزارش شده شان کمتر از زنان متاهل بود. شاید علت این تفاوت متفاوت بودن ابزار، فرهنگ، و قراردادن زنان مجرد و مطلقه در یک طبقه باشد. همچنین در مطالعه ای که در سال 1981 توسط کوچرن و همکاران (28) انجام شده نشان داده شده است که زنان علائم روان شناختی بیشتری نسبت به مردان گزارش می کنند. اما این رابطه ای با وضعیت تاهل ندارد.

در مطالعه حاضر از نظر سطح تحصیلات، بالاترین میزان اختلال در افراد با تحصیلات کمتر از سیکل بود (52/2%) و کمترین میزان شیوع اختلال در زنان با تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم بود (31/8%). این نتیجه با سایر پژوهش های انجام شده در ایران منطبق است (30,29). ولی با تحقیقی که امیدی در شهر نطنز انجام داد تضاد دارد. در تحقیق انجام شده در شهر نطنز میزان اختلالات روانی در زنان کم سواد و بیسواد کمتر از باسواد برآورد شده بود (25/8% - در مقابل 5/5%) (18).

در مطالعه حاضر رابطه بین وضعیت شغلی و سلامت روانی از لحاظ آماری معنادار نبود. اگرچه 44% شاغلین در مقابل 38/4% زنان خانه دار مشکوک به اختلال روانی بودند. وانگ و همکاران نشان دادند که امنیت کاری به طور مثبت در ارتباط با افسردگی در مردان است ولی در زنان این ارتباط وجود نداشته است و قوی ترین فاکتور در رابطه با اختلالات روانی بدون در نظر گرفتن جنسیت عدم تعادل بین کار و زندگی خانوادگی بود تا استرس کاری (30).

از نظر اقتصادی بالاترین درصد اختلال روانی در زنانی بود که در وضعیت اقتصادی بدی به سر می بردند (69/2%) و پایین ترین درصد اختلال در زنانی بود که دارای وضعیت اقتصادی خیلی خوبی بودند که این یافته با یافته های امیدی و همکاران (سال 1994) هماهنگ



پلاهننگ و همکاران (1375) (16)، امیدوی و همکاران (1379) (18)، همخوانی دارد.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که زنان جوان گروه پرخطر برای اختلالات روانی می باشند و درصد نسبتاً بالای اختلالات روانی در این گروه، اهمیت مطالعات گسترده تر و دقیق تر در سایر نقاط ایران را روشن می سازد. تا بتوان با بررسی دقیق عوامل دخیل در سلامت روان جهت پیشگیری و تشخیص و درمان به موقع این اختلالات اقدام کرد. بهبود سلامت روان زنان جوان، بهبود سلامت روان کودکان را در پی خواهد داشت. لذا جهت داشتن نسل سالم، پربار و خلاق توجه به سلامت زنان از اهمیت اساسی برخوردار است. از جمله اقداماتی که به نظر می رسد در کاهش این اختلالات نقش داشته باشد ایجاد مراکز مشاوره زناشویی، آموزش مهارتهای زندگی، مشاوره قبل از ازدواج و آموزش مقابله با استرس می باشد.

است (18). همچنین مطالعه ای که توسط فلیشر و همکاران در سال 2007 انجام شده حاکی از این بود که درآمد پایین زنان در مکزیک در ارتباط با شیوع نسبتاً بالای علائم افسردگی بود (31).

از نظر ارتباط تعداد فرزندان و سلامتی روان زنان، بالاترین اختلال روانی در زنان تک فرزند (56/7%) و پایین ترین درصد اختلال در زنان بدون فرزند (21/6%) بود. این نتیجه با تحقیقات انجام شده توسط امیدوی همخوانی ندارد. در این تحقیقات بالاترین میزان شیوع در افراد تنها یا متعلق به خانواده های 2 تا 4 نفری بود. این اختلاف میتواند ناشی از تفاوت در جمع آوری داده ها باشد زیرا در این تحقیقات تعداد فرزندان محاسبه نشده بلکه تعداد افراد خانوار محاسبه شده و بررسی در هر دو جنس بوده است.

در این پژوهش میزان شیوع اختلال در کسانی که دارای سابقه بیماری اعصاب و روان بودند و سابقه بیماری جسمی داشتند بالاتر بود. این یافته ها با پژوهش های

### منابع

1. Kornstein SG, Clayton AH. Women's mental health: a comprehensive textbook. New York: Guilford Press; 2002.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. L: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. J Affect Disord 1993 Oct-Nov; 29(2-3): 85-96.
3. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. Arch Gen Psychiatry 2000 Jan; 57(1): 21-7.
4. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998 Dec; 33(12): 587-95.
5. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994 Jan; 51(1): 8-19.
6. Lindal E, Stephenson JG. The lifetime prevalence of anxiety disorders in Iceland as estimated by US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Acta Psychiatr Scand 1993 Jul; 88(1): 29-34.
7. rasucki C, Howard R, Mann A. The relationship between anxiety disorders and age. Int J Geriatr Psychiatry 1998 Feb; 13(2): 79-99.

8. Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic symptom index (SSI): a new and abridged somatization construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *J Nerv Ment Dis* 1989 Mar;177(3):140-6.
9. Salari H, Basiri Moghaddam K. Survey of young and middle adult women mental health in urban population of Gonabad. *Ofogheh Danesh J* 2003 Summer;16:104-10.
10. Shariati M, Yunesian M, Vash JN. Mental health of medical students: a cross-sectional study in Tehran. *Psychol Rep* 2007 Apr;100(2):346-54.
11. Troxel WM, Matthews KA, Gallo LC, Kuller LH. Marital quality and occurrence of the metabolic syndrome in women. *Arch Intern Med* 2005 May 9;165(9):1022-27.
12. Van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Woman's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study. *Birth* 2006 Dec;33(4):297-302.
13. Goldberg DP, Williams P. The user guide to general health questionnaire. Windsor:Nelson 1989.
14. Williams P, Wilkinson G, Rawnsly K. The scope of epidemiological psychiatry. London;1989.
15. Palahang H, Nasr M, Barahani T, Shahmohammadi D.[Epidemiological survey of mental disorders in Kashan city] [Article in Farsi]. *Andeesheh va Raftar J* 1995 Winter;2(4):19-27.
16. Golderg DP, Gater R, Sartorius N. Ustun TB, Piccinelli M, Gureie O, et al. The validity of two version of GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychol Med* 1997 Jan;27(1):191-7.
17. Omidi A, Tabatabai A, Sazvar A, Akkasheh G. [Epidemiology of mental disorders in urban areas of Natanz province,Isfahan] [Article in Farsi]. *Andeesheh va Raftar J* 2003 Spring;8(47):32-8.
18. Davidian H, Ezadi S, Nahaptian V, Motabar M. [Preliminary survey about prevalence of mental disorders in Bahre Khazar area, province of Rodsar] [Article in Farsi]. *Behdashte Iran J* 1974;3(4):56-145.
19. Ghubash R, Hamidi E, Bebbington P. The Dubai community psychiatric survey: prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiat Epidemiol* 1992;27:53-61.
20. Cheng TA. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychol Med* 1998 Nov;18(4):953-68.
21. Lethinen V. Prevalence of mental disorders among adult in Finland: basic result from the mini finland health survey. *Acta psychiatr Scand* 1990;81:418-28.
22. Hodiament P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med* 1987 May;17(2):495-505.
23. Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison CP, Mullen PE. Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: psycho-social correlates. *Br J Psychiatry* 1990 Jan; 156:84-91.
24. Bagheri Yazdi SA, Bolhari J, Shahmohammadi D. [Epidemiological survey of mental disorders in rural areas of Maybod]. *Andeesheh va Raftar J* 1994;1:32-41.
25. Mohammadi M, Bagheri Yazdi SA, Rahgozar M, Mesgarpoor B, Rezayi Ansari AA, Haghdadi GH, et al. Epidemiological study of Psychiatric Disorders in Khorasan Province in 2001[Article in Farsi]. *Asrar J* 2004 Spring;11(1):6-17.
26. Yaghobi N, Nasr M, Shahmohammadi D.[ Epidemiological survey of mental disorders in rural areas of Someah Sara,Guilan] [Article in Farsi]. *Andeesheh va Raftar J* 1995;2(4):55-65.
27. Rohrer JE, Bernard ME, Zhang Y, Rasmussen NH, Woroncow N. Marital status, feeling depressed and self-rated health in rural female primary care patients. *J Eval Clin Pract* 2008 Apr;14(2):214-7.
28. Cochrane R, Stopes-Roe M. Women, marriage, employment and mental health. *Br J Psychiatry* 1981 Nov;139:373-81.

29. Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental disorders in a village in Tehran Province[Article in Farsi]. *Andeesheh Va Raftar J* 2001 Summer-Fall;7(1-2):19-26.
30. Wang JL, Lesage A, Schmitz N, Drapeau A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from population-based study. *J Epidemiol community Health* 2008 Jan;62(1):42-7.
31. Fleischer NL, Fernald LC, Hubbard AE. Depressive symptoms in rural Mexico. *Epidemiology* 2007 Nov; 18(6): 678-85.