مجلهٔ غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دورهٔ هفتم، شمارهٔ ۴، صفحه‌های ۳۰۶ ـ ۳۰۱ (زمستان ۱۳۸۴)

مقالهٔ پژوهشی

بررسی میزان سلامت عمومی روان در یک منطقهٔ شهر تهران: مطالعهٔ قند و لیپید تهران

دکتر یاسمن متقی‌پور، دکتر فراز والایی، پریسا امیری، حبیب امامی، فریبا محمدبیگی، دکتر رامبد حاجی‌پور، الهه عینی، دکتر آرش قنبریان، دکتر نرگس سربازی، دکتر صالح زاهدی اصل، دکتر فریدون عزیزی

چکیده

مقدمـه: شاخص‌های سلامت روان ارتباط مستقیمی با ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر جسمی و اختلالات روانی دارند. اطلاع از چگونگی این شاخص‌ها، نقش مهمی در برنامه‌ریزی سیاستگذاران بهداشتی جهت پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر ایفا می‌کند. مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین میزان سلامت عمومی روان در بزرگسالان ساکن منطقهٔ ۱۳ شهر تهران در قالب بخشی از مطالعهٔ آینده‌نگر قند و لیپید تهران انجام شد. مواد و روش‌ها: در یک مطالعهٔ مقطعی ۹۲۷ نفر از ساکنان بالای ۲۰ سال منطقهٔ ۱۳ تهران به تصادف انتخاب شدند. فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامهٔ ۲۸ سؤالی سلامت عمومی **(GHQ-28)** که قبلاً برای جمعیت ایرانی معتبر شده بود توسط افراد مورد مطالعه تکمیل شد. در این پرسشنامه نمرهٔ برش۶ جهت شناسایی و غربالگری اختلالات روانی در نظر گرفته شد. برای مقایسهٔ امتیاز حیطه‌های مختلف بین دو جنس، وضعیت تأهل، سطح سواد از آزمون‌های پارامتری من‌ـ ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. همچنین برای مقایسهٔ نسبت وجود اختلال روانی در گروه‌های مختلف از آزمون مربع کای و جهت بررسی عوامل مؤثر در تعیین گروه مشکوک به اختلال روانی از رگرسیون لجستیک استفاده شد. یافته‌ها: مجموعاً ۴۰۱ (۴۳/۳٪) مرد و ۵۲۶ (۵۶/۷٪) زن مورد بررسی قرار گرفتند که از بین آنان ۴۸۹ (۵۲/۸٪) نفر مشکوک به اختلال روانی (امتیاز ۶ و بالاتر) بودند. میانگین و انحراف معیار نمرهٔ کل پرسشنامه ۷/۰±۵/۴ با میانهٔ ۶ و مقیاس‌های پرسشنامه شامل جسمانی‌سازی علایم، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۱/۲±۱/۷، ۱/۷±۲/۰، ۳/۴±۲/۰ و ۰/۷۵±۱/۴ (انحراف معیار±میانگین) بود. میانهٔ مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰، ۱، ۳ و ۰ محاسبه شد. فراوانی زنان با نمرهٔ ۶ و بالاتر **(**نمرهٔ برش**)** به میزان معنی‌داری بیشتر از مردان بود (۵۹/۷٪ در مقابل ۶/۴۳٪، **p<۰/۰۰۱)**. نتیجه‌گیری: فراوانی افراد مشکوک به اختلالات روانی در این مطالعه در مقایسه با دیگر مطالعات بیشتر بوده است. بنا به اهمیت و نقش بهداشت روان به عنوان یکی از مهمترین عوامل توسعهٔ جوامع انسانی و همچنین بار مادی و معنوی ناشی از این بیماری‌ها اتخاذ سیاست‌های پیشگیرانه به ویژه در خصوص زنان ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی روان، بیماری‌های غیرواگیر، مطالعهٔ قند و لیپید تهران

دریافت مقاله: ۸۴/۴/۱۵ ـ دریافت اصلاحیه: ۸۴/۶/۲۴ ـ پذیرش مقاله: ۸۴/۶/۲۷

مقدمه

تأمین سلامت و رفاه اجتماعی از مهمترین اهداف مسؤولان و سیاستگذاران جوامع است.[۱] طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، مفهوم سلامتی تنها در فقدان بیماری خلاصه نشده بلکه در برگیرندهٔ رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است.[۲] با وجود اهمیت یکسان ابعاد سه‌گانهٔ سلامت، شیوع بیماری‌های واگیر و مرگ‌ومیر ناشی

مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم شهید بهشتی؛ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی، **نشانی مکاتبهٔ نویسندهٔ مسؤول:** تهران، صندوق پستی ۴۷۶۳-۱۹۳۹۵؛ دکتر فریدون عزیزی E-mail: azizi@erc.ac.ir

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

از آنها در دهه‌های گذشته موجب شده است که در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی و پیشگیرانهٔ اغلب کشورها، بُعد جسمانی در اولویت قرار گیرد. بیماری‌های جسمانی بخش اعظم مطالعات علمی را نیز به خود اختصاص داده‌اند.[۱] این در حالی است که نتایج حاصل از پژوهش‌های صورت گرفته نشان می‌دهد در بین بیماری‌های غیرواگیر، اختلالات روانی بیشترین آسیب را بر عملکرد طبیعی فرد مبتلا وارد می‌سازد.[۲] طبق براورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۳ حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانپزشکی هستند که از این عده ۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات شدید، ۲۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات خفیف، ۱۲۰ میلیون نفر دچار عقب‌افتادگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفر دچار صرع و ۳۰ میلیون نفر مبتلا به دمانس هستند.[۴] با وجود اختلاف قابل توجه میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای دنیا نتایج حاصل از تحقیقات صورت گرفته در این زمینه حکایت از روند رو به رشد بیماران روانی در جهان دارد.[۳] کشور ما نیز از این قاعده مستثنا نیست و نتایج حاصل از مطالعات صورت گرفته در ایران نیز حاکی از شیوع قابل توجه این دسته از بیماری‌های غیرواگیر است.[۱] یافته‌های به‌دست آمده لزوم برنامه‌ریزی به منظور انجام مداخلات مناسب را در سطوح مختلف پیشگیری مطرح می‌سازد. مطالعهٔ حاضر بخشی از طرح ملی «اصلاح شیوهٔ زندگی به منظور پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر» است که در جهت دستیابی به هدف کلی خود، اقدام به جلب مشارکت و توانمندسازی جامعهٔ مخاطب در زمینهٔ اتخاذ رفتارهای تغذیه‌ای صحیح و الگوی غذایی سالم، فعالیت بدنی، ترک و عدم مصرف دخانیات و همچنین مقابله با استرس و برقراری سلامت روان نموده است.[۵] با توجه به تفاوت میزان شیوع این اختلالات در مطالعات مختلف و در مناطق مختلف ایران[۶،۱-۸] و لزوم برنامه‌ریزی دقیق بر اساس وضعیت سلامت روان در منطقهٔ مورد بررسی، مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین میزان سلامت عمومی روان در بزرگسالان ساکن منطقهٔ ۱۳ شهر تهران در قالب بخشی از مطالعهٔ آینده‌نگر قند و لیپید تهران انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعهٔ قند و لیپید تهران با هدف تعیین عوامل خطرساز بیماری‌های غیرواگیر و انجام مداخلات ضروری جهت اصلاح شیوهٔ زندگی ساکنان منطقهٔ ۱۳ شهر تهران در سال ۱۳۷۷ طراحی شد. در یک مطالعهٔ مقطعی ۱۵۰۰۵ نفر از افراد ۳ تا ۶۹ ساله منطقهٔ مذکور به تصادف انتخاب شدند و تحت پوشش طرح قرار گرفتند.[۵] جهت انجام مطالعهٔ حاضر از جمعیت ۱۰۳۶۸ نفری بالای ۲۰ سال، ۹۲۷ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند. با هماهنگی گروه مددکاری مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی دو پرسشگر آموزش دیده همزمان به منزل افراد مراجعه کرده، ضمن توضیح طرح و ثبت اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه‌ها را به شرکت‌کنندگان تحویل می‌دادند. به افراد تأکید می‌شد که پرسشنامه‌ها را شخصاً و بدون کمک گرفتن از سایر اعضای خانواده تکمیل نمایند. در این طرح از پرسشنامهٔ ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. این پرسشنامه در مطالعات پیشین برای جمعیت ایرانی معتبر شده بود (میزان حساسیت و ویژگی در پرسشنامه با نمرهٔ برش ۶ و بیشتر برابر با ۸۴/۲ و ۹۴/۴ و پایایی ۰/۸۵).[۱] این پرسشنامه توانایی سنجش سلامت عمومی روان را در چهار مقیاس جسمانی سازی علایم، اضطراب و اختلالات خواب، اختلالات عملکرد اجتماعی و افسردگی داراست. نمره‌گذاری این پرسشنامه به روش ۰-۰-۱-۱ صورت گرفته و نمرهٔ برش۶ درهر حیطه و در نمرهٔ کل جهت شناسایی و غربالگری اختلالات روانی در نظر گرفته شد. با توجه به نرمال نبودن توزیع متغیر مورد بررسی و نیز بزرگ بودن واریانس آن، برای مقایسهٔ امتیازهای حیطه‌های مختلف بین دو جنس، وضعیت تأهل و سطح سواد از آزمون‌های غیرپارامتری من ـ ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. همچنین برای مقایسهٔ نسبت وجود اختلال روانی در گروه‌های مختلف از آزمون مربع کای استفاده شد. جهت بررسی عوامل مؤثر در ابتلا به اختلالات روان از رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰۱ (۴۳/۳٪) مرد و ۵۲۶ (۵۶/۷٪) زن مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن افراد مورد مطالعه ۱۳±۳۹ سال بود. ۶۷۷ (۷۸/۲٪) نفر متأهل و ۱۸۹ (۲۱/۸٪) نفر مجرد بودند. ۴۳۶(۵۲/۲٪) نفر بالای دیپلم، ۳۵۴ (۴۲/۳٪) نفر زیر دیپلم و ۴۶(۵/۵٪) نفر بی‌سواد بودند. میانگین و انحراف معیار تعداد افراد خانواده و تعداد فرزندان

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

به ترتیب ۱/۶±۴/۹ و ۱/۵±۳/۳ نفر محاسبه شد. میانگین و انحراف معیار نمرهٔ کل پرسشنامه از مجموع ۲۸ امتیاز ۵/۴± ۷/۰ با میانهٔ ۶ و میانگین و انحراف‌معیار هریک از مقیاس‌های پرسشنامه شامل جسمانی سازی علایم، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۱/۷±۱/۲، ۲/۰±۱/۷، ۲/۰±۳/۴ و ۱/۴±۰/۷۵ تعیین شد. میانهٔ مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰، ۱، ۳ و ۰ بود. در مجموع ۴۸۹ (۵۲/۸٪) نفر مشکوک به اختلال روانی بودند (نمرهٔ ۶ و بالاتر). میانگین نمرهٔ کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها در زنان به میزان معنی‌داری بیشتر از مردان بود (p<۰/۰۰۱) (جدول ۱). مقایسهٔ میانگین نمرهٔ کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه با در نظر گرفتن سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری نشان نداد (جدول ۲).

میانگین کل نمرهٔ پرسشنامه در افراد مجرد و متأهل به ترتیب ۵/۳±۷/۳ و ۵/۵±۶/۸ بود که اختلاف معنی‌داری نشان نداد. مقایسهٔ میانگین خرده مقیاس‌ها در دو گروه مجرد و متأهل حاکی از وجود اختلاف معنی‌دار در دو خرده مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی بود (جدول ۳).

جدول ۴ درصد فراوانی نمرهٔ ۶ و بالاتر را در نمرهٔ کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها برحسب جنس، گروه سنی، تأهل و سطح سواد نشان می‌دهد. همچنین درصد فراوانی در گروه‌های مختلف با نمرهٔ برش با حذف نمرهٔ خرده مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی نیز گزارش شده است.

در مدل رگرسیون لجستیک از بین متغیرهای جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و سن تنها متغیر جنس با میزان ابتلای به اختلالات روانی ارتباط مستقل و معنی‌دار نشان داد. شانس ابتلا به اختلالات روانی در زنان بیشتر از مردان است. (OR=۲/۱ ؛٪۹۵CI :۱/۵ – ۲/۷)

جدول ۱ـ میانگین، میانه و انحراف معیار نمرهٔ کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن به تفکیک جنس

کل متغیر	میانه*	انحراف معیار±میانگین	زن (n=۵۲۶)	مرد (n=۴۰۱)
جسمانی سازی علایم	۰	۱/۲±۱/۷	۱/۵±۱/۹	۰/۸±۱/۴
اضطراب و اختلال خواب	۱	۱/۷±۲/۰	۲/۰±۲/۰	۱/۳±۱/۷
اختلال عملکرد اجتماعی	۳	۳/۴±۲/۰	۳/۶±۲/۰	۳/۱±۲/۰
افسردگی	۰	۰/۷۵±۱/۴	۰/۹±۱/۶	۰/۶±۱/۲
نمرهٔ کل پرسشنامه	۶	۷/۰±۵/۴	۸/۰±۵/۸	۵/۸±۴/۶

* در خرده مقیاس‌هایی که میانه صفر است نمرهٔ حداقل پنجاه درصد افراد در آن حیطه صفر بوده است.

جدول ۲– میانگین و انحراف معیار نمرهٔ کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن بر اساس میزان تحصیلات

متغیر	بی سواد (n=۴۶)	زیر دیپلم (n=۳۵۴)	دیپلم و بالاتر (n=۴۳۶)
جسمانی سازی علایم	۱/۵±۲/۰*	۱/۳±۱/۸۰	۱/۱±۱/۷
اضطراب و اختلال خواب	۲/۱±۲/۱	۱/۷۰±۲/۰	۱/۷±۱/۹
اختلال عملکرد اجتماعی	۳/۴±۲/۲	۳/۴±۲/۰	۳/۴±۲/۰
افسردگی	۰/۹۳±۱/۷	۰/۷±۱/۴	۰/۷±۱/۴
نمرهٔ کل	۸/۰±۶/۰	۷/۱±۵/۴	۷/۰±۵/۳

* تفاوت آماری بین گروه‌ها در هیچ یک از متغیرها از نظر آماری معنی‌دار نبود.

جدول ۳– میانگین و انحراف معیار نمرهٔ کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌های آن براساس وضعیت تأهل

خرده مقیاس	متأهل (n=۱۸۹)	مجرد (n=۶۷۷)
جسمانی سازی علایم	۱/۲±۱/۸	۱/۱±۱/۷
اضطراب و اختلال خواب	۱/۷±۲/۰	۱/۵±۱/۷
اختلال عملکرد اجتماعی	۳/۳±۲/۰	۳/۷±۲/۰*
افسردگی	۰/۷±۱/۴	۱/۰±۱/۶*
نمرهٔ کل پرسشنامه	۶/۸±۵/۵	۷/۳±۵/۳

* p<۰۵

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

جدول ۴- فراوانی اختلالات روانی (نمرهٔ ۶ و بالاتر) در خرده مقیاس‌ها و کل پرسشنامه در گروه‌های مختلف

		تعداد نمونه	جسمانی سازی علایم	اضطراب و اختلال خواب	اختلال عملکرد اجتماعی	افسردگی	کل	با حذف اختلال عملکرد اجتماعی
کل افراد		۹۲۷	۳/۷	۶/۵	۲۱/۶	۱/۸	۵۲/۸	۲۵/۹
جنس*								
	زن	۵۲۶	۵/۷*	۸/۶†	۲۵/۹*	۲/۷‡	۵۹/۷*	۳۲/۳*
	مرد	۴۰۱	۱/۰	۳/۷	۱۶/۰	۰/۷	۴۳/۶	۱۷/۵
گروه سنی†								
	۲۰-۳۹	۴۸۱	۴/۴	۵/۰†	۲۳/۳	۲/۵	۵۴/۵	۲۸/۷‡
	۴۰-۵۹	۳۸۸	۲/۸	۷/۰	۱۹/۹	۱/۰	۵۱/۰	۲۱/۶
	۶۰+	۵۸	۳/۴	۱۵/۵	۱۹/۰	۱/۷	۵۰/۰	۳۱/۰
تأهل‡								
	مجرد	۱۸۹	۴/۲	۲/۶‡	۲۲/۸	۳/۲	۵۳/۴	۲۵/۹
	متأهل	۶۷۷	۳/۵	۷/۵	۲۰/۷	۱/۵	۵۱/۶	۲۴/۸
سطح سواد‡								
	بی سواد	۴۶	۶/۵	۱۵/۲‡	۱۹/۶	۴/۳	۵۸/۷	۳۴/۸
	زیر دیپلم	۳۵۴	۴/۵	۶/۵	۱۹/۸	۱/۷	۵۲/۸	۲۶/۶
	دیپلم و بالاتر	۴۳۶	۳/۰	۵/۷	۲۳/۴	۱/۱	۵۲/۵	۲۴/۸

* p<۰/۰۰۱؛ † p<۰/۰۱؛ ‡ p<۰/۰۵.

بحث

یافته‌های این بررسی نشان‌دهندهٔ شیوع بالای افراد مشکوک به اختلالات روانی در ساکنان منطقهٔ ۱۳ شهر تهران بود. در مجموع ۵۲/۸٪ افراد مورد بررسی مشکوک به اختلال روانی بودند. نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینهٔ اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران حاکی از وجود طیف وسیع شیوع اختلالات روانی از ۱۱/۷٪ (استان یزد) تا ۳۹/۱٪ (استان چهارمحال و بختیاری) است.[۱،۶،۷] در مطالعهٔ صورت گرفته توسط نوربالا و همکاران شیوع اختلالات روانی در شهر تهران ۲۱/۵٪ گزارش شده است.[۸] گزارش سازمان جهانی بهداشت دربارهٔ شیوع اختلال روانی در ۱۵ کشور جهان نشان‌دهندهٔ اختلاف وسیع شیوع این اختلالات در بین کشورهای مورد بررسی است؛ به طوری که میزان شیوع از ۴/۳٪ در کشور چین تا ۲۶/۴٪ در ایالات متحدهٔ آمریکا متغیر بوده است.[۳] در کشور پاکستان نیز شیوع اختلالات روانی در هر دو جنس ۳۴٪ گزارش شده است. این میزان در زنان ۶۶-۲۹ درصد و در مردان ۳۳-۱۰ درصد بوده است[۹] در مقایسه با مطالعات صورت گرفته شیوع افراد مشکوک به اختلال روانی در مطالعهٔ حاضر بیشتر است. با توجه به اینکه مطالعهٔ کنونی صرفاً ساکنان منطقهٔ خاصی از شهر تهران را مورد بررسی قرار داده است و همچنین وجود اختلاف بین شرکت‌کنندگان و امتناع‌کنندگان از شرکت در مطالعهٔ قند لیپید تهران نشان داده که شرکت‌کنندگان هم از نظر وضعیت سلامتی و هم در مقایسه با شاخص‌های دموگرافیک (سن، جنس، سواد و تأهل) متفاوت از امتناع‌کنندگان بوده‌اند، نتایج به‌دست آمده غیرممکن به نظر نمی‌رسد.[۱۰] زمان بررسی، روش و ابزار تشخیص و غربالگری، شرایط اجتماعی و اقتصادی از دیگر مواردی است که ممکن است در وجود این اختلافات نقش داشته باشند.[۱] در این پژوهش، اختلال عملکرد اجتماعی شایع‌ترین اختلال در هر دو جنس بود که با نتایج حاصل از تحقیقات دیگر انجام شده در ایران متفاوت بود.[۱،۶-۸] با توجه به میزان بالای اختلال در این خرده مقیاس، درصد فراوانی افراد با نمرهٔ برش نیز بدون در نظر گرفتن مقیاس

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

مذکور محاسبه شد (جدول ۴). نتیجهٔ به‌دست آمده با تحقیقات دیگر در ایران هم‌خوانی داشت (۲۵/۹٪). این مسأله می‌تواند یا نشانگر تفاوت گروه مورد بررسی در تحقیق حاضر با تحقیقات دیگر باشد یا مؤید تأثیر نحوهٔ ارایه و سؤالات خاص این خرده مقیاس که تحقیقات آتی می‌توانند در زمینهٔ تعیین یک فرم ثابت از پرسشنامهٔ GHQ و دلایل جمعیت‌شناختی پاسخ گروه‌های مختلف به این پرسشنامه روشنگر باشند. نتایج به‌دست آمده از مطالعات مشابه در کشورهای مختلف، گوناگونی وسیعی را در این زمینه نشان می‌دهد؛ به طوری که در مطالعهٔ سازمان جهانی بهداشت، اضطراب و اختلال خواب به عنوان شایع‌ترین اختلال گزارش گردیده است.[۳] محققان فیلیپینی نیز افسردگی را به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی در جمعیت فیلیپینی ساکن در استرالیا گزارش کرده‌اند[۱۱] که با نتایج حاصل از مطالعهٔ نوربالا و همکاران در ایران هم‌خوانی دارد.[۱] در بررسی حاضر میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان بود که همسو با یافته‌های حاصل از مطالعات دیگر و همچنین مطالعات انجام شده در ایران است.[۱۳-۸،۶،۱-۱۱] یافته‌های حاصل از مطالعهٔ سازمان جهانی بهداشت دربارهٔ شیوع افسردگی و اضطراب با در نظر گرفتن فاکتور جنس نشان می‌دهد که در جوامع مختلف نسبت ابتلا به اختلالات مذکور در زنان به مردان بین ۲/۸-۱/۳ بوده است.[۱۸-۱۴] در این رابطه، نسبت زنان مبتلا به اضطراب به مردان در شهر کانبرای استرالیا ۰/۷،[۱۹] در شهر لندن ۴/۵[۲۰] و در شهر سانتاندر اسپانیا ۴/۸[۲۱] گزارش شده است. در مطالعهٔ حاضر نسبت زنان مشکوک به اختلال روانی به مردان در کل ۱/۴ و در خرده مقیاس‌های جسمانی‌سازی علایم اضطراب و اختلال خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۵/۱۷، ۲/۳، ۱/۶، ۳/۶ محاسبه شد. صرف‌نظر از تفاوت‌های موجود در روش‌های تشخیصی و متدولوژیِ تحقیق در مطالعات مختلف که قضاوت در زمینهٔ دلایل آسیب‌پذیری بیشتر زنان به اختلالات روانی در مردان را مشکل می‌سازد، اغلب منابع، عوامل بیولوژیک، محیطی، تجارب شخصی و تفاوت در نقش‌های اجتماعی زنان و مردان را به عنوان عوامل زمینه‌ساز ابتلا به اختلالات روانی در زنان ذکر می‌کنند. بدیهی است از آنجایی که تمامی عوامل یاد شده ریشه در فرهنگ جوامع دارند، اختلافات فرهنگی در شدت و ضعف نتایج به‌دست آمده تأثیرگذار است.[۱۴]

در این مطالعه بین میانگین نمرهٔ کل پرسشنامهٔ افراد متأهل و مجرد اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. نمرهٔ میانگین خرده مقیاس اضطراب و اختلال خواب در افراد مجرد به میزان معنی‌داری از متأهلان کمتر بود که با برخی از مطالعات صورت گرفته در خارج از کشور همخوانی داشت.[۲۲] دیگر مطالعات ایرانی نیز شیوع بالاتر اختلالات روانی را درافراد متأهل نسبت به مجردان گزارش کرده‌اند.[۱،۶]

تحقیقات انجام شده دربارهٔ مورد روایی و پایایی GHQ در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است که در صورت عدم وجود یا عدم توافق در نمرهٔ برش، نمرهٔ میانه می‌تواند معیار دقیق‌تری باشد.[۲۳] در مطالعهٔ حاضر با توجه به اینکه نمرهٔ میانه برای کل پرسشنامه مشابه نمرهٔ برش به‌دست آمده است (میانه=۶) به نظر می‌رسد گزارش ۵۲/۸٪ افراد مشکوک به اختلال روانی (نمرهٔ ۶ و بالاتر) در افراد مورد مطالعه در طیف تعیین شده بر اساس میانه هم جای می‌گیرد. گرچه سرانجام باید در نظر داشت که از این آزمون به عنوان یک معیار غربالگری در جمعیت عمومی استفاده می‌شود.[۲۳]

با وجود محدودیت‌های پژوهش حاضر در تعمیم‌پذیری نتایج، یافته‌های به‌دست آمده حاکی از شیوع بالای اختلالات روانی در ساکنان منطقهٔ ۱۳ تهران است. نظر به اهمیت سلامت روان در برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، انجام تحقیقات وسیعتر به ویژه در زمینهٔ راه‌های ارتقای سلامت روان در زنان ضروری به نظر می‌رسد.

سپاسگزاری

نویسندگان مراتب قدردانی خود را از آقای دکتر یدا... محرابی و خانم مژگان پادیاب به جهت آنالیز آماری یافته‌های مقاله اعلام می‌دارند. همچنین از ساکنان محترم منطقهٔ ۱۳ تهران که در این پژوهش شرکت نموده‌اند، قدردانی می‌گردد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

References

۱. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سیدعباس، یاسمی محمدتقی. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران چاپ اول. تهران، ۱۳۸۰.

۲. جی‌ای پارک، ک پارک. کلیات خدمات بهداشتی: درسنامهٔ پزشکی پیشگیری و اجتماعی. مفاهیم سلامت و بیماری، جلد دوم، چاپ چهارم، تهران، انتشارات سماط، ۱۳۷۶، صفحات ۲۶ تا ۳۷.

3. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004; 291: 2581-90.

4. WHO. Human Right: The Vulnerability of mentally ill. Press Release 1993; 15: 44.

۵. عزیزی فریدون، رحمانی مازیار، مجید محمد، امامی حبیب، میرمیران پروین، حاجی‌پور رامبد. معرفی اهداف، روش اجرایی و ساختار بررسی قند و لیپید تهران. مجلهٔ غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۳۷۹؛ سال ۲، شمارهٔ ۲، صفحات ۷۷ تا ۸۶.

٦. پالاهنگ حسن، نصر مهدی، براهنی محمدتقی، شاه محمدی داود. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. مجلهٔ اندیشه و رفتار، ۱۳۷۵، سال ۲، شمارهٔ ۴، صفحات ۱۹ تا ۲۷.

۷. یعقوبی نورالله، نصر مهدی، شاه‌محمدی داوود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی ـ شهرستان صومعه‌سرای گیلان. مجلهٔ اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال اول، شمارهٔ ۴، صفحات ۵۵ تا ۶۵.

۸. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سیدعباس. بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. مجلهٔ حکیم، ۱۳۷۸، سال ۲، شمارهٔ ۴، صفحات ۲۱۲ تا ۲۲۳.

9. Mirza I, Jenkins R. Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. BMJ 2004; 328: 794.

۱۰. امامی حبیب، راد سروش، غفاری حامد، عزیزی فریدون. بررسی اختلاف بین شرکت‌کنندگان و امتناع‌کنندگان از شرکت در مطالعهٔ قند و لیپید تهران. مجلهٔ غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران، ۱۳۸۳، سال ۶، شمارهٔ ۴، صفحات ۳۱۹ تا ۳۲۳.

11. Thompson S, Hartel G, Manderson L, Woelz-Stirling N, Kelaher M. The mental health status of Filipinas in Queensland. Aust N Z J Psychiatry 2002; 36: 674-80.

12. Piccirelli M, Gomez-Homen F. Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.

13. McConnell P, Bebbington P, McClelland R, Gillespie K, Houghton S. Prevalence of psychiatric disorder and the need for psychiatric care in Northern Ireland. Population study in the District of Derry. Br J Psychiatry 2002; 181: 214-9.

14. Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 405-13.

15. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, et al. Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. J Nerv Ment Dis 1990; 178: 242-6.

16. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. Acta Psychiatr Scand 1990; 81: 418-25.

17. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. J Psychiatr Res 1990; 24 Suppl 2: 3-14.

18. Mavreas VG, Beis A, Mouyias A, Rigoni F, Lyketsos GC. Prevalence of psychiatric disorders in Athens. A community study. Soc Psychiatry 1986; 21: 172-81.

19. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S. Psychiatric disorder in Canberra. A standardised study of prevalence. Acta Psychiatr Scand 1979; 60: 355-74.

20. Bebbington P, Hurry J, Tennant C, Sturt E, Wing JK. Epidemiology of mental disorders in Camberwell. Psychol Med 1981; 11: 561-79.

21. Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, Aldama J, Samaniego Rodriguez C, Menendez Arango J, et al. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. Psychol Med 1987; 17: 227-41.

22. Kaplan HI, Sadock BJ. Editors. Synopsis of Psychiatry. 9th ed. New York: Williams and Wlikins Co. New York, Williams and Wilkins; 2002.

23. Willmott SA, Boardman JA, Henshaw CA, Jones PW. Understanding General Health Questionnaire (GHQ-28) score and its threshold. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 613-7.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]

Original Article

Study of the general mental health status in an area of Tehran: Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS)

Motaghipour Y, Valaei F, Amiri P, Emami H, Mohammadbeigi F, Hajipour R, Ainy E, GHanbarian A, Sarbazi N, ZahediAsl S, Azizi F.

Endocrine Research Center, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran.

Abstract:

Introduction: There are significant correlations between the mental health status of individuals and non-communicable mental or physical diseases. Epidemiological data regarding mental health indices plays an important part in the planning and designing of mental health programs. This study was conducted to evaluate the general mental health status of inhabitants in an area of Tehran as part of the TLGS. Materials and Method: In this cross-sectional study, 927 residents (20 years and older) of a specific area were randomly selected. Subjects completed the demographic data forms alongwith the General Health Questionnaires (GHQ), validated for the Iranian population. A cut off of 6 and above was used as threshold to identify the group suspected of having psychiatric disorders. To compare the scores of total GHQ and subscales between different demographic variables, the Chi square, Mann whitney and Kruskal wallis test were used. Logistic regression was used to identify variables related to the group that scored above threshold. Results: The total sample studied consisted of 927 adults, of whom 401 (43.3%) were males and 526 (56.7%) females. Among them 489 (52.8%) were suspected of having psychiatric disorders. Mean score of total GHQ was 7.0±5.4 and regarding the subscales of the questionnaire including physical symptoms, anxiety and sleep disorders, social dysfunction and depression, mean scores were 1.2±1.7, 1.7±2.0, 3.4± 2.0, 0.75±1.4 respectively and the median of mentioned subscales were 0, 1, 3 and 0 respectively. Frequency of women suspected of mental disorders was significantly higher than that of men (59.7% vs. 43.6%, p<0.001). Conclusion: Taking into consideration the sample group and the method of gathering data, the frequency of those suspected of having psychiatric disorders in our study was higher as compared to other studies. Since mental health plays an important role in health promotion and community development, as well as the financial and psychological burden of illnesses, inplementation of policies in regard to implementation of related programs for prevention especially in women, seems vital.

Key words: General Mental Health, Non-communicable disease, TLGS.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-09]