

مقایسه سلامت سنجی روان شناختی نمونه ای از زنان و دختران ایرانی

روشنک خدابخش پیرکلانی^۱

عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء(س)

چکیده

امر سلامتی و بهداشت روانی، تعادل و مصونیت از آسیب های روانشناختی در جوامع کنونی از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است ، که در شرایط گوناگونی به مخاطره می افتد و کارآمدی انسان ، گروه و جوامع را به شدت کاهش می دهد و تبعات نامطلوب زیستی ، اقتصادی ، اجتماعی و بهداشتی وافر را برجا می نهد ، به این دلیل و به دلیل نقش زنان و دختران در خانواده ها و اثر گذاری بلامنازع آنان در سلامت خانواده این تحقیق به انجام رسیده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه بهداشت روانی و سلامت سنجی روان شناختی زنان و دختران ساکن در شهرک های مسکونی کشور انجام شده است. بدین منظور با توجه به جامعه آماری استان ها ، شهر ها و شهرک های مد نظر از طریق نمونه گیری تصادفی انتخاب شد و در مرحله بعدی زنان و دختران خانوار ها به صورت داوطلبانه در پژوهش شرکت نمودند، و در نهایت تعداد ۸۰۶ نفر شامل ۴۱۰ نفر زن متأهل ، ایرانی، مسلمان و شیعه مذهب و ۳۹۶ نفر دختر ایرانی، مسلمان و شیعه مذهب مورد بررسی با آزمون سلامت روانی گلدبرگ قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل آماری از روش های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون های تی و اف) استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که ۲۵.۶ درصد زنان از بهداشت روانی مناسبی برخوردار نمی باشند ، به عبارت دیگر کمی بیش از یک چهارم زنان به نوعی از عدم بهداشت روانی کافی رنج می برند. میانگین سلامت و بهداشت عمومی نمونه زن پژوهش برابر ۲۱.۵۳ از حداکثر ۸۴ نمره و انحراف استاندارد ۱۲.۳۵ به دست آمد. همچنین ۲۶.۵ درصد دختران از بهداشت روانی مناسبی برخوردار نمی باشند ، به عبارت دیگر کمی بیش از یک چهارم آنان به نوعی از عدم بهداشت روانی کافی رنج می برند. میانگین سلامت و بهداشت عمومی نمونه دختر پژوهش برابر ۲۲.۲۱ از حداکثر ۸۴ نمره و انحراف استاندارد ۱۴.۱۰ بدست آمد. در دو گروه مذکور از نظر نتایج کلی آزمون گلدبرگ تفاوت معناداری دیده نشد.

واژگان کلیدی

سلامت سنجی، بهداشت روانی زنان و دختران، آسیب‌شناسی روانی زنان و دختران، زنان ایرانی، دختران ایرانی.

1. rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir

مقدمه

به دلیل وسعت مفهوم بهداشت روانی و کثرت عوامل مؤثر بر آن و نیز به دلیل اثرات متقابل عوامل بر روی هم، شناخت دقیق عناصر تأثیرگذار و میزان و چگونگی تأثیرات آن بسیار دشوار بوده نیاز مبرم به مطالعات و پژوهش‌های متعدد دارد که با طراحی متناسب بتوان به درک درستی از عوامل مداخله‌کننده و چگونگی اثرات آن‌ها رسید، تا در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان با استناد به داده‌های علمی و تحقیقاتی بتوان به صورت مستدل تر و منطقی تری روش‌های پیشگیری و نیز الگوهای زیستی مناسب تر و مفیدتری را برنامه‌ریزی و طراحی نمود.

وجود منابع گوناگون فشار روانی، سلامت روانی و شخصیتی افراد را تحت شعاع قرار می‌دهد، و ضرورت چنین بررسی‌هایی را مبرهن می‌سازد. بنابراین بهداشت روانی امروزه از مباحث مهم اجتماعی و بالینی محسوب می‌گردد، به گونه‌ای که پیشگیری و ممانعت سریع و در مراحل اولیه از ابتلاء، وخامت و یا عود بیماری و یا تسری بیماری به سایرین از طریق مکانیزم انتقال منابع تنیدگی یا الگوسازی و غیره از تکالیف و برنامه‌های تمامی جوامع به ویژه جوامع پیشرفته، فعال، رو به توسعه و پذیرنده مدرنیسم است.

از طرفی افزایش روبه‌تزايد مشکلات و بیماری‌های روان‌شناختی هم، این مهم را پر اهمیت تر ساخته است. بعنوان نمونه WHO اعلام می‌دارد که در سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری جهان از لحاظ شیوع می‌شود.

اهمیت مباحث روانی تا جایی است که صرفاً برای تنظیم یک مرجع استاندارد برای کاربرد در حوزه سلامت روان (DSM) ۶۰ سال ممارست می‌شود و برای بازنگری آن حداقل فقط ۱۳ کارگروه به همراه متخصصان دیگر ساعات بی‌شماری را صرف بهبودبخشی بدان می‌کنند (APA 2013).

مطالعات نشان داده است که انسان‌ها به حسب نقش‌هایی که در اجتماع ایفا می‌کنند در معرض منابع تنیدگی متفاوتی می‌باشند، بیش و کمی این منابع به شرایط شغلی، زمانی و مکانی بسیار مرتبط است.

در کشور ما مانند تمامی جوامع دیگر زنان در معرض فشارهای زائدالوصف و متنابهی هستند، این شرایط با وجود تحولات پر بحران عصر حاضر و دشواری‌های جامعه پر تحرک ما، ده‌چندان می‌گردد، بدیهی است این فشارها به خانواده‌ها به راحتی منتقل می‌شود، چرا که خانواده مأمّن انسان و محل عقده‌گشائی ماست.

باز هم بدیهی است زنان خانوار بیش از هر کس دیگری در معرض این مشکلات و تبعات آنها واقع می‌شوند، و بهر حال آنان باید از سلامت کافی روانی نیز برخوردار باشند تا کانون خانواده را از آسیب‌های بیشتر در امان دارند.

پس با توجه به سهم جنسیتی از جمعیت کشور اهمیت این بررسی و وضوح بیشتر می‌یابد.

لذا در این تحقیق به بررسی وضعیت بهداشت روانی فرزندان دختر و زنان متأهل در شهرک‌های مسکونی پرداختیم.

از سوی دیگر در کشورهای رو به رشد و در حال گذار تحولات وسیع و روبه‌تزایدی در تمامی ارکان زندگی سایه‌افکننده است، از جمله نحوه سکنا‌گزینی و تقسیمات آن به تبع سایر تحولات و نیز در قالب تحولات مستقل خود نیز متحول گردیده

است، بافت های محله نشینی در سیستم های شهری جای خود را به بافت های شهرک نشینی در بطن و حاشیه شهرها داده است.

ساکنین این بافت های جدید احتمالاً متفاوت با اشتراکات ساکنین محله ها بوده، شرایط روانی، نگرش ها، افکار و رفتارهایشان تا حدی متأثر از سبک سکناگزینی و برنامه ها، خط مشی ها و اعمال مدیریت های حاکم بر شهرک ها می باشد. به دلیل مغایرت ها و تفاوت های بسیار سبکهای زیستی با سبک های قبلی و دور شدن از سبک های مألوف، مانوس و مطلوب سنتی، کم شدن پیوندهای عاطفی و شبکه های حمایتی محله ای افراد از لحاظ انطباق یابی دچار مشکلاتی شده بهداشت روانی آن ها تحت تاثیر قرار می گیرد. هر چند که این نوع طراحی در زمینه سکنا گزینی تابع قواعد و قوانین علمی، فنی/ مهندسی و خدماتی است، و امکانات و فرصت هایی را نیز فراهم می آورد معذالک کنترل ها، نظارت ها، واسترس هایی را نیز باعث می گردد. در نتیجه امکان دارد احساس آزادی در تعاملات و رفتارها تحدید گردیده همین امر عوامل فشار روانی را فعال می سازد و آسیب پذیری خانوارها را بیشتر می گرداند.

مسأله دیگری که این پژوهش بدان می پردازد انجام مقایساتی در میزان سلامت بین همسران و فرزندان دختر می باشد، این امر در واقع نشانگر یک مقایسه بین نسلی در دو نسل نزدیک است و می تواند حکایت از روند بهداشت و بهداشت روانی در نمونه و جامعه باشد. تشخیصی که در کشور ما از اهمیت زیادی برخوردار است.

بنابراین مسأله اصلی در این تحقیق بررسی وضعیت بهداشت روانی و سلامت روانی در زنان و دختران در شرایط شهرک نشینی می باشد. و محقق اعتقاد دارد که وضعیت سکنا گزینی در زنان و دختران که اوقات بیشتری را در خانه بسر می برند می تواند اثرات واجد اهمیتی در سلامت و بهداشت روان آنها داشته باشد.

روش شناسی پژوهش

در اینجابه تبیین روش پژوهش ، جامعه، نمونه، نمونه گیری و معرفی ابزار وسایر مباحث ذیربط می پردازیم.

جامعه مورد تحقیق و نمونه پژوهش:

کلیه زنان و دختران خانواده های ساکن در شهرک های مسکونی در ایران می باشد. علیرغم شرط اساسی آزمون های مورد استفاده یعنی سطح سواد مکفی به دلیل پاره ای از محدودیت ها و صلاحیدها در معدودی از نمونه ها شرط فوق مراعات نشد. یکی به دلیل آنکه پاره ای از نمونه ها در شهرستان های محروم کم سواد یا بی سواد بودند ولی حذف آن ها سبب می شد که نمونه نمایانگر واقعی جامعه محسوب نشود لذا سعی شد تا با کمک رسانی در اجرا ، برخی از این نمونه ها باقی بمانند. البته شایان ذکر است که برای پیشگیری از هر گونه اشکال در موارد بیسواد و کم سوادها ، آزمونگر خود به اجرای آزمون به صورت شفاهی و انجام توضیح لازم مبادرت ورزید.

نمونه و نمونه گیری:

با توجه به تمایل محقق اطلاعات مورد نیاز تحقیق، اطلاعات جمعیت شناختی شامل تعداد شهرک ها و تعداد خانوارها و مشخصات دموگرافیک مورد لزوم باید شناخته می شد تا با این اطلاعات از طریق شیوه نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای و با استفاده از فرمول "کوکران" یعنی: نمونه گیری صورت می گرفت، ولی به دلیل نبودن اطلاعات جامع در این باره ، این اطلاعات در دسترس محقق قرار نگرفت، بنابراین نمونه گیری این تحقیق در مراحل اول یعنی تعیین استان ها شهرها و شهرک ها ی مورد نظر به روش تصادفی صورت پذیرفت ولی در مراحل بعدی یعنی انتخاب خانوارها و افراد از افراد قابل دسترسی که موافقت و همکاری خود را با پیشنهاد تیم پژوهش اعلام می کردند ، انتخاب شد ، لذا در نهایت نمونه های تحقیق انتخاب

گردید، و برای حصول به اطمینان از میزان نمونه به دلیل غیر قابل تخمین بودن حجم جامعه تحقیق به تعداد نمونه‌ها و پراکندگی آن‌ها افزوده شد و با افزایش حجم نمونه این مشکل کنترل شد. بهر تقدیر تعداد نمونه‌ها بشرح زیر می‌باشد:
 ابتدا کشور به پنج منطقه شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز تقسیم شد و از استان‌های هر منطقه یک الی دو استان به روش تصادفی انتخاب شد و سپس شهرهای مورد نظر در هر استان انتخاب گردید، باز به جهت ایجاد تنوع و گستردگی لازم در نمونه، نمونه‌های زنان و دختران در هر استان از خانوارهای مجزا انتخاب شدند، و مبنای انتخاب آنها داوطلب بودنشان بوده است.

در نهایت استان‌های انتخاب شده شامل:

استان‌های اصفهان، یزد، خوزستان، سیستان و بلوچستان، همدان، گیلان و تهران می‌باشد.

و شهرهای انتخاب شده شامل:

اصفهان، یزد، اهواز، زاهدان، همدان، رشت، تهران، شهر ری و شهریار می‌باشد.

در تهران هم شش شهرک برای اجرای طرح انتخاب شدند.

در نهایت مجموع ۸۰۶ نفر نمونه مؤنث، ایرانی، مسلمان و شیعه مذهب در این پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند که از این میان ۴۱۰ نفر همسر و ۳۹۶ نفر دختر با آزمون‌های مرتبط مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش:

در بررسی متغیرهای مورد تحقیق ما از آزمون ۲۸ سؤالی (فرم کوتاه) سلامت عمومی، طراحی شده توسط پروفیسور گلدبرگ استفاده شد.

آزمون سلامت عمومی گلدبرگ یا GHQ

گلدبرگ در ۱۹۷۲ پرسشنامه سلامت عمومی را برای سرنده و غربالگری اختلالات روانی غیر سایکوتیک در مراکز درمانی و جامعه طراحی و تدوین کرد.

پرسشنامه سلامت عمومی به عنوان یک ابزار خود-اجرائی و به منظور اندازه‌گیری اختلالات روانپزشکی در جمعیت‌های غیر بالینی توسعه یافته است، و امروزه به دلیل سهولت اجرا، اختصار و مقبولیت آن نزد کاربران، به یکی از گسترده‌ترین ابزارهای مورد استفاده دنیا تبدیل شده است. این مقیاس عملکرد را در دو حوزه اصلی (۱) توانائی فرد برای فعالیتهای معمول بهداشتی، و (۲) رشد اخیر نشانگان ذهنی پریشانی‌های روانی را اندازه‌گیری می‌کند.

این آزمون در حیطه‌ی پرسشنامه‌های استاندارد روان‌شناختی جای دارد.

این تست دارای ۴ خرده مقیاس کارکرد علائم جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، افسردگی شدید و اختلال در عملکرد اجتماعی یا مشکلات بین فردی و با تعداد سئوال‌ات مساوی می‌باشد (رقیبی و پورقاز، ۱۳۸۵، ص: ۶۴).

فرم اصلی این پرسشنامه مشتمل بر ۶۰ سؤال است، و آزمودنی باید پاسخ‌های خود را بین چهار درجه (خیر، کمی، زیاد و خیلی زیاد و یا بیشتر از همیشه، مثل همیشه، کمتر از همیشه و خیلی کمتر از همیشه) مشخص کند.

از این مقیاس نسخه‌های متعددی در دامنه ۱۲ تا ۶۰ سؤالی توسعه یافته است، اما نسخه ۲۸ سؤالی آن تنها مقیاسی است که چهار خرده مقیاس را در حیطه اختصاصی تر آسیب شناسی روانی اندازه‌گیری می‌کند (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸ به نقل از رقیبی و همکاران ۱۳۸۵).

هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری روانی نیست بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۷۷ به نقل از دادستان ۱۳۷۷).

نسخه های گوناگون این آزمون به زبان های مختلف برگردانده شده و در کشور های مختلف به طور وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است (هندرسن، ۱۹۹۰، ص: ۲۲).

فرم کوتاه ۲۸ ماده ای آن توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) بر اساس تکنیک تحلیل عامل بر روی فرم ۶۰ ماده ای آن طراحی شده است.

این پرسشنامه مشتمل بر ۲۸ سؤال است، و از چهار مقیاس فرعی که در هر یک ۷ سؤال قرار دارد، تشکیل یافته است.

در این آزمون علائمی که فرد در طی یک ماه گذشته تجربه کرده است بررسی می شود (مریم علیجانی، ۱۳۷۷، ص: ۶۲).

مدت زمان لازم جهت تکمیل این پرسشنامه به طور متوسط حدوداً ۸ دقیقه می باشد و علائم مرضی و حالات مثبت و تندرستی فرد را از ماه قبل تا زمان اجرای پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می دهد (گلدبرگ، ۱۹۷۲، گودچایلد و دانکن جونز، ۱۹۸۵ به نقل از رقیبی و همکاران ۱۳۸۵).

در این پرسشنامه به دو طبقه اصلی از پدیده ها توجه می شود: ناتوانی فرد در برخورداری از یک کارکرد «سالم» و بروز پدیده های جدید با ماهیت معلول کننده.

اعتبار پرسشنامه آزمون سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ-28):

GHQ به ۳۸ زبان ترجمه و در دامنه گسترده ای از جمعیت ها و فرهنگ های متفاوت مورد مطالعه قرار گرفته و اخیراً ۷۰۰ مقاله درباره آن به چاپ رسیده است.

مطالعه های متعدد در ۱۵ کشور جهان و در جمعیت های گوناگون درباره ساختار عاملی و مشخصه های روان سنجی آن، پایائی خرده مقیاس های افسردگی شدید و اختلال عملکرد اجتماعی و نیز همپوشی معنادار دو خرده مقیاس علائم جسمانی و اضطراب و اختلالات خواب را مورد تأیید قرار داده است (ورنکه و همکاران ۲۰۰۰ به نقل از رقیبی و پورقاز، ۱۳۸۵، ص: ۶۴).

در ایران هم نسخه فارسی این پرسشنامه در بسیاری از پژوهش ها و مطالعات بالینی و پیمایشی به کار رفته است (نور بالا و سایرین، ۲۰۰۴، هومن، ۱۳۷۶).

اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی بیشتر متکی به اعتبار سازه است، که از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با سایر ابزار های مشابه که برای سرنده اختلالات روانی کارائی داشته اند، تعیین گردیده است. شواهد مربوط به اعتبار سازه تا حدودی جنبه عقلانی، جنبه تجربی و آماری دارد.

بهترین شاخص های اعتبار پرسشنامه های غربالگری، دو شاخص «حساسیت» و «ویژگی» می باشد. و به منظور تعیین درجه مطلوبیت و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی، اندازه های دو شاخص «حساسیت» و «ویژگی» آن نیز مشخص شده است. «ویژگی» یک آزمون غربالگری عبارت است از: نسبت افراد سالم درست شناسائی شده با معنی های واقعی که به عنوان

درصد غیر بیمار بیان می شود. « حساسیت » آزمون غربالگری عبارت است از: نسبت بیماران درست شناسائی شده یا مثبت های واقعی که به عنوان درصد بیماری بیان می شود (گلدبرگ، ۱۹۸۹ به نقل از یعقوبی، ۱۳۷۴ و آقاجانی، ۱۳۸۱).

تا کنون بیش از ۷۰ مطالعه در مورد اعتبار GHQ در نقاط مختلف جهان انجام شده که از این تعداد ۴۵ مطالعه اطلاعات مفصلی راجع به روش های نمونه گیری ارائه داده اند که این موجب می شود بتوان مقایسه مستقیمی بین آن ها انجام داد (ویلیامز، گلدبرگ و موری، ۱۹۸۸) این مطالعات را فراتحلیل کرده اند. نتایج نشان داد که متوسط حساسیت پرسشنامه 28-GHQ برابر با ۸۳٪ (بین ۷۷٪ تا ۸۹٪) و متوسط ویژگی آن برابر با ۸۱/۵٪ (بین ۷۸٪ تا ۸۵٪) می باشد.

آدري بیجبه و گورژه، (۱۹۹۲) در نیجریه اعتبار 28-GHQ را در نمونه ۲۷۷ نفری از زنان را ارزیابی کردند. آن ها از کار خود نتیجه گرفتند که این پرسشنامه ۸۲٪ حساسیت و ۸۵٪ ویژگی دارد (همان منبع).

گلدبرگ و بلک ول، (۱۹۷۰) نیز اعتبار آن را با استفاده از یک چک لیست مصاحبه بالینی در مورد ۲۰۰ نفر از بیماران بخش جراحی در انگلستان مشخص نمودند. طبق مطالعه آنان، بکار گیری پرسشنامه مذکور توانست بیش از ۹۰٪ گروه نمونه را به درستی بعنوان بیمار و سالم طبقه بندی نماید و همبستگی بین نمرات این پرسشنامه با نتیجه ارزیابی بالینی شدت اختلالات به میزان ۸۰٪ گزارش شده است.

ویلیامز، گلدبرگ و ماری، (۱۹۸۸) چندین مطالعه انجام شده با استفاده از GHQ را فرا تحلیل کرده و نتیجه گرفتند که اعتبار این آزمون در حدود ۸۰٪ است (آقاجانی، ۱۳۸۱).

رابینز و بروکس، (۱۹۸۱) نشان دادند که این پرسشنامه توانائی لازم را برای ارزیابی شدت اختلالات روانی را دارد.

بنجامین و همکاران، (۱۹۸۲) به نقل از دادستان (۱۳۷۷) در مطالعه خود روی ۹۲ زن متعلق به گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال، همبستگی بالائی بین نمره نسخه های ۲۸ ماده ای و ۶۰ ماده ای یافتند و توصیه نمودند که به منظور صرفه جویی در وقت و هزینه، در پژوهش های بزرگ از فرم کوتاه ۲۸ ماده ای این مقیاس برای سرنده بیماران روانی استفاده شود.

مدینا مورا و همکاران، (۱۹۸۳)، ویژگی های سرنده بیماران روانی توسط نسخه های ۲۸ - ۳۰ - ۶۰ ماده ای GHQ را برای ۵۹۷ بیمار گروه سنی ۱۸ تا ۶۴ سال در یک بیمارستان عمومی در شهر مکزیکو مورد بررسی قرار دادند و تفاوت معناداری بین نتایج این سه نسخه مشاهده نمودند.

در راستای اندازه گیری سلامت روانی از پرسشنامه ی سلامت عمومی ۲۸ سوالی (فرم کوتاه) در ایران نیز استفاده شده است. که این ابزار در ایران حداقل دارای ضریب اعتبار ۷۰٪ بوده و به عنوان ابزار معتبر در حیطه ی اندازه گیری سازه ی سلامت روان، کاربرد دارد.

روائی و پایائی این پرسشنامه در ایران هم بطور متعدد بررسی شده است. از جمله سیف و لطیفیان، (۱۳۸۱) روائی آن را از طریق تحلیل عاملی با چرخش واریماکس مورد محاسبه قرار داده و ضرایبی بین ۷۱٪ تا ۸۴٪ برای خرده مقیاس های مزبور ارائه داده است.

همچنین پایائی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس نشانه ها یا کارکرد جسمانی ۸۴٪، خرده مقیاس اضطراب ۷۱٪، خرده مقیاس افسردگی ۸۴٪ و مشکلات بین فردی ۸۴٪ محاسبه شده است (سیف و لطیفیان، ۱۳۸۱).
 با توجه به ضرائب گزارش شده و نظر به اجرای مکرر GHQ در جامعه ایران، روائی و پایائی این آزمون محرز گردیده و به عنوان ابزاری کارآمد می توان از آن استفاده کرد.

شایان ذکر است که در این پژوهش هم از روش ساده نمره گذاری لیکرت برای این پرسشنامه استفاده شد.

روش تحقیق:

پژوهش کنونی یک تحقیق چند دامنه در بین جامعه سالم زنان و دختران خانوارهای ساکن در شهرک های مسکونی در ایران می باشد و داده های آن ضمن پاسخگوئی به سؤالات یا فرضیه های خاص این پژوهش در چند زمینه دیگر نیز قابل استفاده است.

در این پژوهش نوع مطالعه در بخش های مختلف و از منظر گوناگون متفاوت است:

در سطح برهه اندازه گیری یک بررسی مقطعی است.

در سطح ماهیت یافته ها با عطف به سؤالات اساسی و فرضیه های تحقیق یک شیوه اکتشافی است. در سطح شکل گیری، یک طرح پس رویدادی و در بخشی از طرح مقایسه ای است.

شیوه اجراء پژوهش و گردآوری اطلاعات:

پس از انتخاب نمونه جلسه روانسنجی توسط شخص پژوهشگر و همکاران طرح و یا تیم اجرا به شیوه حضوری و به صورت انفرادی، گروه های کوچک و بزرگ انجام شد

روش های تجزیه و تحلیل اطلاعات:

تجزیه و تحلیل اطلاعات بر مبنای روش های آمار توصیفی و استنباطی و از نرم افزارهای که در علوم انسانی رایج است ،

جهت عملیات آماری استفاده شد. SPSS و EXEL

تجزیه و تحلیل توصیفی شامل دسته بندی داده ها و تنظیم جداول فراوانی، رسم جداول و نمودارها، محاسبات درصد، سنجش میانگین و واریانس بوده و تجزیه و تحلیل استنباطی نیز شامل آزمون های

می باشد. T و F

سؤالات و فرضیات تحقیق:

سؤالات تحقیق به ترتیب سؤالات اصلی و فرعی به قرار زیر گزارش می شود:

در نمونه تحقیق چه می باشد؟ GHQ-۱- شاخص های آماری آزمون

۱-۱- توزیع و میانگین میزان سلامت و بهداشت عمومی زنان ساکن در شهرک های مسکونی در نمونه تحقیق

چه می باشد؟

فرضیه پژوهش هم شامل یک فرضیه کلی به قرار زیر است:

در نمره کلی آزمون GHQ در بین زنان و دختران اختلاف معنادار وجود دارد.

یافته های تحقیق:

در ادامه ابتدا نتایج آماری سؤالات تحقیق و سپس فرضیه پژوهش گزارش می شود:

۱- شاخص های آماری آزمون GHQ در نمونه تحقیق چه می باشد؟

۱-۱- توزیع و میانگین میزان سلامت و بهداشت عمومی زنان ساکن در شهرک های مسکونی در نمونه تحقیق چه

می باشد؟

جدول شماره ۱: نتایج شاخص های آماری میزان سلامت و بهداشت عمومی زنان در نمونه تحقیق.

خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	درصد فراوانی	فراوانی	گزینه
۰.۶۱۰۲۱	۱۲.۳۵۵۷۸	۲۱.۵۳۱۷	۳۵.۶	۱۴۶	بهنجار
			۳۸.۸	۱۵۹	علائم خفیف
			۲۴.۶	۱۰۱	علائم نسبتاً شدید
			۱.۰	۴	علائم شدید
			۱۰۰	۴۱۰	جمع

برای پاسخگویی به سؤال ۱-۱ این تحقیق با توجه به نتایج اجرای آزمون GHQ و تجزیه و تحلیل توصیفی آن ها جدول شماره ۱ تنظیم گردید، نتایج حاکی از آن است که بهداشت عمومی ۳۵.۶ درصد از زنان ساکن در شهرک های مسکونی در سطح نرمال یا بهنجار، ۳۸.۸ دارای علائم خفیف، ۲۴.۶ درصد آنان دارای علائم نسبتاً شدید و فقط ۱ درصد زنان دارای علائم شدید بوده اند.

هرچند این نتایج نشان می دهد که ۲۵ درصد زنان از بهداشت عمومی مناسبی برخوردار نمی باشند. ولی با توجه به نقاط برش پیشنهادی این آزمون، چون میانگین سلامت و بهداشت عمومی زنان برابر ۲۱.۵۳ از حداکثر ۸۴ نمره است، پس این نتیجه نیز می تواند بیانگر این موضوع می باشد که نمونه حاضر در این آزمون از وضعیت مطلوبی برخوردارند.

۱.۲- توزیع و میانگین میزان سلامت و بهداشت عمومی دختران ساکن در شهرک های مسکونی در نمونه

تحقیق چه می باشد؟

جدول شماره ۲: نتایج شاخص های آماری میزان سلامت و بهداشت عمومی دختران در نمونه تحقیق.

خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	درصد فراوانی	فراوانی	گزینه
۰.۷۰۸۹۴	۱۴.۳۰۷۶۶	۲۲.۲۱۷۲	۳۲.۳	۱۲۸	بهنجار
			۴۱.۲	۱۶۳	علائم خفیف
			۲۲.۷	۹۰	علائم نسبتاً شدید
			۳.۸	۱۵	علائم شدید
			۱۰۰	۳۹۶	جمع

برای پاسخگویی به سوال ۱-۲ این تحقیق با توجه به نتایج اجرای آزمون GHQ و تجزیه و تحلیل توصیفی آن ها جدول شماره ۲ تنظیم گردید، نتایج حاکی از آن است که بهداشت عمومی ۳۲.۳ درصد از دختران ساکن در شهرک های مسکونی در سطح نرمال یا بهنجار، ۴۱.۲ دارای علائم خفیف، ۲۲.۷ درصد آنان دارای علائم نسبتاً شدید و فقط ۳.۸ درصد دختران دارای علائم شدید بوده اند.

هر چند این نتایج نشان می دهد که ۲۶.۵ درصد دختران از بهداشت عمومی مناسبی برخوردار نمی باشند، ولی با توجه به نقاط برش پیشنهادی این آزمون، چون میانگین سلامت و بهداشت عمومی دختران برابر ۲۲.۲۱ از حداکثر ۸۴ نمره است، پس این نتیجه نیز می تواند بیانگر این موضوع می باشد که نمونه حاضر در این آزمون از وضعیت مطلوبی برخوردارند. ضمناً وضعیت زنان از نظر این آزمون از دختران نسبتاً مطلوب تر می باشد.

جهت آزمون فرضیه این تحقیق با استفاده از تست تی این دو گروه را در نمره کلی آزمون سلامت روانی مورد ارزیابی مقایسه ای قرار دادیم. ذیلاً به استخراج داده ها در این زمینه و ارائه آن می پردازیم

۱.۱- میانگین میزان سلامتی عمومی در دختران بیشتر از زنان می باشد.

جدول شماره ۳: شاخص آماری دو گروه زنان و دختران در مقیاس سلامت عمومی تست GHQ.

گروه ها	N	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف معیار
زنان	۴۱۰	۲۱.۵۳۱۷	۱۲.۳۵۵۷۸	.۶۱۰۲۱
دختران	۳۹۶	۲۲.۲۱۷۲	۱۴.۱۰۷۶۶	.۷۰۸۹۴

جدول شماره ۴: نتایج بررسی تفاوت میانگین دو گروه زنان و دختران با تست تی در مقیاس سلامت عمومی

GHQ آزمون

آزمون تی برای تساوی میانگین ها				آزمون لوین برای تساوی میانگین ها			
تفاوت خطای واریانس	تفاوت میانگین ها	Sig	df	T	Sig	F	
.۹۳۳۲۴	-.۶۸۵۵	.۴۶	۸۰۴	.۷۳۴	.۰۲۸	۴.۸۶۲	با فرض تساوی واریانس ها
.۹۳۵۳۹	-.۶۸۵۵	.۴۶۴	۷۸۲.۳۶۶	.۷۳۳			بدون فرض تساوی واریانس ها

چنانکه در جدول های شماره ۳ و ۴ مشاهده می شود در نمونه تحقیق در مقیاس سلامت عمومی GHQ، مقایسه با آزمونهای تی و لوین با فرض تساوی و عدم تساوی واریانس ها صورت پذیرفت نتایج حاکی از آنست که نظر به مقدار sig (۰/۰۲۸) آزمون F نشان می دهد که شرط یکسانی واریانس ها برقرار نیست، بنابراین باید از اطلاعات سطر دوم جدول استفاده

شود. و با توجه به مقدار Sig (۰/۴۶۴) آزمون t مشخص می شود که فرضیه پژوهشی رد می شود. به این معنا که بین میانگین نمره سلامت روان زنان و دختران تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری:

نظر به اینکه این پژوهش با آزمون بسیار معتبری که به ۳۸ زبان ترجمه گردیده و بالغ بر ۷۰۰ مقاله با استفاده از آن تدوین گردیده، به انجام رسیده است می توان با ضریب اطمینان خوبی به نتایج آن اتکا نمود. همچنین با توجه به یافته های تحقیق و نظر به نقاط برش پیشنهادی این آزمون، نتایج بیانگر میزان قابل قبولی از بهداشت و سلامت روانی در این دو گروه می باشد. چنانکه ملاحظه می شود در یک نگاه توصیفی بهداشت روانی زنان وضعیت مطلوبتری از دختران داشته و با توجه به انحراف استانداردها مشخص می شود پراکندگی این میزان در دختران بیشتر است.

در مطالعه نظیر با آزمون GHQ ۲۸ سئوالی توسط رقیبی و پورقاز (۱۳۸۵، ص ۷۶) در بین جمعیت متأهلین منطقه سیستان و بلوچستان در نمونه ۲۱۸ نفری زنان، میانگین بدست آمده ۵۰.۴۷۷ و انحراف استاندارد ۱۳.۷۷۶ می باشد، البته هر چند نمره گذاری دو تحقیق متفاوت است، ولی با توجه به تفاسیر دو تحقیق بوضوح مشخص است که اعداد مذکور در دو تحقیق زیر نقطه برش آزمون بوده است، پس می توان نتیجه گرفت همانند جمعیت عادی این زنان از بهداشت روانی خوبی برخوردارند و دو پژوهش در ایران همسو با هم هستند.

در این تحقیق مقایسه سلامت و بهداشت عمومی با توجه به نتایج آزمون GHQ در زنان و دختران پرداخته شد و نظر به نتایج تست تی این دو گروه مشاهده شد که فرضیه پژوهشی رد شد، به این معنا که بین میانگین نمره سلامت روان همسران و دختران تفاوت معناداری وجود نداشت، یعنی از لحاظ نمره کلی آزمون اختلافی وجود نداشت، یعنی از لحاظ نمره کلی آزمون اختلافی در اینجا دیده نشد.

هر چند که با توجه به مشاهدات بالینی و بسیاری از منابع بنظر می رسد اصولاً نسل جدید و بخصوص در سننین نوجوانی استرس بیشتری را تجربه می کنند و وجود استرس در آنها شایع است (نیکولسون ۲۰۰۴) و لذا امکان آسیب های روانشناختی بیشتری برایشان مطرح است ولی در این تحقیق در نمره کلی آزمون بین این دو نسل تفاوتی دیده نشد البته باید گفت مؤلفه های مختلفی در بهداشت روان مؤثر است مثلاً طبق نظر داینر (۲۰۰۰) بهزیستی ذهنی با افسردگی، پرخاشگری و اضطراب همبستگی بیشتری دارد و با علائق اجتماعی همبستگی معکوس دارد بنابراین برای تخمین زدن برتری بهداشت روانی دو نسل لازم است تحقیقاتی با متغیرهای کاملتری صورت پذیرد.

البته در ادامه این پژوهش ما به اطلاعات خرده مقیاس های آزمون گلدبرگ هم پرداختیم و تفاوت هایی در خرده مقیاس های این دو گروه (نظیر سلامت جسمانی) را شاهد بودیم که به علت اجتناب از حجم گزارش در مقالات دیگری گزارش خواهد شد. بهر حال تحقیقات در جمعیت ایرانی با آزمون گلدبرگ بیشتر بر روی اقشار دانشجویی و مقایسه های دختران و پسران بوده است مرادی، علیلو و پیروی (۱۳۸۰) و در نتایج آن ها بوضوح مشخص است که اعداد حاصله دقیقاً بسیار کمتر از رقم های این تحقیق است، پس می توان نتیجه گرفت نسبت به جمعیت عادی دانشجویی، این زنان از مشکلات بیشتری برخوردار بوده اند.

البته در مطالعات، بررسی های سلامت روان اغلب با آزمون های مختلفی صورت می گیرد که امکان قیاس نتایج را دشوار می سازد. و یا هر چند بررسی های نسلی در موضوعاتی مورد مطالعه و پژوهش قرار می گیرد ولی از لحاظ بهداشت روانی این نوع مقایسه کمتر در مطالعات و بررسی های راقم این پژوهش یافته شد، که البته می توان اشاعه اینگونه مطالعات را بخاطر سودمندی های وافری که دارد و شفافیت زیادی که به علل مشکلات روانی می بخشد را پیشنهاد داد.

منابع فارسی

- استورا، جین، بنجامین، ۱۳۷۷، مترجم: دادستان، پریخ، تنیدگی یا استرس، تهران، انتشارات رشد، چاپ اول.
- مجموعه خلاصه مقالات اولین سمینار بهداشت روان دانشجویان، ناشر: معاونت دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، دفتر مرکزی مشاوره و مرکز مشاوره معاونت دانشجویی دانشگاه تهران، چاپ اول.
- جوانان و روابط خانوادگی و نسلی، ۱۳۸۷، معاونت مطالعات و تحقیقات سازمان ملی جوانان، تهران، سازمان ملی کنگره سراسری آسیب شناسی خانواده در ایران، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- رقیبی، مهوش، پورقاز، عبدالوهاب، ۱۳۸۵، بررسی بین رضایتمندی زناشویی و بهداشت روانی جوانان متأهل سیستان و بلوچستان، تهران، سازمان ملی جوانان.
- علیجانی، مریم (۱۳۷۷). بررسی سلامت روان .. پایان نامه کارشناسی ارشد- تهران دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب. ، بیماری های روانی، مترجمان: .، منصور، پ. دادستان، ۱۳۸۱/ کراژ، ژاک تهران: انتشارات رشد.
- لطیفیان، مرتضی- سیف، دنیا(۱۳۹۱). بررسی سلامت روانی و راهبردهای انگیزشی مجله روانشناسی
- مرادی، علیرضا- علیلو، مجید- پیروی، حمید(۱۳۸۰) سلامت عمومی دانشجویان دانشگاههای کشور (ورودی ۷۹-۸۰) اولین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان
- نریمانی، محمد(۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع و علل اضطراب دانشجویان دانشگاه اردبیلی، مجموعه نشریه فرهنگی اجتماعی انجمن دانشجویی روانشناسی(دنیای روانشناسی)، شماره ۱۲ و ۱۳، ۱۳۸۵، انتشارات دانشگاه الزهراء..
- هومن، عباس(۱۳۷۶). استاندارد سازی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، گزارش پژوهش، تهران، موسسه تحقیقات تربیتی.

منابع لاتین

- Diagnostic and statistical Manual Disorders (Fifth Edition)DSM-5,2013
- Nicolson D. Ayers H . ,M.,(2004). Adolescent problems: A practical guide for parents. Teachers and counselors. London .David Fuhon.
- Diener. E. D. ,(2000). Subjective well-being . American Psychologist. 55(1)33-43.