وضعیت سلامت روان جمعیت شهری کشور: یک مطالعه ملی

محمود طاووسی[۱]، علی اصغر حائری مهریزی[۱]، اکرم هاشمی[۱]، فاطمه نقی زاده[۱]، علی منتظری[۱] *

۱. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۲۰
سال پانزدهم شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۵ صص ۲۳۹-۲۳۳
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۳ فروردین ۹۵]

چکیده

سلامت روان و شناخت شیوه های ارتقای آن یکی از موضوعات مهم سلامت همگانی است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت روان افراد بزرگسال ۶۵- ۱۸سال ساکن شهرهای ایران با استفاده از پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی (GHQ-12) انجام شد. در این مطالعه جمعیتی، تعداد ۱۹۹۴۹ نفر (۱۰۰۵۶ زن و ۹۸۹۳ مرد) شرکت کردند. میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت کنندگان (۱۱/۸۰) ۳۴/۹۲ سال بود. با توجه به نقطه برش تعیین شده برای این ابزار، یافته ها نشان داد، ۲۹/۸ درصد از پاسخ‌گویان مطالعه مشکوک به درجاتی از اختلال در سلامت روان هستند. نتایج حاصل از به کارگیری الگوی لجستیک در این مطالعه نشان داد سلامت روان مطلوب با متغیرهایی مانند سن بیشتر (OR=۰/۹۹۲, P<۰/۰۰۱) و تعداد سال های تحصیل بیشتر (OR= ۰/۹۲۹ , P< ۰/۰۰۱) رابطه معنادار دارد. بخت داشتن سلامت روان نامطلوب در گروه شغلی بی کار حدود ۲ برابر شاغلان (OR= ۲/۰۰۸, P<۰/۰۰۱) بود. یافته های این مطالعه نشان داد درصد قابل توجهی از مردم سلامت روان خود را مطلوب ارزیابی نمی‌کنند. شاید مهمترین اقدام در ارتقای سلامت روان مردم ابتدا درک صحیح موضوع و سپس طراحی مداخلاتی فراگیر باشد که بتوانند جمعیت بیشتری را به ویژه در گروه های آسیب پذیر پوشش دهند. در این راستا به نظر می رسد اهتمام روزافزون به امر اشتغال زایی، رسیدگی هر چه بیشتر به وضعیت معیشت مردم، و نیز کاهش تنش‌های سیاسی بی حاصل و ایجاد فضای آرام از سوی رسانه های ارتباط جمعی از جمله اقدامات کم هزینه و پر فایده ای باشد که موجب ارتقای سلامت روان جمعیت کثیری از اقشار مختلف مردم کشور گردد.

کلیدواژه: سلامت روان، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12)، افراد بزرگسال، جمعیت شهری

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب، خیابان فلسطین جنوبی، خیابان شهید وحید نظری پلاک ۲۳
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.2.6]

مقدمه

بنابر تعریف سازمان سلامت جهان سلامت روان "وضعیتی از سلامت هر فردی است که باعث تحقق استعدادهای بالقوه ، توانایی کنار آمدن با تنش های معمول زندگی، انجام کار مفید و ثمر بخش و توان مشارکت با اجتماع در او می شود."[۱]. سلامت روان مولفه ای مهم برای ارزیابی وضعیت سلامت یک جمعیت است، که می توان آن را با بررسی شاخص های گوناگون ارزیابی کرد[۲]. به عبارت دیگر مفهوم سلامت روان، جنبه ای از مفهوم کلی سلامتی است و به کلیه روش ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلای افراد به بیماری های روانی، درمان و توان بخشی آن ها به کار می روند. روان شناسان معتقدند خصوصیات فردی، فشارهای روانی و محیطی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی، عدم دستیابی به اهداف زندگی و فقدان انگیزه بر سلامت روان افراد موثر است [۳]. حرکت کشورها به سوی صنعتی شدن، رشد شهرنشینی، مهاجرت و غیره پدیده هایی هستند که مسایل عدیده ای از جمله مسایل روانی- اجتماعی را با خود به همراه خواهند داشت؛ از این رو مسئله سلامت روان و مواجهه با بیماری های روانی در صدر مسایلی قرار دارند که امروزه جهان با آن روبرو است. شیوع بالای بیماری های روانی و ناتوانی همراه آن ها، این مشکل را به عنوان یک اولویت بهداشتی جلوه داده است [۴]. با مطالعه وضعیت سلامت روان افراد، می توان اطلاعات ارزشمندی را در زمینه برنامه ریزی های آموزشی، درمان و پیشگیری از بروز اختلالات روانی در اختیار مسؤولان، برنامه ریزان و مدیران سازمان ها و مراکز ارایه دهنده خدمات قرار داد؛ این مطلب حاصل نتایج مطالعات متعددی است که تاکنون در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان در موقعیت های مختلف انجام گرفته است [۵]. از جمله ابزارهای مورد استفاده برای بررسی وضعیت سلامت روان و اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مطالعات، پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire - GHQ) است. این پرسشنامه از جمله شناخته شده ترین ابزارهای غربالگری اختلال سلامت روان است که تأثیر بسزایی در پیشرفت پژوهش های علوم رفتاری و روان پزشکی داشته است [۴]. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم گردید[۶].پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ گویه بوده، و نسخه های کوتاه شده ۳۰ ، ۲۸ و ۱۲ گویه ای آن در مطالعات مختلف استفاده شده است[۷]. در سال های گذشته چندین مطالعه اپیدمیولوژیک ملی برای بررسی وضعیت سلامت روان به شیوه های گوناگون و با استفاده از ابزارهای متفاوت مانند GHQ در ایران انجام شده است. از جمله این مطالعات می توان به مطالعه نوربالا و همکاران در سال ۱۳۷۸ اشاره نمود که با استفاده از GHQ-۲۸ روی ۳۵۰۱۴ ایرانی ۱۵ سال به بالا انجام شده، و موارد مشکوک به اختلالات سلامت روان را ۲۱٪ گزارش نموده است[۸]. مشابه همین مطالعه با استفاده از پرسشنامه فوق در سال ۱۳۸۷ روی ۱۹۳۷۰ شهروند تهرانی بالای ۱۵ سال نشان داد که موارد مشکوک به اختلالات سلامت روان ۳۴/۲٪ است[۴].

از آن جا که سنجش و درصد اختلالات روانی در کشور به عنوان یکی از معیارهای سلامت روان و سلامت عمومی جامعه و نیز عاملی مهم و مؤثر بر بهره وری و ثروت آفرینی در جامعه محسوب می شود، محققان در این مطالعه برآن شدند تا با استفاده از پرسشنامه ۱۲ گویه ای سنجش سلامت عمومی (GHQ-12) در جمعیت عمومی شهرنشین کشور به بررسی این شاخص بپردازند.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه جمعیتی بود که بر روی نمونه‌ای از افراد بزرگ‌سال ۶۵-۱۸ سال ایرانی ساکن شهرها انجام شد. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. در مرحله اول جمعیت کشور به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شد. در مرحله دوم در هر یک از مراکز استان و یک شهر انتخابی آن نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای چند مرحله‌ای صورت گرفت تا به واحد آمارگیری (خانوار) دست یابیم. در مرحله نهایی افراد واجد شرایط بر اساس جدول توزیع سنی و جنسیتی متناسب با جمعیت استان‌ها منتج شده از نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران انتخاب شدند. با توجه به نتایج مطالعات کشوری نوربالا و همکاران در سال های ۱۳۷۸[۸] و ۱۳۸۷[۴] که در آن میزان افراد مشکوک به اختلال سلامت روان به ترتیب در کشور و شهر تهران (۲۱٪ و ۳۴/۲٪) گزارش شده بود، تیم تحقیق در مطالعه حاضر با رویکردی سخت گیرانه میزان احتمالی ۲۵٪ را برای شیوع موارد مشکوک به اختلال در سلامت روان در نظر گرفتند. بر این اساس در این مطالعه اندازه نمونه با در نظر گرفتن نسبت (p) ۰/۲۵ و اطمینان ۹۵ و خطای نسبی (r) ۰/۰۳ و با استفاده از فرمول زیر ۱۶۰۵۱ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{Z^2_{\frac{\alpha}{2}} p.q}{(rp)^2}$$

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.2.6]

از آن جا که در عمل از روش نمونه‌گیری چند مرحله ای به جای نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد، اندازه نمونه ها در اثر طرح (۱/۲) هم ضرب شد. شایان ذکر است به لحاظ بزرگ بودن حجم جامعه آماری از کسر نمونه‌گیری (FPC) صرف نظر شد. تعداد کل نمونه با احتساب ۵ درصد ریزش و اثر طرح، ۲۰۲۲۳ برآورد شد. داده‌های این مطالعه توسط پرسشنامه استاندارد سلامت عمومی ۱۲ سوالی (GHQ-12) جمع آوری گردید. امتیاز پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سوالی از صفر (وضعیت مطلوب) تا ۱۲ (وضعیت نامطلوب) متغیر است. برای تعیین اینکه آیا فردی دارای سلامت روان نامطلوب است یا خیر، از میانگین پاسخ‌های به دست آمده استفاده شد. با توجه به مطالعه عبادی و همکاران [۹] عدد ۴ به عنوان نقطه برش در نظر گرفته شد. به منظور بررسی رابطه متغیرهای جمعیتی و وضعیت سلامت روان (مطلوب یا نامطلوب) افراد مورد مطالعه از روش رگرسیون لجستیک استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۱۹۹۴۹ نفر (۱۰۰۵۶ زن و ۹۸۹۳ مرد) مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین (انحراف معیار) سن افراد مورد مطالعه (۱۱/۸۰) ۳۴/۹۲ سال بود. میانگین (انحراف معیار) تعداد سال‌های تحصیل (۳/۷۹) ۱۱/۹۶ سال بود. ۸/۳ درصد از آن ها بی کار، ۶/۱ درصد بازنشسته، ۱۵/۲ درصد دانشجو/ دانش‌آموز، ۳۱/۹ درصد خانه‌دار و ۳۸/۵ درصد شاغل بودند (جدول شماره۱). با توجه به نقطه برش مورد نظر، یافته های مطالعه نشان داد ۲۹/۸ درصد از شرکت کنندگان در مطالعه مشکوک به درجاتی از اختلال سلامت روان هستند. این میزان به تفکیک در زنان۳۱/۳ درصد، و در مردان ۲۸/۲ درصد بود. در ضمن با توجه به نقطه برش تعیین شده، وضعیت سلامت روان افراد به دو دسته مطلوب و نامطلوب تقسیم و با استفاده از روش رگرسیون لجستیک به بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل با وضعیت سلامت روان پرداخته شد و نتایج زیر به دست آمد (جدول شماره۲):

- بخت سلامت روان نامطلوب به ازای هر سال سن حدود ۱ درصد کاهش داشت (این یافته در تحلیل جداگانه اطلاعات مربوط مردان و زنان نیز دیده شد).
- رابطه بین بخت سلامت روان نامطلوب و جنسیت معنادار نبود.
- بخت سلامت روان نامطلوب به ازای افزایش یک سال تحصیلات حدود ۷ درصد کاهش داشت (در تحلیل جداگانه اطلاعات مربوط به مردان و زنان، بخت سلامت روان نامطلوب به ترتیب در زنان و مردان به ازای افزایش یک سال تحصیلات ۶ و ۸ درصد کاهش داشت).
- بخت سلامت روان نامطلوب در گروه شغلی بی کار حدود ۲ برابر شاغلان بود (این یافته در تحلیل جداگانه اطلاعات مربوط به مردان و زنان نیز دیده شد).

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک بزرگسالان ایرانی (۶۵-۱۸ سال) ساکن شهرها

		فراوانی	درصد
جنسیت			
	مرد	۹۸۹۳	۴۹/۶
	زن	۱۰۰۵۶	۵۰/۴
	کل	۱۹۹۴۹	۱۰۰
گروه های سنی (سال)			
	۲۴-۱۸	۴۵۱۵	۲۲/۶
	۳۴-۲۵	۶۸۷۱	۳۴/۵
	۴۴-۳۵	۴۲۳۷	۲۱/۲
	۵۴-۴۵	۲۸۶۰	۱۴/۳
	۵۵ +	۱۴۵۹	۷/۳
	کل	۱۹۹۴۲	۱۰۰
سال های تحصیل			
	۵-۱	۱۶۶۷	۸/۴
	۹-۶	۳۰۱۴	۱۵/۱
	۱۲-۱۰	۷۵۹۳	۳۸/۱
	۱۳ +	۷۶۷۵	۳۸/۵
	کل	۱۹۹۴۹	۱۰۰
گروه های شغلی			
	بی کار	۱۶۴۰	۸/۳
	خانه دار	۶۲۷۱	۳۱/۹
	بازنشسته	۱۱۹۲	۶/۱
	دانش آموز/ دانشجو	۲۹۹۶	۱۵/۲
	شاغل	۷۵۷۵	۳۸/۵
	کل	۱۹۶۷۴	۱۰۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.2.6]

جدول ۲: عوامل موثر بر اختلال در سلامت روان در رگرسیون لجستیک یک متغیره و چند متغیره

	یک متغیره		چند متغیره	
	نسبت بخت خام (فاصلهٔ طمینان۹۵٪)	p	نسبت بخت تعدیل شده (فاصلهٔ اطمینان۹۵٪)*	p
سن	۰/۹۹۷ (۰/۹۹۴-۰/۹۹۹)	۰/۰۱۶	۰/۹۹۲ (۰/۹۸۸-۰/۹۹۵)	<۰/۰۰۱
جنسیت				
مرد	(ref.)۱/۰۰		(ref.)۱/۰۰	
زن	۱/۱۶۰ (۱/۰۹۱-۱/۲۳۴)	<۰/۰۰۱	۱/۰۸۸ (۰/۹۹۳-۱/۱۹۱)	۰/۰۷۱
شغل				
شاغل	(ref.)۱/۰۰			
بی کار	۲/۱۷۷ (۱/۹۴۸ -۲/۴۳۴)	<۰/۰۰۱	۲/۰۰۸ (۱/۷۸۷ -۲/۲۵۷)	<۰/۰۰۱
خانه دار	۱/۳۵۹ (۱/۲۶۱-۱/۴۶۴)	<۰/۰۰۱	۱/۰۷۵ (۰/۹۶۳ -۱/۲۰۰)	۰/۱۹۵
بازنشسته	۰/۸۱۲(۰/۷۰۰ -۰/۹۴۲)	۰/۰۰۶	۰/۸۸۶(۰/۷۵۰ -۱/۰۴۶)	۰/۱۵۲
دانشجو/دانش‌آموز	۱/۰۶۰ (۰/۹۶۲-۱/۱۶۷)	۰/۲۴۰	۱/۰۱۷ (۰/۹۱۱-۱/۱۳۶)	۰/۷۶۱
تعداد سال های تحصیل	۰/۹۴۱ (۰/۹۳۳-۰/۹۴۸)	<۰/۰۰۱	۰/۹۲۹ (۰/۹۲۰-۰/۹۳۸)	<۰/۰۰۱

* تعدیل شده برای سن، جنسیت، شغل و سال های تحصیل

بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که گفته شد مطالعات متعددی برای بررسی وضعیت سلامت روان در ایران و جهان انجام شده است که در این بخش صرفاً برخی از مطالعات داخلی که برای سنجش سلامت روان افراد از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ استفاده کرده اند، مد نظر قرار گرفته اند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد، ۲۹/۸ درصد از مخاطبان مطالعه مشکوک به درجاتی از اختلال در سلامت روان هستند. در بررسی سلامت روان در جمعیت بالای ۱۵ سال (۳۵۰۱۴ نفر) در سال ۱۳۷۸ با کاربرد پرسشنامه GHQ-28 میزان موارد مشکوک به اختلال در سلامت روان در کل کشور۲۱ درصد گزارش شد، که این میزان برای مناطق شهری ۲۰/۹٪ بود[۸]. از مقایسه میزان موارد مشکوک به اختلال روان در مناطق شهری در مطالعه یاد شده و مطالعه حاضر به نظر می‌آید وضعیت سلامت روان نسبت به گذشته نامطلوب تر شده است؛ اگرچه ابزار سنجش در مطالعه فوق GHQ -28 و با ابزار مطالعه حاضر GHQ-12 تا حدودی تفاوت داشته و احتمالا سه سال تفاوت در طیف سنی جمعیت دو مطالعه (۱۵ تا ۱۸ سال) نیز در اختلاف گزارش شده دخیل بوده است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد زنان ۳۱/۳ درصد، و مردان ۲۸/۲ درصد مشکوک به درجاتی از اختلال در سلامت روان هستند. در مطالعه نوربالا و همکاران موارد مشکوک به اختلالات سلامت روان در زنان ۲۵/۹٪ و در مردان ۱۴/۹٪ گزارش شده است[۸]. در بررسی سلامت روان در ۱۹۳۷۰ تهرانی بالای ۱۵ سال در سال ۱۳۸۷ با کاربرد پرسشنامه GHQ-28 میزان موارد مشکوک به اختلالات روان در زنان ۳۷/۹۷٪، و در مردان ۲۸/۶٪ گزارش شد [۱۰]. مشابه این بررسی بر روی ۱۹۳۷۰ نفر از جمعیت بالای ۱۵ سال شهر تهران در سال ۱۳۸۷ نشان داد که شیوع اختلال روانی ۳۷/۹٪ در زنان و ۲۸/۶٪ در مردان گزارش شد [۴]. بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی با GHQ-12 در مطالعه جعفری و همکاران نشان داد دانشجویان زن ۲/۹ برابر بیشتر از دانشجویان مرد بخت اختلال در سلامت روان داشتند[۱۱]. نتایج بررسی سلامت روان دبیران دبیرستان های بیجار و سنندج نیز نشان داد این میزان در مردان ۳۴/۷٪ و در زنان ۳۲/۱٪ بوده است [۱۲]. تفاوت در نتایج فوق را می توان به تفاوت خصوصیات جمعیت های مورد مربوط دانست، اما یافته ای که در همه نتایج مشترک است بیشتر بودن تعداد موارد مشکوک به اختلال سلامت روان در زنان نسبت به مردان است.

نتایج حاصل از به کارگیری الگوی لجستیک در این مطالعه نشان داد بخت داشتن سلامت روان (مطلوب) با متغیر سن بیشتر (OR= ۰/۹۹ , P=۰/۰۰۱) رابطه معنادار دارد. این یافته با توجه به حجم بالای نمونه معنادار شده و در حقیقت میزان نسبت بخت نشان می دهد افزایش سن چندان تاثیری در میزان بخت داشتن اختلال در سلامت روان نداشته است. در مطالعه شجاع و همکاران [۱۳]، و مطالعه جعفری و همکاران [۱۱] سن بیشتر با سلامت مطلوب ارتباط معنادار داشت. متغیر فوق در مطالعات دیگر از جمله مطالعه هاشمی و همکاران[۵] و مطالعه نوربالا و همکاران[۴] با متغیر سلامت روان نامطلوب رابطه مستقیم و معنادار داشت. از دلایل تفاوت در نتایج می توان عدم یکسانی ابزار سنجش و طیف سنی جمعیت مورد مطالعه را نام برد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.2.6]

نتایج حاصل از به کارگیری الگوی لجستیک در این مطالعه نشان داد سلامت روان مطلوب با متغیر تعداد سال های تحصیل بیشتر، رابطه معنادار دارد. در مطالعه هاشمی نظری و همکاران افزایش تحصیلات با شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی دارای ارتباط معنادار بود[۵]. در مطالعه شجاع و همکاران نیز ارتباط سطح تحصیلات با سلامت روان سالمندان معنادار بود[۱۳] . همچنین در مطالعه جعفری و همکاران جهت بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان پزشکی با GHQ-12، رابطه سلامت روان با سطح تحصیلات معنادار بود[۱۱]. همانطور که از نتایج فوق برداشت می شود، تحصیلات با سلامت روان ارتباط مستقیم و معنادار داشته و در اکثر مطالعات افراد با تحصیلات بالاتر از سلامت روان مطلوب تری برخوردار بوده اند. نتایج حاصل از به کارگیری الگوی لجستیک در این مطالعه نشان داد بخت داشتن اختلال در سلامت روان در گروه شغلی بی کار، حدود ۲ برابر شاغلان است. در مطالعه نوربالا بالاترین درصد خطر اختلال روانی در مردان بی کار و زنان خانه دار دیده شد [۴]. در مطالعه هاشمی نظری و همکاران افزایش مدت اشتغال با شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی دارای ارتباط معنادار بود[۵]. در مطالعه شجاع و همکاران ارتباط اشتغال با سلامت روان سالمندان معنادار بود[۱۳] . همانطور که از نتایج فوق برداشت می شود، اشتغال در مطالعات با سلامت روان ارتباط مستقیم و معنادار داشته و افراد شاغل از سلامت روان مطلوب تری برخوردار بوده اند. به رغم این که در مطالعه حاضر درصد قابل توجهی از جمعیت شهری وضعیت سلامت روان خود را نامطلوب گزارش کرده اند، ممکن است این وضعیت با آنچه از نظر کلینیکی سلامت نامطلوب تلقی می شود، تفاوت بسیار داشته باشد. لذا نتایج این نوع مطالعات نباید دستاویزی برای قضاوت در مورد وضعیت سلامت روان واقعی پاسخ گویان تلقی شود. با این حال با قبول این مطلب که درصدی از مردم به ویژه زنان دارای درجاتی از اختلال در سلامت روان هستند، شاید مهم ترین اقدام در ارتقای سلامت روان مردم ابتدا درک صحیح موضوع و سپس طراحی مداخلاتی فراگیر باشد که بتوانند جمعیت بیشتری را به ویژه در گروه های آسیب پذیر پوشش دهند. راه کارهای متعددی برای حفظ و ارتقای سلامت مردم وجود دارد. برای نمونه از آن جا که در این مطالعه و برخی مطالعات مشابه، بی کاری عامل موثر برای ایجاد اختلال در سلامت روان تلقی شده است، از مداخلات مهم می تواند برنامه ریزی دولت برای اشتغال زایی هر چه بیشتر به ویژه در نسل جوان و نیز رسیدگی هر چه بیشتر به وضعیت معیشت مردم باشد. همچنین کاهش عوامل ایجاد تنش و فشار عصبی از اقدامات موثر در ارتقای سلامت روان است، و در این راستا کاهش تنش های سیاسی بی حاصل و ایجاد فضای آرام از سوی رسانه های جمعی ممکن است از جمله اقدامات کم هزینه و پر فایده ای باشد که جمعیت کثیری از مردم از جمله جوانان، میانسالان و افراد با سطوح تحصیلی متوسط بتوانند از مواهب آن در ترمیم سلامت روان خود بهره جویند.

سهم نویسندگان

محمود طاووسی: همکاری در اجرای طرح و نگارش مقاله
علی اصغر حائری مهریزی: همکاری در اجرای طرح و تحلیل آماری
اکرم هاشمی: مشارکت در تدوین گزارش نهایی
فاطمه نقی زاده: مشارکت نگارش گزارش نهایی
علی منتظری: مجری طرح، نویسنده مسئول

تشکر و قدردانی

تیم تحقیق بر خود لازم می داند از اعضای هیأت علمی و کارشناسان محترم پژوهشکده علوم بهداشتی، شهروندان ایرانی مشارکت کننده در مطالعه و مدیریت و اعضای ارجمند مرکز افکار سنجی دانشجویان جهاد دانشگاهی –ایسپا و واحدهای استانی جهاد دانشگاهی (که پرسشگری و گردآوری اطلاعات را به عهده داشتند) صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل آورد.
شایان ذکر است مجوز انجام مطالعه حاضر از سوی کمیته اخلاق جهاد دانشگاهی صادر گردیده است:
(کد شناسه: IR.ACECR.IBCRC.REC.1394.39)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.2.6]

منابع

1. WHO. "Mental health: a state of well-being". [Available at: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ 2016]

2. Heymans N, Garssen AA, Westert GP, Verhaak PFM. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. Health Quallity of life Outcomes 2004; 2:23

3. Yousefi F, Mohamadkhani M. Investigation of students' mental health at Kurdistan University of Medical Science and it related with age, gender and their academic courses. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2014; 56: 354-361

4. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran (2009). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2011; 16: 479- 483

5. Hashemi Nazari SS, Khosravi J, Faghihzadeh S, Etemadzadeh SH. A survey of mental health among fire department employees by GHQ-28 questionnaire in 2005, Tehran-Iran. Hakim Research Journal 2007; 10: 56- 64

6. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by Questionnaire. London: Oxford University Press; 1973: Monographs n.21.

7. Montazeri A, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi G, Ebadi M, Fateh A. The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12): translation and validation study of the Iranian version. Health Quality of Life Outcomes 2003; 1:66

8. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry 2004; 184: 70-3

9. Ebadi M, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi Gh.R, Fateh A, Montazeri A. Translation, reliability and validity of the 12-item general health questionnaire among young people in Iran. Payesh 2002; 1: 39-46 [Persian]

10. Noorbala AA, Akhondzadeh S. Mental Health Study Process into Prevalence of Mental Disorders in Iran. Archives of Iranian Medicine 2015; 18: 74-75

11. Jafari N, Loghmani A, Montazeri A. Mental health of medical students in different levels of training. International Journal of Preventive Medicine 2012; 3: 107-112

12. Arasteh M. Study of mental health status and its related factors among high school teachers in cities of Sanandaj and Bijar. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2008; 12: 53-62

13. Shoja M, Rimaz S, Asadi-lari M, Bagheri Yazdi SA, Govhari MR. Mental health of older people and social capital. Payesh 2013; 12: 345-353

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.2.6]

ABSTRACT

Mental health in Iran: a nationwide cross sectional study

Mahmoud Tavousi [1], Ali Asghar Haeri Mehrizi [1], Akram Hashemi [1], Fatemeh Naghizadeh [1], Ali Montazeri [1*]

1. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2016; 3: 233-239
Accepted for publication: 9 February 2016
[EPub a head of print-11 April 2016]

Objective (s): To assess mental health in Iranian adults.
Methods: This was a national cross-sectional study carried out in 2015, in Iran. A sample of Iranian adults aged 18 to 65 years was entered into the study. The 12-item General Health questionnaire (GHQ-12) was used to assess mental health. In addition to descriptive analysis, logistic regression was performed to examine the association between mental health and demographic variables.
Results: In all 19949 individuals were studied. The mean age of participants was 34.9 (SD = 11.8). Using the cut-off point score for the GHQ-12 (3/4) the findings indicated that 29.8% of the study sample reported mental health problem. Logistic regression analysis showed that older age (OR = 0.992, P < 0.001) and having more education (OR = 0.929, P <0.001) were associated with better mental health. Unemployed people were twice more likely to report mental health problem (OR = 2.008, P < 0.001).
Conclusion: The findings indicated that a considerable proportion of the study sample did not perceive their mental health status satisfactory. Perhaps reducing political tensions and creating more peaceful environment by mass media might help to improve mental health among Iranian adults.

Key Words: Mental health, GHQ-12, Adults, Iran

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2025-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1395.15.3.2.6]

* Corresponding author: Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
Tel: 66480804
E-mail: montazeri@acecr.ac.ir