

آیا تهدید کرونا سلامت روانی ایرانیان را تهدید کرده است؟

Is the Coronavirus Threatening the Mental Health of Iranians?

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۱۵

Alipour, A. [✉]; Kalantarian, F.; Salavati Rahqi, M.

احمد علی پور [✉]، فرانک کلانتریان^۱، مهدی صلواتی رحقی^۲

Abstract

Introduction: In order to assess the mental health status of Iranians in the days of the Corona pandemic threat, an online mental health questionnaire was developed using Google.

Method: Given the quarantine days, people were invited to participate in the research through cyberspace apps. such as Telegram, WhatsApp and e-mail. 500 respondents included 361 females (72.2%), 139 (27.8%) males, 217 (43.4%) single, 267 (53.4%) married and 16 (3.2%) other.

Results: The results revealed that the means of mental health, physical symptoms, anxiety symptoms, social functioning and depressive symptoms were 21.60, 5.42, 5.86, 7.02 and 3.28, respectively. Based on the cut-off point, 40% of the population is suspected to have mental disorder, which is less than that of the previous studies. The results further showed that mental health in women and men, married and single people, employed and unemployed individuals and people at different ages is significantly different.

Discussion: It seems that not taking the coronavirus seriously and its coincidence with the days of Nowruz and visits and return visits has had a negative effect on all the components of mental health, except for social dysfunction.

Key words: mental health, corona virus, anxiety, threat.

چکیده

مقدمه: به منظور بررسی وضعیت سلامت روان ایرانیان در ایام تهدید پاندمی کرونا پرسشنامه آنلاین سلامت روان (GHQ) در گوگل ساخته شد.

روش: باتوجه به ایام قرنطینه از طریق فضای مجازی مثل تلگرام و واتس آپ و پست الکترونیک فراخوان شرکت در پژوهش داده شد. ۵۰۰ پاسخ دهنده شامل ۳۶۱ زن (۷۲/۲٪) و ۱۳۹ مرد (۲۷/۸٪) بودند و ۲۱۷ نفر (۴۳/۴٪) مجرد، ۲۶۷ نفر (۵۳/۴٪) متأهل و ۱۶ نفر (۳/۲٪) سایر را تشکیل می دادند.

نتایج: نتایج نشان داد که میانگین سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی به ترتیب ۲۱.۶۰، ۵.۴۲، ۵.۸۶، ۷.۰۲، ۳.۲۸ است و براساس نقطه برش ۴۰ درصد جامعه مشکوک به اختلال روانی هستند که از مطالعات قبلی کمتر است. همچنین نتایج نشان داد که سلامت روان در زنان و مردان، در متأهل و مجرد، در شاغل و بیکار و در سنین مختلف به صورت معنی داری متفاوت است.

بحث: به نظر می رسد جدی نگرفتن کرونا و همزمانی آن با ایام نوروز و دید و بازدید، بر میزان سلامت روان اثر منفی به جز مؤلفه اختلال در کارکرد اجتماعی داشته است.

کلید واژه ها: سلامت روان؛ کرونا؛ اضطراب؛ تهدید

[✉] **Corresponding Author:** Full Professor of Psychology, Payam-e Noor University
E-mail: alipour@pnu.ac.ir

[✉] استاد روان شناسی دانشگاه پیام نور
۱. کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اهواز، اهواز، ایران
۲. کارشناسی روانشناسی دانشگاه علم و فرهنگ

مقدمه

امروزه، سلامت روان یکی از شاخص‌های مهم توسعه‌یافتگی کشورها و یکی از جنبه‌های مفهوم کلی سلامت است (مرتضوی و سیدی، ۱۳۹۵) و تأمین سلامتی اقشار مختلف جامعه نیز یکی از مهم‌ترین مسائل اساسی هر کشور است که باید آن را از سه دیدگاه جسمی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار داد (رحیمی، آبیاری، ذاکری لنگرودی و زمانی، ۱۳۹۵).

سلامت روان، فرایند افزایش قابلیت افراد و اجتماعات، برای کنترل زندگی خود و بهبودبخشیدن به وضعیت خود است که با استفاده از راهبردهایی اعم از تقویت تاب‌آوری فرد، حمایت‌های محیطی باتوجه‌به فرهنگ، تعاملات و احترام به شرافت فردی صورت می‌گیرد.

سلامت روان از بنیادی‌ترین مفاهیم اجتماعی و از مجموعه عواملی است که در پیشگیری از ایجاد و پیشرفت روند وخامت اختلالات شناختی، احساسی و رفتاری در انسان نقش مؤثری دارند (اسپین هوون و همکاران، ۲۰۲۰). براساس پژوهش‌های اخیر، امروزه بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ‌ومیر و ناتوانی عمومی و تهدیدکننده سلامت روان در سال ۲۰۲۰ هستند و دوسوم تمام بیماری‌ها را به‌خود اختصاص می‌دهند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵). درواقع، این بیماری‌ها موجب از هم‌گسیختگی و ناتوانی فرد در بسیاری از زمینه‌های زندگی می‌شوند که با گذشت زمان و به‌تدریج با ایجاد تغییراتی در زمینه‌های مذکور و تداوم این نگرش‌ها درنهایت منجر به کاهش سلامت روان و افزایش اختلالات رفتاری، عاطفی و ارتباطات اجتماعی می‌شوند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۵). طبق پژوهش‌های انجام‌شده سلامت روان در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز به‌صورت معنی‌داری پایین است و با شدت درد و طول درمان بیماری رابطه مستقیمی دارد. همچنین یکی از مهم‌ترین حوزه‌های

توسعه پایدار سلامتی در جوامع بشری، بخش بهداشت و درمان است که ارتباط مستقیمی با سلامت انسان‌ها داشته و وظیفه خطیر حفظ و اعاده سلامتی را به جامعه انسانی برعهده دارد (یو و همکاران، ۲۰۲۰).

بهداشت روان از محورهای ارزیابی سلامت در جوامع مختلف (وسلی و همکاران، ۲۰۲۰) است و بدین معناست که افراد حس خوشایندی نسبت به خود داشته باشند، مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط مؤثر را کسب و احساساتشان را مدیریت کنند و درواقع، توانایی ازمیان‌برداشتن مشکلات را دارا باشند.

ازجمله ویژگی‌های افرادی که از سلامت روان برخوردارند، می‌توان به علاقه‌مندی در استفاده از توانایی‌ها، توانایی کنترل و مدیریت اضطراب، انعطاف‌پذیری و آموختن سریع مسائل و توانایی ایجاد و حفظ ارتباط اشاره نمود (یو و ۲۰۲۰). طبق برخی آمارها ازجمله آمار WHO، ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف از بیماری‌های شدید روانی رنج می‌برند و ۲۵۰ میلیون نفر بیماری خفیف روانی دارند. در ایران نیز این آمار از سایر کشورها کم‌تر نیست (صاحبی و آیت‌اللهی، ۱۳۸۶). همچنین اختلالات روانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین و معنی‌دارترین اجزای بار کلی بیماری‌ها می‌باشند و پیش‌بینی شده بود که در سال ۲۰۲۰ سهم اختلالات روانی و عصبی از بار کلی بیماری‌ها ۵۰ درصد افزایش یافته و از ۱۰/۵ درصد کنونی به ۱۵ درصد کل بار بیماری‌ها برسد (بیرارد و روتان، ۲۰۲۰). ازجمله بیماری‌های مهم در دنیای فعلی، بیماری‌های واگیردار هستند که در سال‌های اخیر در قالب بیماری‌های تنفسی خود را نشان داده‌اند. بیماری‌های تنفسی حاد و شدید شامل بیماری‌هایی می‌شود که بالقوه توانایی ایجاد اپیدمی یا پاندمی را دارند. بیشتر موارد بیماری‌های تنفسی حاد از طریق ریزقطرات منتقل

دریافتند که عمده اثرات منفی شامل علائم استرس پس از سانحه، پریشانی و گیجی، خشم، ترس از بیماری عفونی، ناکامی، فرسودگی، فعایت‌های نامناسب، اطلاعات نامناسب، شکست مالی و داغ‌دیدگی را ذکر کرده‌اند که نشان می‌دهد در مجموع قرنطینه باعث کاهش سلامت روان افراد می‌شود. سیم و چا (۲۰۰۴) نیز در مقاله‌ای به اثرات شدید و منفی روان‌شناختی در بیماران و کارکنان درگیر با بیماری سارس اشاره کرده‌اند. لای و یو (۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود به ترس از ایزوله‌شدن و ترس از مرگ و دوری از خانواده و دوستان هم در مردم و هم در کارکنان درمانی متعاقب بیماری سارس در هنگ‌کنگ پرداخته‌اند. لونگ و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی وضعیت رفتاری و روان‌شناختی جامعه در سازگاری با شرایط اپیدمیک سارس در هنگ‌کنگ و سنگاپور را مقایسه کرده‌اند. آنها در پژوهش خود دریافتند که سلامت روانی ضعیف حتی می‌تواند بر نتایج درمانی مانند میزان عوارض بعد از عمل جراحی و همچنین نتایج مرتبط با بقا مانند سلامت جسمی تأثیر بگذارد. درحالی‌که آگاهی از اهمیت سلامت روان در بیماران مبتلا به بیماری‌های وخیم مثل سرطان متانه روبه‌رشد است، مطالعات بیشتری لازم است تا نقش مداخلات مانند درمان‌شناختی رفتاری یا دارو درمانی به‌منظور بهینه‌سازی درمان ارزیابی شود. همچنین در پارک و همکاران (۲۰۱۸) معتقدند که بار مالی بالا در بین بیماران مبتلا به سرطان به‌طور معنی‌داری با پایین‌آمدن HRQOL و سلامت روانی ضعیف همراه است. در کنار تلاش برای کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برای بازماندگان سرطان و سایر بیماری‌های وخیم، مداخلات اضافی برای اطمینان از HRQOL و سلامت روان‌شناختی بازماندگان سرطان ضروری است. در پژوهشی دیگر رهی و همکاران

می‌شوند، ولی احتمال دارد تعدادی از پاتوژن‌ها از طریق سایر روش‌های انتقال از قبیل تماس با دست‌ها و یا سطوح آلوده‌شده بیماران منتقل شوند. بیماران دچار بیماری تنفسی حاد ممکن است با طیف وسیعی از علائم مراجعه نمایند. تعدادی از این بیماری‌ها قدرت بالقوه برای گسترش سریع را دارند و ممکن است مشکلات بهداشتی جدی را ایجاد نمایند (هوش و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از این بیماری‌ها اپیدمی کرونا ویروس یا کوید ۱۹ می‌باشد.

کرونا ویروس‌ها خانواده بزرگی از ویروس‌ها هستند که بیماری‌های مختلفی را از سرماخوردگی معمولی گرفته تا سندرم حاد و شدید تنفسی ایجاد می‌کنند. یکی از این بیماری‌ها به نام سندرم نارسایی تنفسی خاورمیانه (MERS) شناخته شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰). علائم بیماری این ویروس از خفیف تا شدید متغیر است. علائم و نشانه‌های عفونت شامل تب، سرفه و مشکل در تنفس است (وو و مک کوگان، ۲۰۲۰). از طرفی ثابت شده است که استرس و اضطراب می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تضعیف کرده و فرد را در برابر بیماری‌ها از جمله کرونا آسیب‌پذیر کند (چانگ، لینگ و وین، ۲۰۲۰، فام و همکاران (۲۰۱۹)). گسترش بیماری واگیردار مثل کرونا و سارس، باعث اثرات روان‌شناختی منفی می‌شود و معمولاً در پاندمی‌ها برای جلوگیری از سرایت بیشتر بیماری رهبران جوامع از قرنطینه محدود یا گسترده استفاده می‌کنند. هم بیماری و هم قرنطینه باعث مشکلات روانی می‌شود. برای مثال، جاهال (۲۰۰۹) به پیامدها و مداخلات روان‌شناختی اپیدمی‌ها پرداخته است. در این زمینه پژوهش‌های زیادی انجام شده است و بروکس و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی سریع و مروری که در لانسِت چاپ شده است، اثرات روان‌شناختی قرنطینه را در ۲۴ مطالعه مرور کردند و

کسی پوشیده نیست. بنابراین، کلاً بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌های مزمن و بیماری‌های تنفسی با سلامت روان ارتباط دارند و به‌ویژه پاندمی بیماری همچون استرس مزمن روی سلامت روان مردم تأثیر می‌گذارد. امروزه با گسترش و سرایت بیماری کرونا یا covid19 و نگرانی مردم ایران این سؤال مطرح می‌شود که آیا تهدید کرونا باعث تغییر و یا کاهش سلامت روانی مردم شده است یا نه؟ انجام مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت روان در شرایط تهدید ویروس کرونا ضروری به‌نظر رسید.

روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش‌شناسی در زمره پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی قرار دارد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد ۱۲ تا ۶۰ ساله بود که به‌صورت اینترنتی و در محیط گوگل‌داک در پژوهش شرکت کردند. این روش با توجه به محدودیت تردد هنگام جدی‌شدن خطر کرونا در ایران انتخاب شد. برای نمونه‌گیری تمام ۵۰۰ با فراخوان در گروه‌های تلگرامی و واتس‌آپ پرسشنامه GHQ را به‌صورت آنلاین تکمیل کردند. زمان اجرای تحقیق مصادف با اوج تهدید کرونا در کشور و تعطیلی تمام مراکز آموزشی و دانشگاهی و نیمه‌تعطیل‌شدن کشور به‌علت گسترش کرونا در فاصله ۱۵ تا ۲۵ اسفند ۱۳۹۸ بود.

بررسی دموگرافیک نمونه نشان می‌دهد که از نظر جنسیت ۳۶۱ نفر (۷۲/۲٪) زنان و ۱۳۹ نفر (۲۷/۸٪) مردان می‌باشند و از نظر طبقه سنی ۱۰۶ نفر (۲۱/۲٪) نوجوان، ۱۶۷ نفر (۳۳/۴٪) جوان، ۱۴۲ نفر (۲۸/۴٪) بزرگسال، ۶۸ نفر (۱۳/۶٪) میانسال و ۱۷ نفر (۳/۴٪) کهنسال را تشکیل می‌دهد که ۲۱۷ نفر (۴۳/۴٪) مجرد، ۲۶۷ نفر (۵۳/۴٪) متأهل و ۱۶ نفر (۳/۲٪)

(۲۰۱۷) دریافتند که در بیماران همودیالیز، سطح بالای تیروتروپین سرم با اختلال در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در انرژی/خستگی، عملکرد بدنی و حوزه درد همراه است.

در راستای تبیین نقش عوامل شخصیتی در سلامت روان بیماری شایعی مثل ام اس، حیدری پارسا و همکاران (۱۳۹۸) دریافتند که صفات شخصیتی ۰/۷۰۸ از واریانس سلامت روان را تبیین می‌کند. بنابراین، صفات شخصیت در کیفیت سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس تأثیر معنی‌داری دارد. همچنین طرح‌واره ناسازگار اولیه ۰/۵۱۹ گوش‌به‌زنگی بیش‌از‌حد و طرح‌واره ناسازگار اولیه به‌تنهایی ۰/۳۵۴ از واریانس سلامت روان را تبیین می‌کند. بنابراین، تأثیر طرح‌واره ناسازگار اولیه در کیفیت سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس مورد تأیید قرار می‌گیرد. میرزایی دوستان و همکاران (۱۳۹۸) دریافتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش اضطراب مرگ و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به HIV مؤثر باشد. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های دارویی در این بیماران، برای بهبود علائم روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود. به‌علاوه شفیعی و همکاران (۱۳۹۷) دریافتند که سلامت روان بیماران قلبی، کلیوی و افراد عادی تفاوت معنی‌داری دارد و همچنین با استفاده از آزمون‌های تعقیبی مشخص شد که افراد عادی از سلامت روانی بالاتری برخوردارند و میزان سلامت روانی آنها با دو گروه بیماران قلبی و کلیوی دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشد. بنابراین، آمادگی افراد جهت مواجهه با بیماری مسری و مقابله و کنترل عواقب ناشی از کرونا ویروس در مکان‌هایی که موارد مشکوک یا قطعی بیماری وجود دارد، بسیار ارزشمند خواهد بود و اهمیت پرداختن به جنبه‌های روانی سلامت بر

در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن، کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است. این پرسشنامه از جمله شناخته‌ترین ابزار غربال‌گری اختلالات روانی است که تأثیر بسزایی در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان‌پزشکی داشته است. سؤال‌های فرم ۲۸ سؤالی براساس روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج شده است که دربرگیرنده ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی شدید است. همبستگی بالای موجود بین نتایج حاصل از فرم‌های ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی در تشخیص اختلالات روانی دلالت بر این دارد که پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی از توانایی لازم برای ارزیابی شدت اختلالات روانی برخوردار بوده و می‌تواند به‌عنوان ابزار غربال‌گری، صرفه‌جویی در وقت و هزینه را در پژوهش‌های علوم رفتاری به‌همراه داشته باشد. مرور مطالعات انجام‌گرفته در کشورهای ۲۸ و ۶۰ سؤالی، مختلف جهان درزمینه اعتباریابی فرم‌های ۱۲ پرسشنامه سلامت عمومی (ماری و ویلیامز، ۱۹۸۵؛ بریجز و گلدبرگ، ۱۹۸۶؛ سریرام و همکاران، ۱۹۸۹؛ آدرابجبه و گورژه، ۱۹۹۲؛ استانسفلد و همکاران، ۱۹۹۲؛ چونگ و اسپیرز، ۱۹۹۴ و گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۷) دلالت بر پایایی و روایی بالای آن دارد. مطالعات مختلفی درزمینه اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی در ایران انجام گرفته است. پالاهنگ و همکاران در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، براساس نمره‌گذاری سنتی، نمره برش ۶ و براساس نمره‌گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه با روش باز آزمایی ۹۱٪ بوده است. یعقوبی و همکاران، در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، نمره

سایر را تشکیل می‌دهند. از نظر تحصیلات و وضعیت شغلی این نمونه‌ها ۲۱ نفر (۴۲٪) زیر دیپلم، ۸۰ نفر (۱۶٪) دیپلم، ۱۷۵ نفر (۳۵٪) لیسانس، ۱۵۲ نفر (۳۰٪) فوق‌لیسانس، ۷۲ نفر (۱۴٪) دکتری و ۲۹۲ نفر (۵۸٪) شاغل، ۸۹ نفر (۱۷٪) بیکار، ۱۱۰ نفر (۲۲٪) دانشجوی و ۹ نفر (۱٪) دانش آموز می‌باشند. نمونه‌های حاضر در این پژوهش از نظر محل سکونت ۱۷۰ نفر (۳۴٪) از تهران، ۱۰۴ نفر (۲۰٪) از گیلان، ۲۷ نفر (۵٪) از بندرعباس، ۲۵ نفر (۵٪) از مشهد، ۴۱ نفر (۸٪) از فارس، ۲۱ نفر (۴٪) از خوزستان، ۱۷ نفر (۳٪) از قم، ۸ نفر (۱٪) از اصفهان، ۱۸ نفر (۳٪) از مازندران، ۷ نفر (۱٪) از کرمان و ۶۲ نفر (۱۲٪) از سایر نقاط کشور می‌باشند. نوربالا و همکاران (۱۳۸۷) و طباطبایی و رسولی (۱۳۹۷) نیز اعتبار و روایی مناسب آن را در جمعیت بزرگ تأیید کرده‌اند.

در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است. پرسشنامه سلامت عمومی را می‌توان به‌عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارد، تشکیل شده است و بدین ترتیب می‌تواند بیماران روانی را به‌عنوان یک طبقه کلی از آنهایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. نسخه اصلی پرسشنامه سلامت عمومی از ۶۰ سؤال تشکیل شده است، اما تعدادی از نسخه‌های کوتاه‌تر نیز تهیه شده است که مهم‌ترین آنها عبارتند از: GHQ-12، GHQ-21، GHQ-30.

فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه قابل استفاده است. این پرسشنامه به‌عنوان یک ابزار غربال‌گری می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ

مطالعه را تشکیل می‌دهند و براساس نقطه برش زیرمقیاس‌های GHQ به ترتیب در علائم جسمانی ۳۱،۴ درصد مشکوک به اختلال، در علائم اضطرابی ۴۰،۲ درصد مشکوک به اختلال و در کارکرد اجتماعی ۵۸ درصد مشکوک به اختلال و افسردگی ۱۷،۸ درصد مشکوک به اختلال هستند.

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمره سلامت روان در زنان (۲۲/۴۲۱۱) بیشتر از میانگین نمره سلامت روان در مردان (۱۹/۴۶۷۶) است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ($F=1/928$ و $\text{sig} = 0/009$). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره سلامت روان نشان داد که بین پنج گروه سنی نوجوان، جوان، بزرگسال، میانسال و کهنسال اختلاف معنی‌داری وجود داشته است ($F = 6/064$ و $\text{sig} = 0/0001$). همین‌طور، نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره سلامت روان نشان داد که بین سه گروه مجرد، متأهل و سایر، اختلاف معنی‌داری وجود داشته است ($F = 5/895$ و $\text{sig} = 0/003$). همچنین نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه سلامت روان بین پنج گروه تحصیلی زیر دیپلم، دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($F=1/115$ و $\text{sig}=0/349$). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره سلامت روان نشان داد که بین چهار وضعیت شغلی شاغل، بیکار، دانشجو و دانش‌آموز، اختلاف معنی‌داری وجود داشته است ($F = 3/535$ و $\text{sig} = 0/015$). نهایتاً اینکه، نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره سلامت روان بین یازده گروه شهر محل سکونت اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است ($F = 1/237$ و $\text{sig} = 0/265$).

برش ۶ را با روش سنتی و نقطه برش ۲۳ را با روش لیکرتی گزارش نموده و ضریب پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی ۸۸٪ گزارش کرده است. اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی در شهر تهران (نوربالا، باقری یزدی و محمد، ۱۳۸۷) براساس همبستگی با SCL-90 و بازآزمایی روایی بسیار بالایی به دست آورده است. تقوی (۱۳۸۱) برای اعتبار پرسشنامه از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرده که به ترتیب ضرائب اعتبار ۰،۷۰، ۰،۹۳ و ۰،۹۰ حاصل شد. وی برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش هم‌زمان، همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شد. روایی هم‌زمان پرسشنامه سلامت عمومی از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس (M.H.Q) انجام شد که ضریب همبستگی ۰،۵۵ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بین خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰،۷۲ تا ۰،۸۷ متغیر بود. نتیجه تحلیل عوامل با استفاده از روش چرخشی واریماکس و براساس آزمون اسکری، بیانگر وجود عوامل افسردگی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم جسمانی در این پرسشنامه بود که در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمودند.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که میانگین سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطرابی، کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی به ترتیب ۲۱،۶۰، ۵،۴۲، ۵،۸۶، ۷،۰۲ و ۳،۲۸ است. همچنین براساس نقطه برش افراد مشکوک به اختلال روانی ۴۰ درصد جامعه مورد

جدول ۱. میانگین نمره سلامت روان

معنی‌داری	ارزش	دامنه	انحراف استاندارد	میانگین	درصد	تعداد	گروه‌ها	متغیر
۰/۰۰۹	۱/۹۲	۷۰-۳	۱۱/۶۸	۲۲/۴۲	۷۲/۲	۳۶۱	زن	جنسیت
		۵۵-۲	۱۰/۲۷	۱۹/۴۶	۲۷/۸	۱۳۹	مرد	
۰/۰۰۰۱	۶/۰۶	۷۳-۴	۱۱/۸۶	۲۳/۴۵	۲۱/۲	۱۰۶	نوجوانی	سن
		۷۱-۳	۱۲/۷۷	۲۳/۹۱	۳۳/۴	۱۶۷	جوانی	
		۵۵-۳	۹/۵۵	۱۹/۴۴	۲۸/۴	۱۴۲	بزرگسالی	
		۴۰-۲	۹/۷۷	۱۹/۱۳	۱۳/۶	۶۸	میانسالی	
۰/۰۰۳	۵/۸۹	۲۶-۷	۵/۲۲	۱۵/۲۳	۳/۴	۱۷	کهنسالی	وضعیت تأهل
		۷۳-۲	۱۲/۴۲	۲۲/۴۰	۴۳/۴	۲۱۷	مجرد	
		۵۵-۴	۹/۹۳	۲۰/۴۶	۵۳/۴	۲۶۷	متأهل	
۰/۳۴۹	۱/۱۱	۵۵-۱۲	۱۵/۳۰	۲۹/۵۶	۳/۲	۱۶	سایر	تحصیلات
		۳۸-۲	۹/۴۶	۱۹/۴۷	۴/۲	۲۱	زیر دیپلم	
		۷۳-۴	۱۱/۴۱	۲۲/۸۸	۱۶	۸۰	دیپلم	
		۷۱-۳	۱۲/۰۹	۲۲/۴۱	۳۵	۱۷۵	لیسانس	
۰/۰۱۵	۳/۵۳	۶۱-۵	۱۱/۴۱	۲۱/۰۴	۳۰/۴	۱۵۲	فوق لیسانس	وضعیت شغلی
		۵۲-۴	۱۰/۰۶	۱۹/۹۸	۱۴/۴	۷۲	دکتری	
		۷۳-۳	۱۱/۲۰	۲۰/۵۰	۵۸/۴	۲۹۲	شاغل	
		۷۱-۲	۱۲/۸۰	۲۴/۲۵	۱۷/۸	۸۹	بیکار	
۰/۲۶۵	۱/۲۳	۵۷-۶	۱۰/۴۴	۲۲/۷۷	۲۲	۱۱۰	دانشجو	شهر محل سکونت
		۲۹-۷	۷/۱۴	۱۶/۶۶	۱/۸	۹	دانش‌آموز	
		۷۳-۴	۱۰/۹۹	۲۱/۶۹	۳۴/۰	۱۷۰	تهران	
		۷۱-۴	۱۲/۴۸	۲۱/۷۹	۲۰/۸	۱۰۴	گیلان	
		۴۰-۴	۱۰/۱۰	۲۲/۸۵	۵/۴	۲۷	بندرعباس	
		۶۰-۳	۱۵/۸۱	۲۷/۸۰	۵/۰	۲۵	مشهد	
		۳۷-۵	۷/۹۸	۲۰/۵۳	۸/۲	۴۱	فارس	
		۳۶-۴	۹/۳۷	۱۸/۵۲	۴/۲	۲۱	خوزستان	
		۳۳-۷	۸/۰۰	۱۸/۴۱	۳/۴	۱۷	قم	
		۳۷-۲	۱۲/۹۳	۲۰/۵۰	۱/۶	۸	اصفهان	
۰/۲۶۵	۱/۲۳	۴۹-۹	۱۲/۵۰	۲۲/۳۳	۳/۶	۱۸	مازندران	شهر محل سکونت
		۴۱-۹	۱۰/۳۵	۲۳/۸۵	۱/۴	۷	کرمان	
		۵۷-۳	۱۱/۴۹	۲۰/۲۵	۱۲/۴	۶۲	سایر	

واریانس یک‌طرفه نمره علائم جسمانی بین پنج گروه سنی نوجوان، جوان، بزرگسال، میانسال و کهنسال اختلاف معنی‌داری وجود داشته است ($F=۲/۴۸۸$ و $sig=۰/۰۴۳$). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم جسمانی بین سه گروه وضعیت تأهل مجرد، متأهل و سایر، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است

در جدول ۲ نتایج مربوط به بررسی نمره زیرمقیاس علائم جسمانی در متغیرهای ذکرشده آمده است. میانگین نمره علائم جسمانی در زنان ($۵/۷۴۷۹$) بیشتر از میانگین نمره علائم جسمانی در مردان ($۴/۵۷۵۵$) است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ($F=۰/۰۲۷$ و $sig=۰/۰۰۰۱$). نتایج تحلیل

دانشجو و دانش آموز، اختلاف معنی داری وجود ندارد (F=۲/۱۱۱ و sig=۰/۰۹۸). نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نمره علائم جسمانی بین پنج گروه تحصیلی، زیر دیپلم، دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکتری، اختلاف معنی داری وجود نداشته است (F=۱/۱۴۵ و sig=۰/۳۳۴). نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نمره علائم جسمانی بین چهار وضعیت شغلی شاغل، بیکار،

دانشجو و دانش آموز، اختلاف معنی داری وجود ندارد (F=۲/۱۱۱ و sig=۰/۰۹۸). نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نمره علائم جسمانی بین پنج گروه تحصیلی، زیر دیپلم، دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکتری، اختلاف معنی داری وجود نداشته است (F=۱/۱۴۵ و sig=۰/۳۳۴). نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نمره علائم جسمانی بین چهار وضعیت شغلی شاغل، بیکار،

جدول ۲. میانگین نمره زیرمقیاس علائم جسمانی

معنی داری	ارزش	دامنه	انحراف استاندارد	میانگین	درصد	تعداد	گروه‌ها	متغیر
۰/۰۰۰۱	۰/۰۲	۱۶-۰	۳/۰۸	۵/۷۴	۷۲/۲	۳۶۱	زن	جنسیت
		۱۴-۰	۳/۰۹	۴/۵۷	۲۷/۸	۱۳۹	مرد	
۰/۰۴۳	۲/۴۸	۱۶-۰	۳/۱۹	۵/۶۸	۲۱/۲	۱۰۶	نوجوانی	سن
		۱۴-۰	۳/۰۶	۵/۷۷	۳۳/۴	۱۶۷	جوان	
		۱۵-۰	۳/۱۸	۵/۰۹	۲۸/۴	۱۴۲	بزرگسال	
		۱۴-۰	۲/۹۸	۵/۲۵	۱۳/۶	۶۸	میانسال	
۰/۰۸۶	۲/۴۶	۱۴-۱	۲/۸۶	۳/۷۰	۳/۴	۱۷	کهنسال	وضعیت تأهل
		۱۶-۰	۳/۲۴۸	۵/۳۷	۴۳/۴	۲۱۷	مجرد	
		۱۴-۰	۲/۹۶	۵/۳۵	۵۳/۴	۲۶۷	متأهل	
۰/۳۳۴	۱/۱۴	۱۵-۲	۳/۹۱۳	۷/۱۲	۳/۲	۱۶	سایر	تحصیلات
		۱۲-۰	۳/۱۶	۴/۷۶	۴/۲	۲۱	زیر دیپلم	
		۱۶-۰	۲/۸۷	۵/۳۱	۱۶	۸۰	دیپلم	
		۱۵-۰	۳/۳۴	۵/۸۰	۳۵	۱۷۵	لیسانس	
۰/۰۹۸	۲/۱۱	۱۴-۰	۳/۰۰	۵/۲۳	۳۰/۴	۱۵۲	فوق لیسانس	وضعیت شغلی
		۱۲-۰	۳/۰۸	۵/۱۹	۱۴/۴	۷۲	دکتری	
		۱۶-۰	۳/۱۱	۵/۲۲	۵۸/۴	۲۹۲	شاغل	
		۱۵-۰	۳/۱۸	۵/۷۸	۱۷/۸	۸۹	بیکار	
۰/۱۵۷	۱/۴۴	۱۴-۰	۳/۱۰	۵/۷۸	۲۲	۱۱۰	دانشجو	شهر محل سکونت
		۸-۱	۲/۵۸	۳/۷۷	۱/۸	۹	دانش آموز	
		۱۶-۰	۳/۲۳	۵/۴۵	۳۴/۰	۱۷۰	تهران	
		۱۴-۰	۳/۲۲	۵/۸۰	۲۰/۸	۱۰۴	گیلان	
		۱۲-۰	۲/۷۰	۵/۶۲	۵/۴	۲۷	بندرعباس	
		۱۵-۲	۴/۲۷	۶/۸۴	۵/۰	۲۵	مشهد	
		۱۲-۱	۲/۶۶	۵/۳۴	۸/۲	۴۱	فارس	
		۱۱-۱	۲/۷۳	۴/۴۲	۴/۲	۲۱	خوزستان	
		۹-۱	۲/۲۴	۳/۹۴	۳/۴	۱۷	قم	
		۹-۰	۳/۶۲	۵/۰۰	۱/۶	۸	اصفهان	
۱۰-۱	۲/۷۰	۵/۱۶	۳/۶	۱۸	مازندران			
۱۰-۱	۳/۵۷	۴/۸۵	۷/۰	۷	کرمان			
۱۴-۰	۲/۷۷	۵/۰۱	۶۲/۰	۶۲	سایر			

داشته است ($F=3/958$ و $sig=0/02$). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم اضطرابی و اختلال خواب بین پنج گروه تحصیلی زیر دیپلم، دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است ($F=1/291$ و $sig=0/272$). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم اضطرابی و اختلال خواب بین چهار وضعیت شغلی شاغل، بیکار، دانشجو و دانش‌آموز اختلاف معنی‌داری وجود داشته است ($F=4/252$ و $sig=0/006$). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم اضطرابی و اختلال خواب بین یازده گروه شهر محل سکونت اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است ($F=0/924$ و $sig=0/511$).

در جدول ۳ به بررسی نمره زیرمقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب در متغیرهای ذکر شده پرداخته شده است. میانگین نمره علائم اضطرابی و اختلال خواب در زنان ($6/0609$) بیشتر از میانگین نمره علائم اضطرابی و اختلال خواب در مردان ($5/3453$) است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است ($F=2/191$ و $sig=0/049$). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم اضطرابی و اختلال خواب بین پنج گروه سنی نوجوان، جوان، بزرگسال، میانسال و کهنسال اختلاف معنی‌داری وجود داشته است ($F=2/641$ و $sig=0/033$). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم اضطرابی و اختلال خواب بین سه گروه وضعیت تأهل مجرد، متأهل و سایر، اختلاف معنی‌داری وجود

جدول ۳. میانگین نمره زیرمقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه	ارزش	معنی‌داری
جنسیت	زن	۳۶۱	۷۲/۲	۶/۰۶	۳/۹۳	۲۱-۰	۲/۱۹	۰/۰۴۹
	مرد	۱۳۹	۲۷/۸	۵/۳۴	۳/۵۰	۱۷-۰		
سن	نوجوانی	۱۰۶	۲۱/۲	۵/۹۱	۳/۹۱۶	۲۱-۰	۲/۶۴	۰/۰۳۳
	جوان	۱۶۷	۳۳/۴	۶/۵۲	۴/۴۴	۱۹-۰		
	بزرگسال	۱۴۲	۲۸/۴	۵/۵۰	۳/۱۳	۱۵-۰		
	میانسال	۶۸	۱۳/۶	۵/۲۶	۳/۴۷	۱۶-۰		
وضعیت تأهل	کهنسال	۱۷	۳/۴	۴/۴۱	۲/۰۶	۷-۱	۳/۹۵	۰/۰۲۰
	مجرد	۲۱۷	۴۳/۴	۵/۸۸	۴/۰۸	۲۱-۰		
	متأهل	۲۶۷	۵۳/۴	۵/۶۸	۳/۴۵	۱۷-۰		
تحصیلات	سایر	۱۶	۳/۲	۸/۴۳	۵/۳۲	۱۷-۲	۱/۲۹	۰/۲۷۲
	زیر دیپلم	۲۱	۴/۲	۴/۹۰	۳/۵۰	۱۲-۰		
	دیپلم	۸۰	۱۶	۵/۹۱	۳/۵۸	۲۱-۱		
	لیسانس	۱۷۵	۳۵	۶/۳۰	۴/۰۷	۲۰-۰		
وضعیت شغلی	فوق لیسانس	۱۵۲	۳۰/۴	۵/۴۹	۳/۶۳	۱۹-۰	۴/۲۵	۰/۰۰۶
	دکتری	۷۲	۱۴/۴	۵/۷۷	۳/۹۳	۱۷-۰		
	شاغل	۲۹۲	۵۸/۴	۵/۴۷	۳/۶۲	۲۱-۰		
وضعیت شغلی	بیکار	۸۹	۱۷/۸	۶/۹۴	۴/۴۰	۱۹-۰	۴/۲۵	۰/۰۰۶
	دانشجو	۱۱۰	۲۲	۶/۱۴	۳/۶۷	۲۰-۱		
	دانش‌آموز	۹	۱/۸	۴/۱۱	۳/۸۸	۱۲-۰		

ادامه جدول ۳. میانگین نمره زیرمقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه	ارزش	معنی‌داری
شهر محل سکونت	تهران	۱۷۰	۳۴/۰	۵/۸۷	۳/۶۵	۲۱-۰	۰/۹۲	۰/۵۱۱
	گیلان	۱۰۴	۲۰/۸	۵/۹۳	۴/۲۶	۲۰-۰		
	بندرعباس	۲۷	۵/۴	۵/۹۲	۳/۸۳	۱۵-۰		
	مشهد	۲۵	۵/۰	۷/۵۲	۵/۴۸	۱۹-۰		
	فارس	۴۱	۸/۲	۵/۷۳	۳/۰۱	۱۳-۱		
	خوزستان	۲۱	۴/۲	۵/۰۹	۲/۶۴	۱۱-۲		
	قم	۱۷	۳/۴	۴/۴۷	۳/۲۴	۱۱-۱		
	اصفهان	۸	۱/۶	۵/۳۷	۳/۸۵	۱۲-۰		
	مازندران	۱۸	۳/۶	۶/۰۰	۳/۷۲	۱۵-۱		
	کرمان	۷	۷/۰	۷/۲۸	۳/۶۸	۱۲-۲		
سایر	۶۲	۶۲/۰	۵/۶۱	۳/۷۳	۱۷-۰			

در جدول ۴ به بررسی نمره زیرمقیاس کارکرد اجتماعی در متغیرهای ذکر شده پرداخته شده است. میانگین نمره کارکرد اجتماعی در زنان (۷/۱۳۳۰) بیشتر از میانگین نمره کارکرد اجتماعی در مردان (۶/۷۵۵۴) است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است (F=۴/۸۰۰ و sig=۰/۰۲۹). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره کارکرد اجتماعی بین پنج گروه سنی نوجوان، جوان، بزرگسال، میانسال و کهنسال اختلاف معنی‌داری وجود داشته است (F=۵/۳۶۸ و sig=۰/۰۰۰۱). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره کارکرد اجتماعی بین سه گروه وضعیت تأهل مجرد، متأهل و سایر، اختلاف معنی‌داری وجود داشته است (F=۳/۹۳۵ و sig=۰/۰۲ و F=۲/۱۰۴ و sig=۰/۰۷۹). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره کارکرد اجتماعی بین پنج گروه تحصیلی زیر دیپلم، دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است (F=۲/۲۱۳ و sig=۰/۰۸۶). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره کارکرد اجتماعی بین یازده گروه شهر محل سکونت اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است (F=۱/۵۹۱ و sig=۰/۱۰۶).

در جدول ۴ به بررسی نمره زیرمقیاس کارکرد اجتماعی در متغیرهای ذکر شده پرداخته شده است. میانگین نمره کارکرد اجتماعی در زنان (۷/۱۳۳۰) بیشتر از میانگین نمره کارکرد اجتماعی در مردان (۶/۷۵۵۴) است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است (F=۴/۸۰۰ و sig=۰/۰۲۹). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره کارکرد اجتماعی بین پنج گروه سنی نوجوان، جوان، بزرگسال، میانسال و کهنسال اختلاف معنی‌داری وجود داشته است (F=۵/۳۶۸ و sig=۰/۰۰۰۱). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره کارکرد اجتماعی بین سه گروه وضعیت تأهل مجرد، متأهل و سایر، اختلاف معنی‌داری وجود داشته است (F=۳/۹۳۵ و sig=۰/۰۲ و F=۲/۱۰۴ و sig=۰/۰۷۹). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره کارکرد اجتماعی بین پنج گروه تحصیلی زیر دیپلم، دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است (F=۲/۲۱۳ و sig=۰/۰۸۶). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره کارکرد اجتماعی بین یازده گروه شهر محل سکونت اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است (F=۱/۵۹۱ و sig=۰/۱۰۶).

جدول ۴. میانگین نمره زیرمقیاس کارکرد اجتماعی

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه	ارزش	معنی‌داری
جنسیت	زن	۳۶۱	۷۲/۲	۷/۱۳	۳/۲۹	۲۱-۰	۴/۸۰	۰/۰۲۹
	مرد	۱۳۹	۲۷/۸	۶/۷۵	۲/۵۸	۱۵-۰		
سن	نوجوانی	۱۰۶	۲۱/۲	۷/۶۵	۳/۰۹	۱۹-۱	۵/۳۶	۰/۰۰۰۱
	جوان	۱۶۷	۳۳/۴	۷/۵۶	۳/۴۲	۲۱-۰		
	بزرگسال	۱۴۲	۲۸/۴	۶/۲۶	۲/۶۰	۱۵-۱		
	میانسال	۶۸	۱۳/۶	۶/۵۲	۳/۱۲	۱۴-۰		
	کهنسال	۱۷	۳/۴	۶/۲۳	۲/۰۷	۱۲-۳		

ادامه جدول ۴. میانگین نمره زیرمقیاس کارکرد اجتماعی

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه	ارزش	معنی‌داری
وضعیت تأهل	مجرد	۲۱۷	۴۳/۴	۷/۱۶	۳/۲۹	۲۱-۰	۳/۹۳	۰/۰۲۰
	متأهل	۲۶۷	۵۳/۴	۶/۸۰	۲/۸۷	۱۶-۰		
	سایر	۱۶	۳/۲	۸/۹۳	۳/۹۰	۱۷-۴		
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۱	۴/۲	۷/۰۰	۲/۴۲	۱۴-۲	۲/۱۰	۰/۰۷۹
	دیپلم	۸۰	۱۶	۷/۷۸	۳/۴۱	۱۹-۰		
	لیسانس	۱۷۵	۳۵	۶/۷۰	۳/۱۳	۱۸-۰		
	فوق‌لیسانس	۱۵۲	۳۰/۴	۷/۱۹	۳/۱۱	۲۱-۱		
	دکتری	۷۲	۱۴/۴	۶/۶۱	۲/۷۷	۱۷-۱		
وضعیت شغلی	شاغل	۲۹۲	۵۸/۴	۶/۷۶	۳/۱۴	۲۱-۰	۲/۲۱	۰/۰۸۶
	بیکار	۸۹	۱۷/۸	۷/۶۶	۳/۲۲	۱۸-۲		
	دانشجو	۱۱۰	۲۲	۷/۲۵	۲/۹۵	۱۶-۱		
	دانش‌آموز	۹	۱/۸	۶/۵۵	۱/۸۷	۱۱-۴		
شهر محل سکونت	تهران	۱۷۰	۳۴/۰	۷/۱۰	۳/۰۸	۲۱-۰	۱/۵۹	۰/۱۰۶
	گیلان	۱۰۴	۲۰/۸	۶/۷۹	۳/۴۲	۱۸-۱		
	بندرعباس	۲۷	۵/۴	۷/۱۴	۲/۶۹	۱۴-۳		
	مشهد	۲۵	۵/۰	۹/۲۴	۳/۷۶	۱۵-۰		
	فارس	۴۱	۸/۲	۶/۵۱	۲/۲۰۳	۱۱-۱		
	خوزستان	۲۱	۴/۲	۶/۳۸	۳/۴۸	۱۲-۰		
	قم	۱۷	۳/۴	۷/۰۵	۲/۵۶	۱۴-۳		
	اصفهان	۸	۱/۶	۶/۸۷	۲/۲۳	۹-۲		
	مازندران	۱۸	۳/۶	۶/۷۲	۲/۸۰	۱۴-۳		
	کرمان	۷	۷/۰	۷/۲۸	۲/۴۹	۱۱-۴		
سایر	۶۲	۶۲/۰	۶/۸۸	۳/۱۳	۱۷-۲			

در جدول ۵ به بررسی نمره زیرمقیاس علائم افسردگی در متغیرهای ذکر شده پرداخته شده است. میانگین نمره علائم افسردگی در زنان (۳/۴۷۹۲) بیشتر از میانگین نمره علائم افسردگی در مردان (۲/۷۹۱۴۳) است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد (F=۰/۱۵۴ و sig=۰/۰۸۸). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم افسردگی بین پنج گروه سنی نوجوان، جوان، بزرگسال، میانسال و کهنسال اختلاف معنی‌داری وجود داشته است (F=۷/۱۶۶ و sig=۰/۰۰۱). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم افسردگی بین سه گروه وضعیت تأهل مجرد، متأهل و سایر اختلاف معنی‌داری وجود داشته است (F=۸/۶۶۱ و sig=۰/۰۰۰۱). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم افسردگی بین پنج گروه تحصیلی زیر دیپلم، دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است (F=۱/۶۷۶ و sig=۰/۱۵۴). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم افسردگی بین چهار وضعیت شغلی شاغل، بیکار، دانشجو و دانش‌آموز، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است (F=۱/۴۱۷ و sig=۰/۲۳۷). نتایج تحلیل واریانس

در جدول ۵ به بررسی نمره زیرمقیاس علائم افسردگی در متغیرهای ذکر شده پرداخته شده است. میانگین نمره علائم افسردگی در زنان (۳/۴۷۹۲) بیشتر از میانگین نمره علائم افسردگی در مردان (۲/۷۹۱۴۳) است که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد (F=۰/۱۵۴ و sig=۰/۰۸۸). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره علائم افسردگی بین پنج گروه سنی نوجوان، جوان، بزرگسال، میانسال و کهنسال اختلاف معنی‌داری وجود داشته است (F=۷/۱۶۶ و sig=۰/۰۰۱). نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره

یک طرفه نمره علائم افسردگی بین یازده گروه شهر محل سکونت اختلاف معنی داری وجود نداشته است (sig=۰/۷۶۱ و F=۰/۶۶۱).

جدول ۵. میانگین نمره زیرمقیاس علائم افسردگی

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد	میانگین	انحراف استاندارد	دامنه	ارزش	معنی داری
جنسیت	زن	۳۶۱	۷۲/۲	۳/۴۷	۴/۰۲	۲۱-۰	۰/۱۵	۰/۰۸۸
	مرد	۱۳۹	۲۷/۸	۲/۷۹	۴/۰۶	۱۹-۰		
سن	نوجوانی	۱۰۶	۲۱/۲	۴/۱۹	۴/۳۴	۱۹-۰	۷/۱۶	۰/۰۰۰۱
	جوان	۱۶۷	۳۳/۴	۴/۰۳	۴/۵۲	۲۱-۰		
	بزرگسال	۱۴۲	۲۸/۴	۲/۵۹	۳/۴۳	۱۵-۰		
	میانسال	۶۸	۱۳/۶	۲/۰۸	۳/۱۱	۱۲-۰		
وضعیت تأهل	کهنسال	۱۷	۳/۴	۰/۸۸	۱/۱۱	۳-۰	۸/۶۶	۰/۰۰۰۱
	مجرد	۲۱۷	۴۳/۴	۳/۹۸	۴/۵۴	۲۱-۰		
	متأهل	۲۶۷	۵۳/۴	۲/۶۱	۳/۴۰	۱۸-۰		
تحصیلات	سایر	۱۶	۳/۲	۵/۰۶	۴/۷۹	۱۵-۰	۱/۶۷	۰/۱۵۴
	زیر دیپلم	۲۱	۴/۲	۲/۸۰	۳/۴۱	۱۰-۰		
	دیپلم	۸۰	۱۶	۳/۸۷	۴/۲۶	۱۹-۰		
	لیسانس	۱۷۵	۳۵	۳/۵۸	۴/۱۲	۲۱-۰		
وضعیت شغلی	فوق لیسانس	۱۵۲	۳۰/۴	۳/۱۱	۴/۲۳	۲۱-۰	۱/۴۱	۰/۲۳۷
	دکتری	۷۲	۱۴/۴	۲/۴۰	۳/۱۴	۱۵-۰		
	شاغل	۲۹۲	۵۸/۴	۳/۰۳	۴/۰۹	۲۱-۰		
شهر محل سکونت	بیکار	۸۹	۱۷/۸	۳/۸۶	۴/۳۹	۲۱-۰	۰/۶۶	۰/۷۶۱
	دانشجو	۱۱۰	۲۲	۳/۵۹	۳/۶۵	۱۹-۰		
	دانش آموز	۹	۱/۸	۲/۲۲	۲/۳۳	۷-۰		
	تهران	۱۷۰	۳۴/۰	۳/۲۶	۳/۸۶	۱۹-۰		
	گیلان	۱۰۴	۲۰/۸	۳/۲۵	۴/۴۹	۲۱-۰		
	بندرعباس	۲۷	۵/۴	۴/۱۴	۳/۹۷	۱۱-۰		
	مشهد	۲۵	۵/۰	۴/۲۰	۴/۷۲	۱۵-۰		
	فارس	۴۱	۸/۲	۲/۹۵	۲/۹۵	۱۰-۰		
	خوزستان	۲۱	۴/۲	۲/۶۱	۳/۸۲	۱۵-۰		
	قم	۱۷	۳/۴	۲/۹۴	۳/۰۳	۱۱-۰		
شهر محل سکونت	اصفهان	۸	۱/۶	۳/۲۵	۵/۴۱	۱۲-۰	۰/۶۶	۰/۷۶۱
	مازندران	۱۸	۳/۶	۴/۴۴	۵/۰۵	۱۵-۰		
	کرمان	۷	۷/۰	۴/۴۲	۳/۲۰	۱۰-۱		
	سایر	۶۲	۶۲/۰	۲/۷۴	۴/۰۴	۲۱-۰		

از ۷۲/۲ درصد زنان در این پژوهش ۴۳/۲ درصد آنها نشانه‌هایی از اختلالات روانی را نشان داده‌اند که در

در جدول ۶ درصد فراوانی اختلالات روانی و مؤلفه‌های آن براساس نقاط برش شرح داده شده است.

علائم جسمانی ۲۵/۲ درصد، در علائم اضطرابی و اختلال خواب ۳۵/۳، در اختلال کارکرد اجتماعی ۵۹/۷ درصد و در علائم افسردگی ۱۴/۴ گزارش شده است. درصد فراوانی اختلالات روانی در سایر متغیرها در جدول بالا نمایش داده شده است.

علائم جسمانی ۳۴/۶ درصد، در علائم اضطرابی و اختلال خواب ۴۲/۱ درصد، اختلال عملکرد اجتماعی ۵۷/۳ درصد و علائم افسردگی ۱۹/۱ درصد گزارش شده است. از ۲۷/۸ درصد مردان ۲۵/۲ درصد آنها نشانه‌های از اختلالات روانی را نشان داده‌اند که در

جدول ۶. درصد اختلالات روانی و مؤلفه‌های آن براساس نقاط برش

متغیرها	گروه‌ها	سلامت عمومی	علائم جسمانی	علائم اضطرابی و اختلال خواب	اختلال کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی
جنسیت	زن	۴۳/۲	۳۴/۶	۴۲/۱	۵۷/۳	۱۹/۱
	مرد	۳۱/۷	۲۵/۲	۳۵/۳	۵۹/۷	۱۴/۴
سن	نوجوانی	۴۶/۲	۳۵/۸	۳۳	۶۷	۲۰/۸
	جوان	۵۰/۹	۴۰/۱	۵۰/۳	۶۴/۱	۲۲/۲
	بزرگسال	۲۷/۵	۲۶/۱	۳۸	۴۵/۸	۱۶/۹
	میانسال	۳۶/۸	۲۵	۳۶/۸	۵۷/۴	۸/۸
	کهنسال	۱۱/۸	۵/۹	۱۷/۶	۴۷/۱	۰
وضعیت تأهل	مجرد	۴۴/۷	۳۳/۲	۴۰/۶	۵۹/۹	۲۰/۷
	متاهل	۳۵/۲	۳۰	۳۹	۵۵/۴	۱۴/۲
	سایر	۵۶/۳	۵۰	۵۶/۳	۷۵	۳۷/۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۸/۶	۳۳/۳	۴۲/۹	۶۱/۹	۱۹
	دیپلم	۴۶/۳	۲۶/۳	۳۷/۵	۶۵	۲۱/۳
	لیسانس	۴۴/۶	۳۹/۴	۴۴/۶	۵۳/۱	۲۰
	فوق لیسانس	۳۷/۵	۲۷/۶	۳۵/۵	۵۹/۹	۱۶/۴
	دکتری	۳۰/۶	۲۹/۲	۴۱/۷	۵۶/۹	۱۱/۱
وضعیت شغلی	شاغل	۳۶	۳۰/۱	۳۷/۷	۵۵/۸	۱۶/۱
	بیکار	۴۸/۳	۳۳/۷	۵۰/۶	۶۲/۹	۲۴/۷
	دانشجو	۴۵/۵	۳۶/۴	۴۰	۶۱/۸	۱۷/۳
شهر محل سکونت	دانش آموز	۲۲/۲	۲۲/۲	۲۲/۲	۳۳/۳	۱۱/۱
	تهران	۴۲/۴	۳۱/۲	۴۳/۵	۵۸/۸	۱۵/۳
	گیلان	۳۹/۴	۳۶/۵	۳۵/۶	۵۵/۸	۱۹/۲
	بندرعباس	۵۱/۹	۴۴/۴	۴۸/۱	۵۹/۳	۳۳/۳
	مشهد	۶۴	۴۰	۶۰	۸۴	۲۴
	فارس	۲۹/۳	۳۱/۷	۲۹/۳	۵۱/۲	۱۷/۱
	خوزستان	۳۳/۳	۱۴/۳	۳۳/۳	۴۷/۶	۹/۵
	قم	۲۹/۴	۱۷/۶	۳۵/۳	۶۴/۷	۱۱/۸
	اصفهان	۳۷/۵	۵۰	۳۷/۵	۷۵	۲۵
	مازندران	۴۴/۴	۲۲/۲	۲۷/۸	۳۸/۹	۲۷/۸
	کرمان	۵۷/۱	۲۸/۶	۱۴/۳	۷۱/۴	۲۸/۶
	سایر	۲۹	۲۹	۳۷/۱	۵۶/۵	۱۲/۹

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اینکه آیا تهدید کرونا سلامت روانی ایرانیان را تهدید کرده است؟ انجام شد. براساس نقطه برش افراد مشکوک به اختلال روانی ۴۰ درصد جامعه مورد مطالعه را تشکیل می دهند و براساس نقطه برش زیرمقیاس های GHQ به ترتیب در علائم جسمانی ۳۱,۴ درصد مشکوک به اختلال، در علائم اضطرابی ۴۰,۲ درصد مشکوک به اختلال و در کارکرد اجتماعی ۵۸ درصد مشکوک به اختلال و افسردگی ۱۷,۸ درصد مشکوک به اختلال هستند. این نتیجه با نتایج مطالعات دیگران تاحدی متفاوت است. پژوهش مروری علیزاده نوایی و حسینی (۱۳۹۲) نشان داده است که میزان احتمالی اختلال روانی در دانشجویان بین ۳۰ تا ۵۰ درصد درنوسان است. همین طور مطالعه نوربالا و همکاران نشان داده است که طبق نتایج GHQ ۲۸ سؤالی شیوع اختلال روانی در سال ۱۳۹۰ ۳۹,۶ درصد است که به نتایج مطالعه حاضر نزدیک است. همچنین به نظر می رسد که کرونا و قرنطینه تاحدی روی کارکرد اجتماعی اثرات منفی داشته که دور از انتظار نیست. نتایج پژوهش نشان داد بین سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی در زنان و مردان از نظر آماری معنی دار وجود دارد. نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته های چشمه کبودی و همکاران (۱۳۹۶)، ریاحی و همکاران (۱۳۹۵) همسویی داشت. چشمه کبودی و همکاران (۱۳۹۶) در نتایج بررسی خود نشان دادند که بین زنان و مردان مصرف کننده از نظر میزان استرس، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی دار وجود دارد. ریاحی و همکاران (۱۳۹۵) به این نتایج رسیدند که در مجموع، میزان افسردگی براساس "نقش های جنسیتی زنانه و مردانه" متفاوت است؛ بدین معنای که "نقش های جنسیتی زنانه غالب"، افراد را

مستعد افسردگی می کند، در حالی که نقش های "جنسیتی مردانه غالب"، مانند سپری در مقابل افسردگی عمل می کند و عمده پژوهش ها از جمله پژوهش علیزاده نوایی و حسینی (۱۳۹۲) مؤید تفاوت های جنسیتی سلامت روان به نفع مردان است. قسمت دیگر نتایج نشان داد بین سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی بین پنج گروه سنی نوجوان، جوان، بزرگسال، میانسال و کهنسال اختلاف معنی داری وجود دارد. نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته های نیک آمال و همکاران (۱۳۹۲)؛ نوبهار و همکاران (۱۳۸۶) همسویی داشت. میری و همکاران (۱۳۹۳) هم شیوع اختلالات در سالمندان را ۵۰ درصد گزارش کرده اند. نیک آمال و همکاران (۱۳۹۲) در نتایج بررسی خود نشان دادند برنامه های آموزشی مقابله با اضطراب، افسردگی و حساسیت بین فردی بر سلامت روان زنان میانسال تأثیر مثبت دارد. همچنین، این برنامه ها بر مؤلفه های سلامت روان (افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی) مؤثر بودند. به عبارتی، برنامه ها می تواند باعث کاهش قابل ملاحظه اضطراب، حساسیت بین فردی و افسردگی زنان میانسال شود و سلامت روانی را در آنها ارتقا دهد. نوبهار و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی نتایج خود گزارش کردند که اختلالات خواب در کهنسال ها شایع بوده و باتوجه به تأثیر مثبت روش های مختلف در مقابله با اختلالات خواب، تأکید بر آموزش این روش ها می تواند به طور مطلوب مشکلات موجود در اختلالات خواب را برطرف سازد. همچنین نتایج نشان داد بین سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی بین سه گروه مجرد، متأهل و سایر، اختلاف معنی داری وجود داشته است.

دانشجو و دانش آموز اختلاف معنی داری وجود نداشته است. نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته های زهراکار (۱۳۸۸) همسویی دارد و با نتایج جهانشاه و همکاران (۱۳۹۶) مطابقت نداشت. زهراکار (۱۳۸۸) در مطالعه خود ابعاد مختلف سلامت روانی (علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی، افسردگی و نمونه کل) افراد شاغل و غیرشاغل (بیکار) مورد مقایسه قرار داد و نتایج این تحقیق نشان می دهد که t محاسبه شده برای مقایسه میانگین های افراد شاغل و غیرشاغل (بیکار) در حوزه علائم جسمانی، در حوزه اضطراب و اختلال خواب، در حوزه اختلال در کارکردهای اجتماعی، در حوزه افسردگی تماماً از لحاظ آماری در سطح 0.1 معنی دار تشخیص داده شده اند. جهانشاه و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که با وجود فرهنگ های مختلف در شهرستان آبیک $16,63$ درصد از زنان خانه دار و $9,13$ درصد از زنان شاغل به درجاتی از نشانگان افسردگی مبتلا بودند. تفاوت معنی داری بین شیوع افسردگی میان زنان شاغل و خانه دار وجود داشت.

بین سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی بین یازده گروه شهر محل سکونت اختلاف معنی داری وجود نداشته است. نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته های میرزایی دوستان و همکاران (۱۳۹۸)؛ شفیعی و همکاران (۱۳۹۵) و زهراکار (۱۳۸۸) همسویی داشت. در پژوهش های مختلف مشکلات اضطرابی در صدر بوده اند، اما پژوهش حاضر نشان داد که اختلال در کارکردهای اجتماعی متعاقب پاندمی کرونا بیشتر شده است و در صدر مشکلات قرار دارد. در پژوهش میری و همکاران (۱۳۹۵) نیز اختلال در عملکرد اجتماعی دانشجویان بالاتر از 50 درصد بوده

نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته های سالاری و همکاران (۱۳۸۲)، دانش (۱۳۸۹) همسویی داشت. سالاری و همکاران (۱۳۸۲) در نتایج بررسی خود نشان دادند بین تعداد فرزندان و افسردگی نیز ارتباط معنی داری وجود دارد. بدین صورت که افرادی که فرزند نداشتند نسبت به افرادی که فرزند داشتند، افسردگی در آنان شایع تر بود. پرخاشگری در طبقه متأهل و مجرد نیز تفاوت معنی داری را نشان داد. افراد مجرد دارای پرخاشگری بیشتری نسبت به افراد متأهل بودند. دانش (۱۳۸۹) در تحقیق خود دریافت که سطح کامیابی و سطح کلی سلامت جسمی و روانی دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد است. نشانه های بدنی، علائم اضطراب و اختلال در خواب، میزان افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی در دانشجویان متأهل کم تر از دانشجویان مجرد است.

قسمت دیگر نتایج نشان داد بین سلامت روان، علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی در پنج گروه تحصیلی زیر دیپلم، دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس و دکتری اختلاف معنی داری وجود نداشت. نتایج به دست آمده از این پژوهش با یافته های وامقی و همکاران (۱۳۹۵) و رهی و همکاران (۲۰۱۷) همسویی داشت. وامقی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که نقش عوامل اجتماعی- اقتصادی خانواده ها به خصوص سواد و سلامت مادران و شرایط محل زندگی در سلامت را تأیید کرده و اهمیت سرمایه گذاری برای بهبود آنها را در جهت ارتقای سلامت نشان می دهد.

در این پژوهش سلامت روان و کارکرد اجتماعی بین چهار وضعیت شغلی شاغل، بیکار، دانشجو و دانش آموز، اختلاف معنی داری وجود دارد. علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب و علائم افسردگی بین چهار وضعیت شغلی شاغل، بیکار،

منابع

۱. تقوی، م. (۱۳۸۰)، بررسی روانی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (H. Q)، مجله علمی روان‌شناسی، دوره ۵، شماره ۴.
۲. جهانشاه‌لو، گ.؛ قربانی، آ.؛ ربیعی‌نژاد، م. ر. و نجارالموتی، ن. (۱۳۹۶)، مقایسه شیوع افسردگی در زنان شاغل و خانه‌دار شهر آبیگ باتوجه‌به فرهنگ شهرستان، کنفرانس بین‌المللی فرهنگ آسیب‌شناسی روانی و تربیت، دوره ۱.
۳. چشمه‌کبودی، ل. و اصغرنژاد، ع. ا. (۱۳۹۶)، میزان استرس، اضطراب و افسردگی در بین زنان و مردان مصرف‌کننده مواد سبک، کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، دوره ۶.
۴. حیدری پارسا، غ. و پیمانی، ج. (۱۳۹۸)، تبیین سلامت روان در بیماران مبتلا به ام اس براساس صفات شخصیت و طرح‌واره ناسازگار اولیه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر قدس، دانشکده علوم انسانی.
۵. دانش، ع. (۱۳۸۹)، مقایسه سطح شادکامی و سلامت جسمی و روانی دانشجویان دختر و پسر متأهل و مجرد دانشگاه، روان‌شناسی کاربردی، سال ۴، شماره ۴ (پیاپی ۱۶).
۶. رحیمی، ا.؛ آبیارد، همام؛ ذاکری لنگرودی، آ. و زمانی، ن. (۱۳۹۵)، مقایسه سلامت عمومی، سلامت روان و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ با بیماران مبتلا به مولتی پلاس کلروزیس، مجله پژوهش سلامت، دوره ۲، شماره ۱.
۷. ریاحی، م. ا. و محمودآبادی، ز. (۱۳۹۵)، تبیین جامعه‌شناختی تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی باتأکید بر مفهوم خودخاموشی در نهاد خانواده (مطالعه موردی زنان و مردان ازدواج کرده شهر تهران)، دوره ۳، شماره ۸: ۱۹۳ - ۱۵۹.
۸. زهراکار، ک. (۱۳۸۸)، مقایسه سلامت روانی افراد شاغل و غیرشاغل (بیکار) ۲۲ تا ۴۰ ساله شهر تهران، پژوهشنامه تربیتی، دوره ۵، شماره ۱۸: ۹۵ - ۱۱۳.
۹. سالاری، ه. و بصیری، ک. (۱۳۸۲)، بررسی سلامت روانی زنان جوان و میانسال در جمعیت شهری گناباد در سال ۱۳۸۲، افق دانش، دوره ۹، شماره ۲: ۱۰۴ - ۱۱۰.

است. به‌رحال نتایج این پژوهش با تحقیقات فام و همکاران (۲۰۱۹) و جاهال (۲۰۰۹) در باره اثرات پاندمی بیماری بر سلامت روان تاحدی (صرفاً در مؤلفه اختلال کارکرد اجتماعی) هماهنگ و در سایر مؤلفه‌ها ناهماهنگ است. البته باید توجه داشت که تمام پژوهش‌های ایرانی روی سلامت روان در شرایط معمولی و بدون پاندمی انجام شده است و انتظار می‌رفت سلامت روان مردم در شرایط پاندمی کرونا بیشتر دچار مشکل شود که چنین چیزی در این تحقیق مشاهده نشد.

باتوجه‌به پژوهش‌های پیشین و نیز نتایج حاصل از پژوهش حاضر، به‌نظر دیدوبازدیدهای نوروژی مانع کاهش سطح سلامت روان افراد، علائم جسمانی و کارکردهای اجتماعی و باعث حفظ سلامت روان آنها شده است. باتوجه‌به اهمیت نقش دیدوبازدیدهای نوروژی در زندگی ایرانی‌ها، به‌نظر می‌رسد که تلاقی پاندمی کرونا با ایام خوش نوروژ و همچنین جدی‌نگرفتن تهدید کرونا و حتی مسافرت‌رفتن و بودن با خانواده و تعطیلی و کاهش استرس کاری، باعث شده اثرات روانی موردانتظار کرونا نشان داده نشود. باتوجه‌به مطالب گفته‌شده می‌توان نتیجه گرفت که دیدوبازدید نوروژی و تعطیلات بر سلامت روان افراد تأثیر مثبت دارد. همچنین به‌نظر می‌رسد که کرونا و قرنطینه نسبی تاحدی بر کارکرد اجتماعی اثر گذاشته که در شرایط پاندمی، طبیعی است.

از محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش برخط (آنلاین) برای پاسخ به سؤالات پرسشنامه سلامت روان است که ممکن است پاسخ‌ها را تحت تأثیر قرار داده باشد. باین‌حال به‌خاطر شرایط خاص کرونا چاره‌ای جز آن نبوده است. برای بررسی دقیق‌تر اثرات کرونا و قرنطینه نسبی بر سلامت روان ایرانیان به پژوهش‌های بیشتری نیاز است.

۱۰. شفیع، ه؛ حجت‌اله، ج. و کاظمی، س. (۱۳۹۰)، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی با سلامت روان زنان و مردان دارای بیماری قلبی و کلیوی فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، سال دوم، شماره دوم.
۱۱. صاحبی، ل. و آیت‌اللهی، م. (۱۳۸۵)، بررسی وضعیت سلامت روانی در کارکنان بیمارستان‌های شیراز، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گناباد، دوره ۱۲، شماره ۴.
۱۲. طباطبایی، شهناز و رسولی، زینب (۱۳۹۷)، بررسی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه سلامت عمومی در کارکنان بخش صنعت، سلامت کار ایران، ۱۵ (۳): ۴۵ - ۵۴.
۱۳. علی‌پور، ا؛ قدمی، ا؛ علی‌پور، ز. و عبداله‌زاده، ح. (۱۳۹۸)، اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی، نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، سال هشتم، شماره چهارم، پیاپی ۳۲: ۱۷۵ - ۱۶۳.
۱۴. علیزاده نوائی، رضا و حسینی، حمزه (۱۳۹۲)، وضعیت سلامت روانی دانشجویان در ایران تا سال ۱۳۹۰: مرور منظم، تعالی بالینی، ۲ (۱): ۱۰ - ۱.
۱۵. مرتضوی، خ، صیدی (۱۳۹۵)، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی با شادکامی و سلامت روان در دانشجویان، مجله نسیم تندرستی، دوره ۵، شماره ۳: ۶۲ - ۶۸.
۱۶. میرزایی دوستان، ز؛ زرگر، ی. و آرش‌زندگی، پ. (۱۳۹۸)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و سلامت روان زنان مبتلا به HIV شهر آبادان، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره ۲۵، شماره ۱.
۱۷. میری، محمدرضا؛ صالح‌نیا، حمید؛ طیوری، امیر؛ بهلگردی، مریم و تقی‌زاده، علی‌اکبر (۱۳۹۴)، شیوع اختلالات روانی و عوامل مرتبط با آن در سالمندان، فصلنامه پرستاری سالمندان، ۲ (۲): ۹۴ - ۱۰۳.
۱۸. میری، میرمحمد؛ حسینی، سیدمصطفی و مذهب‌دار قشقای، هما (۱۳۹۵)، مقایسه میزان سلامت روانی دانشجویان پزشکی و مهندسی در ایران در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۳، مجله طب نظامی، ۱۸ (۴): ۳۶۰ - ۳۶۶.
۱۹. نوبهار، م. و وفایی، ع. (۱۳۸۶)، بررسی انواع اختلالات خواب و روش‌های مقابله با آنها در سالمندان
- (مقاله پژوهشی)، سالمند: مجله سالمندی ایران، ۲ (۲): ۲۶۳ - ۲۶۸.
۲۰. نوربالا، ا.؛ باقری یزدی، ع. و محمد، ک. (۱۳۸۰)، اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به‌عنوان ابزار غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی در شهر تهران، نشریه علمی حکیم، دوره یازدهم، شماره چهارم.
۲۱. نوربالا، احمدعلی؛ دمار، بهزاد و ریاضی اصفهانی، سهند (۱۳۹۳)، بررسی روند شیوع اختلال‌های روانی در ایران، دانشور پزشکی، ۲۱ (۱۱۲): ۱ - ۱۱.
۲۲. نیک‌آمال، م؛ یارمحمدی، پ؛ شادمانفر، ن. و زنگنه، ل. (۱۳۹۲)، اثربخشی آموزش مقابله با اضطراب، افسردگی و حساسیت بین‌فردی بر سلامت روانی زنان میانسال، تحقیقات روان‌شناختی، دوره ۵، شماره ۲۰.
۲۳. وامقی، م؛ سجادی، ح؛ رفیعی، ح. و قائدامینی، غ. ر. (۱۳۹۵)، نقش تحصیلات والدین و تعیین‌کننده‌های واسطه‌ای بر سلامت در ایران، مجله علوم پزشکی رازی، ۲۳ (۱۴۷): ۱۸ - ۳۴.
1. Aderibigbe YA, Gureje O. The validation of the GHQ-28 in a Nigerian clinic. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1992; 17: 280- 83.
 2. Bridges KW, Goldberg DP. The validation of the GHQ-28 in neurological patients. *British Journal of Psychiatry* 1986; 148: 548- 553.
 3. Brooks,S,K ,Webster, .K, Smith,L.E., Woodland,L.,Wessely, S., Greenberg,N.,& Rubin,G.J.(2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*,393(MARCH,14).912-920.
 4. Conijn, J. M., van der Ark, L. A., & Spinhoven, P. (2020). Satisficing in mental health care patients: The effect of cognitive symptoms on self-report data quality. *Assessment*, 27(1), 178-193.
 5. Cheung P, Spears G. Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994; 29: 95- 99.
 6. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by Questionnaire. London: Oxford university Press, 1973; Monographs n.21.
 7. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine* 1997; 9: 131- 145.
 8. Johal S. S(2009).Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain.

- coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 102433.
21. World Health Organization. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 45.
 22. Information System Physical Function Following Anterior Cervical Discectomy and Fusion. *Neurospine*.
 23. Sim, K and Chua, H.K. (2004). The psychological impact of SARS: a matter of heart and mind. *CMAJ*. 2004 Mar 2; 170(5): 811–812. doi: 10.1503/cmaj.1032003
 24. Sriram TG, Chandrashekar CR, Isac MK, et al. The General Health Questionnaire (GHQ): comparison of the English version and Indian version. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1989; 24: 317-320.
 25. Stansfield SA, Marmot MG. Social class and minor Psychiatric disorder in British civil servants: A validated screening survey using the General health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1992; 22: 739-749.
 26. Wu Z., McGoogan J.M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention external icon. *JAMA*. Published online: February 24. DOI:10.1001/jama.2020.2648.
 27. Yaghoubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiological study of mental disorders in urban and urban areas of SoumaahSara city-Gilan. *Andisheh and Raftar Journal* 1995; 4: 55- 65.
 28. Yoo, J. S., Jenkins, N. W., Parrish, J. M., Brundage, T. S., Hrynewycz, N. M., Mogilevsky, F. A., & Singh, K. (2020). Evaluation of Postoperative Mental Health Outcomes in Patients Based on Patient-Reported Outcome Measurement
 29. *Psychiatric Pub*.
 9. Lai, C. C., Shih, T. P., Ko, W. C., Tang, H. J., & Hsueh, P. R. (2020). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and corona virus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. *International journal of antimicrobial agents*, 105924.
 10. Lai TS1, Yu WC. (2010). The lessons of SARS in Hong Kong. *Clin Med (Lond)*. 2010 Feb;10(1):50-3.
 12. Leung GM1, Quah S, Ho LM, Ho SY, Hedley AJ, Lee HP, Lam TH. (2009).
 13. Community psycho-behavioural surveillance and related impact on outbreak control in Hong Kong and Singapore during the SARS epidemic. *Hong Kong Med J*. 2009 Dec;15 Suppl 9:30-4.
 14. Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires in Brazil using ROC analysis. *Psychological medicine* 1985; 15: 651- 660.
 15. O'Connell, N., Nicholson, T. R., Wessely, S., & David, A. S. (2020). Characteristics of patients with motor functional neurological disorder in a large UK mental health service: a case-control study. *Psychological medicine*, 50(3), 446-455.
 16. Pham, H., Torres, H., & Sharma, P. (2019, February). Mental health implications in bladder cancer patients: a review. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 37, No. 2, pp. 97-107). Elsevier.
 17. Park, J., & Look, K. A. (2018). Relationship between objective financial burden and the health-related quality of life and mental health of patients with cancer. *Journal of oncology practice*, 14(2), e113-e121.
 18. Palahang H, Nasr M, Baraheni MT, et al. Epidemiological study of mental disorders in Kashan city. *Andisheh and Raftar Journal* 1996; 8: 19- 27.
 19. Rhee, C. M., Chen, Y., You, A. S., Brunelli, S. M., Kovesdy, C. P., Budoff, M. J., ... & Nguyen, D. V. (2017). Thyroid status, quality of life, and mental health in patients on hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(8), 1274-1283.
 20. Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of