

نیمرخ سلامت روان در زنان مجرد و متأهل ۳۰ تا ۴۵ ساله شاغل در

دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز

علی حسین زینال زاده چینی بلاغ^۱، خلیل اسماعیل پور^۲، بتول علی پورگوراند^{۳*}، الهه بایبوردی^۴

چکیده

زمینه و اهداف: افزایش سن ازدواج دختران از زمره تحولاتی است که در نتیجه تغییرات کلان در سطح جامعه حادث شده است. پدیده افزایش سن و در ادامه بروز تجرد در دختران باعث نابسامانی‌هایی چون آسیب‌های روانی می‌شود. این تحقیق با هدف مقایسه نیمرخ آسیب‌های روانی دختران مجرد با زنان متأهل انجام شده است. برای این منظور ۲۴۰ نفر از زنان مجرد و متأهل ۳۰ تا ۴۵ ساله شاغل در معاونت‌های بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و پرسشنامه SCI90-R را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) تحلیل شد. یافته‌ها نش نشانگر این است بین دو گروه مورد مطالعه در مولفه افسردگی ($F=۶/۹۶۹$ و $P<۰/۰۵$) و نیز در مولفه حساسیت در روابط متقابل ($F=۷/۹۹۳$ و $۰/۰۵$) تفاوت معنادار وجود دارد. در مقایسه میانگین‌های بین دو گروه مجرد و متأهل، میانگین افسردگی در گروه مجردها نسبت به گروه متأهل بیشتر است (گروه مجرد ۱/۰۷ و گروه متأهل ۰/۸۱) و نیز میانگین حساسیت در روابط متقابل در گروه مجرد نسبت به گروه متأهل بیشتر است (گروه مجرد ۰/۹۱ و گروه متأهل ۰/۶۷)، ولی در سایر مولفه‌های آسیب روانی در دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد. این تحقیق به طور معنی‌دار مشکلات روانی از جمله افسردگی و حساسیت در روابط متقابل در دختران مجرد را نشان داد که این امر ضرورت توجه روان‌شناسان و مشاوران خانواده و سایر متولیان مسائل خانواده را به این آسیب‌ها خاطر نشان می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: سن، آسیب روانی، تاهل

^۱ - استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۲ - استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

^۳ - (کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی) کارشناس آموزش بهورزی مرکز بهداشت شهرستان تبریز، تبریز،

^۴ - دستیار تخصصی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

*- نویسنده مسوول مقاله: Dalipour82@gmail.com

مقدمه

افزایش سن ازدواج دختران و بروز پدیده مجرد در بین آنان از زمره تحولاتی است که در نتیجه تغییرات کلان در سطح جامعه حادث شده است. پدیده افزایش سن و در ادامه بروز مجرد در دختران باعث نابسامانی‌هایی در جامعه خواهد شد، نابسامانی‌هایی چون بحران میل جنسی، فسادهای اجتماعی و فرار دختران از عوارض نابسامانی‌هایی که در نتیجه پدیده مجرد به وجود می‌آید و حائز اهمیت است، می‌توان آسیب‌های روانی را اشاره نمود. مجرد ماندن دختران و پسران به ساختار خانواده و جامعه آسیب وارد می‌کند و مهم‌ترین پیامد آن کاهش زاد و ولد و جمعیت کشور در سال‌های آتی است که همین عاملی برای کاهش شادی و آرامش در بین مردم خواهد بود. از سوی دیگر اگر نیازهای روان شناختی، اجتماعی، اقتصادی و فکری هر انسانی از طریق خانواده برآورده نشود، ممکن است باعث افزایش آسیب و ناهنجاری در جامعه شود که می‌تواند دیگر خانواده‌ها را درگیر کند و حتی در زندگی دیگران هم تأثیرگذار باشد. از سویی نادیده گرفتن این نیازها و تخلیه نشدن آن باعث خشم، افسردگی، دیگر مشکلات فردی و اجتماعی و بداخلاقی- های رفتاری در روابط بین فردی می‌شود. نکته دیگر این که سیکل طبیعی در خانواده‌ها این است که والدین باید در دوره‌ای از زندگی خود، از مشکلات فرزندان فارغ شوند و میانسالی آسوده‌ای را طی کنند و وجود دختران مجرد قطعی در خانه این امر را مختل می‌سازد (Habibpour, 1391, p2). یکی دیگر از دلایلی که سن ازدواج را در شهرهای بزرگ به تأخیر انداخته است وجود الگوهای رقیب برای خانواده است. افراد در چارچوب‌هایی خارج از خانواده نیازهایی را که تا پیش از این در آن چارچوب به دست می‌آمد، کم و بیش پیدا می‌کنند. درست یا نادرست این مسئله‌ای است که تا اندازه‌ای وجود دارد. زندگی مجردی باعث شده که به‌عنوان الگوهای رقیب در کنار الگوی تشکیل خانواده عمل کند. تعداد این افراد روز به روز بیشتر شده و باعث کاهش تعداد کسانی می‌شود که بخواهند ازدواج کنند. این مسئله در کلانشهرها بیش‌تر از شهرهای کوچک است. در روستاها این مسئله وجود ندارد. اگر چه جوانان به دلیل بازداری‌های شخصی گاهی تمایل به ازدواج را هم در خود سرکوب می‌کنند؛ اما این مسئله نمی‌تواند آسیب‌های مجرد و تنها بودن را کتمان نماید. چرا که ازدواج نیازی تکوینی بوده و هر شخصی در حالت بهنجار و معمول این نیاز را در خود احساس می‌کند. لذا عدم تحقق آن می‌تواند بر روان شخص اثر گذار بوده و فرد را در بسیاری از زمینه‌ها دچار مشکل سازد. و از آنجایی که سلامت و آرامش جامعه در گرو سلامت و آرامش فرد است این موضوع به صورت مستقیم یا غیر مستقیم می‌تواند آثاری را برای جامعه نیز به ارمغان داشته باشد. زمانی که بحث از بالا رفتن سن ازدواج می‌شود اکثریت اذهان به مسایل خانوادگی و شخصی معطوف می‌شود و این در حالی است که جامعه سهم زیادی از تأثیر پذیری را در این موضوع متقبل می‌شود. وقتی فرد از طریق ازدواج نتواند نیازهای عاطفی خود را

برآورده سازد از نشاط و شادابی کافی برخوردار نبوده و انرژی و انگیزه کافی برای کار خلاقانه، تلاش مضاعف، و فعالیت مستمر را نخواهد داشت. ضمن این که این افراد در معرض بی‌حوصلگی-ها و تحریک پذیری‌ها قرار گرفته و آستانه تخریب روابط پایین‌تر آمده و انتظارات بالاتر می‌رود. زندگی فرد در اجتماع کامل می‌شود و دختر و پسری که دارای ناکامی در ارضای نیازهای خود هستند ممکن است فشارهای روانی فراوانی را تجربه کنند و این مسئله به نوبه خود در کارکرد اجتماعی و شغلی و تحصیلی آنها اختلال ایجاد می‌کند هم‌چنین تغییر رفتار انسان‌ها، موجب گسترش اختلالاتی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس شده است، هم‌چنین با توجه به این نکته که شیوع افسردگی در زنان بیش‌تر از مردان است، افسردگی در افرادی که تنها هستند، معمولاً بیشتر بروز می‌کند که این موضوع با توجه به نوع زندگی امروزی، بیش‌تر دیده می‌شود براساس بررسی‌های انجام شده افراد مجرد تا ۳۰ درصد بیش‌تر دچار اختلالات روانی به ویژه اضطراب، افسردگی و استرس شده و مشکلات روانی در آنها مدت زمان بیش‌تری به طول می‌انجامد. هم‌چنین افسردگی در افرادی که به تازگی همسر خود را از دست داده‌اند شایع است و ممکن است چندین سال ادامه یابد. تجرد و افزایش سن ازدواج و ناکامی‌های ناشی از آن به عنوان استرسور عمل می‌کند. استرس‌های به ظاهر کوچک و بی‌اهمیت در طولانی مدت باعث اختلال در سلامت روانی و آسیب‌های روانی می‌شوند (Charles, 2013, p14).

از جمله آسیب‌های روانی می‌توان شکایت‌های جسمانی یا اختلالات روان تنی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، پرخاشگری، ترس مرضی، افسردگی، اضطراب، افکار پارانوئید و روان‌پریشی را نام برد که به انحاء مختلف موجب اختلالات کارکردی، رفتاری، شناختی، اجتماعی در فرد می‌شوند.

خدارحیمی در تحقیق خود با عنوان «بررسی بهداشت روان زنان در شمال فارس ایران» به این نتیجه رسید که در دختران مجرد مقیاس‌های بهداشت روانی (جسمانی کردن، وسواس، حساسیت بین فردی، اضطراب، ترس، خشم، پارانویا، سایکوز و تمام مقیاس‌های بهداشت روان) در مقایسه با زنان متأهل بالاتر هستند و ازدواج به عنوان یک سیستم ضربه‌گیر برای بروز اختلالات روانی در زنان متأهل عمل می‌کند. وی ثابت کرد که شهر محل اقامت به طور موثر در بهداشت روان زنان تأثیر دارد. به طور کلی موقعیت ازدواج، سن، سواد، موقعیت اجتماعی-اقتصادی و محل اقامت به عنوان متغیرهای دموگرافیک تأثیرات مهمی روی بهداشت روان زنان ایرانی دارد. (Khodarahimi, 2009, p61)

ازدواج از طریق اثرحمایتی نقش موثری در پیشگیری از اختلالات روانی دارد. قدسی مطالعه‌ای را در زمینه رابطه حمایت اجتماعی و افسردگی در میان دبیران انجام داد، که نتایج این مطالعه نشان داد، بین اندازه شبکه اجتماعی حمایتی با افسردگی رابطه معکوس وجود دارد. در این تحقیق از

حضور یک پیوند قوی یعنی داشتن همسر به عنوان منبع ساختاری حمایت اجتماعی در لایه درونی روابط اجتماعی استفاده شد. پیوندهای قوی منبع اولیه و بنیادی حمایت اجتماعی‌اند و در بررسی ارتباط بین پیوند قوی و سلامت مردان مشاهده گردید که بین پیوند قوی و سلامت روان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. (Ghods, 2001, p115).

نتایج تحقیق لهسایی زاده و همکاران نشان داد که بین سلامت روان افراد با وضعیت تاهل رابطه مثبت معنی دار وجود دارد (Lahsae zade, 2000, p162).

اداره بهداشت عمومی آمریکا طی تحقیقاتی علمی درباره ارتباط سلامت روان و ازدواج به این نتیجه رسیده است که بین «سلامت روان» و «ازدواج» ارتباط معنی‌داری وجود دارد و افراد متأهل در مقایسه با افراد مجرد در وضع بهتری از سلامت روانی قرار دارند و درصد کمی از آنان به بیماری‌های روحی روانی مبتلا می‌شوند. از جمله عواملی که به نظرمی رسد در سلامت روانی زنان و آسیب‌پذیری آنها بسیار مهم باشد، کیفیت بهره‌مندی از عوامل زمینه‌ای اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی است. کیفیت برخوردار بودن زنان مجرد از حمایت‌های اجتماعی و عوامل زمینه‌ای اجتماعی متفاوت از زنان متأهل می‌باشد. لذا زنان مجرد در معرض آسیب‌های روانی بیشتری در جامعه نسبت به زنان متأهل قرار دارند.

از جمله عوامل زمینه‌ای مهم که در بروز مشکل مجرد دختران و متعاقب آن آسیب‌های روانی زنان مجرد تاثیرگذار بوده و نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند، عبارتند از:

عوامل میانی: ضعیف شدن هنجارهای سنتی، دگرگونی در الگوی ازدواج، اوضاع اقتصادی و اجتماعی جامعه، مشکلات پدید آمده در روند ازدواج.

عوامل خرد: پایگاه اجتماعی و اقتصادی خانواده (شغل پدر، تحصیلات اعضای خانواده و میزان درآمد خانواده)، پایبندی مذهبی، انتظارات از ازدواج، محدودیت در یافتن همسر مناسب، بی‌اعتمادی به جنس مخالف، نگرش به ازدواج ترتیب داده شده یا خودانتخابی، تعداد اعضای خانواده، محدودیت اعمال شده از طرف خانواده‌ها (Habibpour, 1391, p2).

زنان مجرد نسبت به زنان متأهل از حمایت اجتماعی پایین‌تری برخوردار هستند (Hirth, 2010, p3 و Kaplan, 1387, p45). پژوهش‌ها در زمینه معنادار بودن رابطه حمایت اجتماعی با سلامت جسمی و روان‌شناختی افراد از سال ۱۹۷۰ آغاز شد زمانی که حمایت اجتماعی به عنوان عامل اصلی ابتلا به بیماری‌های مختلف معرفی گردید. در افراد عادی حمایت اجتماعی در ارتباط با شرایط متعدد پزشکی از قبیل: سرطان، ایدز، ام‌اس. و اختلالات روان‌شناختی از قبیل: اضطراب، افسردگی، استرس، اعتیاد، مورد بررسی قرار گرفته است (Chronister, 2008, p18).

حمایت اجتماعی نه تنها رابطه مثبتی با سلامت و بهزیستی و نیز بهبودی پس از وقایع آسیب‌زا دارد بلکه رابطه منفی نیز با استرس و مرگ و میر دارد (Kaplan, 1987, p45) و (Prati, 2009, p364 و Chronister, 2008, p18).

از این رودختران مجرد سن بالا به لحاظ اینکه از درجه حمایت‌های اجتماعی کمتری نسبت به زنان متأهل برخوردار هستند، این قشر از زنان به نظر می‌رسد در معرض آسیب‌پذیری بیشتری قرار داشته باشند. حال با توجه به بررسی‌های انجام شده و روند افزایشی تجرد در بین دختران در جامعه و وجود یک سری خلاءهای موجود در زمینه بررسی و توجه به حل مشکلات آنان به عنوان مشکل مهم اجتماعی و اهمیت دختران به عنوان قشر حیاتی از جامعه که بنا و فلسفه وجودی خانواده و برخورداری از نسلی سالم، خلاق، پرتحرک، وابسته به آنها و سلامت جسمانی و روانی آنهاست و آسیب به آنها به منزله آسیب به تمامی پیکره وجود انسانی و جامعه می‌باشد، که عوارض جبران‌ناپذیر جسمی، روانی، اجتماعی را متحمل جامعه بشری می‌نماید (Kring, 2007, p218) و (Herbert, 1993, 478).

فرضیه پژوهش بر این اساس استوار است که آسیب‌های روانی شامل وسواس، افسردگی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، پرخاشگری در دختران مجرد بالای ۳۰ سال با زنان متأهل یکسان بوده و این پژوهش در صدد است به این مسئله بپردازد که آیا نیمرخ آسیب‌های روانی دختران مجرد بالای ۳۰ سال با زنان متأهل متفاوت است؟

روش تحقیق

طرح این تحقیق از نوع تحقیق‌های علمی مقایسه‌ای است. جامعه‌آماري پژوهش را دختران مجرد و زنان متأهل ۳۰ تا ۴۵ سال شاغل در معاونت‌های بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز تشکیل می‌داد. حجم نمونه ۲۴۰ نفر برآورد شد که ۹۰ نفر آن را دختران مجرد و ۱۵۰ نفر را زنان متأهل تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری هدفمند بود که از بین زنان مجرد و متأهل ۳۰ تا ۴۵ ساله شاغل در واحدهای ستادی و اجرایی معاونت‌های بهداشتی و درمانی را شامل می‌شد. به این صورت که از ۱۲ بیمارستان، ۶ بیمارستان و از ۵۸ مرکز بهداشتی درمانی، ۳۰ مرکز (به علت احتمال کم بودن تعداد دختران مجرد ۳۰ تا ۴۵ ساله) به روش خوشه‌ای انتخاب گردید و با مراجعه حضوری و توضیح اهداف تحقیق و توضیح ابعاد محرمانه بودن نتایج تحقیق از آنها خواسته شد ابزار پژوهش را تکمیل کنند. داده‌های به دست آمده با کمک نرم‌افزار آماري SPSS و با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مقیاس SCL90-R:

این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی ۹۰ سوالی است و علائم روانی را در ۹ بعد پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید، وسواس و اجبار، روان‌پریشی، افسردگی، حساسیت در روابط متقابل،

شکایت‌های جسمانی، اضطراب ارزیابی می‌کند. این آزمون توسط دروگاتیس و همکاران در سال ۱۹۷۳ معرفی شد و فرم نهایی آن در سال ۱۹۷۶ تهیه گردید (FathiAshtiani, 1389, p76). جهت سنجش پایایی ابعاد ۹ گانه این آزمون از ۲ روش محاسبه‌ی «پایایی درونی» و «پایایی به روش آزمون مجدد» استفاده کرده است. پایایی درونی این ابزار برای ۹ محور رضایت بخش بوده است. پایایی باز آزمایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ بوده است. در بررسی که در ایران جهت ارزیابی پایایی و اعتبار SCI90-R صورت گرفته، پایایی این آزمون بیش از ۰/۸۰ بوده و اعتبار سازه بدست آمده همگی نشان دهنده این است که این ابزار می‌تواند بعنوان وسیله غربال‌گری یا تشخیصی اختلال‌های روانی در ایران بکار برده شود.

یافته‌های پژوهش

قبل از آزمون فرضیه، ابتدا به توصیف داده‌های مربوط به متغیرها پرداخته شد. فرض بر این نهاده شد که آسیب‌های روانی شامل وسواس، افسردگی، شکایت‌های جسمانی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، پرخاشگری در دختران مجرد بالای ۳۰ سال با زنان متأهل یکسان است.

جدول شماره (۱) میانگین‌ها و انحراف استاندارد آسیب روانی در دو گروه مجرد و متأهل

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	تاهل	
۹۰	۰/۸۰۱	۱/۰۷۳	مجرد	افسردگی
۱۵۰	۰/۶۹	۰/۸۱	متأهل	
۹۰	۰/۶۱	۰/۶۸	مجرد	شکایت‌های جسمانی
۱۵۰	۰/۶۳	۰/۷۹	متأهل	
۹۰	۰/۶۳	۱/۰۶	مجرد	وسواس
۱۵۰	۰/۶۵	۰/۹۴	متأهل	
۹۰	۰/۵۸	۰/۶۲	مجرد	اضطراب
۱۵۰	۰/۶۶	۰/۶۱	متأهل	
۹۰	۰/۴۷۹	۰/۴۷	مجرد	روان‌پریشی‌گرایی
۱۵۰	۰/۵۱	۰/۴۱	متأهل	
۹۰	۰/۶۹	۰/۹۱	مجرد	حساسیت در روابط متقابل
۱۵۰	۰/۶۲	۰/۶۷	متأهل	
۹۰	۰/۴۵	۰/۴۲	مجرد	ترس مرضی
۱۵۰	۰/۵۱	۰/۳۶	متأهل	
۹۰	۰/۵۲	۰/۶۵	مجرد	پرخاشگری
۱۵۰	۰/۵۹	۰/۵۸	متأهل	
۹۰	۰/۷۷	۱/۱۲	مجرد	افکار پارانوئیدی
۱۵۰	۰/۸۱	۰/۹۶	متأهل	

چنانچه جدول شماره (۱) نشان می‌دهد به جز شکایت‌های جسمانی، که در گروه متأهل با میانگین (۰/۷۹) در مقایسه با گروه مجرد (۰/۶۸) بالاتر است و اضطراب که در دو گروه تقریباً برابر است، در سایر زیرمقیاس‌ها و سواس، افسردگی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، پرخاشگری گروه مجرد همواره میانگین بالاتری نسبت گروه متأهل دارند در حالیکه فرض بر این بود که آسیب‌های روانی شامل وسواس، افسردگی، شکایت‌های جسمانی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، پرخاشگری در دختران مجرد بالای ۳۰ سال با زنان متأهل یکسان است. بر مبنای فرضیه که آسیب‌های روانی شامل وسواس، افسردگی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، پرخاشگری در دختران مجرد بالای ۳۰ سال با زنان متأهل یکسان است، به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید (جدول ۲).

برای بررسی تفاوت گروه‌ها از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد.

جدول شماره (۲) خلاصه تحلیل واریانس چندگانه مولفه‌های آسیب روانی در دو گروه مجرد و

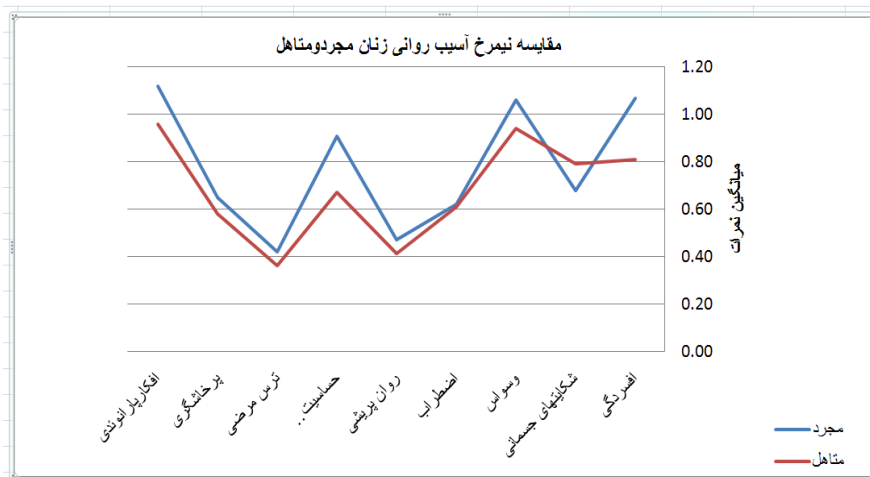
متأهل

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
	افسردگی	۳/۸۰	۱	۳/۸۰	۶/۹۶	۰/۰۰۹
	شکایت‌های جسمانی	۰/۶۷	۱	۰/۶۷	۱/۶۹	۰/۱۹
	وسواس	۰/۸۱	۱	۰/۸۱	۱/۹۳	۰/۱۶
	اضطراب	۰/۰۰۹	۱	۰/۰۰۹	۰/۰۲	۰/۸۸
تأهل	روان‌پریشی‌خوبی	۰/۲۲	۱	۰/۲۲	۰/۸۹	۰/۳۴
	حساسیت در روابط متقابل	۳/۳۷	۱	۳/۳۷	۷/۹۹	۰/۰۰۵
	ترس مرضی	۰/۲۱	۱	۰/۲۱	۰/۸۵	۰/۳۵
	پرخاشگری	۰/۳۱	۱	۰/۳۱	۰/۹۴	۰/۳۳
	افکار پارانوئید	۱/۳۳	۱	۱/۳۳	۲/۰۸	۰/۱۵

آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که بین گروه‌ها حداقل در یکی از مولفه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/05$).

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود که بین دو گروه مورد مطالعه در مولفه افسردگی ($P < 0/05$ و $F = 6/96$) و نیز در مولفه حساسیت در روابط متقابل ($P < 0/05$ و $F = 7/99$) تفاوت معنادار وجود دارد ولی در بقیه مولفه‌ها شامل وسواس، شکایت‌های جسمانی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، ترس مرضی، پرخاشگری تفاوت معنی‌دار نیست.

طبق جدول شماره (۱) در مقایسه میانگین‌های بین دو گروه مجرد و متأهل، میانگین افسردگی در گروه مجردها نسبت به گروه متأهل بیش‌تر است و نیز میانگین حساسیت در روابط متقابل در گروه مجرد نسبت به گروه متأهل بیشتر است ولی در سایر مولفه‌های آسیب روانی شامل وسواس، شکایت‌های جسمانی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، ترس مرضی، پرخاشگری در دو گروه تفاوتی وجود ندارد.



نمودار شماره (۱) مقایسه نیمرخ آسیب روانی دختران مجرد و زنان متأهل

مقایسه نیمرخ آسیب روانی زنان مجرد و متأهل طبق نمودار شماره (۱) نشان می‌دهد که شکایت‌های جسمانی در بین زنان متأهل بالاتر بوده و از نظر اضطراب دو گروه مشابه یکدیگر هستند در سایر زیرمقیاس‌ها (وسواس، افسردگی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، پرخاشگری) همواره زنان مجرد بالاتر هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق نتایج یافته این تحقیق، در مقایسه آسیب‌های روانی زنان مجرد و متأهل ۳۰ تا ۴۵ ساله، حساسیت در روابط متقابل و افسردگی در زنان مجرد، نسبت به زنان متأهل بیش‌تر است؛ ولی در سایر موارد تفاوت معنادار بین این دو گروه وجود ندارد. در مقایسه نیمرخ آسیب‌های روانی این دو گروه، زنان مجرد در تمامی زیرمقیاس‌های آسیب‌های روانی، بجز شکایت‌های جسمانی نسبت به زنان متأهل بیش‌تر هستند.

زیرمقیاس اضطراب در دو گروه مساوی و شکایت‌های جسمانی در زنان متأهل بیش‌تر از زنان مجرد است. نتایج این یافته‌ها با نتایج لهسایی‌زاده و همکاران (Lahsae zade, 2000, p162) و

قدسی (Ghodsi,2001,p115)، خدارحیمی (Khodarahimi,2009,p61) همخوانی دارد. طبق نتایج تحقیق لهسایی‌زاده و همکاران (Lahsaee zade,2000,p162) و قدسی (Ghodsi,2001,p115)، بین سلامت روان افراد با وضعیت تأهل رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد که نتایج یافته پژوهش حاضر با نتایج این پژوهش همسویی دارد. در پژوهش خدارحیمی (Khodarahimi,2009,p61) در مورد «بررسی بهداشت روانی زنان در شمال فارس ایران» وی به این نتیجه رسید که تمام شاخص‌های اختلالات روانی در دختران مجرد ۴۰-۳۶ ساله در مقایسه با زنان متأهل، بالاتر بودند و ازدواج به عنوان یک سیستم ضربه‌گیر برای بروز اختلالات روانی از جمله وسواس، افسردگی، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی‌گرایی، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، پرخاشگری در زنان متأهل عمل می‌کند که نتایج این تحقیق نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

اینکه در پژوهش خدارحیمی تفاوت‌های معنی‌دار بیش‌تری نسبت به تحقیق حاضر یافت شده است، شاید به این دلیل باشد که جامعه آماری پژوهش خدارحیمی (Khodarahimi,2009,p61) را اقشار عادی جامعه تشکیل می‌دادند. در صورتی که در این تحقیق جامعه آماری زنان شاغل را در برداشت که دارای درآمد و نقش شغلی- اجتماعی بودند. علت بالا بودن شاخص‌های اختلالات آسیب‌های روانی در تحقیق خدارحیمی نسبت به نتایج این تحقیق احتمالاً به این امر مربوط می‌شود. به طور کلی نتایج این تحقیق در همسویی با تحقیقات قبلی نشان می‌دهد که دختران مجرد سنین بالا در مقایسه با زنان متأهل از درجه آسیب‌پذیری روانی بیش‌تری برخوردارند این تحقیق به طور معنی‌دار مشکلات روانی از جمله افسردگی و حساسیت در روابط متقابل در دختران مجرد را نشان داد که این امر ضرورت توجه روان‌شناسان و مشاوران خانواده و سایر متولیان مسائل خانواده را به این آسیب‌ها را خاطر نشان می‌سازد. بدیهی است که در کنار مشاوره‌های تخصصی، آموزش و توسعه خودباوری و اعتماد به نفس، سهم به‌سزایی در کاهش استرس‌ها و فشارهای روحی روانی دختران مجرد خواهد داشت.

از جمله محدودیت‌های این تحقیق اشتغال و دارای درآمد بودن گروه هدف پژوهش بود که بالطبع نمی‌توان نتایج را به دختران غیرشاغل تعمیم داد. علی‌رغم اینکه اطمینان بخشی لازم در خصوص محرمانه بودن داده شده بود، باز احتمال سوگیری پاسخ‌دهندگان در بیان مشکلات و نشانه‌های آسیب روانی، به خاطر احتیاط آن‌ها در پاسخ‌دهی به دلیل کارمند بودن و ترس از تبعات احتمالی از سوی اداره و همکاران و هم‌چنین ترس از ایجاد مشکل در امنیت شغلی وجود دارد. به این منظور پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مصاحبه کیفی برای بررسی متغیرهای مورد مطالعه استفاده شود، تا از سوگیری‌های احتمالی پاسخ‌ها کاسته شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، گروه‌ها و اقشار مختلف و از آن جمله افراد غیرشاغل مورد توجه قرار گیرد؛ به

نظر می‌رسد در این صورت میزان آسیب‌های روانی و نیمرخ آسیب‌های روانی دختران بصورت قابل توجهی متفاوت از یافته این تحقیق و بشکل بارزتری نمود خواهد یافت.

تقدیر و تشکر

از کلیه همکاران محترم در معاونت‌های بهداشتی و درمانی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند نهایت سپاس و تشکر را داریم.

Reference

Habibpour Gtaby,K.(2012). Barasi Elale Bala raftane senne Azdewage Dokhtaran va Payamadhaye Tagarrode Gatee baraye Anan.**Zan dar Toseeh va Siasat**.14,8,2.(Persian)

Charles,s. (2013) .Negative emotions in response to daily stress take a toll on long- term mental health.**psychological science**.8,51,14.

Khodarahimi,SKhajahe,M,Sattar,R.(2009).Woman mental health in the north of fars provience of Iran. **epsychiatryOrg/index**. Php/mjp/article/view file/63/61 .(Persian)

Ghodsia,(2001)A sociological study of the relationship between social support and depression, **phd thesis**, Thehran tarbiat modares university, School of literature and human sciences, 115.(Persian)

Lahsae zade, A, Moradi, G.(2000).Relationship between social capital and mental health in emigrants. **Journal of social welfare**. 7,26, 162-180.(Persian)

Hirth, J,M.(2010).**The effect of social networks and social support on the relationship between race/ethnicity and disability in order adults**. The University of Texas Medical sciences.

Kaplan,B,J,Sadock,V.A.(2008). **Synopsis of Psychiatry ,Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry**.10 th ed.Tehran.Arjmand.volume2. (Persian)

Chronister,s,chou,c,c,Frain,M,da silva,E.(2008).The relationship between social support and rehabilitation related out comes: A meta analysis. **Journal of rehabilitation** 7,42, 18-20

Prati,G. ,Pietrantonil,Optimism.(2009).social support and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth:A meta-analysis. **Journal of Loss and Trauma**,14,5, 364 -368

Kring, Am, Davison, GC, Neale, J, M, Johnson, S, L. (2007). **Abnormal psychology**. Tayo Callaghan: United state of America10th edition, 218-219-193

Herbert,T,B,Cohen,S,(1993),Depression and immunity:Ameta analytic review, **Psychological Bulletin**,113-478-488

FathiAshtiani,A.(2010).**AzmoonhayeRavanshenakhti**,Tehran,Bea sat,76.(Persian)

