

سلامت روان زوجین مراجعه کننده به مرکز مشاوره قبل از ازدواج کاشان

زهرا سپهرمنش^{۱*}، سیدعلیرضا مروجی^۲

۱. دانشیار روانپزشکی، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

۲. دانشیار پزشکی اجتماعی، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا سپهرمنش، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
z.sepehrmanesh@gmail.com

تاریخ پذیرش: خرداد ۱۳۹۵

تاریخ دریافت: اردیبهشت ۱۳۹۵

نحوه استناد به این مقاله:

Sepehrmanesh Z, Moravveji A. Mental Health of Young Couples Referred to Premarriage Consulting Center of Kashan. Community Health 2016; 3(3):228-38.

چکیده

زمینه و هدف: ازدواج عامل به وجود آمدن خانواده و بقای نسل انسان است. بررسی سلامت روان زوجین در شرف ازدواج و به کار گرفتن تدابیر لازم جهت تشخیص و درمان امری ضروری است و باید پیش از ازدواج مورد توجه قرار گیرد. لذا این مطالعه با هدف تعیین سطح سلامت روان زوجین جوان مراجعه کننده به مرکز مشاوره قبل از ازدواج انجام شد.

روش و مواد: این مطالعه به صورت مقطعی تحلیلی با مشارکت ۱۹۴ زوج جوان در شهر کاشان انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg و پرسشنامه حاوی اطلاعات فردی و عوامل مرتبط با سلامت روان بود. داده ها با آزمون های آماری Fisher، Chi-Square و t-test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد میانگین (انحراف معیار) نمره کلی سلامت روان در زنان برابر با ۲۲/۳ (۸/۸) و در مردان برابر با ۱۸/۷ (۸/۵) بود ($P=0/004$). ۳۶ (۳۷/۱٪) نفر از زنان و ۲۹ (۲۹/۹٪) نفر از مردان مشکل سلامت روان داشتند. در گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال میانگین (انحراف معیار) نمره کلی سلامت روان برابر با ۲۱/۹ (۹/۱) که نسبت به گروه های سنی دیگر بالاتر بود. در افراد فوق دیپلم میانگین (انحراف معیار) نمره کلی سلامت روان برابر با ۲۳/۳ (۱۱/۷) که نسبت به گروه های دیگر تحصیلی بالاتر بود ($P=0/005$).

نتیجه گیری: زوجین جوان دارای سن کمتر از ۲۵ سال، زنان و افراد دارای تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر از سلامت روان کمتری برخوردار بودند. لذا با غربالگری و تشخیص به موقع می توان از عواقب این مشکلات بر عملکرد شغلی و روابط بین فردی جلوگیری نمود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، زوج، ازدواج

مقدمه

رسید و به دنبال آن در کلیه استان ها کلینیک مشاوره قبل از ازدواج دایر گردید. هدف از اجرای این برنامه ارتقا سطح آگاهی زوجین در زمینه اخلاق اسلامی، احکام و حقوق متقابل آنان، بهداشت روانی، اصول و مهارت های ارتباطی و همچنین در خصوص پیشگیری از بیماری ها و آشنایی آنان با واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی بوده است (۳). شرکت در کلاس های مشاوره قبل از ازدواج خطر اختلال عملکرد ازدواج را کاهش می دهد. انجام مشاوره قبل از ازدواج با افزایش میزان رضایت از

ازدواج عامل به وجود آمدن خانواده تکثیر و بقای نسل انسان است و اگر با شرایط لازم و آگاهی کافی صورت گیرد اثرات مهمی بر سلامت افراد و اجتماع می گذارد. سلامت جسمی روانی و اجتماعی زوج های جوان با سلامت خانواده و ایجاد نسل سالم ارتباط دارد (۱). ازدواج رابطه ای است که شخص با انتخاب وارد آن می شود و تقریباً نیم قرن ادامه دارد (۲). طرح آموزش های قبل از ازدواج در سال ۱۳۷۰ در کشور به تصویب

ازدواج همراه است و زوجین تجربه مشاوره را به عنوان یک تجربه خوشایند و رضایت بخش عنوان می نمایند. آگاهی از علایق، توانمندی ها و نواقص خود و آگاهی از ساختار روانی زن و مرد می تواند به تفاهم و درک متقابل کمک نماید و داشتن اطلاعات در مورد نقش ها و وظایف خود در زندگی مشترک به شروع یک زندگی موفق کمک می کند. آگاهی زوجین از آنچه باعث تحکیم یا تخریب ارتباط در زندگی زناشویی می شود به موفقیت آنان در زندگی مشترک کمک می کند. ازدواج یک رابطه بسیار نزدیک و طولانی را بین زن و مرد ایجاد می کند و در صورتی که ارتباط سالم و مؤثر بین زن و مرد به وجود نیاید بقا آن با مشکل مواجه می شود. بنابراین مشاوران، کارکنان بهداشتی و زوجین باید از آنچه بر کیفیت این ارتباط تأثیر می گذارد آگاه باشند. شناخت مراحل ارتباط و عوامل مثبت و منفی که بر آن تأثیر می گذارند در دست یابی به موفقیت در زندگی مشترک لازم است (۴).

در مرحله انتخاب و تصمیم برای شروع زندگی محققین توجه به ویژگی ها و موارد ذیل را ضروری می دانند: (۱) تشابه شخصیتی که عدم توجه به آن منجر به بروز مشکلات فراوانی در زندگی خواهد شد. (۲) سلامت روانی و جسمی، در صورت وجود بیماری باید بعد از درمان و انجام اقدامات لازم ازدواج صورت پذیرد. (۳) خانواده، (۴) شرایط اقتصادی، اجتماعی، (۵) خصوصیات ظاهری، (۶) استقلال مالی و (۷) سن (۴). میزان بخشش و سلامت روان در زوج های دارای ویژگی های شخصیتی مشابه بیشتر از زوج های دارای ویژگی های شخصیتی متفاوت است (۵). افرادی که از نظر روانی بهنجارند، کسانی هستند که با خود و محیط خود هماهنگ می باشند. سلامت روانی به ما کمک می کند تا اهدافمان را ارتقا داده و با دیگران به صورت احترام آمیز تعامل برقرار کنیم. سلامت روانی تأثیر مثبت بر زندگی ما می گذارد و حساسیت ما را نسبت به استرس و اضطراب کاهش می دهد (۵).

در جوامع مختلف تداوم زندگی زناشویی و رضایت از هم به طور فزاینده ای رو به کاهش است. طی یک نظرسنجی تنها یک سوم از ازدواج ها بعد از ۱۶ سال راضی و با ثبات باقی می ماند و حدود ۵۰٪ از ازدواج ها در امریکا به

ازدواج منجر می شوند و مشکل تعارضات زناشویی بیش از هر مشکل روانپزشکی سبب ارجاع جهت دریافت مراقبت های بهداشت روانی می شود (۶). جدیدترین اطلاعات آماری ایران در مورد طلاق بیانگر افزایش آمار آن است. در سال ۱۳۸۸ آمار طلاق به یک مورد از هر سه ازدواج رسیده است و از ۱۰/۳٪ در سال ۱۳۸۷ به ۱۳/۸٪ در سال ۱۳۸۸ رسیده است. به طوری که هم اکنون ایران از نظر آمار طلاق در رتبه چهارم دنیا قرار دارد، در سال ۱۳۸۸ در ازای هر چهار ازدواج در تهران یک طلاق به وقوع پیوسته است (۷).

در مطالعه ای که با مشارکت ۶۰۰ زوج جوان کرجی انجام شد میانگین سنی زوجین ۲۵/۸ سال (مردان ۲۷/۸ سال و زنان ۲۳/۹ سال) بود و میانگین نمره کلی سلامت عمومی در زوجین ۱۶/۲ (نمره کلی زنان ۱۷/۸ و مردان ۱۴/۷) بود. که نشان دهنده سلامت روان پایین تر در زنان نسبت به مردان بود (۸). در مطالعه ای که با مشارکت ۴۵ زوج جوان گیلانی انجام شد، میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۷/۷ سال بود و میانگین نمره کلی سلامت عمومی در زوجین ۱۹/۵ بود (۹). در مطالعه ای دیگری که در سال ۱۳۸۸ در تهران انجام شد، میانگین سنی مردان مورد مطالعه ۲۵/۳ سال و در زنان ۲۱/۷ سال می باشد و میانگین نمره کلی سلامت عمومی در زوجین ۱۸/۲۷ بود (۱۰).

در مطالعه ای که بر روی زنان جوان ۲۰ تا ۴۰ ساله کاشانی انجام شد ۴۰٪ زنان مشکل سلامت روان داشتند و شیوع اختلال سلامت روان در زوجین با اختلاف سنی پنج تا ده سال کمتر بود (۱۱). همچنین در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۰ بر روی ۳۰۰ زوج جوان انجام شد، وجود اختلاف سنی بالاتر سبب کاهش سلامت عمومی در چهار حوزه به شکل معنادار شده بود (۱۲). بررسی سلامت زوجین و تشخیص و درمان بیماری ها و به کار گرفتن تدابیر لازم امری ضروری است و می بایست پیش از ازدواج مورد توجه قرار گیرد. زوج های جوان آینده سازان هر کشوری هستند و سلامت جامعه در گرو تأمین سلامت جسمی روانی و اجتماعی آنان است. لذا با توجه به اهمیت موضوع سلامت روان در بقای زندگی زناشویی و نظر به این که طرح آموزش های قبل از ازدواج در

ازدواج همراه است و زوجین تجربه مشاوره را به عنوان یک تجربه خوشایند و رضایت بخش عنوان می نمایند. آگاهی از علایق، توانمندی ها و نواقص خود و آگاهی از ساختار روانی زن و مرد می تواند به تفاهم و درک متقابل کمک نماید و داشتن اطلاعات در مورد نقش ها و وظایف خود در زندگی مشترک به شروع یک زندگی موفق کمک می کند. آگاهی زوجین از آنچه باعث تحکیم یا تخریب ارتباط در زندگی زناشویی می شود به موفقیت آنان در زندگی مشترک کمک می کند. ازدواج یک رابطه بسیار نزدیک و طولانی را بین زن و مرد ایجاد می کند و در صورتی که ارتباط سالم و مؤثر بین زن و مرد به وجود نیاید بقا آن با مشکل مواجه می شود. بنابراین مشاوران، کارکنان بهداشتی و زوجین باید از آنچه بر کیفیت این ارتباط تأثیر می گذارد آگاه باشند. شناخت مراحل ارتباط و عوامل مثبت و منفی که بر آن تأثیر می گذارند در دست یابی به موفقیت در زندگی مشترک لازم است (۴).

در مرحله انتخاب و تصمیم برای شروع زندگی محققین توجه به ویژگی ها و موارد ذیل را ضروری می دانند: (۱) تشابه شخصیتی که عدم توجه به آن منجر به بروز مشکلات فراوانی در زندگی خواهد شد. (۲) سلامت روانی و جسمی، در صورت وجود بیماری باید بعد از درمان و انجام اقدامات لازم ازدواج صورت پذیرد. (۳) خانواده، (۴) شرایط اقتصادی، اجتماعی، (۵) خصوصیات ظاهری، (۶) استقلال مالی و (۷) سن (۴). میزان بخشش و سلامت روان در زوج های دارای ویژگی های شخصیتی مشابه بیشتر از زوج های دارای ویژگی های شخصیتی متفاوت است (۵). افرادی که از نظر روانی بهنجارند، کسانی هستند که با خود و محیط خود هماهنگ می باشند. سلامت روانی به ما کمک می کند تا اهدافمان را ارتقا داده و با دیگران به صورت احترام آمیز تعامل برقرار کنیم. سلامت روانی تأثیر مثبت بر زندگی ما می گذارد و حساسیت ما را نسبت به استرس و اضطراب کاهش می دهد (۵).

در جوامع مختلف تداوم زندگی زناشویی و رضایت از هم به طور فزاینده ای رو به کاهش است. طی یک نظرسنجی تنها یک سوم از ازدواج ها بعد از ۱۶ سال راضی و با ثبات باقی می ماند و حدود ۵۰٪ از ازدواج ها در امریکا به

مطلوب می باشد. Williams و همکاران در کشور انگلیس با انجام فراتحلیل بر ۴۳ تحقیق که این ابزار را به کار برده بودند، به حساسیت ۸۴٪ و ویژگی ۸۲٪ اشاره نمودند (۱۳). در ایران نیز روایی و پایایی این ابزار مورد بررسی قرار گرفته که از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار می باشد. پایایی ابزار ۹۰٪ و ۹۳٪ گزارش شده است. نوربالا و همکاران ویژگی و حساسیت این ابزار را ۹۲/۳ و ۷۰/۵٪ گزارش نموده اند (۱۴). محقق با مراجعه به کلینیک مشاوره قبل از ازدواج گلابچی برای زوجین جوان با اخذ رضایت شخصی از آن ها اقدام به پر نمودن پرسشنامه های دموگرافیک و سلامت عمومی GHQ-28 نمود. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS-16 می شود و توسط روش های آماری توصیفی و شاخص های مرکزی و پراکندگی و در صورت لزوم و نیاز به انجام تحلیل با استفاده از آزمون های آماری Fisher Exact یا t-student یا معادل ناپارامتری آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

مطالعه با مشارکت ۱۹۴ نفر (۹۷ زوج) مراجعه کننده به مرکز مشاوره قبل از ازدواج انجام شد. میانگین (انحراف معیار) سن زوجین برابر با ۲۵/۱ (۴/۷) سال و میانگین (انحراف معیار) سن زنان ۲۳/۱ و مردان ۲۷/۲ سال بود. ۳۴ (۱۷/۵٪) نفر دارای سن کمتر از ۲۰ سال، ۶۱ (۳۱/۴٪) نفر دارای سن ۲۱ تا ۲۵ سال، ۶۹ (۳۵/۶٪) نفر دارای سن ۲۶ تا ۳۰ سال و ۲۱ (۱۰/۸٪) نفر دارای سن بالاتر از ۳۰ سال بودند. میانگین (انحراف معیار) اختلاف سنی زوجین ۴/۱ (۲/۷) سال بود که ۸۷ (۴۴/۸٪) نفر اختلاف سن کمتر مساوی سه سال داشته و ۸۰ نفر (۴۱/۲٪) اختلاف سنی چهار تا هفت سال داشته و ۲۴ (۱۲/۴٪) نفر اختلاف سنی بالاتر از هشت سال داشتند. بیشتر زوجین دارای مدرک تحصیلی دیپلم بوده و کمترین درصد سطح تحصیلات مربوط به مدارک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بود. بیشتر مردان دارای شغل کارمندی و آزاد و اکثر زنان خانه دار بودند. ده نفر از افراد مورد مطالعه (۵/۲٪) سابقه طلاق و ازدواج مجدد داشتند. میانگین (انحراف معیار) نمره کلی پرسشنامه سلامت

زمینه سلامت روان در کشور به تصویب رسیده است ولی تاکنون فعالیتی در این زمینه صورت نگرفته، این مطالعه با هدف تعیین سلامت روان زوجین جوان مراجعه کننده به مرکز مشاوره ازدواج قبل از شروع زندگی مشترک انجام شد.

روش و مواد

این مطالعه به صورت مقطعی تحلیلی انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه زوجین جوان مراجعه کننده به کلینیک مشاوره قبل از ازدواج (واحد مزدوجین) گلابچی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سه ماه پاییز سال ۱۳۹۴ بود.

نمونه گیری به صورت سرشماری و با مشارکت کلیه زوجین جوان مراجعه کننده به مرکز مشاوره قبل از ازدواج گلابچی انجام شد. برای تمامی شرکت کنندگان در این مطالعه قبل از آغاز مطالعه، توضیحات لازم بیان شد و تنها با رضایت آگاهانه افراد در مطالعه شرکت داده شدند. نتایج مطالعه صرفاً در اختیار مجریان طرح قرار گرفت و اطلاعات اشخاص نزد مجریان محرمانه باقی ماند. کلیه اطلاعات به صورت محرمانه و بدون اسم و با کد مخصوص ثبت و جمع آوری شد. جهت نمونه ها دو پرسشنامه تنظیم گردید. یک پرسشنامه دموگرافیک که شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل، تفاوت سنی با همسر و سابقه ازدواج ناموفق قبلی بود و پرسشنامه دوم پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg بود. این پرسشنامه دارای چهار مقیاس فرعی است که هر مقیاس هفت عبارت دارد. این مقیاس ها عبارتند از نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی که سوال یک تا هفت در مورد شکایات جسمانی، هشت تا ۱۴ اضطراب، ۱۵ تا ۲۱ عملکرد اجتماعی و ۲۲ تا ۲۸ افسردگی بود. شیوه نمره گذاری عبارات در طیف لیکرت چهار گزینه ای از صفر تا سه بود. نقطه برش خرده مقیاس ها از ۱۴ تا ۲۱ است (نمره کمتر از ۱۴ فاقد مشکل و ۱۴ و بالاتر از آن دارای مشکل می باشد). در این ابزار اخذ نمره ۲۳ و بالاتر از آن بیانگر اختلال در سلامت روان و کسب کمتر از این نمره گویای سلامت روان می باشد با افزایش نمره، سطح سلامت روان کاهش می یابد. پرسشنامه مذکور دارای روایی و پایایی

در خرده مقیاس های دیگر غیر از عملکرد نیز در بین دو جنس تفاوت معناداری وجود داشت. به گونه ایی که در خرده مقیاس های علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی زنان نسبت به مردان به طور معنی داری نمرات بالاتری داشتند که نشان دهنده نامطلوب بودن وضعیت سلامت روان در زنان نسبت به مردان بود (جدول شماره ۱).

عمومی ۲۰/۵ (۸/۸) بود و میانگین (انحراف معیار) در زیر مقیاس اضطراب، علائم جسمانی و افسردگی به ترتیب برابر ۴/۹ (۳/۸)، ۴/۴ (۲/۷) و ۲/۸ (۱/۵) بود. شیوع اختلالات روان در زنان بر اساس خط برش (۳۷/۱٪) و بیشتر از مردان (۲۹/۹٪) بود. نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی در زنان ۲۲/۳ (۸/۸) به طور شاخصی بالاتر از مردان ۱۸/۷ (۸/۵) بود. که این نشان دهنده وضع سلامت بدتر در زنان است ($P=0/004$).

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار نمره کلی و زیر مقیاس های سلامت

متغیر	جنس	میانگین	انحراف معیار	P
نمره کلی سلامت روان	مرد	۱۸/۷	۸/۵	۰/۰۰۴
	زن	۲۲/۳	۸/۸	
علائم جسمانی	مرد	۳/۹	۲/۶	۰/۰۰۲
	زن	۵/۱	۲/۷	
اضطراب	مرد	۴/۲	۳/۵	۰/۰۰۴
	زن	۵/۸	۴/۱	
عملکرد	مرد	۹/۷	۴/۵	۰/۹۶
	زن	۹/۷	۳/۸	
افسردگی	مرد	۱/۱	۲/۴	۰/۰۴
	زن	۱/۹	۳/۲	

پایین از جمله سن ۲۱ تا ۲۵ سال می باشد (جدول شماره ۲).

از نظر ارتباط تفاوت سنی و سلامت روان، نمره کلی سلامت روان در بین گروه های مختلف تفاوت سنی بین زوجین تفاوت معناداری نداشت ($P=0/3$). در خرده مقیاس ها نیز تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول شماره ۳).

نمره کلی سلامت روان در بین گروه های مختلف تحصیلی تفاوت معناداری داشت. گروه فوق دیپلم و گروه لیسانس و بالاتر بالاترین نمرات را داشتند و کمترین نمره در گروه با تحصیلات کمتر از سیکل بود ($P=0/005$). در خرده مقیاس علائم جسمانی نیز بیشترین نمره مربوط به گروه فوق دیپلم و بالاتر بود و کمترین نمره مربوط به گروه تحصیلی سیکل بود که این نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه افراد تحصیل کرده می باشد ($P=0/006$). در خرده مقیاس اضطراب نیز بیشترین نمره

نمره کلی سلامت عمومی در بین گروه های مختلف سنی تفاوت معناداری نداشت ($P=0/25$). اما در خرده مقیاس های علائم جسمانی و عملکرد در بین گروه های مختلف سنی تفاوت معناداری وجود داشت. در خرده مقیاس علائم جسمانی بیشترین نمره مربوط به گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال و کمترین نمره مربوط به گروه سنی بالاتر از ۳۰ سال بود که این امر نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال بود ($P=0/003$). در خرده مقیاس عملکرد بیشترین نمره مربوط به سن بالاتر از ۳۰ سال بود و کمترین نمره مربوط به گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال بود که این امر نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه سنی بالا از ۳۰ سال می باشد ($P=0/03$). در خرده مقیاس اضطراب بیشترین نمره مربوط به سن ۲۱ تا ۲۵ بود و کمترین نمره مربوط به گروه سنی بالاتر از ۳۰ سال بود که این نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه سنی

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره کلی و زیر مقیاس های سلامت روان بر حسب گروه سنی در زوجین مورد مطالعه

متغیر	گروه سنی	میانگین	انحراف معیار
نمره کلی سلامت روان	<۲۰	۲۱	۹/۷
	۲۵-۲۱	۲۱/۹	۹/۱
	۳۰-۲۶	۱۹	۷/۴
	>۳۰	۲۰/۱	۶/۳
علائم جسمانی	<۲۰	۴/۱	۲/۶
	۲۵-۲۱	۵/۴	۲/۹
	۳۰-۲۶	۴/۱	۲/۱
	>۳۰	۳/۵	۱/۵
اضطراب	<۲۰	۵/۴	۴/۴
	۲۵-۲۱	۵/۶	۳/۹
	۳۰-۲۶	۴/۴	۳/۵
	>۳۰	۳/۹	۲/۴
عملکرد	<۲۰	۱۰/۴	۴/۴
	۲۵-۲۱	۹/۴	۴
	۳۰-۲۶	۹/۱	۳/۸
	>۳۰	۱۱/۹	۴/۹
افسردگی	<۲۰	۱/۵	۲/۵
	۲۵-۲۱	۱/۶	۲/۶
	۳۰-۲۶	۱/۶	۳/۱
	>۳۰	۰/۷۶	۱

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار نمره کلی و زیر مقیاس های سلامت روان بر حسب تفاوت سنی زوجین مورد مطالعه

متغیر	تفاوت سنی زوجین	میانگین	انحراف معیار	P
نمره کلی سلامت روان	≤ 3	۲۱/۲	۸/۴	۰/۳
	۷-۴	۲۰/۳	۹/۶	
	≥ 7	۱۸	۷/۴	
علائم جسمانی	≤ 3	۴/۶	۲/۵	۰/۲
	۷-۴	۴/۵	۳	
	≥ 7	۳/۵	۱/۸	
اضطراب	≤ 3	۵/۳	۳/۹	۰/۴
	۷-۴	۴/۸	۳/۹	
	≥ 7	۴	۳/۶	
عملکرد	≤ 3	۹/۷	۴/۱	۰/۷
	۷-۴	۹/۴۱	۴/۲	
	≥ 7	۱۰/۲	۴	
افسردگی	≤ 3	۱/۷	۳/۲	۰/۶
	۷-۴	۱/۵	۲/۶	
	≥ 7	۱	۱/۶	

نمره کلی سلامت روان در بین گروه های مختلف شغلی تفاوت معناداری داشت. بیشترین نمره در افراد خانه دار کمترین نمره در کارگران بود ($P=0.01$). همچنین در خرده مقیاس اضطراب بیشترین نمره مربوط به کارمندان و کمترین نمره مربوط به گروه کارگران بود که این تفاوت معنادار بود که نشان دهنده بالاتر بودن اضطراب در کارمندان نسبت به سایر مشاغل می باشد ($P=0.006$) (جدول شماره ۴).

مربوط به گروه تحصیلی فوق دیپلم بود و کمترین نمره مربوط به گروه تحصیلی سیکل بود و این نشان دهنده بالاتر بودن اضطراب در افراد تحصیل کرده می باشد ($P=0.02$). نمره کلی سلامت روان در افراد با سابقه طلاق، بالاتر از افراد بدون سابقه طلاق بود که این نمرات نشان دهنده وضع سلامت بدتر در افراد دارای سابقه طلاق می باشد ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنادار نبود ($P=0.03$).

جدول شماره ۴- میانگین و انحراف معیار نمره کلی سلامت روان بر حسب سطح تحصیلات، سابقه طلاق و شغل در زوجین مورد مطالعه

نمره کلی سلامت روان	میانگین	انحراف معیار
سیکل	۱۶/۶	۷/۳
دیپلم	۱۹/۵	۷/۸
سطح تحصیلات فوق دیپلم	۲۳/۳	۱۱/۷
لیسانس و بالاتر	۲۲/۴	۸/۷
سابقه طلاق دارد	۲۱/۹	۴/۸
ندارد	۲۰/۴	۹
کارمند	۲۲/۹۲	۱۱/۳
کارگر	۱۳/۵	۶
شغل آزاد	۱۸/۱	۷/۲
خانه دار	۲۳	۷/۷

بحث

منطبق با مطالعه حاضر می باشد (۸). در مطالعه ای که توسط داوودپورمرزی در گیلان انجام شد، میانگین سنی زوجین به طور کلی ۲۷/۷ سال و زنان ۲۳/۹ سال بود. که میانگین سنی به دست آمده بالاتر از زوجین جوان در کاشان می باشد. همچنین میانگین نمره کلی سلامت روان در زوجین گیلانی ۱۹/۵ بود که تا حدی مشابه مطالعه حاضر است (۹). در مطالعه صادقی و همکاران در تهران میانگین سن مردان مورد مطالعه ۲۵/۳ سال و زنان ۲۱/۷ سال بود که مشابه با مطالعه حاضر می باشد. همچنین در این مطالعه میانگین کلی سلامت عمومی در زوجین برابر ۱۸/۳ می باشد که کمتر از زوجین کاشانی است. به عبارتی زوجین تهرانی از سلامت روان مطلوب تری نسبت به زوجین کاشانی بر خوردار می باشند (۱۰). نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان می دهد که نمره کلی پرسشنامه سلامت روان در زنان بالاتر از مردان است. که

مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) سنی زوجین ۲۵/۱ (۴/۷) سال بود (زنان ۲۳/۲ و مردان ۲۷/۲) و محدوده سنی اکثر زوجین بین ۲۱ تا ۳۰ سال (۶۷٪) بود. در مطالعه قاضی و کیلی در کرج، میانگین سنی زوجین ۲۵/۸ سال بود که در مردان برابر با ۲۷/۸ سال و در زنان ۲۳/۹ سال بود که میانگین سنی در این مطالعه مشابه با مطالعه ما می باشد. در مطالعه حاضر میانگین (انحراف معیار) نمره سلامت روان زوجین ۲۰/۵ (۸/۸) بود. اما در مطالعه قاضی و کیلی میانگین کلی نمره سلامت عمومی ۱۶/۲ بود که بسیار کمتر از مطالعه حاضر می باشد و بیانگر بدتر بودن وضعیت کلی سلامت روان در زوجین جوان کاشانی نسبت به زوجین کرجی می باشد. همچنین در این مطالعه خرده مقیاس های اضطراب و عملکرد نمره بالاتر نسبت به سایر مقیاس ها داشتند که

در دختران به ۲۷/۵٪ می رسد که مشابه بالغین است (۱۸).

زنان همچنین اختلالات اضطرابی بیشتری را تجربه می کنند از جمله اضطراب منتشراختلال هراس و بیشتر از ۹۰٪ موارد اختلال خوردن در زنان رخ می دهد. در حقیقت تقریباً یک سوم زنان معیارهای یک اختلال اضطرابی را در طول عمر خواهند داشت (۱۹). همچنین نتایج حاصل از تحقیقات اپیدمیولوژیکی که به روی ملل مختلف انجام شده حاکی از این می باشد که اختلالات اضطرابی شایع است و به طور زیادی در زنان رخ می دهد (۲۰). زنان به طور مکرر در هر سنی مبتلا به اختلالات اضطرابی می شوند اگرچه به طور کلی در سنین بالا میزان بروز کاهش می یابد (۲۱).

تفاوت در شیوع اختلالات سوماتوفورم در زنان و مردان قابل توجه است. جنسیت زن یک فاکتور مهم برای اختلالات جسمی سازی است. زمانی که معیارهای کمتری جهت تشخیص اختلال جسمی سازی در نظر گرفته شود سندرم جسمی سازی ۳۰ تا ۱۵۰ برابر شیوع بالاتر می رود (۲۲) جهت توجیه این موضوع می توان به دیدگاه ناصری و همکاران اشاره نمود، آنان طی پژوهش با عنوان "بررسی رویدادهای زندگی" شیوه های مقابله، حمایت اجتماعی و سلامت روانی در گروه های مختلف شهرتهران، به این نتیجه رسیدند که زنان پاسخ های مقابله ای غیرفعال بیشتری را در مواجهه با رویدادها گزارش کرده اند و سلامت روانی کمتری را نسبت به مردان داشته اند (۲۳).

مطالعه حاضر نشان داد که نمره کلی سلامت عمومی در بین گروه های سنی مختلف تفاوت معناداری نداشت. اما در خرده مقیاس های علائم جسمانی و عملکرد در بین گروه های سنی مختلف تفاوت معناداری وجود داشت. به گونه ای که در خرده مقیاس علائم جسمانی بیشترین نمره مربوط به سن ۲۱ تا ۲۵ سال بود و کمترین نمره مربوط به گروه سنی بالاتر از ۳۰ سال بود که این نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه سنی ۲۱ تا ۲۵ سال می باشد. در خرده مقیاس عملکرد بیشترین نمره مربوط به سن بالاتر از ۳۰ سال و کمترین نمره مربوط به گروه سنی ۲۶ تا ۳۰ سال بود که این نشان

این نمرات نشان دهنده وضع سلامت بدتر در زنان نسبت به مردان می باشد. در خرده مقیاس های دیگر غیر از عملکرد نیز در بین دو جنس تفاوت معناداری وجود داشت. در مطالعه قاضی و کیلی و همکاران در زوجین کرجی نیز وضع سلامت روان زنان نسبت به مردان بدتر بود که این یافته ها منطبق با مطالعه فعلی است. در مطالعه قاضی و کیلی خرده مقیاس علائم جسمانی در مردان ۳/۲ و در زنان ۴/۳ بود که نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در زنان می باشد. خرده مقیاس اضطراب در مردان ۴/۰۲ و در زنان ۵/۲۵ بود. خرده مقیاس افسردگی در مردان برابر با ۱/۸ و در زنان برابر با ۲/۲ بود. خرده مقیاس عملکرد در مردان برابر با ۵/۶ و در زنان برابر با ۵/۹ بود که نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس ها در زنان نسبت به مردان می باشد. تمام این یافته ها مشابه با مطالعه حاضری می باشد (۸).

در مطالعه دیگری که توسط داوری انجام شد نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی در زنان برابر با ۱۹/۰ و در مردان برابر با ۱۵/۸ بوده که این نمرات نشان دهنده وضع سلامت بدتر در زنان بود و همچنین خرده مقیاس علائم جسمانی در مردان برابر با ۴/۴ و در زنان برابر با ۶/۸ خرده مقیاس اضطراب در مردان برابر با ۴/۱ و در زنان برابر با ۵/۹ و خرده مقیاس افسردگی در مردان برابر با ۲/۶ و در زنان برابر با ۳/۲ بود که نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس ها در زنان نسبت به مردان بود. تمام این یافته ها همسو با مطالعه حاضر می باشد (۱۵). زنان به خصوص در طی سال های باروری نسبت به مردان در خطر بالاتری برای افسردگی هستند. مطالعات اپیدمیولوژیکی نشان داده که افسردگی در زنان حدوداً دو برابر شایع تر از مردان است. شیوع افسردگی در طول عمر در زنان ۲۱/۳٪ و در مردان ۱۲/۷٪ است و نسبت خطر زن به مرد ۱/۷ است (۱۶). تفاوت جنسی افسردگی در طول عمر متغیر است غالبیت زن به مرد در اوایل نوجوانی شروع می شود و در طی اواسط زندگی باقی می ماند (۱۷). مطالعات طولی نشان داده که تفاوت های جنسی تا سن ۱۳ سالگی بروز می کند و تا سن ۱۵ سالگی افسردگی در طول عمر ۴/۵٪ در پسران و ۶/۹٪ در دختران است و تا سن ۱۸ سالگی در پسران به ۱۴٪ و

معنادار نبودند. مطالعه ای که در کاشان بر روی زنان جوان انجام شد نشان داد که زنانی که اختلاف سنی بیش از ده سال با همسر داشتند بیشتر دارای مشکل سلامت روان بودند. که شیوع آن برابر با $۶۶/۶\%$ بود و زنانی که اختلاف سنی پنج تا ده سال با همسر داشتند از سلامت روان بهتری برخوردار بودند (۱۱). در مطالعه شاهی و همکاران وجود اختلاف سنی بالاتر سبب کاهش سلامت عمومی در چهار حوزه به شکل معنادار شده بود که این نتایج متفاوت با مطالعه حاضر می باشد (۱۲). این اختلافات می تواند ناشی از تفاوت فرهنگی، اجتماعی، زمان متفاوت تحقیق، سن افراد مورد مطالعه و روش تحقیق و رده بندی متفاوت سنی باشد.

نتایج نشان می دهد که نمره کلی سلامت عمومی در بین گروه های مختلف تحصیلی تفاوت معناداری دارد. به گونه ای که بیشترین نمره در گروه فوق دیپلم و سپس در گروه لیسانس و بالاتر می باشد و کمترین نمره در گروه سیکل می باشد. در خرده مقیاس های علائم جسمانی و اضطراب نیز در بین گروه های مختلف تحصیلی تفاوت معناداری به دست آمد. به گونه ای که در خرده مقیاس علائم جسمانی بیشترین نمره مربوط به گروه فوق دیپلم و بالاتر و کمترین نمره مربوط به گروه تحصیلی سیکل بود. که این امر نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه افراد تحصیل کرده می باشد. در خرده مقیاس اضطراب بیشترین نمره مربوط به گروه تحصیلی فوق دیپلم بوده و کمترین نمره مربوط به گروه تحصیلی سیکل بوده که نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در افراد تحصیل کرده می باشد. مطالعه قاضی و کیلی و همکاران در کرج نمره کلی سلامت عمومی در بین گروه های مختلف تحصیلی تفاوت معناداری را نشان می دهد به گونه ای که بیشترین نمره در گروه بی سواد تا راهنمایی بود و کمترین نمره در گروه متوسطه و دیپلم بود. در خرده مقیاس های دیگر غیر از اضطراب در بین گروه های مختلف تحصیلی تفاوت معناداری را نشان نداد به گونه ای که در خرده مقیاس اضطراب بیشترین نمره مربوط به گروه دانشگاهی بود که برابر با $۴/۷$ و کمترین نمره مربوط به گروه تحصیلی متوسطه و دیپلم بوده که برابر با $۴/۶$ می باشد که این امر نشان دهنده بدتر بودن

دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه سنی بالاتر از ۳۰ سال بود. در خرده مقیاس اضطراب بیشترین نمره مربوط به سن ۲۱ تا ۲۵ بوده و کمترین نمره مربوط به گروه سنی بالاتر از ۳۰ سال بود که این امر نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه سنی پایین از جمله سن ۲۱ تا ۲۵ سال می باشد اما از لحاظ آماری معنادار نبود. مطالعه قاضی و کیلی و همکاران نمره کلی پرسشنامه سلامت عمومی در بین گروه های مختلف سنی تفاوت معناداری داشت. که مخالف با نتایج به دست آمده از مطالعه ما می باشد. همچنین در خرده مقیاس ها نیز در بین گروه های مختلف سنی تفاوت معناداری را نشان دادند به گونه ای که در خرده مقیاس علائم جسمانی بیشترین نمره مربوط به سن ۳۰ تا ۳۴ سال بود که برابر با $۴/۱$ و کمترین نمره مربوط به گروه سنی بالاتر از ۳۵ سال بوده که برابر با $۳/۲$ بود که مشابه با مطالعه حاضر می باشد. در خرده مقیاس عملکرد بیشترین نمره مربوط به سن بالاتر از ۳۵ سال بود و کمترین نمره مربوط به گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال بود که این یافته ها مشابه با مطالعه ما می باشد. در خرده مقیاس اضطراب بیشترین نمره مربوط به سن کمتر از ۱۹ بوده که برابر با $۵/۳$ و کمترین نمره مربوط به گروه سنی بالاتر از ۳۵ سال بوده که برابر با $۴/۲$ می باشد که این امر نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در گروه سنی پایین می باشد که این یافته ها همسو با مطالعه حاضر می باشد (۸).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمره کلی سلامت عمومی در بین گروه های مختلف تفاوت سنی بین زوجین تفاوت معناداری نشان نمی دهد. در خرده مقیاس ها نیز تفاوت معناداری به دست نیامد. هر چند از داده های به دست آمده می توان دریافت که در خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی با افزایش اختلاف سنی میزان مشکل در این خرده مقیاس ها کاهش یافته است. اما در خرده مقیاس عملکرد با افزایش اختلاف سنی مشکل در این حوزه بیشتر شده است. همچنین مطالعه ما نشان داد که شیوع اختلال روان در افراد با اختلاف سنی کمتر از سه سال ($۳۷/۹\%$) بیشتر از گروه های دیگر می باشد اما این اختلاف ها از لحاظ آماری

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که خانم ها، زوج های دارای سنین ۲۱ تا ۲۵ سال و زوج های دارای تحصیلات عالی از سلامت روان کمتری برخوردار می باشند. درصد نسبتاً بالای اختلالات روانی در این گروه، اهمیت مطالعات گسترده تر در سایر نقاط ایران را روشن می سازد. تا بتوان با بررسی دقیق عوامل دخیل در سلامت روان جهت پیشگیری و تشخیص و درمان به موقع این اختلالات اقدام کرد. بهبود سلامت روان زوجین جوان به خصوص زنان جوان منجر به بهبود روابط زناشویی و تداوم زندگی مشترک و کاهش طلاق و عواقب آن خواهد گردید. جهت داشتن نسل سالم، پربار و خلاق توجه به سلامت زوجین به خصوص زنان از اهمیت اساسی برخوردار است و بهبود سلامت روان کودکان را در پی خواهد داشت. از جمله اقداماتی که به نظرمی رسد در کاهش این اختلالات نقش داشته باشد مشاوره سلامت روان قبل از ازدواج، مشاوره زناشویی، آموزش مهارت های زندگی، و آموزش مقابله با استرس می باشد. از آنجا که یکی از علل عمده پایداری و انسجام خانواده و رضایتمندی از زندگی زناشویی، داشتن سلامت روان است بررسی این موضوع در زوجین پیش از ازدواج از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از پایان نامه دانشجویی پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مصوب شورای پژوهشی دانشکده پزشکی کاشان می باشد. از همکاری زوجینی که در این مطالعه با ما همکاری داشتند و کارمندان مرکز مشاوره قبل از ازدواج کاشان تشکر و قدر دانی می گردد.

این خرده مقیاس در گروه افراد تحصیل کرده می باشد. این یافته ها همسو با یافته های مطالعه حاضر می باشد (۸). همچنین در مطالعه انجام شده توسط امید و همکاران در شهر نطنز میزان اختلالات روانی در زنان کم سواد و بی سواد کمتر از باسواد برآورد شده است که همسو با مطالعه حاضر می باشد (۲۴). مطالعه ای که توسط شمس علیزاده و همکاران انجام شد، نشان داد که بیشترین شیوع افسردگی در افراد با تحصیلات پایین می باشد (۲۵). مطالعه Wang و همکاران در سال ۲۰۰۸ با مشارکت ۲۴۲۷۷ نفر نشان داد که شیوع اختلالات روانی و کاهش سلامت روان در افراد بی سواد بسیار بالاتر از افراد با تحصیلات دانشگاهی می باشد به طوری که در افراد بی سواد میزان شیوع اختلال روان برابر با ۵۱/۵٪ و در افراد با تحصیلات بالا برابر با ۲۹/۸٪ می باشد که این یافته ها متضاد با یافته های مطالعه حاضر می باشد (۲۶). نتایج نشان داد که نمره کلی سلامت عمومی در بین گروه های مختلف شغلی تفاوت معناداری نشان می دهد به گونه ای که بیشترین نمره در افراد خانه دار بوده و کمترین نمره در کارگران می باشد. در خرده مقیاس اضطراب بیشترین نمره مربوط به کارمندان بود و کمترین نمره مربوط به گروه کارگران بود که نشان دهنده بدتر بودن این خرده مقیاس در کارمندان می باشد. Wang و همکاران نشان دادند که امنیت کاری به طور مثبت در ارتباط با افسردگی در مردان است ولی در زنان این ارتباط وجود نداشته است و قوی ترین فاکتور در رابطه با اختلالات روانی بدون در نظر گرفتن جنسیت عدم تعادل بین کار و زندگی خانوادگی بود تا استرس کاری (۲۶).

REFERENCES

1. Kazemipour S. Change in Women Age at Marriage in Iran. *Women in Development & Politics* 2004; 10: 103-24 (Full text in Persian).
2. Sanaei Zaker B, Baghernezhad R. Investigation of Marital Dissatisfaction in Couple Who Tend to Divorce. *Danesh and Pajoohesh in Psychology* 2001; 15: 61-78. (Full text in Persian).
3. Mavandi A, Azizi F. *Salamat Dar Jomhori Eslami Iran. Vezarat Behdasht Darman va Amozesh Pezeshki*, sal 1379; 121 (Full text in Persian)
4. Hossaini M. *Moshavereh Ezdevaj va khanevadeh Pub Araye Nor* 1377 (Full text in Persian).
5. Brush B, McGe E, Cavanagh B, Wood Ward M T. *Forgiveness a Concept. Analysis Jornal of Holistic Nursing*. 2001; 19: 27-41
6. Berneshtine FH, Berneshtine M. *Diagnosis and Treatment Marital Conflicts*. (Shenakht va Darman Ekhtelafhaye Zanashoie). Sohrabi H (presian translator), Tehran. Rasa Publication 1377.

7. Sadrollashrafi M, Khonakdar T, Arsi M, Shamkhani A, Yousefi Afrashteh M. Divorce Pathology (Etiology and Reason) and Prevention Strategies. *Nashrieh Mohandesi Farhangi* 2013; 7: no 73&74 (Full text in Persian)
8. Ghazivakili Z, Norouzinia R, Kabir K, Karimi M. Mental Health of People Who Are Going to Marry and Its Relation to Some of Their Demographic Factors. *Alborz University Medical Journal* 2014; 3 (2): 81-88 (Full text in Persian)
9. Pourmarzi D, Rimaz S, Merghati Khoii ES, Razi M. Comparative Survey of Youth Educational Needs for Mental Health Promotion in Marital Life in Two Stages before and after Marriage. *The Razi Journal of Medical Sciences* 2012; 19 (104): 67-76 (Full text in Persian)
10. Sadeghy M S, Pouretamad HR, Mazaheri M A. The Role of Marriage on the Mental Health of Newly Married Couples: A Longitudinal Study. *Journal of Applied Psychology* 2009; 3 (2): 7-24 (Full text in Persian)
11. Sepehrmanesh Z. Mental Health and Its Related Factors in Young Women in Kashan City. *The Iranian Journal of Obstetrics Gynecology And Infertility* 2009; 12 (1): 31-41 (Full text in Persian)
12. Shahi A, Ghaffari I, Ghasemi KH. Relationship between Mental Health and Marital Satisfaction. *Behbood Journal* 2011; 15 (2): 119-126 (Full text in Persian)
13. Williams P, Goldberg DP, Mari J. The Validity of GHQ-28. *Social Psychiatry* 1987; 21: 15-18
14. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The Validity of General Health Questionnaire 28 as a Psychiatric Screening Tool. *Hakim Research J* 2009; 11 (4): 47-53
15. Davari S, Bagheri M. Mental Health Status and Demographic Factors Associated with It in Teachers. *Middle-East Journal of Scientific Research* 2012; 12 (3): 340-346 (Full text in Persian)
16. Kornstein SG, Clayton AH. *Women's Mental Health: a Comprehensive Textbook*. New York: Guilford Press; 2002.
17. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey. L: Lifetime Prevalence Chronicity and Recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29(2-3): 85-96.
18. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent Onset of the Gender Difference in Lifetime rates of Major Depression: a Theoretical Model. *Arch Gen Psychiatry* 2000 Jan; 57 (1): 21-7
19. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S. Et Al. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994 Jan; 51 (1): 8-19.
20. Lindal E, Stephenson JG. The Lifetime Prevalence of Anxiety Disorders in Lceland as Estimated by US National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatr Scand* 1993 Jul; 88 (1): 29-34.
21. Rasucki C, Howard R, Mann A. The Relationship between Anxiety Disorders and Age. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998 Feb; 13 (2): 79-99
22. Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. Somatic Symptom Index (SSI): a New and Abridged Somatization Construct. Prevalence and Epidemiological Correlates in Two Large Community Samples. *J Nerv Ment Dis* 1989 Mar; 177 (3): 140-6
23. Naaseri S, Arani Deghani. Investigation of Life Events and Coping Styles of Social Support and Mentalhealth among Different Groups in Population of Tehran. *Forth National Congress of Stress at IranUniversity of Medical Science in 2000* (Full text in Persian)
24. Omidi A, Tabatabai A, Sazvar A, Akkasheh G. (Epidemiology of Mental Disorders in Urban Areas of Natanz Province, Isfahan) (Article in Farsi). *Andeesheh va Raftar J* 2003 Spring; 8 (47): 32-8. (Full text in Persian)
25. Shams Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohammadi D. Epidemiology of Mental Disorders in a Village in Tehran Province (Article in Farsi). *Andeesheh Va Raftar J* 2001 Summer- Fall; 7 (1-2): 19-26. (Full text in Persian)
26. Wang JL, Lesage A, Schmitz N, Drapeau A. The Relationship between Work Stress And mental Disorders in Men and Women: Finding from Population-based Study. *J Epidemiocommunity Health* 2008 Jan; 62 (1): 42-7.

Original Article

Mental Health of Young Couples Referred to Premarriage Consulting Center of Kashan

Zahra Sepehrmanesh^{1*}, Alireza Moravveji²

1. Associate Professor of Psychiatry, Psychiatry Department, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

2. Associate Professor of Community Medicine, Vice-Chancellor in Health Affairs, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

* **Corresponding Author:** Zahra Sepehrmanesh, Psychiatry Department, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

Email: z.sepehrmanesh@gmail.com

Received: 21 April 2016

Accepted: 26 June 2016

Published: 18 August 2016

How to cite this article:

Sepehrmanesh Z, Moravveji A. Mental Health of Young Couples Referred to Premarriage Consulting Center of Kashan. Community Health 2016; 3(3):228-38.

Abstract

Background and Objective: Marriage is base of family creation and human race reproduction. Evaluation mental health of couples; diagnosis and treatment of mental disorder are essential and should be considered before marriage. The aim of this study was to investigate the mental health in young couple referred to consulting center before marriage.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out on 194 young couples. The data collection instruments included the Goldberg's General Health Questionnaire (which has 4 subunits depression, anxiety, somatic symptoms and function) and a questionnaire form consist of personal information and factors associated with mental health. Data were analyzed using, Chi-Square or Fisher exact test and t- tests.

Results: The mean (SD) total GHQ score was 22.3 (8.8) in females and 18.7 (8.5) in men (P=0.004). 29.9 % men and 37% women had mental health problem. The mean (SD) total GHQ score was 21.9 (9.1) in the age group 21 to 25 which was higher than the other age groups, and in those with a higher diploma degree was 23.3 (11.7) which was higher than the other educational groups (P= 0.005).

Conclusion: Young couples with age 21-25 years old, females and couples with high educational levels had lower mental health than other groups. Therefore, early screening and diagnosis of these problems can prevent impact of these disorders on job performance and social and interpersonal relationship.

Keywords: Mental health, Couples, Marriage