

بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی در سایگون و مقایسه‌ی آن با اراک^۱

محمد توکل^۲، هادی فراهانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۲/۴

چکیده

در مطالعه‌ی حاضر تمرکز بر شیوع‌شناسی اختلالات روانی در جمعیت ۱۸ تا ۶۴ سال ساکن در شهر سایگون و بررسی مولفه‌های جامعه‌شناختی موثر بر شیوع این اختلالات بوده ولی در جای جای مباحث به مقایسه‌ی وضعیت سلامت ذهنی ساکنین این شهر با شهر اراک که مطالعه‌ای نظیر را در مورد آن کمی قبل‌تر به انجام رسانده بودیم نیز پرداختیم. شیوع اختلالات روانی با استفاده از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28)، و پارامترهای جامعه‌شناختی موثر بر آن‌ها، با استفاده از نظریات آنومی دورکیم و فشار ساختاری مرتون مورد بررسی قرار گرفتند. روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش، روش کمی و ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه است. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، ۳۸۴ به دست آمد. نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در شهر سایگون برابر با ۱۰/۲٪ درصد و به تفکیک جنسیت در مردان برابر با ۵/۵٪ و زنان ۱۲/۸٪ است و مولفه‌های مهاجرت، وضعیت شغلی، پایگاه طبقاتی، قومیت، فشارهای ساختاری و اجتماعی، مشکلات خانوادگی و سرمایه‌ی اجتماعی، همگی در به خطر انداختن سلامت روانی و ابتلای افراد به اختلالات روانی اثرگذارند. در مقایسه‌ی این دو شهر صنعتی، وضعیت اختلال روان در شهر اراک به مراتب بدتر از شهر سایگون است: اختلال روانی در اراک در مجموع ۲۸/۹٪ و به تفکیک جنسیت، در زنان ۳۴/۵۵٪ و در مردان ۲۳/۳۱٪ به دست آمد. تنها مولفه‌ی جامعه‌شناختی‌ای که در خصوص شهر سایگون تأیید نشد، مولفه‌ی پایبندی مذهبی بود. اثر تمامی مولفه‌های جامعه‌شناختی مذکور در خصوص شهر اراک هم تأیید گردید و علاوه بر موارد بالا، مولفه‌ی پایبندی مذهبی نیز با معنی‌داری ۰/۰۰۰ قویاً تأیید شد. چنانکه در نتیجه‌گیری مقاله بحث می‌شود، نتیجه‌ی فاصله‌دار این دو شهر دور از انتظار اولیه است، چون سایگون پایتخت ویتنام جنوبی بود و جنگ وحشتناک و کم‌سابقه‌ی آمریکا با ویتنام را تجربه کرده است.

واژگان کلیدی: شیوع‌شناسی، جامعه‌شناسی پزشکی، اختلالات روانی، سایگون، اراک.

۱ هو شی مینه سیتی (hcmc)، بزرگترین شهر صنعتی ویتنام.

۲ استاد جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول): پست الکترونیکی: mtavakol@ut.ac.ir

۳ کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران، پست الکترونیکی: hfarahani90@ut.ac.ir

طرح و بیان مسئله

در اساسنامه‌ی سازمان جهانی بهداشت می‌خوانیم که «سلامت، وضعیت کامل تندرستی جسمی، ذهنی و اجتماعی است و نه فقط نبود بیماری و ضعف جسمی» (www.who.org). به طور کلی این سه حوزه‌ی جسمی، ذهنی و اجتماعی به ظاهر جدا و مستقل در تعاملی دائمی و تاثیر و تاثر متقابل قرار دارند. «سلامت ذهنی به اندازه‌ی سلامت جسمی، در مجموع برای رفاه افراد، جوامع و کشورها اهمیت دارد. تاکنون، تنها اقلیتی اندک از ۴۵۰ میلیون مردم رنجور از اختلال ذهنی و رفتاری، درمان‌های مرتبط را دریافت کرده‌اند. پیشرفت‌های چشم‌گیر در حوزه‌های علوم اعصاب‌شناختی و پزشکی‌رفتاری نشان داده است که مانند بسیاری از بیماری‌های جسمی، اختلالات ذهنی و رفتاری پیامد تعاملی پیچیده میان مولفه‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی‌اند» (گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱: ۱). «سلامت از صفات بسیار متنوعی شکل می‌گیرد که عبارتند از آمادگی برای کار، تغذیه‌ی خوب، احساس شادی و فقدان هر گونه غم و رنج.» (محسنی، ۱۳۷۶: ۱۲). میزان گسترده‌ی شیوع اختلالات روانی در جهان و کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و نیز هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی مرتبط با آن بسیار قابل توجه است. از سوی دیگر، تاثیر مخرب این اختلالات بر فرد دچار شده و نیز بر خانواده‌های قربانیان، پیامدهایی نظیر خودکشی، طلاق، سوء مصرف مواد و الکل، بیکاری، خشونت و روابط اجتماعی آسیب‌دیده به همراه دارد. همگی این ملاحظات، بیماری و اختلال روانی را در زمره‌ی مهم‌ترین مسائل اجتماعی قرار می‌دهد. مطالعات بسیاری در خصوص بیماری‌های روانی در جهان انجام شده است که اکثراً ذیل رشته‌های روان‌شناسی، رفتاردرمانی، زیست‌شناسی و جرم‌شناسی قرار می‌گیرند. اما آن‌چه اخیراً جهت‌گیری اصلی این مطالعات را تعیین می‌نماید، توجه به عوامل و مولفه‌های تعیین‌کننده‌ی اجتماعی موثر بر بیماری‌های روانی است. به عبارت دیگر، محققین پی به سهم عمده‌ی واقعیات اجتماعی در شکل‌گیری، شیوع و نیز درمان این اختلالات برده و رویکرد میان‌رشته‌ای در این مطالعات، از رشته‌های نامبرده، چرخشی معنی‌دار به سمت جامعه‌شناسی و زیررشته‌هایش نظیر جامعه‌شناسی پزشکی داشته است. برای مثال، انشنسل و فلن نیز در پژوهش خود (۲۰۱۲)، به دنبال توصیف این امر هستند که «جامعه چگونه سلامت ذهنی اعضایش را شکل می‌دهد و علاوه بر این، زندگی کسانی را که به مثابه‌ی بیمار روانی و ذهنی شناخته می‌شوند ... تمرکز بر این‌که جامعه چگونه افکار، احساسات و کنش‌های اعضایش را به اشکالی که بیماری ذهنی نامیده می‌شود، تعیین می‌نماید» (انشنسل، فلن و بیرمان، ۲۰۱۳: ۲-۱). کوکرهام نیز اشاره می‌نماید که «با شمار رو به افزایش مطالعاتی که روابط مهم میان مولفه‌های اجتماعی و بی‌شمار وضعیت‌های روان‌پزشکانه را آشکار می‌کند، مطالعه‌ی رفتار به لحاظ ذهنی ناراحت، حوزه‌ای مهم از پژوهش در جامعه‌شناسی شده است» (کوکرها، ۲۰۱۷: ۳).

این اهمیت فزاینده، که به واسطه‌ی آن، علاوه بر ابعاد همواره مورد توجه زیستی و روانی بیماری‌های روانی، بعد اجتماعی را نیز مورد تاکید قرار داده‌است، چنان‌که باید و شاید در کشورهای در حال توسعه مورد توجه قرار نگرفته است. بدین معنی که در چنین کشورهایی به علت کژکاری‌های اقتصادی و اجتماعی و روابط متقابل این عوامل با بیماری‌های روانی، شاهد افزایش روزافزون آمارهای غیررسمی و متفاوت

هستیم و پژوهش‌های انجام شده، بیشتر دیدی تک‌بعدی و نه بینارشته‌ای که صرفاً یا عوامل زیستی و یا عوامل روانی را پررنگ می‌کنند اتخاذ می‌کنند. برای مثال، در پژوهشی در خصوص بیماری‌های روانی در ایران و یافتن علت آمارهای مختلف ارائه شده، میزان شیوع اختلالات روانی در یافته‌های ۲۹ پژوهش صورت‌گرفته تا سال ۱۳۸۰، ۸ تا ۵۳ درصد در نوسان بوده است (احسان‌منش، ۱۳۸۰: ۲). این شیوه‌ی نادرست شناخت مسئله منجر به برداشت نادرست از وضعیت بحرانی و متعاقباً ارائه‌ی راه‌کارهای گاه نامرتب می‌گردد. از سوی دیگر گردش غیرشفاف اطلاعات در این جوامع نیز مزید بر علت است.

در ایران، پیمایشی جامع در سال ۱۳۹۳ انجام شده است که شیوع اختلالات روانی در کشور را ۲۵/۱٪ گزارش کرده است (نوربالا و همکاران، ۱۳۹۳). واضح است که بدون در دست داشتن اطلاعات دقیق از شیوع یک مسئله، نمی‌توان اقدامی در جهت بهبود آن انجام داد. بنابراین، اهمیت یافتن مداخله و بهبود بیماری‌های روانی در کشوری مانند ایران سابقه‌ای کمتر از ۱۵ سال دارد و در برابر کشورهای توسعه‌یافته - ای چون آمریکا که یکی از موسسات متکفل موضوع سلامت و اختلالات ذهنی‌اش سابقه‌ای بیش از ۱۱۰ سال دارد، نشان از فاصله‌ای وسیع در این مهم است.

چنین وضعیت نامناسب مطالعاتی در مورد ویتنام هم صادق است. جمهوری سوسیالیستی ویتنام با جمعیتی بیش از ۹۵ میلیون نفر چهاردهمین کشور پرجمعیت جهان است و با وسعتی در حدود ۳۳۱ کیلومتر مربع در جنوب شرق آسیا واقع شده است. ویتنام در کمتر از نیم قرن سه جنگ بزرگ را پشت سر گذاشته: با ژاپنی‌ها، فرانسوی‌ها و آخرینش با آمریکایی‌ها. جنگ ویتنام که بزرگترین جنگ بعد از جنگ جهانی دوم بود، با شکست آمریکا و خروج آن از ویتنام در ۱۹۷۵ پایان یافت. ویتنام که مخروبه‌ای بیش نمانده بود به بازسازی پرداخت و از سال ۲۰۰۰ رشد اقتصادی ویتنام جزو بالاترین‌ها در جهان است. پیگیری قاطعانه‌ی سیاست آزادسازی اقتصاد منجر به صنعتی شدن سریع این کشور شده است. این کشور طی چند سال پیاپی همواره جزو معدود کشورهای جهان با نرخ بیکاری پایین بوده است. نمودار زیر نمایی کلی از وضعیت بیکاری، آن کشور را نشان می‌دهد:



نمودار ۱. میزان بیکاری در ویتنام (۲۰۱۷-۲۰۱۵)

متعاقبا در جدول زیر داده‌هایی در باب وضعیت بیکاری، درآمد، جمعیت و سایر مولفه‌های جمعیت‌شناختی و اقتصادی ویتنام ارائه شده است:

Vietnam Labour	Last	Previous	Highest	Lowest	Unit
Unemployment Rate	2.02	2.05	4.50	1.63	percent
Employed Persons	53.76	53.40	53.76	23.50	Million
Unemployed Persons	1.11	1.12	2.30	0.80	Million
Minimum Wages	3980.00	3750.00	3980.00	1000.00	VND Thousand/Month
Population	92.70	91.70	92.70	34.74	Million
Retirement Age Men	60.00	60.00	60.00	60.00	
Retirement Age Women	55.00	55.00	55.00	55.00	
Wages	5364.00	5202.00	5507.00	1399.00	VND Thousand/Month
Wages High Skilled	11409900.00	12286900.00	12286900.00	10241600.00	VND/Month
Wages In Manufacturing	5463.00	5122.00	5463.00	2871.00	VND Thousand/Month
Wages Low Skilled	4851300.00	5498500.00	7386200.00	4851300.00	VND/Month
Youth Unemployment Rate	7.80	7.67	7.86	5.17	percent
Labor Force Participation Rate	76.70	76.40	77.50	76.40	percent
Living Wage Family	7475300.00	7475300.00	7475300.00	7475300.00	VND/Month
Living Wage Individual	4131400.00	4131400.00	4131400.00	4131400.00	VND/Month

کم و کیف اختلالات روانی در کشور ویتنام به کلی مبهم است. «اختلالات روانی در ویتنام هرگز به طور جامع مورد پژوهش قرار نگرفته است. پیمایشی شیوع‌شناختی در خصوص ۱۰ اختلال روانی شایع در بازه‌ی زمانی ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ انجام شده است که نشان داد که ترکیب تمامی ۱۰ اختلال روانی، شیوعی در حدود ۱۴/۹٪ از جمعیت را شامل می‌شده است. برآوردها بر اساس این پیمایش حاکی از نیاز مبرم ۱۲ میلیون ویتنامی به MHS (خدمات مدیریت‌شده‌ی سلامت) بوده است. شایع‌ترین اختلالات این پیمایش، سوءمصرف الکل (۵/۳ درصد)، افسردگی (۲/۸ درصد) و اضطراب (۲/۶ درصد) هستند» (ووانگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ نگوین، ۲۰۱۳).

در سطح جهانی نیز این کم‌توجهی به بیماری‌های روانی و سلامت ذهنی بخصوص به پارامترهای اجتماعی دخیل در آن‌ها شکل مسلط داشته است. از حدود دو دهه پیش WHO نسبت به این بی‌توجهی

زبان‌بار هشدار جدی داده و به نقش نزدیک به ۸۵ درصدی عوامل روانی-اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت اشاره کرده است.

اما ایران؛ استان مرکزی و شهر اراک به طور ویژه، به علت وجود صنایع متعدد و مشکلات و آلودگی-های ناشی از آن با مشکلات بی‌شماری روبروست که یکی از مهم‌ترین آن‌ها میزان روبه‌رشد اختلالات روانی در ساکنین این شهر است. به تبع، مهاجرت نیروی کار از اطراف استان به شهر اراک، میزان مهاجرین در این شهر را افزایش داده است. اما مهم‌ترین بخش ماجرا، رکود اقتصادی حاکم بر سراسر کشور است که بیش از هر جای دیگر، شهرهای صنعتی‌ای چون اراک را تحت تاثیر قرار داده است. کارخانه‌جات متعدد خرد و کلان (چون آذراب، هپکو، کمابین‌سازی، ماشین‌سازی، لجور، واگن‌پارس، آونگان و ...) یا به طور کامل ورشکست شده‌اند، یا تولیدات خود را به کمتر از نصف توان تولیدی کاسته‌اند که در هر دو وضعیت، منجر به اخراج و یا مرخصی اجباری بدون حقوق بسیاری از کارکنان چنین شرکت‌هایی شده است. بر اساس اعلام مرکز آمار ایران، در طرح "آمارگیری نیروی کار تابستان ۱۳۹۶"، نرخ بیکاری جمعیت ۱۵ ساله و بیشتر (۳۱۵۳۶۱۳ نفر) نشان می‌دهد که ۱۱/۸ درصد جمعیت فعال کشور، بیکار بوده‌اند و از تعداد ۱۷۵۷۰۵۰ نفر جوان ۱۵-۲۹ ساله در کشور، ۲۴/۴٪ بیکار بوده‌اند. میزان بیکاری در مناطق صنعتی‌ای چون اراک بیشتر از میانگین کل کشور است.

در این پژوهش، پس از مطالعه‌ی وضعیت بیماری‌های روانی در شهر سایگون و بیان فاکتورهای جامعه‌شناختی آن، نیز به مقایسه‌ی این دو شهر صنعتی، یعنی اراک و سایگون به لحاظ شیوع اختلالات روان‌شناختی و تاثیر مولفه‌های مختلف بر آن‌ها پرداخته شده است.

پیشینه

در مقیاس جهانی، تحقیقات متعددی در خصوص اختلالات روانی در معنای اعم و تاثیر مولفه‌های اجتماعی موثر بر این اختلالات به طور اخص انجام شده است. دلیل این حجم از توجه به اختلالات روانی علاوه بر همه‌گیر شدن این معضل، هزینه‌های بسیار بالای کنترل و در برخی موارد درمان آن‌هاست. همین‌طور هزینه‌های بالای تبعات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آن. بنابراین، بهترین و کم‌هزینه‌ترین راه برای مواجهه با این معضل، پیش‌گیری است. همان‌طور که ذکر شد، آمارهای رو به رشد اختلالات روانی، بخصوص در کشورهای کمتر توسعه‌یافته‌ای چون ایران و ویتنام، لزوم توجه هر چه بیشتر به این معضل را می‌رساند. پژوهش‌های انجام شده در کشورهای توسعه‌یافته اکثرا کاربردی و در بازه‌های زمانی مشخص با اهداف معین انجام شده و می‌شوند. در خصوص مطالعه‌ی اختلالات روانی هم در ویتنام و هم در ایران، پژوهش‌های این چنینی سابقه‌ی چندانی ندارند و هر آن‌چه در این باره وجود دارد، به جز مواردی معدود در مقیاس کلان و کشوری و بعضا در مقیاسی محلی که همه‌گیرشناسی اختلالات روانی را سنجش نموده‌اند، بقیه در قالب گزارش بوده و فرم و قالب پژوهش علمی به خود نگرفته‌اند. در زیر ابتدا به بررسی شماری از پژوهش‌های خارجی و سپس تعدادی مطالعات داخلی خواهیم پرداخت.

در پژوهشی در هلند با عنوان "فراتحلیلی از رابطه‌ی میان اختلالات ذهنی و تکرار جرم"، ویلنیک و همکاران اقدام به اجرای فراتحلیلی ۳ مرحله‌ای از ۲۰ متن (۱۷ مطالعه‌ی مستقل، $N = 5737$) نموده و بر اختلالات درونی‌سازی، اختلالات برونی‌سازی و اختلالات همراه (ترکیبی از یک اختلال درونی و اختلال بیرونی) پرداخته‌اند. یافته‌های این پژوهش حاکی از این است که «نوع تکرار جرم (به عنوان نمونه، بازداشت مجدد، مجازات مجدد)، نوع بزهکاری (مثلا بزهکاری پنهان یا آشکار)، و جنسیت، جهت و شدت رابطه‌ی میان تکرار جرم و اختلالات درونی و برونی را تحت تاثیر قرار داده است.» (ویلنیک و همکاران، ۲۰۱۷: ۷۸).

کوگلماس و گارسیا در مطالعه‌ای با عنوان "اختلال ذهنی در جوانان غیرمذهبی در آمریکا" به سنجش و بررسی تفاوت اختلال ذهنی در جوانان مذهبی و غیرمذهبی پرداخته‌اند و به سه یافته‌ی مهم دست یافته‌اند: «نخست این که جوانان غیرمذهبی به طور متوسط نرخ‌های بالاتری از اختلال ذهنی نسبت به جوانانی دارند که به عنوان مذهبی شناخته می‌شوند. دوم، تغییرپذیری در خصوص نرخ‌های اختلال ذهنی در میان ۳ گونه از جوانان غیرمذهبی وجود دارد. ملحدین و لادری‌ها بالاترین نرخ‌ها را تجربه می‌نمایند، و سپس افراد فاقد مذهب و در نهایت افرادی که ترجیحات مذهبی ندارند. در واقع، پس از کنترل متغیر خصایص اجتماعی - جمعیت‌شناختی، جوانان فاقد هر گونه تعلق مذهبی، سطوحی از اختلال ذهنی را داشتند که تفاوتی با جوانان غیرمذهبی نداشت. سوم، نقص سلامت ذهنی غیرمذهبی بودن، در میان جوانان غیرمذهبی با والدین مذهبی، قوی‌تر بود. میزان اختلال ذهنی آن‌ها در مقایسه با جوانان مذهبی بزرگ‌شده در خانوارهای مذهبی، تقریباً دو برابر بود. به علاوه، نه جوانان غیرمذهبی و نه مذهبی، تحت تاثیرات منفی بزرگ شدن در خانوارهای غیرمذهبی نبودند.» (کوگلماس و گارسیا، ۲۰۱۵: ۳۶۸).

در ارتباط با ویتنام، ریچاردسون، لوانگ‌ترن و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان "برآورد پریشانی ذهنی/روان‌پریشی در ویتنام" با استفاده از SRQ-20 در یک اجتماع نمونه‌ی حدود ۵۰۰۰ نفری به عدد ۱۹/۲٪ به عنوان درصد محتمل کسانی که اختلالات ذهنی دارند می‌رسند - که عددی بزرگ‌تر از اغلب مطالعات دیگر است. این تحقیق به این نتیجه می‌رسد که بعکس مطالعات در غرب، سن عامل محافظ در برابر اختلالات ذهنی نیست ولی فقرا، زنان، جوانان و پیران بیشتر مبتلا به روان‌پریشی می‌شوند. مقاله همچنین مطرح می‌کند که برخلاف بعضی دیگر از مطالعات، سطح تحصیلی و وضعیت ازدواج، تاثیرگذار در روان‌پریشی هستند. (ریچاردسون و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۳۳).

در تحقیق دیگری که قبلاً ذکر آن رفت، ووانگ (Vuong) به شرح انواع اختلالات روانی در ویتنام می‌پردازد و به این جمع‌بندی می‌رسد که علی‌رغم رشد خدمات به بیماران ذهنی، مراقبت‌ها به هیچ‌وجه جواب‌گوی بخش عظیمی از مبتلایان نیست و نیاز مبرم به تنوع خدمات تخصصی و تربیت کادر درمانی و نیز مطالعات و تحقیقات شیوع‌شناختی و مداخله‌گرانه هست.

مطالعه‌ی جدیدتری توسط Kelly Lee و همکاران تحت عنوان اقتصاد سیاسی و سلامت ذهنی در ویتنام با این مقدمه شروع می‌کند که طبق گزارش WHO در ۲۰۰۳ در سطح جهان ۱۳٪ بیماری‌ها، اختلالات ذهنی‌اند و سه‌چهارم آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط اتفاق می‌افتد و مضاف بر آن،

کشورهایی که درگیر دوره‌ی گذار تند سیاسی و اقتصادی‌اند، شرایط بدتری دارند. سپس با محوریت تاثیر اقتصاد سیاسی ویتنام بر بیماری‌های ذهنی به این نتیجه می‌رسد که فرایند جهانی‌شدن و گذار مربوطه، هم پتانسیل تهدید و هم فرصت را در ارتباط با مراقبت و خدمات سلامت ذهنی دارد (کلی لی و همکاران، ۲۰۱۵: ۲۶۶).

اما در ایران؛ در پژوهشی با عنوان "بررسی ارتباط بین تحصیل و سلامت روانی در دو گروه دانشجویان سال اول و آخر دانشکده علوم پزشکی جهرم"، مصطفی‌نژاد و امینی به بررسی رابطه‌ی میان تحصیل و مشکلات سلامت روان بین دو گروه سال اول و آخر دانشکده‌ی پزشکی جهرم پرداخته‌اند. این مطالعه‌ی تحلیلی - توصیفی بر روی ۱۳۶ دانشجو انجام شده و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه و در دو گروه صورت گرفته است. بخش اول شامل یافته‌های جمعیت‌شناختی و بخش دوم، شامل پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ ساله بوده است. نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین سلامت عمومی دانشجویان سال اول و آخر از نظر مشکلات جسمانی، اضطراب و افسردگی وجود داشته است، میانگین نمره در هر دو گروه از نظر وجود اختلال در عملکرد اجتماعی بالا بوده و هر دو گروه درجات بالایی از اختلال روانی را نشان داده بودند. همچنین، میزان افسردگی در گروه متاهلین بیش‌تر از مجردین و گروه دانشجویان پزشکی پسر، اختلال در عملکرد بیشتری را نسبت به دختران تجربه نموده بودند. در نهایت با توجه به این یافته‌ها، پژوهندگان پیشنهاد نموده‌اند که با توجه به تاثیر تحصیل بر ایجاد آسیب‌های روانی در دانشجویان، باید برنامه‌های ارتقاء سلامت روانی دانشجو نیز در برنامه‌های آموزشی و درسی گنجانده شوند (مصطفی‌نژاد و امینی، ۱۳۸۳: ۷۱).

در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی"، پهلوان‌زاده و جاراللهی به بررسی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت روان سالمندان ساکن در روستای دشت از توابع مشکین‌شهر پرداخته‌اند. برای این منظور، از تلفیقی از نظریه‌های تولید اجتماعی بیماری روانی، پیرشناسی اجتماعی، نظریه‌های مرتبط با حمایت اجتماعی، نظریه‌ی کوک‌رین و کوئن استفاده کرده و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، ۲۸۴ سالمند ۶۰ ساله و بالاتر را مورد بررسی قرار داده‌اند. در این پژوهش، همه‌ی فرضیه‌های تحقیق مورد تایید قرار گرفته و ارتباط سلامت روان سالمندان با متغیرهای حمایت خانوادگی، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، وضعیت تاهل، حضور فرزندان در خانه و میزان فعالیت‌های روزمره تایید گردیده است. (پهلوان‌زاده و جاراللهی، ۱۳۹۰).

چارچوب نظری پژوهش

اشاره داشتیم که سلامتی روانی می‌تواند از شرایط ساختاری‌ای که افراد بر آن تسلط ندارند، صدمه ببیند. تئوری آنومی دورکیم ارتباط نزدیکی با سلامت و اختلال ذهنی دارد. دورکیم، پس از بررسی میزان‌های خودکشی در کشورهای مختلف صنعتی و غیرصنعتی و نیز مقایسه‌ی این دو با هم، به این نتیجه می‌رسد که تقسیم‌کار آنومیک در جوامع صنعتی، بدون فراهم شدن مبنای اخلاقی انسجام‌بخش و حداقلی از وجدان جمعی، منجر به فروپاشی اجتماعی می‌شود. «عللی که افزایش خودکشی در میان افراد متمدن

مبتنی بر آن‌هاست، خصیصه‌ای عمومی دارند. در واقع، خودکشی در میان نقاط منزوی، در بخش‌های مشخصی از جامعه و با حذف دیگران، رخ نمی‌دهد: در هر جایی قابل مشاهده است. بر اساس نواحی، گرایش رو به بالای خودکشی به لحاظ تعداد، یا سریع و یا آرام است، هیچ استثنایی وجود ندارد. کشاورزی نسبت به صنعت کمتر در معرض است، اما سهمش مستمرا در حال افزایش است. بنابراین، با پدیده‌ای روبرو هستیم که ارتباطی به هیچ شرایط محلی خاصی ندارد، بلکه به جو عمومی محیط اجتماعی وابسته است. این وضعیت، در محیط‌های خاص، به صورت مختلفی بازتاب دارد (استان‌ها، حرفه‌ها، مذاهب و فرق و ...). به همین جهت است که تأثیرش در هر جا به صورت یکسان حس نمی‌گردد، ولی این ماهیتش را تغییر نخواهد داد ... آن‌چه افزایش مرگ‌های خودخواسته اثبات می‌نماید، نه فقط این است که تعداد بیشتری از افراد وجود دارند که برای ادامه‌ی زندگی خیلی ناخوشحال‌اند، بلکه [نشان می‌دهد که] خوشحالی عمومی جامعه نیز در حال کاهش است.» (دورکیم، ۲۰۰۵: ۳۴۶). به این ترتیب، مطالعه‌ی گسترده‌ی خود درباره‌ی این وضعیت آنومیک را در کتابی با همین نام، یعنی خودکشی، پی می‌گیرد و اثر مولفه‌های کلان مقیاس و ساختاری را بر سلامت یا اختلال ذهنی مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

مطالعه‌ی ما، از چند جهت می‌تواند از نظریه‌ی دورکیم استفاده نماید. یکی این‌که به دنبال تعیین اثر مولفه‌های ساختاری کلان و نیمه‌کلان بر سلامت روانی و ذهنی افراد است. دوم، برای این منظور، و متناسب با فرضیات پژوهش، به نظر می‌رسد که میزان شیوع اختلالات روانی، در اصطلاح دورکیمی‌اش، صورت مرضی یافته است. و در نهایت این‌که دورکیم بیش از هر متفکر دیگری، به مسائل جامعه‌ی مدرن از دید ساختاری پرداخته و یکی از مهم‌ترین مطالعاتش در زمینه‌ی خودکشی، به خوبی توان تأثیر مولفه‌های اجتماعی‌ای که فرد را به گرفتن زندگی‌اش تشویق می‌نمایند سنجیده است (بسا، ۲۰۱۲: ۳۱).

یکی دیگر از نظریاتی که پژوهشی این‌چنینی می‌تواند از آن بهره‌گیرد، نظریه‌ی فشار ساختاری مرتون است. جامعه‌شناسی کارکردگرایی و ساختارگرایانه‌ی مرتون، جامعه را چونان نظامی در نظر می‌گیرد که متشکل است از مجموعه‌ای از مولفه‌های ساختاری چون فرهنگ و ساختارهای اجتماعی. فرهنگ و ساختارهای اجتماعی در تعامل با هم و به میانجی محیط، امکان تداوم و تطابق نظام اجتماعی و هماهنگی و سازگاری افراد با یکدیگر و با محیط خویش می‌یابند:

«اگر ساختار اجتماعی برخی اختیارات عمل را محدود می‌نماید، برخی دیگر را نیز می‌آفریند... [دیدگاه کارکردگرایانه] در تلاش است مشخص کند که ساختار فرهنگی و اجتماعی چگونه در به وجود آوردن رفتار انحرافی افرادی که در وضعیت‌های گوناگونی در این ساختار قرار دارند فشار می‌آورد.» (مرتون، ۱۹۶۸: ۱۷۶-۱۷۵).

مرتون به پیروی از دورکیم، معتقد است که تداوم وضعیت‌های آنومیک می‌تواند تبعات مختلفی بر افراد داشته باشد اما بر خلاف دورکیم آن را نتیجه‌ی تغییرات ناگهانی اجتماعی نمی‌بیند بلکه آن را نتیجه‌ی ساختار اجتماعی موجود تلقی می‌کند. چنین وضعیتی، به نظر مرتون، هنگامی رخ می‌دهد که میان اهداف مقبول اجتماعی و وسایل مشروع رسیدن به چنین اهدافی در جامعه، شکافی دست‌نیافتنی و پرنکردنی موجود باشد. بدین معنی که جامعه افراد را در دستیابی به اهداف خاصی تشویق می‌نماید اما در عین حال،

وسایل رسیدن به چنین اهدافی در دسترس نیست. «در نظریه‌ی فشار ساختاری، مرتون بر این باور است که انحراف (کژرفتاری) برای این پیش می‌آید که جامعه‌ی دستیابی به برخی هدف‌ها را تشویق می‌کند؛ ولی وسایل ضروری برای رسیدن به این هدف‌ها را در اختیار همه‌ی اعضای جامعه قرار نمی‌دهد. در نتیجه، برخی افراد یا باید هدف‌های خاصی را برای خود برگزینند و یا برای رسیدن به هدف‌هایی که فرهنگ جامعه‌شان تجویز کرده، باید وسایل نامشروعی را به کار برند.» (ستوده، ۱۳۸۷: ۹۳). در چنین شرایطی فرد دچار سرشکستگی‌ها و فشارهای متعددی می‌گردد که چه بسا منجر به شیوع اختلالات روانی خواهد شد. علاوه بر موارد بالا، رویکرد مرتون به عناوین مختلفی می‌تواند در حوزه‌های جامعه‌شناسی پزشکی نیز مورد استفاده قرار گیرد و تبیین‌گر باشد (توکل و آرمسترانگ، ۱۳۹۱: ۳۸).

درست است که مرتون اساساً نظریه‌ی فشار ساختاری (Strain Theory) را در تبیین و تحلیل انحرافات مطرح کرد، ولی آن در عین حال چارچوب موثری در فهم مسائل و اختلالات ذهنی نیز داشته و دارد. در همین راستا برداشت مرتون از آنومی، حالت و وضعیت گیجی و سردرگمی است که به بی‌نظمی در سیستم‌های ارزشی جامعه منجر می‌شود. نتیجه‌ی مستقیم بحران در نظام ارزشی، اضطراب‌های مشخصی است که بیشتر افراد در جوامع بسیاری از آن‌ها رنج می‌برند. این برداشت مرتون به دو لحاظ با مسائل اختلالات ذهنی ارتباط پیدا می‌کند. اول این که شرایط منفی از قبیل سردرگمی و بی‌نظمی می‌تواند افراد را به بیماری‌های ذهنی بکشانند. ثانیاً، عدم تعادل بین انتظارات و دستاوردهای واقعی، اثرات سوء بر سلامت ذهنی افراد می‌گذارد. (بسا، ۲۰۱۲: ۳۵).

فرضیات پژوهش

با توجه به چارچوب نظری اتخاذ شده‌ی دورکیمی-مرتونی و به منظور بررسی و مطالعه‌ی پارامترها و مولفه‌های اجتماعی موثر بر مهم‌ترین و شایع‌ترین اختلالات روانی نظیر افسردگی، شیذوفرنی، اختلالات عاطفی، اختلالات ترس ناگهانی، اختلال اضطراب عمومیت یافته، اختلال وسواس فکری و عملی^۱ فرضیات تحقیق ما عبارتند از:

- ۱: مهاجرت به عنوان یکی از مولفه‌های اجتماعی، با شیوع اختلالات روانی ارتباط دارد.
- ۲: تحصیلات و مراتب علمی با میزان شیوع اختلالات روانی ارتباط دارد.
- ۳: طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی با میزان شیوع اختلالات روانی ارتباط دارد.
- ۴: اشتغال بر شیوع و یا اختلالات روانی اثر دارد.
- ۵: قومیت با میزان شیوع اختلالات روانی ارتباط دارد.
- ۶: میزان اختلال روانی در زنان و مردان متفاوت است.
- ۷: مشکلات زندگی شهری (فشارهای اجتماعی، افت اجتماعی و افت حمایت و همدلی و اعتماد اجتماعی، نوسانات سرمایه‌ی اجتماعی و ...) در افزایش شیوع اختلالات روانی اثرگذارند.
- ۸: دین‌داری و تقید مذهبی یا فقدان این مولفه با میزان شیوع اختلالات روانی ارتباط دارد.

۱ جنبه‌های دیگری از بیماری‌های روانی در منبع زیر مورد بحث قرار گرفته است: محسنی تبریزی، علیرضا. (جلد ۱ و ۲، ۱۳۹۶ و ۱۳۹۴). جامعه‌شناسی بالینی؛ حیطه‌های مداخلاتی رفتارهای پرخطر، رفتار سلامت، کار و شغل، سالمندان و توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

روش‌شناسی تحقیق

مطالعه و بررسی تاثیر مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت یا اختلال روانی^۱، در کنار بهره‌گیری از اطلاعات پایه‌ی کشوری، گزارش‌های تحقیقاتی در حوزه‌ی سلامت و بیماری روانی، و سایر منابع ثانویه، مصاحبه با روان‌شناسان و روان‌پزشکان با استفاده از روش کمی و ابزار پرسشنامه، مجموعه روش این پژوهش است.

در مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی حاضر، شیوع اختلالات روانی در افراد ۶۴-۱۸ ساله ساکن شهر سایگون با جمعیتی در حدود ۸ میلیون نفر مورد بررسی قرار گرفت. با استفاده از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی و مشخصاً نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، با بهره‌گیری از نقشه‌ی شهری، از میان مناطق مختلف شهر سایگون بر حسب پایگاه طبقاتی و اجتماعی، ابتدا مناطق مذکور (مناطق D1 و D3 و D5 نسبتاً بالا، منطقه‌ی Bin Tan متوسط، D8 پایین و حاشیه‌نشین Riverside خیلی پایین)، سپس بلوک‌های ساختمانی یا محلات موجود در هر منطقه مشخص گردید و در نهایت از نمونه‌گیری تصادفی ساده یا سیستماتیک استفاده شد. با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه‌ی مورد مطالعه ۳۸۴ نفر به دست آمد. با استفاده از جدول مورگان نیز عددی مشابه، برابر با ۳۸۴ تعیین گردیده است.

برای سنجش شیوع سلامت یا اختلالات روانی و عمومی از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) استفاده شد. در ابتدا این پرسشنامه از انگلیسی به ویتنامی ترجمه شد و پس از Pre-test پرسشنامه‌ها توسط پرسشگران در مناطق فوقاً ذکر شده تکمیل گردید. پارامترهای جامعه‌شناختی موثر بر اختلالات ذهنی، با استفاده از نظریات دورکیم و مرتون تنظیم و در قالب پرسشنامه‌ی مجزا توسط همان پرسشگران از پاسخگویان پرسیده و تکمیل گردید. گویه‌های پرسشنامه‌ی دوم (جامعه‌شناختی) با استفاده از مقیاس لیکرت ۴ امتیازی به قرار زیر مورد سنجش قرار گرفتند: «خیر»، «کمی»، «زیاد»، «خیلی زیاد». امتیازهای بالاتر به پاسخ‌هایی تعلق گرفتند که دچار نشانگان اختلال روانی بودند. این مقیاس نیز در نمونه‌ای مرکب از ۳۰ نفر، پیش‌آزمون شد و سپس مورد تحلیل گویه قرار گرفت تا میزان سازگاری درونی هر گویه با امتیاز کل مقیاس معلوم شود. این مقیاس همچنین با استفاده از تحلیل عامل، پس‌آزمون شد تا میزان تک‌بعدی بودن آن و امکان وجود زیرمقیاس‌ها تعیین شود. پارامترهای جامعه‌شناختی برآمده از چارچوب نظری دورکیمی-مرتونی نظیر بی‌هنجاری، فشارهای اجتماعی، نوسانات سرمایه‌ی اجتماعی، وضعیت شغلی، طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی، میزان تحصیلات، مهاجرت، دین‌داری و ... در طیفی دو طرفه بلی یا خیر و به کمک ابزار پرسش‌نامه مورد سوال قرار گرفتند. بدین معنی که ترجیح یک مورد توسط پرسش‌شونده، به معنی دارا بودن خصیصه، و عدم انتخاب آن، به معنای فقدان آن مشخصه در نظر گرفته شد. در نهایت، با ورود داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳، تجزیه و تحلیل آماری انجام و اقدام به ارائه‌ی تحلیل توصیفی و استنباطی برای تشریح روابط میان متغیرها گردید. در تحلیل هر فرضیه، بر اساس نوع داده‌های به دست آمده، از روش‌های آماری مناسب همان داده‌ها استفاده شده است. به عنوان نمونه، مفهوم دین‌داری و تقید مذهبی در پنج گویه مورد سوال قرار گرفت. در تحلیل این متغیر، افرادی که به هریک از این موارد پاسخ مثبت دادند کد ۱ (به معنی بله) و سایر افرادی که پاسخ منفی دادند کد ۰ تعلق گرفت. با توجه به این‌که متغیر وابسته‌ی ما در این پژوهش (اختلال روانی) در مقیاس فاصله‌ای مورد سنجش قرار گرفته است و از سوی دیگر با این پیش‌فرض که رابطه‌ی علت و معلولی میان این متغیر مستقل با متغیر وابسته برقرار است (پیش‌فرض

رگرسیون خطی)، از رگرسیون خطی بهره گرفته شد. اما در مواردی هم، به منظور سنجش اثر مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، مقیاس فاصله‌ای مذکور در متغیر وابسته‌ی خود را به سطح مقیاس اسمی (افراد دارای اختلال روانی و افراد فاقد اختلال روانی) تنزل دادیم.

با فاصله‌ی زمانی کمی قبل‌تر پژوهشی تقریباً با همین ساختار را در شهر اراک به اتمام رساندیم. در آن پژوهش نیز از چارچوب نظری دورکیمی-مرتونی و فرضیات برآمده از نظریات مذکور (کاملاً مشابه با پژوهش سایگون) استفاده شد. روش نمونه‌گیری و جامعه‌ی نمونه دقیقاً مطابق با روش‌های تحقیقی که شرح آن در بالا در مورد سایگون بیان شد بود و تحلیل داده‌های به دست آمده با نرم‌افزار SPSS تدوین گردید.

برای بررسی روایی خرده‌آزمون‌ها، از تکنیک تحلیل عامل استفاده شده است. پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی از ۴ خرده‌آزمون تشکیل شده است که هر کدام دارای ۷ سوال هم‌ارز هستند که یکی از ابعاد سلامت روان را می‌سنجند. از این‌رو، هر یک از ابعاد پرسش‌نامه‌ی سلامت روان می‌بایست تنها با یک عامل مشترک همبستگی داشته باشند.

جدول شماره یک: روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی

ابعاد	عامل	کل واریانس تبیین شده			KMO	آزمون کروییت بارتلت
		ویژه- مقدار	درصد واریانس	درصد تجمعی		
علائم جسمانی	۱	۲۰۱/۴	۶۰	۶۰	۰/۹۰۲	۰/۰۰۰
	۲	۰/۶۹۶	۹۴/۹	۷۰		
اضطراب	۱	۲۶/۳	۴۶/۶	۴۴/۶	۰/۷۹۵	۰/۰۰۰
	۲	۰/۹۷۱	۱۳/۸	۶۰/۵		
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱	۳/۸۱	۵۵/۵۴	۵۴/۵	۰/۸۶۵	۰/۰۰۰
	۲	۰/۹۸	۱۴	۶۸/۶		
علائم افسردگی	۱	۴/۱۱	۵۵/۸	۵۵/۸	۰/۸۸۳	۰/۰۰۰
	۲	۰/۹۰۳	۱۲/۹	۷۱/۷		

یافته‌های جدول نیز گویای آن است که هر ۴ بعد سلامت روان دارای تنها یک عامل یا بار ویژه‌مقدار بزرگ‌تر از ۱ هستند. بنابراین، تعداد عامل‌های نهایی استخراج شده برای هر یک از ابعاد سلامت روان، تنها یک عامل است که نشان‌دهنده‌ی هم‌ارز بودن گویه‌های خرده‌آزمون‌های سلامت روان است. برای تعیین برازندگی و مناسب بودن متغیرها برای تحلیل عامل، از شاخصی به نام اندازه‌ی کفایت نمونه‌گیری کایرز مایر اوکلین (KMO) که بیان‌گر میزان همبستگی متغیرها با یکدیگر است به کار گرفته شده است. دامنه‌ی این شاخص بین صفر تا یک است که هر چه مقدار آن بزرگ‌تر باشد، بدان معناست که متغیرها برای تحلیل عامل مناسب هستند. نتایج جدول حاکی از آن است که تمامی مقادیر شاخص KMO بین ۰/۸ تا ۰/۹ هستند که بیان‌گر کفایت همبستگی متغیرها برای تحلیل عامل هستند. از سوی دیگر، با توجه به نتایج آزمون بارتلت نیز، نتایج تحلیل عامل قابل تعمیم به جمعیت کل است. پایایی پرسش‌نامه‌ی سلامت

عمومی هم با شاخص آلفای کرونباخ سنجش شد که برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۳۴ و برای مولفه‌ی علائم جسمانی ۰/۸۸۲، مولفه‌ی اضطراب ۰/۸۰۳، اختلال عملکرد اجتماعی ۰/۸۴۷ و علائم افسردگی، ۰/۸۷۹ به دست آمد که نشان‌گر هم‌سازی بالای گویه‌ها با یکدیگر هستند. در خصوص دیگر گویه‌ها و زیرمولفه‌های پژوهش نیز، نتایج شاخص KMO و آزمون بارتلت همگی نشان از قابل تعمیم بودن نتایج به کل جمعیت و نیز هم‌سازی بالای گویه‌ها با یکدیگر دارند.

یافته‌ها

با استفاده از سنجش استاندارد GHQ-28، شیوع اختلالات روانی در جامعه‌ی آماری مورد مطالعه در شهر سایگون، ۱۰/۲٪ درصد به دست آمده است. این میزان به تفکیک جنسیت برای مردان و زنان به ترتیب برابر با ۵/۵٪ و ۱۲/۸٪ است. این در حالی است که میزان شیوع اختلالات روانی در شهر اراک در مجموع ۲۸/۹٪ به دست آمد. بر اساس پیمایش سال ۱۳۹۳، این میزان در استان مرکزی ۲۵/۱ درصد گزارش شده بود. در مورد اراک، شیوع این اختلالات به تفکیک جنسیت، برای زنان ۳۴/۵۵ و برای مردان ۲۳/۳۱ درصد به دست آمده است. میزان شیوع اختلالات روانی بالا در اراک، بخصوص در میان مردان نسبت به سال‌های قبل، ناشی از مشکلات متعدد اجتماعی بخصوص بیکاری است که نتیجه‌ی رکود و تعطیلی صنایع بزرگ در آن شهر است. فقدان همین فاکتورهای اجتماعی در سایگون و بخصوص اشتغال تقریباً کامل، سطح پایین اختلالات روانی در آن شهر را قابل فهم می‌کند.

یافته‌های حاصل از جداول یک‌بعدی (شهر سایگون) حاکی از این امر هستند که:

آماره‌های توصیفی سن پاسخگویان	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
	۳۶/۰۵	۱۶/۹۸۰	۱۵	۹۱

- براساس نتیجه به دست آمده در جدول بالا میانگین سن پاسخ‌گویان برابر با ۳۶/۰۵ سال بوده است. انحراف معیار حدود ۱۷ سال، کمترین سن پاسخ‌گو ۱۵ سال بوده است و بیشترین آن‌ها ۹۱ ساله بوده است.

جایگاه فرد در خانوار	فراوانی	درصد فراوانی
سرپرست خانوار	۱۰۱	۲۶/۳۰
همسر یا شوهر	۵۰	۱۳/۰۲
دختر یا پسر	۱۵۰	۳۹/۰۶
نوه‌ی دختری یا پسری	۲۰	۵/۲۱
والدین	۸	۲/۰۸
برادر یا خواهر	۶	۱/۵۶
سایر روابط	۲۰	۵/۲۰
بدون رابطه	۲۵	۶/۵۱
کل	۳۸۴	۱۰۰

- این جدول دربردارنده فراوانی و درصد فراوانی هر کدام از گزینه‌های جایگاه فرد در خانوار می‌باشد. به عنوان مثال ۱۰۱ نفر (۲۶/۳۰ درصد) از پاسخ‌گویان، سرپرست خانوار بوده‌اند. به همین ترتیب ۱۵۰ نفر از آن‌ها (۳۹/۰۶ درصد) پسر یا دختر خانوار بوده‌اند.

درآمد سرپرست خانوار (درماه)	فراوانی	درصد فراوانی
کمتر از ۴ میلیون دانگ	۱۸	۴/۶۸
۴ تا ۱۰ میلیون دانگ	۳۴	۸/۸۵
۱۰ تا ۱۵ میلیون دانگ	۱۹۶	۵۱/۰۴
۱۵ تا ۲۰ میلیون دانگ	۱۳۴	۳۴/۸۹
۲۰ تا ۲۵ میلیون دانگ	۳	۰/۷۸
کل	۳۸۴	۱۰۰٪

- طبق اظهارات پاسخ‌گویان، درآمد سرپرست خانوار در ۴/۶۸٪ افراد (۱۸ نفر)، کمتر از چهارمیلیون دانگ است (هر دلار آمریکا حدوداً برابر با ۲۲۰۰۰ دانگ است). ۳۴ نفر، یا ۸/۸۵٪ از پاسخ‌گویان درآمدی در حدود ۴ تا ۱۰ میلیون دانگ را ذکر کرده‌اند، ۱۹۶ نفر از پاسخ‌گویان، درآمد خود را بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون دانگ گزارش کرده‌اند و سایر آماره‌ها به همین ترتیب آمده است. بنابراین، تعداد افرادی که درآمد ماهیانه‌ی خود را بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون دانگ در ماه ذکر کرده‌اند، بیش از سایرین است. و پس از آن، پاسخ‌گوییانی که درآمد آن‌ها ۱۵ تا ۲۰ میلیون دانگ بوده‌است، قرار دارند.

وضعیت خانوادگی	فراوانی	درصد فراوانی
متاهل	۳۰۴	۷۹/۱۶
مطلقه	۱	۰/۲۶
مجرد	۷۹	۲۰/۵۷
کل	۳۸۴	۱۰۰

- در خصوص وضعیت خانوادگی پاسخ‌گویان، چنان‌چه اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهند، ۳۰۴ نفر یا ۷۹/۱۶٪ از آن‌ها متاهل هستند. این گروه بالاترین میزان را به خود اختصاص داده است. پس از آن، پاسخ‌گویان مجرد با ۷۹ نفر یا ۲۰/۵۷٪ قرار دارند. در آخر، ۱ نفر، وضعیت خانوادگی خود را مطلقه گزارش کرده است. گروه اخیر، ۰/۲۶٪ افراد را دربرمی‌گیرد.

محل زندگی	فراوانی	درصد فراوانی
شهر	۱۳۰	۳۳/۸۵
زاغه‌نشین	۱۴	۳/۶۴
حومه شهر	۲۴۰	۶۲/۵
کل	۳۸۴	۱۰۰

- از مجموع ۳۸۴ نفر پاسخ‌گو (به این پرسش)، ۶۲/۵ یا ۲۴۰ نفر، محل زندگی خود را در حومه‌ی شهر گزارش کرده‌اند. این میزان، بالاترین رقم را در میان سایر گزینه‌ها به خود اختصاص داده است. پس از آن، افراد ساکن در شهر، ۳۳/۸۵ یا ۱۳۰ نفر از افراد را در برمی‌گیرند. ۱۴ نفر از پاسخ‌گویان هم محل زندگی خود را زاغه گزارش کرده است.

آماره‌های توصیفی اندازه	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
خانوار پاسخ‌گویان	۴/۳۶	۲/۲۱۰	۱	۲۰

- میانگین اندازه‌ی خانوار در پاسخ‌گویان، ۴/۳۶ نفر بوده است. انحراف معیار به دست آمده برای این پاسخ، ۲/۲۱۰ نفر است. کوچک‌ترین خانواده ۱ نفر بوده است و بزرگ‌ترین آن‌ها، ۲۰ نفر ذکر شده است.

وضعیت مسکن	فراوانی	درصد فراوانی
صاحب‌خانه	۳۲۰	۸۳/۳۳
اجاره‌ای	۶۱	۱۵/۸۸
دولتی	۱	۰/۲۶
از قلم افتاده	۲	۵۲۰/
کل	۳۸۴	۱۰۰

۳۲۰ نفر یا ۸۳٪ افراد، وضعیت مسکن را خود را صاحب‌خانه اعلام نموده‌اند. این میزان، بیشترین تعداد را در میان سایر گزینه‌ها به خود اختصاص داده است. ۶۱ نفر، یا ۱۵/۸۸٪ از پاسخ‌گویان، در خانه‌های اجاره‌ای زندگی می‌کنند. ۱ نفر در خانه‌های دولتی ساکن بوده و در نهایت ۲ نفر هم وضعیت مسکن خود را اعلام نکرده‌اند.

مذهب	فراوانی	درصد فراوانی
بودایی	۱۸۰	۴۶/۸۷
مسیحی	۳۵	۹/۱۱
بی‌دین	۱۶۰	۴۱/۶۶
سایر	۴	۱/۰۴
از قلم افتاده	۵	۱/۳
کل	۳۸۴	۱۰۰

۱۸۰ نفر از پاسخ‌گویان مذهب خود را بودایی (۴۶/۹ درصد)، ۳۵ نفر مسیحی (۹/۱۱ درصد) و ۱۶۰ نفر (۴۱/۶۶ درصد) خود را بی‌دین اعلام کرده‌اند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که اکثریت پاسخ‌گویان دارای مذهب بودایی بوده‌اند.

آزمون فرضیات مورد بررسی در این پژوهش حاکی از اثر معنی‌دار مولفه‌های جامعه‌شناختی بر سلامت روانی است که در ادامه به آن‌ها پرداخته خواهد شد. در خصوص تاثیر مهاجرت بر شیوع اختلالات روانی،

آزمون Chi-square، با عددی برابر با ۲۶/۳۸۱ وجود رابطه میان این مولفه را با ابتلا به اختلالات روانی تایید نمود. ضریب همبستگی پیرسون نیز با عددی برابر با ۰/۲۶- ثابت می‌کند که افزایش مدت اقامت فرد در محل زندگی، کاهش احتمال ابتلا به اختلالات روانی را در پی دارد. در خصوص فرضیه‌ی تاثیر تحصیلات بر ابتلا به اختلالات روانی، نتایج به دست آمده از آزمون Chi-square (۱۲/۳۸۸) نشان داد که رابطه‌ی معنی‌داری بین متغیر وابسته و مستقل وجود دارد. در فرضیه‌ی اثر پایگاه اقتصادی و اجتماعی فرد در ابتلا به اختلالات روانی، آماره‌ی آزمون استقلال با مقدار ۱۸۰/۱۲۸ به وضوح نشان‌گر ارتباط قوی میان طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی از یک طرف و شیوع اختلالات روانی از طرف دیگر است. به این معنی که افراد دارای اختلال روانی، بیشتر متعلق به طبقه اجتماعی و اقتصادی پایین و افراد فاقد اختلال روانی، متعلق به طبقه‌ی بالا بودند. بر اساس مدل رگرسیون خطی، بالا رفتن طبقه‌ی اجتماعی و اقتصادی حدود ۳/۵۷ واحد استاندارد شیوع اختلالات روانی را کاهش می‌دهد. در خصوص اثر وضعیت شغلی افراد (شاغل یا بیکاری) بر ابتلا به اختلالات روانی، استفاده از آزمون استقلال Chi-square به وضوح نشان داد که وضعیت اشتغال و شیوع اختلالات روانی با یکدیگر در ارتباط هستند و قابل تعمیم به جامعه‌ی آماری نمونه‌اند ($P - value \leq 0.000$). به منظور فهم شدت رابطه‌ی این دو متغیر، آماره‌ی وی-کرامرز با مقداری برابر با ۰/۳۷ و معنی داری ۰/۰۰۰، بیان‌گر وجود رابطه‌ی متوسط و قابل تعمیم بودن آن به جامعه‌ی آماری بود. در خصوص اثر داشتن شغل دوم بر ابتلا به اختلالات روانی، آزمون استقلال Chi-square به وضوح بیانگر نشان داد که وجود شغل دوم و بیماری‌های روانی به شدت با یکدیگر در ارتباط هستند ($P - value \leq 0.000$). به منظور فهم شدت رابطه‌ی این دو متغیر، از آماره وی کرامرز هم بهره بردیم. اندازه‌ی آماری وی کرامرز با سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۰۵، عددی برابر با ۰/۳۴۲ به دست آمده است. این عدد بیان‌گر رابطه‌ی مثبت نسبتاً قوی میان این دو متغیر است. بدین معنی که داشتن شغل دوم، ۰/۳۴۲ احتمال ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد.

در آزمون اثر قومیت بر ابتلا به اختلالات روانی، استفاده از آزمون استقلال Chi-square بیانگر آن بود که قومیت و شیوع بیماری‌های روانی با یکدیگر ارتباط چندانی ندارند. اما با این حال این ارتباط قابل تعمیم به جامعه‌ی آماری است ($P - value \leq 0.001$). اثر جنسیت بر شیوع اختلالات روانی با استفاده از رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که داشتن جنسیت زن، ۱/۱ برابر میزان ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. رگرسیون خطی هم نشان داد که داشتن جنسیت زن، ابتلا به اختلالات روانی را ۰/۳۹ افزایش می‌دهد. آزمون آماره‌ی استقلال Chi-square با میزان ۴۷/۲۶۲ نشان داد که میان وجود فشارهای اجتماعی و شیوع اختلالات روانی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های حاصل از رگرسیون لجستیک و عدد به دست آمده در نسبت بخت با مقدار ۶/۲۵ و فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد کران بالا و پایین نیز نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی به عنوان کمیت وابسته و فشارهای اجتماعی به عنوان کمیت مستقل، دارای ارتباط مستقیم و مثبت هستند. بدین معنی که فشارهای اجتماعی، حدود ۶/۲۵ واحد رگرسیونی، اختلالات روانی را افزایش می‌دهند. استفاده از مدل رگرسیون خطی نیز نشان داد که فشارهای اجتماعی حدود ۱۳/۵ واحد استاندارد شیوع اختلالات روانی را افزایش می‌دهد. اثر افت

همدلی و اعتماد اجتماعی بر ابتلا به اختلالات روانی را نیز با استفاده از آزمون‌های مختلف آماری سنجیده و نتایج نشان داد که متغیر اخیر و اختلالات روانی دارای ارتباط مستقیم هستند. نتایج به دست آمده از آزمون ضریب همبستگی (r) نشانگر آن بود که همدلی و اعتماد اجتماعی و اختلالات روانی دارای ارتباط وارون قوی ($r = -0.607$) و البته کاملاً معنادار ($P - value \leq 0.001$) با یکدیگر، هستند. افزایش حمایت، همدلی و اعتماد اجتماعی، کاهش بیماری‌های روانی را در پی دارد. نتایج آزمون‌های آماری در خصوص تاثیر نوسانات سرمایه‌ی اجتماعی، اثر قوی این مولفه بر ابتلا به اختلالات روانی را ثابت کرد. نتایج حاصل از ضریب همبستگی (r) نشان داد که سرمایه‌ی اجتماعی و اختلالات روانی دارای ارتباط وارون قوی ($r = -0.76$) و البته کاملاً معنادار ($P - value \leq 0.001$) با یکدیگر، می‌باشد. افزایش سرمایه اجتماعی، کاهش اختلالات روانی را در پی دارد و این ارتباط بسیار قوی گزارش می‌شود. در بررسی اثر دین‌داری بر اختلالات روانی با استفاده از رگرسیون خطی ثابت شد که این مولفه‌ی جامعه-شناختی با اختلالات روانی همبستگی قابل توجهی ندارد و براساس آن،

$$Y_{General\ Health\ Status} = 33/615 - 4/191x_{Religious\ Activities}$$

بین فقدان اعتقادات مذهبی و بالا بودن اختلالات روانی، ارتباط چندانی نیست. مدل رگرسیونی به دست آمده نشان می‌دهد که پاسخ مثبت به دین‌داری و تقید مذهبی حدود ۴ واحد، شیوع اختلالات روانی را کاهش می‌دهد (عدد منفی ضریب رگرسیونی). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین ابتلا به اختلالات روانی و فقدان پایبندی مذهبی و دینی در افراد مورد مطالعه، ارتباط آماری چندانی وجود ندارد، به این معنی که اختلال روانی در افرادی که پاسخ منفی به فعالیت‌های مذهبی داشته‌اند، متفاوت از افراد فاقد اختلال روانی گزارش نمی‌شود.

خلاصه و نتیجه‌گیری

یکی از مهم‌ترین نظریات در خصوص تاثیر مولفه‌های اجتماعی و ساختاری بر سلامت روانی و ذهنی افراد جامعه، از آن امیل دورکیم است که در کتاب معروف با عنوان "خودکشی"، به آن پرداخته است. آن‌چه دورکیم در این کتاب به بررسی آن می‌پردازد، اثبات این مهم بود که مفاهیم زیست‌شناختی (و روان‌شناختی صرف)، به طور کامل نمی‌توانند تبیین‌های کافی از رفتار انسان ارائه کنند. دورکیم مدعی است که علی‌رغم نمود کاملاً فردی و شخصی خودکشی در جوامع مختلف، این پدیده‌ی آنومیک را نمی‌توان تصمیمی کاملاً فردی و تحت تاثیر مسائل شخصی و یا مشکلات ذهنی فرد به حساب آورد. بلکه نیروهای پنهانی دخیل هستند که فرد را در جهت پایان بخشیدن به زندگی‌اش سوق می‌دهند. پیش از پرداختن به این مولفه‌های اجتماعی برانگیزاننده‌ی خودکشی، باید به این نکته پرداخت که خودکشی چه ارتباطی با متغیر وابسته‌ی پژوهش حاضر یا اختلالات روانی دارد؟ فرایندی که فرد را برای اقدام به انتحار نفس آماده می‌کند، فرایندی تک‌مرحله‌ای نیست. از طرفی، همه‌ی افراد توانایی رویارویی با خودکشی را ندارند. به عبارت دیگر، اقدام به خودکشی از مراحل اولیه‌ی آغاز می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها اختلالات روانی و ذهنی است که در طول زمان نه فقط سلامت ذهن فرد، بلکه عملکرد اجتماعی او را نیز مختل می‌نمایند. معه‌ذا

دورکیم اذعان دارد که «وظیفه‌ی جامعه‌شناسی در توضیح خودکشی، بررسی تمام جنبه‌های آن نیست، زیرا مطالعه‌ی برخی از جنبه‌های آن بر عهده‌ی روان‌شناسی است.» (گیدنز، ۱۳۶۳: ۴۷).

گفتیم که هیچ جامعه‌ای نیست که حدی از اختلالات روانی در آن شایع نباشد. اولین مولفه‌ی که بر اساس تحلیل یافته‌های این پژوهش بر نقش آن در شیوع اختلالات روانی وقوف یافتیم، عبارتند از مهاجرت، وضعیت خانوادگی، طبقه و پایگاه اقتصادی و اجتماعی، اشتغال، تاثیر مشکلات و فشارهای اجتماعی و سرمایه‌ی اجتماعی. برای دورکیم «مسئله‌ی اخلاقی این بود که چگونه آزادی فردی و نظم اجتماعی را می‌توان آشتی داد. مسئله‌ی سیاسی آن بود که چگونه می‌توان اشکالی از سازمان اجتماعی را پروراند که تمایلات خودانگیخته‌ی انسجام‌دهنده ایجاد کند و آزادی فردی را بیشینه سازد.» (تامپسن، ۱۳۸۸: ۱۰۹). او معتقد است که با رشد تقسیم‌کار اجتماعی، نظم اخلاق سنتی پیشین که توجیه‌گر نابرابری افراد جامعه بود، ضعیف‌تر شد و مهم‌تر از همه این‌که صورت‌های جدید نظارت اخلاقی بر زندگی افراد در جوامع مدرن محقق نشد. با رها شدن نیازها و آرزوها از قید فشارهای اخلاقی و تنظیم‌کننده و نیز تخصصی شدن تقسیم‌کار و از میان رفتن برخی حرفه‌ها و مشاغل سنتی و به وجود آمدن مشاغل مدرن، فرد خودمحور به دنبال تحقق خواسته‌های بی‌حدوحصر خود و یافتن جایگاهی در تقسیم‌کار نوین، راهی شهرها و مراکز صنعتی می‌گردد. در چنین وضعی که هنوز در جامعه منبع نظم اخلاقی منسجم نیست و حالتی از بی‌هنجاری حاکم است، مهاجرت افراد از سایر نقاط با فرهنگ‌ها و خواسته‌های بی‌حدوحصر و برآورده‌نشدن این تمایلات، منجر به احساس شکست، تبعیض و محرومیت دائمی می‌شود. بنابراین، تقسیم کار آنومیک در جوامع صنعتی، بدون فراهم شدن مبنای اخلاقی منسجم‌کننده و حداقلی از وجدان جمعی، منجر به فروپاشی روانی و اجتماعی می‌شود. شرایط تصویر شده در بالا، در کشورهای در حال توسعه و شهرهای صنعتی‌ای چون اراک قابل انتظار است. شهری که در سالیان گذشته به علت استقرار صنایع مختلف و رونق نسبی اقتصادی و کافی نبودن نیروی کار بومی، بی‌شمار افراد مهاجر با فرهنگ‌های مختلف، از استان‌ها، شهرها و نواحی اطراف جذب کرد. از این لحاظ بین اراک و سایگون شباهت وجود دارد. اما طی سالیان اخیر، به علت شرایط اقتصادی حاکم بر کل کشور، رکود و تورم، واردات بی‌رویه و بی‌شمار علل شناخته شده و نشده، با ورشکستگی‌های متعدد، بازنشستگی‌های اجباری، مرخصی‌های بدون حقوق و عدم توانایی مالی در پرداخت ماه‌ها حقوق به تاخیر افتاده‌ی کارگران و کارمندان و در کنار آن‌ها تغییرات اجتماعی دیگر از قبیل بحران هویت، بحران امنیت، فردگرایی بی‌حساب همراه با تضعیف اخلاق جمعی، تحلیل رفتن امید به آینده، افت اعتماد عمومی و دلبستگی‌های ملی و منطقه‌ای، تقلیل حمایت‌های اجتماعی، سست شدن ایمان و ارزش‌ها مواجه گردید.

از بین رفتن مشاغل پیشین و عدم ایجاد فرصت‌های جدید شغلی برای مهاجرین جدید و سابق، اثرات مخرب روانی را در اراک به همراه داشته است. اثر این متغیر در شهر سایگون نیز کاملاً مشابه است. اما با توجه به سطح بالای اشتغال در سایگون و تقسیم‌کار پیشرفته در این شهر، فراوانی این موضوع بسیار ناچیزتر از شهر اراک است. اما با این حال، اثر مهاجرت بر ابتلا به اختلالات روانی در هر دو شهر کاملاً

معنی دار است. به زعم دورکیم، آنچه توانایی به وجود آوردن انسجام اجتماعی در دوره‌ی نوین را دارد، گروه‌های شغلی و صنفی است. (دورکیم، ۲۰۰۵: ۳۴۶).

در خصوص فشارهای اجتماعی و تاثیر مولفه‌های ساختاری کلان و نیمه‌کلان اقتصادی بر سلامت ذهنی، پیرو دورکیم و مطالعه‌اش درباره‌ی خودکشی، تحقیقات متعددی انجام شده است. بحران‌های اقتصادی نظیر رکود و تورم، ورشکستگی، بیکاری گسترده و ... پیامدهای متعددی بر زندگی اجتماعی افراد بر جای می‌گذارد و به تبع، اثرات زیان‌بار این بحران‌ها بر سلامت ذهنی افراد یک جامعه نیز قابل توجه است. دورکیم در خودکشی نشان داد که رابطه‌ای میان نوسانات اقتصادی و خودکشی وجود دارد و میزان خودکشی در ایام رکود اقتصادی به شدت زیاد می‌شود. «دورکیم استدلال کرد که این امر نمی‌تواند فقط معلول فقر اقتصادی باشد، زیرا در واقع، خودکشی در میان کسانی که همیشه فقیر بوده‌اند کمترین میزان را دارد. به علاوه، میزان خودکشی تنها در ایام رکود زیاد نمی‌شود. بلکه در ایام شکوفایی اقتصادی نیز به همان شدن بالا می‌رود. بنابراین، عامل علی، خود شرایط مادی نیست، بلکه عدم ثباتی است که این اوضاع در زندگی اجتماعی به وجود می‌آورد. در دوران آشفتگی، قواعد اخلاقی که معمولاً فعالیت‌های اجتماعی افراد را تحت نظم درمی‌آورد، تحت فشار قرار می‌گیرد و تسلط خود را از دست می‌دهد.» (گیدنز، ۱۳۶۳: ۴۰-۳۹). در چنین وضعی که رکودهای ناگهانی، افت ارزش‌های سهام، ورشکستگی‌های پولی و مالی و کمبود بودجه همواره از به وجود آمدن ثبات نسبی جلوگیری می‌نماید، سلامت روانی افراد نیز همواره در معرض تهدید است. در تایید اثر این بی‌ثباتی اقتصادی بر سلامت روان افراد باید عنوان کرد که مطالعه اراک بعد از انتخابات و زمان دشوار شرایط اقتصادی حاکم بر کشور (تابستان ۱۳۹۶) صورت گرفت که به همراه بحران اقتصادی و اشتغال، ارزش ریال، ارز و طلا دائماً نوسان داشت، بازار دچار رکود بود و اقتصاد کم‌ترین نشانی از بهبود نداشت و مردم گوشه‌ی چشمی به بهتر شدن وضع اقتصاد پس از انتخابات اخیر داشتند. مقایسه‌ی این مطالعه با پیمایش سال ۱۳۹۳ که در شرایط عادی‌تر (که البته نمی‌توان گفت وضع عادی بوده است، چرا که وضع اقتصاد پس از شهریور سال ۱۳۹۰، روند نزولی داشته و فقط در مقطعی بسیار کوتاه بدون نوسان بوده است. برای اثبات این موضوع هم ملاک احساس مردم و قدرت خرید آن- هاست و نه آمار و ارقام متناقض دولتی و رسمی) و فارغ از شوک اقتصادی و سیاسی اثرگذار انجام شده است و در طی ۲ سال، نرخ اختلالات روانی در زنان و مردان در سال ۱۳۹۶ افزایش داشته است، تایید می‌کند که عدم ثبات اقتصادی، سلامت روان افراد را به شدت به مخاطره می‌اندازد. نکته‌ای که ذکر آن اهمیت دارد، بالا بودن نرخ اختلالات روانی در طبقات بالا نسبت به سالهای گذشته است. به این معنی که اگرچه در مقایسه با نرخ اختلالات روانی در طبقات پایین همچنان میزان کم‌تری دارد، اما با این حال، در مقایسه با وضعیت سابق خود افزایشی چشم‌گیر داشته است. این بدان جهت است که طبقات بالای اقتصادی و اجتماعی، به علت ریسک سرمایه‌گذاری در بخش تولیدی و نیز بالا بودن درصد سود (ربا) بانک‌های بی‌پشتوانه -ولی با مجوز بانک مرکزی- تمایل به سپرده‌گذاری سرمایه‌ی خود را دارند و خطرات سرمایه‌گذاری را به جان نمی‌خرند، اما از طرفی سپرده‌گذاری هم ریسک و فشارهای روانی خود را داشته است. بنابراین، نرخ بالاتر اختلال روانی در طبقات بالا و متوسط نسبت به سال‌های قبل، تا حد

زیادی می‌تواند ناشی از این بی‌ثباتی‌ها هم باشد. علاوه بر این، طبقات پایین هم با سپرده‌کردن میزان ناچیز پس‌انداز خود در این‌گونه بانک‌ها، تحت تاثیر ضرر و زیان ناشی از ورشکستگی یا لغو این مجوزها شدند. افرادی که بعضاً تمام سرمایه‌ی خود را از دست دادند و فشارهای روانی سنگینی بر آن‌ها تحمیل شد. تحلیل مرتونی نیز در خصوص این گونه شرایط آموزنده است: ساختار با مسدود نمودن راه‌های رسیدن به آمال و خواسته‌ها، فرد را دچار استرس، فشارهای روانی، احساس عدم عزت نفس و ... نموده و تداوم چنین وضعی منجر به فروپاشی روانی افراد می‌گردد. این وضعیت در مقیاس کوچک‌تر در خصوص شهر سایگون هم صادق بود، به طوری که وجود فشارهای اجتماعی، ابتلا به اختلالات روانی را افزایش می‌داد. در خصوص سرمایه‌ی اجتماعی داده‌های سایگون نشان داد که اکثر افراد دارای اختلالات روانی، سرمایه‌ی اجتماعی پایینی دارند. در تبیین این امر علاوه بر وضع تصویر شده در بالا در خصوص آنومی و نوسانات اقتصادی و اجتماعی، مهم‌ترین مسئله را باید در همبستگی و انسجام جست‌وجو کرد. دورکیم در کتاب تقسیم کار اجتماعی، دغدغه‌ی رابطه‌ی فرد و جامعه را داشت. «تحوالاتی که او درباره‌ی آن بحث می‌کرد، صرفاً به روابط اجتماعی در حال تغییری مربوط نبود که سرمایه‌داری پدید آورده بود، بلکه به تغییر بنیادهای همبستگی‌ای اجتماعی مربوط بود که در بدوی‌ترین و قدیمی‌ترین جوامع به تدریج رخ داده بود.» (تامپسن، ۱۳۸۸: ۱۰۸). این مسئله که افراد در عین فراتر رفتن از همبستگی مکانیکی، دارای تفرد شده‌اند اما همچنان به یکدیگر وابسته نیز هستند. این وابستگی اخیر را تقسیم کار تخصصی فراهم نموده بود. در این وضعیت، حرفه‌ی افراد است که آن‌ها را به هم نیازمند و متصل می‌نماید. به همین جهت، همه‌ی اعضا به صورت مشترک به ارزش‌ها، باورها، سنت‌ها و احساسات اعتقاد ندارند. این معضل در جوامع صنعتی به علت شرایط برابر برای همه، شایسته‌سالاری، برابری در مقابل قانون، وجود اصناف و سندیکا و... تا حدودی برطرف شده است. اما در کشورهای در حال توسعه به علت شرایط ناکارآمد اقتصادی، حاکم بودن روابط بر ضوابط و ممنوعیت پی‌گیری خواسته‌ها در قالب اصناف، نوعی احساس بی‌اعتمادی و تبعیض حاکم است که اعتماد بین‌فردی و گروهی، مشارکت‌های اجتماعی و مصارف فرهنگی را تحت تاثیر قرار داده است. از سوی دیگر، یکی از ویژگی‌های اختلالات روانی به خصوص در هنگام افسردگی، تمایل افراد به گوشه‌گزینی است. به همین علت، نتایج هر دو پژوهش نیز حاکی از آن است که افراد دارای اختلالات روانی، کم‌ترین میزان سرمایه‌ی اجتماعی را در مقایسه با افراد دارای سلامت روان داشته‌اند.

آخرین متغیر جامعه‌شناختی که به عنوان عامل اثرگذار بر شیوع اختلالات روانی آوردیم، متغیر دینداری و تقید مذهبی بود و دیدیم که در شهر سایگون و به طور کلی کشور ویتنام، ارتباط چندانی بین این متغیر مستقل با اختلالات روانی ندارد. ترکیب ادیان در این کشور با جمعیتی بالغ بر ۹۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ و بر اساس آمار رسمی دولتی به طور کلی به شرح زیر است: ۷۳/۲ درصد بی‌دین، ۱۲/۲ درصد بودایی، ۶/۸ درصد مسیحی کاتولیک، ۴/۸ درصد کائودائیزم، ۱/۵ درصد مسیحی پروتستان و ... به علت عدم تعلقات دینی اکثریت مردم ویتنام، به سختی بتوان اثر دقیق این متغیر بر اختلالات روانی را سنجید. به عبارت دیگر، سنجش اثر این دو متغیر بر یکدیگر، نیاز به تحقیقی جداگانه دارد. اما آنچه از تئوری این پژوهش قابل استنباط است این است که دورکیم معتقد بود که با تقسیم کار فزاینده‌ی صورت گرفته در

جوامع مدرن، مذهب نمی‌تواند نقش پیشینی خود در فراهم نمودن انسجام اجتماعی را هنوز هم عهده‌دار باشد. نکته‌ای که می‌تواند راه‌گشای تبیین چنین وضعی باشد، انسجام اجتماعی‌ای است که بخشی از آن را مذهب می‌تواند در هر جامعه‌ای فراهم نماید. تقسیم‌کار جوامع مدرن بر لزوم برتری یافتن اهداف فردی بر اهداف اجتماعی و فراتر رفتن از شخصیت جمعی تأکید دارد. با چنین وضعی تضعیف مذهب به عنوان یکی از منابع فراهم آورنده‌ی انسجام اجتماعی، منجر به برتری یافتن آگوی فردی و خودپرستی و برتری یافتن اهداف فردی بر اهداف اجتماعی می‌شود. زمانی که راه دستیابی به این اهداف فردی فراهم نباشد و مذهب نیز به عنوان یکی از عوامل توجیه کننده و کنترل کننده‌ی اثر چنین محرومیتی، دچار ضعف شده باشد و نقش سابق خود را نتواند اجرا کند، فشار حاصل از عدم توانایی دستیابی به اهداف فردی منجر به احساس شکست و حقارت و تبعیض در افراد می‌شود و سلامت ذهن آن‌ها را در خطر قرار می‌دهد. با توجه به میزان ناچیز بیکاری در شهر سایگون، باید گفت که تقسیم‌کار پیشرفته در این شهر به خوبی توانسته است جایگزینی برای مذهب باشد. به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد که برتری دادن به صرف فعالیت اقتصادی و نیز اعتلای همه‌جانبه‌ی کشور، بالاترین هدفی است که مردم ویتنام دنبال می‌کنند و به همین جهت است که تقید مذهبی اثری ناچیز بر ابتلا به اختلالات روانی دارد.

و نکته‌ی پایانی این که دو شهری که مورد مطالعه واقع شدند یکی در شرقی‌ترین کشور آسیا و دیگری در غربی‌ترین کشور آسیا واقع‌اند - دو کشوری که به لحاظ‌های مختلف قومی، فرهنگی، تاریخی، دینی، نظام سیاسی - اقتصادی - اجتماعی، طبیعی، تولیدی با هم متفاوتند ولی مشترکاتی هم دارند که از آن جمله است توسعه‌ی اقتصادی، شهرنشینی و مهاجرت، صنعتی شدن و نیز پشت سر گذاشتن جنگ‌های فراگیر. یافته‌ی دور از انتظار از این پژوهش مقایسه‌ای، تفاوت فاحش در شیوع اختلالات روانی - ذهنی در دو شهر صنعتی این دو کشور است. داده‌های مستخرج از این پژوهش و اطلاعات و مشاهدات می‌تواند تا حدی این تفاوت را قابل فهم کنند. در ویتنام و مشخصاً شهر سایگون، شرایط مثبت و روی هم رفته مقبول زیر در کاهش شیوع اختلالات ذهنی اثرگذار بوده و هستند: نبود بیکاری، تأمین حداقل‌های اقتصادی مردم، سواد همگانی، قلت تنش‌های قومی - اجتماعی، ناپیدا بودن رویکردهای امنیتی در شهر، سازمان اداری مردمی‌تر، امکانات و تسهیلات بیشتر مردمی و توده‌ای، خدمات رفاهی و ولو حداقلی ولی گسترده، اعتماد اجتماعی روی هم رفته بالا، روابط مستحکم خانوادگی، روحیه‌ی بالای حمایت اجتماعی، اخلاق و رفتار آرام و گاه منفعلانه و قلت تنش و خشونت، تسامح دینی و ایدئولوژیک، فرهنگ اقناع و پذیرش وضع موجود، امید به آینده، روحیه‌ی کار و فعالیت و پیشرفت همراه با انتظارات کم، روحیه‌ی همکاری و احترام متقابل، حس قوی ملیت و ناسیونالیسم و غرور ملی. و این‌ها آموزنده است، چون این ویژگی‌ها و مشخصات و گرایش‌ها و رفتارها در کشوری و شهری جاری و ساری است که جنگ ویرانگر آمریکا را که با تخریب کلی بنیان‌های اقتصادی، تولیدی، زیست محیطی و طبیعی و فجایع وحشتناک انسانی همراه بوده است را تنها چند دهه است که پشت سر گذاشته است. و هشدار دهنده، وقتی مقایسه می‌کنیم با شهرهای بزرگ ما (به خصوص تهران) و از جمله شهر مورد مطالعه؛ اراک.

منابع:

۱. پهلوان‌زاده، فرهاد؛ جاراللهی، عذرا، (۱۳۹۰). بررسی تاثیر عوامل اجتماعی بر سلامت روان سالمندان روستایی. دو فصلنامه‌ی توسعه‌ی محلی (روستایی-شهری). سال سوم، شماره‌ی ۱.
۲. تامپسن، کنت، (۱۳۸۸). امیل دورکیم. ترجمه‌ی شهناز مسمی‌پرست. تهران: نشر نی.
۳. توکل، محمد؛ آرمسترانگ، دیوید، (۱۳۹۱). جامعه‌شناسی پزشکی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
۴. ستوده، هدایت‌الله، (۱۳۸۷). آسیب‌شناسی اجتماعی: جامعه‌شناسی انحرافات. تهران: انتشارات آوای نور.
۵. گیدنز، آنتونی (۱۳۶۳). دورکیم. ترجمه‌ی یوسف اباذری. تهران: انتشارات خوارزمی.
۶. محسنی، منوچهر، (۱۳۷۷). جامعه‌شناسی پزشکی. تهران: انتشارات طهوری.
۷. محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۹۴ و ۱۳۹۶). جامعه‌شناسی بالینی (جلد ۱ و ۲). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۸. مصلی‌نژاد، لیلا؛ امینی، میترا، (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین تحصیل و سلامت روانی در دو گروه دانشجویان سال آخر و اول دانشکده‌ی علوم پزشکی جهرم. فصلنامه‌ی اصول بهداشت روانی. سال ششم. شماره‌ی بیست و یکم و بیست و دوم. ۷۶-۷۱.
۹. نوربالا، احمدعلی و همکاران، (۱۳۹۳). سنجش سلامت روان و سرمایه‌ی اجتماعی ایرانیان. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
1. Anshensel SC, Phelan JC, Bierman A. (2012). Handbook of the Sociology of Mental Health. Netherlands: Springer Publication.
2. Duong Anh Vuong, Ewout Van Ginneken, Jodi Morris , Son Thai Ha, Reinhard Busse. (2011). Mental Health in Vietnam: Burden of Disease and Availability of Services. Asian Journal of Psychiatry.
3. Durkheim E. Suicide. (2005). (translation). Spaulding JA. New York: Routledge.
4. Durkheim E. (1984). The division of Labor in Society. New York: The Free Press.
5. Huong Nguyen. (2013). Linking Social Work with Buddhist Temples: Developing a Model of Mental Health Service Delivery and Treatment in Vietnam. British Journal of Social Work.
6. Kelley Lee, Rebecca Zapelli, Elliot M. Goldner, Nguyen Cong Vu, Kitty K. Corbett, Jill Murphy. (2015). The Political Economy of Mental Health in Vietnam: Key Lessons for Countries in Transition. Asia and the Pacific Policy Studies.
7. Kugelmass H, Garcia A. (2015). Mental Disorder among Nonreligious Adolescents. *Ment Health Relig Cult*. 18: 368-379.
8. Lisa K. Richardson, Ananda B. Amstadter, Dean G. Kilpatrick Mario T. Gaboury, Trinh Luong Tran, Lam Tu Trung, Nguyen Thanh Tam, Tran Tuan, La Thi Buoi, Tran Thu Ha. (2010). Estimating Mental Distress in Vietnam: the Use of the SRQ-20. *International Journal of Social Psychiatry*. 56: 133-142.
9. Merton KR. (1968). Social Theory and Social Structure. New York: The Free Press.
10. WHO. (2001). The World Health Report. <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
11. WHO. www.who.org.
12. Wibbelink JMC, Machteld H, Stams JMGJ, Oort JF. (2017). A meta-analysis of the association between mental disorders and juvenile recidivism. *Aggression and Violent Behavior*. 33: 78-90.
13. William CC. (2017). Sociology of Mental Disorders. 10th Ed. London and New York: Routledge Publication.
14. Yawo Bessa. (2012). Modernity Theories and Mental Illness: A Comparative Study of Selected Sociological Theories. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2: 31-38.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی