



## بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا (کیلان - ۱۳۷۴)

نورالله یعقوبی\*، دکتر مهدی نصر\*\*، دکتر داود شاه محمدی\*\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا بود. پس از انجام مطالعه مقدماتی جهت برآورد حجم نمونه، ۶۲۵ نفر (۳۳۴ زن، ۲۹۱ مرد) با روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی از بین پرونده‌های خانوار مرکز بهداشت انتخاب و بررسی شدند. در این پژوهش از پرسشنامه GHQ-28 به عنوان ابزار غربالگری و از چک لیست مصاحبه بالینی DSM-III-R به عنوان مصاحبه تشخیصی استفاده شد. نتایج نشان داد که ۲۳/۸۲ درصد نمونه (۳۰/۸۴ درصد زنان و ۱۵/۸ درصد مردان) دچار اختلال روانی هستند. اختلالات خلقی و اضطرابی به ترتیب با ۱۲/۱۶ و ۷/۵۲ درصد از شایعترین اختلالات روانی بودند. در گروه اختلالات خلقی افسردگی اساسی با ۶/۲۴ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی اختلال اضطراب منتشر با ۵/۱۲ درصد شیوع بیشتری داشته‌اند. نتایج همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی به گونه معنی داری در زنان، افراد بالای ۴۵ سال، متأهلین، بیوه‌ها، یسوادان، مردان بیکار، زنان خانه دار و در عین حال شاغل و در افرادی که خود و یا خانواده‌شان سابقه بیماری روانی داشتند بیش از سایرین بود.

**کلید واژه:** همه گیر شناسی، اختلالات روانی، صومعه سرا، پرسشنامه GHQ-28<sup>(۱)</sup>

اختلالات روانی مشکلاتی جدی و شایع هستند که در  
به علت اختلالات روانی، روانی - اجتماعی و عصبی بوده  
و این موارد ۲۰ درصد از کل مراجعین به مراکز بهداشتی  
سراسر دنیا مشاهده می‌شوند. ۴۰ درصد از تمامی ناتوانیها

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. تهران، خ طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران، مجری پایان نامه.

\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خ ستارخان، خ نیایش، دانشکده پزشکی طالقانی، استاد راهنما.

\*\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خ ایرانشهر، اداره مبارزه با بیماریها، استاد مشاور.

عمومی را تشکیل می‌دهند (سارتریوس<sup>(۱)</sup>، ۱۹۹۲). افزون بر آنها بر پایه برآوردهای سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۳) در دنیا حدود ۵۰۰ میلیون نفر از اختلالات روانی رنج می‌برند که از این عده حدود ۵۲ میلیون نفر مبتلا به اسکیزوفرنیا و نزدیک به ۱۵۰ میلیون نفر مبتلا به اختلالات نوروتیک می‌باشند و بیشتر این موارد در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود. از طرفی همین سازمان معتقد است حجم مسایل رفتاری و روانی در این کشورها روبه فزونی است و این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی و فروپاشی خانواده‌های گسترده و تغییر در شیوه زندگی مردم و مشکلات اقتصادی می‌باشد.

مروری بر مطالعات همه گیر شناسی که طی سه دهه گذشته انجام شده نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در کشورها و فرهنگهای مختلف به علت تفاوت در روشهای نمونه گیری، متنوع بودن ابزارهای مورد استفاده، تکنیکهای مختلف مصاحبه و نوع نظامهای طبقه بندی متفاوت گزارش گردیده است.

میزان شیوع این اختلالات در مطالعاتی که با استفاده از GHQ انجام شده در دامنه‌ای بین ۷/۳ درصد (هادیامونت<sup>(۲)</sup> و همکاران، ۱۹۸۷) تا ۲۲ درصد (استانسفلد<sup>(۳)</sup> و همکاران، ۱۹۹۱) قرار دارد. نتایج سایر بررسیها به شرح زیر است: فین لی - جونز<sup>(۴)</sup> و برویل<sup>(۵)</sup> (۱۹۷۷) ۱۶/۴ درصد، وازکوئز-بارکوئیرو<sup>(۶)</sup> و همکاران (۱۹۸۷) ۱۴/۷ درصد، چنگ<sup>(۷)</sup> (۱۹۸۸) ۱۸ درصد مردان و ۳۳/۳ درصد زنان، رومنس - کلارکسون<sup>(۸)</sup> و همکاران (۱۹۹۰) ۸/۴ درصد زنان شهری و ۶/۷ درصد زنان روستایی، لهتینن<sup>(۹)</sup> و همکاران (۱۹۹۰) ۱۷/۴ درصد، بهار<sup>(۱۰)</sup> و همکاران (۱۹۹۲) ۲۰ درصد.

مطالعات انجام شده در ایران نیز در دامنه‌ای بین حداقل ۱۱/۷ درصد در مطالعه باش (۱۳۴۲) و حداکثر ۴۳/۲ درصد در مطالعه داویدیان و همکاران (۱۳۵۳) قرار دارد. نتایج دیگر بررسیها بین ۱۳ تا ۱۸/۵ درصد

قرار دارند (باش ۱۳۴۳، ۱۳۴۷؛ باقری و همکاران، ۱۳۷۳؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ بهادرخان، ۱۳۷۲؛ کوکبه، ۱۳۷۳).

برنامه ریزی دقیق به منظور ارائه خدمات به این قشر عظیم در کشور و منطقه، نیاز به اطلاعات پایه دارد که در این راستا همه گیر شناسی اختلالهای روانی در مقام اول اهمیت قرار داشته، و از سوی دیگر مطالعات همه گیر شناسی ایران تا کنون فقط در مناطق روستایی (به جز مطالعه باش، ۱۳۴۷ در شهر شیراز) انجام گرفته است.

هدف کلی این پژوهش "بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا در استان گیلان" می‌باشد. افزون بر این پژوهش حاضر دارای چند هدف اختصاصی بوده است که دو مورد از مهمترین آنها در این مقاله بررسی می‌شوند:

- ۱- بررسی میزان شیوع اختلالهای روانی در جامعه مورد بررسی.
- ۲- بررسی رابطه بین عوامل دموگرافیک و بیماری روانی.

### روش پژوهش

این مطالعه از نوع مطالعات زمینه‌یابی<sup>(۱۱)</sup> است. جامعه آماری مورد بررسی را افراد ۱۵ ساله و بالاتر مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا در استان گیلان تشکیل می‌دهند. نمونه مورد بررسی به شیوه نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای منظم از بین پرونده‌های خانوار مرکز بهداشت شهرستان صومعه‌سرا انتخاب شد. با توجه به نتایج مطالعه مقدماتی و بر اساس رهنمودهای مندنهال<sup>(۱۲)</sup> و همکاران (۱۹۸۹) در مورد نمونه گیری خوشه‌ای، در مطالعه اصلی نیاز به ۲۲ خوشه ۱۰ خانواری بود. از این

1-Sartorius	2-Hodiamont
3-Stanefeld	4-Finly-Jones
5-Burvill	6-Vazques-Barquero
7-Cheng	8-Romans-Clarkeon
9-Lehtinen	10-Bahar
11-survey	12-Mendenhall

تجزیه و تحلیلها بر روی ۶۲۵ نفر انجام شد که از این عده ۳۳۴ نفر زن و ۲۹۱ نفر مرد بودند. سایر مشخصات نمونه مورد بررسی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

تعداد به نسبت جمعیت، ۶ خوشه شهری و ۱۶ خوشه روستایی و در مجموع ۶۶۰ نفر انتخاب گردیدند که تمامی آنها مورد غربالگری قرار گرفتند. در مرحله دوم ۳۵ نفر از شرکت در مصاحبه روانپزشکی امتناع ورزیدند. بنابراین

جدول ۱: ویژگیهای دموگرافیک آزمودنیها

عوامل دموگرافیک		جنسیت		مرد		زن		کل
		تعداد	درصد					
محل سکونت	شهری	۷۳	۱۱/۷	۹۴	۱۵	۱۶۷	۲۶/۷	درصد
	روستایی	۲۱۸	۳۴/۹	۲۴۰	۳۸/۴	۴۵۸	۷۳/۷	تعداد
سن	۱۵-۴۴ سال	۲۱۷	۳۴/۷	۲۵۳	۴۰/۵	۴۷۰	۷۵/۲	درصد
	۴۵ سال به بالا	۷۴	۱۱/۹	۸۱	۱۲/۹	۱۵۵	۲۴/۸	تعداد
تاهل	متاهل	۱۷۳	۲۷/۷	۲۳۶	۳۷/۸	۴۰۹	۶۵/۵	درصد
	مجرد	۱۱۸	۱۸/۹	۹۸	۱۵/۶	۲۱۶	۳۴/۵	تعداد
سواد	بیسواد و کم سواد	۱۰۵	۱۶/۸	۱۶۲	۲۵/۹	۲۶۷	۴۲/۷	درصد
	باسواد	۱۸۶	۲۹/۸	۱۷۲	۲۷/۵	۳۵۸	۵۷/۳	تعداد
شغل	شاغل	۲۴۷	۳۹/۵	۱۵۶	۲۴/۹	۴۰۳	۶۴/۴	درصد
	غیر شاغل	۴۴	۷/۱	۱۷۸	۲۸/۵	۲۲۲	۳۵/۶	تعداد
جمعیت خانوار	۱-۴ نفر	۷۴	۱۱/۹	۹۱	۱۴/۵	۱۶۵	۲۶/۴	درصد
	۵ نفر به بالا	۲۱۷	۳۴/۷	۲۴۳	۳۸/۹	۴۶۰	۷۳/۶	تعداد
کل		۲۹۱	۴۶/۶	۳۳۴	۵۳/۴	۶۲۵	۱۰۰	درصد

سئوالی می باشد. فرم ۲۸ سئوالی توسط گلدبرگ و هیلیر<sup>(۳)</sup> (۱۹۷۹) در اقدامی به منظور افزایش میزان واریانس و بر اساس تحلیل عاملی بر روی فرم اصلی ساخته شده و شامل ۴ مقیاس ۷ سئوالی نشانه های جسمانی، اضطراب،

### ابزارهای مورد استفاده

۱- پرسشنامه GHQ-28:

از دیدگاه هندرسون<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۰) GHQ (گلدبرگ<sup>(۲)</sup>)، (۱۹۷۲) شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهشها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرمهای ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲

1-Henderson

2-Goldberg

3-Hillier

اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. دو روش نمره گذاری برای GHQ متداول است.

مطالعات اعتباریابی GHQ-28 حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسشنامه می‌باشد. نتیجه فراتحلیل ۴۳ پژوهش که توسط ویلیامز<sup>(۱)</sup>، ماری<sup>(۲)</sup> و گلدبرگ (۱۹۸۸) انجام شد. به میانگین حساسیت ۸۴ درصد و متوسط ویژگی ۸۲ درصد دست یافت. نتیجه بررسی مقدماتی حاضر نیز نشان داد که حساسیت GHQ-28 در بهترین نمره برش ۲۳ برابر با ۸۶/۵ درصد و ویژگی آن برابر با ۸۲ درصد می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر برابر با ۰/۸۸ بدست آمد.

۲- چک لیست مصاحبه بالینی DSM-III-R:

این چک لیست در ۵ بخش علایم جسمانی، اضطرابی، خلقی، روانی عضوی و سایکوتیک تنظیم شده و روانپزشک بر اساس دستورالعملی که به همین منظور تدوین شده کلیه علایم را بررسی و به تشخیص می‌رسد. در بررسی مقدماتی که بر روی ۳۰ بیمار سرپایی انجام شد توافق بین دو روانپزشک در تشخیص موارد افسردگی و غیرافسردگی برابر با (K=۰/۸۴) و برای اسکیزوفرنیا و غیراسکیزوفرنیا برابر با (K=۰/۷۸) بدست آمد.

## روش اجرا

این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت:

(۱) غربالگری

(۲) مصاحبه تشخیصی

در مرحله نخست کلیه افراد مورد بررسی توسط پژوهشگر و یک نفر لیسانس روانشناسی بالینی به عنوان دستیار و از طریق مصاحبه حضوری و شفاهی با پرسشنامه GHQ-28 بررسی شدند.

برای اجرای هر مصاحبه و تکمیل پرسشنامه حدود ۴ تا ۶ دقیقه زمان صرف می‌شد. در مرحله دوم با کلیه افرادی که در پرسشنامه نمره‌ای برابر یا بالاتر از نمره برش ۲۳ گرفته بودند توسط روانپزشک که از نتیجه آزمون

اطلاعات بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع ۲۳/۸۴ درصد افراد مورد مطالعه دچار اختلال روانی هستند. این میزان در زنان تقریباً دو برابر مردان بود (۳۰/۸۴ درصد زنان در مقابل ۱۵/۸ درصد مردان)

هیچگونه اطلاعی نداشت، با استفاده از چک لیست یباده شده، مصاحبه و تشخیص مناسب برای آنان عنوان می‌شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها و استخراج داده‌ها کلیه اطلاعات با استفاده از برنامه کامپیوتری EPI-5 بررسی و تجزیه و تحلیل شدند.

## یافته‌های پژوهش

اطلاعات بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع ۲۳/۸۴ درصد افراد مورد مطالعه دچار اختلال روانی هستند. این میزان در زنان تقریباً دو برابر مردان بود (۳۰/۸۴ درصد زنان در مقابل ۱۵/۸ درصد مردان). همانگونه که در جدول شماره ۲ دیده می‌شود اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی به ترتیب با ۱۲/۱۶ و ۷/۵۲ درصد از شایعترین اختلالات بودند.

در گروه اختلالهای خلقی افسردگی اساسی با ۶/۲۴ درصد و درگروه اختلالهای اضطرابی اختلال اضطراب منتشر با ۵/۱۲ درصد شایعترین اختلالها بودند. وابستگی به تریاک، اختلال انفجاری متناوب و مقاربت دردناک کنشی در زنان هر کدام با یک مورد (۰/۱۶ درصد) کمترین میزان شیوع را داشتند. البته باید گفت که شیوع

جدول ۲: میزان شیوع انواع اختلالات روانی و صرع به تفکیک جنسیت در نمونه مورد مطالعه

جنسیت			تشخیص
کل (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)	
۲۳/۸۴	۳۰/۸۴	۱۵/۸	کلیه اختلالات روانی*
۱/۲۸	۲/۴	-	سندرمهای روانی عضوی
۰/۱۶	۰/۳	-	اختلالهای مربوط به وابستگی به مواد تحریک زای روانی
۰/۸	۰/۳	۱/۴	اختلالات اسکیزوفرنیک
۱۲/۱۶	۱۵/۲۵	۸/۵۶	اختلالات خلقی
۷/۵۲	۱۱/۲۷	۳/۴۶	اختلالات اضطرابی
۱/۹۲	۳/۶	-	اختلالات شبه جسمانی
۰/۱۶	۰/۳	-	مقاربت دردناک کنشی در زنان
۰/۱۶	۰/۳	-	اختلال انفجاری متناوب
۰/۸	۰/۳	۱/۳۶	اختلال سازگاری
۱/۱۲	۱/۵	۰/۶۸	عوامل مؤثر بر شرایط جسمانی
۰/۸	۱/۲	۰/۳۴	عقب ماندگی ذهنی
۰/۸	-	۱/۷۲	صرع

\* به دلیل دو تشخیصه بودن برخی از بیماران حاصل جمع شیوع هر یک از اختلالها از میزان شیوع کلیه اختلالات روانی بیشتر می شود.

زیر ۴۵ سال می باشد.

(ج) میزان شیوع اختلالات به ترتیب در افراد بیوه، متأهل و مجرد بیشتر است، اما با توجه به اینکه تعداد افراد بیوه در نمونه کم بود، داده های مربوط به آنها با افراد مجرد ادغام و به عنوان افراد غیر متأهل با متأهلهای مقایسه شدند. نتایج نشان داد میزان شیوع اختلالها به گونه معنی داری به ویژه در زنان متأهل بیشتر از زنان غیر متأهل است.

(د) میزان شیوع اختلالات روانی در مردان و زنان بی سواد و کم سواد به گونه معنی داری بیش از باسوادها بود.

(ه) میزان شیوع اختلالات روانی در مردان غیر شاغل (بیکار و بازنشسته) بطور معنی داری بیشتر از مردان

واقعی این اختلالات در جامعه بیشتر است ولی به علت مسایل فرهنگی آزمودنیها از ابراز آنها خودداری می کنند. در تمامی اختلالات بجز اسکیزوفرنیا، اختلال سازگاری و صرع میزان شیوع در زنان بیش از مردان است.

جدولهای ۳ و ۴ میزان شیوع اختلالات روانی را بر حسب عوامل دموگرافیک و به تفکیک جنسیت و کل نشان می دهد. با توجه به این اطلاعات در می یابیم که:

الف) میزان شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری است اما این تفاوت فقط در مورد مردان معنی دار است.

ب) میزان شیوع اختلالات روانی در مردان، زنان و کل افراد بالای ۴۵ سال به گونه معنی داری بیشتر از افراد

جدول ۳: میزان شیوع اختلالات روانی بر حسب سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، جمعیت خانوار و محل سکونت

جنسیت			متغیرها
کل (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)	
			گروههای سنی
۱۹/۸	۲۵/۳	۱۳/۴	۱۵-۴۴ ساله
۳۶/۱	۴۸/۱	۲۳	۴۵ ساله و بیشتر
			وضعیت تأهل
۲۷/۹	۳۵/۶	۱۷/۳	متأهل
۱۶/۲	۱۹/۴	۱۳/۵	مجرد
			سطح تحصیلات
۳۴/۵	۴۳/۲	۲۱	بیسواد و کم سواد
۱۵/۹	۱۹/۲	۱۲/۹	باسواد
			وضعیت شغلی
۲۲/۶	۳۷/۸	۱۳	شاغل
۲۶/۱	۲۴/۷	۳۱/۸	غیرشاغل
			جمعیت خانوار
۲۴/۸۴	۲۹/۷	۱۸/۹	۱-۴ نفر
۲۴/۸۴	۳۱/۳	۱۴/۷	۵ نفر و بیشتر
			محل سکونت
۱۹/۷۶	۲۷/۶	۹/۶	شهری
۲۵/۳۳	۳۲/۱	۱۷/۹	روستایی

جدول ۴: میزان شیوع اختلالات روانی بر حسب نسبت خویشاوندی والدین، سابقه بیماری در فرد و سابقه بیماری در خانواده

جنسیت			متغیرها
کل (درصد)	زن (درصد)	مرد (درصد)	
۲۸/۳۳	۳۲/۴	۲۳	نسبت خویشاوندی والدین
۷۲/۹	۷۳/۲۵	۷۲	سابقه بیماری روانی در فرد
۳۰	۳۵/۳	۲۳	سابقه بیماری روانی در خانواده

در خانواده رابطه معنی داری وجود دارد، اما بین ابتلا به اختلال روانی با جمعیت خانوار و نسبت خویشاوندی والدین رابطه معنی داری وجود ندارد.

#### بحث در نتایج

نتایج پژوهشهای انجام شده در ایران نشان می‌دهد که

شاغل بود. این تفاوت در مورد زنان برعکس بود. زنان شاغل به گونه معنی داری بیشتر از زنان غیرشاغل دچار بیماری روانی بودند.

همچنین انجام آزمون آماری  $\chi^2$  نشان داد که بین ابتلا به اختلال روانی و متغیرهای محل سکونت، جنس، سن، وضعیت تأهل، سواد، شغل، سابقه بیماری روانی در فرد و

طیف اختلالات روانی در ایران بین ۱۱/۷ درصد در مطالعه باش (۱۳۴۲) تا ۴۳/۲ درصد در مطالعه داویدیان (۱۳۵۳) در نوسان می‌باشد.

مقایسه یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در ایران با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در این پژوهش‌ها به جز پژوهش داویدیان (۱۳۵۳) پایین‌تر از بررسی حاضر است. نتیجه مطالعه باش (۱۳۴۷) در شهر شیراز تا حدودی با نتیجه بررسی حاضر همخوانی دارد. اما وجود این تفاوتها می‌تواند ناشی از روش و ابزارهای مورد استفاده برای غربالگری و تشخیص، استفاده از نظامهای طبقه بندی مختلف، شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، جغرافیایی گوناگون، زمان اجرای پژوهش و سن افراد مورد بررسی باشد.

میزان شیوع اختلالات روانی در پژوهش حاضر از میزان شیوع بدست آمده در بیشتر پژوهشهایی که با GHQ انجام شده بالاتر است، اما با بررسی استانسفلد و همکاران (۱۹۹۱) که در ولز انجام شده (۲۲ درصد)، همخوانی دارد.

در پژوهش حاضر همانند بیشتر بررسیهای گزارش شده، اختلالات افسردگی و اضطرابی از شایعترین اختلالها هستند. پژوهشهای انجام شده در ایران نیز چنین نتیجه‌ای را نشان می‌دهند. اما باید در اینجا به یک نکته اشاره کرد و آن اینکه در پژوهشهای ایرانی بر خلاف پژوهش حاضر در برآورد میزان شیوع این اختلالها، مواردی را که دارای دو تشخیص یا بیشتر بودند مشخص نموده‌اند و از این نظر با هم کاملاً قابل مقایسه نیستند.

پژوهش حاضر همانند تمامی پژوهشهای انجام شده در سرتاسر دنیا نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان است. شواهد نشان می‌دهد نرخ بالای بیماری روانی در زنان قبل از همه به نقشهای جنسی و زناشویی آنها مربوط می‌شود. اکثر زنان به داشتن یک

نقش اجتماعی عمده یعنی خانه‌داری محدود هستند در صورتی که مردان دست کم دو نقش ایفا می‌کنند: سرپرستی خانواده و داشتن شغل. بنابراین دو منبع رضایت دارند، در حالی که زنان فقط یک منبع رضایت دارند (والترگاو<sup>(۱)</sup>)، (۱۹۷۸). اما بر خلاف این تبیین در پژوهش حاضر می‌بینیم که زنان شاغل بیش از زنان خانه‌دار دچار بیماری روانی هستند. همین مؤلف در تبیین این مسئله اظهار می‌کند که حتی زمانی که زن متأهل کار می‌کند در مقایسه با مرد متأهلی که کار می‌کند احساس رضایت کمتری دارد. افزون بر آن در مورد شغل‌های آزاد و تجاری نیز تبعیض وجود دارد و زنان معمولاً در کارهایی گمارده می‌شوند که با سطح تحصیلاتشان متناسب نیست. افزون بر این میزان بالای اختلال روانی در جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر و بخصوص زنان ممکن است به شیوه زندگی و نوع شغل آنها بستگی پیدا کند. همانگونه که داویدیان و همکاران (۱۳۵۳) خاطر نشان ساخته‌اند به نظر می‌رسد بار زندگی در این مناطق عملاً بر دوش زنان نهاده شده است. زنها افزون بر مسئولیت خانه‌داری در امور کشاورزی (کشت برنج و برداشت چای در منطقه مورد بررسی) نیز مسئولیتهای سنگینی دارند. در حالی که مردان ساعات فراغت و استراحت کافی در اختیار دارند زنان کمتر به چنین فرصتی دست می‌یابند.

یافته‌های پژوهش حاضر همانند پژوهشهای لی<sup>(۲)</sup> و همکاران (۱۹۹۰)، داویدیان و همکاران (۱۳۵۳)، باقری و همکاران (۱۳۷۳) و جاویدی (۱۳۷۲) نشان داد بین سن و ابتلا به اختلال روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین همانند پژوهشهای ازکوئز - بارکوئیر و همکاران (۱۹۸۷)، هادیامونت و همکاران (۱۹۸۷)، چنگ (۱۹۸۸) و بر خلاف مطالعات همه‌گیر شناسی مناطق تحت پوشش در آمریکا (رژیه<sup>(۳)</sup>) و همکاران،

1-Walter Gave

2-Lee

3-Regier

۱۹۸۸) میزان شیوع در افراد بالای ۴۵ سال بیشتر می‌باشد. افزایش میزان شیوع در سنین بالاتر را می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد. بلیزر<sup>(۱)</sup> و ویلیامز<sup>(۲)</sup> (۱۹۸۰)، گلد برگ و همکاران (۱۹۷۹) و آندریوس<sup>(۳)</sup> و همکاران (۱۹۷۹)، (به نقل از مورل<sup>(۴)</sup> و همکاران، ۱۹۸۳) معتقدند که وجود بیماریهای جسمی در این بیماران و عواملی همچون تحلیل رفتن قوای بدنی، پیری، بازنشستگی، از کارافتادگی، یائسگی در زنان و در مجموع آسیب پذیری بیشتر در مقابل استرسها و بیماریها عواملی هستند که به عنوان عامل خطر محسوب شده و احتمالاً شیوع اختلالات روانی در افراد مسن را زیاد می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر همچون پژوهشهای هادیامونت و همکاران (۱۹۸۷) و قویباش<sup>(۵)</sup> و همکاران (۱۹۹۲) نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی به ترتیب در افراد بیوه، متأهل و مجرد بیشتر است. ولی چون تعداد افراد بیوه مورد بررسی در این پژوهش کم می‌باشد (۱۸ نفر) باید با احتیاط به آن نگریسته شود. اما مقایسه افراد متأهل و غیر متأهل نشان داد که در این مطالعه همانند مطالعات رومنس - کلارکسون و همکاران (۱۹۹۰)، باقری و همکاران (۱۳۷۳) و جاویدی (۱۳۷۲) شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل بیشتر است.

براون<sup>(۶)</sup> و هریس<sup>(۷)</sup> (۱۹۷۸) و بسینگتون<sup>(۸)</sup> و همکاران (۱۹۸۱) دلیل این بالا بودن را داشتن فرزندان خردسال می‌دانند و افزون بر آن می‌توان به استرسورهای اقتصادی - اجتماعی وارد بر افراد متأهل از قبیل کسب درآمد و اداره زندگی و رسیدگی به امور فرزندان اشاره نمود.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میزان شیوع اختلالهای روانی تا حدودی در مناطق روستایی بیشتر است اما این تفاوت همچون نتایج پژوهشهای دادفال<sup>(۹)</sup> و همکاران (۱۹۸۳)، رومنس - کلارکسون و همکاران (۱۹۹۰) و کسلر<sup>(۱۰)</sup> و همکاران (۱۹۹۴) معنی دار نیست. دلیل این امر را شاید بتوان به نوع بافت فرهنگی -

اجتماعی مناطق شمال کشور نسبت داد که از این نظر تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین آنها وجود ندارد. از سوی دیگر شهر صومعه سرا جزء شهرهای کوچک به حساب می‌آید و استرسورهای زندگی صنعتی در آن زیاد دیده نمی‌شود.

یافته‌های این پژوهش مانند بسیاری از یافته‌های پژوهشی دیگر نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در افراد بی‌سواد بیشتر است. رعایت اصول پیشگیری و بهداشت روانی، درمان سریع و به موقع و استفاده از روشهای مناسب برای مقابله با استرسها نزد افراد با سواد از جمله عواملی است که می‌توان در تبیین این پدیده عنوان نمود.

میزان شیوع اختلالهای روانی در مردان بیکار و بازنشسته و زنانی که افزون بر خانه‌داری در بیرون از خانه فعالیت دارند بیشتر می‌باشد. براون و پرودو<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۸۱) و وازکوئز - بارکوئرو و همکاران (۱۹۸۷) نیز به همین نتیجه دست یافتند. همچنین بسینگتون و همکاران (۱۹۸۱)، هادیامونت و همکاران (۱۹۸۷)، چنگ (۱۹۸۸)، هولی فیلد<sup>(۱۲)</sup> و همکاران (۱۹۹۰)، استانسفلد و همکاران (۱۹۹۱)، باقری و همکاران (۱۳۷۳) و جاویدی (۱۳۷۲) نیز نشان دادند که شیوع اختلالات روانی در افراد بیکار بیشتر است.

در تبیین این مسئله پیتروار<sup>(۱۳)</sup> (۱۹۸۲) اظهار می‌دارد که داشتن شغل از چند نظر حائز اهمیت است که عبارتند از:

۱- کسب درآمد

۲- انجام فعالیت فیزیکی و روانی

1-Blazer	2-Williams
3-Andrews	4-Murrel
5-Ghobash	6-Brown
7-Harris	8-Bebbington
9-Dhadphale	10-Kessler
11-Produ	12-Hollifield
13-Peter Warr	



### ۳- ایجاد تنوع

#### ۴- برقراری تماسهای اجتماعی

۵- کسب جایگاه و هویت در جامعه و... بنابراین وقتی فردی بیکار می‌شود تمامی این مزایا را از دست می‌دهد و این مشکل نیز بر استرس‌ورهای وی افزوده می‌گردد.

اما اینکه وجود فعالیت در بیرون از خانه برای زنان خانه‌دار جمعیت حاضر با شیوع بیشتر اختلال همراه است را می‌توان به تحمل فشارهای ناشی از کار در منزل و همزمان فعالیت بیرون از منزل نسبت داد و همانگونه که والترگاو (۱۹۷۸) گفته است شاغل بودن زنان باعث می‌شود که در مجموع ساعات کار زنان نسبت به شوهرانشان بیشتر شود. افزون بر آن نوع شغل و شیوه انتخاب آن در زنان متفاوت از مردان است.

در بررسی حاضر بین داشتن اختلال روانی و جمعیت خانوار رابطه معنی‌داری پیدا نشد. این یافته مؤید نتایج بهادرخان (۱۳۷۲) و کوبه (۱۳۷۳) است. اما پژوهشهای باقری و همکاران (۱۳۷۳) و جاویدی (۱۳۷۲) نشان دادند که شیوع اختلال در خانواده‌های ۵ نفره و بیشتر بالاتر است. در پژوهش حاضر طبقه بندی جمعیت خانواده به ۳ طبقه، ۱ تا ۴ نفره، ۵ تا ۱۰ نفره و ۱۱ نفره و بیشتر نشان داد که میزان شیوع در گروه اخیر بالاتر است که از این نظر با پژوهشهای یاد شده همخوانی دارد.

کسب‌دهای عاطفی و اقتصادی، رقابت و خصومت‌های زیاد بین خواهر و برادرها و وجود بیشتر فشارهای روانی در خانواده‌های پر جمعیت از جمله عواملی است که شاید بتوانند این مسئله را تبیین کنند.

گرچه نتایج این بررسی رابطه معنی‌داری بین ابتلا به اختلال روانی و نسبت خویشاوندی والدین نشان نداد اما میزان شیوع در بیمارانی که والدینشان با یکدیگر فامیل بودند بیشتر بود.

همانگونه که انتظار می‌رود شیوع اختلالات روانی در کسانی که سابقه قبلی دارند بیشتر است. اما یافته جالب در این پژوهش این بود که ۳۷ درصد افرادی که توسط

کسب‌دهای عاطفی و اقتصادی، رقابت، خصومت‌های زیاد بین خواهرها و برادرها و وجود فشارهای روانی در خانواده پر جمعیت می‌تواند از جمله عوامل مؤثر بر اختلال‌های روانی باشد

روانپزشکان و پرسشنامه، بیمار روانی شناخته شدند فکر می‌کردند قبلاً به بیماری روانی مبتلا نبوده‌اند.

این موارد را بیشتر اختلال‌های خفیف روانی تشکیل می‌دهند که برای درمان هم معمولاً نزد پزشکان عمومی و یا متخصصین غیر روانپزشک مراجعه می‌کنند. داویدیان (۱۳۵۰)، باقری و همکاران (۱۳۷۳)، جاویدی (۱۳۷۲)، کوبه (۱۳۷۳) و بهادرخان (۱۳۷۲) هم نشان داده‌اند که تعداد اینگونه افراد در بین بیماران روانی در همین سطح می‌باشد. البته نمی‌توان مسائل فرهنگی را از نظر دور داشت، زیرا مردم دوست ندارند بیماری خود را به مسایل روانی نسبت دهند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سابقه بیماری روانی در خانواده و وجود بیماری روانی در فرد رابطه معنی‌داری وجود دارد. این یافته‌ها می‌تواند تأییدی بر نظریه ژنتیک بیماری روانی باشد. تسوانگ<sup>(۱)</sup> و واندرلی<sup>(۲)</sup> (۱۹۸۰)، به نقل از ساراسون و ساراسون، (۱۹۸۷) نشان داده‌اند که میزان خطر بروز اختلال اسکیزوفرنیا در وابستگان شخص اسکیزوفرنیک از ۵۷/۷ درصد در دوقلوهای همسان تا ۲ درصد برای عموها و عمه‌ها در تغییر می‌باشد و در مجموع بیش از خطر بروز برای جمعیت عمومی است که ۰/۸۶ درصد می‌باشد.

## قدردالی

در پایان از اساتید محترم انستیتو روانپزشکی تهران بویژه آقایان دکتر محمد تقی براهنی، دکتر جعفر بوالهری، دکتر بهروز بیرشک و اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی گیلان آقایان دکتر ابوتراب قنبری، دکتر سید علی پیرنیا، دکتر اسماعیل نورصالحی، دکتر سید احمد قیامی، دکتر ذبیح الله اشتری و خانم دکتر هما ضرابی همچنین آقایان حسن پالانگ، بیژن اسکندری، فرزین اکبری، هوشمند لایقی، محمود مجتهدی، علیرضا تشکر حسینی و خانم دکتر کتایون خوشابی که هر کدام به نوعی ما را در اجرای این پژوهش یاری داده‌اند تشکر می‌گردد.

ساراسون، ایروین جی. و ساراسون، باربارا آر. (۱۳۷۴). روانشناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری و محسن دهقانی. جلد دوم، تهران: انتشارات رشد.

سارتریوس، نرمان (۱۳۷۲). *برنامه‌های بهداشت روانی: مفاهیم و اصول*. ترجمه داود شاه محمدی، حسن پالانگ و نورالله یعقوبی. تهران: انتشارات مجمع علمی فرهنگی مجد. کوبه، فرخ (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذر شهر تبریز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd edition.

Washington, D. C.: A. P. A.

Bahar, E., Henderson, A. S., & Mackinon, A. J. (1992). An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 257-63.

Bebbington, P., Hurry, J., Tennant, C., Sturt, E., & Wing, J. K. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-79.

Cheng, T. A. (1988). A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychological Medicine*, 18, 953-68.

Dhadphale, M., Ellison, R. H., & Griffin, L. (1983). The frequency of psychiatric disorders among patients attending semi-urban and rural general out-patient clinics in Kenya. *British Journal of Psychiatry*, 142, 379-83.

Finlay - Jones, R. A., & Burvill, P. W. (1977). The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological Medicine*, 7, 475-89.

## منابع

باش، ک. و. (۱۳۴۲). *روح نابسامان*. تألیف: ناصرالدین صاحب

الزمانی. تهران: انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطایی. صص ۹۴-۱۲۲

باقری یزدی، عباس؛ بوالهری، جعفر؛ شاه محمدی، داوود؛ (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق

روستایی میبد یزد، اندیشه و رفتار، سال اول، شماره یک، صص ۳۲-۴۲

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد - خراسان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

جاویدی، حجت‌الله (۱۳۷۲). بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت - فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهایتیان، وارثکس و معتبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر، ۱۳۵۰). نشریه بهداشت ایران، سال سوم، شماره چهارم، صص ۵۶-۱۴۵.

- Henderson, A. S. (1990). *An introduction to social psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Hodiamont, P., Peer, N., & Syben, N. (1987). Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 17, 495-505.
- Kessler, R. C., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lehtinen, V. et al. (1990). Prevalence of mental disorders among adults in Finland: Basic results from the mini Finland health survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 418-25.
- Ghobash, R., Hamidi, E., & Bebbington, P. (1992). The Dubai community psychiatric survey: I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27: 53-61.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Gove, W. R. (1978). Sex differences in mental illness among adult men and women: An evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. *Social Science and Medicine*, 12, 187-198.



## حمله هراس و مانیا

احتمال ابتلاء بیماران خلقی مانیک به بیماری حمله هراس بالا می‌باشد. بطوری که شیوع این بیماری در طول دوره عمر برای یک بیمار مانیک ۲۰٪ و برای یک بیمار افسرده دو قطبی ۱۰٪ می‌باشد. بنابراین توجه به این ابتلاء همزمان در جریان درمان حائز اهمیت می‌باشد.