

مسائل ایران

مسائل ایران فزك يا « میان - شهر » ایران دوره دوم شماره ۹

از : دکتر ناصرالدین صاحب الزماني

فزك يا « میان - شهر » ایران

قسمت دوم

درسال ۱۹۲۴ میلادی ، گروهی از پژوهندگان اجتماعی و مردم شناسی امریکا ، دریکی از شهرهای نسبتاً متوسط آن کشور ، به پژوهشی ژرف و بی سابقه دست آزدند . این گروه ، برای آنکه بررسی آنان ، صرفاً جنبه‌ی کشفی علمی را دارا باشد ، و هویت شهر و راز مردم آن برسرزبانها نیفتد ، شهر پژوهیده را ، بطور مستعار ، «میان شهر Middletown» نامیدند . میان شهر از آن پس ، نامی سرشناس و بعنوان سرمشق والگوی شهر پژوهشی اجتماعی ، مورد استناد و پیروی در تحقیقات و ادبیات اجتماعی قرار گرفت . شهر دیگری که به شیوه‌ی میان شهر همچنان با نام مستعار ، در امریکا ، بررسی شده است ، «یانکی شهر Yankee City» نام دارد برای اطلاع بیشتر درباره‌ی میان شهر و یانکی شهر ، در زبان فارسی رجوع کنید به - :

هیس : تاریخ مردم شناسی ، ترجمه‌ی ابوالقاسم طاهری .

ابن سینا ، تهران ۱۳۴۰ : ص ۶۱۲ - ۵۷۶ - ن . ص

تقسیم بندی بیماریهای روانی در ایران
چنانکه قبلاً یاد آور شدیم ، هنوز تقسیم بندی واحدی برای بیماری های روانی در جهان ، معمول نیست . حتی تقسیم بندی پیشنهادی سال ۱۹۴۸ سازمان جهانی بهداشت ، از طرف بسیاری از کشورهای متمدنی ، پذیرفته نشده است . پاره‌ای از کشورها ، بنا به سنت گذشته‌ی روان پزشکی خود ، از تقسیم بندی های مختلف پیروی می کنند . با این وجود ، از نظر عملی ، اداره‌ی بهداشت روانی ، برای آمارگیری و کسب اطلاعات مربوط به همه‌ی گیری شناسی ، ناگزیر از قبول تقسیم بندی واحد مشخصی بوده است . ما این تقسیم بندی مشخص را ، از سال ۱۳۳۹ در پرسشنامه های روانی خود ، معمول داشته ایم .

تقسیم بندی بیماریهای روانی ، بنا بر پرسشنامه‌ی روانی اداره‌ی بهداشت روانی ، یک تقسیم بندی ساده ، بر اساس پنج شاخه‌ی اصلی یا مقوله‌ی اساسی از بیماریهای روانی ، شامل شانزده (۱۶) نوع مختلف است . شاخه‌های اصلی پنجگانه‌ی بیماریهای روانی و انواع شانزده گانه‌ی آنها ، بنا بر تقسیم بندی ما ، عبارتند از :

۱ - پسی کوزهای فونکسیونل : : I - Functional psychoses

- a. schizophrenia الف - اسكي زوفرنی
 b. manic - depressive ب - مانیک دبرسيو
- II - Acute symptomatic ۲ - پسي كوزهای سيمپتوماتيك
 Psychoses: حاد - :
 a. infectious الف - عفوني
 b. toxic ب - توكسيك
 c. puerperal ج - زايمانی
 d. other د - علل گوناگون
- III - Subchronic and ۳ - پسي كوزهای ارگانيك مزمن
 chronic organic psychoses: و نیمه مزمن - :
 a. general paralysis. الف - فالج مترقي
 b. epilepsy ب - صرع
 c. senile and ج - جنونهای پیری ، و
 arteriosclerotic آرتری یوس كلروزيس
 d. other د - سایر بيماريهای عفوني
- IV - Reactive disorders: ۴ - نابسامانيهای واكشنی - :
 a. neuroses الف - نوروژها
 b. reactive depression ب - دبرسيون واكشنی
 c. other ج - انواع ديگر
- V - Constitutional ۵ - نابسامانیهای سرشتی - :
 disorders:
 a. feeble mindedness الف - كودنیها وضعهای فكري
 b. psychopaty ب - پسي كوباتی
- جدول ۳ - بسآمد جنس بيماريهای روانی در فزك

شماره	بیماریها	بیماران			در صد از ۵۰۰ آزموده	در هزار از
		جمع	مرد	زن		
۱	پسي كوزهای فونكسيونل	۱	۱	—	۰۰/۰۲/۰	۰/۰۱/۲
۲	پسي كوزهای سيمپتوماتيك حاد	—	—	—	—	—
۳	پسي كوزهای سيمپتوماتيك	۹	۲	۷	۱۷/۹	۱۵/۱
۴	مزمن و نیمه مزمن نابسامانيهای واكشنی	۴۲	۱۴	۲۸	۸۳/۱	۷۱/۳
۵	نابسامانيهای سرشتی	۷	۷	۴	۱۳/۷	۱۱/۹
	جمع	۵۹	۲۰	۳۹	۱۶۶/۸	۱۰۰/۰۰

در پژوهش روانی قزک نیز عمداً ، بخاطر سهولت مقایسه میان بیماران روانی بالینی در ایران ، با جمعیت‌های عادی منتخب برای همه - گیری شناسی روانی ، عین همان تقسیم بندی معمول چند ساله‌ی اداره‌ی بهداشت روانی را ، از بیماریهای روانی ، بکار برده‌ایم . لیکن در آزمایش های کلینیکی و پاراکلینیکی دقیق روان پزشکی از بیماران قزک ، انواع شازده گانه‌ی موجود در تقسیم بندی ما ، به بیست و چهار نوع (۲۴) رسیده‌است . در اینجا برای آنکه این گزارش بیش از این جنبه‌ی تخصصی بخود نگیرد ، ناچار از ذکر اینگونه دقایق خودداری میکنیم .

جدول ۳ بسآمد و شیوع بیماریهای روانی را
 انواع
 در قزک ، بر حسب مقولات پنجگانه‌ی بیماریهای
 بیماریهای روانی در قزک
 اصلی روانی در تقسیم بندی ما ، نشان می‌دهد .
 بطوریکه در جدول ۳ دیده می‌شود ، «پسی کوزهای سیمپتوماتیک حاد»
 یعنی دومین مقوله از بیماریهای روانی ، در تقسیم بندی ما ، هنگام پژوهش ،
 در قزک وجود نداشته است .

در جدول ۴ ، انواع مهم بیماریهای روانی شایع در قزک - صرف نظر از مقولات پنجگانه - نشان داده شده است . در جدول ۴ ، ما باهشت نوع بیماری ، بترتیب مراتب شدت شیوع آنها در قزک ، سروکار داریم .
 بیماری صرع در پژوهش قزک ، در اصل از جمله بیماری های اعصاب (نویروژنیک) بشمار رفته است ، نه از زمره‌ی بیماری های روانی (پسی کیاتریک) . لیکن هرگاه با ناراحتی های روحی توأم بوده‌است ، از دسته‌ی دوم - بیماری های روانی - محسوب گشته‌است .



جدول ۴ - شیوع انواع بیماریهای روانی در قرق

ش	بیماریها	بیماران			در صد از ۵۰۰ آزموده	در هزار از ۵۰۰
		جمع	مرد	زن		
۱	نوروزها	۱۶	۶	۱۰	۰/۰۳۰/۷	۰/۰۲۷/۱
۲	اختلالات عاطفی ساده	۱۳	۴	۹	۲۵/۷	۲۲/۱
۳	روان تنی	۱۳	۴	۹	۲۵/۷	۲۲/۱
۴	پسی کوزهای سیمپتوماتیک بعلل گوناگون	۷	۱	۶	۱۳/۸	۱۱/۸
۵	کودنی ها و پسی کویاتی	۷	۳	۴	۱۳/۸	۱۱/۹
۶	صرع	۲	۱	۱	۴/۱	۳/۳
۷	اسکی زوفرنی	۱	۱	—	۲/۰	۱/۷
۸	مانیک دپرسیو	—	—	—	—	—
۹	جمع	۵۹	۲۰	۳۹	۱۶۶/۸	۱۰۰/۰
۱۰	بسامد بیماریها در هر هزار تن (۵۹ بار بیماری)	۱۶۶/۸				
۱۱	بیماران در هر هزار تن (۵۰ بیمار)	۹۸/۹				

دسته بندی ناراحتی ها در قرق برای سهولت عملی و ملاحظات پزشکی اجتماعی ، موارد بیماری آسان در قرق ، چه از نظر روان پزشکی و چه از نظر نپورولوژی ، بطوریکه در جدول ۵ دیده می شود ، به سه دسته ی نسبت آسان ، متوسط و دشوار ، تقسیم شده است . دسته ی یک ، یا گروه آسان ، افرادی بیمار آسان شمار می روند که از ناراحتی های نسبت ساده رنج می برند . لیکن ناراحتی آنها ، طوری نیست که آنان را ، در «همسازی اجتماعی» و فعالیت های اقتصادی و حرفه ای ، بکلی زبون و فلج سازد . چهارده مورد از پنجاه ($\frac{14}{50}$) مورد روانی ، و ۸ بیمار از ۳۳ مورد نپورولوژیک ($\frac{8}{33}$) ، از زمره ی گروه یک شمار می روند .

بیماران متوسط دسته‌ی دوم یا گروه بیماران متوسط، کسانی هستند که بدون تردید، از ناراحتی‌های روانی و اعصاب رنج می‌برند، و به کمک‌های تخصصی و درمانی نیازمندند. و زندگی اجتماعی و حرفه‌ای آنان نیز، آشکارا دستخوش اختلال شده است. لیکن بطور کلی، هنوز، بیماری آنها، تمام زندگی آنان را تحت الشعاع خود قرار نداده است. سی تن از پنجاه بیمار روانی $\frac{30}{50}$ و ۱۸ نفر از ۳۳ مورد نوپروولژیک $\frac{18}{33}$ یعنی اندکی از نصف افراد هر گروه، هر گروه، از دسته‌ی بیماران متوسط بشمار رفته‌اند.

بیماران دشوار دسته سوم یا گروه بیماران دشوار، افرادی محسوب می‌شوند که شدیداً به انواع بیماریهای روانی و اعصاب دچارند، و به بستری شدن در بیمارستانهای روانی، و یا به نوعی از کمک‌های طولانی اجتماعی و روانی و درمانی نیازمندند. ۶ تن از پنجاه نفر بیمار روانی، $\frac{6}{50}$ و ۷ تن از ۳۳ نفر بیمار اعصاب $\frac{7}{33}$ ، در قرك از دسته‌ی دشوار، بوده‌اند.

پاره‌ای از بیماران، به بیش از يك نوع بیماری روانی و اعصاب، مبتلا بوده‌اند. مانند «کودنی» بیماریها نسبت به بیماران افزون بر «نوروز» یا «صرع» افزون بر «اسکی زوفرنی» و غیر آن. در نتیجه ۵۹ مورد بیماری روانی در پنجاه تن بیمار، تشخیص داده شده است. از اینرو نصاب شیوع ناراحتی‌های روانی، براساس بسآمد موارد بیماریها - نه شماری بیماران در میان گروهی که از نظر بهداشت عمومی مورد پژوهش قرار گرفته‌اند - محاسبه شده است. در نتیجه‌ی این رویه، جدول شماره ۶ - درباره‌ی بسآمد بیماری‌های روانی در جمعیت قرك بدست آمده است.

جدول ۵ - بسآمد بیماران روانی در قرك

نام	درجه‌ی شدت بیماری			بیماران نسبت به تست شدگان		بیماران نسبت بگروهی که میبایست تست شوند	
	آسان	متوسط	دشوار	درصد از تست شدگان	درصد از منتخب برای تست	درصد از	منتخب برای تست
۱- قاسم آباد	۶	۱۴	۲	۲۲	۰/۱۱	۲۰۰	۰/۰۹۲
۲- زندگی آباد	۴	۷	۳	۱۴	۸/۸	۱۵۹	۷/۶
۳- کناره	۴	۹	۱	۱۴	۹/۷	۱۴۶	۸/۰
جمع کل	۱۴	۳۰	۶	۹/۹۵۰	۵۰۵	۸/۴	۵۹۸
جمع ۱+۲				۳۶	۷/۱	۵۰۵	۶/۰
جمع ۳				۶	۱/۳	۵۰۵	۱/۰

پی آمده های روان پزشکی پژوهش قزک بطوریکه در جدول ۳ ملاحظه می شود، پسی کوزهای سمیتوماتیک مزمن و نیمه مزمن، با بسامدی در حدود ۱۸ در هر هزار نفر جمعیت، نصابی نسبتاً زیاد است. و بطوری که معاینه‌ی دقیق کلینیکی بیماران نشان

جدول ۶ - مقایسه‌ی شیوع انواع بیماری و بیماران در قزک

ش	موارد	گروه آزمودنی نفر = ۵۰۵	گروه لازم برای آزمایش نفر = ۵۹۸
۱	در صد شیوع بیماران (۵۰ بیمار روانی)	۰/۰۹/۹	۰/۰۸/۴
۲	در صد شیوع بیماری (۵۹ مورد بیماری)	۰/۰۱۱/۲	۰/۰۱۰/۲

داده است، بالا بود نصاب این نوع پسی کوزهای مزمن و نیمه مزمن، عموماً وابسته به عدم رعایت اصول بهداشت عمومی، بدی تغذیه، بدی فقدان امکانات درمانی و پزشکی و نظیر آن، در قزک است. جنونهای مربوط به پیری و کهن سالی و آرتری یوس کلروسیس، به هیچ وجه در پژوهش روانی قزک ملاحظه نشده است. این امر با پائین بودن حد متوسط طول عمر در ایران (۴۰ سال) و در قزک، قابل توجیه است. اختلالات روانی ناشی از پیری، بطوریکه در تحلیل وضع بیماران بیمارستانهای روانی ایران، ملاحظه می شود، اصولاً در ایران، بر اثر جوانی نسبی جمعیت و کوتاهی عمر عمومی مردم آن، کمتر بچشم می خورد.

ناراحتی روانی ناشی از کودنی‌ها و بیماریهای سرشتی و مادرزادی نسبت به نصاب بین‌المللی، در قزک کمتر شایع است. بطوریکه در جدول ۵ دیده می شود، ناراحتی - اختلالات عاطفی و روان‌تنی های عصبی - نه اعصاب - (نوروزها) و بیماریهای روان تنی (پسی کوسماتیک) در حدود پنجاه در صد از بیماریهای روانی قزک را شامل می شوند. و اگر اختلالات عاطفی ساده را نیز بر آنها بیفزائیم، رقم بیماری نمای ما، به هفتاد در صد می رسد. بعبارت دیگر، در قزک، از هر صد نفر جمعیت بیش از پنج ساله، در حدود شش تا هفت نفر دچار نوروزها، اختلالات عاطفی و بیماریهای روان‌تنی هستند. متأسفانه دسترسی به هیچ گونه وسیله‌ی درمانی روانی برای این بیماران و هزاران تن دیگر از برادران و خواهران همدرد آنها، فعلاً در سراسر ایران وجود ندارد. بطور کلی، چنانکه در جدول ۵ دیده می شود، از ۵۰۵ نفر

از مردم عادی قرک که بطور نمونه و بعنوان مظهر جمعیت به شیوه های تصادفی آماری ، برای آزمایش انتخاب شده اند . در حدود ده درصد (دقیقاً ۹/۹٪) مبتلا به درجات سه گانه‌ی (آسان ، متوسط ، دشوار) بیماری‌های روانی واعصاب بوده‌اند .

بیماران متوسط و دشوار قرک ، در حدود هفت در صد (دقیقاً ۷/۱٪) و بیماران دشوار آن ، بالغ بربك در صد (دقیقاً ۱/۲٪) از افراد تست شده را تشکیل می‌دهند .

اگر نابسامانی روانی قرک ، مظهر و نمونه‌ای باشد برای زندگی روستائی ایران - هرچند هنوز بر اثر فقدان تحقیقات مشابه در نواحی دیگر ایران ، بطور قاطع چنین استنتاجی جائز نیست - در آنصورت در بیش از بیست و يك میلیون نفر جمعیت ایران ، به نصاب ده درصد ، ما بالغ بر دو میلیون و یکصد هزار نفر مبتلا به ناراحتی های روانی و اعصاب خواهیم داشت . یعنی از هر ده نفر يك نفر ! چه نابسامانی دهشتناکی در سازمان اجتماعی ما ، می‌تواند از وجود این گروه ناراحت ، در خانواده ها ، در دادگستری ، در اقتصاد و غیر آن بوجود آید ! ؟

معیار جهانی برای بیماریهای سخت روانی ، تقریباً میان ۳ تا ۷ نفر در هزار نفر جمعیت است . بیماران دشوار و درجه‌ی سه‌ی قرک ، ۱۲ نفر در هزار نفرند . اگر این رقم در مورد جمعیت سایر نقاط ایران نیز صدق کند ، در ایران باید در حدود دویست و پنجاه و دوهزار (۲۵۲۰۰۰) بیمار سخت روانی - و یا باصطلاح مردم ، بیش از يك ربع میلیون دیوانه وجود داشته باشد !

برآورد سازمان بهداشت جهانی بیان میدارد که در حدود ده در صد از مردم نقاط پر جمعیت و صنعتی جهان ، زمانی در عمر خود ، نیازمند به معالجات روانی میشوند . پژوهش قرک ، نشان می‌دهد که هم‌اکنون ده در صد از مردم آن ، از نظر روانی بیمارند . تفاوت این دو بسیار است .

خوش بینان رؤیا پرست ، میپندارند ، زندگی دور از جنجال شهر و جمعیت ، در آغوش طبیعت ، در عرصه‌ی بیلاقیها ، و اشتغال به کشاورزی ، در روستاها ، خالی از تشویش و نگرانی ، و دور از نابسامانی - های روانی و اجتماعی است . سوکمندانه ، پژوهش روانی قرک ، بر این پندار خام مهر بطلان می‌زند . پژوهش قرک نشان می‌دهد که در روستاهای متروک و دور افتاده نیز ، زندگی در فقر و مسکنت ، و جهل و بیسوادی ، چهره‌ای نوید بخش و نشاط انگیز ندارد !

در اینجا تنها آنچه که برای ما باقی می‌ماند این سؤال است که آیا هنوز باین وصف ، در زندگی شهری خود ، ما باید در جستجوی بیماران روانی بیشتری باشیم ؟ آیا نصاب شیوع نابسامانی های روانی ، در شهرهای ایران ، از ده درصد نیز تجاوز می‌کند ؟

يك نقطه‌ای امید دیگر ما ، ایلها و عشایر ما هستند . آیا نصاب شیوع ناراحتی های روانی در میان آنها چیست ؟ این سؤال را تنها ، تحقیقات آینده در باره‌ی عشایر می‌تواند پاسخ دهد .

پژوهش همانند در ایل قشقائی بررسی همانندی نیز از طرف پژوهشگران مرویست ، در میان افراد يك طایفه از

قشقائیان بنام طایفه‌ی « یعقوب‌علیخان » ، در حدود چهار کیلومتری شیراز ، انجام گرفته است . جمعیت این طایفه ، بر پانصد و دوازده (۵۱۲) تن ، مرکب از هفتاد و سه خیمه‌ی خانوادگی ، بالغ می‌شده است . از گروهی که برای پژوهش روانی ، در نظر گرفته شده بوده‌اند ، پژوهشگران ، به علت کوچ ایل ، تنها به تست ۱۹۳ نفر ، یعنی در حدود نصف جمعیت منظور (دقیقاً $\frac{۵۰}{۸}$) در مدت سه روز ، موفق میگردند .

بررسی نتایج آزمایش قشقائیان ، هنوز بمرحله‌ی نهائی خود نرسیده است . لیکن مطالعه‌ی موقت سطحی در آن ، نشان میدهد که وضع روحی یعقوب‌علیخانها ، از اهل قرک ، نسبتاً بهتر است .

در میان یعقوب‌علیخانهای قشقائی ، نقص های عضوی و روانی ، بر اثر همخونی و خویشاوندی ، با وجود شیوع « درون‌همسری » - زناشویی با همخون ها - بسیار کم است . لیکن بسآمد مرگ اطفال در شیر خوارگی فراوان است . گویا کودکان ناسالم و معلول ، بهسبب پی‌آمد همخونی‌ها ، کمتر باقی میمانند . در هر حال از آنجا که هنوز تست های مربوط به قشقائیان ، کاملاً محاسبه و بررسی نشده است ، ذکر پی‌آمد و بدست دادن ارقام دقیق درباره‌ی آنها ، به آینده موکول می‌شود .

در اینجا اینک تنها بطور موقت می‌توان این سؤالات را مطرح کرد که : آیا ایل نشینی از نظر بهداشت روانی بر روستا نشینی امتیازی دارد ؟ آیا کشمکش‌های درونی و اجتماعی ایل نشینان ، کمتر از روستا - نشینان است ؟ آیا اگر سیاست اسکان و مسکن‌گزین ساختن عشایر ، یکباره انجام پذیرد ، ایل نشینان را دچار ناراحتی های روانی شدید نخواهد ساخت ؟ آیا مسکن‌گزینی عشایر ، از نظر روانی ، بهتر نیست بتدریج انجام پذیرد ؟

پاسخ باین پرسشها ، وجواب دهها آیای دیگر را باید تحقیقات دامنه‌دارتری ، در میان روستا نشینان و ایل نشینان ایران ، روشن سازد ؟ *

پایان

* برای آگاهی بیشتر بوضع شیوع بیماریهای روانی ، و همچنین برنامه‌های پیشگیری و مبارزه با بیماری های روانی رجوع کنید به نوشته‌ی دیگر ما ، روح نایسامان ، از انتشارات مؤسسه‌ی مطبوعاتی عطائی ، تهران ، خیابان ناصرخرو . اردی‌بهشت ماه ۱۳۴۳