

بررسی شیوع اختلالات روان پزشکی در شهرستان ارسنجان

Prevalence of Psychiatric Disorders in the city of Arsanjan

M M. Hassanshahi*, M A. Goodarzi**, SA. Mirjafari***, R. Farnam****

The purpose of this study was to determine epidemiology of psychiatric disorders among the population of the city of Arsanjan (15 years of age and over). 650 individuals (274 males and 376 females), were selected using the random sampling technique. The SCL-90-R was used as a screening tool, and DSM-IV clinical interview checklist was for diagnostic purposes. Test-retest reliability of SCL-90-R was significant; and its sensitivity, specificity was high. Therefore, SCL-90-R is sufficiently reliable to apply as a screening test in epidemiological studies. Results showed that 34% of the individuals (34% females, 33.6% males) met the criteria for psychiatric disorders. Mood and anxiety disorders with 14.46% and 9.53% were the most prevalent psychiatric disorders. Among mood disorders, major depression disorder (MDD) with 7.23%; and among anxiety disorders, obsessive compulsive disorder (OCD) with 3.53% prevalence was the most common psychiatric disorders. There was no difference between men and women regarding psychiatric disorders prevalence. Analysis of the data indicated a higher prevalence and significant differences of psychiatric disorders in employed women, age range 15-25 years, students, unmarried persons and individuals with high education.

Key words: Epidemiology, Psychiatric disorders, Arsanjan

* MSc of Clinical psychology, Azad Islamic University of Arsanjan

** Ph.D of Clinical Psychology, Shiraz University

*** Ph.D of Clinical Psychology, Shiraz University

**** Psychiatrist MD

چکیده

به منظور تعیین میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در افراد ۱۵ سال و بالاتر شهرستان ارسنجان تعداد ۶۵۰ نفر (۲۷۴ مرد و ۳۷۶ زن) از ساکنین این شهرستان با روش نمونه گیری تصادفی ساده چندمرحله ای و با رعایت نسبت جمعیت از مناطق شهری و روستایی انتخاب شد. سپس با استفاده از پرسش نامه SCL-90-R به عنوان ابزار غربالگر

بررسی شیوع اختلالات روان پزشکی در شهرستان ارسنجان

محمد مهدی حسن شاهی

کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان

دکتر محمد علی گودرزی

دکترای روان شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه شیراز

دکتر سید احمد میرجعفری

دکترای روان شناسی اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشگاه شیراز

دکتر رابرت فرنام

بورد تخصصی روان پزشکی، سازمان بهزیستی استان فارس

و چک لیست مصاحبه بالینی براساس ملاک های تشخیصی DSM-IV، نمونه انتخاب شده مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در مجموع ۳۴ درصد افراد مورد مطالعه (۳۴٪ زنان و ۳۳٪ مردان) دچار انواع اختلالات روانی بودند. اختلال های خلقی و اضطرابی با ۱۴/۴۶ و ۹/۵۳ درصد جزء شایع ترین اختلالات روان پزشکی بودند. در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی با ۷/۲۳ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال وسواسی-اجباری با ۳/۵۳ درصد شیوع بالاتری داشتند. نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در زنان و مردان با هم تفاوتی نداشت. همچنین براساس نتایج به دست آمده، در زنان کارمند، مردان محصل و آزمودنی های گروه سنی ۲۵-۱۵ سال، خانوارهای ۴-۱ نفره، دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم، مجرد یا مطلقه و همسر مرده اختلالات روانی شیوع بیشتری داشته است. بررسی پایایی پرسش نامه SCL-90-R با روش بازآزمایی، محاسبه ضریب آلفا و دو نیمه کردن آزمون، ضرایب رضایت بخشی را نشان داده و با توجه به بالا بودن حساسیت و ویژگی آزمون مشخص گردید که پرسش نامه SCL-90-R به عنوان یک مقیاس مناسب برای پژوهش در جمعیت عمومی و نیز به عنوان یک ابزار غربالگر از مشخصات روان سنجی قابل قبولی برخوردار است.

گل وازگان:

همه گیرشناسی، اختلالات روان پزشکی، ملاک های تشخیصی DSM-IV، شهرستان ارسنجان
مقدمه:

جهان در طی دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده ای در همه گیرشناسی بیماری ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود. در طول قرن اخیر الگوهای بیماری ها در حال تغییر و نوسان بوده است. قبل از قرن بیستم عوامل تهدیدکننده سلامت به طور اساسی بیماری های واگیردار بودند که بر اثر عوامل عفونی ایجاد می گردید؛ بیماری هایی مثل طاعون، آبله، حصیه، آنفلوآنزا، تب زرد،

مالاریا، وبا، سل، فلج اطفال و تب مخرمک. ولی امروزه میزان این بیماری ها رو به کاهش گذاشته، به طوری که در حال حاضر عوامل عفونی به عنوان علت اصلی تهدید سلامت در جوامع صنعتی و دیگر کشورها نیست (ترنر^۱ و هرسن^۲، ۱۹۹۷). در کشورهای در حال توسعه که چهارپنجم جمعیت جهان را به خود اختصاص می دهند، بیماری های غیرواگیردار همچون بیماری های روانی، به سرعت جایگزین بیماری های عفونی شده و در صدر عوامل ایجاد کننده ناتوانی و مرگ و میرهای زودرس قرار می گیرد. این تغییرات، دشواری های زیادی برای نظام بهداشتی این کشورها به وجود خواهد آورد (موری^۳ و لوپز^۴، ۱۹۹۶).

طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت^۵ (۱۹۹۲) دو پنجم تمام ناتوانایی ها، ناشی از اختلال های روانی، روانی-اجتماعی و عصبی است و این موارد یک پنجم از کل مراجعین به مراکز بهداشت عمومی را تشکیل می دهد. گزارش های این سازمان در سال ۱۹۹۳، نشان می دهد که میزان شیوع اختلال های روان پزشکی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است، در حالی که در برنامه ریزی های توسعه اجتماعی و اقتصادی، پایین ترین اولویت به آنها داده شده است. این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی همچون شهرنشینی، فروپاشی خانواده های گسترده و مشکلات اقتصادی است. بر طبق آمارهای منتشره این سازمان، حداقل ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف از بیماری های روانی شدید همچون اسکیزوفرنیا، ۱۵۰ میلیون نفر از اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر از عقب ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفر از صرع و ۳۰ میلیون نفر از ابتلاء به دمانس رنج می برند. همچنین، میزان شیوع سالیانه اختلالات رفتاری و اعتیاد ۲۸/۱ درصد جمعیت جهان

1. Turner

2. Hersen

3. Morry

4. Loppez

5. World Health organization (W.H.O)

آمده دلالت بر این دارد که میزان شیوع این اختلال ها در کشور ما از سایر کشورها کمتر نیست (به جدول ۱ نگاه کنید).

برنامه ریزی و ارائه خدمات بهداشت روانی به این قشر عظیم در کشور ما نیاز به اطلاعات پایه ای و بررسی های همه گیرشناسی به روز و خاص هر منطقه جغرافیایی دارد تا با استفاده از نتایج آنها بتوان ضمن ارزیابی نیاز های مردم، خدمات مطلوب را به آنها داد و با توجه به این که تاکنون پژوهشی در این زمینه در شهرستان ارسنجان صورت نگرفته است، پژوهش حاضر به دنبال بررسی و تعیین شیوع اختلالات روان پزشکی و بررسی عوامل جمعیت شناختی در جامعه مورد مطالعه می باشد.

برآورد شده است که اختلال های رفتاری و اعتیاد ۲۰ درصد از این افراد، درمان نشده رها شده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

در اطلاعات به دست آمده از مرور مطالعات همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی در کشورهای مختلف جهان که در آنها از آزمون های غربال گر و ارزیابی بالینی استفاده شده، میزان شیوع اختلال ها بین ۱۰ تا ۴۱ درصد در نوسان بوده است: مثلاً ۱۵/۱ درصد در مطالعه وایزمن و مایرز (۱۹۷۸)، ۱۹/۹ درصد در مطالعه هوپرو همکاران (۱۹۷۹)، ۲۳/۵ درصد در تحقیق مدیانسون (۱۹۸۷)، ۳۹/۸ درصد در پژوهش لی و همکاران (۱۹۹۱). در ایران هرچند مطالعات همه گیر شناسی گسترده و جامعی صورت نگرفته است، اما اطلاعات محدود به دست

جدول ۱: شیوع اختلالات روان پزشکی در ایران

شیوع	نمونه	منطقه مورد بررسی	سال	پژوهشگر
۱۱/۹	۲۷۹	روستاهای شیراز، خوزستان و شهر شیراز	۱۳۴۱	باش
۱۴/۹	۴۸۲	روستاهای خوزستان	۱۳۴۳	باش
۱۸/۶	۶۶۲	شیراز	۱۳۴۷	باش
۲۳/۲	۴۸۸	رودسر	۱۳۵۰	داویدیان و همکاران
۱۲/۵	۴۰۰	روستاهای میبد یزد	۱۳۷۲	باقری یزدی و همکاران
۱۶/۶	۴۷۵	روستاهای گناباد	۱۳۷۲	بهادرخان و همکاران
۱۶/۷	۴۰۷	روستاهای مرودشت	۱۳۷۲	جاویدی و همکاران
۱۳	۴۱۵	روستاهای آذرشهر تبریز	۱۳۷۲	کوکبه و همکاران
۱۸/۶	۹۵۰	یزد	۱۳۷۳	حرازی و باقری یزدی
۱۸/۴	۴۵۰	بروجن	۱۳۷۳	خسروی و همکاران
۲۳/۸۴	۶۲۵	سمنان سرا	۱۳۷۴	یعقوبی و همکاران
۲۳/۷۵	۶۱۹	کاشان	۱۳۷۵	پالانگ و همکاران
۱۴	۸۶۵	درمانگاهای عمومی سمنان	۱۳۷۶	افشاری منفرد و همکاران
۱۹/۸۸	۵۰۳	کارگران شهرکرد و بروجن	۱۳۷۸	پالانگ و همکاران
۲۱	۳۵۰۱۴	استان های کشور	۱۳۷۸	نوربالا و همکاران
۳۴/۶	۸۱	افاغنه مقیم شیراز	۱۳۷۸	کلانی و همکاران
۲۱/۵	۸۷۹	تهران	۱۳۷۸	نوربالا و همکاران
۲۵/۱۵	۵۰۱	کرمانشاه	۱۳۷۸	صادقی و همکاران

روش تحقیق:

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های مقطعی و زمینه یابی می باشد که با هدف کلی تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال شهرستان ارسنجان انجام گردیده است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت است از افراد بالای ۱۵ سال شهرستان ارسنجان واقع در استان فارس. نمونه مورد بررسی عبارت بود از ۶۵۰ نفر (۱۷۴ مرد + ۳۷۶ زن) از خانوارهای تحت پوشش شبکه بهداشت این شهرستان در نقاط شهری و روستایی که به شیوه نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای از بین خانوارهای تحت پوشش شبکه بهداشت انتخاب شده اند. بدین معنا که از مجموع خانوارهای ارسنجان که تحت پوشش سه مرکز بهداشتی- درمانی و دوازده خانه بهداشت قرار داشتند، ۲۸۰ خانوار به نسبت مساوی از بین روستاهای اصلی و قمر هر خانه بهداشت که بالاتر از ۵۰ خانوار داشتند، به صورت تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی از روی لیست خانوارهای هر خانه بهداشت انتخاب و افراد ۱۵ سال و بالاتر این خانوارها مورد غربالگری قرار گرفته اند. منطقه شهری نیز دارای سه پایگاه بهداشتی بود که از بین بلوک های تحت پوشش هر پایگاه بهداشت شهری که حداقل دارای ۵۰ خانوار بودند، سه بلوک به صورت تصادفی انتخاب و پنج درصد خانوارهای آن بلوک با استفاده از جدول اعداد تصادفی و از روی لیست پایگاه های شهری انتخاب و مورد غربالگری قرار گرفتند. در مرحله دوم، کلیه افرادی که در پرسش نامه *SCL-90-R* نمراتی برابر یا بالاتر از نمره برش کسب کرده بودند، مورد مصاحبه روان پزشکی قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهش**۱- پرسش نامه *SCL-90-R***

این آزمون شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علایم روانی است که به وسیله پاسخگو گزارش می شود و اولین بار برای نشان دادن جنبه های روان شناختی بیماران جسمی و روانی طرح ریزی شده است. فرم اولیه این آزمون توسط

دراگوتیس، لیپمن و کووی^۱ (۱۹۷۳) معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل های روان سنجی از آن مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آن تهیه گردیده است (دراگوتیس، ریکلز و راک^۲ ۱۹۷۶).

نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص ضریب کلی علایم مرضی^۳، معیار ضریب ناراحتی^۴ و جمع علایم مرضی^۵ به دست می آید. بررسی خصوصیات روان سنجی این پرسش نامه که توسط دراگوتیس و همکاران، ۱۹۷۶؛ وایزمن و همکاران، ۱۹۷۶، دراگوتیس و همکاران، ۱۹۸۴ مورد بررسی قرار گرفته، نشان دهنده قدرت آزمون در تمیز افراد سالم از بیمار بوده است.

۲- چک لیست مصاحبه بالینی روان پزشکی:

این چک لیست که توسط نوربالا و باقری یزدی (۱۳۷۸) و بر اساس معیارهای تشخیصی *DSM-IV* تهیه و تنظیم گردیده دارای ۱۴۹ علامت اختلال روانی شامل علایم تشخیصی اختلال خلقی، اضطرابی، روان پریشی، روانی-جسمی، صرع، عقب ماندگی ذهنی و اختلالات جسمی مغز می باشد. این علایم به صورت بلی و خیر آورده شده و در ابتدای پرسش گری مربوط به علایم هر بخش، طول مدت و شدت اختلال نیز پرسیده می شود. ضرایب کایا در بررسی پایایی تشخیص ها و توافق بین روان پزشکان حاکی از آن است که این چک لیست در ارزیابی تشخیصی اختلالات روان پزشکی به طور موفقیت آمیزی به کار گرفته شده است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰).

روش اجرا:

پژوهش حاضر در دو مرحله اجرا گردید:

۱- غربالگری ۲- مصاحبه تشخیصی

مرحله اول پژوهش با کمک دو دانشجوی سال آخر روان شناسی انجام گرفت، به منظور تکمیل یکسان و یکنواخت پرسش نامه *SCL-90-R* جلسه توجیهی

^۱. Derogates - Lipman & Covi

^۲. Derogates Rickman & Rock

^۳. Global Seventy Index (GSI)

^۴. Positive Symptom Distress Index (PSDI)

^۵. Positive Symptom Total (PST)

سیکل و بالاتر، آزمون به صورت خودآزما انجام گردید و لی در مورد آزمودنی های دارای تحصیلات پایین تر، آزمون به صورت شفاهی اجرا شد. پس از محاسبه شاخص کلی علایم مرضی (GSI) نمونه های مورد مطالعه، افرادی که در آزمون، نمره ای بالاتر از نمره برش به دست آوردند، به عنوان افراد مشکوک به بیماری انتخاب و به همراه ۴۰ نفر از آزمودنی های عادی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند (به منظور محاسبه حساسیت و روایی آزمون) وارد مرحله ارزشیابی بالینی گردیدند.

توسط مجری طرح برای آزمون کنندگان برگزار شد و بعد از اطمینان از یکسانی اجراء، پرسش گری آغاز شد. گروه پرسش گری با همیاری و در معیت مسؤولان خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی (که در گردهمایی ماهیانه خانه های بهداشت توسط مجری طرح و مسؤول مرکز بهداشت شهرستان توجیه، دعوت و ابلاغ به همکاری شدند) و با استفاده از لیست و آدرس خانوارهای تعیین شده توسط مراکز بهداشتی به منازل مورد نظر مراجعه نموده و ضمن برقراری ارتباط و جلب همکاری آنها، از کلیه افراد ۱۵ سال و بالاتر خانوارها آزمون به عمل آمد. توضیح این که در مورد آزمودنی های دارای تحصیلات

جدول ۲: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های مورد بررسی

ویژگی ها	جنسیت		مرد		زن		کل	
	محل سکونت	شهر روستا	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن (سال)	۱۵-۲۵	۱۱۱	۱۷/۲٪	۱۷۲	۲۶/۷٪	۱۶۶	۲۴/۸٪	۲۸۳
	۲۶-۳۶	۵۵	۸/۵٪	۸۱	۱۲/۵٪	۱۳۶	۲۱/۱٪	۱۳۶
	۳۷-۴۷	۳۱	۵/۹٪	۵۱	۷/۹٪	۸۹	۱۳/۸٪	۸۹
	۴۸-۵۸	۲۲	۳/۴٪	۲۹	۴/۵٪	۵۱	۷/۹٪	۵۱
	۵۹-۶۹	۱۸	۲/۸٪	۱۷	۲/۶٪	۳۵	۵/۴٪	۳۵
	۷۰ و بالاتر	۲۷	۴/۲٪	۲۵	۳/۹٪	۵۲	۸٪	۵۲
مجموع	۲۷۱	۴۲٪	۳۷۵	۵۸٪	۶۴۶	۱۰۰٪	۶۴۶	
وضعیت تحصیلی	بی سواد	۲۳	۶/۷٪	۸۵	۱۳/۳٪	۱۲۸	۲۰/۱٪	۱۲۸
	خ و نوشتن ابتدایی	۱۲	۱/۹٪	۳۶	۵/۶٪	۴۸	۷/۵٪	۴۸
	راهنمایی دبیرستان	۴۶	۷/۲٪	۸۰	۱۲/۵٪	۱۲۶	۱۹/۷٪	۱۲۶
	دبیرستان	۵۱	۸٪	۳۷	۵/۸٪	۸۸	۱۳/۸٪	۸۸
	دبیرستان	۳۵	۵/۵٪	۶۵	۱۰/۲٪	۱۰۰	۱۵/۷٪	۱۰۰
	تحصیلات عالی	۲۷	۷/۴٪	۲۵	۷/۱٪	۹۲	۱۴/۴٪	۹۲
	مجموع	۲۶۷	۴۱/۸٪	۳۷۱	۵۸/۲٪	۶۳۸	۱۰۰٪	۶۳۸
	مجموع خانوار	۷۲	۱۱/۱٪	۹۷	۱۵٪	۱۶۹	۲۶/۲٪	۱۶۹
وضعیت شغلی	۱-۴ نفره	۱۶۸	۲۶٪	۲۱۹	۴۱/۱٪	۳۸۸	۶۰/۱٪	۳۸۸
	۵-۸ نفره	۳۱	۴/۸٪	۵۸	۹٪	۸۹	۱۳/۸٪	۸۹
	بالاتر	۲۷۱	۴۲٪	۳۷۲	۵۸٪	۶۴۳	۱۰۰٪	۶۴۳
	مجموع	۲۷۱	۴۲٪	۳۷۲	۵۸٪	۶۴۳	۱۰۰٪	۶۴۳
وضعیت خانوار	خانه دار	-	-	۲۲۷	۳۵/۵٪	۲۲۷	۳۵/۵٪	۲۲۷
	کارمند	۴۰	۶/۳٪	۲۰	۳/۱٪	۶۰	۹/۴٪	۶۰
	کارگر ساده	۲۱	۳/۳٪	۲	۰/۳٪	۲۳	۳/۶٪	۲۳
	کارگر ماهر	۱۴	۲/۸٪	۲۷	۵/۴٪	۴۱	۸/۲٪	۴۱
	آزاد	۹	۱/۴٪	۳	۰٪	۱۲	۱/۹٪	۱۲
	کشاورز و دامدار	۹۶	۱۵٪	۶۷	۱۰/۸٪	۱۲۳	۱۹/۲٪	۱۲۳
	محصل	۱۹	۳٪	۱۸	۲٪	۳۷	۵٪	۳۷
	بیکار بازنشته	۱۵	۲/۳٪	۸	۱/۳٪	۲۳	۳/۶٪	۲۳

ارسنجان با استفاده از پرسش نامه SCL-90-R به عنوان ابزار غربال گری و مصاحبه روان پزشکی بر اساس معیارهای طبقه بندی DSM-IV بود که یافته های آن در این بخش ارائه می گردد.

جدول ۲ به بررسی ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های مورد بررسی پرداخته است. توضیح این که چهار نفر از آزمودنی ها از دادن اطلاعات جمعیت شناختی خود امتناع نمودند و لذا در فراوانی کل مورد بررسی قرار نگرفته اند.

در مرحله دوم بعد از مشخص شدن افراد مشکوک به بیماری، به فاصله زمانی ۸-۱۰ روز با استفاده از فرم مصاحبه بالینی، توسط پژوهش گر از آنها مصاحبه به عمل آمد و سپس تشخیص توسط روان پزشک انجام شد. بعد از اخذ اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار رایانه ای SPSS.10.05 محاسبه گردید.

یافته های پژوهش

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی در افراد ۱۵ سال و بالاتر شهرستان

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات آزمودنی های مورد بررسی در مقیاس های پرسش نامه SCL-90-R بر اساس جنس

سطح معنی داری	میزان t	زن (N=۳۷۴)		مرد (N=۲۷۱)		مقیاس ها
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۱	۴/۶۳	۰/۸۰	۱/۰۲	۰/۶۱	۰/۷۵	شکایات جسمانی
۰/۰۵	۲/۱۳	۰/۷۲	۰/۹۴	۰/۶۳	۰/۸۲	وسواس و اجبار
۰/۰۱	۳/۲۸	۰/۶۸	۰/۸۸	۰/۶۱	۰/۷۱	روابط متقابل
۰/۰۱	۳/۶۱	۱/۲۴	۱/۰۲	۰/۶۶	۰/۷۱	افسردگی
N.S	۰/۱۶	۰/۶۲	۰/۶۴	۰/۶۰	۰/۶۳	اضطراب
N.S	۱/۸۶	۱/۵۱	۰/۴۸	۰/۵۲	۰/۳۰	پرخاشگری
N.S	۱/۳۸	۰/۸۴	۱/۱	۰/۶۴	۰/۶۶	هراس
N.S	۱/۲۲	۰/۷۶	۱/۵۲	۰/۷۵	۰/۹۳	افکار پارانوئیدی
N.S	۱/۲۳	۰/۶۲	۰/۵۱	۰/۵۲	۰/۴۵	روان پریشی
N.S	۰/۱۵	۰/۶۲	۰/۸۱	۱/۱۲	۰/۸۲	سوالات اضافی
N.S	۰/۳۲	۰/۵۳	۰/۸۰	۱/۷۳	۰/۷۷	GSI
۰/۰۵	۱/۹۹	۲۱/۶۱	۳۹/۷۴	۲۰/۹۶	۳۶/۳۵	PST
N.S	۱/۳۱	۰/۶۹	۲/۲۰	۰/۵۰	۱/۵۷	PSDI

نمرات زنان بالاتر از مردان می باشد. ولی در تحلیل تفاوت نمرات آزمودنی های زن و مرد که با استفاده از آزمون آماری t استودنت انجام گرفته است، تنها در چهار مقیاس

جدول ۳، متوسط نمرات آزمودنی های مورد بررسی را بر اساس جنسیت آنها مدنظر قرار داده است. براساس نتایج به دست آمده در تمامی مقیاس های پرسش نامه، متوسط

(۶۶٪) سالم بودند. جهت بررسی تفاوت شیوع اختلالات روان پزشکی بر اساس جنسیت، مقدار مربع کای پیرسون محاسبه گردید و همان گونه که ملاحظه می گردد سطح معنی دار مشاهده شده بیشتر از ۰/۰۵ بوده و باعث قبول فرضیه صفر می شود. به عبارتی جنسیت در شیوع اختلالات روان پزشکی موثر نیست.

شکایات جسمانی، وسواس-اجبار، حساسیت در روابط بین فردی و افسردگی تفاوت معنی دار مشاهده شده است. جدول ۴، بررسی میزان شیوع اختلالات روان پزشکی را بر اساس جنسیت نشان می دهد. بر پایه اطلاعات به دست آمده از تشخیص روان پزشکی و از مجموع ۲۷۴ آزمودنی مذکر ۹۳ نفر (۳۳/۶٪) مبتلا به نوعی اختلال روانی و ۱۸۱ نفر (۶۶/۱٪) سالم می باشند. در مجموع نیز ۲۲۱ نفر (۳۴٪) از آزمودنی ها بیمار و ۴۲۹ نفر

جدول ۴: توزیع فراوانی شیوع اختلالات روان پزشکی بر اساس جنس

سطح معنی داری	کای پیرسون	وضعیت روانی		شاخص آماری	
		سالم	بیمار	جنس	
N.S	۰/۰۱	۱۸۱	۹۳	فراوانی	مرد
		۶۶/۱	۳۳/۹	درصد	
		۲۴۸	۱۲۸	فراوانی	زن
۶۶	۳۴	درصد			
		۴۲۹	۲۲۱	فراوانی	کل
		۶۶	۳۴	درصد	

۵۷/۳ درصد، مستخدمین دولت با ۴۳/۵ درصد. افراد دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم با ۵۰ درصد. خانوارهای پرجمعیت (بالاتر از ۸ نفر) با ۳۱/۹ درصد و در افراد روستایی با ۳۵/۸ درصد دیده شد.

از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین گروه های مختلف تحصیلی، وضعیت تأهل، ابعاد مختلف خانواده، مشاغل مختلف و محل سکونت در میزان شیوع اختلالات دیده شد.

از نقطه نظر درصد فراوانی علائم جسمانی بیماری در آزمودنی های مورد بررسی سردرد، سرگیجه، بی اشتهایی، درد پشت، درد کمر، احساس درد و کوفتگی در عضلات بدن، خواب رفتن و مور مور شدن بدن و احساس ضعف و سستی بیشترین میزان شیوع را داشتند. از میان علائم روانی، علائم زیر شایع بودند: عصبانیت و لرزش درونی بدن، دیگران را مسؤول اغلب گرفتاری های خود دانستن، اشکال در به خاطر آوردن اطلاعات، عدم توجه و دقت در کارها، زودرنجی و خشمگینی، کاهش انرژی و کندشدن در کارها.

جدول ۵ توزیع فراوانی اختلالات روان پزشکی را به تفکیک جنسیت نشان می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده و در مردان مورد بررسی از مجموع ۲۴۷ آزمودنی مورد بررسی ۳۳/۶ درصد (۸۳ نفر) دچار انواع اختلالات روان پزشکی بودند. این مقدار در زنان مورد بررسی ۳۴ درصد بود (۱۲۸ نفر از مجموع ۳۷۶ نفر). همچنین بالاترین میزان شیوع در مردان، زنان و کل افراد مورد بررسی، مربوط به اختلالات خلقی (به ترتیب ۱۷/۴۰؛ ۵۶/۱۳ و ۱۴/۴۶ درصد) می باشد. در زنان، اختلال افسردگی اساسی و همبودی اختلال افسردگی و وسواسی-اجباری شایع ترین اختلالات می باشد. در مردان نیز اختلالات افسردگی اساسی (۱۰/۵۲ درصد) و اضطراب منتشر (۲/۴۲ درصد) شایع ترین اختلالات می باشند. درکل آزمودنی ها نیز اختلالات افسردگی اساسی با شیوع ۷/۲۳ درصد شایع ترین اختلال بود.

بالاترین میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در گروه سنی ۲۵-۱۵ سال با ۴۵/۳ درصد، افراد مجرد با

جدول ۵: میزان شیوع اختلالات روان پزشکی بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-IV

تشخیص	کد تشخیصی	جنسیت				کل (۶۵۰)	
		مرد (۲۴۷)		زن (۳۷۶)			
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
کلیه اختلالات		۸۳	۳۳/۶	۱۲۸	۳۴	۲۲۱	۳۴
اختلالات اضطرابی		۲۶	۱۰/۵۲	۳۶	۹/۵۷	۶۲	۹/۵۳
اضطراب منتشر	۳۰۰-۰۲	۶	۲/۴۲	۱۲	۳/۱۹	۱۸	۲/۷۶
وسواسی- اجباری	۳۰۰-۰۳	۸	۳/۲۳	۱۵	۳/۹۸	۲۳	۳/۵۳
توس مرضی خاص	۳۰۰-۲۹	۳	۱/۲۱	۱	۰/۲۵	۴	۰/۶
گذر هراسی یا بدون هراس	۳۰۰-۲۲	۳	۱/۲۱	۲	۰/۵	۵	۰/۷۶
اختلال فشار روانی پس آسیمی	۳۰۹-۸۱	-	-	-	۰/۲۵	۱	۰/۱۵
اختلال همبود اضطراب و افسردگی	۳۰۰-۰۰	۶	۲/۴۲	۵	۱/۲۲	۱۱	۱/۶۹
اختلالات خلقی		۲۳	۱۷/۴۰	۵۱	۱۳/۵۶	۹۴	۱۴/۴۶
افسردگی اساسی	۲۹۶-۳۲	۲۶	۱۰/۵۲	۲۱	۵/۵۸	۴۷	۷/۲۳
افسرده خویی	۳۰۰-۰۴	۱۲	۴/۸۵	۱۵	۳/۹۸	۲۷	۴/۱۵
افسردگی خفیف	۳۱۱-۰۲	۳	۱/۲۱	۸	۲/۱۲	۱۱	۱/۶۹
افسردگی نامشخص	۳۱۱	۲	۰/۸۰	۷	۱/۸۶	۹	۱/۳۸
دلیریوم، دمانس		۲	۰/۸۰	۱	۰/۲۵	۳	۰/۴۶
دمانس	۲۹۳-۸۹	۱	۰/۳۶	۱	۰/۲۵	۲	۰/۳۰
دلیریوم	۲۹۰-۲۱	۱	۰/۳۶	-	-	۱	۰/۱۵
اختلال جسمانی سازی	۳۰۰-۸۱	۵	۱/۸۲	۸	۱/۲۱	۱۳	۲
اختلالات اسکیزوفرنی		۳	۱/۰۹	۱	۰/۲۶	۴	۰/۶۱
اسکیزوفرنی آشفته	۲۹۵-۱۰	۲	۰/۷۲	۱	۰/۲۶	۳	۰/۴۶
اسکیزوافکتیو	۲۹۵-۷۰	۱	۰/۳۶	-	-	۱	۰/۱۵
صرع	۳۴۵-۱۰	۲	۰/۷۲	۱	۰/۲۶	۳	۰/۴۶
عقب ماندگی ذهنی	۳۱۷-۰	۱	۰/۳۶	۱	۰/۲۶	۲	۰/۳۰
اختلالات همبود		۱۱	۴/۰۱	۲۹	۷/۷۱	۴۰	۶/۱۵
اضطراب و وسواسی- اجباری		۲	۰/۷۲	۳	۰/۷۹	۵	۰/۷۶
افسردگی اساسی و هراس		-	-	۳	۰/۷۹	۳	۰/۴۶
افسردگی اساسی و وسواسی- اجباری		۷	۲/۵۵	۱۶	۴/۲۵	۲۳	۳/۵۳
افسرده خویی و وسواسی- اجباری		۲	۰/۷۲	۷	۱/۸۶	۹	۱/۳۸

۱۹۹۱) میزان اختلالات در مردان را بیشتر گزارش نموده است. همچنین پژوهش اندریوز^{۱۱} و همکاران میزان اختلالات را یکسان گزارش نموده است. نتایج پژوهش حاضر نیز همانند پژوهش اندریوز و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده است که میزان اختلالات روانی در زنان و مردان تفاوت معنی داری با هم ندارد. به عبارتی این بررسی بر خلاف یافته های پیشین، نشان داد که زن ها آسیب پذیری بیشتری در برابر بیماری های روان پزشکی ندارند. در این بررسی میزان شیوع کلیه اختلالات در زنان ۳۴ درصد بود که به پژوهش براون و هریس (۱۹۷۸) با ۳۳ درصد در شهر لندن و پالانگ و همکاران (۱۳۷۵) در شهرکاشان با ۳۱/۲ درصد نزدیک است.

• سن

بررسی های انجام گرفته در مورد عامل سن، نتایج متفاوتی را گزارش می کند. در پاره ای مطالعات میزان اختلالات روان پزشکی در افراد زیر ۴۵ سال بیشتر بوده است. برای مثال: مطالعه موسسه ملی بهداشت روان آمریکا (۱۹۹۱): کسلر و همکاران (۱۹۹۴): اداره ویژه گزارش های آماری استرالیا^{۱۵} (۱۹۹۸): باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۲): جاویدی و همکاران (۱۳۷۲): افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶) و برخی مطالعات میزان شیوع را در افراد بالاتر از ۴۵ سال، بیشتر گزارش نموده و یا میزان شیوع را با افزایش سن مرتبط دانسته اند، برای مثال پژوهش های لی و همکاران (۱۹۹۰): اندریوز و همکاران (۲۰۰۱): یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴): نوربالا و همکاران (۱۳۷۸). نتایج این بررسی نشان داد که افراد سنین ۲۵-۱۵ سال میزان شیوع بالاتری از اختلالات روانی را داشتند (۴۵/۳ درصد) و این رقم دائماً کاهش می یافت، تا ۸/۶ درصد در مورد کسانی که ۶۹-۵۹ سال داشتند و سپس در افراد بالاتر از ۶۹ سال، این میزان به ۲۳/۶ درصد می رسد، که با الگوی مشاهده شده در کشورهای غربی و توسعه یافته مطابقت ندارد.

در این بررسی به منظور ارائه شاخص های روان سنجی ابزار غربالگری، پایایی و اعتبار پرسشنامه SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفت. در مطالعه پایایی پرسش نامه غربالگری، ضرایب بازآزمایی، تنصیف (دو نیمه کردن) و محاسبه همسانی درونی و در مطالعه روایی، ضرایب حساسیت و ویژگی محاسبه گردید. ضریب پایایی آزمون با روش بازآزمایی^{۱۱}، از ۵۰ نفر از افراد مورد بررسی که به صورت نمونه گیری تصادفی ساده از بین آزمودنی ها انتخاب شده بودند با فاصله زمانی ۱۰-۸ روز بعد از اجرای اولین آزمون به عمل آمد، ضریب همبستگی در کل نمونه ۰/۷۸، در نمونه مذکر ۰/۷۹ و در نمونه مؤنث ۰/۷۷ بود که از لحاظ آماری معنی دار است. بررسی همسانی درونی پرسش نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۹۶) و روش تنصیف (۰/۹۱) نیز ضرایب بالایی را نشان می دهد که حاکی از ساختار مناسب آزمون می باشد. از لحاظ روایی تشخیصی، از مجموع ۲۳۹ نفر آزمودنی که بر اساس آزمون غربالگر بیمار تشخیص داده شده بودند، تنها ۱۸ نفر آنها از نظر روان پزشک ملاک های تشخیصی بیماری روانی را نداشتند. از مجموع ۵۰ نفر افراد سالم انتخاب شده نیز در طی مراحل ارزیابی و مصاحبه بالینی ۴۸ نفر سالم و ۲ نفر بیمار بودند که در این صورت حساسیت و ویژگی آزمون عبارت بود از: ۰/۹۲ و ۰/۹۶.

شیوع اختلالات روان پزشکی بر اساس

ویژگی های جمعیت شناختی

• جنس

تقریباً تمام مطالعاتی که به بررسی جنسیت و شیوع اختلالات روان پزشکی پرداخته اند، شیوع اختلالات روان پزشکی را در زنان بالاتر گزارش داده اند و گاه تفاوت به نسبت سه به یک گزارش شده است. تنها دو پژوهش (ببینگتون^{۱۲} و همکاران (۱۹۸۱) و کینزی^{۱۳} و همکاران)

^{۱۱} . Test-retest

^{۱۲} . Babbington

^{۱۳} . Kinzie

^{۱۴} . Andrews

^{۱۵} . Australian Bureau of statistics

• وضعیت تأهل

درصد دانش آموختگان بیکار، ۵/۵ میلیون دختر و ۳/۵ میلیون پسر مجرد، قرار گرفتن ۷۰ درصد جامعه زیر خط فقر و نبود آینده شغلی، مسکن و ازدواج است، آسیب پذیری اش بیش از قشر عادی جامعه خواهد بود. همچنین افزایش دانش آموختگان دانشگاهی در منطقه مورد بررسی طی سال های اخیر به علت پذیرش بالا در دانشگاه های دولتی و دانشگاه آزاد از یک سو و عدم گسترش امکانات رفاهی- اجتماعی از سوی دیگر، از جمله دلایل احتمالی دیگر می باشد.

• شغل

نتایج و یافته های به دست آمده در این پژوهش نشان می دهد که در مردان بالاترین میزان مربوط به دانش آموزان و دانشجویان (۵۰ درصد) و کمترین میزان مربوط به کارگران ساده (۱۴/۳ درصد) می باشد. در زنان بالاترین میزان مربوط به کارمندان (۵۲/۴ درصد) و در مجموع آزمودنی ها نیز، بالاترین میزان در گروه مستخدمین دولت (۴۳/۵ درصد) و پائین ترین میزان مربوط به کارگران ساده می باشد. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج بررسی های یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴؛ پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵ می باشد. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج بررسی های افشاری منفرد و همکاران، ۱۳۷۶ که بیان کننده میزان بالاتر اختلالات در مردان کارمند و زنان شاغل می باشد، هماهنگ است. احتمالاً آسیب کلی پایگاه و جایگاه مستخدمین دولت در چند ساله اخیر، درآمد پائین و چند شغله بودن آنها از دلایل اصلی این تفاوت می باشد. اما در مورد زنان کارمند، میزان بالاتر شیوع اختلالات در آنها را می توان به تحمل فشارهای ناشی از کار در منزل و همزمان فعالیت بیرون از منزل نسبت داد.

• محل سکونت

نرخ شیوع اختلالات روان پزشکی بر اساس محل سکونت نشان می دهد که میزان شیوع اختلالات در روستا بیشتر از شهر می باشد (۳۵/۸ درصد در برابر ۲۶/۶ درصد) که با الگوی مشاهده شده در مطالعات کسلر و همکاران،

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که در مردان، زنان و کل آزمودنی های مورد بررسی، میزان شیوع اختلالات برای افرادی که تنها زندگی می کردند بالاتر بود (به ترتیب ۴۲،۵۰/۷ و ۳۷/۶ درصد). به عبارتی در افرادی که هرگز ازدواج نکرده بودند، میزان اختلالات بالاتر از آنهایی بود که ازدواج کرده بودند و لذا یافته های این بررسی مؤید پژوهش هایی است که میزان بروز اختلالات را در افراد مجرد بالاتر می دانند. دلیل این امر را می توان به عوامل استرسزای خاص افراد مجرد و دغدغه های آنها در مورد تشکیل خانواده، مشکلات اقتصادی و ... مرتبط دانست.

• میزان تحصیلات

در بررسی میزان شیوع اختلالات روان پزشکی بر اساس سطح سواد، طبق نتایج اکثر مطالعات انجام شده در داخل یا خارج از کشور، بالاترین میزان شیوع در افراد بی سواد و کم سواد و پایین ترین میزان در افراد دارای تحصیلات عالی به دیده شده است (ورجس^{۱۶} و همکاران، ۱۹۷۳؛ اندروز و همکاران، ۲۰۰۱؛ باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۲؛ جاویدی و همکاران، ۱۳۷۲؛ کوکبه و همکاران، ۱۳۷۲؛ حرازی و باقری یزدی، ۱۳۷۳). برخی پژوهش ها نیز نمونه های مورد بررسی خود را به دو گروه بی سواد و باسواد تقسیم نموده اند که در این قبیل مطالعات نیز شیوع اختلالات روان پزشکی در مردان و زنان بی سواد به گونه معنی داری بیش از باسوادها بوده است. نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر با تمامی نتایج فوق متناقض می باشد، بر این اساس میزان اختلالات روان پزشکی در افراد دارای تحصیلات بالاتر از لیسانس در مردان، زنان و کل نمونه مورد بررسی بالاتر بود که در گروه مردان و کل نمونه مورد بررسی تفاوت گروه های مختلف تحصیلی معنی دار می باشد. در بررسی دلایل احتمالی این امر می توان گفت دانشجویی که با گذر از فیلترهای مختلف، شاهد ۱۵/۱۷

نموده اند (جدول ۲). در تطبیق نتایج بررسی حاضر با نتایج به دست آمده در ایران، مشخص می گردد که میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در شهرستان ارسنجان (۳۴ درصد) بالاتر از سایر پژوهش ها (به جز پژوهش داویدیان و همکاران، ۱۳۵۰) می باشد. همچنین میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در پژوهش حاضر در مقایسه با نتایج مطالعات همه گیرشناسی در پژوهش های خارجی نشان دهنده نتایج متفاوتی می باشد.

مقایسه نتایج اخیر با نتایج بررسی های انجام شده در کشورهای اروپایی، میزان شیوع اختلالات روان پزشکی را در ارسنجان بالاتر (به جز پژوهش لیگتون، ۱۹۵۲ و هالدین ۱۹۸۹) نشان می دهد، که این اختلاف با کشورهای شمال اروپا (که رقمی حدود ۸٪ تا ۱۱٪ را گزارش نموده اند) بیشتر و با کشورهای جنوب اروپا کمتر می باشد.

مقایسه یافته های به دست آمده از بررسی فعلی با بررسی های انجام شده در کشورهای آمریکایی نشان می دهد که نرخ شیوع در ارسنجان از برخی مطالعات کمتر (۵۴ درصد در مطالعه شور^{۱۷} و همکاران، ۱۹۷۳؛ ۵۰ درصد در مطالعه کسلر و همکاران ۱۹۹۴)، با برخی پژوهش ها تقریباً مساوی (۳۲/۲ درصد در بررسی موسسه ملی بهداشت آمریکا، ۱۸۵۷؛ ۳۱/۴ درصد در مطالعه کینزی و همکاران، ۱۹۹۲) و با برخی دیگر اختلاف زیادی دارد (۱۵/۱ درصد وایزمن^{۱۸} و همکاران، ۱۹۷۸؛ ۱۹/۹ درصد، هوپر^{۱۹} و همکاران، ۱۹۷۹؛ ۱۸/۵ درصد ویلیامز^{۲۰} و همکاران، ۲۰۰۲).

در بررسی تطبیقی نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات کشورهای استرالیایی که میزان شیوع اختلالات روان پزشکی را بین ۸/۴ تا ۲۰/۳ درصد برآورد نموده اند، میزان شیوع بیماری های روان پزشکی در ارسنجان بالاتر از بررسی های یاد شده می باشد. همچنین در مقایسه با نتایج

۱۹۹۴، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) مطابقت دارد، در جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر، دلیل این امر را شاید بتوان به خشکسالی چند ساله اخیر در ارسنجان و نیز کمبود امکانات درمانی در مناطق روستایی نسبت داد.

• جمعیت خانوار

در پژوهش حاضر بین شیوع اختلالات روان پزشکی در افراد مختلف بر حسب جمعیت خانوار تفاوتی مشاهده نگردید (به جز در گروه زنان مورد بررسی). این یافته با نتایج بررسی های بهادرخان (۱۳۷۲) و کوکبه (۱۳۷۳) همخوانی دارد، ولی با نتایج باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۲) و جاویدی و همکاران (۱۳۷۲) متفاوت می باشد.

بحث در نتایج

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد که ۳۴ درصد افراد مورد مطالعه از انواع اختلالات روان پزشکی رنج می برند. مروری بر نتایج مطالعات انجام گرفته در زمینه همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی در ایران نشان می دهد که دامنه شیوع اختلالات روان پزشکی بین ۱۱/۹ درصد (باش، ۱۳۴۱) تا ۴۳/۲ درصد (داویدیان و همکاران، ۱۳۵۰) برآورد شده است و بر این اساس می توان متوسط شیوع بیماری ها را بین ۱۹ تا ۲۴ درصد کل جمعیت دانست. شیوع اختلالات روان پزشکی در بررسی های باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۲)، کوکبه و همکاران (۱۳۷۲)، افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶)، بهادرخان (۱۳۷۲) و جاویدی (۱۳۷۲) به ارقام ارائه شده در بررسی های باش (۱۳۴۱) و (۱۳۴۳) که میزان شیوع اختلالات روان پزشکی را ۱۱/۹ و ۱۴/۹ گزارش نموده است بسیار نزدیک است. در طیف دیگر، بررسی های انجام شده توسط داویدیان و همکاران می باشد که رقمی بالاتر از ۴۰ درصد را گزارش نموده اند. در حد فاصل این دو دامنه نیز می توان مطالعاتی را یافت که میزان شیوع اختلالات روانی را بین ۱۸ تا ۲۵ درصد گزارش

¹⁷. Shore

¹⁸. Wiseman

¹⁹. Hoper

²⁰. Williams

انجام نمی گیرد و باعث افزایش تعداد مبتلایان و مزمن شدن بیماری می گردد.

- فقدان برنامه صحیح و اطلاع از روش های پیشگیری و درمانی و عدم اطلاع کافی خانواده ها و نزدیکان بیماران از وجود بیماری، نبودن وسایل درمانی در شهر و محل زندگی و مشکلات متعددی که به آنها اجازه نمی دهد بتوانند به درمان بیمار خود بپردازند.

- عدم وجود متولی جهت آموزش و درمان در سطح شهرستان به گونه ای که در شبکه بهداشت و درمان ارسنجان هنوز بحث ادغام بهداشت روانی در مراقبت های اولیه به صورت جدی مدنظر قرار نگرفته و تنها کارشناس موجود نیز بیشتر وقت خود را در امور دارویی شبکه سپری می نماید.

- افزایش قابل ملاحظه سن ازدواج و فشارهای ناشی از آن (در نمونه مورد بررسی ۷۵ درصد آزمودنی های سنین ۲۵-۱۵ سال و بیش از ۱۰ درصد آزمودنی های ۲۶-۳۶ سال مجرد می باشند)

- علل احتمالی دیگر از جمله تحولات وسیع اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی ضمن دهه گذشته، بحران آموزش و بهداشت، نداشتن حرفه ثابت و مرتب (به ویژه در مناطق روستایی)، بیکاری، فقر شدید اقتصادی علل مخصوص به دنبال خشکسالی چند ساله اخیر، فقر مواد غذایی و عادات بد غذایی.

چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی (DSM-IV) شیوع افسردگی اساسی را در زنان ۵ تا ۹ درصد و در مردان ۲ تا ۳ درصد؛ اختلال افسرده خویی را ۳ درصد؛ اختلال هراس را ۱ تا ۲ درصد؛ ترس مرضی را ۹ درصد؛ وسواس فکری عملی را ۱/۵ تا ۲ درصد؛ اختلال اضطراب منتشر را ۳ درصد؛ اختلال جسمانی شدن را ۱/۲ تا ۲ درصد در زنان و ۰/۲ درصد در مردان؛ اختلال دو قطبی را ۱/۴ تا ۱/۶ درصد؛ اسکیزوفرنیا را ۱/۵ تا ۱ درصد و طبق برخی گزارش ها بین ۱/۲ تا ۲ درصد گزارش می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده در

برخی کشورهای کمتر توسعه یافته آسیایی و آفریقایی نتایج متفاوتی به دست آمده به گونه ای که برخی پژوهش ها شیوع بالاتر (لی^{۲۱} و همکاران، ۱۹۶۶) و برخی شیوع پایین تری را نشان داده اند.

در بررسی ها و پژوهش های اجرا شده در ایران به دلیل استفاده از روش های متفاوت نمونه گیری، اجرا، ابزارهای پژوهش، استفاده از سیستم های طبقه بندی متفاوت و نیز جمعیت های گوناگون و و شرایط اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی متفاوت که این بررسی ها در آن انجام گرفته است، نمی توان انتظار داشت که یافته های گزارش شده در بررسی های همه گیرشناسی به هم نزدیک باشد. مهمتر این که در برخی از این بررسی ها از نمونه معرف نیز استفاده نشده است. نکته دیگری که در بررسی تطبیقی نتایج، خواه نتایج داخلی و خواه نتایج خارجی بایستی به آن توجه نمود این است که «شرایط اقتصادی- اجتماعی، چگونگی سطح زندگی، رعایت موازین بهداشتی به مفهوم عام آن تأثیر انکار ناپذیری در شیوع بیماری ها و نابسامانی های روانی مختلف به جای می گذارد» (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). به بیان دیگر بالا رفتن سطح زندگی و رعایت بیشتر موازین بهداشتی، مراقبت های دوران بارداری، هنگام زایمان و مراقبت های ویژه دوران نوزادی و سال های کودکی، میزان ابتلاء افراد به بیماری های روانی را به شکل چشمگیری کاهش می دهد. علاوه بر موارد فوق در خصوص جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر، نکات زیر قابل تأمل می باشد.

- عدم درک از نحوه شروع و طولانی بودن مدت بیماری به نحوی که اکثر قریب به اتفاق افرادی که ناراحتی روانی دارند از وضع روانی نامتعادل خود اطلاعی ندارند (بر اساس اطلاعات اخذ شده، تنها ۱۷ درصد از آزمودنی هایی که توسط روان پزشک تشخیص بیماری دریافت داشته اند، سابقه بیماری روانی را در خود ذکر کرده اند) و فکر می کنند عادی و متعادل هستند و در نتیجه درمان به موقع

تشخیص‌ها این است که اغلب مطالعات انجام شده در ایران از ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R استفاده نموده‌اند و اصطلاح همبودی مرضی از نگارش DSM-IV وارد ادبیات روان‌شناسی گردیده است. بر این اساس در پژوهش حاضر اختلالات همبود نیز گزارش گردیده است. بر پایه داده‌های به دست آمده ۶/۱۵ درصد از آزمودنی‌ها (۴/۰۱ درصد مردان و ۷/۷۱ درصد زنان) از اختلالات همبودی در رنج بودند که میزان آن در زنان تقریباً دو برابر مردان می‌باشد. بر اساس اطلاعات به دست آمده ۱/۶۹ درصد آزمودنی‌ها (۲/۱۸ درصد مردان و ۱/۳۲ درصد زنان) از اختلال همبود اضطراب و افسردگی: ۳/۵۳ درصد (۲/۵۵ درصد مردان و ۴/۲۵ درصد زنان) از همبودی افسردگی و وسواس: ۰/۴۶ درصد (۰/۷۲ مردان و ۰/۲۶ زنان) از همبودی اضطراب و وسواس: ۱/۳۶ درصد (۰/۷۲ مردان و ۱/۸۶ درصد زنان) از همبودی افسرده‌خویی و وسواسی-اجباری رنج می‌بردند. بررسی اختلالات همبودی گزارش شده در این بخش از پژوهش نشان می‌دهد که میان اختلالات اضطرابی و افسردگی همپوشی زیادی وجود دارد و در واقع همپوشی زیاد میان اختلالات اضطرابی و افسردگی در نمونه‌های بالینی، شاید ناشی از روشن نبودن مرزهای این بیماری‌ها و تا اندازه‌ای ناشی از مبهم بودن دانش‌واره‌های اضطراب و افسردگی باشد، زیرا هر کدام از این دانش‌واره‌ها می‌توانند به چند گونه متفاوت و سطوح گوناگون بیماری‌ها اشاره داشته باشند.

سپاس

انجام این پژوهش بدون مساعدت و پشتیبانی اساتید و دوستان زیر مقدور نبود، لذا از تمامی این عزیزان تقدیر و تشکر می‌نمایم.

جناب آقای دکتر ابراهیم حسینی، دکتر محمد حسین شریفی، دکتر مرتضی حسن‌شاهی، جعفر و معصومه حسن‌شاهی، مریم ظهوری فر، زهرا جوانمردی، فرزانه عسکری، کارکنان محترم کتابخانه انستیتو روان‌پزشکی تهران، مسؤولین محترم پایگاه‌ها و خانه‌های بهداشت.

پژوهش حاضر شیوع افسردگی اساسی در زنان ۴/۲۵ درصد، در مردان ۹/۴۸ درصد و در کل نمونه مورد بررسی ۶/۴۶ درصد برآورد شده است. در پژوهش حاضر، همانند اغلب بررسی‌های گزارش شده در ایران و جهان، اختلالات خلقی (۱۲/۷۶ درصد) و اضطرابی (۷/۳۸ درصد) از شایع‌ترین اختلالات هستند. بر این اساس، در میان اختلالات خلقی، افسردگی اساسی و در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر از شایع‌ترین اختلالات هستند. این نتایج یافته‌های به دست آمده توسط ورجیس (۱۹۷۳)؛ بارت (۱۹۸۸)؛ کارتا و همکاران (۱۹۹۱)؛ اسکوج و همکاران (۱۹۹۳)؛ هوپر و همکاران (۱۹۷۹)؛ کسلر (۱۹۹۴)؛ دادفال و همکاران (۱۹۸۳)؛ هاردینگ و همکاران (۱۹۸۰)؛ باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۴)؛ بهادرخان و همکاران (۱۳۷۲)؛ کوبه و همکاران (۱۳۷۲)؛ یعقوبی و همکاران (۱۳۷۲) و نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) را تأیید می‌کند.

بر اساس مصاحبه بالینی و تشخیص روان‌پزشک، میزان شیوع اختلالات روان‌پریشی در ارسنجان ۰/۶۱ درصد؛ ترس مرضی ۰/۶؛ گذر هراسی ۰/۴ درصد؛ عقب‌ماندگی ذهنی ۰/۳ درصد؛ صرع ۰/۴۶ درصد، دمانس و دلیریوم ۰/۴۶ و وسواس و اجبار ۳/۵۳ درصد می‌باشد.

همبودی مرضی یک اصطلاح تازه در طبقه‌بندی روان‌پزشکی است که کاربرد گسترده‌ای پیدا کرده است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از تایرر و گاندرسون، ۱۹۹۷). این اصطلاح معمولاً به اختلال‌هایی که همزمان با هم وجود داشته و سبب‌شناسی جداگانه‌ای دارند (مانند افسردگی و اضطراب) دلالت دارد. در پژوهش‌های همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی که تاکنون انجام گرفته است، از مواردی تحت عنوان تشخیص‌های دوگانه نام برده شده که چنانچه در تابلو بالینی شخصی دو اختلال همزمان وجود داشت از این عنوان استفاده می‌گردید و در اغلب مطالعات همه‌گیرشناسی صرفاً به صورت زیرنویس اشاره مختصری به آن شده است. البته دلیل اصلی عدم استفاده از عنوان همبودی اختلالات و در نتیجه عدم گزارش این قبیل

منابع

- 12-Eaton WW.:The epidemiology of schizophrenia. *Epidemiologic Reviews* 7, 1985:105-126.
- 13-Eaton WW. :Progress in the epidemiology of anxiety disorders. *Epidemiologic Reviews*, 1995, 17:1-8.
- 14-Eaton WW :Evidence for universality and uniformity of schizophrenia around the world: assessment and implications. In: Gattaz W, Hafner H, eds. *Search for the Causes of Schizophrenia, IV. Balance of the Century*. Darmstadt: Steinkopf,1999:21-33.
- 15-Eaton WW et al :Panic and panic disorder in the United States. *American Journal of Psychiatry* , 1994, 151:413-420.
- 16-Eaton WW, Keyl PM. :Risk factors for the onset of DIS/DSM-III Agoraphobia in a prospective, population-based study. *Archives of General Psychiatry*,1990,47: 819-824.
- 17-Eaton WW et al. :The incidence of specific DIS/DSM-III Mental Disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1989, 79:163-178.
- 18-Fones, Cs; Kua, EH; NG,TP.,and Ko, SM :Studying the mental health of Singapore. *Singapore medical Journal*, 1998, 53: 251-60.
- 19-Goldberg, D. :The detection of Psychiatric Illness by questionnaire. London: Oxford University Press. 1972.
- 20-Ghubash, R., Hamdi,E., Bebbington, P :The Dubai community Psychiatric surveys prevalence and social demographic correlates.*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,1992, 27: 53-61.
- 21-Holifield, M., Katon, W., Spain, D and Pule, L :Anxiety and depression in a village of lesotto, A comparison with the united states. *British Journal of Psychiatry*, 1990,156:343-350.
- 22-Hoper, E. W., Neycz, G.R., Cleary, P.D., Regier, D. A., Goldberg , I. S :Estimated prevalence of RED mental disorder in primary care. *International*
- 1-Andrews, Gavin, Henderson, Scott and Hall, Wayne :Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. *British Journal of psychiatry*, 2001,178: 145-153.
- 2-Australian Bureau of Statistics :Mental health and wellbeing: Profile, Western Australia 1997-98. ABS Website Statement. 1999.
- 3-Angest, T *Psychopharmacology*. Berl. 1992:106.
- 4-Bebbington P, Ramana R. *Epidemiology of Bipolar Disorder. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,30:279-93.
- 5-Bebbington P., Hurry J., Tennant, Stuart. E Wing, J.K .*Epidemiology of mental disorders in camberwell. Psychological Medicine*, 1981, 11: 561-579.
- 6-Blazer,D., Williams,C.D ,*Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. American Journal of Psychiatry*, 1980,137; 4:439-444.
- 7-Carta,M.G., Carpineiell, B., Morosini, P.L., Rudas, N :Prevalence of mental disorders in Sardina: a community study in an inland mining district. *Psychological medicine*, 1991, 21: 1061-1071.
- 8-De Girolamo G, Reich JH :*Personality Disorders*. Geneva: World Health Organization. 1993.
- 9-Derogatis, L. R., Rickels, K., Rock, A. :The SCL- 90 and MMPI: a step in the validation of a new self – report scale. *British Journal of Psychiatry*, 1976,128: 280- 289.
- 10-Dhadphale, M., Ellison, R.H., Giffin, L :The frequency of psychiatric disorders among patients attending semi- urban and rural general out patient clinics in Kenya. *British Journal of Psychiatry*, 1983,142: 379-383.
- 11-Dohrenwend, B. P., Dohrenwend, B. S :Perspectives on the past and future of Psychiatric epidemiology. *American Journal of Public Health*,1982,72;11:1271-1279.

- 34-Lighton, A.H. :Transcultural Psychiatry. London: Routledge,1965.
- 35-Medianson, M.G., Stefanis, C.N., and Madianou, D :Prevalence of mental disorder and utilization of mental health services in two areas of greatttter Athens. Psychiatric Epidimiology, London: Croom Helm Ltd,1987.
- 36-National Women's Health Information Center :Prevalence of the disorders. WWW.4woman.gav,2000.
- 37-Offord DR et al :Ontario Child Health Study: 11. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. Archives of General Psychiatry,1987, 44:832-6.
- 38-Romans, clarkson, S. E., walton., V.A ., Herbison, C.P and Mullen, P.E ,Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zeland: Psycho Social correlates: British Journal of Psychiatry, 1990,159:84-91.
- 31-Rose, G :The mental health of populations. London: Routh leadg,1989.
- 39-Roca, M. and et al :Mental disorders on the Island of formentera, Spain. Social Psychiatry epidemiology,1999,34:410-15.
- 40-Saratorious, N :Epidemiology and prevention of mental disorder. In cooper.B and Helgason, G. (eds),1982.
- 41-Shore, J. H; Kinzie, J.D., Hampson, L., Pattison, E.M :Psychiatric Epidemiology of Indian village. Psychiatry, 1973, 36: 70-81.
- 42-Stansfield, S. A., Ghallacer, L. E., Sharp, D.S., Yarnell, J.W. G :Social factors and minor psychiatric disorder in middle-age men. Psychological Medicine,1991,21, 157-167.
- 43Turnwr, Samual., Hersen Michel :Adult Psychopathology and Diagnosis. New York. Wiley,1997.
- 44-Verghesse, A., Beig, A., Senseman, L.A. Rao, S.S and Benjamin, V:A social and psychiatric study of representative group of families in nellore town. Indian Journal of Medical Research,1973, 61: 608-62.
- 45-William E. Narrow; Donald S. Rae; Lee N. Robins; Darrel A. Regier :Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in Medical Journal of Mental Health, 1979; 8: 6-15.
- 23-Harding, T. W., De Arango, M.V., Baltazer , J., Clemant, C.E., Ibrahim H.H.A., Lodrio, Ignacio, L., Srinivasa Murthy, R., Wig, N.N :Mental disorder in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychological medicine,1980;10: 231-241.
- 24-Halldin, J :Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden in relation to social class marital status and immigration. Acute Psychiatry, 1984,72;2: 117-121.
- 25-Helzer JE, Canino GJ :Alcoholism in North America, Europe, and Asia. New York: Oxford University Press, 1992.
- 26- Henderson AS :Dementia. Geneva: World Health Organization,1994.
- 27-Hsu LKG :Epidemiology of the Eating Disorders. The Psychiatric Clinics of North America, 1996,19:681-700.
- 28-Kaelber CT, Moul DE, Farmer ME, :Epidemiology of Depression. In: Beckham EE, Leber WR, eds. Handbook of Depression. New York: Guilford Press, 1995:3-35.
- 29-Kaplan H., Sadock B:Comprehensive glossary of Psychiatry. Williams and Wilkins Company.
- 30-Kinzie, J. D., Leung, P.k., Boehnlein, J., Matsunaga, D., Johanson, R., Manson, S., Shore, J.H., Heinz.J., Williams, M :Psychiatric epidimiology of and Indian village: A 19 year replication study. Journal of Nervous and mental disease. 1992. 180: 33-39.
- 31-Kessler, R. C., Mc Gonagle, K.A., Zhao, S.H., Nelson, C.B ., Hughes M., Esleman, S., Witchen, H., Kendler, K.S :Lifetime And 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united states. Archives of General Psychiatry, 1994, 51: 8-19.
- 32-Lehtinen, V :Prevalence of mental disorders among adults in finland. Acta Psychiatric Scand, 1990, 81: 418-425.
- 33-Lee ,Y.:Psychiatric epidemiology in Korea. The Journal of Nervous and Mental Disease,1990, 178, 247-252.

- روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ۲، شماره ۴، ۱۳۷۴.
- ۵۶- جاویدی، حجت اله: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت-فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علوم بهداشتی و خدمات درمانی ایران، ۱۳۷۲.
- ۵۷- حرزای، محمد علی؛ باقری یزدی، سید عباس: بررسی اپیدمیولوژیک بیماری های روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. یزد، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، ۱۳۷۲.
- ۵۸- حسینی، محی الدین: فرهنگ جامع ارسنجان. کتاب در دست تألیف، ۱۳۸۱.
- ۵۹- خرووی، شمسعلی: بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بوجن، چهارمحال بختیاری. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران، ۱۳۷۳.
- ۶۰- داویدیان، هساراطون؛ ایزدی، سیروس؛ وارتکس، نهایاتیان؛ معتبر، منصور: بررسی همه گیر شناسی بیماری های روانی در منطقه بحر خزر. مجله بهداشت ایران، ۱۳۵۳، سال ۳، شماره ۴، صص ۱۵۶-۱۴۵.
- ۶۱- داویدیان، هساراطون؛ شاه محمدی، داود؛ آزرندگان، فیروز؛ کریمی کیسمی، عیسی؛ باقری یزدی، عباس، علایم و نشانه های مشترک و شایع اختلالات روانی در فرهنگ ایرانی. مجله حکیم. دوره ۴، شماره ۱، ۱۳۸۰.
- ۶۲- سازمان جهانی بهداشت: قدر زندگی را بدانیم و با بی احتیاطی و غفلت آن را به خطر نیندازیم. گروه ترجمه اداره بهداشت روانی معاونت بهداشتی، ۱۹۹۳.
- ۶۳- صادقی، خیرا...؛ صابری، سید مهدی؛ عصاره، مرضیه: همه گیر شناسی بیماری های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹، سال ششم، شماره ۲ و ۳. صص ۲۵-۱۶.
- the United States. Original Article. Vol. 59 No. 2, February 2002.
- 46-Weissman, M. M., Myers, J. K., Harding, P. S :Psychiatric disorder in a U.S urban community 1978- 1976. American Journal of Psychiatry.1987,135 (4): Pp, 549-462.
- 47-W.H.O. :The ICD-10 Classification of Mental and behaviour disorder. Geneva: W.H.O.1992,
- Human Right: The Vulnerability of the Mentally ill. Press Release, .15-44.
- ۴۸- آناستازی، ا. روان آزمایی. ترجمه: محمد تقی براهنی، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۹.
- ۴۹- افشاری منفرد، ژاله؛ بوالهروی، جعفر؛ باقری یزدی، سید عباس. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در میان بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های عمومی سمنان. مجله طب و تزکیه. شماره ۲۶، صص ۱۵-۱۰، ۱۳۷۶.
- ۵۰- انجمن روان پزشکی آمریکا. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه: نیکخو، محمد رضا؛ آوادیس یانس، هامایاک؛ میر هاشمی، مالک؛ غفرانی؛ محی الدین (۱۳۷۵). تهران؛ سخن، ۱۹۹۴.
- ۵۱- باش، ک.و.: روح نابسامان (تألیف ناصرالدین صاحب الزمانی). تهران: انتشارات عطایی، ۱۳۴۲.
- ۵۲- باقری یزدی، سید عباس: بررسی همه گیر شناسی اختلال های روانی در مناطق روستایی مید- یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳، سال ۱، شماره ۱، صص: ۴۱-۳۲.
- ۵۳- بهادر خان، جواد: بررسی همه گیر شناسی بیماری های روانی در مناطق روستایی گناباد. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران، ۱۳۷۲.
- ۵۴- پالاهنگ، حسن؛ عظیمی، خاطره؛ زارعان، جهاندار: بررسی همه گیر شناسی اختلال های روانی در کارگران کارگاه های شهر بروجن. مجله اندیشه و رفتار. سال پنجم، شماره ۱ و ۲، ۱۳۷۸.
- ۵۵- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد تقی؛ شاه محمدی، داود: بررسی همه گیر شناسی اختلال های

- ۶۴- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین: واژه نامه جامع روان شناسی و روان پزشکی. ترجمه: محمد دهگانپور، خشایار بیگی و مهرداد فیروزبخت (۱۳۷۳). تهران: بدر.
- ۶۵- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین: خلاصه روان پزشکی. ترجمه نصرت اله پورافکاری (۱۳۷۶). تهران: شهرآب.
- ۶۶- کوبه، فرخ: بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران، (۱۳۷۲).
- ۶۷- ماننز، جودیت س و کرامر، شیرا: درآمدهای بر اپیدمیولوژی. ترجمه: محسن جانقربانی (۱۳۷۳). کرمان: انتشارات خدمات فرهنگی کرمان، ۱۹۸۵.
- ۶۸- موری، کریستوفر؛ لویز، آلن: بار جهانی بیماری ها. ترجمه: پژمان شادپور (۱۳۷۷). تهران: انتشارات وزارت بهداشت و یونسف.
- ۶۹- میلانی فر، بهروز: بهداشت روانی. تهران: قومس. ۱۳۷۲.
- ۷۰- میرزایی، رقیه: ارزیابی پایایی و روایی آزمون SCL-90-R در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی و علوم رفتاری. دانشگاه تهران، ۱۳۵۹.
- ۷۱- نوربالا احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سید عباس: بررسی شیوع اختلالات روان پزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، ۱۳۷۸، دوره ۲، شماره ۴، صص ۲۲۳-۲۱۲.
- ۷۲- یاسمی، محمد تقی؛ صانعی، نسرین؛ ملک پور افشار، رضا، هنرمند، علیرضا، میرشکاری، رضا: بررسی همه گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۷، سال ۳، شماره ۴، صص ۲۷-۱۵.
- ۷۳- یعقوبی، نصراله؛ نصر، مهدی؛ شاه محمدی، داود: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرای گیلان. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال ۱، شماره ۴، صص ۶۵-۵۵.