

همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه *Epidemiology of Psychiatric Disorders in Students of Islamic Azad University of Kermanshah*

Payam Sarabi

M.A. Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
Email: CPsyPSarabi@yahoo.com

Fardin Parvizi

M.A. Clinical Psychology, Mental Health Expert, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran

Keivan Kakabarae

Associate Professor of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Abstract

Aim: The purpose of this study was to investigate the epidemiology of psychiatric disorders in students of Islamic Azad University of Kermanshah. **Method:** The research method was descriptive-survey. The statistical population consisted of all students who were studying in Islamic Azad University of Kermanshah in the academic year 2017-2018. The sample size consisted of 597 individuals who were selected by stratified random sampling. All subjects were assessed using the Millon Clinical Multiaxial Inventory - 3 (MCMI-III). Data were analyzed using Chi-square (X^2). **Results:** The results of this study showed that the prevalence of psychiatric disorders in the student population of Kermanshah Islamic Azad University was 31.16%, of which the prevalence was 36.20% in Women and 26.73% in men. Anxiety disorders, borderline personality, drug dependence and antisocial personality were 3.86, 2.85, 2.85, and 2.18% respectively, the most common psychiatric disorders in the student population. In general, 14.24% of people suffered from at least one psychiatric disorder; Also in the study of demographic variables, the highest prevalence was in the age group of 28 years and above with 17.32%, and single subjects with 10.44%. The relationship between the prevalence of psychiatric disorders and the gender of individuals showed a significant relationship between gender and borderline personality disorders, anxiety, Major depressive, post-traumatic stress and major depression ($p < 0.05$); but between sex and infection There were no significant differences in other abnormalities ($p < 0.05$). **Conclusion:** The findings of this study indicate that at least 30% of the student population of the Islamic Azad University of Kermanshah need mental health services; Therefore, further research on etiology and its remediation needs to be provided in the field of family mental health through public and specialized education in outpatient clinics, university counseling centers, group media, and schools.

Keyword: Epidemiology, Psychiatric Disorders, Students.

پیام سرابی (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

Email: CPsyPSarabi@yahoo.com

فردین پرویزی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، کارشناس سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران

کیوان کاکابرابی

دانشیار گروه روانشناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی همه گیرشناسی اختلالات روان پزشکی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه بود. **روش:** روش پژوهش، توصیفی - زمینه یابی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویانی که در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ در دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه مشغول به تحصیل بوده اند را تشکیل می داد. تعداد حجم نمونه شامل ۵۹۷ نفر بود، که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شده بودند. همه آزمودنی ها با پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون - ۳ (MCMI-III) مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده ها از روش آماری مجذور کای (X^2) به کار برده شد. **یافته ها:** نتایج این بررسی نشان داد، شیوع انواع اختلالات روان پزشکی در جمعیت دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه ۳۱/۱۶ درصد می باشد، که این میزان شیوع در زنان ۳۶/۲۰ درصد و در مردان ۲۶/۷۳ بوده است. اختلالات اضطراب، شخصیت مرزی، وابستگی به دارو و شخصیت ضداجتماعی به ترتیب با ۳/۸۶، ۲/۸۵، ۲/۸۵ و ۲/۱۸ درصد، شایع ترین اختلالات روان پزشکی در جمعیت دانشجویی بودند. در مجموع ۱۴/۲۴ درصد افراد حداقل از یک اختلال روان پزشکی رنج می بردند؛ همچنین در زمینه بررسی متغیرهای دموگرافیک، بالاترین شیوع مربوط به گروه سنی ۲۸ سال به بالا با ۱۷/۳۲ درصد، و افراد مجرد با ۱۰/۴۴ درصد بود. بررسی ارتباط شیوع اختلالات روان پزشکی و جنسیت افراد نشان داد که بین جنسیت و ابتلا به اختلالات شخصیت مرزی، اضطراب، افسردگی دایم، استرس پس از ضربه و افسردگی اساسی ارتباط معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$)؛ اما بین جنسیت و ابتلا به دیگر اختلالات، اختلاف معنی داری وجود نداشت ($p > 0.05$). **نتیجه گیری:** یافته های این پژوهش نشان می دهد که حداقل ۳۰ درصد جمعیت دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه، نیازمند خدمات بهداشت روان هستند؛ بنابراین لازم است تحقیقات بیشتر در رابطه با سبب شناسی و رفع آن، زمینه بهداشت روانی در خانواده از طریق آموزش عمومی و تخصصی در کلینیک های سرپایی، مراکز مشاوره دانشگاه ها، رسانه های گروهی، و مدارس فراهم گردد.

کلید واژه ها: همه گیرشناسی، اختلال های روان پزشکی، دانشجویان.

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۰۶

مقدمه

فرد سالم از نظر روانی، کسی است که با خود و محیط اطرافش هماهنگی دارد. نشانه‌های سلامت‌روانی را لذت بردن از زندگی، کنترل داشتن بر رفتار، ارزیابی درست از واقعیت‌ها، موثر بودن در کار و داشتن مفهومی از خود سالم در فرد دانسته‌اند (کارسون^۱، ۲۰۰۲). بنابر اعلام سازمان بهداشت جهانی^۲، سلامت‌روان اهمیتی برابر با سلامت جسمانی دارد و تحت تاثیر ترکیبی از مولفه‌های اجتماعی، روان‌شناختی و زیستی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۴؛ توکل و فراهانی، ۱۳۹۷). اپیدمیولوژی بالینی، دانش پیشگویی درباره بیماران است و این پیشگویی برگرفته از وقایعی است که برای گروه مشابهی از بیماران قبلی روی داده است. دانش اپیدمیولوژی بالینی نهایت سعی خود را می‌کند که با استفاده از روشهای علمی، پیشگویی‌ها را به واقعیت نزدیک سازد. در واقع، با پرهیز از خطای منظم و حذف شانس، هدف اپیدمیولوژی بالینی توسعه و کاربرد روش‌هایی است که منجر به نتیجه‌گیری‌های معتبر براساس شواهد بالینی می‌گردد. از همین رو، دانش اپیدمیولوژی بالینی به پزشکان کمک می‌نماید تا اطلاعاتی را به دست آورند که با استفاده از آن می‌توانند تصمیمات صحیحی را درباره مراقبت و درمان بیماران خود اتخاذ نمایند (رضائیان، ۲۰۱۳؛ ۲۰۰۹؛ ۱۳۹۴). همه-گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که شیوه توزیع این اختلال‌ها را در جامعه مورد بررسی قرار می‌دهد (رابین^۳، ۱۹۷۸؛ محریری و همکاران، ۲۰۱۵). در گذشته بررسی‌های همه‌گیرشناسی روان‌پزشکی با مراجعه به پرونده بیماران و اطلاعات به دست آمده از افراد کلیدی انجام می‌شد؛ اما با تهیه و تدوین پرسشنامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد، امروزه تا اندازه‌ای میزان شیوع اختلال‌های روانی در جهان شناسایی شده‌اند (دهرنوند^۴ و دهرنوند، ۱۹۸۲؛ محریری و همکاران، ۲۰۱۵). با وجود این، به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، روش‌های مصاحبه، روش‌های نمونه‌گیری و طبقه‌بندی‌های به کار برده شده، شمار بیماران روانی بسیار متفاوت برآورد شده‌اند، و هم‌سویی چندانی با هم ندارند (اسمیت آپلدورن، و رارت و شوئرز^۵، ۲۰۱۹)؛ به طوری- که این میزان‌ها از ۷/۳ تا ۳۹/۸ درصد در نوسان بوده است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۳؛ هدایامونت، پیر، سبین^۶، ۱۹۸۷؛ لی^۷، ۱۹۹۰). اختلال روان‌پزشکی یا بیماری روانی یک الگوی رفتاری و روان‌شناختی است که در یک فرد اتفاق می‌افتد و همراه با آشفتگی در کارکرد، ناشی از یک اختلال زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی، ژنتیکی، فیزیکی یا شیمیایی است (کومبی، کنلی و برمن^۸، ۲۰۰۴؛ خطیبی مقدم و همکاران، ۲۰۱۷)؛ و در سراسر فرهنگ‌ها، نژادها و گروه‌های اجتماعی پدیده‌ای شایع است (سارا و چارلز^۹، ۲۰۱۲)، به طوری که تعداد زیادی از افراد بیش از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند (کسلر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۲؛ ۲۰۰۵). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱)، اعلام کرد که تقریباً ۴۵ میلیون نفر در سراسر دنیا از برخی اختلالات روان‌پزشکی رنج می‌برند، و از هر ۴ نفر ۱ نفر در برخی از مراحل زندگی علایم

1. Carson

2. World Health Organization (WHO)

3. Robin

4. Dohrenwend

5. Smith-Apeldoorn, Veraart & Schoevers

6. Hodiamont, Peer, Sybcn

7. Lee

8. Cumbie, Conley & Burman

9. Sarah & Charles

10. Kessler

اختلالات روان‌پزشکی را تجربه می‌کنند؛ و شیوع طول‌عمر اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت عمومی جهان ۲۵ درصد است. مطالعه آلونسو، آنگرمیره و برنرت^۱ (۲۰۰۴)، و مطالعه مروری گسترده ویتچن و جاکوبی^۲ (۲۰۰۵)، نشان دادند که شیوع طول‌عمر اختلالات روانی براساس DSM-IV در اروپا ۲۵ درصد می‌باشد.

بررسی‌های انجام گرفته در کشورهای مختلف جهان و ایران دلالت بر این دارند که میزان همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در زنان بیش‌از مردان (توکل و فراهانی، ۱۳۹۷؛ شهابی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۵؛ تبریزی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱، توکلی‌زاده و خدادادی، ۱۳۸۹؛ احمدوند و همکاران، ۱۳۸۷؛ حسن‌شاهی و همکاران، ۱۳۸۲؛ پرویزی‌فرد و همکاران، ۱۳۸۰؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۸۱؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴؛ بهار^۳ و همکاران، ۱۹۹۲؛ هالیفیلد^۴ و همکاران، ۱۹۹۰؛ کسرلر^۵ و همکاران، ۱۹۹۴؛ لهتینن^۶ و همکاران، ۱۹۹۵؛ راکا^۷ و همکاران، ۱۹۹۹؛ وازیک-بارکورو^۸ و همکاران، ۱۹۸۷)، و در ساکنین مناطق شهری بیش‌از روستایی بوده است (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۴؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴؛ خسروی، ۱۳۷۳؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۷۸). به‌علاوه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سن و ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی رابطه معنی‌داری وجود دارد، و با بالا رفتن سن، میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی افزایش نشان داده است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۱؛ یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴؛ هودیامونت و پییر^۹، ۱۹۸۷؛ لی، ۱۹۹۰).

بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی انجام شده در ایران (نمونه‌های غیربالینی) نشان می‌دهد که کمتر از سایر نقاط جهان نیست، و نیز بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلال‌ها از ۶/۲ تا ۵۱/۸ درصد اشاره دارند (جدول ۱). اما در مورد دانشجویان وضع کمی متفاوت است. مطالعات شیوع‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان حاکی از آن است که جامعه دانشجویی پیش‌تاز شیوع اختلالات روانی می‌باشند و این رقم در پژوهش‌های مختلف از ۳۰ درصد تا ۴۵ درصد در نوسان است (باقری یزدی، ۱۳۷۴؛ به نقل از یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۳). بررسی‌های مختلف بر روی دانشجویان در نقاط مختلف دنیا حاکی از شیوع انواع اختلالات در بین آن‌ها می‌باشد. مطالعه‌ای که در کشورهای فلاند (پرویل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶)، نروژ (ساندنج^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۴) و هلند (استرینر، قاهنی و ولدویزن^{۱۲}، ۲۰۱۲) بر روی دانشجویان انجام گرفت، بیانگر این بود که دانشجویان به ترتیب ۲۲ درصد، ۲۰ درصد و ۲۷ درصد از اختلال‌های روانی رنج می‌بردند. بررسی که بر روی دانشجویان دانشگاه دینوبرگ انجام گرفته است نشان داد ۱۷ درصد آن‌ها دچار علایم اختلالات روان‌پزشکی و ۲۹ درصد علایمی از آشفتگی روانی را دارا بودند (اندراد^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۰). در

1. Alonso, Angermeyer & Bernert

2. Wittchen & Jacobi

3. Bahar

4. Hollifield

5. Kessler

6. Lehtinen

7. Roca

8. Vázquez-Barquero

9. Hodiamont & Peer

10. Prévile

11. Sandanger

12. Streiner, Cairney & Veldhuizen

13. Andrade

پژوهش زارع و همکاران (۱۳۹۵)، که به روش فراتحلیل^۱ انجام گرفت، در ۷۷ مطالعه انجام گرفته طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۳ در ایران با حجم نمونه ۴۴۱۶۲ نفر، شیوع کلی اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان ایرانی براساس مدل اثرات تصادفی برابر ۳۳/۲ درصد بود. در مطالعه علیزاده نوائی و حسینی (۱۳۹۳)، به روش مرور منظم تا سال ۱۳۹۰، که شامل ۹ مقاله فارسی و ۳ مقاله انگلیسی بود، نتایج حاکی از شیوع اختلال روانی بین ۲۲/۷ درصد تا ۵۲/۳ بود. در پژوهش‌های مه‌ری و صدیقی صومعه‌کوچک (۱۳۹۰)، جهانی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۷)، و رستمی و بحرینیان (۱۳۸۱)، به ترتیب یافته‌ها نشان داد که دانشجویان با ۳۹ درصد، ۶۹/۳ درصد و ۱۶/۳ درصد واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های روان‌پزشکی بودند.

برای شناسایی نیازهای بهداشتی افراد جامعه و حجم مشکلات بهداشت روان کشور، انجام پژوهش‌های اپیدمیولوژیک اختلالات روان‌پزشکی و مطالعات سلامت روان افراد جامعه، حائز اهمیت و اولویت بالا می‌باشد. برنامه‌ریزی مناسب در راستای ارائه خدمات بهداشت روان به افراد جامعه، نیازمند اطلاعات پایه، بررسی‌های اپیدمیولوژیک و شناسایی حجم مشکل می‌باشد. این پژوهش در نظر دارد با انجام مطالعه اپیدمیولوژی اختلالات روان‌پزشکی، مدیران و مسئولین بهداشتی، آموزشی و درمانی را نسبت به اهمیت و حجم مساله اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان حساس نماید، و با برنامه‌ریزی‌های مناسب، زمینه ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه فراهم گردد. در مجموع، از ضروریات مهم پژوهش حاضر، عدم وجود پژوهشی که عده زیادی از افراد را با استفاده از مومون^۲ MCM-III مورد ارزیابی قرار دهد؛ فقدان مطالعه‌ای که به ارزیابی همزمان محور I و II اختلالات روان‌پزشکی براساس DSM^۳ پرداخته باشد؛ نبود اطلاعات جدید در رابطه با وضعیت اختلال‌های روان‌پزشکی دانشجویان؛ متفاوت بودن درصد‌های گزارش شده در رابطه با ابتلا به اختلال‌های روان‌پزشکی در جامعه دانشجویی؛ پژوهشگران را برآن داشت تا به بررسی چنین موضوع مهمی بپردازند. بدین منظور هدف اصلی این پژوهش، تعیین اپیدمیولوژی اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ می‌باشد.

جدول ۱. خلاصه نتایج مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روان‌پزشکی در ایران

نام محقق و یا محققین	سال بررسی	نوع جمعیت و محل	ابزار پژوهش	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع	
				زن	مردان	کل
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرستان رودسر	مصاحبه بالینی	۴۸۸	-	۱۷/۰
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستای میبد یزد	DSM-III-R, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستای گناباد خراسان	DSM-III-R, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴
جاویدی	۱۳۷۲	روستای مرودشت فارس	DSM-III-R, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستای آذرشهر تبریز	DSM-III-R, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴
حرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	DSM-III-R, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵
خسروی	۱۳۷۳	شهری و روستای بروجن	DSM-III-R, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	۴۵۰	۲۶/۲	۷/۹
پالانگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	DSM-III-R, GHQ-28, مصاحبه بالینی	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستای سومعه سرا - گیلان	DSM-III-R, GHQ-28, مصاحبه بالینی	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	DSM-III-R, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	۶۱۲	-	-
افتخاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	DSM-III-R, SCL-90-R, مصاحبه بالینی, PSE	۸۶۹	۱۸/۰	۱۰/۰
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهر اصفهان	DSM-IV, SRQ-24, مصاحبه بالینی	۳۲۵۵	-	-
معتمدی و همکاران	۱۳۷۶	دو روستای کرمان	SCL-90-R	۱۰۸۶	-	-

۱. Meta-analysis method

۲. Millon Clinical Multiaxial Inventory – III

۳. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders

۲۵/۴	۲۳/۹	۲۶/۵	۶۴۳	DSM-IV, مصاحبه بالینی, SCL-90-R	شهر زاهدان	۱۳۷۷	بخشانی و همکاران
۲۱/۵	۱۴/۹	۲۷/۷	۸۷۹	DSM-IV, GHQ-28, مصاحبه بالینی	شهر تهران	۱۳۷۸	نوریلا و همکاران
۲۱/۰	۱۴/۹	۲۵/۹	۳۵۰۱۴	GHQ-28	سراسر کشور	۱۳۷۹	نوریلا و همکاران
۲۱/۳	۱۷/۲	۲۴/۳	۶۵۰	DSM-III-R, GHQ-28, مصاحبه بالینی	شهر نطنز	۱۳۷۹	امیدی و همکاران
۲۵/۲	۱۶/۹	۳۲/۲	۵۰۱	DSM-III-R, GHQ-28, مصاحبه بالینی	شهر کرمانشاه	۱۳۷۹	صادقی و همکاران
۲۶/۹	۱۶/۶	۳۵/۷	۶۴۰	DSM-III-R, GHQ-28, مصاحبه بالینی	ساوجبلاغ	۱۳۷۹	شمس غلیزاده و همکاران
۱۷/۱	۱۶/۰	۱۸/۲	۳۹۱	DSM-IV, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	شهری و روستایی قم	۱۳۷۹	چگینی و همکاران
۵۱/۸	-	-	۲۷۹	SCL-90-R	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران	۱۳۷۹	حسینی و موسوی
۱۵/۵	۱۱/۱	۱۷/۳	۴۹۱	SCL-90-R	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	۱۳۸۰	مسگرانی و همکاران
۱۵/۳۳	۱۲/۵۱	۱۸/۲۳	۱۲۸۶	SADS	استان آذربایجان شرقی	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۲۹/۰۱	۱۷/۷۴	۴۰/۲۳	۱۰۴۱	SADS	استان آذربایجان غربی	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۹/۶۲	۱۳/۵	۲۵/۴۸	۸۷۶	SADS	استان کرمان	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۲۱/۵۲	۱۲/۳۳	۳۰/۱۳	۱۰۲۲	SADS	استان مازندران	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۸/۵۸	۱۴/۴۹	۲۲/۱۴	۲۸۰	SADS	استان سمنان	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۹/۰۵	۱۴/۲۹	۲۳/۸۱	۵۴۶	SADS	استان لرستان	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۲۳/۱۷	۹/۹۲	۳۶/۸۳	۳۳۷	SADS	استان کهگیلویه و بویراحمد	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۴/۶۹	۱۱/۴۷	۱۸/۱۴	۵۱۸	SADS	استان گلستان	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۴/۳	۹/۳	۱۹/۶	۵۳۱۱	SADS	استان تهران	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۵/۷۸	۸/۵۷	۲۲/۸۷	۹۲۵	SADS	استان گیلان	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۱/۲۸	۵/۸۰	۱۷/۲	۶۶۴	SADS	استان همدان	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۵/۲۷	۶/۰۵	۲۵/۰	۴۱۹	SADS	استان یزد	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۶/۴۳	۱۰/۷۰	۲۲/۰۵	۳۳۰۱	SADS	استان خراسان	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۲۰/۲	۱۴/۳۴	۲۶/۲۳	۴۹۵	SADS	استان کردستان	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۱۷/۱۰	۱۰/۸۶	۲۳/۴	۲۵۱۸۰	SADS	ایران	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۲۸/۳۷	۲۲/۱۳	۳۰/۲۵	۴۲۳	DSM-IV, SRQ-24, مصاحبه بالینی	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	۱۳۸۰	پرویزی فرد و همکاران
۳۴/۰	۳۳/۹	۳۴/۰	۶۵۰	DSM-IV, SCL-90-R, مصاحبه بالینی	شهر ارسنجان	۱۳۸۲	حسن شاهی و همکاران
۲۸/۷	۲۳/۰	۳۳/۰	۴۵۱۳	GHQ-28	مناطق روستایی استان خوزستان	۱۳۸۴	دواساز ایرانی و همکاران
۲۸/۶	۲۷/۸	۲۹	۱۵۴	GHQ-28	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین، زنجان و اراک	۱۳۸۶	جهانی هاشمی و همکاران
۲۹/۰	۲۱/۲	۳۵/۵	۱۸۰۰	DSM-IV, GHQ-28, مصاحبه بالینی	شهر کاشان	۱۳۸۷	احمدوند و همکاران
۷/۱	-	-	۵۸۲	SCL-90-R	شهر بیرجند	۱۳۸۸	رئیسون و همکاران
۳۶/۹	-	-	۱۴۲۲	DSM-IV, GDS-15, GHQ-28, مصاحبه بالینی	شهرک اکباتان تهران	۱۳۸۸	میرابزاده و ملکوتی
۴۳/۷	۴۸/۵۰	۴۱/۶۳	۵۰۰	CIDI, GHQ-28	دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران	۱۳۸۸	یعقوبی و همکاران
۳۳/۰۵	۱۹/۴۱	۲۶/۶۹	۲۱۲	GHQ-28	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی	۱۳۸۹	حسینی و همکاران
۳۰/۶	-	-	۵۰۴	SCL-90-R	روستایی شهر بیرجند	۱۳۹۰	کاظمی و دستجردی
۱۵/۹۶	۱۵/۶۳	۱۶/۲۹	۱۱۰	GHQ-28	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جیرفت	۱۳۹۰	رفعی و همکاران
۶/۲	-	-	۳۲۱	SCL-90-R	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه	۱۳۹۱	آقاجانی و همکاران
۳۰/۷۵	۳۰/۴	۳۱/۱	۲۳۲	SCL-90-R	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یزد	۱۳۹۱	تبریزی زاده و همکاران
۵۰	۳۰	۷۰	۴۰۰	SCL-90-R	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان	۱۳۹۳	شهبازی نژاد و همکاران
۲۸/۹	۲۳/۳۱	۳۴/۵۵	۳۸۴	GHQ-28	اراک	۱۳۹۶	توکل و فراهانی

روش

طرح پژوهش، جامعه آماری و روش نمونه گیری: باتوجه به ماهیت عنوان پژوهشی و اهداف مورد نظر، این مطالعه در ژمره طرح‌های پژوهشی کاربردی و شیوه اجرای آن توصیفی - زمینه یابی می باشد. جامعه آماری را تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. به توصیه بسیاری از متخصصان آمار برای طرح‌های زمینه یابی، حداقل به ۱۰۰ نفر حجم نمونه نیاز داریم که باتوجه به امکانات موجود هرچه این تعداد بالاتر برود اطلاعات مناسب تری گردآوری خواهد شد (تاپاچنیک و فیدل^۱، ۲۰۰۱؛ سادمن^۲، ۱۹۷۶)؛ به همین دلیل، نمونه براساس پژوهش‌های قبلی و با در نظر گرفتن تعداد تقریبی جامعه آماری محاسبه گردید و در نهایت ۵۹۷ نفر از

1. Tabachnick & Fidell

2. Sudman

دانشجویان دانشگاه آزاد شهر کرمانشاه با نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه‌ای به عنوان نمونه مورد ارزیابی انتخاب شدند؛ بدین صورت که در هر رشته به صورت یک طبقه در نظر گرفته شد، و تعداد نمونه‌ها به صورت تصادفی و متناسب با تعداد و جنس دانشجویان در هر ترم و سال تحصیل از هر رشته تحصیلی انتخاب شد. معیارهای ورود شامل شاغل به تحصیل بودن در دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه، نداشتن سابقه مرگ عزیزان و حوادث ناگوار در ۶ ماه گذشته، و رضایت جهت شرکت در پژوهش بود؛ داشتن سابقه اختلال‌های روان‌پزشکی مشخص و بیماری‌های خاص جسمی، معیارهای خروج را تشکیل می‌دادند. همچنین در گروه نمونه، از مجموع تعداد ۷۵۰ پرسشنامه‌ی تکمیل شده و ناقص، ۱۵۳ پرسشنامه فاقد اعتبار کافی برای بررسی و تجزیه و تحلیل آماری تشخیص داده شد و در نهایت، تعداد ۵۹۷ پرسشنامه دارای ملاک‌های اعتبار بود و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ابزار

آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳ (MCMI-III): نسخه اصلی این آزمون توسط میلون (۱۹۹۷) تدوین شد؛ و از آن زمان تاکنون دو بار تجدید نظر شده است. این آزمون، یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی / خیر است که اجرای آن بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه زمان می‌برد؛ و برای افراد بزرگسال بالاتر از ۱۸ سال با سطح سواد تقریباً هشت کلاس، که برای درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به کلینیک‌های سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. گستره نمرات در مقیاس‌های شخصیت و نشانگان بالینی میلون از صفر تا ۱۱۵ است و نمرات خام به نمرات آهنگ‌پایه تبدیل می‌شوند. نقطه‌های برش ۷۵ تا ۸۵ به عنوان الگوها و سبک‌های شخصیتی و نقطه‌برش ۸۵ به بالا به عنوان نشانه اختلال شخصیت به شمار می‌روند. نسخه فعلی MCMI-III، تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای شخصیت بالینی، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید. مقیاس‌ها، به همراه ماده‌های تشکیل دهنده آن‌ها، با نظریه شخصیت میلون و DSM-IV همخوانی دارند. MCMI-III در مجموع ۲۴ مقیاس بالینی و ۴ شاخص روایی دارد. از مجموع این ۲۴ مقیاس، ۱۴ مقیاس آن به سنجش اختلالات شخصیت براساس محور II، DSM-IV می‌پردازند و ۱۰ مقیاس دیگر نشانگان بالینی را بر اساس محور I، DSM-IV می‌سنجند (دروموند، شپریز و جونز، ۲۰۱۶؛ استارک^۳ و میلون، ۲۰۰۷؛ مارنات، ۱۳۹۰؛ شریفی، ۱۳۹۷). ارزیابی که توسط میلون (۱۹۹۴)، انجام گرفته، نشان می‌دهد که در مجموع میزان پایایی MCMI-III، ۰/۷۸ می‌باشد. همچنین پایایی به روش بازآزمایی با فاصله زمانی بین ۵ روز تا ۴ ماه، با متوسط ۰/۷۸ گزارش شده است (استارک و میلون، ۲۰۰۷). در ضمن روایی آزمون در مقایسه با آزمون MMPI با مقایسه با عوامل مشترک مورد سنجش، مورد ارزیابی قرار گرفته است؛ میزان همبستگی این دو آزمون از ۰/۷۵ به بالا گزارش شده است (مارنات، ۱۳۹۰). در پژوهش سرابی و صادقی (۱۳۹۷)، برای پایایی MCMI-III به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۴ - ۰/۵۵) و پایایی به روش کودر - ریچاردسون، ۰/۹۴ گزارش شده است؛ و میزان توافق MCMI-III با پرسشنامه شخصیت (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت، به ترتیب بیشترین و کمترین میزان توافق در گروه بالینی مربوط به اختلال شخصیت مرزی با ۰/۶۶، و اختلال شخصیت وابسته با ۰/۰۴ می‌باشد، همچنین به ترتیب بیشترین و کمترین میزان توافق در گروه غیربالینی مربوط به اختلال شخصیت اجتنابی با ۰/۴۶، و اختلال شخصیت وابسته با ۰/۰۶

3. Drummond, Sheperis & Jones

4. Strack

برآورد شد؛ همچنین نتایج به دست آمده از خصیصه‌های عامل برای مقیاس‌های شخصیت MCMIII، شامل توان پیش‌بینی مثبت (PPP) در دامنه ۰/۹۵ تا ۰/۱۵، توان پیش‌بینی منفی (NPP) از ۰/۹۴ تا ۰/۳۵ و همچنین توان تشخیص کل (CI) در دامنه ۰/۹۹ تا ۰/۴۱ قرار گرفت.

روش اجرا

قبل از ارائه پرسشنامه MCMIII به آزمودنی‌ها، ضمن تشریح کامل علل و اهداف پژوهش، رضایت آن‌ها مبنی بر پاسخ‌دادن به سؤالات جلب شد. پس از ارائه توضیحات کافی در مورد نحوه پاسخ‌گویی شان از آن‌ها خواسته شد تا نهایت دقت و حوصله را جهت تکمیل پرسشنامه داشته باشند. همچنین شایان ذکر است که تمامی آزمودنی‌ها پس از اعلام همکاری و کسب اطمینان از رعایت مسائل اخلاقی (محرمانه بودن نتایج آزمون) و تکمیل کردن فرم رضایت نامه آگاهانه و کتبی در پژوهش شرکت داده شدند، و حتی در پاسخ‌دادن به سوال‌ها آزاد بودند و هر زمان که تمایل به ادامه همکاری نداشتند به راحتی می‌توانستند همکاری شان را قطع کنند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-20 استفاده شد. روش آماری مورد استفاده در این پژوهش، آزمون می‌جذور کای (X^2) بود.

یافته‌ها

در این پژوهش، میانگین زنان و مردان شرکت‌کننده به ترتیب برابر با ۴۶/۷۳ درصد و ۵۳/۲۷ بود، و میانگین سنی زنان و مردان شرکت‌کننده به ترتیب برابر با ۲۸/۵۱ سال با انحراف معیار ۴/۲۳، و ۲۹/۳۷ سال با انحراف معیار ۳/۴۲ بود.

جدول ۲. شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی برحسب جنسیت

انواع اختلالات	مرد n= ۳۱۸		زن n= ۲۷۹		جمع n= ۵۹۷	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شخصیت اسکیزوئید	۲	۰/۶۳	۱	۰/۳۶	۳	۰/۵۱
شخصیت اجتنابی	۲	۰/۶۳	۲	۰/۷۲	۴	۰/۶۸
شخصیت افسرده	۲	۰/۶۳	۲	۰/۷۲	۴	۰/۶۸
شخصیت وابسته	۳	۰/۹۵	۴	۱/۴۴	۷	۱/۱۸
شخصیت نمایشی	۳	۰/۹۵	۳	۱/۰۸	۶	۱/۰۱
شخصیت خودشیفته	۳	۰/۹۵	۳	۱/۰۸	۶	۱/۰۱
شخصیت ضداجتماعی	۷	۲/۲۰	۶	۲/۱۵	۱۳	۲/۱۸
شخصیت دیگرآزار	۲	۰/۶۳	۳	۱/۰۸	۵	۰/۸۴
شخصیت وسواسی	۳	۰/۹۵	۵	۱/۸۰	۸	۱/۳۴
شخصیت منفی‌گرا	۱	۰/۳۲	۳	۱/۰۸	۴	۰/۶۸
شخصیت خودآزار	۱	۰/۳۲	۱	۰/۳۶	۲	۰/۳۶
شخصیت مرزی	۸	۲/۵۲	۹	۳/۲۳	۱۷	۲/۸۵
شخصیت اسکیزوتایپال	۳	۰/۹۵	۱	۰/۳۶	۳	۰/۵۱
شخصیت پارانوئید	۳	۰/۹۵	۴	۱/۴۴	۷	۱/۱۸
اضطراب	۱۱	۳/۴۶	۱۲	۴/۳۰	۲۳	۳/۸۶
جسمانی شکل	۱	۰/۳۲	۱	۰/۳۶	۱	۰/۱۷
دوقطبی: مانیایی	۱	۰/۳۲	۳	۱/۰۸	۴	۰/۶۸
افسردگی دایم	۴	۱/۲۶	۸	۲/۸۷	۱۲	۲/۰۲
وابستگی به الکل	۵	۱/۵۸	۶	۲/۱۵	۱۱	۱/۸۵
وابستگی به دارو	۹	۲/۸۳	۸	۲/۸۷	۱۷	۲/۸۵
استرس پس از ضربه	۵	۱/۵۸	۸	۲/۸۷	۱۳	۲/۱۸
اختلال فکر	۱	۰/۳۲	۱	۰/۳۶	۲	۰/۳۶
افسردگی اساسی	۳	۰/۹۵	۵	۱/۸۰	۸	۱/۳۴
اختلال هذیانی	۲	۰/۶۳	۲	۰/۷۲	۳	۰/۵۱
جمع کل اختلالات	۸۵	۲۶/۷۳	۱۰۱	۳۶/۲۰	۱۸۶	۳۱/۱۶

یافته‌های به دست آمده در این پژوهش برحسب درصد شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی به تفکیک جنسیت در جدول ۲ ذکر شده است؛ نتایج بررسی در جدول ۲، نشان داد که با استفاده از آزمون MCMIII-III، ۱۸۶ مورد اختلال روان‌پزشکی (۳۱/۱۶ درصد) در افراد مورد مطالعه وجود داشته که این میزان در زنان ۳۶/۲۰ و در مردان ۲۶/۷۳ درصد بوده است، و بالاترین شیوع اختلالات روان‌پزشکی به ترتیب مربوط به اختلال اضطراب با ۲۳ مورد معادل ۳/۸۶ درصد، که این میزان در زنان ۴/۳۰ درصد (۱۲ مورد) و در مردان ۳/۴۶ درصد (۱۱ مورد)؛ اختلال شخصیت مرزی با ۱۷ مورد معادل ۲/۸۵ درصد، که این میزان در زنان ۳/۲۳ درصد (۹ مورد) و در مردان ۲/۵۲ درصد (۸ مورد)؛ اختلال وابستگی به دارو با ۱۷ مورد معادل ۲/۸۵ درصد، که این میزان در زنان ۲/۸۷ درصد (۸ مورد) و در مردان ۲/۸۳ درصد (۹ مورد)؛ اختلال شخصیت ضداجتماعی با ۱۳ مورد معادل ۲/۱۸ درصد، که این میزان در زنان ۲/۱۵ درصد (۶ مورد) و در مردان ۲/۲۰ درصد (۷ مورد)؛ اختلال استرس پس از ضربه با ۱۳ مورد معادل ۲/۱۸ درصد، که این میزان در زنان ۲/۸۷ درصد (۸ مورد) و در مردان ۱/۵۸ درصد (۵ مورد)؛ اختلال افسردگی دایم با ۱۲ مورد معادل ۲/۰۲ درصد، که این میزان در زنان ۲/۸۷ درصد (۸ مورد) و در مردان ۱/۲۶ درصد (۴ مورد)؛ اختلال وابستگی به الکل با ۱۱ مورد معادل ۱/۸۵ درصد، که این میزان در زنان ۲/۱۵ درصد (۶ مورد) و در مردان ۱/۵۸ درصد (۵ مورد)؛ اختلال افسردگی اساسی با ۸ مورد معادل ۱/۳۴ درصد، که این میزان در زنان ۱/۸۰ درصد (۵ مورد) و در مردان ۰/۹۵ درصد (۳ مورد)؛ اختلال شخصیت وسواسی با ۸ مورد معادل ۱/۳۴ درصد، که این میزان در زنان ۱/۸۰ درصد (۵ مورد) و در مردان ۰/۹۵ درصد (۳ مورد)؛ اختلال شخصیت پارانویید با ۷ مورد معادل ۱/۱۸ درصد، که این میزان در زنان ۱/۴۴ درصد (۴ مورد) و در مردان ۰/۹۵ درصد (۳ مورد)؛ اختلال شخصیت وابسته با ۷ مورد معادل ۱/۱۸ درصد، که این میزان در زنان ۱/۴۴ درصد (۴ مورد) و در مردان ۰/۹۵ درصد (۳ مورد)؛ اختلال شخصیت خودشیفته با ۶ مورد معادل ۱/۰۱ درصد، که این میزان در زنان ۱/۰۸ درصد (۳ مورد) و در مردان ۰/۹۵ درصد (۳ مورد)؛ اختلال شخصیت نمایشی با ۶ مورد معادل ۱/۱۸ درصد، که این میزان در زنان ۱/۴۴ درصد (۴ مورد) و در مردان ۰/۹۵ درصد (۳ مورد)؛ اختلال شخصیت دیگرآزار با ۵ مورد معادل ۰/۸۴ درصد، که این میزان در زنان ۱/۰۸ درصد (۳ مورد) و در مردان ۰/۶۳ درصد (۲ مورد) می باشد.

جدول ۳. شیوع اختلالات روان‌پزشکی برحسب جنسیت، سن و تاهل

متغیرهای جمعیت شناختی	دارای اختلال		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس				
مرد	۳۸	۱۱/۹۵	۳۱۸	۱۰۰
زن	۴۷	۱۶/۸۵	۲۷۹	۱۰۰
سن				
۱۹-۲۱	۲	۹/۵۲	۲۱	۱۰۰
۲۲-۲۴	۱۱	۱۳/۲۸	۱۲۸	۱۰۰
۲۵-۲۷	۲۸	۱۴/۴۳	۱۹۴	۱۰۰
۲۸ به بالا	۴۴	۱۷/۳۲	۲۵۴	۱۰۰
متاهل	۱۶	۷/۹۳	۲۰۲	۱۰۰
متاهل	۱۰	۳۵/۷۲	۲۸	۱۰۰
مطلقه	۲۸	۴۱/۱۸	۶۸	۱۰۰
بیوه	۰	۰/۰۰	۲	۱۰۰
جمع	۸۵	۱۴/۲۴	۵۹۷	۱۰۰

اطلاعات مربوط به شیوع حداقل یک اختلال روان پزشکی در افراد مورد مطالعه در جدول ۳ آورده شده است. نتایج بررسی در جدول ۳، نشان می‌دهد در مجموع ۱۴/۲۴ درصد افراد حداقل از یک اختلال روان پزشکی رنج می‌برده‌اند، که این میزان در زنان ۱۶/۸۵ درصد و در مردان ۱۱/۹۵ درصد بوده است. همچنین در زمینه بررسی شیوع انواع اختلالات روان پزشکی و متغیرهای دموگرافیک یافته‌های این بررسی نشان داد: بالاترین شیوع اختلالات روان پزشکی در این پژوهش مربوط به گروه سنی ۲۸ سال به بالا با ۱۷/۳۲ درصد و کمترین آن مربوط به گروه سنی ۲۱-۱۹ با ۹/۵۲ درصد بود. از نظر وضعیت تاهل، بیشترین میزان شیوع مربوط به افراد مجرد (۳۱ مورد) با ۱۰/۴۴ درصد و افراد مطلقه (۲۸ مورد) با ۴۱/۱۸ درصد، و کمترین مربوط به افراد بیوه با صفر درصد بود.

جدول ۴. مقایسه شیوع اختلالات روان پزشکی بر حسب جنسیت

نوع اختلال	مرد n= ۳۱۸		زن n= ۲۷۹		آماره X ²	درجه آزادی	سطح معناداری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
شخصیت اسکیزوئید	۱	۰/۳۲	۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۱	۰/۹۸۷
شخصیت اجتنابی	۲	۰/۶۳	۱	۰/۳۶	۱/۲۷	۱	۰/۲۵۸
شخصیت افسرده	۱	۰/۳۲	۲	۰/۷۲	۰/۷۷۱	۱	۰/۳۸۰
شخصیت وابسته	۲	۰/۶۲	۳	۱/۰۸	۰/۲۱۷	۱	۰/۶۴۱
شخصیت نمایشی	۳	۰/۹۵	۴	۱/۴۴	۰/۰۰۲	۱	۰/۹۶۷
شخصیت خودشیفته	۳	۰/۹۵	۲	۰/۷۲	۲/۱۸	۱	۰/۲۷۶
شخصیت ضداجتماعی	۶	۱/۸۸	۲	۰/۷۲	۳/۴۵	۱	۰/۱۲۱
شخصیت دیگرآزار	۳	۰/۹۵	۲	۰/۷۲	۱/۳۳	۱	۰/۲۴۷
شخصیت وسواسی	۵	۱/۵۸	۱	۰/۳۶	۰/۰۰۴	۱	۰/۹۵۴
شخصیت منفی‌گرا	۳	۰/۹۵	۲	۰/۷۲	۱/۱۸	۱	۰/۲۷۶
شخصیت خودآزار	۰	۰/۰۰	۱	۰/۳۶	۱/۱۴	۱	۰/۲۵۸
شخصیت مرزی	۹	۲/۸۳	۱۱	۳/۹۴	۱۷/۵۸	۱	۰/۰۰۰۳
شخصیت اسکیزوتایپال	۱	۰/۳۲	۱	۰/۳۶	۰/۹۸۲	۱	۰/۳۲۲
شخصیت پارانوئید	۴	۱/۲۶	۲	۰/۷۲	۲/۹۸	۱	۰/۴۲۷
اضطراب	۱۱	۳/۴۶	۱۲	۴/۳۰	۲۱/۳۳	۱	۰/۰۰۰۰
جسمانی شکل	۱	۰/۳۲	۱	۰/۳۶	۲/۷۳	۱	۰/۰۹۵
دوقطبی: مانیایی	۳	۰/۹۵	۲	۰/۷۲	۰/۰۱۰	۱	۰/۹۲۱
افسردگی دایم	۷	۲/۲۰	۹	۳/۲۳	۱۴/۵۸	۱	۰/۰۰۰۴
وابستگی به الکل	۶	۱/۸۹	۱	۰/۳۶	۲/۲۵۸	۱	۰/۸۲۰
وابستگی به دارو	۸	۲/۵۲	۲	۰/۷۲	۱/۱۹۹	۱	۰/۸۱۰
استرس پس از ضربه	۵	۱/۵۸	۷	۲/۵۱	۱۳/۳۸	۱	۰/۰۰۰۷
اختلال فکر	۱	۰/۳۲	۰	۰/۰۰	۱/۴۳	۱	۰/۲۳۱
افسردگی اساسی	۳	۰/۹۵	۵	۱/۸۰	۹/۳۶	۱	۰/۰۰۰۵
اختلال هذیانی	۱	۰/۳۲	۱	۰/۳۶	۰/۰۲۶	۱	۰/۸۷۲

اطلاعات مربوط به مقایسه شیوع اختلالات روان پزشکی بر حسب جنسیت در جدول ۴ ارائه گردیده است. بررسی ارتباط شیوع اختلالات روان پزشکی و جنسیت افراد مورد مطالعه، نشان‌دهنده این است که بین جنسیت و ابتلا به اختلالات شخصیت مرزی، اضطراب، افسردگی دایم، استرس پس از ضربه و افسردگی اساسی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)؛ اما بین جنسیت و ابتلا به دیگر اختلالات، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۵. تعداد اختلالات روانپزشکی برحسب جنسیت

جنس	یک اختلال		دو اختلال		سه اختلال یا بیشتر		فاقد اختلال		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مرد	۱۲	۳/۷۷	۱۷	۵/۳۴	۹	۲/۸۳	۲۸۰	۸۸/۰۵	۳۱۸
زن	۱۸	۶/۴۵	۲۱	۷/۵۲	۸	۲/۸۶	۲۳۲	۸۳/۱۵	۲۷۹
جمع	۳۰	۵/۰۲	۳۸	۶/۳۶	۱۷	۲/۸۴	۵۱۲	۸۵/۷۶	۵۹۷

جدول ۶. افراد دارای اختلالات روانپزشکی و تعداد اختلالات آنان برحسب جنسیت

جنس	تعداد افراد دارای اختلال	تعداد افراد فاقد اختلال	تعداد اختلال	تعداد پاسخگویان
مرد	۳۸	۲۸۰	۸۵	۳۱۸
زن	۴۷	۲۳۲	۱۰۱	۲۷۹
جمع	۸۵	۵۱۲	۱۸۶	۵۹۷

اطلاعات مربوط به تعداد اختلالات روانپزشکی در جدول ۵، و تعداد افراد دارای اختلال روانپزشکی در جدول ۶ ارایه گردیده است. همان‌طور که اطلاعات جدول ۶ نشان می‌دهد، نسبت تعداد اختلال روانپزشکی به تعداد مردان دارای اختلال ۲/۲۴ درصد و برای زنان ۲/۱۵ درصد بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در راستای اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه می‌باشد. همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهند، میزان شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در جمعیت دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه ۳۱/۱۶ درصد می‌باشد؛ بنابراین حدود یک‌سوم از جمعیت دانشجویی ما در بالاترین سطح علمی کشور دارای اختلالات روانپزشکی هستند. حال آن‌که بازنگری بررسی‌های انجام شده در خصوص اختلالات روان-پزشکی دانشجویان دانشگاه‌های مختلف ایران نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در این پژوهش‌ها از ۶/۲ تا ۵۱/۸ متغیر و در نوسان است (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ حسینی و موسوی، ۱۳۷۹). مقایسه یافته پژوهش حاضر، با میزان شیوع به‌دست‌آمده در پژوهش‌های تبریزی‌زاده و همکاران (۱۳۹۱)، جهانی‌هاشمی و همکاران (۱۳۸۸)، پرویزی‌فرد و همکاران (۱۳۸۵) و معتمدی و همکاران (۱۳۷۵)، بسیار نزدیک و هماهنگ است. جز این چهار پژوهش، بقیه بررسی‌های انجام شده در ارتباط با وضعیت اختلالات روانپزشکی دانشجویان دانشگاه‌های مختلف ایران، میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را پایین‌تر یا بالاتر از میزان شیوع به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر گزارش کرده‌اند (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ حسینی و موسوی، ۱۳۷۹). یک توضیح احتمالی درخصوص تبیین ناهم‌خوانی بین نتایج پژوهش حاضر با سایر یافته‌های گزارش شده در مورد وضعیت اختلالات روانپزشکی دانشجویان دانشگاه‌های مختلف ایران، می‌تواند ناشی از روش‌های پژوهشی متفاوت، روش‌های نمونه‌گیری نامشابه، استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی مختلف برای تشخیص‌گذاری، روش و ابزارهای مورد استفاده برای غربال‌گری، شرایط اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی، زمان اجرای پژوهش و از همه مهم‌تر نبود مرحله بیماریابی در اکثر پژوهش‌های انجام‌شده در این خصوص باشد. با توجه به موارد بیان‌شده، نمی‌توان انتظار داشت که نتایج گزارش شده در بررسی‌های انجام‌شده در دانشگاه‌های مختلف ایران به هم نزدیک باشند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شرایط اقتصادی، سیاسی و اجتماعی در هر بُرهه از زمان، چگونگی کیفیت سطح زندگی، رعایت موازین بهداشتی، وجود یا عدم وجود امکانات رفاهی و مهه-

تر از همه عامل گذشت زمان، چشم‌انداز نگران‌کننده اشتغال، به مفهوم عام آن تأثیری انکارناپذیر در شیوع بیماری‌ها و نابسامانی‌های روانی مختلف به‌جای می‌گذارد (پرویزی فرد و همکاران، ۱۳۸۵).

بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت دانشجویی هدف، که حداقل از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برده- اند ۱۴/۲۴ درصد بود، که این میزان در زنان ۱۶/۸۵ و در مردان ۱۱/۹۵ درصد بوده است؛ و با پژوهش‌های شهابی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۵)، تبریزی‌زاده و همکاران (۱۳۹۱)، رفعتی و همکاران (۱۳۹۱)، حسینی و همکاران (۱۳۹۰)، جهانی-هاشمی و همکاران (۱۳۸۸)، پرویزی فرد و همکاران (۱۳۸۵)، مسگرانی و همکاران (۱۳۸۳)، بهار و همکاران (۱۹۹۲)، هالیفیلد و همکاران (۱۹۹۰)، کسرلر و همکاران (۱۹۹۴)، لهتینن و همکاران (۱۹۹۵)، راکا و همکاران (۱۹۹۹)، و وازبک-بارکورو و همکاران (۱۹۸۷)، همسو می‌باشد؛ اما با مطالعات یعقوبی و همکاران (۱۳۹۳)، قباش، حمیدی و بینگتون^۱ (۱۹۹۲)، رومنس^۲ و همکاران (۱۹۹۰)، هماهنگ نیست. آنچه که در تبیین یافته پژوهش حاضر و بازنگری بررسی‌های انجام شده حایز اهمیت است، این است که زنان در جامعه ما آموخته‌اند که منفعل بودن، وابستگی، عدم ابراز وجود از ویژگی‌های اساسی زنانگی است؛ از این رو انتخاب شغل، حضور در صحنه‌های اجتماعی و سیاسی برای زنان مستقیماً با انتظارات نقش سنتی در جامعه ما برای زنان در تعارض است که در درازمدت این وضعیت می‌تواند به آسیب‌پذیری بیشتری برای آنان منجر شود. یکی دیگر از عواملی که تفاوت‌های جنسیتی موجود را می‌تواند تبیین کند، عوامل بیولوژیکی و هورمونی، نداشتن احساس تأثیرگذاری در محیط و کنترل زندگی است. سلیگمن^۳ (۱۹۷۵)؛ به نقل صادقی، (۱۳۷۷)، معتقد است که ظرفیت پایین و تأثیرگذاری کم در محیط اغلب می‌تواند منجر به افسردگی شود. علاوه‌براین، برخی از پژوهشگران گزارش کرده‌اند که دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر، فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و آسیب‌پذیری بیشتری دارند (رتک^۴، ۱۹۹۰).

شایع‌ترین اختلال در محور I (اختلالات بالینی)، و کل اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان مورد مطالعه، اختلال اضطراب می‌باشد، که با یافته‌های مهری و صدیقی صومعه‌کوچک (۱۳۹۰)، احمدوند و همکاران (۱۳۸۹)، محمدی و همکاران (۱۳۸۴؛ ۱۳۸۳؛ ۱۳۸۲)، حسن‌شاهی و همکاران (۱۳۸۲)، صادقی و همکاران (۱۳۷۹)، حسینی و موسوی (۱۳۷۹)، افشاری‌منفرد و همکاران (۱۳۷۶)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، و بهادرخان و همکاران (۱۳۷۲)، هم‌خوانی دارد. شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در محور II (اختلالات شخصیت)، اختلال شخصیت مرزی می‌باشد که با یافته‌های حسینی، مرادی و یاریاری (۱۳۸۵)، همسو می‌باشد.

یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روان‌پزشکی مربوط به گروه سنی ۲۸ سال به‌بالا بیش از سایر گروه‌های سنی می‌باشد. مشکلات و استرس‌های کاری، مسایل اقتصادی، اجتماعی و بیکاری را می‌توان از دلایل بیشتر بودن شیوع اختلالات در این سنین دانست. به‌علاوه این پژوهش نشان داد که از نظر وضعیت تاهل، بیشترین میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی مربوط به افراد مجرد و افراد مطلقه بود. دلیل این امر را می‌توان به عوامل استرس‌زای

1. Ghubash, Hamidi & Bebbington

2. Romance

3. Seligman

4. Retteck

خاص افراد مجرد و دغدغه‌های آن‌ها در مورد تشکیل خانواده، مشکلات اقتصادی و... مرتبط دانست. نتایج بررسی‌های انجام گرفته در زمینه استرس، مؤید نتایج این بررسی می‌باشد که طلاق همسر به‌عنوان یکی از عوامل استرس‌زا، آشکارکننده و مستعدساز اختلالات روان‌پزشکی است. وجود فشارهای ناشی از جدایی و طلاق از همسر، مشکلات مالی و اقتصادی - اجتماعی، اداره زندگی و رسیدگی به امور فرزندان، می‌تواند از دلایل بالاتر بودن اختلالات روان‌پزشکی در افراد مطلقه باشد. به‌طورکلی دو مکانیزم در تبیین اختلالات روان‌پزشکی به‌خصوص اختلالات شخصیت، با عملکرد زناشویی پایین و طلاق وجود دارد که عبارتند از: ۱- این افراد ممکن است به رفتار خود بینش نداشته باشند. بینش شناختی به‌عنوان توانایی ارزیابی و تصحیح باورهای تحریف‌شده و تفسیرهای نادرست تعریف می‌شود (بک^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین این افراد ممکن است ازدواج پرآشوب و پریشان‌کننده‌ای داشته باشند، چراکه آن‌ها نمی‌دانند که رفتار ناکارآمد آن‌ها باعث آغاز واکنش منفی همسرشان می‌شود، و در نتیجه باعث آشفتگی و ناراحتی بیشتر فرد می‌شود. ۲- مکانیزم دیگر که پریشانی زناشویی رو توضیح می‌دهد نادیده گرفتن احساسات است (سوات و همکاران^۲، ۲۰۰۸). نداشتن حس همدردی با دیگر افراد، توجه به‌خود و عدم حساسیت به‌نیازهای دیگران که در مبتلایان به اختلالات شخصیت دیده می‌شود می‌تواند باعث ایجاد ناراحتی و نارضایتی در زندگی زناشویی این افراد شود، و همچنین باتوجه به این‌که برای این افراد فقط نیازهای خودشان در اولویت قرار دارد ممکن است زمانی‌که فکر کنند در این زندگی نیازهای آن‌ها برآورده نمی‌شود آن‌ها را رها کرده و به‌دنبال موقعیت جدیدی برای ارضای نیازهای خود باشند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روان‌پزشکی در جامعه مورد مطالعه حداقل ۳۰ درصد بوده است؛ آگاهی از این مساله، مسئولیت را در ارتباط با تدوین برنامه‌های کاربردی و اجرایی بهداشت روان را بیش‌ازپیش نمایان می‌سازد، و باید تدابیری اتخاذ شود تا عوامل موثر در بروز این اختلال‌ها کاهش و به حداقل برسد. باتوجه به میزان شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی در بانوان پیشنهاد می‌گردد، ضمن تحقیقات بیشتر در رابطه با سبب‌شناسی و رفع آن، زمینه بهداشت روانی در خانواده از طریق آموزش عمومی و تخصصی در کلینیک‌های سرپایی، مراکز مشاوره دانشگاه‌ها، رسانه‌های گروهی، و مدارس فراهم گردد.

هر پژوهشی در بطن خود، یک مجموعه محدودیت‌های را خواهد داشت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش را می‌توان به‌موارد جمعیت جامعه دانشجویی محدود و تعداد کم متغیرهای دموگرافیک دانست. به‌همین دلیل پیشنهاد می‌شود از نمونه‌های بالینی و غیربالینی (به‌خصوص دانشجویان) با ابزار MCMIII-III، همراه با دیگر متغیرهای دموگرافیک به‌کار گرفته شود. یکی دیگر از محدودیت‌های اصلی این پژوهش نبود مطالعات جدید در زمینه همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در جامعه دانشجویی بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در این زمینه مطالعات جدیدی انجام گیرد و با دیگر پژوهش‌ها مقایسه شود. از آنجا که برخی از نارسایی‌های کیفیت پژوهش ممکن است تنها به‌دلیل گزارش نامناسب باشد و نه کیفیت روش‌شناسی و اجرای پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای گزارش پژوهش‌های شیوع از

¹. Beck

². South

راهنماهای معتبر موجود برای پژوهش‌های توصیفی مانند تقویت گزارش بررسی‌های مشاهده‌های در همه گیرشناسی (STROBE^۱) (ون‌الما^۲ و همکاران، ۲۰۰۸) بهره بگیرند. مهم‌تر از آن، پیشنهاد می‌شود به‌جای انجام پژوهش‌های تکراری شیوع در مناطق گوناگون با روش‌شناسی ضعیف، در کنار برطرف ساختن ضعف‌های موجود در پژوهش‌های پیشین، زمینه‌یابی‌های کشوری با روش‌شناسی دقیق طراحی و در فواصل زمانی مشخص اجرا شود و روش‌هایی نیز برای تضمین کیفیت آنها در نظر گرفته شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود، راهنمایی برای انجام پژوهش‌های اپیدمیولوژیک اختلال‌های روان پزشکی در کشور تدوین شود که پژوهشگران را در مراحل گوناگون فرآیند پژوهش، از شیوه نمونه‌گیری تا انتخاب ابزار مناسب برای هدف موردنظر، و چگونگی آموزش پرسش‌گران و پایش دقیق اندازه-گیری، و دیگر مسایل مشابه یاری دهد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی دانشجویانی که به‌عنوان آزمودنی و پرسشگر در این پژوهش شرکت و همکاری کرده‌اند، کمال سپاس‌گزاری و تشکر را ابراز نماییم.

منابع

- احمدوند، افشین و همکاران. (۱۳۸۹). بررسی شیوع اختلال‌های روانی در جمعیت عمومی شهر کاشان. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۲(۲)، ۱۶-۲۴.
- افشاری منفرد، ژاله؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر. (۱۳۷۶). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. *مجله طب و تزکیه*، ۲۶، ۱۵-۱۰.
- امیدی، عبدالله و همکاران. (۱۳۷۹). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۳(۳)، ۳۲-۳۸.
- آقاخانی، نادر؛ اقتدار، سامره؛ شریف‌نیا، سیدحمید؛ حجتی، حمید؛ ارازی، سمیه. (۱۳۹۱). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در بدو ورود به دانشگاه. *مجله سلامت و مراقبت*، ۴(۴)، ۵۱-۴۴.
- بخشانی، نورمحمد، کیان‌پور، محسن؛ سراوانی، محمدرضا. (۱۳۷۷). همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر زاهدان. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی زاهدان.
- بهادرخان، جواد. (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ برهنی، محمدتقی؛ شاه‌محمدی، داود. (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲(۴)، ۱۹-۲۷.
- پرویزی‌فرد، علی‌اکبر و همکاران. (۱۳۸۵). شیوع اختلالات روان‌پزشکی در دانشجویان سال اول دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. *بهبود*، ۲(۲)، ۱۲۹-۱۲۰.
- تبریزی‌زاده، مهدی؛ یاسینی اردکانی، سیدمجتبی؛ رستم‌زاده، پروانه؛ زارع، میثم. (۱۳۹۱). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان رشته پزشکی و دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد براساس آزمون SCL-90. *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی*، ۹(۱)، ۱۶۱-۱۵۳.

^۱. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology

^۲. Von Elma

- توکل، محمد؛ فراهانی، مهدی. (۱۳۹۷). بررسی جامعه‌شناختی اختلالات روانی (مورد مطالعه: اراک). *مجله اخلاق زیستی*، ۷(۲۶)، ۷-۲۱.
- توکلی‌زاده، جهانشیر؛ خدادادی، زهره. (۱۳۹۸). بررسی سلامت‌روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ دانشگاه علوم پزشکی گناباد. *افتق دانش*، ۱۶(۲)، ۴۵-۵۱.
- جاویدی، حجت‌الله. (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- جواد افشانی، محمدعلی؛ ندیم، ابولحسن. (۱۳۷۴). *بررسی میزان شیوع بیماری‌های نوروتیک در شهر مسکونی الوند و صنعتی قزوین*. پایان‌نامه تخصصی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- جهانی‌هاشمی، حسن؛ برجی، روح‌الله؛ شاملو، فرهاد؛ نوروزی سزیرود، کبری. (۱۳۸۸). سلامت‌روانی دانشجویان شاهد و ایتیارگر دانشگاه‌های علوم پزشکی قزوین، زنجان و اراک. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۳(۴)، ۸۳-۸۶.
- جهانی‌هاشمی، حسن؛ رحیم‌زاده میرمحله، سمیه؛ قافله‌باشی، حسین؛ ساریچلو، محمدابراهیم. (۱۳۸۷). بررسی سلامت‌روانی دانشجویان سال اول و آخر دانشگاه علوم پزشکی قزوین (۱۳۸۴). *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۱۲(۲)، ۴۹-۴۱.
- چگینی، سودابه. (۱۳۷۹). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهر قم*. پایان‌نامه بهداشت عمومی. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- حرازی، محمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس. (۱۳۷۳). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد*. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.
- حسن‌شاهی، محمد مهدی و همکاران. (۱۳۸۲). *بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهرستان ارسنجان*. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۱۹(۲ و ۳)، ۸۳-۶۷.
- حسینائی، علی؛ مرادی، علی‌رضا؛ یاریاری، فریدون. (۱۳۸۵). *اختلالات شخصیت و اقدام به خودکشی در دانشجویان*. *روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۱(۳ و ۲)، ۷۶-۴۶.
- حسینی، سیدحمزه؛ موسوی، سیدابراهیم. (۱۳۷۹). *بررسی وضعیت سلامت‌روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۸-۷۹ دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۰(۲۸)، ۳۳-۲۳.
- حسینی، سیدحمید؛ صادقی، احمد؛ رجب‌زاده، رضوان؛ رضازاده، جواد؛ نبوی، سیدحمید؛ رعنائی، محسن؛ الماسی، امیر. (۱۳۹۰). سلامت‌روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۳(۲)، ۲۳-۲۸.
- خسروی، شمس‌علی. (۱۳۷۳). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهائیان، وارتکس؛ معتبر، منصور. (۱۳۵۳). *بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری‌های روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر)*. *نشریه بهداشت ایران*، ۳(۴)، ۱۴۵-۵۶.
- دواساز ایرانی، رضا و همکاران. (۱۳۸۵). *شیوع مشکلات روانپزشکی در مناطق روستایی استان خوزستان*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۲(۱)، ۷۴-۷۱.
- رضا، رستمی؛ سیدعبدالمجید، بحرینیان. (۱۳۸۱). *بررسی شیوع اختلالات روانی و برخی عوامل موثر بر آن در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه تهران در سال ۱۳۷۹*. *پژوهش در پزشکی*، ۲۶(۳)، ۱۸۷-۱۹۳.
- رضائیان، محسن. (۱۳۹۴). *مروری بر کتاب اپیدمیولوژی بالینی*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۴(۱۱)، ۹۹۸-۹۹۷.
- رفعتی، فوزیه؛ شمسی، افضل؛ پیله‌ورزاده، مطهره؛ رفعتی، شیده. (۱۳۹۱). *سلامت‌روان و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت*. *مراقبت‌های نوین*، ۹(۲)، ۱۴۵-۱۳۷.

- رئیسون، محمدرضا و همکاران. (۱۳۹۱). بررسی شیوع اختلالات روانی در شهر بیرجند. *مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۹(۱)، ۸۷-۸۱.
- زارع، نجف؛ پرواره، مریم؛ نوری، بیژن؛ نامداری، مهشید. (۱۳۹۵). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های ایران با استفاده از پرسشنامه ۲۸GHQ: مطالعه متاآنالیز. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۲۱(۴)، ۱۶-۱.
- سرابی، پیام؛ صادقی، خیراله. (۱۳۹۷). بررسی میزان توافق آزمون بالینی چندمحوری میلون - ۳ با پرسشنامه شخصیتی (SCID-II) در تشخیص اختلالات شخصیت. *رویش روان‌شناسی*، ۷(۱۰)، ۱۴۶-۱۳۱.
- شریفی، علی اکبر (۱۳۹۷). *راهنمای ام. سی. ام. آی (میلون-۳)*. تهران: روان‌سنجی.
- شمس علی‌زاده، نرگس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود. (۱۳۸۰). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در یک روستای استان تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷(۱)، ۱۹-۲۱.
- شهبانی‌نژاد، مریم؛ صادقی، تابنده؛ سالم، زینت. (۱۳۹۵). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان. *روان پرستاری*، ۴(۲)، ۳۷-۲۹.
- صادقی، خیرالله؛ صابری، سیدمهدی؛ عصاره، مرضیه. (۱۳۷۹). همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۶(۳و۲)، ۱۶-۲۵.
- صادقی خیراله. پیش‌آزمایی برنامه غربال‌گری برای شناسایی اختلال‌های روانی در نمونه‌ای از جمعیت شهری کرمانشاه. (۱۳۷۷). گزارش طرح پژوهشی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.
- علیزاده نوائی، رضا؛ حسینی، حمزه. (۱۳۹۲). وضعیت سلامت روانی دانشجویان در ایران تا سال ۱۳۹۰: مرور منظم. *مجله تعالی بالینی*، ۲(۱)، ۱۰-۱.
- قاسمی، غلام‌رضا؛ اسداللهی، قربانعلی؛ احمدزاده، غلام‌حسین؛ پالانگ، حسن. (۱۳۷۶). بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در شهر اصفهان. پنجمین کنگره پژوهش‌های روان‌پزشکی و روانشناسی در ایران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران.
- کاظمی، بهروز؛ دستجردی، رضا. (۱۳۹۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر در مناطق روستایی شهرستان بیرجند. *مراقبت‌های نوین، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۱(۱)، ۴۳-۳۷.
- کوکبه، فرخ. (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- مارنات، گری گراث. (۱۳۹۰). *راهنمای سنجش روانی*. (جلد اول) (ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو). تهران: سخن.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان آذربایجان غربی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۱۴(۴)، ۲۴۲-۲۵۲.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان مازندران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۳(۴۱)، ۸-۱۸.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان سمنان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، ۵(۲و۱)، ۷-۱۷.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان لرستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۵(۱۹)، ۳-۱۳.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان کهگیلویه و بویراحمد. *مجله ارمغان دانش*، ۸(۳۰)، ۱۳-۱۴.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۱(۳)، ۲۸-۳۷.

- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان کردستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، (۳)، ۹-۱۹.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۲). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران. *مجله حکیم*، (۱)، ۶۵-۵۵.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۳). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در آذربایجان شرقی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۶۴، ۷۳-۶۷.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۳). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان گلستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، (۱۳)، ۶۷-۷۷.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۳). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان گیلان. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، (۵۱)، ۶۶-۵۵.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۳). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان همدان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان*، (۳)، ۲۸-۳۶.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۳). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان خراسان. *اسرار - مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، (۱)، ۱۷-۶.
- محمدی، محمدرضا و همکاران. (۱۳۸۴). همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در استان کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، (۳)، ۱۳۶-۱۴۵.
- مسگرانی، محسن و همکاران. (۱۳۸۳). بررسی همه‌گیرشناسی علائم اختلال‌های روانی در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. *طب و تزکیه*، ۵۶، ۲۳-۱۸.
- معمدی، سیدهادی و همکاران. (۱۳۷۶). تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دو روستای استان کرمان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، (۱)، ۳۶-۳۱.
- مهری، علی؛ صدیقی صومعه کوچک، زینب. (۱۳۹۰). بررسی وضعیت سلامت روانی و برخی عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه‌های سبزوار در سال ۱۳۸۸. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، (۴)، ۲۹۳-۳۰۴.
- میرابزاده، آرش؛ ملکوتی، سیدکاظم. (۱۳۸۸). مطالعه منطقه‌ای، جمعیت‌شناختی و همه‌گیرشناسی برخی اختلالات روانپزشکی در شهرک اکیاتان تهران. *سالنامه*، (۱۳)، ۶۷-۵۷.
- نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران. *مجله حکیم*، (۱)، ۱۰-۱.
- نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. *مجله حکیم*، (۴)، ۲۲۳-۲۱۲.
- یعقوبی، حمید؛ کریمی، معصومه؛ امیدی، عبدالله؛ مصباح، نسرین؛ کهنانی، شمس‌الدین؛ عابدی قلیچ قشلاقی، میلاد. (۱۳۹۳). شیوع‌شناسی اختلالات روانی و عوامل جمعیت‌شناختی مؤثر بر آن در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران. *مجله روان‌شناسی بالینی*، (۲)، ۱۰۴-۹۵.
- یعقوبی، نورالله؛ نصر، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود. (۱۳۷۴). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرای گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، (۴)، ۶۵-۵۵.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., & Bernert, S. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders. (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr*, 2, 21-7.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R., Kessler, R. C., Demler, O., & Wittchen, H. U. (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413-425.

- Bahar, E., Henderson, A. S., & Mackinnon, A. J. (1992). An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatera, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85(4), 257-263.
- Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J. M., & Steer, R. A. (2004). A new instrument formeasuring insight: the beck cognitive insight scale. *Schizophrenia research*, 68, 319-329.
- Carson, B.V. (2002). *Mental health nursing (2nd ed)*. Philadelphia: Saunders.
- Cumbie, S. A., Conley, V. M., & Burman, M. E. (2004). Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *Advances in Nursing Science*, 27(1), 70-80.
- Drummond, R., Sheperis, C., & Jones, K. (2016). *Assessment procedures for counselors and helping professionals*. Boston: Pearson Education Inc.
- Ghubash, R., Hamidi, E., & Bebbington, P. (1992). The Dubai community psychiatric survey: prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 27, 53-61.
- Hodiamont, P., & Peer, N. (1987). Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological medicine*, 17(2), 495-505.
- Hodiamont, P., Peer, N., & Syben, N. (1987). Epidemiological aspect of Psychiatric Disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 17, 495-505.
- Hollifield, M., Laton, w., Spain, D., & Pule, L. (1990). anxiety and depression in a Village of lesoto: a comparison with the united states. *Br J psychiatry*, 156: 343-350.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62 (7), 593-602.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Lee, C.K. (1990). Psychiatric Epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in seoul. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 242-246.
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Karlsson, H., & Rouhe, E. (1995). Agreement on diagnoses of mental disorder in the primary health care of Turku, Finland. *European psychiatry*, 10(1), 11-16.
- Millon, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Minneapolis*. MN: National Computer systems.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III manual*. Minneapolis, MN: National computer systems.
- Moghaddam, H. K., Moharreri, F., Fard, A. R., & Rezaian, M. K. (2017). Epidemiology of psychiatric disorders: The situation of Mashhad city during 2010-2016. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 19(6).
- Moharreri, F., Habrani, P., & Heidari Yazdi, A. (2015). Epidemiological Survey of Psychiatric Disorders in Children and Adolescents of Mashhad in 2009. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(5).
- Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Puntis, R. (2016). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Retteck, S. L. (1990). *Cultural differences and similarities in cognitive appraisals and emotional responses: new school for social research*. Dissertation Abstract International, p 258-260.
- Rezaeian, M. (2009). Conflicts of Interest. *J Rafsanjan Univ Med Sci*, 8(3): 157-8.
- Rezaeian, M. (2013). How to report systematic reviews and meta- analyses. *J Rafsanjan Univ Med Sci*, 12 (2): 87-8.
- Robin, L.N. (1978). Psychiatric Epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 35, 697-702.
- Roca, M., Gili, M., Ferrer, V., Bernardo, M., Montano, J. J., Salva, J. J., & Leal, S. (1999). Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for

- Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(8), 410-415.
- Romans-Clarkson, S. E., Walton, V.A., Herbison, C. P., & Mullen, P. E. (1990). Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: Psychosocial correlates. *British Journal of Psychiatry*, 156, 58-91.
- Sandanger I, Nygard JF, Ingebrigtsen G, et al. (2014). Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 34(11):570-579.
- Sarah, H., & Charles, B. (2012). *Handbook of Clinical Neurology, Neurobiology of Psychiatric Disorders*. Volume 106, Pages 167-189.
- South, S.C., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2008). Personality disorder symptoms and marital functioning. *Journal of consulting and clinical psychology*, (5)76, 769-780.
- Strack, S., & Millon, T. (2007). Contributions to the dimensional assessment of personality disorders using Millon's model and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-III). *Journal of Personality Assessment*, 56-69.
- Streiner, D. L., Cairney, J., Veldhuizen, S. (2012). The epidemiology of psychological problems in the students. *Can J Psychiatry*; 51(3):185-191.
- Sudman, S. (1976). *Applied Sampling*. New York: Academic Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (Vol. 5). Nedham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Vázquez-Barquero, J. L., Diez-Manrique, J. F., Pena, C., Aldama, J., Rodriguez, C. S., Arango, J. M., & Mirapeix, C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. *Psychological medicine*, 17(1), 227-241.
- Von Elma, F., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gotschee, P., & Vandenbroucke, J. P. (2008). The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 344-349.
- Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- World Health Organization. (2001). *Burden of Mental and Behavioral Disorders*. Available on: <http://www.who.int/whr/2001/en/>.
- World Health Organization. (2004). galvanizing mental health Research in low middle-income countries: The role of scientific journals. *American Psychiatric Orthopsychiatry*, 74, 389-92.