

دانش و پژوهش در روان‌شناسی  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)  
شماره بیست و یکم و بیست و دوم - پاییز و زمستان ۱۳۸۳  
صص ۲۱۶ - ۱۹۱

## شیوع اختلالات روانپزشکی در شهرستان ارسنجان

محمد مهدی حسن شاهی<sup>۱</sup> - محمد علی گودرزی<sup>۲</sup>  
سید احمد میرجعفری<sup>۳</sup> - رابرت فرنام<sup>۴</sup>

### چکیده

به منظور تعیین میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد بالای ۱۵ سال در شهرستان ارسنجان تعداد ۶۵۰ نفر (۲۷۴ مرد و ۳۷۶ زن) از ساکنان این شهرستان با روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای و با رعایت نسبت جمعیت، از مناطق شهری و روستایی انتخاب شدند. سپس با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R به عنوان ابزار غربالگر و چک لیست مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، نمونه انتخاب شده مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در مجموع ۳۴ درصد افراد مورد مطالعه (۳۴ درصد زنان و ۳۳/۹ درصد مردان) دچار انواع اختلالات روانی بودند. اختلالات خلقی و اضطرابی با ۱۴/۴۶ و ۹/۵۳ درصد جزء شایع ترین اختلالات روانپزشکی بودند. در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی با

- ۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان
- ۲- دکترای روان‌شناسی بالینی، عضو هیأت علمی دانشگاه شیراز
- ۳- دکترای روان‌شناسی اجتماعی، عضو هیأت علمی دانشگاه شیراز
- ۴- بورده تخصصی روانپزشکی، سازمان بهزیستی استان فارس

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 روانپزشکی در زنان و مردان با هم تفاوتی ندارد. همچنین براساس نتایج به دست آمده، در زنان کارمند، مردان محصل و آزمودنی‌های گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال، خانوارهای ۱ تا ۴ نفره، دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم، مجرد یا مطلقه و همسر مرده، اختلالات روانی شیوع بیشتری داشته است. بررسی پایایی پرسشنامه SCL-90-R با روش بازآزمایی، محاسبه ضریب آلفا و دو نیمه کردن آزمون، ضرایب رضایت‌بخشی را نشان داد و با توجه به بالا بودن حساسیت و ویژگی آزمون مشخص گردید که پرسشنامه SCL-90-R به عنوان یک ابزار غربالگر از مشخصات روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار است. کلید واژه‌ها: همه‌گیرشناسی، اختلالات روانپزشکی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، شهرستان ارسنجان.

#### مقدمه

جهان طی دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در همه‌گیرشناسی بیماریها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود. در قرن اخیر الگوی بیماریها در حال تغییر و نوسان بوده است. قبل از قرن بیستم عوامل تهدیدکننده سلامت به‌طور اساسی بیماریهای واگیردار نظیر طاعون، آبله، حصه، آنفلوانزا، تب زرد، مالاریا، وبا، سل، فلج اطفال و تب مخملک بودند که بر اثر عوامل عفونی ایجاد می‌گردید. ولی امروزه میزان این بیماریها رو به کاهش است به طوری که هیچ‌یک از آنها از عوامل اصلی مرگ و میر در کشورهای پیشرفته محسوب نمی‌گردد. گرچه پیشرفت‌های پزشکی نقش عمده‌ای در این زمینه داشته است، اما گراپ<sup>۱</sup> معتقد است سه عامل بهبود تغذیه، بهبود وضعیت بهداشتی و تغییرات تکاملی در میزان مقاومت نسبت به بیماریها از اهمیت بیشتری برخوردار است، به طوری که در حال حاضر عوامل عفونی به عنوان علت اصلی تهدید سلامت در جوامع نیست (ترنر و هرسن، ۱۹۹۷). در کشورهای در حال توسعه که  $\frac{۴}{۵}$  جمعیت جهان را به خود اختصاص می‌دهند، بیماریهای غیر واگیر همچون بیماریهای روانی به سرعت

جایگزین بیماریهای عفونی شده و به زودی در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ و میرهای زودرس قرار می‌گیرد. این تغییرات، دشواریهای زیادی برای نظام بهداشتی این کشورها به وجود خواهد آورد (موری<sup>۱</sup> و لویز،<sup>۲</sup> ۱۹۹۶).

طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> (۱۹۹۲)  $\frac{۲}{۵}$  تمام ناتوانی‌ها ناشی از اختلال‌های روانی، روانی - اجتماعی و عصبی است که این موارد  $\frac{۱}{۵}$  از کل مراجعین به مراکز بهداشت عمومی را تشکیل می‌دهد. گزارشهای این سازمان در سال ۱۹۹۳، نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است، در حالی که در برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی پایین‌ترین اولویت به آنها داده شده است. این افزایش تا حد زیادی وابسته به رشد جمعیت و تغییرات سریع اجتماعی همچون شهرنشینی، فروپاشی خانواده‌های گسترده و مشکلات اقتصادی است. طبق آمارهای منتشر شده این سازمان (WHO)، حداقل ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف از بیماریهای روانی شدید همچون اسکیزوفرنیا، ۱۵۰ میلیون نفر از اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر از عقب‌ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفر از صرع و ۳۰ میلیون نفر از ابتلای به دمانس رنج می‌برند. همچنین میزان شیوع سالیانه اختلالات رفتاری و اعتیاد  $\frac{۲۸}{۱}$  درصد جمعیت جهان برآورد شده است که اختلال‌های رفتاری و اعتیاد ۲۰ درصد از این افراد، درمان نشده‌ها شده است.

در اطلاعات به دست آمده از مرور مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در کشورهای مختلف جهان که در آنها از آزمون‌های غربالگر و ارزیابی بالینی استفاده شده، میزان شیوع اختلال‌ها بین ۱۰ تا ۴۱ درصد در نوسان بوده است؛ مثلاً  $\frac{۱۵}{۱}$  درصد در مطالعه وایزمن و مایرز و هاردینگ (۱۹۸۷)،  $\frac{۱۹}{۹}$  درصد در مطالعه هویپر و همکاران (۱۹۶۹)،  $\frac{۲۳}{۵}$  درصد در تحقیق مدیانسون (۱۹۸۷)،  $\frac{۳۹}{۸}$  درصد در پژوهش لی (۱۹۹۰). در ایران هر چند مطالعات همه‌گیرشناسی گسترده و جامعی صورت نگرفته است، اما اطلاعات محدود به دست آمده دلالت بر این دارد که میزان شیوع این اختلال‌ها در کشور ما از سایر کشورها کمتر نیست (جدول ۱).

1- Morry

2- Lopez

3- World Health organization (W.H.O)

جدول ۱- شیوع اختلالات روانپزشکی در ایران

پژوهشگر	سال	منطقه مورد بررسی	نمونه	شیوع
باش	۱۳۴۱	شیراز و روستاهای آن و خوزستان	۴۷۹	۱۱/۹
باش	۱۳۴۳	روستاهای خوزستان	۴۸۲	۱۴/۹
باش	۱۳۴۷	شیراز	۶۶۲	۱۸/۶
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	رودسر	۴۸۸	۴۳/۲
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۲	روستاهای میبد یزد	۴۰۰	۱۲/۵
بهادرخان	۱۳۷۲	روستاهای گناباد	۴۷۵	۱۶/۶
جاویدی	۱۳۷۲	روستاهای مرودشت	۴۰۷	۱۶/۷
کوکبه	۱۳۷۲	روستاهای آذرشهر تبریز	۴۱۵	۱۳
حرازی و باقری یزدی	۱۳۷۲	یزد	۹۵۰	۱۸/۶
خسروی	۱۳۷۳	بروجن	۴۵۰	۱۸/۴
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	صومعه سرا	۶۲۵	۲۳/۸۴
پالانگ و همکاران	۱۳۷۴	کاشان	۶۱۹	۲۳/۷۵
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	درمانگاههای عمومی سمنان	۸۶۵	۱۴
پالانگ و همکاران	۱۳۷۸	کارگران شهرکرد و بروجن	۵۰۳	۱۹/۸۸
نوریالا و همکاران	۱۳۷۸	استانهای کشور	۳۵۰۱۴	۲۱
کلانی و همکاران	۱۳۷۸	افغانی های مقیم شیراز	۸۱	۳۴/۶
نوریالا و همکاران	۱۳۷۸	تهران	۸۷۹	۲۱/۵
صادقی و همکاران	۱۳۷۸	کرمانشاه	۵۰۱	۲۵/۵۱

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، شیوع کلی اختلال‌های روانپزشکی از الگویی یکنواخت پیروی نمی‌کند. برای مثال طی تحقیق باش (۱۳۴۱) که در شیراز و روستاهای آن و خوزستان انجام شده، شیوع کلی اختلالات را ۱۱/۹ گزارش نموده و همچنین محقق (باش، ۱۳۴۳) در روستاهای خوزستان شیوع کلی اختلالات را ۱۴/۹ گزارش نموده است. از تحقیقات دیگری که شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در آن چشمگیر است، تحقیق داویدیان و همکاران (۱۳۵۰) در رودسر است که رقم شیوع را ۴۳/۲ گزارش نموده است، همچنین تحقیقات یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) در صومعه‌سرا با شیوع کلی ۲۳/۸۴ درصد، پالانگ و همکاران (۱۳۷۵) در کاشان با شیوع کلی ۲۳/۷۵ درصد، کلافی و همکاران (۱۳۷۸) در افغانی‌های مقیم شیراز با ۳۴/۶ درصد، نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) در تهران با ۲۱/۵ درصد و صادقی و همکاران (۱۳۷۸) در کرمانشاه با ۲۵/۱۵ درصد نیز ارقام شیوع اختلالات روانپزشکی را در حد نسبتاً بالاتری نسبت به تحقیقات دیگر گزارش نموده‌اند. از میان این تحقیقات، تحقیق نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) که استانهای مختلف کشور را در بر گرفته (با گروه نمونه‌ای معادل ۳۵۰۱۴ نفر) شیوع کلی اختلالات روانپزشکی را ۲۱ درصد گزارش نموده است. نکته‌ی حایز اهمیت اینکه تفاوت‌های شیوع گزارش شده که در مواردی چندین هم با یکدیگر تفاوت جدی ندارد، از عوامل مختلف مانند تعداد گروه نمونه، منطقه جغرافیایی تحت مطالعه و احیاناً ابزارهای مورد استفاده در غربالگری اختلالات روانپزشکی متأثر است. ولی صرف نظر از تنوع درصدهای شیوع گزارش شده، تمامی این تحقیقات براساس درصدهای گزارش شده جدیدت موضوع را نشان می‌دهند.

برنامه‌ریزی و ارائه خدمات بهداشت روانی به این قشر عظیم در کشور ما نیاز به اطلاعات پایه‌ای و بررسی‌های همه‌گیرشناسی به‌روز و خاص هر منطقه جغرافیایی دارد تا با استفاده از نتایج آنها بتوان ضمن ارزیابی نیازهای مردم، خدمات مطلوب را به آنها داد و با توجه به اینکه تاکنون پژوهشی در این زمینه در شهرستان ارسنجان صورت نگرفته است، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی و تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی و بررسی عوامل جمعیت‌شناختی در شهرستان ارسنجان است. لذا پرسشهای زیر به‌عنوان پرسشهای مطرح در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

### پرسشهای پژوهش

پرسشهای اصلی: شیوع اختلالات روانپزشکی در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

### پرسشهای فرعی

۱- شیوع اختلالات اضطرابی (اضطراب منتشر، اختلال وسواسی-اجباری، اختلال ترس مرضی خاص، گذر هراسی با یا بدون هراس، اختلال فشار روانی پس از سانحه، اختلال بهبود اضطراب و افسردگی) در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

۲- شیوع اختلالات خلقی (افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، افسردگی خفیف، افسردگی نامشخص) در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

۳- شیوع دلیریوم و دمانس در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

۴- شیوع اختلال جسمانی‌سازی در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

۵- شیوع اختلالات اسکیزوفرنی (اسکیزوفرنی آشفته، اسکیزوافکتیو) در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

۶- شیوع صرع در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

۷- شیوع عقب‌ماندگی ذهنی در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

۸- شیوع اختلالات همبود (اضطراب و وسواسی-اجباری، افسردگی اساسی و هراس، افسردگی اساسی و وسواسی-اجباری، افسرده‌خویی و وسواسی-اجباری) در شهرستان ارسنجان بین زنان و مردان بالای ۱۵ سال چقدر است؟

علاوه بر این سؤالات، سؤالاتی نیز در ارتباط با تفاوت بین شیوع اختلالات روانپزشکی بین زنان و مردان، مناطق شهری و روستایی و... نیز مطرح بوده است که در بخش نتایج ارائه می‌شود.

## روش

هدف کلی این پژوهش تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال شهرستان ارسنجان است. لذا روش پژوهش همه‌گیرشناسی در نظر گرفته شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت‌اند از افراد بالای ۱۵ سال شهرستان ارسنجان واقع در استان فارس. شهرستان ارسنجان یکی از ۲۸ شهرستان استان فارس با ۴۵۸۱ خانوار در ۱۲۰ کیلومتری شمال شرقی شیراز بین (۵۳ درجه و ۱۸ دقیقه و ۳۰ ثانیه) و (۵۳ درجه و ۴۷ دقیقه) طولهای شرقی و بین (۲۹ درجه و ۴۵ دقیقه) و (۳۰ درجه و ۱۵ دقیقه) عرض‌های شمالی قرار دارد. نمونه مورد بررسی عبارت است از ۶۵۰ نفر (۲۷۴ مرد و ۳۷۶ زن) از خانوارهای تحت پوشش شبکه بهداشت این شهرستان در نقاط شهری و روستایی که به شیوه نمونه‌گیری چند مرحله‌ای از بین این خانوارها انتخاب شدند. بدین معنا که از مجموع خانوارهای موجود در مناطق روستایی ارسنجان که تحت پوشش سه مرکز بهداشتی - درمانی و ۱۲ خانه بهداشت قرار داشتند ۲۸۰ خانوار به نسبت مساوی از بین روستاهای اصلی و اقماری هر خانه بهداشت که بالاتر از ۵۰ خانوار داشتند، به صورت تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی از روی فهرست خانوارهای هر خانه بهداشت انتخاب و افراد ۱۵ سال به بالا در این خانوارها مورد غربالگری قرار گرفتند. منطقه شهری نیز دارای سه پایگاه بهداشتی بود که از بین بلوک‌های تحت پوشش هر پایگاه بهداشت شهری که حداقل دارای ۵۰ خانوار بودند، سه بلوک به صورت تصادفی انتخاب شدند و ۵ درصد خانوارهای آن بلوک با استفاده از جدول اعداد تصادفی و از روی فهرست پایگاههای شهری انتخاب و مورد غربالگری قرار گرفتند. در مرحله دوم کلیه افرادی که در پرسشنامه SCL-90-R نمراتی برابر یا بالاتر از نمره برش کسب کرده بودند، مورد مصاحبه روانپزشکی قرار گرفتند.

پرسشنامه SCL-90-R که شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است و پاسخگو گزارش می‌دهد، اولین بار برای نشان دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شده است. طرح اولیه این آزمون را دراگوتیس، لیپمن و

کووی<sup>۱</sup> (۱۹۷۳) معرفی کردند و براساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی مورد تجدید نظر قرار گرفت و طرح نهایی آن تهیه شد (دراگوتیس، ریکلز و راک، ۱۹۷۶).

با پاسخ‌های داده شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای، میزان ناراحتی که از «هیچ» تا «به شدت» است، مشخص می‌گردد. به ادعای سازندگان مقیاس، ۹۰ ماده آزمون شامل ۹ بعد نشانه‌ای مستقل، متعامد یا عامل است: شکایات جسمانی (۱۲ ماده) و سواس و اجبار (۱۰ ماده)، حساسیت در روابط متقابل (۹ ماده)، افسردگی (۱۳ ماده)، اضطراب (۱۰ ماده)، پرخاشگری (۶ ماده)، ترس مرضی (۷ ماده)، افکار پارانوئید (۶ ماده) و روان‌پریشی (۱۰ ماده)، این ۹ عامل ۸۳ ماده را در برمی‌گیرد. ۷ ماده باقی‌مانده تحت عنوان ماده‌های اضافی دسته‌بندی شده‌اند، اما به‌عنوان یک بعد نمره‌گذاری نمی‌شوند، بلکه در نمرات کلی منظور می‌گردند. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون براساس سه شاخص ضریب کلی علایم مرضی<sup>۲</sup>، معیار ضریب ناراحتی<sup>۳</sup> و جمع علایم مرضی<sup>۴</sup> به دست می‌آید. این آزمون یکی از پر استفاده‌ترین آزمونها در ایالات متحده است که علاوه بر استفاده برای بیماران روانی در مورد معتادان به الکل و مواد مخدر، ناتوانی جسمی، بیماران سرطانی، مبتلایان به نارسایی قلب، بیماران دارای ناراحتی شدید جسمانی و افرادی که نیازمند مشاوره هستند به کار می‌رود و یا به‌عنوان یک وسیله غربالگری و تشخیص به کار گرفته شده است. این آزمون حالات یک هفته‌ه فرد را مورد ارزشیابی قرار می‌دهد.

خصوصیات روان‌سنجی این پرسشنامه که دراگوتیس و همکاران، (۱۹۷۶) مورد بررسی قرار داده‌اند، نشان‌دهنده قدرت آزمون در تمیز افراد سالم از بیمار است. در ایران نیز میرزایی (۱۳۵۹) مشخصات مربوط به روایی و پایایی SCL-90-R را قابل قبول دانسته است.

1- Derogates-Lipman & Covi

2- Global Seventy Index (GSI)

3- Positive Symptom Distress Index (PSDI)

4- Positive Symptom Total (PST)



چک‌لیست مصاحبه بالینی روانپزشکی را که نوربالا و باقری‌یزدی (۱۳۷۸) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV تهیه و تنظیم نموده‌اند دارای ۱۴۹ علامت اختلال روانی شامل علایم تشخیصی اختلال خلقی، اضطرابی، روان‌پریشی، روانی - جسمی، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات ارگانیک مغز می‌باشد. این علایم به صورت بلی و خیر آورده شده و در ابتدای پرسشگری مربوط به علایم هر بخش، طول مدت و شدت اختلال نیز پرسیده می‌شود. درجه‌بندی علایم بر اساس یک مقیاس سه‌درجه‌ای خفیف، متوسط و شدید بوده که مصاحبه‌کننده از تأثیری که بیماری بر عملکرد فردی، شغلی، تحصیلی، خانوادگی و اجتماعی فرد می‌گذارد میزان آن را مشخص می‌نماید. با توجه به اهمیت زمان شروع علایم در امر تشخیص‌گذاری و به منظور سهولت در رسیدن به تشخیص، طول مدت علایم برحسب مقیاس پنج‌درجه‌ای از «کمتر از یک هفته» تا «بیش از دو سال» مشخص شده است. پس از پایان مصاحبه و بررسی کلیه علایم و نشانه‌های اختلالات مطرح در فهرست، تشخیص‌های مورد نظر با توجه به شدت و مدت علایم بیماری در فرد ثبت می‌شود. ضرایب کاپا در بررسی پایایی تشخیص‌ها و توافق بین روانپزشکان حاکی از آن است که این چک‌لیست در ارزیابی تشخیصی اختلالات روانپزشکی به طور موفقیت‌آمیزی به کار گرفته شده است (نوربالا و همکاران، ۱۳۷۸).

پژوهش در دو مرحله اجرا شد؛ غربالگری و مصاحبه تشخیصی.

مرحله اول پژوهش با کمک دو دانشجوی سال آخر روان‌شناسی انجام گرفت، به منظور تکمیل یکسان و یکنواخت پرسشنامه SCL-90-R، مجری طرح دو جلسه توجیهی برای آزمون‌کنندگان برگزار کرد و بعد از اطمینان از یکسانی اجرا، پرسشگری آغاز شد. گروه پرسشگری با همیاری و در کنار مسؤولان خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی (که در گردهمایی ماهیانه خانه‌های بهداشت مجری طرح و مسؤول مرکز بهداشت شهرستان آنها را توجیه و دعوت به همکاری کرده بود) و با استفاده از فهرست و آدرس خانوارهایی که مراکز بهداشتی تعیین کرده بودند به منازل مورد نظر مراجعه نموده و ضمن برقراری ارتباط و جلب همکاری آنها، از کلیه افراد ۱۵ سال به بالای خانوارها پرسشنامه SCL-90 به عمل آمد. توضیح اینکه در مورد آزمودنیهای

دارای تحصیلات سیکل و بالاتر، آزمون به صورت خودآزما بود ولی در مورد آزمودنی‌های دارای تحصیلات پایین‌تر، آزمون به صورت شفاهی اجرا شد. پس از محاسبه شاخص کلی علایم مرضی (GSI) نمونه‌های مورد مطالعه، افرادی که در آزمون نمره‌ای بالاتر از نمرهٔ برش ( $GSI > 0/63$ ) به دست آوردند، به عنوان افراد مشکوک به بیماری انتخاب و به همراه ۵۰ نفر از آزمودنی‌های عادی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند (به منظور محاسبهٔ حساسیت و روایی آزمون) وارد ارزشیابی بالینی شدند.

در مرحلهٔ دوم بعد از مشخص شدن افراد مشکوک به بیماری، در فاصلهٔ زمانی ۸ تا ۱۰ روز با استفاده از فرم مصاحبهٔ بالینی، پژوهشگر با آنها مصاحبه کرد و سپس روانپزشک بیماری آنها را تشخیص داد.

روشهای تحلیل داده‌ها: در بررسی و ارائهٔ یافته‌های پژوهش از دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شده است. در سطح توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی از آزمون  $t$  نمونه‌های مستقل و کای پیرسون استفاده شده است.

### یافته‌های پژوهش

هدف کلی پژوهش بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در افراد ۱۵ سال به بالای شهرستان ارسنجان با استفاده از پرسشنامهٔ SCL-90-R به عنوان ابزار غربالگری و مصاحبهٔ روانپزشکی براساس معیارهای طبقه‌بندی DSM-IV بود. اطلاعات این پرسشنامه‌ها بر روی ۶۵۰ نفر از جمعیت عمومی که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، تکمیل گردید، سپس ۲۴۹ نفر از کسانی که مشکوک به اختلال روانی بودند به اضافهٔ ۵۰ نفر از افراد عادی که به صورت تصادفی ساده (برای بررسی حساسیت و ویژگی پرسشنامهٔ SCL-90-R) انتخاب شده بودند، مورد مصاحبهٔ روانپزشکی قرار گرفته و روانپزشک بیماری آنها را تشخیص داد که یافته‌های آن در این بخش ارائه می‌گردد. در جدول ۲ ویژگیهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در تحقیق ارائه شده است.

شیوع اختلالات روانپزشکی در شهرستان ارسنجان / ۲۰۱

جدول ۲- ویژگیهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در تحقیق

ویژگیها	جنسیت		مرد		زن		کل
	شهر	روستا	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
محل سکونت	شهر		۹۴	۱۴/۶	۷۲	۱۱/۱	۱۶۶
	روستا		۲۸۱	۴۳/۵	۱۹۹	۳۰/۸	۴۸۰
سن (سال)	۱۵-۲۵		۱۱۱	۱۷/۲	۱۷۲	۲۶/۷	۲۸۳
	۲۶-۳۶		۵۵	۸/۵	۸۱	۱۲/۵	۱۳۶
	۳۷-۴۷		۳۱	۵/۹	۵۱	۷/۹	۸۹
	۴۸-۵۸		۲۲	۳/۴	۲۹	۴/۵	۵۱
	۵۹-۶۹		۱۸	۲/۸	۱۷	۲/۶	۳۵
	۷۰ و بالاتر		۲۷	۴/۲	۲۵	۳/۹	۵۲
	مجموع		۲۷۱	۴۲	۳۷۵	۵۸	۶۴۶
وضعیت تحصیلی	بی‌سواد		۴۳	۶/۷	۸۵	۱۳/۳	۱۲۸
	خواندن و نوشتن ابتدایی		۱۲	۱/۹	۳۶	۵/۶	۴۸
	وضعیت تحصیلی راهنمایی		۵۱	۸	۳۷	۵/۸	۸۸
	دبیرستان		۳۵	۵/۵	۶۵	۱۰/۲	۱۰۰
	دیپلم		۴۷	۷/۴	۴۵	۷/۱	۹۲
	تحصیلات عالی		۳۳	۵/۲	۲۳	۳/۶	۵۶
	مجموع		۲۶۷	۴۱/۸	۳۷۱	۵۸/۲	۶۴۸
جمعیت خانوار	۱-۴ نفره		۷۲	۱۱/۱	۹۷	۱۵	۱۶۹
	۵-۸ نفره		۱۶۸	۲۶	۲۱۹	۴۱/۱	۳۸۸
	بالاتر		۳۱	۴/۸	۵۸	۹	۸۹
	مجموع		۲۷۱	۴۲	۳۷۲	۵۸	۶۱۶
وضعیت شغلی	خانه‌دار		-	-	۲۲۷	۳۵/۵	۲۲۷
	کارمند		۴۰	۶/۳	۲۰	۳/۱	۶۰
	کارگر ساده		۲۱	۳/۳	۲	۰/۳	۲۳
	کارگر ماهر		۱۴	۲/۸	۲۷	۵/۴	۴۱
	آزاد		۹	۱/۴	۳	۵	۱۲
	کشاورز و دامدار		۹۶	۱۵	۴	۰/۶	۱۰۰
	محصل		۵۴	۸/۴	۶۷	۱۰/۸	۱۲۳
وضعیت تأهل	بی‌یکار		۱۹	۳	۱۸	۲	۳۷
	بازنشسته		۱۵	۲/۳	۸	۱/۳	۲۳
	مجرد		۹۶	۱۴/۹	۱۳۲	۲۰/۶	۲۲۸
وضعیت تأهل	متأهل		۱۶۷	۲۶	۲۲۳	۳۴/۷	۳۹۰
	مطلقه		-	-	۲	۰/۳	۲
	همسر مرده		۴	۰/۶	۱۵	۲/۳	۱۹
	سایر موارد		۲	۰/۳	۱	۰/۲	۳

جدول ۲ به بررسی ویژگیهای جمعیت‌شناختی آزمودنیهای مورد بررسی براساس محل سکونت (شهر یا روستا)، سن، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، جمعیت خانوار و وضعیت تأهل پرداخته است. توضیح اینکه چهار نفر از آزمودنی‌ها از دادن اطلاعات جمعیت‌شناختی خود امتناع نمودند و بنابراین در فراوانی کل مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.

جدول ۳- میانگین، انحراف معیار و تفاوت نمرات آزمودنی‌های مورد بررسی در مقیاس‌های پرسشنامه SCL-90-R براساس جنس

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

جدول ۳، متوسط نمرات آزمودنیهای مورد بررسی را براساس جنسیت آنها مد نظر قرار داده است. براساس نتایج به دست آمده در تمامی مقیاس های پرسشنامه، متوسط نمرات زنان بالاتر از مردان است، ولی در تحلیل تفاوت نمرات آزمودنیهای زن و مرد که با استفاده از آزمون آماری t امتودنت انجام گرفته است، تنها در چهار مقیاس شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، روابط متقابل و افسردگی تفاوت معنادار مشاهده شده است. در جدول ۴ توزیع فراوانی شیوع اختلالات روانپزشکی بر اساس جنس ارائه شده است.

جدول ۴- توزیع فراوانی شیوع اختلالات روانپزشکی بر اساس جنس

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

جدول ۴ بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی را براساس جنسیت نشان می دهد. براساس اطلاعات به دست آمده از تشخیص روانپزشکی و از مجموع ۲۷۴ آزمودنی گفته شده. ۹۳ نفر (۳۳/۶ درصد) مبتلا به نوعی اختلال روانی و ۱۸۱ نفر (۶۶/۱) سالم می باشند. در مجموع نیز ۲۲۱ نفر (۳۴ درصد) از آزمودنی ها بیمار و ۴۲۹ نفر (۶۶ درصد) سالم بودند. برای بررسی تفاوت شیوع اختلالات روانپزشکی براساس جنسیت، مقدار مربع کای پیرسون<sup>۱</sup> محاسبه گردید و همان گونه که ملاحظه می گردد ( $P > ۰/۰۵$ ) بین دو جنس از نظر ابتلای به اختلالات روانپزشکی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر جنسیت در شیوع اختلالات روانپزشکی مؤثر نیست. در جدول ۵ میزان شیوع اختلالات روانپزشکی براساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV ارائه شده است.

جدول ۵- میزان شیوع اختلالات روانپزشکی براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV

تشخیص	کد تشخیصی	جنسیت		تعداد	درصد	تعداد	درصد
		مرد (۲۴۷)	زن (۳۷۶)				
کل (۶۵۰)		تعداد	درصد	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	۳۰۰-۳	۸	۳/۲۳	۱۵	۳/۹۸	۲۳	۳/۵۳
ترس مرضی خاص	۳۰۰-۲۹	۳	۱/۲۱	۱	۰/۲۵	۴	۰/۶
گذر هراسی با یا بدون هراسی	۳۰۰-۲۲	۳	۱/۲۱	۲	۰/۵	۵	۰/۷۶
اختلال فشار روانی پس سانحه	۳۰۹-۸۱	-	-	-	۰/۲۵	۱	۰/۱۵
اختلال همبود اضطراب و افسردگی	۳۰۰-۰۰	۶	۲/۴۲	۵	۱/۳۲	۱۱	۱/۶۹
اختلالات خلقی		۴۳	۱۷/۴۰	۵۱	۱۳/۵۶	۹۴	۱۴/۴۶
افسردگی اساسی	۲۹۶-۳۲	۲۶	۱۰/۵۲	۲۱	۵/۵۸	۴۷	۷/۲۳
افسرده خوبی	۳۰۰-۴	۱۲	۴/۸۵	۱۵	۳/۹۸	۲۷	۴/۱۵
افسردگی خفیف	۳۱۱-۲	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 جسمانی‌سازی	۳۰۰-۸۱	۵	۱/۸۲	۸	۱۲/۱۲	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
عقب‌ماندگی 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 خوبی و وسواسی - اجباری		۲	۰/۷۲	۷	۱/۸۶	۹	۱/۳۸

جدول ۵ توزیع فراوانی اختلالات روانپزشکی را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست آمده در مردان مورد بررسی از مجموع ۲۴۷ آزمودنی ۳۳/۶ درصد (۸۳ نفر) دچار انواع اختلالات روانپزشکی 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؛ ۱۳/۵۶ و ۱۴/۴۶ درصد) می‌باشد. در زنان اختلال افسردگی اساسی و همبودی اختلال افسردگی و وسواسی - اجباری شایع‌ترین اختلال است. در مردان نیز اختلالات افسردگی اساسی (۱۰/۵۲ درصد) و اضطراب منتشر (۲/۴۲ درصد) شایع‌ترین اختلالات می‌باشند. در کل آزمودنیها نیز اختلالات افسردگی اساسی با شیوع ۷/۲۳ درصد شایع‌ترین اختلال بود.

بالاترین میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال با ۴۵/۳ درصد، افراد مجرد با 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 نظر آماری تفاوت معناداری بین گروههای مختلف تحصیلی، وضعیت تأهل، ابعاد مختلف خانواده، مشاغل مختلف و محل سکونت در میزان شیوع اختلالات دیده شد. از نظر درصد فراوانی علائم جسمانی در آزمودنیهای مورد بررسی سردرد، سرگیجه، بی‌اشتهایی، درد پشت، درد کمر، احساس درد و کوفتگی در عضلات بدن، خواب رفتن و مورمور 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 گرفتاریهای خود دانستن، اشکال در به‌خاطر آوردن اطلاعات، بی‌توجهی و بی‌دقتی در کارها، زودرنجی و خشمگینی، کاهش انرژی و کند شدن در کارها.

در این بررسی به‌منظور ارائه شاخص‌های روان‌سنجی ابزار غربالگری، پایایی و اعتبار پرسشنامه SCL-90-R مورد ارزیابی قرار گرفت. در مطالعه پایایی پرسشنامه 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، از ۵۰ نفر از افراد مورد بررسی که به‌صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین آزمودنیها انتخاب شده بودند با فاصله زمانی ۸ تا ۱۰ روز بعد از اجرای اولین آزمون به

عمل آمد. ضریب همبستگی در کل نمونه ۰/۷۸، در نمونه مردان ۰/۷۹ و در نمونه زنان ۰/۷۷ بود. بررسی همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۹۶) و روش تنصیف (۰/۹۱) نیز ضرایب بالایی را نشان می‌دهد که حاکی از ساختار مناسب آزمون است. از نظر روایی تشخیصی، از مجموع ۲۳۹ نفر آزمودنی که براساس آزمون غربالگر بیمار تشخیص داده شده بودند، تنها ۱۸ نفر آنها از نظر روانپزشک ملاکهای تشخیصی بیماری روانی را نداشتند. از مجموع ۵۰ نفر افراد سالم انتخاب شده نیز 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. در بخش بعد قبل از ارائه بحث و نتیجه‌گیری کلی، شیوع اختلالات روانپزشکی براساس ویژگیهای جمعیت‌شناختی را مورد بحث قرار می‌دهیم.

### شیوع اختلالات روانپزشکی براساس ویژگیهای جمعیت‌شناختی

جنس: تقریباً تمام مطالعاتی که به بررسی جنسیت و شیوع اختلالات روانپزشکی پرداخته‌اند، شیوع اختلالات را در زنان بالاتر گزارش داده‌اند و گاه تفاوت به نسبت سه به یک گزارش شده است. فقط دو پژوهش بینگتون و همکاران (۱۹۸۱) و کینزی و همکاران (۱۹۹۱) میزان اختلالات در مردان را بیشتر گزارش کرده‌اند، همچنین پژوهش اندریوز و همکاران (۲۰۰۱) میزان اختلالات را یکسان گزارش کرده است. نتایج پژوهش حاضر نیز همانند پژوهش اندریوز و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که میزان اختلالات روانی در زنان و مردان تفاوت معناداری با هم ندارد. به عبارتی این بررسی برخلاف یافته‌های پیشین، نشان داد که زنان آسیب‌پذیری بیشتری در برابر بیماریهای روانپزشکی ندارند. در این بررسی میزان شیوع کلیه اختلالات در زنان ۳۴ درصد بود که به پژوهش پالاهانگ و همکاران (۱۳۷۵) در شهر کاشان با ۳۱/۲ درصد نزدیک است.

سن: بررسیهای انجام گرفته در مورد عامل سن، نتایج متفاوتی را گزارش می‌کند. در پاره‌ای مطالعات میزان اختلالات روانپزشکی در افراد زیر ۴۵ سال بیشتر بوده است. برای مثال کسلر و همکاران (۱۹۹۴)؛ اداره ویژه گزارشهای آماری استرالیا<sup>۱</sup> (۱۹۹۹)؛ باقری‌یزدی 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 دانسته‌اند (برای مثال پژوهش‌های لی و همکاران، ۱۹۹۰؛ اندریوز و همکاران ۲۰۰۱؛ یعقوبی و همکاران ۱۳۷۴؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۷۸). نتایج این بررسی نشان داد که افراد ۱۵ تا ۲۵ سال میزان شیوع بالاتری از اختلالات روانی را داشتند (۴۵/۳ درصد) و این رقم پیوسته کاهش می‌یافت تا ۸/۶ درصد در مورد کسانی که ۵۶ تا ۶۹ سال داشتند و سپس در افراد بالاتر از ۶۹ سال، این میزان به ۲۳/۶ درصد می‌رسید، که با الگوی مشاهده شده در کشورهای غربی و توسعه یافته مطابقت ندارد.

وضعیت تأهل: یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در مردان، زنان و کل آزمودنی‌ها در پژوهش، میزان شیوع اختلالات برای افرادی که تنها زندگی می‌کردند بالاتر بود (به ترتیب ۵/۰۷ و ۴۲ 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 یافته‌های این بررسی مؤید پژوهش‌هایی است که میزان بروز اختلالات را در افراد مجرد بالاتر می‌دانند. دلیل این امر را می‌توان به عوامل فشارآور خاص افراد مجرد و دغدغه‌های آنها در مورد تشکیل خانواده، مشکلات اقتصادی و... مرتبط دانست.

میزان تحصیلات: در بررسی میزان شیوع اختلالات روانپزشکی براساس سطح سواد، طبق نتایج بیشتر مطالعات انجام شده در داخل یا خارج از کشور، بالاترین میزان شیوع در افراد بی‌سواد و کم‌سواد و پایین‌ترین میزان در افراد دارای تحصیلات عالی دیده شده است (ورجس و همکاران، ۱۹۷۳؛ اندروز و همکاران، ۲۰۰۱؛ باقری‌یزدی و همکاران، ۱۳۷۲؛ جاویدی و همکاران، ۱۳۷۲؛ کوکبه و همکاران، ۱۳۷۲؛ حرازی و باقری‌یزدی، ۱۳۷۳). برخی پژوهش‌ها نیز نمونه‌های مورد بررسی خود را به دو گروه بی‌سواد و باسواد تقسیم نموده‌اند که در این قبیل مطالعات نیز شیوع اختلالات روانپزشکی در مردان و زنان بی‌سواد به‌گونه معناداری بیش از باسوادها بوده است. نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر با تمامی نتایج گفته شد، متناقض است. بر این اساس میزان اختلالات روانپزشکی 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 گروه‌های مختلف تحصیلی معنادار می‌باشد. در بررسی دلایل احتمالی این امر می‌توان گفت دانشجویی که

با گذر از صافی‌های مختلف شاهد ۱۷/۱۵ درصد دانش‌آموختگان 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 آسیب‌پذیری‌اش بیش از قشر عادی جامعه خواهد بود. همچنین افزایش دانش‌آموختگان دانشگاهی در منطقه مورد بررسی طی سالهای اخیر به علت پذیرش بالا در دانشگاه‌های دولتی و دانشگاه آزاد از یک سو و عدم گسترش امکانات رفاهی - اجتماعی از سوی دیگر، از جمله دلایل احتمالی دیگر می‌باشد.

شغل: نتایج و یافته‌های به دست آمده در این پژوهش نشان می‌دهد که در مردان بالاترین میزان مربوط به دانش‌آموزان و دانشجویان (۵۰ درصد) و کمترین میزان مربوط به کارگران ساده (۳/۱۴ درصد) می‌باشد. در زنان بالاترین میزان مربوط به کارمندان (۴/۵۲ درصد) و در مجموع آزمودنیها نیز، بالاترین میزان در گروه مستخدمین دولت (۵/۴۳ درصد) و پایین‌ترین میزان مربوط به کارگران ساده است. نتایج این بخش از پژوهش با نتایج بررسیهای یعقوبی و همکاران، (۱۳۷۴) پالانگ و همکاران (۱۳۷۵)، افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶) که بیان‌کننده میزان بالاتر اختلالات در مردان کارمند و زنان شاغل می‌باشد هماهنگ است. احتمالاً آسیب کلی پایگاه و جایگاه مستخدمین دولت در چند ساله اخیر، در آمد پایین و چند شغلی بودن آنها از دلایل اصلی این تفاوت است. اما در مورد زنان کارمند، میزان بالاتر شیوع اختلالات در آنها را می‌توان به تحمل فشارهای ناشی از کار همزمان در منزل و فعالیت بیرون از منزل نسبت داد.

محل سکونت: میزان شیوع اختلالات روانپزشکی براساس محل سکونت نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات در روستا بیشتر از شهر است (۸/۳۵ درصد در برابر ۶/۲۶ درصد) که با الگوی مشاهده شده در مطالعات کسلر و همکاران (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 روانپزشکی در افراد مختلف برحسب جمعیت خانوار تفاوتی مشاهده نگردید (بجز در گروه زنان مورد بررسی). این یافته با نتایج بررسیهای بهادرخان (۱۳۷۲) و کوبه (۱۳۷۳) همخوانی دارد، ولی با نتایج باقری‌یزدی و همکاران (۱۳۷۲) و جاویدی و همکاران (۱۳۷۲) متفاوت می‌باشد.

## بحث و نتیجه گیری

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که ۳۴ درصد افراد مورد مطالعه از انواع اختلالات روانپزشکی رنج می‌برند. مروری بر نتایج مطالعات انجام گرفته در زمینه همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران نشان می‌دهد که دامنه شیوع اختلالات روانپزشکی بین ۱۱/۹ درصد (باش، ۱۳۴۱) تا ۴۳/۲ درصد (داویدیان و همکاران، ۱۳۵۰) برآورد شده است. بر این اساس می‌توان متوسط شیوع بیماریها را بین ۱۹ تا ۲۴ درصد کل جمعیت دانست. شیوع اختلالات روانپزشکی در بررسیهای باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۲)، کوبه و همکاران (۱۳۷۲)، افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶)، بهادرخان (۱۳۷۲) و جاویدی (۱۳۷۲) به ارقام ارائه شده در بررسیهای باش (۱۳۴۱ و ۱۳۴۳) که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را ۱۱/۹ و ۱۴/۹ گزارش نموده است بسیار نزدیک است. در طیف دیگر، بررسیهایی است که داویدیان و همکاران (۱۳۵۰) انجام داده‌اند که رقمی بالاتر از ۴۰ درصد را گزارش نموده‌اند. در حد فاصل این دو دامنه نیز می‌توان مطالعاتی را یافت که میزان شیوع اختلالات روانی را بین ۱۸ تا ۲۵ درصد گزارش نموده‌اند (جدول ۱). در تطبیق نتایج بررسی حاضر با نتایج به دست آمده در ایران، مشخص می‌گردد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در شهرستان ارسنجان (۳۴ درصد) بالاتر از سایر پژوهش‌ها (بجز پژوهش داویدیان و همکاران، ۱۳۵۰) می‌باشد. همچنین میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در پژوهش حاضر در مقایسه با نتایج مطالعات همه گیرشناسی در پژوهش‌های خارجی نشان‌دهنده نتایج متفاوتی است.

مقایسه نتایج اخیر با نتایج بررسیهای انجام شده در کشورهای اروپایی، میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را در ارسنجان بالاتر (بجز پژوهش لیگتون، ۱۹۵۲ و هالدین، ۱۹۸۴) نشان می‌دهد که این اختلاف با کشورهای شمال اروپا (که رقمی حدود ۸ تا ۱۱ درصد را گزارش نموده‌اند در پژوهش لتینن، ۱۹۹۰) بیشتر و با کشورهای جنوب اروپا کمتر می‌باشد. مقایسه یافته‌های به دست آمده از بررسی فعلی با بررسیهای انجام شده در کشورهای آمریکایی نشان می‌دهد که میزان شیوع در ارسنجان از برخی مطالعات کمتر (۵۴ درصد در مطالعه شور و همکاران، ۱۹۷۳؛ ۵۰ درصد در مطالعه کسلر و همکاران، ۱۹۹۴)، با برخی پژوهش‌ها تقریباً مساوی (۳۱/۴ درصد در مطالعه کینزی و همکاران، ۱۹۹۲) و با برخی دیگر اختلاف زیادی دارد (۱۵/۱ درصد وایزمن و همکاران، ۱۹۸۷؛ ۱۹/۹ درصد، هوپر و همکاران، ۱۹۷۹؛ ۱۸/۵ درصد ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۲).

در بررسی تطبیقی نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات کشورهای استرالیایی که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را بین ۸/۴ تا ۲۰/۳ درصد برآورد نموده‌اند، میزان شیوع بیماریهای روانپزشکی در آرسنجان بالاتر از بررسیهای یاد شده می‌باشد. همچنین در مقایسه با نتایج برخی کشورهای کمتر توسعه یافته آسیایی و آفریقایی نتایج متفاوتی به دست آمده به گونه‌ای که برخی پژوهش‌ها شیوع بالاتر (لی، ۱۹۹۰) و برخی شیوع پایین‌تری را نشان داده‌اند.

در بررسیها و پژوهش‌های اجرا شده در ایران به دلیل استفاده از روشهای متفاوت نمونه‌گیری، اجراء ابزارهای پژوهش، استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی متفاوت و نیز جمعیت‌های گوناگون و شرایط اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی متفاوت که این بررسیها در آن انجام گرفته است، نمی‌توان انتظار داشت که یافته‌های گزارش شده در بررسیهای همه‌گیرشناسی به هم نزدیک باشد. مهمتر اینکه در برخی از این بررسیها از نمونه معرف نیز استفاده نشده است. نکته دیگری که در بررسی تطبیقی نتایج، خواه نتایج داخلی و خواه نتایج خارجی باید به آن توجه نمود این است که شرایط اقتصادی - اجتماعی، چگونگی سطح زندگی، رعایت موازین بهداشتی به مفهوم عام آن تأثیر انکارناپذیری در شیوع بیماریها و نابسامانی‌های روانی مختلف به‌جای می‌گذارد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). به بیان دیگر بالا رفتن سطح زندگی و رعایت بیشتر موازین بهداشتی، مراقبت‌های دوران بارداری، هنگام زایمان و مراقبت‌های ویژه دوران نوزادی و سالهای کودکی، میزان ابتلای افراد به بیماریهای روانی را به شکل چشمگیری کاهش می‌دهد. علاوه بر موارد گفته شده در خصوص جامعه مورد بررسی در پژوهش حاضر این نکات قابل تأمل می‌باشد:

نداشتن 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 (براساس اطلاعات اخذ شده، تنها ۱۷ درصد از آزمودنیهایی که توسط روانپزشک تشخیص بیماری دریافت داشته‌اند، سابقه بیماری روانی را در خود ذکر کرده‌اند) و فکر می‌کنند عادی و متعادل هستند و در نتیجه درمان به‌موقع انجام نمی‌گیرد و باعث افزایش تعداد مبتلایان و مزمن شدن بیماری می‌گردد.

نداشتن برنامه صحیح و اطلاع کافی از روشهای پیشگیری و درمانی، نداشتن اطلاع کافی خانواده‌ها و نزدیکان بیماران از وجود بیماری، نبودن وسایل درمانی در شهر

و محل زندگی و مشکلات متعددی که به آنها اجازه نمی‌دهد بتوانند به درمان بیماری خود بپردازند.

نبودن متولی برای آموزش و درمان در سطح شهرستان به گونه‌ای که در شبکه بهداشت و درمان ارسنجان هنوز بحث ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های اولیه به صورت جدی مد نظر قرار نگرفته و تنها کارشناس موجود نیز بیشتر وقت خود را در امور دارویی شبکه سپری می‌نماید.

افزایش قابل ملاحظه سن ازدواج و فشارهای ناشی از آن (در نمونه مورد بررسی ۷۵ درصد آزمودنیهای ۱۵ تا ۲۵ سال و بیش از ۱۰ درصد آزمودنیهای ۲۶ تا ۳۶ سال مجرد می‌باشند).

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

چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) شیوع افسردگی اساسی را در زنان ۵ تا ۹ درصد و در مردان ۲ تا ۳ درصد؛ اختلال افسرده خوبی 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 ۲ تا ۲ درصد در زنان و ۲/۰ درصد در مردان؛ اختلال دو قطبی را ۴/۰ تا ۶/۱ درصد؛ اسکیزوفرنیا را ۵/۰ تا ۱ درصد و طبق برخی گزارشها بین ۲/۰ تا ۲ درصد گزارش می‌دهد. براساس نتایج به دست آمده در 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. براین اساس در میان اختلالات خلقی، افسردگی اساسی و در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر از شایع‌ترین اختلالات هستند. این نتایج یافته‌هایی را که ورجیس (۱۹۷۳)؛ کارتا و همکاران (۱۹۹۱)؛ هوپر و همکاران (۱۹۷۹)؛ کسلر (۱۹۹۴)؛ دادفال و همکاران (۱۹۸۳)؛ هاردینگ و همکاران (۱۹۸۰)؛ باقری‌یزدی و همکاران (۱۳۷۴)؛ بهادرخان و همکاران (۱۳۷۲)؛ کوکبه و همکاران

(۱۳۷۲)؛ یعقوبی و همکاران (۱۳۷۲) و نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) به‌دست آورده‌اند، تأیید می‌کند.

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

همبودی مرضی<sup>۱</sup> یک اصطلاح تازه در طبقه‌بندی روانپزشکی است که کاربرد گسترده‌ای پیدا کرده است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴). این اصطلاح معمولاً به اختلال‌هایی که همزمان با هم وجود داشته و سبب‌شناسی جداگانه‌ای دارد (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 تابلوی بالینی شخصی دو اختلال همزمان وجود داشت از این عنوان استفاده می‌گردید و در اغلب مطالعات همه‌گیرشناسی صرفاً به‌صورت زیرنویس اشاره مختصری به آن شده است. البته دلیل اصلی استفاده نکردن از عنوان همبودی اختلالات و در نتیجه گزارش ندادن این قبیل 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 به‌دست آمده ۶/۱۵ درصد از آزمودنی‌ها (۴/۰۱ درصد مردان و ۷/۷۱ درصد زنان) از اختلالات همبود در رنج بودند که میزان آن در زنان تقریباً دو برابر مردان می‌باشد. براساس اطلاعات به‌دست آمده ۱/۶۹ درصد آزمودنی‌ها (۲/۱۸ درصد مردان و ۱/۲۳ درصد زنان) از اختلال همبود اضطراب و افسردگی؛ ۳/۵۳ درصد (۲/۵۵ درصد مردان و ۴/۲۵ درصد زنان) از همبود افسردگی و وسواس؛ ۰/۴۶ درصد (۰/۷۲ مردان و ۰/۲۶ زنان) از همبود اضطراب و وسواس و ۱/۳۶ درصد (۰/۷۲ مردان و ۱/۸۶ درصد زنان) از همبودی افسرده‌خویی و وسواسی - اجباری رنج می‌بردند. بررسی اختلالات همبود 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 چندگونه متفاوت و سطوح گوناگون بیماریها اشاره داشته باشند.

## منابع

افشاری منفرد، ژاله. جعفر بوالهیری. سید عباس باقری یزدی. (۱۳۷۶)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاههای عمومی سمنان»، *مجله طب و تزکیه*، شماره ۲۶.

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۹۹۴)، *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، ترجمه محمدرضا نیکخو، هاما یاک آوادیس یانس، مالک میرهاشمی، محی‌الدین غفرانی، (۱۳۷۵)، تهران، سخن.

باش، ک. و. (۱۳۴۳ و ۱۳۴۱)، *روح ناپسامان*، (تألیف ناصرالدین صاحب‌الزمانی)، تهران، انتشارات عطایی.

باقری یزدی، سید عباس. (۱۳۷۲)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی میبد - یزد»، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ۱، شماره ۱، ص ۴۱ - ۳۲.

بهادرخان، جواد. (۱۳۷۲)، «بررسی همه‌گیرشناسی بیماریهای روانی در مناطق روستایی گناباد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

پالاهنگ، حسن. خاطره عظیمی، جهاندار زارعان. (۱۳۷۸)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در کارگران کارگاههای شهر بروجن»، *مجله اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۱ و ۲.

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

حرازی، محمدعلی. سید عباس باقری یزدی. (۱۳۷۲)، *بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای روانی در مناطق شهری شهرستان یزد*، یزد، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی.

خسروی، شمسعلی. (۱۳۷۳)، «بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن - چهارمحال و بختیاری»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران.

داویدیان، هاراطون. سیروس ایزدی، نه‌پاتیان و ارتکس، منصور معتبر. (۱۳۵۰)، «بررسی همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در منطقه بحر خزر»، مجله بهداشت ایران، سال ۳، شماره ۴. سازمان جهانی بهداشت. (۱۹۹۳)، قدر زندگی را بدانیم و با بی‌احتیاطی و غفلت آن را به خطر نیندازیم، گروه ترجمه اداره بهداشت روانی معاونت بهداشتی.

صادقی، خیرالله. سید مهدی صابری، مرضیه عصاره. (۱۳۷۹)، همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه، مجله اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۲ و ۳.

کاپلان، هارولد. بنیامین سادوک. (۱۹۹۱)، واژه‌نامه جامع روان‌شناسی و روانپزشکی، ترجمه محمد دهگانپور، خشایاربیگی و مهرداد فیروزبخت، (۱۳۷۳)، تهران، بدر.

کاپلان، هارولد. بنیامین سادوک، (۱۹۹۸)، خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، (۱۳۷۶)، تهران، شهرآب.

کوکبه، فروخ. (۱۳۷۲)، «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

مانز، جودیت س و شیرا کرامر. (۱۹۸۵)، درآمدی بر اپیدمیولوژی، ترجمه محسن جانقربانی، (۱۳۷۳)، کرمان، انتشارات خدمات فرهنگی کرمان.

موری، کریستوفر. آلن لوپز. (۱۹۹۶)، بار جهانی بیماری‌ها، ترجمه پژمان شادپور، (۱۳۷۷)، تهران، انتشارات وزارت بهداشت و یونسف.

میرزایی، رقیه. (۱۳۵۹)، «ارزیابی پایایی و روایی آزمون SCL-90-R در ایران»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی و علوم رفتاری، دانشگاه تهران.

نوربالا، احمدعلی. کاظم محمد، سید عباس باقری‌یزدی. (۱۳۷۸)، «بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران»، مجله حکیم، دوره ۲، شماره ۴.

یعقوبی، نصرالله، مهدی نصر، داود شاه‌محمدی. (۱۳۷۴)، «بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرای گیلان»، مجله اندیشه و رفتار، سال ۱، شماره ۴.



- ANDREWS, GAVIN, HENDERSON, SCOTT and HALL, WAYNE (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. *British Journal of psychiatry*, 178. 145-153.
- AUSTRALIAN BUREAU OF STATISTICS (1999). Mental health and wellbeing: Profile, Western Australia 1997-98. *ABS Website Statement*.
- BEBBINGTON, P., HURRY, J, TENNANT, STUART. E WING, J.K. (1981). Epidemiology of mental disorders in camberwell. *Psychological Medicine*, 11: 561-579.
- CARTA, M.G., CARPINEIELL, B., MOROSINI, P.L., RUDAS, N (1991). Prevalence of mental disorders in Sardina: a community study in an inland mining district. *Psychological medicine*, 21. 1061-1071.
- DEROGATIS, L.R., RICKELS, K, ROCK, A. (1976). The SCL-90 and MMPI: a step in the validation of a new self-report scale, *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- DHADPHALE, M., ELLISON, R.H., GIFFIN, L. (1983). The frequency of psychiatric disorders among patients attending semi-urban and rural general out patient clinics in Kenya. *British Journal of Psychiatry*, 142, 379-383.
- HOPER, E.W., NEY CZ, G.R., CLEARY, P.D., REGIER, D.A., GOLDBERG, I.S. (1969). Estimated prevalence of RED mental disorder in primary care. *International Medical Journal of Mental Health*, 1979, 8" 6-15.
- HARDING T.W., DE ARANGO, M.V., BALTAZER, J., CLEMANT, C.E., IBRAHIM H.H.A., LODRIO, IGNACION L., SRINIVASA MURTHY, R., WIG, N.N (1980). Mental developing countries, *Psychological medicine*, 10: 231-241.
- HALLDIN, J. (1984). Prevalence of mental disorder in an urban population in central Sweden in relation to social class marital status and immigration, *Acute Psychiatry*. 72(2): 117-121.
- KAPLAN, H., SADOCK, B. (1991). *Comprehensive glossary of Psychiatry*. Williams and Wilkins Company.
- KINZIE, J.D., LEUNG, P.K., BOEHNLEIN, J., MATSUNAGA, D., JOHANSON, R., MANSON, S., SHORE, J.H., HEINZ. J., WILLIAMS, M. (1992). Psychiatric epidimiology of and Indian village: A 19 year replication study. *Journal of Nervous and mental disease*, 180: 33-39.
- KESSLER, R.C., GONAGLE, K.A., ZHAO, S.H., NELSON, C.B., HUGHES, M., ESLEMAN, S., WITEHEN, H., KENDLER, K.S. (1994). Lifetime and 12

- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united states, *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19. Lee, c., Kwak, Y., Yamamoto, J., Kim, S.
- LEHTINEN, V (1990). Prevalence of mental disorders among adults in finland. *Acta Psychiatric Scand*, 81. 418-425.
- LEE, Y. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178,247-252.
- LIGHTON, A.H. (1965). *Transcultural Psychiatry*. London: Routledge
- MEDIANSON, M.G., STEFANIS, C.N., and MADIANOU, D. (1987). Prevalence of mental disorder and utilization of mental health services in two areas of greater Athens. *Psychiatric Edidimiology*, London:Croom Helm Ltd.
- SHORE, J.H., KINZIE, J.D., HAMPSON, L., PATTISON, E.M. (1973). *Psychiatric Epidemiology of Indian village*, *Psychiatry*, 36: 70-81.
- STANSFIELD, S.A., GHALLACER, L.E., SHARP, D.S., YARNELL, J.W.G. (1991). Social factors and minor psychiatric disorder in middle-agemen. *Psychological Medicine*, 21, 157-167.
- TURNER, SAMUAL., HERSEN MICHEL (1997). *Adult Psychopathology and Diagnosis* New York. Wiley.
- VERGHESSE, A., BEIG, A., SENSEMAN, L.A. RAO, S.S and BENJAMIN, V. (1973). *A Social and psychiatric study of representative group of families in nellore town*. *Indian Journal of Medical Research*, 61, 608-62.
- WILLIAM, E NARROW., DONALD S. RAE; LEE N. ROBINS; DARREL A. REGIER (2002). Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in the United States. *Original Articl*, Vol. 59 No. 2, February 2002.
- WEISSMAN, M.M., MYERS, J.K., HARDING, P.S. (1987). Psychiatric disorder in a U.S urban community 1976-1978. *American Journal of Psychiatry*. 135(4): PP, 549-462.
- W.H.O. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and behaviour disorder*. Geneva: W.H.O.
- W.H.O. (1993). *Human Right: The Vulnerability of the Mentally ill*. Press Releasce, 15-44.

وصول: ۸۳/۶/۲۵

پذیرش: ۸۳/۸/۱۰