



همه گیرشناسی بیماریهای روانی در جمعیت شهری کرمانشاه

خیرا... صادقی*، دکتر سید مهدی صابری**، دکتر مرضیه عصاره***

چکیده

هدف: هدف این بررسی همه گیرشناسی بیماریهای روانی در جمعیت شهری ۱۵ سال و بالاتر شهر کرمانشاه بود. **روش:** در این پژوهش ۵۰۱ نفر (۲۷۰ زن و ۲۳۱ مرد) که با روش نمونه گیری خوشه‌ای - تصادفی برگزیده شده بودند، به کمک پرسشنامه خودسنجی و فهرست واری نمانه‌ها بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV مورد بررسی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۲۵/۱۵٪ آزمودنیها دچار بیماریهای روانی هستند. اختلالهای اضطرابی با شیوع ۱۶/۶٪ و اختلالهای خلقی و شبه جسمی هر یک با ۷٪ از شایعترین اختلالها بودند. همچنین میزان شیوع اختلالهای شخصیت ۸/۶٪ برآورد گردید. در این بررسی، میزان شیوع اختلالهای روانی در زنان، بیه‌ها و مطلقه‌ها، افراد سنین بالا، بیسوادان، بیکاران، زنان خانه دار، خانواده‌های کم جمعیت و در افرادی که خود یا خانواده شان پیشینه بیماری روانی داشتند بیش از سایرین بود. بررسی راهنما نشان داد که پرسشنامه SRQ برای مقاصد غربالگری روانی دارد و ضریب پایایی پرسشنامه با روش بازآزمایی و دیگر روشهای همسانی درونی بالا بود. همچنین به علت بالا بودن حساسیت و ویژگی آزمون، این پرسشنامه می‌تواند به عنوان ابزار غربالگری در بررسیهای همه گیرشناسی به کار رود.

Andesbeh
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۱۶

کلید واژه: غربالگری، اختلالهای روانی، کرمانشاه، پرسشنامه خودسنجی، SRQ، شیوع

مقدمه

از هنگامی که انجمن روانپزشکی آمریکا پایه گذاری گردید (سال ۱۸۴۴)، پیشرفتهای زیادی در زمینه ارائه خدمات روانپزشکی پدید آمده است. بکار گرفتن روشهای درمانی پزشکی در درمان بیماران روانی و کم هتنگ کردن این نظریه که بیماران روانی درمان ناپذیرند و گشایش

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کرمانشاه. کرمانشاه، خیابان عشایر، مرکز آموزشی درمانی فارابی، گروه روانپزشکی.
** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت و درمانی کرمانشاه. کرمانشاه، خیابان عشایر، مرکز آموزشی درمانی فارابی، گروه روانپزشکی.
*** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه. کرمانشاه، خیابان عشایر، مرکز آموزشی درمانی فارابی، گروه روانپزشکی.

تیمارستانها که بیشتر جنبه نگهداری و پناهگاهی داشتند، از آن جمله بود. پس از چندی در این بیمارستانها جنبه‌های درمانی و به ویژه پیشگیری قوت گرفت و نقش برخی از عوامل محیطی در سبب‌شناسی بیماریهای روانی شناسایی گردید. جنبش روانکاوی نیز در این زمینه مؤثر بود. از نخستین دهه سده بیستم میلادی تا نخستین سالهای دهه ۱۹۵۰ این رویکرد که بیماریهای روانی به واسطه فقر محیطی در کودکی و کاستیهای ارثی به وجود می‌آیند رواج داشت. با پیدایش رویکردهایی مانند تمرکز زدایی، ارائه خدمات روانپزشکی و پیشگیری از پدیده مؤسسه زدگی، رویکردهایی همچون بهداشت روانی جامعه نگر گسترش یافت که در آن تأکید بر جامعه و نه بر یک بیمار واحد، پیشگیری پیش از درمان، در نظر داشتن بهداشت عمومی و رویارویی با الگوی سنتی بالینی، سازماندهی خدمات بهداشتی و هماهنگی توزیع منابع با نیازمندیهای جامعه، مورد نظر است (بloom^(۱)، ۱۹۷۷، به نقل از مازنر^(۲) و کرامر^(۳)، ۱۹۸۵).

در این میان همه گیرشناسی بیماریهای روانی با تعیین گستره این بیماریها ماهیت نیازهای بهداشتی جامعه را برآورد می‌کند. پژوهش حاضر نیز در این راستا با هدف شناسایی گستره اختلالات روانی در جمعیت شهری کرمانشاه انجام گردیده است. کوشش بر آن بوده است تا روایی، پایایی و نقطه برش پرسشنامه خودسنجی^(۴) (SRQ) نیز مورد بررسی قرار گیرد.

روش

بررسی حاضر یک بررسی، مقطعی - توصیفی است. جامعه مورد بررسی را جمعیت ۱۵ سال و بالاتر کرمانشاه تشکیل دادند که نمونه مورد نظر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای - تصادفی با کمک گرفتن از پرونده‌های خانوار موجود در مراکز و پایگاههای بهداشتی سطح شهر برگزیده شدند. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به نتایج بررسیهای پیشین در ایران و بر اساس رهنمودهای سازمان

جهانی بهداشت (وینگو^(۵) و همکاران، ۱۹۹۱) با $p=0.20$ $z=0.95$ $d=0.05$ ۴۹۲ نفر در قالب ۱۶۴ خانوار با بعد ۳ نفر تعیین گردید. در مجموع ۵۲۸ نفر انتخاب شدند که تمامی آنها مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله دوم ۲۷ نفر از شرکت در مصاحبه روان‌پزشکی خودداری کردند. بنابراین تجزیه و تحلیلها بر روی ۵۰۱ نفر (۲۷۰ زن و ۲۳۱ مرد) انجام شد. ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزار پژوهش در این بررسی به شرح زیر بوده است: الف) پرسشنامه خودسنجی: این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال است و توسط هاردینگ^(۶) و همکاران (۱۹۸۰) تدوین گردیده است. ۲۰ سؤال نخست این پرسشنامه برای شناسایی اختلالات غیر روانپزشکی است و ۴ پرسش پیوست، برای شناسایی اختلالات روانپزشکی طرح ریزی شده است. برای نمره گذاری پرسشنامه، پرسشهایی که پاسخ مثبت دریافت کرده‌اند ۱ نمره می‌گیرند و برای پرسشهایی که پاسخ منفی به آنها داده شده نمره‌ای داده نمی‌شود. آزمودنیهایی که نمره‌ای برابر یا بالاتر از نمره برش به دست آورند و یا دست کم به یک سؤال از ۴ سؤال روانپزشکی پاسخ دهند موارد بالقوه تلقی شده و مورد پی جویی قرار می‌گیرند. گفتنی است که نقاط برش انتخاب شده به وسیله هاردینگ و همکاران (۱۹۸۰)، در کشورهای مختلف به شرح زیر بوده‌اند: در کلمبیا، ۱۰/۱۱؛ در هند، ۵/۶؛ در سودان، ۳/۴؛ در فیلیپین، ۶/۷. آنها حساسیت آن را بین ۷۳ تا ۸۳٪ و ویژگی آن را بین ۷۲ تا ۸۵٪ گزارش نموده‌اند.

ب) فهرست نشانه‌های مرضی بر پایه DSM-IV. هدف از تهیه این فهرست بررسی کامل معیارهای تشخیصی ۲۹ اختلال روانی شایع می‌باشد. مضمون موضوعی سؤالهای این فهرست بر پایه DSM-IV و نظریه روانپزشک تدوین

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| 1-Bloom | 2-Mausner |
| 3-Kramer | |
| 4-Self-Rating Questionnaire (SRQ) | |
| 5-Wingo | 6-Harding |

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنیهای پژوهش بر حسب جنس، سن، میزان تحصیلات، شغل و جمعیت خانوار.

		جنسیت					
		مرد		زن			
کل	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	متغیرها	
سن							
	۳۷۶	۳۳/۵	۱۶۸	۴۱/۵	۲۰۸	۱۵-۴۲	
	۱۲۵	۱۲/۶	۶۳	۱۲/۳	۶۲	۴۵ سال و بالاتر	
تأهل							
	۳۱۰	۲۵/۶	۱۲۸	۳۶/۳	۱۸۲	متأهل	
	۱۹۱	۲۰/۵	۱۰۳	۱۷/۶	۸۸	غیر متأهل	
تحصیلات							
	۲۱۴	۱۵/۲	۷۶	۲۷/۵	۱۳۸	بیسواد و کم سواد	
	۲۸۷	۳۱	۱۵۵	۲۶/۳	۱۳۲	با سواد	
شغل							
	۲۶۱	۳۸/۳	۱۹۲	۱۳/۸	۶۹	شاغل	
	۲۴۰	۷/۸	۳۹	۴۰/۱	۲۰۱	غیر شاغل	
جمعیت خانوار							
	۲۷	۲/۲	۱۱	۳/۲	۱۶	۴-۱ نفر	
	۴۷۴	۴۳/۹	۲۲۰	۵۰/۷	۲۵۴	۵ نفر و بالاتر	
کل	۵۰۱	۴۶/۱	۲۳۱	۵۳/۹	۲۷۰		

۱۹۷۰) و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی^(۴) (گلدبرگ^(۵) و هیلر، ۱۹۷۹) هر یک بر روی ۱۰٪ از آزمودنیها اجرا شدند. در مرحله دوم (بیماریابی) از ۲۱۸ نفری که در پرسشنامه خودسنجی مشکوک به بیماری شناخته شدند، روانپزشک بر اساس رهنمودهای هاردینگ و همکاران (۱۹۸۰) با استفاده از فهرست مصاحبه تشخیصی ۱۲۶ نفر (۲۵/۱۵٪) را بیمار تشخیص داد. برای تحلیل داده‌های پژوهش، از روشهای آمار توصیفی، ضریب همبستگی، آزمونهای z، t، x² استفاده شده است.

یافته‌ها

الف: تعیین روایی و نمره برش پرسشنامه خودسنجی به منظور تعیین روایی پرسشنامه، همزمان با اجرای

شده است. ارزیابی پایایی این فهرست، که روی ۱۲۰ نفر از بیماران ارجاعی به مرکز روانپزشکی فارابی انجام گرفت نشان دهنده توافق متوسط تا بالای تشخیص گذاران در تشخیص موارد افسردگی (K=۰/۵۵)، اسکیزوفرنیا (K=۰/۶۱)، مانیا (K=۰/۶۴) و وابستگی به مواد (K=۱) بود.

این پژوهش در دو مرحله انجام شد: در مرحله نخست (غربالگری) ۵۰۱ نفر با پرسشنامه خودسنجی، مورد بررسی قرار گرفتند. برای تعیین نمره برش، تعداد ۱۰۰ نفر از آزمودنیها، با استفاده از کارآزمایی دو سوکور، بر اساس فهرست تشخیصی، DSM-IV توسط روانپزشک و به صورت انفرادی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در همین مرحله برای تعیین پایایی به روش بازآزمایی^(۱)، پرسشنامه خودسنجی پس از گذشت ۱۲ روز دوباره بر روی ۵۰ نفر (۱۰٪) از آزمودنیها تکرار شد. برای تعیین روایی پرسشنامه، همزمان با اجرای پرسشنامه خودسنجی، دو ابزار غربالگری فهرست تجدید نظر شده واریسی علائم ۹۰ سؤالی^(۲) (دراگوتیس^(۳)) و همکاران،

1-test-retest

2-Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

3-Derogatis

4-General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

5-Goldberg

پرسشنامه خودسنجی، دو ابزار غربالگری فهرست ۹۰ سؤالی تجدید نظر شده واری واری و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی اجرا شد. همبستگی پرسشنامه خودسنجی با دو ابزار یاد شده به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۳ بود. سنجش پایایی پرسشنامه خودسنجی به دو روش پایایی باروش بازآزمایی و همسانی درونی^(۱) نشان داد که ضرایب پایایی از بالا تا بسیار بالا می باشد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که بهترین نمره برش برای یک نمونه ۱۰۰ نفری از آزمودنیها برابر ۵ می باشد. حساسیت و ویژگی در این نمره برش به ترتیب ۸۲/۷ و ۸۳/۷ است. کارآمدی آزمون نیز برابر ۸۶/۷ می باشد.

ب) بررسی میزان شیوع اختلالات روانی: جدول ۲ میزان شیوع یک ماهه اختلالات روانی را در نمونه مورد بررسی به تفکیک جنسیت نشان می دهد. همچنانکه در جدول دیده می شود میزان شیوع تمامی اختلالات روانی با محاسبه یک تشخیص روانپزشکی برای بیماران ۲۵/۱۵ است (۳۲/۲٪ زنان و ۱۶/۹٪ مردان). در بین اختلالات روانی، اختلالات اضطرابی با ۱۶/۶٪ و اختلالات خلقی و شبه جسمی هر یک با ۶/۹۹٪ از شایعترین اختلالات بودند.

در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر با ۳/۹۹٪، در گروه اختلالات خلقی، افسرده خویی با ۵٪ و در گروه اختلالات شبه جسمانی، اختلال جسمی سازی با ۴/۴٪ بیشترین شیوع را داشتند. میزان شیوع دیگر اختلالات روانی عبارت بودند از: اختلال کنترل تکانه ۵٪؛ اختلالات انطباقی ۴/۸٪؛ داغدیدگی ۳/۲٪؛ عوامل روانشناختی مؤثر بر حالت طبی ۱/۴٪؛ اسکیزوفرنیا ۰/۶٪؛ اختلالات هذیانی ۰/۴٪؛ بد خوابیها ۰/۶٪؛ اختلالات مصرف مواد ۰/۴٪؛ فرسودگی ۰/۴٪. در بین اختلالات شخصیت با میزان شیوع ۷/۱۹٪، اختلالات شخصیتی وابسته، وسواسی - اجباری و نمایشی به ترتیب با ۱/۹۹٪، ۱/۵۹٪ و ۱/۴٪ بیشترین میزان شیوع را دارا

بودند (جدول ۳).

گفتنی است که در تمامی اختلالات، به جز اختلال مربوط به مواد و اختلال انطباقی، میزان شیوع در زنان بیش از مردان است. طبق ارزیابی روانپزشک در مورد شدت اختلال ۱۰/۳٪ دارای اختلال شدید، ۱۴/۳٪ دارای اختلال متوسط و ۷۵/۴٪ دارای اختلال خفیف بودند. همچنین نتایج نشان داد که ۸/۷٪ برای درمان به روانپزشک، ۹/۵٪ به پزشکان عمومی، ۱۱/۱٪ به دیگر متخصصان و ۶/۳۵٪ به درمانگران سنتی مراجعه کرده اند. ۶۱/۱٪ افراد اساساً برای درمان اقدامی ننموده اند.

این بررسی نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان دو برابر مردان است و با افزایش سن میزان شیوع اختلالات روانی نیز افزایش می یابد. به طور کلی، میزان شیوع اختلالات روانی در افراد ۴۵ ساله و بالاتر بیش از افراد پایین تر از ۴۵ سال بوده است، هر چند از نظر آماری این تفاوت معنی دار نیست.

میزان شیوع اختلالات رفتاری در بیهوا و مطلقه ها بیش از متأهلهها و مجردها و در بی سوادها بیش از باسوادها می باشد. این میزان در زنان خانه دار، بازنشسته ها و بیکاران بیش از سایر گروهها و به طور کلی در افراد غیر شاغل به گونه معنی داری بیش از افراد شاغل بوده است.

این بررسی همچنین نشان داد که شیوع اختلال های روانی در خانواده های کم جمعیت (۴-۱ نفره) به گونه معنی داری بیش از خانواده های پر جمعیت بود. همچنین در آزمودنیهای دارای سابقه اختلالات روانپزشکی، شیوع اختلال های روانی بیش از آزمودنیهایی بود که دارای سابقه اختلال روانی نبودند. آزمودنیهایی که در خانواده های آنها سابقه اختلال روانی وجود داشته، بیش از کسانی که در خانواده های آنها سابقه اختلال روانی وجود نداشته دچار اختلال شده اند.

جدول ۲- میزان شیوع اختلالات روانی در آزمودنیهای پژوهش بر پایه ملاکهای تشخیصی DSM-IV

		جنسیت					
		مرد		زن			
کل	درصد	فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	اختلالات روانی	
	۲۵/۱۵	۱۲۶	۱۶/۹	۳۹	۳۲/۲	۸۷	کلیه اختلالات روانی**
	۱۶/۶	۸۳	۸/۲۲	۱۹	۲۳/۷	۶۴	اختلالات اضطرابی
	۳/۹۹	۲۰	۲/۱۶	۵	۵/۵۶	۱۵	اضطراب منتشر
	۲/۹۹	۱۵	۱/۳۰	۳	۴/۴۴	۱۲	هراس اجتماعی
	۲/۹۹	۱۵	۲/۱۶	۵	۳/۷	۱۰	وسواس فکری - عملی
	۲/۵۹	۱۳	۲/۱۶	۵	۲/۹۶	۸	استرس پس از ضربه
	۲/۱۹	۱۱	۰/۲۳	۱	۳/۷	۱۰	هراس خاص
	۱/۸	۹	-	-	۳/۳۳	۹	پانیک با/بدون گذر هراسی
	۶/۹۹	۳۵	۵/۶۲	۱۳	۸/۱۵	۲۲	اختلالات خلقی
	۴/۹۹	۲۵	۳/۹	۹	۵/۹۳	۱۶	افسرده خویی
	۱/۶	۸	۱/۳	۳	۱/۸۵	۵	افسردگی اساسی
	۰/۴	۲	۰/۲۳	۱	۰/۳۷	۱	دو قطبی (شیدایی)
	۶/۹۹	۳۵	۱/۳	۳	۱۱/۸	۳۲	اختلالات شبه جسمانی
	۴/۴	۲۳	۰/۷۸	۲	۷/۷۸	۲۱	جسمی سازی
	۰/۹۹	۵	-	-	۱/۸۵	۵	تبدیلی
	۰/۵۹	۳	۰/۲۳	۱	۰/۷۴	۲	خودبیمارانگاری
	۰/۵۹	۳	-	-	۱/۱۱	۳	درد
	۰/۲	۱	-	-	۰/۳۷	۱	بدریختی تن
	۴/۹۹	۲۵	۴/۷۶	۱۱	۵/۱۸	۱۴	اختلالات کنترل تکانه
	۴/۷۹	۲۴	۵/۱۹	۱۲	۴/۴۴	۱۲	اختلالات انطباقی
	۳/۱۹	۱۶	۲/۱۶	۵	۴/۰۷	۱۱	سوگواری مرضی (داغدیدگی)
	۱/۴	۷	۰/۸۷	۲	۱/۸۵	۵	عوامل روانشناختی مؤثر بر حالت طبی
	۰/۶	۳	۰/۲۳	۱	۰/۷۴	۲	اختلالات خواب (بی خوابی و پر خوابی)
	۰/۶	۳	۰/۴۳	۱	۰/۷۴	۲	اسکیزوفرنیا
	۰/۴	۲	۰/۴۳	۱	۰/۳۷	۱	اختلالات هذیانی
	۰/۴	۲	۰/۸۷	۲	-	-	اختلالات مربوط به مواد
	۰/۴	۲	۰/۴۳	۱	۰/۳۷	۱	زوال عقل

** برخی از بیماران بیش از یک تشخیص داشته‌اند.

جدول ۳- میزان شیوع اختلالاتی شخصیت در آزمودنیهای پژوهش بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV

اختلالاتی شخصیت*	جنسیت					
	کل		مرد		زن	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
وابسته	۱/۹۹	۱۰	۰/۴۳	۱	۳/۳۳	۹
وسواسی - اجباری	۱/۵۹	۸	۱/۲۹	۳	۱/۸۵	۵
نمایشی	۱/۴	۷	-	-	۲/۶	۷
خودشیفته	۰/۵۹	۳	۰/۸۶	۲	۰/۳۷	۱
پارانوئید	۰/۵۹	۳	-	-	۱/۱۱	۳
اسکیزوئید	۰/۲	۱	۰/۴۳	۱	-	-
اسکیزوتیپال	۰/۲	۱	-	-	۰/۳۷	۱
مختلط	۰/۵۹	۳	۰/۴۳	۱	۰/۷۴	۲
جمع	۷/۱۵	۳۶	۳/۴۴	۸	۱۰/۳۷	۲۸

* تشخیص اختلالاتی شخصیت که در محور II قرار می‌گیرد، افزوده بر تشخیص اختلالاتی محور I می‌باشد.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۲۱

کافی بوده و نسبتاً بالا تلقی می‌شود. این نتایج افزون بر این که شاخصی از روایی همزمان^(۲) پرسشنامه خودسنجی می‌باشد، نشان دهنده این است که هر سه ابزار غربالگری برای تشخیص اختلالاتی به ویژه اختلالاتی خفیف روانی از توانایی مشابهی برخوردارند.

سنجش پایایی پرسشنامه خودسنجی به روش بازآزمایی نشان داد که بین داده‌های به دست آمده از دو بار اجرای پرسشنامه خودسنجی همبستگی بالایی وجود دارد. این یافته به آن معنی است که نمره‌های آزمودنیها را می‌توان از یک موقعیت زمانی به موقعیت دیگر تعمیم داد و خطای ناشی از شرایط وابسته به دو موقعیت زمانی چشمگیر نیست. محاسبه پایایی با روشهای همسانی درونی نشان داد که نتایج همبستگی سؤالا باکل آزمون بالا بوده است. این یافته‌ها به آن معنی است که پرسشنامه خودسنجی از همسانی درونی برخوردار است و نمرات سؤالا باکل آزمون همبستگی مثبتی را نشان می‌دهد.

۷۱/۴٪ بیماران (۷۳/۶٪ زنان و ۶۶/۷٪ مردان) اظهار داشته‌اند که پیش از بیماری و یا در هنگام بیماری رخداد مهمی برای آنها پیش آمده که اثر آشکار ساز داشته است. مهاجرت از مناطق جنگ زده (۲۹/۲٪) شایعترین عامل استرس زا بوده است.

این بررسی بین ابتلاء به اختلال روانی در حال حاضر و سابقه قبلی بیماری روانی رابطه معنی داری را نشان داد. حدود ۶۵٪ افرادی که در این بررسی بیمار روانی تشخیص داده شدند، فکر نمی‌کردند که در گذشته به بیماری روانی مبتلا بوده‌اند.

بحث

همانگونه که گفته شد، بین نمره‌های پرسشنامه خودسنجی با ابزارهای پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی و فهرست تجدید نظر شده علائم نود سؤالی ضرایب همبستگی نسبتاً بالا به دست آمد. این ضرایب برای یک آزمون غربالگری، بر اساس ملاکهایی که مارنات^(۱) (۱۹۹۰) ذکر نموده است جهت کار پژوهشی

با توجه به رهنمودهای کیسی^(۱) (۱۹۹۰) و گلدبرگ (۱۹۸۹) بهترین نمره برش برای یک نمونه صد نفری برابر ۵ بوده است.

به طور کلی این بررسی نشان داد که پرسشنامه خودسنجی از روایی پیش بین^(۲) کافی برخوردار است و دقت نسبی تشخیص بیماری و سلامت آزمودنیها، با دانستن نتیجه پرسشنامه در این نقطه برش حدود ۸۶٪ می باشد.

پژوهشهای انجام شده در ایران نشان می دهند که گستره اختلالهای روانی از ۱۱/۷٪ (باش^(۳)) تا ۱۳۴۲٪ در نوسان محدود ۵۴٪ (جلیلی و داویدیان، ۱۳۷۰) در نوسان می باشد. باش در پژوهشهای خود در مناطق روستایی مرودشت و خوزستان و نیز شهر شیراز به ترتیب به میزان شیوع ۱۱/۷٪، ۱۴/۹٪ و ۱۸/۶۵٪ دست یافت. در بررسی داویدیان و همکاران (۱۳۵۳) میزان شیوع ۴۳/۲٪ و در بررسیهای باقری یزدی (۱۳۷۳)، کوکبه (۱۳۷۲)، بهادرخان (۱۳۷۲)، نوربالا، محمد، باقری یزدی، (۱۳۷۸)، یعقوبی (۱۳۷۴) و پالاهنگ (۱۳۷۵) این میزان به ترتیب ۱۲/۵٪، ۱۳٪، ۱۶/۶٪، ۱۹/۷٪، ۲۱/۵٪، ۲۳/۸۴٪ و ۲۳/۷۵٪ به دست آمد. مقایسه این ارقام با میزان شیوع به دست آمده در پژوهش حاضر (۲۵/۱۵٪) نشان می دهد که این میزان تا حدودی به میزان شیوع در پژوهشهای یعقوبی (۱۳۷۴) در مناطق شهری صومعه سرا (۲۳/۸۴٪) و پالاهنگ (۱۳۷۵) در مناطق شهری کاشان (۲۳/۷۵٪) نزدیک است. جز این دو پژوهش، در بقیه پژوهشها میزان شیوع بالاتر یا پایین تر گزارش شده است. وجود این تفاوتها احتمالاً می تواند مربوط به روش و ابزارهای مورد استفاده برای غربالگری، استفاده از نظامهای طبقه بندی گوناگون برای تشخیص گذاری، شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، جغرافیایی و زمان اجرای پژوهش، ترکیب جمعیتی و ویژگیهای نمونه مورد بررسی باشد.

در پژوهش حاضر همانند پژوهشهای انجام شده

توسط هاردینگ و همکاران (۱۹۸۰) و بررسیهای همه گیرشناسی مؤسسه ملی بهداشت روانی آمریکا (مایکل^(۴) و مارزوک^(۵)) (۱۹۹۳) اختلالهای اضطرابی و افسردگی شایعترین اختلالها بودند. این نتیجه در پژوهشهای داویدیان (۱۳۵۳ و ۱۳۷۰)، جلیلی (۱۳۵۷)، باقری یزدی (۱۳۷۳)، کوکبه (۱۳۷۲)، بهادرخان (۱۳۷۲)، جاویدی (۱۳۷۲)، یعقوبی (۱۳۷۴) و پالاهنگ (۱۳۷۵) نیز به دست آمد. با این تفاوت که میزان شیوع اختلالهای اضطرابی در پژوهش حاضر از میزانهای گزارش شده در سایر پژوهشهای انجام گرفته در ایران بیشتر است.

در گروه اختلالهای اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر شایعترین اختلال بود (۳/۹۹٪) که این یافته نتایج پژوهشهای باقری یزدی (۱۳۷۳)، جاویدی (۱۳۷۲)، کوکبه (۱۳۷۲)، بهادرخان (۱۳۷۲)، یعقوبی (۱۳۷۴) و پالاهنگ (۱۳۷۵) را تأیید می کند. در گروه اختلالهای خلقی نیز اختلال افسرده خویی شایعترین اختلال بود (۴/۹۹٪). این یافته با نتیجه پژوهش یعقوبی (۱۳۷۴) ناهمسو و با نتایج پژوهشهای باقری یزدی (۱۳۷۳)، کوکبه (۱۳۷۲)، بهادرخان (۱۳۷۲)، جاویدی (۱۳۷۲) و پالاهنگ (۱۳۷۵) همسو و قابل مقایسه است. این میزان را کاپلان و سادوک^(۶) (۱۹۹۴) ۳-۵٪ ذکر کرده اند که تا حدی با یافته پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در پژوهش حاضر اختلال جسمی سازی بیش از دو برابر میزان گزارش شده در DSM-IV (۱۹۹۴) می باشد (۴/۴۰٪ در برابر ۰/۲ تا ۰/۲٪). این یافته با نتایج حاصل از پژوهشهای انجام شده در کشورهای در حال رشد هماهنگ است. چنانکه گسوباش^(۷)، حمیدی^(۸)، ببینگتون^(۹)، (۱۹۹۲)، نشان داده اند نمودهای جسمی مربوط به

1-Casey

2-predictive validity

3-Bash

4-Michels

5-Marzuk

6-Kaplan and Sadok

7-Ghubash

8-Hamdi

9-Bebbington

افسردگی در فرهنگهای غیر غربی فراوانی بیشتری دارد. همچنین در این پژوهش اختلال کنترل تکانه (انفجاری متناوب) دو و نیم برابر بیش از میزان گزارش شده توسط کاپلان و سادوک (۱۹۹۴) می باشد (۴/۹۹٪ در برابر ۲٪). ممکن است بیان این تکانه‌ها نشانگر تلاشی باشد که این افراد برای تسکین اضطراب، افسردگی، حس گنجهکاری یا سایر هیجانهای دردآور درونی و نهفته خود به عمل می آورند.

میزان شیوع اسکیزوفرنیادار پژوهش حاضر ۰/۶٪ بود. این میزان در پژوهش باقری یزدی (۱۳۷۳) ۰/۲۵٪ در پژوهش جساویدی (۱۳۷۲) ۰/۵٪، در پژوهش بهادرخان (۱۳۷۲) ۰/۶۵٪، در پژوهش کوبه (۱۳۷۲) ۰/۲۵٪، در پژوهش یعقوبی (۱۳۷۴) ۰/۸٪ و در پژوهش پسالاهانگ (۱۳۷۵) ۰/۱۶٪ به دست آمد. DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) رقم ۰/۲ تا ۲٪ را ذکر کرده است و کاپلان و سادوک (۱۹۹۴) ارقام ۱ تا ۱/۵٪ را گزارش می دهند که نزدیک به یافته پژوهش حاضر می باشد.

زوال عقل در این پژوهش به مراتب کمتر از میزان گزارش شده توسط کاپلان و سادوک (۱۹۹۴) می باشد (۴/۰٪ در برابر ۳٪) که ممکن است با کاهش سطح مراقبتهای بهداشتی و پایین بودن طول عمر مربوط باشد. همچنین اختلال وابسته به مصرف مواد نیز چنین وضعیتی دارد (۴/۰٪ در برابر ۲/۶٪). یک علت احتمالی این تفاوت این است که افراد مورد بررسی در پژوهش حاضر به علت منع و پیگرد قانونی از بیان مصرف مواد خودداری کرده اند و احتمالاً میزان شیوع مصرف مواد غیر الکلی بیش از آن چیزی است که در پژوهش آمده است.

میزان شیوع اختلالهای روانی در این پژوهش در زنان نسبت به مردان تقریباً ۲ به ۱ می باشد. این یافته در بیشتر پژوهشها، باش (۱۳۴۲)، داویدیان (۱۳۵۳)، کاپلان و سادوک (۱۹۹۴) و یعقوبی (۱۳۷۴) دیده می شود. یکی از عواملی که تفاوتهای جنسی موجود را می تواند توجیه کند

نداشتن احساس تأثیرگذاری بر محیط و کنترل زندگی است. سلیگمن (۱۹۷۵) معتقد است که ظرفیت پایین و تأثیرگذاری کم بر محیط اغلب می تواند افسردگی را در پی داشته باشد.

یافته های این پژوهش نشان داد که بین سن و ابتلا به اختلال روانی رابطه معنی داری وجود دارد. پژوهشهای انجام شده به وسیله داویدیان و همکاران (۱۳۵۳)، باقری یزدی (۱۳۷۳)، جساویدی (۱۳۷۲)، یعقوبی (۱۳۷۴) و پالاهانگ (۱۳۷۵) نیز بین سن و ابتلا به اختلال روانی رابطه معنی داری را نشان دادند. افزایش میزان شیوع اختلالهای روانی در سنین بالاتر در این جمعیت دلایل احتمالی گوناگونی دارد که از جمله می توان به سیر نزولی تواناییهای بدنی و روانی در سنین یائسگی در زنان، بازنشستگی و از کارافتادگی، کاهش درآمد، عدم تأمین اجتماعی، آسیب پذیری بیشتر در مقابل استرس و بیماری جسمی اشاره کرد (رس^(۱)، ۱۹۸۲).

این بررسی نشان داد که شیوع اختلالهای روانی در زنان متأهل به طور معنی داری بیش از مردان متأهل است. این یافته نشان از ناتوانی ازدواج در حفاظت از زنان دارد. یافته های پژوهش حاضر نشان داد که شیوع اختلال روانی در افراد بیسواد به گونه معنی داری بیش از افراد باسواد است. رعایت اصول بهداشت روانی، پیشگیری و درمان به هنگام و بکارگیری شیوه های مناسب رویارویی با استرسها نزد افراد باسواد از جمله عواملی هستند که می توان در تبیین این پدیده عنوان نمود.

این بررسی همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالها به ترتیب در زنان خانه دار، بازنشستگان و بیکاران بیش از سایر گروههاست. همچنین میزان شیوع در کل در افراد غیر شاغل به گونه معنی داری بیش از افراد شاغل است.

در این مورد که چرا میزان شیوع اختلال روانی در افراد بیکار بیشتر است، باید گفت که شغل از چند نظر دارای اهمیت می باشد که عبارتند از: کسب درآمد، انجام

فعالتهای روانی و فیزیکی، ایجاد تنوع، برقراری تماسهای اجتماعی، کسب جایگاه و هویت در جامعه. از این رو هنگامی که فرد بیکار می شود این مزایا را از دست می دهد. بازنشستگی از نظر بسیاری از مردم همان ویژگیهای بیکاری و از جمله از دست دادن توان مالی را دارد. در صورتی که فرد بازنشسته احساس کند که کار او تمام شده است و او دیگر توانایی انجام کار و فعالیت را ندارد زمینه برای کج خلقی، بی تفاوتی و افسردگی آماده می شود. اگر وی احساس کند که دیگر فردی زاید یا بی خاصیت است احساس ناکارآمدی و کهنتری در او بیشتر می شود و اگر در این زمان او به جای ادامه کار و وقت گذرانی معمولی، وارد یک مرحله نافع‌تری شود واکنش به بازنشستگی موجب بی کفایتی، ناسازگاری و اختلال روانی می شود (رس، ۱۹۸۲).

پژوهش حاضر نشان داد که شیوع اختلال روانی در خانواده‌های کم جمعیت (۴-۱ نفره) به گونه معنی داری بیش از خانواده‌های پر جمعیت است. یک تبیین احتمالی آن است که در گذشته وظایفی را که اکنون توسط خانواده هسته‌ای^(۱) صورت می‌گیرد اعضای خانواده گسترده^(۲) (متشکل از شبکه خویشاوندی) به عهده داشتند. بنابراین خانواده هسته‌ای با وظایفی سنگین‌تر از گذشته روبروست بی آنکه از حمایت دیگر اعضای فامیل برخوردار باشد.

حدود ۶۵٪ افرادی که در این پژوهش بیمار روانی تشخیص داده شدند فکر می‌کردند که قبلاً به بیماری روانی مبتلا نبوده‌اند. این موارد را بیشتر اختلالهای خفیف روانی که معمولاً به صورت علائم جسمی بروز می‌کند تشکیل می‌دادند. شمار این افراد در پژوهش حاضر بیش از آن چیزی است که داویدیان (۱۳۷۰)، باقری یزدی (۱۳۷۳)، جاویدی (۱۳۷۲)، کوکبه (۱۳۷۲)، بهادرخان (۱۳۷۲) گزارش کرده‌اند.

سپاسگزاری

در پایان از همکاران گروه روانپزشکی، اعضای

کمیسیون پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، مسئولین مرکز بهداشت کرمانشاه، آقایان نصرت... منتظری، فرشاد بهاری، بشیر و عزیزا... صادقی، خانمها مریم کریمی، نسرين عبدلی و ژینا کوشش که در اجرای این پژوهش یاری رسانده‌اند صمیمانه سپاسگزاریم. از تمامی خانواده‌های بیمارانی که امکان انجام این پژوهش را فراهم داشته‌اند نیز قدردانی می‌شود.

منابع

باش، ک. و. (۱۳۴۲). روح نابسامان (تألیف ناصرالدین صاحب الزمانی). تهران: انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطایی.

باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق

روستایی مید - یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۱، ۴۲-۳۲.

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد نقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.

جاویدی، حجت... (۱۳۷۲). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق مرودشت - فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

جلیلی، احمد و داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای روانی در یک روستا در حاشیه کویر. مقاله ارائه شده در سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. تهران: ۱۴-۱۱ آذرماه.

- Rawnsley (Eds.). The scope of epidemiological psychiatry (1st ed.). London: Routledge.
- Ghubash, R., Hamdi, E., & Bebbington, P. (1992). The Dubai community psychiatric surveys prevalence and sociodemographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 53-61.
- Harding, T. W., De Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A., Ladrado-Ignacio, L., Srinivasa Murthy, R., & Wig, N. N. (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Kaplan H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry* (7th ed.). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Marnat, G. (1990). *Handbook of psychological assessment* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Mausner, J. S., & Kramer, S. (1985). *Epidemiology: An introductory text* (2nd ed.). Washington, DC: W. B. S. Saunders Company.
- Michels, R., Marzuk, P. N. (1993). Progress in psychiatry. *The New England Journal of Medicine*, 320, 552-560.
- Ress, L. (1982). *A short textbook of psychiatry*. (3rd ed.). London: Hodder and Stoughton.
- Rosenban, D. L., Seligman, M. E. P. (1989). *Abnormal psychology* (2nd ed.). New York: W. W. Norton and Company.
- Wingo, P. A., Hignnis, J. E., Rubin, G. L., & Zahniser, Ch. S. (Eds.) (1991). *An epidemiologic approach to reproductive health*. Geneva: W. H. O.
- داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ وارتهکس، نهایتبان، معتبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی مقدماتی شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر، ۱۳۵۰). *مجله بهداشت ایران*، سال سوم (شماره ۴)، ۱۴۵-۱۵۶.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). میزان شیوع افسردگیها در ایران: بررسی پژوهشهای انجام شده. *مجله نظام پزشکی*، دوره یازدهم، شماره ۱، ۲۳-۱۵.
- کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی آذر شهر - تیریز*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۸). *بررسی شیوع اختلالهای روانپزشکی در شهر تهران*. *مجله پژوهشی حکیم*، دوره دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.
- یعقوبی، نوراء... (۱۳۷۴). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا - گیلان*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Casey, P. (1990). *Screening and detection of psychiatric illness*. In D. F. Peck., and C. M. Shapiro (Eds.). *Measuring human problems: A practical guide*. (1st ed.). Chichester: John Wiley and Sons Inc.
- Derogatis, L. R., & Richels, K. (1970). The SCL-90 and MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128: 280-289.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-135.
- Goldberg, D. P. (1989). *Screening for psychiatric disorder*. In P. Williams, G. Wilkinson, & K.