



شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران

دکتر حسین کاویانی^{*}، دکتر سیدعلی احمدی ایهری^{**}، دکتر محمد دهقان^{***}، دکتر محمدعلی منصورنیا^{***}،
دکتر مازیار خرمشاهی^{***}، دکتر محمدرضا قدیرزاده^{***}، دکتر علیرضا دادبی^{***}، دکتر امیر چهاردهی^{***}

چکیده

هدف: این پژوهش میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی را در جمعیت ۶۴-۲۰ سال شهر تهران در تابستان و زمستان سال ۱۳۷۹ بررسی کرد. **روش:** ۱۰۷۰ نفر از ساکنان تهران به صورت خوشه‌ای تصادفی از مناطق مختلف شهر در آزمون سرگرد اضطراب (پرسشنامه اضطراب بک) شرکت کردند و افراد دارای نمره بالاتر از حدنصاب در پرسشنامه سنجش اضطراب، مورد مصاحبه روانپزشکی قرار گرفتند. سپس بود و نبود و نیز نوع اختلال آن‌ها تعیین شد. مصاحبه‌کنندگان آموزش لازم را دریافت و از نتایج آزمون اضطراب آزمودنی‌ها آگاهی نداشتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بیش از ۱۵٪ افراد مورد بررسی از یکی از اختلال‌های اضطرابی رنج می‌برده‌اند. همچنین میزان اضطراب زنان در کل نمونه مورد بررسی ۳-۲ برابر مردان است. **نتیجه:** این پژوهش دارای شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با بررسی‌های پیشین است.

Andooshak
Va
Haftar
اندیشه و رفتار
۴

کلید واژه: اختلال‌های اضطرابی، شیوع، شهر تهران، پرسشنامه اضطراب بک

مقدمه

اضطراب بر خلاف افسردگی (که واکنشی در برابر فقدان، و متوجه گذشته است) واکنشی در برابر تهدید و معطوف به آینده است. تهدید می‌تواند خطر، نبود حمایت و محرک‌های ناآشنا را دربرگیرد. اضطراب بهنجار افراد را آماده محافظت در برابر تهدیدها می‌کند. اضطراب تا اندازه‌ای برای رویارویی با شرایط

نزدیک به نیم‌میلیارد نفر در جهان از اختلال‌های روانی رنج می‌برند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳) و بخش بزرگی از این افراد را مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی تشکیل می‌دهند. اضطراب یک تجربه هیجانی ناخوشایند و دارای نشانه‌های جسمی نیز می‌باشد.

- * دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه (نویسنده مسئول).
- ** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.
- *** پزشک عمومی، تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.

ناخوشایند کارساز است. لیکن اضطراب می‌تواند عملکرد عمومی فرد را مختل سازد. اضطراب هنگامی ناپه‌نچار تلقی می‌شود که شدت و زمان آن با آسیب احتمالی ناهماهنگ باشد، و یا بدون هیچ تهدید قابل شناسایی رخ دهد. (نویز^۱ و هون-ساریک^۲، ۱۹۹۸).

اضطراب نشانه‌های جسمی، روانی و بیش‌برانگیختگی^۳ را دربرمی‌گیرد. نشانه‌های جسمی به‌صورت عضلانی (لرزش، گرفتگی، و ضعف عضلاتی) و خودکار^۴ (تعریق، پرتپشی قلب، سرخ‌شدن، گرگرفتگی، نفس‌تنگی، خشکی دهان، گرفتگی سینه، دل‌پیچه، تهوع و نیاز شدید به دفع ادرار و مدفوع) رخ می‌دهد که دو مورد اخیر در شرایط اضطراب شدید دیده می‌شود. تظاهرات روانی از جمله نشانه‌های شناختی موارد زیر را دربرمی‌گیرند: احساس تنش و ترس، احساس آسیبگی، درماندگی در رویارویی با موقعیت، عدم قطعیت درباره آینده، نگران‌اندیشی^۵، انتظار وقوع مصیبت و بلا (بورکوک^۶ و لیونفیلدز^۷، ۱۹۹۳).

سرنجام، بیش‌برانگیختگی، گستره‌ای از رفتارها، از هشیاری بسیار تا حالت گوش‌به‌زنگ‌بودن شدید^۸ و تحریک زیاده از حد را دربرمی‌گیرد. در حالت اضطراب شدید، بیش‌برانگیختگی باعث می‌شود فرد دچار حواس‌پرتی (شکندگی حواس^۱) و ناتوانی در توجه و تمرکز شود، و بی‌خوابی شبانه را در پی داشته باشد (نویز و هون-ساریک، ۱۹۹۸).

میزان شیوع اختلال‌های اضطراب در بررسی‌های گوناگون دارای تفاوت‌هایی است که این تفاوت‌ها احتمالاً ناشی از تفاوت در روش‌شناسی پژوهش، طول مدت در نظر گرفته شده برای ابتلا به اختلال (یک‌ماه، شش‌ماه، یک‌سال و یا طول زندگی) و نیز میزان شیوع اختلال در جامعه مورد بررسی است. به‌طور کلی، بررسی‌ها نشان می‌دهند شیوع اختلال‌های اضطرابی در جمعیت عمومی ۳۵٪-۱۵٪ در نوسان است (کسلر^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). آن‌ها در پژوهشی با بهره‌گیری از روش مصاحبه، شیوع یک‌ساله اختلال‌های اضطرابی را به شرح زیر گزارش کردند: اختلال هراس^{۱۱} ۲/۳٪،

اختلال بیرون‌هراس^{۱۲} ۲/۸٪، اجتماع هراسی^{۱۳} ۷/۹٪، هراس ساده^{۱۴} ۸/۸٪، اضطراب فراگیر^{۱۵} ۳/۱٪. هم‌چنین در بررسی دیگری، ریگر^{۱۶} و همکاران (۱۹۹۸) با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه برای شیوع یک‌ساله به ارقام زیر دست یافتند: آسیبگی ۱/۳٪، بیرون‌هراسی ۵/۸٪، اجتماع‌هراسی ۴/۲٪، هراس ساده ۴/۲٪، اختلال وسواسی-جبری^{۱۷} ۲/۱٪، زنان (با شیوع ۳۰/۵ درصد در طول عمر) احتمال بیشتری برای ابتلا نسبت به مردان (با شیوع ۱۹/۲ درصد) دارند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

تاکنون بررسی‌های همه‌گیرشناسی چندی برای بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در مناطق مختلف ایران صورت گرفته است. باقری‌یزدی، بواله‌ری و شاه‌محمدی (۱۳۷۳) با کاربرد پرسشنامه SCL-90-R^{۱۸} و مصاحبه بالینی نشان دادند که ۵/۵٪ ساکنان روستاهای میبد، مبتلا به اختلال اضطرابی هستند. به‌کمک روش و ابزار مشابهی، جاویدی (۱۳۷۲) نشان داد که ۴/۶٪ افراد ۱۵ سال و بالاتر روستاهای مرودشت از اختلال اضطرابی در رنج هستند. هم‌چنین بهادرخان (۱۳۷۲) در مناطق روستایی گناباد، این میزان را ۳/۸۷٪ گزارش کرد. میزان اختلال‌های اضطراب در مناطق روستایی آذرشهر تبریز، ۶/۵٪ بود (کوکبه، ۱۳۷۲). هم‌چنین حرازی و باقری‌یزدی (۱۳۷۳) به میزان ۵/۵٪ شیوع اختلال اضطرابی در ساکنان شهر یزد دست یافتند.

بالاهنگ، نصراصفهان‌نی، براهنی و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) با استفاده از GHQ-28^{۱۹} و ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R^{۲۰} دریافتند که ۱۱/۱۵٪ ساکنان

- | | |
|---|------------------------|
| 1- Noys | 2- Hoehn-Saric |
| 3- hyperarousal | 4- automatic |
| 5- worry | 6- Borkovec |
| 7- Lyonfields | 8- excessive vigilance |
| 9- distractibility | 10- Kessler |
| 11- panic disorder | 12- agoraphobia |
| 13- social phobia | 14- simple phobia |
| 15- generalized anxiety | 16- Reger |
| 17- obsessive-compulsive disorder | |
| 18- Symptom CheckList-90-R | |
| 19- General Health Questionnaire -28 | |
| 20- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | |

مناطق شهری کاشان به اختلال اضطرابی دچارند. با روش مشابهی، یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) در مناطق روستایی صومعه‌سرا به میزان ۷/۲۵٪ اختلال اضطرابی دست یافتند. مطالعه نوربالا، محمد و باقری‌یزدی (۱۳۷۸)، با استفاده از GHQ-28 و فهرست وارسی بالینی بر اساس DSM-IV شیوع ۹/۸ درصدی اختلال‌های اضطرابی را در شهر تهران گزارش کردند. هم‌چنین نوربالا، محمد، باقری‌یزدی و یاسمی (۱۳۸۰) تنها با کاربرد GHQ-28 به‌عنوان ابزار سرنند نشان دادند که ۲/۳٪ از مردم ایران و ۲/۹٪ مردم تهران دچار اضطراب هستند.

مطالعه حاضر بر آن بود تا با روشی سامان‌یافته به بررسی شیوع یک‌ماهه اختلال‌های اضطرابی در جمعیت شهر تهران پردازد.

روش

جمعیت مورد بررسی را افراد ۲۰-۶۴ ساله ساکن تهران تشکیل دادند. آزمودنی‌ها بایست آن اندازه با زبان فارسی آشنا می‌بودند که پرسش‌ها را درک کنند و به آن‌ها پاسخ دهند. رضایت شخصی، شرط ورود به بررسی بود. برای اجرای پژوهش از مناطق بیست‌ودوگانه تهران به تصادف پنج منطقه از شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران انتخاب شدند و با توجه به شیوع ۳۵-۱۵ درصدی اضطراب و بسا به‌کارگیری معیارهای مربوط به محاسبه تعداد آزمودنی‌ها برای نمونه‌گیری همه‌گیرشناختی، ۱۰۷۰ نفر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. این رقم با ملاحظه احتمال ریزش و رعایت اطمینان در نظر گرفته شد. در مجموع ۱۸ نفر از شرکت در بررسی خودداری کردند.

روش نمونه‌گیری به‌صورت خوشه‌ای تصادفی بود؛ به‌گونه‌ای که با توجه به نسبت سن و جنس جمعیت عمومی هر منطقه، نمونه موردنظر انتخاب شد. با مراجعه به منازل انتخاب‌شده در هر واحد مسکونی، یک‌نفر مورد آزمون قرار گرفت. جدول ۱ و ۲ به‌ترتیب، توزیع فراوانی و جمعیت آماری آزمودنی‌ها را به

تفکیک سن، جنس در پنج ناحیه شهر تهران نشان می‌دهد.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی جمعیت آماری پژوهش برحسب سن، جنس و مناطق پنج‌گانه مورد بررسی

مناطق	گروه سنی	مردان فراوانی (%)	زنان فراوانی (%)	کل فراوانی (%)
شمال	۲۰-۲۹	۳۵۱۷۴ (۳۷۸۶)	۳۴۹۴۴ (۳۷۰۵)	۷۰۱۱۸ (۳۶۹۵)
	۳۰-۳۹	۳۳۳۳۱ (۳۵۳۷)	۴۰۶۴۳ (۳۶۱۶۶)	۷۳۹۷۴ (۳۸۴۰)
	۴۰-۴۹	۳۴۶۳۸ (۳۷۴۴)	۳۸۱۳۳ (۳۴۱۳۳)	۷۲۷۷۱ (۳۵۵۴)
	۵۰-۶۴	۳۷۹۱۶ (۳۸۳۱)	۲۱۷۵۲ (۱۶۷۸۴)	۴۹۶۶۸ (۱۹۰۹)
کل	۱۳۰۹۴۹ (۴۸۳۶)	۱۲۹۱۵۲ (۵۱۶۴)	۲۶۰۱۰۱ (۱۰۰)	
مرکز	۲۰-۲۹	۲۸۳۱۶ (۳۶۱۶)	۲۵۲۶۶ (۳۰۱۵)	۵۳۵۸۲ (۳۰۶۶)
	۳۰-۳۹	۳۷۱۹۳ (۲۹۹۰)	۲۵۰۴۷ (۲۹۹۴)	۵۲۲۴۰ (۲۹۹۲)
	۴۰-۴۹	۱۸۷۱۷ (۲۰/۵۸)	۱۷۳۹۹ (۲۰/۸۹)	۳۶۱۱۶ (۲۰/۷۸)
	۵۰-۶۴	۱۶۶۹۹ (۱۸/۳۶)	۱۵۹۸۳ (۱۹/۱۰)	۳۲۶۸۲ (۱۸/۷۲)
کل	۹۰۹۲۵ (۵۲/۰۸)	۸۳۳۵۵ (۳۷/۹۲)	۱۷۴۲۸۰ (۱۰۰)	
شرق	۲۰-۲۹	۲۹۴۹۴ (۳۰/۸۵)	۳۰۹۵۵ (۳۲/۷۸)	۶۰۴۴۹ (۳۱/۶۳)
	۳۰-۳۹	۲۸۴۸۳ (۲۹/۸۰)	۲۷۳۳۵ (۲۸/۷۵)	۵۵۸۱۸ (۲۹/۲۸)
	۴۰-۴۹	۱۸۴۱۲ (۱۹/۳۶)	۱۸۹۵۲ (۲۰/۱۱)	۳۷۳۶۴ (۱۹/۳۳)
	۵۰-۶۴	۱۹۱۹۱ (۲۰/۰۷)	۱۷۵۲۲ (۱۷/۵۴)	۳۶۷۱۳ (۱۹/۳۱)
کل	۹۵۵۸۰ (۵۰/۲۴)	۹۴۷۰۴ (۴۹/۷۶)	۱۹۰۲۸۴ (۱۰۰)	
جنوب	۲۰-۲۹	۲۴۱۵۰ (۳۵/۹۵)	۱۸۵۶۱ (۳۰/۸۸)	۴۲۷۱۱ (۳۳/۵۵)
	۳۰-۳۹	۱۹۳۳۴ (۲۸/۷۸)	۱۸۰۲۱ (۲۹/۹۸)	۳۷۳۵۵ (۲۹/۳۵)
	۴۰-۴۹	۱۲۱۰۴ (۱۷/۰۲)	۱۲۰۱۴ (۱۹/۹۸)	۲۴۱۲۵ (۱۸/۹۵)
	۵۰-۶۴	۱۱۵۷۱ (۱۷/۲۲)	۱۱۵۰۹ (۱۹/۱۴)	۲۳۰۸۰ (۱۷/۱۳)
کل	۶۷۱۵۹ (۵۲/۷۷)	۶۰۱۰۵ (۴۷/۲۳)	۱۲۷۲۶۴ (۱۰۰)	
غرب	۲۰-۲۹	۲۹۴۴۴ (۴۰/۳۱)	۲۸۴۵۵ (۳۸/۵۴)	۵۷۸۹۹ (۴۱/۳۳)
	۳۰-۳۹	۲۰۹۰۳ (۲۸/۵۴)	۱۸۸۵۵ (۲۸/۱۳)	۳۹۷۵۸ (۲۸/۳۴)
	۴۰-۴۹	۱۳۳۸۱ (۱۶/۷۸)	۱۸۹۹۹ (۱۷/۸۲)	۳۲۳۸۰ (۱۷/۳۳)
	۵۰-۶۴	۱۰۵۰۴ (۱۴/۳۴)	۷۳۶۶ (۱۱/۴۶)	۱۷۸۷۰ (۱۲/۸۷)
کل	۷۳۳۱۹ (۵۲/۳۱)	۶۳۷۶۵ (۴۷/۶۹)	۱۳۷۰۸۴ (۱۰۰)	

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش برحسب سن و جنس و مناطق پنج‌گانه مورد

مناطق	گروه سنی	بررسی		
		مردان فراوانی (%)	زنان فراوانی (%)	کل فراوانی (%)
شمال	۲۰-۲۹	۴۱ (۳۶/۸)	۴۲ (۲۷/۶)	۸۳ (۲۴/۹)
	۳۰-۳۹	۳۷ (۲۴/۲)	۴۷ (۳۰/۹۲)	۸۴ (۲۷/۵۴)
	۴۰-۴۹	۴۰ (۳۶/۱)	۳۹ (۲۵/۷)	۷۹ (۲۶/۹)
	۵۰-۶۴	۳۵ (۲۲/۹)	۲۴ (۲۴/۸۷)	۵۹ (۱۹/۳۴)
	کل	۱۵۳ (۵۰/۲)	۱۵۲ (۴۹/۸)	۳۰۵ (۱۰۰)
مرکز	۲۰-۲۹	۳۴ (۳۱/۸)	۳۲ (۳۱/۷)	۶۶ (۳۱/۴)
	۳۰-۳۹	۳۱ (۲۹)	۲۸ (۲۷/۷)	۵۹ (۲۸/۱)
	۴۰-۴۹	۲۳ (۲۱/۵)	۲۱ (۲۰/۸)	۴۴ (۲۱/۱۵)
	۵۰-۶۴	۱۹ (۱۷/۸)	۲۰ (۱۹/۸)	۳۹ (۱۸/۷۵)
	کل	۱۰۷ (۵۱/۴۴)	۱۰۱ (۴۸/۵۶)	۲۰۸ (۱۰۰)
شرق	۲۰-۲۹	۳۴ (۳۰/۹)	۳۶ (۳۲/۴۳)	۷۰ (۳۱/۶۷)
	۳۰-۳۹	۳۲ (۲۹/۰۹)	۳۳ (۲۹/۷۲)	۶۵ (۲۹/۴۱)
	۴۰-۴۹	۲۱ (۱۹/۰۹)	۲۲ (۱۹/۸۱)	۴۳ (۱۹/۴۵)
	۵۰-۶۴	۲۳ (۲۰/۹)	۲۰ (۱۸/۰۱)	۴۳ (۱۹/۴۵)
	کل	۱۱۰ (۴۹/۷۷)	۱۱۱ (۵۰/۲۳)	۲۲۱ (۱۰۰)
جنوب	۲۰-۲۹	۲۷ (۳۵/۰۶)	۲۲ (۳۰/۰۸)	۴۹ (۳۳/۱)
	۳۰-۳۹	۲۱ (۲۷/۲۷)	۲۱ (۲۹/۵۷)	۴۲ (۲۸/۳۷)
	۴۰-۴۹	۱۵ (۱۹/۴۸)	۱۴ (۱۹/۷)	۲۹ (۱۹/۵۹)
	۵۰-۶۴	۱۴ (۱۸/۱۸)	۱۴ (۱۹/۷)	۲۸ (۱۸/۹۱)
	کل	۷۷ (۵۲)	۷۱ (۴۸)	۱۴۸ (۱۰۰)
غرب	۲۰-۲۹	۳۷ (۴۱/۱)	۳۴ (۴۲/۵)	۷۱ (۴۱/۷۶)
	۳۰-۳۹	۲۵ (۲۷/۷۷)	۲۲ (۲۷/۵)	۴۷ (۲۷/۶۴)
	۴۰-۴۹	۱۵ (۱۶/۶۶)	۱۵ (۱۸/۷۵)	۳۰ (۱۷/۶۴)
	۵۰-۶۴	۱۳ (۱۴/۴)	۹ (۱۱/۲۵)	۲۲ (۱۲/۹۴)
	کل	۹۰ (۵۲/۹)	۸۰ (۴۷/۱)	۱۷۰ (۱۰۰)

را نشان می‌دهد. این پرسشنامه توسط خود آزمودنی‌ها تکمیل می‌شد.

در مرحله دوم، یک فهرست وارسی براساس نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی در DSM-IV (انجمن روان پزشکی آمریکا^۱، ۱۹۹۴) به کار گرفته شد تا وجود و نوع اختلال تعیین شود. این فهرست وارسی توسط مصاحبه‌کنندگان به طور شفاهی پرسیده می‌شد. هم‌چنین یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی پژوهشگر- ساخته برای دستیابی به ویژگی‌های هر فرد به کار برده شد.

پرسشگران در مرحله سرند، ۹ نفر از کارورزان پزشکی عمومی (۶ مرد و ۳ زن) و مصاحبه‌کنندگان در مرحله تشخیص ۲ نفر از دستیاران سال سوم روانپزشکی بودند. ارزیابان در چند جلسه آموزش شیوه اجرای طرح، شرکت و از مجریان طرح آسوزش‌های لازم را دریافت کردند.

پیش از آغاز مرحله اصلی طرح، ۵٪ اعضای نمونه به‌عنوان بررسی راهنما^۲ توسط ارزیابان مورد آزمون و مصاحبه قرار گرفتند. این بررسی برای تجربه‌اندوزی، ارزیابی همکاران طرح، شناسایی مشکلات و ضعف‌ها و زمینه‌سازی برای اجرای درست‌تر در پژوهش اصلی انجام شد.

این بررسی وجود اختلال اضطرابی را در یک‌ماه اخیر بررسی کرد. پرسشگران در مرحله سرند با مراجعه به منازل مسکونی، اولین فردی را که برای پاسخگویی حضور می‌یافت، دعوت به شرکت در طرح پژوهشی می‌کردند و چنانچه شرایط سنی و جنسی او با جداول سهمیه‌بندی شده، هماهنگ نبود، از میان افراد موجود در منزل تقاضای همکاری می‌شد. پس از جلب رضایت فرد برای شرکت، توضیح کافی در مورد هدف‌های طرح داده می‌شد. پس از تکمیل پرسشنامه جمعیت‌شناختی از آزمودنی درخواست سی‌شد تا پرسشنامه اضطراب یک را تکمیل کند.

در مرحله دوم، مصاحبه‌کنندگان به منازل همه کسانی که نمره اضطراب آن‌ها از نمره برش (در این

ارزیابی‌ها در دو مرحله صورت گرفت. مرحله نخست کاربرد پرسشنامه اضطراب بک BAI^۱ برای سرند آزمودنی‌هایی به کار برده شد (بک^۲، آپستین^۳ و براون^۴، ۱۹۹۳) که احتمال داشت به یکی از اختلال‌های اضطرابی مبتلا باشند. این پرسشنامه براساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و نمره بالاتر، اضطراب بیشتر

- 1- Beck Anxiety Inventory (BAI)
- 2- Beck
- 3- Apstein
- 4- Brown
- 5- American Psychiatric Association
- 6- pilot study

پژوهش نمره ۱۵) بالاتر بود و نیز ۵٪ از کسانی که پایین‌تر از نمره برش آورده بودند، دوباره مراجعه و فهرست واریسی را با هدف تشخیص اختلال تکمیل کردند. وارد کردن ۵ درصد نمونه سالم برای کنترل سوگیری ارزیابان در مرحله دوم صورت گرفت. زیرا آن‌ها از نمره اضطراب مراجعه‌شوندگان بی‌خبر بودند.

آزمون‌گران و مصاحبه‌کنندگان در همه روزهای هفته (از جمله روزهای تعطیل) به منازل پاسخگویان مراجعه نموده و فاصله زمانی بین مراجعه اول و دوم نمی‌بایست بیش از دو هفته می‌شد. هم‌چنین برای کنترل عامل فصل، نمونه‌گیری در دو فصل تابستان و زمستان صورت گرفت.

یافته‌ها

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول یادشده دیده می‌شود (۱) فراوانی آزمودنی‌ها با افزایش سن کاهش می‌یابد (که با بافت جمعیتی ایران همخوان است)؛ (۲) فراوانی مردان و زنان یکسان است؛ (۳) درصد افراد در وضعیت‌های شغلی متفاوت، یکسان نیست؛ (۴) از نظر تأهل، فراوانی متأهلان شرکت‌کننده در بررسی سه‌برابر افراد مجرد است؛ (۵) شمار آزمودنی‌های دارای تحصیلات عالی (دانشگاهی) یک‌چهارم افراد دارای رده‌های پایین‌تر تحصیلاتی است. به‌نظر می‌رسد، این‌نیمرخ توصیفی با نیمرخ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعه شهری ایران هماهنگ است (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۹).

یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان شدت اضطراب در زنان و مردان مورد بررسی متفاوت و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است (جدول ۴).

بر اساس آزمون t تفاوت نمره‌های اضطراب زنان ($n=12/36$ میانگین) و مردان ($n=7/23$ میانگین) معنی‌دار ($P < 0/001$ و $t=9/88$) بود. این تصویر با توجه به جدول ۴، که درصد ابتلا به اختلال‌های اضطرابی را نشان می‌دهد، روشن‌تر می‌شود. نزدیک به ۱۵٪ از

جمعیت مورد بررسی به یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی دچار بوده‌اند. ورود عامل جنسیت به محاسبه روشن می‌سازد که زنان ($22/9\%$) سه‌برابر مردان ($7/1\%$) احتمال ابتلا به اختلال‌های اضطرابی را دارا می‌باشند. در مقایسه با مردان، شیوع اضطراب فراگیر در زنان، نزدیک به ۳ برابر، هراس ۴ برابر، وسواس فکری- عملی ۳/۵ برابر، اختلال پس از ضربه استرسی بیش از ۳ برابر، و آسیب‌پذیری ۲ برابر است. آزمون χ^2 دو نشان‌دهنده معنی‌داری این تفاوت‌هاست (جدول ۵).

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب سن، شغل، وضعیت تأهل و تحصیلات

درصد	فراوانی	طبقات	ویژگی‌ها
۳۱/۷	۳۳۳	۲۹-۲۰	سن
۲۹/۲	۳۰۷	۳۹-۳۰	
۲۰/۳	۲۱۴	۴۹-۴۰	
۱۸/۸	۱۹۸	۶۵-۵۰	
۵۱	۵۳۶	مرد	جنس
۴۹	۵۱۶	زن	
۲۱/۳	۲۲۴	کارگر	شغل
۶/۸	۷۲	کارمند	
۱۸	۱۸۹	شغل آزاد	
۸/۵	۸۹	دانشجو	
۴۳/۳	۴۵۶	خانه‌داری/یکبار	
۲/۱	۲۲	بی‌پاسخ	
۲۳/۵	۲۴۷	مجرد	وضعیت تأهل
۷۲/۴	۷۶۲	متأهل	
۳/۳	۳۵	جداشده/بیوه	
۰/۸	۸	بی‌پاسخ	
۳۷/۱	۳۸۰	تاراهنمایی	تحصیلات
۳۸/۴	۴۰۴	دبیرستان/دیپلم	
۲۵	۲۶۳	آموزش عالی	
۰/۴۷	۵	بی‌پاسخ	

جدول ۴- میزان شدت اضطراب در آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنس

شدت	فراوانی (%)	مرد	زن	کل
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
زیر نقطه برش (بدون علامت)	۴۷۷ (۸۹)	۳۶۵ (۷۱)	۸۴۲ (۸۰)	
خفیف	۴۹ (۹/۱)	۱۱۷ (۲۲/۸)	۱۶۶ (۱۵/۸)	
متوسط به بالا	۷ (۱/۳)	۲۲ (۳/۷)	۴۰ (۳/۸)	

$\chi^2=58/77$ $P < 0/001$

جدول ۵- توزیع فراوانی نسبی آزمودنی‌های پژوهش، نمره ۴ و سطح معنی‌داری برحسب جنسیت و تشخیص عنوان‌شده
(n=1052)

تشخیص	مرد (%)	زن (%)	کل	نمره‌خی‌دو	سطح معنی‌داری
بدون نشانه	۹۲/۹	۷۷/۱	۸۵/۲	۰/۷۳	N.S.
اضطراب فراگیر	۳	۱۱/۱	۷/۴	۱۷/۷۷	۰/۰۰۰۱
هراس	۰/۸	۳/۵	۲	۸/۹۱	۰/۰۰۳
وسواس فکری- عملی	۱/۷	۱/۴	۲/۵	۹/۸۴	۰/۰۰۲
استرس پس از ضربه	۰/۷	۲/۳	۱/۵	۴	۰/۰۵
آسیبگی	۰/۹	۱/۹	۱/۴	۱/۶۶	N.S.

پژوهشی به‌دست آمده از نمونه کل کشور وابسته است. این سنجش نیازمند فرا تحلیل^۱ داده‌هاست. شیوع انواع اختلال‌های اضطرابی در میان زنان ۳ تا ۲ برابر مردان است. هم‌چنین میزان اضطراب در جمعیت کل زنان (موارد بهنجار و نابهنجار) بیش از جمعیت کل مردان است. این یافته با یافته‌های به‌دست آمده از

بررسی‌های سایر کشورها همخوانی دارد (برای مثال، وازکسوتر- بسارکوئر^۲، بهار^۳ و هندرسون^۴ و آسماکینون^۵ ۱۹۹۲؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

جمع‌بندی کاپلان^۶ و سادوک^۷ (۱۹۹۴) در زمینه شیوع اضطراب با یافته‌های حاضر دارای شباهت‌ها و تفاوت‌هایی است: اختلال هراس ۳-۱/۵٪ (بررسی حاضر ۱/۴٪)؛ اختلال هراس ۱۳-۷٪ (بررسی حاضر، ۲٪)؛ اختلال وسواس فکری- عملی ۳-۲٪ (بررسی حاضر ۲/۵٪)؛ اختلال پس از ضربه استرسی ۱-۲٪ (بررسی حاضر ۱/۵٪)؛ اختلال اضطراب فراگیر ۳٪ (بررسی حاضر، ۷/۴٪). این در حالی است که آمارهای ارائه شده توسط کاپلان و سادوک مربوط به شیوع یک‌ساله است که در شیوع اختلال اضطراب فراگیر و اختلال پس از ضربه استرسی در جمعیت مورد بررسی پژوهش حاضر به مراتب بیش از آمار کشورهای دیگر

ضمناً از ۵٪ نمونه زیر حدنصاب آزمون سنجش اضطراب (۴۳ نفر)، هیچ کدام در مرحله دوم (مصاحبه روان‌پزشکی)، مبتلا به اختلال‌های اضطرابی تشخیص داده نشدند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع یک‌ماهه اختلال‌های اضطرابی در ساکنان شهر تهران در تابستان و زمستان سال ۱۳۷۹ صورت گرفت. نتایج گویای آن است که بافت جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش از نظر سن، جنس، تحصیلات، تأهل و تا اندازه‌ای شغل، همانند بافت کل جامعه مورد بررسی است. این یافته تعمیم نسبی نتایج این پژوهش را به جامعه کل میسر می‌سازد. تهران، به‌دلایل سیاسی، اجتماعی- اقتصادی همواره پذیرای موج مهاجران از سراسر ایران بوده است. جاذبه‌هایی مانند امکان کار و فعالیت بیشتر، حجم بالای پول در گردش، تسهیلات شهری، فرهنگی، تفریحی گسترده‌تر، وضعیت تحصیلی و امکانات بهداشتی - درمانی در دسترس‌تر در گرایش مهاجران به تهران نقش برجسته‌ای داشته است. برای پژوهشگران این فرض مطرح است که احتمالاً تهران می‌تواند به‌عنوان جمعیت نمونه کل کشور قلمداد شود. رد یا پذیرش این فرضیه به میزان همبستگی میان یافته‌های

1- meta-analysis
2- Vazquez-Barquer
3- Bahar
4- Henderson
5- AsMakinon
6- Kaplan
7- Sadock

است. مشکلات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی جامعه در حال گذار ایران می‌تواند به‌عنوان عوامل اضطراب‌زای اجتماعی در بالابودن میزان شیوع اضطراب فراگیر مؤثر باشد. همچنین جنگ تحمیلی می‌تواند عاملی برای بالا بودن اختلال پس از ضربه استرسی در نظر گرفته شود. شیوع ۱۵ درصدی اختلال‌های اضطرابی در جمعیت مورد بررسی، مقایسه آن با بررسی‌های انجام‌شده در سایر کشورها با جمع‌بندی بالا همخوان است.

شاید بتوان بالابودن فراوانی اختلال‌های اضطرابی در بررسی حاضر را در مقایسه با یافته‌های به‌دست آمده از سایر پژوهش‌های انجام‌شده در کشور، به‌دلیل ماهیت جمعیت مورد بررسی در پژوهش حاضر دانست که از نقاط شهری کلان شهرهای جهان به‌شمار می‌رود. با وجود این، فراوانی اختلال‌های اضطرابی در پژوهش نوریلا و همکاران (۱۳۷۸) که در شهر تهران انجام‌شده نیز کمتر از فراوانی به‌دست آمده در بررسی حاضر است. ابزار سرند تخصصی‌تر (که یک مقیاس اختصاصی برای سنجش میزان اضطراب است) و نیز مصاحبه ساختار یافته روان‌پزشکی بر اساس فهرست وارسی نشانه‌ها و مصاحبه‌کننده دارای شرایط و نیز شیوه نمونه‌گیری دقیق بر اساس پراکندگی و نسبت سن و جنس جمعیت مورد بررسی، جلوگیری از سوگیری به‌دلیل آگاه نبودن مصاحبه‌گزاران از تشخیص و نیز افزودن ۵٪ نمونه غیرمضطرب به مرحله مصاحبه را می‌توان به‌عنوان مزیت‌های این بررسی دانست.

با تکیه بر این مزیت‌ها، می‌توان یافته‌های به‌دست آمده در پژوهش‌های پیشین را مورد چالش قرار داد، به‌ویژه آن‌که یافته‌های به‌دست آمده در بررسی حاضر با آمارهای به‌دست آمده از پژوهش‌های انجام‌شده در سایر کشورهای جهان سوم، هماهنگ‌تر است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

منابع

باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میند بزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره اول، ص ۳۲-۴۲.

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی کتابخانه خراسان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.

جاویدی، حجت‌ا... (۱۳۷۲). *بررسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

حرازی، محمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمی روستایی در مناطق شهری شهرستان یزد*. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.

کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آفرشهر تبریز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

مرکز آمار ایران (۱۳۷۹). *سالنامه آمار*. تهران، مرکز آمار ایران. نوریلا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال‌های روانی در شهر تهران. *مجله حکمیة* دوره دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.

نوریلا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*. تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، منتشر نشده.

بمقویی، نورا...؛ نصر، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرای 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.

Bahar, E., Henderson, A. F. A., & Makinon, A. J. (1992). An epidemiological study of mental health and socio-economic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 257-263.

Beck, A. T., Apstein, N., & Brown, G. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Borovec, T. D. & Lyonfields, J. D. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. In H. W. Krohne Gottingen. (Ed.) *Attention and Avoidance*. New York: Hogrefe and Huber Publishers.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Williams and Wilkins Company.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao Nelson, C. B. Hughers, M., Eshlem, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Life time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 9-19.

Noyes, R., & Hoehn-Saric, R. (1998). *The Anxiety Disorders*. Cambridge: Cambridge University

Press.

Reiger, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kealber, C. T., Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorder and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 34, 24-28.

Vazquez-Barquero, J.L., Diez-Manrique, J. F., Pena, C., Aldama, J., & Samaniego-Rodriguez, C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.

WHO (1993). Human Right: The vulnerability of mentally ill. *Press Release*, 15, (p. 44)