● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم، شمارهٔ ۳ (پی‌درپی۱۵)، صفحه ٤٤ الی ۵۰، تابستان ۱۳۸۱

اپیدمیولوژی اختلالات روانی (قم، ۱۳۷۹)

دکتر سودابه چگینی[1*]، دکتر بهمن نیکپور[2]، سیدعباس باقری یزدی [3]

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب ۲- دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت تهران

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

سابقه و هدف: برنامه ریزی مناسب به منظور ارائه خدمات بهداشت روان به بیماران روانی ، نیازمند آگاهی از وضعیت موجود در جامعه است. این مطالعه با هدف بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر مناطق شهری و روستائی قم انجام گرفت.

مواد و روشها: نمونه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از بین خانوارهای تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی این شهرستان در سال ۱۳۷۹ انتخاب گردید و از طریق مصاحبه بالینی توسط کارشناسان روانشناسی، پرسشنامه چک لیست علائم مرضی SCL-90-R بر روی ۳۹۱ نفر تکمیل و بر اساس معیارهای طبقه بندی DSM تشخیص‌گذاری گردید. نمره برش پرسشنامه ، با انجام مصاحبه بالینی روانپزشکی محاسبه شد که دارای حساسیت ۸۷/۹٪، ویژگی ۹۰/٤٪ و اشتباه کلی طبقه بندی ۹/۱٪ بود.

یافته‌ها: نتایج این بررسی نشان داد که در مجموع ٦۷ نفر یعنی ۱۷/۱٪ افراد مورد مطالعه (۳۷ نفـر از زنان (۱۸/۲٪) و ۳۰ نفر از مردان (۱٦٪)) دچار انواع اختلالات روانی بودند. میزان شیوع اختلالات خلقی۵/۸٪، اختلالات اضطرابی ٤/۹٪، اختلال تطابق ۳/۳ درصد اختلالات شبه جسمی ۲/۸ درصد و اختلال پارانوئیدی ۰/۳ درصد بود. بالاترین درصد پاسخ مثبت به علائم آزمون مربوط به احساس تنهایی و غمگینی، سردرد و عدم اعتماد به اطرافیان بوده و کمترین درصد مربوط به ترس از غش کردن در انظار مردم و میل به شکستن اشیاء بود.

نتیجه‌گیری: شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان و در افراد شهری بیش از روستایی بوده و همچنین در گروه سنی ٤٤-۲۵ سال ، افراد مجرد، افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر ، مردان بی کار و زنان خانه دار و خانواده های پرجمعیت بیش از سایر گروهها می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: *اپیدمیولوژی، اختلالات روانی، افراد ۱۵ سال یا بالاتر، مناطق شهری و روستایی، شهر قم.*

مقدمه

اپیدمیولوژی اختلالات روانی شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه توزیع اختلالات روانی را در جمعیت عمومی مورد بررسی قرار می‌دهد. این پژوهش‌ها مشخص می‌کنند کدام گروه از اختلالات روانی در جامعه شایعتر بوده و شیوع آن برحسب عوامل دموگرافیک چقدر است (۱). اگرچه وجود بیماریهای روانی در جوامع از قرنها پیش مورد تأیید قرار گرفته است اما در طول قرن گذشته بود که روش‌های آماری برای برآورد حجم این اختلالات مورد استفاده قرار گرفت. در گذشته بررسیها و مطالعات اپیدمیولوژیک، براساس اطلاعات موجود در پرونده بیماران و یا مصاحبه با افراد کلیدی انجام می‌شد لیکن با تدوین پرسشنامه‌های

▣ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.8.8]

غربالگری و مصاحبه‌های بالینی معتبر، امروزه تا حد زیادی حجم اختلالات روانی در جهان شناخته شده‌اند (۲).

مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، نشان دهنده این است که میزان شیوع این اختلالات بعلت متنوع بودن ابزار مورد استفاده، جامعه آماری و شیوه‌های تشخیصی بسیار متفاوت برآورد می‌گردد، بطوریکه این میزان از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸٪ متغیر بوده است(۴و۳). هرچند مطالعات اپیدمیولوژی جامع و گسترده‌ای در کشور ما صورت نگرفته و بررسیهای انجام شده در نوع خود محدود بوده‌اند اما اطلاعات بدست آمده دلالت بر این دارند که میزان شیوع این اختلالات از آمار سایر کشورها کمتر نیست و از ۱۱/۹٪ تا ۴۳/۲٪ متغیر بوده است(۵).

برنامه‌ریزی دقیق به منظور ارائه خدمات روانپزشکی به این گروه از بیماران، نیاز به بررسیهای اپیدمیولوژیک و اطلاعات پایه دارد تا با استفاده از نتایج آنها بتوان ضمن بررسی نیاز مردم، حجم مشکل را دریافت و خدمات مطلوب و مناسب را به آنها ارائه نمود. امید است نتایج این مطالعه بتواند مسئولین و دست‌اندرکاران را نسبت به اهمیت و حجم مشکل اختلالات روانی در جامعه حساس نموده، زمینه افزایش آگاهی و تغییر نگرش آنها را فراهم آورد. هدف این مطالعه، بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی شهر قم بوده و اهداف اختصاصی این تحقیق نیز تعیین میزان شیوع اختلالات روانی و بررسی رابطه عوامل دموگرافیک و ابتلا به بیماری روانی در نمونه مورد مطالعه بوده است.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی ـ توصیفی در سال ۱۳۷۹ بر روی افراد ۱۵ سال و بالاتر روستایی و شهری قم انجام شد. نمونه مورد نظر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی منظم از بین خانواده‌های لیست شده در دفاتر آماری موجود در مرکز بهداشت شهرستان قم انتخاب گردیدند. حجم نمونه با درنظر گرفتن شیوع ۱۵٪، دقت ۵٪ و با سطح اطمینان ۹۵٪ برای هر منطقه ۱۹۶ نفر تعیین گردید. به همین منظور از مجموع خانواده‌های روستایی و شهری قم ۲۰ خوشه (۱۰ خوشه شهری و ۱۰ خوشه روستایی) و در هر خوشه ۸ خانوار انتخاب و کلیه افراد ۱۵ سال و بالاتر این خانوارها مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌های آماری از چک‌لیست علائم مرضی استفاده گردیده است. همراه با این چک‌لیست، تعدادی سؤال در ارتباط با مشخصات فردی و خانوادگی افراد مورد بررسی نیز پرسیده می‌شد. در این بخش سؤالاتی راجع به سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، تعداد افراد خانواده، سابقه بیماری روانی در آزمودنی و افراد خانواده و همچنین نحوه مراجعه افراد دارای سابقه اختلال جهت درمان آورده شده است. چک‌لیست علائم مرضی (SCL-90-R)، دارای ۹۰ سوال بوده که ۱۰ مقیاس اختلالات روانی را می‌سنجند. فرم اولیه آزمون توسط دراگوتیس، لیپمن در سال ۱۹۷۳ و فرم تجدیدنظر شده آن توسط دراگوتیس، ریکلز در سال ۱۹۷۶ تهیه گردیده است(۷-۶). این آزمون ۹ مورد از علائم اختلالات روانی شامل شکایات جسمانی، وسواس، اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را در بر می‌گیرد و بعنوان ابزار غربالگری اختلالات بکار گرفته شده است. پاسخ به سؤالات این پرسشنامه، براساس طیف ۵ گزینه‌ای میزان ناراحتی از صفر (هیچ) تا ۴ (بشدت) می‌باشد، در نتیجه دامنه تغییرات نمرات بین ۰ تا ۳۶۰ می‌باشد. تشخیص اختلالات روانی، با انجام مصاحبه بالینی روانپزشکی و براساس ملاکهای تشخیصی طبقه بندی DSM IV از موارد بالای نقطه برش صورت گرفته است.

اطلاعات پرسشنامه‌های SCL-90-R، توسط ۳ کارشناس روانشناسی شاغل در استان در طول سه هفته با استفاده از مصاحبه با افراد بدست آمده است. تشخیص اختلالات روانپزشکی براساس ملاکهای طبقه‌بندی DSM IV توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و زیر نظر روانپزشک صورت گرفته است. به منظور تعیین نمره برش، با انجام مصاحبه بالینی روانپزشکی از کلیه افراد مورد مطالعه در چهار خوشه (دو خوشه روستایی و دو خوشه شهری) یعنی ۹۶ نفر و تجزیه و تحلیل نمرات آنها در پرسشنامه SCL-90-R، بهترین نمره برش عدد ۶۴ بدست آمد که دارای میزان حساسیت ۸۷/۹، ویژگی ۹۰/۴ و اشتباه طبقه‌بندی کلی ۹/۱٪ بود. به منظور کسب

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.8.8]

جدول ۱. توزیع فراوانی نسبی و مطلق میزان شیوع اختلالات روانی در افراد مورد مطالعه برحسب عوامل دموگرافیک (n =۳۹۱)

متغیرها		سالم (n = ۳۲٤) (GSI < ۰/۷) تعداد (درصد)	بیمار (n = ٦۷) (GSI > ۰/۷) تعداد (درصد)	X^2	سطح معنی داری (P.value)
جنسیت	زن	(۸۱/۸)۱٦٦	(۱۸/۲)۳۷	۰/۳٥	NS *
	مرد	(۸٤)۱٥۸	(۱٦)۳۰		
محل سکونت	شهری	(۸۲/٥)۱٦٥	(۱۷/٥)۳٥	۰/۰٤	NS
	روستایی	(۸۳/۲)۱٥۹	(۱٦/۸)۳۲		
سن	٤٤-۱٥سال	(۷۹/٥)۲۳۷	(۲۰/٥)٦۱	۹/۸۸	۰/۰۰۲
	٤٥ سال و بیشتر	۹۳/٥)۸۷	(٦/٥)٦		
وضعیت تأهل	غیرتأهل	(۷۹/۸)۷۹	(۲۰/۲)۲۰	۰/۸۷	NS
	متأهل	(۸۳/۹)۲٤٥	(۱٦/۱)٤۷		
وضعیت سواد	کم سوادوبی سواد	(۹۱/۳)۱۳٦	(۸/۷)۱۳	۹/٤٦	۰/۰۰۳
	باسواد	(۷۷/۷)۱۸۸	(۲۲/۳)٥٤		
بعدخانوار	٤ نفروکمتر	(۸٥)۹٦	(۱٥)۱۷	۰/٦۷	NS
	۷-٥ نفر	(۸۲/٥)۱۷٥	(۱۷/٥)۳۷		
	۸ نفر و بیشتر	(۸۰/۳)٥۳	(۱۹/۷)۱۳		

NS: Not significant

پایائی آزمون به روش بازآزمایی، از ۱۰٪ نمونه مورد مطالعه یعنی ۳۲ نفر با فاصله زمانی یک هفته از اجرای اولیه پرسشنامه SCL-90-R ارزشیابی مجدد بعمل آمد. ضریب همبستگی نتایج آزمون در دو مرحله با فرمول پیرسون، r = ۰/۹۱ بدست آمد که از لحاظ آماری معنی‌دار است. یافته‌های این تحقیق با استفاده از روشهای آمار توصیفی، ضریب همبستگی، آزمونهای X و t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها

از مجموع ۴۰۸ نفر افراد ۱۵ سال و بالاتر خانواده‌های انتخاب شده، ۱۷ نفر بدلیل عدم حضور در منزل در طول مدت پرسشگری و مسافرت از مجموعه آزمودنی‌ها حذف گردیدند. در نتیجه امکان مطالعه بر روی ۳۹۱ نفر میسر گردید که از این تعداد ۲۰۳ نفر زن (۵۱/۹ ٪) و ۱۸۸ نفر مرد (۴۸/۱٪) بودند. نتایج بررسی نشان داد که با استفاده از پرسشنامه غربالگریSCL-90-R و مصاحبه بالینی روانپزشکی براساس ملاکهای تشخیص DSM- IV ، در مجموع ۶۷ نفر آنها یعنی ۱۷/۱٪ مبتلا به اختلالات روانی بوده‌اند که این میزان در زنان ۱۸/۲٪ و در مردان ۱۶٪ بوده است. اطلاعات مربوط به میزان شیوع اختلالات روانی در افراد مورد مطالعه بر حسب عوامل دموگرافیک در جدول ۱ منعکس گردیده است. همانگونه که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد شایعترین گروه اختلالات در این مطالعه اختلالات خلقی و اضطرابی به ترتیب با۵/۸ و ۴/۹ درصد بوده است. در گروه زنان اختلالات خلقی با ۳/۸٪ و در گروه مردان اختلالات اضطرابی با ۲/۶٪ شایعترین گروه اختلالات بودند بجز گروه اختلال تطابق و اختلالات اضطرابی در سایر گروهها، میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان بوده است. اختلالات پارانوئیدی تنها در یک مورد از مردان ۰/۳٪ مورد بررسی وجود داشته است. در مجموع نسبت شیوع اختلالات روانی در زنان به مردان ۱/۲۲ برابر بود. نتایج بدست آمده از مطالعه، دلالت بر این دارد که افراد مشکوک به بیماری روانی بیشتر از افکار پارانوئیدی،

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.8.8]

افسردگی و شکایات بدنی در خود شکایات داشته‌اند. بیشترین میانگین نمرات مقیاس‌ها مربوط به افکار پارانوئیدی با ۱/۴۳ و کمترین آن مربوط به مقیاس ترس مرضی با ۰/۶۸ بود. میانگین ضریب کلی علائم مرضی در افراد مشکوک به اختلال روانی ۱/۱۶ بوده است در زنان مشکوک به اختلال روانی بالاترین میانگین نمرات مربوط به مقیاس افسردگی و افکار پارانوئیدی با ۱/۴۲ و کمترین درصد مربوط به ترس مرضی۰/۶۸ بود. در گروه مردان بالاترین میانگین نمرات مربوط به افکار پارانوئیدی و شکایات بدنی به ترتیب با ۱/۴۵ و ۱/۴۱ و کمترین میانگین مربوط به ترس مرضی با ۰/۶۹ بوده است. میانگین ضریب کلی علائم مرضی برای زنان مشکوک به بیماری روانی ۱/۱۵ و برای مردان ۱/۱۷ بود، در حالی که در افراد سالم ضریب کلی علائم مرضی برای مردان ۰/۳۷ و برای زنان ۰/۳۸ بوده است. بالاترین درصد پاسخ مثبت افراد مورد مطالعه به سؤالات آزمون SCL-90-R مربوط به سؤالات مقیاس افسردگی (احساس تنهایی و غمگینی)، مقیاس پرخاشگری (زودرنجی و خشمگین شدن)، مقیاس شکایات جسمانی (سردرد)، افکار پارانوئیدی (عدم اطمینان و اعتماد به اطرافیان) و کمترین درصد مربوط به ترس از غش کردن در انظار عمومی بوده است. انجام آزمون t بر روی میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه زنان و مردان مورد مطالعه، نشان داد که اختلافات مشاهده شده معنی‌دار نمی باشد ($t = ۰/۴۱$ ، $df = ۳۸۹$) .

بحث

مقایسه یافته‌های بدست آمده از بررسیهای مختلف اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران، با نتایج بدست آمده از میزان شیوع اختلالات روانی در مطالعه حاضر (۱۷/۱٪)، دلالت بر این دارد که هرچند میزان شیوع اختلالات روانی در این مطالعه، از نتایج سایر مطالعات انجام گرفته در مناطق شهری کشور پائین‌تر می‌باشد ولی یافته‌ها نزدیک به هم و با هم همخوانی دارند. تفاوت موجود بین یافته‌های مطالعات مختلف در مناطق شهری می‌تواند ناشی از شرایط خاص فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و جغرافیایی محل اجرای بررسی ، ابزارهای غربالگری و تشخیصی و همچنین سن افراد مورد بررسی باشد. هرچند ساختار مذهبی شهر قم، نیز می‌تواند از علل پائین‌تر بودن میزان شیوع اختلالات روانی نسبت به نتایج میزان شیوع این اختلالات در سایر بررسی‌های انجام گرفته در مناطق شهری کشور باشد. علاوه بر این، تفاوت در نقطه برش استفاده شده در مطالعات مختلف می‌تواند از جمله دیگر علل متفاوت بودن نتایج باشد.

میزان شیوع اختلالات روانی به دست آمده در این مطالعه از میزانهای شیوع بدست آمده در پژوهش‌های وایزمن و همکاران در سال ۱۹۷۸ (۱۵/۱٪)، هدیامونت و همکاران در سال ۱۹۸۷ (۷/۳٪)، هاردینگ و همکاران در سال ۱۹۸۰ (۱۳/۹٪)، وازکوئز و همکاران در سال ۱۹۸۷ (۱۴/۷٪)، مطالعات همه گیرشناسی مؤسسه ملی بهداشت روانی آمریکا در سال ۱۹۹۴ (۱۵/۴٪) بیشتر و از نتایج سایر بررسی های ارائه شده کمتر می‌باشد(۱۱-۸).

در این مطالعه اختلالات خلقی و اضطرابی شایعترین اختلالات بودند که این یافته با نتایج به دست آمده از سایر مطالعات انجام گرفته در ایران و همچنین پژوهش‌های انجام شده توسط هاردینگ و همکاران (۱۹۸۰). مدیانوس و همکاران (۱۹۸۷)، بارت و همکاران (۱۹۹۴) همخوانی دارد(۱۳و۱۲و۹). نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان می‌باشد (۱۸/۲٪ در زنان در مقابل ۱۶٪ مردان)، که با نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اپیدمیولوژی اختلالات روانی در جهان و ایران همخوانی دارد(۲۵-۱۴و۵). بیشتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان می‌تواند بدلیل عوامل بیولوژیکی، نقش جنسی، استرس‌های محیطی، محدود بودن منبع رضایت و همچنین محدودیت مشارکت اجتماعی زنان درجامعه باشد.

مطالعه حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در گروه سنی ۴۴-۲۵ سال بیشتر از افراد بالای ۴۵ سال است که با یافته‌های ارائه شده توسط لی و همکاران (۱۹۹۰)، وازکوئز بارکوئیرو و همکاران (۱۹۸۷)، هدیامونت و همکاران (۱۹۸۷)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) همخوانی ندارد(۲۴و ۱۰و۵-۲). یافته‌های این مطالعه و سایر بررسی های انجام شده در ایران دلالت بر این دارند که میزان شیوع اختلالات روانی در سنین نوجوانی و جوانی بیش از سایر گروههای سنی است و با افزایش سن، میزان شیوع این اختلالات کاهش می‌یابد، کاهش میزان شیوع این اختلالات در سنین بالاتر می‌تواند بدلیل حمایت و احترام اعضای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.8.8]

خانواده و جامعه از سالمندان باشد.

در ایـن بررسـی میزان شیوع اختلالات روانی در افراد مجرد و بـیوه (۲۰/۲٪) بـیش از افـراد مـتأهل و دوباره ازدواج کرده (۱۶/۱٪) بـوده که یافته‌های بدست آمده توسط استانسفلد و همکاران (۱۹۹۱) را مـورد تأیـید قـرار مـی‌دهـد(۲۶). دلـیل بالاتـر بودن میزان شیوع اخـتلالات روانـی در افـراد مجـرد در این مطالعه را می‌توان ناشی از خـوش بین نبودن نوجوانان نسبت به آینده زندگی خود، سرگردانی و مشکلات اقتصادی اجتماعی در جامعه دانست. سایر بررسیهای انجام گرفـته در ایـران دلالـت بـر این داشته‌اند که میزان شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل بیش از مجرد بوده است.

یافته‌های تحقیق نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در افراد باسواد به گونه معنی‌داری بیش از افراد بی‌سواد و کم سواد است کـه یافته‌های سایر بررسیهای انجام گرفته در ایران را مورد تأییدقرار نمـی‌دهـد. حسـاس‌بـودن افـراد تحصـیل کرده به مسائل اجتماعی، اقتصـادی و فرهنگـی می‌تواند از جمله علل بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در افراد تحصیل کرده مورد مطالعه باشد.

نتایج این بررسی همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانـی در مردان بیکار و بازنشسته و زنان خـانه دار بیش از بقیه افراد اسـت که با نتایج بدست آمـده توسط وازکوئز ـ بارکوئیرو و همکاران (۱۹۸۷) ، هدیامونـت و همکـاران (۱۹۸۷)، استانسـفلد و همکـاران (۱۹۹۱)، خسـروی (۱۳۷۳) و نوربـالا و همکـاران (۱۳۷۸) همخوانی دارد(۲۹و۲۶و۱۰و۵و۳). احـتمالاً نداشـتن درآمـد، عـامل استرس‌زای بـیکاری، محدودیـت روابـط اجتماعی و یکنواختی زندگی برای زنان می‌تواند از جمله علل بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در افراد بیکار مورد مطالعه در این بررسی باشد.

نـتایج ایـن بررسـی نشـان داد که بین میزان شیوع اختلالات روانـی و بعد خانوار رابطه معنی‌داری وجود ندارد، هرچند میزان شیوع اخـتلالات روانی در خانواده های پرجمعیت بیش از کم جمعیت بوده اسـت (۱۹/۷٪ در مقـابل ۱۵٪ درخـانواده‌هـای با بعد خانوار ۸ نفر و بیشـتر در مقایسـه بـا خانوارهـای ۴ نفـر و کمتر). بالا بودن بیماری روانـی در خانوارهـای با جمعیت زیاد را می‌توان به عوامل مختلفی از قبـیل کمـبودهای عاطفـی، مشکلات اقتصادی، رقابت و درگیریهای زیـاد بیـن اعضای خانواده نسبت داد که مؤید نتایج سایر بررسی‌های انجـام گرفـته در ایـران مـی‌باشـد و تفـاوت معنـی‌داری بیـن شیوع اخـتلالات روانی و محل سکونت افراد مورد مطالعه مشاهده نگردید. مـیزان شـیوع اخـتلالات روانـی در افرادی که والدینشان با یکدیگر نسـبت خویشـاوندی داشـته‌انـد و افـرادی که والدین آنها با یکدیگر فامـیل نـبوده‌انـد تفـاوت معنی‌داری وجود داشته است و بین ابتلا به اخـتلال روانـی در حـال حاضـر و سـابقه قبلـی بیماری روانی رابطه معنـی‌داری وجود داشت . بدین معنی که شیوع اختلال روانی هم در زنـان و هـم در مـردان کـه اظهـار داشتند سابقه قبلی بیماری روانی دارند، بیشتر بوده است. از مجموع ۶۷ نفر مشکوک به اختلال روانی، ۴۰ نفـر در گذشـته سابقه بیماری روانی داشته‌اند که از این تعداد ۶۸ درصـد بـرای اولـین بار پس از شـروع بیماری به پـزشکان عمومـی و تـنها ۳۲ درصـد بـه روانپزشک و متخصص اعصاب مراجعه نموده بودنـد کـه این نتایج یافته‌های بررسی‌های دیگر انجام شده در ایران (بجز بررسی نوربالا و همکاران، ۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد(۵).

میانگین نمرات افراد در مقیاس‌های مختلف آزمون SCL-90-R بر روی افراد مورد مطالعه نشان داد که در مجموع مردان و زنان مورد مطالعه از علائم افکار پارانوئیدی، افسردگی و شکایات بدنی در خود شاکی بوده و کمترین نمرات مربوط به مقیاس ترس مرضی و روان پریشی بوده است که با یافته‌های ارائه شده توسط سایر پژوهشگران در ایران همخوانی دارد. بالاترین درصد پاسخ مثبت افراد مورد مطالعه به سؤالات آزمون SCL-90-R مربوط به سؤالات مقیاس افسردگی (احساس تنهایی و غمگینی)، مقیاس پرخاشگری (زودرنجی و خشمگین شدن)، مقیاس شکایات جسمانی (سردرد)، افکار پارانوئیدی (عدم اعتماد به اطرافیان) و کمترین درصد مربوط به ترس از غش کردن در انظار عمومی بوده است. همگی این علائم و نشانه‌ها دلالت بر وجود اختلالات خلقی و اضطرابی در افراد مورد مطالعه دارد.

آزمون انجام شده بر روی میانگین نمرات ضریب کلی علائم مرضی نشان دهنده این است که هرچند میزان شیوع این اختلالات در زنان بیش از مردان می‌باشد لیکن تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات مردان مورد مطالعه وجود ندارد. ارزیابی پایائی آزمون نشان داد که این آزمون می‌تواند به عنوان ابزار بررسی علائم و سرند اختلالات روانی به طور موفقیت آمیزی بکار برده شود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.8.8]

تقدیر و تشکر

از جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی که با حمایتهای خود موجبات به اتمام رسیدن این پژوهش را فراهم آوردند، همچنین از آقایان دکتر حسینی و عباس اکبریان که با انجام مصاحبه بالینی و تشخیص‌گذاری و از سرکار خانم قندیل‌زاده و سخائی‌فر که در ورود اطلاعات و تنظیم گزارش زحمات زیادی را متقبل شده‌اند سپاسگزاری می‌شود.

****

References

1. Robins LN. Psychiatric epidemiology. Archives of General Psychiatry 1978; 35: 697-702.

2. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. American Journal of Public Health 1982; 72(11):1271-79.

3. Hodiamont P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. Psychological Medicine 1987; 17: 495-505.

4. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, et al. Epidemiology of mental disorders in Korea. Journal of Nervous and Mental Disease 1990; 178(4): 242-6.

۵. نوربالا اع، محمد ک، باقری یزدی س ع. بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، ۱۳۷۸؛ ۲(٤): ۲۳-۲۱۲.

6. Derogatis LR, et al. SCL-90: administration, Scoring and Procedures. Clinical Psychometric Research, Baltimore 1973; pp: 1- 43.

7. Derogatis LR, Richels K, Rock A. The SCL-90-R and MMPI. British Journal of Psychiatry 1976; 128: 280-9.

8. Weissman MM, Mayers JK, Harding PS. Psychiatric disorders in a US urban community: American Journal of Psychiatry 1978; 135: 456-62.

9. Harding TW, et al. Mental disorders in PHC: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries: Psychological Medicine 1980; 10: 231-41.

10. Vazquez-Barquero JL, et al. A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. Journal of Psychological Medicine 1987; 17: 227-41.

11. Regier DA, et al. The defacto US mental health service system. Arch General Psychicatry 1978; 35: 685.

12. Medianos MG, Stefanis CN, Madianou D. Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two areas of Athens. In Coopre B, Helgason G. Psychiatric epidemiology, London: Croom Helm Ltd 1987; pp: 372-86.

13. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PO. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. Archives of General Psychiatry 1988; 45:1100-6.

١٤. باش ک و. روح نابسامان .تألیف ناصرالدین صاحب الزمانی . تهران : انتشارات موسسه مطبوعاتی عطایی، ١٣٤٢: ص: ١٢٢-٩٤.

15. Bash KW, Liechtic J. Studies on the epidemiology of neuropschiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan, Iran Social Psychiatry 1969; 4: 137-43.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.8.8]

۱۶. داویدیان ه، ایزدی س، نهاپتیان و، معتبر م. (۱۳۵۰). بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماریهای روانی در منطقه خزر (شهرستان رودسر) . نشریه بهداشت ایران ، ۱۳۵۳؛ ۳(٤): ۱٤٥-٥٦.

۱۷. باقری یزدی س ع، بوالهری ج، شاه محمدی د. (۱۳۷۱). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۳؛ ۱: ٤۲-۳۲.

۱۸. جاویدی ح. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت – فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، ۱۳۷۲.

۱۹. بهادرخان ج. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان . پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، ۱۳۷۲.

۲۰. کوکبه ف. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز: پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، ۱۳۷۲.

۲۱. حرازی م ع، باقری یزدی س ع. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۲.

۲۲. خسروی ش. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری . پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت ، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران، ۱۳۷۱.

۲۳. پالاهنگ ح، نصر م، براهنی من، شاه محمدی د. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی درشهرکاشان. مجله اندیشه و رفتار،۲:۱۳۷٤(٤):۲۷-۱۹.

۲٤. یعقوبی ن، نصر م، شاه محمدی د. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری روستایی صومعه سرای گیلان. اندیشه و رفتار، ۱۳۷٤؛ ۲(٤): ٦٥-٥٥.

۲۵. افشاری منفرد ژ، باقری یزدی س ع و بوالهری ج. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه کنندگان درمانگاههای عمومی شهر سمنان . مجله طب و تزکیه. ۱۳۷٦؛ ۱۵:۲٦-۱۰.

26. Stansfield SA, Marmot MG. Social class and minor psychiatric disorder in birtish civil servants: A validated screening survey using the general health questionnaire. Pscychological Medicine 1992; 22: 739-749.

* آدرس نویسنده مسئول: تهران، خیابان آزادی، روبروی پارک اوستا، ساختمان معاونت پژوهشی، تلفن: ٦٤۲۳۰٦۸-۰۲۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.3.8.8]