

همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان سمنان، سال ۱۳۸۰

محمد رضا محمدی^{۱*} (M.D)، سیدعباس باقری یزدی^۲ (M.Sc)، مهدی رهگذر^۳ (M.Sc)، بیتا مسگرپور^۴ (Pharm.D)، بهناز بهنام^۵ (M.D)، اسماعیل ایمانی^۶ (M.D)، علی‌رضا حسن‌زاده^۱ (M.D)، حسین قنبری^۱ (M.D)، خدیجه فرزانه^۲ (M.D)

۱- مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی

۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت روان

۴- دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۵- دانشگاه علوم پزشکی سمنان، دانشکده پزشکی، بیمارستان فاطمیه، گروه روان‌پزشکی

۶- سازمان بهزیستی استان سمنان

چکیده

سابقه و هدف: بار اختلالات روان‌پزشکی در کشورهای پیشرفته تا حد زیادی به وسیله پرسش‌نامه‌های غربالگری و مصاحبه بالینی ساختاریافته شناسایی شده، ولی بررسی بار اختلالات روان‌پزشکی در کشور ما محدود و تعداد مطالعات انجام شده کم می‌باشد. برنامه‌ریزی برای آرایه خدمات اساسی بهداشت روان به افراد، نیازمند آگاهی از وضعیت موجود بیماری روانی در جامعه است. این مطالعه با هدف بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در افراد ۱۸ سال به بالای مناطق شهری و روستایی استان سمنان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: نمونه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و سیستماتیک از بین خانوارهای موجود استان سمنان انتخاب گردید و جمعاً ۲۸۰ نفر از طریق تکمیل پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) توسط کارشناسان روانشناسی در استان، مورد مطالعه قرار گرفتند. تشخیص‌گذاری اختلالات براساس معیارهای طبقه‌بندی DSM-IV می‌باشد.

یافته‌ها: نتایج این بررسی نشان داد: شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان ۱۸/۵۸ درصد می‌باشد که این شیوع در زنان ۲۲/۱۴ درصد و در مردان ۱۴/۴۹ درصد بوده است. اختلالات اضطرابی و خلقی به ترتیب با ۸/۲۲ و ۵ درصد، شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در استان بودند. شیوع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۱/۷۸ درصد، اختلالات عصبی-شناختی ۲/۸۶ درصد و اختلالات تجزیه‌ای ۰/۷۲ درصد بوده است. در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی با ۳/۵۷ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال فوبی با ۲/۸۶ درصد شیوع بیشتری داشته‌اند. نتیجه‌گیری: در این مطالعه ۱۰/۷۱ درصد افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک اختلال روان‌پزشکی بوده‌اند. شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان در افراد گروه سنی ۴۱-۵۵ سال با ۱۳/۸۵ درصد، افراد همسر فوت شده با ۳۷/۵۰ درصد، افراد ساکن در مناطق شهری با ۱۳/۹۲ درصد، افراد باسواد دیپلم با ۱۴/۲۹ درصد و افراد بیکار با ۲۸/۵۷ درصد بیش از گروه‌های دیگر بوده است. لذا نتایج این تحقیق مسؤولیت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی استان سمنان و کشور در رابطه با تدوین برنامه‌های عملی و اجرایی بهداشت روان را بیش از پیش روشن می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: همه‌گیری‌شناسی، شیوع، اختلالات روان‌پزشکی، پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)، استان سمنان.

مقدمه

همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه توزیع این بیماری‌ها در جامعه را مورد مطالعه قرار می‌دهد [۲۲]. هرچند وجود بیماری‌های روانی در جوامع مختلف از قرن‌ها پیش مورد تأیید قرار گرفته است لیکن در طی قرن بیستم بود که روش‌های آماری برای برآورد حجم این

مشکلات مورد استفاده قرار گرفت [۱۴]. در گذشته بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی با مراجعه به پرونده بیماران و اطلاعات به‌دست آمده از افراد کلیدی انجام می‌شد اما با تهیه و تدوین پرسش‌نامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد، امروزه تا حد زیادی حجم بیماری‌های روانی در جهان شناسایی شده است [۱۲].

جدول ۱. نتایج مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹

| نام محقق و یا محققین | سال بررسی | نوع جمعیت و محل آن | ابزار پژوهش | تعداد نمونه | درصد میزان شیوع | | |
|------------------------|-----------|--------------------------------|------------------------------------|-------------|-----------------|-------|------|
| | | | | | زنان | مردان | کل |
| باش | ۱۳۴۲ | روستایی شیراز | مصاحبه بالینی | ۴۹۷ | ۱۶/۵ | ۷/۷ | ۱۱/۹ |
| باش | ۱۳۴۳ | روستایی خوزستان | مصاحبه بالینی | ۴۸۲ | — | — | ۱۴/۹ |
| باش | ۱۳۴۵ | شهری شیراز | مصاحبه بالینی | ۶۲۲ | ۲۲/۴ | ۱۴/۹ | ۱۸/۶ |
| داویدیان و همکاران | ۱۳۵۰ | شهرستان رودسر | مصاحبه بالینی | ۴۸۸ | — | — | ۱۷/— |
| باقری یزدی و همکاران | ۱۳۷۱ | روستایی میبد یزد | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۴۰۰ | ۱۸/۱ | ۶/۶ | ۱۲/۵ |
| بهادرخان و همکاران | ۱۳۷۲ | روستایی گناباد خراسان | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۴۶۵ | ۱۹/۶ | ۱۲/۴ | ۱۶/۶ |
| جاویدی و همکاران | ۱۳۷۲ | روستایی مرودشت فارس | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۴۰۷ | ۲۲/۱ | ۶/۱ | ۱۵/۷ |
| کوکبه و همکاران | ۱۳۷۲ | روستایی آذرشهر تبریز | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۴۱۵ | ۱۸/۲ | ۷/۴ | ۱۳/— |
| حرازی و باقری یزدی | ۱۳۷۳ | شهری یزد | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۹۵۰ | ۲۴/۷ | ۱۲/۵ | ۱۸/۶ |
| خسروی و همکاران | ۱۳۷۳ | شهری و روستایی بروجن | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۴۵۰ | ۶۲/۲ | ۷/۹ | ۱۸/۴ |
| پالاهنگ و همکاران | ۱۳۷۴ | شهری کاشان | GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۶۱۹ | ۳۱/۵ | ۱۵/۲ | ۲۳/۷ |
| یعقوبی و همکاران | ۱۳۷۴ | شهری و روستایی صومعه‌سرا-گیلان | GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۶۵۲ | ۳۰/۸ | ۱۵/۸ | ۲۳/۸ |
| جوافشانی و همکاران | ۱۳۷۴ | شهرک صنعتی قزوین | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۶۱۲ | — | — | ۳۰/۲ |
| افشاری‌منفرد و همکاران | ۱۳۷۶ | شهری سمنان | SCL-90-R و مصاحبه بالینی PSE | ۸۶۹ | ۱۸/— | ۱۰/— | ۱۴/— |
| قاسمی و همکاران | ۱۳۷۶ | شهری اصفهان | SRQ-24 و مصاحبه بالینی DSM-IV | ۳۲۵۵ | — | — | ۱۹/۹ |
| بخشانی و همکاران | ۱۳۷۷ | شهری زاهدان | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV | ۶۴۳ | ۲۶/۵ | ۲۳/۹ | ۲۵/۴ |
| نوربالا و همکاران | ۱۳۷۸ | شهری تهران | GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-IV | ۸۷۹ | ۲۷/۷ | ۱۴/۹ | ۲۱/۵ |
| امیدی و همکاران | ۱۳۷۹ | شهری نطنز | GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۶۵۰ | ۲۴/۳ | ۱۷/۲ | ۲۱/۳ |
| نوربالا و همکاران | ۱۳۷۹ | سراسر کشور | GHQ-28 | ۳۵۰۱۴ | ۲۵/۹ | ۱۴/۹ | ۲۱ |
| صادقی و همکاران | ۱۳۷۹ | شهری کرمانشاه | GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۵۰۱ | ۳۲/۲ | ۱۶/۹ | ۲۵/۲ |
| شمس‌علیزاده و همکاران | ۱۳۷۹ | ساوجبلاغ | GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R | ۶۴۰ | ۳۵/۷ | ۱۶/۶ | ۲۶/۹ |
| چگینی و همکاران | ۱۳۷۹ | شهری و روستایی قم | SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV | ۳۹۱ | ۱۸/۲ | ۱۶/— | ۱۷/۱ |

رضایت‌نامه کتبی، مورد مطالعه قرار گرفتند. بدین ترتیب، در مجموع ۱۰۲۲ نفر از جمعیت ۱۸ سال و بالاتر موجود در استان به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. چارچوب نمونه‌گیری، براساس فهرست تجمعی خانوارهای روستایی و شهری فهرست‌شده موجود در معاونت بهداشتی استان بوده است.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا Schedule for affective disorders and schizophrenia (SADS) بود که توسط اندیکات و اسپیتزر طراحی شده است [۱۳]؛ لذا هم‌زمان با تجدید نظر در DSM، فرم‌های متنوعی از SADS تدوین شده و تدریجاً تکامل یافته است. تحقیقاتی که در مورد اعتبار و روایی این آزمون انجام گرفته نشان‌دهنده معتبر بودن این آزمون است. برای مثال در مطالعه سیمپسون و همکاران در سال ۲۰۰۲، روایی تشخیصی دوره‌های افسردگی، مانیا و هیپومانیا با SADS به دو روش محاسبه شده است. در روش اول که از طریق ضریب توافق محاسبه شد، توافق کاملی بین نمره‌گذاران در مورد هر سه اختلال وجود داشته است. در روش دوم که مبتنی بر آزمون مجدد بود. ضریب کاپا در مورد مانیا، هیپومانیا و افسردگی اساسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۱ بود. در بهترین سطح برآورد ضرایب کاپا، برای بیماری‌های دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع دو و تک‌قطبی راجعه به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۸ بود. این نتایج مبین روایی بسیار بالای SADS در تشخیص گروه‌های بیمار در این مطالعه است [۲۴].

براساس یافته‌های این برنامه می‌توان اختلالات را در یک مرحله غربالگری و تشخیص‌گذاری نمود. پس از ترجمه سؤالات پرسش‌نامه SADS به زبان فارسی، مجدداً توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی (دوزبانه) به زبان انگلیسی برگردانده شد و پس از تأیید، ترجمه آماده اجرای آزمایشی گردید. به منظور بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات منظور نشده در برنامه SADS، سؤالاتی توسط همکاران اصلی طرح و براساس ملاک‌های طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV برای

هرچند امروزه حجم مشکلات بیماری‌های روانی در کشورهای مختلف جهان شناخته شده‌اند، لیکن به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، تکنیک‌های مصاحبه و تفاوت در روش‌های نمونه‌گیری و طبقه‌بندی‌های مختلف مورد استفاده، بسیار متغیر و متفاوت برآورد شده‌اند. به طوری که این میزان‌ها از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸ درصد متغیر بوده است [۱۹،۱۵].

مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران نیز همگی بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد دلالت دارند (جدول ۱). در یک بررسی که به منظور تعیین شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مناطق شهری سمنان انجام گرفت میزان شیوع این اختلالات ۱۴ درصد بوده است [۱]. میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی براساس مطالعه وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر استان که در قالب طرح ملی «سلامت و بیماری» در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت ۱۶/۹ درصد بوده است [۹].

برنامه‌ریزی مناسب در راستای ارائه خدمات بهداشت روان به افراد جامعه، نیازمند اطلاعات پایه، بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی و شناخت حجم مشکل می‌باشد. لذا این مطالعه در نظر دارد با انجام مطالعه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی، مسؤولین و دست‌اندرکاران بهداشتی، آموزشی و درمانی را نسبت به اهمیت و حجم مشکل اختلالات روانی در استان حساس و زمینه‌ارایه خدمات اساسی بهداشت روان به ساکنین مناطق شهری و روستایی استان سمنان فراهم نماید.

روش بررسی

این مطالعه مقطعی - توصیفی در سال ۱۳۸۰ انجام شد. واحد نمونه‌گیری در این مطالعه، خانوار و روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و سیستماتیک بود که به طور تصادفی از بین خانوارهای موجود در استان سمنان انتخاب گردیدند. بدین ترتیب که از بین ۱۱۴۹۰۹ خانوار موجود، ۱۱۰ خانوار در قالب ۲۲ خوشه ۵ خانواری تعیین و افراد ۱۸ سال و بالاتر این خانوارها پس از توجیه کامل پیرامون مطالعه و اخذ

مربوط به شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان سمنان در جدول ۲ و اطلاعات مربوط به شیوع حداقل یک اختلال روان‌پزشکی در افراد مورد مطالعه در جدول ۳ آورده شده است.

طبق اطلاعات جدول ۲، میزان شیوع انواع اختلالات خلقی ۵ درصد بوده که این میزان در زنان ۵/۳۷ و در مردان ۴/۵۸ درصد بوده است. میزان شیوع افسردگی اساسی ۳/۵۷ درصد، افسردگی جزئی ۰/۳۶ درصد و اختلال هیپومانیک و مانیک ۱/۰۷ درصد بود.

میزان شیوع اختلالات پسیکوتیک، ۱/۷۸ درصد بوده که این میزان در مردان ۳/۸۲ درصد بوده است. شیوع انواع اختلالات اضطرابی ۸/۲۲ درصد بوده که در زنان ۱۴/۰۹ درصد و در مردان ۱/۵۲ درصد بوده است. شایع‌ترین اختلال در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال فوبی بوده است.

شیوع اختلالات عصبی-شناختی ۲/۸۶ درصد بود که این میزان در مردان ۳/۸۱ و در زنان ۲/۰۱ درصد بوده است. شیوع اختلال صرع در استان ۲/۵۰ درصد و زوال عقل ۰/۳۶ درصد بود.

میزان شیوع انواع اختلالات تجزیه‌ای ۰/۷۲ درصد بوده که در زنان ۰/۶۷ درصد و در مردان ۰/۷۶ درصد بوده است. همان‌طور که یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد در مجموع ۱۰/۷۱ درصد افراد حداقل از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند که این میزان در زنان ۱۲/۷۵ درصد و در مردان ۸/۴۰ درصد بوده است (جدول ۳).

در زمینه بررسی شیوع انواع اختلالات روانی و متغیرهای دموگرافیک، نتایج این بررسی نشان داد:

بالاترین شیوع اختلالات روانی در این مطالعه مربوط به گروه سنی ۴۱-۵۵ سال با ۱۳/۸۵ درصد و کمترین آن مربوط به گروه سنی ۶۶ سال و بیشتر با ۳/۸۵ درصد بود.

بالاترین میزان شیوع این اختلالات مربوط به افراد ساکن در مناطق شهری ۱۳/۹۲ درصد و کمترین آن مربوط به افراد روستایی با ۹/۳۸ درصد بود.

اختلالات صرع، عقب‌ماندگی ذهنی، زوال عقل، تجزیه‌ای و استرس پس از رویداد آسیب‌زا طراحی و به مجموعه سؤالات اضافه گردید.

در راستای بررسی اعتبار محتوای سؤالات، مجموعه سؤالات آزمون توسط تنی چند از روان‌پزشکان صاحب نظر مورد بررسی قرار گرفت و پس از رفع نواقص و تنظیم فرم اصلی، اعتبارسازی و پیش‌بینی آزمون بر روی ۲۰۰ بیمار موجود در بیمارستان روزبه که دارای تشخیص روان‌پزشکی بودند مورد سنجش قرار گرفت. نتایج ارزیابی نشان‌دهنده این بود که مجموعه سؤالات در ارتباط با اختلالات خلقی، سایکوتیک، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و زوال عقل دارای حساسیت بالاتر از ۷۵ درصد بوده و در مورد اختلالات اضطرابی و تجزیه‌ای حدود ۴۵ درصد بود. حساسیت آزمون در تشخیص اختلالات شخصیت و سوء‌مصرف مواد پائین بود.

داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه حضوری توسط کارشناسان و کارشناسان ارشد روانشناسی استان سمنان گردآوری شده و براساس طبقه‌بندی DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) تشخیص‌گذاری گردیده است.

ورود اطلاعات و غربالگری داده‌ها با استفاده از Epi Info و استخراج نتایج و مقایسه‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-10 صورت گرفته است. مقایسه شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مردان و زنان مورد مطالعه در هر یک از گروه اختلالات مورد مطالعه با انجام آزمون χ^2 صورت پذیرفته است.

نتایج

در این مطالعه جمعاً ۲۸۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۱۴۹ نفر زن (۵۳/۲ درصد) و ۱۳۱ نفر مرد (۴۶/۸ درصد) بودند. نتایج بررسی نشان داد که با استفاده از پرسش‌نامه SADS، ۵۲ مورد اختلال روان‌پزشکی (۱۸/۵۸ درصد) در افراد مورد مطالعه وجود داشته که این میزان در زنان ۲۲/۱۴ و در مردان ۱۴/۴۹ درصد بوده است. اطلاعات

جدول ۲: شیوع انواع اختلالات روان پزشکی برحسب جنس در استان سمنان (سال ۱۳۸۰)

| جمع n=۲۸۰ | | زن n=۱۴۹ | | مرد n=۱۳۱ | | انواع اختلالات |
|--------------|-------|-------------|-------|--------------|-------|----------------------------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۳/۵۷ | ۱۰ | ۳/۳۶ | ۵ | ۳/۸۲ | ۵ | اختلالات خلقی افسردگی اساسی |
| ۰/۳۶ | ۱ | ۰/۰۰ | ۰ | ۰/۷۶ | ۱ | افسردگی جزئی (ماینور) |
| ۱/۰۷ | ۳ | ۲/۰۱ | ۳ | ۰/۰۰ | ۰ | اختلال هیپومانیک و مانیک |
| ۵/۰۰ | ۱۴ | ۵/۳۷ | ۸ | ۴/۵۸ | ۶ | جمع اختلالات خلقی |
| ۰/۳۶ | ۱ | ۰/۰۰ | ۰ | ۰/۷۶ | ۱ | اختلالات پسکوتیک اسکیزوفرنی |
| ۰/۷۱ | ۲ | ۰/۰۰ | ۰ | ۱/۵۳ | ۲ | اسکیزوافکتیو |
| ۰/۷۱ | ۲ | ۰/۰۰ | ۰ | ۱/۵۳ | ۲ | سایر اختلالات پسکوتیک |
| ۱/۷۸ | ۵ | ۰/۰۰ | ۰ | ۳/۸۲ | ۵ | جمع اختلالات پسکوتیک |
| ۱/۰۷ | ۳ | ۲/۰۱ | ۳ | ۰/۰۰ | ۰ | اختلالات اضطرابی اختلال پانیک |
| ۰/۳۶ | ۱ | ۰/۷۶ | ۱ | ۰/۰۰ | ۰ | اضطراب اضطراب منتشر |
| ۱/۷۹ | ۵ | ۲/۸۶ | ۴ | ۰/۷۶ | ۱ | اختلال وسواس فکری - عملی |
| ۲/۱۴ | ۶ | ۳/۳۶ | ۵ | ۰/۷۶ | ۱ | اختلال گذر هراسی |
| ۲/۸۶ | ۸ | ۵/۳۷ | ۸ | ۰/۰۰ | ۰ | اختلال فوبی |
| ۸/۲۲ | ۲۳ | ۱۴/۰۹ | ۲۱ | ۱/۵۲ | ۲ | جمع اختلالات اضطرابی |
| ۲/۵۰ | ۷ | ۲/۰۱ | ۳ | ۳/۰۵ | ۴ | اختلالات عصبی - شناختی صرع |
| ۰/۳۶ | ۱ | ۰/۰۰ | ۰ | ۰/۷۶ | ۱ | زوال عقل |
| ۲/۸۶ | ۸ | ۲/۰۱ | ۳ | ۳/۸۱ | ۵ | جمع اختلالات عصبی - شناختی |
| ۰/۳۶ | ۱ | ۰/۶۷ | ۱ | ۰/۰۰ | ۰ | اختلالات تجزیه‌ای یادزدودگی |
| ۰/۳۶ | ۱ | ۰/۰۰ | ۰ | ۰/۷۶ | ۱ | مسخ شخصیت |
| ۰/۷۲ | ۲ | ۰/۶۷ | ۱ | ۰/۷۶ | ۱ | جمع اختلالات تجزیه‌ای |
| ۱۸/۵۸ | ۵۲ | ۲۲/۱۴ | ۳۳ | ۱۴/۴۹ | ۱۹ | جمع کل اختلالات |

جدول ۳: شیوع اختلال روان‌پزشکی بر حسب جنس، سن، محل سکونت، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل در استان سمنان (۱۳۸۰)

| جمع | | دارای اختلال | | متغیرهای دموگرافیک |
|--------|-------|--------------|-------|-----------------------|
| درصد | تعداد | درصد | تعداد | |
| ۱۰۰/۰۰ | ۱۳۱ | ۸/۴۰ | ۱۱ | جنس |
| ۱۰۰/۰۰ | ۱۴۹ | ۱۲/۷۵ | ۱۹ | زن |
| ۱۰۰/۰۰ | ۶۹ | ۱۰/۱۴ | ۷ | سن |
| ۱۰۰/۰۰ | ۹۹ | ۱۱/۱۱ | ۱۱ | ۱۸-۲۵ سال |
| ۱۰۰/۰۰ | ۶۵ | ۱۳/۸۵ | ۹ | ۲۶-۴۰ سال |
| ۱۰۰/۰۰ | ۲۰ | ۱۰ | ۲ | ۴۱-۵۵ سال |
| ۱۰۰/۰۰ | ۲۶ | ۳/۸۵ | ۱ | ۵۶-۶۵ سال |
| ۱۰۰/۰۰ | ۴۱ | ۹/۷۶ | ۴ | ۶۶+ سال |
| ۱۰۰/۰۰ | ۷۹ | ۱۳/۹۲ | ۱۱ | محل سکونت |
| ۱۰۰/۰۰ | ۱۶۰ | ۹/۳۸ | ۱۵ | مرکز استان |
| ۱۰۰/۰۰ | ۶۰ | ۱۰ | ۶ | سایر شهرها |
| ۱۰۰/۰۰ | ۲۱۱ | ۹/۹۵ | ۲۱ | روستا |
| ۱۰۰/۰۰ | ۱ | ۰/۰۰ | ۰ | وضعیت تأهل |
| ۱۰۰/۰۰ | ۸ | ۳۷/۵۰ | ۳ | متأهل |
| ۱۰۰/۰۰ | ۲۵ | ۸ | ۲ | طلاق گرفته یا جدا شده |
| ۱۰۰/۰۰ | ۴۹ | ۱۴/۲۹ | ۷ | همسر فوت شده |
| ۱۰۰/۰۰ | ۴۳ | ۶/۹۸ | ۳ | تحصیلات عالی |
| ۱۰۰/۰۰ | ۹۹ | ۱۱/۱۱ | ۱۱ | دیپلم |
| ۱۰۰/۰۰ | ۵۸ | ۱۲/۰۷ | ۷ | متوسطه یا راهنمایی |
| ۱۰۰/۰۰ | ۲۵ | ۸/۵۷ | ۳ | ابتدائی |
| ۱۰۰/۰۰ | ۲۹ | ۳/۴۵ | ۱ | بی‌سواد |
| ۱۰۰/۰۰ | ۱۶ | ۰/۰۰ | ۰ | شغل |
| ۱۰۰/۰۰ | ۴۸ | ۶/۲۵ | ۳ | کارگر |
| ۱۰۰/۰۰ | ۱۳ | ۱۵/۳۸ | ۲ | کارمند |
| ۱۰۰/۰۰ | ۱۲۰ | ۱۴/۱۷ | ۱۷ | محصل یا دانشجو |
| ۱۰۰/۰۰ | ۱۴ | ۲۸/۵۷ | ۴ | آزاد |
| ۱۰۰/۰۰ | ۲۸۰ | ۱۰/۷۱ | ۳۰ | بازنشسته |
| ۱۰۰/۰۰ | | | | خانه‌دار |
| ۱۰۰/۰۰ | | | | بیکار |
| ۱۰۰/۰۰ | | | | جمع |

اطلاعات مربوط به مقایسه شیوع اختلالات روانی برحسب جنس در استان، در جدول ۴ ارائه گردیده است. بررسی ارتباط شیوع اختلالات روان پزشکی و جنسیت افراد مورد مطالعه، نشان دهنده این است که بین جنسیت و ابتلا به اختلالات اضطرابی، ارتباط معنی دار وجود دارد ($p < 0.05$) اما بین جنسیت و ابتلا به اختلالات خلقی، تجزیه ای و عصبی- شناختی اختلاف معنی داری وجود نداشته است ($p > 0.05$).

از نظر تأهل بیشترین میزان شیوع مربوط به افراد همسر فوت شده با ۳۷/۵۰ درصد و کمترین میزان مربوط به افراد طلاق گرفته یا جدا شده و متأهل بود. بالاترین شیوع اختلالات روانی مربوط به افراد، با سواد دیپلم با ۱۴/۲۹ درصد و کمترین آن مربوط به افراد با سواد متوسطه یا راهنمایی (۶/۹۸ درصد) بود. از نقطه نظر شغلی، بالاترین شیوع اختلالات روانی در زنان و مردان مورد مطالعه مربوط به افراد بیکار با ۲۸/۵۷ درصد و کمترین آن مربوط به دانش آموزان و دانشجویان بود.

جدول ۴. مقایسه شیوع اختلالات روان پزشکی بر حسب جنس در استان سمنان (سال ۱۳۸۰)

| نوع اختلال | مردان (n=۱۳۱) | | زنان (n=۱۴۹) | | آماره X^2 | درجه آزادی | سطح معنی داری |
|----------------------|---------------|---------|--------------|---------|-------------|------------|---------------|
| | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | | | |
| اختلالات خلقی | ۴/۵۸ | ۸ | ۵/۳۷ | ۸ | ۰/۰۹ | ۱ | ۰/۷۶۲۴ |
| اختلالات پسیکوتیک | ۳/۸۲ | ۰ | ۰/۰۰ | ۰ | - | - | - |
| اختلالات اضطرابی | ۱/۵۲ | ۲۱ | ۱۴/۰۹ | ۲۱ | ۱۴/۶۰ | ۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| اختلالات عصبی-شناختی | ۳/۸۱ | ۳ | ۲/۰۱ | ۳ | ۰/۳۰ | ۱ | ۰/۵۸۶۲ |
| اختلالات تجزیه ای | ۰/۷۶ | ۱ | ۰/۶۷ | ۱ | ۰/۰۷ | ۱ | ۰/۷۹۷۲ |

جدول ۵. تعداد اختلالات روان پزشکی بر حسب جنس در استان سمنان (سال ۱۳۸۰)

| جنس | یک اختلال | | دو اختلال | | سه اختلال یا بیشتر | | فاقد اختلال | | جمع | |
|-----|-----------|------|-----------|------|--------------------|------|-------------|-------|-------|--------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| مرد | ۸ | ۶/۱۱ | ۲ | ۱/۵۳ | ۱ | ۰/۷۶ | ۱۲۰ | ۹۱/۶۰ | ۱۳۱ | ۱۰۰/۰۰ |
| زن | ۱۲ | ۸/۰۵ | ۵ | ۳/۳۶ | ۳ | ۲/۰۱ | ۱۲۹ | ۸۶/۵۸ | ۱۴۹ | ۱۰۰/۰۰ |
| جمع | ۲۰ | ۷/۱۴ | ۷ | ۲/۵۰ | ۴ | ۱/۴۳ | ۲۴۹ | ۸۸/۹۳ | ۲۸۰ | ۱۰۰/۰۰ |

جدول ۶. افراد دارای اختلالات روان پزشکی و تعداد اختلالات

آنان بر حسب جنس در استان سمنان (سال ۱۳۸۰)

| جنس | تعداد دارای اختلال | تعداد افراد فاقد اختلال | تعداد افراد اختلال | تعداد پاسخ گویان |
|-----|--------------------|-------------------------|--------------------|------------------|
| مرد | ۱۱ | ۱۲۰ | ۱۹ | ۱۳۱ |
| زن | ۱۹ | ۱۳۰ | ۳۰ | ۱۴۹ |
| جمع | ۲۰ | ۲۵۰ | ۴۹ | ۲۸۰ |

اطلاعات مربوط به تعداد اختلالات روان پزشکی در جدول ۵ و تعداد افراد دارای اختلال روان پزشکی در جدول ۶ ارائه گردیده است. همان طور که اطلاعات جدول ۶ نشان می دهد نسبت تعداد اختلال روان پزشکی به تعداد مردان دارای اختلال ۱/۷۳ و برای زنان ۱/۵۸ بوده است.

بحث

همان‌طور که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد میزان شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان ۱۸/۵۸ درصد می‌باشد. مقایسه نتایج این پژوهش با میزان شیوع به دست آمده در پژوهش‌های قبلی در ایران نشان می‌دهد که میزان به دست آمده در حد برآوردهایی است که مطالعات قبلی به دست آورده‌اند. مقایسه برآورد این مطالعه با میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی به دست آمده در مطالعاتی که از پرسش‌نامه SADS استفاده شده مثل مطالعه وایزمن و همکاران (۱۹۷۸) با ۱۵/۱ درصد بالاتر [۲۷] و از یافته مدیانوس و همکاران (۱۹۸۷) با ۱۹/۴ درصد پایین‌تر می‌باشد [۲۱].

شایع‌ترین گروه اختلالات روان‌پزشکی در استان، اختلالات اضطرابی با ۸/۲۲ درصد بوده (جدول ۲) که نتایج بررسی انجام گرفته توسط افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶) و کویبه و همکاران (۱۳۸۲) را مورد تأیید قرار می‌دهد [۷، ۱]. ولی میزان آن از نتایج مطالعه صادقی و همکاران (۱۳۷۸) پایین‌تر [۶] و از مطالعه افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶) با ۷/۴ درصد بالاتر است [۱].

شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در افراد تحت مطالعه افسردگی اساسی با ۳/۵۷ درصد بود که یافته‌های بررسی‌های انجام گرفته توسط حرازی و باقری یزدی (۱۳۷۳)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، جاویدی (۱۳۷۲)، همچنین نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد [۱۰، ۸، ۴، ۳].

میزان شیوع انواع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۱/۷۸ درصد می‌باشد که از یافته کلیه بررسی‌های انجام گرفته در ایران بالاتر می‌باشد [۹].

میزان شیوع اختلالات عصبی-شناختی ۲/۸۶ درصد می‌باشد که از این میزان ۲/۵۰ درصد مربوط به بیماری صرع و ۰/۳۶ درصد مربوط به زوال عقل است. نتایج مربوط به بیماری صرع از یافته‌های ارایه شده توسط کاپلان و سادوک (۱۹۹۸) بالاتر می‌باشد [۱۷].

آخرین گروه اختلالات مورد بررسی، اختلالات تجزیه‌ای است که جمعاً ۰/۷۲ درصد را به خود اختصاص داده است و

در طیف نتایج به دست آمده از سایر بررسی‌های انجام شده در ایران قرار می‌گیرد [۹].

روش دیگر تجزیه و تحلیل نتایج این مطالعه، بررسی شیوع مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی می‌باشد که در این مطالعه ۱۰/۷۱ درصد برآورد شده است. پژوهش حاضر نشان داد میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان بیش از مردان است (۱۲/۷۵ درصد در مقابل ۸/۴۰ درصد) که با نتایج بررسی‌های انجام شده در ایران و بررسی‌های انجام شده توسط ونکورف و همکاران (۱۹۸۷)، وازکوئز-بارکوئرو و همکاران (۱۹۸۷)، هولیفیلد و همکاران (۱۹۹۰)، لهتینن و همکاران (۱۹۹۱)، بهار و همکاران (۱۹۹۲)، کسلر (۱۹۹۴) و روکا و همکاران (۱۹۹۹) هم‌خوانی دارد [۱۱، ۲۰، ۱۶، ۲۵، ۲۶، ۲۳، ۱۸].

شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالاتر اختلالات روان‌پزشکی در زنان نسبت به مردان، بیشتر به محدود بودن نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، استرس‌های محیطی، عوامل بیولوژیک و مشکلات خانوادگی مربوط است. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد تحت مطالعه در مناطق شهری بیش از مناطق روستایی است (۱۳/۹۲ درصد در مقابل ۹/۳۸ درصد) که یافته‌های به دست آمده از بررسی‌های انجام گرفته توسط خسروی و همکاران (۱۳۷۳)، پالانگ و همکاران (۱۳۷۴)، همچنین نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد [۸، ۲، ۵]. اما با نتایج به دست آمده توسط یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) متفاوت می‌باشد [۱۰]. متفاوت بودن نتایج را می‌توان ناشی از ابزار و پرسش‌نامه به کار رفته جهت غربالگری و تشخیص‌گذاری، همچنین بافت فرهنگی اجتماعی مناطق مختلف کشور دانست. استرس‌های محیطی، شهرنشینی و مشکلات اقتصادی و اجتماعی زندگی در شهرها را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مناطق شهری نسبت به روستایی به شمار آورد.

نتایج این بررسی نشان دهنده این است که شیوع اختلالات روان‌پزشکی در گروه سنی ۴۱-۵۵ سال بیش از

برنامه ریزی های اصولی در راستای پیشگیری و درمان این اختلالات، آموزش شیوه های درست مقابله با عوامل استرس زا و کنار آمدن با آنها به افراد جامعه صورت گیرد.

کسب نتایج این بررسی نشان دهنده این است که حداقل ۱۰ درصد جمعیت استان نیازمند خدمات بهداشت روان سرپایی و بستری هستند. آگاهی از این مسأله، مسؤولیت سیاست گذاران و برنامه ریزان بهداشتی کشور و استان سمنان را در ارتباط با تدوین برنامه های کاربردی و اجرایی بهداشت روان بیش از پیش نمایان می سازد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح ملی «همه گیری اختلالات روان پزشکی در ایران (سال ۱۳۸۰)» می باشد که توسط حمایت های مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور و معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به انجام رسیده است. از کلیه افراد و خانواده هایی که در این تحقیق شرکت نموده اند، همکاران ستادی و اجرایی طرح، ریاست سازمان بهزیستی استان سمنان همچنین کلیه همکاران کارشناس استان آقایان سید موسی طباطبائی، علی رضا موحد شریعت پناهی و خانم ها رویا حاجی زاده و افق فریدون زاده که ما را در به انجام رساندن این بررسی یاری داده اند، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

- [۱] افشاری منفرد ژاله، باقری یزدی سیدعلی، بوالهروی جعفر. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه کنندگان درمانگاه های عمومی شهر سمنان. طب و تزکیه، شماره ۲۶، ۱۳۷۶، ۱۵-۱۰
- [۲] پالانگ حسن، نصر مهدی، براهنی محمدتقی، شاه محمدی داود. بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. فصل نامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ۱۳۷۴، ۲۷-۱۹.

سایر گروه ها است. اضطراب ناشی از تغییرات بیولوژیکی یائسگی در زنان و مشکلات خانوادگی، همچنین بیکاری و مشکلات شغلی، اجتماعی و اقتصادی در مردان را می توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات در این سنین دانست. به علاوه این پژوهش نشان داد، شیوع اختلالات روانی به طور معنی داری در افراد همسر فوت شده بیش از سایر گروه هاست. نتایج بررسی های انجام گرفته در زمینه استرس، مؤید نتایج این بررسی می باشد که مرگ همسر به عنوان یکی از عوامل استرس زا، آشکارکننده و مستعدساز اختلالات روان پزشکی است.

شیوع اختلالات روان پزشکی در افراد دیپلم و بی سواد بیش از سایر گروه ها بوده است. بیشتر بررسی های انجام گرفته در ایران دلالت بر شیوع اختلالات در افراد بی سواد داشته اند و نتایج این بررسی را مورد تأیید قرار می دهند. محدودیت های اجتماعی و فرهنگی، همچنین ناتوانی افراد در استفاده از شیوه های مؤثر مقابله با عوامل استرس زا را می توان دلیل بالاتر بودن شیوع این اختلالات در افراد بی سواد نسبت به سایرین دانست؛ ولی علل بالا بودن اختلالات در افراد دارای دیپلم لازم است در تحقیق جداگانه ای مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان دهنده این است که میزان شیوع اختلالات روان پزشکی در افراد بیکار و بازنشسته بیش از دیگران می باشد که یافته های بررسی های انجام شده در ایران و جهان را مورد تأیید قرار می دهد. احتمالاً نداشتن درآمد، عامل استرس زای بیکاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می تواند از جمله عوامل افزایش شیوع اختلالات روان پزشکی در افراد بیکار و غیرشاغل، همچنین بازنشسته ها باشد.

نتایج بررسی نشان دهنده این است که افراد مورد مطالعه به خصوص زنان در گروه سنی یائسگی و مردان بازنشسته و بیکار به دلیل مشکلات اقتصادی و خانوادگی، بیشتر دچار انواع اختلالات روان پزشکی گردیده اند که لازم است

socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 257-63.

[12] Dohrenwend BP, Shrout PE, Toward the development of a two-stage procedure for case-identification and classification in psychiatric epidemiology. In: Simmons RG, editor. *Research in Community and Mental Health*. Vol 2. Greenwich, CT: JAI Press; 1981. p.295-323.

[13] Endicott J, Spitzer RL, A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 1978; 35: 837- 44.

[14] Goldberg D, The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1973. p. 20-25

[15] Hodiamont P, Peer N, Syben N, Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med*, 1987; 17: 495- 505.

[16] Hollifield M, Laton W, Spain D, Pule L, Anxiety and depression in a village of Lesoto: a comparison with the United States. *Br J Psychiatry*, 1990; 156: 343-50.

[17] Kaplan HL, Sadock BL, Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998. p. 352-354.

[18] Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughers M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United State. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51: 9- 19.

[19] Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, et al. Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *J Nerv Ment Dis*, 1990; 178: 242-6.

[20] Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand*, 1991; 81: 418- 25.

[21] Medianos MG, Stefanis CN, Madianou D, Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two areas of greater Athens. In: Cooper B, Helgason G, *Psychiatric Epidemiology*. London: Croom Helm Ltd; 1987. p. 372-86.

[22] Robin LN, *Psychiatric epidemiology*. *Arch Gen Psychiatry*, 1978; 35: 697-702.

[23] Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ, et al. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical

[۳] جاویدی حجت‌الله. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات

روانی در مناطق روستایی مرودشت، فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.

[۴] حرازی محمدعلی، باقری‌یزدی سیدعباس. بررسی

اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۳.

[۵] خسروی شمس‌علی. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات

روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارم‌حال‌وبختیاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۷۳.

[۶] صادقی خیرالله، صابری سیدمهدی، عصاره مرضیه.

همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. فصل‌نامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹، سال ششم، شماره ۲-۳، صفحات ۲۵-۱۶.

[۷] کوبه فرخ. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در

مناطق روستائی آذرشهر تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.

[۸] نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری‌یزدی سیدعباس.

بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، ۱۳۷۸، سال دوم، شماره ۴، صفحات ۲۲۳-۲۱۲.

[۹] نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری‌یزدی سیدعباس،

یاسمی محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران. مجله حکیم، ۱۳۸۱، سال پنجم، شماره ۱، صفحات ۱۰-۱.

[۱۰] یعقوبی نورالله، نصر مهدی، شاه‌محمدی داود. بررسی

اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستائی شهرستان صومعه‌سرای گیلان. فصل‌نامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال دوم، شماره ۴، صفحات ۶۵-۵۵.

[11] Bahar E, Henderson AS, Mackinnon AJ, An epidemiological study of mental health and

health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med*, 1987; 17: 227- 41.

[26] Von Korff M, Nestadt G, Romanoski A, Antony J, Eaton W, Merchant A, et al. Prevalence of treated and untreated DSM-III schizophrenia in two stages community survey. *J Nerv Ment Dis*, 1985; 173: 577-81.

[27] Weissman MM, Mayers JK, Harding PS, Psychiatric-disorders in a U.S urban community. *Am J Psychiatry*, 1978; 135: 456- 62.

Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1999; 34: 410-5.

[24] Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG, McKinnon DF, Edwin D, Folstein SE, De Paulo JR. Diagnostic reliability of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2002; 59: 736-40.

[25] Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, Aldama J, Samaniego Rodriguez C, Menedez Arango J, et al. A community mental