

بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال شهری و روستایی شهرستان بروجن

شمسعلی خسروی*

چکیده:

بر اساس تحقیقات سالهای اخیر میزان شیوع اختلالات روانی در سراسر جهان رو به افزایش است. طبق آمارهای منتشره از طرف سازمان بهداشت جهانی (World health organization=WHO) بیش از نیم میلیارد نفر از جمعیت سراسر جهان در سنین مختلف از بیمارهای شدید و خفیف روانی، عقب ماندگی های ذهنی، صرع و دمانس رنج می برند. شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است و بررسیهای همه گیرشناسی می تواند در تعیین حجم مشکل، پیشگیری و درمان این گونه بیمارها نقش مهمی داشته باشد. در این تحقیق میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال مناطق شهری و روستایی شهرستان بروجن (N=۴۵۰) در راستای طرح تحقیقاتی سلامت برای همه (Health for all) به شیوه نمونه گیری تصادفی سیستماتیک و با استفاده از آزمون SCL-90-R (Symptom checklist-Revised) و مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد ۱۸/۳۳ درصد از افراد مورد بررسی دچار انواع اختلالات روانی بودند. میزان شیوع اختلالات خلقی در مردان ۶/۳۱ درصد و در زنان ۱۵/۷۶ درصد، اختلالات اضطرابی در زنان ۵/۷۶ درصد و در مردان ۰/۵۲ درصد، اسکیزوفرنیا در زنان ۰/۷۶ درصد و در مردان ۱/۰۵ درصد، اختلالات روانی عضوی در زنان ۱/۱۵ درصد و در مردان ۰/۵۲ درصد، اختلالات شبه جسمی در زنان ۱/۱۵ درصد، اختلالات انطباقی در زنان ۰/۳۸ درصد و سایر ۰/۵۲ درصد بود در بین اختلالات خلقی افسردگی اساسی (Major depression) یک دوره و عود کننده با ۴/۶۶ درصد و در بین اختلالات اضطرابی اختلال اضطراب منتشر (Free floating anxiety) با ۱/۵۵ درصد در هر دو جنس شیوع بیشتری داشته است. همچنین اختلالات روانی به طور معنی داری در زنان بیشتر از مردان، در افراد بی سواد و کم سواد بیشتر از افراد با سواد و در گروه سنی ۲۵-۴۴ سال بیشتر از سایر سنین بود. در افراد متأهل و دوباره ازدواج کرده، زنان خانه دار، افراد خانواده های پر جمعیت و بازنشستگان شیوع بیشتری داشت. با توجه به نتایج فوق و مطالعات سالهای اخیر که به منظور تعیین حجم مشکل و محاسبه شاخصهای بهداشت روانی در نقاط مختلف کشور صورت گرفته می باشد مشکلات روانی به عنوان یکی از زمینه های مهم در خدمات بهداشتی درمانی مورد توجه خاص قرار گیرد.

واژه های کلیدی: همه گیر شناسی، اختلالات روانی، بروجن.

مقدمه:

تأمین سلامتی اقشار مختلف جامعه یکی از مهم ترین مسائل اساسی هر کشور است که بایستی آنرا از سه دیدگاه جسمی، روانی، اجتماعی مورد توجه قرار داد. طبق آمارهای منتشره از طریق WHO، حداقل ۵۲

* عضو هیأت علمی گروه بهداشت - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد - رحمتیه - دانشکده پزشکی - گروه بهداشت - تلفن: ۰۳۸۱-۳۳۳۵۶۵۴ - داخلی ۳۳۹۹

مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی صورت گرفته شیوع اختلالات روانی ۱۷ درصد (۴)، ۱۲/۵ درصد (۲) و ۱۶/۶ درصد (۳) در جمعیت مورد مطالعه گزارش گردیده است که با توجه به افزایش بیماران روانی و زیانهای مالی و معنوی اختلالات روانی انجام اقدامات پیشگیرانه برای تمامی کشورهای جهان و به خصوص کشور ما امری ضروری است.

مطالعه حاضر با هدف بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در جمعیت مناطق شهری و روستایی بالای ۱۵ سال شهرستان بروجن و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک همچون وضعیت تأهل، سن، جنس، میزان سواد، تعداد افراد خانواده و منطقه جغرافیایی صورت گرفته که با توجه به مطالعات سالهای اخیر (۴،۳،۲) و تأکیدی که به منظور محاسبه شاخصهای بهداشت روانی در نقاط مختلف کشور به ویژه مناطق شهری وجود داشته انجام شد.

مواد و روشها:

در این پژوهش جمعیت شهری و روستایی بروجن در استان چهارمحال و بختیاری مورد بررسی قرار گرفت. نمونه مورد مطالعه به روش تصادفی سیستماتیک از بین خانوارهای شهری و روستایی انتخاب گردیدند. برای انتخاب نمونه، پروندههای خانوار شهری و روستایی بر اساس سر شماری پایان سال ۷۲ در مراکز بهداشتی درمانی لیست و چارچوب نمونه گیری تهیه شده سپر تعداد نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول حجم نمونه معین گردید. عدد فاصله نمونه گیری مشخص شد و ۵۰ خانوار با استفاده از عدد تصادفی انتخاب گردیدند. در این مطالعه تعداد کل زنان ۲۶۰ نفر (۸/۵۷٪) و مردان ۱۹۰ نفر (۲/۴۲٪) بود. اطلاعات از طریق اجراء آزمون SCL-90-R جهت غربال گری اولیه و همچنین انجام مصاحبه بالینی و تکمیل فرم روان پزشکی از افراد مشکوک به بیماری و ارزیابی تشخیص بر اساس طبقه

میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف از بیماریهای شدید روانی همچون اسکیزوفرنیا، ۱۵۰ میلیون نفر از اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر از عقب ماندگی های ذهنی، ۵۰ میلیون نفر از صرع و ۳۰ میلیون نفر از دمانس رنج می برند. طبق همین گزارشات میزان شیوع آن در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است در حالی که در برنامه ریزیهای توسعه اجتماعی - اقتصادی پایین ترین اولویت به آن داده می شود (۲۲) در مروری بر مطالعات همه گیر شناسی اختلالات روانی در کشورهای آسیایی و اروپایی از سال (۱۹۶۷-۱۹۳۹) در نوند این مطالعات را به سه دوره تقسیم می کند: دوره اول که محققین در زمینه بیماریابی در جامعه به گزارشات بیمارستانی و پرونده بیماران متکی بوده اند. دوره دوم که یک نفر روان پزشک و تیم تحقیق با تمام افراد جامعه مصاحبه کرده اند. دوره سوم که مطالعات همه گیر شناسی بر اساس استفاده از وسایل و ابزارهای استاندارد جهت غربال گری و مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی (Diagnostic & statistical manual of DSM3R (mental disorder (3rd.ed) revised صورت گرفته که میانگین اختلالات روانی در ۱۶ بررسی دوره اول برابر با ۳/۶ درصد و در ۶۰ مطالعه دوره دوم ۲۰ درصد بوده است (۱۵).

علاوه بر این نتایج اندک مطالعات انجام شده در ایران نشان داد که میزان شیوع این اختلالات از سایر کشورها کمتر نیست (۴، ۶، ۱۱). از طرف دیگر موضوع بهداشت و خدمات درمانی در زمینه بیماریهای روانی در کشور ما نیز همانند بسیاری از کشورها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس آمارهای منتشره WHO حدود ۱/۵ از تمامی ناتوانیها به علت اختلالات روانی، روانی - اجتماعی و عصبی بوده و این موارد ۱/۵ از کل مراجعین به مراکز بهداشتی عمومی را تشکیل می دهند (۵، ۶). با مروری بر مطالعات انجام شده در سالهای اخیر در ایران که با استفاده از ابزارهای استاندارد جهت غربال گری و

بندی توسط دو نفر پزشک دوره دیده و روان‌پزشک فراهم گردید.

آزمون SLC-90-R دارای ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علایم روانی توسط Derogatis (۱۴) معرفی شده و پس از تجزیه و تحلیل‌های روان‌سنجی و تجربیات بالینی مورد تجدید نظر قرار گرفته و فرم نهایی آنها تهیه گردیده است (۱۴). ۹۰ ماده این آزمون، ۹ بعد شکایات جسمانی، و سواس اجباری، حساسیت در روابط متقابل، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی، افسردگی، پرخاشگری و اضطراب را شامل می‌گردد. نمره گذاری و تجزیه و تحلیل این آزمون بر اساس ۳ شاخص کلی علایم مرضی (Global Severity Index=GSI)، معیار ضریب ناراحتی (Positive Symptom Distress Index=PSDI) و جمع علایم مرضی (Positive Symptom Total=PST) صورت می‌گیرد. در این مطالعه به منظور یکنواختی و اجراء، ۱۰ نفر کاردان مبارزه با بیماریها به عنوان پرسشگر و ۳ نفر کارشناس بهداشت روانی به عنوان ناظر انتخاب گردیدند که طی آموزش کارگاهی و ایفای نقش برای نحوه برقراری ارتباط و تکمیل پرسشنامه آموزش داده شدند. در بررسی اعتبار و پایایی آزمون که بر روی ۷۸۰ نفر افراد سالم از اهالی روستاهای حومه شیراز و ترکمن صحرا و ساکنان تهران انجام شده است میانگین کلی ضریب علایم مرضی GSI نمونه مورد مطالعه ۰/۴ بوده که در این پژوهش به عنوان نقطه برش پذیرفته شده است (۸). پس از محاسبه GSI افرادی که دارای GSI بزرگتر یا مساوی ۰/۴ بودند به عنوان افراد مشکوک وارد مرحله ارزشیابی بالینی گردیدند.

پس از مشخص نمودن افراد بیمار احتمالی بر اساس فرم مصاحبه بالینی و روان‌پزشکی (۱۷) از آنان مصاحبه به عمل آمد متعاقباً تشخیص اختلال روانی با استفاده از نظر پزشک آموزش دیده شهرستان بر اساس DSM3R صورت گرفت. سپس فرم مصاحبه بالینی روان‌پزشک تألیف دکتر داویدیان (۴) بر روی افراد مذکور توسط

پژوهنده و کارشناسان بهداشت روانی اجراء، سپس موارد توسط روان‌پزشک استان بر اساس DSM3R (۱۰) مورد نائید نهایی قرار گرفتند. به منظور ارزیابی پایایی آزمون با استفاده از روش باز آزمایی، ۱۰ درصد از نمونه مورد مطالعه (۴۵ نفر) بطور تصادفی انتخاب و یک هفته پس از آزمون اولیه مجدداً ارزیابی گردیدند. جهت تعیین اعتبار تشخیصی حساسیت و کارایی آزمون بعد از مشخص شدن افراد مشکوک به بیماری با GSI بیشتر از ۰/۴ (۸۶ نفر)، از بین افرادی که بر اساس آزمون اختلالی نداشته‌اند ۸۶ نفر دیگر جهت کنترل با استفاده از انتخاب تصادفی مورد ارزیابی و تشخیص قرار گرفته‌اند. داده‌های این تحقیق با استفاده از روشهای آمار توصیفی گزارش گردیده است و در آزمون فرضیه‌ها از آزمون t و در ارتباط با عوامل دموگرافیک از آزمون χ^2 استفاده شده است.

نتایج:

در این بررسی تعداد کل زنان ۲۶۰ و مردان ۱۹۰ نفر بود. اطلاعات مربوط به میزان شیوع انواع اختلالات روانی و تشخیص روان‌پزشک بر مبنای DSM3R به تفکیک جنس در جدول شماره ۱ آورده شده‌است. میزان شیوع اختلالات روانی در زنان ۱۴/۶۳ و در مردان ۳/۷۷ درصد بود که میزان شیوع این اختلالات در زنان نسبت به مردان ۳/۸۸ برابر می‌باشد. همچنین میزان اختلالات خلقی در زنان نسبت به مردان ۳/۴۲ برابر و اختلالات اضطرابی ۱۵/۱۳ برابر به دست آمد. نتایج پژوهش نشان داد که در گروه مطالعه میزان اختلالات روانی در گروه سنی ۲۵-۴۴ سال ۴۶/۶۴ درصد، در افراد بیسواد و کم سواد ۵۳/۰۱ درصد، در افراد متأهل ۸۱/۹۲ درصد، در زنان خانه‌دار ۷۵/۹۰ درصد، در خانواده‌های ۵ نفره و بیشتر ۶۲/۶۵ درصد بود. همچنین با توجه به بررسی ارتباط بین عوامل دموگرافیک و میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه مورد مطالعه نتایج نشان

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی افراد نمونه مورد مطالعه به تفکیک نوع بیماری و جنسیت

نوع بیماری بر اساس طبقه بندی	زن		مرد		کل	درصد
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
اختلال اضطراب						
اختلال اضطراب منتشر	۷	۲/۶۹	-	-	۷	۱/۵۵
اختلال اضطراب	۲	۰/۷۶	۱	۰/۵۲	۳	۰/۶۶
اختلال وسواسی اجباری (با نورو وسواس)	۳	۱/۱۵	-	-	۳	۰/۶۶
اختلال هراس بدون گذر هراسی	۱	۰/۳۸	-	-	۱	۰/۲۲
اختلال هراس بدون سابقه حملات هراسی	۱	۰/۳۸	-	-	۱	۰/۲۲
اختلال هراس با گذر هراسی	۱	۰/۳۸	-	-	۱	۰/۲۲
جمع	۱۵	۵/۷۶	۱	۰/۵۲	۱۶	۳/۵۳
اختلالات خلقی						
اختلال افسردگی	۱۰	۳/۸۴	۲	۱/۰۵	۱۲	۲/۶۶
افسردگی اساسی (یک دوره و عود کننده)	۱۶	۶/۱۵	۵	۲/۶۳	۲۱	۴/۶۶
دیس تاپمی (نورو افسردگی)	۱۵	۵/۷۶	۵	۲/۶۳	۲۰	۴/۲۴
جمع	۴۱	۱۵/۷۶	۱۲	۶/۳۱	۵۳	۱۱/۷۶
عوامل روانی مؤثر بر شرایط جسمی						
عوامل روانی مؤثر بر شرایط جسمانی	۱	۰/۳۸	-	-	۱	۰/۲۲
اسکیزوفرنیا						
پارانوئید	۲	۰/۷۶	۱	۰/۵۲	۳	۰/۶۶
اختلال هذیانی (پارانوئید)	-	-	۱	۰/۵۲	۱	۰/۲۲
جمع	۲	۰/۷۶	۲	۱/۰۵	۴	۰/۸۸
اختلالات روانی عضوی مربوط به اختلالات یا شرایط فیزیکی						
اختلال خلقی عضوی	۲	۰/۷۶	۱	۰/۵۲	۳	۰/۶۶
اختلال عضوی اضطرابی عضوی	۱	۰/۳۸	-	-	۱	۰/۲۲
جمع	۳	۱/۱۵	۱	۰/۵۲	۴	۰/۸۸
اختلالات شبه جسمی						
اختلال سوماتیره شدن	۳	۱/۱۵	-	-	۳	۰/۶۶
اختلال انطباق						
اختلال انطباق همراه با خلق افسرده	۱	۰/۳۸	-	-	۱	۰/۲۲
شرایط غیر قابل انتساب به اختلال روانی						
داغدیدگی بدون عارضه	-	-	۱	۰/۵۲	۱	۰/۲۲
جمع کل	۶۶	۱۴/۶۶	۱۷	۳/۷۷	۸۳	۱۸/۳۳

تعداد زنان ۲۶۰ و مردان ۱۹۰ نفر بود.
- بدون علامت بود.

اختلالات روانی و بعد خانوار و اختلالات روانی با
($P > 0/05$) ارتباط معنی داری وجود دارد.

داد که بین جنس و اختلالات روانی، سن و اختلالات
روانی، میزان سواد و اختلالات روانی، وضع تأهل و

جدول شماره ۲: مقیاسهای نه گانه آزمون SCL-90-R بر روی افراد مورد مطالعه

جنسیت	زن	مرد	کل	افراد سالم در پژوهش فعلی	افراد بیمار در پژوهش فعلی	مقیاسهای نه گانه مقیاسها
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
	۰/۴۵±۰/۴۵	۰/۴۵±۰/۴۲	۰/۴۵±۰/۴۴	۰/۳۱±۰/۲۶	۱/۰۸±۰/۴۸	شکایات بدنی
	۰/۴۱±۰/۳۸	۰/۳۷±۰/۴۰	۰/۳۹±۰/۳۹	۰/۲۶±۰/۲۳	۰/۹۷±۰/۴۱	وسواس-اجبار
	۰/۳۴±۰/۳۷	۰/۳۰±۰/۳۴	۰/۳۲±۰/۳۶	۰/۲۱±۰/۱۹	۰/۷۹±۰/۴۹	حساسیت در روابط متقابل
	۰/۴۵±۰/۴۰	۰/۴۳±۰/۳۹	۰/۳۹±۰/۴۰	۰/۳۰±۰/۲۱	۱/۰۶±۰/۴۱	افسردگی
	۰/۴۴±۰/۴۹	۰/۴۲±۰/۳۹	۰/۴۳±۰/۴۵	۰/۲۷±۰/۲۵	۱/۱۰±۰/۵۱	اضطراب
	۰/۲۶±۰/۳۹	۰/۲۳±۰/۳۳	۰/۲۵±۰/۳۷	۰/۱۶±۰/۲۱	۰/۶۵±۰/۵۷	پرخاشگری
	۰/۱۷±۰/۲۹	۰/۱۶±۰/۲۷	۰/۱۷±۰/۲۹	۰/۱۰±۰/۱۷	۰/۴۵±۰/۴۵	ترس مرضی
	۰/۵۰±۰/۴۷	۰/۴۳±۰/۳۳	۰/۴۷±۰/۴۲	۰/۳۹±۰/۳۱	۰/۸۱±۰/۵۹	افکار پارانوئید
	۰/۲۳±۰/۳۰	۰/۲۲±۰/۲۶	۰/۲۲±۰/۲۸	۰/۱۴±۰/۱۵	۰/۵۹±۰/۴۰	روان پریشی
	۰/۳۶±۰/۳۹	۰/۳۳±۰/۳۵	۰/۳۵±۰/۳۸	۰/۲۴±۰/۲۲	۰/۸۳±۰/۴۸	GSI*
	۲۱/۳۲±۱۴/۶۹	۲۱/۱۴±۱۷/۱۲	۲۱/۲۳±۱۵/۶۸	۱۲/۸۵±۱۰/۷۹	۲۹/۶۵±۲۱/۳۴	PST**
	۱/۱۵±۰/۳۶	۱/۰۴±۰/۴۵	۱/۰۹±۰/۴	۱/۴±۰/۳۵	۱/۹۴±۰/۴۷	PSDI***

با توجه به نتایج به دست آمده در پاسخگویی به آزمون SCL-90-R در مرحله اول ۸۶ نفر به عنوان بیمار شناسایی گردیدند و بقیه سالم بودند، که مجدداً توسط روان پزشک و به روش بالینی مورد بررسی قرار گرفتند.

* GSI= Global Severity Index

** PSDI= Positive Symptom Distress Index

*** PST= Positive Symptom Total

آزمون مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج حاصل از مصاحبه ضریب همبستگی پیرسون برابر ۰/۹۲ بود که از نظر آماری معنی دار است. به منظور بررسی اعتبار تشخیصی از مجموع ۸۶ نفر مشکوک به بیماری بر اساس آزمون SCL-90-R طبق تشخیص روان پزشک از این موارد ۳ نفر سالم و علاوه بر این از ۳۶۴ نفر که بوسیله آزمون SCL-90-R سالم تشخیص داده شده بودند ۸۶ نفر انتخاب که مجدداً توسط روان پزشک ارزیابی و ۶ نفر با توجه به علایم دچار بیماری بوده بر این اساس حساسیت، ویژگی، کارایی، آزمون به ترتیب

مقیاسهای نه گانه آزمون SCL90R بر روی افراد مورد مطالعه به منظور تعیین تفاوت بین میانگین مقیاسهای نه گانه و ضریب کلی علایم مرضی نمرات حاصل از اجرای آزمون بین مردان و زنان با استفاده از آزمون ۲ مستقل نشان داد که اختلافات مشاهده شده در سطح ۹۹ درصد در کلیه میزانهای آزمون به جز میزانهای ترس مرضی، شکایات بدنی، اضطراب، پرخاشگری، روان پریشی معنی دار است (جدول شماره ۲). به منظور بررسی ضریب پایایی آزمون با روش باز آزمایی ۱۰ درصد نمونه مورد مطالعه یک هفته بعد از اجراء اولین

جدول شماره ۳: درصد علایم بر اساس فرم مصاحبه روان پزشکی در افراد بیمار شهرستان بروجن

ردیف	مورد	درصد
۱	فراموشی	۸۸٪
۲	سردرد - خستگی پذیری	۷۷٪
۳	درد اندام، درد پشت، گریه کردن، احساس گرفتگی گلو، احساس گزگز شدن	۶۶٪
۴	تعییق، خستگی دهان، بیقراری، افکار نا امید کننده، دلشوره، پایین بودن اعتماد به نفس، روحیه گرفته	۵۹٪
۵	تنگی نفس، نبش قلب، لرزش اندام، تشدید واکنش از جا پریدن، خلق افسرده، پرخواهی یا بی خواهی، کاهش علاقه، احساس ناامیدی	۵۳٪
۶	درد مفاصل، نفخ، احساس سرگیجه، تنش عضلانی، احساس درماندگی	۴۲٪
۷	درد فسه سینه، سوزش معده، تهوع، درد معده، سوزش ادرار، قاعدگی دردناک، ترس از اتفاق ناگوار، کاهش اشتها، کاهش وزن، افکار خودکشی	۳۲٪
۸	ناری دید، ناتوانی دفع، تکرار ادرار، افکار وسواسی، کاهش میل جنسی	۲۶٪
۹	استفراغ، دل درد، احساس ضعف و از حال رفتن، دردهای فاعدگی نامنظم، ترسهای ساده، تجربه حوادث نرومانیک، حواس پرتی	۱۹٪
۱۰	ترس از صحبت در حضور جمع، اعمال وسواسی، ترس از مرگ	۱۱٪
۱۱	نوبه، هذیان، اختلال حافظه	۶٪

(۴)، در میبد یزد ۱۲/۵ درصد (۲)، در استرالیا ۱۶/۳۳ و ۱۶/۹ درصد (۲)، در تحقیق مؤسسه ملی بهداشت روانی نیوهون (۱۶/۹ درصد) (۲) مطابقت دارد. احتمالاً وجود تفاوت‌های مختصر مشاهده شده به دلیل تفاوت در گروه سنی انتخاب شده برای تحقیق و شیوه بیماریابی و بررسی به صورت استفاده از گزارش مراکز بیمارستانی، اطلاع دهندگان کلیدی، بررسی موردی روان پزشکی با تیم تحقیق و مصاحبه با تمام افراد جامعه و با استفاده از وسایل و ابزارهای متعدد استاندارد جهت غربالگری و مصاحبه بالینی و یا وضعیت اقتصادی و اجتماعی و مناطق و استفاده از طبقه بندیهای گوناگون برای تشخیص گذاری و ترکیب جمعیتی، زمان اجرای پژوهش و غیره در گروه مورد مطالعه بوده است. در مطالعه حاضر

۱۰/۹۳، ۵۰/۹۶ و ۰/۹۴ بود. بر اساس نتایج بدست آمده از چگونگی مراجعه بیماران در اولین مراجعه ۳۰/۲ درصد پزشکان عمومی، ۶۰/۲ درصد به پزشک عمومی و روان پزشکی و فقط ۱۳/۲۵ درصد به روان پزشکی در اولین بار مراجعه داشته‌اند. درصد فراوانی علایم بیماری بیماران بر اساس فرم مصاحبه روان پزشکی در جدول شماره ۳ آورده شده است.

بحث:

میزان شیوع اختلالات روانی در این مطالعه ۱۸/۳۳ درصد بود که با نتایج بررسیهای انجام شده توسط سایر محققین در مناطق روستایی شیراز، خوزستان به ترتیب ۱۱/۹ و ۱۴/۹ درصد (۱۱) در مناطق رودسر ۱۷ درصد

شایع‌ترین اختلالات مربوط به اختلالات افسردگی و اضطراب بوده است که با نتایج پژوهش سایر محققین (۲۳،۱۲،۳،۲) همخوانی دارد.

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در گروه سنی ۲۵-۴۴ سال، در سنین باروری و میان‌سالی بیشتر از سایر گروه‌های سنی می‌باشد که این نتیجه با نتایج تحقیق سایر پژوهندگان (۲۳،۲۱،۲۰،۱۶،۴،۲) مشابهت دارد. همچنین نتایج نشان داد که با افزایش سن میزان شیوع اختلالات روانی کاهش می‌یابد و این کاهش با نتایج اکثر تحقیقات انجام شده در کشورهای در حال توسعه مطابقت دارد (۲۳،۲۱،۱۶،۴،۲) در حالی که در بررسی‌های انجام شده در کشورهای پیشرفته (۱۸) میزان شیوع این اختلالات با افزایش سن بیشتر مشاهده شده است که افزایش آن در کشورهای پیشرفته می‌تواند به دلیل وجود افراد بسیار مسن و طبعاً بروز اختلال روانی بیشتر در آنان باشد.

در این تحقیق همانند تحقیقاتی نظیر (۲۱،۱۹،۴،۳،۲) میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیشتر از مردان بود که با توجه به نتیجه‌گیری کلیه محققین ذکر شده می‌تواند به دلیل زایمانهای مکرر زنان و در نتیجه افزایش جمعیت خانوار، کار سنگین به ویژه در مناطق روستایی، تغییرات هورمونی به ویژه در میان‌سالی و آستانه یائسگی، عهده‌دار بودن نقش خانه‌داری ضمن مشارکت در کار تولید از جمله کشاورزی، قالی‌بافی و دامپروری در روستاها، وجود فرهنگ مرد سالاری و محدودیتهای اجتماعی، شیوع نگرش منفی نسبت به دختران در مقایسه با پسران از آغاز تولد و نداشتن احساس تأثیرگذاری بر محیط و کنترل زندگی (۳). سر سختی کمتر زنان نسبت به مردان (۹) و موارد دیگر این گروه را در معرض استرسهای متعدد قرار می‌دهد. همچنین در این بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در افراد بیسواد و کم سواد همانند نتایج بدست آمده توسط

سایر محققین بیشتر از افراد با سواد بوده است (۲۳،۲۱،۱۳،۲) که با توجه به نتایج سایر محققین احتمالاً دلیل آن توانایی بیشتر افراد باسواد در دستیابی به اطلاعات و برقراری ارتباط و درک صحیح‌تر از واقعیت‌های موجود، رعایت بیشتر اصول بهداشت روانی و پیشگیری و درمان به هنگام و به کارگیری شیوه‌های مناسب رویارویی با استرسها می‌باشد (۲۳،۲۱،۱۳،۲). علاوه بر این نتایج نشان داد که شیوع اختلالات روانی در زنان خانه‌دار بیشتر بوده است که دلیل آن احتمالاً اشتغال مداوم زنان در خانواده و نداشتن ارتباط مؤثر با دیگران می‌باشد (۱) که این نتایج با تحقیقات (۲۳،۱۲) مطابقت دارد و مردان بازنشسته بیشتر از سایر گروه‌های شغلی دچار اختلال روانی گردیده‌اند که علت آن می‌تواند پایین بودن درآمد، کاهش فعالیت‌های روانی و حرکتی، پایین بودن تنوع محیطی، ضعف در برقراری تماس‌های اجتماعی، احساس کمتری و بی‌کفایتی، بی‌تفاوتی بیشتر نسبت به محیط و غیره باشد (۷).

همچنین در این بررسی اختلالات روانی در افراد متأهل و دوباره ازدواج کرده بیشتر از افراد مجرد و بیوه بود که این نتیجه با نتایج تحقیق (۲۳) مطابقت دارد در حالی که این میزان در تحقیق (۲۰) در ایالات متحده در افراد مطلقه یا جدا شده و در تحقیقات (۲۱،۱۶) در افراد مجرد بیش از افراد متأهل بوده و دلیل شیوع در افراد متأهل در این پژوهش احتمالاً به دلیل پایین بودن سن ازدواج و وجود خانواده پر جمعیت به ویژه در مناطق شهری و روستایی بوده است. با توجه به اعتبار تشخیصی و پایایی آزمون و مقایسه نتایج بدست آمده از اجراء آزمون و بررسی بالینی نتایج نشان داد که این آزمون می‌تواند به عنوان یک وسیله غربال‌گری تشخیصی در مطالعه همه‌گیر شناسی اختلالات روانی بطور مؤثری بکار رود. از مشکلات موجود در این مطالعه همانند سایر مطالعات همه‌گیر شناسی، نحوه نمونه‌گیری، تکنیک‌های مورد استفاده جهت بیماریابی،

صورت پذیرد، بر گسترش طرح ادغام بهداشت روانی با توجه به جنبه‌های آموزشی آن تأکید و در زمینه علت شناسی و علامت‌شناسی مطالعاتی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی:

با تشکر از همکاری سرکار خانم دکتر فرشته مجلسی و شادروان جناب آقای دکتر داود شاه محمدی و جناب آقای باقری و خانم‌ها حقیقت و امینی که در امر اجرای مراحل مختلف طرح با اینجناب مساعدت نمودند.

طبقه‌بندی و تشخیص‌گذاری می‌باشد. علاوه بر این در سؤالات آزمون با توجه به مسائل فرهنگی پاسخ به سؤالات امور جنسی خیلی قابل اعتماد نیست و طرح آن برای افراد مجرد مشکل است. از دیگر محدودیت‌های آزمون عدم توانایی در تشخیص اختلالات روانی افراد زیر ۱۵ سال می‌باشد علاوه بر این برای تشخیص اختلالات مغزی و عقب ماندگی ذهنی قابلیت استفاده ندارد. پیشنهاد می‌گردد با توجه به محدودیت‌های موجود و تفاوت‌های فرهنگی در جهت ارزیابی دقیق‌تر میزان شیوع اختلالات روانی مطالعات در سایر نقاط کشور

منابع:

- ۱- اشرف‌السادات موسوی. عملکرد نظام خانواده و بهداشت روانی اعضای خانواده. فصل نامه اندیشه و رفتار، ۶(۲۳:۲۲): ۹۶-۸۷، ۱۳۷۹.
- ۲- باقری یزدی عباس. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۲.
- ۳- بهادر خان جواد. بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۲.
- ۴- داوودیان هاراطون؛ ایزدی سیروس؛ وارتنکس نهایان؛ معتبر منصور. بررسی مقدماتی شیوع بیماری‌های روانی در منطقه بحر خزر شهرستان رودسر سال ۱۳۵۰، مجله بهداشت ایران، ۳(۴): ۵۶-۱۴۵، ۱۳۵۳.
- ۵- سارتریوس نرمان. برنامه‌های بهداشت روانی (مفاهیم اصول) ترجمه دکتر داود شاه محمدی؛ حسن پالاهنگ؛ نوراله یعقوبی. چاپ اول. تهران: مجمع علمی و فرهنگی مجد، ۳، ۱۳۷۲.
- ۶- شاه محمدی داود. طرح تحقیقاتی ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی (مناطق روستایی شهرستان شهرکرد) اداره کل مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیر واگیر تهران، ۴-۵، ۱۳۶۸.
- ۷- صادقی خیراله. بررسی همه گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه، فصل نامه اندیشه و رفتار ۶(۲۳:۲۲): ۲۵-۱۶، ۱۳۷۹.
- ۸- میرزایی رفیه. ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روان‌شناسی و علوم رفتاری: دانشگاه تهران، ۱۳۵۹.
- ۹- ویسی مختار. تأثیر استرس‌های شغلی و سلامت روان اثر تعدیل کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. مجله اندیشه و رفتار، ۶(۲۳:۲۲): ۷۶، ۱۳۷۵.
- 10- American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised). APA Copy Right, 3rd ed. Washington D.C: USA, 35-330, 1989.
- 11- Bash KW.; Liechti J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the khuzestan - province, Iran social psychiatry, 4. 137-43, 1969.
- 12- Barret JE.; Barret JA.; Oxman TE.; Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorder in a practice. Arch Gen Psychiatry, 45: 1100-6, 1988.
- 13- Cooper B.; Shepherd M. Epidemiological and abnormal psychology. In: Eysenck HJ (eds.). Handbook of abnormal psychology: From Pitnoan Medical. London: UK, 34-65, 1973.

- 14- Derogatis LR. *Sci-90-R: administration, scoring and procedures manual 2 clinical psychometric research: From John Hopkins University Press, Baltimore: USA, 1-43, 1977.*
- 15- Dohrenwend BP.; Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *Am J Public Health, 72: 1271-9, 1982.*
- 16- Dube KC. A study of prevalence and biosocial variables in mental illness in rural and an urban community in uttarpradesh India. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 46: 327-32, 1970.*
- 17- Kaplan HL.; Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry fifth edition baltimore: From Williams & Wilkins Company. 160-63, 1989.*
- 18- Lehtinen V. Prevalence of mental disorders among adults in finland. *Acta Psychiatry Scand, 81: 418-25, 1990.*
- 19- Lin TA. Study of the incidence of mental disorders in chinese and other cultures. *Psychiatry, 16: 313-18, 1953.*
- 20- Rennie TAC.; Srole L.; Opler MK.; langer TS. Urban life and mental health. *Am J Psychiatry, 113: 831-7, 1997.*
- 21- Regiel DA.; Goldberg ID.; Taube EN. The defacto U.S mental health services system. *Arch Gen Psychiatry, 35: 688-94, 1978.*
- 22- WHO organization of mental health services indeveloping countries sixteen report of WHO.
- 23- Vergheese A.; Beig A.; Senseman LA.; Rao SS.; et al. A social and psychiatric study of representative group of families in vellore town. *Indian J Med Res, 61: 608-20, 1973.*