



همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز اصفهان

عبدالله... امید،*، اعظم طباطبایی**، سید علی سازور***، دکتر گودرز عکاشه****

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر جامعه شهری شهرستان نطنز اصفهان بود.

روش: این پژوهش از نوع گذشته‌نگر، مقطعی و زمینه‌یابی است. با استفاده از پرونده‌های موجود در شبکه بهداشتی-درمانی، ۶۵۰ خانواده به‌طور تصادفی نظام‌مند و به تفکیک زن و مرد تعیین شدند. سپس در دو مرحله داده‌ها گردآوری شد: در مرحله اول، ۶۵۰ نفر با انتخاب تصادفی یک نفر از هر خانواده با آزمون GHQ-28 مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله دوم، ۶۲ نفر از مردان و ۱۰۷ نفر از زنان که نمره بالاتر از نقطه برش به‌دست آورده بودند با استفاده از فهرست بازبینی مصاحبه بالینی، بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: این پژوهش نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانی، در مردان ۱۷/۲٪ و در زنان ۳۱/۳٪ می‌باشند. در این پژوهش ارتباط معنی‌داری میان سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و سابقه بیماری در خانواده با ابتلا به اختلال‌های روانی به‌دست آمد. اختلال کج‌خلقی با بالاترین میزان شیوع (۵/۸٪) و سپس اختلال اضطراب منتشر با ۵/۳٪ و اختلال افسردگی با ۳/۳٪ شایع‌ترین اختلال‌ها بودند.

نتیجه: این بررسی شیوع اختلال‌های روانی را در شهر مورد بررسی (۲۴/۲٪) بالاتر از یافته‌های سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهد.

کلید واژه: همه‌گیرشناسی، اختلالات روانی، نطنز، پرسشنامه GHQ-28

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان، کاشان، خیابان شهید رجایی، پاساژ مشفق، طبقه دوم، مرکز خدمات مشاوره‌ای کاشان (نویسنده مسئول).
** کارشناس روان‌شناسی، تهران، خیابان خزانه بخارایی، فلکه دوم، بیمارستان آیت‌الله کاشانی.
*** کارشناس روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کاشان، کاشان، خیابان اباذر، بیمارستان اخوان، گروه روانپزشکی.
**** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کاشان، کاشان، خیابان اباذر، بیمارستان اخوان، گروه روانپزشکی.

مقدمه

بهداشت افراد جامعه از مهم ترین مسائل اساسی هر کشور به شمار می رود که می بایست آن را از سه دیدگاه جسمی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار داد. اختلال های روانی، از مشکلات جدی و شایع سلامتی به شمار می روند که نزدیک به ۲۰٪ از کل مراجعان به مراکز بهداشتی عمومی در جهان را تشکیل می دهند (سارتوریوس^۱، ۱۹۹۲).

هم چنین بنا بر گزارش سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۳) دست کم ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف دچار بیماری های شدید روانی، همچون اسکیزوفرنیا و ۱۵۰ میلیون نفر دچار اختلال های روان نژندی هستند که بیشترین موارد در کشورهای رو به رشد دیده می شود.

مروری بر بررسی های همه گیرشناسی، که طی سه دهه گذشته انجام شده، نشان می دهد که میزان شیوع اختلال های روانی در کشورها و فرهنگ های مختلف به علت تفاوت در روش های نمونه گیری، تنوع ابزارهای به کار گرفته شده، شیوه های گوناگون مصاحبه و ملاک های طبقه بندی، متفاوت گزارش شده است. میزان شیوع اختلال ها در بررسی هایی، که به کمک پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۲ انجام شده است، متفاوت است. از جمله ۷/۳٪ (هادیامونت^۳، پیر^۴ و سین^۵، ۱۹۷۸)، ۲۲٪ (استانسفلد^۶، گالاچر^۷، شارپ^۸ و یارنل^۹، ۱۹۹۱)، ۱۴٪ (چنگ^{۱۰}، ۱۹۸۸)، ۱۸٪ در مردان و ۳۳/۳٪ در زنان (رومنس-کلارکسون^{۱۱}، والتون^{۱۲}، هریسون^{۱۳} و مولن^{۱۴}، ۱۹۹۰)، ۸/۴٪ زنان شهری و ۶/۷٪ زنان روستایی (لهتین^{۱۵}، ۱۹۹۰)، ۱۷/۴٪ (بهار^{۱۶}، هندرسون^{۱۷} و مکینون^{۱۸}، ۱۹۹۲). ۲۰٪ بررسی های انجام شده در ایران همه گیرشناسی آن را در دامنه ای بین دست کم ۱۱/۷٪ (باش، ۱۳۴۲) تا ۴۳/۲٪ داویدیان، ایزدی، نهایتین و معتبر، ۱۳۵۳) گزارش کرده اند. نتایج سایر بررسی ها بین ۱۳ تا ۱۸/۵٪ در نوسان بوده است (باش،

۱۳۴۲؛ باقری یزدی، بوالهری، شاه محمدی، ۱۳۷۳؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ بهادرخان، ۱۳۷۲؛ کوبه، ۱۳۷۳؛ پالاهنگ، نصر، براهنی، شاه محمدی، ۱۳۷۵).

هدف کلی این پژوهش بررسی میزان شیوع اختلال های روانی در شهر نطنز اصفهان می باشد. افزون بر آن، پژوهش حاضر دارای چند هدف اختصاصی بوده است که به اختصار به چند مورد مهم آن اشاره می شود: ۱- تعیین سیمای بالینی اختلال های روانی در جامعه مورد بررسی؛ ۲- تعیین رابطه میان عوامل جمعیت شناختی و بیماری روانی در جامعه مورد بررسی؛ ۳- شناسایی افراد در معرض خطر.

روش

این پژوهش از نوع گذشته نگر، مقطعی و زمینه یابی است. جامعه آماری مورد بررسی را افراد ۱۵ سال و بالاتر مناطق شهری شهرستان نطنز در استان اصفهان تشکیل می دهند. نمونه مورد بررسی از سه بلوک شهری با مراجعه به پرونده های خانواده در مرکز شبکه بهداشت و به شیوه تصادفی نظام مند انتخاب شدند. بدین ترتیب که از ۶۷۵۳ پرونده موجود، ۶۵۰ نفر از افراد بالای ۱۵ سال انتخاب شدند. سایر ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی های پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

به منظور گردآوری داده های پژوهش از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و فهرست بازیابی مصاحبه بالینی براساس ملاک های تشخیصی DSM-IV استفاده شد.

1- Satorius

2- General Health Questionnaire

3- Hadiumont

4- Peer

5- Syben

6- Stansfeld

7- Gallacher

8- Sharp

9- Yarnell

10- Cheng

11- Romans-Clarkson

12- Walton

13- Herbison

14- Mullen

15- Lehtinen

16- Bahar

17- Henderson

18- Mackinon

گلدبرگ^۱ (۱۹۷۲) آزمون GHQ را برای سرنند بیماران روانی در مراکز درمانی و جامعه طراحی کرد.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات

عوامل جمعیت‌شناختی	جنسیت		
	مرد	زن	کل
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
سن			
۱۵-۴۴ سال	۲۸۵ (۸۷/۶)	۳۰۰ (۹۲/۳)	۵۸۵ (۹۰)
۴۵ سال به بالا	۴۰ (۱۲/۳)	۲۵ (۷/۶)	۶۵ (۱۰)
وضعیت تأهل			
متأهل	۱۸۶ (۵۷/۲)	۲۵۷ (۷۹)	۴۴۳ (۶۸/۱)
مجرد	۶۰ (۱۸/۴)	۱۳۵ (۴۱/۵)	۱۹۵ (۳۰)
میزان تحصیلات			
بی سواد و کم سواد	۱۳ (۴)	۴۱ (۱۲/۶)	۵۴ (۸/۳)
باسواد	۳۱۲ (۹۶)	۲۸۴ (۸۷/۳)	۵۹۶ (۹۱/۶)
وضعیت شغلی			
شاغل	۲۳۱ (۷۱)	۲۹ (۸/۹)	۲۶۰ (۳۶/۹)
غیر شاغل	۹۴ (۲۸/۹)	۲۹۷ (۹۱)	۳۹۰ (۶۰)
جمعیت خانواده			
۱-۴ نفر	۱۱۸ (۳۶/۳)	۱۶۵ (۵۰/۷)	۲۸۳ (۴۳/۵)
۵ نفر به بالا	۲۰۷ (۶۳/۶)	۱۶۰ (۴۹/۲)	۳۶۷ (۵۶/۴)
کل	۳۲۵ (۵۰)	۳۲۵ (۵۰)	۶۵۰ (۱۰۰)

آزمون اصلی از ۶۰ ماده تشکیل شده است. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸ و ۱۲ سؤالی می‌باشد که فرم ۲۸ ماده‌ای را گلدبرگ (۱۹۷۹) در اقدامی به منظور افزایش میزان واریانس و بر اساس تحلیل عاملی روی فرم اصلی تهیه کرد. این آزمون دارای ۴ مقیاس فرعی است که هر مقیاس ۷ ماده دارد. این مقیاس‌ها عبارتند از: (۱) مقیاس الف: نشانه‌های جسمانی؛ (۲) مقیاس ب: نشانه‌های اضطرابی؛ (۳) مقیاس ج: کارکرد اجتماعی؛ (۴) مقیاس د: نشانه‌های افسردگی.

بررسی‌های اعتباریابی GHQ-28 نشان‌دهنده روایی^۲ و پایایی^۳ بالای این پرسشنامه می‌باشد. ویلیامز^۴ و ویلیامز^۵ و راونزلی^۶ (۱۹۸۹) روی ۴۳ پژوهش، که این ابزار را به کار برده بودند، فراتحلیل انجام دادند و به حساسیت ۸۴٪ و متوسط ویژگی ۸۴٪ دست یافتند.

فهرست بازبینی مصاحبه بالینی براساس ملاک‌های تشخیص DSM-IV در پنج بخش نشانه‌های جسمانی، اضطرابی، خلقی، روانی عضوی و پسیکوتیک تنظیم شده است. برپایه بررسی‌های انجام شده، حساسیت کلی آن ۸۴٪ و ویژگی آن ۹۷٪ است. هم‌چنین پایایی این فهرست، براساس ضریب توافق بین دو مصاحبه‌گر در تشخیص موارد افسردگی و غیرافسردگی $K=0.84$ و برای اسکیزوفرنیا و غیراسکیزوفرنیا $K=0.78$ گزارش شده است (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵).

این فهرست طی پژوهشی با همکاری روانپزشکان گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (۱۳۷۸) دوباره منطبق شد و حساسیت کلی و ویژگی آن به ترتیب ۷۸٪ و ۹۲٪ و ضریب توافق آن $K=0.80$ برآورد شده است.

این پژوهش در دو مرحله انجام شد: (۱) غربالگری و (۲) مصاحبه تشخیصی.

در مرحله نخست، پژوهشگران و یک همکار (کارشناس روان‌شناسی) به کمک مصاحبه چهره به چهره با افراد مورد بررسی، پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه GHQ-28 را تکمیل و نمره‌گذاری می‌کردند.

در مرحله دوم، روان‌پزشک و کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که از نتیجه آزمون اطلاعی نداشتند با همه افرادی که در پرسشنامه GHQ-28 نمره‌ای بالاتر یا برابر نمره برش (۲۲ در مردان، ۲۳ در زنان) گرفته بودند و با استفاده از فهرست بازبینی مصاحبه بالینی مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی DSM-IV، مصاحبه و

1- Goldberg
3- reliability
5- Wilkinson

2- validity
4- Williams
6- Rawnsly

تشخیص مناسب برای آنان عنوان می‌شد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار EPI-5 بررسی و تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه مورد بررسی در جدول ۱ نشان داده شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، در مجموع ۲۴/۳٪ افراد مورد بررسی دچار اختلال روانی هستند؛ این میزان در زنان ۳۱/۳٪ و در مردان ۱۷/۲٪ می‌باشد.

جدول ۲- میزان شیوع انواع اختلال‌های روانی به تفکیک جنسیت در نمونه مورد بررسی

نوع بیماری بر حسب طبقه‌بندی DSM-IV	کد تشخیصی		
	مرد (%)	زن (%)	کل (%)
کلیه اختلالات روانی	۱۷/۲	۳۱/۳	۲۴/۲
شخصیت	۰/۹	۰/۳	۰/۶۱
واکنش سوگ	۰/۳	۰/۹	۰/۶۱
خودبیمارانگاری	۱/۵۳	—	۰/۷۶
اضطراب اجتماعی	۲/۵	۰/۶۱	۱/۵
کج خلقی	۳/۰۷	۸/۶	۵/۸
وسواس جبری	۰/۶۱	۱/۲	۰/۹۲
افسردگی اساسی	۱/۲	۵/۵	۳/۴
اضطراب منتشر	۲/۵	۸/۳	۵/۴
انزال زودرس	۰/۹	—	۰/۴۶
عوامل مؤثر بر وضعیت جسمانی	۱/۸	۰/۶	۱/۲
تطابقی	۱/۲	۲/۱	۱/۷
وابستگی مواد	۰/۶۱	—	۰/۳
استرس پس از ضربه	—	۰/۳	۰/۱۵
تبدیلی	—	۰/۹	۰/۴۶
جسمانی شدن	—	۱/۸	۰/۹۲
اسکیزوفرنیا	—	۰/۳	۰/۱۵
استرس حاد	—	۰/۳	۰/۱۵

هم‌چنین میزان شیوع اختلال کج خلقی بالاترین میزان شیوع، یعنی ۵/۸٪، را به خود اختصاص می‌دهد. پس از آن اختلال اضطراب منتشر با ۵/۳٪، اختلال افسردگی اساسی با ۳/۳٪ شایع‌ترین اختلال‌ها بودند. هم‌چنین اختلال‌های شخصیت، تطابقی، اضطراب اجتماعی، خودبیمارانگاری، واکنش سوگ، انزال زودرس، تبدیلی و وابستگی به مواد در ردیف‌های بعدی قرار گرفتند. در تمام اختلال‌ها به جز اختلال شخصیت، اختلال خودبیمارانگاری و اضطراب اجتماعی، میزان شیوع در زنان بیشتر از مردان بود.

جدول‌های ۳ و ۴ میزان شیوع اختلال‌های روانی را بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بر حسب جنس نشان می‌دهد.

جدول ۳- میزان شیوع اختلال‌های روانی در آزمودنی‌های پژوهش بر حسب سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، جمعیت خانوار

متغیرها	جنسیت		
	مرد (%)	زن (%)	کل (%)
گروه‌های سنی			
۱۵-۴۴ سال	۱۳/۲	۲۸/۶	۲۰/۹
۴۵ ساله و بیشتر	۴	۲/۸	۳/۳
وضعیت تأهل			
متاهل	۱۰/۵	۲۵/۹	۱۸/۱
مجرد	۶/۱	۴/۳	۳/۷
سطح تحصیلات			
بی سواد و کم سواد	۱/۵	۵/۵	۳/۵
با سواد	۱۵/۷	۲۵/۸	۲۰/۸
وضعیت شغلی			
شاغل	۹/۵	۲/۵	۶
غیر شاغل	۲۷/۱	۲۸/۹	۲۸
جمعیت خانوار			
۴-۱ نفر	۵/۲	۱۹/۴	۱۲/۳
۵ نفر و بیشتر	۲۹/۲	۱۲	۲۰/۶

جدول ۴- میزان شیوع اختلال‌های روانی برحسب نسبت خویشاوندی والدین، سابقه بیماری در فرد و سابقه بیماری در خانواده

متغیرها	جنسیت		
	مرد (%)	زن (%)	کل (%)
نسبت خویشاوندی والدین	۲۳	۳۲/۴	۲۸/۳
سابقه بیماری در فرد	۸/۹	۱۳/۷	۱۱/۳
سابقه بیماری روانی در خانواده	۳۹/۳	۱۲/۷	۲۶

زمان اجرای پژوهش، شیوه بیماریابی و سن افراد مورد بررسی باشد. میزان شیوع اختلال‌های روانی در پژوهش حاضر از میزان شیوع به‌دست آمده در بیشتر پژوهش‌هایی که با GHQ انجام شده است، بالاتر است، اما با بررسی‌های استان‌سفلد و همکاران (۱۹۹۱) در ولز با نرخ شیوع ۲۲٪، یعقوبی (۱۳۷۴) ۲۳/۸٪، پالاهنگ (۱۳۷۵) ۲۳/۷٪ و هولی فیلد^۱، کاتون^۲، اسپین^۳ و پل^۴ (۱۹۹۰) ۲۲/۷٪ همخوانی دارد.

در پژوهش حاضر همانند بیشتر بررسی‌های گزارش شده اختلال‌های افسردگی و اضطرابی شیوع بیشتری داشته‌اند. پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز چنین نتیجه‌ای را نشان می‌دهد. در این بررسی همانند بیشتر پژوهش‌های انجام شده همچون لیتون^۵، هاردینگ^۶، مک‌لین^۷، مک‌میلان^۸ و لیتون (۱۹۶۳)، رژیه^۹، بوید^{۱۰}، بورک^{۱۱}، رک^{۱۲}، مه‌یرز^{۱۳}، کرامر^{۱۴}، روینسون^{۱۵}، جورج^{۱۶}، کارنو^{۱۷} و لاک^{۱۸} (۱۹۷۸)، هولی فیلد و همکاران (۱۹۹۰)، لهتینن (۱۹۹۰)، داویدیان (۱۳۵۳)، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) میزان شیوع اختلال‌های روانی در زنان بیش از مردان بود که می‌توان علت آن را استرس‌های محیطی وارد بر آنان یا عوامل دیگر دانست.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، بالاترین میزان شیوع اختلال‌های روانی در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر همچون پژوهش‌های هادیامونت، پیر، سبین (۱۹۷۸)، قباش^{۱۹}، حمیدی^{۲۰} و بینگتون^{۲۱} (۱۹۹۲)، رومنس و همکاران (۱۹۹۰) باقری یزدی و

با توجه به این یافته‌ها درمی‌یابیم که: الف) شایع‌ترین اختلال‌های روانی در مردان و زنان در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال می‌باشد؛ ب) میزان شیوع اختلال‌ها به‌گونه‌ای معنی‌دار در افراد متأهل بیشتر از مجردها و به‌ویژه در زنان متأهل بیشتر از زنان مجرد است؛ ج) میزان شیوع اختلال‌های روانی به‌گونه‌ای معنی‌دار در دبیرستانی‌ها و دبیرمها بیشتر از افراد بی‌سواد و کم‌سواد است؛ د) میزان شیوع اختلال‌های روانی به‌طور معنی‌دار در زنان بیشتر از مردان می‌باشد.

هم‌چنین آزمون‌های دو نشان داد که میان ابتلا به اختلال روانی و متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، سابقه بیماری در فرد و خانواده رابطه معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از نظر آماری ارتباط معنی‌داری میان خانواده و اختلال‌های روانی وجود ندارد.

بحث

پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهند که بیماری روانی در دامنه‌ای بین ۱۱/۷٪ (باش، ۱۳۴۲) تا ۴۳/۲٪ (داویدیان و همکاران، ۱۳۵۳) در نوسان است.

مقایسه پژوهش‌های انجام شده در ایران با یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در این پژوهش (۲۴/۲٪) با بررسی‌های یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) تا حدودی همخوانی دارد؛ اما وجود تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از روش‌ها و ابزارهای به‌کار برده شده، شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی گوناگون،

1- Hollifield	2- Katon
3- Spain	4- Pule
5- Leighton	6- Harding
7- Macklin	8- MacMillan
9- Regien	10- Boyd
11- Burke	12- Rac
13- Meyers	14- Kramer
15- Robinson	16- George
17- Karno	18- Locke
19- Ghubash	20- Hamidi
21- Bebbington	

همکاران (۱۳۷۳)، جاویدی (۱۳۷۲)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد متأهل بیشتر است. شاید دلیل آن را بتوان عوامل استرس‌زای اقتصادی- اجتماعی وارد بر افراد متأهل مانند کسب درآمد و اداره زندگی و رسیدگی به امور فرزندان نسبت داد.

یافته‌ها نشان می‌دهند که میزان اختلال‌ها در افراد دارای دیپلم و دانش‌آموزان دبیرستانی بیشتر از افراد دارای سطح تحصیلات دیگر و افراد بی‌سواد و کم‌سواد است. یافته‌های پژوهش هم‌چنین نشان‌دهنده آن است که اختلال‌های روانی در زنان خانه‌دار و کارگران بیشتر از بقیه افراد می‌باشد. هم‌چنین بین داشتن اختلال روانی و جمعیت خانوار رابطه معنی‌داری پیدا نشد. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهشی بهادرخان (۱۳۷۲) و کوبه (۱۳۷۲) همسو می‌باشد. اما پژوهش‌های باقری‌یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، جاویدی (۱۳۷۲)، پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) نشان داد شیوع اختلال‌های روانی در خانوارهای ۵ نفره و بیشتر بالاتر است. کمبودهای عاطفی و اقتصادی، همان‌گونه که پیش‌بینی می‌شود شیوع اختلال‌های روانی در کسانی که سابقه قبلی بیماری دارند، بیشتر است. این موارد را بیشتر اختلال‌های خفیف روانی تشکیل می‌دهند که برای درمان بیشتر نزد پزشکان عمومی یا متخصصان غیر روانپزشک مراجعه می‌کنند.

بررسی‌های داویدیان و همکاران (۱۳۵۳)، باقری‌یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، کوبه (۱۳۷۲)، بهادرخان (۱۳۷۲)، پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) هم‌نشان‌دهنده اختلال‌های روانی در همین سطح می‌باشند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین سابقه بیماری روانی در خانواده و وجود بیماری در فرد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

پژوهش حاضر دارای برخی محدودیت‌ها بوده است: پرسشنامه QHQ-28 که یک ابزار غربالگری است، نسبت به اختلال‌های تک علامتی کمتر حساس

است، به‌منظور سنجش اختلال‌های روان‌نژندی طراحی شده و برای پساکوزها چندان معتبر نیست.

منابع

باش، ک.و. (۱۳۴۲). *روح نابسامان*، ناصرالدین صاحب‌زمانی. تهران: انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطائی. ۹۲-۱۲۲.

باقری‌یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق

روستایی میبد یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱، ۴۱-۳۲.

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

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

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

داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهاپتیان، وارنکس؛ معتبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری‌های روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر، ۱۳۵۰). *نشریه بهداشت ایران*، سال سوم، شماره چهارم، ۱۴۵-۵۶.

ساراسون، ایروین‌جی؛ ساراسون، باربارا‌آر. (۱۳۷۴). *روان‌شناسی مرضی*. ترجمه بهمن نجاریان. محمدعلی اصغری و محسن دهقانی. جلد دوم، تهران: انتشارات رشد.

سارتریوس، نرمان (۱۳۷۲). *برنامه بهداشت روانی: مفاهیم و اصول*. ترجمه داود شاه‌محمدی، حسن پالاهنگ و نورا... یعقوبی. تهران: انتشارات مجمع علمی فرهنگی مجد.

کوبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

یعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی صومعه‌سرا گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.

- American Psychiatric Association, (1987). *Diagnostic and statistical manual disorder* 3rd Washington, D.C.: A.P.A.
- Bahar, E., Henderson, A.S., & Mackinon, A.J. (1992). An epidemiological study of mental health and socio-economic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 257-263.
- Cheng, T.A. (1998). A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychological Medicine*, 18, 653-668.
- Goldberg, D.P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*, London: Oxford University Press.
- Goldberg, D.P. (1989). Screening disorder. In P. Williams, G. Wilkinson, & K. Rawnsly (Eds.). *The scope of epidemiological psychiatry*, London: Routledge.
- Ghubash, R., Hamidi, E., & Bebbington, P. (1992). The Dubai community psychiatric survey: prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 27, 53-61.
- Hadiamont, P., Peer, N., & Syben, N. (1987). Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 17, 495-505.
- Hollifield, M., Katon, W., Spain, D., & Pule, L. (1990). Anxiety and depression in a village in Lesotho, Africa: a comparison with the United States. *British Journal of Psychiatry*, 156, 343-350.
- Lehtinen, V. (1990). Prevalence of mental disorders among adult in Finland: Basic results from the mini Finland health survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 418-428.
- Leighton, D.C., Harding, J.C., Macklin, D.S., Mac Millan, A., & Leighton, A.H. (1963). *The character of dange: Psychiatric symptom in selected communities*. New York: Basic Books.
- Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Rac. D.S., Meyers, J.K., Kramer, M., Robinson, L.N., George, L.K., Karno, M., & Locke, B. (1978). One-month prevalence of mental disorder in the United States: Based on five epidemiologic catchments area sites: *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- Sartorius, N. (1992). *The promotion of mental health: Meaning and tasks*. Geneva: WHO.
- Romans-Clarkson, S.E., Walton, V.A., Herbison, C.P., & Mullen, P.E. (1990). Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: Psycho-social correlates. *British Journal of Psychiatry*, 156, 58-91.
- Stansfeld, S.A., Gallacher, J.E. Sharp, D.S., & Yarnell, J.W. (1991). Social factors and minor psychiatric disorder in middle aged men: A validation study and a population survey. *Psychological Medicine*, 21, 157-167.
- Williams, P., Wilkinson, G., & Rawnsly, K. (1989). *The scope of epidemiological psychiatry*. London. Rutledge.