



## همه‌گیر شناسی اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان

سیدمهدی حسینی فرد\*، دکتر بهروز بیرشک\*\*، دکتر محمد کاظم عاطف‌وحید\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر تعیین میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان در سال تحصیلی ۱۳۸۰-۸۱ و همچنین بررسی ارتباط میان عوامل جمعیت‌شناختی با اختلال‌های روانی بود.

**مواد و روش کار:** در این بررسی از میان جمعیت دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان، ۸۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای - چند مرحله‌ای انتخاب و پرسش‌نامه‌ی *SCL-90-R* به عنوان ابزار بررسی سلامت روان و غربالگری اختلال‌های روانی بر روی آنها و سپس پرسش‌نامه فرم ثبت علائم برپایه‌ی ملاک‌های *DSM-IV* بر روی موارد مشکوک به بیماری توسط روانپزشک اجرا گردید. به منظور تعیین نمره‌ی برش پرسش‌نامه‌ی یادشده، ۱۲۰ نفر (۳ خوشه‌ی ۴۰ نفری) توسط روانپزشک، مصاحبه و ارزیابی شدند. با توجه به نقطه‌ی برش ۶۳، تعداد ۱۷۶ نفر از ۸۳۰ نمونه مورد ارزیابی نمره‌ی بالاتر از نمره‌ی برش به دست آوردند که از این تعداد ۱۷ نفر بر اساس مصاحبه‌ی بالینی روانپزشک سالم تشخیص داده شدند و ۲۱ نفر نیز با وجود چندین بار مراجعه امکان مصاحبه با آنها فراهم نگردید. از این رو با ۱۳۸ نفر مصاحبه انجام شد و با تأیید روانپزشک تشخیص گذاشته شد.

**یافته‌ها:** این پژوهش نشان داد که میزان شیوع کلی اختلال‌های روانی در نمونه‌ی مورد بررسی ۱۶/۶٪ (در دختران ۲۱/۶٪ و در پسران ۱۰/۶٪) بوده است. اختلال‌های اضطرابی و خلقی با شیوع ۸/۴٪ و ۴/۱٪ شایع‌ترین اختلال‌های روانی بودند.

**نتیجه‌گیری:** اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان شایع است و بین متغیرهای جنس، سابقه‌ی اختلال روانی، طلاق، مصرف مواد در اعضای خانواده و نوع مسکن با اختلال‌های روانی دانش‌آموزان ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

:

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان ۱۶ آذر، خیابان ادوارد براون، پلاک ۲۱، مرکز مشاوره دانشگاه تهران (نویسنده مسئول).

E-mail: [popol/2005XL@yahoo.com](mailto:popol/2005XL@yahoo.com)

\*\* دکترای تخصصی روانشناسی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

شمس علیزاده و همکاران، ۱۳۸۰) نشان می‌دهند. شیوع اختلال‌های روانی در بررسی باقری یزدی، بوالهری و شاه‌محمدی (۱۳۷۳) ۱۲/۵٪، پالاهنگ، نصراصفهان‌ی، براهنی و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) ۱۱/۸٪، نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی (۱۳۷۸) ۲۱/۳٪ گزارش شده است.

شیوع بالای اختلال‌های روانی نیاز به پژوهش در این زمینه را موجب می‌گردد. با توجه به تنوع نرخ شیوع اختلال‌های روانی در کشورهای گوناگون، وجود یک جامعه‌ی چند قومیتی با فرهنگ‌ها و موقعیت‌های جغرافیایی متفاوت در ایران، بررسی‌های منطقه‌ای می‌توانند عوامل مؤثر بر اختلال‌های روانی و برنامه‌ریزی‌ها و مداخله‌های مناسب را آرایه نمایند.

این پژوهش با هدف بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان انجام شده و کوشیده است به پرسش‌های زیر پاسخ دهد:

- ۱- میزان شیوع کلی اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان چقدر است؟
- ۲- بیشترین و کمترین میزان شیوع مربوط به کدام اختلال‌ها است؟
- ۳- آیا ارتباطی میان ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با اختلال‌های روانی وجود دارد؟
- ۴- حساسیت، ویژگی و نقطه‌ی برش پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R در نمونه‌ی مورد بررسی چقدر است؟

بررسی حاضر یک بررسی مقطعی- توصیفی است. جامعه‌ی آماری پژوهش، همه‌ی دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان رفسنجان می‌باشد. شهرستان رفسنجان در سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰ دارای ۱۳ دبیرستان و مرکز پیش‌دانشگاهی پسرانه با ۴۳۱۶ دانش‌آموز، و ۱۸

سازمان جهانی بهداشت سلامتی را "حالت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و نه نبود بیماری یا ناتوانی" می‌داند. گسترش صنعتی ۵۰ سال اخیر، وضعیت و شرایط زندگی در بسیاری از کشورهای جهان را دگرگون نموده و تغییرات ناشی از پیشرفت‌های فن‌آوری به همه‌ی جنبه‌های زندگی سایه افکنده است (ببینگتون<sup>۱</sup>، حمیدی<sup>۲</sup> و قوباش<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳). قوباش، درادکه<sup>۴</sup>، مظفری<sup>۵</sup>، المنصوری<sup>۶</sup> و ابوصالح<sup>۷</sup> (۲۰۰۱) براین باورند که رویارویی با پیشرفت‌های مادی از یک سو و ناپایداری اجتماعی از سوی دیگر ساکنان کشورهای روبه‌رشد را با فشارهای روانی چندی روبه‌رو نموده‌اند که به نوبه خود در بروز یا گسترش اختلال‌های روانی مؤثر بوده‌اند.

میزان شیوع اختلال‌های روانی در کشورهای رو به رشد رو به افزایش است، در حالی که در برنامه‌ریزی‌های توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی پایین‌ترین اولویت به آنها داده می‌شود. شاید بتوان دلیل این افزایش را تا اندازه‌ای به رشد روزافزون جمعیت، دگرگونی‌های اجتماعی، گسترش شهرنشینی، زندگی در خانواده‌های ناکارآمد و مشکلات اقتصادی نسبت داد (سازمان جهانی بهداشت<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳). پژوهشگران نقش همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی را در شناخت وضعیت بهداشت روان جامعه و برآورد امکانات مورد نیاز آن را در هر مقطع زمانی، مهم می‌دانند. ابوصالح، قباش و درادکه (۲۰۰۱) بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی را در راستای رشد و گسترش خدمات روانپزشکی و مشخص نمودن سیاست‌ها و استراتژی‌های کنترل اختلال‌های روانی مهم دانسته‌اند.

تاکنون بررسی‌های بسیاری درباره‌ی میزان شیوع اختلال‌های روانی با بهره‌گیری از ابزارهای گوناگون انجام شده است. بررسی‌های انجام شده در ایران نیز شیوع اختلال‌های روانی را از ۱۱/۷٪ در بررسی باش<sup>۹</sup> (۱۹۶۳)، به نقل از صاحب‌الزمانی، (۱۳۴۲) تا ۴۳/۲٪ در بررسی داویدیان، ایزدی، نه‌پتیان و معتبر (به نقل از

1- Bebbington

3- Ghubash

5- Muzafari

7- Abousaleh

8- World Health Organization

2- Hamidi

4- Daradkeh

6- Al-Manssori

9- Bash

دبیرستان و مرکز پیش دانشگاهی دخترانه با ۵۲۱۲ دانش آموز بوده است. ۵۵/۷٪ آنها در مدارس دخترانه و ۴۳/۳٪ در مدارس پسرانه تحصیل می کرده اند. نمونه‌ی مورد بررسی به شیوه‌ی نمونه‌گیری خوشه‌ای - چندمرحله‌ای با بهره‌گیری از اطلاعات واحد آمار اداره‌ی آموزش و پرورش شهرستان رفسنجان، ۸۶۴ نفر تعیین گردید. ۳۴ نفر از افراد یادشده به دلیل خودداری از همکاری، تکمیل ناقص پاسخ‌نامه و دسترسی نداشتن به آنها از بررسی کنار گذاشته شدند. بنابراین داده‌های به دست آمده از ۸۳۰ نفر (۴۵۳ دختر و ۳۷۷ پسر) تحلیل گردید.

ابزارهای پژوهش در این بررسی به شرح زیر بوده است:

الف) پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R: این آزمون دارای ۹۰ پرسش برای ارزیابی علایم روانی است که به وسیله‌ی آزمودنی گزارش می‌شود. فرم اولیه‌ی این آزمون به وسیله دروگاتیس<sup>۱</sup>، لیپمن<sup>۲</sup> و کووی<sup>۳</sup> (۱۹۷۳) معرفی شد و برپایه‌ی بررسی‌های بالینی و تحلیل‌های روانسنجی، مورد تجدید نظر قرار گرفت. سپس فرم نهایی آن تهیه گردید (دروگاتیس، ریکلز<sup>۴</sup> و راک<sup>۵</sup>، ۱۹۷۶).

۹۰ ماده‌ی این آزمون ۹ بُعد شکایت‌های جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را دربرمی‌گیرد. پاسخ‌های ارایه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس پنج گزینه‌ای پاسخ داده می‌شود. مدت زمان لازم برای اجرای آزمون، ۱۲ تا ۱۵ دقیقه می‌باشد (دروگاتیس، ۱۹۸۳). نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس شاخص کلی علایم مرضی (GSI)<sup>۶</sup>، شاخص ناراحتی علایم مرضی (PSDI)<sup>۷</sup> و جمع علایم مرضی (PST)<sup>۸</sup> انجام می‌شود.

دروگاتیس (۱۹۸۳) پایایی ابعاد ۹ گانه‌ی این آزمون را به روش‌های پایایی درونی<sup>۹</sup> و بازآزمایی<sup>۱۰</sup> انجام داده است. پایایی درونی را برای ۹ محور رضایت‌بخش، بیشترین همبستگی را در ارتباط با افسردگی (۰/۹۰) و

کمترین آنها را در ارتباط با روان‌پریشی (۰/۷۷) گزارش نموده است. پایایی بازآزمایی نیز بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. میرزایی (۱۳۵۹) در بررسی ۲۲۴۱ بیمار روانپزشکی، معتاد و افراد سالم پایایی این آزمون را در تمام مقیاس‌ها به جز پرخاشگری، ترس مرضی و افکار پارانوئیدی بیشتر از ۰/۸۰ گزارش نمود. اعتبار سازه‌ی به دست آمده نیز نشان می‌دهد که این آزمون می‌تواند به عنوان وسیله‌ی سرند یا تشخیص اختلال‌های روانی در ایران به کار برده شود.

در پژوهش حاضر به منظور تعیین میزان پایایی آزمون (به روش بازآزمایی)، نزدیک به ۱۰٪ نمونه‌ی مورد بررسی (۸۰ نفر) با فاصله‌ی زمانی یک هفته دوباره ارزیابی شدند و ضریب همبستگی برپایه‌ی شاخص کلی علایم مرضی ۰/۸۶ به دست آمد. برای بررسی شاخص‌های حساسیت<sup>۱۱</sup> و ویژگی<sup>۱۲</sup> این آزمون، ۱۲۰ نفر (۳ خوشه‌ی ۴۰ نفری) از آزمودنی‌هایی که پرسش‌نامه را تکمیل کرده بودند، مورد مصاحبه‌ی بالینی روانپزشکی قرار گرفتند و سپس موارد صحیح، مثبت کاذب<sup>۱۳</sup> و منفی کاذب<sup>۱۴</sup> محاسبه و بر اساس حساسیت و ویژگی تعیین شده و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی<sup>۱۵</sup> نمره‌ی برش تعیین گردید.

در پژوهش حاضر مصاحبه‌ی بالینی با افراد مورد بررسی در سه خوشه‌ی ۴۰ نفری (جمعاً ۱۲۰ نفر) توسط روانپزشک برپایه‌ی ملاک‌های DSM-IV انجام شده و یافته‌های به دست آمده در جدول‌های ۱ و ۲ ارایه شده‌اند. برپایه‌ی این یافته‌ها، نمره‌ی برشی که دارای کمترین میزان اشتباه طبقه‌بندی و تعادل لازم بین حساسیت و ویژگی باشد نمره ۶۳ می‌باشد که در این

- |                                    |                    |
|------------------------------------|--------------------|
| 1- Derogatis                       | 2- Lipman          |
| 3- Covi                            | 4- Rickels         |
| 5- Rock                            |                    |
| 6- Global Severity Index           |                    |
| 7- Positive Symptom Distress Index |                    |
| 8- Positive Symptom total          |                    |
| 9- internal consistency            |                    |
| 10- test-retest                    | 11- sensitivity    |
| 12- specificity                    | 13- false positive |
| 14- false negative                 |                    |
| 15-overal misclassification        |                    |

بررسی به عنوان نقطه‌ی برش آزمون SCL-90-R تعیین گردید. گفتنی است که نمره‌ی برش در بررسی نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) نیز ۶۳ بوده است.

جدول ۱- حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی در نمره‌های برش مختلف آزمون SCL-90-R (n=۱۲۰)

نمره‌ی آزمون (%)	حساسیت (%)	ویژگی (%)	میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی (%)
۵۲	۹۰/۶	۴۷/۷	۴۰/۸
۵۳	۹۰/۶	۵۲/۳	۳۷/۵
۵۶	۸۸/۰	۶۰/۲	۳۲/۵
۵۷	۸۷/۵	۶۲/۵	۳۰/۸
۶۰	۸۷/۵	۷۶/۱	۲۰/۸
۶۱	۸۴/۴	۸۳/۰	۱۶/۶
۶۲	۸۴/۴	۸۷/۵	۱۳/۳
۶۳	۸۱/۳	۹۲/۰	۱۰/۸
۶۴	۷۸/۱	۹۳/۲	۱۱/۷
۶۵	۷۷/۰	۹۴/۳	۱۲/۵
۶۹	۶۵/۶	۹۵/۵	۱۳/۳
۷۰	۶۲/۵	۹۶/۶	۱۵/۰
۷۴	۵۶/۲	۹۷/۶	۱۵/۸

پس از محاسبه‌ی نمره‌های آزمودنی‌ها، افرادی که نمره‌ای بالاتر از نقطه‌ی برش به دست آوردند، به عنوان افراد مشکوک به بیماری وارد مرحله‌ی بررسی بالینی شدند.

جدول ۲- مقایسه‌ی نتایج آزمون SCL-90-R در برابر مصاحبه‌ی بالینی روانپزشکی با نمره‌ی برش ۶۳

نتایج بررسی‌ها	مصاحبه‌ی بالینی	
	بیمار	سالم
نتایج آزمون مشکوک به اختلال	۲۶	۷
SCL-90-R سالم	۶	۸۱
جمع کل	۳۲	۸۸

ب) مصاحبه‌ی بالینی: یافته‌های پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R ۱۷۶ نفر را مشکوک به اختلال روانی نشان داد. با بهره‌گیری از فرم ثبت علائم برپایه‌ی ملاک‌های تشخیصی DSM-IV با افراد یادشده مصاحبه‌ی بالینی انجام گردید و روانپزشک با توجه به فرم ثبت علائم تشخیص گذاشت. از ۱۷۶ نفر افراد مشکوک به اختلال روانی با ۱۵۵ نفر مصاحبه شد که از این تعداد، ۱۷ نفر سالم تشخیص داده شدند. با ۲۱ نفر نیز به دلایل مختلف مصاحبه انجام نشد. بنابراین داده‌های به‌دست آمده از ۱۳۸ نفر تحلیل گردید.

تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های دو انجام شد.

داده‌های مربوط به میزان شیوع انواع اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان مورد بررسی برحسب جنس، در جدول ۳ نشان داده شده است.

همان‌طور که یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد در مجموع ۱۶/۶٪ دانش‌آموزان مورد بررسی دچار انواع اختلال‌های روانی بوده‌اند که این میزان در دختران بیش از پسران مورد بررسی (۲/۱ برابر) بوده است. شیوع اختلال‌های اضطرابی با ۸/۴٪ بیشتر از سایر اختلال‌ها بود. شیوع این اختلال نیز در دختران بیشتر از پسران بود. در میان اختلال‌های اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر با ۳٪ شایع‌تر از سایر اختلال‌های اضطرابی بود. میزان شیوع وسواس- اجبار ۱/۷٪، ترس مرضی و هراس اجتماعی جمعاً ۳/۱٪، اختلال هراس همراه با گذر هراسی ۰/۲٪ و اختلال اضطرابی- به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده ۰/۴٪ بوده است.

میزان شیوع اختلال‌های خلقی در نمونه‌ی مورد بررسی، ۴/۱٪ بوده که این میزان در دختران بیش از پسران بوده است (۳/۲ برابر). میزان شیوع افسردگی اساسی ۲/۴٪، اختلال افسردگی- به‌گونه‌ای دیگر مشخص نشده ۱/۳٪ و افسرده‌خویی ۰/۴٪ بوده است. میزان شیوع اختلال‌های شبه‌جسمی در دانش‌آموزان مورد بررسی ۲/۳٪ بود که این میزان

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب اختلال‌های روانی (آزمون SCL-90-R و مصاحبه‌ی بالینی روانپزشکی) و جنس

کل (n=۸۳۰)	جنسیت		تشخیص براساس طبقه‌بندی DSM-IV
	پسران (n=۳۷۷)	دختران (n=۴۵۳)	
فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
<b>اختلال‌های اضطرابی</b>			
۲۵ (۳)	۱۱ (۲/۹)	۱۴ (۳/۱)	اختلال اضطراب منتشر
۱۴ (۱/۷)	۵ (۱/۳)	۹ (۲)	اختلال وسواسی - جبری
۱۲ (۱/۴)	۲ (۰/۵)	۱۰ (۲/۲)	اختلال ترس مرضی خاص
۱۴ (۱/۷)	۵ (۱/۳)	۹ (۲)	اختلال ترس مرضی اجتماعی
۲ (۰/۲)	-	۲ (۰/۴)	اختلال هراس همراه با گذر هراسی
۳ (۰/۴)	-	۳ (۰/۷)	اختلال اضطرابی - به گونه‌ای دیگر مشخص نشده
۷۰ (۸/۴)	۲۳ (۶/۱)	۴۷ (۱۰/۴)	جمع اختلال‌های اضطرابی
<b>اختلال‌های شبه جسمی</b>			
۱۳ (۱/۶)	۲ (۰/۵)	۱۱ (۲/۴)	اختلال جسمانی سازی
۶ (۰/۷)	-	۶ (۱/۳)	اختلال تبدیلی
۱۹ (۲/۳)	۲ (۰/۵)	۱۷ (۳/۷)	جمع اختلال‌های شبه جسمی
<b>اختلال‌های خلقی</b>			
۲۰ (۲/۴)	۶ (۱/۶)	۱۴ (۳/۱)	اختلال افسردگی اساسی
۳ (۰/۴)	-	۳ (۰/۷)	اختلال افسرده خوبی
۱۱ (۱/۳)	۱ (۰/۳)	۱۰ (۲/۲)	اختلال افسردگی - به گونه‌ای دیگر مشخص نشده
۳۴ (۴/۱)	۷ (۱/۹)	۲۷ (۶)	جمع اختلال‌های خلقی
<b>اختلال‌های تطابق</b>			
۳ (۰/۴)	-	۳ (۰/۷)	اختلال تطابق همراه با خلق افسرده
۵ (۰/۶)	۳ (۰/۸)	۲ (۰/۴)	اختلال تطابق همراه با ویژگی اضطراب
۸ (۱)	۳ (۰/۸)	۵ (۱/۱)	جمع اختلال‌های تطابق
۲ (۰/۲)	۲ (۰/۵)	-	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۳ (۰/۴)	۲ (۰/۵)	۱ (۰/۲)	اختلال تیک گذرا
۲ (۰/۲)	۱ (۰/۲)	۱ (۰/۲)	صرع بزرگ*
۱۳۸ (۱۶/۶)	۴۰ (۱۰/۶)	۹۸ (۲۱/۶)	جمع کل اختلال‌های روانی و صرع

\* تشخیص صرع بزرگ جزء طبقات تشخیصی DSM-IV نیست اما با توجه به وجود دو مورد از این بیماری در بررسی حاضر در محاسبه گنجانیده شده است.

(۱۳/۳٪) بوده است. گفتنی است که بیشترین درصد پاسخ مثبت دانش‌آموزان مورد بررسی به پرسش‌های آزمون SCL-90-R مربوط به مقیاس پارانوئیدی، ۶۰/۵٪، احساس تنهایی (مقیاس افسردگی) با ۵۲/۷٪، زودرنجی و خشمگین شدن (مقیاس پرخاشگری) با ۵۲/۵٪ بوده است.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار نمره‌ی GSI دانش‌آموزان مورد بررسی در آزمون SCL-90-R بر حسب جنس و مقیاس‌های آزمون

مقیاس‌ها	دختران (n=۴۵۳)		پسران (n=۳۷۷)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
شکایات جسمانی	۰/۳۹	۰/۴۳	۰/۲۹	۰/۳۳
وسواس - اجبار	۰/۵۲	۰/۵۰	۰/۳۸	۰/۴۱
حساسیت در روابط متقابل	۰/۷۲	۰/۶۷	۰/۴۲	۰/۴۶
افسردگی	۰/۵۹	۰/۵۷	۰/۳۱	۰/۳۹
اضطراب	۰/۵۰	۰/۵۹	۰/۲۹	۰/۴۰
پرخاشگری	۰/۴۷	۰/۵۵	۰/۴۲	۰/۵۲
ترس مرضی	۰/۲۸	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۲۸
افکار پارانوئیدی	۰/۷۳	۰/۶۹	۰/۶۳	۰/۵۷
روان‌پریشی	۰/۴۲	۰/۵۲	۰/۳۲	۰/۴۳
ضرب کلی علایم مرضی (GSI)	۰/۵۱	۰/۴۵	۰/۳۴	۰/۳۳

همان‌گونه که بیان شد میزان شیوع کلی اختلال‌های روانی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی ۱۶/۶٪ است. میزان شیوع به‌دست آمده در پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های فونز<sup>۱</sup> و کاو<sup>۲</sup> و کو<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) با ۱۶/۶٪ و بهادرخان (۱۳۷۲) با ۱۶/۶٪ یکسان است. بازبینی

در دختران با ۳/۷٪ بیش از پسران با ۰/۵٪ بوده است (۷/۴ برابر). هم‌چنین میزان شیوع اختلال جسمانی‌سازی ۱/۶٪ و اختلال تبدیلی ۰/۷٪ بوده است. اختلال‌های تطابق در نمونه‌ی مورد بررسی ۱٪ بوده و این میزان در دختران با ۱/۱٪ بیش از پسران با ۰/۸٪ بوده است.

بنابراین، بالاترین میزان شیوع اختلال‌های روانی به ترتیب مربوط به اختلال اضطراب منتشر و اختلال افسردگی اساسی، و کمترین میزان شیوع مربوط به اختلال شخصیت ضد اجتماعی بوده است. در دختران مورد بررسی، اختلال‌های اضطراب منتشر و افسردگی اساسی هر کدام با ۳/۱٪ و در پسران، اختلال اضطراب منتشر با ۲/۹٪ و اختلال افسردگی اساسی با ۱/۶٪ بیشترین میزان شیوع را داشته‌اند.

بررسی یافته‌های پژوهش نشان داد که بین متغیرهای جنسیت، سابقه‌ی اختلال روانی و طلاق در خانواده، سابقه‌ی مصرف مواد در اعضای خانواده و نوع مسکن با اختلال‌های روانی از نظر آماری ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

میانگین و انحراف معیار نمره‌ی GSI دانش‌آموزان مورد بررسی در آزمون SCL-90-R در دختران و پسران در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌گونه که جدول یادشده نشان می‌دهد، هم دختران و هم پسران در بعد افکار پارانوئیدی بالاترین نمره‌ی GSI را داشته‌اند.

این بررسی نشان داد که بهترین نمره‌ی برش برای آزمودنی‌ها، نمره‌ی ۶۳ می‌باشد که حساسیت و ویژگی در این نمره‌ی برش به ترتیب ۸۱/۲٪ و ۹۲٪ است. میزان اشتباه طبقه‌بندی کلی نیز ۱۰/۸٪ می‌باشد.

از یافته‌های جانبی پژوهش می‌توان به میانگین پاسخ افراد مورد بررسی در مقیاس‌های آزمون SCL-90-R اشاره نمود. بالاترین میانگین پاسخ مثبت افراد مورد بررسی در مقیاس‌های آزمون SCL-90-R مربوط به مقیاس‌های افکار پارانوئیدی (۳۸/۷٪)، حساسیت در روابط متقابل (۳۱/۲٪)، وسواس و اجبار (۲۷/۶٪) و افسردگی (۲۶/۱٪) بوده و کمترین درصد پاسخ مثبت افراد مورد بررسی مربوط به ترس مرضی

1- Fones  
3- Ko

2- Kau

راستای تعیین میزان شیوع اختلال‌های روانی، بیشتر بررسی‌های انجام شده در جهان و ایران اختلال‌های اضطرابی و افسردگی را شایع‌تر از سایر اختلال‌ها گزارش کرده‌اند که با یافته‌های پژوهش حاضر نیز هم‌سو است.

این بررسی نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در دختران ۲ برابر پسران است. این یافته‌ی پژوهش در بیشتر بررسی‌ها از جمله، هولی فیلد و همکاران (۱۹۹۰)، بهار و همکاران (۱۹۹۲)، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، خسروی (۱۳۷۳)، افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶)، نوربالا و همکاران (۱۳۸۰) و محمدی (۱۳۸۰) گزارش شده است. تنگناهای اجتماعی برای زنان، عوامل زیست‌شناختی، استرس‌های محیطی و ازدواج از جمله عوامل زمینه‌ساز شیوع بالاتر اختلال‌های روانی در زنان هستند (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۰). گرچه یافته‌های مربوط به تفاوت‌های جنسی و آسیب‌شناختی نوجوانان پیچیده و ناهمگون می‌باشند و به سختی می‌توان آنها را تفسیر نمود، اما یافته‌های اخیر روند اختلال‌های روانی را در زنان دارای اهمیت نشان می‌دهند.

این پژوهش نشان داد که ۲۹/۹٪ دانش‌آموزان مبتلا به اختلال‌های روانی، سابقه‌ی اختلال روانی را در اعضای خانواده‌ی خود گزارش کرده‌اند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های یعقوبی، نصراصفهانی

بررسی‌های انجام شده بر روی افراد ۱۵ ساله و بالاتر نشان می‌دهد که میزان شیوع کلی اختلال‌های روانی در این پژوهش از میزان شیوع به‌دست آمده در پژوهش‌های وایزمن<sup>۱</sup>، مایرز<sup>۲</sup> و هاردینگ<sup>۳</sup> (۱۹۷۸)، وازکوئز- بارکوئیرو<sup>۴</sup>، فراتزه<sup>۵</sup> و باربارس<sup>۶</sup> (۱۹۸۷)، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، جاویدی (۱۳۷۲)، کوکبه (۱۳۷۲) و افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶) بیشتر و از میزان شیوع به‌دست آمده در پژوهش‌های هوپر<sup>۷</sup>، نیکز<sup>۸</sup>، کلیری<sup>۹</sup>، رگییر<sup>۱۰</sup> و گلدبرگ<sup>۱۱</sup> (۱۹۷۹) مدیانوس<sup>۱۲</sup>، استیفانیس<sup>۱۳</sup> و مادیانو<sup>۱۴</sup> (۱۹۸۷)، بارت<sup>۱۵</sup>، بارت، اکسمن<sup>۱۶</sup> و گربر<sup>۱۷</sup> (۱۹۸۸)، لی<sup>۱۸</sup> و همکاران (۱۹۹۰) استانسفلد<sup>۱۹</sup> و مارموت<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۱)، قوباش و همکاران (۱۹۹۲)، بهار<sup>۲۱</sup>، هندرسون<sup>۲۲</sup> و مکینون<sup>۲۳</sup> (۱۹۹۲)، کسلر<sup>۲۴</sup> و همکاران (۱۹۹۴)، روکا<sup>۲۵</sup> (۱۹۹۹) و ابوصالح و همکاران (۲۰۰۱) کمتر می‌باشد. شاید بتوان این تفاوت‌ها را به روش پژوهش، ابزارهای به‌کار برده شده، نظام‌های طبقه‌بندی، حجم نمونه، سن افراد مورد بررسی و شرایط ویژه‌ی اجتماعی- اقتصادی- فرهنگی مربوط دانست.

در پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های انجام شده توسط فونز و همکاران (۱۹۹۸)، ابوصالح و همکاران (۲۰۰۱)، کوکبه (۱۳۷۲) و افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶)، اختلال‌های اضطرابی بالاترین میزان شیوع را داشته‌اند. هم‌چنین شماری از پژوهشگران اختلال‌های افسردگی و اضطرابی را شایع‌ترین اختلال‌های روانی گزارش کرده‌اند؛ از جمله بارت و همکاران (۱۹۸۸) با ۱۰٪ و ۵/۳٪، هولی فیلد<sup>۲۶</sup>، لاتون<sup>۲۷</sup>، اسپین<sup>۲۸</sup> و پول<sup>۲۹</sup> (۱۹۹۰) با ۱۲/۴٪ و ۶/۲٪، قوباش و همکاران (۱۹۹۲) با ۱۳/۷٪ و ۷٪، باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳) با ۵/۷۵٪ و ۵/۵٪، جاویدی (۱۳۷۲) با ۸/۷٪ و ۴/۶٪، و نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) با ۹/۸٪ و ۷/۴٪ که با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌سو می‌باشند. سادوک و سادوک (۲۰۰۰) نیز اختلال‌های افسردگی و اضطرابی را شایع‌ترین اختلال‌ها گزارش کرده‌اند. به‌نظر می‌رسد با وجود بهره‌گیری پژوهشگران از ابزارهای گوناگون در

1- Weissman	2- Mayers
3- Harding	4- Vazquez-Barquere
5- Feratze	6- Barbarece
7- Hoepfer	8- Nycz
9- Cleary	10- Regier
11- Golderg	12- Medianos
13- Stefanis	14- Madianou
15- Barrett	16- Oxman
17- Gerber	18- Lee
19- Stansfeld	20- Marmot
21- Bahar	22- Henderson
23- Mackinon	24- Kessler
25- Roca	26- Hollifield
27- Laton	28- Spain
29- Pule	

و شاه‌محمدی (۱۳۷۴)، ابراهیمی (۱۳۷۵)، بهره‌دار (۱۳۷۷) و محمدی (۱۳۸۰) هم سو می‌باشد. هم‌چنین این بررسی نشان داد که ۳۴/۸٪ دانش‌آموزان مبتلا به اختلال‌های روانی سابقه‌ی طلاق در خانواده خود را گزارش کرده‌اند. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های دوهرتی<sup>۱</sup> و نیدل<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) و محمدی (۱۳۸۰) هم سو می‌باشد و گویای اهمیت نظام خانواده و روابط سالم درون خانواده است.

با سپاس فراوان از زنده‌یاد دکتر محمدنقی براهنی که پژوهشگران از راهنمایی‌های ارزنده‌ی ایشان سود فراوان برده‌اند.

---

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۳/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۸/۱۱

---

ابراهیمی، علی (۱۳۷۵). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر اسفراین*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. افشاری منفرد، ژاله؛ بواله‌ری، جعفر؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۶). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. مجله طب و ترکیه*. شماره ۲۶، ۱۰-۱۵.

باقری یزدی، سیدعباس؛ بواله‌ری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۳). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی میند یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۱، ۳۲-۴۱.

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی گناباد*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

بهره‌دار، محمد جعفر (۱۳۷۷). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های سلوکی و هیجانی در کودکان دبستانی مدارس عادی و دولتی شهر*

*سیراز*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. پالانگ، حسن؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۵). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴، ۱۹-۲۷.

جاویدی، حجت‌ا... (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در منطقه مرودشت (استان فارس)*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

خسروی، شمسعلی (۱۳۷۳). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن، چهارمحال بختیاری*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

شمس علیزاده، نرگس؛ بواله‌ری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۸۰). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در یک روستای استان تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، ۱۹-۲۶.

صاحب‌الزمانی، ناصرالدین (۱۳۴۲). *روح نابسامان*. تهران: انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطایی (صص ۹۴-۱۲۲).

کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

محمدی، آناش (۱۳۸۰). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان شاهین شهر*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

نوربالا، احمد علی؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ محمد، کاظم (۱۳۷۸). *بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. مجله پژوهشی حکیم*، دوره دوم، شماره ۴، ۲۱۲-۲۲۳.

نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمد تقی (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*، مؤلف، تهران.

یعقوبی، نور...؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق*



changes and prevalence of psychiatric disorders.

*Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 505-570.

Ghubash,R.,Hamidi,E.,& Belbington,P.(1992). The Dubai Community Psychiatric Survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 53-61.

Hoeper,E.W.,Nycz,G.R.,Cleary,P.D.,Regier,D.A., & Golderg,I.D. (1979). Estimated prevalence of RDE mental disorder in primary care. *International Medical Journal of Mental Health*, 1979, 8-15.

Hollifield,M.,Laton,W.,Spain,D., & Pule,L. (1990). Anxiety and depression in a village of lesotho: A comparison with the United States.*British Journal of Psychiatry*, 156, 343-350.

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

Lee,C.K.,Kwak,Y.S.,Yamamoto,J.,Rhee,H.,Kim,Y.S.,Han,J.H.,Chol,J.O.,& Lee,Y.H.(1990).Psychiatric epidemiology in korea. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 242-246.

Medianos,M.G.,Stefanis,C.N.,& Madianou,D. (1987). Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two areas of greater Athens. In B. Cooper,G.Helgason (Eds.). *Journal of Psychiatric Epidemiology*, London: Croom Helm (p.p. 86-372).

Roca, M.(1999). Mental disorders on the island of Formentera, Spowin. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 420-415.

شهری و روستایی شهرستان صومعه (استان گیلان). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.

Abousaleh,M.T.,Ghubash,R.,& Daradkeh,T.K. (2001). Al-Ain community psychiatric survey: I.Prevalence and sociol-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 36, 20-28.

Bahar,E.,Henderson,A.S.,& Mackinon,A.J.(1992). An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra,Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 257-263.

Barret,J.E.,Barret,J.A.,Oxman,T.E.,& Gerber,P.O. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1100-1106.

Bebbington,P.E.,Hamidi,E.,& Ghubash,R. (1993). The Dubai Community Psychiatric Survey, II: Development of the sociocultural change questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 60-65.

Derogatis,L.R.,Lipman,M.,& Covi,K.A.(1973). An outpatient psychiatric rating scale preliminary report, *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.

Derogatis,L.R.,Rickels,K.&Rock,A.(1976).The Scl-90-R and M.M.P.I. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.

Drogatis,L.R. (1983). SCL-90-R administration, Scoring of procedures: manual-II. Printed in U.S.A.

Fones,C.S.,Kau,E.H.,& Ko,S.M. (1998). Studying the mental health of Singapore. *Singapor Medical Journal*, 53, 251-260.

Ghubash,R.,Daradkeh,T.K.,Muzafari,M.A.,Al-Manssori, M.E.,& Abousaleh,M. (2001). Al-Ain community psychiatric survey IV: Sociocultural

Sadock,B.J.,& Sadock,V.A.(2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Stansfield,S.A.,& Marmot,M.G.(1991). Social class and minor psychiatric disorder in British civil servant: a Validated screening survey using the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 22, 739-449.

Vazques-Barquero,J.L.,Feratz,K.,& Barbarece,A.

L. (1987). A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.

Weissman,M.M.,Mayers,J.K. & Harding,P.S.(1978). Psychiatry disorders in a U. S. Urban Community. *American Journal of Psychiatry*, 135, 456-462.

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