

بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد

سید عباس باقری یزدی^{##}، دکتر جعفر بوالهروی^{##}، دکتر داوود شاه محمدی^{###}

چکیده:

در این تحقیق، میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال در مناطق روستایی میبد یزد (N=۴۰۰)، به شیوه نمونه گیری خوشه‌ای و با استفاده از آزمون SCL-90-R^(۱) و مصاحبه بالینی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج نشان داد که ۱۲/۵ درصد از افراد مورد بررسی دچار انواع اختلالات روانی بوده‌اند. میزان شیوع اختلالات خلقی ۵/۷۵ درصد، اختلالات اضطرابی ۵/۵ درصد، اختلالات شبه جسمی و عضوی مغز هر کدام ۰/۵ درصد و اسکیزوفرنیا ۰/۲۵ درصد بود. در میان اختلالات خلقی، افسرده خویی با ۵/۲۵ درصد و در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر، ۴/۷۵ درصد، شیوع بیشتری داشته‌اند. همچنین شیوع اختلالات روانی به طور معنی‌دار، در زنان بیش از مردان و در افراد بیسواد و کم سواد بیش از افراد با سواد بود. در گروه سنی ۲۵-۴۴ ساله، افراد متأهل، زنان خانه‌دار، مردان بیکار و خانواده‌های پرجمعیت اختلالات روانی شیوع بیشتری داشته است. برای بررسی پایایی آزمون SCL-90-R از روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته استفاده شد. بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون، ضریب همبستگی پیرسون ۰/۹۷ محاسبه شد. بررسی اعتبار تشخیصی این آزمون، که نشان دهنده بالا بودن کارایی و حساسیت آن بوده، نشانگر آن است که این آزمون می‌تواند به عنوان یک وسیله سرند در مطالعات همه گیرشناسی با موفقیت بکار برده شود.

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۳۲

کلیدواژه: همه گیرشناسی، شیوع اختلالات روانی، شهرستان یزد

مقدمه:

تأمین سلامتی اقشار مختلف جامعه یکی از
طبق آمارهای منتشر شده از طرف سازمان جهانی
مهمترین مسایل اساسی هر کشوری است که می‌باید آنرا از
بهداشت (WHO)^(۲)، حداقل ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان
سه دیدگاه جسمی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار داد.
در سنین مختلف از بیماریهای شدید روانی همچون

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی - اداره کل مبارزه با بیماریها، تهران خیابان ابرانشهر جنوبی.

استادیار، روانپزشک و عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران، خیابان طالقانی نرسیده به خیابان شریعتی، کوچه چیان، پلاک ۱.

روانپزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، اداره کل مبارزه با بیماریها، تهران خیابان ابرانشهر جنوبی.

1- Symptom Check List - Revised

2- World Health Organization

اسکیزوفرنیا، ۱۵۰ میلیون نفر از اختلالات خفیف روانی، ۱۲۰ میلیون نفر از عقب ماندگی ذهنی، ۵۰ میلیون نفر از صرع، و ۳۰ میلیون نفر از ابتلاء به دمانس رنج می‌برند. و طبق همین گزارشات میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است، در حالیکه در برنامه ریزیهای توسعه اجتماعی و اقتصادی این کشورها، پایین‌ترین اولویت به آنها داده می‌شود. درنوند^(۱) (۱۹۸۲) در مروری بر مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی، این مطالعات را به سه دوره کلی تقسیم می‌کند:

۱- دوره اول اکثراً در نیمه اول قرن بیستم و قبل از وقوع جنگ دوم جهانی صورت گرفته است. محققین این دوره، در زمینه بیماریابی در جامعه، بیشتر به گزارشهای مراکز بیمارستانی، پرونده‌های بیماران و اطلاع دهندگان کلیدی متکی بوده‌اند (دانهام^(۲) و فاریس^(۳)، ۱۹۳۹؛ اودیگارد^(۴)، ۱۹۴۶؛ کلارک^(۵)، ۱۹۴۸؛ مالزبرگ^(۶) و لی^(۷)، ۱۹۵۶؛ ویلسون^(۸) و لانتس^(۹)، ۱۹۵۷).

۲- دوره دوم به دنبال جنگ جهانی دوم انجام گردیده و همانند بیشتر مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی و آسیایی (لین^(۱۰)، ۱۹۵۳؛ هاگنل^(۱۱)، ۱۹۶۶؛ باش^(۱۲)، ۱۹۶۹؛ کاتو^(۱۳)، ۱۹۶۹) یک روانپزشک یا تیم تحقیق با تمام افراد جامعه مصاحبه نموده و تشخیص موارد براساس مصاحبه‌ها داده شده‌اند.

درنوند در مقایسه مطالعات انجام گرفته قبل و بعد از جنگ دوم جهانی مطرح نمود که میانگین شیوع انواع اختلالات روانی در ۱۶ بررسی دوره اول برابر ۳/۶ درصد و در ۶۰ تحقیق دومین دوره، ۲۰ درصد بوده است.

سومین دوره شامل مطالعات همه‌گیر شناسی در طول دو دهه گذشته و با استفاده از ملاکهای تشخیصی DSM-III و یا سایر طبقه بندیهای رایج بین المللی بوده است. در این دوره که از اواخر سالهای دهه ۱۹۷۰ شروع شد محققین سعی نمودند از وسایل و ابزارهای معتبر و

استاندارد جهت سرند و مصاحبه‌های بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی طبقه بندیها استفاده نمایند.

در اطلاعات بدست آمده از مرور مطالعات همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان که در آنها از آزمونهای سرند و ارزیابی بالینی استفاده شده میزان شیوع اختلالات بین ۱۰ تا ۴۱ درصد در نوسان بوده است. هر چند مطالعات همه‌گیر شناسی گسترده و جامعی در سطح کشور ایران تاکنون صورت نگرفته و بررسیهای انجام شده نیز در نوع خود بسیار محدود بوده‌اند ولی اطلاعات بدست آمده دلالت بر این دارد که با وجود محدود بودن این مطالعات، میزان شیوع این اختلالات در ایران، از آمار سایر کشورها و سازمان جهانی بهداشت کمتر نیست (باش، ۱۹۶۳، به نقل از صاحب الزماني، ۱۳۴۲؛ باش، ۱۹۶۴، ۱۹۶۹؛ داویدیان، ۱۳۵۳؛ شاه‌محمدی، ۱۳۶۹).

هدف مطالعه حاضر بررسی همه‌گیر شناسی اختلالات روانی در افراد بالای ۱۵ سال مناطق روستایی میبد واقع در استان یزد بود. پژوهش حاضر نیز سعی دارد به سؤالات زیر پاسخ گوید:

۱) میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه مورد مطالعه بر مبنای آزمون SCL-90-R (دراگوتیس، ۱۹۷۶) و مصاحبه بالینی روانپزشک بر اساس طبقه‌بندی DSM-III-R^(۱۴) چگونه است؟

۲) کدام بیماری روانی در منطقه مورد مطالعه شایعتر می‌باشد؟

| | |
|---|------------|
| 1-Dohrenwend | 2-Dunham |
| 3-Faris | 4-Odegaard |
| 5-Clark | 6-Malzberg |
| 7-Lee | 8-Wilson |
| 9-Lantz | 10-Lin |
| 11-Hagnel | 12-Bash |
| 13-Kato | |
| 14-Diagnostic & Statistical Manual Of Mental Disorders (3rd ed.) Revised. | |

۳) آیا ارتباطی بین عوامل دموگرافیک همچون وضعیت تأهل، سن، شغل، میزان تحصیلات و تعداد افراد خانواده با اختلال روانی وجود دارد؟

روش پژوهش:

جامعه آماری: در این پژوهش جمعیت بالای ۱۵ سال روستایی شهرستان میبد، واقع در استان یزد مورد بررسی قرار گرفتند که دارای ۵۶۸۷۰ نفر جمعیت بوده و حدود ۲۰۰۰۰ نفر آن روستایی هستند. از جمعیت روستایی، ۱۰۸۴۴ نفر بالای ۱۵ سال سن داشته‌اند که نمونه مورد مطالعه از بین آنها انتخاب گردید.

روش نمونه‌گیری: نمونه مورد مطالعه در این پژوهش به شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای از بین خانوارهای روستاهای شهرستان میبد انتخاب شده است. به این صورت که از ۴۰۶۱ خانوار روستایی ۲۰ خوشه و در هر خوشه ۱۰ خانوار به طور تصادفی انتخاب گردید. از مجموع ۴۳۶ نفر افراد بالای ۱۵ سال خانوارهای تعیین شده بر اساس پرونده‌های بهداشتی موجود در خانه‌های بهداشت این شهرستان، تعداد ۲۴ آزمودنی شامل ۸ خانوار به دلیل مهاجرت یا مسافرت، ۳ آزمودنی به دلیل امتناع از همکاری و ۹ آزمودنی به دلیل عدم دسترسی، از مجموعه آزمودنیها حذف گردیدند. بدین ترتیب ۴۰۰ آزمودنی مورد ارزیابی قرار گرفتند که از این تعداد ۱۹۶ نفر مرد و ۲۰۴ نفر زن بوده‌اند.

ابزار پژوهش:

۱) آزمون SCL-90-R جهت سرنده اولیه

۲) انجام مصاحبه بالینی و فرم مصاحبه روانپزشک (داویدیان، ۱۳۵۰) از افراد مشکوک به بیماری و ارزیابی تشخیصی بر اساس طبقه بندی DSM-III-R بوسیله دو روانپزشک فراهم گردیده است.

الف) آزمون SCL-90-R: این آزمون شامل ۹۰

سؤال برای ارزشیابی علایم روانی است و توسط درآگوتیس، لیمن و کووی (۱۹۷۳) معرفی شد و بر اساس تجربیات بالینی و تجزیه و تحلیلهای روانسنجی مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن تهیه گردید (درآگوتیس، ریکلزوراک، ۱۹۷۶).

۹۰ ماده این آزمون ۹ بعد مختلف شکایات جسمانی، سواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روان‌پریشی را در بر می‌گیرد. نمره‌گذاری و تفسیر آزمون بر اساس سه شاخص کلی علایم مرضی (GSI)^(۱)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI)^(۲) و جمع علایم مرضی (PST)^(۳) صورت می‌گیرد.

در این مطالعه با توجه به بیسوادی تعدادی از آزمودنیها و به منظور یکنواختی و همسانی اجرای این آزمون، از همکاری پرسشگران دارای مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم شاغل در شبکه بهداشتی این شهرستان که ۴ مرد و ۲ زن بودند بهره‌مند شدیم. نحوه ارائه سئوالات و اجرای آزمون در طی ۵ جلسه ۳ ساعته به آنها آموزش داده شد و پس از اجرا بر روی ۲۰ آزمودنی توسط هر یک از آنها و اطمینان از توانمندی پرسشگران، اجرای آزمون با نمونه‌های انتخاب شده آغاز گردید.

در بررسی اعتبار و پایایی این آزمون که توسط میرزایی (۱۳۵۹) بر روی ۷۸۰ نفر از اهالی روستاهای صومعه‌سرا، ترکمن صحرا، شیراز و تعدادی از ساکنان تهران انجام گردیده میانگین کلی علایم مرضی (GSI) آزمودنی‌ها برابر با ۰/۴ بود که در پژوهش فعلی به عنوان نقطه برش پذیرفته شده است.

پس از محاسبه GSI نمونه‌های مورد مطالعه، افرادی که در آزمون، GSI بزرگتر یا مساوی ۰/۴

1-Global Severity Index(GSI)

2-Positive Symptom Distress Index (PSDI)

3-Positive Symptom Total (PST)

($GSI > 0/4$) را بدست آوردند به عنوان افراد مشکوک به بیماری انتخاب گردیده و وارد مرحله ارزشیابی بالینی شده‌اند.

ب) مصاحبه بالینی: بعد از مشخص شدن افراد مشکوک به بیماری از فرم مصاحبه بالینی روانپزشک (دکتر داویدیان، ۱۳۵۰) که با فرم مصاحبه بالینی سازمان یافته روانپزشکی ارائه شده در کاپلان و سادوک تطبیق داده شد توسط پژوهشگر از آنها مصاحبه بالینی به عمل آمد و سپس تشخیص گذاری توسط دو روانپزشک بر اساس DSM-III-R انجام گرفت.

به منظور ارزیابی پایایی آزمون، با فاصله زمانی یک هفته از آزمون اول، از ۱۰ درصد کل آزمودنیها تست مجدد به عمل آمد.

جهت تعیین اعتبار، حساسیت و کارایی آزمون بعد از مشخص شدن افراد مشکوک به بیماری با $GSI > 0/4$ (یعنی ۵۱ نفر)، از بین افرادی که دارای $GSI < 0/4$ بودند ۵۱ نفر دیگر به صورت تصادفی انتخاب گردیدند و در مجموع این دو گروه (یعنی ۱۰۲ نفر) مورد مصاحبه و ارزیابی بالینی و تشخیصی روانپزشک قرار گرفتند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: بخش اعظم داده‌های این پژوهش با استفاده از روشهای آمار توصیفی گزارش گردیده و به منظور آزمون فرضیه‌ها از روشهای آماری X^2 (خی دو) و t استفاده شده است.

یافته‌های پژوهش

اطلاعات مربوط به میزان شیوع انواع اختلالات روانی بر اساس آزمون SCL-90-R و تشخیص روانپزشک بر مبنای DSM-III-R به تفکیک جنسیت در جدول ۱ منعکس گردیده است.

همانطور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میزان شیوع انواع اختلالات روانی در نمونه مورد بررسی ۱۲/۵ درصد بوده است. اختلالات خلقی با ۵/۷۵ درصد

و اختلالات اضطرابی با ۵/۵ درصد بالاترین میزان شیوع را دارا بوده است. در میان اختلالات خلقی، افسرده خوبی با ۵/۲۵ درصد بیشترین میزان شیوع را دارا بود و این اختلال در زنان بیش از مردان شایع بود (۴/۵ در برابر ۰/۷۵ درصد). در میان اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر با ۴/۷۵ درصد بیشترین میزان شیوع را داشت که این اختلال نیز همانند اختلال افسرده‌خویی در زنان بیش از مردان گزارش شده است (۳/۲۵ برابر ۱/۵ درصد). شیوع اختلالات عضوی و شبه جسمی هر کدام با ۰/۵ درصد و میزان شیوع اسکیزوفرنیا ۰/۲۵ درصد بود. به طور کلی میزان شیوع انواع اختلالات روانی در زنان ۹/۲۵ درصد و در مردان ۳/۲۵ درصد بود و میزان این اختلالات در زنان نسبت به مردان ۲/۸۵ درصد می‌باشد.

این جدول همچنین نشان می‌دهد که میزان اختلالات خلقی در زنان نسبت به مردان ۶/۷ برابر و اختلالات اضطرابی ۱/۷۵ برابر بوده است. در این مطالعه اختلالات تبدیلی، گذرهراسی، اختلال دوقطبی، افسردگی اساسی و اسکیزوفرنیا تنها در زنان و اختلال وسواسی - اجباری، اختلال پس از استرس ضربه‌ای و اختلالات عضوی مغز تنها در مردان وجود داشته است.

بالاترین میزان شیوع اختلالات روانی در گروه سنی ۴۴-۲۵ سال با ۶۴٪، افراد بیسواد با ۴۰٪، افراد متأهل با ۸۶٪، خانواده‌های ۵ نفر به بالا با ۷۸٪، زنان خانه‌دار با ۷۴٪ و در مورد مردان بالاترین میزان اختلال در افراد بیکار دیده شد (۱۰٪ مبتلایان).

از لحاظ آماری همبستگی معنی‌داری بین جنسیت، میزان سواد، وضعیت تأهل و بعد خانوار با اختلالات روانی دیده شده اما بین گروههای سنی و ابتلاء به اختلالات روانی همبستگی وجود نداشت.

نتایج مربوط به میانگین و انحراف استاندارد مقیاسهای ۹ گانه آزمون SCL-90-R بر روی افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۲ آورده شده است. آزمون

فرضیه‌ها مربوط به این سؤال که آیا تفاوت معنی‌داری بین میانگین مقیاس‌های ۹ گانه و ضریب کلی علایم مرضی نمرات حاصل از آزمون SCL-90-R بین دو گروه زن و مرد وجود دارد یا خیر؟ از آزمون t مستقل استفاده شد نتایج نشان داده که اختلافات مشاهده شده در سطح ۰/۰۵/۹٪ در کلیه مقیاس‌های آزمون بجز دو مقیاس پرخاشگری و افکار پارانوئیدی بین دو گروه معنی‌دار است. در سایر مقیاسها زنان دارای میانگین بالاتری نسبت به مردان بودند.

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

| درصد | کل | مرد | زن | کد تشخیصی | نوع بیماری براساس طبقه‌بندی DSM-III-R |
|------|----|-----|----|-----------|---------------------------------------|
| | | | | | اختلالات اضطرابی: |
| ۴/۷۵ | ۱۹ | ۶ | ۱۳ | ۳۰۰/۰۲ | اختلال اضطراب منتشر |
| ۰/۲۵ | ۱ | ۱ | - | ۳۰۰/۳۰ | اختلال وسواسی-اجباری |
| ۰/۲۵ | ۱ | - | ۱ | ۳۰۰/۲۲ | گذرهراسی |
| ۰/۲۵ | ۱ | ۱ | - | ۳۰۰/۸۹ | اختلال پس‌از استرس ضربه‌ای |
| ۵/۵ | ۲۲ | ۸ | ۱۴ | | جمع |
| | | | | | اختلالات خلقی: |
| ۰/۲۵ | ۱ | - | ۱ | ۲۹۵/۵ | اختلال دوقطبی |
| | | | | | اختلال افسردگی: |
| ۰/۲۵ | ۱ | - | ۱ | ۲۹۲/۲ | افسردگی اساسی |
| ۵/۲۵ | ۲۱ | ۳ | ۱۸ | ۳۰۰/۴۰ | افسرده خویی |
| ۵/۷۵ | ۲۳ | ۳ | ۲۰ | | جمع |
| | | | | | اختلالات عضوی مغز |
| ۰/۲۵ | ۱ | ۱ | - | ۲۹۴/۱۰ | دمانس |
| ۰/۲۵ | ۱ | ۱ | - | ۲۹۳/۸۳ | اختلال خلقی عضوی ^(۱) |
| ۰/۵ | ۲ | ۲ | - | | جمع |
| | | | | | اسکیزوفرنیا: |
| ۰/۲۵ | ۱ | - | ۱ | ۲۹۵/۳ | پارانوئید |
| ۰/۲۵ | ۱ | - | ۱ | | جمع |
| | | | | | اختلالات شبه جسمی: |
| ۰/۵ | ۲ | - | ۲ | ۳۰۰/۱۱ | اختلالات تبدیلی |
| ۰/۵ | ۲ | - | ۲ | | جمع |
| ۱۲/۵ | ۵۰ | ۱۳ | ۳۷ | | جمع کل |

۱- این اختلال ثانویه بر صرع بوده است.

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

| تعداد و جنسیت | | مقیاس های نه گانه SCL-90-R | | | | | | | | | |
|------------------------|--|----------------------------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------------|--------|
| جنسیت | | افراد سالم | | کل | | مرد | | زن | | افراد بیمار | |
| | | دریافته سالم | | (N=400) | | (N=196) | | (N=204) | | دریافته بیمار | |
| | | (N=51) | | | | | | | | (N=51) | |
| مقیاس ها | | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف | میانگین | انحراف |
| | | X | SD | X | SD | X | SD | X | SD | X | SD |
| شکایات بدنی | | ۰/۴۶ | ۱/۰۱ | ۰/۳۹ | ۰/۳۲ | ۰/۳۱ | ۰/۲۶ | ۰/۳۶ | ۰/۳۸ | ۰/۴۶ | ۱/۰۱ |
| وسواس - اجبار | | ۰/۳۳ | ۰/۸۶ | ۰/۲۷ | ۰/۲۴ | ۰/۲۸ | ۰/۲۱ | ۰/۲۸ | ۰/۲۸ | ۰/۳۳ | ۰/۸۶ |
| حساسیت در روابط متقابل | | ۰/۳۷ | ۰/۷۶ | ۰/۲۶ | ۰/۲۷ | ۰/۲۵ | ۰/۲۴ | ۰/۲۸ | ۰/۲۸ | ۰/۳۷ | ۰/۷۶ |
| افسردگی | | ۰/۵۵ | ۱/۳۸ | ۰/۳۶ | ۰/۳۲ | ۰/۲۸ | ۰/۲۲ | ۰/۳۸ | ۰/۳۸ | ۰/۵۵ | ۱/۳۸ |
| اضطراب | | ۰/۴۹ | ۱/۳۲ | ۰/۳۳ | ۰/۳۵ | ۰/۳۱ | ۰/۳۱ | ۰/۳۸ | ۰/۳۹ | ۰/۴۹ | ۱/۳۲ |
| پرخاشگری | | ۰/۳۸ | ۰/۶۷ | ۰/۲۶ | ۰/۲۸ | ۰/۳۱ | ۰/۳۱ | ۰/۴۶ | ۰/۲۵ | ۰/۳۸ | ۰/۶۷ |
| ترس مرضی | | ۰/۳۷ | ۰/۷۱ | ۰/۲۴ | ۰/۲۸ | ۰/۳ | ۰/۲۶ | ۰/۱۴ | ۰/۳ | ۰/۳۷ | ۰/۷۱ |
| افکار پارانوئید | | ۰/۳۵ | ۰/۶۲ | ۰/۱۹ | ۰/۲۴ | ۰/۲۴ | ۰/۲۸ | ۰/۳۲ | ۰/۲۱ | ۰/۳۵ | ۰/۶۲ |
| روان پریشی | | ۰/۳۴ | ۰/۵۸ | ۰/۱۷ | ۰/۲۲ | ۰/۲۲ | ۰/۲۳ | ۰/۱۵ | ۰/۲۱ | ۰/۳۴ | ۰/۵۸ |
| GSI | | ۰/۴ | ۰/۸۹ | ۰/۲۷ | ۰/۲۸ | ۰/۳۵ | ۰/۲۶ | ۰/۲۹ | ۰/۳ | ۰/۴ | ۰/۸۹ |
| PST | | ۱۸/۱۶ | ۲۸/۳۵ | ۱۲/۳۷ | ۱۴/۶۳ | ۱۳/۱۰ | ۱۷/۶۵ | ۱۱/۵۸ | ۱۴/۹۸ | ۱۴/۵۶ | ۲۰/۲۱ |
| PSDI | | ۰/۵۶ | ۱/۸ | ۰/۴۱ | ۱/۲۸ | ۰/۴۳ | ۱/۳۵ | ۰/۴۷ | ۰/۸۸ | ۰/۳۹ | ۱/۸ |

Andeeshbeh
Vs
Rafiar
اندیشه و رفتار
۳۷

بر اساس اطلاعات بدست آمده از فرم مطالعه روانپزشک ۸۰٪ بیماران برای اولین بار بعد از شروع علائم بیماری به پزشک عمومی و یا متخصصین غیرروانپزشک و تنها ۱۲٪ به روانپزشک مراجعه نموده اند. از نقطه نظر درصد فراوانی علائم بیماری نزد بیماران، بیشترین علائم به ترتیب مربوط به سردرد و سرگیجه، ضعف و بیحالی، دلهره و دلشوره، بد خوابی، غمگینی و کم حوصلگی، فراموشکاری، کاهش اعتماد بنفس و و کمترین درصد مربوط به داشتن توهم و هذیان بوده است.

ضریب پایائی آزمون با روش بازآزمایی از ۱۰٪ نمونه مورد مطالعه با فاصله زمانی یک هفته بعد از اجرای اولین آزمون به عمل آمد. ضریب همبستگی نتایج که بر

اساس ضریب کلی علائم مرضی بدست آمده با فرمول پیرسون برابر با $r=0.97$ بود که از لحاظ آماری معنی دار است. از لحاظ اعتبار تشخیصی از مجموع ۵۱ نفر مشکوک به بیماری بر اساس نتیجه آزمون SCL-90-R طبق تشخیص روانپزشک از این موارد، تنها یک نفر سالم تشخیص داده شد. از ۵۱ نفر افراد سالم انتخاب شده (یعنی دارای $GSI < 0.4$) در طی مراحل ارزیابی و مصاحبه بالینی ۴۸ نفر سالم و ۳ نفر بیمار بودند که در این صورت حساسیت^(۱)، ویژگی^(۲)، و کارآیی^(۳) آزمون به ترتیب برابر با ۹۴/۰، ۹۸/۰ و ۹۶/۰ بود.

1-sensitivity
3- efficacy

2-specificity

یکسان بودن تشخیص بین نتایج آزمون SCL-90-R بر مبنای بالا بودن مقیاسهای آزمون و ارزیابیهای روانپزشک حدود ۰/۹ بوده و از نقطه نظر تشخیص بیماری بر اساس ضریب کلی علائم مرضی و تشخیص روانپزشک حدود ۰/۹۸ می باشد.

بحث در نتایج

میزان شیوع اختلالات روانی در این مطالعه با نتایج بررسیهای انجام گرفته توسط باش (به نقل از صاحب الزمانی، ۱۳۴۲) در مناطق روستایی شیراز با ۱۱/۹٪، مناطق روستایی خوزستان (باش، ۱۹۶۹) با ۱۴/۹٪ و در منطقه رودسر (داویدیان، ۱۳۵۳) ۱۷٪، نزدیک می باشد. احتمالاً وجود اختلافات مشاهده شده می تواند به دلیل تفاوت در سن مورد ارزیابی در این بررسیها، شیوه بیماریابی، شرایط اجتماعی، اقتصادی و جغرافیایی مناطق مورد مطالعه باشد.

در پژوهش حاضر شایعترین اختلالات، اختلالات خلقی و اضطرابی بوده است که این یافته، نتایج بدست آمده توسط ورجیس^(۱) (۱۹۷۳)، و بارت^(۲) (۱۹۸۸) را تأیید می کند.

مطالعه حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در گروه سنی ۲۵-۴۴ سال بیشتر از سایر گروههای سنی می باشد که این خود مؤید نتایج لین^(۳) (۱۹۵۳)، دوب^(۴) (۱۹۷۰) و رژیبه^(۵) (۱۹۷۸) بوده که نشان دادند میزان شیوع اختلالات روانی در سنین باروری و میانسالی بیش از سایر گروههای سنی می باشد. میزان شیوع این اختلالات در گروه سنی بالاتر از ۶۵ سال همچون تحقیق بارت (۱۹۸۸) کمتر از سایر گروههای سنی بود. نتایج این تحقیق و اکثر تحقیقات انجام شده در کشورهای در حال رشد نشان می دهد که میزان شیوع اختلالات روانی با افزایش سن کاهش می یابد. در حالی که در بررسیهای انجام شده در کشورهای پیشرفته (رنی و اسرول، ۱۹۵۴؛

لی^(۶) (۱۹۹۰) میزان شیوع این اختلالات روانی با افزایش سن بیشتر مشاهده گردید. کاهش میزان شیوع این اختلالات در سنین بالاتر در این مطالعه می تواند به دلیل حمایت و احترام اعضای خانواده و جامعه از آنها باشد.

در این بررسی همانند اکثر تحقیقات انجام شده دیگر همچون لمکائو (۱۹۴۲)، لیتون^(۷) (۱۹۶۵)، رژیبه (۱۹۷۸)، هولی فیلد^(۸) (۱۹۹۰)، لهتینن^(۹) (۱۹۹۰)، باش (۱۹۶۴) و داویدیان (۱۳۵۳) میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان بود که شاید دلیل بالا بودن این میزان به دلیل استرس های محیطی وارد بر آنان باشد. همچنین در این بررسی مانند نتایج بدست آمده توسط لین (۱۹۵۳) و ورجیس (۱۹۷۳) میزان شیوع اختلالات روانی در افراد بیسواد و کم سواد بیش از افراد باسواد بود.

از نقطه نظر شغل این بررسی همانند نتایج ارائه شده توسط دوب (۱۹۷۰) و ورجیس (۱۹۷۳) نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان خانه دار و مردان بیکار بیشتر از سایر گروهها بود.

نتایج این بررسی نشان داد که اختلالات روانی در میان افراد متأهل بیش از مجردین، بیوهها و دوباره ازدواج کردهها بوده، در حالیکه این میزان در تحقیق رژیبه (۱۹۷۸) در ایالات متحده در افراد مطلقه یا جدا شده و در تحقیق دوب (۱۹۷۰) و هوپر (۱۹۷۹) در افراد مجرد بیش از متأهل بوده است. شاید دلیل بالا بودن اختلال در افراد متأهل در این پژوهش، بواسطه پایین بودن سن ازدواج در مناطق روستایی در ایران باشد.

ارزیابی اعتبار تشخیصی، پایائی و تشابه تشخیصی بین آزمون SCL-90-R با تشخیص روانپزشک

1-Vergheese
3-Lin
5-Regier
7-Leighton
9-Lehtinen

2-Barret
4-Dube
6-Lee
8-Hollifield

دلالت بر این دارد که این آزمون می‌تواند بعنوان یک وسیله سرند تشخیصی در مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی بطور موفقیت آمیز به کار رود.

از سایر اختلالات روانی نظیر عقب ماندگی ذهنی ضرورت بکارگیری ابزار دیگری را مطرح می‌نماید.

۳) زیاد بودن تعداد سؤالات و وجود سؤالاتی راجع به مسایل و امور جنسی بخصوص برای افراد مجرد در فرهنگ ما نمی‌تواند بخوبی پذیرفته شود.

محدودیتها و پیشنهادات

کوپروشپرد (۱۹۷۳) مشکلات موجود در مطالعات همه‌گیرشناسی را نمونه‌گیری، تکنیکهای مورد استفاده جهت بیماریابی، طبقه‌بندی و تشخیص‌گذاری مطرح می‌کند که در این پژوهش نیز مشکلات و نقایصی وجود داشت: ۱) بررسی حاضر بمنظور تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در یک منطقه روستایی صورت گرفت که با توجه به تعداد نمونه مورد بررسی در مورد تعمیم نتایج آن به کل مناطق روستایی کشور احتیاط شود.

پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه پژوهش حاضر صرفاً در مناطق روستایی صورت گرفته تحقیقات مشابهی در سایر نقاط روستایی و شهری کشور به لحاظ تفاوت‌های بین فرهنگی صورت گیرد و به منظور ارزیابی طرح ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه در مناطق روستایی کشور، پس از اجرای طرح در این منطقه روستایی، بررسی مجددی انجام گیرد و در پایان در زمینه علت شناسی و علامت شناسی اختلالات روانی مطالعاتی صورت پذیرد.

۲) محدودیت توانایی SCL-90-R در سرند مشکلات روانی و رفتاری افراد زیر ۱۵ سال و نیز مواردی

منابع

- اداره کل مبارزه با بیماری‌ها (۱۳۷۱). طرح کشوری بهداشت روانی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- صاحب الزمانی، ناصرالدین (۱۳۴۲). روح نابسامان. تهران، ص ۹۴-۱۲۲.
- داویدیان، هاراطون (۱۳۵۰). میزان و علل مراجعه بیماران روانی به طبای غیر روانپزشک. مجله تازه‌های روانپزشکی. سال اول، شماره سوم، ص ۱۲۲-۱۳۳.
- داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ وارثکس، نهایتیان؛ معتبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی مقدماتی شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر-۱۳۵۰). مجله بهداشت ایران، سال سوم (شماره ۴)، ص ۱۴۵-۱۵۶.
- شاه‌محمدی، داوود (۱۳۶۹). ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه (روستاهای شهرکرد، ۶۹-۱۳۶۸). اداره کل مبارزه با بیماریها.
- میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90 در ایران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری. دانشگاه تهران.

- Barret, J.E., Barret, J. A., Oxman, T. E. & Gerber, P. D. (1988). The prevalence of psychiatric disorder in a practice. *Archive General Psychiatry*, 45, 1100-1106.
- Bash, K. W. (1964). A psychiatric study of the city of Shiraz (Fars Province). Paper presented at WPA *International symposium of epidemiological studies in psychiatry*, Tehran, Iran.
- Bash, K. W. & Liechti, J. (1969). Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan. *Iran Social Psychiatry*, 4, 137 - 143.
- Clark, R. E. (1948). The relationship of schizophrenia to occupational income and occupational prestige. *American Social Review*, 13, 325 - 330.
- Cooper, B. & Shepherd, M. (1973). Epidemiology and abnormal psychology, in Eysenck, H. J., (Ed.) *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman Medical, 34-65.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL - 90: An outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13 - 27.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. (1976). The SCL - 90 and the MMPI: a step in the validation of a new self - report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280 - 289.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90-R: administration, scoring and procedures. Manual 2. *Clinical psychometric research*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Dohrenwend, B. P. & Dohrenwend, B. S. (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *American Journal of Public Health*, 72, 1271-1279.
- Dube, K. C. (1970). A study of prevalence and biosocial variables in mental illness in a rural and an urban community in Utharpradesh, India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 46, 327-332.
- Dunham, H. W. & Farris, R. E. (1939). *Mental disorders and psychosis*. Chicago: University Of Chicago Press.
- Elnagar, M. N., Maitra, P., & Rao, M. N. (1971). Mental health in an Indian rural community. *British Journal of Psychiatry*, 118, 499 - 505.
- Hagnell, O. (1966). *A prospective study of the incidence of mental disorder*. Stockholm: (Publisher?).
- Hollifield, M., Katon, W., Spain, D. & Pule, L. (1990). Anxiety and depression in a village of Lesotto, A comparison with the United States, *British Journal of Psychiatry*, 156, 343-350.
- Hopper, E. W., Nycz, G. R., Cleary, P. D., Regier, D. A. & Goldberg, I. D. (1979). Estimated prevalence of RDC mental disorder in primary medical care. *International Medical Journal of Mental Health*, 8, 6-15.

- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Fifth edition. Baltimore: Williams & Wilkins Company.
- Kato, M. (1969). Psychiatric epidemiological survey in Japan: The problem of case finding. *Mental health research in Asia and the Pacific*. Honolulu: East - West Center press.
- Lee, C. K., Kwak, Y. S., Yamamoto, J., Kim, S. & Lee, Y. H. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 247-252.
- Leighton, D. C. Harding, J. C., Macklin, D. S., Mackmillan, A. N., & Leighton, A. H. (1963). *The character of danger: psychiatric symptoms in selected communities*. New York: Basic Books.
- Leighton, A. H. (1965). Transcultural psychiatry. In A. V. S. De Reuke, R. Porter & A. Churchill (Eds.) London: Routledge.
- Lehtinen, V. (1990). Prevalence of mental disorders among adults in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 418-425.
- Lemkau, P., Tietze, C., & Coper, M. (1942). Mental hygiene problems in an urban district. *Mental Hygiene*, 26, 100-107
- Lin, T. A. (1953). Study of the incidence of mental disorders in Chinese and other cultures. *psychiatry*, 16, 313 - 318.
- Malzberg, S. & Lee, F. S. (1956). *Migration and mental illness*. New York: Social Science, Reserved Concial.
- Odegaard, O. (1946). A statistical investigation of the incidence of mental disorder in Norway. *Psychiatric Quarterly*, 23, 381 - 385.
- Regiel, D. A., Goldberg, I. D. & Taube, E. N. (1978). The defacto U. S. mental health services system. *Archive General Psychiatry*, 35, 688-694
- Rennie, T. A. C., Srole, L., Opler, M. K. & Langer, T. S. (1957). Urban life and mental health. *American Journal of Psychiatry*, 113, 831-837
- Vergheese, A., Beig, A., Senseman, L. A., Rao, S. S. & Benjamin, V. (1973). A social and psychiatric study of representative group of families in Vellore town. *Indian Journal of Medical Research*, 61, 608-620.
- Wilson, D. C. & Lantz, E. M. (1957). The effect of culture change on the negro race in Virginia. *American Journal of Psychiatry*, 114, 23 - 24.
- W. H. O. (1993). Human rights: The vulnerability of the mentally ill. *Press Release*, 44.