



## بررسی همه گیر شناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان

حسن پالاهنگ<sup>##</sup>، دکتر مهدی نصر<sup>##</sup>، دکتر محمد نقی براهنی<sup>##</sup>، دکتر داوود شاه محمدی<sup>###</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان شیوع اختلالهای روانی در افراد ۱۵ ساله و بالاتر مناطق شهری شهرستان کاشان بود. در این پژوهش ۶۱۹ نفر (۳۲۳ زن و ۲۹۶ مرد) که با روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی برگزیده شده بودند، با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28)<sup>(۱)</sup> و مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-III-R<sup>(۲)</sup> مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که میزان شیوع اختلالهای روانی بدون در نظر داشتن یک تشخیص روانپزشکی معین ۲۳/۷۵٪ بوده است. میزان شیوع اختلالهای خلقی ۱۱/۷۵٪، اختلالهای اضطرابی ۱۱/۱۵٪ که اختلال اضطراب منتشر با ۸/۰۸٪ بالاترین میزان شیوع را به خود اختصاص داده است. همچنین اختلالهای تطابق ۱/۶۲٪ و بیماریهای روان - تنی ۰/۹۷٪ بوده است. در این بررسی، ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و سابقه بیماری روانی در خانواده افراد مورد بررسی، با میزان ابتلاء ایشان به بیماریهای روانی دیده شد. بررسی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ سؤالی با روش بازآزمایی سطح معنی داری را بالاتر از ۰/۰۱ نشان داد. همچنین به علت بالا بودن حساسیت و ویژگی آزمون مشخص گردید که آزمون سلامت عمومی ۲۸ سؤالی از اعتبار کافی برخوردار بوده و می تواند به عنوان یک ابزار غربالگری در بررسیهای همه گیر شناسی به کار رود.

### کلید واژه: همه گیر شناسی، اختلال روانی، کاشان، پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی

تأثیر فشارهای روانی ناشی از زندگی نوین و دگرگون شدن شرایط اجتماعی، سیاسی و اقتصادی در بهداشت روانی و کیفیت زندگی انکار ناپذیر است. در کشورهای در حال توسعه، حجم مشکلات رفتاری

## کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. شهرکرد، چهارراه مولوی، مرکز بهداشت استان، واحد بهداشت روان.

### روانپزشک، عضو هیئت علمی و ریاست دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

#### دانتیار روانشناسی دانشگاه تهران. انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.

##### روانپزشک، عضو هیئت علمی انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.

1- General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

2-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed. Revised).

و روانی رو به فزونی است و بی توجهی به آن در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی اثرات سوء و غیر قابل جبرانی بر جای می‌گذارد. گروه زیادی از مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی از مشکلات عاطفی و روانی رنج می‌برند. این گروه از بیماران غالباً از ناراحتیهای بدنی شکایت داشته و کارکنان بهداشتی قادر به تشخیص نشانه‌هایی که احتمالاً از مشکلات روانی ناشی می‌شوند، نیستند (شاه‌محمدی، ۱۳۶۹).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۲)،  $\frac{2}{5}$  از تمامی ناتوانیها، ناشی از اختلالات روانی، روانی - اجتماعی و عصبی است و این موارد  $\frac{1}{5}$  از کل مراجعین به مراکز بهداشت عمومی را تشکیل می‌دهند. برای مقابله با این مشکلات، دسترسی به اطلاعات جامع و مفید از میزان شیوع اختلالات روانی در مناطق گوناگون کشور ضروری است. این اطلاعات می‌توانند برنامه‌های ملی بهداشت روانی را تقویت نمایند.

در دسترس نبودن آزمونهای استاندارد بیماریابی و مصاحبه‌های سازمان یافته تشخیصی مناسب که تهیه آن در کشور ما مراحل آغازین خود را سپری می‌کند، انجام بررسیها را با مشکلات جدی روبرو ساخته است.

اگر چه وجود بیماریهای روانی در جوامع مختلف از قرنهای پیش مورد تأیید قرار گرفته است، اما در طی قرن حاضر بود که روشهای آماری برای برآورد نمودن حجم این مشکلات مورد استفاده قرار گرفت. در گذشته بررسیهای همه گیر شناسی با مراجعه به پرونده‌ی بیماران در بیمارستانها انجام می‌شد. در این روش تنها افرادی به عنوان بیمار شناخته می‌شدند که سابقه بستری شدن در بیمارستان را داشته باشند. این روش از نظر برآورد شیوع واقعی بیماریها رضایت بخش نبود. چنانچه فلیکس و باورز<sup>(۱)</sup> (۱۹۴۸)، به نقل از گلد برگ<sup>(۲)</sup>، (۱۹۷۲) اشاره کرده‌اند، پژوهشگران کنترلی بر فرآیند بیماریابی، ثبت موارد و حتی تشخیص نداشته‌اند و میزان شیوع بیماریها در بررسیهای گوناگون بسیار متفاوت برآورد شده است.

بخشی از تفاوت‌های موجود به روشهای شناسایی بیماران مربوط می‌شود. بهره‌گیری از روشهای پژوهشی یکسان و آزمونهای غربالگری معتبر و پایا روش کاملاً مناسبی برای از میان برداشتن تفاوت‌های یاد شده به نظر می‌رسد. به کار بردن این آزمونها دارای برتریهایی به شرح زیر است:

- ۱- به تعداد بیشتری از آزمودنیها می‌توان دسترسی یافت
  - ۲- روش نسبتاً ارزانی است و وقت گیر نیست.
  - ۳- این آزمونها عینی هستند و نمره گذاری افراد بر قضاوت ذهنی آنها متکی نمی‌باشد.
  - ۴- مشکلات مربوط به بهره‌گیری از ملاکهای متفاوت بین مصاحبه‌گران وجود ندارد.
- بررسیهای همه گیر شناسی مناطق مختلف کشور نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی  $\frac{12}{5}$  تا  $\frac{16}{7}$ ٪ است. امید است بررسی حاضر که در مناطق شهری شهر کاشان انجام شده است توجه مسئولین و برنامه ریزان بهداشتی کشور را به مشکلات موجود در جوامع شهری جلب نموده و زمینه را برای پیشگیری این اختلال فراهم نماید. هدف پژوهش حاضر بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در جمعیت ۱۵ سال و بالاتر شهر کاشان است.

### روش پژوهش

طرح کلی<sup>(۳)</sup> پژوهش: این بررسی از نوع بررسیهای توصیفی مقطعی است و به منظور همه گیر شناسی اختلالات روانی در جمعیت شهری شهر کاشان انجام گردیده است.

آزمودنیهای پژوهش را ۶۱۹ نفر (۳۲۳ زن و ۲۹۶ مرد) از افراد ۱۵ ساله و بالاتر جمعیت شهر کاشان که به روش نمونه گیری خوشه‌ای برگزیده شده بودند، تشکیل می‌داد. جمعیت شهر کاشان و حومه بر اساس آمار

1-Flix & Bowers

2- Goldberg

3-design

فروردین ماه ۱۳۷۳ طرح بسیج ریشه کنی فلج کودکان ۱۸۱۹۵۷ نفر و بعد خانوارهای آن ۴/۷۳ نفر بوده است. این پژوهش در دو مرحله انجام شد. نخست از مجموع ۲۳ خوشه ۱۰ خانواری ۶۱۹ نفر افراد ۱۵ سال و بالاتر خانوارها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی - ۲۸ سؤالی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله دوم ۱۷۳ نفر که نمره بالاتر از نقطه برش بدست آوردند با استفاده از

سیاهه مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-III-R توسط روانپزشک مورد مصاحبه قرار گرفتند و میزان شیوع یک ماهه اختلالهای روانی در نمونه مورد بررسی مشخص شد. گفتنی است که در نمونه گیری ۶۸۵ نفر برگزیده شدند اما به دلایلی که در جدول ۱ نشان داده شده ۶۶ نفر از پژوهش کنار گذاشته شدند.

جدول ۱- علل و میزان افت آزمودنیها در مراحل گوناگون پژوهش

علتهای حذف آزمودنیها	مرحله اول پژوهش		مرحله دوم پژوهش		جمع
	مرد	زن	مرد	زن	
مهاجرت	۱	-	۱	-	۲
عدم حضور موقتی در محل	۲۱	۶	۵	۳	۳۵
عدم توانایی پاسخ به سؤالات به علت کهولت سن و بیماری	۵	۴	-	۱	۱۰
عدم همکاری	۴	-	۱۰	۴	۱۸
کامل نبودن اطلاعات	-	-	-	۱	۱
جمع	۳۱	۱۰	۱۶	۹	۶۶

ابزار پژوهش را:

الف- پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28)،

ب- سیاهه مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-III-R، تشکیل می داد.

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلر<sup>(۱)</sup> معرفی شده و دارای ۴ مقیاس فرعی می باشد و هر مقیاس ۷ پرسش دارد که عبارتند از:

۱- مقیاس الف: علایم جسمانی<sup>(۲)</sup>

۲- مقیاس ب: علایم اضطرابی و اختلال خواب<sup>(۳)</sup>

۳- مقیاس ج: کارکرد اجتماعی<sup>(۴)</sup>

۴- مقیاس د: علایم افسردگی<sup>(۵)</sup>

روشهای مختلفی برای نمره گذاری این آزمون پیشنهاد

شده است. در این بررسی از روش ساده لیکرت<sup>(۶)</sup> استفاده گردید.

سیاهه مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-III-R تنظیم شده و هدف آن بود که روانپزشک با بررسی جامع و کامل همه ی ملاکهای مورد نظر با اطمینان بیشتر به تشخیص قطعی برسد. سیاهه یاد شده از ۵ بخش تشکیل شده است که عبارتند از:

۱- نشانه های بدنی

- |                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| 1-Goldberg and Hiller        | 2-somatic symptoms    |
| 3-anxiety and sleep disorder |                       |
| 4-social function            | 5-depression symptoms |
| 6-Simple Likert              |                       |

۲- نشانه‌های اضطرابی

۳- نشانه‌های خلقی

۴- نشانه‌های اختلال‌های روانی عضوی

۵- نشانه‌های روان پریشی

برای ارزیابی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی، مجموعاً ۸۰ نفر با فاصله زمانی یک هفته تا ده روز پس از آزمون اول دوباره مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برای بررسی پایایی سیاهه مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R، سی نفر از بیماران مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی تهران توسط دو نفر روانپزشک و بطور همزمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای بررسی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی یک بررسی مقدماتی انجام شد و نقطه برش آزمون تعیین گردید.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از آمار توصیفی، آزمونهای آماری "خی دو"<sup>(۱)</sup>، "تی"<sup>(۲)</sup> و "زد"<sup>(۳)</sup> استفاده شده است.

### یافته‌های پژوهش

الف) اعتباریابی و بررسی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در شهر کاشان.

به منظور اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در شهر کاشان، سه خوشه ۱۰ خانواری به تصادف برگزیده شده مجموعاً ۸۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بهترین نقطه برش<sup>(۴)</sup> در مردان با روش نمره گذاری ساده لیکرت نمره ۲۲ می‌باشد. حساسیت<sup>(۵)</sup>، ویژگی<sup>(۶)</sup> و میزان کلی اشتباه طبقه بندی<sup>(۷)</sup> به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۸، ۰/۱۹ بود. بهترین نقطه برش در زنان نمره ۲۱، حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه بندی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۱۶ بود. بررسی پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی با بهره‌گیری از ضریب همبستگی پیرسون پایایی آزمون رادرسطح ۰/۹۱ نشان داد. (ب) بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در شهر کاشان. در جدول شماره ۲ میزان شیوع یک ماهه اختلال‌های

روانی در نمونه مورد بررسی به تفکیک جنس ارائه شده است. همچنانکه مشاهده می‌شود میزان شیوع کلیه اختلال‌های روانی با محاسبه یک تشخیص روانپزشکی برای بیماران ۲۳/۷۵٪ است (زنان ۳۱/۵٪ و مردان ۱۵/۲٪)، اختلال‌های خلقی با ۱۱/۷۹٪ و اختلال‌های اضطرابی با ۱۱/۱۵٪ بالاترین میزان شیوع را داشتند. در میان اختلال‌های خلقی، اختلال افسرده خوبی<sup>(۸)</sup> با ۷/۵۹٪ و در میان اختلال‌های اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر با ۸/۰۸٪ شایع‌ترین اختلالها بودند. سایر اختلال‌های شایع در نمونه مورد بررسی به ترتیب عبارت بودند از: اختلال افسردگی اساسی (۴/۲۰٪)، اختلال‌های تطابقی (۱/۶۲٪)، بیماری‌های روان تنی (۰/۹۷٪)، اختلال‌های روانی عضوی و اختلال‌های شبه جسمی هر کدام با (۰/۸۱٪)، اختلال‌های مربوط به خواب (۰/۴۸٪)، اختلال‌های ناشی از مصرف داروهای روانگردان، اسکیزوفرنیا و اختلال‌های شخصیت هر کدام (۰/۱۶٪).

در این پژوهش، اختلال‌های شبه جسمی بیماری‌های روانی تنها در زنان و اختلال‌های مربوط به مصرف داروهای روانگردان، اسکیزوفرنیا و اختلال‌های شخصیت در مردان مشاهده گردید، و در زمینه سایر اختلالها نیز میزان شیوع در زنان به مراتب بالاتر از مردان بود.

در این مطالعه بالاترین میزان شیوع در گروه سنی ۳۵-۴۴ ساله با ۳۹/۲٪ و کمترین میزان شیوع در گروه سنی ۱۵-۲۴ ساله ۱۵/۲٪ بود. از نظر وضعیت تأهل، افراد متأهل با ۲۷/۷٪ بالاترین میزان شیوع و افراد مجرد با ۱۲٪ پایین‌ترین میزان شیوع را داشتند. از نظر سطح تحصیلات، بالاترین میزان شیوع در افراد بیسواد و پایین‌ترین میزان شیوع در افراد با تحصیلات

1-X <sup>2</sup>	2-Student'st
3-Z	4-cut - off point
5-sensitivity	6-specificity
7-Overall Misclassification Rate	
8- dysthymia	

جدول ۲: میزان شیوع یک ماهه اختلالات روانی در نمونه مورد بررسی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-III-R به تفکیک جنس

اختلالات روانی	کد تشخیص	جنس		کل	
		زنان		مردان	
		فرآوانی %	فرآوانی %	فرآوانی %	فرآوانی %
کلیه اختلالات روانی <sup>‡</sup>	-	۱۰۲	۳۱/۵	۴۵	۱۵/۲
اختلالات اضطرابی	-	۵۰	۱۵/۴۷	۱۹	۶/۴۲
اختلال اضطراب منتشر	۳۰۰/۰۲	۳۸	۱۱/۷	۱۲	۴/۱
اختلال وسواس - اجباری	۳۰۰/۳۰	۴	۱/۲	۲	۰/۶۸
اختلال ترس ساده	۳۰۰/۲۹	۲	۰/۶	-	-
اختلال ترس اجتماعی	۳۰۰/۲۳	۲	۰/۶	۱	۰/۳۴
اختلال پانیک بودن گذر هراسی	۳۰۰/۰۱	۲	۰/۶	۳	۱/۰۰
اختلال استرس پس از ضربه	۳۰۰/۸۹	۲	۰/۶	۳	۱/۰۰
اختلالات خلقی	-	۵۴	۱۶/۷	۱۹	۶/۴۲
اختلال افسرده خلقی	۳۰۰/۴۰	۳۴	۱۰/۵	۱۳	۴/۴
اختلال افسردگی اساسی	۲۹۶/۲	۲۰	۶/۲	۶	۲/۰۰
اختلالات تطابق	-	۶	۱/۸۶	۴	۱/۳۵
اختلال تطابق همراه با خلق مضطرب	۳۰۹/۲۴	۴	۱/۲	۲	۰/۶۸
اختلال اضطراب عضوی	۲۹۴/۸۰	۳	۰/۹	۲	۰/۶۸
اختلال جسمانی شدن	۳۰۰/۸۱	۵	۱/۵	-	-
اختلال بیخوابی اولیه	۳۰۷/۴۲	۲	۰/۶۲	۱	۰/۳۴
اختلالاتی مربوط به مصرف مواد	۳۰۴/۰۰	-	-	۱	۰/۳۴
اسکیزوفرنیا (پارانوئید)	۲۹۵/۳	-	-	۱	۰/۳۴
بیماریهای روانتنی	۳۱۶/۰۰	۶	۱/۹	-	-
اختلال شخصیت اجتنابی	۳۰۱/۸۲	-	-	۱	۰/۳۴

<sup>‡</sup> برخی از بیماران بیش از یک تشخیص داشته‌اند.

چون سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و سابقه بیماری روانی در خانواده با ابتلاء به اختلالات روانی بدست آمد. اما ارتباط بین بعد خانوار و ابتلاء به اختلالات روانی معنی دار نبود.

نتایج نشان داد که تنها ۱۲/۳٪ از بیماران جهت درمان

لیسانس و بالاتر ۷/۱٪ دیده شد. بررسی وضعیت اشتغال نمونه مورد بررسی نشان داد که بالاترین میزان شیوع در کارمندان ۳۹/۱٪ و پایین‌ترین میزان شیوع در کشاورزان ۵/۳٪ می‌باشد.

در این پژوهش ارتباط معنی داری بین متغیرهایی

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی فشارهای روانی مؤثر در بروز بیماریهای روانی

فشارهای روانی	فراوانی	%
اختلافات خانوادگی	۱۶	۱۰/۹
فوت یکی از نزدیکان	۱۳	۸/۸
مفقود شدن یا شهادت بستگان	۹	۶/۱
تصادف و سوانح	۹	۶/۱
وقایع ناگوار و بیماری بستگان	۷	۴/۹
زایمان	۳	۲
ازدواج	۳	۳
مهاجرت	۳	۲
بیکاری	۳	۲
موج انفجار	۲	۱/۴
ورشکستگی مالی	۲	۱/۴
وجود نداشته است	۷۷	۵۲/۴
جمع کل	۱۴۷	۱۰۰

به روانپزشک مراجعه کرده‌اند. ۴۳/۵٪ به پزشکان عمومی و سایر متخصصان و ۷/۰٪ به درمانگران سنتی مراجعه کرده بودند و ۴۳/۵٪ برای درمان اقدامی ننموده بودند. بررسی شاخصهای اعتبار سیاهه مصاحبه بالینی براساس ملاکهای تشخیصی DSM-III-R نشان داد که حساسیت و ویژگی به ترتیب ۸۴٪ و ۹۷٪ است. بررسی پایایی این سیاهه نشان داد که توافق بین دو نفر روانپزشک ۸۳٪ است.

جدول ۳ فشارهای روانی مؤثر در بروز بیماری را نشان می‌دهد. بررسی نتایج نشان داد که اختلافات خانوادگی با ۱۰/۹٪ بیشترین و موج انفجار و ورشکستگی مالی هرکدام با ۱/۴٪ کمترین اهمیت را در بروز بیماری داشته‌اند. ۵۲/۴٪ از بیماران هیچگونه فشار روانی را گزارش نکردند.

جدول ۴ میانگین و انحراف معیار مقیاسهای ۴ گانه پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی را در افراد مورد بررسی نشان می‌دهد. انجام آزمون t بر روی میانگین کل نمرات در زنان و مردان نشان داد که تفاوت مشاهده شده در سطح ۱٪ معنی دار است و در همه مقیاسها میانگین نمرات زنان بالاتر از میانگین نمرات مردان بوده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمرات افراد مورد بررسی بر حسب مقیاسهای پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی جنسیت (N=۶۱۹).

مقیاسها	جنسیت		کل		
	مرد n=۲۹۶	زن n=۳۲۳			
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	کل
نشانه‌های بدنی	۳/۲۷	۲/۸۴	۴/۳۳	۳/۵۹	۳/۲۷
علائم اضطرابی	۲/۸۰	۳/۰۵	۳/۸۲	۳/۸۲	۲/۸۰
کارکرد اجتماعی	۶/۴۸	۲/۱۲	۶/۷۱	۲/۱۵	۶/۴۸
نشانه‌های افسردگی	۱/۶۴	۲/۷۴	۲/۱۸	۳/۳۹	۱/۶۴
کل	۱۴/۱۹	۸/۶۴	۱۷/۳	۱۰/۸۶	۱۴/۱۹

## بحث در نتایج

نتایج پژوهش میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه مورد بررسی را ۲۳/۷۵٪ نشان داد که از میزان شیوع اختلالات روانی در بررسی داویدیان و همکاران (۱۳۵۲) با ۴۳/۲٪، شور<sup>(۱)</sup> و همکاران (۱۹۷۳) با ۵۴٪ و جلیلی و داویدیان (۱۳۷۰) با ۵۳/۸٪ بطور چشمگیری کمتر است. در بررسیهای کلاسون<sup>(۲)</sup> (۱۹۱۱)، به نقل از گلد برگ، (۱۹۷۲)، اسن - مولر<sup>(۳)</sup> (۱۹۵۶)، کول<sup>(۴)</sup> و همکاران (۱۹۵۷) و لیگتون<sup>(۵)</sup> و همکاران (۱۹۶۳) که از مصاحبه‌های غیر استاندارد استفاده کردند و بیماری‌های توسط روانپزشک انجام شده بود میزان شیوع بسیار بالایی را گزارش کرده‌اند. احتمالاً تفاوت موجود بین پژوهش حاضر و بررسیهای یاد شده ناشی از ابزار پژوهشی متفاوت و روشهای مختلف پژوهش می‌باشد.

در بررسیهایی که در سال ۱۳۷۲ توسط باقری یزدی (۱۳۷۳)، بهادرخان (۱۳۷۲)، کوبه (۱۳۷۲) و جاویدی (۱۳۷۲) در مناطق مختلف کشور انجام شده است، میزان شیوع اختلالات روانی بین ۱۲/۵٪ تا ۱۶/۷٪ بوده است. شیوع بالاتر اختلالات روانی در این پژوهش نسبت به بررسیهای یاد شده احتمالاً ناشی از ابزار پژوهشی متفاوت، روشهای مختلف شناسایی بیماران و وضعیت اقتصادی - اجتماعی مناطق مزبور که همه موارد مناطق روستایی بوده است می‌باشد. در بررسیهای باش<sup>(۶)</sup> نیز که در سالهای ۱۳۴۱ و ۱۳۴۷ که به ترتیب در مناطق روستایی و شهری استان فارس انجام شد، میزان شیوع اختلالات روانی در شهر شیراز نزدیک به دو برابر مناطق روستایی استان فارس بوده است. نتایج پژوهش حاضر به نتایج پژوهش باش و باش (۱۹۷۴) در شهر شیراز با میزان شیوع ۱۸/۶۴۴٪ نسبتاً نزدیک است. نتایج بررسیهای براون و هاریس<sup>(۷)</sup> (۱۹۷۸)، بلیزر<sup>(۸)</sup> (۱۹۸۵) و واسکوئز - بارکوئر<sup>(۹)</sup> و همکاران (۱۹۸۲) را در رابطه با شیوع بالای اختلالات روانی در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی تأیید می‌کند. افزون بر آن به نتایج

بررسیهای واسکوئز - بارکوئر و همکاران (۱۹۸۶) با ۲۳/۲ درصد، واسکوئز - باکوئر و همکاران (۱۹۸۷) با ۲۴ درصد، سیسیلیانی<sup>(۱۰)</sup> و همکاران (۱۹۸۸)، به نقل از مارینو<sup>(۱۱)</sup>، (۱۹۹۰) با ۲۲/۷ درصد و هولی فیلد<sup>(۱۲)</sup> و همکاران (۱۹۹۰) با ۲۲/۸ درصد نزدیک است.

در این پژوهش میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بطور معنی داری بیش از مردان بود و نتایج پژوهشهای باش (۱۳۴۱)، به نقل از داویدیان، (۱۳۵۲)، باقری یزدی (۱۳۷۳)، بهادر خان (۱۳۷۲)، کوبه (۱۳۷۲)، جاویدی (۱۳۷۲)، بینگتون<sup>(۱۳)</sup> و همکاران (۱۹۸۱) واسکوئز - بارکوئر و همکاران (۱۹۸۷)، رجیر<sup>(۱۴)</sup> و همکاران (۱۹۸۸) را تأیید می‌کند. در این بررسی میزان شیوع کلیه اختلالات روانی در زنان ۳۱/۲٪ بود که به پژوهش براون و هاریس (۱۹۷۸) با ۳۳٪ در شهر لندن نزدیک است.

در این پژوهش بیشترین میزان شیوع در گروه سنی ۳۵ تا ۴۴ ساله و پایین ترین میزان شیوع در گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ ساله بود که با الگوی مشاهده شده در کشورهای توسعه یافته مطابقت ندارد. اما نتایج مطالعات باقری یزدی (۱۳۷۳) و جاویدی (۱۳۷۲) را تأیید می‌کند. احتمالاً پایین بودن سن ازدواج و تأثیر تأهل در شیوع بالای اختلالات روانی در ایران از عواملی است که باعث تفاوت در الگوی یاد شده گردیده است.

در این پژوهش افراد بی سواد و کم سواد با ۳۳/۷٪ و افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر با ۷/۱٪ به ترتیب بالاترین و پایینترین میزان شیوع را داشتند و نتایج پژوهشهای واسکوئز - باکوئر و همکاران (۱۹۸۷)، کارتا و همکاران (۱۹۹۱)، باقری یزدی (۱۳۷۳) و جاویدی

- |                    |               |
|--------------------|---------------|
| 1-Shore            | 2-Clouston    |
| 3-Essen - Moller   | 4-Cole        |
| 5-Leighton         | 6-Bash        |
| 7-Brown & Harris   | 8-Blazer      |
| 9-Vazquez-Barquero | 10-Sicilliani |
| 11-Marino          | 12-Hollfield  |
| 13-Bebbington      | 14-Regier     |

## در این بررسی میزان شیوع کلیه اختلالات روانی در زنان ۳۱/۲٪ بود که به پژوهش براون و هاریس (۱۹۷۸) با ۳۳٪ در شهر لندن نزدیک است.

(۱۳۷۲) را تأیید می‌کند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که ۳۹/۱٪ افرادی که دچار مشکلات روانی - رفتاری بودند کارمند بوده‌اند که بیشترین درصد شیوع اختلالات روانی را به خود اختصاص داده‌اند. نتایج بالا با نتایج پژوهشهای انجام شده در مناطق روستایی کشور متفاوت است و نتایج پژوهش واسکوئز - بارکوئرو (۱۹۸۲) در زمینه ارتباط اختلالات روانی و مشکلات شهر نشینی را تأیید می‌کند. در این پژوهش ارتباط معنی داری بین وضعیت تأهل و ابتلاء به اختلالات روانی بدست آمد و افراد متأهل بالاترین میزان شیوع را داشتند. این یافته‌ها نتایج مطالعه واسکوئز و بارکوئرو و همکاران (۱۹۸۲) را تأیید می‌کند. در پایان نکته‌های زیر به عنوان محدودیتهای پژوهش بیان می‌شود:

۱- با توجه به اینکه پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی اختلالات تک علامتی را سرنند نمی‌کند، احتمالاً تعدادی از افراد مبتلا به این اختلالات در مرحله اول پژوهش سرنند نشده‌اند.

۲- پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی برای سرنند اختلالات روانی غیر روان پریش طراحی شده است بنابراین نتایج بدست آمده در رابطه با اختلالات روانی پریشی معتبر نیست.

۳- این پژوهش تنها برای منطقه شهری کاشان تعمیم پذیر است و در تعمیم نتایج به سایر مناطق استان اصفهان و کشور باید با احتیاط عمل شود.

پیشنهاد می‌شود برای افراد بیسواد و کم سواد از آزمونهای دوگزینه‌ای استفاده شود

## منابع

باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۳)، بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد - یزد. اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۱.

بهادر خان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد - خراسان. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

جاویدی، حجت ا... (۱۳۷۲). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

جلیلی، احمد و داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای روانی در یک روستا در حاشیه کویر. خلاصه مقالات سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران، آذر ماه ۱۳۷۰.

داویدیان، هاراطون. ایزدی، سیروس. معتبر، منصور و نهاپتیان، وارثکس (۱۳۵۲). بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر - ۱۳۵۰).

شاه محمدی، داود (۱۳۶۹). ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه در روستاهای شهر کرد، (۶۹-۱۳۶۸). اداره کل مبارزه با بیماریها.

کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذر شهر آذربایجان شرقی. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

Bash, K. W., & Bash Liechti, J. (1974). Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the population of the city of shiraz, Iran. *Social psychiatry*, 9, 163-171.



- Regier, D. A., Boyd, J. H., Bruke, J. D., & Rae, D. S. (1988). One month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-86.
- Robins, L. N. (1978). Psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 35, 697-702.
- Shore, J. H., Kinzie, J. D., Hampson, J. L. & Pattison, S. M. (1973). Psychiatric epidemiology of an Indian village. *Psychiatry*. 36: 70-81.
- Vazquez-Barquero, J. L., Munoz, P. E. & Madoz Jaurgui, V. (1982). The influences of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 65, 161-170.
- Vazquez-Barquero, J. L., Diez-Manrique, J. F., Pena, C., Quintanal, R. G. & Labrador Lopez, M. (1986). Two stage design in a community survey. *British Journal of Psychiatry*, 149, 88-97.
- Vazquez-Barquero, J. L. (1987). A community mental health survey in Cantabria. *Psychological Medicine*, 17, 227-41.
- World Health Organization (1992). *Epidemiology of Schizophrenia*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and behavioural disorders*. Geneva: WHO.
- Bebbington, P., Harry, J., Tennant, C., Sturt, E., & Wing, J. K. (1981). Epidemiology of mental disorders in Camberwell. *Psychological Medicine*, 11, 561-579.
- Blazer, D. (1985). Psychiatric disorders: a rural urban comparison. *Archives of General Psychiatry*, 42, 651-660.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). Social origins of depression: *A Study of Psychiatric disorder in women*. London: Taristock.
- Carta, M. G., Capiniell, B., Morosini, P. L. , & Rudas, N. (1991). Prevalence of mental disorders in Sardinia: a Community study in a inland mining district. *Psychological Medicine*, 21, 1061-71.
- Cole, N. J., Branch, C. H. H., & Shaw, D. M. (1957). Mental illness. *Archive Neurology Psychiatry*, 77, 393-9.
- Essen-Moller, E. (1956). Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supplement 100,5-160.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of Psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- 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, 343-50.
- Leighton, D. C., Harding, J. S., Macklin, D. B., Hughes, C. C., and leighton, A. H. (1963). Psychiatric findings of the Stirling county study. *American Journal of Psychiatry*, 119, 1021-6.
- Marino, S., Bellantuono, C., & Tansella, M. (1991). Psychiatric morbidity in general practice in Italy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25,

