



## همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانپزشکی در استان تهران

دکتر محمدرضا محمدی\*، مهدی رهگذر\*\*، سید عباس باقری‌یزدی\*\*\*، دکتر حمیدرضا نقوی\*\*\*\*،  
دکتر حمیدرضا پوراعتماد\*\*\*\*\*، دکتر همايون امینی\*\*\*\*، محمدرضا رستمی\*\*\*\*\*،  
فریده خلج‌آبادی فراهانی\*\*\*\*\*، دکتر بیتا مسگرپور\*\*\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در افراد ۱۸ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استان تهران انجام گرفت.

**روش:** آزمودنی‌های پژوهش با روش نمونه‌گیری تصادفی - خوشه‌ای از میان خانوارهای موجود در استان تهران انتخاب گردیدند و به کمک پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) ۵۳۱۱ نفر در استان مورد بررسی قرار گرفتند و بر پایه معیارهای چهارمین کتابچه تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) تشخیص‌گذاری اختلال‌ها انجام شد.

**یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که شیوع انواع اختلال‌های روانپزشکی در استان ۱۴/۳٪ می‌باشد که این شیوع در زنان ۱۹/۶٪ و در مردان ۹/۳٪ بوده است. اختلال‌های اضطرابی و خلقی به ترتیب با ۶/۸٪ و ۴/۵٪ شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی در استان بودند. شیوع اختلال‌های پسکوتیک در این بررسی ۰/۶۵٪، اختلال‌های عصبی-شناختی ۲/۱٪ و اختلال‌های تجزیه‌ای ۰/۳٪ بوده است.

در گروه اختلال‌های خلقی، افسردگی اساسی با ۲/۳٪ و در گروه اختلال‌های اضطرابی، اختلال پانیک با ۱/۸٪ شیوع بیشتری داشته‌اند.

**نتیجه:** این بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی را در گروه سنی ۵۵-۴۱ سال و بالاتر، افراد همسرفوت‌شده، افراد ساکن در شهرهای استان به جز تهران و افراد بی‌سواد بیش از گروه‌های دیگر نشان داد. لذا نتایج این تحقیق مسئولیت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی استان تهران و کشور را در رابطه با تدوین برنامه‌های عملی و اجرایی بهداشت روان، بیش از پیش روشن می‌سازد.

:

\* فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استاد و مدیر گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشگر، بیمارستان روزبه (نویسنده مسئول).

E-mail: MOHAMMADI@NRCMS.IR

\*\* دانشجوی دوره دکترای آمار زیستی، مربی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه آمار زیستی و کامپیوتر. تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان.

\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، اداره سلامت روان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از میدان منیریه، اداره سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

\*\*\*\* روانپزشک، استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشگر، بیمارستان روزبه.

\*\*\*\*\* دکترای روانشناسی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی. تهران، اوین، بلوار دانشجو.

\*\*\*\*\* کارشناس روانشناسی بالینی. کارشناس مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. تهران، خیابان شهید مطهری، خیابان کوه نور، کوچه اول، پلاک ۲۶، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

\*\*\*\*\* کارشناس ارشد بهداشت باروری، کارشناس مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. تهران، خیابان شهید مطهری، خیابان کوه نور، کوچه اول، پلاک ۲۶، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

\*\*\*\*\* دکترای داروسازی، کارشناس مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. تهران، خیابان شهید مطهری، خیابان کوه نور، کوچه اول، پلاک ۲۶، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

پرسش‌نامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد، امروزه تا اندازه‌ای میزان شیوع اختلال‌های روانی در جهان شناسایی شده است (دهرنوند<sup>۳</sup> و دهرنوند، ۱۹۸۲). با وجود این، به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، روش‌های مصاحبه، روش‌های نمونه‌گیری و طبقه‌بندی‌های به کار برده شده، شمار بیماران روانی بسیار متفاوت برآورد شده‌اند، به طوری که این میزان‌ها از ۷/۳٪ تا ۳۹/۸٪ در نوسان بوده است (هدیامونت<sup>۴</sup>، پیر<sup>۵</sup> و سبین<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷؛ لی<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰). بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی انجام شده در ایران نیز بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلال‌ها از ۱۱/۹٪ تا ۳۰/۲٪ اشاره دارند (جدول ۱).

همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانپزشکی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که شیوه توزیع این اختلال‌ها را در جامعه مورد بررسی قرار می‌دهد (رابین<sup>۱</sup>، ۱۹۷۸).

هرچند وجود اختلال‌های روانی در جوامع مختلف از سده‌های پیش مورد تأیید قرار گرفته، تنها در سده بیستم روش‌های آماری برای برآورد حجم این مشکلات به کار برده شده است (گلدبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۷۳). در گذشته بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی با مراجعه به پرونده بیماران و اطلاعات به دست آمده از افراد کلیدی انجام می‌شد اما با تهیه و تدوین

جدول ۱- نتایج بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۸۱

نام محقق و یا محققین	سال	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع		
					مردان	زنان	کل
باش	۱۹۶۴	روستایی شیراز	مصاحبه بالینی	۴۹۷	۷/۷	۱۶/۵	۱۱/۹
باش	۱۹۶۹	روستایی خوزستان	مصاحبه بالینی	۴۸۲	—	—	۱۴/۹
باش	۱۹۷۳	شهری شیراز	مصاحبه بالینی	۶۲۲	۱۴/۹	۲۲/۴	۱۸/۶
داویدیان و همکاران	۱۳۵۳	شهرستان رودسر	مصاحبه بالینی	۴۸۸	—	—	۱۷/-
باقری‌یزدی و همکاران	۱۳۷۳	روستایی میند یزد	DSM-III-R و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۰۰	۶/۶	۱۸/۱	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	DSM-III-R و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۶۵	۱۲/۴	۱۹/۶	۱۶/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مرودشت فارس	DSM-III-R و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۰۷	۶/۱	۲۲/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	DSM-III-R و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۱۵	۷/۴	۱۸/۲	۱۳/-
حرازی و باقری‌یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	DSM-III-R و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۹۵۰	۱۲/۵	۲۴/۷	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	DSM-III-R و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۵۰	۷/۹	۲۶/۲	۱۸/۴
پالاهنگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	DSM-III-R و GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۱۹	۱۵/۲	۳۱/۵	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستایی صومعه‌سرا-گیلان	DSM-III-R و GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۵۲	۱۵/۸	۳۰/۸	۲۳/۸
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	DSM-III-R و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۶۱۲	—	—	۳۰/۲
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	DSM-III-R و SCI-90-R و مصاحبه بالینی PSE	۸۶۹	۱۰/-	۱۸/-	۱۴/-
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهر اصفهان	DSM-IV و SRQ-24 و مصاحبه بالینی	۳۲۵۵	—	—	۱۹/۹
بخشانی و همکاران	۱۳۷۷	شهر زاهدان	DSM-IV و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۶۴۳	۲۳/۹	۲۶/۵	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهر تهران	DSM-IV و GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۸۷۹	۱۴/۹	۲۷/۷	۲۱/۵
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهر کرمانشاه	DSM-III-R و GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۵۰۱	۱۶/۹	۳۲/۲	۲۵/۲
چگینی و همکاران	۱۳۷۹	شهری و روستایی قم	DSM-IV و SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۳۹۱	۱۶/-	۱۸/۲	۱۷/۱
شمس‌علیزاده و همکاران	۱۳۸۰	ساوجبلاغ	DSM-III-R و GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۴۰	۱۶/۶	۳۵/۷	۲۶/۹
امیدی و همکاران	۱۳۸۱	شهر نطنز	DSM-III-R و GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۵۰	۱۷/۲	۲۴/۳	۲۱/۳
نوربالا و همکاران	۱۳۸۱	سراسر کشور	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۱۴/۹	۲۵/۹	۲۱

1- Robin

2- Goldberg

3- Dohrenwend

4- Hodiament

5- Peer

6- Syben

7- Lee

در یک بررسی که به منظور تعیین شیوع اختلال‌های روانپزشکی در مناطق شهری تهران انجام گرفت میزان شیوع این اختلال‌ها ۲۱/۵٪ گزارش گردید (نوربالا، محمد و باقری‌یزدی، ۱۳۷۸). میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی برپایه بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر استان که در قالب طرح ملی «سلامت و بیماری» در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت ۲۱/۲٪ بوده است (همان‌جا).

این بررسی با هدف همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی و آگاهی‌یافتن مسئولان و دست‌اندرکاران بهداشتی، آموزشی و درمانی نسبت به اهمیت و گستره این مشکل در استان تهران انجام شده است تا زمینه‌ی ارایی خدمات اساسی بهداشت روان به افراد ۱۸ ساله و بالاتر ساکن در مناطق شهری و روستایی استان را فراهم نماید.

این بررسی به صورت مقطعی - توصیفی و در سال ۱۳۸۰ انجام گردید. نمونه مورد بررسی به‌شیوه نمونه‌گیری تصادفی - خوشه‌ای از میان فهرست خانواده‌های موجود در دفاتر آماری مرکز بهداشت استان انتخاب شد. برای این منظور از میان ۲۵۹۵۵۰۴ خانوار موجود، ۱۱۸۵ خانوار در قالب ۲۳۷ خوشه ۵ خانواری تعیین شدند و افراد ۱۸ ساله و بالاتر این خانوارها مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار به کار برده شده در این پژوهش پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا<sup>۱</sup> (SADS) می‌باشد که توسط اسپیتزر<sup>۲</sup> و همکاران برپایه معیارهای تشخیصی کتابچه‌ی تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM)<sup>۳</sup> طراحی شده است (دهرنوند و شروت<sup>۴</sup>، ۱۹۸۱). بررسی‌هایی که در زمینه اعتبار و روایی این آزمون انجام گرفته نشان‌دهنده معتبر بودن آن است. برای نمونه در بررسی سیمپسون<sup>۵</sup>، مک‌ماهون<sup>۶</sup> و مک‌اینیز<sup>۷</sup> (۲۰۰۲)، روایی تشخیصی دوره‌های افسردگی، مانیا و هیپومانیا با SADS به دو روش

محاسبه شده است. در روش اول که از طریق ضریب توافق محاسبه شد، توافق کاملی بین نمره‌گذاران در مورد هر سه اختلال وجود داشته است. در روش دوم برپایه آزمون - بازآزمون<sup>۸</sup>، ضریب کاپا<sup>۹</sup> در مورد مانیا، هیپومانیا و افسردگی اساسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۱ به دست آمد. در بهترین سطح برآورد ضریب‌های کاپا، برای اختلال‌های دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع دو و تک‌قطبی راجعه به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۸ بود که نشان‌دهنده روایی بسیار بالای آن در تشخیص گروه‌های بیمار است.

برپایه یافته‌های این برنامه می‌توان اختلال‌های یادشده را در یک مرحله سرند و تشخیص‌گذاری نمود. پس از ترجمه سؤال‌های پرسش‌نامه SADS به زبان فارسی، دو نفر مسلط به زبان انگلیسی (دوزبانه)<sup>۱۰</sup> دوباره آن را به زبان انگلیسی برگرداندند و پس از تأیید ترجمه، آماده اجرای آزمایشی گردید. به منظور بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های منظورنشده در برنامه SADS، پرسش‌هایی توسط همکاران اصلی طرح و برپایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای اختلال‌های صرع، عقب‌ماندگی ذهنی، زوال عقل، تجزیه‌ای و اختلال پس از استرس ضربه‌ای طراحی و به مجموعه پرسش‌ها افزوده شد.

در راستای بررسی روایی محتوای پرسش‌ها، این آزمون توسط تنی چند از روانپزشکان صاحب‌نظر مورد بررسی قرار گرفت و پس از رفع نواقص و تنظیم فرم اصلی، بر روی ۲۰۰ بیمار موجود در بیمارستان روزبه که دارای تشخیص روانپزشکی بودند سنجیده شد. نتایج ارزیابی نشان داد مجموعه پرسش‌ها در ارتباط با اختلال‌های خلقی، اضطرابی و پسیکوتیک، صرع،

1- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

2- Spitzer

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

4- Shrut

5- Simpson

6- McMahan

7- McInnis

8- test-retest

9- Kappa

10- bilingual

اساسی و در گروه اختلال‌های اضطرابی، پانیک بوده است.

جدول ۲- شیوع انواع اختلال‌های روانپزشکی برحسب جنس در استان تهران

انواع اختلال‌ها	مرد n=۲۷۳۵ فراوانی(%)	زن n=۲۵۷۶ فراوانی(%)	جمع n=۵۳۱۱ فراوانی(%)
اختلال‌های خلقی			
افسردگی اساسی	۴۲ (۱/۵۴)	۱۳۲ (۵/۱۲)	۱۷۴ (۳/۲۸)
افسردگی خفیف	۳ (۰/۱۱)	۲۳ (۰/۸۹)	۲۶ (۰/۴۹)
افسرده خلقی	۲ (۰/۰۷)	۹ (۰/۳۵)	۱۱ (۰/۲۱)
هیپومانیا و مانیا	۹ (۰/۳۳)	۷ (۰/۲۷)	۱۶ (۰/۳۰)
دوقطبی	۸ (۰/۲۹)	۰ (۰/۰۰)	۸ (۰/۱۶)
اختلال خلقی - پسیکوتیک	۱ (۰/۰۴)	۰ (۰/۰۰)	۱ (۰/۰۲)
جمع اختلال‌های خلقی	۶۵ (۲/۳۸)	۱۷۱ (۶/۶۳)	۲۳۶ (۴/۴۶)
اختلال‌های پسیکوتیک			
اسکیزوفرنی	۲ (۰/۰۷)	۸ (۰/۳۱)	۱۰ (۰/۱۹)
اسکیزوافکتیو	۲ (۰/۰۷)	۲ (۰/۰۸)	۴ (۰/۰۸)
اختلال‌های پسیکوتیک کوتاه‌مدت	۰ (۰/۰۰)	۱ (۰/۰۴)	۱ (۰/۰۲)
اسکیزوفرنی فرم سایر اختلال‌های پسیکوتیک	۸ (۰/۲۹)	۸ (۰/۳۱)	۱۶ (۰/۳۰)
جمع اختلال‌های پسیکوتیک	۱۲ (۰/۴۳)	۲۲ (۰/۸۷)	۳۴ (۰/۶۵)
اختلال‌های اضطرابی			
اختلال پانیک	۳۵ (۱/۲۸)	۶۰ (۲/۳۳)	۹۵ (۱/۷۹)
اختلال پس‌از استرس ضربه‌ای	۸ (۰/۲۹)	۸ (۰/۳۱)	۱۶ (۰/۳۰)
اضطراب منتشر	۳۰ (۱/۱۰)	۴۳ (۱/۶۷)	۷۳ (۱/۳۷)
وسواس فکری - عملی	۱۳ (۰/۴۸)	۶۶ (۲/۵۶)	۷۹ (۱/۴۹)
گذر هراسی	۴ (۰/۱۵)	۱۸ (۰/۷۰)	۲۲ (۰/۴۱)
فوبی	۳۰ (۱/۱۰)	۴۸ (۱/۸۶)	۷۸ (۱/۴۷)
جمع اختلال‌های اضطرابی	۱۲۰ (۴/۳۹)	۲۴۳ (۹/۴۳)	۳۶۳ (۶/۸۳)
اختلال‌های عصبی - شناختی			
صرع	۲۲ (۰/۸۰)	۲۲ (۰/۸۵)	۴۴ (۰/۸۳)
دمانس	۲۷ (۰/۹۹)	۳۳ (۱/۲۸)	۶۰ (۱/۱۳)
عقب‌ماندگی ذهنی شدید	۴ (۰/۱۵)	۴ (۰/۱۶)	۸ (۰/۱۵)
جمع اختلال‌های عصبی - شناختی	۵۳ (۱/۹۴)	۵۹ (۲/۲۹)	۱۱۲ (۲/۱۱)
اختلال‌های تجزیه‌ای			
فراموشی	۵ (۰/۱۸)	۹ (۰/۳۵)	۱۴ (۰/۲۶)
جمع اختلال‌های تجزیه‌ای	۵ (۰/۱۸)	۹ (۰/۳۵)	۱۴ (۰/۲۶)
جمع کل اختلال‌ها	۲۵۵ (۹/۳۲)	۵۰۴ (۱۹/۵۷)	۷۵۹ (۱۴/۲۹)

عقب‌ماندگی ذهنی و زوال عقل دارای حساسیت بالاتر از ۸۲٪ و در مورد اختلال‌های تجزیه‌ای ۴۵٪ می‌باشد. حساسیت آزمون در تشخیص اختلال‌های شخصیت و سوءمصرف مواد پائین بود.

داده‌های این پژوهش به کمک مصاحبه حضوری توسط کارشناسان و کارشناسان ارشد روانشناسی بالینی شاغل در استان تهران، دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشگاه علوم بهزیستی گردآوری شده و برپایه طبقه‌بندی DSM-IV تشخیص‌گذاری گردیده است.

در این پژوهش ۵۳۱۱ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که از این تعداد ۲۵۷۶ نفر زن (۴۸/۵٪) و ۲۷۳۵ نفر مرد (۵۱/۵٪) بودند. این بررسی به کمک پرسش‌نامه SADS، ۷۵۹ مورد اختلال روانپزشکی را در آزمودنی‌های پژوهش نشان داد، که در زنان ۱۹/۵۷٪ و در مردان ۹/۳۲٪ بوده است. یافته‌های مربوط به شیوع انواع اختلال‌های روانپزشکی در استان تهران در جدول ۲ و یافته‌های مربوط به شیوع اختلال‌های روانپزشکی در افراد مورد بررسی در جدول ۳ نشان داده شده است.

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میزان شیوع انواع اختلال‌های خلقی ۴/۵٪ بوده که این میزان در زنان ۶/۶٪ و در مردان ۲/۴٪ بوده است. میزان شیوع افسردگی اساسی ۳/۲۸٪، افسردگی خفیف ۰/۴۹٪ و هیپومانیا و مانیا ۰/۳٪، افسرده‌خلقی ۰/۲٪ و اختلال دوقطبی ۰/۱۶٪ بود.

میزان شیوع اختلال‌های پسیکوتیک، ۰/۶۵٪ بود که این میزان در مردان ۰/۴۳٪ و در زنان ۰/۸۷٪ بوده است. شیوع انواع اختلال‌های اضطرابی ۶/۸٪ بود (در زنان ۹/۴٪ و در مردان ۴/۴٪). چون برخی افراد دارای دو یا سه اختلال بوده‌اند، بنابراین محاسبه درصد شیوع اختلال برپایه این اعداد نادرست است. شایع‌ترین اختلال در گروه اختلال‌های خلقی، افسردگی

جدول ۳- شیوع اختلال‌های روانپزشکی برحسب جنس، سن، محل سکونت، وضعیت تأهل و تحصیلات در استان تهران (۱۳۸۰)

دارای اختلال		متغیرها
درصد	فراوانی	
جنس		
۶/۵۸	۱۸۰	مرد
۱۲/۹۷	۳۳۴	زن
گروه سنی		
۶/۹۰	۱۰۱	۱۸-۲۵ سال
۹/۱۸	۱۶۹	۲۶-۴۰ سال
۱۳/۳۲	۱۷۹	۴۱-۵۵ سال
۸/۰۵	۳۱	۵۶-۶۵ سال
۱۲/۵۹	۳۴	+ ۶۶ سال
۰/۰۰	۰	نامشخص (سن)
محل سکونت		
۷/۷۹	۲۰۳	مرکز استان
۱۳/۶۷	۲۳۷	سایر شهرها
۷/۶۳	۷۴	روستا
وضعیت تأهل		
۶/۵۹	۱۰۱	مجرد
۱۰/۶۸	۳۸۶	متأهل
۱۴/۸۱	۴	طلاق گرفته یا جدا شده
۱۸/۱۸	۲۲	همسر فوت شده
۶/۶۷	۱	نامشخص (تأهل)
۷/۹۰	۵۵	تحصیلات عالی
وضعیت تحصیلات		
۹/۵۵	۱۴۴	دیپلم
۷/۹۲	۹۰	متوسطه یاراهنمایی
۱۰/۶۵	۱۲۶	ابتدایی
۱۲/۲۶	۷۸	بی سواد
۱۴/۲۹	۲۱	نامشخص (تحصیل)
۹/۶۸	۵۱۴	جمع

همان‌طور که از جدول ۶ به دست می‌آید میانگین شمار اختلال‌های روانپزشکی در مردان دارای اختلال ۱/۴۲ و در زنان مبتلا ۱/۵۱ بوده است.

این بررسی هم‌چنین میزان شیوع اختلال‌های عصبی - شناختی را ۲/۱۱٪ (در مردان ۱/۹۴٪ و در زنان ۲/۲۹٪)، اختلال صرع ۰/۸۳٪، زوال عقل ۱/۱۳٪ و عقب‌ماندگی ذهنی شدید را ۰/۱۵٪ نشان داد.

میزان شیوع انواع اختلال‌های تجزیه‌ای ۰/۲۶٪ (در زنان ۰/۳۵٪ و در مردان ۰/۱۸٪) بود. همان‌طور که یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد در مجموع ۹/۶۸٪ افراد دست‌کم از یک اختلال روانپزشکی در رنج بوده‌اند که این میزان در زنان ۱۲/۹۷٪ و در مردان ۶/۵۸٪ بوده است (جدول ۳).

بالاترین میزان شیوع اختلال‌های روانی در این بررسی مربوط به گروه سنی ۴۱-۵۵ سال با ۱۳/۳٪ و پایین‌ترین آن مربوط به گروه سنی ۱۸-۲۵ سال با ۶/۹۰٪ بود.

میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در ساکنان مناطق شهری (۱۳/۶۷٪) بیشتر از ساکنان مناطق روستایی (۷/۶۳٪) بود.

بیشترین میزان شیوع در افراد همسر فوت شده (۱۸/۱۸٪) و کمترین میزان مربوط به افراد مجرد (۶/۵۹٪) بود.

شیوع اختلال‌های روانی در افراد بی‌سواد (۱۲/۲۶٪) و در افراد با تحصیلات عالی (۷/۹۰٪) بود.

بالاترین میزان شیوع اختلال‌های روانی در افراد خانه‌دار (۱۴/۳۰٪) دیده شد.

یافته‌های مربوط به مقایسه شیوع اختلال‌های روانی برحسب جنس در استان، در جدول ۴ ارائه گردیده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین جنسیت و ابتلا به اختلال‌های خلقی، اختلال‌های اضطرابی و پسیکوتیک ارتباط معنی‌داری وجود دارد اما بین جنسیت و اختلال‌های تجزیه‌ای و عصبی - شناختی تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

یافته‌های مربوط به توزیع اختلال‌های روانپزشکی در افراد مورد بررسی در جدول ۵ و ۶ ارائه گردیده است.

جدول ۴- مقایسه شیوع اختلال‌های روانپزشکی

برحسب جنس در استان تهران

نوع اختلال	مردان (n=2735)	زنان (n=2576)	آماره $\chi^2$	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	فراوانی (%)	
						مردان	زنان
خلقی	65 (2/38)	171 (6/63)	56/74	1	0/0000		
پسیکوتیک	12 (0/43)	22 (0/86)	23/46	1	0/0000		
اضطرابی	120 (4/40)	243 (9/43)	53/04	1	0/0000		
عصبی-شناختی	53 (1/94)	59 (2/27)	0/74	1	0/4244		
تجزیه‌ای	5 (0/18)	9 (0/35)	1/40	1	0/2367		

جدول ۵- تعداد اختلال‌های روانپزشکی برحسب جنس

در استان تهران

جنس	یک اختلال	دو اختلال	سه اختلال یا بیشتر	فاقد اختلال	جمع
مرد	142 (5/19)	22 (0/80)	16 (0/59)	2555 (93/42)	2735 (100/00)
زن	232 (9/05)	65 (2/52)	36 (1/40)	2242 (87/03)	2576 (100/00)
جمع	375 (7/06)	87 (1/64)	52 (0/98)	4797 (90/32)	5311 (100/00)

جدول ۶- افراد دارای اختلال‌های روانپزشکی و تعداد

اختلال‌های آنان برحسب جنس در استان تهران

جنس	تعداد افراد دارای اختلال	تعداد افراد فاقد اختلال	تعداد اختلال	تعداد پاسخگویان
مرد	180	2555	255	2735
زن	334	2242	504	2576
جمع	514	4797	759	5311

پژوهش با میزان شیوع به‌دست آمده در پژوهش‌های پیشین در ایران، نشان می‌دهد که میزان به‌دست آمده پایین‌تر از برآوردهای گزارش شده است. هم‌چنین در مقایسه با میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی به‌دست آمده در بررسی‌هایی که در آنها SADS به‌کار برده شده- مانند ۱/۱۵٪ در بررسی وایزمن<sup>۱</sup>، مایرز<sup>۲</sup> و هاردینگ<sup>۳</sup> (۱۹۷۸) و ۱۹/۴٪ در بررسی مدیانوس<sup>۴</sup>، استفانیس<sup>۵</sup> و مادیانو<sup>۶</sup> (۱۹۸۷)، میزان شیوع اختلال‌های روانی را پایین‌تر نشان داده است.

شایع‌ترین گروه اختلال‌های روانپزشکی در استان، اختلال‌های اضطرابی (۶/۸۳٪) بوده که یافته‌های بررسی‌های انجام شده (کوکبه، ۱۳۷۲؛ افشاری منفرد، باقری‌یزدی و بوالهروی، ۱۳۷۶؛ صادقی، صابری و عصاره، ۱۳۷۹) را مورد تأیید قرار می‌دهد. در بررسی انجام شده توسط باقری‌یزدی، بوالهروی و شاه‌محمدی (۱۳۷۳)، اختلال‌های خلقی شایع‌تر از اختلال‌های اضطرابی بوده است.

شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در آزمودنی‌های پژوهش حاضر، افسردگی اساسی (۳/۲۸٪) بود که یافته‌های بررسی‌های انجام شده توسط حرازی و باقری‌یزدی (۱۳۷۳)، یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی (۱۳۷۴)، نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد.

میزان شیوع انواع اختلال‌های پسیکوتیک در این بررسی ۰/۶۵٪ می‌باشد که با یافته بررسی انجام شده توسط بهادرخان (۱۳۷۲) هماهنگی دارد.

میزان شیوع اختلال‌های عصبی - شناختی ۲/۱۱٪ می‌باشد که از این میزان ۰/۸۳٪ مربوط به بیماری صرع، ۱/۱۳٪ مربوط به دمانس و ۰/۱۵٪ مربوط به عقب‌ماندگی ذهنی شدید است. این نتایج به یافته‌های گزارش شده توسط کاپلان<sup>۷</sup> و سادوک<sup>۸</sup> (۱۹۹۸) نزدیک است.

1- Weissman  
3- Harding  
5- Stefanis  
7- Kaplan

2- Mayers  
4- Medianos  
6- Madianou  
8- Sadock

همان‌گونه که بیان شد میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در استان ۹/۶۸٪ می‌باشد. مقایسه نتایج این

همچنین میزان شیوع اختلال‌های تجزیه‌ای در بررسی حاضر ۲۶/۰٪ بود که پایین‌تر از یافته‌های گزارش شده در سایر بررسی‌های انجام شده در ایران است (نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی، ۱۳۸۱).

پژوهش حاضر نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در زنان بیش از مردان است (۱۲/۹۷٪ در برابر ۶/۵۸٪)، که با یافته‌های بررسی‌های انجام شده (ونکورف<sup>۱</sup>، نستادت<sup>۲</sup> و رومانسکی<sup>۳</sup>، ۱۹۸۷؛ وازکوئز-بارکوئرو<sup>۴</sup>، دیزمانریک<sup>۵</sup> و پنا<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷؛ هولیفیلد<sup>۷</sup>، لاتون<sup>۸</sup>، اسپاین<sup>۹</sup> و پیول<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۰؛ لهتینن<sup>۱۱</sup> و همکاران ۱۹۹۱؛ بهار<sup>۱۲</sup>، هندرسون<sup>۱۳</sup> و مک‌کینون<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۲؛ کسلر<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۴ و روکا<sup>۱۶</sup>، گیلی<sup>۱۷</sup>، فرر<sup>۱۸</sup> و برناردو<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۹) هم‌خوانی دارد.

شاید شیوع بالاتر اختلال‌های روانپزشکی در زنان نسبت به مردان، به دلیل محدود بودن نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، استرس‌های محیطی، مشکلات خانوادگی و زناشویی و هم‌چنین عامل‌های زیست‌شناختی باشد. این پژوهش هم‌چنین نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در مناطق شهری بیش از مناطق روستایی است (۱۳/۶۷٪ در برابر ۶/۵۹٪)، که با یافته‌های گزارش شده توسط خسروی (۱۳۷۳)، پالانگ، نصر، براهنی و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) و نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) هماهنگ است، اما با یافته‌های به‌دست آمده توسط یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) تفاوت دارد. متفاوت بودن یافته‌ها را می‌توان ناشی از بافت فرهنگی و اجتماعی مناطق مختلف کشور دانست. استرس‌های محیطی، شهرنشینی و مشکلات اقتصادی زندگی در شهرها را می‌توان از دلایل بالاتر بودن میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در مناطق شهری نسبت به روستایی به‌شمار آورد.

این بررسی نشان داد که شیوع اختلال‌های روانپزشکی در سنین ۴۱ سال و بالاتر بیش از ۴۰-۱۸ سال می‌باشد. یائسگی و اضطراب ناشی از تغییرات زیست‌شناختی در زنان و هم‌چنین شروع بازنشستگی و بیکاری در مردان را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع

اختلال‌ها در این سنین دانست. افزون بر این، پژوهش نشان داد که شیوع اختلال‌های روانی به‌طور معنی‌داری در افراد همسر فوت‌شده و طلاق‌گرفته بیش از سایر گروه‌ها و هم‌چنین در افراد بی‌سواد بیش از افراد باسواد است که هم‌سو با سایر بررسی‌های انجام شده در ایران می‌باشد. شاید بتوان محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی، هم‌چنین ناتوانی افراد در به‌کارگیری شیوه‌های مؤثر مقابله با عامل‌های استرس‌زا را دلیل بالاتر بودن شیوع این اختلال‌ها در افراد بی‌سواد دانست.

یافته‌های این بررسی نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در زنان خانه‌دار بیش از دیگران می‌باشد که با یافته‌های سایر بررسی‌های انجام شده هم‌سو است. ممکن است نداشتن درآمد، عامل‌های استرس‌زای خانوادگی، محدودیت در روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی از جمله‌ی عامل‌های افزایش شیوع اختلال‌های روانپزشکی در زنان خانه‌دار باشد.

به‌کار بردن پرسش‌نامه SADS در بررسی‌های همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. بنابراین به‌کار بردن ابزارهای دقیق‌تر در بررسی‌های مشابه آینده پیشنهاد می‌شود.

حجم بزرگ گروه نمونه از یک سو و شمار متغیرها و گستردگی داده‌ها (۹۰۴ ماده پرسش‌نامه SADS) از سوی دیگر، تحلیل آماری کل داده‌ها را دشوار می‌کند. پیشنهاد می‌شود مشابه این پژوهش روی مهاجرین، پناهندگان و سایر ساکنین غیرایرانی نیز اجرا گردد.

- |                  |                      |
|------------------|----------------------|
| 1- Von Korff     | 2- Nestadt           |
| 3- Romanoski     | 4- Vazquez- Barquero |
| 5- Diez-Manrique | 6- Pena              |
| 7- Hollifield    | 8- Laton             |
| 9- Spain         | 10- Pule             |
| 11- Lehtinen     | 12- Bahar            |
| 13- Henderson    | 14- Mackinon         |
| 15- Kessler      | 16- Roca             |
| 17- Gili         | 18- Ferrer           |
| 19- Bernardo     |                      |

جوافشانی، محمدعلی (۱۳۷۴). *بررسی میزان شیوع بیماری‌های روانی*

*نوروتیک در شهر مسکونی الوند و صنعتی قزوین*. پایان‌نامه برای دریافت درجه تخصصی در رشته اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

چگینی، سودابه (۱۳۷۹). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهر قم*. پایان‌نامه برای دریافت گواهی‌نامه عالی بهداشت عمومی (MPH). دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

حرازی، محمدعلی؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۳). *بررسی اپیدمیولوژی اختلال‌های روانی در مناطق شهری شهرستان یزد*. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.

خسروی، شمسعلی (۱۳۷۳). *بررسی اپیدمیولوژی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهایتپیان، وارتمس؛ معتبر، منصور (۱۳۵۳). *بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری‌های روانی در منطقه خزر (شهرستان رودسر)*. *نشریه بهداشت ایران*، سال سوم، شماره ۴، ۱۵۶-۱۴۵.

شمس‌علیزاده، نرگس؛ بوالهیری، جعفر؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۸۰). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی استان تهران*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، ۲۶-۱۹.

صادقی، خیرا...؛ صابری، سیدمهدی؛ عصاره، مرضیه (۱۳۷۹). *همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۲ و ۳، ۲۵-۱۶.

قاسمی، غلامرضا؛ اسداللهی، قربانعلی؛ احمدزاده، غلامحسین؛ پالانگ، حسن (۱۳۷۶). *بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در شهر اصفهان*. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، ۹ تا ۱۲ اسفند.

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

از کلیه خانواده‌هایی که در این پژوهش شرکت کردند، هم‌چنین از کلیه همکاران ستادی و اجرایی طرح و پرسشگرانی که ما را در انجام این بررسی یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد. یاد و خاطره شادروان دکتر داود شاه‌محمدی و شادروان هوشمند لایقی را نیز گرامی می‌داریم.

افشاری منفرد، زاله؛ باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهیری، جعفر (۱۳۷۶). *بررسی اپیدمیولوژی اختلال‌های روانی در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان*. *طب و تزکیه*، شماره ۲۶، ۱۵-۱۰.

امیدی، عبد...؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، سیدعلی؛ عکاشه، گودرز (۱۳۸۱). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر نطنز اصفهان*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۲، ۳۸-۳۲.

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

بخشانی، نورمحمد؛ کیان‌پور، محسن؛ سراوانی، محمدرضا (۱۳۷۷). *همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر زاهدان*. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی زاهدان.

بهدارخان، جواد (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی کتاباد خراسان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی زاهدان.

پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.

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



- miology. *American Journal of Public Health*, 72, 1271-1279
- Goldberg, D. (1973). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Hodiamont, P., Peer, N., & Syben, N. (1987). Epidemiological aspect of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychological Medicine*, 17, 495-505.
- Hollifield, M., Laton, W., Spain, D., & Pule, L. (1990). Anxiety and depression in a village of Lesoto: a comparison with the United States. *British Journal of Psychiatry*, 156, 343-350.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 9-19.
- Lee, C.K. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 242-246.
- Lehtinen, V., Joukamaa, M., Lahtela, K., Raitasalo, R., Jyrkinen, E., Maatela, J., & Aromaa, A. (1991). Prevalence of mental disorders among adults in Finland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 418-425.
- 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.). *Psychiatric Epidemiology*. American Journal of Public Health, 72, 1271-1279
- نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمد تقی (۱۳۸۱). بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران. *مجله حکیم*، دوره پنجم، شماره ۱، ۱-۱۰.
- نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. *مجله حکیم*، دوره دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.
- یعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی اپیدمیولوژی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرای گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.
- 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
- Bash, K.W., & Bash-Liechti, J. (1964). Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the population of the city of Shiraz, Iran. *Social Psychiatry*, 9, 163-171.
- Bash, K.W., & Bash-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.
- Bash, K.W., & Bash-Liechti, J. (1973). Psychological testing and psychiatric morbidity in Iran. *International Mental Health Research News*, 15, 1-2.
- Dohrenwend, B.P., & Shrout, P.E. (1981). Toward the development of a two-stage procedure for case-identification and classification in psychiatric epidemiology. *Research in Community and Mental Health*, 2, 295-323.
- Dohrenwend, B.P., & Dohrenwend, B.S. (1982). Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology.

- demiology*, London: Croom Helm Ltd, (p.p. 372-386).
- Robin,L.N.(1978). Psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry*, 35, 697-702.
- Roca,M.,Gili,M.,Ferrer,V., & Bernardo,M., (1999). Mental disorders on the formentera, Spain. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 410- 415.
- Simpson,S.G.,McMahon,F.J., &McInnis,M.G. (2002). Diagnostic reliability of bipolar II disorder. *Archives of General Psychiatry*,59,736-740.
- Vazquez-Barquero,J.L.,Diez-Manrique,J.F.,& Pena,C.(1987).A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227- 241.
- Von Korff,M.,Nestadt,G.,&Romanoski,A. (1987). Prevalence of schizophrenia in two stages community survey.*Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 577-581.
- Weissman,M.M.,Mayers,J.K.,&Harding,P.S.(1978). Psychiatric disorders in a U.S urban community. *American Journal of Psychiatry*,135,456- 462.