



## بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در یک روستای استان تهران

دکتر نرگس شمس علیزاده\*، دکتر جعفر بوالهری\*\*، دکتر داود شاه محمدی\*\*\*

### چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در افراد بالای ۱۵ سال در روستای ولیان یکی از روستاهای استان تهران بود. روش: کلیه افراد بالای ۱۵ سال ساکن روستا (N=۶۴۰) با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و مصاحبه بالینی روانپزشک بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها: شیوع اختلالات روانی ۲۶/۴٪ (زنان ۳۵/۷٪ و مردان ۱۴/۷٪) بود. اختلالات روانی شایع به ترتیب اضطراب منتشر ۱۱/۷٪، افسردگی اساسی ۱۱/۳٪، ترس مرضی ساده ۷/۳٪، کج خلقی ۵/۶٪ و اختلال وسواسی جبری ۴/۳٪ بود. شیوع اختلالات روانی در زنان، افراد بی سواد و کم سواد، سن بالای ۴۵ سال، وجود سابقه فامیلی اختلال روانی و نسبت فامیلی در والدین بیشتر بود. همچنین بین تأهل و رتبه تولد با اختلالات روانی رابطه‌ای بدست نیامد و ارتباطی میان اختلالات روانی و شغل مردان دیده نشد. ولی شیوع اختلالات روانی در زنان شاغل کمتر از زنان خانه دار بود. ۳۵/۵٪ از بیماران سابقه مراجعه به پزشک برای درمان اختلال روانی را یادآور شده‌اند، ولی هیچ کدام از درمان‌های مستمر، مناسب و با میزان داروی کافی برخوردار نبودند. در این بررسی دیده شد که تنها ۳/۶٪ از کل بیماران، زیر پوشش طرح کشوری ادغام بهداشت روان در مراقبتهای بهداشتی اولیه بودند. ولی کلیه بیماران پسیکوتیک شناسایی شده، توسط این طرح پوشش داده شده بودند.

کلید واژه: همه گیر شناسی اختلالات روانی، شیوع، مناطق روستایی، تهران

- \*\*\* روانپزشک، کارشناس خدمات روانپزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- \*\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.
- \*\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

## مقدمه

پیشرفت دانش پزشکی در سده اخیر بهداشت جسمی را بهبود چشمگیری بخشیده است. اما در زمینه بهداشت روانی پیشرفتی دیده نمی‌شود و حتی در برخی موارد به طور مشخص دچار پسرفت شده است. از سوی دیگر شیوع اختلالات روانی بسیار بالا گزارش گردیده است. برآورد می‌شود که امروزه اختلالات اضطرابی ۴۰۰ میلیون نفر، اختلالات خلقی ۳۴۰ میلیون نفر، اختلالات شخصیت ۲۵۰ میلیون نفر، عقب ماندگی ذهنی ۶۰ میلیون نفر، اسکیزوفرنیا ۴۵ میلیون نفر، صرع ۴۰ میلیون نفر، آسیب مغزی ۸ میلیون نفر، وابستگی به نیکوتین ۱۰۰ میلیون نفر، وابستگی به الکل ۱۰۰ میلیون نفر و وابستگی به دیگر مواد ۱۵ میلیون نفر را گرفتار نموده (کاپلان<sup>(۱)</sup> و سادوک<sup>(۲)</sup>)، (۲۰۰۰) است. در میان ۱۰ علت اول ناتوانی در کل جهان در سال ۱۹۹۰، ۵ علت را اختلالات روانی شامل افسردگی یک قطبی، می بارگی، اختلال عاطفی دو قطبی، اسکیزوفرنیا و وسواس تشکیل داده‌اند (موری<sup>(۳)</sup>)، (۱۳۷۷).

علیرغم مشکلات یاد شده تنها کمتر از ۱٪ افراد با اختلالات روانی به عنوان بیماران روانپزشکی به مراکز بهداشتی - درمانی مراجعه می‌کنند و مشکلات روانی بقیه بدون درمان باقی می‌مانند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰). بررسیهای انجام شده در ایران نیز شیوع اختلالات روانی را از ۱۱/۷٪ در مطالعه باش<sup>(۴)</sup> (صاحب الزمانی، ۱۳۴۲) تا ۴۳/۲٪ در بررسی داویدیان، ایزدی، نهاپتیان و معتبر (۱۳۵۳) نشان می‌دهند. شیوع اختلالات روانی در بررسی باقری یزدی، بوالهروی و شاه محمدی (۱۳۷۳) ۱۲/۵٪، یعقوبی، نصر و شاه محمدی (۱۳۷۴) ۲۳/۸٪ و پالانگ، نصر و براهنی (۱۳۷۵) ۲۳/۷۵٪ گزارش شده است. شیوع بالای اختلالات روانی نیاز به پژوهش بیشتر در این زمینه را موجب می‌گردد و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در مناطق مختلف کشور بررسی‌های منطقه‌ای نیز ضرورت می‌یابد و این بررسی‌ها می‌تواند در

سیاست‌گذارها در سطح منطقه و کشور کمک کننده باشد. در این پژوهش روستای ولیان از توابع شهرستان ساوجبلاغ در غرب استان تهران با توجه به در دسترس بودن میزان جمعیت، آگاهی بهورز و قرار داشتن روستا تحت طرح بهداشت روانی، انتخاب شد.

این پژوهش با هدف بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال ساکن در روستای ولیان شهرستان ساوجبلاغ انجام شده است. همچنین این پژوهش کوشش داشته است پاسخگوی پرسشهای زیر باشد:

- ۱) میزان شیوع اختلالات روانی در نمونه مورد بررسی.
- ۲) آیا ارتباطی میان ویژگیهای جمعیت شناختی مانند سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل با اختلال روانی وجود دارد؟
- ۳) چند درصد از بیماران شناسایی شده، زیر پوشش طرح بهداشت روان بوده‌اند؟
- ۴) چند درصد از بیماران از درمان مناسب برخوردار بوده‌اند؟

## روش

این بررسی از نوع توصیفی - مقطعی<sup>(۵)</sup> است. در این بررسی کلیه افراد ایرانی بالای ۱۵ سال ساکن روستای ولیان از توابع شهرستان ساوجبلاغ در غرب استان تهران مورد بررسی قرار گرفتند. این روستا جمعیتی نزدیک به ۱۳۰۰ نفر دارد که با حذف افغانی‌های ساکن روستا و افراد زیر ۱۵ سال ۶۹۰ نفر باقی ماند که همه آنها مورد بررسی قرار گرفتند. از این تعداد ۵۰ نفر به دلایل مهاجرت (۱۱ نفر)، عدم همکاری (۱۰ نفر) و یا اقامت موقت خارج از روستا مانند سربازی و اقامت در خوابگاه (۲۹ نفر) کنار گذاشته شدند. در مرحله اول پرسشنامه GHQ-28<sup>(۶)</sup> و

1-Kaplan

2-Sadock

3-Murray

4-Bash

5-cross-sectional

6-General Health Questionnaire

پرسشنامه ویژگیهای جمعیت شناختی در مورد نمونه ۶۴۰ نفری انجام شد. در مرحله دوم پژوهش ۱۹۹ نفر که بیشترین نمره را در GHQ-28 داشتند برگزیده شدند که ۱۱ نفر آنها به دلیل امتناع از مصاحبه (۳ نفر) یا عدم حضور در روستا (۸ نفر) از پژوهش کنار گذاشته شدند و ۱۸۸ نفر مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیها در جدول ۱ نشان داده شده است. ابزار پژوهش در این بررسی پرسشنامه سلامت عمومی

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیهای پژوهش بر حسب جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و شغل

عوامل دموگرافیک	جنسیت		تعداد درصد	تعداد درصد	کل
	مرد	زن			
سن					
۱۵-۴۴ سال	۱۷۸	۲۷/۸	۲۰۲	۳۱/۶	۳۸۰
۴۵ سال یا بالا	۱۰۹	۱۷	۱۵۱	۲۳/۶	۲۶۰
وضعیت تأهل					
متاهل	۱۹۴	۳۰/۳	۲۱۶	۳۳/۸	۴۱۰
مجرد	۹۳	۱۴/۵	۱۳۷	۲۱/۴	۲۳۰
میزان تحصیلات					
بیسواد و کم سواد	۱۳۵	۲۱/۱	۱۹۲	۳۰	۳۲۷
با سواد	۱۵۲	۲۳/۷	۱۶۱	۲۵/۲	۳۱۳
شغل					
شاغل	۲۳۲	۳۶/۲	۴۹	۷/۷	۲۸۱
غیر شاغل	۵۵	۸/۶	۳۰۴	۴۷/۵	۳۵۹
کل	۲۸۷	۴۴/۸	۳۵۳	۵۵/۲	۶۴۰

۲۸ سؤالی (GHQ-28) و چک لیست مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV بود که توسط چند تن از دستیاران سال آخر روانپزشکی تکمیل گردید. پرسشنامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ<sup>(۱)</sup> و هیلر<sup>(۲)</sup>

معرفی شده است و به طور گسترده‌ای در بررسیهای زمینه یابی در کشورهای مختلف به کار برده شده و دارای ۴ مقیاس فرعی به شرح زیر می‌باشد هر مقیاس دارای ۷ پرسش است.

الف: علائم جسمانی

ب: علائم اضطرابی

ج: کارکرد اجتماعی

د: علائم افسردگی

همچنین جنس، سن و سطح تحصیلات تأثیر مهمی

در این پرسشنامه نداشته است (گلدبرگ، ۱۹۹۷).

ویلیامز<sup>(۳)</sup>، گلدبرگ و ماری<sup>(۴)</sup> (۱۹۸۸)، به نقل از

یعقوبی و همکاران، (۱۳۷۴) در تحلیل ۴۳ بررسی،

حساسیت آن را ۸۴٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش نمودند.

یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه

برش<sup>(۵)</sup> ۲۳، حساسیت ۸۶٪ و ویژگی ۸۲٪ را گزارش

نمودند. پایایی فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه توسط

پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) ۹۱٪ محاسبه شده است.

فهرست مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی

DSM-IV از چک لیست مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای

تشخیصی DSM-III-R (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵)

اقتباس شده است و موارد آن با ملاکهای DSM-IV تطبیق

داده شده است. این چک لیست از ۵ بخش تشکیل شده

است که عبارتند از:

نشانه‌های بدنی، نشانه‌های اضطرابی، نشانه‌های خلقی،

نشانه‌های اختلالهای روانی - عضوی و نشانه‌های

روانپریشی.

پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) حساسیت و ویژگی آن

را به ترتیب ۸۴٪ و ۹۷٪ برآورد کردند. برای اجرای

پژوهش پس از آموزش به بهورز خانه بهداشت روستا،

آزمودنیها توسط وی با پرسشنامه سلامت عمومی مورد

1-Goldberg

2-Hiller

3-Williams

4-Marri

5-cut of point



بررسی قرار گرفتند. سپس پرسشنامه‌ها به روش لیکرت<sup>(۱)</sup> (۳-۲-۱-۰) نمره گذاری گردیدند. آنگاه کلیه افرادی که نمره بالاتر از ۲۳ داشتند برای مصاحبه به خانه بهداشت دعوت شدند. لازم به یادآوری است که نقطه برش پرسشنامه با توجه به بررسیهای یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) ۲۳ تعیین گردید. مصاحبه بیماران بر اساس چک لیست مصاحبه بالینی و توسط دستیار روانپزشکی انجام گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها آمار توصیفی  $X^2$  و آزمون t به کار گرفته شد.

### یافته‌ها

۱۸۸ نفر یعنی ۲۹/۳٪ از افراد مورد بررسی توسط تست GHQ-28 مشکوک به داشتن اختلال روانی شناخته شدند.

میانگین نمرات GHQ-28 در کل جمعیت ۱۸/۷ بود که در زنان با ۲۱/۱ افزایش چشمگیری نسبت به مردان (۱۵/۷) داشت. در کلیه مقیاسهای فرعی GHQ نیز نمرات زنان بالاتر از نمرات مردان بود.

از ۱۸۸ نفر که توسط آزمون GHQ-28 مشکوک به داشتن اختلال روانی گزارش شدند، وجود اختلال روانی در ۱۶۶ نفر توسط مصاحبه بالینی تأیید شد. بنابراین می‌توان گفت که ارزش<sup>(۲)</sup> پیش بینی کننده مثبت آزمون، ۸۸٪ می‌باشد.

شیوع اختلال روانی در جامعه مورد بررسی بر اساس مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-IV، ۲۶/۴٪ بود (در زنان ۳۵/۷٪، بیش از دو برابر مردان با ۱۴/۷٪). اختلالهای روانی شایع به ترتیب اختلال اضطراب منتشر ۱۱/۷٪، افسردگی اساسی ۱۵/۷٪، ترس مرضی ساده ۷/۳٪، اختلال کج خلقی ۵/۶٪، اختلال وسواسی - جبری ۴/۳٪، بی‌خوابی اولیه ۳٪، افسردگی فرعی ۱/۹٪، ترس اجتماعی ۱/۷٪، اختلال جسمانی شدن ۱/۴٪، پانیک بدون گذر هراسی ۱/۳٪ بود.

بالاترین میزان شیوع در گروه سنی ۶۴-۵۵ سال با

۳۸/۶٪ و کمترین میزان شیوع در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال ۱۹/۳٪ بود. بطور کلی شیوع اختلالهای روانی در مردان و زنان بالای ۴۵ سال به طور معنی داری بیشتر از افراد زیر ۴۵ سال بود ( $X^2=9/91, p<0/01$ ).

اختلال روانی در افراد مجرد (۲۸٪) بیش از افراد متأهل (۲۴٪) بود ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود.

از نظر میزان تحصیلات بالاترین میزان شیوع در افراد بی سواد (۴۵/۹٪)، پایین‌ترین میزان شیوع در افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر (۱۷/۱٪) بود. اختلال روانی به طور معنی دار در زنان و مردان کم سواد و بی سواد شایعتر از افراد با سواد بود ( $X^2=21/7, p<0/001$ ).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنیهای پژوهش بر حسب مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی و جنسیت (N=۶۴۰)

مقیاس‌ها	جنسیت		
	زن	مرد	کلی
میانگین انحراف میانگین انحراف میانگین انحراف			
نشاندهای جسمانی	۵/۳	۳/۵	۳/۳
علائم اضطرابی	۶	۴/۳	۴
کارکرد اجتماعی	۷/۱	۲/۶	۶/۶
نشاندهای افسردگی	۲/۷	۳/۵	۱/۸
جمع	۱۱/۱	۱۵/۷	۱۱/۳

رابطه‌ای بین شغل و شیوع اختلالهای روانی در مردان بدست نیامد ولی در زنان شاغل شیوع اختلالهای روانی به طور معنی دار کمتر بود ( $X^2=4/06, p<0/05$ ). این بررسی همچنین ارتباطی میان شیوع اختلالهای روانی و رتبه تولد نشان نداد. شیوع اختلالهای روانی در کسانی که

1-Likert

2-predictive value of abnormal test result

والدیشان نسبت خویشاوندی داشتند به طور معنی داری بیشتر بود ( $p < 0/01$ ,  $X^2 = 6/22$ ). همچنین شیوع اختلالهای روانی در افرادی که سابقه اختلال روانی در خانواده داشتند (۵۰٪) به طور معنی داری بیشتر از افرادی بود که سابقه اختلال روانی در خانواده نداشتند (۲۳/۶٪) ( $p < 0/001$ ,  $X^2 = 20/15$ ).  
 ۱۹/۴٪ از کل جمعیت و ۴۴/۶٪ از افرادی که بیمار

شناخته شدند سابقه مشکل روانی را یاد آور شده‌اند. ۶۴/۵٪ از بیماران شناخته شده هیچگاه درصدد درمان برنیامده بودند. ۱۸٪ مراجعه به پزشک عمومی، ۱۴/۴٪ مراجعه به روانپزشک و ۳٪ مراجعه به سایر متخصصان را گزارش نمودند. در زمان اجرای پژوهش هیچ یک از بیماران تحت درمان مستمر، مناسب و با دوز کافی نبودند.

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی اختلالهای روانی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و جنسیت

اختلالهای روانی	کد تشخیص		جنس		کل (N=۶۲۹)	
	مردان (N=۲۷۹)	زنان (N=۳۵۰)	مردان (N=۲۷۹)	زنان (N=۳۵۰)	مردان (N=۲۷۹)	زنان (N=۳۵۰)
کلیه اختلالهای روانی*	۱۲۵	۳۵/۷	۴۱	۱۴/۷	۱۶۶	۲۶/۴
اختلالهای اضطرابی						
اختلال اضطراب منتشر	۳۰۰/۰۲	۵۷	۱۶/۳	۱۶	۵/۷	۷۴
اختلال وسواس-جبری	۳۰۸/۳	۲۰	۵/۷	۷	۲/۸	۲۷
اختلال ترس ساده	۳۰۰/۲۹	۳۸	۱۰/۸	۸	۲/۹	۴۶
اختلال ترس اجتماعی	۳۰۰/۲۳	۱۰	۲/۸	۱	۰/۳۵	۱۱
اختلال ترس پس از سانحه	۳۰۹/۸۱	۱	۰/۳	۰	۰	۱
اختلال پانیک بدون گذر هراسی	۳۰۰/۰۱	۸	۲/۳	۰	۰	۸
اختلالهای خلقی						
افسردگی اساسی	۲۹۶	۵۵	۱۵/۷	۱۶	۵/۴	۷۱
اختلال کج خلقی	۳۰۰/۴	۲۴	۶/۶	۱۱	۳/۹	۳۵
اختلال دو قطبی	۲۹۶/۴۰	۱	۰/۲۸	۰	۰	۱
اختلال افسردگی فرعی	۳۱۱	۹	۲/۴	۳	۱	۱۲
سایر موارد						
اختلال جسمانی شدن	۳۰۰/۸۱	۹	۲/۴	۰	۰	۹
دمانس	۲۹۰/۰	۳	۰/۸۵	۰	۰	۳
اسکیزوفرنیا	۲۹۵/۳	۰	۰	۱	۰/۳۵	۱
بی‌خوابی اولیه	۳۰۷/۴۲	۱۶	۴/۵	۴	۱/۴	۲۰

\* برخی از بیماران بیش از یک تشخیص داشتند.

۶ نفر از بیماران شناخته شده از بیماران طرح بهداشت روان که در منطقه اجرا شده بود به شمار می‌رفتند ولی هیچ یک از درمان مستمر، مناسب و با دوز کافی برخوردار نبودند.

جدول ۴- توزیع میزان شیوع اختلالات روانی بر حسب گروه سنی

گروه سنی	تعداد نمونه	تعداد بیمار	میزان شیوع %
۱۵-۲۴	۱۵۵	۳۰	۱۹/۳
۲۵-۳۴	۱۳۲	۲۶	۱۹/۷
۳۵-۴۴	۸۷	۲۶	۱۹/۷
۴۵-۵۴	۶۲	۱۹	۳۰/۶
۵۵-۶۴	۸۱	۳۱	۳۸/۶
۶۵-۷۴	۶۸	۲۲	۳۲/۳
بالای ۷۴ سال	۴۴	۱۶۶	۲۶/۴

### بحث

یافته‌های پژوهش شیوع اختلالات روانی در نمونه مورد بررسی را ۲۶/۴٪ نشان داد که از بررسی‌های باقری یزدی و همکاران (۱۳۷۳)، ۱۲/۵٪؛ جاویدی (۱۳۷۲)، ۱۶/۷٪؛ بهادرخان (۱۳۷۲)، ۱۶/۶٪؛ کوکبه (۱۳۷۲)، ۱۳٪؛ افشاری، بوالهروی و باقری یزدی (۱۳۷۶)، ۱۴٪؛ بالاتر بود. ولی از بررسی‌های داویدیان (۱۳۵۳)، ۴۳/۲٪؛ جلیلی (۱۳۵۷)، ۵۳/۷٪ پایین‌تر بود. یافته‌های این پژوهش نزدیک به پژوهش‌های پالانگ و همکاران (۱۳۷۵)، ۲۳/۷٪؛ یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، ۲۳/۸٪؛ حسینی (۱۳۷۴)، ۳۰/۵٪ بود. در این پژوهش نیز مانند بیشتر پژوهش‌های انجام شده در دنیا و ایران شیوع اختلالات روانی در افراد بالای ۴۵ سال بیشتر بود که با بررسی‌های لی<sup>(۱)</sup> و همکاران (۱۹۹۰) هودیامونت<sup>(۲)</sup> و همکاران (۱۹۸۷) و یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) هماهنگ است.

در این پژوهش رابطه‌ای بین شغل و شیوع اختلالات روانی در مردان بدست نیامد که با بیشتر بررسی‌های انجام شده همخوانی ندارد ولی با بررسی بهادرخان (۱۳۷۲) و کوکبه (۱۳۷۲) همسو است. اختلالات روانی در زنان شاغل کمتر از زنان خانه دار بود که البته این می‌تواند ناشی از سن پایین‌تر و تحصیلات بیشتر در زنان شاغل نیز باشد. بیشتر بودن شیوع اختلالات روانی در افرادی که سابقه بیماری روانی در خانواده داشتند، همچنین بالاتر بودن شیوع اختلالات روانی در کسانی که والدینشان نسبت فامیلی داشتند می‌تواند بیانگر تأثیر وراثت در بروز اختلالات روانی باشد.

در این بررسی دیده شد که تنها ۳۵/۵٪ از بیماران درصد درمان برآمده بودند که با پژوهش کسلر<sup>(۳)</sup> و همکاران (۱۹۹۴) مطابقت دارد، ولی در هنگام مصاحبه هیچ یک از بیماران از درمان مستمر، مناسب و با دوز کافی برخوردار نبودند که این امر می‌تواند گویای ناشناخته بودن اهمیت بهداشت روان و بیماری‌های روانی برای مردم و همچنین ترس از برجسب خوردن به عنوان بیمار روانی باشد.

تنها ۳/۶٪ از بیماران زیر پوشش درمانی طرح بهداشت روانی منطقه بودند که نشان دهنده ناچیز بودن بیماران زیر پوشش طرح بهداشت روان کشور است. از سوی دیگر تنها ۱٪ افراد دارای اختلالات روانی در جهان، بیمار روانی شناخته شده و با مراکز بهداشتی - درمانی سروکار پیدا می‌کنند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰) و شاید رقم ۳/۶٪ ناشی از موفقیت نسبی این طرح باشد. همچنین این طرح در پوشش بیماران پسیکوتیک گرچه تعداد آنها کم بود موفق بود و کلیه بیماران پسیکوتیک را زیر پوشش داشت.

گفتنی است که این پژوهش در یک روستا انجام شده است و تعمیم آن به سایر مناطق باید با احتیاط انجام شود.

1-Lee

2-Hodiamont

3-Kessler



همچنین پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در سرنند اختلالهای وابسته به مواد و اختلالهای شخصیت کارآیی ندارد. از این رو این موارد از بررسی کنار گذاشته شدند. همچنین به نظر می‌رسد که این پرسشنامه اختلالهای تک علامتی مانند ترس مرضی ساده را کمتر از میزان شیوع واقعی آن نشان می‌دهد.

در پایان از همکاران شبکه بهداشت و درمان ساوجبلاغ به ویژه آقای اسدی روانشناس شبکه و بهروزان زحمتکش روستای ولیان خانم ویسه و آقای دانیالی به دلیل ایجاد هماهنگی و ارتباط خوب با مردم و همچنین از همکاران گرامی آقای دکتر بهزاد محسن پور، دکتر وهداد ورزقانی و دکتر بابک جعفری به دلیل کمک در معاینه گروهی از بیماران سپاسگزاری می‌گردد.

## منابع

- افشاری منفرد، ژاله؛ بوالهیری، جعفر؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۶). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای عمومی شهر سمنان. *طب و تزکیه*. شماره ۲۹، ۱۵-۱۰.
- باقری یزدی، سید عباس؛ بوالهیری، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی میبد یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال اول، شماره ۱، ۳۲-۴۲.
- بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی گناباد - خراسان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمد نقی (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.
- حسینی، رشید (۱۳۷۴). *بررسی شیوع اختلالهای روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ سال مناطق روستایی طالقان در استان*

تهران، پایان نامه پزشکی تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

جاویدی، حجت الله (۱۳۷۲). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی مرودشت - فارس*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

جلیلی، احمد؛ داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). *بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای روانی در یک روستا در حاشیه کویر*. مقاله ارائه شده در سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی.

داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهایتیان، وارثکس و معتبر، منصور (۱۳۵۳). *بررسی مقدماتی دوباره شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر، ۱۳۵۰) نشریه بهداشت ایران، سال سوم، شماره چهارم، ۴۵-۵۶*.

صاحب الزمانی، ناصرالدین (۱۳۴۲). *روح نابسامان*. تهران: انتشارات مؤسسه عطایی.

کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی آذر شهر تبریز*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

موری، کریستوفر؛ پویز، آلن (۱۳۷۷). *بار جهانی بیماریها*. ترجمه پژمان شادپور. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یونیسف.

یعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). *بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا*. *فصلنامه اندیشه و رفتار*. سال اول، شماره ۴، ۶۴-۵۵.

Goldberg, D. P., Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.

Goldberg, D. P., Gater, R., & Sartorius, N. (1997). The validity of two version of GHQ in the study of

- mental illness, *Psychological Medicine*, 27, 191-197.
- Goldberg, D. P., Williams, P. (1989). The user guide to General Health Questionnaire. Windsor: Neer, Nelson.
- Hodiamont, P., Peer, N., & Syben, N. (1987). Epidemiological aspect of psychiatric disorder in adult health area. *Psychological Medicine*, 17, 495-505.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B.J.(1998). *Synopsis of Psychiatry*, Baltimore: Williams and Wilkins.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kessler, R. (1993). Epidemiology of mental illness. *Archive of General Psychiatry*, 51, 25-37.
- Lee, C.K., Kwak, Y.S., & Yamamoto, J. (1990). Psychiatric epidemiology in Korea. *The Journal of Nervous & Mental Diseases*, 178, 247-252.