



شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران

دکتر حسین کاویانی*، دکتر سیدعلی احمدی ابهری**، دکتر محمد دهقان***، دکتر محمدعلی منصورنیا****،
دکتر مازیار خرمشاهی***، دکتر محمدرضا قدیرزاده***، دکتر علیرضا دادپی***، دکتر امیر چهاردهی***

چکیده

هدف: این پژوهش میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی را در جمعیت ۶۴-۲۰ سال شهر تهران در تابستان و زمستان سال ۱۳۷۹ بررسی کرد. **روش:** ۱۰۷۰ نفر از ساکنان تهران به صورت خوشه‌ای تصادفی از مناطق مختلف شهر در آزمون سرگرد اضطراب (پرسشنامه اضطراب بک) شرکت کردند و افراد دارای نمره بالاتر از حدنصاب در پرسشنامه سنجش اضطراب، مورد مصاحبه روانپزشکی قرار گرفتند. سپس بود و نبود و نیز نوع اختلال آن‌ها تعیین شد. مصاحبه‌کنندگان آموزش لازم را دریافت و از نتایج آزمون اضطراب آزمودنی‌ها آگاهی نداشتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بیش از ۱۵٪ افراد مورد بررسی از یکی از اختلال‌های اضطرابی رنج می‌برده‌اند. همچنین میزان اضطراب زنان در کل نمونه مورد بررسی ۳-۲ برابر مردان است. **نتیجه:** این پژوهش دارای شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با بررسی‌های پیشین است.

کلید واژه: اختلال‌های اضطرابی، شیوع، شهر تهران، پرسشنامه اضطراب بک

مقدمه

اضطراب بر خلاف افسردگی (که واکنشی در برابر فقدان، و متوجه گذشته است) واکنشی در برابر تهدید و معطوف به آینده است. تهدید می‌تواند خطر، نبود حمایت و محرک‌های ناآشنا را دربرگیرد. اضطراب بهنجار افراد را آماده محافظت در برابر تهدیدها می‌کند. اضطراب تا اندازه‌ای برای رویارویی با شرایط

نزدیک به نیم‌میلیارد نفر در جهان از اختلال‌های روانی رنج می‌برند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳) و بخش بزرگی از این افراد را مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی تشکیل می‌دهند. اضطراب یک تجربه هیجانی ناخوشایند و دارای نشانه‌های جسمی نیز می‌باشد.

* دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه (نویسنده مسئول).

** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.

*** پزشک عمومی، تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.

ناخوشایند کارساز است. لیکن اضطراب می تواند عملکرد عمومی فرد را مختل سازد. اضطراب هنگامی نابهنجار تلقی می شود که شدت و زمان آن با آسیب احتمالی ناهماهنگ باشد، و یا بدون هیچ تهدید قابل شناسایی رخ دهد. (نویز^۱ و هون- ساریک^۲، ۱۹۹۸).

اضطراب نشانه های جسمی، روانی و بیش برانگیختگی^۳ را دربرمی گیرد. نشانه های جسمی به صورت عضلانی (لرزش، گرفتگی، و ضعف عضلانی) و خودکار^۴ (تعریق، پرپشی قلب، سرخ شدن، گرگرفتگی، نفس تنگی، خشکی دهان، گرفتگی سینه، دل پیچه، تهوع و نیاز شدید به دفع ادرار و مدفوع) رخ می دهد که دو مورد اخیر در شرایط اضطراب شدید دیده می شود. تظاهرات روانی از جمله نشانه های شناختی موارد زیر را دربرمی گیرند: احساس تنش و ترس، احساس آسیمگی، درماندگی در رویارویی با موقعیت، عدم قطعیت درباره آینده، نگران اندیشی^۵، انتظار وقوع مصیبت و بلا (بورکوک^۶ و لیونفیلدز^۷، ۱۹۹۳).

سرانجام، بیش برانگیختگی، گستره ای از رفتارها، از هشیاری بسیار تا حالت گوش به زنگ بودن شدید^۸ و تحریک زیاده از حد را دربرمی گیرد. در حالت اضطراب شدید، بیش برانگیختگی باعث می شود فرد دچار حواس پرتی (شکندگی حواس^۹) و ناتوانی در توجه و تمرکز شود، و بی خوابی شبانه را در پی داشته باشد (نویز و هون- ساریک، ۱۹۹۸).

میزان شیوع اختلال های اضطراب در بررسی های گوناگون دارای تفاوت هایی است که این تفاوت ها احتمالاً ناشی از تفاوت در روش شناسی پژوهش، طول مدت در نظر گرفته شده برای ابتلا به اختلال (یک ماه، شش ماه، یک سال و یا طول زندگی) و نیز میزان شیوع اختلال در جامعه مورد بررسی است. به طور کلی، بررسی ها نشان می دهند شیوع اختلال های اضطرابی در جمعیت عمومی ۳۵٪-۱۵٪ در نوسان است (کسلر^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۴). آن ها در پژوهشی با بهره گیری از روش مصاحبه، شیوع یک ساله اختلال های اضطرابی را به شرح زیر گزارش کردند: اختلال هراس^{۱۱} ۲/۳٪،

اختلال بیرون هراسی^{۱۲} ۲/۸٪، اجتماع هراسی^{۱۳} ۷/۹٪، هراس ساده^{۱۴} ۸/۸٪، اضطراب فراگیر^{۱۵} ۳/۱٪. هم چنین در بررسی دیگری، ریگر^{۱۶} و همکاران (۱۹۹۸) با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه برای شیوع یک ساله به ارقام زیر دست یافتند: آسیمگی ۱/۳٪، بیرون هراسی ۵/۸٪، اجتماع هراسی ۴/۲٪، هراس ساده ۴/۲٪، اختلال وسواسی- جبری^{۱۷} ۲/۱٪. زنان (با شیوع ۳۰/۵ درصد در طول عمر) احتمال بیشتری برای ابتلا نسبت به مردان (با شیوع ۱۹/۲ درصد) دارند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

تاکنون بررسی های همه گیرشناسی چندی برای بررسی میزان شیوع اختلال های روانی در مناطق مختلف ایران صورت گرفته است. باقری یزدی، بوالهری و شاه محمدی (۱۳۷۳) با کاربرد پرسشنامه SCL-90-R^{۱۸} و مصاحبه بالینی نشان دادند که ۵/۵٪ ساکنان روستاهای میبد، مبتلا به اختلال اضطرابی هستند. به کمک روش و ابزار مشابهی، جاویدی (۱۳۷۲) نشان داد که ۴/۶٪ افراد ۱۵ سال و بالاتر روستاهای مرو دشت از اختلال اضطرابی در رنج هستند. هم چنین بهادرخان (۱۳۷۲) در مناطق روستایی گناباد، این میزان را ۳/۸۷٪ گزارش کرد. میزان اختلال های اضطراب در مناطق روستایی آذرشهر تبریز، ۶/۵٪ بود (کوکبه، ۱۳۷۲). هم چنین حرازی و باقری یزدی (۱۳۷۳) به میزان ۵/۵٪ شیوع اختلال اضطرابی در ساکنان شهر یزد دست یافتند.

پالاهنگ، نصر اصفهانی، براهنی و شاه محمدی (۱۳۷۴) با استفاده از GHQ-28^{۱۹} و ملاک های تشخیصی DSM-III-R^{۲۰} دریافتند که ۱۱/۱۵٪ ساکنان

- | | |
|---|------------------------|
| 1- Noys | 2- Hoehn-Saric |
| 3- hyperarousal | 4- automatic |
| 5- worry | 6- Borkovec |
| 7- Lyonfields | 8- excessive vigilance |
| 9- distractibility | 10- Kessler |
| 11- panic disorder | 12- agoraphobia |
| 13- social phobia | 14- simple phobia |
| 15- generalized anxiety | 16- Reger |
| 17- obsessive-compulsive disorder | |
| 18- Symptom CheckList-90-R | |
| 19- General Health Questionnaire -28 | |
| 20- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | |

تفکیک سن، جنس در پنج ناحیه شهر تهران نشان می‌دهد.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی جمعیت آماری پژوهش برحسب سن، جنس و مناطق پنج‌گانه مورد بررسی

مناطق	گروه سنی	مردان فراوانی (%)	زنان فراوانی (%)	کل فراوانی (%)
شمال	۲۰-۲۹	۳۵۱۷۴ (۳۶/۸۶)	۳۴۹۴۴ (۳۷/۰۵)	۷۰۱۱۸ (۳۶/۹۵)
	۳۰-۳۹	۳۳۳۳۱ (۲۵/۳۷)	۴۰۶۴۳ (۳۱/۴۶)	۷۳۸۷۴ (۲۸/۴۰)
	۴۰-۴۹	۳۴۶۲۸ (۲۶/۴۴)	۳۱۸۱۳ (۲۴/۶۳)	۶۶۴۴۱ (۲۵/۵۴)
	۵۰-۶۴	۲۷۹۱۶ (۲۱/۳۱)	۲۱۷۵۲ (۱۶/۸۴)	۴۹۶۶۸ (۱۹/۰۹)
	کل	۱۳۰۹۴۹ (۴۸/۳۶)	۱۲۹۱۵۲ (۵۱/۶۴)	۲۶۰۱۰۱ (۱۰۰)
مرکز	۲۰-۲۹	۲۸۳۱۶ (۳۱/۱۴)	۲۵۲۲۶ (۳۰/۱۵)	۵۳۵۴۲ (۳۰/۶۶)
	۳۰-۳۹	۲۷۱۹۳ (۲۹/۹۰)	۲۵۰۴۷ (۲۹/۹۴)	۵۲۲۴۰ (۲۹/۹۲)
	۴۰-۴۹	۱۸۷۱۷ (۲۰/۵۸)	۱۳۹۹۹ (۲۰/۷۹)	۳۲۷۱۶ (۲۰/۶۸)
	۵۰-۶۴	۱۶۶۹۹ (۱۸/۳۶)	۱۵۹۸۳ (۱۹/۱۰)	۳۲۶۸۲ (۱۸/۷۲)
	کل	۹۰۹۲۵ (۵۲/۰۸)	۸۳۶۵۵ (۴۷/۹۲)	۱۷۴۵۸۰ (۱۰۰)
شرق	۲۰-۲۹	۲۹۴۹۴ (۳۰/۸۵)	۳۰۹۵۵ (۳۲/۶۸)	۶۰۴۴۹ (۳۱/۷۶)
	۳۰-۳۹	۲۸۴۸۳ (۲۹/۸۰)	۲۷۲۳۵ (۲۸/۷۵)	۵۵۷۱۸ (۲۹/۲۸)
	۴۰-۴۹	۱۸۴۱۲ (۱۹/۳۶)	۱۸۹۵۲ (۲۰/۰۱)	۳۷۳۶۴ (۱۹/۶۳)
	۵۰-۶۴	۱۹۱۹۱ (۲۰/۰۷)	۱۷۵۶۲ (۱۸/۵۴)	۳۶۷۵۳ (۱۹/۳۱)
	کل	۹۵۵۸۰ (۵۰/۲۴)	۹۴۷۰۴ (۴۹/۸۶)	۱۹۰۲۸۴ (۱۰۰)
جنوب	۲۰-۲۹	۲۴۱۵۰ (۳۵/۹۵)	۱۸۵۶۱ (۳۰/۸۸)	۴۲۷۱۱ (۳۳/۵۵)
	۳۰-۳۹	۱۹۳۳۴ (۲۸/۷۸)	۱۸۰۲۱ (۲۹/۹۸)	۳۷۳۵۵ (۲۹/۳۵)
	۴۰-۴۹	۱۲۱۰۴ (۱۸/۰۲)	۱۲۰۱۴ (۱۹/۹۸)	۲۴۱۲۵ (۱۸/۹۵)
	۵۰-۶۴	۱۱۵۷۱ (۱۷/۲۲)	۱۱۵۰۹ (۱۹/۱۴)	۲۳۰۸۰ (۱۸/۱۳)
	کل	۶۷۱۵۹ (۵۲/۸۷)	۶۰۱۰۵ (۴۷/۳۳)	۱۲۷۲۶۴ (۱۰۰)
غرب	۲۰-۲۹	۲۹۴۴۴ (۴۰/۲۱)	۲۸۴۲۵ (۴۲/۵۷)	۵۷۸۶۹ (۴۱/۳۳)
	۳۰-۳۹	۲۰۹۰۳ (۲۸/۵۴)	۱۸۷۸۵ (۲۸/۱۳)	۳۹۶۸۰ (۲۸/۳۴)
	۴۰-۴۹	۱۳۳۸۱ (۱۶/۸۹)	۱۱۸۹۹ (۱۷/۸۲)	۲۴۲۸۰ (۱۷/۳۳)
	۵۰-۶۴	۱۰۵۰۴ (۱۴/۳۴)	۷۶۵۶ (۱۱/۴۶)	۱۸۱۶۰ (۱۴/۹۷)
	کل	۷۳۲۱۹ (۵۲/۳۱)	۶۶۷۶۵ (۴۷/۶۹)	۱۳۹۹۸۴ (۱۰۰)

مناطق شهری کاشان به اختلال اضطرابی دچارند. با روش مشابهی، یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) در مناطق روستایی صومعه‌سرا به میزان ۷/۲۵٪ اختلال اضطرابی دست یافتند. مطالعه نوربالا، محمد و باقری یزدی (۱۳۷۸)، با استفاده از GHQ-28 و فهرست وارسی بالینی بر اساس DSM-IV، شیوع ۹/۸ درصدی اختلال‌های اضطرابی را در شهر تهران گزارش کردند. هم‌چنین نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی (۱۳۸۰) تنها با کاربرد GHQ-28 به‌عنوان ابزار سرنند نشان دادند که ۲/۳٪ از مردم ایران و ۲/۹٪ مردم تهران دچار اضطراب هستند.

مطالعه حاضر بر آن بود تا با روشی سامان یافته به بررسی شیوع یک‌ماهه اختلال‌های اضطرابی در جمعیت شهر تهران بپردازد.

روش

جمعیت مورد بررسی را افراد ۲۰-۶۴ ساله ساکن تهران تشکیل دادند. آزمودنی‌ها بایست آن اندازه با زبان فارسی آشنا می‌بودند که پرسش‌ها را درک کنند و به آن‌ها پاسخ دهند. رضایت شخصی، شرط ورود به بررسی بود. برای اجرای پژوهش از مناطق بیست‌ودوگانه تهران به تصادف پنج منطقه از شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران انتخاب شدند و با توجه به شیوع ۳۵-۱۵ درصدی اضطراب و با به‌کارگیری معیارهای مربوط به محاسبه تعداد آزمودنی‌ها برای نمونه‌گیری همه‌گیرشناختی، ۱۰۷۰ نفر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. این رقم با ملاحظه احتمال ریزش و رعایت اطمینان در نظر گرفته شد. در مجموع ۱۸ نفر از شرکت در بررسی خودداری کردند.

روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی بود؛ به‌گونه‌ای که با توجه به نسبت سن و جنس جمعیت عمومی هر منطقه، نمونه موردنظر انتخاب شد. با مراجعه به منازل انتخاب‌شده در هر واحد مسکونی، یک نفر مورد آزمون قرار گرفت. جدول ۱ و ۲ به ترتیب، توزیع فراوانی و جمعیت آماری آزمودنی‌ها را به

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش برحسب سن و جنس و مناطق پنج‌گانه مورد بررسی

مناطق	گروه سنی	مردان فراوانی (%)	زنان فراوانی (%)	کل فراوانی (%)
شمال	۲۰-۲۹	۴۱ (۲۶/۸)	۴۲ (۲۷/۶)	۸۳ (۲۴/۹)
	۳۰-۳۹	۳۷ (۲۴/۲)	۴۷ (۳۰/۹۲)	۸۴ (۲۷/۵۴)
	۴۰-۴۹	۴۰ (۲۶/۱)	۳۹ (۲۵/۷)	۷۹ (۲۶/۹)
	۵۰-۶۴	۳۵ (۲۲/۹)	۲۴ (۲۴/۸۷)	۵۹ (۱۹/۳۴)
مرکز	کل	۱۵۳ (۵۰/۲)	۱۵۲ (۴۹/۸)	۳۰۵ (۱۰۰)
	۲۰-۲۹	۳۴ (۳۱/۸)	۳۲ (۳۱/۷)	۶۶ (۳۱/۴)
	۳۰-۳۹	۳۱ (۲۹)	۲۸ (۲۷/۷)	۵۹ (۲۸/۱)
	۴۰-۴۹	۲۳ (۲۱/۵)	۲۱ (۲۰/۸)	۴۴ (۲۱/۱۵)
شرق	۵۰-۶۴	۱۹ (۱۷/۸)	۲۰ (۱۹/۸)	۳۹ (۱۸/۷۵)
	کل	۱۰۷ (۵۱/۴۴)	۱۰۱ (۴۸/۵۶)	۲۰۸ (۱۰۰)
	۲۰-۲۹	۳۴ (۳۰/۹)	۳۶ (۳۲/۴۳)	۷۰ (۳۱/۶۷)
	۳۰-۳۹	۳۲ (۲۹/۰۹)	۳۳ (۲۹/۷۲)	۶۵ (۲۹/۴۱)
جنوب	۴۰-۴۹	۲۱ (۱۹/۰۹)	۲۲ (۱۹/۸۱)	۴۳ (۱۹/۴۵)
	۵۰-۶۴	۲۳ (۲۰/۹)	۲۰ (۱۸/۰۱)	۴۳ (۱۹/۴۵)
	کل	۱۱۰ (۴۹/۷۷)	۱۱۱ (۵۰/۲۳)	۲۲۱ (۱۰۰)
	۲۰-۲۹	۲۷ (۳۵/۰۶)	۲۲ (۳۰/۰۸)	۴۹ (۳۳/۱)
غرب	۳۰-۳۹	۲۱ (۲۷/۲۷)	۲۱ (۲۹/۵۷)	۴۲ (۲۸/۳۷)
	۴۰-۴۹	۱۵ (۱۹/۴۸)	۱۴ (۱۹/۷)	۲۹ (۱۹/۵۹)
	۵۰-۶۴	۱۴ (۱۸/۱۸)	۱۴ (۱۹/۷)	۲۸ (۱۸/۹۱)
	کل	۷۷ (۵۲)	۷۱ (۴۸)	۱۴۸ (۱۰۰)
جنوب شرق	۲۰-۲۹	۳۷ (۴۱/۱)	۳۴ (۴۲/۵)	۷۱ (۴۱/۷۶)
	۳۰-۳۹	۲۵ (۲۷/۷۷)	۲۲ (۲۷/۵)	۴۷ (۲۷/۶۴)
	۴۰-۴۹	۱۵ (۱۶/۶۶)	۱۵ (۱۸/۷۵)	۳۰ (۱۷/۶۴)
	۵۰-۶۴	۱۳ (۱۴/۴)	۹ (۱۱/۲۵)	۲۲ (۱۲/۹۴)
کل	۹۰ (۵۲/۹)	۸۰ (۴۷/۱)	۱۷۰ (۱۰۰)	

ارزیابی‌ها در دو مرحله صورت گرفت. مرحله نخست کاربرد پرسشنامه اضطراب بک BAI^۱ برای سرند آزمودنی‌هایی به کار برده شد (بک^۲، آپستین^۳ و براون^۴، ۱۹۹۳) که احتمال داشت به یکی از اختلال‌های اضطرابی مبتلا باشند. این پرسشنامه براساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و نمره بالاتر، اضطراب بیشتر

را نشان می‌دهد. این پرسشنامه توسط خود آزمودنی‌ها تکمیل می‌شد.

در مرحله دوم، یک فهرست وارسی براساس نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی در DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵، ۱۹۹۴) به کار گرفته شد تا وجود و نوع اختلال تعیین شود. این فهرست وارسی توسط مصاحبه‌کنندگان به‌طور شفاهی پرسیده می‌شد. هم‌چنین یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی پژوهشگر- ساخته برای دستیابی به ویژگی‌های هر فرد به کار برده شد.

پرسشگران در مرحله سرند، ۹ نفر از کارورزان پزشکی عمومی (۶ مرد و ۳ زن) و مصاحبه‌کنندگان در مرحله تشخیص ۲ نفر از دستیاران سال سوم روانپزشکی بودند. ارزیابان در چند جلسه آموزش شیوه اجرای طرح، شرکت و از مجریان طرح آموزش‌های لازم را دریافت کردند.

پیش از آغاز مرحله اصلی طرح، ۵٪ اعضای نمونه به‌عنوان بررسی راهنما^۶ توسط ارزیابان مورد آزمون و مصاحبه قرار گرفتند. این بررسی برای تجربه‌اندوزی، ارزیابی همکاران طرح، شناسایی مشکلات و ضعف‌ها و زمینه‌سازی برای اجرای درست‌تر در پژوهش اصلی انجام شد.

این بررسی وجود اختلال اضطرابی را در یک‌ماه اخیر بررسی کرد. پرسشگران در مرحله سرند با مراجعه به منازل مسکونی، اولین فردی را که برای پاسخگویی حضور می‌یافت، دعوت به شرکت در طرح پژوهشی می‌کردند و چنانچه شرایط سنی و جنسی او با جداول سهمیه‌بندی شده، هماهنگ نبود، از میان افراد موجود در منزل تقاضای همکاری می‌شد. پس از جلب رضایت فرد برای شرکت، توضیح کافی در مورد هدف‌های طرح داده می‌شد. پس از تکمیل پرسشنامه جمعیت‌شناختی از آزمودنی درخواست می‌شد تا پرسشنامه اضطراب بک را تکمیل کند.

در مرحله دوم، مصاحبه‌کنندگان به منازل همه کسانی که نمره اضطراب آن‌ها از نمره برش (در این

1- Beck Anxiety Inventory (BAI)
2- Beck 3- Apstein
4- Brown
5- American Psychiatric Association
6- pilot study

پژوهش نمره ۱۵) بالاتر بود و نیز ۵٪ از کسانی که پایین‌تر از نمره برش آورده بودند، دوباره مراجعه و فهرست واریسی را با هدف تشخیص اختلال تکمیل کردند. وارد کردن ۵ درصد نمونه سالم برای کنترل سوگیری ارزیابان در مرحله دوم صورت گرفت. زیرا آن‌ها از نمره اضطراب مراجعه‌شوندگان بی‌خبر بودند.

آزمون‌گران و مصاحبه‌کنندگان در همه روزهای هفته (از جمله روزهای تعطیل) به منازل پاسخگویان مراجعه نموده و فاصله زمانی بین مراجعه اول و دوم نمی‌بایست بیش از دو هفته می‌شد. هم‌چنین برای کنترل عامل فصل، نمونه‌گیری در دو فصل تابستان و زمستان صورت گرفت.

یافته‌ها

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول یادشده دیده می‌شود (۱) فراوانی آزمودنی‌ها با افزایش سن کاهش می‌یابد (که با بافت جمعیتی ایران همخوان است)؛ (۲) فراوانی مردان و زنان یکسان است؛ (۳) درصد افراد در وضعیت‌های شغلی متفاوت، یکسان نیست؛ (۴) از نظر تأهل، فراوانی متأهلان شرکت‌کننده در بررسی سه‌برابر افراد مجرد است؛ (۵) شمار آزمودنی‌های دارای تحصیلات عالی (دانشگاهی) یک‌چهارم افراد دارای رده‌های پایین‌تر تحصیلاتی است. به نظر می‌رسد، این نیمرخ توصیفی با نیمرخ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعه شهری ایران هماهنگ است (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۹).

یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان شدت اضطراب در زنان و مردان مورد بررسی متفاوت و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است (جدول ۴).

بر اساس آزمون t تفاوت نمره‌های اضطراب زنان (۱۲/۳۶= میانگین) و مردان (۷/۲۳= میانگین) معنی‌دار ($P < 0/001$ و $t = 9/88$) بود. این تصویر با توجه به جدول ۴، که درصد ابتلا به اختلال‌های اضطرابی را نشان می‌دهد، روشن‌تر می‌شود. نزدیک به ۱۵٪ از

جمعیت مورد بررسی به یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی دچار بوده‌اند. ورود عامل جنسیت به محاسبه، روشن می‌سازد که زنان (۲۲/۹٪) سه‌برابر مردان (۷/۱٪) احتمال ابتلا به اختلال‌های اضطرابی را دارا می‌باشند. در مقایسه با مردان، شیوع اضطراب فراگیر در زنان، نزدیک به ۳ برابر، هراس ۴ برابر، وسواس فکری - عملی ۳/۵ برابر، اختلال پس از ضربه استرسی بیش از ۳ برابر، و آسیمیگی ۲ برابر است. آزمون χ^2 دو نشان‌دهنده معنی‌داری این تفاوت‌هاست (جدول ۵).

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب سن، شغل، وضعیت تأهل و تحصیلات

ویژگی‌ها	طبقات	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۲۹	۳۳۳	۳۱/۷
	۳۰-۳۹	۳۰۷	۲۹/۲
	۴۰-۴۹	۲۱۴	۲۰/۳
جنس	مرد	۵۳۶	۵۱
	زن	۵۱۶	۴۹
شغل	کارگر	۲۲۴	۲۱/۳
	کارمند	۷۲	۶/۸
	شغل آزاد	۱۸۹	۱۸
	دانشجو	۸۹	۸/۵
	خانه‌دار/بیکار	۴۵۶	۴۳/۳
	بی‌پاسخ	۲۲	۲/۱
	مجرد	۲۴۷	۲۳/۵
وضعیت تأهل	متأهل	۷۶۲	۷۲/۴
	جداشده/بیوه	۳۵	۳/۳
	بی‌پاسخ	۸	۰/۸
	تاراهنمایی	۳۸۰	۳۶/۱
	دبیرستان‌ودپلم	۴۰۴	۳۸/۴
تحصیلات	آموزش عالی	۲۶۳	۲۵
	بی‌پاسخ	۵	۰/۴۷

جدول ۴- میزان شدت اضطراب در آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنس

شدت	مرد فراوانی (%)	زن فراوانی (%)	کل فراوانی (%)
زیر نقطه‌برش (بدون علامت)	۴۷۷ (۸۹)	۳۶۵ (۷۱)	۸۴۲ (۸۰)
خفیف	۴۹ (۹/۱)	۱۱۷ (۲۲/۸)	۱۶۶ (۱۵/۸)
متوسط به بالا	۷ (۱/۳)	۳۲ (۶/۲)	۴۰ (۳/۸)

$$X^2 = 58/67 \quad P < 0/001$$

جدول ۵- توزیع فراوانی نسبی آزمودنی‌های پژوهش، نمره t و سطح معنی‌داری بر حسب جنسیت و تشخیص عنوان‌شده
($n=1052$)

تشخیص	مرد (%)	زن (%)	کل	نمره t دو	سطح معنی‌داری
بدون نشانه	۹۲/۹	۷۷/۱	۸۵/۲	۰/۷۳	N.S.
اضطراب فراگیر	۳	۱۱/۱	۷/۴	۱۷/۷۷	۰/۰۰۰۱
هراس	۰/۸	۳/۵	۲	۸/۹۱	۰/۰۰۳
وسواس فکری- عملی	۱/۷	۱/۴	۲/۵	۹/۸۴	۰/۰۰۲
استرس پس از ضربه	۰/۷	۲/۳	۱/۵	۴	۰/۰۵
آسیمگی	۰/۹	۱/۹	۱/۴	۱/۶۶	N.S.

پژوهشی به دست آمده از نمونه کل کشور وابسته است. این سنجش نیازمند فرا تحلیل^۱ داده‌هاست.

شیوع انواع اختلال‌های اضطرابی در میان زنان ۳ تا ۲ برابر مردان است. هم‌چنین میزان اضطراب در جمعیت کل زنان (موارد بهنجار و نابهنجار) بیش از جمعیت کل مردان است. این یافته با یافته‌های به دست آمده از بررسی‌های سایر کشورها همخوانی دارد (برای مثال، وازکوئر- بارکوئر^۲، ۱۹۸۷؛ بهار^۳ و هندرسون^۴ و آسماکینون^۵ ۱۹۹۲؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

جمع‌بندی کاپلان^۶ و سادوک^۷ (۱۹۹۴) در زمینه شیوع اضطراب با یافته‌های حاضر دارای شباهت‌ها و تفاوت‌هایی است: اختلال هراس ۳-۱/۵٪ (بررسی حاضر ۱۳-۷٪؛ اختلال هراس ۱۳-۷٪ (بررسی حاضر، ۲٪؛ اختلال وسواس فکری- عملی ۳-۲٪ (بررسی حاضر ۲/۵٪؛ اختلال پس از ضربه استرسی ۱-۲٪ (بررسی حاضر ۱/۵٪؛ اختلال اضطراب فراگیر ۳٪ (بررسی حاضر، ۷/۴٪). این در حالی است که آمارهای ارائه شده توسط کاپلان و سادوک مربوط به شیوع یک‌ساله است که در شیوع اختلال اضطراب فراگیر و اختلال پس از ضربه استرسی در جمعیت مورد بررسی پژوهش حاضر به مراتب بیش از آمار کشورهای دیگر

ضمناً از ۵٪ نمونه زیر حدنصاب آزمون سنجش اضطراب (۴۳ نفر)، هیچ کدام در مرحله دوم (مصاحبه روان‌پزشکی)، مبتلا به اختلال‌های اضطرابی تشخیص داده نشدند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع یک‌ماهه اختلال‌های اضطرابی در ساکنان شهر تهران در تابستان و زمستان سال ۱۳۷۹ صورت گرفت. نتایج گویای آن است که بافت جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش از نظر سن، جنس، تحصیلات، تأهل و تا اندازه‌ای شغل، همانند بافت کل جامعه مورد بررسی است. این یافته تعمیم نسبی نتایج این پژوهش را به جامعه کل میسر می‌سازد. تهران، به دلایل سیاسی، اجتماعی- اقتصادی همواره پذیرای موج مهاجران از سراسر ایران بوده است. جاذبه‌هایی مانند امکان کار و فعالیت بیشتر، حجم بالای پول در گردش، تسهیلات شهری، فرهنگی، تفریحی گسترده‌تر، وضعیت تحصیلی و امکانات بهداشتی- درمانی در دسترس‌تر در گرایش مهاجران به تهران نقش برجسته‌ای داشته است. برای پژوهشگران این فرض مطرح است که احتمالاً تهران می‌تواند به‌عنوان جمعیت نمونه کل کشور قلمداد شود. رد یا پذیرش این فرضیه به میزان همبستگی میان یافته‌های

1- meta-analysis
2- Vazquez-Barquer
3- Bahar
4- Henderson
5- AsMakinon
6- Kaplan
7- Sadock

است. مشکلات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی جامعه در حال گذار ایران می تواند به عنوان عوامل اضطراب زای اجتماعی در بالا بودن میزان شیوع اضطراب مؤثر باشد. هم چنین جنگ تحمیلی می تواند عاملی برای بالا بودن اختلال پس از ضربه استرسی در نظر گرفته شود. شیوع ۱۵ درصدی اختلال های اضطرابی در جمعیت مورد بررسی، مقایسه آن با بررسی های انجام شده در سایر کشورها با جمع بندی بالا همخوان است.

شاید بتوان بالا بودن فراوانی اختلال های اضطرابی در بررسی حاضر را در مقایسه با یافته های به دست آمده از سایر پژوهش های انجام شده در کشور، به دلیل ماهیت جمعیت مورد بررسی در پژوهش حاضر دانست که از نقاط شهری کلان شهرهای جهان به شمار می رود. با وجود این، فراوانی اختلال های اضطرابی در پژوهش نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) که در شهر تهران انجام شده نیز کمتر از فراوانی به دست آمده در بررسی حاضر است. ابزار سرند تخصصی تر (که یک مقیاس اختصاصی برای سنجش میزان اضطراب است) و نیز مصاحبه ساختار یافته روانپزشکی بر اساس فهرست واریسی نشانه ها و مصاحبه کننده دارای شرایط و نیز شیوه نمونه گیری دقیق بر اساس پراکندگی و نسبت سن و جنس جمعیت مورد بررسی، جلوگیری از سوگیری به دلیل آگاه نبودن مصاحبه گران از تشخیص و نیز افزودن ۵٪ نمونه غیر مضطرب به مرحله مصاحبه را می توان به عنوان مزیت های این بررسی دانست.

با تکیه بر این مزیت ها، می توان یافته های به دست آمده در پژوهش های پیشین را مورد چالش قرار داد، به ویژه آن که یافته های به دست آمده در بررسی حاضر با آمارهای به دست آمده از پژوهش های انجام شده در سایر کشورهای جهان سوم، هماهنگ تر است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

منابع

باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهری، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره اول، ص ۳۲-۴۲.

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی کتاباد خراسان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران.

پالانگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴، ۱۹-۲۷.

جاویدی، حجتا... (۱۳۷۲). *بررسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران.

حرازی، محمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمی روانی در مناطق شهری شهرستان یزد*. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.

کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.

مرکز آمار ایران (۱۳۷۹). *سالنامه آماره*. تهران، مرکز آمار ایران. نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال های روانی در شهر تهران. *مجلسه حکیمیه*، دوره دوم، شماره ۴، ۲۱۲-۲۲۳.

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*، تهران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، منتشر نشده.

یعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرای گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.

Bahar, E., Henderson, A. F. As Makinon, A. J. (1992). An epidemiological study of mental health and socio-economic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 257-263.

Beck, A. T., Apstein, N., & Brown, G. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 56, 893-897.

- Borcovec, T. D. & Lyonfields, J. D. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. In H. W. Krohmer Gottingen. (Ed.) *Attention and Avoidance*. New York: Hogrefe and Huber Publishers.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Williams and Wilkins Company.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao Nelson, C. B. Hughers, M., Eshlem, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Life time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 9-19.
- Noyes, R., & Hoehn-Saric, R. (1998). *The Anxiety Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reiger, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kealber, C. T., Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorder and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 34, 24-28.
- Vazquez-Barquero, J.L., Diez-Manrique, J. F., Pena, C., Aldama, J., & Samaniego-Rodriguez, C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
- WHO (1993). Human Right: The vulnerability of mentally ill. *Press Release*, 15, (p. 44)