

## همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در استان همدان در سال ۱۳۸۰

دکتر محمدرضا محمدی\*، سیدعباس باقری یزدی\*\*، دکتر مهدی رهگذر\*\*\*، دکتر بیتا مسگریور\*\*\*\*  
دکتر ابوالفضل باب الحوائجی\*\*\*\*، اعظم لطفی\*\*\*\*\*، محمدکاظم ضرایبان\*\*\*\*\*

### چکیده:

بار اختلالات روانپزشکی در کشورهای پیشرفته تا حد زیادی به وسیله پرسشنامه‌های غربالگری و مصاحبه بالینی ساختاریافته شناسایی شده است، ولی بررسی بار اختلالات روانپزشکی در کشور ما محدود و تعداد مطالعات انجام شده کم می‌باشد. برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به افراد، نیازمند آگاهی از وضعیت موجود بیماری روانی در جامعه است. این مطالعه با هدف بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در افراد ۱۸ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استان همدان انجام گرفت.

نمونه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و سیستماتیک از بین خانوارهای موجود استان همدان انتخاب گردید و از طریق تکمیل پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) توسط کارشناسان روانشناسی در استان، جمعاً ۶۶۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. تشخیص‌گذاری اختلالات براساس معیارهای طبقه‌بندی DSM-IV بود.

نتایج این بررسی نشان داد شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در استان ۱۱/۲۸ درصد می‌باشد که این شیوع در زنان ۱۷/۲ درصد و در مردان ۵/۸۰ درصد بوده است. اختلالات اضطرابی و خلقی به ترتیب با ۵/۸۷ و ۲/۷۱ درصد، شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در استان بودند. شیوع اختلالات پسوکوتیک در این مطالعه ۰/۶۰ درصد، اختلالات عصبی-شناختی ۱/۳۵ درصد و اختلالات تجزیه‌ای ۰/۷۵ درصد بوده است. در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی با ۲/۵۶ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال فوبی با ۲/۲۶ درصد شیوع بیشتری داشته‌اند. در این مطالعه ۸/۱۳ درصد افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک اختلال روانپزشکی بوده‌اند. شیوع اختلالات روانپزشکی در استان در افراد گروه سنی ۶۶ سال و بیشتر با ۱۳/۳۳ درصد، افراد همسر فوت شده با ۱۸/۷۵ درصد، افراد ساکن در مناطق شهری با ۹/۸۱ درصد، افراد بی‌سواد با ۱۲/۸۰ درصد و افراد خانه‌دار با ۱۲/۳۱ درصد بیش از گروه‌های دیگر بوده است. نتایج این مطالعه مسؤولیت سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی استان همدان و کشور در رابطه با تدوین برنامه‌های عملی و اجرایی بهداشت روان را بیش از پیش روشن می‌سازد.

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی - همه‌گیری شناسی / بهداشت روانی

- \* استاد گروه روانپزشکی مرکز تحقیقات روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\* کارشناس ارشد روان شناسی بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور  
\*\*\* عضو هیأت علمی گروه آمار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران  
\*\*\*\* دکتری داروسازی مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور  
\*\*\*\*\* دکتری حرفه‌ای پزشکی سازمان بهزیستی همدان  
\*\*\*\*\* کارشناس جامعه‌شناسی سازمان بهزیستی همدان  
\*\*\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی سازمان بهزیستی همدان

**مقدمه :**

بیماری‌های روانی در جهان شناسایی شده است (۳). هرچند امروزه حجم مشکلات بیماری‌های روانی در کشورهای مختلف جهان شناخته شده‌اند لیکن به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، تکنیک‌های مصاحبه و تفاوت در روشهای نمونه‌گیری و طبقه‌بندیهای مختلف مورد استفاده، بسیار متغیر و متفاوت برآورد شده‌اند. به طوری که این میزان‌ها از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸ درصد متغیر بوده است (۴،۵).

در جدول زیر مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران که همگی دلالت بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد را دارند آمده است (۶).

همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه توزیع این بیماریها در جامعه را مورد مطالعه قرار می‌دهد (۱).

هرچند وجود بیماری‌های روانی در جوامع مختلف از قرن‌ها پیش مورد تأیید قرار گرفته است لیکن در طی قرن بیستم بود که روش‌های آماری برای برآورد حجم این مشکلات مورد استفاده قرار گرفت (۲). در گذشته بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی با مراجعه به پرونده بیماران و اطلاعات بدست آمده از افراد کلیدی انجام میشد اما با تهیه و تدوین پرسشنامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد، امروزه واحد زیادی حجم

**نتایج مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹**

نام محقق و یا محققین	سال بررسی	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع		
					زنان	مردان	کل
باش	۱۳۴۲	روستایی شیراز	مصاحبه بالینی	۴۹۷	۱۶/۵	۷/۷	۱۱/۹
باش	۱۳۴۳	روستایی خوزستان	مصاحبه بالینی	۴۸۲	—	—	۱۴/۹
باش	۱۳۴۵	شهری شیراز	مصاحبه بالینی	۶۲۲	۲۲/۴	۱۴/۹	۱۸/۶
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرستان رودسر	مصاحبه بالینی	۴۸۸	—	—	۱۷
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستایی میبد یزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مرودشت فارس	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۳
حرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۵۰	۶۲/۲	۷/۹	۱۸/۴
پالانگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستایی صومعه‌سرا-گیلان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۲	—	—	۳۰/۲
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهری سمنان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی PSE	۸۶۹	۱۸	۱۰	۱۴
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهری اصفهان	SRQ-24 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۳۲۵۵	—	—	۱۹/۹
بخشانی و همکاران	۱۳۷۷	شهری زاهدان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۶۴۳	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهری تهران	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۸۷۹	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵
امیدی و همکاران	۱۳۷۹	شهری نطنز	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳
نوربالا و همکاران	۱۳۷۹	سراسر کشور	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهری کرمانشاه	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۵۰۱	۳۲/۲	۱۶/۹	۲۵/۲
شمس علیزاده و همکاران	۱۳۷۹	ساوجبلاغ	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
چگینی و همکاران	۱۳۷۹	شهری و روستایی قم	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶	۱۷/۱

در تشخیص گروه‌های بیمار در این مطالعه است (۹).  
براساس یافته‌های این برنامه می‌توان اختلالات را در یک مرحله غربالگری و تشخیص‌گذاری نمود. پس از ترجمه سؤالات پرسشنامه SADS به زبان فارسی، مجدداً توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی (دوزبانه) به زبان انگلیسی برگردانده شد و پس از تأیید ترجمه، آماده اجرای آزمایشی گردید. به منظور بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات منظور نشده در برنامه SADS، سؤالاتی توسط همکاران اصلی طرح و براساس ملاک‌های طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV برای اختلالات صرع، عقب‌ماندگی ذهنی، زوال عقل، تجزیه‌ای و استرس پس از رویداد آسیب‌زا طراحی و به مجموعه سؤالات اضافه گردید.

در راستای بررسی اعتبار محتوای سؤالات، مجموعه سؤالات آزمون توسط تنی چند از روانپزشکان صاحب نظر مورد بررسی قرار گرفت و پس از رفع نواقص و تنظیم فرم اصلی، اعتبار‌ساز و پیش‌بین آزمون بر روی ۲۰۰ بیمار موجود در بیمارستان روزبه تهران که دارای تشخیص روانپزشکی بودند مورد سنجش قرار گرفت. نتایج ارزیابی نشان‌دهنده این بود که مجموعه سؤالات در ارتباط با اختلالات خلقی، اضطرابی، سایکوتیک، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و زوال عقل دارای حساسیت بالاتر از ۷۵٪ بوده و در مورد اختلال تجزیه‌ای حدود ۴۵٪ بود. حساسیت آزمون در تشخیص اختلالات شخصیت و سوء‌مصرف مواد پائین بود.

داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه حضوری توسط کارشناسان روانشناسی استان همدان گردآوری گردید. این پرسشگران در کارگاه دو روزه‌ای که در محل دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی در تهران برگزار شد، شرکت نموده و با استفاده از شیوه‌های ایفای نقش، ضمن آشنایی کامل با سؤالات و راهنمای پرسشنامه و اجرای آزمایشی بر روی ۵ نفر، توانایی تکمیل پرسش‌نامه را بدست آوردند. پرسش‌نامه SADS دارای سؤالات کلیدی است که در صورت پاسخ مثبت به آن، سؤالات مربوط به هر مقیاس ادامه می‌یابد، در نتیجه در صورت عدم وجود بیماری روانی علاوه بر سؤالات دموگرافیک (۲۸ سؤال)، ۱۵ سؤال کلیدی پرسیده می‌شود. بنابراین برای انجام هر مصاحبه حداقل ۳۰ دقیقه برای افراد سالم و ۶۰ تا ۹۰ دقیقه برای بیماران زمان لازم بوده است.

میزان شیوع اختلالات روانپزشکی براساس مطالعه وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر استان همدان که در قالب طرح ملی «سلامت و بیماری» در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت ۳۴/۷ درصد بوده است (۷).

برنامه‌ریزی مناسب در راستای ارزیابی خدمات بهداشت روان به افراد جامعه، نیازمند اطلاعات پایه، بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی و شناخت حجم مشکل می‌باشد. لذا این مطالعه در نظر دارد با انجام مطالعه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی، مسئولین و دست‌اندرکاران بهداشتی، آموزشی و درمانی را نسبت به اهمیت و حجم مشکل اختلالات روانی در استان حساس نماید و زمینه ارزیابی خدمات اساسی بهداشت روان به ساکنین مناطق شهری و روستایی استان همدان فراهم گردد.

### روش کار:

این مطالعه مقطعی - توصیفی در سال ۱۳۸۰ انجام گردید. نمونه مورد مطالعه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و سیستماتیک از بین خانواده‌های فهرست شده در دفاتر آماری موجود در مرکز بهداشت استان همدان انتخاب گردیدند. بدین ترتیب که از بین ۳۴۲۱۷۵ خانوار موجود، ۲۲۵ خانوار در قالب ۴۵ خوشه ۵ خانواری تعیین و افراد ۱۸ سال و بالاتر این خانوارها مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) اسپیتزر (Spitzer) و همکاران طراحی شده است (۸) لذا همزمان با تجدیدنظر در DSM، فرم‌های متنوعی از SADS تدوین شده و تدریجاً تکامل یافته است. تحقیقاتی که در مورد اعتبار و روایی این آزمون انجام گرفته نشان‌دهنده معتبر بودن این آزمون است. برای مثال در مطالعه سیمپسون و همکاران 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 که مبتنی بر آزمون مجدد بود. ضریب کاپا در مورد مانیا، هیپومانیا و افسردگی اساسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۱ بود. در بهترین سطح برآورد ضرایب کاپا، برای بیماری‌های دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع دو و تک‌قطبی راجعه به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۸ بود. این نتایج مبین روایی بسیار بالای SADS

محدودیت‌ها:

۱- پرسش‌نامه SADS در ایران برای اولین بار در مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی به کار گرفته شده است، لذا دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. از جمله این محدودیت‌ها استفاده از ملاک‌های طبقه‌بندی تشخیصی موجود یعنی DSM-IV است که این ملاک‌ها هنوز در کشور ما هنجاریابی نشده‌اند، بنابراین در استفاده از یافته‌های تشخیصی می‌بایست احتیاط‌های لازم صورت گیرد.

۲- در زمینه عوامل مخدوش کننده، همانطور که سیمپسون و همکارانش مطرح نموده‌اند به دلیل تأثیر عوامل فرهنگی، مصاحب‌ها، تشخیصی معتبر غربی، واجد اعتبار مناسب در تخمین شیوع اختلالات روانپزشکی می‌باشند ولی این امر را می‌توان به عنوان عامل مخدوش کننده در تعیین میزان شیوع اختلالات روانپزشکی لحاظ نمود(۹).

۳- کمبود بودجه و حجم بزرگ گروه نمونه (بیش از ۲۵۰۰۰ مورد در کشور) از یک سو و تعداد متغیرها و گستردگی بی‌حد داده‌های ۹۰۴ سؤالی پرسش‌نامه SADS از سوی دیگر، موانع جدی را در تجزیه و تحلیل آماری کل داده‌ها در برداشت، به نحوی که هیچ یک از برنامه‌های آماری شناخته شده گنجایش این حجم اطلاعات را نداشتند. برای حل این معضل برنامه‌های مکمل آماری متعددی نوشته شد.

۴- نمونه مورد مطالعه در این تحقیق شامل مهاجرین و ساکنین غیرایرانی در کشور نظیر مهاجرین افغانی و عرب نگردید. چون مطالعه برای همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی جمعیت ایرانی‌طراحی شده بود. در حالی که این گروه از مهاجرین در معرض خطر زیاد ابتلا به اختلالات روانپزشکی هستند. به علاوه این که از امکانات بهداشتی و درمانی کشور بهره می‌برند. ورود اطلاعات و غربالگری داده‌ها با استفاده از Epi Info و استخراج نتایج و مقایسه‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-10 صورت گرفته است. مقایسه شیوع اختلالات روانپزشکی در مردان و زنان مورد مطالعه در هر یک از گروه اختلالات مورد مطالعه با انجام آزمون  $\chi^2$  صورت پذیرفته است.

نتایج:

در این مطالعه جمعاً ۶۶۴ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۳۲۰ نفر زن (۴۸/۲ درصد) و ۳۴۴ نفر مرد (۵۱/۸ درصد) بودند. نتایج بررسی نشان داد که با استفاده از پرسش‌نامه SADS، ۷۵ مورد اختلال روانپزشکی (۱۱/۲۸ درصد) در افراد مورد مطالعه وجود داشته که این میزان در زنان ۱۷/۲ و در مردان ۵/۸۰ درصد بوده است. اطلاعات مربوط به شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در استان همدان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱: شیوع انواع اختلالات روانپزشکی برحسب جنس در استان همدان در سال ۱۳۸۰

انواع اختلالات	مرد n= ۳۴۴		زن n=۳۲۰		جمع n=۶۶۴
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد درصد
اختلالات خلقی افسردگی اساسی	۵	۱/۴۵	۱۲	۳/۷۵	۱۷ ۲/۵۶
اختلال هیپومانیک و مانیک	۰	۰	۱	۰/۳۱	۱ ۰/۱۵
جمع اختلالات خلقی	۵	۱/۴۵	۱۳	۴/۰۶	۱۸ ۲/۷۱
اختلالات پسیکوتیک اسکیزوفرنی	۱	۰/۲۹	۰	۰/۰۰	۱ ۰/۱۵
سایر اختلالات پسیکوتیک	۲	۰/۵۸	۱	۰/۳۱	۳ ۰/۴۵
جمع اختلالات پسیکوتیک	۳	۰/۸۷	۱	۰/۳۱	۴ ۰/۶۰
اختلالات اضطرابی اختلال پانیک استرس پس از رویداد آسیب‌زا اضطراب منتشر	۱	۰/۲۹	۲	۰/۶۳	۳ ۰/۴۵
اختلال وسواس فکری- عملی	۰	۰	۲	۰/۶۳	۲ ۰/۳۰
اختلال گذر هراسی	۰	۰/۰۰	۵	۱/۵۶	۵ ۰/۷۵
اختلال فوبی	۳	۰/۸۷	۸	۲/۵۰	۱۱ ۱/۶۶
جمع اختلالات اضطرابی	۳	۰/۸۷	۱۲	۳/۷۵	۱۵ ۲/۲۶
جمع اختلالات عصبی- شناختی	۷	۲/۰۳	۳۲	۱۰/۰۱	۳۹ ۵/۸۷
صرع	۲	۰/۵۸	۴	۱/۲۵	۶ ۰/۹۰
عقب‌ماندگی ذهنی شدید	۱	۰/۲۹	۰	۰/۰۰	۱ ۰/۱۵
زوال عقل	۰	۰/۰۰	۲	۰/۶۳	۲ ۰/۳۰
جمع اختلالات عصبی- شناختی	۳	۰/۸۷	۶	۱/۸۸	۹ ۱/۳۵
اختلالات تجزیه‌ای یادزدودگی	۲	۰/۵۸	۳	۰/۹۴	۵ ۰/۷۵
جمع اختلالات تجزیه‌ای	۲	۰/۵۸	۳	۰/۹۴	۵ ۰/۷۵
جمع کل اختلالات	۲۰	۵/۸۰	۵۵	۱۷/۲	۷۵ ۱۱/۲۸

اطلاعات مربوط به شیوع حداقل یک اختلال روانپزشکی در افراد مورد مطالعه در جدول ۲ آورده شده است.

بررسی ارتباط شیوع اختلالات روانپزشکی و جنسیت افراد مورد مطالعه، نشان دهنده این است که بین جنسیت و ابتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی ارتباط معنی دار وجود دارد ( $p < 0.05$ ) اما بین جنسیت و ابتلا به اختلالات پسیکوتیک، تجزیه‌ای و عصبی - شناختی اختلاف معنی داری وجود نداشته است ( $p > 0.05$ ).

اطلاعات مربوط به تعداد اختلالات روانپزشکی در جدول ۴ و تعداد افراد دارای اختلال روانپزشکی در جدول ۵ ارایه گردیده است.

جدول ۴: تعداد اختلالات روانپزشکی بر حسب جنس در استان همدان در سال ۱۳۸۰

جنس	تعداد اختلال				جمع
	یک اختلال (درصد)	دو اختلال (درصد)	سه اختلال یا بیشتر (درصد)	فاقد اختلال (درصد)	
مرد	۱۰ (۲/۹۱)	۵ (۱/۴۵)	۰ (۰)	۳۲۹ (۹۵/۶۴)	۳۴۴ (۱۰۰)
زن	۲۹ (۹/۰۶)	۷ (۲/۱۹)	۳ (۰/۹۴)	۲۸۱ (۸۷/۸۱)	۳۲۰ (۱۰۰)
جمع	۳۹ (۵/۸۷)	۱۲ (۱/۸۱)	۳ (۰/۴۵)	۶۱۰ (۹۱/۸۷)	۶۶۴ (۱۰۰)

جدول ۵: افراد دارای اختلالات روانپزشکی و تعداد اختلالات آنان بر حسب جنس در استان همدان در سال ۱۳۸۰

جنس	تعداد افراد دارای اختلال	تعداد افراد فاقد اختلال	تعداد اختلال پاسخگویان
مرد	۱۵	۳۲۹	۳۴۴
زن	۳۹	۲۸۱	۳۲۰
جمع	۵۴	۶۱۰	۶۶۴

همانطور که اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهد نسبت تعداد اختلال روانپزشکی به تعداد مردان دارای اختلال ۱/۳۳ و برای زنان ۱/۴۱ بوده است.

**بحث:**

همانطور که نتایج نشان می‌دهد میزان شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در استان ۱۱/۲۸ درصد می‌باشد. مقایسه نتایج این پژوهش با میزان شیوع به دست آمده در پژوهش‌های قبلی در ایران نشان می‌دهد که میزان بدست آمده پایین‌تر از برآوردهایی است که مطالعات قبلی بدست آورده‌اند. مقایسه برآورد این مطالعه با میزان

جدول ۲: شیوع اختلال روانپزشکی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در استان همدان در سال ۱۳۸۰

متغیرهای دموگرافیک	دارای اختلال		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۵	۴/۳۶	۳۴۴
	زن	۳۹	۱۲/۱۹	۳۲۰
سن	۱۸-۲۵ سال	۱۷	۸/۹۹	۱۸۹
	۲۶-۴۰ سال	۱۳	۶/۳۱	۲۰۶
	۴۱-۵۵ سال	۱۲	۷/۸۴	۱۵۳
	۵۶-۶۵ سال	۶	۸/۷۰	۶۹
	۶۶+ سال	۶	۱۳/۳۳	۴۵
	مردم استان	۸	۴/۸۸	۱۶۴
محل سکونت	سایر شهرها	۲۱	۹/۸۱	۲۱۴
	روستا	۲۵	۸/۷۴	۲۸۶
وضعیت تأهل	متاهل	۳۷	۸/۰۶	۴۵۹
	طلاق گرفته یا جدا شده	۰	۰/۰۰	۳
تحصیلات	همسر فوت شده	۳	۱۸/۷۵	۱۶
	تحصیلات عالی	۱	۲/۰۴	۴۹
	دیپلم	۳	۳/۶۱	۸۳
	متوسطه یا راهنمایی	۵	۵/۰۰	۱۰۰
	ابتدائی	۱۸	۸/۳۳	۲۱۶
	بی‌سواد	۲۷	۱۲/۸۰	۲۱۱
شغل	کارگر	۵	۶/۷۶	۷۴
	کارمند	۱	۱/۷۲	۵۸
	محصل یا دانشجو	۱	۲/۹۴	۳۴
	آزاد	۹	۶/۰۰	۱۵۰
	بازنشسته	۰	۰/۰۰	۱۰
	خانه‌دار	۳۳	۱۲/۳۱	۲۶۸
جمع	بیکار	۴	۱۰/۵۳	۳۸
	سایر مشاغل	۱	۳/۴۵	۳۲
	جمع	۵۴	۸/۱۳	۶۶۴

اطلاعات مربوط به مقایسه شیوع اختلالات روانی بر حسب جنس در استان، در جدول ۳ ارایه گردیده است.

جدول ۳: شیوع اختلالات روانپزشکی بر حسب جنس در استان همدان در سال ۱۳۸۰

نوع اختلال	مردان (n=۳۴۴)		زنان (n=۳۲۰)		آماره $X^2$ درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
اختلالات خلقی	۵	۱/۴۵	۱۳	۴/۰۶	۴/۰۲	۰/۰۴۴۹
اختلالات پسیکوتیک	۳	۰/۸۷	۱	۰/۳۱	۰/۱۸	۰/۶۶۷۷
اختلالات اضطرابی	۷	۲/۰۳	۳۲	۱۰/۰۱	۱۸/۲۱	۰/۰۰۰
اختلالات عصبی - شناختی	۳	۰/۸۷	۶	۱/۸۸	۰/۶۱	۰/۴۳۴۸
اختلالات تجزیه‌ای	۲	۰/۵۸	۲	۰/۹۴	۰/۰۱	۰/۹۳۵۲

روانپزشکی در زنان نسبت به مردان، بیشتر به محدود بودن نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، استرس‌های محیطی، عوامل بیولوژیک و مشکلات خانوادگی مربوط می‌باشد. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد تحت مطالعه در مناطق شهری بیش از مناطق دیگر استان است (۹/۸۱ درصد در مقابل ۴/۸۸ درصد) که یافته‌های بدست آمده از بررسی‌های انجام گرفته توسط خسروی و همکاران، پالانگ و همکاران، همچنین نوربالا و همکاران را مورد تأیید قرار می‌دهد (۱۶،۲۶،۲۷)، اما با نتایج بدست آمده توسط یعقوبی و همکاران متفاوت می‌باشد (۱۵). متفاوت بودن نتایج را می‌توان ناشی از ابزار و پرسش‌نامه به کار رفته جهت غربالگری و تشخیص‌گذاری، همچنین بافت فرهنگی اجتماعی مناطق مختلف کشور دانست. استرس‌های محیطی، شهرنشینی و مشکلات اقتصادی و اجتماعی زندگی در شهرها را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات روانپزشکی در مناطق شهری نسبت به روستایی بشمار آورد.

نتایج این بررسی نشان‌دهنده این است که شیوع اختلالات روانپزشکی در سنین ۶۶ سال به بالا بیش از دیگر گروه‌های سنی می‌باشد. اضطراب ناشی از تغییرات بیولوژیکی در زنان و مشکلات خانوادگی، همچنین شروع بازنشستگی و ازکارافتادگی در مردان را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات در این سنین دانست. علاوه بر این، این پژوهش نشان داد شیوع اختلالات روانی به طور معنی‌داری در افراد همسر فوت شده بیش از سایر گروه‌هاست.

نتایج بررسی‌های انجام گرفته در زمینه استرس، مؤید نتایج این بررسی می‌باشد که مرگ همسر به عنوان یکی از عوامل استرس‌زا، آشکار کننده و مستعدساز اختلالات روانپزشکی است.

شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد بی‌سواد بیش از سایر گروه‌ها بوده است. بیشتر بررسی‌های انجام گرفته در ایران دلالت بر شیوع اختلالات در افراد بی‌سواد داشته‌اند نتایج این بررسی را مورد تأیید قرار می‌دهند. محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی و همچنین ناتوانی افراد در استفاده از شیوه‌های مؤثر مقابله با عوامل استرس‌زا، را می‌توان دلیل بالاتر بودن شیوع این اختلالات

شیوع اختلالات روانپزشکی بدست آمده در مطالعاتی که از پرسش‌نامه SADS استفاده شده مثل مطالعه وایزمن و همکاران با ۱۵/۱ درصد (۱۰) و مدیانوس و همکاران با ۱۹/۴ درصد پایین‌تر می‌باشد (۱۱).

شایع‌ترین گروه اختلالات روانپزشکی در استان، اختلالات اضطرابی با ۵/۸۷ درصد بود که نتایج بررسی انجام گرفته توسط افشاری منفرد و همکاران و صادقی و همکاران را مورد تأیید قرار می‌دهد (۱۲،۱۳) ولی میزان آن از نتایج مطالعه صادقی و همکاران پایین‌تر است (۱۲). شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در افراد تحت مطالعه افسردگی اساسی با ۲/۵۶ درصد بود که یافته‌های بررسی‌های انجام گرفته توسط حرازی و باقری یزدی، یعقوبی و همکاران، همچنین نوربالا و همکاران را مورد تأیید قرار می‌دهد (۱۶-۱۴).

میزان شیوع انواع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۰/۶۰ درصد می‌باشد که با یافته بررسی‌های انجام گرفته توسط صادقی و همکاران و جاویدی هم‌مانگی دارد (۱۳،۱۷).

میزان شیوع اختلالات عصبی-شناختی ۱/۳۵ درصد می‌باشد که از این میزان ۰/۹۰ درصد مربوط به بیماری صرع، ۰/۱۵ درصد مربوط به عقب ماندگی ذهنی شدید و ۰/۳۰ درصد مربوط به زوال عقل است. نتایج مربوط به بیماری صرع در حد یافته‌های ارایه شده توسط کاپلان و سادوک می‌باشد (۱۸).

آخرین گروه اختلالات مورد بررسی اختلالات تجزیه‌ای است که جمعاً ۰/۷۵٪ را به خود اختصاص داده است و در طیف نتایج بدست آمده از سایر بررسی‌های انجام شده در ایران قرار می‌گیرد (۷).

روش دیگر تجزیه و تحلیل نتایج این مطالعه، بررسی شیوع مبتلایان به اختلالات روانپزشکی می‌باشد که در این مطالعه ۸/۱۳٪ برآورد شده است. پژوهش حاضر نشان داد میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان بیش از مردان است (۱۲/۱۹ درصد در مقابل ۴/۳۶ درصد) که با نتایج بررسی‌های انجام شده در ایران (۶)، و بررسی‌های انجام شده توسط ونکورف و همکاران، وازکوئز-بارکوئرو و همکاران، هولیفیلد و همکاران، لهتینن و همکاران، بهار و همکاران، کسلر و روکا و همکاران همخوانی دارد (۱۹-۲۵).

شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالاتر اختلالات

در سبب شناسی، ظهور علائم، تشخیص و شیوع اختلالات روانپزشکی پیشنهاد می‌شود که اعتبار ملاک‌های تشخیصی DSM در ایران مورد مطالعه و بازبینی قرار گیرد. ۴- پیشنهاد می‌شود مشابه این پژوهش روی مهاجرین، پناهندگان و سایر ساکنین غیرایرانی نیز اجرا گردد.

#### سپاسگزاری:

از همکاران مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، معاونت تحقیقات و فناوری، کلیه همکاران ستادی و اجرایی طرح، معاونت پیشگیری و ریاست سازمان بهزیستی استان همدان، همچنین کلیه کارشناسان شاغل در معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی استان همدان میترا گودزشتی، محمدرضا طالبیان، رقیه لسانی‌فر، احمد زهره‌وند، سعید موسینوند، رحیم مرادی، راحله طه‌پوری و فاطمه مؤمنی که ما را در به انجام رساندن این بررسی یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

#### منابع:

1. Robin LN. Psychiatric epidemiology. Arch Gen Psychiatry 1978; 35: 697-702.
2. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University, 1973.
3. Dohrenwend BP, Shrout PE. Toward the development of a two-stage procedure for case –identification and classification in psychiatric epidemiology. In: Simmons RG (ed). Research in community and mental health. Vol 2. Greenwich, CT: JAI Press 1981: 295-323.
4. Hodiamont P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. Psychol Med 1987; 17:495- 505.
5. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J. Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. J Nerv Ment Dis 1990; 178: 242- 246.
۶. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سیدعباس. سیمای سلامت روان در ایران. تهران: انتشارات مؤلف، ۱۳۸۰.
۷. نوربالا احمد علی، محمد کاظم، باقری یزدی سیدعباس، یاسمی محمدتقی. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی

در افراد بی‌سواد نسبت به سایرین دانست. یافته‌های این مطالعه نشان دهنده این است که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد بیکار و زنان خانه‌دار بیش از دیگران می‌باشد که یافته‌های بررسی‌های انجام شده در ایران و جهان را مورد تأیید قرار می‌دهد. احتمالاً نداشتن درآمد، عامل استرس‌زا بیکاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می‌تواند از جمله عوامل افزایش شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد بیکار و غیرشاغل، همچنین زنان خانه‌دار باشد. نتایج بررسی نشان دهنده این است که افراد مورد مطالعه بخصوص زنان مسن و مردان بازنشسته و از کار افتاده به دلیل مشکلات اقتصادی و خانوادگی، همچنین محدودیت روابط اجتماعی بیشتر دچار انواع اختلالات روانپزشکی گردیده‌اند که لازم است برنامه‌ریزی‌های اصولی در راستای پیشگیری و درمان این اختلالات، آموزش شیوه‌های درست مقابله با عوامل استرس‌زا و کنار آمدن با آنها به افراد جامعه صورت گیرد.

در خاتمه پیشنهاد می‌گردد:

- ۱- با توجه به نتایج این بررسی برآورد می‌شود که حداقل ۸ درصد از جمعیت استان نیازمند خدمات بهداشت روان هستند. آگاهی از این مسأله، مسؤولیت سیاستگذاران و برنامه‌ریزان استان همدان را در ارتباط با تدوین کاربردی و اجرایی بهداشت روان بیش از پیش نمایان می‌سازد.
- ۲- ابزار این پژوهش بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM-IV تدوین یافته است، با توجه به اینکه اعتبار و روایی این معیارها هنوز در بسیاری از کشورها و از جمله ایران مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند. مجریان و همکاران این مطالعه، نظیر سایر محققین و متخصصین علوم بالینی همواره دغدغه آزارنده میزان اعتبار و پایایی تشخیص DSM و SADS را داشته‌اند و ذهن خواننده را به این واقعیت معطوف می‌دارند که تا زمانی که علائم تشخیصی DSM در ایران هنجاریابی نشده‌اند استفاده از کلیه تشخیص‌های بالینی این پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد.
- ۳- هرچند اعتبار و پایایی SADS در مطالعه مقدماتی بر روی ۲۰۰ بیمار انجام شده است اما پیشنهاد می‌شود که روایی و پایایی این پرسش‌نامه بر روی حجم نمونه بیشتری از بیماران با تشخیص‌های مختلف روانپزشکی انجام شود. همچنین با توجه به اهمیت عوامل فرهنگی

18. Kaplan HL, Sadock BL. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.
19. Von Korff M, Nestadt G, Romanoski A. Prevalence of treated and untreated DSM-III schizophrenia in two stages community survey. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173:577-81.
20. Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, Aldama J, Samaniego RC, Menendez Arango J, et al. A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med* 1987; 17:227- 241.
21. Hollifield M, Laton W, Spain D, Pule L. Anxiety and depression in a village of Lesoto: a comparison with the United States. *Br J Psychiatry* 1990; 156:343-350.
22. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland health survey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 81: 418- 25.
23. Bahar E, Henderson AS, Mackinnon AJ. An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85: 257- 63
24. Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughers M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United State. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 9- 19.
25. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ, et al. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(8):410- 5.
۲۶. خسروی شمسعلی. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری. پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم ایران. حکیم، سال پنجم، شماره ۱، ۱۳۸۱: ۱۰-۱.
8. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 rema lapouse lecture. *Am J Public Health* 1982; 72:1271-1279
9. Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG, McKinnon DF, Edwin D, Folstein SE, et al. Diagnostic reliability of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:736-40.
10. Weissman MM, Mayers JK, Harding PS. Psychiatric-disorders in a U.S urban community. *Am J Psychiatry* 1978; 135:456- 462.
11. Medianos MG, Stefanis CN, Madianou D. Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two areas of greater Athens. In: Cooper B , Helgason G(eds). *Psychiatric epidemiology*. London: Croom Helm , 1987. 372-86.
۱۲. افشاری منفرد ژاله، باقری یزدی سید عباس، بوالهروی جعفر. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. طب و ترکیه، شماره ۲۶، ۱۳۷۶: ۱۵- ۱۰.
۱۳. صادقی خیرالله. همه‌گیرشناسی بیماریهای روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. اندیشه و رفتار. سال ششم، شماره ۳-۲، ۱۳۷۹: ۲۵-۱۶.
۱۴. حرازی محمدعلی، باقری یزدی سید عباس. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۳۷۳.
۱۵. یعقوبی نورالله، نصر مهدی، شاه‌محمدی داود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستائی شهرستان صومعه‌سرای گیلان. اندیشه و رفتار. سال دوم، شماره ۴، ۱۳۷۴: ۶۵- ۵۵.
۱۶. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سیدعباس. بررسی شیوع اختلالهای روانپزشکی در شهر تهران. حکیم. سال دوم، شماره ۴، ۱۳۷۸: ۲۲۳- ۲۱۲.
۱۷. جاویدی حجت‌الله. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت- فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. ۱۳۷۲.



روانی در شهر کاشان. اندیشه و رفتار. سال دوم،  
شماره ۴، ۱۳۷۴: ۱۹-۲۷.

پزشکی تهران، ۱۳۷۳.  
۲۷. پالاهنگ حسن، نصر مهدی، براهنی محمدتقی،  
شاه‌محمدی داود. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات