

## فراوانی انواع اختلالات روانی افراد ۱۵ ساله و بالاتر در شهر کرمان در سال ۱۳۸۶

نوشین پرورش<sup>۱\*</sup>، حسن ضیاءالدینی<sup>۲</sup>، نوذر نخعی<sup>۳</sup>، آرش ناهید<sup>۴</sup>، هلیا صفوی<sup>۵</sup>، بهرام سجادی<sup>۶</sup>

### خلاصه

مقدمه: اختلالات روانی در کشورهای پیشرفته جهان به وسیله غربالگری و مصاحبه بالینی شناسایی می‌شوند. با توجه به اینکه مطالعات همه گیرشناسی اختلالات روانی در کشور ما کوتاه مدت بوده و تعداد مطالعات انجام شده کم و محدود می‌باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تعداد مبتلایان به اختلال روان پزشکی در افراد ۱۵ سال و بالاتر در شهر کرمان و تعیین نوع بیماری انجام شد.

روش: در قدم اول ۱۵۲۷ نفر به روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای از بین خانواده‌های شهر کرمان انتخاب و پرسش‌نامه ۲۸ سئوالی سلامت عمومی (GHQ - 28) به عنوان ابزار بررسی سلامت و غربالگری اختلالات روانی با مراجعه به درب منزل تکمیل شد. در این مطالعه نمره برش ۶ و بالای ۶ در نظر گرفته شد. در مرحله دوم از ۴۹۰ نفری که این نمره برش را کسب کرده بودند (۶۹/۴٪)، ۳۴۰ نفر در مصاحبه بالینی DSM-IV شرکت کردند.

یافته‌ها: در مجموع ۳۲/۱ درصد از افراد (۳۴/۵ درصد زنان و ۲۷/۱ درصد مردان) مبتلا به اختلال روان پزشکی بودند. فراوانی اختلالات روان پزشکی در میان اشخاص ۶۵ ساله و بالاتر، ۳۵/۱ درصد، اشخاص ۶۴-۴۵ ساله ۳۵/۳ درصد، افراد مطلقه ۱۰۰ درصد، افراد بیوه و همسر مرده ۴۵/۸ درصد، افراد بی‌سواد ۴۰/۲ درصد، دانشجویان و دانش آموزان ۳۶/۹ درصد، افراد خانه‌دار ۳۴/۷ درصد و افراد با سطح پایین اقتصادی اجتماعی ۳۴/۸ درصد بود که به طور مشخص بیشتر از سایر افراد این نمونه بود. همان‌طور که انتظار می‌رفت بیماری اختلال افسردگی اساسی و هراس به ترتیب با فراوانی ۶/۸ درصد و ۴/۳ درصد در این مطالعه شایع‌ترین اختلالات روان پزشکی شناخته شدند. فراوانی اختلال اضطراب منتشر ۲/۸ درصد، اسکیزوفرنیا ۰/۹ درصد و اختلال دوقطبی تیپ یک ۰/۳ درصد به دست آمد.

نتیجه‌گیری: میزان اختلال افسردگی و اختلال اضطراب منتشر از دیگر مطالعات داخلی شایع‌تر بوده و با بعضی مطالعات خارجی مطابقت دارد. تفاوت‌های فرهنگی و ابزارهای غربالگری می‌تواند از دلایل این تفاوت باشد. یافته‌های پژوهش می‌تواند به برنامه‌ریزان در تدوین برنامه‌های اجرایی بهداشت روان کمک کند.

واژه‌های کلیدی: اپیدمیولوژی، اختلالات روان پزشکی، بزرگسالی، پایان نوجوانی، پرسش‌نامه سلامت عمومی (۲۸)

- ۱- استادیار روان پزشکی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب و گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- دانشیار گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۳- دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشکده پزشکی افضلی‌پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۴- روان‌پزشک عمومی

\* نویسنده مسؤول، کرمان، بلوار جمهوری اسلامی، بیمارستان روان پزشکی شهید بهشتی • آدرس پست الکترونیک: n\_parvareh@yahoo.com

دریافت مقاله ۱۳۸۸/۱۲/۶ : دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۹/۹/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۱۰/۸

## مقدمه

طبق گزارش WHO، جهان در طول دو دهه آینده شاهد تغییرات عمده‌ای در زمینه اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد است به گونه‌ای که بیماری‌های غیر واگیر همچون بیماری‌های روانی به سرعت جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیر گردیده و در فهرست عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند (۱).

مسائل بهداشتی از مهم‌ترین مسائل اساسی هر کشوری به‌شمار می‌رود که از سه دیدگاه جسمی، روانی و اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرند. اختلالات روانی از مشکلات جدی و شایع سلامتی به‌شمار می‌روند و نزدیک به ۲۰٪ از کل مراجعان به مراکز بهداشتی عمومی در جهان را بیماران دچار اختلالات روانی تشکیل می‌دهند (۲). هم‌چنین بنا بر گزارش سازمان جهانی بهداشت دست کم ۵۲ میلیون نفر از مردم جهان در سنین مختلف دچار بیماری‌های شدید روانی مثل اسکیزوفرنیا و ۱۵۰ میلیون نفر دچار اختلالات روان نژندی هستند که بیشترین موارد در کشورهای رو به رشد دیده می‌شود (۲) و در بررسی‌های انجام گرفته میزان شیوع از ۷/۳٪ تا ۵۲/۵٪ گزارش شده که به دلیل متنوع بودن ابزار مورد استفاده، تفاوت در روش نمونه‌گیری، روش‌های مصاحبه و طبقه‌بندی‌های تشخیصی، این میزان‌ها متفاوت برآورد شده است (۳). مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی انجام شده در کشور ایران محدود به مناطق کوچکی از استان‌های کشور است که در آنها شیوع اختلالات بین ۲۶/۹٪ - ۱۱/۹٪ گزارش شده است (۴).

تنها مطالعه‌ی وسیع در این زمینه در سال ۱۳۷۸ در قالب طرح ملی "سلامت و بیماری" انجام شد که بر اساس آن در مجموع ۲۱٪ از افراد مورد مطالعه به نوعی دچار علائم روانی بوده‌اند (۳). به‌منظور برنامه‌ریزی دقیق برای ارائه خدمات بهداشت روان در کشور نیاز به اطلاعات پایه و بررسی وضعیت سلامت روان افراد جامعه است تا با استفاده از نتایج ضمن ارزیابی نیاز مردم حجم مشکل را دریافت و خدمات مطلوب و مناسب برای آنها ارائه داد. با توجه به ضرورت

وجود آمار واقعی اختلالات روانی برای انجام مداخلات درمانی و تأثیر تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی در میزان شیوع اختلالات و با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ی جامعی به گستردگی طرح پیش رو در کرمان انجام نگرفته است انجام این پژوهش ضروری به‌نظر می‌رسید.

## روش بررسی

در این مطالعه مقطعی مبتنی بر جامعه (population based household survey) (۱،۲،۴،۵) جامعه‌ی آماری مورد بررسی، افراد بالای ۱۵ سال شهر کرمان در سال ۱۳۸۶ در نظر گرفته شد.

به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها در مرحله‌ی اول از پرسش‌نامه‌ی GHQ-28 که روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی آن به تأیید رسیده است (۳) استفاده شد. این مرحله با مراجعه به درب منازل خانواده‌هایی که از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شده بودند و تکمیل پرسش‌نامه توسط مصاحبه‌گر آموزش دیده (دانشجوی پزشکی) برای افراد بالای ۱۵ سال خانواده انجام شد. این پرسش‌نامه به‌عنوان ابزار غربال‌گری مورد استفاده قرار گرفت و پس از آن در مرحله‌ی دوم افرادی که نمره‌ی برش ۶ یا بالاتر از ۶ (۳) داشتند از طریق چک لیست مصاحبه‌ی بالینی براساس ملاک‌های تشخیصی DSM IV (۶) توسط کارشناس روانشناسی بالینی آموزش دیده و زیر نظر روانپزشک مورد مصاحبه قرار گرفتند و تشخیص مناسب برای آنان مشخص شد.

## مشخصات ابزارهای مورد استفاده

۱- پرسش‌نامه‌ی GHQ-28 که دارای ۲۸ سؤال و ۴ مقیاس می‌باشد و شامل الف) نشانه‌های جسمانی ب) نشانه‌های اضطرابی ج) کارکرد اجتماعی و د) نشانه‌های افسردگی است.

پایایی و روایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی در مطالعه نوربالا و همکاران به اثبات رسیده است (۳). مزیت

۱۹ خانوار در نظر گرفته شد. به این ترتیب ۸۴ خوشه مورد مطالعه قرار گرفت که این ۸۴ خوشه از ۱۰ محل جغرافیایی شهر کرمان که با محوریت خوشه‌های مرکز بهداشت شهرستان کرمان بود انتخاب گردید

پس از آن با در نظر گرفتن خانوارهای تحت پوشش مرکز یا پایگاه بهداشتی و به روش SPP (Size Probability Proportion to consecutive dwellings with a random start) خوشه‌ها مشخص و خانوارها به صورت مورد مصاحبه قرار گرفتند. پس از مراجعه به مرکز بهداشتی درمانی بسته به جمعیت تحت پوشش، تعدادی پرونده به صورت تصادفی انتخاب و به عنوان سرخوشه تلقی و ضمن مراجعه به آنها خانوارهای مجاور و سمت راست به‌طور متوالی وارد مطالعه می‌شدند. در صورت عدم حضور فرد مورد نظر در خانه مجدداً مراجعه می‌شد. به‌طور قراردادی محلات شهر کرمان با در نظر گرفتن وضعیت اقتصادی اجتماعی تخمینی به ۳ سطح بالا، متوسط و پایین تقسیم شد (۷).

برای مقایسه درصدها از آزمون مجذور کای استفاده شد و در محاسبه فراوانی نسبی بیماری‌های روانی در کل نمونه حدود اطمینان ۹۵ درصد با لحاظ نمودن اثر طرح خوشه‌ای محاسبه گردید.

برای پی بردن به ارتباط احتمالی متغیرهای زمینه‌ای با وجود یا فقدان اختلالات روانی از نرم افزار SPSS16 و رگرسیون لجستیک استفاده شد.

به منظور رعایت مسائل اخلاقی پژوهش پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر نام و با کسب اجازه از پرسش‌شونده پر شد و نتایج پژوهش به صورت مجموعه گزارش گردید.

در صورت کشف موارد خاص به بیمار جهت مراجعه به روانپزشک اطلاعات لازم داده می‌شد.

پرسش‌گران در مراجعه به منازل، کارت شناسایی صادر شده توسط مرکز تحقیقات علوم و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان را ارایه می‌کردند.

این پرسش‌نامه که باعث شد به‌عنوان یک ابزار غربال‌گری مورد استفاده قرار گیرد، سرعت تکمیل آن بود که حدود ۱۵ دقیقه به طول می‌انجامد. در نمره‌گذاری به گزینه‌های "الف" و "ب" پاسخ صفر و به گزینه‌های "ج" و "د" پاسخ ۱ داده شد (۳،۷) و نقطه‌ی برش ۶ در نظر گرفته شد.

۲- چک لیست مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV که برای تعیین تشخیص نوع بیماری روانی در کسانی که به استناد نتیجه‌ی آزمون GHQ-28 از بیماری روانی رنج می‌برند به کار رفت. نسخه‌ی فارسی این چک لیست توسط نوربالا و همکاران تهیه (۶) و در مطالعه‌ی کشوری (۳) و برخی مطالعات دیگر (۲،۴) به کار گرفته شده است. چک لیست شامل ۱۲ بخش و ۱۴۹ پرسش بود. بخش اول شامل ۱۸ سؤال که شامل مشخصات دموگرافیک و سابقه‌ی مراجعه و درمان اختلالات روان‌پزشکی بود و ۱۱ بخش بعد شامل چک لیست ارزیابی اختلالات افسردگی اساسی مانیا، اضطراب، پانیک، وسواس، فوبیا، سایکوز، صرع، علائم اختلالات ارگانیک مغز، عقب ماندگی ذهنی و اختلال جسمی‌سازی بود.

به‌منظور افزایش روایی بین مصاحبه‌گران درمورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌های GHQ-28 و چک لیست DSM-IV جلسات هماهنگی و آموزشی بین پرسش‌گران برقرار شد و پس از اطمینان از همسانی تشخیص‌گذاری و نظارت مستمر در طول مطالعه سعی شد دقت تکمیل افزایش یابد (۳).

در مطالعه‌ی که توسط همین ابزار (GHQ-28) در استان کرمان بر روی نمونه‌ی ۴۶۱ نفری در مطالعه‌ی کشوری نوربالا انجام شد (۳)، ۲۳٪ افراد دچار اختلالات روانی بودند که با  $design\ effect = 2$  براساس تجربه‌ی مطالعه‌ی کشوری محمدی و همکاران (۴)  $P = 0.23$  و  $Z = 1.96$  و  $D = 0.03$  حجم نمونه ۱۵۱۱ نفر تعیین گردید و با در نظر گرفتن ریزش به ۱۶۰۰ افزایش یافت. با توجه به‌توان اجرایی یک روز کاری مصاحبه‌گران و تجربه‌ی مطالعات مشابه (۵) و به‌منظور عدم چشم‌پوشی از تنوعات جمعیتی تعداد خانوار برای هر خوشه

### نتایج

تقاضا شد که در مصاحبه بالینی DSM-IV شرکت کنند که ۳۴۰ نفر (۶۹/۴٪) حاضر به همکاری شدند. فراوانی عدم برخورداری از سلامت روان برحسب متغیرهای زمینه (جنس، گروه سنی، تأهل، شغل، تحصیلات و محله) در جدول ۱ نشان داده شده است. از تعداد ۱۵۲۷ نفر، ۴۹۵ نفر (۳۲/۵٪) مرد و ۱۰۳۲ نفر (۶۷/۵٪) زن بودند.

در مرحله اول با مراجعه به درب منازل از ۱۵۹۰ نفر برای تکمیل پرسش نامه (GHQ-28) دعوت شد که ۱۵۲۷ نفر (۹۶٪) از آنان حاضر به تکمیل پرسش نامه شدند. از تعداد ۱۵۲۷ نفر، ۴۲۵ نفر (۳۲/۵٪) مرد و ۱۵۳۲ نفر (۶۷/۵٪) زن بودند. پس از آن از ۴۹۰ نفر (۳۲/۱٪) که در پرسش نامه GHQ-28 نمره ۶ و بالای ۶ کسب نمودند

جدول ۱. توزیع فراوانی افرادی که نمره (GHQ-28) غیر طبیعی داشتند بر حسب متغیر زمینه از کل نمونه (n=1527)

متغیر	کل موارد	موارد مشکوک به بیماری	
گروه سنی (سال)	۱۵-۲۴	۳۳۴ (۲۱/۸٪)	
	۲۵-۴۴	۶۸۲ (۴۴/۶٪)	
	۴۵-۶۴	۳۸۵ (۲۵/۲٪)	
	۶۵	۱۲۸ (۸/۴٪)	
جنس	مرد	۴۹۵ (۳۲/۵٪)	
	زن	۱۰۳۲ (۶۷/۵٪)	
تأهل	مجرد	۳۳۲ (۲۱/۷٪)	
	متأهل	۱۱۴۳ (۷۴/۹٪)	
	مطلقه	۴ (۰/۳٪)	
	همسر مرده	۴۸ (۳/۱٪)	
تحصیلات	بی سواد	۱۵۹ (۱۰/۴٪)	
	ابتدائی	۲۳۴ (۱۵/۴٪)	
	راهنمائی و دبیرستان	۲۶۵ (۱۷/۳٪)	
	دیپلم	۵۳۷ (۳۵/۲٪)	
محله	تحصیلات عالی	۳۳۲ (۲۱/۷٪)	
	سطح اجتماعی بالا	۳۸۱ (۲۴/۹٪)	
	سطح اجتماعی متوسط	۵۲۲ (۳۴/۲٪)	
	سطح اجتماعی پایین	۶۲۴ (۴۰/۹٪)	
شغل	خانه دار	۸۰۲ (۵۲/۵٪)	
	بی کار و بازنشسته	۲۱۵ (۱۴/۲٪)	
	کارگرو کشاورز	۲۵ (۱/۶٪)	
	کارمند	۱۰۲ (۶/۷٪)	
		دانشجو یا محصل	۱۱۹ (۷/۷٪)
		سایر	۲۶۴ (۱۷/۳٪)

اعداد بیان گر تعداد (درصد) می باشند

شغلی است. درصد شیوع اختلال روان پزشکی با افزایش تحصیلات و هم‌چنین با افزایش سطح اجتماعی اقتصادی کاهش می‌یابد. هم‌چنین درصد بیماری در افراد مطلقه و همسر مرده بیشتر از دو دسته دیگر است.

همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد درصد شیوع اختلال روان پزشکی در گروه سنی ۶۴ - ۴۵ سال و بالاتر از ۶۵ سال بیشتر از دو گروه سنی دیگر است. هم‌چنین درصد شیوع اختلال روان پزشکی در زنان بیشتر از مردان و در گروه دانشجوی و محصل و خانه‌دار بیشتر از سایر گروه‌های

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماری روان پزشکی در نمونه مورد مطالعه برحسب جنس و گروه سنی (n=۳۴۰)

نام بیماری	فراوانی		گروه‌های سنی			
	تعداد (درصد)	جنس	≥۶۵ (n=۴۵)	۴۵-۶۴ (n=۱۳۶)	۲۵-۴۴ (n=۲۰۰)	۱۵-۲۴ (n=۱۰۸)
		مرد (n=۱۳۴)	زن (n=۳۵۶)			
۱- سوماتوفرم	۴ (۳/۵)	۱۱ (۴/۹)	۲ (۲/۹)	۲ (۱/۵)	۷ (۶/۹)	۴ (۱۲/۹)
۲- دو قطبی تیپ I	۱ (۹/۰)	۴ (۱/۸)	۰ (۰)	۳ (۲/۲)	۲ (۲)	۰ (۰)
۳- اختلال اضطرابی	۱۰ (۸/۸)	۳۲ (۱۴/۲)	۶ (۸/۶)	۱۶ (۱۱/۷)	۱۶ (۱۵/۸)	۳ (۹/۷)
۴- عقب ماندگی ذهنی	۰ (۰)	۱ (۴/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۱/۰)	۰ (۰)
۵- اختلال وسواس اجباری	۹ (۷/۹)	۱۳ (۵/۸)	۶ (۸/۶)	۱۰ (۷/۳)	۶ (۵/۹)	۰ (۰)
۶- تشنج	۲ (۱/۸)	۱۴ (۶/۲)	۳ (۴/۳)	۷ (۵/۱)	۳ (۳/۰)	۳ (۹/۷)
۷- اختلال انطباقی	۶ (۵/۳)	۵ (۲/۲)	۲ (۲/۹)	۲ (۲/۲)	۴ (۴/۰)	۲ (۶/۵)
۸- دمانس	۱ (۰/۹)	۲ (۹/۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۲ (۲/۰)	۱ (۳/۲)
۹- اختلال مخلوط اضطراب افسردگی	۶ (۵/۳)	۱۲ (۵/۳)	۴ (۵/۷)	۸ (۵/۸)	۴ (۴/۰)	۲ (۶/۵)
۱۰- اختلال پانیک	۳ (۲/۶)	۵ (۲/۲)	۳ (۴/۳)	۲ (۱/۵)	۳ (۳/۰)	۰ (۰)
۱۱- اسکیزوفرنیا	۵ (۴/۴)	۸ (۳/۵)	۲ (۲/۹)	۶ (۴/۴)	۴ (۴/۰)	۱ (۳/۲)
۱۲- اختلال افسردگی اساسی	۴۲ (۳۶/۸)	۶۲ (۲۷/۴)	۲۶ (۳۷/۱)	۴۵ (۳۲/۸)	۲۳ (۲۲/۸)	۱۰ (۳۲/۳)
۱۳- فویا	۱۸ (۱۵/۸)	۴۷ (۲۰/۸)	۱۰ (۱۴/۳)	۳۲ (۲۳/۴)	۲۰ (۱۹/۸)	۳ (۹/۷)
۱۴- اختلال دو قطبی تیپ II	۳ (۲/۶)	۱ (۴)	۲ (۲/۹)	۰ (۰)	۲ (۲/۰)	۰ (۰)
۱۵- ۱۲ و ۱۳	۱ (۹)	۵ (۲/۲)	۱ (۱/۴)	۱ (۷)	۳ (۳/۰)	۱ (۳/۲)
۱۶- ۱۶ و ۳	۰ (۰)	۱ (۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	۱ (۳/۲)
۱۷- ۱ و ۱۳	۰ (۰)	۱ (۴)	۱ (۱/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
۱۸- ۱۳ و ۵	۱ (۹)	۱ (۴)	۱ (۱/۴)	۱ (۷)	۰ (۰)	۰ (۰)
۱۹- ۱۲ و ۵	۱ (۹)	۱ (۴)	۱ (۱/۴)	۱ (۷)	۱ (۱/۰)	۰ (۰)
۲۰- ۱۲ و ۴	۱ (۹)	۰ (۰)	۱ (۱/۴)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)

ارقام داخل پرانتز درصد است

توزیع فراوانی انواع بیماری های روان پزشکی بر حسب جنس و گروه سنی در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج نشان می دهد که بیشترین درصد مربوط به افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بوده است که در مردان ۳۶/۸٪ و در زنان ۲۷/۴٪ است و بعد از آن بیشترین درصد، افراد مبتلا به اختلال اضطرابی را شامل می شود که در زنان مورد مصاحبه ۱۴/۲٪ و در مردان ۸/۸٪ می باشد. درصد اختلال اضطرابی در نمونه مورد مصاحبه در گروه سنی ۶۴-۴۵ سال، ۱۵/۸٪ است در حالی که این درصد در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال، ۸/۶٪ است. درصد شیوع اختلال افسردگی اساسی در نمونه مورد مصاحبه در گروه سنی

۶۴-۴۵ سال، ۲۲/۸٪ و در گروه سنی ۲۴-۱۵ سال، ۳۷/۱٪ بود که نشان می دهد در گروه سنی ۶۴-۴۵ سال فراوانی اختلال افسردگی اساسی پائین تر و شیوع اختلال اضطرابی بالاتر از گروه سنی ۲۴-۱۵ سال است. توزیع فراوانی انواع بیماری روان پزشکی در کل نمونه در جدول ۳ نشان داده شده است. همان طور که نشان داده شده در کل نمونه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ۶/۸٪، افراد مبتلا به اختلال فوبیا ۴/۳٪ و افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ۲/۸٪ را شامل می شوند.

جدول ۳. توزیع فراوانی انواع بیماری در کل نمونه مورد بررسی (n=1027)

فراوانی		تعداد	درصد	فاصله اطمینان ۹۵٪	بیماری
۵/۱۷-۸/۹۰	۶/۸۱	۱۰۴			۱- اختلال افسردگی اساسی
۲/۹۸-۶/۰۱	۴/۲۶	۶۵			۲- فوبیا
۱/۷۵-۴/۲۵	۲/۷۵	۴۲			۳- اختلال اضطرابی فراگیر
۰/۷۶-۲/۶۴	۱/۴۴	۲۲			۴- اختلال وسواسی اجباری
۰/۵۸-۲/۳۱	۱/۱۸	۱۸			۵- اختلال مختلط افسردگی اضطراب
۰/۴۴-۲/۴۵	۰/۹۸	۱۵			۶- سوماتوform
۰/۴۹-۲/۱۴	۱/۰۵	۱۶			۷- تشنج
۰/۳۶-۱/۸۸	۰/۸۵	۱۳			۸- اسکیزوفرنیا
۰/۲۸-۱/۷۰	۰/۷۲	۱۱			۹- اختلال تطابق
۰/۱۷-۱/۴۳	۰/۵۲	۸			۱۰- اختلال پانیک
۰/۴۴-۲/۴۵	۰/۳۳	۵			۱۱- اختلال دو قطبی تیپ I
۲/۹۸-۶/۰۱	۴/۲۶	۶۵			۱۲- فوبیا
۰/۰۴-۱/۰۵	۰/۲۶	۴			۱۳- اختلال دو قطبی تیپ II
۰-۰/۷۴	۰/۰۷	۱			۱۴- عقب ماندگی ذهنی
۰/۱۰-۱/۲۴	۰/۳۹	۶			۱۵- ۱ و ۲
۰-۰/۷۴	۰/۰۷	۱			۱۶- ۱۶ و ۳
۰-۰/۷۴	۰/۰۷	۱			۱۷- ۶ و ۲
۰/۰۱-۰/۷۴	۰/۱۳	۲			۱۸- ۴ و ۲
۰/۰۱-۰/۷۴	۰/۱۳	۲			۱۹- ۴ و ۱
۰-۰/۷۴	۰/۰۷	۱			۲۰- ۱ و ۱۴

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر شهر کرمان و تعیین نوع بیماری احتمالی آنها بود که به این منظور ۱۵۹۰ نفر به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و پرسش‌نامه GHQ-28 به‌عنوان ابزار بررسی سلامت روان و غربال‌گری با مراجعه به درب منازل به آنها پیشنهاد شد که ۱۵۲۷ نفر حاضر به همکاری شدند. از این تعداد ۴۹۰ نفر نمره ۶ و بالای ۶ داشتند که طبق تعریف فاقد سلامت روان شناخته شدند. با مراجعه مجدد به درب منزل از آنها تقاضا شد در مصاحبه بالینی (DSM-IV) شرکت کنند که ۳۴۰ نفر حاضر به همکاری شدند.

فراوانی افراد فاقد سلامت روان در این پژوهش (۳۲/۱ درصد) از یافته‌های به‌دست آمده در مطالعات صومعه سرای گیلان (۵)، کشوری ۱۳۷۸ (۳)، نظنز اصفهان (۲) و یافته‌های دانشگاهی میازاکی ژاپن (۸) بیشتر ولی به یافته‌های مطالعات کردستان (۷) و مطالعات انجام شده در آمریکا (۹) نزدیک است. بررسی‌های انجام شده در زمینه شیوع اختلالات روانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشورهای مختلف جهان دلالت بر متغیر بودن میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی از ۷/۳ تا ۵۲/۵ درصد است (۳)

اختلاف نتایج بین مناطق مختلف دنیا می‌تواند به علت تفاوت‌های فرهنگی، روش شناختی، شیوه انتخاب گروه‌های نمونه، تعریف عملیاتی متغیرها، روش گردآوری اطلاعات و تفاوت در نوع ابزار مورد استفاده باشد (۴).

با توجه به اطلاعات این پژوهش ۲۷ درصد از افراد مذکر و ۳۴/۴ درصد از افراد مونث فاقد سلامت روان بودند که تفاوت قابل توجهی با هم دارد. این اختلاف با مطالعات انجام شده در ایران (۱۳-۴،۱۰) و در سایر کشورها (۸) هم‌خوانی دارد و در بسیاری از مطالعات انواع اختلال روانی در زنان به‌طور قابل ملاحظه‌ای شایع‌تر از مردان بوده است. شواهد نشان می‌دهد نرخ بالای اختلال روانی در زنان قبل از همه به نقش‌های جنسیتی و زناشویی آنها مربوط می‌شود

(۴). اکثر زنان به داشتن یک نقش اجتماعی عمده (خانه‌داری) محدود هستند در حالی که مردان دست کم دو نقش سرپرستی خانواده و شغل بیرون را ایفا می‌کنند و بنابراین دو منبع احتمالی رضایتمندی دارند (۴). محدود بودن مشارکت زنان در فعالیت‌های اجتماعی، عوامل بیولوژیکی، تنش‌های محیطی و ازدواج از جمله عواملی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز شیوع بالاتر اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان باشند (۳).

بر اساس یافته‌های این پژوهش اختلال روان‌پزشکی در گروه سنی ۶۴-۴۵ سال ۳۵/۳ درصد و در گروه سنی بالای ۶۵ سال ۱/۳۵ درصد بود که به‌طور مشخص بیشتر از گروه‌های سنی دیگر بود. این اختلاف با مطالعه محمدی و همکاران (۴) هماهنگ است. یائسگی و تغییرات بیولوژیکی در زنان را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلال روان‌پزشکی در این سن دانست. هم‌چنین افت کارایی متعاقب افزایش سن، به تحلیل رفتن قوای بدن، بازنشستگی، آسیب‌پذیری بیشتر، بیماری جسمی و کمبود حمایت‌های اجتماعی در این گروه سنی نیز می‌تواند دلایل دیگری برای شیوع اختلال روان‌پزشکی در این سن باشد (۳).

با توجه به اطلاعات این پژوهش شیوع اختلال روان‌پزشکی در افراد همسر مرده و طلاق گرفته بیشتر از سایر گروه‌ها است که این اطلاعات با یافته‌های مطالعه انجام شده در سال ۱۳۸۰ در مورد همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران (۴) هماهنگ است. این یافته‌ها نشان می‌دهد این گروه از افراد جامعه احتمالاً تنش‌ها و نگرانی‌های بیشتر و حمایت‌های کمتری دارند و طلاق و مرگ همسر به‌عنوان یکی از عوامل تنش‌زا، آشکارکننده و مستعدساز اختلالات روان‌پزشکی است. بالاتر بودن شیوع اختلال روان‌پزشکی در افراد مطلقه و همسر مرده می‌تواند به دلیل عوامل تنش‌زای اقتصادی و اجتماعی همچون

مشکلات مالی، اداره زندگی و رسیدگی به امور فرزندان باشد (۳).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درصد شیوع اختلال روان‌پزشکی با افزایش سطح تحصیلات کاهش یافته که این یافته با مطالعه کشوری سال ۱۳۸۰ هماهنگ است (۴). شیوع اختلال روان‌پزشکی در افراد بی‌سواد بیشتر از سایر گروه‌ها است که این مطلب با بیشتر مطالعات انجام شده در ایران هماهنگ است (۴). محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی و همچنین ناتوانی افراد در استفاده از شیوه‌های موثر مقابله با عوامل تنش‌زا را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع این اختلالات در افراد بی‌سواد دانست.

بر طبق یافته‌های این مطالعه شیوع اختلال روان‌پزشکی در گروه دانشجوی و محصل ۳۶/۹ درصد، خانه‌دار ۳۴/۷ درصد و گروه بیکار و بازنشسته ۳۱/۶ درصد بود که به‌طور مشخص از سایر گروه‌های شغلی بیشتر است. در مطالعه محمدی و همکاران (۴) شیوع بیماری روان‌پزشکی در گروه افراد خانه‌دار و بیکار بیشتر از سایر گروه‌های شغلی بود. نداشتن درآمد، بیکاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی از جمله عوامل افزایش شیوع بیماری روان‌پزشکی در گروه بیکار و خانه‌دار می‌باشد (۴). نگرانی در مورد آینده و عدم ضمانت شغلی و استرس امتحان و کنکور نیز می‌تواند از عوامل شیوع این نوع اختلالات در گروه دانشجوی و محصل باشد.

درصد شیوع اختلال روان‌پزشکی با افزایش سطح اقتصادی اجتماعی به‌طور مشخص کاهش می‌یابد. سطح درآمد پایین، محدودیت‌های اجتماعی، بالاتر بودن تنش‌های محیطی و سطح حمایت کمتر از نظر بهداشتی می‌تواند از عوامل شیوع بیشتر بیماری‌های روان‌پزشکی در گروه اقتصادی اجتماعی پایین‌تر باشد (۹).

براساس یافته‌های این مطالعه شیوع اختلال افسردگی ۶/۸ درصد بود که به‌طور مشخص بیشتر از مقدار به‌دست آمده در مطالعه محمدی و همکاران (۲/۸۹ درصد)

است (۴). در یکی از مطالعات انجام شده در آمریکا شیوع این اختلال ۶/۴ درصد بوده که با یافته مطالعه حاضر هماهنگ است (۱۵). شیوع فوییا ۴/۳ درصد بود که این مقدار به‌طور مشخص بیشتر از مطالعه کشوری سال ۱۳۸۰ (۲/۰۵ درصد) است (۴). همچنین این مقدار کمتر از درصد ارائه شده در مطالعات آمریکا (۸/۸ درصد) است (۱۵). وجود تفاوت در نتایج به‌دست آمده را می‌توان بیشتر به روش و ابزارهای مورد استفاده غربال‌گری و تشخیص اختلالات مربوط دانست (۳). شیوع اختلال اضطراب فراگیر ۲/۸ درصد بود که این یافته نیز بیشتر از مقدار به‌دست آمده در مطالعه کشوری انجام شده در سال ۱۳۸۰ (۱/۳۳ درصد) است (۴). لازم به ذکر است که در این دو مطالعه از دو ابزار جداگانه برای پژوهش استفاده شده است. در مطالعه محمدی و همکاران از پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) استفاده شده و بیان شده که نتایج نزدیک به یافته‌های مطالعاتی است که با استفاده از ابزارهایی با تعداد سؤالات بیشتر به غربال‌گری اختلالات روان‌پزشکی پرداخته‌اند (مثل SCL-90-R) و در مقابل میزان شیوع اختلالات به‌دست آمده در آن مطالعه از میزان شیوع برآورد شده از مطالعاتی که به ابزارهای دارای سؤالات محدود مثل GHQ-28 که در مطالعه حاضر استفاده شده انجام شده پایین‌تر است (۴).

براساس گزارش WHO شیوع بیماری اختلال اضطراب فراگیر در منچستر (انگلستان)، ناکازاکی (ژاپن) و پاریس (فرانسه) به ترتیب ۷/۱ درصد، ۵ درصد و ۱۱/۹ درصد و شیوع اختلال افسردگی در شهرهای فوق به ترتیب ۱۶/۹ درصد، ۲/۶ درصد و ۱۳/۷ درصد بوده است (۱۵). وجود تفاوت در نتایج به‌دست آمده را می‌توان بیشتر به روش و ابزارهای مورد استفاده غربال‌گری و تشخیص اختلالات مربوط دانست (۴).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که چون از ۴۹۰ موردی که GHQ-28 بالا و مساوی ۶ داشتند، ۳۴۰



مسئولیت سیاستگذاران و برنامه‌ریزان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در ارتباط با تدوین برنامه کاربردی و اجرایی بهداشت روان در شهر کرمان بیش از پیش نمایان می‌سازد.

با توجه به اینکه زنان، افراد خانه‌دار، محصل و بیکار، افرادی که همسرشان فوت کرده یا طلاق گرفته‌اند، افرادی که در گروه‌های سنی بالاتر قرار دارند و افرادی که سطح تحصیلات و اقتصادی اجتماعی پایین‌تری دارند، بیشتر دچار انواع اختلالات روان‌پزشکی گردیده‌اند، لازم است برنامه‌ریزی‌های اصولی در راستای پیشگیری و درمان این اختلالات انجام و شیوه‌های درست مقابله با عوامل استرس‌زا و کنار آمدن با آنها به افراد جامعه به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر ذکر شده آموزش داده شود.

نفر حاضر به شرکت در مصاحبه بالینی شدند و ممکن است درصد شیوع بیماری‌های مختلف در این پژوهش کمتر از میزان واقعی باشد. هم‌چنین به علت اینکه در مطالعه حاضر تنها افراد بالای ۱۵ سال بررسی شده‌اند بیماران احتمالی زیر ۱۵ سال مبتلا به عقب‌ماندگی ذهنی مورد ارزیابی قرار نگرفتند.

محدودیت دیگر پژوهش عدم اعتبارسنجی پرسش‌نامه GHQ - 28 در غربال‌گری و شناسایی افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، عقب‌ماندگی ذهنی و صرع در ایران می‌باشد که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار نگرفته است.

با توجه به نتایج این بررسی ۳۲/۱ درصد از جمعیت کرمان فاقد سلامت روان می‌باشند و این افراد نیازمند خدمات بهداشت روان هستند. آگاهی از این مسأله

### The Frequency of Mental Disorders among Kerman Residents above 15 Years of Age

Parvaresh N., M.D.<sup>1\*</sup>, Ziaaddini H., M.D.<sup>2</sup>, Nakhei N., Ph.D.<sup>3</sup>, Nahid A., M.D.<sup>4</sup>, Safavi H., M.D.<sup>5</sup>, Sajadi B., M.D.<sup>5</sup>

1. Assistant Professor of Psychiatry, Neurosciences Research Center & Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2. Associate Professor of Psychiatry, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3. Associate Professor of Community Medicine, Physiology Research center & Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
4. Psychiatrist
5. General Practitioner

\* Corresponding author, e-mail: n\_parvaresh@yahoo.com

(Received: 25 Feb. 2010 Accepted: 29 Dec 2010)

### Abstract

**Background & Aims:** In developed countries mental disorders are recognized by screening questionnaires and clinical interviews. Since there is a limited number of epidemiological studies about mental disorders in Iranian population, the present study was performed to find the prevalence and type of mental disorders among Kerman residents older than 15 years old.

**Method:** At the first step, GHQ - 28 was completed door - side for 1527 residents selected through stratified cluster sampling. The cut off point of 6 was considered as disorder presence. At the second step, 490 ones who had obtained the cut off point participated in DSM - IV clinical interview.

**Results:** In whole, 32.1% (34.5% female and 27.1% male) were diagnosed as psychiatrically ill. The frequency of mental disorders was 35.1% among those over 65 years, 35.3% among 45 - 64 years subjects, 100% in divorced, 45.8% in widows, 40.2% in illiterates, 36.9% in students, 34.7% in housewives and 34.8% in low socioeconomic class. Major depressive and panic disorders were the most frequent disorders

(6.8% and 4.3% respectively). The frequency of generalized anxiety disorder was 2.8%, schizophrenia was 0.9% and Bipolar disorder was 0.3%.

**Conclusion:** The frequencies of major depressive and generalized anxiety disorder were higher than other studies in Iran and similar to some studies from other countries. Different cultures and screening questionnaires maybe some reasons for these incompatibilities. The results of this study my help mental health providers to improve their programs.

**Keywords:** Epidemiology, Mental disorders, Adult, Adult children

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2011; 18(4): 291-300

## References

1. Shadpour P(translator), Global Burden of Disease, By: Lopez A.D., Murray J.L.Ch, Ministry of Health and Unicef, 1998 [Persian].
2. Omidi A, Tabatabayee A, Sazvar A, Akkasheh G. The epidemic logical study of psychiatric disorders in Nathanz, Isfahan. *Andeesheh va Reftar J* 2003; 8(4): 32 –8 [Persian].
3. Noorbala AA., Bagheriyazdi A, Yasami M.T. Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in 1999. *Hakim Research journal* 2002; 5(1): 1-10 [Persian].
4. Mohammadi Mr., Davidian H, Noorbala AA, Malakafzali H, et al. An epidemiological study of psychiatric disorders in Iran in 1380 *Hakim Research journal* 2003; 6(1): 55 – 64 [Persian].
5. Yaaghubi N., Nasr M, Shahmohamadi D, et al. The epidemiological assessment of mental disorders in sowmaesara, Gillian in 1374. *Andishe Va Rafter J* 1995; 1(4): 55 – 65 [Persian].
6. Noorbala AA., Bagheriyazdi A. Psychiatric clinical Interview checklist according to DSM –IV diagnostic criteria, Shahed University Research publication, 1999 [Persian].
7. Khairabadi GHR, Yousefi F. Mental health status in those older than 15 years of age in Kurdistan. *Kurdistan University Scientific Journal* 2002; 6 (24): 34 –9 [Persian].
8. Tsuruta K, Fujii, Murakata T, kato T. Mental health status and effects on daily life of patients of a large outbreak of Legionnaires Disease. *Nippon koshu Eisei Zasshi* 2005; 52(4): 808 – 18 [Japanese].
9. Kaplan HL, sadock BJ. Synopsis of psychiatry, 10<sup>th</sup> ed., Baltimore, William & wilkins, 2007.
10. Mohamadi MR., Bagheriyazdi A, Rahgozar M, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in Mazandaran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2003; 13(41): 8 – 18 [Persian].
11. Khosravi SH. The epidemiology of psychiatric disorders in those elder than 15 years of age in Borujen. *J Shahrekord Univ Med Med Sci* 2002; 4(4): 31 –9 [Persian].
12. Mohamadi MR, Bagheriyazdi A, Rahgozar M, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in west Azarbaijan province in 1380. *J Uremia Univ Med Sci* 2003; 4(4): 67– 73 [Persian].
13. Mahamadi MR., Bagheriyazdi A, Rahgozar M, et al. The epidemiology of psychiatric disorder in East Azerbaijan province in 1380. *J Tabriz Univ Med Sci* 2004; 64–73 [Persian].
14. Noorbala AA., Kazem M, Bagheiyazdi A, et al. The prevalence of psychiatric disorder in

Tehran. *Hakim Journal* 1999; 2(4): 212-23  
[Persian].

15. WHO: Mental new understanding, new hope,  
world Health Report, 2001; 24.

