مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
جلد ۴، شماره ۳، تابستان ۱۳۸۴، ۱۴۵-۱۳۶

همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان کرمان (سال ۱۳۸۰)

محمدرضا محمدی[۱]، سیدعباس باقری‌یزدی[۲]، مهدی رهگذر[۳]، بیتا مسگرپور[۴]، غلامرضا حسینی‌فخر[۵]، حشمت‌ا... برجسته[۶]، عباس زامیاد[۷]، حمید پرنده‌افشار[۸]

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۸/۳۰ اصلاح نهایی: ۱۳۸٤/٤/۵ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/٤/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: امروزه تا حد زیادی بار اختلالات روانی در کشورهای پیشرفته جهان به وسیله پرسش‌نامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی شناسایی شده، اما مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در کشور ما کوتاه و تعداد مطالعات انجام شده کم و محدود می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، برآورد شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد ۱۸ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استان کرمان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی – مقطعی در سال ۱۳۸۰ و در قالب طرح کشوری بررسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران انجام گردید. در این مطالعه ۸۷۶ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و سیستماتیک از بین خانواده‌های موجود استان انتخاب شدند و با استفاده از پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) بر اساس معیارهای طبقه‌بندی DSM-IV، مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج این بررسی نشان داد شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان ۱۹/۶۲٪ می‌باشد که این شیوع در زنان ۲۵/۴۸٪ و در مردان ۱۳/۵٪ بود. اختلالات اضطرابی و خلقی به ترتیب با ۸/۳۳٪ و ۷/۱۹٪، شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در استان بودند. شیوع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۰/۴۶٪، اختلالات عصبی- شناختی ۱/۹۳٪ و اختلالات تجزیه‌ای ۱/۷۱٪ بوده است. در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی با ۵/۵۹٪ و در گروه اختلالات اضطرابی، وسواس فکری- عملی با ۲/۸۵٪ شیوع بیشتری داشته‌اند. در این مطالعه ۱۳/۹۳٪ افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک اختلال روان‌پزشکی بوده‌اند. شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان در زنان با ۱۷/۶۷٪، افراد گروه سنی۶۶ سال و بیشتر با ۲۹/۸۲٪، افراد همسر فوت شده با ۳۳/۳۳٪، افراد ساکن در مناطق روستایی با ۱۶/۰۹٪، افراد بی‌سواد با ۱۷/۵۷٪ و افراد بازنشسته با ۲۹/۰۳٪ بیش از گروه‌های دیگر بوده است.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه مسئولیت سیاستگزاران و برنامه‌ریزان بهداشتی استان کرمان و کشور را در رابطه با تدوین برنامه‌های عملی و اجرایی بهداشت روان، بیش از پیش روشن می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: همه‌گیری‌شناسی، اختلالات روان‌پزشکی، پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)، استان کرمان

۱- (نویسندهٔ مسئول) استاد گروه آموزشی روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی
تلفن: ۵۵۴۱۲۲۲۲-۰۲۱، فاکس: ۵۵۴۱۹۱۱۳-۰۲۱، پست الکترونیکی: mrmohammadi@yahoo.com
۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، اداره سلامت روان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۴- دکترای داروسازی، محقق مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور
۵- کارشناس، معاون جلب مشارکت‌های سازمان بهزیستی استان کرمان
۶- کارشناس مشاوره، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی استان کرمان
۷- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۸- کارشناس بهداشت روان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

مقدمه

همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است، که نحوه توزیع این بیماری‌ها را در جامعه، مورد مطالعه قرار می‌دهد [۲۳].

هر چند 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 [۱۴]. در گذشته بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی با مراجعه به پرونده بیماران و اطلاعات به دست آمده از افراد کلیدی انجام می‌شد اما با تهیه و تدوین پرسش‌نامه‌های غربال‌گری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد، امروزه تا حد زیادی حجم بیماری‌های روانی در جهان شناسایی شده است [۱۳].

هرچند امروزه حجم مشکلات بیماری‌های روانی در کشورهای مختلف جهان شناخته شده‌اند، اما 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٪ تا ۳۹/۸٪ متغیر بوده است [۱۵،۱۹]. ویسمن و همکاران در مطالعه‌ای که بر روی ۵۱۱ نفر از اهالی نیوهاون با استفاده از پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) در طول سال‌های ۱۹۷۵ تا ۱۹۷۶ انجام دادند، نتیجه گرفتند که ۱۵/۱٪ از نمونه مورد مطالعه در زمان مصاحبه بر اساس ملاک‌های تشخیصی تحقیق، دچار نوعی اختلال روانی بوده‌اند [۲۸]. روکا و همکاران (۱۹۹۹)، در بررسی میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در ۶۹۷ نفر از ساکنین جزایر بالریک اسپانیا (فورمنترا)، نشان داد که حدود ۲۱/۴٪ افراد مورد مطالعه دچار یکی از اختلالات روانی بودند. اختلالات نوروتیک و سوماتوفرم شایع‌ترین اختلالات بوده و ارتباط معنی‌داری بین میزان شیوع این اختلالات با جنسیت افراد مورد مطالعه مشاهده نگردید [۲۴].

مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران نیز همگی دلالت بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلالات از ۱۱/۹٪ تا ۳۰/۲٪ را دارند (جدول ۱) [۸]. در یک بررسی که به منظور تعیین شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی و شهری بروجن استان چهارمحال و بختیاری انجام گرفت، میزان شیوع این اختلالات ۱۸/۴٪ بود [۶].

برنامه‌ریزی مناسب در راستای ارایه 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، مسؤولین و دست‌اندرکاران بهداشتی، آموزشی و درمانی را نسبت به اهمیت و حجم مشکل اختلالات روانی در استان حساس نماید و زمینه ارایه خدمات اساسی بهداشت روان به ساکنین مناطق شهری و روستایی استان کرمان فراهم گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی – مقطعی در سال ۱۳۸۰ انجام گردید. واحد نمونه‌گیری در این مطالعه، خانوار می‌باشد. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و سیستماتیک بود که به طور تصادفی از بین خانوارهای موجود در استان کرمان انتخاب گردیدند. بدین‌ترتیب که از بین ۳۹۴۱۷۹ خانوار موجود، ۲۵۵ خانوار در قالب ۵۱ خوشه ۵ خانواری تعیین و افراد ۱۸ سال و بالاتر این خانوارها پس از توجیه کامل پیرامون مطالعه و اخذ رضایت‌نامه کتبی مورد مطالعه قرار گرفتند. بدین‌ترتیب در مجموع ۸۷۶ نفر از جمعیت ۱۸ سال و بالاتر موجود در استان به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. انتخاب خانوار برای اندازه‌های خوشه بر اساس توان اجرایی یک روز کاری گروه‌های جمع‌آوری کننده اطلاعات تعیین شده است. از مجموع ۵۱ خوشه، ۲۸ خوشه در مناطق شهری و ۲۳ خوشه در مناطق روستایی بودند. چارچوب نمونه‌گیری بر اساس فهرست تجمعی خانوارهای روستایی و شهری لیست شده موجود در معاونت بهداشتی استان بوده است. لیست سرخوشه‌ها به همراه آدرس آن‌ها از سرخوشه‌های طرح ملی «سلامت و بیماری» گرفته شده است با این تفاوت که در مطالعه مذکور پس از انتخاب سرخوشه برای خانوارهای بعدی حرکت به سمت راست انجام می‌شد در حالی که در این مطالعه حرکت به سمت چپ خانوار تعیین شده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا[1] (SADS) بود که توسط Spitzer و همکاران طراحی شده است[۱۲]. بنابراین هم‌زمان با تجدید نظر 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 (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 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 دو قطبی نوع یک، دو قطبی نوع دو و تک‌قطبی راجعه به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۸ بود. این نتایج مبیّن روایی بسیار بالای SADS در تشخیص گروه‌های بیمار در این مطالعه است [۲۵].

بر اساس 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 (دو زبانه) 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 صاحب‌نظر مورد بررسی قرار گرفت و پس از رفع نواقص و تنظیم فرم اصلی، اعتبارسازه و پیش‌بین آزمون بر روی ۲۰۰ بیمار موجود در بیمارستان روزبه که دارای تشخیص روان‌پزشکی بودند مورد سنجش قرار گرفت. ضریب کاپا برای اختلالات اضطرابی، خلقی و پسیکوتیک به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۸ و ۰/۹۱ می‌باشد. در مورد اختلالات شخصیت و سوءمصرف مواد، ضریب کاپا حدود ۰/۴۵ بوده است [۲۲].

متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه علاوه بر متغیرهای دموگرافیک، متغیرهایی چون اختلالات خلقی، اختلالات پسیکوتیک، اختلالات اضطرابی، اختلالات عصبی- شناختی و اختلالات تجزیه‌ای بودند که بر اساس ملاک‌های طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV مورد انتخاب قرار گرفتند. داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه حضوری توسط کارشناسان روان‌شناسی استان کرمان گردآوری شده است. 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 به دست 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.

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 χ^2 صورت پذیرفته است. نتایج با $p<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شدند.

نتایج

در این مطالعه جمعاً ۸۷۶ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۴۴۷ نفر زن (۵۱/۱٪) و ۴۲۹ نفر مرد (۴۸/۹٪) بودند. نتایج بررسی نشان داد که با استفاده از پرسش‌نامه SADS، ۱۷۲ مورد اختلال روان‌پزشکی (۱۹/۶۲٪) در افراد مورد مطالعه وجود داشته که این میزان در زنان ۲۵/۴۸٪ و در مردان ۱۳/۵۰٪ بوده است.

1 Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

جدول ۱: نتایج مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹ [۸]

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 ومصاحبه 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 ومصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۳
حرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	SCL-90-R ومصاحبه بالینی DSM-III-R	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	SCL-90-R ومصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۵۰	۶۲/۲	۷/۹	۱۸/۴
پالاهنگ 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 ومصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۲	—	—	۳۰/۲
افشاری‌منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهری سمنان	SCL-90-R ومصاحبه 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 ومصاحبه بالینی DSM-IV	۶۴۳	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهری تهران	GHQ-28 و مصاحبه بالینیDSM-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 ومصاحبه بالینی DSM-IV	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶	۱۷/۱

اطلاعات مربوط به شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان کرمان در جدول ۲ و اطلاعات مربوط به شیوع حداقل یک اختلال روان‌پزشکی در افراد مورد مطالعه در جدول ۳ آورده شده است. طبق اطلاعات جدول ۲، میزان شیوع انواع اختلالات خلقی ۷/۱۹٪ بوده که این میزان در زنان ۹/۳۹٪ و در مردان ۴/۸۹٪ بوده است. میزان شیوع افسردگی اساسی ۵/۵۹٪، افسردگی جزئی ۱/۰۳٪، اختلال هیپومانیک ۰/۲۳٪ و اختلال افسرده خویی ۰/۳۴٪ بود.

میزان شیوع اختلالات پسیکوتیک، ۰/۴۶٪ بوده که این میزان در مردان ۰/۲۳٪ و در زنان ۰/۶۷٪ بود. شیوع انواع اختلالات اضطرابی ۸/۳۳٪ بوده که در زنان ۱۱/۸۵٪ و در مردان ۴/۶۵٪ بوده است. شایع‌ترین اختلال در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی و در گروه اختلالات اضطرابی، وسواس فکری- عملی بوده است.

شیوع اختلالات عصبی- شناختی ۱/۹۳٪ بود که این میزان در مردان ۲/۱۰٪ و در زنان ۱/۷۸٪ بوده است. شیوع اختلال صرع در استان ۰/۶۸٪، عقب‌ماندگی ذهنی شدید ۰/۳۴٪ و زوال عقل ۰/۹۱٪ بود.

میزان شیوع انواع اختلالات تجزیه‌ای ۱/۷۱٪ بوده که در زنان ۱/۷۹٪ و در مردان ۱/۶۳٪ بوده است.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

جدول ۲: شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی برحسب جنس در استان کرمان (سال ۱۳۸۰)

انواع اختلالات	مرد تعداد=۴۲۹		زن تعداد=۴۴۷		χ^2	ارزش P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
اختلالات خلقی:						
افسردگی اساسی	۱۲	۲/۸۰	۳۷	۸/۲۸	۱۲/۴۴	۰/۰۰۰۴
افسردگی جزئی (مایئور)	۸	۱/۸۶	۱	۰/۲۲	۵/۷۹	۰/۰۱۶
افسرده‌خویی	۰	۰/۰۰	۳	۰/۶۷	–	–
اختلال هیپومانیک	۱	۰/۲۳	۱	۰/۲۲	۰/۴۶	معنی‌دار نیست
جمع اختلالات خلقی:	۲۱	۴/۸۹	۴۲	۹/۳۹	۶/۶۴	۰/۰۰۹۹
اختلالات پسیکوتیک:						
اسکیزوفرنی	۱	۰/۲۳	۱	۰/۲۲	۰/۴۶	معنی‌دار نیست
سایر اختلالات پسیکوتیک	۰	۰/۰۰	۲	۰/۴۵	–	–
جمع اختلالات پسیکوتیک	۱	۰/۲۳	۳	۰/۶۷	۰/۹۲	معنی‌دار نیست
اختلالات اضطرابی:						
اختلال پانیک	۰	۰/۰۰	۳	۰/۶۷	–	–
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا	۱۰	۲/۳۳	۴	۰/۸۹	۲/۷۲	معنی‌دار نیست
اضطراب اضطراب منتشر	۴	۰/۹۳	۱۶	۳/۵۸	۶/۸۷	۰/۰۰۸۷
اختلال وسواس فکری- عملی	۱	۰/۲۳	۲۴	۵/۳۷	۲۰/۸۰	۰/۰۰۰۰
اختلال گذر هراسی	۱	۰/۲۳	۱	۰/۲۲	۰/۴۶	معنی‌دار نیست
اختلال فوبی	۴	۰/۹۳	۵	۱/۱۲	۰/۰۷	معنی‌دار نیست
جمع اختلالات اضطرابی	۲۰	۴/۶۵	۵۳	۱۱/۸۵	۱۴/۸۲	۰/۰۰۰۱
اختلالات عصبی- شناختی:						
صرع	۳	۰/۷۰	۳	۰/۶۷	۰/۱۳	معنی‌دار نیست
زوال عقل	۴	۰/۹۳	۴	۰/۸۹	۰/۰۹	معنی‌دار نیست
عقب‌ماندگی ذهنی شدید	۲	۰/۴۷	۱	۰/۲۲	۰/۳۸	معنی‌دار نیست
جمع اختلالات عصبی- شناختی	۹	۲/۱۰	۸	۱/۷۸	۰/۱۱	معنی‌دار نیست
اختلالات تجزیه‌ای:						
جسمی سازی	۶	۱/۴۰	۷	۱/۵۷	۰/۰۴	معنی‌دار نیست
یادزدودگی	۱	۰/۲۳	۱	۰/۲۲	۰/۴۶	معنی‌دار نیست
جمع اختلالات تجزیه‌ای	۷	۱/۶۳	۸	۱/۷۹	۰/۰۳	معنی‌دار نیست
جمع کل اختلالات	۵۸	۱۳/۵۰	۱۱۴	۲۵/۴۸	۱۹/۱۷	۰/۰۰۰۰۱

همان‌طوری که یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد در مجموع ۱۳/۹۳٪ افراد حداقل از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برده‌اند که این میزان در زنان ۱۷/۶۷٪ و در مردان ۱۰/۰۲٪ بود (جدول ۳).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

جدول ۳: شیوع اختلال روان‌پزشکی بر حسب جنس، سن، محل سکونت، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل در استان کرمان (۱۳۸۰)

متغیرهای دموگرافیک		دارای اختلال	
		تعداد	درصد
جنس	مرد (تعداد=۴۲۹)	۴۳	۱۰/۰۲
	زن (تعداد=۴۴۷)	۷۹	۱۷/۶۷
سن	۱۸-۲۵ سال (تعداد=۳۱۰)	۳۱	۱۰/۰۰
	۲۶-۴۰ سال (تعداد=۲۵۴)	۳۴	۱۳/۳۹
	۴۱-۵۵ سال (تعداد=۱۸۵)	۲۹	۱۵/۶۸
	۵۶-۶۵ سال (تعداد=۷۰)	۱۱	۱۵/۷۱
	۶۶ سال به بالا (تعداد=۵۷)	۱۷	۲۹/۸۲
محل سکونت	مرکز استان (تعداد=۱۵۶)	۱۶	۱۰/۲۶
	سایر شهرها (تعداد=۳۴۱)	۴۵	۱۳/۲۰
	روستا (تعداد=۳۷۹)	۶۱	۱۶/۰۹
وضعیت تأهل	مجرد (تعداد=۳۲۴)	۳۰	۹/۲۶
	متأهل (تعداد=۵۳۲)	۸۶	۱۶/۱۷
	طلاق‌گرفته‌یاجدا شده (تعداد=۵)	۱	۲۰/۰۰
	همسر فوت شده (تعداد=۱۵)	۵	۳۳/۳۳
تحصیلات	تحصیلات عالی (تعداد=۱۱۲)	۶	۵/۳۶
	دیپلم (تعداد=۱۷۴)	۲۳	۱۳/۲۲
	متوسطه‌یاراهنمایی(تعداد=۱۵۹)	۱۸	۱۱/۳۲
	ابتدایی (تعداد=۲۰۶)	۳۶	۱۷/۴۸
	بی‌سواد (تعداد=۲۲۲)	۳۹	۱۷/۵۷
	نامشخص (تعداد=۳)	۰	۰/۰۰
شغل	کارگر (تعداد=۹۹)	۶	۶/۰۶
	کارمند (تعداد=۱۱۶)	۱۱	۹/۴۸
	محصل یا دانشجو (تعداد=۶۰)	۲	۳/۳۳
	آزاد (تعداد=۱۶۳)	۱۳	۷/۹۸
	بازنشسته (تعداد=۳۱)	۹	۲۹/۰۳
	خانه‌دار (تعداد=۲۷۳)	۵۸	۲۱/۲۵
	بیکار (تعداد=۱۲۴)	۲۱	۱۶/۹۴
	سایر مشاغل (تعداد=۱۰)	۲	۲۰/۰۰
جمع	(تعداد=۸۷۶)	۱۲۲	۱۳/۹۳

در زمینه بررسی شیوع انواع اختلالات روانی و متغیرهای دموگرافیک نتایج این بررسی نشان داد:

۱- بالاترین شیوع اختلالات روانی در این مطالعه مربوط به گروه سنی ۶۶ سال و بیشتر با ۲۹/۸۲٪ و کمترین آن مربوط به گروه سنی ۲۵-۱۸ با ۱۰٪ بود.

۲- بالاترین میزان شیوع این اختلالات مربوط به افراد ساکن در مناطق روستایی با ۱۶/۰۹٪ و کمترین آن مربوط به افراد ساکن در مرکز استان با ۱۰/۲۶٪ بود.

۳- از نظر تأهل بیشترین میزان شیوع مربوط به افراد همسر فوت شده با ۳۳/۳۳٪ و کمترین میزان مربوط به افراد مجرد با ۹/۲۶٪ بود.

۴- بالاترین شیوع اختلالات روانی مربوط به افراد بی‌سواد با ۱۷/۵۷٪ و کمترین آن مربوط به افراد با تحصیلات عالی با ۵/۳۶٪ بود.

۵- از نقطه نظر شغلی، بالاترین شیوع اختلالات روانی در زنان و مردان مورد مطالعه مربوط به افراد بازنشسته با ۲۹/۰۳٪ بود.

یافته‌های بررسی هم‌چنین نشان داد که نسبت تعداد اختلال روان‌پزشکی به تعداد مردان دارای اختلال ۱/۳۵ و برای زنان ۱/۴۴ بوده است. مقایسه شیوع اختلالات روانی برحسب جنس در استان (جدول ۲) نشان‌دهنده این است که بین جنسیت و ابتلا به اختلالات خلقی ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($p<0/05$) اما بین جنسیت و ابتلا به اختلالات پسیکوتیک، اضطرابی، تجزیه‌ای و عصبی- شناختی اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

بحث

همان‌طوری که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد میزان شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان ۱۹/۶۲٪ می‌باشد. مقایسه نتایج این پژوهش با میزان شیوع به دست آمده در پژوهش‌های قبلی در ایران نشان می‌دهد که میزان به دست آمده در حد متوسط برآوردهایی است که مطالعات قبلی به دست آورده‌اند. مقایسه برآورد این مطالعه با میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی به دست آمده در مطالعاتی که از SADS استفاده شده مثل مطالعه Weissman و همکاران (۱۹۷۸) با ۱۵/۱٪ پایین‌تر [۲۸] و با یافته Medianos و همکاران (۱۹۸۷) با ۱۹/۴٪ هم‌خوانی دارد [۲۱].

شایع‌ترین گروه اختلالات روان‌پزشکی در استان، اختلالات اضطرابی با ۸/۳۳٪ بوده (جدول ۲) که نتایج بررسی انجام گرفته توسط افشاری منفرد و همکاران (۱۳۷۶) را مورد تأیید قرار می‌دهد [۱] اما میزان آن از نتایج مطالعه صادقی و همکاران (۱۳۷۹) پایین‌تر [۷] و از مطالعه بهادرخان و همکاران (۱۳۷۲) با ۳/۷۸٪ بالاتر است[۲].

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در افراد تحت مطالعه افسردگی اساسی با ۵/۵۹٪ بود که یافته‌های بررسی‌های انجام گرفته توسط حرازی و باقری یزدی (۱۳۷۳)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، هم‌چنین نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد [۱۰-۹، ۵].

میزان شیوع انواع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۰/۴۶٪ می‌باشد که با یافته بررسی‌های انجام گرفته توسط بهادرخان و همکاران (۱۳۷۲) و جاویدی (۱۳۷۲) هماهنگی دارد [۲،۴].

میزان شیوع اختلالات عصبی- شناختی ۱/۹۳٪ می‌باشد که از این میزان ۰/۶۸٪ مربوط به بیماری صرع، ۰/۹۱٪ مربوط به زوال عقل و ۰/۳۴٪ مربوط به عقب ماندگی ذهنی شدید است. نتایج مربوط به این بیماری‌ها با یافته‌های ارایه شده توسط Kaplan and Sadock (۱۹۹۸) هم‌خوانی دارد [۱۷].

آخرین گروه اختلالات مورد بررسی اختلالات تجزیه‌ای است که جمعاً ۱/۷۱٪ را به خود اختصاص داده است که بالاتر از نتایج به دست آمده از سایر بررسی‌های انجام شده در ایران می‌باشد [۹].

از دیگر نتایج این مطالعه، بررسی شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد می‌باشد که در این مطالعه ۱۳/۹۳٪ افراد، دچار حداقل یک اختلال روانی بودند. مطالعه حاضر نشان داد میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان بیش از مردان است (۱۷/۶۷٪ در مقابل ۱۰/۰۲٪) که با نتایج بررسی‌های انجام شده در ایران و بررسی‌های انجام شده توسط Vonkoroff و همکاران (۱۹۸۷)، Vazquez-Barquero و همکاران (۱۹۸۷)، Hollifield و همکاران (۱۹۹۰)، Lehtinen و همکاران(۱۹۹۱)، Bahar و همکاران(۱۹۹۲)، Kessler (۱۹۹۴) و Roca و همکاران (۱۹۹۹) هم‌خوانی دارد [۱۱،۱۶،۱۸،۲۰،۲۴، ۲۶-۲۷]

شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالاتر اختلالات روان‌پزشکی در زنان نسبت به مردان، بیشتر به محدود بودن نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، استرس‌های محیطی و مشکلات خانوادگی مربوط است. یافته‌های این پژوهش هم‌چنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد تحت مطالعه در مناطق روستایی بیش از مناطق شهری است (۱۶/۰۹٪ در مقابل ۱۳/۲۰٪) که یافته‌های به دست آمده از بررسی‌های انجام گرفته توسط یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) را مورد تأیید قرار می‌دهد [۳،۶،۹]، اما با نتایج به دست آمده توسط خسروی و همکاران (۱۳۷۳)، پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۴)، هم‌چنین نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) متفاوت می‌باشد[۱۰]؛ متفاوت بودن نتایج را می‌توان ناشی از ابزار و پرسش‌نامه به‌کار رفته جهت غربال‌گری و تشخیص‌گذاری، هم‌چنین بافت فرهنگی اجتماعی مناطق مختلف کشور دانست. استرس‌های محیطی، شهرنشینی و مشکلات اقتصادی زندگی در شهرها را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مناطق شهری نسبت به روستایی به شمار آورد.

نتایج این بررسی نشان دهنده این است که شیوع اختلالات روان‌پزشکی در سنین ۲۶ سال به بالا بیش از ۲۵-۱۸ سال و ۶۶ سال به بالا بیش از سایر گروه‌ها می‌باشد. یائسگی و اضطراب ناشی از تغییرات بیولوژیکی در زنان و هم‌چنین شروع بازنشستگی و بیکاری 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 مرده و طلاق گرفته بیش از سایر گروه‌ها است.

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 که نتایج این مطالعه 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 در افراد بی‌سواد و آگاهی بیشتر افراد دارای دیپلم نسبت به سایرین دانست.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان دهنده این است که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد بازنشسته، بیکار و زنان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

خانه‌دار بیش از دیگران می‌باشد که یافته‌های بررسی‌های انجام شده در ایران و جهان را مورد تأیید قرار می‌دهد. احتمالاً نداشتن درآمد، عامل استرس‌زای بیکاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می‌تواند ازجمله عوامل افزایش شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد بیکار و بازنشسته، هم‌چنین زنان خانه‌دار باشد. نتایج این مطالعه نشان دهنده این است که افراد مورد مطالعه به خصوص زنان در گروه سنی باروری و مردان بازنشسته و بیکار به دلیل مشکلات اقتصادی و خانوادگی، 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.

محدودیت‌ها

۱- پرسش‌نامه SADS در ایران برای اولین بار در مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی به کار گرفته شده است، بنابراین 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 مخدوش‌کننده، همان طوری که سیمپسون و همکارانش (۲۰۰۲) مطرح نموده‌اند به دلیل تأثیر عوامل فرهنگی، مصاحبه‌های تشخیصی معتبر غربی، واجد اعتبار مناسب در تخمین شیوع اختلالات روان‌پزشکی می‌باشند اما این امر را می‌توان به عنوان عامل مخدوش‌کننده در تعیین میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی لحاظ نمود.

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 که تهیه هر کدام مستلزم وقت بسیار زیادی بود.

۴- نمونه مورد مطالعه در این تحقیق شامل مهاجرین و ساکنین غیرایرانی در کشور نظیر مهاجرین افغانی و عرب نگردید. چون مطالعه برای همه‌گیرشناسی اختلالات روان‌پزشکی جمعیت ایرانی طراحی شده بود، در حالی که این گروه از مهاجرین در معرض خطر زیاد ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی هستند، علی‌رغم این که از امکانات بهداشتی و درمانی کشور بهره می‌برند.

با توجه به مطالب و نتایج فوق می‌توان پیشنهادهای زیر را ارایه کرد:

۱- با توجه به نتایج این بررسی برآورد می‌شود که حداقل ۱۴٪ از جمعیت استان نیازمند خدمات بهداشت روان هستند. آگاهی از این مسأله، مسؤولیت سیاستگزاران و برنامه‌ریزان استان 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 می‌دادند که تا زمانی که علایم تشخیص 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 در سبب شناسی، ظهور علایم، 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.

تشکر و قدردانی

ابتدا از کلیه افراد و خانواده‌هایی که در مطالعه شرکت نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود، سپس از معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، همکاران ستادی و اجرایی طرح، معاونت پیشگیری و ریاست سازمان بهزیستی استان کرمان

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]
[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

هم‌چنین کلیه کارشناسان استان آقایان نصرا... نادری، جواد اسداللهی، رضا رحیمی و خسرو سلطانی هم‌چنین خانم‌ها حمیده عنایتی، رضوان سلطانی، اکرم کریمی، ویدا رضوی و ثریا صابری که ما را در به انجام رساندن این بررسی یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

[۱] افشاری‌منفرد ژ، باقری‌یزدی سع، بوالهری ج: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. طب و تزکیه، شماره ۲۶، ۱۳۷۶، صفحات: ۱۵-۱۰.

[۲] بهادرخان ج: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.

[۳] پالاهنگ ح، نصر م، براهنی مت، شاه‌محمدی د: بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره۴، ۱۳۷۴، صفحات: ۲۷-۱۹.

[۴] جاویدی حا: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت- فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.

[۵] حرازی مع، باقری‌یزدی سع: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۳۷۳، صفحات: ۶-۵۱.

[۶] خسروی شع: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، ۱۳۷۳.

[۷] صادقی خا، صابری س‌م، عصاره م: همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال ششم، شماره ۲-۳ ، ۱۳۷۹، صفحات: ۲۵-۱۶.

[۸] محمدی مر، داویدیان ه، نوربالا اع و همکاران: بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران (سال ۸۰). مجله حکیم. سال ششم، شماره ۱، ۱۳۸۲، صفحات: ۶۴-۵۵.

[۹] نوربالا اع، محمد ک، باقری‌یزدی سع: بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران. مجله حکیم. سال دوم، شماره ۴، ۱۳۷۸، صفحات: ۲۳- ۲۱۲.

[۱۰] یعقوبی نا، نصر م، شاه‌محمدی د: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرای گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره۴، ۱۳۷۴، صفحات: ۶۵- ۵۵.

[11] Bahar E, Henderson AS, Mackinnon AJ: An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatr Scand.*, 1992; 85(4): 257- 63.

[12] Dohrenwend BP, Dohrenwend BS: Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. *Am J Public Health*., 1982; 72(11): 1271-9.

[13] 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; pp:295-323.

[14] Goldberg D: The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1973, pp: 20-5.

[15] Hodiamont P, Peer N, Syben N: Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med.* 1987; 17(2): 495- 505.

[16] Hollifield M, Katon W, Spain D, Pule L: Anxiety and depression in a village of Lesotho, Africa: a comparison with the United States. *Br J Psychiatry.*, 1990; 156:343-50.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]

[17] Kaplan HL, Sadock BL: *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins. 1998, pp: 352-4.

[18] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al: Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United State. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.,* 1994; 51(1): 8-19.

[19] Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, et al: Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *J Nerv Ment Dis.,* 1990; 178(4): 242-6.

[20] 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.

[21] 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. Psychiatric Epidemiology. London: Croom Helm Ltd; 1987. pp: 372-86.

[22] Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala AA, Davidian H, Afzali HM, et al: Prevalence of obsessive- compulsive disorder in Iran. *BMC Psychiatry.,* 2004, 14: 42.

[23] Robin LN: Psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry.*, 1978; 35: 697-702.

[24] 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.

[25] 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(8): 736-40.

[26] Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, Aldama J, Samaniego Rodriguez C, Menendez Arango J, et al: A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med.,* 1987; 17(1): 227-41.

[27] Von Kroff M, Nestadt G, Romanoski A, Anthony J, Eaton W, Merchant A, et al: Prevalence of schizophrenia in two stages community survey. *J Nerv Ment Dis.,* 1987; 173: 577-81.

[28] Weissman MM, Mayers JK, Harding PS: Psychiatric disorders in a U.S. urban community: 1975-1976. *Am J Psychiatry.,* 1978; 135(4): 456-62.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-09-09]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.1.3]