



## همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران: بازنگری برخی بررسیهای انجام شده

مجتبی احسان منش\*

### چکیده

همه گیرشناسی بیماریهای روانی نقش مهمی در شناخت وضعیت موجود بهداشت روان جامعه و برآورد امکانات مورد نیاز آن در هر مقطع زمانی دارد. در این بازنگری با نگاهی به برخی از پژوهشهای انجام شده در زمینه همه گیرشناسی بیماریهای روانی در جهان، یافته های پژوهشی ۲۹ بررسی انجام شده در ایران بازبینی شده و به چند ابزار به کار گرفته شده در پژوهشهای همه گیرشناسی اشاره شده است. این بازنگری نشان داد که شیوع اختلالهای روانی در بررسیهای مختلف بسیار متفاوت گزارش شده است. در این بررسیها که با به کارگیری ابزار مختلف و روشهای پژوهشی متفاوت انجام شده و بر روی جمعیت های گوناگون با شرایط اقتصادی - اجتماعی مختلف اجرا گردیده، میزان شیوع اختلالهای روانی را در جمعیت های مورد بررسی از ۰.۸٪ تا ۵۳٪ در نوسان نشان داده اند. شاید بتوان شیوع مقطعی قابل قبول را بین ۱۸ تا ۲۳٪ جمعیت عمومی دانست که رقمی بالاتر از کشورهای غربی است. شیوع بیشتر اختلالهای روانی در زنان که گاهی به ۲ تا ۳ برابر میزان شیوع آن در مردان است از نکات مهم مورد اشاره در بررسیها بوده است. در پایان برخی مشکلات روش شناختی در پژوهشهای همه گیرشناسی بیماریهای روانی بر شمرده شده است.

Andeesbeh  
Va  
Kafar  
اندیشه و رفتار

۵۴

### کلید واژه: همه گیرشناسی، بیماریهای روانی، ایران.

قرار گرفته است. با تکیه به بررسیهای دقیق همه گیرشناسی بیماریهای روانی، مسئولان بهداشت و درمان کشورها می توانند در هر مقطع زمانی به صورت دقیق و بدون صرف وقت میزان شیوع و بروز بیماریها را اعلام نمایند، برآوردی از میزان خدمات بهداشتی - درمانی مورد نیاز ارائه دهند و در راستای بهینه نمودن ارائه خدمات برنامه ریزی کنند. از سوی دیگر اهمیت انجام بررسیهای گسترده

نظر به اهمیتی که بررسیهای همه گیرشناسی بیماریهای روانی و اختلالهای رفتاری در شناسایی ارتباط میان ویژگیهای جمعیت شناختی و بیماریها از یک سو و برآورد منابع مورد نیاز خدمات بهداشت روانی و برنامه ریزیهای مربوط به ارائه خدمات بهداشتی - درمانی از سوی دیگر دارند، بررسیهای همه گیرشناسی به ویژه بیماریهای روانی مورد توجه پژوهشگران و مسئولان امور بهداشتی - درمانی

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، پژوهشگر بخش پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران، تهران، خ طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱.

دیده می شود. مذهب، نژاد، سنتها، سیاست کلی کشورها و امکانات قابل دسترس بهداشت روانی برای همگان نه تنها در هر کشور متفاوت است بلکه خود در معرض تغییرات شدید و روزافزون قرار دارند. تنوع در ارائه خدمات بهداشت روانی از یک کشور تا کشور دیگر می تواند در نتیجه تفاوت های جغرافیایی، اقلیمی، جمعیتی، نسبت جمعیت روستایی به شهری و جلگه ای یا کوهستانی بودن کشورها باشد (اپلبای<sup>(۲)</sup> و آرایا<sup>(۳)</sup>، ۱۹۹۱).

### کاربرد بررسی های همه گیرشناسی

موریس<sup>(۴)</sup> (۱۹۵۷)، به نقل از استروم گرن<sup>(۵)</sup> (۱۹۸۹) کاربرد بررسی های همه گیرشناسی را به شرح زیر جمع بندی نموده است:

۱- بررسی های تاریخی وضعیت موجود بهداشت جوامع، چگونگی فراز و نشیب بیماریها در جمعیت های مختلف و امکان پیش بینی همه گیرشناسی بیماریها را در آینده میسر می سازد.

۲- شناسایی توزیع فراوانی تشخیص های عنوان شده در مورد بیماریها و بهداشت جوامع.

۳- بررسی وضعیت ارائه خدمات بهداشتی- درمانی جامعه.

۴- برآورد میزان خطر ابتلاء افراد جامعه به بیماریهای مختلف.

۵- تکمیل تابلو بالینی با گنجاندن انواع بیماران و بیماریهای مربوطه و بررسی تغییرات به وجود آمده در طول زمان در کشورهای مختلف.

۶- شناسایی نشانگان مختلف.

۷- بررسی علل بیماری و سلامت، پژوهش در مورد تفاوت های موجود در سبک زندگی گروه های مختلف. گرچه همه نکات یاد شده در مورد همه گیرشناسی

همه گیرشناسی بیماریهای روانی در کشورهای رو به رشد از هنگامی مورد توجه بیشتر واقع شد که بررسی های پراکنده همه گیرشناسی در این کشورها شیوع بیماریهای روانی و اختلال های رفتاری را بسیار بیشتر از آنچه که پیشتر گمان می رفت نشان دادند (صاحب الزمانی، ۱۳۴۲؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۵b). این تصور از آنجا ناشی شده بود که گمان می رفت رشد شتابان پیشرفتهای تکنولوژیک در کشورهای پیشرفته صنعتی به دلایل چندی از جمله زندگی در شهرهای شلوغ، آلودگی های گوناگون محیطی، محدود شدن ارتباطها و حمایت های سنتی خانوادگی، بیکاری ناشی از بحران های اقتصادی و مانند آن فشارهای روانی بی شماری را پیوسته بر ساکنین این شهرها تحمیل نموده اند که خود بروز اختلال های روانی را به دنبال دارند و یا آن را تشدید می کنند؛ در حالیکه این عوامل در کشورهای رو به رشد و یا مناطق روستایی کمتر دیده می شود.

بررسی های انجام شده نشان داده اند که ۱٪ مردم جهان یعنی بیش از ۴۵ میلیون نفر از بیماری صرع رنج می برند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۴) و میزان شیوع سالیانه اختلال های روانی و اعتیاد ۲۸/۱٪ جمعیت جهان برآورد شده است که اختلال های رفتاری و اعتیاد ۲۰٪ از این افراد درمان نشده رها شده اند (سادوک<sup>(۱)</sup> و سادوک، ۲۰۰۰). بررسی ها همچنین گویای آن هستند که دست کم ده درصد از جمعیت جهان در دوره ای از زندگی خویش از بیماری های روانی رنج می برند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۵b). در کشورهای روبه رشد همانند دیگر نقاط جهان، بیماری های شدید روانی (مانند اسکیزوفرنیا و اختلالات عاطفی) بخش عظیمی از این بیماران را تشکیل می دهند. در این کشورها، بیماری های روانی پس از بیماری های عفونی مقام دوم را دارا می باشند (همان جا).

از سوی دیگر تاثیر موازین فرهنگی را بر بیماری های روانی نه تنها بر نشانه ها و محتوای هذیانها می توان دید، بلکه در چگونگی درمان بیماریها در جوامع مختلف نیز

گزارش شده است. پیش از آنکه بررسیهای همه گیرشناسی انجام شده در ایران باز نگری شود، نگاهی به تاریخچه و برخی از بررسیهای همه گیرشناسی بیماریهای روانی در جهان ضروری به نظر می رسد.

### همه گیرشناسی بیماریهای روانی در جهان

گرچه این بررسیها از سالها پیش آغاز گردیده، اما نتایج بسیاری از آنها به دلیل به کار نبردن معیارهای علمی پژوهش قابل اعتماد نبوده و دارای ارزش محدودی هستند (رابینز<sup>(۶)</sup>، ۱۹۸۵).

مروری بر بررسیهای انجام شده در کشورهای مختلف نشان می دهد که بسیاری از بررسیهای همه گیرشناسی بیماریهای روانی بر اساس اطلاعات به دست آمده از پذیرش مراکز روانپزشکی و مراجعه کنندگان به درمانگاهها و بیمارستانهای روانی شکل گرفته اند. برای نمونه در پژوهش فاریس<sup>(۷)</sup> و دانهایم<sup>(۸)</sup> در سالهای ۱۹۳۴ - ۱۹۲۲، ۳۵۰۰۰ پرونده مراجعه کنندگان به یکی از مراکز روانپزشکی در شیکاگو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بیشترین درصد پذیرش شدگان را بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تشکیل داده اند و بیشتر آنها از گروههای اقتصادی - اجتماعی پایین جامعه بوده اند. در بررسی دیگری که در سال ۱۹۶۰ در منطقه مونترولی نیویورک انجام گردید، استفاده کنندگان از خدمات روانپزشکی در میان ساکنین منطقه یاد شده مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که ۳/۳٪ از ساکنین منطقه یاد شده از مراقبتها و خدمات مراکز بهداشت روانی از جمله مطب روانپزشکان استفاده کرده اند (کاپلان<sup>(۹)</sup> و سادوک<sup>(۱۰)</sup>، ۱۹۸۸).

بیماریهای روانی کاربرد دارد، اما بندهای ۱، ۲ و ۳ در بهداشت روانی دارای اهمیت ویژه ای است؛ زیرا آگاهی نسبت به گستره بیماریهای روانی در یک جمعیت معین در یک مقطع زمانی خاص بسیار ضروری است. از سوی دیگر بررسیهای همه گیری شناسی، گروههای در معرض خطر را شناسایی و مسئولین بهداشتی - درمانی کشورها را در مورد پیشگیری از پیامدهای خطرناک بیماریها و اختلالات مختلف آگاه می کند (سارتوریوس<sup>(۱)</sup>، ۱۹۸۹).

### منابع کسب اطلاعات در بررسیهای همه گیرشناسی

اطلاعات و داده های مربوط به همه گیرشناسی بیماریهای روانی از چهار منبع مهم به دست می آیند:

۱- بررسیهای میدانی که بر روی جمعیت های عمومی در مناطق مختلف صورت می گیرد.

۲- مراجعه به پرونده بیماران مراجعه کننده به نخستین سطح تماس بیماران با مراکز بهداشتی - درمانی از جمله خانه های بهداشت، پزشکان عمومی، به ویژه پزشکان خانوادگی.

۳- بررسی موارد ثبت شده در کلیه مراکز درمانی اعم از بیمارستانهای روانی، مراکز بستری و سرپایی روانپزشکی که با عنوان بیمار روانی تحت درمان قرار گرفته اند و یا مشغول دریافت خدمات روانپزشکی هستند.

۴- کنترل موردی که در آن فرد معینی با اختلال رفتاری خاصی با فرد دیگری که به این اختلال مبتلا نیست مقایسه می شود (استروم گرن، ۱۹۸۹؛ شفرد<sup>(۲)</sup>، ویلیامز<sup>(۳)</sup>، ویلکینسون<sup>(۴)</sup>، راونزلی<sup>(۵)</sup>، ۱۹۸۹).

### روش

این بازنگری از یافته های پژوهشی بیش از ۲۹ بررسی همه گیرشناسی بیماریهای روانی که تاکنون در ایران انجام شده استخراج گردیده است. این بررسیها طی سالهای مختلف از سال ۱۳۴۲ تا سال ۱۳۷۹ انجام و

1-Sartorius	2-Shepherd
3-Williams	4-Wilkinson
5-Rawnsley	6-Robins
7-Faris	8-Dunham
9-Kaplan	10-Sadock

در سال ۱۹۵۴ تیمی به رهبری لئو سرول<sup>(۱)</sup> و توماس رنین<sup>(۲)</sup> پژوهشی را در ارتباط با وضعیت روانشناختی و مشکلات روانی ۱۶۶۰ نفر که از بزرگسالان ساکن در منطقه میدتاون<sup>(۳)</sup> مانهاتان<sup>(۴)</sup> انتخاب شده بودند، اجرا نمودند (سرول<sup>(۵)</sup>، فیشر<sup>(۶)</sup>، ۱۹۸۹). این بررسی نشان داد که بیماریهای روانی با افزایش سن افزایش می یابند. ۸۱٪ از افراد ۵۹ - ۲۰ ساله مورد بررسی دارای نشانه هایی بوده اند که آنها را دچار ناتوانیهای خفیف تا شدید نموده اند. ۲۳/۴٪ از آنها دارای مشکلات اساسی روانشناختی بوده اند. کسانی که از طبقات اقتصادی - اجتماعی پایین بودند، شش برابر بیشتر از کسانی که از طبقات اقتصادی - اجتماعی بالاتر آمده بودند، مشکلات روانشناختی را گزارش نمودند. در بررسی دیگری نیز هالینگش<sup>(۷)</sup> و ردلینچ<sup>(۸)</sup> در سال ۱۹۵۰ ارتباط شیوع بیماریهای روانی را با وضعیت اقتصادی - اجتماعی بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی در منطقه نیوهاون<sup>(۹)</sup> مورد پژوهش قرار دادند. آنان ارتباط مشخصی را میان طبقه اجتماعی و بیماریهای روانی نشان دادند. ایشان دریافتند که ۱/۱۵٪ جمعیت بزرگسال بالاتر از ۲۶ سال نشانه هایی از اختلال روانی داشته اند (کاپلان، سادوک، ۱۹۸۸).

لیگتون<sup>(۱۰)</sup> در سال ۱۹۵۲ در منطقه استیرلینگ<sup>(۱۱)</sup> با ۲۰۰۰۰ جمعیت شیوع بیماریهای روانی را مورد بررسی قرار داد. این افراد در یک منطقه روستایی زندگی می کردند. نتایج نشان داد که می توان ۵۷٪ افراد را به عنوان کسانی که در طول عمر خویش به بیماری روانی مبتلا می شوند، معرفی نمود. این بررسی نشان داد که ۲۴٪ افراد دچار آسیبهای قابل توجه روانشناختی و ۲۰٪ آنان نیازمند خدمات روانپزشکی بوده اند. همچنین زنان بیشتر از مردان به اختلالهای روانپزشکی دچار بوده اند (مورفی<sup>(۱۲)</sup> و لیگتون، ۱۹۸۹). یکی از بررسیهای همه گیری شناسی بیماریهای روانی که به شرایط فرهنگی - اقتصادی - اجتماعی کشور ما نزدیکتر است، بررسی همه گیری شناسی بیماریهای روانی در میان زنان یکی

از امارات حاشیه خلیج فارس می باشد که در آن ۳۰۰ نفر از زنان امیر نشین دویی مورد بررسی قرار گرفتند (گوباش<sup>(۱۳)</sup>، حمدی<sup>(۱۴)</sup>، بینگتون<sup>(۱۵)</sup>، ۱۹۹۲). این بررسی نشان داد که ۲۲/۷٪ از افراد مورد بررسی در ردیف بیماران روانپزشکی به شمار می رفتند. شایع ترین اختلال در میان این افراد، افسردگی (۱۳/۷٪ موارد)، اختلالهای اضطرابی (۴٪) و ترسهای مرضی (۳٪) بوده است. نتایج چندبررسی همه گیری شناسی بیماریهای روانی در کشورهای مختلف جهان در جدول یک ارائه گردیده است.

### بررسیهای همه گیری شناسی بیماریهای روانی در ایران

بررسیهای همه گیری شناسی بیماریهای روانی در ایران با پژوهشهای پروفیسور باش<sup>(۱۶)</sup> آغاز می شود که در اوایل دهه ۱۹۶۰ به عنوان استاد میهمان به دانشگاه شیراز دعوت شده بود. وی طی چند سال چندین بررسی همه گیری شناسی در چند روستای نزدیک شیراز، چند روستای خوزستان و مناطق شهری شهر شیراز انجام داد. این بررسیها میزان شیوع بیماریهای روانی را بسیار بیش از حد انتظار نشان دادند (باش، ۱۹۶۴؛ باش، ۱۹۶۹؛ باش، ۱۹۷۳).

پس از بررسیهای باش تا دهه ۱۳۷۰ چند بررسی همه گیری شناسی انجام گردید. اما بیشتر بررسیها در این زمینه در دهه ۱۳۷۰ انجام گردیده است (جدول ۲).

بسا زنگری بررسیهای انجام شده در زمینه همه گیری شناسی بیماریهای روانی در ایران نشان می دهد که از سال ۱۳۴۲ تا سال ۱۳۷۷ نزدیک به ۲۹ بررسی گزارش گردیده است. نتایج کلی این پژوهشها نشان می دهند که

1-Leo Srole  
3-Midtown  
5-Srole  
7-Hollingshead  
9-New Haven  
11-Stirling  
13-Ghubash  
15-Babbington

2-Renine  
4-Manhattan  
6-Fischer  
8-Redlich  
10-Leighton  
12-Murphy  
14-Hamdi  
16-Bash

جدول ۱ - برخی بررسی های انجام شده در زمینه همه گیرشناسی بیماریهای روانی در کشورهای مختلف بر حسب نام پژوهشگر، تاریخ انتشار، شمار آزموندها، سن آزموندها، محل پژوهش و میزان شیوع در زنان و مردان.

میزان شیوع		محل پژوهش	سن آزموندها	شمار آزموندها	تاریخ انتشار	پژوهشگر
زنان	مردان					
۶/۲	-	مناطق روستایی سودان	-	-	۱۹۶۱	باشر (۱)
۲۳	-	مناطق شهری و روستایی نیجریه	-	۳۲۶	۱۹۶۳	لیگون و همکاران
۱۰	-	مناطق روستایی سریلانکا	-	۲۵۰۶	۱۹۶۹	جایاسونندرا (۲)
۱۷/۲	-	مناطق شهری و روستایی تایلند	کلیه سنین	-	۱۹۶۹	لین (۳)
۱۴/۸	-	اتیوپی	-	۳۲۰۰	۱۹۶۹	ژیل (۴)
۲۳/۷	-	مناطق شهری و روستایی هند	-	۲۹۲۶۸	۱۹۷۰	دوب (۵)
۱۸/۷	-	لیما پرو	-	۲۹۰۱	۱۹۷۰*	ماریانگوی (۶)
۱۷/۹	-	بوئنوس آیرس آرژانتین	-	-	۱۹۷۰*	تارنپولسکی (۷) و همکاران
۱۹	-	سانتیاگو (۹) شیلی	-	-	۱۹۵۸*	مورریتز (۸) و همکاران
-	۱۲/۲	کمبرول (۱۱) - لندن	۱۸-۶۴	۲۳۷	۱۹۷۹*	ویگ (۱۰) و همکاران
۹	۱۱	کبیرا (۱۳) - استرالیا	۱۸+	۷۵۹	۱۹۷۹*	هندرسون (۱۲) و همکاران

\* به نقل از سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۷۵.

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1-Baasher     | 2-Jayasundra |
| 3-Lin         | 4-Giel       |
| 5-Dube        | 6-Mariategui |
| 7-Tarnopolsky | 8-Horwitz    |
| 9-Santiago    | 10-Wing      |
| 11-Camberwell | 12-Henderson |
| 13-Canbera    |              |

جدول ۱ - ادامه

میزان شیوع		محل پژوهش	سن آزمودنیها	شماره آزمودنیها	تاریخ انتشار	پژوهشگر
کل	مردان					
۲۵/۳	۲۶/۹	۲۳/۵	۱۸+	۲۰۶	۱۹۷۹*	ارلی (۱) وینگ
۱۰/۹	۱۲/۹	۶/۱	۱۸-۶۲	۸۰۰	۱۹۸۱*	ببینگتون و همکاران
-	۸/۷	-	۱۸-۶۲	۵۶۷	۱۹۸۳*	سورتیز (۲) و همکاران
۱۶	۲۲/۶	۸/۶	۱۸-۷۲	۳۸۹	۱۹۸۶*	ماوریز (۳) و همکاران
۷/۳	۷/۵	۷/۲	۱۸-۶۲	۳۲۳۲	۱۹۸۷*	هودیامونت (۵) و همکاران
۱۴/۱	۱۹/۴	۸/۸	۱۸-۶۲	۲۹۱	۱۹۸۷*	ماوریز و بینگتون
۱۴/۷	۲۰/۶	۸/۱	۱۷+	۱۲۲۳	۱۹۸۷*	واژکونز (۸) و یارکورو (۹)
۱۲/۵	۱۴/۳	۱۰/۶	۱۸-۵۰	۱۰۰	۱۹۸۹*	بهار (۱۱)
۹/۹	۱۲/۴	۶/۹	۳۰-۸۰	۷۴۲	۱۹۹۰*	لهتین (۱۳) و همکاران
-	۷/۷	-	۱۸-۶۲	۳۱۴	۱۹۹۰*	رومانز (۱۴)، کلارکسن (۱۵)
۱۵/۳	۱۹/۶	۱۰/۵	۱۸-۶۲	۳۷۴	۱۹۹۱*	کارتا (۱۶) و همکاران
-	۲۲/۷	-	۱۶-۶۲	۳۰۰	۱۹۹۲	گویاش (۱۸) و همکاران
* به نقل از گویاش، ۱۹۹۲						
1-Orley						2-Surtees
3-Edinburgh						4-Mavreas
5-Hodiamont						6-Nijmegem
7-Kyprioti						8-Vazquez
9-Barquero						10-Cantabria
11-Bahar						12-Palembang
13-Lehtinen						14-Romans
15-Clarkson						16-Carta
17-Sardina						18-Gobash

جدول ۲- برخی بررسی‌های انجام شده در زمینه همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران برحسب نام پژوهش، گروه مورد بررسی، شمار افراد مورد بررسی، ابزار پژوهش، میزان شیوع.

میزان شیوع	پروژه/نگار، سال	محل	گروه سنی	افراد مورد بررسی		کل	ابزار پژوهش	میزان شیوع (%)	
				مردان	زنان			مردان	زنان
۱۹۶۴	باش، ۱۹۶۴	فاسم آباد، زندگی آباد	عساله و بالاتر	۲۶۱	۲۳۶	۴۹۷	-	۷/۸	۷/۸
۱۹۶۹	باش، ۱۹۶۹	قلعه عسکر جبار	عساله و بالاتر	-	-	۴۸۲	-	۷/۶۴	۷/۶۴
۱۹۷۳	باش، ۱۹۷۳	شهر شیراز	۱۵ ساله و بالاتر	۳۱۴	۳۰۸	۶۲۲	مصاحبه روان‌بینشی	۱۱/۱	۷/۵
۱۳۵۳	داریدیان، ۱۳۵۳	شهرستان رودسر	۱۵ ساله و بالاتر	۱۸۹	۲۹۹	۴۸۸	پرستشنامه داریدیان	۳۳/۸	۹/۴
۱۳۶۹	شاه محصلی، ۱۳۶۹	روستاهای شهرکرد	کلیه سنین	-	-	۲۰۸۳	پرستشنامه اطلاعات	-	-
جلیلی و داریدیان، ۱۳۷۰	جلیلی و داریدیان، ۱۳۷۰	ده زرشک (یزد)	۱۵ ساله و بالاتر	۵۵	۵۱	۱۰۶	مصاحبه روان‌بینشی پرستشنامه داریدیان	۳۴	۱۹/۷
۱۳۷۰	هاشم‌زری، ۱۳۷۰	اصفهان	-	-	-	-	-	۱/۵۷	۳/۹۵
۱۳۷۳	باقری یزدی، ۱۳۷۳	سپید (یزد)	۱۵ ساله و بالاتر	۱۹۶	۲۰۴	۴۰۰	SCL-90-R	۹/۲۵	۳/۲۵
۱۳۷۲	جاریدیی، ۱۳۷۲	مروندت-خارس	۱۵ ساله و بالاتر	-	-	۴۰۷	مصاحبه بالینی SCL-90-R	۱۳/۲	۲/۴۶
۱۳۷۲	بهادرخان، ۱۳۷۲	گناباد (خراسان)	۱۵ ساله و بالاتر	-	-	۴۶۵	مصاحبه بالینی SCL-90-R	۱۱/۸	۴/۷۳
۱۳۷۲	گرچه، ۱۳۷۲	آرزشهر (تبریز)	۱۵ ساله و بالاتر	۲۰۱	۲۱۳	۴۱۵	مصاحبه بالینی SCL-90-R	۹/۴	۳/۶
۱۳۷۲	حجازی و همکاران، ۱۳۷۲	شهر یزد	-	-	-	۹۵۰	-	۲۴/۷	۱۲/۵
۱۳۷۳	خسروی، ۱۳۷۳	شهرستان بروجین	-	-	-	۹۵۰	-	۲۶/۲	۷/۹
۱۳۷۳	زاده باقری، ۱۳۷۳	شهر یاسوج	۱۳-۶ ساله	۲۵۰	۲۵۰	۵۰۰	پرستشنامه راتر	۲۴/۴	۲۹/۶
۱۳۷۴	پالامنگ و همکاران، ۱۳۷۴	کاشان	۱۵ ساله و بالاتر	۲۹۶	۲۳۳	۵۱۹	GHO-28	۱۶/۹	۶/۸

مصاحبه بالینی

جدول ۲- ادامه  
پژوهشگر، سال محل گروه‌سنجی مورد بررسی

کل	میزان شیوع (%)		ابزار پژوهش	افراد مورد بررسی		کل	مردان		محل	گروه‌سنجی مورد بررسی	شهرک صنعتی آلوند (تزوین) ۱۳۷۴	صومعه سرا (گیلان) ۱۳۷۴	همکاران، ۱۳۷۴	یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴
	زنان	مردان		زنان	مردان									
۲۷/۷	۱۲۲	۵۱	GHQ-28	۳۳۴	۲۹۱	۶۲۵	۳۳۴	۲۹۱		۱۵ ساله و بالاتر	شهرک صنعتی آلوند (تزوین) ۱۳۷۴	صومعه سرا (گیلان) ۱۳۷۴	همکاران، ۱۳۷۴	یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴
۲۹/۲	۱۱/۷	۱۷/۵	SCL-90-R											
			SCL-90-R											
			SCL-90-R											
۱۲/۶	-	-	مصاحبه بالینی											
۱۸/۹	۱۹/۴	۱۷/۶	مصاحبه تشخیصی											
			GHQ-28	۷۱	۲۹	۱۰۰	۷۱	۲۹		۱۵ ساله و بالاتر	ایران‌شهر سیستان و بلوچستان	کلیه استانها	کلیه استانها	پورالهری و همکاران، ۱۳۷۶
			مصاحبه بالینی											پرو، ۱۳۷۶
۱۴	-	زنان ۲ برابر مردان	SCL-90-R	۶۶۶	۲۰۱	۸۶۹	۶۶۶	۲۰۱		۱۵ تا ۶۵ ساله	شهرستان سمنان	شهرستان سمنان	شهرستان سمنان	افشاری منفرد و همکاران ۱۳۷۶
۱۹/۹	-	زنان بیش از مردان	PSE			۳۲۵۵								قاسمی و همکاران، ۱۳۷۶
			SRO-20											
			DSM-IV											
۲۵/۴	۲۶/۵	۲۳/۹	SCL-90-R	۳۴۷	۲۹۶	۶۴۳	۳۴۷	۲۹۶		۱۵ ساله و بالاتر	شهرزاهدان	شهرزاهدان	همکاران، ۱۳۷۷	بخشانی و همکاران، ۱۳۷۷
			مصاحبه بالینی											
۵۱	۵۹/۲	۴۰/۸	SRO-20	۲۳۷	۱۶۳	۴۰۰	۲۳۷	۱۶۳		۱۵ ساله و بالاتر	شهرکرد	شهرکرد	همکاران، ۱۳۷۷	وکیل زاده و همکاران، ۱۳۷۷
			مصاحبه بالینی											
۲۱/۵	۲۷/۷	۱۴/۹	مصاحبه بالینی	۲۲۴	۲۵۵	۸۷۹	۲۲۴	۲۵۵		۱۵ ساله و بالاتر	شهر تهران	شهر تهران	همکاران، ۱۳۷۸	نوریلا و همکاران، ۱۳۷۸
۴۲/۱	۴۱/۸	۲۵	افسردگی بک	۲۷۱	-	-	۲۷۱	-		دانشجویان پزشکی	بندر عباس	بندر عباس	همکاران، ۱۳۷۹	فروغان و همکاران، ۱۳۷۹
۲۴/۲۵	۲۱/۳	۱۷/۲	GHQ-28	۳۲۵	۶۵۰	۳۲۵	۳۲۵	۶۵۰		۱۵ ساله و بالاتر	نظز	نظز	همکاران، ۱۳۷۹	امیدی و همکاران، ۱۳۷۹
۱۶/۵۵	۳۲/۲۲	۲۵/۱۵	SRO	۲۷۰	۲۳۱	۵۰۱	۲۷۰	۲۳۱		۱۵ ساله و بالاتر	کرمانشاه	کرمانشاه	همکاران، ۱۳۷۹	صادقی و همکاران، ۱۳۷۹
۲۶/۹	۳۵/۷	۱۶/۶	GHQ-28	۳۵۳	۲۸۷	۶۴۰	۳۵۳	۲۸۷		۱۵ ساله و بالاتر	سازجیلان	سازجیلان	همکاران، ۱۳۷۹	شمس‌علیزاده و همکاران، ۱۳۷۹
۱۶/۸	۱۴/۱	۱۹/۶	پرسشنامه راتر	۲۸۰	۵۷۷	۱۰۵۷	۲۸۰	۵۷۷		۱۱-۶ ساله	بوشهر	بوشهر	همکاران، ۱۳۷۹	کشکولی، ۱۳۷۹

مصاحبه روان‌پزشکی



میزان شیوع اختلالهای روانی در بررسیهای مختلف از ۱۱/۷٪ (باش، ۱۳۴۲) تا ۵۴٪ (جلیلی، ۱۳۵۷) در نوسان بوده است. برای نمونه بررسی باش (۱۹۶۴) در مناطق مرودشت فارس، روستاهای خوزستان (باش، ۱۹۶۹) و مناطق شهری شیراز (باش و باش، ۱۹۷۳) به ترتیب ارقام ۱۱/۷، ۱۴/۹ و ۱۸/۶ را نشان می‌دهد. شیوع بیماریهای روانی در بررسیهای باقری یزدی، بوالهروی و شاه محمدی (۱۳۷۳)، کوکبه (۱۳۷۲)، بهادرخان (۱۳۷۲) و جاویدی (۱۳۷۲)، که در سالهای اخیر اجرا شده‌اند، به ارقام ارائه شده ازسوی باش (۱۹۶۴، ۱۹۶۹) و باش و باش (۱۹۷۳) بسیار نزدیک است که به ترتیب ارقام ۱۲/۵٪، ۱۳٪، ۱۶/۶٪ و ۱۶/۷٪ را گزارش نموده است. در سوی دیگر طیف بررسیهای انجام شده توسط داویدیان و همکاران (۱۳۵۰) و داویدیان و جلیلی (۱۳۷۰) قرار دارد که به ترتیب ارقام ۴۳/۲٪ و ۵۳/۷٪ را یادآور شده‌اند (جدول ۲). باش در مروری بر بررسیهای انجام شده در ایران، شیوع بیماریهای روانی را در مناطق روستایی ۱۴/۹٪ و در مناطق شهری ۱۶/۶٪ عنوان کرد. گفتنی است که در برخی از پژوهشهای همه گیرشناسی اختلالهای رفتاری تنها بر یک اختلال رفتاری معین مانند اسکیزوفرنیا، افسردگی و یا اختلال سلوکی تاکید شده است. در زمینه ابزار پژوهشی به کار برده شده در پژوهشهای همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران، با نگاهی به این پژوهشها می‌توان دریافت که چندآزمون بیش از سایر آزمونها به عنوان ابزار سرند اختلالهای روانی به کار برده شده‌اند که از آن جمله می‌توان به آزمون<sup>(۱)</sup> GHQ، SCL-90-R<sup>(۲)</sup> و مصاحبه روانپزشکی اشاره نمود. در بررسی پژوهشهای انجام شده در زمینه همه گیرشناسی بیماریهای روانی به ابزارهای دیگری از جمله پرسشنامه SRQ-20<sup>(۳)</sup> و مقیاس رویدادهای زندگی<sup>(۴)</sup> (ILES) نیز برمی‌خوریم که برای هر یک از آنها شرح کوتاهی ارائه می‌گردد.

## پرسشنامه فهرست علایم ۹۰ سئوالی

این پرسشنامه توسط دراگوتیس<sup>(۵)</sup>، لیپمن<sup>(۶)</sup> و کووی<sup>(۷)</sup> (۱۹۷۳) تدوین و معرفی گردیده است. این پرسشنامه دارای ۹۰ پرسش است که در ۹ بعدنشانه های اختلالهای روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد: شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی. تفسیر نمره های آزمون بر پایه سه شاخص کلی علایم مرضی (GSI)، معیار ضریب ناراحتی (PSDI) و جمع علایم مرضی (PST) انجام می‌شود.

در بررسیهای هنجاریابی انجام شده برای اعتبار و پایایی این آزمون نمره برش ۰/۴ در شاخص کلی علایم مرضی مناسب تشخیص داده شده (میرزایی، ۱۳۵۹). در بررسیهای چندی (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ بهادرخان، ۱۳۷۲) نیز همین نمره به عنوان نقطه برش به کار برده شده است. گفتنی است که نمره گذاری این آزمون بسته به نظر نمره گذار می‌تواند بسیار متفاوت بوده سطح نمرات و دیگر شاخصهای اساسی آزمون را بسیار بالا یا بسیار پایین نشان دهد. از این رو درک ماهیت ارزیابی نشانه های روانشناختی از سوی نمره گذار نقش اساسی در بازتاب نشانه های روانشناختی واقعی آزمودنی دارد.

## پرسشنامه سلامت عمومی

این پرسشنامه که توسط گلد برگ<sup>(۸)</sup> (۱۹۷۲) تدوین گردید، برای شناسایی اختلالهای روانی غیر پسیکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار گرفته شده است. فرم کوتاه و کامل این پرسشنامه در بررسیهای

1-General Health Questionnaire

2-Symptom Checklist-90-Revised

3-Self Report Questionnaire

4-Interview Life Events Scale

5-Derogatis

6-Lipman

7-Covi

8-Goldberg

پیمایشی جامعه (دونکان - جونز<sup>(۱)</sup>)، هندرسون<sup>(۲)</sup>، ۱۹۷۸؛ تارناپولسکی<sup>(۳)</sup> و همکاران، ۱۹۷۹؛ بنجامین<sup>(۴)</sup> و همکاران، ۱۹۸۲) پزشکی عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ فوتتازی<sup>(۵)</sup> و همکاران، ۱۹۸۵؛ شماساندر<sup>(۶)</sup> و همکاران، ۱۹۸۶)، بیماران سرپایی بیمارستانی (بالینگر<sup>(۷)</sup>)، ۱۹۷۷؛ بایرن<sup>(۸)</sup>، ۱۹۸۴؛ وازکوئز-بارکوئرو و همکاران، ۱۹۸۵) و در مورد بیماران بستری در بیمارستان (دپانتو و همکاران، ۱۹۸۰؛ بریجز و گلدبرگ، ۱۹۸۶) به شکل گسترده‌ای کاربرد داشته‌است.

این پرسشنامه به ۳۶ زبان زنده دنیا ترجمه شده است (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸) نسخه ۱۲ سئوالی آن با موفقیت به عنوان ابزار سرند اولیه در بررسی‌های همه‌گیرشناسی چندی از جمله در هند (شماساندار، ۱۹۸۶) به کار رفته است.

بررسی‌های انجام شده در مورد اعتبار GHQ در زبانهای غیرانگلیسی نشان داده‌است که ضریبهای همبستگی در مورد اعتبار آن با ضریبهای همبستگی نسخه انگلیسی قابل مقایسه است (گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۵). در یک پژوهش چان<sup>(۹)</sup> (۱۹۹۵) تأثیر زبان را بر پاسخهای GHQ در چینی زبانها مورد بررسی قرار داد. وی دریافت که نسخه‌های انگلیسی و چینی GHQ در ابعاد مقیاس قابل مقایسه هستند و تفاوت‌های مشخصی میان دو نسخه دیده شد که به عوامل فرهنگی و زبانشناختی نسبت داده می‌شد. در بررسی دیگری که با استفاده از روشی شبیه "چان" در هند انجام شد (سریرام<sup>(۱۰)</sup>)، چاندراشکار<sup>(۱۱)</sup>، ایساک<sup>(۱۲)</sup> و شان‌موگام<sup>(۱۳)</sup> (۱۹۸۹) نشان داد که در سطح مقیاس GHQ ویژگیهای روانسنجی کافی هم در نسخه‌های انگلیسی و هم در نسخه‌های هندی داشته‌اند و از ثبات درونی خوبی برخوردار بوده‌است. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) حساسیت این ابزار را در مهمترین نمره برش آن (۲۳) برابر با ۵/۸۶٪، ویژگی آن را برابر ۸۴ درصد و ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۸ گزارش نمودند. پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) برای بهترین نقطه

برش این پرسشنامه (۲۲) حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه را به ترتیب ۰/۸۸٪، ۰/۷۹٪ و ۰/۱۶٪ گزارش نمودند.

### پرسشنامه SRQ-20

این پرسشنامه که توسط سازمان جهانی بهداشت با بهره‌گیری از چهار ابزار سرند ساخته شده در یک بررسی هماهنگ در چند کشور رو به رشد به کار رفته است (هاردینگ<sup>(۱۴)</sup>، آرانگو<sup>(۱۵)</sup>، بالتازار<sup>(۱۶)</sup> و کلیمنت<sup>(۱۷)</sup>، ۱۹۸۰). پنايو<sup>(۱۸)</sup> و همکاران (۱۹۹۰) در یک بررسی پرسشنامه SRQ-20 در کشور نیکاراگوئه بر روی بیماران مراکز مراقبتهای بهداشتی اولیه اعتبار یابی نمودند. آنان حساسیت و ویژگی پرسشنامه را با نقطه برش ۸ به ترتیب ۰/۸۱٪ و ۰/۵۸٪ گزارش نمودند. وکیل زاده و پالاهنگ (۱۳۷۷) این پرسشنامه را در شهرکرد بر روی جمعیت عمومی و با استفاده از فهرست مصاحبه بالینی بر اساس ملاکهای تشخیصی DSM-IV اعتبار یابی نمودند. حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه طبقه بندی با نقطه برش ۷ به ترتیب ۰/۸۲٪، ۰/۸۱٪ و ۰/۱۸٪ و با نقطه برش ۸ به ترتیب ۰/۷۶٪، ۰/۸۳٪ و ۰/۲۰٪ بود.

### مقیاس رویدادهای زندگی

یکی از ابزارهایی که به عنوان سرند اختلالهای روانپزشکی در جمعیت عمومی معرفی گردیده (دورنوند<sup>(۱۹)</sup>، کراسنوف<sup>(۲۰)</sup>، اسکناسی<sup>(۲۱)</sup>) و دورنوند، ۱۹۷۸) مقیاس رویدادهای زندگی است.

1-Duncan-Jones	2-Henderson
3-Tarnapolsky	4-Benjamin
5-Fontanesi	6-Shamasundar
7-Ballinger	8-Byrne
9-Chan	10-Sriram
11-Chandrshekar	12-Isaac
13-Shanmugham	14-Harding
15-DeArango	16-Baltazar
17-Climent	18-Penayo
19-Dohrenwend	20-Cransoff
21-Askenasy	

این پرسشنامه بر پایه کارهای انجام شده در زمینه شرح حال آزمودنیها (مهیر، ۱۹۴۹؛ به نقل از دوروند و همکاران، ۱۹۷۸) و مقیاس رتبه بندی سازکاری اجتماعی (هلمز و راهه، ۱۹۶۷؛ به نقل از همان جا) ساخته شد که در آنها تأثیر رویدادهای استرس آمیز زندگی بر اختلالاتی رشد، سوخت و ساز، اختلالاتی چشم، دستگاه تنفس، دستگاه گوارش، ماهیچه ها، مفاصل ها، همچنین اختلالاتی قلبی - عروقی مورد تأکید قرار گرفت. منطق استفاده از این ابزار در بررسیهای همه گیرشناسی آن بود که هر اندازه تغییرات یا بحرانها در زندگی بیشتر باشد، احتمال بروز بیماریها و اختلالها بیشتر خواهد بود. به بیان دیگر هر اندازه که تغییرات استرس آمیز در گروهی بیشتر رخ داده باشد، خطر ابتلاء آنان را به بیماریها بالاتر خواهد برد (همان جا). گرچه این منطق و نارساییهای روش شناختی پژوهشهای مربوطه مورد انتقاد قرار گرفت، اما از زمان معرفی این ابزارها به ویژه در دهه ۱۹۷۰ در پژوهشهای بسیاری به کار برده شده است (همان جا). این مقیاس در بردارنده ۱۰۲ ماده است که به رویدادها و شرایطی اشاره دارند که اگر فرد آنها را تجربه نموده است، مشخص می کند که در برابر آنها احساس شکست و زیان داشته، احساس پیروزی و موفقیت نموده و یا هیچیک از این دو را نداشته است.

### مشکلات روش شناختی

- ۱- یکی از نارساییهای پژوهشی در مورد همه گیری شناسی بیماریهای روانی آن است که این بررسیها بیشتر مقطعی هستند و کمتر بررسی طولی در این زمینه انجام شده است.
- ۲- مشکل دیگر، به کار نبردن ملاکهای طبقه بندی یکسان و معتبر به دلیل اتفاق نظر نداشتن در مورد سبب شناسی بیماریهای روانی است.
- ۳- در دست نبودن ابزار سرند هنجاریابی شده از دیگر مشکلات موجود در این زمینه است.

۴- ناهمسان بودن روشهای بررسی و مانند آن در بررسیهای مختلف سبب گشته که مقایسه یافته های پژوهشی و ارقام ارائه شده با دشواریهایی روبرو گردد.

### بحث

مروری بر یافته های پژوهشی بررسیهای انجام شده در زمینه همه گیرشناسی بیماریهای روانی در ایران نشان می دهد که شیوع بیماریهای روانی در ایران را باید بین ۱۸٪ تا ۲۳٪ کل جمعیت دانست. مقایسه این یافته با نتایج بررسیهای مشابه انجام شده در کشورهای شمال اروپا (جدول ۱) میزان شیوع بیماریهای روانی را در کشور ما بسیار بالاتر از بررسیهای یاد شده نشان می دهد. به بیان دیگر شیوع بیماریهای روانشناختی در کشور ما بیش از کشورهای شمال اروپا است که رقمی نزدیک به ۸٪ تا ۱۰٪ را گزارش نموده اند. این بازنگری همچنین نشان داد که گرچه شیوع بیماریهای روانی در ایران بالاتر از بررسیهای مشابه در کشورهای جنوب اروپا است، اما تفاوت اندکی با آنها دارد (جدول ۱). مقایسه یافته های به دست آمده از بررسیهای انجام شده در ایران، با بررسیهای انجام شده در برخی از کشورهای کمتر توسعه یافته مانند دومی و اوگاندا نشان می دهد که در این کشورها تا حدودی شیوع بیماریهای روانی بالاتر از ایران است. باید دانست که تفاوت در یافته های پژوهشی مختلف در بررسیهای انجام شده در ایران شاید به دلیل استفاده از روشهای پژوهشی متفاوت، ابزار پژوهشی مختلف، روشهای نمونه گیری نامشابه، جمعیت های گوناگون و شرایط اقتصادی - اجتماعی متفاوت باشد که این بررسیها در آن انجام گردیده است. از این رو نمی توان انتظار داشت که یافته های گزارش شده در بررسیهای همه گیرشناسی به هم نزدیک باشند. این بررسیها نشان می دهند که شرایط اقتصادی - اجتماعی، چگونگی سطح زندگی، رعایت موازین بهداشتی به مفهوم عام آن تأثیری انکار ناپذیر در شیوع بیماریها و نابسامانیهای روانی مختلف به جای می گذارد

(کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). به بیان دیگر با بالا رفتن سطح زندگی و رعایت بیشتر موازین بهداشتی، مراقبتهای دوران بارداری، هنگام زایمان و مراقبتهای ویژه سالهای اولیه کودکی، میزان ابتلاء کودکان و نوجوانان به بیماریهای روانی به شکل چشمگیری کاهش می یابد. نکته دیگری که در بازنگری بررسیهای همه گیرشناسی انجام شده در ایران و سایر کشورها میتوان دریافت، شیوع بیشتر بیماریهای روانی در زنان است. نگاهی به یافته های این پژوهشها نشان می دهد که تقریباً همه آنها، شیوع اختلالهای روانی را در زنان بالاتر از مردان گزارش نموده اند؛ و گاهی تفاوت میزان شیوع اختلالهای روانی در زنان ۲ یا ۳ برابر مردان است. (برای نمونه، داویدیان، ۱۳۵۳؛ جلیلی و داویدیان، ۱۳۷۰؛ باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ بهادر خان، ۱۳۷۲؛ پالانگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ بینگتون و همکاران، ۱۹۸۱؛ مارویز و همکاران، ۱۹۸۶؛ مارویز و بینگتون، ۱۹۸۷؛ وازکوئز و بارکورو، ۱۹۸۷). این یافته لزوم ارتقاء بهداشت روانی زنان و بهبود شرایط زندگی آنان را بیش از پیش گوشزد می نماید، چراکه زنان به عنوان یکی از ارکان اصلی خانواده نقشی انکار ناپذیر در سلامت روانی اعضای خانواده و افراد جامعه دارند. از این رو تأمین بهداشت روانی زنان به معنی تأمین بهداشت روانی جامعه است؛ اصلی که کمتر به آن توجه شده است.

## منابع

ابراهیمی، علی (۱۳۷۶). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتار ایدایی و کمبود توجه در دانش آموزان دبستانی اسفرااین- پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

افشاری منفرد، ژاله؛ بوالهروی، جعفر؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۶). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در میان بیماران مراجعه کننده به درمانگاههای عمومی شهر سمنان. طب و تزکیه، شماره ۲۶ (ویژه نامه گروه پزشکی) صص ۱۰-۱۵.

امیدی، عبدالله؛ طباطبایی، اعظم؛ سازور، سیدعلی؛ عکاشه، گودرز (۱۳۷۹). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری شهرستان نطنز (اصفهان). مقاله پذیرفته شده برای چاپ در فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم.

باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق روستایی میبد یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره اول، ۴۱-۳۲.

بخشانی، نورمحمد؛ کیان پور، محسن؛ سراوانی، محمد رضا (۱۳۷۷). همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر زاهدان. گزارش منتشر نشده.

بوالهروی، جعفر؛ بینا، مهدی؛ احسان منش، مجتبی؛ کریمی کیسی، عیسی (۱۳۷۶). بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بهورزان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۱، ۱۲-۴.

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). بررسی همه گیرشناسی بیماریهای روانی در مناطق روستایی گناباد (استان خراسان). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

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

پرو، درا (۱۳۷۶). بررسی ابتلاء روانی در مراکز بهداشتی - درمانی شهر ایرانشهر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

جاویدی، حجت ... (۱۳۷۲). بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در منطقه مرودشت (استان فارس). پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

جلیلی، احمد؛ داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای روانی در یک روستا در حاشیه کویر. مقاله ارائه شده در سومین کنگره پژوهشهای

روانپزشکی و روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ۱۴-۱۱ آذر ماه.

جوافشانی، محمد علی (۱۳۷۴). بررسی میزان شیوع بیماریهای روانی نوروتیک در شهر مسکونی الوند صنعتی قزوین و رابطه افسردگی زنان با مهاجرت از روستا به شهر و وضع اجتماعی - اقتصادی. پایان نامه تخصصی رشته اپیدمیولوژی. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی.

حرازی، محمد علی؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. یزه: انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی.

خسروی، شمسعلی (۱۳۷۳). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن، چهارمحال و بختیاری. پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ وارثکس، نهایتان؛ معتبر، منصور (۱۳۵۳). بررسی همه گیرشناسی بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر ۱۳۵۰). مجله بهداشت ایران، سال سوم، شماره ۴، ۱۵۶ - ۱۴۵.

زاده باقری، قادر (۱۳۷۳). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری در دانش آموزان شهر یاسوج. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. شاه محمدی، داود (۱۳۶۹). ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه (روستاهای شهرکرد، ۱۳۶۸-۶۹). اداره کل مبارزه با بیماریها.

شمس علیزاده، نرگس؛ بوالهیری، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۹). بررسی همه گیر شناسی اختلالهای روانی: مطالعه یک روستا در استان تهران. مقاله ارائه شده برای چاپ در فصلنامه اندیشه و رفتار، سال هفتم. صاحب الزمانی، ناصرالدین (۱۳۴۲). روح نابسامان، پژوهشی

در باره بهداشت روانی در ایران. تهران: چاپخانه زهره. فروغان، مهشید؛ امامی، حبیب؛ عبدی فرکوش، بهرام (۱۳۷۹). بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در دانشجویان پزشکی بندر عباس. فصلنامه علمی - پژوهشی طب و توانبخشی، سال اول، شماره اول، ۲۹-۱۹.

قاسمی، غلامرضا؛ اسداللهی، قربانعلی؛ احمدزاده، غلامحسین؛ پالانگ، حسن (۱۳۷۶). بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در شهر اصفهان، مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ۹ تا ۱۲ اسفند.

کشکولی، غضنفر (۱۳۷۹). بررسی همه گیرشناسی اختلالات رفتاری کودکان در مدارس ابتدایی شهرستان بوشهر. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

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

میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). ارزیابی، پایایی و اعتبار آزمون Sci-90 در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و علوم رفتاری. دانشگاه تهران.

نوریلا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سید عباس (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلالهای روانپزشکی در شهر تهران، مجله پژوهشی حکیم، دوره دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.

وکیل زاده، سید بهاء الدین؛ پالانگ، حسن (۱۳۷۷). بررسی شیوع اختلالهای روانی در مطب خصوصی پزشکان (شهرکرد - ۱۳۷۶). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره ۲، ۴-۱۲.

هاشم ورزی، محمد (۱۳۷۰). بررسی همه گیرشناسی بیماری اسکیزوفرنیا در استان اصفهان. مقاله ارائه شده در سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید بهشتی، تهران، ۱۴-۱۱ آذرماه.

- Chan, D.W. (1995). The two scaled versions of the Chinese Health Questionnaire: A comparative analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 85-91.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An out-patient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R., & Dohrenwend, B.P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events : The Perl Life Events Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 205-229.
- Dube, K.C. (1970). A study of prevalence and biosocial variables in mental illness in a rural and an urban community in Uttar Pradesh, India. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 46, 327-332.
- Duncan, J.P., & Henderson, S. (1978). The use of a two phase design in a prevalence survey. *Social Psychiatry*, 13, 231-237.
- Fontanesi, F., Gobetti, C., Zimmerman-Tansella, C. H., & Tansella, M. (1985). Validation of Italian version of the GHQ in general practice. *Psychological Medicine*, 15, 411-415.
- Ghubash, R., Hamdi, E., & Bebbington, P. (1992). The Dubai community psychiatric surveys prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 53-61.
- Giel, R., & Lujk, J. N. (1969). Psychiatric morbidity in a small Ethiopian town. *British Journal of Psychiatry*, 115, 149-155.
- Goldberg, D. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. *Mansley Monograph No.* 13 (1974). بررسی همه گیرشناسی بیماریهای روانی در مناطق روستایی و شهری شهرستان صومعه سرا (استان گیلان). فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۵۵-۶۵.
- Appby, L., & Araya, R. (1991). *Mental health services in the global village*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Ballinger, B. (1977). Psychiatric morbidity and the menopause: survey of a gynecological out-patient clinic. *British Journal of Psychiatry*, 131, 83-89.
- Baasher, T. (1961). Survey of mental illness in Wadi Halfa. *World Mental Health*, 13, 181-186.
- Bash, K.W. (1964). First preliminary reports on neuro-psychiatric epidemiology. Marvdasht mental health survey, province of Fars, Iran. In A. Petrosian, K. Shayan, K.W. Bash, B. Jessup (Eds.). *The health and related characteristics of four selected village and tribal communities in Fars Ostan*, Iran, Shiraz.
- Bash, K. W., & Bash, L. J. (1969). Studies on the epidemiology of neuro-psychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzistan. *Iran Social Psychiatry*, 4, 137-143.
- Bash, K. W., & Bash-Liechti, J. (1973). Psychological testing and psychiatric morbidity in Iran. *International Mental Health Research News*, 15, 1-2.
- Bridges, K. W., & Goldberg, D. P. (1986). The validation of the GHQ-28 and the use of the MMSE in neurological in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 548-553.
- Byrne, P. (1984). Psychiatric morbidity in a gynecological survey. *British Journal of Psychiatry*, 144, 28-34.

21. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. NFER: Windsor
- Harding, T. W., DeArango, M. V., Baltazar, J., & Climent, C.E. (1980). Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Jalili, A., & Davidian, H. (1984). *Psychiatric disorders* in proceedings 36th Annual Conference of the Indian Psychiatric Society. Ranchi, India.
- Jayasundera, M. G. (1969). Mental health surveys in Ceylon. In W. Caudill, & Lin, T. Y. (Eds.). *Mental health research in Asia and the Pacific*. Honolulu: East - West Center Press.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1988). *Synopsis of psychiatry (8th ed.)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Leighton, A. H. (1963). Psychiatric disorders in west Africa. *American Journal of Psychiatry*, 120, 521-527.
- Lin, T. Y. (1969). Mental disorders in Taiwan, Fifteen years later. In W. Caudill, T. Y. Lin (Eds.). *Mental Health Research in Asia and the Pacific*. Honolulu: East - West Center Press.
- Murphy, J. M., & Leighton, A. H. (1989). Repeated investigations of prevalence: The Stirling County study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, (Suppl. 348) 45-60.
- Paulo, J. R., Folskin, M. F., & Gordon, B. (1980). Psychiatric screening on a neurological ward. *Psychological Medicine*, 125-132.
- Penayo, U., Kullgren, G., & Galdera, T. (1990). Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 82-85.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Orvaschel, H. (1985). The Diagnostic Interview Schedule. In Eaton, W. W., Kessler, L. G. (Eds.). *Epidemiologic field methods in psychiatry: The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program*. Orlando, FL: Academic Press.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sartorius, N. (1989). Translating mental concepts into programmes. *International Journal of Mental Health*, 18, 55-71.
- Sartorius, N. (1993). WHO's work on the epidemiology of mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 147-155.
- Shamasundar, C., Krishna Murthy, S., Om Prakash, Prabhakar, N., & Subbakrishna, D. K. (1986). Psychiatric morbidity in general practice in an Indian city. *British Medical Journal*, 292, 1713-1714.
- Shepherd, M., Williams, P., Wilkinson, G. (1989). *The scope of epidemiological psychiatry*. New York: Routledge.
- Sriram, T. G., Chandrashekar, C. R., Isaac, M. K., & Shanmugham, V. (1989). The General Health Questionnaire (GHQ). *Social Psychiatry and*

*Psychiatric Epidemiology*, 24,317-320.

Srole, L., & Fischer, A.K.(1989). Changing lives and well-being:The Midtown Manhattan Panel study 1954-1976. *Acta Psychitrica Scandinavica*, 79 (suppl. 348),35-44.

Stromgren,E.(1989). Psychiatric epidemiology scope and principles.*Acta Psychiatrica Scandinavica*, (Suplement, 348), 7-10.

Tarnapolsky, A., Hand, D. J., & Mclean, E. K. (1979). Validity and uses of screening questionnaire (GHQ) in the community. *British Journal of Psychiatry*, 134, 508-515.

Vieweg, B. W., & Hodlund, J. L. (1983). The General Health Questionnaire (GHQ) a comprehensive review. *Journal of Operat Psychiatry*, 14,74-81.

WHO (1975a). Organization of mental health services in developing countries. Geneva: WHO.

WHO(1975b).Mental health services in the developing countries. *WHO Chronicle*, 29, 231-235.

WHO (1984a). *Mental health care in developing countries: A critical appraisal of research findings*. Geneva :WHO.

WHO (1984b). *Health planing and management glossary*. India: WHO.

## اولین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان

بخش روانپزشکی کودک و نوجوان دانشگاه علوم پزشکی تهران با همکاری مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، مؤسسه مطالعات علوم شناختی و دانشگاه علوم بهزیستی کشور اقدام به برگزاری اولین همایش بین المللی روانپزشکی کودک و نوجوان از تاریخ هفتم لغایت دهم اردیبهشت ماه ۱۳۸۱ در محل دفتر مطالعات سیاسی و بین المللی تهران نموده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر با دبیرخانه همایش با شماره تلفن ۸۸۰۲۰۶۳ تماس حاصل فرمائید.

آدرس دبیرخانه: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از زرتشت شرقی، کوچه پزشک پور، پلاک ۱۷

کد پستی: ۱۵۹۴۸ فاکس: ۸۹۰۰۵۲۶