

## بسمه تعالی

### فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

### گزارش رصد میزان بروز اختلالات روانی

مروری بر وضعیت بروز اختلالات روانی در ایران، پیامدها، علل و مداخلات حال و آینده

دکتر احمدعلی نوربالا<sup>۱</sup>، دکتر بهزاد دمازی<sup>۲</sup>، دکتر سهند ریاضی<sup>۳</sup>

۱- متخصص روان پزشکی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دستیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده:

**سابقه و هدف:** سلامت روان یکی از موضوعات مهم و تاثیر گذار جدی در نظام سلامت می باشد که در همه دنیا و از جمله ایران مورد غفلت نسبی قرار گرفته است. در بسیاری از کشورها، رصد شیوع و بروز اختلالات روانی به صورت مرتب در طی دوره های مختلف انجام می گیرد. از آنجایی که تا کنون در کشور ما مطالعه ای جهت تعیین روند شیوع و بروز این اختلالات انجام نشده، هدف از انجام مطالعه حاضر تدوین گزارشی از روند میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور بر اساس مطالعات گذشته جهت ارائه به ذینفعان و سیاستگذاران می باشد.

**روش بررسی:** در پژوهش حاضر به منظور بررسی مستندات و مقالات موجود از جستجو در موتور های جستجوگر استفاده شده است. مقالات بدست آمده سپس با یکدیگر مقایسه شده اند و روند میزان شیوع اختلالات روانپزشکی بر این اساس استخراج شده است.

**یافته ها:** تا کنون به منظور تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی در سطح کشور سه مطالعه اپیدمیولوژیک با سه ابزار مختلف صورت گرفته است. در این سه مطالعه که در سال های ۱۳۷۸، ۱۳۸۰ و ۱۳۹۰ انجام شده، شیوع اختلالات روانی به ترتیب ۲۱، ۱۷/۱۰ و ۲۳/۶ درصد برآورد شده است. اما به دلیل وجود تفاوت در جامعه هدف و ابزار استفاده شده در این مطالعات، مقایسه بین آنها با اشکالاتی همراه بود به همین دلیل به منظور استخراج روند اختلالات روانپزشکی از مطالعات انجام شده با ابزار و جامعه هدف یکسان در شهر تهران در سالهای ۱۳۷۸، ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰ نیز استفاده شد که در این مطالعات شیوع اختلالات به ترتیب ۲۱/۵، ۳۴/۲ و ۳۹/۵۶ درصد بود.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج مطالعات انجام گرفته در کشور اینطور به نظر می رسد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی به صورتی قابل تامل رو به افزایش است. لذا لازم است، ضمن شناخت علل و عوامل موثر در این افزایش، هر چه سریعتر راهکارها و تدابیر مناسبی جهت مقابله با آن اتخاذ گردد.

**کلمات کلیدی:** سلامت روان، اختلالات روانپزشکی، پیمایش کشوری

## مقدمه:

**تعریف سلامت:** در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی "سلامت" به عنوان "نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت" بلکه "حالت بهینه خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی" تعریف شده است.

**تعریف سلامت روانی:** مفهوم سلامت روانی از نظر سازمان بهداشت جهانی چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و شامل این موارد است:<sup>۱</sup> خوب بودن ذهنی<sup>a</sup>، ادراک خود کار آمدی<sup>b</sup>، استقلال و خود مختاری<sup>c</sup>، کفایت و شایستگی<sup>d</sup>، وابستگی بین نسلی<sup>e</sup> و خود شکوفایی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی<sup>f</sup>.

**تعریف اختلال روانی:** حالات قابل توجه بالینی که با تغییرات در تفکر، خلق و هیجان و یا رفتار مشخص باشد و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد به عنوان اختلال رفتاری و روانی نامیده می شود. این تغییرات در محدوده طیف هنجار جامعه قرار نمی گیرند، بلکه به صورت واضح غیرعادی و پدیده بیمار گونه است و مداوم یا عودکننده می باشد.

اختلالات روانپزشکی شیوع بالا و بار قابل ملاحظه ای در بین بیماریهای طبی دارند. در حدود ۹۱۹ میلیون نفر در جهان از اختلالات روان پزشکی رنج می برند و بر طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، یک نفر از هر چهار نفر در جهان در طول زندگی به یکی از اختلالات روان پزشکی مبتلا خواهد شد و در هر زمان حدود ۱۹ درصد از جمعیت بزرگسال به اختلالات روانی مبتلا هستند.<sup>۲</sup> بر اساس گزارش برنامه شکاف در بهداشت روان سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، ۱۴ درصد از بار کلی بیماریها مربوط به اختلالات روانی، عصبی و سوء مصرف مواد می باشد که تقریباً سه چهارم از بار این بیماریها مربوط به کشورهای با درآمد کم و متوسط است.<sup>۳</sup>

بر اساس پژوهش های انجام شده در کشور ایران، اختلالات رفتاری و روانی در سال ۱۳۸۲ رتبه دوم بار بیماریها را پس از حوادث عمدی و غیر عمدی به خود اختصاص داده بود و ۱۶ درصد از کل بار بیماریها به دلیل این اختلالات محاسبه شده بود<sup>۴</sup> و در مطالعه انجام شده دیگری در سال ۱۳۸۴، بار بیماریهای مربوط به اختلالات رفتاری و روانی به میزان ۱۴ درصد گزارش گردیده است.<sup>۵</sup>

نتایج پژوهش های سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که اختلالات روانی در کشورهای جهان شایع هستند. شیوع اختلال روانی مادام العمر در میان بیش از یک سوم از پاسخ دهندگان در بررسی سال ۲۰۱۲ سازمان بهداشت جهانی در ۵ کشور (کلمبیا، فرانسه، نیوزیلند، اوکراین و ایالات متحده ی آمریکا)، و بیش از یک چهارم در ۶ کشور (بلژیک، آلمان، لبنان، مکزیک، هلند و آفریقای جنوبی)، و بیش از یک ششم در ۴ کشور (اسرائیل، ایتالیا، ژاپن و اسپانیا) یافت شد. دو کشور باقی مانده یعنی، چین (۱۳/۲٪) و نیجریه (۱۲٪) شیوع قابل ملاحظه ی پایین تری را که به احتمال زیاد همراه با بی طرفی نبوده است برآورد شده است.<sup>۶</sup> علیرغم شیوع نسبتاً بالای

<sup>a</sup> - subjective well-being

<sup>b</sup> - perceived self-efficacy

<sup>c</sup> - autonomy

<sup>d</sup> - competence

<sup>e</sup> - intergenerational dependence

<sup>f</sup> - self-actualization of one's intellectual and emotional potential

اختلالات روانی، بر اساس اطلس سلامت روان سال ۲۰۱۱ سازمان بهداشت جهانی، تنها ۶۰ درصد کشورهای جهان دارای سیاست ها، ۷۱ درصد دارای برنامه ها و ۵۹ درصد دارای قوانین مربوط به سلامت روان هستند.<sup>۷</sup>

از آنجایی که تا کنون در کشور ایران، مطالعه ای جهت تعیین روند شیوع و بروز این اختلالات انجام نشده، هدف از پژوهش حاضر آن است که با جمع بندی مطالعات انجام شده در کشور در مورد بروز و شیوع اختلالات روانپزشکی، گزارشی از روند میزان شیوع این اختلالات جهت ارائه به ذینفعان و سیاستگذاران حوزه سلامت تهیه گردد.

## مواد و روش ها:

جهت بررسی مستندات و مقالات موجود با استفاده از کلیدواژه های مناسب، یک جستجو در موتور های جستجوگر [www.irandoc.ac.ir](http://www.irandoc.ac.ir) و [medlib.ir](http://medlib.ir) و [magiran.com](http://magiran.com) و پایگاه های داده [google.com](http://google.com) و [scholar.google.com](http://scholar.google.com) و [iranmedex.com](http://iranmedex.com) و [sid.ir](http://sid.ir) و [pubmed.org](http://pubmed.org) و [sciencedirect.com](http://sciencedirect.com) انجام شده و کلیه مطالعاتی که به بررسی شیوع و بروز اختلالات روانپزشکی در کل کشور پرداخته بودند استخراج گردید. از آنجایی که تاکنون تنها سه مطالعه به بررسی شیوع کشوری اختلالات روانپزشکی پرداخته بودند و علاوه بر آن به دلیل وجود تفاوت در جامعه هدف و ابزار استفاده شده در این مطالعات که مقایسه بین آنها را با مشکل مواجه می کرد، تصمیم گرفته شد تا دامنه جستجو وسیعتر شده و از مطالعاتی که جمعیت هدف آن ها کل کشور نبود و همچنین از مستندات معتبر چاپ نشده نیز استفاده گردد.

## یافته ها:

تا قبل از سال ۱۳۷۸ مطالعات گسترده و جامعی در مورد شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور انجام نگرفته و بررسی ها تنها محدود به یک جمعیت خاص بوده است. این مطالعات را می توان بر اساس زمان انجام آنها به دو دوره تقسیم نمود: دوره اول شامل مطالعاتی است که در زمان قبل از انقلاب اسلامی در طول یک دهه از سال ۱۳۴۱ تا ۱۳۵۰ در ایران انجام شده است و میزان شیوع اختلالات روانپزشکی را بین ۱۱/۹ تا ۱۸/۶ درصد گزارش نموده اند.<sup>۱۱،۱۰،۹،۸</sup> دوره دوم مطالعاتی را شامل می شود که از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۸ در کشور انجام گرفته و میزان شیوع اختلالات در آنها از ۱۲/۵ تا ۳۰/۲ درصد متغیر بوده است.<sup>۲،۳،۱۳،۱۴،۱۵،۱۶،۱۷،۱۸،۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴</sup> (جدول شماره ۱)

این مطالعات علاوه بر آنکه تنها یک جمعیت خاص را پوشش می دادند از نظر ابزار مورد استفاده و روش انجام مطالعه نیز دارای اشکالاتی بودند. به عنوان مثال براساس مطالعه انجام شده توسط شریفی و همکاران نشان داده شد که از میان پژوهشهای مربوط به شیوع کلی اختلالهای روانپزشکی که از سال ۱۳۷۱ تا ۱۳۸۴ در کشور انجام گرفته بود، تنها در ۴۳ مورد آنها از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شده بود و از این تعداد نیز، تنها در نزدیک ۴۰ درصد پژوهشها، ویژگیهای نمونه مورد بررسی معرف ویژگیهای جامعه هدف بود و در بیش از ۲۵ درصد از آنها، روایی و پایایی نسخه فارسی ابزارهای مورد استفاده بررسی یا گزارش نشده بود و در کل، تنها

نزدیک به یک سوم از این پژوهشها از کیفیت مناسب (نمونه گیری تصادفی، کاربرد ابزارهای روا و پایا و نمونه معرف جامعه هدف) برخوردار بودند.<sup>۲۵</sup>

از سال ۱۳۷۸ تا کنون سه مطالعه اپیدمیولوژیک جامع با استفاده از ابزار قابل اطمینان به منظور تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی در سطح کشور صورت گرفته است (جدول شماره ۲). اولین مطالعه گسترده کشوری توسط نوربالا و همکاران در سال ۱۳۷۸ در قالب طرح ملی سلامت و بیماری انجام شده است.<sup>۲۶</sup> در این مطالعه به منظور بررسی سلامت روان، ۳۵۰۱۴ نفر معادل یک هزارم خانوارهای کشور به روش نمونه گیری تصادفی از بین افراد ۱۵ سال و بالاتر خانوارهای ساکن در مناطق روستایی و شهری استان های کشور انتخاب شدند و شیوع علائم روانی در آنها با استفاده از پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی GHQ-28<sup>a</sup> مورد بررسی قرار گرفت.

در طرح فوق به منظور نمره گذاری پرسشنامه از شیوه سنتی استفاده شده بود که در آن گزینه ها به صورت (۰-۱-۱) نمره گذاری می شوند و حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر ۲۸ خواهد بود. جهت تعیین نمره برش، مطالعه ای جداگانه با مراجعه مجدد به یک زیرگروه ۸۷۹ نفری از افراد و با مصاحبه بالینی روانپزشکی طبق ملاک های DSM-IV انجام گرفت که نتایج این مطالعه نشان داد که با روش نمره گذاری سنتی، نمره برش ۶ نمره مناسبی است.<sup>24</sup>

نتایج طرح فوق با استفاده از نمره برش ۶ بیانگر آن بود که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه (۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان) دارای علائم بیماری های روانی بوده اند. میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در مناطق روستایی، ۲۱/۳ درصد و در مناطق شهری ۲۰/۹ درصد بود. بالاترین میزان شیوع اختلالات روانی در کشور مربوط به استان های چهارمحال و بختیاری و گلستان به ترتیب با ۳۸/۹ و ۳۷/۳ درصد و پایین ترین میزان مربوط به استان یزد با ۱۱/۷ درصد بود همچنین شیوع اختلالات روانپزشکی در استان تهران ۲۱/۵ درصد گزارش گردید که تقریباً برابر با میانگین شیوع کشوری بود. شیوع علائم افسردگی و اضطراب بیش از علائم اختلال جسمانی سازی و اختلال عملکرد اجتماعی بود. همچنین در پژوهش فوق در مصاحبه بالینی انجام شده توسط پزشکان عمومی، ۱/۴ درصد افراد ساکن در خانوارهای مورد مطالعه دچار عقب ماندگی ذهنی، ۱/۲ درصد مبتلا به صرع و ۰/۶ درصد دچار اختلالات سایکوتیک بودند. علاوه بر آن یافته های این پژوهش نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد مطلقه و بیوه (۴۲/۴ درصد)، بیش از افراد متأهل (۲۰/۵ درصد) و مجرد (۱۸ درصد) بود و همچنین، شیوع این اختلالات در زنان خانه دار بیش از سایر گروه های شغلی و در بیسوادان بیش از افراد دارای تحصیلات بود.

دومین مطالعه کشوری در سال ۱۳۸۰ توسط محمدی و همکاران انجام شده است.<sup>۲۷</sup> جامعه آماری در این مطالعه افراد ۱۸ سال و بالاتر بودند. در این مطالعه ۲۵۱۸۰ نفر به شیوه نمونه گیری تصادفی سیستماتیک و خوشه ای از بین خانوارهای موجود در کشور انتخاب گردیدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)<sup>b</sup> بود که مجموعه ای از سوالات

<sup>a</sup> - General Health Questionnaire-28

<sup>b</sup> - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

پیرامون صرع، زوال عقل، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات تجزیه ای و اختلال استرس پس از رویداد آسیب زا (PTSD) بر اساس DSM-IV به آن اضافه شده بود و پرسش نامه نهایی حاوی ۹۰۴ سوال بود. در پژوهش فوق شیوع انواع اختلالات روانپزشکی ۱۷/۱۰ درصد (۸۶/۱۰ درصد در مردان و ۲۳/۴ درصد در زنان) بود. شیوع اختلالات خلقی ۴/۳۵ درصد، شیوع انواع اختلالات سایکوتیک ۰/۸۹ درصد، شیوع انواع اختلالات اضطرابی ۸/۳۱ درصد و شیوع انواع اختلالات عصبی-شناختی ۲/۷۸ درصد و شیوع انواع اختلالات تجزیه ای ۰/۷۷ درصد بوده است. میزان شیوع در مناطق شهری ۱۲/۵۹ درصد و در مناطق روستایی ۹/۳۶ درصد بوده است. از لحاظ و وضعیت تاهل در این مطالعه شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد طلاق گرفته یا جدا شده ۲۲/۳۱ درصد، افراد مجرد ۸/۷۴ درصد و افراد متأهل ۱۱/۳۱ درصد بوده است. در این مطالعه بالاترین میزان شیوع اختلالات روانپزشکی مربوط به افراد بیسواد با ۱۳/۸۰ درصد و تحصیلات ابتدایی با ۱۱/۶۸ درصد بوده است. از نظر شغل بالاترین میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در مردان مربوط به مردان بیکار با ۱۲/۰۵ درصد و زنان خانه دار با ۱۵/۴۸ درصد بود.

سومین مطالعه کشوری در سال ۱۳۹۰ توسط رحیمی و همکاران بر روی ۷۸۸۶ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۴ سال ایرانی ساکن کشور که بر اساس نمونه گیری تصادفی سه مرحله ای انتخاب شده بودند، انجام شد.<sup>۲۸</sup> ابزارهای مورد استفاده جهت غربالگری اختلالات روانی در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI)<sup>a</sup>، مقیاس ناتوانی شیهان، پرسشنامه طیف اختلالات خلقی (MDQ) و پرسشنامه های غربالگری خودکشی و پرخاشگری. همچنین نیمی از نمونه ها به طور تصادفی به پرسشنامه غربالگری مصرف مواد و اختلالات جنسی و نیم دیگر به پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 با روش نمره گذاری لیکرت نیز به صورت خودایفا پاسخ دادند. در روش لیکرت گزینه ها به صورت (۳-۲-۱-۰) نمره گذاری می شوند و حداکثر نمره آزمودنی برابر با ۸۴ خواهد بود. همچنین در پژوهش فوق در افرادی که در غربالگری اولیه از نظر سایکوز مشکوک تشخیص داده شدند، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID) نیز به صورت تلفنی توسط روانپزشک انجام گردید. بر اساس نتایج مطالعه فوق ۲۳/۶ درصد از افراد کشور (۲۰/۸ درصد مردان و ۲۶/۵ درصد زنان) دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی بودند. شایعترین گروه اختلالات روانپزشکی به ترتیب اختلالات اضطرابی (۱۵/۶ درصد) و خلقی (۱۴/۶ درصد) بود. شایعترین اختلال در بین کل بیماریها، اختلال افسردگی اساسی (۱۲/۷ درصد) بود. همچنین بر اساس نتایج مطالعه فوق ۶/۲ درصد افراد طی یکسال قبل از بررسی افکار خودکشی داشته اند، ۴/۰۴ درصد نقشه مشخصی برای خودکشی داشتند و ۱/۳ درصد اقدام به خودکشی کرده بودند. علاوه بر آن بر اساس این پیمایش شیوع هرگونه اختلال سایکوتیک در طول عمر یک درصد، شیوع اختلالات سایکوتیک اولیه ۰/۷ درصد و شیوع ۱۲ ماهه اختلالات سایکوتیک ۰/۵۵ درصد بود. در این مطالعه شیوع ابتلا به هرگونه اختلال روانپزشکی در ساکنین مناطق شهری بیش از مناطق روستایی بود. بیشترین شیوع در گروه سنی ۴۴-۴۰ سال و کمترین شیوع در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال بود. بررسی شیوع ابتلا به

<sup>a</sup> - Composite International Diagnostic Interview

اختلال روانپزشکی بر حسب وضعیت تاهل نشان داد که شیوع اختلال در افراد مجرد از سایر گروه ها کمتر بود. از نظر تحصیلات بیشترین شیوع ابتلا در گروه بیسواد و کمترین شیوع در گروه دارای تحصیلات دانشگاهی بود. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که شیوع ابتلا به هر گونه اختلال روانپزشکی در طی ۱۲ ماه گذشته در افراد بیکار و خانه دار بطور معناداری بیشتر از افراد شاغل است. همچنین در مطالعه فوق با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 و حجم نمونه ۸۸۸ نفر با روش نمره گذاری لیکرت بر اساس نقطه برش ۲۳ شیوع دیسترس روانی در طی ماه گذشته ۲۲/۷ درصد (۲۸/۲ درصد در زنان و ۱۷/۴ درصد در مردان) و بر اساس نقطه برش ۲۴ و حجم نمونه ۸۲۰ نفر شیوع دیسترس روانی ۲۰/۸ درصد (۲۵/۷ درصد در زنان و ۱۵/۹ درصد در مردان) بدست آمد.

## بحث:

وجود تفاوت در نتایج بدست آمده در سه مطالعه کشوری را می توان به روش و ابزارهای مورد استفاده برای غربالگری و تشخیص اختلالات روانی و همچنین اختلاف در جامعه آماری مطالعات مربوط دانست. به عنوان مثال از آنجا که GHQ-28 یک ابزار غربالگری است، ممکن است رقم شیوع بیشتری را نسبت به ابزارهای تشخیصی مانند CIDI یا SADS گزارش کند اما از سوی دیگر، با توجه به آنکه پرسشنامه GHQ-28 شیوع در یک ماه اخیر را می سنجد، می تواند رقم شیوع را نسبت به ابزارهایی مانند CIDI که شیوع در ۱۲ ماه اخیر و SADS که شیوع در کل طول عمر را بررسی می کنند پایین تر نشان دهد. علاوه بر آن نتایج مطالعه انجام شده توسط نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) و رحیمی و همکاران (۱۳۹۰) با این که در هر دو از پرسشنامه GHQ-28 استفاده شده بود، به دلیل تفاوت در روش نمره گذاری با یکدیگر قابل مقایسه نیستند. به این ترتیب از روی نتایج این مطالعات به طور دقیق نمی توان درباره روند اختلالات روانی و کاهش یا افزایش میزان شیوع آن اظهار نظر نمود.

اما تا کنون سه مطالعه جهت بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در تهران در جامعه آماری یکسان (افراد ۱۵ سال به بالا) و با استفاده از پرسشنامه یکسان (پرسشنامه GHQ-28) با روش نمره گذاری یکسان سنتی انجام شده اند (جدول شماره ۳) و با توجه به اینکه در مطالعه کشوری سال ۱۳۷۸ شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران (۲۱/۵ درصد) بسیار نزدیک به میانگین کل کشور (۲۱ درصد) بود، شیوع این اختلالات در شهر تهران می تواند تا حدی بیان کننده شیوع آنها در کل کشور باشد.

در اولین مطالعه که در سال ۱۳۷۸ در تهران توسط نوربالا و همکاران با حجم نمونه ۵۵۶۰ نفر انجام گرفت، شیوع اختلالات روانپزشکی ۲۱/۵ درصد (۲۷/۶ درصد در زنان و ۱۴/۹ درصد در مردان) بود.<sup>۲۹</sup> در مطالعه دوم که در سال ۱۳۸۷ توسط نوربالا و همکاران به عنوان بخشی از پروژه سنجش عدالت در شهر تهران، با حجم نمونه ۱۹۳۷۰ نفر انجام گردید، شیوع این اختلالات ۳۴/۲ درصد (۳۷/۹ درصد در زنان و ۲۸/۶ درصد در مردان) گزارش گردید.<sup>۳۰</sup> و مطالعه سوم که توسط نوربالا و همکاران در سال ۱۳۹۰ در قالب دور دوم طرح سنجش عدالت در شهر تهران با حجم نمونه ۲۰۵۸۹ نفر انجام گرفت شیوع این اختلالات را ۳۹/۶ درصد (۴۲/۴ درصد در زنان و ۳۶/۴ درصد در مردان) نشان داد. (چاپ نشده)

با توجه به یکسان بودن جامعه آماری و ابزار استفاده شده در این سه مطالعه و مقایسه نتایج این مطالعات با سایر کشورها، می توان این گونه نتیجه گیری نمود که شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور طی سالهای اخیر، متأسفانه روندی صعودی داشته است. علاوه بر آن آمار اختلالهای روانی در ایران در مقایسه با مطالعات کشوری در سایر کشورهای جهان که در آنها از پرسشنامه مشابه استفاده شده بود، بالاتر می باشد. به عنوان مثال مقایسه نتایج مطالعه کشوری سال ۱۳۸۰ با پیمایش جهانی سلامت روان که در ۱۴ کشور جهان شامل مکزیک، کلمبیا، ایالات متحده فرانسه، اسپانیا، هلند، اوکراین، ایتالیا، آلمان، بلژیک، لبنان، نیجریه، چین و ژاپن بین سال های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۳ با پرسشنامه یکسان (نسخه سوم GIDI) انجام شده است<sup>۳۱</sup>، نشان می دهد که شیوع اختلالات روانی در کشور ما از تمامی این کشورها بجز آمریکا که در آن شیوع ۲۶/۴ درصد گزارش شده بیشتر بود. همچنین در مطالعه ای که در کشور انگلستان به بررسی روند شیوع اختلالات روانی با استفاده از پرسشنامه GHQ-12 پرداخته بود، شیوع این اختلالات از ۱۳/۷ درصد در سال ۲۰۰۸ به ۱۶/۴ درصد در سال ۲۰۰۹ و ۱۵/۵ درصد در سال ۲۰۱۰ رسیده بود.<sup>۳۲</sup> علاوه بر آن بر اساس مطالعه کشوری سال ۲۰۱۰ در کشور سنگاپور که با استفاده از پرسشنامه GHQ-12 انجام گرفته بود، شیوع اختلالات روانی در جمعیت ۱۸ تا ۶۹ ساله، ۱۲/۹ درصد (۱۴/۱ درصد در زنان و ۱۱/۵ درصد در زنان بود).<sup>۳۳</sup> به علاوه شیوع ۳۹/۵۶ اختلالات روانی در شهر تهران نیز درصد نیز رقم بسیار قابل توجه و نگران کننده ای محسوب می شود.

از علل و عوامل موثر در روند شیوع اختلالات روانی در کشور می توان موارد زیر را برشمرد:

۱ - بر پایه اظهار نظر کمیسیون تعیین کننده عوامل روانی- اجتماعی سلامت سازمان جهانی بهداشت، نزدیک به ۸۵ درصد عوامل تأثیرگذار بر سامانه سلامت، به جز عوامل زیستی و ژنتیک است<sup>۳۴</sup> بنابراین به نظر میرسد نقش عوامل روانی اجتماعی در سبب شناسی شرایط موجود ایران، لازم است بیشتر مورد بررسی و تامل قرار گیرد.

۲ - براساس پیمایش های میدانی و ملی در رابطه با سلامت روان در ایران، افراد متأهل نسبت به افراد مجرد، برخلاف انتظار، به دلایل گوناگون از سلامت روانی بهتری برخوردار نیستند، موضوعی که جای فکر و نگرانی دارد. مطابق آمار سازمان ثبت احوال کشور تعداد ازدواج های ثبت شده در سال ۱۳۹۱ نسبت به سال ۱۳۹۰، ۵/۱ درصد کاهش و تعداد طلاق ۵/۲ درصد افزایش داشته و در سال ۱۳۹۱ به ازای هر ۵/۵ مورد ازدواج یک مورد طلاق ثبت شده است.<sup>۳۵ و ۳۶</sup> این سیر فزاینده آمار طلاق، در کشور نگران کننده می باشد و در عین حال نشانگر وجود مشکل و آسیب در خانواده و دست کم اختلال در روابط میان فردی خانواده ها، در ایران است.

۳ - ناپایداری در ساختارها، مدیریتها، ارزشها و تصمیم گیریها در ایران که موارد بسیاری از آنها در تاریخ پس از انقلاب اسلامی به روشنی به چشم می خورد می تواند از عوامل بروز نگرانی مستمر و سبب ساز احتمالی اختلالات روانی باشد.

۴- به نظر برخی صاحب نظران، جامعه ایرانی، جامعه ای هیجانی، نگران، غمگین، حرمت شکن، غیرقابل پیش بینی و به تعبیر برخی بزرگان و مسئولان، قانون گریز و نظارت ناپذیر است، که همگی از عوامل خطر بروز اختلال روانی و بیماریهای روان- تنی است.

۵- نبود برنامه ای جامع در حوزه سلامت روان در سطح شهری تاکنون، زیرا خدمات محدود سلامت روان فقط در شبکه بهداشتی و در مناطق روستایی ارائه شده و در شهرها که اکثر جمعیت کشور را در خود جای داده اند، به غیر از رشد روانپزشکان و روان شناسان عملاً اقدام مستقیم دیگری در حوزه سلامت روانی انجام نشده است.

راهکارهای بهبود وضعیت موجود و آنچه که لازم است مورد توجه قرار گیرد در سه سطح اول و دوم و سوم پیشگیری و همچنین وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و فرهنگستان علوم پزشکی در این زمینه را می توان به طور خلاصه بدین صورت جمع بندی نمود:<sup>۳۷</sup>

#### الف: راهبرد های اختصاصی پیشگیری اولیه سلامت روان:

- ۱- انجام مطالعات نیاز سنجی دوره ای به منظور به روز نمودن اولویت های ارتقای سلامت روان جامعه.
- ۲- آموزش و آگاه سازی عموم مردم در زمینه سلامت روان.
- ۳- تقویت مهارت های مرتبط با سلامت روان از جمله مهارت های زندگی، مهارت های فرزندپروری، مهارت های شغلی و مهارت های زندگی سالم.
- ۴- ایجاد و تقویت سیستم های حمایت اجتماعی.
- ۵- مداخلات اجتماعی در جهت کاهش استرس و ارتقای سلامت روان.
- ۶- تاب آوری فردی<sup>a</sup>
- ۷- تقویت شبکه های ارتباطی محله ای، مشارکت شهروندان و فعالیت های محله ای<sup>b</sup>
- ۸- توانمند سازی اجتماعی<sup>c</sup>
- ۹- مداخله در بحران برای وضعیت هائی نظیر: طلاق، جدائی، بلایا و آسیب های دیگر.
- ۱۰- کنترل عوامل خطر شناخته شده در برخی مشکلات و بیماری ها مثل: خودکشی، خشونت، اعتیاد، صرع، عقب ماندگی ذهنی و....
- ۱۱- پیشگیری از کودک آزاری و دیگر خشونت های خانگی.
- ۱۲- مدافعه گری<sup>d</sup> از کلیه برنامه های مرتبط با سلامت روان.
- ۱۳- جلوگیری از بروز و مدیریت علمی در مورد تنش های خانوادگی و اجتماعی.
- ۱۴- پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش های ضروری ذیربط.
- ۱۵- مورد نظر قرار دادن برنامه های سلامت روان در مقاطع مختلف تحصیلی اعم از آموزش و پرورش و آموزش عالی

<sup>a</sup> - Personal Resilience

<sup>b</sup> - Community Action

<sup>c</sup> - Social Empowerment

<sup>d</sup> - Advocacy



۱۶- مورد نظر قرار دادن برنامه های سلامت روان برای برخی از گروههای اجتماعی آسیب پذیر ابتلا به اختلالات روانی از قبیل زنان، سالمندان، افراد فقیر، بیکاران، مبتلایان به بیماری های مزمن جسمی (دیابت، بیماران مزمن قلبی، کلیوی، ریوی، ایدز...)، سانه دیدگان، آوارگان، اقلیت های قومی، افراد فروخته شده (قاچاق انسان)، روسپی ها و افراد دارای معلولیت.

### ب: راهبرد های اختصاصی پیشگیری ثانویه سلامت روان:

- ۱- توسعه کمی و کیفی طرح ادغام بهداشت روان در سیستم مراقبت های اولیه<sup>a</sup> در روستاها به منظور غربالگری، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران روانی، حتی المقدور به صورت رایگان و یا با هزینه ناچیز و پوشش بیمه ای
- ۲- توسعه کمی و کیفی طرح بهداشت روان شهرها از طریق رابطین بهداشتی.
- ۳- توسعه کمی و کیفی مراکز ارائه خدمات سرپائی و بستری بیماران روانپزشکی.
- ۴- پوشش بیمه ای خدمات روانپزشکی سرپائی و بستری، اعم از بیمه های دولتی، خصوصی و تکمیلی
- ۵- عزم عمومی و ملی، جهت انگ زدائی از اختلالات روانی و بیماران روانی.
- ۶- اجرائی نمودن تخصیص ۱۰٪ از تخت های بیمارستان های عمومی به بیماران روانی و گسترش روانپزشکی رابط- مشاور و بخش های روان تنی در بیمارستان های عمومی
- ۷- تامین دارو و تجهیزات مناسب با نیاز ارائه خدمات روانپزشکی به روز
- ۸- افزایش سهم اعتباری بودجه بهداشت روان از بودجه بهداشت و درمان کل کشور.
- ۹- تامین نیروی انسانی مورد نیاز تیم بهداشت روان در سطوح مختلف تخصصی تا رسیدن به استاندارد جهانی.
- ۱۰- ساماندهی خدمات روان شناختی و مشاوره با هماهنگی مراجع ذیربط
- ۱۱- ارتقاء کمی و کیفی آموزش روانپزشکی و علوم رفتاری در دوره دانشجویی، کورزی و تخصصی.
- ۱۲- انجام مطالعات دوره ای مربوط به بروز و شیوع اختلالات روانی و اعلان روند این اختلال ها به صورت مستمر به مسولین و مردم
- ۱۳- ادغام کردن سلامت روان در خدمات قبل و بعد از فوریت ها
- ۱۴- مورد نظر قرار دادن برنامه سلامت روان در بلایا، حوادث و سوانح طبیعی و دست ساز بشر

### ج: راهبرد های اختصاصی پیشگیری ثالثیه سلامت روان:

- ۱- ایجاد و گسترش مراکز درمان روزانه<sup>b</sup> برای بیماران روانی مزمن.
- ۲- توسعه و گسترش ارائه خدمات ویزیت در منزل برای بیماران روانی مزمن.
- ۳- توسعه و گسترش خدمات توانبخشی، کاردرمانی برای بیماران روانی مزمن.
- ۴- آموزش و حمایت مادی و معنوی از خانواده بیماران روانی.

<sup>a</sup> - Primary Health Care (PHC)

<sup>b</sup> - Day Centers

۵- تقویت و گسترش سازمانهای مردم نهاد در امر پیشگیری، درمان و توان بخشی از بیماران روانی.

۶- در نظر گرفتن افراد دارای مشکلات روانی به عنوان گروههای خاص و آسیب پذیر و حمایت از حقوق انسانی و شهروندی آنان

۷- اخذ مشورت و مشارکت دادن بیماران روانی و خانواده آنان در توسعه و بازگرداندن سلامت و نیز عوامل تاثیرگذار بر بروز و شیوع و بازتوانی بیماری .

۸- برخورداری از فرصت های آموزشی جهت ارتقای وضعیت زندگی بیماران روانی

۹- کمک به اشتغال سبک و ساده بیماران روانی به منظور بازتوانی روانی و حمایت بیمه ای و غیره در زمینه مشکلات اقتصادی آنان

**وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در رابطه با تامین، حفظ و ارتقای سلامت روانی:**

به طور خلاصه می توان گفت که سه راهبرد اساسی باید محور عملیات وزارت بهداشت قرار گیرد: بهبود وضعیت فعلی خدمات سلامت روان، ارتقای سواد سلامت روان گروه های مختلف جامعه و سرمایه گذاری در کاهش عوامل خطر سلامت روان و بنابراین پیشنهاد می شود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور موارد زیر را سرلوحه عنایت و پیگیری جدی خود قرار دهد.

۱- عوامل روانی اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت را شناسایی، تعیین محدوده و با موازین بومی و فرهنگی درجه بندی نماید.

۲- تأثیرات جسمی- روانی و حتی اقتصادی عوامل اجتماعی را بر جامعه بررسی نماید.

۳- فراز و فرود و سیر عوامل اجتماعی و تأثیر آن ها را به طور مداوم بررسی نماید

۴- سهم و نقش دستگاه ها و سازمانهای دولتی، بخش خصوصی و غیر دولتی برهم زنده و ارتقا دهنده سلامت روانی اجتماعی را تعیین و به آنها و جامعه اطلاع رسانی نماید.

۵- با فرهنگ سازی دستگاه ها، نهادها و اشخاص برهم زنده سلامت روانی اجتماعی را از تداوم کار باز دارد.

۶- تشکیل گره جلب حمایت کننده و مشورت دهنده در وزارت بهداشت برای تصویب سیاست های عمومی سالم در مورد سلامت روان، مداخله مشورتی در مواقع تنش های اجتماعی، تدوین پیوست های سلامت و همکاری در ارتقای سلامت اجتماعی و معنوی.

۷- تعیین سهم و نقش دستگاه ها و سازمانهای دولتی، بخش خصوصی و غیر دولتی در ارتقای سلامت روان.

۸- تصویب قانون سلامت روان و استقرار و پایش آن.

۹- باز طراحی برنامه های سلامت روان در حیطه های اولویت دار شامل: مهارت های زندگی (بر اساس آموزه های فرهنگ ایرانی و اسلامی)، فرزند پروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی، خشونت (کودک آزاری، همسر آزاری، سالمند آزاری و خشونت اجتماعی)، انگ زدایی، ارتقای سلامت روان در حاشیه شهرها (از جمله ایجاد کلینیک های سیار روانشناسی بالینی و روانپزشکی) و ارتقای سلامت روانی کودکان، نوجوانان و مادران باردار و استقرار آنها.

۱۰- استمرار و تکمیل برنامه ادغام سلامت روان در شبکه های بهداشتی کشور و سایر برنامه های جاری و همچنین بازنگری ساختار ارائه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران بر اساس نتایج حاصل از ارزشیابی ها.

۱۱- جلب و مشارکت برای استفاده از ادبیات و روش مناسب برای ارتقای سواد سلامت روان مردم و انگ زدایی از طریق رسانه های عمومی

۱۲- اجرای برنامه های مدون و هدفدار در هفته بهداشت روان

۱۳- طراحی و اجرای برنامه ارتقای سواد سلامت روان کارکنان نظام سلامت و گروههای مراقبت پزشکی (تغییر در کاریکولوم تا بازآموزی پزشکان عمومی و متخصصان و پرستاران)

۱۴- طراحی راهنماهای بالینی برای پیشگیری، مراقبت، ارجاع و بازتوانی بیماران روانی.

۱۵- برنامه توسعه خدمات تخصصی سلامت روان در قالب نظام درمانی کشور در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان.

۱۶- ارتقای کمی و کیفی خدمات اورژانس های روانپزشکی از جمله طراحی و استقرار راهنماهای مشاوره و مداخله در موارد بحرانی برای مداخلات اورژانس روانی.

۱۷- اعتباربخشی بیمارستان های عمومی، بیمارستان های روانپزشکی و مراکز سلامت روان جامعه نگر، رتبه بندی آنها و استقرار نظام نظارت همتایان و همچنین طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوص مراقب سلامت روان.

۱۸- راه اندازی بیمارستان ویژه بزهکاران دچار بیماریهای روانپزشکی توسط دستگاه قضایی

۱۹- طراحی و اجرای برنامه های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماریهای مزمن روانی.

۲۰- تدوین و ابلاغ شیوه نامه گروههای خودیار ویژه بیماران روانی و طراحی بسته های آموزشی لازم.

به بیان دیگر وزارت بهداشت، به همان صورت که به آلودگی های زیستی، میکروبی، صوتی و... حساسیت نشان داده، اقدامات بجا و لازم را انجام می دهد، ضرورت دارد نسبت به تنش های روانی- اجتماعی و ناهنجاری های ارتباطی نیز حساس و چاره جو باشد. دولت نه تنها باید سلامت روان را در برنامه های خود مورد نظر قرار دهد بلکه باید تمام بخشهای دولتی با یکدیگر و با مردم در تعامل سازنده باشند.

بنابراین لازم است برای رسیدن به جامعه ای آرام و به دور از تنش، برخوردار از تعادل هیجانی، سرشار از سرور و شادی و پرهیز از غم و خشم افراطی و مراعات کننده جنبه های سالم ارتباطی آحاد افراد بر مبنای اخلاق انسانی و الهی، وزارت بهداشت مشوق، بلکه هدایتگر سیاستگذاران، قانونگذاران، متولیان اجرایی، قضایی، نظامی، انتظامی، امنیتی و ارشادی باشد.

### **وظایف فرهنگستان علوم پزشکی در تامین سلامت روانی:**

۱- ارسال نامه رئیس فرهنگستان به وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر غفلت اساسی در زمینه بهداشت روانی- اجتماعی و ضرورت توجه بیش از پیش به این حوزه برای بهبود ساختار سازمانی، نیروی انسانی، بودجه و اعتبارات به میزان سهم عوامل روانی- اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت جامعه و پیگیری مستمر کارشناسی آن.

۲- ارسال نامه رئیس فرهنگستان به رئیس‌ان محترم سه قوه، مبنی بر توجه به سلامت روانی- اجتماعی و ضرورت حمایت کامل از وزارت بهداشت و سایر متولیان و دلسوزان این حوزه برای اجرایی شدن پیشنهادهای ارائه شده. همچنین مجلس شورای اسلامی به عنوان قانون‌گذار و سیستم قضایی به عنوان مراقبین قانون و ملجا ستمدیدگان و آسیب دیدگان، با ارتقا بخشیدن به کارکرد خود می‌توانند در جهت حمایت از حقوق انسانی بیماران نقش مهمی در آرام سازی و توانمند سازی محیط اجتماعی با هدف کاهش بروز و شیوع و تسریع در بازتوانی بیماران روانی نقش مهمی را ایفاء نمایند.

۳- دیده بانی و بررسی دقیق و کارشناسانه مستمر شاخصهای سلامت روانی- اجتماعی و بازتاب دادن روند مثبت و منفی آن همراه با پیشنهادهای کارشناسی شده به وزارت بهداشت و سایر مسئولان مرتبط با هدف بهبود تدریجی سلامت در این حوزه. سرانجام زمینه سازی برای کاهش نگرانی و ایجاد فضای آزاد و بانشاط، همراه با امنیت و رفاه اجتماعی و برخورداری جامعه از حقوق و کرامت انسانی و قابل پیش بینی، همگی در سطح نخست پیشگیری سلامت روانی- اجتماعی قرار می‌گیرد، موضوعاتی که نادیده گرفته شده است و تدابیری جدی را می‌طلبد.

## نتیجه گیری:

با توجه به وضعیت فعلی کشور از نظر شیوع قابل توجه اختلالات روانپزشکی لازم است اولاً هر چه سریعتر با اسفاده از هم اندیشی صاحب نظران نسبت به شناخت علل و عوامل موثر در افزایش شیوع این اختلالات اقدام گردد ثانیاً شاخص های رصد سلامت روان در کشور به تصویب مقامات ذیربط نظام سلامت کشور برسد ( خوشبختانه شاخص های پیشنهادی سلامت روان توسط مجری این طرح و همکاران در قالب گزارش " طرح پژوهشی، برنامه عملیاتی جهانی سلامت روان، بررسی دیدگاه ها، سیاست ها، برنامه ها و تدوین شاخص های سلامت روان در ایران تدوین گردیده و تقدیم معاونت علمی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی گردیده است) ثالثاً با اتخاذ راهکارهای مناسب (راهکارهای برشمرده در قسمت بحث این گزارش) جهت کنترل و اصلاح وضعیت روند رو به صعود فعلی، گام های موثری برداشته شود. رابعاً با ارزیابی مستمر بر اساس شاخص های مصوب، هرچند مدت یک بار نشانه های روانشناختی و اختلالات روانپزشکی مورد پایش و رصد دقیق قرار گیرد. خامساً توجه به سلامت روان در همه ابعاد از قبیل رصد شیوع اختلالات روانپزشکی و بار آنها، میزان تخصیص اعتبار و نیروی انسانی و سازماندهی تشکیلاتی و مداخلات ضروری و غیره مورد بازبینی اساسی قرار گیرد.

جدول شماره ۱ - خلاصه نتایج مطالعات بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۸

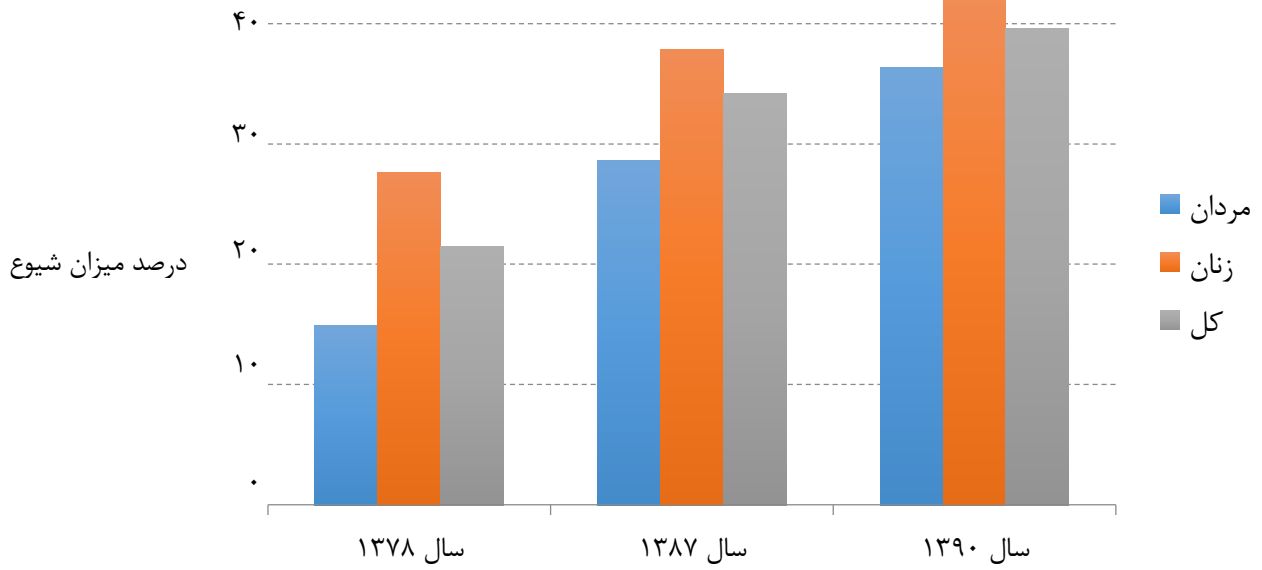
نام محققین	سال بررسی	نوع جمعیت و محل آن	حجم نمونه (نفر)	ابزار پژوهش	درصد میزان شیوع اختلالات روانی		
					زنان	مردان	کل
باش	۱۳۴۲	روستایی شیراز	۴۹۷	مصاحبه بالینی	۱۶/۵	۷/۷	۱۱/۹
باش	۱۳۴۳	روستایی خوزستان	۴۸۲	مصاحبه بالینی	-	-	۱۴/۹
باش	۱۳۴۵	شهری شیراز	۶۲۲	مصاحبه بالینی	۲۲/۴	۱۴/۹	۱۸/۶
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرستان رودسر	۴۸۸	مصاحبه بالینی	-	-	۱۷
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستایی میبد یزد	۴۰۰	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	۴۶۵	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مرودشت فارس	۴۰۷	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	۴۱۵	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۱۸/۲	۷/۴	۱۳/-
حرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	۹۵۰	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	۴۵۰	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۲۶/۲	۷/۹	۱۸/۴
پلاهنگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	۶۱۹	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستایی صومعه سرا گیلان	۶۵۲	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	۶۱۲	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	-	-	۳۰/۲
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	۸۶۹	SCL-90-R و مصاحبه بالینی PSE	۱۸/-	۱۰/-	۱۴/-
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهر اصفهان	۳۲۵۵	GHQ-24 و مصاحبه بالینی DSM-IV	-	-	۱۹/۹
بخشانی و همکاران	۱۳۷۷	شهر زاهدان	۶۴۳	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهر تهران	۸۷۹	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵

جدول ۲ - خلاصه نتایج مطالعات کشوری بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در ایران

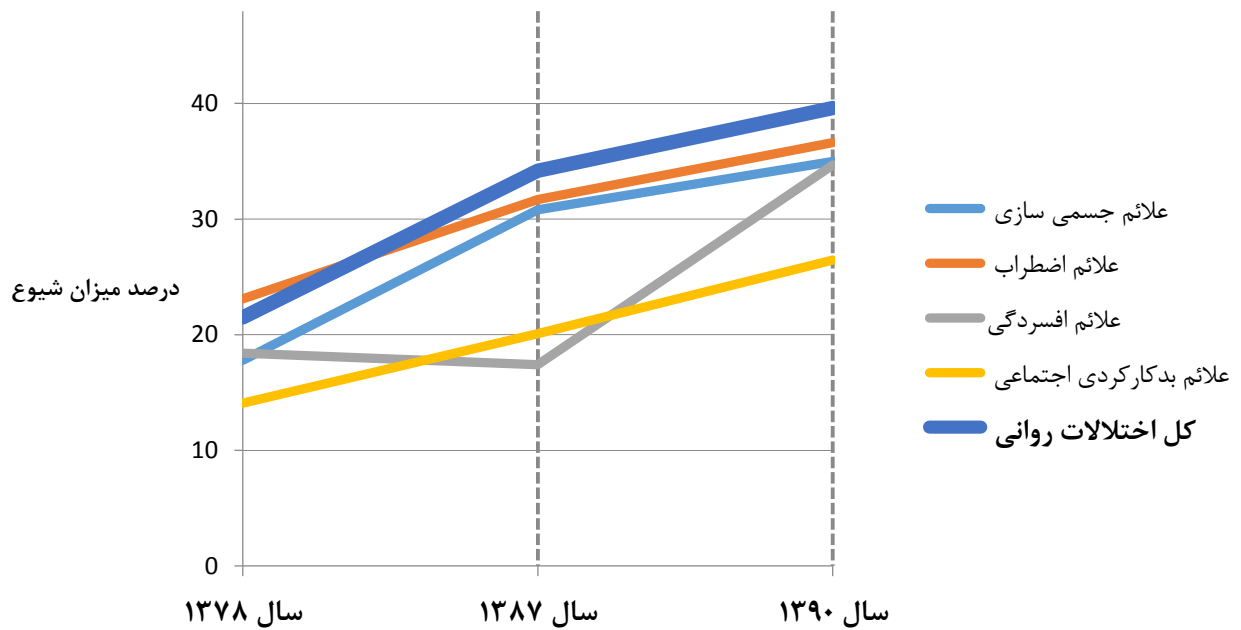
درصد میزان شیوع اختلالات روانی			ابزار پژوهش	حجم نمونه (نفر)	جامعه آماری	سال بررسی	نام محققین
کل	مردان	زنان					
۲۱	۱۴/۹	۲۵/۹	پرسشنامه GHQ-28 با روش نمره گذاری سنتی بر اساس نقطه برش ۶	۳۵۰۱۴	افراد ۱۵ سال به بالا	۱۳۷۸	نوربالا و همکاران
۱۷/۱۰	۱۰/۸۶	۲۳/۴	پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)	۲۵۰۳۶	افراد ۱۸ سال به بالا	۱۳۸۰	محمدی و همکاران
۲۳/۶	۲۰/۸	۲۶/۵	مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI)	۷۸۸۶	افراد ۱۸ تا ۶۴ ساله	۱۳۹۰	رحیمی و همکاران
۲۲/۷	۱۷/۴	۲۸/۲	پرسشنامه GHQ-28 با روش نمره گذاری لیکرت بر اساس نقطه برش ۲۳	۸۸۸			
۲۰/۸	۱۵/۹	۲۵/۷	پرسشنامه GHQ-28 با روش نمره گذاری لیکرت بر اساس نقطه برش ۲۴	۸۲۰			

جدول ۳ - خلاصه نتایج مطالعات بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال به بالا شهر تهران با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 با روش نمره گذاری سنتی بر اساس نقطه برش ۶

درصد میزان شیوع اختلالات روانی			حجم نمونه (نفر)	سال بررسی	نام محققین
کل	مردان	زنان			
۲۱/۵	۱۴/۹	۲۷/۶	۵۵۶۰	۱۳۷۸	نوربالا و همکاران
۳۴/۲	۲۸/۶	۳۷/۹	۱۹۳۷۰	۱۳۸۷	نوربالا و همکاران
۳۹/۶	۳۶/۴	۴۲/۴	۲۰۵۸۹	۱۳۹۰	نوربالا و همکاران



نمودار شماره ۱ - روند میزان شیوع اختلالات روانی در افراد ۱۵ سال به بالا شهر تهران با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 به تفکیک جنسیت بر اساس نقطه برش ۶ (نوربالا و همکاران)



نمودار شماره ۲ - روند میزان شیوع علائم روانی به تفکیک نوع علائم بر اساس نقطه برش ۲ و کل اختلالات روانی بر اساس نقطه برش ۶ در افراد ۱۵ سال به بالا شهر تهران با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 (نوربالا و همکاران)

- 1 - World Health Organization Report (2001). Mental health: New understanding, new hope. Geneva, World Health Organization. 2001.
- 2 - World Health Organization. World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva, World Health Organization. 2003.
- 3 - World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008.
- 4 - Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, Mahdavi Hezaveh N, Kazemeini H. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Popul Health Metr.* 2009 Jun 15;7:9. doi: 10.1186/1478-7954-7-9. PubMed PMID: 19527516.
- ۵ - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. گزارش دستاوردهای سی ساله جمهوری اسلامی ایران در سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد. ۱۳۸۷
- 6 - Alonso J. Burden of mental disorders based on the World Mental Health surveys. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2012;34(1):7-8.
- 7 - World Health Organization. Mental health atlas 2011. Geneva, World Health Organization, 2011.
- ۸ - باش، ک. و. در کتاب روح نابسامان، تالیف ناصرالدین صاحب زمانی. تهران: انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطائی ۱۳۴۲؛ صفحات ۹۲-۱۲۲
- 9 - Bash, K. W.: First preliminary report on neuropsychiatric epidemiology. Marvdasht Rural Health Survey, Province of Fars, Iran. In: Petrossian, A., K. Shayan, K. W. Bash, and B. Jessup: The health and related characteristics of four selected villages and tribal communities in Fars Ostan, Iran. Report to the Governor-General of Fars Province, Shiraz 1964. Pp. 72-95.
- 10 - Bash KW, Liechtic J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan. (Iran). *Soc Psychiatry*, 1969; 4: 137-143.
- ۱۱ - داویدیان هاراطون، ایزدی سیروس، نهاپتیان وارتمس، معتبر منصور. بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری های روانی در منطقه خزر (شهرستان رودسر). نشریه بهداشت ایران ۱۳۵۳؛ سال سوم، شماره ۴: ۱۵۶-۱۴۵.
- ۱۲ - باقری یزدی سید عباس، بوالهری جعفر، شاه محمدی داوود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. مجله اندیشه و رفتار. ۱۳۷۳؛ ۱(۱): ۳۲-۴۲.
- ۱۳ - جاویدی حجت الله. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت - فارس. تهران: پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.



- ۱۴ - بهادرخان جواد. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان. تهران: پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.
- ۱۵ - کوبه فرخ. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز. تهران: پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.
- ۱۶ - حرازی محمدعلی، باقری یزدی سید عباس. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۲.
- ۱۷ - خسروی شمسعلی. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری. تهران: پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۱.
- ۱۸ - پالانگ حسن، نصر مهدی، براهنی محمدنقی، شاه محمدی داوود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهرکاشان. مجله اندیشه و رفتار ۱۳۷۴؛ ۲(۴): ۲۷-۱۹.
- ۱۹ - افشاری منفرد ژاله، باقری یزدی سید عباس، بوالهروی جعفر. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه کنندگان درمانگاههای عمومی شهر سمنان. مجله طب و تزکیه ۱۳۷۶؛ ۱۵: ۱۶-۱۰.
- ۲۰ - یعقوبی نورالله، نصر مهدی، شاه محمدی داوود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری روستایی صومعه سرای گیلان. اندیشه و رفتار ۱۳۷۴؛ ۱(۴): ۶۵-۵۵.
- ۲۱ - جوافشانی محمدعلی. بررسی میزان شیوع بیماریهای روانی نوروتیک در شهر مسکونی الوند. تهران: پایان نامه برای دریافت درجه دکترای تخصصی در رشته اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ۱۳۷۴.
- ۲۲ - قاسمی غلامرضا، اسدالهی قربانعلی، احمدزاده غلامحسین، پالانگ حسن. بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در شهر اصفهان. پنجمین کنگره پژوهشهای روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۹ تا ۱۲ اسفند ۱۳۷۶.
- ۲۳ - بخشانی نورمحمد، کیان پور محسن، سروانی محمدرضا. همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر زاهدان. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان ۱۳۷۷.

24 - Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K. The Validation of General Health Questionnaire-28 as a Psychiatric Screening Tool. Hakim. 2009; 11 (4):47-53.

25 - Sharifi V, Mesgarpour B, Basirnia A, Amin-Esmaeeli M, Farhoudian A, Amini H, et al. Quality of Studies on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iran. IJPCP. 2012; 18 (2):138-149

26 - Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry. 2004 Jan;184:70-3. PubMed PMID:14702230.

27 - Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, Yazdi SA, Rahgozar M, Alaghebandrad J, Amini H, Razzaghi EM, Mesgarpour B, Soori H,

---

Mohammadi M, Ghanizadeh A. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2005 Sep 26;1:16. PubMed PMID: 16185355.

۲۸ - امین اسماعیلی معصومه، رحیمی موقر آفرین، شریفی ونداد، متولیان سید عباس، حاجبی احمد، راد گودرزی رضا، حفاظی میترا. شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در ایران: نتایج پیمایش ملی سلامت روان (۱۳۸۹-۱۳۹۰). سی امین کنگره سالیانه انجمن روان پزشکیان ایران. تهران ۳۰ مهر تا ۳ آبان ۱۳۹۲؛ (۳۰): ۱۲۵.

29 - Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran city. Hakim.2000; 2(4): 212-223.

30 - Noorbala AA, Bagheri Yazdi S, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M. Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran (2009). IJPCP. 2011; 16 (4):479-483.

31 - Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Jama 2004; 291(21): 2581-2590.

32 - Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 Health Surveys of England. BMJ Open. 2012 Oct 17;2(5).

33 - Singapore Ministry of Health: National Health Survey; 2010. Available from: [http://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/Publications/Reports/2011/national\\_health\\_survey\\_2010.html](http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/Reports/2011/national_health_survey_2010.html).

34 - Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, Koller T, Vega J. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. PLoS Med. 2006 May;3(6):e106. PubMed PMID: 16681414

35 - Available from: <http://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4769>

36 - Available from: <http://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4773>

37 - Noorbala A. Psychosocial Health and Strategies for improvement. IJPCP. 2011; 17 (2) :151-156