

بررسی شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی شهر کاشان در سال ۱۳۸۷

افشین احمدوند^۱، زهرا سپهرمنش^۲، فاطمه قریشی^۳، فاطمه عساریان^۴، غلامعباس موسوی^۵، رضوان ساعی^۶،
فرناز اعتصام^۷

^۱روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان روانپزشکی اخوان

^۲فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان روانپزشکی اخوان

^۳روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان روانپزشکی اخوان

^۴فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان روانپزشکی اخوان

^۵مربی گروه بهداشت عمومی و آمار دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز تحقیقات تروما

^۶روانشناس بالینی، بیمارستان اخوان کاشان

^۷روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بیمارستان روانپزشکی اخوان

نویسنده رابط: زهرا سپهرمنش، نشانی: کاشان، خیابان اباذر، بیمارستان اخوان، تلفن: ۴۴۴۳۰۰۰-۰۳۶۱، پست الکترونیک: Z.sepehrmanesh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۱/۱۱؛ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۲/۱

مقدمه و اهداف: سلامت روان یکی از مهم‌ترین موضوعات سلامت عمومی است و سهم عمده‌ای در کاهش بار کلی اختلالات دارد. مطالعه

حاضر به منظور ارزیابی شیوع نقطه‌ای اختلالات روانی در افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر کاشان انجام گرفته است.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انجام شد. از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و مصاحبه بالینی جهت ارزیابی استفاده شد و داده‌ها با استفاده از آزمون آماری $OR \times X2$ تحلیل شدند.

نتایج: شیوع اختلالات روانی در کاشان ۲۹ درصد بدست آمد که در زنان ۳۵/۵٪ و در مردان ۲۱/۲٪ بود. اختلالات خلقی (۹/۳٪) و اضطرابی (۴/۷٪) به ترتیب از شایع‌ترین اختلالات بودند. از ۵۰۵ نفر فرد مبتلا به اختلال روانی، (۳۲/۱٪) اختلالات خلقی، (۲۵/۶٪) اختلالات اضطرابی، (۴/۲٪) اختلالات سایکوتیک، (۳/۴٪) اختلالات عصب شناختی، (۳/۴٪) اختلالات تجزیه‌ای، (۲۳/۷٪) دارای سایر اختلالات روانی بودند و ۷/۸٪ آن‌ها بیش از یک اختلال داشتند. بیشترین شیوع اختلال روانی در افراد ۵۶ تا ۶۵ سال ۳۵/۸٪ و افراد همسر فوت شده با ۳۵/۸٪ و افراد بی سواد با ۴۲/۸٪ و افراد بیکار ۳۸/۸٪ بود. رابطه بین جنس، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل و غیره با اختلال روانی معنادار بدست آمد.

نتیجه‌گیری: این تحقیق نشان می‌دهد که اختلالات روانپزشکی در کاشان از میزان قابل توجهی برخوردار است بنابراین برنامه‌های پیشگیری و درمان اختلالات روانی در این شهر مخصوصاً در گروه‌های پرخطر از اولویت‌های مهم به شمار می‌آید.

واژگان کلیدی: شیوع، اختلالات روانی، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)، مصاحبه بالینی، کاشان

مقدمه

دلیل مراقبت از آن‌ها و حمایت‌های فیزیکی و کاهش مولد بودن آن‌ها بسیار مهم است. بار سنگین هزینه‌های درمان و مراقبت از آن‌ها و حمایت‌های فیزیکی و عاطفی که بر دوش خانواده‌های بیماران است و همچنین بار اقتصادی آن‌ها نباید نادیده گرفته شود (۲).

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ اعلام کرد که تقریباً ۴۵ میلیون نفر در سراسر دنیا از برخی از اختلالات روانی رنج می‌برند و از هر ۴ نفر ۱ نفر در برخی از مراحل زندگی علائم اختلالات

اختلال روانی یا بیمار روانی یک الگوی رفتاری وروانشناختی است که در یک فرد اتفاق می‌افتد و همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. اختلال روانی بر حسب شدت انحراف از محدوده طبیعی سنجیده می‌شود (۱). بیماری روانی علاوه بر رنج و محدودیت‌هایی که برای فرد ایجاد می‌کند باعث می‌شود تا فرد در فعالیت‌های اجتماعی و حرفه‌ای خود دچار تبعیض‌هایی به علت انگ بیماری روانی نیز شود، تأثیر اختلالات روانی روی جامعه به

موجود برای مسائل مرتبط با پیشگیری درمان و بازتوانی این اختلالات انجام داد که پرداختن به این مهم می‌تواند از پیامدهای پیدا و پنهان و سنگین و بیشمار اختلال روانی در جامعه جلوگیری نماید.

روش کار

این پژوهش توصیفی در سال ۱۳۸۷ در شهر کاشان انجام گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را افراد بالای ۱۸ سال تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$ ، $Z=1/96$ ، $d=0/05$ ، $P=0/24$ و $Q=0/76$ ، ۱۸۰۰ نفر تعیین شد و نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی انجام گرفت. روش جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که ابتدا به تمام مراکز بهداشتی شهر (۳۹ مرکز) مراجعه می‌شد و با استفاده از لیست خانوارهایی که تحت پوشش این مراکز بودند، لیستی مشتمل بر تعداد افراد ۱۸ ساله و بالاتر هر مرکز بر حسب سن و جنس تهیه

$$n_i = \frac{k_i}{N} \times n$$

می‌گردید. و سهم هر یک از موارد بر اساس فرمول مشخص می‌شد و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی نمونه‌ها انتخاب گردیدند. بعد از تعیین افراد مورد نظر، با آن‌ها تماس گرفته می‌شد تا به مراکز بهداشتی محل سکونت خود مراجعه نمایند. در مورد کسانی که به هر دلیل در مراجعه به مراکز مشکل داشتند که اغلب شامل مردان شاغل و افراد سالمند بودند پرسشگران به درب منازل آن‌ها مراجعه می‌کردند و پس از ارائه توضیح در مورد طرح و هدف از اجرای آن پرسشنامه سلامت عمومی به همراه مشخصات دموگرافیک در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت و پس از تکمیل پرسشنامه، آن‌هایی که نمره آن‌ها بالاتر از نقطه برش تعیین شده بود مشخص می‌شدند و در مرحله دوم در مصاحبه بالینی بر اساس چک لیست DSM-IV-TR توسط روانپزشک شرکت داده می‌شدند.

جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 و همچنین چک لیست مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV که توسط دو روانپزشک همزمان با توافق بر روی تشخیص در راستای تعیین اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی و تعیین نوع اختلال روانی انجام گرفت. پرسشنامه GHQ-28 توسط گلدبرگ و هیلیر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته که در بردارنده ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد و افسردگی است. شیوه نمره‌گذاری آن به روش لیکرت است و اعتبار و پایایی آن توسط پالاهانگ در سال ۱۳۷۵ ۹۱٪ محاسبه شده است و حساسیت و

روانی را تجربه می‌کند (۳). مطالعه‌ای مروری در سال ۲۰۰۵ نشان می‌دهد که ۲۷٪ از بزرگسالان کشورهای اروپایی حداقل یک اختلال روانی را در مدت ۱۲ ماه داشته‌اند (۴). مطالعه توصیفی دیگری در سال ۲۰۰۴ در اروپا نشان داد که تقریباً از هر ۴ نفر یک نفر در دوره‌ای از زندگی معیارهای اختلالات روانی بر اساس DSM-IV را تجربه کرده‌اند که شامل اختلالات خلقی (۱۳/۹٪)، اختلالات اضطرابی (۱۳/۶٪) و اختلالات مصرف الکل (۵/۲٪) می‌شوند (۵). اخیراً سازمان بهداشت جهانی عهده دار انجام یک مطالعه کلی در ۲۶ کشور از تمام مناطق جهان بر اساس معیار DSM و ICD شده (۶)، اولین ارقام منتشر شده در ۱۴ کشور دلالت می‌کند براین که از میان اختلالات ارزیابی شده، اختلالات اضطرابی در همه کشورها بجز یک کشور شایع‌ترین اختلالات هستند (شیوع در ۱۲ ماه، ۲/۴ تا ۱۸/۲٪) و اختلال خلقی در ردیف بعدی قرار دارند (شیوع در ۱۲ ماه، ۰/۸ تا ۹/۶٪) در حالیکه اختلالات سوء مصرف مواد (۰/۱ تا ۶/۴٪) و اختلالات کنترل تکانه (۰/۱۰ تا ۶/۸٪) شیوع کمتری داشتند (۷).

پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اپیدمیولوژی اختلالات روانی در نقاط مختلف ایران نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹ بین ۱۱ تا ۲۳/۸ درصد در نوسان بوده است (۸). مرور مطالعات اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان از جمله ایران نشان دهنده این است که میزان شیوع اختلالات به علت متنوع بودن ابزار مورد استفاده، تفاوت در روش نمونه‌گیری، متفاوت بودن تکنیک‌های مصاحبه و طبقه‌بندی تشخیصی بسیار متفاوت برآورد شده است. اطلاعات بدست آمده از این مطالعات نشان می‌دهد که میزان شیوع این اختلالات در ایران از آمار سایر کشورها و گزارشات سازمان بهداشت جهانی کمتر نیست بطوریکه این میزان در تحقیق افشاری (۱۳۷۶) در سمنان (۱۴٪)، داویدیان (۱۳۵۰) در رودسر (۱۷٪)، باقری یزدی (۱۳۷۱) در میبد یزد (۱۲/۵٪)، پالاهانگ (۱۳۷۴) در کاشان (۲۳/۷٪)، یعقوبی (۱۳۷۴) در گیلان (۲۳/۸٪)، بهادرخان (۱۳۷۲) در گناباد خراسان (۱۶/۶٪)، قاسمی (۱۳۷۶) در اصفهان (۱۹/۹٪)، نوربالا (۱۳۷۸) در تهران (۲۱/۵٪) گزارش گردیده است (۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶). با توجه به آمارهای فوق و اهمیت مساله بهداشت روان، این مطالعه به منظور تعیین وضعیت بهداشت روان شهر کاشان پس از ۱۰ سال از اولین مطالعه انجام شده در این شهر صورت گرفت نتایج این مطالعه می‌تواند در روشن ساختن وضعیت سلامت روان از نظر کمیت و کیفیت این موضوع کمک کننده باشد تا بتوان برنامه‌ریزی دقیق و مناسبی بر اساس وضعیت

جدول شماره ۱- توزیع مشخصات دموگرافیک افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر کاشان در سال ۸۷

عوامل دموگرافیک	تعداد	درصد
سن ۱۸-۲۷	۲۹۲	۱۶/۳
۲۸-۳۷	۳۰۰	۱۶/۶
۳۸-۴۷	۴۷۷	۲۶/۵
۴۸-۵۷	۴۹۷	۲۷/۶
۵۸-۶۶	۱۳۰	۷/۳
۶۶ و بالاتر	۱۰۴	۵/۷
تاهل مجرد	۱۹۳	۱۰/۷
متاهل	۱۵۴۳	۸۵/۷
همسر فوت شده	۵۴	۳/۰
همسر طلاق گرفته	۱۰	۰/۶
تحصیلات بیسواد	۲۶۵	۱۳/۱
ابتدایی	۵۸۶	۳۲/۶
راهنمایی	۳۱۶	۱۷/۶
دیپلم	۴۱۶	۲۳/۱
بالاتر از دیپلم	۲۴۷	۱۳/۶
جنس زن	۹۸۱	۵۴/۵
مرد	۸۱۹	۴۵/۵
شغل کارگر	۱۸۸	۱۰/۴
محصل	۹۷	۵/۴
آزاد	۳۰۳	۱۷/۱
بازنشسته	۱۴۸	۸/۲
بیکار	۲۲۲	۱۲/۳
خانه دار	۸۳۷	۴۶/۶
جمع	۱۸۰۰	۱۰۰

شدند و نتایج پرسشنامه ۱۱۹۴ نفر (۶۶/۳ درصد) بدون مشکل ارزیابی شدند. در مرحله مصاحبه بالینی از بین ۶۰۶ فرد مشکوک به اختلال، ۵۰۵ نفر (۹۲/۷ درصد) دارای اختلال روانی تشخیص داده شدند و ۴۱ نفر (۷/۳ درصد) با توجه به نتایج مصاحبه بالینی توسط روانپزشک مشکلی نداشتند (جدول شماره ۲).

از نظر سنی بالاترین فراوانی اختلال روانی در رده سنی ۵۶ تا ۶۵ سال بدست آمد. که با توجه به آزمون آماری انجام شده تفاوت معناداری بین سن و اختلال روانی مشاهده نشد ($P_v = 0/542$) از نظر جنسیت ۳۳۷ نفر از زنان (۳۵/۵ درصد) و ۱۹۸ نفر از مردان (۲۱/۲ درصد) دارای اختلال روانی بودند که از نظر آماری تفاوت معناداری بین جنسیت و اختلال روانی بدست آمد ($P < 0/001$) (جدول شماره ۳).

در این مطالعه زنان بیشترین فراوانی را در زمینه اختلالات خلقی داشتند که بین جنس و نوع اختلال روانی تفاوت معناداری

ویژگی و میزان کلی اشتباه را بترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹ و ۰/۱۶ گزارش نمودند (۱۷) نقطه برش مورد استفاده در این مطالعه ۲۳ و بالاتر برای زنان و ۲۲ و بالاتر برای مردان است (۱۸) چک لیست مصاحبه بالینی توسط نوربالا و همکاران بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV تهیه و تنظیم شده است دارای ۱۴۹ علائم اختلال روانی شامل علائم تشخیصی اختلالات خلقی، اضطرابی، سایکوتیک، سایکوسوماتیک، صرع، عقب ماندگی ذهنی و اختلالات ارگانیک مغز است. این علائم به صورت بلی و خیر آورده شده است. پس از پایان مصاحبه و بررسی کلیه علائم و نشانه‌های اختلالات مطرح در چک لیست، تشخیص و یا تشخیص‌های مورد نظر با توافق روانپزشکان مصاحبه کننده در فرد ثبت می‌گردد. ضریب کاپا به منظور بررسی پایایی تشخیص‌ها و توافق بین روانپزشکان در استفاده از چک لیست مصاحبه بالینی است که بر روی ۳۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان روزه، توسط دو روانپزشک به طور جداگانه مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند که ضریب کاپای ۰/۸۷ نشان دهنده پایایی بالای چک لیست مزبور است (۸).

کلیه اطلاعات پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 پردازش و با آزمون‌های آماری کای اسکور و OR تجزیه و تحلیل شدند.

در این مطالعه کلیه اطلاعات بیماران با رعایت اخلاق محرمانه باقی ماند و در صورت لزوم نتیجه آزمون به اطلاع مراجعین رسانده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه در مرحله اول (غربالگری) جمعاً ۱۸۰۰ نفر شرکت کردند که مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در جدول شماره ۱ آمده است. در مرحله دوم پژوهش (مصاحبه بالینی) از بین افراد مشکوک به اختلال روانی (۶۰۶ نفر) که از طریق پرسشنامه GHQ-28 مشخص شده بودند ۶۰ نفر جهت مصاحبه مراجعه نکردند و ۵۴۶ نفر مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند.

از مجموع ۱۸۰۰ نفر که پرسشنامه GHQ-28 را تکمیل نمودند افراد بالاترین فراوانی را در زیر مقیاس اختلال عملکرد (۵۵۲ نفر ۳۰/۷ درصد) نشان دادند و کمترین فراوانی در زیر مقیاس افسردگی (۱۷ نفر ۹ درصد) بدست آمد. ۵۶۷ نفر (۳۱/۵ درصد) در بیش از یک مقیاس نمره بالاتر از نقطه برش تعیین شده بدست آوردند.

پس از ارزیابی پرسشنامه سلامت عمومی، از ۱۸۰۰ نفر شرکت کننده ۶۰۶ نفر (۳۳/۷ درصد) مشکوک به اختلال شناخته

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی افراد مشکوک به اختلال روانی

براساس آزمون GHQ-28 و مصاحبه بالینی

فراوانی	تعداد	درصد	
آزمون GHQ-28	مشکوک به اختلال	۶۰۶	۳۳/۷
	بدون مشکل	۱۱۹۴	۶۶/۳
جمع	۱۸۰۰	۱۰۰	
مصاحبه بالینی	دارای اختلال	۵۰۵	۹۲/۷
	بدون اختلال	۴۱	۷/۳
جمع	۵۴۶	۱۰۰	

در مرحله مصاحبه بالینی ۶۰ نفر شرکت نکردند.

حاصل نشد ($PV=0/212$) (جدول شماره ۴).

در این مطالعه افراد بیوه یا همسر فوت شده با ۳۵/۸ درصد و افراد مجرد با ۱۹/۳ درصد به ترتیب بیشترین و کمترین فراوانی اختلالات روانی را داشتند که از نظر آماری تفاوت معناداری بین اختلال روانی و وضعیت تاهل بدست آمد ($P=0/01$).

از نظر وضعیت شغلی ۸۳ نفر (۹۴/۱ درصد) از کسانی که فاقد شغل بودند اختلال روانی داشتند. ۲۰۲ نفر از کسانی که دارای تحصیلات ابتدایی بودند از نظر فراوانی بالاترین اختلال روانی را داشتند و کمترین اختلال روانی در افرادی با تحصیلات بالاتر از دیپلم مشاهده شد که بر اساس آزمون آماری این تفاوت معنادار بدست آمد ($P<0/001$). در این پژوهش افرادی که سابقه اختلال روانی داشتند و همچنین سابقه اختلال روانی در خانواده آنها وجود داشت بیش از سایرین دارای اختلال روانی بودند.

بطور کلی نتایج نشان داد که شیوع انواع اختلالات روانی در شهر کاشان ۲۹ درصد است با فرض اینکه ۶۰ نفر نمونه‌ای که مصاحبه شرکت نکردند مشکلی نداشتند (بهترین حالت) و میزان شیوع یا احتساب اینکه آن ۶۰ نفر دارای مشکل بوده‌اند ۳۱/۴ درصد برآورد می‌شود. شایع‌ترین اختلالات بترتیب اختلالات خلقی (۹/۳ درصد) و اختلالات اضطرابی (۴/۷ درصد) است. شیوع اختلالات سایکوتیک در این مطالعه (۱/۲ درصد) اختلالات عصب شناختی و اختلالات تجزیه‌ای هر کدام (۰/۹ درصد) بدست آمد. در گروه اختلالات خلقی از بین ۵۰۵ نفر فرد دارای اختلال روانی بر اساس مصاحبه بالینی، افسردگی اساسی در (۴۱ نفر، ۸/۲ درصد) و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب منتشر در

(۳۶ نفر، ۷/۲ درصد) و اختلال وسواس اجبار در (۳۴ نفر، ۶/۸ درصد) شیوع بیشتری داشتند. همچنین در این مطالعه ۴۶۵ نفر (۹۲/۲ درصد) دارای یک اختلال و ۴۰ نفر (۷/۸ درصد) بیش از یک اختلال داشتند (جدول شماره ۵).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اختلالات روانی در افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر کاشان انجام شد. براساس نتایج بدست آمده میزان شیوع انواع اختلالات روانی در شهر کاشان ۲۹ درصد است. که این میزان در مقایسه با نتایج برخی مطالعات انجام گرفته در زمینه همه‌گیری اختلالات روانی در ایران از جمله مطالعه باش در سال ۱۳۴۲ در روستای شیراز با شیوع ۱۱/۹ درصد (۱۹) داویدیان در سال ۱۳۵۰ در رودسر با شیوع ۱۷ درصد (۱۰)، حرازی در سال ۱۳۷۳ در شهر یزد با آزمون SCL90 و مصاحبه تشخیصی ۱۸/۶ درصد، (۲۰)، پالاهنگ در سال ۱۳۷۴ در کاشان با استفاده از GHQ-28 و مصاحبه بالینی. ۲۳/۷ درصد (۱۲)، یعقوبی (۱۳۷۴) در شهر گیلان با استفاده از GHQ-28 و مصاحبه بالینی. ۲۳/۸ درصد (۱۳)، صادقی (۱۳۷۹) در کرمانشاه، ۲۵/۲ درصد (۲۱)، محمدی (۱۳۸۰) در همدان ۱۱/۲۸ درصد، غشایی (۱۳۷۷) در زاهدان ۲۵/۴ درصد و شمس علیزاده (۱۳۷۹) در ساوجبلاغ ۲۶/۹ درصد [به نقل از محمدی (۲۲)]، هدیفونت (۱۹۸۷) در هلند با آزمون GHQ و معاینه وضعیت موجود (PSE)، ۷/۳ درصد و مدیانوس (۱۹۸۷) در یونان با استفاده از مقیاس لانگرو مصاحبه بالینی (SADS) ۹/۴ درصد [به نقل از نوربالا] (۸)، shen (۲۰۰۶) در چین ۷/۰ درصد (۲۳) kavakami (۲۰۰۵) در ژاپن ۸/۸ درصد (۲۴) Morosini (۱۹۹۲) در توسکانی ۱۵/۴ درصد (۲۵)، Hosain (۲۰۰۶) در بنگلادش با ۱۶/۵ درصد (۲۶)، بالاتر است. در حالیکه این میزان شیوع در مقایسه با مطالعه جوافشانی در سال ۷۴ در قرزویں [به نقل از محمدی] با شیوع ۳۰/۲ درصد و مطالعه‌ای که در چهارمحال و بختیاری میزان شیوع را ۳۹/۱ درصد برآورد کرد، کمتر است (۲۲، ۲۷). از طرفی با نتایج مطالعه Baxter (۲۰۰۳) در نیوزلند که میزان اختلالات را ۲۹/۵ درصد (۲۸) و مطالعه Biji (۲۰۰۳) در ایالت متحده که شیوع اختلالات روانی را ۲۹/۱ درصد برآورد کرد همخوان دارد (۲۹).

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی اختلال روانی بر حسب مشخصات فردی افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر کاشان در سال ۸۷

اختلال روانی مشخصات فردی	دارند % n	ندارند % n	جمع	نتیجه آزمون آماری
جنس زن	۳۵/۵ ۳۳۷	۶۴/۵ ۶۱۱	۹۴۸	P<۰/۰۰۱
مرد	۲۱/۲ ۱۶۸	۷۸/۸ ۶۳۴	۷۹۲	
جمع	۲۹/۲ ۵۰۵	۷۰/۸ ۱۲۳۵	۱۷۴۰	
مجرد	۱۹/۳ ۳۶	۸۰/۷ ۱۵۱	۱۸۷	P=۰/۰۱
تاهل متاهل	۳۰/۱ ۴۴۸	۶۹/۹ ۱۰۴۲	۱۴۹۰	
بیوه	۳۵/۸ ۱۹	۶۴/۲ ۳۴	۵۳	
مطلقه	۲۰ ۲	۸۰ ۸	۱۰	
جمع	۲۹/۲ ۵۰۵	۷۰/۸ ۱۲۳۵	۱۷۴۰	
شغل کارمند	۲۱/۱ ۳۹	۷۹ ۱۴۶	۱۸۵	P=۰/۰۰۱
محصل	۱۸/۹ ۱۸	۸۱ ۷۷	۹۵	
آزاد	۲۰/۳ ۶۱	۸۰ ۲۴۰	۳۰۱	
بازنشسته	۲۶/۸ ۳۸	۷۳ ۱۰۴	۱۴۲	
بیکار	۳۸/۸ ۸۳	۶۱/۲ ۱۳۰	۲۱۳	
خانه دار	۳۳/۱ ۲۶۶	۶۷ ۵۳۷	۸۰۳	
جمع	۲۹/۲ ۵۰۵	۷۰/۸ ۱۲۳۵	۱۷۴۰	
بیسواد	۴۲/۸ ۹۵	۵۷/۲ ۱۲۷	۲۲۳	P<۰/۰۰۱
ابتدایی	۳۰/۸ ۲۰۲	۶۴/۲ ۳۶۳	۵۶۵	
راهنمایی	۲۵/۱ ۷۸	۷۴/۹ ۲۳۳	۳۱۱	
دیپلم	۲۱/۲ ۸۶	۷۸/۸ ۳۲۰	۴۰۶	
بالاتر از دیپلم	۱۸/۶ ۴۴	۸۱/۴ ۱۹۲	۲۳۶	
جمع	۲۹/۲ ۵۰۵	۷۰/۸ ۱۲۳۵	۱۷۴۰	
سن ۲۵-۱۸	۲۸/۱ ۸۲	۷۱/۹ ۲۱۰	۲۹۲	P=۰/۵۴۲
۴۰-۲۶	۲۸/۸ ۲۱۸	۷۱/۲ ۵۳۴	۷۵۲	
۵۵-۴۱	۲۸/۱ ۱۳۵	۷۱/۹ ۳۴۲	۴۷۷	
۶۵-۵۶	۳۵/۸ ۴۳	۶۴ ۷۷	۱۲۰	
+۶۶	۲۷/۳ ۲۷	۷۳ ۷۲	۹۹	
جمع	۲۹/۲ ۵۰۵	۷۰/۸ ۱۲۳۵	۱۷۴۰	

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی انواع اختلالات روانی در افراد ۱۸ ساله و بالاتر شهر کاشان بر حسب جنس در سال ۱۳۸۷

انواع اختلالات جنسیت	خلقی	اضطرابی	سایکوتیک	عصب شناختی	تجزیه ای	سایر اختلالات	چند اختلال	جمع
زنان	۱۱۴	۸۹	۹	۹	۱۲	۷۶	۲۸	۳۳۷
	۳۳/۸	۲۶/۵	۲/۷	۲/۷	۳/۵	۲۲/۵	۸/۳	
مردان	۴۸	۴۰	۱۲	۷	۵	۴۴	۱۲	۱۶۸
	۲۸/۵	۲۳/۸	۷/۲	۴/۲	۳/۰	۲۶/۱	۷/۲	
جمع	۱۶۲	۱۲۹	۲۱	۱۶	۱۷	۱۲۰	۴۰	۵۰۵

P.value=۰/۲۱۲

وجود تفاوت در نتایج بدست آمده از بررسی‌های انجام گرفته در ایران، احتمالاً می‌تواند مربوط به روش و ابزارهای مورد استفاده برای غربالگری و تشخیص و استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی مختلف و سن افراد مورد مطالعه و میزان تجربه و مهارت مصاحبه کننده باشد. از طرفی این تفاوت‌ها را می‌توان ناشی از شرایط خاص اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی مناطق مختلف مورد مطالعه و متفاوت بودن زمان اجرای پژوهش دانست. از دلایل ذکر شده در بالا آنچه به نظر می‌رسد که میزان شیوع

وجود تفاوت در نتایج بدست آمده از بررسی‌های انجام گرفته در ایران، احتمالاً می‌تواند مربوط به روش و ابزارهای مورد استفاده برای غربالگری و تشخیص و استفاده از نظام‌های طبقه‌بندی مختلف و سن افراد مورد مطالعه و میزان تجربه و مهارت مصاحبه کننده باشد. از طرفی این تفاوت‌ها را می‌توان ناشی از شرایط خاص اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی مناطق مختلف مورد مطالعه و متفاوت بودن زمان اجرای پژوهش دانست. از دلایل ذکر شده در بالا آنچه به نظر می‌رسد که میزان شیوع

جدول شماره ۵- توزیع فراوانی انواع اختلالات روانی برحسب تشخیص روانپزشک

انواع اختلالات	تعداد	درصد
افسردگی اساسی	۴۱	۸/۲
افسردگی خفیف	۲۷	۵/۳
افسرده خوبی	۲۹	۵/۷
اختلال دوقطبی I	۱۲	۲/۴
افسردگی دوقطبی II	۹	۱/۸
خلق ادواری	۱۸	۳/۵
افسردگی پس از زایمان	۴	۰/۸
جمع	۱۶۲	۳۲/۱
اسکیزوفرنیا	۱۱	۲/۲
سایر اختلالات سایکوتیک	۱۰	۲
جمع	۲۱	۴/۲
اختلال اضطراب منتشر	۳۶	۷/۲
اختلال وسواس اجبار	۳۴	۶/۸
اختلال گذرهراسی	۳	۰/۶
اختلال فوبی خاص	۱۵	۲/۸
اختلال فوبی اجتماعی	۱۸	۳/۶
اختلال استرس پس از سانحه	۱۰	۲
اختلال پانیک	۱۳	۲/۶
جمع	۱۲۹	۲۵/۶
صرع	۵	۱
عقب ماندگی ذهنی	۷	۱/۴
زوال عقل	۴	۱
جمع	۱۶	۳/۴
یادزدودگی	۱۷	۳/۴
سایر اختلالات	۱۲۰	۲۳/۷
چند اختلال با هم	۴۰	۷/۸
جمع کل اختلالات	۵۰۵	۱۰۰

مربوط باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که شیوع اختلال روانی بترتیب در افراد بیوه، متاهل و مطلقه بیشتر از افراد مجرد است. که مطالعه محمدی در همدان (۱۳۸۰)، نوربالا (۱۳۷۸) و پالاهنگ (۱۳۷۴) همخوان با مطالعه حاضر است (۱۲،۱۶،۲۲). در صورتیکه مطالعه meyer (۲۰۰۰) نشان داد که شیوع اختلالات روانی در افراد متاهل کمتر از افراد مجرد می‌باشد که عکس نتیجه بدست آمده است (۴۰).

دلیل بالا بودن میزان شیوع اختلالات روانی در افراد همسر فوت شده نسبت به سایر گروه را میتوان چنین توجیه کرد که مرگ همسر به عنوان یکی از عوامل استرس زا، میتواند آشکارکننده و

اختلال روانی را در شهر کاشان بهتر توجیه می‌کند، علاوه بر دلایل ذکر شده در بالا، می‌توان به نبودن امکانات و اماکن تفریحی مناسب فشارهای اقتصادی دهه اخیر ناشی از برچیده شدن کارخانجات نساجی در این شهر و بیکاری ناشی از آن و درآمد پایین برخی از شهروندان اشاره نمود همچنین یکی از دلایل افزایش شیوع اختلالات روانی در مقایسه با مطالعه قبلی که در این شهر انجام گرفته می‌تواند افزایش آگاهی مردم نسبت به این اختلالات و مراجعه به مراکز تخصصی و کاهش انگ بیماری نسبت به گذشته بر شمرد.

در این پژوهش اختلالات خلقی با ۹/۳ درصد و اختلالات اضطرابی با ۴/۷ درصد بترتیب شایع‌ترین نوع اختلالات روانی بودند. که با مطالعه نوربالا در سال ۱۳۷۸ در تهران که اختلالات خلقی و اضطرابی را به ترتیب با ۹/۸ درصد و ۷/۴ درصد از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی ارزیابی کرد (۱۶) و مطالعه پالاهنگ که میزان اختلالات خلقی را ۱۱/۷۵، اختلالات اضطرابی را ۱۱/۱۵ درصد بدست آورد و نشان داد که اختلال اضطراب منتشر با ۸/۰۸ درصد بالاترین میزان شیوع را به خود اختصاص داده است، از نظر ترتیب اختلال همخوانی دارد ولی میزان شیوع این دو نوع اختلال در مقایسه با مطالعات فوق کمتر است (۱۲).

همچنین با مطالعه florez در کانادا (۳۰) preville در سال ۲۰۰۸ (۳۱) simsek در ترکیه، (۳۲) garte در ایتالیا (۳۳) از نظر ترتیب اختلالات همخوانی دارد. در صورتیکه مطالعه محمدی در خراسان و همدان (۲۲،۳۴) و مطالعه lehtinen در فنلاند (۳۵) Baxter در نیوزلند (۳۶) karam در لبنان، که اختلالات اضطرابی و خلقی را از شایع‌ترین اختلالات بدست آوردند، از نظر ترتیب اختلال با مطالعه ما ناهمخوان می‌باشد (۳۷).

این مطالعه نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان است. بطوریکه زنان ۳۵/۵ درصد و مردان با ۲۱/۲ درصد دارای اختلال بودند. با توجه به $OR = 2/049$ بدست آمده می‌توان گفت که زنان تقریباً دو برابر مردان دارای اختلال روانی بودند. که با نتایج پژوهش انجام گرفته در جهان و ایران همخوانی دارد. و نتایج پژوهش‌های باقری یزدی (۱۳۷۳)، بهادرخان (۱۳۷۲)، خسروی (۱۳۷۳)، پالاهنگ (۱۳۷۴)، چگینی (۱۳۷۹)، persson (۱۹۸۰)، lehtinen (۱۹۹۰)، meyer (۲۰۰۰) یافته ما را تأیید می‌کنند (۱۱،۱۲،۱۴،۲۷،۳۵،۳۸،۳۹،۴۰).

شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالاتر اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان می‌تواند بیشتر به محدودبودن زنان در مشارکت‌های اجتماعی، عوامل بیولوژیکی، استرس‌های محیطی

مستعدساز اختلالات روانی باشد.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش دلالت بر این دارد که در افراد ۱۸ ساله و بالاتر مورد مطالعه، در مجموع ۲۹/۱ درصد نیازمند خدمات بهداشت روان هستند. آگاهی از این مسئله، مسئولیت سیاستگذاران و برنامه‌ریزان شهر کاشان را در ابتدا با تدوین کاربردی و اجرای بهداشت روان بیش از پیش نمایان می‌سازد. و با توجه به میزان قابل توجه اختلالات خلقی و اضطرابی در سطح شهر، تقویت و ایجاد مراکز مشاوره و خدمات روان درمانی و ایجاد سازمان‌ها و مراکز سرپایی برای مراجعه افرادی که از بیماری روانی بهبود یافته و یا در حال بهبودی هستند جهت جلوگیری از بروز مجدد ناراحتی آنان ضروری به نظر می‌رسد. از همه مهم‌تر اینکه براساس مطالعه حاضر، افراد خانه‌دار، بیکار، افراد بیسواد، زنان از جمله زنان بیوه و افرادی که در رده سنی ۵۶ سال به بالا قرار داشتند، از جمله گروه‌های پرخطر جامعه مورد بررسی، ارزیابی شدند. که لازم است مراکزی مانند مراکز بهداشتی که ارائه دهنده خدمات عمومی هستند. استفاده از آزمون‌های ارزیابی روانشناختی را بوسیله کارشناس مربوطه، در جهت کمک به گروه‌های مذکور در دستور کار خود قرار داده و در صورت نیاز افراد را به متخصصین امر (اعم از روانپزشک و روانشناس) ارجاع دهند و یا با برگزاری کلاس‌های آموزشی در جهت بالابردن میزان آگاهی افراد، تغییر نگرش منفی افراد نسبت به بیماری‌های روانی و نحوه مقابله موثر با عوامل استرس‌زا و ... باعث بهبود کیفیت زندگی افراد شده و از شدت یافتن بیماری جلوگیری به عمل آوردند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان که اعتبار مالی پژوهش مصوب حاضر را تامین کرده است و از مسئولین محترم مراکز بهداشتی درمانی کاشان و خانم‌ها زهرا اکبری، زکیه حیدریان، اعظم کرباسچی و زهرا طباطبایی جهت همکاری ایشان در مراحل اجرایی پرسشنامه‌ها قدر دانی بعمل می‌آید.

در این پژوهش افراد بی سواد و کم سواد با ۴۲/۸ درصد و افرادی با تحصیلات بالاتر از دیپلم و دانشگاهی با ۱۸/۶ درصد به ترتیب بالاترین و پائین‌ترین میزان شیوع را داشتند که نتایج مطالعه محمدی (۱۳۸۰)، پالانگ (۱۳۷۴) و نوربالا (۱۳۷۸) و سایر مطالعات انجام شده، با نتیجه ما مطابقت دارد (۱۲،۱۶،۲۲). از جمله دلایل شیوع بالای اختلال در افراد بیسواد را می‌توان محدودیت‌های اجتماعی، فرهنگی و ناتوانی در استفاده از روش‌های مناسب مواجهه با استرس در افراد بی سواد و کم سواد نسبت به افراد باسواد دانست.

از نظر وضعیت شغلی براساس این مطالعه، میزان شیوع اختلالات روانی در زنان خانه دار و مردان بیکار بیش از سایر شاغلین بوده است که با نتایج بدست آمده توسط واز کوثر بار کوثر (۱۹۷۷) هدیافونت (۱۹۸۷)، استانسفلد (۱۹۹۹) [به نقل از نوربالا] باقری زدی (۱۳۷۱)، نوربالا (۱۳۷۸) همخوانی دارد (۸،۱۱،۱۶).

احتمالاً نداشتن درآمد، عامل استرس‌زای بیکاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می‌تواند عامل افزایش شیوع اختلالات روانی در افراد بیکار غیرشاغل و زنان خانه‌دار باشد.

از دیگر یافته‌های این پژوهش رابطه معنادار آماری بین کسانی که سابقه اختلال روانی در خود و سابقه اختلال روانی در خانواده را داشتند می‌باشد؛ بطوریکه کسانی که سابقه اختلال روانی داشتند با توجه به نتایج آزمون OR (۶/۹۹)، تقریباً ۶ برابر گروه دیگر دارای اختلال روانی بودند. همچنین کسانی که سابقه اختلال روانی در خانواده را گزارش کرده بودند ۳ برابر دیگر افراد دارای اختلال روانی بودند. که این موضوع را می‌توان هم از نظر بیولوژیکی و هم از نظر تأثیر اختلال روانی یکی از اعضا بر سیستم خانواده توجیه کرد.

برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارتند از: الف) عدم همکاری مراجعین مرد در ساعات اداری ب) عدم دسترسی آسان به آدرس‌های و نشانی افراد به دلیل تغییر محل سکونت و عدم گزارش آن به مرکز ج) عدم تحویل پرسشنامه‌های پر شده نمونه‌ها به مراکز در زمان‌های تعیین شده و پیگیری از طریق مراجعه به درب منازل، نبودن امکانات ارتباطی کافی جهت اطلاع رسانی به افراد مورد مطالعه از قبیل تلفن و غیره.

- 1- Cumbie SA, Conley VMC, Burman ME. Advanced Practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. *Advances in Nursing Science: Nursing Care Management*. 2004; 27: 70-80.
- 2- Kaplan H, Sadouk B. Abstract of clinical psychiatry. first edition, publication of Hayyan, 1996.
- 3- Yasamy MT, Sardarpour Goudarzi SH, AminEsmaeeli M, Mahdavi N, Ebrahimpour A & et al. practical Mental health for general And family particitioner. publication of Aramesh. Tehran, 2005.
- 4- Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorder. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bull. World Health Organ*. 2000; 78: 413-26.
- 5- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—acritical review and appraisal of 27 studies . *Eur Neuropsychopharmacol*, Aguset2005; 15:3 57-76.
- 6- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders. (ESEMeD)project. *Acta Psychiatr Scand Supp*. 2004;: 21-7.
- 7- http://en.Wikipedia.org/Wiki/prevalence_of_mental_disorders. The world Mental Health survey Initiative.
- 8- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. *JAMA* 291: 281-90.
- 9- Noorbala AA, Bagheri Yazdi S A, Yasamy MT, Mohammadi K. A look at the mental health feature in Iran. First edition, 2001; 26-46.
- 10- Afshari Monfared G, BAgheriyazdi SA, Bolhari J. Epidemiology of mental disorders among referrals to public health clinics in Semnan. *J teb & tazkieh*, 1997; 10-15.
- 11- Davidian H, Izadi S, NehaPtian V, Motabar M. A pilot study on the Prevalence of mental diseases in the Caspian sea area in Roudsar. *Iran health J*. 1974; 3: 145-56
- 12- Bagheri Yazdi SA, Bolhari J, Shah Mohammadi D. An epldemiological study of psychological disorders in a rural areas (Meibod Yazd)in Iran. *Andisheh va Raftar*. 1994; 1: 32-41.
- 13- Palahang H, Nasr M, Barahani MT, Shah Mohammadi D. Epidemiology of mental illness in Kashan city . *Andisheh va Raftar J*, 2003; 2: 19-27.
- 14- Yaghoubi N, Nasr M, Shahmohammadi. Epidemiology of mental disorders in urban and rural areas of Sowmaesara Gilan. *Andisheh va rafter* , 2: 1995; 55-65.
- 15- Bahadorkhan J, Epidemiology of mental disorders in rural areas of Gonabad KHorasan. Master's thesis. Tehran psychiatric institute, Tehran, Iran, 1998.
- 16- GHasemi GH R, Asadollahi GHA, Ahmadzadeh GH H, NAjmi B, PALahang H. Prevalence of mental disorders in Esfahan city, research in medicine sciences J, 4:1996; 190-4.
- 17- Noorbala AA, BAgheri yazdi SA. Prevalence of psychiatric disorders in Tehran city, Hakim J. 1999; 2: 212-24.
- 18- Palahang H, SHAhmohammadi. Assessment of reliability and validity of GHQ_28. library of Tehran University of medical sciences. 1996.
- 19- Tehran University of medical sciences.
- 20- Omidi A, Tabatabaei A, Sazvar SA, Akkashe G. Epidemiology of mental disorders in an urbanized areas of Natanz. *Andisheh va reftar* 2003; 8: 32-8.
- 21- Bash KW. Bash-liechti J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the population of the city of shiraz, Iran. *Soc psychiatry*. 1969; 9: 163-71.
- 22- Hrazi MA, Bagheri Yazdi SA. Epidemiology of mental disorders in urban areas of Yazd city. publication of field of research department of Yazd University of Medical Sciences, 1994.
- 23- Sadeghi KH. Pilot study of the screening program for detection of mental disorders in the urban population of Kermanshah. final report, Kermanshah university of medical sciences, 1997.
- 24- Mohammadi M, baGHERI YAZDI SA, Rahgozar M, MesgarPour B, Lotfi A. Epidemiology of psychiatry disorders in Hamedan province in 2001, scientific Journal of Hamedan University of Medical Sciences And Health services, Fall 2004; 11: 28-36.
- 25- shen YC, Zhang My, Hunag YQ, He YL, Liu ZR, etal. Twelve month prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan china. *Psychol med*. 2006 fed; 36: 257-67.
- 26- kawakami N, Jakeshima J, Ono Y, uda H, Hata Y and etal. Twelve month prevalence, serverity, and treatment of common mental disorders in communities in japan: preliminary finding from the world health Japan surrey 2002-2003 psychiatry clin neurosci. 2005 Aug; 59: 441-53.
- 27- Morosini PL, Coppo P, reltro F, Pasquini P. Prevalence of mental disorders in Tuscany: a community study: in Iari (pisa). *Ann Ist supersamita* 1992; 28 547-52.
- 28- Hosain GM, chatterjee N, Are N, Islam T. Prevalence, pattern and determinats of mental disorders in rural Bangladesh. *Public health* 2007 jan; 131: 18-24. EPub 2006 oct 20.
- 29- Khosravi Sh, Epidemiology of mental disorders among over 15 years old population in rural and urban area of Borujen. 1994] *Journal of shahreKord university of medical sciences*. 2003.4:31-39.
- 30- Baxter J, Kingi JK, Japsell R, Durie M, MCGee MH. New zeuland mental health surrey Research team. Prevakence of mental disorders among maori in te rau hinengaro: the newzealand mental health survey. *Aust NZ J Psychiatry* 2006 Oct; 40: 914-22.
- 31- Biji RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, the prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health AFF (mill wood)* 2003 may- jun; 23: 122-33.
- 32- Florez JA. The epidemiology of mental illness in Canada CANADIAN public policy- ANALYSE DE politiques, vol, XXXI supplement/ Numero special 2005.
- 33- preville M, Boyer R, Grenier S, Dube M, Voyer P, the epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canj psychiatry* 2008 Dec; 53: 822-33.
- 34- Simsek Z, Ak D, Aitindage A, Gues M. Prevalence and predictors of mental disorders among women in south eastern turkey *J Public health (oxf)* 2008 DEC; 30: 487-93.
- 35- Garte MG, Carpiniello B, Morosini PL, Rudas N. Prevalence of mental disorders in sardina: a community study in an inland mining district. *Psychol Med* 1991 Nor; 21: 1061-71.
- 36- Mohammadi M, Bagheri yazdi S A, RAHgozar M, Mesgarpour B, Rezayi Ansari EA. Epidemiological study of psychiatric disorders in KHorasan province in 2001. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. spring 2004: 11: 6-17.
- 37- lehtinen V, Joukamaa M, Lahteia K, Raitasalo R, Tyrkinen E,

- Maatela J, Aromaa A. Prevalence of mental disorder among adults in Finland: basic results from the Mini-Finland health survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990 May; 81: 418-25.
- 38- Baxter J, Kingi JK, Japsell R, Durie M, McGee MH. New Zealand mental health survey Research team. Prevalence of mental disorders among Maori in Te Rau Hinengaro: the New Zealand mental health survey. *Aust NZ J Psychiatry* 2006 Oct; 40: 914-22.
- 39- Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H, Fayyad JA. Life time prevalence of mental disorders in Lebanon: prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. *Lancet* 2006; 367:1000-006.
- 40- Chegini S, Nikpour B, Bagheriyazdi SA. Epidemiology of mental disorders in Qom city. *Journal of Babel University of Medical Sciences*. 4: 2001; 44-51.
- 41- Persson G. Prevalence of mental disorders in a 70-year old urban population. *Acta Psychiatr Scand* 1980 Aug; 62: 119-39.
- 42- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U. Life time prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS Study. *Nervenarzt* 2000 Jul; 71: 535-42.