

همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی

در استان مازندران (سال ۱۳۸۰)

محمد رضا محمدی *(M.D.) سید عباس باقری یزدی **(M.Sc.)
 بیتا مسگرپور ****(Ph.D.) سید کبری طا هری*(M.B.)
 فریبا بریانی ******(M.D.) زاده ******(M.Sc.)
 شقایق ملک

چکیده

سابقه و هدف : باز اختلالات روان‌پزشکی در کشورهای پیشرفته تا حد زیادی به وسیله پرسشنامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، شناسایی شده است. ولی باز اختلالات روان‌پزشکی در کشور ما محدود و تعداد مطالعات انجام شده کم می‌باشد. برنامه‌ریزی برای ارایه خدمات اساسی بهداشت روان به افراد، نیازمند آگاهی از وضعیت موجود بیماری روانی در جامعه است. این مطالعه با هدف بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در افراد ۱۸ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استان مازندران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها : نمونه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشای و سیستماتیک از بین خانوارهای موجود استان مازندران انتخاب گردید و از طریق تکمیل پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) توسط کارشناسان روان‌شناسی در استان، جمعاً ۱۰۲۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند و براساس معیارهای طبقه‌بندی-DSM-IV، تشخیص گذاری اختلالات صورت گرفت.

یافته‌ها : نتایج این بررسی نشان داد شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان ۲۱/۵۲ درصد می‌باشد که این شیوع در زنان ۳۰/۱۳ درصد و در مردان ۳۳/۱۲ درصد بوده است. اختلالات اضطرابی و خلقوی به ترتیب با ۱۰/۱۷ و ۵/۴۸ درصد، شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در استان بودند. شیوع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۱/۶۷ درصد، اختلالات عصبی-شناختی ۲/۷۳ درصد و اختلالات تجزیه‌ای ۱/۴۷ درصد بوده است. در گروه اختلالات خلقوی، افسردگی اساسی با ۴/۶۰ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال فوبی با ۲/۷۴ درصد شیوع بیشتری داشته‌اند. شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد گروه سنی ۶۶ سال و بیشتر با ۲۱/۸۴ درصد، افراد همسر فوت شده با ۲۶/۹۲ درصد، افراد ساکن در مرکز استان با ۱۸/۸۲ درصد، افراد بی‌سواد با ۲۳/۰۴ درصد و افراد خانه‌دار با ۲۲/۵۶ درصد بیش از گروه‌های دیگر بوده است.

استنتاج : در این مطالعه ۱۴/۵۸ درصد افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک اختلال روان‌پزشکی بوده‌اند و شیوع اختلالات در حدود مطالعات قبلی موجود در داخل و خارج از کشور می‌باشد. آگاهی از نتایج این تحقیق مسؤولیت سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی استان مازندران و کشور در رابطه با تدوین برنامه‌های عملی و اجرایی بهداشت روان را بیش از پیش روشن می‌سازد.

واژه‌های کلیدی : همه‌گیری‌شناسی، اختلالات روانی، پرسشنامه‌ها

* فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران □ تهران: خیابان کارگر جنوبی، بایین‌تر از چهارراه لشگ، بیمارستان روزیه

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی *** دکترای داروسازی

**** پژوهشک عمومی ***** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

***** کارشناس روان‌شناسی بالینی ④ تاریخ دریافت: ۸۲/۴/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۲/۷/۴

مقدمه

هرچند امروزه حجم مشکلات بیماری‌های روانی در کشورهای مختلف جهان شناخته شده است، لیکن به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، تکنیک‌های مصاحبه و تفاوت در روش‌های نمونه‌گیری و طبقه‌بندی‌های مختلف مورد استفاده، بسیار متغیر و متفاوت برآورده شده است؛ به طوری که این میزان‌ها از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸ درصد متغیر بوده است (۵,۶).

مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران (جدول شماره ۱) نیز همگی دلالت بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد را دارند (۶ تا ۲۸). میزان شیوع اختلالات روان‌پژوهشی براساس مطالعه وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر استان که در قالب طرح ملی «سلامت و بیماری» در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت ۱۲/۳ درصد بوده است (۷,۸).

همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پژوهشی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه توزیع این بیماری‌ها در جامعه را مورد مطالعه قرار می‌دهد (۱). هرچند وجود بیماری‌های روانی در جوامع مختلف از قرن‌ها پیش مورد تأیید قرار گرفته است، لیکن در طی قرن ییسم بود که روش‌های آماری برای برآورد حجم این مشکلات مورد استفاده قرار گرفت (۲). در گذشته بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی با مراجعه به پرونده بیماران و اطلاعات به دست آمده از افراد کلیدی انجام می‌شد؛ اما با تهیه و تدوین پرسش‌نامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد، امروزه تا حد زیادی حجم بیماری‌های روانی در جهان شناسایی شده است (۳).

جدول شماره ۱: نتایج مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پژوهشی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹ (۶-۲۸)

نام محقق و یا محققین	سال بررسی	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	نمونه	تعداد	درصد میزان شیوع	کل مردان	کل زنان	درصد میزان شیوع
باش	۱۳۴۲	روستایی شیراز	مصاحبه بالینی	۴۹۷	۱۶/۵	۷/۷	۱۱/۹	—	۴۹۷
باش	۱۳۴۳	روستایی خوزستان	مصاحبه بالینی	۴۸۲	—	—	۱۴/۹	—	۴۸۲
باش	۱۳۴۵	شهری شیراز	مصاحبه بالینی	۶۲۲	۲۲/۴	۱۴/۹	۱۸/۶	—	۶۲۲
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرستان رودسر	مصاحبه بالینی	۴۸۸	—	—	۱۷/-	—	۴۸۸
باقری بزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستایی مید بزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵	—	۴۰۰
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶	—	۴۶۵
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مردوشت فارس	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷	—	۴۰۷
کوکه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذ شهر تبریز	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۳/-	—	۴۱۵
حرازی و باقری بزدی	۱۳۷۳	شهری بزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶	—	۹۵۰
خرسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۴۵۰	۶۲/۲	۷/۹	۱۸/۴	—	۴۵۰
پالاهنگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷	—	۶۱۹
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستایی صومعه‌سرای‌گilan	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸	—	۶۵۲
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۶۱۲	۶۱/۲	—	۳۰/۲	—	۶۱۲
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهری سمنان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۸۶۹	۱۸/-	۱۰/-	۱۴/-	—	۸۶۹
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهری اصفهان	DSM-IV-SRQ-24	۳۲۵۵	—	—	۱۹/۹	—	۳۲۵۵
بخشانی و همکاران	۱۳۷۷	شهری زاهدان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۶۴۳	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴	—	۶۴۳
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهری تهران	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۸۷۹	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵	—	۸۷۹
امیدی و همکاران	۱۳۷۹	شهری نظری	DSM-III-R-GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳	—	۶۵۰
نوربالا و همکاران	۱۳۷۹	سراسر کشور	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱	—	۳۵۰۱۴
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهری کرمانشاه	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۵۰۱	۳۲/۲	۱۶/۹	۲۵/۲	—	۵۰۱
شمیس علیزاده و همکاران	۱۳۷۹	ساوجبلاغ	DSM-III-R-GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹	—	۶۴۰
چگنی و همکاران	۱۳۷۹	شهری و روستایی قم	SCL-90-R و مصاحبه بالینی	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶/-	۱۷/۱	—	۳۹۱

در DSM، فرم‌های متنوعی از SADS تدوین شده و تدريجیاً تکامل یافته است. تحقیقاتی که در مورد اعتبار و روایی این آزمون انجام گرفته، نشان‌دهنده معتر بودن این آزمون است.^(۳۰)

براساس یافته‌های این برنامه می‌توان اختلالات را در یک مرحله، غربالگری و تشخیص گذاری نمود. پس از ترجمه سؤالات پرسش‌نامه SADS به زبان فارسی، مجدداً توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی (دو زبانه)، به زبان انگلیسی برگردانده شد و پس از تأیید ترجمه، آماده اجرای آزمایش گردید. به منظور بررسی همه گیری‌شناسی اختلالات منظور نشده در برنامه SADS، سؤالاتی توسط همکاران اصلی طرح و براساس ملاک‌های طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV برای اختلالات صرع، عقب‌ماندگی ذهنی، زوال عقل، تجزیه‌ای و استرس پس از رویداد آسیب‌زا طراحی و به مجموعه سؤالات اضافه گردید.

در راستای بررسی اعتبار محتوای سؤالات، مجموعه سؤالات آزمون توسط تنی چند از روان‌پزشکان صاحب نظر مورد بررسی قرار گرفت و پس از رفع نواقص و تنظیم فرم اصلی، اعتبارسازی و پیش‌بینی آزمون بر روی ۲۰۰ بیمار موجود در بیمارستان روزبه که دارای تشخیص روان‌پزشکی بودند مورد سنجش قرار گرفت. نتایج ارزیابی نشان‌دهنده این بود که مجموعه سؤالات در ارتباط با اختلالات خلقی، اضطرابی، سایکوتیک، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و زوال عقل دارای حساسیت بالاتر از ۷۵ درصد بوده و در مورد اختلالات تجزیه‌ای حدود ۴۵ درصد بود. حساسیت آزمون در تشخیص اختلالات شخصیت و سوء‌صرف مواد، پایین بود.

داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه حضوری توسط کارشناسان و کارشناسان ارشد روان‌شناسی استان مازندران گردآوری شده و براساس طبقه‌بندی DSM-IV^۳ تشخیص گذاری گردیده است.

3- Bilingual

4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV

برنامه‌ریزی مناسب در راستای ارایه خدمات بهداشت روان به افراد جامعه، نیازمند اطلاعات پایه، بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی و شناخت حجم مشکل می‌باشد. لذا این مطالعه در نظر دارد با انجام مطالعه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی، مسئولین و دست‌اندرکاران بهداشتی، آموزشی و درمانی را نسبت به اهمیت و حجم مشکل اختلالات روانی در استان حساس نماید و زمینه ارایه خدمات اساسی بهداشت روان به ساکنین مناطق شهری و روستایی استان مازندران فراهم گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی- توصیفی در سال ۱۳۸۰ انجام گردید. واحد نمونه گیری در این مطالعه، خانوار می‌باشد. روش نمونه گیری به صورت خوشه‌ای و سیستماتیک بود که به طور تصادفی از بین خانوارهای موجود در استان مازندران انتخاب گردیدند. بدین ترتیب که از بین ۶۴۵۶۶۷ خانوار موجود، ۳۹۰ خانوار در قالب ۷۸ خوشه ۵ خانواری (۳۸ خوشه در مناطق شهری و ۴۰ خوشه در مناطق روستایی) تعیین و افراد ۱۸ سال و بالاتر این خانوارها پس از توجیه کامل پیرامون مطالعه و اخذ رضایت‌نامه کشی مورد مطالعه قرار گرفتند. بدین ترتیب در مجموع ۱۰۲۲ نفر از جمعیت ۱۸ سال و بالاتر موجود در استان به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. چارچوب نمونه گیری، براساس فهرست تجمعی خانوارهای روستایی و شهری فهرست شده موجود در معاونت بهداشتی استان بوده است.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا^۱ (SADS) بود که توسط اسپیتر^۲ و همکاران براساس معیارهای تشخیصی DSM طراحی شده است.^(۲۹) لذا همزمان با تجدید نظر

1- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia(SADS)

2- Spitzer

شیوع اختلالات عصبی-شناختی ۲/۷۳ درصد بود که این میزان در مردان ۲/۲۳ و در زنان ۳/۲۳ درصد بوده است. شیوع اختلال صرع در استان ۱/۱۷ درصد، زوال عقل ۰/۷۸ درصد و عقب‌ماندگی ذهنی شدید ۰/۷۸ درصد بود. میزان شیوع انواع اختلالات تجزیه‌ای ۱/۴۷ درصد بوده که در زنان ۱/۳۳ درصد و در مردان ۱/۶۲ درصد بوده است.

جدول شماره ۲: شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی بر حسب جنس در استان مازندران (سال ۱۳۸۰)

آنواع اختلالات	جمع		
	مرد n=۴۹۴	زن n=۵۲۸	جمع n=۱۰۲۲
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
<u>اختلالات خلقی</u>			
افسردگی اساسی	۱۴ (۲/۸۳)	۳۳ (۶/۲۵)	۴۷ (۴/۶۰)
افسردگی جزئی (ماینور)	۰ (۰/۰۰)	۳ (۰/۵۷)	۳ (۰/۲۹)
اختلال هیپومنیک و مانیک	۲ (۰/۴۰)	۴ (۰/۷۶)	۶ (۰/۵۹)
جمع اختلالات خلقی	۱۶ (۳/۲۳)	۴۰ (۷/۵۸)	۵۶ (۵/۴۸)
<u>اختلالات پسیکوتیک</u>			
اسکیزووفرنی	۱ (۰/۲۰)	۰ (۰/۰۰)	۱ (۰/۱۰)
اختلال پسیکوتیک کوتاه مدت	۱ (۰/۴۰)	۰ (۰/۰۰)	۱ (۰/۱۰)
اسکیزووفرینفرم	۱ (۰/۲۰)	۱ (۰/۱۹)	۲ (۰/۲۰)
سایر اختلالات پسیکوتیک	۴ (۰/۸۱)	۹ (۱/۷۰)	۱۳ (۱/۲۷)
جمع اختلالات پسیکوتیک	۷ (۱/۴۱)	۱۰ (۱/۸۹)	۱۷ (۱/۹۷)
<u>اختلالات اضطرابی</u>			
اختلال پانیک	۴ (۰/۸۱)	۸ (۱/۵۲)	۱۲ (۱/۱۷)
اختلال پس از رویداد آسیب‌زا	۲ (۰/۴۰)	۴ (۰/۷۶)	۶ (۰/۵۹)
اضطراب اضطراب متمرث	۹ (۱/۸۲)	۱۲ (۲/۷۷)	۲۱ (۲/۰۵)
اختلال سوساوس فکری-عملی	۱ (۰/۲۰)	۱۹ (۳/۶۰)	۲۰ (۱/۹۶)
اختلال گذار هراسی	۳ (۰/۶۱)	۱۴ (۲/۶۵)	۱۷ (۱/۶۶)
اختلال فوبی	۰ (۰/۰۰)	۲۸ (۵/۳۰)	۲۸ (۲/۷۴)
جمع اختلالات اضطرابی	۱۹ (۳/۸۴)	۸۵ (۱۶/۱۰)	۱۰۴ (۱۰/۱۷)
<u>اختلالات عصبی-شناختی</u>			
صرع	۴ (۰/۸۱)	۸ (۱/۵۲)	۱۲ (۱/۱۷)
زوال عقل	۴ (۰/۸۱)	۴ (۰/۷۶)	۸ (۰/۰۸)
عقب‌ماندگی ذهنی شدید	۳ (۰/۶۱)	۵ (۰/۹۵)	۸ (۰/۷۸)
جمع اختلالات عصبی-شناختی	۱۱ (۲/۲۳)	۱۷ (۳/۲۳)	۲۸ (۲/۷۳)
<u>اختلالات تجزیه‌ای</u>			
جسمی سازی	۳ (۰/۶۱)	۴ (۰/۷۶)	۷ (۰/۶۸)
یاددازدگی	۴ (۰/۸۱)	۲ (۰/۳۸)	۶ (۰/۵۹)
مسخ شخصیت	۱ (۰/۲۰)	۱ (۰/۱۹)	۲ (۰/۲۰)
جمع اختلالات تجزیه‌ای	۸ (۱/۶۲)	۷ (۱/۳۳)	۱۵ (۱/۴۷)
جمع کل اختلالات	۶۱ (۱۲/۳۳)	۱۵۹ (۳۰/۱۳)	۲۲۰ (۲۱/۵۲)

ورود اطلاعات و غربالگری داده‌ها با استفاده از Epi Info و استخراج نتایج و مقایسه‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-10 صورت گرفته است. مقایسه شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مردان و زنان مورد مطالعه در هر یک از گروه اختلالات مورد مطالعه با انجام آزمون χ^2 صورت پذیرفته است.

یافته‌ها

در این مطالعه جمماً ۱۰۲۲ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۵۲۸ نفر زن (۵۱/۶ درصد) و ۴۹۴ نفر مرد (۴۸/۴ درصد) بودند. نتایج بررسی نشان داد که با استفاده از پرسشنامه SADS ۲۰ مورد اختلال روان‌پزشکی (۲۱/۵۲ درصد) در افراد مورد مطالعه وجود داشته که این میزان در زنان ۳۰/۱۳ و در مردان ۱۲/۳۳ درصد بوده است. اطلاعات مربوط به شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان مازندران در جدول شماره ۲ و اطلاعات مربوط به شیوع حداقل یک اختلال روان‌پزشکی در افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۳ آورده شده است.

طبق اطلاعات جدول شماره ۲، میزان شیوع انواع اختلالات خلقی ۵/۴۸ درصد بوده که این میزان در زنان ۷/۵۸ و در مردان ۳/۲۳ درصد بوده است. میزان شیوع افسردگی اساسی ۴/۶۰ درصد، افسردگی جزئی ۰/۲۹ درصد و اختلال هیپومنیک و مانیک ۰/۵۹ درصد بود. میزان شیوع اختلالات پسیکوتیک، ۱/۶۷ درصد بوده که این میزان در مردان ۱/۴۱ درصد و در زنان ۱/۸۹ درصد بوده است. شیوع انواع اختلالات اضطرابی ۱۰/۱۷ درصد بوده که در زنان ۱۶/۱ درصد و در مردان ۳/۸۴ درصد بوده است. شایع‌ترین اختلال در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلالات فوبی بوده است.

(۱۰۰/۰)	۳۴ (۱۵/۶۰)	ابتدایی
۲۱۸		
(۱۰۰/۰)	۵۳ (۲۳/۰۴)	بی‌ساد
۲۳۰		
۶۵ (۱۰۰/۰)	۷ (۱۰/۷۷)	کارگر
(۱۰۰/۰)	۱۲ (۹/۷۶)	کارمند
۱۲۳		
۷۷ (۱۰۰/۰)	۶ (۷/۷۹)	محصل یا دانشجو
(۱۰۰/۰)	۱۷ (۷/۸۰)	آزاد
۲۱۸		شغل
۱۹ (۱۰۰/۰)	۳ (۱۵/۷۹)	بازنشسته
(۱۰۰/۰)	۹۰ (۲۲/۵۶)	خانه‌دار
۳۹۹		
۶۸ (۱۰۰/۰)	۸ (۱۱/۷۶)	بی‌کار
۴۹ (۱۰۰/۰)	۶ (۱۲/۲۴)	سایر مشاغل
(۱۰۰/۰)	(۱۴/۵۸) ۱۴۹	جمع
۱۰۲۲		

در زمینه بررسی شیوع انواع اختلالات روانی و متغیرهای دموگرافیک نتایج این بررسی نشان داد که بالاترین شیوع اختلالات روانی در این مطالعه مربوط به گروه سنی ۶۶ سال و بیشتر با ۲۱/۸۴ درصد و کمترین آن مربوط به گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال با ۹/۵۲ درصد بود. همچنین بالاترین میزان شیوع این اختلالات مربوط به افراد ساکن در مرکز استان با ۱۸/۸۲ درصد و کمترین آن مربوط به افراد در سایر مناطق شهری استان با ۱۳/۹۹ درصد بود. از نظر تأهل، بیشترین میزان شیوع مربوط به افراد طلاق گرفته (۱۰۰ درصد) و همسر فوت شده با ۲۶/۹۲ درصد و کمترین میزان مربوط به افراد مجرد با ۱۰/۰۷ درصد بود. بالاترین شیوع اختلالات روانی مربوط به افراد بی‌ساد با ۲۳/۰۴ درصد و کمترین آن مربوط به افراد با تحصیلات عالی (۴/۷۲ درصد) بود. از نقطه نظر شغلی، بالاترین شیوع اختلالات روانی در زنان و مردان مورد مطالعه مربوط به افراد خانه‌دار با ۲۲/۵۶ درصد و افراد بازنشسته با ۱۵/۷۹ درصد بود. اطلاعات مربوط به مقایسه شیوع اختلالات روانی بر حسب جنس در استان، در جدول شماره ۴ ارایه گردیده

همان‌طور که یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد در مجموع ۱۴/۵۸ درصد افراد، حداقل از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برده‌اند که این میزان در زنان ۱۹/۱۳ درصد و در مردان ۹/۷۲ درصد بوده است (جدول شماره ۳).

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

متغیرهای دموگرافیک	دارای اختلال	جمع
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد
(۱۰۰/۰)	۴۸ (۹/۷۲)	مرد
۴۹۴		
(۱۰۰/۰)	۱۰۱ (۱۹/۱۳)	زن
۵۲۸		
(۱۰۰/۰)	۲۴ (۹/۵۲)	۱۸-۲۵ سال
۲۵۲		
(۱۰۰/۰)	۵۴ (۱۴/۲۹)	۲۶-۴۰ سال
۳۷۸		
(۱۰۰/۰)	۴۴ (۱۹/۳۸)	۴۱-۵۵ سال
۲۲۷		
۷۵ (۱۰۰/۰)	۸ (۱۰/۶۷)	۵۶-۶۵ سال
۸۷ (۱۰۰/۰)	۱۹ (۲۱/۸۴)	۶۶+ سال
۸۵ (۱۰۰/۰)	۱۶ (۱۸/۸۲)	مرکز استان
(۱۰۰/۰)	۵۵ (۱۳/۹۹)	سایر شهرها
۳۹۳		
(۱۰۰/۰)	۷۸ (۱۴/۳۴)	محل سکونت
۵۴۴		
(۱۰۰/۰)	۲۷ (۱۰/۰۷)	مجدد
۲۶۸		
(۱۰۰/۰)	۱۱۱ (۱۵/۵۵)	متأهل
۷۱۴		
۱ (۱۰۰/۰)	۱ (۱۰۰/۰)	وضعیت تأهل
	طلاق گرفته یا جاداشده	
۲۶ (۱۰۰/۰)	۷ (۲۶/۹۲)	همسر فوت شده
(۱۰۰/۰)	۵ (۴/۷۲)	تحصیلات عالی
۱۰۶		
(۱۰۰/۰)	۲۴ (۱۲/۰۶)	دیپلم
۱۹۹		
(۱۰۰/۰)	۳۳ (۱۲/۴۱)	متوسطه یا راهنمایی
۲۶۶		

با میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی به دست آمده در مطالعاتی که از پرسشنامه SADS استفاده شده مثل مطالعه وايزمن^۱ و همکاران در نیویورک امریکا (۱۹۷۸) با ۱۵/۱ درصد، بالاتر (۳۱) و ازیافته مدیانوس^۲ و همکاران در آتن یونان (۱۹۸۷) با ۱۹/۴ درصد، بالاتر می‌باشد (۳۲). شایع‌ترین گروه اختلالات روان‌پزشکی در استان، اختلالات اضطرابی با ۱۰/۱۷٪ درصد بوده (جدول شماره ۲) که میزان آن از نتایج مطالعه صادقی و همکاران (۱۳۷۸) پایین‌تر (۲۵) و از میزان به دست آمده در سایر مطالعات انجام گرفته در ایران بالاتر است (۱۴، ۱۲، ۲۴، ۲۳، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۲).

شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در افراد تحت مطالعه، افسردگی اساسی با ۴/۶۰ درصد بود که یافته‌های بررسی‌های انجام گرفته توسط حرازی و باقری یزدی (۱۳۷۳)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، همچنین نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد (۲۳، ۱۷، ۱۴).

میزان شیوع انواع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۱/۶۷ درصد می‌باشد که از یافته تمامی بررسی‌های انجام گرفته در ایران، بالاتر می‌باشد (۲۴، ۲۳).

میزان شیوع اختلالات عصبی-شناختی ۲/۷۳ درصد می‌باشد که از این میزان ۱/۱۷ درصد مربوط به بیماری صرع، ۰/۷۸ درصد مربوط به عقب ماندگی ذهنی شدید و ۰/۷۸ درصد مربوط به زوال عقل است. نتایج مربوط به بیماری صرع با یافته‌های ارایه شده توسط کاپلان و سادوک^۳ (۱۹۹۸) همخوانی دارد (۳۳).

آخرین گروه اختلالات مورد بررسی، اختلالات تجزیه‌ای است که جمیعاً ۱/۴۷ درصد را به خود اختصاص داده است و در طیف نتایج به دست آمده از سایر بررسی‌های انجام شده در ایران قرار می‌گیرد (۲۸).

1- Weissman
2- Medianos

3- Kaplan and Sadock

6- Hollifield

است. بررسی ارتباط شیوع اختلالات روان‌پزشکی و جنسیت افراد مورد مطالعه، نشان‌دهنده این است که بین جنسیت و ابتلا به اختلالات اضطرابی و خلقتی ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($p < 0.05$) اما بین جنسیت و ابتلا به اختلالات پسیکوتیک، تجزیه‌ای و عصبی-شناختی، اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است ($p > 0.05$).

تعداد اختلالات روان‌پزشکی بر حسب جنس در استان بدین شرح می‌باشد که ۳۹ نفر از مردان (۷/۸۹) درصد، ۷۳ نفر از زنان (۱۳/۸۳) درصد و در مجموع ۱۰/۹۶ درصد افراد مورد مطالعه دچار یک اختلال بوده‌اند، همچنین ۶ نفر از مردان (۱/۲۱) درصد، ۱۲ زن (۲/۲۷) درصد و در مجموع ۱/۷۶ درصد افراد مورد مطالعه دچار دو اختلال بوده‌اند حال آن که ۳ مرد (۰/۶۱) درصد، ۱۶ زن (۳/۰۳) درصد و در مجموع ۱/۸۶ درصد افراد مورد مطالعه از سه اختلال یا بیش‌تر رنج می‌برند. همچنین نسبت تعداد اختلال روان‌پزشکی به تعداد مردان دارای اختلال ۱/۲۷ و برای زنان ۱/۵۷ بوده است.

جدول شماره ۴ : مقایسه شیوع اختلالات روان‌پزشکی بر حسب جنس در استان مازندران (سال ۱۳۸۰)

نوع اختلال	مردان (n=۱۴۹۴)			زنان (n=۵۲۸)		
	فرآوانی(درصد)	فرآوانی(درصد)	آماره X ^۲	آماره	درجہ آزادی	سطح معنی‌داری
اختلالات خلقی	۱۶ (۳/۲۳)	۴۰ (۷/۵۸)	۹/۲۷	۱	۱	۰/۰۰۲۳
اختلالات پسیکوتیک	۷ (۱/۶۱)	۱۰ (۱/۸۹)	۰/۳۵	۱	۱	۰/۰۵۱۳
اختلالات اضطرابی	۱۹ (۳/۸۴)	۸۵ (۱۶/۱۰)	۴۱/۹۲	۱	۱	۰/۰۰۰۰
اختلالات عصبی-شناختی	۱۱ (۲/۲۲)	۱۷ (۳/۲۳)	۰/۹۴	۱	۱	۰/۰۳۱۱
اختلالات تجزیه‌ای	۸ (۱/۶۲)	۷ (۱/۳۳)	۰/۱۰	۱	۱	۰/۶۹۶۴

بحث

همان‌طور که اطلاعات جدول شماره ۲ نشان می‌دهد میزان شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در استان ۲۱/۵۲ درصد می‌باشد. مقایسه نتایج این پژوهش با میزان شیوع به دست آمده در پژوهش‌های قبلی در ایران نشان می‌دهد که میزان به دست آمده در حدود برآوردهایی است که مطالعات قبلی به دست آورده‌اند. مقایسه برآوردهای مطالعه

تشخيص‌گذاری، همچنین بافت فرهنگی- اجتماعی مناطق مختلف کشور دانست. استرس‌های محیطی، شهرنشینی و مشکلات اقتصادی زندگی در شهر (مرکز استان) را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات روان‌پزشکی در مرکز استان نسبت به مناطق روستایی به شمار آورد.

نتایج این بررسی نشان دهنده این است که شیوع اختلالات روان‌پزشکی در سالین ۲۶ سال به بالا بیش از ۱۸ تا ۲۵ سال می‌باشد، به خصوص افراد ۶۶ سال و بالاتر با ۲۱/۸۴ درصد بالاترین میزان اختلال را دارند. یائسگی و اضطراب ناشی از تغییرات بیولوژیکی در زنان، همچنین شروع بازنشستگی و از کارافتادگی یا بی‌کاری در مردان را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات در این سالین دانست. به علاوه این پژوهش نشان داد شیوع اختلالات روانی به طور معنی‌داری در افراد طلاق گرفته و همسر فوت شده بیش از سایر گروه‌ها است.

نتایج بررسی‌های انجام گرفته در زمینه استرس، مؤید نتایج این بررسی می‌باشد که مرگ همسر به عنوان یکی از عوامل استرس‌زا، آشکار کننده و مستعدساز اختلالات روان‌پزشکی است (۳۳).

شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد بی‌سواند بیش از سایر گروه‌ها بوده است. بیش تر بررسی‌های انجام گرفته در ایران دلالت بر شیوع اختلالات در افراد بی‌سواند داشته‌اند که نتایج این بررسی را مورد تأیید قرار می‌دهند (۲۸). محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی و همچنین ناتوانی افراد در استفاده از شیوه‌های مؤثر مقابله با عوامل استرس‌زا، را می‌توان دلیل بالاتر بودن شیوع این اختلالات در افراد بی‌سواند و آگاهی بیش تر افراد تحصیل کرده نسبت به سایرین دانست.

روش دیگر تجزیه و تحلیل نتایج این مطالعه، بررسی شیوع مبتلایان به اختلالات روان‌پزشکی می‌باشد که در این مطالعه ۱۴/۵۸ درصد برآورد شده است. پژوهش حاضر نشان داد میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان بیش از مردان است (۱۹/۱۳) درصد در مقابل ۹/۷۲ درصد) که با نتایج بررسی‌های انجام شده در ایران و بررسی‌های انجام شده توسط ونکورف^۴ و همکاران در بالتیمور شرقی (۱۹۸۷)، واکوئز-بارکوئزو^۵ و همکاران در روستای کانتابریای اسپانیا (۱۹۸۷)، هولیفیلد^۶ و همکاران در لسوتو افریقا (۱۹۹۰)، لهتین^۷ و همکاران در تورکن فنلاند (۱۹۹۱)، بهار^۸ و

همکاران در پالمبانگ اندونزی (۱۹۹۲)، کسلر^۹ و همکاران در امریکا (۱۹۹۴) و روکا^{۱۰} و همکاران در بالریک اسپانیا (۱۹۹۹) همخوانی دارد (۴۰ تا ۳۴%).

شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالاتر اختلالات روان‌پزشکی در زنان نسبت به مردان، بیش تر به محدود بودن نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، استرس‌های محیطی و مشکلات خانوادگی مربوط است (۲۸). یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد تحت مطالعه در مرکز استان بیش از مناطق روستایی است (۱۸/۸۲ درصد در مقابل ۱۴/۳۴ درصد) که یافته‌های به دست آمده از بررسی‌های انجام گرفته توسط خسروی (۱۳۷۳)، پالانگ و همکاران (۱۳۷۴)، همچنین نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد (۲۲، ۱۶، ۱۵)، اما با نتایج به دست آمده توسط یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) متفاوت می‌باشد (۱۷). متفاوت بودن نتایج را می‌توان ناشی از ابزار و پرسشنامه به کار رفته جهت غربالگری و

4- Von Korff

5- Vazquez- Barquero

1- Kessler

2- Roca

7- Lehtinen

8- Bahar

کسب نتایج این بررسی، نشان دهنده این است که حداقل ۱۴ درصد جمعیت استان نیازمند خدمات بهداشت روان سرپایی و بستری هستند. آگاهی از این مسئله، مسؤولیت سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی کشور و استان مازندران را در ارتباط با تدوین برنامه‌های کاربردی و اجرایی بهداشت روان را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

سپاسگزاری

ابتدا از کلیه افراد و خانواده‌هایی که در این تحقیق شرکت نموده‌اند، سپاسگزاری می‌گردد. سپس از معاونت تحقیقات و فن‌آوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پژوهشی کشور، کلیه همکاران ستادی و اجرایی طرح، دانشگاه علوم پژوهشی مازندران، ریاست محترم سازمان بهزیستی استان مازندران همچنین کلیه کارشناسان آقایان عبدال... معصومی گرجی، بهرام چهره‌گشا، علی‌محمد فلاحتی، خسرو ابراهیمی تقی‌زاده، حاتم دادمهر و خانم‌ها سیده طاهره نورانی، پریسا کسرایی، سیده زهرا حسینی، فرزانه نانمی کوهی و آناهیتا ترسیم که ما را در به انجام رساندن این بررسی یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

یافته‌های این مطالعه نشان دهنده این است که میزان شیوع اختلالات روان‌پژوهشی در افراد بازنشسته، بی‌کار و زنان خانه‌دار بیش از دیگران می‌باشد که یافته‌های بررسی‌های انجام شده در ایران و جهان را مورد تأیید قرار می‌دهد. احتمالاً نداشتن درآمد، عامل استرس‌زا بی‌کاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می‌تواند از جمله عوامل افزایش شیوع اختلالات روان‌پژوهشی در افراد بیکار و بازنشسته، همچنین زنان خانه‌دار باشد.

نتایج بررسی نشان دهنده این است که افراد مورد مطالعه به خصوص زنان در گروه سنی باروری و مردان

بازنشسته و بی‌کار به دلیل مشکلات اقتصادی و خانوادگی، بیش تر دچار انواع اختلالات روان‌پژوهشی گردیده‌اند که لازم است برنامه‌ریزی‌های اصولی در راستای پیشگیری و درمان این اختلالات، آموزش شیوه‌های درست مقابله با عوامل استرس‌زا و کنار آمدن با آنها به افراد جامعه صورت گیرد.

همچنین قابل ذکر است که با توجه به پایین بودن درجه اعتبار اختلالات تجزیه‌ای در مطالعات اولیه، لازم است در استفاده و تعمیم نتایج این اختلالات، احتیاط لازم صورت بگیرد.

فهرست منابع

1. Robin LN. Psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*. 1978; 35: 697-702.
2. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press; 1973.
3. Dohrenwend BP, Shrout PE. Toward the development of a two-stage procedure for case -identification and classification in psychiatric epidemiology. In: Simmons RG(Ed.), *Research in Community and Mental Health*. Vol 2. Greenwich, CT: JAI Press 1981; P: 295-323.
4. Hodiamont P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. *Psychol Med*. 1987; 17: 495- 505.
5. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, Rhee H, Kim YS, Han JH, Choi JO, Lee YH. Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *J Nerv Ment Dis*. 1990; 178: 242- 246.
6. صاحب‌الزمانی ناصرالدین. روح ناسیمان. انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطایی، ۱۳۴۲.
7. 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: 163-171.
8. Bash KW, Bash-Liechti J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan, Iran. *Soc Psychiatry*. 1969; 4: 137- 143.
9. داویدیان هاراطون، ایزدی سیروس، نهاد پیمان وارتکس، معتبر منصور. بررسی مقدماتی درباره شیوه بیماری‌های روانی در منطقه خوز (شهرستان رودسر). *نشریه بهداشت ایران*, ۱۳۵۳؛ سال سوم، شماره چهارم: صفحات ۱۴۵ تا ۱۵۶.
10. باقری‌یزدی سید عباس، بوالهی جعفر، شاه‌محمدی داود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی مید‌یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*, ۱۳۷۱؛ سال اول، شماره ۱: صفحات ۳۲ تا ۴۲.
11. بهادرخان جواد. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی گناباد خراسان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*, دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.
12. جاویدی حجت‌الله. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت - فارس. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*, دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.
13. کوکه فرخ. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی آذربایجان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*, دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.
14. حرازی محمدعلی، باقری‌یزدی سید عباس. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان بیزد. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۳.
15. خسروی شمسعلی. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهارمحال و بختیاری. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش بهداشت*, دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۳.
16. پلاهنگ حسن، نصر مهدی، براہنی محمدتقی، شاه‌محمدی داود. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*, ۱۳۷۴؛ سال دوم، شماره ۴: صفحات ۱۹ تا ۲۷.

۱۷. یعقوبی نورا....، نصر مهدی، شاه محمدی داود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستائی شهرستان صومعه سراي گیلان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳۷۴؛ سال دوم، شماره ۴: صفحات ۵۵ تا ۶۵.
۱۸. جوافشانی محمدعلی. بررسی میزان شیوع بیماریهای روانی نوروتیک در شهر مسکونی الوند و صنعتی قزوین. *پایان نامه برای دریافت درجه تخصصی در رشته اپیدمیولوژی*. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴.
۱۹. افشاری منفرد ژاله، باقری یزدی سید عباس، بوالهیری جعفر. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه کنندگان درمانگاههای عمومی شهر سمنان. *طب و تزکیه*، ۱۳۷۶؛ شماره ۲۶: صفحات ۱۰ تا ۱۵.
۲۰. قاسمی غلامرضا، اسداللهی قربانعلی، احمدزاده غلامحسین، پالانگ حسن. بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در شهر اصفهان. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره پژوهش های روان پزشکی و روان شناسی در ایران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۹ تا ۱۲ اسفند، ۱۳۷۶.
۲۱. بخشانی نورمحمد، کیانپور محسن، سراوانی محمد رضا. **همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر زاهدان**. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ۱۳۷۷.
۲۲. امیدی عبدالله، طباطبائی اعظم، سازور سید علی، عکاشه گودرز. (در دست چاپ). بررسی **همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر نظر اصفهان**. *فصلنامه اندیشه و رفتار*.
۲۳. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس. بررسی شیوع اختلالهای روان پزشکی در شهر تهران. *مجله حکیم*، ۱۳۷۸؛ سال دوم، شماره ۴: صفحات ۲۱۲ تا ۲۲۳.
۲۴. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس، یاسمی محمد تقی. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران. *محله حکیم*، ۱۳۸۱؛ سال پنجم، شماره ۱: صفحات ۱ تا ۱۰.
۲۵. صادقی خیرالله، صابری سیدمهدی، عصاره مرضیه. **همه گیرشناسی بیماریهای روانی در جمعیت شهری کرمانشاه**. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳۷۹؛ سال ششم، شماره ۳-۲: صفحات ۱۶ تا ۲۵.
۲۶. شمس علیزاده نرگس، بوالهیری جعفر، شاه محمدی داود. بررسی **همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستائی استان تهران**. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳۸۱؛ سال هفتم، شماره ۲۵ و ۲۶: صفحات ۱۹ تا ۲۱.
۲۷. چگینی سودابه. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهر قم. *پایان نامه برای دریافت گواهی نامه عالی بهداشت عمومی (MPH)*. دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۹.
۲۸. نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی سید عباس، یاسمی محمد تقی. **نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران**. انتشارات مؤلف، ۱۳۸۱.
29. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. *Am J Public Health*. 1982; 72:1271-1279.
30. Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG, McKinnon DF, Edwin D, Folstein SE, et al. Diagnostic reliability of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 736-40.
31. Weissman MM, Mayers JK, Harding PS. Psychiatric-disorders in a U.S urban community. *Am J Psychiatry*. 1978; 135:456- 462.

32. Medianos MG, Stefanis CN, Madianou D. Prevalence of mental disorders and utilization of mental health services in two areas of greater Athens. In: Cooper, B. Helgason, G. *Psychiatric Epidemiology*. London: Croom Helm Ltd; 1987. p. 372-86.
33. Kaplan HL, Sadock BL. *Kaplan and Sadock's Synopsis of psychiatry*. 8th. ed. Baltimore: Williams and Wilkins. 1998.
34. Von Korff M, Nestadt G, Romanoski A, Anthony J, Eaton W, Merchant A, et al: Prevalence of treated and untreated DSM-III schizophrenia in two stages community survey. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173: 577-81.
35. Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, Aldama J, Samaniego Rodriguez C, Menendez Arango J, Mirapeix C. A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychol Med*. 1987; 17:227-241.
36. Hollifield M, Laton W, Spain D, Pule L. Anxiety and depression in a village of Lesoto: a comparison with the United States. *Br J Psychiatry*. 1990; 156:343-350.
37. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, Aromaa A. Prevalence of mental disorders among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 81: 418- 25.
38. Bahar E, Henderson AS, Mackinnon AJ. An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatr Scand*. 1992; 85:257- 63.
39. Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United State. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 9- 19.
40. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ, Flores I, Leal S. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999; 34(8): 410-5.