

همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در استان مازندران (سال ۱۳۸۰)

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

چکیده

سابقه و هدف : بار اختلالات روان‌پزشکی در کشورهای پیشرفته تا حد زیادی به وسیله پرسش‌نامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته، شناسایی شده است. ولی بار اختلالات روان‌پزشکی در کشور ما محدود و تعداد مطالعات انجام شده کم می‌باشد. برنامه‌ریزی برای ارائه 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 خوشه‌ای 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، تشخیص‌گذاری 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 ۱۲/۳۳ درصد بوده است. اختلالات اضطرابی و خلقی 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 خلقی، افسردگی اساسی با ۴/۶۰ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال فوبی با ۲/۷۴ درصد شیوع بیش‌تری داشته‌اند. شیوع اختلالات روان‌پزشکی در استان 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 بیش‌تر 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 بیش‌تر از پیش روشن می‌سازد.

واژه‌های کلیدی : همه‌گیری‌شناسی، اختلالات روانی، پرسش‌نامه‌ها

* فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تهران ☒ تهران: خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه
 ** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
 *** عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
 **** دکتری داروسازی
 ***** کارشناس روان‌شناسی
 ***** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی
 ☞ تاریخ دریافت: ۸۲/۴/۹ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۲/۶/۴ تاریخ تصویب: ۸۲/۸/۱۴

مقدمه

همه گیری‌شناسی اختلالات روان پزشکی، 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 بیستم 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).

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 برآورد شده است؛ به طوری که این میزان‌ها از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸ درصد متغیر بوده است (۵،۴).

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 روان پزشکی 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 (۲۸،۲۳).

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

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

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

بر اساس یافته‌های این برنامه می‌توان اختلالات را در یک مرحله، غربالگری و تشخیص‌گذاری نمود. پس از ترجمه سؤالات پرسش‌نامه SADS به زبان فارسی، مجدداً توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی (دوزبانه)^۳، به زبان انگلیسی برگردانده شد و پس از تأیید ترجمه، آماده اجرای آزمایش گردید. به منظور بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات منظور نشده در برنامه SADS، سؤالاتی توسط همکاران اصلی طرح و بر اساس 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 سوء مصرف مواد، پایین بود.

داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه حضوری توسط کارشناسان و کارشناسان ارشد روان‌شناسی استان مازندران گردآوری شده و بر اساس طبقه‌بندی DSM-IV^۴ تشخیص‌گذاری گردیده است.

برنامه‌ریزی مناسب در راستای ارائه 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 ارائه 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 نمونه‌گیری در این مطالعه، خانوار می‌باشد. روش نمونه‌گیری 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 کتبی 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 نمونه‌گیری، بر اساس 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 اسپیتزر^۲ و همکاران بر اساس معیارهای تشخیصی DSM طراحی شده است (۲۹). لذا همزمان با تجدید نظر

3- Bilingual

4- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV

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 عقب ماندگی 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 روان پزشکی برحسب جنس در استان مازندران (سال ۱۳۸۰)

انواع اختلالات	مرد n=۴۹۴	زن n=۵۲۸	جمع n=۱۰۲۲
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
اختلالات خلقی			
افسردگی اساسی	۱۴ (۲/۸۳)	۳۳ (۶/۲۵)	۴۷ (۴/۶۰)
افسردگی جزئی (مانور)	۰ (۰/۰۰)	۳ (۰/۵۷)	۳ (۰/۲۹)
اختلال هیپومانیک و مانیک	۲ (۰/۴۰)	۴ (۰/۷۶)	۶ (۰/۵۹)
جمع اختلالات خلقی	۱۶ (۳/۲۳)	۴۰ (۷/۵۸)	۵۶ (۵/۴۸)
اختلالات پسکوتیک			
اسکیزوفرنی	۱ (۰/۲۰)	۰ (۰/۰۰)	۱ (۰/۱۰)
اختلال پسکوتیک کوتاه مدت	۱ (۰/۲۰)	۰ (۰/۰۰)	۱ (۰/۱۰)
اسکیزوفرنی فرم	۱ (۰/۲۰)	۱ (۰/۱۹)	۲ (۰/۲۰)
سایر اختلالات پسکوتیک	۴ (۰/۸۱)	۹ (۱/۷۰)	۱۳ (۱/۲۷)
جمع اختلالات پسکوتیک	۷ (۱/۴۱)	۱۰ (۱/۸۹)	۱۷ (۱/۶۷)
اختلالات اضطرابی			
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 منتشر	۹ (۱/۸۲)	۱۲ (۲/۲۷)	۲۱ (۲/۰۵)
اختلال وسواس فکری-عملی	۱ (۰/۲۰)	۱۹ (۳/۶۰)	۲۰ (۱/۹۶)
اختلال گذر 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)
اختلالات عصبی-شناختی			
صرع	۴ (۰/۸۱)	۸ (۱/۵۲)	۱۲ (۱/۱۷)
زوال عقل	۴ (۰/۸۱)	۴ (۰/۷۶)	۸ (۰/۷۸)
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)
اختلالات تجزیه‌ای			
جسمی سازی	۳ (۰/۶۱)	۴ (۰/۷۶)	۷ (۰/۶۸)
یادزدودگی	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 روان پزشکی 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 جمعاً 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، ۲۲۰ مورد اختلال روان پزشکی (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 روان پزشکی در استان مازندران در جدول شماره ۲ و اطلاعات مربوط به شیوع حداقل یک اختلال روان پزشکی 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 هیپومانیک و مانیک ۰/۵۹ درصد بود.

میزان شیوع اختلالات پسکوتیک، 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.

ابتدایی	۳۴ (۱۵/۶۰)	(۱۰۰/۰۰)
	۲۱۸	
بی سواد	۵۳ (۲۳/۰۴)	(۱۰۰/۰۰)
	۲۳۰	
کارگر	۷ (۱۰/۷۷)	۶۵ (۱۰۰/۰۰)
کارمند	۱۲ (۹/۷۶)	(۱۰۰/۰۰)
	۱۲۳	
محصل یا دانشجو	۶ (۷/۷۹)	۷۷ (۱۰۰/۰۰)
آزاد	۱۷ (۷/۸۰)	(۱۰۰/۰۰)
	۲۱۸	
شغل		
بازنشسته	۳ (۱۵/۷۹)	۱۹ (۱۰۰/۰۰)
خانه دار	۹۰ (۲۲/۵۶)	(۱۰۰/۰۰)
	۳۹۹	
بی کار	۸ (۱۱/۷۶)	۶۸ (۱۰۰/۰۰)
سایر مشاغل	۶ (۱۲/۲۴)	۴۹ (۱۰۰/۰۰)
	۱۴ (۱۴/۵۸)	(۱۰۰/۰۰)
جمع	۱۴۹	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 بیش تر با ۲۱/۸۴ درصد و کم ترین 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 کم ترین آن مربوط به افراد در سایر مناطق شهری استان با ۱۳/۹۹ درصد بود. از نظر تأهل، بیش ترین میزان شیوع مربوط به افراد طلاق گرفته (۱۰۰ درصد) و همسر فوت شده با ۲۶/۹۲ درصد و کم ترین میزان مربوط به افراد مجرد با ۱۰/۰۷ درصد بود. بالاترین شیوع اختلالات روانی مربوط به افراد بی سواد با ۲۳/۰۴ درصد و کم ترین 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 خانه دار با ۲۲/۵۶ درصد و افراد بازنشسته با ۱۵/۷۹ درصد بود. اطلاعات مربوط به مقایسه شیوع اختلالات روانی برحسب جنس در استان، در جدول شماره ۴ ارائه گردیده

همان طور که یافته های این مطالعه نشان می دهد در مجموع ۱۴/۵۸ درصد افراد، حداقل از یک اختلال روان پزشکی رنج می برده اند که این میزان در زنان ۱۹/۱۳ درصد و در مردان ۹/۷۲ درصد بوده است (جدول شماره ۳).

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

متغیرهای دموگرافیک	دارای اختلال	جمع
جنس	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
مرد	۴۸ (۹/۷۲)	۴۹۴
زن	۱۰۱ (۱۹/۱۳)	۵۲۸
سن		
۱۸-۲۵ سال	۲۴ (۹/۵۲)	۲۵۲
۲۶-۴۰ سال	۵۴ (۱۴/۲۹)	۳۷۸
۴۱-۵۵ سال	۴۴ (۱۹/۳۸)	۲۲۷
۵۶-۶۵ سال	۸ (۱۰/۶۷)	۷۵
۶۶+ سال	۱۹ (۲۱/۸۴)	۸۷
محل سکونت		
مرکز استان	۱۶ (۱۸/۸۲)	۸۵
سایر شهرها	۵۵ (۱۳/۹۹)	۳۹۳
روستا	۷۸ (۱۴/۳۴)	۵۴۴
وضعیت تأهل		
متأهل	۲۷ (۱۰/۰۷)	۲۶۸
متأهل	۱۱۱ (۱۵/۵۵)	۷۱۴
طلاق گرفته یا جدانشده	۱ (۱۰۰/۰۰)	۱
همسر فوت شده	۷ (۲۶/۹۲)	۲۶
تحصیلات		
تحصیلات عالی	۵ (۴/۷۲)	۱۰۶
دیپلم	۲۴ (۱۲/۰۶)	۱۹۹
متوسطه یا راهنمایی	۳۳ (۱۲/۴۱)	۲۶۶

با میزان شیوع اختلالات روان پزشکی به دست آمده در مطالعاتی که از پرسش نامه SADS استفاده شده مثل مطالعه وایزمن^۱ و همکاران در نیویورک (۱۹۷۸) با ۱۵/۱ درصد، بالاتر (۳۱) و از یافته مدیانوس^۲ و همکاران در آتن یونان (۱۹۸۷) با ۱۹/۴ درصد، بالاتر می باشد (۳۲). شایع ترین گروه اختلالات روان پزشکی در استان، اختلالات اضطرابی با ۱۰/۱۷ درصد بوده (جدول شماره ۲) که میزان آن از نتایج مطالعه صادقی و همکاران (۱۳۷۸) پایین تر (۲۵) و از میزان به دست آمده در سایر مطالعات انجام گرفته در ایران بالاتر است (۲۴، ۲۳، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۲).

شایع ترین اختلال روان پزشکی در افراد تحت مطالعه، افسردگی اساسی با ۴/۶۰ درصد بود که یافته های بررسی های انجام گرفته توسط حرازی و باقری یزدی (۱۳۷۳)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، همچنین نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می دهد (۲۳، ۱۷، ۱۴). میزان شیوع انواع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۱/۶۷ درصد می باشد که از یافته تمامی بررسی های انجام گرفته در ایران، بالاتر می باشد (۲۴، ۲۳).

میزان شیوع اختلالات عصبی - شناختی ۲/۷۳ درصد می باشد 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 یافته های ارایه شده توسط کاپلان و سادوک^۳ (۱۹۹۸) همخوانی دارد (۳۳).

آخرین گروه اختلالات مورد بررسی، اختلالات تجزیه ای است که جمعاً ۱/۴۷ درصد را به خود اختصاص داده است و در طیف نتایج به دست آمده از سایر بررسی های انجام شده در ایران قرار می گیرد (۲۸).

است. بررسی ارتباط شیوع اختلالات روان پزشکی و جنسیت افراد مورد مطالعه، نشان دهنده این است که بین جنسیت و ابتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی ارتباط معنی دار وجود دارد ($p < 0/05$) اما بین جنسیت و ابتلا به اختلالات پسیکوتیک، تجزیه ای و عصبی - شناختی، اختلاف معنی داری وجود نداشته است ($p > 0/05$).

تعداد اختلالات روان پزشکی بر حسب جنس در استان بدین شرح می باشد 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 بوده اند، 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 بوده اند 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 بیش تر رنج می بردند. همچنین نسبت تعداد اختلال روان پزشکی به تعداد مردان دارای اختلال ۱/۲۷ و برای زنان ۱/۵۷ بوده است.

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

نوع اختلال	مردان (n=1494)		زنان (n=528)		درجه آزادی	سطح معنی داری
	فراوانی (درصد)	نسبت فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	نسبت فراوانی (درصد)		
اختلالات خلقی	۱۶ (۳/۲۳)	۴۰ (۷/۵۸)	۹ (۳/۲۷)	۱ (۰/۰۲۳)	۱	۰/۰۰۲۳
اختلالات پسیکوتیک	۷ (۱/۴۱)	۱۰ (۱/۸۹)	۰ (۰/۳۵)	۱ (۰/۵۵۱۳)	۱	۰/۵۵۱۳
اختلالات اضطرابی	۱۹ (۳/۸۴)	۸۵ (۱۶/۱۰)	۴۱ (۹/۹۲)	۱ (۰/۰۰۰۰)	۱	۰/۰۰۰۰
اختلالات عصبی-شناختی	۱۱ (۲/۲۳)	۱۷ (۳/۲۳)	۰ (۰/۹۴)	۱ (۰/۳۳۱۱)	۱	۰/۳۳۱۱
اختلالات تجزیه ای	۸ (۱/۶۲)	۷ (۱/۳۳)	۰ (۰/۱۵)	۱ (۰/۶۹۶۴)	۱	۰/۶۹۶۴

بحث

همان طور که اطلاعات جدول شماره ۲ نشان می دهد میزان شیوع انواع اختلالات روان پزشکی در استان ۲۱/۵۲ درصد می باشد. مقایسه نتایج این پژوهش با میزان شیوع به دست آمده در پژوهش های قبلی در ایران نشان می دهد که میزان به دست آمده در حدود برآوردهایی است که مطالعات قبلی به دست آورده اند. مقایسه برآورد این مطالعه

1- Weissman
2 - Medians

3- Kaplan and Sadock

6- Hollifield

تشخیص‌گذاری، 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 سنین 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 سنین 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 بی‌سواد بیش از سایر گروه‌ها بوده است. بیش‌تر بررسی‌های انجام گرفته در ایران دلالت بر شیوع اختلالات در افراد بی‌سواد 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 بی‌سواد و آگاهی بیش‌تر 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)، وازکوئز- بارکوئرو^۵ و همکاران در روستای کانتا بریای اسپانیا (۱۹۸۷)، هولیفیلد^۶ و همکاران در لسوتو افریقا (۱۹۹۰)، لهتینن^۷ و همکاران در تورکن فنلاند (۱۹۹۱)، بهار^۸ و همکاران در پالمبانگ اندونزی (۱۹۹۲)، کسلر^۱ و همکاران در امریکا (۱۹۹۴) و روکا^۲ و همکاران در بالریک اسپانیا (۱۹۹۹) همخوانی دارد (۴۰ تا ۴۴).

شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالاتر اختلالات روان‌پزشکی در زنان نسبت به مردان، بیش‌تر به محدود بودن نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، استرس‌های محیطی و مشکلات خانوادگی مربوط است (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)، پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۴)، همچنین نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) را مورد تأیید قرار می‌دهد (۲۳، 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 ۴ درصد جمعیت استان نیازمند خدمات بهداشت روان سرپایی و بستری هستند. آگاهی از این مسأله، 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.

سپاسگزاران

ابتدا از کلیه افراد و خانواده‌هایی که در این تحقیق شرکت نموده‌اند، سپاسگزاری می‌گردد. سپس از معاونت تحقیقات و فن‌آوری، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، کلیه همکاران ستادی و اجرایی طرح، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ریاست محترم سازمان بهزیستی استان مازندران همچنین کلیه کارشناسان آقایان عبدا... معصومی گرگی، بهرام چهره‌گشا، علی محمد فلاحتی، خسرو ابراهیمی تقی‌زاده، حاتم دادمهر و خانم‌ها سیده طاهره نورانی، پریسا کسرائی، 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 روان پزشکی 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 استرس‌زای بی‌کاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می‌تواند از جمله عوامل افزایش شیوع اختلالات روان پزشکی 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، بیش‌تر دچار انواع اختلالات روان پزشکی 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 نابسامان*. 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، نهایتیان وارتمکس، معتبر منصور. بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری‌های روانی در منطقه خزر (شهرستان رودسر). *نشریه بهداشت ایران*، ۱۳۵۳؛ سال سوم، شماره چهارم: صفحات ۱۴۵ تا ۱۵۶.
 ۱۰. باقری‌یزدی سید عباس، بواله‌ری جعفر، شاه‌محمدی داود. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی میبد یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳۷۱؛ سال اول، شماره ۱: صفحات ۳۲ تا ۴۲.
 ۱۱. 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.
 ۱۲. 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.
 ۱۳. کوبه فرخ. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستائی آذرشهر تبریز. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.
 ۱۴. حرازی محمدعلی، باقری‌یزدی سید عباس. *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد*. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۳۷۳.
 ۱۵. 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.
 ۱۶. پالاهنگ حسن، نصر مهدی، براهنی 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 صومعه‌سرای 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. *پایان‌نامه برای دریافت درجه تخصصی در رشته اپیدمیولوژی*، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴.
۱۹. افشاری منفرد ژاله، باقری یزدی سید عباس، بوالهروی جعفر. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. *طب و تزکیه*، ۱۳۷۶؛ شماره ۲۶: صفحات ۱۰ تا ۱۵.
۲۰. قاسمی غلامرضا، اسداللهی قربانعلی، احمدزاده غلامحسین، پالاهنگ حسن. *بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در شهر اصفهان*. مقاله ارائه شده در پنجمین کنگره پژوهش‌های روان پزشکی و روان‌شناسی در ایران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۹ تا ۱۲ اسفند، ۱۳۷۶.
۲۱. بخشانی نورمحمد، کیان‌پور محسن، سراوانی محمدرضا. *همه‌گیرشناسی 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 همه‌گیرشناسی 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. *مجله حکیم*، ۱۳۸۱؛ سال پنجم، شماره ۱: صفحات ۱ تا ۱۰.
۲۵. صادقی خیرالله، صابری سید مهدی، عصاره مرضیه. همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۳۷۹؛ سال ششم، شماره ۲-۳: صفحات ۱۶ تا ۲۵.
۲۶. شمس‌علیزاده نرگس، بوالهروی جعفر، شاه محمدی داود. بررسی همه‌گیرشناسی 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. *پایان‌نامه برای دریافت گواهی‌نامه 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.