

دانشگاه علوم پزشکی ایلام

معاونت تحقیقات و فناوری

مرکز تحقیقات آسیب های روانی - اجتماعی

**گزارش پایانی**

**عنوان**

بررسی وضعیت سلامت روان در افراد بالای 15 سال و بیشتر در مناطق شهری استان ایلام

مجریان

دکتر فتح اله محمدیان

دکتر یوسف ویسانی

دکتر علی دل پیشه

سال 1395

بسم اللّه الرحّمن الرحّيم

**همکاران اجرایی**

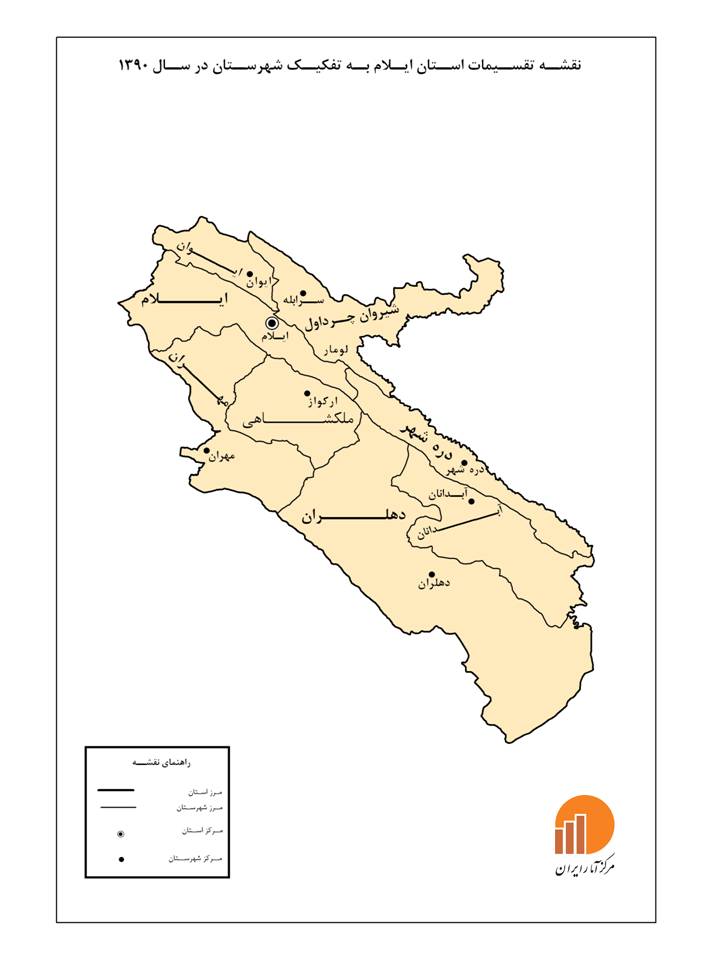
|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| آرزو شرفی | الهام علی زاده | ماهان عبدالی | صدیقه کرمی |
| هنگامه ارفعی | یاسین عسکری زاده | سمیرا فرامرزی | مهتاب قاسمی |
| طاهره کوخایی | کلثوم مرادیان | کبرای جام خانه | مریم اکبر زاده |
| معصومه عالی پور | زینب خدامرادی |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| شناسنامه طرح | |
| عنوان | بررسی وضعیت سلامت روان در افراد بالای 15 سال و بیشتر در مناطق شهری استان ایلام |
| مجریان | فتح اله محمدیان- یوسف ویسانی-علی دل پیشه |
| کد طرح | 910515 |
| سال اجرا | 1395 |
| وضعیت طرح | پایان یافته |
| ناظر طرح | دکتر حمید رضا کریم |

فصل اول

مقدمه

معرفی جغرافیا و جمعیت استان ایلام

استان ایلام با وسعتی معادل ۲۰,۱۳۳ کیلومتر مربع در جنوب غربی کشور ایران و بیست و دومین استان از نظر مساحت به حساب می آید و در ناحیه‌ای کوهستانی و نیمه گرم قرار گرفته‌است. مرکز این استان شهر [ایلام](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%DB%8C%D9%84%D8%A7%D9%85) است . استان ایلام از غرب با کشور [عراق](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%B9%D8%B1%D8%A7%D9%82) (حدود ۴25 کیلومتر مرز مشترک) ، از جنوب با استان [خوزستان](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%AE%D9%88%D8%B2%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86)، از شرق با استان [لرستان](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%84%D8%B1%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86) و از شمال با [استان کرمانشاه](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86_%DA%A9%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86%D8%B4%D8%A7%D9%87) همسایه ‌است.

**شکل شماره 1 نقشه استان ایلام**

**جمعیت استان**

استان ایلام با 573072 هزار نفر جمعیت و داشتن 10 شهرستان،  25 شهر، 26 بخش، 49 دهستان و 1072 آبادی ، 0/8 درصد از جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است .

استان ایلام دارای ده [شهرستان](http://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%B4%D9%87%D8%B1%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86) به شرح جدول ذیل می باشد.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام شهرستان | موقعیت | مساحت (کیلومترمربع) | جمعیت (1394) |
| 1 | ایلام | شمال غربی استان | 2165 | 222819 |
| 2 | آبدانان | جنوب شرقی استان | 2385 | 52479 |
| 3 | دهلران | جنوب استان | 6817 | 64058 |
| 4 | دره شهر | شرق استان | 1480 | 44334 |
| 5 | چرداول | شمال شرقی استان | 2224 | 58050 |
| 6 | سیروان | شمال شرقی استان | 649 | 15514 |
| 7 | بدره | شرق استان | 567 | 15266 |
| 8 | مهران | جنوب استان | 2392 | 26263 |
| 9 | ملکشاهی | جنوب شرقی | 1608 | 22037 |
| 10 | ایوان | شمال‌ استان | 903 | 52252 |

**دانشگاه علوم پزشکی ایلام**

دانشگاه علوم پزشکی ایلام یکی از دانشگاه‌های [استان ایلام](https://fa.wikipedia.org/wiki/%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%A7%D9%86_%D8%A7%DB%8C%D9%84%D8%A7%D9%85) است که رشته‌های پزشکی و پیرامون دانشجو تربیت می کند. در حال حاضر دانشگاه علوم پزشکی با داشتن 7 معاونت 5 دانشکده و یک آموزشکده بهداشت دهان و دندان 9 بیمارستان دولتی و 2 بیمارستان خصوصی و تعداد 1687 دانشجو در مقاطع مختلف و 24 رشته تحصیلی (کاردانی- کارشناسی- کارشناسی ارشد- دکتری پزشکی وPhD by research ) و 150 عضو هیات علمی و بیش از چهار هزار نیروی رسمی، پیمانی، شرکتی مشغول فعالیت می باشد. در حوزه بهداشتی و درمانی این دانشگاه هم اکنون با داشتن 197 خانه بهداشت و 29 مرکز بهداشتی و درمانی روستایی و33 مرکز بهداشتی و درمانی شهری و 39 پایگاه بهداشت شهری به مردم استان ایلام خدمت ارائه می دهد.

**مرکز تحقیقات آسیب های روانی – اجتماعی**

دانشگاه علوم پزشکی به عنوان یکی از ارگان های متولی سلامت در سال 1387 موفق به اخذ مجوز تأسیس مرکز تحقیقات آسیب های روانی - اجتماعی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گردید. این مرکز کار خود را در بیمارستان طالقانی شروع نمود و در سال 1389 بطور مستقل دریکی از ساختمان های دانشگاه مستقرگردید. در نیمه دوم سال 1393 با مجوز قطعی مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی -اجتماعی از سوی وزارت مطبوع موافقت شد.

**اهمیت سلامت روان**

سلامت روانی[[1]](#footnote-1) از مباحث اساسی در حیطه علوم انسانی است که توجه بسیاری از صاحبنظران علوم مختلف را به خود معطوف نموده است. و آن ها با دید خاصی به این موضوع اساسی توجه کرده و برای ارتقای کیفیت آن در بین جوامع بشری، برنامه و راهکار ارائه داده اند.

سازمان جهانی بهداشت[[2]](#footnote-2) سلامت روانی افراد را یک عامل ضروری برای ملت ها می داند و پیام کلیدیش این بود که اختلالات روانی، موضوع اساسی در شیوع بیماری های روانی است (1).

این سازمان در دیدگاه نوین خود سلامت را برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو معنی نموده است. در این میان سلامت روان واژه ای است که بیانگر توانایی شناختی و عاطفی یک فرد برای برخورداری از یک زندگی بارور است. سلامت روان بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت به حالتی از رفاه اطلاق می شود که در آن فرد توانایی های خود را می شناسد و می تواند بر تنش های روانی معمول زندگی فایق آمده و به صورتی مثمر ثمر باشد. هیچ گروهی و طبقه ای از بیماری های روانی مصون نیست، ولی افراد بیکار، فقرا، نوجوانان، زنانی که قربانی خشونت هستند و غیره بیشتر در معرض خطرند. و متاسفانه در تمام دنیا به بهداشت روان و بیماری های روانی به اندازه سلامت جسمانی و بیماری جسمی اهمیت داده نمی شود و مورد بی توجهی و غفلت قرار گرفته است (2).

در سال 2006، حدود 13 درصد از کل بار بیماری ها به علت اختلالات روانی ارزیابی شده و این میزان تا سال 2020 به 16 درصد افزایش خواهد یافت. در کل جهان میزان شیوع اختلالات روانی در تمام طول عمر بیش از 25 درصد و شیوع این اختلالات در هر مقطع زمانی حدود 10 درصد در جمعیت بالغ تخمین زده می شود (3).

امروزه بیش از 450 میلیون نفر از مردم دنیا در هر برهه از زمان از افسردگی رنج می برند. افسردگی و خودکشی خسارات زیادی بر سلامت جامعه در بر دارد. تقریباً یک نفر از هر ده نفر در جهان از اختلال روانی رنج می برد. از لحاظ سال های زندگی سالم از دست رفته به علت ناتوانی (YLD) اختلالات روانی حتی بار بیشتری را تحمیل می کنند، بیش از یک پنجم YLD به همین علت بوده است. نسبت بزرگی از اختلالات روانی به دلیل افسردگی و اضطراب ایجاد شده اند و افراد رده سنی 15 تا 59 سال بیش از همه تحت تأثیر گرفته اند. میزان مرگ پیش از موعد بین افرادی که با اختلالات روانی زندگی می کنند بیش از دو برابر همین نوع مرگ بین افراد بدون اختلالات روانی است (4).

از جمله ابزارهای مورد استفاده در بررسی سلامت روان افراد جامعه و مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی، پرسشنامه سلامت عمومی[[3]](#footnote-3) می باشد که توسط گلدبرگ[[4]](#footnote-4) در سال 1972 ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در افراد جامعه، مراکز درمانی و موقعیت های مختلف بوده است. این پرسشنامه، از جمله شناخته شده ترین ابزار غربالگری اختلالات روانی در روانپزشکی است که فرم اصلی و اولیه این پرسشنامه مشتمل بر 60 سؤال بوده که به بررسی وضعیت سلامت روان افراد در یک ماهۀ اخیر می پردازد و شامل نشانه هایی از افکار و احساسات نابهنجار و رفتارهای اجتماعی قابل مشاهده می باشد. این پرسشنامه به طور مکرر مورد تجدیدنظر قرار گرفته و به صورت فرم های کوتاه شده 12، 28 و 30 سؤالی در دسترس می باشد. فرم 28 سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلیر[[5]](#footnote-5) در سال 1979 تدوین یافته و سؤال های آن براساس روش تحلیل عاملی فرم 60 سؤالی اولیه استخراج گردیده است که در برگیرنده 4 مقیاس علائم جسمانی[[6]](#footnote-6)، اضطراب و اختلال خواب[[7]](#footnote-7)، اختلال در عملکرد اجتماعی[[8]](#footnote-8) و افسردگی شدید[[9]](#footnote-9) می باشد (5).

فصل دوم

پیشینه تحقیق

**پیشینه تحقیق**

طبق سازمان جهانی بهداشت، مطالعات همه گیر شناسی در کشورهای مختلف نشان می دهد که حدود 25 درصد مردم اختلال روانی قابل تشخیص دارند (WHO، 1996). تخمین زده شده است که حدود 450 میلیون نفر در سراسر جهان از نوعی اختلالات روانی رنج می برند.

مطالعات همه گیرشناسی در ایران نتایج متفاوتی را نشان داده اند. به عنوان مثال، دكتر احمدعلي نوربالا و همکاران (1387) در مطالعه ای به بررسي وضعيت سلامت روان افراد 15 ساله و بالاتر شهر تهران بر حسب عوامل دموگرافيـك هـمچـون سـن، جـنس، وضـعيت اشـتغال، ميـزان تحـصيلات، وضعيت تأهل و تعداد افراد خانواده و تعيين رابطه بين ابـتلا بـه اختلالات رواني با اين عوامل پرداختند. اين پژوهش، يـك مطالعـه توصـيفي - مقطعـي اسـت كـه به عنوان بخشي از پـروژه سـنجش عـدالت در شـهر تهـران كـه تمام ابعاد سلامت جسمي، رواني و اجتمـاعي را مـورد مطالعـه قرار داد انجام گرفته است. جامعـه آمـاري پـژوهش شـامل كليـه شـهروندان تحت پوشش مناطق 22 گانه شهرداري تهران بود. نمونه مورد مطالعـه بـه شيوه تصادفي خوشه اي مـنظم از بـين خانوارهـاي سـاكن در ايـن منـاطق انتخاب شد. بدين معني كه در هـر منطقـه 500 خـانوار (25 خوشـه 20 خانواري) و از هر خانوار منطقـه، يـك مـرد و يـك زن 15 ساله و بالاتر به طور تصادفي انتخاب شدند. در مجموع 22135 نفر از كليه مناطق تحت پوشش شهرداري تهـران تعيـين شـدند كه از اين تعداد، 2765 نفر بـه دليـل عـدم دسترسـي و يـا عـدم همكاري از مجموعه آزمودني ها حـذف و در مجموع 19370 نفر (7705 مرد و 11665 زن) پرسشنامه 28 سؤالي سلامت عمـومي GHQ-28)) را بـه منظـور بررسـي وضـعيت سـلامت روان تكميـل نمودنـد. ايـن پرسـشنامـه دربرگيرنـده چهـار مقيـاس علايــم جــسماني، اضــطراب و اخــتلال خــواب، اخــتلال در كــاركرد اجتمــاعي و افــسردگي مــي باشــد. مــرور مطالعــات انجام گرفته در كشورهاي مختلف جهان و ايران دلالـت بـراين داشته كه اين پرسشنامه از پايايي و روايي بالائي به عنوان ابزار غربالگري اختلالات رواني در جامعـه برخـوردار اسـت. كليـه اطلاعـات پرسـشنامـه هـا توسـط كارشناسان آموزش ديده مراكز بهداشت مناطق، تكميل و مورد تجزيـه و تحليـل قـرار گرفـت و نشان داد که 2/34 درصـد افـراد 15 سـاله وبـالاتر، مـشكوك بـه اخـتلال روانـي بودنـد (9/37 درصـد زنـان و 6/28 درصـد مردان). خطر ابتلا به بيماري رواني با بـالا رفتن سـن افـزايش داشـت ، ايـن ميـزان در گـروه سني 65 سـال و بيـشتر 9/49 درصـد و در گـروه سـني 24-15 سال، 2/29 درصد بود. بازنشـستگي، يائـسگي و اضـطراب ناشـي از تنهـايي و تغييـرات بيولـوژيكي را مـي تـوان از دلايـل بالاتر بودن شيوع اختلالات در اين سنين دانست . احتمال ابتلا به اخـتلال روانـي در افراد مطلقه و بيوه 5/1 برابر افراد متأهل و مجرد بود. با بالا رفتن ميزان سواد، احتمال ابـتلا بـه اخـتلالات روانـي كاهش داشت. محدوديتهاي اجتمـاعي و فرهنگي و همچنـين نـاتواني افـراد در اسـتفاده از شـيوه هـاي مؤثر مقابله بـا عوامـل اسـترس زا را مـي تـوان دليـل بـالاتر بودن شيوع اين اختلالات در افراد بي سـواد و پـايين تـر بـودن ميـزان شيوع در افراد داراي تحصيلات عاليه نسبت به سايرين دانست. بالاترين خطـر ابـتلا به بيماريهـاي روانـي بـه مـردان بـي كـار وزنـان خانـه دار تعلـق داشـت. ميزان ابتلا به اخـتلالات روانـي در افـراد داراي تحصيلات كارشناسي و بالاتر 1/22 درصد و در افراد بي سواد 6.43 درصد بود. در گروه زنان، احتمال ابتلا به اختلالات روانـي در منـاطق 15، 16و 20 بيـــشتر از ســـاير منـــاطق و در منـــاطق 1، 3و 6 كمترين بود. درگروه مردان، احتمال ابتلا به اخـتلالات روانـي در مناطق 10، 16و 17 بيش از ساير مناطق و در منـاطق 3 ،5 و 6 كمتر از ساير مناطق بود. یافته هاي اين مطالعه نشان داد كه 2/34 درصد افراد مـورد مطالعه مشكوك به اختلال رواني بودند. برآورد مي شود كه حدود دو ميليون نفر در شهر تهـران نيازمنـد خـدمات بهداشــت روان هــستند. كــافي نبــودن تعــداد روانپزشــك وتخــت هــاي روانپزشـكي، ضـرورت نيـروي انـساني كارآمـد و امكانـات و تـسهيلات مناسب جهت ارايه خدمات بهداشت روان به ساكنان شهر تهران را طلب مي كند و برگزاري كارگاه هاي آموزش مهارت هاي زندگي بـراي افـراد جامعه بـه منظـور مقابلـه بـا موقعيـت هـاي اسـترس زا در منـاطق شـهري را پيشنهاد مي نمايد.

دکتر محمدرضا محمدی و همکاران نیز به مطالعه ای با هدف بررسی همه گیرشناسی اختلال های روانی در افراد 18 سال و بالاتر منـاطق شـهری و روسـتایی استان تهران انجام دادند. این بررسی به صورت مقطعی- توصیفی و در سـال 1380 انجـام گردیـد. نمونـه مـورد بررسـی بـه شـیوه نمونـه گیـری تصـادفی- خوشـه ای از میـان فهرسـت خانواده های موجود در دفـاتر آمـاری مرکـز بهداشـت استان انتخاب شد. برای این منظـور ازمیـان 2595504 خانوار موجود، 1185 خانوار در قالـب 237 خوشـه 5 خانواری تعیین شدند که 5311 نفر (2576 نفـر زن (5/48%) و 2735 نفـر مرد (5/51%) افـراد 18 سـاله و بـالاتر در استان به کمک پرسشنامه اختلال های عاطفی و اسکیزوفرنیا ( SADS) که توسط اسپیتزر و همکاران برپایه معیارهای تشخیصـی کتابچــه ی تشخیصــی و آمــاری اخــتلال هــای روانــی (DSM) طراحـی شـده اسـت مورد بررسی قرار گرفتند. یافته های این بررسی نشان داد که شیوع انواع اختلال های روانپزشکی در استان 3/14% می باشد که این شـیوع در زنـان 6/19%و در مردان 3/9%بوده است. اختلال های اضطرابی و خلقی به ترتیب با 8/6%و 5/4% (زنان 6/6 %و مردان 4/2%) شایع ترین اختلال هـای روانپزشـکی در اسـتان بودند. شیوع اختلال های پسیکوتیک در این بررسی 65/0، %اختلال های عصبی- شناختی 1/2%، اختلال صرع83/0%، زوال عقل13/1%، عقب ماندگی ذهنی شدید15/0% و اختلال های تجزیه ای 3/0% بوده اسـت. در گروه اختلال های خلقی، افسردگی اساسی با 3/3%و در گروه اختلال های اضطرابی، اختلال پانیک با 8/1%شیوع بیشتری داشته اند. میزان شیوع اختلال های روانپزشکی در گروه سنی 55-41 سال و بالاتر با 3/13% بالاترین و پایین ترین آن مربوط به گروه سنی 25-18 سال با 90/6%، در ساکنان مناطق شهری 67/13% بیشتر از ساکنان مناطق روستایی 63/7 %، در افـراد همسـرفوت شـده 18/18% و کمترین میزان مربوط به افراد مجرد 59/6% و در افراد بی سواد 26/12% و در افراد با تحصیلات عالی 90/7% است.

جدول شماره 1 نتایج بررسی های همه گیر شناسی اختلال های روانی در ایران از سال 1342 تا 1381

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نام محقق و یا محققین | سال بررسی | نوع جمعیت و محل | ابزار پژوهش | تعدادنمونه | درصد میزان شیوع |
| زنان مردان کل |
| باش | 1964 | روستایی شیراز | مصاحبه بالینی | 497 | 5/16 7/7 9/11 |
| باش | 1969 | روستایی خوزستان | مصاحبه بالینی | 482 | - - 9/14 |
| باش | 1973 | شهری شیراز | مصاحبه بالینی | 622 | 4/22 9/14 6/18 |
| داویدیان و همکاران | 1353 | شهرستان رودسر | مصاحبه بالینی | 488 | - - -/17 |
| باقری یزدی و همکاران | 1373 | روستایی میبد یزد | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 400 | 1/18 6/6 5/12 |
| بهادرخان و همکاران | 1372 | روستایی گناباد خراسان | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 465 | 6/19 4/12 6/16 |
| جاویدی و همکاران | 1372 | روستایی مرودشت فارس | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 407 | 1/22 1/6 7/15 |
| کوکبه و همکاران | 1372 | روستایی آذرشهر تبریز | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 415 | 2/18 4/7 -/13 |
| حرازی و باقری یزدی | 1373 | شهری یزد | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 950 | 7/24 5/12 6/18 |
| خسروی و همکاران | 1373 | شهری و روستایی بروجن | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 450 | 2/26 9/7 4/18 |
| پالاهنگ و همکاران | 1374 | شهری کاشان | GHQ-28 و مصاحبه بالینیDSM-III-R | 619 | 5/31 2/15 7/23 |
| یعقوبی و همکاران | 1374 | شهری و روستایی صومعه سرا-گیلان | GHQ-28 و مصاحبه بالینیDSM-III-R | 652 | 8/30 8/15 8/23 |
| جوافشانی و همکاران | 1374 | شهرک صنعتی قزوین | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 612 | - - 2/30 |
| افشاری منفرد و همکاران | 1376 | شهر سمنان | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیPSE | 869 | -/18 -/10 -/14 |
| قاسمی و همکاران | 1376 | شهر اصفهان | SRQ-24و مصاحبه بالینیDSM-IV | 3255 | - - 9/19 |
| بخشانی و همکاران | 1377 | شهر زاهدان | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 634 | 5/26 9/23 4/25 |
| نوربالا و همکاران | 1378 | شهر تهران | GHQ-28 و مصاحبه بالینیDSM-III-R | 879 | 7/27 9/14 5/21 |
| صادقی و همکاران | 1379 | شهر کرمانشاه | GHQ-28 و مصاحبه بالینیDSM-III-R | 501 | 2/32 9/16 2/25 |
| چگینی و همکاران | 1379 | شهری و روستایی قم | SCL-90-Rو مصاحبه بالینیDSM-III-R | 391 | 2/18 -/16 1/17 |
| شمس علیزاده و همکاران | 1380 | ساوجبلاغ | GHQ-28 و مصاحبه بالینیDSM-III-R | 640 | 7/35 6/16 9/26 |
| امیدی و همکاران | 1381 | شهر نطنز | GHQ-28 و مصاحبه بالینیDSM-III-R | 650 | 3/24 2/17 3/21 |
| نوربالا و همکاران | 1381 | سراسر کشور | GHQ-28 | 35014 | 9/25 9/14 21 |

تاریخچه بهداشت روان در ایران نشان می دهد که در 50 سال اخیر پیشرفت های چشمگیری در زمینه بهداشت روان در کشور حاصل شده است که مهم ترین آن ها طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه است. موفقیت های بدست آمده در این زمینه موجب شده که در سال های اخیر، برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در ایران به عنوان الگویی برای سایر کشور های منطقه پذیرفته شود. علاوه بر این، در زمینه های دیگر، از جمله بهداشت روان کودکان و نوجوانان، پیشگیری از خودکشی، درمان اعتیاد، و بهداشت روان در بلایای طبیعی نیز پیشرفت های قابل ملاحظه ای حاصل شده است (6).

برنامه های سلامت روان در جست و جوی راهی برای ارتقای سلامت روانی و اجتماعی و کیفیت زندگی گروه های هدف در محیط کار و زندگی افرادند. به طور کلی اهداف برنامه ی سلامت روان در نظام سلامت عبارتند از: پیش گیری، شناسایی زود هنگام اختلالات، کنترل بیماری و پیگیری مناسب و مستمر و در نهایت تغییر و اصلاح نگرش افراد جامعه نسبت به بیماری های روانی- عصبی.

در راستای اهداف فوق، فعالیت ها و خدمات بهداشت روان تیم سلامت مشتمل بر پیشگیری، شناسایی زودرس و فعال بیماری ها، کنترل، درمان و پیگیری مستمر در گروه های سنی کودکان و نوجوانان، میانسالان و سالمندان به شرح زیر است:

1. شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی و رفتاری کودکان شامل: اختلالات یادگیری، اختلال بیش فعالی و کمبود توجه، اختلالات تیک، عقب ماندگی ذهنی و اختلالات فراگیر رشد، اضطراب جدایی، اختلالات تغذیه ای و دفعی، اختلالات دلبستگی، ناخن جویدن و شست مکیدن، لکنت زبان، اختلال نا فرمانی و مقابله جویی، صرع.

2.ارزیابی تکامل کودکان و مشاوره به والدین

3.ارزیابی روانی/ رفتاری در مدرسه، مشکلات تحصیلی و مسایل روانشناختی دوران بلوغ

4.شناسایی، درمان و پیگیری اختلالات روانی بزرگسالان شامل: افسردگی، اختلال دو قطبی، اختلالات سایکوتیک حاد، اختلالات سایکوتیک مزمن، اختلالات اضطرابی و سایر اختلالات مهم

برنامه های پیشگیری سطح اول

انواعی از برنامه ها هستند که هدف آن ها حفظ سلامت از طریق تغییر در شاخص یا محیط آن ها است، مانند حفظ و وضعیت تغذیه ی خوب، آموزش برای ترک سیگار، ایمن سازی علیه بیماری های عفونی، بی خطر کردن محیط زیست و کار افراد و... از این دسته از برنامه ها در حیطه سلامت روان می توان از برنامه های آموزش برای فرزند پروری، آموزش مهارت های زندگی، آموزش سلامت روان در محیط های آموزشی و شغلی مانند مهد کودک ها، مدارس و کارخانجات و کارگاه ها و... نام برد. مداخله های مورد پیش بینی در این برنامه در زمانی عمل می کنند که یا سیر بیماری شروع نشده(premordial prevention) یا اینکه هنوز صورت بالینی ظاهر شده است ولی شالوده ی ان با حضور عواملی که به نفع وقوع ان است ریخته شده است( primary prevention). خدمت (مداخله ای) مورد پیش بینی در این نوع از برنامه های سبب کاهش موارد بروز می شود.

برنامه های پیش گیری سطح دوم

انواعی از برنامه های سلامت هستند که به منظور فراهم آوردن تدابیری برای افراد و جمعیت ها به منظور شناسایی زودرس و مداخله ی سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت در مرحله ی قبل از بروز علایم طراحی شده اند، مانند پیدا کردن موارد بیماران کشف نشده ی اختلالات اسکیزوفرنیا، اختلالات اضطرابی، عقب ماندگی ذهنی و بیش فعالی در کودکان در بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمون ها و معاینه ها یا سایر رویه ها در اصطلاح غربالگری می گویند آزمون های غربالگری به منظور تشخیص قطعی بیماری به کار نمی روند و کسانی که یافته های مثبت داشته باشند باید برای تشخیص و درمان معاینات دیگری شوند. از جمله این آزمون ها می توان از آزمون های اولیه ای که برای اندازه گیری ضریب هوشی در دانش آموزان در بدو ورود به مدرسه صورت می گیرد نام برد. بدیهی است طراحان برنامه های تندرستی تنها در شرایطی توصیه به انجام این نوع از مداخلات می نمایند که امکان بهبود یا ارتقای سلامت بیماران در یک برنامه ی پیشگیری سطح سوم موجود باشد. بنابراین اگر چه این نوع از مداخلات موجب پیدا کردن تعداد بیشتری از موارد بیماری کشف نشده در ابتدا می شوند ولی در عمل پس از بهبود موارد کشف شده باید موجب کاهش شیوع بیماری در جامعه شوند.

برنامه های پیشگیری سطح سوم

شامل تدابیر لازم برای کاستن یا از میان بردن نقص ها و ناتوانی های کوتاه مدت و بخصوص دراز مدت و به حداقل رساندن رنج و پریشانی حاصل از مشکلات سلامت و ارتقای قابلیت بیمار در مان ناپذیر است. مداخله های مورد پیش بینی این برنامه ها در مرحله بالینی و مرحله ناتوانی عمل می کنند. مداخله های مورد پیش بینی در برنامه توان بخشی کودکان عقب مانده ذهنی (ارائه ی خدمت به معلولان عقب افتاده ذهنی به منظور کاهش ناتوانی موجود) نیز در سطح مرحله ی ناتوانی عمل می کند، اجرای مداخلات در این سطح پیشگیری باید منجر به کاهش شیوع و ناتوانی شود. اهمیت شناخت سطح مداخله در برنامه نه تنها موجب فهم مناسب از اقدامات مداخله ای می شود بلکه موجب درک مناسبی از شاخص های ارزشیابی برنامه نیز می شود. همان طور که گفته شد شاخص ارزشیابی نهایی برای تحقق هدف برنامه سطح اول کاهش موارد بروز و برای سطح دوم و سوم کاهش شیوع و ناتوانی بیماری است.

فصل سوم

روش شناسی

اهداف پژوهشی

هدف کلی: تعيين وضعيت سلامت روان شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام براساس پرسشنامه سلامت عمومی 28 GHQ و پرسشنامه مصاحبه بالینی DSM-IVTR در سال 1394

اهداف اختصاصی

1. تعیین درصد ابتلای شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام مضنون به اختلال های روانی بر حسب شهرستان های استان در سال 1394
2. تعیین درصد ابتلای شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام مضنون به اختلال های روانی بر حسب جنس، گروههای سنی، وضعیت تاهل، داشتن شغل و میزان تحصیلات در سال 1394
3. تعیین درصد ابتلای شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام مبتلا به افسردگی به تفکیک جنس در سال 1394
4. تعیین درصد ابتلای شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام مبتلا به مانیا به تفکیک جنس در سال 1394
5. تعیین درصد ابتلای شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام مبتلا به اضطراب به تفکیک جنس در سال 1394
6. تعیین درصد ابتلای شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام مبتلا به سایکوتیک به تفکیک جنس در سال 1394
7. تعیین درصد ابتلای شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام مبتلا به صرع به تفکیک جنس در سال 1394
8. تعیین درصد ابتلای شهروندان 15 سال و بیشتر استان ایلام مبتلا به اختلال جسمانی سازی به تفکیک جنس در سال 1394

سوالات پژوهشی

1. میزان شیوع افراد مضنون اختلالات روانی بر حسب پرسشنامه GHQ-28 در افراد بالای 15 سال در شهرهای استان ایلام چقدر است؟
2. میزان شیوع اختلال افسردگی، اضطراب، سایکوتیک، صرع، عقب ماندگی ذهنی و اختلال جسمانی سازی بر حسب جنس چقدر است؟
3. میزان شیوع افراد مضنون به اختلال های روانی بر حسب جنس، گروههای سنی، وضعیت تاهل، داشتن شغل و میزان تحصیلات چقدر است؟

ابزار های مورد استفاده

1. پرسشنامه GHQ-28

ابزار مورد استفاده جهت غربالگری شرکت کنندگان از لحاظ اختلال های روانی پرسشنامه GHQ-28 بود. آزمون GHQ – 28 از شناخته ترین ابزار غربالگري در روانپزشکی جهت ارزیابی وضعیت سلامت روانی است. این پرسشنامه توسط گلدبرگ ابداع شده است و داراي چهار حیطه می باشد که هر حیطه از 7 سؤال و کل پرسشنامه از سؤال 28 تشکیل شده است. براي نمره گذاري از روش لیکرت استفاده می شود که حداقل و حداکثر نمره صفر و 84 می باشد. مطالعات مختلف نیز در ایران پایایی این پرسشنامه را 91-84 درصد گزارش کرده اند. در اینجا براي تعیین افراد مضنون به اختلال های روانی از نقطه برش 23 استفاده می شود. نمره23 و بالاتر از آن در کل آزمون نشان دهنده اختلالات روانی و پایین تر از آن نشانه سلامت روانی در نظر گرفته شد. همچنین براي هر کدام از مقیاس هاي چهارگانه شامل شکایات جسمی، افسردگی، اضطراب و اختلال در کارکرد اجتماعی از نقط برش 6 استفاده شد.

1. ابزار مصاحبه بالینی DSM-IVTR

این چک لیست که توسط مجریان طرح بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV تهیه و تنظیم گردیده است دارای 143 علایم از اختلال های روانی شامل علایم تشخیصی اختلال های افسردگی اساسی، اضطرابی، سایکوتیک ، سایکو سوماتیک، صرع، عقب ماندگی ذهنی، و اختلال های ارگانیکی مفز می باشد. فرم مصاحبه بالینی برای افرادی که در غربالگری اولیه به عنوان افراد مضنون به اختلال های روانی تشخیص داده شده بودند تکمیل گردید و در نهایت تشخیص مورد نظر برای هر فرد در پایان مصاحبه ثبت گردید.

شیوه اجرای پژوهش

پژوهش حاضر به صورت یک مطالعه مقطعی– تحلیلی انجام شد به منظور غربالگری و مصاحبه بالینی از 20 نفر از نیروهای کارشناس ارشد ساکن در هر شهرستان بر حسب تعداد نمونه هر شهرستان استفاده شد. مصاحبه بصورت کاملا اختیاری و پس از ارایه توضیحات لازم در ضمینه چگونگی پاسخ دهی افراد شرکت کننده شامل کسب اطلاعات در زمینه سلامت روانی در مدت یک ماه گذشته و توضیح درجه بندی مقیاس ها (اصلا"، در حد معمول، بیشتر از حد معمول و به مراتب بیشتر از حد معمول) بصورت رودر رو و با صرف زمان کافی صورت پذیرفت. پس از انجام غربالگری اولیه توسط پرسشنامه GHQ-28 افراد مضنون به اختلال های روانی جهت ارزیابی بیشتر مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه شهروندان مرد و زن بالای 15 سال ساکن استان ایلام در سال 1394 بود.

تعداد نمونه

نمونه مورد پژوهش با استفاده از فرمول برآورد نسبت در یک جامعه بادقت مشخص و با در نظر گرفتن مقدار P برابر با 35 درصد بر اساس مطالعات گذشته و همچنین با در نظر گرفتن مقدار دقت نسبی 5 % درصد و سطح اطمینان 95% و با ضریب اثر 2 محاسبه شده است بر اساس فرمول ذیل محاسبه شده است.

فرایند انتخاب شرکت کنندگان

فرایند انتخاب نمونه گیری در چند مرحله انجام گرفت. در مرحله اول لیست خانوارهای هر شهرستان به تفکیک تهیه گردید. هر خانوار به عنوان یک خوشه در نظر گرفته شد و با فرض انتخاب 2 نفر از هر خوشه تعداد 384 خوشه به نسبت جمعیت هر شهرستان (ایلام، آبدانان، ایوان، دره شهر، دهلران، شیروان چرداول، ملکشاهی، مهران) مطابق جدول زیر انتخاب گردید. انتخاب خوشه ها در هرشهرستان با کمک مراکز بهداشت هر شهرستان و به صورت تصادفی بود. پس از مشخص شدن خانوارهای هر مرکز در یک بازه زمانی مشخص و با هماهنگی قبلی به درب منزل خانوارها مراجعه و پرسشنامه برای دو نفر از افراد بالای 15 سال آن خانواده توسط کارشناس ارشد بهداشت روان آموزش دیده تکمیل شد. افراد مشکوک به اختلال روانی در مرحله بعد با استفاده از چک لیست بالینی مورد معاینه قرار گرفتند.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **شهر** | **تعداد خانوار** | **تعداد خانوار های مورد پژوهش** | **تعداد نمونه** |
| **ایلام** | **43946** | **191** | **382** |
| **آبدانان** | **7012** | **30** | **60** |
| **ایوان** | **8017** | **34** | **68** |
| **دره شهر** | **6294** | **27** | **54** |
| **دهلران** | **9805** | **42** | **84** |
| **شیروان چرداول** | **5131** | **22** | **44** |
| **ملکشاهی** | **3667** | **15** | **30** |
| **مهران** | **4152** | **18** | **36** |
| **8 شهر** | **88024** | **384** | **768** |

روش تجزیه و تحلیل داده ها

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 21 و با استفاده از فراوانی و درصد فراوانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

فصل چهارم

یافته های پژوهشی

جدول شماره 1 شیوع افراد مشکوک به اختلال های روانی با استفاده از پرسشنامه GHQ-28 بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 33 | 1/23 |
| 44-25 سال | 100 | 8/26 |
| 64-55 سال | 55 | 5/25 |
| بیشتر از 65 سال | 9 | 0/29 |
| **جنس** | مردان | 71 | 9/20 |
| زنان | 126 | 8/29 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 153 | 4/26 |
| مجرد | 44 | 9/23 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 53 | 5/17 |
| بدون شغل | 144 | 2/31 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 23 | 4/27 |
| ابتدایی | 33 | 7/34 |
| راهنمایی | 36 | 7/32 |
| دیپلم | 57 | 8/25 |
| دانشگاهی | 48 | 0/19 |
| شیوع کل | | 197 | 8/25 |

جدول شماره 2 شیوع ابتلا به افسردگی در افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 20 | 0/14 |
| 44-25 سال | 77 | 6/20 |
| 64-55 سال | 49 | 7/22 |
| بیشتر از 65 سال | 9 | 0/29 |
| **جنس** | مردان | 59 | 4/17 |
| زنان | 96 | 7/22 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 119 | 6/20 |
| مجرد | 36 | 6/19 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 43 | 2/14 |
| بدون شغل | 112 | 3/24 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 18 | 4/21 |
| ابتدایی | 29 | 5/30 |
| راهنمایی | 23 | 9/20 |
| دیپلم | 46 | 8/20 |
| دانشگاهی | 39 | 4/15 |
| شیوع کل | | 155 | 3/20 |

جدول شماره 3 شیوع ابتلا به مانیا در افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 9 | 3/6 |
| 44-25 سال | 15 | 0/4 |
| 64-55 سال | 5 | 3/2 |
| بیشتر از 65 سال | 0 | 0/0 |
| **جنس** | مردان | 9 | 6/2 |
| زنان | 20 | 7/4 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 19 | 3/3 |
| مجرد | 10 | 4/5 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 7 | 3/2 |
| بدون شغل | 22 | 8/4 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 3 | 6/3 |
| ابتدایی | 3 | 2/3 |
| راهنمایی | 6 | 5/5 |
| دیپلم | 9 | 1/4 |
| دانشگاهی | 8 | 2/3 |
| شیوع کل | | 29 | 8/3 |

جدول شماره 4 شیوع ابتلا به اختلال اضطراب در افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 21 | 7/14 |
| 44-25 سال | 79 | 2/21 |
| 64-55 سال | 51 | 6/23 |
| بیشتر از 65 سال | 11 | 5/35 |
| **جنس** | مردان | 62 | 2/18 |
| زنان | 100 | 6/23 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 132 | 8/22 |
| مجرد | 30 | 3/16 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 51 | 9/16 |
| بدون شغل | 111 | 1/24 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 20 | 8/23 |
| ابتدایی | 32 | 7/33 |
| راهنمایی | 31 | 2/28 |
| دیپلم | 46 | 8/20 |
| دانشگاهی | 33 | 0/13 |
| شیوع کل | | 162 | 2/21 |

جدول شماره 5 شیوع ابتلا به اختلال وحشت زدگی در افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 6 | 2/4 |
| 44-25 سال | 24 | 4/6 |
| 64-55 سال | 15 | 9/6 |
| بیشتر از 65 سال | 5 | 1/16 |
| **جنس** | مردان | 11 | 2/3 |
| زنان | 39 | 2/9 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 41 | 1/7 |
| مجرد | 9 | 9/4 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 8 | 6/2 |
| بدون شغل | 42 | 1/9 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 10 | 9/11 |
| ابتدایی | 9 | 5/9 |
| راهنمایی | 9 | 2/8 |
| دیپلم | 15 | 8/6 |
| دانشگاهی | 7 | 8/2 |
| شیوع کل | | 50 | 6/6 |

جدول شماره 6 شیوع ابتلا به اختلال وسواس فکری و عملی در افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 19 | 3/13 |
| 44-25 سال | 42 | 3/11 |
| 64-55 سال | 29 | 4/13 |
| بیشتر از 65 سال | 3 | 7/9 |
| **جنس** | مردان | 34 | 0/10 |
| زنان | 59 | 9/13 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 64 | 1/11 |
| مجرد | 29 | 8/15 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 27 | 9/8 |
| بدون شغل | 66 | 3/14 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 6 | 1/7 |
| ابتدایی | 17 | 9/17 |
| راهنمایی | 19 | 3/17 |
| دیپلم | 31 | 0/14 |
| دانشگاهی | 20 | 9/7 |
| شیوع کل | | 93 | 2/12 |

جدول شماره 7 شیوع ابتلا به اختلال ترس مرضی[[10]](#footnote-10) در افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 12 | 4/8 |
| 44-25 سال | 28 | 5/7 |
| 64-55 سال | 18 | 3/8 |
| بیشتر از 65 سال | 3 | 7/9 |
| **جنس** | مردان | 17 | 0/5 |
| زنان | 44 | 4/10 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 46 | 9/7 |
| مجرد | 15 | 2/8 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 15 | 0/5 |
| بدون شغل | 46 | 0/10 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 8 | 5/9 |
| ابتدایی | 8 | 4/8 |
| راهنمایی | 12 | 9/10 |
| دیپلم | 19 | 6/8 |
| دانشگاهی | 14 | 5/5 |
| شیوع کل | | 61 | 0/8 |

جدول شماره 8 شیوع ابتلا به اختلال سایکوتیک در افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 1 | 7/0 |
| 44-25 سال | 18 | 8/4 |
| 64-55 سال | 8 | 7/3 |
| بیشتر از 65 سال | 7 | 6/22 |
| **جنس** | مردان | 8 | 4/2 |
| زنان | 26 | 1/6 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 29 | 0/5 |
| مجرد | 5 | 7/2 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 7 | 3/2 |
| بدون شغل | 27 | 9/5 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 8 | 5/9 |
| ابتدایی | 9 | 5/9 |
| راهنمایی | 8 | 3/7 |
| دیپلم | 9 | 1/4 |
| دانشگاهی | 0 | 0/0 |
| شیوع کل | | 34 | 5/4 |

جدول شماره 9 شیوع ابتلا به اختلال جسمی سازی در افراد مورد پژوهش بر حسب متغیرهای دموگرافیک

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| گروهها | طبقه ها | تعداد | درصد |
| **گروههای سنی** | 24-15 سال | 4 | 8/2 |
| 44-25 سال | 16 | 3/4 |
| 64-55 سال | 6 | 8/2 |
| بیشتر از 65 سال | 4 | 9/12 |
| **جنس** | مردان | 15 | 4/4 |
| زنان | 15 | 5/3 |
| **وضعیت تاهل** | متاهل | 23 | 0/4 |
| مجرد | 7 | 8/3 |
| **وضعیت اشتغال** | دارای شغل | 9 | 0/3 |
| بدون شغل | 21 | 6/4 |
| **سطح تحصیلات** | بی سواد | 3 | 6/3 |
| ابتدایی | 3 | 2/3 |
| راهنمایی | 9 | 2/8 |
| دیپلم | 7 | 2/3 |
| دانشگاهی | 8 | 2/3 |
| شیوع کل | | 30 | 9/3 |

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

**بحث**

مطالعه حاضر با هدف تعیین بررسی وضعیت سلامت روان افراد بالای 15 سال و بیشتر ساکن شهر در استان ایلام در سال 1395 انجام گردید. تعدا 763 فرد در 3 مرحله و با استفاده از نمونه گیری تصادفی خوشه ای وارد مطالعه شدند. ابزار مورد استفاده به منظور غربالگری اولیه پرسشنامه GHQ-28 بود و افراد با نمره cutoff بیشتر از 23 مورد ارزیابی بالینی با استفاده از مصاحبه بالینی قرار گرفتند. مطالعه حاضر نشان داد که در مجموع 8/25 درصد از شرکت کنندگان به داشتن اختلالات روانی مضنون بودند. در مطالعه های گذشته در ایران شیوع اختلالات بین 9/11 و 8/23 گزارش شده است که برآورد حاصل از این مطاله بیشتر از سایر مطالعه ها در کشور است (جدول شماره 1).

از بین اختلال های روانی اختلال افسردگی و اختلال اضطراب بیشترین شیوع را در بین شرکت کنندگان داشته اند بر اساس یافته های حاصل از مصاحبه بالینی اختلال افسردگی 3/20 درصد و اختلال اضطراب 2/21 درصد شیوع داشته اند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شیوع اختلال های روانی در زنان بیشتر از مردان است (8/29 در مقابل 8/20) که با نتایج سایر مطالعه ها در ایران مطابقت دارد. شیوع بیشتر اختلالات روانی در زنان را می توان با تحت تاثیر بودن بیشتر آنان از عوامل استرس زا و فشار روانی مرتبط دانست. مشارکت کمتر زنان در فعالیت های اجتماعی، عوامل بیولوژیکی و مسایل فرهنگی را می توان از عوامل زمینه ساز شیوع بیشتر اختلال های روانی در زنان دانست.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر و هماهنگ با افزایش سن افراد شرکت کننده در مطالعه میزان شیوع اختلال های روانی افزایش پیدا کرده است. مهمترین دلایل مرتبط با این موضوع را می توان کاهش قوای جسمانیف یائسگی در زنان، فرایند بازنشستگی و آسیب پذیر بودن بیشتر افراد این گروه سنی ذکر کرد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان اختلال های روانی در افراد بی سواد و کم سواد بیشتر از افراد تحصیل کرده است و تقریبا میزان اختلال های روانی در افراد با تحصیلات ابتدایی دو برابر افراد با تحصیلات دانشگاهی است.

میزان شیوع اختلال های روانی در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد بود که این مطالعه تاییدی بر یافته های مطالعه های گذشته در این زمینه بود. از جمله دلایل زیاد بودن میزان شیوع اختلال های روانی در افراد متاهل نسبت به افراد مجرد می توان عوامل استرس زای بیشتر اقتصادی و اجتماعی، مشکلات مالی و مسایل مرتبط با زندگی عنوان کرد. در این مطالعه نداشتن شغل نیز به عنوان یک عامل پیشگویی کننده در زمینه شیوع بیشتر اختلال های روانی مطرح گردید که با نتایج مطالعه های گذشته سازگاری دارد.

منابع:

1. Funk, M.& et al (2004). Mental Health Policy and Plans, International Journal of Mental Health. 36. 2: 4-16.
2. راهنمای سلامت روان ویژه کارشناسان سلامت دکتر وحید شریعت، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر امیرحسین جلالی، دکتر امیر شعبانی و دکتر فهیمه لواسانی، 1392
3. راهنمای مراقبت از بیماری های روانپزشکی بزرگسالان (ویژه پزشکان) -1378- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
4. سلامت در سال 2015 حرکت از MDGs اهداف توسعه هزاره به سمت SDGs اهداف توسعه پایدار زیر نظر: دکتر علی اکبر سیاری، دکتر امیرحسین تکیان، دکتر شهرام رفیعی فر مترجمین: احد بختیاری، صادق غضنفری، یوسف چاوه پور
5. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران(مؤلفین: دکتر احمدعلی نوربالا، دکتر کاظم محمد، سید عباس باقری یزدی، دکتر محمدتقی یاسمی)نوبت چاپ:اول سال انتشار: 1380
6. بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش ها، دکترمحمدکاظم عاطف وحید، 1383، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره 14

1. Mental Health [↑](#footnote-ref-1)
2. World Health Organization [↑](#footnote-ref-2)
3. General Health Questionnaire (GHQ) [↑](#footnote-ref-3)
4. Goldberg [↑](#footnote-ref-4)
5. Goldberg and Hillier [↑](#footnote-ref-5)
6. Somatic Symptoms [↑](#footnote-ref-6)
7. Anxiety and insomnia [↑](#footnote-ref-7)
8. Social dysfunction [↑](#footnote-ref-8)
9. Severe depression [↑](#footnote-ref-9)
10. phobia [↑](#footnote-ref-10)