

دانشور

پزشکی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و دوم-شماره ۱۱۳
آبان ۱۳۹۳

دریافت: ۱۳۹۳/۰۶/۰۲
آخرین اصلاحها: ۱۳۹۳/۰۷/۱۲
پذیرش: ۱۳۹۳/۰۷/۱۶

تغییرهای وضعیت سلامت روان افراد در شهر تهران در طول دوازده سال: مقایسه نتایج طرح (پروژه)های سنجش سلامت و بیماری (سال ۱۳۷۸) و سنجش عدالت در شهر تهران (سال ۱۳۹۰)

نویسندگان: احمدعلی نوربالا^{۱*}، سیدعباس باقری یزدی^۲، محمدرضا واعظ مهدوی^۳، محسن اسدی لاری^۴، سقراط فقیهزاده^۵، کاظم محمدی^۶، علی اصغر حائری مهریزی^۷ و محبوبه پارسایان^۸

۱. استاد روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، بخش بیماری‌های روانی بیمارستان امام خمینی (ره)، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۳. استاد فیزیولوژی دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. استاد گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان، ایران
۶. استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۷. کارشناس ارشد آمار، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی تهران، ایران
۸. کارشناس ارشد آمار زیستی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

E-mail: noorbala@tums.ac.ir

* نویسنده مسئول: احمدعلی نوربالا

چکیده

هدف: این مطالعه با هدف بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر شهر تهران در دوازده سال گذشته انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، مروری بر دو مطالعه مقطعی توصیفی انجام شده در زمینه وضعیت سلامت روان افراد ساکن تهران در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۹۰ است؛ نمونه آماری این دو مطالعه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای منظم از میان خانوارهای ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران انتخاب شده؛ حجم نمونه مطالعه اول، ۵۵۶۰ نفر و مطالعه دوم، ۲۱۲۵۵ نفر و ابزار مورد استفاده، پرسش‌نامه ۲۸ پرسشی سلامت عمومی (GHQ-28)، بوده است.

نتایج: یافته‌ها نشان می‌دهند که در مطالعه سنجش سلامت و بیماری (سال ۱۳۷۸)، ۲۱/۵ درصد افراد در شهر تهران از ابتلا به علایم روانی رنج می‌برند (۲۷ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان). میزان شیوع علایم روانی در سال ۱۳۹۰ به ۳۹/۶ درصد رسیده (۳۷/۴ درصد مردان و ۴۳/۱ درصد زنان) که افزایش ۱/۸ برابری را نشان می‌دهد (۱/۶ برابر در زنان و ۲/۵ برابر در مردان). خطر ابتلا به علایم روانی با بالا رفتن سن، بیکاری، بی‌سوادی و مطلقه و بیوه‌بودن در هر دو مطالعه افزایش داشته و علایم اضطراب در هر دو مطالعه، شایع‌تر از علایم جسمی‌سازی، افسردگی و عملکرد اجتماعی بوده است.

نتیجه‌گیری: افزایش چشمگیر علایم روانی شهر تهران در دوازده سال گذشته، ضرورت توجه مسئولان و برنامه‌ریزان کشور را به پیشگیری و ارتقای سلامت روان افراد ساکن در شهر تهران نمایان می‌سازد.

واژگان کلیدی: تغییرهای وضعیت سلامت روان، طرح (پروژه) سنجش سلامت و بیماری، طرح (پروژه) سنجش عدالت، تهران.

مقدمه

روان‌پزشکی از تمام افراد، میزان شیوع این اختلال‌ها را تعیین کرده‌اند. در طول سه دهه اخیر، در مطالعات بررسی وضعیت سلامت روان و اپیدمیولوژی اختلال‌های روان‌پزشکی از راهکارهای چندمرحله‌ای و ملاک‌های تشخیصی براساس طبقه‌بندی‌های رایج بین‌المللی استفاده و سعی شده‌است تا از ابزارهای مختلف غربالگری و مصاحبه بالینی استاندارد بهره‌گیری شود؛ با به‌کارگیری این ابزارها محققان توانسته‌اند افراد بیمار را در جامعه شناسایی کرده، موجبات پیشگیری و بهبودی پیش‌آگهی را درخصوص آنها فراهم آورند (۳).

ازجمله ابزارهای مورد استفاده در مطالعات اپیدمیولوژی اختلال‌های روانی می‌توان به پرسش‌نامه سلامت عمومی اشاره کرد؛ گلدبرگ در سال ۱۹۷۲، پرسش‌نامه سلامت عمومی را ابداع کرد و در سال ۱۹۷۹، وی و هیلیر^۱، برگه ۲۸ پرسشی آن را تدوین کردند؛ هدف از طراحی این پرسش‌نامه، کشف و شناسایی اختلال‌های روانی در افراد جامعه مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده، ازجمله شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری اختلال‌های روانی است که تأثیری بسزا در پیشرفت پژوهش‌های علوم رفتاری و روان‌پزشکی داشته‌است (۴).

مرور مطالعات انجام‌شده در زمینه وضعیت سلامت روان افراد در ایران، بیانگر دو دوره زمانی برای مطالعات با نمونه محدود و ابزارهای متفاوت است:

در دوره اول، مطالعاتی [مطرح‌اند] که در طول یک دهه از سال ۱۳۴۱ تا ۱۳۵۰ پیش از انقلاب اسلامی در ایران انجام گرفته و میزان شیوع اختلال‌ها، میان ۱۱/۹ تا ۱۸/۶ درصد بوده‌است (۷-۵).

دوره دوم، شامل مطالعاتی است که پس از انقلاب اسلامی در ایران انجام گرفته و شیوع اختلال‌ها، میان ۱۲/۵ تا ۳۴/۲ درصد متغیر بوده‌است (۸).

امروزه در بیشتر کشورهای جهان، تلاش برای صنعتی‌شدن هرچه بیشتر از یک سو و ازسویی دیگر، رشد سریع جمعیت شهرنشینی و مهاجرت به چشم‌می‌خورد؛ به‌دنبال این تغییرهای بنیادین، روزه‌روز بر استرس‌ها، مسائل و مشکلات روانی اجتماعی جوامع، افزوده شده، جهان، تغییرهایی عمده را در اپیدمیولوژی (همه‌گیرشناسی) بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد، شاهد خواهد بود؛ به‌گونه‌ای که بیماری‌های روانی، در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند؛ شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی طولانی‌مدت و مزمن همراه آنها، باعث شده تا این مشکلات در تمامی جوامع به‌عنوان اولویتی بهداشتی، مورد توجه قرار گیرند (۱).

نگاهی به آمار و ارقام منتشرشده در زمینه شیوع اختلال‌های روانی در کشورهای مختلف جهان و ازجمله ایران، اهمیت و ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌سازد. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در جهان از اختلال‌های روانی رنج می‌برند و ۱ نفر از هر ۴ نفر در طول عمر خود، این بیماری‌ها را تجربه خواهد کرد؛ این در حالی است که کمتر از ۱ درصد افراد با اختلال‌های روانی به‌عنوان بیمار روان‌پزشکی به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه می‌کنند و مشکلات روانی بقیه، بدون درمان، باقی می‌ماند (۲).

تا جنگ جهانی دوم، بیشتر پژوهشگران در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان افراد و بیماریابی اختلال‌های روانی، به گزارش‌های دریافتی از مراکز بیمارستانی و افراد کلیدی در جامعه، متکی بوده و هیچ‌گونه کنترلی بر فرایند بیماریابی، ثبت گزارش‌ها و حتی تشخیص بیماری‌ها نداشته‌اند و فقط کسانی، بیمار تلقی می‌شدند که سابقه بستری در بیمارستان را داشته‌اند. پس از جنگ جهانی دوم، مطالعات به سمت جامعه سوق داده شدند و محققان در بررسی‌های خود، نمونه‌ای از جمعیت را انتخاب و براساس مصاحبه بالینی

^۱ - Goldberg & Hillier

روان ۱۹۳۷۰ نفر (۷۷۰۵ مرد و ۱۱۶۶۵ زن)، با استفاده از پرسش‌نامه ۲۸ پرسشی سلامت عمومی (GHQ-28) در مناطق ۲۲ گانه تحت پوشش شهرداری تهران، مورد مطالعه قرار گرفت؛ نتایج این بررسی نشان دادند که در مجموع، ۳۴/۲ درصد افراد ۱۵ سال و بالاتر مورد مطالعه از نشانه‌های روانی رنج می‌بردند (۳۷/۹ درصد زنان و ۲۸/۶ درصد مردان). زنان ۱/۳ برابر مردان در [معرض] خطر ابتلا به نشانه‌های روانی قرار داشتند. خطر ابتلا به بیماری روانی با بالا رفتن سن افزایش داشت. افراد مطلقه و بیوه، ۱/۵ برابر افراد متأهل و مجرد به اختلال‌های روانی، مبتلا بودند. بالاترین خطر ابتلا به بیماری‌های روانی به مردان بیکار و زنان خانه‌دار تعلق می‌گرفت. بالاترین درصد پاسخ مثبت به پرسش‌های آزمون سلامت عمومی، به «خوب و سر حال نبودن، عصبی و بداخلاق بودن، دلهره و دلشوره، ناتوانی در وقت گذاشتن برای [انجام] کارها و احساس ناامیدی و مشکل خواب و غمگینی»، مربوط بود. علائم اضطراب و جسمانی‌سازی نسبت به دو مقیاس افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی، شایع‌تر بودند (۱۲).

از آنجاکه شناخت روند تغییرهای اختلال‌ها می‌تواند ابزاری کلیدی در برنامه‌ریزی‌های کلان سلامت روان کشور به شمار آید، این مطالعه با هدف شناخت وضعیت سلامت روان افراد جامعه بر حسب عوامل دموگرافیک صورت گرفته؛ امید آنکه با دستیابی به چنین اطلاعاتی بتوان برنامه‌ریزی‌های کلان سلامت روان شهر تهران را بر حسب نیازهای بهداشتی، درمانی و آموزشی در اختیار افراد جامعه قرار داد.

روش کار

این مقاله به مرور دو مطالعه مقطعی توصیفی وضعیت سلامت روان افراد در شهر تهران می‌پردازد؛ اولین مطالعه در قالب طرح سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ و دومین مطالعه در قالب دومین طرح اجرای سنجش عدالت در شهر تهران در سال ۱۳۹۰، با حمایت شهرداری تهران انجام گرفته است؛ نمونه آماری هر دو

اولین مطالعه گسترده در سطح ملی در زمینه وضعیت سلامت روان افراد جامعه در ایران، در سال ۱۳۷۸ و در قالب طرح ملی «سلامت و بیماری» در تمامی استان‌های کشور انجام شده است؛ در این مطالعه از پرسش‌نامه ۲۸ پرسشی سلامت عمومی^۱ استفاده شد و در مجموع، ۳۵۰۱۴ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که میزان شیوع نشانه‌های روانی، ۲۱ درصد (۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان) بوده. میزان شیوع نشانه‌های روانی در افراد بالای ۴۵ سال، مطلقه، بیوه، متأهل، بیکار، بازنشسته و زنان خانه‌دار، بیش از سایر گروه‌ها بوده است. شیوع علائم افسردگی و اضطراب، بیش از علائم اختلال جسمانی‌سازی و اختلال عملکرد اجتماعی بوده (۹)؛ نتایج این مطالعه، روی ۵۵۶۰ نفر ساکن مناطق شهری و روستایی تهران نشان داد که در مجموع، ۲۱/۵ درصد (۲۷ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان) به اختلال روانی، مشکوک بودند؛ در این مطالعه از روش نمره‌گذاری سنتی و لیکرت و نمره برش ۶ و ۲۳ استفاده شد که در مطالعه تکمیلی طرح به دست آمده بود (۱۰).

دومین مطالعه کشوری در زمینه اپیدمیولوژی اختلال‌های روان‌پزشکی در ایران، در سال ۱۳۸۰ با استفاده از پرسش‌نامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا^۲، روی ۲۵۱۸۰ نفر انجام شده است؛ بر اساس نتایج این مطالعه، شیوع انواع اختلال‌های روان‌پزشکی، ۱۷/۱ درصد (۲۳/۴ درصد زنان و ۱۰/۸ درصد مردان)، بوده است. شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در افراد گروه سنی ۴۱ تا ۵۵ سال، افراد مطلقه و جدانشده، افراد ساکن در مناطق شهری، افراد بی‌سواد، زنان خانه‌دار و افراد بیکار، بیش از سایر افراد در هر یک از گروه‌های مرتبط بود؛ در این بررسی، ۱۰/۹ درصد افراد مورد مطالعه، دست کم به یک نوع اختلال روان‌پزشکی، دچار بوده‌اند (۱۱).

در اولین مطالعه طرح سنجش عدالت در شهر تهران که در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت، وضعیت سلامت

^۱- General Health Questionnaire- 28 (GHQ-28)

^۲- Schizophrenia and Affective Disorders Schedule (SADS)

۶ بوده است؛ روان‌شناسان آموزش دیده، یافته‌های این دو بررسی را طی مدت دو ماه، روی افراد مورد مطالعه اجرا کرده‌اند و این اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS^{۱۸} تجزیه و تحلیل شده‌اند.

نتایج

جدول ۱، نتایج مربوط به مقایسه میزان شیوع اختلال‌های روانی را برحسب عوامل جمعیت‌شناختی (جنسیت، گروه سنی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، و وضعیت اشتغال) در دو مطالعه ارائه می‌دهد. در جدول ۲، مقایسه میانگین نمره پرسش‌نامه سلامت عمومی افراد در دو مطالعه آورده شده است. همان‌طور که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهند، میانگین و انحراف استاندارد نمره کل افراد در پرسش‌نامه سلامت عمومی در مطالعه سال ۱۳۷۸، به ترتیب برابر ۴/۹۰ و ۴/۹۸ و در مطالعه سال ۱۳۹۰، برابر ۶/۱۷ و ۵/۴۲ بوده است.

در خصوص علائم مربوط به مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی، یافته‌های مطالعه سال ۱۳۷۸ نشان دادند که بالاترین درصد پاسخ مثبت به پرسش‌های مقیاس علائم جسمانی به «داشتن سردرد با ۲۴/۷ درصد»، پرسش‌های مقیاس اضطراب به «تحت فشار بودن با ۲۶/۵ درصد»، پرسش‌های مقیاس عملکرد اجتماعی به «نارضایتی از نحوه انجام کارها با ۲۲/۹ درصد» مربوط بوده و بالاترین درجه پاسخ مثبت به مقیاس افسردگی در افراد مورد مطالعه به «احساس بی‌ارزشی با ۱۵/۸ درصد موارد»، مربوط بوده است؛ پایین‌ترین درصد پاسخ مثبت به پرسش‌ها، به فکر «اقدام به خودکشی با ۳/۹ درصد موارد»، مربوط بوده است.

یافته‌های مطالعه سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهند که بالاترین درصد پاسخ مثبت به پرسش‌های مقیاس علائم جسمانی به «احساس خوب و سرحال‌نبودن با ۳۴/۷ درصد» بازمی‌گردد؛ پرسش‌های مقیاس اضطراب به «عصبی و بد اخلاق بودن با ۳۶/۸ درصد»، پرسش‌های مقیاس عملکرد اجتماعی به «ناتوانی در وقت گذاشتن برای انجام کارها با ۲۷/۵ درصد» و بالاترین درجه پاسخ

مطالعه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای منظم از میان خانوارهای ساکن در مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران، یعنی ۱ میلیون و ۸۰۰ هزار خانوار انتخاب شده‌اند. در هر محله به تناسب جمعیت، تعدادی بلوک در نظر گرفته شد. در مطالعه اول، از هر منطقه، ۴۶ بلوک هشت خانواری (در مجموع، ۳۶۸ خانوار) و در مطالعه دوم از هر منطقه، ۲۰۰ بلوک هشت خانواری (در مجموع، ۱۶۰۰ خانوار) انتخاب شدند. نمونه‌های مورد مطالعه در هر دو منطقه از میان افراد ۱۵ سال و بالاتر خانوارها، براساس چهار گروه سنی و از هر گروه سنی ۱ مرد و ۱ زن تعیین شدند؛ در نهایت، در مطالعه اول، ۵۵۶۰ نفر و در مطالعه دوم، ۲۱۲۵۵ نفر از مناطق تحت پوشش شهرداری تهران مطالعه شدند.

به منظور بررسی وضعیت سلامت روان افراد در این مطالعه از پرسش‌نامه ۲۸ پرسشی سلامت عمومی (GHQ-۲۸) استفاده شد؛ این پرسش‌نامه دربرگیرنده چهار مقیاس «علائم جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی» است. مرور مطالعات انجام گرفته در زمینه اعتبار و روایی پرسش‌نامه در کشورهای مختلف جهان و ایران بر این نکته دلالت داشته که این پرسش‌نامه، پایایی و اعتباری بالا به‌عنوان ابزار غربالگری اختلال‌های روانی در جامعه دارد؛ دو شیوه نمره‌گذاری برای این پرسش‌نامه وجود دارد: یکی لیکرتی و دیگری شیوه سنتی؛ در روش لیکرتی، گزینه‌ها به صورت «۰-۱-۲-۳» نمره‌دهی می‌شوند؛ بنابراین، نمره یک فرد، میان ۰ تا ۸۴ متغیر خواهد بود؛ شیوه نمره‌گذاری مورد استفاده در این بررسی، شیوه نمره‌گذاری سنتی است که در آن گزینه‌ها به صورت «۰-۱-۲-۳» نمره‌دهی می‌شوند و نمره آزمودنی، میان ۰ تا ۲۸، متغیر خواهد بود.

روایی و پایایی بالای پرسش‌نامه که توسط مطالعات مختلف در جهان و ایران به دست آمده، گویای این نکته است که می‌تواند به‌عنوان ابزار غربالگری اختلال‌های روانی به‌طور موفقیت‌آمیزی به کار برده شود (۱۱). ابتدا به اختلال‌های روانی در این دو مطالعه بر مبنای نمره برش

مثبت به مقیاس افسردگی در افراد مورد مطالعه به فکر «اقدام به خودکشی با ۵/۲ درصد موارد» مربوط «احساس ناامیدی با ۱۹/۶ درصد موارد»، مربوط بوده است؛ پایین ترین درصد پاسخ مثبت به پرسش‌ها، به

جدول ۱. مقایسه شیوع اختلال‌های روانی برحسب عوامل دموگرافیک در مطالعات سال ۱۳۷۸ و ۱۳۹۰

مطالعه سال ۱۳۹۰			مطالعه سال ۱۳۷۸			عوامل دموگرافیک	
درصد شیوع	موارد مشکوک	کل نمونه	درصد شیوع	موارد مشکوک	کل نمونه		
۳۷/۴	۳۷۵۸	۱۰۰۵۹	۱۴/۹	۳۷۶	۲۵۲۳	مرد	جنسیت
۴۳/۱	۴۸۲۸	۱۱۱۹۶	۲۷/۰	۸۲۰	۳۰۳۷	زن	
۳۸/۷	۱۰۶۰	۲۷۴۸	۱۴/۵	۳۴۵	۲۳۷۹	سال ۱۵-۲۴	سن
۳۸/۹	۳۵۰۴	۹۰۱۸	۱۷/۲	۴۱۲	۲۳۹۸	سال ۲۵-۴۴	
۴۲/۰	۲۷۹۹	۶۶۷۳	۲۳/۶	۳۰۳	۱۲۸۴	سال ۴۵-۶۴	
۴۳/۲	۱۲۳۵	۲۸۶۲	۳۰/۳	۱۳۶	۴۴۹	۶۵ سال و بیشتر	
۳۹/۲	۱۵۸۴	۴۰۴۵	۲۱/۹	۲۴۰	۱۰۹۶	مجرد	وضعیت تأهل
۳۹/۵	۵۹۹۴	۱۵۱۶۶	۲۰/۴	۸۵۴	۴۱۸۶	متاهل	
۵۱/۷	۹۱۳	۱۷۶۶	۳۶/۷	۱۰۲	۲۷۸	بیوه و مطلقه	
۵۲/۶	۷۹۲	۱۵۰۵	۲۸/۶	۱۸۵	۶۴۷	بی‌سواد	میزان تحصیلات
۴۴/۵	۳۳۱۹	۷۴۶۳	۲۰/۶	۴۱۶	۲۰۲۱	ابتدایی	
۳۹/۴	۲۵۶۱	۶۵۰۷	۲۱/۸	۳۴۲	۱۵۶۹	دیپلم	
۳۳/۱	۱۹۳۱	۵۸۳۸	۱۹/۱	۲۵۳	۱۳۲۳	بالتر از دیپلم	
۳۲/۳	۴۰۳۸	۱۲۵۰۹	۱۶/۳	۷۲۸	۴۴۷۰	شاغل	وضعیت اشتغال
۵۱/۸	۴۵۸۸	۸۸۵۰	۴۲/۹	۴۶۸	۱۰۹۰	بیکار	
۳۹/۶	۸۶۲۶	۲۱۳۵۹	۲۱/۵	۱۱۹۶	۵۵۶۰	جمع کل	

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمره افراد در پرسش‌نامه سلامت عمومی در طرح سلامت و بیماری (سال ۱۳۷۸) و طرح سنجش عدالت در شهر تهران (سال ۱۳۹۰)

سطح معنی‌داری	درجه آزادی	p	انحراف استاندارد	میانگین	زمان انجام	
					مرد	زن
۰/۰۱	۵۵۵۸	۲/۷۱	۴/۴۲	۴/۱۱	سال ۱۳۷۸	
					۵/۶۹	۵/۵۶
۰/۰۰۱	۲۱۳۵۷	۳/۵۶	۵/۲۸	۵/۱۲	سال ۱۳۹۰	
					۶/۹۴	۵/۹۷

بحث

انجام گرفته در ایران با پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) (جدول ۳)، گویای این مورد است که دامنه شیوع علایم روانی در مطالعات انجام شده در کشور، میان ۲۱ تا ۳۹/۶ درصد، متغیر است (۱۵ تا ۸) و در شهر تهران با روش و شیوه اجرای یکسان، شیوع

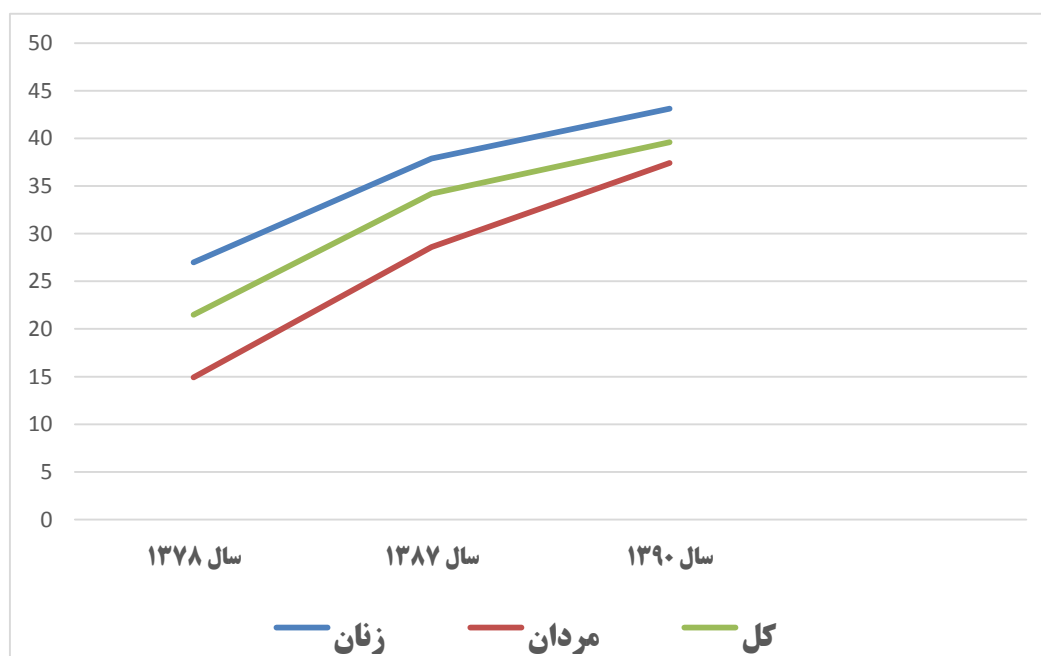
مرور دو مطالعه انجام گرفته در زمینه وضعیت سلامت روان افراد جامعه، بر این نکته دلالت دارد که میزان شیوع علایم روانی در نمونه مورد مطالعه در سال ۱۳۷۸، ۲۱/۵ درصد و در سال ۱۳۹۰، ۳۹/۶ درصد بوده است؛ مقایسه این یافته با نتایج بررسی‌های

معنی داری، بیش از مردان بوده که با نتایج مطالعات پیشین انجام گرفته در ایران همخوانی دارد. بیشتر بودن میزان شیوع علایم روانی در زنان نسبت به مردان، می تواند به دلیل عوامل بیولوژیکی، نقش جنسی، استرس های محیطی و شغلی، محدود بودن منبع رضایت و همچنین محدودیت مشارکت اجتماعی زنان در جامعه نسبت به مردان باشد.

اختلال های روانی با گذشت زمان افزایش داشته است (نمودار ۱). شیوع علایم روانی در سال ۱۳۹۰ نسبت به مطالعه سال ۱۳۷۸، به طور تقریبی، ۱/۸ برابر شده که در خصوص زنان، این نسبت، ۱/۶ برابر و در مردان، ۲/۵ برابر بوده است. افزایش ۲/۵ برابری شیوع علایم روانی در مردان را می توان به عواملی نظیر مشکلات اقتصادی و تورم رکودی موجود در کشور نسبت داد. در هر دو مطالعه، میزان شیوع علایم روانی در زنان به طور

جدول ۳. نتایج همه گیری شناسی اختلال های روانی انجام گرفته با پرسش نامه سلامت عمومی در ایران

نام محقق و یا محققین	سال بررسی	مکان	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع		
				زنان	مردان	کل
پالاهنگ و همکاران	۱۳۷۴	کاشان	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	صومعه سرا	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	تهران	۵۵۶۰	۲۷/۰	۱۴/۹	۲۱/۵
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	کشور	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱/۰
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	کرمانشاه	۵۰۱	۳۲/۲	۱۶/۹	۲۵/۲
شمس علیزاده و همکاران	۱۳۸۰	ساوجبلاغ	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
نوربالا و همکاران	۱۳۸۷	تهران	۱۹۳۷۰	۳۷/۹	۲۸/۶	۳۴/۲



نمودار ۱. تغییرهای وضعیت سلامت روان در شهر تهران

یافته‌های دو مطالعه نشان می‌دهند که بالاترین درصد پاسخ مثبت به پرسش‌های آزمون به «خوب و سرحال نبودن، عصبی و بداخلاق بودن، دلهره و دلشوره، ناتوانی در وقت‌گذاشتن برای انجام کارها و احساس ناامیدی و مشکل خواب و غمگینی»، مربوط بوده که بیشتر علائم اضطراب را در برمی‌گیرند و نشان می‌دهند جامعه آماری از استرس و اضطرابی بالا رنج می‌برد. فکر اقدام به خودکشی در مطالعه سال ۱۳۷۸، ۳/۹ درصد و در سال ۱۳۹۰، ۵/۲ درصد موارد بوده است که بیانگر افزایش خلق افسرده در جامعه آماری در سال ۱۳۹۰ نسبت به سال ۱۳۷۸ است.

یافته‌های جدول ۲، گویای آن‌اند که میانگین نمره زنان در پرسش‌نامه سلامت عمومی به‌طور معنی‌داری در هر دو مطالعه، بیش از میانگین نمره مردان بوده، تفاوت موجود میان آنها معنی‌دار است؛ وجود این تفاوت را نیز می‌توان به احتمال، ناشی از تغییرهای بیولوژیک و محدودیت بیشتر زنان در فعالیت‌های اجتماعی دانست.

نتیجه‌گیری

روند افزایشی شیوع نشانه‌های روانی در جامعه آماری، توجه و رسیدگی مسئولان و برنامه‌ریزان سلامت شهر تهران را در ارائه خدمات مؤثر بهداشت روان به افراد جامعه، بیشتر طلب می‌کند تا در راستای شناخت علل بروز بیشتر این اختلال‌ها در مناطق خطرپذیر روانی و اجتماعی، گامی اساسی بردارند. بالاتر بودن میزان شیوع علائم روانی در افراد بیکار، بی‌سواد و دارای سن بالا در هر دو مطالعه، اهمیت اشتغال‌زایی و [نیاز به] فراهم کردن امکانات تفریحی و رفاهی را برای ساکنان مناطق آسیب‌پذیر آشکار می‌سازد.

نتایج این دو مطالعه، گویای آن هستند که با بالا رفتن سن، شیوع علائم روانی افزایش داشته، بیشترین میزان شیوع به افراد ۶۵ سال و بالاتر، مربوط بوده است که با یافته‌های مطالعات انجام شده در ایران همخوانی دارد (۱۳ و ۱۲). بازنشستگی، یائسگی و اضطراب ناشی از تنهایی و تغییرهای بیولوژیکی را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع علائم در این سنین دانست.

شیوع علائم روانی در هر دو مطالعه در افراد بی‌سواد بیش از سایر گروه‌ها بوده است که نتایج دیگر بررسی‌های انجام گرفته در ایران را تأیید می‌کند (۱۳ تا ۱۵). محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی و همچنین ناتوانی افراد بی‌سواد و کم‌سواد در استفاده از شیوه‌های مؤثر مقابله با عوامل استرس‌زا را می‌توان دلیل بالاتر بودن شیوع این اختلال‌ها در آنها نسبت به سایر گروه‌ها دانست.

یافته‌های دو مطالعه همچنین نشان می‌دهند که میزان شیوع علائم روان‌پزشکی در افراد بیکار بیش از افراد شاغل است که یافته‌های بررسی‌های انجام شده در ایران و جهان را مورد تأیید قرار می‌دهد (۱۲ تا ۱۵). به احتمال، نداشتن درآمد، عامل استرس‌زای بیکاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی، می‌توانند از جمله عوامل افزایش شیوع علائم روانی در افراد بیکار نسبت به افراد شاغل باشند.

نتایج دو مطالعه، همچنین بر این نکته دلالت دارند که میزان شیوع علائم روانی در افراد مطلقه و بیوه به‌طور معنی‌داری بیش از شیوع این اختلال‌ها در افراد مجرد و متأهل است که یافته‌های بررسی‌های پیشین را تأیید می‌کند (۸ و ۱۳). وجود استرس ناشی از جدایی و طلاق از همسر و همچنین مشکلات مالی، اداره زندگی و رسیدگی به امور فرزندان را می‌توان از جمله دلایل بالاتر بودن شیوع علائم روانی در افراد مطلقه و بیوه نسبت به سایر گروه‌ها دانست.

سپاس و قدردانی

شده است که لازم می‌بینیم از هر دو دستگاه و عوامل ذیربط، صمیمانه تشکر نماییم.

مطالعه اول (۱۳۷۸) با بودجه و حمایت مالی معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای طرح ملی سلامت و بیماری و مطالعه دوم (۱۳۸۷) و مطالعه سوم (۱۳۹۰) با بودجه و حمایت مالی شهرداری تهران در راستای پروژه اجرای عدالت در سلامت انجام

منابع

- 1- Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C. The Global Burden of Disease 2000 project: Aims, methods and data sources. Geneva: World Health Organization; 2001.
- 2- Mohammadi MR, Davidan H, Noorbala AA, Malekafzali H, Bagheri- Yazdi SA, Naghavi, MR, et al. Epidemiology of psychiatric disorders in Iran in 2001 [in Persian]. Hakim J, 2003; 6:64 – 65.
- 3- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. Am J Pub Health, 1982; 72: 1271-1279.
- 4-Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire- 28. Psychological Medicine, 1979; 9: 31-145.
- 5- Bash KW and Bash-Liechtic J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the population of the city of Shiraz. Iran Social Psychiatry, 1964; 9:163–171.
- 6-Bash KW, Bash-Liechtic J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan. Iran Social Psychiatry, 1969; 4:137–143.
- 7-Davidian H, Izedi S, Nehaptian V, Motabar M. Preliminary evaluation of psychiatric disorders in Khazar region (Roodsar City) [in Persian]. Behdasht Iran J, 1972; 4: 145–156.
- 8-Noorbala AA, BagheriYazdi SA, Asadi-Lari M, Vaez-Mahdavi MR. Mental health status of individuals fifteen years and older in Tehran [in Persian]. Ir J Psych & Clinpsycho, 2011; 16(4):479–483.
- 9- Noorbala AA, Mohammad K, BagheriYazdi SA, Yasami MT. Epidemiological survey of psychiatric disorders in individuals fifteen years and older in Iran [in Persian]. Hakim J, 2002; 5(1):1–10.
- 10- Noorbala AA, Mohammad K, BagheriYazdi SA. Epidemiological survey of psychiatric disorders in Tehran [in Persian]. Hakim J, 2001; 2:212–223.
- 11-Noorbala AA, BagheriYazdi SA, Mohammad K. The validation of General Health Questionnaire-28 as psychiatric screening tool [in Persian]. Hakim J, 2009; 11(4):47–53.
- 12-Palahang H, Nasr M, Baraheni MT, Shah Mohamaddi D. Epidemiology of psychiatric disorders in Kashan [in Persian]. AndishehvaRaftar, 1994; 4: 19–27.
- 13-Yaghoobi N, Nasr M, Shah Mohammadi D. Epidemiology of psychiatric disorders in urban and rural areas of Someesara city in Gilandistrict [in Persian]. AndishehvaRaftar, 1995; 4: 55–65.
- 14-Sadegi K, Saberi SM, Osareh M. Epidemiology of psychiatric disorders in urban population of Kermanshah [in Persian]. AndishehvaRaftar, 1999; 23: 16–25.
- 15-Shamse Alizadeh N, Bolhari J, Shahmohamadi D. Epidemiology of mental disorders in a rural areas of Tehran province [in Persian]. Ir J Psych & Clinpsycho, 2001; 7(1):19-24.

Daneshvar
Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
22st Year, No.113
October-November,
2014*

Received: 24/08/2014

Last revised: 04/10/2014

Accepted: 08/10/2014

Mental health changes in Tehran during a 12-year period: Comparing national health and disease survey in 1999 and equality project in 2011

Ahmadali Noorbala^{1*}, Seyed Abbas Bagheri-Yazdi², Mohammadreza Vaez-Mahdavi³, Mohsen Asadi-Lari⁴, Soghrot Faghihzadeh⁵, Kazem Mohammad⁶, Aliasghar Haeri-Mehrizi⁷, Mahboubeh Parsaeian⁸

1. Psychosomatic Ward of Imam Khomeini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Clinical Psychologist, Ministry of Health, Iran.
3. Department of physiology, Shahed University, Tehran, Iran.
4. Department of Epidemiology, Health Faculty, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Department of Biostatistics and Epidemiology, Zanzan University of Medical Sciences, Zanzan, Iran.
6. Department of Biostatistics and Epidemiology, Health Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
7. Biostatistician, Health Science Research Institute of Jihad Daneshgahi, Tehran, Iran.
8. Biostatistician, Health Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* E-mail: noorbala@tums.ac.ir

Abstract

Objective: The main objective of this study was to compare changes in the mental health status of the residents of Tehran from 1999 till 2011.

Materials and Methods: This study was an overview of two cross-sectional, descriptive researches that were performed in 1998 and 2011. Samples of these two studies were recruited by regular randomized cluster sampling. In both studies, the General Health Questionnaire (GHQ-28) was used to assess mental health status of general population.

Results: The results showed that 21.5% of participants in the 1998 survey suffered from mental disorders (27% women and 14.9% men). In 2011, this figure increased to 39.6% (37.4% of men and 43.1% of women). Prevalence of mental disorders increased from 1998 until 2011 by about 1.8 fold (1.6 fold for women and 2.5 fold for men). In both studies, the risk of mental disorders increased with increasing age, unemployment, illiteracy and divorced or widowed individual. Anxiety symptoms were more prevalent in both studies as compared to somatization, depression, and social dysfunction scales.

Conclusion: The dramatic increases of mental disorders during 12 years indicated that policy-makers should give greater importance to prevention and promotion of mental disorders for Tehran residents.

Keywords: Mental health change, National health and disease project, Urban equality project 2, Tehran