مقاله اصیل پژوهشی

بررسی شیوع اختلالات روانی در شهر بیرجند– سال 1388

محمدرضا رئیسون[1]، محمدرضا میری[2]، رضا دستجردی[3]، غلامرضا شریف‌زاده[4]

چکیده

زمینه و هدف: میزان شیوع اختلالات روانی در سراسر جهان رو به افزایش است؛ به طوری که طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی بیش از نیم میلیارد نفر از جمعیت جهان در سنین مختلف از بیماری‌های شدید و خفیف روانی رنج می‌برند. با توجه به روند رو به افزایش این گونه بیماری‌ها ضرورت انجام مطالعه جدید با هدف تعیین شیوع اختلالات روانی در شهر بیرجند روشن می‌باشد.

روش تحقیق: این مطالعه توصیفی- تحلیلی به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تصادفی‌شده، بر روی 582 نفر جمعیت بالای 15 سال شهر بیرجند انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه SCL-90-R استفاده گردید. جهت تکمیل پرسشنامه، علاوه بر محقق از دو نفر از کارشناسان بهداشتی مرکز بهداشت استان که آموزش لازم را در زمینه تکمیل پرسشنامه و نحوه مصاحبه با افراد دیده بودند، استفاده شد. پرسشگران با مراجعه به درب منازل و پس از توجیه اهداف طرح و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه را تکمیل نمودند. داده‌ها در نرم افزار SPSS (ویرایش 15) وارد و انالیز گردید.

یافته‌ها: 7/1 درصد از افراد مورد بررسی، مشکل روانی جدی و 47/9 درصد مشکل قابل توجه روانی داشتند. میزان شیوع افسردگی 6% ،اختلالات وسواس و اجبار 5/5%، افکار پارانوئید 5/5%، شکایت جسمانی 3/7%، اضطراب 2/6%، حساسیت در روابط بین فردی 1/7%، ترس مرضی 1/3% و روان‌پریشی 1/2% بود؛ همچنین اختلالات روانی به طور معنی‌داری در زنان بیشتر از مردان بود.

نتیجه‌گیری: نتایج فوق حاکی از شیوع نسبتاً بالای اختلالات روانی در بیرجند می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: شیوع، اختلال روانی، بیرجند

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1391؛ 19 (1):81-87.

دریافت: 1390/04/06 پذیرش: 1390/12/10

[1] مربی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

[2] استادیار، گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

[3] استادیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

4 نویسنده مسؤول، مربی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- معاونت تحقیقات و فناوری

تلفن: 05614431183 نمابر: 05614449011 پست الکترونیکrezamood@yahoo.com

مقدمه

تأمین سلامتی اقشار مختلف جامعه، یکی از مهمترین مسائل اساسی هر کشور است که بایستی آن را از سه دیدگاه جسمی- روانی و اجتماعی مورد توجه قرار داد. طبق آمار منتشر شده از WHO، حداقل 52 میلیون نفر از مردم جهان از بیماری‌های شدید روانی، 150 میلیون نفر از اختلالات ضعیف روانی رنج می‌برند (1). اختلال روانی یا بیمار روانی یک الگوی رفتاری و روان‌شناختی است که برای یک فرد اتفاق می‌افتد و همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک، اجتماعی، روان‌شناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است (2). بیماری روانی علاوه بر رنج و محدودیت‌هایی که برای فرد ایجاد می‌کند، باعث می‌شود تا فرد در فعالیت‌های اجتماعی و حرفه‌ای خود دچار تبعیض، به علت انگ بیماری روانی شود و بدین وسیله بار مالی سنگینی بر جامعه و فرد تحمیل گردد (3). سازمان جهانی بهداشت اعلام نموده است که از هر چهار نفر یک نفر در برخی از مراحل زندگی اختلال روانی را تجربه می‌کند (4). مطالعات انجام شده در مناطق مختلف جهان، نشان از شیوع بالای اختلالات روانی در کشورهای مختلف می‌باشد؛ به طوری که مطالعه‌ای در اروپا در سال 2004 نشان داد که 27/5% افراد مورد مطالعه، اختلالات خلقی و اضطرابی داشته‌اند (5)؛ همچنین پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه اپیدمیولوژی اختلالات روانی در نقاط مختلف جهان نیز نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در طول زمان بین 11-23/8 درصد در نوسان بوده است (6)؛ همچنین بررسی شیوع اختلالات روانی در مناطق مختلف ایران نشان می‌دهد که شیوع این اختلالات، از آمار سایر کشورها و گزارشات سازمان بهداشت جهانی کمتر نیست؛ به طوری که در مطالعه احمدوند در کاشان، شیوع اختلالات روانی 29% (7)، در مطالعه یعقوبی در گیلان 23/8 درصد، در مطالعه قاسمی در اصفهان 19/9 درصد و در مطالعه نوربالا در تهران 21/5 درصد گزارش گردید (8). از آنجائی که توجه به سلامت روان جامعه یکی از اولویت‌های سیستم بهداشتی درمانی است و به منظور دسترسی به وضعیت سلامت روان، بررسی شیوع اختلالات روانی و بررسی وضعیت موجود در شروع کار لازم می‌باشد و از آنجائی که شیوع اختلالات روانی در مناطق جغرافیائی متفاوت مختلف می‌باشد و چون در شهر بیرجند، مطالعه جامعی به منظور بررسی شیوع اختلالات روانی صورت نگرفته است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی شیوع اختلالات روانی طراحی گردید. نتایج این مطالعه می‌تواند در روشن ساختن وضعیت سلامت روان، به برنامه‌ریزان بهداشتی کمک نماید تا مداخلات مرتبط با پیشگیری، درمان و بازتوانی اختلالات را طراحی نمایند.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی (cross-sectional) می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه این پژوهش را جمعیت 15 سال و بالاتر شهر بیرجند تشکیل می‌دهد. در این مطالعه حجم نمونه بر اساس فرمول $N=\frac{z^2.PQ}{D^2}$ و بر اساس نتایج مطالعه ضیاءالدینی و رجایی‌نژاد (9) که شیوع اختلالات روانی را 0/43 درصد برآورد نموده است، حجم نمونه با P=0/43 و α=0/05 و d=0/05

$$N=\frac{(1/96)^2\times 0/43\times 0/57}{(0/05)^2}=376/64$$

بر اساس ضریب اصلاح روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مساوی 1/6 حجم نمونه نهایی، 600 نفر برآورد گردید.

روش نمونه‌گیری نیز به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود که معیار انتخاب خوشه‌ها در این مطالعه براساس سرخوشه‌های طرح واکسیناسیون فلج اطفال سال 1385 تعیین شد؛ به این صورت که بر اساس بلوک‌های شماره‌گذاری‌شده در 4 منطقه جغرافیایی شهر بیرجند، به صورت تصادفی از هر منطقه 10 خوشه انتخاب و در هر خوشه 15 نفر از افراد بالای 15 سال ساکن در خانوارها، بر اساس تعیین سرخوشه و حرکت در سمت راست بلوک در

مطالعه وارد شد. در این مطالعه، حداکثر در هر خانوار یک فرد بالای 15 سال مرد و یک زن انتخاب گردید. داده‌های این پژوهش، از طریق مصاحبه حضوری و اجرای پرسشنامه به گونه شفاهی گردآوری گردیده است. جهت تکمیل پرسشنامه علاوه بر محقق، از دو نفر از کارشناسان بهداشتی مرکز بهداشت استان که آموزش لازم را در زمینه تکمیل پرسشنامه و نحوه مصاحبه با افراد دیده بودند، استفاده شد. پرسشگران با مراجعه به درب منازل افراد مورد مطالعه، با مصاحبه حضوری با افراد مورد مطالعه و پس از توجیه آنها نسبت به اهداف طرح و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه را تکمیل نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه SCL-90-R استفاده گردید. فرم تجدید نظر یافته SCL-90-R توسط رضاپور در ایران (اهواز) به فارسی ترجمه و استانداردسازی شده است. فرم فارسی‌شده وی از ویژگی مناسب روان‌سنجی برخوردار است؛ به طوری که ثبات داخلی آن قابل قبول بوده و از 0/77 برای روان‌پریشی تا 0/90 برای افسردگی متغییر بوده است؛ همچنین شاخص آزمون– بازآزمون نیز در این مطالعه بین 0/8 تا 0/9 در حیطه‌های مختلف تعیین گردیده است (10).

پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون، در یک مقیاس 5 درجه‌ای از میزان ناراحتی که از "هیچ" تا "به شدت" می‌باشد و نمره یک تا پنج می‌گیرد، مشخص می‌گردد. 90 ماده این آزمون، 9 بُعد مختلف شکایات جسمانی[1]، وسواس و اجبار[2]، حساسیت در روابط متقابل[3]، افسردگی[4]، اضطراب[5]، پرخاشگری[6]، ترس مرضی[7]، افکار پارانوئیدی[8]، و روان‌پریشی[9] را در بر می‌گیرد. جمع نمره‌های به دست آمده از سؤال‌های مربوط به هر اختلال، بر تعداد سؤال‌های مربوط به همان اختلال تقسیم می‌گردد. بدین ترتیب، میانگین نمره مربوط به هر اختلال به دست می‌آید. اگر میانگین نمره فرد در هر اختلال بیش از 2/5 باشد، دال بر آن است که فرد در آن اختلال، دارای مشکل قابل توجه می‌باشد و اگر میانگین نمره مذکور 3 یا بیشتر باشد گویای آن است که مشکل فرد در ارتباط با آن اختلال جدی است. برای به دست آوردن شاخص کلی مرضی نیز همه نمره‌های حاصل از پاسخ‌های آزمودنی به کلیه سؤالات فهرست مذکور، با هم جمع گشته و بر تعداد کل سؤال‌ها تقسیم شده و در 100 ضرب می‌گردد. اگر میانگین به دست آمده بین 90 تا 200 باشد، دال بر این است که مشکل فرد قابل توجه است و اگر میانگین مذکور از 200 بیشتر باشد، گویای آن است که مشکل روانی جدی در فرد وجود دارد.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها ابتدا فایل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS (ویرایش 15) تشکیل و در قسمت آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، میانگین، انحراف معیار و.... استفاده شد و در قسمت آمار تحلیلی از آزمون آماری مجذور کای در سطح α=0/05 استفاده شد.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی 582 نفر از ساکنین شهر بیرجند با میانگین سنی 15/7±34/9 سال با حداقل 15 سال و حداکثر 85 سال انجام شد. 52/4% از افراد مورد مطالعه مرد، 30/6% مجرد و 65/3% متأهل، از نظر سطح تحصیلات 17/2% دانشگاهی، 43/3% متوسطه، 14/6% راهنمایی، 13/7% ابتدایی و 11/2% بی‌سواد داشتند.

میانگین نمره در حیطه وسواس (1/33)، افکار پارانوئیدی (1/23) و افسردگی (1/1) و کمترین میانگین مربوط به حیطه ترس مرضی (0/59) و روان‌پریشی (0/91) و اضطراب (0/93) تعیین گردید (جدول 1). در این مطالعه شایع‌ترین اختلال به ترتیب افسردگی (6%)، وسواس- اجبار و افکار پارانوئیدی (5/5%) تعیین گردید (جدول 2) و بر اساس شاخص کلی علائم مرضی، 45% (262 نفر) افراد مورد مطالعه طبیعی،

[1] *Somatization*
[2] *Obsessive - Compulsive*
[3] *Interpersonal Sensitivity*
[4] *Depression*
[5] *Anxiety*
[6] *Aggression*
[7] *Phobic Anxiety*
[8] *Paranoid*
[9] *Psychotism*

جدول 1- شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمره‌های حاصل از آزمون SCL-90-R بر حسب مقیاس‌های تشخیصی مختلف در افراد مورد مطالعه (N=582)

نام مقیاس	میانگین	انحراف معیار	حداکثر*
شکایت جسمانی	1/08	0/73	3/75
وسواس– اجبار	1/33	0/72	3/6
حساسیت در روابط بین فردی	1/02	0/64	3/11
افسردگی	1/1	0/77	3/69
اضطراب	0/93	0/7	3/8
پرخاشگری	0/98	0/77	4
ترس مرضی	0/59	0/59	3/14
افکار پارانوئیدی	1/23	0/74	3/83
روان‌پریشی	0/91	0/58	3/1

*: حداقل نمره در تمام موارد صفر بود

جدول 2- توزیع فراوانی وضعیت اختلال روانی در افراد مورد مطالعه بر اساس معیارهای تشخیصی نه‌گانه SCL- 9– R

وضعیت اختلال روانی / حیطه	بدون مشکل (طبیعی)		دارای مشکل قابل توجه		مشکل اختلال جدی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
شکایت جسمانی	560	96/3	16	2/7	6	1
وسواس– اجبار	550	94/5	19	3/3	13	2/2
حساسیت در روابط بین فردی	572	98/3	9	1/5	1	0/2
افسردگی	547	94	20	3/4	15	2/6
اضطراب	567	97/4	11	1/9	4	0/7
پرخاشگری	554	95/2	13	2/2	15	2/6
ترس مرضی	574	98/7	6	1	2	0/3
افکار پارانوئیدی	550	94/5	17	2/9	15	2/6
روان‌پریشی	575	98/8	6	1	1	0/2
ضریب ناراحتی بر اساس (GSI)	574	98/6	7	1/2	1	0/2

جدول 3-مقایسه توزیع فراوانی وضعیت شاخص کلی علائم مرضی در افراد مورد مطالعه بر حسب جنس و وضعیت تأهل و سطح تحصیلات

نام متغیر / وضعیت اختلال تعداد (درصد)		بدون مشکل (طبیعی) N=262		دارای مشکل قابل توجه N=279		مشکل اختلال جدی N=41		نتیجه آزمون کای‌اسکوئر
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنس	مرد 305 (52/4)	160	52/5	131	43	14	4/6	P<0/001
	زن 277 (47/6)	102	36/8	148	53/4	27	9/7	
وضعیت تأهل	متأهل 380 (65/3)	178	46/8	176	46/3	26	6/8	P=0/44
	مجرد 178 (30/6)	73	41	90	50/6	15	8/4	
	مطلقه و بیوه 24 (4/1)	11	45/8	13	54/2	0	0	
سطح تحصیلات	بیسواد 65 (11/2)	21	32/3	36	55/4	8	12/3	P=0/03
	ابتدایی 80 (13/7)	36	45	33	41/3	11	13/8	
	راهنمایی 85 (14/6)	41	48/2	37	43/5	7	8/2	
	متوسطه 252 (43/3)	116	46	123	48/8	13	5/2	
	دانشگاهی 100 (17/2)	48	48	50	50	2	2	

47/9% (279 نفر) دارای مشکل قابل توجه و 7/1% (41 نفر) دارای مشکل روانی جدی بودند.

از نظر شاخص کلی علائم مرضی، شیوع اختلالات روانی در زنان بیشتر از مردان (P≤0/001) و در سطح تحصیلات بی‌سواد، کمتر از سایر گروه‌های تحصیلی بود (P=0/03) و شیوع اختلالات روانی بر اساس شاخص کلی علائم مرضی بر حسب وضعیت تأهّل، اختلاف معنی‌داری را نشان نداد (جدول 3).

بحث

بر اساس مقاله حاضر، شایع‌ترین اختلال روانی، حیطه‌های افسردگی (6%)، وسواس (5/5%)، افکار پارانوئید (5/5%) و شکایت جسمانی (3/7%) تعیین گردید؛ در حالی که در مطالعه احمدوند در کاشان، اختلال خلقی با 9/3% و اختلالات اضطرابی با 4/7%، شایع‌ترین نوع اختلالات بودند (11)

در مطالعه نوربالا، اختلالات خلقی و اضطرابی 9/8% و 7/4%، شایعترین اختلالات روانپزشکی تعیین گردید (12). در مطالعه پالاهنگ، اختلالات خلقی و اضطرابی شایعترین اختلال (13)، در مطالعه Florez در کانادا (14) و مطالعه Grate در ایتالیا (15)، شایعترین اختلالات، اختلالات اضطرابی و خلقی تعیین گردید که نتایج مطالعات در داخل و خارج با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد و می‌تواند این اختلالات به عنوان مهمترین اختلالات روانی در جامعه ما نیز مطرح باشد و ضرورت برنامه‌ریزی در جهت کاهش این اختلالات در سیستم بهداشتی درمانی احساس می‌شود.

شیوع اختلالات روانی در زنان در مطالعه حاضر بیشتر از مردان بود که نتایج مطالعه حاضر با اکثر مطالعات انجام شده در ایران و جهان، از جمله مطالعه احمدوند، باقری، یزدی، بهادرخان، خسروی، پالاهنگ، چگینی و Meyer همخوانی دارد (7،۹،۱۴-18). شیوع بالاتر اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان می‌تواند ناشی از محدودبودن زنان در مشارکت‌های اجتماعی، عوامل بیولوژیک و استرس‌های محیطی باشد. همچنین در این مطالعه با افزایش سطح تحصیلات، شیوع اختلالات روانی کاهش را نشان می‌دهد که با مطالعه احمدوند، پالاهنگ و نوربالا (7-9) همخوانی دارد. شاید دلیل بالابودن اختلالات روانی در افراد بیسواد، محدودیت‌های اجتماعی فرهنگی و ناتوانی در استفاده از روش‌های مناسب مواجهه با استرس در افراد کم‌سواد باشد.

یکی از محدودیت‌های این تحقیق، استفاده از آزمون SCL-90-R به تنهایی در غربالگری اختلالات روانی می‌باشد که به دلیل محدودیت زمانی در اجرای پروژه، صورت گرفت؛ لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی علاوه بر آزمون SCL-90-R از ابزارهای تشخیصی دیگری به منظور شناسایی اختلالات روانی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در جامعه مورد مطالعه در حدّ قابل توجه بوده؛ لذا ادغام طرح بهداشت روان، به عنوان روشی جهت غربالگری، تشخیص و درمان بیماران در مراکز بهداشتی درمانی شهری ضروری می‌باشد و لازم است با ایجاد مراکز مشاوره خدمات بهداشتی درمانی و مراکز سرپایی، در جهت ارتقاء سطح سلامت روان جامعه تلاش نمود؛ همچنین با توجه به میزان شیوع بالای اختلالات روانی در زنان پیشنهاد می‌گردد، ضمن تحقیقات بیشتر در رابطه با علت‌یابی و رفع آن، زمینه بهداشت روانی در خانواده از طریق آموزش عمومی در رسانه‌های گروهی و مدارس فراهم گردد.

تقدیر و تشکر

محققین از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت و همکاری لازم را نموده‌اند، تقدیر و تشکر می‌نماید؛ همچنین از معاونت محترم پژوهشی و همکاران واحد تحصیلات تکمیلی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند و همکاران معاونت محترم

بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، آقایان جمع‌آور و تشکر می‌نماید.
میرکی که در اجرای این پروژه همکاری داشته‌اند، تقدیر و

منابع:

1-WHO organization of mental health services in developing. countries sixteen report of WHO. Available from: URL:http://www.healthnettpo.org/mentalhealth .

2- Cumbie SA, Conley VM, Burman ME. Advanced practice nursing model for comprehensive care with chronic illness: model for promoting process engagement. ANS Adv Nurs Sci. 2004; 27(1): 70-80.

3- Kaplan H, Sadouk B. Abstract of clinical psychiatry. Translated by: Porafkari N. 1st ed. Tehran: Hayyan; 1996. [persian]

4- Mohit A, Baghery Yazdy SA, Yasamy MT, Sardarpour Goudarzi SH, Mahdavi Hazave N, AminEsmaeeli M, et al. Practical mental health for general and family particitioner. Tehran: Aramesh; 2005. pp:56-64. [persian]

5- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe- a critical review and appraisal of 27 studies . Eur Neuropsychopharmacol. 2005; 15(4): 357-76.

6- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health surveys. JAMA. 2004; 291(21): 2581-90.

7- Ahmadvand A, Sepehrmanesh Z, Ghoreyshi F, Assarian F, Moosavi G, Etesam F. Prevalence of mental disorders in general population of Kashan city. Iranian Journal of Epidemiology. 2010; 6(2): 16-24. [persian]

8- Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdy SA, Yasamy MT. A look at the mental health feature in Iran. 1st ed. 2001. pp: 26-46. [persian]

9- Ziaadini H, Rajaeenejad AR. Epidemiology of the prevalence study of psychiatric disorders in the teachers of exceptional education department in Kerman in the year 2001-2002. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2005; 4(2): 103-9. [persian]

10- Rezapour M. Standardization of SCL-90-R on the students of chamran and Azad university

of Ahvaz. [dissertation]. Tehran, Allameh Tabatabaei University; 1977. pp:78-83. [persian]

11- Palahang H, Nasr M, Barahani MT, Shahmohammadi D. Epidemiology of mental illness in Kashan city. Andisheh va Raftar Journal. 1996; 4(2): 19-27. [persian]

12- Bahadorkhan J. Epidemiology of mental disorders in rural areas of Gonabad Khorasan. [dissertation]. Tehran: faculty of psychiatry, Tehran University; 1998. [persian]

13- Florez JA. The epidemiology of mental illness in Canada. Can Public Pol. 2005; 31(s1): 13-16.

14- Garte MG, Carpiniello B, Morosini PL, Rudas N. Prevalence of mental disorders in Sardina: a community study in an inland mining district. Psychol Med. 1991; 21(4): 1061-71.

15- Bagheri Yazdi SA, Bolhari J, Shahmohammadi D. An epldemiological study of psychological disorders in a rural areas (Meibod Yazd) in Iran. Andisheh va Raftar. 1994; 1: 32-41. [persian]

16- Khosravi Sh. Epidemiology of mental disorders among over 15 years old population in rural and urban area of Borujen. Journal of ShahreKord University of Medical Sciences. 2003; 4(4): 31-9. [persian]

17- CHegini S, Nikpour B, Bagheriyazdi SA. Epidemiology of mental disorders in Qom city. Journal of Babel University of Medical Sciences. 2001; 4(3): 44-51. [persian]

18- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, Dilling H, John U. Life time prevalence of mental disorders in general adult population. Results of TACOS Study. Nervenarzt. 2000; 71(7): 535- 42.

Abstract *Original Article*

Prevalence of mental disorders in Birjand – 2010

M.R. Raeisoon[1], M.R Miri[2], R. Dastjerdi[3], GH.R. Sharifzadeh[4]

Background and Aim: Prevalence of mental disorders is growing worldwide so that, according to WHO's statistics, more than 0.5 million of the world population suffer from mild or acute mental diseases. Regarding the increasing feature of such diseases, it is obviously necessary to carry out a new study aiming at determining the prevalence of mental disorders in Birjand.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study, which employed multiple randomized cluster sampling, was conducted on 582 over 15 year olds in Birjand. For data collection, SCL-90-R questionnaire was used. The questionnaire was filled out two experts of the Health Center of the province, in addition to a researcher. The questioners/interviewers completed the questionnaires by referring to the residences of the individuals after obtaining their conscious written consents and justifying the aims of the project. The obtained data was fed into SPSS software (version 15) and analysed.

Results: 7.1% of the studied individuals had serious mental disorders and 47.9% had significant mental problems. Prevalence of various mental disorders was as follows: obsessive– compulsive disorders 5.5%, paranoid disorders 5.5%, depression disorders 6%, somatoform disorders 3.7%, inter-personal sensitivity disorders 1.7%, psychotics disorders 1.2%, anxiety disorders 2.6% and phobic disorders 1.3%. Mental disorders were significantly higher in women compared to men.

Conclusion: Considering the above results it is concluded that mental disorders have a relatively high prevalence in Birjand.

Key Words: Epidemiology; Mental disorders; Birjand

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2012; 19(1):81-87

Received: Monday, June 27, 2011 Accepted: Thursday, March 01, 2012

[1] *Instructor, Department of social Medicine, School of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*
[2] *Assistant Professor, Department of Health, School of Health, , Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*
[3] *Assistant Professor, School of Allied Medical Sciences, Birjand University of Medical Sciences, Birjand,Iran*
[4] *Corresponding author, Instructor, Department of social Medicine, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran rezamood@yahoo.com*