شیوع اختلالات روان‌پزشکی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت شهری جیرفت در سال ۱۳۹۷

دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۱

سعیده آذر آیین[۱*]، سپیده معماریان[۲]، الهام فکوری[۳]

۱. دکتری روانشناسی، پژوهشگر دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران ۲. دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران ۳. مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: اختلالات روانی یکی از دلایل اصلی ناتوانی بوده و باعث افزایش استفاده از خدمات مراکز مراقبت بهداشتی می‌شوند. با توجه به روند رو به افزایش اختلالات روانپزشکی در کشور، هدف این مطالعه برآورد شیوع اختلالات روانپزشکی و روابط آنها با متغیرهای دموگرافیک در مراجعین مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان جیرفت در سال ۱۳۹۷ بود.

روش‌کار: این مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بود. جامعه پژوهش کلیه مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع خدمات سلامت شهری جیرفت در سال ۱۳۹۷ بودند که ۲۸۰ نفر از آنها به صورت در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه جمعیت‌شناختی و SCL-90-R پاسخ دادند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS23 و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های تی و خی دو مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: برمبنای شاخص شدت کلی (GSI) ۳۹/۲٪ افراد مراجعه‌کننده مبتلا به اختلال روانپزشکی بودند. براساس ملاک‌های طبقه‌بندی SCL-90-R، به ترتیب اختلال‌های شبه جسمی ۱۳/۱٪، فوبیا ۱۲/۷٪ و افکار پارانوئیدی ۱۲/۷٪، حساسیت بین فردی ۱۱/۶٪، اضطراب ۷/۵٪، افسردگی ۶٪، وسواس فکری عملی ۵/۶٪، خصومت و پرخاشگری ۵/۲٪ و روانپریشی ۳٪ بیشترین شیوع را در حد شدید داشتند. نتایج آزمون خی دو نشان داد که از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی ارتباط معنی‌داری بین وضعیت اقتصادی با سلامت روان ($p<۰/۰۱$)، سلامت روانی افراد با افکار خودکشی ($p<۰/۰۱$)، سلامت روان با وضعیت تأهل ($p<۰/۰۵$) و وضعیت اشتغال با سلامت روانی ($p<۰/۰۱$)، وجود داشت.

نتیجه‌گیری: میزان شیوع اختلال‌های روانپزشکی در مراجعین مراکز سلامت جامع شهری جیرفت نسبت به آمار ارائه شده در جمعیت عمومی نسبتاً بالا است و نیازمند توجه و اولویت بیشتر به مسائل سلامت روان در این بخش می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: شیوع، اختلال‌های روانی، عوامل جمعیت‌شناختی، مراکز جامع خدمات سلامت شهری

***نویسنده مسئول:** دکتری روانشناسی، پژوهشگر دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران

ایمیل: saide.azaraeen@gmail.com **تلفن:** ۰۳۴۴۳۳۱۱۸۵۲ **نمابر:** ۰۳۴۴۳۳۱۸۰۸۵

مقدمه

اختلال روانی یک سندرم یا الگوی رفتاری یا روانشناختی دارای اهمیت بالینی است که در فرد روی می‌دهد و با ناراحتی (یک علامت دردناک) یا ناتوانی (تخریب در یک یا چند زمینه مهم عملکرد) یا با افزایش قابل‌ملاحظه خطر مرگ، درد، ناراحتی و ناتوانی یا فقدان آزادی، همراه است. به علاوه، این سندرم یا الگو نباید صرفا یک پاسخ قابل انتظار و تأییدشده فرهنگی در مقابل رویدادی خاص مثلا مرگ یک شخص مورد علاقه باشد. علت اصلی هرچه باشد فعلا باید آن را تظاهر یک اختلال کارکردی زیست‌شناختی رفتاری یا روانشناختی در فرد تلقی نمود (۱).

بررسی شیوع اختلالات روانی، همایندی آنها و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آنها از موضوعات اساسی در بخش مراقبت‌های اولیه است. این اختلالات، بار بیماری‌ها را بخصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط افزایش می‌دهند و به طرق مختلف، تبعیت درمانی را کاهش می‌دهند و منجر به تغییر رفتارهای بهداشتی و تلاش‌های خودمدیریتی می‌شوند (۲). دسترسی به مراقبت‌های مرتبط با بهداشت روانی بخصوص برای افراد مبتلا به اختلالات روانی شایع بسیار مهم است (۳). یک نفر از هر سه بیمار مراجعه‌کننده به بخش مراقبت‌های اولیه، مشکلات بالینی مرتبط با بیماری‌های روانپزشکی دارد (۴). اگرچه درمان‌های مؤثری برای اختلالات روانی وجود دارد (۵) و می‌تواند در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه شوند (۳) تنها نیمی از بیماران مبتلا به افسردگی در گروه‌های با درآمد بالا شناسایی شده‌اند (۶). بیش از ۷۵-۵۰٪ از بیماران نیز شناسایی و درمان نمی‌شوند (۷) و این آمار همواره در حال افزایش است. نکته حائز اهمیت این است که بسیاری از این افراد ممکن است در همان ابتدا از علائم روانشناختی شکایت نکنند، بلکه این علائم را در قالب اختلالات شبه جسمی نشان دهند (۸). نتایج مطالعه Roca و همکاران نشان داد که ۲۸/۸٪ افرادی که به بخش مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند، اختلالات شبه‌جسمی دارند و یک همپوشانی ۳۰/۳ درصدی بین اختلالات عاطفی، اضطرابی و شبه‌جسمی وجود دارد (۹).

مطالعات اخیر نشان داده‌اند که تأثیرات منفی اختلالات روانی بر کیفیت زندگی بسیار زیاد است. برای مثال، Guan و همکاران در بررسی اثرات اختلالات روانی محور I بر کیفیت زندگی نشان دادند که اختلالات افسردگی و استرس پس از سانحه با آسیب در کیفیت زندگی همراه است و اختلالات افسرده‌خویی و دوقطبی نیز روابط اجتماعی فرد را به‌طور منفی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). همچنین تحقیقات دیگر در چندین کشور نشان داده‌اند که مشکلات درون‌فردی یکی از مهمترین و جدی‌ترین پیامدهای اختلالات روانی با شروع زودهنگام هستند. شروع زودرس این اختلالات در افراد با فعالیت زودرس جنسی، ازدواج زودهنگام، بی‌ثباتی در ازدواج و خشونت در روابط مرتبط است (۱۱).

مسئولیت تشخیص اولیه بیماری‌های روانی در بخش مراقبت‌های اولیه، اولین نقطه تماس بیمار با نظام سلامت، است. به رغم بهبود در امر آموزش بالینی پزشکان و روانشناسان بخش مراقبت‌های اولیه و در دسترس بودن ابزارهای سنجش غربالگری برای اختلال‌های روانی، تشخیص و درمان آنها بخصوص در اختلالات شدید روانی هنوز هم با مشکلاتی روبرو است (۱۲). در واقع بسیاری از افرادی که به متخصصان بخش مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند، مشکلات سلامت‌روان خود را در قالب شکایت‌های جسمی و نه مسائل هیجانی یا روانشناختی نشان می‌دهند (۸، ۱۳). نرخ بالای همپوشانی میان اضطراب، افسردگی و اختلالات شبه جسمی به این سردرگمی برای تشخیص اضافه می‌کند (۱۴). پیامدهای ناشی از این وضعیت برای بیماران و نظام سلامت همواره به صورت‌های پیش آگهی ضعیف، استفاده بیش از حد از منابع و افزایش هزینه‌ها خود را نشان داده‌است (۱۵).

مطالعات اپیدمولوژیک، با بررسی شیوع اختلالات روانی در جوامع متفاوت، پاسخ‌دهی به این سوالات را تسهیل و فرایند تشخیص اولیه در بیماران را بهبود می‌بخشند (۹). در پروژه شیوع اختلالات روانی در کشورهای اروپایی[1] (ESEMeD) (۱۱) که در چهار کشور اروپایی و بر اساس مصاحبه‌هایی با تقریباً ۷۸۰۰۰ نفر انجام شد، شیوع شش ماهه افسردگی اساسی ۶/۹٪ اعلام شد. نتایج مطالعه Roca و همکاران در بررسی شیوع و همایندی اختلال‌های روانی رایج در بخش مراقبت‌های اولیه نشان داد که ۵۳/۶٪ از افراد نمونه، مبتلا به یک یا بیشتر از یک اختلال روانپزشکی تشخیص داده شدند. شایع‌ترین آنها به ترتیب اختلال‌های خلقی ۳۵/۸٪، اضطرابی ۲۵/۶٪ و اختلالات شبه‌جسمی ۲۸/۸٪ بودند (۹). در پژوهش King و

[1] European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

همکاران در بررسی شیوع اختلالات روانی رایج در مراجعه‌کنندگان به پزشکان عمومی در اروپا، نتایج نشان داد بالاترین شیوع برای همه اختلالات در انگلیس و اسپانیا بود و پایین‌ترین میزان شیوع در اسلوونیا و هلند بود و بیشترین شیوع نیز مربوط به اختلالات اضطراب و افسردگی بود (۷). بررسی شیوع بیماری‌های روانپزشکی در بخش مراقبت‌های اولیه قطر نشان داد که شایع‌ترین اختلالات به ترتیب اختلالات افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات خلقی بودند و به دنبال آن اختلال اضطراب جدایی و اختلالات شخصیت شایع بودند. همچنین شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان بیشتر بود (۱۶).

به منظور تعیین شیوع اختلالات روان‌پزشکی در ایران نیز تاکنون چهار مطالعه اپیدمیولوژیک گسترده با ابزارهای مختلف صورت گرفته‌اند. در این مطالعات که در سال‌های ۱۳۹۴-۱۳۷۸ انجام شده، شیوع کلی اختلالات روانی از ۱۷/۱٪ تا ۲۳/۶٪ بیان شده‌است (۲۰-۱۷). در جدیدترین مطالعه، یعنی مطالعه نوربالا و همکاران (۱۳۹۴) میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در مناطق شهری ۲۴/۵۵٪ و در مناطق روستایی ۲۰/۸۹٪ برآورد شد و شیوع اضطراب و اختلالات شبه‌جسمی بیشتر از نقص عملکرد و نشانه‌های افسردگی بود (۲۰). با توجه به روند رو به افزایش اختلالات روانپزشکی در کشور و الگوی متفاوت آن در مناطق مختلف، بررسی شیوع اختلالات روانی در هر منطقه به منظور شناخت عوامل زمینه‌ساز احتمالی ضروری به نظر می‌رسد. در واقع توزیع مناسب خدمات پیشگیری و درمان، با داشتن این اطلاعات امکان‌پذیر می‌باشد. هدف این مطالعه تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی در مراجعین مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان جیرفت است.

روش‌کار

این مطالعه از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه این پژوهش، کلیه افراد مراجعه‌کننده به پایگاه‌های سلامت و مراکز جامع خدمات سلامت شهرستان جیرفت بودند که از طریق نمونه‌گیری در دسترس، ۲۸۰ نفر از افراد ارجاع شده توسط پایگاه‌های سلامت به مراکز جامع خدمات سلامت مورد بررسی قرار گرفتند. برای برآورد حجم نمونه، با توجه به نسبت بدست آمده در مطالعات قبلی (۱۹) که شیوع اختلال‌های روانی در کشور را تقریباً ۲۳/۶ درصد گزارش کرده بود، با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای ۰/۰۵، تعداد ۲۸۰ نفر تعیین شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل سکونت در شهرستان جیرفت، داشتن سواد برای پاسخگویی به پرسشنامه، قرار داشتن در رده سنی ۶۴-۱۸ سال و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل مشکل هوشی یا جسمی شدید بود. بعد از اخذ رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه غربالگری اختلالات روانپزشکی SCL-90R در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. برای اطمینان از صحت پاسخگویی به شرکت کنندگان اطلاع داده شد که در صورت تمایل می‌توانند از نتایج آزمون خود مطلع شوند. ابزارهای این پژوهش شامل دو پرسشنامه بود:

پرسشنامه دموگرافیک: شامل سؤالاتی درباره سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت اقتصادی، اعتیاد، نوع ماده مصرفی، سوابق بیماری‌های جسمانی، سابقه اقدام به خودکشی و افکار خودکشی بود.

چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی SCL-90R: این پرسشنامه، برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ توسط Derogatis و همکارانش (۲۱) براساس تجربیات بالینی و تحلیل‌های روانسنجی ارائه و معرفی شد. پرسشنامه مذکور نوعی فهرست علائم روانی خود گزارش‌دهی ۹۰ سؤالی است که توسط تحقیقات روانسنجی بالینی به وجود آمده و در اصل الگوی علائم روانی بیماران جسمی و روانی را منعکس نماید. این پرسشنامه ۹ بعد اختلالات روانی را مورد بررسی قرار می‌دهد که عبارتند از: شکایات جسمانی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان‌فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی. در این مقیاس، هفت ماده اضافی نیز وجود دارند که در هیچ یک از ابعاد یادشده طبقه‌بندی نشده و با عنوان سایر، از آنها یاد می‌شود. این پرسشنامه حالت‌های فرد را از یک هفته پیش مورد ارزیابی قرار می‌دهد. علاوه بر ابعاد ۹ گانه فوق، سه معیار کلی نیز در این آزمون گنجانیده شده است که عبارت است از: علائم مرضی[1] (GSI)، معیار ضریب ناراحتی[2] (PSDI) و جمع علائم مرضی[3] (PST) که نمره‌گذاری و تفسیر پرسشنامه بر اساس سه شاخص کلی، صورت می‌گیرد. برای نمره‌گذاری ابعاد، نمرات هر خرده مقیاس با هم جمع می‌شود و بر تعداد سؤالات آن تقسیم می‌شود. نتیجه

[1] Global Severity Index
[2] Positive Symptom Distress Index
[3] Positive Symptom Test

بدست‌آمده، میانگین نمره فرد روی آن خرده مقیاس است. میانگین نمره علائم مرضی بیشتر از ۰/۷ نشان دهنده فقدان سلامت روانی می‌باشد. برای تعیین شیوع اختلال روانی در هر بعد، از نقطه برش ۱ (یعنی از مساوی و بزرگ‌تر از ۱)، استفاده می‌شود و میانگین نمره‌های ۱ و بالاتر از ۱(در هر بعد) به‌عنوان حالت مرضی (۱ تا ۳) و نمره ۳ به بالا (خیلی شدید) به‌شمار می‌رود. در بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده در ایران نیز همین نقطه برش، به‌کار رفته‌است.

۱. شاخص علائم کلی (GSI): نشان‌دهنده سطح یا عمق اختلال است و اطلاعاتی راجع به تعداد علائم و شدت ناراحتی بیان می‌کند و در مواردی که احتیاج به یک سنجش خلاصه باشد، از آن استفاده می‌شود. (GSI= مجموع امتیازات ÷۹۰)

۲. شاخص علایم مثبت ناراحتی (PSDI): این شاخص یک سنجش خالص از شدت ناراحتی است. (PSDI=GSI/PST)

۳. شاخص جمع علائم مثبت (PST): این شاخص به‌طور ساده شامل تعداد علائمی است که آزمودنی به‌صورت مثبت، گزارش می‌دهد. لازم به یادآوری است که اضافه نمودن معیارهای کلی بدین منظور انجام گرفته که ارزیابی کلی و ضعیف روانی بیمار (از نظر آسیب‌شناسی)، انعطاف بیشتری انجام گیرد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰= اصلاً، ۱= کمی، ۲= متوسط، ۳= شدید، ۴= خیلی شدید) می‌باشد. (جمع تعداد سؤالاتی که صفر گرفته است – PST=۹۰)

از نظر ویژگی‌های فنی آزمون SCL-90R دارای پایایی و روایی مطلوبی است (۲۲). در تحقیق Natali ضرایب پایایی هم ابعاد آزمون با استفاده از روش باز آزمایی بین ۷۸٪ تا ۹۰٪ گزارش شده‌است. همچنین در تحقیقی که توسط Derogatis و همکاران بر روی نمونه ۲۱۹ نفری از داوطلبان استخدام در آمریکا انجام گرفت، ضرایب پایایی سلامت روانی کلی و در هر یک از ابعاد ۹ گانه به روش‌های بازآزمایی، آلفای کرونباخ وکودرریچاردسون ۲۰٪ مطلوب گزارش شده‌است. دامنه این ضرایب بین ۷۷٪ تا ۹۰٪ در نوسان بوده‌اند (۲۳).

در داخل کشور مرعشی ضریب پایایی همه ابعاد این آزمون را به روش دو نیمه‌سازی بین ۸۰٪ تا ۹۳٪ روش آلفای کرونباخ بین پایین‌ترین آن در بعد افکار پارانوییدی ۸۰٪ و در بعد افسردگی ۹۳٪ گزارش کرده است. رضاپور با استفاده از روش بازآزمایی ضریب پایایی ابعاد را بین ۶۸٪ تا ۸۱٪ محاسبه نمود. موسوی با روش دو نیمه‌سازی پایایی آزمون را برای ابعاد مختلف بین ۶۴٪ تا ۸۹٪ و با روش آلفای کرونباخ بین ۵۷٪ تا۸۵٪ گزارش کرد (۲۳). بعد از جمع‌آوری داده‌ها، از ۲۸۰ پرسشنامه، ۱۲ فرم به دلیل اطلاعات ناقص کنار گذاشته شدند و داده‌های بدست‌آمده از ۲۶۸ پرسشنامه با استفاده از نرم افزار SPSS23 با استفاده از شاخص‌های توصیفی، آزمون t و خی دو مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده ۸/۷۵ ± ۲۹/۵۷ و میانگین سنی مردان ۷/۳۴±۳۰/۱۷ بود. از کل شرکت کنندگان، ۶۴/۲٪ نمونه مورد بررسی زن بودند. همچنین ۵۶٪ افراد متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات، ۷/۱٪ افراد تحصیلات زیر دیپلم، ۲۲/۸٪ دیپلم و ۷۰/۱٪ تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. از لحاظ وضعیت اقتصادی بیشتر افراد در طبق متوسط رو به پایین ۵۱٪/۵ و از نظر وضعیت شغلی، ۳۴/۷٪ افراد کارمند بودند. ۳/۷٪ شرکت‌کنندگان سابقه اعتیاد و ۲/۲٪ سابقه اقدام به خودکشی را ذکر کردند و ۴/۸٪ نیز در زمان اجرای پژوهش افکار خودکشی را گزارش کردند. وضعیت برخی متغیرهای مرتبط با وضعیت سلامت روانی در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱. متغیرهای مرتبط با وضعیت سلامت روانی در پژوهش

متغیرها		(درصد) فراوانی
سابقه اعتیاد	بله	۱۰ (۳/۷)
	خیر	۲۵۸ (۹۶/۳)
نوع ماده مصرفی	سیگار	۱ (۰/۴)
	الکل	۴ (۱/۵)
	مخدر	۹ (۳/۴)
	هیچکدام	۲۵۴ (۹۴/۷)
سابقه بیماری جسمی	بله	۱۶ (۶)
	خیر	۲۵۲ (۹۴)
نوع بیماری جسمی	فشار خون	۷ (۲/۶)
	قلبی	۳ (۱/۱)
	دیابت	۵ (۱/۹)
	سایر موارد	۲۰ (۷/۵)
	هیچکدام	۲۳۳ (۸۶/۹)
اقدام به خودکشی	بله	۴ (۲/۲)
	خیر	۲۶۲ (۹۷/۸)
افکار خودکشی	بله	۱۳ (۴/۸)
	خیر	۲۵۲ (۹۵/۲)

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان

در هریک از زیر مقیاس‌های چک‌لیست (SCL-90R) و درصد افرادی که در این مقیاس‌ها به طور جداگانه در حالت نرمال (میانگین شاخص کمتر از ۱)، حالت مرضی (میانگین شاخص بین ۱ و ۳) و حالت روانپریشی (میانگین شاخص بیشتر از ۳) قرار گرفتند را نشان می‌دهد. بررسی میانگین هریک از ۹ مقیاس سنجیده‌شده در تست نشان داد که کمترین نمره مربوط به شاخص ترس با میانگین ۰/۴۳ در کل افراد و بیشترین نمره مربوط به شاخص پارانویا با میانگین ۰/۹۷ در کل افراد است. جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد شاخص های چک لیست SCL-90 را نشان می دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کنندگان در زیرمقیاس‌های چک‌لیست (SCL-90R) و درصد سطوح اختلال در هر بعد

ابعاد چک‌لیست	Mean± SD	درصد سطوح اختلال در هر بعد		
		طبیعی	متوسط	شدید
خصومت و پرخاشگری	۰/۷۶±۰/۶۷	۷۷/۲	۱۷/۵	۵/۲
اضطراب	۰/۷۳±۰/۷۱	۷۵/۷	۱۶/۸	۷/۵
وسواس فکری و عملی	۰/۸۴±۰/۶۵	۷۰/۹	۲۳/۵	۵/۶
حساسیت بین فردی	۰/۹۴±۰/۷۴	۶۳/۴	۲۵	۱۱/۶
شبه جسمی	۰/۹۶±۰/۸۸	۶۵/۳	۲۱/۶	۱۳/۱
روانپریشی	۰/۴۹±۰/۵۳	۸۷/۷	۹/۳	۳
افکار پارانویا	۰/۹۷±۰/۸۵	۶۶/۸	۲۰/۵	۱۲/۷
افسردگی	۰/۸۱±۰/۷۰	۷۳/۵	۲۰/۵	۶
فوبیا	۰/۴۳±۰/۵۶	۶۶/۸	۲۱/۰۳	۱۲/۱۷

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های چک لیست SCL-90

شاخص ها	میانگین	انحراف استاندارد
شاخص کلی علائم مرضی (GSI)	۰/۷۴	۰/۵۸
جمع نشانه‌های مثبت (PST)	۳۹/۳۳	۲۱/۸۳
شاخص ناراحتی نشانه‌های مثبت (PSDI)	۰/۰۱۷	۰/۰۰۵

طبق نتایج جدول ۳، میانگین شاخص کلی علائم مرزی (GSI) و تعداد علائم مرزی مثبت (PST) به ترتیب ۰/۷۴ و ۳۹/۳۳ به دست آمد. سطح ناراحتی از علائم مثبت (PSDI) نیز ۰/۰۱۷ محاسبه شد. بر مبنای شاخص شدت کلی (GSI) (با توجه به نقطه برش ۰/۷) ۳۹/۲٪ افراد نمره بالاتر از ۰/۷ داشتند و مبتلا به اختلال روانی بودند و ۶۰/۸٪ افراد نمونه زیر نقطه برش بودند.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات مردان و زنان در هر یک از شاخص‌های خصومت و پرخاشگری (مردان ۰/۶۴±۰/۶۵ و زنان ۰/۶۸±۰/۶۹)، اضطراب (مردان ۰/۶۲±۰/۶۱ و زنان ۰/۷۵±۰/۷۹)، افکار و اعمال وسواسی (مردان ۰/۷۵±۰/۶۲و زنان ۰/۶۶±۰/۸۹)، حساسیت بین‌فردی (مردان ۰/۷۰±۰/۹۰ و زنان ۰/۷۶±۰/۹۷)، شبه‌جسمی (مردان ۰/۷۴±۰/۷۳ و زنان ۰/۹۲±۱/۰۹)، روان‌پریشی (مردان ۰/۴۲±۰/۴۷ و زنان ۰/۵۹±۰/۴۹)، پارانویا (مردان ۰/۸۰±۰/۹۶ و زنان ۰/۸۸±۰/۹۷)، افسردگی (مردان ۰/۵۶±۰/۶۵ و زنان ۰/۷۵±۰/۸۹)، فوبیا (مردان ۰/۴۸±۰/۳۸ و زنان ۰/۶۱±۰/۴۵) بود. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد که بین دو گروه مردان و زنان از نظر سه شاخص اضطراب (p=۰/۰۳) ، شبه‌جسمی (p=۰/۰۰۱) و افسردگی (p=۰/۰۰۳) تفاوت وجود داشت، به طوری که زنان در هر سه شاخص نمرات بیشتری کسب کردند.

برای بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با سطح

سلامت روانی شرکت‌کنندگان از آزمون خی دو استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، ارتباط بین سلامت روان با وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱)، افکار خودکشی (p=۰/۰۰۱)، تأهل (p=۰/۰۱) و اشتغال (p=۰/۰۰۱) معنی‌دار بود. ارتباط آماری معنی‌داری بین جنسیت، تحصیلات، اعتیاد، مصرف مواد، اقدام به خودکشی و تاریخچه جسمی و بیماری جسمی با سلامت روان مشاهده نشد.

در بررسی ارتباط وضعیت سطوح سلامت‌روان در هریک از شاخص‌ها با متغیرهای جمعیت‌شناختی، طبق نتایج آزمون خی دو، ارتباط معنی‌داری بین شاخص پرخاشگری با وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱)؛ شاخص اضطراب با تحصیلات (p=۰/۰۳)، اشتغال (p=۰/۰۳) و وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱)؛ شاخص وسواس با وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱)؛ شاخص حساسیت با اشتغال (p=۰/۰۱) و وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱)؛ شاخص روان تنی با تحصیلات (p=۰/۰۳)، تأهل (p=۰/۰۰۸) و وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۴)؛ شاخص سایکوتیک با وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱)؛ شاخص پارانوئید با تأهل (p=۰/۰۴) و وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱)؛ شاخص افسردگی با تأهل (p=۰/۰۱) و وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۷)؛ شاخص ترس با تحصیلات (p=۰/۰۰۱)، اشتغال (p=۰/۰۰۹)، وضعیت اقتصادی (p=۰/۰۰۱) و بیماری جسمی (p=۰/۰۰۱) مشاهده شد.

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد (براساس شاخص کلی GSI) ۳۹/۲٪ از افراد مبتلا به اختلال روانپزشکی بودند. در مرور سیستماتیک مطالعات مربوط به شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور (۲۴)، شیوع بین ۱/۹٪ تا ۵۸/۸٪ گزارش شده‌است. در مطالعه نوربالا و همکاران (۲۰) درباره وضعیت سلامت‌روانی ایرانیان بزرگسال، شیوع احتمالی اختلالات روانپزشکی۲۳/۴۴٪ بود. این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از تفاوت نمونه‌های مورد بررسی باشد. در مطالعات شیوع‌شناسی اغلب شیوع در جمعیت عمومی بررسی می‌شود؛ اما در پژوهش حاضر، شیوع اختلالات در مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت بررسی شد و در بیشتر مطالعات شیوع، اختلالات روانپزشکی در میان مراجعین پزشکان و بخش مراقبت‌های اولیه بیشتر از جمعیت عمومی است (۲). در مطالعه Lucchese و همکاران (۲۵) در بررسی شیوع اختلال‌های روانی در بخش مراقبت‌های اولیه، شیوع این اختلالات ۳۱/۴۷٪ برآورد شد و با نوع شغل، سطح پایین تحصیلات و سطح پایین اقتصادی مرتبط بود. در مطالعه یوسف‌زاده و همکاران (۲۶) نیز شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی ارجاع شده به مراکز درمانی آموزشی شهر رشت ۴۸/۶٪ برآورد شد که از این نتایج حمایت می‌کند.

براساس ملاک‌های طبقه‌بندی SCL-90-R مشخص شد که به ترتیب اختلال‌های شبه جسمی ۱۳/۱٪، فوبیا ۱۲/۷٪، افکار پارانوئیدی ۱۲/۷٪، حساسیت بین فردی ۱۱/۶٪، اضطراب ۷/۵٪، افسردگی ۶٪، وسواس فکری عملی ۵/۶٪، خصومت و پرخاشگری ۵/۲٪ و روانپریشی ۳٪ بیشترین شیوع را در حد شدید داشتند. با توجه به اینکه این مطالعه در بخش مراقبت‌های اولیه انجام شده، دور از انتظار نیست که بیشترین شیوع مربوط به اختلال‌های شبه‌جسمی می‌باشد. در واقع مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیشتر علائم جسمانی خود را گزارش می‌کنند. در مطالعه Roca و همکاران (۹) و سپهرمنش (۲۷) نیز اختلالات شبه‌جسمی جزء شایع‌ترین اختلالات مشاهده‌شده در میان مراجعه‌کنندگان برای مراقبت‌های اولیه بود. هرچند در بیشتر مطالعات شایع‌ترین اختلالات شامل اضطراب و افسردگی است، در این پژوهش، این اختلالات در رده چهارم و پنجم قرار داشتند. یکی از دلایل این امر علاوه بر نمونه پژوهش (مطالعات قبلی بیشتر در جمعیت عمومی انجام شده‌اند) و نوع ابزارهای مورد استفاده، احتمالا تفاوت در ویژگی‌های روانی- اجتماعی شرکت‌کنندگان پژوهش نیز باشد. یک دلیل احتمالی دیگر نیز می‌تواند این باشد که به دلیل انگ ناشی از بیماری‌های روانی، افراد مبتلا بیشتر علائم جسمانی از خود نشان می‌دهند.

در مقایسه شیوع اختلالات بین زنان و مردان نیز شیوع تمامی اختلالات در زنان بیشتر از مردان بود که با نتایج پژوهش نوربالا و همکاران (۲۰) و محمدی و همکاران (۱۸) همسو است. از طرفی، این اختلاف در شیوع اختلالات اضطراب، افسردگی و شبه‌جسمی به طور معنی‌داری مشاهده شد که با پیشینه‌های روانپزشکی در مورد شیوع بیشتر این اختلالات در زنان نیز همسو است (۱). شیوع بالاتر اختلالات روانپزشکی در زنان می‌تواند نتیجه عوامل زیست‌شناختی، نقشهای جنسیتی و استرس‌های محیطی و کاری بیشتر برای زنان باشد.

یکی از شاخص‌های مهم در بررسی وضعیت سلامت روانی افراد، بررسی وجود افکار خودکشی است. در این مطالعه وضعیت سلامت‌روانی افراد با میزان افکار خودکشی ارتباط مثبت و

معنی‌داری داشت. اختلالات روانی از جمله مهمترین علل خودکشی‌ها می‌باشند و خودکشی شایع‌ترین دلیل منجر به مرگ بیماران مبتلا به اختلال روانی است (۲۸). براساس پژوهش ایزدی فرد (۲۹) میزان شیوع خودکشی در این بیماران ۳ تا ۱۲ برابر بیشتر از افراد عادی است. افرادی که در معرض خطر متوسط برای اقدام به خودکشی هستند، افکاری درباره خودکشی و مشکلاتی در کنترل خلق را گزارش می‌کنند، از طرفی خودکشی یکی از علل اصلی مرگ و میر در تمام گروه‌های سنی بخصوص جوانان و نوجوانان است (۱). بنابراین این نتایج، نشان‌دهنده جدی بودن مشکلات سلامت‌روانی در این منطقه از کشور می‌باشد و نیازمند توجه بیشتر به بحث سلامت روانی و ارائه خدمات بهداشت روان در قالب مراکز تخصصی و جامع‌نگر می‌باشد.

در بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با سلامت روانی، ارتباط وضعیت اقتصادی افراد هم با سلامت روانی به طور کلی و هم با تمامی شاخص‌ها معنی‌دار بود. تقریبا ۶۲/۷٪ شرکت‌کنندگان وضعیت اقتصادی خود را ضعیف و متوسط رو به پایین ذکر کرده بودند. این نتایج با پژوهش سپهرمنش (۲۷) مشابه است. در برخی مطالعات خارجی (۲۵) نیز عوامل اقتصادی از جمله عوامل بسیار استرس‌زا و تأثیرگذار بر سلامت روانی افراد است. با توجه به این نتایج، احتمالاً مداخلات پیشگیرانه باید جامعه‌محور و بر بهبود وضعیت اقتصادی افراد و ایجاد اشتغال و درآمد پایدار متمرکز باشد. وضعیت اشتغال نیز با سلامت روانی به طور کلی و زیرمقیاس‌های اضطراب، حساسیت بین فردی، و فوبیا مرتبط بود. در مطالعه نوربالا و همکاران (۲۰، ۳۰) نیز شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد بیکار و افرادی که قادر به کار کردن نبودند بیشتر از دیگران بود. بیکاری، فقدان درآمد یا درآمد ناکافی و محدود شدن روابط اجتماعی می‌تواند در نقش عوامل استرس‌زا در ایجاد اختلالات روانی مؤثر باشد. وضعیت تأهل نیز به طور کلی و با زیرمقیاس‌های شبه‌جسمی، باورهای پارانوئیدی و افسردگی مرتبط بود. در مجموع در این مطالعه افراد مجرد (که هرگز ازدواج نکرده‌بودند) از سلامت روانی بهتری برخوردار بودند و سلامت روان افراد متأهل، مطلقه و بیوه کمتر بود. این نتایج با بیشتر مطالعات انجام شده در ایران (از جمله نوربالا و همکاران (۲۰) همسو و برخلاف جهان (که سلامت روان افراد مجرد کمتر است) است. به نظر می‌رسد استرس‌های مربوط به زندگی متأهلی و عدم رضایت از زندگی مشترک و در مورد افراد مطلقه و بیوه نگاه اجتماعی و فقدان حمایت‌های مناسب در ایجاد این شرایط دخیل باشد.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه این بود که به دلیل عدم انجام مصاحبه بالینی با افراد مورد بررسی، نتایج بدست آمده، تنها وجود علائم اختلال روانی را نشان می‌دهد و تشخیص دقیق اختلالات روانی میسر نبود. محدودیت دیگر نیز، انتخاب نمونه به روش در دسترس بود. در مجموع، به نظر می‌رسد یکی از دلایل اصلی بی‌توجهی به مشکلات سلامت روان در میان مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت این است که این مشکلات در اولویت سیستم بهداشتی و سلامت قرار ندارند، بنابراین ارائه‌دهندگان خدمات (پزشکان، مراقبین سلامت و حتی روانشناسان) آموزش‌های کافی و مناسب را در این زمینه دریافت نمی‌کنند که نمود اصلی آن در توانایی کم این افراد در تشخیص اختلالات روانی در میان مراجعه کنندگان می‌باشد و باعث می‌شود بسیاری از این مسائل تشخیص داده نشود و درمان مناسبی را نیز دریافت نکند. با توجه به یافته‌های این پژوهش و شیوع نسبتاً بالای علائم اختلالات روانی در میان مراجعین مراکز جامع سلامت شهر جیرفت، پیشنهاد می‌شود مسائل مربوط به بهداشت روانی در اولویت بیشتری قرار گیرد و بدین طریق کیفیت و تناسب خدمات ارائه شده بهبود یابد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که شیوع اختلالات روانی در میان مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت جیرفت نسبتاً بالاتر از جمعیت عمومی است و این اختلالات باید در اولویت بیشتری برای تشخیص و درمان قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از نتایج طرح تحقیقاتی اجرا شده به شماره قرارداد P-۹۶-۶۴ از محل اعتبارات معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و دارای کد اخلاق IR.JMU.REC.1397.003 می‌باشد. بدینوسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده‌است.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC; 2013.

2. Bhana A, Mntambo N, Gigaba SG, Luvuno ZPB, Grant M, Ackerman D, et al. Validation of a brief mental health screening tool for common mental disorders in primary healthcare. South African Medical Journal. 2019; 109(4): 278-83.

3. Patel V, Weobong B, Weiss HA, Anand A, Bhat B, Katti B, et al. The Healthy Activity Program (HAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for severe depression, in primary care in India: A randomised controlled trial. Lancet. 2016; 389(10065): 176-85.

4. Norton J, De Roquefeuil G, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A, Tylee A. Use of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire for estimating the prevalence of psychiatric disorders in French primary care: comparison with family practitioner estimates and relationship to psychotropic medication use. General Hospital Psychiatry. 2007; 29(4): 285-93.

5. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Chalerson F, Degenhardt L, Dua T and et al. Global priorities for addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities. 3rd ed. Washington, DC: World Bank; 2016:1-27.

6. Thornicroft G, Chatterji S, Evans Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar Gaxiola S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. The British Journal of Psychiatry. 2017; 210(2): 119-24.

7. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. The British Journal of Psychiatry. 2008; 192(5): 362.

8. Lowe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression ,anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. General Hospital Psychiatry. 2008; 30(3): 191-9.

9 .Roca M, Gili M, Garcia M, Salva J, Vives M, Garcia Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. Journal of Affective Disorders. 2009; 119(1–3): 52-8.

10. Guan B, Deng Y, Cohen P, Chen H. Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. Journal of Affective Disorders. 2011; 131: 293–8.

11. Alonso J, Angermeyer MC, Lepine JP. The European study of the epidemiology of mental disorders project: an epidemiological basis for informing mental health policies in Europe. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2004; 109: 5-7.

12. Jego M. Debaty E. Ouirini L. Carrier H. Beetlestone E. Caring for patients with mental disorders in primary care: a qualitative study on French GPs'views, atittudes and needs. Family Practice. 2019; 1(36), 72–6.

13. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Assendelft WJJ, van Hemert AM. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care. BioMed Central Family Practice. 2008; 9(1):5.

14. Mergl R ,Seidscheck I, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. Depression and Anxiety. 2007; 24(3): 185-95.

15. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. The British Journal of Psychiatry. 2007; 190(4): 299.

16. Bener A, Abou Saleh M, Dafeeah E, Bhugra D. The Prevalence and burden of psychiatric disorders in primary health care visits in Qatar: too little time. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2015; 4(1): 89-95.

17. Noorbala AA, Yazdi SAB, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. The British Journal of Psychiatry. 2003; 184(1): 70.

18. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2005; 1(1): 16.

19. Rahimi Movaghar A, Amin Esmaeili M, Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Iranian mental health survey: design and field proced. Iranian Journal of Psychiatry. 2014; 9(2): 96-109.

20. Noorbala AA, Faghihzadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. Archives of Iranian Medicine. 2017; 20 (3): 128-34.

21. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. The British Journal of Psychiatry. 1976; 128: 280–9.

22. Mastri Farahani F, Etemadi A. The comparison of mental health status and locus of control of

female adolescents of addicted and nonaddicted families. Journal of Educational Sciences. 2011; 4(16): 137-52. (in Persian)
23. Saatchi M, Kamkari K & Asgarian M. Psychological tests. 3th ed. Tehran: Virayesh; 2012.
24. Farhoudian A, Sharifi V, Amini H, Basirnia A, Mesgarpour B, Mansouri N, et al. Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review. Iran Journal of Psychiatry. 2007; 2(4): 137-50.
25. Lucchese R, Sousa K, Prado Bonfin S, Vera I, Santana FR. Prevalence of common mental disorders in primary health care. Acta Paulista de Enfermagem. 2014; 27(3): 200-7.
26. Yousefzadeh Sh, Pilafkan J, Rouhi Balasi L, Hosseinpour M, Khodadady N. Prevalence of mental disorders in the general population referring to a medical educational center in Rasht, Iran. Jornal of Occuptional Health and Epidemiology, 2014; 3 (1): 32-6.
27. Sepehrmanesh Z. Mental health and its related factors in young women in Kashan city. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2009: 1(12): 31-41.
28. Elakkuvana Bhaskara RD. Text book of mental health nursing. 1st ed. New Dehli: Jaypee brother medical pub; 2011: 409.
29. Izadifard R. Suicide in psychiatric patient 2009. Available from: https://www.ravanyar.com/articles/suicide patients.
30. Noorbala AA, Bagheri-Yazdi SA, Vaez Mahdavi MR, Asadi Lari M, Faghihzadeh S, Mohammad K, et al. Mental health changes in Tehran during a 12-year period: Comparing national health and disease survey in 1999 and project in 2011. Scientific Research Journal of Shahed University. 2014; 112: 37 – 45. (in Persian)

The prevalence of psychiatric disorders and the related demographic factors among the patients referred to comprehensive health centers in Jiroft 2017

Received: 8 Jun 2020 Accepted: 1 Sep 2020

Saeedeh Azaraeen[1*], Sepideh Memarian[2], Elham Fakouri[3]

1. PhD of Psychology, Researcher of Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran 2. PhD Student in Health Psychology, Department of Education and Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran 3. Associate Professor, Research Cetner for Nursing and Midwifery Care, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Mental disorders are one of the main causes of disability and increase the use of health care services. Due to the increasing number of psychiatric disorders in Iran, the present study aimed to examine the prevalence of psychiatric disorders and their relations to demographic variables in clients attending Jiroft's comprehensive health services centers in 2017.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study is a cross-sectional survey. Clients attending Jiroft's comprehensive health services centers in 2017, formed the statistical society of the study. Convenience sampling method was employed to select 280 of these clients who were asked to answer the demographic questionnaire and SCL-90-R. The data was then analyzed using SPSS software, Chi-Square Test, and T Test.

Results: According to the Global Severity Index (GSI), 39.2 % of the clients had psychiatric disorders. The categories of SCL-90-R revealed that somatization disorders (13.1), phobia (12.7), paranoid ideation (12.7), interpersonal sensitivity (11.6), anxiety (7.5), depression (6.0), obsessive-compulsive disorder (5.6), hostility (5.2) and psychoticism (3.0) were highly prevalent. Mental health proved to be significantly correlated with some demographic variables. The results of Chi-square test also showed a significant correlation between mental health and the income level ($p<0.01$), mental health and suicidal ideation ($p<0.01$), mental health and marital status ($p<0.05$), and mental health and occupational status ($p<0.01$).

Conclusion: The prevalence of psychiatric disorders in clients referring to urban comprehensive health services centers is remarkably higher than the reported statistics in the public population and hence, requires more attention and priority to mental health issues in this area.

Keywords: Prevalence, Mental disorders, Demographic variables, Urban comprehensive health services centers

***Corresponding Author:** PhD of Psychology, Researcher of Jiroft University of Medical Sciences, Jiroft, Iran

Email: saide.azaraeen@gmail.com **Tel:** +98344331185 **Fax:** +983443318085