

## دیگر اختلال‌های روانی

دکتر احمد علی نوربالا

اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، سلامت را به این صورت تعریف نموده است: «سلامتی نه فقط فقدان بیماری یا معلولیت» بلکه «وضعیت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی» می‌باشد (۱). سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلال‌های روانی است و شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی (تعلق) بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می‌باشد (۱). در تعریف به روزتر سازمان جهانی بهداشت از سلامت روان، بهداشت روانی به عنوان حالتی از خوب (سالم) بودن که هرفردی از توانمندی هایش در می‌یابد که می‌تواند با تنش‌های عادی زندگی مقابله کند، می‌تواند کار مفید و ثمربخش انجام دهد و نیز قادر است با جامعه خود مشارکت داشته باشد، تعریف می‌شود (۲).

حالت‌های قابل توجه بالینی که با تغییرات در تفکر، خلق و هیجان و یا رفتار مشخص باشد و با ناراحتی و تشویش شخصی و یا اختلال کارکرد زندگی همراه باشد به عنوان اختلال رفتاری و روانی نامیده می‌شود. این تغییرات در محدوده طیف هنجار جامعه قرار نمی‌گیرد، بلکه به صورت واضح غیرعادی و پدیده بیمارگونه است و مداوم یا عودکننده می‌باشد (۱، ۴، ۳).

بیماری روانی به هیچ‌وجه یک شکست یا نارسایی فردی محسوب نمی‌شود، فقط مختص دیگران نیست و هیچ کس از ابتلا به این اختلالات مصون نیست. حدس اولیه بیانگر آن است که در حال حاضر در حدود ۴۵۰ میلیون نفر از اختلالات روانی یا عصبی یا مشکلات روانی اجتماعی نظیر مسائل مربوط به سوء مصرف الکل و مواد مخدر در رنج هستند، در حالی که بسیاری از آنها در تنهایی و خاموشی به سر می‌برند. و رای رنج ناشی از بیماری و ورای فقدان مراقبت لازم، انگ زدن، شرم، طرد شدن و بیش از آنچه که به آن توجه داریم مرگ، این افراد را مورد تهدید قرار می‌دهد (۱).

افسردگی اساسی امروزه علت اصلی ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می‌شود و رتبه چهارم را در میان ده علت اصلی بار جهانی بیماری‌ها به خود اختصاص می‌دهد، و در صورت صحت پیش‌بینی‌ها در ۲۰ سال آینده، افسردگی احتمالاً به دومین علت بار جهانی بیماری‌ها تبدیل خواهد شد. در سراسر دنیا ۷۰ میلیون نفر از وابستگی به الکل رنج می‌برند. حدود ۵۰ میلیون نفر دچار صرع و ۲۴ میلیون نفر مبتلا به اسکیزوفرنی هستند. هر سال یک میلیون نفر با خودکشی به زندگی خود خاتمه می‌دهند، در حالی که تعداد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند در حدود ۲۰-۱۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود (۵).

به ندرت می‌توان خانواده‌ای را پیدا کرد که با اختلالات روانی برخورد نداشته باشد. یک نفر از هر چهار نفر در مرحله‌ای از زندگی خود دچار نوعی اختلال روانی می‌شود. خطر بروز برخی اختلالات از جمله بیماری آلزایمر با

افزایش سن بیشتر می‌شود و پیامد این امر برای جمعیت رو به کهنه‌ت دنیا وافر است. اختلالات روانی بار اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی دارند.

در حال حاضر اختلالات روانی چهار مورد از ده علت عمده ناتوانی در سراسر جهان را به خود اختصاص می‌دهد و بر اساس برآوردهای موجود، اختلالات روانی و رفتاری مسئول ۱۲ درصد از بار کلی بیماری‌ها در جهان می‌باشند (۵). با این همه، بودجه‌های سلامت روان اکثر کشورها کمتر از یک درصد هزینه‌های کلی سلامت را تشکیل می‌دهد. بیش از چهل درصد کشورها سیاست مشخصی در زمینه سلامت روان ندارند و بیش از سی درصد آن‌ها فاقد برنامه مشخصی برای سلامت روان هستند. بیش از نود درصد کشورها از یک سیاست جامع سلامت روان که کودکان و نوجوانان را نیز در بر می‌گیرد، بی‌بهره هستند (۱). اکنون به‌طور فزاینده‌ای مشخص شده که کارکرد روانی دارای مبنای فیزیولوژیک مشخص و در ارتباط متقابل با کارکردهای جسمانی و اجتماعی و پیامدهای مربوط به سلامت می‌باشد.

### بار نامشهود اختلالات روانی

مطالعه‌ی «بار جهانی بیماری‌ها (GBD)<sup>۱</sup>» به نحو معنی‌داری نشان می‌دهد که بار اختلالات روانی به‌شدت کمتر از آن‌چه هست، برآورد می‌شود. در میان ده علت اول در کل جهان در سال ۱۹۹۰ که بر اساس سال‌های طی شده با ناتوانی برآورد شد، پنج علت مربوط به اختلالات روانی بود که عبارتند از: اختلال افسردگی تک‌قطبی، نوشیدن الکل، اختلال خلقی دوقطبی، اختلال اسکیزوفرنی و اختلال وسواسی (جدول ۱).

جدول ۱- نخستین علت‌های ناتوانی در جهان، ۱۹۹۰ (۵)

درصد	تعداد (میلیون نفر)	علل
۱۰/۷	۵۰/۸	۱- افسردگی ماژور تک‌قطبی
۴/۷	۲۲/۰	۲- کم‌خونی فقر آهن
۴/۶	۲۲/۰	۳- سقوط
۳/۳	۱۵/۸	۴- نوشیدن الکل
۳/۱	۱۴/۷	۵- بیماری‌های انسدادی مزمن ریه
۳/۰	۱۴/۱	۶- اختلالات دوقطبی
۲/۹	۱۳/۵	۷- ناهنجاری‌های مادرزادی
۲/۸	۱۳/۳	۸- اوستئوآرتریت
۲/۶	۱۲/۱	۹- اسکیزوفرنی
۲/۲	۱۰/۲	۱۰- اختلالات وسواسی
۱۰۰	۴۷۲/۷	کل

<sup>1</sup> Global Burden Disease

افسردگی تک‌قطبی به تنهایی مسئول بیش از یک سال از هر ده سال عمری است که در جهان با ناتوانی به سر می‌شود. بر روی هم، اختلالات عصبی و روانی ۲۸ درصد از سالهای عمر از دست رفته بخاطر ناتوانی (YLD)<sup>۱</sup> را به خود اختصاص می‌دهد. بار ناتوانی اختلالات روانی به‌جز در صحرای جنوب آفریقا<sup>۲</sup> در همه مناطق جهان بیشترین سهم را در پدید آمدن YLD دارد و در این بخش از آفریقا که به‌نسبت کمتر است به ۱۶ درصد کل می‌رسد (۵).

افسردگی برترین بار بیماری در زنان جهان اعم از مناطق توسعه یافته و در حال توسعه می‌باشد. در مناطق در حال توسعه خودکشی در مکان چهارم بار بیماری برای زنان می‌باشد (۵). برای مردان ۱۵-۴۴ ساله حوادث رانندگی در جاده‌ها مهم‌ترین علت برهم خوردن سلامت و مرگ زودرس در همه جهان و دومین علت در همه مناطق در حال توسعه است و فقط افسردگی مقدم بر آن قرار می‌گیرد. نوشیدن الکل، خشونت، سل، جنگ، اختلالات خلقی دوقطبی، خودکشی، اسکیزوفرنی و کم‌خونی و فقر آهن دیگر بیماری‌های این فهرست را در کشورهای در حال توسعه تشکیل می‌دهند. متخصصان بهداشت کشورهای در حال توسعه به غرامت سنگین حوادث جاده‌ها تاکنون توجه اندکی مبذول داشته‌اند (۱).

براساس مطالعه ملی بار بیماری و آسیب‌ها در ایران، بار بیماری‌ها برای طبقات ۱۷ گانه بیماری‌ها و آسیب‌ها بر حسب سال‌های زندگی تطبیق شده برای ناتوانی (DALYs)<sup>۳</sup>، سال‌های از دست رفته قابل زندگی (YLL)<sup>۴</sup> و YLD در هر دو جنس و همه سنین در سال ۱۳۸۲، حوادث عمدی و غیر عمدی در رتبه اول و بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری در رتبه دوم و برای زنان در همه سنین، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری در رتبه اول قرار داشته است (۶).

بر اساس پژوهش جدیدتر دیگری در مورد بار بیماری‌ها در ایران که بین سال‌های ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۳ انجام گرفته است، رتبه بندی بار بیماری‌ها برای مردان به ترتیب شامل حوادث جاده‌ای، کمردرد، اختلالات افسردگی اساسی، بیماری ایسکمیک قلبی، اختلالات مصرف دارو، خشونت بین فردی، آسیب رساندن به خود، ایدز، اختلالات اضطرابی، درد گردنی، دیابت و سقوط بود. رتبه بندی بار بیماری‌ها برای زنان به ترتیب اختلالات افسردگی اساسی، کمردرد، حوادث جاده‌ای، اختلالات اضطرابی، سایر اختلالات عضلانی اسکلتی، آنمی فقر آهن، بیماری ایسکمیک قلبی، درد گردنی، میگرن، دیابت، اختلالات مصرف دارو، اختلال دوقطبی بود. رتبه بندی بیماری‌ها و عوامل خطر در ایران و قیاس با میانگین جهانی مرتبط با سلامت روان عبارت است از: حوادث جاده‌ای: ۳ در قیاس با ۱۰ جهانی، اختلالات اضطرابی: ۱۰ در قیاس ۲۶ جهانی، اختلال افسردگی: ۴ در قیاس با ۱۱ جهانی، اختلالات مصرف دارو: ۱۲ در قیاس با ۳۱ جهانی، دیابت: ۹ در قیاس با ۱۴ جهانی، عامل خطر مصرف دارو: ۱۰ در قیاس با ۱۵ جهانی، عامل خطر خشونت خانگی: ۱۳ در قیاس با ۱۶ جهانی (۷). به‌طور خلاصه، یکی از نتیجه‌گیری‌های مهم مطالعات «بار جهانی بیماری‌ها» این است که مسائل مربوط به اختلالات روانی در همه جهان تا چه حد دست‌کم گرفته شده است (۵).

<sup>1</sup> Years Lived with Disability

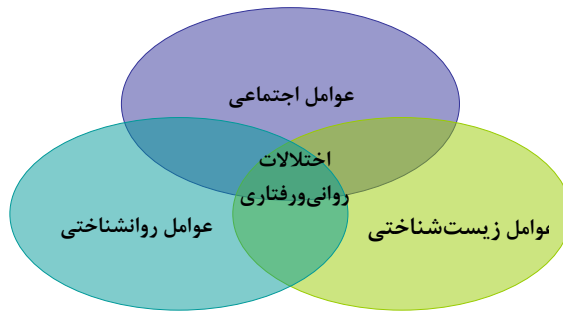
<sup>2</sup> Sub-Saharan

<sup>3</sup> Disability Adjusted Life years

<sup>4</sup> Years of Life Lost

## عوامل سبب شناسی

در مورد سبب‌شناسی اختلالات رفتاری و روانی چندین عامل مورد نظر می‌باشد. در حقیقت همه ابعادی که در شکل‌گیری وجود انسان نقش دارند، یعنی عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی، می‌توانند در پیدایش و بروز اختلالات رفتاری و روانی سهیم باشند (شکل ۱).



شکل ۱- تعامل عوامل زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی در ایجاد اختلالات

به صورت کلی این عوامل به دو دسته تقسیم می‌شوند:

### الف) عوامل زمینه‌ای<sup>۱</sup>

به آن دسته از آسیب‌پذیری‌های زیستی (اختلال ژنتیک، نوروشیمیایی، نوروترانسمیتری، مسائل مربوط به جنس، سن، وجود بیماری‌های جسمی و معلولیت)، روانی (اختلالات شخصیتی، هیجانی، فکری و شناختی)، اجتماعی (اختلال خانوادگی، فقر اقتصادی، جنگ و بلایای طبیعی) که زمینه را برای شکنندگی و به هم ریختن نظم و تعادل روانی در شرایط خاص فراهم می‌آورند گفته می‌شود.

### ب) عوامل آشکارساز<sup>۲</sup>

به آن دسته از عوامل زیستی (بیماری‌ها، میکروب‌ها، ویروس‌ها، محرک‌های فیزیکی و اجسام خارجی)، روانی (استرس‌های حاد و مزمن، قابل درک و غیر قابل درک بودن برای دیگران)، اجتماعی (تغییرات نامطلوب محیط خانوادگی و زندگی اجتماعی) که منجر به بروز و ظهور اختلال روانی و رفتاری می‌شوند، گفته می‌شود. به عنوان مثال فردی که دارای سابقه افسردگی خانوادگی است و در حقیقت از آسیب‌پذیری اولیه و زمینه‌ای برخوردار است، پس از ورشکستگی یا از دست دادن عزیزی و یا سایر حوادث استرس‌زا، علایم اختلال افسردگی اساسی در او بروز می‌نماید.

<sup>۱</sup> Predisposing factor

<sup>۲</sup> Precipitating factors

## اپیدمیولوژی توصیفی

بر اساس مطالعات همه‌گیری‌شناسی در شرایط مراقبت‌های اولیه، شناسایی اختلالات روانی با استفاده از ابزارهای غربالگری و یا تشخیص بالینی پزشک مراقبت‌های اولیه یا مراجعه تشخیصی به روانپزشک امکان‌پذیر است. اختلال رفتاری و روانی در همه قشرها و در تمام نواحی کشورها و جوامع دیده می‌شوند. در زنان، مردان و تمام سنین رخ می‌دهد. افراد فقیر و غنی، شهرنشین و روستاییان را درگیر می‌کند. این عقیده که اختلالات روانی تنها جوامع صنعتی و مناطق مرفه جهان را درگیر می‌کند اشتباه است. در ضمن این نگرش که جوامع روستایی به نسبت تحت تأثیر زندگی مدرن قرار نگرفته‌اند و بنابراین، فاقد اختلالات روانی هستند نیز نادرست می‌باشد (۱). تحلیل‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت در قالب مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که شیوع لحظه‌ای تجمعی بیماری‌های روانی حدود ۱۰٪ افراد بالغ است. برآورد شده است که ۴۵۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به بیماری‌های عصبی و روانی هستند (۱). این بیماری‌ها عبارتند از اختلالات افسردگی یک‌قطبی، اختلال خلقی دوقطبی، اسکیزوفرنی، صرع، سوء مصرف الکل و برخی مواد مخدر، بیماری آلزایمر، سایر موارد زوال عقل، اختلالات استرس پس از حادثه، اختلالات وسواسی، صبری، اختلال حواس و بی‌خوابی اولیه. مطالعات انجام شده در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته نشان داده‌اند که ۲۵٪ افراد در طول زندگی خود دچار یک یا چند اختلال روانی یا رفتاری می‌شوند. در مطالعات سازمان جهانی بهداشت که در فرهنگ‌های مختلف و در چهارده کشور متفاوت انجام شده، از سه روش جامع متفاوت استفاده شده است که عبارتند از استفاده از ابزار غربالگری ساده، مصاحبه ساختار یافته جامع، یا تشخیص بالینی پزشک مراقبت‌های اولیه. میزان شیوع اختلالات روانی در مکان‌های مختلف بسیار متفاوت بوده است. ولی نتایج این مطالعات به روشنی نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از کل بیماران، مراقبت‌های اولیه (حدود ۲۴٪) دچار یک اختلال روانی هستند (جدول ۲). شایع‌ترین تشخیص‌ها در شرایط مراقبت‌های اولیه عبارتند از افسردگی، اضطراب و اختلال سوء مصرف مواد. این اختلالات به تنهایی یا به همراه یک یا چند بیماری جسمانی دیده می‌شوند. بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه تفاوت ثابتی در شیوع این اختلالات مشاهده نشده است (۱).

## مطالعات اپیدمیولوژی اختلال روانی در ایران

مطالعات پراکنده و موضعی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی از سال ۱۳۴۲ تا به حال در ایران صورت گرفته است (جدول ۳). اولین مطالعه جامع بررسی سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر ایرانی در سال ۱۳۷۸ توسط نویسنده و همکاران صورت گرفت که با استفاده از پرسشنامه غربالگری GHQ-28 که مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت نیز می‌باشد به همراه چک لیست مصاحبه تخصصی در جمعیت ۳۵۰۱۴ نفری، یعنی بر روی یک‌هزارم خانواده‌های شهری و روستایی ایران، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای منظم انجام شد (۸). بر اساس آن مطالعه، ۲۱٪ کل جامعه ایرانی به نوعی از اختلال روانپزشکی رنج می‌برند که ۱۴/۹٪ مردان و ۲۵/۹٪ زنان جامعه را تشکیل می‌دهند. ۲۰/۹٪ جامعه شهری و ۲۱/۳٪ جامعه روستایی به نحوی با مشکل درگیرند. اختلال در گروه‌های بی‌سواد، مردان

بیکار، زنان خانه‌دار، افراد متأهل، جداشده و مطلقه و طیف سنی ۲۴-۲۵ سال شیوع بیشتری داشت (۸، ۱۱، ۱۸). بر اساس نقطه برش ۲ و بیشتر، ۲۱٪ افراد علایم افسردگی، ۲۰/۱٪ افراد علایم اضطراب، ۱۷/۹٪ افراد علایم جسمانی‌سازی و ۱۴/۲٪ اختلال عملکرد اجتماعی داشتند و نیز بر اساس مصاحبه تشخیصی ۰/۶٪ افراد اختلال سایکوتیک و ۱/۲٪ افراد مبتلا به صرع و ۱/۴٪ عقب ماندگی ذهنی داشته‌اند (۸). جدول‌های ۴-۶ نتایج تفصیلی این پژوهش را نشان می‌دهد.

**جدول ۲- میزان شیوع اختلالات روانی عمده در مراقبت‌های اولیه بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت (۱)**

شهر	افسردگی فعلی (%)	اضطراب فراگیر (%)	وابستگی به الکل (%)	تمام اختلالات روانی (بر اساس CIDI <sup>۱</sup> )(%)
آنکارا، ترکیه	۱۱/۶	۰/۹	۱/۰	۱۶/۴
آتن، یونان	۶/۴	۱۴/۹	۱/۰	۱۹/۲
بنگلور، هند	۹/۱	۸/۵	۱/۴	۲۲/۴
برلین، آلمان	۶/۱	۹/۰	۵/۳	۱۸/۳
گرونینگن، هلند	۱۵/۹	۶/۴	۳/۴	۲۳/۹
ایبجان، نیجریه	۴/۲	۲/۹	۰/۴	۹/۵
ماینتز، آلمان	۱۱/۲	۷/۹	۷/۲	۲۳/۶
منچستر، انگلستان	۱۶/۹	۷/۱	۲/۲	۲۴/۸
ناکازاکی، ژاپن	۲/۶	۵/۰	۳/۷	۹/۴
پاریس، فرانسه	۱۳/۷	۱۱/۹	۴/۳	۲۶/۳
ریودوژانیرو، برزیل	۱۵/۸	۲۲/۶	۴/۱	۳۵/۵
سانتیاگو، شیلی	۲۹/۵	۱۸/۷	۲/۵	۵۲/۵
سیاتل، آمریکا	۶/۳	۲/۱	۱/۵	۱۱/۹
شانگهای، چین	۴/۰	۱/۹	۱/۱	۷/۳
ورونا، ایتالیا	۴/۷	۳/۷	۰/۵	۹/۸
<b>کل</b>	<b>۱۰/۴</b>	<b>۷/۹</b>	<b>۲/۷</b>	<b>۲۴/۰</b>

<sup>۱</sup> Composite International Diagnostic Interview

جدول ۳- نتایج مطالعات همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۸۰ (۱۱)

محقق / محققان	سال بررسی	نوع/محل جمعیت	ابزار پژوهش	تعداد			درصد میزان شیوع کل
				نمونه	زن	مردان	
باش	۱۳۴۲	روستایی شیراز	-	۴۹۷	۱۶/۵	۷/۷	۱۱/۹
باش	۱۳۴۳	روستایی خوزستان	-	۴۸۲	-	-	۹۱۴
باش	۱۳۴۵	شهری شیراز	-	۶۲۲	۲۲/۴	۱۴/۹	۱۸/۶
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرستان رودسر گیلان	مصاحبه بالینی	۴۸۸	-	-	۱۷/۰
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستایی میبد یزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مرودشت فارس	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۳/۰
حرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۵۰	۲۶/۲	۷/۹	۱۸/۴
پالانگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستایی صو معسرا گیلان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۱۲	-	-	۳۰/۲
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی PSE	۸۶۹	۱۸/۰	۱۰/۰	۱۴/۰
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهر اصفهان	SRQ-24 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۳۲۵۵	-	-	۱۹/۹
بجستانی و همکاران	۱۳۷۷	شهر زاهدان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۶۴۳	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهر تهران	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۸۷۹	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵
امیدی و همکاران	۱۳۷۹	شهر نطنز	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳
نوربالا و همکاران	۱۳۷۹	سراسر کشور	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱/۰
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهر کرمانشاه	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۵۰۱	۳۲/۳	۱۶/۹	۲۵/۲
شمس‌علیزاده و همکاران	۱۳۷۹	ساوجبلاغ	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
چگینی و همکاران	۱۳۷۹	شهر و روستایی قم	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶/۰	۱۷/۱
محمدی و همکاران	۱۳۸۰	سراسر کشور	SADS	۲۵۱۸۰	۱۰/۸	۲۳/۴	۱۷/۱

**جدول ۴-** توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلال روانی در افراد ۱۵ سال و بالاتر مورد مطالعه در استان‌های کشور بر اساس پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-28) با نقطه برش ۶ و بیشتر به تفکیک جنس در سال ۱۳۷۸

استان	مرد		زن		کل	
	کل نمونه	مشکوک اختلال درصد	مشکوک اختلال درصد	مشکوک اختلال درصد	فاصله اطمینان	درصد اختلال
آذربایجان شرقی	۹۵۸	۲۰/۹	۱۱۴۳	۲۰/۱	(۲۳/۵، ۰/۲۷/۱)	۲۵/۳
آذربایجان غربی	۵۸۴	۱۰/۸	۷۷۴	۱۰/۸	(۱۱/۷، ۰/۱۵/۳)	۱۳/۵
اردبیل	۲۳۸	۱۸/۱	۳۳۵	۱۸/۱	(۱۹/۳، ۰/۲۶/۱)	۲۲/۷
اصفهان	۱۰۸۳	۱۲/۸	۱۲۵۳	۱۲/۸	(۱۶/۰، ۰/۱۹/۲)	۱۷/۶
ایلام	۲۶۲	۸/۰	۲۹۴	۸/۰	(۹/۷، ۰/۱۵/۱)	۱۲/۴
بوشهر	۲۰۸	۱۵/۹	۲۸۱	۱۵/۹	(۱۵/۲، ۰/۲۲/۰)	۱۸/۶
تهران	۲۸۲۰	۱۵/۴	۳۷۷۵	۱۵/۴	(۲۰/۹، ۰/۲۱/۵)	۲۱/۲
چهارمحال و بختیاری	۱۸۸	۲۰/۲	۲۵۴	۲۰/۲	(۳۴/۶، ۰/۴۳/۶)	۳۹/۱
خراسان	۱۳۵۹	۱۲/۵	۱۷۹۰	۱۲/۵	(۱۶/۳، ۰/۱۹/۱)	۱۷/۱۷
خوزستان	۸۵۱	۱۳/۷	۱۰۹۸	۱۳/۷	(۱۹/۶، ۰/۲۳/۲)	۲۱/۴
زنجان	۲۴۰	۱۳/۳	۲۸۱	۱۳/۳	(۱۷/۸، ۰/۲۴/۸)	۲۱/۳
سمنان	۲۰۴	۱۳/۲	۲۳۹	۱۳/۲	(۱۳/۶، ۰/۲۰/۲)	۱۶/۹
سیستان و بلوچستان	۲۵۲	۱۴/۳	۴۱۲	۱۴/۳	(۲۱/۷، ۰/۲۷/۹)	۲۴/۸
فارس	۸۴۱	۱۵/۲	۱۱۴۴	۱۵/۲	(۲۱/۰، ۰/۲۴/۸)	۲۲/۹
قزوین	۲۰۱	۲۰/۴	۲۸۶	۲۰/۴	(۲۴/۹، ۰/۳۳/۱)	۲۹/۰
قم	۲۳۵	۱۸/۳	۲۵۵	۱۸/۳	(۱۹/۴، ۰/۲۶/۸)	۲۳/۱
کردستان	۳۵۱	۱۹/۴	۳۶۳	۱۹/۴	(۱۸/۸، ۰/۲۴/۸)	۲۱/۸
کرمان	۴۶۱	۱۴/۸	۵۸۸	۱۴/۸	(۲۰/۴، ۰/۲۵/۴)	۲۲/۹
کرمانشاه	۴۶۱	۱۲/۸	۵۶۴	۱۲/۸	(۱۶/۸، ۰/۲۱/۶)	۱۹/۲
کهگیلویه و بویراحمد	۲۲۳	۱۶/۶	۲۷۳	۱۶/۶	(۲۲/۴، ۰/۳۰/۰)	۲۶/۲
گلستان	۳۵۳	۲۰/۴	۴۵۵	۲۰/۴	(۳۴/۲، ۰/۴۴/۰)	۳۷/۳
گیلان	۶۱۶	۱۴/۳	۷۷۸	۱۴/۳	(۱۶/۹، ۰/۲۱/۱)	۱۹/۰
لرستان	۳۴۰	۱۴/۷	۴۲۲	۱۴/۷	(۱۷/۰، ۰/۲۲/۴)	۱۹/۷
مازندران	۸۰۱	۷/۵	۷۸۴	۷/۵	(۱۰/۸، ۰/۱۴/۰)	۱۲/۴
مرکزی	۲۸۴	۱۰/۲	۳۹۳	۱۰/۲	(۱۵/۷، ۰/۲۱/۵)	۱۸/۶
هرمزگان	۲۶۱	۱۰/۷	۳۲۹	۱۰/۷	(۱۹/۶، ۰/۲۶/۲)	۲۲/۹
همدان	۴۵۴	۲۲/۵	۵۳۰	۲۲/۵	(۳۱/۷، ۰/۳۷/۷)	۳۴/۷
یزد	۲۷۷	۶/۵	۳۱۵	۶/۵	(۹/۲، ۰/۱۴/۲)	۱۱/۷
کل کشور	۱۵۵۰۶	۱۴/۹	۱۹۵۰۸	۱۴/۹	(۲۰/۵، ۰/۲۱/۵)	۲۱/۰



**جدول ۵- فراوانی و درصد شیوع اختلالات سایکوتیک، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی در کشور بر اساس مصاحبه**

بالینی پزشکان عمومی از نمونه‌های مورد مطالعه به تفکیک استان در سال ۱۳۷۸

استان	عقب‌ماندگی ذهنی		صرع		اختلالات سایکوتیک	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
آذربایجان شرقی	۲۵	۱/۲	۳۱	۱/۵	۱۰	۰/۵
آذربایجان غربی	۲۶	۱/۹	۷	۰/۵	۶	۰/۴
اردبیل	۱۳	۲/۲,۲۲	۳	۰/۵	۲	۰/۴
اصفهان	۲۸	۱/۲	۳۳	۱/۴	۱۲	۰/۵
ایلام	۵	۰/۹	۸	۱/۴	۲	۰/۴
بوشهر	۱۰	۲/۰	۲	۰/۴	۳	۰/۶
تهران	۷۴	۱/۲	۸۲	۱/۲	۳۸	۰/۵
چهارمحال و بختیاری	۷	۱/۵	۳	۰/۷	۳	۰/۷
خراسان	۴۱	۱/۳	۴۵	۱/۴	۱۵	۰/۵
خوزستان	۳۱	۱/۶	۲۴	۱/۲	۱۲	۰/۶
زنجان	۱۰	۲/۰	۲	۰/۴	۵	۱/۰
سمنان	۱۰	۲/۳	۱۳	۲/۹	۱	۰/۲
سیستان و بلوچستان	۵	۰/۷	۱۶	۲/۴	۶	۰/۹
فارس	۳۴	۱/۷	۳۰	۱/۵	۲۱	۱/۱
قزوین	۸	۱/۶	۱	۰/۲	۲	۰/۴
قم	۴	۰/۶	۳	۰/۶	۵	۱/۰
کردستان	۱۰	۱/۴	۲	۰/۳	۲	۰/۳
کرمان	۱۵	۱/۴	۱۲	۱/۱	۴	۰/۴
کرمانشاه	۱۱	۱/۰	۱۰	۱/۰	۳	۰/۳
کهگیلویه و بویراحمد	۱۰	۱/۰	۷	۱/۴	۴	۰/۸
گلستان	۳	۰/۵	۱۰	۱/۲	۲	۰/۲
گیلان	۲۸	۲/۰	۱۶	۱/۱	۱۴	۱/۰
لرستان	۸	۱/۰	۸	۱/۱	۱	۰/۱
مازندران	۲۷	۱/۶	۲۶	۱/۵	۳	۰/۲
مرکزی	۵	۰/۷	۹	۱/۳	۴	۰/۶
هرمزگان	۸	۱/۴	۱۳	۲/۲	۳	۰/۵
همدان	۱۴	۱/۴	۱۳	۱/۳	۵	۰/۵
یزد	۱۳	۱/۴	۲	۰/۳	۵	۰/۸
کشور (کل نمونه: ۳۵۰۱۴)	۴۸۳	۱/۴	۴۳۱	۱/۲	۱۹۳	۰/۶

**جدول ۶-** توزیع فراوانی و درصد علائم اختلالات روانی مطرح در پرسشنامه سلامت عمومی در افراد ۱۵ سال و بالاتر استان‌های کشور براساس نقطه برش ۲ و بیشتر در سال ۱۳۷۸

استان	جسمانی‌سازی علائم		اضطراب		اختلال عملکرد اجتماعی		افسردگی		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
آذربایجان شرقی	۳۷۹	۱۸/۱۰	۴۱۲	۱۹/۶	۳۱۵	۱۵/۰	۵۸۳	۲۷/۷	
آذربایجان غربی	۱۷۴	۱۲/۸	۱۷۱	۱۲/۶	۱۷۵	۱۲/۹	۱۹۵	۱۴/۴	
اردبیل	۱۰۳	۱۸/۰	۹۹	۱۷/۳	۹۱	۱۵/۹	۱۵۵	۲۷/۱	
اصفهان	۴۱۷	۱۷/۹	۵۰۲	۲۱/۵	۲۹۳	۱۲/۵	۳۷۲	۱۵/۹	
ایلام	۶۴	۱۱/۵	۶۲	۱۱/۲	۷۹	۱۴/۲	۸۵	۱۵/۳	
بوشهر	۷۰	۱۴/۳	۸۹	۱۸/۲	۹۲	۱۸/۸	۱۱۰	۲۲/۵	
ایران	۵۴۵	۱۹/۴	۶۸۶	۲۲/۴	۳۳۸	۱۲/۰	۴۵۴	۱۶/۱	
	تهران	۲۴۵	۱۹/۲	۳۰۷	۲۴/۰	۱۹۸	۱۵/۵	۲۹۱	۲۲/۸
	شهید بهشتی	۴۰۴	۱۵/۵	۵۵۳	۲۱/۲	۴۰۸	۱۵/۷	۴۸۴	۱۸/۶
چهارمحال و بختیاری	۱۲۸	۲۲/۰	۱۶۶	۳۷/۶	۷۵	۱۷/۰	۱۷۴	۳۹/۴	
خراسان	۴۷۸	۱۵/۲	۵۲۲	۱۶/۶	۴۴۲	۱۴/۰	۶۷۹	۲۱/۶	
خوزستان	۲۹۳	۱۵/۰	۳۹۳	۲۰/۱	۳۲۷	۱۶/۸	۵۰۹	۲۶/۱	
زنجان	۸۰	۱۵/۴	۸۴	۱۶/۱	۶۸	۱۳/۱	۱۵۲	۲۹/۲	
سمنان	۵۶	۱۲/۶	۱۰۴	۲۳/۵	۴۷	۱۰/۶	۷۸	۱۷/۶	
سیستان و بلوچستان	۲۲۹	۳۴/۵	۱۳۱	۱۹/۷	۱۲۲	۱۸/۴	۵۲	۷/۸	
فارس	۳۶۳	۱۸/۳	۴۳۲	۲۱/۸	۳۳۲	۱۶/۷	۴۷۸	۲۴/۱	
قزوین	۹۵	۱۹/۵	۱۲۴	۲۵/۵	۷۲	۱۴/۱۸	۲۰۰	۴۱/۱	
قم	۸۱	۱۶/۵	۱۱۳	۲۳/۱	۸۲	۱۶/۷	۱۲۴	۲۵/۳	
کردستان	۱۲۳	۱۷/۲	۱۴۴	۲۰/۲	۱۰۲	۱۴/۳	۱۶۰	۲۲/۴	
کرمان	۲۱۹	۲۰/۹	۲۰۷	۱۹/۷	۱۴۰	۱۳/۳	۲۲۰	۲۱/۰	
کرمانشاه	۱۷۷	۱۷/۳	۱۸۹	۱۸/۴	۱۲۴	۱۲/۱	۲۳۴	۲۲/۸	
کهگیلویه و بویراحمد	۹۳	۱۸/۸	۸۷	۱۷/۵	۴۵	۹/۱	۱۵۵	۳۱/۳	
گلستان	۲۷۸	۳۴/۴	۳۳۱	۴۱/۰	۲۵۱	۳۱/۱	۹۲	۱۱/۴	
گیلان	۲۳۱	۱۶/۶	۲۹۹	۲۱/۴	۱۶۵	۱۱/۸	۲۴۷	۱۷/۷	
لرستان	۱۳۸	۱۸/۱	۱۵۱	۱۹/۸	۹۸	۱۲/۹	۱۴۲	۱۸/۶	
مازندران	۲۲۰	۱۳/۱	۲۵۹	۱۵/۴	۱۳۱	۷/۸	۲۲۴	۱۳/۳	
مرکزی	۱۰۷	۱۵/۸	۱۳۷	۲۰/۲	۶۷	۹/۹	۱۳۹	۲۰/۵	
هرمزگان	۱۱۰	۱۸/۶	۱۳۰	۲۲/۰	۸۰	۱۳/۶	۱۴۱	۲۳/۹	
همدان	۲۸۰	۲۸/۵	۲۹۷	۳۰/۲	۱۶۳	۱۶/۶	۳۶۳	۳۶/۹	
یزد	۸۷	۱۴/۷	۸۸	۱۴/۹	۴۵	۷/۶	۶۲	۱۰/۵	
کشور (کل نمونه: ۳۵۰۱۴)	۶۲۶۷	۱۷/۹	۷۲۶۸	۲۰/۸	۴۹۶۷	۱۴/۲	۷۳۵۴	۲۱/۰	

جدول ۷- شیوع انواع اختلالات روانپزشکی بر حسب جنس در ایران در سال ۱۳۸۰

انواع اختلالات	مردان (n=۱۲۶۶۰)		زنان (n=۱۲۵۵۲)		جمع (n=۲۵۱۸۰)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
<b>اختلالات خلقی</b>						
افسردگی اساسی	۲۰۱	۱/۵۹	۵۴۹	۴/۳۸	۷۵۰	۲/۹۸
افسردگی جزئی (ماینور)	۲۸	۰/۲۲	۵۴	۰/۴۳	۸۲	۰/۳۳
اختلال هایپومانیک و مانیک	۹۵	۰/۷۵	۱۰۹	۰/۸۷	۲۰۴	۰/۸۱
افسرده خوبی	۳	۰/۰۲	۱۲	۰/۱۰	۱۵	۰/۰۶
دوقطبی	۲۳	۰/۱۸	۱۵	۰/۱۲	۳۸	۰/۱۵
اختلال خلقی پسیکوتیک	۳	۰/۰۲	۲	۰/۰۲	۵	۰/۰۲
جمع اختلالات خلقی	۳۵۳	۲/۷۸	۷۴۱	۵/۹۲	۱۰۹۴	۴/۳۵
<b>اختلالات پسیکوتیک</b>						
اسکیزوفرنی	۲۳	۰/۱۸	۳۹	۰/۳۱	۶۲	۰/۲۵
اسکیزواکتیو	۹	۰/۰۷	۱۶	۰/۱۳	۲۵	۰/۱۰
اختلال پسیکوتیک کوتاه‌مدت	۶	۰/۰۵	۵	۰/۰۴	۱۱	۰/۰۴
اسکیزوفرنی فرم	۴	۰/۰۳	۲	۰/۰۲	۶	۰/۰۲
سایر اختلالات پسیکوتیک	۴۳	۰/۳۴	۷۸	۰/۶۲	۱۲۱	۰/۴۸
جمع اختلالات پسیکوتیک	۸۵	۰/۶۷	۱۴۰	۱/۱۲	۲۲۵	۰/۸۹
<b>اختلالات اضطرابی</b>						
اختلال پانیک	۱۰۰	۰/۷۹	۲۷۴	۲/۱۹	۳۷۴	۱/۴۹
اختلال اضطراب منتشر	۹۳	۰/۷۳	۲۴۳	۱/۹۴	۳۳۶	۱/۳۳
اختلال وسواسی	۹۱	۰/۷۲	۳۵۳	۲/۸۲	۴۴۴	۱/۷۶
اختلال گذرهراسی	۳۴	۰/۲۷	۱۴۱	۱/۱۳	۱۷۵	۰/۷۰
اختلال فوبی	۱۱۳	۰/۸۹	۴۰۳	۳/۲۲	۵۱۶	۲/۰۵
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا	۹۸	۰/۷۷	۱۵۰	۱/۲۰	۲۴۸	۰/۹۸
جمع اختلالات اضطرابی	۵۲۹	۴/۱۷	۱۵۶۴	۱۲/۵۰	۲۰۹۳	۸/۳۱
<b>اختلالات عصبی</b>						
صرع	۱۹۹	۱/۵۷	۲۵۵	۲/۰۴	۴۵۴	۱/۸۰
عقب‌ماندگی ذهنی شدید	۵۶	۰/۴۴	۵۱	۰/۴۱	۱۰۷	۰/۴۲
زوال عقل	۶۵	۰/۵۱	۷۵	۰/۶۰	۱۴۰	۰/۵۶
جمع اختلالات عصبی شناختی	۳۲۰	۲/۵۲	۳۸۱	۳/۰۵	۷۰۱	۲/۷۸
<b>اختلالات تجزیه‌ای</b>						
جسمی‌سازی	۱۶	۰/۱۳	۳۰	۰/۲۴	۴۶	۰/۱۸
اختلال فیوگ	۳	۰/۰۲	۵	۰/۰۴	۸	۰/۰۳
یادزدودگی	۶۵	۰/۵۱	۶۱	۰/۴۹	۱۲۶	۰/۵۰
مسخ شخصیت	۷	۰/۰۶	۷	۰/۰۶	۱۴	۰/۰۶
جمع اختلالات تجزیه‌ای	۹۱	۰/۷۲	۱۰۳	۰/۸۳	۱۹۴	۰/۷۷
جمع کل اختلالات	۱۳۷۸	۱۰/۸۶	۲۹۲۹	۲۳/۴	۴۳۰۷	۱۷/۱۰

پژوهش جامع دیگر اپیدمیولوژی اختلالات روانپزشکی در ایران با استفاده از ابزار پرسشنامه SADS بر روی ۲۵۰۸۰ نفر افراد ۱۸ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۰ صورت گرفته است. بر اساس این مطالعه، ۱۷/۸٪ افراد دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی بوده‌اند که ۱۰/۰۷٪ از مردان و ۲۲/۴۳٪ زنان را تشکیل می‌دادند (۹،۱۰، ۱۴، ۱۶). شایع‌ترین اختلال، اختلالات اضطرابی با شیوع ۸/۳۵٪ گزارش شده است. اقدام به خودکشی در ۱/۴٪ افراد ایرانی گزارش شده است (۷). جدول ۷ نتیجه کلی این پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین، پژوهش تکمیلی دیگری با استفاده از GHQ-28 و مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV در شهر تهران انجام شد که نتایج تفصیلی آن در جدول ۸ آورده شده است.

قابل ذکر است که بر اساس گزارش پژوهشی «بررسی همه‌گیری‌شناسی سوء مصرف مواد در ایران» که در سال ۱۳۸۱ توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت و ستاد مبارزه با مواد مخدر صورت گرفته است، حدود ۱/۱۶ میلیون نفر در ایران به مواد افیونی وابسته هستند (۱۷) و براساس پژوهش رحیمی‌موقر و همکاران، متأسفانه سیر سوء مصرف مواد در ایران در سی سال گذشته، حالت صعودی داشته است (۱۵).

سومین مطالعه کشوری در سال ۱۳۹۰ بر روی ۷۸۸۶ نفر از جمعیت ۱۸ تا ۶۴ سال ایرانی که بر اساس نمونه‌گیری تصادفی سه مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزارهای مورد استفاده جهت غربالگری اختلالات روانی در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)، مقیاس ناتوانی شیهان، پرسشنامه طیف اختلالات خلقی (MDQ) و پرسشنامه‌های غربالگری خودکشی و پرخاشگری. همچنین نیمی از نمونه‌ها به طور تصادفی به پرسشنامه غربالگری مصرف مواد و اختلالات جنسی و نیم دیگر به پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 با روش نمره گذاری لیکرت نیز به صورت خودایفا پاسخ دادند. همچنین در پژوهش فوق در افرادی که در غربالگری اولیه از نظر سایکوز مشکوک تشخیص داده شدند، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID) نیز به صورت تلفنی توسط روانپزشک انجام گردید. بر اساس نتایج مطالعه فوق ۲۳/۶ درصد از افراد کشور (۲۰/۸ درصد مردان و ۲۶/۵ درصد زنان) دچار یک یا چند اختلال روانپزشکی در ۱۲ ماه قبل از بررسی بودند. شایعترین گروه اختلالات روانپزشکی به ترتیب اختلالات اضطرابی (۱۵/۶ درصد) و خلقی (۱۴/۶ درصد) بود. شایعترین اختلال در بین کل بیماری‌ها، اختلال افسردگی اساسی (۱۲/۷ درصد) بود. همچنین بر اساس نتایج مطالعه فوق ۶/۲ درصد افراد طی یکسال قبل از بررسی افکار خودکشی داشته‌اند، ۴/۰۴ درصد نقشه مشخصی برای خودکشی داشتند و ۱/۳ درصد اقدام به خودکشی کرده بودند. علاوه بر آن، بر اساس این پیمایش، شیوع هرگونه اختلال سایکوتیک در طول عمر یک درصد، شیوع اختلالات سایکوتیک اولیه ۰/۷ درصد و شیوع ۱۲ ماهه اختلالات سایکوتیک ۰/۵۵ درصد بود. در این مطالعه شیوع ابتلا به هرگونه اختلال روانپزشکی در ساکنان مناطق شهری بیش از مناطق روستایی بود. بیشترین شیوع در گروه سنی ۴۴-۴۰ سال و کمترین شیوع در گروه سنی ۶۴-۶۰ سال بود. بررسی شیوع ابتلا به اختلال روانپزشکی بر حسب وضعیت تاهل نشان داد که شیوع اختلال در افراد مجرد از سایر گروه‌ها کمتر بود. از نظر تحصیلات بیشترین شیوع ابتلا در گروه بیسواد و کمترین شیوع در گروه دارای تحصیلات دانشگاهی بود. همچنین در این مطالعه مشخص گردید که شیوع ابتلا به هرگونه اختلال روانپزشکی در طی ۱۲ ماه گذشته در افراد بیکار و خانه‌دار بطور معناداری بیشتر از افراد شاغل است (۲۰). در ضمن به منظور بررسی

میزان شیوع نشانه‌های روانی در شهر تهران در جامعه آماری یکسان (افراد ۱۵ سال و بالاتر) و با استفاده از پرسشنامه یکسان (GHQ-28) و نیز با روش نمره گذاری یکسان سنتی در سه سری متفاوت یعنی سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۷ و ۱۳۹۰ در کنار طرح " بررسی سلامت در عدالت در تهران" صورت گرفته است که چکیده نتایج آن‌ها در جدول ۹ آمده است (۲۱).

مطالعه دیگری تحت عنوان "پیمایش ملی سلامت روان و سرمایه اجتماعی" پس از ۱۵ سال از سال ۱۳۷۸، با ابزار مشابه GHQ-28 و پرسشنامه سرمایه اجتماعی، در سال ۱۳۹۳ در کل کشور توسط نویسنده و همکاران در سطح ملی انجام شده است که نتایج آن در حال استخراج می باشد و علاقمندان می توانند پس از انتشار نتایج به آن مراجعه نمایند.

### تأثیر سن، جنس و موقعیت اجتماعی

شیوع اختلالات رفتاری و روانی در همه سنین دیده می‌شود. در سنین کودکی و نوجوانی (تا ۱۵ سالگی) شیوع ۲۰-۱۰٪ گزارش شده است (جدول ۱۰) که معمولاً یک پنجم آن‌ها تحت درمان قرار می‌گیرند. اختلالات رفتاری و روانی در سنین بالاتر شیوع بالاتری دارند. آلزایمر معمولاً از ۶۵ سالگی به بعد شروع می‌شود که به تقریب هر ۵ سال شیوع آن دو برابر می‌شود. حدود ۵-۱٪ افراد بالای ۶۵ سال آلزایمر دارند. برخی اختلالات مثل افسردگی با افزایش سن، شیوع نیز بالا می‌رود (۱).  
در ایران نیز در مطالعه‌ای، اختلال روانی با افزایش سن بیشتر شده و حداکثر آن در ۲۵-۴۴ سالگی بود (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۶).

### جنس

در قرن‌های گذشته، تعداد زنان در آسایشگاه‌های روانی و سایر تسهیلات درمانی بیشتر بوده است. در مطالعات جدید گفته می‌شود که به نظر نمی‌رسد شیوع کلی اختلالات روانی و رفتاری بین زنان و مردان متفاوت باشد. گرچه در مطالعه ایران شیوع اختلال در زنان بیش از مردان بوده است (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۶). اما اختلالات افسردگی و اضطراب در زنان شایع‌تر هستند و اختلالات سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیت ضداجتماعی در مردان بیشتر بوده است. وجود بیماری همراه در زنان شایع‌تر از مردان است. به علاوه، میزان تجویز داروهای مؤثر بر روان نیز در زنان بیشتر است (۱).

**جدول ۸- میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در شهر تهران بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV (۱)**

تشخیص	کد تشخیصی	جنسیت				کل (۸۷۹ نفر)
		مرد (۴۲۴ نفر)		زن (۴۵۵ نفر)		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
کلیه اختلالات روانپزشکی		۶۳	۱۴/۹	۱۲۶	۲۷/۷	۱۸۹
اختلال‌های اضطرابی		۱۵	۳/۵	۵۰	۱۱	۶۵
اختلال اضطراب منتشر	۳۰۰-۰۲	۹	۲/۲	۱۷	۳/۷	۲۶
اختلال وسواسی - اجباری	۳۰۰-۰۳	-	-	۷	۱/۵	۷
اختلال ترس مرضی خاص	۳۰۰-۲۹	۱	۰/۲	۱۵	۳/۴	۱۶
اختلال ترس مرضی اجتماعی	۳۰۰-۲۳	۳	۰/۷	۲	۰/۴	۵
اختلال هراس همراه با گذر هراسی	۳۰۰-۲۱	۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اختلال مختلط اضطراب و افسردگی	۳۰۰-۰۰	۱	۰/۲	۸	۱/۸	۹
اختلال‌های خلقی		۳۱	۷/۳	۵۵	۱۲/۱	۸۶
اختلال افسردگی اساسی	۲۹۶-۳۲	۱۳	۳/۱	۲۶	۵/۷	۳۹
اختلال افسرده‌خویی	۳۰۰-۰۴	۱۱	۲/۶	۲۳	۵/۱	۳۴
اختلال دوقطبی	۲۹۶-۵۵	۳	۰/۷	۱	۰/۲	۴
اختلال خلقی ادواری	۳۰۱-۱۳	۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اختلال افسردگی خفیف	۳۱۱-۰۲	۳	۰/۷	۴	۰/۹	۷
اختلال‌های شبه جسمی		۲	۰/۵	۱۲	۲/۶	۱۴
اختلال جسمانی‌سازی	۳۰۰-۸۱	-	-	۵	۱/۱	۵
اختلال تبدیلی	۳۰۰-۱۱	-	-	۲	۰/۴	۲
اختلال درد مربوط به عوامل روانشناختی	۳۰۷-۸۰	۲	۰/۵	۵	۱/۱	۷
اختلال‌های تطابق		۴	۰/۹	۱۰	۲/۲	۱۴
اختلال تطابق همراه با خلق افسرده	۳۰۹-۰۰	۱	۰/۲	۱۰	۲/۲	۱۱
اختلال تطابق همراه با اضطراب	۳۰۹-۲۴	۳	۰/۷	-	-	۱۳
اختلال‌های اسکیزوفرنی		۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اسکیزوفرنی پارانوئید	۲۹۵-۳۰	۱	۰/۲	-	-	۱
اسکیزوافکتیو	۲۹۵-۷۰	-	-	۱	۰/۲	۱
عقب‌ماندگی ذهنی	۳۱۷-۰۰	۶	۱/۴	۴	۰/۹	۱۰
صرع	۳۴۵-۱۰	۵	۱/۱	۲	۰/۴	۷
سندرم‌های روانی عضوی		۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اختلال دمانس با خلق افسرده	۲۹۰-۱۳	۱	۰/۲	۱	۰/۲	۲
اختلال تیک		۱	۰/۲	-	-	۱
اختلال تیک گذرا	۳۰۷-۲۱	۱	۰/۲	-	-	۱
اختلال شخصیت		۱	۰/۲	-	-	۱
اختلال شخصیت ضداجتماعی	۳۰۱-۰۷	۱	۰/۲	-	-	۱
اختلال لکنت زبان	۳۰۷-۰۰	۲	۰/۵	-	-	۲

\* به دلیل دوتشخیص بودن برخی از بیماران، جمع شیوع هر یک از اختلالات روانپزشکی از میزان شیوع «کلیه اختلالات روانپزشکی» بیشتر است.

**جدول ۹- مقایسه وضعیت سلامت روان شهر تهران از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۹۰**

نوع اختلال و یا علائم	درصد شیوع، ۱۳۷۸ ۶۶۹۷ نفر	درصد شیوع، ۱۳۸۷ ۱۹۳۷۰ نفر	درصد شیوع، ۱۳۹۰ ۲۰۵۸۹ نفر
علائم جسمی سازی	۱۵/۳	۳۰/۸	۳۴/۹۹
علائم اضطراب	۲۳/۱	۳۱/۷	۳۶/۶۱
علائم افسردگی	۱۸/۴	۱۷/۴	۳۴/۶۹
علائم بدکارکردی اجتماعی	۱۴/۱	۲۰/۱	۲۶/۴۵
کل اختلال	۲۱/۵	۳۴/۲	۳۹/۶

### فقر

فقر و مسائل همراه آن مانند بیکاری، پایین بودن سطح تحصیلات، محرومیت و بی‌خانمانی چه در کشورهای فقیر و غنی با شیوع بیشتر اختلالات روانی رابطه دارد. داده‌های حاصل از مطالعات ملی در کشورهای برزیل، شیلی، هند و زیمبابوه نشان می‌دهند که اختلالات روانی شایع در افراد فقیر ۲ برابر شایع‌تر از افراد ثروتمند است. در ایالات متحده آمریکا نیز افزایش احتمال این اختلالات در کودکان فقیر خانواده‌ها در مورد اختلالات رفتاری ۲ به ۱ و در صورت بیماری همراه ۳ به ۱ است (۱). در مرور ۱۵ مطالعه مشخص شد که نسبت میانه در مورد میزان شیوع یک‌ساله اختلالات روانی در مقایسه بهترین و بدترین طبقه اقتصادی و اجتماعی ۲/۱ به ۱ است که این نسبت در مورد میزان شیوع در کل طول عمر ۱/۴ به ۱ برآورد می‌شود (۱). نتایج مشابهی نیز از مطالعات انجام شده در آمریکای شمالی، آمریکای لاتین و اروپا به دست آمده است. در مطالعه ایران نیز در افراد بی‌سواد و بی‌کار شیوع، بیشتر بود.

**جدول ۱۰- میزان شیوع اختلالات روانی کودکان و نوجوانان (۱)**

کشور	سن (سال)	شیوع (%)
اتیوپی	۱۵-۱	۱۷/۷
آلمان	۱۵-۱۲	۲۰/۷
هند	۱۶-۱	۱۲/۸
ژاپن	۱۵-۱۲	۱۵/۰
اسپانیا	۱۵، ۱۱، ۸	۲۱/۷
سوئیس	۱۵-۱	۲۲/۵
ایالات متحده	۱۵-۱	۲۱/۰

## عوامل محیطی و خانوادگی

هر فرد وقایع مهمی (کوچک و بزرگ) را در زندگی خود تجربه می‌کند. این وقایع ممکن است مطلوب (مثل پیشرفت شغلی) یا نامطلوب (مثل رکود یا شکست شغلی) باشند. مطالعات، مطرح‌کننده این موضوع هستند که تمام وقایع مهم زندگی به عنوان استرس‌زا عمل می‌کنند. در صورتی که با فاصله کم رخ دهند می‌توانند فرد را مستعد اختلال روانی سازند. دیده شده است پیش از شروع اختلالات روانی، تجمعی از وقایع زندگی وجود دارد. محیط اجتماعی-عاطفی خانواده نیز در اختلالات روانی حائز اهمیت است. مطالعات زیادی در سراسر جهان نشان داده‌اند که «عواطف ابرازشده»<sup>۱</sup> یا بیان هیجانی اعضای خانواده نسبت به فرد مبتلا (شامل عقیده انتقادی، ضدیت، گرمی و درگیری عاطفی بیش از حد) می‌توانند سیر و نیز عود اسکیزوفرنی را پیش‌بینی کنند.

## جنگ و بلایای طبیعی

کشمکش‌ها (شامل جنگ و درگیری‌های داخلی کشورها) و بلایای طبیعی مثل زلزله، سیل، گردباد و طوفان تعداد زیادی از افراد را درگیر می‌سازند. این شرایط استرس زیادی را بر سلامت روان افراد درگیر تحمیل می‌کند. یک‌سوم تا نیمی از افراد درگیر، دچار ناراحتی روانی می‌شوند. شایع‌ترین تشخیص در این مورد اختلال پس از حادثه (PTSD) است که اغلب با اختلالات افسردگی یا اضطراب می‌باشد. متأسفانه بیشتر این افراد در کشورهای در حال توسعه، جایی که ظرفیت مراقبت از این مشکلات بسیار محدود است، زندگی می‌کنند. در پژوهشی در مورد عوارض روانشناختی زلزله گیلان که در سال ۱۳۷۳ صورت گرفت مشخص گردید دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان منطقه رودبار، چهار سال پس از گذشت از زلزله رودبار و منجیل، از لحاظ ابتلای عوارض روانشناختی و PTSD به‌صورت معناداری از دانش‌آموزان رشت اختلال بیشتری داشتند و در مجموع ۹۵٪ از دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان در رودبار در آن سال دچار PTSD بودند (۱۹).

## پیشگیری و کنترل

خوشبختانه راه‌حل‌های مؤثرتری برای اختلالات روانی وجود دارند. پیشرفت در درمان‌های طبی و روانی اجتماعی نشان‌گر آن است که برای اغلب افراد و خانواده‌ها می‌توان کاری کرد. برخی از اختلالات روانی قابل پیشگیری و اغلب آن‌ها قابل درمان هستند. سیاست‌ها و قوانین مترقی در زمینه سلامت روان می‌توانند در ارائه خدمات مناسب به نیازمندان در کلیه سطوح مراقبت‌های سلامت مفید باشد. سازمان جهانی بهداشت، دولت‌ها را مکلف کرده است که سلامت روان را در صدر برنامه‌های خود قرار دهند (۱). در ایران در سال ۱۳۸۳ از ناحیه ریاست جمهوری وقت، جناب حجت الاسلام آقای سید محمد خاتمی، به نویسنده مأموریت داده شد که با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عوامل ذیربط دیگر، طرح جامع سلامت روان کشور را تهیه نماید. خوشبختانه پس از نزدیک به یک سال و حدود ۴۰۰ ساعت نفر کار کارشناسی در طی ۱۷ جلسه، این طرح تهیه گردید و در انتهای مسؤولیت

<sup>۱</sup> Expressed emotions



جناب آقای خاتمی تقدیم شد که البته ایشان نیز به جناب آقای دکتر احمدی‌نژاد، منتقل نمودند تا بررسی و به مرحله اجرا درآید. در آن طرح، کمیته تدوین‌کننده طرح سلامت روان یک طرح راهبردی کلان و یک طرح راهبردی اختصاصی برای سطوح سه‌گانه پیشگیری پیشنهاد نمود که در این‌جا به آن اشاره می‌شود (۹).

### راهبردهای کلی

- قانونمندی و رعایت حقوق و شأن انسانی آحاد جامعه در زمینه سلامت روان و به ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر.
- الزام و پاسخگویی دولت نسبت به تأمین سلامت روانی مردم از طریق تأمین منابع مالی، انسانی، عمرانی و تجهیزات.
- رعایت عدالت در توزیع امکانات و خدمات بین اقشار مختلف جامعه و تسهیل دسترسی به این خدمات در مناطق مختلف کشور.
- رعایت جامعیت خدمات، ادغام آن در سایر خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی، استمرار و تداوم ارائه خدمات.
- ارائه فعال خدمات به شکل جامعه‌نگر به جای محدود نمودن خدمات به مراکز درمانی و توانبخشی. فعال‌سازی مشارکت جامعه و مؤسسات غیر دولتی (NGO) در سطوح سیاست‌گذاری و اجرا.
- تأکید بر حمایت از برنامه‌ها و ساختارهای موفق قبلی برای تضمین تداوم برنامه‌ها و پیشگیری از اتلاف منابع.
- فعال‌سازی همکاری بین‌بخشی و مشارکت فعال سایر وزارتخانه‌ها، نهادها و ارگان‌ها در اجرای برنامه‌های سلامت روان کشور.
- نظارت، پایش و ارزیابی مستمر فعالیت‌ها و خدمات در کلیه سطوح توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- تأکید بر رویکرد مبتنی بر شواهد (evidence based) در سیاست‌گذاری و اجرای برنامه‌ها.
- هماهنگ نمودن سیاست‌های آموزشی و پژوهشی کشور در زمینه سلامت روان متناسب با اهداف و راهبردهای طرح جامع سلامت روان در کلیه سطوح پایه، میانه و تخصصی مرتبط.

### راهبردهای اختصاصی

اهم راهبردهای اختصاصی تر در سطوح ارتقای سلامت روان و پیشگیری اولیه، پیشگیری ثانویه و ثالثیه در ذیل آمده است.

### پیشگیری سطح اول و ارتقای سلامت روان

- انجام مطالعات نیازسنجی دوره‌ای به‌منظور به روز نمودن اولویت‌های پیشگیری اولیه و ارتقای سلامت روان جامعه.

- آموزش و آگاه‌سازی عموم مردم در زمینه سلامت روان.
- تقویت مهارت‌های مرتبط با سلامت روان از جمله: مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی سالم.
- ایجاد و تقویت سیستم‌های حمایت اجتماعی.
- مداخلات اجتماعی در جهت کاهش استرس و ارتقای سلامت روان.
- تقویت تاب‌آوری فردی<sup>۱</sup>.
- تقویت شبکه ارتباطی محله‌ای، مشارکت شهروندان و فعالیت‌های محله‌ای<sup>۲</sup>.
- توانمندسازی اجتماعی<sup>۳</sup>.
- مداخله در بحران برای وضعیت‌هایی نظیر: طلاق، جدایی، بلایا و آسیب‌های دیگر.
- کنترل عوامل خطر شناخته شده در بعضی مشکلات و بیماری‌ها مثل: خودکشی، خشونت، اعتیاد، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و ....
- پیشگیری از کودک‌آزاری و دیگر خشونت‌های خانگی.
- مدافعه‌گری<sup>۴</sup> از کلیه برنامه‌های مرتبط با سلامت روان.
- پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.

### پیشگیری سطح دوم

- انجام مطالعات نیازسنجی دوره‌ای به‌منظور به روز نمودن اولویت‌های پیشگیری ثانویه.
- حساس‌سازی، آموزش، آگاه‌سازی و تغییر نگرش مردم و مسؤولان و انگ‌زدایی از اختلال‌های روانی.
- ارتقای کمی و کیفی آموزش روانپزشکی و علوم رفتاری در دوره دانشجویی، کارورزی و تخصصی.
- تقویت و گسترش طرح ادغام بهداشت و روان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستا به‌منظور غربالگری، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران.
- تقویت و گسترش طرح بهداشت روانی از طریق رابطین بهداشتی در کلیه شهرها (غربالگری، ارجاع و پیگیری).
- تقویت و گسترش طرح ایجاد مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر و ویزیت در منزل در شهرها به‌منظور غربالگری، تشخیص، ارجاع، درمان و پیگیری فعال بیماران.
- افزایش بودجه بهداشتی درمانی کل کشور و افزایش سهم بودجه‌ای بهداشت روان، و تشکیل یک صندوق خاص بیماران روانی در سازمان‌های بیمه‌گر.

<sup>1</sup> Personal Resilience

<sup>2</sup> Community action

<sup>3</sup> Social Empowerment

<sup>4</sup> Advocacy

- فراهم آوردن پوشش بیمه‌ای لازم برای بیماران روانی بستری و سرپایی اعم از حاد و مزمن برای انواع مختلف درمان‌های دارویی و غیر دارویی (روانشناختی، مددکاری و کاردرمانی) و توانبخشی.
- تأمین دارو و تجهیزات مناسب با نیاز بیماران روانی و برابرسازی فرصت‌ها در دسترسی به امکانات اعم از عمرانی و غیرعمرانی.
- تأمین نیروی انسانی در سطوح تخصصی مختلف برای خدمت‌رسانی به بیماران روانی تا رسیدن به سطح استاندارد در کل کشور.
- تخصیص ۱۰٪ تخت‌های بیمارستان‌های عمومی به بیماران روانی و فعال‌سازی روانپزشکی رابط.
- حضور نماینده‌ای از تیم بهداشت روانی و خانواده بیماران روانی در سطوح برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و اجرا (مثلا در شورای عالی بیمه).
- پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.

### پیشگیری سطح سوم

- افزایش بودجه ستاد سامان‌دهی بیماران روانی مزمن در جهت ایجاد مراکز مناسب جهت بازتوانی بیماران روانی و حمایت از خانواده آن‌ها.
  - انجام مطالعات نیازسنجی دوره‌ای به منظور به روز نمودن اولویت‌های پیشگیری ثالثیه.
  - آگاه‌سازی، آموزش‌های تخصصی و عمومی مرتبط با توان بخشی روانی اجتماعی (شامل آموزش مردم، بیماران و خانواده بیماران).
  - برآوردن نیازهای بازتوانی در زمینه‌های روانی، اجتماعی، حرفه‌ای، سکونتی، آموزشی و رفاهی.
  - تأسیس بیمارستان‌های روزانه، بخش‌های مشاوره‌ای و توانبخشی (روانی، اجتماعی، حرفه‌ای)، کارگاه‌های آموزشی و مراکز اشتغال، مراکز سکونتی (اتاق‌های اجاره‌ای، خانه‌های گروهی، خوابگاه‌ها، خانه‌های نیمه‌راهی)، واحدهای سیار، واحدهای پیگیری.
  - حمایت از خانواده بیماران روانی از طریق اعطای یارانه و ایجاد مراکز توانبخشی سرپایی و مراکز مراقبت و درمان بلندمدت.
  - ارتباط با سایر برنامه‌ها و خدمات مانند حرفه‌آموزی، آموزش مهارت‌ها، مراکز سکونتی و یا مقوله‌های رفاهی و به ویژه ارتباط فعال و دوطرفه با زنجیره ارجاع در بخش‌های درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
  - پایش، ارزشیابی و انجام پژوهش‌های ضروری مرتبط.
- با توجه به روند قابل توجه شیوع اختلالات روانی در طی سالیان اخیر (۲۲،۲۳)، براساس پیشنهاد و تصویب گروه بهداشت و تغذیه فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، نویسنده با همراهی و همکاران، در سال ۱۳۹۲، طرح "اصلاح سبک زندگی به منظور پیشگیری از اختلال‌های روانی شایع به ویژه افسردگی" را اجرا نمود که چکیده آن جهت بهره برداری در اینجا آورده می‌شود:

عوامل روانی اجتماعی نقش مهمی در سبب شناسی اختلالات روانی ایفاء می نمایند. مهم ترین عوامل این گروه، شامل وضعیت ناسازگار تاهل، فقر اقتصادی، حوادث ناخوشایند زندگی، محیط نامتعادل هیجانی، استرس های مزمن، ناکامی های مکرر، مهاجرت و محیط غیر قابل پیش بینی هستند. به منظور پیشگیری از اختلالات روانی در جامعه ضرورت دارد با استفاده از راهکارهای مناسب با این عوامل سبب ساز مقابله شود. اهم راهکارها، به طور کلی مداخلاتی را دربر می گیرد که به شرایط امن، آرام و بدون استرس، اعتدال هیجانی، حرمت گذاری به افراد و محیط قابل پیش بینی در جامعه منجر می شود. ضرورت دارد سیاستگذاران و مجریان نظام سلامت، و آحاد مردم نسبت به اهمیت موضوع سلامت روان، آگاهی بیشتری پیدا نمایند و نیز منابع مالی و انسانی به سمت مداخلات جامعه محور سوق داده شوند و در مجموع، روند کلی باید به سمت فقرزدایی، بهبود شرایط شغلی، و ایجاد شرایط با ثبات و قابل پیش بینی در جامعه با تکیه بر توانمند سازی محیط باشد. ایجاد محیط آرام و قابل پیش بینی، با کمک همکاری های بین بخشی و با استفاده از تمامی ظرفیت های موجود در دستگاه های اجرایی، قضایی و قانون گذار و همکاری با بخش خصوصی و سازمان های مردم نهاد، انجام پذیر است (۲۴).

## منابع

1. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope, World Health Organization.
2. Mental health: strengthening our response, Fact sheet of WHO, N°220 Updated August 2014.
3. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Ninth edition, 2009, Lippincott Williams & Wilkins.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, DSM-5, 2013, American Psychiatric Association.
5. Christopher J. L. Murray & Alan D. Lopez, A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases' Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020, 1996, World Health Organization.

۶. دکتر نقوی م و همکاران. مطالعه ملی باربیماری ها و آسیب ها، بار عوامل خطر، سلامت و امید زندگی توام با سلامت در جمهوری اسلامی ایران برای سال ۱۳۸۲، در سطح ملی و برای شش استان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، چاپ اول، ۱۳۸۶.

7. Forouzanfar MH, Sepanlou SG, Shahraz S, et al. Evaluating of Death and Mortality in Iran, Global Burden of Disaeses, Injuries, and risk factors Study 2010. Arch Iran Med 2014; 17:304-20.
8. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental Health Survey of the Adult Population in Iran. Br J Psychiatry 2004; 184:70-3.
9. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, et al, An Epidemiological Survey of Psychiatric Disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1:16.
10. Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozart M, et al. Suicidal Attempt and Psychiatric Disorders in Iran. Suicide Life Threat Behav 2005; 35:309-16.

۱۱. دکتر نوربالا ا.ع، محمدک، باقری یزدی ع، یاسمی م.ت. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران ، ۱۳۸۰.

۱۲. پیش‌نویس طرح جامع سلامت روان کشور. کمیته تهیه طرح جامع سلامت روان کشور موضوع نامه شماره ۲۰۳۸ مورخ ۱۳۸۳/۴/۲۲ ریاست محترم جمهوری.
۱۳. نوربالا ا.ع و همکاران. بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، دوره ۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۷۸، ص ۲۱۲-۲۲۳.
۱۴. محمدی م، داویدیان ه، نوربالا ا.ع و همکاران. همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران سال ۱۳۸۰. مجله حکیم، دوره ۶، شماره ۱، بهار ۱۳۸۲، ص ۵۵-۶۴.
۱۵. رحیمی موقر آ، محمد ک، رزاقی ع.م. روند سی ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. مجله حکیم، دوره ۵، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۱، ص ۱۷۱-۱۸۱.
۱۶. بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران (سال ۱۳۸۰)، انتشارات مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، ۱۳۸۱.
۱۷. گزارش پژوهش بررسی همه‌گیری شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، ۱۳۸۱.
۱۸. نوربالا ا.ع و همکاران. بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله حکیم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۱، ص ۱-۱۰.
۱۹. شاکری نیا ا، نوربالا ا.ع. مقایسه عوارض روانشناختی دانش‌آموزان سال سوم دبیرستان مناطق زلزله‌زده گیلان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۳.
20. Sharifi V, Amin- Esmaeili M, Hajebi A, et al. Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. Archives of Iranian Medicine 2015; 18: 74-84.
۲۱. نوربالا ا.ع، دمارى ب، ریاضی س. بررسی روند شیوع اختلال‌های روانی در ایران. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، شهریور ۱۳۹۳، سال ۲۲، شماره ۱۱۲، ص ۱-۱۰.
۲۲. نوربالا ا.ع باقری یزدی ع، واعظ مهدوی م و همکاران. تغییرهای وضعیت سلامت روان افراد در شهر تهران در طول ۱۲ سال: مقایسه نتایج طرح‌های سنجش سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ و سنجش عدالت در شهر تهران در سال ۱۳۹۰. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، شهریور ۱۳۹۳، سال ۲۱، شماره ۱۱۲، ص ۳۷-۴۴.
23. Noorbala AA, Akhondzadeh SH. Mental Health Study Process into Prevalence of Mental Disorders in Iran, Archives of Iranian Medicine 2015; 18, 74-5.
۲۴. نوربالا ا.ع، دمارى ب، ریاضی س. اصلاح سبک زندگی به منظور پیشگیری از اختلال‌های روانی شایع به ویژه افسردگی. دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد، آبان ۱۳۹۳، سال ۲۲، شماره ۱۱۳، ص ۱۰-۱۲.