

پیمایش ملی سلامت روان: شیوع اختلالات روانپزشکی در ایران (1389-1390)

اداره کننده جلسه: آفرین رحیمی موقر

افراد پیشنهادی برای شرکت در هیئت رئیسه جلسه: جناب آقای دکتر محمدی، جناب آقای دکتر نوربالا، مدیر کل دفتر سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت

سخنرانی ها:

1. پیمایش ملی سلامت روان: روش شناسی و پروتکل کیفی
دکتر سید عباس متولیان
2. شیوع اختلالات اضطرابی در ایران
دکتر احمد حاجبی
3. شیوع اختلالات خلقی در ایران
دکتر رضا راد گودرزی
4. شیوع اختلالات پسیکوتیک در ایران
دکتر ونداد شریفی
5. شیوع رفتارهای پرخاشگرانه و خودکشی در ایران
دکتر میترا حفاظی
6. شیوع اختلالات مصرف مواد و الکل در ایران
دکتر آفرین رحیمی موقر
7. شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در ایران، بر اساس تست غربالگری و مصاحبه تشخیصی
دکتر معصومه امین اسماعیلی

پیمایش ملی سلامت روان در جمعیت 15 تا 64 ساله کشور (1390-1389): روش‌شناسی و کنترل کیفی

دکتر سید عباس متولیان (دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر آفرین رحیمی موقر (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر احمد حاجبی (مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر معصومه امین اسماعیلی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر وناد شریفی (گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر میترا حفاظی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر رضا رادگودرزی (دانشگاه علوم پزشکی البرز)

پیمایش ملی سلامت روان با اهداف تعیین شیوع و شدت اختلالات روانی در 12 ماه گذشته، میزان بهره‌مندی از انواع خدمات و برآورد هزینه‌های ناشی از اختلالات روانی انجام گردید.

این پیمایش یک مطالعه مقطعی است که بر روی 7886 نفر از جمعیت 15 تا 64 سال ایرانی ساکن کشور که به براساس نمونه‌گیری تصادفی سه مرحله‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزارهای مورد استفاده در بخش مصاحبه شامل: پرسشنامه دموگرافیک و وضعیت اجتماعی اقتصادی، پرسشنامه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)، پرسشنامه بهره‌مندی از انواع خدمات، مقیاس ناتوانی شیهان، پرسشنامه اختلالات خلقی (MDQ) و پرسشنامه‌های غربالگری خودکشی و پرخاشگری بودند. نیمی از نمونه‌ها به‌طور تصادفی به پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و نیم دیگر به پرسشنامه غربالگری مصرف مواد و اختلالات جنسی به‌صورت خودایفا پاسخ دادند. در افرادی که در غربالگری اولیه از نظر سایکوز مشکوک تشخیص داده شدند مصاحبه تشخیصی ساختاریافته (SCID) به‌صورت تلفنی توسط روانپزشک انجام گردید. جمع‌آوری داده‌ها در فاصله زمانی زمستان 89 تا بهار 90 به‌صورت مراجعه به منازل نمونه‌ها و انجام مصاحبه توسط پرسشگران روانشناس که اکثراً کارشناسان سلامت روان شبکه بهداشتی درمانی کشور بودند، انجام شد. کلیه پرسشنامه‌های تکمیل شده یک بار توسط مدیران اجرایی در هر دانشگاه و یک بار توسط ناظران ستادی واری‌رسی شدند. دو مورد از مصاحبه‌های هر پرسشگر به‌صورت حضوری و حداقل ده درصد از مصاحبه‌ها به‌صورت تلفنی توسط مدیران اجرایی و تقریباً به‌همین میزان توسط ناظران ستادی کنترل مجدد شدند. داده‌های وارد شده به رایانه در دو مرحله کنترل و تصحیح گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به روش نمونه‌گیری سه مرحله‌ای و با وزن‌دهی منطبق بر نسبت جمعیت کشور در گروه‌های سنی 5 ساله برحسب جنس و تفکیک شهری/روستایی در هر استان به نسبت تعداد آزمودنی‌ها در هر یک از زیرگروه‌های مورد اشاره انجام شد.

نسبت پاسخ‌دهی به‌طور کلی 86/2٪ و طیف آن از 72/2٪ و 74/0٪ در استان‌های البرز و تهران تا 100٪ در استان‌های چهارمحال و بختیاری و خراسان جنوبی متغیر بود. در 835 مورد (9/1٪) عدم پاسخ‌دهی به علت امتناع از شرکت در مطالعه توسط خانوار یا آزمودنی و در 328 مورد (3/6٪) به علت عدم امکان تماس با خانوار یا آزمودنی در حداقل سه مراجعه حضوری بود. برای دستیابی به آزمودنی‌ها به‌طور متوسط 1/8 بار (انحراف معیار = 1/0) به هر خانوار مراجعه حضوری انجام شد. میانگین مدت پرسشگری 87/8 دقیقه (انحراف معیار = 39/8) و میانه آن 80 دقیقه بود. تعداد 84 پرسشنامه تکمیل شده به علت کیفیت غیر قابل قبول در مراحل کنترل کیفی حذف شدند. نسبت خطا در ورود داده‌ها به رایانه 3 در هزار بود.

روش دقیق نمونه‌گیری، ابزارهای جامع و معتبر مورد استفاده و فرآیندهای کنترل کیفیت مشخص در کلیه مراحل مطالعه از نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها تا ورود داده‌ها به رایانه باعث شده است که بتوان اولین پیمایش ملی سلامت روان را یک منبع جامع و منحصر به فرد از اطلاعات شیوع، شدت، و هزینه‌های اختلالات روانی و بهره‌مندی از خدمات سلامت روان در ایران در نظر گرفت.

شیوع اختلالات اضطرابی در ایران: نتایج پیمایش ملی سلامت روان (1390-1389)

دکتر احمد حاجبی (مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر وناد شریفی (گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر معصومه امین اسماعیلی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر سید عباس متولیان (دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر آفرین رحیمی موقر (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر میترا حفاظی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر رضا رادگودرزی (دانشگاه علوم پزشکی البرز)

مقدمه: در طی دهه گذشته نتایج مطالعات اپیدمیولوژیک در سرتاسر جهان نشان داد که اختلالات اضطرابی شایعترین گروه اختلالات روانی هستند. در ایران هم مطالعات نشان داده اند که این گروه از شایع ترین اختلالات روانی هستند. هدف مطالعه حاضر بررسی شیوع هر گونه اختلال اضطرابی و انواع آن به تفکیک نوع اختلال در ایران است.

روش: این مطالعه بخشی از پیمایش ملی سلامت روان است که بر روی 7886 نفر در سال 90-1389 انجام شد. یکی از اهداف اصلی مطالعه بررسی شیوع و شدت اختلالات روانی 12 ماه گذشته در جمعیت 15 تا 64 سال بود. این مطالعه یک پیمایش خانهدار بود که نمونه گیری بیروشا احتمالاً سهم هر مرحله ای انجام گرفته است. در این مطالعه برای بررسی شیوع اختلالات اضطرابی از ویرایش دوم مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI)¹ استفاده شد.

نتایج: مطالعه نشان داد که شیوع کلی حداقل یک اختلال اضطرابی در طی 12 ماه گذشته 15/6% (95% CI: 14/5-16/6) است. شیوع این اختلالات در مردان و زنان به ترتیب 12% (95% CI: 10/6-13/4) و 19/4% (95% CI: 17/9-20/9) بدست آمد. همچنین یافته ها نشان داد که شیوع اختلال وسواسی-اجباری 5/1% (95% CI: 4/5-5/7) اختلال استرس پس از حادثه 2/1% (95% CI: 1/7-2/4)، اختلال پانیک بدون آگورافوبیا 1/4% (95% CI: 1/1-1/7)، پانیک با آگورافوبیا 0/5% (95% CI: 0/4-0/7)، آگورافوبیا بدون پانیک 1/5% (95% CI: 1/1-1/8)، فوبی اجتماعی 3/2% (95% CI: 3/6-3/6) و اختلال اضطرابی منتشر 5/2% (95% CI: 4/6-5/8) است.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که شیوع حداقل یک اختلال اضطرابی در زنان بیشتر از مردان است و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است. این یافته در مقایسه با نتایج دو مطالعه کشوری که قبلاً انجام شده است، تغییر محسوسی نداشته است. مقایسه نتایج این مطالعه با پیمایش جهانی سلامت روان نشان می دهد که اختلالات اضطرابی در ایران از اکثر کشورهای شرکت کننده در پیمایش جهانی بالاتر است. در این مقاله تحلیل نتایج بر اساس عوامل مختلف جمعیت شناختی بحث شده است.

¹Composite International Diagnostic Interview

شیوع اختلالات خلقی در ایران: نتایج پیمایش ملی سلامت روان (1389-1390)

دکتر رضا رادگودرزی (دانشگاه علوم پزشکی البرز)

دکتر معصومه امین اسماعیلی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر آفرین رحیمی موقر (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر وناد شریفی (گروه روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر سید عباس متولیان (دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر احمد حاجبی (مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر میترا حفاظی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مقدمه: در این مقاله به بررسی شیوع انواع اختلالات خلقی در 12 ماه گذشته (اختلال افسردگی اساسی، اختلال دیستایمی و اختلال دو قطبی نوع یک) در جمعیت عمومی کشور در طی سالهای 1389 تا 1390 پرداخته شده است.

روش: این مقاله بخشی از پیمایش ملی سلامت روان است که بر روی نمونه‌ای با حجم 7886 آزمودنی (15-64 سال) در سالهای 1389-1390 انجام شده است. در این پژوهش از ابزارهای مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) استفاده شد. درصد وزن داده شده شاخص‌ها پس از اصلاح اثرات روش نمونه‌گیری (بر اساس سن، جنس و جمعیت استان‌ها) محاسبه گردید.

نتایج: شیوع هر گونه اختلال خلقی در 12 ماه گذشته $14/6\%$ ($95\% \text{ CI} = 13/6\% - 15/6\%$) بوده، که این شیوع به تفکیک مرد وزن به ترتیب $11/9\%$ و $17/3\%$ می‌باشد. شیوع 12 ماه اخیر هر گونه اختلال افسردگی $13/6\%$ ($95\% \text{ CI} = 14/5\% - 12/6\%$) و به تفکیک جنس $10/7\%$ و $16/5\%$ (به ترتیب مرد و زن) می‌باشد. شیوع 12 ماه اخیر اختلال افسردگی اساسی، دیس تایمی و دوقطبی نوع یک به ترتیب $12/7\%$ ($95\% \text{ CI} = 11/8\% - 13/7\%$)، $1/3\%$ ($95\% \text{ CI} = 1/5\% - 1/1\%$) و $1/1\%$ ($95\% \text{ CI} = 0/7\% - 1/2\%$) بوده است.

نتیجه‌گیری: مطالعه محمدی و همکاران، که در سال 1380 با استفاده از برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)² انجام شده، شیوع حال حاضر اختلال افسردگی اساسی و دوقطبی نوع یک را به ترتیب $1/8\%$ و $0/04\%$ گزارش کرده و مرور سیستماتیک صادقی راد و همکاران، که شامل 24 مطالعه انجام شده در سال‌های 1992-2004 است، شیوع حال حاضر اختلال افسردگی اساسی را $4/1\%$ گزارش نموده است. مقایسه نتایج این پژوهش با مطالعات مذکور نشانگر بیشتر بودن این شیوع می‌باشد. به هر حال شیوع بالای افسردگی در کشور بیانگر نیاز به توجه بیشتر در حوزه سیاستگذاری و برنامه ریزی می‌باشد.

²Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

شیوع اختلالات سایکوتیک در ایران: نتایج پیمایش ملی سلامت روان (1389-1390)

دکتر ونداد شریفی (گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر معصومه امین اسماعیلی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر احمد حاجبی (مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر سید عباس متولیان (دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر آفرین رحیمی موقر (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر میترا حفاظی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر رضا رادگودرزی (دانشگاه علوم پزشکی البرز)
دکتر سمانه کریمان (اداره سلامت روان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی)
دکتر رضا مهدوی (گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران)
دکتر بهرنگ شادلو (مرکز تحقیقات ایدز دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مقدمه: این مطالعه به بررسی شیوع هرگونه اختلال سایکوتیک، اختلالات سایکوتیک اولیه^۳ (طول عمر^۴ و 12 ماه گذشته)، ناشی از مواد و ناشی از بیماری‌های طبی عمومی در جمعیت عمومی کشور در سالهای 1389 تا 1390 پرداخته است.

روش: این مقاله نتیجه بخشی از پیمایش ملی سلامت روان است که بر روی نمونه‌ای متشکل از 7886 آزمودنی 15 تا 64 سال ساکن کشور در سالهای 1389 تا 1390 انجام شده است. برای بررسی وجود اختلالات سایکوتیک از یک روش دو مرحله‌ای استفاده شد. در مرحله اول (غربالگری) کلیه آزمودنی‌هایی که بر اساس مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI) حداقل یک علامت سایکوتیک را در طول عمر خود تجربه کرده بودند، یا در ارزیابی بهره‌مندی از خدمات، سابقه بستری اعصاب و روان گزارش کرده بودند، مشخص شدند. سپس با استفاده از مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)^۵، یک روانپزشک آموزش دیده با افراد مشخص شده در غربالگری و یک عضو خانواده وی مصاحبه تلفنی انجام می‌داد و تشخیص وجود یک اختلال سایکوتیک اولیه (شامل اختلالات خلقی و غیرخلق)، ناشی از مواد و ناشی از بیماری‌های طبی عمومی را مشخص می‌کرد.

نتایج: از کل 7886 پرسشنامه تکمیل شده، تعداد 531 مورد در غربالگری مرحله اول مثبت تشخیص داده شدند. از این عده، امکان مصاحبه تلفنی با 378 نفر مقدور شد. در باقی موارد، یا امکان تماس وجود نداشت یا همکاری لازم جهت مصاحبه تلفنی را نداشتند. دو گروه آزمودنی‌هایی که با ایشان مصاحبه تلفنی شد و آنها که پاسخ ندادند، از نظر متغیرهای مختلف دموگرافیک تفاوت معناداری نداشتند، جز آنکه پاسخی در مصاحبه تلفنی با آزمودنی‌های شهری به طور معناداری بیشتر از آزمودنی‌های روستایی بود؛ همچنین میزان اختلالات غیرسایکوتیک بر اساس CIDI در این دوگروه یکسان بود. مصاحبه تلفنی با SCID نشان داد که شیوع هرگونه اختلال سایکوتیک در طول عمر در جمعیت عمومی کشور، قبل از اصلاح برآوردهای مربوط به روش نمونه‌گیری، 1٪ است (95% CI: 0/83-1/27). بر همین اساس، شیوع اختلالات سایکوتیک اولیه (خلق و غیرخلق) 0/7٪، شیوع اختلالات سایکوتیک ناشی از مواد 0/3٪ و شیوع اختلالات سایکوتیک ناشی از بیماری‌های طبی عمومی 0/04٪ است. 78٪ از آزمودنی‌های دچار یک اختلال سایکوتیک اولیه در طول عمر، علائم اختلال را در 12 ماه گذشته نیز گزارش می‌کردند.

نتیجه‌گیری: نتایج به دست آمده با مطالعات قبلی در کشور همخوانی دارد. در دو مطالعه قبلی کشوری، نوربالا و همکاران (2004) شیوع طول عمر اختلالات سایکوتیک را 0/6٪ و محمدی و همکاران (2005) شیوع طول عمر اختلالات سایکوتیک غیرخلق را 0/89٪ گزارش کرده‌اند. هرچند، یافته قابل توجه این مطالعه شیوع قابل توجه اختلالات سایکوتیک ناشی از مواد است که با گزارش‌های بالینی در سالهای اخیر همخوانی دارد.

³primary psychotic disorder

⁴lifetime

⁵ Structured Clinical Interview for DSM-IV

شیوع رفتارهای پرخطرانه و خودکشی در ایران: نتایج پیمایش ملی سلامت روان (1390-1389)

دکتر میترا حفاظی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر احمد حاجبی (مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر رضا رادگودرزی (دانشگاه علوم پزشکی البرز)

دکتر آفرین رحیمی موقر (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر معصومه امین اسماعیلی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر سید عباس متولیان (دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر وناد شریفی (گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی شیوع پرخاشگری فیزیکی، افکار، نقشه و اقدام به خودکشی در 12 ماه گذشته در جمعیت عمومی کشور در سالهای 1389-1390 می باشد.

روش: این مقاله، بخشی از مطالعه «پیمایش ملی سلامت روان» است که بر روی نمونه‌ای متشکل از 7886 آزمودنی 15 تا 64 ساله و با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای از خانوارهای ایرانی، در سالهای 1390-1389 انجام شده است. ابزار به کاررفته برای ارزیابی خودکشی شامل سوالاتی است که افکار، نقشه و اقدام به خودکشی در 12 ماه گذشته را بررسی می کند. پرسشنامه رفتارهای پرخاشگرانه، پرخاشگری فیزیکی شامل رفتار تخریبی، آسیب به خود یا دیگری و شدت این رفتارها را بر اساس مراجعه به مراکز درمانی یا انتظامی بررسی می کند هر دو پرسشنامه در مطالعه پایلوت «پیمایش ملی سلامت روان» هنجاریابی شده و از قابلیت اجرا و اعتبار قابل قبولی برخوردار می باشند. نتایج به دست آمده بر اساس سن، جنس و جمعیت استان‌ها به گونه‌ای وزن داده شده است که قابل تعمیم به جمعیت عمومی کشور باشد.

نتایج: تعداد آزمودنی این پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. شیوع افکار خودکشی در جمعیت عمومی در 12 ماه گذشته 4/6٪ (95% CI= 5/6 - 6/9)، داشتن نقشه برای خودکشی در جمعیت عمومی در 12 ماه گذشته 1/4٪ (4/6 - 3/6) 95% CI= 3/6) و اقدام به خودکشی جمعیت عمومی در 12 ماه گذشته 1/3٪ (95% CI= 1-1/7) به دست آمد. شیوع کلی پرخاشگری فیزیکی در جمعیت عمومی در 12 ماه گذشته 31/2٪ (95% CI= 29/8-32/5) محاسبه گردید. شیوع پرخاشگری فیزیکی جدی (نیاز به درمان قربانی یا دستگیر شدن مرتکب)، 1/7٪ (95% CI= 1/3 - 2) پرخاشگری شدید بوده است.

نتیجه‌گیری: داده‌های این مطالعه در مورد شیوع رفتارهای پرخاشگری فیزیکی و خودکشی، می تواند مبنای دقیقی برای ارزیابی وضعیت موجود کشور، طراحی مداخلات و سیاستگذاری‌های کشوری باشد. نتایج به طور خاص در مورد پرخاشگری فیزیکی بیانگر شیوع نسبتاً بالای این رفتارها در جمعیت عمومی است که توجه و مداخلات ویژه در این خصوص را ایجاب می کند.

شیوع اختلالات مصرف مواد در ایران: نتایج پیمایش ملی سلامت روان (1389-1390)

دکتر آفرین رحیمی موقر (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران و مرکز تحقیقات روان پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر سید عباس متولیان (دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر معصومه امین اسماعیلی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر وناد شریفی (گروه روان پزشکی و مرکز تحقیقات روان پزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر رضا رادگودرزی (دانشگاه علوم پزشکی البرز)

دکتر احمد حاجبی (مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر میترا حفاظی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مقدمه: در ایران شیوه بررسی شیوع اختلالات مصرف مواد همیشه مورد چالش بوده است. در این مطالعه برای اولین بار شیوع این اختلالات به صورت کشوری و به روش خانه به خانه مورد بررسی قرار گرفته اند.

روش: این مطالعه بخشی از پیمایش ملی سلامت روان است که بر روی 7886 نفر در سال 1389-90 انجام شد. یکی از اهداف اصلی مطالعه بررسی شیوع اختلالات مصرف مواد در جمعیت 15 تا 64 سال بود. این مطالعه یک پیمایش خانهدار بود که نمونه گیری به روش احتمالی سهم مرحله‌ای انجام گرفته است. در این مطالعه برای بررسی شیوع اختلالات مصرف مواد از ویرایش دوم مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI) استفاده شد. از آنجا که کسب اطلاعات به روش چهره به چهره و با ذکر نام و مشخصات و در منزل فرد انجام می شد، و احتمال underreport کاملاً جدی بود، علاوه بر این روش، در نیمی از افراد نمونه، از تکمیل پرسشنامه خودایفای بدون نام که در صندوقی انداخته می شد نیز استفاده شد. نتایج به دست آمده بر اساس سن، جنس و جمعیت استان‌ها وزن داده شده است، به گونه ای که قابل تعمیم به جمعیت عمومی کشور باشد.

نتایج: شیوع وزن داده شده هر نوع اختلال مصرف مواد و الکل در 12 ماه گذشته در جمعیت عمومی 15 تا 64 سال کشور و بر اساس CIDI، برابر با 2/8 درصد (95% CI: 2/3-3/3) است. این میزان معادل حدود 1.500.000 نفر می باشد. شیوع هر نوع اختلال مصرف مواد و الکل در مردان 13 برابر زنان بوده است. همچنین، این اختلالات در جمعیت شهری، سنین جوانی، در مناطق شرقی کشور، در افراد بیکار و در سطوح پایینتر اقتصادی اجتماعی شایعتر بوده است. شایعترین مواد مصرفی را اپیوئیدها تشکیل می دادند. الکل و بعد از آن حشیش و مواد محرک به ترتیب شایعترین مواد موجب اختلالات مصرف بوده اند. مقایسه نتایج مصاحبه چهره به چهره در مورد سوابق مصرف مواد با تکمیل پرسشنامه های خودایفای بدون نام در همین مطالعه نشان داد که گزارش مصرف مواد در شیوه اول کمتر از شیوه دوم نبوده است.

نتیجه گیری: این اولین مطالعه از این دست در کشور است و با نتایج مطالعات دیگر کشور قابل قیاس نیست؛ لیکن نتایج به دست آمده، نشان از اهمیت و شدت این اختلالات در کشور دارد.

شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در ایران: نتایج پیمایش ملی سلامت روان (1389-1390)

دکتر معصومه امین اسماعیلی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر آفرین رحیمی موقر (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر ونداد شریفی (گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر سید عباس متولیان (دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر احمد حاجبی (مرکز تحقیقات بهداشت روان، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر رضا رادگودرزی (دانشگاه علوم پزشکی البرز)

دکتر میترا حفاظی (گروه بهداشت روان و اعتیاد مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران)

مقدمه: این مقاله، بخشی از مطالعه پیمایش ملی سلامت روان سال 1390 است و در آن شیوع اختلال روانپزشکی محتمل در طول یک ماه پیش از انجام پژوهش بر اساس ابزار GHQ-28 و همچنین شیوع کلی اختلالات روانپزشکی در 12 ماه گذشته، بر اساس مصاحبه تشخیصی گزارش می گردد.

روش: در یک مطالعه مقطعی با نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای از خانوارهای ایرانی، بر روی جمعیت 15 تا 64 ساله برای تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی از ویرایش دوم مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی (CIDI) استفاده شده است. حدود نیمی از شرکت کنندگان، همزمان و بطور تصادفی، پرسشنامه GHQ-28 را نیز تکمیل کردند. هر دو ابزار در ایران هنجاریابی شده‌اند و حساسیت و ویژگی قابل قبولی داشته‌اند. از روش نمره گذاری 0، 1، 2، 3 در امتیاز بندی ابزار GHQ-28 استفاده شده است. درصد وزن داده شده شیوع اختلال روانپزشکی محتمل در ماه گذشته، پس از اصلاح اثرات روش نمونه‌گیری (بر اساس سن، جنس و جمعیت استان‌ها)، با دو نقطه برش 23 و 24 که در مطالعات قبلی استفاده شده است، گزارش می شود. همچنین بر اساس CIDI، درصد وزن داده شده افراد دارای حداقل یک اختلال روانپزشکی در طول 12 ماه گذشته، گزارش می شود. منظور افرادی است که حداقل یکی از اختلالات افسردگی اساسی، دیستایمی، اختلال دوقطبی نوع 1، اختلال پانیک با یا بدون آگورافوبیا، اختلال آگورافوبیای بدون پانیک، اختلال اضطراب منتشر، اختلال وسواسی-جبری، اضطراب اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات سایکوتیک، وابستگی و سوءمصرف مواد و الکل را در طول 12 ماه گذشته، داشته باشند.

نتایج: تعداد 7886 نفر (57/1٪ زن) در مطالعه شرکت کردند. 3759 نفر (57/4٪ زن) هر دو پرسشنامه را تکمیل کردند. بر اساس مصاحبه تشخیصی با CIDI-2.0، 23/6٪ (22/4٪-24/8٪) CI=95٪ به حداقل یک اختلال روانپزشکی در طول 12 ماه پیش از مصاحبه مبتلا بوده‌اند. این میزان برای زنان 26/5٪ و برای مردان 20/8٪ بوده است. با استفاده از GHQ-28 با نقطه برش 23 میزان 22/7٪ (28/2٪ زنان و 17/4٪ مردان) احتمالاً مبتلا به اختلال روانپزشکی در طول ماه گذشته بوده‌اند. این میزان‌ها برای نقطه برش 24 برابر با 20/8٪ (25/7٪ زنان و 15/9٪ مردان) می باشد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر با مطالعه مروری سیستماتیک کشوری که به شواهد موجود تا سال 1385 در ایران پرداخته است (شیوع ترکیبی 21/9٪ با ابزارهای مختلف تشخیصی) تفاوت محسوسی نشان نمی دهد. در هر حال، شیوع اختلالات روانپزشکی در کشور قابل توجه و نیازمند برنامه ریزی های کلان است.