

همه گیری شناسی اختلالات روانپزشکی در استان گیلان (سال ۱۳۸۰)

دکتر محمدرضا محمدی* - مهدی رهگذر** - سیدعباس باقری یزدی*** - دکتر بیتا مسگرپور**** - دکتر محمدرسول خلیجالی***** - دکتر محمدرضا فارسی***** - موسی شرافتی*****

* استاد گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی بالینی
** مربی گروه آمار و کامپیوتر، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
*** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، اداره سلامت و روان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
**** دکترای داروسازی، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور
***** استادیار روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان
***** پزشک عمومی، معاون امور فرهنگی و پیشگیری، سازمان بهزیستی استان گیلان
***** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، سازمان بهزیستی استان گیلان

چکیده

مقدمه: بار اختلالات روانپزشکی در کشورهای پیشرفته تا حد زیادی به وسیله پرسش نامه‌های غربالگری و مصاحبه بالینی ساختاریافته شناسایی شده، اما بررسی بار اختلالات روانپزشکی در کشور ما محدود و تعداد مطالعات انجام شده کم می‌باشد. برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به افراد، نیازمند آگاهی از وضعیت موجود بیماری روانی در جامعه است.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در افراد ۱۸ سال و بالاتر مناطق شهری و روستایی استان گیلان انجام گرفت. مواد و روش‌ها: این بررسی از نوع مطالعات توصیفی - مقطعی بود. نمونه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و سیستماتیک از بین خانوارهای موجود استان گیلان انتخاب گردید و از طریق تکمیل پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) توسط کارشناسان روانشناسی در استان، جمعاً ۹۲۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفت. تشخیص‌گذاری اختلالات بر اساس معیارهای طبقه‌بندی DSM-IV می‌باشد.

نتایج: نتایج این بررسی نشان داد شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در استان ۱۵/۷۸ درصد می‌باشد که این شیوع در زنان ۲۲/۷۷ درصد و در مردان ۸/۵۷ درصد بوده است. اختلالات اضطرابی و خلقی به ترتیب با ۸/۳۲ و ۴/۱۲ درصد، شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در استان بودند. شیوع اختلالات اسکیزوتیک در این مطالعه ۰/۳۲ درصد، اختلالات عصبی - شناختی ۲/۵۹ درصد و اختلالات تجزیه‌ی ۴۳٪ درصد بوده است. در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی با ۳/۰۳ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی، وسواس فکری - عملی با ۲/۸۱ درصد شیوع بیشتری داشته‌اند. شیوع اختلالات روانپزشکی در استان در افراد گروه سنی ۵۵-۴۱ سال با ۵۰/۱۲ درصد، افراد طلاق گرفته یا جدا شده با ۲۵ درصد، افراد ساکن در مرکز استان با ۱۳/۳۹ درصد، افراد باسواد ابتدایی با ۱۶/۲۳ درصد و افراد خانه‌دار با ۱۶/۴۰ درصد بیش از گروه‌های دیگر بوده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که حداقل ۱۰ درصد افراد بالای ۱۸ سال ساکن در مناطق شهری و روستایی استان، نیازمند خدمات بهداشت روان هستند. آگاهی از این مسأله، مسؤولیت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی استان را در رابطه با تدوین برنامه‌های عملی و اجرایی بهداشت روان بیش از پیش نمایان می‌سازد. هرچند بررسی انجام گرفته در زمینه اعتبار و روایی پرسش‌نامه مورد استفاده نشان‌دهنده قابلیت آن در غربالگری و تشخیص اختلالات روانپزشکی می‌باشد، با این وجود، پیشنهاد می‌گردد روایی و پایانی آن بر روی حجم نمونه بیشتری از بیماران با تشخیص‌های مختلف روانپزشکی انجام گیرد.

کلید واژه‌ها: اختلالات روانی / اختلالات عاطفی پریشی / اسکیزوفرنی / همه‌گیری شناسی

مقدمه

همه‌گیری شناسی اختلالات روانپزشکی، شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه توزیع این بیماری‌ها در جامعه را مورد مطالعه قرار می‌دهد (۲۲). وجود بیماری‌های روانی در جوامع مختلف از قرن‌ها پیش

مورد تأیید قرار گرفته است لیکن در طی قرن بیستم بود که روش‌های آماری برای برآورد حجم این مشکلات مورد استفاده قرار گرفت (۱۴). در گذشته بررسی‌های همه‌گیری شناسی اختلالات روانی با مراجعه به پرونده

بالارفتن سن میزان شیوع اختلالات روانی افزایش داشته است (۸، ۱۰، ۱۵ و ۱۹).

برنامه‌ریزی مناسب در راستای ارائه خدمات بهداشت روان به افراد جامعه، نیازمند اطلاعات پایه، بررسی‌های همه‌گیری‌شناسی و شناخت حجم مشکل می‌باشد. این مطالعه در نظر دارد با انجام مطالعه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی، مسئولین و دست‌اندرکاران بهداشتی، آموزشی و درمانی را نسبت به اهمیت و حجم مشکل اختلالات روانی در استان حساس نماید و زمینه ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به ساکنین مناطق شهری و روستایی استان گیلان فراهم گردد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی - توصیفی در سال ۱۳۸۰ و در قالب طرح کشوری «سلامت و بیماری» انجام گردید. روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و سیستماتیک بود که به طور تصادفی از بین خانوارهای موجود در استان گیلان انتخاب گردیدند. بدین ترتیب که از بین ۵۱۲۴۲۶ خانوار موجود، ۳۲۵ خانوار در قالب ۶۵ خوشه ۵ خانواری (۳۱ خوشه در مناطق شهری و ۳۴ خوشه در مناطق روستایی) تعیین و افراد ۱۸ سال و بالاتر این خانوارها پس از توجیه کامل پیرامون مطالعه و اخذ رضایتنامه کتبی مورد مطالعه قرار گرفتند. بدین ترتیب در مجموع ۹۲۵ نفر از جمعیت ۱۸ سال و بالاتر موجود در استان به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. چارچوب نمونه‌گیری، براساس فهرست تجمعی خانوارهای روستایی و شهری فهرست شده موجود در معاونت بهداشتی استان بوده است. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) Schedule for Affective Schizophrenia Disorders and بود که توسط اسپیتزر

بیماران و اطلاعات به دست آمده از افراد کلیدی انجام می‌شد اما با تهیه و تدوین پرسشنامه‌های غربالگری و مصاحبه‌های بالینی استاندارد، امروزه تا حد زیادی حجم بیماری‌های روانی در جهان شناسایی شده است (۱۲).

امروزه حجم مشکلات بیماری‌های روانی در کشورهای مختلف جهان شناخته شده‌اند لیکن به دلیل متنوع بودن ابزارهای غربالگری و تشخیصی، تکنیک‌های مصاحبه و تفاوت در روش‌های نمونه‌گیری و طبقه‌بندی‌های مختلف مورد استفاده، بسیار متغیر و متفاوت برآورد شده‌اند. به طوری که این میزان‌ها از ۷/۳ درصد تا ۸/۳۹ درصد متغیر بوده است (۱۵ و ۱۹).

مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی انجام شده در ایران نیز همگی دلالت بر متغیر بودن میزان شیوع این اختلالات از ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد را دارند (جدول ۱). در یک بررسی که به منظور تعیین شیوع اختلالات روانپزشکی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرای گیلان انجام گرفت میزان شیوع این اختلالات ۲۳/۸ درصد بوده است (۱۰). میزان شیوع اختلالات روانپزشکی براساس مطالعه وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر استان که در قالب طرح ملی «سلامت و بیماری» در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت ۱۸/۹ درصد بوده است (۸).

بررسی‌های انجام گرفته در کشورهای مختلف جهان و ایران دلالت بر این دارند که میزان شیوع اختلالات روانی در زنان بیش از مردان (۸، ۱۱، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۵ و ۲۸) و در ساکنین مناطق شهری بیش از روستایی بوده است (۳، ۶ و ۹).

به علاوه مطالعات نشان داده‌اند که بین سن و ابتلا به اختلالات روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد و با

(Spitzer) و همکاران طراحی شده (۱۳) و همزمان با تجدید نظر در DSM، فرم‌های متنوعی از SADS تدوین شده و تدریجاً تکامل یافته است. تحقیقاتی که در مورد اعتبار و روایی این آزمون انجام گرفته نشان‌دهنده معتبر بودن این آزمون است. برای مثال روایی تشخیصی دوره‌های افسردگی، مانیا و هیپومانیا با SADS به دو روش محاسبه شده است. در روش اول که از طریق ضریب توافق محاسبه شد، توافق کاملی بین نمره‌گذاران در مورد هر سه اختلال وجود داشته است. در روش دوم که مبتنی بر آزمون مجدد بود. ضریب کاپا (Cohen Kappa) در مورد مانیا، هیپومانیا و افسردگی اساسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۱ بود. در بهترین سطح برآورد ضرایب کاپا، برای بیماری‌های دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع دو و تک‌قطبی راجعه به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۸ بود. این نتایج مبین روایی بسیار بالای SADS در تشخیص گروه‌های بیمار در این مطالعه است (۲۴).

بر اساس یافته‌های این برنامه می‌توان اختلالات را در یک مرحله غربالگری و تشخیص‌گذاری نمود. پس از ترجمه سؤالات پرسش‌نامه SADS به زبان فارسی، مجدداً توسط دو نفر مسلط به زبان انگلیسی (دوزبانه) (Bilingual) به زبان انگلیسی برگردانده شد و پس از تأیید ترجمه آماده اجرای آزمایش گردید. به منظور بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات منظور نشده در برنامه SADS، سؤالاتی توسط همکاران اصلی طرح و بر اساس ملاک‌های طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV برای اختلالات صرع، عقب‌ماندگی ذهنی، زوال عقل، تجزیه‌ای و استرس پس از رویداد آسیب‌زا طراحی و به مجموعه سؤالات اضافه گردید.

در راستای بررسی اعتبار محتوای سؤالات، مجموعه سؤالات آزمون توسط تنی چند از روانپزشکان صاحب

نظر مورد بررسی قرار گرفت و پس از رفع نواقص و تنظیم فرم اصلی، اعتبارسازی و پیش‌بینی آزمون بر روی ۲۰۰ بیمار موجود در بیمارستان روزبه که دارای تشخیص روانپزشکی بودند مورد سنجش قرار گرفت. نتایج ارزیابی نشان‌دهنده این بود که مجموعه سؤالات در ارتباط با اختلالات خلقی، اضطرابی، سایکوتیک، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و زوال عقل دارای حساسیت بالاتر از ۷۵ درصد بوده و در مورد اختلالات تجزیه‌ای حدود ۴۵ درصد بود. حساسیت آزمون در تشخیص اختلالات شخصیت و سوء‌مصرف مواد پائین بود.

داده‌های این پژوهش از طریق مصاحبه حضوری توسط کارشناسان و کارشناسان ارشد روانشناسی استان گیلان گردآوری شده و بر اساس طبقه‌بندی DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV) تشخیص‌گذاری گردیده است.

ورود اطلاعات و غربالگری داده‌ها با استفاده از Epi Info و استخراج نتایج و مقایسه‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS-10 صورت گرفته است. مقایسه شیوع اختلالات روانپزشکی در مردان و زنان مورد مطالعه در هر یک از گروه اختلالات مورد مطالعه با انجام آزمون χ^2 صورت پذیرفته است.

نتایج

در این مطالعه جمعاً ۹۲۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که از این تعداد ۴۷۰ نفر زن (۵۰/۸ درصد) و ۴۵۵ نفر مرد

(۴۹/۲ درصد) بودند. نتایج بررسی نشان داد که با استفاده از پرسش‌نامه SADS، ۱۴۶ مورد اختلال روانپزشکی

(۱۵/۷۸ درصد) در افراد مورد مطالعه وجود داشته که این میزان در زنان ۲۲/۷۷ و در مردان ۸/۵۷ درصد بوده

است. اطلاعات مربوط به شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در استان گیلان در جدول ۲ و اطلاعات مربوط به شیوع حداقل یک اختلال روانپزشکی در افراد مورد مطالعه در جدول ۳ آورده شده است.

طبق اطلاعات جدول ۲، میزان شیوع انواع اختلالات خلقی ۴/۱۲ درصد بوده که این میزان در زنان ۶/۳۷ و در مردان ۱/۷۶ درصد بوده است. میزان شیوع افسردگی اساسی ۳/۰۳ درصد، افسردگی جزئی ۰/۱۱ درصد و اختلال هیپومانیک و مانیک ۰/۷۶ درصد، اختلال دوقطبی ۰/۲۲ درصد بود.

شیوع اختلال صرع در استان ۲/۰۵ درصد، زوال عقل ۰/۲۲ درصد و عقب ماندگی ذهنی شدید ۰/۳۲ درصد بود.

میزان شیوع انواع اختلالات تجزیه‌ای ۰/۴۳ درصد بوده که در زنان ۰/۶۴ درصد و در مردان ۰/۲۲ درصد بوده است.

همانطور که یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد در مجموع ۱۰/۷۰ درصد افراد حداقل از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برده‌اند که این میزان در زنان ۱۱/۱۵ درصد و در مردان ۶/۱۵ درصد بوده است (جدول ۳).

در زمینه بررسی شیوع انواع اختلالات روانی و متغیرهای دموگرافیک نتایج این بررسی نشان داد:

۱- بالاترین شیوع اختلالات روانی در این مطالعه مربوط به گروه سنی ۵۵-۴۱ سال با ۱۲/۵۰ درصد و کمترین آن مربوط به گروه سنی ۶۶ سال و بیشتر با ۳۳/۸ درصد بود.

۲- بالاترین میزان شیوع این اختلالات مربوط به افراد ساکن در مرکز استان با ۱۳/۳۹ درصد و کمترین آن مربوط به افراد شهری استان با ۹/۴۳ درصد و افراد روستایی با ۱۰/۶۹ درصد بود.

میزان شیوع اختلالات پسیکوتیک، ۰/۳۲ درصد بوده که این میزان در مردان ۰/۴۴ درصد و در زنان ۰/۲۱ درصد بوده است. شیوع انواع اختلالات اضطرابی ۸/۳۲ درصد بوده که در زنان ۱۲/۹۸ درصد و در مردان ۳/۵۲ درصد بوده است. شایع‌ترین اختلال در گروه اختلالات خلقی، افسردگی اساسی و در گروه اختلالات اضطرابی، وسواس فکری-عملی بوده است.

شیوع اختلالات عصبی-شناختی ۲/۵۹ درصد بود که این میزان در مردان ۲/۶۴ و در زنان ۲/۵۵ درصد بوده است.

۳- از نظر تأهل بیشترین میزان شیوع مربوط به افراد طلاق گرفته یا جدا شده با ۲۵ درصد و کمترین میزان مربوط به افراد همسر فوت شده با ۶/۲۵ درصد و افراد مجرد با ۸/۷۸ درصد بود.

درصد بود.

۴- بالاترین شیوع اختلالات روانی مربوط به افراد باسواد ابتدایی با ۱۶/۲۳ درصد و کمترین آن مربوط به افراد با تحصیلات عالی (۲/۹۰ درصد) بود.

۵- از نقطه نظر نظر شغلی، بالاترین شیوع اختلالات روانی در زنان و مردان مورد مطالعه مربوط به افراد خانه‌دار با ۱۶/۴۰ درصد بود.

اطلاعات مربوط به مقایسه شیوع اختلالات روانی برحسب جنس در استان، در جدول ۴ ارائه گردیده است. بررسی ارتباط شیوع اختلالات روانپزشکی و جنسیت افراد مورد مطالعه، نشان‌دهنده این است که بین جنسیت و ابتلا به اختلالات اضطرابی و خلقی ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/05$) اما بین جنسیت و ابتلا به اختلالات پسیکوتیک، تجزیه‌ای و عصبی-شناختی اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است ($p > 0/05$).

اطلاعات مربوط به تعداد اختلالات روانپزشکی در جدول ۵ و تعداد افراد دارای اختلال روانپزشکی در جدول ۶ ارائه گردیده است. همانطور که اطلاعات جدول ۶ نشان می‌دهد نسبت تعداد اختلال روانپزشکی به تعداد مردان دارای اختلال ۱/۳۱ و برای زنان ۱/۵ بوده است.

جدول ۱: نتایج مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانپزشکی در ایران از سال ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹

نام محقق و یا محققین	سال بررسی	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع	
					مردان	زنان
باش	۱۳۴۲	روستایی شیراز	مصاحبه بالینی	۴۹۷	۷/۷	۱۶/۵
باش	۱۳۴۳	روستایی خوزستان	مصاحبه بالینی	۴۸۲	—	—
باش	۱۳۴۵	شهری شیراز	مصاحبه بالینی	۶۲۲	۱۴/۹	۲۲/۴
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرستان رودسر	مصاحبه بالینی	۴۸۸	—	—
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستایی میبد یزد	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۰	۶/۶	۱۸/۱
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۶۵	۱۲/۴	۱۹/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مرو دشت فارس	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۰۷	۶/۱	۲۲/۱

ادامه جدول شماره ۱

تعداد نمونه	درصد میزان شیوع	نام محقق و یا محققین	سال بررسی	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۳/—
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	۶۲/۲	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 صومعه‌سرا-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

همکاران	قزوین						
افشاری منفرد و همکاران	شهری سمنان	۱۳۷۶	SCL-90-R و مصاحبه بالینی PSE	۸۶۹	۱۸/-	۱۰/-	۱۴/-
قاسمی و همکاران	شهری اصفهان	۱۳۷۶	SRQ-24 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۳۲۵۵	—	—	۱۹/۹
بخشانی و همکاران	شهری زاهدان	۱۳۷۷	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۶۴۳	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	شهری تهران	۱۳۷۸	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-IV	۸۷۹	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵
امیدی و همکاران	شهری نطنز	۱۳۷۹	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳
نوربالا و همکاران	سراسر کشور	۱۳۷۹	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱
صادقی و همکاران	شهری کرمانشاه	۱۳۷۹	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۵۰۱	۳۲/۲	۱۶/۹	۲۵/۲
شمس علیزاده و همکاران	ساجبلاغ	۱۳۷۹	GHQ-28 و مصاحبه بالینی DSM-III-R	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
چگینی و همکاران	شهری و روستایی قم	۱۳۷۹	SCL-90-R و مصاحبه بالینی DSM-IV	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶/-	۱۷/۱

جدول ۲: شیوع انواع اختلالات روانپزشکی برحسب جنس در استان گیلان (سال ۱۳۸۰)

جمع n=۹۲۵		زن n=۴۷۰		مرد n=۴۵۵		انواع اختلالات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
<u>اختلالات خلقی</u>						
۳/۰۳	۲۸	۴/۸۹	۲۳	۱/۱۰	۵	افسردگی اساسی
۰/۱۱	۱	۰/۲۱	۱	۰/۰۰	۰	افسردگی جزئی (ماینور)
۰/۷۶	۷	۱/۰۶	۵	۰/۴۴	۲	هیپومانیک و مانیک
۰/۲۲	۲	۰/۲۱	۱	۰/۲۲	۱	دو قطبی
۴/۱۲	۳۸	۶/۳۷	۳۰	۱/۷۶	۸	جمع اختلالات خلقی
<u>اختلالات پسیکوتیک</u>						
۰/۳۲	۳	۰/۲۱	۱	۰/۴۴	۲	سایر اختلالات پسیکوتیک

۰/۳۲	۳	۰/۲۱	۱	۰/۴۴	۲	جمع اختلالات پسیکوتیک
۱/۷۳	۱۶	۲/۵۵	۱۲	۰/۸۸	۴	اختلالات اضطرابی اختلال پانیک
۰/۴۳	۴	۰/۴۳	۲	۰/۴۴	۲	اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا
۱/۵۳	۱۴	۲/۹۸	۱۴	۰/۰۰	۰	اضطراب اضطراب منتشر
۲/۸۱	۲۶	۳/۶۸	۲۲	۰/۸۸	۴	اختلال وسواس فکری- عملی
۰/۶۵	۶	۰/۸۵	۴	۰/۴۴	۲	اختلال گذر هراسی
۱/۱۹	۱۱	۱/۴۹	۷	۰/۸۸	۴	اختلال فوبی
۸/۳۲	۷۷	۱۲/۹۸	۶۱	۳/۵۲	۱۶	جمع اختلالات اضطرابی
۲/۰۵	۱۹	۱/۹۱	۹	۲/۲۰	۱۰	اختلالات عصبی- شناختی صرع
۰/۲۲	۲	۰/۲۱	۱	۰/۲۲	۱	زوال عقل
۰/۳۲	۳	۰/۴۳	۲	۰/۲۲	۱	عقب‌ماندگی ذهنی شدید
۲/۵۹	۲۴	۲/۵۵	۱۲	۲/۶۴	۱۲	جمع اختلالات عصبی- شناختی
۰/۱۱	۱	۰/۲۱	۱	۰/۰۰	۰	اختلالات تجزیه‌ای جسمی سازی
۰/۳۲	۳	۰/۴۳	۲	۰/۲۲	۱	یادزدودگی
۰/۴۳	۴	۰/۶۴	۳	۰/۲۲	۱	جمع اختلالات تجزیه‌ای
۱۵/۷۸	۱۴۶	۲۲/۷۷	۱۰۷	۸/۵۷	۳۹	جمع کل اختلالات

جدول ۳: شیوع اختلال روانپزشکی بر حسب جنس، سن، محل سکونت، وضعیت تأهل، تحصیلات و شغل در استان گیلان (۱۳۸۰)

جمع		دارای اختلال		متغیرهای دموگرافیک	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۱۰۰/۰۰	۴۵۵	۶/۱۵	۲۸	مرد	جنس
۱۰۰/۰۰	۴۷۰	۱۵/۱۱	۷۱	زن	
۱۰۰/۰۰	۲۵۲	۱۱/۵۱	۲۹	۱۸-۲۵ سال	سن
۱۰۰/۰۰	۲۷۸	۹/۷۱	۲۷	۲۶-۴۰ سال	
۱۰۰/۰۰	۲۳۲	۱۲/۵۰	۲۹	۴۱-۵۵ سال	
۱۰۰/۰۰	۸۶	۹/۳۰	۸	۵۶-۶۵ سال	
۱۰۰/۰۰	۷۲	۸/۳۳	۶	۶۶+ سال	
۱۰۰/۰۰	۱۲۷	۱۳/۳۹	۱۷	مرکز استان	
۱۰۰/۰۰	۲۶۵	۹/۴۳	۲۵	سایر شهرها	
۱۰۰/۰۰	۵۳۳	۱۰/۶۹	۵۷	روستا	

۱۰۰/۰۰	۲۶۲	۸/۷۸	۲۳	مجرد	وضعیت تأهل
۱۰۰/۰۰	۶۴۰	۱۱/۵۶	۷۴	متاهل	
۱۰۰/۰۰	۴	۲۵/۰۰	۱	طلاق گرفته یا جدا شده	
۱۰۰/۰۰	۱۶	۶/۲۵	۱	همسر فوت شده	
۱۰۰/۰۰	۶۹	۲/۹۰	۲	تحصیلات عالی	تحصیلات
۱۰۰/۰۰	۱۷۹	۸/۳۸	۱۵	دیپلم	
۱۰۰/۰۰	۱۹۵	۸/۲۱	۱۶	متوسطه یا راهنمایی	
۱۰۰/۰۰	۲۲۸	۱۶/۲۳	۳۷	ابتدایی	
۱۰۰/۰۰	۲۴۷	۱۱/۷۴	۲۹	بی سواد	شغل
۱۰۰/۰۰	۵۸	۳/۴۵	۲	کارگر	
۱۰۰/۰۰	۹۰	۴/۴۴	۴	کارمند	
۱۰۰/۰۰	۳۲	۱۲/۵۰	۴	محصل یا دانشجوی	
۱۰۰/۰۰	۲۷۶	۶/۸۸	۱۹	آزاد	
۱۰۰/۰۰	۲۱	۱۴/۲۹	۳	بازنشسته	
۱۰۰/۰۰	۳۱۷	۱۶/۴۰	۵۲	خانه دار	
۱۰۰/۰۰	۱۱۴	۱۰/۵۳	۱۲	بیکار	
۱۰۰/۰۰	۱۵	۲۰/۰۰	۳	سایر مشاغل	
۱۰۰/۰۰	۹۲۵	۱۰/۷۰	۹۹	جمع	

جدول ۴: مقایسه شیوع اختلالات روانپزشکی بر حسب جنس در استان گیلان (سال ۱۳۸۰)

معنی داری سطح	درجه آزادی	آماره X ²	زنان (n=۴۷۰)		مردان (n=۴۵۵)		نوع اختلال
			درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۰۰۰۳	۱	۱۲/۵۵	۶/۳۷	۳۰	۱/۷۶	۸	اختلالات خلقی
۰/۹۷۷۵	۱	۰/۰۰	۰/۲۱	۱	۰/۴۴	۲	اختلالات پسیکوتیک
۰/۰۰۰۰	۱	۲۷/۱۲	۱۲/۹۸	۶۱	۳/۵۲	۱۶	اختلالات اضطرابی
۰/۹۳۵۸	۱	۰/۰۱	۲/۵۵	۱۲	۲/۶۴	۱۲	اختلالات عصبی-شناختی
۰/۶۳۹۳	۱	۰/۲۲	۰/۶۴	۳	۰/۲۲	۱	اختلالات تجزیه ای

جدول ۵: تعداد اختلالات روانپزشکی بر حسب جنس در استان گیلان (سال ۱۳۸۰)

جمع	فاقد اختلال		سه اختلال یا بیشتر		دو اختلال		یک اختلال		جنس
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۰۰/۰۰	۴۵۵	۹۳/۸۵	۴۲۷	۰/۴۴	۲	۱/۱۰	۵	۴/۶۲	مرد
۱۰۰/۰۰	۴۷۰	۸۴/۸۹	۳۹۹	۱/۷۰	۸	۳/۸۳	۱۸	۹/۵۷	زن
۱۰۰/۰۰	۹۲۵	۸۹/۳۰	۸۲۶	۱/۰۸	۱۰	۲/۴۹	۲۳	۷/۱۴	جمع

جدول ۶: افراد دارای اختلالات روانپزشکی و تعداد اختلالات آنان بر حسب جنس در استان گیلان (سال ۱۳۸۰)

جنس	تعداد افراد دارای اختلال	تعداد افراد فاقد اختلال	تعداد اختلال	تعداد پاسخگویان
-----	--------------------------	-------------------------	--------------	-----------------

مرد	۲۸	۴۲۷	۳۹	۴۵۵
زن	۷۱	۳۹۹	۱۰۷	۴۷۰
جمع	۹۹	۸۲۶	۱۴۶	۹۲۵

بحث و نتیجه‌گیری

توسط بهادرخان و همکاران (۱۳۷۲) و جاویدی (۱۳۷۲) هماهنگی دارد (۴ و ۲).

میزان شیوع اختلالات عصبی-شناختی ۲/۵۹ درصد می‌باشد که از این میزان ۲/۰۵ درصد مربوط به بیماری صرع، ۰/۳۲ درصد مربوط به عقب ماندگی ذهنی شدید و ۰/۲۲ درصد مربوط به زوال عقل است. نتایج مربوط به بیماری صرع از یافته‌های ارایه شده توسط کاپلان و سادوک Kaplan and Sadock (۱۹۹۸) بالاتر می‌باشد (۱۷).

آخرین گروه اختلالات مورد بررسی اختلالات تجزیه‌ای است که جمعاً ۰/۴۳ درصد را به خود اختصاص داده است و در طیف نتایج به دست آمده از سایر بررسی‌های انجام شده در ایران قرار می‌گیرد (۸).

روش دیگر تجزیه و تحلیل نتایج این مطالعه، بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد مبتلا می‌باشد که در این مطالعه، ۱۰/۷۰ درصد افراد حداقل دارای یک اختلال روانپزشکی بوده‌اند. پژوهش حاضر نشان داد میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در زنان بیش از مردان است (۱۵/۱۱ درصد در مقابل ۶/۱۵ درصد) که با نتایج بررسی‌های انجام شده در ایران و بررسی‌های انجام شده توسط محققان دیگر همخوانی دارد (۱۱، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۵ و ۲۶).

شواهد نشان می‌دهد که شیوع بالاتر اختلالات روانپزشکی در زنان نسبت به مردان، بیشتر به محدود بودن نقش زنان در فعالیت‌های اجتماعی، استرس‌های محیطی، عوامل بیولوژیک و مشکلات خانوادگی مربوط

همانطور که اطلاعات جدول ۲ نشان می‌دهد میزان شیوع انواع اختلالات روانپزشکی در استان ۱۵/۷۸ درصد می‌باشد. مقایسه نتایج این پژوهش با میزان شیوع به دست آمده در پژوهش‌های قبلی در ایران نشان می‌دهد که میزان به‌دست آمده پایین‌تر از برآوردهایی است که مطالعات قبلی به‌دست آورده‌اند. مقایسه برآورد این مطالعه با میزان شیوع اختلالات روانپزشکی به دست آمده در مطالعاتی که از پرسش‌نامه SADS استفاده شده مثل مطالعه وایزمن (Weissman) و همکاران (۱۹۷۸) با ۱۵/۱ درصد بالاتر (۲۷) و از یافته مدیانوس (Medianos) و همکاران (۱۹۸۷) با ۱۹/۴ درصد پایین‌تر می‌باشد (۲۱).

شایع‌ترین گروه اختلالات روانپزشکی در استان، اختلالات اضطرابی با ۸/۳۲ درصد بوده (جدول ۲) که با نتایج بررسی انجام گرفته توسط افشاری منفرد و همکاران

(۱۳۷۶)، صادقی و همکاران (۱۳۷۸) و بهادرخان و همکاران (۱۳۷۲) همخوانی دارد (۱، ۲ و ۷).

شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در افراد تحت مطالعه افسردگی اساسی با ۳/۰۳ درصد بود که یافته‌های بررسی‌های انجام گرفته توسط حرازی و باقری یزدی (۱۳۷۳)، یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، همچنین نور بالا و همکاران (۱۳۷۸) را

مورد تأیید قرار می‌دهد (۵، ۹ و ۱۰).

میزان شیوع انواع اختلالات پسیکوتیک در این مطالعه ۳۲/۰ درصد می‌باشد که با یافته بررسی‌های انجام گرفته

شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد با سواد ابتدایی و بی سواد بیش از سایر گروه‌ها بوده است. بیشتر بررسی‌های انجام گرفته در ایران دلالت بر شیوع اختلالات در افراد بی سواد داشته‌اند نتایج این بررسی را تقریباً مورد تأیید قرار می‌دهند. محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی و همچنین ناتوانی افراد در استفاده از شیوه‌های مؤثر مقابله با عوامل استرس‌زا را می‌توان دلیل بالاتر بودن شیوع این اختلالات در افراد با سواد ابتدایی و بی سواد، همچنین آگاهی بیشتر افراد تحصیل کرده نسبت به سایرین دانست.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد بازنشسته و زنان خانه‌دار بیش از دیگران می‌باشد که یافته‌های بررسی‌های انجام شده در ایران و جهان را مورد تأیید قرار می‌دهد. احتمالاً نداشتن درآمد، عامل استرس‌زای از کار افتادگی، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی می‌تواند از جمله عوامل افزایش شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد بازنشسته و غیرشاغل، همچنین زنان خانه‌دار باشد.

نتایج بررسی نشان می‌دهد که افراد مورد مطالعه بخصوص زنان در گروه سنی یائسگی و مردان در سنین ۴۱-۵۵ سالگی با استرس‌های کاری و مشکلات اقتصادی و خانوادگی، بیشتر دچار انواع اختلالات روانپزشکی گردیده‌اند که لازم است برنامه‌ریزی‌های اصولی در راستای پیشگیری و درمان این اختلالات، آموزش شیوه‌های درست مقابله با عوامل استرس‌زا و کنار آمدن با آنها به افراد جامعه صورت گیرد. لازم به ذکر است که شیوع بیشتر اختلالات روانپزشکی با الگوی سنی ۴۱-۵۵ سال در سایر استان‌های کشور مشاهده نگردیده که خود تحقیق جداگانه‌ای را برای یافتن عوامل آن می‌طلبد.

است. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در افراد تحت مطالعه در مرکز استان و مناطق شهری بیش از مناطق روستایی است (۱۳/۳۹ درصد در مقابل ۱۰/۶۹ درصد) که یافته‌های بدست آمده از بررسی‌های انجام گرفته توسط دیگران را تأیید می‌کند (۳، ۶ و ۹)، اما با نتایج به دست آمده توسط یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) متفاوت می‌باشد (۱۰). متفاوت بودن نتایج را می‌توان ناشی از ابزار و پرسش‌نامه به کار رفته جهت غربالگری و تشخیص‌گذاری، همچنین بافت فرهنگی اجتماعی مناطق مختلف کشور دانست. استرس‌های محیطی، شهرنشینی و مشکلات اقتصادی و اجتماعی زندگی در شهرها و مراکز استان را می‌توان از دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات روانپزشکی در مرکز استان نسبت به سایر شهرها و مناطق روستایی به شمار آورد.

نتایج این بررسی نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانپزشکی در سنین ۴۱-۵۵ سال بیش از سایر گروه‌های سنی می‌باشد. اضطراب و افسردگی ناشی از تغییرات بیولوژیکی، یائسگی و مشکلات خانوادگی در زنان، همچنین مشکلات و استرس‌های کاری، مسایل اقتصادی، اجتماعی و بیکاری در مردان را می‌توان از دلایل بیشتر بودن شیوع اختلالات در این سنین دانست. به علاوه این پژوهش نشان داد شیوع اختلالات روانی به طور معنی‌داری در افراد طلاق‌گرفته بیش از سایر گروه‌هاست.

نتایج بررسی‌های انجام گرفته در زمینه استرس، مؤید نتایج این بررسی می‌باشد که طلاق همسر به عنوان یکی از عوامل استرس‌زا، آشکار کننده و مستعدساز اختلالات روانپزشکی است.

سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی کشور و استان
گیلان

رهبر، مریم حسینی، شهلا اکبری، مژده اصفهانی، مهین
فلاح‌دوست، لیلا پوریوسفی، محبوبه داداری، مریم
یزدانی، ناهید نظری، نسترن مهربخش، سکینه شیدری و
جهانبخش، آقایان منصور الحاق‌زاده، حسن ابراهیمی و
بهرام زادامیری که ما را در به انجام رساندن این بررسی
یاری داده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

شهرستان یزد. یزد معاونت پژوهشی دانشگاه علوم
پزشکی شهید صدوقی یزد: ۱۳۷۳.

۶- خسروی، شمسعلی: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات
روانی در مناطق شهری و روستایی شهر بروجن استان
چهارمحال و بختیاری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ
نشده آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم
پزشکی تهران، ۱۳۷۳.

۷- صادقی، خیراله؛ [و دیگران]: همه‌گیرشناسی
بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. فصلنامه
اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹، سال ششم شماره ۲-۳، صص
۱۶-۲۵.

۸- نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی،
سیدعباس؛ یاسمی، محمد تقی: بررسی وضعیت سلامت
روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی
ایران. مجله حکیم، ۱۳۸۱، سال پنجم شماره ۱، صص
۱-۱۰.

۹- نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی،
سیدعباس: بررسی شیوع اختلال‌های روانپزشکی در

نتایج این بررسی نشان می‌دهد که حداقل ۱۰ درصد
جمعیت استان نیازمند خدمات بهداشت روان سرپایی و
بستری هستند. آگاهی از این مسأله، مسؤلیت
را در ارتباط با تدوین برنامه‌های کاربردی و اجرایی
بهداشت روان را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

سپاسگزاری: از معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی
تحقیقات علوم پزشکی کشور، کلیه همکاران ستادی و
اجرایی طرح، ریاست سازمان بهزیستی استان گیلان
همچنین کلیه کارشناسان شاغل در استان خانم‌ها فاطمه

منابع

۱- افشاری منفرد، ژاله؛ باقری یزدی، سید عباس؛
بوالهروی، جعفر: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی
در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر
سمنان. طب و تزکیه، ۱۳۷۶، شماره ۲۶، صص: ۱۵-
۱۰.

۲- بهادرخان، جواد: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات
روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان. پایان‌نامه
چاپ نشده کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.

۳- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛
شاه‌محمدی، داود: بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات
روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴،
سال دوم شماره ۴، صص ۱۹-۲۷.

۴- جاویدی، حجت‌الله: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات
روانی در مناطق روستایی مرودشت- فارس. پایان‌نامه
چاپ نشده کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه
علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۷۲.

۵- حرازی، محمدعلی؛ باقری یزدی، سید عباس: بررسی
اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری

11. Bahar E, Henderson AS, Mackinnon AJ. An Epidemiological Study of Mental Health and Socioeconomic Conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 85:257- 63
12. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. *Am J Public Health* 1982; 72:1271-1279.
13. Dohrenwend BP, Shrout PE. Toward the Development of a Two-stage Procedure for Case – Identification and Classification in Psychiatric Epidemiology. In: Simmons RG (ed). *Research in Community and Mental Health*. Vol 2. Greenwich: CT: JAI Press, 1981: 295-323.
14. Goldberg D. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London: Oxford University Press, 1973.
15. Hodiamont P, Peer N, Syben N. Epidemiological Aspects of Psychiatric Disorder in a Dutch health Area. *Psychol Med* 1987; 17:495- 505.
16. Hollifield M, Laton W, Spain D, Pule L. Anxiety and Depression in a Village of Lesoto: a Comparison with the United States. *Br J Psychiatry* 1990; 156:343-350.
17. Kaplan HL, Sadock BL. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998.
18. Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughs M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12- month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United State. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 9- 19.
19. Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, et al. Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *J Nerv Ment Dis* 1990; 178:242- 246.
20. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, Aromaa A. Prevalence of Mental Disorders Among Adults in Finland: Basic Results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 81: 418- 25.
- شهر تهران. مجله حکیم، ۱۳۷۸، سال دوم شماره ۴، صص ۲۲۳-۲۱۲.
- ۱۰- یعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود: بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستائی شهرستان صومعه‌سرای گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۷۴، سال دوم شماره ۴، صص: ۶۵-۵۵.
21. Medianos MG, Stefanis CN, Madianou D. Prevalence of Mental Disorders and Utilization of Mental Health Services in two Areas of Greater Athens. In: Cooper B, Helgason G. *Psychiatric Epidemiology*. London: Croom Helm Ltd, 1987: 372-86.
22. Robin LN. Psychiatric Epidemiology. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 697-702.
23. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ, Flores I, Leal S. Mental Disorders on the Island of Formentera: Prevalence in General Population Using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(8):410- 5.
24. Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG, McKinnon DF, Edwin D, Folstein SE, et al. Diagnostic Reliability of Bipolar II Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 736-40.
25. Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique JF, Pena C, Aldama J, Samaniego Rodriguez C, Menendez Arango J, Mirapeix C. A community Mental Health Survey in Cantabria: A general Description of Morbidity. *Psychol Med* 1987; 17:227- 241.
26. Von Korff M, Nestadt G, Romanoski A, et al. Prevalence of Treated and Untreated DSM-III Schizophrenia in two Stages Community Survey. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173:577-81.
27. Weissman MM, Mayers JK, Harding PS. Psychiatric-Disorders in a U.S Urban Community. *Am J Psychiatry* 1978; 135:456- 462.

An Epidemiological Study of Psychiatric Disorders in Guilan

Province (Year 2001)

Mohammadi MR., Rahgozar M., Bagheri Yazdi SA., Mesgarpour B., Khalkhali MR., Farsi MR., Sharafati M.

Abstract

Introduction: The burden of psychiatric disorders in the developed countries has been identified by the screening questionnaires and standard clinical interviews at a high level, but the epidemiological studies on psychiatric disorders in our country are limited and their numbers are few. Planning for providing essential mental health services for people requires us to be knowledgeable about the present status of psychiatric disorders in the society.

Objective: The objective of this research was to carry out the epidemiological study of the psychiatric disorders in the individuals 18 years and above in urban and rural areas of Guilan province.

Materials and Methods: 925 individuals were selected through randomized cluster and systematic sampling methods from the existing families of Guilan province and questionnaires of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) were completed by the clinical psychologists. The diagnosis of the disorders was based on DSM-IV classification criteria.

Results: The results of the study showed that the prevalence of psychiatric disorders in the province is 15.78 percent which was 22.77 percent in the women and 8.57 percent in the men. The anxiety and mood disorders respectively with 8.32 and 4.12 percent had the higher prevalence in the province. The prevalence of psychotic disorders in this study was 0.32 percent, neuro-cognitive disorders 2.59 percent and dissociative disorders 0.43 percent. In the group of mood disorders, major depression with 3.03 percent and in the group of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder with 2.81 percent had the higher prevalence. The prevalence rates of psychiatric disorders in the province among the individuals in the age group of 41-55 years with 12.50 percent, divorced or separated individuals 25 percent, residents of province 13.39 percent, individuals with primary school education 16.23 percent and housewives 16.40 percent were more than other individuals in the sample.

Conclusion: This study showed that at least 10 percent of individuals older than 18 years that were studied suffered from minimum one of the psychiatric disorders. Being aware of this matter reveals the responsibility of the health policy makers and programmers for prevention, treatment and medical education more than before in relation to preparing applied and executive plans in Guilan province for mental health. Although the validity and reliability of SADS for screening and diagnosis were shown in the pilot study, we suggest that another study should be conducted with a greater sample size for the assessment of validity and reliability of SADS for the diagnosis of psychiatric disorders.

Key words: Affective Disorders, Psychotic/ Epidemiology/ Mental Disorders/ Schizophrenia