بررسی سلامت روان کارکنان سازمان آتش‌نشانی با استفاده از پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در سال ۱۳۸٤

دکتر سیدسعید هاشمی‌نظری[1*]، دکتر جلال خسروی[2]، دکتر سقراط فقیه‌زاده[3]، دکترسیدحسن اعتمادزاده[4]

۱- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- مرکز بهداشت شهرداری تهران ۳- گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس ۴- شرکت شهر سالم

دریافت: ۸۵/۴/۱۴ پذیرش: ۸۶/۲/۱۵

Title: *A survey of mental health among fire department employees by GHQ-28 questionnaire in 2005, Tehran-Iran*

Authors: *Hashemi Nazari SS, (MD); Khosravi J, (MD); Faghihzadeh S, (PhD); Etemadzadeh SH, (MD).*

Introduction: *The prevalence of psychological disorders in different countries shows that these disorders are a substantial part of the global disease burden in many developing countries. According to the WHO estimates, 500 millions people around the world suffer from some kind of psychological disorder and almost half of them have minor disorders like depression and anxiety.*

Methods: *This was a cross-sectional study on employees of fire department in Tehran, Iran. Twenty-eight item version of general health questionnaire (GHQ) was applied as a measure of current mental health. Surveys carried out in Iran using this questionnaire indicate that the validity and reliability of this measure are 0.68-0.84 and 0.93-0.94, respectively. In this study, we used traditional ranking with a cut-point of 6.*

Results: *Mean age was 34.38 (SD: 9.6), 83.9% of employees were high school graduates, 85.4% of them were official employees, 49.3% had 1-3 family members, 47% were exclusively firefighters and 90% had hand-on jobs. The prevalence of suspected psychological disorders, according to the traditional ranking and cut point of 6, was 15.2% (SE: 0.35). There was a positive, statistically significant relation between the rate of suspected psychological disorders and age, duration of working in current job and the level of education.*

Conclusion: *The results of this study, in accordance with other studies, underscore that the study of mental health provides valuable information for managers, organizations and service providing centers for educational planning, treatment and prevention of psychological disorders.*

Keywords: *Firefighter, General Health Questionaire, psychological disorder.*

Hakim Research Journal 2007; 10(2): 56- 64.

* نویسنده مسؤول: تهران، بلوار رسالت، نرسیده به شانزده متری دوم، روبروی پارک تابان، مرکز بهداشت شهرداری تهران. تلفن: ۲۲۵۰۲۵۶۰ نمابر: ۲۲۵۱۹۴۰۷
پست الکترونیک: saeedh_1999@yahoo.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

چکیده

مقدمه: *نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت و ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌نماید. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که حدود نیمی از آنها را اختلالات خفیف روانی همچون افسردگی و اضطراب تشکیل می‌دهند.*

روش کار: *این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. جامعه آماری پژوهش، کارکنان سازمان آتش‌نشانی تهران و ابزار پژوهش، پرسش‌نامه سلامت عمومی- ۲۸ سؤالی (GHQ-28) بود. بررسی‌های انجام گرفته درخصوص اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران با استفاده از پرسش‌نامه مذکور نشان‌دهنده این است که میزان روایی و پایایی این آزمون با نمره برش ٦ بین ۰/۸٤ تا ۰/۹۳ و با نمره برش ۲۳ بین ۰/٦۸ تا ۰/۹٤ متغیر می‌باشد. در این مطالعه از روش نمره‌گذاری سنتی و نمره برش ٦ استفاده گردید.*

یافته‌ها: *میانگین سنی افراد ۳٤/۳۸ سال (انحراف معیار ۹/٤)، ۸۳/۹٪ آنها تحصیلات دیپلم داشته و ۸۵/۳٪ رسمی بودند. ٤۹/۳٪ آنها تعداد افراد خانوارشان بین ۳-۱ نفر بود. ٤۷٪ این افراد آتش‌نشان بودند و بیش از ۹۰٪ آنها مشاغل عملیاتی داشتند. شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی با استفاده از روش نمره‌گذاری سنتی نمره برش ٦ محاسبه گردیده است که ۱۵/۲٪ افراد، مشکوک به اختلالات روانی بودند (خطای معیار ۰/۳۵). بین شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی و افزایش سن، تأهل، افزایش مدت اشتغال در پست و افزایش تحصیلات ارتباط معنادار آماری مثبتی وجود داشت.*

نتیجه‌گیری: *نتایج این بررسی نیز همانند سایر مطالعات در این زمینه، مؤید این مطلب است که مطالعه وضعیت سلامت روان افراد می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در زمینه برنامه‌ریزی‌های آموزشی، درمان و پیشگیری از بروز اختلالات روانی در اختیار مسؤولان، برنامه‌ریزان و مدیران سازمان‌ها و مراکز ارایه دهنده خدمات قرار دهد.*

گل‌واژگان: *آتش‌نشانی، پرسش‌نامه سلامت عمومی، اختلالات روانی.*

مقدمه

مفهوم سلامت روانی، در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است و بر کلیه روش‌ها و تدابیری اطلاق می‌شود که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، درمان و توان‌بخشی آنها به‌کار می‌رود. در تعریف سلامت روانی مشکلی که وجود دارد این است که هنوز تعریف صحیح و قابل قبولی برای بهنجاری وجود ندارد. سازمان جهانی بهداشت، در تعریف سلامتی آن را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری می‌داند و بر این نکته تأکید دارد که هیچ یک از این ابعاد بر دیگری اولویت ندارد. در گذشته در بسیاری از کشورهای جهان، به‌دلیل توجه اصلی به اولویت‌های بهداشتی همچون بیماری‌های عفونی و واگیردار، سلامت روان کمتر مورد توجه قرار گرفته است (۱). امروزه در اکثر کشورهای جهان تلاش برای صنعتی شدن هرچه بیشتر از یک‌سو و از سویی دیگر رشد سریع جمعیت، شهرنشینی و مهاجرت به‌چشم می‌خورد. به‌دنبال این تغییرات بنیادین، روزبه‌روز بر استرس‌ها و مشکلات روانی اجتماعی جوامع افزوده شده و جهان شاهد تغییرات عمده در اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد خواهد بود. به‌گونه‌ای که بیماری‌های روانی، در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند. شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی طولانی مدت و مزمن همراه آنها، باعث شده تا این مشکلات در تمامی جوامع به‌عنوان یک اولویت بهداشتی مورد توجه قرار گیرد (۱). نگاهی به آمار و ارقام منتشر شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت و ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌نماید. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در دنیا مبتلا به یکی از اختلالات روانی هستند که حدود نیمی از آنها را اختلالات خفیف روانی همچون افسردگی و اضطراب تشکیل می‌دهند (۱).

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

مرور مطالعات انجام گرفته در زمینه وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در ایران، نشان‌دهنده این است که به‌طور متوسط حدود ۲۱٪ افراد جامعه از اختلالات روانی رنج می‌برند و زنان نسبت به مردان از آسیب‌پذیری بالاتری برخوردارند (۲). در بعضی از تعاریف ارایه شده در زمینه سلامت روانی، سازگاری با محیط اهمیت زیادی دارد. طبق این تعریف، شخصی که بتواند با اعضای خانواده، همکاران، همسایگان و به‌طور کلی اجتماع پیرامون خود خوب سازگار شود از نظر بهداشت روانی بهنجار خواهد بود. تعارض‌ها و کشمکش‌های درونی و بیرونی خود را حل نموده و در مقابل ناکامی‌های اجتناب‌ناپذیر زندگی مقاومت خواهد داشت. اگر کسی توان انجام دادن این کارها را نداشته باشد و با محیط خود به‌شیوه نامناسب و دور از انتظار برخورد کند از سلامت روانی کمتری برخوردار خواهد بود؛ بنابراین شرط برخورداری از سلامت روانی در سطح عالی آن است که شخص بتواند در موقعیت‌های دشوار انعطاف‌پذیر بوده و توانایی این را داشته باشد که در هر موقعیتی تعادل روانی خود را به‌دست آورد (۳). عوامل بسیاری باعث بر هم خوردن سلامت روانی می‌شود که از جمله آنها می‌توان به عدم رعایت عدالت اجتماعی، فراهم نبودن فرصت‌های شکوفایی برای افراد، وجود تبعیض‌های غیرمنطقی و عدم ایجاد امنیت اجتماعی اشاره نمود (۴).

استرس‌های روانی عوامل دیگری هستند که می‌توانند سلامت روان افراد را به‌خطر اندازند. بررسی‌های گوناگون در جهان نشان داده‌اند استرس‌های روانی، برای هر فرد و سازمانی، هزینه و خسارات زیادی را به‌همراه دارند. در محیط‌های کاری استرس موجب کاهش کارآیی و غیبت شده جابجایی کارگران را موجب می‌گردد و آموزش نیروی جایگزین به‌جای کارگرانی که به‌علت ابتلا به بیماری روانی کار خود را از دست می‌دهند، هزینه‌های سنگینی را بر سازمان و مؤسسه تحمیل می‌کنند.

تاکنون مطالعات متعددی در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان در موقعیت‌های مختلف انجام گرفته است. نتایج این بررسی‌ها همگی مؤید این مطلب می‌باشند که مطالعه وضعیت سلامت روان افراد می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در زمینه برنامه‌ریزی‌های آموزشی، درمان و پیشگیری از بروز اختلالات روانی در اختیار مسؤولان، برنامه‌ریزان و مدیران سازمان‌ها و مراکز ارایه‌دهنده خدمات قرار دهد. ضعف پیشینه مطالعاتی در زمینه بررسی وضعیت سلامت روان کارکنان سازمان آتش‌نشانی ما را بر آن داشت تا با انجام چنین پژوهشی، اطلاعات مفیدی را در اختیار مسؤولان و مدیران این مجموعه قرار دهیم تا با استفاده از نتایج آن ضمن بالا بردن کارآیی، از افت عملکرد شغلی و دلزدگی در کارکنان سازمان جلوگیری به‌عمل آورند.

روش کار

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی مقطعی است. که به مطالعه بررسی وضعیت سلامت روان کارکنان سازمان آتش‌نشانی تهران می‌پردازد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه کارکنان سازمان آتش‌نشانی تهران است. با توجه به این‌که این مطالعه، یک نوع مطالعه میدانی[1] می‌باشد با در نظر گرفتن شیوع ۲۱٪ و دقت ۰/۰۲، تعداد ۱۵۹۳ نمونه در نظر گرفته شد.

در این مطالعه از پرسش‌نامه سلامت عمومی- ۲۸ سؤالی[2] استفاده شده است. پرسش‌نامه سلامت عمومی، پرسش‌نامه‌ای است با ماهیت چندگانه و خوداجرا که به‌منظور بررسی وضعیت سلامت روان و اختلالات روانی در جامعه طراحی شده است. این پرسش‌نامه را می‌توان برای نوجوانان و بزرگسالان و به‌منظور کشف ناتوانی در عملکردهای بهنجار و وجود حوادث آشفته‌کننده در زندگی استفاده نمود. این آزمون جنبه تشخیصی ندارد و تنها می‌توان از آن برای سرند اختلالات روانی در افراد جامعه استفاده کرد (۵).

پرسش‌نامه سلامت عمومی اولین‌بار توسط گلدبرگ[3] (۶)، تنظیم گردید. پرسش‌نامه اصلی دارای ۶۰ سؤال می‌باشد، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به‌نظر محققین فرم‌های مختلف پرسش‌نامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۲۸ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰ سؤالی است. ده‌ها تحقیق ارایه شده توسط گلدبرگ و ویلیامز در سال۱۹۸۷ (۷)، در انگلستان و سایر کشورها، مؤید این مطلب بوده‌اند. پرسش‌نامه سلامت عمومی به ۳۸ زبان مختلف ترجمه شده و تحقیقات مختلفی بر روی این پرسش‌نامه در ۷۰ کشور به انجام رسیده است (۸).

در خصوص روایی پرسش‌نامه سلامت عمومی، در یک بررسی، استفانسن و کریست جانسن (۱۹۸۵)، پرسش‌نامه سلامت عمومی و شاخص پزشک کورنل را بر روی ۱۸۵۰ نفر در ایسلند اجرا نمودند و به ضریب همبستگی ۰/۶۸ دست یافتند. در تحقیق دیگر چن و چن، به اجرای پرسش‌نامه سلامت عمومی بر روی ۲۲۵ نفر از دختران مدرسه‌ای در هنگ‌کنگ پرداختند.

[1] Survey
[2] GHQ-28
[3] Goldberg

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

این محققین از پرسش‌نامه چندجنبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا جهت بررسی روایی همزمان استفاده نموده و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. در تحقیقی دیگر هودیامونت[1] و همکاران (۹)، بر روی یک گروه نمونه در شهر آمستردام، پرسش‌نامه سلامت عمومی، مقیاس موازنه عاطفی و پرسش‌نامه شرح حال آمستردام را اجرا نمودند و در هر مورد ضریب همبستگی ۰/۶۰ را گزارش کردند.

در خصوص پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی، مطالعات متعددی صورت گرفته است. در یک بررسی گلدبرگ و ویلیامز (۷)، اعتبار تصنیفی برای این پرسش‌نامه که توسط ۸۳ نفر تکمیل شده بود را ۰/۹۵ گزارش کردند. چان (۱۰)، پس از اجرای پرسش‌نامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ‌کنگ، ثبات درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش نمود. در مطالعه کی‌یس، که ۱۲۹ دانش‌آموز در انگلستان در آن شرکت نمودند، ضریب آلفای این پرسش‌نامه ۰/۹۳ به‌دست آمد. مطالعه‌ای مشابه بر روی ۲۱۵۰ دانش‌آموز در هنگ‌کنگ انجام شد که ضریب آلفای معادل ۰/۸۸ گزارش شد (۵).

در برخی مطالعات پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش بازآزمایی گزارش شده است، برای مثال، رابینسون و پرایس (۱۹۸۲)، از ۱۰۳ بیمار که قبلاً از سکته قلبی رنج برده بودند خواستند که در دو نوبت به فاصله ۸ ماه پرسش‌نامه سلامت عمومی را تکمیل نمایند. تحلیل نتایج، ضریب اعتبار ۰/۹۰ را به‌دست داد. در مطالعه‌ای دیگر لایتن (۱۹۸۶)، به اجرای پرسش‌نامه سلامت عمومی بر روی ۱۸۶ دانش‌آموز که مدرسه را ترک کرده بودند و ۱۰۱ نفر که شغل خود را از دست داده بودند پرداخت. فاصله دو اجرای آزمون بین ۱۱ تا ۱۲ ماه بود. همبستگی‌های بین آزمون و بازآزمون، بر روی دو نمونه به‌ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۵۸ بود (۸).

بررسی‌های انجام گرفته درخصوص اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران که از پرسش‌نامه سلامت عمومی- ۲۸ سؤالی استفاده شده نشان‌دهنده این است که میزان روایی و پایایی این آزمون با نمره برش ۶ بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ (۱۱ و ۱۲) و با نمره برش ۲۳ بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۴ (۱۶ -۱۳) متغیر است.

دو شیوه نمره‌گذاری برای پرسش‌نامه GHQ وجود دارد؛ یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به‌صورت (۰-۰-۱-۱) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره آزمودنی با این روش برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره‌گذاری، روش نمره‌گذاری لیکرت است که گزینه‌ها به‌صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره‌گذاری، در پرسش‌نامه مذکور برابر با ۸۴ خواهد بود. در این مطالعه از روش نمره‌گذاری سنتی به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. با روش نمره‌گذاری سنتی نمره ۶ و با روش نمره‌گذاری لیکرت نمره ۲۳ به‌عنوان نمره برش در نظر گرفته شده است. از روش نمره‌گذاری سنتی برای غربالگری اختلالات روانی و از روش نمره‌گذاری لیکرت برای مطالعه اثربخشی مداخلات در مطالعات جهانی و داخلی استفاده شده است.

تاکنون در مطالعات جهانی و داخلی به‌جز بررسی نوربالا و همکاران (۱۱) که امکان بررسی تشخیصی موارد با استفاده از روان‌پزشک وجود داشته، نمره برشی برای مقیاس‌های پرسش‌نامه GHQ -28 به‌دست نیامده است. توافق تشخیصی پرسش‌نامه GHQ -28 و روان‌پزشک در مقیاس‌های آزمون با نمره برش ۲، بین ۷۱٪ در مقیاس جسمانی‌سازی تا ۸۵٪ برای مقیاس افسردگی بوده است.

در این مطالعه به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی برای تهیه جداول دوبعدی، محاسبه میانگین و انحراف معیار و رسم نمودارها و در تجزیه و تحلیل داده‌ها بر حسب ضرورت از آمار استنباطی شامل آزمون‌های کای دو[2] و آزمون تی[3] استفاده شده است.

نتایج

هدف از انجام این پژوهش، بررسی وضعیت سلامت کارکنان سازمان آتش‌نشانی بود. از مجموع ۱۵۹۳ نمونه مورد نیاز امکان دستیابی به ۱۵۳۸ نفر از کارکنان این مجموعه که تقریباً ۷۳٪ کل کارکنان رسمی و قراردادی این سازمان را تشکیل می‌دادند حاصل شد و پرسش‌نامه GHQ -28 برای آنها تکمیل گردید. نتایج بررسی با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از مجموع بالغ بر ۲۱۰۰ نفر کارکنان سازمان آتش‌نشانی، ۱۵۳۸ نفر پرسش‌نامه مربوطه را تکمیل نمودند. میانگین سنی افراد ۳۴/۳۸ سال (انحراف معیار ۹/۶)، پایین‌ترین سن ۲۰ و بالاترین آن ۶۵ سال بود. همچنین تمامی افراد مورد مطالعه مذکر بود. از نظر وضعیت تأهل ۷۳/۶٪ متأهل و ۲۵/۶٪ مجرد بودند. از نظر تحصیلات ۸۳/۴٪ افراد تحصیلات دیپلم داشتند. از نظر بُعد خانوار ۴۹/۳٪ افراد دارای خانواده‌های ۳ -۱ نفر، ۴۵/۹٪ دارای خانواده ۶ -۳ نفر بودند.

[1] Hodiamont

[2] Chi-square

[3] t- test

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

از نظر نوع پست سازمانی افراد مورد مطالعه، ۴۷/۴٪ آنها آتش‌نشان، ۱۴/۱۱٪ کاردان، ۹/۳٪ کمک فرمانده، ۹/۲٪ فرمانده، ۳/۶٪ نجاتگر، ۲/۶٪ راننده و ۱۳/۸٪ در سایر مشاغل مشغول به کار بودند. به لحاظ فرم قرارداد ۸۴/۷٪ افراد مورد مطالعه رسمی، ۹/۷٪ قراردادی، ۴/۲٪ رسمی- پیمانی و ۱/۳٪ شرکتی بودند.

به لحاظ دارا بودن شیفت کاری (نوبت کاری)، ۹۳/۷٪ افراد دارای شیفت‌کاری بوده و ۶/۳٪ باقیمانده ساعت کار ثابتی داشتند. میانگین مدت اشتغال افراد در پست‌های سازمانی آنها ۳۳/۶ ماه (انحراف معیار ۵۶/۸، نما: ۱۲ماه و میانه: ۱۲ ماه) می‌باشد. کمترین این میزان یک ماه و بیشترین آن ۴۰۸ ماه می‌باشد. ۲۵٪ مدت اشتغال در پست مساوی یا کمتر از ۷ ماه داشتند. ۲۵٪ بین ۷ االی ۱۲ ماه و ۲۵٪ باقیمانده نیز بین ۲۷ الی ۴۰۸ ماه بودند. شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی با استفاده از روش نمره‌گذاری سنتی و نمره برش ۶ محاسبه شده است که در جداول زیر به تفکیک متغیرهای مختلف آمده است. با توجه به این‌که بیش از ۹۹/۱٪ افراد مورد مطالعه مرد بوده‌اند، تعداد اندک افراد با جنسیت مؤنث از مطالعه خارج و تمام تحلیل‌ها برای گروه مردها صورت پذیرفته است. در مجموع، ۱۵/۲٪ افراد مورد مطالعه مشکوک به اختلال روانی بودند (فاصله اطمینان ۹۵٪ :۱۷/۱۶- ۱۳/۲۴ و خطای معیار ۰/۰۱)

وضعیت سلامت روانی افراد مورد مطالعه به تفکیک گروه‌های سنی در جدول ۱ ذکر شده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات جدول فوق نشان داد که شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی به‌تدریج با افزایش سن (از ۵/۲٪ بیماران در گروه زیر ۲۴ سال به ۳۳/۴٪ در گروه بالای ۵۵ سال) افزایش یافته است.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موارد مشکوک به اختلال روانی بر حسب سن در افراد مورد مطالعه

گروه سنی	وضعیت سلامت روان		جمع کل
	سالم	بیمار	
≤۲۴	۲۲۳ (۹۴/۸٪)	۱۲ (۵/۲٪)	۲۳۵
۲۵- ۳۴	۵۰۰ (۸۶/۶٪)	۷۷ (۱۳/۴)	۵۷۷
۳۵- ۴۴	۲۷۷ (۷۷/۸)	۷۹ (۲۲/۲٪)	۳۵۶
۴۵- ۵۴	۱۹۴ (۸۲/۹٪)	۴۰ (۱۷/۱٪)	۲۳۴
≥۵۵	۱۴ (۶۶/۶٪)	۷ (۳۳/۴٪)	۲۱
جمع کل	۱۲۰۸ (۸۴/۸٪)	۲۱۵ (۱۵/۲٪)	۱۴۲۳

انجام آزمون کای دو بر روی یافته‌های جدول فوق دلالت به این دارد که بین ابتلا به اختلالات روانی در افراد مورد مطالعه و سن، ارتباط معنادار آماری وجود دارد (p<۰/۰۰۱). این مقایسه در دو گروه متأهلین و مجردها نیز صورت پذیرفت که یافته مشابهی را در برداشت و در هر دو گروه شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی با افزایش سن به صورت معناداری افزایش می‌یافت.

شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی در افراد متأهل، ۲۰/۸٪ و در افراد مجرد ۹/۰٪ بود. انجام آزمون کای دو نشان داد که بین ابتلا به اختلال روانی و وضعیت تأهل ارتباط معنادار آماری وجود دارد. به گونه‌ای که شیوع اختلالات روانی بین متأهلین بیشتر از افراد مجرد است (p<۰/۰۰۱). به جهت حذف تأثیر سن به‌عنوان فاکتور مخدوش کننده در این قسمت، آزمون کای دو بین افراد مجرد و متأهل در گروه‌های سنی ۲۴≤ سال، ۳۴ -۲۵ سال، ۴۴ -۳۵ سال، ۵۴ -۴۵ سال و ۵۵≤ سال انجام پذیرفت و یافته‌ها نشان داد که بین شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی و تأهل در این گروه‌های سنی، اختلاف معنادار آماری وجود ندارد و اختلاف معنادار یافت شده بین ابتلا به اختلال روانی و وضعیت تأهل، به‌علت فاکتور مخدوش کننده سن بوده است.

شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی در افراد مورد مطالعه بر حسب میزان سواد به شرح جدول ۲ است. انجام آزمون کای دو بر روی یافته‌های جدول فوق نشان داد که بین ابتلا به اختلال روانی و سطح تحصیلات افراد مورد مطالعه ارتباط معنادار آماری وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی بین افراد با تحصیلات سیکل و پایین‌تر، کمتر از افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر است (p<۰/۰۰۱).

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موارد مشکوک به اختلالات روانی بر حسب میزان تحصیلات در افراد مورد مطالعه

میزان تحصیلات	وضعیت سلامت روان		جمع کل
	سالم	بیمار	
بی‌سواد و ابتدایی	۵۶ (۷۰٪)	۲۴ (۳۰٪)	۸۰
سیکل	۵۶ (۶۸/۳٪)	۲۶ (۶۸/۳٪)	۸۲
دیپلم	۱۰۶۰ (۸۶/۶٪)	۱۶۳ (۲۳/۴٪)	۱۲۲۳
لیسانس و بالاتر	۶۴ (۸۶/۴٪)	۱۰ (۲۳/۶٪)	۷۴
جمع	۱۲۳۶ (۸۴/۷٪)	۲۲۳ (۱۵/۳٪)	۱۴۵۹

شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی در افراد مورد مطالعه بر حسب شغل سازمانی آنها عبارت است از: کاردان ۱۴/۹٪، آتش‌نشان ۱۱/۶٪، کارشناس واحد ایمنی ۹/۱٪، راننده ۳۲/۴٪، فرمانده ۱۶/۷٪، کمک فرمانده ۱۴/۸٪، اُپراتور ۳۳/۳٪، نجاتگر ۲۲/۹٪، تلفنچی۲۹/۲٪ ، رئیس ایستگاه ۷/۱٪ و سایر مشاغل ۱۶/۳٪. همچنین بین ابتلا به اختلالات روانی و شغل افراد، ارتباط معنادار آماری وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ به‌گونه‌ای که در مشاغل پشتیبانی (اپراتور، تلفنچی، راننده) نسبت به سایر مشاغل، موارد مشکوک به اختلالات روانی بیشتر است.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

همچنین بین ابتلا به اختلال روانی و مدت اشتغال در پست سازمانی ارتباط معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ به‌گونه‌ای که با افزایش مدت اشتغال در پست، شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی افزایش می‌یابد (جدول ۳).

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی موارد مشکوک به اختلالات روانی بر حسب مدت اشتغال در پست فعلی در افراد مورد مطالعه

مدت اشتغال	وضعیت سلامت روان		جمع کل
	سالم	بیمار	
۷> ماه	۳۲۳ (٪۸۸/۵)	۴۲ (٪۲۱/۵)	۳۶۵
۱۲ -۷ ماه	۳۰۳ (٪۸۷/۳)	۴۴ (٪۲۲/۷)	۳۴۷
۲۹ -۱۲ ماه	۲۷۱ (٪۸۴/۹)	۴۸ (٪۱۵/۱)	۳۱۹
۲۹≥ ماه	۲۷۱ (٪۷۸)	۷۶ (٪۳۲)	۳۴۷
جمع کل	۱۱۶۸ (٪۸۴/۷)	۲۱۰ (۱۵/۳)	۱۳۷۸

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های ارایه شده در زمینه عوامل دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه نشان‌دهنده آن است که بیشترین گروه سنی در بین کارمندان سازمان آتش‌نشانی گروه سنی ۳۵ -۳۴ سال (٪۴۰/۲) می‌باشد. ٪۸۳/۹ آنها تحصیلات دیپلم داشته، ٪۸۵/۳ رسمی بودند و ٪۴۹/۳ آنها تعداد افراد خانوارشان بین ۳-۱ نفر بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بر اساس نمره‌گذاری سنتی، ٪۱۵/۲ افراد مشکوک به اختلال روانی بودند (جدول ۱). نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در ایران (جدول ۴) نشان می‌دهد که طیف شیوع اختلالات روانی بین ٪۱۱/۹ (۵) تا ٪۳۰/۲ (۱۰) است. میزان شیوع اختلالات روانی در مطالعاتی که در آنها از پرسش‌نامه GHQ -28 استفاده شده از ٪۲۱ (۲) تا ٪۲۶/۹ (۱۲) متغیر می‌باشد البته در تمام این مطالعات، میانگین شیوع کل بین زن و ٪۴۷ این افراد آتش‌نشان بودند و بیش از ٪۹۰ آنها مشاغل عملیاتی داشتند. با در نظر گرفتن نمره برش ۲ در خصوص مقیاس‌های چهارگانه مورد بررسی در پرسش‌نامه GHQ -28، ٪۱۲/۵ افراد، از نظر دارا بودن علایم جسمانی مثبت بودند. ٪۱۷/۸ افراد دارای علایم مربوط به اضطراب و اختلال خواب بودند. ٪۷/۷ افراد اختلال عملکرد اجتماعی داشتند و صرفاً ٪۳/۹ آنها دارای افسردگی بودند.

در بین سؤالات مربوط به علایم جسمانی، بیشترین پاسخ مثبت مربوط به سؤال «احساس خوب و سرحال نبودن» با ٪۱۶/۷ بود. در بین سؤالات مربوط به «مقیاس اضطراب» بیشترین پاسخ مثبت مربوط به سؤال «بی‌خوابی به دلیل نگرانی» با ٪۲۳/۶ و «بیدار شدن وسط خواب» با ٪۲۴/۱ بود.

در بین سؤالات مربوط به «مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی» بیشترین پاسخ مثبت مربوط به «ناتوانی در وقت گذاشتن در کارها» با ٪۲۱/۴ بود. در بین سؤالات «مقیاس افسردگی» نیز بیشترین پاسخ مثبت مربوط به سؤالات «احساس ناامیدی» با ٪۵/۵، «احساس بی‌ارزش بودن زندگی» با ٪۵/۴ و «ناتوانی به‌دلیل خراب بودن اعصاب» با ٪۵/۳ بود. همچنین فکر خودکشی در ٪۱/۶ افراد مورد مطالعه وجود داشت.

جدول ۴- خلاصه نتایج مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در ایران

نام محقق یا محققین	سال	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	نمونه	زنان	مردان	کل
باش (۱۷)	۱۹۶۴	روستایی شیراز	مصاحبه بالینی	۴۹۷	۱۶/۵	۷/۷	۱۱/۹
باش (۱۸)	۱۹۶۹	روستایی خوزستان	مصاحبه بالینی	۴۸۲	–	–	۱۴/۹
باش (۱۹)	۱۹۷۳	شهری شیراز	مصاحبه بالینی	۶۲۲	۲۲/۴	۱۴/۹	۱۸/۶
داویدیان و همکاران (۲۰)	۱۳۵۳	شهرستان رودسر	مصاحبه بالینی	۴۸۸	–	–	۱۷
باقری‌یزدی و همکاران (۲۱)	۱۳۷۱	روستایی میبد یزد	SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران (۲۲)	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶
جاویدی و همکاران (۲۳)	۱۳۷۲	روستایی مرودشت فارس	SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران (۲۳)	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۳/–
حرازی و باقری‌یزدی (۲۵)	۱۳۷۳	شهری یزد	SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران (۳)	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۴۵۰	۲۶/۲	۷/۹	۱۸/۴
پالاهنگ و همکاران (۱۳)	۱۳۷۴	شهری کاشان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران (۱۴)	۱۳۷۴	شهری و روستایی گیلان	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸
جوافشانی و همکارن (۲۶)	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۶۱۲	–	–	۳۰/۲
افشاری‌منفرد و همکاران (۲۷)	۱۳۷۶	شهر سمنان	SCI-90-R و مصاحبه بالینی	۸۶۹	۱۸/–	۱۰/–	۱۴/–
نوربالا و همکاران (۱۱)	۱۳۷۸	شهر تهران	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۸۷۹	۲۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵
صادقی و همکاران (۱۶)	۱۳۷۹	شهر کرمانشاه	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۵۰۱	۳۲/۲	۱۶/۹	۲۵/۲
شمس‌علیزاده (۱۲)	۱۳۸۰	ساوجبلاغ	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
امیدی و همکاران (۱۵)	۱۳۸۱	شهر نطنز	GHQ-28 و مصاحبه بالینی	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳
نوربالا و همکاران (۱۱)	۱۳۷۸	سراسر کشور	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱/–
محمدی و همکاران (۲۸)	۱۳۸۰	سراسر کشور	SADS	۲۵۱۸۰	۲۳/۴	۱۰/۸۷	۱۷/۱۰

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

مرد این میزان بوده است. طیف شیوع اختلالات روانی بین مردان در مطالعات فوق‌الذکر از ۱۴/۹٪ (۱۱) تا ۱۷/۲٪ (۱۵) متغیر است که یافته‌های این بررسی در طیف نتایج به‌دست آمده توسط بالاهنگ و یعقوبی (۱۴)، صادقی و همکاران (۱۶)، شمس علیزاده و همکاران (۱۲)، نوربالا و همکاران (۱۱)، اُمیدی و همکاران (۱۵) و صادقی و همکاران (۱۶) می‌باشد. شیوع ۱۵/۲٪ به‌دست آمده در این بررسی نسبت به شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی به‌دست آمده توسط نوربالا و همکاران در سال ۱۳۷۸ که توسط پرسش‌نامه GHQ -28 صورت پذیرفته (۱۴/۹٪) اندکی بالاتر است. هر چند این تفاوت (۰/۳٪) به لحاظ آماری معنادار و قابل قبول می‌باشد (۱۱).

مقایسه یافته‌های این بررسی با نتایج مطالعات همه‌گیری اختلالات روانی در جهان (جدول ۵) نشان دهنده این است که میزان شیوع به‌دست آمده در این بررسی در مقایسه با مطالعاتی که از پرسش‌نامه GHQ -28 استفاده نموده‌اند از میزان شیوع به‌دست آمده در مطالعه لهتینن و همکاران[1] (۳۵)، فونز و همکاران در کشورهای چین و هند (۴۲) و روکا[2] و همکاران (۴۳) «پایین‌تر» و با نتایج به‌دست آمده از مطالعه رومنس- کلارکسون[3] و همکاران (۳۶) و فونز[4] و همکاران در مالزی (۴۲) هم‌خوانی دارد. البته باید در نظر داشت که اعداد ذکر شده در جدول ۵ مربوط به شیوع اختلالات بدون در نظر گرفتن جنسیت است و در مطالعه رومنس- کلارکسون و همکاران (۳۶)، جمعیت مورد مطالعه صرفاً زنان شهری و روستایی بودند. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین اختلال روانی و افزایش سن ارتباط معنادار مثبتی وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که در جمعیت بالای ۳۵ سال، شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی بیشتر از جمعیت زیر ۳۵ سال است. این مقایسه در دو گروه متأهلین و مجردها نیز صورت پذیرفت که یافته مشابهی را در برداشت و در هر دو گروه شیوع موارد مشکوک به اختلالات روانی با افزایش سن به‌صورت معناداری افزایش می‌یافت.

جدول ۵- خلاصه نتایج مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در جهان

نام محقق یا محققین	سال	محل انجام پژوهش	ابزار پژوهش	نمونه	درصد شیوع اختلالات
وایزمن، مایرز (۲۹)	۱۹۷۸	نیوهیون امریکا	SADS	۵۱۱	۱۵/۱
هاردینگ و همکاران (۳۰)	۱۹۸۰	مراکز بهداشتی درمانی ۴ کشور	SRQ, PSE	۱۶۲۴	۱۳/۹
		کلمبیا			۱۰/۸
		هند			۱۷/۷
		سودان			۱۰/۶
		فیلیپین			۱۶/۳
رژیل و همکاران (۳۱)	۱۹۸۸	NIMH- ECA (۵ منطقه)	DIS و مصاحبه بالینی	۱۸۵۷۱	۱۵/۴
		نیوهیون			۱۴/۵
		بالتیمور			۱۹/۸
		سن‌لوئیس			۱۲/۹
		دورهام			۱۹/۳
		لوس‌آنجلس			۱۵/۴
مدیانوس و همکاران (۳۲)	۱۹۸۷	آتن یونان	لانگنر، SADS	۱۵۷۷	۱۹/۴
وازکوئزبارکوئیر (۳۳)	۱۹۸۷	روستایی کانت بریای اسپانیا	GHQ-60	۱۲۳۳	۱۴/۷
بارت و همکاران (۳۴)	۱۹۸۸	هانور امریکا	SADS, SCL-90	۱۰۵۵	۲۶/۵
لمتین و همکاران (۳۵)	۱۹۹۰	تورکن فنلاند	GHQ- 28	۷۴۲	۱۷/۴
رومنس کلارکسون (۳۷)	۱۹۹۰	زنان شهری و روستایی نیوزیلند	GHQ- 28	۱۵۱۶	۱۵/۱
استانسفلد و همکاران (۳۷)	۱۹۹۱	ولز جنوبی	GHQ- 30 و مصاحبه بالینی	۱۶۷۰	۲۲
بهار و همکاران (۳۸)	۱۹۹۲	پالمبانگ اندونزی	GHQ- 30 و مصاحبه بالینی	۱۶۷۰	۲۰
کسلر و همکاران (۳۹)	۱۹۹۴	امریکا	مصاحبه CIDI	۸۹۰۸	۳۰
لی و همکاران (۴۰)	۱۹۹۰	شهری و روستایی سئول کره جنوبی	DIS	۵۱۰۰	۳۹/۸
هولیفیلد و همکاران (۴۱)	۱۹۹۰	لسوتو افریقا	SCL- 90	۱۱۳۰	۲۲/۶
مدیانوس و همکاران (۳۲)	۱۹۸۷	هلند	GHQ- 28 و PSE	۳۲۳۲	۳/۷
فونز و همکاران (۴۲)	۱۹۹۸	کشورهای چین، هند و مالزی	GHQ- 28 و مصاحبه بالینی	۳۰۲۰	۱۶/۶
		چین			۱۷/۴
		مالزی			۱۵/۱
		هند			۱۷/۸
روکا و همکاران (۴۳)	۱۹۹۹	بالریک اسپانیا	GHQ- 28 و SCAN	۶۹۷	۲۱/۴

[1] Lehtinen
[2] Roca

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

[3] Romans-Clarkson
[4] Fones

در بررسی انجام شده توسط نوربالا و همکاران که با استفاده از پرسش‌نامه GHQ -28 در سراسر کشور صورت پذیرفته است نیز با افزایش سن، شیوع اختلالات روانی افزایش می‌یابد که با یافته‌های این مطالعه منطبق است. بررسی یعقوبی و همکاران (۱۴) بر روی جمعیت شهری و روستایی با استفاده از پرسش‌نامه مذکور و مصاحبه بالینی نیز مؤید این مطلب است؛ هر چند در دیگر بررسی‌های انجام شده در ایران با افزایش سن، شیوع اختلالات روانی کاهش یافته است.

نتایج این پژوهش همچنین دلالت بر آن دارد که میزان شیوع اختلال روانی در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد است. ولی وقتی در گروه‌های سنی به‌صورت مجزا بررسی صورت می‌گیرد بین شیوع اختلال روانی و وضعیت تأهل، ارتباط معنادار آماری وجود ندارد و به‌نظر می‌رسد ارتباط به‌دست آمده بین دو متغیر شیوع اختلال روانی و وضعیت تأهل به‌علت فاکتور مخدوش کننده سن باشد. عمده بررسی‌های انجام شده در سطح جامعه بر شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل نسبت به مجرد تأکید دارند. وجود استرس ناشی از «از دست دادن شغل فعلی، نداشتن تجربه کافی، مواجهه با مشکلات زندگی و به‌خصوص مشکلات مالی» را می‌توان از جمله دلایل بالاتر بودن شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل دانست.

در مطالعات وازکوئزبارکوئرو[1] و همکاران (۳۳) ، مدیانوس[2] و همکاران (۳۲)، استانسفلد[3] و همکاران (۳۷)، باقری‌یزدی و همکاران (۲۱) و جاویدی و همکاران (۲۳) میزان شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد بوده است. هر چند مشخص نیست در این مطالعات فاکتور مخدوش کننده سن در نظر گرفته شده است یا خیر. اطلاعات به‌دست آمده از این بررسی نشان‌دهنده این است که میزان شیوع اختلال روانی در افراد با تحصیلات سیکل و زیر آن بیشتر از افراد با تحصیلات دیپلم و بالاتر است. بررسی‌های انجام گرفته در ایران، همگی دلالت بر بالاتر بودن شیوع اختلال روانی در افراد بی‌سواد داشته است و سواد از جمله عوامل پیشگیری کننده اختلالات روانی به‌شمار می‌آید (۱۱ و ۱۲ و ۱۵ و ۲۶).

به نظر می‌رسد علت افزایش موارد مشکوک به اختلالات روانی در این ۴ گروه ناشی از این امر می‌باشد. در سایر مشاغل، شیوع اختلالات روانی زیر ۱۷٪ بوده است و کمترین میزان آن در بین رؤسای این گروه‌ها، کارشناسان واحد ایمنی و آتش‌نشانان می‌باشد. با توجه به موارد فوق‌الذکر بین شیوع موارد مشکوک به اختلال روانی و افزایش سن، افزایش مدت اشتغال در پست، اشتغال در برخی مشاغل و سطح تحصیلات پایین، ارتباط معنادار مثبتی وجود دارد.

تشکر و قدردانی

از کارشناسان محترم مرکز بهداشت شهرداری تهران که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند و از مدیریت و کارکنان سازمان آتش‌نشانی تهران که در این تحقیق با ما همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

[1] VazquezBarquero
[2] Medianos
[3] Stansfield

References

1- The world health reports 2001. Mental health: new undersanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. Available at: http://discovermagazine.com/2000/oct/featworld/

۲- نوربالا اع، محمد ک، باقری‌یزدی س‌ع و همکاران. بررسی وضعیت سلامت روان در افرد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران. مجله حکیم ۱۳۸۱؛ ۵ (۱): ۱۰-۱.

۳- حسینی س‌اق. اصول بهداشت روانی. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ ۱۳۸۰.

۴- کاپلان ه، سادوک ب. خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی. پورافکاری ن‌ا (ترجمه). جلد سوم. تهران: انتشارات شهر آشوب؛ ۱۳۸۲: ۶۸۵ -۶۷۱.

5- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. Psychol Med 1979; 9: 131-145.

6- Goldberg D. The detection of psychiatric illness by Questionnaire. London: Oxford University Press; 1973: Monographs n.21.

7- Williams P, Goldberg DP, Mari J. The validity of the GHQ questionnaire. Soc Psychiatrsy 1987; 21: 15.

8- Goldberg D, Gater R, Sartorius N, et al. The validity of two version of the GHQ in general health care. Psychol Med 1997; 27 (1): 19.

9- Hodiamont P, Peer N, Syben N. Epidemiological aspects of psychiatric disorder in a Dutch health area. Psychol Med 1987; 17: 495-505.

10- Cheung P, Spears G. Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994; 29: 95-99.

۱۱- نوربالا اع، محمد ک، باقری‌یزدی س‌ع. بررسی شیوع اختلال‌های روان‌پزشکی در شهر تهران. مجله پژوهشی حکیم ۱۳۷۸؛ ۲ (۴): ۲۲۳-۲۱۲.

۱۲- شمس‌علیزاده ن، بوالهری ج، شاه‌محمدی د. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی استان تهران. اندیشه و رفتار ۱۳۸۰؛ ۷ (۲۵و۲۶): ۲۱-۱۹.

۱۳- پالاهنگ ح، نصر م، براهنی م‌ت و همکاران. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در شهر کاشان. اندیشه و رفتار ۲؛۱۳۷۴ (۴): ۲۷-۱۹.

۱۴- یعقوبی ن، نصر م، شاه‌محمدی د. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرای گیلان. اندیشه و رفتار ۱۳۷۴؛ ۱ (۴): ۶۵-۵۵.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]

۱۵- امیدی ع، طباطبایی ا، سازور س و همکاران. بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر نطنز اصفهان. اندیشه و رفتار ۱۳۸۲؛ ۳۱: ۲۵-۲۰.

۱۶- صادقی خ‌ا، صابری س‌م، عصاره م. همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در جمعیت شهری کرمانشاه. اندیشه و رفتار ۱۳۷۹؛۶ (۲-۳): ۲۵-۱۶.

17 Bash KW, Bash-Liechtic J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the population of the city of Shiraz, Iran. Soc Psychiatry 1964; 9: 163-171.

18 Bash KW, Bash-Liechtic J. Studies on the epidemiology of neuropsychiatric disorders among the rural population of the province of Khuzestan, Iran. Soc Psychiatry 1969; 4: 137-143.

۱۹- باش ک. روح نابسامان. صاحب الزمانی ن‌ا (مؤلف). تهران: انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطایی؛ ۱۳۴۲: ۱۲۲-۹۴.

۲۰- داویدیان ه، ایزدی س، نهاپتیان و و همکاران. بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری‌های روانی در منطقه خزر، شهرستان‌رودسر. نشریه بهداشت ایران ۱۳۵۰ ؛۳ (۴): ۱۴۵-۵۶.

۲۱-. باقری‌یزدی س‌ع، بوالهری ج، شاه‌محمدی د. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی میبد یزد. اندیشه و رفتار ۱۳۷۱؛ ۱ (۱): ۴۲-۳۲.

۲۲- بهادرخان ج. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روانشناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۷۲.

۲۳- جاویدی ح ا. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت- فارس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۷۲.

۲۴- کوکبه ف. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران؛ ۱۳۷۲.

۲۵- حرازی مع، باقری‌یزدی س‌ع. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری شهرستان یزد. یزد: انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد؛ ۱۳۷۳.

۲۶- جوافشانی مع، ندیم ا. بررسی میزان شیوع بیماری‌های نوروتیک در شهر مسکونی الوند و صنعتی قزوین. پایان‌نامه برای دریافت درجه دکترای تخصصی در رشته اپیدمیولوژی. تهران: دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۷۴.

۲۷- افشاری‌منفرد ژ، باقری‌یزدی س‌ع، بوالهری ج. بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در بین مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان. طب و تزکیه ۱۳۷۶؛ ۲۶: ۱۵-۱۰.

۲۸ . محمدی مر، داویدیان ه، نوربالا اع و همکاران. همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران، سال ۱۳۸۰. مجله پژوهشی حکیم ۱۳۸۲؛ ۶ (۱): ۶۴-۵۵.

29- Weissman MM, Mayers JK, Harding PS. Psychiatricdisorders in a U.S urban community. Am J Psychiatry 1978; 135: 456- 462.

30- Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, et al. Mental disorders in PHC: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychol Med 1980; 10: 231- 241.

31- Regier DA, Boyd JH, Burde JD, et al. Onemonth prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 977- 986.

32- 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.

33- Vazquez- Barquero JL, Diez- Manrique JF, Pena C, et al. Two stage design in a community survey. Br J Psychiatry 1986; 149: 88- 91.

34- Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, et al. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 1100- 1106.

35- Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, et al. Prevalence of mental disorders among adults in Finland. Acta Psychiatr Scand 1991; 81: 418- 425.

36- Romans- Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP, et al. Psychiatric morbidity among women in urban and rural NewZeland. Br J Psychiatry 1990; 156: 84- 91.

37- Stansfield SA, Marmot MG. Social class and minor Psychiatric disorder in British civil servants: A validated screening survey using the General Health Questionnaire. Pscychol Med 1992; 22: 739- 749.

38- Bahar E, Henderson AS, Mackinon AJ. An epidemplogical study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatra, Indonesia. Acta Psychiatr Scand 1992; 85: 257- 63.

39- Kessler RC, Mcgonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSMIIIR psychiatric disorders in the United State. Arch Gen Psychiarty 1994; 51:9- 19.

40- Lee CK, Kwak YS, Yamamoto J, et al. J Nerv Ment Dis 1990; 178 (4): 242- 246.

41- Hollifield M, Laton W, Spain D, et al. Anxiety and depression in a village of Lesotho: a comparison with the United States. Br J Psychiatry 1990; 156: 343- 350.

42- Fones C, Kua E, Ko S. Studying the meutal health of Singapore. Singapore Med J 1998; 53:251-50.

43- Roca M, Gili M, Ferrer V, et al. Mental disorders on the Island of Formentera, Spain. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34: 410-5.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-30]