



## شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران

دکتر حسین کاویانی\*، دکتر سیدعلی احمدی اهری\*\*، دکتر محمد دهقان\*\*\*، دکتر محمدعلی منصورنیا\*\*\*،  
دکتر مازیار خرمشاهی\*\*\*، دکتر محمدرضا قدیرزاده\*\*\*، دکتر علیرضا دادپی\*\*\*، دکتر امیر چهاردهی\*\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی را در جمعیت ۶۴-۲۰ سال شهر تهران در تابستان و زمستان سال ۱۳۷۹ بررسی کرد. **روش:** ۱۰۷۰ نفر از ساکنان تهران به صورت خوشه‌ای تصادفی از مناطق مختلف شهر در آزمون سرگرد اضطراب (پرسشنامه اضطراب بک) شرکت کردند و افراد دارای نمره بالاتر از حدنصاب در پرسشنامه سنجش اضطراب، مورد مصاحبه روانپزشکی قرار گرفتند. سپس بود و نبود و نیز نوع اختلال آن‌ها تعیین شد. مصاحبه‌کنندگان آموزش لازم را دریافت و از نتایج آزمون اضطراب آزمودنی‌ها آگاهی نداشتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بیش از ۱۵٪ افراد مورد بررسی از یکی از اختلال‌های اضطرابی رنج می‌برده‌اند. همچنین میزان اضطراب زنان در کل نمونه مورد بررسی ۳-۲ برابر مردان است. **نتیجه:** این پژوهش دارای شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با بررسی‌های پیشین است.

Andeeshah  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار

۴

### کلید واژه: اختلال‌های اضطرابی، شیوع، شهر تهران، پرسشنامه اضطراب بک

#### مقدمه

اضطراب بر خلاف افسردگی (که واکنشی در برابر فقدان، و متوجه گذشته است) واکنشی در برابر تهدید و معطوف به آینده است. تهدید می‌تواند خطر، نبود حمایت و محرک‌های ناآشنا را دربرگیرد. اضطراب بهنجار افراد را آماده محافظت در برابر تهدیدها می‌کند. اضطراب تا اندازه‌ای برای رویارویی با شرایط

نزدیک به نیم‌میلیارد نفر در جهان از اختلال‌های روانی رنج می‌برند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳) و بخش بزرگی از این افراد را مبتلایان به اختلال‌های اضطرابی تشکیل می‌دهند. اضطراب یک تجربه هیجانی ناخوشایند و دارای نشانه‌های جسمی نیز می‌باشد.

\* دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه (نویسنده مسئول).  
\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران. تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.  
\*\*\* پزشک عمومی، تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.

اختلال بیرون‌هراسی<sup>۱۳</sup> ۲/۸٪، اجتماع‌هراسی<sup>۱۴</sup> ۳/۱٪، هم‌چنین هراس ساده<sup>۱۵</sup> ۸/۸٪، اضطراب فراگیر<sup>۱۶</sup> ۳/۱٪. هم‌چنین در بررسی دیگری، ریگر<sup>۱۷</sup> و همکاران (۱۹۹۸) با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه برای شیوع یک‌ساله به ارقام زیر دست یافتند: آسیمیگی<sup>۱۸</sup> ۱/۳٪، بیرون‌هراسی ۵/۸٪، اجتماع‌هراسی ۴/۲٪، هراس ساده ۴/۲٪، اختلال وسواسی-جبری<sup>۱۹</sup> ۲/۱٪. زنان (با شیوع ۳۰/۵ درصد در طول عمر) احتمال بیشتری برای ابتلا نسبت به مردان (با شیوع ۱۹/۲ درصد) دارند (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

تاکنون بررسی‌های همه‌گیرشناسی چندی برای بررسی میزان شیوع اختلال‌های روانی در مناطق مختلف ایران صورت گرفته است. باقری‌یزدی، بوالهیری و شاه‌محمدی (۱۳۷۳) با کاربرد پرسشنامه SCL-90-R<sup>۱۸</sup> و مصاحبه بالینی نشان دادند که ۵/۵٪ ساکنان روستاهای میبد، مبتلا به اختلال اضطرابی هستند. به‌کمک روش و ابزار مشابهی، جاویدی (۱۳۷۲) نشان داد که ۴/۶٪ افراد ۱۵ سال و بالاتر روستاهای مرودشت از اختلال اضطرابی در رنج هستند. هم‌چنین بهادرخان (۱۳۷۲) در مناطق روستایی گناباد، این میزان را ۳/۸۷٪ گزارش کرد. میزان اختلال‌های اضطراب در مناطق روستایی آذرشهر تبریز، ۶/۵٪ بود (کوکبه، ۱۳۷۲). هم‌چنین حرازی و باقری‌یزدی (۱۳۷۳) به میزان ۵/۵٪ شیوع اختلال اضطرابی در ساکنان شهر یزد دست یافتند.

پالاهنگ، نصراصفهانی، برهنی و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) با استفاده از GHQ-28<sup>۱۹</sup> و ملاک‌های تشخیصی DSM-III-R<sup>۲۰</sup> دریافتند که ۱۱/۱۵٪ ساکنان

ناخوشایند کارساز است. لیکن اضطراب می‌تواند عملکرد عمومی فرد را مختل سازد. اضطراب هنگامی نابهنجار تلقی می‌شود که شدت و زمان آن با آسیب احتمالی ناهماهنگ باشد، و یا بدون هیچ تهدید قابل شناسایی رخ دهد. (نویز<sup>۱</sup> و هون-ساریک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸).

اضطراب نشانه‌های جسمی، روانی و بیش‌برانگیختگی<sup>۳</sup> را دربرمی‌گیرد. نشانه‌های جسمی به‌صورت عضلانی (لرزش، گرفتگی، و ضعف عضلانی) و خودکار<sup>۴</sup> (تعریق، پرتپشی قلب، سرخ‌شدن، گرگرفتگی، نفس‌تنگی، خشکی دهان، گرفتگی سینه، دل‌پیچه، تهوع و نیاز شدید به دفع ادرار و مدفوع) رخ می‌دهد که دو مورد اخیر در شرایط اضطراب شدید دیده می‌شود. تظاهرات روانی از جمله نشانه‌های شناختی موارد زیر را دربرمی‌گیرند: احساس تنش و ترس، احساس آسیمیگی، درماندگی در رویارویی با موقعیت، عدم قطعیت درباره آینده، نگران‌اندیشی<sup>۵</sup>، انتظار وقوع مصیبت و بلا (بورکوک<sup>۶</sup> و لیونفیلدز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳).

سرانجام، بیش‌برانگیختگی، گستره‌ای از رفتارها، از هشیاری بسیار تا حالت گوش‌به‌زنگ‌بودن شدید<sup>۸</sup> و تحریک زیاده از حد را دربرمی‌گیرد. در حالت اضطراب شدید، بیش‌برانگیختگی باعث می‌شود فرد دچار حواس‌پرتی (شکندگی حواس<sup>۹</sup>) و ناتوانی در توجه و تمرکز شود، و بی‌خوابی شبانه را در پی داشته باشد (نویز و هون-ساریک، ۱۹۹۸).

میزان شیوع اختلال‌های اضطراب در بررسی‌های گوناگون دارای تفاوت‌هایی است که این تفاوت‌ها احتمالاً ناشی از تفاوت در روش‌شناسی پژوهش، طول مدت در نظر گرفته شده برای ابتلا به اختلال (یک‌ماه، شش‌ماه، یک‌سال و یا طول زندگی) و نیز میزان شیوع اختلال در جامعه مورد بررسی است. به‌طور کلی، بررسی‌ها نشان می‌دهند شیوع اختلال‌های اضطرابی در جمعیت عمومی ۳۵٪-۱۵٪ در نوسان است (کسلر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). آن‌ها در پژوهشی با بهره‌گیری از روش مصاحبه، شیوع یک‌ساله اختلال‌های اضطرابی را به شرح زیر گزارش کردند: اختلال هراس<sup>۱۱</sup> ۲/۳٪،

- |   |                        |
|---|------------------------|
| 1- Noys   | 2- Hoehn-Saric         |
| 3- hyperarousal   | 4- automatic           |
| 5- worry  | 6- Borkovec            |
| 7- Lyonfields   | 8- excessive vigilance |
| 9- distractibility  | 10- Kessler            |
| 11- panic disorder  | 12- agoraphobia        |
| 13- social phobia   | 14- simple phobia      |
| 15- generalized anxiety                                   | 16- Reger              |
| 17- obsessive-compulsive disorder                         |                        |
| 18- Symptom CheckList-90-R                                |                        |
| 19- General Health Questionnaire -28                      |                        |
| 20- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |                        |

تفکیک سن، جنس در پنج ناحیه شهر تهران نشان می‌دهد.

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی جمعیت آماری پژوهش برحسب سن، جنس و مناطق پنج‌گانه مورد

بررسی

مناطق	گروه سنی	مردان فراوانی (%)	زنان فراوانی (%)	کل فراوانی (%)
شمال	۲۰-۲۹	۳۵۱۷۴(۳۷/۸۶)	۳۴۹۴۴(۳۷/۰۵)	۷۰۱۱۸(۳۷/۹۵)
	۳۰-۳۹	۳۳۳۳۱(۳۵/۳۷)	۴۰۶۴۳(۳۶/۴۶)	۷۳۹۷۴(۳۸/۹۰)
	۴۰-۴۹	۳۴۲۷۸(۳۷/۴۴)	۳۸۱۳۲(۳۴/۳۳)	۷۲۴۱۰(۳۵/۷۶)
	۵۰-۶۴	۲۸۹۱۶(۳۱/۳۶)	۲۱۷۵۲(۱۷/۸۴)	۴۹۶۶۸(۱۹/۰۹)
مرکز	کل	۱۳۰۹۴۹(۴۸/۳۶)	۱۲۹۱۵۲(۵۱/۶۴)	۲۶۰۱۰۱(۱۰۰)
	۲۰-۲۹	۲۸۳۱۶(۳۶/۱۴)	۲۵۲۳۶(۳۰/۱۵)	۵۳۵۵۲(۲۰/۳۶)
	۳۰-۳۹	۲۷۱۹۳(۳۹/۹۰)	۲۵۰۴۷(۲۹/۹۴)	۵۲۲۴۰(۲۹/۹۲)
	۴۰-۴۹	۱۸۷۱۷(۲۰/۵۸)	۱۷۳۹۹(۲۰/۸۹)	۳۶۱۱۶(۲۰/۷۸)
شرق	۵۰-۶۴	۱۶۶۹۹(۱۷/۳۶)	۱۵۹۸۳(۱۹/۱۰)	۳۲۶۸۲(۱۷/۷۲)
	کل	۹۰۹۲۵(۵۲/۰۸)	۸۳۶۵۵(۴۷/۹۲)	۱۷۴۵۸۰(۱۰۰)
	۲۰-۲۹	۲۹۴۹۴(۳۰/۸۵)	۳۰۹۵۵(۳۲/۶۸)	۶۰۴۴۹(۳۴/۸۶)
	۳۰-۳۹	۲۸۴۱۳(۲۹/۸۰)	۲۷۳۳۵(۲۸/۷۵)	۵۵۷۴۸(۳۱/۷۸)
جنوب	۴۰-۴۹	۱۸۴۱۲(۱۹/۳۶)	۱۸۹۵۲(۲۰/۰۱)	۳۷۳۶۴(۱۹/۳۳)
	۵۰-۶۴	۱۹۱۹۱(۲۰/۰۷)	۱۷۵۱۲(۱۷/۵۴)	۳۶۷۰۳(۱۹/۳۱)
	کل	۹۵۵۸۰(۵۰/۲۴)	۹۴۷۰۴(۴۹/۷۶)	۱۹۰۲۸۴(۱۰۰)
	۲۰-۲۹	۲۴۱۵۰(۳۵/۹۵)	۱۸۵۶۱(۳۰/۸۸)	۴۲۷۱۱(۳۳/۵۵)
غرب	۳۰-۳۹	۱۹۳۳۴(۲۸/۷۸)	۱۸۰۲۱(۲۹/۹۸)	۳۷۳۵۵(۲۹/۳۵)
	۴۰-۴۹	۱۲۱۰۴(۱۷/۰۲)	۱۲۰۱۴(۱۶/۹۸)	۲۴۱۲۵(۱۸/۹۵)
	۵۰-۶۴	۱۱۵۷۱(۱۷/۲۲)	۱۱۵۰۹(۱۶/۱۴)	۲۳۰۸۰(۱۷/۱۳)
	کل	۶۷۱۵۹(۵۲/۸۷)	۶۰۱۰۵(۴۷/۳۳)	۱۲۷۲۶۴(۱۰۰)
کل	۲۰-۲۹	۲۹۴۴۴(۴۰/۲۱)	۲۸۴۲۵(۴۰/۵۷)	۵۷۸۶۹(۴۵/۳۳)
	۳۰-۳۹	۲۹۰۰۳(۳۸/۵۴)	۱۸۷۸۵(۲۸/۱۳)	۴۷۷۸۸(۳۷/۳۴)
	۴۰-۴۹	۱۳۳۸۱(۱۶/۸۹)	۱۱۸۹۹(۱۷/۸۲)	۲۵۲۸۰(۱۹/۳۳)
	۵۰-۶۴	۱۰۵۰۴(۱۴/۳۴)	۷۶۵۶(۱۱/۴۶)	۱۸۱۶۰(۱۴/۹۷)
کل	۷۳۲۱۹(۵۲/۳۶)	۶۶۶۶۵(۴۷/۶۹)	۱۳۹۸۸۴(۱۰۰)	

مناطق شهری کاشان به اختلال اضطرابی دچارند. با روش مشابهی، یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) در مناطق روستایی صومعه‌سرا به میزان ۷/۲۵٪ اختلال اضطرابی دست یافتند. مطالعه نوربالا، محمد و باقری یزدی (۱۳۷۸)، با استفاده از GHQ-28 و فهرست واریسی بالینی بر اساس DSM-IV، شیوع ۹/۸ درصدی اختلال‌های اضطرابی را در شهر تهران گزارش کردند. هم‌چنین نوربالا، محمد، باقری یزدی و یاسمی (۱۳۸۰) تنها با کاربرد GHQ-28 به‌عنوان ابزار سرنند نشان دادند که ۲/۳٪ از مردم ایران و ۲/۹٪ مردم تهران دچار اضطراب هستند.

مطالعه حاضر بر آن بود تا با روشی سامان‌یافته به بررسی شیوع یک‌ماهه اختلال‌های اضطرابی در جمعیت شهر تهران بپردازد.

## روش

Andeesheh  
Va  
Raftar  
اندیشه و رفتار

۶

جمعیت مورد بررسی را افراد ۲۰-۶۴ ساله ساکن تهران تشکیل دادند. آزمودنی‌ها بایست آن اندازه با زبان فارسی آشنا می‌بودند که پرسش‌ها را درک کنند و به آن‌ها پاسخ دهند. رضایت شخصی، شرط ورود به بررسی بود. برای اجرای پژوهش از مناطق بیست‌ودوگانه تهران به تصادف پنج منطقه از شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تهران انتخاب شدند و با توجه به شیوع ۳۵-۱۵ درصدی اضطراب و با به‌کارگیری معیارهای مربوط به محاسبه تعداد آزمودنی‌ها برای نمونه‌گیری همه‌گیرشناختی، ۱۰۷۰ نفر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. این رقم با ملاحظه احتمال ریزش و رعایت اطمینان در نظر گرفته شد. در مجموع ۱۸ نفر از شرکت در بررسی خودداری کردند.

روش نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای تصادفی بود؛ به‌گونه‌ای که با توجه به نسبت سن و جنس جمعیت عمومی هر منطقه، نمونه مورد نظر انتخاب شد. با مراجعه به منازل انتخاب‌شده در هر واحد مسکونی، یک نفر مورد آزمون قرار گرفت. جدول ۱ و ۲ به ترتیب، توزیع فراوانی و جمعیت آماری آزمودنی‌ها را به

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش برحسب سن و جنس و مناطق پنج‌گانه مورد بررسی

مناطق	گروه سنی	مردان		زنان		کل فراوانی (%)
		فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
شمال	۲۰-۲۹	۴۱ (۲۶/۸)	۴۲ (۲۷/۶)	۸۳ (۲۴/۹)		
	۳۰-۳۹	۳۷ (۲۴/۲)	۴۷ (۳۰/۹۲)	۸۴ (۲۷/۵۴)		
	۴۰-۴۹	۴۰ (۲۶/۱)	۳۹ (۲۵/۷)	۷۹ (۲۶/۹)		
	۵۰-۶۴	۳۵ (۲۲/۹)	۲۴ (۲۴/۸۷)	۵۹ (۱۹/۳۴)		
	کل	۱۵۳ (۵۰/۲)	۱۵۲ (۴۹/۸)	۳۰۵ (۱۰۰)		
مرکز	۲۰-۲۹	۳۴ (۳۱/۸)	۳۲ (۳۱/۷)	۶۶ (۳۱/۴)		
	۳۰-۳۹	۳۱ (۲۹)	۲۸ (۲۷/۷)	۵۹ (۲۸/۱)		
	۴۰-۴۹	۲۳ (۲۱/۵)	۲۱ (۲۰/۸)	۴۴ (۲۱/۱۵)		
	۵۰-۶۴	۱۹ (۱۷/۸)	۲۰ (۱۹/۸)	۳۹ (۱۸/۷۵)		
	کل	۱۰۷ (۵۱/۴۴)	۱۰۱ (۴۸/۵۶)	۲۰۸ (۱۰۰)		
شرق	۲۰-۲۹	۳۴ (۳۰/۹)	۳۶ (۳۲/۴۳)	۷۰ (۳۱/۷)		
	۳۰-۳۹	۳۲ (۲۹/۰۹)	۳۳ (۲۹/۷۲)	۶۵ (۲۹/۴۱)		
	۴۰-۴۹	۲۱ (۱۹/۰۹)	۲۲ (۱۹/۸۱)	۴۳ (۱۹/۴۵)		
	۵۰-۶۴	۲۳ (۲۰/۹)	۲۰ (۱۸/۰۱)	۴۳ (۱۹/۴۵)		
	کل	۱۱۰ (۴۹/۷۷)	۱۱۱ (۵۰/۲۳)	۲۲۱ (۱۰۰)		
جنوب	۲۰-۲۹	۲۷ (۳۵/۰۶)	۲۲ (۳۰/۰۸)	۴۹ (۳۳/۱)		
	۳۰-۳۹	۲۱ (۲۷/۲۷)	۲۱ (۲۹/۵۷)	۴۲ (۲۸/۳۷)		
	۴۰-۴۹	۱۵ (۱۹/۴۸)	۱۴ (۱۹/۷)	۲۹ (۱۹/۵۹)		
	۵۰-۶۴	۱۴ (۱۸/۱۸)	۱۴ (۱۹/۷)	۲۸ (۱۸/۹۱)		
	کل	۷۷ (۵۲)	۷۱ (۴۸)	۱۴۸ (۱۰۰)		
غرب	۲۰-۲۹	۳۷ (۴۱/۱)	۳۴ (۴۲/۵)	۷۱ (۴۱/۷۶)		
	۳۰-۳۹	۲۵ (۲۷/۷۷)	۲۲ (۲۷/۵)	۴۷ (۲۷/۶۴)		
	۴۰-۴۹	۱۵ (۱۶/۶۶)	۱۵ (۱۸/۷۵)	۳۰ (۱۷/۶۴)		
	۵۰-۶۴	۱۳ (۱۴/۴)	۹ (۱۱/۲۵)	۲۲ (۱۲/۹۴)		
	کل	۹۰ (۵۲/۹)	۸۰ (۴۷/۱)	۱۷۰ (۱۰۰)		

ارزیابی‌ها در دو مرحله صورت گرفت. مرحله نخست کارنامه پرسشنامه اضطراب بک BAI<sup>۱</sup> برای سرنده آزمودنی‌هایی به کاربده شد (بک<sup>۲</sup>، آپستین<sup>۳</sup> و براون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۳) که احتمال داشت به یکی از اختلال‌های اضطرابی مبتلا باشند. این پرسشنامه براساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و نمره بالاتر، اضطراب بیشتر

را نشان می‌دهد. این پرسشنامه توسط خودآزمودنی‌ها تکمیل می‌شد.

در مرحله دوم، یک فهرست وارسی براساس نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی در DSM-IV (انجمن روان‌پزشکی امریکا<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴) به کار گرفته شد تا وجود و نوع اختلال تعیین شود. این فهرست وارسی توسط مصاحبه‌کنندگان به‌طور شفاهی پرسیده می‌شد. هم‌چنین یک پرسشنامه جمعیت‌شناختی پژوهشگر- ساخته برای دستیابی به ویژگی‌های هر فرد به‌کار برده شد.

پرسشگران در مرحله سرنده، ۹ نفر از کارورزان پزشکی عمومی (۶ مرد و ۳ زن) و مصاحبه‌کنندگان در مرحله تشخیص ۲ نفر از دستیاران سال سوم روانپزشکی بودند. ارزیابان در چند جلسه آموزش شیوه اجرای طرح، شرکت و از مجریان طرح آموزش‌های لازم را دریافت کردند.

پیش از آغاز مرحله اصلی طرح، ۵٪ اعضای نمونه به‌عنوان بررسی راهنما<sup>۶</sup> توسط ارزیابان مورد آزمون و مصاحبه قرار گرفتند. این بررسی برای تجربه‌اندوزی، ارزیابی همکاران طرح، شناسایی مشکلات و ضعف‌ها و زمینه‌سازی برای اجرای درست‌تر در پژوهش اصلی انجام شد.

این بررسی وجود اختلال اضطرابی را در یک‌ماه اخیر بررسی کرد. پرسشگران در مرحله سرنده با مراجعه به منازل مسکونی، اولین فردی را که برای پاسخگویی حضور می‌یافت، دعوت به شرکت در طرح پژوهشی می‌کردند و چنانچه شرایط سنی و جنسی او با جداول سهمیه‌بندی‌شده، هماهنگ نبود، از میان افراد موجود در منزل تقاضای همکاری می‌شد. پس از جلب رضایت فرد برای شرکت، توضیح کافی در مورد هدف‌های طرح داده می‌شد. پس از تکمیل پرسشنامه جمعیت‌شناختی از آزمودنی درخواست می‌شد تا پرسشنامه اضطراب بک را تکمیل کند.

در مرحله دوم، مصاحبه‌کنندگان به منازل همه کسانی که نمره اضطراب آن‌ها از نمره برش (در این

- 1- Beck Anxiety Inventory (BAI)
- 2- Beck
- 3- Apstein
- 4- Brown
- 5- American Psychiatric Association
- 6- pilot study

جمعیت مورد بررسی به یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی دچار بوده‌اند. ورود عامل جنسیت به محاسبه، روشن می‌سازد که زنان (۲۲/۹٪) سه‌برابر مردان (۷/۱٪) احتمال ابتلا به اختلال‌های اضطرابی را دارا می‌باشند. در مقایسه با مردان، شیوع اضطراب فراگیر در زنان، نزدیک به ۳ برابری، هراس ۴ برابری، وسواس فکری- عملی ۳/۵ برابری، اختلال پس از ضربه استرسی بیش از ۳ برابری، و آسیمیگی ۲ برابری است. آزمون خسی‌دو نشان‌دهنده معنی‌داری این تفاوت‌هاست (جدول ۵).

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب سن، شغل، وضعیت تأهل و تحصیلات

ویژگی‌ها	طبقات	فراوانی	درصد
سن	۲۰-۲۹	۳۳۳	۳۱/۷
	۳۰-۳۹	۳۰۷	۲۹/۲
	۴۰-۴۹	۲۱۴	۲۰/۳
جنس	مرد	۱۹۸	۱۸/۸
	زن	۵۳۶	۵۱
	کارگر	۵۱۶	۴۹
شغل	کارمند	۲۲۴	۲۱/۳
	شغل آزاد	۷۲	۶/۸
	دانشجو	۱۸۹	۱۸
وضعیت تأهل	خانه‌دار/بیکار	۸۹	۸/۵
	بی‌پاسخ	۴۵۶	۴۳/۳
	مجرد	۲۲	۲/۱
تحصیلات	متاهل	۲۴۷	۲۳/۵
	جدانشده/بیوه	۷۶۲	۷۲/۴
	بی‌پاسخ	۳۵	۳/۳
وضعیت تأهل	تاراهنمایی	۸	۰/۸
	دیبرستان‌ودیلیم	۳۸۰	۳۶/۱
	آموزش عالی	۴۰۴	۳۸/۴
بی‌پاسخ	۲۶۳	۲۵	
بی‌پاسخ	۵	۰/۴۷	

جدول ۴- میزان شدت اضطراب در آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنس

شدت	مرد فراوانی (%)	زن فراوانی (%)	کل فراوانی (%)
زیر نقطه‌برش (بدون علامت)	۴۷۷ (۸۹)	۳۶۵ (۷۱)	۸۴۲ (۸۰)
خفیف	۴۹ (۹/۱)	۱۱۷ (۲۲/۸)	۱۶۶ (۱۵/۸)
متوسط به بالا	۷ (۱/۳)	۳۲ (۶/۲)	۴۰ (۳/۸)
	$X^2=58/77$	$P<0/001$	

پژوهش (نمره ۱۵) بالاتر بود و نیز ۵٪ از کسانی که پایین‌تر از نمره برش آورده بودند، دوباره مراجعه و فهرست واری‌ها را با هدف تشخیص اختلال تکمیل کردند. واردکردن ۵ درصد نمونه سالم برای کنترل سوگیری ارزیابان در مرحله دوم صورت گرفت. زیرا آن‌ها از نمره اضطراب مراجعه‌شوندگان بی‌خبر بودند.

آزمون‌گران و مصاحبه‌کنندگان در همه روزهای هفته (از جمله روزهای تعطیل) به منازل پاسخگویان مراجعه نموده و فاصله زمانی بین مراجعه اول و دوم نمی‌بایست بیش از دو هفته می‌شد. همچنین برای کنترل عامل فصل، نمونه‌گیری در دو فصل تابستان و زمستان صورت گرفت.

### یافته‌ها

جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که در جدول یادشده دیده می‌شود (۱) فراوانی آزمودنی‌ها با افزایش سن کاهش می‌یابد (که با بافت جمعیتی ایران همخوان است)؛ (۲) فراوانی مردان و زنان یکسان است؛ (۳) درصد افراد در وضعیت‌های شغلی متفاوت، یکسان نیست؛ (۴) از نظر تأهل، فراوانی متأهلان شرکت‌کننده در بررسی سه‌برابر افراد مجرد است؛ (۵) شمار آزمودنی‌های دارای تحصیلات عالی (دانشگاهی) یک‌چهارم افراد دارای رده‌های پایین‌تر تحصیلاتی است. به نظر می‌رسد، این نیمرخ توصیفی با نیمرخ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جامعه شهری ایران هماهنگ است (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۹).

یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان شدت اضطراب در زنان و مردان مورد بررسی متفاوت و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است (جدول ۴).

بر اساس آزمون  $t$  تفاوت نمره‌های اضطراب زنان (۱۲/۳۶=میانگین) و مردان (۷/۲۳=میانگین) معنی‌دار ( $P<0/001$  و  $t=9/88$ ) بود. این تصویر با توجه به جدول ۴، که درصد ابتلا به اختلال‌های اضطرابی را نشان می‌دهد، روشن‌تر می‌شود. نزدیک به ۱۵٪ از

تشخیص	مرد (%)	زن (%)	کل	نمره‌خی‌دو	سطح معنی‌داری
بدون نشانه	۹۲/۹	۷۷/۱	۸۵/۲	۰/۷۳	N.S.
اضطراب فراگیر	۳	۱۱/۱	۷/۴	۱۷/۷۷	۰/۰۰۰۱
هراس	۰/۸	۳/۵	۲	۸/۹۱	۰/۰۰۳
وسواس فکری- عملی	۱/۷	۱/۴	۲/۵	۹/۸۴	۰/۰۰۲
استرس پس از ضربه	۰/۷	۲/۳	۱/۵	۴	۰/۰۵
آسیبگی	۰/۹	۱/۹	۱/۴	۱/۶۶	N.S.

ضمناً از ۰.۵٪ نمونه زیر حدنصاب آزمون سنجش اضطراب (۴۳ نفر)، هیچ کدام در مرحله دوم (مصاحبه روان‌پزشکی)، مبتلا به اختلال‌های اضطرابی تشخیص داده نشدند.

#### بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع یک‌ماهه اختلال‌های اضطرابی در ساکنان شهر تهران در تابستان و زمستان سال ۱۳۷۹ صورت گرفت. نتایج گویای آن است که بافت جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش از نظر سن، جنس، تحصیلات، تأهل و تا اندازه‌ای شغل، همانند بافت کل جامعه مورد بررسی است. این یافته تعمیم نسبی نتایج این پژوهش را به جامعه کل میسر می‌سازد. تهران، به دلایل سیاسی، اجتماعی- اقتصادی همواره پذیرای موج مهاجران از سراسر ایران بوده است. جاذبه‌هایی مانند امکان کار و فعالیت بیشتر، حجم بالای پول در گردش، تسهیلات شهری، فرهنگی، تفریحی گسترده‌تر، وضعیت تحصیلی و امکانات بهداشتی - درمانی در دسترس‌تر در گرایش مهاجران به تهران نقش برجسته‌ای داشته است. برای پژوهشگران این فرض مطرح است که احتمالاً تهران می‌تواند به عنوان جمعیت نمونه کل کشور قلمداد شود. رد یا پذیرش این فرضیه به میزان همبستگی میان یافته‌های

پژوهشی به دست آمده از نمونه کل کشور وابسته است. این سنجش نیازمند فرا تحلیل<sup>۱</sup> داده‌هاست.

شیوع انواع اختلال‌های اضطرابی در میان زنان ۳ تا ۲ برابر مردان است. هم‌چنین میزان اضطراب در جمعیت

کل زنان (موارد بهنجار و نابهنجار) بیش از جمعیت کل مردان است. این یافته با یافته‌های به دست آمده از

بررسی‌های سایر کشورها همخوانی دارد (برای مثال، وازکوئر- بارکوئر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷؛ بهار<sup>۳</sup> و هندرسون<sup>۴</sup> و آسماکینون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

جمع‌بندی کاپلان<sup>۶</sup> و سادوک<sup>۷</sup> (۱۹۹۴) در زمینه شیوع اضطراب با یافته‌های حاضر دارای شباهت‌ها و

تفاوت‌هایی است: اختلال هراس ۳-۱/۵٪ (بررسی حاضر ۱/۴٪)؛ اختلال هراس ۱۳-۷٪ (بررسی حاضر،

۲٪)؛ اختلال وسواس فکری- عملی ۳-۲٪ (بررسی حاضر ۲/۵٪)؛ اختلال پس از ضربه استرسی ۱-۲٪

(بررسی حاضر ۱/۵٪)؛ اختلال اضطراب فراگیر ۳٪ (بررسی حاضر، ۷/۴٪). این در حالی است که آمارهای

ارائه شده توسط کاپلان و سادوک مربوط به شیوع یک‌ساله است که در شیوع اختلال اضطراب فراگیر و

اختلال پس از ضربه استرسی در جمعیت مورد بررسی پژوهش حاضر به مراتب بیش از آمار کشورهای دیگر

- 1- meta-analysis
- 2- Vazquez-Barquer
- 3- Bahar
- 4- Henderson
- 5- AsMakinon
- 6- Kaplan
- 7- Sadock

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی کتابخانه خراسان*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران.

پالاهاگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). *بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.

جاویدی، حجت‌ال... (۱۳۷۲). *بررسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرویشت فارس*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. انستیتو روان پزشکی تهران.

حرازی، محمدعلی؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمی روستایی در مناطق شهری شهرستان یزد*. انتشارات حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.

کوکبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آفرشهر تبریز*. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، انستیتو روان پزشکی تهران.

مرکز آمار ایران (۱۳۷۹). *سالنامه آمار*. تهران، مرکز آمار ایران.

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس (۱۳۷۸).

*بررسی شیوع اختلال های روانی در شهر تهران. مجله حکمیبه* دوره دوم، شماره ۴، ۲۲۳-۲۱۲.

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی،

محمدتقی (۱۳۸۰). *تکلیف بر سیمای سلامت روان در ایران*. تهران.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، منتشر نشده.

بعقوبی، نورا...؛ نصر، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). *بررسی*

*اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی*

*شهرستان صومعه سرای گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۵-۵۵.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: APA.

Bahar, E., Henderson, A. F. AsMakinon, A. J. (1992). An epidemiological study of mental health and socio-economic conditions in Sumatra, Indonesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 257-263.

Beck, A. T., Apstein, N., & Brown, G. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 56, 893-897.

است. مشکلات سیاسی، اجتماعی و اقتصادی جامعه در حال گذار ایران می تواند به عنوان عوامل اضطراب زای اجتماعی در بالا بودن میزان شیوع اضطراب فراگیر مؤثر باشد. هم چنین جنگ تحمیلی می تواند عاملی برای بالا بودن اختلال پس از ضربه استرسی در نظر گرفته شود. شیوع ۱۵ درصدی اختلال های اضطرابی در جمعیت مورد بررسی، مقایسه آن با بررسی های انجام شده در سایر کشورها با جمع بندی بالا همخوان است.

شاید بتوان بالا بودن فراوانی اختلال های اضطرابی در بررسی حاضر را در مقایسه با یافته های به دست آمده از سایر پژوهش های انجام شده در کشور، به دلیل ماهیت جمعیت مورد بررسی در پژوهش حاضر دانست که از نقاط شهری کلان شهرهای جهان به شمار می رود. با وجود این، فراوانی اختلال های اضطرابی در پژوهش نوربالا و همکاران (۱۳۷۸) که در شهر تهران انجام شده نیز کمتر از فراوانی به دست آمده در بررسی حاضر است. ابزار سرند تخصصی تر (که یک مقیاس اختصاصی برای سنجش میزان اضطراب است) و نیز مصاحبه ساختار یافته روان پزشکی بر اساس فهرست واری نمانده ها و مصاحبه کننده دارای شرایط و نیز شیوه نمونه گیری دقیق بر اساس پراکندگی و نسبت سن و جنس جمعیت مورد بررسی، جلوگیری از سوگیری به دلیل آگاه نبودن مصاحبه گران از تشخیص و نیز افزودن ۵٪ نمونه غیر مضطرب به مرحله مصاحبه را می توان به عنوان مزیت های این بررسی دانست.

با تکیه بر این مزیت ها، می توان یافته های به دست آمده در پژوهش های پیشین را مورد چالش قرار داد، به ویژه آن که یافته های به دست آمده در بررسی حاضر با آمارهای به دست آمده از پژوهش های انجام شده در سایر کشورهای جهان سوم، هماهنگ تر است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴).

## منابع

باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). *بررسی همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی میند یزد. فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره اول، ص ۴۲-۳۲.

- Borcovic, T. D. & Lyonfields, J. D. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. In H. W. Krohoms Gottingen. (Ed.) *Attention and Avoidance*. New York: Hogrefe and Huber Publishers.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Williams and Wilkins Company.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao Nelson, C. B. Hughers, M., Eshlem, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Life time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 9-19.
- Noyes, R., & Hoehn-Saric, R. (1998). *The Anxiety Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reiger, D. A., Rae, D. S., Narrow, W. E., Kealber, C. T., Schatzberg, A. F. (1998). Prevalence of anxiety disorder and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 34, 24-28.
- Vazquez-Barquero, J.L., Diez-Manrique, J. F., Pena, C., Aldama, J., & Samaniego-Rodriguez, C. (1987). A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. *Psychological Medicine*, 17, 227-241.
- WHO (1993). Human Right: The vulnerability of mentally ill. *Press Release*, 15, (p. 44)