

بررسی اپیدمیولوژیک بیماری‌های روانی در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج در

سال ۱۳۸۷

محمد ایمانی

دانشجوی پرستاری عضو کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کردستان

چکیده

مقدمه:

اختلالات روانی در صورت عدم درمان به موقع به دلیل حملات حاد و مزمنی که دارند موجب ایجاد مشکلات زیادی از لحاظ کار و فعالیت‌های روزانه خواهد شد. آگاه بودن از اطلاعات همه‌گیرشناسی بیماران روان پزشکی بستری کمک شایانی در برنامه‌ریزی برای این گروه از بیماران می‌نماید. بررسی میزان اختلالات روان پزشکی در کشور ما محدود و تعداد مطالعات انجام شده کم است و برنامه‌ریزی برای ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به افراد، نیازمند آگاهی از کمیت و کیفیت اختلالات روان پزشکی در جامعه است.

روش کار:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی بوده است. جامعه‌ی مورد مطالعه پرونده‌ی کلیه بیماران بستری شده (از بین ۲۰۰۰ پرونده ۴۲۲ مورد بطور تصادفی) در مراکز درمانی قدس سنندج بود. در این پژوهش ابتدا داده‌ها جمع‌آوری شده وارد نرم‌افزار SPSS win شدند و سپس با استفاده از روش‌های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل نهایی انجام گردید.

نتیجه‌گیری:

از ۴۲۲ پرونده‌ی مورد مطالعه ۵۸/۴٪ مرد و ۴۱/۶٪ زن بودند. ۳۶/۴ بیماران در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال بودند. بیشتر افراد مورد پژوهش ساکن شهر بودند. بیشترین درصد شغلی مربوط به زنان خانه‌دار (۳۳/۳٪) و مردان بیکار (۴۰/۴٪) و شغل آزاد (۱۱/۹٪) بود. ۸۲/۴٪ افراد مورد پژوهش تحصیلات زیر دیپلم داشتند. شیوع اختلالات روانی در افراد مجرد (۴۶٪) بیش از افراد متأهل و دوباره ازدواج کرده بود. حدود ۶/۵۷ درصد مبتلایان سابقه‌ی بستری در بیمارستان روانی را داشتند. شیوع اختلال روانی در خانواده‌های پرجمعیت بیش از کم جمعیت بود (۸۵٪) و در پایان اختلالات دوقطبی با ۲۹/۳٪، اسکیزوفرنی با ۲۲٪ و افسردگی با ۱۸/۵٪ به ترتیب شایعترین اختلالات بودند.

نتیجه‌گیری نهایی:

از آن‌جا که اکثریت بیماران بستری به علت اختلالات شدید روان پزشکی مثل اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی و افسردگی می‌باشد، برنامه‌ریزی درمانی مناسب و برنامه‌های پیشگیری از عود برای کاهش بستری آنها ضروری به نظر می‌رسد. لذا نتایج این تحقیق مسوولیت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی استان کردستان و کشور را در رابطه با تدوین برنامه‌های عملی و اجرایی بهداشت روان بیش از پیش روشن می‌سازد.

مقدمه:

اپیدمیولوژی اختلالات روانی شاخه‌ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه‌ی توزیع اختلالات روانی را در جمعیت عمومی مورد بررسی قرار می‌دهد. این پژوهش‌ها مشخص می‌کنند کدام گروه از اختلالات روانی در جامعه شایع‌تر بوده و شیوع دارند (۱). اختلال روانی نوعی بیماری با تظاهرات روانشناختی و رفتاری همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال زیست‌شناختی، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. این اختلال بر حسب میزان انحراف از یک مفهوم هنجار سنجیده می‌شود (۲). اختلالات روانی را به انواع سایکوز و نوروز و هم‌چنین بر اساس ساختار آسیب‌شناسی به انواع کارکردی و روانی - عضوی تقسیم می‌کنند. سایکوز یا روانپریشی معمولاً به انواع شدیدتر اختلالات روانی اطلاق می‌شود، که با فقدان واقعیت‌سنجی و تخریب اعمال روانی به صورت هذیان و توهم، از هم‌پاشیده شدن شخصیت، فقدان بینش نسبت به بیماری و تخریب شدید عملکرد اجتماعی و شخصی که با مردم‌گریزی و ناتوانی برای انجام مسئولیت خانوادگی و شغلی است، مشخص می‌شود. این اختلالات شامل: اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی‌فرم، اختلالات هذیانی، اختلال سایکوتیک گذرا، اختلال سایکوتیک مشترک، اختلال سایکوتیک ناشی از اختلال طب عمومی و اختلال سایکوتیک ناشی از مواد می‌باشد. نوروز طیف وسیعی از اختلالات را با علائم و نشانه‌های گوناگون در بر می‌گیرد و خصوصیت عمده‌ی آن‌ها وجود اضطراب است، که یا بطور مستقیم احساس می‌شود و یا از طریق مکانیسم‌های روانی دچار دگرگونی شده است و به صورت وسواس فکری، عملی، فوبی و یا اختلال کنشی جنسی تظاهر می‌کند. این بیماران فاقد هذیان و توهم هستند و معمولاً نسبت به بیماری خود بینش دارند و در صورت درمان هستند. برخی از خصوصیات این اختلال به این صورت است: وجود یک یا گروهی علائم است که برای

بیمار ناراحت‌کننده بوده و از سوی او نامقبول و بیگانه تلقی می‌شود. رفتار نیز به طور فعالانه از موازین اجتماعی خارج نمی‌گردد. بدون درمان این اختلال مداوم و عودکننده است و عامل یا علت عضوی قابل اثبات در بین نیست. این اختلالات شامل: اختلالات اضطرابی، اختلالات شبه جسمی، اختلالات تجزیه‌ای، اختلالات جنسی و اختلال افسرده‌خوبی است (۳). مطالعات اپیدمیولوژی اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان، نشان‌دهنده‌ی این است که میزان شیوع این اختلالات بعلا متغیر بودن ابزار مورد استفاده، جامعه‌ی آماری و شیوه‌های تشخیصی بسیار متفاوت برآورد می‌گردد، بطوریکه این میزان از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸ درصد متغیر بوده است. هر چند مطالعات جامع و گسترده‌ای در کشور ما صورت نگرفته و بررسی‌های انجام شده در نوع خود محدود بوده‌اند، اما اطلاعات بدست آمده دلالت بر این دارند که میزان شیوع این اختلالات از آمار سایر کشورها کمتر نیست و از ۱۱/۹ درصد تا ۳۰/۲ درصد متغیر بوده است (۴). شیوع این اختلالات نیز در سهندج ۳۵/۷٪ است. (۵) در شهرها و روستاهای ایران به ترتیب ۲۹٪ و ۲۱/۳ درصد مردم به اختلالات روانی مبتلا هستند. این در حالی است که در تمام دنیا فاصله‌ی بین روستائیان و شهرنشینان بسیار زیاد است و این جای سؤال است که چرا الگوی ما متفاوت از جهان است. همچنین میزان شیوع اختلالات روانی در کشور در افراد کم‌سواد و بیسواد بیش از افراد تحصیل‌کرده است و به طور تقریبی زنان ایرانی دو برابر مردان به اختلالات روانی مبتلا هستند، به طوری که مردان ۱۴/۹٪ و زنان ۲۵/۹٪ از موارد ابتلا را به خود اختصاص داده‌اند (۴). اختلالات روانی به دلیل میزان شیوعی که در ایران دارد، از اهمیت بالایی برخوردار است و در صورت درمان نشدن به موقع به دلیل حملات حاد و مزمنی که دارد موجب ایجاد مشکلات زیادی از لحاظ کار و فعالیت‌های روزانه خواهد شد. از آنجائیکه برخی از اختلالات

روانپزشکی نیاز به بستری در بیمارستان دارند، آگاه بودن از اطلاعات همه گیرشناسی بیماران روان پزشکی بستری کمک شایانی در برنامه ریزی برای این گروه از بیماران می نماید (۶) و با توجه به اینکه شیوع اختلالات روان پزشکی در کشورهای پیشرفته تا حد زیادی به وسیله پرسش نامه های غربالگری و مصاحبه بالینی ساختار یافته شناسایی شده، ولی بررسی میزان اختلالات روان پزشکی در کشور ما محدود و تعداد مطالعات انجام شده کم است و از آنجائیکه برنامه ریزی برای ارائه خدمات اساسی بهداشت روان به افراد، نیازمند آگاهی از کمیت و کیفیت اختلالات روان پزشکی در جامعه است (۷) و از طرفی اهمیت موضوع و عدم انجام تحقیق مشابه و شیوع بالای اختلالات روانی و تحمیل هزینه های سنگین درمان در این بیماران بر آن شدیم، که مطالعه ای در مورد بررسی اپیدمیولوژیک بیماری های روانی در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج در سال ۸۶-۱۳۸۳ انجام دهیم.

روش بررسی:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی بود. جامعه ی مورد مطالعه کلیه بیماران بستری شده در بخش های روانپزشکی بیمارستان قدس سنندج می باشد. محیط پژوهش را در این بررسی بخش های روانپزشکی بیمارستان قدس در شهر سنندج تشکیل داده اند. با

نظر مشاور آماری حجم نمونه ها پرونده ی کلیه بیماران (از بین ۲۰۰۰ پرونده ۴۲۲ مورد بطور تصادفی) بستری شده در بخش های روانپزشکی بیمارستان قدس سنندج در سال ۱۳۸۷ بود. در این مطالعه داده ها با استفاده از یک پرسش نامه ی پژوهشگر ساخته که بر اساس اهداف تدوین شده است، استخراج شده، برای اعتبار پرسشنامه، اعتبار محتوی بکار گرفته شد و بدین منظور از کتب علمی پزشکی و پرستاری و نیز نظرات ده نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی استفاده گردید. پژوهشگران در روزهای هفته با مراجعه به بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج، اطلاعات مورد نیاز را از پرونده ی آنان استخراج نمودند. پرسشنامه در یک بخش تدوین شده است که شامل ۱۸ سوال حاوی اطلاعات دموگرافیک است. از آمار توصیفی (نمودار و جداول و محاسبه ی شاخص های تمایل به مرکز و پراکندگی) جهت توصیف داده ها استفاده شد. در این پژوهش ابتدا داده ها جمع آوری شده وارد نرم افزار SPSS win شدند و سپس با استفاده از روش های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل نهایی انجام گردید.

نتایج:

با توجه به اهداف مورد نظر، در جداول شماره ی ۱۶ - ۱ به ترتیب ذیل ارائه شده است:

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی جنس در بیمارستان قدس سنندج

جنس	تعداد	درصد
مذکر	۲۴۴	۵۸/۴
مونث	۱۷۴	۴۱/۶
جمع	۴۱۸	۱۰۰

در ۴ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۲: توزیع فراوانی سن در بیماران بیمارستان قدس سنندج

سن	تعداد	درصد
زیر ۲۰ سال	۳۷	۹
۲۰-۳۰ سال	۱۴۹	۳۶/۴
۳۰-۴۰ سال	۴۰۶	۲۵/۹
۴۰-۵۰ سال	۷۱	۱۷/۴
۵۰-۶۰ سال	۲۹	۷/۱
۶۰ سال و بالاتر	۱۷	۴/۲
جمع	۴۰۹	۱۰۰

در ۱۳ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۳: توزیع فراوانی شغل در بیماران بیمارستان قدس سنندج

شغل	تعداد	درصد
کارمند	۱۷	۴/۵
خانه دار	۱۲۸	۳۳/۳
آزاد	۴۵	۱۱/۹
بیکار	۱۵۳	۴۰/۴
کشاورز	۱۰	۲/۶
کارگر	۲۶	۶/۹
جمع	۳۷۹	۱۰۰

در ۴۳ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۴: توزیع فراوانی وضعیت تاهل در بیماران بیمارستان قدس سنندج

وضعیت تاهل	تعداد	درصد
مجرد	۱۸۴	۵/۴
متاهل	۱۷۵	۸/۹
مطلقه	۲۵	۴۳/۹
همسر فوت شده	۷	۱۲/۶
جمع	۴۰۱	۱۰۰

در ۲۱ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۵ (الف): توزیع بیمه‌ای در بیماران بیمارستان قدس سنندج

بیمه	تعداد	درصد
دارد	۴۰۴	۹۵/۷
ندارد	۱۸	۴/۳
جمع	۴۲۲	۱۰۰

جدول ۴-۵(ب): توزیع نوع بیمه ی در بیماران بیمارستان قدس سنندج

نوع بیمه	تعداد	درصد
کمیته امداد	۲۲	۵/۴
روستایی	۳۶	۸/۹
خدمات درمانی	۱۷۷	۴۳/۹
تامین اجتماعی	۵۱	۱۲/۶
سایر بیمه ها	۱۱۸	۲۹/۱
جمع	۴۰۴	۱۰۰

در ۱۸ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۶: توزیع فراوانی سطح سواد در بیماران بیمارستان قدس سنندج

سطح سواد	تعداد	درصد
ابتدایی	۱۵۰	۲۹/۲
راهنمایی	۸۸	۲۴/۵
دبیرستان	۵۲	۱۴/۵
زیر دیپلم	۵۱	۱۴/۲
دیپلم	۳۸	۱۰/۶
فوق دیپلم	۱۶	۴/۵
لیسانس و بالاتر	۹	۲/۵
جمع	۳۵۹	۱۰۰

در ۶۳ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۷: توزیع فراوانی تعداد افراد خانواده ی در بیماران بیمارستان قدس سندج

تعداد افراد خانواده	تعداد	درصد
۳ نفره	۳۲	۸
۴ نفره	۵۷	۱۴/۲
۵ نفره	۱۰۰	۲۴/۹
۶ و ۷ نفره	۱۱۶	۲۸/۹
۸ نفر و بیشتر	۹۶	۲۳/۹
جمع	۴۰۱	۱۰۰

در ۲۱ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۸: توزیع فراوانی رتبه ی تولد در بیماران بیمارستان قدس سندج

رتبه ی تولد	تعداد	درصد
اول	۱۰۵	۲۸/۵
دوم	۱۱۲	۳۰/۴
سوم	۷۰	۱۹
چهارم	۳۶	۹/۸
پنجم	۱۶	۴/۳
ششم و بالاتر	۲۹	۷/۹
جمع	۳۶۸	۱۰۰

در ۵۴ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۹: توزیع فراوانی فصل ابتلا در بیماران بیمارستان قدس سنندج

فصل ابتلا	تعداد	درصد
پاییز	۱۰۰	۲۵/۵
زمستان	۹۵	۲۴/۲
بهار	۱۱	۲۸/۳
تابستان	۸۶	۲۱/۹
جمع	۳۹۲	۱۰۰

در ۳۰ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۱۰: توزیع فراوانی سابقه ی بستری در بیماران بیمارستان قدس

سابقه ی بستری در بیمارستان روانی	تعداد	درصد
بلی	۲۳۸	۵۷/۶
خیر	۱۷۵	۴۲/۴
جمع	۴۱۳	۱۰۰

در ۹ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۱۱: توزیع فراوانی چندمین بار بستری در بیماران بیمارستان قدس

چندمین بار بستری در بیمارستان روان	تعداد	درصد
اولین بار	۱۵۴	۳۹/۶
دومین بار	۹۱	۲۳/۴
سومین بار	۵۲	۱۳/۴
چهارمین بار	۹۲	۲۳/۷
جمع	۳۸۹	۱۰۰

در ۱۳ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۱۲: توزیع فراوانی سابقه‌ی بیماری روانی در خانواده
در بیماران بیمارستان قدس سنندج

درصد	تعداد	سابقه‌ی بیماری روانی در خانواده
۲۵	۱۰۳	بلی
۷۵	۳۰۹	خیر
۱۰۰	۴۱۲	جمع

در ۱۰ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۱۳: توزیع فراوانی نسبت خانوادگی با افراد بیمار در بیمارستان قدس سنندج

درصد	تعداد	نسبت خانوادگی با افراد بیمار
۳/۵	۱۵	پدر
۴/۵	۱۹	مادر
۵/۹	۲۵	خواهر
۷/۸	۳۳	برادر
۴/۵	۱۹	سایر اقوام
۲۶/۵	۱۱۱	جمع

جدول ۴-۱۴: توزیع فراوانی نوع بیماری روانی در بیماران بیمارستان قدس سندج

نوع بیماری روانی	تعداد	درصد
اسکیزوفرنی	۹۳	۲۲
افسردگی	۷۹	۱۸/۵
سومصرف مواد	۶	۱/۴
اختلال دوقطبی	۱۲۴	۲۹/۳
وسواس	۱۹	۴/۵
اختلال تبدیلی	۴۲	۹/۹
اختلال شخصیت	۲۹	۶/۵
سایکوز گذرا	۲	۰/۴
اسکیزوافکتیو	۹	۲
سایر موارد	۱۹	۵/۶
جمع	۴۲۲	۱۰۰

جدول ۴-۱۵: توزیع فراوانی سابقه مصرف مخدر در بیماران بیمارستان قدس سندج

سابقه مصرف مواد مخدر	تعداد	درصد
بلی	۵۸	۱۴/۱
خیر	۳۵۳	۸۵/۹
جمع	۴۱۱	۱۰۰

در ۱۱ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود.

جدول ۴-۱۶: توزیع فراوانی سابقه مصرف مواد الکلی در بیماران بیمارستان قدس سنج

سابقه مصرف مواد الکلی	تعداد	درصد
بلی	۳۵	۸/۸
خیر	۳۶۴	۹۱/۲
جمع	۳۹۹	۱۰۰

در ۲۳ پرونده اطلاعات مربوط به این سوال ناقص بود

بحث و نتیجه گیری:

نتایج این پژوهش حاکی از آن بود، که ۵۸/۴ درصد افراد مذکر و ۴۱/۶ درصد افراد مونث بودند که با مطالعه ی انجام شده توسط فیاضی بردبار که در آن نسبت جنسی ۲/۵ به ۱ بود هم خوانی داشت (۶). و همچنین مطالعه ای که توسط محمدی و همکارانش انجام شده که نسبت بیماری روانی در زنان و مردان به ترتیب برابر ۱۸/۲۳ درصد و ۱۲/۵۱ درصد بود گزارش گردیده است (۷).

در این مطالعه هم بیشتر مبتلایان به بیماری روانی در رده ی سنی ۲۰-۳۰ سال بودند که با مطالعه ی دکتر فیاضی بردبار نیز که در آن رده ی سنی بیماران ۴۰-۲۱ سال بود هماهنگی داشت (۶) اما با مطالعه ی دکتر محمدی و همکارانش که در گروه سنی ۶۶ سال بیشتر شایه بود مغایرت داشت (۷). یافته های این مطالعه و سایر بررسی های انجام شده در ایران دلالت بر این دارند که میزان شیوع اختلالات روانی در سن نوجوانی و جوانی بیش از سایر گروه های سنی است و با افزایش سن، میزان شیوع این اختلالات کاهش می یابد. کاهش میزان شیوع این اختلالات در سنین بالاتر میتواند

بدلیل حمایت و احترام اعضای خانواده و جامعه از سالمندان باشد (۱).

هم چنین در بین مبتلایان به بیماری های روانی بیشترین درصد مربوط به زنان خانه دار (۳۳/۳٪) و مردان بیکار (۴۰/۴٪) و شغل آزاد (۱۱/۹٪) بود و نتایج حاصل از پژوهش های فیاضی بردبار نشان داد که بیشتر مبتلایان بیماری روانی در جنس مونث خانه دار و در جنس مذکر بیکار بودند (۶)، که با این مطالعه هم خوانی داشت. بیشتر بودن شیوع اختلالات روانی در زنان نسبت به مردان می تواند بدلیل عوامل بیولوژیکی، نقش جنسی، استرس های محیطی، محدود بودن منبع رضایت و همچنین محدودیت مشارکت اجتماعی زنان در جامعه باشد. احتمالاً نداشتن درآمد، عامل استرس زای بیکاری، محدودیت روابط اجتماعی و یکنواختی زندگی برای زنان می تواند از جمله علل بالا بودن اختلالات روانی در افراد بیکار این مطالعه باشد (۱). در این مطالعه بیشتر افراد مورد پژوهش ساکن شهر بودند که در پژوهش فیاضی بردبار (۶) و دکتر محمدی (۷) نیز که بیشتر افراد مورد پژوهش در شهر حضور داشتند همخوانی داشت، که

میتوان دلیل این افزایش را تا اندازه ای به رشد روزافزون جمعیت، گسترش شهرنشینی و زندگی در خانواده های ناکارآمد (۳۲) واسترس های محیطی ومشکلات اقتصادی بیشتر در شهرها نسبت داد(۴). در این بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در افراد مجرد (۴۶٪) بیش از افراد متأهل و دوباره ازدواج کرده بود. دلیل بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در افراد مجرد در این مطالعه را می توان ناشی از خوش بین نبودن نوجوانان نسبت به آینده ی زندگی خود، سرگردانی ومشکلات اقتصادی اجتماعی در جامعه دانست(۱)، همچنین ازدواج بدلیل پرکردن خلا ناشی ازدوری خانواده و نزدیک تر شدن فرد به شخص دیگر، میتواند قدری از فشار موجود روی فرد را کاهش دهد(۲۳). سایر بررسی های انجام گرفته در ایران دلالت بر این داشته اند که میزان شیوع اختلالات روانی در افراد متأهل بیش از افراد مجرد بوده است(۱).

۸۲/۴٪ افراد مورد پژوهش تحصیلات زیر دیپلم داشتند که با مطالعه ی انجام شده توسط چگینی و همکارانش همخوانی نداشت. در مطالعات انجام شده توسط چگینی و همکارانش افراد باسواد بیشترین موارد ابتلا را داشتند. حساس بودن افراد تحصیل کرده به مسائل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی می تواند از جمله علل بالاتر بودن میزان شیوع اختلالات روانی در افراد تحصیل کرده باشد(۱).

بیشتر بررسی های انجام گرفته در ایران دلالت بر شیوع اختلالات در افراد کم سواد را داشته اند که نتایج این مطالعه را مورد تایید قرار میدهند. محدودیت های اجتماعی و فرهنگی و همچنین ناتوانی افراد در استفاده از شیوه های موثر مقابله با عوامل استرس زا، را می توان دلیل بالاتر بودن شیوع این اختلالات در افراد کم سواد دانست(۴).

حدود ۵۷/۶ درصد مبتلایان سابقه ی بستری در بیمارستان روانی را داشتند که در مطالعه ی دکتر فیاضی بردبار ۲۲ درصد مبتلایان سابقه ی بستری در

بیمارستان روانی را دارا بودند(۶).

در این مطالعه اختلالات دوقطبی شایعترین اختلالات بودند که این یافته با نتایج به دست آمده از سایر مطالعات انجام گرفته در ایران و همچنین پژوهش های انجام شده توسط هاردینگ وهمکاران (۱۹۸۰) ،مدیانوس و همکاران (۱۹۸۷) و بـسـارت و همکاران (۱۹۹۴) همخوانی داشت (۱).

نتایج این بررسی نشان داد که میزان شیوع اختلال روانی در خانواده های پرجمعیت بیشتر از کم جمعیت است (۸۵٪ مبتلایان در خانواده های ۵ نفره و بیشتر بودند). بالا بودن بیماری روانی در خانوارهای با جمعیت زیاد را میتوان به عوامل مختلفی از جمله کمبودهای عاطفی، مشکلات اقتصادی، رقابت و درگیری های زیاد بین اعضای خانواده نسبت داد(۱).

تقدیر و تشکر:

در اینجا بر خود واجب می دانیم تا عالی ترین مراتب سپاس و قدردانی را خدمت استاد محترم سرکار خانم نازیلا علیایی که با صبر و حوصله بی اندازه ما را در پیمودن این راه یاری نموده اند و با اعمال نظرهای خود این پژوهش را غنا بخشیدند، تقدیم نماییم و نیز صمیمانه ترین تشکرات خود را حضور مشاور محترم جناب آقای شهسواری تقدیم می داریم که از نظرات و پیشنهادات سازنده شان در طول این پژوهش بهره بردیم. ضمناً از ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی سمنندج، کادر هیئت علمی و مربیان محترم، رئیس بیمارستان و مترون بیمارستان قدس، پرسنل خوب و صمیمانه کتابخانه، واحد تکثیر، امور اداری، سمعی بصری، بایگانی بیمارستان قدس، واحد آمار و کلیه عزیزانی که همواره از یاریشان بهره مند بوده ایم کمال قدردانی را داریم، هرچند این کلمات در برابر ارزش این عزیزان بسیار حقیر است اما از خداوند مَنان آرزوی توفیق و بهروزی این سروران را در تمامی مراحل زندگی شان خواستاریم.

منابع:

۱. چگینی س. اپیدمیولوژی اختلالات روانی در قم. مجله ی دانشگاه علوم پزشکی بابل. سال چهارم. شماره ی ۳. تابستان ۱۳۸۱. صفحه ی ۴۴
۲. اسدی نوقابی ا. کیقباری س. روانپرستاری ۲. نشر و تبلیغ بشری. ۱۳۷۹
۳. کوشان م. واقعی س. پرستاری روان جلد دوم. انتشارات انتظار. اسفند ۷۸
۴. محمدی ع. اپیدمیولوژی اختلالات روانی. مجله ی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. جلد چهارم. شماره ی ۳. تابستان ۱۳۸۴. صفحه ی ۱۳۶
5. AVAILABLE: www.gums.ac.ir
۶. فیاضی بردبار م. همه گیر شناسی بیماران بستری در بیمارستان روان پزشکی ابن سینا مشهد. مجله دانشکده ی علوم پزشکی مشهد. سال چهل و نهم. شماره ۹۱. بهار ۱۳۸۵. صفحه ی ۶۳
۷. حسینی م. همه گیر شناسی بیماران بستری در بیمارستان روان پزشکی تبریز. مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز. شماره ۶۴. زمستان ۱۳۸۳. صفحه ی ۸۴