

Investigating the prevalence of mental Disorders in Ilam Province

Zeinab Mihandoost

Ilam Branch, Islamic Azad University, ILAM, IRAN
E-mail: Zeinab47@gmail.com.

Received: 11/09/2024

Accepted: 07/10/2024

Abstract

Introduction: Mental disorder includes significant disorder in thinking, emotion regulation or behavior. According to reports from the World Health Organization, 1 in 8 people worldwide live with a mental disorder.

Aim: Currently, the prevalence of mental disorders in Iran and many other countries is steadily increasing. Therefore, epidemiological studies can play an important role in determining the extent of the problem, prevention, and treatment.

Method: This research was conducted descriptively and focused on adults living in Ilam province in 2024. In this study, the sample size consists of 234 people who were selected using convenience sampling. In this research, the short form of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) was used as the research tool. The data analysis was carried out using SPSS based on descriptive statistics and percentage scores.

Results: Data analysis shows that 36.35% of men have standard T score between 60 and 70 in depression, hypochondria, hysteria scales. Also, the results of this study indicate that 35.31% of women have a T-score between 60 and 65 on the depression, hypochondria, hysteria and psychopathic deviance scale.

Conclusion: The result indicated that the psychological profile is slightly elevated on the scales of depression, hypochondriasis, hysteria and paranoia. Therefore, there is a tendency of disorder in these scales.

Keywords: Mood disorders, Depression, Prevalence, Anxiety

Mihandoost Z. Investigating the prevalence of mental Disorders in Ilam Province. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (3) ,31-46
URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2340-fa.html>

Copyright © 2025 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

بررسی شیوع اختلالات روانی در استان ایلام

زینب میهن دوست

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ایلام، گروه روانشناسی، ایلام، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Zeinab47@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۱۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۲۱

چکیده

مقدمه: اختلال روانی شامل اختلال قابل توجه در تفکر، تنظیم هیجان یا رفتار است. مطابق آمارهای منتشرشده سازمان بهداشت جهانی از هر ۸ نفر در جهان یک نفر با اختلال روانی زندگی می‌کند.

هدف: شیوع اختلالات روانی در اغلب کشورها و از جمله ایران رو به افزایش است. لذا بررسی شیوع شناسی می‌تواند در تعیین میزان مشکل، پیشگیری و درمان نقش مهمی داشته باشد.

روش: پژوهش حاضر به صورت توصیفی انجام شده و در سال ۱۴۰۲ بر روی بزرگسالان ساکن در استان ایلام متمرکز است. در این مطالعه، حجم نمونه ۲۳۴ نفر است که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. در این تحقیق، از فرم کوتاه پرسشنامه چندوجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS بر اساس آمار توصیفی و نمره‌های درصدی انجام شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که ۳۶/۳۵٪ از مردان در مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارپنداری، هیستری و پارانویا نمره استاندارد T بین ۶۰ تا ۷۰ دارند. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ۳۵/۳۱٪ زنان نمره T بین ۶۰ تا ۶۵ در مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارپنداری، هیستری و انحراف روانی-اجتماعی دارند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که نیم‌رخ روانی در مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارپنداری، و هیستری به طور خفیفی بالاتر از نرمال است، بنابراین گرایش به اختلال در این مقیاس‌ها را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات خلقی، افسردگی، شیوع، اضطراب

مقدمه

اختلالات روانی در جوامع انسانی بسیار شایع هستند و می‌توانند مشکلات متعددی در زمینه شغلی، تحصیلی، عملکردی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد کنند، و بهداشت روانی خانواده و جامعه را به مخاطره بیندازند. بنابراین لازم است که همواره پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شود. به نظر می‌رسد که سطح بالای فشار روانی، فقر، بیکاری، اعتیاد، و جنگ عوامل زمینه‌ساز اختلالات روانی باشند. خطر این امر در مورد افرادی با سابقه ژنتیکی بیشتر است. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که اختلالات روانی در اثر تعامل عوامل محیطی، اجتماعی، اقتصادی، زیستی و ژنتیکی به وجود می‌آیند. تلاش برای توضیح اینکه چرا یک فرد خاص این‌گونه است، یا چه چیزی باعث اختلال خاصی می‌شود، به پیشگیری و درمان بیماری کمک می‌کند.

اختلال روانی نشانگانی است که با اختلال بالینی قابل توجهی در شناخت، تنظیم هیجان، یا رفتار فرد مشخص می‌شود و کژ کاری در فرآیندهای روان‌شناختی، زیستی، یا رشدی زیربنایی عملکرد روانی را منعکس می‌کند. اختلال روانی باعث ناراحتی یا ناتوانی در اغلب فعالیت‌های مهم زندگی می‌شود. تشخیص اختلال روانی می‌تواند به متخصصان بالینی در تعیین پیش‌آگهی، برنامه‌های درمانی، و نتایج بالقوه درمان مراجعین کمک کند (متن تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم^۱، ۲۰۲۲). معمولاً مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و ساختاری در محافظت یا تضعیف سلامت

روانی نقش دارند. افرادی که در معرض شرایط نامطلوب- از جمله فقر، خشونت، ناتوانی و نابرابری قرار دارند- در معرض خطر بیشتری هستند. عوامل روان‌شناختی و بیولوژیکی فردی نظیر ضعف در مهارت‌های عاطفی و ژنتیکی، عوامل خطر ساز ابتلا به اختلالات روانی هستند (سادوک، سادوک و روئیس^۲، ۲۰۱۵؛ اطلس سلامت روان^۳، ۲۰۲۰؛ بولد^۴، ۲۰۲۲). سازمان بهداشت جهانی (WHO^۵) به منظور فائق آمدن بر اختلالات روانی، چهار هدف اساسی برای دستیابی به سلامت روانی را به رسمیت می‌شناسد، این اهداف عبارت‌اند از: ۱. تقویت رهبری مؤثر^۲. ارائه خدمات جامع، یکپارچه و پاسخگو و مراقبت اجتماعی^۳. اجرای راهبردهای ارتقاء و پیشگیری^۴. تقویت دستگاه‌های اطلاعاتی سلامت روان از طریق تحقیقات و گردآوری شواهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹؛ مؤسسه سنجش و ارزیابی سلامت^۶، ۲۰۲۲). با وجود تلاش‌های جهانی و انجام تحقیقات مختلف در زمینه بهداشت روانی، سیستم‌های بهداشتی هنوز به اندازه کافی به نیازهای افراد مبتلا به اختلالات روانی پاسخ نداده‌اند. شکاف بین نیاز به درمان و ارائه آن در سراسر جهان گسترده است. به‌عنوان مثال تنها ۲۹٪ از افراد مبتلا به روان‌پریشی و تنها یک‌سوم افراد مبتلا به افسردگی، مراقبت‌های رسمی از سلامت روان دریافت می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی،

2. Sadock, Sadock, & Ruiz

3. Mental Health Atlas

4. Boland

5. World Health Organization

6. Institute of Health Metrics and Evaluation

7. Moitra, Santomauro, Collins, Vos, Whiteford, Saxena, Ferrari

8. COVID-19

¹. Diagnostic and Statistical Manual of Mental

بزرگسالان ۲۴/۲٪ گزارش می‌دهد. در این کشور شیوع اختلال اضطرابی در کودکان ۱۴/۴٪ و در بزرگسالان ۲۰/۲٪ گزارش شده است. همچنین شیوع اختلال افسردگی در کودکان ۲۲/۲٪ و در بزرگسالان ۲۱/۲٪ بود. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که افسردگی و اضطراب شایع‌ترین اختلالات روانی در اوگاندا هستند و تقریباً از هر چهار نفر یک نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهند (اوپی، مان و آروماتاریس^۴، ۲۰۲۱).

یک بررسی سیستماتیک و فراتحلیل در مورد شیوع اختلالات روانی در زندانیان ۴۳ کشور نشان می‌دهد که شیوع افسردگی ۱۲/۸٪، اختلالات دوقطبی ۱/۷٪، و طیف اسکیزوفرنی ۳/۶٪ است. این مطالعه نشان می‌دهد که شیوع افسردگی در کشورهایی با درآمد کم و متوسط ۱۶/۷٪ است، در حالی که میزان شیوع در کشورهایی با درآمد بالا ۱۰/۸٪ است (امیلیان، الجفالی و فاضل^۵، ۲۰۲۵).

برخی از مطالعات انجام شده در شهر سندج نشان می‌دهند که ابتلا به کووید ۱۹، و سرطان باعث اضطراب، افسردگی و استرس می‌شوند (محمدزاده، دبیرشاه اوپسی، قانعی قشلاق، جعفری و آزادنیان، ۱۴۰۳؛ محمدزاده، یوسفی، کمالی اردکانی، مرادویسی، سیدی نصب و طه زاده، ۱۴۰۱). بعلاوه مطالعه محمدزاده و همکاران (۱۴۰۳) نشان می‌دهد که بین اختلالات روانی و وضعیت اقتصادی اجتماعی پائین در شهر سندج رابطه معناداری آماری وجود دارد. همچنین اختلال شخصیت مرزی در میان دختران و پسران شهر سندج به ترتیب ۹/۶٪ و ۷/۱٪

۲۰۲۲؛ مویترا، سانتامورو، کولین، واس، وایتفورد، سکسینا و فراری^۱، ۲۰۲۲).

بررسی شیوع شناسی اختلالات روانی نشان می‌دهد که در سال ۲۰۱۹، از هر ۸ نفر یک نفر با یک اختلال روانی زندگی می‌کردند یا به عبارتی ۹۷۰ میلیون نفر در سراسر جهان با یک اختلال روانی زندگی می‌کردند. تقریباً ۲۸۰ میلیون مبتلابه افسردگی، ۴۰ میلیون اختلال دوقطبی، و ۲۴ میلیون مبتلابه اسکیزوفرنی بودند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲). در سال ۲۰۲۰، تعداد افرادی که با اختلالات اضطرابی و افسردگی زندگی می‌کردند به دلیل همه‌گیری کووید ۱۹ به‌طور قابل توجهی افزایش یافت. برآوردهای اولیه نشان می‌دهد که تنها در یک سال اختلالات اضطرابی و افسردگی اساسی به ترتیب ۲۶٪ و ۲۸٪ افزایش داشته‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۲).

همچنین مطالعه‌ای که در سطح جهانی در سال ۲۰۱۹ انجام شد، نشان می‌دهد که ۲۹۳ میلیون نفر در سنین ۵ تا ۲۴ سال حداقل به یک اختلال روانی مبتلا بودند و ۳۱ میلیون نفر نیز دچار اختلال مصرف مواد بودند. میانگین شیوع اختلالات روانی ۱۱/۶۳٪ بود. برای گروه‌های سنی ۵ تا ۹ ساله شیوع اختلالات روانی ۶/۸۰٪، برای گروه‌های سنی ۱۰ تا ۱۴ ساله ۱۲/۴۰٪، برای گروه‌های سنی ۱۵ تا ۱۹ ساله ۱۳/۹۶٪ و برای گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ ساله ۱۳/۶۳٪ گزارش شده است (کیلینگ، بوچویتس، کی، سیلوانی، امیرس، برونونی و همکاران^۳، ۲۰۲۴). در مطالعه‌ای که در اوگاندا انجام شده است، شیوع انواع اختلالات روانی کودکان را ۲۲/۹٪، و در

4. Opio, Munn, Aromataris

5. Emilian, Al-Juffali, and Fazel

3. Kieling, Buchweitz, Caye, Silvani, Ameis, Brunoni, and colleagues

۳/۱۶٪ است. توزیع اختلالات به ترتیب اولویت شامل افسردگی ۷/۱۶٪، پرخاشگری ۲/۱۶٪، وسواس، ۸/۱۵٪، جسمانی سازی ۶/۱۵٪، حساسیت در روابط متقابل، ۴/۱۵٪، اضطراب، ۳/۱۵٪، روان گسستگی ۳/۱۵٪، ترس مرضی ۶/۱۲٪، افکار پارانوئیدی ۹/۸٪ است (آزادمرزآبادی، زمانی نسب و هاشمی نژاد، ۱۳۹۱). مطالعه مروری که با ابزار و جامعه هدف یکسان در شهر تهران انجام شده است، شیوع اختلالات روانی را از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۹۰ به ترتیب ۲۱/۵، ۳۴/۲ و ۳۹/۶ گزارش کرده است. مطالعه مذکور حاکی از افزایش نرخ شیوع اختلالات روانی در طی سال‌های متمادی است (نوربالا، دمازی و ریاضی اصفهانی، ۱۳۹۳). مطالعه‌ای که در مورد مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران انجام شده است نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های شخصیت وابسته ۱/۱٪، نمایشی ۳۵/۴٪، اسکیزوئید ۱/۷٪، دوری‌گزین ۰/۴٪، افسرده ۶/۹٪، خودشیفته ۳/۴٪، دگرآزار ۰/۴٪، وسواسی ۱۵/۶٪، منفی‌گرا ۰/۹۱٪ بود (فرنوش، حسینیایی و بهرامی، ۱۳۹۵). مطالعه‌ای که در مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت شهری جیرفت انجام شده است، میزان شیوع اختلالات روانی را ۳۹/۲٪ گزارش می‌کند (آذرآیین، معماریان و فکوری، ۱۳۹۹).

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود که در سال ۱۴۰۲، بر روی جامعه بزرگسالان استان ایلام انجام شد. حجم نمونه ۲۳۴ نفر بود. افراد موردبررسی، دانشجویان و خانواده آن‌ها بودند که دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال را شامل می‌شدند. حداقل مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان در این مطالعه سیکل و حداکثر فوق‌لیسانس بودند. تعداد

٪ گزارش شده است (مظفری، باقریان، زاده محمدی و حیدری، ۱۴۰۰). نتایج مطالعه‌ای که در استان آذربایجان غربی انجام شده است، نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در شهر ۱۷/۸۲٪ و در روستا ۱۶/۰۶٪، در دختران ۱۸/۵۱٪ و در پسران ۱۵/۹۴٪ بود (فدوی، سطوت قصریکی، میکائیلی منبع، امامی و رشیدی، ۱۴۰۰). مطالعه‌ای که در مورد کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان انجام شده است، نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در کارکنان شرکت پتروشیمی خراسان ۴۳/۳٪ است که بیشترین اختلالات به ترتیب خودبیمارانگاری (۱۵/۷٪)، افسردگی (۱۵٪) و اسکیزوئید (۲۷/۲٪) است (شیروانی، عابدینی، دینکانی، مهدی نسب و صمدی، ۱۴۰۰). مطالعه‌ای که در مورد شیوع اختلالات روانی در جامعه دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه انجام شده است، نشان می‌دهد که شیوع انواع اختلالات روانی ۳۱/۱۶٪ بود که این میزان شیوع در زنان ۳۶/۲۰٪ و در مردان ۲۶/۷۳٪ گزارش شده است (سرابی، پرویزی و کاکابرابی، ۱۳۹۸). بعلاوه مطالعه‌ای که درباره میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان نیروی‌های نظامی انجام شده است، نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در کارکنان نیروهای نظامی

کل مردان ۱۰۴ نفر و تعداد زنان ۱۳۰ نفر بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار

فرم کوتاه پرسشنامه چندوجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI^۱): در این مطالعه ابزار پژوهش، فرم کوتاه پرسشنامه چندوجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) بود. پرسشنامه MMPI به صورت فردی و گروهی قابل اجرا است و سازندگان آن معتقدند که برای افرادی که حداقل کلاس هشتم داشته باشند قابل اجرا است (بوچر، کندل و هافمن^۲، ۱۹۸۰). مقیاس های روایی این پرسشنامه شامل دروغ سنجی (L^۳)، نا بسامدی (F^۴) و اصلاح (K^۵) است. همچنین مقیاس های بالینی پرسشنامه مذکور شامل خود بیمار پنداری (Hs^۶)، افسردگی (D^۷)، هیستری (Hy^۸)، انحراف روانی-اجتماعی (pd^۹)، پارانویا (Pa^{۱۰})، ضعف روانی (Pt^{۱۱})، اسکیزوفرنی (Sc^{۱۲}) و هیپومانیا (Ma^{۱۳}) است. پرسشنامه MMPI در همه مقیاس ها، دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است، بنابراین افرادی که نمره تراز شده ای برابر ۵۰ می گیرند نمره ای برابر با میانگین گروه گواه یا افراد سالم دارند (نمره استاندارد T^{۱۴} با میانگین ۵۰ و انحراف معیار

۱۰ استفاده شده است). در این پرسشنامه نمره T برابر با ۶۵ یا بزرگ تر از آن در دامنه نمره های تشخیصی بالینی قرار می گیرد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل مدرک تحصیلی سیکل، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم سابقه اختلالات روانی، و عدم سابقه اقدام به خودکشی بود. در این پژوهش آزمودنی ها به صورت داوطلبانه فرم کوتاه پرسشنامه MMPI را تکمیل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی، نمره های درصدی، نمره استاندارد T، و نرم افزار SPSS^{۱۵} استفاده شد.

یافته ها

نتایج حاصل از آمار توصیفی مربوط به سطح تحصیلات آزمودنی ها به تفکیک جنسیت در جدول ۱ ارائه شده است. اطلاعات مربوط به شیوع اختلالات روانی به تفکیک جنسیت قبل و بعد از اعمال تصحیح مقدار K^{۱۶} تعیین شده است. سایر تجزیه و تحلیل مربوط به آمار توصیفی در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است. در این پژوهش پایایی مقیاس های مختلف آزمون MMPI برای زنان و مردان در دامنه ای از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ قرار دارد.

در جدول ۱ آمار توصیفی مربوط به سطح تحصیلات آزمودنی ها ذکر شده است.

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory

2. Butcher, Kendall, Hoffman

3. Lie Scale

4. F Scale

5. K Scale

6. Hypochondriasis

7. Depression

8. Hysteria

9. Psychopathic Deviation

10. Paranoia

11. Psychasthenia

12. Schizophrenia

13. Hypomania

14. Standard T-score

15. Statistical package for the social sciences

16. K-Correction Factor

جدول ۱ توزیع فراوانی و درصد سطح تحصیلات به تفکیک جنس

جنس	مرد	زن
سطح تحصیلات	تعداد درصد	تعداد درصد
سیکل	۱۳/۵۱۴	۶/۳۸
دیپلم	۱۹/۲۲۰	۲۱/۵۲۸
لیسانس	۴۴/۲۴۶	۳۲/۳۴۲
فوق لیسانس	۲۳/۱۲۴	۴۰/۵۲

مطابق جدول ۱ آزمودنی‌هایی با مدرک تحصیلی لیسانس و فوق لیسانس بیشترین تعداد را داشتند و مدارک تحصیلی دیپلم و سیکل به ترتیب کمترین تعداد شرکت کننده را شامل می‌شدند.

روانی اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنی و هیپومانیا با توجه به آزمون MMPI ذکر شده است

در جدول شماره ۲، درصد و نمرات T برای مقیاس‌های دروغ‌پردازی، نابسامدی یا غیرمعمول بودن، حالت تدافعی، خودبیمار پنداری، افسردگی، هیستری، انحراف

جدول ۲. متوسط نمرات، درصد و نمرات T به تفکیک جنسیت بدون افزودن K

مقیاس‌ها	جنسیت	حجم نمونه	متوسط نمرات	درصد	نمره ^۱ T
دروغ‌پردازی (L)	مرد	۱۰۴	۳/۴۸	۳/۳۵	۶۳
	زن	۱۳۰	۳/۶۰	۲/۷۷	۶۴
غیرمعمول بودن (F)	مرد	۱۰۴	۵/۶۲	۵/۴۰	۶۲
	زن	۱۳۰	۵/۷۳	۴/۴۱	۶۴
حالت تدافعی (K)	مرد	۱۰۴	۹/۷۷	۹/۳۹	۶۱
	زن	۱۳۰	۹	۶/۹۲	۵۶
خودبیمار پنداری (HS)	مرد	۱۰۴	۷/۷۵	۷/۴۵	۷۰

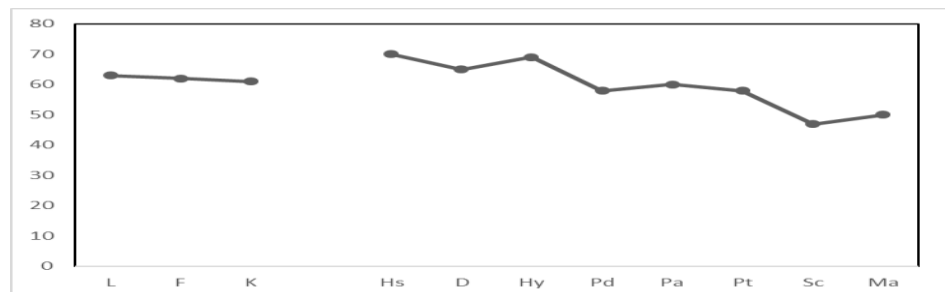
^۱. standard T-score

۶۵	۵/۵۸	۷/۲۵	۱۳۰	زن	
۶۵	۹/۴۰	۹/۷۸	۱۰۴	مرد	افسردگی (D)
۶۱	۷/۸۸	۱۰/۲۵	۱۳۰	زن	
۶۹	۱۳	۱۳/۵۲	۱۰۴	مرد	هیستری (Hy)
۶۲	۹/۵	۱۲/۳۵	۱۳۰	زن	
۵۸	۶/۹۳	۷/۲۱	۱۰۴	مرد	انحراف روانی-اجتماعی (Pd)
۶۰	۵/۱۷	۶/۷۲	۱۳۰	زن	
۶۰	۶/۵	۶/۷۶	۱۰۴	مرد	پارانویا (Pa)
۵۰	۵/۲۳	۶/۸۰	۱۳۰	زن	
۵۸	۷/۱۵	۷/۴۴	۱۰۴	مرد	ضعف روانی (Pt)
۵۵	۵/۷۳	۷/۴۵	۱۳۰	زن	
۴۷	۶/۳۰	۶/۵۲	۱۰۴	مرد	اسکیزوفرنی (Sc)
۵۰	۵/۱۲	۶/۶۵	۱۳۰	زن	
۵۰	۵/۱۶	۵/۳۷	۱۰۴	مرد	هیومانیا (Ma)
۵۰	۳/۷۸	۴/۹۱	۱۳۰	زن	

گرفتاری‌های شغلی، و ناخشنودی عمومی را شامل می‌شود.

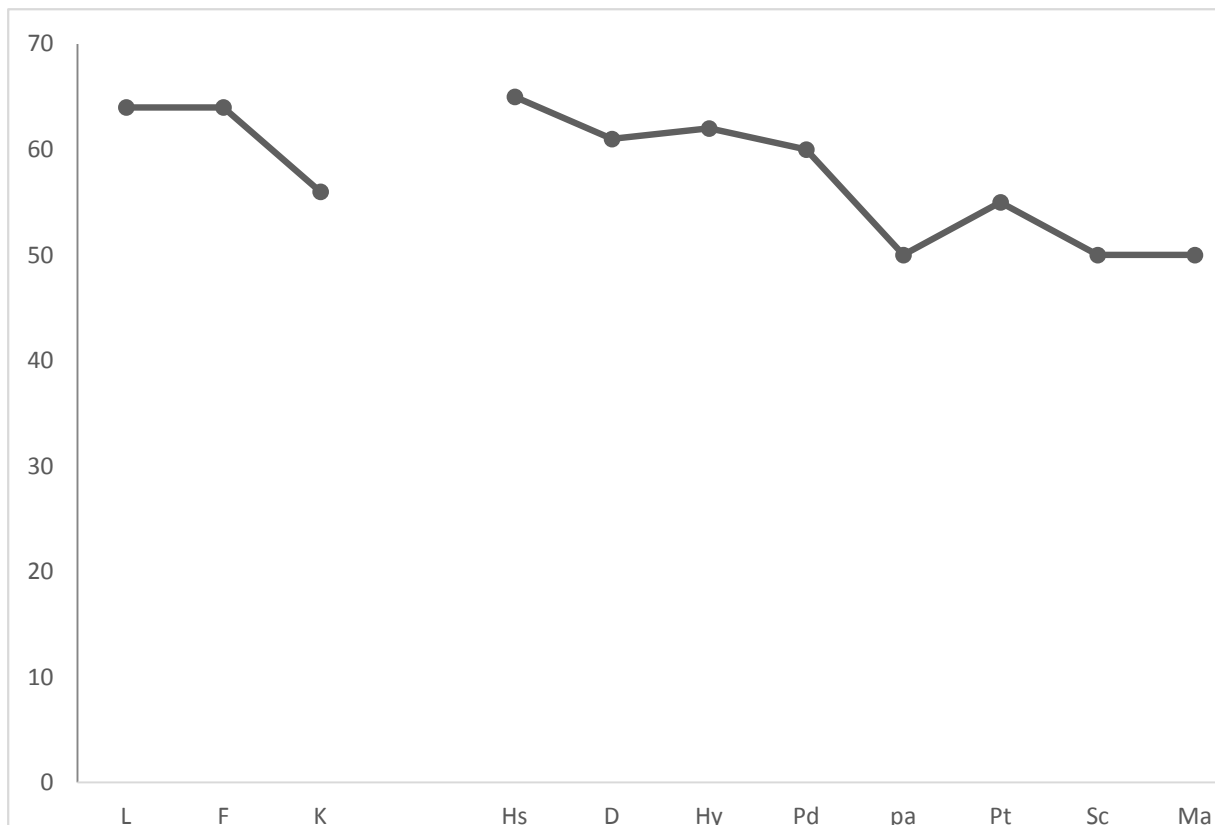
همان‌طور که در نمودار ۱، مشاهده می‌شود، نیمرخ روانی آزمودنی‌ها در مقیاس‌های روایی و بالینی گرایش نوروتیکی را نشان می‌دهد

مطابق جدول فوق نمرات T برای مقیاس‌های روایی یعنی L، F و K در محدوده ۵۶ تا ۶۴ قرار گرفته‌اند که دامنه متوسطی است. از آنجایی که مقیاس‌های D، HS، Hy و برافراستگی متوسطی دارند، این احتمال وجود دارد که دامنه شکوه‌ها متنوع باشند که افسردگی، شکوه‌های بدنی، تحریک‌پذیری، مشکل در روابط بین فردی،



برافراستگی متوسطی دارند، این احتمال وجود دارد که دامنه شکوه‌ها متنوع باشند که افسردگی، شکوه‌های بدنی، تحریک‌پذیری، مشکل در روابط بین فردی

مطابق جدول فوق نمرات T برای مقیاس‌های روایی یعنی L، F و K در محدوده ۵۶ تا ۶۴ قرار گرفته‌اند که دامنه متوسطی است. از آنجایی که مقیاس‌های D، HS، و Hy



نمودار ۲. نیمرخ آزمودنی‌های زن در مقیاس‌های روایی و بالینی بدون افزودن مقدار K

برای مقیاس‌های بالینی خودبیمارپنداری، انحراف روانی-اجتماعی، ضعف روانی، اسکیزوفرنی و هیپومانیا را نشان می‌دهد (در صورتی که به نمرات T جدول ۲، مقادیر K تصحیح شده افزوده شود، نمرات T مطابق جدول ۳، تغییر می‌کند).

در نمودار ۲، نیمرخ روانی آزمودنی‌های زن در مقیاس‌های روایی و بالینی مشاهده می‌شود. در این نیمرخ گرایش نوروپاتیکی آزمودنی‌های زن مشاهده می‌شود. مطابق نیمرخ فوق، گرایش به اضطراب، خودکم‌بینی، گیجی و آشفتگی فکری وجود دارد. جدول ۳، متوسط نمره، درصد و مقدار T پس از افزودن مقدار تصحیح K

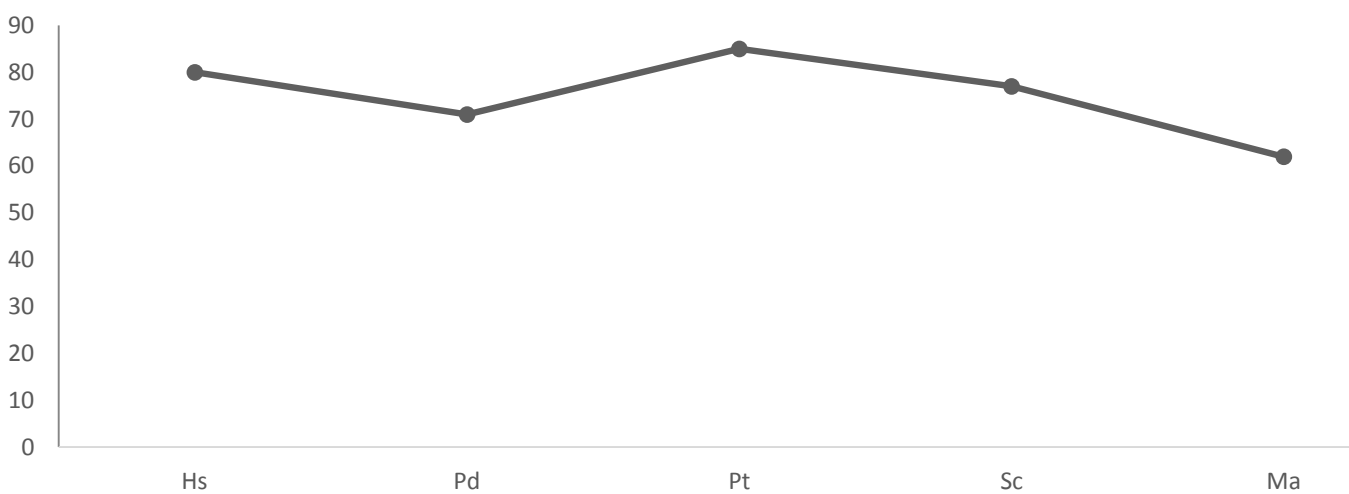
جدول ۳. حجم نمونه، میانگین، درصد و نمرات T به تفکیک جنسیت پس از افزودن K

مقیاس‌ها	حجم نمونه	میانگین	درصد	افزودن K به میانگین	نمره T
خودبیمارپنداری	مرد	۷/۷۵	۷/۴۵	$۷/۷۵ + ۰/۵(۹/۷۷) = ۱۲/۶۴$	۸۰
	زن	۷/۲۵	۵/۵۸	$۷/۲۵ + ۰/۵(۹) = ۱۱/۷۵$	۸۵
انحراف روانی - اجتماعی	مرد	۷/۲۱	۶/۹۳	$۷/۲۱ + ۰/۴(۹/۷۷) = ۱۱/۱۲$	۷۱
	زن	۶/۷۲	۵/۱۷	$۶/۷۲ + ۰/۴(۹) = ۱۰/۳۲$	۶۳
ضعف روانی	مرد	۷/۴۴	۷/۱۵	$۷/۴۴ + ۱(۹/۷۷) = ۱۷/۲۱$	۸۵
	زن	۷/۴۵	۵/۷۳	$۷/۴۵ + ۱(۹) = ۱۶/۴۵$	۸۲
اسکیزوفرنی	مرد	۶/۵۲	۶/۳۰	$۶/۵۲ + ۱(۹/۷۷) = ۱۶/۲۹$	۷۷
	زن	۶/۶۵	۵/۱۲	$۶/۶۵ + ۱(۹) = ۱۵/۶۵$	۷۶
هیپومانیا	مرد	۵/۳۷	۵/۱۶	$۵/۳۷ + ۰/۲(۹/۷۷) = ۷/۳۲$	۶۲
	زن	۴/۹۱	۳/۷۸	$۴/۹۱ + ۰/۲(۹) = ۶/۷۱$	۵۵

مقیاس D وجود دارد احتمال گرایش به خودکشی مطرح می‌شود. بعلاوه با توجه به جدول ۳، بالا بودن نمره در مقیاس‌های Pt، و Sc، نشان‌دهنده این است که آزمودنی‌ها در این پژوهش نسبت به دنیای خود احساس بیگانگی و بی‌اعتمادی می‌کنند، محیط اطراف خود را مخاطره‌آمیز می‌بینند و احتمال دارد نسبت به دیگران واکنش‌های پرخاشگرانه و خصومت‌آمیز نشان دهند. مطابق جدول ۳ نمره T در مقیاس Pt، بالاتر از ۸۰ است که حالت اضطراب و تشویش را نشان می‌دهد، بعلاوه ضعف روانی از قبیل وسواس فکری، وسواس عملی، ترس‌های غیرمنطقی و تردیدهای افراطی را نیز نشان می‌دهد. مطابق جدول ۳، نمره T در مقیاس Sc، نیز بالا است که توصیف‌کننده بیگانگی اجتماعی، بی‌احساسی، روابط ضعیف خانوادگی، فرآیندهای فکری غیرمعمول و ادراک‌های نامأنوس است. به‌طور کلی نمره بالا در مقیاس Sc، نشان‌دهنده این است که آزمودنی‌ها احساس می‌کنند که به‌خوبی درک نمی‌شوند.

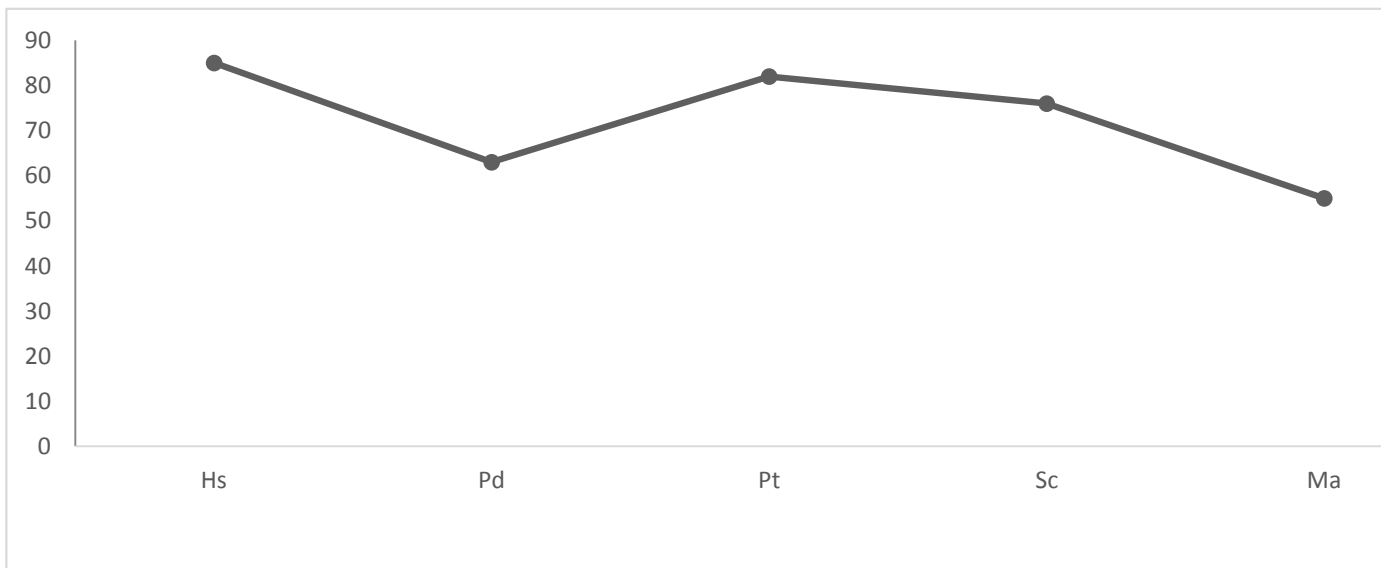
پس از محاسبه متوسط نمره خام آزمودنی‌ها، به نمرات T مقیاس‌های خودبیماری پنداری (HS)، انحراف روانی-اجتماعی (pd)، ضعف روانی (pt)، اسکیزوفرنی (Sc)، و هیپومانیا (Ma) مقادیر معینی از نمره تصحیح K افزوده می‌شود ($Ma + 0.2 K$ ، $Sc + 1 K$ ، $Pd + 0.4 K$ ، $+1 K$ ، $Pt + 0.5 K$) و نتایج به نیمرخ افراد منتقل می‌شود، با وصل نقاطی که نمره آزمودنی‌ها را در هر مقیاس نشان می‌دهد، نیمرخ آن‌ها با تفکیک جنسیت ترسیم می‌شود. در جدول ۳ نمرات T با تصحیح K و به تفکیک جنسیت نشان داده شده است. مطابق این جدول نمرات T برای مقیاس‌های HS، Pt، و Sc، بالاتر از ۷۰ است. در این جدول نمره Pt، بالاتر از ۷۰ گزارش شده است، از آنجایی که نمره D مطابق جدول ۲ برافراشتگی متوسط دارد، این وضعیت نشان‌دهنده تنفر آزمودنی از خود، بی‌ارزش دانستن خود، تنش و بی‌قراری و گرایش به خودآزاری است.

با توجه به جدول ۳ و بعد از اضافه کردن مقدار معینی از K، نمرات T در مقیاس‌های Pt، و Sc، بالا می‌رود و از آنجایی که مطابق جدول ۲، برافراشتگی متوسط در



نمودار ۳ نیمرخ آزمودنی‌های مرد بعد از افزودن مقدار K تعیین شده

مطابق نمودار فوق، بعد از افزودن مقدار K، مقدار Hs، و SC، چون نمره T بالاتر از ۷۰ است، شدت اختلال را نشان می‌دهد. Pt، Pd و Sc بالاتر از ۷۰ به دست آمده است که وجود اختلال را مطرح می‌کند. به‌ویژه در مقیاس‌های Pt، Hs،



نمودار ۴ نیمرخ آزمودنی‌های زن بعد از افزودن مقدار K تعیین شده

مطابق شکل فوق، بعد از افزودن مقدار K، مقدار Hs، Pt، و Sc بالاتر از ۷۰ به دست آمده است که وجود اختلال در زنان را مطرح می‌کند. در مقیاس‌های Pt، Hs،

و SC، نمره T بالاتر از ۷۰ است، بنابراین شدت اختلال در موارد مذکور را نشان می‌دهد.

بحث

سهرابی و اعظمی، ۱۴۰۰؛ آذر آئین و همکاران، ۱۳۹۹؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۹۹؛ شیروانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ فدوی و همکاران، ۱۴۰۰ است. اما با مطالعه موسوی بزار، مدنی، موسوی بزار، زارعی و عباسی خدار (۱۳۹۴)، همسو نیست.

این مطالعه باهدف بررسی اختلالات روانی در افراد بزرگسال استان ایلام انجام شده است. نتایج مطالعه نشان داد که نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های بالینی خودبیمارپنداری، افسردگی و هیستری بالاتر از سایر اختلالات است. نتایج به دست آمده در این مطالعه با مطالعات انجام شده در این زمینه همسو است (خانجانی،

با واقعیت دارند و از مهارت‌های سازشی برخوردارند و بیماری یا مشکلات خود را انکار نمی‌کنند.

همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که با افزودن مقادیر معینی تصحیح K، به مقیاس‌های HS، Pd، Pt، Sc، و Ma، نمرات T برای مقیاس‌های HS، Pt، و Sc، بالاتر از ۷۰ به دست می‌آید. نتایج حاصل از این مطالعه با مطالعات انجام‌شده در این زمینه همسو است (سپهری، فرهنگ، برزگر، فخاری و دستگیری، ۱۳۹۶؛ شیروانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۹۹).
نمره بالا در HS با نمره بالا در Sc، نشان‌دهنده توهّمات بدنی در آزمودنی‌ها است. در این پژوهش نمره Pt، بالاتر از ۷۰ است و از آنجایی که نمره D دارای برافراشتگی خفیف است گرایش آزمودنی‌ها از تنفر به خود و احساس بی‌ارزشی را نشان می‌دهد. همچنین بعد از افزودن مقدار معینی از K نمره Pd مردان بیشتر از ۷۰ به دست آمده است که نشان‌دهنده ارائه تصویری مطلوب از خود است، و به صورت بالقوه توانایی رفتارهای ضداجتماعی را نشان می‌دهد. در عین حال نمره بالا در Pd احتمال پرخاشگری و انجام رفتارهای غیرمسئولانه را نشان می‌دهد. این نتایج با مطالعات انجام‌شده در این زمینه همسو است (سپهری، فرهنگ، برزگر، فخاری و دستگیری، ۱۳۹۶؛ شیروانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۹۹).

در این پژوهش، میزان شیوع اختلالات روانی در مقیاس‌های HS، D، Hy، و Pa برای مردان ۳۶/۳۵٪ و در مقیاس‌های HS، D، Hy، و Pd برای زنان ۳۵/۳۱٪ بود. با افزودن مقدار معین K به مقیاس‌های HS، Pd، Pt، Sc، و Ma شیوع اختلالات روانی برای مردان

به عبارتی دیگر نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که نمرات T، آزمودنی‌ها در مقیاس‌های بالینی خویمارپنداری (HS)، افسردگی (D) و هیستری (Hy) بالاتر از ۶۰ است، که نشان‌دهنده برافراشتگی خفیف در خرده مقیاس‌های مذکور است و گرایش به بیماری را نشان می‌دهد. سه مقیاس مذکور را مثلث روان‌نژندی می‌گویند و اگر نمره T هر سه مقیاس بالاتر از ۶۰ باشد، نوروتیک بودن را نشان می‌دهد. بدین معنا که اگر شرایط محیطی فراهم شود، این گرایش تبدیل به اختلال می‌شود.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که نمره T برای مقیاس L، در محدوده ۶۰ تا ۶۴ قرار گرفته است. این نتایج با مطالعه شیروانی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. با توجه به نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که شرکت‌کنندگان در این مطالعه تلاش کرده‌اند به طور متوسط توصیف مثبتی از خود ارائه دهند. بنابراین در مقابل استرس و فشار تحمل کمی دارند.

در این مطالعه، نمره T آزمودنی‌ها در مقیاس F بین ۶۲ تا ۶۴ قرار گرفته است. نتیجه به دست آمده با مطالعه شیروانی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. این نتیجه نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها در واکنش به برخی شرایط خاص زندگی از جمله غم از دست دادن عزیزان یا طلاق، ممکن است احساسات غیرمعمول از خود نشان دهند.

در پژوهش کنونی نمره T آزمودنی‌ها در مقیاس K بین ۵۶ تا ۶۱ به دست آمده است که نمره متوسطی است. این نتایج با مطالعه شیروانی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. این نتیجه حاکی از آن است که آزمودنی‌ها ارتباط خوبی

سطح استان ایلام باشد که مردان را در معرض استرس‌های متعددی قرار می‌دهد و باعث گرایش بیشتر به اختلالات روانی در آن‌ها شده است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از نمونه‌گیری در دسترس بود و افراد نمونه فقط از استان ایلام انتخاب شدند. همچنین استفاده از یک ابزار اندازه‌گیری، محدودیت دیگر پژوهش مذکور بود. این محدودیت‌ها می‌توانند دقت نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری معتبرتری استفاده شود و ابزارهای بیشتر و به‌روزتر بکار گرفته شود.

سپاسگزاری

مقاله کنونی حاصل مطالعه نویسنده در مورد میزان شیوع اختلالات روانی در استان ایلام است. در این مطالعه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام و خانواده آن‌ها شرکت نمودند. بنابراین، ابتدا رضایت آزمودنی‌ها کسب شد. سپس اطلاعات کافی درباره نحوه اجرای پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات به آزمودنی‌ها ارائه گردید. در خصوص مقاله کنونی هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد. در اینجا بر خود لازم می‌دانم که از تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام و خانواده محترم آن‌ها که با صبر و بردباری پرسشنامه را تکمیل نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایم.

۳۲/۹۹٪ و برای زنان بدون احتساب Ma به دلیل اینکه نمره T در این مقیاس برای زنان کمتر از ۶۰ است ۲۱/۶٪ به دست آمد. نتایج حاصل از این مطالعه با پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه همسو است (باقری یزدی، بهاری و شامحمدی، ۱۳۷۲؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۷۸؛ رئیسون، میری، دستجردی و شریف زاده، ۱۳۹۱؛ آذرآیین، معماریان و فکوری، ۱۳۹۹؛ داوری نژاد، کرمی، احمدی، فرنی و رادمهر، ۱۳۹۸). همچنین با مطالعه موسوی بزار و همکاران (۱۳۹۴) همسو نیست.

مطالعه نوربالا و همکاران (۱۳۷۸)، در مورد افراد ۱۵ سال به بالا انجام گرفته است و نشان می‌دهد که ۲۵/۹٪ زنان و ۱۴/۹٪ مردان دچار اختلالات روانی هستند. مطالعه آذرآیین، معماریان و فکوری (۱۳۹۹)، نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در مراجعین مراکز سلامت جامع شهری جیرفت ۳۹/۲٪ است. مطالعه داوری نژاد، کرمی، احمدی، فرنی و رادمهر (۱۳۹۸)، نشان می‌دهد که اختلالات اسکیزوفرنی، دوقطبی و افسردگی به ترتیب ۲۵/۸٪، ۱۹/۳٪ و ۱۱/۳٪ بیشترین میزان شیوع را دارند.

نتیجه‌گیری

نتیجه مطالعه کنونی نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در مردان بیشتر از زنان است (به‌ویژه پس از اعمال تصحیح K). این امر ممکن است به دلیل مشکلات اقتصادی، عهده‌دار بودن نقش سرپرستی خانواده، پائین بودن سطح درآمد و یا بیکاری گسترده در

References

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Azad Marzabadi, S., Zamani Nasb, R., & Hashminejed, M. (2012). The prevalence of Psychological Disorders among Military Forces. *Journal of Military Psychology*, 3, 59-69. In Persian
- Azaraeen, S., Memarian, S., & Fakouri, E. (2020). The prevalence of psychiatric disorders and the related demographic factors among the patients referred to comprehensive health centers in Jiroft 2017. *Journal of Jiroft University of Medical Sciences*, 7(3). In Persian
- Bagheri Yazdi, S., Bolhari, J., & Shah Mohammadi, D. (1994). An epldemiological study of psychological disorders in a rural areas (Meibod Yazd)in Iran. *Andisheh va Raftar*, 1, 41-32. In Persian
- Boland, R. (2022). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry, 12th ed.* (12). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Butcher, J. N. ,Kendall, P. C., & Hoffman, N. (1980). MMPI short forms: Caution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 275-278.
- Davarinejad, O., Karami, A., Ahmadi, A., Farnia, V., & Radmehr, F. (2019). The Study of the Prevalence of Psychiatric Disorders among Patients Referred to Farabi Hospital in Kermanshah, 2015-16. *Armaghane-danesh, Yasuj University of Medical Sciences Journal (YUMSJ)*, 24(4), 666-678. In Persian
- Emilian, C., Al-Juffali, N., Fazel, S. (2025). Prevalence of severe mental illness among people in prison across 43 countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 10(2). doi: 10.1016/S2468-2667(24)00280-9.
- Fadavi Dimaqani, G., Satvat Qasriki, H., Mekaili Manie, F., Emami, A., Rashidi, A.(2021). Investigating the prevalence of mental disorders among high school students in west Azerbaijan province. *Studies in Medical Sciences*, 32(7), 516-524. In Persian
- Farnoush, F., Hosseinaei, A., & Bahrami, M. (2016). The Prevalence of Personality Disorders and its Relationship with the Attachment Styles among Patients Referring to Psychological Clinics in Tehran. *Advances in Cognitive Scieince*, 18(2). In Persian
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2022). Global Health Data Exchange (GHDX). Retrieved from <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
- Kieling, C., Buchweitz, C., Caye, A., Silvani, J., Ameis, S.H., Brunoni, A.R., ... Szatmari, P. (2024). Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry*. 81(4), 347-356. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5051.
- Khanjani, M., Sohrabi, F., Aazami, Y. (2021). The prevalence of psychological disorders and its causes in labor children. *Cultural Psychology*, 5(1), 195-217. DOI: 10.30487/jcp.2021.284893.1263. DOR: 20.1001.1.25887211.1400.5.1.7.2 3. In Persian
- Mental Health Atlas. (2020). *World Health Organization: Geneva*.
- Mohammadzadeh, S., Dabirshahoveissi, S., Ghanei Gheshlagh, R., Jafari, L., Azadnia, A. (2024). Prevalence of Stress, anxiety, depression in Students of Sanandaj in the epidemic of Covid-19 virus in 2022. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 11 (2), 81-85. Retrieved from <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2117-fa.html>. In Persian
- Mohammadzadeh. S., Yousefi, F., Kamali Ardakani, S., Moradveisi, B., Seyedi Nasab, SZ., Tahazade, S. (2022).

- Investigating the prevalence of depression in children and adolescents with cancer admitted to the oncology ward of Besat Hospital in Sanandaj. *Shenakht. Journal of Psychology and Psychiatry*, 9 (5), 66-76. Retrieved from <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1391-en>. In Persian
- Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T., Whiteford H, Saxena S, Ferrari AJ. (2022). The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med*, 19(2). doi: 10.1371/journal.pmed.1003901.
- Mousavi Bazaz, S. M., Madani, A., Mousavi Bazaz, S. M., Zarei, F., & Abbasi Khaddar, E. Study of psychological disorders and its social determinants among high school students in Bashagard, Iran, 2014. *Journal of Preventive Medicine*, 3. In Persian
- Mozafari, N., Bagherian, F., Zadeh Mohammadi, A., Heidari, M. (2021). Prevalence and functions of self-harming behaviors in adolescents in Sanandaj. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8 (4), 110-123. Retrieved from <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1212-en>. In Persian
- Noorbala, A., Damari, B., & Riazi-Isfahani, S. (2014). Evaluation of mental disorders incidence trend on Iran *J Danesh Medic*, 21(112), 1-11. In Persian
- Noorbala, A., Kazem, M., & Bagheri, A. (1999). Investigation of the Prevalence of Psychiatric Disorders in Tehran. *Journal of Research of Hakim Health system*, 2(4), 212-223. In Persian
- Opio, J.N., Munn, Z., Aromataris, E. (2022). Prevalence of Mental Disorders in Uganda: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Q*. 93(1), 199-226. doi: 10.1007/s11126-021-09941-8.
- Raeisoon, M. R., Miri, M. R., Dastjerdi, R., & Sharifzadeh, G. R. (2012). Prevalence of mental disorders in Birjand – 2010. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*, 19(1), 81-87. In Persian
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (11th ed). Wolters Kluwer Health.
- Sarabi, P. Parvizi, F., & Kakabaraee ,K. (2019). Epidemiology of Psychiatric Disorders in Students of Islamic Azad University of Kermanshah. *Analitycal-Cognitive Psychology*, 10(39), 9-26. In Persian
- Sepehri, M., Farhang, S., Barzegar, H., Fakhari, A., Dastgiri, S. (2017). The Prevalence of Personality Disorders: A Cross Sectional Study in Tabriz. *Depiction of Health*, 8(2), 67-74. In Persian
- Shirvani, B., Abadini, M., Dinkani, F., Mahdi Nassab, M., Samdi, F. (2021). Investigting prevalence of mental disorders among employees of Khorasan Petrochemical Company in 2019. *Family and health Quarterly*, 11(4). <http://journals.iau-astara.ac.ir>, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1400.11.4.8.7. In Persian
- World Health Organization. (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/310981> . License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization. (2022). *Evidence as a catalyst for policy and societal change: towards more equitable, resilient and sustainable global health. Meeting report of the WHO Global Evidence-to-Policy Summit, 15–17 November 2021*. World Health Organization.