Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No.3.2025
Page:31-46

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.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره : ۳ ، ۱۴۰۴
صفحات: ۴۶-۳۱

بررسی شیوع اختلالات روانی در استان ایلام

زینب میهن‌دوست

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

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۲۱ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۷/۱۶

چکیده

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

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

روش: پژوهش حاضر به‌صورت توصیفی انجام‌شده 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 انتخاب‌شده‌اند. در این تحقیق، از فرم کوتاه پرسشنامهٔ چندوجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) به‌عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS بر اساس آمار توصیفی و نمره‌های درصدی انجام شد.

یافته‌ها: تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که ۳۶/۳۵ ٪ از مردان در مقیاس‌های افسردگی، خودبیمارپنداری، هیستری و پارانویا نمرهٔ استاندارد T بین ۶۰ تا ۷۰ دارند. همچنین نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ۳۵/۳۱ ٪ زنان نمرهٔ 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 به‌طور خفیفی بالاتر از نرمال است، بنابراین گرایش به اختلال در این مقیاس‌ها را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات خلقی، افسردگی ، شیوع ، اضطراب

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

اختلالات روانی در جوامع انسانی بسیار شایع هستند و می‌توانند مشکلات متعددی درزمینهٔ 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 باسابقهٔ 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 قابل‌توجهی 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 بالقوهٔ درمان مراجعین کمک کند (متن تجدیدنظر شدهٔ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم[1] ، ۲۰۲۲). معمولا مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و ساختاری در محافظت یا تضعیف سلامت روانی نقش دارند. افرادی که در معرض شرایط نامطلوب- ازجمله 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 خطرساز ابتلا به اختلالات روانی هستند (سادوک، سادوک و روئیس[2] ، ۲۰۱۵؛ اطلس سلامت روان[3] ، ۲۰۲۰؛ بولند[4] ، ۲۰۲۲). سازمان بهداشت جهانی (WHO[5]) به‌منظور فائق آمدن بر اختلالات روانی، چهار هدف اساسی برای دستیابی به‌سلامت روانی را به رسمیت می‌شناسد، این اهداف عبارت‌اند از: ۱. تقویت رهبری مؤثر ۲. ارائهٔ 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؛ مؤسسهٔ سنجش و ارزیابی سلامت[6] ، ۲۰۲۲). باوجود تلاش‌های جهانی و انجام تحقیقات مختلف درزمینهٔ بهداشت روانی، سیستم‌های بهداشتی هنوز به‌اندازهٔ کافی به نیازهای افراد مبتلابه اختلالات روانی پاسخ نداده‌اند. شکاف بین نیاز به درمان و ارائهٔ آن در سراسر جهان گسترده است. به‌عنوان‌مثال تنها ۲۹٪ از افراد مبتلابه روان‌پریشی و تنها یک‌سوم افراد مبتلابه افسردگی، مراقبت‌های رسمی از سلامت روان دریافت می‌کنند (سازمان بهداشت جهانی،

[1] . Diagnostic and Statistical Manual of Mental

[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

۲۰۲۲؛ مویترا، سانتاماورو، کولین، واس، وایتفورد، سکسینا و فراری[1] ، 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. تقریبا 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[2] به‌طور قابل‌توجهی 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٪ گزارش‌شده است (کیلینگ، بوچویتس، کی، سیلوانی، امیرس، برونونی و همکاران[3] ، ۲۰۲۴). در مطالعه‌ای که در اوگاندا انجام‌شده است، شیوع انواع اختلالات روانی کودکان را ۲۲/۹ ٪ ، و در بزرگ‌سالان ۲۴/۲ ٪ گزارش می‌دهد. در این کشور شیوع اختلال اضطرابی در کودکان ۱۴/۴٪ و در بزرگ‌سالان ۲۰/۲٪ گزارش‌شده 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 تقریبا از هر چهار نفر یک نفر را تحت تأثیر قرار می‌دهند (اوپی، مان و آروماتاریس[4] ، 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 ، درحالی‌که میزان شیوع در کشورهایی با درآمد بالا ۱۰/۸٪ است (امیلیان، الجفالی و فاضل[5] ، ۲۰۲۵).

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

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

[4] . Opio, Munn, Aromataris

[5]. Emilian, Al-Juffali, and Fazel

٪ گزارش‌شده است (مظفری، باقریان، زاده محمدی و حیدری، ۱۴۰۰). نتایج مطالعه‌ای که در استان آذربایجان غربی انجام‌شده 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 انجام‌شده 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 اسکیزونید (۲۷/۲٪) است (شیروانی، عابدینی، دینکانی، مهدی نسب و صمدی، ۱۴۰۰). مطالعه‌ای که در مورد شیوع اختلالات روانی در جامعهٔ دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی شهر کرمانشاه انجام‌شده است، نشان می‌دهد که شیوع انواع اختلالات روانی ۳۱/۱۶٪ بود که این میزان شیوع در زنان ۳۶/۲۰٪ و در مردان ۲۶/۷۳ ٪ گزارش‌شده است (سرابی، پرویزی و کاکابرایی،۱۳۹۸). بعلاوه مطالعه‌ای که دربارهٔ میزان شیوع اختلالات روانی در کارکنان نیروی‌های نظامی انجام‌شده است، نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در کارکنان نیروهای نظامی 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٪، و افکار پارانوئیدی ۹/۸ ٪ است (آزادمرزآبادی، زمانی نسب و هاشمی نژاد،۱۳۹۱) . مطالعهٔ مروری که با ابزار و جامعهٔ هدف یکسان در شهر تهران انجام‌شده است، شیوع اختلالات روانی را از سال ۱۳۷۸ تا سال ۱۳۹۰ به ترتیب ۲۱/۵، ۳۴/۲ و ۳۹/۶ گزارش کرده است. مطالعهٔ مذکور حاکی از افزایش نرخ شیوع اختلالات روانی در طی سال‌های متمادی است (نوربالا، دماری و ریاضی اصفهانی، ۱۳۹۳). مطالعه‌ای که در مورد مراجعین به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تهران انجام‌شده است نشان می‌دهد که شیوع اختلال‌های شخصیت وابسته ۱/۱٪، نمایشی ۳۵/۴٪، اسکیزوئید ۱/۷٪، دوری گزین ۰/۴٪، افسرده ۶/۹٪، خودشیفته۳/۴٪، دگرآزار ۰/۴٪، وسواسی ۱۵/۶٪، منفی گرا ۰/۹۱ ٪ بود (فرنوش، حسینیایی و بهرامی، ۱۳۹۵). مطالعه‌ای که در مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت شهری جیرفت انجام‌شده 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 جامعهٔ بزرگ‌سالان استان ایلام انجام شد. حجم نمونه ۲۳۴ نفر بود. افراد موردبررسی، دانشجویان و خانوادهٔ آن‌ها بودند که دامنهٔ سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال را شامل می‌شدند. حداقل مدرک تحصیلی شرکت‌کنندگان در این مطالعه سیکل و حداکثر فوق‌لیسانس بودند. تعداد

کل مردان ۱۰۴ نفر و تعداد زنان ۱۳۰ نفر بود که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزار

فرم کوتاه پرسشنامهٔ چندوجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI[1]) : در این مطالعه ابزار پژوهش، فرم کوتاه پرسشنامهٔ چندوجهی شخصیتی مینه سوتا (MMPI) بود. پرسشنامهٔ MMPI به‌صورت فردی و گروهی قابل‌اجرا است و سازندگان آن معتقدند که برای افرادی که حداقل کلاس هشتم داشته باشند قابل‌اجرا است (بوچر، کندل و هافمن[2] ، ۱۹۸۰). مقیاس‌های روایی این پرسشنامه شامل دروغ‌سنجی(L[3]) ، نا بسامدی (F[4]) و اصلاح (K[5]) است. همچنین مقیاس‌های بالینی پرسشنامهٔ مذکور شامل خودبیمارپنداری(Hs[6]) ، افسردگی(D[7])، هیستری (Hy[8])، انحراف روانی-اجتماعی(pd[9])، پارانویا (Pa[10]) ، ضعف روانی(Pt[11])، اسکیزوفرنی (Sc[12]) و هیپومانیا (Ma[13])است. پرسشنامهٔ MMPI در همهٔ مقیاس‌ها، دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است، بنابراین افرادی که نمرهٔ تراز شده‌ای برابر ۵۰ می‌گیرند نمره‌ای برابر با میانگین گروه گواه یا افراد سالم دارند (نمرهٔ استاندارد T[14] با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ استفاده‌شده است). در این پرسشنامه نمرهٔ T برابر با ۶۵ یا بزرگ‌تر از آن در دامنهٔ نمره‌های تشخیصی بالینی قرار می‌گیرد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل مدرک تحصیلی سیکل، دامنهٔ سنی بین ۱۸ تا ۴۵ سال، عدم سابقهٔ اختلالات روانی، و عدم سابقهٔ اقدام به خودکشی بود. در این پژوهش آزمودنی‌ها به‌صورت داوطلبانه فرم کوتاه پرسشنامه MMPI را تکمیل کردند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، نمره‌های درصدی، نمرهٔ استاندارد T ، و نرم‌افزار SPSS[15] استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از آمار توصیفی مربوط به سطح تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک جنسیت در جدول ۱ ارائه‌شده است. اطلاعات مربوط به شیوع اختلالات روانی به تفکیک جنسیت قبل و بعد از اعمال تصحیح مقدار K[16] تعیین‌شده است. سایر تجزیه‌وتحلیل مربوط به آمار توصیفی در جداول ۲ و ۳ ارائه‌شده است. در این پژوهش پایایی مقیاس‌های مختلف آزمون MMPI برای زنان و مردان در دامنه‌ای از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ قرار دارد.

در جدول ۱ آمار توصیفی مربوط به سطح تحصیلات آزمودنی‌ها ذکرشده 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 . Sandard T-score
15 . Statistical package for the social sciences
16 . K-Correction Factor

جدول ۱ توزیع فراوانی و درصد سطح تحصیلات به تفکیک جنس

سطح تحصیلات	مرد		زن	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سیکل	۱۴	۱۳/۵	۸	۶/۲
دیپلم	۲۰	۱۹/۲	۲۸	۲۱/۵
لیسانس	۴۶	۴۴/۲	۴۲	۳۲/۳
فوق‌لیسانس	۲۴	۲۳/۱	۵۲	۴۰

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

در جدول شماره ۲، درصد و نمرات T برای مقیاس‌های دروغ‌پردازی، نابسامدی یا غیرمعمول بودن، حالت تدافعی، خودبیمار پنداری، افسردگی، هیستری، انحراف روانی اجتماعی، پارانویا، ضعف روانی، اسکیزوفرنی و هیپومانی با توجه به آزمون MMPI ذکرشده است

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

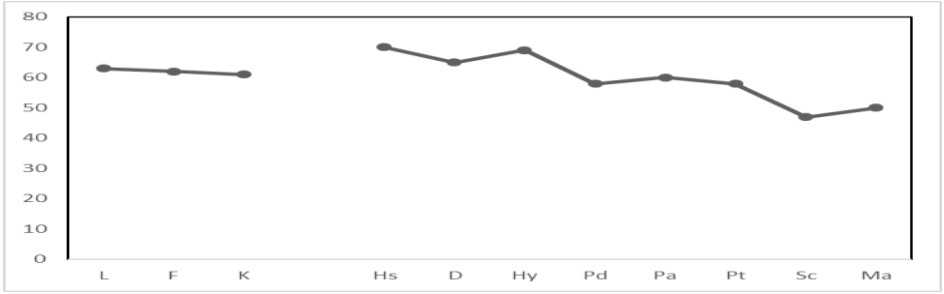
مقیاس‌ها		جنسیت	حجم نمونه	متوسط نمرات	درصد	نمرهٔ T[1]
دروغ‌پردازی (L)		مرد	۱۰۴	۳/۴۸	۳/۳۵	۶۳
		زن	۱۳۰	۳/۶۰	۲/۷۷	۶۴
غیرمعمول بودن	(F)	مرد	۱۰۴	۵/۶۲	۵/۴۰	۶۲
		زن	۱۳۰	۵/۷۳	۴/۴۱	۶۴
حالت تدافعی (K)		مرد	۱۰۴	۹/۷۷	۹/۳۹	۶۱
		زن	۱۳۰	۹	۶/۹۲	۵۶
خودبیمارپنداری(HS)		مرد	۱۰۴	۷/۷۵	۷/۴۵	۷۰

[1] . standard T-score

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

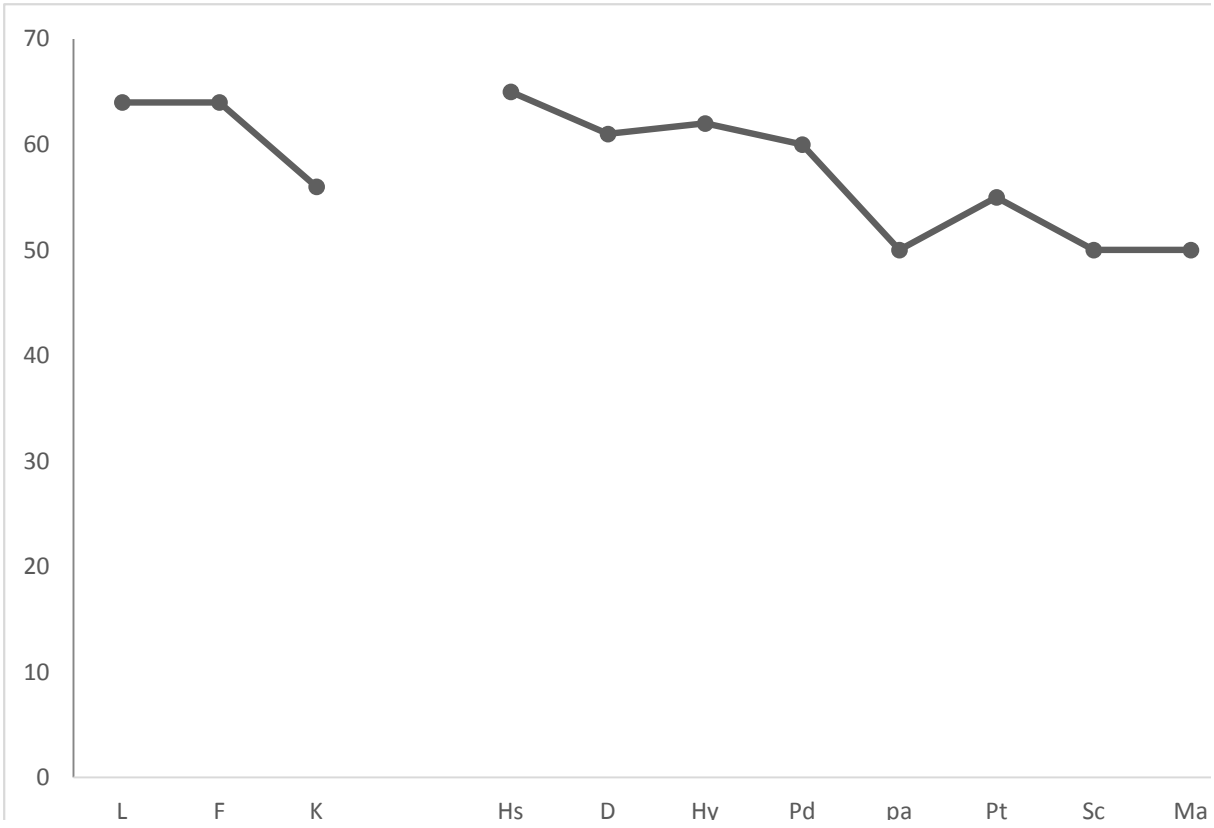
مطابق جدول فوق نمرات T برای مقیاس‌های روایی یعنی L، F و K در محدودهٔ ۵۶ تا ۶۴ قرارگرفته‌اند که دامنهٔ متوسطی است. ازآنجایی‌که مقیاس‌های HS، D، و Hy برافراشتگی متوسطی دارند، این احتمال وجود دارد که دامنهٔ شکوه‌ها متنوع باشند که افسردگی، شکوه‌های بدنی، تحریک‌پذیری، مشکل در روابط بین فردی، گرفتاری‌های شغلی، 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 محدودهٔ ۵۶ تا ۶۴ قرارگرفته‌اند که دامنهٔ متوسطی است. ازآنجایی‌که مقیاس‌های HS، D، و Hy برافراشتگی متوسطی دارند، این احتمال وجود دارد که دامنهٔ شکوه‌ها متنوع باشند که افسردگی، شکوه‌های بدنی، تحریک‌پذیری، مشکل در روابط بین فردی

،



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

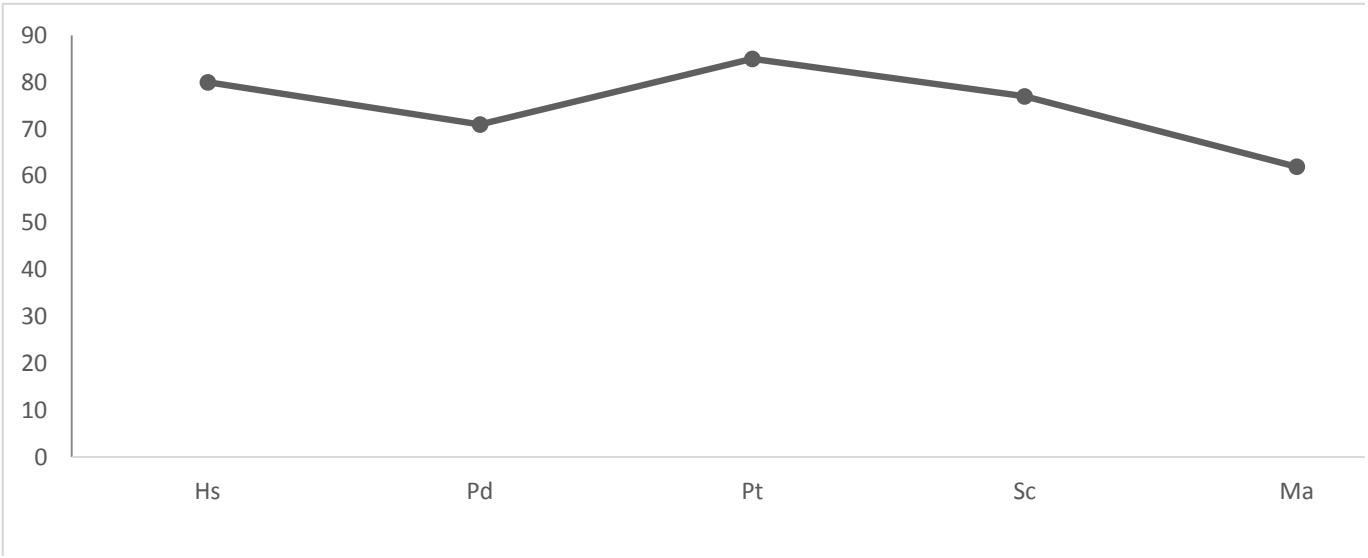
در نمودار ۲، نیمرخ روانی آزمودنی‌های زن در مقیاس‌های روایی و بالینی مشاهده می‌شود. در این نیمرخ گرایش نوروتیکی آزمودنی‌های زن مشاهده می‌شود. مطابق نیمرخ فوق، گرایش به اضطراب، خودکم‌بینی، گیجی و آشفتگی فکری وجود دارد. جدول ۳، متوسط نمره، درصد و مقدار T پس از افزودن مقدار تصحیح K برای مقیاس‌های بالینی خودبیمارپنداری، انحراف روانی-اجتماعی، ضعف روانی، اسکیزوفرنی و هیپومانیا را نشان می‌دهد (درصورتی‌که به نمرات T جدول ۲، مقادیر K تصحیح‌شده افزوده شود، نمرات T مطابق جدول ۳، تغییر می‌کند).

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	نمرهٔ T
خودبیمارپنداری	مرد	۱۰۴	۷/۷۵	۷/۴۵	۷/۷۵ +۰/۵(۹/۷۷)=۱۲/۶۴	۸۰
	زن	۱۳۰	۷/۲۵	۵/۵۸	۷/۲۵ +۰/۵(۹)=۱۱/۷۵	۸۵
انحراف روانی- اجتماعی	مرد	۱۰۴	۷/۲۱	۶/۹۳	۷/۲۱ +۰/ ۴(۹/۷۷)=۱۱/۱۲	۷۱
	زن	۱۳۰	۶/۷۲	۵/۱۷	۶/۷۲ +۰/۴(۹)=۱۰/۳۲	۶۳
ضعف روانی	مرد	۱۰۴	۷/۴۴	۷/۱۵	۷/۴۴ +۱(۹/۷۷)=۱۷/۲۱	۸۵
	زن	۱۳۰	۷/۴۵	۵/۷۳	۷/۴۵ +۱(۹)=۱۶/۴۵	۸۲
اسکیزوفرنی	مرد	۱۰۴	۶/۵۲	۶/۳۰	۶/۵۲ +۱(۹/۷۷)=۱۶/۲۹	۷۷
	زن	۱۳۰	۶/۶۵	۵/۱۲	۶/۶۵ +۱(۹)=۱۵/۶۵	۷۶
هیپومانیا	مرد	۱۰۴	۵/۳۷	۵/۱۶	۵/۳۷ +۰/ ۲(۹/۷۷)=۷/۳۲	۶۲
	زن	۱۳۰	۴/۹۱	۳/۷۸	۴/۹۱ +۰/۲(۹)=۶/۷۱	۵۵

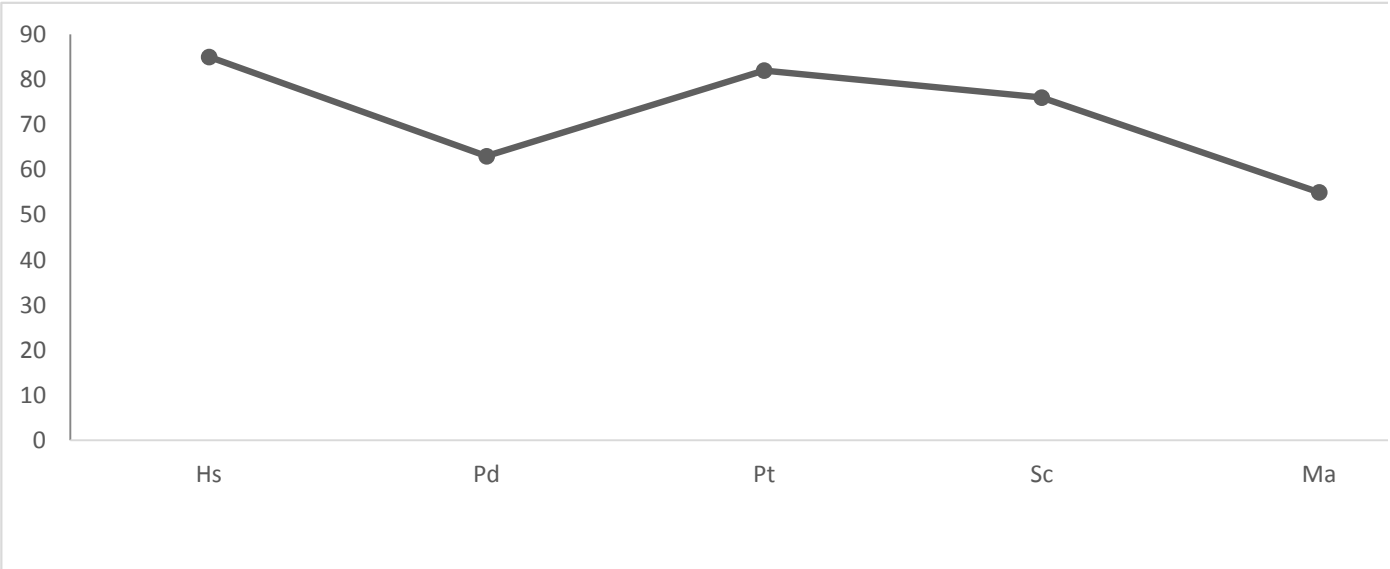
پس از محاسبهٔ متوسط نمرهٔ خام آزمودنی‌ها، به نمرات T مقیاس‌های خودبیماری پنداری(HS) ، انحراف روانی- اجتماعی(pd) ، ضعف روای(pt) ، اسکیزوفرنی(Sc) ، و هیپومانیا (Ma) مقادیر معینی از نمرهٔ تصحیح K افزوده می‌شود (Hs +۰/۵ K،Pt +۱K ، Pd + ۰/۴ K، Sc +۱K، Ma + ۰/۲ K) و نتایج به نیمرخ افراد منتقل می‌شود، با وصل نقاطی که نمرهٔ 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 داده‌شده است. مطابق این جدول نمرات T برای مقیاس‌هایHS ، Pt، وSc ، بالاتر از ۷۰ است.در این جدول نمرهٔ Pt ، بالاتر از ۷۰ گزارش‌شده است، ازآنجایی‌که نمرهٔ D مطابق جدول۲ برافراشتگی متوسط دارد، این وضعیت نشان‌دهندهٔ 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 ازآنجایی‌که مطابق جدول ۲، برافراشتگی متوسط در مقیاس D وجود دارد احتمال گرایش به خودکشی مطرح می‌شود. بعلاوه با توجه به جدول ۳، بالا بودن نمره در مقیاس‌های Pt، و Sc، نشان‌دهندهٔ 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 نمرهٔ 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، نمرهٔ T در مقیاس Sc، نیز بالا است که توصیف‌کنندهٔ بیگانگی اجتماعی، بی‌احساسی، روابط ضعیف خانوادگی، فرآیندهای فکری غیرمعمول و ادراک‌های نامأنوس است. به‌طورکلی نمرهٔ بالا در مقیاس Sc، نشان‌دهندهٔ این است که آزمودنی‌ها احساس می‌کنند که به‌خوبی درک نمی‌شوند.



نمودار ۳ نیمرخ آزمودنی‌های مرد بعد از افزودن مقدار K تعیین‌شده

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



نمودار ۴ نیمرخ آزمودنی‌های زن بعد از افزودن مقدار K تعیین‌شده

مطابق شکل فوق، بعد از افزودن مقدار K، مقدار Hs، Pt، و Sc بالاتر از ۷۰ به‌دست‌آمده است که وجود اختلال در زنان را مطرح می‌کند. در مقیاس‌های Hs، Pt، و Sc ، نمرهٔ T بالاتر از ۷۰ است، بنابراین شدت اختلال در موارد مذکور را نشان می‌دهد.

بحث

این مطالعه باهدف بررسی اختلالات روانی در افراد بزرگ‌سال استان ایلام انجام‌شده است. نتایج مطالعه نشان داد که نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس‌های بالینی خودبیمارپنداری، افسردگی و هیستری بالاتر از سایر اختلالات است. نتایج به‌دست‌آمده در این مطالعه با مطالعات انجام‌شده در این زمینه همسو است (خانجانی، سهرابی و اعظمی ،۱۴۰۰؛ آذر آئین و همکاران، ۱۳۹۹؛ نوربالا و همکاران، ۱۳۹۹؛ شیروانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ فدوی و همکاران، ۱۴۰۰) است. اما بامطالعهٔ موسوی بزار، مدنی، موسوی بزاز، زارعی و عباسی خدار (۱۳۹۴)، همسو نیست.

به‌عبارتی‌دیگر نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که نمرات T ، آزمودنی‌ها در مقیاس‌های بالینی خوبیمارپنداری(HS) ، افسردگی (D) و هیستری (Hy)بالاتر از ۶۰ است، که نشان‌دهندهٔ برافراشتگی خفیف در خرده مقیاس‌های مذکور است و گرایش به بیماری را نشان می‌دهد. سه مقیاس مذکور را مثلث روان‌نژندی می‌گویند و اگر نمرهٔ 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 نمرهٔ T برای مقیاس L ، در محدودهٔ ۶۰ تا ۶۴ قرارگرفته است. این نتایج بامطالعهٔ شیروانی و همکاران(۱۴۰۰) همسو است. با توجه به نتیجهٔ به‌دست‌آمده می‌توان گفت که شرکت‌کنندگان در این مطالعه تلاش کرده‌اند به‌طور متوسط توصیف مثبتی از خود ارائه دهند. بنابراین در مقابل استرس و فشار تحمل کمی دارند.

در این مطالعه، نمرهٔ T آزمودنی‌ها در مقیاس F بین ۶۲ تا ۶۴ قرارگرفته است. نتیجهٔ به‌دست‌آمده بامطالعهٔ شیروانی و همکاران(۱۴۰۰) همسو است. این نتیجه نشان می‌دهد که آزمودنی‌ها در واکنش به برخی شرایط خاص زندگی ازجمله غم از دست دادن عزیزان یا طلاق، ممکن است احساسات غیرمعمول از خود نشان دهند.

در پژوهش کنونی نمرهٔ T آزمودنی‌ها در مقیاس K بین ۵۶ تا ۶۱ به‌دست‌آمده است که نمرهٔ متوسطی است. این نتایج بامطالعهٔ شیروانی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. این نتیجه حاکی از آن است که آزمودنی‌ها ارتباط خوبی 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 تصحیحK ، به مقیاس‌هایHS ، Pd، Pt، Sc، و Ma ، نمرات T برای مقیاس‌هایHS ، 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). نمرهٔ بالا در HS با نمرهٔ بالا درSc، نشان‌دهندهٔ توهمات بدنی در آزمودنی‌ها است. در این پژوهش نمرهٔ Pt، بالاتر از ۷۰ است و ازآنجایی‌که نمرهٔ 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 نمرهٔ Pd مردان بیشتر از ۷۰ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهندهٔ ارائهٔ تصویری مطلوب از خود است، و به‌صورت بالقوه توانایی رفتارهای ضداجتماعی را نشان می‌دهد. درعین‌حال نمرهٔ 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 مقیاس‌هایHS ، D، Hy، و Pa برای مردان ۳۶/۳۵ ٪ و در مقیاس‌هایHS ، D، Hy، و Pd برای زنان ۳۵/۳۱ ٪ بود. با افزودن مقدار معین K به مقیاس‌هایHS ، Pd، Pt، Sc، و Ma شیوع اختلالات روانی برای مردان

۳۲/۹۹٪ و برای زنان بدون احتساب Ma به دلیل اینکه نمرهٔ 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، فرنیا و رادمهر ،۱۳۹۸). همچنین بامطالعهٔ، موسوی بزار و همکاران (۱۳۹۴) همسو نیست.

مطالعهٔ نوربالا و همکاران (۱۳۷۸)، در مورد افراد ۱۵ سال به بالا انجام‌گرفته است و نشان می‌دهد که ۲۵/۹ ٪ زنان و ۱۴/۹ ٪ مردان دچار اختلالات روانی هستند. مطالعهٔ آذرآیین، معماریان و فکوری (۱۳۹۹)، نشان می‌دهد که شیوع اختلالات روانی در مراجعین مراکز سلامت جامع شهری جیرفت ۳۹/۲ ٪ است. مطالعهٔ داوری نژاد، کرمی، احمدی، فرنیا 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

نتیجهٔ مطالعهٔ 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 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

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

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 Sceince, 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. *Analitical-Cognitive Psycholoy, 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.