بررسی رابطه ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی با خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور اصفهان

محمدرضا مرآثی[۱]، مجید برکتین[۲]، ریحانه سادات حسینی[۳]، راضیه حسن نژاد[۳]

چکیده

مقدمه: اختلالات روان‌پزشکی نوعی بیماری است که افراد از مشکلات عاطفی و احساسی رنج می‌برند که تمامی جنبه‌های زندگی فرد را در بر می‌گیرند. مطالعه این بیماری‌ها در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که در میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی اختلاف عمده وجود دارد. همچنین شیوع اختلالات روان‌پزشکی در حال افزایش است و لازم به نظر می‌رسد که رابطه بین ابتلا به این بیماری‌ها و خصوصیات اپیدمیولوژیک بررسی گردد.

روش‌ها: این مطالعه به صورت مقطعی بود. در این مطالعه پرونده ۳۹۳۵ بیمار بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۳ الی ۱۳۸۸ که مبتلا به اختلالات اضطرابی، اختلالات شناختی، اختلالات شخصیت، اختلالات وابستگی و سوءمصرف مواد، اختلالات دوقطبی نوع I، اختلالات دوقطبی نوع II، اختلالات دوقطبی نوع NOS، اختلالات سایکوتیک، اختلالات سایکلوتمیک و اختلالات افسردگی بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. توزیع هر کدام از خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماران بر حسب نوع اختلالات روان‌پزشکی مشخص شد. عوامل اپیدمیولوژیک مرتبط با هر کدام از اختلالات روان‌پزشکی با استفاده از آنالیز مدل رگرسیون لجستیک، با کنترل اثر بقیه اختلالات روان‌پزشکی آزمون شدند.

یافته‌ها: نسبت مردان بستری به زنان ۱/۲ بود. میانگین سن بیماران بستری ۰/۲۱ ± ۳۳/۰۶ سال بود که مردان جوان‌تر از زنان بستری بودند. اختلالات دوقطبی نوع I، سایکوتیک غیرخلقی و افسردگی به ترتیب فراوان‌ترین اختلالات بودند. با افزایش سن، شانس ابتلا به اختلالات افسردگی، شناختی و مصرف مواد افزایش و شانس ابتلا به دوقطبی I و سایکوتیک غیرخلقی کاهش می‌یابد. شانس افراد سیگاری برای ابتلا به دوقطبی I، NOS و اختلال مصرف مواد بیشتر از افراد غیر سیگاری است. شانس این که بیماران با تعداد بستری‌های بالا دارای اختلال اضطرابی، دوقطبی I، II و سایکوتیک غیرخلقی باشند، بیشتر است.

نتیجه‌گیری: در مطالعات گذشته شانس مبتلا بودن به سایکوتیک غیر خلقی و دوقطبی برای افرادی که دارای سابقه بستری بودند، بیشتر از سایرین به دست آمد که مشابه همین نتیجه، در این مطالعه مشاهده می‌شود. در این مطالعه در اختلالات اضطرابی، دوقطبی و افسردگی شانس ابتلا زنان بیشتر از مردان به دست آمد. همچنین شانس ابتلا به اختلالات مصرف مواد و سایکوتیک غیرخلقی در مردان بیشتر از زنان به دست آمد که مشابه نتایج مطالعات گذشته می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات روان‌پزشکی، بیماران بستری، خصوصیات اپیدمیولوژیک.

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۲۰ *پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۲۴*

---

* این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱. دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روان‌پزشکی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

E mail: barekatain@med.mui.ac.ir

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

www.mui.ac.ir

مقدمه

اختلالات روان‌پزشکی نوعی بیماری است که افراد از مشکلات عاطفی و احساسی رنج می‌برند و حالات ذهنی غیر طبیعی دارند. چنین تصور می‌شود که این اختلالات در نتیجه بروز اشکال در نحوه کار و فعالیت مغز پدید می‌آیند (۱). اختلالات روان‌پزشکی تمامی جنبه‌های زندگی فرد را در بر می‌گیرند و فرد را از یک زندگی عادی محروم می‌کنند. همچنین اختلالات روان‌پزشکی می‌توانند زندگی اجتماعی و اقتصادی فرد را تحت تأثیر قرار دهند (۲).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)، در دو دهه آینده ممکن است شاهد تغییرات جهانی در ساختار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها باشیم. به طوری که بیماری‌های غیر واگیر مثل بیماری‌های روانی، جایگزین بیماری‌های عفونی و واگیردار می‌شوند که باعث بروز عوامل ناتوانی و مرگ زود هنگام می‌شوند (۳).

بسیاری از مطالعات اپیدمیولوژیک [که قبل از مطالعات بزرگ ECA (Epidemiological catchment area) و NCS-national institute of mental health صورت گرفت]، شیوع اختلالات روان‌پزشکی را بین ۱ تا ۵۰ درصد گزارش کردند. مطالعات ECA برآورد کردند که ۳۲ درصد افراد، حداقل یکی از اختلالات روانی را در زندگی تجربه می‌کنند و ۲۰ درصد اختلالات فعال (Active disorder) دارند (۴).

نرخ شیوع بیماری‌های روانی در ایران بین ۲۱-۱۰ درصد گزارش شده است (۵، ۳، ۲). افسردگی چهارمین بار بیماری را در ایران دارد. اعتیاد پنجمین، اختلالات دوقطبی یازدهمین و اختلالات اسکیزوفرنی بیست و یکمین بار بیماری را دارند. همچنین افسردگی اولین رتبه را در میزان تعداد سال‌های ناتوانی (YLD یا Years lived with disability) دارد. اعتیاد دومین، اختلالات دوقطبی نهمین و اختلالات اسکیزوفرنی هفدهمین رتبه را در این میزان در ایران دارند. از طرفی خودکشی پنجمین رتبه را در میزان تعداد سال‌های از دست رفته (YLL یا Years of life lost) دارد. اعتیاد یازدهمین رتبه را در این میزان در ایران دارد (۶).

نرخ شیوع اختلالات روان‌پزشکی در بنگلادش حدود ۲۸ درصد (۷)، در برزیل ۳۶/۳ درصد، کانادا ۳۷/۵ درصد، آلمان ۳۸/۴ درصد، آمریکا ۴۸/۶ درصد، مکزیک ۲۰/۲ درصد، ترکیه ۱۲/۲ درصد (۸) و در تایوان ۵/۳ درصد گزارش شده است (۹).

شیوع بیماران بستری مبتلا به افسردگی در آمریکا ۳۹ درصد (۱۰)، ۱۱ درصد در مریلند (۱۱)، ۷ درصد در نیویورک (۱۲) و ۴ درصد در نیجریه (۱۳) بوده است. نسبت بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنی بسیار مختلف است. به عنوان مثال ۵۴ درصد در نیجریه (۱۳)، ۴۲ درصد در اسرائیل (۱۴)، ۲۷/۵ درصد در مریلند (۱۱) گزارش شده است. نسبت بیماران بستری مبتلا به افسردگی دوقطبی، ۱۱ درصد در آمریکا (۱۰)، ۱۴ درصد در نیویورک (۱۲)، ۸/۴ درصد در مریلند (۱۱) و ۴ درصد در نیجریه (۱۳) بوده است.

اکثر مطالعات گزارش کردند که شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زنان بالاتر از مردان می‌باشد (۱۶، ۱۵، ۸، ۷، ۵، ۳، ۲). نسبت شیوع زنان به مردان بین ۲/۷-۱/۵ گزارش شده است (۱۵، ۵، ۳، ۲). در مطالعاتی که روی افراد بستری انجام شده است نیز درصد زنان بستری، بیشتر از مردان بستری است (۱۷، ۱۴، ۱۱). در برخی مطالعات نیز نسبت مردان بستری بیشتر از زنان گزارش شده است (۱۸، ۱۳، ۱۲). همچنین مردان بیشتر از زنان به اسکیزوفرنی مبتلا می‌شوند (۱۹). همچنین در اختلالات اسکیزوفرنی، مردان وضعیت وخیم‌تری نسبت به زنان دارند (۲۰).

در بعضی از مطالعات، رابطه مستقیمی بین سن و شیوع اختلالات روان‌پزشکی گزارش شده است (۵، ۳، ۲)، اما در مطالعه دیگری عکس این رابطه بیان شده است. به عبارت دیگر با افزایش سن، شانس ابتلا کاهش یافته است (۷). میانگین سنی بیماران بستری ۳۶/۷ (۲۱، ۱۱) و ۳۴/۵ (۱۲) سال گزارش شده است. کمترین سن شیوع بیماری روانی ۲۴-۱۵ سال گزارش شده است (۵، ۳، ۲).

نسبت شیوع اختلالات روان‌پزشکی در متأهلین بیشتر از مجردین است (۱/۵۹-۱/۱۴) (۳، ۲). این نسبت در مطلقین نسبت به مجردین نیز بیشتر (۲/۷-۱/۷) است، اما نسبت

www.mui.ac.ir

بیماران بستری مجرد بیشتر از متأهلین و مطلقین بستری است (۲۱، ۱۳). همچنین گزارش شده است که با افزایش سطح تحصیلات، خطر اختلالات روان‌پزشکی کاهش می‌یابد (۷، ۳، ۲). همچنین افراد با تحصیلات بالاتر از ۱۳ سال کمترین درصد افراد بستری را داشتند (۱۴).

مطالعات اپیدمیولوژیک اختلالات روان‌پزشکی نشان دهنده اختلاف عمده در میزان شیوع بیماری‌های روانی است که به خاطر وجود اختلاف در روش‌های نمونه‌گیری، ابزار و روش مورد استفاده، روش‌های مصاحبه، جمع‌آوری اطلاعات و نوع طبقه‌بندی تشخیص‌ها می‌باشد (۳، ۲). اهمیت بررسی اختلالات روان‌پزشکی از آن جا ناشی می‌شود که شیوع آن در حال افزایش است. همچنین به جهت برنامه‌ریزی، طراحی سرویس‌های سلامت روان و برآورد شیوع اختلالات روان‌پزشکی در هر جامعه، لازم است جزییات راجع به اپیدمیولوژیک آن مشخص شود (۲). بنابراین ضرورت دارد که توزیع اختلالات روان‌پزشکی و رابطه آن‌ها با خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماران، مورد بررسی قرار گیرد. همچنین اختلافات جنسی از لحاظ روان‌پزشکی مهم و قابل توجه هستند. هدف این مطالعه، بررسی توزیع اختلالات روان‌پزشکی در بین بیماران بستری، بررسی خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماران و اختلالات روان‌پزشکی آن‌ها بود.

روش‌ها

این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود و اطلاعات از پرونده‌های پزشکی بیمارانی که در بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور اصفهان طی سال‌های ۸۸-۱۳۸۳ بستری بودند، استخراج شد. جامعه آماری در این مطالعه، تمامی بیمارانی بودند که بر اساس معیارهای DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorder) و با تکیه بر مصاحبه نیمه ساختار یافته (منظور از مصاحبه نیمه ساختار یافته، مصاحبه پزشک با بیمار و تکمیل و پر کردن پرونده توسط پزشک می‌باشد) در محور ۱، مبتلا به اختلالات اضطرابی، اختلالات شناختی، اختلالات شخصیت، اختلالات وابستگی و سوءمصرف مواد، اختلالات دوقطبی نوع I، اختلالات دوقطبی نوع II، اختلالات دوقطبی نوع NOS، اختلالات سایکوتیک، اختلالات سایکلوتمیک و اختلالات افسردگی هستند. در این مطالعه، بیمارانی که حداقل یکی از اختلالات مذکور را داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند که در کل ۳۹۳۵ نفر بودند. ابزار جمع‌آوری، محتوای پرونده ثبت شده در بخش روان‌پزشکی این بیمارستان است.

بیماران از لحاظ وضعیت تأهل به ۵ دسته تقسیم‌بندی شدند. مجرد (مجرد هرگز ازدواج نکرده)، متأهل (شامل متأهلین و تعدد زوجات)، مطلقه، بیوه و سایر (متأهلینی که جدا از زوج می‌باشند). سابقه اقدام به خودکشی، سابقه مصرف الکل، حشیش و سیگار به صورت پاسخ بلی و خیر مورد بررسی قرار گرفتند. البته مصرف مواد به اقرار خود فرد به دست آمد. از لحاظ وضعیت تحصیلات، بیماران به ۶ دسته بی‌سواد، ابتدایی (از ۱ تا ۵ کلاس)، راهنمایی (۶ الی ۸ کلاس)، دبیرستان (۹ الی ۱۱ کلاس)، دیپلم (۱۲ کلاس) و دانشگاهی (بالای ۱۲ کلاس) دسته‌بندی شدند.

بیماران مورد بررسی از شهریور ۱۳۸۳ الی شهریور ۱۳۸۸ در بخش روان‌پزشکی بیمارستان نور پذیرش شدند و یک یا چند تشخیص از ۹ تشخیص فوق را دریافت کردند. بنابراین افراد در هر بستری می‌توانند چند تشخیص بالا را همزمان دریافت کنند.

بیمارانی که بستری مجدد داشتند، نیز بر اساس این ۹ تشخیص بررسی شدند. در ضمن هر تعداد بستری مجدد که بیماران تا شهریور ۱۳۸۸ در بیمارستان نور داشتند، ثبت شد. همچنین سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی قبل از مراجعه به بیمارستان نور نیز مورد بررسی قرار گرفت. مدت زمان بستری (طول مدت حمله) برای بیماران به صورت طبقه‌ای اندازه‌گیری شد. طبقات آن به صورت کمتر از یک ماه بستری، یک تا ۶ ماه و بیش از ۶ ماه بود.

توزیع هر کدام از خصوصیات اپیدمیولوژیک مورد بررسی، بر حسب نوع بیماری روان‌پزشکی مشخص شد. در بررسی ارتباط جنس با هر کدام از اختلالات روان‌پزشکی از آزمون

www.mui.ac.ir

آماری χ^2 استفاده شد. همچنین عوامل اپیدمیولوژیک مرتبط با هر کدام از اختلالات روان‌پزشکی با استفاده از آنالیز مدل رگرسیون لجستیک با کنترل اثر بقیه اختلالات روان‌پزشکی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

از مجموع بیماران مورد بررسی که ۳۹۳۵ نفر بودند، ۵۴/۸ درصد (۲۱۵۸ نفر) مرد و ۴۵/۲ درصد (۱۷۷۷ نفر) زن هستند. دامنه سنی بیماران از ۱۴ سال تا ۸۶ سال است. میانه سنی ۳۰ سال و میانگین ۳۳/۰۶ سال است. فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای میانگین سنی بیماران به صورت (۳۲/۶۶-۳۳/۴۷) می‌باشد. میانگین سنی در زنان ۳۳/۷۷ سال با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۳۳/۱۹-۳۴/۳۶) و در مردان ۳۲/۴۸ (۳۱/۹۳-۳۳/۰۳) سال است که با استفاده از آزمون t، اختلاف این دو معنی‌دار است (P = ۰/۰۰۲). به طورکلی بیماران در گروه‌های سنی ۲۹-۲۰ و ۳۹-۳۰ به ترتیب بیشترین فراوانی را نسبت به بقیه گروه‌ها داشتند و مردان در گروه سنی ۲۹-۲۰ سال بیشتر از زنان و زنان در گروه سنی ۳۹-۳۰ و ۴۹-۴۰ سال بیشتر از مردان بودند.

زنان و مردان بستری از لحاظ وضعیت تأهل با هم متفاوت بودند؛ به طوری که مردان بیشتر از زنان، مجرد بودند (۷۰/۴ درصد در مقابل ۲۹/۶ درصد) و زنان نسبت به مردان بیشتر متأهل و مطلقه بودند. بنابراین زنان بستری بیشتر مطلقه و مردان بستری بیشتر مجرد بودند. میانگین تعداد سال‌های تحصیل، ۸/۸۵ سال با میانه ۹ سال و با انحراف استاندارد ۴/۳ بود. به طور کلی دامنه تعداد سال‌های تحصیل بیماران از ۰ تا ۲۰ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلات نیز بین زنان و مردان بستری اختلاف وجود داشت. زنان بی‌سواد بیشتر از مردان بی‌سواد بودند (۱۱ درصد در مقابل ۳/۷). زنان دارای تحصیلات ابتدایی هم بیشتر از مردان دارای تحصیلات ابتدایی بودند (۲۲/۲ درصد در مقابل ۱۶/۷ درصد). نسبت مردان دارای مدرک راهنمایی، دبیرستان و دیپلم بیشتر از زنان بود (که به ترتیب در مردان ۲۵/۱، ۱۱/۶ و ۳۰ درصد و برای زنان به ترتیب ۲۰/۶، ۸/۲ و ۲۴/۸ درصد بود). این اختلافات از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P < ۰/۰۰۰۱). اما درصد زنان دانشگاهی و مردان دانشگاهی یکسان بود (۱۳ درصد).

توزیع فراوانی (درصد) اختلالات روان‌پزشکی به صورت اختلالات دوقطبی I ۳۹/۲ درصد (۱۵۴۱ نفر)، اختلالات سایکوتیک غیرخلقی ۲۸/۴ درصد (۱۱۱۹ نفر)، اختلالات افسردگی ۱۵/۹ درصد (۶۲۶ نفر)، اختلالات اضطرابی ۱۲ درصد (۴۷۱ نفر)، اختلالات دوقطبی NOS ۷/۱ درصد (۲۷۹ نفر)، اختلالات دوقطبی II ۷ درصد (۲۷۴ نفر)، اختلالات مصرف مواد ۴/۹ درصد (۱۹۳ نفر)، اختلالات شناختی ۱/۲ درصد (۴۷ نفر)، اختلالات سایکلوتمیک ۰/۲ درصد (۸ نفر) بود. با توجه به اختلالات مورد بررسی مشاهده شد که زنان نسبت به مردان بیشتر دارای اختلالات دوقطبی و افسردگی هستند و مردان نسبت به زنان بیشتر دارای اختلالات سایکوتیک غیرخلقی و اختلالات مصرف مواد هستند. این اختلافات در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود. در بقیه اختلالات روان‌پزشکی، تفاوتی معنی‌داری بین زنان و مردان وجود نداشت (P > ۰/۰۵).

تعداد دفعات بستری در ادامه شرح داده می‌شود. ۸۲/۲ درصد بیماران فقط یک بار بستری شدند. ۱۲/۷ درصد دو بار بستری شدند. ۳/۲ درصد ۳ بار بستری و تنها ۱/۹ درصد ۴ بستری و بیشتر شدند که بین زنان و مردان اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (P > ۰/۰۵).

همچنین ۸۴/۷ درصد بیماران تنها یک تشخیص، ۱۴/۳ درصد دو تشخیص هم‌زمان، ۰/۹ درصد سه و ۰/۱ درصد چهار تشخیص هم‌زمان را دریافت کردند. به طور کلی مردان بیشتر از زنان چند تشخیص هم‌زمان دریافت کردند (P = ۰/۰۰۰۲). از بین افرادی که تنها یک تشخیص دریافت کردند، ۱۷/۲ درصد (۵۷۳ نفر) بستری مجدد داشتند، اما از بین افرادی که دو تشخیص هم‌زمان دریافت کردند، ۲۱ درصد (۱۱۸ نفر) بستری مجدد داشتند. از بین افرادی که سه تشخیص هم‌زمان دریافت کردند، ۲۳/۵ درصد (۸ نفر) از آنان بستری مجدد داشتند.

۴۹/۳ درصد (۱۹۳۵ نفر) از بیماران، طول مدت بستریشان

www.mui.ac.ir

کمتر از یک ماه بود. ۴۰/۳ درصد (۱۵۸۱ نفر)، بین یک تا شش ماه و تنها ۱۰/۴ درصد (۴۰۹ نفر) از آنان مدت بستریشان بیش از ۶ ماه بود. مدت زمان بستری بین زنان و مردان متفاوت بود و این اختلافات از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P < ۰/۰۰۰۱)؛ به طوری که طول مدت بستری مردان بیشتر از زنان بود.

همچنین ۱۵/۷ درصد (۶۱۷ نفر) از بیماران، در بستری اول خود ذکر کردند که سابقه بستری به دلیل بیماری روان‌پزشکی را داشتند و اختلاف معنی‌داری بین زنان و مردان مشاهده نشد (P > ۰/۰۵).

۱۱/۲ درصد (۴۴۲ نفر) از بیماران سابقه اقدام به خودکشی داشتند که در زنان بیشتر از مردان گزارش شد (۱۳ درصد در مقابل ۹/۸ درصد) که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود (P = ۰/۰۰۲).

همچنین ۲۸/۳ درصد (۱۱۱۲ نفر) بیماران سابقه مصرف سیگار، ۸/۳ درصد (۳۲۵ نفر) سابقه مصرف حشیش و ۱۰/۴ درصد (۴۰۹ نفر) سابقه مصرف الکل را داشتندکه این اختلاف در بین زنان و مردان در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود؛ به طوری که مردان بیشتر از زنان سابقه مصرف سیگار، الکل و حشیش را داشتند که درصد مصرف سیگار در مردان نسبت به زنان ۴۶/۳ درصد در مقابل ۶/۴ درصد بود. همین درصدها برای مصرف حشیش، ۱۴/۴ درصد در مقابل ۰/۸ درصد و برای مصرف الکل، ۱۷/۲ درصد در مقابل ۲/۱ درصد بود. البته توجه شود که مصرف مواد به اقرار خود فرد است.

در جدول ۱ خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماران به تفکیک اختلالات روان‌پزشکی بیان شده است. اختلالات سایکلوتمیک در این جدول آورده نشده است؛ چرا که تعداد بیماران آن فقط ۸ نفر بودند. لازم به ذکر است در این جدول جمع درصدهای سطری برابر ۱۰۰ نمی‌شود؛ چرا که هر فرد امکان داشتن حداقل دو اختلال را دارد.

بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی، اختلالات مصرف مواد، اختلالات دوقطبی نوع II و اختلالات سایکوتیک غیرخلقی بیشترین فراوانی را برای بستری ۳ بار و بیشتر داشتند، در حالی که بیماران مبتلا به اختلالات شناختی، اختلالات دوقطبی نوع I وNOS بیشترین فراوانی را برای فقط یک بستری داشتند. البته در اختلالات مصرف مواد، اختلالات دوقطبی نوع I و اختلالات سایکوتیک غیرخلقی، نسبتی از بیماران دارای سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی نسبت به کسانی که سابقه بستری نداشتند، بیشتر بود.

نسبت بیماران با سابقه مصرف سیگار در بیماری‌های اختلالات مصرف مواد، اختلالات شناختی، اختلالات دوقطبی نوع I و NOS بیشتر بود؛ برای مصرف حشیش نیز علاوه بر بیماری‌های فوق در اختلالات سایکوتیک غیرخلقی نیز این نسبت بیشتر از ۱ است (البته به جز بیماری اختلالات شناختی). همچنین نسبت بیماران با سابقه مصرف الکل در بیماری‌های اختلالات مصرف مواد، اختلالات دوقطبی نوع I و NOS بیشتر بود. همچنین هر چه تعداد تشخیصات دریافتی هم‌زمان بیماران بیشتر باشد، تعداد دفعات بستری آنان نیز بیشتر بود.

نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که شانس مبتلا بودن به اختلالات مصرف مواد در مردان بیشتر از زنان است (OR = ۳/۷۲). همچنین شانس داشتن اختلالات دوقطبی نوع I، II و NOS و اختلالات افسردگی در زنان بیشتر از مردان است. نسبت شانس (OR) به دست آمده برای موارد ذکر شده به ترتیب برابر ۰/۵۹، ۰/۲۹، ۰/۴۷ و ۰/۵۵ می‌باشد.

با افزایش سن، شانس داشتن اختلالات اضطرابی کاهش (OR = ۰/۹۹) و اختلالات شناختی افزایش (OR = ۱/۰۶) می‌یابد. افرادی که دارای سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی بودند، شانس بیشتری برای مبتلا بودن به اختلالات دوقطبی نوع I و سایکوتیک غیرخلقی داشتند (به ترتیب OR = ۲/۷۲ و OR = ۳/۱۵).

با افزایش تعداد دفعات بستری، شانس مبتلا بودن به اختلالات اضطرابی (OR = ۱/۱۹)، دوقطبی نوع I (OR = ۱/۲۵) و سایکوتیک غیرخلقی (OR = ۱/۲۵) افزایش یافت. سایر نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک با جزییات بیشتر در جدول ۲ ارایه شده است.

www.mui.ac.ir

جدول ۱: توزیع فراوانی (درصد) خصوصیات بیماران بستری بر حسب نوع اختلالات روان‌پزشکی

	اختلالات اضطرابی	اختلالات مصرف مواد	اختلالات شناختی	اختلالات دوقطبی I	اختلالات دوقطبی II	اختلالات دوقطبی NOS	اختلالات سایکوتیک غیرخلقی	اختلالات افسردگی
جنس:								
مرد	۲۴۸ (۱۱/۵)	۱۷۱ (۷/۹)	۳۲ (۱/۵)	۷۸۱ (۳۶/۲)	۱۰۵ (۴/۹)	۱۳۱ (۶/۱)	۷۵۳ (۳۴/۹)	۳۰۴ (۱۴/۱)
زن	۲۲۳ (۱۲/۵)	۲۲ (۱/۲)	۱۵ (۰/۸)	۷۶۰ (۴۲/۸)	۱۶۹ (۹/۵)	۱۴۸ (۸/۳)	۳۶۶ (۲۰/۶)	۳۲۲ (۱۸/۱)
سن: انحراف معیار ± میانگین	۱۱/۲ ± ۳۳/۸	۱۱/۶ ± ۳۲/۴	۱۹±۵۴/۱	۱۲/۲ ± ۳۱/۵	۱۱/۴ ± ۳۳/۸	۱۳/۲ ± ۳۳/۲	۱۱/۴ ± ۳۱/۸	۱۴/۰ ± ۳۷/۳
وضعیت تأهل:								
مجرد	۱۵۴ (۹/۶)	۹۰ (۵/۶)	۸ (۰/۵)	۶۷۰ (۴۱/۷)	۷۸ (۴/۹)	۸۹ (۵/۵)	۶۰۵ (۳۷/۶)	۱۴۵ (۹)
متأهل	۲۸۳ (۱۴/۲)	۸۷ (۴/۴)	۳۰ (۱/۵)	۷۵۲ (۳۷/۶)	۱۶۸ (۸/۴)	۱۵۸ (۷/۹)	۴۲۲ (۲۱/۲)	۴۳۶ (۲۱/۸)
مطلقه	۱۶ (۹/۲)	۱۰ (۵/۷)	۰	۸۲ (۴۷/۱)	۱۵ (۸/۶)	۹ (۵/۲)	۵۵ (۳۱/۶)	۱۶ (۹/۲)
بیوه	۱۱ (۱۳/۱)	۰	۷ (۸/۳)	۲۳ (۲۷/۴)	۶ (۷/۱)	۱۳ (۱۵/۲)	۱۲ (۱۴/۳)	۲۲ (۲۶/۲)
سایر	۷ (۱۰/۱)	۷ (۱۰/۱)	۱ (۱/۴)	۱۷ (۲۴/۶)	۷ (۱۰/۱)	۱۰ (۱۴/۵)	۲۴ (۳۴/۸)	۷ (۱۰/۱)
تحصیلات (سال): معیار ± میانگین	۴/۲۱ ± ۸/۴۱	۳/۸ ± ۹/۶	۵/۴ ± ۵/۸	۴/۳ ± ۹/۲	۴/۲ ± ۸/۷	۴/۳ ± ۸/۹	۴/۱ ± ۹/۴	۴/۶ ± ۷/۴
سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی:								
دارد	۶۶ (۱۰/۷)	۳۳ (۵/۳)	۵ (۰/۸)	۳۰۱ (۴۸/۸)	۲۸ (۴/۵)	۲۳ (۳/۷)	۲۰۶ (۳۳/۴)	۶۹ (۱۱/۲)
ندارد	۴۰۵ (۱۲/۲)	۱۶۱ (۴/۹)	۴۲ (۱/۳)	۱۲۴۰ (۳۷/۴)	۲۴۶ (۷/۴)	۲۵۴ (۷/۷)	۹۱۳ (۲۷/۶)	۵۵۶ (۱۶/۸)
دفعات بستری:								
۱	۳۸۱ (۱۱/۸)	۱۵۹ (۴/۹)	۴۴ (۱/۴)	۱۲۴۳ (۳۸/۴)	۲۲۸ (۷)	۲۴۰ (۷/۴)	۹۰۴ (۲۷/۹)	۵۲۱ (۱۶/۱)
۲	۵۸ (۱۱/۶)	۲۵ (۵)	۳ (۰/۶)	۲۰۸ (۴۱/۵)	۳۳ (۶/۶)	۳۱ (۶/۲)	۱۵۴ (۳۰/۷)	۷۹ (۱۵/۸)
۳	۱۸ (۱۴/۳)	۵ (۴)	۰	۶۳ (۵۰)	۷ (۵/۶)	۶ (۴/۸)	۳۵ (۲۷/۸)	۱۶ (۱۲/۷)
۴	۱۴ (۱۹/۲)	۵ (۶/۸)	۰	۳۰ (۱۴/۱)	۶ (۸/۲)	۲ (۲/۷)	۲۶ (۳۵/۶)	۱۰ (۱۳/۷)

جدول ۱: توزیع فراوانی (درصد) خصوصیات بیماران بستری بر حسب نوع اختلالات روان‌پزشکی (ادامه)

	اختلالات اضطرابی	اختلالات مصرف مواد	اختلالات شناختی	اختلالات دوقطبی I	اختلالات دوقطبی II	اختلالات دوقطبی NOS	اختلالات سایکوتیک غیرخلقی	اختلالات افسردگی
سابقه خودکشی:								
دارد	۵۵ (۱۲/۴)	۳۳ (۷/۵)	۲ (۰/۵)	۱۷۲ (۳۸/۹)	۶۴ (۱۴/۵)	۵۰ (۱۱/۳)	۸۲ (۱۸/۶)	۶۱ (۱۳/۸)
ندارد	۴۲۶ (۱۱/۹)	۱۶۱ (۴/۶)	۴۵ (۱/۳)	۱۳۶۹ (۳۹/۳)	۲۱۰ (۶)	۲۲۷ (۶/۵)	۱۰۳۷ (۲۹/۹)	۵۶۴ (۱۶/۲)
سابقه مصرف سیگار:								
دارد	۱۱۲ (۱۰/۱)	۱۳۳ (۱۲)	۱۶ (۱/۴)	۴۵۶ (۴۱)	۷۵ (۶/۷)	۸۸ (۷/۹)	۳۰۸ (۲۷/۷)	۱۴۴ (۱۲/۹)
ندارد	۳۵۹ (۱۲/۷)	۶۱ (۲/۲)	۳۱ (۱/۱)	۱۰۸۵ (۳۸/۵)	۱۹۹ (۷/۱)	۱۸۹ (۶/۷)	۸۱۱ (۲۸/۸)	۴۸۱ (۱۷/۱)
سابقه مصرف الکل:								
دارد	۳۲ (۷/۸)	۶ (۱۶/۱)	۴ (۱)	۱۹۳ (۴۷/۲)	۲۶ (۶/۴)	۴۱ (۱۰)	۹۲ (۲۲/۵)	۴۱ (۱۰)
ندارد	۴۳۹ (۱۲/۵)	۱۲۸ (۳/۶)	۴۳ (۱/۲)	۱۳۴۸ (۳۸/۳)	۲۴۸ (۷)	۲۳۶ (۶/۷)	۱۰۲۷ (۲۹/۲)	۵۸۴ (۱۶/۶)
سابقه مصرف حشیش:								
دارد	۲۱ (۶/۵)	۵۹ (۱۸/۲)	۱ (۰/۳)	۱۵۱ (۴۶/۵)	۱۸ (۵/۵)	۲۳ (۷/۱)	۹۷ (۲۹/۸)	۲۶ (۸)
ندارد	۴۵۰ (۱۲/۵)	۱۳۵ (۳/۷)	۴۶ (۱/۳)	۱۳۹۰ (۳۸/۶)	۲۵۶ (۷/۱)	۲۵۴ (۷)	۱۰۲۲ (۲۸/۴)	۵۹۹ (۱۶/۶)

جدول ۲: نتایج آنالیز مدل رگرسیون لجستیک خصوصیات اپیدمیولوژیک بیماران بستری بر روی اختلالات روان‌پزشکی

	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵ درصد)							
	اختلالات اضطرابی	اختلالات مصرف مواد	اختلالات شناختی	اختلالات دوقطبی I	اختلالات دوقطبی II	اختلالات دوقطبی NOS	اختلالات سایکوتیک غیرخلقی	اختلالات افسردگی
جنس:								
زن	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
مرد	۱/۱۶ (۰/۹۱-۱/۴۸)	۳/۷۲* (۲/۲۲-۶/۲۳)	۲/۹۳ (۰/۷۱-۱۲/۰۲)	۰/۵۹* (۰/۳۹-۰/۸۹)	۰/۲۹* (۰/۱۵ -۰/۵۴)	۰/۴۷* (۰/۲۵-۰/۸۹)	۱/۳۳ (۰/۸۶-۲/۰۵)	۰/۵۵* (۰/۳۷-۰/۸۳)
سن:	۰/۹۹* (۰/۹۸-۱)	۱ (۰/۹۹-۱/۰۲)	۱/۰۶* (۱/۰۲-۱/۱۰)	۰/۹۹ (۰/۹۷-۱/۰۱)	۰/۹۸ (۰/۹۶-۱/۰۱)	۰/۹۸ (۰/۹۵-۱/۰۲)	۱ (۰/۹۸-۱/۰۲)	۱/۰۱ (۰/۹۹-۱/۰۳)
وضعیت تأهل:								
مجرد					۱			
متأهل	۱	۱	۱	۱	۱/۰۶	۱	۱	۱
	۱/۲۵ (۰/۹۴-۱/۶۶)	۱/۲۰ (۰/۷۷-۱/۸۶)	۰/۳۰ (۰/۰۷-۱/۳۴)	۰/۸۴ (۰/۵۴-۱/۳۲)	(۰/۵۲-۲/۱۵)	۱/۱۷ (۰/۵۸-۲/۳۷)	۰/۵۸ (۰/۳۶-۰/۹۴)	۱/۳۱ (۰/۸۱-۲/۱۲)
مطلقه	۱/۰۳ (۰/۶۱-۱/۷۱)	۱/۳۸ (۰/۷۱ -۲/۶۸)	۰/۰۹ (۰/۰۱-۱/۲۳)	۰/۹ (۰/۴۴-۱/۸۴)	۱/۳۷ (۰/۴۵-۴/۱۸)	۰/۶۰ (۰/۱۸-۲/۰۲)	۰/۸۶ (۰/۳۹-۱/۹۲)	۰/۷۵ (۰/۳۲-۱/۷۸)
بیوه	۱/۱۹ (۰/۵۵-۲/۵۸)	-	۰/۳۸ (۰/۰۲-۷/۸۵)	۰/۴۲ (۰/۱۰-۱/۷۴)	۰/۲۷ (۰/۰۳-۲/۱۷)	۲/۴۲ (۰/۴۱-۱۴/۳)	۰/۲۲ (۰/۰۴-۱/۱۸)	۰/۹۳ (۰/۲۷-۳/۲۰)
سابقه بستری در بخش روانپزشکی:	۱/۱۴ (۰/۸۵-۱/۵۵)	۱/۰۶ (۰/۶۹-۱/۶۴)	۱/۵۰ (۰/۳۸-۵/۹۳)	۲/۷۲* (۱/۷۱-۴/۳۲)	۰/۷۹ (۰/۳۴-۱/۸۳)	۱/۳۲ (۰/۵۵-۳/۲۰)	۳/۱۵* (۱/۹۸-۵/۰۲)	۱/۱۴ (۰/۶۶-۱/۹۵)
سابقه اقدام به خودکشی:	۰/۹۸ (۰/۷۱-۱/۳۶)	۱/۴۰ (۰/۹۰-۲/۱۹)	۰/۵۵ (۰/۰۸-۳/۹۵)	۰/۸۳ (۰/۴۹-۱/۴۲)	۱/۴۹ (۰/۷۴-۳)	۰/۸۵ (۰/۴۰-۱/۸۱)	۰/۵۳* (۰/۲۸-۰/۹۹)	۰/۷۳ (۰/۴۲-۱/۲۸)
بستری مجدد:	۱/۱۹* (۱/۰۳-۱/۳۶)	۱/۰۸ (۰/۸۸-۱/۳۳)	۰/۶۳ (۰/۱۸-۲/۲۴)	۱/۲۵* (۱/۰۱-۱/۵۳)	۱/۲۸ (۰/۹۳-۱/۷۵)	۰/۹۹ (۰/۶۷-۱/۴۵)	۱/۲۵* (۱/۰۲-۱/۵۳)	۱/۱۶ (۰/۹۰-۱/۵۱)

* معنی‌دار در سطح ۵ درصد را نشان می‌دهد.

www.mui.ac.ir

بحث

در این بررسی، نسبت مردان بستری بیشتر از زنان بود که با نتایج مطالعات Thompson و همکاران (۱۱) و Rosca و همکاران (۱۴) همخوانی داشت. نسبت بیماران بستری متأهل و مطلقه بیشتر از مجردین بود که مطابق نتایج فخاری و همکاران (۲) بود.

همچنین مردان بیشتر از زنان دارای سابقه مصرف الکل هستند که همین نتیجه در مطالعه Figueroa و همکاران نیز مشاهده گردید (۱۲). در مطالعه Thompson و همکاران، اکثر بیماران بستری مبتلا به اسکیزوفرنی و کمترین مربوط به اختلالات دوقطبی بود (۱۱)، اما در مطالعه حاضر بیماران دوقطبی نوع I، سایکوتیک غیرخلقی و افسردگی به ترتیب بیشترین فراوانی را داشتند.

زنان بیشتر از مردان به اختلالات دوقطبی مبتلا هستند که مشابه نتیجه Figueroa و همکاران بود (۱۲). در اختلالات اضطرابی، شانس ابتلا زنان بیشتر از مردان به دست آمد، اما از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. Bruffaerts و همکاران مشابه همین نتیجه را به دست آورند، ولی معنی‌دار شد (۲۰). شانس ابتلا به اختلالات مصرف مواد در مردان بیشتر از زنان به دست آمد که مطابق نتیجه Chien و همکاران (۹) و Bruffaerts و همکاران (۲۰) بود. همچنین مردان بیشتر از زنان دچار اختلالات سایکوتیک غیرخلقی می‌شوند. البته این رابطه در مطالعه حاضر معنی‌دار نشد؛ ولی در مطالعه Ran و همکاران (۲۲)، ارتباط معنی‌داری دیده شد. در مطالعه حاضر زنان بیشتر از مردان مبتلا به افسردگی بودند که مشابه مطالعه Bruffaerts و همکاران (۲۰) بود. مسن‌ترها نیز شانس ابتلا به افسردگی بالاتری دارند که مطابق نتایج Bruffaerts و همکاران (۲۰) و Chien و همکاران بود (۹). با توجه اختلافات جنسی مشاهده شده، در مجموع وضعیت زنان بدتر از مردان است که می‌تواند به خاطر اختلاف در سطح سواد زنان و مردان باشد. در نمونه مورد بررسی زنان، کم سوادتر از مردان بودند.

نسبت بیماران با سابقه اقدام به خودکشی برای گروه‌های اضطرابی، مصرف مواد، دوقطبی نوع II و NOS بیشتر بود. برای بیماران با و بدون سابقه اقدام به خودکشی، طول مدت بستری تفاوتی نمی‌کند که مطابق نتیجه Ran و همکاران بود (۲۲). همچنین سابقه خودکشی در زنان بیشتر از مردان است که مطابق نتیجه Bruffaerts و همکاران بود (۲۰).

در مطالعات گذشته، شانس مبتلا بودن به سایکوتیک غیرخلقی و دوقطبی برای افرادی که دارای سابقه بستری بودند، بیشتر از سایرین به دست آمده است که مشابه همین نتیجه در این مطالعه مشاهده می‌شود (۱۳، ۶).

در مطالعه محمدی و همکاران شانس ابتلا به اختلالات اضطرابی در افراد مطلقه/بیوه بیشتر از متأهل بود. این شانس برای مجردین کمتر از متأهلین بود که در مطالعه ما چنین ارتباطی دیده نشد (۵).

References

1. Catherine H. Encyclopedia of students. Trans. Salak M. Tehran: Payam Azadei Publication; 2001.
2. Fakhari A, Ranjbar F, Dadashzadeh H. An epidemiological survey of mental disorders among adults in Tabriz, Iran. Pakistan Journal of Medical Sciences 2007; 23(1): 54-8.
3. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry 2004; 184: 70-3.
4. Mechanic D. Is the prevalence of mental disorders a good measure of the need for services? Health Aff (Millwood) 2003; 22(5): 8-20.
5. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1: 16.
6. Joyce PR. Illness behaviour and rehospitalization in bipolar affective disorder. Psychol Med 1985; 15(3): 521-5.
7. Islam MM, Ali M, Ferroni P, Underwood P, Alam MF. Prevalence of psychiatric disorders in an urban community in Bangladesh. Gen Hosp Psychiatry 2003; 25(5): 353-7.
8. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ 2000; 78(4): 413-26.

www.mui.ac.ir

9. Chien IC, Chou YJ, Lin CH, Bih SH, Chou P. Prevalence of psychiatric disorders among National Health Insurance enrollees in Taiwan. Psychiatr Serv 2004; 55(6): 691-7.

10. Prince JD, Akincigil A, Kalay E, Walkup JT, Hoover DR, Lucas J, et al. Psychiatric rehospitalization among elderly persons in the United States. Psychiatr Serv 2008; 59(9): 1038-45.

11. Thompson EE, Neighbors HW, Munday C, Trierweiler S. Length of stay, referral to aftercare, and rehospitalization among psychiatric inpatients. Psychiatr Serv 2003; 54(9): 1271-6.

12. Figueroa R, Harman J, Engberg J. Use of claims data to examine the impact of length of inpatient psychiatric stay on readmission rate. Psychiatr Serv 2004; 55(5): 560-5.

13. Yussuf AD, Kuranga SA, Balogun OR, Ajiboye PO, Issa BA, Adegunloye O, et al. Predictors of psychiatric readmissions to the psychiatric unit of a tertiary health facility in a Nigerian city -a 5-year study. Afr J Psychiatry (Johannesbg) 2008; 11(3): 187-90.

14. Rosca P, Bauer A, Grinshpoon A, Khawaled R, Mester R, Ponizovsky AM. Rehospitalizations among psychiatric patients whose first admission was involuntary: a 10-year follow-up. Isr J Psychiatry Relat Sci 2006; 43(1): 57-64.

15. Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M, Burtea V, Capraru N, Cernak P, et al. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. Eur Psychiatry 2004; 19(8): 483-8.

16. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lepine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002; 252(5): 201-9.

17. Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. Psychiatr Serv 1998; 49(9): 1212-7.

18. Goldstein AB, Frosch E, Davarya S, Leaf PJ. Factors associated with a six-month return to emergency services among child and adolescent psychiatric patients. Psychiatr Serv 2007; 58(11): 1489-92.

19. Lucht M, Schaub RT, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Bartels T, et al. Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. J Affect Disord 2003; 77(3): 203-11.

20. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium -general characteristics and gender differences. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39(2): 146-53.

21. Bernardo AC, Forchuk C. Factors associated with readmission to a psychiatric facility. Psychiatr Serv 2001; 52(8): 1100-2.

22. Ran MS, Wu QH, Conwell Y, Chen EY, Chan CL. Suicidal behavior among inpatients with schizophrenia and mood disorders in Chengdu, China. Suicide Life Threat Behav 2004; 34(3): 311-9.

www.mui.ac.ir

Relationship between Psychological Disorder and Epidemiological Characteristics Inpatients in Noor Hospital, Isfahan, Iran

Mohammad Maracy[1], Majid Barekatain[2], Reihane Sadat Hosseini[3], Razeyeh Hassannejad[3]

Abstract

Background: Psychiatric disorder is a disease in which patients suffer from emotional problems that these are visible in all aspect of patient's life. Studies show that there is a major difference between the prevalence of this disease in different countries and also show that this disorder is increasing. The aim of this study is to find the possible relationship between psychiatric disorders and epidemiological characteristics of the patients.

Methods: This was a cross-sectional study in which 3935 patients were recruited from 2004 to 2010. The patients were diagnosed to at least one of the following disorders such as anxiety, cognitive, behavioural, substance abuse, bipolar I, II and NOS, psychotic, psycholotemic, and depression. The distribution of each psychiatric disorder and its related factors were analysed using logistic regression method.

Findings: Ratio of male to female was 1.2. The mean ± SD of the age of the patients was 33.1 ± 0.2 that showed men were younger than women. Bipolar I, psychotic, and depression were respectively highest frequencies among the other psychotic disorders. The higher the age, the higher the chance of suffering from depression, cognitive disorder, and substance abuse and the lower the chance of suffering from bipolar I and psychotic. The odds were higher for smoker to suffer bipolar I, NOS, and drug use disorder than non-smoker. Also, patients with more hospital admission were more at risk of anxiety, bipolar I, II, and psychotic disorders.

Conclusion: In previous studies the odds of suffering from psychotic and bipolar disorder was higher in patients with hospital readmission as was seen in this study. In this work women were seen to be more at risk of anxiety, bipolar and depressive disorders than men and also males were more prone to drug use and psychotic disorders compared to females. These results are similar to the previous studies.

Key words: Psychiatric Disorders, Hospitalised Patients, Epidemiological Characteristic.

* This article derived from master thesis.

1- Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health and Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychological Medicine, School of Health and Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author), Email: barekatain@med.mui.ac.ir

3- MSc Student, Student Research Committee, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health and Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

www.mui.ac.ir