



بنام خداوند بخشنده مهربان

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم پیش نویس طرح پژوهشی

قسمت اول - مشخصات طرح

عنوان طرح:

مطالعه کوهورت جوانان ایران

Persian Youth Cohort

نماینده مجریان و مدیر پروژه: دکتر آفرین رحیمی موقر

نام و نام خانوادگی مجریان (طرح دهندگان):

به ترتیب حروف الفبا: دکتر معصومه امین اسماعیلی، دکتر حسین پوستچی، دکتر احمد حاجبی،

دکتر آفرین رحیمی موقر، دکتر ونداد شریفی، دکتر سید عباس متولیان، دکتر رامین مجتبابی

دانشکده / مرکز تحقیقاتی:

مرکز ملی مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دفتر سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران

پژوهشکده گوارش و کبد دانشگاه علوم پزشکی تهران

دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، کرمانشاه و فسا

قسمت دوم - خلاصه مشخصات طرح

عنوان طرح:

مطالعه کوهورت جوانان ایران

مدیر اجرایی طرح^۱: دکتر آفرین رحیمی موقر

دانشکده/مرکز تحقیقاتی: مرکز ملی مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران

محیط پژوهش: مراکز سه گانه کوهورت در زاهدان، روانسر کرمانشاه، ششده فسا

مدت اجرا: ۳ سال (محدوده زمانی این پروپوزال ۳ ساله است؛ لیکن کار میدانی این کوهورت حداقل ۶ ساله خواهد بود.)

خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردی طرح:

اختلالات روانی شیوع قابل توجهی داشته و از ناتوان کننده ترین بیماریها هستند. اگرچه درمان های موثر و با عوارض قابل قبول، فراهم شده اند، ولی حتی در جوامع پیشرفته رقابت زیادی در تعیین اولویت های تخصیص منابع وجود دارد. در کشور ما، تقریباً از هر ۴ نفر مردم ۱۵-۶۴ سال در سطح کشور، یک نفر دچار یک یا چند اختلال روان پزشکی است. اختلالات روان پزشکی هزینه قابل ملاحظه ای را به خانواده تحمیل می کنند؛ به طوری که برای یک بیمار روان پزشکی، تا ۳۰ درصد از درآمد سرانه خانواده در طی یک سال هزینه می شود.

برای تأمین نیازهای جدی بیماران و خانواده ها و ارتقای خدمات، نیاز به سیاست ها و برنامه های جدیدی است و برای طراحی و اجرای این سیاست ها و برنامه ها، به اطلاعات دقیقی در مورد شکل گیری و سیر اختلالات روان-پزشکی و عوامل موثر بر آنها نیاز هست. بهترین روش برای کسب این اطلاعات، انجام مطالعات کوهورت (همگروهی) است. با مطالعات کوهورت می توان میزان بروز بیماری ها و عوامل پیش بینی کننده آن را مشخص و نیز چگونگی سیر این بیماری ها را در سطح جامعه و عواملی را که باعث بدتر یا بهتر شدن سیر می گردد شناسایی کرد. به خصوص با توجه به این نکته که بسیاری از عوامل روان شناختی و اجتماعی ممکن است در کشورها و جوامع مختلف متفاوت باشند، ضرورت دارد که در هر منطقه با انجام پژوهشهای کوهورت به شناسایی عواملی که در آن منطقه یا کشور تاثیرگذار هستند کمک کرد. انجام این مطالعات، علاوه بر ارتقای دانش در مورد سبب شناسی اختلالات روان پزشکی می تواند منجر به طراحی مداخلاتی مناسب و موثر برای پیشگیری در سطوح سه گانه گردد.

خلاصه روش اجرای طرح:

این مطالعه یک کوهورت جمعیت ۱۵ تا ۳۴ سال است. چنین کوهورتی برای اولین بار در کشور به اجرا گذاشته می شود و دارای اهداف زیر است:

- ۱- تعیین بروز اختلالات شایع روانپزشکی، مشکلات روانی اجتماعی و حوادث در کوهورت جوانان ایران
- ۲- تعیین عوامل خطر و محافظت کننده برای بروز اختلالات شایع روانپزشکی، مشکلات روانی اجتماعی و حوادث در کوهورت جوانان ایران
- ۳- تعیین سیر و پیامدهای اختلالات شایع روانپزشکی در کوهورت جوانان ایران
- ۴- تعیین عوامل خطر و محافظت کننده برای سیر و پیامدهای اختلالات شایع روانپزشکی در کوهورت جوانان ایران

جمعیت هدف عبارتند از افراد ۱۵ تا ۳۴ ساله ایرانی از هر دو جنس که در محله های منتخب از سه شهرستان شهرستان زاهدان در استان سیستان و بلوچستان، شهرستان روانسر در استان کرمانشاه، و شهرستان ششده فسا در استان فارس ساکن هستند. حجم نمونه ۹۰۰۰ نفر برای سه شهرستان پیش بینی شده است. مصاحبه بصورت رو در رو و با استفاده از کامپیوتر (Computerized Assisted Personal Interviewing) انجام می شود.

ابزارهای مطالعه متعدد بوده و شامل ابزارهای تشخیصی اختلالات روانپزشکی، ابزارهای سنجش مشکلات روانی اجتماعی، بررسی سوانح و حوادث و ابزارهای بررسی عوامل موثر بر بروز و پیامد می باشد.

کوهورت جوانان ایران از سال ۱۳۹۴ آغاز می شود. نمونه گیری اولیه ۹۰۰۰ نمونه، ۲۴ ماه (دو سال) به طول انجامد. هر فرد مصاحبه شونده، پس از مصاحبه تفصیلی اولیه، هر شش ماه به صورت تلفنی و کوتاه مورد مصاحبه قرار می گیرد. دو سال بعد از مصاحبه حضوری اولیه، هر فرد مجدداً مورد مصاحبه حضوری قرار می گیرد. در هر مصاحبه حضوری، به غیر از اطلاعات پایه، بقیه پرسشنامه ها تکرار می شوند؛ لیکن طول زمان مورد پرسش، به جای طول عمر یا سال گذشته، دو سال گذشته خواهد بود.

گرچه این مطالعه، برای شش سال کار میدانی طراحی شده است، ولی مدت در نظر گرفته شده برای زمان بندی و بودجه این پروپوزال برای دو سال کار میدانی است و تنها فاز صفر (مصاحبه حضوری پایه) و مصاحبه های تلفنی شش ماه یک بار افراد را تا پایان دو سال کار میدانی در برمی گیرد.

گزارش نهایی، علاوه بر گزارش فعالیت های انجام شده، شامل آنالیز و گزارش نتایج مصاحبه حضوری اول ۹۰۰۰ نمونه خواهد بود. این گزارش، مشخصات دموگرافیک، روانشناختی و روانپزشکی و سایر شاخص های سلامت این جمعیت را بر اساس ابزارهای مورد استفاده به تفکیک سه منطقه پژوهش ارائه خواهد کرد.

جمع هزینه های طرح :

هزینه پرسنلی	۱,۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه مسافرت	۴۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی	۵۹۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه های دیگر	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	۲۴۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال	جمع کل	۲,۶۰۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال



قسمت سوم - اطلاعات مربوط به عوامل اجرایی طرح

توجه: چنانچه طرح دهنده بیش از یک نفر باشد لازم است هر کدام از ایشان بطور جداگانه این قسمت را تکمیل نمایند.

- ۱- نام و نام خانوادگی طرح دهنده: دکتر آفرین رحیمی موقر
- ۲- رتبه علمی: دانشیار
- ۳- محل خدمت: مرکز ملی مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- نشانی محل خدمت: تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین تر از میدان قزوین، مرکز ملی مطالعات اعتیاد
- ۵- تلفن محل خدمت: ۵۵۴۲۱۱۵۵
- ۶- نشانی پست الکترونیک: rahimia@tums.ac.ir
- ۷- نشانی یا تلفن برای دسترسی سریع و پیامهای فوری: ۰۹۱۲۳۱۴۶۵۹۳
- ۸- در صورتیکه طرح دهنده دارای سمتهای اجرایی در داخل یا خارج محیط دانشگاه میباشند جدول زیر را تکمیل نمایند

عنوان سمت	نشانی محل کار	تاریخ شروع فعالیت در این سمت	تلفن محل کار
رئیس مرکز ملی مطالعات اعتیاد	خیابان کارگر جنوبی، پایین تر از میدان قزوین	آذر ۱۳۹۲	۵۵۴۲۱۱۵۵

- ۹- درجات علمی و سوابق تحصیلی طرح دهنده به ترتیب از لیسانس به بعد ذکر گردد

درجه تحصیلی	رشته تحصیلی و تخصصی	دانشگاه یا محل تحصیل	کشور	سال دریافت
دکترای حرفه‌ای	پزشکی عمومی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	ایران	۱۳۶۸
بورده تخصصی	روانپزشکی	دانشگاه علوم پزشکی ایران	ایران	۱۳۷۱
گواهینامه عالی (معادل فوق لیسانس)	بهداشت عمومی (MPH)	دانشگاه علوم پزشکی تهران	ایران	۱۳۷۹

- ۱۰- آیا تاکنون دوره‌های روش تحقیق را گذرانده اید؟ بلی

در صورت پاسخ مثبت، جدول زیر را تکمیل فرمایید.

سطح دوره و نوع آموزشهای ارائه شده	تاریخ	محل برگزاری دوره
مهمترین آن در طی دوره MPH بوده که ۱۲ واحد به روش تحقیق، اپیدمیولوژی و آمار اختصاص داشته است.	۱۳۷۷-۱۳۷۹	دانشگاه بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران



۱۱- سابقه طرح‌های تحقیقاتی که طرح دهنده قبلاً در آن همکاری داشته و یا هم اکنون در حال اجرا دارد، ذکر شود.

عنوان طرح	محل اجرا	مدت اجرا	وضعیت طرح	نوع همکاری
بررسی مقایسه‌ای شیوع کودک آزاری و عوامل مؤثر بر آن در دو منطقه در تهران	تهران	۱۲ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
Rapid Assessment and Response of injecting drug use in Tehran	تهران	۱۸ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	پژوهشگر اصلی
Assessing the effectiveness of Naltrexone maintenance in Iran	۱۲ شهر ایران	۳۰ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	پژوهشگر اصلی
A national epidemiological study of drug abuse in emergency rooms in Iran	اورژانس‌های بیمارستانی ایران	۱۸ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	پژوهشگر اصلی
A study of changes in drug abuse patterns in recent decades in Iran	۱۰ مرکز استان ایران	۱۲ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
Rapid Situation Assessment (RSA) of drug abuse in Iran	۱۰ مرکز استان ایران	۱۸ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	پژوهشگر اصلی
A comprehensive study of drug use situation in large prisons of Iran	۸ زندان بزرگ ایران	۱۲ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	پژوهشگر اصلی
بررسی شرایط معتادان به مواد افیونی شهرستان بم در دو هفته اول پس از زلزله	تهران، کرمان، بم	۳ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
بررسی شیوع بیماری‌های عفونی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و عوامل مرتبط با آن در تهران	تهران	۱۰ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	طرح‌دهنده
گردآوری تحقیقات در مورد سوءمصرف مواد و تجزیه و تحلیل آنها برای تعیین اولویت‌های مداخله و پژوهش در برنامه‌های کشوری مبارزه با مواد مخدر	تهران	۲۰ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	طرح‌دهنده
بررسی و تحلیل مقالات پژوهشی بهداشت روان کشور منتشره در سالهای ۱۳۳۲-۱۳۸۱	تهران	۱۲ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
مطالعه کیفی تغییرات عرضه و تقاضای مواد غیرقانونی اعتیادآور و خدمات مربوطه در بم در طول یک سال پس از زلزله	بم	۶ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
بررسی شیوع و عوامل خطر اختلال استرس پس از تراوما و مصرف مواد در بازماندگان زلزله بم	بم	۱۰ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
بررسی سیستم خدمات درمان گیاهی اعتیاد در تهران بزرگ	تهران	۸ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
بررسی کیفی وضعیت مصرف و سوءمصرف مواد و شرایط شروع و ادامه مصرف مواد در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران	تهران	۶ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
بررسی شیوع و الگوهای مصرف و سوءمصرف مواد اعتیادآور غیرقانونی، عوامل مؤثر بر آن و روند تغییرات از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران	تهران	۴ سال	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری
تدوین محتوا و برنامه آموزشی پیشگیری از اعتیاد برای نوجوانان پسر دبیرستانی در شهر تهران	تهران	۱۰ ماه	اتمام طرح و انتشار نتایج	مجری



مجرى	اتمام طرح و انتشار نتايج	۱۶ ماه	تهران	تجزیه و تحلیل وضعیت بهداشت روان کشور مبتنی بر شواهد
طرح دهنده	اتمام طرح و انتشار نتايج	۶ ماه	عسلویه	مطالعه سریع وضعیت مصرف مواد غیرقانونی اعتیادآور و اعتیاد به آنها و خدمات مربوطه در منطقه پارس جنوبی و عسلویه در سال ۱۳۸۶
مجرى	اتمام طرح و انتشار نتايج	۱۲ ماه	تهران	ارزیابی فرایند و دستاوردهای طرح ضربتی ساماندهی معتادان خیابانی و پر خطر (طرح نجات)
طرح دهنده	اتمام طرح و انتشار نتايج	۱۲ ماه	تهران	بررسی ترکیب شیمیایی، شرایط مصرف، علائم و عوارض مصرف نورجیزک و کراک و وضعیت عرضه این مواد در تهران
مجرى	اتمام طرح و انتشار نتايج	۳۶ ماه	کشوری	پیمایش ملی سلامت روان: شیوع، شدت و هزینه های اختلالات روانی و بهره مندی از خدمات

۱۲- مشخصات همکاران اصلی^۳ طرح:

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری
۱	دکتر معصومه امین اسماعیلی	روانپزشک، مرکز ملی مطالعات اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران	استادیار	طرح دهنده و پژوهشگر اصلی
۲	دکتر ونداد شریفی	روانپزشک، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	دانشیار	طرح دهنده و پژوهشگر اصلی
۳	دکتر احمد حاجبی	روانپزشک، دفتر سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انستیتو روانپزشکی تهران	دانشیار	طرح دهنده و پژوهشگر اصلی
۴	دکتر سید عباس متولیان	اپیدمیولوژیست، دانشگاه علوم پزشکی ایران	دانشیار	طرح دهنده و پژوهشگر اصلی
۵	دکتر حسین پوستچی	اپیدمیولوژیست دانشگاه علوم پزشکی تهران	دانشیار	طرح دهنده و پژوهشگر اصلی
۶	دکتر رامین مجتبابی	دانشکده بهداشت دانشگاه جانزهاپکینز	دانشیار	طرح دهنده و پژوهشگر اصلی
۷	دکتر علیرضا انصاری مقدم	دانشگاه علوم پزشکی زاهدان	دانشیار	پژوهشگر اصلی
۸	دکتر فرید نجفی	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه	دانشیار	پژوهشگر اصلی
۹	دکتر احسان بهرامعلی	دانشگاه علوم پزشکی فسا	دانشیار	پژوهشگر اصلی



قسمت چهارم - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

عنوان طرح به فارسی:

مطالعه کوهورت جوانان ایران

عنوان طرح به انگلیسی:

Persian Youth Cohort

نوع طرح: کاربردی

بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح:

اختلالات روان‌پزشکی شیوع بالا و بار قابل ملاحظه‌ای در بین بیماری‌های دیگر در کشورهای جهان، چه توسعه یافته و چه در حال توسعه، دارند، به نحوی که سردهسته علل ناتوانی در جهان به شمار می‌آیند (Demyttenaere et al., 2004; Whiteford et al., 2014). در کشور ما نیز پیمایش ملی سلامت روان (IranMHS) که در ۱۳۸۹-۱۳۹۰ انجام شد، نشان داد که تقریباً از هر ۴ نفر مردم ۱۵-۶۴ سال در سطح کشور، یک نفر دچار یک یا چند اختلال روان‌پزشکی است (۲۳/۶٪) و شایع‌ترین اختلالات اختلال افسردگی اساسی (۱۲/۷٪)، اختلال اضطراب منتشر (۵/۲٪) و اختلال وسواس (۵/۱٪) هستند؛ همچنین، مشخص شد که اختلالات روان‌پزشکی هزینه قابل ملاحظه‌ای را به خانواده تحمیل می‌کنند؛ به طوری که برای یک بیمار روان‌پزشکی، تا ۳۰ درصد از درآمد سرانه خانواده در طی یک سال هزینه می‌شود (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۱؛ Sharifi et al., 2015). به‌علاوه، آخرین مطالعه بار بیماری‌ها در کشور (۲۰۱۰) مشخص کرد که بیماری‌های روان‌پزشکی در مقایسه با سایر بیماری‌ها مهم‌ترین عامل ناتوانی در سنین ۱۰-۴۰ سالگی هستند و از سوی دیگر در مقایسه با ۱۴ کشور دیگر با درآمد سرانه مشابه، ایران از نظر بار بیماری افسردگی اساسی در رتبه نخست، و از نظر بار اختلالات اضطرابی



و نیز مصرف مواد در رتبه سوم قرار دارد؛ و سرانجام این که در دو دهه گذشته بار بیماری ناشی از خودکشی، خشونت بین فردی و سو مصرف مواد افزایش داشته است (Shahraz et al., 2014). با این حال به خوبی می-دانیم که درمان‌ها و مداخلات دارویی و غیردارویی، می‌توانند به طور موثری بار ناشی از بیماری‌های روان-پزشکی را کاهش دهند؛ مزیت این مداخلات صرفاً در اثربخشی قابل توجه‌شان نیست، بلکه این درمان‌ها عموماً بسیار کم‌هزینه و هزینه‌اثربخش هستند و نیاز به تجهیزات پیشرفته و پیچیده‌ای نیز ندارند.

در سند نهایی چشم انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، تأمین سلامت، رفاه و عدالت اجتماعی برای آحاد جامعه و نهاد مستحکم خانواده مورد تأکید قرار گرفته است. از آنجا که تأمین سلامت، بدون سلامت روان ممکن نیست، قوانین برنامه چهارم و پنجم توسعه و سند بخشی همان قانون، پیش‌بینی کرده است که می‌بایست بار اختلالات روانی در کشور کاهش یابد. بر همین اساس وزارت بهداشت، علاوه بر بهبود کمی و کیفی خدمات روان‌پزشکی، ظرفیت‌سازی علمی برای تأمین نیازهای سلامت روان کشور را جزو اهداف اصلی میثاق سلامت روان کشور (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶) و مبنای فعالیت‌های خود قرار داده است.

بنابراین، برای تأمین نیازهای جدی بیماران و خانواده‌ها و ارتقای خدمات، نیاز به سیاست‌ها و برنامه‌های جدیدی است و برای طراحی و اجرای این سیاست‌ها و برنامه‌ها، به اطلاعات دقیقی در مورد شکل‌گیری و سیر اختلالات روان‌پزشکی و عوامل موثر بر آن‌ها نیاز هست. بهترین روش برای کسب این اطلاعات، انجام مطالعات کوهورت (همگروهی) است. با مطالعات کوهورت می‌توان میزان بروز بیماری‌ها و عوامل پیش‌بینی کننده آن را مشخص و نیز چگونگی سیر این بیماری‌ها را در سطح جامعه و عواملی را که باعث بدتر یا بهتر شدن سیر می-گردد شناسایی کرد. به خصوص با توجه به این نکته که بسیاری از عوامل روان‌شناختی و اجتماعی ممکن است در کشورها و مناطق مختلف متفاوت باشند، ضرورت دارد که در هر منطقه با انجام پژوهش‌های کوهورت به شناسایی عواملی که در آن منطقه یا کشور تاثیرگذار هستند کمک کرد. انجام این مطالعات، علاوه بر ارتقای دانش در مورد سبب‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی می‌تواند منجر به طراحی مداخلاتی مناسب و موثر برای پیشگیری در سطوح سه‌گانه گردد.

متأسفانه تاکنون با وجود مطالعات مختلف و متعدد مقطعی در زمینه شیوع اختلالات روان‌پزشکی (Farhoudian et al, 2007)، هیچ مطالعه کوهورت مبتنی بر جمعیت در کشور انجام نشده و معدود مطالعات کوهورت هم روی جمعیت‌های بالینی بوده است (ببینید: بررسی متون). از این رو، این مطالعه کوهورت قصد دارد برای نخستین بار میزان بروز و سیر اختلالات روان‌پزشکی و عوامل موثر بر آنها را در جمعیت ۱۵-۳۴ سال در سه منطقه کشور انجام دهد. در این مطالعه علاوه بر اختلالات و مشکلات روان‌پزشکی، پدیده‌هایی چون رفتارهای پرخطر و حوادث و آسیب‌دیدگیها نیز بررسی می‌شوند. این پژوهش که کوهورت جوانان ایران (PERSIAN Youth



Cohort) نام دارد، در واقع بخشی از پروژه بزرگتر مطالعات کوهورت در کشور (PERSIAN Cohort) است که در مناطقی در زاهدان، فسا و روانسر (کرمانشاه) انجام می‌گیرد.

منابع:

رحیمی موقر، آ.، شریفی، و.، امین اسماعیلی، م.، متولیان، ع.، حاجبی، ا.، رادگودرزی، ر.، حفاظی، م. (۱۳۹۱). گزارش نهایی پیمایش ملی سلامت روان، ۱۳۸۹-۱۳۹۰. تهران.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۶). *میثاق سلامت روان کشور*. ابلاغ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تهران.

Demyttenaere, K., R. Bruffaerts, et al. (2004). "Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys." *Jama* 291(21): 2581-90.

Shahraz, S., Forouzanfar, M.H., Sepanlou, S.G., Dicker, D., Naghavi, P., Pourmalek, F., Mokdad, A., Lozano, R., Vos, T., Asadi-Lari, M., Sayyari, A.A., Murray, C.J., Naghavi, M. (2014). Population health and burden of disease profile of Iran among 20 countries in the region: from Afghanistan to Qatar and Lebanon. *Archives of Iranian Medicine*, 17,336-342.

Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J., Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 9;382(9904):1575-1586.

Sharifi, V., Aminehmaeli, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Rad-Goodarzi, R., Hefazi, M., Rahimi Movaghar, A. (2015). Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iran Mental Health Survey, 2011.

Farhoodian, A., Sharifi, V., Amini, H., Basirnia, A., Mansouri, N., Amin-Esmaeeli, M., Salesian, N. Mohammadi, M. R., Yousefi Nooraie, R., Rahimi-Movaghar, A. (2007). Prevalence of psychiatric disorders in Iran: A systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2 (4), 137-150.

سابقه طرح و بررسی متون :

مروری بر مطالعات کوهورت مبتنی بر جمعیت عمومی (Population based cohort) در مورد سلامت روان در جهان

در جهان مطالعات همگروهی و طولی که به موضوع اختلالات یا مشکلات روانشناختی پرداخته باشند، متعدد هستند و در غالب این مطالعات، دیسترس روانشناختی یا اختلال روانپزشکی بعنوان عامل خطر برای بروز سایر بیماریهای طبی مورد بررسی قرار گرفته است. تعداد کمتری از آنها به ارزیابی طولی بروز، عوامل مرتبط و سیر اختلالات روانپزشکی بطور خاص پرداخته اند. در مرور متون حاضر عمدتاً به بررسی مطالعات کوهورت مبتنی بر جمعیت عمومی که هدف اصلی آنها مطالعه طولی اختلالات روانپزشکی باشد، پرداخته شده است.

متدولوژی و طراحی این مطالعات متنوع بوده است و برای نمونه گیری اولیه (Recruitment) و نیز برای پیگیری های بعدی (بر حسب پیامد هدف مطالعه) از روشهای مختلفی استفاده شده است. در دسته ای از مطالعات، نمونه اولیه با تکیه بر یک نظام ثبت (Registry) اطلاعات جمعیتی بدست آمده است که بطور معمول اطلاعات اولین ارزیابی یا ارزیابی پایه را بصورت مستند ثبت می کنند، مانند نظام ثبت اطلاعات بیمه ای یا سیستم ثبت اطلاعات افراد در نظام وظیفه و خدمت اجباری که در آن مشخصات افراد به همراه نتایج معاینات و آزمایشاتشان ثبت شده است.

در دسته ای دیگر از مطالعات، ابتدا با یک پیمایش ملی خانه به خانه با نمونه گیری تصادفی که نماینده جمعیت عمومی در سنین خاصی است، شروع شده و سپس افراد انتخاب شده در فواصل مشخصی دوباره ارزیابی شده اند. نمونه آن مطالعه NEMESIS در کشور هلند است. همچنین مطالعاتی وجود دارد که در آن یک منطقه تحت پوشش (Catchment area) که می تواند از یک یا چند شهر یا روستا هم تشکیل شود، با روش خاصی (نمونه گیری تصادفی یا سرشماری) نمونه گیری شروع شده و در زمان تعیین شده در فواصل مشخص، پیگیری انجام شده است. در فازهای پیگیری، نیز مطالعات مختلف بر حسب پیامد نهایی و هدف مطالعه، از روشهای گوناگونی مانند ارزیابی و مصاحبه مستقیم حضوری، پیگیری تلفنی، استفاده از روش record linkage نظام مراقبتی (Surveillance) در PHC یا پزشک خانواده، ثبت اطلاعات بیماران بستری در بیمارستانها و یا پزشکی قانونی برای موارد مرگ و میر، بصورت مستقل یا ترکیبی از همه این موارد استفاده کرده اند.

در زیر به تشریح برخی از مطالعات کوهورت مبتنی بر جمعیت عمومی که با هدف ارزیابی شاخص های روانشناختی در طول زمان انجام شده اند، می پردازیم.



• مطالعه انسیدانس و پیمایش سلامت روان هلند-1 (NEMESIS-1) Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study

این مطالعه از آن دسته مطالعات بود که ابتدا با یک مطالعه مقطعی با نمونه گیری طبقه بندی شده ی تصادفی چند مرحله ای آغاز شد. از آنجائیکه این مطالعه دوباره با تغییراتی در سال ۲۰۰۷ تکرار شد، اکنون با عنوان NEMESIS-1 معروف است. هدف آن بررسی شیوع، همبودی، پیامدهای اختلالات روانی، استفاده از خدمات، نیاز به خدمات، کیفیت زندگی و افت عملکرد، انسیدانس و سیر بیماری و عوامل تعیین کننده برای اختلال روانی در جمعیت بالغ ۱۸ تا ۶۴ ساله هلندی بود که در موسسات نگهداری زندگی نمی کردند (Non-institutionalized) بود (Bijl et al., 1998; de Graaf et al., 2000). نمونه ها ۷۰۷۶ نفر از جمعیت عمومی ۱۸ تا ۶۴ ساله بودند و پاسخ گویان در طی سال ۱۹۹۶ در منزلشان مورد مصاحبه قرار گرفتند. پس از معرفی ابزار CIDI-1.1، این ابزار در اولین فاز مطالعه NEMESIS در سال ۱۹۹۶ مور استفاده قرار گرفت و شیوع طول عمر، یک سال و یک ماه گذشته ی اختلالات خلقی، اضطرابی، خوردن، سایکوز های اسکیزوفرنیا و سایر سایکوز های غیر خلقی و سوء مصرف و وابستگی به مواد در ارزیابی اولیه (T0) سنجیده شد. همین جمعیت پاسخ دهنده در سالهای ۱۹۹۷ (یک سال بعد) و ۱۹۹۹ به فاصله دوسال از ارزیابی قبلی، دوباره مورد مصاحبه قرار گرفتند. در پیگیری سال ۱۹۹۷ (Second wave/ T1) همانند ارزیابی اولیه، مصاحبه گران برای موفقیت در مصاحبه حداقل ۱۰ بار باید بصورت تلفنی و یا حضوری در زمانهای مختلف روز و هفته با شرکت کنندگان تماس می گرفتند و فرآیند ردیابی شامل ارسال ایمیل، تماس تلفنی، جستجو در محل و سوابق ثبتی شهرداری برای پیدا کردن آزمودنی ها بود. ضمن اینکه در پایان اولین مصاحبه، کارت تغییر آدرس در محل گذاشته می شد که در صورت نقل مکان به آدرس مجریان طرح، پست شود. نمونه گیری از فوریه ۱۹۹۷ تا ژانویه ۱۹۹۸ طول کشید و متوسط فاصله بین بار مصاحبه بار اول و دوم ۳۷۹ روز بود. بهر حال بدلائل مختلف از ۷۰۷۶ نفر، تعداد ۱۴۵۸ نفر (۲۰/۶٪) در ارزیابی دوم ریزش داشتند.

در T1 شیوع ۱ ساله و در T2 شیوع دوساله اختلالات روانپزشکی سنجیده شده بود. همه شرکت کنندگان در مورد تشخیص شان blind بودند. در T2 نیز تعدادی از افراد ریزش داشتند و در کل ۴۸۴۸ نفر معادل ۶۸/۵٪ از نمونه اولیه پیگیری دوم را هم تکمیل کردند. از این کوهورت بیش از ۵۰ مقاله در پایگاه pubmed قابل دستیابی است.



• مطالعه انسیدانس و پیمایش سلامت روان هلند-2 (NEMESIS-2) و Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study

پس از انجام NEMESIS-1 این سوال مطرح بود که آیا این الگوی شیوع و بروز و عوامل بعد از یک دهه گذشت زمان هنوز برقرار است. بنابراین مجریان این کار، کوهورت جدید NEMESIS-2 را آغاز کردند (de Graaf et al., 2010). در این مطالعه CIDI 3.0 با معیارهای DSM-IV استفاده شد. در آن زمان، مطالعه کنسرسیوم جهانی پیمایش سلامت روان نیز انجام شده بود ولی ادعای مجریان این مطالعه این بود که "اگر چه در هلند داده های مطالعه اپیدمیولوژی اختلالات روانی کشورهای اروپائی the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) اطلاعات جدیدی را تولید کرده، ولی در بین کشورهای شرکت کننده در این مطالعه، مطالعه کشور هلند ایرادات اساسی دارد، از جمله اینکه: مطالعه طراحی مقطعی داشته، حجم نمونه پائین بوده (۵۱۱۶ نفر)، میزان پاسخ فقط کمی بالاتر از ۵۰ درصد بود (از ۵۱۱۶ نفر ۲۳۷۲ نفر مصاحبه شده بودند) و مصاحبه برای اختلال کنترل تکانه در تعداد کمی از افراد انجام شده است. بنابراین در سال ۲۰۰۷ انجام NEMESIS-2 آغاز شد. هدف از این مطالعه، تامین اطلاعات به روز شده در مورد شیوع، بروز، سیر و عاقبت اختلالات روانی و عوامل مرتبط با آن بر اساس DSM-IV بود. در این مطالعه علاوه بر اختلالات ارزیابی شده در NEMESIS-1 اختلالات بیش فعالی-کم توجهی و اختلال سلوک هم اضافه شد. برای ارزیابی عوامل مرتبط با اختلالات روانی بخش مهم دیگری که اضافه شد، جمع آوری DNA از بزاق شرکت کنندگان و ذخیره آن برای انجام مطالعات ژنتیک در آینده بود.

دومین هدف اصلی این مطالعه نشان دادن روند شیوع، استفاده از خدمات و نیاز به مراقبت در یک دوره ۱۲ ساله بود. در جهان، مطالعاتی که بررسی روند شیوع اختلالات روانپزشکی بپردازد، نادر هستند و یکی از این مطالعات، پیمایش همبودی اختلالات روانپزشکی در امریکا است که نتایج آن نشان داد شیوع ۱۲ ماهه اختلالات روانپزشکی در بین سالهای ۲۰۰۱ و ۲۰۰۳ (NCS-R) در مقایسه با سالهای ۱۹۹۰ و ۱۹۹۲ (NCS) تغییری نکرد (۲۹/۴٪ در مقابل ۳۰/۵٪) (Kessler, Chiu, et al., 2005; Kessler et al., 2005) در حالی که میزان درمان از ۱۲/۲٪ به ۲۰/۱٪ افزایش یافت (Kessler, Demler, et al., 2005; Wang et al., 2005). البته این مطالعه یک مطالعه کوهورت نبوده بلکه یک پیمایش مکرر (Repeated survey) می باشد و امکان بررسی عوامل مرتبط با بروز بیماری در تحلیل فرضیه های علیتی در آن وجود ندارد.

جدول زیر موضوعاتی که در هر یک از مراحل NEMESIS-2 ارزیابی شده و خواهند شد را نشان می دهد. در هر یک از مراحل مطالعه NEMESIS II موضوعات خاصی مورد بررسی قرار گرفته است. بعنوان مثال تغییر در علائم روانپزشکی در هر دو پیگیری در گروه خاصی از افراد (آنهائی که اخیراً افسردگی یا اختلال پانیک

داشتند) با life chart ارزیابی شده است. ابزار CIDI 3.0 برای ارزیابی مشکلات روانپزشکی در خانواده، فقط برای افراد دارای اختلال روانپزشکی تدوین شده است، بنابراین این در اولین ارزیابی (T0) استفاده نشده است.

بر اساس مقاله منتشر شده از این مطالعه که در خصوص نحوه طراحی و روش کار بوده، نمونه گیری در مرحله پایه (T0) از نوامبر ۲۰۰۷ تا جولای ۲۰۰۹ طول کشیده و ۹۶/۴٪ از شرکت کنندگان در پایان مصاحبه اظهار کردند که مایلند در ارزیابی های بعدی برای پیگیری شرکت کنند و برنامه این بوده که حداقل دو راند دیگر به فاصله ۳ سال بعد از ارزیابی پایه انجام شود. نویسندگان مقاله اظهار می دارند که در مقایسه با NEMESIS-1 فاصله طولانی تر بین ارزیابی ها در نظر گرفته شد و علت این بود که تعداد موارد بروز بیماری بیشتر شود و پیگیری برای سیر بیماری نیز به حدکافی طولانی باشد. البته این مدت طولانی نیز خود معایبی داشته و آن سخت شدن سرپا نگه داشتن کوهورت بوده است. به این علت، در این مطالعه از روش های مختلفی مانند فرستادن کارت تبریک کریسمس و کارت تبریک تولد (علاوه بر کارت تغییر آدرس)، ارسال نتایج اولیه مطالعه، به روز کردن وب سایت برای پاسخگویان برای نمایش نتایج استفاده شده است (de Graaf, et al., 2010). به عقیده مجریان این مطالعه، استفاده از CIDI 3.0 در NEMESIS-2 در مقایسه با استفاده از CIDI 1.1 در NEMESIS-1 فوایدی به همراه داشته که از جمله می توان به موارد زیر اشاره کرد: (۱) با گنجاندن ابزار شیهان در انتهای ارزیابی هر بیماری، شدت بیماری برای هر بیماری بصورت مستقل محاسبه شد و این امکان را فراهم کرد که مشخص شود هر اختلال بر حسب شدت، به چه میزان از درمان بهره مند می شود، (۲) بهره مندی از خدمات نیز به تفکیک هر بیماری ارزیابی شد، که این امکان را فراهم کرد که تاخیر در شروع درمان بعد از شروع اولین بیماری مشخص شود، (۳) وجود اختلال کنترل تکانه برای کودکان و نوجوانان و علائم باقیه ای آن در بزرگسالان در ویرایش سوم این ابزار امکان ارزیابی اختلالات ADHD و اختلال سلوک و OPD را فراهم کرد. (که البته این ارزیابی محدود به افراد ۱۸ تا ۴۴ ساله شده بود که سوگیری یادآوردن یا recall bias را کاهش دهند)، (۴) ویرایش سوم CIDI بخش غربالگری مجزائی (با سوالات کلیدی در مورد اغلب اختلالات) در ابتدای مصاحبه داشت که اولاً مدت مصاحبه را کاهش می داد و ثانیاً احتمال اینکه پاسخگو در هر بیماری یاد بگیرد که با دادن پاسخ منفی به سوالات کلیدی آغازین در هر بخش از پرسشنامه های مختص هر بیماری، می تواند مدت مصاحبه را کاهش دهد، به حداقل برسد.

پرسشنامه های متعددی در این مطالعه برای بررسی عوامل مرتبط و پیامدها بکار رفته است که از آن جمله می توان به پرسشنامه فعالیت فیزیکی اشاره کرد که با تعداد روزهای یک هفته معمول، که فرد از نظر فیزیکی فعال بود و فعالیت متوسط تا شدید برای حداقل ۳۰ دقیقه در روز داشت، مشخص می شود. این تک سوال بر گرفته از پرسشنامه فعالیت فیزیکی بین المللی (Physical Activity Questionnaire International) بوده است (Craig et al., 2003). عوامل آسیب پذیری شامل ویژگی های شخصیتی Neuroticism و extraversion با پرسشنامه کوتاه شده EPQ یا پرسشنامه شخصیت آیزنک (Eysenck Personality Questionnaire)، آسیب



های دوران کودکی با اندازه گیری ۷ رویداد منفی زندگی قبل از سن ۱۶ سالگی (شامل مرگ یا طلاق والدین و سوء استفاده و غفلت در دوران کودکی و ...) ارزیابی شده است. رویدادهای منفی زندگی با ۱۰ رویداد منفی در طول ۱۲ ماه گذشته سنجیده شده است که بر اساس بخش رویدادهای زندگی پرسشنامه بروگا (the Brugha Life events section) (Brugha et al., 1985) بوده و شامل مرگ دوستان و بستگان، طلاق و مشکلات مالی می باشد. از نتایج منتشر شده این مطالعه می توان به موارد زیر اشاره کرد:

در طی ۳ سال، ۸/۸۶ درصد از افراد بالغ بدون سابقه روانشناختی، یک اختلال روانپزشکی را تجربه کرده اند که معادل با ۳/۰۹ مورد در ۱۰۰ نفر سال است. بروز اختلال اضطرابی (۱/۶۹ در ۱۰۰ نفر سال) و اختلال خلقی (۱/۶۵ در ۱۰۰ نفر سال) بالاترین و اختلال مصرف مواد (۰/۹۷ در ۱۰۰ نفر سال) پائین ترین بروز را داشته است. در اختلالات اضطرابی و خلقی، بروز در زنان و در اختلالات مصرف مواد بروز در مردان بیشتر بود. در تمامی طبقات بیماری، ارتباط معکوس بین سن و بروز بیماری وجود داشته است (de Graaf et al., 2013).



Table 1 Topics covered and instruments used in NEMESIS-2

Topic	Instrument/measure	NEMESIS-2		
		Baseline T_0	Follow-up T_1	Follow-up T_2
<i>I. Demographics</i> Sex, age, highest educational attainment, ethnicity, religion, urbanicity of place of residence (present and during youth), living situation (including number and age of children), employment situation (also of partner) and income (also of partner)	Self-constructed questions	X	X	X
<i>II. Mental health</i> Internalizing and substance use disorders: major depression, dysthymia, bipolar disorder, panic disorder, agoraphobia, social phobia, specific phobia, GAD, alcohol abuse and dependence, drug abuse and dependence Externalizing disorders: ADHD, conduct disorder, oppositional defiant disorder Schizophrenia	Mental disorder sections of the CIDI 3.0	X	X	X
	Mental disorder sections of the CIDI 3.0	X	X ¹	X ¹
	An adaptation of the CIDI 1.1 schizophrenia section used in NEMESIS-1	X	X	X
Antisocial personality disorder	IPDE	X	X	X
Tobacco use	Self-constructed questions	X	X	X
Changes in psychiatric symptoms	Life chart interview among subgroups (e.g. those with a recent depression or panic disorder)		X ¹	X ¹
<i>III. Somatic health</i> Somatic disorders	Self-constructed questions based on the NEMESIS-1 questionnaire	X	X	X
Physical activity	One question of the IPAQ at T_0 and the IPAQ at T_1 and T_2	X	X	X
<i>IV. Vulnerability indicators</i> Neuroticism	EPQ	X	X	X
Extraversion	EPQ	X		
Childhood trauma	Self-constructed questions based on the NEMESIS-1 questionnaire	X		
Psychiatric problems in the family	Self-constructed questions based on the NEMESIS-1 questionnaire		X	
Suicidality	Suicidality section of the CIDI 3.0	X	X	X
Discrimination	Self-constructed questions		X	
<i>V. Precipitating and sustaining factors</i> Recent life events	Based on the Brugha Life events section	X	X	X



Table 1 Continued

Topic	Instrument/measure	NEMESIS-2		
		Baseline <i>T</i> ₀	Follow-up <i>T</i> ₁	Follow-up <i>T</i> ₂
Social support	To be decided		X	X
Loneliness	To be decided		X	
Delinquency	To be developed		X	X
<i>VI. Functioning</i>				
Functional impairment: general	SF-36	X	X	X
Functional impairment: disorder specific	Sheehan Disability Scale within the mental disorder sections of the CIDI 3.0	X	X	X
Work loss	Three questions from the WHODAS	X	X	X
<i>VII. Treatment seeking</i>				
Service use: general	Adaptation of the self-constructed NEMESIS-1 questionnaire	X	X	X
Service use: disorder specific	Within the mental disorder sections of the CIDI 3.0	X	X	X
Medication	Adaptation of the self-constructed NEMESIS-1 questionnaire	X	X	X
Informal care	Self-constructed questions		X	X
Unmet need	Self-constructed question	X	X	X
Attitudes towards psychiatric patients	Based on Kwekkeboom, 2000	X		
Attitudes towards professional treatment	Five questions from the ESEMeD-CIDI	X		
<i>VIII. Sexuality</i>				
Sexual behaviour and sexual orientation	Self-constructed questions	X	X	X
Sexual problems and sexual abuse	Self-constructed questions	X	X	X
Service use for sexual problems	Self-constructed questions	X	X	X
<i>IX. Violence</i>				
Violence in partner relations	Self-constructed questions	X	X	X
Violence against one's children	Self-constructed questions	X	X	X
Violence in other situations	Self-constructed questions		X	X

¹ To be decided.

برگرفته از مقاله دی گراف و همکاران (de Graaf, et al., 2010)

• مطالعه طولی ECA در برخی از ایالات امریکا

در سال ۱۹۷۹ پروژه برنامه ECA در ۵ ایالت در امریکا شامل، بالتیمور (دانشگاه John Hopkins)، سنت لوئیس (دانشگاه Washington)، دورهام (دانشگاه Duke)، نیویورک و کالیفرنیا (دانشگاه UCLA) آغاز به کار کرد و هدف آن بررسی شیوع اختلالات خاص روانی بر اساس DSM-III و شیوع کلی ناتوانی بود. در آن زمان بتازگی معیارهای تشخیصی DSM-III ارائه شده بود و از آنجائیکه طراحان مطالعه بدنبال دستیابی به داده های معتبری بودند، با سه روش زیر به مطالعه خود اعتبار بخشیدند: (۱) توصیف بالینی دقیق بیماران، (۲) کنار گذاشتن



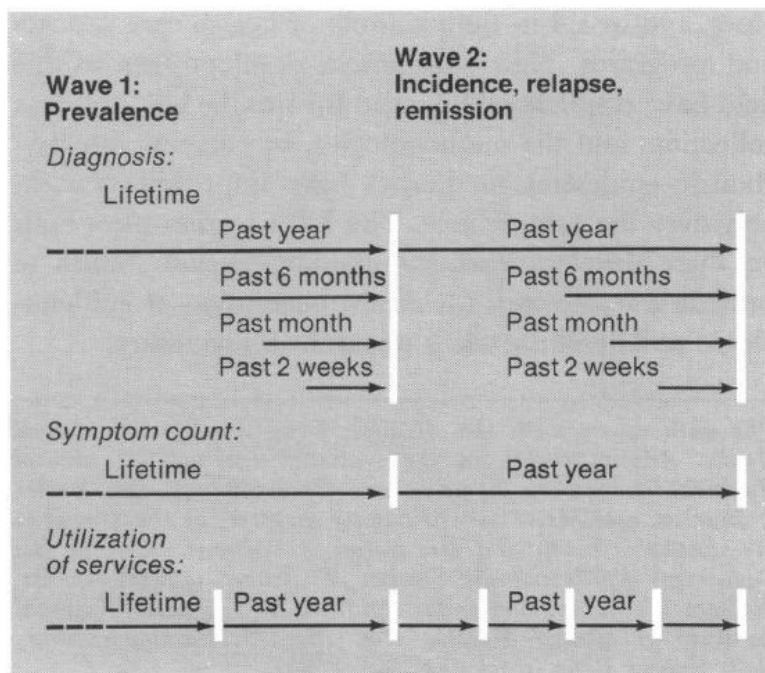
سایر تشخیص ها، ۳) مطالعات پیگیرانه محدود. از طرفی از آنجائیکه در این مطالعه بدنبال سیر بیماران در صورت درمان یا عدم درمان بخصوص در بیماران شدید نیز بودند و از آنجائیکه پیدا کردن تعداد قابل ملاحظه از چنین نمونه ای در مطالعات مبتنی بر جمعیت عمومی با یک نمونه تصادفی دشوار است، در طراحی این مطالعه از نمونه طبقه بندی شده ای که در آن از افرادی که در انستیتوها زندگی می کنند هم نمونه گیری می شود، استفاده شد.

از ۱۷۵۲۱۱ نفر از ساکنین بالتیمور شرقی با استفاده از نمونه گیری احتمالی، کوهورتی طراحی شد. از افراد با سن بالای ۶۵ سال حجم نمونه بیشتری Oversampling گرفته شد و تمامی افراد خانوار انتخاب شده که سن بالای ۶۵ سال داشتند و نمونه تصادفی از سایر افراد خانوار وارد مطالعه شدند (Eaton et al., 2007). علاوه بر نمونه گیری از خانوارها، از زندانها، مراکز نگهداری بیماریهای روانی نیز نمونه گیری شده بود. از ابزار مصاحبه DIS در هر سه wave در بالتیمور استفاده شد و در مقاطع زمانی مختلف ارزیابی های تشخیصی، تعداد علائم و وضعیت بهره مندی از خدمات صورت گرفته است که در نمودار زیر مشخص شده است (Eaton et al., 1981).

در سال ۱۹۸۱، از حجم نمونه ۴۲۳۸ نفری، ۳۴۸۱ نفر مصاحبه را کامل کردند. یک سال بعد، ۲۷۶۸ نفر از این افراد دوباره مصاحبه شدند (wave I). از ۱۹۹۳ تا ژوئن ۱۹۹۶ (Wave II) مجدداً ۱۹۲۰ نفر از افرادی که در سال ۱۹۸۱ در مطالعه شرکت کرده بودند، مورد مصاحبه قرار گرفتند (اکثر آنان در سال ۱۹۹۳ مصاحبه شده بودند). در ۲۰۰۴ و نیمه ۲۰۰۵ (wave IV) ۱۰۷۱ نفر از افرادی که در سال ۱۹۹۳ مصاحبه شده بودند، مورد مصاحبه مجدد قرار گرفتند. ۴۲٪ از افرادی که در سال ۱۹۸۱ در مصاحبه شرکت کرده بودند، در سال ۲۰۰۴ فوت کرده بودند. این درصد منعکس کننده حجم نمونه بالاتر بدلیل نمونه گیری بیشتر از افراد مسن تر بوده است. مردان و افراد غیرسفید پوست و با تحصیلات پایین تر سهم بیشتری در این مرگ و میر داشتند. حتی بعد از تعدیل اثر سن، اختلالات شناختی در سال ۱۹۸۱، قویترین پیشگوئی کننده مرگ بود (OR=5.2) و سایر مشکلات روانپزشکی مانند اختلال سوء مصرف و وابستگی به مواد با OR=1.6، مانیا با OR=3.3 یا اختلال شخصیت ضد اجتماعی با OR=2.8 ارزش پیشگوئی کنندگی متوسطی داشتند و افسردگی (OR=0.8, 95% CI 0.5-1.4) بطور معناداری پیشگوئی کننده مرگ نبود (Eaton, et al., 2007). بر اساس داده های بدست آمده از مطالعه بالتیمور، انسیدانس کلی بیماری نسبتاً ثابت بود و روند رو به افزایش اختلالات روانپزشکی ناشی از مزمن بودن ماهیت بیماریها بوده است. تخمین بروز کلی اختلالات روانپزشکی بر اساس DSM III-R در دوره زمانی ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۴، ۲/۸ در هر ۱۰۰۰ نفر سال (۹۳ مورد جدید در ۳۲۸۵۴ نفر سال مواجهه) و با فاصله اطمینان ۹۵٪، در محدوده ۲/۳ تا ۳/۵ بوده است. در مورد افسردگی این میزان در سالهای بین ۱۹۸۱ و ۱۹۹۳، ۳/۲ در ۱۰۰۰ نفر سال بوده است و کاهشی در بروز اختلال افسردگی بین سالهای ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۴ دیده شده است (۱/۹ در ۱۰۰۰ نفر سال) (Eaton, et al., 2007). از این کوهورت تاکنون صدها مقاله منتشر شده است. یکی از جنجالی ترین آنها، نشان داد که ۳۳۴ مورد بروز کانسر در ۴۰۵۳۰ نفر سال پیگیری، در این کوهورت دیده شده و افسردگی

اساسی با خطر بالاتر بروز کلی سرطان (HR: 1.9, 95% CI 1.2-3) همراه بوده است و بطور معناداری منجر به افزایش خطر بروز سرطان پستان در زنان (HR: 4.4, 95% CI 1.08-17.6) شده است (Gross et al., 2010).

Figure 1. Diagnostic, symptom, and utilization data obtained in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program of the National Institute of Mental Health



برگرفته از مقاله ایتون و همکاران (Eaton, et al., 1981)

• کوهورت سربازان نظام وظیفه سوئد

این مطالعه نمونه ای از مطالعاتی که از سیستم ثبت برای پیگیری استفاده کرده است. در واقع این کوهورت از سربازان وظیفه مرد ۱۸ ساله که در طول ۱۹۶۹ تا ۱۹۷۰ وارد خدمت سربازی شدند تشکیل شد و هدف آن شناسایی عوامل خطر ابتلا به اسکیزوفرنی بود. در این کوهورت پیمایش نظام وظیفه سوئد (the Swedish Conscript Survey)، به اطلاعات نظام ثبت پذیرش روانپزشکی کشور (the Swedish National Register of Psychiatric Admissions) لینک می شد.

در پیمایش خدمت وظیفه اجباری سوئد، سربازان در طی یک فرآیند ۳۶ ساعته، که شامل آزمایشات فیزیکی و روانی، تعیین وضعیت سلامتی، شخصیت و ظرفیت ذهنی بود، مورد ارزیابی قرار می گرفتند و اطلاعات آنها در بانکی ثبت می شد. تعداد ۵۰۰۸۷ نفر در این پیمایش ارزیابی شدند و ۲ تا ۳ درصد از آنان بدلیل مشکلات روانی



یا جسمی شدید کنار گذاشته شدند. علاوه بر معاینه کامل پزشکی یک پرسشنامه خودایفا در مورد خانواده، پیشینه اجتماعی و رفتارهای دوران نوجوانی نیز توسط این افراد تکمیل می شد. مصاحبه ها نیز توسط روانشناس انجام می شد و هر فردی که سابقه هر گونه اختلال قبلی یا فعلی روانشناختی داشت که تحت درمان بود توسط روانپزشک نیز ارزیابی می شد (بر اساس ICD-8). همه ی این ارزیابی ها برای تشخیص بیماران و تعیین افراد مناسب برای آموزش های نظامی پیشرفته تر بود، بنابراین آستانه ارجاع افراد به روانپزشک پائین بود. بیماریهای نوروتیک، اختلالات شخصیت، سوء مصرف الکل و مواد بررسی می شد. پیگیری با record linkage با استفاده از سیستم های ثبت ملی مراقبت روانپزشکی سوئد (the Swedish National Register of Psychiatric Care) انجام شد. این نظام ثبت در سال ۱۹۷۰ پوشش ۷۰ درصدی از همه پذیرش های روانپزشکی داشتند که این میزان در سال ۱۹۷۳ به ۸۳ درصد و از ۱۹۷۴ تا ۱۹۸۳ به ۹۷ و ۹۸ درصد رسیده بود. این سیستم، تاریخ اولین بستری در بیمارستان را نیز برای سالهای بعد از ۱۹۷۳ ثبت کرده بود. دو پیامد نهائی (two end-points) بستری در بیمارستان بدلیل اسکیزوفرنیا و سایر سایکوز ها، و نیز سال اولین بستری بود. برای اعتباریابی تشخیص ها یک نمونه تصادفی از بیماران ثبت شده در نظام ثبت کشور ارزیابی شدند و تشخیص شان مجدداً بررسی شدند. از این کوهورت سه مطالعه تا سال ۲۰۰۰ منتشر شده است (David et al., 1997; Lewis et al., 2000; Malmberg et al., 1998) که به بررسی ارتباط میزان IQ، وجود سابقه اختلالات غیر سایکوتیک و خصوصیات شخصیتی و خطر بروز اسکیزوفرنیا در آینده پرداخته اند. نتایج این مطالعه خطر بالاتر بروز اسکیزوفرنیا را در افرادی که بر اساس ICD-8 در سن ۱۸ سالگی تشخیص نوروز (OR=4.7, 95% CI 3.2-6.9)، اختلال شخصیت (OR=8.2, 95% CI 5.4-12.3) و سوء مصرف الکل (OR=5.5, 95% CI 1.7-17.5) یا سوء مصرف مواد (OR=14, 95% CI 7.8-25) برایشان گذاشته شد، را نشان داده است. ۲۸٪ افرادی که مبتلا به اسکیزوفرنیا شده بودند، تشخیص اختلال روانپزشکی غیر سایکوتیک در سن ۱۸ سالگی داشته اند (Lewis, et al., 2000).

• مطالعه طولی در مورد سالمندی در ایتالیا (The Italian Longitudinal Study on Ageing (ILSA))

این مطالعه یک مطالعه طولی مبتنی بر جمعیت بوده که تمرکز آن بر روی موضوع سالمندی و پاتولوژی های ناشی از افزایش سن می باشد و شیوع، بروز و عوامل خطر بیماریهای مرتبط با سن مانند دمانس در آن مورد ارزیابی قرار گرفته است. در این مطالعه نمونه ۵۶۳۲ نفری از ساکنین ۷ شهر ایتالیا بصورت تصادفی بر اساس لیست ثبت شده شهرداری ها که بر اساس سن و جنس طبقه شده بودند، انتخاب شدند. ارزیابی های مفصلی شامل مصاحبه، معاینه فیزیکی و تست های آزمایشگاهی در بدو شروع مطالعه برای تعیین بیماریهای ایسکمیک قلبی، فشارخون، نارسائی احتقانی قلب، آریتمی و لنگش متناوب (Intermittent claudication)، دیابت، تست تحمل گلوکز مختل، اختلال عملکرد تیروئید، دمانس، پارکینسون، سکته مغزی و نوروپاتی محیطی به همراه



ارزیابی های عملکرد فیزیکی و روانشناختی فرد انجام شد. مطالعه پایه در مارس ۱۹۹۲ تا ژوئن ۱۹۹۳ انجام گردید و معاینات دوم در مارس ۱۹۹۵ آغاز شد. همچنین اطلاعات بستری فرد در بیمارستان برای بررسی میزان و دلیل مرگ و میر نیز اخذ شد (Amaducci, 1992; Maggi et al., 1994). در مورد دمانس از Mini-Mental-State Examination (MMSE) برای غربالگری اولیه استفاده شده و افراد غربال مثبت، ارزیابی دقیق تشخیصی برایشان صورت گرفته و در دسته های دمانس آلزایمر، عروقی یا سایر دمانس های بر اساس DSM III-R طبقه بندی شده اند. افرادی که تشخیص شان منفی بود ۳ سال بعد دوباره با همان پروتکل ارزیابی شده و در نهایت عوامل ژنتیکی و محیطی برای بروز آلزایمر و دمانس عروقی مورد تحلیل قرار گرفت (Amaducci, 1992). در یکی از مقالات منتشر شده از این کوهورت گزارش شده است که در پیگیری ۳/۵ ساله، افرادی که اختلالات متابولیک (بر اساس تعریف معیارهای برنامه ملی آموزشی کلسترول) داشتند، افزایش ریسک بروز دمانس عروقی (HR=3.71, 95% CI 1.40 to 9.83) را نشان داده اند (Solfrizzi et al., 2010).

• پیمایش ملی سلامت کانادا (NPHS) The National Population Health Survey

این مطالعه یک کوهورت مبتنی بر جمعیت در کشور کانادا بوده که با هدف تعیین وضعیت سلامت خانوارهای کانادائی و گسترش دانش در مورد تعیین کننده های سلامت، وضعیت بهره مندی از خدمات سلامت و از جمله خدمات طب مکمل و جایگزین و نیز پیگیری افراد برای تعیین سیر و پروگنوز سلامت و بیماری طراحی و اجرا شده است و نمونه گیری آن بصورت چند مرحله ای طبقه بندی شده بر اساس وضعیت جغرافیائی و اقتصادی اجتماعی برگرفته از سرشماری منطقه بوده است. اطلاعات اولین فاز مطالعه در سال ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۵ با حجم نمونه ۱۷۶۲۶ نفر افراد بالای ۱۲ سال جمع آوری شد. مطالعه پایه بصورت مصاحبه رو در رو انجام شده است و پس از آن پاسخگویان از آن زمان هر دو سال بوسیله تماس تلفنی مورد مصاحبه مجدد قرار گرفته و پیگیری شدند (Meng & D'Arcy, 2014; Patten, 2001; Tambay & Catlin, 1995). ابزارهای مختلفی در این مطالعه بکار رفته و برای تعیین احتمال وجود افسردگی اساسی، از ابزار کوتاه شده مصاحبه جامع تشخیصی بین المللی Composite International Diagnostic Interview - Short form (CIDI-SF) استفاده شده است که در آن ۹ علامت کرایتریای A افسردگی اساسی سنجیده شده است. از نتایج منتشر شده این مطالعه می توان به مطالعه منگ و همکاران اشاره کرد که بروز تجمعی افسردگی در طی پیگیری ۱۶ ساله از ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۰ را ۱۲/۰۷٪ گزارش کرده اند و نتایج آن نشان داد که جوانان، زنان، نژاد قفقازی، افراد با درآمد پایین، مصرف کنندگان منظم سیگار و افراد با بیماریهای مزمن ریسک بالاتری برای بروز افسردگی داشته اند. حدود ۴۰٪ از موارد افسردگی (۸۵۰۰۰۰ مورد) بطور بالقوه به عواملی مانند درآمد پایین، مصرف سیگار و داشتن بیماری مزمن متناسب می شود و کاهش ۱۰ درصدی در شیوع این عوامل خطر قابل پیشگیری، می تواند از بروز ۱۶۵۰۰۰ افسردگی جلوگیری کند (Meng & D'Arcy, 2014).



• مطالعه سلامت گوتنبرگ (The Gutenberg Health Study)

مطالعه سلامت گوتنبرگ در سال ۲۰۰۷ در مرکز طبی دانشگاهی Mainz در کشور آلمان آغاز شد. تمرکز آن بر روی بیماریهای قلبی عروقی، کانسر، بیماریهای چشم، بیماریهای متابولیک، بیماریهای سیستم ایمنی و اختلالات روانی بود. هدف آن ارتقاء پیشگویی خطر ابتلا به این بیماریها بود، بنابراین الگوی زندگی، عوامل روانشناختی، پارامترهای محیطی و آزمایشگاهی و اختلالات subclinical مورد ارزیابی قرار می گرفت. در ارزیابی اولیه ۱۵۰۰۰ نفر افراد ۳۵-۶۴ ساله برای معاینه و ارزیابی پنج ساعته به مرکز دعوت شدند. سپس پیگیری با مصاحبه های ساختار یافته تلفنی computer assisted و ارزیابی انتهائی بعد از ۲/۵ سال صورت گرفت و بعد از ۵ سال، پیگیری با معاینات با جزئیات بیشتر قرار بوده صورت بگیرد (Wild et al., 2012). نمونه گیری اولیه (recruitment) این مطالعه، ۵ سال، از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۱ بطول انجامیده است. از این مطالعه در طی سالهای ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۴ بیش از ۱۰ مقاله در خصوص ارتباط مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، تیپ های شخصیتی و اختلالات خواب، بیماریهای طبی منتشر شده است (Beutel et al., 2014; Beutel et al., 2012; Michal et al., 2014; Michal, Wiltink, Kirschner, et al., 2013; Michal, Wiltink, Lackner, et al., 2013; Michal, Wiltink, Reiner, et al., 2013; Nuebling et al., 2013; Schnabel et al., 2013; Wiltink et al., 2014; Wiltink et al., 2013). پروتکل این مطالعه به زبان آلمانی منتشر شده است ولی بررسی مطالعات منتشر شده در خصوص مسایل روانشناختی نشان می دهد که ابزارهایی که در این مطالعه کوهورت بکار رفته است عمدتاً ابزارهای غربالگری مانند PHQ-9 و GAD-7 بوده اند. عبارتی به نظر می رسد در این کوهورت به مشکلات روانشناختی بعنوان یک فاکتور خطر برای بروز بیماری، ناتوانی و پیامدهای آن پرداخته شده است.

• پیمایش اپیدمیولوژیک الکل و وضعیت های مرتبط یا (NESARC) The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

مطالعه طولی دیگری که در ایالات متحده امریکا طراحی شده است و توسط انستیتوی ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم یا (NIAAA) the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism امریکا اجرا شده است، پیمایش اپیدمیولوژیک الکل و وضعیت های مرتبط یا (NESARC) بوده که بزرگترین و جاه طلبانه ترین طراحی برای یک مطالعه همبودی می باشد. علاوه بر یک پرسشنامه مفصل و مبسوط در مورد مصرف فعلی و گذشته الکل، اختلال مصرف الکل، بهره مندی از خدمات درمانی الکل، شامل گروهی از سوالات مرتبط با مصرف تنباکو و مواد غیرقانونی (شامل وابستگی به نیکوتین و اختلال مصرف مواد) نیز هست. بعلاوه سوالاتی در خصوص معیارهای کاربردی DSM-IV در مورد تعدادی از اختلالات روانپزشکی شامل ۵ اختلال خلقی (اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی نوع I و II، دیس تایمی و هیپومانیا)، ۴ اختلال اضطرابی (اختلال پانیک با و

بدون آگورافوبیا، اختلال اضطراب اجتماعی، فوبیاهای اختصاصی و اختلال اضطراب منتشر) و ۷ اختلال شخصیت (اختلال شخصیت اجتنابی، وابسته، وسواسی-جبری، پارانوئید، اسکیزوئید، نمایشی و ضداجتماعی) نیز دارد. حجم نمونه بی سابقه (n=43,093) در wave I باعث شده که بتوانند برای متغیرهای نادر نیز تخمین‌های با ثباتی ارائه دهند. طبقه بندی تشخیصی در NESARC بر اساس مصاحبه اختلال مصرف الکل و ناتوانی وابسته به آن بر اساس DSM-IV یا the Alcohol Use Disorder and Associated Disability Interview (AUDADIS-IV) Schedule-DSM-IV Version صورت گرفته است. این مطالعه طولی فعلاً در دو راند، wave I در سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲ و wave II در سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ بر روی نمونه نماینده جمعیت بالغ non-institutionalized آمریکا شامل ساکنین کلمبیا، آلاسکا و هاوایی انجام شده است. همه شرکت کنندگان در NESARC در مورد چگونگی پیمایش، استفاده‌های آماری از اطلاعات آن، شرکت داوطلبانه در تحقیق، قوانین فدرال که بشدت رازداری را در مورد اطلاعات تحقیق تامین می‌کند، مطلع شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه رو در رو با کمک کامپیوتر computer-assisted personal interviews و در منزل شرکت کننده انجام شده است. میزان پاسخ ۸۱ درصد بوده است. اهداف کلی این مطالعه، در wave I و II شامل:

- تعیین شیوع، بروز، ثبات stability و عود اختلال مصرف الکل و ناتوانی وابسته به آن در جمعیت عمومی آمریکا
- تخمین اندازه نابرابری سلامت health disparities در اختلال مصرف الکل و ناتوانی وابسته به آن، در میان زیرگروه‌های مختلف جمعیتی به تفکیک جنس، نژاد و قومیت، ناتوانی، گرایش جنسی، سن و وضعیت اقتصادی-اجتماعی
- تخمین ساین، ویژگی‌ها، تغییر وضعیت جمعیت‌های خاص شامل سوء مصرف کنندگان الکل و سایر افرادی که تحت تاثیر مصرف الکل هستند عملکرد مختلفی دارند مانند افرادی که زیاده روی در مصرف الکل داشته و و رانندگی مختلفی دارند.
- تخمین تغییرات روند اختلال مصرف الکل و ناتوانی وابسته به آن در طول زمان و تعیین عوامل مرتبط با سیر طبیعی این اختلالات
- تعیین تعداد افرادی که در انواع مختلف برنامه‌های درمانی شرکت کرده‌اند و خدمات درمانی دریافت کرده‌اند و تعیین نیاز پاسخ داده نشده unmet need و مشخص کردن میزان بهره‌مندی از خدمات
- تعیین ارتباط بین اختلال مصرف الکل و سایر ناتوانی‌های فیزیکی و روانی، تمایز دادن اختلال روانپزشکی ناشی از مواد از اختلالات اولیه روانی
- تعیین محدوده مصرف الکل در سطح ایمن و خطرناک و الگوی انواع مختلف اختلالات مصرف الکل و عوارض پزشکی، اجتماعی و روانشناختی مرتبط با آن.



برای نمونه گیری از چارچوب سرشماری خانوارها استفاده شده و تقریباً ۲۰۰۰ بلوک اولیه که نماینده ۳۱۴۲ شهرستان ایالات متحده بوده انتخاب شدند. نمونه گیری اضافه تر از جوانان ۱۸ تا ۲۴ سال به میزان ۲/۲۵ به یک و برخی از قومیت ها و نژادها صورت گرفت. wave II در مقایسه با wave I چند تفاوت مهم داشته که شامل:

- در wave I تمرکز بر کل طول عمر فرد تا زمان مصاحبه بوده است. البته تمایزی بین سال گذشته و سالهای قبل از آن نیز وجود داشته است ولی wave II فقط بر روی دوره زمانی از مصاحبه wave I تا زمان مصاحبه فعلی تمرکز داشته است. البته در این دوره نیز تمایزی بین سال گذشته و فاصله بین سال گذشته تا زمان مصاحبه wave I وجود داشته است.
- در wave II سوالاتی در مورد چند اختلال روانپزشکی شامل PTSD، ADHD، اختلال شخصیت خود شیفته، مرزی و اسکیزوتایپال اضافه شد.
- در wave II سوالاتی برای تعیین گرایش جنسی، حوادث ناگوار دوران کودکی، سوء استفاده جسمی، جنسی و روانشناختی کودکی و والدین، یکپارچگی اجتماعی و تبادل فرهنگی اضافه شد.
- در wave II سوالاتی در مورد تجارب مربوط به تبعیض جنسیتی، نژادی، قومی، گرایش جنسی و وزن اضافه شد.

از این مطالعه اکنون صدها مقاله منتشر شده است و یکی از نتایج جالب و مهم این مطالعه ارائه بروز سه ساله اختلالات مصرف مواد و الکل، خلقی و اضطرابی بوده که از ۰/۶۵ درصد برای اختلال دوقطبی تا ۵/۲ درصد برای سوء مصرف الکل گزارش شده است و اینکه زخم یا التهاب معده و آرتريت بصورت معناداری فاکتور پیشگویی کننده برای بروز اختلالات روانپزشکی محسوب می شود (ChouHuang et al., 2013). موضوع دیگر بررسی اثر ورزش منظم بر روی اختلال روانی بوده است که در این زمینه تئوری هائی مطرح بوده که قبلاً به اندازه کافی مورد مطالعه قرار نگرفته بود. در این مطالعه تئوری اثر ورزش شدید بر کاهش شیوع و بروز اختلالات روانپزشکی و افزایش میزان بهبود این اختلالات نیز مورد بررسی قرار گرفته است. نمونه این مطالعه ۲۳۵۰۵ فرد ۱۸ تا ۶۵ ساله بوده و نتایج شگفتی آور این مطالعه نشان داد که افرادی که در wave II انجام ورزش شدید را گزارش کرده بودند با احتمال بالاتری از افرادی که ورزش نمی کردند، (adjusted odds ratio [AOR] = 1.22, 95% CI, 1.12-1.34) تشخیص اختلال فعلی روانپزشکی برایشان مطرح شده بود و بطور معناداری با احتمال کمتری از اختلال روانپزشکی بهبودی پیدا کرده بودند (AOR = 0.77, 95% CI, 0.65-0.91) و با احتمال بیشتری عود یا تشخیص جدید ابتلا به یک اختلال روانپزشکی بین دو wave برایشان مطرح شده بود (AOR = 1.15, 95% CI, 1.02-1.30). وابستگی به الکل و اختلال دوقطبی II همراهی قوی تری با ورزش کردن داشتند. نتیجه گیری مولفین این مقاله این بود که انجام ورزش شدید فرد را برای ابتلا به اختلال روانی آسیب پذیر می کند (DakwarBlanco et al., 2012).



TOPICS COVERED IN NESARC

NESARC studies the occurrence of more than one psychological disorder or substance use disorder in the same person, using definitions from the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* for these disorders. The survey collects demographic information on the people interviewed as well as the following types of information about them:

Alcohol Use

- Initiation of use
- Consumption patterns (frequency of drinking and of intoxication, amounts consumed) over the last 12 months and throughout the lifetime
- Circumstances surrounding drinking
- Beverage-specific consumption
- Alcohol experiences (effects and consequences of drinking, development of tolerance, attempts to stop drinking)
- Experiences with treatment for alcohol abuse and dependence
- Family history of alcoholism

Tobacco Use

- Initiation of use
- Consumption patterns (amount, frequency, duration)
- Consequences of tobacco use
- Attempts to stop using tobacco

Use of Other Medications and Drugs

- Sedatives, tranquilizers, painkillers, stimulants
- Marijuana
- Cocaine, hallucinogens, inhalants, heroin

- Other medications and drugs (psychoactive drugs, steroids)
- Initiation of use
- Usage patterns (during the last 12 months and across the lifetime)
- Consequences of use
 - Physical and mental effects
 - Signs of dependency
 - Attempts to stop or cut down on use
- Use of treatment
- Family history of substance use and abuse

Psychological Disorders

- Major depression
- Low mood (dysthymia)
- Mania and hypomania (a mild degree of mania)
- Panic disorders (with or without agoraphobia)
- Social phobia
- Specific phobias
- Generalized anxiety disorder
- Personality disorders (such as antisocial personality disorder)

Family History

- Of drug use
- Of major depression
- Of personality disorders

Gambling

Medical Conditions/Victimization

برگرفته از مقاله گرانت و داسون (Grant and Dawson, 2006)

مروری بر مطالعات داخلی آینده نگر

در ایران شاخص ترین اطلاعات موجود پیرامون میزان بروز اختلالات روانپزشکی، از جمله اختلالات شایع پزشکی (common mental disorder)، مربوط به نظام ثبت مراقبت های بهداشتی اولیه است. ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در سال ۱۳۶۵ انجام شد در این نظام چهار گروه از اختلالات روانپزشکی، اختلالات شدید و خفیف روانی، عقب افتادگی ذهنی و اپی لپسی ثبت می گردند (حسنزاده، ۱۳۷۱؛ شاه-محمدی، ۱۳۷۱). سیستم ثبت در این نظام به گونه ای است که کارکنان نظام سلامت (بهورزان) موظف هستند که سالانه افراد مبتلا به هر یک از زیرگروه های اختلالات فوق را در طی فرآیند بیماریابی شناسایی کرده و سپس میزان آنها در هر هزار نفر جمعیت تحت پوشش، به عنوان بیمار جدید، گزارش نمایند (وزارت-بهداشت، درمان و-آموزش-پزشکی، ۱۳۹۱). شاید به گونه ای بتوان آنرا معادل میزان بروز اختلالات روانی در کشور در نظر گرفت، با این فرض که این میزان نسبت به میزان واقعی underestimate است.

بررسی منابع موجود نشان می دهد که تاکنون مطالعه ای در مقیاس وسیع در جهت تعیین عوامل خطر و محافظت کننده بروز اختلالات روانپزشکی در داخل کشور انجام نشده است. در مورد سیر و پیش آگهی بعضی از اختلالات روانپزشکی هم مطالعاتی در مقیاس کوچک انجام شده است که تمامی آنها بر روی جمعیت های بالینی بوده است.

امینی و همکاران در مطالعه ای ۶۰ بیمار را که با تشخیص اولین حمله سایکوز بستری شده بودند، به مدت یکسال پیگیری نمودند. آنها گزارش کردند که سایکوزهای خلقی و اسکیزوفرنیا تشخیص های پایداری هستند. در این مطالعه مشخص گردید که سایکوز مختصر تا حدود زیادی تشخیص پایداری است، بنابراین نتیجه گیری کردند که سایکوز مختصر حاد سیر عود کننده ای ندارد (Amini et al., 2005).

علاقبنراد و همکاران در مطالعه ای ۵۴ بیمار مبتلا به اولین اپیزود سایکوز را به مدت ۲۴ ماه پیگیری نمودند. نتایج این مطالعه نشان داد که بیش از ۳۰٪ این بیماران، سایکوز حاد فروکش کننده غیرخلقی داشتند. این گروه از بیماران در مقایسه با سایر بیماران مبتلا به سایکوز غیرخلقی در طی ۲۴ ماه پیگیری به وضوح سیر بالینی بهتری داشتند. در این مطالعه بیماران مبتلا به سایکوز حاد فروکش کننده غیرخلقی، علیرغم دریافت مدت زمان کمتر درمان، سیر بالینی بهتری را نشان دادند (Alagband-Rad et al., 2006).

طباطبایی و همکاران در مطالعه ای ۱۶۳ بیمار را که با تشخیص حمله اول سایکوز بستری شده و تحت درمان با داروهای آنتی سایکوتیک و سایر داروها بودند، مورد مطالعه قرار دادند. علائم مثبت بیماران در مقایسه با علائم منفی و عملکرد آنها پاسخ بهتری را به درمان نشان دادند. بیمارانی که سابقه خانوادگی مثبت داشتند و در بررسی پایه شدت علائم منفی در آنها کمتر بود، احتمال کمتری داشت که از نظر علائم منفی به درمان پاسخ

دهند. عملکرد بالاتر قبل از بیماری و عملکرد پایین تر در بررسی پایه و همچنین شروع حاد اختلال با پاسخ درمانی مناسب تری همراه بودند. محققین گزارش کردند که پاسخ درمانی در مرحله حاد اولین حمله سایکوز در یک نمونه بالینی در کشورهای در حال توسعه احتمالاً بالاتر از کشورهای توسعه یافته باشد (Tabatabaee et al., 2007).

سلطانیان و همکاران در مطالعه ای به مدت ۷ سال اثر مشاهده تلویزیون، مکالمه تلفنی، استفاده از اینترنت و فعالیت فیزیکی را به عنوان پیش بینی کننده های سلامت روان در نوجوانان جنوب ایران بررسی کردند. در این مطالعه ۷۷۵ دانش آموز دبیرستانی مقاطع تحصیلی ۹-۱۱ برای پیگیری در نظر گرفته شدند. در ارزیابی پایه مشخص گردید که جنس زن، استفاده از اینترنت، آموزش مادر و پدر و فعالیت فیزیکی با سلامت روان ارتباط دارند ($P < 0.05$). شرایط سلامت روان در ارزیابی پایه، استفاده از اینترنت و فعالیت فیزیکی در شرکت کنندگان، شرایط سلامت روان آنها را در پیگیری های بعدی پیش بینی می کردند ($P < 0.05$). یافته های مطالعه مشخص نمود که سلامت روان مناسب تر در مراحل بعدی زندگی با سلامت روان مناسب تر در ارزیابی پایه، جنس مرد، فعالیت فیزیکی و تماس تلفنی بیشتر و استفاده کمتر از اینترنت و تلویزیون همراه است (Soltanian et al., 2014).

شعبانی و همکاران ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی را به مدت ۲۱ ماه از نظراقدام به خودکشی پیگیری نمودند. با توجه به اینکه تنها یک مورد اقدام به خودکشی در طی دوره پیگیری وجود داشت، اقدام به خودکشی را در پیگیری سیستماتیک بیماران دو قطبی پدیده ای نادر گزارش کردند (Shabani et al., 2013).

شعبانی و همکاران در یک مطالعه طولی و آینده نگر میزان عود را در ۲۳ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی بررسی کردند. این بیماران بطور متوسط به مدت ۱۷ ماه پیگیری شدند. یافته های مطالعه نشان داد که ۴۰/۹٪ بیماران عود حمله بیماری خلقی را تجربه کردند. ۱۳/۶٪ عودها در شش ماهه اول و ۳۱/۸٪ عودها در یکسال اول پیگیری بروز کردند. محققین نتیجه گیری کردند که میزان عود در اوایل سیر اختلال دو قطبی قابل توجه است (شعبانی و همکاران، ۱۳۸۵).

خادمی و همکاران در مطالعه کوهورت گلستان- ایران مصرف اپیوم را به عنوان یک فاکتور خطر در نظر گرفته و رابطه بین آن و مرگ را بررسی نمودند. در این مطالعه شرکت کنندگان از ژانویه ۲۰۰۴ تا ژوئن ۲۰۰۸ وارد مطالعه شدند و سپس این افراد تا ماه می سال ۲۰۱۱ پیگیری شدند. میزان موفقیت در پیگیری ۹۹٪ بود. تعداد شرکت کنندگان ۵۰۰۴۵ نفر در طیف سنی ۷۵-۴۰ سال بود. در این مطالعه outcome اصلی مرگ ناشی از تمام علل بود. حدود ۱۷٪ (۸۴۸۷ نفر) مصرف اپیوم با متوسط طول مدت ۱۲/۷ سال گزارش کردند. در طی دوره پیگیری ۲۱۴۵ نفر فوت کردند. نسبت خطر تعدیل شده (adjusted hazard ratio) برای تمام علل مرگ همراه شده با هرگونه مصرف اپیوم ۱/۸۶ بود (95% CI: 1.68-2.06). این مطالعه نشان داد که مصرف اپیوم بطور

بارزی باعث افزایش خطر مرگ ناشی از سایر علل، از قبیل بیماری های گردش خون (hazard ratio: ۱/۸۱) و سرطان (hazard ratio: ۱/۶۱) می گردد. قویترین نوع رابطه با مرگ ناشی از بیماری آسم، سل و بیماری های ریوی مزمن انسدادی بود (به ترتیب ۱۱، ۶/۲۲ و ۵/۴۴). پژوهشگران نتیجه گیری کردند که مصرف اپیوم در مقایسه با عدم مصرف آن باعث افزایش خطر مرگ ناشی از علل متعدد می گردد. افزایش خطر در کسانی هم که مصرف مقدار کم اپیوم را در طولانی مدت داشتند، دیده شد و همچنین در کسانی که بیماری جدی قبل از مصرف اپیوم نداشتند (Khademi et al., 2012).

عبداللهی و همکاران در یک مطالعه آینده نگر عوامل خطر پیش از زایمان را برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان در زنانی که در معرض خطر ابتلا به این اختلال بودند، معین نمودند. این مطالعه بر روی ۲۲۷۹ زن واجد شرایط که در هفته های ۳۲-۴۲ حاملگی تا ۸ هفته بعد از زایمان به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی اولیه مراجعه کرده بودند، انجام شد. این زنان با استفاده از ویرایش ایرانی مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ مورد غربالگری واقع شدند. افرادی که نمره بالاتر از ۱۲ کسب نمودند، احتمال افسردگی پس از زایمان برای آنها مطرح گردید. مدل رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره برای تحلیل اطلاعات انجام شد. در مجموع ۲۰۸۳ زن در هفته های ۳۲-۴۲ بارداری در این مطالعه وارد شدند و تا هفته هشتم بعد از بارداری پیگیری شدند. از این افراد ۴۰۳ نفر (۱۹/۴٪) نمره بالاتر از آستانه ۱۲ کسب نمودند. نتایج مطالعه نشان داد که افسردگی و وضعیت عمومی سلامت در حاملگی، براساس مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ ($OR= 1.35, CI= 1.3-1.4$) و پرسشنامه سلامت عمومی ($OR= 1.03, CI= 1.01-1.04$)، در قبل از زایمان ریسک فاکتورهای مستقلی برای وجود علائم افسردگی در هفته هشتم بعد از زایمان بودند. زنهایی که در خانواده های هسته ای زندگی می کنند ($OR= 1.38, CI= 1.04-1.84$)، همسران آنها تحصیلات پایین تری دارند ($OR= 1.35, CI= 1.3-1.4$) و یا تاخیر در دریافت مراقبت های بارداری داشته اند ($OR= 1.35, CI= 1.3-1.4$)، استعداد بیشتری برای ابتلا به افسردگی بعد از زایمان دارند. پژوهشگران این مطالعه نتیجه گیری کردند که ارزیابی جامع قبل از زایمان با تمرکز بر مسائل روانپزشکی، محیطی و فاکتورهای مامایی می تواند برای زنان باردار در پیشگیری از افسردگی پس از زایمان، مفید باشد (Abdollahi et al., 2014).

منابع:

حسنزاده، م. (۱۳۷۱). ارزشیابی ادغام خدمات بهداشت روان در نظام مراقبت های اولیه شهرستان شهرضا. دارو و درمان، ۱۰(۱۱۰)، ۲۷-۲۳.



- شاه محمدی، د. (۱۳۷۱). گزارش جامع از طرح تحقیقاتی ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه در روستاهای شهرکرد. تهران: اداره کل مبارزه با بیماری ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- شعبانی، ا.، افتخار، م.، دانش آموز، ب.، & احمدخانیها، ح. (۱۳۸۵). میزان عود در اختلال دو قطبی نوع یک: پیگیری ۱۷ ماهه بیماران مبتلا به اولین دوره مانیا. تازه های علوم شناختی، ۸(۱)، ۳۳-۴۲.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۱). دستورالعمل بازبینی شده برنامه کشوری ادغام خدمات سلامت روان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه.
- Abdollahi, F., Rohani, S., Sazlina, G. S., Zarghami, M., Azhar, M. Z., Lye, M. S., et al. (2014). Bio-psycho-socio-demographic and Obstetric Predictors of Postpartum Depression in Pregnancy: A prospective Cohort Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 8(2), 11-21.
- Alaghand-Rad, J., Boroumand, M., Amini, H., Sharifi, V., Omid, A., Davari-Ashtiani, R., et al. (2006). Non-affective Acute Remitting Psychosis: a preliminary report from Iran. *ActaPsychiatrScand* 113, 96-101.
- Amaducci, L. (1992). Italian Longitudinal Study on Ageing: incidence study of dementia. *Neuroepidemiology*, 11 Suppl 1, 19-22.
- Amini, H., Alaghand-rad, J., Omid, A., Sharifi, V., Davari-Ashtiani, R., Momeni, F., et al. (2005). Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis. *Australas Psychiatry*, 13(4), 388-392.
- Beutel, M. E., Wiltink, J., Kirschner, Y., Sinning, C., Espinola-Klein, C., Wild, P. S., et al. (2014). History of depression but not current depression is associated with signs of atherosclerosis: data from the Gutenberg Health Study. *Psychol Med*, 44(5), 919-925. doi: S0033291713001542 [pii] 10.1017/S0033291713001542 [doi]
- Beutel, M. E., Wiltink, J., Till, Y., Wild, P. S., Munzel, T., Ojeda, F. M., et al. (2012). Type D personality as a cardiovascular risk marker in the general population: results from the Gutenberg health study. *Psychother Psychosom*, 81(2), 108-117. doi: 000331776 [pii]10.1159/000331776 [doi]
- Bijl, R. V., van Zessen, G., Ravelli, A., de Rijk, C., & Langendoen, Y. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(12), 581-586.
- Brugha, T., Bebbington, P., Tennant, C., & Hurry, J. (1985). The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med*, 15(1), 189-194.
- Chou, S. P., Huang, B., Goldstein, R. & Grant, B. F. 2013. Temporal associations between physical illnesses and mental disorders--results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Compr Psychiatry*, 54, 627-38.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(8), 1381-1395. doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB [doi]



- Dakwar, E., Blanco, C., Lin, K. H., Liu, S. M., Warden, D., Trivedi, M. & Nunes, E. V. 2012. Exercise and mental illness: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*, 73, 960-6.
- David, A. S., Malmberg, A., Brandt, L., Allebeck, P., & Lewis, G. (1997). IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study. *Psychol Med*, 27(6), 1311-1323.
- de Graaf, R., Bijl, R. V., Smit, F., Ravelli, A., & Vollebergh, W. A. (2000). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Am J Epidemiol*, 152(11), 1039-1047.
- de Graaf, R., ten Have, M., Tuithof, M., & van Dorsselaer, S. (2013). First-incidence of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *J Affect Disord*, 149(1-3), 100-107. doi: S0165-0327(13)00061-X [pii]10.1016/j.jad.2013.01.009 [doi]
- de Graaf, R., Ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): design and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*, 19(3), 125-141. doi: 10.1002/mpr.317 [doi]
- Eaton, W. W., Kalaydjian, A., Scharfstein, D. O., Mezuk, B., & Ding, Y. (2007). Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981-2004. *Acta Psychiatr Scand*, 116(3), 182-188. doi: ACP1017 [pii]10.1111/j.1600-0447.2007.01017.x [doi]
- Eaton, W. W., Regier, D. A., Locke, B. Z., & Taube, C. A. (1981). The Epidemiologic Catchment Area Program of the National Institute of Mental Health. *Public Health Rep*, 96(4), 319-325.
- Grant, B. & Dawson, D. 2006. Introduction to the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related Conditions. *Alcohol Research and Health*, 29, 74-78.
- Gross, A. L., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2010). Depression and cancer risk: 24 years of follow-up of the Baltimore Epidemiologic Catchment Area sample. *Cancer Causes Control*, 21(2), 191-199. doi: 10.1007/s10552-009-9449-1 [doi]
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*, 352(24), 2515-2523. doi: 352/24/2515 [pii]10.1056/NEJMsa043266 [doi]
- Khademi, H., Malekzadeh, R., Pourshams, A., Jafari, E., Salahi, R., Semnani, S., et al. (2012). Opium use and mortality in Golestan Cohort Study: prospective cohort study of 50,000 adults in Iran. *BMJ*, 344, e2502.
- Lewis, G., David, A. S., Malmberg, A., & Allebeck, P. (2000). Non-psychotic psychiatric disorder and subsequent risk of schizophrenia: Cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 416-420. doi: 10.1192/bjp.177.5.416



- Maggi, S., Zucchetto, M., Grigoletto, F., Baldereschi, M., Candelise, L., Scarpini, E., et al. (1994). The Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA): design and methods. *Aging (Milano)*, 6(6), 464-473.
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A., & Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 172, 308-313; discussion 314-305.
- Meng, X., & D'Arcy, C. (2014). The projected effect of risk factor reduction on major depression incidence: a 16-year longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Affect Disord*, 158, 56-61. doi: S0165-0327(14)00038-X [pii]10.1016/j.jad.2014.02.007 [doi]
- Michal, M., Wiltink, J., Kirschner, Y., Schneider, A., Wild, P. S., Munzel, T., et al. (2014). Complaints of sleep disturbances are associated with cardiovascular disease: results from the Gutenberg Health Study. *PLoS One*, 9(8), e104324. doi: 10.1371/journal.pone.0104324 [doi]PONE-D-14-18989 [pii]
- Michal, M., Wiltink, J., Kirschner, Y., Wild, P. S., Munzel, T., Ojeda, F. M., et al. (2013). Differential associations of depressive symptom dimensions with cardio-vascular disease in the community: results from the Gutenberg health study. *PLoS One*, 8(8), e72014. doi: 10.1371/journal.pone.0072014 [doi]PONE-D-12-17466 [pii]
- Michal, M., Wiltink, J., Lackner, K., Wild, P. S., Zwiener, I., Blettner, M., et al. (2013). Association of hypertension with depression in the community: results from the Gutenberg Health Study. *J Hypertens*, 31(5), 893-899. doi: 10.1097/HJH.0b013e32835f5768 [doi]
- Michal, M., Wiltink, J., Reiner, I., Kirschner, Y., Wild, P. S., Schulz, A., et al. (2013). Association of mental distress with smoking status in the community: Results from the Gutenberg Health Study. *J Affect Disord*, 146(3), 355-360. doi: S0165-0327(12)00647-7 [pii]10.1016/j.jad.2012.09.019 [doi]
- Nuebling, M., Seidler, A., Garthus-Niegel, S., Latza, U., Wagner, M., Hegewald, J., et al. (2013). The Gutenberg Health Study: measuring psychosocial factors at work and predicting health and work-related outcomes with the ERI and the COPSOQ questionnaire. *BMC Public Health*, 13, 538. doi: 1471-2458-13-538 [pii]10.1186/1471-2458-13-538 [doi]
- Patten, S. B. (2001). Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *J Affect Disord*, 63(1-3), 35-41. doi: S0165032700001865 [pii]
- Schnabel, R. B., Michal, M., Wilde, S., Wiltink, J., Wild, P. S., Sinning, C. R., et al. (2013). Depression in atrial fibrillation in the general population. *PLoS One*, 8(12), e79109. doi: 10.1371/journal.pone.0079109 [doi]PONE-D-13-28763 [pii]
- Shabani, A., Teimurinejad, S., Kokar, S., Ahmadzad Asl, M., Shariati, B., Mousavi Behbahani, Z., et al. (2013). Suicide Risk Factors in Iranian Patients With Bipolar Disorder: A 21- Month Follow-Up From BDPF Study. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 7(1), 16-23.
- Solfrizzi, V., Scafato, E., Capurso, C., D'Introno, A., Colacicco, A. M., Frisardi, V., et al. (2010). Metabolic syndrome and the risk of vascular dementia: the Italian Longitudinal Study on Ageing. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 81(4), 433-440. doi: jnnp.2009.181743 [pii]10.1136/jnnp.2009.181743 [doi]



- Soltanian, A. R., Amiri, M., Namazi, N., Qaedi, H., & Kohan, G. R. (2014). Mental Health Changes and Its predictors in Adolescents using the Path Analytic Model: A 7-Year Observational Study. *Iran J Psychiatry*, 9(1), 1-7.
- Tabatabaee, M., Sharifi, V., Alaghband-rad, J., Amini, H., Boroumand, M., Omid, A., et al. (2007). Acute treatment response and its predictors in patients with first-episode psychosis in Iran. *Australas Psychiatry*, doi: 10.1080/10398560701636963S.
- Tambay, J. L., & Catlin, G. (1995). Sample design of the national population health survey. *Health Rep*, 7(1), 29-38, 31-42.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Wild, P. S., Zeller, T., Beutel, M., Blettner, M., Dugi, K. A., Lackner, K. J., et al. (2012). [The Gutenberg Health Study]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 55(6-7), 824-829. doi: 10.1007/s00103-012-1502-7 [doi]
- Wiltink, J., Michal, M., Wild, P. S., Schneider, A., Konig, J., Blettner, M., et al. (2014). Associations between depression and diabetes in the community: do symptom dimensions matter? Results from the Gutenberg Health Study. *PLoS One*, 9(8), e105499. doi: 10.1371/journal.pone.0105499 [doi] PONE-D-14-20247 [pii]
- Wiltink, J., Michal, M., Wild, P. S., Zwiener, I., Blettner, M., Munzel, T., et al. (2013). Associations between depression and different measures of obesity (BMI, WC, WHtR, WHR). *BMC Psychiatry*, 13, 223. doi: 1471-244X-13-223 [pii] 10.1186/1471-244X-13-223 [doi]



اهداف طرح :

اهداف کلی کوهورت:

مطالعه کوهورت جوانان ایران در جمعیت ۱۵ تا ۳۴ ساله کشور برای اولین بار در کشور به اجرا گذاشته می شود و دارای اهداف زیر است:

- ۱- تعیین بروز اختلالات شایع روانپزشکی، مشکلات روانی اجتماعی و حوادث در کوهورت جوانان ایران
- ۲- تعیین عوامل خطر و محافظت کننده برای بروز اختلالات شایع روانپزشکی، مشکلات روانی اجتماعی و حوادث در کوهورت جوانان ایران
- ۳- تعیین سیر و پیامدهای اختلالات شایع روانپزشکی در کوهورت جوانان ایران
- ۴- تعیین عوامل خطر و محافظت کننده برای سیر و پیامدهای اختلالات شایع روانپزشکی در کوهورت جوانان ایران

هفت اختلال روانپزشکی مورد بررسی عبارتند از:

- اختلالات افسردگی: اختلال افسردگی اساسی و دیس تایمی
- اختلالات اضطرابی: اختلال اضطرابی منتشر و اختلال وسواسی جبری
- اختلالات مصرف مواد: مواد افیونی، مواد آمفتامینی و الکل

چهار مشکل روانی اجتماعی مورد بررسی عبارتند از:

- دیسترس روانی
- خودکشی
- پرخاشگری
- مصرف مواد

حوادث:

- حوادث ترافیکی
- حوادث غیرترافیکی

علاوه بر این، شادکامی به عنوان یک موضوع (Issue) روانی اجتماعی مهم مورد بررسی قرار می گیرد.

اهداف اختصاصی کوهورت:

۱. اهداف اختصاصی مرتبط با هدف شماره ۱: تعیین بروز اختلالات شایع روانپزشکی، مشکلات روانی

اجتماعی و حوادث در کوهورت جوانان ایران

- تعیین بروز دو اختلال افسردگی (اختلال افسردگی اساسی و دیس تایمی)
- تعیین بروز دو اختلال اضطرابی (اختلال اضطرابی منتشر و اختلال وسواسی جبری)
- تعیین بروز سه اختلال مصرف مواد (مواد افیونی، مواد آمفتامینی و الکل)
- تعیین بروز دیسترس روانی
- تعیین بروز خودکشی (اقدام و منجر به مرگ)
- تعیین بروز پرخاشگری
- تعیین بروز مصرف انواع مواد و داروهای اعتیادآور
- تعیین بروز حوادث (ترافیکی و غیر ترافیکی)

۲. اهداف اختصاصی مرتبط با هدف شماره ۲: تعیین عوامل خطر و محافظت کننده برای بروز اختلالات شایع

روانپزشکی، مشکلات روانی اجتماعی و حوادث و عوامل موثر بر شادکامی در کوهورت جوانان ایران

- تعیین تاثیر مشخصات دموگرافیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی، رویدادهای زندگی، تاب آوری، سرمایه اجتماعی، سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی، سبک زندگی (خواب، فعالیتهای فیزیکی، استفاده از اینترنت، مصرف سیگار، الکل و مواد)، عوامل اختصاصی مصرف مواد (دسترسی به مواد، میزان درک خطر و میزان پذیرش اجتماعی مصرف مواد)، و وضعیت سلامت جسمی (ویژگی های آنتروپومتریک، فشارخون، سطح قند و چربی خون، تستهای کلیوی و کبدی، ابتلا به آنمی و بیماری های مزمن جسمی، صدمه جسمی ناشی از حوادث) در بروز هفت اختلال روانپزشکی
- تعیین تاثیر مشخصات دموگرافیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی، رویدادهای زندگی، تاب آوری، سرمایه اجتماعی، سابقه اختلال روانپزشکی، سبک زندگی (خواب، فعالیتهای فیزیکی، استفاده از اینترنت)، عوامل اختصاصی مصرف مواد (دسترسی به مواد، میزان درک خطر و میزان پذیرش اجتماعی مصرف مواد) و وضعیت سلامت جسمی (ویژگی های آنتروپومتریک، فشارخون، سطح قند و چربی خون، تستهای کلیوی و کبدی، ابتلا به آنمی و بیماری های مزمن جسمی، صدمه جسمی ناشی از حوادث) در بروز چهار مشکل روانی اجتماعی



- تعیین تاثیر مشخصات دموگرافیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی، سرمایه اجتماعی، سبک زندگی، مصرف مواد و الکل، وضعیت سلامت جسمی، دیسترس روانی اخیر، و ابتلا به هفت اختلال روانپزشکی در بروز حوادث (حوادث به طور کلی و حوادث ترافیکی بالاخص)

۳. اهداف اختصاصی مرتبط با هدف شماره ۳: تعیین سیر و پیامدهای اختلالات شایع روانپزشکی در کوهورت جوانان ایران

- تعیین (۱) میزان بهبودی، (۲) میزان ناتوانی، (۳) اقدام به خودکشی، با و بدون استفاده از خدمات درمانی
 - منظور از بهبودی، منفی شدن تشخیص بیماری پس از یک دوره تشخیص بیماری است.
 - منظور از میزان ناتوانی، نمره اختلال عملکرد بر اساس ابزار شیپان (SDS) است.

۴. اهداف اختصاصی مرتبط با هدف شماره ۴: تعیین عوامل خطر و محافظت کننده برای سیر و پیامدهای اختلالات شایع روانپزشکی در کوهورت جوانان ایران

- تعیین تاثیر مشخصات دموگرافیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی، رویدادهای زندگی، تاب آوری، سرمایه اجتماعی، سبک زندگی، ابتلای به بیش از یک اختلال روانپزشکی، سلامت جسمی، و استفاده از خدمات درمانی در هر یک از سه پیامد ذکر شده برای هفت اختلال روانپزشکی

اهداف فرعی:

تعیین میزان مرگ و میر و علل مرگ و میر در افراد مبتلا به هفت اختلال روانپزشکی مورد بررسی

اهداف کاربردی:

تعیین اولویت نیازهای بیماران روانی و برنامه ریزی برای تأمین خدمات مورد نیاز در سطوح سه گانه پیشگیری

** لازم به ذکر است که گرچه این مطالعه، برای شش سال کار میدانی طراحی شده است، ولی مدت در نظر گرفته شده برای زمان بندی و بودجه این پروپوزال برای دو سال کار میدانی است و تنها فاز صفر (مصاحبه حضوری پایه) و مصاحبه های تلفنی شش ماه یک بار افراد را تا پایان دو سال کار میدانی در برمی گیرد. گزارش نهایی این پروپوزال دو ساله، علاوه بر گزارش فعالیتهای انجام شده، شامل آنالیز و گزارش نتایج مصاحبه حضوری اول ۹۰۰۰ نمونه خواهد بود. این گزارش، مشخصات دموگرافیک، روانشناختی و روانپزشکی و سایر شاخصهای سلامت این جمعیت را بر اساس ابزارهای مورد استفاده به تفکیک سه منطقه پژوهش ارائه خواهد کرد.

نوع مطالعه:

این مطالعه یک کوهورت جمعیت ۱۵ تا ۳۴ سال است.

جمعیت هدف:

جمعیت هدف عبارتند از افراد ۱۵ تا ۳۴ ساله ایرانی از هر دو جنس که در محله های منتخب از سه شهرستان زیر ساکن هستند:

۱. شهرستان زاهدان در استان سیستان و بلوچستان
۲. شهرستان روانسر در استان کرمانشاه
۳. شهرستان ششده فسا در استان فارس

معیارهای ورود:

- در محدوده سنی ۱۵ تا ۳۴ سال قرار داشته باشد،
- ایرانی باشد یا اقامت قانونی در ایران داشته باشد (کارت ملی یا کارت سبز و ... داشته باشد).
- حداقل شش ماه در یک سال گذشته، ساکن یکی از سه شهرستان انتخاب شده باشد،
- اگر در زمان نمونه گیری حضور نداشته باشد (مثلاً در سفر باشد) یا امکان مصاحبه را نداشته باشد (مثلاً بیماری شدیدی داشته باشد)، ولی در طول دوره نمونه گیری اولیه (recruitment) برگردد یا مصاحبه میسر شود (در زمان فراخوان بیماری شدیدی داشته باشد و نتواند مصاحبه کند، در طول دوره نمونه گیری اولیه خوب شود و بتواند بیاید) وارد می شود.
- محدودیتی برای ورود افراد بی سواد وجود ندارد.

معیارهای خروج:

- عدم درک زبان فارسی
- وجود اختلالات جسمی و روانی شدید که منجر به اختلال در روند مصاحبه شود.

حجم نمونه و روش محاسبه:

با در نظر گرفتن Power ۸۰ درصد و آلفای ۰/۰۵ و با فرضیات زیر حجم نمونه ۹۰۰۰ نفر برای سه شهرستان حاصل می شود:

- انسیدانس اختلال افسردگی اساسی در جمعیت بدون مواجهه ۰/۰۳
- انسیدانس در جمعیت با مواجهه ۰/۰۲
- احتمال ریزش در پیگیری ۱۰٪

ولی باتوجه به احتمال non-response و تصمیم برای عدم جایگزین کردن نمونه هائی که همکاری نمی کنند، حجم نمونه اولیه از ۹۰۰۰ به ۹۶۰۰ افزایش می یابد. بنابر این حجم نمونه در نظر گرفته شده برای هر استان ۳۲۰۰ نفر می باشد.

روش انتخاب نمونه ها:

از زیر ساختارهای اجرائی موجود در سه منطقه که مناطق منتخب برای اجرای کوهورت پرشین جمعیت بالغ نیز هستند، برای فراخوان و نمونه گیری (recruitment) استفاده خواهد شد. با توجه به اینکه در مطالعه کوهورت بالغین قرار است از هر منطقه ۱۰۰۰۰ نفر ۳۵ سال به بالا وارد مطالعه شوند، و حجم نمونه کوهورت جوانان ۱۵ تا ۳۴ سال نیز در هر منطقه ۳۲۰۰ نفر می باشد به سادگی مشخص می گردد که به ازای هر ۱۰ نفر که وارد مطالعه کوهورت بالغین می شوند ۳ نفر باید وارد کوهورت جوانان شوند. به منظور کاهش هزینه ها و هماهنگی هر چه بیشتر با عملیات میدانی مطالعه کوهورت بالغین، در هر روز که تعدادی از خانوارها مورد توجه قرار میگیرند و افراد ۳۵ سال به بالای آنها دعوت به کوهورت بالغین می شوند، به ازای هر ده نفر مدعو کوهورت بالغین از سه نفر واجد شرایط کوهورت جوانان در همان خانوارها نیز دعوت به عمل می آید. برای انجام این کار توصیه این است که نمونه ها از اولین خانوارهای شناسایی شده در هر روز انتخاب شوند. یعنی به عنوان مثال، اگر در خانوار اول یک فرد ۵۰ ساله واجد شرایط کوهورت بالغین و دو فرد ۲۰ و ۳۱ ساله واجد شرایط کوهورت جوانان وجود دارند هر دو نفر ۲۰ و ۳۱ ساله به کوهورت جوانان دعوت می شوند. اگر در خانوار بعدی هیچ فرد ۳۵ سال به بالا واجد شرایط کوهورت بالغین وجود نداشت ولی دو فرد ۲۲ و ۲۷ ساله واجد شرایط کوهورت جوانان وجود داشتند، این دو نفر بعدی نیز به کوهورت جوانان دعوت می شوند. این کار تا جایی ادامه پیدا می کند که به حد نصاب نمونه های مورد نیاز در هر روز (مثلا ۶ نمونه) دست پیدا کنیم و پس از انتخاب نمونه های



مورد نیاز، از افراد واجد شرایطی که در خانوارهای بعدی هر روز حضور دارند برای ورود به مطالعه کوهورت جوانان دعوت نخواهد شد.

به این ترتیب، اگر برنامه ریزی عملیاتی به گونه ای باشد که در هر روز مثلاً ۲۰ نفر برای کوهورت بالغین دعوت به مطالعه شوند، از ۶ نفر واجد شرایط کوهورت جوانان نیز دعوت به عمل می آید. توضیح اینکه به طور متوسط به ازای هر ۲۰ نفر ۳۵ تا ۶۹ سال در مناطق مورد مطالعه^۱، براساس آمار سرشماری ۱۳۹۰ حدود ۲۶ تا ۳۰ نفر ۱۵ تا ۳۴ سال وجود دارد و بنابراین انتخاب ۶ نفر مورد نظر کاملاً عملی است.

چند نکته مهم در انتخاب نمونه ها و دعوت آنها به مطالعه:

(۱) لازم است مشخصات کلیه اعضای خانوار (شامل: جنس، سال تولد، نسبت با سرپرست خانوار، تحصیلات و شغل) در مرحله شناسایی خانوار و دعوت از اعضای واجد شرایط به مطالعه ثبت شود. در انتها باید معلوم شود که درصد پاسخ دهی (مشارکت در طرح) به تفکیک زیرگروه های جمعیت چقدر بوده است؟

(۲) لازم است هر خانوار که افراد واجد شرایط آن وارد مطالعه می شوند یک کد خانوار منحصر به فرد داشته باشد که براساس آن افرادی که عضو یک خانوار هستند مشخص باشند.

^۱ بر اساس آمار سرشماری سال ۱۳۹۰ در روانسر تعداد افراد ۱۵ تا ۳۴ سال ۲۰۰۷۶ نفر و افراد ۳۵ تا ۶۹ سال ۱۴۰۵۸ می باشند. همچنین در کل شهرستان فسا تعداد افراد ۱۵ تا ۳۴ ساله ۸۵۸۵۴ و افراد ۳۵ تا ۶۹ ساله ۶۳۴۶۱ نفر بوده است. یعنی اینکه جمعیت ۱۵ تا ۳۴ ساله ها حدوداً ۱,۳ تا ۱,۵ برابر جمعیت افراد ۳۵ تا ۶۹ سال در هر منطقه است. حال اگر قرار باشد در هر یک از سه منطقه ۱۰۰۰۰ بزرگسال ۳۵ تا ۶۹ سال وارد مطالعه شوند به این معنی است که به ازای این افراد ۱۳ تا ۱۵ هزار نفر افراد ۱۵ تا ۳۴ سال وجود دارند. بنابراین در کل مطالعه برای انتخاب ۳۰۰۰ نمونه جوانان مورد نظر باید از بین هر ۴-۵ نفر یک نفر انتخاب شوند.

مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه جمع آوری آن:

کلیه پرسشنامه های بکار رفته در این طرح بصورت برنامه نرم افزاری تهیه خواهد شد و مصاحبه بصورت رو در رو انجام شده و پاسخ های فرد مستقیماً در کامپیوتر وارد می شود (Computer Assisted Personal Interviewing). نرم افزار پرسشنامه کوهورت جوانان ایران، تحت سیستم عامل لینوکس (Linux) و با استفاده از نرم افزار بانک اطلاعاتی MySQL تهیه می شود. زبان برنامه نویسی آن PHP خواهد بود.

از آنجائیکه نرم افزار Web based طراحی شده و امکان بروز مشکلات اینترنتی و یا قطع برق ممکن است وجود داشته باشد، نسخه چاپی پرسشنامه نیز در دسترس خواهد بود تا پس از رفع مشکل ورود اطلاعات صورت گیرد. فهرست ابزارهای مطالعه در زیر آمده است:

۱. ابزارهای تشخیصی اختلالات روانپزشکی:

۱-۱- مصاحبه بالینی تشخیصی جامع ساختار یافته (CIDI 2.1) (بخشهای مرتبط با اهداف مطالعه)

۲. ابزارهای سنجش مشکلات روانی اجتماعی:

- ۱-۲- دیسترس روانشناختی کسلر (K10)
- ۲-۲- شادکامی
- ۳-۲- پرخاشگری فیزیکی
- ۴-۲- افکارواقدام به خودکشی
- ۵-۲- غربالگری مصرف سیگار و مواد اعتیادآور

۳. بررسی سوانح و حوادث

۴. ابزارهای بررسی عوامل موثر بر بروز و پیامد:

- ۱-۴- شاخصهای جمعیت شناختی
- ۲-۴- وضعیت اجتماعی اقتصادی
- ۳-۴- نگرش به یاری جوئی سلامت روان
- ۴-۴- بهره مندی از خدمات، شامل خدمات بستری، سرپایی، طب مکمل و خدمات خاص



- ۴-۵- رویدادهای زندگی
- ۴-۶- مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون
- ۴-۷- سرمایه اجتماعی
- ۴-۸- فعالیت فیزیکی
- ۴-۹- وضعیت خواب
- ۴-۱۰- سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی
- ۴-۱۱- عوامل اختصاصی مصرف مواد
- ۴-۱۲- سوابق بیماریهای جسمی
- ۴-۱۳- درمانهای دارویی
- ۴-۱۴- ویژگی های آنتروپومتریک
- ۴-۱۵- تستهای آزمایشگاهی خون

۵. ابزارهای بررسی سیر و پیامد:

- (لازم به ذکر است که ابزارهای سنجش مشکلات روانی اجتماعی و حوادث خودشان ابزار بررسی سیر و پیامد اختلالات روانپزشکی نیز هستند.)
- ۵-۱- مقیاس ناتوانی شیهان (SDS)
 - ۵-۲- مرگ و میر

مشخصات هر یک از ابزارهای فوق در زیر تشریح شده اند:

۱- ابزارهای تشخیصی اختلالات روانپزشکی

۱-۱- مصاحبه بالینی تشخیصی جامع ساختار یافته (CIDI 2.1)

در مطالعه حاضر، برای تشخیص اختلالات روانپزشکی، از ابزار Composite international diagnostic interview version 2.1 (CIDI 2.1) استفاده می شود که در واقع یک مصاحبه کاملاً ساختاریافته بر اساس نسخه چهارم کتابچه تشخیصی آماری اختلالات روانپزشکی (DSM IV) و ویرایش دهم طبقه بندی بین المللی بیماریها (ICD-10) می باشد و توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است. این بخش از ابزار، تشخیص های

DSM-5 را نیز برای تشخیص اختلالات مذکور پوشش می دهد. این ابزار قابل اجرا توسط مصاحبه گر آموزش دیده غیرمتخصص است و پایایی بین آزماینده و بازآزمون خوب و اعتبار بالایی برای تشخیص اختلالات روانپزشکی در موقعیت های مختلف و زبانهای مختلف داشته است (Wittchen, 1994; Wittchen et al., 1991). از این ابزار برای بررسی اختلالات روانپزشکی در بسیاری از مطالعه اپیدمیولوژیک در جهان استفاده شده است (Alhasnawi et al., 2009; Alonso et al., 2004; Bijl, Ravelli, & van Zessen, 1998; Bromet et al., 2005; Jacobi et al., 2004; Subramaniam, Abidin, et al., 2003). نسخه فارسی ویرایش ۲،۱ آن در کشور اعتباریابی شده است (Alaghband Rad, 2003) و در پیمایش ملی سلامت روان کشور نیز بر روی جمعیت عمومی مورد ارزیابی و استفاده قرار گرفته است (Rahimi-Movaghar et al., 2014).

این ابزار در اولین فاز مطالعه ملی پیمایشی بهداشت روان و مطالعه بروز در هلند Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) در سال ۱۹۹۶ مورد استفاده قرار گرفت (Bijl, et al., 1998). این مطالعه بصورت یک مطالعه آینده نگر ۳ بار در سالهای ۱۹۹۶، ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ تکرار شد. اهداف مطالعه بررسی شیوع، همبودی، پیامدهای اختلالات روانی، استفاده از خدمات، نیاز به خدمات، کیفیت زندگی و افت عملکرد، انسیدانس و سیر بیماری و Determinants های اختلال روانی در جمعیت بالغ ۱۸ تا ۶۴ سال هلندی بر اساس معیار های DSM III R بود. پس از انجام NEMESIS-1 در سال ۲۰۰۷ با هدف تامین اطلاعات به روز شده در مورد شیوع، بروز، سیر و عاقبت اختلالات روانی و عوامل مرتبط با آن، اینبار از ویرایش CIDI 3.0 و معیارهای DSM-IV این ابزار استفاده شد (de Graaf, Ten Have, & van Dorsselaer, 2010).

چنانچه پیش از این ذکر شده با توجه به شیوع بالا و اهمیت تعدادی از این اختلالات بر اساس آخرین پیمایش صورت گرفته در کشور (Sharifi et al., 2014) بخشهایی از این ابزار که در مطالعه حاضر به کار خواهد رفت، شامل تشخیص های اختلالات افسردگی (MDD)، اختلال اضطراب منتشر (GAD)، اختلال وسواسی-جبری (OCD) و اختلالات مصرف مواد و الکل است. در فاز اول مطالعه کوهورت جوانان از نسخه طول عمر آن استفاده می شود و در فازهای پیگیری از فرد در مورد وجود علائم در طی دو سال گذشته سوال خواهد شد.

۲- ابزارهای سنجش مشکلات روانی اجتماعی

۱-۲- مقیاس دیسترس روانشناختی کسلر The Kessler Psychological Distress Scales

یکی از ابزارهای پرکاربرد غربالگری کوتاه در زمینه مطالعات اپیدمیولوژیک در جمعیت عمومی است و اختلالات روانشناختی را در طی ماه گذشته ارزیابی می کند. ابزار در دو نسخه با نام های K6 و K10 وجود دارد. K10 حاوی ۱۰ سوال است و سوالاتی را در خصوص «احساس خستگی بدون دلیل موجه»، «عصبی بودن»، «آرامش

نداشتن»، «احساس درماندگی و ناامیدی»، «احساس ناآرامی و بیقراری»، «بیقراری شدید و آرام نشستن»، «احساس افسردگی»، «احساس غمگینی شدید و خوشحال نشدن با هیچ چیز»، «احساس خستگی با انجام کاری» و «احساس بی ارزشی» در طی یک ماه گذشته از آزمودنی می پرسد. هر سوال با سیستم لیکرتی پنج تایی امتیازی بین صفر تا ۴ و در مجموع محدوده بین صفر تا ۴۰ را می تواند کسب کند. آزمودنی می تواند پاسخی از «۰» همیشه» تا «۴» بندرت» را به سوالات بدهد. ویرایش ۶ سوالی آن با نام K6 از ۶ سوال از ابزار K10 استفاده می کند و امتیازی بین صفر تا ۲۴ را بدست می دهد. در این مطالعه، از ابزار دیسترس روانشناختی کسلر K10 استفاده خواهد شد.

مطالعات متعددی وجود دارد که از ابزار K10 یا K6 برای بررسی شیوع اختلالات متوسط تا شدید روانپزشکی و در سنین مختلف استفاده کرده اند. در بزرگترین مطالعات انجام شده در مورد اعتباریابی این ابزار، که همزمان با پیمایش جهانی سلامت روان (World Mental Health Survey) انجام شده، همخوانی مطلوب بین این ابزار و مصاحبه بالینی با CIDI گزارش شده است و سطح زیر منحنی در ۱۴ کشور با میانه ۰/۸۳ و محدوده ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ قابل قبول بوده است (Kessler et al., 2010).

این ابزار در مطالعه ای در کشور بر اساس پروتکل توصیه شده سازمان جهانی بهداشت ترجمه و ترجمه معکوس شده و حساسیت، ویژگی نقطه برش آن برای غربالگری اختلالات جدی روانپزشکی در مراجعین به مراکز ارائه مراقبت های اولیه در شهر و روستا برای هر گونه اختلال اضطراب و افسردگی و اختلال جدی روانپزشکی در پروژه ای بصورت همزمان در حال انجام است و تعیین خواهد شد.

از آنجائیکه از این ابزار بعنوان یک شاخص برای غربالگری اختلال روانی در کوهورت بالغین نیز استفاده شده است، وجود ابزاری مشترک امکان مقایسه کوهورت جوانان با کوهورت بزرگسالان و تحلیل های آینده را فراهم می کند.

۲-۲- شادکامی

از آنجائیکه شادکامی چیزی است که فرد در ذهن خود دارد، بنابراین می تواند با استفاده از سوالات اندازه گیری شود. ابزارهای متعددی برای اینکار استفاده شده اند (Ott, 2011). در مطالعه حاضر، شادکامی با یک سوال "آیا فردی با نشاط و شاداب هستید؟" ارزیابی می گردد. پاسخ به این سوال به صورت کیفی در طیف لیکرت پنج گزینه ای (بسیار زیاد، زیاد، نه زیاد/نه کم، کم/بسیار کم، اصلاً) بررسی خواهد شد. منتظری و همکاران در یک مطالعه با استفاده از این ابزار، میزان شادکامی را در جمعیت عمومی ۶۵-۱۸ سال اندازه گیری نمودند (Montazeri et al., 2012). آنها برای این منظور متغیر شادکامی را به متغیری کمی با طیف پاسخ های پنج گزینه ای به امتیاز ۱ تا ۵ تبدیل نمودند: ۵= بسیار زیاد، ۴= زیاد، ۳= نه زیاد/نه کم، ۲= کم/بسیار کم و ۱= اصلاً



(۳). با توجه به تعریف امتیازات، امتیاز بیشتر به مفهوم بیشتر بودن وضعیت شادکامی و کاهش امتیاز به معنی کاهش وضعیت شادکامی افراد مورد مطالعه در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر هم از این روش برای بررسی میزان شادکامی استفاده خواهد شد.

۲-۳- پرسشنامه پرخاشگری فیزیکی

سابقه اقدام به اعمال خشونت آمیز (فیزیکی) در ۱۲ ماه گذشته در قالب ۴ سوال شامل ارتکاب به تخریب اموال در نتیجه عصبانیت، صدمه به خود، صدمه به دیگران یا آسیب زدن اعضای خانواده از فرد پرسیده می شود و در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات فوق در مورد عواقب قانونی و یا نیاز به مراجعه به مرکز درمانی برای درمان قربانی، برای تعیین شدت خشونت پرسیده می شود. از این پرسشنامه قبلاً در جمعیت عمومی استفاده شده است (Mojtabai, 2006) و در پیمایش ملی سلامت روان نیز پایائی بین آزماینده آن ارزیابی شده و مورد استفاده قرار گرفته است (Rahimi-Movaghar, et al., 2014).

۲-۴- پرسشنامه ارزیابی افکار و اقدام به خودکشی

در این پرسشنامه، سابقه افکار، داشتن برنامه برای خودکشی و اقدام به خودکشی، در طول عمر و ۱۲ ماه گذشته از فرد پرسیده می شود و روش هائی که فرد اقدام به خودکشی کرده است، مشخص می شود. پرسشنامه بر اساس سوالاتی که در مطالعه پیمایش جهانی سلامت روان بکار گرفته شده (Borges et al., 2010) تهیه شده و برای پیمایش ملی سلامت روان، ترجمه شده و روایی و پایایی آن عالی گزارش شده است (Rahimi-Movaghar, et al., 2014).

۲-۵- پرسشنامه غربالگری سیگار و مواد اعتیاد آور

این پرسشنامه محقق ساخته دارای فهرستی از مواد مهم اعتیادآور که در کشور ما اهمیت بیشتری دارد می باشد. این مواد شامل سیگار و سایر ترکیبات دارای تنباکو، داروهای حاوی کدئین و اپیوئیدهای داروئی بدون تجویز پزشک، مواد اپیوئیدی غیرقانونی، مواد محرک و توهم زا، حشیش و الکل است و از فرد در مورد مصرف طول عمر و ۱۲ ماه گذشته پرسیده می شود. همچنین سابقه مصرف تزریقی مواد در طول عمر و در سال گذشته پرسیده می شود.

۳- بررسی سوانح و حوادث

پرسشنامه سوانح و حوادث، در خصوص مصدومیت فرد در اثر سوانح و حوادث سوال می کند و به حوادث شدیدتری که نیاز به مداخله درمانی در بیمارستان یا مرکز درمانی دیگر داشته یا اینکه در زندگی معمول فرد اختلال قابل ملاحظه ایجاد کرده باشد، می پردازد. در صورتی که هر یک از موارد فوق در ۱۲ ماه گذشته، اتفاق افتاده باشد در مورد نوع حادثه، حادثه ترافیکی، محل حادثه و نتیجه حادثه اطلاعات بیشتری کسب می گردد. ویژگی های روانسنجی پرسشنامه مشابه در جمعیت عمومی مورد سنجش قرار گرفته است (Sharif-Alhoseini et al., 2012).

۴- ابزارهای بررسی عوامل موثر بر بروز و پیامد

۴-۱- پرسشنامه جمعیت شناختی

این پرسشنامه محقق ساخته است و مهمترین شاخصهای جمعیت شناختی از جمله مشخصات عمومی مانند هویت فرد، سن و جنس، محل سکونت، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، قومیت و تحصیلات پدر و مادر، وضعیت اشتغال و وضعیت بیمه را شامل می شود.

۴-۲- وضعیت اجتماعی اقتصادی

وضعیت اقتصادی- اجتماعی بر اساس وضعیت تملک و دارائی ها و اموالی که خانوار فرد و خود فرد دارند و از آن استفاده می کنند، سنجیده می شود. همچنین دسترسی فرد به اینترنت و میزان استفاده از آن نیز مورد پرسش قرار می گیرد. این پرسشنامه با تعدیلاتی برگرفته از پرسشنامه وضعیت اقتصادی اجتماعی کوهورت ۷۰-۳۵ سال است.

۴-۳- نگرش به یاری جوئی سلامت روان

این پرسشنامه کوتاه، حاوی ۳ سوال و برگرفته از پرسشنامه ای است که در پیمایش ملی همبندی (National Comorbidity Survey) در آمریکا مورد استفاده قرار گرفته است. این ۳ سوال به صورت بخشهایی از یک مقیاس عمل نمی کنند و هر یک به طور مستقل نگرشها را می سنجند و آنالیزهای multicollinearity استقلال این سوالات از یکدیگر را نشان داده است (Gonzalez, Alegria, et al., 2011)

۴-۴- پرسشنامه های بهره مندی از خدمات

این پرسشنامه ها محقق ساخته و بر گرفته از دو پرسشنامه دیگر، (۱) بخش خدمات از پیمایش جهانی سلامت روان (Wang et al., 2005) و پرسشنامه بهره مندی از خدمات سلامت ایران (Hosseinpoor et al., 2007) است و انطباق فرهنگی و تعدیل آن بر اساس خدمات بهداشت روان موجود در کشور در مرحله آماده سازی پیمایش سلامت روان، صورت گرفته و پایائی بین آزماینده این پرسشنامه در مرحله آزمایشی پیمایش ملی سلامت روان در مناطق شهری از استان تهران و مناطق شهری و روستائی از استان خوزستان مورد ارزیابی قرار گرفته و مطلوب گزارش شده است (Rahimi-Movaghar, et al., 2014). بخشهایی از این پرسشنامه تفصیلی در مطالعه کوهورت جوانان مورد استفاده قرار خواهد گرفت که در زیر تشریح شده است:

غربالگری بهره مندی از خدمات بهداشت روان: در این پرسشنامه فهرستی از اختلالات و مشکلات شایع روانپزشکی در قالب یک کارت بصورت دیداری در اختیار فرد قرار می گیرد. اختلالات شامل: افسردگی، اضطراب و استرس، وسواس، عصبانیت یا مشکلات خواب، مصرف مواد و الکل و اعتیاد، سردرد و سایر دردهای بدنی ناشی از مشکلات اعصاب و روان می باشند. علاوه بر این موضوعاتی مانند مشکلات زناشویی یا مشکلات با همسر، مشاوره قبل از ازدواج، مشکل تحصیلی خود و سایر مشکلات اعصاب و روان نیز مورد توجه قرار می گیرد. تک تک موارد برای فرد خوانده می شود و از وی سوال می شود که دلیل هر یک از موارد مشخص شده در کارت آیا در "طول عمر" و هم چنین در "۱۲ ماه گذشته" به یک درمانگر برای مشاوره و یا درمان مراجعه کرده است.

پرسشنامه خدمات بستری: در این پرسشنامه سابقه بستری فرد به دلیل مشکلات اعصاب و روان در طول عمر پرسیده می شود. منظور از بستری، تحت نظر بودن بیش از شش ساعت در یکی از مراکز: اورژانس یا بخش های دیگر بیمارستان، درمانگاه (کلینیک) عمومی یا تخصصی یا مرکز جامع اعصاب و روان، مرکز نگهداری (مراکز نگهداری بیماران روانی، سالمندان، و غیره)، مرکز درمانی اعتیاد، کمپ درمان اعتیاد (خانه بهبودی برای درمان اعتیاد) یا مرکز نگهداری معتادان، و سایر مراکز بستری می باشد. زمان اولین و آخرین بستری و هم چنین، اطلاعات آخرین بستری در هر مرکز شامل دلیل بستری، تاریخ بستری، مدت بستری و اقدامات انجام شده در آن مرکز ثبت می شود.

پرسشنامه طب مکمل و خدمات سرپایی خاص برای مشکلات اعصاب و روان: بجز خدمات بستری که امکان سوگیری به یادآوردن در آن کمتر است، بقیه خدمات برای دوره زمانی ۱۲ ماه پیش از مصاحبه از آزمودنی پرسیده می شود. از آنجائیکه استفاده از خدمات طب مکمل در درمان مشکلات اعصاب و روان شایع می باشد، در این پرسشنامه فهرستی از درمانهای سنتی، مکمل در قالب یک کارت بصورت دیداری در اختیار فرد قرار می گیرد و مراجعه حضوری، مشاوره تلفنی و یا استفاده از توصیه ها یا ترکیبات تجویز شده فرد به عطاری (یا



دکتر گیاهی یا علفی)، روحانی، حجامت (بادکش یا زالو)، دعانویس و سایر درمانگران سنتی در طول ۱۲ ماه گذشته و دلیل مراجعه از وی پرسیده می شود. علاوه بر آن استفاده از سایر خدمات مانند شرکت در گروههای خودیاری (مانند گروههای اعتیاد NA یا معتادان گمنام، NARANAN، تولدی دوباره یا کنگره شصت) پرسیده می شود و همچنین مراجعه به مراکز کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد (Drop-in center) برای استفاده خدمات کاهش آسیب و نوع خدمت دریافت شده و تعداد موارد مراجعه در ۳ ماه گذشته پرسیده می شود.

پرسشنامه خدمات سرپایی برای مشکلات اعصاب و روان: استفاده از خدمات درمانی سرپایی بدلیل مشکلات اعصاب و روان و اعتیاد در ۱۲ ماه گذشته، توسط هر یک از درمانگران (پزشک، روانپزشک، سایر متخصصین پزشکی، مشاور یا روانشناس و سایر درمانگران) و نیز استفاده از خدمات در مراکز درمان اعتیاد بطور خاص در این پرسشنامه مورد سوال قرار می گیرد و در هر مورد در صورت پاسخ مثبت، علت مراجعه، خدمات دریافت شده و اینکه در حال حاضر تحت درمان هستند یا خیر پرسیده می شود. همچنین مراجعه مستقیم به داروخانه برای گرفتن دارو بدون نسخه پزشک برای مشکلات اعصاب و روان و اعتیاد پرسیده می شود.

۴-۵- رویدادهای زندگی

پرسشنامه رویدادهای زندگی برگرفته از پرسشنامه ای است که در پیمایش بیماریهای روانپزشکی بریتانیا (British Psychiatric Morbidity Survey) استفاده شده و سوالاتی به آن اضافه شده است. این پرسشنامه صرفاً وجود، و نه شدت یا تاثیر رخدادها را در طول عمر و نیز در ۱۲ ماه گذشته بررسی می کند (Jenkins et al., 2003).

۴-۶- مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون

تاب آوری توانایی انطباق فردی با استرس را می سنجد و به عنوان عامل مهمی در پیشگیری و درمان اختلالات روانپزشکی شناخته می شود. در حالیکه سالهاست ابزارهای مختلفی برای سنجش تاب آوری ساخته شده است، معروفترین آن مقیاس ۲۵ سوالی تاب آوری کانر و دیویدسون Connor-Davidson Resilience (CD-RISC) scale است که هر سوال امتیاز صفر تا ۴ داشته و امتیاز بالاتر نشانه تاب آوری بیشتر است (Connor & Davidson, 2003). نسخه ۲۵ سوالی به فارسی ترجمه شده (محمدعلی، ۱۳۸۶) و در مطالعات بسیاری از آن استفاده شده است. در سال ۲۰۰۷، نسخه ۱۰ سوالی این ابزار ساخته شد که ویژگی های روانسنجی مطلوبتری را از نسخه اولیه نشان داد (Campbell-Sills & Stein, 2007). در مطالعه حاضر از نسخه ۱۰ سوالی استفاده خواهد شد که امتیازی بین صفر تا ۴۰ به دست می دهد.

۷-۴- پرسشنامه سنجش سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی وجوهی از یکپارچگی اجتماعی است که امکان همکاری نزدیک را در اجتماع آسانتر می کند (De Silva, McKenzie, et al., 2005). سرمایه اجتماعی، روابط اجتماعی را تشکیل می دهد و اجازه می دهد افراد یا جوامع، اهداف الویت دار خود را دنبال کنند (Williams & Durrance, 2008). پرسشنامه سرمایه اجتماعی در نظر گرفته شده برای این مطالعه، دارای ۹ گروه سوال می باشد که ۴ گروه آن مربوط به مشارکت های داوطلبانه، فعالیت دسته جمعی، اعتماد و احساس تعلق و همبستگی می باشد. سوال دیگر پرسشنامه، پایبندی به ارزش ها می باشد. سه سوال دیگر مربوط به حمایت اجتماعی، شرکت در فعالیت های انجمنی و شبکه اجتماعی است. سوال آخر هم در زمینه نقطه نظر فرد در مورد وضعیت جامعه (از لحاظ فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی) است. نتایج مطالعه کسانی و همکاران نشان داد که این پرسشنامه از پایایی و روایی سازی مناسبی برخوردار است و می توان از این پرسشنامه در تحقیقات و پیمایش های بعدی برای سنجش سرمایه اجتماعی و ابعاد آن استفاده کرد (Kassani, Gohari, et al., 2012).

۸-۴- فعالیت فیزیکی

فعالیت فیزیکی فرد با یک سوال در مورد تعداد روزهایی از هفته که فرد فعالیت متوسط تا شدید بدنی به مدت حداقل ۱۰ دقیقه داشته باشد سنجیده می شود. فعالیت متوسط تا شدید، فعالیتی تعریف شده است که موجب شود فرد تندتر نفس بکشد. این تک سوال بر گرفته از پرسشنامه فعالیت فیزیکی بین المللی (Physical Activity International Questionnaire) بوده است (Craig et al., 2003) و در مطالعه انسیدانس و پیمایش سلامت روان هلند (NEMESIS-2) نیز بکار رفته است (de Graaf, et al., 2010).

۹-۴- وضعیت خواب

وضعیت خواب فرد با ۴ سوال شامل ساعت به خواب رفتن در شب، ساعت بیدار شدن در روز، ساعتی که فرد تمایل دارد بیدار شود و میزان خواب نیمروزی پرسیده می شود. همچنین سوال برای تعیین میزان شیفت کاری شب، با تعیین تعداد شبهایی از ماه که فرد حداقل ۶ ساعت به فاصله ۹ شب تا ۶ صبح کار شبانه داشته باشد، پرسیده می شود.

۱۰-۴- پرسشنامه سابقه خانوادگی اختلالات روانپزشکی

در این پرسشنامه سابقه هر گونه مشکل روان پزشکی و نحوه تشخیص آن (توسط پزشک یا غیره) در بستگان درجه یک فرد پرسیده می شود. در اینجا منبع اطلاعات صرفاً آزمودنی است.

۴-۱۱- عوامل اختصاصی مصرف مواد

این عوامل عمدتاً شامل دسترسی به مواد، میزان درک خطر و میزان پذیرش اجتماعی مصرف مواد می باشد که در ۷ گروه سوالات دسته بندی شده است و این عوامل را در مورد ۵ ماده سیگار، الکل، تریاک، هروئین و متامفتامین (شیشه) بررسی می کند. استخوان بندی این سوالات، سالهاست که در مطالعات بیشماری به کار گرفته شده است و استفاده از آن در جوانان توسط دفتر کنترل مواد و جرائم سازمان ملل توصیه شده است (United Nations Office on Drugs and Crime, 2003). در ایران هم در مطالعات مختلف از آن استفاده شده است که مهمترین آن مطالعه روند مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد (رحیمی موقر و همکاران، 1391).

۴-۱۲- سوابق بیماریهای جسمی

در این پرسشنامه سابقه بیماری های مزمن شایع و مهم شامل دیابت، فشار خون بالا، بیماری ایسکمیک قلبی (شامل سکته قلبی و نارسائی قلبی) و آنژین صدری، سکته مغزی، نارسائی کلیه، نارسائی کبد، بیماریهای مزمن ریوی، بیماریهای تیروئید، بیماریهای روماتیسمی و سرطان از فرد سوال می شود. در هر مورد پاسخ مثبت، مدت بیماری، سن در زمان تشخیص، و اینکه فرد تحت درمان است یا خیر نیز ثبت می شود.

۴-۱۳- درمانهای دارویی

نام تمام داروهایی که آزمودنی در زمان مصاحبه مصرف می کند ثبت می گردد؛ چه داروهای روان پزشکی، چه سایر داروها. از آزمودنی خواسته می شود که تمام داروها را همراه خود بیاورد و در غیر این صورت به صورت تلفنی و در نهایت بر اساس اظهار وی، نام تمام داروها و نیز اینکه آیا منظم مصرف می کند ثبت می شود. طبقه بندی داروها بعد از جمع آوری اطلاعات انجام می گیرد.

۴-۱۴- ویژگی های آنتروپومتریک

وزن (بدون لباسهای سنگین)، قد (بدون کفش)، دور شکم و دور باسن اندازه گیری خواهد شد.

۴-۱۵- تستهای آزمایشگاهی خون

از تمامی افرادی که رضایت برای انجام آزمایش خون داشته باشند نمونه خون گرفته می شود. آزمایش خون تشخیصی است با هدف چک کردن وضعیت سلامت فرد عمدتاً بعنوان پاداش برای شرکت مطالعه انجام می شود

و نتایج آن در اختیار شرکت کنندگان قرار می گیرد. آزمایشات تشخیصی شامل دودسته آزمایش است: (۱) آزمایش های هماتولوژی عبارتند از: شمارش سلولهای خونی، تفکیک آنها، شمارش پلاکت و تعیین میزان غلظت خونی (هموگلوبین)؛ (۲) آزمایش های بخش بیوشیمی شامل: قند خون ناشتا، تری گلیسید و کسترول، تست های آنزیم های کبدی (ALT, AST, Alkaline phosphates)، اوره و کراتی نین.

هدف دیگر انجام آزمایش خون، ذخیره نمونه خون برای انجام مطالعات ژنتیکی در آینده است. نمونه گیری و انجام آزمایشات و ذخیره کردن نمونه ها، مطابق با پروتکل کوهورت ۷۰-۳۵ سال صورت می گیرد. پس از پذیرش بیمار به اتاق نمونه گیری هدایت می شود و پس از برچسب نویسی کد بیمار بر روی ظروف نمونه، تکنسین مربوطه اقدام به خون گیری می کند و آزمایشات در آزمایشگاه مرکز کوهورت انجام می شود. سه نمونه خون تام، خون هپارینه و خون EDTA (برای هماتولوژی) تهیه می شود. جداسازی بخش های مختلف خون (سرم، پلاسما، خون کامل، Buffy coat) و ذخیره سازی آن در کرایوتیوپ و در داخل کرایوباکس (cryobox) (در فریزر -20°C بری باکس های سرم خون و فریزر -80°C برای ذخیره سازی باکس های پلاستیکی) مطابق با پروتکل کوهورت ۷۰-۳۵ سال صورت می گیرد. مقدار خون ذخیره شده برای هر فرد در بیو بانک (Bio bank) شامل ۸ کرایوتیوپ برای هر فرد به شرح زیر است:

- ۲ عدد کرایوتیوپ ۱/۵ میلی لیتر از خون کامل (Whole Blood)

- ۲ عدد کرایوتیوپ ۱/۵ میلی لیتر از پلاسما

- ۱ عدد کرایوتیوپ ۱/۵ میلی لیتر از بافی کت

- ۱ عدد کرایوتیوپ ۱/۵ میلی لیتر از گلبول قرمز خون

- ۲ عدد کرایوتیوپ ۱/۵ میلی لیتر از سرم

۵- ابزارهای بررسی سیر و پیامد

۵-۱- مقیاس ناتوانی شیهان (Sheehan Disability Scale (SDS)

از این ابزار برای بررسی میزان ناتوانی ناشی از مشکلات روانشناختی استفاده می شود. ابزار شیهان از فرد می خواهد در طول سال گذشته، یک ماه از بدترین وضعیت عملکرد خود را هنگامی که به آن اختلال خاص مبتلا بوده است در حیطه های زیر ارزیابی کند: وظایف منزل، عملکرد شغلی، زندگی اجتماعی و روابط نزدیک بین فردی. افراد توانائی خود را در آن زمان خاص با یک آنالوگ بینائی که از صفر تا ۱۰۰ مدرج شده، اندازه گیری می کنند و ناتوانی افراد در واحد های، صفر (بدون تاثیر)، ۱۰ تا ۳۰ (تاثیر خفیف)، ۴۰ تا ۶۰ (تاثیر متوسط)، ۷۰



تا ۹۰ (تأثیر شدید)، ۱۰۰ (تأثیر خیلی شدید) طبقه بندی می شود. روایی و پایایی نسخه فارسی آن قبلاً ارزیابی شده است (Amin-Esmaeili et al., 2014).

۲-۵- مرگ و میر

رخداد هرگونه مرگ در افراد مورد مطالعه ثبت می شود. شناسائی موارد مرگ و تعیین علت آن منطبق بر پروتکل کوهورت ۷۰-۳۵ سال صورت می گیرد که برای طبقه بندی مرگ از گروههای اصلی ۱۷ گانه استفاده می کند. جمع آوری اطلاعات مربوط به مرگ با توجه به نبود نظام جامع ثبت مرگ در استانها بررسی دقیق تشخیص علت مرگ نیاز به فعالیتهای تکمیلی دارد. بطور معمول در بدو مطالعه از افراد خواسته می شود که در صورت رخداد هرگونه بستری یا فوت مرکز کوهورت را طی تماس تلفنی مطلع سازند. همچنین بهورزان در روستا در فواصل یک ماهه اقدام به گزارش دهی موارد مرگ می نمایند. پیگیری تلفی برای ثبت چنین مواردی نیز هر شش ماه صورت می گیرد. تاریخ دقیق فوت، تشخیص دقیق بیماری و علت فوت شامل مکانهایی که فرد جهت تشخیص و درمان مراجعه کرده است، ثبت شده کلیه مدارک بالینی بیماری فرد از مراکز مورد جمع آوری می گردد. مراجعه حضوری برای خانواده هایی که در آنها فوت رخ داده است در فاصله ۳۰ روز بعد از رخداد صورت می گیرد. تشخیص نهایی توسط دو پزشک متخصص داخلی بطور مجزا صورت می گیرد. در مواردی که دو نفر در تشخیص متفق نباشند، یک نفر سوم نسبت به تعیین تشخیص نهایی اقدام مینماید. کلیه تشخیصهای سرطان به همراه یافتهای بالینی و پاراکلینیک مربوطه در کمیته خبرگان (متشکل از متخصصین داخلی، پاتولوژی، رادیولوژی) تأیید میگردد. این تأیید نیاز به بررسی لام و نمونههای بافتی دارد، که جمع آوری آنها در سیر پیگیری الزامی میباشد.

منابع:

رحیمی موقر، آ.، یونسیان، م.، امین اسماعیلی، م.، سهیمی ایزدیان، ا.، معین، م.، & متولیان، ع. بررسی شیوع و الگوهای مصرف مواد اعتیادآور، عوامل مؤثر بر آن و روند تغییرات از سال ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۸ در دانشجویان دانشگاه ۱۳۹۱.

محمدعلی، ب. (۱۳۸۶). ویژگیهای روانسنجی فرم فارسی مقیاس تاب آوری (گزارش پژوهش) تهران: دانشگاه تهران.

Alagband Rad, J. (2003). Study of the reliability, validity, and feasibility of Farsi translation of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). In S. A. Ahmadi Abhari, K. Malakooti, M. Nasr Esfahani, E. M. Razzaghi, M. Sadeghi & M. T. Yasamy (Eds.), *Mental health effects of Iraqi invasion of Kuwait in a war – torn population of Iran: an epidemiological and financial study of the consequences of the Kuwaiti oil well fire disaster in the aftermath of Iraqi invasion of Kuwait in 1991, United Nations Compensation Commission (UNCC)*



Monitoring and Assessment Project. Tehran - Iran: Islamic Republic of Iran Ministry of Health, Committee for assessment and follow up for damages resulting from the Iraq-Kuwait War.

- Alhasnawi, S., Sadik, S., Rasheed, M., Baban, A., Al-Alak, M. M., Othman, A. Y., et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). *World Psychiatry*. 2009; 8 (2): 97-109.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004; (420): 21-27. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x [doi]ACP327 [pii]
- Amin-Esmaeili, M., Motevalian, A., Rahimi-Movaghar, A., Hajebi, A., Hefazi, M., Radgoodarzi, R., et al. The Translation and Psychometric Assessment of the Persian Version of the Sheehan Disability Scale. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2014; 9 (3): 125-132.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33 (12): 587-595.
- Borges, G., Nock, M. K., Haro Abad, J. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71 (12): 1617-1628. doi: 10.4088/JCP.08m04967blu [doi]
- Bromet, E. J., Gluzman, S. F., Paniotto, V. I., Webb, C. P., Tintle, N. L., Zakhosha, V., et al. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005; 40 (9): 681-690.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress*. 2007; 20 (6): 1019-1028. doi: 10.1002/jts.20271 [doi]
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18 (2): 76-82. doi: 10.1002/da.10113 [doi]
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjoström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003; 35 (8): 1381-1395. doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB [doi]
- de Graaf, R., Ten Have, M., & van Dorsselaer, S. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): design and methods. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2010; 19 (3): 125-141. doi: 10.1002/mpr.317 [doi]
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T., & Huttly, S. R. Social capital and mental illness: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59 (8): 619-627. doi: 10.1136/jech.2004.029678 [doi]



- Gonzalez, J. M., Alegria, M., Prihoda, T. J., Copeland, L. A., & Zeber, J. E. How the relationship of attitudes toward mental health treatment and service use differs by age, gender, ethnicity/race and education. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011; 46 (1): 45-57. doi: 10.1007/s00127-009-0168-4 [doi]
- Hosseinpour, A. R., Naghavi, M., Alavian, S. M., Speybroeck, N., Jamshidi, H., & Vega, J. Determinants of seeking needed outpatient care in Iran: results from a national health services utilization survey. *Arch Iran Med.* 2007; 10 (4): 439-445. doi: 005 [pii]07104/AIM.005 [doi]
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Holting, C., Hofler, M., Pfister, H., Muller, N., et al. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med.* 2004; 34 (4): 597-611.
- Jenkins, R., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Lewis, G., & Meltzer, H. British Psychiatric Morbidity Survey. *Int Rev Psychiatry.* 2003; 15 (1-2): 14-18. doi: 10.1080/0954026021000045903 [doi]5DP52WFKGDXQVAJ1 [pii]
- Kassani, A., Gohari, M. R., Mousavi, M. t., & Asadilari, M. Factor analysis of social capital questionnaire used in Urban HEART study in Tehran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research.* 2012; 10 (2): 1-10.
- Kessler, R. C., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Bromet, E., Cuitan, M., et al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010; 19 Suppl 1: 4-22. doi: 10.1002/mpr.310 [doi]
- Mojtabai, R. Psychotic-like experiences and interpersonal violence in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006; 41 (3): 183-190.
- Montazeri, A., Omidvari, S., Azin, A., Aeenparast, A., Jahangiri, K., Sadighi, J., et al. Happiness among Iranians: findings from the Iranian Health Perception Survey (IHPS). *Payesh (Health Monitor).* 2012; 11 (4): 467-475.
- Ott, J. C. Government and Happiness in 130 Nations: Good Governance Fosters Higher Level and More Equality of Happiness. *Soc Indic Res.* 2011; 102 (1): 3-22. doi: 10.1007/s11205-010-9719-z [doi]
- Rahimi-Movaghar, A., Amin-Esmaeili, M., Sharifi, V., Hajebi, A., Hefazi, M., Rad Goodarzi, R., et al. The Iranian Mental Health Survey: design and field procedures. *Iran J Psychiatry.* 2014; 9 (2): 96-109.
- Sharif-Alhoseini, M., Saadat, S., Rahimi-Movaghar, A., Motevalian, A., Amin-Esmaeili, M., Hefazi, M., et al. Reliability of a patient survey assessing "Short Form Injury Questionnaire 7" in Iran. *Chin J Traumatol.* 2012; 15 (3): 145-147.
- Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., et al. Twelve-month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine.* 2014; 18 (2): 76-84.



- Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. Prevalence, correlates, comorbidity and severity of bipolar disorder: Results from the Singapore Mental Health Study. *J Affect Disord.* (0). doi: 10.1016/j.jad.2012.09.002
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2003). Conducting School Surveys on Drug Abuse: Global Assessment Programme on Drug Abuse, Toolkit Module 3. New York: United Nations.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62 (6): 629-640.
- Williams, K., & Durrance, J. C. Social Networks and Social Capital: Rethinking Theory in Community Informatics. *The Journal of Community Informatics.* 2008; 4 (3): 18-29.
- Wittchen, H. U. Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res.* 1994; 28 (1): 57-84.
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., & Regier, D. Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *Br J Psychiatry.* 1991; 159: 645-653, 658.



ساختار اجرایی پروژه:

پروژه کوهورت جوانان ایران (Persian Youth Cohort) به همراه پروژه PERSIAN (کوهورت بالای ۳۵ سال) انجام می شود. مدیریت کلان پروژه PERSIAN (کوهورت بالای ۳۵ سال) با کمیته راهبردی مرکزی (Central Steering Committee) و در سطح دانشگاه با کمیته راهبردی دانشگاه است.

پروژه کوهورت جوانان ایران نیز دارای "کمیته راهبردی مرکزی" کوهورت جوانان است. شرح وظایف "کمیته راهبردی دانشگاه" در کوهورت جوانان، مطابق با وظایف این کمیته در کوهورت بالغین است؛ ولی نظارت علمی بر کوهورت جوانان بر عهده "کمیته راهبردی مرکزی کوهورت جوانان" می باشد. دبیرخانه این کوهورت در مرکز ملی مطالعات اعتیاد واقع شده است.

در سطح هر دانشگاه، علاوه بر کمیته راهبردی دانشگاهی، ساختار زیر عملیات اجرایی را به عهده دارند:

۱. رئیس کوهورت جوانان استان
۲. هماهنگ کننده اجرایی استانی
۳. روانشناسان
۴. تیم اجرایی کوهورت بالغین (خونگیر، پذیرش کننده و پرستار)
۵. تماس گیرندگان با خانواده ها

کمیته راهبردی مرکزی کوهورت جوانان:

کمیته راهبردی مرکزی از ۱۳ عضو زیر تشکیل شده است:

- ۷ نفر مجری مرکزی پروژه؛
- ۶ نفر روسای کوهورت و همکار اصلی وی از سه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، فسا و کرمانشاه

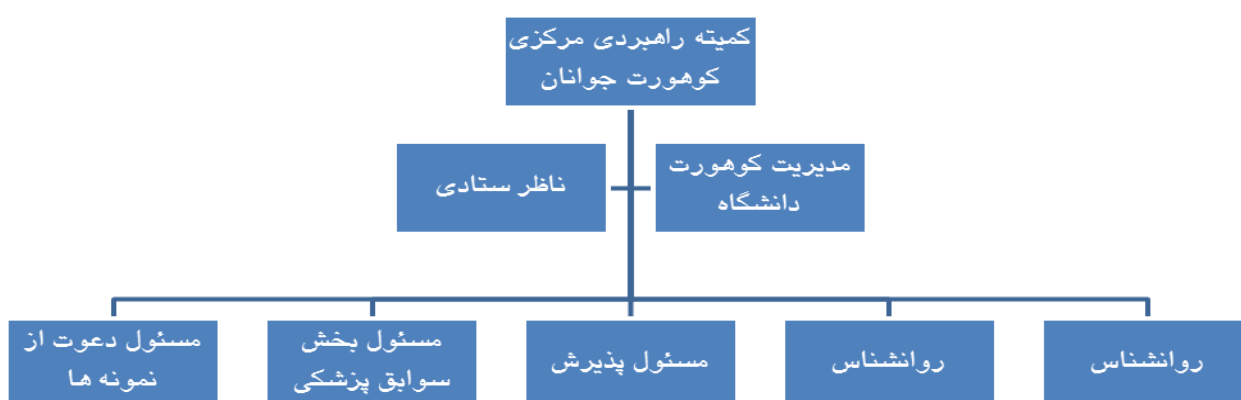
شرح وظایف این کمیته عمدتاً سیاست گذاری و نظارت علمی است و عبارت است از:

- نظارت علمی بر پروژه
- تهیه پروتکل های اجرایی پروژه
- تامین ضمانت اجرایی پروژه
- تهیه پروتکل های کنترل کیفی پروژه

- بررسی و تصویب ایده های پژوهشی جدید برای اضافه شدن به طرح بصورت Sub-cohort یا پروژه های جانبی

- بررسی و تصویب ایده های محققین تیم دانشگاهی برای استفاده از بانک اطلاعات

در زیر ساختار مدیریت و اجرایی ترسیم شده است. ناظر ستادی نماینده علمی "کمیته راهبردی مرکزی" در هر دانشگاه می باشد.



مشخصات افراد انجام دهنده کار میدانی:

کلیه پرسشگری حضوری توسط پرسشگران آموزش دیده انجام می شود. آنان کارشناسان روانشناسی بومی و یا مسلط به منطقه هستند که در یک کارگاه آموزشی پنج روزه شرکت خواهند کرد.

در هر استان با ۳۰۰۰ نمونه نهایی، دو پرسشگر اصلی و حداقل یک پرسشگر رزرو وجود خواهد داشت. بنابراین، برای هر استان ۴ نفر با معیارهای زیر انتخاب شده و برای آموزش به تهران اعزام خواهند شد. اعضای کمیته مرکزی پروژه در انتهای دوره آموزشی و پس از اخذ آزمون، دو نفر را به عنوان پرسشگران اصلی انتخاب خواهند کرد که یکی از آنها مسئول تیم پرسشگری خواهند بود. دو نفر دیگر به صورت رزرو خواهند بود و در صورت نیاز و با هماهنگی میان کمیته مرکزی و استانی تحقیق به کار گرفته می شوند.

معیارهای ضروری برای انتخاب پرسشگر برای کوهورت جوانان شامل موارد زیر است:



- دارای حداقل مدرک کارشناسی روانشناسی یا مشاوره باشد؛
- مهارت‌های اولیه برای کار با کامپیوتر، استفاده از اینترنت و ایمیل، و تایپ فارسی را داشته باشد؛
- بتواند بصورت تمام وقت در مرکز کار کند؛
- باید بتواند برای آموزش، یک سفر ۶ روزه به تهران داشته باشد؛
- بومی منطقه بوده و یا حداقل دو سال در محدوده جغرافیایی دانشگاه علوم پزشکی زندگی کرده باشد؛
- به زبان منطقه مورد پژوهش (غیر از فارسی) تسلط داشته باشد؛
- محل سکونت وی در محله‌هایی که نمونه‌ها از آنجا انتخاب خواهند شد نباشد؛
- فرم تعهدنامه را مطالعه و امضاء کرده باشد.

معیارهای ترجیحی برای انتخاب پرسشگر عبارت است از:

- محل سکونت یا کار وی در شهرستانی باشد که کار میدانی در آن انجام می‌شود؛
- سابقه انجام پرسشگری در طرح‌های پژوهشی را داشته باشد؛
- حداقل ۳۰ سال و حداکثر ۵۰ سال سن داشته باشد.

قبل از شروع کار میدانی، رئیس کوهورت جوانان استان، اسامی پرسشگران انتخاب شده را همراه با تعهدنامه‌های امضا شده و تصویر مدارکی که نشان‌دهنده آخرین مدارک تحصیلی آنها باشد، به ستاد پروژه ارسال می‌نماید.

آموزش پرسشگران در سه مرحله انجام خواهد شد:

- ۱- آموزش تئوری و عملی در تهران
- ۲- تمرین عملی در شهرستان خود
- ۳- تمرین عملی با نمونه‌های واقعی با حضور ناظر ستادی در شهرستان خود (مرحله پره پایلوت)

برنامه آموزش تئوری و عملی پرسشگران در تهران در زیر آمده است:



برنامه کارگاه آموزشی

برنامه آموزش پرسشگران (۱۲ نفر)						
ساعت ۱۶:۰۰ - ۱۷:۰۰	اسراحت و پذیرایی	ساعت ۱۳:۳۰ - ۱۵:۳۰	ناهار و نماز	ساعت ۱۰:۳۰ - ۱۲:۳۰	اسراحت و پذیرایی	ساعت ۸:۰۰ - ۱۰:۰۰
تمرین عملی دکتر حاجبی و دکتر امین اسماعیلی		اختلالات اضطرابی دکتر حاجبی		اصول پرسشگری/اصول CIDI دکتر امین اسماعیلی		افتتاحیه و معرفی مطالعه دکتر رحیمی موافر
تمرین عملی دکتر رحیمی موافر و دکتر امین اسماعیلی		مصرف مواد و الکل و اختلالات آنها، عوامل مرتبط دکتر رحیمی موافر		تمرین عملی دکتر رحیمی موافر و دکتر امین اسماعیلی		مصرف مواد و الکل و اختلالات آنها، عوامل مرتبط دکتر رحیمی موافر
پرسشنامه‌های خودکشی و پرخاشگری تمرین عملی دکتر حاجبی		تمرین عملی دکتر شریفی و دکتر امین اسماعیلی		اختلال افسردگی دکتر شریفی		اختلال افسردگی دکتر شریفی
		شیهان، K10 و تاب آوری تمرین عملی دکتر امین اسماعیلی		سرمایه اجتماعی و حوادث و سوانح تمرین عملی دکتر متولیان		بهره مندی از خدمات/تمرین عملی دکتر رحیمی موافر و دکتر امین اسماعیلی
		تمرین عملی با بیمار واقعی همه مدرسان		تمرین عملی با بیمار واقعی همه مدرسان		تمرین عملی با بیمار واقعی همه مدرسان

برنامه تمرین عملی پرسشگران در شهرستان خود به شرح زیر است:

با استفاده از نام کاربری و رمز ورود به نرم افزار دسترسی پیدا کرده و در مرحله اول، با حداقل پنج نفر از افراد عادی و از دوستان و بستگان مصاحبه کرده و به طور آنلاین نرم افزار را تکمیل می کنند. سپس، در مرحله دوم با هماهنگی دبیر اجرایی کوهورت دانشگاه، در مرکز کوهورت مستقر شده و با حداقل پنج نفر که دو نفر آن بیمار روانپزشکی انتخاب شده از مرکز بهداشتی درمانی یا از درمانگاه روانپزشکی شهر باشد مصاحبه می کنند. سه نفر دیگر باید از جمعیت معمولی ساکن در منازل باشد که خارج از منطقه مطالعه کوهورت جوانان بوده و توسط تیم تحقیق کوهورت برای انجام مطالعه به مرکز دعوت می شوند.

در مرحله پره پایلوت هر پرسشگر دو پرسشنامه را بر اساس دستورالعمل و آموزش های ارائه شده در کارگاه آموزشی تکمیل خواهد کرد. ناظر ستادی نظارت دقیق بر این مرحله خواهند داشت و چک لیست ارزیابی مصاحبه، توسط ناظر تکمیل خواهد شد.

پرسشگران نهایتاً بر اساس ارزیابیهای طول دوره آموزشی، آزمون پایانی کارگاه و نیز بررسی پرسشگریهای ثبت شده از آنان در نرم افزار، در طول دوره کار عملی، انتخاب خواهند شد.



مراحل پیگیری کوهورت:

کوهورت جوانان ایران از سال ۱۳۹۴ آغاز می شود. پیش بینی می شود که با فعالیت کامل دو روانشناس در هر دانشگاه، نمونه گیری اولیه ۹۰۰۰ نمونه، ۲۴ ماه (دو سال) به طول انجامد. هر فرد مصاحبه شونده، پس از مصاحبه تفصیلی اولیه، هر شش ماه به صورت تلفنی و کوتاه مورد مصاحبه قرار می گیرد، شماره و آدرس تماس او کنترل می شود و به او در مورد مطالعه کوهورت یادآوری می شود. این مصاحبه تلفنی کوتاه شامل ثبت موارد اقدام به خودکشی، پرسشنامه دیسترس روانی کسلر، غربالگری استفاده از خدمات سرپایی و بستری سلامت روان و ثبت موارد مرگ و بررسی دلایل آن می باشد.

دو سال بعد از مصاحبه حضوری اولیه، هر فرد مجدداً مورد مصاحبه حضوری قرار می گیرد. در هر مصاحبه حضوری، به غیر از اطلاعات پایه، بقیه پرسشنامه ها تکرار می شوند؛ لیکن طول زمان مورد پرسش، به جای طول عمر یا سال گذشته، دو سال گذشته خواهد بود.

گرچه این مطالعه، برای شش سال کار میدانی طراحی شده است، ولی مدت در نظر گرفته شده برای زمان بندی و بودجه این پروپوزال برای دو سال کار میدانی است و تنها فاز صفر (مصاحبه حضوری پایه) و مصاحبه های تلفنی شش ماه یک بار افراد را تا پایان دو سال کار میدانی در برمی گیرد. پیش بینی می شود مطالعه کوهورت پس از شش سال، هم چنان ادامه یابد؛ پروپوزال تکمیلی در سالهای بعد ارائه خواهند شد.

بر اساس طراحی شش ساله کار میدانی این مطالعه، هر فرد، سه بار مورد مصاحبه کامل حضوری و در میان آن، شش بار مصاحبه تلفنی خواهد شد. تصویر زیر این زمان بندی را نشان می دهد. در این تصویر، دو فردی که در ماه اول فاز صفر (فروردین ۱۳۹۴) و در ماه ۱۹ فاز صفر (مهر ۱۳۹۵)، مورد مصاحبه حضوری قرار گرفته اند و زمان بندی مصاحبه های بعدی حضوری و تلفنی شان نشان داده شده است:



سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹				سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷				سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵					
فاز دو: پیگیری دوم				فاز یک: پیگیری اول				فاز صفر: نمونه گیری اولیه					
فروردین	مهر	فروردین	مهر	فروردین	مهر	فروردین	مهر	فروردین	مهر	فروردین	مهر	فروردین	مهر
۱۳۹۸	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۳۹۹	۱۳۹۶	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۷	۱۳۹۴	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۵	۱۳۹۴	۱۳۹۴
فردی که مصاحبه پایه اش فروردین ۱۳۹۴ انجام شده است:													
۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱					
مصاحبه	پیگیری	پیگیری	پیگیری	مصاحبه	پیگیری	پیگیری	پیگیری	مصاحبه	پیگیری	پیگیری	پیگیری	پیگیری	پیگیری
حضور	تلفنی	تلفنی	تلفنی	حضور	تلفنی	تلفنی	تلفنی	حضور	تلفنی	تلفنی	تلفنی	تلفنی	تلفنی
سوم	ششم	پنجم	چهارم	دوم	سوم	دوم	اول	پایه					
فردی که مصاحبه پایه اش مهر ۱۳۹۵ انجام شده است:													
۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱					
مصاحبه	پیگیری	پیگیری	پیگیری	مصاحبه	پیگیری	پیگیری	پیگیری	مصاحبه	پیگیری	پیگیری	پیگیری	پیگیری	پیگیری
حضور	تلفنی	تلفنی	تلفنی	حضور	تلفنی	تلفنی	تلفنی	حضور	تلفنی	تلفنی	تلفنی	تلفنی	تلفنی
سوم	ششم	پنجم	چهارم	دوم	سوم	دوم	اول	پایه					

ملاحظات اخلاقی:

ملاحظات اخلاقی به اشکال زیر رعایت خواهند شد:

۱- کسب رضایت آگاهانه کتبی:

شرکت در مطالعه اختیاری است و از همه افراد، رضایت آگاهانه کتبی گرفته شده و در مرکز کوهورت هر شهرستان نگهداری می شود. چون همه افراد، بالای ۱۵ سال سن دارند از خودشان رضایت کتبی گرفته می شود. در صورتی که معلوم شود فردی در همان زمان، پسکوئیک است از ولی قانونی وی رضایت کتبی گرفته می شود.

ابتدا مطالعه برای شرکت کننده تشریح می شود. سپس متن رضایت نامه در اختیار وی قرار می گیرد تا آن را مطالعه کند و در صورت موافقت آن را امضا نماید. در صورت بی سواد بودن فرد، متن کامل برای وی خوانده می شود و از وی خواسته می شود تا با اثر انگشت رضایت خود را اعلام کند. رضایت آگاهانه شامل موارد زیر است:



- اهداف طرح تشریح شده و تداوم طرح و ضرورت پیگیری توضیح داده می شود.
- طول مصاحبه و اختیار فرد برای عدم پاسخگویی به هر سوال به اطلاع وی می رسد.
- برای تماس تلفنی و حضوری بعدی مطابق پروتکل طرح اجازه گرفته می شود.
- در مورد نگهداری نمونه خونی و احتمال انجام آزمایشات ژنتیکی بر آنها به ایشان اطلاع داده می شود. کسانی که مایل نیستند، نمونه خونشان نگهداری نمی شود.
- در صورت بستری فرد به دلایل روانپزشکی، از وی برای تماس با مرکزی که فرد در آن بستری شده است و پرسش در مورد جزئیات تشخیص و خدمات دریافت شده اجازه گرفته می شود.
- در مورد اینکه تجزیه و تحلیل اطلاعات و انتشار نتایج آن بدون ذکر هویت افراد انجام می شود توضیح داده می شود.
- توضیح داده می شود که اطلاعات محرمانه مانده و در اختیار فرد دیگری غیر از تیم تحقیق قرار داده نمی شود.

۲- سایر ملاحظات:

- کسی که حاضر نباشد در این مطالعه شرکت کند، از سایر خدمات معمول شهرستان محروم نمی شود.
- مصاحبه کنندگان با نام کاربری و رمز عبور خود وارد نرم افزار خواهند شد و فقط به اطلاعاتی که خودشان وارد کرده اند دسترسی دارند. تیم آنالیز کننده نیز با نام کاربری و رمز عبور خود وارد شده و به همه اطلاعات دسترسی دارند، ولی تجزیه تحلیل و انتشار داده ها را بدون ذکر هویت افراد شرکت کننده در طرح انجام می دهند.
- حریم خصوصی افراد، ضمن مصاحبه رعایت خواهد شد.
- در صورتی که پرسشگر از قبل با مصاحبه شونده از نظر فامیلی، همسایگی یا دوستی آشنا باشد، پرسشگر دیگری در محل، پرسشگری را انجام خواهد داد.
- مصاحبه شونده می توانند در صورت تمایل، جواب آزمایشات خون خود را دریافت کنند.
- در صورتی که فردی بخواهد بداند که مبتلا به اختلال روانپزشکی هست یا نه، بر اساس پرسشنامه غربالگری K10 که نرم افزار در زمان مصاحبه، آنالیزش را انجام می دهد، پرسشگر به او می گوید که احتمال ابتلای وی کم و یا زیاد است.
- اگر حین مصاحبه معلوم شد که فرد افکار جدی خودکشی یا آسیب به دیگران در زمان حاضر دارد، وی به مرکز خدمات روانپزشکی که قبلا با آن هماهنگ شده است، به صورت فوری ارجاع داده می شود.
- در صورتی که در طول زمان، شرایطی ایجاد شود که بر روی رضایت فرد برای ادامه کار تاثیر بگذارد (دمانس، سایکوتیک شدن)، از ولی قانونی وی برای مراحل پیگیری کوهورت، کسب اجازه خواهد شد.

زمان بندی مراحل اجرای طرح

پیش بینی کل زمان لازم برای اجرای کامل طرح به ماه : ۳ سال

زمان اجرا به ماه																										زمان	ردیف	فعالیت‌های اجرایی											
۳۶	۳۵	۳۴	۳۳	۳۲	۳۱	۳۰	۲۹	۲۸	۲۷	۲۶	۲۵	۲۴	۲۳	۲۲	۲۱	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱				۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
																															*	*	*	*	*	*	۶ ماه	۱	برنامه‌ریزی، آماده‌سازی ابزارها و دستورالعملها و مقدمات طرح و هماهنگی درونی سه دانشگاه
																															*	*	*				۳ ماه	۲	انتخاب پرسشگران و آموزش
																												*	*	*							۳ ماه	۳	پره پایلوت و پایلوت
						*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	۲۴ ماه	۴	اجرای فاز صفر: نمونه گیری پایه (و پیگیری تلفنی هر شش ماه)
*	*	*	*	*	*																															۶ ماه	۵	آنالیز نتایج، تهیه گزارش و مقالات	

گزارش پیشرفت کار یک بار، در میانه ردیف ۴ جدول فوق (نمونه گیری از ۴۵۰۰ نفر) ارائه خواهد شد. گزارش نهایی نیز در پایان کار ارائه خواهد شد. گزارش نهایی، علاوه بر گزارش فعالیت‌های انجام شده، شامل آنالیز و گزارش نتایج مصاحبه حضوری اول ۹۰۰۰ نمونه خواهد بود. این گزارش، مشخصات دموگرافیک، روانشناختی و روانپزشکی و سایر شاخصهای سلامت این جمعیت را بر اساس ابزارهای مورد استفاده به تفکیک سه منطقه پژوهش ارائه خواهد کرد.



قسمت پنجم - اطلاعات مربوط به هزینه‌ها

هزینه های سه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، کرمانشاه و فسا:

پیش بینی می شود سه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، کرمانشاه و فسا هر یک هزینه های زیر را داشته باشند. مقرر است هر دانشگاه، پروپوزال مکمل این پروپوزال برای درخواست بودجه خود تهیه نماید تا هزینه های خود را از معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت و یا دانشگاه خود و یا سایر منابع تامین نماید.

- حق الزحمه تیم استانی تحقیق
- حقوق دو سال دو پرسشگر
- خرید کامپیوتر به تعداد پرسشگران
- چکاپ و آزمایشات جسمی برای ۳۰۰۰ نمونه به شرح ذکر شده در بخش ابزارها
- استخراج DNA نمونه ها و نگهداری
- دعوت کننده نمونه ها
- پذیرایی برای نمونه ها
- لوازم تحریر
- ارسال بار و پیک و آژانس متفرقه
- هزینه برگزاری جلسات
- مهمانسرا در تهران برای جلساتی که در تهران برگزار می شود
- مهمانسرا در شهرستان مورد مطالعه برای بازدید ناظران ستادی
- وسیله رفت و آمد داخل استانی برای زمان حضور ناظران ستادی در استان
- سایر هزینه ها



هزینه های ستادی:

۱- هزینه کارمندی (پرسنلی) با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آنها:

ردیف	نوع فعالیت	رتبه علمی	تعداد افراد	کل حق الزحمه برای یک نفر	جمع کل
۱.	طراحی مطالعه، تولید ابزارها و دستورالعملها	دانشیار	۷ نفر	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۲۸۰,۰۰۰,۰۰۰
۲.	آموزش پرسشگران	دانشیار	۷ نفر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۳.	اجرای پره پایلوت و پایلوت: طراحی، آموزش پرسشگران، مدیریت، آنالیز چک لیستها، نرم افزار و اصلاحات	دانشیار	۷ نفر	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
۴.	نظارت بر اجرای کار میدانی (سال اول) شامل جمعا ۳۶ سفر ۲ تا ۳ روزه به ۳ شهرستان	دانشیار	۳۶ سفر	۷,۰۰۰,۰۰۰	۲۵۲,۰۰۰,۰۰۰
۵.	نظارت بر اجرای کار میدانی (سال دوم) شامل جمعا ۲۱ سفر ۲ تا ۳ روزه به ۳ شهرستان	دانشیار	۲۱ سفر	۸,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۸,۰۰۰,۰۰۰
۶.	کنترل کیفی ستادی و جلسات هفتگی در طول سال اول	دانشیار	۵ نفر	۱۲,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۷.	کنترل کیفی ستادی و جلسات هفتگی در طول سال دوم	دانشیار	۵ نفر	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۷۵,۰۰۰,۰۰۰
۸.	مدیریت کلی پروژه	دانشیار	۲ نفر	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰,۰۰۰
۹.	آنالیز و تهیه گزارش نهایی فاز صفر (مصاحبه پایه) و مقالات	دانشیار	۷ نفر	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱۰۵,۰۰۰,۰۰۰
	جمع کل				۱,۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰

۲- هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی که توسط دانشگاه ویا دیگر موسسات صورت می گیرد:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	تعداد دفعات آزمایش	هزینه برای هر دفعه آزمایش	جمع (ریال)
تهیه نرم افزار ابزارها و قرار دادن آنها روی سرور	-	-	هزینه آن توسط پروژه کوهورت پرشین بالغین پژوهشکده گوارش و کبد دانشگاه تامین خواهد شد.
اصلاحات نرم افزار	۲۰ بار	۲,۵۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
کنترل پرسشنامه ها و داده های وارد شده	۹۰۰۰ پرسشنامه	۲۰,۰۰۰	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
کارشناس اجرایی مطالعه	۳۶ ماه	هر ماه ۴ میلیون ریال	۱۴۴,۰۰۰,۰۰۰
کیف و منابع آموزشی در کارگاه آموزشی	برای ۲۰ نفر	۱,۰۰۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
هزینه چاپ پرسشنامه ها برای استفاده در مواقع قطعی اینترنت	۱۰۰۰ جلد ۱۲۰ صفحه ای	۷۰,۰۰۰	۷۰,۰۰۰,۰۰۰
بالاسری مرکز ملی مطالعات اعتیاد (۵ درصد): مکان کارگاه آموزشی و جلسات، نگهداری اسناد، هزینه تلفن و فاکس			۱۳۰,۰۰۰,۰۰۰
جمع کل			۵۹۴,۰۰۰,۰۰۰



۳- هزینه مسافرت :

مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	نوع وسیله	هزینه هر مسافرت	هزینه به ریال
از تهران به سه شهرستان (رفت و برگشت)	۵۷ سفر در طول دو سال برای نظارت بر کار میدانی	هواپیما	۵,۰۰۰,۰۰۰	۲۸۵,۰۰۰,۰۰۰
از امریکا به ایران (رفت و برگشت)	۲ سفر به منظور حضور یکی از اعضای تیم تحقیق (دکتر رامین مجتبابی، استاد دانشکده بهداشت دانشگاه جانزهاپکینز امریکا) در ایران	هواپیما	۸۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۶۰,۰۰۰,۰۰۰
جمع کل				۴۴۵,۰۰۰,۰۰۰

۴- مواد مصرفی:

نام ماده	قیمت کل
لوازم التحریر	۲۰,۰۰۰,۰۰۰
پذیرایی در کارگاه آموزش برای ۸۰ نفر روز	۴۸,۰۰۰,۰۰۰
پذیرایی در جلسات هفتگی تیم تحقیق و جلسات با تیم استانی و پرسشگران در تهران (۱۸۰۰ جلسه هر بار ۱۰۰ هزار ریال)	۱۸۰,۰۰۰,۰۰۰
هتل (اقامت) و رفت و آمد پرسشگران، مدیران اجرایی و میران دانشگاهی در تهران در طول مدت آموزش و جلسات مشترک	توسط دانشگاههای علوم پزشکی تأمین خواهد شد.
هتل (اقامت) و رفت و آمد پژوهشگران برای اعمال نظارت ستادی و کنترل کیفی در ۴۰ دانشگاه علوم پزشکی هر یک به مدت دو تا سه شب	توسط دانشگاههای علوم پزشکی تأمین خواهد شد.
جمع کل	۲۴۸,۰۰۰,۰۰۰

۵- هزینه های دیگر:

نوع هزینه	هزینه به ریال
سایر هزینه ها مانند تکثیر ابزارها در مرحله تمرین و پره پایلوت، تایپ، تهیه وب سایت مطالعه، ارسال بار، پیک، آژانس، گردهمایی های کشوری دست اندرکاران مطالعه، تقدیر از پرسشگران و سایر هزینه های پیش بینی نشده	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰

۶- جمع هزینه های ستادی:

هزینه پرسنلی	۱,۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه مسافرت	۴۴۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال
هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی	۵۹۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال	هزینه های دیگر	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	۲۴۸,۰۰۰,۰۰۰ ریال	جمع کل	۲,۶۰۷,۰۰۰,۰۰۰ ریال