مقـــاله تحقیقی

بار بیماری اختلالات روانی: مطالعه کشورهای منطقهٔ خاورمیانه طی دوره ۲۰۱۷ – ۲۰۰۰

احمدعلی نوربالا[1*]، فاروق نعمانی[2]، جعفر یحیوی دیزج[2]، سیامند انوری[3]، منیره محمودپورآذری[4]

[1] مرکز تحقیقات طب روانشناختی، بیمارستان امام خمینی ، دانشگاه علوم پزشکی تهران ، تهران ، ایران

[2] گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[3] بیمارستان روزبه، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

[4] گروه علوم اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

مرکز تحقیقات طب روانشناختی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشانی الکترونیک: noorbala1@gmail.com

چکیده

زمینه: اختلالات روانی به عنوان بارزترین چالش حال حاضر سلامت جهانی، نگرانی‌های بسیاری را برای نظام‌های سلامت، متخصصین و سیاستگذاران حوزه سلامت به وجود آورده و عامل اصلی رشد عوارض و ناتوانی‌های ناشی از عدم سلامت در جهان به شمار می‌رود. مطالعه حاضر با هدف توصیف وضعیت بار بیماری اختلالات روانی در کشورهای خاورمیانه، طی دوره مطالعاتی سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ طراحی و انجام شد.

روش کار: مطالعه توصیفی–مقطعی حاضر بر اساس آخرین داده های منتشر شده و در دسترس(تا سال ۲۰۱۷ میلادی) توسط پایگاه اطلاعاتی GBD (Global Burden Disease)، برای اختلالات روانی در سال ۱۳۹۸ هجری شمسی انجام شد. جامعه مورد بررسی کشورهای منطقه خاورمیانه بودند. در مطالعه حاضر اختلالات روانی شامل: اسکیزوفرنیا، افسردگی، اختلال دو قطبی، اختلال اضطرابی، اختلال خوردن، اوتیسم، اختلال نقص توجه بیش فعالی(ADHD)، اختلال رفتاری و اختلال ناتوانی ذهنی مورد بررسی قرار گرفتند. از شاخص DALY (Disability-Adjusted Life Years) به عنوان معیار بار کل بیماری استفاده شد. اطلاعات درج شده در پایگاه GBD بر اساس دریافت داده هایی است که کشورهای ذیربط برآورد کرده اند و به دلیل محدودیت‌های اقتصادی و توسعه بهداشتی، برخی از کشورها در رابطه با ثبت داده ها مبتنی بر شواهد پژوهشی عملکرد ضعیفی داشته اند.

یافته‌ها: اختلالات روانی، ۴/۹ درصد از دالی های ثبت شده برای کل بار بیماریها در جهان را به خود اختصاص داده که از این نظر در جهان، رتبه ششم را دارد؛ این میزان برای منطقه خاورمیانه ۶/۲ درصد(رتبه هفتم) بوده است. دو اختلال افسردگی(۳۵%) و اختلال اضطرابی(۲۵%) بیشترین میزان بار بیماری اختلالات روانی را داشته اند. براساس اطلاعات ثبت شده در پایگاه اطلاعاتی GBD، اختلالات روانی در کشورهای ایران، بحرین و قطر بیشترین و در کشورهای مصر، عراق و یمن کمترین میزان بار بیماری را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین بار بیماری اختلال افسردگی و اختلال اضطرابی به طور مشخص در تمام کشورها در بین زنان بیشتر از مردان بود. گروه سنی ۴۹–۱۵ سال بالاترین میزان DALY اختلالات روانی را به خود اختصاص داده بودند.

نتیجه گیری: نتیجه مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اختلالات روانی در منطقه خاورمیانه از بار بیماری بالایی نسبت به میزان جهانی برخوردار می باشد. همچنین در کشورهای منطقه خاورمیانه به دلایل موانع فرهنگی و سایر محدودیتها، زنان نسبت به مردان بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار داشتند. پیشنهاد میشود سیاستگذاران کشورهای مورد مطالعه از جمله ایران جهت کنترل و کاهش شیوع اختلالات روانی، اقدامات عملی در زمینه بهداشت روان را در اولویتهای سیاستی خود قرار دهند.

واژگان کلیدی: بار بیماری، DALY، اختلالات روانی، خاورمیانه، ایران

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

مقدمه

اختلالات روانی به عنوان بارزترین چالش حال حاضر سلامت جهانی، نگرانی‌های بسیاری را برای نظام‌های سلامت، متخصصین و سیاستگذاران حوزه سلامت به وجود آورده و عامل اصلی رشد عوارض و ناتوانی‌های ناشی از عدم سلامتی در جهان به شمار می‌رود(۱). با وجود اینکه از حدود دو دهه پیش سازمان بهداشت جهانی نسبت به بی توجهی زیانبار جوامع نسبت به اختلالات روانی هشدار جدی داده و به نقش ۸۵ درصدی تاثیرگذار عوامل روانی-اجتماعی بر سلامت اشاره کرده است(۲)؛ اما همچنان شاهد عدم توجه لازم به این حوزه از مسائل سلامت هستیم. افراد مبتلا به اختلالات روانی دارای حالات قابل توجه بالینی می باشند که با تغییر در تفکر، خلق، هیجان و رفتار مشخص بوده و ناراحتی و تشویش شخصی به‌صورت واضح، غیرعادی، بیمارگونه، مداوم یا عودکننده در آنها مشاهده می‌شود که موجب اختلال کارکرد زندگی می‌شوند(۳). اختلالات روانی به عنوان یکی از عوامل اصلی بار بیماریها در جهان محسوب می‌شوند؛ بطوریکه اختلالات روانی در سال ۲۰۱۶ بیش از یک میلیارد نفر را در سطح جهان درگیر کرده و طبق محاسبات جهانی انجام گرفته درباره بار بیماری‌ها براساس DALY[۱]، اختلالات روانی ۷% از کل سال‌های از دست رفته به علت مرگ زودرس(YLLs)[۲] و ۱۹٪ از سال‌های از دست رفته ناشی از ناتوانی (YLDs)[۳] از کل بیماری ها را به خود اختصاص داده است(۴). مطالعات بار بیماری در ایران نشان میدهد بار بیماری اختلالات روانی و اسکلتی-عضلانی با توجه به روند سالمندی جمعیت در ایران منبع اصلی بار بیمارها و چالش اصلی آینده سیستم بهداشت و درمانی ایران خواهد بود(۵). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که اختلالات روانی یکی از عوامل اصلی خودکشی بوده و ۹۰ درصد از افرادی که خودکشی می کنند حداقل به یکی از اختلالات روانی مبتلا بوده‌اند (۶). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ سالانه ۸۰۰ هزار خودکشی در جهان را برآورد کرده است که ۸۶ درصد آن در کشورهای درحال توسعه رخ داده است(۷). بنابراین توجه به اختلالات روانی برای این دسته ازکشورها از اهمیت بالایی برخوردار است این درحالی است که طی دهه گذشته در کشورهای توسعه یافته مطالعات مربوط به اختلالات روانی به عنوان یکی از اولویت‌های پژوهشی نظام‌های سلامت کشورهای مذکور مطرح بوده است(۸). سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹ با اعلام شعار "نقش سلامت روان در پیشگیری از خودکشی" توجه و حساسیت مردم و دولت‌ها را به ضرورت و اهمیت موضوع سلامت روان جلب نمود(۹). در یکی از مطالعات انجام شده در سال ۲۰۱۴، از هر ۵ بزرگسال در جهان یک نفر اظهار کرده که در طی ۱۲ماه گذشته یک اختلال روانی داشته است(۱۰). علاوه بر مسایل ذکر شده برخی از اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی و دو قطبی علاوه بر بار بیماری و میزان مرگ و میر، هزینه‌های اقتصادی قابل توجهی برای کشورها ایجاد می‌کنند (۱۲و ۱۱).

منطقه خاورمیانه، واقع در جنوب غربی قاره آسیا، منطقه‌ای استراتژیک از نظر جغرافیایی و انرژی به شمار می‌رود. این منطقه شامل کشورهای کمتر توسعه یافته (یمن، فلسطین و ...) و درحال توسعه (ایران، عربستان و...) می‌باشدکه از نظر تولید ناخالص داخلی، شاخص‌های بهداشتی و ظرفیت‌ها و پوشش سیستم‌های بهداشتی باهم بسیار متفاوت هستند(۱۳). در طی دو دهه گذشته، کشورهای خاورمیانه پیشرفت‌های چشمگیری را در وضعیت سلامت از جمله افزایش امید به زندگی و کاهش میزان مرگ و میر کودکان داشته‌اند(۱۴)؛ ولی باوجود شایع بودن اختلالات روانی در این کشورها(۱۵)، پیشرفت قابل توجهی از نظر کاهش شیوع و بار بیماری دراین زمینه اختلالات روانی نداشته‌اند(۱۲). علاوه بر این، فقدان امکانات و منابع حمایتی در این کشورها می‌تواند تأثیر منفی بر نیازهای بیماران دارای اختلالات روانی و مراقبان آنها داشته باشد(۱۶). مطالعات نشان می‌دهند که وضعیت دسترسی به خدمات سلامت روان در برخی از کشورهای منطقه خاورمیانه نامطلوب بوده به گونه‌ای که کشورهای عراق، سوریه و یمن دارای سرانه کمتر از ۰/۵ روانپزشک به ازای ۱۰۰ هزار نفر می‌باشند(۱۷)؛ در مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۲ سرانه روانپزشک به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر برای کشورهای بحرین، قطر و کویت به ترتیب ۵، ۳/۴ و ۳/۱ نفر گزارش شد(۱۷). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی WHO در سال ۲۰۱۴ تعداد کل کارکنان شاغل در بیمارستان‌های روان درمانی ایران ۸۸۱۶ نفر و سرانه کل کارکنان بهداشت روان و متخصص روانپزشکی آن به ازای ۱۰۰ هزار نفر بترتیب ۱۶/۹ و ۰/۷۲ نفر بود(۱۸). از نظر تامین مالی، مخارج سلامت مرتبط با اختلالات روانی در بیشتر کشورهای خاورمیانه گزارش نمی‌شود و تنها برخی کشورها مانند قطر (۱درصد)، مصر (کمتر از ۱درصد) و فلسطین (۲/۵درصد) سهم مخارج خدمات مربوط به اختلالات روانی از کل هزینه‌های بهداشتی را گزارش داده‌اند(۱۷).

شیوع جهانی اختلالات روانی در بزرگسالان بین ۱۲/۶ تا ۴۸/۶ درصد و شیوع ۱۲ماهه آن بین ۴/۳ تا ۲۶/۴ درصد(۱۹) و شیوع این اختلالات در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی(EMRO)[۴]، ۱۵/۶ تا ۳۵/۵ درصد برآورد شده است(۲۰). اختلالات روانی در کشورهای منطقه خاورمیانه نیز شیوع بالایی دارد و افسردگی و اضطراب از شایعترین نوع این اختلالات به شمار می‌روند(۲۱)؛ به گونه‌ای که میزان شیوع اختلالات اضطرابی در بزرگسالان در کشور لبنان و عراق به ترتیب ۱۶/۷ درصد و ۱۳/۸ درصد گزارش شده است (۲۳ و ۲۲).

۱. Disability-Adjusted Life Years
۲. Years of life lost
۳. Years lived with disability
۴. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

همچنین نتایج مطالعه‌ای در مصر حاکی از شیوع ۴/۸ درصدی اختلالات اضطرابی و ۶/۴ درصدی اختلالات خلقی می‌باشد(۲۴).
در ایران نسبت به سایر کشورهای منطقه پژوهش‌های بیشتری جهت سنجش شیوع اختلالات روانی صورت گرفته است. نوربالا و همکاران در سال ۲۰۰۴ میلادی شیوع اختلالات روانی در بین زنان، مردان و کل کشور را به ترتیب ۲۵/۹ درصد، ۱۴/۹ درصد و ۲۱/۳۳ درصد گزارش کرده‌اند(۲۵). همچنین محمدی و همکاران شیوع اختلالات روانی در ایران را برای زنان، مردان و کل به ترتیب ۲۳/۴، ۱۰/۸۶ و ۱۷/۱۰ درصد برآورد کرده‌اند(۲۶). مطالعه شریفی و همکاران نیز شیوع اختلالات روانی در ایران را برای زنان، مردان و کل به ترتیب ۲۶/۵ درصد، ۲۰/۸ درصد، ۲۳/۶ درصد برآورد کرده است(۲۷). علاوه بر این نور بالا و همکاران در مطالعه خود شیوع اختلالات بیماری‌های روانی در شهر تهران را برای زنان، مردان و کل به ترتیب ۴۲/۴، ۳۶/۴ و ۳۹/۶ درصد برآورد کرده‌اند (۲۸). آخرین مطالعه ملی توسط نور بالا و همکاران در سال ۱۳۹۳ در سطح ملی اجرا شد که شیوع اختلالات روانی برای زنان، مردان و کل کشور را به ترتیب ۱۹/۳ درصد، ۲۷/۶ درصد و ۲۳/۴ درصد گزارش کرده است. همچنین نشان دادند که استان‌های سمنان (۱۴/۵ درصد)، سیستان و بلوچستان (۱۵/۱ درصد) و قم (۱۶/۲ درصد) کمترین و استان‌های لرستان (۳۶/۳ درصد)، بوشهر (۲۳/۴ درصد) و اصفهان (۳۰/۶ درصد) بیشترین شیوع اختلالات روانی در کشور را دارا بودند (۲۹).
برآورد بار بیماری اختلالات روانی و سهم هر کدام از این اختلالات باتوجه به شرایط درگیری و جنگ های اخیر در بیشتر کشورهای منطقه خاورمیانه و وضعیت ایران میتواند اهمیت انجام مطالعه حاضر را به طور مضاعف افزایش دهد. بر همین اساس مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت بار بیماری ها در کشورهای خاورمیانه و تعیین جایگاه ایران در این منطقه از نظر بار بیماریها طراحی و انجام گردید.

روش اجرا

مطالعه توصیفی-مقطعی حاضر بر اساس آخرین داده های منتشر شده و در دسترس(تا سال ۲۰۱۷میلادی) توسط پایگاه اطلاعاتی GBD[۵]، برای اختلالات روانی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه مورد بررسی در این مطالعه کشورهای منطقه خاورمیانه بودند. در مطالعه حاضر اختلالات روانی شامل اسکیزوفرنی، افسردگی، اختلال دو قطبی، اضطراب، اختلال خوردن، اوتیسم، بیش فعالی(ADHD)، اختلال رفتاری و اختلال ذهنی مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه از شاخص DALY به عنوان معیار بار کل بیماری استفاده شد. شاخص DALY یا سال های عمر تطبیق داده شده برای ناتوانی به صورت مجموع سال های از دست رفته به علت مرگ زودرس(YLLs) و ناتوانی ناشی از بیماری(YLDs) تخمین زده می شود:

$$DALY = YLLs + YLDs \quad (1)$$

YLLs نیز از حاصلضرب تعداد مرگ و میرها (N) در تعداد سال‌های زندگی انتظار داشته بر اساس طول عمر مورد انتظار (L) محاسبه می‌شود.

$$YLLs = N \times L \quad (2)$$

با در نظر گرفتن عامل‌های r و k و β رابطه (۲) به صورت رابطه (۳) تغییر می‌کند.

$$YLLs\,[r,k,\beta] = \frac{KCe^{ra}}{(r+\beta)^2}\{e^{-(r+\beta)(L+a)}[-(r+\beta)(L+a)-1]-e^{-(r+\beta)a}[-(r+\beta)a-1]\}+\frac{1-K}{r}(1-e^{-rL})$$

بر همین اساس میزان DALY ثبت شده در پایگاه GBD به تفکیک اختلالات روانی در رده های سنی زیر ۵ سال، ۵ تا ۱۴ سال، ۱۵ تا ۴۹ سال، ۵۰ تا ۶۹ سال و بالای ۷۰ سال، برای کشورهای مورد مطالعه شامل ایران، مصر، ترکیه، عراق، عربستان سعودی، یمن، سوریه، امارات متحده عربی، اردن، فلسطین، لبنان، عمان، کویت، قطر، بحرین و قبرس در بازه زمانی سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ به تفکیک هر سال استخراج شد. داده ها با استفاده از نرم افزار کاربردی EXCEL تحلیل و به کمک آمار توصیفی گزارش شدند. اطلاعات درج شده در پایگاه GBD بر اساس دریافت داده‌هایی است که کشورهای ذیربط برآورد کرده اند و به دلیل محدودیت‌های اقتصادی و توسعه بهداشتی، برخی از کشورها در رابطه با ثبت داده‌ها مبتنی بر شواهد پژوهشی عملکرد ضعیفی داشته‌اند.

یافته‌ها

براساس تحلیل های انجام شده اختلالات روانی، ۴/۹ درصد از دالی های ثبت شده برای بار بیماری‌ها در جهان را به خود اختصاص داده که از این نظر در جهان، رتبه ششم را دارد؛ این میزان برای منطقه خاورمیانه ۶/۲ درصد(رتبه هفتم) بوده است. علاوه براین بیماری های قلبی-عروقی بالاترین بار بیماری در جهان (۱۴/۶%) و خاورمیانه(۱۳/۷%) را به خود اختصاص داده اند. بیماری‌های پوستی نیز کمترین میزان بار بیماری را داشته که برای جهان و خاورمیانه به ترتیب ۱/۸% و ۰/۲ درصد بوده است (شکل ۱و۲).
با توجه به مقایسه داده‌های استخراج شده به تفکیک هر کشور در پایگاه اطلاعاتی GBD، اختلالات روانی در کشورهای ایران، بحرین و قطر بیشترین و در کشورهای مصر، عراق و یمن کمترین میزان بار بیماری اختلالات روانی را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین بار بیماری اختلال افسردگی و اضطراب به طور مشخص در تمام کشورها در بین زنان بیشتر از مردان بود. میزان دالی‌های ثبت شده برای اختلال افسردگی در زنان و مردان در منطقه مورد مطالعه، به ترتیب بین بازه

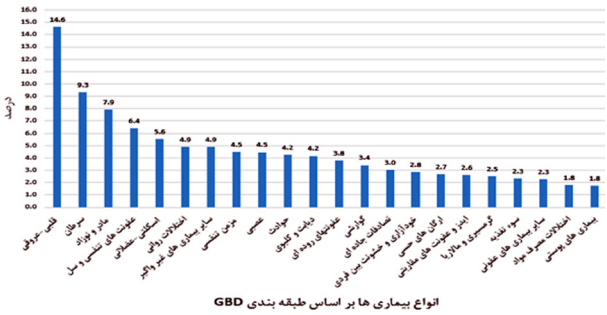
۵. Global Burden of Disease

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

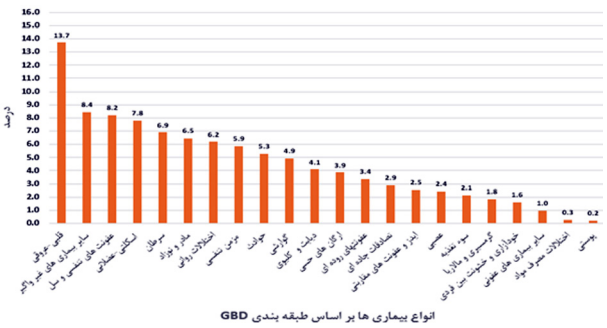
(۶۱۳ تا ۱۱۳۳) و (۳۹۰ تا ۸۰۳) و برای اختلال اضطراب بین بازه (۴۹۳ تا ۷۲۳) و (۲۹۸ تا ۵۱۱) می‌باشد(شکل ۳).

همچنین مقایسه بار بیماری بین کشورهای مختلف به تفکیک اختلالات روانی نشان می‌دهد که دو اختلال افسردگی(۳۵%) و اضطراب(۲۵%) بیشترین میزان بار بیماری اختلالات روانی را داشته‌اند.(شکل ۴).

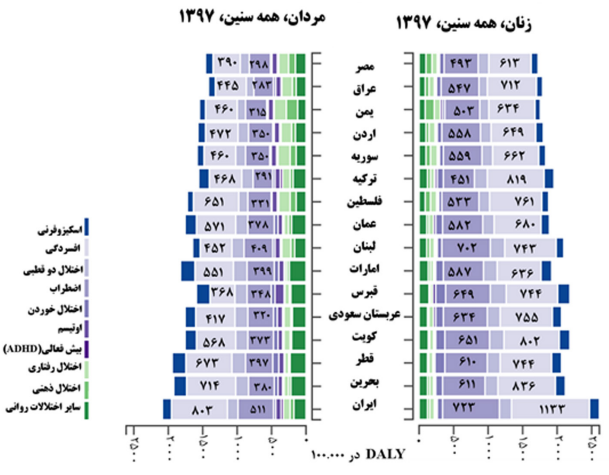
مقایسه میزان DALY ثبت شده برای اختلالات روانی نشان میدهد که میزان دالی اختلالات روانی برای کشورهای خاورمیانه بیشتر از



شکل ۱ : نسبت DALY ثبت شده بیماری‌ها در دوره مطالعاتی ۲۰۱۷-۲۰۰۰(جهان)



شکل ۲: نسبت DALY ثبت شده بیماری‌ها در دوره مطالعاتی ۲۰۱۷-۲۰۰۰(خاورمیانه)

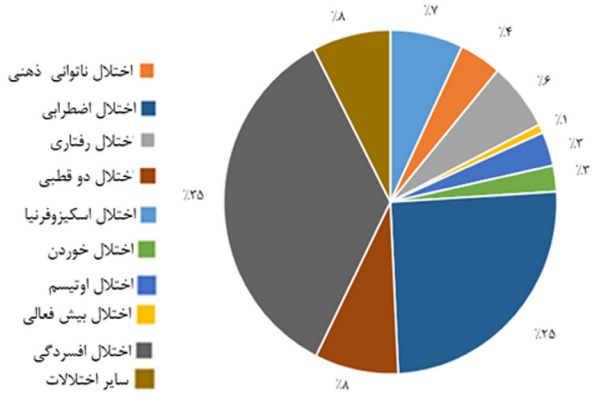


شکل ۳: DALY محاسبه شده برای اختلالات روانی، بر اساس کشور و جنس در سال ۲۰۱۷

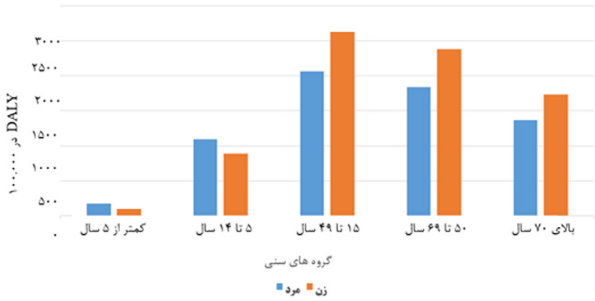
میزان مذکور برای جهان می‌باشد. همچنین میزان دالی اختلالات روانی در جهان و خاورمیانه برای زنان بیشتر از مردان بوده است. روند دالی اختلالات روانی برای خاورمیانه روند نزولی دارد؛ ولی برای جهان این روند دارای نوسانات کاهشی و افزایشی در سالهای مختلف بوده است (جدول ۱).

گروه سنی ۴۹-۱۵ سال بالاترین میزان دالی اختلالات روانی را به خود اختصاص داده بودند. در گروه‌های سنی ۴۹-۱۵، ۶۹-۵۰ و بالای ۷۰ سال میزان دالی اختلالات روانی برای زنان بالاتر از مردان بود؛ ولی در گروه‌های سنی کمتر از ۵ سال و ۱۴-۵ سال میزان دالی اختلالات روانی برای زنان کمتر از مردان می باشد(شکل ۵).

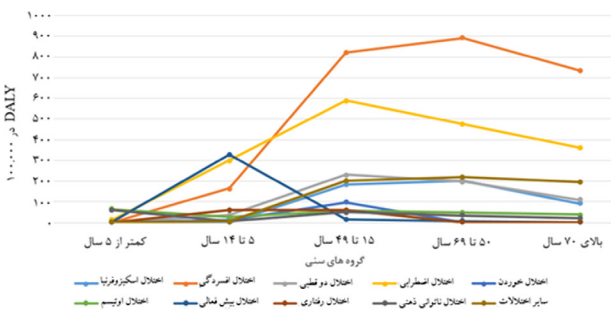
شکل ۶ تغییرات دالی برای اختلالات روانی، به تفکیک گروه‌های



شکل ۴: نسبت DALY اختلالات روانی به تفکیک نوع اختلال برای کشورهای خاورمیانه در سال ۲۰۱۷



شکل ۵: میانگینDALY اختلالات روانی، به تفکیک گروه های سنی و جنسیت در دوره مطالعاتی ۲۰۱۷-۲۰۰۰



شکل ۶:تغییرات DALY برای اختلالات روانی، به تفکیک اختلالات روانی و گروه‌های سنی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

جدول ۱: میانگین DALY اختلالات روانی به تفکیک جنسیت برای جهان و خاورمیانه در دوره ۲۰۱۷-۲۰۰۰

سال	خاورمیانه		جهان	
	زن	مرد	زن	مرد
۲۰۰۰	۱۸۴۲/۸	۱۶۵۴/۱	۱۷۱۵/۵	۱۴۳۷/۹
۲۰۰۱	۱۸۴۲/۴	۱۶۵۲/۸	۱۷۲۱/۴	۱۴۴۲/۳
۲۰۰۳	۱۸۴۱/۵	۱۶۵۰/۱	۱۷۳۲/۳	۱۴۵۰/۱
۲۰۰۵	۱۸۴۰/۲	۱۶۴۷/۲	۱۷۴۱/۳	۱۴۵۶/۴
۲۰۰۷	۱۸۳۸/۸	۱۶۴۴/۱	۱۷۴۰/۵	۱۴۵۷/۱
۲۰۰۹	۱۸۳۷/۱	۱۶۴۰/۷	۱۷۳۳/۶	۱۴۵۴/۹
۲۰۱۱	۱۸۳۵/۳	۱۶۳۷/۲	۱۷۳۵/۹	۱۴۵۷/۱
۲۰۱۳	۱۸۳۳/۴	۱۶۳۳/۶	۱۷۳۹/۷	۱۴۵۹/۸
۲۰۱۵	۱۸۳۱/۴	۱۶۳۰/۱	۱۷۴۳/۸	۱۴۶۳/۱
۲۰۱۷	۱۸۲۹/۴	۱۶۲۶/۴	۱۷۴۷/۸	۱۴۶۶/۸

سنی و اختلالات روانی در سال ۲۰۱۷ را نشان می‌دهد که گروه سنی کمتر از ۵ سال کمترین بار مالی اختلالات روانی را دارند. در گروه سنی ۱۴-۵ سال، سه اختلال افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی بیشترین بار بیماری روانی را دارند که اختلال اسکیزوفرنی روند کاهشی را برای سنین بعدی دارد، ولی بار مالی دو اختلال اضطراب و افسردگی تا سنین ۴۹-۱۵ سال روندی صعودی داشته اند. همچنین اختلالات اضطراب و افسردگی درکل گروه‌های سنی بیشترین بار بیماری را دارند. بیماران دارای اختلالات افسردگی گروه سنی ۶۹-۵۰ سال بیشترین بار بیماری را دارند و بعد از آن به ترتیب بار بیماری اختلال افسردگی گروه سنی ۴۹-۱۵ سال، اختلالات اضطراب گروه سنی ۴۹-۱۵ و اختلالات اضطراب گروه ۵۰-۶۹ سال در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

بحث

مطالعه حاضر بار بیماری اختلالات روانی کشورهای خاورمیانه طی دوره‌ای ۱۷ ساله را مورد بررسی قرار داده است. نتایج این مطالعه نشان میدهد اختلالات روانی، ۶/۲ درصد(رتبه هفتم) کل دالی‌های ثبت شده برای بار بیماریها در منطقه خاورمیانه را به خود اختصاص داده است که نسبت به میزان جهانی بالاتر(۴/۹ درصد و رتبه ششم) میباشد. مطالعه چارارا و همکاران نشان داد بار بیماری اختلالات روانی تقریبا در تمام کشورهای خاورمیانه نسبت به میانگین جهانی بالاتر می‌باشد (۲۰). این درحالی است که کشورهای منطقه توان و ظرفیت مقابله با این بار بیماری را دارا نیستند و در سال‌های آینده چالش و فشار زیادی را بر منابع این کشورها خواهد داشت. مشکلات اقتصادی، جنگ‌های جاری و ناآرامی احتمالا از مهمترین دلایل بالا بودن بار این اختلالات در منطقه خاورمیانه می‌تواند باشد(۳۰). اختصاص مخارج کمتر برای سلامت روان این کشورها را می‌توان یکی دیگر از دلایل بار بیماری و شیوع بالای این اختلالات نام برد، زیرا بیشتر این کشورها کمتر از یک درصد مخارج سلامت خود را به بخش بهداشت روان اختصاص می دهند(۱۷) و این درحالی است که سهم این بخش در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۹، ۶/۳ درصد گزارش شده است(۳۱). با توجه به ویژگی‌های فرهنگی منطقه، عوامل غیرمرتبط با جنگ نیز در اختلالات روانی در خاورمیانه نقش موثری دارد به عنوان مثال، خشونت علیه همسران در بسیاری از این کشورها شیوع بیشتری دارد(۳۲). البته بالا بودن بار بیماری های اختلالات روانی بین زنان نسبت به مردان در بسیاری از مطالعات تایید شده است(۳۵-۳۳). علاوه بر این، توجه به این نکته مهم است که افراد در کشورهای درگیر جنگ مانند کشورهای سوریه، فلسطین و یمن، بیشتر بر زنده ماندن و سرپناه و غذا متمرکز می‌شوند و این نیازهای ضروری و درگیری آنها می‌تواند بروز بیماری روانی را به تاخیر بیاندازد البته فرهنگ مراقبت اعضای خانواده از بیماران دارای اختلالات روانی بدلیل اعتقادات مذهبی و ساختار اجتماعی مبتنی بر انسجام خانواده در این کشورها، منبع ارزشمندی برای ارتقاء سلامت روان در این کشورها می‌باشد (۳۷ و ۳۶). عدم معتبر بودن داده‌های جمع‌آوری شده و نبود بانک اطلاعاتی در مورد اختلالات روانی نیز محدودیت دیگری در کشورهای خاورمیانه به شمار می‌رود (۲۰) به گونه‌ای که اطلاعات درج شده در پایگاه GBD بر اساس داده‌های گزارش شده توسط کشورهای عضو می باشد و به دلیل محدودیت‌های اقتصادی و توسعه بهداشتی برخی از کشورها در رابطه با ثبت داده‌ها، مبتنی بر شواهد پژوهشی عملکرد ضعیفی داشته اند. بنابراین ممکن است کشورهایی که سیستم ثبت اطلاعات مبتنی بر شواهد ضعیفی داشته اند در مقایسه با کشورهایی که سیستم ثبت اطلاعاتی قوی دارند و پیمایش‌های ملی مکرری در زمینه شیوع اختلالات روانی انجام داده‌اند، وضعیت بهتری در مطالعات داشته باشند. لذا مدنظر قرار دادن محدودیت مذکور در تحلیل نتایج بار بیماری اختلالات روانی حایز اهمیت می باشد.

طبق نتایج این مطالعه دو اختلال افسردگی (۳۵ درصد) و اضطراب(۲۵ درصد) بیشترین و اختلالات بیش فعالی(۱ درصد)، اختلالات خوردن(۳ درصد) و اوتیسم(۳ درصد) کمترین میزان بار بیماری اختلالات روانی را داشته اند. مطالعه ای در سال ۲۰۱۷ نشان داد در بین اختلالات، افسردگی بالاترین عامل بار بیماری منجر به ناتوانی ناشی از بیماری(YLDs) را به خود اختصاص داده است(۲۰).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

مطالعه فروزانفر و همکاران نیز نشان داد در ایران اختلالات افسردگی و اضطراب در زنان و مردان بار بیماری بالاتری نسبت به سایر اختلالات دارد و جزو ۱۰ عامل اول بار بیماریها در ایران محسوب می‌شوند. همچنین اختلالات دو قطبی از نظر بار بیماری در زنان و مردان بترتیب در رتبه های ۱۹ و ۱۲ قرار داشتند(۵).

کشورهای ایران، بحرین و قطر بترتیب بیشترین و کشورهای مصر، عراق و یمن بترتیب کمترین میزان بار بیماری اختلالات روانی را نسبت به سایر کشورها به خود اختصاص داده است. کشورهای ایران، بحرین و قطر از کشورهای با درآمد متوسط به بالای منطقه و طی دوره مطالعه مانند کشورهای عراق و یمن دچار جنگ نبوده‌اند و باید توجه داشت که ارزیابی اختلالات و سلامت روان در کشورهایی مثل ایران نسبت به سایر کشورهای منطقه بیشتر انجام شده که موجب ثبت بانک اطلاعاتی داده‌ها یا سیستم اطلاعات قوی‌تری در این حوزه باشد و این در حالی است که سایر کشورها با این نقص مواجه اند لذا ممکن است بالا بودن بار بیماری اختلالات روانی درایران به دلیل دارا بودن اطلاعات بهتر ثبت شده آن نسبت به سایر کشورها باشد. مطالعات نشان می‌دهد در سال ۲۰۱۳ فلسطین بالاترین بار بیماری را بین کشورهای منطقه EMRO داشته در حالی که طبق نتایج این مطالعه در سال ۲۰۱۷ وضعیت آن بهبود یافته است.

نتایج نشان می‌دهد بار بیماری اختلالات روانی منطقه خاورمیانه (۳۴۷۸۸ دالی) بیشتر از میزان جهانی آن (۳۱۷۹۷ دالی) می‌باشد و میزان دالی اختلالات روانی در جهان و خاورمیانه برای زنان بیشتر از مردان بوده است. همچنین زنان کشورهای خاورمیانه دارای بیشترین نقش در بار بیماری اختلالات روانی در گروههای سنی بالا ۱۵ سال میباشند. کسلر و آستون در مطالعه ای در سال ۲۰۰۸ نشان دادند به طور کلی زنان در مقایسه با مردان بیشتر دچار اختلالات روانی می شوند(۳۳). در مطالعه علیزاده و همکاران فراوانی اختلالات پریشانی روانی، اضطراب و افسردگی در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان بوده است(۳۴). مطالعه‌ای دیگر که تفاوت‌های جنسی در بیماری های روانی در مردان و زنان بزرگسال را مورد بررسی قرار داده است نشان داد فراوانی بیماریهای روانی در زنان بالاتر بوده است(۳۵).

همچنین نتایج نشان داد گروه سنی ۴۹-۱۵ سال بالاترین میزان دالی اختلالات روانی را به خود اختصاص داده است. اختلالات روانی در این سنین، بار پیش بینی شده آینده را بدتر می کند. زیرا این اختلالات در سنین جوانی موجب اثرات سوء زیادی بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله عملکرد تحصیلی، اشتغال، درآمد، روابط شخصی و مشارکت اجتماعی می‌باشد. همچنین بر درآمد و نیروی کارکشور تاثیر بسیار دارد (۳۸). در مطالعه‌ای که در برزیل بر روی افراد ۱۸ ساله و بالاتر انجام شد نشان داد افراد جوان‌تر بیشتر در معرض ابتلا به مشکلات روانی بوده‌اند (۳۹). در حالی که مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۰۵) در ایران نشان داد شیوع این اختلالات در گروه سنی ۴۱ و بالاتر بیشتر از گروه ۱۸ تا ۴۰ سال بود(۲۶).

نتایج دالی برای اختلالات روانی، به تفکیک گروه‌های سنی و اختلالات روانی در سال ۲۰۱۷ نشان میدهد گروه سنی کمتر از ۵ سال کمترین بار مالی اختلالات روانی را دارند و در گروه سنی ۱۴-۵ سال، اختلالات افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی بیشترین بار بیماری روانی را دارند که اختلال اسکیزوفرنی روند کاهشی برای سنین بعدی دارد ولی بار مالی دو اختلال اضطراب و افسردگی تا سنین ۴۹-۱۵ سال روندی صعودی داشته است. درگروههای سنی ۴۹-۱۵، ۶۹-۵۰ و بالای ۷۰ سال میزان دالی اختلالات روانی برای کل دوره سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۷ برای زنان بالاتر از مردان بود؛ ولی در گروههای سنی کمتر از ۵ سال و ۱۴-۵ سال میزان دالی اختلالات روانی برای زنان کمتر از مردان میباشد. مطالعه ای در کشور فلسطین نشان داد که پسران(۵۴/۴ درصد) بیشتر از دختران(۴۶/۵ درصد) سنین۶-۱۲ ساله دارای اختلالات عاطفی و رفتاری هستند(۴۰). ممکن است بار سنگین اختلالات روانی، قرار گرفتن در معرض خشونت مربوط به اشغال نظامی فلسطین را توضیح دهد(۴۱). مطالعه الپاک و همکاران شیوع ۳۳/۵ درصد اختلالات روانی را بین زنان پناهنده سوری در ترکیه نشان می دهد(۴۲).

این مطالعه به وضوح نشان می دهد که سلامت روان یک اولویت مهم در کشورهای خاورمیانه محسوب میشود و منابع اختصاص داده شده به غربالگری و معالجه خدمات بهداشت روان متناسب با بار اختلالات روانی در این مناطق نیست(۱۷). بنابراین نیاز به سرمایه‌گذاری بیشتر و مؤثرتر در پیشگیری، درمان و توانبخشی این اختلالات وجود دارد. وقایع اخیر درگیری، جنگ و خشونت در کشورهای منطقه ممکن است شیوع و بار اختلالات روانی را بیشتر افزایش دهد(۴۳). این وضعیت تقریبا در کشورهای سوریه، یمن، عراق و فلسطین بوضوح دیده می‌شود. یکی از محدودیت مطالعه حاضر کیفیت داده‌های GBD می‌باشد مقاله جدیدی که در لنست روانپزشکی منتشر شده است نشان می‌دهد که اغلب کشورها بار اختلالات روانی را دست کم می‌گیرند (۴۴).

نتیجه گیری

نتایج مطالعات و گزارش‌ها نشان میدهد که اختلالات روانی در منطقه خاورمیانه، بار بیماری بالاتری نسبت به میزان جهانی آن را داراست، لذا این مهم بیانگر ضرورت توجه سیاستگذاران کشورهای منطقه مذکور جهت کاهش شیوع این اختلالات می‌باشد. همچنین در کشورهای منطقه خاورمیانه، مشابه بسیاری از کشورهای دیگر جهان به دلایل موانع فرهنگی و سایر محدودیت‌ها زنان نسبت به مردان بیشتر در معرض اختلالات روانی قرار دارند؛ که لازم است با توجه به نقش سلامت روان زنان بر سلامت روان سایر افراد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

خانواده، در جهت ارتقای سلامت روان زنان اقدامات اثربخشی اتخاذ شود. پیشنهاد می‌شود سیاستگذاران و متخصصین بهداشت روان در کشورهای منطقه، مطالعات مربوط به شیوع و اپیدمیولوژی اختلالات روانی را در سطح ملی انجام دهند و سپس اقدامات درمانی اثربخش را به منظور درمان هرچه بهتر اختلالات روانی اقدام کنند تا از این طریق در جهت کاهش بار بیماری اختلالات مذکور حرکت کنند.

منابع

1. Alonso J, Chatterji S, He Y, editors. The burdens of mental disorders: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys. Cambridge University Press; 2013.

2. Tavakol M, Farahani H. Sociological Study of Mental Disorders: A Case Study in Arak. Bioethics Journal 2017;7(26):7-21.

3. Noorbala A. Psychosocial Health and Strategies for improvement. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology 2011;17(2):151-6.

4. Rehm J, Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. Curr Psychiatry Rep 2019;21(2):10.

5. Forouzanfar MH, Sepanlou SG, Shahraz S, Dicker D, Naghavi P, Pourmalek F, et al. Evaluating causes of death and morbidity in Iran, global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. Arch Iran Med 2014;17(5):304-20.

6. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2004;4:37.

7. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. Lancet 2007;370(9590):859-77.

8. Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H, Fayyad JA, Karam AN, Nasser SC, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset, treatment, and exposure to war. Version 2. PLoS Med 2008;5(4):e61.

9. Nirola DK. SUICIDE:"every 40 seconds, someone loses their life to suicide". Bhutan Health Journal 2019;5(2):I-.

10. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol 2014;43(2):476-93.

11. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10(1):52-77.

12. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;382(9904):1575-86.

13. Mandil A, Chaaya M, Saab D. Health status, epidemiological profile and prospects: Eastern Mediterranean Region. Int J Epidemiol 2013;42(2):616-26.

14. Mokdad AH, Jaber S, Aziz MI, AlBuhairan F, AlGhaithi A, AlHamad NM, et al. The state of health in the Arab world, 1990-2010: an analysis of the burden of diseases, injuries, and risk factors. Lancet 2014;383(9914):309-20.

15. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, Kyu HH, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2016;387(10036):2383-401.

16. Rathod S, Pinninti N, Irfan M, Gorczynski P, Rathod P, Gega L, et al. Mental Health Service Provision in Low- and Middle-Income Countries. Health Serv Insights 2017;10:1178632917694350.

17. Okasha A, Karam E, Okasha T. Mental health services in the Arab world. World Psychiatry 2012;11(1):52-4.

18. Organization WH. Mental health Atlas country profile 2014. Availa-ble at: http://www who int/mental_ health/evidence/atlas/profiles-2014. 2014.

19. World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008.

20. Charara R, Forouzanfar M, Naghavi M, Moradi-Lakeh M, Afshin A, Vos T, et al. The Burden of Mental Disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990-2013. PLoS One 2017;12(1):e0169575.

21. World Health Organization. Strategy for mental health and substance abuse in the Eastern Mediterranean Region 2012–2016. 2011.

22. Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN, Fayyad JA, Nasser SC, Chatterji S, et al. Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon: a national epidemiological survey. Lancet 2006;367(9515):1000-6.

23. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M, Baban A, Al-Alak MM, Othman AY, et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). World Psychiatry 2009;8(2):97-109.

24. Ghanem M, Gadallah M, Meky FA, Mourad S, El-Kholy G. National Survey of Prevalence of Mental Disorders in Egypt: preliminary survey. East Mediterr Health J 2009;15(1):65-75.

25. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Yasamy MT, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry 2004;184:70-3.

26. Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005;1:16.

27. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Moaghar A, Sharifi V, Motevasselian S, Hajebi A, Rad-Goodarzi R, editors. The overall prevalence of psychiatric disorders in Iran: Results of National Survey of Mental Health and Wellbeing (2010-2011). 30th Annual Congress of Iranian Psychiatric Association; 2013.

28. Noorbala A-A, Behzad D, Sahand R-I. Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran. Daneshvar Medicine 2014;21(112):1-10.

29. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Faghihzadeh S, Kamali K, Faghihzadeh E, Hajebi A, et al. Trends of Mental Health Status in Iranian Population Aged 15 and above between 1999 and 2015. Arch Iran Med 2017;20(11 Suppl. 1):S2-S6.

30. Charlson FJ, Steel Z, Degenhardt L, Chey T, Silove D, Marnane C, et al. Predicting the impact of the 2011 conflict in Libya on population mental health: PTSD and depression prevalence and mental health service requirements. PLoS One 2012;7(7):e40593.

31. Abuse S. Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2013:35-42.

32. Al-Modallal H, Abu Zayed I, Abujilban S, Shehab T, Atoum M. Prevalence of intimate partner violence among women visiting health care centers in Palestine refugee camps in Jordan. Health Care Women Int 2015;36(2):137-48.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]

33. Kessler RC, Ustun TB. The WHO mental health surveys. Global perspectives on the epidemiology of mental disorders. 2008.

34. Alizade Z, Rejali M, Feizi A, Afshar H, HassanzadeKashtali A, Adibi P. Investigation of psychological disorders profile (anxiety, depression and psychological distress) in adult population of Isfahan province. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences 2016;3(4):42-8.

35. Gove WR. Sex differences in mental illness among adult men and women: An evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology 1978;12:187-98.

36. Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalez Smith V, Mintz J, Liberman RP. Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. Schizophr Bull 2003;29(2):211-27.

37. Navab E, Negarandeh R, Peyrovi H. Lived experiences of Iranian family member caregivers of persons with Alzheimer's disease: caring as 'captured in the whirlpool of time'. J Clin Nurs 2012;21(7-8):1078-86.

38. Barry MM. Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. International Journal of Mental Health Promotion 2009;11(3):4-17.

39. Viana MC, Andrade LH. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. Brazilian Journal of Psychiatry 2012;34(3):249-60.

40. Espié E, Gaboulaud V, Baubet T, Casas G, Mouchenik Y, Yun O, et al. Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005-2008. Int J Ment Health Syst 2009;3(1):21.

41. Giacaman R, Abu-Rmeileh NM, Husseini A, Saab H, Boyce W. Humiliation: the invisible trauma of war for Palestinian youth. Public Health 2007;121(8):563-71; discussion 572-7.

42. Alpak G, Unal A, Bulbul F, Sagaltici E, Bez Y, Altindag A, et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. Int J Psychiatry Clin Pract 2015;19(1):45-50.

43. Coutts A, Stuckler D, Batniji R, Ismail S, Maziak W, McKee M. The Arab Spring and health: two years on. Int J Health Serv 2013;43(1):49-60.

44. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. Lancet Psychiatry 2016;3(2):171-8.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-01]