

باغچه خندا

طیبات هنراست،

هنرهای مکنی قلب و اندیشه



سرشناسه	شجاعی خواه، نرگس، ۱۳۶۶ -
عنوان و نام پدیدآور	مبانی روان شناختی علوم اجتماعی مبانی تشخیص پیگیری - ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵ Tasman 2024 / ترجمه و تلخیص: دکتر نرگس شجاعی خواه
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۴.
مشخصات ظاهری	۲۰۸ ص: مصور(رنگی)، ج ۲۲
فروست	مدیر تولید انتشارات: الهه شهدادی
شابک	۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۶۵-۱ ریال ۷۳۹۰۰۰۰
وضعیت فهرست نویسی	فیپا
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه و تلخیص بخشی از کتاب "Tasman 2024" به ویراستاری الن تاسمن... [و دیگران] است.
موضوع	روان پزشکی Psychiatry پزشک و بیمار Physician and patient
شناسه افزوده	
شناسه افزوده	ترمن، آلن، ۱۹۴۷ - م.
شناسه افزوده	Tasman, Allan
رده بندی کنگره	RC ۴۵۴
رده بندی دیویی	۸۹/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی	۹۷۰۷۳۵۴
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیپا

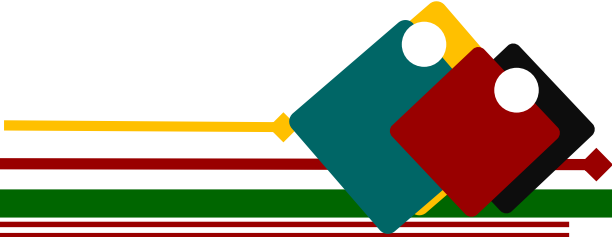
عنوان کتاب: مبانی روان شناختی علوم اجتماعی مبانی تشخیص پیگیری -	چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
Tasman 2024 ترجمه و تلخیص: دکتر نرگس شجاعی خواه	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۴
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۱۰۰ جلد
صفحه آرا: رزیدنت یار - صبا درخشان فرد	شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۰۴-۲۶۵-۱
طراح و گرافیکست: رزیدنت یار - مهرداد فیضی	بهاء: ۷۳۹۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸

شماره تماس: ۰۲۱ ۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱ ۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱ ۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷-۰۲۱

www.residenttyar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.



مبانی روان شناختی – علوم اجتماعی – مبانی تشخیص پیگیری

خلاصه درس

ویژه آزمون ارتقاء و مورد تخصصی ۱۴۰۵

Tasman Psychiatry 5e

ترجمه و تلخیص

دکتر نرگس شجاعی خواه

متخصص روان پزشکی

۱۰ درصد مورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رهمت‌ش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد. فدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم. (زیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت‌های آموزشی در میانهٔ پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است. اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث روان‌پزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت (زیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پورندیم



در دهه‌های اخیر، تمولاتی بنیادین در علوم روانی - اجتماعی، چشم‌انداز «روان‌پزشکی» را دگرگون کرده و این حوزه را از یک رشته صرفاً زیستی به دانشی چندلایه، مبتنی بر تعامل پیچیده عوامل روان‌شناختی، اجتماعی، فرهنگی و زیستی بدل ساخته است. بخش چهارم از کتاب تاسمن با عنوان «مبانی روان‌شناختی و علوم اجتماعی در روان‌پزشکی» در پاسخ به این دگرگونی‌ها و با هدف ارائه چارچوبی جامع برای فهم سازوکارهای روانی و اجتماعی دخیل در تکوین، تداوم و درمان اختلالات روانی نگاشته شده است. روان‌پزشکی معاصر نیازمند رویکردی است که فراتر از تبیین‌های تک‌عاملی حرکت کند. پژوهش‌های بین‌رشته‌ای نشان داده‌اند که عوامل شناختی، عاطفی و رشدی در کنار نیروهای اجتماعی نظیر سافت‌های خانوادگی، نابرابری‌های اقتصادی، هویت‌های فرهنگی، و پویایی‌های بین‌فردی، همگی در شکل‌گیری تجربه انسانی از سلامت و بیماری روانی نقش دارند. این اثر تلاش می‌کند با اتکا به داده‌های پژوهشی معتبر و نظریه‌های پیشرو در روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، انسان‌شناسی و علوم رفتاری، تصویری یکپارچه و قابل اتکا از این بنیان‌ها ارائه کند.

هدف از نگارش این ترجمه، فراهم کردن منبعی است که برای دانشجویان، پژوهشگران و درمانگران، که نه تنها در مقام یک متن نظری، بلکه به‌عنوان راهنمایی در تحلیل و مداخله بالینی نیز سودمند باشد. پر واضح است که این اثر نیز، همچون سایر آثار خالی از اشکالات و نقائص نخواهد بود، لذا مایه شادی و افتخار اینجانب خواهد بود که بنده را از نظرات ارزشمند خود در این زمینه بهره‌مند سازید.

با احترام و سپاس

مولف

دکتر نرگس شجاعی فواه

فهرست مطالب



فصل ۳۲: همه گیر شناسی روانپزشکی	۱۱
فصل ۳۳: مدل های انسان شناسی فرهنگی اجتماعی کارکرد و رفتار روانی	۶۱
فصل ۳۴: الگو های روان شناسی اجتماعی کارکرد و رفتار روانی	۸۱
فصل ۳۵: الگو های روان کاوانه / روان پویشی کارکرد و رفتار ذهنی	۱۰۹
فصل ۳۶: الگو های شناختی و رفتاری کارکردی و رفتار روانی	۱۵۱
فصل ۳۷: الگوی روان شناسی مثبت گرا در کارکرد و رفتار روانی	۱۷۹

همه گیر شناسی روانپزشکی

چکیده

حوزه همه گیر شناسی روانپزشکی در بنیادی ترین سطح، مطالعه الگو های اختلالات روانی است. در سال های اخیر، دامنه این رشته به طور چشمگیری گسترش یافته و اکنون شامل بررسی های دقیق در خصوص سیر طبیعی اختلالات روانی، عوامل خطر برای بروز و تداوم اختلالات روانی، رابطه میان اختلالات جسمی و روانی، مطالعات مربوط به استفاده و پیامد های درمان های سلامت روان و مواردی دیگر است.

این فصل، روش شناسی همه گیر شناسی روانپزشکی را معرفی می کند، از جمله مسائلی مانند شیوه های شناسایی موارد بیماری و انواع طرح های پژوهشی. سپس به برخی مطالعات کلیدی در تاریخ همه گیر شناسی روانپزشکی در قرن بیستم و مجموعه ای از مطالعات مهم معاصر می پردازد؛ از جمله پیمایش هم ابتلایی ملی و نسخه بازاجرای آن، ابتکار پیمایش جهانی سلامت روان و سامانه مرکزی ثبت پژوهش روانپزشکی دانمارک. فصل با توصیف مسیر های امید بخش آینده برای همه گیر شناسی روانپزشکی در دهه های پیش رو خاتمه می یابد.

واژگان کلیدی

همه گیر شناسی روانپزشکی - اختلالات روانی - طرح های پژوهش همه گیر شناختی - نرخ های شیوع - سیر اختلال

مرور کلی

حوزه همه گیر شناسی روانپزشکی، در ابتدایی ترین سطح، مطالعه الگوهای اختلالات روانی است؛ از جمله اینکه این اختلالات با چه بسامدی رخ می دهند، چگونه در جمعیت توزیع می شوند و چه عوامل خطری با آن ها مرتبط اند. همه گیر شناسی روانپزشکی همچنین سیر زمانی اختلالات روانی را تعریف می کند؛ از جمله شروع، مدت تداوم و دوره های عود. این اطلاعات بنیادین، برای درک اختلالات روانی و تدوین برنامه های مؤثر مداخله و پیشگیری ضروری اند.



در دهه های اخیر، دامنه این حوزه بسیار گسترش یافته و اکنون شامل بررسی های دقیق درباره تاریخ طبیعی اختلالات روانپزشکی، عوامل خطر ژنتیک و اپی ژنتیک، رابطه میان اختلالات جسمی و روانی، پیامد های روانشناختی رویداد های آسیب زا و مطالعات مربوط به استفاده و پیامد های درمان های سلامت روان است (Tsuang و همکاران، 2011). یکی از ویژگی های مهم که پژوهش همه گیر شناسی روانپزشکی را از سایر پژوهش های بالینی متمایز می کند، استفاده از نمونه های نماینده و به کارگیری روش های نظام مند برای تعیین تشخیص و پیامد است. نوع نمونه و ابزار های اندازه گیری، بستگی مستقیم به هدف مطالعه دارد.

برای مطالعاتی که با هدف تعیین نرخ های شیوع و بروز اختلالات روانی شایع انجام می شوند، پیمایش های مبتنی بر جمعیت بهترین روش محسوب می شوند.

برای اختلالات نادر، پیمایش هایی بر روی بیمارانی که از طریق ثبت ها (registries) یا مجموعه نماینده ای از مراکز درمان روانپزشکی شناسایی شده اند، امکان پذیر است.

با این حال، در سراسر جهان، تنها اقلیتی از افراد دارای اختلالات قابل تشخیص، درمان روانپزشکی دریافت می کنند (Demyttenaere و همکاران، 2004؛ Wang و همکاران، 2005 ب، 2007). بنابراین، تعمیم یافته ها از نمونه هایی که از مراکز درمانی به دست می آیند، تنها به زیر گروهی از جمعیت که برای دریافت درمان مراجعه می کنند، محدود است. منبع دیگر برای گردآوری نمونه های همه گیر شناختی، نهاد ها و سازمان ها هستند؛ مانند مراکز پزشکی عمومی، مدارس یا محیط های کاری. برای مثال، علاوه بر محیط های درمانی، اخیراً علاقه فزاینده ای به انجام پژوهش های همه گیر شناسی روانپزشکی در میان دانشجویان دانشگاهی پدید آمده است؛ زیرا بسیاری از اختلالات روانی در سنین نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می شوند و این اختلالات با کاهش عملکرد تحصیلی (Bruffaerts و همکاران، 2018) و افزایش خطر ترک تحصیل از محیط های آموزشی مرتبط اند (Ishii و همکاران، 2018).

در گذشته، تعریف «مورد بیماری» (caseness) در مطالعات همه گیرشناسی روانپزشکی دشوار بوده است. فقدان روش های قابل اعتماد و مقرون به صرفه برای انجام تشخیص، یک مانع اساسی در اجرای پژوهش هایی بود که بتوانند حتی داده های پایه ای درباره بروز اختلالات روانی فراهم کنند.

توسعه مصاحبه های تشخیصی ساختاریافته در اواخر دهه ۱۹۷۰ که بر اساس معیارهای تشخیصی عملیاتی شده طراحی شدند، عنصر کلیدی پیشرفت های چند دهه اخیر در همه گیرشناسی روانپزشکی بوده است.

به واسطه این مصاحبه های ساختاریافته، تعیین شیوع اختلالات مشخص ممکن شده است؛ هر چند هنوز در چارچوب توان فعلی ما برای عملیاتی سازی اختلالات روانی و با در نظر گرفتن محدودیت های ذاتی داده های حاصل از مصاحبه (Bromet و Fennig، 1992).



در این فصل، نخست دامنه همه گیر شناسی روانپزشکی تشریح می‌شود. سپس برخی از مهم ترین جنبه های روش شناسی همه گیر شناسی روانپزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد: ابزارهایی که می‌توان برای شناسایی افراد مبتلا به اختلالات روانی به کار برد؛ اندازه‌گیری های رایج فراوانی بیماری و ارتباط (association)؛ طرح های پژوهشی متداول در تحقیقات همه گیر شناختی و در نهایت، برخی تهدید های بالقوه برای اعتبار نتایج پژوهش های همه گیر شناسی .

پس از ارائه این مبانی روش شناختی، خواننده با برخی از مهم ترین مطالعات در تاریخ همه گیر شناسی روانپزشکی آشنا می‌شود. همچنین نمونه هایی از مطالعات معاصر مهم در کشور های مختلف جهان و یافته های اصلی آن ها - به عنوان مثال، در خصوص شیوع اختلال، سن شروع، ناتوانی، سبب شناسی و نرخ های درمان - ارائه می‌شود.

در پایان، مسیر های امید بخش آینده برای همه گیر شناسی روانپزشکی در دهه های پیش رو توصیف می‌گردد.

دامنه پرسشگری در همه گیر شناسی روانپزشکی

«اپیدمیولوژی» از واژه یونانی epidemos به معنای «در میان مردم» گرفته شده است و به عنوان «مطالعه توزیع و تعیین کننده های وضعیت ها یا رویداد های مرتبط با سلامت در جمعیت های مشخص و به کارگیری این دانش برای کنترل مشکلات سلامت» تعریف می‌شود (Last, 2001).

از آنجا که هدف نهایی پژوهش های همه گیر شناختی، درک علت بیماری و پیشگیری از بروز آن است، اپیدمیولوژی ستون فقرات سلامت عمومی محسوب می‌شود. یکی از مشهور ترین پژوهش های اولیه در این حوزه، کار جان اسنو (۱۹۳۶) بود؛ او مشاهده کرد که میزان مرگ و میر در میان ساکنانی که آب مصرفی آنان از بخش به شدت آلوده رود تیمز تأمین می‌شد، هشت تا نه برابر بیش از کسانی بود که آب خود را از بخش کمتر آلوده رودخانه دریافت می‌کردند.

نکته مهم آن است که اسنو با غیر فعال کردن پمپ آلوده، میزان مرگ و میر را کاهش داد و نشان داد که اقدامات پیشگیرانه - even when the exact cause (a microorganism) is unknown - می‌توانند بسیار مؤثر باشند.

اصول پژوهش های مدرن همه گیر شناختی عمدتاً پس از پایان جنگ جهانی دوم شکل گرفتند (Rothman و همکاران، 2008). با تدوین این اصول، مطالعات همه گیر شناختی گسترده بر انواع بیماری ها و شرایط گوناگون افزایش یافتند. نتایج این مطالعات تأثیر ژرفی بر درک ما از بیماری ها (مانند بیماری های قلبی عروقی و HIV/AIDS)، عوامل خطر آن ها (مانند سیگار کشیدن) و حوزه سلامت عمومی (مانند برنامه های موفق ترک دخانیات و برنامه های پیشگیری اولیه برای بیماری های عفونی نظیر فلج اطفال) داشته‌اند.

در حوزه همه گیر شناسی روانپزشکی نیز پیشرفت های مهمی حاصل شده است. برای رسیدن به این پیشرفت ها، پژوهشگران مجبور بوده اند بر مشکلات چشمگیری غلبه کنند که برخی از آن ها در مطالعه اختلالات روانپزشکی کم و



بیش منحصر به فرد هستند. مهم‌ترین دستاورد آنان، توسعه توانایی ارزیابی قابل اعتماد و کارآمد اختلالات روانی بوده است.

این دستاورد، به نوبه خود، امکان انجام تحلیل‌های توصیفی را برای پژوهشگران فراهم کرده است؛ تحلیل‌هایی که برآورد‌های بسیار ضروری از بروز، شیوع، سن شروع و فراوانی عود اختلالات روانی ارائه داده‌اند. توانایی تفکیک دقیق موارد (cases) از غیرموارد (non-cases) همچنین برای حرکت همه‌گیرشناسان روانپزشکی از پژوهش‌های توصیفی به سوی پژوهش‌های تحلیلی با هدف شناسایی عوامل خطر نقشی اساسی داشته است.

عوامل خطر ویژگی‌هایی هستند که حضور آن‌ها احتمال بروز یک بیماری را افزایش می‌دهد.

نمونه‌هایی از حوزه‌هایی که طی دهه گذشته فعالیت پژوهشی قابل توجهی در آن‌ها انجام شده، شامل بررسی پایه‌های ژنتیکی اختلالات روانی (Sullivan و همکاران، 2018) و ارتباط عوامل سبک زندگی - نظیر فعالیت بدنی و خواب - با اختلالات روانی است (Harvey و همکاران، 2017؛ Pinto Pereira و همکاران، 2014؛ Firth و همکاران، 2020). در کنار پژوهش درباره فرآیند ایجاد اختلال، تحقیقات پر بازدهی نیز درباره وقوع و تعیین‌کننده‌های پیامد‌های بالینی اختلالات انجام شده است؛ مانند سیر بیماری و نرخ‌های درمان. هر دو نوع مطالعه - مطالعات مشاهده‌ای و پیگیری‌های حاصل از کارآزمایی‌های بالینی - اطلاعات مهمی درباره عواملی که سیر اختلالات روانپزشکی را پیش‌بینی می‌کنند، فراهم کرده‌اند.

روان دارو شناسی همه‌گیر شناختی (Psychopharmacoepidemiology) نیز یکی از حوزه‌های رو به رشد سریع در این رشته بوده است (Davis و همکاران، 2020)، تا حدی که این دلیل که داروهای روان‌گردان در هر دو جمعیت بیماران عمومی و روانپزشکی به طور گسترده‌ای مصرف می‌شوند.

علاوه بر پژوهش درباره الگوها و پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف داروهای روانپزشکی (Moore و Mattison، 2017؛ Olfson و همکاران، 2015؛ Hartz و همکاران، 2016)، مطالعات روان‌داروسازی همه‌گیرشناختی همچنین خطرات بالقوه مصرف این داروها را بررسی کرده‌اند (Coupland و همکاران، 2018؛ Sujana و همکاران، 2017).

در ارتباط با این موضوع، پژوهش‌ها همچنین شروع به ارزیابی هزینه‌های اقتصادی مرتبط با اختلالات روانی کرده‌اند؛ هم هزینه‌های مستقیم مربوط به ارائه خدمات سلامت روان و هم هزینه‌های غیرمستقیم تحمیل شده بر جامعه، که ناشی از ناتوانی حاصل از این اختلالات است.

آخرین گزارش «بار جهانی بیماری‌ها» (GBD) سازمان جهانی بهداشت، اختلالات روانی را به عنوان یکی از بزرگ‌ترین عوامل ایجاد ناتوانی در جهان شناسایی کرده است (James و همکاران، 2018). در سطح جهانی، مجموع هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم اختلالات روانی هم سطح هزینه‌های بیماری‌های قلبی عروقی و بیشتر از هزینه‌های بسیاری از بیماری‌های جسمی مانند سرطان و بیماری‌های تنفسی برآورد شده است (Trautmann و همکاران، 2016).



حوزه دیگری که ارتباط نزدیکی با این موضوع دارد، پژوهش خدمات سلامت روان است. این رشته الگوهای استفاده از خدمات سلامت روان، نیازهای برآورده نشده درمان، موانع کمک جویی، تناسب و کیفیت درمان ها و ترک زود هنگام درمان را بررسی می‌کند (Edlund و همکاران، 2002؛ Demyttenaere و همکاران، 2004؛ Wang و همکاران، 2005 الف؛ Wang، 2007؛ Olfson و همکاران، 2009؛ Wells و همکاران، 2013).

یکی دیگر از خطوط مهم پژوهش در همه گیر شناسی روانپزشکی، پژوهش های مداخله ای است. افزون بر کار آزمایشی های اثربخشی درمان های روانپزشکی که تحت شرایط کنترل شده سخت گیرانه انجام می‌شوند (Miettinen، 1985؛ Fagiolini و همکاران، 2007)، مطالعات تجربی شامل کار آزمایشی های کارآمدی (effectiveness trials) برای ارزیابی راهبرد های درمانی «دنیای واقعی» نیز بوده اند (Roy-Byrne و همکاران، 2003؛ Lieberman و همکاران، 2005؛ Rush و همکاران، 2006؛ Woltmann و همکاران، 2012؛ Lake و همکاران، 2020). در نهایت، افزایش مداخلات مؤثر اما پر هزینه، همراه با محدودیت های رو به افزایش بودجه های سلامت، ضرورت مطالعه هزینه اثر بخشی انواع مداخلات را دو چندان کرده است (Koeser و همکاران، 2015؛ Ophuis و همکاران، 2017).

روش های همه گیرشناسی

اجرای پژوهش ها در طیف گسترده همه گیر شناسی روانپزشکی، مستلزم توسعه روش های دقیق و نظام مند همه گیر شناسی روانپزشکی بوده است. این بخش حاوی شرح مختصری از برخی عناصر پایه ای این روش شناسی است.

ابزار های شناسایی موارد

فقدان روش های قابل اعتماد و مقرون به صرفه برای انجام تشخیص، از موانع اصلی در گردآوری داده ها درباره وقوع اختلالات روانی بوده است.

در مطالعات اولیه، «تعریف مورد بیماری» بر پایه معیار هایی همچون اقامت در بیمارستان های روانپزشکی یا کسب نمره ای بالاتر از یک آستانه مشخص در فهرست علائم تعیین می‌شد.

توسعه مصاحبه های تشخیصی ساختار یافته که بر مبنای معیار های تشخیصی روشن طراحی شده اند، پژوهش های اپیدمیولوژی روانپزشکی را به طور قابل توجهی پیش برده است. شکل گیری روش های یکنواخت برای استخراج و کمی سازی اطلاعات بالینی، عمدتاً با «پروژه ایالات متحده - بریتانیا» (Cooper و همکاران، 1972) آغاز شد. در این پروژه، تفاوت های پیشتر مشاهده شده میان کشوری در الگو های اسکیزوفرنیا و اختلالات عاطفی در بیماران بستری، زمانی از میان رفت که رویه های تشخیصی ثابت و هماهنگ به کار گرفته شد.



قابلیت اجرا و مزایای برنامه‌های مصاحبه نیمه ساختار یافته‌ای که می‌توانستند معیارهای اختلالات عینی سازی شده را به طور نظام مند استخراج کنند، پس از توسعه ابزارهایی همچون «برنامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا» (SADS) (Endicott & Spitzer, 1978) و مصاحبه مکمل آن برای «معیارهای تشخیصی پژوهشی» (RDC) (Spitzer و همکاران، 1978) آشکارتر شد. SADS و RDC در ابتدا برای اجرای روانپزشکان طراحی شده بودند (Katz و همکاران، 1979)، اما دو مطالعه جامعه محور بعدی نشان داد که متخصصان سلامت روان با مدرک کارشناسی ارشد نیز می‌توانند نسخه طول عمر این ابزار (SADS-L) را برای اهداف اپیدمیولوژیک به طور موفقیت آمیز اجرا کنند (Weissman و همکاران، 1978؛ Bromet و همکاران، 1982).

از دیگر مصاحبه‌های روانپزشکی نیمه ساختار یافته که به طور گسترده به کار رفته اند، می‌توان به «ارزیابی وضعیت کنونی» (Wing و همکاران، 1974) و نسخه تکامل یافته آن، «برنامه ارزیابی بالینی در روانپزشکی» (Wing و همکاران، 1990)، «مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-III-R» (Spitzer و همکاران، 1992) و «مصاحبه تشخیصی برای مطالعات ژنتیکی» (Nurnberger و همکاران، 1994) اشاره کرد. ابزار نیمه ساختار یافته کودکان، «Kiddie-SADS»، نیز توسعه یافت و برای مطالعات اپیدمیولوژیک تعدیل شد (Orvaschel, 1985).

Robins (1978) از نخستین کسانی بود که ضرورت توسعه مصاحبه‌های کاملاً ساختار یافته را مطرح کرد؛ مصاحبه‌هایی که بتوان آن‌ها را در سطح جامعه توسط افراد غیر متخصص در سلامت روان یا مصاحبه‌گران عادی اجرا کرد. اگر چه پیش از انتشار DSM-III چند ابزار ساخته شد، نخستین مصاحبه کاملاً ساختار یافته پر کاربرد «برنامه مصاحبه تشخیصی» (DIS) بود (Robins و همکاران، 1981). این ابزار ابتدا برای ارزیابی اختلالات DSM-III طراحی شده بود و نسخه‌های بعدی آن معیارهای DSM-III-R و DSM-IV را نیز در بر گرفت.

ابزار کاملاً ساختار یافته مهم دیگر «مصاحبه تشخیصی مرکب بین المللی» (CIDI) است که با همکاری سازمان جهانی بهداشت (1990) و مؤسسه ملی سلامت روان آمریکا (Wittchen و همکاران، 1991) توسعه یافت. CIDI برای استفاده بر مبنای هر دو نظام DSM و «طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها» (ICD) و نیز برای دسترس پذیری در زبان‌های گوناگون طراحی شد تا تحلیل‌های تطبیقی میان کشورها را تسهیل کند (Kessler, 1999).

یکی از مزایای CIDI ساختار مازولار آن است؛ بدین معنا که هر اختلال در یک مازول مستقل ارزیابی می‌شود. بنابراین، با گسترش معیارهای تشخیصی یا اضافه شدن اختلالات جدید در DSM، می‌توان مازول‌های تازه افزود و مازول‌های موجود را اصلاح کرد. به همین دلیل، ابزارهایی مانند CIDI ماهیتی پویا دارند. از زمان انتشار آن در سال 1990، CIDI در مطالعات اپیدمیولوژیک بزرگ در کشور‌های مختلف استفاده شده است (Kessler و همکاران 1994؛ Wittchen و همکاران، 1992؛ Bijl و همکاران، 1998؛ Caraveo و همکاران، 1998). «طرح پیمایش سلامت روان جهانی»



(WMH) که مجموعه ای از مطالعات جمعیت عمومی در سراسر جهان است، نسخه ای بازنگری شده و گسترش یافته از CIDI را به کار می گیرد (Kessler, 2000). در حوزه سلامت روان کودکان نیز ابزارهای کاملاً ساختار یافته ای طراحی شده اند؛ از جمله DIS برای کودکان (Costello و همکاران، 1998؛ Jensen و همکاران، 1995) و «ارزیابی روانپزشکی کودک و نوجوان» (CAPA) (Angold & Costello, 1995).

ویژگی های روان سنجی ابزارها

برای شناسایی دقیق موارد، ابزار مورد استفاده در فرایند شناسایی باید قابل اعتماد و دارای روایی باشد. پایایی به قابلیت بازتولید یک اندازه گیری اشاره دارد؛ یعنی میزان ثبات نتایج صرف نظر از ارزیاب، موقعیت یا زمان اجرا. توافق میان ارزیابان معمولاً با روش های آماری - از جمله شاخص کاپا - محاسبه می شود؛ شاخصی که میزان توافق تصادفی را نیز کنترل می کند. پایایی بازآزمایی یا ثبات زمانی با استفاده از ضرایب همبستگی «گشتاوری - محصول» یا «درون طبقه ای» محاسبه می شود.

به طور کلی، ابزارهای کاملاً ساختار یافته و نیمه ساختار یافته، به ویژه از نظر توافق میان ارزیابان، پایایی را به طور قابل توجهی نسبت به روش های ارزیابی کم ساخت یافته بهبود بخشیده اند. روایی به این موضوع اشاره دارد که آیا یک سازه به درستی سنجیده می شود یا خیر. در ارتباط با این مفهوم، حساسیت یک ابزار (نسبت افرادی که واقعاً دچار اختلال اند و ابزار آن ها را به درستی شناسایی می کند) و ویژگی آن (نسبت افرادی که دچار اختلال نیستند و ابزار آن ها را به درستی فاقد اختلال تشخیص می دهد)، مجموعه ای مهم از شاخص ها برای تعیین کفایت روان سنجی ابزار محسوب می شوند. برای آنکه یک ابزار در همه گیر شناسی کارآمد باشد، باید دارای حساسیت بالا و دست کم ویژگی نسبتاً بالا باشد.

بررسی روایی، حساسیت و ویژگی در روانپزشکی دشوارتر است، زیرا معمولاً «استاندارد طلایی» یا نشانگر زیستی قطعی برای اختلالات وجود ندارد. در فقدان چنین استانداردی، مطالعات روان سنجی معمولاً از مصاحبه های نیمه ساختار یافته و اجرا شده توسط روانپزشک به عنوان مرجع معتبر استفاده کرده اند. مطالعات باز سنجی بالینی نشان داده اند که برای اکثر تشخیص های CIDI، همخوانی قابل قبول تا مطلوبی با مصاحبه های بالینی کور با استفاده از SCID برای DSM-IV-TR به عنوان معیار اعتبار سنجی وجود دارد. استثناهای مهم شامل مانیا و پسیکوز غیر احساسی هستند که در باز مصاحبه های بالینی، CIDI آن ها را بیش تشخیص می دهد. مطالعات همه گیر شناختی برای حل این مشکل روش های متفاوتی به کار برده اند؛ از جمله محدود کردن تشخیص مانیا به زیر نوع شیدایی سرخوش - بزرگ منشا (



که روایی بهتری دارد)، انجام باز مصاحبه های بالینی برای افرادی که در CIDI برای پساکوز غیر احساسی غربال مثبت شده اند یا تمرکز بر تجارب پساکوتیک به جای تشخیص.

شاخص های بسامد بیماری

مطالعات همه گیر شناختی بروز و شیوع اختلالات را در جمعیت های در معرض خطر و نیز عوامل مرتبط با آغاز و عود بررسی می کنند. « نرخ » از تقسیم تعداد موارد (صورت کسر) بر جمعیت در معرض خطر (مخرج کسر) به دست می آید.

بروز

بروز به موارد جدیدی اشاره دارد که در یک جمعیت سالم ظاهر می شوند. موارد بروز می توانند صرفاً شامل اختلالاتی باشند که برای اولین بار رخ می دهند یا همچنین عود اختلال در افرادی را در بر گیرند که قبلاً دچار اختلال بوده اند اما در زمان شروع مطالعه سالم بوده اند.

یکی از شاخص های رایج بروز در همه گیر شناسی روانپزشکی، بروز تجمعی یا تناسب بروز است؛ یعنی نسبت جمعیت در معرض خطر که طی بازه زمانی مشخصی دچار بیماری می شود.

برای نمونه، بروز تجمعی اختلالات افسردگی و اضطراب در مادران کودکان خردسال پس از حادثه نیروگاه هسته ای تری مایل آیلند بررسی شد. در این مطالعه ۳۱۲ زن ساکن در فاصله ۱۰ مایلی نیروگاه، با نسخه طول عمر ابزار SADS-L مصاحبه شدند. از این میان، ۸۴ نفر پیش از حادثه معیارهای تشخیصی افسردگی اساسی یا اضطراب فراگیر را داشتند. طی سال پس از حادثه، ۴۵ مورد اختلال رخ داد که ۲۶ مورد آن نخستین حمله یا موارد بروز بودند. بنابراین:

$$\text{بروز تجمعی یک ساله} = 26 \div 228 \text{ (کل نمونه منهای افراد دارای سابقه پیشین)} = 11/4 \text{ درصد}$$

$$\text{بروز تجمعی} = \text{تعداد موارد جدید} \div \text{جمعیت در معرض خطر}$$

بروز تجمعی زمانی مناسب است که مطالعه دارای یک کوهورت ثابت باشد و همه افراد طی دوره زمانی یکسانی پیگیری شوند، اما در صورت ریزش نمونه، این شاخص مطلوبیت خود را از دست می دهد، چون افرادی که از پیگیری خارج شده اند و احتمالاً در آینده دچار اختلال می شدند، از صورت کسر حذف می شوند، در حالی که مخرج کسر همچنان ثابت می ماند. افزون بر این، افراد ریزش کرده معمولاً گروهی سوگیرانه از جمعیت اولیه اند. بنابراین، بروز تجمعی زمانی بیشترین اعتبار را دارد که ریزش نمونه اندک باشد.

هنگامی که ریزش نمونه رخ می دهد یا هنگامی که پیامد سلامت در یک کوهورت پویا اندازه گیری می شود (یعنی اعضای کوهورت در طول زمان وارد و خارج می شوند)، باید از شاخص دیگری با عنوان نرخ بروز استفاده کرد. نرخ بروز به تعداد



موارد جدیدی اشاره دارد که طی یک دوره زمانی مشخص رخ می دهند و بر مجموع زمان مشاهده شده برای تمام افراد در معرض خطر - یا شخص زمان - تقسیم می شود.

برای مثال، اگر پژوهشگری بخواهد نرخ بروز خودکشی را در ۱۰۰ بیمار مبتلا به مانیا طی ۵ سال پس از تشخیص اولیه محاسبه کند، صورت کسر تعداد بیمارانی است که اقدام به خودکشی کرده اند و مخرج کسر برابر است با:

$$100 \text{ بیمار} \times 5 \text{ سال} = 500 \text{ شخص - سال}$$

$$\text{نرخ بروز} = \text{تعداد موارد جدید} \div \text{شخص - سال}$$

شیوع

نرخ های شیوع، نسبت افرادی را اندازه گیری می کنند که در یک زمان یا دوره مشخص دچار بیماری اند. بروز فقط موارد جدید را شامل می شود، در حالی که شیوع تمام موارد جدید، عود کننده یا مزمن را در صورت کسر و کل جمعیت (از جمله افراد دارای سابقه قبلی) را در مخرج کسر در بر می گیرد.

شیوع نقطه ای: نسبت جمعیت مبتلا در یک زمان مشخص.

شیوع دوره ای: نسبت جمعیت مبتلا طی یک دوره زمانی مشخص (مثلاً ۶ ماه، ۱ سال یا طول عمر).

شیوع به مدت بیماری وابسته است.

برای اختلالات غیر مزمن مثل افسردگی اساسی، شیوع نقطه ای کمتر از شیوع دوره ای است.

برای اختلالات مزمن مثل اسکیزوفرنی، این دو مقدار معمولاً مشابه اند.

نرخ شیوع = تعداد موارد $\div$ کل جمعیت در معرض خطر

به طور کلی، داده های شیوع برای پژوهش های علی کمتر سودمندند، زیرا نه تنها از عوامل ایجاد کننده بیماری، بلکه از عوامل تداوم دهنده آن نیز تأثیر می پذیرند. در مقابل، اندازه گیری شیوع در برنامه ریزی سلامت عمومی و نیاز سنجی خدمات اهمیت زیادی دارد؛ برای مثال، طراحی خدمات یک مرکز بهداشت روان معمولاً مبتنی بر داده های شیوع انجام می شود.

شاخص های ارتباط

نرخ بروز برای محاسبه دو نوع اثر به کار می رود:

(۱) خطر قابل انتساب (Attributable Risk)

تفاوت بین دو نرخ بروز (اثر مطلق). معمولاً برای مقایسه جمعیت های در معرض و غیر در معرض به کار می رود.
مثال:



در مطالعه تری مایل آیند، بروز افسردگی و اضطراب در جمعیت در معرض ۱۱/۴ درصد و در جمعیت مقایسه ۳/۲ درصد بود؛

بنابراین: خطر قابل انتساب $= ۱۱/۴ - ۳/۲ = ۸/۲$ درصد

(۲) خطر نسبی (Relative Risk)

نسبت نرخ بروز در جمعیت در معرض به غیر در معرض.

در مثال بالا: ۳/۵۶ در مطالعاتی که نمونه بر اساس « مبتلا بودن یا نبودن » انتخاب شده باشد، امکان محاسبه نرخ بروز وجود ندارد. در این موارد، از نسبت شانس (Odds Ratio) استفاده می‌شود که نسبت شانس مواجهه در بیماران به شانس مواجهه در گروه کنترل است.

در موارد نادر، OR تقریب خوبی از RR ارائه می‌دهد، اما در پیامدهای شایع، OR معمولاً RR را بیش برآورد می‌کند.

انواع مطالعات همه گیر شناسی

به طور کلی، مطالعات همه گیر شناسی برای بررسی توزیع بیماری و یافتن ارتباط میان مواجهه / عوامل خطر و پیامدهای سلامت طراحی می‌شوند.

عامل خطر، ویژگی ای است که وجود آن احتمال ابتلا به بیماری را افزایش می‌دهد و باید پیش از بروز بیماری وجود داشته باشد.

در مواردی که تقدم زمانی متغیر مشخص نباشد، بهتر است آن متغیر همبسته در نظر گرفته شود.

یکی از ملاحظات اصلی در طراحی مطالعات همه گیر شناسی، شیوه انتخاب گروه‌ها است؛ یعنی این که انتخاب افراد بر اساس وضعیت بیماری انجام شود یا بر اساس وضعیت مواجهه.

مطالعات اپیدمیولوژیک را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد:

(۱) آزمایشی

(۲) غیر آزمایشی یا مشاهده ای

در ادامه، ویژگی‌های هر یک از انواع طراحی‌های مطالعه اپیدمیولوژیک شرح داده می‌شود. جدول ۱ نیز خلاصه ای از این ویژگی‌ها را ارائه می‌کند.