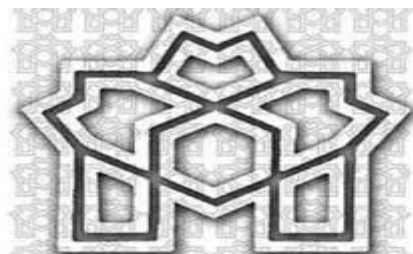


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

موضوع:

بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه ی شهر شیراز

استاد راهنما:

جناب دکتر فرامرز سهرابی

استاد مشاور:

جناب دکتر عبدالله معتمدی

استاد داور:

سرکارخانم دکتر صغری ابراهیمی قوام

دانشجو:

زینب دهقانی

خرداد ۱۳۹۳

این پژوهش به لطف خداوند، بارانهای اساتید فریخته و حمایت پر مهر خانواده و، مسموم انجام شده است. امید

است که توانسته باشم وظیفه خود را در این مقطع به انجام رسانده باشم.

به رسم ادب و با احترام این پایان نامه را تقدیم می‌کنم به:

پدر و مادرم، اولین آموزگار منم که انسان بودن را برایم معنا کردند؛ و، مسموم که همیشه شتیبان علم آموزی ام بوده

است.

تقدیر و تشکر:

از اساتید فریخته و ارجمندم، آقای دکتر سهرابی که با نظرات های ارزنده در تمامی مراحل این پژوهش

بنده را راهنمایی فرمودند،

و آقای دکتر معتمدی که با مشاوره مفیدشان الهام بخش بنده در انجام این پژوهش بودند،

و سرکار خانم دکتر صغری ابراهیم قوام که مشقانه داور می این پژوهش را به عهده گرفتند،

تقدیر و تشکر می نمایم.

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر شیراز بود. روش این پژوهش توصیفی از نوع زمینه‌یابی است و از میان ۹۲۹۶۰ نفر جامعه آماری مورد پژوهش ۹۰۰ نفر نمونه به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند که از این تعداد ۷۲۶ نفر برای تحلیل نهایی باقی ماندند. آزمودنی‌ها ابتدا پرسشنامه SCL-90-R را پر کردند، پس از تصحیح پرسشنامه و تحلیل داده‌ها دانش‌آموزانی که از خط برش تعیین شده بالاتر بودند به وسیله فرم مصاحبه بالینی براساس DSM-IV-TR مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون خی دو تجزیه و تحلیل شد. نقطه برش بر مبنای GSI: نمره ۱ و پایین‌تر از آن، سالم. ۱/۱ تا ۲، دارای اختلال قابل توجه بالینی و بالاتر از ۲، دارای اختلال شدید بالینی. یافته‌های پژوهش نشان داد که به طور کلی ۳۷/۹ درصد از دانش‌آموزان دارای اختلال قابل توجه بالینی و ۱۲/۶ درصد از دانش‌آموزان دارای اختلال شدید بالینی دارند، از این میان ۴۲/۶ درصد از دختران ۳۲/۷ درصد از پسران دارای اختلال قابل توجه بودند و ۲۰/۷ درصد دختران و ۳/۷ درصد پسران دارای اختلال شدید بالینی بودند. بحث و نتیجه‌گیری: بین میزان شیوع اختلالات روانی در دانش‌آموزان دختر و پسر تفاوت معناداری وجود دارد. با عنایت به شیوع ۱۲/۶ درصدی اختلالات شدید روانی و شیوع ۳۷/۹ درصدی اختلالات قابل توجه بالینی در دانش‌آموزان دبیرستانی، لزوم توجه به ملاحظات روانشناختی برای حل مشکلات دانش‌آموزان، ضروری است.

کلید واژگان: اختلال روانی، دانش‌آموزان، شیوع، پرسشنامه SCL-90-R، چک لیست مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV-R

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: کلیات پژوهش
۲.....	مقدمه
۹.....	بیان مسأله
۱۰.....	اهمیت و ضرورت
۱۲.....	اهداف پژوهش
۱۲.....	سوال های پژوهش
۱۲.....	تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم
۱۳.....	تعریف نظری اختلال روانی
۱۳.....	تعریف عملیاتی اختلال روانی
۱۳.....	تعریف نظری نوجوانی
۱۳.....	تعریف عملیاتی نوجوانی
۱۳.....	تعریف نظری بدنی سازی
۱۳.....	تعریف عملیاتی بدنی سازی
۱۴.....	تعریف نظری افسردگی
۱۴.....	تعریف عملیاتی افسردگی

۱۴.....	تعریف نظری وسواس - جبری.....
۱۴.....	تعریف عملیاتی وسواس - جبری.....
۱۵.....	تعریف نظری اضطراب.....
۱۵.....	تعریف عملیاتی اضطراب.....
۱۵.....	تعریف نظری اسکیزوفرنی.....
۱۵.....	تعریف عملیاتی اسکیزوفرنی.....
۱۵.....	تعریف نظری ترس مرضی.....
۱۵.....	تعریف عملیاتی ترس مرضی.....
۱۶.....	تعریف نظری پرخاشگری.....
۱۶.....	تعریف نظری پرخاشگری.....
۱۶.....	تعریف نظری حساسیت در روابط متقابل.....
۱۶.....	تعریف عملیاتی حساسیت در روابط متقابل.....
۱۶.....	تعریف نظری افکار پارانوئید.....
۱۷.....	تعریف عملیاتی افکار پارانوئید.....
۱۷.....	تعریف عملیاتی سالم.....
۱۷.....	تعریف عملیاتی اختلال قابل توجه.....
۱۷.....	تعریف عملیاتی اختلال شدید بالینی.....

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه ی پژوهش

۱۹.....	تاریخچه اختلالات روانی.....
---------	-----------------------------

۲۰.....	تعریف رفتار نابهنجار.....
۲۱.....	تعریف اختلال روانی بر اساس DSM-5.....
۲۱.....	تعریف آماری رفتار غیر عادی.....
۲۲.....	تعریف فردی یا رنج شخصی.....
۲۳.....	تعریف اجتماعی رفتار غیر عادی.....
۲۴.....	اسکیزوفرنی.....
۲۵.....	اختلالات بدنی سازی.....
۲۶.....	افسردگی عمده.....
۲۶.....	اختلال اضطرابی.....
۲۷.....	اختلال ترس مرضی.....
۲۷.....	اختلال وسواسی - جبری.....
۲۸.....	پر خاشگیری.....
۲۸.....	اختلال شخصیت.....
۲۹.....	همه گیر شناسی.....
۲۹.....	همه گیر شناسی رفتار غیر انطباقی.....
۳۰.....	انواع همه گیر شناسی.....
۳۲.....	تفاوت های سنی.....
۳۲.....	وضعیت اقتصادی - اجتماعی.....
۳۴.....	تفاوت های جنسیتی.....

۳۵.....	سبب‌شناسی اختلالات روانی.....
۳۵.....	الگوی بیولوژیکی.....
۳۷.....	الگوی اجتماعی.....
۳۸.....	الگوی روانی.....
۳۸.....	مدل روان پویایی یا روان تحلیل‌گری.....
۴۲.....	مدل دلبستگی بالبی.....
۴۳.....	مدل شناختی.....
۴۴.....	رویکرد هستی‌گرا- انسان‌گرا.....
۴۶.....	مروری بر تحقیقات پیشین.....
۴۶.....	تحقیقات شیوع‌شناسی ایران.....
۵۱.....	تحقیقات شیوع‌شناسی در جهان.....

فصل سوم: روش پژوهش

۵۷.....	طرح پژوهش.....
۵۷.....	جامعه آماری پژوهش.....
۵۷.....	روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه.....
۵۸.....	روش اجرا.....
۵۹.....	روش تجزیه تحلیل داده‌ها.....
۶۰.....	ابزار اندازه‌گیری پژوهش.....
۶۰.....	ابزار پژوهش.....

پرسشنامه SCL-90-R ۶۱

توصیف زیر مقیاس های پرسشنامه ۶۲

پایایی پرسشنامه SCL-90-R ۷۷

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

مقدمه ۸۰

آمار توصیفی ۸۰

آمار استنباطی ۹۳

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

بحث در یافته‌های پژوهشی ۹۸

محدودیت های پژوهشی ۱۰۴

پیشنهاد های کاربردی ۱۰۴

پیشنهاد های پژوهشی ۱۰۵

منابع

منابع فارسی ۱۰۷

منابع لاتین ۱۱۱

فهرست جداول

جدول ۱-۲ عوامل همراه با میزان های اختلال روانی تشخیص داده شده ۳۱

جدول ۱-۴ توزیع فراوانی مرتبط با متغیر جنس، وضعیت تحصیلی، در نمونه‌ی تحقیق ۸۱

- جدول ۲-۴ توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی بین دانش آموزان دختر و پسر شهر شیراز..... ۸۲
- جدول ۳-۴ توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی بین دانش آموزان دختر و پسر بر اساس پایه تحصیلی..... ۸۴
- جدول ۴-۴ توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی دانش آموزان دختر و پسر شهر شیراز بر اساس تحصیلات پدر..... ۸۵
- جدول ۵-۴ توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی دانش آموزان دختر و پسر شهر شیراز بر اساس تحصیلات مادر..... ۸۷
- جدول ۶-۴ توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی دانش آموزان دختر و پسر شهر شیراز بر اساس میزان درآمد پدر..... ۸۹
- جدول ۷-۴ توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی دانش آموزان دختر و پسر شهر شیراز بر اساس شغل مادر..... ۹۰
- جدول ۸-۴ پایگاه اجتماعی اقتصادی دانش آموزان مصاحبه شونده..... ۹۱
- جدول ۹-۴ ترتیب تولد در دانش آموزان مصاحبه شونده..... ۹۱
- جدول ۱۰-۴ نوع مسکن در دانش آموزان مصاحبه شونده..... ۹۲
- جدول ۱۱-۴ دانش آموزان مصاحبه شونده و وضعیت تحصیلی در آنها..... ۹۲
- جدول ۱۲-۴ آزمون خبی دو بین میزان شیوع اختلالات روانی و جنسیت..... ۹۳
- جدول ۱۳-۴ آزمون خبی دو برای تفاوت بین دختران پسران در میزان شیوع ابعاد اختلالات روانی..... ۹۴

فهرست نمودار

نمودار ۱-۴ توزیع فراوانی مرتبط با متغیر جنس، وضعیت تحصیلی،

در نمونه‌ی تحقیق..... ۸۲

نمودار ۲-۴- توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی بین

دانش‌آموزان دختر و پسر شهر شیراز..... ۸۳

نمودار ۳-۴- توزیع فراوانی و درصد شیوع اختلالات روانی بین

دانش‌آموزان شهر شیراز بر اساس پایه تحصیلی..... ۸۵

پیوست‌ها:

شماره ۱..... ۱۱۵

شماره ۲..... ۱۲۳

فصل اول:

کلیات پژوهش

مقدمه:

امروزه تأثیر فشارهای روانی ناشی از زندگی نوین و دگرگون شدن وضعیت سیاسی و اقتصادی در بهداشت روانی و کیفیت زندگی انکارناپذیر است. در کشورهای در حال توسعه، حجم مشکلات رفتاری و روانی رو به فزونی است، که بی توجهی به آن در ابعاد فردی و خانوادگی اثرات سوء و غیرقابل جبرانی بر جای می گذارد (صالحی، انتصارفومنی، ۲۰۱۲). از زمانی که بشر پا به عرصه زندگی اجتماعی گذاشته است بیماری روانی وجود داشته و این مشکل با پیشرفت جوامع و سطح تکنولوژی در حال افزایش است و به خصوص هم اکنون یکی از مقوله های مهم محسوب می شود (خاکپور، مهرآفرید، ۱۳۹۱).

اختلال روانی یا بیمار روانی یک الگوی رفتاری و روانشناختی است که در یک فرد اتفاق می افتد و همراه با آشفتگی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک، اجتماعی، روانشناختی، ژنتیک، فیزیکی یا شیمیایی است. اختلال روانی بر حسب شدت انحراف از محدوده طبیعی سنجیده می شود (کامبی^۱، کانلی^۲، بارمن^۳، ۲۰۰۴). برای تعریف اختلال روانی از آخرین راهنمای تشخیصی آمریکا یعنی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-5^۴ که شامل مشخصه هایی است که برای مفهوم رفتار نابهنجار ضروری است، استفاده می شود. تعریف اختلال روانی در DSM-5 چنین است:

اختلال روانی سندرمی است که ویژگی های اصلی آن عبارتند از: مختل شدن شناخت، کنترل هیجان یا رفتار به صورتی که از لحاظ بالینی معنادار باشد و نابسامانی فرایندهای پسیکوتیک^۵، بیولوژیک^۱، یا رشدی را، که در

¹. Combie, S.

². Conley, V.

³. Burman, M.

⁴. Diagnostic and Statistical Mental Disorders 5 (DSM-5)

⁵. psychotic

پشت پرده‌ی عملکرد ذهنی قرار دارند، منعکس کند. اختلالات روانی معمولاً با رنج و معلولیت قابل ملاحظه در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، یا سایر فعالیت‌های مهم همراه هستند. پاسخ قابل انتظار یا از لحاظ فرهنگی تأیید شده به یک عامل استرس‌زا یا یک فقدان معمولی (مرگ یکی از عزیزان)، اختلال روانی نیست. رفتارهایی که از لحاظ اجتماعی انحراف‌آمیز تلقی می‌شوند (رفتارهای انحرافی سیاسی، جنسی یا مذهبی) و یا مناقشاتی که بین فرد و جامعه وجود دارند، اختلالات روانی نیستند مگر این که انحراف و مناقشه‌ی مورد نظر در نتیجه‌ی نابسامانی در فرد به وجود آمده باشد (گنجی، ۱۳۹۲).

اختلال روانی علاوه بر رنج و محدودیت‌هایی که برای فرد ایجاد می‌کند باعث می‌شود تا فرد در فعالیت‌های اجتماعی و حرفه‌ای خود دچار تبعیض‌هایی به علت انگ بیماری روانی نیز شود، تأثیر اختلالات روانی روی جامعه به دلیل مراقبت از آنها و حمایت‌های فیزیکی و کاهش مولد بودن آنها بسیار مهم است. بار سنگین هزینه‌های درمان و مراقبت‌های فیزیکی و عاطفی از آنها بر دوش خانواده‌های بیماران است و همچنین بار اقتصادی آنها را نباید نادیده گرفت (کاپلان^۲، سادوک^۳، ۲۰۰۷. ترجمه رضاعی، ۱۳۸۹). همچنین اختلال‌های روانی از تعامل پیچیده عوامل زیستی، روانی و اجتماعی - فرهنگی ناشی می‌شوند (هالجین^۴، ویتبورن^۵، ۲۰۰۳. مترجم، سیدمحمدی ۱۳۸۹).

اختلال روانی به حالت رفتار یا تفکر یا احساس بی‌ثبات و نابهنجار اطلاق می‌شود افراد را به این دلیل دارای

¹ . biological

² . Kaplan, H.

³ . Sadok, B.

⁴ . Halgin, R.

⁵ . Wittborn, S.

اختلال روانی نام می‌گیرند که بر خلاف اکثریت افراد رفتار، احساس، عمل می‌کنند (ساراسون^۱، ساراسون^۲، ۲۰۰۵ مترجم، نجاریان، دهقانی، عرب داودی، ۱۳۹۰).

در زمینه اختلال‌های روانی دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد از جمله دیدگاه روان‌پویشی فروید می‌باشد که بر نقش عوامل تعیین‌کننده ناهشیار رفتار تأکید دارد و در مورد اختلال‌های روانی بر انگیزه‌ها و تعارض‌های ناهشیار متمرکز است علاوه بر آن دیدگاه دیگر در این رابطه دیدگاه انسان‌گرایی است که معتقد است اختلال روانی زمانی ایجاد می‌شود که افراد قادر به تجربه کردن زندگی در حال حاضر نباشند و دیدگاه اجتماعی فرهنگی علت اختلال‌های روانی را عوامل بیرون از فرد می‌دانند (هالچین، ویتبورن، ۲۰۰۳. مترجم، سیدمحمدی ۱۳۸۹).

همچنین از آنجایی که؛ گروهی که پژوهشگر قصد مطالعه آن را دارد در مرحله حساس نوجوانی قرار دارند، از این رو می‌توان گفت؛ نوجوانی یعنی عبور شخص از مرحله‌ی کودکی به بزرگسالی که طیف سنی ۱۱-۱۲ سال را در برمی‌گیرد. تغییرات عظیم فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی، بمنزله بحران یا طوفانی در زندگی نوجوان می‌باشد، که طی آن از مرحله وابستگی به والدین عبور کرده و به استقلال فردی می‌رسد (موسوی، ۱۳۸۹).

همان‌طور نوجوانی دوره‌ای از رشد است که همراه با تغییرات برجسته‌ای است که شامل عبور از مرحله طفولیت به بزرگسالی است و طیف سنی ۲۰-۱۱ سال را در برمی‌گیرد. طی این دوره تغییرات فیزیکی، روانی، شناختی و اجتماعی در فرد صورت می‌گیرد که مشخصه نوجوانی، بلوغ است (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷. مترجم، رضاعی، ۱۳۸۹).

^۱. Sarason, I.

^۲. Sarason, B.

بلوغ^۱ یک فرایند تغییر روانی محسوب می‌شود، که متفاوت است. در شرایط مطلوب، این دو فرایند، همزمان روی می‌دهند. وقتی بلوغ و نوجوانی، همزمان روی ندهند (که اغلب چنین است)، نوجوان ناچار است با این عدم توازن که یک استرس اضافی است، مدارا کند (کاپلان، سادوک، ۲۰۰۷. ترجمه رضاعی، ۱۳۸۹).

و با توجه به اینکه نوجوانی با شروع بزرگسالی خاتمه می‌یابد و پاسخ بزرگسالان به دنیای بیرون تا حد زیادی از تجربیات و ادراکات و احساسات آنها در دوران نوجوانی منشأ می‌گیرد (نیسیان^۲، ۲۰۰۰). اختلالات روانی می‌تواند برای گروهی از نوجوانان نسبتاً کم یا گذرا باشد در مورد بعضی دیگر ممکن است شدید و درمان آن مشکل باشد (ماسن^۳، هوستون^۴، ۲۰۰۵. مترجم، یاسایی، ۱۳۹۱).

از این رو است که می‌توان گفت؛ نوجوانی یک دوره پرخطر است زیرا در این دوره موقعیت‌های زیادی برای رشد انواع مشکلات روانی وجود دارد. و مهم‌ترین نگرانی والدین و متخصصان دسترسی به ضریب آسیب‌پذیری نوجوان در این دوره است (موسوی، ۱۳۸۹).

این دوره، به دلیل تحولات عمده در ابعاد مختلف تحول، از حساس‌ترین دوره‌های زندگی انسان است. دوره‌ای که در آن سه حوزه وسیع روانی، اجتماعی، و زیستی دچار تحول بنیادی می‌شود. به طور کلی، نوجوانان به لحاظ قرار گرفتن در دوره تحول بحران هویت و نقش‌پذیری، به ویژه دختران نوجوان به دلیل خصوصیات خاص خود با قرار گرفتن در شرایط ویژه بیشتر از پسران در این مبارزه ضربه‌پذیرند. خواه به دلیل آسیب‌پذیری زیست

1. puberty

2. Nacyin, C.

3. Hoston, A.

4. Masen, P.

شناختی، خواه استرس فزاینده محیط یا به احتمال بیشتر ترکیب این دو دوره نوجوانی دوره مخاطرات خاص است (کاوه، ۱۳۸۲).

نظریه پردازانی چون استانلی هال^۱، زیگموند فروید^۲، آنا فروید^۳ و اریک اریکسون^۴ دوران نوجوانی را به عنوان مرحله ای از "طوفان و فشار" تلقی کرده‌اند. در حالی که مردم شناسان فرهنگی و طرفداران دیدگاه یادگیری اجتماعی لزوماً این دوران را توأم با بحران یا طوفان و تنش نمی‌بینند. قطع نظر از اینکه کدام یک از این دو دیدگاه به واقعیت نزدیک‌تر است می‌توان گفت که نوجوانان به دلیل تغییرات پیچیده و سریعی که در این دوره از زندگی تجربه می‌کنند. در مقابل اختلال‌های رفتاری و نابهنجاری‌های روانی آسیب‌پذیری بیشتری دارند (احدی و جمهری، ۱۳۸۰). همین طور، در این دوره خیلی از بیماری‌های روانی شدید شروع می‌شود و این که نوجوانی یک دوره پرچالش است و نوجوانان یک گروه آسیب‌پذیر در برابر اختلالات روانی به شمار می‌آیند (احمدوند و همکاران، ۱۳۸۷).

در نتیجه اختلالات روانی می‌تواند برای گروهی از نوجوانان نسبتاً کم یا گذرا باشد، و در مورد بعضی دیگر ممکن است شدید و درمان آن مشکل باشد (ماسن، هوستون، ۲۰۰۵. مترجم، یاسایی، ۱۳۹۱). در واقع بسیاری از آسیب‌های روانی در دوران بزرگسالی، در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است (کیلفورد^۵، آبرام^۶، ۱۹۹۸).

¹. Hal, E.

². Zigmond Fruid

³. Anna Fruid

⁴. Eric Ericson

⁵. Cliford, R.

⁶. Abram, H.

در این پژوهش پژوهشگر قصد دارد شیوع اختلالات روانی را در دانش آموزان بر آورد کند، می توان گفت شیوع شناسی اختلالات روان پزشکی شاخه ای از پژوهش در علوم رفتاری است که نحوه ی توزیع این بیماری ها را در جامعه، مورد مطالعه قرار می دهد (رابین^۱، ۱۹۸۷). منظور از میزان شیوع اختلال، تعداد افرادی است که در زمان معینی یا طی دوره ای خاص، به این اختلال مبتلا بوده اند (هالچین، ویتبورن، ۲۰۰۳. مترجم، سیدمحمدی، ۱۳۸۹). هر چند وجود اختلال های روانی در جوامع مختلف از سده های پیش مورد تأیید قرار گرفته، تنها در سده بیستم روش های آماری برای برآورد حجم این مشکلات به کار برده شده است (احمدوند و همکاران ۱۳۸۷).

اندازه گیری دقیق شیوع اختلالات روانی خیلی سخت است (موسوی، ۱۳۸۹). در گذشته بررسی های همه گیر شناسی اختلالات روانی با مراجعه به پرونده بیماران و اطلاعات به دست آمده از افراد کلیدی انجام می شد اما با تهیه و تدوین پرسشنامه های غربال گری و مصاحبه های بالینی استاندارد، امروزه تا حد زیادی حجم بیماری های روانی در جهان شناسایی شده است (دوهرنوند^۲، ۱۹۸۲).

پژوهش هایی که در زمینه بررسی میزان شیوع اختلالات انجام شده است و تا جایی که پژوهشگر به بررسی آنها پرداخته است که عبارتند از، اندازه و گستره اختلالات روانی و دیگر اختلالات مغزی در اروپا در ۲۰۱۰ (ویتچن^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). شیوع و بررسی ۱۲ ماهه اختلالات روانی آستانه و زیرآستانه ای در پرستاران (پینی^۴ و همکاران ۱۹۹۹). بررسی تغییر در میزان شیوع اختلالات روانی در مدت ۱۳ سال در استرالیا (بابس^۵ و همکاران، ۲۰۱۳).

^۱ . Robin, L.

^۲ . Dohrenwend.

^۳ . Wittchen, H.

^۴ . Pini, S.

^۵ . Babes, M.

پالاهنگ، در پژوهشی با عنوان بررسی همه گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان در سال ۱۳۷۵ شیوع کلی اختلال روانی را در جمعیت بالای ۱۵ سال، ۲۳/۷۵ درصد گزارش کردند. احمدوند، سپهرمنش، قریشی عصاریان، موسوی ساعی، اعتصام در پژوهشی با عنوان بررسی شیوع اختلالات روانی در جمعیت عمومی شهر کاشان در سال ۱۳۸۷ شیوع کلی اختلال‌های روانی را ۲۹ درصد و شیوع اختلال‌های روانی در زنان ۲۵/۵ و در مردان ۲۱/۲ درصد گزارش کردند. در پژوهشی با عنوان تعیین میزان شیوع اختلالات روانی در دو روستای کرمان، معتمدی، یاسمی، کرباسی و بی واهب شیوع لحظه‌ای اختلالات روانی ۴۱/۱ بدست آوردند. پالاهنگ، عظیمی، زارعان، در پژوهشی در سال ۱۳۷۸ با عنوان بررسی همه گیرشناسی اختلال‌های روانی در کارگران کارگاه‌های شهرکرد و بروجن میزان شیوع کلی اختلال‌های روانی را ۳۹/۸۸، در زنان ۲۳/۴ درصد و در مردان ۱۹/۱ درصد گزارش کردند. صالحی و انتصارفومنی سال (۲۰۱۲) در زنجان شیوع کلی اختلال‌های رفتاری در نوجوانان دبیرستانی ۲۷/۸ درصد و شیوع در دختران را ۲۷/۳ درصد و پسران ۲۸/۳ درصد، گزارش کردند.

همچنین حسینی، خلیلیان، واحدی، در پژوهشی مبنی بر آسیب شناسی روانی دانش آموزان مقطع متوسطه ساری را در سال (۱۳۸۲)، یافتند که ۱۰/۵ درصد از دانش آموزان مشکوک به اختلال روانی هستند، لبافی نژاد و سباقزاده به بررسی میزان شیوع اضطراب و عوامل موثر بر آن در دانشجویان دختر رشته پزشکی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی پرداختند.

پژوهش‌هایی که توسط پژوهشگران انجام شده به صورت موردی به بررسی بعضی از جنبه‌های اختلال روانی پرداخته‌اند درحالی که پژوهشگر قصد دارد عوامل روانی را که شامل ۹ آیتم چک لیست نشانه‌های بیماری ۹۰