غربالگری اختلال افسردگی در جمعیت 64 ـ 20 ساله شهر خرم‌آباد

هدایت نظری[1]، پریسا نامداری[2]، محمد جواد طراحی[3]، افسانه بدری زاده[4]

1- استادیار، گروه اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
2- مربی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
3- مربی، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی لرستان
4- کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی لرستان

یافته / دوره نهم / شماره 1 / بهار 86 / مسلسل 31

چکیده

دریافت مقاله: 85/11/14، ***پذیرش مقاله***: 86/1/23

Ø مقدمه: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی و از علل شایع ناتوانی و مرگ زودرس است. این اختلال همچنین باعث افزایش هزینه‌های اقتصادی تحمیل شده به فرد و جامعه می‌گردد. اختلال‌های روانی عامل پانزده درصد ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس در کشورهای رو به رشد هستند. بر اساس گزارش مشترک **WHO** و بانک جهانی، اختلال افسردگی در صدر ده علت مهم ناتوانی و از کار افتادگی در جهان است. بنابر این شناسایی این اختلال در افراد و برخورد صحیح و درمان به موقع افسردگی آنان برای فرد، خانواده و جامعه بسیار ارزشمند است.

Ø مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی با هدف غربالگری اختلال افسردگی در جمعیت ۶۴ ـ ۲۰ ساله شهر خرم آباد بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه ساکنین شهری در مناطق دوگانه شهرداری خرم‌آباد بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده بک با ۲۱ پرسش بوده است که اختلال افسردگی را می‌سنجد. جمعیت هر یک از نواحی سه‌گانه در مناطق ۲ و ۱ شهرداری بصورت خوشه‌ای و چند مرحله‌ای انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری مناطق خوشه‌ای و روش نمونه‌گیری خانوار نمونه‌گیری سیستماتیک بوده است. اطلاعات جمع‌آوری شده با روش آماری مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Ø یافته ها: از مجموع ۲۷۴۰ نفر ۳۳/۴٪ دارای علائم اختلال افسردگی بودند که از این میان ۲۵٪ دارای افسردگی خفیف، ۱٪ شدید و ۷/۴٪ متوسط بودند. بیشترین میزان افسردگی بین ۶۵ ـ ۵۰ سالگی و کمترین میزان ۴۶ ـ ۳۰ سالگی بود. افسردگی در زنان با اختلاف ناچیزی بیشتر از مردان بود (۳۴/۳٪ در مقابل ۳۲/۴٪). بیشترین میزان افسردگی در افراد بیوه ۴۳/۳٪ و کمترین آن در متأهلین ۲۹٪ بود. بیشترین میزان افسردگی در مشاغل مختلف، در کارگران ساده ۴۷/۶٪ و کارگران تخصصی ۴۳/۲٪ و کمترین آن در کارمندان حرفه‌ای با ۱۶/۲٪ بوده است. بر حسب تحصیلات بیشترین افسردگی با ۱۷/۴٪ در مقاطع سیکل و دیپلم و کمترین آن به ترتیب در افراد بی‌سواد و یا با تحصیلات کم ۷/۱٪ و ۸/۶٪ با تحصیلات دانشگاهی بود. کمترین میزان افسردگی با ۳/۵٪ در افراد با درآمد بالای ۲۰۰ هزار تومان و بیشترین میزان افسردگی با ۲۹/۷٪ در افراد با درآمد کمتر از ۲۰۰ هزار تومان بوده است. همچنین بین سن، تأهل، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد خانوار، نوع مسکن و افسردگی ارتباط معنی داری بدست آمد ($p<0/001$) ولی بین جنس، سکونت در مناطق مختلف و افسردگی ارتباط معنی داری وجود نداشت.

Ø بحث و نتیجه گیری: ارائه خدمات بهداشت روانی مسئله‌ای است که در کشورها کمتر به آن توجه شده است. اما تجارب پزشکان و مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که اختلال‌های روانی از بسیاری جهات بخصوص از نظر فراوانی و شیوع و همچنین از لحاظ نیروهای انسانی کمتر از بیماریهای عفونی نیستند. بنابر این شناسایی این افراد، برخورد صحیح و درمان به موقع افسردگی آنان برای افراد، خانواده و جامعه بسیار ارزشمند می‌باشد و منجر به کاهش زیان‌های مادی و معنوی ناشی از آن می‌شود.

Øواژه های کلیدی: اختلال افسردگی، غربالگری، شیوع، اختلالات رفتاری

آدرس مکاتبه: خرم آباد، مجتمع دانشگاه علوم پزشکی گلدشت، دانشکده پزشکی
پست الکترونیک: Parisa-Namdari@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

تأثیر فشار روانی ناشی از زندگی نوین و دگرگون شدن شرایط اقلیمی، سیاسی و اقتصادی در بهداشت روان و کیفیت زندگی انکارناپذیر است. در کشورهای در حال توسعه حجم مشکلات رفتاری و روانی رو به فزونی است و بی‌توجهی به آن در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی اثرات سوء غیر قابل جبرانی بر جای می‌گذارد. گروه زیادی از مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی از مشکلات عاطفی و روانی رنج می‌برند، در حالی که این گروه از بیماران غالباً از ناراحتی‌های جسمی شکایت دارند و کارکنان بهداشتی قادر به تشخیص نشانه‌هایی که احتمالاً از مشکلات روانی ناشی می‌شوند نیستند (1).

اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی و از علل شایع ناتوانی و مرگ زودرس است. این اختلال همچنین باعث افزایش هزینه‌های اقتصادی تحمیل شده به فرد و جامعه می‌گردد. اختلال‌های روانی عامل پانزده درصد ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس در کشورهای رو به رشد هستند (2). بر پایه گزارش مشترک سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، اختلال افسردگی در صدر ده علت مهم ناتوانی و از کار افتادگی در جهان قرار دارند و بار سنگین اختلال افسردگی بر دوش فرد و جامعه می‌باشد (3). در ایران نزدیک به 5 میلیون نفر دچار افسردگی بوده که خود نشان‌دهنده شیوع بالا و اهمیت این اختلال است (4). هزینه مستقیم و غیرمستقیم اداره بیماران افسرده در سال 1990 در آمریکا 44 میلیارد دلار بوده (5) و این هزینه در انگلستان 222 میلیون پوند بوده است (3). علی‌رغم شیوع بالای اختلال‌های افسردگی، این اختلال‌ها غالباً تشخیص داده نمی‌شوند و یا اشتباه تشخیص داده می‌شوند (3). مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که اختلال‌های روانی از بسیاری جهات، به خصوص از نظر وفور و شیوع و همچنین از لحاظ کاهش نیروهای انسانی کمتر از بیماریهای عفونی نیستند. بنابر این شناسایی این افراد، برخورد صحیح و درمان به موقع افسردگی آنان برای فرد، خانواده و جامعه بسیار ارزشمند است و منجر به کاهش زیان‌های مادی و معنوی ناشی از آن می‌شود. با توجه به مطالب گفته شده تصمیم گرفته شد پژوهش فوق با هدف غربالگری اختلال افسردگی در شهر خرم‌آباد انجام شود.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که با هدف غربالگری اختلال افسردگی در جمعیت 64 ـ 20 ساله شهر خرم‌آباد انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش را جامعه شهری ساکن در مناطق دوگانه شهرداری خرم‌آباد تشکیل می دادند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده بک، با 21 پرسش است که اختلال افسردگی را می‌سنجد. پرسشنامه استاندارد شده بک دارای 21 پرسش چهارجوابی است که از صفر تا 36 درجه‌بندی می‌شود. کمترین میزان افسردگی آزمودنی صفر و بیشترین میزان آن 36 می‌باشد. نمره 15ـ0 بدون افسردگی و 36ـ16 دارای افسردگی می‌باشد. بنابر این نقطه برش بیش از 15 تعیین شد.

با توجه به شیوع 25-20% در جهان و ایران حجم نمونه 2740 نفر تعیین گردید. جمعیت هر یک از نواحی سه‌گانه در مناطق 2 و 1 شهرداری به صورت خوشه‌ای و چند مرحله‌ای انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری مناطق خوشه‌ای و روش نمونه‌گیری خانوار نمونه‌گیری سیستماتیک بوده است. هر یک از مناطق دوگانه به پنج ناحیه شمالی، جنوبی، شرقی و غربی و مرکزی تقسیم شدند و در هر ناحیه از هر نود خانوار یکی به عنوان نمونه انتخاب شد. پرسشگران آموزش دیده با مراجعه به درب منازل پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. پس از جمع‌آوری و کدگذاری پرسشنامه‌ها، اطلاعات استخراج و سپس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-03]

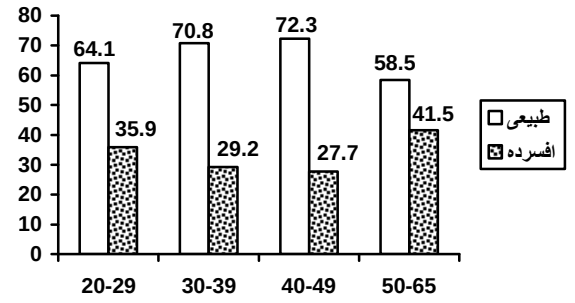
یافته ها

از مجموع 2740 نمونه‌ای که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند 42/3% مرد و 54% زن بودند. 45/9% در رده سنی 20 تا 29 سال و 9/5% بین 50 تا 65 سال قرار داشتند. 36/3% مجرد، 57/3% متأهل و 4/3% مطلقه و بیوه بودند. 31/5% بیکار، 18/3% در حال تحصیل، 15/1% کارمند ساده و با درصد کمتر سایر شغل‌ها را داشتند. 16% بیسواد و یا تحصیلات در حد ابتدایی، 48/1% سیکل و دیپلم و 33/2% دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. 11/6% ساکن غرب، 33% ساکن شمال و 9% ساکن جنوب خرم‌آباد بودند. 45% درآمد زیر 100 هزارتومان، 33/9% بین 100 تا 200 هزارتومان، 13/5% بالای 200 هزارتومان درآمد داشتند. 25% دارای مسکن اجاره‌ای و 68/6% در منزل شخصی زندگی می‌کردند.

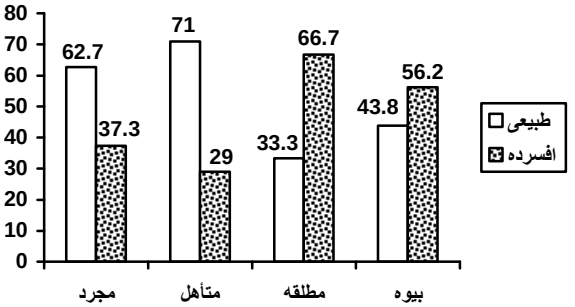
33/4% افراد مورد پژوهش افسرده و 66/6% نرمال بودند که از این میان 25% دارای افسردگی خفیف، 7/4% متوسط و 1% شدید بودند.

بیشترین میزان افسردگی بین 50 تا 65 سالگی و کمترین میزان بین 30 تا 49 سالگی بود (نمودار شماره 1). افسردگی در زنان 34/3% و در مردان 32/4% بود. در مجردین 37/3%، متأهلین 29%، بیوه 56/2% و مطلقه‌ها 66/7% افسردگی دیده شد (نمودار شماره 2).

بیشترین میزان افسردگی به ترتیب در کارگران ساده با 47/6%، کارگر تخصصی 43/2%، شغل آزاد 39/7%، بیکار 39/5% و کمترین میزان افسردگی در کارمند حرفه‌ای 16/2% بوده است. 7/1% افراد بیسواد و یا با تحصیلات در حد ابتدایی، 17/4% سیکل و دیپلم، 8/6% با تحصیلات دانشگاهی دارای افسردگی هستند. 13% با تحصیلات دیپلم دارای بیشترین افسردگی، 0/05% افراد مورد پژوهش با درآمد بالای 200 هزارتومان دارای کمترین میزان افسردگی و 29/7% با درآمد کمتر از 200 هزارتومان دارای بیشترین افسردگی بودند. در این تحقیق بین سن، تأهل، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد خانوار وضعیت مسکن و افسردگی ارتباط معنی‌دار بدست آمد (P<0/001). ولی بین متغیرهای جنس و سکونت در مناطق مختلف با افسردگی ارتباط معنی‌دار مشاهده نگردید.



نمودار شماره 1- توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس نتیجه آزمون افسردگی و سن



نمودار شماره 2- توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس نتیجه آزمون افسردگی و تأهل

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان می دهد که 33/4% افراد مورد پژوهش دارای علائم افسردگی بودند. در مطالعات مشابه توسط داودیان در رودسر (1363) شیوع افسردگی 24/38%، پالاهنگ در کاشان (1372) 11/75%، و رئوف در قم (1371) 35/9% گزارش شده است (8،7،6).

افسردگی در زنان با اختلاف ناچیزی بیشتر از افسردگی در مردان بوده است. (34/3% زنان، 32/4% مردان). در مطالعات متعددی که در ایران انجام شده است میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است (9،8،7،6).

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-03]

عبدالناصر و همکاران در سال (1370)، پالاهنگ و همکاران در (1375) در پژوهشهای خود نشان دادند با افزایش سن، افسردگی افزایش می‌یابد (7، 8) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

به ترتیب در افراد بیوه، مطلقه، مجردین و متأهلین با اختلاف نسبتاً قابل توجهی علائم افسردگی بیشتر است. در مطالعه‌ای که توسط نظری و همکاران در (1380) در شهر تهران انجام شد شیوع علائم افسردگی در افراد مجرد 19/4% و در افراد متأهل 20/4% بود که با نتایج مطالعه حاضر مشابه نیست (9). در این پژوهش بیشترین میزان افسردگی در کارگران ساده 47/6%، کارگران تخصصی 43/2%، شغل آزاد جزیی 39/7%، بیکاران 39/5 و کمترین آن در کارمندان حرفه‌ای و 16/2% است که با نتایج گاوین و همکاران در استرالیا و آمریکا مشابه است. در این پژوهش تفاوت معنی‌داری از نظر وضعیت اشتغال و شیوع افسردگی بود، که بیشترین شیوع در کارگران ساده 39/2%، افراد بیکار 28/9% و کمترین میزان افسردگی در کارمندان حرفه‌ای 13/3% بوده است (10).

نتایج نشان داد بیشترین میزان افسردگی با تحصیلات دیپلم 13% و کمترین میزان افسردگی 0/05% با تحصیلات فوق‌لیسانس و دکتری بوده است که با نتایج پالاهنگ و همکاران (1375) و با مطالعه انجام شده در استرالیا توسط دانگ و همکاران (1994) مشابه است (5، 8). با این تفاوت که در پژوهش حاضر میزان افسردگی در افراد بیسواد و با تحصیلات در حد ابتدایی کم گزارش شده است (7/4%). با افزایش میزان درآمد خانواده میزان افسردگی نیز کاهش داشت، بطوری که کمترین میزان افسردگی با درآمد ماهیانه بیشتر از 200 هزارتومان بود (3/5%) که با نتایج پژوهش نظری و همکاران در سال (1380) که در آن بیشترین میزان افسردگی در کسانی که درآمد خانوار تا 50 هزارتومان داشته‌اند مشابه است (9) ولی با مطالعات ECA[1] و NCS[2] که مطرح کرده‌اند افسردگی با درآمد خانواده تفاوت قابل توجهی ندارد متفاوت است (11).

همچنین بین سن، تأهل، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد خانوار، وضعیت مسکن و افسردگی ارتباط معنی‌دار بدست آمد که با سایر مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها مشابه است (12،9،8،5). ولی بین جنس و محل سکونت در مناطق مختلف شهر با افسردگی ارتباط معنی‌دار ایجاد نشد که با سایر مطالعات انجام شده همخوانی ندارد (10،9،5).

می‌توان معنی‌دار نبودن ارتباط بین افسردگی و جنس را به دلیل اشکال در بیان افسردگی در زنان و مردان توجیه کرد. همچنین به دلیل بافت طبقاتی نسبتاً یک دست در مناطق مختلف شهری خرم‌آباد معنی‌دار نبودن ارتباط بین افسردگی و محل سکونت نیز قابل توجیه است. با توجه به یافته‌های این پژوهش اهمیت مطالعات اپیدمیولوژیک بیماریهای خلقی از جمله افسردگی که یکی از ده مشکل بهداشتی جهان است در ایران نیز آشکار می‌شود.

همچنین لزوم تجدیدنظر در آموزش پزشکی و بالا بردن سطح آموزش روانپزشکی برای پزشکان عمومی احساس می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از معاونت محترم آموزشی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان که هزینه مالی پژوهش حاضر را تأمین نموده و کلیه همکارانی که در این پژوهش ما را یاری داده‌اند قدردانی می‌شود.

1. Epidemiologic Catchment Area
2. National Comrbidity Study

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-03]

References

1- عبدالهیان ا. بررسی بار اقتصادی اختلالهای افسردگی بیمار و جامعه، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره 1، 1379، ص: 80-4

2. Hall R. C. The clinical and Financial barden of disorder, psychosomatics, 1995, 86: 511, 518

3. Linden M, Maier, W, Achberger M, Herr R. Psychiatric diseases and their treatment in general practice in Germany, results of a world organization study 1996; 67: 2050-2150

4- داودیان، هاراطون. بیماریهای ناتوان‌کننده روانپزشکی، متن سخنرانی ارائه شده در دانشگاه علوم پزشکی تهران، 1378، ص: 3-1

5. Dang B, Ronald C. The prevalence and Distribution of major Depression in a National of psychiatry, 1994: 15-16

6- گرجی زاده م، کلوندی ب. بررسی میزان شیوع افسردگی، اضطراب و ترس در دوران بارداری در شهر اهواز. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال چهارم، شماره 14، 1378؛ ص: 77-4

7- رئوف ع، به فروز ع، یزدانی ر. بررسی شیوع افسردگی و عوامل فرهنگی اجتماعی مؤثر بر آن در قم، پایان نامه دکترای پزشکی، 1372، ص: 27-20

8- سادوک ب، سادوک و. اصول روانپزشکی علوم رفتاری، روانپزشکی کاپلان. ترجمه دکتر رفیعی و دکتر صبحانیان. جلد اول، چاپ نهم، 1383؛ ص: 480-50

9- نظری ه، هرمزی ک، مشایخی ف، والیزاده م، فلاحتی ف. بررسی شیوع اختلال‌های افسردگی در تهران، پایان‌نامه دکتری تخصصی روانپزشکی، 1379، ص: 25

10. Gavin A, Henderson S. Prevalance comorbidty disability and service utilization, overview of the Australian National Mental Health Survey. British journal of psy chiatry, 2001; 178: 145-153

11. Kaplan H, Sadock B, comprehensive Texbook of psychiatry. 7th, Ed, 1995; 2: 1284-1290

12. Barlow DH. Disorders of emotion psychological Inquiry, 1998; 60: 58-71

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-03]