

شیوع اختلال‌های افسردگی در شهر تهران

۱۳۷۹

دکتر حسین کاویانی*، دکتر سید علی احمدی ابهری (دانشیار)* دکتر هدایت نظری (دستیار)، دکتر کوروش هرمزی (دستیار)

دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه روان پزشکی و روان شناسی بالینی

چکیده

مقدمه: افسردگی یک عارضه ناتوان ساز است که همه افراد ممکن است به طور کوتاه مدت یا طولانی در طی عمر خود آن را تجربه کنند. متأسفانه هنوز تصویر روشنی از میزان شدت افسردگی در میان مردم و نیز انواع اختلال افسردگی در جامعه ایران، به دست نیامده است. **مواد و روشها:** هدف این مطالعه، بررسی شیوع اختلال‌های افسردگی در جمعیت ۶۵-۲۰ ساله شهر تهران بود. تعداد ۱۰۷۰ نفر از ساکنان شهر تهران به صورت خوشه‌های تصادفی از مناطق مختلف شهر در آزمون سرنند (غربالگری) افسردگی با استفاده از آزمون سنجش میزان افسردگی بک (BDI)، شرکت کردند. سپس افراد دارای نمرات بالاتر از حد نصاب در پرسشنامه BDI، مورد مصاحبه روان پزشکی قرار گرفتند و بود و نبود و نیز نوع اختلال آن‌ها تعیین گردید. مصاحبه کنندگان از دستیاران روان پزشکی بودند و آموزش‌های لازم را دیده بودند. ضمناً برای کنترل بیشتر، ۵ درصد از نمونه پائین تر از حد نصاب افسردگی به نمونه مورد مصاحبه افزوده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان افسردگی زنان ($BDI = 12/16$) در کل نمونه بیشتر از مردان ($BDI = 8/17$) است و نیز احتمال ابتلا زنان (۳۰/۵۰ درصد) به افسردگی بیشتر از مردان (۱۶/۷ درصد) است.

نتیجه گیری و توصیه‌ها: در این مطالعه تلاش شد تا با بهره برداری از روش شناسی دقیق، تصویر واقع بینانه نری نسبت به این اختلال (افسردگی) و جمعیت پایتخت ارائه شود. احتمالاً عوامل استرس زا نقش تعیین کننده ای در تصویر همه گیر شناختی افسردگی در جامعه ایران دارد. ما یافته‌های حاصل از این تحقیق را با یافته‌های خارجی و داخلی مقایسه خواهیم کرد و به بحث درباره تفاوت‌ها و شباهت‌ها خواهیم پرداخت.

مقدمه

قدمت مطالعات همه‌گیرشناختی در ایران به سال ۱۳۴۱ و مطالعه پروفیسور باش در سه روستای قاسم آباد، زنگی آباد و کناره در استان فارس برمی گردد (۱). یافته‌ها نشان داد که میزان شیوع اختلال‌های روانی در زنان ۱۶/۵ درصد و در مردان ۷/۷ درصد بوده است. از جمله کارهای پیشرو در زمینه همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران، مطالعه داویدیان و همکاران (۲) است که در شهرستان رودسر انجام شد.

افسردگی یک واقعیت گریز ناپذیر است که به اندازه بیماری کرونری قلب، به لحاظ اجتماعی، ناتوان ساز است. حدود ۱۵ درصد مبتلایان به افسردگی اقدام به خودکشی می‌کنند (۳). افسردگی واکنشی در مقابل فقدان و متوجه گذشته است (۴). میزان شیوع افسردگی در جمعیت عمومی، بسته به نوع مطالعه و محدوده جغرافیایی مورد مطالعه، متفاوت گزارش شده است. کاپلان و سادوک (۵) شیوع طول عمر افسردگی اساسی را در مردان ۱۵ درصد و در زنان ۲۵ درصد ذکر می‌کنند. هوپر و

مواد و روشها

نمونه مورد مطالعه

در این مطالعه، ۱۰۷۰ نفر از مردان و زنان ۲۰-۶۵ ساله ساکن شهر تهران شرکت کردند. این تعداد بر اساس شیوع ۱۵-۵ درصدی (شیوع یکماهه) افسردگی در جمعیت عمومی و با استفاده از فرمول همه گیر شناسی برای محاسبه حجم نمونه، و با احتساب احتمال ۳۰ درصدی ریزش و رعایت اطمینان، تعیین گردید. در مجموع ۱۶ نفر از شرکت در مطالعه سرباز زدند.

روش خوشه ای تصادفی برای نحوه نمونه گیری برگزیده شد. در واقع ۱۰۷۰ نفر به نسبت سن و جنس جمعیت کل هر منطقه تقسیم شدند که به صورت جداول نمونه گیری در اختیار آزمونگران قرار گرفت. از هر پنج واحد مسکونی یک واحد انتخاب می گردید (چهار خانه در میان) و از هر واحد مسکونی یک نفر که با جداول نمونه گیری تطابق داشت، آزمون می شد. جداول ۱ و ۲ به ترتیب توزیع در جمعیت کل و جمعیت نمونه را به تفکیک سن و جنس و پنج منطقه شهر تهران نشان می دهد. آزمودنی‌ها بایستی توانایی خواندن و فهم پرسشنامه را داشته باشند.

ارزیابی‌ها

کار ارزیابی در دو مرحله صورت گرفت. ابتدا پرسشنامه افسردگی بک (بی.دی.آی)^۱ برای سرنند آزمودنی‌های افسرده احتمالی، به کار برده شد. برای کاستن از موارد مثبت کاذب false positive از یکی از تقسیم بندی‌های موجود معتبر در ایران (۱۵) استفاده شد: ۵۱-۰ بدون علامت؛ ۳۰-۱۶ افسردگی خفیف؛ ۴۶-۳۱ افسردگی متوسط؛ ۶۳-۴۷ افسردگی شدید. این پرسشنامه توسط خود آزمودنی پر می شد. در مطالعاتی که در مرکز مطالعات شناخت و رفتار بیمارستان روزبه انجام شد، روایی و اعتبار این آزمون در جمعیت ایرانی، تأیید گردید. در مرحله دوم، یک فهرست واریسی بر اساس علائم اختلال‌های افسردگی در دی.اس.ام - ۴^۲ (۱۶) و همچنین یک پرسشنامه جمعیت نگاشتی محقق- ساخته برای دستیابی به ویژگی‌های هر فرد به کار برده شد.

همکاران (۶) با استفاده از پرسشنامه سلامتی عمومی^۱ و جدول تشخیص اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا به درصد ۵/۸ برای افسردگی اساسی دست یافتند. که این شیوع این اختلال در زنان بیش از مردان گزارش شد. در مطالعه بارت و همکاران (۱۹۸۸)، با استفاده از پرسشنامه SCL-90 و جدول تشخیص اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنیا و نیز هولی فیلد^۲ و همکاران (۷) با استفاده از SCL-90 و مصاحبه تشخیصی به ترتیب به ارقام ۱۰ و ۱۲/۴ درصد، دست یافتند در منطقه خاورمیانه، قوباش^۳ و همکاران (۸) با استفاده از مصاحبه تشخیصی گزارش دادند که ۱۳/۷ درصد زنان امارات متحده عربی (دبی) از افسردگی در رنجند.

جالب این جاست که مطالعات همه گیر شناختی در جمعیت ایرانی، اکثراً میزان شیوع کمتری را برای مجموع اختلال‌های خلقی (از جمله افسردگی) گزارش کرده‌اند. جاویدی (۹) در مطالعاتی در افراد بالاتر از ۱۵ سال روستاهای مرودشت (ایران سنجش: SCL-90-R و مصاحبه تشخیصی روان پزشکی) نشان دادند که ۸/۷ درصد افراد جامعه گرفتار نوعی از اختلال‌های افسردگی هستند. بهادرخان و همکاران (۱۰) و کوبکه و همکاران (۱۱) با استفاده از همین ابزار سنجش در جمعیت مناطق روستایی گناباد و شهریزد، به ۱۰/۵۳ درصد و ۷/۳ درصد برای اختلال‌های خلقی دست یافتند.

همچنین پالانگ و همکاران (۱۲) و یعقوبی و همکاران (۱۳) با استفاده از سلامت عمومی و مصاحبه بالینی روان پزشکی در مناطق کاشان و صومعه سرا به ترتیب به میزان‌های ۱۱/۷۵ درصد و ۱۲/۶ درصد برای کل اختلال‌های خلقی دست یافتند. در مطالعه اخیر، شیوع افسردگی اساسی ۶/۲۴ درصد ذکر شده است. و بالاخره در مطالعه نور بالا و همکاران (۱۴) که در شهر تهران و با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی انجام شد، میزان ۴/۴ درصد برای افسردگی اساسی گزارش شده است.

مطالعه حاضر با این هدف انجام شد تا در یک چهار چوب نمونه گیری علمی، به ارزیابی همه‌گیر شناختی افسردگی در جمعیت ساکن شهر تهران پردازد.

^۱- General Health Questionnaire

^۲- Hollifield

^۳- Ghubash Questionnaire

^۱- Beck Depression Inventory (BDI)

^۲- DSM-IV

جدول ۱- توزیع جمعیت کل به نسبت سن و جنس در پنج منطقه تهران

مناطق	رده سنی	تعداد مردان(%)	تعداد زنان(%)	تعداد کل
شمال	۲۰-۲۹	۳۵۱۷۴ (۲۶/۸۶)	۳۴۹۴۴ (۲۷/۰۵)	۷۰۱۱۸ (۲۶/۹۵)
	۳۰-۳۹	۳۳۲۳۱ (۲۵/۳۷)	۴۰۶۴۳ (۳۱/۴۶)	۷۳۸۷۴ (۲۸/۴۰)
	۴۰-۴۹	۳۴۶۲۸ (۲۶/۴۴)	۳۱۸۱۳ (۲۴/۶۳)	۶۶۴۴۱ (۲۵/۵۴)
	۵۰-۶۴	۲۷۹۱۶ (۲۱/۳۱)	۲۱۷۵۲ (۱۶/۸۴)	۴۹۶۶۸ (۱۹/۰۹)
	کل	۱۳۰۹۴۹ (۴۸/۳۶)	۱۲۹۱۵۲ (۵۱/۶۴)	۲۶۰۱۰۱ (۱۰۰)
مرکز	۲۰-۲۹	۲۸۳۱۶ (۳۱/۱۴)	۲۵۲۲۶ (۳۰/۱۵)	۵۳۵۴۲ (۲۰/۶۶)
	۳۰-۳۹	۲۷۱۹۳ (۲۹/۹۰)	۲۵۰۴۷ (۲۹/۹۴)	۵۲۲۴۰ (۲۹/۹۲)
	۴۰-۴۹	۱۸۷۱۷ (۲۰/۵۸)	۱۷۳۹۹ (۲۰/۷۹)	۳۶۱۱۶ (۲۰/۶۸)
	۵۰-۶۴	۱۶۶۹۹ (۱۸/۳۶)	۱۵۹۸۳ (۱۹/۱۰)	۳۲۶۸۲ (۱۸/۷۲)
	کل	۹۰۹۲۵ (۵۲/۰۸)	۸۳۶۵۵ (۴۷/۹۲)	۱۷۴۵۸۰ (۱۰۰)
شرق	۲۰-۲۹	۲۹۴۹۴ (۳۰/۸۵)	۳۰۹۵۵ (۳۲/۶۸)	۶۰۴۴۹ (۳۱/۷۶)
	۳۰-۳۹	۲۸۴۸۳ (۲۹/۸۰)	۲۷۲۳۵ (۲۸/۷۵)	۵۵۷۱۸ (۲۹/۲۸)
	۴۰-۴۹	۱۸۴۱۲ (۱۹/۲۶)	۱۸۹۵۲ (۲۰/۰۱)	۳۷۳۶۴ (۱۹/۶۳)
	۵۰-۶۴	۱۹۱۹۱ (۲۰/۰۷)	۱۷۵۶۲ (۱۸/۵۴)	۳۶۷۵۳ (۱۹/۳۱)
	کل	۹۵۵۸۰ (۵۰/۲۴)	۹۴۷۰۴ (۴۹/۷۶)	۱۹۰۲۸۴ (۱۰۰)
جنوب	۲۰-۲۹	۲۴۱۵۰ (۳۵/۹۵)	۱۸۵۶۱ (۳۰/۸۸)	۴۲۷۱۱ (۲۳/۵۵)
	۳۰-۳۹	۱۹۳۳۴ (۲۸/۷۸)	۱۸۰۲۱ (۲۹/۹۸)	۳۷۳۵۵ (۲۹/۳۵)
	۴۰-۴۹	۱۲۱۰۴ (۱۸/۰۲)	۱۲۰۱۴ (۱۹/۹۸)	۲۴۱۲۵ (۱۸/۹۵)
	۵۰-۶۴	۱۱۵۷۱ (۱۷/۲۲)	۱۱۵۰۹ (۱۹/۱۴)	۲۳۰۸۰ (۱۸/۱۳)
	کل	۶۷۱۵۹ (۵۲/۷۷)	۶۰۱۰۵ (۴۷/۲۳)	۱۲۷۲۶۴ (۱۰۰)
غرب	۲۰-۲۹	۲۹۴۴۴ (۴۰/۲۱)	۲۸۴۲۵ (۴۲/۵۷)	۵۷۸۶۹ (۴۱/۳۳)
	۳۰-۳۹	۲۰۹۰۳ (۲۸/۵۴)	۱۸۷۸۵ (۲۸/۱۳)	۳۹۶۸۰ (۲۸/۳۴)
	۴۰-۴۹	۱۲۳۶۸ (۱۶/۸۹)	۱۱۸۹۹ (۱۷/۸۲)	۲۴۲۶۷ (۱۷/۲۳)
	۵۰-۶۴	۱۰۵۰۴ (۱۴/۳۴)	۷۶۵۶ (۱۱/۴۶)	۱۸۱۶۰ (۱۲/۹۷)
	کل	۷۳۲۱۹ (۵۲/۳۱)	۶۶۷۶۵ (۴۷/۶۹)	۱۳۹۹۸۴ (۱۰۰)

ارزیابها و آموزش آنها

پرسشگران و مصاحبه کنندگان قبل ورود به مرحله اصلی، تجربه و مهارت عملی لازم را به دست آورند.

شیوه اجرا

ارزیابی اختلال افسردگی در یک ماه اخیر، هدف مطالعه حاضر بود. اولین فردی که برای پاسخگویی با پرسشگر تماس پیدا می کرد، دعوت به شرکت در تحقیق می شد. چنانچه شرایط سنی و جنسی وی با جداول نمونه گیری منطبق نبود، از میان افراد موجود در منزل، تقاضای همکاری می شد. در این گام، دادن اطلاعات کافی راجع به طرح تحقیقی و رضایت پاسخگو، مورد نظر بود. در ابتدا

۹ نفر از کارورزان (انترن های) پزشکی عمومی (شامل شش مرد و سه زن) کار پرسشگران مرحله سرنده را عهده دار بودند. در مرحله مصاحبه از دو دستیار (رزیدنت) سال سوم روان پزشکی، استفاده شد. ارزیابها قبل از انجام مرحله اصلی طرح در یک دوره کوتاه مدت، آموزش کافی درباره ایجاد ارتباط، شیوه اجرا، فنون پرسشگری و مصاحبه را دیدند. همچنین قبل از آغاز مرحله اصلی، یک مطالعه مقدماتی^۱ بر روی ۵ درصد نمونه کل انجام شد تا

شونده، بی خبر بودند؛ تمهید اضافه نمودن ۵ درصد نمونه سالم، برای کنترل سوگیری تشخیصی ارزیاب‌ها، انجام شد. توصیه شد که آزمون گران و مصاحبه کنندگان روزهای خاصی از هفته به منازل مراجعه نکنند و به طور متعادل در روزهای مختلف هفته به منازل مراجعه کنند. فاصله مراجعه اول و مراجعه دوم، حداکثر دو هفته تعیین شد.

پرسشنامه جمعیت نگاشتی و سپس پرسشنامه افسردگی تکمیل می‌گردید.

کلیه کسانی که نمره‌های بالاتر از حد نصاب (در این مطالعه نمره ۱۵) می‌آوردند به علاوه ۵ درصد کسانی که پائین‌تر از حد نصاب نمره آورده بودند، در مصاحبه تشخیصی مرحله دوم شرکت داده می‌شدند. مصاحبه کنندگان از نمره افسردگی فرد مصاحبه

جدول ۲- توزیع نمونه مورد مطالعه به نسبت سن و جنس در پنج منطقه تهران

مناطق	رده سنی	تعداد مردان (%)	تعداد زنان (%)	تعداد کل
شمال	۲۰-۲۹	۴۱(۲۶/۸۰)	۴۲(۲۷/۶۰)	۸۳(۲۴/۹۰)
	۳۰-۳۹	۳۷(۲۴/۲۰)	۴۷(۳۰/۹۲)	۸۴(۲۷/۵۴)
	۴۰-۴۹	۴۰(۲۶/۱۰)	۳۹(۲۵/۷۰)	۷۹(۲۶/۹۰)
	۵۰-۶۴	۳۵(۲۲/۹۰)	۲۴(۲۴/۸۷)	۵۹(۱۹/۳۴)
	کل	۱۵۳(۵۰/۲۰)	۱۵۲(۴۹/۸۰)	۳۰۵(۱۰۰)
مرکز	۲۰-۲۹	۳۴(۳۱/۸۰)	۳۲(۳۱/۷۰)	۶۶(۳۱/۴۰)
	۳۰-۳۹	۳۱(۲۹/۰)	۲۸(۲۷/۷۰)	۵۹(۲۸/۱۰)
	۴۰-۴۹	۲۳(۲۱/۵۰)	۲۱(۲۰/۸۰)	۴۴(۲۱/۱۵)
	۵۰-۶۴	۱۹(۱۷/۸۰)	۲۰(۱۹/۸۰)	۳۹(۱۸/۷۵)
	کل	۱۰۷(۵۱/۴۴)	۱۰۱(۴۸/۵۶)	۲۰۸(۱۰۰)
شرق	۲۰-۲۹	۳۴(۳۰/۹۰)	۳۶(۳۲/۴۳)	۷۰(۳۱/۶۷)
	۳۰-۳۹	۳۲(۲۹/۰۹)	۳۳(۲۹/۷۲)	۶۵(۲۹/۴۱)
	۴۰-۴۹	۲۱(۱۹/۰۹)	۲۲(۱۹/۸۱)	۴۳(۱۹/۴۵)
	۵۰-۶۴	۲۳(۲۰/۹۰)	۲۰(۱۸/۰۱)	۴۳(۱۹/۴۵)
	کل	۱۱۰(۴۹/۷۷)	۱۱۱(۵۰/۲۳)	۲۲۱(۱۰۰)
جنوب	۲۰-۲۹	۲۷(۳۵/۰۶)	۲۲(۳۰/۰۸)	۴۹(۳۳/۱۰)
	۳۰-۳۹	۲۱(۲۷/۲۷)	۲۱(۲۹/۵۷)	۴۲(۲۸/۳۷)
	۴۰-۴۹	۱۵(۱۹/۴۸)	۱۴(۱۹/۷۰)	۲۹(۱۹/۵۹)
	۵۰-۶۴	۱۴(۱۸/۱۸)	۱۴(۱۹/۷۰)	۲۸(۱۸/۹۱)
	کل	۷۷(۵۲/۰۰)	۷۱(۴۸/۰۰)	۱۴۸(۱۰۰)
غرب	۲۰-۲۹	۳۷(۴۱/۱۰)	۳۴(۴۲/۵۰)	۷۱(۴۱/۷۶)
	۳۰-۳۹	۲۵(۳۷/۷۷)	۲۲(۳۷/۵۰)	۴۷(۲۷/۶۴)
	۴۰-۴۹	۱۵(۱۶/۶۶)	۱۵(۱۸/۷۵)	۳۰(۱۷/۶۴)
	۵۰-۶۴	۱۳(۱۴/۴۰)	۹(۱۱/۲۵)	۲۲(۱۲/۹۴)
	کل	۵۲(۹۰)	۸۰(۴۷/۱۰)	۱۷۰(۱۰۰)

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت نگاشتی نمونه مورد مطالعه (جدول ۳ خاکساز از آن است که: (۱) با افزایش سن، فراوانی جمعیت کاسته

می‌شود؛ (۲) تفاوت آشکاری بین شمار زنان و مردان وجود ندارد؛ (۳) شمار متأهلان شرکت کننده در مطالعه حاضر، حدود سه برابر غیر افراد مجرد است؛ (۴) شمار دارندگان رده‌های تحصیلی غیر دانشگاهی چهار برابر کسانی است که تحصیلات دانشگاهی دارند.

جدول ۴- میزان شدت افسردگی براساس نمونه BDI در نمونه مورد

مطالعه به تفکیک جنس (n = ۱۰۵۲)

شدت	مرد فراوانی (%)	زن فراوانی (%)	کل فراوانی (%)
زیر نقطه برش (بدون علامت)	۴۴۹ (۸۳/۸)	۳۵۸ (۶۹/۶)	۸۰۷ (۷۶/۶)
خفیف	۷۷ (۱۴/۴)	۱۲۶ (۲۴/۵)	۲۰۳ (۱۹/۲)
متوسط به بالا	۱۲ (۲/۳)	۳۱ (۶)	۴۳ (۴)

افسردگی اصلی را دارا هستند. این احتمال برای افسردگی دیستایمی کمتر از دو برابر است. برطبق این جدول، افسردگی خفیف در مردان زیادتر است. آزمون مجذور کای^۱ معنی دار بودن این تفاوت را اثبات می کند ($P < ۰/۰۰۱$ و $X^2 = ۳۴۰۴۶$). مجموعاً ۱۱/۳ درصد افراد کل نمونه مورد مطالعه به یکی از اختلال‌های افسردگی مبتلا بوده‌اند.

جدول ۵- درصد تشخیص افسردگی براساس معیارهای DSM-IV

در جمعیت مورد مطالعه

تشخیص	مرد	زن	کل	X^2	p
بدون علامت	۷۹۱/۲	۷۸۶/۲	۷۸۸/۸		
افسردگی اصلی	۷۴/۵	۷۹/۱	۷۶/۸		
افسردگی خفیف	۷۲/۶	۷۱/۸	۷۲/۲		
دیستایمی	۷/۱۷	۷/۲۹	۷/۲۳		

بحث

هدف مطالعه حاضر، بررسی شیوع میزان و نوع افسردگی در جمعیت ۲۰-۶۴ سال زنان و مردان ساکن شهر تهران بود. در این مطالعه تلاش شد تا با بهره برداری از روش شناسی دقیق، چه به لحاظ نمونه‌گیری و چه به لحاظ شیوه اجرا، تصویر واقع بینان‌های نسبت به این اختلال (افسردگی) در جمعیت پایتخت ارائه شود. جداول ۱ و ۲ حاکی از دقت کافی در توزیع نمونه مورد مطالعه به مناطق و با نسبت جنس و سن مشابه نمونه کل، است. ضمناً کوشیدیم با تمهیداتی، نظیر افزودن ۵ درصد نمونه زیر حد نصاب آزمون افسردگی به نمونه مورد مصاحبه در مرحله دوم و بی‌خبری

آمار رسمی جمعیت شهری ایران (۱۷) با الگوی ارائه شده در بالا شباهت دارد.

جدول شماره ۴ نشان دهنده آن است که شمار زنان دارای نمره افسردگی بالاتر از حد نصاب تعیین شده برای آزمون افسردگی بک، حدود دو برابر مردانی است که نمره بالاتر از حد نصاب آورده‌اند. مقایسه آماری میانگین نمرات زنان (۱۲/۱۶) و مردان (۴۷) نتیجه معنی داری را آشکار ساخت ($P < ۰/۰۰۱$ و $P = ۷/۹۶ = ۱۰۴۵$). در مجموع نمره ۱۳/۴ درصد کل جمعیت بالاتر از حد نصاب تعیین شده بوده است.

محتویات جدول شماره ۵ نیز حاکی از ابتلاء بیشتر زنان به اختلال‌های افسردگی اصلی و دیستایمی نسبت به مردان است. به این ترتیب زنان بیش از دو برابر مردان احتمال ابتلا به اختلال

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت نگاشتی نمونه مورد مطالعه

فراوانی	درصد	
۳۳۳	۳۱/۷	۲۰-۲۹
۳۰۷	۲۹/۲	۳۰-۳۹
۲۱۴	۲۰/۳	۴۰-۴۹
۱۹۸	۱۸/۸	۵۰-۶۵
۵۳۶	۵۱/۰	مرد
۵۱۶	۴۹/۰	زن
۲۲۴	۲۱/۳	کارگر
۷۲	۶/۸	کارمند
۱۸۹	۱۸/۰	شغل آزاد
۸۹	۸/۵	دانشجو
۴۵۶	۴۳/۳	خانه دار/ بیکار
۲۴۷	۲۳/۵	مجرد
۷۶۲	۷۲/۴	متاهل
۳۵	۳/۳	جدا شده / بیوه
۸	۰/۸	نامعلوم
۳۸۰	۳۶/۱	تا راهنمایی
۴۰۴	۳۸/۴	دبیرستان و دبلم
۲۶۳	۲۵/۰	آموزش عالی

داشت که اکثر این مطالعات آمار اختلال‌های خلقی را داده‌اند که شامل افسردگی است). یکی از دلایل آن شاید این باشد که در مطالعات پیشین، عمدتاً جامعه مورد مطالعه، مناطق روستایی و شهرهای کوچک بوده ولی در مطالعه حاضر جمعیت ساکن شهر تهران هدف تحقیق و بررسی بوده‌اند.

در آن جا که اولین فرد پاسخ دهنده، در هر خانه، دعوت به مصاحبه شد، این احتمال وجود دارد که افراد افسرده ای که در منزل وجود داشته‌اند ولی رغبت کافی برای باز کردن درب منزل نداشته‌اند، از مطالعه حذف گردیده‌اند. لذا تحقیقات بعدی بایستی این موضوع را در کار خود لحاظ کنند.

شاید این تفاوت به شرایط زندگی در شهر بزرگی مثل تهران باز گردد که عوامل استرس زا در آن بیش از مناطق روستایی و شهرهای کوچک است. اما یافته‌های حاضر با توجه به بهره‌گیری از ویژگی‌های روش شناختی‌ای نظیر ابزار سرند تخصصی تر و نیز مصاحبه ساختار یافته تشخیصی توسط افراد واجد شرایط، شیوه نمونه‌گیری دقیق و نیز تمهیداتی برای جلوگیری از سوگیری، (نظیر بی‌خبر بودن مصاحبه‌کننده نسبت به بیمار و سالم بودن آزمودنی و نوع اختلال) احتمالاً به واقعیت جامعه ما نزدیک‌تر است. بی‌شک تحقیق حاضر نیز می‌تواند دچار کاستی‌هایی باشد. در انتظار مطالعات آینده برای نقد یا تقویت یافته‌های حاضر می‌مانیم.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاونت محترم پژوهشی دانشکده که با حمایت‌های خود امکان تحقیق را فراهم فرمودند سپاسگزار می‌شود.

(جسم بسته بودن)^۱ مصاحبه‌کنندگان نسبت به نمره آزمودنی، از سوگیری تشخیصی احتمالی جلوگیری کنیم. از مجموع ۴۳ نفر (۵ درصد نمونه زیر حد نصاب)، هیچ‌کدام در مرحله دوم (مصاحبه تشخیصی)، مبتلا به اختلال‌های افسردگی، تشخیص داده نشدند.

همان‌طور که در جای دیگری (۱۸) مطرح شده است، شباهت بافت جمعیتی تهران با بافت جمعیتی کل ایران، این امکان را تقویت می‌کند که شاید بتوان جمعیت تهران را به عنوان نمونه‌های از کل جمعیت ایران در نظر گرفت. موج مهاجرت‌های اختیاری و اجباری ایران در ۶ دهه گذشته (به دلایل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی) و نیز جاذبه‌هایی مانند بازار کار و فعالیت پر رونق، تسهیلات شهری بهتر، وضعیت فرهنگی - تحلیلی مناسبتر و نیز شرایط و تسهیلات بهداشتی، موجب پدیدآیی چنین ترکیبی از جمعیت شده است. باید توجه داشت که این تن‌ها یک فرض است و نگارندگان رد یا قبول چنین فرضی را منوط به مطالعات بیشتر می‌دانند.

یافته‌های این مطالعه تأیید می‌کند که میزان و شیوع اختلال افسردگی در بین زنان بیش از مردان است (مشخصاً شیوع افسردگی اصلی در میان جمعیت زنان دو برابر مردان است). همچنین آزمون سنجش افسردگی مؤید این موضوع بود که افسردگی در زنان شدیدتر از مردان است. این یافته با مطالعات خارجی هماهنگ است (۱۹ و ۲۰)؛ به ویژه با مطالعاتی که در منطقه خاورمیانه انجام شده است (۸). شایان ذکر است که تمامی انواع افسردگی مطرح در طبقه بندی‌های تشخیصی در این تحقیق مورد سنجش قرار نگرفتند بلکه مواردی در نظر گرفته شدند که معمولاً در مطالعات دیگر مورد سنجش قرار گرفته‌اند.

یافته‌های حاضر با مطالعات ایرانی پیشین دارای تفاوت‌هایی است. در اکثر مطالعات ایرانی گزارش شده، میزان ابتلا به اختلال‌های افسردگی کمتر از مطالعه حاضر است (باید توجه

منابع

- ۱- کوهبه، فرخ. (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ۱۲- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی و شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه گیر شناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره ۴، ص ۱۹-۲۷.
- ۱۳- یعقوبی، نورالله؛ نصر، مهدی و شاه محمدی، داود. (۱۳۷۴). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرای گیلان. مجله اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ص ۵۵-۶۵.
- ۱۴- نوربالا، احمد علی؛ محمد، کاظم و باقر یزدی، سید عباس. (۱۳۷۸). بررسی شیوع اختلال های روان پزشکی در شهر تهران. مجله حکیم، دوره دوم، شماره ۴، ص ۲۱۲-۲۲۳.
- ۱۵- جلیلی، ا. و اخوت، و. افسردگی. ایران-تهران؛ انتشارات رشد، ۱۳۶۲.
16. APA, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. APA Press, Washington, DC, 1994.
- ۱۷- مرکز آمار ایران (۱۹۷۹). سالنامه آمار. تهران، مرکز آمار ایران.
- ۱۸- کاویانی، حسین، احمدی ابهری، سیدعلی و همکاران (زیر چاپ)، شیوع اختلال های اضطراب در ساکنین شهر تهران، اندیشه و رفتار.
19. Kessler RC, mcgonagle, K.A., Zhao, Nelson, CB, Hughs M., Eshlem S, Wittchen HU and kendler KS. Life time and 12- month prevalence of DSM- II-R Psychiatric disorder in the United states. Archives of General Psychiatry, 51: 9-19, 1994.
20. Vazquez-Barquero, J.L etal. A community mental health survey in Cantabria: A general description of morbidity. Psychological Medicine, 17: 227-241, 1987.
- ۱- باش، ک. و. (۱۳۴۲). روح نابسامان. تألیف: ناصرالدین صاحب الزمانی. تهران: انتشارات مؤسسه مطبوعاتی عطایی، ص ۹۴-۱۲۲.
- ۲- داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهایتیان، وارنکس و معتبر، منصور (۱۳۵۰). بررسی مقدماتی درباره شیوع بیماری های روانی در منطقه خزر (شهرستان رودسر). نشریه بهداشت ایران، ۱۳۵۳، سال سوم، شماره چهارم، ص ۱۴۵-۵۶.
3. Stahl, S. M. Essential psychopharmacology of Depression and Bipolar Disorder Cambridge: Cabridge University press, 2000.
4. Noyes, R. Hohn- Saric, R. The Anxiety Disorders. Cambidge: cambridge Uneversity press, 1998.
5. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. Synopsis of Psychiatry. Williams and Wilkins company, 1994.
6. Hoepfer, E. W., Nycz, G.R., Cleary, P.D., Regier, D.A. & Goldberg, I.D. Estimated prevalence of RDE mental disorder in primary care. International Medical Journal of Mental Health, 1979, 8: 6-15.
7. Hollifield, M. et al. Anxiety and depression in a village of Lesotho: a comparison with the United States. British Journal of Psychiatry, 156: 343-350, 1990.
8. Ghubash, R., Hamidi, E. & Belbington, P. The Dubui Community Psychiatric Survey. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 27:53-61, 1992.
- ۹- جاویدی، حجت ا.... (۱۳۷۲). بررسی اختلالات روانی در مناطق روستایی مرودشت فارس. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ۱۰- بهادرخان، جواد. (۱۳۷۲). بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.