

بررسی شیوع اختلالات خلقی در پرسنل نظامی نزاجا شهر تهران در سال ۱۳۸۴

دکتر جواد کاظمی^۱، دکتر وحید دنیوی^۱، دکتر سید رشید حسینی^۱، دکتر فرهاد شفیقی^۱، دکتر سید مظفر روحانی^۱،
دکتر شقایق ارغنون^۲، *دکتر شاهین قره‌خانی^۳

چکیده

سابقه و هدف: خلق انسان می‌تواند کاهش یافته، معمولی و یا افزایش یافته باشد. احساسات انسان به طور طبیعی در کنترل وی است، اما در اختلالات خلقی، کنترل احساسات از بین می‌رود. شیوع این اختلالات در طول دوره عمر بین ۲ تا ۲۵٪ است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع اختلالات خلقی در پرسنل نزاجا و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۸۴ شهر تهران انجام گردید.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی مقطعی (Cross Sectional) بر روی ۳۸۵ نفر از پرسنل نزاجا مشغول به خدمت در پادگانهای نزاجا در شهر تهران در سال ۱۳۸۳ انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای طبقه‌ای صورت گرفت و تشخیص روانپزشکی بیماریهای همراه با روشهای استاندارد تشخیص بیماری براساس آخرین روش‌ها و معیارهای DSM IV (Diagnostic and Statistic manual of Mental Disorder) صورت گرفته است در تعیین افسردگی از مصاحبه بالینی و تشخیص روانپزشک استفاده شد.

یافته‌ها: ۱۲/۷٪ افراد مورد بررسی مبتلا به اختلالات خلقی بودند. افراد بیمار نسبت به سایرین دارای فراوانی بیماری همراه روانپزشکی بیشتری بودند. همچنین در افراد دارای نامزد و دارای میانگین سنی پایتتر، ابتلا به افسردگی از فراوانی بیشتری برخوردار است. در حالیکه درجه نظامی و وضعیت خدمتی شامل وظیفه و پایور بودن تاثیری در میزان افسردگی پرسنل ندارد.

نتیجه‌گیری: خدمت در ارتش بصورت اجباری در قالب نظام وظیفه با افزایش اختلالات افسردگی ارتباط آماری ندارد.

کلمات کلیدی: اختلالات خلقی، پرسنل نظامی، شیوع

مقدمه

مشکلات شناختی (نگرش منفی) می‌باشند. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که اختلالات خلقی تمایل به عود دارند و عوامل محیطی معمولاً دربر افروختن اپیزود بیماری دخیلند. احساسات انسان به طور طبیعی در کنترل وی است، اما مطابق با معیارهای DSM IV شاخصهای افسردگی عبارتند از ایجاد اختلالات خلقی، که در آن کنترل احساسات از بین رفته و به بیماران فشار زیادی وارد می‌آید؛ بیماران دارای خلق افسرده فاقد انرژی‌اند و هیچ چیز برایشان جالب نیست. خواب زیاد دارند و خود انگیزش ندارند. احساس بدبختی و گناه، کاهش اشتها، تمرکز مختل، فکر کردن به مرگ و خودکشی و تغییر فعالیت‌های روزمره، تواناییهای شناختی،

خلق انسان می‌تواند کاهش یافته، معمولی و یا افزایش یافته باشد. شیوع این اختلالات در طول دوره عمر بین ۲ تا ۲۵٪ است. مطالعات اخیر وقوع افسردگی اساسی را در سنین پایتتر از ۲۰ سال نیز مطرح می‌کند که شاید بدلیل مصرف الکل و مواد مخدر باشد (۱). این بیماری در افراد مطلقه و مجرد شایع‌تر است (۱). از علل روانی اجتماعی می‌توان به حوادث زندگی و فشارهای محیطی اشاره کرد که نقشهایی چون تشدید و تسریع شروع بیماری را بدانها منتسب کرده‌اند. از جمله این عوامل؛ علل خانوادگی، خصوصیات شخصیتی قبل از بیماری، بی‌ارادگی و ناتوانی در برابر محیط و

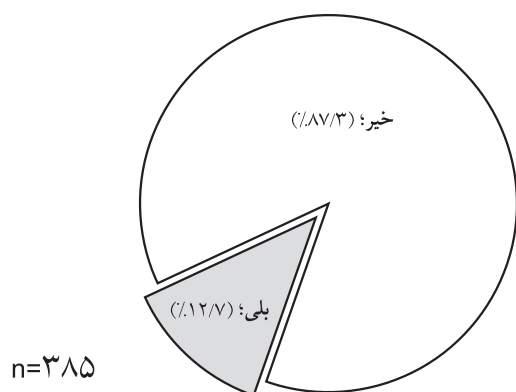
۱- استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پزشکی، گروه اعصاب و روان، مرکز آموزشی و درمانی ۵۰۶

۲- دکترای حرفه‌ای پزشکی، اداره بهزیستی شهرستان کرج، مرکز توانبخشی شهداء

۳- دکترای حرفه‌ای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، شبکه بهداشت و درمان کرج، مرکز درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد آتیه نو (*تویسنده مسئول)

Email: Shahin.gharahkhani@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۵۳۶۸۹۰۷ فاکس: ۰۲۶۱-۴۴۰۵۳۴۹



نمودار ۱- فراوانی ابتلا به اختلالات خلقی در پرسنل وظیفه و پایور آجا شهر تهران در سال ۱۳۸۴

یافته‌ها

مقایسه میانگین سن پرسنل نظامی در دو گروه بیمار و غیر بیمار مبتلا به اختلالات خلقی بیانگر اینست که میانگین سنی در دو گروه مبتلا و سالم به ترتیب $20/92 + 1/91$ و $22/77 + 3/97$ بر اساس آزمون t-student مستقل در دو گروه با یکدیگر از نظر آماری دارای تفاوت معنی دار می باشد. ($P=0/00$) و میانگین سنی افراد بیمار کمتر از سایرین است.

مقایسه درجه نظامی در دو گروه بیمار و غیر بیمار مبتلا به اختلالات خلقی در جدول فوق بیانگر اینست که افراد دارای درجات نظامی مختلف از نظر میزان ابتلا به اختلالات خلقی بر اساس آزمون کای دو با یکدیگر تفاوت ندارند ($P=0/54$).

جدول ۱- فراوانی ابتلا به اختلالات خلقی بر حسب درجه نظامی در پرسنل وظیفه و پایور پادگانهای آجا شهر تهران در سال ۱۳۸۴

درجه نظامی	ابتلا به اختلالات خلقی *	
	دارد تعداد(درصد)	ندارد تعداد(درصد)
سرباز	۱۴ (۸۷)	۱۴۷ (۹۱/۳)
درجه‌دار	۳ (۱۱/۵)	۲۳ (۸۸/۵)
افسر	۳۶ (۲۱/۴)	۱۳۲ (۷۸/۶)
جمع	۵۳ (۱۴/۹)	۳۰۲ (۸۵/۱)

*Chi²= ۵/۸۳ P Value= ۰/۵۴

مقایسه وضعیت خدمت در دو گروه بیمار و غیر بیمار مبتلا به اختلالات خلقی در جدول فوق بیانگر اینست که افراد دارای وضعیت خدمت مختلف از نظر میزان ابتلا به اختلالات خلقی

صحت و فعالیتهای نباتی (خواب، اشتها، قوای جنسی و سایر ریتم‌های بیولوژیکی) نیز از سایر علائم این بیماریها هستند که حتی بر روی روابط بین فردی اجتماعی و شغلی بیماران تاثیر می گذارند(۱).

اطلاعات دقیقی از خصوصیات اپیدمیولوژیک و فراوانی این اختلال در پرسنل نظامی در دست نیست؛ لذا گستردگی و اهمیت آن در میان اختلالات روانپزشکی در حال حاضر، نامعلوم است. بنابراین اقدامات خاص، اعم از معاینات ادواری، ثبت موارد جدید، پیگیری و غیره منوط به برنامه ریزی و اولویت بندی این اختلالات است و در حال حاضر تنها به بصورت موردی- ارجاعی که به مراکز تخصصی ارجاع می شوند، تشخیص داده و درمان می شود. شرایط خاص حاکم بر محیطهای نظامی می تواند به عنوان عوامل محیطی برانگیختگی اختلالات خلقی عمل کند و در نهایت اختلالات رفتاری و کاهش عملکرد مفید شغلی - اجتماعی و خانوادگی را بدنبال دارد. در دست داشتن اطلاعات دقیق از چگونگی وسعت و شدت این اختلالات و شناسایی عوامل مرتبط با آن در محیطهای نظامی و در میان نظامیان علاوه بر کمک به تشخیص و درمان این اختلالات می تواند پیشنهاداتی را مبنی بر غربالگری و شناسایی بیماری در مراحل اولیه و حتی بهبود شرایط کاری و رفع موانع و محرکهای بیرونی در پی داشته باشد.

مواد و روشها

این مطالعه بصورت توصیفی مقطعی Cross Sectional بر روی ۳۸۵ نفر از پرسنل پایور و وظیفه نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران که در پادگانهای شهر تهران مشغول به خدمت بودند؛ انجام شد. روش نمونه گیری از نوع تصادفی خوشه‌ای - طبقه‌ای Clustered-Stratified Random Sampling بود و از هر طبقه که هریک از پادگانهای منتخب شهر تهران است به تناسب جمعیت، نمونه گیری شد. ابزار جمع آوری داده‌ها فرم اطلاعاتی بود و مشاهدات و ثبت مشاهده توسط متخصصین روانپزشکی صورت گرفت. نمونه گیری طی مراجعه حضوری به یگانها صورت می گرفت. تشخیص اختلال خلقی بر اساس معیارهای DSM-IV توسط روانپزشک انجام می شد. داده‌های بدست آمده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

جدول ۴- فراوانی ابتلا به اختلالات خلقی بر حسب وضعیت تاهل در پرسنل وظیفه و پایور پادگانهای آجا شهر تهران در سال ۱۳۸۴

ابتلا به اختلالات خلقی *		وضعیت تاهل
ندارد	دارد	
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۳۹(۹۵/۱)	۲(۴/۹)	متاهل
۲۷۸(۸۹/۱)	۳۴(۱۰/۹)	مجرد
۱۹(۵۹/۴)	۱۳(۴۰/۶)	نامزد
۳۰۲(۸۵/۱)	۵۳(۱۴/۹)	جمع

*Chi²= ۲۵/۶۴ P Value=۰/۰۰

جدول ۲- فراوانی ابتلا به اختلالات خلقی بر حسب وضعیت خدمت در پرسنل وظیفه و پایور پادگانهای آجا شهر تهران در سال ۱۳۸۴

ابتلا به اختلالات خلقی *		وضعیت خدمت
ندارد	دارد	
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۱۷۶(۸۹/۳)	۲۱(۱۰/۷)	پایور
۵(۱۰۰)	۰(۰)	دانشجو
۱۵۵(۸۴/۷)	۲۸(۱۵/۳)	وظیفه
۳۳۶(۸۷/۳)	۴۹(۱۲/۷)	جمع

*Chi²= ۲/۵۸ P Value=۰/۲۸

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه‌ای بر روی ۵۵۲ سرباز لهستانی (۲) با مشخص شدن نمایی از مشکلات احساسی سر بازان ناشی از تجارب آنها نتیجه گرفته شده است که برنامه‌هایی اختصاصی برای کاستن فشار بر روی سربازان و همچنین بهبود دیدگاه اجتماعی از ارتش می‌بایست صورت گیرد. در این مطالعه به پیش زمینه‌های روانی اجتماعی افراد قبل از دوران سربازی اشاره و توجهی نشده بود. در ایالات متحده بررسیها به بیشتر بودن مشکلات روانی در فرزندان نظامیان اشاره می‌کند. در این مطالعه (۳) گزارش والدین خصوصاً مادران درباره افسردگی این کودکان، از میزان طبیعی جامعه بالاتر است اما گزارش مریبان آنها با مقادیر جامعه مطابقت داشت. همچنین گزارش والدین ارتباط قوی تری را بین استرسورهای زندگی تاثیر گذار بر فرزندان نسبت به گزارش معلمان و خود فرزندان نشان می‌داد. این مطالعه نتیجه گرفته است که تاثیرات محیط نظامی بر والدین باعث قوی تر نشان دادن نشانه‌های فرزندان شده است. و توصیه نموده که روانپزشکان در حین معاینه این فرزندان این موضوع را در نظر داشته باشند. در مطالعه دیگری (۴) که بعد از واقعه ۱۱ سپتامبر در پنتاگون بر روی پرسنل این مجموعه به منظور بررسی اثر روانی این اتفاق مطالعه‌ای صورت گرفت که نشان داد بطور کلی ۴۰٪ از پاسخ دهندگان در طی ۱ الی ۴ ماه علائم اختلالات مختلفی را از خود نشان دادند. ۹/۷٪ PTSD، ۷/۱۷٪ افسردگی، ۱/۲۳٪ حملات پانیک، ۹/۲۶٪ اضطراب عمومی و سوء مصرف الکل ۶/۲٪ بود. و خطر سلامت ذهنی افراد کاملاً با آنچه ایشان از افت عملکرد روزمره‌شان گزارش نموده بودند مطابقت داشت بطوریکه این محققین آزمونی

بر اساس آزمون کای دو با یکدیگر تفاوت ندارند. ($P=۰/۲۸$) مقایسه وجود بیماری روانپزشکی همراه در دو گروه بیمار و غیر بیمار مبتلا به اختلالات خلقی در جدول فوق بیانگر اینست که افراد دارای بیماری روانپزشکی همراه با سایرین از نظر میزان ابتلا به اختلالات خلقی بر اساس آزمون کای دو با یکدیگر تفاوت دارند ($P<۰/۰۰۱$). بدینصورت که افرادی که دارای بیماری روانپزشکی همراه بودند دارای فراوانی بیشتری از نظر ابتلا به اختلالات خلقی بودند. (۹۱/۳٪)

جدول ۳- فراوانی ابتلا به اختلالات خلقی بر حسب بیماری روانپزشکی همراه در پرسنل وظیفه و پایور پادگانهای آجا شهر تهران در سال ۱۳۸۴

ابتلا به اختلالات خلقی *		بیماری روانپزشکی
ندارد	دارد	
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۳۳۴(۹۲/۳)	۲۸(۷/۷)	ندارد
۲(۸/۷)	۲۱(۹۱/۳)	دارد
۳۳۶(۸۷/۳)	۴۹(۱۲/۷)	جمع

*Chi²= ۱۳۵/۹۷ Fisher exact P Value=۰/۰۰۰

مقایسه وجود بیماری روانپزشکی همراه در خانواده دو گروه بیمار و غیر بیمار مبتلا به اختلالات خلقی در جدول فوق بیانگر اینست که افراد دارای بیماری روانپزشکی همراه در خانواده با سایرین از نظر میزان ابتلا به اختلالات خلقی بر اساس آزمون کای دو با یکدیگر تفاوت دارند. ($P<۰/۰۰۱$) بدین صورت که افرادی که دارای نامزد و یا مجرد بودند دارای فراوانی بیشتری از نظر ابتلا به اختلالات خلقی بودند.

صحنه نبرد ارتباط مستقیمی داشت. در مطالعه دیگری در چین بر روی ۱۱۰۷ نفر از سربازان در طی آموزشهای نظامی انجام شد نیز نتایج حاصل بدینصورت بود که ۲/۲۵٪ ایشان علائم افسردگی را از خود نشان می‌دادند و این افسردگی در افراد دارای تحصیلات بالاتر، شهری، افرادی که مدت کوتاه تری در ارتش اند و افراد دارای آسیب بدنی بیشتر است (۱۰)

همانطور اشاره شد فراوانی اختلالات خلقی در پرسنل نظامی پادگانهای نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران ۱۲/۷٪ بدست آمد که تقریباً با شیوع این بیماری در جامعه با منابع خارجی مطابقت دارد (۱). البته آمار دقیقی از شیوع این بیماری در ایران موجود نیست تا بتوان براساس آن به مقایسه پرداخت. لازم به ذکر است که این فراوانی از نتایج بدست آمده از بررسی‌های صورت گرفته بر روی ارتشهای ترکیه، پرسنل پنتاگون بعد از واقعه ۱۱ سپتامبر، و ارتش چین کمتر بود (۷، ۹ و ۴). و از آمار بدست آمده از سربازان از جنگ برگشته آمریکایی در عملیات افغانستان، عراق و سایر نقاط بیشتر بود (۸). شاید بتوان شرایط محیطی و یا محرکها را در برانگیختگی این اختلال موثر دانست چنانکه در برخی منابع نیز اشاره شده در طی خدمت در ارتش محرکهای اختلالات خلقی سبب بروز این بیماری می‌گردد. (۷ و ۸)

در رابطه با وجود اختلال خلقی در خانواده نیز با در نظر گرفتن یافته‌های Jensen و همکارانش احتمال اغراق در توصیف علائم در افراد خانواده پرسنل نظامی وجود دارد که به طبع درصد وجود اختلال خلقی در خانواده بیمار را کاهش می‌دهد (۳). نکته جالب در این بررسی و مقایسه اختلال در سطوح مختلف تحصیلی بود که نتایج جالبی را در بر داشت و اگرچه از نظر آماری تفاوت معنی دار نداشت ولی تحلیل درصدی بیانگر کاهش این اختلالات با افزایش سطح تحصیلات بود که این موضوع با مطالعه ترکیه و چین مغایرت داشت. (۷ و ۹) افزایش این اختلالات در افراد وظیفه نسبت به پرسنل پایور نیز علاوه بر خطای شانس ممکن است بدلائل دیگری نیز باشد که از آن جمله کمتر بودن تجربه در پرسنل وظیفه و کمتر بودن طول دوران خدمت است که این موضوع نیز با مطالعات قبلی مطابقت دارد. (۷ و ۹)

وجود بیماریهای همراه روانپزشکی در افراد مورد بررسی مبتلا به افسردگی نیز با پیشینه موجود در زمینه بیماریهای روانپزشکی

را برای ارزیابی سریع حوادث تروماتیک آینده پیشنهاد نمودند. در این مطالعه نیز مقایسه‌ای با شیوع علائم و اختلالات فوق قبل از حمله صورت نگرفته است.

مقاله‌ای بوسنیایی (۵) به اثرات مخرب جنگ بر سلامت ذهنی پرداخته و اشاره نموده است که با گذشت ۸ سال از جنگ بوسنی هنوز این اثرات کاهش نیافته است زیرا این سربازان نمی‌توانند علیرغم تلاش زیادشان بر این مشکل غلبه کنند. از جمله علل این عدم توانایی در اجباری بودن شرکت در جنگ بدون حق انتخاب و عدم پایان منصفانه جنگ (که با توافقی بدون محاکمه فاشیسم پایان یافت) می‌باشد. علل مورد بحث در این مطالعه بیشتر جنبه فلسفی دارند تا اینکه مبتنی بر یافته‌های علمی باشد. بررسی دیگری در ایالات متحده (۶) به تاثیرات روانی بجای مانده بعد از یک دوره حملات تک تیر اندازی در واشنگتن که بر روی پرسنل یک بیمارستان نظامی بجای مانده بود پرداخته است. ۶ درصد این افراد معیارهای استرس حاد، ۳ درصد سوء مصرف الکل، و ۸ درصد علائم افسردگی را از خود نشان دادند. عوامل خطر یا افسردگی در بیمارانی که احساس امنیت می‌کردند کمتر و در کسانی که در حین حمله دچار اختلال تفکیک می‌شدند بیشتر بود. این مطالعه نیز میبایست دارای گروه شاهدی از افراد عادی و غیر نظامی می‌بود تا تاثیرات احتمالی محیط نظامی حذف گردد. مقاله‌ای از ترکیه (۷) به شیوع علائم افسردگی در ۲۹۱۰ سرباز ترک مرد جوان تازه استخدام شده در ارتش می‌پردازد و اشاره دارد که در ۹/۲۹٪ از این افراد علائم افسردگی مشاهده می‌گردد. و ارتباط قوی را بین این علائم و سطح تحصیلات، وضعیت مالی، مسکن، سیگار، و مشروبات الکلی و علاقه به ورزش مطرح گردیده است. این رقم بالاتر از آمار این بیماری در جمعیت عادی بوده است. این تفاوت احتمالاً بدلیل تفاوت زیاد محیط نظامی با محیط قبلی زندگی، سخت‌گیریها و قوانین نظامی و فعالیت بدنی سنگین می‌باشد (۸). بررسی جامع ارتش ایالات متحده (۹) درباره سلامت روان سربازان بازگشته از جنگ افغانستان، عراق و سایر مناطق را به منظور یافتن رابطه بین نبرد و وضعیت سلامت روان در طی سال اول بعد از بازگشت، از نظر بروز PTSD، افسردگی، و سایر اختلالات نشان داد. شیوع مشکلات مربوط به بهداشت روان در سربازان بازگشته از عراق ۱/۱۹٪، افغانستان ۱/۱۱٪ و سایرین ۸/۵٪ بود. این اختلالات با حضور در

ارتش بصورت اجباری در قالب نظام وظیفه با افزایش اختلالات افسردگی همراه نیست البته آمار دقیقی درباره شیوع این بیماری در جامعه موجود نیست ولی براساس نتایج کلی منابع موجود می توان چنین استنباط نمود. در نهایت اینگونه پیشنهاد می گردد که:

(۱) توجه به وضعیت معیشتی پرسنل نظامی و اعمال سیاستهای مشوق در جهت بالابردن درصد پرسنل متاهل می تواند تا حدی میزان افسردگی را کنترل نماید.

(۲) شاید اعمال مساعدتهایی به سربازان دارای نامزد جهت دریافت مرخصیهای بیشتر کمکی در جهت کاستن از استرسورهای ایشان باشد.

(۳) تغییر الگوی جذب و استخدام نیروهای نظامی مبتنی بر ارتش حرفه ای و ورود افراد داوطلب می تواند تا حد زیادی از کاهش عملکرد مناسب نیروهای نظامی بدلیل مشکلات روانپزشکی بکاهد.

مطابقت دارد چه بسیاری از بیماریها اعم از جسمی و روانی خود به عنوان استرسور زمینه ساز و برانگیزاننده اختلالات خلقی و خصوصا افسردگی در انسانها (۱). در این مطالعه نیز بیماری در افراد مجرد بیش از متاهلین بود که این موضوع نیز با مطالعات قبلی مطابقت داشت (۱). اما نکته قابل توجه بالا بودن فراوانی بیماری در افراد دارای نامزد بود که شاید بدلیل شرایط خاص عاطفی و روانی افراد در این دوران باشد که قطعاً نیازمند توجه و تمهیدات خاص می باشد. و در نهایت افراد کم سن و سالتر ابتلای بیشتری به این اختلالات را نشان دادند که این موضوع با یافته های قبلی مطابقت داشت (۹).

این اختلالات در افراد وظیفه نسبت به پرسنل پایور بالاتر بود. در این مطالعه نیز بیماری در افراد مجرد بیش از متاهلین بود و حضور در منطقه عملیاتی با فراوانی بالاتر ابتلا به اختلالات افسردگی همراه بود. سن و سابقه خدمتی کمتر ابتلای بیشتری به این اختلالات را نشان دادند. آنچه در مجموع می توان نتیجه گرفت اینکه خدمت در

References

- Kaplan H, Sadock B. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences. 8th ed; Baltimore; William and Wilkins;1998.
- Jedrzeiczak M. Emotional states of army recruits on the day of their recruitment to the army. Psychiatr Pol 2001;35(6):1047-56.
- Jensen PS, Xenakis SN, Wolf P, Bain MW. The "military family syndrome" revisited: "by the numbers". J Nerv Ment Dis 1991;179(2):102-7.
- Jordan NN, Hoge CW, Tobler SK, Wells J, Dydek GJ, Egerton WE. Mental health impact of 9/11 Pentagon attack: validation of a rapid assessment tool. Am J Prev Med 2004; 26(4):284-93.
- Ljubovic S. Analysis of long-term sequelae of the trauma of war on the mental health of Bosnian army veterans. Med Arh 2003;57(5-6 Suppl 1):13-5.
- Grieger TA, Fullerton CS, Ursano RJ, Reeves JJ. Acute stress disorder, alcohol use, and perception of safety among hospital staff after the sniper attacks. Psychiatr Serv 2003; 54(10):1383-7.
- Gulec M, Bakir B, Ozer M, Ucar M, Kilic S, Hasde M. Association between cigarette smoking and depressive symptoms among military medical students in Turkey. Psychiatry Res 2005; 134(3): 281-6. Epub 2005 Apr 25.
- Tekbas OF, Ceylan S, Hamzaoglu O, Hasde M. An investigation of the prevalence of depressive symptoms in newly recruited young adult men in Turkey. Psychiatry Res. 2003; 119(1-2):155-62.
- Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. JAMA 2006; 295(9):1023-32.
- Xiong H, Zhang X, Zhang Y, Ma F, Li Y, Li L. An investigation of the prevalence of depressive symptoms in soldiers during military training. Prev Med. 2005; 41(2):642-5.

The prevalence of mood disorder in conscript and official staff of NEZAJA in Tehran by 2005-6.

Kazemi J; MD¹, Donyavi V; MD¹, Hoseini SR; MD¹, Shafighi F; MD¹, Rohani SM; MD¹,
Arghanoun S; MD², *Gharakhani S; MD³

Abstract

Background: human being's mood can be high, low or normal. Our fillings are under control of us but in mood disorders this control is damaged. The prevalence of that in life time is 2-25%. This study was design to determine the prevalence of mood disorder in conscript and official staff of NEZAJA and its attributed risk factors in Tehran within 2005-2006.

Materials and Methods: This cross sectional study was done on 385 conscript and official staff of NEZAJA Garrison. Clustered stratified sampling was done to select the samples. The diagnose of disease was based on DSM IV(Diagnostic and Statistic manual of Mental Disorder) criteria and documented by psychologist interview.

Results: 12.7% of samples had mood disorder. The patients with mood disorder had more contributory psychiatric diseases. The prevalence of depression was higher in younger patients and those had fiancée. However, ranks and servitude have no significance relation with mood disorder.(P<0.05)

Conclusions: servitude have no significance relation with mood disorder.

Keywords: Military Personnel, Mood Disorder, Prevalance.

1- Assistant professor, Army University of Medical Sciences, Faculty of Medicine, Department of psychiatry, 506 Medical Center

2- General Practitioner, Karaj County Rehabilitation Office, Shohadae Rehabilitation Center

3- (*Corresponding author) General Practitioner, Iran University of Medical Sciences, Karaj Health net work, Atieno Drug Abuse and Dependency Treatment Clinic. Mob: 09125368907 FAX: 0261-4405349 Email: Shahin.gharakhani@yahoo.com