

بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در منطقه ماهان کرمان

نویسندگان: دکتر قدرت ا... رجیبی زاده^۱

خلاصه

افسردگی شایعترین اختلال خلقی می باشد جهت بررسی شیوع و عوامل همراه بیماری در کرمان مطالعه مقطعی به صورت آینده نگر و مراجعه به منازل در منطقه ماهان کرمان بایک نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای در تابستان و پاییز ۷۹ طراحی شد.

افسردگی بوسیله پرسشنامه افسردگی بک که برای مردم ایران استاندارد شده است، ارزیابی شد.

طبق تعیین حجم نمونه از قبل، ۷۳۷ نفر وارد مطالعه شدند که میانگین سنی ۳۳/۴ ± ۱۳/۵ سال داشتند. ۲۸۸ نفر (۴۰٪) مرد و ۴۴۹ نفر (۶۰٪) زن بودند که ۵۵۵ نفر در شهر و ۱۸۲ نفر در روستا زندگی می کردند.

میانگین نمره افسردگی ۱۰/۶ ± ۱۵ بود که اختلاف آماری معنی داری بین نمره افسردگی زنان و مردان وجود داشت بطوریکه زنان افسردگی بیشتری نسبت به مردان داشتند.

افسردگی در شهرنشینان بطور معنی داری از روستانشینان بیشتر بود هیچ همبستگی آماری بین سن، وضعیت تحصیلی، تعداد افراد خانوار و افسردگی وجود نداشت.

داده های مطالعه میانگین افسردگی بالینی را در منطقه نشان داد و ثابت شد که زن بودن، زندگی در شهر عوامل خطری برای بروز افسردگی محسوب می شوند.

کلیدواژه: افسردگی، شیوع، جمعیت.

مقدمه:

افسردگی بعنوان یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی و شایعترین اختلال خلقی بسیاری از مردم در اقصی نقاط دنیا را مورد آزار قرار می دهد. اختلال از وجود یکسری علائم تا اختلال افسردگی اساسی طیف وسیعی را تشکیل می دهد. در مطالعات جامعه نگر علائم افسردگی بین ۸ تا ۲۰ درصد متغیر بوده است. شیوع اختلال اساسی در زنان ۲۰ تا ۲۵ درصد و در مردان ۲ تا ۱۲ درصد متغیر می باشد.

بر روی افسردگی عوامل مختلفی اثر می گذارند که همین عوامل باعث شیوع متفاوت افسردگی در نقاط مختلف دنیا می شود (۱۲). با توجه به اینکه افسردگی باعث اختلال و ناتوانی در عملکرد روزانه میشود. (۲۲) بررسی های اپیدمیولوژیک و همه گیر شناسی در مورد افسردگی و تعیین شیوع آن در جامعه و در قدم های بعدی شناخت بیماران افسرده و درمان آنها باعث افزایش کارکرد آنها و جلوگیری از تحمیل هزینه های ناشی از آن

۱- استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

دکتر قدرت ا... رجبی زاده

نظیر: سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، تعداد افراد خانواده، شغل، محل سکونت بود. در پایان این قسمت حاوی یک سؤال از بیمار به این صورت که به نظر خود بیمار چقدر افسرده است و از هیچ تا خیلی زیاد دسته بندی شده بود. قسمت دوم آن شامل پرسشنامه افسردگی بک Beck بود که حاوی ۲۱ سؤال حاوی ۴ عنوان است که از ۰ تا ۳ امتیاز می گیرد.

نتایج:

از مجموع ۷۳۷ نمونه ای که جمع آوری شد ۱۸۲ مورد از روستاها و ۵۵۵ مورد از شهر نمونه گیری شده بود که به نسبت جمعیت روستا به شهر ۱ در نظر گرفته شده بود. از این تعداد ۲۸۸ نفر (۴۰٪) مرد و ۴۹۹ نفر (۶۰٪) زن بودند که بین محل سکونت روستا و شهری و جنسیت تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. اکثریت افراد تحت مطالعه متأهل بودند (۶۳٪) جدول ۱) ۱۹٪ افراد بی سواد و فقط ۷۳٪ آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۲)، ۱۱۵ نفرشان (۱۵٪) خانه دار یا بیکار و بقیه ۶۲۲ نفر (۸۴٪) شاغل بودند. بین متغیرهای فوق و محل زندگی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت.

مقایسه میزان تحصیلات میانگین نمره افسردگی در گروههای مختلف تحصیلی تفاوت آماری معنی داری نداشت. در آنالیز تفکیکی نیز در گروههای سنی مختلف این اختلاف به چشم نمی خورد. اما در مطالعات مختلف مورد توافق نمی باشد (۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۸، ۲۰). در این مطالعه وضعیت شغلی ارتباطی به بروز افسردگی نداشت که این امر با مطالعات مختلف همخوانی دارد (۱۳، ۱۴، ۱۸، ۲۰).

با توجه به اینکه در مطالعات ثابت شده میزان افسردگی در گروههای سنی متفاوت می باشد. بیشترین فراوانی افسردگی در گروه سنی ۴۰-۲۰ سال است. (۱۲) در مطالعه نیز بیشترین میزان افسردگی در میانسالان و در گروه سنی ۳۰ تا ۴۵ سال بود در آنالیز تحلیلی در گروهها فقط تفاوت در گروه سنی زیر ۳۰ سال در میزان افسردگی بین دو جنس وجود داشت و در دیگر پارامترها تفاوتی بین میزان افسردگی در گروههای سنی دیده نشد.

نکته جالب اینکه در مطالعه ما میانگین نمره افسردگی بطور معنی داری در افراد شهر نشین بیشتر از روستائیان بود در مقام

بر جامعه می شود. با توجه به کمبود مطالعات اپیدمیولوژیک در مورد افسردگی در ایران مطالعه ذیل جهت تعیین شیوع افسردگی و عوامل مرتبط آن در منطقه ماهان که یکی از بخش های بزرگ کرمان می باشد، انجام شد.

روش کار:

مطالعه به صورت مقطعی و مراجعه به خانه ها (Surveys Cross Sectional home) بر روی جامعه (Community base) جهت تعیین شیوع منطقه (regional Prevalence) افسردگی طراحی شد. منطقه مورد مطالعه ماهان نزدیکترین بخش شهرستان کرمان انتخاب شد زیرا که به دلیل نزدیکی ماهان به کرمان ساختار فرهنگی اجتماعی بسیار مشابهی با کرمان که مرکز استان می باشد دارد. در ضمن این منطقه تحت پوشش برنامه های بهداشت روانی و طرح رابطین بهداشت می باشد. بخش ماهان شامل شهر مرکزی ماهان و با دو مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی و چهار روستای اقماری بزرگ با خانه بهداشت می باشد. مطالعه در تابستان و پاییز ۱۳۷۹ انجام شد. پس از Study Pilot حجم نمونه ۷۲۷ نفر تعیین شد. نمونه گیری بصورت احتمالی و به روش چند مرحله ای (tistae random sampling) صورت گرفت. ابتدا شهر ماهان به خوشه های متفاوتی تقسیم شد سپس بر اساس نسبت شهر نشینی به روستائینی در چهار روستای قمر به تعداد مساوی نمونه انتخاب شد. نمونه های شهری با کمک رابطین بهداشت پس از گذاشتن کلاسهای توجیهی برای ایشان و آموزش ابزار مورد مطالعه انجام گرفت به هر رابط بهداشت که حاضر به همکاری بود تعدادی پرسشنامه داده می شد که با مراجعه به منازل، ادارات، محلهای کسب و مساجد بر اساس محدوده خوشه مورد انتخاب اقدام به جمع آوری داده ها می کردند. در روستاها همین روش به کمک بهورزان زن و مرد هر روستا نمونه گیری تحت نظارت مستقیم مجریان پژوهش انجام گرفت.

ابزار مورد مطالعه:

در این پژوهش جهت بررسی و جمع آوری اطلاعات شخصی از فرمی استفاده شد که قسمت اول آن حاوی اطلاعاتی

بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در ...

۲۰. در مطالعه حاضر گرچه نمره افسردگی در مطلقه‌ها بیشتر از سایر گروه‌ها بود اما این میزان در حد معنی‌دار آماری نبود شاید به دلیل کم بودن تعداد مطلقه‌ها در مطالعه باشد. مجموع به پرسشنامه از ۰ تا ۶۳ امتیاز تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه برای ایران تحت پایایی و روایی قرار گرفته است و جهت جامعه ایران استاندارد شده است (۱، ۲، ۳).

تمامی پرسشنامه‌ها در شهر توسط رابطین بهداشت و در روستاها توسط بهورزان خانه بهداشت تحت نظارت مجریان طرح کامل می‌شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS-۱۰ و کامپیوتر شخصی سازگار با IBM پس از توصیف نتایج و تعیین میانگین و انحراف معیار متغیرهای عددی جهت توافق بین نمونه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات بین رابطین بهداشت و بهورزان ضریب توافق کاپا Kappa اندازه‌گیری شد که با ۷۶٪ در حد قابل قبولی بود.

جهت تحلیل داده‌ها از آزمونهای آماری ذیل استفاده شد:

۱. Chi square test

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس وضعیت تحصیلی

وضعیت تحصیلی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (%)
بی‌سواد	۱۳۲	۱۸/۹
خواندن و نوشتن	۱۳۴	۱۹/۱
راهنمایی	۱۹۱	۲۷/۳
دیپستان	۲۰۹	۲۹/۹
دیپلم	۲۵	۳/۶
دانشگاهی	۹	۱/۳
کل موارد	۷۰۰	۱۰۰

۲. Two sample test

۳. ANOVA test

۴. celtut Mantel - Haen

۵. Pearson and spearman correlation coefficient

۶. Post Hoc :tukeys and Scheffe test

پیشنهادهات:

۱- با توجه به بروز بسیار بالای افسردگی در افراد پیر توجه بیشتر خانواده‌ها و متخصصین به مسائل طب سالمندان و

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (%)
مجرد	۲۳۶	۳۲
متاهل	۴۶۹	۶۳/۶
مطلقه	۹	۱/۲
بیوه	۲۳	۳/۱
کل موارد	۷۳۷	۱۰۰

مقایسه مطالعه crowell ۱۹۸۶ در آمریکا شیوع افسردگی در شهرنشینی را ۳ برابر روستانشینان ذکر کرده است و فاکتور روستا نشینی بعنوان یک عامل محافظت کننده در بروز افسردگی در خانم‌های جوان محسوب می‌شود (۱۶). در مطالعه ما این نسبت خیلی بیشتر بود، میزان افسردگی در شهرنشینی ۵/۲۵ برابر بیشتر از روستانشینان بود این شاید به دلیل روند رو به تزاید بروز افسردگی طی سالهای اخیر باشد. البته نتیجه این اختلال و علائم آن را در جامعه روشن می‌سازد نکته مهم در مطالعات مختلف عوامل خطر متفاوتی است که در جوامع مختلف بر اساس شرایط فرهنگی و اجتماعی اقلیمی بر افسردگی مؤثر می‌باشند.

در این مطالعه بین میزان افسردگی و وضعیت تاهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی بیماران اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. همبستگی آماری بین تعداد افراد خانواده و سن بیماران و میزان افسردگی شان نیز وجود نداشت.

در مطالعه شجاعی و سام‌زاده در سال ۱۳۷۶ روی معلمین شهر کرمان افراد مطلقه و بیوه نسبت به متاهلین و مجردین در سطح معنی

داری افسردگی بیشتری را نشان می‌دادند. (۷) مطالعه بر روی بهیاران و پرستاران شهر کرمان نیز میزان افسردگی بیشتری را در متاهلین نسبت به مجردین نشان می‌دهد (۸) در مطالعه زمزم در سال ۱۳۷۷ بر روی عشایر در استان کرمان نیز میزان افسردگی در متاهلین بیشتر از مجردین بود. (۵) اما مطالعه رضازاده بر روی مهاجرین پناهنده افغانی ساکن در کرمان ارتباطی را بین افسردگی و وضعیت تاهل نشان نمی‌دهد (۴) در مطالعات در سطح دنیای نیز طلاق و جدایی و از دست دادن همسر خصوصاً در افراد پیر ایل خطری برای بروز افسردگی محسوب می‌شوند (۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۸).

تکرار

روانپزشکی سالمندان کمک بسیار بزرگی در این سنین به افراد پیر جامعه می نماید.
۲- زندگی شهرنشینی با دغدغه های فراوان بروز افسردگی

شد ۶۰٪ افراد علائمی از افسردگی را داشتند که نسبت به مطالعات قبل که در سالهای گذشته بر روی جمعیت های گوناگون انجام شده بسیار بالاتر

می باشد. مطالعه مانسبت به مطالعات اپیدمیولوژیک بر روی جمعیت ها در دنیا ۳ برابر شیوع علائم افسردگی بیشتری را نشان می دهد.

در این مطالعه در بین افراد با علائم افسردگی ۱۵۴ آنها دارای درجات شدیدی از افسردگی بودند در Depression Major

که این میزان در مقام مقایسه با مطالعه Patten در سال ۲۰۰۰ در کانادا همخوانی دارد. ۱۴۷٪ (۲۱) اما از مطالعه Blazer سال ۱۹۹۴ در آمریکا ۳ برابر بیشتر است. ۴/۹ در برابر ۱۵۴ (۱۳) و این میزان در مطالعاتی که در جمعیت های مختلف در استان کرمان نیز انجام شده بیشتر می باشد (جدول الف) مقایسه نسبت های مطالعه اخیر با مطالعات دنیا و مطالعات در سطح استان نشانگر افزایش بروز و شدت افسردگی در سالیان گذشته است.

در مطالعه ما متوسط نمره افسردگی در بین دو جنس تفاوت آماری معنی داری داشت بطوریکه خانم ها میزان افسردگی بیشتری نسبت به آقایان داشتند و میزان افسردگی در خانم ها ۷۲ برابر آقایان بود. این درصد در آمریکا ۷۷ برابر ذکر شده است (۱۷). مطالعات در جمعیت های مختلف در سطح کرمان نتایج مختلفی را دارد (جدول الف) و در ایل عشایری و معلمین این اختلاف وجود دارد اما در دانشجویان پزشکی، پرستاران و بهیاران بین زن و مرد تفاوتی وجود ندارد. اما در دانش آموزان دبیرستانی در پسر ها افسردگی بطور معنی داری بیشتر از دخترهاست (۴، ۵، ۶، ۶، ۷، ۸، ۹). یکی از دلایل بروز افسردگی بیشتر در خانمها شاید به دلیل ابراز علائم و بخاطر آوردن بیشتر آنها توسط خانم ها باشد.

جدول ۳: میانگین نمره افسردگی بر اساس محل زندگی در بخش ماهان

شاخص آماری محل زندگی	میانگین نمره افسردگی	انحراف معیار	تعداد کل
شهر نشینان	۱۶/۵	۱۰/۲	۵۵۵
روستائینان	۱۰/۴	۱۰/۵	۱۸۲

$$df = 735$$

$$P > .0001$$

$$t = 7/197$$

را تا ۵ برابر از زندگی روستائینی بیشتر می نماید. هوای پاک، دغدغه کمتر، آرامش بیشتر در روستاها این فاکتور را فاکتور محافظت کننده در افسردگی کرده است.

۳- مطالعه با حجم نمونه بر اساس Pilot Study در بخش ماهان که شباهت های فرهنگی، اجتماعی و زیاد با کرمان دارد انجام شد، توصیه می شود که مطالعه اپیدمیولوژیک بصورت خانه به خانه Household Survey در شهر کرمان با ابزارهای دقیقتر همچون DSMIV انجام گیرد.

۴- بهتر است پس از مطالعه موارد شدید افسردگی تحت درمان توسط مراکز بهداشتی درمانی ماهان قرار گرفته و با مطالعات بیشتر و بعدی مفید بودن طرح بهداشت روانی در منطقه تحت ارزیابی قرار گیرد.

بحث:

با پیشرفت دنیای امروزی و زندگی ماشینی و کاهش ارتباط بین فردی میزان بروز افسردگی و شیوع آن روبه افزایش گذاشته است (۱۲، ۱۹).

مطالعات مختلف در دنیا علائم افسردگی را بین ۸ تا ۲۰ درصد

مشخص کرده است (۱۲) اما در کرمان

این میزان بین ۲۵/۷٪ در دانشجویان پزشکی تا ۵۲٪ در پرستاران و بهیاران بیمارستانهای دانشگاهی متفاوت بوده است (۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹). اما در مطالعه اخیر که بر روی جمعیت عمومی انجام

جدول ۴: میانگین نمره افسردگی بر اساس جنسیت در بخش ماهان

شاخص جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مرد	۲۸۸	۱۴	۱۰/۳
زن	۴۴۹	۱۵/۷	۱۰/۸

$$df = 735$$

$$P > .0001$$

$$t = 7/197$$

کرده بودند (۲۵۱ نفر ۳۴٪) اما میانگین نمره افسردگی هر یک از گروه‌های انتخابی تفاوت آماری معنی داری وجود داشت یعنی از خیلی کم به خیلی زیاد. متوسط نمره افسردگی نیز افزایش می یافت که در سطح معنی دار آماری بود و بعد از تجزیه و تحلیل با کمک تست ANOVA و تست های Sehffe, LSP, ANOVA

جدول ۸. Post Hoc : Tukey نیز این اختلاف را ثابت کرد. (جدول ۸).

و همبستگی آماری مثبتی نیز بین میزان افسردگی که خود بیمار ذکر می کرد و نمره افسردگی یک وجود داشت.

$\rho = \text{Spearman, correlation } \rho = 0.51, P < 0.001$

در آنالیز تفکیکی بین گروه‌های سه گانه سنی اختلاف آماری معنی داری بین دو جنس فقط در گروه سنی زیر ۳۰ سال وجود داشت و دیگر گروه‌ها اختلاف نمره افسردگی در دو جنس در حد معنی دار آماری نبود در مقایسه بین گروه‌های سنی میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و شغل نیز اختلاف آماری بین این متغیرها و نمره افسردگی وجود نداشت. میانسالی و در گروه سنی ۳۰ تا ۵۴ سال بود در آنالیز تحلیلی در گروه‌ها فقط تفاوت در گروه سنی زیر ۳۰ سال در میزان افسردگی بین دو جنس وجود داشت و در دیگر پارامترها تفاوتی بین میزان افسردگی در گروه‌های سنی دیده نشد.

جدول ۶: میانگین نمره افسردگی در گروه‌های سنی مختلف مردم بخش ماهان

انحراف معیار	میانگین نمره افسردگی	تعداد	گروه سنی
۱۱	۱۴/۷	۳۵۷	زیر ۳۰ سال
۱۰/۴	۱۵/۵	۳۲۷	۳۰ تا ۵۴ سال
۹/۳	۱۳/۵	۵۳	۵۴ سال به بالا

$F = 0.922$ $df = 2, 722$ $P = 0.498$

جدول ۷: توزیع فراوانی بروز افسردگی بر اساس محل زندگی مردم در بخش ماهان

کل موارد	روستا	شهر	محل زندگی افسردگی
۳۰۱	۱۱۲	۱۸۹	سال افسرده
۴۳۶	۷۰	۳۶۶	کل موارد
۷۳۷	۱۸۲	۵۵۵	

$X^2 = 42.80$ $df = 1$ $P > 0.0001$
Odds Ratio = 0.22 CI 0.10 - 0.45

میانگین سنی افراد ۱۲/۵ + ۳۲/۴ سال (SD + mean) بود. نمونه گیری از ۱۸ سال تا ۸۵ سال انجام شده بود. متوسط تعداد افراد خانواده ۲/۵ + ۶ بود که حداقل ۱ نفر و حداکثر ۱۳ نفر تعداد افراد خانوار تشکیل می داد و بیشترین فراوانی را خانوار ۴۷ نفره

جدول ۵: میانگین نمره افسردگی در گروه‌های مختلف از نظر وضعیت تأهل در مردم بخش ماهان

انحراف معیار	میانگین نمره افسردگی	تعداد	وضعیت تأهل
۱۰/۷	۱۴/۲	۲۳۶	مجرد
۱۰/۶	۱۵/۴	۴۶۹	متأهل
۱۱/۸	۱۷/۳	۹	مطلقه
۱۰/۳	۱۴/۱	۲۳	بیوه

$F = 0.921$ $df = 3, 722$ $P = 0.43$

داشت.

میانگین سنی افراد شهر نشین ۱۲ + ۳۲/۵ سال در روستاها ۱۶ + ۳۶ سال بود که میانگین سنی روستائیان بطور معنی داری از شهر نشینان بیشتر بود ($P = 0.04$, $t = 2.04$).

متوسط نمره افسردگی یک در کل ۱۵ + ۱۰/۶ بود که حداقل نمره افسردگی صفر و حداکثر ۵۵ به دست آمد.

۳۰۱ نفر (۴۰/۸٪) افراد علائم افسردگی نداشتند اما ۵۹/۱۲٪

افراد علائمی از افسردگی را داشتند.

میانگین نمره افسردگی در بین زن و مرد و محل زندگی شهر نشینی و روستائینی تفاوت آماری معنی داری داشت. بطوریکه میانگین نمره افسردگی در زنان بیشتر از مردان و در شهر نشینان بیشتر از روستائینان بود (جدول ۳، ۴) اما میانگین نمره افسردگی

در افراد شاغل و بیکار تفاوت آماری معنی دار نداشت.

گرچه میانگین نمره افسردگی در افراد مطلقه بالاتر از سایر افراد بود، اما تفاوت نسبت به دیگر وضعیت های تأهل معنی دار نبود. (جدول ۵).

در مورد سؤالی که از افراد تحت عنوان اینکه آیا بیماری افسردگی دارند؟ اکثر بیماران وجود کمی افسردگی را در خود ذکر

جدول ۸: میانگین نمره افسردگی در هر یک از گروه‌های که مردم خود میزان افسردگی را میان داشته بودند در نمونه مورد مطالعه در بخش ماهان

میزان افسردگی	تعداد	میانگین نمره افسردگی	انحراف معیار
اصلاً تا خیلی کم	۱۵۴	۸/۶	۸/۱
کم	۲۵۱	۱۱/۴	۸/۱
متوسط	۲۰۲	۱۷/۳	۸/۷
زیاد	۸۸	۲۵/۷	۱۰
خیلی زیاد	۴۲	۲۱/۲	۱۲/۶

ANOVA test F = ۱۲/۲۱۲ df = ۷۲۲ P > ۰/۰۰۱
 Post hoc test P ۰/۰۲۲
 Scheffe test P ۰/۰۰۰۱
 LSD test P ۰/۰۰۲

مختلف بر اساس شرایط فرهنگی و اجتماعی اقلیمی بر افسردگی موثر می باشند.

همبستگی آماری معنی داری بین سن و میزان افسردگی و تعداد افراد خانوار و میزان افسردگی نیز وجود نداشت.

همبستگی معنی داری بیم میزان تحصیلات و نمره افسردگی Beck نیز وجود نداشت.

در تقسیم بندی گروه‌های سنی میانگین نمره افسردگی در رگوه‌های سنی مختلف نیز تفاوت آماری معنی داری نداشت. (جدول ۶).

تقدیر و تشکر:

نویسنده طرح کمال تشکر و قدردانی خود را از آقای دکتر امین گوشه رئیس مرکز بهداشت شهرستان ماهان و تمامی رابطین بهداشت و بهورزان زحماتش که هر یک به نحوی ما را در انجام این تحقیق یاری رسانده اند اعلام می دارند. در پایان از زحمات و همکاری آقایان دکتر محمد آرشد رضانی، دکتر عباس کامیابی، دکتر محمود رضا دهقانی، دکتر مهدی منتظرالقائم تشکر و قدردانی بعمل آورده می شود.

نکته جالب اینکه در مطالعه ما میانگین نمره افسردگی بطور معنی داری در افراد شهر نشین بیشتر از روستانشینان بود، در مقام مقایسه مطالعه Crowell ۱۹۸۶ در آمریکا شیوع افسردگی در شهر نشینی را ۳ برابر روستانشینان ذکر کرده است و فاکتور روستانشینی بعنوان یک عامل محافظت کننده در بروز افسردگی در خانم های جوان محسوب می شود (۱۶). در مطالعه ما این نسبت خیلی بیشتر بود، یعنی میزان افسردگی در شهر نشینی ۲/۵ برابر بیشتر از روستانشینان بود. این شاید به دلیل روند روبه تزیاید بروز افسردگی طی سالهای اخیر باشد. البته نتیجه این اختلال و علائم آن را در جامعه روشن می سازد. نکته مهم در مطالعات مختلف عوامل خطر متفاوتی است که در جوامع

منابع:

11- Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg T, et al. Major and minor depression in later life a study of prevalence and risk factor. *J Affect Disord*, 1995, 36(1-2): 65-75.

12- Blazer DG. Mood disorder: Epidemiology. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive text book of psychiatry. 7th ed. 2000, LW & W, USA, PP: 1298-1308.

13- Blazer DG, Kessler RC, MGonagle KA, et al The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidty survey. *Am J psychiatry*, 1994, 151(7): 979-86.

14- Chomg MY, et al. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life, sociodemographic correlates. *Br J Psychiatry*, 2001, 178(1): 29-35.

15- Cooper PJ, Goodyer J.A community study of depression in adolesent girls I: Stimates of symptom prevalence. *Br J Psychiatry*, 1993, 163:369-74.

16- Crowell BA, George LK, Blazer D, Landerman R. Psychosocial risk factor and urban/rural differences in the prevalence of major depression. *Br J Psychiatry*, 1986, 149: 307-14.

17- Kesser |RC, MC Gongle KA, Swartz M, Blazer D, Nelson CB. Sex and depressio in the national comorbidity survey: I. Lifetime, prevalence, chronicity and recurrence. *J Affect Disord*, 1993, 29(2-3): 85-96.

18- Kivlea SL., Pahkala K, Laippala P. prvalence of depression in an elderly population in finland. *Acta Psychiatr Scand*, 1988, 78(4): 401-13.

19- Madianos MG, Stefanis CN, Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1992, 27(5): 211-19.

20- Pahkala K, Ketsi E, Kongs-Saviaro P, Laippala P, Kivela SL, Prevalence of deprssion in and aged pupolation in finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*, 1995, 30(3): 99-106.

21- Patten SB. Major depression prealence in calgary. *Can j Psychiatry*, 2000, 45(10), 923-36

22- Tannock C, Katoma C. Minor depression in the aged. Concepts prevalence and optional management. *Drugs Aging*, 1995, 6(4): 278-92.

23- Young MA, fogg LF, Scheftner WA, Keller MB, Fawcett JA. Sec difference in the life time prevalence of depression. Does varying the diagnosis criteria reduce the female/male

۱- پرتو د. تعریف آزمون بک. مجله روانشناسی دانشگاه تهران، ۱۳۵۴، شماره ۲: ۷۵ تا ۱۰۵.

۲- تشکری، مهیار ش. استاندارد کردن آزمون بک. مجله علوم اجتماعی دانشگاه شیراز، ۱۳۶۵، شماره ۴: ۱۳۸ تا ۱۴۸.

۳- حمزه ای مقدم، غفاری نژاد ع، بهرامپور ب. بررسی میگردن و افسردگی و رابطه آنها بایکدیگر در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۶، دوره چهارم شماره ۲: ۸۵ تا ۹۰.

۴- رضازاده س. بررسی میزان شیوع افسردگی در پناهندگان افغانی مقیم اردوگاه بردسیر در سال ۱۳۷۷. پایان نامه جهت اخذ دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۷، شماره کتابخانه مرکزی ۱۵۱۹.

۵- زمزم ع. بررسی میزان شیوع افسردگی در عشایر بالای ۱۵ سال ایل لری شهرستان بافت در سال ۱۳۷۷. پایان نامه جهت اخذ دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۷، شماره کتابخانه مرکزی ۱۵۰۳.

۶- سیدمیرزایی م. بررسی میزان افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۷۱. پایان نامه جهت اخذ دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۱، شماره کتابخانه مرکزی ۳۴۷.

۷- شجاعی ف، سام زاده م. بررسی شیوع افسردگی اساسی در بین معلمان شهر کرمان و میزان مراجعه به پزشک جهت درمان افسردگی در سال تحصیلی ۱۳۷-۷۶. پایان نامه جهت اخذ دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۶، شماره کتابخانه مرکزی ۱۲۰۲.

۸- صباغی م. بررسی میزان شیوع افسردگی در پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاهی شهر کرمان، ۱۳۷۷، شماره کتابخانه مرکزی ۱۵۷۱.

۹- فلاح، صیامی ا. بررسی میزان شیوع افسردگی در بین دانش آموزان دبیرستانهای شهر کرمان در سال تحصیلی ۱۳۷۴-۷۵، پایان نامه جهت اخذ دکترای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۷۵، شماره کتابخانه مرکزی ۱۱۳۳.

10- AL Shammari Sa, AL Subaie A. Prevalence and correlates of depression among Saudi Arabia. *Int J Geratr Psy-*

Abstract

The epidemiological study of depression prevalence in Mahan-Kerman area in 2000

Author: Dr. Ghodrat Rajabizadeh ¹

Depression is the most common mood disorder. To assess the prevalence and wide spread of depression and associated factor in Kerman a cross sectional home survey on population of Mahan area in kerman was conducted between summer to fall of 2000. A multistage random sampling technique was used. Depression was measured by Beck inventory depressive questionnaire that has been standardized for Iranian people.

The total number of subjects included take included out and use sampled in this study was 737. In the total study population, 40% (288) were men and 60% (449) were women Urban population in the study was 555 and rural population was 182 persons.

Their mean score of Beck depression was 15 ± 10.6 . There was significant statistical difference of depression between male and female (female>male) as well as for urban and rural population (urban>rural). There were not any correlations between age, number of family, education and depression.

These finding suggest a great rate of depression in Mahan area of Kerman. Gender of the population and urban living were both risk factors for depression.

Key woeds: Depression, Prevalence, Population.