

شیوع افسردگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رفسنجان

مریم هادوی^۱، صغری علی دلاکی^۲، محبوبه هلاکویی^۳

چکیده

مقدمه: افسردگی از شایعترین اختلالات روانی در بزرگسالان است. این بیماری غالباً با اختلال در کار، ناتوانی در فعالیت و پایین بودن بازده کاری همراه است و هزینه‌های بالایی را بر جوامع تحمیل می‌کند. تقریباً نیمی از جمعیت هر جامعه را زنان تشکیل می‌دهند. شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان است. هدف این مطالعه تعیین شیوع افسردگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی _ درمانی شهر رفسنجان بوده است تا بدین وسیله بتوان زنان در معرض خطر را تشخیص داده و با حمایت و افزایش آگاهی آنان، سلامت جامعه را بهبود بخشید.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده است. جمعیت مورد مطالعه را زنانی تشکیل می‌دادند که در سه ماهه سوم سال ۱۳۸۲ به مراکز بهداشت شهر رفسنجان مراجعه کردند. مجموع مراجعه کنندگان ۳۵۰ نفر بودند. اطلاعات مورد نیاز توسط پرسشنامه جمع‌آوری شد. نتایج با استفاده از آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: در جمعیت مورد مطالعه شیوع افسردگی خفیف ۱۸ درصد، افسردگی متوسط ۱۹/۱ درصد و افسردگی شدید ۴/۳ درصد بود. میزان افسردگی شدید در گروه سنی زیر ۳۰ سال، ۳۰ تا ۴۰ سال و بیشتر از ۴۰ سال به ترتیب ۲/۳، ۴/۹ و ۶/۹ درصد بود. افسردگی شدید در زنانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند، وجود نداشت ($p=0/034$). افسردگی در شاغلین ۳۵/۵ و در خانه‌دارها ۴۲/۷ درصد بود ($p=0/012$). ۷۰/۶ درصد از کسانی که در مرحله افسردگی شدید قرار داشتند، وجود سابقه افسردگی در خانواده را ذکر کردند ($p=0/000$). ارتباط معنی‌داری بین سن، وضعیت تأهل، شغل همسر و میزان درآمد خانواده با شیوع افسردگی وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد شیوع افسردگی در زنان خانه‌دار، سنین بالای ۴۰ سال، مجردها و زنانی که همسرشان درآمد ثابت نداشته است، بیشتر بوده است از این رو به نظر می‌رسد که تأمین بهداشت روانی زنان به حمایت و اطلاع رسانی بیشتر نیاز دارد.

واژه‌های کلیدی: زنان، شیوع افسردگی، مراکز بهداشتی درمانی

پذیرش مقاله: ۸۵/۱/۱۵

دریافت مقاله: ۸۴/۲/۳۱

۱ - مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان (نویسنده مسؤول)

آدرس: رفسنجان، دانشکده پرستاری و مامایی رفسنجان

تلفن: ۰۳۹۱-۵۲۲۸۳۹۷

پست الکترونیک: hadavi44@yahoo.com

۲ - کارشناس پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

۳ - مربی آموزشیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

مقدمه

افسردگی از شایعترین اختلالات روانی بزرگسالان می باشد که خلق افسرده و فقدان علاقه یا عدم احساس لذت، از علایم آن به شمار می رود. تقریباً ۹۷ درصد بیماران مبتلا به افسردگی از کاهش انرژی شکایت دارند. بر اساس پژوهشهای آرون بک^۱ بیش از ۸۰ درصد بیماران افسرده، خود را بی‌ارزش می دانند. علاوه بر این در زمینه‌های هوش، جذابیت، سلامتی و توانایی که برایشان بیشترین ارزش را دارد احساس ناتوانی کرده و از شرکت فعالانه در فعالیت های آموزشی خودداری می نمایند [۱]. از علایم افسردگی شدید می‌توان احساس غمگینی و ناامیدی، کاهش علاقه و لذت، تغییر در وزن و الگوی خواب، خستگی مزمن، احساس بی‌ارزشی و گناه، اشکال در تمرکز و تفکر را نام برد [۲].

آمارها نشان می دهد که از هر ۵ نفر زن یک نفر و از هر ۱۰ مرد یک نفر در طول زندگی این بیماری را تجربه کرده‌اند [۳و۴]. شیوع اختلالات خلقی را در جهان در جمعیت بزرگسالان ۱۰ درصد برآورد می‌کنند [۵]. در سال ۱۹۹۰ میزان افسردگی در جهان نزدیک به ۴۷۲ میلیون نفر و در ایران نزدیک به ۵ میلیون نفر بوده است که خود نشان دهنده شیوع بالا و اهمیت اختلالات افسردگی است. افسردگی هزینه بالایی را بر جوامع تحمیل می کند. برای نمونه هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم بیماران افسرده در سال ۱۹۹۰ برای آمریکا ۴۴ میلیارد دلار و برای انگلستان ۲۲۲ میلیون پوند بوده است [۶]. بر طبق گزارش سازمان بین المللی بهداشت روانی هر سال در ایالات متحده آمریکا ۱۲/۴ میلیون زن در مقایسه با ۶/۴ میلیون مرد به یک اختلال افسردگی مبتلا می‌شوند. بر اساس مطالعات انجام شده استرس های متفاوت زایمان و آثار هورمونی نهفته در زنان را دلیل فراوانی افسردگی در آنها ذکر کرده اند [۷].

با توجه به اینکه نیمی از جمعیت هر جامعه را زنان تشکیل می دهند، چنانچه زنان شاغل باشند باید به پایین بودن بازده کاری شاغلین افسرده، غیبت از محل کار، افزایش تنش های میان فردی که می‌تواند زیان های اجتماعی زیادی را به دنبال داشته باشد توجه نمود. یک فرد افسرده در سال به طور متوسط ۲۳ روز بیش از

جمعیت عمومی از محل کار یا تحصیل غیبت می کند. گر چه در مورد افراد خانه دار چنین محاسبه‌ای کمتر ممکن است، ولی به همان اندازه کاهش عملکرد در امور خانه رخ می دهد که باعث افزایش مشکلات و کشمکش های خانوادگی می شود. بنابراین ۵ میلیون بیمار افسرده باعث هدر رفتن ۱۱۵ میلیون روز کاری در سال در ایران می شوند. این ارقام بیانگر ضرورت توجه بیشتر به افسردگی و جستجوی راه هایی برای کاهش این هزینه ها می باشد [۸و۹].

این مطالعه با توجه به این مسأله که پرستاران با ارائه خدمات بهداشتی در سطح اول پیشگیری، بهترین افرادی هستند که می توانند با بررسی دقیق، زنان در معرض خطر را شناسائی نموده و با افزایش آگاهی، آنها را مورد حمایت قرار داده، در اعتلای سلامت روانی خانواده نقش مؤثری را ایفا نموده و سلامت روانی زنان جامعه را بهبود بخشند [۹]. در جمعیت زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رفسنجان جهت بررسی میزان شیوع افسردگی به اجرا درآمد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی - مقطعی بوده که شیوع افسردگی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان را مورد بررسی قرار داده است. حجم نمونه مورد نظر با $\alpha=0.05$ و $d=0.05$ و $p=0.30$ (شیوع افسردگی در پیش مطالعه) برابر با ۳۲۳ نفر بود که جهت اطمینان بیشتر تعداد ۳۵۰ زن مورد مطالعه قرار گرفتند. جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه پژوهشگر ساخته که حاوی اطلاعات دموگرافیک از قبیل سن، جنس، بومی یا غیر بومی بودن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات خود و همسر، شغل، میزان درآمد، سابقه کار، محل کار، نوع مسکن، تعداد فرزندان، سابقه افسردگی در خانواده و حوادث سه هفته اخیر بود، استفاده گردید. با توجه به مساوی نبودن تعداد مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی، پرسشنامه‌ها به نسبت مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی بین زنان تقسیم شد. جهت تعیین درصد افسردگی از تست استاندارد بک که حاوی ۲۱ سؤال بود بهره گرفته شد. پرسشنامه‌ها بین افراد مراجعه

1 - Aron beck

که از نظر آماری اختلاف معنی داری را نشان نمی دهد (نمودار شماره ۱).

از کل جمعیت مورد مطالعه، میزان تحصیلات ۱۳۴ نفر زیر دیپلم بود که ۴/۴۸ درصد از آنها کارمند بودند، ۱۴۷ نفر تحصیلات دیپلم داشتند که ۱۰/۸۹ درصد آنان و از ۶۹ نفری که تحصیلات دانشگاهی داشتند ۵۷/۹ درصد کارمند بودند. ۹ درصد از زیر دیپلم‌ها و ۲/۱ درصد از دیپلم‌ها در مرحله افسردگی شدید قرار داشتند. افسردگی شدید در دانشگاهی‌ها وجود نداشت. تجزیه و تحلیل آماری اختلاف معنی داری را ($p=0/034$) نشان داد (نمودار شماره ۲).

زنانی که سابقه افسردگی در خانواده را ذکر کردند ۷۰/۶ درصد و در افراد بدون سابقه فامیلی ۳۸/۳ درصد موارد دچار افسردگی بودند که با $p=0/000$ اختلاف آماری معنی داری را نشان می دهد.

از افراد مورد مطالعه ۳۰۶ نفر متأهل و ۴۴ نفر مجرد بوده‌اند. ۴/۶ درصد از متأهلین و ۲/۳ درصد از مجردین در مرحله افسردگی شدید و ۱۷/۶ درصد از متأهلین و ۲۹/۵ درصد از مجردین در مرحله افسردگی متوسط قرار داشتند.

در بررسی تأثیر شغل همسر بر شدت افسردگی، ۸/۱ درصد از کسانی که شغل همسرشان کارگر یا کشاورز بود، ۲/۱ درصد از کسانی که همسرشان بیکار بود و ۳/۱ درصد از زنانی که همسرشان کارمند بود در مرحله افسردگی شدید قرار داشتند. اختلاف آماری در این مورد معنی دار نبود (جدول شماره ۲).

از نظر درآمد خانواده با شدت افسردگی، ۵/۱ درصد از افراد با درآمد ماهیانه ۱۰۰ - ۵۰ هزار تومان، ۴/۲ درصد با درآمد ۱۵۰ - ۱۰۰ هزار تومان و ۲/۸ از افراد با درآمد ماهیانه بیش از ۱۵۰ هزار تومان در مرحله افسردگی شدید قرار داشتند (جدول شماره ۳).

کننده توزیع و پس از تکمیل، جمع آوری گردید، سپس نتایج تست بک بر اساس شدت نشانه افسردگی از ۱ تا ۴ نمره گذاری شد (به فرد طبیعی نمره ۱، به افسردگی خفیف نمره ۲، به افسردگی متوسط و مرزی نمره ۳ و به افسردگی شدید و خیلی شدید نمره ۴ داده شد). اطلاعات پس از پردازش با نرم افزار SPSS 11.5 و با استفاده از آزمون آماری مجذور کای تجزیه و تحلیل گردیده و نتایج به صورت ۳ جدول و ۲ نمودار ارائه شده است.

یافته ها

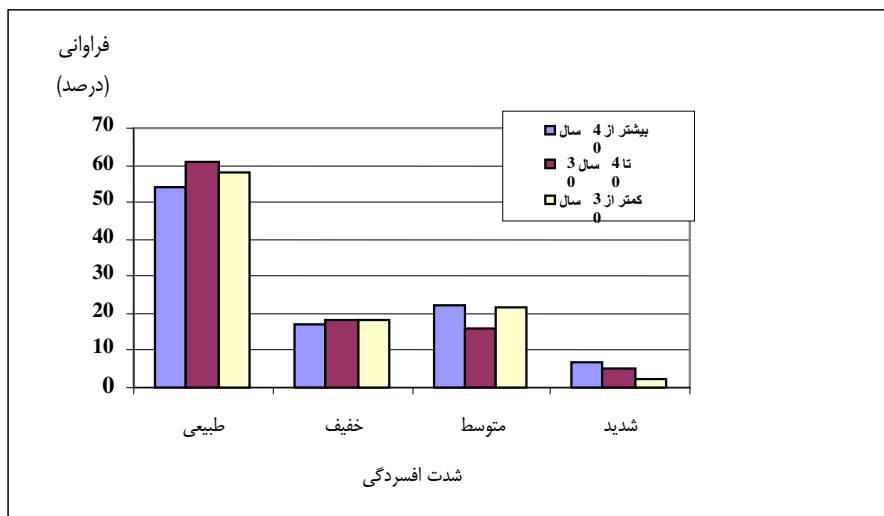
در این بررسی میزان شیوع افسردگی خفیف در کل زنان مراجعه کننده ۱۸ درصد، افسردگی متوسط ۱۹/۱ درصد و افسردگی شدید ۴/۳ درصد تعیین گردیده است. در نمونه‌های مورد بررسی ۱۷/۷ درصد (۶۲ نفر) زنان شاغل و ۸۲/۲ درصد (۲۸۸ نفر) زنان خانه‌دار بودند. میزان افسردگی در شاغلین ۳۵/۵ و در خانه‌دارها ۴۲/۷ درصد نشان داده شده است. از این میزان ۶/۵ درصد کارمندان و ۳/۸ درصد خانه‌دارها در مرحله افسردگی شدید قرار داشتند (جدول شماره ۱).

نمونه‌ها در سه گروه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۳۰ تا ۴۰ سال و بیشتر از ۴۰ سال جای گرفتند. بر اساس نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده ها، ۱۲۸ نفر در گروه سنی زیر ۳۰ سال قرار داشتند که از این تعداد ۲۱/۹ درصد در مرحله افسردگی متوسط و ۲/۳ درصد در مرحله افسردگی شدید بودند. از ۱۶۳ نفر گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۶ درصد در مرحله متوسط و ۴/۹ درصد در مرحله شدید قرار داشتند. ۵۹ نفر در رده سنی بیشتر از ۴۰ سال بودند که از این تعداد ۲۲ درصد در مرحله افسردگی متوسط و ۶/۹ درصد در مرحله افسردگی شدید قرار داشتند

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی افسردگی واحدهای تحت پژوهش بر حسب شغل آنان

شدت افسردگی	طبیعی		خفیف		متوسط		شدید		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کارمند	۴۰	۶۴/۵	۱۵	۲۴/۲	۳	۴/۸	۴	۶/۵	۶۲	۱۰۰
خانه دار	۱۶۵	۵۷/۳	۴۸	۱۶/۷	۶۴	۲۲/۲	۱۱	۳/۸	۲۸۸	۱۰۰
جمع	۲۰۵	۵۸/۶	۶۳	۱۸	۶۷	۱۹/۱	۱۵	۴/۳	۳۵۰	۱۰۰

نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی شدت افسردگی واحدهای تحت پژوهش برحسب سن آنان



جدول شماره ۲: توزیع فراوانی شدت افسردگی واحدهای تحت پژوهش بر حسب شغل همسر

شدت افسردگی	طبیعی		خفیف		متوسط		شدید		جمع	شغل همسر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
کارگر و کشاورز	۳۹	۶۲/۹	۱۱	۱۷/۷	۷	۱۱/۳	۵	۸/۱	۶۲	۱۰۰
کارمند	۵۹	۵۷/۷	۲۰	۲۰/۶	۱۸	۱۸/۶	۳	۳/۱	۹۴	۱۰۰
آزاد	۸۱	۵۶/۶	۲۹	۱۸/۲	۳۰	۲۱	۶	۴/۲	۱۴۳	۱۰۰
بیکار	۲۹	۶۰/۴	۶	۱۲/۵	۱۲	۲۵	۱	۲/۱	۴۸	۱۰۰
جمع	۲۰۵	۵۸/۶	۶۳	۱۸	۶۷	۱۹/۱	۱۵	۴/۳	۳۵۰	۱۰۰

نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی شدت افسردگی واحدهای تحت پژوهش بر حسب میزان تحصیلات



جدول شماره ۳: توزیع فراوانی شدت افسردگی واحدهای تحت پژوهش بر حسب میزان درآمد آنان

جمع		شدید		متوسط		خفیف		طبیعی		شدت افسردگی درآمد خانواده
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۱۳۷	۵/۱	۷	۲۴/۱	۳۳	۱۹	۲۶	۵۱/۸	۷۱	۵۰-۱۰۰ هزار تومان
۱۰۰	۱۴۲	۴/۲	۶	۱۶/۲	۲۳	۱۸/۳	۲۶	۶۱/۳	۸۴	۱۰۰-۱۵۰ هزار تومان
۱۰۰	۷۱	۲/۸	۲	۱۵/۵	۱۱	۱۵/۵	۱۱	۶۶/۲	۴۷	بیش از ۱۵۰ هزار تومان
۱۰۰	۳۵۰	۴/۳	۱۵	۱۹/۱	۶۷	۱۸	۶۳	۵۸/۶	۲۰۵	جمع

بحث و نتیجه گیری

درصد گزارش شده، این در حالی است که این میزان در سنین زیر ۳۰ سال ۲۴/۲ درصد بوده است. این یافته‌ها مشابه نتایج طرح انجام شده بر روی معلمان کرمان است که شیوع افسردگی در سن ۴۰ تا ۴۹ سال ۳۳/۹ درصد به دست آمده است [۱۲].

در مقایسه میزان افسردگی در زنان شاغل و خانه‌دار، میزان افسردگی در شاغلین ۳۵/۵ درصد و در خانه‌دارها ۴۲/۷ درصد بود که ارتباط معنی‌داری با اشتغال در خارج از منزل مشاهده شد ($p=0/012$).

میزان افسردگی شدید در کارمندان ۶/۵ درصد و در زنان خانه‌دار ۳/۸ درصد بود. ۶۴/۵ درصد از کارمندان و ۱۰/۱ درصد خانه‌دارها تحصیلات دانشگاهی داشتند. افسردگی شدید در هیچ یک از زنانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند مشاهده نشد. ارتباط بین شیوع افسردگی و میزان تحصیلات معنی‌دار بود ($p=0/034$). در حالی که طبق گزارش مرکز اطلاعات آمار کانادا بین تحصیلات و میزان افسردگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشده است و البته ثابت شده که در آن کشور داشتن تحصیلات بیشتر موجب دستیابی به اطلاعات بیشتری در

در این مطالعه چندین عامل از جمله سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو، مرده زایی، عمل جراحی و وجود بیماری‌های روانی که همه کم و بیش در بروز افسردگی دخالت دارند مورد بررسی قرار گرفتند. در بعضی موارد فقط یک عامل و در موارد دیگر عوامل متعددی در بروز علائم مؤثر بوده‌اند. موارد ذکر شده در بعضی افراد به طور دائم و در بعضی دیگر به طور موقت افسردگی ایجاد می‌کنند از جمله اینکه ۸۰-۵۰ درصد زنان پس از زایمان بعلت تغییرات هورمونی علائمی شبیه افسردگی پیدا می‌کنند که معمولاً تا ۱ هفته پس از زایمان از بین می‌رود. گاهی این افسردگی می‌تواند دوام بیاورد و روی آینده مادر و کودک تأثیر بگذارد [۷].

مطالعات اخیر نشان داده است که میزان افسردگی و اضطراب رو به افزایش است. برای مثال بالینگر^۱ در مطالعات خود نشان داده است که شیوع افسردگی در سنین ۲۰ تا ۲۴ سال از ۶ درصد در اوایل سال ۱۹۶۰ به تقریباً ۲۸ درصد در اوایل سال ۱۹۹۰ رسیده که دلیل آن بیشتر تأثیرات محیط است [۱۱ و ۱۰]. در این مطالعه میزان افسردگی شدید و متوسط در زنان بالای چهل سال ۲۸/۹

در این مطالعه شیوع افسردگی شدید در زنانی که میزان درآمد ماهیانه خانواده آنها ۵۰ تا ۱۰۰ هزار تومان بوده، ۵/۱ درصد گزارش شده که این میزان بیشتر از زنانی است که درآمد خانواده آنها بیش از ۱۵۰ هزار تومان در ماه است ولی ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید. گزارش مرکز اطلاعات و آمار کانادا نیز حاکی از عدم وجود ارتباط بین درآمد و شیوع افسردگی است [۱۳].

نتیجه گیری: سلامت و پیشرفت هر جامعه بر سلامت زنان استوار است. خشونت‌های فرهنگی، اجتماعی از دیرباز زنان را به عنوان نیمی از جامعه جهانی در معرض شیوع بالای مشکلات روانی قرار داده است. گر چه افسردگی بیماری شایع قرن است و علیرغم این واقعیت که افسردگی بیشترین کاندید خود را از میان زنان بر می‌گزیند [۳ و ۴ و ۹]، مشاهده می‌شود زمانی که بحث بهداشت و سلامت زنان به میان می‌آید، بیشتر به موضعی از قبیل تنظیم خانواده، بارداری و زایمان توجه می‌شود. از این رو چنین به نظر می‌رسد که موضوع بهداشت روانی زنان به حمایت و اطلاع رسانی بیشتری نیاز دارد و جوامع ملی از یک سو و جامعه جهانی از سوی دیگر بایستی حق مسلم زنان را در راستای بهداشت به حساب آورده و آن را جزیی از حقوق بشر بشناسند و از حق حیات زنان دفاع نمایند.

مورد افسردگی و دریافت سرویس‌های خدماتی و درمان می‌شود [۱۳].

در تحقیقی مشابه که در کرمان انجام شد، از ۳۱۸ نفر زن خانه‌دار ۳۱/۴ درصد و از ۸۲ نفر زن شاغل ۳۰/۵ درصد افسردگی داشتند در حالی که در بررسی انجام شده در کانادا افسردگی در زنان شاغل بیشتر بوده است که می‌تواند ناشی از شرایط سخت کاری در آن کشور باشد [۱۲].

اوانس^۱ در بررسی عوامل مختلفی مثل جنس، عوامل شغلی و تنش‌هایی که در ایجاد بیماری دخالت دارند به این نتیجه رسید که شیوع افسردگی در زنان شاغل در شغل‌های غالباً مردانه نظیر حسابداری، بیشتر است [۱۴].

شیوع افسردگی شدید در زنانی که همسر آنها کارگر و کشاورز بوده یا شغل آزاد داشته‌اند بالاتر از زنانی است که همسر آنها کارمند بوده‌اند. دلیل این مسأله می‌تواند ثابت بودن درآمد مادی یا سطح فرهنگی بالاتر همسران آنان در افراد کارمند باشد. در پژوهش قضاوت‌نژاد و همکاران نیز نتایج مشابهی به دست آمده است شدت افسردگی متوسط در زنان متأهل ۱۷/۶ درصد و افسردگی شدید ۴/۶ درصد و این رقم در غیر متأهلین که شامل مجردها، مطلقه‌ها و همسر فوت شده‌ها می‌باشد به ترتیب ۲۹/۵ و ۲/۳ بود [۱۲]. در مطالعه‌ای که بودت^۲ انجام داد متأهلین از نظر بروز افسردگی در معرض خطر کمتری بوده‌اند [۱۵]. این اختلاف بر اساس نظر کاپلان می‌تواند ناشی از مشکلات روانی طلاق یا فوت همسر باشد. افراد متأهل به دلیل داشتن رابطه اجتماعی قوی، آسیب‌پذیری کمتری در برابر بیماری روانی دارند.

این مطالعه نشان می‌دهد شیوع افسردگی در افرادی که سابقه خانوادگی دارند بیشتر است. چنین نتایجی در تحقیقات مشابه که به بررسی تأثیر نقش ارث و همچنین محیط خانواده پرداخته‌اند نیز مشاهده گردیده است.

1 - Evans

2 - Beaudet

منابع

- ۱ - کوشان م، واحدیان م، افسردگی دانشجویان و عوامل روانی اجتماعی مرتبط با آن. اسرار، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار ۱۳۷۴ سال ۲، شماره ۱: صفحات ۳ تا ۵.
- 2- Mazure CM, Keita CP, Blehar MC. Summit on women and depression: Proceeding and recommendations. Washington DC: American Psychological Association; 2002.
- 3- Stewart DE, Rondon M, Damiani G, et al. International psychosocial and systemic issues in women mental health. Arch Women Mental Health. 2001; 4: 13-17.
- ۴ - امین بندر ل، افسردگی. نشریه علمی، فرهنگی، سیاسی، اجتماعی کرانه‌ها؛ شماره ۱: صفحات: ۶۱ تا ۸۱.
- 5- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity and morbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun; 62(6): 617-27.
- ۶ - غفاری نژاد ع و همکاران. بررسی شیوع افسردگی پس از زایمان در شهر کرمان. اندیشه و رفتار ۱۳۷۸؛ شماره ۱ و ۲ صفحات ۲۷ و ۲۸.
- ۷ - یورافکاری ن، طبقه بندی اختلالات روانی DSMIV، چاپ اول ۱۳۷۳؛ صفحات ۱۴۱ تا ۱۵۸.
- ۸ - عبدالهیان، ا، سیدنوزادی م، سرگلزایی م ر، بررسی بار اقتصادی اختلال های افسردگی برای بیمار و جامعه. اندیشه و رفتار ۱۳۷۹؛ شماره ۱: صفحات: ۲۰ تا ۲۴.
- ۹ - رنجبر خ. زنان و افسردگی. خلاصه مقالات پنجمین سمینار سراسری دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) شیراز سال؛ صفحات ۵۴ و ۵۸.
- 10- Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from: the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 2001; 62(Suppl 13): 47-55.
- 11- Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, et al. Consensus statement on social anxiety disorder from: the International Consensus Group on Depression and Anxiety. J Clin Psychiatry 1998, 59(Suppl 17): 54-60.
- ۱۲ - قضاوت نژاد ع، سلام زاده م، بررسی میزان افسردگی در بین معلمان شهر کرمان. پایان نامه جهت اخذ درجه دکتری پزشکی، کرمان: دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۷۶-۱۳۷۵.
- 13- Health statistics division statistics canada: Psychological health -depression. Health Rep 1999, 11(3): 63-75.
- 14- Evans O, London U K, The contribution of gender, role orientation, work factors and home stressors to psychological well-being and sickness absence in male and female dominated occupational group. Social Sequence Medicine 2002 Feb: 981-9.
- 15- Beaudet MP, Depression. Health Rep 1996, 7(4): 11-24.