

غربالگری اختلال افسردگی در جمعیت 64 - 20 ساله شهر خرم آباد

هدایت نظری^۱، پریسا نامداری^۲، محمد جواد طراچی^۳

۱- استادیار، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، گروه اعصاب و روان

۲- مربی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، گروه آموزش بهداشت

۳- مربی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، گروه اپیدمیولوژی

یافته / دوره هشتم / شماره 4 / زمستان 85 / مسلسل 30

چکیده

دریافت مقاله: 85/5/14، پذیرش مقاله: 85/10/11

مقدمه: اختلال 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 افراد و برخورد صحیح و درمان به موقع افسردگی آنان برای فرد، خانواده و جامعه بسیار ارزشمند است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی با هدف غربالگری اختلال افسردگی در جمعیت ۶۴ - ۲۰ ساله است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه ساکنین شهری در مناطق دوگانه شهرداری خرم‌آباد است. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده بک با ۲۱ سؤال است که اختلال افسردگی را می‌سنجد. جمعیت هر یک از نواحی سه‌گانه در مناطق ۱ و ۲ 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.

یافته‌ها: 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 - ۵۰ سالگی و کمترین میزان ۴۶ - ۳۰ سالگی است. افسردگی در زنان با اختلاف ناچیزی بیشتر از مردان است (۳۴/۳٪ در مقابل ۳۲/۴٪). بیشترین میزان افسردگی در افراد بیوه ۴۳/۳٪ و کمترین آن در متأهلین ۲۹٪ است. 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 است. 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 است. همچنین بین سن، تأهل، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد خانوار، نوع مسکن و افسردگی ارتباط معنی داری بدست آمد (۰/۰۰۱ < p) ولی بین جنس، سکونت در مناطق مختلف و افسردگی ارتباط معنی داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: 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.

واژه‌های کلیدی: اختلال افسردگی، غربالگری، شیوع، اختلالات رفتاری

مقدمه

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 روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که با هدف غربالگری اختلال افسردگی در جمعیت 64 - 20 ساله شهر خرم‌آباد انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش را جامعه شهری ساکن در مناطق دوگانه شهرداری خرم‌آباد تشکیل داد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد شده بک با 21 سؤال است که اختلال افسردگی را می‌سنجد. پرسشنامه استاندارد شده بک دارای 21 پرسش چهارجوابی است که از صفر تا 3 درجه‌بندی می‌شود. کمترین میزان افسردگی آزمودنی صفر و بیشترین میزان آن 63 می‌باشد. نمره 0-15 بدون افسردگی و 16-36 دارای افسردگی می‌باشد. بنابر این نقطه برش بالای 15 تعیین شد.

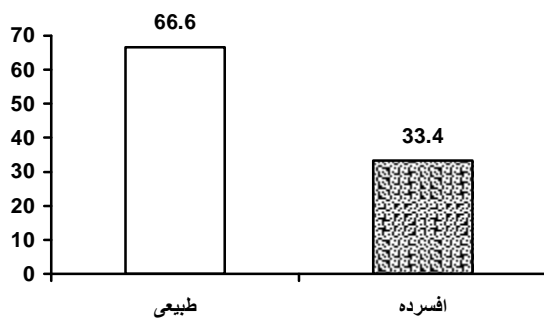
حجم نمونه در این تحقیق 2740 نفر بود. جمعیت هر یک از نواحی سه‌گانه در مناطق 2 و 1 شهرداری به صورت خوشه‌ای و چند مرحله‌ای انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری مناطق خوشه‌ای و روش نمونه‌گیری خانوار نمونه‌گیری سیستماتیک بوده است. هر یک از مناطق دوگانه به پنج ناحیه شمالی، جنوبی، شرقی و غربی و مرکزی تقسیم شدند و در هر ناحیه از هر نود خانوار یکی به عنوان نمونه انتخاب می‌شد. 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.

یافته‌ها

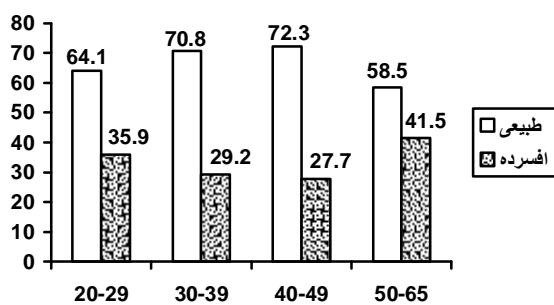
از مجموع 2740 نمونه‌ای که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند 42/3% مرد و 54% زن بودند. 45/9% در رده سنی

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).

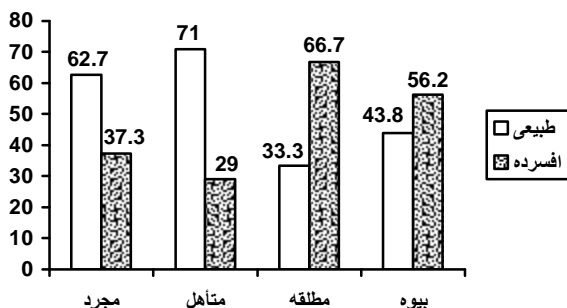
اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانپزشکی و از علل شایع ناتوانی و مرگ زودرس است. این اختلال همچنین باعث افزایش هزینه‌های اقتصادی تحمیل شده به فرد و جامعه می‌گردد. اختلال‌های روانی عامل پانزده درصد ناتوانی‌ها و مرگ‌های زودرس در کشورهای رو به رشد هستند (2). بر پایه گزارش مشترک سازمان جهانی بهداشت 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 میزان شیوع افسردگی نزدیک به 5 میلیون نفر بوده است که خود نشان‌دهنده شیوع بالا و اهمیت این اختلال است (4). هزینه مستقیم و غیرمستقیم 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



نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس نتیجه آزمون افسردگی



نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس نتیجه آزمون افسردگی و سن



نمودار شماره ۳- توزیع فراوانی افراد تحت مطالعه بر اساس نتیجه آزمون افسردگی و تأهل

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق نشان داد 33/4% افراد مورد پژوهش دارای علائم افسردگی می‌باشند. در مطالعات مشابه توسط داودیان

29 تا 20 سال و 9/5% بین 50-65 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 بوده‌اند. 11/6% ساکن غرب، 33% ساکن شمال و 9% ساکن جنوب خرم‌آباد بودند. 45% درآمد زیر 100 هزار تومان، 33/9% بین 100 تا 200 هزار تومان، 13/5% بالای 200 هزار تومان 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، 1% شدید و 7/4% متوسط بودند (نمودار شماره ۱). بیشترین میزان افسردگی بین 50 تا 65 سالگی و کمترین میزان بین 30 تا 49 سالگی بود (نمودار شماره ۲). افسردگی در زنان 34/3% و در مردان 32/4% است. در مجردین 37/3%، متأهلین 29%، بیوه 43/3% و مطلقه‌ها 33/3% افسردگی دیده شد (نمودار شماره ۳). 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 هزار تومان دارای کمترین میزان افسردگی و 29/7% با درآمد کمتر از 200 هزار تومان 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 بدست نیامد.

(1363) شیوع افسردگی 24/38%، پالاهنگ (1372) 11/75%، و رثوف (1371) 35/9% گزارش شده است (8.7.6).

افسردگی در زنان با اختلاف ناچیزی بیشتر از افسردگی در مردان است. (34/3% زنان، 32/4% مردان). در مطالعات متعددی که در ایران انجام شده است میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان است (9.8.7.6).

عبدالناصر و همکاران (1370)، پالاهنگ و همکاران (1375) در پژوهش‌های خود نشان دادند با افزایش سن، افسردگی افزایش می‌یابد (8.7) 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 (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 و که با نتایج گاوین¹ 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 فوق لیسانس و دکتری بوده است که با نتایج پالاهنگ و همکاران (1375) و با مطالعه انجام شده در استرالیا توسط دانگ¹ و همکاران (1994) مشابه است (5 و 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 هزار تومان بود (3/5%) که با نتایج پژوهش نظری (1380) که در آن بیشترین میزان افسردگی در کسانی که درآمد خانوار تا 50 هزار تومان داشته‌اند مشابه است (9) ولی با مطالعات ECA² و NCS³ 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 10 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.

تقدیر و تشکر

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

1. Gavin
2. Dang
3. Epidemiologic Catchment Area
4. National Comorbidity Study

References

- 1- عبدالهیان ا. بررسی بار اقتصادی اختلالهای افسردگی بیمار و جامعه، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره 1، 1379
2. Hall R. C. The clinical and Financial barden of disorder, psychosomatics, 1995, vol, 86, PP: 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, vol 67. PP: 205-2150.
- 4- داودیان، هاراطون. بیماریهای ناتوان کننده روانپزشکی، متن سخنرانی ارائه شده در دانشگاه علوم پزشکی، 1378.
5. Dang Blazer, M D. Ronald C, Kessler. The prevalence and Distribution of major Depression in a National of psychiatry, 1994, 15.
- 6- گ زاده م، کلوندی ب. بررسی
- 7- رئوف عبدالناصر و همکاران. بررسی شیوع افسردگی و عوامل فرهنگی اجتماعی مؤثر بر آن، 1372.
- 8- پالاهنگ، حسن و همکاران. بررسی همه گیری شناسی اختلال های روانی در شهر کاشان، فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دوم، شماره 4، 1375.
- 9- نظری، هدایت و همکاران. بررسی شیوع اختلال های افسردگی در تهران، پایان نامه دکتری تخصصی روانپزشکی، 1379.
10. Gavin A, Henderson S. prevalence comorbidity disability and service utilization, overview of the Australian Natinal Mental Health Survey. British journal of psy chiatry, 2001: vol 178, PP: 145-153.
11. Kaplan H, Sadock B, comprehensive Texbook of psychiatry. 7th, Ed, 1995.
- 12- رئوف ع، بهفروز ع، یزدانی ر. بررسی شیوه افسردگی و عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر آن در روستای کرمچگان قم، 1371.