

گزارش کوتاه

شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در عشایر ایل بختیاری ایران در سال ۱۳۸۵

علی احمدی^{۱*}، قدرت الله یوسفی^۲

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. ۲- روانشناس شبکه بهداشت و درمان شهرستان کوهرنگ.

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است. این مطالعه به منظور بررسی میزان شیوع افسردگی و تعیین حجم مشکل و عوامل همراه آن در بین عشایر ایل بختیاری ایران در استان چهارمحال و بختیاری اجرا گردید.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، توصیفی - تحلیلی ۴۰۰ نفر از جمعیت عشایری استان چهارمحال و بختیاری به صورت نمونه‌گیری تصادفی منظم با استفاده از آزمون بک (Beck) در سال ۱۳۸۵ بررسی شدند. داده‌ها با کمک نرم‌افزار آماری SPSS-11 و آزمون‌های آماری تی، کای اسکور، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در زنان $18/5 \pm 10/8$ و در مردان $14/9 \pm 11/45$ بود. میزان شیوع کلی افسردگی در جامعه مورد بررسی ۲۹/۶ درصد با دامنه اطمینان (۳۳/۶ - ۲۵/۶)؛ ۹۵ درصد CI بود. میزان شیوع درجات افسردگی متوسط و بالاتر ۲۴ درصد تعیین گردید. شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان ($P < 0/05$) و در افراد مجرد بیشتر از متاهلین بود که اختلاف معنی‌داری را با $P < 0/05$ نشان می‌دهد. افسردگی در افراد خانه‌دار و بیکار به طور معنی‌داری بیشتر از سایر مشاغل بود ($P < 0/05$). بیشترین شیوع افسردگی به ترتیب در گروه‌های سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۵۰ سال بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که شیوع افسردگی در جامعه عشایری در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در استان چهارمحال و بختیاری بیشتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، شیوع، اپیدمیولوژی، عشایر، تست بک، بختیاری

* نویسنده مسؤول: علی احمدی، پست الکترونیکی: ahmadi@skums.ac.ir

نشانی: شهرکرد، رحمتیه، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده بهداشت، تلفن: ۳۳۳۳۴۴۸ (۰۳۸۲)، نمابر: ۳۳۳۴۶۷۸

وصول مقاله: ۸۶/۴/۶، اصلاح نهایی: ۸۶/۱۱/۱۰، پذیرش مقاله: ۸۷/۲/۱۱

مقدمه

افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی و شایع‌ترین اختلال خلقی، بسیاری از مردم را در اقصی نقاط دنیا مورد آزار قرار می‌دهد. دوری‌گزیدن از دوستان یا خانواده، نداشتن انگیزه، اختلالات میل جنسی، اختلال خواب (در ۷۵ درصد موارد)، خلق افسرده و بی‌علاقگی یا عدم احساس لذت از علائم کلیدی افسردگی است (۲۰). سازمان بهداشت جهانی گزارش نمود که ۱۲۱ میلیون نفر از مردم جهان دچار افسردگی می‌باشند (۳۰). در مطالعات جامعه‌نگر علائم افسردگی بین ۸ تا ۲۰ درصد متغیر و شیوع اختلال اساسی در زنان ۲۰ تا ۲۵ درصد و در مردان ۲ تا ۱۲ درصد گزارش شده است (۵۴). حدود دوسوم افراد افسرده به فکر خودکشی افتاده و ۱۰ الی ۱۵ درصد آنها نیز اقدام به خودکشی می‌نمایند (۶۰). در مطالعه‌ای شیوع افسردگی در جامعه روستایی و شهری ایالت کارولینای آمریکا نشان داد که افسردگی در جامعه روستایی بیشتر از جامعه شهری است (۷). اگرچه مطالعات متعددی در جوامع مختلف به منظور بررسی شیوع افسردگی و عوامل و مکان‌های موثر در ایران و جهان انجام شده است (۱۵-۲)، با توجه به این که افسردگی باعث اختلال و ناتوانی در عملکرد روزانه می‌شود و پیامدهایی از جمله اختلال در روابط فردی و اجتماعی، کاهش سطح عملکرد و نیز در مواردی خودکشی را در پی دارد، بررسی‌های اپیدمیولوژیک در مورد افسردگی و تعیین شیوع آن در جامعه و شناخت بیماران افسرده و درمان آنها باعث افزایش کارکرد آنها و جلوگیری از تحمیل هزینه‌های ناشی از آن بر جامعه می‌شود. از آنجایی که شاخص‌های بهداشتی جامعه عشایری با متوسط شاخص‌های کشوری متفاوت می‌باشد (۲)، لذا این مطالعه به منظور بررسی میزان شیوع افسردگی و تعیین حجم مشکل و عوامل همراه آن در بین عشایر ایل بختیاری ایران در استان چهارمحال و بختیاری انجام شد.

روش بررسی

مطالعه به صورت مقطعی، توصیفی - تحلیلی روی ۴۰۰ نفر از جمعیت عشایری استان چهارمحال و بختیاری (۶۴ درصد مونث) در سال ۱۳۸۵ انجام گردید. جامعه مورد مطالعه آن خانوارهای عشایر ایل بختیاری بود که در فصل بهار از استان خوزستان به استان چهارمحال و بختیاری کوچ نموده بودند.

نمونه‌گیری به صورت تصادفی منظم انجام گرفت. برای تشخیص نشانه‌های افسردگی از پرسشنامه‌ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک و آزمون بک (Beck) که حاوی ۲۱ سوال است، استفاده گردید. پرسشنامه بک، آزمون استاندارد است که فرد از ۲۱ جنبه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. بر طبق پاسخ به هر سوال، امتیاز صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. در نهایت امتیاز فرد از صفر تا ۶۳ متغیر است. افرادی که امتیاز صفر تا ۱۰ کسب نمودند، بدون افسردگی و نمرات بین ۱۱ تا ۱۵ دارای علائم مرزی افسردگی (نیازمند مشورت با روانپزشک)، نمرات ۱۶ تا ۲۰ افسردگی خفیف، ۲۱ تا ۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و نمرات بیش از ۴۰ افسردگی خیلی شدید تلقی می‌شدند. روایی و پایایی این پرسشنامه برای جامعه ایران استاندارد شده است. داده‌ها به وسیله کارشناسان بهداشتی آموزش‌دیده جمع‌آوری و سپس وارد نرم‌افزار SPSS-11 گردید و با استفاده از آماره‌های توصیفی (شاخص‌های مرکزی و پراکندگی) و آزمون‌های تی، مجذور کای، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپرومن تجزیه و تحلیل شد. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) تعیین شد.

یافته‌ها

انحراف معیار و میانگین سنی افراد مورد بررسی $39/3 \pm 10/4$ سال بود. همچنین $16/2$ درصد افراد مورد بررسی مجرد و $70/3$ درصد آنان متأهل، $8/1$ درصد جدا شده از همسر و $5/4$ درصد بیوه بودند. سطح تحصیلات در 65 درصد افراد بیسواد، $1/3$ درصد تحصیلات دانشگاهی و $33/7$ درصد دیگر زیر دیپلم (ابتدایی ۲۸ درصد، راهنمایی ۳/۵ درصد، متوسطه ۲/۲ درصد) بود. شغل در $55/5$ درصد خانه‌دار، $2/7$ درصد کارگر، $3/5$ درصد دانش‌آموز، 33 درصد چوپان گله و $5/3$ درصد بیکار بود.

میزان شیوع کلی انواع افسردگی در افراد مورد بررسی $29/6$ درصد با دامنه اطمینان $(25/6 - 33/6)$ CI ۹۵ درصد بود. از نظر شدت و درجات افسردگی میزان شیوع افسردگی خفیف ۲۶ درصد، افراد با علائم مرزی افسردگی و نیازمند مشورت با روانپزشک ۳۸ درصد، افسردگی متوسط ۱۲ درصد، افسردگی شدید ۱۰ درصد و افسردگی خیلی شدید ۲ درصد به دست آمد. بنابراین میزان شیوع درجات افسردگی متوسط و

میزان شیوع کمتری از افسردگی خفیف و شدید گزارش شده است (۲). ولی مطالعه ما حجم مشکل بیشتری از افسردگی را در جامعه عشایری نمایان می‌سازد.

در این مطالعه میزان شیوع درجات افسردگی متوسط و بالاتر ۲۴ درصد به دست آمد که در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در استان‌های کرمان، قم، چهارمحال و بختیاری، اصفهان، سمنان و ارسنجان میزان بالایی به نظر می‌رسد (۱۶ و ۱۰-۱۳ و ۱۴).

این مطالعه نشان داد که افسردگی در گروه‌های سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۵۰ سال شیوع بیشتری دارد و میانگین سن افراد افسرده ۳۴ سال به دست آمد. در مطالعه‌ای که در شهر قم انجام شده، بیشترین شیوع افسردگی در گروه سنی ۲۵ تا ۴۴ سال گزارش گردیده که با یافته مطالعه ما در خصوص میانگین سنی افراد افسرده مطابقت دارد، ولی با شیوع سنی افسردگی در مطالعه ما مطابقت ندارد (۱۳). این نتیجه با گزارش نوربالا مبنی بر در حال افزایش بودن میزان بروز اختلال افسردگی اساسی در افراد زیر ۲۰ سال، هم‌خوانی دارد که ممکن است با مصرف الکل و مواد افیونی یا سایر استرس‌های خاص مانند استرس‌های ناشی از کنکور و بیکاری در این گروه سنی مربوط باشد (۱ و ۶ و ۷). در این مطالعه بین میزان تحصیلات و افسردگی نیز ارتباط آماری معنی‌دار بود و همبستگی معنی‌داری بین میزان تحصیلات و شدت افسردگی وجود داشت. بدین گونه که با افزایش سطح تحصیلات شدت افسردگی کاهش می‌یافت. این یافته نیز در سایر مطالعات مربوطه در این زمینه مورد تایید قرار گرفته است (۲ و ۴ و ۷ و ۱۳). مطالعه ما بیشترین شیوع افسردگی را در افراد خانه‌دار، بیکار و دانش‌آموزان نشان داد که با مطالعات متعدد در این زمینه مطابقت داشته و تاکید بر یافته‌های دیگران است (۱۶ و ۱۰-۱۳ و ۱۴).

در مطالعه ما متوسط نمره افسردگی در بین دو جنس تفاوت معنی‌داری داشت. به طوری که میزان افسردگی در جنس مونث بیشتر از جنس مذکر بود. همچنین در افراد متأهل افسردگی کمتر از مجردان شیوع داشت که با سایر مطالعات انجام شده در این رابطه هم‌خوانی دارد (۹-۲). هرچند علل این تفاوت‌ها به طور دقیق معلوم نیست، ولی احتمال می‌رود که میزان بیشتر این اختلال در زنان، ناشی از استرس‌های

بالاتر ۲۴ درصد تعیین می‌گردد.

بیشترین شیوع افسردگی به ترتیب در گروه‌های سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۵۰ سال بود، به طوری که شیوع در افراد زیر ۲۰ سال ۳۱/۱ درصد با دامنه اطمینان ۲۸-۳۴ درصد و در افراد بالای ۵۰ سال ۲۸ درصد با دامنه اطمینان ۲۵-۳۱ درصد بود.

در مقایسه میزان تحصیلات با میانگین نمره افسردگی در گروه‌های مختلف تحصیلی، تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید ($P < 0/05$)، به طوری که در افراد با تحصیلات کمتر، میانگین نمره افسردگی بالاتر و همبستگی مثبت با $r = 0/841$ وجود داشت. بالاترین میزان شیوع افسردگی در زیرگروه‌های مورد بررسی بر حسب شغل در افراد خانه‌دار (۳۴ درصد)، افراد بیکار (۴/۵ درصد) و دانش‌آموزان (۲ درصد) به دست آمد. شیوع افسردگی به طور معنی‌دار در افراد خانه‌دار و بیکار بیشتر از سایر مشاغل بود ($P < 0/05$).

میانگین نمره افسردگی در زنان $10/8 \pm 18/5$ و در مردان $11/45 \pm 14/9$ به دست آمد. شیوع افسردگی متوسط به بالا در جنس مذکر کمتر از جنس مونث بود و تفاوت آماری معنی‌داری داشت ($P < 0/05$). همچنین میزان شیوع افسردگی شدید در افراد مجرد با میزان شیوع $11/2$ درصد به طور معنی‌داری بیشتر از افراد متأهل بود ($P < 0/05$). همبستگی معنی‌دار آماری بین تعداد افراد خانواده و سن بیماران و میزان افسردگی‌شان در این مطالعه به دست نیامد. از کل افراد مورد بررسی $59/2$ درصد افراد، خود را افسرده تلقی می‌کردند که به نوعی این ذهنیت، با نتایج مطالعه انجام شده همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان داد ($r = 0/895$ ، $P < 0/05$).

بحث

در این مطالعه میزان شیوع کلی افسردگی ۲۹/۶ درصد تعیین گردید. بنابراین مطالعه ما نسبت به مطالعات اپیدمیولوژیک جمعیت‌ها در دنیا، شیوع علائم افسردگی بیشتری را نشان می‌دهد (۴). مطالعات مختلف در دنیا، میزان شیوع علائم افسردگی را بین ۸ تا ۲۰ درصد گزارش نموده‌اند (۴). در تحقیق مشابهی که به منظور تعیین میزان شیوع افسردگی در شهرستان بروجن استان چهارمحال و بختیاری انجام شد، میزان شیوع افسردگی ۱۸/۳ درصد گزارش شده است (۸). در مطالعه محمدی در عشایر کوچرو ایل قشقایی،

زایمان، درماندگی آموخته شده، مورد خشونت واقع شدن و آثار هورمونی باشد (۱).

همچنین در مطالعه ما همبستگی آماری مثبتی بین میزان افسردگی که خود بیمار ذکر می‌کرد و نمره افسردگی بک وجود داشت که این یافته با مطالعه رجبی‌زاده در کرمان هم‌خوانی دارد (۴).

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که افسردگی بیماری است. مجرد گزین، مونث‌گزین، خانه‌دار گزین، بیکار گزین، دانش‌آموز گزین، کم‌سواد گزین، سالمند گزین و بالاخره در افراد زیر ۲۰ سال و افراد کوچ‌رو نیز شیوع بالایی داشت. شیوع افسردگی در جامعه مورد بررسی ما، در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در استان چهارمحال و بختیاری بیشتر و در مقایسه با عشایر ایل قشقایی کمتر بوده است.

این مطالعه لزوم ارائه آموزش‌های کاربردی با هدف

افزایش مهارت‌های زندگی و لزوم برقراری سیستم‌های مشاوره‌ای در جهت شناسایی افراد آسیب‌پذیر و درمان بیماران افسرده در جامعه عشایری، همچنین طراحی و اجرای مطالعات به منظور تعیین و تحلیل علل افسردگی در این گونه جوامع و انجام مداخلات مورد نیاز را پیشنهاد می‌نماید.

از محدودیت مطالعه می‌توان به عدم اعتبار اختصاصی و کافی برای اجرای مطالعات و برنامه‌های سلامت در جامعه عشایری اشاره نمود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با استفاده از حمایت‌ها و امکانات شبکه بهداشت و درمان شهرستان کوهرنگ در راستای برنامه عملیاتی ارائه خدمات سلامت به جمعیت عشایری انجام شد. بدین وسیله از آقای سیاوش غیبی حاجی پور، مدیر وقت شبکه بهداشت و درمان شهرستان کوهرنگ تشکر می‌شود.

References

- 1) Noorbala AA. Depression. In: Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of prevalent disease in Iran. Tehran. Khosravi Publication. 2004; pp: 265-279. [Persian]
- 2) Mohammadi A., Ghaffarian Shirazi HR. [Comparison of anxiety and depression in laundered and unlaundered nomads of Ashori family of Ghashghaie community.] Armaghan Danesh. 2007; 11(4):73-80. [Persian]
- 3) [No authors listed]. Mental and neurological disorders. World Health Organization fact sheet no. 265 December 2001. Indian J Med Sci. 2002;56(1):25-9.
- 4) Rajabi Zadeh GhA. [The epidemiological study of depression prevalence in Mahan-Kerman area in 2000.] Teb Va Tazkieh. 2004; (52):44-51. [Persian]
- 5) Karimi Zarchi AA, Tavallaii SA, Adibzadeh AR, Hoseinlo Sh. [Prevalence rate and related factors of depression in medical students.] Kowsar Medical Journal. 2003;3(8): 231-234. [Persian]
- 6) Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi SA, Yasami MT. [Study of mental health status of individuals above 15 years of age in Islamic Republic of Iran in the year 1999.] Hakim Research Journal. 2002;1(5): 1-10. [Persian]
- 7) Probst JC, Laditka SB, Moore CG, Harun N, Powell MP, Baxley EG. Rural-urban differences in depression prevalence: implications for family medicine. Fam Med. 2006;38(9):653-60.
- 8) Khosravi ShA. [Epidemiology of mental disorders among over 15 years old population in rural and urban area of Borujen, 1994.] Shahrekord University of Medical Sciences Journal. 2003;4(4): 31-39. [Persian]

- 9) Omid A, Tabatabaei A, Sazvar SA, Akkasheh G. [Epidemiology of mental disorders in urbanized areas of Natanz.] Quarterly Journal of Andeesh Va Raftar. 2003;32(8): 32-38. [Persian]
- 10) Attari A, Ekram Nia F, Naghdi F, Farzaneh H, Rismanchian A, Jafari P. [Prevalence of depression in individuals over 20.] Journal of Research in Medical Sciences. 1998;1(3):41-44. [Persian]
- 11) Sargolzaee MR, Moharreri F, Arshadi HR, Javidi K, Karimi Sh, Fayyazi Bordbar MR. [Psychosexual and depression disorders in infertile female referring to Mashhad Infertility Treatment Center.] Medical Journal of Reproduction & Infertility. 2001;8(2): 46-51. [Persian]
- 12) Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. J Clin Oncol. 2000;18(4):893-903.
- 13) Chegini S, Nikpour B, Bagheri Yazdi A. [Epidemiology of mental disorders in Qom, 2000.] Journal of Babol University of Medical Sciences. 2002;15(4): 44-50. [Persian]
- 14) Rafie H, Rezae F. Psychiatry Abstract. Tehran. Arjmand Publication. 2000; pp: 631-632. [Persian]
- 15) Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Vol 2. 6th. Baltimore: Williams and Wilkins. 1995; pp: 1067-1089.
- 16) Hassanshahi MM, Goodarzi MA, Mirjafari SA, Farnam R. [Prevalence of Psychiatric Disorders in the city of Arsanjan.] The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health. 2003;19-20(6): 67-83. [Persian]