



به نام یگانه مهربان

۹۷۵۷۷



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
دانشکده پزشکی شهید بابایی
پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای حرفه‌ای

موضوع:

بررسی و تعیین شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر حسین قافله‌باشی

استاد مشاور:

جناب آقای محمد ابراهیم ساریچلو

مشاور آمار:

جناب آقای مهندس امیر جوادی

ارائه‌دهنده:

پریسا راجی

سال تحصیلی: ۱۳۸۶-۱۳۸۷

شماره پایان‌نامه: ۷۰۳

۹۶۵۶۷

با تشکر از استاد عزیزه

جناب آقای دکتر مسین قافله‌باشی

حاصل این تحقیق را صمیمانه به ایشان تقدیم می‌نمایم

۹

با سپاس فراوان از

جناب آقای محمد ابراهیم ساریچلو

که در ارائه هر چه بهتر این پایان‌نامه مرا یاری نمودند.

تقدیم به

تمامی اساتید روانپزشکی بیمارستان ۲۲ بهمن قزوین

که گروهی نمونه و قابل تقدیرند

تقدیم به

پدر مهربانم که در این راه پرفراز و نشیب پشتیبان من بود

تقدیم به

مادر صبورم که محبت بی‌دریغش را تثارم کرد و همواره مرا باور داشت

تقدیم به

فواهر فوبم دکتر فریما راجی که راهنماییهایش همیشه
کمک بزرگی به من بود و برایم بسیار عزیز است.

تقدیم به

فواهر عزیز و دوست‌داشتنی‌ام سارا
که آرزویم موفقیت همیشگی اوست.

خداوندا

تقدیرم را زیبا بنویس

کمک کن آنچه تو زود می‌خواهی،

من دیر نخواهم

و آنچه تو دیر می‌خواهی،

من زود نخواهم

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۱ چکیده

فصل اول

۳ مقدمه و بیان مسئله

۵ اهداف

۶ سؤالات پژوهشی

۷ متغیرها

فصل دوم

۸ بازنگری متون

۳۰ مروری بر مقالات

فصل سوم

۳۶ مواد و روش کار

فصل چهارم

۳۸ یافته‌ها

۴۸ جداول

۶۰ نمودارها

فصل پنجم

۶۵ بحث و نتیجه گیری

۶۷ پیشنهادات

۶۹ محدودیت‌ها

۷۰ منابع

۷۳ ضمیمه

چکیده

زمینه: با توجه به شیوع بالای افسردگی در جامعه این مطالعه انجام گردید.

هدف: هدف در این مطالعه تعیین وضعیت شیوع این بیماری در دانشجویان دانشگاه علوم

پزشکی قزوین بود.

در این مطالعه برای بررسی میزان شیوع افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد.

جامعه مورد مطالعه: این مطالعه بر روی دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم

پزشکی شهر قزوین، در نیمسال دوم تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵ صورت گرفت.

روش کار: تعداد کل دانشجویان مورد بررسی در این تحقیق ۱۸۰ نفر بودند. از این تعداد ۱۳۵

نفر (۷۵٪) خانم و ۴۵ نفر (۲۵٪) آقا بودند. متغیرهایی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند

شامل:

جنس، وضعیت تأهل، رشته و مقطع تحصیلی، سطح تحصیلات والدین، وضعیت انجام

فعالیت‌های منظم ورزشی، بومی و غیربومی بودن، دوره آموزشی، شغل، وضعیت حیات والدین،

محل سکونت و سن بود. توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک هر یک از متغیرها محاسبه شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد ۵۴/۴ درصد فاقد افسردگی و ۴۵/۶ درصد درجاتی از افسردگی

را داشتند که افسردگی خفیف با نمره ۱۸-۱۰ دارای بیشترین فراوانی (۲۵٪) و افسردگی شدید با

نمره ۶۳-۳۰ دارای کمترین فراوانی (۳/۳٪) بود. آزمون آماری ارتباط معنی‌داری را بین افسردگی

و محل سکونت و سطح تحصیلات پدر نشان داد.

فراوانی افسردگی در افرادی که در خوابگاه زندگی می‌کردند (۵۱/۷٪) بیش از افرادی بود که زندگی غیرخوابگاهی (۳۴/۴٪) داشتند ($P=۰/۰۲$). فراوانی افسردگی در افرادی که تحصیلات پدر آن‌ها کمتر بود (تحصیلات زیر دیپلم) بیشتر از سایرین بود ($P=۰/۰۱$)

در رابطه با فراوانی افسردگی با توجه به شغل، وضعیت تأهل، روزانه یا شبانه بودن رشته تحصیلی، ورزش، رشته و مقطع تحصیلی، جنسیت، بومی یا غیربومی بودن، در قید حیات بودن والدین و سن ارتباط معنی‌داری به دست نیامد گرچه میزان افسردگی به طور کلی در زنان، افراد غیربومی و افرادی که ورزش نمی‌کردند بیشتر از گروه‌های قابل مقایسه آن‌ها بود.

در بررسی افسردگی به تفکیک مقطع میزان افسردگی در مقطع کاردانی بیش از سایر مقاطع و در مقطع دستیاری کمتر از سایرین بود.

و بیشترین میزان افسردگی متوسط به بالا (نمره ۶۳-۱۹) در رشته پرستاری و کمترین میزان آن در رشته علوم آزمایشگاهی مشاهده شد و بیشترین میزان افراد فاقد افسردگی (نمره ۹-۰) در رشته‌های دستیاری بود.

نتیجه‌گیری عمده: شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین بالاتر از آمارهای جهانی و برخی از دانشگاه‌های داخل کشور مثل کاشان و زنجان و همدان بود و با آمار برخی از دانشگاه‌ها همچون مازندران و زابل برابری می‌کرد.

فصل اول

مقدمه و بیان مسأله

مقدمه و بیان مسأله

اختلالات خلقی جزء شایع‌ترین گروه‌های اختلالات روان‌پزشکی می‌باشند. طبق ویرایش هشتم کتاب کاپلان و سادوک شیوع *Major Depression* در مردان ۱۲-۵ درصد و در زنان ۲۵-۱۰ درصد می‌باشد که در هر سنی ممکن است اتفاق بیافتد و در زنان شیوع بالاتری دارد.^۱

اختلال افسردگی، اختلالی شایع است که منجر به افت عملکرد شغلی، اجتماعی و فردی می‌شود از آنجایی که افسردگی صدمات جبران‌ناپذیری در زمینه‌های اجتماعی، شغلی و بین فردی به وجود می‌آورد، لذا شناخت بیماری و تشخیص زودرس آن در پروسه درمان حیاتی است.

اختلال افسردگی تشخیص داده نشده ممکن است بهبود بیماری جسمی را به تعویق انداخته و پیش‌آگهی آن را بدتر کند. بنابراین تمامی پزشکان باید بتوانند مشکل را تشخیص داده، موارد کمتر شدید را درمان کنند و آنان که به دلیل خطر خودکشی یا دلایل دیگر نیاز به مراقبت تخصصی دارند را معین سازند.

اصولاً دانشجویان به دلیل شرایط خاص از جمله وارد شدن به جامعه‌ای بزرگتر، محیط آموزشی، اجتماعی و فرهنگی متفاوت، مشکلات اقتصادی و به طور کلی تغییرات زیادی در زندگی فردی و اجتماعی، مستعد از دست دادن سلامت روانی می‌باشند. در محاورات معمولی با دانشجویان به نظر می‌رسد که تعدادی از آن‌ها از وضعیت خود، رشته تحصیلی و آینده شغلی خویش، اظهار ناامیدی می‌کنند.

در این تحقیق بر آن شدیم تا مشخص کنیم که چند درصد از دانشجویان عملاً افسرده هستند.

¹ Kaplan & Sadock's comprehensive text book of psychiatry/ 2005/8th Ed/chapter 13.

بررسی‌های قبلی نشان داده‌اند که ناامیدی در دانشجویان ایده‌های خودکشی را در آن‌ها تقویت می‌کند، اگر این ناامیدی در آن‌ها با افسردگی همراه باشد، مطمئناً باعث افت تحصیلی آن‌ها شده و عملکرد آن‌ها را دچار اختلال می‌کند.

هدف ما در این مطالعه، بررسی و تعیین شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در نیمسال دوم تحصیلی ۸۶-۱۳۸۵، با توجه به جنسیت، سن، وضعیت تأهل، مقطع و رشته تحصیلی، بومی یا غیربومی بودن، وضعیت زندگی در طول دوران دانشجویی و میزان تحصیلات والدین می‌باشد. که برای تعیین میزان افسردگی از پرسشنامه بک استفاده شده است.

میزان شیوع اختلالات افسردگی اساسی در کشورهای غربی ۲۰ تا ۳۰ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر برای مردان و ۴۰ تا ۹۰ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر برای زنان می‌باشد.^۱

خطر مادام‌العمر ابتلا به این اختلالات یک‌به‌ده برای مردان و یک‌به‌چهار برای زنان است.^۲

^۱ روانپزشکی اکسفورد، ویرایش سوم/۲۰۰۵، صفحه ۱۳۱

^۲ همان مأخذ

اهداف

هدف کلی:

تعیین میزان شیوع افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین

اهداف ویژه:

- ۱- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک جنسیت افراد
- ۲- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک وضعیت تأهل
- ۳- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک رشته تحصیلی
- ۴- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک مقطع تحصیلی
- ۵- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک محل زندگی در طول دوران دانشجویی
- ۶- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک سطح تحصیلات پدر و مادر
- ۷- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک بومی یا غیربومی بودن
- ۸- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک سهمیه پذیرش
- ۹- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک وضعیت انجام ورزش منظم
- ۱۰- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک وضعیت اشتغال
- ۱۱- تعیین توزیع فراوانی افسردگی به تفکیک روزانه یا شبانه بودن

سوالات پژوهشی

۱- شیوع افسردگی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین چه میزان است؟

جنس

وضعیت تأهل

رشته تحصیلی

مقطع تحصیلی

بومی یا غیربومی بودن

ارتباط دارد؟

محل زندگی در طول دوران دانشجویی

۲- آیا افسردگی با فاکتورهای

انجام فعالیت ورزشی منظم

سطح تحصیلات والدین

روزانه یا شبانه بودن

وضعیت اشتغال

سهامیه پذیرش در دانشگاه

متغیرها

نام متغیر	وابسته	مستقل	نوع متغیر	تعریف
میزان افسردگی	✓		کمی - گسسته	
رشته تحصیلی		✓	کیفی - رتبه‌ای	
مقطع تحصیلی		✓	کیفی - رتبه‌ای	دستیاری - دکترای - کارشناسی - کاردانی
وضعیت تأهل		✓	کیفی - اسمی	متاهل - مجرد - مطلقه / بیوه
جنسیت		✓	کیفی - اسمی	خانم - آقا
تحصیلات والدین		✓	کیفی - رتبه‌ای	بی سواد - زیر دیپلم - دیپلم - دانشگاهی
وضعیت سکونت		✓	کیفی - اسمی	بومی - غیربومی
سهمیه پذیرش		✓	کیفی - اسمی	مناطق - شاهد - رزمنده و ایثارگر - سایر
در قید حیات بودن والدین		✓	کیفی - اسمی	
انجام ورزش منظم		✓	کیفی - اسمی	
اشتغال به کار		✓	کیفی - اسمی	
دوره تحصیلی		✓	کیفی - اسمی	روزانه - شبانه
محل زندگی در حین تحصیل		✓	کیفی - اسمی	خوابگاه - منزل

فصل دوم

بررسی ممتون و مروری بر مقالات

بازنگری متون

اختلال‌های خلق شامل گروه بزرگی از اختلالات هستند که در آن‌ها خلق پاتولوژیک و ناهنجاری‌های مرتبط با آن، قسمت اصلی تظاهرات بالینی را تشکیل می‌دهند.

انواع اختلالات خلقی عبارتند از:

۱- اختلالات افسردگی اساسی (*Major Depressive Disorders*)

۲- اختلالات دوقطبی (*II, I*)

۳- اختلال افسرده‌خویی (*Dysthymic Disorder*)

۴- اختلال خلق ادواری (*Cyclothymic Disorder*)

۵- اختلالات خلق ناشی از بیماری‌های طبی عمومی

۶- اختلالات خلق ناشی از مصرف مواد

خلق (*Mood*) عبارت است از تون هیجانی مداوم در ظیفی از غم تا شادی در فرد.

مشخصه اختلالات خلقی احساس غیرطبیعی افسردگی یا سرخوشی (*Euphoria*) است و در

موارد شدید همراه علائم سایکوتیک می‌باشد.

اپیدمیولوژی:

میزان بروز و شیوع اختلال افسردگی اساسی (*MDD*) شایع بوده و میزان شیوع آن در طول عمر

۵ تا ۱۲ درصد برای مردان و ۱۰ تا ۲۵ درصد برای زنان است.

اختلال دو قطبی نوع I شیوع کمتری نسبت به اختلال افسردگی اساسی دارد و میزان بروز آن

در طول عمر مشابه اسکیزوفرنی و حدود ۱ درصد است.

افسردگی اساسی در زنان شایع تر است. اختلال دو قطبی نوع I در هر دو جنس مساوی است. حملات شیدایی (*Manic disorder*) در زنان شایع تر است و حملات افسردگی در مردان از شیوع بیشتری برخوردار است. سن شروع اختلال دو قطبی نوع I معمولاً حول و حوش ۳۰ سالگی است. اما در کودکان نیز نظیر بالغین رخ می دهد. افسردگی اساسی در تمام گروه های سنی از جمله کودکان رخ می دهد.

اختلال های افسردگی در میان افراد مجرد و مطلقه در مقایسه با متأهلان شایع تر است. این اختلال ها هیچ ارتباطی با وضعیت اجتماعی - اقتصادی ندارند. هیچ اختلافی میان گروه های نژادی یا مذهبی دیده نمی شود.

اتیولوژی:

عوامل زیست شناختی (*Biologic*)

عوامل روانی - اجتماعی (*Psychosocial*)

عوامل زیست شناختی:

۱- آمینهای بیوژنیک: اختلال ناهمگون تنظیم آمینهای بیوژن، بر اساس مشاهده سطوح غیرطبیعی متابولیت های منوآمین هومووانیلیک اسید (*HVA*) مشتق از دوپامین، ۵- هیدروکسی ایندول استیک اسید (*5-HIAA*) مشتق از سروتین، ۳- متوکسی ۴- هیدروکسی فنیل گلیکول (*MHPG*) مشتق از نوراپی نفرین در خون، ادرار و مایع *CSF* بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دیده شده است.

کاهش سروتونین با بروز افسردگی ارتباط دارد. کاهش میزان *HIAA-5* با خشونت و خودکشی ارتباط دارد. فعالیت دوپامین ممکن است در افسردگی کاهش یافته و در شیدایی افزایش نشان دهد.

۲- **تنظیم نورواندوکراین:** افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال در افسردگی سبب افزایش ترشح کورتیزول می گردد. علاوه بر این در افسردگی کاهش ترشح هورمون محرک تیروئید (*TH*)، هورمون رشد (*GH*)، هورمون محرک فولیکولی (*FSH*)، هورمون محرک جسم زرد (*LH*) و تستوسترون و همچنین کاهش ترشح شبانه ملاتونین مشاهده می شود. عملکردهای ایمنی نیز در شیدایی و افسردگی کاهش پیدا می کنند.

۳- **خواب:** ناهنجاری های خواب در افسردگی عبارتند از تأخیر در شروع خواب، کوتاه شدن زمان نهفتگی (*Latency*) حرکات سریع چشم (*REM*)، افزایش مدت اولین دوره *REM* و غیرطبیعی شدن خواب دلتا.

طبق مشاهدات به عمل آمده، محدودیت از خواب دارای اثرات ضدافسردگی است.

۴- **فروزش (*Kindking*):** روندی است که طی آن تحریک زیر آستانه ای مکرر یک سلول عصبی باعث ایجاد یک پتانسیل عمل می شود. این تحریک منجر به بروز تشنج در سطح عضوی می شود. کارایی داروهای ضد تشنج به عنوان تثبیت کننده های خلق و طبیعت دوره ای بعضی از اختلالات خلقی، منجر به پیدایش این نظریه شده است.

۵- **ژنتیک:** هم اختلالات دوقطبی و هم اختلالات افسردگی به شکل خانوادگی تظاهر می کنند، بین اختلالات خلقی، به ویژه اختلال دوقطبی *l* وابستگی هایی بر روی کروموزوم های ۵ و ۱۱ *X* گزارش شده است.

۶- عوامل نورواناتومیکی: سیستم لیمبیک، هیپوتالاموس و Basal ganglia در گیر هستند.

عوامل روانی - اجتماعی:

۱- عوامل روانکاوانه و روانپوشی (Psychodynamic): بر اساس نظریه فروید، ambivalence

نسبت به شخصی محبوب که در ذهن خود درونی شده باشد، ممکن است چنانچه شخص محبوب از دست برود یا بیمار تصور کند از دست رفته است، منجر به یک شکل مرضی از داغدیدگی (سوگ) شود. این سوگ به شکل افسردگی شدید همراه با احساس گناه، بی‌ارزشی و افکار خودکشی درمی‌آید. شیدایی و سرخوشی به منزله مکانیسم دفاعی در برابر افسردگی زمینه‌ای محسوب می‌شوند. سوپرایگو سخت و انعطاف‌پذیر، فرد را تنبیه کرده و موجب احساس گناه درباره تکانه‌های جنسی یا پرخاشگرانه می‌شود. در افسردگی، درون فکنی دیدگاه دوسوگرایانه نسبت به ابژه‌های از دست رفته منجر به احساس درونی تعارض، گناه، خشم، درد و تنفر می‌شود؛ هنگامی که احساس‌های دوسوگرایانه نسبت به ابژه درون فکنی شده، معطوب به خود یا self می‌شوند، داغدیدگی یا سوگ مرضی تبدیل به افسردگی می‌شود. درمانی، احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی از طریق انکار، وانمودسازی و برون فکنی تبدیل به هذیان‌های بزرگ‌پنداری می‌شوند.

۲- عوامل شناختی (Cognitive): تریاد شناختی «آرون بک» عبارتست از:

(۱) تصویر منفی از خود (همه چیز بد است چون من بد هستم)

(۲) تفسیر منفی تجارب (همه چیزها همیشه بد بوده‌اند)

(۳) دید منفی نسبت به آینده (انتظار شکست)