





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی  
شهید صدوقی یزد

انجمن تخصصی  
تولیدات دارو  
شیمی

۱۳۸۱ / ۸ / ۱۵

## پایان نامه

جهت اخذ درجه دکترای عمومی

## عنوان

بررسی میزان شیوع افسردگی در دانش آموزان  
مدارس راهنمایی پسرانه شهر یزد در سال تحصیلی  
۸۱-۱۳۸۰ ه.ش.

## استاد راهنما

آقای دکتر محمدعلی حرازی

## استاد مشاور

آقای دکتر علی اکبر توکلی

## مشاور آمار

مهندس احمدیه

## نگارش

مجید دهقانی - حسین حکیمی

۴۲۵۵۷

**تقدیم به استاد گرامی جناب آقای دکتر محمدعلی حرازی**

که با زحمات بی دریغ خویش ما را در تدوین این پایان نامه  
یاری فرمودند و با راهنماییهای خود ما را رهین محبتهای  
خود نمودند.

**تقدیم به استاد ارجمند، جناب آقای دکتر علی اکبر توکلی**

که تگارش این سطور جز با مساعدت، راهنماییها و الطاف  
استادانه و بزرگوارانهاشان امکان پذیر نبود.

**تقدیم به استاد گرانقدر، جناب آقای مهندس احمدیه**

که تگارش این مجموعه مرهون الطاف بی دریغ ایشان است.

## خلاصه

از آنجا که بیماری افسردگی از اختلالات شایع روانی می باشد، لذا بررسی های اپیدمیولوژیک این بیماری از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف از تحقیق حاضر بررسی شیوع افسردگی در دانش آموزان پسر دوره راهنمایی شهر یزد بود که تعیین شیوع افسردگی به عنوان هدف اصلی در نظر گرفته شد. و اهداف فرعی، بررسی شیوع افسردگی در جمعیت فوق بر حسب بعد خانوار، سن و تحصیلات والدین، شغل پدر، شاغل بودن مادر، زندگی با والدین، وضعیت مسکن و وضعیت تحصیلی فرد بود.

برای این منظور بین ۵۳۴ نفر پرسشنامه تست ماریاکواس و اطلاعات شخصی توزیع شد که تمامی این تعداد، دانش آموزان ۱۵-۱۲ ساله ای بودند که مدارس آنها با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای و به صورت تصادفی انتخاب شده بود.

جهت تعیین میزان افسردگی از تست ماریاکواس استفاده گردید که پس از نمره گذاری و ثبت در جدول مادر مورد ارزیابی قرار گرفت، بر اساس این تحقیق ۳۱/۵٪ از دانش آموزان دارای افسردگی بودند، ۶۰/۱٪ در معرض افسردگی قرار داشتند و فقط ۸/۴٪ افسرده

## خلاصه

نبودند.

از بین متغیرهایی که به عنوان اهداف فرعی مورد بررسی قرار گرفتند، فقط در مورد شغل مادر و معدل سال قبل ارتباط معنی دار حاصل شد و در مورد بقیه متغیرها ارتباط معنی دار نبود.

در این تحقیق ۳۱/۱٪ از دانش آموزانی که مادر آنها خانه دار بود افسرده بودند همچنین میانگین معدل افراد سالم از نظر افسردگی، در معرض افسردگی، و افسرده به ترتیب ۱۷/۵۹، ۱۷/۰۵ و ۱۶/۲۲ بود.

## فهرست

صفحه

عنوان

### \* فصل اول : مقدمه و کلیات

- ۱ ..... کلیات -
- ۲ ..... اختلالات خلق -
- ۴ ..... افسردگی -
- ۱۱ ..... پیدمیرلوژی -
- ۱۴ ..... اتیولوژی -
- ۱۷ ..... سیر و پیش آگهی -
- ۱۸ ..... تشخیص‌های افتراقی -
- ۱۹ ..... درمان -
- ۲۰ ..... بیان مسئله و اهمیت موضوع -
- ۲۲ ..... مروری بر مطالعات مشابه -
- ۲۵ ..... اهداف -

### \* فصل دوم : روش کار

- ۲۷ ..... نوع و روش تحقیق -
- ۲۷ ..... جامعه مورد بررسی -
- ۲۷ ..... روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه -
- ۲۷ ..... خصوصیات افراد مورد مطالعه -

## فهرست

صفحه	عنوان
۲۸	- متغیرها .....
۲۸	- روش و ابزار اخذ اطلاعات .....
۲۹	- روش انجام کار .....
۲۹	- مشکلات اجرای تحقیق .....
<b>* فصل سوم: نتایج</b>	
۳۱	- متن .....
۳۵	- نمودار شماره ۱ .....
۳۶	- جداول .....
<b>* فصل چهارم: بحث</b>	
۴۷	- بحث و نتیجه‌گیری .....
۵۵	- پیشنهادها .....
۵۶	- Summary .....
۵۸	- منابع و مآخذ .....

# فصل اول

## مقدمه و کلیات



## کلیات

حدود ۲۵۰۰ سال است که اختلالات خلق خصوصاً فرمهای افسردگی آنها زندگی بشر را متاثر ساخته است. تا آنجا که نه تنها در مدارک طبی قدیم بلکه در آثار هنری همچون داستانها، افسانه‌ها و نقاشیها می‌توان ردی از آنها را باز یافت. به عنوان مثال داستان سائول و داستان خودکشی آژاکس در ایاد هومر هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده‌اند.

بسیاری از آنچه را که امروزه در مورد اختلالات خلق می‌دانیم توسط رومیان و یونانیان قدیم شرح داده شده است. اولین بار افلاطون ۴۵۰ سال قبل از میلاد اصطلاح ملانوکولی را برای توصیف اختلالات افسردگی و مانیا به کار برد. در سال ۱۹۵۴ میلادی ژول بایاژه فرانسوی جنون دو شکلی (folic double form) را که در آن بیمار دچار افسردگی عمیق به حالت بهت‌زده می‌شود تعریف کرد. امیل کریپلین در ۱۸۹۶ میلادی افسردگی پس از یائسگی و اواخر بزرگسالی را شرح داد که پس از یائسگی در زنان و کهولت در مردان شروع می‌شد، این حالت بعدها به افسردگی رجعتی معروف شد و از آن

به بعد به عنوان یکی از معادلهای اختلالات خلقی شمرده شد.

اختلالات خلقی شامل اختلالات افسردگی، اختلالات دو قطبی و افسردگی همراه

با بیماریهای طبی یا سوء استفاده از الکل و سایر مواد می باشد.<sup>(۱۲)</sup>

خلق آدمی ممکن است طبیعی، بالا یا پایین باشد افسردگی، فرورفتن ممتد در خلق

پایین است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی اشتهایی و افکار

خودکشی نمایان می شود و محدود به زمان و مکان خاصی نیست و واکنشی در برابر

استرس است.

اخیراً اختلالات خلقی در کودکان و نوجوانان بیشتر شناسایی و درمان می شوند.

بچه های کوچک افسرده اغلب نشانهایی بروز می دهند که در سنین بالاتر شیوع کمتری

دارد. این نشانه ها عبارتند از: توهمات شنوایی هماهنگ با خلق، شکایات بدنی، ظاهر

غمگین و کناره گیر و عزت نفس پایین. نشانه هایی هم هستند که بدون توجه به سن و

وضعیت رشدی بصورت یکسان در بیماران ظاهر می شود و شامل: افکار خودکشی، خلق

افسرده یا تحریک پذیر، بی خوابی و کاهش توانایی تمرکز می شود.

با این حال مسائل رشد بر تظاهر تمام نشانه ها تاثیر می گذارد. برای مثال، بچه های

کوچک غمگین که به طور مکرر افکار خودکشی را بروز می دهند، عموماً قادر به طرح

نقشه‌ای واقعی برای خودکشی یا تبدیل افکارشان به عمل نیستند. خلق کودکان مخصوصاً در مقابل چندین عامل استرس‌زای اجتماعی نظیر اختلاف خانوادگی مزمن، سوء رفتار و مسامحه و شکستهای تحصیلی آسیب‌پذیر است. اکثر بچه‌های کوچک مبتلا به اختلال افسردگی عمده قبلاً قربانی سوء رفتار یا مسامحه بوده‌اند. کودکان دچار اختلالات افسردگی در محیط‌های مسموم ممکن است با کاهش استرس یا بیرون آمدن از آن محیط نشانه‌های افسردگی‌شان بهبود یابد. وقتی کودک عزیزی را از دست بدهد، داغ‌دیدگی نیز حتی در غیاب اختلال افسردگی غالباً کانون درمان روانپزشکی قرار می‌گیرد.<sup>(۱)</sup>

این پژوهش سعی دارد فاکتورهای مؤثر بر میزان شیوع افسردگی را در سطح مدارس راهنمایی پسرانه شهر یزد مورد بررسی قرار دهد تا با ایجاد تغییرات مناسب بتوان زیربنای شخصیتی آینده‌سازان را به نحوه مطلوبتری بنا نهاد.

### اختلالات خلقی

مشخصه اختلالات خلقی عبارت است از وجود اختلالی در تنظیم خلق، رفتار و عاطفه. همانطور که گفته شد اختلالات خلقی تقسیم می‌شوند به: ۱- اختلالات افسردگی ۲- اختلالات دو قطبی ۳- افسردگی همراه با بیماری طبی یا سوء استفاده الکل یا سایر مواد. اختلالات افسردگی با فقدان اپیزود مانیا یا هیپومانیا از اختلال دو قطبی افتراق می‌یابند.

## افسردگی (Depression)

افسردگی به صورت خلق افسرده به طور روزمره به مدت لااقل دو هفته توصیف می‌شود (جدول الف). مشخصه‌های یک اپیزود بیماری عبارتند از غمگینی (sadness)، بی‌تفاوتی یا بی‌احساسی (آپاتی)، یا برافروختگی (irritability)، که معمولاً با تغییر در

## جدول الف. معیارهای حمله افسردگی عمده

الف) حداقل ۵ تا ۹ علائم زیر در یک دوره دو هفته‌ای وجود داشته باشند، به طوری که تغییری در کارکرد قبلی فرد نمایانگر وجود آنها باشد؛ حداقل یکی از این علائم (۱) خلق افسرده یا (۲) بی‌علاقگی یا بی‌لذتی باشد.

نکته: علائمی را که به وضوح مربوط به یک بیماری طبی عمومی هستند و هذیانها و توهمهای نامتناسب با خلق را نباید منظور کرد.

(۱) خلق افسرده در قسمت اعظم روز و تقریباً هر روز، طبق گزارش خود بیمار (مثلاً احساس اندوه یا پوچی کند) یا مشاهدات دیگران (مثلاً گریان به نظر برسد). نکته: در اطفال و نوجوانان می‌تواند به صورت خلق برافروخته (irritable) باشد.

(۲) کاهش قابل ملاحظه در علاقه یا لذت در تمام یا تقریباً تمام فعالیتها، در قسمت اعظم روز و تقریباً هر روز (طبق گزارش خود بیمار یا مشاهدات دیگران).

(۳) کاهش قابل توجه در وزن بدن بی‌آنکه خود فرد رژیم غذایی گرفته باشد، یا افزایش وزن (مثلاً بیش از ۵٪ تغییر وزن در ماه) و یا کاهش یا افزایش اشتها تقریباً هر روز. نکته: در اطفال، نرسیدن به وزن قابل انتظار را باید در نظر گرفت.

(۴) بی‌خوابی یا پرخوابی، تقریباً هر روز.

(۵) سراسیمگی یا کندی روانی - حرکتی، تقریباً هر روز (صرفاً احساس ذهنی بی‌قراری یا کندی نباشد، بلکه باید برای دیگران قابل مشاهده باشد).

(۶) خستگی یا فقدان کارمایه (انرژی)، تقریباً هر روز.

(۷) احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه شدید یا نامتناسب (که می‌تواند هذیانی باشد)، تقریباً هر روز (فرد صرفاً از بابت بیمار بودن خود احساس گناه نکند یا خود را سرزنش نکند).

(۸) کاهش قدرت تفکر یا تمرکز، یا بالاتصمیمی، تقریباً هر روز (طبق گزارش خود بیمار یا مشاهده دیگران).

(۹) افکار عودکننده راجع به مرگ (نه صرفاً ترس از مردن)، افکار مکرر خودکشی بدون داشتن نقشه‌ای خاص، اقدام به خودکشی، یا داشتن نقشه‌ای خاص برای دست‌زدن به خودکشی.

ب) علائم مزبور جزء معیارهای یک حمله مختلط نباشد.

پ) این علائم، به لحاظ بالینی، رنج و عذلی چشمگیر یا اختلالی قابل توجه در کارکردهای اجتماعی، شغلی، و سایر حوزه‌های مهم کارکرد ایجاد کرده باشند.

ت) علائم، ناشی از اثرات فیزیولوژیک مستقیم یک ماده (مثلاً از مواد مورد سوءمصرف یا از داروها) یا یک بیماری طبی عمومی (مثل کمکاری تیروئید) نباشند.

ث) داغ‌دینگی (bereavement) توجیه بهتری برای علائم نباشد؛ یعنی به دنبال از دست‌رفتن یک فرد مورد علاقه، علائم فرد بیش از دو ماه طول بکشند یا اختلال قابل توجهی در کارکرد اشتغال خاطر بیمارگونه‌ای با بی‌ارزشی، فکر خودکشی، علائم روانپزشانه، یا کندی روانی - حرکتی

وجود داشته باشد.

منبع: DSM-IV.

تعدادی از کارکردهای عصبی - نباتی همراه است از جمله الگوهای خوابیدن، اشتها، وزن، کندی یا سراسیمگی حرکتی، خستگی، اشکال در تمرکز و تصمیم گیری، احساس شرم یا گناه و افکار مرگ یا مردن. بیماران مبتلا به افسردگی درون زاد در تمام فعالیتهای لذت بخش عمیقاً احساس عدم لذت می کنند، سحرخیز هستند، احساس می کنند کیفیت حالت خلقی ملالت انگیزشان با غمگینی متفاوت است و اغلب متوجه تغییرات روزانه در خلق خود می شوند (صبحها بدتر است). در عین حال این خصایص شدید به طور متناقضی پیشگویی کننده پاسخ بهتر به درمان ضد افسردگی است. تقریباً ۱۵٪ از کل جمعیت زمانی در طول زندگی خود یک اپیزود افسردگی عمده را تجربه می کنند، و ۸٪-۶٪ از تمام بیماران سرپایی درمانگاههای عمومی معیارهای تشخیصی این اختلال را دارند. معهذاً، اغلب افسردگی تشخیص داده نمی شود و حتی در موارد بیشتری به طور مناسب درمان نمی شود اگر پزشکی به وجود حمله افسردگی شک کند، اولین وظیفه او تعیین این مسئله است که آیا افسردگی یک قطبی است یا دو قطبی، یا این که در زمره ۱۵٪-۱۰٪ از مواردی است که ثانویه به بیماری طبی عمومی یا سوء مصرف مواد می باشد. پزشکان همچنین باید خطر خودکشی را با پرسش مستقیم ارزیابی کنند زیرا بیماران اگر مجبور نباشند از صحبت کردن در مورد چنین افکاری اکراه دارند. اگر نقشه های اختصاصی برای خودکشی کشف شود، یا عوامل خطر قابل ملاحظه ای وجود داشته باشد (مثل سابقه قبلی اقدام به

خودکشی، ناامیدی مفرط، بیماری طبی همزمان، سوء استفاده مواد یا انزوای اجتماعی)، بیمار باید برای مراقبت فوری به متخصص روانپزشکی ارجاع شود. تقریباً ۱۵٪ از بیمارانی که بیماری افسردگیشان درمان نشده باشد، اقدام به خودکشی خواهند کرد، و اکثر این بیماران در طول یک ماه قبل از مرگشان به جستجوی کمک از پزشک برمی آیند.

مطالعه فرهنگهای مختلف نشان داده که تظاهرات بیرونی افسردگی مختلف است، اما علائم اصلی مشابه اند. بروز افسردگی با افزایش سن، افزایش می یابد، بدون توجه به سن، شیوع اختلال در زنان تقریباً دو برابر مردان است. قبلاً اعتقاد بر این بود که این تفاوت بروز در دو جنس بازتابی از عوامل اجتماعی - فرهنگی است. اما مطالعات طولی اخیر در مورد دو قلوها نشاندهنده آن است که در زنان بالغ آسیب پذیری نسبت به افسردگی عمده به میزان زیادی منشا وراثتی دارد و اثر عوامل محیطی موقتی بوده و بر شیوع مادام العمر تاثیری ندارد ارتباط بین فشار روانی، حوادث منفی زندگی، و شروع حملات افسردگی نامشخص است. مطمئناً حوادث منفی زندگی می توان افسردگی را تسریع نموده و در بروز آن سهیم باشد اما خود افسردگی می تواند منبع تجارب پرفشار (stressful) باشد.

اختلالات افسردگی یک قطبی معمولاً در اوایل بزرگسالی شروع می شود و احتمال عود آنها در طول عمر وجود دارد. بهترین پیشگویی کننده خطر بروز اختلال در آینده، تعداد حملات قبلی است، اما پیش بینی، بعد از یک حمله منفرد قابل اعتماد نیست

۶۰٪-۵۰٪ از بیمارانی که اولین حمله را دارند، لاقلاً یک یا دو حمله بعدی را هم خواهند داشت. بعضی از بیماران حملات متعددی را تجربه می‌کنند که در طول زمان شدیدتر و مکررتر می‌شود طول مدت یک حمله درمان نشده به میزان زیادی متفاوت است، در طیفی از چندماه تا لاقلاً یک سال. الگوی عود و پیشرفت بالینی در یک حمله ایجاد شده متغیر است. در تعداد کمی از بیماران شدت حمله افسردگی ممکن است به سمت علائم روانپزشانه پیشرفت کند. الگوی فصلی افسردگی، که اصطلاحاً اختلال عاطفی فصلی (seasonal affective disorder) نامیده می‌شود، ممکن است بصورت شروع و فروکش حمله‌ها در زمانهای قابل پیش‌بینی در طول سال ظاهر شود این اختلال در زنان شایعتر است و علائمش عبارت است از: بی‌انرژی بودن، خستگی، افزایش وزن و پر خوابی. شیوع با دور شدن از ناحیه استوایی زمین افزایش می‌یابد و با تغییر کرونوبیولوژی در معرض نور قرار گرفتن، خلق بهبود می‌یابد.<sup>(۲)</sup>

تشخیص اختلال افسردگی عمده کودکان با تظاهرات حاد و بدون نشانه‌های روانی قبلی آسان است اما در بسیاری از موارد شروع آن تدریجی بوده و در کودکی بروز می‌کند که سالها دچار مشکلات بیش‌فعالی، اختلال اضطراب جدایی یا نشانه‌های افسردگی متناوب بوده است.

طبق ملاکهای تشخیصی DSM-IV برای اختلال افسردگی عمده، حداقل باید ۵