

بررسی رویدادهای زندگی و ارتباط آن با افسردگی در دستیاران پزشکی

دکتر ستاره محسنی فر:^{*} دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران

دکتر حبیب الله قاسمزاده: استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران

دکتر مجید صادقی: دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران

فصلنامه پایش

سال دوم شماره اول زمستان ۱۳۸۱ صص ۴۱-۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۱/۷/۲۸

چکیده

بررسی رویدادهای زندگی در دستیاران پزشکی و ارتباط آن با افسردگی، می‌تواند علاوه بر فراهم آوردن شواهدی برای تبیین افسردگی زمینه را برای اقدامات مؤثر پیشگیرانه فراهم آورد. در این پژوهش مقطعی، تعداد ۲۳۳ دستیار مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا مصاحبه‌ای کوتاه برای کسب اطلاعات فردی (سن، تأهل و تعداد فرزند) و سابقه شخصی و خانوادگی بیماری‌های روانی انجام شد و سپس پرسشنامه‌های افسردگی همیلتون (Hamilton Depression Inventory- HDI)، افسردگی بک (Beck Depression Inventory-BDI) و هولمز و راهه و پرسشنامه شخصیت مینه‌سوتا (Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI) تکمیل شد.

نمره میانگین آزمون بک $5/77$ ($SD = 5/74$) و نمره میانگین آزمون همیلتون $5/21$ ($SD = 4/38$) بود. با توجه به نمرات یادشده درمجموع ۱۹ درصد بر اساس نمره بک و ۲۴/۵ درصد بر اساس نمره همیلتون، افسردگی داشتند. همچنین نمرات بک و همیلتون بهطور معنی‌داری، با هم همبستگی داشتند، اما ارتباط معنی‌داری بین افسردگی با متغیرهای سن، جنس، رشته تحصیلی، تأهل، تعداد فرزند و مذهب به دست نیامد. از طرفی دستیاران مرد بیشتر به مشکلات شغلی و مالی و دستیاران زن بیشتر به رویدادهای شخصی و مشکلات در رابطه با همسر و والدین همسر واکنش نشان دادند. بنابر این به نظر می‌رسد افسردگی در دستیاران پزشکی با تعداد و نوع رویدادهای زندگی ارتباط دارد.

کلید واژه‌ها: رویداد زندگی، افسردگی، دستیار پزشکی

*نویسنده اصلی: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

تلفن: ۰۴۹۱۵۱-۵

مقدمه

روان‌تزنداهه و نه افسردگی‌های درون‌زاد، تأثیر دارند [۲]. کلر (Keller) در مطالعه‌ای بر روی تعدادی از بیماران با افسردگی درون‌زاد، نتیجه گرفت که ارتباط قابل ملاحظه‌ای بین تعداد رویدادهای زندگی در عرض یکسال و میزان بهبودی وجود دارد [۲]. افرادی چون لوید (Lloyd)، ویچن و فریس (Friis) در مطالعات خود نشان دادند که رویدادهای زندگی می‌تواند اثری منفی در پاسخ‌دهی به درمان افراد افسرده داشته باشد [۱۱ و ۱۲].

تعدادی از صاحب‌نظران به این نکته پرداخته‌اند که آنچه در رویداد زندگی اهمیت دارد، معنای آن رویداد در ذهن فرد است. مثلاً برآون و هریس نشان دادند که رویدادهایی که معنای «از دست دادن» (Loss) دارند، بهخصوص اگر با معنای «تحقیر» همراه باشند، بیشتر با افسردگی هم‌خوانی دارند [۳]. بیفولکو (Bifulco)، دو عامل «ازیابی منفی از خویشتن» و «وجود عوامل منفی در ارتباطات نزدیک» را در استعداد‌پذیری برای افسردگی ناشی از رویداد زندگی مهم دانست [۱۰].

این مسأله که اتفاق افتادن رویدادهای زندگی در زنان بیش از مردان باشد، مورد حمایت قرار نگرفته است. ولی به نظر می‌رسد بعضی از رویدادها از نظر اهمیت در زن و مرد متفاوت باشد. مثلاً کندرل (Kandler) در مطالعه‌ای نشان داد که مردان به طلاق و مشکلات شغلی و زنان به مشکلاتی چون بیماری و مرگ خویشاوندان نزدیک، واکنش بیشتری نشان می‌دهند [۱۳]. با این حال بعضی مطالعات، از جمله مطالعات کرگ (Craig) و ویلهلم (Wilhelm) تفاوتی در این زمینه نشان نداده است [۳].

مبحث رویدادهای زندگی، تفاوت شیوع آن در جمعیت‌های مختلف، اثر آن در ایجاد افسردگی و بیماری‌های دیگر و اهمیت آن از جهت پیشگیری و درمان بیماری‌های روانی همچنان مورد مطالعات مختلف قرار دارد. در این تحقیق بر آن شدید ارتباط بین رویدادهای زندگی و افسردگی را در دستیاران پژوهشکی بررسی کنیم. جمعیتی که به نظر می‌رسد از نظر سنی و شغلی در معرض تنش‌های مختلف باشند و در صورت وجود ارتباط بین رویداد زندگی و افسردگی، در خطر افسردگی هستند. این نکته به آن جهت حائز اهمیت است که دستیاران پژوهشکی به عنوان نیروهای متخصص وارد جامعه خواهند شد و بر

افسردگی، یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پژوهشکی است که با روند روبه رشد و شیوعش، معضلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین علت ناتوانی محاسبه شده بر اساس سال‌های عمر (Disability Adjusted Life Years-DALY) پس از بیماری ایسکمیک قلبی باشد. حدود ۲۰ درصد از زنان و ۱۲ درصد از مردان، زمانی در زندگی خود افسردگی را تجربه می‌کنند. یکی از عوامل مهم که در ایجاد افسردگی مؤثر شناخته شده، رویدادهای زندگی است. رویداد زندگی تغییری است که به‌طور ناگهانی در زندگی فرد رخ می‌دهد. این رویدادها لزوماً ناخوشایند نبوده و می‌توان آن‌ها را به دو دسته خوشایند و ناخوشایند تقسیم‌بندی نمود.

ویلیام هاروی (Harwvy W.) و ویلیام اوسلر (Osler W.) در قرن نوزدهم به ارتباط بین رویدادهای تنش‌زا زندگی و شروع بیماری اشاره داشته‌اند [۲]. اما پیکل (Paykel) در سال ۱۹۹۷ اولین کسی بود که به رابطه بین رویدادهای زندگی و افسردگی توجه کرد و متوجه شد که تعداد رویدادها، بهخصوص رویدادهای ناخوشایند در بیماران افسرده نسبت به غیرافسردها بیشتر است. پیکل طی مطالعه دیگری بیان کرد که خطر ایجاد افسردگی در عرض شش‌ماه پس از رویدادهای تنش‌زا شش برابر کسانی است که رویداد تنش‌زا را تجربه نکرده‌اند [۹ و ۸]. برآون (Brown) و هریس (Harris) عنوان کردند که اتفاق افتادن رویدادی به‌شكل فقدان (مرگ، جدایی و ...) در ۹ ماه گذشته، نقشی اساسی در ایجاد افسردگی دارد و چهار عامل مستعد کننده در این میان مهم هستند: تعداد بچه‌های کوچک در خانه، نداشتن هم‌راز (Confident)، بی‌کاری و از دست دادن مادر در سنین پایین [۵]. نتایج کم و بیش مشابهی در مطالعات بیینگتون (Bebbington)، کوریل (Coryell)، روی (Roy) و مونت (Mundt) به دست آمد [۴، ۶، ۷ و ۱۲].

در مورد اثر رویدادهای زندگی در انواع مختلف افسردگی، مطالعات انجام شده، نتایج متفاوتی نشان داده‌اند. به عنوان مثال ویچن (Wittchen) در مطالعه‌ای که هفت سال به‌طول انجامید نتیجه گرفت که رویدادهای زندگی، تنها در افسردگی‌های

علامت، سه تا پنج گزینه قرار می‌گیرد. بیشترین نمره در این معیار ۷۵ است [۱].

۲- پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه توسط فرد مورد مطالعه نمره‌بندی می‌شود و شامل ۲۱ گروه جمله و هر گروه از جملات شامل چهار گزینه بوده، بیشترین نمره طبق این معیار ۶۳ است [۱].

۳- پرسشنامه رویدادهای زندگی هولمز و راهه (Holmes & Rahe): ۴۳ رویداد زندگی در عرض ۱۲ ماه گذشته را بررسی می‌کند که شامل رویدادهای متنوعی چون مرگ همسر و طلاق، تخلفات جزیی از قانون و گذراندن تعطیلات است.

۴- پرسشنامه شخصیت میننه‌سوتا (MMPI): توسط فرد مورد مطالعه تکمیل می‌شود و دارای ۷۱ سؤال است که با «بلی» یا «خیر» پاسخ داده می‌شود و جنبه‌های مختلفی چون افسردگی، D (بدبینی) و هیپومنانی را نشان می‌دهد. در این مطالعه، نمره D (افسردگی) و K (معیار سنجش میزان دفاعی بودن شخص) مورد نظر بود.

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب سن، وضعیت تأهل و داشتن فرزند حسب سن، وضعیت تأهل و داشتن یا نداشتن فرزند نشان می‌دهد.

عهده آنان است که در پی‌ریزی ارکان اصلی تخصص در این مژوبوم مشارکت فعال داشته باشند و به شکل‌های مختلف به معالجه بیماران در مراکز دولتی و خصوصی بپردازنند و نیز امکان دارد که عده‌ای در شغل‌های اجرایی، دارای مسئولیت‌های مهم و حساس باشند. با توجه به این که بعضی از مطالعات نشان داده‌اند وجود علایم افسردگی، حتی بدون نشانگان کامل بالینی، با اتلاف ساعت کاری و میزان بیشتر مرگ‌ومیر همراه است، این بررسی اهمیت ویژه‌ای خواهد یافت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، یک طرح توصیفی- تحلیلی و از نوع مقطعی است. ۲۳۳ دستیار که بر اساس جدول اعداد تصادفی انتخاب شده بودند در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به فهرست دستیاران که از کتاب راهنمای امتحان دستیاری استخراج شد نسبت دستیاران مرد به زن تقریباً دو برابر بود. بنابراین در نمونه‌گیری هم این نسبت رعایت شد. در ضمن، دستیاران سال‌های اول و آخر با توجه به شرایط خاص تنش‌زایی که داشتند (فسارهای ناشی از شروع تحصیل و تطابق با مشکلات احتمالی در دستیاران سال اول و امتحان دانشمنه تخصصی و دورنمای کاری در دستیاران سال آخر) از مطالعه حذف شدند. سپس پرسشنامه‌های زیر تکمیل گردید:

۱- پرسشنامه افسردگی همیلتون (HDI): این پرسشنامه به‌گونه‌ای طراحی شده است که ارزیاب، پس از انجام مشاهدات بالینی به درجه‌بندی کمی علایم مختلف افسردگی بپردازد. پرسشنامه دارای ۲۴ علامت افسردگی است که در مقابل هر

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب سن، وضعیت تأهل و داشتن فرزند

متغیر	دستیاران زن (n=۸۱)	دستیاران مرد (n=۱۵۲)	جمع (n=۲۳۳)
متوسط سن (انحراف معیار)	۳۰(۲/۹۳)	۳۱(۲/۹۲)	۳۱(۲/۹۵)
وضعیت تأهل (درصد)	۵۳(۶۵)	۹۰(۵۹)	۱۴۳(۶۱)
متأهل	۲۸(۳۵)	۶۲(۴۱)	۹۰(۳۹)
غير متأهل	۲۷(۵۱)	۳۸(۴۲)	۶۵(۴۵)
وجود فرزند در مورد افراد متأهل (درصد)	۲۶(۴۹)	۵۲(۵۸)	۷۸(۵۵)
دارای فرزند			
بدون فرزند			

براساس نمره‌های BDI، میزان‌های بالاتر افسردگی به ترتیب در رشته‌های داخلی (۳/۹ درصد)، جراحی (۳ درصد)، اطفال (۲/۶ درصد)، زنان (۱/۱) (۲ درصد) و پاتولوژی و چشم‌پزشکی (۱/۳ درصد) بود.

ياfتهها

در جدول شماره ۲، متوسط نمره‌های افسردگی و تعداد افراد افسرده طبق معیارهای بک (BDI \geq 10) و همیلتون (HDI \geq 8) و نیز متوسط تعداد رویدادها ملاحظه می‌گردد. در مورد نمره D در آزمون MMPI، از آنجا که نمره خاصی از

جدول شماره ۲- میانگین نمره‌های افسردگی، تعداد رویدادها و درصد افراد افسرده

متغیر	دستیاران زن	دستیاران مرد	جمع
میانگین نمره BDI (انحراف معیار)	۷/۳۲(۶/۷۸)	۴/۹۵(۴/۹۴)	۵/۷۷(۵/۴۴)
میانگین نمره HDI (انحراف معیار)	۶/۵۶(۴/۷۹)	۴/۴۹(۳/۹۸)	۵/۲۱(۴/۳۸)
میانگین نمره MMPI-D (انحراف معیار)	۸/۴۸(۲/۹۹)	۶/۴۷(۲/۸۰)	۷/۱۷(۳/۰۲)
تعداد افراد افسرده طبق معیار بک(درصد)	۲۱(۲۶)	۲۴(۱۶)	۴۵(۱۹)
تعداد افراد افسرده طبق معیار همیلتون(درصد)	۳۰(۳۷)	۲۷(۱۸)	۵۷(۲۴/۵)
میانگین تعداد رویدادها (انحراف معیار)	۶/۲۹(۴/۲۰)	۶/۵۷(۵/۰۹)	۶/۴۳(۴/۸۰)

براساس آزمون همیلتون، پنج رشته اول عبارت بودند از: جراحی و داخلی (هر یک با ۳/۹ درصد)، اطفال و زنان (هر یک با ۲/۶ درصد) و پاتولوژی (۲/۱ درصد). همان‌طور که گفته شد از نظر آماری، اختلاف رشته‌ها معنی دار نبود ولی بین نمرات بک، همیلتون و MMPI-D همخوانی قابل ملاحظه‌ای وجود داشت ($P<0.001$). برای تعیین ارتباط رویدادهای زندگی با افسردگی نیز، از آزمون t استفاده شد و مشخص شد که تعداد رویدادها با بالا بودن نمره BDI و همیلتون ارتباط معنی دار دارد.

در بین رویدادها، سه رویداد بود که هیچ‌یک از دستیاران در سال گذشته تجربه نکرده بودند. این سه رویداد عبارتند از: مرگ همسر، بازنشستگی و توقیف اموال به خاطر وام یا رهن. پنج رویدادی که بیش از بقیه موارد به آن پاسخ مثبت داده شده بود، به ترتیب عبارتند از: تغییر محل سکونت (۳۶/۴ درصد)، تغییر در شرایط زندگی (۳۶ درصد)، تغییر در شرایط یا ساعت‌کار (۳۵/۱ درصد)، تغییر در میزان دور هم جمع شدن افراد خانواده (۳۲/۶ درصد) و تغییر در وضع سلامت یکی از اعضای خانواده (۲۸/۳ درصد).

وقتی رویدادها به تفکیک جنس بررسی شدند، تغییراتی مشاهده شد. به طوری که رتبه سوم رویدادها در دستیاران مرد، متعلق به تغییر در وضع مالی و گذراندن تعطیلات (هریک با ۳۰/۹ درصد) بود. در دستیاران زن، تغییر در میزان دور هم

D به عنوان افسردگی در کتب مرجع وجود ندارد، طبق آن‌چه که در نمودار رسم شده MMPI، مرز اختلال شخصیت شمرده می‌شود، نمره ۱۲ به بالا برای مردها و نمره ۱۴ به بالا برای زن‌ها افسردگی در نظر گرفته شد.

بر اساس آزمون آماری من- ویتنی (Mann-Whitney) مشخص شد که بالا بودن نمره بک و همیلتون ارتباطی با سابقه خانوادگی یا سابقه قبلی بیماری روانی ندارد. نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون معلوم شد که بالا بودن نمره K در آزمون شخصیت MMPI، با پایین بودن نمره‌های بک و همیلتون، همخوانی قابل ملاحظه‌ای از نظر آماری دارد. نمره K، میزان دفاعی بودن فرد را نشان می‌دهد و بالا بودن آن بیانگر آن است که آزمودنی، به طور ناخودآگاه، تمایل به پنهان کردن مشکلات عاطفی و روانی خود دارد. ممکن است در بعضی از کسانی که نمره‌های پایین افسردگی داشتند، بالا بودن میزان دفاع در مقابل آشکارشدن مشکلات روانی، علت منفی شدن آزمون باشد. بنابراین احتمال دارد شیوع واقعی افسردگی در دستیاران، بالاتر از دستاوردهای این مطالعه باشد. همچنین با استفاده از آزمون مجدد کای (Chi-square) و ضریب همبستگی پیرسون بین جنس، سن، رشته تحصیلی، تأهل، تعداد فرزند و مذهب با افسردگی رابطه معنی داری وجود نداشت.

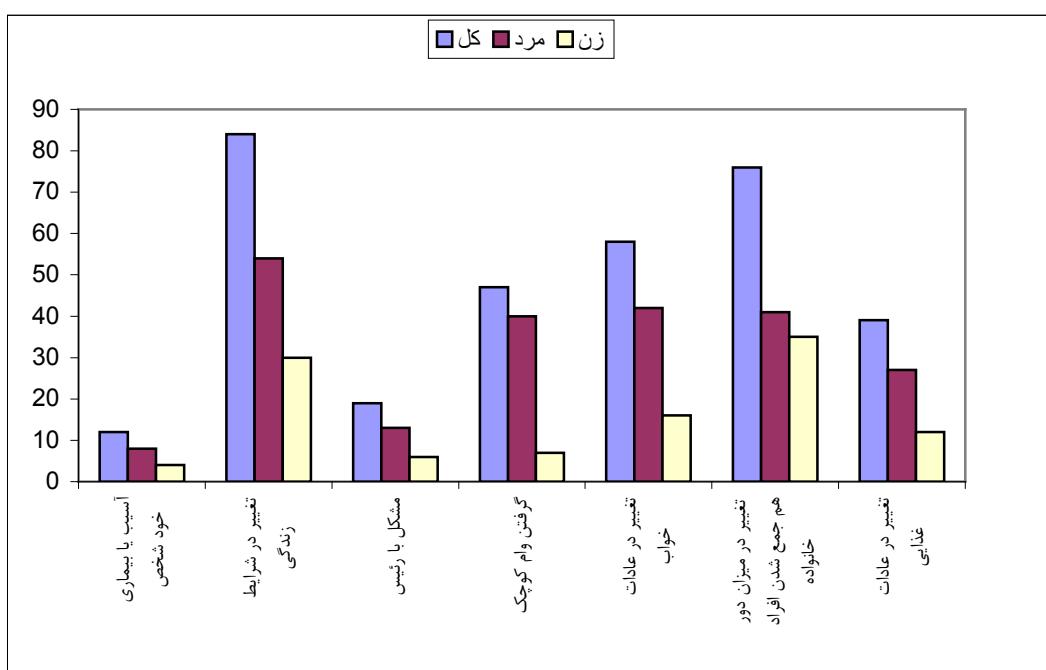
همیلتون، با استفاده از آزمون مجدور کای بررسی شد. رویدادهایی که ارتباطشان با افسردگی از نظر آماری معنی دار بود، در جدول شماره ۳ و شکل های شماره ۱ و ۲ ملاحظه می گردد.

جمع شدن افراد خانواده، بیشتر از بقیه رویدادها تجربه شده بود (۴۳/۲ درصد) و پس از آن تغییر محل سکونت و تغییر در شرایط زندگی (هریک با ۳۷ درصد) و تغییر در شرایط یا ساعات کار (۳۱/۱ درصد) قرار داشت. سپس رویدادها به تفکیک از نظر ارتباط با افسردگی، طبق نمره های بک و

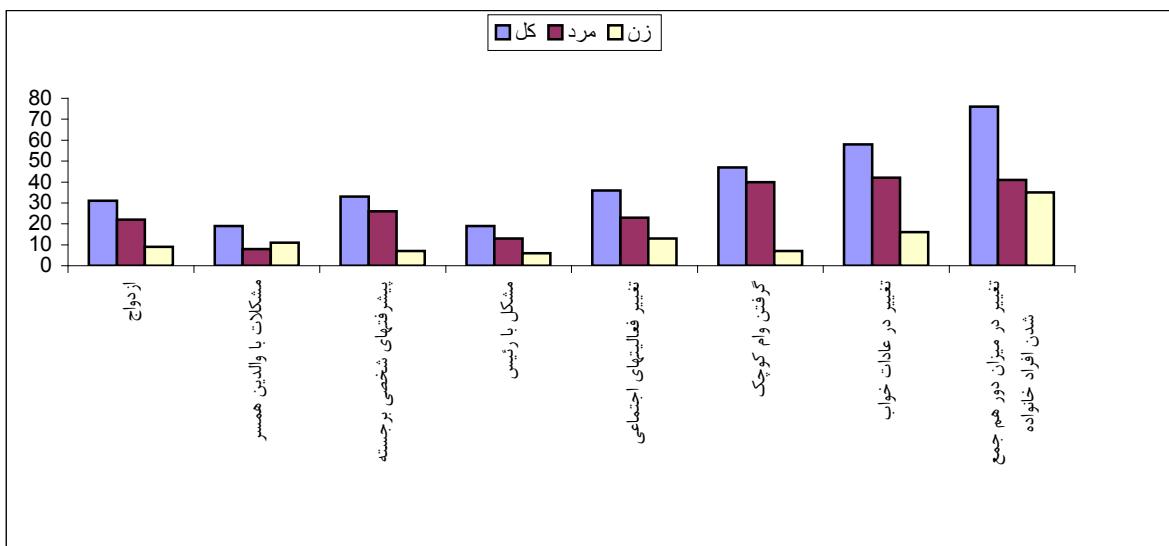
جدول شماره ۳- رویدادهایی که با افسردگی ارتباط معنی دار داشتند

رویداد	جمع		دستیاران مرد		دستیاران زن	
	HDI	BDI	HDI	BDI	HDI	BDI
ازدواج	-	-	-	-	+	-
آسیب یا بیماری خود شخص	+	+	-	-	-	+
مشکلات با والدین همسر	+	-	-	-	+	-
پیشرفت های شخصی بر حسته	-	-	+	-	+	-
تغییر در شرایط زندگی	-	-	-	-	-	+
مشکل با ریس	-	-	+	+	+	+
تغییر فعالیت های اجتماعی	-	-	+	+	+	-
تغییر عادات غذایی	-	-	-	-	-	+
گرفتن وام کوچک	-	-	+	+	+	+
تغییر در عادات خواب	-	+	+	+	+	+
تغییر در میزان دور هم جمع شدن خانواده	-	-	-	+	+	+
مشکلات جنسی	+	+	-	-	-	-
تغییر در میزان جروبخت با همسر	-	+	-	-	-	-

شکل شماره ۱- نمودار حاوادث مرتبط با افسردگی بر اساس آزمون بک به تفکیک جنس



شكل شماره ۲- نمودار حوادث مرتبه با افسردگی بر اساس آزمون همیلتون به تفکیک جنس



تشخیصی DSM یا ICD است. اما در مطالعه حاضر، وجود

افسردگی بر اساس پرسشنامه، ملاک بوده است.

این که تقریباً از هر ۵ دستیار، یکی دچار افسردگی بوده است حائز اهمیت است. همچنان که قبل ذکر شد طبق مطالعات، افراد افسرده خفیف، نسبت به جمعیت عادی، احتمال بیشتری دارد که کار خود را از دست بدھند ساعات کار بیشتری را تلف می‌کنند و میزان عوارض آنها شبیه افسردگی اساسی است. به نظر می‌رسد اکثر رویدادهایی که در دستیاران، با افسردگی همخوانی نشان داده‌اند، با مداخله به موقع و کافی، کم‌عارضه خواهند بود. با توجه به محدود بودن وقت دستیاران و مسئولیت‌های زیادی که بر عهده آنان است، شاید لازم باشد مراکز روانپزشکی خاصی در دسترس آنان قرار گیرد. همچنان که در هنگام انجام مطالعه، تعداد قابل ملاحظه‌ای از دستیاران، مایل به پیگیری مسایل روان‌پزشکی خود بودند که یا از قبل به آن اذعان داشتند، یا در هنگام انجام مصاحبه و آزمون‌ها متوجه آن شده بودند. اما با وجود راهنمایی‌های لازم برای مراجعه به درمانگاه‌های بیمارستانی یا استاید روان‌پزشکی، تنها یک مورد مراجعه انجام شد. امید است که این تحقیق، راهی باشد برای توجه بیشتر مسئولین به مشکلات کسانی که بی‌شک در آینده

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که رویدادهای زندگی با ایجاد افسردگی ارتباط دارد. این یافته همخوان با یافته‌های مطالعات قبلی است [۲، ۵ و ۶]. همچنین رویدادهای مرتبه با افسردگی در دستیاران مرد، از آن جهت که در ارتباط با مسایل شغلی بود، به مطالعه کنندهای شباht داشت [۱۳]. ولی در مطالعه کننده‌ها، طلاق و جدایی هم با افسردگی مردان دارای ارتباط شناخته شده بود که در پژوهش حاضر، چنین ارتباطی مشاهده نشد که علت آن می‌تواند ناجیز بودن موارد طلاق در این نمونه باشد. (دو مورد در سال گذشته). در دستیاران زن، رویدادهای که ارتباط معنی‌دار با افسردگی داشت بیشتر مسایل شخصی یا مربوط به همسر بود. در حالی که در مطالعه کننده، زنان بیشتر به مشکلات افراد نزدیک (مثلًاً بیماری یا مرگ یکی از اعضای خانواده) واکنش نشان می‌دادند.

میزان افسردگی در این مطالعه، طبق معیار بک و همیلتون، به ترتیب ۱۹ و ۲۴/۵ درصد بود که در دستیاران مرد ۱۶ و ۱۸ درصد و در دستیاران زن ۲۶ و ۳۷ درصد بود. این ارقام را نمی‌توانیم با آنچه که در متون و مقالات در مورد شیوع افسردگی ذکر شده مقایسه کنیم. چرا که در اکثر مطالعات، منظور از افسردگی، افسردگی اساسی بر اساس معیارهای

داشت.

علمی، درمانی و اجرایی این مژزویوم سهم عمده‌ای خواهد

منابع

- 8- Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1994 ; 377: 50-58
- 9- Paykel ES. The evolution of life events research in psychiatry. *Journal of Affective Disorders* 2001; 62: 141-49
- 10- Bifulco A, Brown GW, Moran P, Ball C, Campbell C. Predicting depression in women : The role of past and present vulnerability. *Psychological Medicine* 1998; 28: 39-50
- 11- Friis R, Wittchen H, Pfister H, Lieb R. Life events and changes in the course of depression in young adults. *European Psychiatry* 2002; 17:241-44
- 12- Mundt C, Reck C, Backenstrass M, Kronmuller K, Fiedler P. Reconfirming the role of life events for the timing of depressive episodes. *Journal of Affective Disorders* 2000; 59: 23-30
- 13- Kendler K.S, Thornton LM, Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 587-93

۱- کاویانی حسین، موسوی اشرف‌سادات، محیط احمد، مصاحبه و آزمون‌های روانی، چاپ اول، انتشارات سنا، تهران،

۱۳۸۰

- 2- Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th Edition, Lippincott Williams & Wilkins , Philadelphia: USA, 2000
- 3- Gelder MG, Loepz-Ibor JJ, Andreasen NC. *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 1st Edition, Oxford University Press, New York: USA, 2000
- 4- Coryell W, Endicott J, Keller M. Major depression in a nonclinical sample. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49:117-125
- 5- Brown GW, Harris T, Copeland JR. Depression and loss. *British Journal of Psychiatry* 1977; 130: 1-18
- 6- Bebbington PE, Sturt E, Tennant C, Hurry J. Misfortune and resilience : a community study of women. *Psychological Medicine* 1984; 14: 347-63
- 7- Roy A, Breier A, Doran AR, Pickar D. Life events in depression. *Journal of Affective Disorders* 1985; 9: 143-48