بررسی رویدادهای زندگی و ارتباط آن با افسردگی در دستیاران پزشکی

دکتر ستاره محسنی‌فر:* دستیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران
دکترحبیب‌الله قاسم‌زاده: استاد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی وخدمات 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 ۴۱-۳۵
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)، رویدادهای زندگی هولمز و راهه و پرسش‌نامه شخصیت مینه‌سوتا (Minnesota Multiphasic Personality Inventory- MMPI) تکمیل شد.

نمره میانگین آزمون بک ۵/۷۷ (SD = ۵/۷۴) و نمره میانگین آزمون همیلتون ۵/۲۱ (SD= ۴/۳۸) 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: ۵-۵۴۹۱۵۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.5.0]

مقدمه

افسردگی، یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی 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 (Harvwy W.) و ویلیام اوسلر (Osler W.) در قرن نوزدهم به ارتباط بین رویدادهای تنش‌زای زندگی و شروع بیماری اشاره داشته‌اند[۲]. اما پیکل (Paykel) درسال 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 غیرافسرده‌ها 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 تنش‌زایی را تجربه نکرده‌اند [۹ و ۸]. براون (Brown) و هریس (Harris) عنوان کردند که اتفاق افتادن رویدادی به‌شکل فقدان (مرگ، جدایی و ...) در ۹ ماه گذشته، نقشی اساسی در ایجاد افسردگی دارد و چهار عامل مستعدکننده در این میان مهم هستند: تعداد بچه‌های کوچک در خانه، نداشتن همراز (Confident)، بی‌کاری واز دست‌دادن مادردر سنین پایین [۵]. نتایج کم و بیش مشابهی درمطالعات ببینگتون (Bebbington)، روی (Roy)، کوریل (Coryell) و مونت (Mundt) به‌دست آمد[۴، ۶، ۷ و۱۲].

در مورد اثر رویدادهای زندگی در انواع مختلف افسردگی، مطالعات انجام‌شده، نتایج متفاوتی نشان داده‌اند. به‌عنوان مثال ویچن (Wittchen) در مطالعه‌ای که هفت سال به‌طول انجامید نتیجه گرفت که رویدادهای زندگی، تنها درافسردگی‌های روان‌نژندانه و نه افسردگی‌های درون‌زاد، تأثیر دارند [۲]. کلر (Keller) در مطالعه‌ای بر روی تعدادی از بیماران با افسردگی درون‌زاد، نتیجه گرفت که ارتباط قابل‌ملاحظه‌ای 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 ۲].

تعدادی از صاحب‌نظران به این نکته پرداخته‌اند که آنچه در رویداد زندگی اهمیت دارد، معنای آن رویداد در ذهن فرد است. مثلاً براون 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 «ارزیابی 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 کندلر (Kendler) 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 شدیم ارتباط بین رویدادهای زندگی و افسردگی را در دستیاران پزشکی 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 به‌آن جهت حایز اهمیت است که دستیاران پزشکی به‌عنوان نیروهای متخصص وارد جامعه خواهند شد و بر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.5.0]

عهده آنان است که در پی‌ریزی ارکان اصلی تخصص در این مرزوبوم مشارکت فعال داشته باشند و به شکل‌های مختلف به معالجه بیماران در مراکز دولتی و خصوصی بپردازند و نیز امکان دارد که عده‌ای در شغل‌های اجرایی، دارای مسئولیت‌های مهم و حساس باشند. با توجه به این‌که بعضی از مطالعات نشان داده‌اند وجود علایم افسردگی، حتی بدون نشانگان کامل بالینی، با اتلاف ساعات 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 (فشارهای ناشی از شروع تحصیل و تطابق با مشکلات احتمالی در دستیاران سال اول و امتحان دانشنامه 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 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 هرگروه 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 مینه‌سوتا (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، بدبینی و هیپومانی را نشان می‌دهد. در این مطالعه، نمره D (افسردگی) و K (معیار سنجش میزان دفاعی‌بودن شخص) مورد نظر بود.

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

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)			
متأهل	۵۳(۶۵)	۹۰(۵۹)	۱۴۳(۶۱)
غیر متأهل	۲۸(۳۵)	۶۲(۴۱)	۹۰(۳۹)
وجود فرزند در مورد افراد متأهل(درصد)			
دارای فرزند	۲۷(۵۱)	۳۸(۴۲)	۶۵(۴۵)
بدون فرزند	۲۶(۴۹)	۵۲(۵۸)	۷۸(۵۵)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.5.0]

یافته‌ها

در جدول شماره ۲، متوسط نمره‌های افسردگی و تعداد افراد افسرده طبق معیارهای بک (BDI≥10) و همیلتون (HDI≥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)

D به‌عنوان 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 قابل‌ملاحظه‌ای از نظر آماری دارد. نمره K، میزان دفاعی بودن فرد را نشان می‌دهد و بالا بودن آن بیانگر آن است که آزمودنی، به‌طور 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 مجذور کای (Chi-square) و ضریب همبستگی پیرسون بین جنس، سن، رشته تحصیلی، تأهل، تعداد فرزند و مذهب با افسردگی رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

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

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 معنی‌دار نبود ولی بین نمرات بک، همیلتون و MMPI-D همخوانی قابل‌ملاحظه‌ای وجود داشت (P<۰/۰۰۱). 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 معنی‌دار 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 به‌خاطر وام یا رهن. پنج رویدادی که بیش از بقیه موارد به آن پاسخ مثبت داده شده بود، به‌ترتیب عبارتند از: تغییر محل سکونت (۳۶/۴ درصد)، تغییر در شرایط زندگی (۳۶ درصد)، تغییر در شرایط یا ساعات کار (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. به‌طوری 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

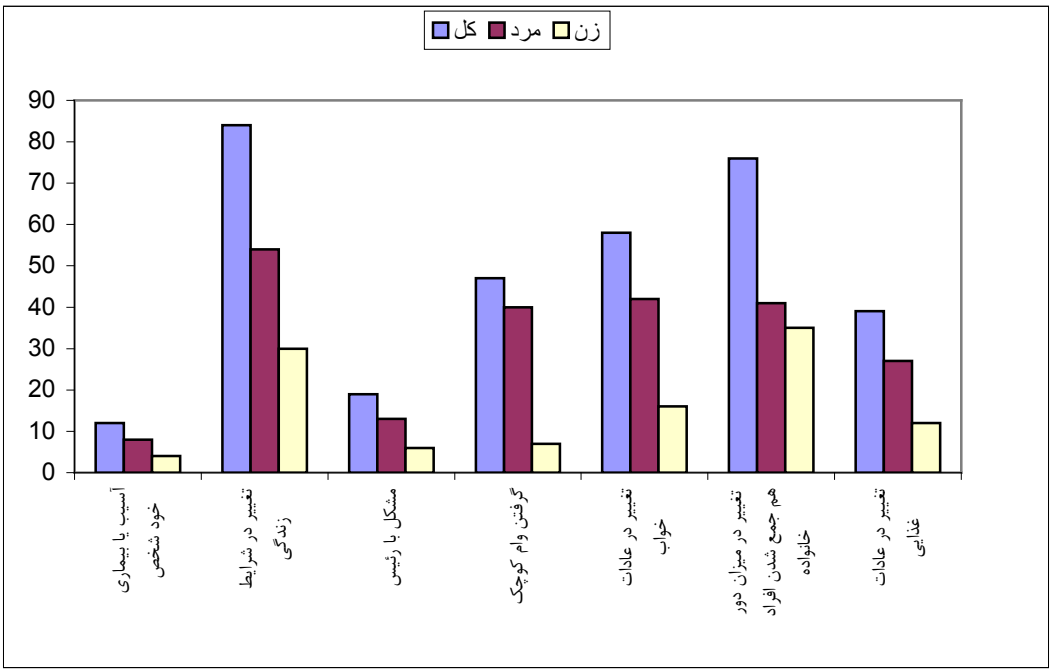
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.5.0]

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 نمره‌های بک و همیلتون، با استفاده از آزمون مجذور کای بررسی شد. رویدادهایی که ارتباطشان با افسردگی از نظر آماری معنی‌دار بود، در جدول شماره ۳ و شکل‌های شماره ۱ و ۲ ملاحظه می‌گردد.

جدول شماره ۳- رویدادهایی که با افسردگی ارتباط معنی‌دار داشتند

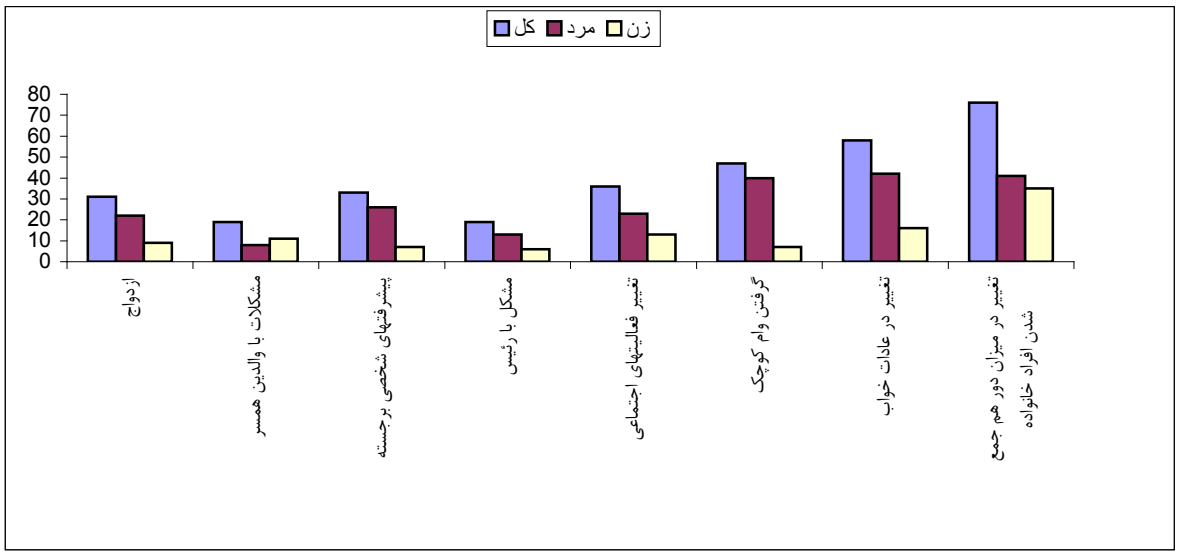
رویداد	دستیاران زن		دستیاران مرد		جمع	
	BDI	HDI	BDI	HDI	BDI	HDI
ازدواج	−	+	−	−	−	−
آسیب یا بیماری خود شخص	+	−	−	−	+	+
مشکلات با والدین همسر	−	+	−	−	−	+
پیشرفت‌های شخصی برجسته	−	+	−	+	−	−
تغییر در شرایط زندگی	+	−	−	−	−	−
مشکل با رییس	+	+	+	+	−	−
تغییر فعالیت‌های اجتماعی	−	+	+	+	−	−
تغییر عادات غذایی	+	−	−	−	−	−
گرفتن وام کوچک	+	+	+	+	−	−
تغییر در عادات خواب	+	+	+	+	+	−
تغییر در میزان دور هم جمع‌شدن خانواده	+	+	−	+	−	−
مشکلات جنسی	−	−	−	−	+	+
تغییر در میزان جروبحث با همسر	−	−	−	−	+	−

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



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.5.0]

شکل شماره ۲- نمودار حوادث مرتبط با افسردگی بر اساس آزمون همیلتون به تفکیک جنس



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 مرتبط با افسردگی در دستیاران مرد، از آن جهت که در ارتباط با مسایل شغلی بود، به مطالعه کندلر شباهت داشت[۱۳]. ولی در مطالعه کندلر، طلاق و جدایی هم با افسردگی مردان دارای ارتباط شناخته شده بود که درپژوهش حاضر، چنین ارتباطی مشاهده نشد که علت آن می‌تواند ناچیز بودن موارد طلاق در این نمونه باشد. (دو مورد در سال گذشته). در دستیاران زن، رویدادهایی که ارتباط معنی‌دار با افسردگی داشت بیشتر مسایل شخصی یا مربوط به همسر بود. در حالی که در مطالعه کندلر، زنان بیشتر به مشکلات افراد نزدیک (مثلاً 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 تشخیصی DSM یا ICD است. اما در مطالعه حاضر، وجود افسردگی بر اساس پرسش‌نامه، ملاک بوده است.

این‌که تقریباً از هر ۵ دستیار، یکی دچار افسردگی بوده است حایز اهمیت است. همچنان که قبلاً ذکر شد طبق مطالعات، افراد افسرده خفیف، نسبت به جمعیت عادی، احتمال بیشتری دارد که کار خود را از دست بدهند 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 به‌موقع 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 اساتید 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.5.0]

علمی، درمانی و اجرایی این مرزوبوم سهم عمده‌ای خواهند داشت.

منابع

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, HurryJ. 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

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,Canpbell 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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1381.2.1.5.0]