# مردم ایران چقدر خود را افسرده می‌دانند؟ مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران

**افسون آیین پرست[1*]، فرانک فرزدی[1]، فرزانه مفتون[1]، سید علی آذین[2]، سپیده امیدواری[3]، کتایون جهانگیری[2]، ژیلا صدیقی[2]، مهدی عبادی[4]، علی منتظری[3]، مریم سادات وحدانی‌نیا[4]**

**۱.** گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**۲.** گروه بهداشت خانواده، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**۳.** گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
**۴.** گروه آموزش و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره دوم فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۱ صص ۲۲۶-۲۲۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۸
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۲۹ آبان ۱۳۹۰]

## چکیده

سلامت جامعه دارای ابعاد متنوع و گوناگونی است. سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامت به شمار می‌آید. افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی در سراسر جهان است. این اختلال چهارمین عامل عمده بار بیماری‌ها است که به تنهایی بزرگترین سهم بار بیماری‌های غیرکشنده را در جهان به خود اختصاص می‌دهد. مطالعه حاضر به بررسی افسردگی در کشور، از دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه پرداخته است. این مطالعه از نوع «مقطعی» بوده و جمعیت هدف عبارت از کل جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بودند. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. حجم نمونه در کل کشور ۲۴۰۰۰ نفر برآورد شد که برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها ۲۷۸۸۳ نفر مورد پرسشگری قرار گرفتند. بررسی یافته‌ها حاکی ازآن بود که بیشتر افراد مورد مطالعه (۴۸/۸ درصد) خود را «اصلاً» افسرده نمی‌دانند و در مقابل تنها ۸/۶ درصد پاسخگویان میزان افسردگی خود را زیاد و بسیار زیاد برآورد کرده بودند. بررسی ارتباط عوامل جمعیتی و خطر افسردگی حاکی از آن بود که برخی از این عوامل از جمله از هم گسیختگی خانوادگی شامل طلاق یا فوت همسر ($P<۰/۰۰۰۱$)، بی‌کاری ($P=۰/۰۱۵$) و پایین بودن سطح درآمد ($P<۰/۰۰۰۱$) با شکل گیری افسردگی ارتباط دارد. نتایج مطالعه نشان داد که بروز اختلال در سلامت و ابتلا به بیماری مزمن نیز با شکل گیری افسردگی در ارتباط است ($P<۰/۰۰۰۱$).

استفاده از رویکردهای خودگزارشی امکان شناسایی جنبه‌های مهم سلامتی از دید خود افراد را فراهم می‌نماید. نتایج این مطالعهنشان داد افسردگی بالقوه یکی از مشکلات سلامت همگانی کشور است.

**کلیدواژه‌ها**: سلامت، خودگزارشی، افسردگی، ایران

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان انقلاب اسلامی، خیابان شهید وحید نظری، پلاک ۲۳، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
تلفن: ۶۶۴۸۰۸۰۴ نمابر: ۶۶۴۸۰۸۰۵
E-mail: aaeenparast@ihsr.ac.ir

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.2.7.1 ]

## مقدمه

سلامت جامعه دارای ابعاد متنوع و گوناگونی است. طبقه‌بندی و اندازه‌گیری و همچنین برقراری ارتباط بین این ابعاد به سادگی امکانپذیر نیست. سلامت روان یکی از ابعاد مهم سلامت به شمار می‌آید. از این رو بررسی اختلالات روانی و تلاش در جهت کنترل و درمان این اختلالات نقش مؤثری در دستیابی به اهداف سلامت جامعه ایفا می‌کند [۱].

اختلالات خلقی گروهی از اختلالات روانی هستند که کارکردهای فردی، اجتماعی و شغلی افراد را با مشکل مواجه می‌سازند. این اختلالات در همه کشورها و جوامع، تمام سنین و در هر دو جنس دیده می‌شوند و افراد را در جوامع شهری و روستایی و در گروه‌های فقیر و غنی درگیر می‌کند [۲].

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات خلقی در سراسر جهان است. این اختلال چهارمین عامل عمده بار بیماری‌ها است که به تنهایی بزرگترین سهم بار بیماری‌های غیرکشنده را در جهان به خود اختصاص می‌دهد. مطالعات همه گیرشناسی که در سطح ملی، منطقه‌ای و درگروه‌های خاص در ایران انجام شده‌اند، نشان می‌دهند که اختلالات روانی به ویژه افسردگی یکی از بیماری‌های رایج در ایران است [۵-۳].

افسردگی با علایمی از جمله از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، ضعف تمرکز، تغییرات اشتها و افکار مرگ یا خودکشی همراه است. اختلال افسردگی اساسی می‌تواند بدون سابقه از دوره‌های مانیا، مختلط یا هیپومانی رخ دهد. دوره افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته طول بکشد [۲].

بررسی‌ها نشان داده است که افسردگی به طور معنی‌داری با کاهش قابل توجه عملکردهای اجتماعی و همچنین بهره‌وری شغلی افراد ارتباط دارد [۶، ۳].

به دلیل اهمیت این بیماری و بار مالی ناشی از آن بر خانواده و جامعه مطالعات مختلفی برای بررسی شیوع و عوامل مؤثر بر آن در سطح جهان و در داخل کشور انجام شده است. بررسی اطلاعات منتشر شده در زمینه شیوع افسردگی در کشور نشان می‌دهد که درصد ابتلا به افسردگی در مطالعات مختلف بین ۵/۶۹ تا ۷۳ درصد است. دلیل گستردگی این محدوده اختلاف در جامعه پژوهش، روش پژوهش و ابزار مطالعه است. به عبارت دیگر اختلاف در ابزارهای تشخیصی مهمترین منبع ناهمگونی در نتایج مطالعات انجام گرفته در این زمینه است [۷، ۲].

افسردگی علاوه بر یک اختلال خلقی در قالب یک خصیصه شخصیتی نیز قابل بررسی است. خصیصه‌ها، گرایشاتی برای نشان دادن الگوهای ثابت افکار، احساسات و اعمال هستند. خصیصه‌ها در جمعیت عمومی به طور پیوسته توزیع شده‌اند و معمولاً توزیع آنها شبیه یک منحنی نرمال یا زنگ شکل است [۸].

در حال حاضر پنج خصیصه شخصیتی اصلی مطرح شده است که عبارتند از "روان رنجوری (Neuroticism)»، «برونگرایی (Extroversion)»، «گشاده رویی در برابر تجربیات مختلف (Openness to experience)»، «دوست داشتنی و خوشایند بودن"(Agreeableness)» و «وظیفه‌شناسی و داشتن وجدان کاری (Conscientiousness)» [۹].

بررسی‌ها نشان داده است که علایم افسردگی با خصایص روان رنجوری و گشاده رویی در برابر تجارب مختلف ارتباط مثبت و با خصیصه برونگرایی ارتباط منفی دارد [۱۰].

بحث درباره خصیصه‌ها زیرمجموعه‌ای از مطالعه در مورد تفاوت‌های فردی در شخصیت است. برخی خصیصه‌ها ممکن است به ارث رسیده باشند، برخی ممکن است توسط والدین ایجاد شده باشند و برخی ممکن است از تجربه آموخته شده باشند. اما منشأ خصایص شخصیتی هر چه باشد، خصیصه‌ها می‌توانند اندازه‌گیری شوند و برای پیشگویی‌کردن معیارهای مهم زندگی مورد استفاده قرار گیرند [۸].

نظر به اهمیت مباحث خصایص شخصیتی، مطالعه حاضر به بررسی افسردگی در کشور، از دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه پرداخته است.

## مواد و روش کار

این مطالعه از نوع «مقطعی» بوده و جمعیت هدف عبارت از کل جمعیت ۱۸ تا ۶۵ سال کشور ایران بودند. جمعیت تحت مطالعه به صورت نمونه‌گیری چند مرحله‌ای وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری مرحله اول به صورت طبقه‌ای بوده و در این مرحله کل جمعیت کشور ایران به تفکیک استان‌ها طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری مرحله دوم نیز به صورت خوشه‌ای انجام شده است.

حجم نمونه با احتساب $\alpha$=٪۵، $Z_{1-\alpha/2}$=۱/۹۶، P=٪۵۰ و d=٪۵ مساوی ۳۸۵ نفر محاسبه شد که جهت جلوگیری از ریزش‌های احتمالی معادل ۴۰۰ نفر تعیین شد. حجم نمونه کلی با احتساب مقدار فوق و Design effect=۲ و ۳۰ استان مساوی ۲۴۰۰۰ در



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.2.7.1 ]

کل کشور برآورد شد. قابل ذکر است که در کل برای جلوگیری از ریزش نمونه‌ها، تعداد بیشتری از افراد کشور مورد پرسشگری قرار گرفتند. داده‌ها توسط یک پرسشنامه جمع‌آوری شدند. سؤالات این پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصان و سؤالات پرسشنامه‌های بین‌المللی تهیه شدند. اعتبار محتوای سؤالات پرسشنامه اولیه توسط ۱۵ نفر از متخصصان بررسی و نظرات آنان در تکمیل و اصلاح پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. پس از این مرحله تعدادی پرسشنامه جهت اجرای آزمایشی و رفع نواقص احتمالی بین نمونه محدودی از جامعه توزیع گردید. تکمیل پرسشنامه توسط تعدادی از افراد جامعه و بررسی نظرات آنان، اعتبار ظاهری پرسشنامه را تأیید نمود. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد که پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار است (آلفای کرونباخ= ۰/۶۷). جزئیات بیشتر پیرامون طراحی و روش شناسی این مطالعه در مقاله دیگری گزارش شده است [۱۱].

این مقاله نتایج حاصل از ۱ سؤال اصلی این مطالعه و رابطهٔ آن با مشخصات جمعیتی را مورد بررسی قرار داده است. در ضمن با توجه به حجم بالای اطلاعات حاصل از همین قسمت از مطالعه، در این مقاله فقط نتایج کشوری ارائه شده و با توجه به نمونه‌گیری طبقه‌ای، مقایسه استان‌ها با یکدیگر در مقالات جداگانه قابل ارائه خواهد بود. متغیر وابسته در این مطالعه «میزان افسردگی» بود. متغیرهای مستقل در این مطالعه متغیرهای جمعیتی شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و درآمد و دو متغیر دیگر شامل ارزیابی سلامتی خود و ابتلا به بیماری مزمن بوده است. افراد تحت مطالعه به سؤالات این پرسشنامه به صورت خود ـ گزارشی (Self-report) پاسخ داده‌اند. به بیان دیگر مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای این مطالعه عبارت از نظر خود مردم بوده است. به طور کلی سؤال اصلی مورد بررسی در این مقاله عبارت بودند از «آیا فردی افسرده هستید؟». گزینه‌های پاسخ این سؤال از یک طیف پنج گزینه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، نه کم نه زیاد، کم و خیلی کم، اصلاً) تشکیل شده بود. این متغیر ابتدا به عنوان یک متغیر کیفی و به صورت طیف پنج گزینه‌ای مورد بررسی قرار گرفت.

## یافته‌ها

در این مطالعه داده‌های ۲۷۸۸۳ نفر از افراد ۱۸ تا ۶۵ سال مورد بررسی قرار گرفت. بررسی یافته‌ها حاکی از آن بود که ۴۸/۸ درصد از پاسخگویان مرد و اکثر آنان به گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال (۳۶ درصد) تعلق داشتند. اکثر نمونه‌های مورد مطالعه متأهل (۶۰/۴ درصد) و شاغل (۳۷/۹ درصد) بودند. بررسی سطح تحصیلی پاسخگویان نشان داد که تحصیلات اکثر آنان مقطع دبیرستان (۳۴/۶ درصد) است و میانگین سال‌های تحصیل آنان ۱۱ سال (SD=۴/۴) برآورد گردیده است. بررسی شاخص‌های اقتصادی و سطح درآمد خانوار نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه سطح درآمد خود را متوسط ارزیابی کرده‌اند (۴۱/۶ درصد).مشخصات جمعیتی نمونه‌های مورد مطالعه به تفصیل در جدول شماره ۱ آمده است.

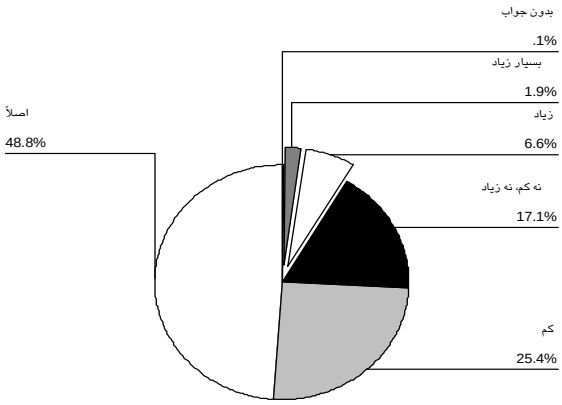
**جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی نمونه مورد مطالعه (n=۲۷۸۸۳)**

| متغیر | تعداد | درصد |
|---|---|---|
| **سن (سال)** | | |
| ۱۸-۲۴ | ۸۸۵۲ | ۳۱/۷ |
| ۲۵-۳۴ | ۸۵۶۳ | ۳۰/۷ |
| ۳۵-۴۴ | ۵۱۹۵ | ۱۸/۶ |
| ۴۵-۵۴ | ۳۵۲۶ | ۱۲/۶ |
| ۵۵-۶۵ | ۱۷۴۷ | ۶/۳ |
| بدون پاسخ | ۰ | ۰/۰ |
| **جنسیت** | | |
| مرد | ۱۳۶۱۹ | ۴۸/۸ |
| زن | ۱۴۰۴۵ | ۵۰/۴ |
| بدون پاسخ | ۲۱۹ | ۰/۸ |
| **وضعیت تأهل** | | |
| مجرد | ۹۹۹۶ | ۳۵/۸ |
| متأهل | ۱۶۸۵۰ | ۶۰/۴ |
| مطلقه | ۲۶۹ | ۱/۰ |
| همسر فوت شده | ۵۰۵ | ۱/۸ |
| بدون پاسخ | ۲۶۳ | ۰/۹ |
| **تحصیلات** | | |
| ۰-۵ سال | ۴۴۵۲ | ۱۶/۰ |
| ۶-۹ سال | ۳۴۲۷ | ۱۲/۳ |
| ۱۰-۱۲ سال | ۹۷۴۰ | ۳۴/۹ |
| ۱۳ سال و بالاتر | ۸۹۱۴ | ۳۲/۰ |
| بدون پاسخ | ۱۳۵۰ | ۴/۸ |
| **شغل** | | |
| خانه دار | ۷۱۷۵ | ۲۵/۷ |
| محصل/ دانشجو | ۶۰۷۵ | ۲۱/۸ |
| شاغل | ۱۰۵۶۵ | ۳۷/۹ |
| بی کار | ۲۴۵۳ | ۸/۸ |
| بازنشسته | ۱۰۷۹ | ۳/۹ |
| بدون پاسخ | ۵۳۶ | ۱/۹ |
| **درآمد** | | |
| خیلی خوب | ۹۳۰ | ۳/۳ |
| خوب | ۷۵۸۰ | ۲۷/۲ |
| متوسط | ۱۱۵۹۹ | ۴۱/۶ |
| بد | ۳۹۶۸ | ۱۴/۲ |
| خیلی بد | ۲۷۸۳ | ۱۰/۰ |
| بدون پاسخ | ۱۰۲۳ | ۳/۷ |



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.2.7.1 ]

میزان افسردگی پاسخگویان از نظر خود آنان در پرسشنامه بـه ۵ سطح بسیار زیاد، زیاد، نه زیاد نه کم، کم یا بسیار کم و اصلاً تقسیم بندی شده بود. بررسی یافتـه‌هـا نشـان داد کـه بیشـتر افـراد مـورد مطالعه خود را «اصلاً» افسرده نمی‌دانند و در مقابل تنها ۸/۶ درصد از پاسخگویان میزان افسردگی خود را زیاد و بسیار زیاد برآورد کرده بودند (نمودار شماره ۱).




**نمودار شماره ۱- فراوانی و میزان افسردگی افراد تحت مطالعه در کشور از دیدگاه خود آنان**

در ایـن مطالعـه بـه منظـور بررسـی تـأثیر مسـتقل هـر یـک از متغیرهای جمعیتی و دو متغیر سطح سلامت و ابتلا به بیماری‌هـای مزمن با میزان افسردگی افراد از مدل رگرسیون لجسـتیک اسـتفاده شد. بدین منظور متغیر میزان افسردگی از حالت ۵ گزینه‌ای به یک متغیر ۲ گزینه‌ای تبدیل گردید و گزینه‌های افسردگی زیاد و بسـیار زیاد در یک گروه قرار گرفت و سایر گزینه‌ها در گروه دیگر. سپس از تحلیل رگرسیون لجستیک به منظور تحلیل تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته (میزان افسردگی) استفاده گردیـد (جـدول شـماره ۲).

نتایج این بررسی نشان داد که از بـین متغیرهـای مـورد بررسـی تأهل بر خطر ابتلا به افسردگی افراد تأثیر می‌گذارد؛ بـه طـوری کـه خطر بالا بودن افسردگی در افراد مطلقه نسبت به افراد متأهـل ۲/۵ برابر و در افرادی که همسرشان فوت کـرده اسـت نسـبت بـه افـراد متأهل ۱/۸ برابر محاسبه شده است (P<۰/۰۰۰۱).

بی کاران نسبت به بازنشستگان ۱/۵ برابر بیشتر در معرض خطـر افسردگی زیاد و بسیارزیاد قـرار دارنـد (P=۰/۰۱۵). خطـر ابـتلا بـه افسردگی افرادی که سطح درآمد آنان بد و بسیار بد است نسبت بـه درآمد بسیار خوب و خوب ۱/۶ برابر بیشتر است (P<۰/۰۰۰۱).

**جدول شماره ۲- نتایج به دسـت آمـده از تجزیـه و تحلیـل رگرسـیون لجستیک در پیامد افسردگی زیاد و بسیار زیاد**

| متغیر | تعداد | درصد |
|---|---|---|
| **سن** | ۰/۹۹۶ (۰/۹۹۰-۱/۰۰۲) | ۰/۲۰۹ |
| **جنسیت** | | |
| مرد | ۱/۰۰ (ref.) | |
| زن | ۰/۹۶۶ (۰/۸۴۷-۱/۱۰۰) | ۰/۵۹۸ |
| **تأهل** | | |
| متأهل | ۱/۰۰ (ref.) | |
| مجرد | ۱/۱۵۵ (۰/۹۹۹-۱/۳۳۰) | ۰/۰۵۷ |
| مطلقه | ۲/۴۶۴ (۱/۷۵۵-۳/۴۶۰) | <۰/۰۰۰۱ |
| همسر فوت شده | ۱/۷۷۰ (۱/۳۶۳-۲/۳۰۰) | <۰/۰۰۰۱ |
| **تحصیلات (سال)** | ۰/۹۹۲ (۰/۹۷۹-۱/۰۰۵) | ۰/۲۱۲ |
| **اشتغال** | | |
| بازنشسته | ۱/۰۰ (ref.) | |
| خانه‌دار | ۱/۳۱۸ (۰/۹۷۴ -۱/۷۱۶) | ۰/۰۵۶ |
| محصل/ دانشجو | ۱/۱۱۶ (۰/۷۹۶ -۱/۴۶۵) | ۰/۶۲۱ |
| شاغل | ۱/۱۳۲ (۰/۸۷۱ -۱/۴۷۲) | ۰/۴۸۱ |
| بیکار | ۱/۴۵۲ (۱/۰۲۹ -۱/۸۷۴) | ۰/۰۱۵ |
| **وضعیت درآمد** | | |
| بسیار خوب / خوب | ۱ (ref.) | |
| نه خوب نه بد | ۰/۹۵۶ (۰/۸۴۳-۱/۰۸۵) | ۰/۴۸۷ |
| کم/بد/بسیار بد | ۱/۶۴۶ (۱/۴۴۴-۱/۸۷۷) | <۰/۰۰۰۱ |
| **وضعیت سلامت خود گزارشی** | | |
| بسیار خوب | ۱/۰۰ (ref.) | |
| خوب | ۱/۰۹۵ (۰/۹۲۵-۱/۲۹۷) | ۰/۲۹۲ |
| نه خوب نه بد | ۲/۵۵۵ (۲/۱۳۶-۳/۰۵۷) | <۰/۰۰۰۱ |
| بد | ۶/۰۵۷ (۴/۸۷۷-۷/۵۲۴) | <۰/۰۰۰۱ |
| بسیار بد | ۷/۲۷۰ (۵/۱۰۲-۱۰/۳۶۰) | <۰/۰۰۰۱ |
| **ابتلا به بیماری مزمن** | | |
| خیر | ۱/۰۰ (ref.) | |
| بلی | ۱/۵۸۲ (۱/۳۹۹-۱/۷۸۹) | <۰/۰۰۰۱ |

وضعیت کلی سلامت افراد یکی از عوامل مؤثر بر میزان افسـردگی آنان است. کاهش سطح سلامت یکی از عوامل خطر افزایش دهنـده میزان افسردگی زیاد و بسیار زیـاد اسـت. در ایـن بـین افـرادی کـه سطح سلامت خود را بسیار بد عنوان کرده بودند، نسبت به سـلامت بسیار خوب ۷/۳ برابر بیشتر در معـرض افسـردگی بـالا قـرار دارنـد (P<۰/۰۰۰۱). ابتلا به بیماری مزمن نیز ۱/۶ برابر خطـر افسـردگی بالا را افزایش می‌دهد (P<۰/۰۰۰۱).

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.2.7.1 ]

## بحث و نتیجه گیری

افسردگی یکی از اختلالات شایع روانی است که سهم عمده‌ای از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است. مطالعات زیادی به منظور بررسی شیوع این بیماری در ایران و سایر کشورهای جهان انجام شده است. این مطالعات جمعیت‌ها و گروه‌های مختلفی را مورد بررسی قرارداده‌اند و از ابزارهای گوناگونی به منظور سنجش این اختلال استفاده کرده‌اند. به همین دلیل یافته‌های این مطالعات تفاوت چشمگیری دارد [۲].

در این مقاله میزان افسردگی در کل جمعیت کشور مورد بررسی قرار گرفته است و ارتباط آن با متغیرهای مختلف شناسایی شده است. بررسی میزان افسرده بودن نشان داد، ۷۴/۲ درصد جمعیت اصلاً افسرده نیستند یا بسیار کم افسرده‌اند. با این وجود میزان افسردگی زیاد و بسیار زیاد ۸/۳ درصد برآورد شده است. چنانچه درصد فراوانی افسردگی متوسط را نیز به این میزان اضافه کنیم، میزان افسردگی به بیش از ۲۵ درصد افزایش خواهد یافت. این نکته نشانگر امکان وجود اختلال روانشناختی یا زمینهٔ بروز آن در حدود ربع جمعیت کشور است که قابل تأمل است.

بررسی ارتباط عوامل جمعیتی و خطر افسردگی حاکی از آن بود که برخی از این عوامل از جمله از هم گسیختگی خانوادگی شامل طلاق یا فوت همسر، بی کاری، پایین بودن سطح درآمد با شکل گیری افسردگی ارتباط دارد. در مطالعات دیگر نیز ارتباط بروز اختلالات خانوادگی، شغلی و کاهش درآمد با بروز افسردگی نشان داده شده بود [۱۳، ۱۲]. بررسی میزان افسردگی در گروه‌های جنسیتی مختلف نشان داد، نتایج مطالعهٔ حاضر تفاوت معنی‌داری را در گروه مردان و زنان نشان نداده است. در صورتی که سایر مطالعات ارتباط جنسیت با میزان افسردگی را تأیید کرده‌اند. علت دقیق این مسأله برای محققان کاملاً مشخص نیست. با این وجود تصور می‌شود سنجش افسردگی و میزان آن در قالب یک سئوال، نتوانسته است تمام ابعاد وضعیت موجود را نمایان سازد. نتایج مطالعه نشان داد که بروز اختلال در سلامت و ابتلا به بیماری مزمن نیز با شکل گیری افسردگی در ارتباط است. بر اساس شواهد به دست آمده از این مطالعه میزان تأثیر این متغیرها حتی از مجموع تأثیر متغیرهای جمعیتی نیز بیشتر است که ارتباط بسیار قوی جسم و روان را تأیید می‌کند. سایر مطالعات انجام گرفته در این زمینه که عموماً بر نوع یا انواع خاصی از اختلالات جسمی تمرکز دارند نیز این مسأله را تایید می‌کنند [۱۶، ۱۵، ۱۴].

کشوری بودن مطالعه و حجم بالای نمونهٔ مورد بررسی یکی از نقاط قوت این مطالعه است. بهره‌گیری از ابزار سنجش ذهنی و رویکرد خود ـ گزارشی در سنجش ابعاد مختلف سلامت نیز از دیگر ویژگی‌های خاص این مطالعه است. در مورد ارزیابی اشخاص از خصایص شخصیتی خود، دیدگاه‌های مختلفی ارائه شده است. در یکی از این دیدگاه‌ها عقیده بر آن است که افراد ممکن است درک صحیحی از شخصیت خود نداشته باشند یا ممکن است به علت پاسخ دادن از موضع دفاعی و به گونه‌ای که از نظر اجتماعی مطلوب باشد، عمداً تصویری اشتباه از خود ارائه کنند. در این مورد پیش بینی می‌شود بالا بودن حجم نمونه تا حد قابل توجهی از این موارد را تحت الشعاع قرار داده است [۱۷].

دیدگاه‌های مثبت بر این محور استوار شده است که مطالعات انجام گرفته با استفاده از رویکردهای خودگزارشی می‌تواند برخی از جنبه‌های سلامت را که از دید خود افراد اهمیت بیشتری دارد را شناسایی نماید و درک افراد از وضعیت سلامت خود را بازگو کند که جنبه مهمی درارتقای سطح سلامت افراد است.

در دیدگاه کلی باید به این نکته اشاره کرد که در این مطالعات باید شیوهٔ گزارش دهی و استفاده از نتایج متناسب با روش پژوهش باشد. در این زمینه به‌نظر می‌رسد به کارگیری این رویکرد در کنار رویکردهای عینی به برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران تصویر کامل‌تری از سلامت جمعیت ارائه می‌دهد.

## سهم نویسندگان

افسون آیین‌پرست نویسندهٔ اصلی این مقاله و مسئول تجزیه و تحلیل داده‌های این بخش از مطالعه بوده‌اند.

سایر نویسندگان در طراحی مطالعه، طراحی ابزار، اجرای طرح، تفسیر و تحلیل یافته‌ها و مرور پیش نویس مقاله مشارکت داشته‌اند.

یادآوری می‌نماید این مقاله بخشی از یافته های مطالعه " سلامت از دیدگاه مردم ایران" است که توسط علی منتظری به عنوان طراح و مجری انجام شده است.

## تشکر و قدردانی

بدینوسیله تمایل دارد از کلیه افرادی که در جمع‌آوری داده های این مطالعه همکاری کرده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نماییم.

جمع‌آوری داده های این مطالعه مرهون همکاری بی‌شائبهٔ رؤسای واحد های استانی جهاد دانشگاهی و همکاران سخت کوش ما در



[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13 ]

[ DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.2.7.1 ]

مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران ( ایسپا) و شعب آن در سراسر کشور است. از معاونت محترم پژوهش و فناوری جهاددانشگاهی در تامین بخشی از هزینه های این مطالعه سپاسگزاری می‌شود. بخشی از اعتبارات این طرح نیز از محل اعتبار پژوهش و نوآوری بنیاد ملّی نخبگان در حمایت از دکتر علی منتظری (۱۳۸۹/۱۱/۹-۱۵/۸۲۲۷)

## منابع

**1.** Hoffman B. Simplified models of the relationship between health and disease. Theoretical Medicine and Bioethics 2005; 26: 355-77
**2.** Montazeri A. Depression in Iran: a systematic review of the literature. Iranian Institute for Health Sciences Research (IHSR), 2011 [Persian]
**3.** Hayman S, Chisholm D. Mental disorders. In Jamison et al (ed) Disease control priority in developing countries. 2nd Ed, Oxford University press 2006: 605-26
**4.** Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006; 367: 1747-57
**5.** Modabber-Nia MJ, Shodjai-Tehrani H, Moosavi SR. The prevalence of depression among high school and preuniversity adolescents: Rasht, northern Iran. Archives of Iranian Medicine 2007; 10: 141-6
**6.** Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropschopharma 2005; 15: 357-76
**7.** Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaeili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghhar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Preventive Medicine 2010; 1: 81-91
**8.** Omidvari S, Azin A, Montazeri A, Sedighi J, Jahangiri K, Aeenparast A. Traite anexiety among Iranians: A nationwide study. Payesh 2011; 10: 373-80 [Persian]
**9.** Costa PT, McCrae RR. Approaches derived from philosophy and Psychology. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 877
**10.** Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and development of depression, hopelessness, and suicide ideation. Personality and Individual Differences 2005; 38: 1283-91
**11.** Montazeri A, Omidvari S, Azin A, Aeenparast A, Jahangiri K, Sadighi J, et al. Iranian health perception survey: the study protocol. Payesh 2011; 10: 315-22 [Persian]
**12.** Melchior M, Chastang JF, Walburg V, Arseneault L, Galera C, Fombonne E. Family income and youths' symptoms of depression and anexiety: a longitudinal study of the French GAZEL youth cohort. Journal of Depression and Anxiety 2010; 27: 1095-1103
**13.** Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriatry JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitation among the population with unipolar depression and bipolar disorder: Results from a nationally representative sample. Health and Quality of Life Outcome 2011; 9: 90
**14.** Shirzadi B, Estoni A, Mehrabizadeh Honarmand M, Haghighi J. A study of simple and multiple relationships between perfectionism, trait-state anxiety and depression with migraine headache in students of Islamic Azad University of Ahvaz. Journal of Education and Psychology 2002-2003; 9: 109-126 [Persian]
**15.** Boehnecke WH, Boehnecke S, Schon MP. Managing comorbid disease in patients with psoriasis. British Medical Journal 2010, 340: doi:10.1136/bmj.b5666
**16.** de Sauza CB, Cendon S, Cavalhero L, de Brito Jardim JR, Bogossian M. Anxiety depression and traits of personality in COPD patients. Psycologia Saude and Doencas 2003; 4: 149-62
**17.** Costa PT, McCrae RR. Approaches derived from philosophy and Psychology. In: Sadock BJ, Sadock VA, and Ruiz P. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ninth Edition, Lippincott: Philadelphia, 2009: 883

تأمین شده است. بدینوسیله از این سازمان نیز تشکر می‌نماید. در پایان لازم است از خانم‌ها راحله رستمی، آرزو اسدی، طاهره رستمی، فریبا رسولی، فاطمه ریاضی، سمیه فتحیان و سمیه مددی که در ورود اطلاعات این مطالعه همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی نماید.

[ Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13 ]
[ DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.2.7.1 ]