



## افسردگی اساسی در بزرگسالی و ازدست دادن والدین پیش از ۱۸ سالگی

دکتر مرتضی نوری خواجوی\*، دکتر کورش هلاکویی\*\*

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی رابطه‌ی نبود والدین در دوران کودکی و نوجوانی و اختلال افسردگی اساسی در بزرگسالی انجام شده است.

**روش:** این بررسی با روش مورد-گواه و گذشته‌نگر، بر روی ۶۴ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV به‌عنوان گروه مورد و ۶۸ نفر افراد غیر افسرده به‌عنوان گروه گواه که از بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران انتخاب شدند انجام شده است.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که از ۶۴ نفر گروه مورد ۱۹ نفر (۲۹/۷٪) و از ۶۸ نفر گروه گواه، ۷ نفر (۱۰/۳٪) دست‌کم یکی از والدین خود را در سن زیر ۱۸ سال از دست داده‌اند. به بیان دیگر میزان شیوع نبود والدین در سن زیر ۱۸ سال به‌طور معنی‌داری در گروه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بیشتر از گروه گواه بود ( $p < ۰/۰۵$ ).

**نتیجه:** بین متغیرهای نبود والدین در دوران کودکی و نوجوانی و افسردگی اساسی در دوران بزرگسالی رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود دارد.

:

بیماری‌ها و اختلال‌ها در مرتبه‌ی چهارم قرار دارد (هوری و لوپز، ۱۳۷۷) و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۲۰ در رتبه‌ی دوم پس از

اختلال افسردگی اساسی<sup>۱</sup> با اختلال آشکار در خلق مشخص می‌شود. میزان شیوع این اختلال در میان کلیه

\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی (نویسنده مسئول).  
E-mail: KHAJAVI@BEHZISTY.IR

\*\* دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران. تهران، خیابان ۱۶ آذر، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی.

1- major depressive disorder

اختلال‌های قلبی و عروقی باشد. از سوی دیگر با وجود چنین اهمیتی هنوز نظریه‌ی جامعی در زمینه سبب‌شناسی افسردگی به‌ویژه با توجه به نقش ویژگی‌های فرهنگی در بروز آن ارایه نشده است.

بررسی‌ها میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی را به‌طور کلی ۶-۳٪ و در زنان دو برابر مردان گزارش نموده‌اند (سادوک<sup>۱</sup> و سادوک، ۲۰۰۳). شیوع مادام‌العمر این اختلال به ۲۵-۱۵٪ می‌رسد (همان‌جا). در ایران شیوع اختلال افسردگی اساسی بین ۵-۳٪ گزارش شده است (باقری‌یزدی، بوالهروی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۳؛ بهادرخان، ۱۳۷۲؛ پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۵؛ جاویدی، ۱۳۷۲؛ جلیلی و داویدیان، ۱۳۷۰؛ داویدیان، ایزدی، نه‌پتیان و معتبر، ۱۳۵۳؛ کوبه، ۱۳۷۲؛ نوربالا، محمد، باقری‌یزدی و یاسمی، ۱۳۸۰). نوربالا و همکاران (۱۳۸۰) شیوع افسردگی را نزدیک به ۳٪ گزارش نموده‌اند. تظاهرات بالینی افسردگی اساسی بر پایه معیارهای طبقه‌بندی بیماری‌های روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴) به‌صورت گرفتاری در خلق و سایر بخش‌های روانی، گرفتاری‌های بدنی و رفتاری - شناختی می‌باشد (همان‌جا).

در سبب‌شناسی این بیماری عوامل گوناگون زیستی، ارثی، روانی و اجتماعی مورد توجه بوده است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). از میان علل روانی - اجتماعی تأثیر نبود والدین در دوران کودکی بر افسردگی دوران بزرگسالی بیشتر مورد توجه بوده است.

گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۵۱ گویای آن بود که سلامت روانی کودکان رابطه‌ی مستقیمی با وجود پیوسته و شبانه‌روزی مادران در کنار آنها دارد. این موضوع هنگامی ارایه شد که در جوامع صنعتی، زنان بسیاری وارد بازار کار شده بودند و در خانه حضور نداشتند. این گزارش در آن دوران از سوی بسیاری از پژوهشگران مورد انتقاد قرار گرفت و آن را بیشتر ناشی از تسلط‌گرایی‌های مردسالارانه بر سازمان جهانی بهداشت دانستند. در گزارش یادشده

جدایی‌های کوتاه‌مدت چند ساعته در روز نیز موجب بروز اختلال‌های رفتاری در کودکان دانسته شده بود (راتر<sup>۳</sup>، ۱۹۷۱).

در این میان مارگارت مید<sup>۴</sup> جامعه‌شناس و راتر روانشناس از دو دیدگاه، مخدوش‌بودن گزارش سازمان جهانی بهداشت را مورد تأکید قرار دادند (همان‌جا). از آن پس این موضوع مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است. این پرسش‌ها که جدایی تا چه میزان می‌تواند زیان‌بار باشد و چه نوع جدایی زیان‌بارتر است و آسیب بیشتری وارد می‌کند مطرح بوده است. به‌هر روی اگر جدایی کودک از والدین به‌علت فوت یکی از آنها باشد تأثیر کمتری در پیدایش اختلال‌های روانی دارد تا این‌که ناشی از طلاق باشد، تا آن‌جا که میزان شیوع افسردگی در کسانی که پدر یا مادر خود را به دلیل طلاق از دست می‌دهند چهار برابر کسانی است که به‌دلیل فوت، پدر یا مادر خود را از دست می‌دهند (همان‌جا). کندلر<sup>۵</sup> (۱۹۸۶) نیز تأثیر نبود مادر را در زیر سن ۱۷ سال مورد تأکید قرار داد.

این نظریه برپایه‌ی دیدگاه‌های بالبی<sup>۶</sup> (۱۹۵۲، ۱۹۸۲، ۱۹۸۸) استوار گردیده که خود بر نظریه‌ی ناکامی‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و پیامدهای روانی ناشی از آن بنا شده است. از این رو تأثیر نبود والدین در ایجاد افسردگی در فرهنگ‌های گوناگون، متفاوت خواهد بود. به‌ویژه در زمینه‌ی یکپارچگی خانواده و حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی تفاوت‌های زیادی در جوامع وجود دارد.

هدف از انجام این پژوهش پاسخ به این پرسش بوده است که آیا در ایران که بافت خانوادگی آن بسیار متفاوت از جوامع غربی است ارتباطی بین نبود والدین در دوران کودکی و بروز اختلال افسردگی اساسی در بزرگسالی وجود دارد یا خیر. از این رو با توجه به تفاوت ژرف شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی

1- Sadock

2- American Psychiatric Association

3- Rutter

5- Kendler

4- Margaret Mead

6- Bowlby

ایران با کشورهایی که بررسی یادشده در آنها انجام شده، اجرای این بررسی در ایران ضروری به نظر می‌رسید.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های دو گروه مورد بررسی برحسب جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیل و سن

متغیر	مورد		گواه
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
جنس	مرد	۳۱ (۴۸/۴)	۳۳ (۴۸/۵)
	زن	۳۳ (۵۱/۶)	۳۵ (۵۱/۵)
وضعیت تأهل	متأهل	۴۴ (۶۸/۸)	۴۴ (۶۷/۷)
	مجرد	۱۵ (۲۳/۵)	۱۵ (۲۳/۱)
بیوه		۱ (۱/۵)	۱ (۱/۵)
	مطلقه	۱ (۱/۵)	۴ (۶/۲)
متارکه		۳ (۴/۷)	- (-)
	سایر موارد	- (-)	۱ (۱/۵)
نامشخص		- (-)	۳ (۴/۴)
	بی سواد	۱ (۱/۶)	- (-)
میزان تحصیل	خواندن و نوشتن	۱۶ (۲۵/۴)	۱۴ (۲۱/۲)
	تحصیلات دبیرستانی	۲۷ (۴۲/۸)	۲۶ (۳۹/۴)
تحصیلات دانشگاهی		۱۹ (۳۰/۲)	۲۶ (۳۹/۴)
	نامشخص	۱ (۱/۶)	۲ (۲/۹)
سن	کمتر از ۳۰	۱۵ (۲۳/۴)	۱۹ (۲۷/۹)
	۳۱-۵۰	۴۱ (۶۴/۱)	۴۶ (۶۷/۶)
۵۱ و بالاتر		۶ (۹/۳۷)	۳ (۴/۵)
	نامشخص	۲ (۳/۱)	- (-)

این بررسی از نوع توصیفی گذشته‌نگر با دو گروه مورد و گواه می‌باشد. گروه مورد ۶۴ نفر از بیماران دچار اختلال افسردگی اساسی (برپایه معیارهای تشخیصی DSM-IV) بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر تهران بودند و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و گروه گواه ۶۸ نفر از بیماران غیرافسرده بستری در بخش‌های جسمی بیمارستان‌های دانشگاهی بودند که به‌صورت روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند.

داده‌های پژوهش به‌کمک یک پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی که دارای پرسش‌هایی در زمینه نبود والدین نیز بود از هر دو گروه گردآوری و به‌کمک روش‌های آماری توصیفی تحلیل گردید.

یافته‌های پژوهش تفاوت معنی‌داری در زمینه متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و میانگین سنی دو گروه مورد و گواه نشان نداد (جدول ۱).

همان‌گونه که در جدول ۲ که مربوط به فرضیه اصلی پژوهش می‌باشد نشان داده شده است، از مجموع ۶۴ نفر گروه مورد ۲۹/۷٪ و در گروه گواه تنها ۱۰/۳٪ از ۶۸ نفر دست‌کم یکی از والدین خود را پیش از ۱۸ سالگی از دست داده‌اند.

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه مورد، از ۱۹ نفری که والدین خود را پیش از ۱۸ سالگی از دست داده‌اند ۱۵ نفر فقط پدر و ۳ نفر فقط مادر خود را از دست داده بودند و در گروه گواه ۲ نفر از ۷ نفر فقط پدر و ۴ نفر فقط مادر خود را از دست داده بودند.

جدول ۲- توزیع فراوانی چگونگی نبود دست‌کم یکی از والدین در گروه مورد و گواه

بود یا نبود والدین	مورد		گواه
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
دارد	۴۳ (۶۷/۲)	۶۰ (۸۸/۲)	
ندارد	۱۹ (۲۹/۷)	۷ (۱۰/۳)	
بی‌پاسخ	۲ (۳/۱)	۱ (۱/۵)	
جمع	۶۴ (۱۰۰)	۶۸ (۱۰۰)	

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌هایی که والدین خود را از دست داده‌اند بر حسب گروه و والد از دست رفته

	مورد	گواه
	فراوانی (%)	فراوانی (%)
پدر	۱۵ (۷۸/۹)	۲ (۲۸/۶)
مادر	۳ (۱۵/۸)	۴ (۵۷/۱)
هر دو	۱ (۵/۳)	۱ (۱۴/۳)
جمع	۱۹ (۱۰۰)	۷ (۱۰۰)

این پژوهش، رابطه‌ی نبود والدین در سنین زیر ۱۸ سالگی و افسردگی اساسی بزرگسالی را بررسی نموده است. همان‌گونه که بیان شد ۲۹/۷٪ در گروه مورد و ۱۰/۳٪ در گروه گواه یکی از والدین خود را در سنین یادشده از دست داده بودند. این یافته تا اندازه‌ای با یافته‌های سایر پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسویی دارد. به نظر می‌رسد علی‌رغم تفاوت‌های فرهنگی - اجتماعی موجود در جوامع مختلف، تأثیر نبود والدین در ایجاد افسردگی بزرگسالی، در بررسی‌های انجام شده، تا اندازه‌ای یکسان است. برپایه محاسبه Odds Ratio (OR)  $R=3/78$  انجام شده در بررسی حاضر، از نظر آماری تفاوت موجود معنی‌دار است ( $P<0/05$ ).

گرچه در بررسی‌های پیشین از دست دادن والدین را در سنین کمتر از ۱۲-۱۱ سال در نظر گرفته‌اند، چون سن قانونی برپایه معیارهای حقوق کودک که توسط بیشتر کشورها از جمله ایران پذیرفته شده، ۱۸ سالگی دانسته شده است و برپایه بررسی‌های انجام شده که از دست دادن والدین در سن زیر ۱۸ سالگی سبب آسیب‌پذیر شدن افراد در برابر اختلال‌های روانی از جمله افسردگی می‌شود، در این بررسی نیز این سن مورد توجه قرار گرفت. یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر، عدم تفاوت معنی‌دار نوع والد از دست رفته است. هرچند فرایند نظری ایجاد افسردگی ناشی از نبود پدر یا مادر برپایه‌ی ناکامی‌های روانی - اجتماعی، بیشتر بر

نقش پدر تأکید دارد به‌ویژه در جوامعی که مرد از نقش مهم‌تری در حمایت‌های اجتماعی برخوردار است.

به‌طور کلی باید گفت که نبود یکی از والدین و یا هر دوی آنها در سنین زیر ۱۸ سالگی ممکن است یکی از عامل‌های خطر بروز افسردگی اساسی در بزرگسالی به‌شمار رود، و این را می‌توان با انجام یک بررسی کوهورت مورد ارزیابی قرار داد.

گنجانیدن نمونه‌هایی از مناطق روستایی و یا شهرهای کوچک در بررسی‌های مشابه، امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها را بیشتر می‌کند.

بدین‌وسیله از راهنمایی‌ها و همکاری‌های ارزنده‌ی آقایان دکتر حسن افتخار اردبیلی، رضا باغستانی، دکتر علی فیض‌زاده، دکتر عباس منتظری، دکتر مهدی نصر اصفهانی، سرکار خانم زهرا مصطفوی و همکاران گرامی در معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور تشکر و قدردانی می‌شود.

باقری یزدی، سیدعباس؛ بوالهروی، جعفر؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی میبد- یزد. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۱، ۴۲-۳۲.

بهادرخان، جواد (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی گناباد خراسان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

پالانگ، حسن؛ نصر اصفهانی، مهدی؛ براهنی، محمدنقی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوم، شماره ۴، ۲۷-۱۹.

تحویلدار، مریم؛ پورشهباز، عباس؛ معصومیان، حسام (۱۳۷۸). *مطالعه وضعیت طلاق در ایران*. تهران: معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی.

Rutter, M. (1971). Parent-child separation, psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 233-245.

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. (p.p. 1329-1330).

Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2003). *Synopsis of psychiatry behavioral science and clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, (p. 541).

جاویدی، حجت ا... (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق مرودشت فارس*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

جلیلی احمد، داویدیان، هاراطون (۱۳۷۰). *بررسی اپیدمیولوژیک بیماریهای روانی در یک روستا در حاشیه کویر*. مقاله ارائه شده در سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. تهران، ۱۴-۱۱ آذر ماه.

داویدیان، هاراطون؛ ایزدی، سیروس؛ نهایتیان، وارثکس؛ معتبر، منصور (۱۳۵۳). *بررسی مقدماتی شیوع بیماریهای روانی در منطقه بحر خزر (شهرستان رودسر، ۱۳۵۰)*، *مجله بهداشت ایران*، سال سوم شماره ۴، ۱۵۶-۱۴۵.

کوبه، فرخ (۱۳۷۲). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق روستایی آذرشهر تبریز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم؛ باقری یزدی، سیدعباس؛ یاسمی، محمدتقی (۱۳۸۰). *نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران*. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

هوری، سیتوفر؛ لویز، آلن (۱۳۷۷). *بار جهانی بیماری‌ها*، ترجمه: دکتر پژمان شادپور. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, D.C.: *American Psychiatric Association*.

Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*. Geneva: WHO. (p. 480).

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Vol. I- attachment* (2<sup>nd</sup> ed.). USA Basic Books. 325-340.

Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1-10.

Kendler, K. (1996). Childhood parental loss and alcoholism in women. *Journal of Psychological Medicine*, 26, 47-56.