

Epidemiology of depression and anxiety disorders in the population of Ilam city in 2019

Fathola Mohamadian^{1*} , Yousef Veisani² , Sehat Aibod² , Reza Mansouri Koryani² ,
Akbar Azizifar³ 

¹ Department of Psychology, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

¹ Psychosocial Injuries Research Center, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Ilam Province, Iran

¹ Department of of English Language, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam Province, Ilam, Iran

Article Info	ABSTRACT
<p>Article type: Research article</p> <p>Article History: Received: Jun. 13, 2022 revised: Nov. 08, 2024 Accepted: Nov. 13, 2024 Published Online: Jan. 18, 2025</p> <p>* Correspondence to: Fathola Mohamadian Department of Psychology, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran</p> <p>Email: mobinmohamadian@yahoo.com</p>	<p>Introduction: Depression and anxiety are among the main psychological issues that, if persistent and intensified, can develop into serious disorders and impose significant burdens on society. Maintaining tranquility and preventing these disorders contributes to the enhancement of community welfare and well-being. This study aimed to determine the prevalence of depression and anxiety disorders in the population of Ilam City in 1399 (2020).</p> <p>Materials & Methods: This descriptive-analytical cross-sectional study targeted individuals aged 15 to 65 years in Ilam City. A total of 821 participants (493 women and 328 men) were selected using a combination of cluster sampling and simple random sampling methods. Data were collected through a demographic questionnaire and structured interviews based on the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS). Data analysis was conducted using SPSS version 22, employing descriptive statistics and variance analysis.</p> <p>Results: The prevalence of major depression was 14.7%, dysthymia 14.4%, generalized anxiety disorder 10%, obsessive-compulsive disorder 14.7%, and phobia 14%. Significant relationships were observed between depression disorders and age and education level ($P < 0.05$), as well as between panic disorder and occupation and education level ($P < 0.05$).</p> <p>Conclusion: This study indicates a high prevalence of anxiety disorders and a moderate to high prevalence of depression in the studied population, highlighting the need for educational and intervention programs to prevent psychological issues in Ilam province. Keywords: Epidemiology, Depression, Anxiety, Ilam.</p> <p>Keywords: epidemiology, depression, anxiety, Ilam</p>
<p>How to cite this paper: Mohamadian F, Veisani Y, Aibod S, Mansouri Koryani R, Azizifar A. Epidemiology of depression and anxiety disorders in the population of Ilam city in 2019. <i>Journal of Ilam University of Medical Sciences</i>. 2025;1(2):37-48.</p>	



© The Author(s) Journal of Psychological Injurie. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits copy and redistributethe material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

همه گیر شناسی اختلالات افسردگی و اضطراب در جمعیت شهر ایلام در سال ۱۳۹۹

فتح الله محمدیان*^۱، یوسف ویسانی^۲، صحت آید^۲، رضا منصوری کربانی^۲، اکبر عزیزی فر^۲^۱ گروه روان شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران^۲ مرکز تحقیقات آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران^۳ گروه زبان انگلیسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، استان ایلام، ایلام، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: پژوهشی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱</p> <p>تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۷/۱۸</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۳</p> <p>تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۲۹</p> <p>نویسنده مسئول: فتح الله محمدیان گروه روان شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران</p> <p>Email: mohinmohamadian@yahoo.com</p>	<p>مقدمه: افسردگی و اضطراب از جمله مشکلات روان شناختی اصلی هستند که در صورت ادامه و تشدید می توانند به بیماری های جدی تبدیل شوند و عوارض سنگینی بر جامعه تحمیل کنند. حفظ آرامش و جلوگیری از این اختلالات به ارتقای رفاه و بهزیستی جامعه کمک می کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان شیوع اختلالات افسردگی و اضطراب در جمعیت شهر ایلام در سال ۱۳۹۹ انجام شد.</p> <p>مواد و روش ها: این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است و جامعه آماری آن شامل افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله در شهر ایلام بود. در مجموع، ۸۲۱ آزمودنی (۴۹۳ زن و ۳۲۸ مرد) به روش ترکیبی از نمونه گیری تصادفی خوشه ای و ساده انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسش نامه جمعیت شناختی و مصاحبه ساختارمند بر اساس پرسش نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم افزار SPSS vol.22 و آزمون های آماری توصیفی و تحلیل واریانس صورت گرفت.</p> <p>یافته های پژوهش: شیوع افسردگی اساسی ۱۴/۷ درصد، افسرده خویی ۱۴/۴ درصد، اضطراب فراگیر ۱۰ درصد، اختلال وسواس ۱۴/۷ درصد و فوبیا ۱۴ درصد بود. ارتباط معنی داری میان اختلالات افسردگی و سن و تحصیلات ($P < 0.05$) و همچنین میان اختلال وحشت زدگی و شغل و تحصیلات ($P < 0.05$) مشاهده شد.</p> <p>بحث و نتیجه گیری: این پژوهش شیوع بالای اختلالات اضطرابی و شیوع متوسط تا بالا در افسردگی در جمعیت مطالعه شده را نشان می دهد و نیاز به برنامه های آموزشی و مداخله ای برای پیشگیری از مشکلات روانی را در استان ایلام ضروری می سازد.</p> <p>واژه های کلیدی: همه گیر شناسی، افسردگی، اضطراب، ایلام</p>
<p>استناد: محمدیان فتح الله، ویسانی یوسف، آید صحت، منصوری کربانی رضا، عزیزی فر اکبر. همه گیر شناسی اختلالات افسردگی و اضطراب در جمعیت شهر ایلام در سال ۱۳۹۹. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دی ۱۴۰۳؛ ۱(۲): ۳۷-۴۸.</p>	



مقدمه

اختلالات افسردگی و اضطراب از جمله رایج‌ترین مشکلات روانی در جوامع معاصر به‌شمار می‌روند و تأثیرات عمیقی بر کیفیت زندگی افراد دارند. این اختلالات نه تنها سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه می‌توانند به مشکلات اجتماعی و اقتصادی نیز منجر شوند. بر اساس آمارهای جهانی، شیوع این اختلالات به‌ویژه در سال‌های اخیر افزایش یافته و پاندمی COVID-19 به این روند دامن زده است (۱).

افسردگی و اضطراب با سرعت شیوع ۲۰ درصد در سال در جمعیت عمومی، از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی هستند (۲). افسردگی یکی از عمده‌ترین مسائل پزشکی و اجتماعی روز است و در صورت ادامه یافتن، نیروهای کار و توانمندیهای فرد و وضع اقتصادی و اجتماعی او را زایل می‌کند. تقریباً ۱۵ درصد کل جمعیت در مقطعی از زندگی خود، یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌نمایند. در حال حاضر، افسردگی چهارمین علت بیماریهای شایع در جهان است و طبق برآوردهای انجام‌شده تا سال ۲۰۲۰، دومین علت شایع بیماری‌ها در جهان افسردگی می‌شود (۳).

در مطالعه‌ای، شیوع جهانی افسردگی متوسط تا شدید ۶۰/۸ درصد و اضطراب ۷۳ درصد گزارش شده است (۴). در سراسر جهان، حدود ۳۰۰ میلیون نفر به درجات مختلف افسردگی مبتلا هستند که سالانه ۸۰۰ هزار نفر از این تعداد اقدام به خودکشی می‌کنند. مطالعه‌ای در هند نشان داد، شیوع افسردگی در جمعیت عمومی از ۶ درصد تا ۵۲/۷ درصد متفاوت است (۵).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که میزان ابتلا به افسردگی از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۷، ۴۹ درصد افزایش یافته است (۶). نرخ دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی برای افسردگی اندک گزارش شده است. یک مطالعه گزارش داد که درصد نرخ درمان سالانه برای دوره‌های افسردگی اساسی ۳۹ درصد است (۷). برای کاهش نابرابری‌های سلامت روان در سطح جهانی، ارزیابی شیوع افسردگی در جامعه و تنوع در شیوع بر اساس منطقه جغرافیایی، درآمد کشور و

روش ارزیابی اهمیت دارد (۸). کاهش شیوع اختلالات روانی رایج همچنان چالش حل‌نشده‌ای برای دستگاه‌های بهداشت در سطح جهانی است که ممکن است نیازمند توجه بیشتر به «شکاف کیفیت ارائه خدمات درمان» و همچنین بی‌توجهی به پیشگیری از اختلالات روانی رایج باشد (۹).

پیچیدگی زندگی فردی و اجتماعی ایجاب می‌کند که افراد به‌طور دائم در مقابل ناملایمات از خودسازگاری نشان دهند. این سازگاری باعث رشد یافتن هویت و شخصیت میشود و اضطرابی که توسط آن ایجاد می‌گردد، معمولاً اضطراب بهنجار است؛ اما اضطراب‌های نابهنجار که نوع بیمارگونه این اختلال است، در اثر تعارضات و ناکامی‌هایی به‌وجود می‌آید که شخص در زندگی روزمره تجربه می‌کند و قادر نیست به نحو صحیحی با آن مواجه شود، به‌طوری‌که این اختلال می‌تواند کارکرد روزانه فرد را مختل سازد (۱۰). اضطراب پاتولوژیک یک واکنش هیجانی بیش‌ازحد، پیش‌بینی‌نشده، غیرقابل کنترل و طاقت‌فرسا به تهدید ظاهری و قریب‌الوقوع تعریف می‌شود (۱۱). قرار گرفتن در معرض عوامل خطر محیطی برای اضطراب (به‌عنوان مثال، فشار مالی) در حال افزایش است (۱۲). اختلالات اضطرابی، در مقایسه با اختلالات روانی عمده مانند اختلالات روان‌پریشی و اختلالات مصرف مواد که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند، کمتر مورد توجه درمانگران قرار می‌گیرد. علاوه بر این، اضطراب کمتر از افسردگی و اقدام به خودکشی در رسانه‌ها گزارش می‌شود که به کاهش رفتارهای کمک‌خواهی بیمارانی منجر می‌گردد که از اضطراب رنج می‌برند (۱۳). بر اساس تحقیقاتی انجام‌گرفته در ایران، حدود ۷ میلیون نفر از مردم از نوعی اختلال روانی رنج می‌برند و حدود ۲۵ - ۱۵ درصد جمعیت کشور افسردگی در حد خفیف تا شدید را تجربه می‌کنند؛ همچنین پیش‌بینی می‌شود تعداد افراد افسرده به علت فشارهای ناشی از تغییرات اجتماعی - محیطی و افزایش برخی از بیماری‌های جسمانی رو به افزایش است (۱۴).

ویسانی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی، شیوع و تفاوت جنسیتی در اختلالات روان‌پزشکی در مناطق شهری

بود که باعث کند شدن سرعت پرسشگری و جمع‌آوری داده‌ها شد. جامعه آماری پژوهش شامل جمعیت عمومی (۱۵ تا ۶۵ ساله) شهر ایلام بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵ درصد و با توجه به شیوع قبلی (۳۰ درصد $P=$) و خطای برآورد ۴ درصد، ۵۰۴ نفر بود که با احتساب ضریب Q نمونه‌گیری خوشه‌ای برابر ۱/۵، تعداد نفر تعیین گردید.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت‌اند از: سن شرکت‌کنندگان باید در محدوده سنی ۱۵ تا ۶۵ سال باشد؛ ساکن شهر ایلام باشند؛ داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه. معیارهای خروج عبارت‌اند از: مبتلا نبودن به بیماری‌های شدید و مزمن؛ مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی یا داروهای دیگر که بر وضعیت روانی تأثیرگذارند؛ افرادی که در طول مطالعه، به هر علتی همکاری نکنند یا داده‌های لازم را ارائه ندهند؛ افرادی که به علل فرهنگی یا اجتماعی، تمایلی به شرکت در مطالعه ندارند.

با توجه به احتمال افت آزمودنی ۵ تا ۱۰ درصدی، در نهایت حجم نمونه ۸۳۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به صورت ترکیبی از نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای و تصادفی ساده بود. بدین صورت که ابتدا از میان همه مراکز خدمات جامع سلامت شهری شهر ایلام، ۱۱ مرکز با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب شد. در مرحله بعد با مراجعه به مراکز جامع سلامت شهری (۱۱ مرکز)، فهرستی از جمعیت تحت پوشش هر مرکز که شرایط حضور در پژوهش را داشتند، تهیه و بر اساس آن، سهم هر مرکز از حجم نمونه کل مشخص گردید؛ سپس با توجه به سهم هر مرکز، به صورت تصادفی ساده از میان افراد تحت پوشش، نمونه پژوهشی انتخاب شد. کارشناسان ارشد روان‌شناسی بالینی جمع‌آوری اطلاعات را از طریق تکمیل پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و مصاحبه ساختاریافته بر اساس پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS) انجام دادند. پس از بررسی پرسش‌نامه‌ها، به سبب مخدوش بودن اطلاعات ۹ نفر از نمونه‌های پژوهش، این تعداد از مطالعه کنار گذاشته شدند و حجم نمونه به ۸۲۱ نفر کاهش یافت. گفتنی است، با توجه

استان ایلام را بررسی کردند. از ۷۶۳ شرکت‌کننده ۱۵ ساله و بالاتر در پژوهش، ۲۵/۸ درصد مشخصه‌های پریشانی روانی را نشان دادند در مردان، میزان شیوع اضطراب ۱۸/۲ درصد، افسردگی اساسی ۱۷/۴ درصد و اختلال وسواسی-تجربی ۱۰ درصد و در زنان، میزان شیوع اضطراب ۲۳/۶ درصد، افسردگی اساسی ۲۲/۷ درصد، اختلال وسواسی-تجربی ۱۳/۹ درصد و اختلال فوبیا ۱۰/۴ درصد بود (۱۵). در پژوهش مروت شریف‌آباد و همکاران (۱۳۹۷)، میزان شیوع افسردگی ۳۸/۹۲ درصد و شیوع اضطراب ۴۴/۳۱ درصد گزارش شد (۱۶).

از آنجا که چند سالی است مردم استان ایلام از شیوع تقریباً بالای بعضی از آسیب‌های روانی-اجتماعی مانند خودکشی، خشونت، طلاق رنج می‌برد؛ بنابراین، به منظور برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت جامعه، ابتدا لازم است تصویری از وضعیت سلامت جامعه پژوهش ارائه شود. بدیهی است هرگونه تلاش در زمینه دستیابی به سلامت و آرامش روانی که هم‌نیازی فردی و هم‌ضرورتی اجتماعی است، مستلزم آشنایی دقیق با معنی سلامت و چگونگی اندازه‌گیری آن است (۱۷). شهر ایلام به‌عنوان یک مرکز جمعیتی با ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی خاص، نیازمند بررسی‌های دقیق‌تری درباره همه‌گیرشناسی اختلالات افسردگی و اضطراب است. عواملی نظیر سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و فشارهای اجتماعی ممکن است به شیوع این اختلالات در این منطقه کمک کنند؛ بنابراین، این پژوهش با هدف شناخت الگوهای شیوع و تعیین عوامل مؤثر بر بروز این اختلالات در جمعیت شهری ایلام در سال ۱۳۹۹ انجام گردید. نتایج این تحقیق می‌تواند به تدوین برنامه‌های مداخلاتی مناسب برای بهبود سلامت روان جامعه کمک کند و به شناسایی نیازهای درمانی آنان بپردازد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی بود که از ابتدای دی‌ماه سال ۱۳۹۸ تا پایان سال ۱۳۹۹، با همکاری مراکز جامع سلامت شهری استان ایلام انجام گرفت. شیوع کرونا یکی از علل طولانی شدن این پژوهش

طرح آغاز شد. رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در پژوهش اخذ گردید. مشارکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود و دربارهٔ محرمانه بودن داده‌ها به همهٔ شرکت‌کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد. روش جمع‌آوری اطلاعات به این صورت بود که ابتدا به همهٔ مراکز جامع خدمات سلامت شهری مراجعه می‌شد و با استفاده از فهرست خانوارهایی که تحت پوشش این مراکز بودند، از طریق سامانه سب (سامانه)، فهرستی مشتمل بر تعداد افراد ۱۵ تا ۶۵ ساله هر مرکز تهیه می‌گردید و سهم هریک از مراکز بر اساس فرمول $ni=Ki/N$ (۱) مشخص می‌شد و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، نمونه‌ها انتخاب گردیدند. پس از تعیین افراد مدنظر، با آنان تماس گرفته می‌شد تا به مراکز بهداشتی محل سکونت خود مراجعه نمایند. برای کسانی که به هر علت در مراجعه به مراکز مشکل داشتند - که اغلب شامل مردان شاغل و افراد سالمند بودند - پرسشگران به درب منازل آنان مراجعه می‌کردند و پس از ارائه توضیح دربارهٔ طرح و هدف از اجرای آن، ابتدا پرسش‌نامهٔ مشخصات فردی سپس پرسش‌نامهٔ عوامل اجتماعی و درنهایت، با انجام مصاحبهٔ ساختاریافته بر اساس پرسش‌نامهٔ اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنیا (SADS)، اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردید.

نتایج

در این پژوهش، تعداد ۸۳۱ نفر با میانگین سنی $33/21 \pm 11/77$ سال مطالعه گردیدند که شامل ۴۹۳ نفر زن (۶۰/۵ درصد) و ۳۲۸ نفر مرد (۳۹/۵ درصد) بودند. از نظر وضعیت تأهل، ۲۳۸ نفر (۲۹ درصد) مجرد، ۵۵۱ نفر (۶۷/۱ درصد) متأهل و ۳۲ نفر (۳/۹ درصد) بیوه و مطلقه بودند. در زمینهٔ وضعیت تحصیلی، ۴۰۸ نفر (۴۹/۷۰ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۱۷۹ نفر (۲۱/۸ درصد) دیپلم و ۲۳۴ نفر (۲۸/۵۰ درصد) زیر دیپلم بودند. از نظر وضعیت شغلی، ۳۲۹ نفر (۴۰/۱ درصد) خانه‌دار، ۱۷۹ نفر (۲۱/۸ درصد) کارمند، ۱۵۴ نفر (۱۸/۸ درصد) شغل آزاد، ۱۱۳ نفر (۱۳/۸ درصد) دانشجو و ۴۶ نفر (۵/۶ درصد) بیکار بودند. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

به اینکه پرسش‌نامهٔ SADS تاکنون بر اساس DSM-5 تدوین نشده است؛ بنابراین، تشخیص‌گذاری اختلالات بر اساس معیارهای طبقه‌بندی DSM-IV-TR بود.

ابزار پژوهش؛ پرسش‌نامهٔ اختلالات عاطفی و

اسکیزوفرنیا (SADS)؛ اسپیتزر (Spitzer) و همکاران این پرسش‌نامه را طراحی کرده‌اند (۱۸) و بر اساس آن می‌توان بیماریابی و تشخیص اختلالات را در یک مرحله انجام داد؛ بنابراین، هم‌زمان با تجدیدنظر در DSM، فرم‌های متنوعی از SADS تدوین شده و تدریجاً تکامل یافته است. تحقیقاتی که دربارهٔ اعتبار و روایی این آزمون انجام گرفته، نشان‌دهندهٔ معتبر بودن این آزمون است؛ برای مثال، در مطالعهٔ سیمپسون (Simpson) و همکاران (۱۹)، روایی تشخیصی دوره‌های افسردگی، مانیا و هیپومانیا با SADS به دو روش محاسبه شده است؛ در روش اول که از طریق ضریب توافق محاسبه گردید، توافق کاملی میان نمره‌گذاران دربارهٔ هر سه اختلال وجود داشت. در روش دوم که مبتنی بر آزمون مجدد بود، ضریب کاپا (Cohen Kappa) دربارهٔ مانیا، هیپومانیا و افسردگی اساسی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ۱ به‌دست آمد. در بهترین سطح برآورد، ضرایب کاپا برای بیماری‌های دوقطبی نوع یک، دوقطبی نوع دو و تک‌قطبی راجعه به ترتیب ۰/۹۹، ۰/۹۹ و ۰/۹۸ بود. این نتایج مبین روایی بسیار بالای SADS در تشخیص گروه‌های بیمار در این مطالعه است. بر اساس یافته‌های این برنامه می‌توان اختلالات را در یک مرحله غربالگری و تشخیص‌گذاری کرد. گفتنی است، با توجه به اهداف پژوهش، تنها از بخش اختلالات افسردگی و اضطرابی SADS استفاده گردید.

شیوهٔ اجرا؛ پس از دریافت مجوزهای لازم از

مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، موافقت رئیس مرکز بهداشت شهرستان ایلام و هماهنگی با مسئولان مراکز خدمات جامع سلامت شهری و پس از ارائهٔ آموزش‌های لازم به کارشناسان سلامت روان مستقر در مراکز جامع خدمات سلامت شهری که همگی مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی داشتند و از تجربهٔ لازم برای انجام مصاحبه‌های بالینی برخوردار بودند، اجرای

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

P-value	انحراف معیار	میانگین	افراد بدون ابتلا به اختلال		افراد مبتلا به اختلال		نوع اختلال
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
۰/۰۵	۶۰/۳۸	۴۳/۷۱	۷۰/۹ درصد	۵۸۲	۲۹/۱ درصد	۲۳۹	افسردگی (اساسی+افسرده خویی)
۰/۰۵	۷/۲۲	۱۴/۴۶	۹۳/۸ درصد	۷۷۰	۶/۲ درصد	۵۱	اختلال وحشت زدگی
۰/۰۵	۲۳/۷۳	۳۳/۵۸	۹۰ درصد	۷۴۰	۱۰ درصد	۸۱	اختلال اضطراب فراگیر
۰/۰۵	۴/۰۰	۶/۰۳	۸۵ درصد	۷۰۰	۱۴/۷ درصد	۱۲۱	اختلال وسواس
۰/۰۵	۳/۹۵	۴/۹۱	۸۶ درصد	۷۰۶	۱۴ درصد	۱۱۵	اختلال ترس مرضی (فوبی)

مبتلا به اختلال وحشت زدگی، ۱۰ درصد دچار اختلال اضطراب فراگیر، ۱۴/۷ درصد دچار اختلال وسواس و ۱۴ درصد نیز به اختلال فوبیا مبتلا بوده‌اند..

بر اساس نتایج جدول شماره ۱ و با استفاده از آزمون‌های مناسب، ۲۹/۱ درصد از نمونه‌های پژوهش دچار افسردگی (افسردگی اساسی و افسرده خویی)، ۶/۲ درصد

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی و میانگین متغیرهای پژوهش برحسب متغیرهای دموگرافیک

گروه	افسردگی		وحشت زدگی		اضطراب فراگیر		وسواس		فوبیا		
	میانگین	فراوانی	میانگین	فراوانی	میانگین	فراوانی	میانگین	فراوانی	میانگین	فراوانی	
جنسیت	مرد	۶۸	۳۶/۰۴	۲۲	۱۶/۷۳	۲۵	۳۵/۴۸	۵۰	۶/۲	۳۲	۵/۱۹
	زن	۱۷۱	۴۶/۷۸	۲۹	۱۳/۱	۵۶	۳۲/۷۳	۷۱	۵/۹۲	۸۳	۴/۸۱
سن	≤۲۰	۴۳	۳۱/۴۹	۳	۱۱/۶۷	۱۰	۲۱/۴	۱۲	۴/۴۲	۱۹	۵/۳۲
	۲۱-۳۰	۸۷	۲۸/۷	۲۰	۱۵/۳	۱۷	۳۴/۷۱	۳۹	۶/۴۹	۳۸	۵/۰۵
	۳۱-۴۰	۱۰۶	۵۰/۵۸	۱۷	۱۵/۸۸	۲۵	۲۶/۷۶	۳۴	۶/۷۹	۳۹	۴/۳۳
	۴۱-۵۰	۶۵	۵۷/۴۸	۴	۱۶/۵	۲۲	۴۶/۹۵	۲۶	۵/۶۵	۱۵	۴/۹۳
	۵۱-۶۰	۲۷	۵۱/۵۹	۷	۱۰/۱۴	۶	۲۹/۳۳	۹	۴/۴۴	۳	۸/۳۳
وضعیت تأهل	مجرد	۸۳	۳۹/۴۸	۱۶	۱۳/۷۵	۲۲	۳۰/۰۵	۳۷	۶/۴۳	۴۵	۶/۳۶
	متاهل	۲۴۲	۴۳/۰۶	۳۴	۱۵/۵	۵۹	۳۴/۹	۸۴	۵/۸۶	۶۷	۳/۹۷
	بیوه	۶	۹۶/۶۷	۱	۱	—	—	—	—	۱	۱
میزان تحصیلات	مطلقه	۵	۸۱/۸	—	—	—	—	—	—	۲	۶
	دکتری	۵	۶۸/۶	-	-	۱	۳۸	۳	۴	۹	۶/۶۷
	ارشد	۲۳	۱۱/۵۷	۲	۱۹	۲	۲۳	۴۷	۶/۵۱	۳۷	۵/۵۱
	لیسانس	۹۲	۴۰/۷۱	۲۴	۱۹/۴۲	۲۷	۳۷/۶۷	۱۵	۵/۸۷	۱۱	۷/۱۸
	کاردانی	۲۲	۵۲/۵۵	۳	۱۳/۳۳	۱۱	۳۶/۱۸	۲۱	۶/۸۶	۲۴	۳/۷۵
	دیپلم	۶۶	۴۸/۸	۹	۹/۱۱	۱۹	۲۷/۲۱	۷	۴	۱۲	۴/۲۵
	متوسطه	۳۶	۳۴/۳۶	۴	۱۱/۵	۴	۳۵/۲۵	۹	۵/۴۴	۱۳	۴/۹۲
	راهنمایی	۴۰	۶۲/۴۸	۷	۱۰/۵۷	۹	۳۰/۷۸	۱۳	۵/۳۱	۶	۲/۳۳

۱	۱	۶	۱	۲۵/۵	۴	۱	۱	۳۲/۰۹	۳۲	ابتدایی	وضعیت شغلی
۱	۲	۵/۶	۵	۴۶	۴	۱	۱	۷۴/۰۷	۱۵	بی سواد	
۳/۷۲	۱۸	۷/۱۶	۲۵	۲۵/۳	۱۰	۱۴/۷۵	۱۲	۳۲/۲۸	۴۶	آزاد	
۶/۷۴	۲۳	۴/۳	۲۷	۴۱/۴۱	۱۷	۲۰/۴	۱۰	۴۵/۲۶	۶۹	کارمند	
۶/۳۳	۱۸	۶/۲۱	۱۴	۲۴	۱۰	۱۴	۶	۳۴/۴۸	۴۰	محصل / دانشجو	
۴/۱۴	۴۹	۶/۴۲	۵۰	۳۳/۶۹	۳۵	۱۲/۸۲	۲۲	۴۹/۱۶	۱۶۴	خانه دار	
۳/۷۱	۷	۵/۴	۵	۳۸/۲۲	۹	۱	۱	۳۷/۴۷	۱۷	بیکار	

می دهد؛ همچنین نتایج مربوط به آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس میانگین های جدول شماره ۲ در جدول شماره ۳ درج شده است.

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی و میانگین متغیرهای پژوهش برحسب متغیرهای دموگرافیک (جنسیت، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی) را نشان

جدول شماره ۳. آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش برحسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	جنسیت		سن		تأهل		تحصیلات		شغل	
	P-value	t	P-value	F	P-value	F	P-value	F	P-value	F
افسردگی	۰/۱۴	-۱/۴۷	۰/۰۲۹	۲/۵۲	۰/۰۷	۲/۳۷	۰/۰۲	۲/۲۱	۱/۰۳	۰/۳۸
وحشت زدگی	۰/۰۶	۱/۸۷	۰/۳۹	۱/۰۴	۰/۱۱	۲/۲۵	۰/۰۰۱	۷/۰۴	۳/۳۸	۰/۰۱۶
اضطراب فراگیر	۰/۷۳	۰/۳۴	۰/۸۳	۰/۵۲	۰/۲۸	۱/۲۷	۰/۰۳	۲/۶۳	۰/۶۶	۰/۴۱
وسواس	۰/۷۰	۰/۳۸	۰/۳۸	۱/۰۶	۰/۴۶	۰/۵۲	۰/۷۸	۰/۵۸	۱/۹۸	۰/۱۰
فوبیا	۰/۶۴	۰/۴۶	۰/۶۵	۰/۶۶	۰/۰۱	۳/۹۲	۰/۰۷	۱/۸۷	۳/۰۴	۰/۰۲

(میانگین=۲۰/۴) به ترتیب کمترین و بیشترین میزان اختلال وحشت زدگی را نشان دادند.

تفاوت میانگین اضطراب فراگیر تنها برای گروه های مختلف تحصیلی ($F=2.63$, $P<0.01$) با استفاده از آزمون آنووا معنی دار بود. با افزایش سطح تحصیلات، میزان ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز افزایش یافت. در این باره میان گروه های مختلف جنسیتی، سنی، تأهلی و شغلی از نظر اضطراب فراگیر تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

تفاوت میانگین اختلال ترس مرضی (فوبیا) برای گروه های مختلف تأهلی ($F=3.92$, $P<0.01$) و شغلی ($F=3.04$, $P<0.02$) با استفاده از آزمون آنووا نیز معنی دار بود، به طوری که افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل دچار اختلال ترس مرضی بودند؛ همچنین در میان گروه های مختلف شغلی،

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد، تفاوت میانگین افسردگی تنها برای گروه های مختلف سنی ($F=2.52$)، تحصیلی ($F=2.21$, $P<0.02$) با استفاده از آزمون آنووا معنی دار است. به طور خاص، افراد جوان تر در نمونه پژوهش بیشتر از افراد میان سال دچار افسردگی بودند و بالاترین شیوع افسردگی در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال مشاهده شد؛ همچنین با افزایش سطح تحصیلات، میزان ابتلا به اختلال افسردگی کاهش یافت.

تفاوت میانگین وحشت زدگی نیز تنها برای گروه های مختلف تحصیلی ($F=7.04$, $P<0.001$) و شغلی ($F=3.38$) با استفاده از آزمون آنووا معنی دار بود. با افزایش سطح سواد، میزان ابتلا به اختلال وحشت زدگی افزایش یافت، به طوری که افراد بدون شغل (میانگین=۱۲/۱۴) و کارمندان

منسجم در ارتباط هستند و منافع سلامت روانی این جاگیری به‌طور گسترده پذیرفته شده است.

از دیگر یافته‌های این پژوهش این بود که ۶/۲ درصد نمونه‌های پژوهش دچار اختلال وحشت‌زدگی هستند و بیشتر در نوجوانان شیوع داشت که با مطالعه مصطفایی و همکاران (۲۰) که شیوع این اختلال را ۳-۶ درصد می‌داند، تا حدود بسیاری همخوانی دارد؛ اما با یافته‌های کاپلان و سادوک (۲۲) که نرخ این اختلال را بین ۲/۱-۱/۱ می‌داند، همخوانی ندارد. میان زنان و مردان از نظر شیوع اختلالات اضطرابی تفاوت معناداری مشاهده نشد. تفاوت میانگین وحشت‌زدگی تنها برای گروه‌های مختلف تحصیلی و شغلی معنی‌دار بود؛ اما میان سن و وضعیت تأهل با اختلال وحشت‌زدگی رابطه معناداری مشاهده نگردید که با نتایج برخی مطالعات (۲۶، ۲۵) همخوانی دارد.

۱۰ درصد نمونه‌های پژوهش دچار اختلال اضطراب فراگیر بودند که با یافته‌های کاپلان و سادوک (۲۲) همخوانی ندارد که نرخ این اختلال را بین ۳/۱-۲/۱ و در ایران ۳-۱ درصد می‌داند. در بررسی اختلال اضطراب فراگیر از نظر جنسیت، میان زنان و مردان تفاوت معنادار نبود، هرچند میانگین این اختلال در مردان بیشتر از زنان بود؛ همچنین میان نوع شغل، سن و وضعیت تأهل با اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری به‌دست نیامد که با نتایج برخی مطالعات (۲۸)، (۲۷) مطابقت ندارد؛ اما با یافته‌های پژوهش‌های دیگر (۲۶، ۲۵) همخوانی دارد؛ همچنین میان سطح سواد و اختلال اضطراب فراگیر رابطه معناداری به‌دست آمد، بدین‌صورت که با افزایش سطح سواد افراد، میزان ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر افزایش می‌یابد.

۱۴/۷ درصد از نمونه پژوهش دچار اختلال وسواس فکری و عملی بودند که با مطالعه کاپلان و سادوک (۲۲) و مطالعه نقدی و همکاران (۲۹) همخوانی ندارد و نزدیک به پنج برابر بیشتر از این یافته‌هاست. نتایج یافته‌های تحلیلی نشان داد که میان جنسیت، سن، نوع شغل، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل و ابتلا به اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای وجود ندارد، هرچند که از نظر درصد فراوانی، شیوع این

کمترین و بیشترین میزان اختلال فوبیا به‌ترتیب مربوط به مشاغل آزاد (میانگین=۳/۷۲) و کارمندان (میانگین=۶/۷۴) بود. در نهایت، میان گروه‌های مختلف جنسیتی، سنی، تأهلی، تحصیلی و شغلی از نظر وسواس تفاوت معنی‌داری یافت نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی میزان و نوع اضطراب و افسردگی در میان جمعیت عمومی ۱۵ تا ۶۵ ساله مناطق شهری و روستایی شهر ایلام بود. تقریباً ۱۴ درصد از نمونه‌های پژوهش سابقه مراجعه به روان‌پزشک و روان‌شناس برای درمان سرپایی داشتند، در حالی که ۲۲ درصد از آنان علی‌رغم نیاز، از مراجعه و دریافت خدمات اجتناب کرده بودند. پایین بودن میزان مراجعه برای درمان مشکلات رفتاری به‌طور عمده ناشی از باورهای سنتی است که داشتن اختلال روان‌پزشکی و مراجعه به متخصصان مربوطه را ناپسند می‌داند و این امر به مژمن‌تر شدن این اختلالات منجر شده است.

۲۹/۱ درصد نمونه‌های پژوهش دچار افسردگی بودند که ۱۴/۷ درصد آنان افسردگی اساسی داشتند که کمتر از نتیجه مطالعه مصطفایی و همکاران (۲۰) بود؛ اما با نتایج مطالعه آیین‌پرست و همکاران (۲۱) و کاپلان و سادوک (۲۲) تقریباً همخوان است. ۱۴/۴ درصد نمونه‌های پژوهش دچار افسرده‌خویی بودند که حدود سه برابر میزانی است که در مطالعه مصطفایی و همکاران (۲۰) به‌دست آمد.

با وجود اینکه افسردگی در افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد، در زنان بیشتر از مردان و در افراد خانه‌دار که عموماً زنان هستند، بیشتر از سایر شغل‌های مدنظر بود؛ اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود. تنها میان افسردگی و تحصیلات رابطه معنی‌داری یافت شد. نتایج پژوهش بلودری نیز نشان داد که افراد تحصیل کرده نسبت به افراد کم‌سواد علائم افسردگی کمتری تجربه می‌کنند (۲۳). در کنار علل اقتصادی برای مزیت سلامت روان افراد تحصیل کرده‌تر، استدلال می‌شود که عوامل اجتماعی نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند. کاواچی (Kawachi) و همکاران (۲۴) دریافتند که سطوح بالاتر تحصیلات به‌طور مثبتی با قرار گرفتن در ساختارهای اجتماعی

اختلال در مردان، جوان‌ترها، افراد با تحصیلات بالا، متأهل و خانه‌دار بیشتر بود.

۱۴ درصد نمونه‌های پژوهش دچار انواع اختلال فویا بودند که درصد شیوع آگورا فویا ۳/۳ درصد، فوبی اجتماعی ۲/۳ درصد و فوبی ساده ۴ درصد بود که با نتایج برخی مطالعات (۳۱، ۳۰) همخوانی دارد؛ اما با مطالعات دیگر (۳۳، ۳۲) همسو نیست. گفتنی است، درصد فراوانی اختلالات فویا در زنان بیشتر از مردان بود؛ اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که میان نوع شغل و وضعیت تأهل رابطه معناداری وجود داشت که با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه (۳۰) همخوانی دارد، بدین‌صورت که شیوع این اختلال در افراد مجرد بیشتر از متأهل و در میان دانشجویان و دانش‌آموزان بیشتر از سایر شغل‌ها بود؛ اما میان سن و میزان تحصیلات رابطه معنادار به‌دست نیامد که با مطالعه (۳۴) همخوانی دارد.

در تبیین یافته‌های بالا می‌توان گفت که رفتار انسان به‌شدت پیچیده است و در هر لحظه و مکان، عوامل متعددی در شکل‌گیری یک رفتار خاص نقش دارند. در واقع، رفتار انسان است که زندگی فرد را چه در ارتباط با دیگران و چه در ارتباط با خود شکل می‌دهد. پیش‌زمینه این رفتار مدت‌هاست که موضوع پژوهش روان‌شناسان و محققان بوده است. در کنار این موضوع، جنبه‌های مرضی نیز مورد توجه قرار گرفت و برای سهولت، اختلالات در طبقه‌بندی‌هایی تقسیم‌گردیدند و برای هر کدام از اختلالات نشانگرهایی اختصاص داده شد. اختلالات روانی به‌ویژه در دنیای پرتنش کنونی، اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده‌اند، به‌طوری‌که اضطراب و افسردگی تاریخچه‌ای طولانی و شیوع بالایی دارند و توجه محققان را به خود جلب کرده‌اند. با توجه به نتایج پژوهش‌های متعدد از جمله این پژوهش، مشخص شده است که اختلالات اضطرابی نسبت به سایر اختلالات روان‌پزشکی شیوع بیشتری دارند و با نرخ شیوع ۱۰ تا ۲۰ درصد در سال در جمعیت عمومی، از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی محسوب می‌شوند (۳۵). با توجه به اینکه افسردگی و اضطراب می‌توانند بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، اجتماعی، خانوادگی و

شغلی تأثیر منفی بگذارد، تشخیص و درمان به‌موقع اضطراب و افسردگی به علت نقش آن در شروع و تداوم اختلالات روانی و رفتاری و تمایل به بروز رفتارهایی نظیر خودکشی، سیگار کشیدن و مصرف الکل که هر دوی آن‌ها با مخرب‌ترین بیماری‌ها در ارتباط هستند، اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد (۳۶). فردی که در معرض اضطراب و تشویش دائم است، اعتماد به‌نفس خود را از دست می‌دهد و ضمن احساس حقارت، دچار افسردگی و افت عملکرد می‌شود. تداوم این چرخه به‌مرور باعث فرسودگی روانی و جسمانی افراد و بروز اختلالات روان‌شناختی می‌گردد (۳۷)؛ بنابراین، ضرورت اقدام و مداخلات مناسب در زمینه سلامت روان جامعه دوچندان می‌نماید و لازم است تا به‌عنوان یکی از اولویت‌های مهم در حوزه سلامت مدنظر قرار گیرد. متأسفانه باید اذعان داشت که علی‌رغم پژوهش‌های متعدد صورت‌گرفته دال بر شیوع بالای اختلالات روان‌شناختی در سطح جامعه که نمونه بارز آن را می‌توان در اخبار رسمی و به‌صورت عینی مانند شیوع اعتیاد، خودکشی و اقدام به خودکشی، خشونت و حتی طلاق مشاهده کرد، مباحث مرتبط با سلامت روان در کشور ما به‌صورت ویرتینی مورد توجه قرار گرفته و به‌صورت بنیادی و برنامه‌محور به آن‌ها پرداخته نشده است که امید است به‌عنوان یک موضوع مهم و اولویت‌دار در سطح ملی و استانی به آن توجه شود.

یکی از محدودیت‌های جدی این پژوهش هم‌زمانی جمع‌آوری بخشی از داده‌های مطالعه با شیوع بیماری کووید-۱۹ بود که این محدودیت دسترسی به نمونه‌های پژوهش را سخت کرد و روند اجرای پژوهش را طولانی نمود. انجام پژوهش علمی و دقیق با رویکرد جامعه‌شناختی و روان‌شناختی درباره سبب‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی با اولویت افسردگی و اضطراب، با هدف شناسایی دقیق‌تر علل این اختلالات در ابعاد گوناگون، در استان ایلام ضروری به‌نظر می‌رسد. با توجه به نتیجه این پژوهش که حاکی از شیوع بالای اضطراب و افسردگی در میان جامعه پژوهش بود و وضعیت نگران‌کننده پاره‌ای از آسیب‌های روانی-اجتماعی از جمله خودکشی و اقدام به خودکشی در شهر و استان ایلام، پیشنهاد

مجموعه داده‌های ارائه‌شده در این مطالعه بنا به درخواست از نویسندهٔ مسئول در زمان ارسال یا پس از انتشار در دسترس است.

رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه همهٔ شرکت‌کنندگان واجد شرایط پیش از ورود به مطالعه جلب شد.

مشارکت نویسندگان

صحت آید نسخه اولیه مقاله را تهیه و در مراحل سابمیت، اصلاحات داوران و تایید نهایی مشارکت داشته است. رضا منصوری کربانی در جمع‌آوری و وارد کردن داده‌ها در نرم‌افزار آماری مشارکت داشته است.

فتح اله محمدیان در تفسیر نتایج و پاسخ به داوران نقش ایفا کرده است.

یوسف وسانی در در تحلیل داده‌ها و ویرایش نسخه نهایی مشارکت کرده‌اند.

اکبر عزیزی فر در ترجمه و ویرایش مقاله مشارکت داشته‌اند.

می‌گردد تا دبیرخانهٔ آسیب‌های روانی- اجتماعی در استانداری ایلام با مدیریت استاندار، مدیران کل مرتبط و متخصصان حوزهٔ علوم رفتاری و ترجیحاً بومی تشکیل و به‌صورت مرتب و منظم دربارهٔ پیشگیری و درمان این مسائل چاره‌اندیشی شود و به‌صورت عملیاتی اقدامات کارشناسی و عملی صورت گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش در زمینهٔ عوامل اجتماعی می‌توان گفت که شیوع بالای بیشتر اختلالات اضطرابی و شیوع متوسط رو به بالای افسردگی در جمعیت شهر ایلام می‌تواند به‌عنوان زنگ خطر اجتماعی و فردی باشد و زمینه را برای شیوع بیشتر آسیب‌های روانی- اجتماعی از جمله خودکشی و اقدام به خودکشی فراهم نماید که متأسفانه بیش از سه دهه است مردمان نجیب و صبور این استان را رنج می‌دهد؛ بنابراین، می‌طلبد تا مدیریت ارشد استان با همکاری سازمان‌ها و ادارات مختلف اقدامات مؤثر و عاجلی را در این زمینه و به‌صورت خاص در زمینهٔ پیشگیری و ارتقای سطح سلامت روان در شهر و استان ایلام انجام دهند.

سپاس‌گزاری

بدین وسیله تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه ایلام، رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی ایلام، معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام، همهٔ کارشناسان ارشد سلامت روان مرکز بهداشت شهرستان ایلام و سایر کارشناسان و همهٔ کسانی که به هر نحو ما را در طول انجام این مطالعه یاری کردند، اعلام می‌نمایم.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافع خاصی برای اعلام وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی مرکز تحقیقات آسیب‌های روانی اجتماعی (معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایلام) انجام شده است.

دسترس‌پذیری داده‌ها

References

- Pedruzo B, Catalan A, Aymerich C, Bordenave M, Estevez O, Gómez DA, et al. Psychological impact of COVID-19 lockdown on a population with serious mental illness. A prospective cohort study. *Revista de psiquiatria y salud mental*. 2023;16:59-67.
- Fallahzadeh H, Momayyezi M, Nikokaran J. Prevalence of depression, anxiety and stress in Yazd (2013). *Tolooebehdasht*. 2016;15(3):155-64.
- Zarei Matin H, Taheri F, Sayar A. Organizational silence: concepts, antecedents, and consequences. *Iranian journal of management sciences (IAMS) Volume & Issue*. 2012;6(21):77-104.
- Kulsoom B, Afsar NA. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2015:1713-22.
- Meitei KT. Prevalence of Depression Among Indian Population. *Online Journal of Health and Allied Sciences*. 2020;18(4).
- Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*. 2020;126:134-40.
- Hengartner MP, Angst F, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J. Treated versus non-treated subjects with depression from a 30-year cohort study: prevalence and clinical covariates. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2016;266(2):173-80.
- Whiteford HA, Ferrari AJ, Vos T. Challenges to estimating the true global burden of mental disorders. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):402-3.
- Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*. 2017;16(1):90-9.
- ZAREEI MH, TAHERI F, SAYYAR A. Organizational silence: concepts, antecedents, and consequences. *J Manage Sci Iran*. 2012;6(21):77-104.
- Bano Z, Ejaz M, Ahmad I. Assessment of prevalence of Anxiety in adult population and development of anxiety scale: A study of 819 patients with anxiety disorder. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2021;37(2):472.
- Association AP. Stress in America: Stress and current events. *Stress in America™ Survey*. 2019. Mangolini VI, Andrade LH, Lotufo-Neto F, Wang Y-P. Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence. *Clinics*. 2019;74.
- Nezu AM, McClure KS, Nezu CM. The Assessment of Depression. *Treating Depression: MCT, CBT, and Third-Wave Therapies*. 2015:24-51.
- Veisani Y, Delpisheh A, Mohamadian F. Prevalence and gender differences in psychiatric disorders and DSM-IV mental disorders: a population-based study. *Biomedical Research and Therapy*. 2018;5(1):1975-85.
- Morrwatharifabad MA, Servat F, Sotoudeh A, Assadian A, Eisapareh K, Ghasemie R, et al. Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress in Workers of Petrochemical Industry: a cross sectional study in Assaluyeh port. *Occupational Hygiene and Health Promotion*. 2018.
- Dimitris B, Vakola M. Organizational silence: A new challenge for human resource management. *Athens university of economics and business*. 2007:1-19.
- Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. The 1981 Rema Lapouse Lecture. *American Journal of Public Health*. 1982;72(11):1271-9.
- Simpson SG, McMahon FJ, McInnis MG, MacKinnon DF, Edwin D, Folstein SE, et al. Diagnostic reliability of bipolar II disorder. *Archives of general psychiatry*. 2002;59(8):736-40.
- Mostafaie A, Niknam A, Azizi Nezhad B, Mousavi Rad S, Azadmanesh S. The Mediating Role of Anxiety in Social Inhibition and the Vital Exhaustion of Employed and Unemployed Women. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2018;9(35):363-80.
- Aeenparast A, Farzadi F, Maftoon F, Azin A, Omidvari S, Jahangiri K, et al. Depression among the general population in Iran: Iranian health perception survey. 2012.
- Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. *Behavioral sciences/clinical psychiatry*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2016;58(1):78-9.
- Bauldry S. Variation in the protective effect of higher education against depression. *Society and mental health*. 2015;5(2):145-61.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. *American journal of public health*. 1997;87(9):1491-8.
- Khodaveisi M, Mohammadi N, Omidi A. Frequency of job stress in clinical nurses. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2006;13(2):44-54.
- Rezaei T, Yazdi-Ravandi S, Ghaleiha A, Seif Rabiei MA. Depression among medical students of Hamadan University of Medical Sciences in 2014: The Role of demographic

- variables. Pajouhan Scientific Journal. 2015;13(4):1-8.
26. Zamanian Ardakani Z, Kakooei H, Ayattollahi S, Karimian S, Nasle Seraji G. Mental Health Survey on Shift Work Nurses in Shiraz Province, Iran. Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research. 2008;5(4).
 27. Meshkany Z, Kahdany F. Investigate anxiety and its related factors among nurses. ShahedUniv Res J. 2003;52:47-53.
 28. Naghdi S, Bakhshipour A, Bafandeh H. A comparative study of personality trait in obsessive – compulsive disorder and normal individuals. Journal of Instruction and Evaluation. 2013;6(23):91-104.
 29. Mohammadi M-R, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical practice and epidemiology in mental health. 2005;1(1):1-8.
 30. Nash WP, Watson PJ. Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. Journal of Rehabilitation Research & Development. 2012;49(5).
 31. Norouzi M, Michaeli Manee F, A I. The Prevalence Of Self-Reported Social Anxiety Disorder On Iranian Students. Studies in Medical Sciences. 2016;27(2):-.
 32. Khanjani Z, Esmaeili Anamage B, Gholamzadeh M. The role of parenting styles in predicting anxiety thoughts and obsessive compulsive symptoms in adolescents. SSU_Journals. 2012;20(1):39-48.
 33. Noorbala AA, Bagheri Yazdi SA, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi MR. Mental Health Status of Individuals Fifteen Years and Older in Tehran-Iran (2009). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;16(4):479-83.
 34. Zuckerbrot RA, Cheung A, Jensen PS, Stein RE, Laraque D, Levitt A, et al. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. Pediatrics. 2018;141(3).
 35. Nojoomi M, Sadeghi M, Rezvantlab R. The prevalence of anxiety among high school teachers in Tehran. Payesh Journal. 2002;3(2):47-53.
 36. Malakooti K, Bakhshani N, Zohravi T. Studying occupational stressors among hospital employees of Zahedan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1994;1(2):76-86.