# بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زندانیان نوجوان ندامتگاه تادیبی یزد در نیمه اول سال ۱۳۷۷

دکتر زهرا سپهرمنش [۱] ،دکتر حسین سرمست [۲] ، دکتر فاطمه عصاریان [۱]

خلاصه

**سابقه و هدف :** با توجه به شیوع بالای افسردگی درنوجوانان بزهکار و نبود آماردقیق از این شیوع ، این مطالعه به منظور تعیین فراوانی افسردگی در نوجوانان بزهکار زندانی در ندامتگاه تادیبی یزد در نیمه اول سال ۱۳۷۷ انجام گرفت.

**مواد و روشها :** پژوهش حاضر به روش توصیفی، بر روی ۵۸ نوجوان پسر بزهکار با متوسط سنی ۱۷ سال صورت گرفت. این تعداد نمونه با توجه به مشکلات اجرایی طرح ، از بین نوجوانان زندانی به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. خصوصیات فردی هر نمونه شامل سن ، میزان تحصیلات ، بعد خانوار ، وضعیت مسکن ، وابستگی به مواد ،نوع جرم و وجود یا عدم وجود معلولیت جسمی بررسی و ثبت شد. همچنین آزمون بالینی بر اساس تست ۲۱ سئوالی بک ، جهت تشخیص بیماری افسردگی از افراد به عمل آوردیم. سپس اطلاعات را جمع‌آوری ،طبقه بندی و توسط آزمون مجذور کای مورد قضاوت آماری قرار دادیم.

**یافته ها :** تحقیق حاضر نشان داد که همه افراد به درجات مختلفی دچار افسردگی بودند که شامل : افسردگی شدید ۵۸/۶ ٪ ، افسردگی متوسط ۲۴/۱ ٪ و افسردگی خفیف ۱۷/۳ ٪ بود. بین میزان افسردگی و وضعیت مسکن (غیرشخصی) ، جرم ازنوع سرقت ، بعد خانوار بالای ۸ نفر، وابستگی به مواد و افکار خودکشی ، ارتباط معنی دارآماری مشاهده شد. ($p<0/05$).همچنین در این بررسی مشخص شد نوجوانان بیسواد ، دارای سابقه معلولیت جسمی و یا از خانواده های با فقر اقتصادی بیشتر از بقیه افسرده بودند.

**نتیجه گیری و توصیه ها:** نتایج حاصل ازتحقیق، نمایانگر شیوع بالای افسردگی درنوجوانان بزهکار است؛ لذا پیشنهاد می‌شود که مطالعات وسیع‌تری در رابطه با افسردگی و سایر اختلالات روانی در نوجوانان بزهکار انجام شود. تا با پیش گیری ، تشخیص و درمان به موقع این اختلالات روانی ، از وقوع رفتارهای بزهکارانه در نوجوانان بکاهیم.

**واژگان کلیدی :** افسردگی، نوجوان ، بزهکاری

۱-دانشگاه علوم پزشکی کاشان- گروه روان پزشکی
۲-پزشک عمومی

## مقدمه

نوجوانی دوران دگرگونی عظیمی است و فقط یک مرحله فاصل و گذران بین سنین کودکی و بزرگسالی نیست (۱). در این دوران تغییرات شدید زیست شناختی ، روانشناختی و اجتماعی رخ می‌دهد. شروع تغییرات زیست شناختی به وسیله رشد سریع اسکلتی و فیزیکی جنسی و شروع تغییرات روانشناختی به وسیله رشد سریع شناختی و تثبیت ساختمان شخصیتی فرد مشخص می‌شود که از نظر تغییرات اجتماعی ، نوجوانی دوره آمادگی برای نقش بزرگسالی است (۱،۲،۳). زمان و طول مدت نوجوانی در جوامع مختلف فرق می‌کند.نوجوانی به سه دوره تقسیم می شود: اوایل نوجوانی (۱۴-۱۱ سالگی) ،اواسط نوجوانی (۱۷-۱۴ سالگی) و اواخر نوجوانی (۲۰-۱۷ سالگی). درحدود ۲۰ ٪ نوجوانان مبتلا به یک اختلال روانی هستند ، که شایع‌ترین آن‌ها اختلالات تطابقی ، اختلالات اضطرابی واختلالات خلقی (افسردگی) هستند (۱). افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی زمان ما است. شیوع افسردگی اساسی در نوجوان‌ها ، حدود ۵ ٪ است و در نوجوانان بستری شده این رقم به ۴۰ ٪ نیز می‌رسد (۱،۲،۳). شایع‌ترین علامت بالینی افسردگی اساسی، کندی روانی حرکتی است. از علایم دیگر می‌توان به خلق افسرده ، فقدان تمرکز ، اختلال خواب و افکار خودکشی اشاره کرد. افسردگی اساسی و کج خلقی در نوجوانان می‌توانند به صورت رفتارهای بزهکارانه خود را نشان بدهند. (بزهکاری به ارتکاب جرم زیر سن قانونی اطلاق می‌شود (۴)). این رفتارها به صورت اختلال سلوک ، سرکشی طغیان و شکست تحصیلی خود را نمایان می‌کنند.. حتی در برخی مطالعات ارتباط بین اختلال سلوک و افسردگی تا ۵۰ ٪ گزارش شده است. با توجه به این که افسردگی می‌تواند رفتار نوجوانان را تحت تاثیر قرار دهد و با عنایت به این که حتی یک بزهکاری می تواند ریشه در افسردگی نوجوان داشته باشد ، تفکیک مواردی از رفتارهای ضداجتماعی که در نتیجه ابتلا به افسردگی روی می‌دهند ، می‌تواند از حوادث غمباری که گریبانگیر فرد و جامعه می‌گردد جلوگیری کند. با توجه به اهمیت بالای افسردگی در بین اختلالات روانی ، این تحقیق به منظور تعیین شیوع افسردگی روی نوجوانان ندامتگاه تادیبی یزد در نیمه اول سال ۱۳۷۷ انجام گرفت.

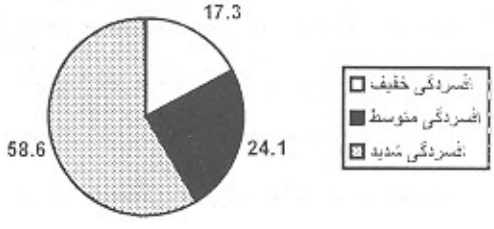
## مواد و روش ها

پژوهش حاضر به روش توصیفی انجام گرفت. تعداد نمونه با توجه به مشکلات ارتباط با زندان و کمبود وقت داده شده از طرف مسئولین زندان ، ۵۸ نفر تعیین شد که به طریق تصادفی ساده از بین جامعه مورد مطالعه انتخاب شدند. ابزار پژوهش تست ۲۱ سئوالی بک و پرسشنامه فردی بود. آزمون بک برای ارزیابی میزان افسردگی به کارمی‌رود که حداقل و حداکثر نمره آن به ترتیب صفر و ۶۳ است. پرسشنامه فردی شامل :سن ، میزان تحصیلات ، وضعیت مسکن ، بعد خانوار ، وابستگی به مواد ،نوع جرم ، مدت بازداشت ، تعداد دفعات بازداشت و وجود یا عدم وجود معلولیت جسمانی بود. از آنجایی که اکثر افراد از سطح تحصیلات پایینی برخوردار بودند ، تک تک سئوالها برای آن ها تفهیم و پاسخ آن ها اخذ گردید. پاسخهای تست بک برای افراد نمونه نمره‌گذاری شد و طبق قرارداد: نمرات کمتر از ۱۱ به عنوان افراد سالم ، نمرات ۲۰-۱۱ به عنوان موارد افسردگی خفیف ،نمرات ۳۰-۲۱ به عنوان موارد

افسردگی متوسط و نمرات بالای ۳۰ به عنوان موارد افسردگی شدید قلمداد شدند. در خاتمه داده‌های پرسشنامه‌ها استخراج ، طبقه بندی و با آمار توصیفی ارائه شد.. نقش عوامل مرتبط با بروز افسردگی تعیین شد و به روش آماری کای دو مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

## یافته ها

تحقیق روی تعداد ۵۸ پسر با متوسط سنی ۱۷ سال انجام گرفت. در نمودار ۱ وضعیت افسردگی نوجوانان مورد بررسی ، ارایه شده نشان می‌دهد هیچ کدام سالم نبودند. همگی (صد درصد) به درجاتی از افسردگی مبتلا بودند که ۵۸/۶ ٪ آن‌ها افسردگی شدید داشتند.




نمودار ۱- توزیع ۵۸ نوجوان پسر بزهکار زندانی کانون تادیبی برحسب میزان افسردگی، یزد سال ۱۳۷۷

شدت افسردگی درنوجوانان مورد مطالعه برحسب نوع جرم درجدول ۱ ارایه شده که نشان می دهد که بین جرم از نوع سرقت و شدت افسردگی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد ($p<0/05$).

جدول ۱- توزیع میزان افسردگی در نوجوانان مرکز تادیبی به تفکیک نوع جرم ،یزد، ۱۳۷۷

| میزان افسردگی / نوع جرم | خفیف و متوسط | شدید | جمع |
|---|---|---|---|
| نزاع | ۱۰ (۷۱/۴) | ۴ (۲۸/۶) | ۱۴ (۱۰۰) |
| سرقت | ۶ (۱۷/۶) | ۲۸ (۸۲/۴) | ۳۴ (۱۰۰) |
| قتل ،قاچاق مواد مخدر و مسائل اخلاقی | ۸ (۸۰) | ۲ (۲۰) | ۱۰ (۱۰۰) |
| جمع | ۲۴ (۴۱/۴) | ۳۴ (۵۸/۶) | ۵۸ (۱۰۰) |

میزان افسردگی در بین نوجوانان مورد مطالعه بر اساس وابستگی به مواد (سیگار ، الکل و مواد مخدر) درجدول ۲ ارایه شد که نشان می دهد بین وابستگی به مواد و شدت افسردگی به لحاظ آماری ارتباط معنی دار وجود دارد ($p<0/05$).

جدول ۲- توزیع میزان افسردگی در نوجوانان مرکز تادیبی بر اساس وابستگی به مواد، یزد ،۱۳۷۷

| میزان افسردگی / وابستگی به مواد | خفیف و متوسط | شدید | جمع |
|---|---|---|---|
| دارد | ۸ (۲۰) | ۳۲ (۸۰) | ۴۰ (۱۰۰) |
| ندارد | ۱۶ (۸۸/۹) | ۲ (۱۱/۱) | ۱۸ (۱۰۰) |
| جمع | ۲۴ (۴۱/۴) | ۳۴ (۵۸/۶) | ۵۸ (۱۰۰) |

میزان افسردگی در نوجوانان مورد مطالعه بر اساس میزان تحصیلات ، وضعیت مسکن ، بعد خانوار و معلولیت جسمی در جدول (۳) ارایه گردیده نشان می‌دهد که شدت افسردگی در نوجوانانی که بیسواد ، فاقد مسکن شخصی ، دارای بعد خانوار بالای ۸ نفر و معلولیت جسمی بودند بیشتر بود. ولی این نتایج فقط در بعد خانوار و وضعیت مسکن به لحاظ آماری معنی دار بود. ($p<0/05$).

جدول ۳: توزیع میزان افسردگی در نوجوانان مرکز تادیبی به تفکیک میزان تحصیلات ، وضعیت مسکن ، بعد خانوار و معلولیت جسمی، یزد ،۱۳۷۷

| عوامل شخصی مرتبط / میزان افسردگی | خفیف و متوسط | شدید | جمع | نتیجه آزمون |
|---|---|---|---|---|
| میزان تحصیلات | | | | N.S |
| بی سواد | ۱۱ (۳۶/۷٪) | ۱۹ (۶۳/۳٪) | ۳۰ (۱۰۰٪) | |
| ابتدایی | ۷ (۴۳/۷٪) | ۹ (۵۶/۳٪) | ۱۶ (۱۰۰٪) | |
| راهنمایی | ۶ (۵۰٪) | ۶ (۵۰٪) | ۱۲ (۱۰۰٪) | |
| مسکن شخصی | | | | P<۰/۰۵ |
| دارد | ۱۷ (۷۷/۳٪) | ۵ (۲۲/۷٪) | ۲۲ (۱۰۰٪) | |
| ندارد | ۷ (۱۹/۴٪) | ۲۹ (۸۰/۶٪) | ۳۶ (۱۰۰٪) | |
| بعد خانوار | | | | P<۰/۰۵ |
| تا ۵ نفر | ۱۱ (۶۱/۱٪) | ۷ (۳۸/۹٪) | ۱۸ (۱۰۰٪) | |
| ۶-۸ نفر | ۱۰ (۶۲/۵٪) | ۶ (۳۷/۵٪) | ۱۶ (۱۰۰٪) | |
| ۶-۸ نفر | ۳ (۱۲/۵٪) | ۲۱ (۸۷/۵٪) | ۲۴ (۱۰۰٪) | |
| معلولیت جسمی | | | | N.S |
| دارد | ۳ (۳۳/۳٪) | ۶ (۶۶/۷٪) | ۹ (۱۰۰٪) | |
| ندارد | ۲۱ (۴۲/۹٪) | ۲۸ (۵۷/۱٪) | ۴۹ (۱۰۰٪) | |

بررسی میزان افسردگی در افراد مورد مطالعه بر اساس افکار خودکشی ، ارتباط معنی داری را بین آن دو مشخص کرد (p<۰/۰۵)، یعنی کسانی که افکار خودکشی داشتند، از شدت افسردگی بالایی برخوردار بودند.

## بحث

تحقیق حاضر نشان داد که همه نوجوانان بزهکار مورد مطالعه، افسرده بودند. طبق منابع موجود، شیوع افسردگی اساسی در نوجوانان بستری شده تا ۴۰ ٪ نیز می‌رسد. همچنین بر اساس تحقیقات اخیر که بر روی نوجوانان بی‌خانمان و فراری انجام شده است ، ۷۵ ٪ آنها افسرده بودند(۱). از لحاظ سبب شناسی بسیاری از عوامل زیستی - روانی - اجتماعی در پیدایش اختلال سلوک دخیل هستند (۱،۲). همراهی اختلالات سلوک و افسردگی در نوجوانان شایع است تا جایی که آمارهای جهانی ارتباط و همراهی افسردگی و بزهکاری را تا ۵۰ ٪ گزارش کرده‌اند. گزارشات اخیر نشان می‌دهد که همبستگی بالای این دو اختلال بیشتر ناشی از عوامل خطرساز مشترک آن‌ها می باشد. بنابراین، یک دسته از عوامل شامل تعارضات خانوادگی ، حوادث منفی زندگی ، میزان درگیری والدین و تاثیرپذیری از همسالان بزهکار در بروز افسردگی و اختلال سلوک نقش دارند (۱،۲،۳).

تحقیق حاضر نشان داد. افرادی که دارای بعد خانوار بالای ۸ نفر بودند از میزان افسردگی بالاتری رنج می بردند (p<۰/۰۵). مطالعه حاضر نشان داد نوجوانانی که وابستگی به مواد داشتند بیشتر افسرده بودند (p<۰/۰۵). همچنین نوجوانانی که مسکن شخصی نداشتند نسبت به بقیه افراد افسرده تر بودند (p<۰/۰۵).

بر اساس کتب مرجع معلوم شده است که بین رفتارهای ضداجتماعی اولیه ، اختلال سلوک ، سوء مصرف مواد و افسردگی رابطه‌ای قوی وجود دارد. در یک مطالعه ثابت شده است ۵۰ ٪ نوجوانان الکلی مبتلا به اختلالات خلقی بودند. همچنین نوجوانان الکلی دربیش از ۸۰ ٪ موارد، واجد ملاک‌های یک اختلال دیگر نظیر ، افسردگی ، اختلالات رفتار تخریبی و اختلالات مصرف مواد بودند (۱،۲). در این تحقیق از بین جرایم ، سرقت با شدت بالای افسردگی رابطه داشت (p<۰/۰۵).

این در حالی است که طبق گزارشات در امریکا حمل اسلحه گرم توسط نوجوانان در راس جرایم است، به طوری که افزایش میزان مرگ و میر نوجوانان سنین ۱۹-۱۵ ساله توسط اسلحه گرم به ۱۳۷ ٪ افزایش پیدا کرده است (۵) و یکی از اهداف **WHO** کاهش میزان حمل اسلحه توسط نوجوانان است. یکی از یافته های این تحقیق همراهی رفتارهای بزهکارانه نوجوانان با فقر اقتصادی بود، به نحوی که بیشتر نوجوانان بزهکار از خانواده های با فقر اقتصادی بودند. مطالعات مشابه انجام گرفته در آمریکا نشان می‌دهد ، ۷۰ ٪ نوجوانان بزهکار زیر خط فقر به سر می‌بردند. تحقیق نشان داد که ۸۳ ٪ افراد سابقه اختلال کاهش توجه به همراه بیش فعالی (**Attention deficit hyperactivity disorders**) داشتند. مطالعه‌ای مشابه بر اساس آزمون بک درنوجوانان زندانی در دانشگاه **Brighom** صورت گرفت و به این نتیجه رسیدند که بین افسردگی اساسی و اختلال کاهش توجه به همراه بیش فعالی رابطه وجود دارد. ($p<۰/۰۰۱$) (۶). بنابراین به نظر می رسد که با به کارگیری تمهیدات زیر می‌توان از بسیاری از مشکلات رفتاری نوجوانان جلوگیری کرد:

۱- تامین محیط امن و آرام در خانواده (۸،۹).

۲- تشخیص به موقع اختلالات روانی در نوجوانان به ویژه افسردگی.

۳- همچنین بهداشت تنظیم خانواده برای جلوگیری از ازدیاد بعد خانوار، می‌تواند در راستای کمک اقتصادی خانوده نیز مؤثر باشد.

## نتیجه گیری و توصیه ها

در خاتمه توصیه می شود که مطالعات وسیع تری در رابطه با افسردگی و سایر اختلالات روانی در نوجوانان بزهکار انجام بگیرد ،تا با تشخیص به موقع بیماری‌های روانی ، از وقوع رفتارهای بزهکارانه درنوجوانان بکاهیم.

## References

1- Kaplan H, Sadock B (eds). Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Williams and Wilkins Baltimore, 1998; p:524-1266.

2- Kaplan H, Sadock B (eds). Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Williams and Wilkins, Philadelphia, 2000; p:1284-2945.

3- Derek Steinborg, et al (eds). Basic Adolescent Psychiatry. Blackwell Scientific Publication. 1994.

٤- زمانی ت. جرم جست؟ مجرم کیست؟ تهران، انتشارات تهران، ۱۳۷۱.

5- Ikeda RM, Gorwitz R. Trend in fatal firearm related injuries. Am J Prev Med 1997; 1: 35-7.

6- Eyestone LL, Howell RJ. An epidemiological study of attention deficit hyperactivity disorder and major depression in a male prison population. Bull Am Acad Psychiatry Law 1997;1: 87-90.

7- Donenberg GR, Weisz JR. Experimental task and speaker effects on parent-children interactions of aggressive and depressed/anxious children. J Abnorm Child Psychol 1997; 42-6.

8- Nilzom KR, Palmerus K. The influence of familial factors on anxiety and depression during adolescence. Psychol Bull 1995; 66-8.