

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال پنجم شماره ۲۰ زمستان ۱۳۸۹

همه‌گیرشناسی افسردگی و رابطه‌ی آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان شهرستان مرند

اعظم امجدی - کارشناس ارشد روانشناسی

دکتر محمدباقر مقیمی آذری - دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرند

دکتر تورج هاشمی - دکترای روانشناسی، دانشیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

چکیده

در راستای همه‌گیرشناسی بیماری افسردگی در جمعیت زنان ساکن شهرستان مرند و بررسی روابط عوامل جمعیت‌شناختی با شیوع این بیماری، از جامعه‌ی زنان ساکن شهرستان مرند تعداد ۲۱۱۳ نفر به شیوه‌ی تصادفی طبقه‌ای انتخاب و با استفاده از پرسشنامه‌ی افسردگی بک و پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی محقق ساخته اندازه‌های مربوط به متغیرهای مورد مطالعه جمع‌آوری شد. تحلیل نتایج نشان داد که حدود ۶۱/۵ درصد از زنان مورد مطالعه دارای افسردگی خفیف تا خیلی شدید هستند. علاوه بر این افراد متأهل نسبت به افراد مجرد از افسردگی کمتری برخوردارند، و بین تحصیلات و میزان افسردگی رابطه‌ی مستقیم وجود دارد و از سوی دیگر بین سطح درآمد و میزان افسردگی رابطه‌ی معکوس وجود دارد. همچنین سن افراد در تغییرات خلقی (افسردگی) نقش معنی‌دار ندارد. یافته‌های این پژوهش تلویحاتی برای مداخلات روانشناختی و بهزیستی دارد که توجه به آنها برای دست‌اندرکاران امور بهداشتی حائز اهمیت است.

واژگان کلیدی: افسردگی، تأهل، تحصیلات، درآمد.

افسردگی یکی از علل آسیب‌زا و ناتوانی در تمام کشورهاست و در واقع بیماری گسترده و آسیب‌زننده است که هر زن و مردی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (پاتل وی^۱، ۲۰۰۱).

تحقیقات نشان می‌دهد تعداد افراد افسرده به علت فشارهای ناشی از تغییرات اجتماعی و افزایش بیماری‌های جسمانی رو به افزایش است و قرن‌هاست که افسردگی به عنوان یک مشکل روانی در زندگی بزرگسالان شناخته شده است. شمار فزاینده‌ی مراجعان مبتلا به این اختلال، در سنین مختلف به مراکز درمانی نشانه‌ای از شیوع بالای افسردگی است (لطف‌آبادی، ۱۳۷۸).

احتمال ابتلا به افسردگی یک قطبی، در طول زندگی یک زن ۲۰ درصد و در زندگی یک مرد ۱۰ درصد گزارش شده است (استانوپ^۲ و همکاران، ۲۰۰۰).

لاجوردی (به نقل از محقق، ۱۳۷۷) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که در شهر رودسر، افسردگی بالاترین درصد بیماری‌های روانی را تشکیل می‌دهد. ۳۳/۴ درصد از این تعداد را زنان و ۱۰/۵ درصد را مردان تشکیل می‌دهند.

انواع خفیف‌تر افسردگی که ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی را برآورده ن‌سازند از اختلال افسردگی اساسی بسیار رایج‌ترند و میزان شیوع این حالات به طور معناداری بیشتر از اختلال افسردگی اساسی است (بارت^۳، اکسمان^۴ و گرب^۵، ۱۹۹۸، به نقل از کلارک^۶، بک^۷ و والفورد^۸، ۱۹۹۹).

وجود تنها چند علامت از علائم افسردگی که ملاک‌های افسردگی اساسی را برآورده ن‌سازند به کاهش قابل توجهی در عملکرد اجتماعی و جسمی منتهی می‌گردد. زندگی افرادی که افسردگی فرونشانی دارند، در مقایسه با افراد فاقد این علائم دارای

1- Pattel-wee
3- Barrett
5- Gerber
7- Beck

2- Stanhope
4- Oxman
6- Clark
8- Alford

کیفیت پایین تری است (لیما^۱ و فلک^۲، ۲۰۰۷).

انسل^۳ (به نقل از بکر^۴ و همکاران، ۱۳۷۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زنان مجرد در مقایسه با زنان متأهل بیشتر دچار افسردگی می‌شوند، و نیز مطالعه‌ی بهرامی (۱۳۸۵) نشان داد حالات مجرد یا تأهل با اختلال افسردگی رابطه‌ی معنی‌دار دارد.

حسینی (۱۳۸۵) در تحقیق خود عنوان می‌کند که میانگین نمرات دانشجویان مجرد در کل پرسشنامه‌ی بهداشت روانی نسبت به دانشجویان متأهل به طور معنادار کمتر است و در خرده‌مقیاس افسردگی نیز این تفاوت معنادار می‌باشد. از سوی دیگر مطالعه‌ی گوتلیب^۵ و همکاران (۱۹۹۱) نشان می‌دهد میزان افسردگی با میزان رضایت زناشویی رابطه‌ی معنی‌دار دارد.

با همه این اوصاف، تبیین‌های روانشناختی و جمعیت‌شناختی شیوع افسردگی حاکی از آن است که جنسیت در بروز و شیوع آن نقش اساسی دارد و در این عرصه مطالعات رابسون^۶ (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که میزان افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر است. از سوی دیگر مطالعات آدامز^۷ (۲۰۰۶) حاکی از آن است که زنان تحت شرایط استرس‌زا، تکاپوی کمتری از خود نشان می‌دهند و به سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و ناکارآمد گرایش پیدا می‌کنند، از این‌رو با ظهور فقدان‌ها و آسیب‌های جدی در روابط بین فردی، درماندگی بیشتری تجربه نموده و خلق‌شان پایین می‌آید. بر این اساس، احتمال ابتلای آنها به افسردگی افزایش می‌یابد. در همین راستا، دیویسون^۸ (۲۰۰۴) بیان می‌دارد که فقدان شبکه‌های اجتماعی کارآمد در زنان، موجب تسهیل زمینه‌ی بروز اختلالات خلقی

1- Lima
3- Ancel
5- Gotlib
7- Adams

2- Fleck
4- Bekr
6- Rabsson
8- Division

می‌شود. علاوه بر این، مطالعات جنکیز^۱ (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که میزان خود سرزندی، نگرانی و نشخوار فکری در زنان در موقعیت‌های استرس‌زا و تجارب فقدان بیش از مردان است و این امر در شیوع بیشتر افسردگی در زنان نسبت به مردان تأثیر می‌گذارد.

از سوی دیگر مطالعات ادوارد^۲ (۲۰۰۳)، هاگان^۳ (۲۰۰۴) و لوپز^۴ (۲۰۰۶) حاکی از آن است که باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد در خصوص عوامل مؤثر در زندگی، در زنان نسبت به مردان شیوع بیشتری دارد و این نظام‌شناختی معیوب در شکل‌گیری خلق افسرده نقش اساسی دارد.

در همین راستا براون^۵ (۲۰۰۶) بیان می‌دارد که تغییرات خلقی در زنان نسبت به مردان با شدت بیشتری اتفاق می‌افتد.

از سوی دیگر مطالعات موس^۶ (۲۰۰۴) حاکی از آن است تأهل، همچون سپر اجتماعی در برابر استرس‌های زندگی عمل می‌کند و زنان متأهل نسبت به زنان مجرد و بیوه، از توانمندی بیشتری برای مقابله با عوامل استرس‌زا زندگی برخوردارند. در همین راستا، ریچاردسون^۷ (۲۰۰۵) اذعان می‌کند که زنان متأهل در مقابله با حوادث استرس‌زا زندگی از منابع حمایتی بیشتری برخوردارند. از این‌رو احتمال بروز اختلالات اساسی خلقی و رفتاری در این گروه از زنان نسبت به زنان مجرد کمتر است.

علاوه بر این، ساراسون^۸ (۲۰۰۲) بیان می‌کند که زنان متأهل در مقایسه با زنان مجرد، باورهای خوش‌بینانه نسبت به زندگی داشته و کمتر دچار تغییرات خلقی منفی می‌شوند. در همین راستا مک‌لاین^۹ (۲۰۰۷) عنوان می‌کند که وضعیت تأهل، زنان را در برابر آسیب‌های زندگی، مصون می‌کند و شبکه‌های حمایت اجتماعی آنها را گسترش داده

1- Genkeiz

3- Haggan

5- Brown

7- Richardson

9- Mcline

2- Edward

4- Lopez

6- Moos

8- Sarason

داده و بر فعالیتهای سازنده آنها می‌افزاید. از این رو تغییرات خلقی منفی، در این گروه از زنان کمتر اتفاق می‌افتد.

از سوی دیگر مطالعات هینگز^۱ (۲۰۰۴)، ریموند^۲ (۲۰۰۵)، جانتان^۳ (۲۰۰۷) حاکی از آن است که افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد از توانایی بهتری جهت مقابله با عوامل استرس‌زا زندگی برخوردار بوده و نگرش مثبت‌تری به زندگی داشته و تغییرات خلقی کمتری را تجربه می‌کنند. در همین راستا، سلمن^۴ (۲۰۰۷) عنوان می‌کند افراد تحصیل کرده در مقابله با حوادث استرس‌زای زندگی موفق‌تر عمل نموده و راه‌حل‌های متنوعی را برای فائق آمدن بر حوادث زندگی تدبیر می‌کنند. بر همین اساس هندسان^۵ (۲۰۰۶) بیان می‌کند که زنان تحصیل کرده در مقایسه با زنان کم‌سواد، از مهارت‌های مؤثر و امکانات بهتر برای مواجهه با مشکلات زندگی برخوردارند و زمینه برای توسعه‌ی کمی و کیفی زندگی برای زنان تحصیل کرده بیش از زنان بیسواد مهیاست. از این رو، شادکامی زنان تحصیل کرده در مقایسه با زنان کم‌سواد بیشتر بوده و امیدواری آنها به بهبود ابعاد زندگی بیشتر است.

از سوی دیگر مطالعات ترومن^۶ (۲۰۰۲) حاکی از آن است که فقدان‌ها و کمبودهای اساسی زندگی، کاهش درآمد و از دست دادن شغل، نقش اساسی در بروز تغییرات خلقی دارد و در این میان، اثرات این عوامل بر زنان بیشتر از مردان نمایان می‌شود. از این رو، سطح اقتصادی افراد در چگونگی مقابله با فقدان‌های زندگی تأثیر گذاشته و تغییرات خلقی را به همراه دارد.

مبتنی بر این یافته‌ها و تبیین‌های به عمل آمده، ضرورت بازبینی و بررسی نقش عوامل جمعیت‌شناختی در شیوع افسردگی در زنان ایرانی نمایان شده تا با توجه به تفاوت‌های

1- Hinkiz
3- Janatan
5- Hendesan

2- Raymond
4- Selman
6- Trouman

فرهنگی، اقلیمی و بوم‌شناختی موجود بین جمعیت زنان ایرانی و فرهنگ‌های دیگر، تصویری روشن از شیوع افسردگی در بین زنان ایرانی ارائه گردد. از این‌رو این پرسش مطرح است که شیوع افسردگی در زنان ۶۰-۱۹ سال با توجه به عوامل جمعیت‌شناختی از قبیل سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سطح درآمد و سطوح سنی چگونه است؟ و آیا با توجه به عوامل جمعیت‌شناختی، میزان افسردگی زنان دچار تغییرات معنی‌دار و اساسی می‌شود یا نه؟

روش

در راستای اهداف پژوهش از روش‌های توصیفی و علی مقایسه‌ای استفاده شد، تا علاوه بر آرایه‌ی تصویر روشن از شیوع افسردگی در زنان، مقایسه‌های لازم در گروه‌های مورد مطالعه به عمل آید.

جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری در این پژوهش تمام زنان شهرستان مرند در محدوده‌ی سنی ۶۰-۱۹ سال بود. از طریق نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی حدود ۵۰۰۰ نفر انتخاب و پرسشنامه‌ی افسردگی بک برای آنها ارسال گردید. از بین پرسشنامه‌های ارسالی حدود ۲۱۱۳ پرسشنامه به طور کامل دریافت شد و افراد نمونه‌ی مورد مطالعه ۲۱۱۳ نفر بودند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه افسردگی "بک"^۱ (BDI-1): برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک، وارد^۲، مندلسون^۳، ماک^۴ و ارباف^۵ تدوین شد (ازخوش، ۱۳۸۲). در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر^۶، براون^۷ (به نقل از ذرمت و دیگران، ۲۰۰۶) مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این پرسشنامه

1- Beck
3- Mandelson
5- Warbaff
7- Brown

2- Ward
4- Mack
6- Stear

وسيله‌ای است که به طور گسترده برای ارزیابی شدت افسردگی به کار می‌رود و براساس مشاهدات بالینی علایم شایع بیماران افسرده و مقایسه‌ی آنها با بیماران روانپزشکی غیرافسرده تدوین شده است (نوری، ۱۳۸۴). پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ آیتم است که هر آیتم یکی از علایم افسردگی را می‌سنجد. هر یک از آیتم‌ها دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را می‌سنجد. هر جمله از نظر شدت بین صفر تا سه نمره می‌گیرد. اغلب پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این پرسشنامه از ثبات درونی بالایی برخوردار است و ضریب آلفای آن بین ۰/۵۵ تا ۰/۹۶ می‌باشد که نشان‌دهنده‌ی اعتبار سازه‌ی بالا می‌باشد (فایر برادر و مورتی، ۱۹۹۸). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران به شرح زیر می‌باشد:

ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۴، همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ بود (فتی، بیرشک، عاطف وحید و رابسون، ۱۳۸۲؛ به نقل از موتابی، محمدخانی و پورشهباز، ۱۳۸۵).

این آزمون توسط افراد زیادی در طی سال‌ها، مورد مطالعه و استفاده قرار گرفته است و به عنوان بهترین آزمون در تعیین افسردگی شناخته شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۷؛ زیلی وایتکن، ۱۹۷۰؛ شواب، ۱۹۶۷؛ منکاف و گلدمن ۱۹۶۱؛ وهاب‌زاده ۱۳۵۲؛ پرتو، ۱۳۵۳؛ منصور و دادستان، ۱۳۶۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفا برای پرسشنامه مذکور ۰/۸۸ به دست آمد.

منصور و دادستان در مورد جمعیت ایرانی، شکل خلاصه شده پرسشنامه افسردگی بک را هنجارگزینی کردند و طبقه‌بندی جدیدی را براساس تعیین درجه‌ی افسردگی طبق

هنجارهای ایرانی ارائه دادند. این مقیاس همچنین قدرت ایجاد تمایز بین انواع بیماری‌ها را دارد. تحقیقات متعدد (یک، ۱۹۶۷؛ استیر، ۱۹۸۶؛ بک، استیر و براون ۱۹۸۷)، مشخص نموده‌اند که با استفاده از این مقیاس می‌توان افراد سالم را از افراد با بیماری‌های روانی، افسردگی گسترده را از گزخویی و اختلال اضطراب تعمیم‌یافته را از افسردگی گسترده تشخیص داد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۲۱۱۳ زن از ۹ منطقه شهرستان مرند مشارکت داشتند که منطقه‌ی هرزندات غربی با ۳۷ نفر شرکت‌کننده کمترین تعداد و منطقه‌ی مرند با ۸۷۰ نفر، بیشترین تعداد شرکت‌کننده را داشتند.

جدول (۱) توزیع افراد شرکت‌کننده مناطق مختلف شهرستان مرند

دهستان‌های شهرستان مرند	تعداد	درصد	درصد معتبر	درصد تجمعی
بناب	۲۰۱	۹/۴	۹/۵	۹/۵
زنوزق	۲۰۷	۹/۷	۹/۸	۱۹/۳
کشکسرای	۲۶۴	۱۲/۳	۱۲/۵	۳۱/۸
مشاب شمالی	۲۱۹	۱۰/۲	۱۰/۴	۴۲/۲
هرزندات شرقی	۹۴	۴/۴	۴/۴	۴۶/۶
هرزندات غربی	۳۷	۱/۷	۱/۸	۴۸/۴
ذوالبین	۱۲۷	۵/۹	۶/۰	۵۴/۴
یکانات	۹۴	۴/۴	۴/۴	۵۸/۸
مرند	۸۷۰	۴۰/۷	۴۱/۲	۱۰۰/۰
جمع	۲۱۱۳	۹۸/۸	۱۰۰/۰	

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز }
 سال پنجم شماره 20، زمستان 1389 }

جدول (۲) فراوانی انواع افسردگی در مناطق مختلف شهرستان مرند

کل	نوع افسردگی				میزان افسردگی شهرستان مرند	
	خیلی شدید	شدید	متوسط	خفیف		
۱۰۰	۱	۵/۰	۲۵/۵	۲۸/۵	۴۰/۰	بناب
۱۰۰	۱/۹	۵/۸	۲۵/۱	۲۳/۷	۴۳/۵	زنوزق
۱۰۰	۱/۵	۱/۹	۲۱/۲	۲۴/۲	۵۱/۱	کشکسرای
۱۰۰	۲/۷	۱۱/۴	۲۶/۹	۲۵/۶	۳۳/۳	مشاب شمالی
۱۰۰	۳/۲	۹/۶	۲۰/۲	۲۶/۶	۴۰/۴	هرزندات شرقی
۱۰۰	-	۸/۱	۲۴/۳	۲۹/۷	۳۷/۸	هرزندات غربی
۱۰۰	۳/۱	۳/۹	۱۹/۷	۳۵/۴	۳۷/۸	ذوالبین
۱۰۰	-	۴/۳	۲۲/۳	۳۳/۰	۴۰/۴	یکانات
۱۰۰	۴	۱۰/۰	۳۰/۱	۲۱/۷	۳۴/۱	مرند
۱۰۰	۲/۷	۷/۶	۲۶/۲	۲۵/۰	۳۸/۵	کل

جدول (۳) تحلیل واریانس یک راهه نمرات افسردگی در متغیرهای پژوهش

سطح معنی داری	F ازمون	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منابع تغییرات	متغیر
.۰۰۱	۴/۸۷۴	۵۹۷/۷۸۲	۴	۲۳۹/۱۲۶	بین گروه	سطوح مختلف تحصیلی
		۱۳۴/۹۴۲	۱۹۲۱	۲۴۰۰۱۳/۰۴۰	درون گروه	
			۱۹۲۵	۲۴۲۴۰۴/۱۶۶	کل	
.۰۰۰	۸/۰۲۴	۱۰۰۵/۵۴۱	۳	۳۰۱۶/۶۲۲	بین گروه	وضعیت تأهل
		۱۲۵/۳۱۴	۲۱۷۴	۲۷۲۴۳۲/۱۰۹	درون گروه	
			۲۱۷۷	۲۷۵۴۴۸/۷۳۱	کل	
.۰۰۳	۵/۸۴۳	۷۰۷/۷۰۷	۲	۱۴۱۵/۴۱۵	بین گروه	میزان درآمد
		۱۲۱/۱۱۳	۱۳۶۷	۱۶۵۵۶۱/۵۹۶	درون گروه	
			۱۳۶۹	۱۶۶۹۷۷/۰۱۰	کل	
.۰۱۳۴	۲/۰۱۲	۲۵۳/۷۹۲	۲	۵۰۷/۵۸۳	بین گروه	سن
		۱۲۶/۱۴۲	۲۱۵۴	۲۷۱۷۰۹/۵۸۰	درون گروه	
			۲۱۵۶	۲۷۲۲۱۷/۱۶۴	کل	

جدول (۴) آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش

میزان درآمد خانواده		میزان درآمد خانواده تفاوت میانگین‌ها انحراف استاندارد		سطح معناداری	
حد اکثر ۳۰۰ هزار	بین ۳۰۱ الی ۵۰۰	۱/۶۵۶۴*	۰/۶۷۰۱	۰/۰۳۶	
تومان در ماه	بیشتر از ۵۰۱ هزار	۱/۳۶۳۱	۰/۹۱۲۵	۰/۲۹۴	
تومان	بیشتر از ۵۰۱ هزار	-۰/۲۹۳۴	۰/۹۸۴۳	۰/۹۵۲	
وضعیت تأهل	وضعیت تأهل	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری	
متاهل	متاهل	۲/۱۸۹*	۰/۵۳۱	۰/۰۰۰	
بیوه	بیوه	۰/۹۹۷	۱/۹۶۵	۰/۹۵۷	
مطلقه	مطلقه	-۲/۷۵۹	۲/۳۸۶	۰/۶۵۴	
بیوه	بیوه	-۱/۱۹۱	۰/۹۳۶	۰/۹۲۷	
متاهل	متاهل	-۴/۹۴۸	۰/۳۶۲	۰/۱۵۵	
بیوه	بیوه	-۳/۷۵۷	۳/۰۲۶	۰/۶۰۱	
تحصیلات	تحصیلات	تفاوت میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معنی داری	
تا سیکل	تا سیکل	-۱/۷۳۴۲	۰/۹۰۹۴۰	۰/۳۲۰	
زیر دیپلم	زیر دیپلم	-۴/۱۳۵۶*	۱/۱۳۸۷۷	۰/۰۰۳	
دیپلم	دیپلم	-۲/۸۴۴۸*	۰/۹۳۳۹۳	۰/۰۲۰	
بالای دیپلم	بالای دیپلم	-۱/۴۵۵۷	۰/۹۷۸۶۳	۰/۵۷۱	
زیر دیپلم	زیر دیپلم	-۲/۴۱۱۴	۰/۹۳۱۸۸	۰/۰۷۳	
دیپلم	دیپلم	-۱/۱۲۰۶	۰/۶۶۶۲۱	۰/۴۴۵	
بالای دیپلم	بالای دیپلم	۰/۲۶۸۵	۰/۷۲۷۴۵	۰/۹۹۶	
دیپلم	دیپلم	۱/۲۹۰۸	۰/۹۵۵۴۸	۰/۶۶۰	
زیر دیپلم	زیر دیپلم	۲/۶۷۹۹	۰/۹۹۹۵۵	۰/۰۵۷	
دیپلم	دیپلم	۱/۳۸۹۱	۰/۷۵۷۹۹	۰/۳۵۵	

* تفاوت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار می‌باشد.

مندرجات جدول (۴)، (۳) نشان می‌دهد که گروه‌های پنج‌گانه سطوح تحصیلی، از نظر میزان افسردگی، تفاوت معنی‌دار با یکدیگر دارند ($P < 0/001$ و $P = 4/784$ و $df = 4$). در این راستا آزمون توکی نشان داد که میزان افسردگی در سطوح مختلف تحصیلی متفاوت بوده ($P < 0/05$). و زنان بی‌سواد نسبت به زنان تحصیلکرده (زیردیپلم و دیپلم) به طور معنی‌دار افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند. ولی بین زنان بی‌سواد و زنان دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم تفاوت معناداری از لحاظ افسردگی مشاهده نگردید و گروه‌های مختلف دیگر از لحاظ میزان افسردگی با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند.

از سوی دیگر مندرجات جدول نشان می‌دهد که وضعیت تأهل افراد نقش معنی‌دار در میزان افسردگی آنها دارد ($P < 0/001$ ، $F = 1/024$ و $df = 3$). افراد مجرد نسبت به افراد متأهل به طور معنادار ($P < 0/05$) افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند و گروه‌های دیگر با یکدیگر از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری ندارند.

از سوی دیگر مندرجات جدول بیانگر آن است که اثر میزان درآمد خانواده بر افسردگی معنی‌دار است ($P < 0/05$ ، $f = 5/843$ و $df = 2$). نتایج حاصل از آزمون توکی نشان می‌دهد زنانی که میزان درآمد خانواده آنها حداکثر سیصد هزار تومان می‌باشد در مقایسه با زنانی که میزان درآمد خانواده‌ی آنها بین ۳۰۰-۵۰۰ هزار تومان است به طور معنادار میزان افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند و گروه‌های دیگر در مقایسه با یکدیگر از لحاظ افسردگی تفاوت معنادار با یکدیگر ندارند.

همچنین مندرجات جدول نشان می‌دهد که میزان افسردگی در گروه‌های سنی متفاوت، از نظر آماری معنی‌دار نیست. از این رو، سن نقش معنی‌دار در شیوع افسردگی ندارد ($P > 0/134$ ، $f = 2/012$ و $df = 2$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که ۶۱/۵ درصد از آزمودنی‌ها دارای افسردگی در طیف خفیف تا خیلی

شدید می‌باشند که از میان آنها ۲۵ درصد دارای افسردگی خفیف و ۲۶/۲ درصد افسردگی متوسط و ۶/۲ درصد افسردگی شدید و ۲/۷ افسردگی خیلی شدید بودند. آزمودنی‌ها از نظر از دست دادن یکی از نزدیکان در دو ماه اخیر و یا وجود بیماری صعب‌العلاج در خود یا در افراد خانواده کنترل شده بودند بنابراین این عامل‌ها نمی‌توانست وجود افسردگی را توجیه کند. اهمیت این یافته‌ها در این است که تحقیقات نشان داده است جنسیت در بروز و شیوع آن نقش اساسی دارد و میزان افسردگی در زنان نسبت به مردان بیشتر است (رابسون ۲۰۰۲ و استانوپ و همکاران، ۲۰۰۰).

مطالعات آدامز (۲۰۰۶) حاکی از آن است که زنان تحت شرایط استرس‌زا تکاپوی کمتری از خود نشان می‌دهند و به سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و ناکارآمد گرایش پیدا می‌کنند. از این رو با ظهور فقدان‌ها و آسیب‌های جدی در روابط بین فردی، درماندگی بیشتری تجربه نموده و خلق‌شان پایین می‌آید. براین اساس، احتمال ابتلای آنها به افسردگی افزایش می‌یابد.

رابسون (۲۰۰۲) بیان می‌کند که زنان در بلندمدت نسبت به تغییرات عمده در سطوح زندگی آسیب‌پذیرترند. و از آنجا که منابع حمایتی زنان نسبت به مردان محدودتر است لذا تغییرات خلقی و زیستی ناشی از فقدان‌ها و شکست‌ها، زنان را بیشتر از مردان تحت تأثیر قرار می‌دهد. تحقیقات متعددی شیوع بالای افسردگی را در جهان نشان می‌دهد. برحسب اینکه افسردگی به چه نحوی تعریف و سنجیده شود میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی در طول زندگی در زنان از ۷ تا ۲۱ درصد است. (وایزمن، بروس، لیف، فلوریو و هولزر، ۱۹۹۱، به نقل از آرین، مک کویید و مونز، ۱۹۹۷). از طرفی انواع خفیف‌تر افسردگی که ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی را برآورده نمی‌سازند از اختلال افسردگی اساسی بسیار رایج‌تر هستند و میزان شیوع این حالات به طور معناداری بیشتر از اختلال افسردگی اساسی است (بارت، اکسمن و گربر، ۱۹۹۸، به نقل از کلارک، بک والفورد، ۱۹۹۹).

نتایج تحقیق حاضر در مقایسه با تحقیق کسلر (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه ۶/۷ درصد جمعیت بالای ۱۸ سال آمریکا به اختلال افسردگی اساسی مبتلا هستند و لاجوردی (۱۳۷۷) که بیان می‌کند ۳۲/۴ درصد افراد افسرده را زنان تشکیل می‌دهد و نانس (۲۰۰۹) که اشاره می‌کند احتمال ابتلا به افسردگی اساسی در طول زندگی زنان حدود ۲۰ تا ۲۶ درصد می‌باشد، نشان می‌دهد که میزان افسردگی در زنان شهرستان مرند در مقایسه با آزمودنی‌های تحقیقات فوق بالاتر می‌باشد. ولی این نکته قابل تأمل است که در این تحقیقات فقط به افسردگی اساسی اشاره شده است که قابل مقایسه با میزان افسردگی خیلی شدید و شدید می‌باشد که در تحقیق حاضر نیز به ترتیب ۲/۷ درصد و ۷/۶ درصد می‌باشد. علاوه بر آن مطالعات همه‌گیرشناسی بر تفاوت بین فرهنگی در میزان شیوع افسردگی تأکید می‌کنند (سیمون، ۲۰۰۲). بنابراین تفاوت‌های فرهنگی را می‌توان از دلایل این تفاوت‌ها دانست.

علاوه بر این نتایج نشان داد که میزان افسردگی در سطوح مختلف تحصیلی زنان شهرستان مرند با یکدیگر متفاوت است و بیشترین افسردگی در افراد زیردیپلم و کمترین مقدار در افراد بی‌سواد دیده می‌شود.

مطالعات هینگز (۲۰۰۴)، ریموند (۲۰۰۵)، جانتان (۲۰۰۷) حاکی از آن است که افراد تحصیل کرده در مقایسه با افراد کم‌سواد، از توانایی بهتری جهت مقابله با عوامل استرس زندگی برخوردارند و قادرند در موقعیت‌های دشوار زندگی از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر جهت برنامه‌ریزی، کنترل و مدیریت موقعیت‌ها استفاده کنند و با قاطعیت بیشتری به جستجو و درخواست حمایت بپردازند. از این رو نگرش مثبت‌تری به زندگی داشته و تغییرات خلقی کمی را تجربه می‌کنند. و نیز نتایج پژوهش شریف و همکاران (۱۳۸۳) نشان می‌دهد که از نظر تحصیلات، بالاترین شیوع اختلالات روانی مربوط به افراد بی‌سواد و کمترین آن مربوط به افراد با تحصیلات دانشگاهی بوده است.

نتایج پژوهش حاضر از این نظر که میزان افسردگی در سطوح مختلف تحصیلی با یکدیگر متفاوت می‌باشد با تحقیقات مذکور همسو می‌باشد ولی از این نظر که بیشترین و کمترین مقدار افسردگی متعلق به کدام گروه می‌باشد ناهمسو می‌باشد.

با همه این اوصاف در تبیین تفاوت شیوع افسردگی در گروه‌های مختلف، تنها نمی‌توان به یک عامل تکیه نمود بلکه وقوع و تداوم این اختلال نتیجه تعامل چند عامل بوده که در این میان نتایج پژوهش‌های دیوید و اسمین (۱۹۸۲)، به نقل از کرک و کلارک (۱۳۷۶) براین امر صحه می‌گذارد.

از طرفی مطالعات همه‌گیرشناسی بر تفاوت بین فرهنگی در میزان شیوع افسردگی تأکید می‌کنند (سیمون، ۲۰۰۲). بنابراین میزان تحصیلات یکی از عوامل تأثیرگذار بر وقوع افسردگی است و ممکن است تحت تأثیر عوامل دیگر بر وقوع افسردگی مؤثر واقع شود. از سوی دیگر مطالعات هنگیز (۲۰۰۴) و ریموند (۲۰۰۵) و جانتان (۲۰۰۷) در فرهنگ‌های متفاوتی انجام یافته است و این تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند الگوی تأثیر میزان تحصیلات بر افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان افسردگی در افراد مجرد بیشتر از متأهلین می‌باشد. در تبیین این تفاوت‌ها می‌توان به نظرات موس (۲۰۰۴) اشاره نمود که بیان می‌دارد تأهل، همچون سپر اجتماعی در برابر استرس‌های زندگی عمل می‌کند و زنان متأهل نسبت زنان مجرد و بیوه از توانمندی بیشتری برای مقابله با عوامل استرس‌زای زندگی برخوردارند. در همین راستا، ریچاردسون (۲۰۰۵) اذعان می‌کند که زنان متأهل در مقابله با حوادث استرس‌زای زندگی از منابع حمایتی بیشتری برخوردارند. از این رو احتمال بروز اختلالات اساسی خلقی و رفتاری در این گروه از زنان نسبت به زنان مجرد کمتر است.

در همین راستا مک لاین (۲۰۰۷) عنوان می‌کند که وضعیت تأهل، زنان را در برابر آسیب‌های زندگی مصون می‌کند و شبکه‌های حمایتی اجتماعی آنها را گسترش داده و بر فعالیت‌های سازنده آنها می‌افزاید. از این رو تغییرات خلقی منفی در این گروه از زنان کمتر اتفاق می‌افتد.

بنابراین یافته‌ی پژوهش حاضر به این معناست که افراد متأهل خلق منفی کمتری را نسبت به افراد غیرمتأهل تجربه می‌کنند و این یافته با تحقیقات پاپالیا و الدوز، ۱۹۹۵ به نقل از لطف‌آبادی، (۱۳۷۹) مبنی بر سلامت روانی مطلوب افراد متأهل و مطالعات موس (۲۰۰۴) و مک لاین (۲۰۰۷) همسو می‌باشد.

یافته دیگر تحقیق نشان داد که میزان افسردگی زنان شهرستان مرند در سطوح مختلف در آمد خانواده با یکدیگر متفاوت است و افراد دارای درآمد کمتر در مقایسه با افراد دارای درآمد بیشتر، افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. توضیح این که بوید واسمین (به نقل از گیلور و همکاران، ۱۳۷۶) در مطالعات خود گزارش نموده‌اند که علائم افسردگی در گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین شایع‌تر است. از سوی دیگر مطالعات ترومن (۲۰۰۲) حاکی از آن است که فقدان‌ها و کمبودهای اساسی زندگی، کاهش درآمد و از دست دادن شغل، نقش اساسی در بروز تغییرات خلقی دارد، از این رو، سطح اقتصادی افراد در چگونگی مقابله با فقدان‌های زندگی تأثیر گذاشته و تغییرات خلقی را به همراه دارد.

بنابراین یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد که پایین بودن درآمد چنانچه ترومن (۲۰۰۲) و بوید و سلمن (۲۰۰۷) اشاره می‌کند با افسردگی رابطه دارد ولی بالا بودن آن باعث کاهش افسردگی نخواهد بود.

یافته دیگر تحقیق نشان می‌داد که میزان افسردگی در سطوح مختلف سنی با یکدیگر متفاوت نمی‌باشد. تحقیقات نشان می‌دهد هیچ گروه سنی از افسردگی معاف

نیست و مقایسه فراوانی افسردگی در سنین مختلف مورد اختلاف است (روزنهان و سلینگمن، ۱۳۷۹).

در تحقیق حاضر نیز از آنجائی که آزمودنی‌ها از سنین بین ۶۰-۱۹ سال انتخاب شده بودند، این عدم تفاوت بین گروه‌های سنی مختلف ناشی از بروز افسردگی و نشانه‌های آن در سنین مختلف می‌باشد.

References

منابع

- بکر و همکاران (۱۳۷۲). آموزش مهارت‌های اجتماعی، درمان برای افسردگی، ترجمه سعیدنو نشاط و نادر کیامرزی، تهران: نشر وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- بنائیان، شایسته؛ پروین، ندا؛ کاظمیان، افسانه (۱۳۸۵). بررسی ارتباط سلامت روان و رضایت زناشویی زنان متأهل، مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، بهار و تابستان ۱۳۸۵، شماره ۱۴ ص ۵۲.
- بهرامی، هادی (۱۳۸۵). بررسی مسایل و مشکلات روانی و اجتماعی دانشجویان کشور، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، نشر دانشگاه علم و صنعت ایران.
- حسینی، فریده‌السادات؛ حسین چاری، مسعود (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه برخی از شاخص‌های بهداشت روانی در میان دانشجویان متأهل و مجرد دانشگاه شیراز، مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، نشر دانشگاه علم و صنعت.
- روزنهران، دیویدال، سلیگمن، مارتین، ای، پی (۱۳۷۹). روانشناسی ناپهنجاری، آسیب‌شناسی روانی (جلد دوم)، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: نشر ارسباران.
- شریف، فرخنده؛ جولایی، حسن؛ کدیور، محمد رحیم؛ رجایی‌فرد، عبدالرضا، (۱۳۸۳). بررسی وضعیت سلامت روانی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه یاسوج، شماره ۳۵۰، پاییز ۱۳۸۳، ص ۷۵.
- عامری، (۱۳۷۱). بررسی شیوع افسردگی و علل آن در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان‌نامه جهت اخذ درجه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۱-۶۳.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۸۱). خلاصه روانپزشکی (جلد دوم)، ترجمه نصرالله پورافکاری. تهران: انتشارات شهر آب.
- لطف‌آبادی، حسین (۱۳۷۸). روانشناسی رشد (۲). تهران: انتشارات سمت.

محقق، حسین (۱۳۷۷). بررسی میزان افسردگی و برخی عوامل مرتبط با آن در بین دانش‌آموزان دوره متوسط استان همدان، گزارش تحقیق، شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان همدان.

نریمانی، محمد؛ نخستین روحی، پروین؛ یوسفی، مهناز (۱۳۷۹) بررسی میزان شیوع و عوامل موثر بر افسردگی بعد از زایمان، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اردبیل، شماره ۱۲، ص ۱۰-۱۲.

یزدانی، امین رضا (۱۳۸۵). بررسی ارتباط طرز تفکر منطقی و غیرمنطقی و افسردگی با پیشرفت تحصیلی دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.

Adams, k. (2006). Coping Styles and health Behavior, *Journal of Mood Disorders*, 36, 51-69.

Arean, P.A., McQuaid, J, & Munoz, R.F., (1977). Moordisorders: Depressive Disorders, in S.M. Turner & M.Hersen(Eds.), *Adult Psychopathology and Diagnosis*, (3Ed.), (pp.230-255), New York: John Wiley&Sons.

Brown, E., (2006). *Depression*, Washingtoun, Simon Press.

Bruce, ML; Whisman, M.A. (1999). Martal Dissatisfaction and Incidenc of Major Depressive Episode in a Community Somphe, *J Abnorm Psychol*, 1999, 108 (4): 74-8.

Davison, B. (2004). Social Support and Life Events, *Journal of Behavioral Research*, 5, 99-106.

Edward, M. (2003). *Cognition and Behavior*, London, Synonim Press.

Goldoney, R.D., Fisher, L.J., Dal Grand, E., & Tatlor, A.W. (2004). Subsyndromal Depression: Prevalance, Use of Health Services and Quality of Life in an Australian Population, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39293-298.

Gotlib, I.H. (1991). Involved in Onset and Recovery, *J Abnorm Psychol*, May, 100 (2): 122.

- Haggan, N., (2004). Life Events and Mental Health, *Journal of Common Health*, 12, 202-20g.
- Hendesan, M., (2006). *Lefe in Distress*, London, Academic Press.
- Hinkiz, R. (2004). *Coping with Stress*, Losanjles, Rabinson Press.
- Janatan, S. (2007). *Coping with Life Events*, London Rabison Press.
- Jenkiz, C (2005). *Abnormal Psychology*, Newyork, MCGROW Hillpre.
- Kessler, R.C.; Berglund, P.A; Demler, O. Jin, R; Walters, E.E., (2005). Lifetime Prevalence and Age of Onset Distributions of DSMIV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), *Archives of General Psychiatry*, Jun; 62(6): 593-602.
- Lima, A.F.B.S., & Fleck, M.P.A., (2007). Subsyndromal Depression: An Impact on Quality of Life? *Journal of Affective Disorders*, 100, 163-169.
- Lopez, A. (2006). *Mood Disorders*, London, Academic Press.
- Mclalin, M. (2007). *Interpersonal Behavior and Disorders*, London Academic Press.
- Moos, A. (2004). Social Support and Stres, *Journal of Personality and Individual Differences*, 15, 191-201.
- Patel, V., (2001). Depression in Developing Countries: Lessons from Zimbabwe, *Br Med. J. Feb*; 322 (7284): 482-4.
- Rabson, A. (2002). *Depression and Stress*, London, Academic Press.
- Raymond, J. (2005). Mood and Behavior, *Joarnal of mood Disorders*, 51, 322-331.
- Richardson, N. (2005). *Abnormal Psychology*, London, Academic Press.
- Selman, D., (2007). *Stress and Affective Disorder*, Newyork, Edvards of Sons Press.
- Simon, G.E; Godbere, D.P. Vonkorft, W. Ystun, T.B., (2002), Understading Cross National Differences in Depression Prevalence, *Psychologic Medicine* (2002). 32:4:585-594, Cambridye University Press.

| همه گیرشناسی افسردگی و رابطه‌ی آن با ویژگی‌های...
| اعظم امجدی و دیگران

Stanhope, M; Lancaster, J. (2002). *Foundations of Community Health Nursing*, 7th ed: Stlouis Mosby, 331-2.

Trouman, k. (2002). *Mood and Life Changes*, Newyork, Academic Press.