

افسردگی و عوامل آن

دکتر سید مهدی حسینی* و دکتر علی مهدی‌زاده اشرفی**

* دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فیروزکوه، گروه مدیریت دولتی، فیروزکوه، ایران، Hosseiny@iaufb.ac.ir

** دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فیروزکوه، گروه مدیریت دولتی، فیروزکوه، ایران، A.mehdizadeh@iaufb.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۰۹/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۰۲/۱۵

چکیده

در مقاله حاضر ضمن اندازه‌گیری میزان افسردگی در دانشجویان فیروزکوه، عوامل مرتبط با افسردگی (جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال و رشته تحصیلی) شناسایی شده و همچنین ارتباط بین افسردگی و سطح نمرات دانشجویان مطالعه شده است. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه دانشجویان واحد فیروزکوه می‌باشد که در زمان انجام تحقیق تعداد آنها بالغ بر ۸۰۰۰ نفر بوده است برای تعیین حجم نمونه از جدول مورگان استفاده شده است و تعداد ۳۹۸ نفر از دانشجویان بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده‌اند. سوالات تحقیق در پی شناسایی رابطه بین افسردگی و عواملی شامل رشته تحصیلی، وضعیت اشتغال، وضعیت تاهل، جنسیت و سطح نمرات دانشجویان بوده است. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استاندارد بک استفاده شده است. برای تایید پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که اندازه آن ۸۳٪ محاسبه شده است. برای آزمون فرضیه‌های تحقیق از روش‌های غیر پارامتری ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن، آزمون من ویتنی و آزمون کروسکال والیس استفاده شده است. نتیجه حاصل از به کارگیری نرم افزار آماری SPSS نشان داده است که بین میزان افسردگی و سطح نمرات دانشجویان رابطه معکوس وجود دارد و همچنین میزان افسردگی در زنان، دانشجویان مجرد و دانشجویان بیکار بیشتر از گروه‌های مشابه بوده است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، سطح امتیاز، جنس.

مقدمه

تحت الشعاع قرار دهد. علائمی مانند غم و اندوه، احساس بی‌ارزشی، دشواری در تمرکز، عدم توانایی در اندیشیدن، احساس گناه، بی‌خوابی، احساس شکست و بسیاری از نشانه‌های خطرناک دیگر در انسان‌های افسرده قابل مشاهده است. در ارتباط با افسردگی انسان‌ها به طور اعم و افسردگی

هر انسانی در مقاطع متفاوتی از سن خود ممکن است افسردگی را تجربه کند. این بیماری می‌تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان‌ها را

درمان بهبود می‌یابند.

توسعه و پیشرفت داروها، روان‌درمانی و روش‌های جدید برای درمان افرادی که مبتلا به این بیماری ناتوان‌کننده هستند ثمره‌ی تحقیقات متمرکز روی این بیماری است. افسردگی اشکال مختلفی دارد که عبارتند از:

افسردگی اساسی، که با ترکیبی از علائم مشخص می‌شود و باعث اختلال در توانایی‌های فرد از قبیل کار کردن، خوابیدن، مطالعه کردن، غذا خوردن، و یا انجام فعالیت‌های لذت‌بخش می‌شود. افسردگی اساسی ناتوان‌کننده است و فرد را از کار کردن و فعالیت به صورت عادی باز می‌دارد. این نوع افسردگی ممکن است فقط یکبار در طول زندگی فرد رخ دهد اما اغلب ادامه‌دار است و در زندگی فرد تکرار می‌شود.

افسردگی دیستاسمی که افسرده‌خویی نیز نامیده می‌شود، در طولانی مدت (۲ سال یا بیشتر) مشخص می‌شود. اما علائم شدید کمتری دارد که ممکن است فرد را ناتوان نسازد اما باعث این می‌شود که فرد به صورت عادی فعالیت نکند یا احساس خوبی نداشته باشد. افراد دارای افسردگی دیستاسمی ممکن است در طول زندگی خود یک یا چند بار افسردگی عمده را تجربه کنند.

بعضی از اشکال افسردگی با اندکی علائم متفاوت نسبت به افسردگی اساسی و دیستاسمی ظاهر می‌شوند و یا ممکن است تحت شرایط خاص توسعه پیدا کند.

اختلال تطابقی زمانی رخ می‌دهد که یک بیماری شدید افسرده‌کننده با بعضی علائم روان‌پریشی مانند شکست در مقابل واقعیت‌ها، توهمات و هذیان گفتن همراه می‌شود.

افسردگی بعد از زایمان که یک مادر در خلال یک ماه پس از فارغ شدن افسردگی تجربه می‌کند. برآورد شده است که ۱۰ تا ۱۵ درصد از زنان این افسردگی را پس از زایمان تجربه می‌کنند. (آلت شولرو هندریچ، ۱۹۹۸)

اختلالات خلقی فصلی. این بیماری افسردگی در طول ماه‌های زمستان زمانی که نور طبیعی خورشید کمتر است ظاهر می‌شود. این اختلالات فصلی ممکن است به صورت مؤثر با نور درمانی مداوم شود اما تقریباً نیمی از آن‌ها تنها

در جوامع دانشجویی به طور اخص تحقیقات متعددی انجام شده است. آمار حاصل از انجام برخی از تحقیقات در جوامع دانشجویی ایران نشان می‌دهد که نسبت دانشجویان افسرده در برخی از گروه‌ها بیش از ۶۰٪ می‌باشد. (امامی، ۱۳۸۲) نسبت بسیار بالای دانشجویان افسرده در کشور نشان‌دهنده اهمیت انجام تحقیقات متعدد در زمینه موضوع مورد مطالعه می‌باشد.

در پژوهش حاضر محقق در نظر دارد با پاسخ به سوالات زیر، از یک طرف به کمک مطالعات نظری عوامل مرتبط با افسردگی را در دانشجویان واحد فیروزکوه شناسایی و از طرف دیگر آثار آنرا بر عملکرد آموزشی آنها مطالعه کند.

- آیا میزان افسردگی بین دانشجویان زن و مرد متفاوت است؟

- آیا میزان افسردگی بین دانشجویان رشته‌های مختلف متفاوت است؟

- آیا میزان افسردگی بین دانشجویان شاغل و بیکار متفاوت است؟

- آیا میزان افسردگی بین دانشجویان متاهل و مجرد متفاوت است؟

- آیا بین میزان افسردگی و سطح نمرات دانشجویان رابطه وجود دارد؟

مبانی نظری

تمامی افراد بعضی از اوقات احساس گرفتگی یا ناراحتی می‌کنند. اما این احساسات معمولاً گذرا هستند و در خلال چند روز فراموش می‌شوند. ولی زمانی که شخص آشفتگی و بی‌نظمی افسرده‌کننده‌ای دارد این افسردگی در زندگی و فعالیت‌های معمولی وی تأثیر می‌گذارد. و با بی‌نظمی و اختلال باعث رنج و زحمت فرد و کسانی می‌شود که با او در ارتباط هستند. افسردگی معمول و عادی به نظر می‌رسد اما بیماری جدی و مهمی است و بیشتر کسانی که آن را تجربه می‌کنند برای بهبود یافتن به مداوا و درمان نیاز دارند. بسیاری از افراد که بیماری افسردگی دارند به دنبال راه درمان آن نمی‌گردند. در صورتیکه اکثریت کسانی که حتی دارای شدیدترین افسردگی می‌باشند با معالجه و

همکاران، ۱۹۹۸) همچنین نتیجه تحقیقات نشان داده است که همراه بودن حالت‌های آشفتگی و استفاده‌ی نادرست از مواد مخدر فراگیر شده است. (کان وی و کامپتون، ۲۰۰۶) همچنین افسردگی با اغلب بیماری‌های خطرناک پزشکی همراه است نظیر بیماری‌های قلبی، حملات قلبی (سکته)، سرطان، ایدز و دیابت. مطالعات نشان داده است افرادی که دارای افسردگی هستند اضافه بر بیماری جدی خود تمایل دارند علایم بیشتری از بیماری را (هم افسردگی - هم بیماری خاص) نشان دهند و کمتر با شرایط درمان خود وقف داده می‌شوند و معمولاً هزینه‌ی بیشتری را برای درمان در پی دارند. (کاسانو و فاوا، ۲۰۰۲) تحقیقات به این نتیجه رسیده است که افزایش اعتماد به نفس نه تنها افسردگی را درمان می‌کند همچنین می‌تواند برای بهبود بیماری‌های مختلف دیگر مثرتر باشد. (کاتون و سیچانسی، ۲۰۰۲)

در ارتباط با دلایل بروز افسردگی باید گفت که دلیل خاص شناخته شده‌ای برای افسردگی وجود ندارد. احتمال بر این است که افسردگی نتیجه‌ی ترکیب فاکتورها و عواملی از قبیل عوامل ژنتیکی، زیستی - شیمیایی، محیطی و روانشناختی می‌باشد.

مطالعات نشان داده است که بیماری‌های افسرده کننده باعث اختلال در مغز می‌شود. تکنولوژی ترسیم مغز (نظیر عکس‌برداری مغناطیسی با امواج صدا (MRI) (نشان داده است که مغز افرادی که افسردگی دارند با کسانی که افسردگی ندارند متفاوت است. بخش‌های مختلف مغز وظیفه‌ی تنظیم و میزان کردن حالت‌ها، تفکر، خواب، میل به غذا و رفتار را دارند تا به صورت نرمال به نظر برسند اضافه بر این انتقال‌دهنده‌های عصبی شیمیایی هستند که سلول‌های مغز از آن استفاده می‌کنند تا فرد را در تعادل نگه دارند. اما این تصاویر نمی‌توانند نشان دهند که چرا افسردگی اتفاق افتاده است. (تی سانگ و فارون، ۱۹۹۰).

همچنین نتیجه تحقیقات ژنتیکی نشان داده است که خطر افسردگی نتیجه‌ی تأثیرات چندگانه‌ی ژنتیکی و محیطی و عوامل دیگر می‌باشد. (تی سانگ و همکاران، ۲۰۰۴).

با نور درمانی پاسخ نمی‌دهند. داروهای ضد افسردگی و روان‌درمانی‌ها می‌توانند علائم آن را کاهش دهند چه به تنهایی و چه به همراه نور درمانی. (روهان و همکاران، ۲۰۰۴)

اختلالات دوقطبی که بیماری افسردگی دیوانه‌کننده هم نامیده می‌شود به اندازه‌ی افسردگی اساسی و دیستاسمی رایج و عادی نیست. اختلالات دوقطبی با چرخه‌ای از تغییرات رفتار و حالت افراد، همراه است. افراد دارای بیماری افسردگی همگی یک نوع علایم را تجربه نمی‌کنند. شدت، کم یا زیاد بودن و مدت زمان این علایم با توجه به نوع بیماری یا خود شخص تغییر می‌کند. این علایم شامل:

ناراحتی مزمن، اضطراب یا احساس پوچی کردن، احساس ناامیدی یا احساس بدبینی، احساس گناه کردن، بی‌ارزشی و درماندگی، احساس بی‌قراری و تحریک‌پذیری (زود رنج بودن)، فقدان علاقه در فعالیت‌ها، کاهش انرژی، به سختی تمرکز کردن، یادآوری جزئیات و تصمیم‌گیری، بی‌خوابی، کم‌خوابی در صبح، خواب زیاد در صبح، پرخوری یا کم‌اشتها شدن، افکار خودکشی، یا تلاش برای خودکشی، دردهای مزمن، سردرد، گرفتگی عضلانی یا مشکلات گوارشی که به راحتی قابل درمان نیست.

افسردگی معمولاً با بیماری‌های دیگر همراه است. این چنین بیماری‌ها ممکن است بر افسردگی مقدم باشند، باعث افسردگی شوند و یا پیامد و نتیجه‌ی آن باشند. احتمال بر این است که تقدم افسردگی و بیماری برای افراد مختلف و شرایط مختلف تغییر می‌کند. با وجود این بیماری‌های همراه با افسردگی باید تشخیص داده و درمان شوند.

تشویق‌های مختل‌کننده - مانند فشارهای عصبی آسیب‌زا، وسواس بودن وحشت‌زدگی، ترس از اجتماع معمولاً با افسردگی همراه است. (دوان و همکاران، ۲۰۰۵) مخصوصاً افرادی که فشارهای عصبی آسیب‌زا را تجربه می‌کنند تمایل به افسردگی نیز هستند.

در موسسه‌ی ملی سلامت ذهنی (NIMH) محققان دریافته‌اند که بیشتر از ۴۰ درصد از کسانی که به فشارهای عصبی آسیب‌زا مبتلا هستند افسردگی نیز دارند (شیلی و

(گلاو و رابینز، ۱۹۹۹).

افراد پیرتر ممکن است شرایط خاص پزشکی بیشتری داشته باشند نظیر بیماری‌های قلبی، سکتو و سرطان که باعث علائم افسرده‌کننده می‌شوند و یا ممکن است در حال استفاده از داروهایی باشند که دارای عوارض جانبی‌ای است که در افسردگی نقش دارند. بعضی افراد ممکن است نوعی افسردگی را تجربه کنند که پزشکان به آن افسردگی عروقی (رگی) می‌گویند. افسردگی عروقی زمانی رخ می‌دهد که انعطاف‌پذیری رگ‌های خونی کمتر شود و در مدت زمان سفت شوند. با سفت شدن رگ‌های خونی جریان طبیعی خون به سیستم‌های مختلف بدن از جمله مغز نمی‌رسد. افراد که دارای این گونه افسردگی هستند اغلب مشکلات قلبی عروقی پیدا می‌کنند و در خطر سکتو قرار دارند.

اگرچه بسیاری از مردم بر این باورند که بیشترین نرخ خودکشی در میان جوانان است، مردان سفیدپوست بالای ۸۵ سال بیشترین نرخ خودکشی را دارند. بسیاری از آنان بیماری‌های افسرده‌کننده‌ای دارند که پزشک آن‌ها متوجه آن نشده علی‌رغم این حقیقت که این قربانیان خودکشی معمولاً یک ماه قبل از مرگشان نزد پزشک خود بوده‌اند. (کان ول، ۲۰۰۱)

اکثریت بیشتر افراد در سنین بالا با ضد افسردگی‌ها، روان‌درمانی یا ترکیبی از هر دو بهبود پیدا می‌کنند. (لیتل و همکاران، ۱۹۹۸)

تحقیقات نشان داده است که تجویز و استفاده‌ی دارو و ترکیب کردن آن با درمان هر دو مؤثر است و باعث کاهش میزان رویداد مجدد افسردگی در افراد با سنین بالا می‌شود. (رینالدز و همکاران، ۱۹۹۹)

روان‌درمانی‌ها نیز می‌تواند به تنهایی برای رها شدن برای مدتی از افسردگی مؤثر باشد. مخصوصاً برای افراد با افسردگی مینور و همچنین برای کسانی که قادر نیستند یا مایل نیستند که از داروهای ضد افسردگی استفاده کنند. (رینالدز و همکاران، ۲۰۰۶)

تحقیقات نشان می‌دهد که افسردگی‌های دوران نوجوانی سخت، پایدار و ادامه‌دار است و حتی تا دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کند مخصوصاً اگر درمان نشود.

افسردگی در میان زنان نسبت به مردان رایج‌تر است. عوامل زیست‌شناختی، هورمونی، چرخه‌ی زندگی و عوامل روانی - اجتماعی که مربوط به زنان است با میزان بیشتر افسردگی در زنان ارتباط دارد محققان نشان دادند که هورمون‌ها به صورت مستقیم روی مغز تأثیر می‌گذارند که عواطف و احساسات و حالات فرد را کنترل می‌کند. برای مثال زنان مخصوصاً بعد از زایمان در معرض مبتلا به افسردگی هستند. بسیاری از مادرها دوره‌ی سریع حزن و اندوه را تجربه می‌کنند. اما بعضی‌ها به افسردگی شدیدتر توسعه پیدا می‌کنند. در شرایط کمی جدی‌تر، نیاز به شروع درمان و حمایت احساسی برای مادر است. بسیاری از زنان در کار و وظایف خانه با استرس اضافی مواجه می‌شوند اما این موضوع همچنان مبهم باقی‌مانده که چرا بعضی از زنان دچار چالش‌های بزرگی می‌شوند که افسردگی را افزایش می‌دهد در صورتیکه بعضی دیگر با همان چالش‌ها دچار افسردگی نمی‌شوند. (رابینوف و همکاران، ۱۹۹۸).

مردان اغلب به طور متفاوت نسبت به زنان افسردگی را تجربه می‌کنند و ممکن است راه‌های مختلفی برای کنار آمدن با علائم داشته باشند. احتمال اینکه مردان به داشتن خستگی، تحریک‌پذیری، فقدان علاقه و مشکلات خواب اعتراف کنند بیشتر است در حالیکه زنان این احساسات از قبیل ناراحتی، بی‌ارزشی، احساس گناه را نمی‌پذیرند و با آن کنار نمی‌آیند. (کوکران و رابینوتیز، ۲۰۰۰).

در مواقع ناراحتی و افسردگی عصبانیت و کلافه شدن مردان بیشتر از زنان به سمت الکل و دارو می‌روند. بعضی مردان برای جلوگیری از رفتارهای خطرناک یا جلوگیری از صحبت کردن درباره‌ی افسردگی‌شان با خانواده خود را سخت مشغول به کار می‌کنند. و برخلاف اینکه زنان در این مواقع بیشتر از مردان دست به خودکشی می‌زنند، مردان بیشتری در زمان افسردگی با خودکشی می‌میرند (در ایالات متحده). (کوچانک و همکاران، ۲۰۰۴).

افسردگی یک بخش عادی و معمول برای افراد سن بالا نیست. و مطالعات نشان داده‌اند که افراد پیر علی‌رغم بیماری‌های مزمن بدنی اکثراً از زندگیشان راضی هستند.

که در ۲۰٪ از آنها افسردگی بالینی مشاهده گردید. استیفانی و همکاران (۱۳۷۶) با تحقیق بر روی ۷۱۷ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و با استفاده از آزمون افسردگی بک میزان افسردگی را در کل دانشجویان ۳۱٪ اعلام نمودند.

کوشان و همکاران (۱۳۷۴) نیز در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان رشته‌های پرستاری، مامایی و بهداشت دانشکده علوم پزشکی سبزوار، شیوع افسردگی را ۲۱/۳٪ بیان نمودند

رشیدی (۱۳۸۰) در تحقیقی تحت عنوان بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان افسردگی دانشجویان را ۴۸/۶٪ گزارش کرده است.

در تحقیق دیگری که توسط فیروزی (۱۳۷۶) بر روی تعداد ۶۷۰ نفر از کارگران مس کرمان انجام شد میزان افسردگی در کارکنان مجرد بیشتر از کارکنان متأهل اعلام شد. همچنین نتیجه این تحقیق نشان داده است که میزان افسردگی در مردها کمتر از زن‌ها بوده است.

یکی از نتایجی که توسط دارا (۱۳۷۴) در تحقیقی که بین تعداد ۳۸۹ پرسنل آموزشی دبیرستان‌های تهران انجام شده بیانگر آن است که میزان افسردگی در گروه مجردها بیشتر است.

در تحقیقی که توسط عاطفه مند (۱۳۸۰) جهت شناسایی تاثیر افسردگی بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان شیرازی انجام شده است نشان از وجود رابطه معکوس بین وضعیت تحصیلی و میزان افسردگی داشته است. همچنین تحلیل اطلاعات جمع آوری شده از تعداد ۲۴۰ دانش آموز مورد مطالعه نشان داده است که دخترها افسردگی بیشتری را نسبت به پسرها تجربه می‌کنند.

تحقیقات طالب زاده (۱۳۸۰) بر دانشجویان دانشگاه تربیت معلم تهران نشان داده است که بین میزان افسردگی و توان حافظه رابطه معکوس وجود دارد.

نتایج تحقیق دیگری که توسط دهقانی (۱۳۸۱) جهت بررسی میزان افسردگی در دانش آموزان یزد انجام شده است نشان می‌دهد که فقط ۸٪ از دانش آموزان فاقد افسردگی می‌باشند و همچنین رابطه معکوس بین وضعیت

وجود افسردگی در دوران کودکی متمایلاً بیماری‌های شدیدی را در سن بزرگسالی پیش‌بینی می‌کند. ویس من و همکاران، (۱۹۹۹)

قبل از بلوغ، دختران و پسران کاملاً احتمال مبتلا شدن به اختلالات افسرده کننده را دارند اگرچه در دختران در سن ۱۵ سالگی بیشتر از پسران (۲ برابر) احتمال رویدادهای افسرده کننده وجود دارد. (کرانوسکی و همکاران، ۲۰۰۰)

افسردگی در نوجوانان در زمان تغییرات بزرگ شخصی رخ می‌دهد. زمانی که پسران و دختران در حال شکل دادن یک شخصیت متمایز از والدینشان هستند. یا زمانی که با مسائل جنسی روبرو می‌شوند و زمانی که برای اولین بار در زندگی برای خود تصمیم بگیرند. (شافر و همکاران، ۱۹۹۶)

پیشینه تحقیقاتی

ترکان و همکاران در سال ۱۳۷۲ شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی زاهدان را ۴۷٪ اعلام نموده که ۳۱٪ از دانشجویان افسردگی خفیف، ۱۱٪ افسردگی متوسط و ۵٪ افسردگی شدید داشته‌اند. همچنین این تحقیق نشان داده است که میزان افسردگی در مردها و متأهل‌ها کمتر از زن‌ها و مجردها است و رابطه‌ای بین وضعیت تحصیلی و افسردگی دانشجویان مشاهده نشده است.

یافته‌های پژوهش امامی (۱۳۸۲) در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل نشان داده است که از ۳۲۴ دانشجوی مورد پژوهش ۱۸۶ نفر با درجات مختلفی دچار افسردگی بودند و از بین آنها تعداد ۱۲۶ نفر (۶۴٪) دچار افسردگی بالینی بوده‌اند و همچنین اختلاف معناداری بین میزان افسردگی مردان و زنان مشاهده نشد.

قربشی نژاد و همکاران (۱۳۷۸) در تحقیقی نشان دادند که ۴۱/۸٪ دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران دچار افسردگی هستند.

در تحقیقی که توسط گاد بی (۱۹۹۴) بر روی دانشجویان دانشگاه آقاخان در پاکستان انجام شد، نشان داده شد که ۳۹٪ از دانشجویان مبتلا به افسردگی بوده‌اند

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که از بین دانشجویان مورد مطالعه، تعداد ۲۱۳ نفر مرد و تعداد ۱۸۵ نفر زن بوده‌اند.

جدول ۲) توزیع فراوانی نمونه‌ها بر اساس جنسیت

جنسیت	تعداد	درصد
مرد	۲۷۹	٪۷۰
زن	۵۲	٪۳۰
جمع	۳۹۸	٪۱۰۰

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که از تعداد ۳۹۸ نفر دانشجوی مورد مطالعه، تعداد ۳۲۴ نفر مجرد و تعداد ۷۴ نفر متاهل بوده‌اند.

جدول ۳) توزیع فراوانی نمونه‌ها بر اساس وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	تعداد	درصد
مجرد	۳۲۴	٪۸۱
متاهل	۷۴	٪۱۹

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که در گروه دانشجویان مورد مطالعه، تعداد ۱۴۱ نفر شاغل و تعداد ۲۵۷ نفر بیکار بوده‌اند.

جدول ۴) توزیع فراوانی نمونه‌ها بر اساس وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	تعداد	درصد
شاغل	۱۴۱	٪۳۵
بیکار	۲۵۷	٪۶۵

ابزار جمع آوری اطلاعات:

برای اندازه‌گیری افسردگی در این تحقیق از پرسشنامه استاندارد بک استفاده شده است این پرسشنامه دارای ۲۱ سوال چهارگزینه‌ای می‌باشد علی‌رغم استاندارد بودن این پرسشنامه و به کارگیری فراوان آن در جوامع دانشجویی ایران به جهت تایید پایایی ابزار و با استفاده از روش توزیع مجدد ضریب آلفای کرونباخ برای آن به اندازه ۰/۸۳ محاسبه شده است.

تحصیلی و افسردگی مشاهده شده است.

منزه (۱۳۷۶) در یک تحقیق متفاوت بر روی زندانیان حبس ابد مشهد نشان داد که میزان افسردگی در مجردها کمتر از زندانیان متاهل است.

نتایج حاصل از اطلاعات جمع آوری شده از تعداد ۲۹۵ نفر از دبیران کاشمر که توسط محمدی (۱۳۸۴) انجام شده است بیانگر وجود رابطه معکوس بین انگیزه کار و افسردگی بوده است.

مداح (۱۳۷۹) در تحقیقی بر روی معلمان تهران نشان داده است که میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان و در مجردها بیشتر از متاهلین است.

به همین ترتیب نتیجه به کارگیری از پرسشنامه بک بر روی تعداد ۶۰۸ دانشجوی تهرانی توسط فلاحتی (۱۳۷۰) نشان داده است که شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان است.

یکی از نتایج حاصل از تحقیقات باقری (۱۳۷۳) بر دانش آموزان شهرستان علی آباد کتول بیانگر آن است که در گروه مورد مطالعه نسبت افراد افسرده در دخترها بیشتر از پسرها می‌باشد.

مواد و روش‌ها:

جامعه آماری: گروه مورد مطالعه در این تحقیق شامل کلیه دانشجویان واحد دانشگاهی فیروزکوه بوده است که در زمان انجام تحقیق مشغول به تحصیل بوده‌اند. جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که از تعداد ۳۹۸ نفر دانشجوی مورد مطالعه، تعداد ۲۷۹، ۵۲ و ۶۷ نفر به ترتیب در رشته‌های انسانی، ریاضی و فنی-مهندسی تحصیل می‌کنند.

جدول ۱) توزیع فراوانی بر اساس رشته تحصیلی

رشته تحصیلی	تعداد	درصد
انسانی	۲۷۹	٪۷۰
ریاضی	۵۲	٪۱۳
فنی و مهندسی	۶۷	٪۱۷

روش آماری

برای بیان توصیفی داده‌ها از شاخص‌های عددی و جداول توزیع فراوانی و برای پاسخ به سوالات تحقیق از آزمون من ویتنی، آزمون کروسکال والیس و ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن استفاده شده است.

با توجه به اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۶ بیشترین میزان افسردگی با میانگین رتبه ۵.۲۰۷ در دانشجویان مجرد و کمترین میزان افسردگی با میانگین رتبه ۴۹.۱۶۴ در دانشجویان متأهل مشاهده شده است.

جدول ۸) میانگین رتبه افسردگی بر اساس وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	میانگین رتبه‌ها
مجرد	۵.۲۰۷
متاهل	۴۹.۱۶۴

نتایج:

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که دانشجویان رشته‌های فنی-مهندسی با میانگین رتبه ۸۲.۲۱۰ دارای بالاترین دانشجویان رشته‌های علوم انسانی با میانگین رتبه ۱۹۵.۰۴ دارای کمترین میزان افسردگی بوده‌اند.

جدول ۵) میانگین رتبه افسردگی بر اساس رشته تحصیلی

رشته تحصیلی	میانگین رتبه‌ها
انسانی	۱۹۵.۰۴
ریاضی	۲۰۸.۸۷
فنی و مهندسی	۲۱۰.۸۲

نتایج:

نتیجه حاصل از آزمون اولین فرضیه تحقیق نشان می‌دهد که میزان افسردگی در دانشجویان مرد کمتر از دانشجویان زن می‌باشد.

نتیجه حاصل از آزمون دومین فرضیه تحقیق نشان می‌دهد که میزان افسردگی در دانشجویان رشته‌های مختلف برابر است.

نتیجه حاصل از آزمون سومین فرضیه تحقیق نشان می‌دهد که میزان افسردگی در دانشجویان شاغل کمتر از دانشجویان بیکار می‌باشد.

نتیجه حاصل از آزمون چهارمین فرضیه تحقیق نشان می‌دهد که میزان افسردگی در دانشجویان مجرد بیشتر از دانشجویان متأهل می‌باشد.

نتیجه حاصل از آزمون پنجمین فرضیه تحقیق نشان می‌دهد که بین میزان افسردگی و سطح نمرات دانشجویان رابطه معکوس وجود دارد.

با توجه به اطلاعات ارائه شده در جدول شماره ۶ بیشترین میزان افسردگی با میانگین رتبه ۱۵.۲۱۶ در دانشجویان زن و کمترین میزان افسردگی با میانگین رتبه ۱۸۵.۰۴ در دانشجویان مرد مشاهده شده است.

جدول ۶) میانگین رتبه افسردگی بر اساس جنسیت

جنسیت	میانگین رتبه‌ها
مرد	۱۸۵.۰۴
زن	۲۱۶.۱۵

جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که دانشجویان بیکار با میانگین رتبه ۱۴.۲۱۰ دارای بالاترین دانشجویان شاغل با میانگین رتبه ۱۸۰.۱۴۰ دارای کمترین میزان افسردگی بوده‌اند.

جدول ۷) میانگین رتبه افسردگی بر اساس وضعیت اشتغال

وضعیت اشتغال	میانگین رتبه‌ها
شاغل	۱۸۰.۱۰
بیکار	۲۱۰.۱۴

بحث

افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های قرن بیست و یکم نسبت قابل توجهی از انسانها را به خود دچار کرده است. این بیماری می‌تواند بر چگونگی تفکر و رفتار انسانها تاثیر مخربی داشته باشد. تحقیقات در زمینه افسردگی در جوامع دانشجویی نشان از نسبت میزان افسردگی در بین آنها دارد. افسردگی در بین دانشجویان مسئله‌ای با اهمیت است، زیرا از موفقیت و پیشرفت

- ۴- دارا، کامبیز (۱۳۷۴) تعیین میزان افسردگی در پرسنل آموزشی دبیرستانهای تهران، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- ۵- دهقانی، مجید (۱۳۸۱) بررسی میزان افسردگی در دانش آموزان یزد، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یزد
- ۶- طالب زاده، فاطمه (۱۳۸۰) بررسی تاثیر افسردگی بر حافظه، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه تربیت معلم
- ۷- عطفه مند، احمد (۱۳۸۰) بررسی اثر افسردگی بر عملکرد تحصیلی دانش آموزان شیراز، پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی دانشگاه شیراز
- ۸- فیروزی، فرزاد (۱۳۷۶) بررسی شیوع افسردگی در کارگران مس کرمان، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- ۹- فلاحتی، مسعود (۱۳۷۰) بررسی مقایسه ای افسردگی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۱۰- محمدی، محسن (۱۳۸۴) تعیین میزان افسردگی و رابطه آن با انگیزه و علاقه به کار در دبیرستانهای کاشان، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
- ۱۱- مداح، ابوالفضل (۱۳۷۹) بررسی میزان شیوع افسردگی در معلمان تهران، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۱۲- منز، محمد جواد (۱۳۷۶) بررسی رابطه وضعیت تاهل با افسردگی در زندانیان حبس ابد، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی مشهد

13. Altshuler LL, Hendrich V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during

تحصیلی آنان می کاهد و آنها را از رسیدن به جایگاه ویژه و شایسته باز می دارد. پاسخ به پنجمین سوال تحقیق حاضر نیز دلالت بر وجود رابطه معکوس بین میزان افسردگی و سطح نمرات در گروه مورد مطالعه داشته است این مهم نشان می دهد که مدیران موسسات آموزشی در سطوح مختلف سازمانی باید پیش از پیش در اندیشه مقابله با این رویداد باشند. مطالعه در ادبیات تحقیق نشان داده است که بنا به دلایل هورمونی و محدودیت های اجتماعی شیوع افسردگی در زنان بیشتر از مردان است نتایج تحقیق حاضر نیز نشان داده است که شدت افسردگی در دانشجویان مونث بیشتر از دانشجویان جنس مخالف است این نتیجه با بسیاری از تحقیقاتی که در پیشینه تحقیق ارائه شده است همخوانی دارد بدین جهت مبارزه و مقابله با شیوع افسردگی باید با توجه بیشتری نسبت به این گروه جنسی همراه باشد. بالا بودن میزان افسردگی در افراد مجرد نسبت به افراد متاهل از جمله نتایج بود که در تحقیقات ترکان و همکاران و تحقیق فیروزی به آن اشاره شده است. نتیجه این پژوهش نیز حاکی از آن است که میزان افسردگی در افراد متاهل نسبت به گروه مجرداداری شدت کمتری است در این خصوص توجه مضاعف به مقابله و استفاده از راهکارهای مناسب برای برخورد با این معضل در افراد مجرد از ضرورت های است که توسط مراجع ذیصلاح باید به آن پرداخته شود.

منابع

- ۱- امامی، فیروز (۱۳۸۲) بررسی شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی اردبیل، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
- ۲- باقری، عباسعلی (۱۳۷۳) مقایسه میزان افسردگی و اضطراب در دانش آموزان علی آباد کتول، پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی، دانشگاه تربیت معلم
- ۳- ترکان، علی (۱۳۷۲) بررسی افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی زاهدان، رساله دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

2000.

24. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. Deaths: final data for 2002. *National Vital Statistics Reports*; 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2004.

25. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 1999; 60(3): 820-826.

26. Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2001; 31(Suppl.): 32-47.

27. Little JT, Reynolds CF III, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(8): 1035-1038.

28. Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(1): 39-45.

29. Reynolds CF III, Dew MA, Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, Houck PR, Mazumdar S, Butters MA, Stack JA, Schleritzauer MA, Whyte EM, Gildengers A, Karp J, Lenze E, Szanto K, Bensasi S, Kupfer DJ. Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 2006 Mar 16; 354(11): 1130-1138.

30. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wichramaratne P. Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 1999; 281(18): 1701-1713.

31. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender

pregnancy and the postpartum period. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59: 29.

14. Rohan KJ, Lindsey KT, Roecklein KA, Lacy TJ. Cognitive-behavioral therapy, light therapy and their combination in treating seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 2004; 80: 273-283.

15. Devane CL, Chiao E, Franklin M, Kruep EJ. Anxiety disorders in the 21st century: status, challenges, opportunities, and comorbidity with depression. *American Journal of Managed Care*, 2005 Oct; 11(Suppl. 12): S344-353.

16. Shalev AY, Freedman S, Perry T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry*, 1998; 155(5): 630-637.

17. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2006 Feb; 67(2): 247-257.

18. Cassano P, Fava M. Depression and public health, an overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53: 849-857.

19. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002; 53: 859-863.

20. Tsuang MT, Faraone SV. The genetics of mood disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.

21. Tsuang MT, Bar JL, Stone WS, Faraone SV. Gene-environment interactions in mental disorders. *World Psychiatry*, 2004 June; 3(2): 73-83.

22. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998; 44(9): 839-850.

23. Cochran SV, Rabinowitz FE. Men and Depression: clinical and empirical perspectives. San Diego: Academic Press,

M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 1996; 53(4): 339-348.

difference in lifetime rates of major depression. Archives of General Psychiatry, 2000; 57: 21-27.

32. *Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory*