

بررسی میزان افسردگی زنان شهرستان خوی و عوامل مؤثر بر آن

خاور قره دینگه^۱
دکتر محمد مناف زاده^۲
رحیم اسم خانی^۳

چکیده

هدف کلی از انجام این تحقیق بررسی میزان افسردگی زنان شهرستان خوی و عوامل مؤثر بر آن بوده است. این بررسی از نوع زمینه یابی (Survey) می باشد. جامعه آماری در این تحقیق زنان شهرستان خوی در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال بوده، نمونه گیری به روش خوشه ای تصادفی انجام گرفته است. جمعیت آماری برای این مطالعه از طریق فرمول کوکران و جمعیت زنان شهرستان خوی در این گروه سنی، به تعداد ۳۸۳ نفر برآورد گردید. برای تحلیل آماری سوالات تحقیق از تحلیل واریانس یک راهه و آزمون مقایسه میانگین ها T-TEST دو گروه مستقل با استفاده از نرم افزار SPSS استفاده شده است. ابزار تحقیق شامل تست افسردگی بک به فرم ۱۳ سؤالی بود. یافته ها نشان داد بین زنان متأهل و غیرمتأهل، زنان شاغل و غیرشاغل، بین زنان در سطوح مختلف سنی و در مقاطع تحصیلی متفاوت از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد.

واژه های کلیدی: افسردگی، زن، شهرستان خوی

^۱ - عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوی، خوی - ایران

^۲ - عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوی، خوی - ایران

^۳ - عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوی، خوی - ایران

مقدمه

ما در زبان روزمره از کلمه افسردگی جهت توصیف ترکیبی از احساسات غمگینی، ناکامی، ناامیدی و شادی رخوت و بی حالی استفاده می کنیم، اما روانپزشکان و روانشناسان این کلمه را به شیوه ای متفاوت به کار می برند (بلاک برن^۱، ۱۳۸۲). اگر چه افسردگی از دیر باز به عنوان یکی از نابسامانی های روانی عمده شناخته شده، اما در دو دهه اخیر، اهمیت این بیماری هم از حیث رنج و آزاری که مبتلایان به افسردگی تحمل می کنند و هم از لحاظ بار سنگینی که این ناراحتی بر منابع درمانی جوامع تحمیل می نماید، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (مهریار، ۱۳۸۲). افسردگی یکی از علل بیماریزا و ناتوانی در تمامی کشورهاست و در واقع بیماری آسیب زننده ای است که هر زن و مردی را تحت تأثیر قرار می دهد (پاتل وی^۲، ۲۰۰۱). افسردگی متعلق به قشر خاصی نیست اما برخی از افراد جامعه به دلیل موقعیت خاص، نسبت به این اختلال آسیب پذیرند. در هر مقطع معینی از زمان، ۱۵ تا ۲۰ درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی نشانه های افسردگی را نشان می دهند. در جوامع صنعتی غربی افسردگی در بین بانوان تقریباً دو برابر مردان است (براون و هریس، به نقل از کرک و کلارک، ۱۳۷۶). بید به نظر می رسد که فقط یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند، بلکه افسردگی از تعامل بین چندین عامل حاصل می شود. تحقیقات نشان می دهد تعداد افراد افسرده به علت فشارهای ناشی از تغییرات اجتماعی، محیطی و افزایش برخی بیماری های جسمانی رو به افزایش است و قرن هاست که افسردگی به عنوان یک مشکل روانی در زندگی بزرگسالان شناخته شده است. شمار فزاینده مراجعان گرفتار به این اختلال در سنین مختلف به مراکز درمانی نشانه ای از شیوع بالای افسردگی است (لطف آبادی، ۱۳۷۸).

وقتی کسی دچار افسردگی می شود احساس غمگینی می کند و بیش از حد معمول تحریک پذیر می شود. لذت بردن از زندگی و علاقه مند شدن به انجام کارهای روزمره برای این عده دشوار می گردد. خواب آنها تحت شده، اشتهاشان کم می شود، ناامیدی آنها زیاد می گردد و ممکن است به آرزوی مرگ و خودکشی منجر شود. (کوریل و ونوکور، به نقل از کرک و کلارک، ۱۳۷۶). چنانکه می دانیم زنان در خانواده دارای نقش تعیین کننده می باشند. خانواده یکی از نهادهای مهم و تأثیرگذار در پیشرفت جوامع می باشد.

¹ -Blak burn, J.M

² -Patel,v

علایمی که در بالا به آن اشاره شد باعث عملکرد پایین فرد در خانواده و جامعه می شود. بنابراین شناسایی میزان افسردگی زنان موجب خواهد شد تا با آرایه نتایج آن به مسئولان، آنان رادر ارائه برنامه های و راهکارهای مناسب برای کاهش افسردگی یاری کرد.

فیروز امامی و همکاران (۱۳۸۲) شیوع افسردگی را در میان دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بررسی کرده اند و نتایج تحقیق آنها نشان می دهد میزان افسردگی در دو جنس تفاوت معناداری نداشت و ۵۷/۴ درصد از دانشجویان به افسردگی مبتلا بودند.

کریم استیفانی نیز در سال ۱۳۷۴ شیوع افسردگی را میان دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه پزشکی کردستان بررسی کرد و تحقیق وی نشان داد که ۳۱/۷ درصد از دانشجویان به افسردگی مبتلا بودند.

نتایج تحقیق قریشی نژاد و همکاران در سال ۱۳۷۸ نشان می دهد ۴۱/۸ درصد از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایران مبتلا به افسردگی بودند.

عوامل روانی-اجتماعی زنان در بروز افسردگی آنها پس از زایمان در بیمارستان کرج توسط آقای خمسه فریال بررسی شد پس از بررسی در زمینه ارتباط بین عوامل روانی و میزان افسردگی پس از زایمان در باب ارتباط بین عوامل اجتماعی و میزان افسردگی پس از زایمان، مشخص شده است که بین کفایت میزان درآمد برای هزینه های زندگی، نوع ارتباط با خانواده همسر، نوع ارتباط با خانواده خود، سطح ارتباطات اجتماعی و میزان افسردگی با ۹۵٪ اطمینان ارتباطی معنادار وجود دارد.

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

پرتو (۱۳۷۷)، به نقل از محقق) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده است که ۱۴ درصد پسران و ۸۶ درصد دختران افسرده هستند.

فروتنی (۱۳۸۴) به منظور بررسی افسردگی در دانشجویان مراکز آموزش عالی نشان داد که ۴۱/۲ درصد دختران و ۴۵/۹ درصد پسران به، درجاتی از افسردگی دچار بودند، اما رابطه معناداری بین وضعیت تأهل و افسردگی دیده نمی شد. بوید و سمین (به نقل از گیلدروهمکاران، ۱۳۷۶) در مطالعات و خود گزارش کرده اند که علایم افسردگی

در میان ۱۳ تا ۲۰ درصد جمعیت شایع است و این علایم بین زنها و گروههای اجتماعی اقتصادی پایین و زنان مطلقه و جدا شده شایعتر است.

نتایج تحقیق کانول (۱۹۹۵) نشان می دهد که اختلال افسردگی اساسی در زنان شایعتر از مردان است. نتایج مطالعه مونک و همکاران (۱۹۹۴) که به منظور بررسی شیوع و متغیرهای زمینه ای مرتبط با اختلالات افسردگی و اضطرابی بر روی ۵۲۹ دختر نوجوان سنین ۱۹ تا ۲۰ سال انجام شد نشان می دهد که ۱۶/۹ درصد آنها به اختلال افسردگی و اضطرابی مبتلایند.

نتایج مطالعه کسلر (۲۰۰۵) نشان می دهد تقریباً ۱۴/۸ میلیون بزرگسال آمریکایی را که حدود ۶/۷ درصد جمعیت بالای ۱۸ سال ایالات متحده آمریکا را تشکیل می دهد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند. کسلر وبرگلاند (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان دادند که شروع اختلال افسردگی حداقل ۳۲ سال می باشد. ضیائی (۱۳۸۵) در تحقیقی که به منظور بررسی سلامت روانی دانشجویان علوم پزشکی تهران انجام داد، معلوم کرد که در گروه سنی ۲۷-۳۱ سال افسردگی به طور معنادار بیشترین شیوع را نشان داده است. زاده باقری (۱۳۸۵) در تحقیقی که به منظور بررسی برخی عوامل مرتبط با افسردگی در دانشجویان دانشگاه های یاسوج انجام داد، به این نتیجه رسید که دانشجویانی که ۲۵ سال و بالاتر داشتند به طور معنادار افسردگی کمتری (۶/۳ درصد) را نسبت به دانشجویان ۲۰-۲۴ ساله نشان دادند.

انسل (به نقل از بکروههمکاران، ۱۳۷۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زنان مجرد درمقایسه با زنان متأهل بیشتر دچار افسردگی می شوند. نتایج مطالعه بهرامی (۱۳۸۵) که به منظور بررسی مسایل و مشکلات روانی و اجتماعی دانشجویان کشور انجام شده بود نشان داد. حالات تجرد یا تأهل با سه اختلال افسردگی و سواس- اجباری و پرخاشگری رابطه معنادار دارد.

حسینی (۱۳۸۵) در تحقیقی که به منظور بررسی و مقایسه برخی از شاخصهای بهداشت روانی در میان دانشجویان ۲۰ تا ۲۸ ساله متأهل و مجرد دانشگاه شیراز انجام داد، عنوان کرد که نتایج بدست آمده نشان می دهد میانگین نمرات دانشجویان مجرد در کل پرسشنامه بهداشت روانی نسبت به دانشجویان متأهل به طور معنادار کمتر است و در خرده مقیاس افسردگی نیز این تفاوت معنادار می باشد.

در تحقیقی که نریمانی و همکاران (۱۳۷۹) با عنوان بررسی میزان شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی بعد از زایمان انجام داد معلوم گردید که افسردگی پس از زایمان با متغیرهایی چون فقدان رضایت زناشویی و وضعیت اقتصادی ارتباط معنادار دارد. مطالعه گوتلیپ و همکاران (۱۹۹۱) نشان می دهد میزان افسردگی با میزان رضایت زناشویی رابطه معنادار دارد. شناسایی افراد افسرده و در نهایت ایجاد شرایط بهبودی، یکی از لازمه های هر جامعه برای ارتقای سطح شادکامی و بهزیستی جامعه است.

طرح پژوهش

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی است.

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه گیری

در این تحقیق جامعه آماری، زنان شهرستان خوی در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال بوده است. نمونه آماری از طریق فرمول کوکران، به تعداد ۳۸۳ نفر و به شیوه نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. از بین ۳۸۳ پرسشنامه فقط تعداد ۳۰۵ پرسشنامه دریافت گردید. تعداد زنان بین ۲۰ تا ۶۰ سال استخراج گشته و آمار زنان شاغل در گروههای مختلف شغلی اعم از آموزش و پرورش، بانکها، بیمارستانها و ادارات مختلف از فرمانداری این شهرستان کسب تهیه شد و به نسبت جامعه آماری آنان نمونه آماری بر اساس فرمول کوکران محاسبه و پرسشنامه بین آنها توزیع گردید. همچنین آمار زنان دارای مدرک کاردانی و بالاتر از دانشگاهها اخذ و به نسبت رشته های مختلف به آنها پرسشنامه داده شد. همچنین تعداد زنان متأهل و مجرد نیز از اداره ثبت احوال تهیه به نسبت آنها پرسشنامه میانشان توزیع گردید.

ابزارهای جمع آوری اطلاعات

۱- آزمون افسردگی بک

این پرسشنامه دارای ۱۳ سؤال است (این تست، فرم کوتاه شده تست افسردگی ۲۱ سؤالی بک است) که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند و هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای صفر تا ۳ نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. حداکثر نمره در این تست ۳۹ و

حداقل آن صفر می باشد. این آزمون توسط افراد زیادی در طی سالها، مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان بهترین آزمون در تعیین افسردگی شناخته شده است (منصور و دادستان، ۱۳۶۸). مقایسه تست افسردگی بک با تست افسردگی همیلتن (۱۹۶۰) حاکی از آن است که تست بک این امتیاز را دارد که با مهارت یا تعصب آزمایشگر بستگی ندارند و بیشتر به سنجش ویژگیهای روان شناختی افسردگی می پردازد تا ناراحتی های جسمانی و فیزیولوژیک. همبستگی آنها با یکدیگر ۰/۷۵ است (۱۳۸۵، به نقل از یزدانی). چگینی (به نقل از یزدانی، ۱۳۶۱) همبستگی میان پرسشنامه بک و خرده مقیاس افسردگی در پرسشنامه MMPI را ۰/۵۴ به دست آورد.

بک (۱۳۸۵، به نقل از یزدانی) ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۳ ذکر نموده و ویلیامز (۱۹۸۵، به نقل از یزدانی، ۱۳۸۵) پایایی آن را ۹۰٪ و پایایی باز آزمایی آنرا ۰/۷۵ گزارش کرد. پرتو (۱۳۴۵) در یک تحقیق تجربی در مورد پراکندگی افسردگی در دانشجویان نشان داد که تست بک از ثبات و اعتبار کافی برخوردار است (مردانی، ۱۳۷۶). (منصور و دادستان، ۱۳۶۸)، در مورد جمعیت ایرانی، شکل خلاصه شده افسردگی بک را هنجارگزینی کردند و طبقه بندی جدیدی را براساس تعیین درجه افسردگی طبق هنجارهای ایرانی ارائه کردند. در ایران پرتو وهاب زاده (۱۳۵۲) و چگینی (۱۳۶۱)، روایی پرسشنامه بک را گزارش کرده اند (به نقل از یزدانی، ۱۳۸۵). اعتبار محتوایی این آزمون با توجه به نظرات استادان دانشگاه تهران و دیگران مورد تأیید قرار گرفته است.

۲- پرسشنامه جمعیت شناختی

از طریق این پرسشنامه اطلاعاتی شامل، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت شغلی، نمونه ها به دست می آید.

روش تحلیل آماری داده ها

در پژوهش حاضر برای توصیف و تحلیل داده ها از روشهای آمار توصیفی و جداول و نمودارها و آمار استنباطی استفاده شده است. برای تحلیل سؤالات آماری تحقیق از روش تحلیل واریانس یک راهه و آزمون مقایسه میانگین ها T-TEST دو گروه مستقل استفاده شده است.

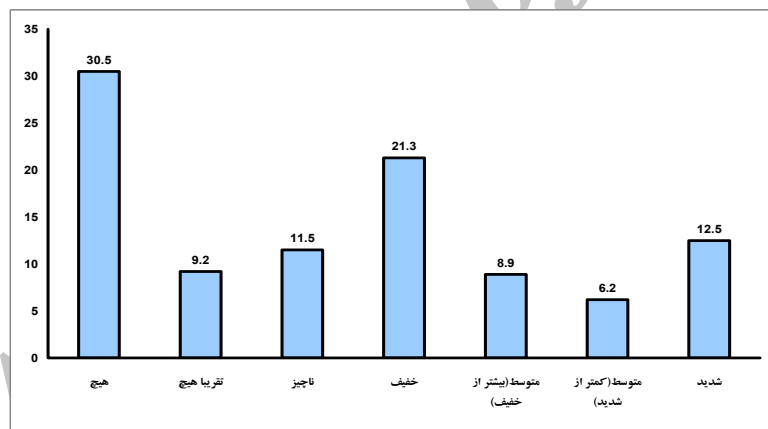
یافته های تحقیق

نتایج توصیفی تحقیق جهت استفاده در بخش تحلیل داده ها در جدول و نمودار ۱ تا ۵ ارائه شده است.

جدول ۱: جدول فراوانی و درصد انواع افسردگی زنان شهرستان خوی

درصد	فراوانی	درجه افسردگی
۳۰/۵	۹۳	هیچ
۹/۲	۲۸	تقریباً هیچ
۱۱/۵	۳۵	ناچیز
۲۱/۳	۶۵	خفیف
۸/۹	۲۷	متوسط (بیشتر از خفیف)
۶/۲	۱۹	متوسط (کمتر از وخیم)
۱۲/۵	۳۸	شدید
۱۰۰	۳۰۵	کل

با توجه به جدول درصد انواع افسردگی بانوان شهرستان خوی (جدول ۱) ۷۲/۵ درصد از بانوان افسردگی نداشته یا افسردگی در حد خفیف دارند و ۱۵/۱ درصد از بانوان دارای افسردگی در حد متوسط و ۱۲/۵ درصد از بانوان دارای افسردگی در حد شدید می باشند. نمودار آماری مقایسه ای درصد انواع افسردگی در ذیل آمده است:

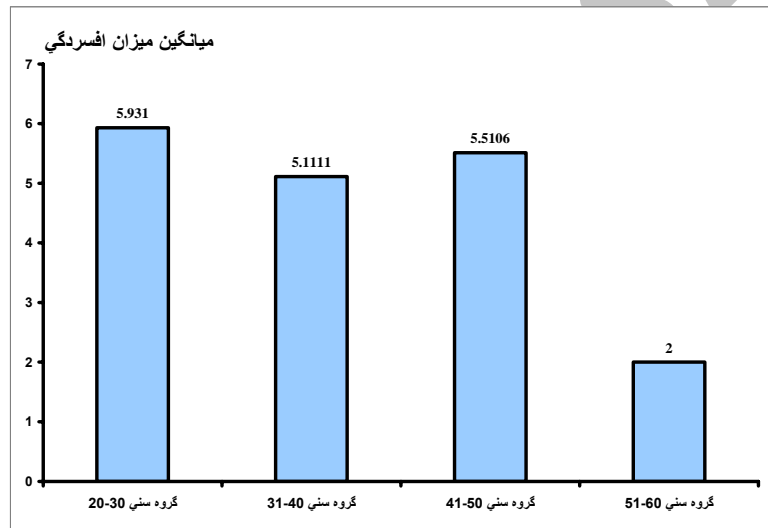


نمودار ۱- نمودار آماری درصد انواع افسردگی در زنان شهرستان خوی

جدول ۲: مشخصه های آماری میزان افسردگی زنان شهرستان خوی در سطوح مختلف سنی

سن	تعداد	میانگین میزان افسردگی	انحراف معیار	کمترین میزان افسردگی مشاهده شده در گروهها	بیشترین میزان افسردگی مشاهده شده در گروهها
۲۰-۳۰	۱۴۵	۵/۹۳	۷/۱۵	۰	۳۹
۳۱-۴۰	۱۰۸	۵/۱۱	۶/۱۹	۰	۲۴
۴۱-۵۰	۴۷	۵/۵۱	۶/۶۶	۰	۲۲
۵۱-۶۰	۵	۲	۲/۸۲	۰	۶
جمع	۳۰۵	۵/۵۱	۶/۶۹	۰	۳۹

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می شود، بیشترین میانگین میزان افسردگی در گروه سنی ۲۰-۳۰ سال می باشد که برابر ۵/۹۳ است و کمترین میانگین میزان افسردگی در گروه سنی ۵۱-۶۰ سال می باشد که برابر ۲ است. و میانگین میزان افسردگی در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال برابر ۵/۱۱ و در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال برابر ۵/۵۱ می باشد. در نمودار آماری (۲) میانگین میزان افسردگی بانوان شهرستان خوی در گروههای سنی مختلف مقایسه گردیده است.

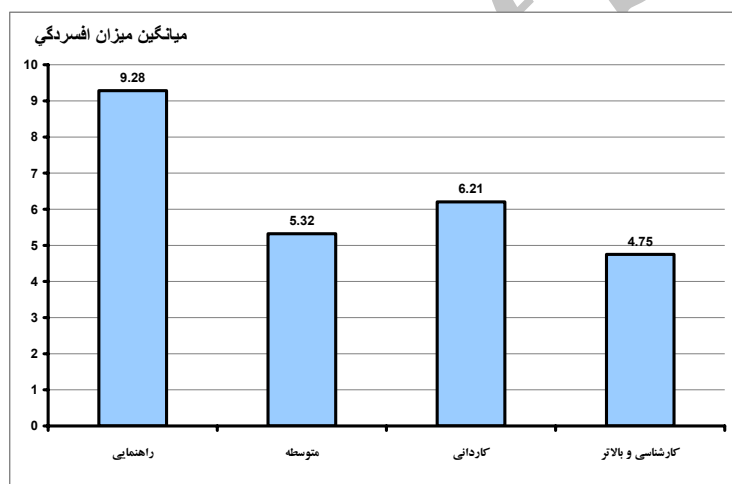


نمودار ۲- نمودار آماری مقایسه ای میانگین میزان افسردگی با توجه به سطوح مختلف سنی

جدول ۳: مشخصه های آماری میزان افسردگی زنان شهرستان خوی با توجه به سطوح مختلف تحصیلی

تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین میزان افسردگی مشاهده شده در گروهها	بیشترین میزان افسردگی مشاهده شده در گروهها
۱۴	۹/۲۸	۱۱/۶۹	۰	۳۹
۱۲۲	۵/۳۲	۶/۲۷	۰	۲۴
۶۸	۶/۲۱	۷/۱۶	۰	۲۵
۱۰۱	۴/۷۵	۵/۸۱	۰	۲۳
۳۰۵	۵/۵۱	۶/۷	۰	۳۹

همانگونه که جدول (۳) نشان می دهد زنان شهرستان خوی با تحصیلات راهنمایی بیشترین میزان افسردگی و بانوان شهرستان خوی با تحصیلات عالی (کارشناسی و بالاتر) کمترین میزان افسردگی را دارند. از ۳۰۵ نفر از بانوان که به عنوان نمونه انتخاب شدند، ۱۴ نفر (۴/۵۹٪) با تحصیلات راهنمایی و ۱۰۱ نفر (۳۳/۱۱٪) با تحصیلات کارشناسی و بالاتر می باشند. در نمودار (۳) میانگین افسردگی بانوان در سطوح مختلف تحصیلی مقایسه گردیده است.

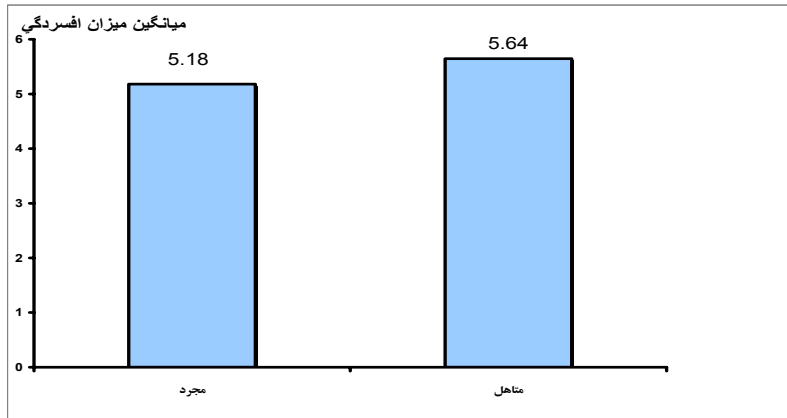


نمودار ۳-

نمودار آماری مقایسه ای میانگین میزان افسردگی با توجه به سطوح مختلف تحصیلی

جدول ۴: مشخصه های آماری میزان افسردگی زنان شهرستان خوی با توجه به وضعیت تاهل

تاهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین میزان افسردگی مشاهده شده در گروهها	بیشترین میزان افسردگی مشاهده شده در گروهها
مجرد	۸۸	۵/۱۸	۵/۷۴	۰	۲۴
متاهل	۲۱۷	۵/۶۴	۵/۰۶	۰	۳۹
کل	۳۰۵	۵/۵۱	۶/۷	۰	۳۹

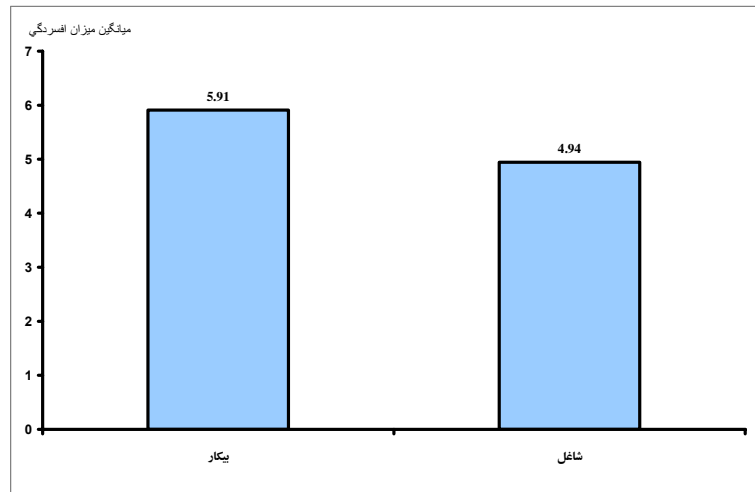


نمودار ۴- نمودار آماری مقایسه ای میانگین میزان افسردگی با توجه به وضعیت تاهل

از بین ۳۰۵ نفر شرکت کننده در آزمون، ۲۱۷ نفر (۷۱/۱۵٪) متأهل و ۸۸ نفر (۲۸/۸۵٪) مجرد می باشند. با توجه به جدول و نمودار آماری شماره (۴)، میانگین افسردگی در بانوان متأهل کمی بیشتر از بانوان مجرد می باشد.

جدول ۵- مشخصه های آماری میزان افسردگی زنان شهرستان خوی با توجه به وضعیت شغلی

تاهل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین میزان افسردگی مشاهده شده در گروهها	بیشترین میزان افسردگی مشاهده شده در گروهها
بیکار	۱۷۹	۵/۹۱	۷/۱۷	۰	۳۹
شاغل	۱۲۶	۴/۹۴	۵/۹۵	۰	۲۳
کل	۳۰۵	۵/۵۱	۶/۷	۰	۳۹



نمودار ۵- نمودار آماری مقایسه ای میانگین میزان افسردگی با توجه به وضعیت شغلی

از بین ۳۰۵ نفر شرکت کننده در آزمون، ۱۲۶ نفر (۴۱/۳٪) شاغل و ۱۷۹ نفر (۵۸/۷٪) بیکار می باشند. با توجه به جدول و نمودار آماری شماره (۵) میانگین افسردگی در بانوان بی کار بیشتر از بانوان شاغل می باشد.

یافته های استنباطی

۱- آیا میزان افسردگی در سطوح مختلف سنی بانوان شهرستان خوی با یکدیگر متفاوت است؟

برای پاسخگویی به سؤال یک با توجه اینکه سطح سنی افراد در چهار گروه زیر انتخاب شده است :

الف) ۲۰-۳۰ سال (ب) ۳۱-۴۰ سال (ج) ۴۱-۵۰ سال (د) ۵۱-۶۰ سال ،
از تحلیل واریانس یک طرفه که نتایج آن در جدول (۶) آمده است، استفاده شده است. با توجه به نتایج جدول (۶) فرضیه صفر تأیید می گردد، و بین سطوح مختلف سنی بانوان شهرستان خوی از نظر میزان افسردگی تفاوت معنا داری وجود ندارد.

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس میزان افسردگی بانوان شهرستان خوی با توجه به سطوح مختلف سنی

منابع تغییرات	مجموع مربعات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مربعات (S^2)	آزمون F	سطح معنی داری (p یا α)
بین گروهها	۱۰۴/۴۸۸	۳	۳۴/۸۲۹	۰/۷۷۴	۰/۵۰۹
درون گروهها	۱۳۵۳۹/۷۲۲	۳۰۱	۴۴/۹۸۲		
جمع	۱۳۶۴۴/۲۱	۳۰۴			

۲- آیا میزان افسردگی در سطوح مختلف تحصیلی بانوان شهرستان خوی با یکدیگر متفاوت است؟

برای پاسخگویی به سوال (۲) با توجه اینکه سطح تحصیلی افراد در چهار گروه زیر انتخاب شده است :

الف) راهنمایی (ب) متوسطه (ج) کاردانی (د) کارشناسی و بالاتر ، از تحلیل واریانس یک طرفه که نتایج آن در جدول (۷) آمده است، استفاده شده است. با توجه به نتایج جدول (۷) فرضیه صفر تأیید می گردد، و بین سطوح مختلف تحصیلی بانوان شهرستان خوی از نظر میزان افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۷- نتایج تحلیل واریانس میزان افسردگی بانوان شهرستان خوی با توجه به سطوح مختلف تحصیلی

منابع تغییرات	مجموع مربعات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مربعات (S^2)	آزمون F	سطح معنی داری (p یا α)
بین گروهها	۲۹۴/۸۹	۳	۹۸/۲۹۷	۲/۲۱۶	۰/۰۸۶
درون گروهها	۱۳۳۴۹/۳۱۹	۳۰۱	۴۴/۳۵		
جمع	۱۳۶۴۴/۲۱	۳۰۴			

۳- آیا میزان افسردگی در سطوح مختلف وضعیت تأهل بانوان شهرستان خوی با یکدیگر متفاوت است؟

برای مقایسه میزان افسردگی دو گروه مستقل بانوان مجرد و متأهل در شهرستان خوی از آزمون T-TEST دو گروه مستقل استفاده شده است. نتایج به دست آمده از نرم افزار SPSS15 در جدول (۸) نشان داده شده است. با توجه به نتایج جدول

فوق فرضیه صفر تأیید شده و تفاوت معنادار بین دو گروه بانوان مجرد و متأهل شهرستان خوی از نظر میزان افسردگی وجود ندارد.

جدول ۸- نتایج آزمون T-TEST دو گروه مستقل جهت مقایسه میزان افسردگی زنان شهرستان خوی با توجه به وضعیت تاهل آنها

t-test برای برابری میانگین ها					آزمون برابری واریانس ها		
تفاوت انحراف معیار	تفاوت میانگین	سطح معنی داری (دو دانه)	درجه آزادی	مقدار t	سطح معنی داری	آزمون f	
۰/۸۵	-۰/۴۶	۰/۵۹	۳۰۳	-۰/۵۵	۰/۲۸	۴/۸۶	برابری واریانسها

۴- آیا میزان افسردگی در سطوح مختلف وضعیت شغلی بانوان شهرستان خوی با یکدیگر متفاوت است؟

برای مقایسه میزان افسردگی دو گروه مستقل بانوان بیکار و شاغل در شهرستان خوی از آزمون T-TEST دو گروه مستقل استفاده شده است. با توجه به جدول (۹) فرضیه آماری رد شده و در نتیجه تفاوت معنا دار بین دو گروه بانوان بیکار و شاغل شهرستان خوی از نظر میزان افسردگی وجود ندارد.

جدول ۹- آزمون t جهت مقایسه میزان افسردگی بانوان شهرستان خوی با توجه به وضعیت شغلی آنها

t-test برای برابری میانگین ها					آزمون برابری واریانس ها		
تفاوت انحراف معیار	تفاوت میانگین	سطح معنی داری (دو دانه)	درجه آزادی	مقدار t	سطح معنی داری	آزمون f	
۰/۷۷۸۳۸	-۰/۹۶۱۷	-۰/۲۱۵	۳۰۳	۱/۲۴۱	۰/۱۸۵	۱/۷۶۵	برابری واریانس ها

نتیجه گیری و بحث

اولین یافته تحقیق نشان می دهد ۷۲/۵ درصد از زنان شهرستان خوی افسردگی نداشته یا افسردگی در حد خفیف دارند و ۱۵/۱ درصد از بانوان این شهرستان دارای افسردگی در حد متوسط و ۱۲/۵ درصد از بانوان دارای افسردگی در حد شدیدی باشند. احتمال ابتلا به افسردگی اساسی در طول زندگی در زنان حدود ۲۰ تا ۲۶ درصد می باشد (نانسی، ۲۰۰۹).

با توجه به سؤال یک تحقیق که مربوط به میزان افسردگی در سطوح مختلف سنی بانوان شهرستان خوی می باشد، نتایج پژوهش نشان می دهد که بیشترین میزان افسردگی در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال و کمترین میزان افسردگی در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال. و میزان افسردگی در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال و در گروه سنی ۵۰-۴۱ سال برابر می باشد. براساس نتایج جدول ۶ تفاوت معنی داری از نظر میزان افسردگی در بین سطوح مختلف سنی بانوان شهرستان خوی وجود ندارد و تفاوت‌های مشاهده شده فوق احتمالاً بر اثر عوامل دیگری به غیر از "سن" بوده است. با توجه به تحقیقات "روزنهان و سلیمین در سال ۱۹۰۰" هیچ گروه سنی از افسردگی معاف نیست. مقایسه فراوانی افسردگی در سنین مختلف مورد اختلاف است، زیرا افسردگی در زمانهای مختلف زندگی ممکن است نمودهای متفاوتی داشته باشد. تأیید فرضیه صفر در این پژوهش با تحقیقات روزنهان و سلیمین همسویی دارد. با توجه به اتکینسون، ۱۳۸۶، در حالی که میزان خودکشی در میان مردمان میانسال بیش از نوجوانان و جوانان بوده است اما به طور کلی میزان خودکشی در میان آنها میل به کاهش دارد، حال آنکه میزان آن در نوجوانان رو به افزایش است. در واقع رویداد خودکشی در میان افراد ۱۵ تا ۲۴ ساله طی چهار دهه گذشته در ایالات متحده چهار برابر شده است. بررسی ملی درباره دانش آموزان سه سال آخر دبیرستان نشان داد ۲۷٪ آنان در باره خودکشی خیلی فکر کرده اند و از هر ۱۲ نفر یک نفر غیر از اقدام عملی در مورد خودکشی دارد (مرکز کنترل بیماریها) با توجه به سؤال دو تحقیق که مربوط به میزان افسردگی در سطوح مختلف تحصیلی می باشد، نتایج پژوهش نشان می دهد که بیشترین میزان افسردگی در بانوان شهرستان خوی با سطح تحصیلات راهنمایی و کمترین میزان افسردگی در بانوان شهرستان خوی با تحصیلات عالی (کارشناسی و بالاتر) می باشد.

بر اساس نتایج جدول ۷ تفاوت معنا داری به لحاظ افسردگی در سطوح مختلف تحصیلی بانوان شهرستان خوی وجود ندارد و تفاوت‌های مشاهده شده احتمالاً بر اثر عوامل دیگری به غیر از "مقطع تحصیلی" بوده است.

چنانکه (مورافی و تنزیل، ۱۹۸۰) نشان می‌دهند که خودکشی در بین دانشجویان ۲ برابر همسن و سالهای خودشان می‌باشد. افزایش خودکشی دانشجویان نه فقط در ایالات متحده، بلکه در کشورهای اروپایی نیز روی داده است. علل آن افزایش یاس و ناامیدی مطرح شده است.

علل زیر برای تبیین این افزایش یاس و ناامیدی مطرح شده است:

- تنها زیستن بی سابقه و اجبار به حل مشکلات دور از خانه و خانواده، کوشش برای حفظ وضع تحصیلی درخشان در شرایطی که رقابت بسیار دشوارتر از دوره دبیرستان است. - بالاتکلیفی و تردید درباره گزینه‌های شغلی، تنهایی ناشی از نداشتن دوستان دیر پا و ماندگار و اضطرابی در مورد دوستان تازه حاصل شده است.

- بررسی در باره زندگی و وضع تحصیلی این دانشجویان نسبت به همسالان خود نشان می‌دهد که این دانشجویان فعال ترند و به خودشان بیشتر فشار می‌آورند، بیشتر گرفتار افسردگی‌اند. در باره احتمال خودکشی کردنشان، به دفعات به دیگران هشدار داده بودند.

سیدن (۱۹۶۶) نگرانی از وضع تحصیل و سلامت جسمانی، اختلال در روابط با دیگران را از رویداد های پیش‌بینی کننده اقدام به خودکشی اعلام کرده است و گفته است که "نمرات دانشجویانی که دست به خودکشی می‌زنند به طور متوسط بهتر از نمرات همکلاسی‌های آنان است".

با توجه به جدول ۴، اگر چه میانگین افسردگی در بانوان متأهل کمی بیشتر از بانوان مجرد می‌باشد، اما میزان افسردگی بین دو گروه تفاوت معناداری ندارد، یعنی فرضیه آماری رد می‌شود و تفاوت احتمالاً به عوامل دیگری به غیر از تأهل و عدم تأهل مربوط می‌شود.

پژوهش‌های انجام یافته توسط پاپالیا و الدوز در سال ۱۹۹۵ (به نقل از لطف آبادی، سال ۱۳۷۹) نشان می‌دهد که سلامت روانی و جسمانی افراد متأهل بیشتر است و عموماً عمر طولانی و وضعیت اقتصادی بهتری دارند.

حسینی (۱۳۸۵) در تحقیقی که به منظور بررسی و مقایسه برخی از شاخصهای بهداشت روانی در میان دانشجویان ۲۰ تا ۲۸ ساله متأهل و مجرد دانشگاه شیراز انجام داده، عنوان می کند که نتایج به دست آمده نشان می دهد میانگین نمرات دانشجویان مجرد در کل پرسشنامه بهداشت روانی نسبت به دانشجویان متأهل به طور معنادار کمتر است و در خرده مقیاس افسردگی نیز این تفاوت معنادار می باشد.

با توجه به جدول (۵) میانگین افسردگی در بانوان بیکار بیشتر از بانوان شاغل است. اما تحلیل آماری نشان می دهد که تفاوت معناداری به لحاظ میزان افسردگی بین دو گروه از بانوان شاغل و بانوان بیکار وجود ندارد. یعنی فرضیه صفر تأیید و فرضیه آماری رد می شود. و تفاوت احتمالا به عوامل دیگری به غیر از شاغل و بیکار بودن بانوان مربوط می شود.

محدودیت های تحقیق

این پژوهش به لحاظ تعمیم از اعتبار و روایی نسبی برخوردار است. چون مشکلاتی در زمینه برگشت پرسشنامه و بی حوصلگی پاسخ دهندگان هراز چند گاهی مشاهده شده است. لذا پیشنهاد می شود در تعمیم یافته های تحقیق، با احتیاط عمل شود و تحقیقات دقیق و بیشتری از زوایای گوناگون به لحاظ جامعه اندیشی و تعمق انجام گیرد.

چند محدودیت دیگر در این پژوهش وجود دارد که عبارتند از:

- ۱- پرسشنامه افسردگی بک که در این تحقیق مورد استفاده گردیده است پرسشنامه خود گزارش دهی است و از این نظر پژوهش حاضر دارای محدودیت می باشد.
- ۲- نمونه آماری پژوهش حاضر مربوط به زنان شهرستان خوی در گروه سنی ۲۰-۶۰ سال می باشد و از نظر تعمیم به کل جامعه (مرد و زن) و جوامع دیگر در گروههای سنی دیگر دارای محدودیت می باشد.

پیشنهادها

- ۱- تأسیس مدارس با برنامه های شادی بخش با تعلیم و تربیت روانشناسی مثبت نگر و شادمانی درونی، می تواند گامی موثر در کاهش اضطراب و افسردگی شود.
- ۲- اعمال مدیریت های پر نشاط در آموزش و پرورش و تأسیس و ترویج مرکز مشاوره و روان در مانی .

۳-دستگاه هایی که می توانند از نتایج این پژوهش بهره برداری کنند، مراکز تعلیم و تربیت، دانشگاهها و مراکز مشاوره و روان درمانی می باشد.

۴- پیشنهاد می شود پژوهش مشابه با در نظر گرفتن متغیرهای مستقل دیگر همچون مسائل ژنتیکی و.... و در گروههای سنی مختلف، مردان و شهرستانهای دیگر نیز انجام شود.

Archive of SID

منابع:

- اتکینسون، ریتال؛ ریچارد. س؛ هیلگارد، ارنست (۱۳۸۷)، زمینه روانشناسی (جلد دوم). ترجمه محمدتقی براهنی و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- آزاد، حسین (۱۳۷۸)، آسیب شناسی روانی (۱). تهران: انتشارات بعثت.
- امانی، فیروز، سهرابی، بهرام؛ صادقیه، سعید، مشعوفی، مهرناز. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، اردیبهل.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۷۹)، متن تجدید نظر شده مجموعه راهنمای تشخیصی و آماری (DSM-IV-TR) ترجمه نائینیان، محمدرضا، تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.
- بخشی، حمید، اسدپور، محمد؛ خدادادی زاده، علی (۱۳۸۶)، ارتباط رضایت از روابط زناشویی با افسردگی زوجین، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال یازدهم، شماره ۲.
- بکر و همکاران (۱۳۷۲). آموزش مهارت‌های اجتماعی، درمان برای افسردگی. ترجمه سعید نو 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 متاهل، 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، فریده السادات؛ حسین چاری، مسعود (۱۳۸۵)، بررسی و مقایسه برخی از شاخصهای بهداشت روانی در میان دانشجویان متاهل و مجرد دانشگاه شیراز. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، نشر دانشگاه علم و صنعت.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۰)، روانشناسی مرضی تحولی جلد اول. تهران: انتشارات سمت.
- درویشه، زهرا؛ کهکی، فاطمه (۱۳۸۷)، رابطه سازگاری زناشویی و به زیستی روانی. مجله مطالعات زنان، شماره ۱، ۱۳۸۷.
- روزنهان، دیویدال، سلیگمن، مارتین، ای، پی (۱۳۷۹)، روان شناسی ناپهنجاری، آسیب شناسی روانی (جلد دوم)، ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران.
- زاده باقری، قادر؛ براتی، مهین؛ ملکزاده، جانمحمد (۱۳۸۵)، بررسی برخی عوامل مرتبط با افسردگی در دانشجویان دانشگاههای یاسوج- مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان تهران: نشر دانشگاه علم و صنعت ایران.
- ساراسون، ایرون، جی؛ ساراسون، باربارا. آر. (۱۳۷۱)، روانشناسی مرضی (جلد اول). ترجمه بهمن نجاریان و همکاران. تهران. انتشارات رشد.
- شریف، فرخنده، جولایی، حسن، کویور، محمد رحیم، رجایی فرد، عبدالرضا (۱۳۸۳)، بررسی وضعیت سلامت روانی خانواده‌های مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر شیراز، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه یاسوج شماره ۳۵۰، پاییز ۱۳۸۳، ص ۷۵.

- ضیایی، وحید؛ معین الغریبایی، مهدیه؛ فقیه، ابوالحسن؛ جمالی، محسن؛ نظیری، قاسم (۱۳۸۰)، بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سالهای ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۷۸ در بدو ورود. مجله طب و تزکیه، شماره ۴۳، صفحه ۲۵-۳۳.
- فروتنی، محمدرضا (۱۳۸۴)، بررسی افسردگی در دانشجویان مراکز آموزش عالی. فصلنامه پرستاری ایران، شماره ۴۱ و ۴۲.
- 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، ۶۳-۷۱.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. (۱۳۸۱)، خلاصه روانپزشکی (جلد دوم)، ترجمه نصرت الله پور افکاری. تهران: انتشارات شهر آب.
- گلمن، دانیل (۱۳۸۰)، هوش هیجانی، ترجمه نسرين پارسا. تهران: انتشارات رشد.
- گیلدر، مایکل، گاث، دنیس؛ مه یو، ریچارد. (۱۳۶۸)، روانپزشکی آکسفورد (جلد اول)، ترجمه نصرت الله پورافکاری، تبریز: انتشارات نیما.
- گیلدر؛ مایکل، گاث، دنیس؛ مه یو، ریچارد؛ گودن، فیلیپ (۱۳۷۶)، درسنامه روانپزشکی آکسفورد (جلد اول) ترجمه نصرت الله پورافکاری. تبریز: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- لطف آبادی، حسین (۱۳۷۸)، روانشناسی رشد (۲). تهران: انتشارات سمت.
- محقق، حسین (۱۳۷۷)، بررسی میزان افسردگی و برخی عوامل مرتبط با آن در بین دانش آموزان دوره متوسط استان همدان. گزارش تحقیق، شورای تحقیقات سازمان آموزش و پرورش استان همدان.
- مرادی، ناصر (۱۳۷۶)، مطالعه خود پنداره، عزت نفس، اضطراب و افسردگی در نوجوانان هوشبهر بالا و متوسط شهر تهران و رابطه آن با پیشرفت تحصیلی، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.
- مصلی نژاد، لیلی، امینی، میترا (۱۳۸۵)، بررسی ارتباط بین تحصیل و سلامت روانی در دو گروه دانشجویان سال اول و آخر دانشکده علوم پزشکی چهرم، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال هشتم، بهار و تابستان ۱۳۸۳. شماره ۲۱ و ۲۲، ص ۷۶-۷۱.
- مهریار، امیرهوشنگ (۱۳۷۲)، افسردگی، برداشتها و درمان شناختی، تهران: انتشارات رشد.
- نریمانی، محمد، حاجلو، نادر (۱۳۸۶)، بررسی رابطه فعالیتهای اقتصادی اجتماعی جانبازان با کاهش مشکلات روان شناسی آنان در استان اردبیل، پایگاه اطلاع رسانی فرهنگ ایثار و شهادت، <http://www.navideshahed.com/fa/index>.
- نریمانی، محمد؛ نخستین روحی، پروین؛ یوسفی، مهناز (۱۳۷۹)، بررسی میزان شیوع و عوامل مؤثر بر افسردگی بعد از زایمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اردبیل شماره ۱۲، ص ۱۰-۱۲.

- هارینگتن، ریچارد (۱۳۸۰)، روشهای درمان افسردگی کودکان و نوجوانان، ترجمه حسن پوزنده جانی و نسرین کمالی. تهران: پیک فرهنگ.
- یزدانی، امین رضا (۱۳۸۵)، بررسی ارتباط طرز تفکر منطقی و غیرمنطقی و افسردگی با پیشرفت تحصیلی دانشجویان پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.

- American psychiatric Association.(2002), Depression. <http://www.psych.org>
- Anglod, A; Rutter, m. (1992), Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical. Sample. Development and psycho pathology, 4, 5-23.
- Beck, R.T. (1979), Cognitive thrapy of depression. New York: Guilford.
- Beck, R.T. (1967), Depression Clinical experimental and theoretical aspects. Marper and Row, New York.
- Bruce, M.L; whisman, M.A.(1999), Martal dissatisfaction and incidene of major depressive episode in a community sample. J Abnorm Psychol. 1999, 108 (4): 74-8.
- Conwell, y; Brent, D. (1995), Suicide and aging I: patters of psychiatric diagnosis. Internationa psychogeriatrics; 7(2): 149-64.
- Depression net.(1998), Depression. <http://www.depression-net.com>
- Gotlib, I.H. (1991), Involved in onset and recovery. J Abnorm psychol, May, 100(2): 122.
- Hammen, D. L; padesky, C.A. (1977), Sex differences in the expression of depressive response on the Beck Depression Inventory. Journal of Abnormal Psychology; 86: 609- 14.
- 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.
- Kohler, M.P; Joseph, L.R; Axel, S. (2005), Subjective well-Being, Fertility, and partnership. A Biodemographic perspective. Paper presnted at the 2005. Annual Meeting of the population

- Association of America, 31 March-2 April 2005, Philadelphia, p4, USA.
- Leibenluft, E.(1997), Issue in the treatment of women with bipolar illness, *Jclin psychiatry*; 58 (15): 5-11.
 - Lewinson, P.M; Hopes, M. (1993), Adolescent psycho pathology; prevalence and another DSM-III-R disorders in high school students. *Jurnal of Abnormal Psychology*. 102, 133-144.
 - Monck, E; Graham, P; Richman, N; Dobbs, R. (1994), Adolescent-girls: Background. Factors in anxiety and depressive states. *British Journal of Psychiatry*; Vol. 165(6): 770- 780.
 - Nancy Schimelpfening, (2009), Depression about. Com. <http://www.Depression about.com>
 - Patel, V. (2001), Depression in developing countries: Lessons from Zimbabwe. *Br Med.J. Feb*; 322(7284): 482-4.
 - Simon, G.E; Godbere, D.P, Vonkorff, W. Ystun, T.B.(2002), Under standing cross national diffrences in depression prevalence. *Psychological Medicine*(2002),32:4:585-594.Cambridge university press.
 - Stanhope, M; Lancaster, J. (2002), *Foudtions of community heath nursing*. 7th Ed: St Louis Mosby, 2002. 331-2.
 - The World Wealth Organization. *The World Wealth Report* (2004), Changing History, Annex Table 3: Borden of disease in Dalys by cause. Sex and Mortality stratum in WHO regions, estimates for 2002. Geneva: WHO, 2004.
 - Weiss man, M.M; Olfson, M. (1995), Depression in woman: implications for health care research. *Science*. 1995; 269: 799-801.

Archives of SID