

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

عنوان :

تعیین تفاوت بین تیپ A و B

از نظر میزان افسردگی

چکیده

هدف: این طرح با هدف تعیین تفاوت بین تیپ A و B از نظر میزان افسردگی انجام گرفت.

روش: مطالعه حاضر با روش علی - مقلیسه ای و به صورت مقطعی در مهر ماه ۱۳۸۶ انجام شد. داده های این مطالعه از ۲۷۶ نفر که با روش نمونه گیری طبقه ای متناسب انتخاب شده بودند جمع آوری شد. و این پاسخگویان به سؤالات پرسشنامه (G SD) و (SABAT) پاسخ دادند.

نتایج: نتایج تفاوت معناداری را بین تیپ A و B از نظر میزان افسردگی نشان داد. در واقع میانگین افسردگی تیپ A بالاتر از میانگین افسردگی تیپ B بود.

بحث: نتایج تحقیق حاضر تأیید کننده نظریات ارائه شده در باب افسردگی است و تأیید کننده اینکه افراد دارای تیپ A بیشتر از افراد تیپ B در معرض افسردگی قرار می گیرند.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل اول:

کلیات تحقیق

بیان مسأله

در میان افرادی که به خاطر مشکلات روان شناختی به کلینیک ها مراجعه می کنند، افراد افسرده بیش از دیگران هستند. این در حالی است که برخی تحقیقات نشان می دهند که ۶ تا ۱۹ درصد از کسانی نیز که برای حل مشکلات شان در پی کمک نیستند افراد افسرده هستند (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، ۱۳۷۷). از این رو افسردگی در سراسر جهان نه تنها به عنوان یک اختلال شایع روان پزشکی، بلکه به مثابه یک مشکل اجتماعی و ملی که سالیانه میلیون ها دلار هزینه بر دوش جامعه تحمیل می کند ارزیابی می شود. وجود برخی از عوامل نظیر، وراثت وابسته به جنس و تفاوت های هورمونی به عنوان دلایل شیوع فراوان تر افسردگی در بین زنان عنوان شده اند (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۷۸).

همچنین چنانچه کامر (۱۹۹۷) به نقل از کیوولا و هاسمن (۱۹۹۸) در تحقیقی که راجع به افراد نوع A انجام داده اند، نتایج زیر را بیان می کنند: افراد نوع A در توجه به اعتماد به نفسشان با افراد نوع B فرق دارند. بدین صورت که نوع A در کل نسبت به نوع B از اعتماد به نفس کمتری برخوردارند. این الگوهای رفتاری بدست آمده بیان می کنند که چگونه افراد نوع A بوسیله احساسات ناخوش متناوب، هیجان زده می شوند. و به عنوان یک نتیجه، تلاش می کنند تا نقاط ضعفشان را اصلاح کنند و احساس تکامل کنند. آنها از خود انتظارات بالایی دارند و اهداف مبارزه طلبانه ای برای خود قرار می دهند و اغلب از آنچه منجر به نا امیدی آنها می شود، نگران هستند.

برخی مدعی اند که افراد دارای شخصیت نوع A بیشتر در معرض افسردگی قرار دارند. اما اینکه چه چیزی علل پیدایش شخصیت نوع A است، وراثت یا محیط؟ در ابتدا پاسخ دادن به این مسئله چندان ساده نیست که آیا رفتار فرد ناشی از وراثت است؟ یا محیط؟ یا هر دو؟ به نقل از کامر تحقیقات گذشته که بوسیله ترسن و پاتیلو (۱۹۸۸) انجام شده، معتقد بودند که رفتارهای نوع در طول دوران بچگی آنها

شکل می گیرد و همچنین دقیقاً مشابه رفتارهای والدین او در دوران کودکی آنهاست. و آنچه باعث پیشرفت رفتارهای نوع A در بچه ها می شود همان رفتارهای نوع A والدین آنهاست.

البته می توان عوامل بسیاری را در افسردگی دخیل دانست، مثل جنسیت افراد، سن افراد، تحصیلات، وضعیت تأهل، محیط، نژاد، وضعیت اقتصادی و سبک زندگی، درون گرایی - برون گرایی، سابقه افسردگی در خانواده و... اما شاید به جرأت بتوان گفت یکی از علل مهم افسردگی، داشتن شخصیت نوع A است. پژوهش حاضر بر آن بود تا به این مسئله پاسخ دهد که آیا رابطه ای بین شخصیت نوع A و افسردگی وجود دارد؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

افسردگی شایع ترین اختلال روان پزشکی محسوب می شود و نه تنها بیش از تمامی اختلالات روانی دیگر ذهن متخصصان و نظریه پردازان بهداشت روانی را به خود معطوف داشته است، بلکه بیش از تمام موضوعات روان شناختی و روان پزشکی در مورد آن مطالعه شده است. به طوری که طی یک مرور و بازنگری در زمینه موضوعات روان شناختی، مشخص شد که افسردگی بیشترین تعداد مقاله و گزارش علمی را به خود اختصاص داده است (کامر، ۱۹۹۷). با این همه، باز هم افسردگی از جمله اختلالات روانی است که از نظر میزان شیوع، مقایسه شیوع افسردگی در بین دو جنس، طبقه بندی های مختلف افسردگی و عوامل زمینه ساز، تسریع کننده و نگهدارنده محل مناقشه قرار دارد. لذا به نظر می رسد هر گونه مطالعه و پژوهش در خصوص افسردگی از اهمیت خاصی برخوردار است. به خصوص مطالعه بر روی گروه زنان که شیوع افسردگی در بین آنها بیش از مردان گزارش شده است.

همان طور که اشاره شد، افسردگی بیش از سایر اختلالات روانی مورد توجه واقع شده است، از این رو بیش از سایر اختلالات روانی در مورد آن اطلاعات منتشر شده و عملاً ادبیات نظری و پژوهشی افسردگی در قیاس با سایر اختلالات روانی از غنا و تنوع بیشتری برخوردار است. نه تنها در ایران بلکه

در سراسر دنیا افسردگی از نظر میزان شیوع، بعد از اختلالات اضطرابی مقام دوم را دارا است (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ صادقی، صابری و عصاره، ۱۳۷۹). آمارها نیز نشان می دهند که بیش از ۷۵ درصد از تخت های بیمارستان های روانی را نیز افراد افسرده اشغال کرده اند (داداش زاده و همکاران، ۱۳۷۸).

امروزه مسئله افسردگی باعث شده که محققان در پی یافتن علل مختلف افسردگی باشند. یکی از دلایلی که برای افسردگی بیان می کنند، داشتن شخصیت نوع A است و به نظر میرسد افرادی که دارای شخصیت نوع A هستند بیشتر در معرض افسردگی قرار دارند.

هدف تحقیق

تعیین تفاوت بین تیپ A و تیپ B از نظر میزان افسردگی است.

فرضیه تحقیق

بین تیپ A و افسردگی رابطه وجود دارد.

متغیرهای پژوهش

۱-متغیر مستقل: افسردگی

۲-متغیر ملاک: تیپ A

۳-و متغیرهای کنترل عبارتند از:

-جنسیت

-سن

-رشته تحصیلی

-وضعیت تأهل

-سابقه افسردگی

تعریف مفاهیم:

۱- افسردگی

افسردگی از جمله اختلالات عاطفی و خلقی است، به طوری که برای شخص عادی حالتی مشخص با غمگینی و گرفتگی و بی حوصلگی، و برای پزشک، گروه وسیعی از اختلالات خلقی با زیر شاخه های متعدد را تداعی می کند. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت های لذت بخش روزمره می باشد (ربر^۲، ۱۹۹۶، ص ۱۹۷). همچنین در سطح معمول بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه ی خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی و یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت های برانگیختگی نشان داده می شود (دادستان، ۱۳۷۶، ص ۲۷۱).

۲- شخصیت نوع A

افراد دارای شخصیت نوع A خصوصیاتى دارند که به نظر می رسد هم تأثیر منفی و هم تأثیر مثبت روی زندگی فرد دارند. از جمله: عجول (کم صبر) هستند، کینه ای، عصبی، شلوغ و پرسر و صدا، تند مزاج، تحریک کننده، توانا برای انجام چندین پروژه همزمان، تلاش برای پیشرفت، زرننگ، هوشیار، مضطرب، تلاشگر (تلاش برای دستیابی به بیشترین چیز در کمترین زمان)، دارای حس رقابت اجباری، ناظر، پرنرزی، عدم تمایل به انتخاب، نکته سنج، عجول و کم طاقت تمایل به کار کردن تنها، داشتن دندانهای سالم و محکم (کامر^{۱۹۷۷}).

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل دوم:

مبانی نظری و

پیشینه ی تجربی تحقیق

مقدمه

اصولاً بقراط به عنوان اولین دانشمندی شناخته می شود که با عنوان کردن عارضه ی سودا نظریه ی علت شناسی افسردگی را مطرح کرده است. می توان مالیخولیا را معادل اصطلاح سودا فرض کرد که امروزه به عنوان نوع خاصی از افسردگی محسوب می شود. اگرچه، در طول قرون متمادی اصطلاح مالیخولیا پایدار مانده است، ولی همواره محل مناقشه و ابهام بوده است (دادستان، ۱۳۷۶). کراپلین نیز در ۱۸۸۹ بیماری مانیک - دپرسیو را مطرح ساخت و فروید هم در ۱۹۱۵ در مقاله ی مشهور خود درباره ی ملانکولی نوشت: به احتمال قوی یک عامل جسمی در آرامش حال بیمار در هنگام شب دخالت دارد (کلایتون و بارت، ترجمه سلطانی فر، ۱۳۶۹).

در طول تاریخ علم، نه تنها در بین متخصصان، بلکه در بین مردم نیز حالت های ناراحتی و غمگینی بیش از شادی توجه ها را به خود معطوف ساخته است. حتی به نظر می رسد، روان شناسان به اندوه بیش از شادکامی علاقه مند هستند. در ۲۰ سال گذشته، پژوهشگران بیش از ۴۲۰۰۰ مقاله در خصوص افسردگی، ۳۰۰۰۰ در مورد اضطراب، ۸۵۰۰ در مورد خودکشی و نزدیک به ۶۰۰۰ در مورد رنج نوشته اند. در حالی که تنها ۱۴۳۶ مقاله در مورد شادکامی بیان شده است و سهم سخنرانی های در مورد شادی نیز از این کمتر و تنها به ۸۳۵ سخنرانی محدود می شود (کامر، ۱۹۹۷).

مهمترین نکته ای که در مورد افسردگی باید دانست این است که اگرچه همه ی مردم گاهی دچار غم و اندوه، بد خلقی و بی حوصلگی می شوند، ولی نباید آن را با افسردگی یکی دانست. در واقع، مهم ترین تفاوت اندوه و افسردگی در این است که اندوه گذرا است، در حالی که افسردگی سمج بوده و به زودی بر طرف نمی شود (بارلو و دوراند، ۱۹۹۵).

اما سؤالی که در این میان مطرح است این است که: آیا داشتن شخصیت نوع A زمینه ای برای بوجود آمدن افسردگی است؟ قابل ذکر است که تا کنون تحقیقات زیادی در این زمینه انجام نشده است و تحقیقات انجام شده در زمینه ی شخصیت نوع A بیشتر بر روی بیماریهای قلبی می باشد. شناسایی ابتدایی شخصیت نوع A به عنوان یک عامل جدید و مستقل و مؤثر در بیماریهای قلبی در سال ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ آغاز شد. این تحقیق با مطالعات همگانی سنتی که از قبل منتشر شده بودند فرق داشت. بدین صورت که نه فقط از عامل های فیزیولوژی، بلکه همچنین از جمله عوامل روانشناسی و اجتماعی به

حساب می آمدند که به پیشرفت ابن الگوی رفتاری کمک می کردند. (کامر، ۱۹۹۷). اما دسته ای از تحقیقات انجام شده در زمینه ی رابطه ی بین شخصیت نوع A و افسردگی، بر وجود تفاوت از نظر افسردگی در بین افراد دارای شخصیت نوع A و نوع B تأکید دارند. این تحقیق بر آن است که نقش شخصیت نوع A را در ابتلاء به افسردگی نشان دهد.

بخش اول: مبانی نظری

مفاهیم

۱- افسردگی

یکی از مشکل ترین مباحث در مطالعه ی افسردگی، تعریف افسردگی است. در معنای محدود پزشکی می توان افسردگی را به منزله ی یک بیماری خلق و خو یا اختلال کنش خلق و خودانست (لو و لو، ۱۹۹۱ نقل از دادستان، ۱۳۷۶). همچنین در سطح معمول بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه ی خلق افسرده است و بر اساس بیان لفظی و یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت های برانگیختگی نشان داده می شود (دادستان، ۱۳۷۶). اصطلاح افسردگی به منظوره های گوناگون و برای توصیف خلق، شناسایی یک نشانگان و به عنوان یک مفهوم در طبقه بندی اختلالات روانی کاربرد دارد. از دیدگاه روان پزشکی نیز، نشانگان افسردگی شامل مجموعه ای از نشانه های بیمارگون است. این نشانگان، شامل خلق افسرده، از دست دادن علاقه، اضطراب، اختلال خواب، از دست دادن اشتها، فقدان انرژی و افکار مربوط به خودکشی است (لیندزی و پاول، ترجمه آوادیس یانس و نیکخو، ۱۳۷۷).

به طور کلی افسردگی به سه گونه ی متفاوت به کار برده می شود:

- به منظور مشخص کردن احساس های بهنجار غمگینی، یاس، نوامیدی و جز آن، و بروز آنها به عنوان نشانه ی یک اختلال؛
- به منظور توصیف اختصاری یک نشانگان که شامل نشانه های عاطفی، شناختی، حرکتی، فیزیولوژیکی و غدد مترشحه است؛
- برای مشخص کردن اختلال های افسرده وار در چهارچوب اختلال های روانی که به پاره ای از درمانگری ها پاسخ می دهند (هوبر، ۱۹۹۳؛ نقل از دادستان، ۱۳۷۶، ص ۲۷۲)

طبقه بندی افسردگی

تاکنون طبقه بندی که مورد توجه همه ی متخصصان قرار گیرد و بتواند تمامی جوانب تشخیص، علت شناسی و درمان افسردگی را پوشش دهد، ارائه نشده است. با این حال به غیر از طبقه

بندی راهنمای تشخیصی و آماری (DSM_4) انجمن روانپزشکی آمریکا، طبقه بندی های فرعی متنوعی ارائه شده است که غالباً به صورت دو بخشی هستند. هر چند امروزه اغلب متخصصان بالینی بر اساس ملاک های DSM_4 عمل می کنند، ولی DSM_4 نیز از انتقاد بی نصیب نمانده است. مخصوصاً که برخی از افسردگی ها در هیچ یک از طبقه های ارائه شده قرار نمی گیرند (پارکر و همکاران، ۲۰۰۲). با این حال، بررسی این گونه طبقه بندی ها که به عنوان تاریخچه طبقه بندی افسردگی محسوب می شوند و در طبقه بندی DSM_4 نقش داشته اند، خالی از لطف نیست.

الف) افسردگی درون زاد - واکنشی^۲

طرفداران فرضیه ی پیوستاری بر این باور هستند که تمام اختلالات خلقی در حد زیاد روان زاد هستند. در حالی که طرفداران نظریه کراپلین بر این باور هستند که افسردگی های نوروتیک روان زاد و افسردگی های سایکوتیک زیست زاده هستند. اساس نقطه نظر روان زاد - زیست زاد، دومین بعد اختلال خلقی محسوب شده و بعد درون زاد در برابر بعد واکنشی قرار می گیرد. تمایز واکنشی - درون زادی، بر اساس نشانه هایی صورت می گیرد که به نظر می رسد تفاوت های واقعی را در بر می گیرند. از جمله، تفاوت های موجود در الگوهای خواب و ترشح هورمون ها. درمان نیز متفاوت است. بیماران افسرده روان زاد به روش های دارویی و افراد افسرده واکنشی به درمان های روان شناختی بهتر جواب می دهند (آزاد، ۱۳۷۶).

ب) افسردگی اولیه - ثانویه

یکی از تقسیم بندی های نسبتاً جدید در مورد افسردگی، طبقه بندی افسردگی به اولیه و ثانویه است. در واقع، کلید دوگانگی اولیه - ثانویه به ترتیب زمانی وقوع حوادث اشاره می کند. افسردگی اولیه برای افرادی به کار می رود که قبلاً به هیچ گونه اختلال غیر عاطفی مبتلا نبوده اند. در مقابل، افسردگی ثانویه برای افرادی به کار می رود که قبلاً نوعی اختلال غیر عاطفی را تجربه کرده اند. همچنین افسردگی آن دسته از افراد که قبل یا هم زمان با بروز نشانه های افسردگی به بیماری ناتوان کننده یا مهلکی مبتلا بوده اند، نیز افسردگی ثانویه خوانده می شود (کلایتون و بارت، ترجمه سلطانی فر، ۱۳۶۹).

ج) افسردگی سایکوز - نوروژ

وجود ویژگی های سایکوتیک در اختلال افسردگی عمده نشانه ی شدت بیماری و دال بر پیش آگهی بد است. بر این اساس، متخصصان بالینی و پژوهشگران، افسردگی را از نظر شدت روی

پیوستاری فرض می کنند که یک سوی آن نوروتیک و سوی دیگر آن سایکوتیک است. افسردگی نوروتیک اگرچه ممکن است به طور آشکار زندگی فرد را آشفته کند، ولی ارتباط با واقعیت دست نخورده باقی می ماند. در حالی که در افسردگی سایکوتیک، ارتباط فرد با واقعیت قطع می شود. علایم سایکوتیک نیز خودشان به دو دسته علایم همساز با خلق و علایم ناهمساز با خلق دسته بندی می شوند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). حداقل سه نوع افسردگی سایکوتیک را می توان ردیابی کرد. از جمله، افسردگی های دو قطبی که غالباً سایکوتیک هستند، همچنین افسردگی روان پریشانه با ویژگی های کاتاتونیک، افسردگی روان پریشانه با ویژگی های آتی پیک و افسردگی روان پریشانه با شروع پس زایمانی. بنابراین انواع افسردگی های دیگر از نوع نوروتیک به حساب می آیند (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۷۸)

د) افسردگی بک قطبی - دو قطبی

می توان افسردگی را به دو دسته متمایز دیگر نیز تقسیم بندی کرد: الف) افسردگی یک قطبی (تک قطبی)؛ و ب) افسردگی دو قطبی. فرد مبتلا به افسردگی یک قطبی دارای خلق پایین یا همان خلق افسرده است. در مقابل، افسردگی دو قطبی واژه ای نسبتاً جدید است که به دسته ی خاصی از اختلالات مربوط به بزرگسالان اطلاق می گردد (هایگریس، ۱۹۹۶). احتمالاً شایع ترین اختلال دو قطبی اختلال شیدایی - افسردگی یا همان مانیک - دپرسیو است. افسردگی شیدایی به این معنی است که خلق فرد در هر زمان، یا در حالت شیدایی بالاتر از حد طبیعی و در وضعیت افسردگی پایین تر از حد طبیعی قرار دارد. افسردگی دو قطبی نیز به دو دسته دو قطبی نوع اول و نوع دوم تقسیم بندی می شود. نکته مهم در خصوص افسردگی دو قطبی این است که این اختلال بیش از اختلال افسردگی یک قطبی و احتمالاً بیش از هر اختلال روانی دیگری وابسته به ژنتیک است (روزنتال، ترجمه هادیان، ۱۳۸۴). از نظر میزان پاسخگویی به درمان نیز تفاوت های اساسی بین انواع افسردگی ها وجود دارد. در حالی که افراد افسرده اساسی و دو قطبی بین ۶۰ تا ۷۰ درصد به درمان پاسخ می دهند، افراد افسرده خو، یا بد به درمان پاسخ می گویند، یا اصلاً پاسخ نمی دهند (هایگریس، ۱۹۹۶).

طبقه بندی اختلال های عاطفی طبق انجمن روانپزشکی آمریکا

*DSM*₄ نیز اختلال های خلقی را به ۴ دسته تقسیم بندی کرده است (انجمن روان پزشکی آمریکا، ترجمه نیکخو و همکاران، ۱۳۷۴):

- اختلال های افسردگی (افسردگی یک قطبی)؛

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

- اختلال های دو قطبی؛

- اختلال خلقی ناشی از بیماری جسمانی؛

- اختلال خلقی ناشی از مصرف مواد.

همچنین این کتابچه راهنما، اختلال های افسردگی را به سه دسته زیر تقسیم بندی کرده است:

- اختلال افسردگی اساسی (عمده)؛

- اختلال افسرده خویی ؛

- اختلال افسردگی که به گونه ای دیگر

شیوع افسردگی

همان طور که گفته شد، افسردگی شایع ترین اختلال روانی به شمار می آید. اگرچه مطالعات گوناگون، شیوع افسردگی را بسیار متفاوت گزارش کرده اند، ولی در اکثر این مطالعات شیوع افسردگی بسیار بالا گزارش شده است. برخی از این مطالعات دامنه ی میزان افسردگی اساسی را از ۲/۲ تا ۳/۵ درصد و میزان افسردگی خویی را از ۲/۱ تا ۳/۸ گزارش کرده اند (هایگریس، ۱۹۹۶). همچنین شیوع افسردگی اساسی در کل جهان ۴/۴ درصد اعلام شده است. در آمریکا شیوع افسردگی اساسی بین ۵/۴ تا ۸/۹ و افسردگی دو قطبی ۱/۷ تا ۳/۷ پیش بینی می شود (مان، ۲۰۰۵). برآوردها نشان می دهند که حدود ۹ تا ۲۰ درصد جمعیت، در زمانی از زندگی خود نشانه های قابل ملاحظه ای از افسردگی را نشان می دهند (لیندزی و پاول، ترجمه آوادیس یانس و نیکخو، ۱۳۷۷).

به طور کلی، شیوع افسردگی در دنیا بین ۸ تا ۱۵ درصد گزارش می شود، به خصوص شیوع افسردگی در بین زنان بیش از ۲۰ درصد گزارش شده است، یعنی دو برابر مردان (هایگریس، ۱۹۹۶؛ کامر، ۱۹۹۷؛ بتیا و بتیا، ۱۹۹۹). البته شیوع افسردگی در بین زنان و مردان در سنین مختلف فرق می کند. به عنوان مثال، طی تحقیقی که بریفوت و هلمز (۲۰۰۱) بر روی ۱۵۱ نفر زن و مرد بالای سن ۵۰ سال انجام دادند، گزارش کرده اند که در سن ۸۰ سالگی بین افسردگی زنان و مردان تفاوت معنی داری وجود ندارد، ولی از سن ۵۰ سالگی به بعد میزان افسردگی در بین مردان افزایش می یابد.

به هر حال، هایگرس (۱۹۹۶) خاطر نشان کرده است که چیزی حدود یک صد میلیون نفر از مردم دنیا در هر سال افسردگی را تجربه می کنند. تحقیقات دیگر نشان می دهند، در بین افرادی که به خاطر مشکلات روان شناختی به کلینیک ها مراجعه می کنند، افراد افسرده بیش از دیگران هستند، این در حالی است که ۶ تا ۱۹ درصد از افرادی هم که در پی کمک نیستند نیز افراده هستند (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، ۱۳۷۷). علاوه بر این افسردگی در بین سایر بیماران جسمانی نیز بسیار شایع است. به عنوان مثال میزان افسردگی در بین بیماران قلبی (استریک، لوزبرگ و ولنز، ۲۰۰۰) و بیماران دیابتی (لاستمن، ۲۰۰۰) مورد تاکید واقع شده است.

در ایران نیز شیوع اختلالات خلقی به ویژه در بین زنان بالاتر از سایر اختلالات گزارش شده است (پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵؛ صادقی، صابری و عصاره، ۱۳۷۹). به طوری که تعداد افراد افسرده در ایران حدود ۵ میلیون نفر تخمین زده می شود (داویدیان، ۱۳۷۸؛ نقل از صادقی، صابری و عصاره، ۱۳۷۹).

لازم به ذکر است که تفاوت های شیوع شناسانه ای بین سه نوع افسردگی، اساسی، دو قطبی و افسرده خویی وجود دارد. در حالی که افسردگی اساسی در زنان شیوع بیشتری دارد، افسردگی دو قطبی تقریباً در هر دو جنس به یک میزان است (هایگریس، ۱۹۹۶).

سبب شناسی افسردگی

افسردگی پدیده‌ی چند بعدی است، که عوامل متعددی در آن نقش دارند:

۱- افسردگی و جنسیت

مطالعات بی شماری از این ایده حمایت می کنند که افسردگی با جنسیت رابطه دارد. به خصوص شیوع بالاتر افسردگی در بین زنان، وجود ارتباط بین افسردگی و جنسیت را تایید می کند (استفن و همکاران، ۲۰۰۲) اگر چه علل بروز افسردگی در بین زنان به خوبی روشن نشده است، ولی عوامل متنوعی در این خصوص مطرح شده است که به آنها اشاره می شود.

عوامل موثر در افسردگی زنان

در بررسی عوامل مربوط به افسردگی زنان سه دسته عوامل اصلی وجود دارد:

الف) عوامل فیزیولوژیکی:

زنان در تمامی حواس خود (حواس پنج گانه) از مردان حساس تر و قوی تر هستند، و بهتر از مردان به محرکات محیطی واکنش نشان می دهند. و به علت مکانیسم های مغزی خاص، نه تنها زودتر متوجه مشکلات خود می شوند، بلکه می توانند آشفته گی ها و ناراحتی های دیگران را به ویژه افراد خانواده را حتی از خودشان زودتر متوجه شوند. همچنین، شماری از مطالعات از این ایده حمایت می کنند که برخی از اختلالات روانی و از جمله افسردگی منشاء ژنتیک دارند و سهم زنان در دریافت کروموزم X حاوی ژن افسردگی به مراتب بیش از مردان است (روزنتال، ترجمه هادیان، ۱۳۸۴).

ب) عوامل روان شناختی:

دوران بلوغ اگر چه برای هر دو جنس وجود دارد و در هر دو جنس تغییرات نسبتاً شدید روانی و فیزیولوژیکی به همراه دارد، ولی ضربه ی آن برای دختران شدیدتر است. چون دختران نسبت به زیبایی دوران کودکی خود و نامتقارن شدن شکل خود در اثر رشد بیش از حد برخی از اعضاء و جوارح در زمان بلوغ حساس تر هستند. تجربه از دست دادن عزیزان و به سوگ نشستن در طول زندگی نیز بیش از آنکه پدران و مردان را از پای در آورد، به لحاظ ویژگی های روانی و فیزیولوژیکی که به آن اشاره شد، موجبات فروپاشی و افسردگی مادران و زنان را فراهم می سازد (استفن و همکاران، ۲۰۰۲).

ج) عوامل اجتماعی و موقعیتی:

منظور از عوامل اجتماعی، واقعیت های گذشته و فعلی در خصوص زنان است. نگرشی که جوامع مختلف نسبت به ارزش، ماهیت و نقش زن در جامعه دارند، منشاء مشکلات متنوعی است که دامن گیر زنان تمامی جوامع می باشد. به طوری که زنان در جوامع سنتی به عنوان یک جنس دوم شناسایی می شوند که حتی از برخی ابتدایی ترین حقوق انسانی خود محروم هستند و در جوامع صنعتی نیز به مثابه یک کالای لوکس و مصرفی نگریسته می شوند. از این رو، نهضت های فمینیستی، خواهان توجه به ویژگی های زنان و به دست آوردن حقوقی مشابه حقوق مردان می باشند (پروچاسکا و نورکرا، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱). همچنین یکی از مهمترین عوامل پیش بینی کننده افسردگی زنان، میزان رضایتمندی زناشویی آنها می باشد. بنابراین زنانی که رضایتمندی زناشویی پایین تری دارند، با احتمال بیشتری به افسردگی مبتلا می شوند (ویسمن، ۲۰۰۱).

۲- سبک زندگی

سبک زندگی و عادات شخصی از عوامل عمده در علت بیماری و مرگ در ایالات متحده بوده و حدود ۷۰ درصد تمام بیماریها، هم جسمی و هم روانی را توجیه می کند. مثلاً چاقی با بیماریهای قلبی و دیابت رابطه دارد، و وزن شخص رابطه ای مستقیم با الگوی عادات شخص دارد.

فعالیت جسمانی منظم اثر مثبتی در کاستن از استرس دارد. ورزش در پیشگیری مسائل روانی نظیر اضطراب و افسردگی و مسائل جسمی نظیر چاقی، بیماری قلبی، دیابت و فشار خون بالا مفید است (سادوک و کاپلان، ترجمه پور افکاری، ۱۳۶۸).

۳- وضعیت اجتماعی - اقتصادی

رابطه مثبتی بین وضع اجتماعی - اقتصادی و بهداشت روانی وجود دارد. در نتیجه افراد متعلق به طبقات اقتصادی - اجتماعی بالاتر وضع روانی بهتری نسبت به طبقات پایینتر دارند. در ارتباط با میزان بروز پسکوپاتولوژی، در بعضی از مطالعات عیار به نسبت بالاتری از اختلالات خلقی دو قطبی در افراد متعلق به طبقات اجتماعی - اقتصادی بالا و تعداد بیشتری بیماران اسکیزوفرنیک در طبقات اقتصادی - اجتماعی پایین مشاهده شده است (سادوک و کاپلان، ترجمه پور افکاری، ۱۳۶۸).

۴- نژاد

نژاد در میزان استفاده از امکانات بهداشتی مؤثر است. در سال ۱۹۸۴، مراجعه سفید پوستان در امریکا به مطب پزشکان تقریباً در برابر بیشتر از سیاه پوستان بوده است. عیار بیماریهای مزمنی نظیر چاقی، دیابت، بیماری قلبی، فشار خون بالا، و آرتروز در بین سیاه پوستان بالاتر از سفید پوستان است

(سادوک و کاپلان، ترجمه پور افکاری، ۱۳۶۸).

۵-محیط

در ارتباط با سلامت روانی هر چه از حومه شهرها به مرکز شهرها نزدیکتر می شویم اختلالات روانی بطور کلی بیشتر می شوند (سادوک و کاپلان، ترجمه پور افکاری، ۱۳۶۸).

۶-تپ A و افسردگی

تعریف شخصیت نوع A

شخصیت عبارت است از حالات شخصی و انفرادی که یک شخص را از بقیه ی افراد متمایز کرده و سبب می شود که هر کس متفاوت از بقیه عمل کند. در روانشناسی، شخصیت عبارتست از مجموعه ای از ترکیبات جسمانی و ذهنی و عاطفی یک فرد، شامل توانائی ها و علایق و دیدگاهها و مشاهدات او (کامر، ۱۹۹۷).

انواع مختلف شخصیتی و رفتاری وجود دارند که می توانند در تمامی جنبه های زندگی فرد تأثیرگذار باشند. در رشته ی روانشناسی دو نوع عمده ی شخصیت وجود داشته است نوع A و نوع B.

افراد دارای شخصیت نوع A خصوصیاتى دارند که به نظر می رسد هم تأثیر منفی و هم تأثیر مثبت روی زندگی فرد دارند. از جمله: عجول (کم صبر) هستند، کینه ای، عصبی، شلوغ و پرسر و صدا، تند مزاج، تحریک کننده، توانا برای انجام چندین پروژه همزمان، تلاش برای پیشرفت، زرننگ، هوشیار، مضطرب، تلاشگر (تلاش برای دستیابی به بیشترین چیز در کمترین زمان)، دارای حس رقابت اجباری، ناظر، پرنرژى، عدم تمایل به انتخاب، نکته سنج، عجول و کم طاقت، تمایل به کار کردن تنها، داشتن دندانهای سالم و محکم. تحقیقات نشان می دهد که زنان و مردان به یک اندازه در معرض برخورداری از شخصیت نوع A هستند. بر خلاف طرز رفتار افراد با شخصیت نوع A آنهايي که این خصوصیات در آنها کمتر است، جزء افراد شخصیت نوع B به حساب می آیند. که این گونه افراد خصوصياتى دارند از جمله: حس رقابت کمتر، حس خصومت کمتر، نه چندان عجول، افرادی شوخ و بی قید (آنهايي که مشکلات اطراف را آسان می گیرند). باید به این نکته توجه کرد در حالیکه بعضی از خصوصیات اخلاقی افراد شخصیت نوع A ممکن است ارزشمند باشد و تأثیر مثبت بر زندگی فرد بگذارد، اما در عین حال بعضی از خصوصیات آنها هم منفی است و برای آنها مضر می باشد (کامر، ۱۹۹۷).

تأثیر تپ A روی افسردگی

تعدادی از مطالعات یک ارتباط قوی بین علائم حالت افسردگی و خطر پذیری بیماریهای قلبی و عروقی (CHD) را یافته اند (کارنی ات آل، ۱۹۹۸؛ آرومات

آل، ۱۹۹۴؛ پرات ات آل، ۱۹۹۶) و بعضی نشان می دهند که این ارتباط در بیماریهای دو قطبی قویتر است (شارما و مارکار، ۱۹۹۴). چنین الگو در TABP با نشانه های مربوط به اختلالات دو قطبی مانند پر خاشگری، بی صبری، تنفر و بی قراری زیادی مشابهت دارد. و اینگونه بیان می شود که بعضی از بیماران افسرده مبتلا به CHD یک اختلال دو قطبی پنهان دارند. یعنی به احتمال زیاد یک اختلال دو قطبی آرام کننده (باریک، ۱۹۹۹). بنابراین دانستن این مطلب که آیا TABP در بین بیماران افسرده دو قطبی بیشتر از بیماران افسرده تک قطبی است و آیا TABP با ویژگیهای شاخص اختلالات دو قطبی مانند سردردهای میگرنی در ارتباط است، جالب و قابل توجه است (فاسمر و اودیگارد، ۲۰۰۱).

ارتباط بین رفتار نوع A و رضایت شغلی گنگ و مبهم است (ماتسن ات آل، ۱۹۸۴). برخی مطالعات ارتباط منفی بین رفتار نوع A و رضایت شغلی را گزارش کرده اند (دیبرن و هاستینگز، ۱۹۸۷). و برخی دیگر هیچ ارتباطی را بین رفتار نوع A و رضایت شغلی گزارش نکرده اند (بارکه و ویر، ۱۹۸۰؛ گرین گلاس، ۱۹۸۷؛ هاوارد، کایننگام و ریچنیتزر، ۱۹۷۷؛ ماتسن ات آل، ۱۹۸۴). یک دلیل برای این ناهماهنگی (عدم وجود ارتباط بین رفتار نوع A و رضایت شغلی) ممکن است این باشد که در این مطالعات رفتار نوع A به عنوان یک مورد کلی در نظر گرفته شده است تا یک مفهوم چند بعدی. این امکان وجود دارد که مؤلفه مربوط به رفتار نوع A (کوشش برای موفقیت) (AS) نسبت به مؤلفه هیجانی منفی (بی حوصلگی-تحریک پذیری) (II) با نگرش های مربوط به کار و اجرا در ارتباط می باشد (سی رایت، ۱۹۸۸). به خاطر اینکه (AS) با اجرا در ارتباط است (بارلینگ و چارونو، ۱۹۹۸؛ هلمریچ ات آل، ۱۹۸۷؛ اسپنس ات آل، ۱۹۸۷، ۱۹۸۹) و اجرا با رضایت شغلی در ارتباط است (پیندر، ۱۹۸۴). هدف ما این است که تحقیقات قبلی را با این فرضیه که رضایت شغلی با (AS) در ارتباط است گسترش دهیم. علاوه بر این پیش بینی می کنیم که (II) با رضایت شغلی در ارتباط نخواهد بود.

(باث کولی و فریدمن، ۱۹۸۷) اظهار می کنند که افسردگی در مطالعات رفتاری مرتبط با قلب نادیده گرفته شده است. این امر تا حدودی تعجب آور است زیرا افراد طبقه بندی شده به عنوان تیپ A، ممکن است به خوبی اثر منفی مربوط به یک زندگی رقابت جویانه و استرس زا را تجربه کرده باشند (ماتیوس، ۱۹۸۲). مطالعات اندکی که ارتباط بین رفتار تیپ A و افسردگی را بررسی کرده اند، ارتباط های مهم بین این دو را مورد بررسی قرار نداده اند (بریف، راده، رایینوویتز، ۱۹۸۳؛ کاپلان، جونیس، ۱۹۷۵؛ چسنی، بلاک، چادویک، روزنمان، ۱۹۸۱؛ گرین گلاس، ۱۹۸۷). هر چند

این مطالعات دوباره از اندازه های جهانی رفتار تیپ A استفاده کرده اند که ممکن است رابطه بین بخش منفی تیپ A (II) و افسردگی را پنهان کرده باشند. به راستی وقتی چسب ات آل (۱۹۸۱) از یک روش چند بعدی برای اندازه گیری رفتار نوع A استفاده کرد، یک ارتباط قوی بین بی حوصلگی - تحریک پذیری و افسردگی (۰.۲۹) = r نسبت به تیپ جهانی A ($r = ۰.۱۰$)، رانندگی مشکل ($r = ۰.۰۲$) یا درگیری شغلی ($r = ۰.۰۴$)، ($N = ۳۸۴$) و افسردگی کشف کرد. یک ارتباط منطقی دیگر بین (II) و افسردگی که از تحقیقات اخیر جایی که (II) به عنوان پیامد سلامتی پیش بینی می شود (بارلینگ و چاربونو، ۱۹۸۸؛ اسپنس ات آل، ۱۹۸۷) و پیامدهای سلامتی در ارتباط با افسردگی هستند استخراج می شود (بوث کولی و فریدمن، ۱۹۸۷). بنابراین ما می توانیم این فرضیه را بیا کنیم که (II) با افسردگی در ارتباط خواهد بود نه (AS).

تبیین نظری افسردگی

در خصوص خاستگاه و علت افسردگی نظریه های متفاوتی وجود دارد. در اینجا برخی از مهمترین این نظریه ها به صورت مختصر بررسی می شوند.

۱- نظریه های زیست شناختی

نظریه پردازان دیدگاه زیست شناختی، علت افسردگی را در ژن ها و یا در برخی از کارکردهای ناقص فیزیولوژیایی می دانند، که احتمال دارد فاقد یا واجد ریشه های ارثی باشد. برخی مطالعات که بر روی دو قلوها انجام شده اند، این ایده را قوت می بخشند که احتمالاً برخی از افسردگی ها جنبه ی ژنتیکی و توارثی دارند. به خصوص در افسردگی دو قطبی، این موضوع معمول تر است (کامر، ۱۹۹۷). همچنین عوامل بیولوژیکی نیز می توانند در بروز افسردگی نقش داشته باشند. به عنوان مثال، فقدان یا کاهش انتقال دهنده های عصبی - شیمیایی در مغز می تواند باعث بروز افسردگی شود. به خصوص، نقش سروتونین و نور آدرنالین در ایجاد افسردگی تایید شده است (ویلیام، ۲۰۰۳). با این حال، شماری از بررسی های زیستی - شیمیایی و رفتاری مربوط به حیوانات، پژوهش های مربوط به رفتار انسان و بررسی های الکتروفیزیولوژیک و هورمونی بر این نکته دلالت دارند که ممکن است مکانیسم های کلینریک مرکزی نیز در تنظیم حالات عاطفی دارای نقش مهمی بوده و در بیماران مبتلا به اختلال عاطفی دارای نارسایی باشند (کلایتون و بارت، ترجمه سلطانی فر، ۱۳۶۹). علاوه بر این بررسی اثر بازدارنده های کولین استراز در انسان، اثر فیزوسیتگمین بر روی بیماران مانی، واکنش های متقابل ماری جوانا - فیزوسیتگمین و تغییرات مربوط به استیل کولین از جمله مواردی هستند که نظریه زیست شناختی

افسردگی را تقویت می کنند. با مطالعه بر روی ۱۰۸۰ نفر بیمار و ۴۲۵۶ شرکت کننده در گروه کنترل با محدوده ی سنی ۳۰ تا ۷۵ ساله از ۳۶ بیمارستان در ۵ کشور در طول ۳ سال، مشخص شد که داروهای ضد افسردگی از قبیل پاروکستین، فلوکستین و سرتالین از طریق بازجذب و بلوکه کردن انتقال دهنده های مذکور موجب کاهش نشانگان و درمان افسردگی می شوند (سایور، برلین و کیمل، ۲۰۰۳).

یکی از مهمترین روش های زیست شناختی برای ارزیابی افسردگی، آزمون بازداری دگزامتازون است. طی این آزمون به بیماران استروئید دگزامتازون داده می شود و از این راه کورتیزول بازداری می شود. به طور معمول دگزامتازون سطح کورتیزول خون را برای حدود ۲۴ ساعت بازداری می کند (مان، ۲۰۰۵). در سالیان اخیر، پژوهش های نوید بخشی در خصوص کاربست علوم روان عصب شناسی به منظور استفاده های بالینی جهت درمان افسردگی انجام شده است. به خصوص تصویر برداری عصبی در تشخیص بالینی و ارزیابی نتایج درمان، بسیار نوید بخش بوده است (اتکین و همکاران، ۲۰۰۵).

از طرف دیگر، نتایج پاره ای از مطالعات اخیر ایجاب می کند که فرضیه های پیشین درباره ی مکانیسم اثر داروهای ضد افسردگی مجدداً ارزیابی شود. برای مثال، فرضیه ی اصلی مربوط به نارسایی مونوآمین در افسردگی بر این موضوع استوار بود که اثر درمانی داروهای ضد افسردگی، نتیجه ی افزایشی است که در میزان نوراپی نفرین و یا سروتونین موجود در پایانه های یاخته های عصبی پدید می آید و این افزایش خود معلول جلوگیری از گرایش شدید جذب مواد مذکور و یا کاهش سوخت است. ولی کشف این مطلب که برخی از داروهای ضد افسردگی که از لحاظ بالینی نیز موثرند، مثل اپیریندول و میانسرین از جذب یا سوخت و ساز آمین جلوگیری نمی کنند و یافته هایی حاکی از این که بازدارنده های جذب مجدد مانند آمفتامین، فموکستین یا کوکائین ضد افسردگی های موثری نیستند، باعث تضعیف فرضیه ی بالا شده است. همچنین بین اثرهای سریع زیستی شیمیایی دارو بر جذب آمین و سوخت که در طی چند ساعت صورت می گیرد و پاسخ ضد افسردگی که تنها پس از گذشت ۷ تا ۱۴ روز ظاهر می شود، از لحاظ زمانی هماهنگی وجود ندارد (کلایتون و بارت، ترجمه سلطانی فر، ۱۳۶۹).

۲) نظریه های روان پویایی

فروید اولین روان پزشکی است که افسردگی را از دیدگاه روان پویشی تبیین و درمان کرده است. به زعم وی و برخی از نظریه پردازان روان پویایی، افسردگی بر اثر فقدان و از دست دادن چیزی به وجود می آید. به اعتقاد آنها، افسردگی پیامد اندوه ناهشیاری است که بر اثر فقدان های واقعی و یا تخیلی مبتنی بر وابستگی مفرط به دیگران به وجود می آید (دادستان، ۱۳۷۶). بنابراین کوشش می شود تا با هوشیار کردن بیمار افسرده نسبت به این فرایندهای ناهشیار به وی کمک شود تا بتواند به منبع رنج

خود پی ببرد و بر آن مسلط گردد. به ویژه از دست دادن والدین از مهمترین علل بروز افسردگی قلمداد می شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). طی یک بررسی از بین ۶۴ نفر که تشخیص افسردگی اساسی بر روی آنها گذاشته شده بود، حدود ۳۰ درصد آنها یکی از والدین خود را قبل از سن ۱۸ سالگی از دست داده بودند (نوری خواجوی و هلاکویی، ۱۳۸۲). این موضوع به خوبی تاثیر فقدان را در بروز افسردگی نشان می دهد. در واقع، افسردگی اولین اختلال روانی بود که فریاد به جای امیال جنسی، عواطف را علت اساسی آن می دانست. در دیدگاه روان پویشی، فرض اساسی بر این ایده استوار است که شخص افسرده دارای یک فراخود قوی و تنبیه کننده است که مدام من را تحت فشار قرار می دهد (بارلو و دوراند، ۱۹۹۵).

۲- نظریه های هستی گرایی - انسان گرایی

نظریه پردازان این دیدگاه روان شناسی، عزت نفس را عامل مهم سلامتی و بهداشت روان می دانند. لذا، فقدان و یا پایین بودن عزت نفس به عنوان عامل اصلی افسردگی شناخته می شود. نظریه پردازان این دیدگاه به تفاوت بین درک آرمانی و درک واقعی شخص تاکید می کنند. در واقع، وقتی تفاوت بین آرمان و واقعیت آنقدر زیاد می شود که فرد نمی تواند تحمل کند، در نتیجه به افسردگی مبتلا می شود (ساراسون و ساراسون، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی، ۱۳۷۷).

۴) نظریه های فرهنگی - اجتماعی

این نظریه ها تمرکز خود را بر روی عوامل فرهنگی و اجتماعی به عنوان عامل اصلی اختلالات روانی و از جمله افسردگی معطوف ساخته اند. نظریه های فرهنگی - اجتماعی بر این اصل استوار هستند که افسردگی غالباً حاصل ساختار فرهنگی متزلزل و متهجن می باشد (بارلو و دوراند، ۱۹۹۵). مشهورترین روش درمانی فرهنگی - اجتماعی، روش روان درمانی بین فردی است که در خلال دهه ی ۱۹۸۰ توسط کلرمن و ویسمن قوام یافته است (کامر، ۱۹۹۷).

روان درمانگران بین فردی بر این باورند که مقوله هایی از قبیل: فقدان های بین فردی، منازعه ها و تعارض های بین فردی، انتقال بین فردی و نارسایی های بین فردی موجب ایجاد افسردگی می شوند (کامر، ۱۹۹۷). یکی از روش های موفق درمان های بین فردی، آموزش مهارت های اجتماعی است که اثربخشی آن جهت درمان انواع افسردگی زنان، تقریباً هم طراز ایمی پرامین گزارش شده است (داداش زاده و همکاران، ۱۳۷۸؛ عناصری کاخکی، ۱۳۷۳). پاره ای از مطالعات این ایده را مطرح کرده اند که افراد افسرده به لحاظ اینکه در برخی از مهارت های اجتماعی با کمبود مواجه هستند، موجب پایین آمدن کیفیت روابط بین فردی و کاهش احتمال تقویت از جانب دیگران می شود. همچنین وجود خشونت خانوادگی، استرس های مزمن و مشکلات درون خانواده از مهمترین عوامل ایجاد افسردگی شناخته می شوند (دالی، ۲۰۰۰).

ارزیابی چندانی در خصوص اثربخشی درمان های بین فردی صورت نگرفته است، با این حال کلرمن و ویسمن (۱۹۹۱) نتایج درمان بین فردی (IPT) در ۶ آزمایش بالینی با بیماران افسرده خلاصه کردند. IPT برای درمان افسردگی حاد همواره از درمان های گواه موثرتر بوده است. ترکیب IPT با داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای، از هر یک به تنهایی موثرتر بوده است. پیگیری یک ساله نیز نشان داد که تاثیر روان درمانی بین فردی پایدار بوده است (نقل از پروچاسکا و نورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱).

۵- نظریه های رفتاری

روان شناسان رفتاری برای تبیین افسردگی تقریباً از همان مفاهیم و اصطلاحات مشهور رفتاری از قبیل تقویت، تنبیه و غیره استفاده می کنند. به عبارت دیگر، افسردگی حاصل یادگیری و فقدان تقویت تعبیر می شود. به طوری که محمود علیلو (۱۳۸۰) عنوان کرده است، فقدان تقویت مثبت یا وفور رویدادهای انزجاری در شکل گیری افسردگی موثر هستند. در واقع، این پدیده ها از طریق فرایندی میانجی، یعنی ایجاد نقص در فرایند «تقویت و تنبیه خود» موجب ایجاد افسردگی در افراد می شود. لوینسونیکی از اندیشمندان رفتاری موارد زیر را از جمله مهمترین عوامل موثر در بروز افسردگی می دادند (کامر، ۱۹۹۷):

- تعداد رویدادهای تقویت کننده که بر اساس موقعیت و تاریخچه ی زندگی فردی تعیین می شوند؛

- تعداد تقویت کننده هایی که در یک برهه ی زمانی معین، در اختیار فرد قرار دارند؛

- ظرفیت رفتاری فرد به گونه ای که به دریافت تقویت کننده ها منتهی شود.

۶) نظریه های شناختی

امروزه دیدگاه شناختی و مدل های برخاسته از آن به عنوان متنفذترین و پرتطرفدارترین نظریه ی مربوط به افسردگی شناخته می شوند. در واقع، بک که به عنوان مبدع رویکرد شناختی مطرح است، دیدگاه شناختی خود را برای تبیین و درمان افسردگی ارائه داده است. فرضیه اصلی شناخت درمانگری این است که افراد دارای اختلال های شناختی و هیجانی دارای روان بنه های شناختی ناهشیاری هستند که در حافظه ی دراز مدت قرار دارند و هنگام تصفیه خبر، تنها جنبه منفی آن را حفظ می کنند. به همین علت شناخت درمانگران معتقد هستند که افسردگی اساساً اختلال در فکر است تا اختلال خلق (کامر، ۱۹۹۷).

بر این اساس بک و دیگر شناخت درمانگران، غایت مقصود درمان شناختی را ایجاد الگوهای فکری منطقی و سازگارانه در مددجو یا مراجع می دانند. همچنین بک (۱۹۷۶) علت اصلی اختلالات هیجانی را ناشی از موارد زیر می داند:

- استنباط دلبخواهی، یعنی نتیجه گیری بر اساس شواهد ناکافی؛
- انتزاع انتخابی، یعنی تاکید بر یک جنبه ی کم اهمیت موقعیت و نادیده گرفتن جنبه های مهم آن؛
- تعمیم های افراطی، یعنی فرد از روی شواهد اندک به نتیجه گیری کلی می رسد؛
- بزرگ جلوه دادن و کم جلوه دادن، یعنی فرد رویدادهای کوچک را بزرگ جلوه می دهد و رویدادهای مثبت بزرگ را کوچک؛
- شخصی کردن امور، یعنی مسئولیت رویدادهای بد هستی را به گردن خود می گیرد (لاتا و مک گین، ۲۰۰۰).
- برنز (ترجمه قراچی داغی، ۱۳۷۷، ص ۱۰۰) یکی از پیشگامان درمان شناختی، در کتاب «از حال بد به حال خوب»، ۱۰ مورد از خطاهای شناختی را که باعث بروز اختلالات خلقی و از جمله افسردگی می شوند را معرفی کرده است:
- تفکر همه یا هیچ: یعنی برخورد مطلق با مسائل، به عبارت دیگر سیاه یا سفید دیدن مسائل؛
- تعمیم مبالغه آمیز: یعنی هر حادثه منفی را شکستی ابدی و ازلی پنداشتن؛
- بی توجهی به امر مثبت: اصرار ورزیدن به این موضوع که موفقیت ها ارزشمند نیستند؛
- درشت نمایی: حوادث را بدون توجه به تناسب آن در نظر می گیرد؛
- استدلال احساسی: با توجه به احساسات خود نتیجه گیری می کند؛
- عبارت های باید دار و نباید دار: با عبارت های باید و نباید از خود و یا دیگران انتقاد می کند؛
- بر چسب زدن: خطاها را به حساب شخصیت خود می گذارد؛
- شخصی سازی و سرزنش: گناه ها را به گردن می گیرد و خود را به خاطر چیزی که مسئول نبوده سرزنش می کند.

طبق نظریه پیشرو باور (۱۹۸۱، نقل از محمود علیلو، ۱۳۸۰) افراد افسرده بیش از افراد عادی وقایع و رویدادها را منفی تعبیر و تفسیر می کنند، و خلق افسرده به طور انتخابی فعالیت یا دسترسی به ساختارهای تفسیری منفی را افزایش می دهد. همچنین بر اساس نظریه دسترس پذیری ساختاری، هر هیجان خاص به صورت گره وار در شبکه ی تداعی بازنموده می شود و با بازنمایی های دیگر شبکه در ارتباط است. لذا، فعال شدن گره وار موجب افزایش دسترسی به مواد هماهنگ با خلق و در نتیجه سوگیری پردازش هماهنگ با خلق می شود (محمود علیلو، ۱۳۷۷، ۱۳۷۸). لذا، یکی از عوامل بسیار مهم در برگشت افسردگی، نگرش های ناکارآمد می باشد. به طوری که طی یک بررسی مشخص شد، افرادی که قبلاً افسردگی داشته اند و توسط روش های مختلف درمانی به جزء روش شناختی درمان شد بودند نسبت به افرادی که سابقه ی افسردگی نداشته اند در اثر القای خلق منفی از طریق نمایش یک فیلم حزن انگیز، افزایش نگرش های ناکارآمد را نشان دادند (محمد خانی، ۱۳۷۹). از مهمترین ویژگی های افراد افسرده می توان، خلق ناشاد و افسرده را به جای طرحواره های منفی شناختی مفروض در دیدگاه بک قلمداد کرد. یافته های پژوهش محمود علیلو (۱۳۷۸) نشان داد، افراد افسرده در عملکردهای شناختی و حرکتی خود به طور معنی داری از افراد عادی و شاد کندتر هستند. همچنین این پژوهش نشان داد که افسردگی عمدتاً اختلالی در خلق و عاطفه است.

در قوام بخشیدن به نظریه شناختی افسردگی برخی موضوعات دیگر نیز نقش داشته اند. به عنوان مثال، نظریه کنترل درونی - بیرونی راتر از مهمترین نظریه های مربوط به تبیین شناختی افسردگی به شمار می رود. در واقع، افراد دارای منبع کنترل بیرونی در موقعیت های رقابتی بیشتر گرایش دارند که تسلیم شوند، اما افراد دارای منبع کنترل درونی در چالش های اجتماعی بر برون دادهای خود بیشتر اعمال نفوذ می کنند و در برابر فشارهای همرنگی مقاومت می کنند (بارون و برن، ۱۹۹۷). لذا با توجه به اینکه منبع کنترل درونی - بیرونی بر میزان کنترل افراد بر موقعیت ها دلالت دارد، و همچنین ارتباط سبک های اسنادی با درماندگی آموخته شده بررسی شده است (بیگدلی و هاشمیان، ۱۳۷۶).

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل سوم :

روش تحقیق

روش تحقیق

این تحقیق با روش علی - مقایسه ای و به صورت مقطعی در فاصله زمانی یکم تا سی ام مهر ماه ۱۳۸۶ در دانشگاه یزد انجام شده است.

روش گردآوری داده ها

در تحقیق حاضر برای گردآوری داده ها از مقیاس استاندارد شده افسردگی گلدبرگ (GDS) و استفاده شده است. (TABAS) مقیاس الگوی رفتاری نوع A،

جامعه آماری

جامعه مورد بررسی کل دانشجویان دانشگاه یزد بودند.

روش تعیین حجم نمونه

برای تعیین حجم نمونه از فرمول اصلاح شده زیر استفاده شده است.

$$n = \frac{t^2 s^2}{d^2} = \frac{(1/96)^2 - (0/353)^2}{(0/07)^2} = 275/5 \cong 276$$

که تعداد نمونه ۲۷۶ نفر شد.

روش نمونه گیری

روش نمونه گیری در تحقیق حاضر، نمونه گیری طبقه ای متناسب می باشد.

اعتبار

برای سنجش اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شده است پرسشنامه مورد قضاوت استاد راهنما قرار گرفت و مورد تأیید ایشان واقع شد.

پایایی

جهت محاسبه هماهنگی درونی آیتم های مقیاس های (DSG) و (ASBTA) از روش آلفای

کرونباخ استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ مقیاس (DSG) برابر با $\alpha = 0/91$ در سطح $\alpha = 0/05$

معنادار است. و ضریب هماهنگی بین آیتم های مقیاس (SABAT) برابر با $\alpha = 0/61$ محاسبه شد.

Measures سنجه ها

۱- افسردگی

برای سنجش افسردگی از مقیاس افسردگی گلدبرگ (DSG)..... استفاده گردید. این مقیاس

مشمول بر ۱۸ آیتم بود و آیتم های این مقیاس بر اساس طیف درجه بندی لیکرت از خیلی موافق تا

خیلی مخالف درجه بندی شده بود.

۲- شخصیت نوع A

بـ _____ رای سـ _____ نـجش تیـ _____ پـ A از مقیـ _____ اسـ _____

استفاده گردید. آیتم های این مقیاس به صورت دو گزینه ای، بلی و خیر، تدوین شده اند. شیوه نمره

گذاری این مقیاس به این صورت بود که اگر فرد زیر نمره ی ۱۳ دریافت می کرد متمایل به تیپ B و

در صورت دریافت نمره ی بالاتر از ۱۳ متمایل به تیپ A بود.

روش های آماری

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. از آزمون t مستقل به منظور تعیین

تفاوت بین تیپ A و B، زنان و مردان، متأهل ها و مجردها، و افراد دارای سابقه ی افسردگی و عدم

افسردگی در خانواده ، از نظر میزان افسردگی استفاده شد. همچنین از آزمون AVONA به منظور

تعیین تفاوت بین رشته های مختلف تحصیلی و سن، از نظر میزان افسردگی استفاده شد.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

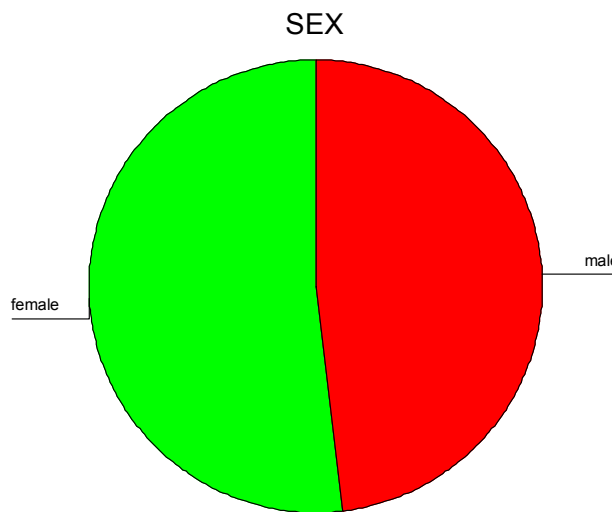
فصل چهارم

یافته ها

بخش اول : توصیف داده ها

جدول شماره ۱ : توزیع پاسخگویان بر حسب متغیر جنسیت

جنس	فراوانی	درصد
مرد	۱۳۳	۴۸/۲
زن	۱۴۳	۵۱/۸



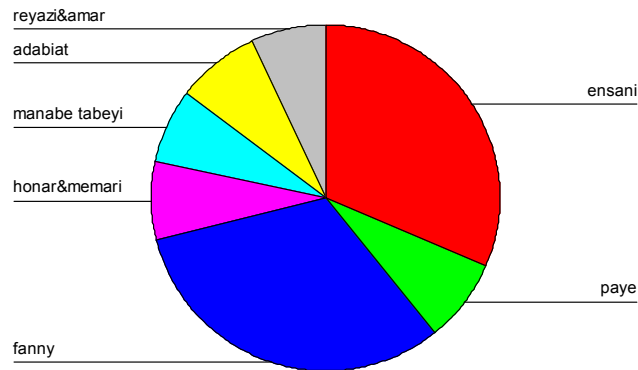
نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی متغیر جنس

جدول فوق نشان میدهد که از بین ۲۷۶ پاسخگو ۴۸/۲ درصد از آن ها مرد و ۵۱/۸ درصد از آن ها زن بوده اند. بنابراین تعداد پاسخگویان زن بیشتر است.

جدول شماره ۲: توزیع پاسخگویان بر حسب رشته تحصیلی

درصد	فراوانی	رشته
۳۱/۵	۸۷	انسانی
۷/۶	۲۱	پایه
۳۱/۹	۸۸	فنی
۷/۲	۲۰	هنر و معماری
۶/۹	۱۹	منابع طبیعی
۸/۰	۲۲	ادبیات
۶/۹	۱۹	ریاضی و آمار

RESHTEH



نمودار شماره ۲: توزیع فراوانی متغیر رشته تحصیلی

جدول شماره ۲ بیانگر این مطلب است که از ۲۷۶ نفر پاسخگو ۳۱/۵ درصد از افراد رشته انسانی، ۷/۶ درصد از آنها پایه، ۳۱/۹ درصد از آنها فنی، ۷/۲ درصد از آنها هنر و معماری، ۶/۹ درصد از آنها منابع طبیعی، ۸/۰ درصد از آنها ادبیات و ۶/۹ درصد از آنها ریاضی و آمار هستند.

جدول شماره ۳: توزیع پاسخگویان بر حسب سن

سن	فراوانی	درصد
۱۸ - ۲۵	۲۷۱	۹۸/۲
۲۶ - ۳۳	۴	۱/۴
۳۴ - ۳۹	۱	۰/۴



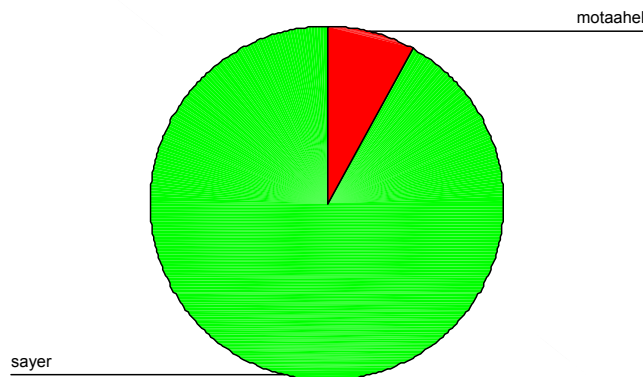
نمودار شماره ۳: توزیع فراوانی متغیر سن

جدول فوق نشان دهنده ی این است که از ۲۷۶ نفر پاسخگو ۹۸/۲ درصد از افراد بین سنین ۲۵-۱۸ سال قرار دارند و ۱/۴ درصد از آنها در گروه سنی ۳۳-۲۶ ساله و بقیه یعنی ۰/۴ از آنها در گروه سنی ۳۹-۳۴ ساله قرار دارند. بنابراین بیشترین توزیع سنی پاسخگویان در گروه سنی اول قرار دارد.

جدول شماره ۴: توزیع پاسخگویان بر حسب وضعیت تأهل

وضعیت تأهل	فراوانی	درصد
متأهل	۲۲	۸/۰
سایر	۲۵۴	۹۲/۰

MARITAL

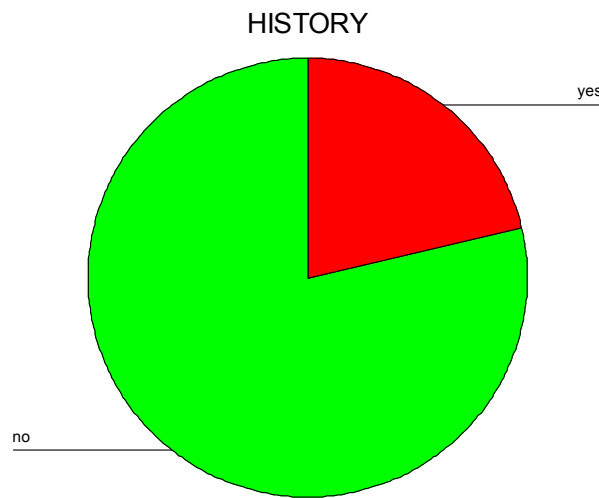


نمودار شماره ۴: توزیع فراوانی متغیر وضعیت تأهل

جدول فوق بیانگر این مطلب است که از بین ۲۷۶ نفر پاسخگو ۸/۰ درصد از افراد متأهل هستند در حالیکه افراد مجرد با مقدار ۹۲/۰ درصد بیشترین توزیع پاسخگویان را دارند.

جدول شماره ۵: توزیع پاسخگویان بر حسب سابقه افسردگی

سابقه افسردگی	فراوانی	درصد
بله	۵۹	۲۱/۴
خیر	۲۱۷	۷۸/۶



نمودار شماره ۵: توزیع فراوانی متغیر سابقه افسردگی

جدول فوق بیانگر این مطلب است که از بین ۲۷۶ نفر پاسخگو ۲۱/۴ درصد به داشتن سابقه افسردگی پاسخ مثبت و ۷۸/۶ درصد پاسخ منفی داده اند. کهنسب این فراوانی پاسخگویی که پاسخ آنها منفی است، بیشتر می باشد.

جدول شماره ۶: توصیف مقیاس افسردگی

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

انحراف معیار	میانگین	طیف لیکرت					آیتم	شماره
		خیلی موافق	موافق	متوسط	مخالف	خیلی مخالف		
۱/۲۲	۲/۵۶	۵۴	۸۲	۸۶	۳۴	۱۷	۱	۱
۱/۱۰	۱/۸۷	۱۳۸	۷۶	۳۰	۲۳	۹	۲	۲
۱/۱۳	۲/۷۹	۴۰	۶۹	۱۰۱	۴۲	۲۴	۳	۳
۱/۰۹	۱/۹۳	۱۳۰	۷۴	۴۰	۲۵	۷	۴	۴
۱/۱۲	۲/۶۰	۵۹	۶۴	۹۴	۴۷	۱۲	۵	۵
۱/۱۹	۲/۳۰	۸۹	۸۰	۵۹	۳۲	۱۶	۶	۶
۱/۲۶	۲/۵۲	۷۷	۶۶	۶۶	۴۷	۲۰	۷	۷
۱/۲۱	۲/۲۳	۶۱	۷۷	۶۴	۵۴	۲۰	۸	۸
۱/۲۲	۲/۶۲	۶۱	۷۷	۶۴	۵۴	۲۰	۹	۹
۱/۰۵	۱/۹۱	۱۲۷	۸۰	۴۵	۱۶	۸	۱۰	۱۰
۱/۳۰	۲/۱۷	۱۱۹	۶۰	۵۳	۱۹	۲۵	۱۱	۱۱
۱/۱۸	۲/۰۰	۱۳۳	۶۱	۴۴	۲۶	۱۲	۱۲	۱۲
۱/۲۶	۲/۳۳	۹۹	۶۰	۶۲	۳۷	۱۸	۱۳	۱۳
۱/۴۲	۲/۶۱	۸۸	۵۳	۵۱	۴۶	۳۸	۱۴	۱۴
۰/۷۶	۱/۲۸	۲۳۱	۲۶	۱۰	۴	۵	۱۵	۱۵
۰/۸۳	۱/۴۹	۱۸۵	۶۳	۱۷	۷	۴	۱۶	۱۶

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

۱/۱۳	۱/۸۸	۱۴۳	۶۵	۳۹	۱۷	۱۲	۱۷	۱۷
۱/۳۸	۲/۱۳	۱۴۱	۴۲	۳۴	۳۵	۲۴	۱۸	۱۸

میانگین آیتم های مختلف مقیاس افسردگی در زیر آورده شده است که بیشترین آنها آیتم شماره ۳ با میانگین (۲/۷۹) و سپس به ترتیب می توان آیتم های ۹ با (۲/۶۲)، آیتم ۱۴ با (۲/۶۱)، آیتم ۵ با (۲/۶۰)، آیتم ۱ با (۲/۵۶)، آیتم ۷ با (۲/۵۲)، آیتم ۱۳ با (۲/۳۳)، آیتم ۶ با (۲/۳۰)، آیتم ۸ با (۲/۲۳)، آیتم ۱۱ با (۲/۱۷)، آیتم ۱۸ با (۲/۱۳)، آیتم ۱۲ با (۲/۰۰)، آیتم ۴ با (۱/۹۳)، آیتم ۱۰ با (۱/۹۱)، آیتم ۱۷ با (۱/۸۸)، آیتم ۲ با (۱/۸۷)، آیتم ۱۶ با (۱/۴۹)، آیتم ۱۵ با (۱/۲۸) در آخر قرار می گیرد.

جدول شماره ۷: توصیف مقیاس تیپ A

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

شماره	آیتم	بله	خیر	میانگین	انحراف معیار
۱	۱۹	۱۴۷	۱۲۹	۰/۵۳	۰/۵۰
۲	۲۰	۱۲۴	۱۵۲	۰/۴۵	۰/۴۹
۳	۲۱	۲۲۰	۵۶	۰/۸۰	۰/۴۰
۴	۲۲	۱۹۰	۸۶	۰/۶۹	۰/۴۶
۵	۲۳	۱۰۹	۱۶۷	۰/۳۹	۰/۴۹
۶	۲۴	۱۲۲	۱۵۴	۰/۴۴	۰/۴۹
۷	۲۵	۱۰۰	۱۷۶	۰/۳۶	۰/۴۸
۸	۲۶	۳۹	۲۳۷	۰/۱۴	۰/۳۴
۹	۲۷	۱۶۱	۱۱۵	۰/۵۸	۰/۴۹
۱۰	۲۸	۲۳۵	۴۱	۰/۸۵	۰/۳۵
۱۱	۲۹	۱۸۳	۹۳	۰/۶۶	۰/۴۷
۱۲	۳۰	۸۴	۱۹۲	۰/۳۰	۰/۴۶
۱۳	۳۱	۸۳	۱۹۳	۰/۳۰	۰/۴۵
۱۴	۳۲	۱۸۵	۹۱	۰/۶۷	۰/۴۷
۱۵	۳۳	۱۹۵	۸۱	۰/۷۱	۰/۴۵
۱۶	۳۴	۱۳۵	۱۴۱	۰/۴۹	۰/۵۰
۱۷	۳۵	۸۱	۱۹۵	۰/۲۹	۰/۴۵
۱۸	۳۶	۱۶۰	۱۱۶	۰/۵۸	۰/۴۹
۱۹	۳۷	۲۳۸	۳۸	۰/۸۶	۰/۳۴
۲۰	۳۸	۱۶۴	۱۱۲	۰/۵۹	۰/۴۹
۲۱	۳۹	۵۴	۲۲۲	۰/۲۰	۰/۳۹
۲۲	۴۰	۱۸۲	۹۴	۰/۶۶	۰/۴۷
۲۳	۴۱	۱۵۷	۱۱۸	۰/۵۸	۰/۵۱
۲۴	۴۲	۱۱۹	۱۵۶	۰/۴۴	۰/۵۱
۲۵	۴۳	۱۲۲	۱۵۴	۰/۴۵	۰/۵۲

**جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید**

میانگین آیتم های مختلف مقیاس تیپ A در زیر آورده شده است که بیشترین آنها آیتم شماره ۳۷ با میانگین (۰/۸۶) و سپس به ترتیب می توان آیتم های ۲۸ با میانگین (۰/۸۵)، آیتم ۲۱ با میانگین (۰/۸۰)، آیتم ۳۳ با میانگین (۰/۷۱)، آیتم ۲۲ با میانگین (۰/۶۹)، آیتم ۳۲ با میانگین (۰/۶۷)، آیتم ۴۰ با میانگین (۰/۶۶)، آیتم ۲۹ با میانگین (۰/۶۶)، آیتم ۳۸ با میانگین (۰/۵۹)، آیتم ۴۱ با میانگین (۰/۵۸)، آیتم ۳۶ با میانگین (۰/۵۸)، آیتم ۲۷ با میانگین (۰/۵۸)، آیتم ۱۹ با میانگین (۰/۵۳)، آیتم ۳۴ با میانگین (۰/۴۹)، آیتم ۴۳ با میانگین (۰/۴۵)، آیتم ۲۰ با میانگین (۰/۴۵)، آیتم ۴۲ با میانگین (۰/۴۴)، آیتم ۲۴ با میانگین (۰/۴۴)، آیتم ۲۳ با میانگین (۰/۳۹)، آیتم ۲۵ با میانگین (۰/۳۶)، آیتم ۳۰ با میانگین (۰/۳۰)، آیتم ۳۱ با میانگین (۰/۳۰)، آیتم ۳۵ با میانگین (۰/۲۹)، آیتم ۳۹ با میانگین (۰/۲۰)، آیتم ۲۶ با میانگین (۰/۱۴) در آخر قرار می گیرد.

بخش دوم: تحلیل داده ها: آزمون فرضیه

جدول شماره ۸: ویژگیهای اجتماعی-جمعیت شناختی نمونه ها همراه با رابطه ی آنها

با افسردگی

مقدار معنا داری	آزمون معنا داری	فراوانی(درصد)	M(SD)	متغیر
* ۰/۰۱۸	$t = -2/381$	۱۳۳(۴۸/۲) ۱۴۳(۵۱/۸)	۲,۱(۰/۶۵) ۲,۳(۰/۷۹)	جنسیت: مرد زن
* ۰/۰۱۲	$f = 2/8$	۸۷(۳۱/۵) ۲۱(۷/۶) ۸۸(۳۱/۹) ۲۰(۶/۲) ۱۹(۶/۹) ۲۲(۸/۰) ۱۹(۶/۹)	۲/۲(۰/۷۸) ۲/۲(۰/۸۳) ۲/۱(۰/۶۲) ۲/۳(۰/۷۴) ۲/۷(۰/۹۲) ۲/۴(۰/۶۵) ۱/۹(۰/۵۷)	رشته تحصیلی: انسانی پایه فنی هنر و معماری منابع طبیعی ادبیات ریاضی و آمار
۰/۰۶۹۱	$f = 0/371$	۲۷۱(۹۸/۲) ۴(۱/۴) ۱(۰/۴)	۲/۱(۰/۷۴) ۱/۹(۰/۵۰) ۲/۵(۰)	سن: ۱۸-۲۵ ۲۶-۳۳ ۳۴-۳۹
۰/۲۴۴	$t = -1/167$	۲۲(۸/۰) ۲۵۴(۹۲/۰)	۲/۰۰(۰/۹۱) ۲/۲(۰/۷۲)	وضعیت تأهل: مجرد سایر
۰/۱۳۹	$t = 1/484$	۵۹(۲۱/۴) ۲۱۷(۷۸/۶)	۲/۳(۰/۸۰) ۲/۲(۰/۷۲)	سابقه افسردگی: بله خیر

$P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$

در مورد جنسیت نتایج با استفاده از آزمون T مستقل و مقدار $(T_{(275)} = -2.381; P < 0.05)$ نشان

میدهد که تفاوت معناداری بین پاسخگویان دو جنس از نظر میانگین نمره شان بر روی مقیاس

افسردگی وجود دارد. یعنی این تفاوت در سطح $\alpha = 0.05$ معنادار است.

در مورد رشته تحصیلی نتایج با استفاده از آزمون T مستقل و مقدار $F(2,8), P < .05$

نشان میدهد که تفاوت معناداری بین پاسخگویان هفت رشته از نظر میانگین نمره شان بر

روی مقیاس افسردگی وجود دارد. یعنی این تفاوت در سطح $\alpha = 0.05$ معنادار است.

در مورد سن نتایج با استفاده از آزمون آنوای یکراهه و مقدار $F(3,371), P > .05$

نشان می دهد که تفاوت معناداری بین پاسخگویان سه رنج سنی از نظر میانگین نمره شان بر

روی مقیاس افسردگی وجود ندارد.

در مورد وضعیت تأهل نتایج با استفاده از آزمون T مستقل و مقدار $T(275) = -1.16, P > .05$

نشان می دهد که تفاوت معناداری بین پاسخگویان متأهل و مجرد از نظر میانگین نمره شان بر روی

مقیاس افسردگی وجود ندارد.

در مورد سابقه افسردگی نتایج با استفاده از آزمون T مستقل و مقدار $T(275) = 1.484, P > .05$

نشان می دهد که تفاوت معناداری بین پاسخگویانی که به سابقه افسردگی پاسخ مثبت داده اند و

پاسخگویانی که پاسخ منفی داده اند، از نظر میانگین نمره شان بر روی مقیاس افسردگی وجود ندارد.

جدول شماره ۹: مقایسه تیپ A و B از نظر افسردگی

مقدار معناداری	آزمون معناداری	تیپ شخصیتی		متغیر
		شخصیت نوع B $M(SD)_n=122$	شخصیت نوع A $M(SD)_n=154$	
*** .000	$t = -4/899$	۲(۰/۶۵)	۲/۴(۰/۷۵)	افسردگی

فرض آماری و فرض تحقیق

فرض صفر: بین افراد با الگوی رفتاری تیپ A و تیپ B از نظر افسردگی تفاوت وجود ندارد. یعنی:

$$H_0 : \mu_1 = \mu_2$$

فرض یک: بین افراد با الگوی رفتاری تیپ A و تیپ B از نظر افسردگی تفاوت وجود دارد. یعنی:

$$H_0 : \mu_1 \neq \mu_2$$

نتایج با استفاده از آزمون t test با توجه به مقدار $t(T_{272}) = -4.89$ $P < .05$ نشان می دهد که

تفاوت معناداری بین تیپ A و تیپ B از نظر میزان افسردگی وجود دارد. بنابراین فرضیه مورد ادعای

ما تأیید می شود.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooch.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فصل پنجم:

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین تفاوت بین تیپ A و تیپ B از نظر میزان افسردگی انجام شد. فرض اساسی تحقیق نیز این بود که بین تیپ A و افسردگی رابطه وجود دارد. نتایج تفاوت معناداری را بین تیپ A و تیپ B از نظر میانگین نمراتشان بر روی مقیاس افسردگی نشان داد. به بیان دیگر میانگین افسردگی تیپ A، $X = 2/4$ و میانگین افسردگی تیپ B، $X = 2$ شد. و تفاوت معناداری بین این دو میانگین مشاهده گردید.

لازم به ذکر است که مطالعات اندکی که ارتباط بین رفتار تیپ A و افسردگی را بررسی کرده اند از ارتباط های مهم بین این دو صرف نظر کرده اند (بریف، راده، رابینوویتز، ۱۹۸۳؛ کاپلان و جونیس، ۱۹۷۵؛ چسنی، بلاک، چادویک و روسمن، ۱۹۸۱؛ گرین گلاس، ۱۹۸۷). بیشتر مطالعات در زمینه شناسایی شخصیت نوع A به عنوان یک عامل مؤثر در بیماریهای قلبی می باشد. نتایج این پژوهش با یافته های آن دسته از محققانی که ادعا کرده بودند، افراد تیپ A از سطح افسردگی بیشتری در مقایسه با افراد تیپ B برخوردارند، هماهنگ است. برای مثال یافته های کیوولا و هاسمن (۱۹۹۸) و چسنی ات آل (۱۹۸۱) را تأیید می کند. این محققان در مطالعاتشان دریافته بودند که میزان افسردگی در میان افراد تیپ A به مراتب بیشتر از افراد تیپ B است.

همچنین کارنی ات آل (۱۹۹۸) و آرما ات آل (۱۹۹۴)، پرات ات آل (۱۹۹۶) یک ارتباط قوی بین علائم حالت افسردگی و خطر پذیری بیماریهای قلبی - عروقی یافته اند. و شارما و مارکار (۱۹۹۴) نشان می دهند که این ارتباط در بیماریهای دو قطبی قویتر است. باریک (۱۹۹۹) این گونه بیان می کند که بعضی از بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی - عروقی یک اختلال دو قطبی پنهان دارند. فاسمر و اودیگارد (۲۰۰۱) نشان می دهند که آیا الگوی رفتاری تیپ A با ویژگیهای شاخص اختلالات دو قطبی مانند سر دردهای میگرنی در ارتباط است.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

پیشنهاد به محققین بعدی :

محققان باید تلاششان را جهت گسترش دانستن قلمرو تأثیر الگوهای رفتاری نوع A در تمامی جنبه

های زندگی مثل سلامتی، روابط شخصی و... ادامه دهند. اگر ثابت شود که نوع شخصیت در ابتلا به

بیماری خاصی مؤثر است، آن وقت با آمادگی بهتری می توان به استقبال آینده رفت.

با دقیق شدن روی این موارد شناخته نشده و کمتر مورد مطالعه قرار گرفته شده در مورد افراد نوع A

، باعث می شود که افراد بتوانند یک فهم و درک بهتری از خودشان داشته باشند، در مورد شخصیت

خود بهتر بدانند و بتوانند نقاط قوت خود را تقویت کرده و نقاط ضعف خود را شناسایی کنند.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoocn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title:
Subject:
Author: Your User Name
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/11/2012 8:50:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: H.H
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/11/2012 8:50:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 43
Number of Words: 7,004 (approx.)
Number of Characters: 39,927 (approx.)