

واکاوی میزان افسردگی در بین دختران دانش آموز مقطع راهنمایی و دبیرستان

پرینسا پرویش

کد ملی: ۳۳۲۹۹۵۷۸۲۴

چکیده

اهمیت یادگیری و بکارگیری روش تدریس مناسب که بیشترین نتیجه را در تغییر رفتار دانش افسردگی از قدیمی ترین بیماریهای شناخته شده واز متداولترین انواع اختلالات روانی در همه ی زمانها و مکانهاست وهرکس ممکن است بدان گرفتارشود. درباره ی افسردگی عقاید متفاوتی وجود دارد. از دست دادن هرچیزی که از نظر روانی برای شخصی اهمیت داشته باشد موجب افسردگی می گردد.

کلیدواژگان: افسردگی، دختران، راهنمایی، دبیرستان

مقدمه

در روان شناسی منظور از افسردگی آن حالت هیجانی است، که منجر به کاهش قابلیت ها می شود. در روان پزشکی، افسردگی بر حسب موارد خاصی به یک علامت یا سندرم اطلاق می شود اگر افسردگی را به مثابه یک علامت در نظر بگیریم در این صورت عبارت خواهد بود از یک تغییری یا انحراف از حالت طبیعی خلق و به صورت اندوه^۱. بیماری های افسردگی نوعی بیماری عصبی، روانی است که اولین و مهمترین خصوصیت غالب در آن مشخص بودن تغییرات خلق و عاطفه است که با غم و اندوه همراه است و این احساس غم و اندوه ممکن است از یک حالت خفیف به یک حالت افسردگی فوق العاده شدید تغییر یابد^۲. افسردگی را به هر قسم که تعریف کنیم، چه به عنوان تاثیرات کلینیکی بر فرد تحت درمان، چه به عنوان حاصل برتری جویهای اجتماعی درباره ی کسانی که تحت درمان قرار ندارند و چه به عنوان خود کشی، شروع خود کشی در هر صورت بین دو جنس تفاوت هایی وجود دارد. این تفاوت افسردگی در بین دو جنس، نه فقط در ایران، ایالات متحده، کانادا یا اروپای غربی بلکه در سراسر جهان وجود دارد. افسردگی به سه صورت عادی، نوروتیک و پسیکوتیک در افراد مشاهده می شود. افسردگی عادی بر اثر حادثه ای ناگوار برای افراد به وجود می آید و به مرور زمان و با استراحت کاهش می یابد و به تدریج زندگی فرد به حالت طبیعی بر می گردد. در حالت نوروتیک، اندوه و نگرانی فرد بیشتر است، پاسخ ها نسبت به محرک های طبیعی شدید و افراطی است. در افسردگی پسیکوتیک، بر اثر قطع با واقعیت بیمار دچار هذیان می شود، در مواردی دست به خود کشی می زند، در این حالت اندیشه و فکر بیمار مختل شده است^۳. افسردگی همیشه حاصل تحریف های ذهن است. افسردگی و پریشانی خاطره صدای رادیو می ماند که موجب را درست تنظیم نکرده اند و خرخرمی کند و علتش خرابی ترانزیستورها و وسیم پیچ ها نیست، رادیوی شما بی عیب و نقص است، هوا هم بد نیست که امواج رادیویی را نگیرد. تنها کاری که باید بکنید این است که امواج رادیو را درست تنظیم کنید. اگر بتواند امواج ذهنتان را درست تنظیم کنید، انگار که صدای موسیقی را درست و واضح می شنوید، افسردگی تان از بین خواهد رفت^۴.

بیان مسئله

با توجه به این که افسردگی یکی از بیماری های روانی در سرتاسر جهان می باشد و تمام اقشار جامعه بخصوص زنان در معرض این بیماری قرار دارند و از تبعات آن رنج می برند، لذا بررسی موضوع افسردگی بخصوص در میان زنان در جامعه ی ما از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. باید به این مسئله توجه داشت که از هر چهار زن ایرانی یک نفر در مرحله ای از زندگی خود افسردگی را تجربه می کند و از آنجا که زنان نقش مهمی را در پیشرفت جامعه ایفا می کنند، لذا توجه به مسائل و مشکلات آنان باعث ترقی و پیشرفت جامعه خواهد شد، و غفلت در رفع مشکلات آنان خسارت جبران ناپذیری را به بار می آورد، از اینرو سرمایه گذاری و برنامه ریزی برای حل مشکلات آنان از اولویت ویژه ای برخوردار است. باید گفت که افسردگی هم در میان زنان شاغل و هم در میان زنان خانه دار وجود دارد، اما شدت افسردگی در آنها فرق می کند. در این میان عواملی چند وجود دارد که در ایجاد افسردگی نقش دارند از جمله: سطح تحصیلات، سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده و... لذا دست اندرکاران و مسئولان جامعه وظیفه دارند به امر مهم توجه نمایند، چرا که زنان اقشار مهمی هستند که در رشد و توسعه ی جامعه مفید واقع می شوند و تحقیقات بیشتر در ای زمینه به ما تمام روانشناسان و دلسوزان جامعه کمک می نماید تا بر اساس نتایج آن در پی درمان کامل یا حداقل تخفیف این بلای خانمانسوز و محض اجتماعی برآئیم^۵.

۱ بیرجندی- پروین، ۱۳۷۵

۲ ساعت چی، محمود، ۱۳۶۸

۳ ایزدی، سیروس

۴ آگاه، سیاوش، ۱۳۵۵

۵ رواندوست، وحید، ۱۳۶۸

اهمیت و ضرورت پژوهش

باید توجه داشت که افسردگی شایع ترین بیماری روانی در دنیاست و به قدری توسعه پیدا کرده است که آنرا سرما خوردگی دماغی نامیده اند. تمامی افراد جامعه در معرض این بیماری قرار دارند، اما سهم زنان برای ابتلا به این بیماری دوبرابر مردان است. با یاد گفت که حدود (۲۴) درصد از زنان در کشور ما افسرده هستند و این هر ساله در حالت افزایش است. مسئله ی افسردگی در زنان بسیار پر اهمیت می باشد، چرا که زنان اعم از زنان خانه دار و شاغل به عنوان یک قشر اجتماعی به حساب می آیند و افسردگی کم و بیش این قشر را نیز در بر می گیرد و از آنجایی که زنان محور اصلی خانواده محسوب می شوند و رسیدن به اهداف توسعه ی کشور را آسانتر می کنند، تأمین امنیت روحی، روانی، اقتصادی و اجتماعی زنان ضروری است. وقتی که زنان دچار مشکل روحی و روانی می شوند، فشار های روحی وارد شده بر آنها دیگران را نیز در معرض آسیب قرار می دهد. بررسی این بیماری میزان شیوع آن در میان زنان شاغل و زنان خانه دار و مقایسه ی آنها و کشف علل و عوامل آن با استفاده از پژوهش های مختلف ضروری به نظر می رسد تا که پس از یافتن علت های بوجود آمدن این بیماری به رفع این علت ها پرداخت و به یافتن راهکارهای مناسب جهت کاهش و زدودن این امر در میان زنان خانه دار و شاغل پرداخت. با توجه به این که این بیماری تمام فعالیت های حیاتی فرد را دچار مشکل می کند، بنا بر این پرورش و تعلیم و تربیت فرزندان و مدیریت خانه و خانواده که کار اصلی یک زن است باید مورد توجه قرار گیرد.^۸

اهداف پژوهش

این تحقیق اهداف زیر را مدنظر دارد:

هدف کلی: بررسی میزان افسردگی در میان زنان شاغل و خانه دار در شهرستان گیلانغرب محله ی آزادگان

اهداف جزئی:

- ۱: بررسی تاثیر سن و تحصیلات بر میزان افسردگی در میان زنان شاغل و خانه دار
- ۲: یافتن تفاوت های موجود در میان زنان خانه دار و شاغل از لحاظ افسردگی
- ۳: پیدا کردن عوامل ایجاد افسردگی در میان زنان خانه دار و شاغل

فرضیه های پژوهش

این پژوهش برای آزمون فرضیه های زیر انجام شده است:

- ۱: بین زنان شاغل و خانه دار در شهرستان گیلانغرب (محله ی آزادگان) از لحاظ افسردگی اختلاف معنی داری وجود دارد.
- ۲: بین میزان افسردگی زنان شاغلی که سن آنها بالا است و زنان شاغلی که سن آنها پایین است در شهرستان گیلانغرب (محله ی آزادگان) همبستگی معنی داری وجود دارد.
- ۳: بین میزان افسردگی زنان خانه داری که تحصیلات آنها بالای دیپلم است و زنان خانه داری که تحصیلات آنها پایین تر از دیپلم است در شهرستان گیلانغرب (محله ی آزادگان) همبستگی معنی داری وجود دارد.
- ۴: بین میزان افسردگی زنان شاغلی که تحصیلات آنها بالای دیپلم است و زنان شاغلی که تحصیلات آنها پایین تر از دیپلم است در شهرستان گیلانغرب (محله ی آزادگان) همبستگی معنی داری وجود دارد.
- ۵: بین میزان افسردگی زنان خانه داری که سن آنها بالاست و زنان خانه داری که سن آنها پایین است در شهرستان گیلانغرب (محله ی آزادگان) همبستگی وجود دارد.

۶ فرجاد، محمد حسین، ۱۳۷۴

۷ شاملو، سعید، ۱۳۶۹

۸ فرجاد، محمد حسین، ۱۳۷۴

تعریف متغیرها

افسردگی (Depression)

تعریف مفهومی: نوعی بیماری عصبی و روانی است که این اولین و مهمترین خصوصیت آن تغییر در خلق و عاطفه است که با احساس غم و اندوه همراه است.^۹

تعریف عملیاتی:

میزان نمره ای است که آزمودنی از طریق آزمون افسردگی بک بدست می آورد.
سن بالا:

به افرادی که دارای سن ۳۵ تا ۵۰ سال هستند گفته می شود.

سن پایین:

به افرادی که دارای سن ۲۰ تا ۳۵ سال هستند گفته می شود.

تحصیلات بالا:

به تحصیلات دانشگاهی بعد از فراگیری دیپلم گفته می شود، اعم از کاردانی، کارشناسی و.....

تحصیلات پایین:

افرادی که سواد آنها حداقل از خواندن و نوشتن تا تحصیلات دوره ی راهنمایی و دبیرستان می باشد.

درجات افسردگی

تعدادی از متخصصان معتقدند که شدت حملات افسردگی در بیماری مانیک دپرسیو، را می توان به سه قسمت تقسیم کرد: ۱- افسردگی ساده ۲- افسردگی حاد ۳- افسردگی بهت زده، این سه حالت کاملاً از یک دیگر جدا نیستند، بلکه تا حدی در یکدیگر ادغام می شوند. در سال های اخیر در یکی از طبقه بندی های معروف و مهم بنام D.S.M.I به دو نوع دیگر تر بیماری های افسردگی اشاره شده است که با انواع کلاسیک دیگر تفاوت های محسوسی دارد، این دو اختلال عبارتند از: اختلال سیکوتیمیک، اختلال دیستیمیک.^{۱۰}

۱- افسردگی ساده:

برجسته ترین علامت در این نوع افسردگی از دست دادن شوق و کندی فعالیت های روانی و بدنی است. بیمار خود را مطرود و دلسوز احساس می کند و این کار و فعالیت به نظرا و مستلزم کوشش فراوان است و در نظرش انجام دادن هر کاری به زحمتش نمی آرد.

در این افسردگی بیمار احساس بی ارزشی گناهکاری می کند و علاقه ی خود را به اشیاء اشخاص از دست می دهد و کاهش وزن و سوء هاضمه در او بروز پیدا می کند. در موقع صحبت کلمات به نحویک نواخت اجرامی شود، بیمار ترجیح می دهد که تنها بنشیند و نا امیدانه در گناهان خود بیندیشد، این بیماران می توانند به سوالات مختلف جواب دهند. بسیاری از این بیماران به احوال خود بصیرت دارند و می دانند که احتیاج به درمان دارند، ولی ممکن است به افسردگی خود اعتراف نکنند و فقط از بیماری های مختلف جسمی از قبیل سردرد، دوخستگی و فقدان اشتها، بیوست و کم خوابی شکایت داشته باشند!^{۱۱}

۲- افسردگی حاد:

در افسردگی حاد تعدادی علائم بارز وجود دارد از قبیل: استیصال و به بن بست رسیدن در زندگی، غم سنگین، احساس درماندگی و بیماری شدید. در این حالت دو نوع واکنش مهشود جسمانی وجود دارد، یکی اینکه بیمار مدتها غم زده و بی توجه به خود و دیگران در گوشه ای می نشیند و یا می ایستد. دوم اینکه دائم قدم می زند، راه می رود و دستها را به یکدیگر می مالد، موهای خود رامی کند و با لباس خود بازی می کند، چهره بیمار زرد و تکیده و بی حالت می شود چروکهای

۹ رواندوست، وحید، ۱۳۶۸

۱۰ رواندوست، وحید، ۱۳۶۸

۱۱ آزاد، حسین، ۱۳۶۸

بالاوپایین چشم هایش مخص هستند اغلب این بیماران گریه می کنند ، کم حرف می زنند و جواب های یکنواخت و کوتاه می دهند.^{۱۲}

۳- افسردگی بهت زده :

این حالت شدیدترین درجه افسردگی است فقط در تعدادی از انسان ها دیده می شود . بیمار افسرده بهت زده اگر درمان نشود ، مدتها بی حرکت بدون هیچ واکنشی می ماند حتی باید با وسایل پزشکی به او غذا داد. در شدیدترین درجه ی افسردگی بیمار کاملا بدون جواب و غیر فعال می ماند ، غالبا در می خوابد و آنچه در اطرافش می گذرد توجهی ندارد . از حرف زدن و خوردن امتناع می ورزد و باید او را تغذیه کنند . بیمار دارای اشتباهات حسی و هذیان های فراوان در مورد گناه و مرگ و حیات مجدد است ، در این دوره بیمار بخصوص دچار یبوست است ، تنفس نا مرتب و به طور کلی سلامت جسمی او دستخوش تهدید می باشند . بیمار و جنات افسرده و چشم های فرورفته و به زیر افتاده دارد . حتی هنگامی که با او صحبت می شود چشم هایش را بلند نمی کند و معمولا به هیچ سوالی جواب نمی دهد.^{۱۳}

عوامل مخاطره آمیز برای افسردگی

جنسیت : در بسیاری از مطالعات انجام شده میزان افسردگی در زنان بیشتر از مردان بوده و در این مورد توضیحات گوناگونی ارائه شده است ، از جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود : معمولا زنان بیشتر از مردان وبا سهولت بیشتری از افسردگی خود شکایت کرده و خواهان معالجه ی رفتار خویش هستند . ممکن است این حالت را ناشی از آن دانست که زنان به غلط به عنوان جنس ضعیف شناخته شده اند و آنرا به انعکاس جریانهای اجتماعی و کیفیت و چگونگی زندگی آنان نسبت داد ، زیرا مواردی نظیر ازدواج در سنین جوانی ، تحمل نقش خانه داری و مادری همراه با مشکلات مالی و تربیت فرزند ، فقدان همراهی و تکامل اجتماعی لازم ، میزان ، سیب پذیری زنان جوان را افزایش می دهد . در مطالعاتی که بر روی زنان آمریکایی در بیمارستان صورت گرفت آشکار گردید که زنان شاغل، در خارج از منزل سریعتر از زنان خانه دار بهبود می یابند . همچنین زنان شاغل کمتر به بیماری افسردگی مبتلا می شوند و علائم بیماری زودتر از آنان زوده می شود . احساس همدردی و اعتماد به نفس و نیز داشتن همسر مناسب به طور کلی وجود هر نوع وابستگی عاطفی ، میزاتوسعه و پیشرفت افسردگی را کاهش داده و فقدان این عوامل احتمال بروز این بیماری را افزایش می دهد. سن : خطر افسردگی در زنان با افزایش سن آنان کاهش می یابد ، در حالی که احتمال افسردگی در مردان افزایش می یابد افسردگی روحی در سنین بالاتر اتفاق می افتد ، در حالی که افسردگی عصبی در سنین جوانی رخ می دهد . در مطالعات انجام شده بالاترین آمار افسردگی در زنان در بین سنین ۳۵ الی ۴۵ سالگی بوده است^{۱۵} طبقه اجتماعی : به نظر می رسد اختلالات افسردگی در میان زنان شاغل ، خصوصا آنانی که دارای فرزند زیر ۶ سال هستند تمرکز بیشتری دارد. در مطالعات انجام شده معلوم گردید که ۲۳ درصد از زنان کارمند دچار افسردگی می شوند و این در حالی است که زنان طبقه ی متوسط خصوصا آنانی که دارای فرزند هستند به طرز شگفت انگیزی از خطر ابتلاء به افسردگی مصون هستند .

مطالعات انجام شده چهار عامل زیر را سبب افزایش احتمال ابتلاء به افسردگی می داند:

- ۱- فقدان ارتباط نزدیک و صمیمی
- ۲- از دست دادن مادر قبل از سن یازده سالگی
- ۳- داشتن سه فرزند ، یابیشتر ، کوچکتر از چهارده سال در منزل
- ۴- فقدان شغل خارج از منزل^{۱۶}

۱۲ آزاد ، حسین ، ۱۳۶۸

۱۳ فرجاد ، محمد حسین ، ۱۳۷۴

۱۴ شفیع آبادی ، عبدالله ، ۱۳۶۸

۱۵ شاملو ، سعید ، ۱۳۶۹

۱۶ شاملو ، سعید ، ۱۳۶۹

نتیجه گیری کلی :

در مورد آزمون فرضیه ها می توان موارد زیر را نتیجه گیری کرد :

در مورد فرضیه اول بنا بر تجزیه و تحلیل داده ها هیچ تفاوت معناداری میان افسردگی زنان شاغل و خانه دار وجود ندارد

در مورد فرضیه دوم نیز هیچ تفاوت معناداری میان افسردگی زنان شاغل با سنین بین ۳۶-۵۰ و ۳۵-۲۵ سال وجود ندارد در باره فرضیه سوم نیز هیچ تفاوت معناداری میان افسردگی زنان شاغل با تحصیلات بالای دیپلم و پایین تر از دیپلم وجود ندارد . اما در مورد فرضیه چهارم بین افسردگی زنان شاغل با تحصیلات بالای دیپلم و زنان شاغل با تحصیلات پایین تر از دیپلم تفاوت معنی داری وجود دارد . و داده های موجود فرضیه فوق را تأیید می نمایند .

در خصوص فرضیه پنجم بین میزان افسردگی زنان خانه دار با سن ۳۶-۵۰ سال و زنان خانه دار با سن ۲۵-۳۵ سال هیچ تفاوت معنی داری یافت نشد .

محدودیت های تحقیق:

هر کار و فعالیتی مشکلات خاص خود را دارا می باشد . مطمئناً این کار تحقیق نیز از این قاعده مستثنی نبوده است .

۱. کمبود فرصت زمانی جهت انجام تحقیق دقیق و جامع تر در زمینه موضوع تحقیق .
۲. عدم همکاری بعضی از آزمودنیها در پاسخ دادن به سوالات آزمون
۳. ترس یا عدم اعتماد به نفس یا سوء زن آزمودنیها نسبت به آزمون
۴. عدم آشنایی بعضی از آزمودنی ها با چنین آزمونهایی و در نتیجه ندادن پاسخ درست به بعضی از سوالات
۵. برای انجام اینگونه تحقیقات هزینه و وقتزیادی لازم است
۶. عدم دسترسی به اینترنت
۷. غنی نبودن کتابخانه های موجود و نبود منابع لازم برای تحقیق

پیشنهادات :

۱. کم کردن وقت کاری برای زنان شاغل در نهاد ها و ادارات
۲. فراهم کردن امکاناتی از سوی مسئولان کشور برای اشتغال زنان خانه دار
۳. ارائه خدمات آموزشی برای زنان خانه داری که از تحصیلات پایینی برخوردار هستند .
۴. برقراری کلاسهای مشاوره برای زنان شاغل و خانه داری که از افسردگی رنج می برند .
۵. آشنا کردن زنان شاغل و خانه دار با چگونگی راههای مقابله با افسردگی قبل از مبتلا شدن .

منابع و مأخذ

۱. آزاد، حسین ، آسیب شناسی روانی ، ۱۳۸۲ ، انتشارات دانشگاه پیام نور
 ۲. کریمی، یوسف ، روانشناسی شخصیت ، ۱۳۸۳ ، انتشارات دانشگاه پیام نور
 ۳. بیرجندی ، پروین ، اختلالات افسردگی ، ۱۳۷۰
 ۴. دلاور ، علی ، روش های تحقیق در آمار و علوم تربیتی ، ۱۳۸۳ ، انتشارات دانشگاه پیام نور
 ۵. ایزدی ، سیروس ، روانشناسی شخصیت ، ۱۳۵۱
 ۶. آگاه ، سیاوش ، افسردگی را چگونه تشخیص بدهیم ؟ ، ۱۳۵۵ ، انتشارات دلیل
 ۷. رواندوست ، وحید ، مباحث عمده در روانپزشکی ، ۱۳۶۸
 ۸. براهنی ، محمد تقی ، زمینه روان شناسی ، ۱۳۸۲
 ۹. طریقی ، شکر اله ، عوامل مؤثر در بروز اختلالات رفتاری ، ۱۳۷۷
 ۱۰. اخوت ، ولی الله ، افسردگی در زنان ، ۱۳۷۵
 ۱۱. ساعتچی ، محمود ، اصول روانشناسی ، ۱۳۶۰ ، انتشارات امیر کبیر
 ۱۲. شاملو ، سعید ، بهداشت روانی ، ۱۳۷۲ ، انتشارات رشد
 ۱۳. پور افکاری ، نصرت اله ، خلاصه روانپزشکی ، ۱۳۶۹
14. Nimh , Depression Research. [http . m , www. Nimh](http://www.Nimh.m)