

# بررسی عوامل اجتماعی اختلال روانی (افسردگی) در شهر اصفهان (سال ۱۳۸۱)

فروغ غریزی\*

رسول ربانی\*\*

مهناز فرهمند\*\*\*

## مقدمه

به دلیل فزونی و پیچیدگی روابط فرد با جامعه، اعمال، رفتار و حرکات فرد هرگز نمی‌تواند فارغ و به دور از تأثیرات جامعه باشد. جامعه، نهادها و گروه‌های آن در سطوح مختلف با نوع عملکرد خود، گاهی باعث تسهیل برآورده شدن نیازها، امیال و آرزوهای فرد می‌شوند و گاه همچون مانعی در این مسیر قرار می‌گیرند. لذا جامعه، گاهی با اعمال فشار و ایجاد موانع و موقعیت‌های فشارآور، اعضای خود را به سوی ناکامی، محرومیت، تعارض و در نهایت اختلال‌های روانی سوق می‌دهد.

هدف از نگارش این نوشتار که به استناد پژوهشی در زمینه عوامل اجتماعی بیماریهای روانی تنظیم شده، پرداختن به آن دسته از مؤلفه‌های اجتماعی است که افراد جامعه را با مخاطرات روانی روبه‌رو می‌سازد.

در سالهای اخیر شیوه نگرش متخصصان نسبت به این بیماری تغییر کرده است. بدین معنا که دیگر آن را پدیده‌ای صرفاً فیزیولوژیک به‌شمار نمی‌آورند، بلکه امروزه متخصصان پزشکی و روانپزشکی در بررسی موضوع بیماری و تندرستی، الگوی زیستی، روانی، اجتماعی را به کار می‌برند. بر اساس این الگو فقط یک عامل بیماری را پدید نمی‌آورد، بلکه بیماری و نیز تندرستی از برهمکنش پیچیده عوامل زیستی، روانی و فرهنگی و اجتماعی ناشی می‌شود. با وجود این تأثیر عوامل اجتماعی بر پیدایش بیماریها و درمان آن از دیرباز مورد توجه انسان بوده و همواره توجه صاحب‌نظران امور جامعه را به خود جلب کرده است، ولی امروزه این توجه بسیار افزایش یافته و این در حالی است که در جوامع پویای معاصر، پیشرفت فناوری، صنعت، زندگی ماشینی، ازدیاد جمعیت، کمبود مسکن، درآمد پایین، مشکلات اشتغال و تنش‌های شغلی، بحران ترافیک و تصادف‌ها، رشد بی‌حد و حصر شهرها، مهاجرت‌های بی‌رویه، آپارتمان‌نشینی، بیکاری، تضادها و بحران‌های فرهنگی نقش تعیین‌کننده‌ای در شرایط روانی افراد و در نهایت بهداشت روانی آنان ایفا می‌کنند، به همین دلیل گروه‌های مختلف اجتماعی به دلیل ویژگیهای اجتماعی خود در زمینه ابتلای به بیماریهای روانی و روشهای گوناگون مواجهه و مقابله با عوارض ناشی از مشکلات روانی با یکدیگر اختلاف زیادی دارند و جوامع متفاوت نیز در ابتلای

\* - دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه اصفهان

\*\* - استادیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه اصفهان

\*\*\* - کارشناس ارشد جامعه‌شناسی



به انواع بیماریها و شیوهٔ پیشگیری از آنها با هم تفاوت‌های بارزی دارند. از این‌رو این واقعیت که «بسیاری از عوامل زمینه‌ساز اختلال‌های روانی، ماهیت اجتماعی دارند» مستلزم پژوهش و بررسی‌های جامعه‌شناسانهٔ بسیار است که امید می‌رود با توجه و همیاری بیشتر پژوهشگران تحقق یابد.

### بیماری روانی چیست؟

آنچه مسلم است، تعریف قاطعی از اختلال یا بیماری روانی نشده است و حتی در میان متخصصان بهداشت روانی در مورد اینکه چه چیزی بیماری روانی را تشکیل می‌دهد، اتفاق نظری وجود ندارد. در DSM-IV<sup>1</sup> اختلال روانی به صورت «الگوی رفتاری یا روانی که موجب ناراحتی فرد شده و یا فرد را در یک یا چند زمینهٔ عملکرد ناتوان کرده» تعریف شده است.

کاپلان در تعریف بیماری روانی آورده است: اختلال روانی به نوعی بیماری با نمودهای روان‌شناختی و رفتاری اطلاق می‌شود که با آشفتگی در کارکرد همراه است و ناشی از عوامل اجتماعی، فرهنگی، روان‌شناختی و زیست‌شناختی باشد. توماس ساز نیز معتقد است: هر نوع تجربه یا رفتاری که عامل رنجش روان یا گسیختگی کارکرد انسان شود، جزئی از بیماری روانی به‌شمار می‌آید.

این اندیشه که بیماران روحی از نظر روانی بیمار هستند، از حدود دو قرن پیش آغاز شد، پیش از این افرادی که دچار آشفتگی روانی بودند به جای اینکه بیمار محسوب شوند، جن زده، شرور یا مالخولیایی به‌شمار می‌آمدند و به همین دلیل در مورد آنها آزار، اذیت و درمان‌های غیر انسانی اعمال می‌شد. با پیشرفت علم و فزونی اطلاعات، درمان‌های جدیدتر برای مداوای بیماران روانی اختصاص داده شد و پژوهشگران، بیش از پیش متوجه این امر شدند که نشانه‌های بیماری باید براساس مدل زیستی، روان‌شناختی، فرهنگی و اجتماعی تفسیر شود و برای تشخیص و درمان صحیح، نباید آمیزه‌ای از این عوامل را از یاد برد.

در مورد انواع بیماریهای روانی، امروزه روانکاوان به دلیل تنوع و پیچیدگی انواع اختلال‌های روانی، این اختلال‌ها را در دو گروه اصلی روان‌نژندی و روان‌پریشی بررسی می‌کنند.

روان‌پریشی یا پسیکوز، وخیم‌ترین نوع بیماری روانی در نظر گرفته می‌شود که همراه با حس آشفتگی از واقعیت است. در این بیماری آگاهی بیمار نسبت به واقعیت از بین می‌رود و ارتباط او با دنیای خارج دچار مشکل می‌شود. اسکیزوفرنی متداول‌ترین شکل شناخته شدهٔ روان‌پریشی است که فرد از امور عادی زندگی باز می‌ماند.

**طبقات پایین جامعه به دلیل سطح زندگی پایین، درآمد کم، امکانات و تسهیلات نامناسب، فشارهای روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه بیشتر دچار افسردگی و برخی بیماریهای جسمانی و روانی می‌شوند.  
زنان نسبت به مردان از میزان افسردگی بیشتری برخوردارند.**

روان‌نژندی بیشتر علت اجتماعی - روانی دارد، در این نوع بیماری، تشخیص واقعیت از بین نمی‌رود و بیمار ضمن آگاهی از خود و مشکلات، فعالانه کمک می‌طلبد، ولی رفتارش - در حدی که جامعه بتواند آن را تحمل کند - اثرگذار بوده است. در زمینهٔ علل و عوامل اختلال‌های روانی، پژوهشگران بر اساس الگوهای متفاوت کوشیده‌اند تا علل ناهنجاری‌های روانی را تشریح کنند که در ادامه به آن می‌پردازیم.

۱- الگوی زیست پزشکی<sup>۲</sup>: کسانی که از این الگو پیروی می‌کنند به‌طور معمول از جایگاه پژوهشگران پزشکی، با اختلال روانی به صورت یک بیماری برخوردار می‌کنند و البته دستگاه عصبی، غدد درون‌ریز، ژن‌ها و میکروپها را به‌عنوان علت بیماری روانی مورد بررسی قرار می‌دهند.

۲- الگوی روانی<sup>۳</sup>: روان‌شناسان برای تشریح بیماری روانی بر تاریخچهٔ زندگی اجتماعی، شیوهٔ تربیت، نحوهٔ رشد جسمی و روانی فرد در ارتباط با نهادهای اجتماعی تأکید دارند. این الگو از نظریه‌های فروید در مورد تحلیل روانی تأثیر گرفته است. فروید شخصیت را به دو بخش خودآگاه و ناخودآگاه تقسیم می‌کند و بر ناخودآگاه تأکید فراوان دارد و شخصیت را محصول ارتباط متقابل و یا تعارض سه عامل نهاد، خود و فراخود می‌داند. نهاد تابع اصل لذت، خود تابع اصل واقعیت و فراخود به دنبال کمال مطلوب و حافظ دفاع از ارزش‌های اخلاقی است که در هر فرد، درونی شده‌اند. سازوکارهای دفاعی از نظر فروید، وسیله‌ای برای ارضای غیر مستقیم احتیاجات، کاستن از اضطراب و به‌دست آوردن اعتماد به‌نفس است. استفادهٔ افراطی از این سازوکارها، به وقفه در مراحل رشد روانی - جنسی، تعارض میان بخش‌های مختلف شخصیت و ناهنجاری‌های رفتاری منجر می‌شود.

1- Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders

2- The Biomedical model      3- The Psychoanalytic model

۳- الگوی رفتارگرایی<sup>۱</sup>: این مکتب بر مفاهیم یادگیری مبتنی است. از دید پژوهشگران رفتارگرا، بیشتر رفتارهای انسانی از طریق یادگیری به وجود می‌آید. این الگو علت ناهنجاری را یادگیری عادت‌های ناسازگارانه می‌داند.

۴- الگوی انسانگرایی<sup>۲</sup>: بر اساس این الگو - که بر خود شکوفایی و پرورش کمالات وجودی انسان، تأکید می‌کند - زمانی که راه‌های رسیدن به تحقق خود و تمایلات معطوف به کمال با مانعی برخورد کند، فرد با آشفتگی روحی و اختلال روانی مواجه می‌شود.

۵- الگوی اجتماعی<sup>۳</sup>: الگوی اجتماعی با تأکید بر عوامل و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی، اختلال روانی را به عنوان انحراف معنی‌دار از رفتار بهنجار و ارزشها در یک گروه خاص یا اجتماع مطرح می‌کند.

کنش متقابل نمادی<sup>۴</sup>: این رهیافت برای تعیین ماهیت بیماری روانی از الگوی برجسب‌زنی استفاده کرده است. الگوی برجسب‌زنی تأکید می‌کند که رفتار، منحرفان را از غیر منحرفان جدا نمی‌کند. پیروان این رویکرد، برخی از رفتارهای انحرافی را تفسیر می‌کنند و انحراف را به افراد نسبت می‌دهند.

نظریه یادگیری اجتماعی<sup>۵</sup>: پیروان این نظریه‌پردازان معتقدند که بیشتر تفاوت‌های رفتاری را افراد از تجارب دوران رشد خود کسب کرده‌اند. آنان اختلال روانی را رفتار آموخته شده یا گونه‌ای تطبیق با محیط اجتماع می‌دانند که فرد این رفتارها را به طور داوطلبانه در موقعیتی اجتماعی یا غیر اجتماعی، به طور مستقیم یا غیر مستقیم از طریق فرایند یادگیری، در گروه‌هایی که منبع اصلی تقویت رفتار شخص هستند، بروز می‌دهد و در واقع با تداوم رفتار غیر عادی و نابهنجار، شخص برجسب بیماری می‌خورد و در نتیجه بیمار روانی به حساب می‌آید.

نظریه تضاد<sup>۶</sup>: براساس این رویکرد تمامی پدیده‌های اجتماعی از جمله اختلال‌های آسیب‌زا در افراد، انعکاس مسائل عمومی جامعه است. این رویکرد ریشه در نظریه‌های کارل مارکس دارد. نظریه‌پردازان مارکسیست معتقدند که مطالعه تمامی پدیده‌ها باید در موقعیت کلی و واقعی براساس واقعیاتی همچون کشمکش‌ها، جنگ‌ها و اعتصاب‌ها و تحولات فنی مادی یا معنوی که برای انسان مشکلات غیر قابل حل ایجاد می‌کند، صورت پذیرد. پیروان این نظریه گروه‌های مختلف را برحسب موقعیت آنها نسبت به امکانات تولید، طبقه‌بندی می‌کنند و معتقدند که جامعه، صحنه برخورد و ستیز میان طبقات مختلف با منافع متضاد است. به گمان آنها همانند دیگر انواع نابرابری‌های اجتماعی، تفاوت در پایگاه تندرستی، مبتنی بر تفاوت در

پسایگاه اجتماعی - اقتصادی است و از آنجا که طبقات اجتماعی پایین معمولاً تحصیلکرده نیستند، اطلاعاتی ناقص درباره خود و تشخیص بیماریها دارند. معمولاً به امید آنکه احتمالاً بهبود یابند و نیز به دلیل پرداختن به رفع سایر احتیاجات، مراجعه به پزشک را به تعویق می‌اندازند. این افراد مسکن نامناسب و امکانات ناچیز دارند، در مشاغل رده پایین با تنش‌های زیاد مشغول‌اند و همچنین با تحمل میزان زیاد فشار و ناکامی بیشتر در معرض مخاطرات روانی و جسمانی هستند.

کارکردگرایی<sup>۷</sup>: نظریه‌پردازان کارکردگرا، نظام اجتماعی را متشکل از بخش‌های مربوط به هم می‌دانند. توافق اساسی درباره ارزشها یا نظام ارزشی، این بخش‌ها را به هم پیوند می‌دهد. به نظر آنان تغییر در یک قسمت از جامعه، قسمت‌های دیگر را نیز با همان شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد و تحقق نیافتن کارکردهای یک بخش از نظام، بخش‌های دیگر جامعه را با مشکل مواجه می‌کند و همچنین ابراز می‌کنند موقعیت یک فرد می‌تواند متأثر از کوچکترین حوادث اجتماعی باشد. پیروان این رویکرد، علت واقعی اختلال روانی را اوضاع و احوال اجتماعی می‌دانند و معتقدند که فشارهای ناشی از نظام اجتماعی همچون نوسان‌های اقتصادی، تعارض‌های فرهنگی، درگیریها، انقلاب‌ها و... فشارهایی را بر افراد اعمال می‌کنند و افراد در حالی که این فشارها از تسلط آنان خارج است، به مقابله با آن می‌پردازند. این فشارها سبب می‌شود برخی افراد به بیماریهای روحی گرفتار شوند و به تنش‌ها و ناکامی‌های ناشی از این فشارها تسلیم شوند.

از این رو در پژوهش حاضر، برای تعیین فرضیه‌ها از دو رهیافت تضاد و کارکردگرایی استفاده شده است.

### عوامل اجتماعی و فشار روانی

همان‌گونه که می‌دانیم شرایط و عوامل اجتماعی در تحقق یا عدم تحقق آرمان‌ها، تنظیم اهداف و تعیین راه‌های ارضای نیازهای فرد اهمیت زیادی دارد، به طوری که با ایجاد موقعیت‌های خاص، ارضا و تأمین برخی خواسته‌ها را تسهیل و برخی دیگر را منع می‌کند و با ایجاد مانع، افراد را به سوی مجموعه‌ای از آسیب‌های روانی سوق می‌دهد، تأثیر عوامل و شرایط اجتماعی در ایجاد اختلال‌های روحی - روانی به تعبیری غیر مستقیم است، چرا که این عوامل و

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| 1- Behaviorism model      | 2- Humanistic Perspective |
| 3- Sociogenic model       | 4- Symbolic interaction   |
| 5- Social learning theory | 6- conflict theory        |
| 7- Functionalism          |                           |

شرایط با ایجاد فشار بر افراد به بروز اختلال روانی منجر می‌شوند. در واقع فشار روانی محتمل‌ترین شیوه تبدیل و ترجمان اوضاع و احوال اجتماعی به مشکلات فردی است. فشار روانی پاسخ یا واکنش عاطفی و بدنی شخص به محرک‌ها و رویدادهای محیطی است. هانس سلیه فشار را به «درجه سوخت و ساز بدن» بر اثر فشارهای زندگی تعریف کرده است.

البته میزان معینی فشار روانی باعث می‌شود که آدمی در جریان اجرای کاری که بر عهده دارد هشیار باشد، اما فشار روانی مداوم و شدید باعث می‌شود که تدابیر سازشی فرد مختل و رفتار منظم فرد از هم پاشیده شود و در نهایت عملکرد شخصی، اجتماعی، شغلی و خانوادگی فرد مختل شود.

### فرضیه‌ها

مطالعه حاضر به منظور کشف رابطه احتمالی بین متغیرهای اجتماعی و میزان ابتلای به اختلال‌های روانی انجام شده و بر فرضیه‌های زیر مبتنی است:

- ۱- بین بیماری روانی و طبقه اجتماعی رابطه وجود دارد.
- ۲- افرادی که به بیماریهای روانی مبتلا هستند در مشاغل پرفشار و تنش‌زا مشغول‌اند.
- ۳- افراد مبتلا به بیماری روانی، از تحصیلات پایین‌تری برخوردارند.
- ۴- افرادی که از حمایت‌های خانوادگی برخوردار نیستند، بیشتر در معرض بیماریهای روانی هستند.
- ۵- بین نوع جامعه (شهری-روستایی) و فشار روانی، رابطه وجود دارد.
- ۶- بین پایبندی به مذهب و بیماریهای روانی رابطه وجود دارد.
- ۷- بین نوع مسکن و بیماریهای روانی رابطه وجود دارد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-استنباطی است که در آن ارتباط متغیرهای موجود بدون هیچ‌گونه دستکاری و دخل و تصرف، مطالعه و بررسی شده است. برای انجام این پژوهش، روش بیمار-شاهد مورد استفاده قرار گرفته است. جمعیت مورد بررسی در پژوهش حاضر شامل دو گروه بیماران افسرده (روان‌نژند) و گروه شاهد بوده است. این مطالعه روی بیماران افسرده مراجعه‌کننده به درمانگاههای بیمارستان خورشید، نواب صفوی، الزهرا و مطب‌های خصوصی و مراکز مشاوره انجام گرفته است و گروه شاهد (۱۵۰ نفر) نیز از افراد عادی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی انتخاب شده‌اند.

### جامعه نمونه (بیماران)

بر اساس داده‌های آماری حاصل از جامعه نمونه، ۲۷/۱ درصد افراد کمتر از ۲۰ سال و ۱۲ درصد بیشتر از ۴۰ سال داشتند و ۳۶ درصد در فاصله سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و ۲۴/۸ درصد در فاصله سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. ۸۷ درصد افراد نمونه شامل زنان و ۱۳ درصد شامل مردان می‌شدند. ۸۰/۱ درصد بیماران دارای دیپلم، متوسطه، ابتدایی و حتی بی‌سواد بودند و تنها ۱۹/۸ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. ۴۶ درصد بیماران متأهل و ۳۰/۹ درصد مجرد، ۱۲ درصد مطلقه، ۹/۹ درصد فوت همسر و ۹ درصد جدا شده بودند. ۳۳/۸ درصد بیماران محصل و ۲۰/۶ درصد خانه‌دار و ۱۹/۱ درصد کارمند ادارات دولتی، ۱۵/۷ درصد کارگر و کشاورز و ۱۰/۳ درصد شاغل آزاد بودند.

### تجزیه و تحلیل

در این قسمت در ارتباط با فرضیه‌های تحقیق با توجه به یافته‌های حاصل به چند نکته می‌توان اشاره کرد:

۱- طبقه اجتماعی: همان‌طور که می‌دانیم طبقه‌بندی اجتماعی موقعیتی است که افراد در آن به پاداش‌ها و منابع اجتماعی دسترسی نابرابر دارند. این علاوه بر اختلاف چشمگیر در میزان درآمد و امکانات زندگی برای قشرهای مختلف اجتماع به اختلاف در میزان بهره‌مندی از تسهیلات دیگر زندگی مانند اتومبیل، مسکن، ادامه تحصیل فرزندان، امکانات بهداشتی مطلوب و چگونگی استفاده از امکانات فراغت چه به لحاظ کمی و چه به لحاظ کیفی نیز منجر می‌شود. پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که کمبود امکانات و فقر مادی همراه فقر معنوی و احساس حقارت ناشی از آن برای گروه‌های محروم جامعه، فشار روانی، ناکامی و سرخوردگی به دنبال دارد که برخی بیماریهای روحی-روانی را سبب می‌شود. پژوهش حاضر چنین رابطه‌ای را تأیید می‌کند. نتایج حاصل نشان می‌دهد که از تعداد ۲۴۷ پاسخگوی بیمار به پرسش از سطح درآمد پدرشان، ۴۱/۴ درصد شغل پدرشان را کارگر، ۳۰/۶ درصد شغل آزاد و ۱۲/۹ درصد بیکار اعلام کرده‌اند. منطقه سکونت نیز مورد پرسش قرار گرفت که نتیجه چنین بود: ۹۰/۶ درصد در مناطق متوسط‌نشین، ۷/۸ درصد در مناطق مرفه‌نشین و ۱/۶ درصد در مناطق فقیرنشین ساکن بودند. با محاسبه نهایی متغیرهای ذکر شده ۵۵/۵ درصد بیماران در طبقه متوسط، ۲۹/۲ درصد در طبقه پایین و ۱۵ درصد در طبقه بالا قرار گرفتند، بنابراین رابطه میان دو متغیر بیماری افسردگی و طبقه اجتماعی تأیید شد.

مدل تحلیلی متغیرهای فردی - اجتماعی اختلال روانی (افسردگی)



۲- مشاغل تنش‌زا: فعالیت‌های شغلی تأثیر زیادی بر سلامت جسمی، روحی و روانی فرد دارد، به طوری که فروید معتقد است: شخص سالم کار می‌کند و کار خود را دوست دارد، زیرا در میدان کار است که شخص ارزش و منزلت خود را در می‌یابد، اما در کنار تأثیرات مثبت کار، تأثیرات منفی مشاغل نیز مطرح است. برخی مشاغل به دلیل شرایط خاص، پرفشار و تنش‌زا هستند، منظور از مشاغل پرفشار و تنش‌زا مشاغلی است که سبب ایجاد ناراحتی، فشار روحی و جسمی در افراد می‌شود. در پژوهش حاضر برای سنجش این فرضیه از مشخصه‌های حجم کار زیاد، درگیری با مسؤلان محل کار و همکاران، قوانین دست و پاگیر، تغییر در ساعات کار و یکنواختی فعالیت شغلی در قالب گزینه‌های پنج‌جوابی استفاده شد.

از تعداد ۲۴۷ بیمار، ۵۹/۲ درصد دارای رضایت متوسط و ۲۳/۳ درصد رضایت زیاد از شغل خود داشتند و ۱۷/۵ درصد نیز از شغل خود ناراضی بودند. در مشاغل دولتی علت ناراضی‌تاری از شغل قوانین دست و پاگیر و درگیری با

مسؤلان بود، علت ناراضی‌تاری زنان خانه‌دار، یکنواختی فعالیت شغلی و در میان کشاورزان و کارگران علت ناراضی‌تاری حجم زیاد کار بود. با مقایسه دو گروه بیمار و شاهد در زمینه مشاغل تنش‌زا و پرفشار متوسط نمرات گروه گواه بر این بود که گروه بیمار نسبت به گروه شاهد در مشاغل پرفشار و پرتنش بیشتر مشغول بوده‌اند؛ در نتیجه رابطه بیماری افسردگی و مشاغل پرفشار تأیید شد.





شاهد بود. نتیجه نشان داد که محیط خانوادگی در سوق دادن اعضای خود به سمت افسردگی بسیار مؤثر است. ۴- مکان سکونت (شهر و روستا): نوع جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند در شکل‌دهی نیازها، تمایلات، نگرش‌ها، ارزش‌ها، نوع روابط و میزان دسترسی به امکانات فرهنگی، اقتصادی و تفریحی تأثیر فراوانی دارد. همچنین مشکلات، معضلات و تنش‌های روانی که افراد تجربه می‌کنند با توجه به جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، متفاوت است.

در خصوص مکان سکونت به دنبال آن بودیم که بدانیم آیا بین نوع جامعه (شهری - روستایی) و بیماری روانی رابطه‌ای وجود دارد یا خیر؟ با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حدود ۸۷ درصد بیماران ساکن شهر و فقط ۱۳ درصد ساکن روستا بودند. حدود ۶۵/۵ درصد بیماران،

۳- خانواده: محیط خانواده نخستین و مهمترین محیطی است که در رشد شخصیت افراد تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که ریشه بسیاری از انحراف‌های رفتاری از جمله افسردگی را باید در خانواده جست‌وجو کرد. اگر علل انواع مختلف بیماری‌های روانی بررسی شود، نقش پرورش خانوادگی در کیفیت رشد شخصیت فردی آشکار می‌شود. فرضیه شماره چهار این پژوهش بررسی رابطه حمایت خانوادگی و بیماری افسردگی است. منظور از حمایت خانوادگی بررسی روابط عاطفی، حمایتی، مشورتی میان اعضای خانواده است. این متغیر نیز در قالب پنج گویه مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج حاصل با نتایج حاصل از گروه شاهد مقایسه شد. بیشتر بودن متوسط امتیاز گروه شاهد نشان دهنده وضعیت مطلوب‌تر و حمایت خانوادگی بیشتر در گروه

## نتیجه‌گیری

با جمع‌بندی نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

طبقات پایین جامعه به دلیل سطح زندگی پایین، درآمد کم، امکانات و تسهیلات نامناسب، فشارهای روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و در نتیجه بیشتر دچار افسردگی و برخی بیماریهای جسمانی و روانی می‌شوند. زنان نسبت به مردان از میزان افسردگی بیشتری برخوردارند. اما به نظر می‌رسد عوامل فرهنگی به خصوص محرومیت‌ها و محدودیت‌های اجتماعی زیاد و مشکلات فرزندان از علل اساسی افسردگی در زنان است، همچنین فراوانی افسردگی در جوانان به دلیل تغییرات ساختاری در حوزه‌های مختلف سبب می‌شود آینده به نظر جوانان، پرخطر و نامطمئن جلوه کند.

می‌توان نتیجه گرفت وجود میزان افسردگی شدید در میان افراد بی‌خانمان، اعضای خانواده‌های آشفته، افراد بی‌سواد، شهرهای بی‌سامان، جوانان، زنان و طبقه‌های پایین، نشان‌دهنده تأثیر جامعه، نهادها و گروه‌های آن بر تمامی افراد اجتماع است. در اینجا وظیفه خطیر همه دست‌اندرکاران، سازمان‌ها و نهادهایی مطرح می‌شود که به واقع باید پویا، خلاق و راهگشا باشند و با برنامه‌ریزی‌های صحیح انسانی، اجتماعی، اقتصادی و ایجاد شرایط مساعد و تسهیلات اجتماعی، افراد جامعه را از هرگونه آسیب اجتماعی، روانی و جسمانی مصون دارند.

## منابع

- ۱- روزنهان، دیوید ال و مارتین ای. پی. سلینگمن. آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی محمدی، انتشارات علمی، تهران، ۱۳۷۹.
- ۲- کاپلان، هارولد، بنیامین سادوک. خلاصه روان‌پزشکی، ترجمه نصرالله پورافکاری، شهرآب، تهران، ۱۳۷۵.
- ۳- کوکرین، ریموند. مبانی اجتماعی بیماریهای روانی، ترجمه بهمن نجاریان و فرید براتی سده، رشد، چاپ اول، تهران، ۱۳۷۶.
- ۴- گیدنز، آنتونی. جامعه‌شناسی، ترجمه منوچهر صبوری، نشر نی، چاپ سوم، تهران، ۱۳۷۶.

5- Cockerham. william, "sociology of mental Diorder", USA, Prentic Hall, 1992, 3rd ed.

6- Gallagher. Bernard j, "The sociology of mental illness", America, prentice Hall, 1987, 2rd ed.

رضایت متوسط، ۱۶/۱ درصد رضایت کم و ۱۸/۴ درصد رضایت زیاد از امکانات محل سکونت خود داشتند و در ادامه با مقایسه این گروه با گروه شاهد و تفاوت مشاهده شده در نتایج رابطه زندگی شهری و بیماری افسردگی تأیید شد.

۵- مذهب: در پژوهش حاضر به رابطه میزان پایبندی به مذهب و بیماری روانی نیز در فرضیه شماره ۶ پرداخته شد. هدف این فرضیه بررسی میزان باور و اعتقاد به ارزشهای مذهبی، میزان علاقه به شرکت در مراسم مذهبی و فعالیت‌های مذهبی بود. در این فرضیه با بررسی ۲۴۷ بیمار افسرده در گروه نمونه و ۱۵۰ بیمار در گروه شاهد، بر آن بودیم که بدانیم آیا میان میزان پایبندی این دو گروه نسبت به ارزشها و تمایلات مذهبی تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

لذا با طرح هشت گویه با پنج طیف در مورد اعتقاد به خدا و روز معاد و ارزشهای انسانی و انجام تکالیف مذهبی و دینی، به ارزیابی این رابطه پرداختیم و با توجه به بالا بودن متوسط امتیاز گروه شاهد نسبت به گروه بیمار، رابطه میان دو متغیر با آزمون t تأیید شد. از این مشاهدات چنین استنباط می‌شود که برای رشد مطلوب مذهبی - اجتماعی فرد، لزوم توجه بیشتر و هدفمندتر به گسترش فعالیت‌های دینی ضروری به نظر می‌رسد.

۶- مسکن: مسکن یکی از نیازهای اساسی انسان داشتن مکان آرامش و آسایش و تجدید قوا برای ادامه زندگی است. در سالهای اخیر برخی پژوهشگران اعلام کرده‌اند که داشتن مسکن می‌تواند توزیع بیماری را در جامعه، بهتر از طبقه اجتماعی پیش‌بینی کند. برای مثال مشخص شده است که دارندگان مسکن به علت سکونت نداشتن در خانه‌های اجاره‌ای، دست کم از نظر روحی - روانی از وضعیت بهتری برخوردارند، زیرا نحوه تملک دیگر خصیصه‌های فرد از قبیل درآمد، امنیت شغلی، استقلال و... را منعکس می‌کند. در پژوهش حاضر داده‌های آماری حاکی از این بود که بین دو گروه شاهد و بیمار از لحاظ نوع تملک مسکن تفاوت وجود داشته و بین بیماری افسردگی و نوع تملک مسکن رابطه وجود دارد، در ضمن از تعداد ۲۴۷ بیمار، ۴۷/۴ درصد در مسکن شخصی و ۳۲/۲ درصد در خانه‌های اجاره‌ای و بقیه در خانه‌های سازمانی و خویشاوندی ساکن بودند. در بررسی میزان رضایت افراد از محل سکونت مشخص شد که ۶۰/۳ درصد رضایت متوسط و ۱۷ درصد رضایت کامل و ۲۲/۶ درصد نارضایتی از محل سکونت خود دارند که بیشتر این افراد علت نارضایتی خود را کوچکی مسکن و نداشتن امکانات بهداشتی مطرح کردند.