

مقایسه همدلی در افراد افسرده غیر بالینی و افراد بهنجار

نسترن مرتضایی^۱

کارشناس ارشد روان شناسی

دکتر جواد حاتمی

استادیار روان شناسی دانشگاه تهران

چکیده

با توجه به تأثیر سلامت روان در میزان همدلی، این پژوهش با هدف مقایسه همدلی و زیرمقیاس های آن در افراد افسرده غیر بالینی و افراد بهنجار صورت گرفته است. در این راستا از طریق مطالعه علی مقایسه ای ۲۰ نفر از افراد افسرده غیر بالینی مراجعه کننده به کلینیک روان شناسی استان گیلان و ۲۰ نفر از افراد بهنجار به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و آزمون تصاویر (آزمون رفتاری محقق ساخته) و پرسشنامه واکنش های بین فردی دیویس (IRI) جهت سنجش همدلی و مقیاس افسردگی بک (BDI) را تکمیل نمودند. نتایج تحلیل داده ها با آزمون U من ویتنی نشان داد تفاوت دو گروه افسرده غیر بالینی و بهنجار در نمره کلی همدلی و زیر مقیاس های آن اعم از دیدگاه گیری، خیال، توجه همدلانه و ناراحتی شخصی معنادار نیست ($P > 0/05$). یافته های مطالعه حاضر بیانگر این نکته است که در جمعیت ایرانی، ویژگی های روان شناختی افراد افسرده غیر بالینی در توانایی همدلی آنان اختلال ایجاد نکرده و عمدتاً همدلی تحت تأثیر عوامل دیگر تعدیل می یابد.

واژه های کلیدی

همدلی، افسردگی غیر بالینی، سلامت روان شناختی.

^۱ نویسنده مسئول n.mortzaee90@gmail.com

تاریخ دریافت: اول تیر ۹۲ تاریخ پذیرش: اول آبان ۹۳

مقدمه

افسردگی رایج ترین اختلال روانی است و اخیراً به شدت رو به افزایش نهاده است (روزنهان و سلیگمن، ۱۳۸۷). میزان شیوع اختلال افسردگی در جمعیت کل حدوداً ۵ درصد گزارش شده است (انگست، ۱۹۹۹). برخی از پژوهشگران تخمین زده اند بطور کلی ۱۷/۶ درصد افراد (اشنایدر، کروز، نهن، سنف و هیوفت، ۲۰۰۰) و بین ۱۳ تا ۲۴ درصد افراد سالمند از افسردگی غیر بالینی^۱ رنج می کشند که آنها را در معرض خطر افسردگی اساسی و خودکشی قرار می دهد (کسلر، برگلاند، دملر، جین، مریکنگز و والتر، ۲۰۰۵).

چندین نظریه همراه با حمایت پژوهشی زیاد برای تبیین علل افسردگی پدیدار شده اند که از آن جمله می توان به نظریه های شناختی و روان پویایی اشاره نمود. تأکید رویکرد های شناختی و روان پویایی به افسردگی بر اهمیت اشتغال ذهنی بیمار افسرده با خود^۲ است. از دیدگاه شناختی، افسردگی در افرادی که دارای شناخت های منفی در مورد خود، خود بیان گریه های^۳ زیان بخش و سبک اسنادی بدبینانه هستند، رخ می دهد (بک و همکاران، ۱۹۷۹؛ سلیگمن و همکاران، ۱۹۷۹؛ به نقل از اوکانر، بری، ویس و گیلبرت، ۲۰۰۲). از نقطه نظر روان شناسی خود، افسردگی ناشی از عدم دریافت حمایت های روان شناختی مورد نیاز اولیه برای حس سالم و مطمئن از خود است (کوهوت، ۱۹۷۷؛ شان و شان، ۱۹۸۸؛ به نقل از اوکانر و همکاران، ۲۰۰۲). با وجود اینکه افسردگی در نظریه ها به عنوان اختلال خود توصیف شده است، شاید صحیح تر آن باشد که به عنوان اختلال توجه به دیگران توصیف شود. براساس نظر اوکانر، بری، لوپس، مالرین و کری سوستامو (۲۰۰۷) افراد افسرده غالباً سطوحی بهنجار یا بالایی از همدلی^۴ (اوکانر و همکاران، ۲۰۰۷) یا توانایی استنباط و سهمیم شدن در احساسات دیگران از خود نشان می دهند (دیستی و مورینگاسی، ۲۰۰۷؛ به نقل از کیوزی، مک کوین، اسپرنگ و مک کینن، ۲۰۱۱)، درحالیکه تفاسیر علی خودکار آنها از درد و رنج دیگران اغلب مختل شده است و اظهار سرزنش و احساس گناه را بطور ناهوشیار بسوی خود هدایت می کنند (اوکانر و همکاران، ۲۰۰۷).

¹ Subclinical Depression

² Self

³ Self- Statements

⁴ Empathy

دیویس (۱۹۸۳) همدلی را در دو بعد شناختی و هیجانی با چهار زیر مقیاس دیدگاه گیری^۱، خیال^۲، توجه همدلانه^۳ و ناراحتی شخصی^۴ مطرح کرده است و معتقد است که ناراحتی شخصی صفتی است که بطور مفهومی با هر دو علائم افسردگی و روان رنجوری رابطه دارد. همچنین توما، زلوسکی، روتلو، نورا، جاکل و داوم (۲۰۱۱) در مطالعه ای، همدلی خلقی افراد سالم و افسرده را در دو نمونه ۲۰ نفری با استفاده از پرسشنامه واکنش های بین فردی (IRI) دیویس (۱۹۸۳) مورد بررسی و مقایسه قرار داده است. بیماران مبتلا به افسردگی در مقایسه با گروه کنترل نمرات همدلی خلقی بالاتری در خود گزارش دهی نشان دادند که اساساً حاصل افزایش نمرات بعد ناراحتی شخصی (PD) بوده است که ارتباط مثبت و قوی را با علائم افسردگی داشت (توما و همکاران، ۲۰۱۱). ناراحتی شخصی اشاره به تمایل شخصی به نگرانی و نا آرامی و تنیدگی در شرایطی که دیگران ناراحت هستند، دارد. خیال منعکس کننده گرایش به جایگزینی خود بصورت خیالی در قالب احساسات و اعمال شخصیت های تخیلی کتاب ها و فیلم ها است (دیویس، ۱۹۸۰؛ دیویس، ۱۹۸۳). شواهد نشان می دهد که خیال با ناسازگاری رابطه دارد. به عنوان مثال پژوهشگران دریافته اند که صفت خیال رابطه مثبتی با احساس گناه دارد (ایشیکاوا و یوچياما، ۲۰۰۰)، بعلاوه افراد دارای نمره بالا در خیال بطور هیجانی نسبت به محرک های منفی بویژه به فیلم های محرک، حساس تر هستند (کالورت، استروز و ماری، ۲۰۰۶). در مقابل در برخی پژوهش ها بین خیال و نشانه های افسردگی ارتباط ضعیف (اوکانر، ۲۰۰۲) و غیر معناداری (چن، ۲۰۰۸) نشان داده شده است.

دوصفت دیدگاه گیری و توجه همدلانه بطور مفهومی کمترین ارتباط را با افسردگی و روان رنجوری نشان می دهد. توجه همدلانه با میزان احساس همدلانه دیگر محور و نگرانی برای افراد درمانده تعریف می شود در حالیکه دیدگاه گیری به توانایی در نظر گرفتن دیدگاه دیگران در زندگی روزمره اشاره دارد (دیویس، ۱۹۸۰؛ دیویس، ۱۹۸۳). کلارک، چمبرلین و ساهاکیان (۲۰۰۹) بر این اعتقادند که اشخاص افسرده کمتر حس همدلانه و انگیزه نوع دوستی دارند. این محققان به واسطه مکانیسم های عصب شناختی

¹ Perspective Taking

² Fantasy

³ Empathic Concern

⁴ Personal Distress

رفتار افراد افسرده را مورد بررسی قرار داده و اظهار می‌دارند که همدلی در افراد افسرده دچار آسیب می‌شود. زیرا آسیب حوزه‌های مربوط به فرایندهای عاطفی سطح بالاتر و مختل شدن روابط بین فردی بطور یکسان در بیماران مبتلا به افسردگی حاد و در بیماران افسرده بهبود یافته، مشاهده می‌شود. محققان معتقدند که آسیب این حوزه‌ها به دلیل تغییراتی است که در بخش‌های مختلف مغز که مربوط به پردازش مسائل عاطفی است رخ می‌دهد، از جمله تغییر در قشر پیش‌پیشانی، سینگولیت قدامی، قشر تمپورال و آمیگدالا (کلارک و همکاران، ۲۰۰۹).

با توجه به تأثیر سلامت روان در میزان همدلی و با توجه به تازگی چنین پژوهشی در جمعیت غیر بالینی و البته در ایران، مطالعه حاضر سعی دارد همدلی و زیر مقیاس‌های آن را در دو گروه افسرده غیربالینی و بهنجار با طرح فرضیات ذیل مورد مقایسه قرار دهد:

- بین میزان همدلی در دو گروه افسرده غیربالینی و بهنجار تفاوت وجود دارد.
- بین دیدگاه‌گیری افراد افسرده غیربالینی و بهنجار تفاوت وجود دارد.
- بین همدلی خیالی افراد افسرده غیربالینی و بهنجار تفاوت وجود دارد.
- بین توجه همدلانه افراد افسرده غیربالینی و بهنجار تفاوت وجود دارد.
- بین ناراحتی شخصی افراد افسرده غیربالینی و بهنجار تفاوت وجود دارد.

روش

جامعه آماری و نمونه

جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه واقع در بیمارستان شقایق استان گیلان و نیز کلیه افراد ساکن در مراکز شهر که بدون هیچ‌گونه سابقه بیماری افسردگی بودند، تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های این مطالعه متشکل از ۴۰ زن و مرد شامل دو گروه افسرده غیربالینی (۱۸ زن و ۲ مرد با میانگین سنی ۳۸/۱۸ و انحراف معیار ۸/۶۳) و بهنجار (۱۸ زن و ۲ مرد با میانگین سنی ۳۸/۴۸ و انحراف معیار ۸/۰۰) با سطح تحصیلات ابتدایی تا دیپلم بودند. جهت اجرای پژوهش ابتدا پس از هماهنگی با معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، از تمامی افراد مراجعه‌کننده به کلینیک واقع در بیمارستان شقایق استان به روش نمونه‌گیری در دسترس آزمون به عمل آمد. این تحقیق به روش انفرادی و با مشارکت فعال آزمونگر اجرا شد، بدین صورت که پس از

تشریح اهداف و اهمیت پژوهش و جلب موافقت افراد، پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) و مقیاس واکنش‌های بین فردی دیویس (۱۹۸۰) و همچنین آزمون تصاویر برای سنجش میزان رفتار همدلانه به درد و رنج دیگری، به آزمودنی ارائه شد. براساس پرسشنامه افسردگی بک افرادی که نمرات بالای ۲۰ را در این آزمون کسب نمودند، به عنوان افراد افسرده غیر بالینی شناسایی شدند. همچنین نمونه بهنجار نیز که طبق مقیاس افسردگی بک، نمرات از ۰ تا ۱۰ را کسب نمودند، از همراهان بیماران انتخاب گردیدند.

ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه یک مقیاس ۲۱ سؤالی است که شدت نشانه‌های افسردگی را در مقیاس ۴ درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. مقیاس افسردگی بک یکی از ابزارهای معتبر جهت سنجش نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود که اعتبار و روایی آن در پژوهش بک، استیر و گاربین (۱۹۸۸) مورد تأیید قرار گرفته است. بک و همکاران (۱۹۸۸) همسانی درونی آزمون را برحسب ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ برای بیماران روانپزشکی و ۰/۸۱ برای آزمودنی‌های غیر بیمار (عادی) برآورد کرده است، همچنین روایی همزمان BDI با مقیاس رتبه بندی بالینی و مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون (HRSD) بالا گزارش شده است بطوریکه متوسط همبستگی BDI با مقیاس رتبه بندی بالینی و HRSD برای بیماران به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۳ و برای غیر بیماران به ترتیب ۰/۶۰ و ۰/۷۴ برآورد شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). همچنین فیاض، بشارت و فراهانی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی بک را در نمونه ایرانی ۰/۹۳ گزارش نموده اند.

شاخص واکنش‌های بین فردی (IRI): مقیاس واکنش‌های بین فردی دیویس (۱۹۸۰) برای سنجش همدلی، یک پرسشنامه ۲۸ آیتمی است که چهار جنبه از همدلی شامل دیدگاه‌گیری، خیال، توجه همدلانه، و ناراحتی شخصی را مورد سنجش قرار می‌دهد. هریک از آیتم‌ها نیز بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۰ اصلاً مرا توصیف نمی‌کند تا ۴ به خوبی مرا توصیف می‌کند) ارزیابی می‌شود. دیویس (۱۹۸۰) همسانی درونی این مقیاس را از ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ و همچنین پایایی بازآزمایی آزمون را از ۰/۶۲ تا ۰/۷۱ برآورد کرده است (چن، ۲۰۰۸). پایایی باز آزمایی این ابزار در جمعیت ایرانی ۰/۷۱ و برای مؤلفه‌های همدلی شامل ناراحتی شخصی، دیدگاه‌گیری، توجه

همدلانه و همدلی خیالی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۲، ۰/۶۹ و ۰/۷۳ گزارش شده است. روایی این ابزار نیز توسط دیویس مطلوب برآورد شده است (خدابخش و منصوری، ۱۳۹۱).

آزمون تصاویر: در این پژوهش ۸ تصویر برای ارزیابی میزان رفتار همدلانه به درد و رنج دیگری تهیه گردید. برای هر یک از تصاویر ارائه شده به آزمودنی یک سؤال (شما با مشاهده ناراحتی، و درد و رنج این فرد چه اندازه ناراحت می شوید؟) و در مجموع هشت سؤال در نظر گرفته شد. آزمودنی باید پس از مشاهده هر تصویر شدت ناراحتی و میزان همدلی را با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه ای (بین بسیار کم تا بسیار زیاد) درجه بندی کند. به منظور تعیین روایی آزمون، تصاویر مورد نظر در اختیار استاد و صاحب نظر در زمینه همدلی قرار گرفت و طی دو مرحله اصلاح گردید، و میزان پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۸ معادل ۰/۹۵ محاسبه گردید، که بیانگر اعتبار بالای این آزمون می باشد.

یافته ها

جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین نمرات دو گروه افسرده غیربالینی و بهنجار در همدلی و زیر مقیاس های آن از آزمون ناپارامتریک U من ویتنی به دلیل عدم نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در گروه ها استفاده شده است. جدول شماره ۱ نتایج توزیع نمرات همدلی و زیر مقیاس های آن در گروهها را نشان می دهد.

جدول ۱- توزیع نمرات همدلی و زیر مقیاس های آن در دو گروه افسرده غیربالینی و بهنجار (n=۴۰)

متغیرها	گروهها	میانگین	انحراف معیار
دیدگاه گیری	افسرده غیربالینی	۲۲/۷۵	۴/۶۲
	بهنجار	۲۲/۹۵	۴/۰۸
توجه همدلانه	افسرده غیربالینی	۲۷/۲	۴/۵
	بهنجار	۲۷/۹۵	۳/۹۵
ناراحتی شخصی	افسرده غیربالینی	۲۳/۹۵	۵/۱۶
	بهنجار	۲۰/۵۵	۶/۶
خیال	افسرده غیربالینی	۲۲/۶	۶/۹
	بهنجار	۲۰/۸۵	۳/۴۰
نمره کلی همدلی	افسرده غیربالینی	۹۶/۵	۱۱/۲۸
	بهنجار	۹۲/۳	۶/۲۰
نمره کلی همدلی براساس	افسرده غیربالینی	۳۵/۱۶	۷
	بهنجار	۳۳/۵۵	۷/۹
آزمون تصاویر	بهنجار		

بر اساس اطلاعات جدول ۱، بین میانگین نمرات زیر مقیاس های همدلی از آزمون IRI در دو گروه افسرده غیربالینی و بهنجار تفاوت مشاهده می شود. بطوریکه بیشترین میزان این تفاوت، مربوط به بعد ناراحتی شخصی (۲۳/۹۵) در افراد افسرده غیربالینی و ۲۰/۵۵ در افراد بهنجار) و خیال (۲۲/۶) در افراد افسرده غیربالینی و ۲۰/۸۵ در افراد بهنجار) می باشد، در حالیکه تفاوت بارزی در مؤلفه های دیدگاه گیری (۲۲/۷۵) در افراد افسرده غیربالینی و ۲۲/۹۵ در افراد بهنجار) و توجه همدلانه (۲۷/۲) در افراد افسرده غیربالینی و ۲۷/۹۵ در افراد بهنجار) در دو گروه دیده نمی شود. نمره کلی همدلی بر اساس IRI در دو گروه افسرده غیربالینی و بهنجار به ترتیب برابر است با ۹۶/۵ و ۹۲/۳؛ و همچنین طبق آزمون تصاویر، میانگین نمره کلی همدلی در افراد افسرده غیربالینی، ۳۵/۱۶ و افراد بهنجار، ۳۳/۵۵ است که نتایج حاکی از آن است که افراد افسرده غیربالینی در همدلی کلی نمره بالاتری در مقایسه با افراد بهنجار کسب کردند.

جدول ۲ خلاصه نتایج آزمون Z یو من ویتنی برای مقایسه معناداری تفاوت میانگین نمرات دو گروه افسرده غیربالینی و بهنجار را در همدلی و زیر مقیاس های آن نشان می دهد.

جدول ۲- نتایج آزمون Z یو من ویتنی برای مقایسه معناداری تفاوت میانگین نمرات گروه افسرده غیربالینی و بهنجار در همدلی و زیر مقیاس های آن

متغیرها	گروه ها	میانگین رتبه ها U من ویتنی	Z سطح معناداری
دیدگاه گیری	افسرده غیربالینی	۲۰/۲۷	-۰/۱۲
	بهنجار	۲۰/۷۳	
توجه همدلانه	افسرده غیربالینی	۱۹/۵۵	-۰/۵۲
	بهنجار	۲۱/۴۵	
ناراحتی شخصی	افسرده غیربالینی	۲۴/۰۵	-۱/۹۳
	بهنجار	۱۶/۹۵	
خیال	افسرده غیربالینی	۲۳/۲۰	-۱/۴۷
	بهنجار	۱۷/۸۰	
نمره کلی همدلی	افسرده غیربالینی	۲۲/۴۳	-۱/۰۴
	بهنجار	۱۸/۵۸	
نمره کلی همدلی براساس آزمون تصاویر	افسرده غیربالینی	۲۱/۲۶	-۰/۴۹
	بهنجار	۱۸/۸۰	

جدول ۲ نشان می دهد که مقدار عددی آزمون Z یو من ویتنی برای مقایسه معناداری تفاوت میانگین متغیر همدلی، در آزمون IRI ($Z = -1/0.4$) و آزمون تصاویر ($Z = -0/6.9$) و همچنین زیر مقیاس های همدلی اعم از دیدگاه گیری ($Z = -0/1.2$)، توجه همدلانه ($Z = -0/5.2$)، ناراحتی شخصی ($Z = -1/9.3$) و خیال ($Z = -1/4.7$) در آزمون IRI در گروه ها معنادار نمی باشد ($P > 0/0.5$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه همدلی در دو گروه افسرده غیر بالینی و بهنجار انجام گرفته است. یافته های حاصل از این پژوهش نشان داد که تفاوت دو گروه افسرده غیر بالینی و بهنجار در همدلی و زیر مقیاس های آن معنادار نیست. گرچه در حوزه بررسی رابطه همدلی و افسردگی غیر بالینی پژوهشی صورت نگرفته و لیکن نتایج حاصله از پژوهش حاضر در خصوص دیدگاه گیری و توجه همدلانه از مؤلفه های همدلی، با یافته های حاصله از پژوهش های دیویس (۱۹۸۰) و دیویس (۱۹۸۳) که عدم ارتباط بین افسردگی بالینی با دیدگاه گیری و توجه همدلانه را گزارش داده اند، مطابقت داشته است. با توجه به اینکه افراد شرکت کننده داوطلب در مطالعه کنونی از افسردگی غیر بالینی برخوردار بوده انتظار می رود تفاوت معناداری از لحاظ دیدگاه گیری و توجه همدلانه در گروهها مشاهده نشود. در خصوص ناراحتی شخصی، نتایج حاصله از مطالعه حاضر نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه افسرده غیر بالینی و بهنجار وجود ندارد. گرچه شدت ناراحتی شخصی در آزمودنی های افسرده غیر بالینی بالاتر از افراد بهنجار بوده است اما این تفاوت معنادار نبود. این در حالی است که اکثر پژوهش ها وجود ناراحتی شخصی با شدت بالا را برجسته ترین صفت مشخصه افراد افسرده عمدتاً افسرده بالینی گزارش می دهند (دیویس، ۱۹۸۰؛ ۱۹۸۳؛ توما و همکاران، ۲۰۱۱). علت احتمالی این تضاد را می توان در میزان عزت نفس و خود کنترلی افراد افسرده غیر بالینی دانست، اسپچیمن و ترنر (۲۰۰۱) معتقدند افراد با سطح عزت نفس یا حرمت نفس پایین به علت عدم توانایی تمایز ناراحتی خود از مشکلات سایرین و تجربه مشکلات دیگران در خودانگاره منفی (پایین) خویش از لحاظ هیجانی در خطر بوده و دچار ناراحتی شخصی می شوند. بعلاوه افراد با احساس خود کنترلی پایین نیز با تصور بر اینکه نتایج عملشان در نتیجه شانس است، در هنگام مواجهه با استرس با علائم جسمانی و روانی پاسخ می

دهند. درحالی‌که عزت نفس و خودکنترلی در حد طبیعی به افراد راهبردهای اجتناب یا اداره ناراحتی‌های خود و دیگران را ارائه می‌دهد. از آنجایی‌که هیجانات منفی آزمودنی‌های تحقیق ما در سطح بالینی نبوده انتظار است که در سطح عزت نفس و خودکنترلی این افراد نیز هنوز اختلال ایجاد نشده که طبعاً چنین ویژگی‌هایی یعنی میزان طبیعی عزت نفس و خودکنترلی متعاقباً از سطح ناراحتی شخصی این افراد هنگام روبرو شدن با درد و رنج دیگری و همدلی با آنها می‌کاهد.

از طرفی نتایج نشان داد تفاوت دو گروه در متغیر خیال معنادار نیست. این یافته با یافته‌های مطالعات قبلی مبنی بر وجود رابطه مثبت خیال با احساس گناه (ایشیکاوا و یوچیا، ۲۰۰۰)، ناهمخوان می‌باشد. از سویی دیگر یافته‌های این پژوهش تأییدکننده پژوهش‌های انجام شده توسط اوکانر و همکاران (۲۰۰۲) و چن (۲۰۰۸) بوده است، بطوریکه آنان در پژوهش خود به ارتباط معناداری بین خیال و نشانه‌های افسردگی دست نیافتند. خیال‌گرایی افراد به جایگزینی خود بصورت خیالی در قالب احساسات و اعمال شخصیت‌های تخیلی کتاب‌ها و فیلم‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (دیویس، ۱۹۸۰؛ دیویس، ۱۹۸۳). به عقیده کالورت و همکاران (۲۰۰۶) افراد دارای چنین مشخصه‌ای بطور هیجانی نسبت به محرک‌های منفی بویژه به فیلم‌های محرک، حساس‌تر هستند. در حالی‌که اکثریت آزمودنی‌های مطالعه حاضر در آیت‌های مرتبط با خیال به عدم تماشای فیلم‌های مهیج و مطالعه کتاب‌های با مضامین ترسناک اشاره داشتند. علت احتمالی این رفتار در افراد افسرده غیر بالینی را بایستی ناشی از راهبردهایی دانست که این افراد به منظور غلبه بر افسردگی اتخاذ می‌کنند. احتمالاً این افراد برای رهایی و کاهش افسردگی حتی الامکان از تماشای فیلم‌های محرک خودداری می‌کنند.

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر این نکته است که در جمعیت ایرانی، ویژگی‌های روانشناختی افراد افسرده غیر بالینی در توانایی همدلی آنان اختلال ایجاد نکرده و عمدتاً همدلی تحت تأثیر عوامل دیگر تعدیل می‌یابد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

از محدودیت اصلی این تحقیق می‌توان به کوچک بودن حجم نمونه بررسی شده اشاره نمود، لذا در تبیین و تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت نمود و توصیه می‌شود

جهت افزایش دادن اعتبار یافته ها مطالعه مشابهی با حجم نمونه بیشتر در جمعیت افسرده بالینی انجام گیرد تا زمینه مقایسه نتایج افراد مبتلا به افسردگی بالینی و غیر بالینی را فراهم سازد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت بیمارستان شفای استان گیلان انجام شد. از ریاست محترم بیمارستان و کلیه کارکنان این مرکز و همچنین شرکت کنندگان داوطلب در مطالعه سپاسگزاریم.

منابع

- خدابخش، م. و منصوری، پ (۱۳۹۱). رابطه عفو با همدلی در دانشجویان پزشکی و پرستاری. *مجله افق دانش*، ۱۸(۲): ۴۵-۵۴.
- روزنهان، دی ال. و سلیگمن، ام ای پی (۱۳۸۷). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه از یحیی سید محمدی، تهران: انتشارات ارسباران.
- فیاض، ف؛ بشارت، م. ع. و فراهانی، ح (۱۳۹۰). مقایسه بخشش در افراد افسرده غیر بالینی، افسرده بالینی و افراد بهنجار. *مجله علوم رفتاری*، ۵(۴): ۳۳۵-۳۴۱.
- Angst .G. (1999). The epidemiology of depressive disorders, *European Neuropharmacology (supp.)*: 95-98.
- Beck, A. T., Steer, A. R., & Carbin , M. G. (2008). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, (8)1:77-100.
- Chan, E. (2008). The roles of theory of mind and empathy in the relationship between dysphoria and poor social functioning. Published master s thesis. Kingston Ontario, Canada :Queens University.
- Clark, L., Chamberlain, S.R., & Sahakian, B.J. (2009). Neurocognitive mechanisms in depression: implications for treatment. *Annual Review of*

Neuroscience, 32: 57-74.

- Cusi, A. M., Macqueen, G.M., Spreng, R.N., & Mckinnon, M.C. (2011) Altered empathic responding in major depressive disorder : relation to symptom severity, illness burden, and psychosocial out com. *Journal of Affective Disorder*, 188: 231-236.
- Calvert, S. L., Strouse, G.A., & Murry, K.J. (2006). Empathy for adolescents role model selection and learning of DVD content. *Journal of Applied Development Psychology*, 27, 444-455.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1):113-126.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. JSAS catalog of selected documents in psychology ,10,85.
- Eshikawa, T., & Uchiyama, I. (2000). Relations of empathy and social responsibility to guilt feelings among undergraduate students. *Perceptual and Motor Skill*, 91 (3), 1127-1133.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age of-onset distributions of DSM-4 disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 593-602.
- O'connor, L. E., Berry, W., Lewis, T., Mulherin, K., & Crisostomo, P.S. (2007). Empathy in mental illness: Empathy and depression: the moral system on overdrive. Published by Cambridge University press: 49-75.
- O'connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, Fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorder*, 71: 19-27.
- Schneider, G., Kruse, A., Nehen, H.G., Senf, W., & Heuft, G. (2000). The prevalence and differential diagnosis of subclinical depressive syndromes in inpatients 60 years and older. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 69 (5): 251-260 .

- Schieman, S., & Turner, H. (2001). When feeling alter people's pain hurts: the influence of psychosocial resources on the association between self-reported empathy and depression symptoms. *Social Psychology Quarterly*, 64(4): 376-380.
- Thoma, P., Zalewski, L., Reventlow, H. G. V., Norra, C., Juckel, G., & Daum, I. (2011). Cognitive and affective empathy in depression linked to executive control. *Journal of Affective Disorder*, 189(3): 373-378.

