

بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی

بررسی تطبیقی میزان افسردگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در استان گیلان و تهران

مسعود چلبی^۱، هدا یاقوتی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۹/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۲۳

چکیده

افسردگی یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روانی است که عوامل اجتماعی در بروز آن، نقش مؤثری دارد. پژوهش حاضر سعی کرده است، تا با رویکردی جامعه‌شناختی و با روش پیمایشی (انتخاب ۳۰۰ نفر از شهرهای تهران، رشت، صومعه‌سرا و لاهیجان) به بررسی تطبیقی دو استان تهران و گیلان بپردازد. یافته‌های مربوط به افسردگی؛ که براساس آزمون افسردگی سما انجام شده است، میانگین افسردگی افراد نمونه را (در مقیاس ۰ تا ۱۰۰) برابر با ۲۶.۲۷، در حد «افسردگی خفیف» نشان می‌دهد. همچنین؛ نتیجه تحلیل چندمتغیری داده‌ها بیانگر آن است که عامل نبود پیوند اجتماعی، که متشکل از دو متغیر نبود حمایت اجتماعی و جدایی اجتماعی است، بیش از سایر عوامل با افسردگی رابطه دارد. بعد از آن به ترتیب، عامل نبود موفقیت اقتصادی که شامل متغیر دست‌نیافتن به هدف است، و عامل نابسامانی اخلاقی که متشکل از متغیرهای بی‌اعتمادی اجتماعی، آنومی و احساس ناامنی؛ بیشترین تا کمترین سهم خالص را در توضیح افسردگی، داشته‌اند.

کلیدواژگان

استان تهران، استان گیلان، افسردگی، عوامل اجتماعی، نابسامانی اخلاقی، نبود پیوند اجتماعی، نبود موفقیت اقتصادی.

مقدمه و طرح مسئله

بیماری، هم از جهت رنج و عذاب بیماران و هم از لحاظ هزینه‌هایی که برای منابع درمانی دارد، از موانع توسعه اجتماعی جوامع است. افسردگی^۱، جزء بیمارهایی است، که به دلیل اهمیت و شیوع نزد روان‌شناسان و روان‌پزشکان به «سرماخوردگی روانی» شهرت دارد. افسردگی در سال ۱۹۹۰، چهارمین بیماری شایع به شمار می‌رفت، ولی پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری؛ بعد از ناراحتی‌های قلبی تبدیل شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱).

نه تنها تجربه بیماری توسط عوامل اجتماعی شکل می‌گیرد، بلکه علل، پیامدها و درمان افراد مبتلا به بیماری روانی زمینه اجتماعی دارد (تاسیگ و همکاران، ۱۳۸۶: ۲). امر بیماری دیگر آن چیزی نیست که به حیطه مطب، درمانگاه و بیمارستان منحصر باشد، بلکه مسئله‌ای است که غیر از خود بیمار به دولت و سیاست و در نهایت به اداره جامعه مربوط می‌شود (آدام و هر تسلیک، ۱۳۸۵: ۱۱).

امروزه نرخ افسردگی تا آنجاست که نمی‌توان تنها مشکلات فردی و وراثتی را در این بیماری دخیل دانست و از توجه به عوامل ساختاری کلان، غفلت کرد. نوع نگاه پژوهش حاضر براساس اهدافی که دنبال می‌کند، منطبق بر رویکرد جامعه‌شناختی است و در این راستا، این پژوهش در نظر دارد به بررسی میزان شیوع افسردگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن در بین افراد جامعه (با تکیه بر یک رویکرد تطبیقی در دو استان تهران و گیلان)، بپردازد.

سؤالات پژوهش

- الف) شیوع بیماری افسردگی در استان گیلان و تهران، به چه میزان است؟
- ب) چه عوامل اجتماعی بر بیماری افسردگی، تأثیرگذار است؟
- ج) سهم هر یک از عوامل اجتماعی بر بیماری افسردگی، به چه میزان است؟

پیشینه پژوهش

واکاوی عوامل موجود پیرامون موضوع پژوهش (افسردگی)؛ نشان می‌دهد که متغیرهایی که

جنبه اجتماعی دارند و اثر آنها بر افسردگی بررسی شده است شامل؛ جنس، سن، نژاد، وضعیت تأهل، تحصیلات، طبقه اجتماعی، عزت نفس و حمایت اجتماعی بوده است (Pahkala et al, 1992, 2003, Lucht et al, 2006, koster et al, 2008, kettmann & Altmaier).

پاهکالا و همکاران (Pahkala et al, 1992)، در پژوهشی در میان افراد مسن ۶۰ ساله و بالاتر انجام داده‌اند، به نقش «تنهایی» و «حمایت‌های اجتماعی» در میزان افسردگی افراد مسن اشاره کرده‌اند و گزارشی از وضعیت افراد مسن در این پژوهش داده شده است.

همچنین، لوچت و همکاران (Lucht et al, 2003)، در یک پیمایش عمومی جمعیت بزرگسالان ۱۸ تا ۶۴ سال آلمانی، را بررسی کردند، تا نقش تفاوت‌های جنسیتی را در ابتلا به افسردگی مورد کاوش قرار دهند. نتایج این پژوهش که بر روی ۴۰۷۵ نفر انجام گرفته است، نشان می‌دهد که تأهل در زنان به‌خصوص زنان به‌چهار، احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد و جدایی و طلاق به مقدار زیادی هم در مردان و هم در زنان، افسردگی ایجاد می‌کند. همچنین در این پژوهش، به نقش تحصیلات به‌منزله کاهش‌دهنده میزان افسردگی زنان و نقش بیکاری به‌منزله افزایش‌دهنده افسردگی در مردان، اشاره شده است.

محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳)، نیز در پژوهشی با عنوان «منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان» ضمن بررسی منشأ اجتماعی بیماری افسردگی معتقدند: فشارهای روانی زنان به‌طور وسیعی از مسائل و حوادث اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. این فشارها حاصل نداشتن دسترسی یا دسترسی ناکافی به منابع ارزشمند اجتماعی یعنی پایگاه اجتماعی / اقتصادی، تقسیم جنسیتی کار و نوع روابط قدرت در خانواده است. به عبارت بهتر، بیشتر فشارهای روانی زنان ناشی از ویژگی‌های منزلتی، وظایف تعریف‌شده و نقش‌های اجتماعی آنان است که از مؤلفه‌های مهم مدل آمادگی شناختی / استرس، در ایجاد بیماری روانی زنان است. به این ترتیب با تلفیق سه پارادایم واقعیت، تعریف و رفتار اجتماعی، می‌توان منشأ اجتماعی بیماری روانی افسردگی در زنان را تبیین کرد. یافته‌های این پژوهش مؤید آن است؛ که فرودستی اجتماعی / اقتصادی زنان که یکی از مؤلفه‌های مهم و عینی ساختارهای- اجتماعی است، به بروز بیماری روانی در زنان طبقه پایین جامعه می‌انجامد. چنان‌که فراوانی استرس در زنان طبقات پایین اجتماع به نسبت زنان طبقات بالا، گاه به بیش از ۲/۳ برابر می‌رسد. بنابراین، رابطه معناداری بین متغیر فشار روانی و پایگاه اجتماعی / اقتصادی زنان وجود دارد و بهبود وضعیت اقتصادی / اجتماعی و دستیابی بیشتر زنان به منابع ارزشمند اجتماعی و اقتصادی، از احتمال بروز فشار روانی در آنها، می‌کاهد.

مروری بر ادبیات موضوع

در تعریف بیماری افسردگی باید در نظر داشت که این بیماری ماهیت زیستی- روانی و اجتماعی دارد و همراه با دامنه گسترده‌ای از نشانه‌ها و دلایل رخ می‌دهد. به عبارت دیگر افسردگی اختلالی است که بر عقاید، افکار، اخلاق، احساسات، رفتار و حتی سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد.

سندروم افسردگی اساسی حداقل پنج علامت دارد که شامل: داشتن خلق افسرده، نداشتن علاقه و احساس لذت، کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی، پرخوری، تحریک یا کندی روان^۱ حرکتی، احساس خستگی و نداشتن انرژی و نیرو، احساس بی‌ارزش بودن یا گناه، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز و افکاری درباره مرگ در مدت دو هفته است که نشان‌دهنده تغییر در حالات و روحیات قبلی است (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۶: ۱۴۶).

چارچوب نظری پژوهش

اگرچه نظریه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی درباره علل افسردگی مؤثر بوده‌اند، اما شواهد و مدارک موجود نشان‌دهنده محدودیت‌های روش‌شناختی و نظری، این تبیین‌هاست. عمده‌ترین محدودیت چشمگیر این نظریه‌ها، تکیه انعطاف‌ناپذیر آنها بر این فرض است که افسردگی یا یک بیماری روان‌شناختی است، یا یک بیماری زیست‌شناختی؛ این تأکید تا آنجا پیش رفته است که از زمینه‌های بالقوه دیگر، در تبیین علل افسردگی غفلت شده است (داونینگ . اور، ۱۳۸۷: ۷۵)^۲. عوامل اجتماعی بر علائم و نشانه‌های بیماری، بر میزان شیوع و همچنین واکنش نسبت به بیماری تأثیرگذارند. نظریه کاملی که انگیزه‌های پیدایی بیماری‌های روانی را در کلامی فشرده مطرح سازد، آن است؛ که بیماری‌های روانی نتیجه کنش متقابل عوامل ارثی و روانی از یک سو و عوامل محیطی و بیرونی از سوی دیگر است. بنابراین، در بخش نظری پژوهش، برای تبیین مسئله افسردگی به هر سه رویکرد زیستی، روانی و جامعه‌شناختی توجه می‌شود. در تبیین‌های زیستی بر نقش عوامل ارثی، ژنتیکی و نارسایی‌های آمین‌های زیستی^۳ تأکید

1. Kaplan & Sadock

2. Downing - Orr

3. Biogenic amines

می‌شود. از نقطه نظر زیست‌شناختی، سطح پایین و اختلال در میزان نوراپی نفرین^۱ و سروتونین^۲ علت ایجاد افسردگی است. در برخی از مطالعات نیز دیده شده است که تغییراتی در سطح هورمون‌ها مثل کورتیزول^۳، تیروتروپین^۴ و هورمون رشد^۵ وجود دارد.

بخش دیگر نظریه‌های مطرح شده در حوزه افسردگی، در رویکرد روان‌شناختی قرار می‌گیرد. از قدیمی‌ترین نظریه‌های این حوزه، نظریه‌های روان‌تحلیلی (روان‌پوشی) هستند. روان‌تحلیلگران به شکل تاریخی اعتقاد دارند، افسردگی به دلیل خشم تبدیل شده به خودبیزاری (خشم برگشت داده شده به درون)، به وجود می‌آید. فروید، آبراهام و جان بالبی جزء این گروه از تحلیلگران اند که پیدایش افسردگی را ناشی از گرایش‌های درازمدت فرد می‌دانند؛ نه فقدان‌ها یا تنیدگی^۶ های اخیر. چندین تفسیر دیگر نیز در زیر چتر روان‌تحلیلی قرار می‌گیرد که بر عواملی چون از دست دادن عزیزان، جدایی و انقطاع در رشته عاطفی، از دست دادن حس اعتماد به نفس، ناتوانی در رسیدن به آرزوها و آمال شخصی و اختلال در ارزیابی و درک واقعی امور در بروز افسردگی تأکید دارند.

از بانفوذترین نظریه‌های روان‌شناختی درباره افسردگی؛ نظریه‌های شناختی‌اند، که بر فرایندهای افکار به منزله مهم‌ترین علت افسردگی تأکید دارند. به عبارت دیگر، روشی را که فرد درباره پدیده‌ها می‌اندیشد و آنها را تفسیر می‌کند، مسئول ایجاد و تداوم افسردگی است. افراد افسرده الگوی مشخصی از افکار غیرمنطقی از خود نشان می‌دهند که به «مثلث شناختی»^۷، معروف است. منظور از مثلث شناختی سه گونه شناخت است که شامل احساس داشتن عیب و نقص (درونی سازی)^۸، احساس بی‌لیاقتی و ناکارآمدی (تعمیم دادن) و گرایش به ارائه تعاریف و تفسیرهای منفی از تجارب خود (همیشه سازی)^۹ است (محسنی تبریزی و سیدان، ۱۳۸۳: ۹۱).

دو دیدگاه اساسی در نظریه‌های شناختی؛ نظریه آرون بک^{۱۰} (۱۹۶۷) و نظریه

1. Norepinephrine
2. Serotonin
3. Cortisol
4. THYROTROPIN (Thyroid Stimulating Hormone or TSH)
5. Growth hormone
6. Stressor
7. Cognitive triad
8. Internality
9. Stability
10. Beek

درماندگی^۱ آموخته شده است. درواقع نظریه شناختی درباره افسردگی بر فرایندهای ناآشکار ازجمله نگرش‌ها، خودارزیابی‌ها، تصورات، حافظه و عقاید تأکید دارد. براساس این نظریه؛ افراد افسرده مشکلاتی در پردازش خبر دارند. آنها تجربه‌ها را بدبینانه تفسیر می‌کنند و این تعبیرات و تفسیرات منفی با تکیه بر فقدان و شکست‌ها فعال می‌شوند و افکار منفی را به وجود می‌آورند.

نظریه رفتاری نیز بر رابطه افسردگی و یادگیری و برخی عوامل محیطی تأکید دارد. این نظریه در سال ۱۹۵۰ با برداشت‌های گوناگونی ارائه شد، متغیر تبیین‌کننده و اصلی در این نظریه، تقویت‌کننده‌ها هستند. بنابراین، این تحلیلگران عامل مهم افسردگی را «فقدان تقویت» می‌دانند.

آخرین رویکرد مرتبط با حوزه افسردگی، رویکرد جامعه‌شناختی است که مبنای نظری این مطالعه را شکل داده است. جامعه‌شناسان کلاسیک مستقیماً به مسئله افسردگی پرداخته‌اند.

در رویکرد جامعه‌شناختی، می‌توان به نظریات آنتونی گیدنز^۲ در باب مدرنیته، اشاره می‌شود. گیدنز، مدرنیته را به‌منزله فراگیرترین واقعیت عصر حاضر، هم نویددهنده فرصت‌هایی برای بشر می‌داند و هم به بار آورنده مخاطرات. از نظرات گیدنز می‌توان استنباط کرد که مدرنیته خالق بسیاری وقایع پیش‌بینی نشده و در عین حال دلهره‌آور و خطرناکی است که هیچ تضمینی بر شادمانی و خرسندی باثبات برای انسان‌هایی که در این عصر زندگی می‌کنند، وجود ندارد و به عبارت دیگر پایه‌های احساس امنیت هستی‌شناختی در دوران مدرن، متزلزل شده است. از عوامل ایجادکننده افسردگی از نظر گیدنز می‌توان به تهدیدهای خشونت‌آمیز ناشی از صنعتی‌شدن جنگ، متزلزل‌شدن ریشه‌های اعتماد به نظام‌های انتزاعی و احساس ناامنی و اضطراب وجودی اشاره کرد. از سوی دیگر «رابطه ناب» از راه‌حل‌هایی است که مدرنیته در درمان و پیش‌گیری افسردگی به ارمغان می‌آورد.

به منظور رعایت انضباط فکری و رسیدن به چارچوبی منسجم که بتواند در تحلیل مسئله تمامی ابعاد منبعث از نظام جامعه‌ای را در خود بگنجاند، از نظریه «نظام شخصیت چلبی» به‌منزله مدل علی مؤثر بر افسردگی بهره‌گرفته شد. با استفاده از این تئوری هم از تضاد پارادایمی حاصل از تلفیق‌های تئوریک متداول در پیمایش‌های یافته و

-
1. Helplessness
 2. Anthony Giddenz

تئوری «نظام شخصیت» نیز بار دیگر در بوتۀ آزمایش سنجیده می‌شود. همچنین این نظریه نقش نظریۀ تحلیلی؛ به منظور تنظیم فکر را ایفا می‌کند.

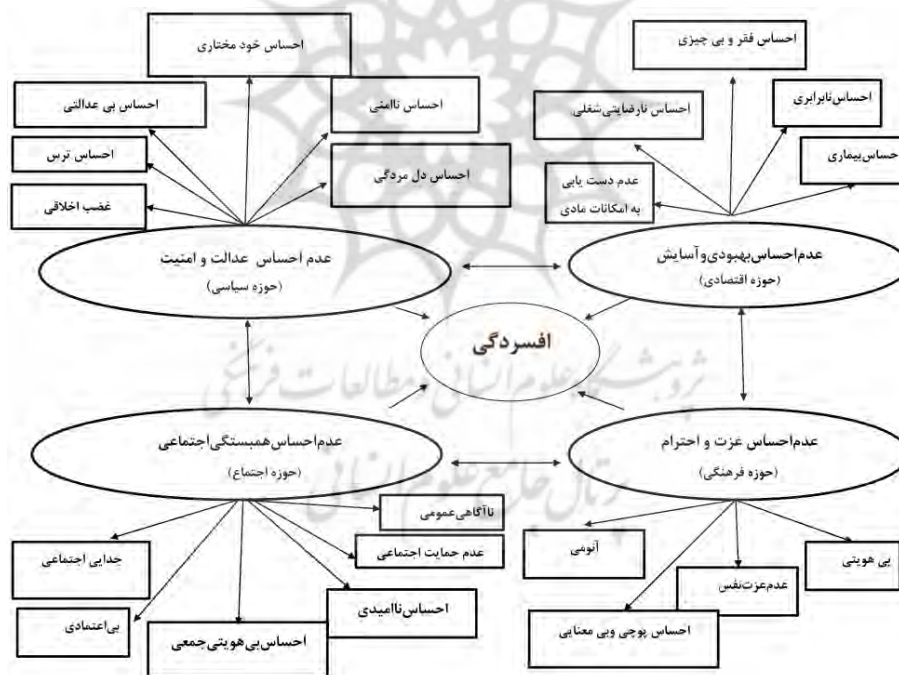
نظریۀ چلبی را در ارتباط با افسردگی، باید به منزله بخشی از نظریۀ کلی تری باز شناخت که به الگوی مفهومی انسان و شخصیت از یک طرف و از طرف دیگر به بده بستان‌هایی که بین نظام جامعه‌ای و نظام شخصیت اتفاق می‌افتد، مرتبط است.

چلبی انسان را یک «واحد زیستی-روانی-اجتماعی» با «ظرفیت اجرا» منحصر به فردی می‌داند که او را از سایر موجودات جدا ساخته و دارای حداقل چهار «علقۀ افضل» شامل: علقۀ مادی، علقۀ امنیتی، علقۀ اجتماعی (ارتباطی) و علقۀ شناختی است.

لازم به ذکر است که در اختیار گرفتن این چارچوب مفهومی (مبادله بین نظام شخصیت و نظام جامعه‌ای)، می‌توان با مراجعه به شخصیت فرد (به منزله نظام تماس) هم داده‌ها یا عواملی که این نظام (نظام شخصیت) برای نظام جامعه‌ای فراهم می‌کند مثل هوش، ظرفیت اجرا، وفاداری و بینش را در حد اولین تقرب به واقع سنجید و هم می‌توان ستانده‌های نظام شخصیت یعنی محصولات داده‌های نظام جامعه‌ای در نظام‌های شخصیت در ابعاد چهارگانه مثل احساس بهبودی، احساس عدالت و امنیت، احساس همبستگی اجتماعی و احساس عزت و احترام را سنجید. به نظر چلبی با سنجش این بده‌بستان‌ها بین نظام شخصیت و نظام جامعه‌ای در افراد و یا شهروندان به منزله نقطۀ تلاقی این دو نظام، ضمن اینکه می‌توان احساس رضایت و خوشنودی هر فرد را در حوزه‌های چهارگانه جامعه سنجید، در همان حال ممکن است در حد اولین تقرب به واقع، احساسات جمعی را در ابعاد چهارگانه جامعه به‌طور متوسط، برآورد کرد. درواقع به یک معنا، از هر جامعه‌ای سالمی انتظار می‌رود که تمامی فعالیت‌های آن حتی‌المقدور در راستای بهبود احساسات جمعی قرار گیرد و ضمن اینکه نباید فراموش کرد که متقابلاً با بهبودی در احساسات جمعی (در ابعاد چهارگانه) زمینه برای پویایی، نشاط، سرزندگی و بالندگی جامعه و در نتیجه مقبولیت و مشروعیت برای نظام حاکم بر آن فراهم خواهد شد. به علاوه مطالعه و شناخت کم و کیف احساسات جمعی در ابعاد مختلف می‌تواند کمکی باشد برای تشخیص و ارزیابی نسبی نقاط قوت و نقاط ضعف و کاستی عرصه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی جامعه و داده‌های (عوامل) هر یک از آنها به نظام‌های شخصیت (چلبی، ۱۳۸۳: ۵۹).

در کشورهای در حال گذار مانند ایران، به نظر می‌رسد هنوز آنومی یا بی‌هنجاری موجب سرگشتگی و ابهام در تشخیص مسائل می‌شود. در نتیجه محیط اجتماعی برای شکل‌گیری

فردگرایی خودخواهانه، مهیا می‌شود، در این شرایط نفع فردی بر مصلحت جمع چیره می‌شود و نوعی بی‌اعتمادی و سوءظن نسبت به افراد و نهادها و گاهی نوعی خشم و غضب نسبت به جامعه به وجود می‌آید. در یک جامعه، اعتماد اجتماعی مثل شیرازه‌ای است که آحاد آنرا به هم پیوند می‌زند، ارتباطات عنصر حیاتی در جامعه است و اعتماد متقابل، لازمه رابطه ناب است. از پیامدهای بی‌اعتمادی و سرگردانی انسان‌ها، انزوا و جدایی انسان‌ها از یکدیگر و ایجاد نوعی بیگانگی با جامعه است. همچنین با کاهش اعتماد اجتماعی، زمینه کاهش حمایت اجتماعی، نیز فراهم می‌شود. از طرف دیگر، چنانچه در جامعه محیط ترس و ناامنی وجود داشته باشد، افراد احساس تنهایی و انزوا می‌کنند و خود را از جامعه بیگانه می‌پندارند. در نتیجه این عوامل اجتماعی، فرد مستعد افسردگی می‌شود. همچنین افراد جامعه دائم به مقایسه خود با دیگران می‌پردازند، چنانچه در این مقایسه احساس ضعف کنند که به اهداف خود دست نیافته، این احساس شکست؛ زمینه افسردگی فرد را فراهم می‌کند. در ادامه، مدل نظری پژوهش براساس رویکرد کلی پذیرفته شده در این پژوهش، به صورت دیاگرام علی نمایش داده شده است.



شکل ۱. نمودار علی افسردگی مبتنی بر مدل نظام شخصیت چلبی

روش پژوهش

پژوهش حاضر، پیمایشی مقطعی (تیرماه ۱۳۹۱)، پیرامون سنجش میزان افسردگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن با حجم نمونه ۳۰۰ نفر، است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه کتبی (پاسخ‌گو محور) و شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای است. جمعیت آمار این پژوهش را؛ افراد عادی بالای ۱۸ سال ساکن استان تهران و استان گیلان تشکیل می‌دهند. از استان تهران، شهر تهران و از استان گیلان شهر رشت (مرکز استان) و شهرستان صومعه‌سرا (از شهرهای غرب استان) و شهرستان لاهیجان (از شهرهای شرق استان) انتخاب شد و در هر استان، ۱۵۰ پرسشنامه تکمیل می‌شود. واحد تحلیل و واحد مشاهده فرد و سطح تحلیل خرد است. پرسشنامه از سه بخش پرسشنامه عوامل اجتماعی، پرسشنامه عوامل روان‌شناختی و پرسشنامه عوامل زمینه‌ای تشکیل شده است. در مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) برای انجام رگرسیون چندگانه و از نرم‌افزار EQS (نسخه 6,1) برای الگوسازی معادلات ساختاری^۱ استفاده شده است.

اندازه‌گیری متغیرهای مستقل و وابسته پیمایش

- متغیر وابسته: افسردگی، این متغیر به کمک پرسشنامه افسردگی سما^۲، پرسشنامه‌ای متناسب با هنجارهای محیط فرهنگی ایران، (کاویانی، ۱۳۶۸) که ۳۰ سؤال براساس علائم مختلف افسردگی تنظیم شده دارد، اندازه‌گیری می‌شود (ابعاد آزمون افسردگی سما در جدول ۱ بیان شده است). ضریب روایی^۳ ($r = 0/73$) و پایایی^۴ پرسشنامه ($r = 0/70$) معنادار است.

1. Structural Equation Modeling (SEM)
2. Sama Depression Scales
3. Validity
4. Reliability

جدول ۱. ابعاد آزمون افسردگی سما

۱. اشکال در تصمیم گیری	۲. اشکال در روابط خانوادگی	۳. نگرانی و ترس از آینده
۴. انزوا و دوری از جمع	۵. دوری از انتقاد و تحمل نکردن آن	۶. احساس ناامیدی
۷. تمرکز نداشتن	۸. لذت نبردن	۹. احساس شکست
۱۰. احساس تنهایی	۱۱. احساس گناه و تقصیر	۱۲. احساس درماندگی
۱۳. دردهای جسمی (سر درد)	۱۴. اشکال در شروع خواب	۱۵. بی‌حوصلگی
۱۶. احساس خستگی	۱۷. سحرخیزی مرضی	۱۸. بی‌اشتهایی
۱۹. افکار خودکشی	۲۰. گریه در تنهایی	۲۱. احساس ضعف و از دست دادن انرژی
۲۲. لاغر شدن	۲۳. خودخوری و ابراز نکردن خشم	۲۴. بی‌میلی جنسی
۲۵. حساسیت نسبت به نظر دیگران درباره خود	۲۶. احساس بی‌ارزشی	۲۷. اشکال در تداوم خواب
۲۸. از دست دادن علاقه	۲۹. احساس گریه بدون اشک	۳۰. احساس غم و اندوه

- متغیرهای مستقل: سنجش متغیرهای مستقل از طریق معرف‌سازی و طرح سؤالات چندگزینه‌ای (اغلب ترتیبی و از نوع طیف لیکرت) انجام شد. سؤالات این بخش عمدتاً برگرفته از منابعی است که قبلاً اعتبار و روایی آنها (دارای اعتبار محتوایی صوری^۱ و آلفای کرون‌باخ بیش از ۷۰ درصد) تأیید شده است. متغیرها شامل: حمایت‌نشدن اجتماعی، جدایی اجتماعی، بی‌اعتمادی اجتماعی، دست‌نیافتن به هدف، غضب اخلاقی، انومی و احساس ناامنی.

یافته‌های پژوهش

الف) ویژگی‌های عمومی نمونه

لازم به توضیح است که فراوانی افراد نمونه در استان تهران (شهر تهران) ۱۵۰ نفر و در استان گیلان نیز (رشت) ۹۰ نفر، صومعه‌سرا ۳۰ نفر و لاهیجان ۳۰ نفر (۱۵۰ نفر است. ۵۳/۳ درصد پاسخ‌گویان را مردان و ۴۶/۷ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند. میانگین سنی

1. Face content validity

پاسخ‌گویان برابر ۲۷/۱۱ و کمترین و بالاترین سن به‌ترتیب ۱۸ و ۶۱ سال بوده است. ۷۵/۳ درصد جمعیت نمونه را افراد مجرد تشکیل می‌دهند. براساس یافته‌های پژوهش ۴۲/۳ درصد سطح تحصیلات لیسانس (میزان نما) و ۳۲/۴ درصد درآمدشان ۷۰۰ تا یک میلیون تومان است.

ب) میزان افسردگی افراد نمونه

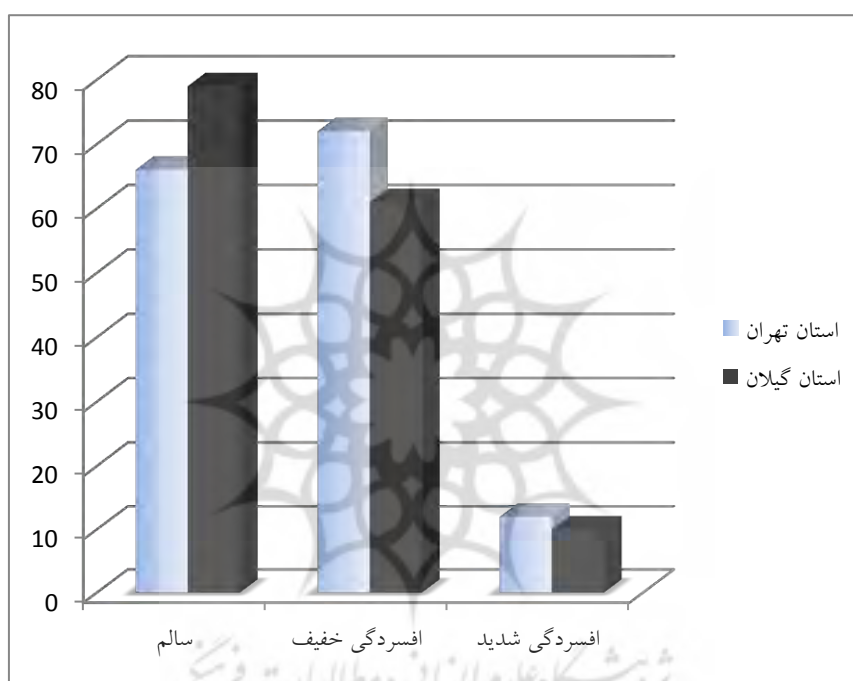
براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، میانگین افسردگی در بین افراد نمونه، در مقیاس ۰ تا ۱۰۰، برابر ۲۶/۲۷ به دست آمد که این مقدار در حد افسردگی خفیف است. میانگین افسردگی در استان تهران ۲۸/۶۸ و در استان گیلان ۲۸/۴۱۵ است.

جدول ۲. توزیع فراوانی افراد برحسب میزان افسردگی به تفکیک شهر

استان	شهر	نمره ۲۱ و کمتر سالم	نمره ۲۱-۵۳ افسردگی خفیف	نمره ۵۴ و بالاتر افسردگی شدید	میانگین افسردگی در مقیاس ۰-۱۰۰	جمع
تهران	تهران	۶۶	۷۲	۱۲	۲۸/۶۸	۱۵۰
	درصد	۴۴	۴۸	۸		۱۰۰
گیلان	رشت	۴۴	۳۸	۸	۲۸/۴۱۵	۹۰
	درصد	۴۸/۹	۴۲/۲	۸/۹		۱۰۰
	صومعه‌سرا	۱۶	۱۲	۲		۳۰
	درصد	۵۳/۳	۴۰	۶/۷		۱۰۰
لاهیجان	فرآوانی	۱۹	۱۱	۰		۳۰
	درصد	۶۳/۳	۳۶/۷	-		۱۰۰
جمع کل	فرآوانی	۱۴۵	۱۳۳	۲۲	۲۶/۲۷	۳۰۰
	درصد	۴۸/۳	۴۴/۳	۷/۳		۱۰۰

همچنین نتایج آزمون t دو نمونه‌ای مستقل نشان داد که بین میانگین افسردگی استان تهران و استان گیلان تفاوت معناداری وجود ندارد ($\text{sig} = ۰/۶۶۵$).

متغیر افسردگی در این پژوهش، به وسیله آزمون افسردگی سما، بررسی شده است که در مقابل هر پرسش آن، چهار گزینه قرار دارد که نشان دهنده شدت علامت است. به گزینه «الف» نمره صفر، گزینه «ب» نمره یک، گزینه «ج» نمره دو و گزینه «د» نمره چهار تعلق می گیرد. بنابراین، نمره کل پاسخ گویان بین دامنه صفر تا ۱۲۰ به دست می آید. شکل ۲. میزان افسردگی افراد نمونه را براساس این مقیاس به تفکیک دو استان نشان می دهد.



شکل ۲. توزیع فراوانی پاسخ گویان برحسب میزان افسردگی به تفکیک استان

ج) تحلیل های دو متغیری

داده های جمع آوری شده در مرحله پرسشگری برای سؤالات میزان افسردگی، نبود حمایت اجتماعی، جدایی اجتماعی و دست نیافتن به هدف توسط هر ۳۰۰ نفر پاسخ داده شده است و تنها سؤالات مربوط به بُعد سیاسی مدل، مقدار کمی (حداکثر ۸ از ۳۰۰)، بی پاسخ بوده اند. از متغیرهای زمینه ای که رابطه معناداری با افسردگی داشته اند، می توان به «تحصیلات» اشاره کرد. این متغیر در سطح سنجش ترتیبی، سنجیده شده است. رابطه افسردگی و

تحصیلات نشان می‌دهد که مقدار آماره f از نظر آماری معنادار بوده است و این نتیجه قابل تأمل است. این رابطه از نظر جهت مثبت است؛ یعنی هرچه قدر بر میزان تحصیلات افزوده می‌شود، میزان افسردگی فرد افزایش می‌یابد.

همچنین بررسی تطبیقی میزان متغیرهای مستقل (نبود حمایت اجتماعی، جدایی اجتماعی، بی‌اعتمادی اجتماعی، دست‌نیافتن به هدف، غضب اخلاقی، آنومی و احساس ناامنی) در دو استان تهران و گیلان نشان می‌دهد تفاوت میانگین هیچ کدام از متغیرها در دو استان معنادار نیست. جدول ۳. میزان میانگین متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین متغیرهای مستقل در دو استان گیلان و تهران (در مقیاس ۰ تا ۱۰۰)				
میانگین متغیرهای مستقل در مقیاس ۰ تا ۱۰۰	میانگین کل	میانگین گیلان	میانگین تهران	میزان معناداری (sig) تفاوت دو استان
نبود حمایت اجتماعی	۴۲/۷۸	۴۰/۹۶	۵۰/۰۸	۰/۰۹
جدایی اجتماعی	۴۲/۳۴	۴۸/۴۲	۴۱/۶۳	۰/۶۶
دست‌نیافتن به هدف	۴۲/۲۱	۴۰/۴۷	۴۳/۹۳	۰/۹۵
بی‌اعتمادی اجتماعی	۶۲/۵۷	۶۲/۴	۵۷/۴۵	۰/۲۲
غضب اخلاقی	۷۹/۱۶۵	۸۱/۱۷	۷۸/۰۴	۰/۵۵
آنومی	۶۴/۵۸	۶۴/۵۷	۶۴/۶۴	۰/۹۷
احساس ناامنی	۶۹/۷۵	۶۵/۱۴۹	۶۷/۷۷	۰/۰۸

د) تحلیل‌های چندمتغیری

تحلیل‌های چندمتغیری در پژوهش؛ شامل تحلیل رگرسیون چندگانه، تحلیل مسیر و تحلیل عاملی و الگوسازی معادلات ساختاری است.

جدول ۴. نتایج رگرسیون افسردگی و متغیرهای مستقل به روش Enter

متغیرهای مستقل	ضرایب استاندارد رگرسیون (beta)	T	سطح معناداری	اثر غیرمستقیم	اثر کل (میزان همبستگی)
مقدار ثابت		۳/۴۵۹	۰/۰۰۰*		
جدایی اجتماعی	۰/۱۹۹	۳/۶۱۰	۰/۰۰۰*	۰/۱۰۷	۰/۳۰۶
دست نیافتن به هدف	۰/۱۸۸	۳/۲۲۰	۰/۰۰۱*	۰/۰۴۶	۰/۲۳۴
بی‌اعتمادی اجتماعی	۰/۱۶۷	۲/۸۳۴	۰/۰۰۵*	۰/۰۸۲	۰/۲۴۹
آنومی	۰/۰۷۲	۱/۱۶۱	۰/۲۴۵	۰/۰۷۴	۰/۱۴۶
احساس ناامنی	-۰/۰۶۳	-۰/۰۶۳	۰/۳۰۴	۰/۱۲۲	۰/۰۵۹
نبود حمایت اجتماعی	۰/۲۳۳	۳/۹۵۲	۰/۰۰۰*	۰/۰۱۲	۰/۳۵۳
غضب اخلاقی	-۰/۱۵۴	-۲/۶۲۵	۰/۰۱۰*	۰/۱۹۹	-۰/۰۴۵
نتایج تحلیل واریانس (ANOVA)	F	معناداری		۱۲/۴۶۳	
ضریب تعیین (R^2)			۰/۲۴۳	۰/۰۰۰*	
ضریب تعیین تعدیل شده ($Adjusted R^2$)			۰/۲۲۳		

* $P < 0.01$

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که براساس نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون، رابطه بین افسردگی و متغیرهای مستقل پژوهش این‌گونه به دست‌آمد که متغیر نبود حمایت اجتماعی با ۰/۳۵، در سطح اطمینان ۹۹/۹ درصد مقدار $P = 0.000$ ، بیشترین همبستگی (هم‌تغییری) و متغیر احساس ناامنی اجتماعی با ۰/۰۵۹ در سطح اطمینان ۹۹/۹ درصد، کمترین همبستگی را با افسردگی، داشته است. برای رابطه نیز در متغیرهای نبود حمایت اجتماعی، جدایی اجتماعی، دست نیافتن به هدف، بی‌اعتمادی اجتماعی، آنومی و احساس ناامنی مستقیم (مثبت) و تنها در متغیر غضب اخلاقی (منفی) است.

همچنین ضریب تعیین تعدیل شده (مربع ضریب همبستگی چندگانه بین افسردگی و

متغیرهای مستقل)، که بیانگر درصد تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل (با دقت بیشتری نسبت به ضریب تعیین ساده) است، نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل ۰/۲۲ در تبیین افسردگی مؤثرند. از بین متغیرهای مستقل تنها احساس ناامنی و آنومی سهم غیر معناداری در سطح خطای ۰/۰۵ در توضیح متغیر وابسته داشته‌اند.

اجرای روش‌های رگرسیون رو به جلو^۱ و رو به عقب^۲ نشان داد، روش رو به جلو؛ حذف متغیرهای آنومی و احساس ناامنی و روش رو به عقب؛ حذف متغیر احساس ناامنی را از مدل پیشنهاد می‌کند. البته باید توجه داشت حضور برخی متغیرها در مدل اگرچه ممکن است رابطه مستقیم قابل توجهی با متغیر وابسته نهایی در پی نداشته باشد لکن اثر غیرمستقیم آنها، قابل ملاحظه است. همچنان‌که متغیر احساس ناامنی از طریق متغیرهای آنومی، غضب اخلاقی، بی‌اعتمادی اجتماعی و دست نیافتن به هدف و متغیر آنومی از طریق متغیرهای نبود حمایت اجتماعی، احساس ناامنی و غضب اخلاقی بر متغیر افسردگی تأثیرگذارند (میزان اثر کل ۰/۰۵۹ و ۰/۱۴۶).

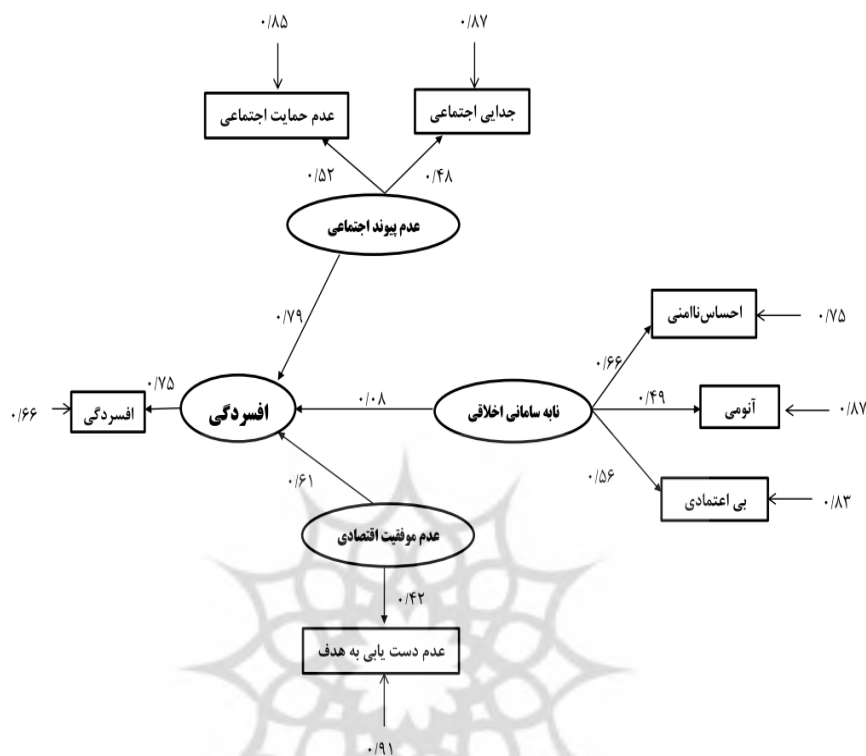
نتایج تحلیل عاملی: یکی از بهترین راه‌ها برای تعیین مناسب بودن مجموعه‌ای از متغیرها برای تحلیل عاملی استفاده از آماره kmo یا کیزر-میر-اولکین^۳ است. مقدار این آماره (kmo) در اینجا ۰/۶۳ است، یعنی تقریباً همبستگی‌های موجود برای تحلیل عاملی مناسب است. متغیرها روی سه عامل تجمع کرده‌اند؛ متغیرهای ناامنی، آنومی، بی‌اعتمادی اجتماعی و غضب اخلاقی، «بعد نابسامانی اخلاقی»^۴ و متغیرهای جدایی اجتماعی و نبود حمایت اجتماعی؛ «بعد نبود پیوند اجتماعی»^۵ و متغیر دست‌نیافتن به هدف؛ «بعد نبود موفقیت اقتصادی»^۶، نام‌گذاری شده‌اند (جدول ۵).

-
1. Forward
 2. Backward
 3. Kaiser-Meyer-Olkin
 4. Economic Fail
 5. Lack of social relation
 6. Moral abnormality

جدول ۵. بار عوامل ساخته شده هر یک از متغیرهای مستقل مؤثر بر افسردگی

مؤلفه‌ها	بُعد اول	بُعد دوم	بُعد سوم
	نابسامانی اخلاقی	نبود پیوند اجتماعی	نبود موفقیت اقتصادی
احساس ناامنی	۰/۶۸۴	۰/۲۶۸	۰/۲۲۹
انومی	۰/۶۷۸	۰/۱۳۰	-۰/۴۲۳
بی‌اعتمادی اجتماعی	۰/۶۶۷	۰/۰۰۶	۰/۲۲۶
غضب اخلاقی	۰/۵۹۷	۰/۴۸۰	-۰/۱۵۲
جدایی اجتماعی	۰/۲۴۸	۰/۶۸۱	۰/۳۵۳
نبود حمایت اجتماعی	۰/۵۱۶	۰/۵۶۰	۰/۱۶۴
دست‌نیافتن به هدف	۰/۳۰۷	-۰/۳۳۹	۰/۷۸۹

پس از دست‌یابی به سه عامل فوق، متغیرهای هر یک از ابعاد با هم ترکیب شده و مجدداً تحلیل رگرسیون برای به دست آمدن سهم هر یک از متغیرهای مستقل بر افسردگی، انجام شد. همچنین در این پژوهش از مزیت الگوسازی معادلات ساختاری (با نرم‌افزار آماری EQS 6.1)، برای بررسی ارتباط علی چهار متغیر مکنون با یکدیگر و روابط هر یک از آنها با معرف‌های مربوطشان (متغیرهای آشکار) استفاده شده است. همان‌طور که شکل ۳ نشان می‌دهد میزان تأثیر عامل نبود پیوند اجتماعی (شامل معرف‌های نبود حمایت اجتماعی و جدایی اجتماعی) بر افسردگی بیش از سایر عوامل است و این رابطه مستقیم است، یعنی با افزایش پیوندهای اجتماعی زمینه بروز افسردگی کاهش خواهد یافت. پس از آن عامل نبود موفقیت اقتصادی (شامل معرف دست‌نیافتن به هدف) است که ضریب تأثیر آن بر افسردگی ۰/۶۱ است. این عامل درواقع نشان‌دهنده تأثیر اهداف مادی و اقتصادی فرد و به تبع آن احساس بهبودی و آسایش، در کاهش بروز افسردگی است. عامل نابسامانی اخلاقی شامل معرف‌های احساس ناامنی، انومی و بی‌اعتمادی است (معرف غضب اخلاقی از مدل حذف شده است زیرا این معرف هم‌پوشانی زیادی با یکی از ابعاد افسردگی؛ یعنی توانایی ابراز خشم دارد). نابسامانی اخلاقی کمترین تأثیر (۰/۰۸) بر افسردگی دارد.



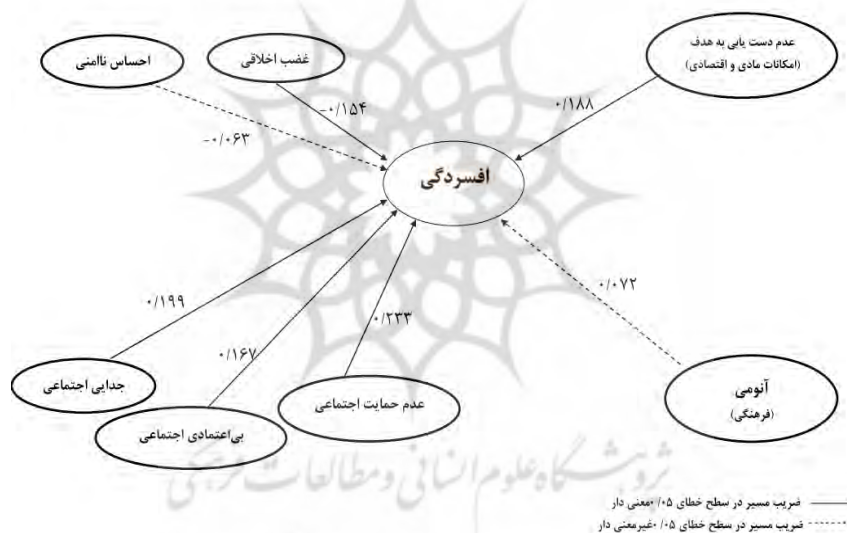
شکل ۳. مدل عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی
P=0.0000 RMSEA=0.1

در این مدل شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر ۰/۹۳، شاخص‌های تعدیل‌شده برازش (AGFI) ۰/۸۳ و تقریب ریشه میانگین مجذورات (RMSEA) ۰/۱ به دست آمده است. معیارهای GFI و AGFI نشان‌دهنده اندازه‌ای از مقدار نسبی واریانس‌ها و کوواریانس‌هاست که توسط مدل تبیین می‌شود و هرچه قدر به «یک» نزدیک‌تر باشد، بیانگر برازش بهتر مدل است. شاخص برازش تطبیقی (CFI) برابر است با ۰/۸۰ همراه با کای اسکوئر ۷۴/۷۶. بدین ترتیب، می‌توان انتظار داشت با بهبود شرایط اجتماعی؛ از میزان افسردگی در جامعه کاسته شود. همچنین ضرایب مسیر بالای پیکان مقادیر استاندارد شده (Standardized Solution) است.

1. Goodness of Fit Index

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به بررسی میزان شیوع بیماری افسردگی و عوامل اجتماعی مؤثر بر آن، پرداخته شد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که میزان افسردگی در جامعه تحت مطالعه (نمونه استان گیلان و تهران)، در حد «خفیف» بوده و تفاوت معناداری در دو استان مشاهده نشد. به‌منظور انتخاب متغیرهای اجتماعی و رهایی از تضاد پارادایمی حاصل از تلفیق‌های تئوریک متداول در پیمایش، از نظریه «نظام شخصیت چلبی» استفاده شده است. از حوزه اقتصادی این نظریه متغیر دست‌نیافتن به هدف، از حوزه سیاسی متغیرهای غضب اخلاقی و احساس ناامنی، از حوزه اجتماعی متغیرهای نبود حمایت اجتماعی، جدایی اجتماعی، بی‌اعتمادی اجتماعی و از حوزه فرهنگی متغیر آنومی انتخاب شد. همچنین در این قسمت سهم متغیرهای مستقل اجتماعی برخاسته از نظریه نظام شخصیت چلبی بر افسردگی در شکل ۴ رسم شده است.



$$\text{Adjusted } R^2 = 0.22 \text{ sig} = 0.000$$

شکل ۴. نمودار علی افسردگی مبتنی بر متغیرهای برگرفته از مدل نظام شخصیت چلبی

ضرایب مسیر مدل مشاهده شده (ضرایب استاندارد Beta بالای پیکان) نشان می‌دهند؛ به‌جز درباره اثر مستقیم متغیرهای آنومی و احساس ناامنی بر افسردگی، در سایر موارد این ضرایب در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار بوده است. نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل‌های چندمتغیره، مقدار ضریب تعیین تعدیل‌شده در این مدل را ۰/۲۲ بیان می‌کند. این مقدار نشان می‌دهد که

۲۲ درصد از تغییرات افسردگی توسط تغییرات متغیرهای مستقل موجود در مدل علی، توضیح داده شده است. باتوجه به ماهیت زیستی- روانی و اجتماعی بیماری افسردگی (در این پژوهش فقط عوامل اجتماعی لحاظ شده است)، می‌توان گفت که رابطه بین عوامل اجتماعی و بیماری افسردگی تأیید شده است.

نتایج تجربی حاصل از تحلیل عاملی متغیرهای اجتماعی نیز نشان می‌دهد که یکی از مهم‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر افسردگی؛ عامل نبود پیوند اجتماعی که شامل متغیرهای نبود حمایت اجتماعی و جدایی اجتماعی است. به گونه‌ای که افراد با پیوند و ارتباط اجتماعی از نوع حمایتگر، راه را برای افسردگی می‌بندند، و براساس یافته‌های این پژوهش، افرادی که به اهداف مادی‌شان دست یافتند کمتر از کسانی که در دست‌یابی به اهداف ناکام بوده‌اند، از افسردگی رنج می‌برند و عامل اجتماعی نهایی مؤثر بر افسردگی نابسامانی اخلاقی است که در این پژوهش، ترکیبی از متغیرهای بی‌اعتمادی اجتماعی، غضب اخلاقی، آنومی و احساس ناامنی است. بی‌اعتمادی اجتماعی نیز؛ رابطه مستقیم با افسردگی داشته است که در این پژوهش در دو بُعد اعتماد شخصی و اعتماد غیرشخصی (انتزاعی) نسبت به گروه‌ها و اصناف سنجیده شده است. غضب اخلاقی تنها متغیری است که رابطه معکوس با میزان افسردگی دارد. ناتوانی در ابراز خشم از مؤلفه‌های افسردگی است و کسانی که نسبت به اجتماع، غضب دارند یا به‌طورکلی، احساس خود را بروز می‌دهند؛ نسبت به کسانی که احساس بی‌تفاوتی می‌کنند و درواقع منفعل‌اند، کمتر دچار افسردگی می‌گردند. آنومی و احساس ناامنی نیز متغیرهایی بوده‌اند که با تأثیرگذاری بر سایر متغیرهای اجتماعی (اصطلاحاً غیرمستقیم)، افسردگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

امروزه عمدتاً از مدل زیستی- روانی- اجتماعی برای تبیین سلامت و بیماری سخن می‌رود. در این مدل به ارتباط عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی با هم و نقش توأمان آن‌ها در بهبود سلامت یا ایجاد بیماری، تأکید می‌شود. جامعه‌شناسان کمتر به بررسی نقش عوامل اجتماعی در بروز بیماری‌ها به‌خصوص بیماری‌های روانی پرداخته‌اند، این در حالی است که می‌توان نقش عوامل محیطی و اجتماعی را در بروز بیماری‌های روانی هم‌سطح نقش عوامل ارثی و سرشتی، دانست. زیرا زمینه‌ای که می‌تواند این نوع بیماری را پروراند، ارثی است، اما با ایجاد محیط سالم می‌توان از پیدایش آن جلوگیری کرد و حتی کسانی را که زمینه مساعد برای بروز بیماری را دارند، محفوظ و مصون نگهداشت.

منابع

۱. آدام، فیلیپ و هرتسلیک، کلودین (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی بیماری و پزشکی*، دکترلورانس - دنیا کتبی، تهران: نشر نی.
۲. تاسیگ، مارک و میکلو، جانت و سویدی، سری (۱۳۸۶)، *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی*، ترجمه احمد عبداللهی، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
۳. چلبی، مسعود (۱۳۹۲)، *بررسی تجربی نظام شخصیت در ایران*، تهران: نشر نی.
۴. چلبی، مسعود (۱۳۸۳)، *چارچوب مفهومی پیمایش ارزش‌های ایرانیان*، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
۵. چلبی، مسعود و موسوی، سید محسن (۱۳۸۸)، «بررسی جامعه‌شناختی عوامل مؤثر بر شادمانی در سطوح خرد و کلان»، *مجله انجمن جامعه‌شناسی ایران*، دوره نهم، شماره ۱ و ۲: صفحات ۳۴-۵۷.
۶. داویننگ-اور، کریستینا (۱۳۸۷)، *بازنگری در علل و درمان افسردگی*، حمید فرزادی و سعید عبادی زارع، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
۷. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۱) گزارش سازمان جهانی بهداشت از نرخ بیماری غیرمسمری در سال ۲۰۰۱.
۸. کاپلان، هارولد و بنیامین سادوک (۱۳۷۹)، *خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی*، ترجمه نصرت‌اله پورافکاری، ج ۱ و ۲، تهران: شهر آب.
۹. کاویانی، حسین و موسوی، اشرف سادات موسوی (۱۳۸۸)، *مصاحبه و آزمون‌های روانی*، تهران: مهر کاویان.
۱۰. محسنی تبریزی، علی‌رضا و سیدان، فریبا (۱۳۸۳)، «منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان»، *نشریه پژوهش زنان*، دوره ۲، شماره ۲: صفحات ۸۹-۱۰۲.
11. Beck, A. T, Rush, A.j., Shaw , B.F., & Emery , G. (1979). Cognitive therapy of depression. Newyork: Guilford.
12. Ghodsi, Zahra & Simin Hojjatoleslami (2011) Depression in Women and its relation with Well-being, individual and social factors in Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 28: 553-557. Available online: <http://www.scienceDirect.com>.
13. Jenks Kettmann, J.D. & Altmaier, E.M. (2008) Social support and depression among bone marrow transplant patients, *Journal of Health Psychology*, 13(1): 39-46.
14. Koster, Annemarie & Bosma, Hans & Kempen, Gertrudis I.j.M & Penninx, Brenda W.J.H. & Beekman, Aartjan T.F. & Deeg, Dorly j.H. & Th.M, Jacques & Eijk, van. (2006) Socioeconomic differences in incident depression in older adults: The role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral factor, *Journal of Psychosomatic Research*, vol 61: 619-627.
15. Lucht ,M. & Schaub R.T & Meyer, C & Hapka, U & Rumpf, H.j & Bartels, T & Houwald, J von & Barnow, S & Freyberger, H.J & Dilling, H & John, U. (2003) Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality, *journal of Affective Disorders*, vol. 77: 203-211.

16. Pahkala, Kimmo & Kivela, Sirkka Laippala (1992) Social and environmental factors and dysthymic disorder in old age, *journal of clinical Epidemiology*, vol 45, issue7:775-783.

