

Research Paper

Native Modeling of Psychosocial Vulnerability to Persistent Depression of Women: A Grounded Theory Study

Latifeh Nezami¹, Marziyeh Alivandi Vafa^{2*}, Ali Khademi³, Jalil Babapour Kheiroddin⁴

1- Ph.D. student in Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2- Ph.D. in Psychology, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

3- Ph.D. in Psychology, Associate Professor of Psychology, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

4- Ph.D. in Psychology, Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Tabriz - Tabriz, Iran

Received: 2020/11/11

Revised: 2021/03/28

Accepted: 2021/06/06

Use your device to scan and
read the article online



DOI:

10.30495/jzv.2021.26520.3422

Keywords:

Persistent Depression,
Psychosocial Vulnerability,
Native Modeling, Grounded
Theory

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to model the indigenous pattern of psychosocial vulnerability to persistent depression in women in Tabriz. The present study was a qualitative research method and used the grounded theory. The study population consisted of 21-50 years old women with persistent depression, 20 of whom were purposefully and data saturated from among referrals to 3 counseling centers in Tabriz in year 2018-2019. The research tool was Beck Depression Inventory 21 Questionnaire, Structured Interview and Qualitative Interview

Methods: Data analysis was performed based on the coding of the contextual method and 3 major categories and 1 core category were obtained and a background theory was presented in the form of a model.

Findings: The results showed that two categories of factors: "having a traumatic psychological background" and "facing Non psychological challenges" lead to a traumatic individual / interpersonal psychological activity and eventually experience depression. At the end, it is recommended that culture-oriented issues along with treatment planning should be taken into account.

Citation: Nezami L, Alivandi Vafa M, Khademi A, Babapour Kheiroddin J. Native Modeling of Psychosocial Vulnerability to Persistent Depression of Women: A Grounded Theory Study. Quarterly Journal of Women and Society. 2022; 12 (48): 51-66. doi: 10.30495/jzv.2021.26520.3422

*Corresponding author: Marziyeh Alivandi Vafa

Address: Ph.D. in Psychology, Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz.

Tell: 09148453325

Email: m.alivand@iaut.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Depression is a major cause of disability and disease worldwide and affects millions of people around the world, especially women. Various studies show that women are twice as likely to be depressed than men (1). According to scientific research, in women, this increase in vulnerability to depression begins during puberty and continues through menopause (2:3). Findings from national studies show that the range of depressive disorders in Iran ranged between 11.9 and 23.8%; And like most global studies in Iran, it is one of the most common disorders (4). In the fifth statistical diagnostic version of mental disorders (DSM-5) depressive disorders are the fourth category of disorders. Persistent depressive disorder is an exacerbation of chronic major depression and dysthymic disorder (5). All mental health professionals acknowledge the role of biological, psychological, social, and cultural factors in the incidence of psychological disorders. In psychological models, vulnerability is recognized as a congenital or acquired predisposition to maladaptation and mental disorders. In this integrated model, it emphasizes the interaction between disease readiness (vulnerability) and environmental disturbance (stress), (6). In fact, it makes a person vulnerable to a disorder; But it does not start the disorder. (7). Research on the causes of vulnerability to these disorders will be a central point in the effort to perception, prevention, and treatment them (8). The aim of the study was to develop a local model of psychosocial vulnerability to persistent depression for women in Tabriz city.

Methods

The main reason for the researcher's attention to this issue was that there was a considerable lack of research in this field in the local studies. This research is generally a qualitative study; And in terms of design,

it is based on research, background theory or foundation data. In contextual theory, the general question is the starting point of research (9); In Tabriz society with its own culture, does depressive disorder have a specific defined model in women's psychosocial vulnerability?. The study population consisted of 21-50 years old women with persistent depression, 20 of whom were purposefully and data saturated from among referrals to 3 counseling centers in Tabriz in year 2018-2019. The research tool was Beck Depression Inventory 21 Questionnaire (10), Structured Interview (11) and Qualitative Interview (12). Data analysis was performed based on the coding of the contextual method In the open coding stage, in two stages, the initial concepts were coded. In the first level, 78 concepts were extracted from the text of interviews with sample people. Then, in the second stage, these concepts were coded in the form of 26 concepts for greater coherence. In the axial coding stage, the basic concepts extracted in the previous stage were classified into 11 major categories, which were at a higher level in terms of abstraction than the concepts of the previous stage and included: cognitive factors, motivational factors, behavioral factors. Personality factors, emotional factors, childhood experiences, family history, interpersonal and social communication factors, therapeutic factors, physical factors and occupational, educational and economic factors. It should be noted that the category of "persistent depression" was considered as a core category in selective coding. and a background theory was presented in the form of a model.

Findings

The underlying theory has shown that categories such as childhood experiences, family history, personality, and emotion can be considered as causal factors in why depression begins to be experienced. In fact, juxtaposing these categories in a

defined context was able to influence response-oriented categories of cognition, motivation, behavior, and interpersonal relationships. Also, given that long-term experience of depression requires experience of other underlying conditions; Examination of the interviewees' responses showed that the intervention factors were able to influence the prolongation of the depression period. The results showed that two categories of factors: "having a traumatic psychological background" and "facing social, physical / psychological and therapeutic challenges" lead to a traumatic individual / interpersonal psychological activity and eventually experience depression.

Discussion

Based on the findings of this study, it seems that in interpreting persistent depression, one should not only look for current factors; But also to be carefully acquainted with the initial experiences of life; Because the long-lasting disturbed mental atmosphere can better justify the prolongation of depressive disorder.

Conclusion

Finally, it is suggested that in the priority of treatment planning for persistent and chronic depressive disorder, underlying and intervention factors should be considered according to the indigenous culture of individuals.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All participants in the study participated in the study by filling out a consent form, and the researchers assured them that the results of the research were confidential.

Funding

All financial resources and costs for research and publication of the article have been paid by the first author and no financial support has been received.

Authors' contributions

The article is an excerpt from a Ph.d. Thesis. The first author is a Ph.D. student of Psychology; the Second author is the responsible author and the first Supervisor; the third author is the second supervisor and the fourth author is the dissertation consultant.

Conflicts of interest

This article is taken from the Ph.d. Thesis entitled "Native Modeling of Psychosocial Vulnerability to Persistent Depression of Women: A Grounded Theory Study" (Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz). This research is not in conflict with personal or organizational interests.

مقاله پژوهشی

الگویابی بومی آسیب پذیری روانی - اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان - روش زمینه ای

- لطیفه نظامی^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۲*}، علی خادمی^۳، جلیل باباپور خیرالدین^۴
۱. دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
 ۲. استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
 ۳. دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
 ۴. استاد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز - تبریز، ایران

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف الگویابی بومی آسیب پذیری روانی - اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع کیفی بوده و روش زمینه ای به منظور الگویابی و تدوین نظریه استفاده شد. جامعه آماری شامل زنان ۲۱ الی ۵۰ ساله مبتلا به افسردگی مداوم بود که از این جامعه، نمونه ای به تعداد ۲۰ نفر بصورت هدفمند و در قالب اشباع داده ای، از مراجعین به ۳ مرکز مشاوره شهر تبریز در سال ۹۸-۹۷، انتخاب شد. ابزار تحقیق، پرسشنامه ۲۱ سوالی افسردگی بک، مصاحبه بالینی ساختاریافته و مصاحبه کیفی بود.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس کدگذاری روش زمینه ای صورت گرفته و ۳ مقوله عمده و یک مقوله هسته بدست آمد و یک نظریه زمینه‌ای در قالب مدل ارائه گردید. نتایج تحقیق نشان داد که دو دسته عوامل یعنی "تجارب روانشناختی آسیب رسان" و "مواجهه با مشکلات غیر روانشناختی" منجر به بد کنشی فردی - بین فردی گردیده و در نهایت به تجربه افسردگی مداوم ختم می گردد. پیشنهاد می گردد تا در اولویت برنامه درمانی برای اختلال افسردگی مداوم، عوامل زمینه ای و مداخله ای با توجه به فرهنگ بومی افراد نیز مدنظر قرار گیرد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۳۱

تاریخ داوری: ۱۴۰۰/۰۱/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۱۶

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید



DOI:

110.30495/jzv.2021.26520.3422

واژه‌های کلیدی:

افسردگی مداوم، آسیب پذیری روانی - اجتماعی، الگویابی بومی، روش زمینه ای

* نویسنده مسئول: مرضیه علیوندی وفا

نشانی: استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

تلفن: ۰۹۱۴۸۴۵۳۳۲۵

پست الکترونیکی: m.alivand@iaut.ac.ir

مقدمه

افسردگی عامل اصلی ناتوانی و بروز بیماری در سراسر جهان است و بر میلیون ها نفر در سراسر جهان به ویژه زنان، تأثیر می گذارد. مطالعات مختلف نشان می دهد که زنان دو برابر بیشتر از مردان افسرده می شوند (۱). یافته های حاصل از مطالعات کشوری نشان می دهد که در ایران طیف اختلالات مربوط به افسردگی بین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصد در نوسان بوده و مانند اکثر بررسیهای جهانی در ایران نیز یکی از شایعترین اختلالات به شمار می رود (۴). همچنین، نتایج حاکی از بالا بودن میزان بالای افسردگی در زنان، دختران، زنان بیوه، جوامع کوچکتر و زنان مطلقه بوده است (۱۳).

در پنجمین نسخه ی تشخیصی آماری اختلالات روانی^۱، اختلالات افسردگی چهارمین طبقه اختلالات را به خود اختصاص داده است. اختلال افسردگی مداوم یا پایدار، تحکیم افسردگی اساسی مزمن و اختلال افسرده خویی است (۵). حضور نشانه های عزت نفس پایین و بدبینی برای تشخیص اختلال افسردگی مداوم بسیار حائز اهمیت است؛ نشانه هایی که متخصصان از آنها برای تمییز دو اختلال مشابه افسردگی مداوم و افسردگی اساسی بکار می برند. متخصصان سلامت ممکن است مبتلایان افسرده خویی را به جای آن که بعنوان افرادی با اندوه طولانی و عمیق درک کنند آنها را بصورت افرادی غمگین، منفی گرا و کنایه زن با رفتارهای گناهکارانه تعریف نمایند (۱۴).

از نگاه سبب شناسی، در ایجاد اختلال افسردگی، ترکیبی از عوامل روانی، بیولوژیکی و اجتماعی دخالت دارند. در مدل های روانشناختی، آسیب پذیری به عنوان یک آمادگی مادرزادی یا اکتسابی برای ناسازگاریها و اختلال های روانی شناخته شده است. مدل بیماری پذیری - استرس بعنوان یکی از پرنفوذترین مدل های مطرح قلمداد شده است. در این مدل تلفیقی، بر تعامل بین آمادگی برای بیماری (آسیب پذیری) و آشفتگی محیطی (استرس) تاکید می کند (۶). در این راستا (۷)، اعتقاد بر این است که وابسته به درک ذهنی فردی از یک رویداد، آسیب پذیری می تواند منجر به یک بیماری روانی خاص شود. در این نگاه، آسیب پذیری پنهان از طریق رویدادهایی که فرد به عنوان استرس زا درک می کند، فعال شده و با ساخت شرایط غیرمعمول، سبب تجربه ی انواع علائم اختلالات روانی می گردد. در حقیقت، آسیب پذیری فرد را در مبتلا شدن به یک اختلال مستعد می سازد ولی اختلال را آغاز نمی کند؛ بعلاوه (۸) چنین استدلال کرده اند که تحقیق در مورد آسیب پذیری اختلال روانی به عنوان

نقطه عطفی در تلاش برای درک، درمان و جلوگیری از اختلالات عاطفی قلمداد می شود.

از طرف دیگر، بررسی ادبیات مربوط، نشان از این امر دارد که با توجه به توان بالای پیش بینی کنندگی آسیب پذیری های فردی و بین فردی در رشد چشمگیر افسردگی در طول عمر، محققان به طور فزاینده ای به منشاء رشد ریشه های این عوامل و نیز قابلیت آنها در ظهور، تحکیم و تثبیت نسبتا پایدار علائم افسردگی توجه می کنند. برای نمونه (۱۵) پیشنهاد دادند که چندین عامل رشدی می تواند علت و زمینه ساز تجربه ی ناامیدی در افسردگی باشد. به باور آنها، کودکانی که تجربه حوادث منفی مثل بدرفتاری را داشته اند، در تلاش برای یافتن معنا، باز خوردی را که توسط پدر و مادرشان در مورد علل حوادث ارائه شده است، درونی می کنند و غالبا میلشان بر آن است که خود را علت بدرفتاری اطرافیان بدانند؛ تجربه ای که در نهایت در قالب الگوهای اسنادی بصورت یک ویژگی درآمده و روشی برای ناامیدی در مواجهه با عوامل استرس زا در آینده می شود. بدرفتاری در دوران کودکی با افزایش خطر ابتلا به افسردگی مزمن و عدم پاسخ در طول درمان ارتباط دارد (۱۶).

از نظر روانی - اجتماعی نیز این امکان وجود دارد که رویدادهای شدید در دوران کودکی و رویدادهای استرس زای زندگی مانند از دست دادن یک فرد عزیز یا بیماری جدی، افراد را برای تجربه ی علائم اختلال افسرده خویی مستعد سازد (۱۷). بررسی موارد فوق نشان میدهد که حوادث منفی زندگی، در هر قالب و شکلی که باشد، می تواند افسردگی را پیش بینی کند؛ در حقیقت افسردگی و فشارهای روانی رابطه دو طرفه ای دارند که به موجب آن افسردگی می تواند علت و تأثیری از استرس روانی قلمداد شود (۲).

مرور ادبیات مربوط حاکی از این امر است که آسیب پذیری این اختلال به موارد بیان شده ختم نمی شود. وضعیت اجتماعی - اقتصادی به وضوح با آسیب پذیری فشار روانی یا استرس مرتبط است چراکه بر اساس آمارهای منتشر شده، در جمعیت های کم درآمد، سطوح بالایی از انواع فشارهای روانی قابل ردیابی بوده و این گروه بیشتر از گروه های مشابه در معرض تجربه ی افسردگی قرار دارند (۱۸). همچنین موقعیت های منفی بین فردی مانند خشونت شریک زندگی و ادراک حمایت اجتماعی پایین، آسیب پذیری بیشتری را برای استرس و افسردگی در زنان ایجاد می کنند (۱۹).

مطالعه (۲۰) نشان داد که آسیب های تجربه شده ی خارج از کنترل فردی (مانند طلاق) می تواند با توجه به جنس، سن و

1- Diagnostic and statistical manual of mental disorders

توجه به این امر که تجربه ی افسردگی مداوم در زنان بعنوان شالوده ی سلامت خانواده، تاثیر غیرقابل انکاری بر عملکردهای فردی و بین فردی آنها بر جا می گذارد و با عنایت به این که چگونگی مقابله هر فرد با مشکلات روانشناختی خود و تمایل آنها برای جستجوی درمان، متأثر از فرهنگ و الگوی بومی هر منطقه می تواند متفاوت باشد لذا شناسایی عوامل تاثیر گذار در روند ایجاد و مزمن شدن این اختلال با توجه به الگوی بومی اهمیت و ضرورت خاصی دارد. در اصل، شناسایی عوامل درگیر می تواند برای درمانگران در تدوین برنامه های درمانی کارآمدتر کمک کننده باشد.

بر اساس آنچه مطرح شد و با توجه به یافته های متفاوت در تبیین آسیب پذیری به افسردگی در زنان و از آنجاییکه اغلب تمرکز تحقیقات بر افسردگی اساسی بوده است تا بر افسردگی مداوم، این سوال پیش می آید که آیا در جامعه ی تبریز با فرهنگ خود، اختلال افسردگی مداوم از مدل تعریف شده ی خاصی در آسیب پذیری روانی اجتماعی زنان برخوردار است؟ در همین راستا این تحقیق با هدف الگویابی بومی آسیب پذیری روانی- اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان شهر تبریز، صورت گرفت. هدف از انجام این تحقیق الگویابی بومی آسیب پذیری روانی- اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان شهر تبریز بود.

روش پژوهش و ابزار پژوهش

علت اصلی پرداخت محقق به موضوع علل آسیب پذیری زنان به افسردگی مداوم، خلا قابل ملاحظه تحقیقات در این زمینه در مطالعات داخلی بود. این تحقیق در حالت کلی، از نوع پژوهش های کیفی بوده و از لحاظ طرح، بر اساس پژوهش نظریه ی زمینه ای^۱ یا داده بنیاد استوار می باشد. در نظریه زمینه ای، سوالی کلی، نقطه آغاز تحقیق است. در این نوع تحقیق فرآیند اصلی، کد گذاری داده های خام و استخراج مفاهیم و مقولات اصلی و روابط بین آنها در چارچوب یک تئوری محقق ساخته است. فرآیند کدگذاری را به ۳ مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی تقسیم کرده اند. این سه مرحله لزوماً از یکدیگر مجزا نبوده و در فرآیند تحقیق به تکمیل یکدیگر یاری می رسانند. این فرآیند مبنای اصلی تمایز این شیوه از سایر روش های تجزیه و تحلیل داده ها در پژوهش کیفی است. در مرحله کد گذاری باز، مفاهیم اولیه در مرحله کدگذاری محوری، مقولات عمده همراه با مقوله هسته استخراج می شوند. مقوله هسته باید قدرت تحلیلی داشته باشد و دیگر مقولات را نیز پوشش دهد. در مرحله کدبندی انتخابی که همراه با بررسی دقیق داده ها و کدبندی دو مرحله قبلی است، پژوهشگر در عمق داده ها به تحلیل پرداخته و آنها

وضعیت تاهل تاثیرهای متفاوتی بر افراد بجا بگذارد. برخی مطالعات تاکید بیشتری بر روی برخی از وقایع پرتنش زندگی در ایجاد افسردگی عمده داشتند (۲۱) در حالیکه در مطالعه (۲۲)، هیچ ارتباطی بین رویدادهای فشارزای زندگی و افسردگی مزمن طولانی مدت یافت نشد. از زاویه ی دیگر، برخی نیز به فاکتورهای ژنتیکی اشاره داشته و بر حضور آنها در آسیب پذیری اختلال افسردگی مداوم تاکید بیشتر دارند. تحقیقات نشان می دهد که کودکان والدین مبتلا به افسردگی احتمال افزایش خطر ابتلا به افسردگی را بیشتر نمایان می سازند (۲۳).

از طرفی، مطالعه آسیب شناسی اختلالات بدون در نظر گرفتن فرهنگ و در خلاء امکان پذیر نیست؛ از لحاظ نظری، فرهنگ بومی یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده الگوهای رفتاری بهنجار و نابهنجار است؛ در واقع فرهنگ بر مرز بین سلامت و ناهنجاری، تحمل علائم و رفتارهای خاص، آسیب پذیری، رنج و پایبندی به درمان اثرگذار است. به بیانی دیگر، فرهنگ بر اینکه چطور افراد علائم خود را نشان می دهند، با مشکلات روانشناختی خود مقابله می کنند و تمایل آنها برای جستجوی درمان، تأثیر میگذارد (۲۴). بعلاوه، تفسیر یافته های پژوهشی نیز بدون فهم استانداردهای افراد و بافت فرهنگی آنها از بهنجاری و نابهنجاری و بیماری و سلامتی امکان پذیر نیست. در مدل آسیب پذیری- استرس در آسیب شناسی روانی، فرهنگ می تواند نوعی عامل استرسور باشد که باعث فعال شدن برخی آسیب پذیرها در ابتلا به بیماری های روانی شود. بعنوان مثال در برخی فرهنگها، استرس بیشتر از سایرین تجربه می شود که می توان آن را به عوامل متفاوتی از جمله نژاد، قومیت، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و شرایط اجتماعی آن فرهنگ نسبت داد که زمینه ساز بروز انواع اختلالات روانی را فراهم می کنند (۲۵).

بنابراین، با توجه به جنس عوامل درگیر در اختلال افسردگی مداوم، متخصصان امر به بررسیهای کیفی و کمی فرهنگ مدار تاکید دارند چراکه تداخل فاکتورهای متعدد در این نوع اختلال، کنترل عوامل و دستکاری بالینی، فرآیند درمان را با مشکل مواجه می سازد و این امر جز با دخالت دادن لنز تخصصی فرهنگ ممکن نیست. بر این اساس به دلیل نبود اطلاعات کافی فرهنگ مدار در خصوص افسردگی مداوم، داده های دقیق و متقنی از همسانی برخی تبیین های خارجی در سبب شناسی افسردگی در کشور وجود ندارد. در واقع در خصوص آسیب پذیری فرهنگ محور اختلال افسردگی مداوم، داده های واقعی قابل اشاره ای در ادبیات تجربی کشور موجود نمی باشد؛ این در حالی است که برخی تناقض ها در خود تحقیقات خارجی نیز بیان گشته است؛ مقوله ای که نیازمند انجام تحقیقات بیشتری در این راستا می باشد. با

1- Grounded theory

فرد بین ۰ تا ۶۳ خواهد بود (۲۷). به دلیل اهمیت این ابزار در تشخیص مداخله بالینی، پژوهش‌های روان‌سنجی فراوانی درباره ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در تحقیق‌های (۱۰)، (۲۸)، (۲۹) مورد تایید واقع شده است. در این تحقیق، نمرات بین ۲۲-۱۵ همراه با برآورد مدت زمان اختلال افسردگی مداوم (۲سال) که با همکاری یک روانپزشک انجام پذیرفته بود، جهت انتخاب نمونه‌ها استفاده شد. - مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های افسردگی مزمن در DSM-5 (Scid-5-cv):

مصاحبه‌ی بالینی ابزاری جهت تشخیص‌گذاری است که پایایی این ابزار برای اختلال‌های محور I در DSM-IV را از طریق باز آزمایی مجدد روی گروهی توسط هفت مصاحبه‌گر بررسی گردید و ضریب کاپای قابل قبول ۰/۷ را گزارش نمودند. در این پژوهش از نسخه (۱۱) استفاده گردید. -مصاحبه‌ی کیفی:

جهت گردآوری داده‌ها در پژوهش کیفی از ابزار مصاحبه باز و نیمه ساختارمند با مبتلایان به افسردگی مداوم استفاده شد. در این مصاحبه از افراد در مورد وضعیت زندگی، روابط شخصی و اجتماعی، سبک زندگی، مشکلات روانی و اجتماعی همراه با مروری بر گذشته و نیز سوابق بیماری سوال شد. لازم به توضیح است که برای انجام این مصاحبه از پیشنهاد مصاحبه‌ای (۱۲) استفاده شد. نمونه‌ای از سوال‌های مصاحبه در این قسمت آورده شده است: (۱) این بیماری در کدام یک از جنبه‌های زندگی و عملکردهای شما تاثیر گذاشته است؟ (۲) آیا از طرف خانواده و اطرافیان در دوره این بیماری حمایت شده‌اید؟ یعنی آیا در طول تجربه‌ی این بیماری، احساس درماندگی داشته‌اید؟ (۳) چه اقداماتی در جهت درمان این مشکل داشته‌اید؟ و آیا این بیماری را قابل درمان می‌دانید؟

یافته‌های پژوهش

این پژوهش با هدف الگویابی بومی آسیب‌پذیری روانی- اجتماعی به افسردگی مداوم و ارائه یک نظریه زمینه‌ای انجام شده است. در مرحله کدگذاری باز تعداد ۷۸ مفهوم از متن مصاحبه‌ها با افراد نمونه استخراج گردید. بطور مثال از پاسخ‌های " در جمع، قدرت اظهارنظر و ابراز وجود ندارم، در خواست‌های نامعقول را نمی‌توانم براحته‌ی ردّ نمایم

، اکثراً بدنبال‌تاییدخواهی از دیگران هستم ، به تنهایی قدرت تصمیم‌گیری ندارم ، اکثراً خود را سرزنش کرده و احساس گناه می‌کنم ، به مرور خاطرات منفی گذشته می‌پردازم " ، مفاهیمی چون برخورد منفعلانه ، عدم قاطعیت و ابراز وجود ، تاییدخواهی از دیگران ، عدم قدرت تصمیم‌گیری ، سرزنش و احساس گناه و

را در قالب نظریه‌ای که همان نظریه زمینه‌ای و هدف اصلی پژوهش برای درک موقعیت بوده است، ارائه می‌دهد که در این فرآیند پژوهشگر پس از تعیین مقوله محوری یا هسته، سایر مقولات حول مقوله محوری را در قالب یک مدل پارادایمی ترسیم می‌کند(۲۶). جامعه مورد مطالعه شامل زنان ۵۰-۲۱ساله مبتلا به افسردگی مداوم در شهر تبریز بودند. اگرچه در بسیاری از روش‌های پژوهشی دیگر، نمونه‌گیری از اولین گام‌ها در فرآیند پژوهش است ولی تعیین نمونه در روش زمینه‌ای، همزمان با دیگر ابعاد تحقیق صورت می‌گیرد به طوری که نمونه‌گیری زمانی به پایان می‌رسد که اشباع نظری (عدم حصول داده‌های اضافی و کمکی برای تکمیل و مشخص کردن یک مقوله نظری) حاصل گردد. بر این اساس در گام اول، از جامعه مورد نظر به روش هدفمند، نمونه‌ای با تعداد ۲۰ نفر در گروه سنی ۲۱الی ۵۰ سال، انتخاب شدند. معیارهای انتخاب و ورود به مطالعه الف) رضایت از شرکت در انجام تحقیق ب) عدم همبودی اختلالات روانی دیگر ج) تشخیص افسردگی مداوم از طریق مصاحبه ساختاریافته مبتنی بر ملاک‌های DSM-5 (Scid-5-cv) د) نمره ۱۵ تا ۲۲ در پرسشنامه افسردگی بک بود و ه) مدت زمان ابتلا به اختلال افسردگی مداوم حداقل ب مدت ۲سال.

شایان ذکر است که درجه‌ی اشباع داده‌ها در این تحقیق، با همان بیست نفر حاصل آمد. (۹ نفر خانه دار و ۱۱ نفر شاغل ، تحصیلات ۶ نفر دیپلم و زیر دیپلم ، ۱۰ نفر لیسانس ، ۲ نفر دکترا و ۲ نفر ترک تحصیل از مقطع لیسانس). اعتبار صوری و محتوایی مصاحبه کیفی توسط اساتید بالینی تایید گردید. کدگذاری داده‌های خام بدست آمده طی ۳ مرحله صورت گرفت سپس در قالب نظریه‌ای که همان نظریه زمینه‌ای و هدف اصلی پژوهش برای درک موقعیت بوده است، بصورت مدل ارائه گردید. اعتبار پژوهش توسط اساتید ، با تایید مقبولیت داده‌ها در تمامی مراحل کدگذاری و تعلق مولفه‌های اصلی به مفاهیم اولیه و نیز تعلق مقوله هسته به مقولات عمده صورت گرفت. همچنین با ارجاع به نمونه‌ها و تایید یافته‌ها اعتبار پژوهش تایید گردید. از دو معیار باور پذیری و اطمینان پذیری نیز جهت استحکام پژوهش استفاده شد.

ابزار پژوهش

ابزارهای مورد استفاده در تحقیق عبارتند از :

- مقیاس افسردگی بک

این آزمون ۲۱ سوالی توسط بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ برای سنجش میزان افسردگی و علائم این بیماری ساخته شد. هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. همه این پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۰ تا ۳) نمره‌گذاری شده و نمره کل

منفی دوران کودکی، مشکلات درمانی، نگرانی های جسمانی و وضعیت اجتماعی نامطلوب؛ سپس بصورت ۳ مقوله عمده طبقه بندی شدند که شامل بد کنشی درون فردی - بین فردی (شرایط علی)، تجارب روان شناختی آسیب رسان (شرایط زمینه ساز)، مواجهه با مشکلات غیر روانشناختی (شرایط مداخله ای) بوده که در مجموع باعث تداوم افسردگی (پيامد) شد. قابل ذکر است که مقوله ی "افسردگی مداوم بومی شده" به عنوان مقوله هسته‌ای در نظر گرفته شد. (جدول ۱)

نشخوار خاطرات منفی استخراج شده و از جمع بندی مفاهیم فوق، مفهوم فرعی "منفی گرایي و کنترل شناختی ضعیف" استخراج گردید. بدین ترتیب مفاهیم اولیه در مرحله کد گذاری محوری، جهت انسجام بیشتر در قالب ۱۱ مفهوم فرعی کد گذاری شدند؛ این مقولات عمده از لحاظ انتزاعی بودن در سطح بالاتری نسبت به مفاهیم مرحله قبل قرار داشتند و شامل منفی گرایي و کنترل شناختی ضعیف، فقدان لذت و ناامیدی، سبک زندگی نامناسب و خود فرمانی ضعیف، مشکلات ارتباطی، بد تنظیمی هیجانی، خلق مضطرب خود انتقادگر، سابقه خانوادگی نامطلوب، تجارب

جدول ۱- مفاهیم، مقوله های فرعی و مقوله های عمده مستخرج از داده های خام

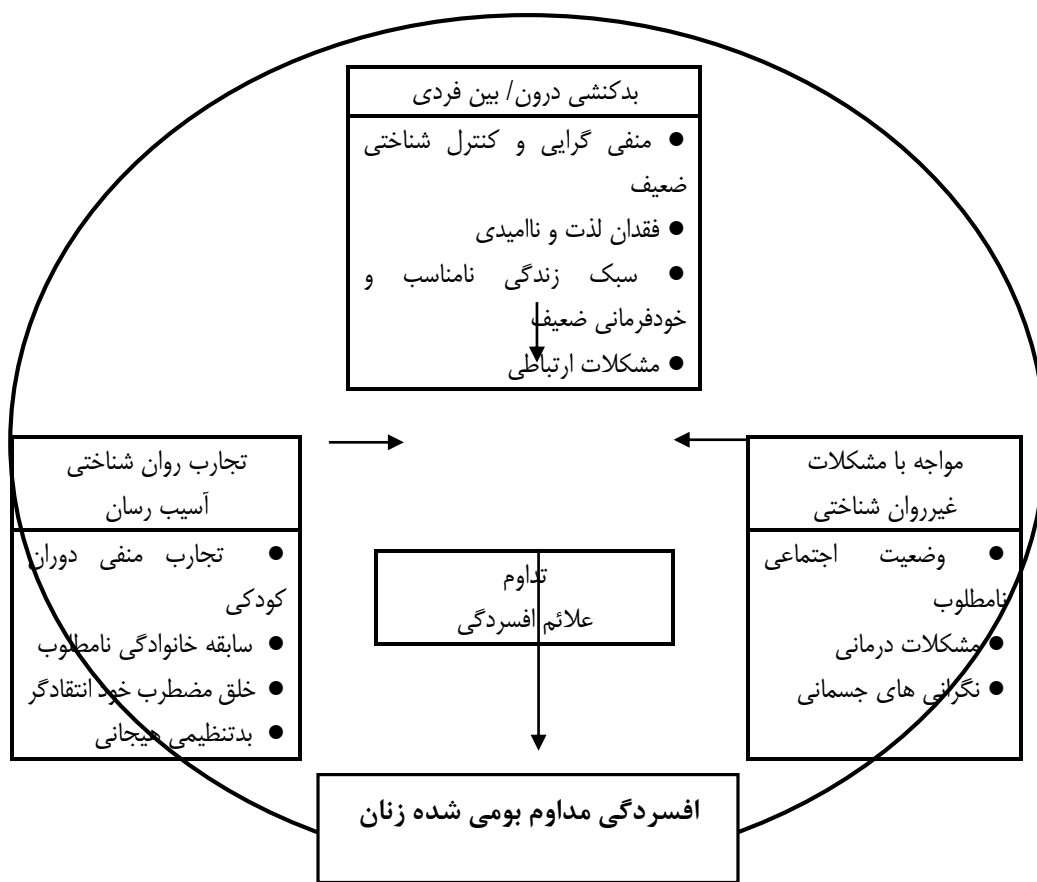
مفاهیم (n=78)	مقوله های فرعی (n=11)	مقوله های عمده (n=3)	نوع مقوله
- احساس بی کفایتی و شکست	منفی گرایي و کنترل شناختی ضعیف	بد کنشی درون / بین فردی	(علی)
- احساس بی ارزشی و مهم نبودن			
- برخورد منفعلانه و عدم قاطعیت			
- عدم مهارت ابراز وجود و اظهار نظر			
- حواس پرتی			
- عدم تمرکز			
- تأیید خواهی از دیگران			
- عدم قدرت تصمیم گیری			
- انتظارات بالا از دیگران			
- اشتغال ذهنی با افکار مرگ و نیستی			
- اقدام به خودکشی			
- احساس گناه و عذاب وجدان از انجام دادن یا ندادن کارها	فقدان لذت و ناامیدی		
- سرزنش خود و احساس تقصیر در نتایج اکثر مسائل			
- بدبینی به مسائل، دیگران و نتایج کارها			
- ترس از تغییر			
- نشخوار خاطرات منفی			
- افراط و تفریط در باورمندی مذهبی			
- یاس و ناامیدی از آینده			
- احساس پوچی			
- عدم تمایل و علاقه به کار			
- عدم علاقه به خانواده و اطرافیان و دوستان			
- عدم علاقه به سرگرمی و تفریح			
- اهمال کاری در انجام وظایف	سبک زندگی نامناسب و خود فرمانی ضعیف		
- عدم برنامه ریزی در زندگی			
- بی نظمی در کارها و زندگی			
- بی توجهی به پوشش و ظاهر			
- بی توجهی به سلامتی			
- بی توجهی به تغذیه خود و خانواده			

مفاهیم (n=78)	مقوله های فرعی (n=11)	مقوله های عمده (n=3)	نوع مقوله
- بی توجهی به خواب و استراحت و تفریح - بی توجهی به نیازهای جنسی - طلاق یا جدایی - ناراضی زناشویی - مشکلات ارتباطی با همسر - مشکلات ارتباطی با فرزندان - مشکلات ارتباطی با والدین - تنش و تعارضات متعدد در خانواده - مشکل در برقراری و حفظ روابط - شکست در روابط عاطفی - نداشتن دوستان صمیمی و نزدیک - عدم ارتباط با دوستان و اقوام	مشکلات ارتباطی		
- بی احساسی در واکنش ها - افراط در احساسات - آرایه پاسخ های نامناسب به محرکها - زود رنجی (رنجش و ناراحتی) - احساس خشم - تحریک پذیری - پرخاشگری (عدم کنترل تکانه) - توقعات بالا از خود - معیارهای سرسختانه - تردید / خود انتقادی - غمگینی، دلنگی و کم حوصلگی - خلق اضطرابی - خستگی بدنی و ذهنی - جدایی یا طلاق والدین - فوت والدین یا نزدیکان - طرد از طرف والدین یا همسالان - سابقه سوء استفاده روانی - سابقه سوء استفاده جسمی، جنسی - تنبیه بدنی - سابقه افسردگی در والدین - سابقه افسردگی در خواهران و برادران - سابقه افسردگی در اطرافیان (مانند پدر بزرگ/ مادر بزرگ)	بدتنظیمی هیجانی		
- خلق مضطرب خود انتقادگر - غمگینی، دلنگی و کم حوصلگی - خلق اضطرابی - خستگی بدنی و ذهنی - جدایی یا طلاق والدین - فوت والدین یا نزدیکان - طرد از طرف والدین یا همسالان - سابقه سوء استفاده روانی - سابقه سوء استفاده جسمی، جنسی - تنبیه بدنی - سابقه افسردگی در والدین - سابقه افسردگی در خواهران و برادران - سابقه افسردگی در اطرافیان (مانند پدر بزرگ/ مادر بزرگ)	خلق مضطرب خود انتقادگر		(زمینه ای)
- تنبیه بدنی - سابقه افسردگی در والدین - سابقه افسردگی در خواهران و برادران - سابقه افسردگی در اطرافیان (مانند پدر بزرگ/ مادر بزرگ)	تجارب روان شناختی آسیب رسان		
- سابقه افسردگی در والدین - سابقه افسردگی در خواهران و برادران - سابقه افسردگی در اطرافیان (مانند پدر بزرگ/ مادر بزرگ)	تجارب منفی دوران کودکی		
- سابقه افسردگی در والدین - سابقه افسردگی در خواهران و برادران - سابقه افسردگی در اطرافیان (مانند پدر بزرگ/ مادر بزرگ)	سابقه ی خانوادگی نامطلوب		
- داشتن سابقه ی افسردگی - ناامیدی از درمان دارویی افسردگی - ناامیدی از درمان روانی افسردگی - مصرف نامرتب داروهای ضدافسردگی - داشتن سابقه انواع درمان های متعدد و عدم بهبودی - تجربه بیمارپهای جسمی مکرر	مشکلات درمانی		
- تجربه بیمارپهای جسمی مکرر	نگرانی های جسمانی		(مداخله ای)
		مواجهه با مشکلات غیر روانشناختی	

مفاهیم (n=78)	مقوله های فرعی (n=11)	مقوله های عمده (n=3)	نوع مقوله
- انرژی پایین بدنی برای انجام کارها			
- نگرانی های متعدد سلامتی جسمانی			
- نگرانی های متعدد سلامتی روانشناختی			
- تجربه بیماریهای جسمی مزمن (مانند دیابت)			
- شکست تحصیلی			
- عدم علاقمندی به رشته تحصیلی			
- شکست شغلی	وضعیت اجتماعی		
- عدم علاقمندی به شغل	نامطلوب		
- مشکلات مالی والدین			
- مشکلات مالی فردی			
تداوم علایم افسردگی (پیامد)			

نشان داد که مقوله های مربوط به وضعیت اجتماعی نامطلوب، نگرانیهای جسمانی و مشکلات درمانی قادر بودند بر طولانی شدن دوره ی افسردگی تاثیر بگذارند. سطوح متغیر وابسته به صورت معنی داری متفاوت است. بر اساس مراحل انجام تحقیق در مرحله سوم کدگذاری یعنی کدگذاری انتخابی بر اساس مقولات عمده، یک نظریه زمینه‌ای در قالب مدل پارادایم در شکل ۱ ارائه شده است.

در یک نگاه کلی، بر اساس مفاهیم و کد گذاری محوری مفاهیم استخراج شده از مصاحبه‌ها در فرآیند نظریه زمینه‌ای نشان داد که مقوله هایی همچون تجارب منفی دوران کودکی، سابقه خانوادگی نامناسب، بدتنظیمی هیجانی همراه با خلق مضطرب می توانند بعنوان شرایط زمینه ساز در چرایی شروع تجربه ی افسردگی در نظر گرفته شوند. در واقع، کنار هم قرار گرفتن این مقوله ها در یک بافت تعریف شده قادر بود تا مقوله های پاسخ محور کنترل شناختی، سبک زندگی و خود فرمانی و ارتباطات فردی را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین با توجه به این امر که تجربه ی طولانی مدت افسردگی مستلزم تجربه ی شرایط دخیل دیگری نیز می باشد، بررسی پاسخ های مصاحبه شونده ها



مدل پارادایمی افسردگی مداوم بومی شده زنان

های آسیب رسانی همچون عدم حضور موثر والدین یا والدینی نامناسب چنان بر شاکله ی شخصیتی آنها تاثیر گذاشته که نمی توانند از گزند آسیبی آن در زمان حال نیز در امان باشند. برای مثال ۳ نفر از شرکت کننده ها طلاق والدین، ۲ نفر مرگ یکی از والدین، ۴ نفر تجربه مکرر بدرفتاری و تنبیه بدنی سخت و ۴ نفر سابقه سواستفاده جسمی و جنسی را گزارش نمودند. در این راستا همچنین ۸ نفر سابقه افسردگی در یکی از والدین بخصوص مادر داشتند و ۶ نفر در یکی از بستگان نزدیک، وجود افسردگی را گزارش کردند.

-بدکنشی درون فردی / بین فردی (شرایط علی)

داشتن زندگی نابسامان در دوران کودکی بر شناخت کلی نیز تاثیرگذار است. تجزیه و تحلیل تجارب شرکت کننده ها حاکی از آن بود که این افراد از منفی گرایی و کنترل شناختی ضعیف (عزت نفس پایین، عدم جرات مندی، تمرکز پایین، فقدان کنترل ذهنی، افکار مرگ و خودکشی، احساس گناه، منفی گرایی و بدبینی) در عذاب بودند؛ برای نمونه اکثر مصاحبه شوندگان احساس بی

همانطور که از الگوی بالا معلوم می شود، شرکت کننده ها به عوامل چندی در تجربه ی افسردگی و تداوم آن اذعان داشته اند که در این قسمت به ارایه ی داشته ها و تجارب آنها پرداخته می شود. در کل، نتایج بدست آمده از مصاحبه با شرکت کنندگان نشان می دهد که دو نوع تجربه ی کلی در قالب شرایط زمینه ساز و شرایط مداخله گر در بروز علایم افسردگی مداوم در گروه نمونه ی این تحقیق دخیل بودند که عبارتند از "داشتن تجارب روانشناختی آسیب رسان" و "مواجهه بودن با مشکلات غیر روانشناختی"؛ شرایطی که در نهایت قادر است بر سیستم کنشی درون فردی و بین فردی تاثیر گذارد. در زیر به هر کدام از آنها به اجمال اشاره شده است.

-تجارب روانشناختی آسیب رسان (شرایط زمینه ساز)

مرور ادبیات این اختلال نشان می دهد که تجربه ی محیط روانشناختی آسیب زا در دوران کودکی می تواند در بالا بردن میزان آسیب پذیری زنان به افسردگی نقش مهمی را ایفا نماید. جمع کثیری از شرکت کننده ها بر این امر تاکید داشتند که تجربه

افسردگی است. مشکلات درمانی در قالب شکست های دارویی و مداخلاتی نیز چنان بر سیر تجارب شرکت کننده ها موثر بودند که آنها از این مشکلات به عنوان مسایلی نام بردند که طولانی تر شدن افسردگی را سبب می شد. در کل، از مفاهیم بدست آمده از مصاحبه ها چنین استنباط می شود که عوامل درمانی، جسمانی- روانی همراه با عوامل دموگرافیک در تداوم افسردگی نقش مهمی داشتند. برای نمونه تقریباً همه مصاحبه شوندگان ناامید به درمان بوده، ۳ نفر با سابقه قبلی افسردگی اساسی، شکست در درمان را تجربه نموده بودند و اعتقادی به مصرف داروها نداشتند. ۱۲ نفر نیز نگرانی های متعدد در زمینه سلامتی جسمانی و ۵ نفر نیز بیماریهای مزمن (مانند دیابت، بیماری گوارشی و قلبی- عروقی) داشتند که به علت ناامیدی از درمان می تواند به عنوان عاملی برای تداوم افسردگی در نظر گرفته شود.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف الگویابی بومی آسیب پذیری روانی- اجتماعی به افسردگی مداوم و ارائه یک نظریه زمینه‌ای انجام شد. نتایج نظریه زمینه‌ای نشان داد که ۳ مقوله عمده، در تبیین چرایی تجربه ی اختلال افسردگی مداوم در نمونه ی مورد نظر نقش داشتند و بصورت یک نظریه زمینه‌ای در قالب مدل ارائه گردید که در سه بعد قابل بحث می باشد: شرایط علی، شرایط زمینه ای و شرایط مداخله ای. به بیان دیگر، اگر همه ی عوامل در یک قالب جمع گردد، چنین می توان استنباط کرد که دو دسته عوامل یعنی "داشتن تجارب روانشناختی آسیب رسان" و "مواجه بودن با مشکلات غیر روانشناختی" در نهایت منجر به بد کنشی درون فردی - بین فردی نامطلوب شده و به تجربه افسردگی مداوم ختم می گردد. افراد شرکت کننده در این تحقیق که همگی دارای اختلال افسردگی مداوم بودند، از نوعی تجارب تقریباً شبیه به هم برخوردار بودند که نمی توان حضور این متغیرها را در کنار هم نادیده گرفت. در واقع، تحلیل یافته ها نشان می دهد که همگی شرکت کننده ها به نوعی از شناخت ها، چرایی ها و چگونگی رفتارهای ناکارآمد و آسیب رسان در عذاب بودند.

بر اساس تجارب زیسته ی شرکت کنندگان، زندگی در شرایط ناهمساز و آشوب زای اولیه یعنی زمانی که طرحواره های مربوط به زندگی نگاشته می شوند، زمینه ای را فراهم می آورد که قادر است تعریف و مدیریت هیجانها را در زندگی بعدی با مشکل مواجه سازد و کنش شخصیت را در قالبهای شناختی، انگیزشی، رفتاری و بین فردی به چالش بکشند به طوری که رفتار نهایی وی که برگرفته از شناختها و هیجانها است، تحت تاثیر قرار گیرد. همچنین بر اساس نتایج، انگیزش که عامل رفتار محسوب می شود نیز از تاثیر تجارب و شرایط دوران کودکی در امان نیست.

کفایتی و کم ارزشی و احساس گناه را گزارش نمودند. برخورد منفعلانه و عدم مهارت جراتمندی و ابراز وجود نیز در اکثریت افراد وجود داشت. فقدان کنترل ذهنی نیز بصورت انتظارات بالا از خانواده و دیگران و عدم مهارت در تصمیم گیری دیده می شد. در ۳ نفر که سابقه افسردگی اساسی را داشتند، اقدام به خودکشی و در ۱۰ نفر نیز اشتغال ذهنی با افکار مرگ و نیستی گزارش شد. بدبینی به نتایج کارها، ترس از تغییر و نشخوار خاطرات منفی نیز در اغلب مصاحبه کنندگان ابراز گردید. همچنین اکثر آنها ناامیدی از آینده و احساس پوچی و فقدان علاقه و لذت به سرگرمی و تفریح و رفت و آمدهای خانوادگی را بیان کردند. از عوامل رفتاری نیز اهمال کاری در انجام وظایف و بی نظمی و بی برنامهگی و یکنواختی در زندگی در کنار سبک زندگی نامناسب به خصوص بی توجهی به سلامتی خود و خانواده در بیشتر از ۵۰ درصد افراد بصورت عادت پذیرفته شده رفتاری در آمده بود. تعداد زیادی از شرکت کننده ها وجود مشکلات خانوادگی چون نارضایتی زناشویی، مشکلات ارتباطی با فرزندان، تنش های متعدد در خانواده و مشکلات در ارتباط با والدین را گزارش نمودند. بعلاوه اکثریت بدون دوست نزدیک و صمیمی بوده و عدم مهارت توانایی برقراری و حفظ ارتباط با دیگران را در خود تایید نمودند. ۵ نفر از افراد مجرد نیز تجربه چندین شکست عاطفی در روابط با جنس مخالف را نشان دادند.

مواجه با مشکلات غیر روانشناختی (شرایط مداخله‌ای)

باید توجه داشت که صرف داشتن تجارب منفی شاید بتواند به تجربه افسردگی در مدت زمان محدود منجر گردد؛ اما وجود تجارب دیگری بعنوان عوامل مداخله کننده قادرند سیر تجربه ی افسردگی را سخت تر و دوره آن را طولانی تر نمایند. بر اساس آنچه شرکت کننده ها بیان کردند، وضعیت شغلی، تحصیلی و اقتصادی بر کیفیت تجربه ی افسردگی تاثیرگذار است. برای مثال تعداد قابل توجهی از شرکت کننده ها شکست تحصیلی، عدم علاقه به رشته تحصیلی، شکست شغلی و مشکلات مالی را از جمله عوامل غیرقابل انکار در طولانی تر شدن افسردگی تعریف کردند، به طوری که شرکت کنندگان شاغل در مصاحبه، از شغلشان ناراضی بودند. همچنین افراد بیکار نیز اظهار داشتند که شغل متناسب با رشته خود را نیافته اند یا بعلت عدم علاقه به رشته خود بدنبال یافتن شغل نبوده اند؛ ۲ نفر از مصاحبه کننده ها نیز تحصیلاتشان را به پایان نرسانده و سایرین یا به آن بی رغبت و یا نسبت به رشته تحصیلی خود ابراز نارضایتی داشتند. بعلاوه بر پایه نظر شرکت کننده ها، تجربه های منفی جدید در حوزه سلامت جسمانی- روانی نیز مزید بر علل طولانی شدن تجربه

همانطور که شرکت کننده ها بیان داشتند، وقتی شکل کلی خانواده و تجارب دوران کودکی آلوده باشد، خلق مضطرب و خودانتقادگر، عدم علاقه و تمایل به خانواده و کار، جای رشد و شکوفایی را خواهد گرفت. به همین ترتیب، وقتی دلایل انگیزشی فرد برای داشتن عملکرد مطلوب کافی و وافی نباشد، فرد از سبک زندگی نامناسب (همچون بی توجه بودن به پوشش تا بی توجهی به نیازهای جنسی) و بی هدفی و بی برنامه‌ریزی رنج خواهد برد.

بر پایه‌ی تحقیقات اخیر مشکلات در اوایل زندگی با افسردگی مزمن در ارتباط است. یافته‌ی که در تحقیق حاضر نیز قابل مشاهده است و همسو با یافته‌های (۳۰) است؛ علاوه بر آسیب‌های تجربه شده‌ی خارج از کنترل فردی (مانند طلاق) می‌تواند با توجه به جنس، سن و وضعیت تاهل تاثیرهای متفاوتی بر افراد بجا بگذارد. در واقع مشکلات ارتباطی خانوادگی (مانند طلاق یا جدایی، نارضایتی زناشویی، مشکلات ارتباطی با همسر، فرزندان، والدین) و اشکال در روابط بین فردی (مانند شکست در روابط عاطفی، نداشتن دوست صمیمی، نداشتن ارتباط با دوستان و اقوام) بطور آشکار و نهفته از چگونگی شخصیت، هیجانها و کیفیت دوران کودکی متاثر است به طوری که داشتن تجربه‌ی هر نوع آشفتگی در ساخت و نگهداری روابط با افراد نزدیک دیگر می‌تواند در انتها به تجربه‌ی آشفتگی روانشناختی در شکل افسردگی ختم گردد. برخی مطالعات نشان می‌دهد که تجربه‌هایی چون طرد از طرف همسالان و قربانی شدن ممکن است موجب تشدید آسیب پذیری‌های شناختی و تجربه‌ی افسردگی شود (۳۱)؛ عاملی که در تحقیق حاضر با نام "مشکل در روابط بین فردی" از طرف شرکت کننده‌ها مهم قلمداد شده است.

از طرف دیگر اگرچه اهمیت تجارب منفی دوران کودکی در ساخت شخصیت و ترجمان هیجانها غیرقابل انکار است ولی تجربه زندگی کنونی سازنده و زایا قادر است از آسیبهای تجربه شده قبلی کاسته و بر قدرت بودن فرد اضافه نماید. بر اساس نگاه شرکت کننده‌ها، طولانی شدن افسردگی و دوام آن می‌تواند تحت تاثیر عوامل مداخله‌ای مهم دیگر نیز باشد. برای مثال نتایج تحقیق حاضر همانند پژوهش‌های دیگر نشان داد که شکست عوامل درمانی می‌تواند موجب احساس ناتوانی و کاهش عزت نفس فرد افسرده گردد (۳۲)؛ چراکه تشخیص و درمان نامناسب موجب کاهش امید گردیده و از طرفی مصرف طولانی مدت داروها و تحت کنترل بودن طولانی مدت فرد افسرده با دارو در نهایت تفسیر فرد را از خود و تواناییهایش تحت تاثیر قرار می‌دهد. بر اساس یافته‌ها، عوامل جسمانی مانند وجود بیماری‌های مزمن و تعداد آنها در طول زندگی می‌تواند فرد را همواره نگران و دلواپس نسبت به سلامتش ساخته و احساس توانمندی در مقابل وجود سایر مشکلاتی چون پیدایش افسردگی را بسیار پایین آورد.

همچنین عواملی چون ویژگی‌های شغلی، اجتماعی، اقتصادی، ادراک حمایت اجتماعی، شیوه زندگی و موقعیت‌های بین فردی نقش مهمی در تبیین بروز و تداوم افسردگی بر عهده دارند. در واقع اگر وضعیت مالی، شغلی و تحصیلی، دارای شرایط نامطلوبی باشد، وضعیت روانشناختی فرد چنان آشفته می‌شود که سطح عملکرد کلی فرد پایین آمده و احساس بی‌کفایتی و پوچی فرد را محاصره می‌کند. به دلیل درگیری عمده‌ای که هر فرد با این موضوعات در طی زندگی‌اش در زمانی طولانی دارد، این عوامل می‌توانند همواره احساس نارضایتی و کاهش انرژی روانی را به دنبال داشته باشند و در نهایت موجب شکسته شدن مقاومت فرد در برابر افسردگی ایجاد شده، می‌گردد.

موضوع‌هایی که ارتباط آنها در تحقیقات قبلی به نوعی مورد پذیرش متخصصان بوده است (۳۳) و در این تحقیق نیز تایید شد. نظریه زمینه‌ای حاصل از این پژوهش تبیین کننده آن است که اختلال افسردگی عمدتاً ناشی از تجارب دوران کودکی ناسالم و سابقه‌ی خانوادگی آشفته ساز است؛ تجاربی که در چگونگی ساخت شخصیت و تنظیم و مدیریت هیجانها تاثیر گذاشته و شرایطی را فراهم می‌آورد که فرد نتواند با شناختهای سازنده، انگیزش کافی برای فعالیت‌های روزمره داشته باشد و رفتار مناسب فردی و بین فردی را تجربه نماید؛ از طرفی زمانی که فرد نتواند با دارایی‌های اجتماعی، اقتصادی و شغلی قابل قبول به چالشی مثبت با مسایل رو در رو دست یابد، تجربه‌های افسرده ساز سنگین تر شده و راه برای تداوم افسردگی هموار تر می‌گردد. به بیانی دیگر، بر اساس یافته‌های این تحقیق، به نظر می‌رسد در تفسیر افسردگی مداوم، نه تنها باید به دنبال چراهای کنونی بود بلکه باید به دقت در جریان تجارب اولیه‌ی زندگی نیز بود چراکه جوّ روانی آشفته طولانی، قادر است طولانی تر شدن اختلال افسردگی را بهتر توجیه نماید.

در پایان، پیشنهاد می‌گردد تا در اولویت برنامه ریزی درمانی برای اختلال افسردگی مداوم و مزمن، عوامل زمینه‌ای و مداخله‌ای با توجه به فرهنگ بومی افراد نیز مدنظر قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در دیگر مناطق جغرافیایی و فرهنگی کشور ایران انجام گیرد. در انتها، از تمام کسانی که ما را در اجرای این تحقیق یاری کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

پیش از اجرای پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد و تمام شرکت‌کنندگان با رضایت خود در پژوهش شرکت داشتند و محققان به آن‌ها اطمینان دادند که نتایج تحقیق محرمانه خواهد بود.

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش برگرفته از رساله دکترای رشته روانشناسی با کد ۱۰۲۲۰۷۰۶۹۷۱۰۰۱ و تاریخ تصویب ۹۸/۷/۲۲ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می باشد. ملاکها و ضوابط اخلاقی انجمن روان شناسی آمریکا و ملاکهای اخلاقی سازمان نظام روان شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد. تمام نکات اخلاقی شامل رازداری، در اولویت بودن سلامت روان شناختی شرکت کنندگان، امانت داری، دقت در استناددهی، قدردانی از دیگران، رعایت ارزشهای اخلاقی در گردآوری دادهها، رعایت حریم خصوصی شرکت کنندگان توسط پژوهشگران مدنظر قرار گرفته است.

حامی مالی

برای انجام این پژوهش، هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است. و تمام منابع مالی و هزینه پژوهش و انتشار مقاله تماماً بر عهده نویسنده اول می باشد.

Neutralization and Psychosocial Vulnerability, Quarterly Journal of Thought and Thought in Clinical Psychology, 9 (34): 47-59. (Persian)

- Wang, C. E. (2006). "Depression and Cognitive Vulnerability". Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Tromsø.

- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.

- Strauss, A. and Corbin, J. (2011), *Principles of Qualitative Research Method (Basic Theory, Procedures and Practices)*. Translated by: B Mohammadi. (2006). Third Edition, Tehran: Gisoom Publications. (Persian)

- Beck, A.T., Steer, R.A. & Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

- First, M.B., Williams, J., Karg, L.S. and Spitzer, R.L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5, SCID-5-CV Disorders*, translated by Vandad Sharifi, Behrang Shadloo and Zahra Shahrivar, First Edition, Tehran: Ebn Sina Publications. Second Edition. (Persian)

مشارکت نویسندگان

مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتراست. نویسنده اول دانشجوی مقطع دکتری، نویسنده دوم نویسنده مسئول و استاد راهنمای اول، نویسنده سوم استاد راهنمای دوم و نویسنده چهارم استاد مشاور رساله می باشند.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تحت عنوان «الگویابی بومی آسیب پذیری روانی - اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان - روش زمینه ای» است (گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد واحد تبریز) و با منافع شخصی یا سازمانی منافات ندارد.

References

- Cattaruzza, A. (2014). Difficulties in the Treatment of Depression During Pregnancy and Postpartum Depression, *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 13:75-87.
- Kinser, P. & Lyon, D. (2014). A conceptual framework of stress vulnerability, depression, and health outcomes in women: potential uses in research on complementary therapies for depression. *Brain Behav*; 4(5):665-674
- Nolen-Hoeksema, S. (2006). *The etiology of gender differences in depression*. In: Keita GP, editor. *Understanding depression in women: applying empirical research to practice and policy*. Washington, DC: American Psychological Association; pp. 9-43.
- Zamani, N., Khodabakhsh, M., Zamani, S., Kiani, F and Khosto Hashjin, H. (2015). Effect of Schema Therapy on Anxiety and Depression in Women Referring to Rehabilitation Specialist in 1394. *Health Community*: 10 (3): 70 -62. (Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Basharat, A., Masoudi, M. and Gholamali Lavasani, M. (1393). Emotional

- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory, Aldine Publishing Company. Chicago.
- Montazeri, A., Mousavi, S J., Omidvari, S., Tavousi, M., Hashemi, A. and Rostami, T. (2013). Depression in Iran: A systematic review of research texts, *Quarterly Journal*. 12 (6), 594-567(Presian)
- Melrose, S. (2017). Persistent Depressive Disorder or Dysthymia: An Overview of Assessment and Treatment Approaches, *Open Journal of Depression*, 2017, 6, 1-13.
- Abramson, L., Alloy, L. and MetaLasky, G. (1989). Hopelessness Depression. A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96, (2), 358-872
- Nanni, V., Uher, R. & Danese, A. (2012). Childhood Maltreatment Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta- Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151.
- Wu, W., Wang, Z., Wei, Y., Zhang, G., Shi, S., Gao, J. et al. (2013) Clinical Features of Patients with Dysthymia in a Large Cohort of Han Chinese Women with Recurrent Major Depression. *PLoS ONE*, 8, e83490.
- Danese, A., McEwen, B.S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol. Behav.*;106:29-39.
- Devries, K.M., Mak, J.Y., Bacchus, L.J., Child, J.C., Falder, G., Petzold, M., et al. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med.*;10:e1001439.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka, L. (2003). Socioeconomic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological Medicine*, 33(8), 1341-1355.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 587-593.
- Rush A.J., Fava, M., Wisniewski, S.R. (2004). Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D): rationale and design. *Control Clin Trials*; 25:118-141.
- Birmaher, B., Williamson, D. E., Dahl, R. E., Axelson, D. A., Kaufman, J., Dorn, L. D., & Ryan, N. D. (2004). Clinical presentation and course of depression in youth: does onset in childhood differ from onset in adolescence? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 63-70.
- Jacob, K.S. (2014). DSM-5 and culture: The need to move towards a shared model of care within a more equal patient-physician partnership. *Asian Journal of Psychiatry*, 7, 89-91.
- Zarani, F., Behzadpour, S. and Babaei, Z. (2017). An Analysis of the Role of Culture in Psychopathology. *Journal of Psychological Growth*, 6 (1), 191-225.
- Kressol, J. (2007). Qualitative Research and Research Design. Translated by: H, Danaeifard and H, Kazemi (1394). Tehran: Saffar Publishing, Second Edition. (Persian)
- Marrnath, G (2005). Psychological Surveillance Guide, Translated by: Pasha Sharifi, H and, Nikkhoo, MR (2016). Tehran, Grodos Publication, Second Edition, p. 1010. (Persian).
- Azkhoosh, M. (2008). Application of Psychological Examination and Clinical Diagnosis, Tehran, Ravan Publication, Third Edition, p. 226-224. (Persian).
- Bita, F. & Mohamadi, N. (2017). the psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV. *Journal of Psychological Methods and Models Article 5*, Volume 8, Number 29, December and January 2017, pp. 87-104
- Angst, J., Gamma, A., Rössler, W., Ajdacic, V. & Klein, D. (2011). Childhood adversity and chronicity of mood disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(1), 21-27.
- Haines, B.A., Metalsky, G.I., Cardamone, A.L., & Joiner, T. (1999). Interpersonal and

cognitive pathways into the origins of attributional style: A developmental perspective. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches* (p. 65–92)

- Moore, R. & Garland, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. Wiley Editorial. - Rubin, L.E. (2008). Student mental health in a chiropractic university setting. *J Chiropr Educ.* 22(1): 6-12.