

زمینه‌های افسردگی از نگاه خانواده بیماران افسرده

مولود رادفر^۱، دکتر فضل اله احمدی^{۲*}، دکتر مسعود فلاحی خشکتاب^۳

تاریخ دریافت: 1391/06/01 تاریخ پذیرش: 1391/09/15

چکیده

پیش زمینه و هدف: افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی بوده و در خصوص زمینه‌های ایجاد و بروز آن اجماع وجود ندارد. مدل‌های نظری گوناگونی برای سبب شناسی افسردگی ارائه شده است. خانواده‌ها برحسب پذیرش هر کدام از مدل‌ها، درمان‌های متفاوتی را دنبال می‌کنند، لذا شناخت تجارب افراد از زمینه و عوامل مؤثر بر بروز افسردگی به پرستاران کمک می‌کند تا خدمات و مراقبت‌های مناسبی را بر حسب نیازهای بیماران و خانواده‌شان برنامه ریزی و اجرا کنند. از این رو مطالعه حاضر با هدف تبیین تجارب خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر بروز افسردگی انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی انجام گرفته است. ۲۳ نفر از اعضای خانواده بیماران افسرده که به درمانگاه روان پزشکی رازی مراجعه کرده بودند، به روش مبتنی بر هدف برای مصاحبه انتخاب شدند. مصاحبه‌ها به روش ساختار نیافته و عمیق انجام شد. کلیه مصاحبه‌ها پیاده و با آنالیز مداوم و مقایسه‌ای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نرم افزار MAXQDA2007 برای مدیریت داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت. **یافته‌ها:** طبق تجارب خانواده‌ها عوامل مؤثر بر بروز افسردگی به طور عمده ریشه در عوامل فردی، روانی، اجتماعی و فرهنگی دارد. این عوامل در ۴ طبقه اصلی استخراج شدند. «تغییر در زندگی»، «تضاد در خانواده»، «حوادث ناخوشایند» و «شخصیت آسیب پذیر» طبقات اصلی بودند. تغییر همواره همراه با استرس است. فقدان‌ها، دوری از عزیزان، شکست مالی و بیماری‌های جسمی از تغییراتی هستند که می‌تواند افراد را مستعد ابتلا به افسردگی بکند. علاوه بر آن اختلافات زناشویی و عدم تفاهم بین اعضای خانواده نیز منجر به تضاد در خانواده شده و زمینه ساز بروز افسردگی می‌شود. وقوع حوادث ناخوشایند در طول زندگی و تأمین نشدن نیازها و خواسته‌های افراد از عوامل دیگری هستند که در بروز افسردگی تأثیر دارد. علاوه بر عوامل فوق شکل گیری شخصیت وابسته، عدم اعتماد به خود و انزوایی نیز از عوامل مستعد کننده افسردگی می‌باشند.

بحث و نتیجه گیری: عوامل مؤثر بر بروز افسردگی چند عاملی است. پرستاران با آگاهی از عوامل درک شده خانواده‌ها از افسردگی، می‌توانند آموزش روانی مطلوبی را برای پیشگیری و پیگیری درمان اجرا کنند.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، خانواده، پرستار، آنالیز محتوا

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره ششم، پی در پی 41، بهمن و اسفند 1391، صص 780-792

آدرس مکاتبه: گروه پرستاری دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران، تلفن: ۰۹۱۲۱۵۹۲۸۲۴

Email: Ahmadif@modares.ac.ir

مقدمه

بطوریکه تقریباً در بین دو نسل خطر ابتلا ۱۰ برابر شده است (۳).

افسردگی بر کیفیت زندگی و عملکرد فرد تأثیر گذاشته و در

شکل‌های شدید نیز می‌تواند منجر به ناتوانی و خودکشی شود (۲)،

۴، ۵). تخمین زده می‌شود که افسردگی یک قطبی در سال ۲۰۲۰

به عنوان مهم‌ترین بیماری روانی، مطرح خواهد شد (۶).

افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی (۱) و یکی از علل عمده

ناتوانی‌ها است که ۱۲۱ میلیون نفر در سرتاسر جهان را تحت

تأثیر قرار می‌دهد (۲). تحقیقات نشان می‌دهند که شیوع

افسردگی به طور شگفت‌انگیزی در قرن ۲۱ افزایش یافته است.

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

^۲ استاد دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران (نویسنده مسول)

^۳ دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، دپارتمان پرستاری

گیرند(۲). از طرفی نیز هم‌خوانی بین عقاید افراد در باره علت افسردگی و نوع درمان باعث افزایش اعتبار درمان، انگیزه بیشتر برای پذیرش درمان، و رضایت بیشتر از درمان می‌شود(۱۴). بنابراین لازم است که در باره این عقاید بیشتر بدانیم(۱۸).

گرچه مطالعاتی هر چند اندک در خصوص درک جامعه و بیماران از علل افسردگی انجام شده است اما بر اساس مروری بر متون، به نظر می‌رسد که مطالعه‌ای در خصوص تجارب خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر بروز افسردگی انجام نشده است. بیشتر تحقیقات بر روی درمان‌های افسردگی و افسردگی در گروه‌های ویژه مثل سالمندان و زنان در دوره بعد از زایمان انجام شده است. در ایران نیز تحقیقات افسردگی به طور عمده بر روی روش‌های درمان(۱۹) و شیوع افسردگی در گروه‌های خاص مثل دانشجویان(۲۰، ۲۱)، دانش آموزان(۲۲) و زنان بعد از زایمان(۲۳) انجام شده است.

مطالعه در خصوص عوامل مؤثر بر افسردگی به کارکنان سیستم بهداشت روان از جمله پرستاران کمک می‌کند تا خدمات و مراقبت‌های مناسبی را بر حسب نیازهای جوامع خاص برنامه ریزی و اجرا کنند. این مطالعات همچنین می‌توانند در باره نقش تغییرات فرهنگی و اجتماعی - اقتصادی در شیوع افسردگی آگاهی بیشتری بدهد و باعث افزایش مقالات در این زمینه شود. از این رو به منظور تبیین تجارب خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر بروز افسردگی، مطالعه حاضر انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوا از نوع قراردادی^۲ انجام گرفته است. تحقیق کیفی ابزاری برای بدست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از مشارکت کنندگان است(۲۴) و در این رویکرد به کلیات پدیده‌های انسانی توجه می‌شود(۲۵) بنابراین مناسب‌ترین روش برای مطالعه تجارب افراد از پدیده‌های اجتماعی است(۲۶). تحلیل محتوای قراردادی، فراتر از استخراج محتوای عینی بر گرفته از داده‌های متنی است. در این روش محقق خود را در داده‌ها غوطه‌ور می‌کند و از این طریق اجازه می‌دهد که تم‌ها و

طبق آمار موجود در ایران شیوع بیماری‌های روانی در جمعیت شهری و روستایی از ۱۱/۹ درصد تا ۳۰/۲ درصد متغیر می‌باشد(۷). شایع‌ترین بیماری روانی، اختلالات خلقی می‌باشند. آمارهای گزارش شده نشان می‌دهند که شیوع افسردگی در تهران ۴/۵ درصد(۷)، در آذربایجان شرقی ۲/۸۹ درصد(۸)، در کرمان ۷/۱۹ درصد(۹)، در گلستان ۴/۵۰ درصد(۱۰)، در مازندران ۵/۴۸ درصد(۱۱)، در همدان ۲/۷۱ درصد(۱۲)، و در قم ۵/۸ درصد(۱۳) می‌باشد.

افسردگی دلیل واحدی نداشته و در خصوص علت آن اجماع وجود ندارد(۲). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که بیماران عوامل مختلفی مثل مشکلات بین فردی، حوادث تکاملی، علل شناختی و شخصیتی، عوامل بیولوژیکی، عوامل محیطی و معنوی را دلیل افسردگی می‌دانند(۱۴). چیراغ اوغلو و همکاران نیز در تحقیق خود شش مؤلفه را برای علت افسردگی بیان کرده‌اند که عبارتند از: تروما، مشکلات مربوط به شغل، فقدان، خلق و خوی، صمیمیت و انزوا(۱۵). برای سبب شناسی افسردگی مدل‌های نظری گوناگونی ارائه شده است. مدل‌های بیومدیکال که شامل ژنتیک، دلایل جسمانی و بدنی، مدل اجتماعی - فرهنگی شامل رویدادهای زندگی و عوامل فرهنگی بوده و مدل روانی بر روی عوامل رفتاری یا روانی متمرکز می‌باشد. بیشترین توافق بر روی مدل زیستی - روانی - اجتماعی است که دلیل افسردگی را چند عاملی می‌داند(۱۶).

در کشورهای اروپایی بیشتر بیماران، مدل روانی - زیستی را می‌پذیرند در حالی که در آسیا پذیرش مدل روانی - اجتماعی برجسته‌تر است. بعضی‌ها اعتقاد دارند که پذیرش هر کدام از مدل‌ها، جستجوی درمان‌های متفاوتی را به دنبال خواهد داشت بطوریکه اروپایی‌ها درمان روانی را ترجیح می‌دهند اما آسیایی‌ها بیشتر بر روی شفا گرفتن^۱ متمرکز می‌شوند(۱۶، ۱۷). تنوع این عوامل، پیچیدگی درک افراد در خصوص افسردگی را نشان می‌دهد که شناخت آن‌ها می‌تواند در روند درمان و پیامدهای آن مؤثر باشد(۱۴). درک افراد از بیماریشان اغلب تعیین می‌کند که چه زمان و چگونه خدمات درمانی و مراقبتی را پذیرفته و بکار

2 Conventional content Analysis

¹ Healing

صورت رضایت وارد تحقیق شوند. موازین اخلاقی گمنام بودن، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره گیری در هر زمان، از دیگر ملاحظات اخلاقی بودند که رعایت شدند.

شیوه تجزیه و تحلیل: داده‌ها بر اساس روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. طبق دیدگاه الو و کینگ^۴ (۲۰۰۸) این روش در مطالعات پرستاری رایج بوده و در سه مرحله آمادگی^۵، سازماندهی^۶ و گزارش دهی^۷ انجام می‌شود (۲۸). به منظور آماده شدن برای آنالیز مصاحبه‌های ضبط شده کلمه به کلمه بازنویسی گردید. در مرحله آمادگی ابتدا واحدهای معنایی مناسب با سؤال پژوهش، از متن مصاحبه‌ها انتخاب گردیدند. به منظور غوطه‌ور شدن در داده‌ها و فهم عمیق تر آن‌ها، متن هر مصاحبه‌ها چندین بار خوانده شد. در مرحله سازماندهی، کدگذاری باز^۸ انجام شد. برای این منظور مصاحبه‌ها دوباره خوانده شدند و واحدهای معنایی برگرفته از توصیفات مشارکت کنندگان به صورت کدهای اولیه ثبت شدند. بعد از کدگذاری چند مصاحبه اول، طبقه بندی^۹ شروع شد. برای این منظور کدهای اولیه بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌ها در طبقات مختلف تقسیم شدند. این فرآیند برای هر مصاحبه جدید تکرار شد و با اضافه شدن کدهای جدید، طبقات توسعه یافتند. با مقایسه طبقات، تعدادی از آن‌ها با هم ادغام شده و تعداد طبقات اولیه کاهش یافت. و بدین ترتیب زیر طبقات مشابه در یک طبقه گروه بندی شدند. بعد از شکل گیری طبقات، انتزاعی نمودن^{۱۰} آن‌ها انجام گرفت. در این مرحله تمرکز بر تحلیل در سطح بالاتر و مبتنی بر جاگذاری طبقات در طبقات اصلی بود. در نهایت، بر اساس این روند، مفاهیم اصلی و نهفته در متن استخراج شدند. بعد از آنالیز داده‌ها چهار طبقه اصلی استخراج شد (شکل ۱). برای مدیریت داده‌ها از نرم افزار MAXQDA2007 استفاده شد. تعیین اعتبار داده‌ها: در این مطالعه جهت افزایش معیار مقبولیت^{۱۱} داده‌ها، از درگیری طولانی مدت، تلفیق منبع داده‌ها و بازنگری

الگوهای پنهان از درون محتوای داده‌های شرکت کنندگان در مطالعه آشکار گردد (۲۷).

مشارکت کنندگان: در این مطالعه نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. ارتباط بین محقق و مشارکت کنندگان با شروع پژوهش شکل گرفت. مشارکت کنندگان از خانواده بیماران افسرده مراجعه کننده به درمانگاه روان پزشکی رازی، انتخاب شدند. مشارکت کنندگان از اعضای مختلف خانواده اعم از مادر، پدر، زن، شوهر، خواهر، برادر و دختر بیمار بودند. محدوده سنی مشارکت کنندگان بین ۱۹ تا ۵۶ سال و مدت زمان افسردگی بیمار از ۱ تا ۲۰ سال بود. معیارهای ورود خانواده‌ها به تحقیق این بود که قادر به گفتگو باشند، تمایل به همکاری داشته و موافق شرکت در تحقیق باشند. مصاحبه‌ها در یک محیط آرام و در درمانگاه روان پزشکی رازی (تهران) انجام شد. برای رسیدن به حداکثر گوناگونی^۱، داده‌ها از نمونه‌هایی با رابطه فامیلی متفاوت، سنین مختلف و سطوح متفاوت اقتصادی، جمع آوری گردید.

جمع آوری داده‌ها: جهت جمع آوری داده از روش مصاحبه بدون ساختار استفاده شد. در ابتدا مصاحبه با یک سؤال باز و کلی شروع می‌شد: "لطفاً داستان بیماری بیمارتان را تعریف کنید." سؤالات بعدی بر اساس روند مصاحبه از مشارکت کنندگان پرسیده می‌شد. حین انجام مصاحبه محقق با سؤالات راهنما صحت برداشت خود را از گفته‌های شرکت کنندگان کنترل می‌کرد. مصاحبه با هر نفر بسته به تحمل و میزان علاقه وی در یک تا دو جلسه صورت گرفت. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود. جمع آوری داده‌ها تا ۲۳ مصاحبه ادامه یافت. در واقع محقق بعد از آن هیچ داده جدیدی بدست نیاورد و طبق نظر استرابت^۲ به نقطه اشباع^۳ رسید (۲۴).

ملاحظات اخلاقی: محقق پس از تصویب این مطالعه در شورای پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس، و اخذ مجوز لازم از کمیته اخلاق آن دانشگاه، با در دست داشتن معرفی نامه و دریافت مجوز از رئیس بیمارستان روان پزشکی رازی به عرصه تحقیق وارد شد. ابتدا هدف از پژوهش برای هر مشارکت کننده بیان می‌گردید تا در

⁴Elo & King
⁵Preparation
⁶Organizing
⁷Reporting
⁸Open Coding
⁹Grouping
¹⁰Abstraction
¹¹credibility

¹ Maximum Variation
²Streubert
³ Saturation Point

بیماریش از آن جا شروع شد که از شوهرش طلاق گرفت... خوب
یه آدم زندگی تشکیل بده، یه حیاط نقلی داشته باشه، یه دختر یه
پسر داشته باشه، بیهو همه رو از دست بده خوب معلومه دیگه
حالش بد میشه دیگه..."

۲- دوری از عزیزان

نه تنها از دست دادن عزیزان بلکه حتی دور شدن از عزیزان نیز
می‌تواند باعث افسردگی به ویژه در زنان شود. دوری از عزیزان به
علل مختلف اتفاق می‌افتد. گاه شغل همسر (زوج) به گونه‌ای
است که زمان طولانی را دور از خانه به سر می‌برد. تحت شرایط
فوق زوجه که مسئولیت خانه و فرزندان را بر عهده دارد می‌تواند
مستعد ابتلا به افسردگی باشد. مشارکت کننده ۵ شوهر بیمار
می‌گوید: "بیماری خانم من گوشه گیر، به قول معروف کناره گیری
گرفتن... چون شغل من بیابونه دوری من، کار من یه طوریه که
راننده ماشین سنگین هستم و باید تو بیابون باشم خوب ایشون هم
جوونه وتوسن جوونی یه کم واسه اش هضم کردن این مسئله
سنگینه. این دوری کم باعث شد که خود رو منزوی کردن و تو
خود رفتن بیشتر شد". گاه نیز شرایط زندگی زناشویی طوری پیش
می‌رود که زوجه از دیدن والدین خود محروم شده و دوری از آن‌ها
زمینه ساز بروز افسردگی می‌شود. مشارکت کننده ۷ مادر بیمار
می‌گوید: "شوهرش اجازه نمی‌داد درو باز بکنه، پدر و مادرش رو
به بینه، با باباش می‌رفتیم خونه شون، دخترم می‌گفت شوهرم
رفته سرکار در و قفل کرده، جرأت نمی‌کردیم... اینهم یواش یواش
مریض شد"

۳- شکست مالی

مشارکت کنندگان شکست مالی را نیز به عنوان یک تغییر در
زندگی و عامل مؤثر در بروز بیماری افسردگی بیان نمودند.
همزمانی بروز افسردگی با مشکلات مالی حادث شده برای بیمار
تجربه‌ای است که به کرات توسط مشارکت کنندگان بیان شده
است. مشارکت کننده ۲ (برادر بیمار) می‌گوید: "بیماریش از اونجا
شروع شد که ما با هم کار می‌کردیم و به مشکل مالی برخوردیم."

۴- بیماری‌های جسمی

بیماری‌های جسمی نیز تغییراتی را در زندگی فرد ایجاد می‌کند
که می‌تواند باعث بروز افسردگی شود. تجربیات مشارکت کنندگان
حاکمی از این است که بروز بیماری‌های صعب‌العلاج و مزمن مثل

مشارکت کنندگان تحقیق^۱ استفاده شده است. برای این منظور
محقق خلاصه‌ای از مصاحبه را به خود مشارکت کننده برمی
گرداند تا وی درستی برداشت محقق را تأیید کند. برای کنترل
عینیت^۲ داده‌ها از شیوه بازبینی توسط همکاران تحقیق و
بازنگری‌های مکرر استفاده شد. بازبینی داده‌ها توسط تیم تحقیق و
دو نفر از دانشجویان دوره دکتری پرستاری صورت گرفت (۲۷).
نمونه گیری با حداکثر وارپانس به اطمینان یا ثبات یافته‌ها^۳ و
مقبولیت داده‌ها نیز کمک کرد (۲۹).

یافته‌ها

در مجموع ۲۳ عضو خانواده بیمار افسرده در پژوهش مشارکت
داشتند. تحلیل محتوای داده‌ها به استخراج ۴ طبقه اصلی انجامید
که هر کدام حاوی طبقات فرعی بودند. طبقات اصلی تحقیق شامل
«تغییر در زندگی»، «تضاد در خانواده»، «حوادث ناخوشایند» و
«شخصیت آسیب پذیر» بود که هر کدام دارای زیر طبقاتی بودند
(جدول ۱).

تغییر در زندگی:

تغییر همواره همراه با استرس است و تجربیات مشارکت کنندگان
نشان می‌دهد که استرس ناشی از تغییر از علل افسردگی می‌باشد.
طبقه تغییر در زندگی شامل زیر طبقات «فقدان»، «دوری از
عزیزان»، «شکست مالی» و «بیماری‌های جسمی» می‌باشد.

۱- فقدان

طبق یافته‌های این مطالعه فقدان به معنی از دست دادن افراد
مهم زندگی است. از دست دادن عزیزان می‌تواند به علت مرگ،
طلاق، ترک و یا کناره گیری اتفاق بیافتد. مرگ عزیز، به قدری در
بروز افسردگی مؤثر است که حتی تصور آن نیز می‌تواند باعث
افسردگی شود. مشارکت کننده ۳ خواهر بیمار می‌گوید: "داداشم
دختر من رو خیلی دوست داره، وقتی که برای بار اول حالش بد
شد، فکر می‌کرد دختر من مرده... می‌گفت و زار زار گریه
می‌کرد". یافته‌ها نشان دادند که طلاق نیز از عوامل مؤثر بر بروز
افسردگی در زنان است. مشارکت کننده ۶ مادر بیمار می‌گوید:

¹ Member check

² confirmability

³ Dependability

سرطان و سرع عاملی برای شروع افسردگی هستند. مشارکت کننده ۲۲ (شوهر بیمار) می‌گوید: "خانمم تقریباً ۱۴-۱۳ سال پیش یه ناراحتی درگوشه شون پیدا شد... دکتر گفت غده است غده سرطانی باید عمل به شه ... خلاصه خوب نشد به مرور زمان من دیدم این داره اعصابش داغونتر میشه و افسرده میشه"

تضاد در خانواده:

تضاد در خانواده از طبقه‌های اصلی است که در بروز افسردگی تأثیر دارد. اختلافات زناشویی و عدم تفاهم بین اعضای خانواده منجر به تعاملات معیوب و تضاد در خانواده و بروز افسردگی می‌شود.

۱- اختلافات زناشویی

تجربیات مشارکت کنندگان حاکی از این است که در زیر طبقه اختلافات زناشویی، سلطه‌گری زوج می‌تواند منجر به بروز افسردگی زوجه شود. ناهمخوانی فرهنگی از عوامل شروع اختلافات زناشویی است. رفتارهای پر خاشگرانه و تند زوج، خشونت فیزیکی بر علیه زوجه، ایجاد محدودیت برای زوجه و آزارهای وارده از سوی خانواده زوج بر زوجه از مصادیق سلطه‌گری زوج می‌باشد. مشارکت کننده ۸ (خواهر بیمار) می‌گوید: "راستش رو بخواهید اگه از اول بخوام به گم از همون اول که ازدواج کرد افسردگی سراغش اومد چون شوهرش خیلی اخلاقش بد بود، بدبین بود، دست بزن داشت اصلاً اجازه نمی‌داد از خونه به یاد بیرون..."

۲- عدم تفاهم بین اعضای خانواده

علاوه بر اختلافات زناشویی، عدم تفاهم بین سایر اعضای خانواده به ویژه بین والدین و فرزندان نیز می‌تواند باعث تضاد و اختلاف در خانواده شده و زمینه را برای بروز افسردگی مهیا کند. نداشتن تفاهم فرهنگی و مذهبی بین فرزندان و والدین در نحوه پوشش و انتخاب دوستان و داشتن رابطه رسمی و غیردوستانه فرزندان با والدین از دلایل تعاملات معیوب در خانواده و بروز تضاد است. مشارکت کننده ۸ (خواهر بیمار) می‌گوید: "راستشو بخواهید خواهرم از پدرم خیلی حساب می‌برد، خیلی می‌ترسه... کلاً ما همه مون از بابامون حساب می‌بریم ما هم می‌ترسیم... یعنی کلاً رابطه من و خواهرم و برادرم با پدرم خیلی رسمی است... پدرم زیاد در کمون نمی‌کنه، ولی از همون اول رابطه مون با پدرم اینجوری بوده. کسی سعی نکرده این رابطه رو اصلاح کنه."

مشارکت کننده ۹ (پدر بیمار) نیز در خصوص عدم تفاهم بین خود و پسرش می‌گوید: "پسرم یه رفیق‌هایی داره بهش میگم با این رفیقات نرو، من از یک سری شخصیت‌ها بدم می‌یاد، الان تنها بچه من که شلوار تنگ می‌پوشه همینه... ولی اون میگه نه اینا دوستای من هستند، منم میگم اصلاً رابطات روبا فلانی قطع کن، اونهم قبول نمی‌کنه، اعصابش خورد میشه، شروع می‌کنه به گریه کردن"

شخصیت آسیب پذیر:

افرادی که دارای ویژگی‌های شخصیتی آسیب پذیر هستند، در برابر فشارها و ناملایمات زندگی نمی‌توانند از روش‌های مقابله‌ای مناسب استفاده کنند و به مرور زمان و با انباشته شدن مشکلات حل نشده، مستعد ابتلا به افسردگی می‌شوند. این طبقه دارای سه زیر طبقه وابسته بودن، عدم اعتماد به خود و انزوا طلبی است.

۱- وابسته بودن

افرادی که زودرنج بوده و برای حل تنش‌ها به خانواده و دوستان تکیه می‌کنند دارای شخصیت وابسته می‌باشند. گاه خانواده با اعمال محدودیت‌های اجباری موجبات شکل‌گیری شخصیت وابسته عضو خانواده را فراهم می‌کنند. چنین فردی برای حل مشکلات خود وابسته دیگران می‌باشد لذا برای کسب حمایت آن‌ها مطیع بی‌چون و چرای آن‌ها می‌شوند. از طرفی اگر فرد دارای شخصیت وابسته باشد توان مقابله منطقی با تنش‌ها را نداشته و مستعد ابتلا به افسردگی می‌شود. مشارکت کننده ۵ (شوهر بیمار) می‌گوید: "من می‌دونستم که خانمم وابستگی به خود من داشت. خیلی وابستگی داشت. به خاطر همین وابستگی به سوء ظن کشیده شد... هی بیشتر شد و دیگه بیمارستان و بستری و..."

۲- عدم اعتماد به خود

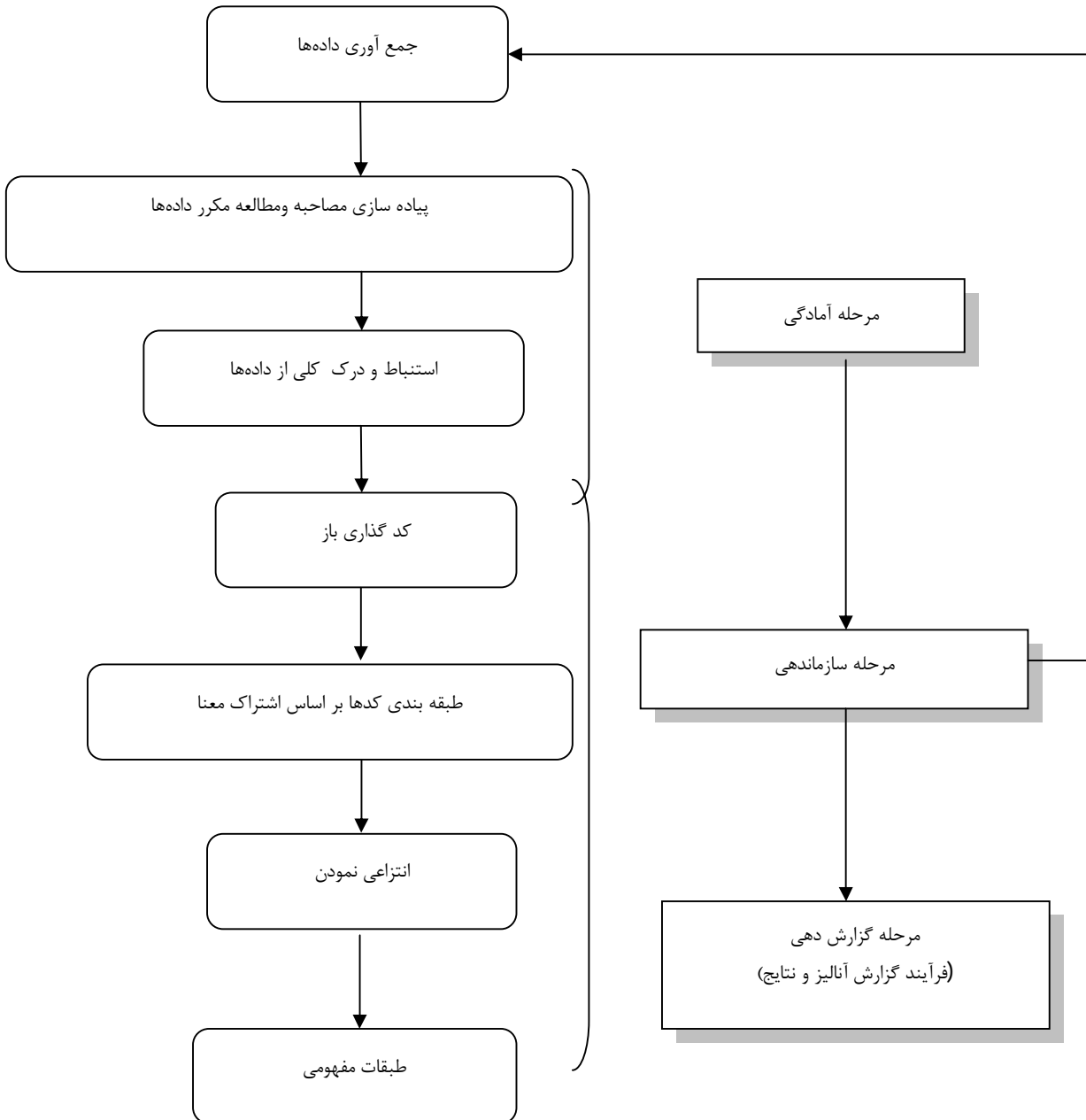
عدم اعتماد به خود از ویژگی‌های شخصیتی است که می‌تواند فرد را مستعد افسردگی بکند. این افراد به علت نداشتن اعتماد به نفس کافی، به گفتار و رفتار خود اطمینان نداشته و خود را در برابر مشکلات ناتوان می‌بینند. آن‌ها نه تنها خود کم بین هستند بلکه دیگران را بسیار شایسته‌تر از خود می‌دانند و با آن‌ها با احترام بیش از حد متعارف رفتار می‌کنند. مشارکت کننده ۱۴ (شوهر بیمار) می‌گوید: "... خوب خانمم به فامیل‌های من خیلی بها میدن،

خانواده و دوستان کناره‌گیری می‌کنند. در واقع وی از بودن با دیگران احساس لذت نکرده و نسبت به اطرافیان بی‌علاقه می‌باشد. مشارکت کننده ۱۱ (پدر بیمار) می‌گوید: "... دخترم یه آدمی شده بود که می‌رفت تو اتاق درو می‌بست، قفل می‌کرد و به هیچ عنوان درو باز نمی‌کرد، تنها بود تا یواش یواش مریضی اومد سراغش"

خودش رو خیلی کوچیک میدونه، خیلی به اونا احترام می‌ذاره، من هم همینطور، ولی اونا سؤاستفاده می‌کنند و اینهم به قیمت بیماری‌اش تموم میشه."

۳- انزواطلبی

یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی که فرد را مستعد افسردگی می‌کند، انزوا و کناره‌گیری از محافل جمعی است. چنین فردی به رفت و آمدهای خانوادگی و ارتباطات بین فردی تمایلی نداشته و از



شکل شماره (۱): مرحله آمادگی، سازماندهی، گزارش دهی در فرآیند آنالیز محتوا

جدول شماره (۱): چهار چوب طبقات و زیر طبقات

طبقه اصلی (درونمایه)	زیر طبقه	نمونه‌ای از واحدهای معنایی
تغییر در زندگی	دوری از عزیزان	مدت زیادی نزدیک پدر و مادرش بود حالا که از اونا جدا می‌شدیم خیلی واسش سنگین بود ... بعدش هم دیگه کم کم مریضی و بیمارستان و بستری شدن... (مشارکت کننده ۵)
	فقدان‌ها	بیماری خانمم از اونجا شروع شد که دامادمون فوت شد. خوب اونهم روش تأثیر گذاشت. خیلی غصه دخترمون و بچه هاش رو خورد. (مشارکت کننده ۱)
	بیماری‌های جسمی	"خانمم تقریباً ۱۴-۱۳ سال پیش به ناراحتی درگوشه شون پیدا شد... دکتر گفت غده است غده سرطانی باید عمل به شه... خلاصه خوب نشد به مرور زمان من دیدم این داره اعصابش داغونتر میشه و افسرده میشه". (مشارکت کننده ۲۲)
	شکست مالی	بیماریش از اونجا شروع شد که ما با هم کار می‌کردیم و به مشکل مالی برخوردیم (مشارکت کننده ۲)
تضاد در خانواده	اختلافات زناشویی	راستش رو بخواهید از همون اول که خواهرم ازدواج کرد افسردگی سراغش اومد چون شوهرش خیلی اخلاقش بد بود، بدبین بود، دست بزن داشت اصلاً اجازه نمی‌داد از خونه به یاد بیرون (مشارکت کننده ۸)
	عدم تفاهم بین اعضای خانواده	... چون ما خونواده ای نیستیم که از این سوسول بازی‌ها داشته باشیم، الان تنها بچه من که شلوار تنگ می پوشه همین، بعضی وقت‌ها لباس‌های وصله پینه مدل‌های موی آن چنانی خوب من بدم می‌یاد... خوب من چیکار می‌خوام با این رابطه داشته باشد میگه نه اینا دوستای من هستند... اصلاً نمی‌خوام با این‌ها رابطه داشته باشم. (مشارکت کننده ۹)
	حوادث ناخوشایند	بعداً رفت سربازی، جای بد افتاد... آدم‌هایی از همه جور اونجا هستند خیلی محیطش صفر بود... اونجا سربازها اذیتش می‌کردند... از هر نظر که فکرش رو بکنی... شما جای دختر من هستی، این دیگه چیزهایی رو که تو عمرش ندیده بود نه تو خانواده نه جای دیگه اونجا دید. (مشارکت کننده ۱۳)
شخصیت آسیب پذیر	آرزوهای بر باد رفته	چون وقتی بچه بود من لباس اونجوری نتونستم بخرم، تفریح اونجوری نتونستم ببرم هیچی دیگه، هیچی براشون نکردم... بعد پسره که عقده‌های اون موقع رو داره افسرده شده (مشارکت کننده ۱۲)
	وابسته بودن	"من می‌دونستم که خانمم وابستگی به خود من داشت. خیلی وابستگی داشت. به خاطر همین وابستگی به سوء ظن کشیده شد... هی بیشتر شد و دیگه بیمارستان و بستری و... (مشارکت کننده ۵)
	عدم اعتماد به خود	"... خوب خانمم به فامیل‌های من خیلی بها میداد، خودش رو خیلی کوچیک میدونه، خیلی به اونها احترام می‌ذاره، من هم همینطور، و لی اونا سواستفاده می‌کنند و اینهم به قیمت بیماری‌اش تموم میشه. (مشارکت کننده ۱۴)
	انزوا طلبی	"... دخترم یه آدمی بود که می‌رفت تو اتاق درو می‌بست، قفل می‌کرد و به هیچ عنوان درو باز نمی‌کرد، تنها بود تا یواش یواش مریضی اومد سراغش" (مشارکت کننده ۱۱)

بحث و نتیجه گیری

یکی از دلایل افسردگی در مطالعه حاضر، تغییر در زندگی می‌باشد. فقدان و جدا شدن از عزیزان به علت مرگ، طلاق یا دوری از خانواده به عنوان تغییر نامطلوب در زندگی می‌تواند باعث افسردگی شود. از دست دادن عزیزان فشارهای روانی زیادی را برای فرد تحمیل می‌کند و باعث می‌شود تا افرادی که مستعد افسردگی هستند، مراحل سوگ را به طور طبیعی طی نکنند و علائم افسردگی در آن‌ها آشکار شود. مرگ عزیزان به ویژه اگر در سنین جوانی اتفاق بیافتد و زود هنگام باشد، می‌تواند از علل مهم بروز افسردگی باشد. طلاقتیز از عوامل مؤثر بر افسردگی است، به ویژه در زنانی که وابسته مالی به همسرانشان هستند و به تنهایی قادر به اداره امور زندگی خود نمی‌باشند. چیراغ اوغلو^۱ و همکاران (۱۵) و چومی فو^۲ و همکاران نیز در مطالعات خود به نتایج مشابهی رسیده‌اند. آن‌ها بیان کرده‌اند که تغییر در چرخه زندگی از علل افسردگی است. از دست دادن افراد مهم زندگی به علت مرگ یا جدایی و از دست دادن نقش از جمله تغییراتی هستند که می‌توانند باعث افسردگی شوند (۲). مطالعه حاضر نشان داد که شکست مالی و از دست دادن موقعیت کاری نیز از تغییراتی است که ممکن است در زندگی اتفاق بیفتد و باعث بروز افسردگی شود. بسیاری از مطالعات دیگر نیز مشکلات مالی و اقتصادی، استرس‌های شغلی و بدهکار شدن را از دلایل افسردگی دانسته‌اند (۲، ۱۵-۱۸، ۳۰). بیماری‌های جسمی نیز به عنوان یک منبع تغییر در زندگی افراد است. مشارکت کنندگان مطالعه حاضر مبتلا به بیماری‌های مزمن مثل سرطان و صرع را از علل افسردگی می‌دانند. در واقع بیماری‌های طولانی مدت و صعب‌العلاج با تغییر در عملکرد بدن فرد، خطر افسردگی را افزایش می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهند که بین بیماری‌های مزمن جسمی و احتمال بروز افسردگی ارتباط وجود دارد (۳۱، ۳۲) بطوریکه در بیماران داخلی - جراحی احتمال افسردگی اساسی ۶ - ۱۴ درصد افزایش می‌یابد (۳۳). در مطالعه چومی فو و همکاران (۲۰۰۸) نیز مشارکت کنندگان وجود بیماری‌های طولانی مدت را از علل افسردگی خود بیان کرده‌اند (۲). در این راستا مطالعاتی نیز در

ایران انجام شده است. این مطالعات نشان دادند که بین افسردگی و آرتریت روماتوئید (۳۴) و دیابت (۳۵) ارتباط معنی داری وجود دارد.

از دیگر علل افسردگی که مشارکت کنندگان به کرات از آن نام برده‌اند تضاد در خانواده است. کشمکش و سوءتفاهمات در خانواده همواره منجر به ایجاد فشارهای عصبی در اعضای خانواده می‌شود. تأثیر این کشمکش‌ها در روابط زناشویی پررنگ‌تر بوده و زوجین بیشتر از سایر اعضای خانواده دچار آسیب‌های روانی و افسردگی می‌شوند. علی‌رغم مطالعه چومی فو و همکاران (۲۰۰۸) که روابط نامناسب زناشویی می‌تواند منجر به افسردگی هر دو زوج شود، (۲) یافته‌های تحقیق حاضر نشان داد که اختلافات زناشویی عموماً منجر به افسردگی زوجه می‌شود. روابط زناشویی در نمونه‌های مورد مطالعه حاکی از سلطه‌گری زوج می‌باشد. زوج، خود را محق می‌داند تا ارتباطات زوجه را با بیرون از خانه محدود نموده و او را مورد آزار و خشونت‌های فیزیکی، کلامی و روانی قرار دهد. روابط نامناسب زوجین زمانی شدت می‌یابد که ارزش‌ها و اعتقادات فرهنگی آن‌ها با هم هم‌خوانی نداشته باشد. تحت این شرایط زوجه به علت عدم استقلال مالی و ترس از انگ مطلقه خوردن، نقش سنتی و سلطه جویانه زوج را می‌پذیرد و لذا به مرور به بیماری افسردگی مبتلا می‌شود. بسیاری از مطالعات (۲، ۱۶-۱۸) استرس‌های مربوط به روابط زناشویی را به عنوان اصلی‌ترین دلیل بروز افسردگی بیان کرده‌اند. اما در نوع اختلافات زناشویی در مطالعه حاضر با سایر مطالعات تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی دیده می‌شود. در مطالعه حاضر اختلافات زناشویی بیشتر به علت روابط نادرست بین زوجین و عدم درک شدن می‌باشد اما در مطالعه‌ای که در تایوان انجام شده است اختلافات زناشویی به علت گذر زوجین از نقش سنتی به مدرنیته می‌باشد (۲). همچنین خیانت جنسی و داشتن روابط جنسی نامشروع زوج دیسترس‌های عاطفی طولانی مدتی را به زنان وارد می‌کند و منجر به افسردگی آن‌ها می‌شود (۲، ۱۶). تضاد در خانواده تنها به اختلافات زناشویی محدود نمی‌شود بلکه باعث کشمکش در روابط بین والدین و فرزندان نوجوان نیز می‌شود. کشمکش با نوجوان از دلایل اولیه استرس‌ها بین فردی در خانواده است. طبق یافته‌های مطالعه حاضر، کشمکش بین آن‌ها می‌تواند منجر به افسردگی نوجوان

¹Çirakoglu

²Chou-Mei Fu

شود. کشمکش بین والدین و فرزندان بیشتر به سؤتفاهمات ناشی از شکاف بین نسلی، پیروی نکردن نوجوان از ارزش‌های دینی و فرهنگی خانواده و برآورده نشدن انتظارات والدین می‌باشد. تهاجمات فرهنگی و پیروی نوجوان از آن‌ها نیز بر این اختلافات و شکافها دامن می‌زند. بطوریکه بین نوجوان و والدین به طور مداوم اختلافاتی در خصوص انتخاب دوستان، پوشش ظاهری و انتخاب همسر وجود دارد. جونز^۱ و همکارانش نیز در مطالعه خود نشان دادند که کشمکش‌های بین والدین و فرزند نوجوان یکی از علل افسردگی است (۳۶).

حوادث ناخوشایند در زندگی و همراه بودن خاطرات آن با بیمار از دلایل دیگر افسردگی است که مشارکت کنندگان در این مطالعه بیان کرده‌اند. این حوادث منجر به آسیب‌های روانی در فرد شده و وی را مستعد ابتلا به افسردگی می‌کند. این حوادث زمانی بر فرد وارد می‌شود که وی دور از خانواده و در محیط‌های تازه، نا آشنا و ناام قرار می‌گیرد. قرار گرفتن فرد در محیطی نامساعد و حادث شدن اتفاقات دردآور که غالباً ارزش‌های فردی و مذهبی بیمار را مورد حمله قرار می‌دهند، باعث بروز تنش‌های جدی در وی می‌شود. حال اگر این فرد شخصیت وابسته هم داشته باشد، نمی‌تواند با مشکلات بدرستی مقابله کند، آن‌ها را درونی کرده و مورد سؤرفتار عاطفی و هیجانی قرار می‌گیرد. تأثیر حوادث استرس زا بر افسردگی در سایر مطالعات (۲، ۱۶، ۱۸، ۳۷) نیز آورده شده است اما نوع آن‌ها با مطالعه حاضر متفاوت است. حوادث استرس زا در آن‌ها بیشتر به صورت سؤ رفتارهای خانگی از نوع فیزیکی، روانی، اجتماعی، کلامی و اقتصادی می‌باشد

برآورده نشدن آرزوها نیز خاطرات ناخوشایند را برای افراد بوجود می‌آورد که به عنوان عامل مؤثر بر افسردگی در مطالعه حاضر بیان شده است. این آرزوها خواسته‌ها و نیازهایی هستند که بیمار قبل از بیماری و یا در دوران کودکی داشته و خانواده توانایی تأمین آن‌ها را نداشته است. برآورده نشدن خواسته‌ها در طول زندگی بر فرد تأثیر گذاشته و وی را برای بروز افسردگی آماده کرده است. خان^۲ نیز در مطالعه خود استرس‌های دوران کودکی و خاطرات بد گذشته را از علل بیماری‌های روانی می‌داند (۱۷).

مطالعه حاضر نشان داد که علاوه بر عوامل روانی و اجتماعی، شخصیت آسیب پذیر مثل داشتن شخصیت وابسته، اعتماد به نفس پایین و انزواطلبی نیز می‌تواند از علل افسردگی باشد. افرادی با شخصیت وابسته، زودرنج بوده و برای حل تنش‌ها به خانواده و دوستان خود تکیه می‌کنند. گاه خانواده با اعمال محدودیت‌های اجباری موجبات شکل گیری شخصیت وابسته عضو خانواده را فراهم می‌کنند. چنین فردی به گفتار و رفتار خود اعتماد نداشته و برای حل مشکلات خود وابسته دیگران می‌باشد لذا برای کسب حمایت آن‌ها مطیع بی چون و چرای آن‌ها می‌شوند. حال اگر فرد دارای شخصیت وابسته با مشکلاتی مواجه شود توان مقابله منطقی با آن‌ها را نداشته و در صورت عدم حمایت از سوی خانواده و دوستان مستعد ابتلا به افسردگی می‌شود. علاوه بر آن گاه افراد به واسطه نوع شخصیتی که دارند از دیگران کناره گیری نموده و از شرکت در مجالس اجتناب می‌کنند. در واقع آن‌ها تمایلی به ارتباطات بین فردی نداشته و از بودن با دیگران لذت نمی‌برند لذا از محافل جمعی کناره گیری می‌کنند. دوری کردن از دیگران به تدریج باعث انزوای فرد شده و علائم افسردگی در وی بروز می‌کند. علی‌رغم این که نوع شخصیت در منابع به عنوان یکی از علل افسردگی ذکر شده (۱۴، ۳۸، ۳۹) اما در بیشتر مطالعات به عنوان یافته تحقیق ارائه نشده است. تنها در مطالعه‌ای که سری نی و اسان^۳ و همکاران انجام دادند، نوع شخصیت به عنوان یکی از علل افسردگی بیان شده است (۴۰). همچنین وایدگر^۴ و همکاران نیز بیان کردند که ویژگی‌های شخصیتی وابسته در زنان، آن‌ها را مستعد ابتلا به بیماری‌های خلقی می‌کند (۳۸).

افسردگی یک پدیده چند عاملی و پیچیده است و اغلب به علت تأثیرات متقابل چندین فاکتور بروز می‌کند (۲). یافته‌های ما نشان دادند که تجارب خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر بروز افسردگی، به طور عمده ریشه در عوامل فردی، روانی، اجتماعی و فرهنگی دارد و هیچکدام از مشارکت کنندگان فاکتورهای بیولوژیکی و ژنتیکی را به عنوان دلایل افسردگی بیان نکردند. این یافته با نتایج بسیاری از مطالعاتی (۲، ۱۵، ۱۶، ۱۸) که به روش کیفی انجام شده‌اند، هم‌خوانی دارد. در روش‌های کیفی مشارکت کنندگان با

³Srinivasan

⁴Widiger

¹ Jones

² Khan

مهم‌ترین منبع مددجویی دانسته، به وی توکل نموده و راضی به رضای خدا هستند. کمتر پیش آمده که بدشانسی و دور بودن از خدا را از علل افسردگی بیان کنند.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که طبق تجربیات خانواده‌ها عوامل مؤثر بر بروز افسردگی چند عاملی است. خانواده‌ها به طور عمده حوزه‌های فردی، روانی، اجتماعی و فرهنگی را به عنوان دلیل افسردگی بیان می‌کنند. آن‌ها آگاهی زیادی از دلایل زیستی ندارند. چون، خانواده بیماران افسرده مدل غیرزیستی پزشکی را می‌پذیرند، لذا از دریافت درمان‌های زیستی پزشکی استاندارد اجتناب می‌کنند. فهمیدن دلایل درک شده افسردگی می‌تواند به توسعه استراتژی‌های پیشگیری کننده مناسب کمک کند. از طرفی نیز درمان بیماران افسرده نیاز به پیگیری مداوم دارد. پرستاران با آگاهی از مدل پذیرفته شده توسط خانواده‌ها، می‌توانند آموزش روانی مطلوبی را برای ادامه درمان اجرا کنند. با مطلوب بودن آموزش روانی، درمان هم در حوزه روانی و هم در حوزه جسمی به طور مطلوبی توسط خانواده‌ها پیگیری خواهد شد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران از کلیه شرکت کنندگان که تجارب خود را در اختیار تیم تحقیق قرار دادند، تقدیر می‌نماید. همچنین از دانشگاه تربیت مدرس به عنوان حمایت کننده اصلی تحقیق و پرسنل محترم درمانگاه روان پزشکی رازی تهران تشکر و قدردانی می‌نمایند.

بیانات خود دلایل افسردگی را بیان می‌کنند اما در مطالعات کمی پاسخ‌ها از بین دلایل لیست شده در پرسشنامه انتخاب می‌شود. با این حال حتی در مطالعات کمی (۱۴) که در این زمینه انجام شده است نمونه‌های پژوهش دلایل بیولوژیکی را با درصد کمتری انتخاب کرده‌اند.

در این تحقیق، تجارب خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر بروز افسردگی، با نتایج سایر مطالعات مشابه هستند (۲، ۱۴-۱۸، ۴۰). هر چند که در جوامع و فرهنگ‌های مختلف، در نوع استرس‌های روانی و اجتماعی که منجر به افسردگی می‌شود، تفاوت‌هایی وجود دارد. علیرغم بعضی از مطالعات دیگر (۱۷) که عوامل ماورالطبیعه، موهوم پرستی و عوامل مذهبی و معنوی را از دلایل افسردگی ذکر کرده‌اند، هیچ یک از مشارکت کنندگان تحقیق حاضر، عوامل فوق را به عنوان علل افسردگی بیان نکردند. در همین راستا خان و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود بیان کردند که آحاد جامعه معتقدند که عوامل ماورالطبیعه، خرافات و موهومات از علل افسردگی می‌باشند (۱۷). به نظر می‌رسد که عقاید فرهنگی و رایج بودن پخش فیلم‌هایی از سحر و جادو نقش حیاتی در شکل‌گیری عقیده فوق دارد. این در حالی است که در جامعه مطالعه حاضر موهومات و سحر و جادو نه تنها تبلیغ نمی‌شود بلکه به عنوان یک ضد ارزش دینی مطرح می‌باشد. بعضی مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که عواملی مثل بدشانسی، خواست خدا (۱۴) فقدان معنویت، دور بودن از خدا (۴۰) و تقدیر (۱۴، ۴۰) از دلایل افسردگی است. در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان خداوند را

References:

1. Boyd M. Psychiatric Nursing. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005.
2. Fu CM, Parahoo K. Causes of depression: perceptions among people recovering from depression. J Adv Nurs. 2009; 65(1): 101-9.
3. Gillham JE, Shatte AJ, Freres DR. Preventing depression: A review of cognitive-behavioral and family interventions. Applied & Preventive Psychology, 2000; 9(2): 63-88.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 10th, North American Edition: Lippincott Williams & Wilkins; 2007
5. Kaplan IH, Sadock JB. Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th Ed. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2000.

6. Iranian Society for Mood Disorder. 2008 [Internet]. [cited 2013 Jan 6]. Available from: <http://www.ismd.ir/en/main/>
7. Mohammadi M, Rahgozar M, Yazdi AB, Nagavi H, Pouretemad H, Amniati H, Rostami M, Frahani FK, Mesgarpour B. Prevalance of Psychiatry Disorders in Tehran. *Andeesheh Va Raftar* 2003; 9: 4-13. (Persian)
8. Mohammadi MR, Yazdi SAB, Rahgozar M, Mesgarpour B, Kocabe F, Garabagi K, et al. Epidmiology of Psychiatric Disorders in East Azarbayjan (2001). *J Tabriz Med Sci Univ* 2005; 64: 63-73. (Persian)
9. Mohammadi MR, Yazdi SAB, Rahgozar M, Mesgarpour B, Fakhr GRH, Bageste H, et al. Epidmiology of Mental Health in Kerman (2001) *J Rafsanjan Med Sci Univ* 2005; 4: 136-45. (Persian)
10. Mohammadi MR, Rahgozar M, Yazdi SAB, MesgarpourB, Maleke BA, Hoseni SH, et al. Prevalance of Psychiatric Disorders in Golestan (2001). *J Gorgan Med Sci Univ* 2004; 13: 67-77. (Persian)
11. Mohammadi MR, Yazdi SAB, Rahgozar M, Mesgarpour B, Barimani F, Taheri SK, et al. Prevalance of Psychiatric Disorders in Mazandaren (2001). *J Mazandaran Med Sci Univ* 2003; 13: 8-18. (Persian)
12. Mohammadi MR, Yazdi SAB, Rahgozar M, Mesgarpour B, Babalhavayegi A, Lotfi A et al. Prevalance of Psychiatric Disorders in Hamedan (2001). *J Hamedan med Sci Univ* 2004, 11: 28-36. (Persian)
13. Chegeni S, Nikpour B Yazdi SAB. Prevalance of Psychiatric Disorders in Ghome (2000). *J Babol Med Sci Univ* 2002, 3: 44-51.
14. Khalsa S-R, McCarthy KS, Sharpless BA, Barrett MS, Barber JP. Beliefs About the Causes of Depression and Treatment Preferences. *J Clin Psychol* 2011; 67: 539 -49.
15. Çirakoglu OC, Kokdemir D, Demirtku K. Lay theories of causes of and cures for depression in a Turkish University sample. *Social behavior and personality* 2003, 31: 759-806.
16. Ekanayake S, Ahmad F, McKenzie K. Qualitative cross-sectional study of the perceived causes of depression in South Asian origin women in Toronto. *BMJ Open*. 2012 Feb 15;2(1):e000641
17. Khan T, Hassali M, Tahir H, Khan A. A Pilot Study Evaluating the Stigma and Public Perception about the Causes of Depression and chizophrenia. *Iran J Publ Health* 2011; 40(1): 50-6.
18. Lauber C, Falcato L, Nordt C, Rössler W. Lay beliefs about causes of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003; (418):96-9.
19. Pahlevanzade S, Navidian A Yazdane M. The impact of psychoeducation on depression, anxiety and stress of family caregivers of psychiatric patients. *J Med Sci Kermanshah* 2010; 14: 228-36. (Persian)
20. Forouzande N, delaram M, solati Sk, Aein F, Deris F. Effect of cognitive behavioral therapy on depression of non-medical students of Shahrekord University of Medical Sciences. *J Shahrekord Uuniv Med Sci* 2003; 4: 11-17. (Persian)
21. Taheri MMH, Mogharab M, Akhbari SH, Raeesoon MR, Taheri EH. Prevalance of

- depression among new registered students in Birjand University of Medical Sciences in the academic year 2009-2010. *J Birjand Univ Med Sci* 2011; 18: 109-16. (Persian)
22. Pourshahriari M. The comparison of depression, social loneliness and family relation between high school girl student (Internet users and nonusers) in Tehran. *Psychol Studies* 2007; 3: 49-64. (Persian)
23. Forouzande N, Dashtbozorge B. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women Insert refereed to the city's urban health centers in share kord. *J Shahrekord Uuniv Med Sci* 2001; 2: 43-51. (Persian)
24. Streubert H, Carpenter D, Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
25. Polit DF, Beck Ct. Nursing research: generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8th Ed. lippincott: Williams & Wilkins; 2008.
26. Hätönen H, Suhonen R, Warro H, Pitkänen A, Välimäki M. Patients' perceptions of patient education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17(4):335-41.
27. Hsieh H, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005, 15: 1-15.
28. Elo S, kyngas H. The qualitative content analysis process. *J Advance Nursing* 2008; 62: 107-15.
29. Graneheim UH Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004, 24: 105-12.
30. Blair RG. Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. *Health Soc Work*. 2000;25(1):23-30.
31. Tsai Y-F, Yeh S-H, Tsai H-H. Prevalence and risk factors for depressive symptoms among community-dwelling elders in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(11):1097-102.
32. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol. Psychiatry* 2003; 54(3):216-26.
33. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res* 2002;53(4):859-63.
34. Atapoor J, Shakibi M, Rajabizadeh G Sarotehrigi M. The relationship between Depression in Patient with Rheumatoid Arthritis in Kerman. *J Kerman Univ Med Sci* 2002; 9: 79-85. (Persian)
35. Taziki S-A, Bazrafsan H, Behnampour N, Paviz M. Relationship between depressive's symptoms and diabetes. *J Gorgan Univ Med Sci* 2001, 3: 59-64.
36. Jones DJ, Beach SR, Forehand R. Stress generation in intact community families: stress and implications for adolescent adjustment. *J Social and Personal Relationships* 2001, 18(4): 443-462.
37. Goldberg D. The aetiology of depression. *Psychol Med* 2006;36(10):1341-7.
38. Widiger TA, Anderson KG. Personality and depression in women. *J Affect Disord* 2003, 74(1): 59-66.
39. Mulder RT. Depression and personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6(1):51-7

40. Srinivasan J, Cohen NL, Parikh SV. Patient Attitudes Regarding Causes of Depression: Implications for Psychoeducation. *Can J Psychiatry*. 2003;48(7):493-5.