

بررسی رابطه هماهنگی بین مؤلفه‌های خودپنداشت و افسردگی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند*

چکیده

این پژوهش به بررسی رابطه هماهنگی بین مؤلفه‌های خودپنداشت (خودکنونی و خود آرمانی) و افسردگی پرداخته است. فرض کلی بر این است که بین هماهنگی خود کنونی و خود آرمانی از یک سو و افسردگی از سوی دیگر رابطه منفی وجود دارد. در پژوهش حاضر، ۱۹۳ دانشجوی پسر و ۱۸۱ دانشجوی دختر دوره کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز که از دانشکده‌های مختلف به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند شرکت داشتند. نتایج تحلیل آماری نشان داد که اولاً در حالت بهنجار، بین خودکنونی و خود آرمانی تقریباً هماهنگی و تجانس وجود دارد و ثانیاً، بین هماهنگی خودکنونی و خود آرمانی و افسردگی رابطه منفی وجود دارد، یعنی هرچه هماهنگی بیشتر باشد افسردگی کمتر است. بنابر این فرضیه کلی پژوهش تأیید می‌شود.

مقدمه

یکی از قدیمی‌ترین موضوع‌ها در روان‌شناسی شخصیت و یکی از موضوع‌هایی که فراز و نشیب زیادی را پشت سر گذاشته، مفهوم خودپنداشت (Self-concept) و رابطه آن با ناراحتی‌های روان‌شناختی است. هر فرد تصویری از ویژگی‌های خود دارد که این تصور همان خودکنونی (Actual-self) است. خودکنونی معرف ویژگی‌های کنونی و واقعی فرد است. خودکنونی خصوصیات را دربر می‌گیرد که فرد به وجود آنها در خود معتقد است (هیگینز، کلاین و استرامان، ۱۹۸۷, Higgin, Klein & Strauman). در هر فرد علاوه بر خودکنونی یک خود آرمانی

* عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز

(۱۹۶۱) بر این عقیده است که عدم هماهنگی بین تصویری که فرد از خود دارد و تصویری که از خودآرمانی دارد به ناراحتی، نارضایتی و ناخشنودی و غیره منجر می‌شود. از نظر راجرز که یک پدیدارشناس است کاهش ناهمگنی بین خودکنونی و خودآرمانی در خلال مصاحبه به سازگاری فرد منتهی می‌شود. نظریه پردازان انسان‌گرا بر تفاوت بین خودکنونی و خودآرمانی شخص و درک فرد از وضعیت واقعی امور تأکید دارند. وقتی تفاوت بین آرمان و واقعیت آن‌قدر زیاد شود که فرد نتواند تحمل کند، افسردگی به وجود می‌آید. هیگنز، کلاین و استرامن (۱۹۸۷) در زمینه روابط مؤلفه‌های خودپنداست و حالات هیجانی نظریه ناهمگنی خود (Self-discrepancy) را پیشنهاد کرده‌اند. براساس این نظریه روابط متنوعی بین مؤلفه‌های خودپنداشت وجود دارد که عامل آسیب‌پذیری نسبت به انواع مشخصی از ناراحتی‌های روانی است. آنها با بررسی تجربی نظریه ناهمگنی خود نشان داده‌اند که به آزمودنی‌هایی که بین خودکنونی و خودآرمانی آنان ناهمگنی وجود دارد، افسردگی عارض می‌شود. ناهمگنی بین خودکنونی و خودآرمانی نشان می‌دهد که

(Ideal-self) نیز وجود دارد. خودآرمانی معرف ویژگی‌هایی است که فرد دوست دارد داشته باشد، یعنی آرمانها، اهداف یا آرزوهای او (هیگنز و همکاران، ۱۹۸۷). به عقیده راجرز (Rogers, ۱۹۶۱) خودآرمانی آن نوع خودپنداشتی است که انسان می‌خواهد داشته باشد. این دو مؤلفه خودپنداشت نقش مهمی در سازمان یافتگی شخصیت ایفا می‌کنند. نیاز به هماهنگی بین ویژگی‌های مختلف خود و تصوراتی که از خویشتن داریم توسط بسیاری از محققان مطرح شده است. این اصل وحدت و هماهنگی بر این امر مبتنی است که افراد نیازی اساسی به حفظ یکپارچگی و انسجام بین خصوصیات کنونی و آرمانی خویشتن دارند.

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده است که افرادی که بین مؤلفه‌های خودپنداشت خود، ناهماهنگی یا ناهمسانی دارند دچار ناراحتی روان‌شناختی می‌شوند (فستینجر، Festinger, ۱۹۵۹). فروید (Freud, ۱۹۵۹) به تعارض بین نهاد (Id)، من (Ego) و فرامن (Superego) در تکوین بیماریهای روانی اشاره کرده است. راجرز

راهبردهای خودیاری استفاده کنند (پارکر و براون، Parker & Brown، ۱۹۷۹). در اینجا لازم است مفهوم افسردگی به روشنی تعریف شود، و به برخی از پیامدهای نامطلوب آن اشاره گردد. این مفهوم در مکالمات روزمره غالباً برای توصیف حالتی از گرفتگی خلق طبیعی به کار برده می‌شود. این نوع خلق گرفتگی‌ها ممکن است جنبه سازشی داشته باشند. تقریباً همان‌گونه که اضطراب و ترس خفیف می‌تواند فرد را از خطر آگاه سازد و مانع آسیب جدی گردد، افسردگی نیز ممکن است یادآور کمی و کاستی‌های فرد باشد و او را وادارد تا راهی برای جبران آنها پیدا کند. اما، همان‌طور که اضطراب می‌تواند به‌طور غیرعادی شدت یابد و وخیم شود، افسردگی نیز می‌تواند افزایش یابد و برای فرد مشکلاتی ایجاد کند که حل و رفع آنها فراسوی توانایی‌های فرد باشد (ویلیامز، Williams، ۱۹۹۲).

افسردگی اختلال تمام نظام روانی - زیستی است که هیجان‌ها، افکار، رفتار و عملکرد جسمانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مولفه هیجانی آن، داشتن خلق غمگین است که به‌صورت احساس غم و اندوه، ناتوانی در لذت بردن، ملالت

وضعیت کنونی خصوصیات واقعی فرد از دیدگاه او با وضعیت آرمانی که وی آرزوی رسیدن یا امید دستیابی به آنها را دارد همخوانی ندارد. نتیجه این ناهمگنی از دست‌دادن پیامدهای مثبت است (مثلاً عدم دستیابی به امیدها، آرزوها و تمایلات خود) و بنابر این پیش‌بینی می‌شود فردی که دچار این ناهمگنی است نسبت به اندوه آسیب‌پذیر می‌گردد.

بسیاری از انسانها به دلایل مختلف و به مدت زمانهای متفاوت، دچار درجه‌ای از افسردگی می‌شوند و شیوه‌های متفاوتی را جهت انطباق با افسردگی به کار می‌برند. در هر لحظه از زمان، چهار تا پنج درصد افراد جامعه، از لحاظ بالینی، معیارهای لازم جهت تشخیص افسردگی را دارا هستند. باوجود این، بیشتر افراد بدون هرگونه درمان بر افسردگی خود فایق می‌آیند (پیکل، Paykel، ۱۹۸۹). در هر سال تقریباً در ده درصد افراد علائم و نشانه‌های افسردگی بروز می‌کند (آمنسون و لووینسون، Amenson & Lewinsohn، ۱۹۸۱). افسردگی در ۲۵٪ موارد در مدتی کمتر از یک ماه و در ۵۰٪ موارد قبل از سه ماه برطرف می‌شود. برخی افراد ممکن است از انواع مختلف

افسرده نوعاً به گونه‌ای پیش‌بینی‌پذیر در یکدیگر تأثیر متقابل دارند. بیمار شناخت‌های خود را جدی می‌گیرد و در نظام فکری بیمار، این‌گونه شناخت به میزان زیادی پذیرفته می‌شود و نقش مهمی را ایفا می‌کند. بیمار تمایل دارد تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب زیادی را تجربه کند. سپس این هیجان‌ها را به عنوان شواهد تأییدکننده باورهای خود تعبیر و تفسیر می‌کند. به بیان دیگر، او استدلال می‌کند، «چون من دارای احساس بدی هستم پس باید انسان بدی باشم». او نمی‌تواند درک کند که در یک دور باطل گرفتار شده است و در واقع با گفتار منفی درونی خویش، احساس‌های ناخوشایند و نامطلوب خود را خلق می‌کند. آنگاه وقتی شروع به تغییر رفتار خود می‌کند و سعی در انطباق آن با نظام باورها و احساس‌های خود دارد، مشکل او وخیم‌تر می‌گردد (برنز و بک، Burns & Beck, ۱۹۷۸).

اینک با توجه به نقشی که ناهماهنگی خودکنونی و خودآرمانی در ایجاد افسردگی دارد و با توجه به میزان شیوع افسردگی هدف‌هایی را که در این تحقیق دنبال شده است خاطر نشان می‌سازیم.

(Dysphoria)، احساس گناه، تحریک‌پذیری و ناامیدی بروز می‌کند. علائم جسمانی آن عبارتند از: خسودبیمارپنداری (Hypochondriasis)، بی‌خوابی یا پرخوابی، کاهش وزن یا افزایش وزن، یبوست یا اسهال، خستگی و فرسودگی. تغییرات رفتاری ناشی از آن، فعل‌پذیری، خواب رفتگی (Lethargy)، انزوا و گوشه‌گیری از اجتماع، کناره‌گیری از شغل و حرفه و اجتناب از فعالیت‌های لذت‌بخش هستند. در برخی بیماران، افسردگی با درجات مختلفی از اضطراب همراه می‌گردد که شامل ترس، بیم و احساس نیستی و فنای قریب‌الوقوع می‌باشد. حملات واضح هراس (Phobia) ممکن است با علائم جسمانی مثل احساس پروانه در شکم، سوزش و گزگز شدن انگشتان، تنفس سریع و سردرد همراه گردد. هرگونه حالت ملالت هیجانی با انواع آرزوهای دور و دراز و باورهای ذهنی همراه است. زمانی که این آرمانها و باورها به ذهن می‌آیند عاطفه منفی تجربه می‌شود. چنین شناخت‌هایی در بیماران افسرده در اطراف موضوع‌هایی از قبیل احساس بی‌ارزشی، ناامیدی، استیصال و خودکشی دور می‌زند. افکار، احساس‌ها و رفتارهای بیماران

- بررسی رابطه هماهنگی بین خصوصیات

ادراک شده آزمودنی‌ها و برخی امیال و

آرزوهای شخصی آنها با افسردگی.

- بررسی تفاوت دانشجویان دختر و پسر از

لحاظ رابطه هماهنگی بین خودکنونی و

خودآرمانی با افسردگی.

- بررسی تفاوت دانشجویان دختر و پسر از

لحاظ شدت علائم افسردگی و میزان

شیوع آن.

باتوجه به هدف‌هایی که ذکر شد و با در

نظر گرفتن تحقیقات پیشین در قلمرو

موضوع مورد بررسی، فرضیه‌هایی که در پی

می‌آیند، تدوین گردیدند:

۱. بین هماهنگی خودکنونی و خودآرمانی از

یکسو و افسردگی از سوی دیگر رابطه

منفی وجود دارد.

۲. دانشجویان دختر و پسر از لحاظ میزان

رابطه هماهنگی خودکنونی و

خودآرمانی با افسردگی تفاوتی ندارند.

۳. شدت علائم افسردگی در دختران

دانشجو بیشتر از شدت علائم افسردگی

در پسران دانشجو است.

۴. میزان شیوع افسردگی در دختران دانشجو

بیشتر از میزان شیوع افسردگی در پسران

دانشجو است.

روش

جامعه و نمونه

جامعه مورد بررسی این پژوهش

دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه شهید

چمران اهواز است. نمونه مورد آزمایش

شامل ۱۹۳ دانشجوی پسر و ۱۸۱ دانشجوی

دختر است که از دانشکده‌های ادبیات،

اقتصاد، الهیات، تربیت بدنی، علوم، علوم

تربیتی و روانشناسی، کشاورزی و مهندسی

به‌طور تصادفی انتخاب شدند. در این

پژوهش دانشجویان ترم اول تا آخر شرکت

داشتند. نمونه مورد نظر از دانشجویانی

انتخاب شده بود که در سال تحصیلی

۷۴-۱۳۷۳ ثبت‌نام کرده بودند.

ابزار تحقیق

در این پژوهش از دو پرسشنامه، فهرست

صفات (ACL, Adjective Check List) گاف

و هیل‌برن (Gough & Heilburn, ۱۹۸۳) و

فرم کوتاه مقیاس افسردگی بک (Beck)

(Depression Inventory, BDI)، استفاده شده

است. آزمون فهرست صفات شامل ۳۰۰

صفت و عبارت است که به ترتیب الفبا

منظم شده‌اند و معمولاً برای توصیف

ویژگی‌های واقعی (کنونی) و آرمانی فرد

به کار می‌رود. در پژوهش حاضر به منظور سنجش پایایی (Reliability) این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ (Cronbach's Alpha) استفاده گردید. نتایج به دست آمده در جدول شماره ۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱. پایایی پرسشنامه فهرست صفات

| پسران n=۱۹۳ | دختران n=۱۸۱ | کل N=۳۷۴ | آزمودنی‌ها مؤلفه‌ها |
|----------------|-----------------|-------------|------------------------|
| ۰/۹۷ | ۰/۹۷ | ۰/۹۷ | خودآرمانی |
| ۰/۹۵ | ۰/۹۳ | ۰/۹۴ | خودکنونی |

می‌باشد، فراهم کرده است. برای اجرای این تست از آزمودنی خواسته می‌شود تا سؤال‌ها و گزینه‌های هر سؤال را به ترتیب و با دقت بخواند. سپس از هر سؤال، گزینه‌ای را انتخاب کند که بهتر از همه احساس کنونی او را بیان می‌کند، یعنی آنچه درست در زمان اجرای آزمون حس می‌کند. سپس دور عدد مقابل آن گزینه یک دایره بکشد. از آنجا که در هر سؤال بالاترین نمره سه است و تعداد ماده‌ها ۱۳، بنابراین حداکثر نمره مقیاس ۳۹ خواهد بود (دادستان و منصور، ۱۳۷۰).

اعتبار (validity) این پرسشنامه مکرراً مورد بررسی قرار گرفته است. بک، استیر و گارین (Beck, Steer & Garbin, ۱۹۸۸) ضریب پایایی همسانی درونی ماده‌های پرسشنامه را از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین

آزمون فهرست صفات در فاصله دو هفته به دانشجویان داده شد. بار اول از آنها خواسته شد بر اساس صفات و ویژگی‌هایی که در خود سراغ دارند، (یعنی خودکنونی) به صفات فهرست پاسخ دهند و بار دوم بر اساس خودآرمانی، یعنی صفات و ویژگی‌هایی که علاقه‌مند به داشتن آنها هستند. آن‌گاه با تشکیل جدول توافق و قرار دادن فراوانی‌ها در آن و بعد با استفاده از فرمول ضریب همخوانی فای (Phi coefficient) هماهنگی بین خودکنونی و خودآرمانی برای هر آزمودنی محاسبه شد. پرسشنامه افسردگی بک برای سنجش شناخت‌های فرد افسرده به کار گرفته می‌شود. بک به منظور تسهیل استفاده از تست افسردگی در سطح عمومی، شکل کوتاه و ساده‌ای از این آزمون را که شامل ۱۳ ماده

MMPI، ۰/۷۴ است (بک و همکاران، ۱۹۸۸).

۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در مورد فرم کوتاه ۱۳ ماده‌ای نیز ضرایب مشابهی بدست آمده است. ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روانپزشکی همیلتون برای افسردگی (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Deperssion) ۰/۷۳ و با مقیاس افسردگی

نتایج

تحلیل آماری داده‌ها به نتایجی که در پی می‌آیند منتهی شده است: جدول شماره ۲ فراوانی و درصد‌های مربوط به متغیر افسردگی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی درجات افسردگی در نمونه مورد تحقیق

| درصد | فراوانی | سطح نمره‌ها | درجات افسردگی | |
|------|---------|-------------|-----------------------|-----------------|
| ۹/۱ | ۳۴ | ۰ | هیچ | کل N=۳۷۴ |
| ۶/۷ | ۲۵ | ۱ | تقریباً هیچ | |
| ۱۹/۵ | ۷۳ | ۲-۳ | ناچیز | |
| ۳۰/۷ | ۱۱۵ | ۴-۷ | خفیف | |
| ۱۷/۹ | ۶۷ | ۸-۱۰ | متوسط (بیشتر از خفیف) | |
| ۸/۳ | ۳۱ | ۱۱-۱۴ | متوسط (کمتر از خفیف) | |
| ۷/۸ | ۲۹ | ۱۵-۲۶ | وخیم | |
| ۸/۳ | ۱۵ | ۰ | هیچ | دختران n=۱۸۱ |
| ۷/۷ | ۱۴ | ۱ | تقریباً هیچ | |
| ۲۲/۶ | ۴۱ | ۲-۳ | ناچیز | |
| ۲۹/۷ | ۵۴ | ۴-۷ | خفیف | |
| ۱۴/۴ | ۲۶ | ۸-۱۰ | متوسط (بیشتر از خفیف) | |
| ۸/۹ | ۱۶ | ۱۱-۱۴ | متوسط (کمتر از خفیف) | |
| ۸/۴ | ۱۵ | ۱۵-۲۶ | وخیم | |
| ۹/۸ | ۱۹ | ۰ | هیچ | پسران n=۱۹۳ |
| ۵/۷ | ۱۱ | ۱ | تقریباً هیچ | |
| ۱۶/۶ | ۳۲ | ۲-۳ | ناچیز | |
| ۳۱/۷ | ۶۱ | ۴-۷ | خفیف | |
| ۲۱/۳ | ۴۱ | ۸-۱۰ | متوسط (بیشتر از خفیف) | |
| ۷/۷ | ۱۵ | ۱۱-۱۴ | متوسط (کمتر از خفیف) | |
| ۷/۲ | ۱۴ | ۱۵-۲۶ | وخیم | |

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌گردد نمره افسردگی تقریباً ۳۴٪ کل دانشجویان، ۳۱/۷٪ دانشجویان دختر و ۳۶/۲٪ دانشجویان پسر هشت یا بیشتر است و احتیاج به مشاوره و درمان دارند. جدول شماره ۳ همبستگی بین هماهنگی خودکنونی و خودآرمانی را با افسردگی نشان می‌دهد.

جدول ۳. ضریب همبستگی بین هماهنگی خودکنونی و خودآرمانی با افسردگی

| آزمودنی‌ها | شاخص‌های آماری | ضریب همبستگی | سطح معنی‌داری | تعداد آزمودنی‌ها |
|------------|----------------|--------------|---------------|------------------|
| کل | | -۰/۵۱ | <۰/۰۰۱ | ۳۷۴ |
| دختران | | -۰/۵۱ | <۰/۰۰۱ | ۱۸۱ |
| پسران | | -۰/۵۲ | <۰/۰۰۱ | ۱۹۳ |

همان‌طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌گردد فرضیه اول این پژوهش تأیید می‌شود. این نتایج نشان‌دهنده وجود همبستگی منفی معنی‌دار ($P < ۰/۰۰۱$) بین متغیر فای و افسردگی است و اهمیت ناهمگرایی و تنافر بین خودکنونی و حالت آرمانی که فرد آرزوی رسیدن به آن را دارد با افسردگی را برجسته می‌سازد. نتایج حاصل از این فرضیه می‌تواند تأییدی بر اعتبار پرسشنامه فهرست صفات نیز باشد. جدول شماره ۴ نتایج حاصل از مقایسه ضرایب همبستگی دختران و پسران را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج مقایسه ضرایب همبستگی دختران و پسران بین ضریب همخوانی

فای و افسردگی

| جنس | شاخص‌های آماری | r | N | z | z | مشاهده شده |
|------|----------------|-------|-----|------|-------|------------|
| دختر | | -۰/۵۱ | ۱۸۱ | ۰/۵۶ | ۰/۰۰۹ | |
| پسر | | -۰/۵۲ | ۱۹۳ | ۰/۵۷ | | |

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین دو جامعه (پسران و دختران) از لحاظ

متشکل می‌گردند که خودپنداشت نامیده می‌شود. در هر فرد علاوه بر خودکنونی، یک خود آرمانی نیز وجود دارد. این دو مؤلفه نقش مهمی در سازمان یافتگی شخصیت ایفا می‌کنند و ناهمگرایی‌هایی که بین خودکنونی و خودآرمانی وجود دارد از جمله عواملی هستند که مشکلات سازشی متعددی را در پی دارند. بنابر این می‌توان گفت که در حالت بهنجار، تقریباً یک هماهنگی و تجانس بین خودکنونی و خودآرمانی وجود دارد. بدون شک خانواده یکی از عوامل مؤثر در رفتار فرد است. نفوذ والدین در کودک تنها محدود به جنبه‌های ارثی که آنها به فرزند منتقل می‌کنند نیست، بلکه آنها در انتقال تمایلات، آرزوها، آرمان‌ها و اهداف خود به فرزندشان نقش مؤثری ایفا می‌نمایند. تصویر خود و تصور ارزشی خود (خودآرمانی) قویاً از راه بازخوردها و از طریق تجارب دیگری که در دوره کودکی کسب می‌گردد تعیین می‌شوند (به نقل از منصور، ۱۳۷۳).

علاوه بر خانواده، مدرسه، جامعه و تجربه‌های شخصی از جمله عوامل مؤثر در تحول شخصیت هستند و فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند. روابط بین فردی، حمایت متقابل، امنیت و محبت از جمله عواملی هستند که در همگرایی و تنافر خودکنونی و

همبستگی بین ضریب همخوانی فای و افسردگی تفاوتی وجود ندارد و در نتیجه همان‌گونه که در زنان ناهمگنی بین خودکنونی و خودآرمانی می‌تواند با افسردگی در ارتباط باشد. در مردان نیز چنین رابطه‌ای وجود دارد و به‌طور کلی ناهمگنی مؤلفه‌های خودپنداشت با افسردگی در ارتباط است و عامل جنس در این رابطه دخالت ندارد. بنابر این فرضیه دوم این پژوهش تأیید می‌شود.

مقایسه دختران و پسران دانشجویان از لحاظ شدت علائم افسردگی و میزان شیوع افسردگی نشان می‌دهد که بین این دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و در نتیجه فرضیه‌های سوم و چهارم این پژوهش تأیید نمی‌شود. فرضیه ۳: مقایسه دختران و پسران از لحاظ شدت افسردگی ($t=0/12$ و $df=372$)، فرضیه ۴: مقایسه دختران و پسران از لحاظ میزان شیوع افسردگی ($t=1/04$ و $df=1$). (X²)

بحث و نتیجه‌گیری

هر فرد تصویری از خود دارد. یک شخص رفتارهای خود و صفات خود را مانند جهان بیرون ادراک می‌کند، و این ادراکات در یک تصویر جامع کم و بیش منسجم و مستحکم و بیش و کم عینی

خودآرمانی نقش دارند.

افرادی که از یک همگرایی بین خودکنونی و خودآرمانی برخوردارند اشخاصی هستند که عزت نفس (Self-esteem) قوی دارند، دیدی واقع‌نگر نسبت به کمبودها و نقاط ضعف خود دارند، از احساس توانمندی و ارزشمندی برخوردارند، و در مقابل مشکلات و مسایل زندگی، فشارهای روانی، تهدیدها و حوادث ناگوار مختلف مقاوم و پایدار هستند. همچنین، این افراد به سهولت می‌توانند با دیگران ارتباط برقرار نمایند، با دیگران صمیمی و راحت هستند، نسبت به زندگی خود و آینده خوش‌بین هستند، و برای رسیدن به اهداف مطلوبی که برای خود تعیین کرده‌اند تلاش می‌کنند. خلاصه آنکه این افراد قدرت سازگاری زیادی دارند.

ناهمگنی بین خودکنونی و خودآرمانی نشان می‌دهد که وضعیت کنونی خصوصیات واقعی فرد، از دیدگاه خودش، با وضعیت آرمانی که او آرزوی رسیدن و امید دستیابی به آنها را دارد همخوانی ندارد. نتیجه این ناهمگنی از دست دادن پیامدهای مثبت است. یعنی فرد فکر می‌کند که به امیدها، آرزوها و تمایلات خود نخواهد رسید. او شناخت‌های خود را جدی می‌گیرد و در نظام فکری او این‌گونه شناخت‌ها به

میزان زیادی پذیرفته می‌شوند و نقش مهمی را ایفا می‌کنند و در نتیجه دچار اندوه و افسردگی می‌شود. افکار، احساس و رفتار فرد افسرده در یکدیگر تأثیر متقابل می‌گذارند و او نمی‌تواند درک کند که در یک دور باطل گرفتار شده است.

این احساس افسردگی ناشی از یاس و ناامیدی در رسیدن به اهداف و آرزوهایی است که با توجه به واقعیت وجودی صفات و ویژگی‌های کنونی فرد، البته از دیدگاه خودش، نیل به آنها امکان‌پذیر نیست. بنابراین این می‌توان گفت که این افراد از افکار مزاحم و منفی درباره گذشته خود و بی‌فایده بودن آینده رنج می‌برند و معیارهایی را برای موفقیت ضروری می‌پندارند که خود را فاقد آنها می‌دانند. کمبود مهارت‌های لازم برای ارتباط برقرار کردن و واکنش نشان دادن نسبت به دیگران یکی از مشکلات آنهاست. خودسنجی و خودتقویت‌دهی (Self-reinforcement) با عملکرد واقعی آنها رابطه‌ای ندارد. نسبت به توانایی‌های خود اعتماد ندارند و معمولاً واجد مشکلات تحصیلی هستند. شکست‌ها را به خود و موفقیت‌ها را به عوامل برونی نسبت می‌دهند. از برقرار کردن ارتباط با دیگران اجتناب می‌ورزند و خود را منزوی می‌کنند و به‌طور کلی از برخورداری از فعالیت لذت‌بخش دوری می‌گزینند و نمی‌توانند به

یک زندگی عاطفی موزون و متعادل دست یابند.

همان‌طور که پیشتر ملاحظه گردید نسبت ۱ حاصل از مقایسه میانگین نمره‌های افسردگی گروه‌های دختر و پسر، ۰/۱۲ است که در سطح تعیین شده (۰/۰۵) معنی‌داری نیست و بنابر این، فرضیه سوم تأیید نمی‌شود. به علاوه مقایسه دختران و پسران افسرده و دختران و پسران غیرافسرده نیز تفاوت معنی‌داری را از نظر آماری نشان نمی‌دهند.

همچنین این پژوهش نشان داده است که بین دختران و پسران دانشجویان از لحاظ میزان شیوع افسردگی تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد و همان‌طور که قبلاً ملاحظه گردید مجذور خی به دست آمده، در سطح تعیین شده معنی‌دار نیست. بنابر این فرضیه مطرح شده در مورد تفاوت میزان شیوع افسردگی در دختران و پسران تأیید نمی‌شود. گرچه نتیجه به دست آمده با نتایج برخی از پژوهش‌ها متفاوت است (نیهای و بهاری Neehall & Beharry، ۱۹۹۳، نیکولینی Nicolini، و ایس‌بکر Weisbecker و مجیا Magia، ۱۹۹۳). ولی با نتایج برخی دیگر از پژوهش‌ها همخوانی دارد (کسلر Kessler، مک‌گوناگل McGonagle و نلسون Nelson، ۱۹۹۴). عدم مطابقت نتایج پژوهش حاضر در زمینه افسردگی با بررسی برخی از

پژوهشگران دیگر را می‌توان ناشی از عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی دانست. به‌طور کلی، براساس مقایسه دختران و پسران دانشجویان از لحاظ شدت علائم افسردگی و از لحاظ میزان شیوع افسردگی به نتایجی که در پی می‌آیند دست می‌یابیم.

نخست، مفهوم سن فراغت از تحصیل در دختران و پسران متفاوت است. یعنی، دختران پس از اخذ دیپلم دبیرستان بسیاری از تنش‌ها و فشارهای ناشی از دوران تحصیل را از دست می‌دهند و خود را در آستانه زندگی اجتماعی مستقل از خانواده (چه در آغاز زندگی زناشویی و چه آغاز زندگی شغلی) احساس می‌کنند. عده زیادی از دختران، ورود به دانشگاه را صرفاً تکمیل تحصیلات در راه احراز تخصص فرض می‌کنند. برعکس اغلب پسران تکمیل تحصیلات و احراز تخصص را صرفاً به منزله یک نیاز برای کسب شغل بهتر و آغاز زندگی اجتماعی و زناشویی تلقی می‌کنند. بنابر این، فشارهای دوران تحصیل در پسران ادامه دارد.

دوم، نکته مهم دیگر این است که دانشگاه امکانات رفاهی را بیشتر در اختیار دختران دانشجویان قرار می‌دهد تا پسران. در نتیجه، بدیهی است که نمی‌توان مشکلات اقتصادی - اجتماعی پسران را در ایجاد افسردگی نادیده انگاشت.

منابع

منابع فارسی

- ساراسون، آی. جی. و ساراسون، بی. آر. (۱۳۷۱). «روان‌شناسی مرضی»، ترجمه نجاریان، بهمن، اصغری مقدم، محمدعلی و دهقانی، محسن. تهران: انتشارات رشد.
- کراز، ژ. (۱۳۷۰). «بیماریهای روانی»، ترجمه دادستان، پریخ و منصور، محمود. چاپ دوم. تهران: انتشارات دریا.
- مای‌لی. ر. (۱۳۷۴). «ساخت، پدیدآیی و تحول شخصیت»، ترجمه منصور، محمود. چاپ سوم. تهران: انتشارات رشد.

منابع انگلیسی

- Amenson, C. S., & Lewinsohn, P. M. (1981). An investigation into the observed sex differences in prevalence of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90: 1-13.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Burns, D. D. & Beck, A. T. (1978). Cognitive behavior modification of mood disorders. In *Cognitive Behavior Therapy: Research and Implication*. Edited by J. P. Foreyt and D. P. Ranthjen. New York: Plenum Press.
- Festinger, L. A. (1959). *Theory of Cognitive dissonance*. Evanston IL: Row, Peterson.
- Freud, S. (1959). Mourning and Melancholia. In E. Jones (ed.), *Sigmund Freud: Collected Papers* (Vol. 4) New York: Basic Books.
- Gough, H. G. & Heilburn, A. B. Jr (1983). *The Adjective Check List Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychology Press.
- Higgins, E. T., Klein, R. & Strauman, T. (1987). Self-Discrepancies: Distinguishing among self-states, self-state conflicts, and emotional vulnerabilities. In K. Yardley & T. Honsee (eds.), *Self and Identity: Psychosocial Perspective* (pp. 173-186). New York: Wiley.

- Kessler, R. C. McGonagle, K. A., Nelson, C.B., Hughes, M., Stwartz M. & Blazer, DG. (1994). Sex and depression in National Comorbidity Survey-II: Cohort effect. *Journal of Affective Disorder*, 30(1): 15-26.
- Neehal, J. & Bsharry, N. (1993). The pattern of in-patient psychiatric referrals in a general hospital. *West Indian Medical Journal*, 42(4): 155-7.
- Nicolini, H., Weisbacker, K., Mejia, J. M. Sanchez, D. E. & Carmona, M. (1993). Family study of obsessive-compulsive disorder in a Mexican Population. *Archives of Medical Research*, 24(2): 193-8.
- Parker, G. & Brown, L. (1979). Repertories of response to potential precipitants of depression. *Australian and Newzealand Journal of Psychiatry*, 13: 327-33.
- Paykel, E. S. (1989). The background: extent and the nature of disorder, in K. Herbst and E. S. Paykel(eds.) *Depression: An Intergrative Approach*. London: Heinemann Medical Press.
- Rogers, C. R.(1961). A theory of personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered frome work. In s. Koch(ed.), *Psychology: A Study of Science: Volume 3. Formulations of the person and the social context*. New York: McGraw-Hill.
- Williams, J. M. G. (1992). *The Psychological Treatment of Depression* (2nd ed.) London: Routledge.