

## موضوع تحقیق

((بررسی میزان اضطراب و افسردگی بین کارمندان دو گروه))

((عملیاتی حریق و نجات سازمان آتش نشانی تهران))

محقق

بیوک ساعدی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## چکیده

باتوجه به اهمیت عامل انسانی در سازمان ها و بهره وری بهینه از آنها در جهت خدمت رسانی به مردم و شناسایی عوامل باز دارند. مثل استرس، اضطراب و افسردگی که موجب پایین آمدن کیفیت کار، و ضرر و خسارت به سازمان و مردم می گردد. با عنایت به دلایل فوق تحقیقی با عنوان " بررسی میزان اضطراب و افسردگی در بین کارمندان مرد گروه حریق و نجات سازمان آتش نشانی تهران " اجراء گردید. در این تحقیق جامعه پژوهش را منطقه ۴ عملیاتی از پنج منطقه عملیاتی سازمان آتش نشانی تهران، که از ۱۴ ایستگاه حریق و نجات تشکیل شده و از بین ایستگاه های منطقه ۴ تعداد ۷ ایستگاه به صورت تصادفی ساده به عنوان جامعه نمونه بر اساس جدول اچ، اس، پولا به تعداد ۸۰ نفر که ۴۰ نفر از گروه حریق و ۴۰ نفر از گروه نجات می باشند انتخاب گردیدند و مورد آزمون قرار گرفتند. ابزار تحقیق پرسشنامه اضطراب کنترل از نوع مقیاس چند درجه ای و پرسشنامه افسردگی بک بوده و در محاسبات از سه بخش توصیفی، استنباطی و همبستگی تجزیه و تحلیل داده ها صورت گرفت. در بخش آمار استنباطی مقایسه میانگین و از آزمون  $t$  استودنت استفاده شده با توجه به نتایج بدست آمده  $t_{\alpha}$  جدول از  $t$  افسردگی و اضطراب یا سطح اطمینان ۹۹٪ بیشتر گردید. در نتیجه فرض تحقیق مبنی بر اینکه سطح اضطراب و افسردگی گروه حریق بیشتر از گروه نجات است رد می شود. در نتیجه بین سطح اضطراب و افسردگی دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد. و همچنین تجزیه و تحلیل نتایج تحقیق نشانگر آن است که مقدار  $F$  بدست آمده در سطح اطمینان ۹۹٪ بین میزان افسردگی و اضطراب دو گروه حریق و نجات به ترتیب با مقادیر ۰/۷۸ و ۰/۸۴ بود که نمایانگر همبستگی مستقیم بالایی باشد و فرضیه تحقیق در ارتباط با وجود رابطه، تایید گردید.

## فهرست مطالب

صفحه	فهرست
	● فصل یک
۲-۵	مقدمه
۶-۸	بیان مسئله
۹	فرضیات تحقیق
۹	تعریف عملیاتی واژه ها
۹	متغیرها
۱۰	منابع فصل یک
	● فصل دو
۱۲-۴۹	مفاهیم بنیادی و نظریات
۴۹-۵۳	تحقیقیات انجام شده مرتبط با موضوع
۵۴-۵۶	منابع فصل دو
	● فصل سه
۵۸	جامعه
۵۸	نمونه و روش نمونه گیری
۵۸ - ۶۶	ابزار تحقیق
۶۶	طرح و شیوه اجرای تحقیق
۶۶ - ۶۷	روش تجزیه و تحلیل داده ها

● فصل چهار

تجزیه و تحلیل داده های توصیفی

۶۹ - ۷۲

تجزیه و تحلیل داده های استنباطی

۷۳

تجزیه و تحلیل علیت

۷۴ - ۱۰

● فصل پنج

بحث و نتیجه گیری

۸۴ - ۸۳

کاربرد

۸۳

محدودیتها

۸۴

پیشنهادات

۸۵ - ۸۶

منابع

ضمائم

## فهرست نمودارها

صفحه	فهرست
۷۴	نمودار ( ۴-۱ ) : میزان همبستگی افسردگی و اضطراب در گروه حریق
۷۶	نمودار ( ۴-۲ ) : میزان همبستگی افسردگی و اضطراب در گروه نجات
۷۷	نمودار چند ضلعی ( ۴-۳ ) : میزان افسردگی کارمندان عملیاتی حریق و نجات
۷۸	نمودار ستونی ( ۴-۴ ) : میزان افسردگی کارمندان عملیاتی حریق و نجات
۷۹	نمودار چند ضلعی ( ۴-۵ ) : مقایسه افسردگی کارمندان عملیاتی گروه حریق و نجات
۸۰	نمودار چند ضلعی ( ۴-۶ ) : مقایسه اضطراب کارمندان عملیاتی گروه حریق و نجات

## فهرست جداول

صفحه	فهرست
۴۵	جدول ( ۱-۲): آمار حریق ها و حوادث فصل پاییز در طی چهار سال متوالی
۴۵	جدول ( ۲-۲): مقایسه آماری از نظر تعداد آسیب دیدگان حریق و نجات به تفکیک جنسیت و ماه
۴۶	جدول ( ۲-۳): تعداد فعالیت های مختلف حریق را به تفکیک ماه های پاییز سال ۱۳۸۳
۴۶	جدول ( ۲-۴): تعداد فعالیت های مختلف حادثه را به تفکیک ماه های پاییز در سال ۱۳۸۳
۴۷	جدول ( ۲-۵): مقدار خسارات ریالی حریق و حادثه را به تفکیک ماه های فصل پاییز سال ۱۳۸۳
۶۱	جدول ( ۱-۳): هنجار گزینی نمرات کل اضطراب
۶۲	جدول ( ۲-۳): تعداد و نمرات مواد مربوط به پنج عامل نخستین شخصیت
۶۳	جدول ( ۳-۳): هنجار گزینی نمرات خام معیارهای اصلی
۶۵	جدول ( ۳-۴): افسردگی بک
۶۵	جدول ( ۳-۵): هنجار گزینی نمره کلی افسردگی
۶۹	جدول ( ۱-۴): شاخص های گرایش به مرکز و پراکندگی افسردگی و اضطراب

- ۷۰ جدول ( ۲-۴ ) : هنجار گزینی نمرات کل اضطراب
- ۷۱ جدول ( ۳-۴ ) : سطح اضطراب کارمندان گروه حریق
- ۷۱ جدول ( ۴-۴ ) : سطح افسردگی کارمندان گروه حریق
- ۷۲ جدول ( ۵-۴ ) : سطح افسردگی کارمندان گروه نجات
- ۷۲ جدول ( ۶-۴ ) : سطح اضطراب کارمندان گروه نجات
- ۷۳ جدول ( ۷-۴ ) : میزان t محاسبه شده مربوط به افسردگی و اضطراب دو گروه
- ۷۴ جدول ( ۸-۴ ) : توصیف و تفسیر تقریبی همبستگی
- ۷۴ جدول ( ۹-۴ ) : میزان همبستگی بین افسردگی و اضطراب در دو گروه



# فصل یک

واژه استرس و اضطراب و افسردگی چنان در بین جوامع رواج یافته که جزء مسئله همگانی و مشخصه زندگی انسان امروزی شده است. واژه استرس به معنی فشار و نیرو است. هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند و در او واکنشی (پاسخی) ایجاد نماید روی هم رفته فرآیندی را به وجود می آورد که استرس نام دارد. عامل استرس ممکن است درونی و بیرونی یا ترکیبی از هر دو باشد. هانس سلیه اولین کسی هست که در سال ۱۹۵۶ مفهوم استرس را به طور گسترده مورد بحث و بررسی قرار داد. تعریف کامل و دقیق استرس مجموع واکنش های جسمانی، روانی، ذهنی و رفتاری است که ارگانسیم یا جانوران را در برابر محرک ها (عامل ها) درونی و بیرونی و برهم زننده ثبات و تعادل طبیعی و درونی بدن (همئوستازی) نشان می دهد. (بهنود، زهرا، بهداشت و استرس شغلی، ۱۳۸۴، ص ۲)

هدف اصلی این واکنش ها بازگرداندن تعادل از دست رفته ارگانسیم و سازگاری فرد با محیط است. سلیه معتقد است که استرس و اضطراب آثار و عارضه هایی را در بدن به وجود می آورد که ممکن است به بیماری های گوناگون در افراد منجر شوند. بیماری های چون فشار خون، ناراحتی قلبی، عروقی، زخم معده، آسم و افسردگی و اضطراب، سلیه این بیماری ها را سازگاری نامید. سلیه فرآیند استرس را سندروم سازگاری عمومی (GAS) نامید و برای آن سه مرحله (هشدار، مقاومت، از پا درآمدن) شناخت.

ساز و کارهای بیوشیمیایی در استرس و افسردگی به این نظریه منجر شده است که افسردگی در واقع نوعی بیماری سازگار است. میان عامل استرس زا و شدت و ماهیت استرس نوعی بستگی باید وجود داشته باشد و پاسخ بدن به نوع عامل استرس بستگی دارد در مقوله بیماری های روان تنی، جسمانی شدن اختلالهای روانی از جمله افسردگی، را اغلب دارای ماهیت نمادین می دانند یعنی، عارضه های جسمانی ناشی از استرس منجر به افسردگی که در بخش ها و اندام های گوناگون بدن ظاهر می شوند بستگی نمادین معنی داری با عامل استرس

## 1- General Adaptation Syndrome

دارند. برای بررسی اضطراب و استرس و افسردگی شغلی بیش از هر چیز به شناسنامه هایی برای شناخت آنها نیاز داریم که عبارتند از: نشانه های روانی، جسمانی، رفتاری. این نشانه ها اغلب با نارضایتی شغلی بروز می کنند. از عمده ترین نشانه های رفتاری نارضایتی شغلی عبارتند از غیبت از کار، رها کردن شغل، افزایش حادثه های ناشی از کار و فقدان بهره وری. این آثار و هزینه های مرتبط با آن درجه اول متوجه سازمان است. در شغل های تخصصی و تجربی مانند شغل های آموزشی، مشاوره ای و خدمات انسانی، کارکنان ناراضی در انتظار رسیدن موعد بازنشستگی روز شماری می کنند در این حالت سازمان با نیروی انسانی بی بهره و بی مصرف دست به گریبان است. در ضمن آثار اضطراب و افسردگی و استرس مانند بسیاری از ناراحتی های روانی و عاطفی دیگر قابل سرریز شدن از محیطی به محیطی دیگر است که بازتاب های این آثار موجب خراب شدن روابط افراد به ویژه همسران می شود، رنج و ناراحتی والدین به فرزندان منتقل شده و فرصت ها و دستاوردهای شغلی از کف می روند و کیفیت زندگی به طور کلی لطمه می بیند. عوامل استرس و اضطراب و افسردگی در شغل با ویژگی های نقش، روابط میان فردی، جو و ساختار سازمانی و راه روش های مدیریت منابع انسانی، فن آوری و خصوصیات مادی ارتباط دارد (خواجه پور، رضا، استرس شغلی). در رابطه با اضطراب و استرس و افسردگی در بین کارمندان عملیاتی سازمان آتش نشانی قابل ذکر است که نوع کار و وظیفه سنگینی که برای نجات جان و مال مردم برعهده آنها محول شده و مخاطرات شغلی باعث ایجاد فشار روانی خواهد شد. آتش نشانان بر اساس شغل ویژه خود به طور ۲۴ ساعته در معرض بسیاری از استرس ها قرار دارند که باعث صدمات روحی و روانی و فیزیکی و شیمیایی می گردد. تعدادی از این عوامل و آثار ناشی از آن به شرح ذیل می باشد:

۱- صدای زنگ حریق و حادثه، آتش نشانان در طی ۲۴ ساعت شیفت به طور دائم در معرض استرس روحی قرار دارند.

هنگام عملیات حریق و نجات بدن به طور خودکار شروع به تشریح هورمونهایی مثل آدرنالین و کورتیزول می نماید که در دراز مدت می تواند بخش های مختلف بدن را دچار آسیب جسمی و روانی نماید.

۲- استرس جوابگویی به بیسیم ، برای کسب اطلاعات از محل حادثه از ستاد فرماندهی و درخواست نیازها ( نیرو و تجهیزات ) .

۳- صدای آژیر و بلندگو و نور چراغ گردان هنگام اعزام به محل حادثه.

۴- استرس رانندگی و ترافیک برای هر چه سریعتر رسیدن به محل حادثه و ممانعت از تصادف با عابر و خودروها .

۵- دودها و گازهای سعی که تاثیر این گازها باعث اضطراب و پیامدهای آن بریدن باعث افسردگی خواهد شد .

۶- حرارت در محل حریق باعث اضطراب پرسنل شده و سیستم طبیعی بدن را مختل می نماید .

۷- تماس یا جذب مواد شیمیایی از طریق پوست

۸- صدمات فیزیکی در حین انجام وظیفه

نوبت کاری : شغل هایی مثل آتش نشانی - خدمات بیمارستانی ، که به طور ۲۴ ساعته مورد نیاز جامعه است به طور مستقیم و غیر مستقیم در بازدهی ذهنی و انگیزه کاری اثر می گذارد . بیشتر فعالیت های جامعه انسانی هماهنگ با ساعت های روز شکل گرفته اند . نوبت کاری ممکن است موجب گردد فرد شاغل دستخوش فشارهای ناشی از زندگی خانوادگی شود . مثلاً همسران از داشتن هم صحبت محروم شدند یا برنامه جنسی آنها به هم بخورد ، یا هنگامی که نیاز به مواظبت و پرستاری دارند از آن محروم بمانند ( خواجه پور ، استرس شغلی ، مترجم ، ص ۸۱ ) با توجه به موارد ذکر شده مدیران رده های بالای سازمان هنگام استخدام آتش نشان با بهره گیری از روانشناسان برجسته و آگاه از اضطراب و استرس شغل های پر مخاطره و با انجام معاینات پزشکی و روان شناسی و اجرای آزمون های شخصیت و استرس و اضطراب قبل از ورود به سازمان که شغلی باریسک بالا محسوب می گردد مورد آزمون قرار داده و افرادی را انتخاب نمایند که برای نجات جان و مال مردم دارای توان کار در شرایط سخت و حاضر به انجام عملیات و ریسک باشند و همچنین دارای روحیه اطاعت پذیری و علاقمند برای کسب اطلاعات جدید و روز مرتبط با شغل در طی خدمت در سازمان باشند .

که چنین افرادی در آینده قادر خواهند بود با حس مسئولیت پذیری و اطمینان خاطر و استرس و اضطراب کمتر خدمات بهتری را برای شهروندان ارائه نمایند .

بیماری های عصبی روانی جزء شایعترین ابتلائات بشری هستند و با این همه آن چنان که باید شناخته شده نیستند گروهی که با توجه به کثرت تعداد خود اهمیت بیشتری دارند و بیماری آنان هم با معالجه درست درمان پذیر می باشد. انبوه مبتلایان به اختلالات روانی خفیف یا حالات عصبی هستند که همیشه ده تا بیست درصد مردم یک جامعه را تشکیل می دهند حالات روانی خفیف عموماً ناشی از واکنش های بیمارگونه در برابر فشارهای روانی و تجربیات ناخوشایند زندگی هستند و از نظر علت با بیماری های روانی عمده کاملاً متفاوت هستند. ( فدایی ، ۱۳۷۱ ، ۱۰۹ )

در بیماران دچار حالات عصبی ، فشارهای گوناگونی از حالت روانی و محیطی به علائمی نظیر اضطراب ، افسردگی ، بی خوابی ، بی اشتها ، از دست دادن قدرت کار و تحصیل و دردهای مبهم بدنی تبدیل می شود . بیماری های اضطراب و افسردگی باعث ناتوانی و عذاب می گردند اندازه ناتوانی بستگی به شدت بیماری دارد ، افرادی با بالاترین کشش ، سازندگی ، و خلاقیت ممکن است در جریان یک بیماری افسردگی و اضطراب به طور کامل بی خاصیت و غیر فعال شوند این عواقب موقتی است بیمار با باز یافتن سلامتی به حالت طبیعی خود بر می گردد . اگر افسردگی یا اضطراب به حدی باشد که مانع از اشتغال بیمار شود معمولاً نشاندهنده آن است که بیماری حداقل شدت متوسطی دارد و ممکن است شدید تر هم بشود . بنابراین این معیار ( ناتوانی در ادامه کار ) حاکی از آن است که باید به یک درمان فعال مبادرت شود ریشه عمده فشار عصبی کارکنان به طور برابر میان عامل های سازمانی و پیرامون غیر کاری آن پخش است . این علت های دوگانه نشان می دهد که کارکنان می توانند به این عامل های فشار آور یا به صورت مثبت پاسخ گویند که این عامل های آنان را بر می انگیزند و تحریک می کنند یا بصورت منفی که این عامل ها آنان را از کوشش هایشان باز می دارد . در نتیجه پی آمدهای سازنده و یا ویرانگر هم برای سازمان و هم برای کارکنان پدید می آورند . در رابطه با اهمیت عوارض افسردگی و اضطراب ، ( آمنه کاظمی رجوع شود به فهرست منابع ) کاظمی به بررسی میزان اضطراب زنان اپراتور و مقایسه آن با زنان خانه دار پرداخت نمونه مورد مطالعه وی ۸۰ نفر از

زنان ساکن در شهر تهران بودند که حدود سنی آنها بین ۳۰ تا ۵۰ سال بوده و میزان تحصیلات آنها دیپلم می باشند از این تعداد ۴۰ نفر اپراتور شاغل در شرکت مخابرات و ۴۰ نفر زنان خانه دار مقیم شهر تهران بودند. ابزار تحقیق پژوهش، پرسشنامه خودسنجی کتل می باشد که در مورد دو گروه آزمودنی به طور جداگانه اجرا شده است. نتایج تحقیق نشان می دهد که میزان اضطراب زنان اپراتور بیشتر از زنان خانه دار بوده است. حال سؤال پژوهشگر امنیت که آیا میزان اضطراب و افسردگی در بین کارمندان عملیاتی مرد گروه حریق بیشتر از کارمندان مرد گروه نجات سازمان آتش نشانی تهران هست؟ با توجه به اینکه پژوهشگر نیز جزئی از گروه عملیاتی حریق می باشد، مشاهده تعدادی از پرسنل در محیط های ایستگاهی و عملیاتی و نیز زندگی شخصی خود که دچار فشار روانی هستند و اظهار دلسردی و نارضایتی از حجم کار مخصوصاً در ایستگاه های مادر و اصلی که با تعداد ماموریت حریق و نجات زیادی مواجهند و با افزایش سنوات خدمتی موجب فرسودگی بعضی از آنها شده است. در ضمن نداشتن چارت سازمانی مناسب برای ارتقاء پست های استحقاقی و کمبود منابع حمایتی در صورتی که پرسنل دچار صدمات فیزیکی ناشی از کار شوند، باعث اضطراب و افسردگی در بین آنها گردیده است. لذا انگیزه پژوهشگر از انتخاب موضوع تحقیق بررسی علل اضطراب و افسردگی دو گروه و ارائه راهکار های مناسب برای مدیران عملیاتی در جهت کاهش عوارض روحی محیط کار و در نهایت ارائه سرویس دهی مطلوب برای شهروندان محترم از سوی هر دو گروه می باشد.

## هدف اصلی طرح

بررسی میزان اضطراب و افسردگی در بین کارمندان عملیاتی مرد گروه حریق و نجات سازمان آتش نشانی تهران .

## اهداف اختصاصی طرح

- ۱- سنجش میزان اضطراب کارمندان مرد عملیاتی حریق آتش نشانی تهران با استفاده از آزمون کتل .
- ۲- سنجش میزان اضطراب کارمندان مرد عملیاتی نجات آتش نشانی تهران با استفاده از آزمون کتل .
- ۳- سنجش میزان افسردگی کارمندان مرد عملیاتی حریق آتش نشانی تهران با استفاده از آزمون بک .
- ۴- سنجش میزان افسردگی کارمندان مرد عملیاتی نجات آتش نشانی تهران با استفاده از آزمون بک .
- ۵- مقایسه میزان اضطراب کارمندان مرد عملیاتی حریق و نجات .
- ۶- مقایسه میزان افسردگی کارمندان مرد عملیاتی حریق و نجات .
- ۷- تعیین همبستگی میزان افسردگی کارمندان مرد عملیاتی حریق و نجات.
- ۸- تعیین همبستگی میزان اضطراب کارمندان مرد عملیاتی حریق و نجات .



## فرضیات تحقیق

- ۱- میزان اضطراب در بین کارمندان مرد حریق بیشتر از گروه نجات است .
- ۲- میزان افسردگی در بین کارمندان مرد حریق بیشتر از گروه نجات است .
- ۳- بین میزان افسردگی در گروه حریق و نجات همبستگی مستقیم وجود دارد .
- ۴- بین میزان اضطراب در گروه حریق و نجات همبستگی مستقیم وجود دارد .

## تعریف عملیات واژه ها

- اضطراب : نمره اضطراب نمره ای است که آزمودنی از آزمون اضطراب کتل بدست خواهد آورد.
- افسردگی : نمره اضطراب نمره ای است که آزمودنی از آزمون افسردگی بک بدست خواهد آورد .

## متغیرهای تحقیق :

- متغیر مستقل : کارمندان مرد عملیاتی حریق و نجات .
- متغیر وابسته : اضطراب و افسردگی .
- متغیر کنترل : سابقه خدمت ، جنسیت و میزان تحصیلات
- متغیر مزاحم : وضعیت اقتصادی و اجتماعی .

## منابع فارسی

- ۱- بهنودی ، زهرا ، مولف ، بهداشت و استرس شغلی ، نشر و تبلیغ بشری ، ۱۳۸۴
- ۲- خواجه پور ، غلامرضا ، مترجم ، استرس شغلی ، مولفین ، رندال راس و الیزابت آلتمایر ، تهران ، بازتاب ۱۳۸۴ ،
- ۳- فدایی ، فرید ( مترجم ) ، مکالمه درمانی در پزشکی بالینی بیمار مضطرب : مولف ، بندیکس ، تورین ، تهران ، اطلاعات ۱۳۷۱
- ۴- فرهنگ ایمنی ، فصلنامه علمی و پژوهشی ، آموزشی و اطلاع رسانی ، سال دوم ، شماره ۷ ، تابستان ۱۳۸۳ ،
- ۵- فصلنامه آمار سازمان آتش نشانی تهران در پاییز ۱۳۸۳
- ۶- کاظمی ، آمنه ، بررسی میزان اضطراب زنان اپراتور و مقایسه آن با زنان خانه دار ، دانشکده تهران مر کزی ، دانشگاه آزاد اسلامی ، ۱۳۷۴
- ۷- نبهانی ، نادر ، مولف : ایمنی و حفاظت فنی

# فصل دو

## مفاهیم بنیادی و نظریات:

### افسردگی

افسردگی . این اصطلاح بسیار وسیع و تاحدودی مبهم است . برای شخص عادی حالتی مشخص با غمگینی و گرفتگی و بی حوصلگی ، و برای پزشک گروه وسیعی از اختلافات خلقی با زیر شاخه های متعدد را تداعی می کند. خصوصیات اصلی و مرکزی حالات افسردگی کاهش عمیق میل به فعالیت های لذت بخش روزمره ، مثل معاشرت ، تفریحی ، ورزش ، غذا و روابط جنسی است . این ناتوانی برای کسب لذت حالتی نافذ و پایا دارد. به طور کلی ، شدت افسردگی بستگی به تعداد علائم و درجه نفوذ آنها دارد و در خفیفترین شکل ، ممکن است فقط معدودی از علائم اساسی وجود داشته باشد . مهمترین علامت افسردگی همین ناتوانی در کسب لذت از چیزهایی است که قبلاً " برای شخص لذت بخش بوده است . غذا برای شخص بی طعم ، فعالیت جنسی بدون لذت ، شغل خسته کننده ، و معاشرت های پر معنی پیشین بی معنی می گردد . غمگینی یکی از خصوصیات افسردگی است . معهذرا در تمام انواع آن جزئی از علائم بیماری نیست . بیمار ممکن است بجای غمگینی از گیجی و اضطراب و عدم متمرکز فکری شکایت داشته باشد . احساس درماندگی ، میل به خود ملامتگری ، کاهش اعتماد به نفس از شایعترین علائم افسردگی است . کندی روانی حرکتی ، یا برعکس آن تحریک و آشفتگی ممکن است یکی از تظاهرات افسردگی باشد . بیخوابی ، بخصوص بیخوابی آخر شب علامت مهمی است . بی اشتها و کاهش وزن نیز از علائم عمده افسردگی شمرده می شوند . تغییرات شبانه روزی خلق ، بصورت شدت یافتن علائم بهنگام صبح بارز است . شکایت های مبهم از سردرد ، کمردرد ، دل درد ، یبوست ، بدون علت آشکارگاهی با افسردگی رابطه دارد . وجود افکار انتحاری تکرار شوند . نیز در میان مهمترین علائم افسردگی بوده و مستلزم توجه جدی است . ( پور افکاری ( جلد اول )

---

## ۱-Depression

تقریباً " هر کس گهگاه احساس افسردگی می کند . اکثر ما گاهی وقت ها احساس غم و رخوت می کنیم و به هیچ فعالیتی حتی و فعالیت‌های لذت بخش علاقه ای نشان نمی دهیم افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است عدم موفقیت در تحصیل ، کار ، از دست دادن یکی از عزیزان و ... از جمله موقعیت هایی هستند که اغلب موجب افسردگی میشود . ( هیلگارد ، ترجمه براهنی 1375 ) . سلیگمن ( 1975 ) می گوید : افسردگی مرضی به قدر شایع است که سرماخوردگی روانپزشکی لقب گرفته است . براون و موریس 1978 معتقدند که در هر مقطع معینی از زمان 15-20 درصد بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه های افسردگی رنج می برند . ( هارتون کرک و کلارک ، ترجمه ، قاسم زاده 1380 ) .

اختلال های روانی مخصوص یک قشر یا طبقه خاصی نیست و تمام طبقات جامعه را شامل می شود در عصر ماشینی امروز امکان ابتلاء به بیماری های روانی و ناراحتی روحی برای همه افراد جامعه وجود دارد . و هیچ انسانی در برابر ناراحتی های روحی از قبیل افسردگی و اضطراب در امان نیست . ( میلانی فر 1374 ) . افسردگی اختلالی است که در آن خلق و نیروی زیستی فرد کاسته و انسان به نقطه پریشانی می رسد در چنین شرایطی خود ممکن است بی ارزش به نظر برسد و در جهان معنای خود را از دست بدهد و احساس بدبختی و بیچارگی و ناامیدی در فرد پدید می آید . ( فرجاد ، 1374 )

دو مشخصه اساس افسردگی ناامیدی و غمگینی است . شخص افسرده در احساس بی کفایتی و بی ارزشی غوطه ور می شود . گاه گریه می کند و ممکن است به فکر خودکشی نیز بیفتد ( هیلگارد و همکاران ، ترجمه براهنی و همکاران ، 1375 )

خلق حاصل مجموعه واکنش های عاطفی در یک زمان معین است به عبارت دیگر خلق یک استعداد عاطفی زیر بنایی است . که آکنده از گرایشهای هیجانی و غریزی بوده و به حالت های روحی ما ، جنبه مطبوع یا تا مطبوع می دهد و بین دو قطب لذت و درد نوسان می کند. خلق بطور غیر طبیعی می تواند با شرایط محیط سازگار گردد . ( کلایتون ، ترجمه سلطانی فر ، 1372 )

افسردگی واکنشی هست در مقابل استرس ، و حالتی است که در هر زمان برای هر کس ممکن است

روی آورد . (فلک ، ترجمه پور افکاری ، 1371)

کلمه افسردگی ، نشانگر احساس کسالت روان ، کمبود انرژی ، از دست رفتگی ، ناامیدی ، و بی

فایده بودن است و بی علاقه‌گی و بدبینی به‌مراه آن می‌آید . حالت افسردگی اغلب پس از نومیدی یا احساس

از دست دادن چیزی بوجود می‌آید ولی بسیاری از اوقات هم ظاهراً " ناگهانی و خود به خود ایجاد می‌شود

.( میچل ، ترجمه ، رواندوست ، 1373)

افسردگی بیماری روانپزشکی است که در خانم‌ها دو برابر آقایان شیوع دارد ، 10 تا 25 درصد است

افسردگی طبق معیارهای تشخیص انواع متفاوت دارد در این اختلال ناامیدی ، کندی روانی ، حرکتی ،

احساس گناه ، خلق افسرده و افکار خودکشی وجود دارد . ( کاپلان رسادوک ، مترجم ، یورافکاری 1379 )

رفتار گرایان در تعریف افسردگی می‌گویند ، افسردگی عبارت است از کاهش چشمگیر حساسیت در

برابر محرک‌های محیطی . ( اخوت ، چلیلی ، 1362 )

بک معتقد است که افراد افسرده به این دلیل افسرده هستند که راه‌های اشتباه و مبالغه آمیز در فکر کردن

دارند . شخص افسرده یک نظر منفی درباره خود و آینده دارد . طبق نظر بک این شناخت‌های منفی غلط

باعث افسردگی در فرد می‌شود نه سایر چیزهای پیرامون شخص . ( آزاد ، حسین ، 1368 )

مارتین سیلگمن ( 1974 ) معتقد است که انسان وقتی تحت فشار روانی قرار می‌گیرد مضطراب می‌شود

و اگر نتواند آنرا برطرف کند احساس بیچارگی می‌نماید که همین امر باعث ایجاد افسردگی در وی می‌شود .

(مهریار ، 1373)

تاریخچه افسردگی ۱

افسردگی از زمان‌های بسیار در نوشته‌ها آمده ، و توصیف‌هایی از آنچه ما امروزه اختلافات خلقی

---

## 1- History of depression

می خوانیم ، در بسیاری از مدارک طبی قدیم وجود دارد . داستان عهد عتیق ، شاه سائول و داستان خودکشی آژاکس در ایلیارد و هومر هر دو یک سندرم افسردگی را توصیف کرده اند . حدود 450 سال قبل از میلاد . بقراط اصطلاح مانی و ملانکولی را برای توصیف اختلافات روانی بکار برد . در حدود 100 سال قبل از میلاد ، کورنلیوس سلسوس در کتاب دارو افسردگی را ناشی از صفرای سیاه معرفی نمود . این اصطلاح را پزشکان دیگر از جمله ارسطو ( 120 تا 180 بعد از میلاد ) و جالینوس 129 تا 199 بعد از میلادی نیز بکار بردند . همینطور الکساندر ترالز در قرن ششم در قرون وسطی طبابت در ممالک اسلامی رونق داشت و رازی و ابن سینا ملانکولی را بیماری مشخصی تلقی می نمودند .

در سال 1686 بونت نوعی بیماری روانی توصیف نمود و آنرا مانیاکو ملانکیوس ۲ نامید .

امیل کراپلین در سال 1896 بیماری منیک دپرسورا توصیف نمود . نخستین طبقه بندی اساسی

بیماریهای روانی را بوجود آورد .

میرالوپز ، در اقدام خود برای طبقه بندی افسردگی هفت نوع افسردگی شرح داده است که یکی از

آنها افسردگی ملانکولیک است . در طبقه بندی DSM-3R نیز اصطلاح ملانکولی در شرح علائم افسردگی

ملاک های تشخیصی خود را دارد که از آن جمله عبارتند از : بیعلاقگی و فقدان احساس لذت ، عدم واکنش

به محرک های لذت بخش معمول ، افسردگی صبحگاهی ، سحرخیزی ، کندی یا تحرک روانی - حرکتی ، بی

اشتهایی یا کاهش وزن ، فقدان اختلال شخصیتی قبل از نخستین دوره افسردگی ، واکنش خوب قبلی نسبت به

داروها و الکترو شوک

افسردگی اضطرابی ۳

نوعی اضطرابی است که گروهی مختلط از بیماران را که در آن ها نگرانی ، تنش ، و بی تابی با

عاطفه با رز افسردگی همراه است دربر می گیرد . بسیاری از این بیماران دچار افسردگی مزمن ، با دوره های

---

1-Demeditin

2- maniaco – melanchicus 3- aniuous depression

تشدید علائم اضطراب هستند و مدام از اشکال در به خواب رفتن شکایت دارند .

### افسردگی مزمن شخصیتی ۱

این بیماران که افسردگی آنها یک مشکل شخصیتی تمام عمر بوده و در آنها دسترسی های نسبتاً " جزئی با تغییرات الگوی زندگی ممکن است موجب بروز علائم افسردگی گردد . چنین بیمارانی غالباً " سابقه ناتوانی دیر پادرسازگاری اجتماعی و بین فردی دارند ، در طبقه بندی بر اساس علائم افسردگی های نوروتیک در مقابل پسیکوتیک قرار داده شده اند . در این زمینه نتایج متناقض بوده است و حل شدن مشکل سندرم های مجزای نوروتیک و پسیکوتیک را در افسردگی باید ثابت نشده تلقی نمود . طبقه بندی بر اساس سیر بیماری اختلالات یک قطبی و دو قطبی را مطرح ساخته است . در سال 1962 لئونارد و همکارانش تقسیم بندی به سه گروه را پیشنهاد کردند : بیمارانی که فقط اختلال افسردگی داشته ( افسردگی یک قطبی ) ، آنهایی که فقط حملات مانی داشتند ( مانی یک قطبی ) ، و بیمارانی که افسردگی و مانی را با هم داشتند ( دو قطبی ) نامیده شدند . امروزه از اصطلاح مانی یک قطبی استفاده نمی شود ، بلکه همه چنین مواردی دو گروه دو قطبی قرار داده می شود .

### افسردگی غیر واقعی بودن 2

بیماران مبتلا به این نوع پسکوز دچار مهارهای منتشر موارد افسردگی ، کند ، نیستند . حتی از نقطه نظر عینی ممکن است کاملاً " طبیعی به نظر برسند . اما قصه پر غصه ای دارند . برای آنها هیچ نوع فعالیتی با احساس رضایت هیجانی همراه نیست ( همراه با دیگران می خندند و اما شوخی های برای آنها بی معنی است . لطافت هنری را در می یابند اما لذتی را آن نمی برند محبت نسبت به عزیزترین یا کسان خود در خود نمی بینند . ( پور افکاری ، فرهنگ جامع ) ( مکسکوری : روانشناسی هیجان ، 1925 )

اضطراب : اضطراب یک احساس منتشر ، بسار ناخوشایند ، و اغلب مبهم دل واپسی است که با یک یا چند تا از

---

## 1- Depression chronic characterological      2- Unreality depression



احساس های جسمی همراه می گردد. مثل احساس خالی شدن سردل ، تنگی قفسه سینه ، طپش قلب ، تعریق ، سردرد ، یا میل جبری ناگهانی برای دفع ادرار ، بیقراری و میل برای حرکت نیز از علائم شایع است . اضطراب یک علامت هشدار دهنده است ، خبر از خطری قریب الوقوع می دهد و شخص را برای مقابله با تهدید آماده می سازد . ترس ، علامت هشدار دهنده مشابه ، از اضطراب یا خصوصیات زیر تفکیک می شود . ترس واکنش به تهدیدی معلوم ، خارجی ، قطعی ، و از نظر منشاء بدون تعارض است . اضطراب واکنش در مقابل خطری نامعلوم ، درونی ؛ مبهم ، و از نظر منشاء همراه با تعارض است .

الگوهای اضطراب بسیار گوناگون است ، بعضی از بیماران علائم قلبی ، عروقی دارند . تندی با ضربان قلب و تعریق ، برخی علائم گوارشی پیدا می کنند ، مثل تهوع ، استفراغ ، احساس خلاء درون " شکم یا پروانه در شکم " دردهای مربوط به گازهای روده ، یا حتی اسهال ، بعضی ها تکرار ادرار دارند ؛ برخی نیز تنفس سطحی و احساس تنگی قفسه سینه پیدا می کنند. تمام علائم فوق واکنش های احشایی است . معهدا در بعضی از بیماران تنش عضلانی پیدا شده و موجب شکایت از سفتی عضلانی پیدا شده و موجب شکایت از سفتی عضلانی و اسپاسم ، سردرد، و پیچش گردن می گردد . در اصطلاحاتی به تعدادی انواع مختلف اضطراب اشاره می شود .

#### اضطراب مربوط به موفقیت ۱

این اضطراب منبع مهمی برای مسائل تحصیلی است . از دیدگاه روانکاری ، بعضی از محصلین قرائن تعارض دردی که تصور می شود با عقده ادیپ مربوط است نشان می دهند . چنین افرادی از نتایجی که تصور می کنند در پی موفقیت فرا خواهد رسید می ترسند ، افرادی که فروید آنها را " متلاشی شدگان موفقیت " توصیف نمود .

---

#### ۱- anxiety achievement related

## ترس از اختگی ۱

از طریق تغییر شکل قهقرائی، به ناحیه مقعد جابجائی پیدا کرده به این ترتیب " بسیار از خوبی ها توالت " مثل افتادن در مبال یا ترس از این که دیوی از آن در آمده و در مقعد شخص خواهد رفت ضمن روانکاری ارتباطش با اضطراب اختگی آشکار می گردد .

## اختلال اضطراب منتشر ۲

اختلالی مزمن ( طولانی تر از 6 ماه ) و مشخص با اضطراب و تشویق غیر معقول یا مفرط در مورد دو یا چند موقعیت زندگی است . این بیماران به نظر می رسد که در مورد هر چیز دچار اضطراب بیمارگونه هستند . در اختلال اضطراب منتشر علائم قلبی و تنفس خفیف تراز از اختلال هراس ، اما علائم گوارشی و عضلانی از نظر شدت نظیر آن است . ( جلد اول ) فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی ، پورافکاری )  
اختلالات اضطرابی عبارتند از :

اضطراب ( تقسیم یافته ، رعبی ) ، نوبی ( ترس از مکان های سرباز ، ترس اجتماعی ، ترس های ساده ) ،  
وسواس ( فکری و عملی ) و اختلال دسترسی پس از ضایعه روانی . ( آزاد حسین 1374 . 208 )

## اختلال اضطراب ۳

فراگیر ، اضطرابی که نه به محتوای فکری وابستگی دارد و نه بصورت علائم جانشین تظاهر می کند . این نوع اضطراب از خصوصیات نورو اضطراب است . ( پورافکاری فرهنگ جامع ) اختلالات اضطرابی و حالات نابهنجاری هستند که خصوصیات بالینی آنها علائم جسمی و روانی اضطراب بوده و ثانوی بر بیماری مغزی عضوی با یک اختلال روانپزشکی دیگر نمی باشند و تقسیم بندی تفصیلی اختلالات اضطرابی روشی معمول است . ما متأسفانه یک عدم توافق عمده در نحوه تقسیم بندی آنها بین سیستم های عمده طبقه بندی -

1-anal castration anxiety 2-anxiety disorder generalized 3-anxiety free – flating

وجود دارد. در طبقه بندی DSM-3R که انواع گوناگونی از اضطراب تعریف شده است. اختلالات هراس، فوبی های ( گذر هراسی؛ فوبی اجتماعی، فوبی ساده )، اختلال وسواسی؛ جبری، اختلال دسترس پس از سانحه، اختلال اضطراب منتشر.

### اضطراب جدایی<sup>۱</sup>

یک سندرم بالینی است که خصوصیت عمده آن اضطراب شدید به هنگام جدا شدن از افرادی که کودک وابستگی مهمی نسبت به آنها دارد، یا از خانه و محیط های آشنایی دیگر است. هنگام جدا شدن، کودک ممکن است تا حد هراس دچار اضطراب شود، فراتر از آنچه در سطوح رشد آنها انتظار می رود. بر طبق DSM-3R، تشخیص اختلال اضطراب جدایی، اگر اضطراب منحصرا" در جریان یک بیماری دیگر مثل اختلال نافذ مربوط به رشد یا هر اختلال پسیکوتیک دیگر روی دهد، نباید گذاشته شود. اضطراب جدایی در اوائل کودکی در همه و در هر دو جنس مشاهده می شود. شروع آن غالبا" در 11 یا 12 سالگی است، هرچند زودتر نیز ممکن است شروع شود. شدیدترین نوع آن یعنی امتناع از رفتن به مدرسه در 11 یا 12 سالگی بیشتر دیده می شود. خصوصیات اساسی این اختلال اضطراب شدیدی است که هنگام جدایی از والدین، خانه یا سایر محیط های آشنا ظاهر می گردد، سطح اضطراب ممکن است به حد هراس برسد. اشتغال های ذهنی بیمار گونه از خصوصیات این اختلال است. اختلال دوره های شدت و ضعف دارد.

دیدگاه های مختلف در مورد افسردگی

دیدگاه زیست شناختی افسردگی

پیش فرض های نظریه های زیست شناختی این است که علت افسردگی یا در ژن ها قرار دارد که از طریق توارث از والدین به فرزندان منتقل میشود، یا نارسائی عمل فیزیولوژیکی است که ممکن است پایه ارثی یا غیر ارثی داشته باشد. یافته های مربوط به دو قلوها از 1930 به بعد بیانگر آن است که عوامل

---

## 1- separation anxiety

ارثی موجب نوعی افسردگی می شود . بسیاری از پژوهندگان عوامل ارثی را همراه با آنچه که در زندگی شخصی به وقوع می پیوندد. یعنی ترکیب آمادگی های ارثی و فشارهای روانی محیطی را علت احتمالی رفتار افسرده می دانند . کسانی که افسردگی دو قطبی دارند . یعنی هم دارای افسردگی هستند و هم مانی دست کم دو نسل از بستگان آنها اغلب رفتارهای مشابهی داشته اند همچنین در خانواده هایی که افسردگی دو قطبی وجود دارد . شانس بیشتری برای ظهور افسردگی یک قطبی می باشد . این موضوع که چگونه افسردگی از طریق توارث منتقل می شود هنوز نا معلوم است . برای پاسخ به این سوال ، محققان بسیاری از کنش های روان شناختی موثر بر رفتار را که می تواند در ارتباط با رفتارهای ویژه اختلالات عاطفی باشد از قبیل : آشفتگی های خواب ، حافظه آسیب دیده و تعبیرات خلق و خوی را مورد مطالعه قرار داده اند یک زمینه عمده از تحقیق درباره علل زیست شناختی افسردگی مربوط است به نقش انتقال دهندگان عصبی ، سال هاست که نظریه کتکول آمین در مورد افسردگی حاکم بوده است . ( شیله کروت ، 1965 ) ( آزاد ، حسین ، آسیب شناسی روانی 2 )

این نظریه بیان کننده آن است که افسردگی مربوط است به کمبود کتکول آمین ها ، به خصوص نوراپی نفرین ، در محل های گیرنده مخصوص مغز ، از طرف دیگر این تصور وجود دارد که علت مانی فزونی نور اپی نفرین در مراکز گیرنده معین مغز است . پژوهش ها بیانگر آن است که نور اپی نفرین مربوط به تغییر خلق و خو ، احساسات شادی بخش و احساسات افسردگی است . گرچه فرضیه کتکول آمین اکنون به نظر زیاد ساده انگاری می رسد ، ولی در فهم اینکه چگونه نوراپی نفرین ممکن است به افسردگی یا خلق شغف آلود مربوط باشد دارای اهمیت است ، تحقیقات کنونی پیشنهاد می نماید که مسائل مربوط به پذیرش کتکول آمین ها از طریق اعصاب گیرنده ، ممکن است مهمتر از میزان کتکول آمین ایجاد شده باشد ) ( سولسر 1979 ) ، ( آزاد ، 1375 ، 12 ، 11 )

برای بسیاری از افراد پایین بودن میزان دفع اپی نفرین در دوره های از افسردگی ملاحظه شده است در حالی که بالا بودن سطوح آن خصوصیات دوره مانی یا هیپومانیا را تشکیل می دهد شواهدی که این

موضوع را تاکید می کند عبارت است از تغییر میزان اپی نفرین در خون ، ادرار و مایع نخاعی ، مشکلی که در رابطه با اندازه گیری نور اپی نفرین یا هر انتقال دهنده عصبی دیگر وجود دارد این است که چنین اندازه گیری هایی پاسخ های مستقیم سطوح انتقال دهندگان عصبی مغز نیستند ، زیرا انتقال دهندگان عصبی در سایر قسمت های دستگاه عصبی نیز ساخته می شوند و شامل تعدادی از جریان های بدنی می گردد . علاوه بر آن ، انتقال دهندگان عصبی ترکیبات بسیار ناپایداری هستند که به سرعت تغییراتی در شکل های شیمیایی آنها به وقوع می پیوندد . کتکول آمین دیگری بنام دو پامین نیز در ارتباط با افسردگی است . دوپامین با گروه نرون های مربوط به توازن و تنظیم غذا و مایعات ، اثرات هیپونالاموس برغده. هیپوفیز و ظهور هیجان مربوط است . سایر محققان افسردگی را به انتقال دهنده عصبی دیگر ، یعنی سروتونین مربوط دانسته اند .

بسیاری از اطلاعات مربوط به نقش انتقال دهندگان عصبی نرو ترانسمیتر از طریق مشاهده اثرات داروهای تجویز شده به بیماران حاصل شده است . مثلاً " ملاحظه گردید که ریسرین ، یکی از نخستین داروهای آرامبخش که برای درمان فشار خون بالا مورد استفاده قرار می گرفت علت افسردگی در بعضی افراد است . گاهی اوقات افسردگی آنان به قدری شدید بود که نیاز به بستری شدن بدر بیمارستان ضروری می گردید . چون دانسته شده است که ریسرین موجب تخلیه مقداری مواد شیمیایی در گروه کتکول آمین که برای انتقال تحریک عصبی لازم است می شود ، بعضی از دانشمندان معتقد به رابطه بین انتقال دهندگان عصبی و افسردگی شده اند . دو گروه دارد که اکنون برای معالجه افسردگی بیشترین مورد استعمال را دارد عبارت است از تری سیکلیک ها ( سه حلقه ای ها ) و منع کنندگان منو آمین اکسیداز ( M.A.O ) که هر دو گروه میزان نور اپی نفرین را افزایش می دهند ولی اثرات آنها تا حدودی متفاوت است .

منع کنندگان MAO تجزیه نور اپی نفرین را عقب می اندازند بطوری که مدتی طولانی تر فعال باقی می ماند . داروهای تری سیکلیک به طریق دیگری موجب افزایش اپی نفرین می شود . آنها از طریق نرون انتقال

---

## ۱- Mono amine oxidase

دهنده ، جذب مجدد آنرا کند ساخته بدین ترتیب میزان آنها در سپناپس بالا می رود . کدام گروه از داروها و کدام داروی مخصوص از این داروها می توان موثر باشد هنوز موضوع معمولی آزمایش و خطا برای پزشکان است . معمولاً یکی از داروهای تری سیکلیک برتری دارد ، زیرا منع کنندگان MAO خطرات جانبی بالقوه بیشتری دارند . استعمال آنها همچنین نیاز به نظارت دقیقتری دارد ، زیرا هنگامی که با غذاهایی مصرف می شوند که دارای موادی به نام تیرا مین هستند ممکن است موجب مسمومیت و بالا رفتن فشار خون تا بدان حد که برای زندگی تهدید کننده است ، بشود . چون بسیاری غذاها آشامیدنی ها از قبیل : پنیر ، شوکولات ، بستنی ، و شراب حاوی تیرامین است ، بنابراین استفاده از منع کنندگان MAO نیاز به رژیم غذایی دقیق دارد . ( آزاد - حسین - آسیب شناسی روانی -2 و 1375 و 14 )

دیدگاه روان پویایی افسردگی

مطالعات روان شناختی درباره افسردگی توسط زیگموند فروید و کارل آبراهام شروع گردید . هر دو نفر در مقالات جداگانه درباره افسردگی این اختلال را به عنوان یک واکنش پیچیده نسبت به از دست دادن چیزی توصیف نمودند ( آبراهام ، 1911/1968 و فروید ، 1917/1957 )

فروید در مقاله اصلی خود درباره افسردگی تحت عنوان ، سوگواری و مالیخولیا ، هم سوگواری طبیعی و هم مالیخولیا را واکنش های طبیعی نسبت به از دست دادن کسی یا چیزی که مورد عشق ( محبت ) فرد بوده است . توصیف کرده هر چند برخلاف فرد سوگواری ، کسی که به مالیخولیا مبتلاست از یک تحقیر فوق العاده درباره خود احترامی خوش ، نوعی احساس حقارت نسبت به من خویش بر اساس یک مقیاسی عالی رنج می برد . ( فروید 1917 - 1957 ص 246 ) . افسردگی اولین اختلالی بود که فروید علت آنرا به جای تمایلات جنسی عامل هیجانی ذکر کرده بود . مالیخولیا چنانکه فروید آن را نامید . اندوهی است افراطی ، مشوش کننده طولانی مدت ، اغلب نامربوط با محیط و ظاهراً بی مورد .

فروید عقیده داشت که فرد مبتلا به افسردگی یک وجدان تنبیه کنند . یا وجدان اخلاقی قوی دارد . او بر احساس گناه که وجدان موجب آن می شود تاکید می ورزد . طبق نظر فروید یک دلیل که وجدان این

چنین قوی می شود کنترل احساس خشم و پرخاشگری است که در غیر اینصورت ممکن است بصورت آسیب رساندن به دیگران تجلی نماید ( فروید 1930 )

نظریه های روان پویایی بر احساسات و واکنش های ناخودآگاه نسبت به موقیعت های جدید که اساس آنها حوادث قبلی زندگی است تاکید می ورزد . اکثر نظم بندی های روان پویایی بر تاریخچه روابط بین فرد و شخصی که او بعنوان یک کودک بیشترین وابستگی را بوی داشته است . معمولاً " مادر متمرکز است . بدین ترتیب یک سابقه تاریخی افسردگی عبارت است از اختلال در روابط اولیه کودکی . این اختلال ممکن است فقدان واقعی والدین یا یک ترس خیالی درباره از دست دادن یکی از والدین باشد . چون اضطراب مربوط به من فقدان اولیه از لحاظ کیفی رنج آور است . از آگاهی خارج می گردد . معذالک تاثیر خود را بخشید و وقوع حادثه ای که بطور سمبلیک دارای اهمیت است ، منجر به افسردگی واقع می شود .

جان بالبی روان تحلیل گر بریتانیایی ، یکی از مشهورترین نظر به پردازانی است منجر به افسردگی واقعی می شود . جان بالبی روان تحلیلگر بریتانیایی ، یکی از مشهورترین نظر به پردازانی است که بر اهمیت فقدان یا جدایی در دوره کودکی در رشد آینده تاکید ورزیده است . طبق نظر بالبی جدایی کودک از مادر یا اشخاص مهم دیگر در اوایل کودکی خواه بعلت بیماری ، مسافرت و علل دیگر ، موجب احساس اندوهگینی ، خشم ، اضطراب مداوم می شود که ممکن است بر روابط هیجانی در زندگی بزرگسالی تاثیر بگذارد ( بولبی ، 1980 ، نقل از آزاد )

کوشش های درمانی طبق نظریه دوران پویایی عبارت است از تغییر و اصلاح همخوانی هایی که در بین افکار و احساسات مراجع وجود دارد . روان درمانگری دراز مدت معطوف به کشف پایه های ناخود آگاه اختلال عاطفی است که به نظر می رسد معلول تعارضات حل نشده روان کودکی باشد . چون این گونه بازسازی کامل شخصیت در اکثر موارد ممکن نیست ، درمانگری حمایتی کوتاه مدت اغلب در مورد افراد مبتلا به افسردگی بکار می رود تا به آنها فرصتی برای تصفیه افکار و احساساتشان داده شده در جهت سودمندی بهتر تشویق شوند . ( آزاد ، حسین ، 1375 ، 25 )

## نظریه یادگیری در مورد افسردگی

نظریه های یادگیری درباره افسردگی ، بیشتر بر شیوه های زندگی فعلی فرد متمرکز دارند تا تجارب گذشته او در چار چوب نظریه یادگیری دو رویکرد عمده در تحلیل افسردگی وجود دارد : یکی از آنها بر تقویت تاکید دارد؛ دیگری ، عوامل شناختی در مدار توجه قرار میدهد .

رویکرد تقویت : طبق تحقیقات لوونیسون<sup>۱</sup> و همکاران ( ۱۹۸۰ ) رویکرد تقویت بر این اصل استوار است که افراد به این علت افسرده می شوند که محیط اجتماعی آنان کوچکترین تقویت مثبتی فراهم نمی آورد. بسیاری از رویدادهایی که موجب بروز افسردگی می شوند ( مانند مرگ یکی از عزیزان ، شکست در شغل و نداشتن سلامتی ، درعین حال امکان تقویت های معمولی را کاهش می دهند . ( هیلگارد ترجمه براهنی ۱۳۷۵ ) آنان بطور کلی چنین تاکید می کنند که پایین بودن مقدار واکنش های رفتاری ( برون شدن رفتار ) و احساسات غمگینی یا بدبختی که با افسردگی همراه می شود مربوط به کمی تقویت مثبت و یا زیادی تجربه های ناخوشایند است . وقتی افراد افسرده و نافع می شوند همدردی و توجه نزدیکان و دوستان به صورت منبع عمده تقویت برای آنان در می آید. این توجه ، در آغاز درست همان رفتارهای غیر انطباقی را تقویت می کند ( مانند گریه کردن ، شکایت کردن ، انتقاد کردن از خود ، صحبت از خودکشی ) ، اما ، چون مردم از مصاحبت با کسی که پذیرایی شادی نیست زود خسته می شوند ، بنابراین رفتار شخص افسرده نهایتاً باعث بیزاری حتی نزدیکترین کسانی می گردد ، و این خود ، هم تقویت های دریافتی او را بیش از پیش کاهش می دهد و هم بر انزوای اجتماعی و ناشادکامی او می افزاید.

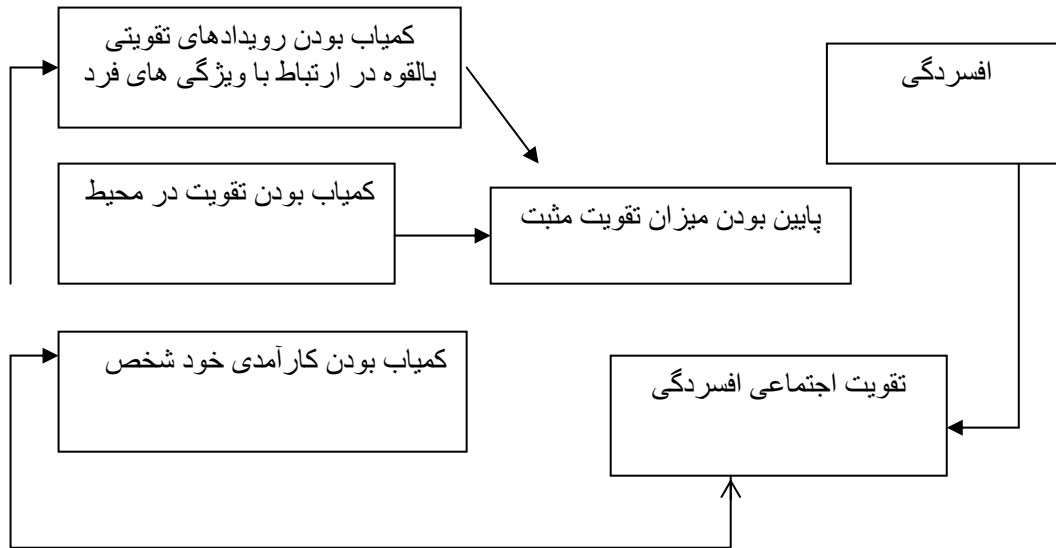
پایین بودن میزان تقویت مثبت موجب کاهش بیشتری در آن دسته از فعالیت ها و جلوه های رفتاری می شود که احتمالاً پاداش به دنبال دارند . دور باطلی بوجود می آید که هم فعالیت ها و هم پاداشها را کاهش می دهد . لوونیسون و همکاران طراحی از نظریه تقویت کاهش یافته درباره افسردگی همراه رابطه میان عوامل اثر

---

### 1- Lewinsohn



گذار گوناگون ارائه داده اند که عبارتند از :



نمودار ( ۱- ۲ ) : الگوی تقویت کاهش یافته درباره افسردگی

احساس افسردگی ممکن است ناشی از این باشد که محیط اجتماعی شخصی هیچگونه تقویت مثبت یا رضایت مندی برای او فراهم نمی کند . کمیاپ بودن تقویت به کاهش بیشتری در فعالیت منجر می شود و از اینراه بیش از پیش از مقدار تقویت ها کاسته می شود . میزان تقویت تابعی است از ویژگی های شخص ( مانند سن ، جذابیت بدنی ) محیط زندگی ( زندگی در خانه در مقایسه با زندگی در زندان ) و خزانه ای از رفتارهای لازم برای دستیابی به تقویت کننده ها مانند استعداد های ویژه ، مهارت های حرفه ای و اجتماعی ( همدردی دوستان و وابستگان شخصی که نگران حال او هستند ممکن است رفتار افسرده ساز را تقویت کند.

دیدگاه شناختی افسردگی

احتمالاً با نفوذترین نظریه های روان شناختی که امروز درباره افسردگی وجود دارد نقطه نظر شناختی است ، اساس این نظریه ها این اندیشه است که یک تجربه معین ممکن است روی دو فرد تاثیر بسیار متفاوتی بگذارد

. قسمتی از این اختلاف ممکن است به دلیل نحوه تفکر آنها درباره آن حادثه باشد و اینکه و تا چه اندازه شناخت درباره آن دارند.

آرون بک ۱ معتقد است که افراد افسرده به این دلیل افسرده اند که راه های اشتباه آلود و مبالغه آمیز در فکر کردن دارند. شخص افسرده یک نظر منفی درباره خود، دنیا و آینده دارد. طبق نظر بک این شناخت های منفی علت افسردگی است، نه سایر چیزهای پیرامون شخص، ممکن است برای یک حمله افسردگی حوادث بیرونی تسریع کننده باشد، ولی حتی در آن صورت نیز آنچه شخص درباره آن حادثه فکر می کند، نه آن حادثه فی نفسه می تواند عامل ایجاد کننده افسردگی محسوب شود. (بک ۱۹۶۷، بک و دیگران، ۱۹۷۸) (نقل از آزاد ۱۳۷۵، ۳۲)

عقیده بک این است که احساس از دست دادن که اغلب نتیجه هدف ها و توقعات بالای غیر منطقی است عامل اصلی افسردگی محسوب می شود شخص افسرده از دست دادن را سوء تعبیر می کند یا اغراق آمیز می سازد، یا معانی بیش از حد تعمیم یافته و نا معقول بدان می دهد.

شخص مستعد افسردگی نه تنها بیش از حد تعمیم می دهد بلکه تمایل به بزرگ جلوه دادن گناهان شخصی و کوچک شمردن کیفیت های شخصی دارد. مسئله دیگر بر چسب زدن (نامگذاری کردن) نا درست است. شخص افسرده یک موقعیت را بد نامیده آنگاه فقط به این نامگذاری بد جلوه داده شده پاسخ میدهد نه به موقعیت واقعی آن. بک باور داشت که شخص افسرده علت هرگونه بدبختی را عیوب شخصی می داند. آگاهی از این نقایص فرعی آنچنان شدید می شود که هر گونه خود پنداری مثبت را بطور کامل پایمال می سازد. هر موقعیت ابهام آمیزی بعنوان شاهی از نقص تعبیر می شود حتی اگر تبیین های موجه تری وجود داشته باشد. وی معتقد است که افراد افسرده تمایل دارند که خود را با دیگران مقایسه کنند و این موضوع خود موجب می شود عزت نفسی آنان کمتر بشود. هر گونه مواجهه با شخص دیگر فرصتی برای ارزیابی

---

## ۱-Aron Beck

منفی از خود می شود. مثلاً فرد افسرده بهنگام صحبت کردن با دیگران فکر می کند. « من یک مصاحب خوب نیستم . من مانند دیگران جالب توجه نیستم » بهترین توصیف برای شناخت های افراد افسرده عبارت است از تعمیم بیش از اندازه آنان موارد مثبت را به حداقل رسانده و موارد منفی را به حداکثر به نظر می رسد که شناخت های افراد افسرده درباره پیشرفت با شناخت های دیگران متفاوت است . افراد افسرده نه تنها پیشرفت خود را سخت گیرانه ارزیابی می کنند و در تقویت خود بعد از انجام عملی قصور می ورزنده بلکه سطح توقعات آنان قبل از شروع عمل نیز پایین است . ( لوبیتزو - پست ، ۱۹۷۹ ) ( نقل از آزاد ، ۱۳۷۵ ، ۳۵ )

کوشش برای تغییر شناخت های ناسازگار می تواند یک گام درمانی عمده باشد. روش درمانی بک عبارت است از سئوالات طرحریزی شده هدفدار دوستانه برای آگاه ساختن شخص افسرده از عدم مطابقت بین افکار و واقعیت . دوم تهیه یک جدول فعالیت روزانه که آنرا روی مقیاس یک تا پنج از نظر انجام یک کار خوب و لذتبخش رتبه بندی می کند.

#### اسناد و بی پناهی در افسردگی

اسناد اصطلاحی است که توسط روان شناسان اجتماعی مورد استفاده واقع شده و مربوط است به عللی که شخص برای حوادثی که به وقوع می پیوندد تعیین می کند . رویکرد شناختی بک متضمن این پیش بینی اس که اسنادهای افراد افسرده شخصی خواهد بود ، یعنی وقتی چیزی اتفاق بیفتد، آنان خود را سرزنش میکنند . وقتی چیز خوبی رخ می دهد ، معمولاً آنرا به خوش شانسی نسبت می دهند . در حالی که اکثر افراد مسئولیت نیکی ها را در زندگیشان می پذیرند و هنگامی که امور حل نمی شوند . تمایل دارند که آن موقعیت را سرزنش نمایند. اندیشه دیگری که در اسناد نقشی به عهده دارد ، بی پناهی است . افراد افسرده برای کنترل محیط احساس بی پناهی می کنند . آنان فکر می کنند که مهم نیست که چه کاری را انجام می دهند . به هر صورت نسبت به چگونگی انجام امور ناتوان خواهند بود . ممکن است این افراد به دلیل موقعیت معین گذشته بی پناهی را آموخته باشند. برای اولین بار مارتین سیلگمن ( ۱۹۷۹ و ۱۹۷۴ ) اندیشه بی پناهی را انتشار دارد .

بر اساس نظریه بی پناهی اولیه ، دست کم نوعی افسردگی هنگامی حاصل می گردد که شخص باور داشته باشد برای وی کنترل حوادث مهم زندگی غیر ممکن است .

نظریه تجدید نظر شده بی پناهی بر اهمیت اسناد های افراد طریقی که فرد موقعیت را تعبیر می کند در تعیین اینکه آیا احساس بی پناهی خواهد کرد یا نه مهم است . به منظور تعیین اینکه آیا در یک موقعیت معین افسرده خواهند شد یا نه ، تاکید می ورزد ( ابرامسن و دیگران ، ۱۹۷۸ ) ( نقل از آزاد ، ۱۳۷۵ ، ۴۱ )

بر اساس نظریه تجدید نظر شده بی پناهی ، افسردگی به احتمال زیاد هنگامی رخ می نماید که افراد کیفیات منفی ناشی از موقعیت های تجربی را که در آن احساس بی پناهی کرده اند ، بخود نسبت میدهند . در این تعبیر موقعیت و احساسات بی پناهی سه بعد وجود دارد . اولین بعد آن است که آیا شخص مسئله را داخلی می بیند یا خارجی ، احتمال زیادی وجود دارد که اگر شخص موقعیت را به ناتوانی شخصی خود را در کنترل پیامدها نسبت دهد . افسرده شود یا خود پنداری پایینی داشته باشد . چنین شخصی خود را به عنوان تنها فردی می بیند که نمی تواند با مسائل سازش نماید . این موضوعی کاملاً با آنچه که شخص احساس کند هر کس دیگری در آن موقعیت وضع سختی را خواهد داشت متفاوت است . دومین بعد به حساب آوردن پیوستار مخصوص کلی است . اگر شخص معتقد باشد که آنچه رخ می نماید به طور کلی مربوط به آن است که شخص بی پناهی است ، احتمال زیادی وجود دارد که آن شخص را به افسردگی دچار کند تا شخص دیگری که خود را فقط در یک موقعیت خاص بی پناه می بیند . سومین بعد که باید مورد توجه قرار گیرد این است که آیا موقعیت ثابت ( مزمن ) نگر بسته شده است یا غیر ثابت ( حاد ) . کسانی که بی پناهی آنها سال ها ادامه داشته باشد که احتمال زیادتر افسرده خواهند بود تا کسانی که فکر می کنند آن موقعیت زمان کوتاهی دوام خواهد داشت .

دیدگاه اصالت وجودی - انسانگرایی درباره افسردگی

در حالی که نظریه های تحلیل روانی بر از دست دادن یک شیء مورد علاقه بعنوان علت اصلی افسردگی تاکید می ورزند. نظریه های اصالت وجود بر از دست دادن عزت نفسی متمرکز می شوند . شیء از دست رفته می تواند واقعی یا سمبلیک باشد . قدرت ، مقام اجتماعی یا پول . ولی از دست دادن خود به خود بدان

اندازه اهمیت ندارد که تغییر در خود ارزیابی فرد بر اساس آن از دست دادن بسیاری از افراد خود پنداری های خود را بر اساس اینکه کی هستند یا چی دارند قرار میدهند . علت شایع افسردگی در مردان از دست دادن شغل است . شغل بیانگر ارزش شخصی در نظر خودش می باشد . دست کم تا زمان افزایش زیاد میزان اشتغال زنان در خارج از خانه ، یک علت شایع افسردگی در زنان از دست دادن همسر بوده است . این از دست دادن فقط شخص مورد علاقه نبوده ، بلکه منبع اصلی ارزش وی بوده است ، زیرا موقعیت اجتماعی زن بطور سنتی مبتنی بر نقش شوهر بوده است . علاوه بر آن با از دست دادن نان آور خانواده ممکن است امرارمعاش دچار مخاطره گردد . نظریه پردازان انسانگرایی ممکن است بر اختلاف من آرمانی شخص و ادراک وی از حالت واقعی امور تاکید می ورزند . بر اساس نظریه آنان افسردگی احتمالاً زمانی ظاهر می شود که اختلاف بین من واقعی و من آرمانی خیلی زیاد شود . بطوری که برای شخص قابل تحمل نباشد . این اندیشه با شواهد تجربی جمع آوری شده توسط محققانی که میزان خود ارزیابی های افراد افسرده و غیر افسرده را بررسی کرده اند مطابقت دارد .

نظریه های روان شناختی متباین با یکدیگر درباره افسردگی

بعد از مطالعه نظریه های روان شناختی درباره افسردگی و فنون درمانگری مربوط به آنها ، گاهی اوقات تمیز اینکه چگونه این نظریه ها و درمانگرها متفاوتند مشکل است . نظریه های یادگیری از قبیل رویکرد لوین سوهن و نظریه شناختی یک درباره افسردگی به علل کاملاً متفاوتی توجه می کنند ولی وقتی درمانگرهایی مربوط به آنها مورد توجه قرار می گیرد، بسیاری از فنون درمانگری شبیه می گردند . رویکرد یادگیری بر پاداش اجتماعی تاکید می ورزد و در بعضی موارد توجه فزاینده به اسنادهای اجتماعی را شامل می شود ، و یک چنین مواردی را که به نظریه یادگیری مربوط می شود به عنوان فهرستی از حوادث و خلق و خو های رفتاری تنظیم بوده است . نظریه سلیگمن درباره بی پناهی آموخته شده نیز نظریه یادگیری را به صورتی مرسومتر مورد توجه قرار می دهد . ولی در تجدید نظرهای اخیر در این نظریه و یا تاکید اسناد های علی ، تداخل قابل توجهی با اندیشه های یک یافته است .

بعضی از نظریات مشابه راجع به ناامیدی و بی پناهی که سلیگمن و بک ذکر می نمایند در رویکرد رسالت وجودی انسان گرایی که ازدست دادن عزت نفس و ناتوانی ادراک شده برای تغییر فشارهای عادلانه اجتماعی اندیشه های مرکزی آنرا تشکیل می دهد نیز وجود دارد. اختلاف در روش درمانگری، بخصوص از نظر درمانگران اصالت وجودی که بر رویکرد کمتر سازمان یافته ای تکیه می کنند هم ملاحظه می شود. بسیاری از نظریه پردازان اصالت وجودی اساساً بصورت روانکاوی سنتی تعمیم یافته اند. بک نیز به طور ضمنی چنین بود. رویکرد درمانگری این گروه تا حدودی مستقیم تر از تحلیل روانی است و مانند نظریه های یادگیری و شناختی، بر اینجا و اکنون متمرکز است تا بر تاریخچه گذشته مراجع. با این حال اصولاً یک نوع درمانگری از طریق صحبت کردن است بدون تاکید بر فهرست سئوالات و مشاهدات رفتاری مخصوص که در رویکردهای یادگیری و شناختی مورد استفاده واقع می شود. نظریه پردازان و درمانگران روان پویایی بر انحرافات شناختی تاکید می ورزند، ولی تمایل دارند که نه فقط بر چگونگی تأثیر آنها بر رفتار فعلی متمرکز نشوند، بلکه به این موضوع که از کدام قسمت از زندگی قبلی مراجع ناشی میشوند نیز توجه نمایند. نکته ای که لازم است درباره نظریه های روان شناختی و حتی بیشتر از درباره درمانگری های وابسته به آن به یادداشت این است که اگر چه در تاکید ها متفاوتند؛ ولی اندیشه های اصلی آنها بطور تعجب آوری شبیه به یکدیگر است.

دیدگاه مختلف در مورد اضطراب

دیدگاه روان پویایی اضطراب:

مهمترین عاملی که بر اساس نظریه تحلیل روانی علت بیماریهای روانی محسوب می شود. اضطراب است مفهوم اضطراب در مکتب تحلیل روانی نقش برجسته ای دارد. فروید اضطراب را « درد روانی » نامیده است. یعنی به همان صورت که اگر بدن دچار زخم، التهاب و بیماری گردد اولین نشانه آن به صورت تب ظاهر می شود. اگر فرد از نظر روانی دچار مسئله و مشکل شود اولین نشانه آن بصورت اضطراب جلوه گر می شود. اضطراب هم علت محسوب می شود هم معلول. یعنی علت بسیاری از ناراحتی های روانی اضطراب است،

همچنین هر گاه شخص با یک مسئله و مشکل روانی مواجه گردد که موجب بهم خوردن تعادل روانی می گردد، احساس اضطراب می کند. (آزاد ۱۳۷۲؛ ۳۰)

تکامل تدریجی نظریه های زیگموند فروید را در مورد اضطراب از مقاله واسوس ها و فوبی ها که در سال ۱۹۸۵ نوشت تا مطالعاتی در هیتری و بالاخره مقاله مهارها، علائم و اضطراب که در سال ۱۹۲۶ به رشته تحریر درآورد، می توان دریافت. در مقاله آخر فروید اضطراب را در هشدار برای ایگو معرفی می کند که از فشار یک سابق نامقبول برای تظاهر آگاهانه و تخلیه خبر می دهد. اضطراب بعنوان یک هشدار ایگو را برای اقدامات دفاعی در مقابل فشارهای درونی تحریک می کند. اگر سطح اضطراب بالاتر از آنچه بعنوان هشدار لازم است نرود، ممکن است با شدت یک حمله هراس خود نمایی کند در بهترین شرایط، استفاده از واپس زدن به تنهایی، باید بدون پیدایش علائم به بازگشت تعادل روانی منجر شود، چون واپس زدن موثر تمام انگیزه ها و عواطف همراه آنها و خیالات را یا راندن به ناخود آگاه در بر می گیرد. اگر واپس زدن در مقام دفاع ناموفق باشد سایر مکانیسم های دفاعی (مثل تبدیل، جابجایی، پسرفت) ممکن است موجب پیدایش علائم گردند و به این ترتیب شکل بالینی یک اختلال نوروتیک کلاسیک (مثل هیستری\_خوبی، وسواس) بوجود آید. در طبقه بندی DSM-3R از اختلافات نوروتیک تعریف شده از دیدگاه روانکاوی سعی شده است. موقعیتی غیر فرضی انتخاب شود و به همین جهت به جای اینکه تمام اختلالات نوروتیک کلاسیک بعنوان اختلالات اضطرابی طبقه بندی شود، به گونه ای که مدل روانکاوی ایجاب می کند، هر اختلال بر حسب علائم اولیه آن طبقه بندی شده است. (پورافکاری، ۱۳۷۳)

اضطراب در روانکاوی بسته به ماهیت نتایج ترسناک به چهار طبقه عمده تقسیم می شود: اضطراب - سوپرایگو، اضطراب اختگی، اضطراب جدائی، و اضطراب اید یا تکانه، چنین تصور می شود که انواع مختلف اضطراب در طول طیف رشد و نمو اولیه در نقاط متفاوتی بوجود می آیند. اضطراب اید یا تکانه چنین فرض می شود که به ناراحتی ابتدائی و منتشر نوزاد به هنگام احساس مغلوب شدن در مقابل نیازها و محرک هایی که خود هیچ کنترلی بر آنها ندارد پدید می آید. اضطراب جدایی به مرحله ای کمی دیرتر اما هنوز

قبل از دوره ادیپال مربوط می گردد، که در آن کودک از اینکه نتواند تکانه های خود را کنترل نموده و با معیارها و تقاضاهای والدین هماهنگ سازد نگران بوده و می ترسد که صحبت آنها را از دست بدهد یا از جانب آنها طرد شود. خیالات اختگی که از مشخصات کودک دوره ادیپال است، بخصوص در ارتباط با تکانه های جنسی در حال رشد او، در اضطراب اختگی بزرگسالان تجلی می کند (پور افکاری، ۱۳۷۳) در مکتب فروید، اضطراب یک ترس درونی شده است، ترس از اینکه مبدا تجارب درد آور گذشته یادآوری شوند، تجاربی که با تنبیه و ممانعت از ارضای کشش های غریزی همراه بوده اند. کشش های غریزی نامطلوب موجب اضطراب می شوند و به خود اعلام خطر می کنند. اضطراب واکنش ناآگاهانه ای در برابر تمایلات سرکوفته است و علامت اختطاری است بخود مبنی بر اینکه کشش غریزی نامطلوب که در گذشته موجب ناراحتی و درد شده است. اینک دارد مجدداً بروز می کند. (شفیع آبادی، ۱۳۷۳)

در دیدگاه روان پویایی علت اختلالات اضطرابی به تعارضهای درونی و تکانه های ناخودآگاه نسبت داده می شود. (آزاد ۱۳۷۲)

نگرش روان پویایی سنتی، اضطراب را سبب عمده پویایی معمول در کلیه واکنش های نوروتیک در نظر میگیرد. این اضطراب یا مستقیماً تجربه می شود که بعنوان نوروهای اضطراب نامیده می شود یا گفته می شود که بطور ناخود آگاه و غیر مستقیم از طریق انواع مکانیسم های دفاعی گوناگون از قبیل سرکوبی و جابجائی کنترل می شود که این دفاع ها مانع بروز تعارض های درونی روانی و انگیزه های ناآگاه خصمانه که بخش آگاه شخصیت را تهدید می کنند شده و اجازه بیان غیرمستقیم و نمادین در رفتار آشکار را می دهند. (پودات، ۱۳۷۱)

#### دیدگاه رفتارگرایی اضطراب

درمانگران و نظریه پردازان رفتار گرا، اختلالات اضطرابی را نتیجه یادگیری غلط و شرطی شدن می دانند یک موقعیت استرس زا که با موقعیت های استرس زا قبلی شبیه است ممکن است موجب برانگیختن اضطراب در فرد بشود. توقعات و مدل های نادرست والدین به عنوان علت اضطراب در دیدگاه یادگیری مورد تاکید



واقع شده است. والدینی که انتظارات خارق العاده یا بیش از اندازه از کودکان خود دارند، موجب ایجاد اضطراب در آنان می شوند. بهمین ترتیب اگر والدین دارای واکنش های اضطرابی در برابر موقعیت های بی اهمیت باشند. کودکانشان می آموزند که در برابر مسائل جزئی و بی اهمیت واکنش های اضطرابی شبیه به واکنش های والدین خود ظاهر سازند. قصور در آموختن شایستگی های لازم نیز می تواند علت اضطراب محسوب شود. زیرا شخصی که شایستگی های لازم را آموخته است در سازگاری و حل مسائل زندگی، موقعیت های کمی را تهدید کننده می بیند، ولی شخص مبتلا به اضطراب به دلیل نبود شایستگی های لازم، بسیاری از موارد معمولی زندگی را اضطراب او تهدید کننده احساس می کند. (آزاد، ۱۳۷۲)

رفتار درمانگران اضطراب را واکنشی می دانند که بر اساس قوانین یادگیری قابل توجیه است. به مشکلات رفتاری به منزله الگوهایی از پاسخ های نامناسب نگریسته می شود که احتمالاً در ارتباط یا شرایط محرک های بیزار کننده آموخته می شوند و به علت آنکه در زمینه کمک بفرود برای اجتناب از پیامدهای نامطلوب کارآیی دارند، حفظ می شوند. (شفیع آبادی، ۱۳۷۳)

از نظر ولپی، رفتار روان نژندی هر نوع عادت پایدار از رفتار ناسازگار است که در ارگانیزمی که از نظر فیزیولوژیکی طبیعی است از راه یادگیری حاصل می شود. اضطراب جزء سازنده معمولی و یا هسته ای رفتار روان نژندی بشمار می آید. اضطراب یا ترس، نامطبوع است و فرد را از انجام فعالیت های روزمره باز می دارد و یا او را بسوی رفتاری محدودتر و ناسازگارتر سوق می دهد، گرچه اضطراب و رفتار روان نژندی در نظر بعضی ها رفتاری آموخته شده به حساب می آید، عده ای از رفتار درمانگران معتقدند که علاوه بر آن اضطراب و رفتار روان نژندی ممکن است زاده قصور فرد در یادگیری طرح های رفتاری مناسب نیز باشد، و فرد اصولاً پاسخ های لازم را نیاموخته باشد (کرسینی، ۱۹۷۳، آزیپو، ۱۹۷۰) (شفیع آبادی؛ ۱۳۷۳)

نظریه های رفتاری و یادگیری اضطراب بعضی از موثرترین درمان های اختلالات اضطرابی را به وجود آورده است. طبق نظریه های رفتاری، اضطراب یک واکنش شرطی در مقابل محیطی خاص است، یک احتمال دیگر در سبب شناسی این است که شخص یا تقلید واکنش های اضطرابی والدین خود، ممکن است واکنش

درونی اضطراب را یاد بگیرد. ( فرضیه یادگیری اجتماعی ) . در هر حال درمان معمولاً با نوعی حساسیت زیادی از طریق رویاروی مکرر با محرک اضطراب انگیزه همراه یا روش های روان درمانی شناختی بعمل می آید. ( پور افکاری ، ۱۳۷۳ )

در سال های اخیر طرفداران نظریه های رفتاری علاقه فزاینده ای به روش های شناختی فهم و درمان اختلالات اضطرابی نشان داده اند ، و نظریه پردازان شناختی جانشینهای بالقوه مفید تری برای مدل های سبب شناسی نظریه سنتی یادگیری اضطراب ارائه نموده اند . مفاهیمی شناختی حالات اضطراب غیر فوبیک حاکی است که الگوهای تفکر اشتباهی ، مسخ شده ، و ویرانگر یا رفتارهای غیر انطباقی و اختلالات هیجانی همراه هستند . طبق یک مدل ، بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی میزان خطر و احتمال آسیب دیدن را در یک موقعیت خاص بیش از حد تخمین زده توانایی خود را برای کنار آمدن با تهدیدهای ادراک شده به رفاه جسمی و روانی خود بیش از حد ارزیابی می کنند .

#### دیدگاه یادگیری اضطراب

در نظریه یادگیری اجتماعی بجای تعارض های درونی ، شیوه هایی در مدار توجه قرار می گیرد که طی آن ، اضطراب از راه یادگیری با برخی موقعیت ها مرتبط می شود . دختر بچه ای که والدینش او را بخاطر عصیان در برابر خواستهایشان و پافشاری برخواسته های خودش تنبیه کرده اند ، سرانجام یاد می گیرد که درد تنبیه را به رفتار ابراز وجود پیوند دهد، از این راه بعدها هر بار که دختر بفکر ابراز وجود و ایستادگی در برابر والدین خود می افتد ، مضطرب می شود. گاه ترسی هایی که در دوران کودکی یاد گرفته شده به دشواری خاموش می شود . برای نمونه ، هر گاه نخستین واکنش کودک بصورت کناره گیری یا قرار از موقعیت اضطراب زا باشد در آن صورت ممکن است کودک نتواند دریابد که چه وقت آن موقعیت خالی از خطر است . ( براهینی ، ۱۳۷۲ )

مطابق نظریه یادگیری اجتماعی هنگامی آدمیان مضطرب میشوند که با محرک درد اوری روبه رو میشوند که فقط از راه اجتناب می توان آن را کنترل کرد.

عقیده‌های که اضطراب را به عنوان برانگیختگی خود مختار شرطی شده تعریف می‌کند از نظر علی یا رفتار واسطه‌ای اجتنابی که در اصل بوسیله "ماور" در سال ۱۹۴۷ پیشنهاد شده است پیوند دارد. کوشش وی برای برگرداندن مستقیم مفهوم پسیکانالیتیک فروید از اضطراب به چارچوب علمی تر و قابل پذیرش تر در تئوری شرطی شدگی است. در هر صورت شواهد بعدی بطور قاطع نشان دادند که این عمل جائی پیدا نمی‌کند. (پودات، ۱۳۷۱)

#### دیدگاه انسان‌گرایی و اصالت وجودی اضطراب

این دیدگاه در این فرض که تجارب بین فردی ابتدایی شخص ممکن است توانایی او را برای خود شکوفایی و رشد محدود سازد، با دیدگاه روان‌پوشی شریک است. طبق این مکتب، تباین میان خود پنداره آسیب دیده شخص و خود آرمانی در نظر او، موجب اضطراب و تمایل فرد بسوی رفتار نوروتیک می‌گردد. در دیدگاه وجودی تاکید بر اصالت است. طبق این دیدگاه، افراد مضطرب از زندگی با تفاوتی که بین خود واقعی و خودی که سازش یا اجتماع آنها ایجاب می‌کند وجود دارد در رنجند. این تعارض، که تردیدی نیست به آسیب پذیری ناشی از تجارب اولیه مربوط می‌گردد، اضطراب و بالاخره اختلال روان‌شناختی را موجب می‌گردد. عده‌ای دیگر نقاب شخصیت تحمیل شده توسط جامعه را پذیرفته و خود واقعی را به دست فراموشی می‌سپارند. با این کار، از اضطراب ناراحتی برانگیز پرهیز می‌کنند (پورافکاری؛ ۱۳۷۳)

ریشه‌های تاریخی دیدگاه انسان‌گرایی و اصالت وجودی را باید در سیستم‌های فلسفی و مذهبی که بر شأن، خوب بودن ذاتی، و آزادی طبیعت انسان تأکید دارند، جستجو کرد. یکی از فرضیه‌های اصلی نظریه انسان‌گرایی این است که در هر فرد نیروی فعالی وجود دارد که وی را به طرف تحقق خود، یا کمال خود، یا شکوفایی خود سوق می‌دهد تا تمام آنچه می‌تواند باشد، بشود. وقتی که شخصیت انسان در محیط مساعدی شکل بگیرد، فرصت می‌یابد که نیروهای خلاقه خود را آزاد نماید و طبیعت مثبت درونی انسانی خویش را ظاهر سازد، برعکس محیطی که تمایلات انسان را برای گام برداشتن بسوی تحقق خود با شکوفایی خود سه می‌کند، موجب گسترش اضطراب در فرد می‌شود (آزاد، ۱۳۷۲) نظریه‌های وجودی اضطراب، مدل‌های

عالی برای اختلال اضطراب منتشر بوجود آورده است که در آنها محرک قابل شناسایی خاصی برای احساس اضطراب مزمن وجود ندارد. مفهوم مرکزی نظریه وجودی این است که شخص از پوچی عمیق در زندگی خود آگاه می‌گردد، که ممکن است حتی از پذیرش مرگ غیر قابل اجتناب خود نیز برای او دردناکتر باشد. اضطراب واکنش شخص به این پوچی وسیع وجود در معنا است. گفته شده است که پس از کشف سلاح های هسته ای نگرانی های وجودی افزایش یافته است. (پور افکاری، ۱۳۷۳)

#### دیدگاه شناختی اضطراب

بر اساس دیدگاه شناختی، اختلالات اضطرابی نتیجه افکار و باورهای نادرست، غیر واقعی و غیر منطقی هستند. بویژه باورهای غیر منطقی اغراق آمیز نسبت به مخاطرات محیطی. دیدگاه شناختی مانند دیدگاه روان پویایی به جریان های درونی بعنوان علل اختلالات اضطرابی توجه دارد. اما به جای تاکید بر تمایلات نیازها و انگیزه ها معتقد است که افراد اطلاعات کسب کرده را مورد تعبیر و تفسیر قرار می دهند و از آنها در حل مسائل زندگی استفاده می کنند. این دیدگاه بر خلاف دیدگاه تحلیل روانی، که انگیزه ها، احساسات و تعارض های پنهان را مورد تاکید قرار می دهد. بر جریان های ذهنی که به سادگی به آگاهی شخص می آیند، تاکید می ورزد. در دیدگاه روان شناختی کوشش می شود که از طریق راه هایی که فرد به اطلاعات موجود توجه می کند و آنها را مورد تعبیر و تفسیر قرار می دهد و به کار می بندد، علت اختلالات اضطرابی جستجو گردد. دیدگاه شناختی به طور کلی به افکار و راه های حل مسئله فعلی شخص بیش از تاریخچه فردی توجه دارد. بدین معنی که تاریخچه شناختی فرد، نگرش ها و حال و اکنون بعنوان علل اختلالات اضطراب بی مورد توجه قرار می گیرد. (آزاد، ۱۳۷۲)

#### دیدگاه اجتماعی - فرهنگی اضطراب

در دیدگاه اجتماعی حالات روانی و اضطرابی بعنوان یک مسئله بهداشتی با نقص شخصی نگریسته نمی شود، بلکه نتیجه و محصول ناتوانی فرد در مقابله موثر با فشار روانی مورد توجه قرار می گیرد.

در این دیدگاه رفتار ناسازگار بعنوان یک مشکل که فقط در فرد وجود دارد ، تلقی نمی گردد ، بلکه دست کم آنرا بعنوان شکست دستگاه اجتماعی حمایت کننده قوی از قبیل زن یا شوهر ، والدین ، خواهران و برادران ، منسوبان ، دوستان ، معلمان و رئیس به حساب می آورند. ( آزاد ، ۱۳۷۲ )

فرهنگی که شخص در آن زندگی می کند بیشتر در نوع نوروژی که شخص به آن مبتلا می شود موثر است تا بوجود آمدن آن ، نمونه های متعدد رابطه بین عوامل فرهنگی و نوع بیماری روان شناختی را نشان می دهد . مطالعات حاکی است که اختلالات تبدیلی در فرهنگ آمریکایی اوائل این قرن شایعتر بوده اند تا حالا این اختلالات در ممالک در حال رشد نیز شایعترند ، درحالی که در اکثر ممالک صنعتی اختلالات وسواسی و اضطراب شایعتر هستند .

هر چند اختلالات اضطرابی در تمام قشرهای جمعیت مشاهده می شوند ، در گروه های پایین اقتصادی و آموزشی ، علائم جسمی ( دردهای غیر قابل توجیه ) فراوانتر دیده می شوند . درحالی که در طبقات متوسط و بالا ، اختلالات اضطرابی و وسواسی - صبری شایعتر هستند . علیرغم این تاکید ، در توصیف آثار سببی عناصر اجتماعی و فرهنگی ، روان شناسان بر این باورند که فرهنگی که اعضاء خود را برای کسب موفقیت و پول بیشتر تحت فشار قرار می دهد ، احتمال وقوع رفتار به اصطلاح نوروژیک را بالاتر می برد . ( پور افکاری ، ۱۳۷۳ )

#### دیدگاه زیست شناسی اضطراب

گرچه هیچ علت مشخصی برای اختلالات اضطرابی شناخته نشده است . اما به نظر می رسد که علل زیستی در ایجاد آنها نقش داشته باشد . مثلاً آشکار شده است که داروهای آرامبخش در کاهش اضطراب موثرند . محققان درصد کشف چگونگی تاثیر این داروها در بعضی قسمت های مغز هستند . موضوع دیگری که به اهمیت عوامل زیستی اشاره دارد ، وجود شواهدی است که نقش وارثت را در اختلالات اضطرابی تأیید می کند . مثلاً هماهنگی بالایی که بین دوقلوهای یک تخمکی از نظر ابتلا به اختلالات ملاحظه می شود ، که ممکن است حاکی از یک ترکیب ژنتیکی بعنوان علت این اختلال باشد . همچنین دستگاه عصبی افراد مبتلا به

اختلالات اضطرابی بویژه نسبت به محرک ها حساستر است . این موضوع خود ممکن است ناشی از یک آمادگی ژنتیکی خاص می باشد. (آزاد ، ۱۳۷۲)

ظاهراً عوامل زیستی در ایجاد اختلالات اضطرابی کمتر از سایر عوامل اهمیت دارند . در بعضی از مطالعات قرائنی حاکی از تاثیر عوامل ژنتیک در ایجاد آسیب پذیری برای اختلال اضطراب منتشر و اختلال هراس ( از جمله گذر هراسی ) گزارش شده است . غیر از یافته ها ، برای عوامل ژنتیک فقط تاثیر بعید و غیر مستقیم در ایجاد اختلالات اضطرابی می توان قائل شد، مثلاً بنیه ضعیف و ضایعات پوستی مادرزادی می تواند به پیدا و بی احساس بی کفایتی در شخص منجر شده و در صورت تشدید شدن بوسیله عوامل محیطی ، به عوامل نوروتیک ختم می شود. (پور افکاری ، ۱۳۷۳)

مثل تمام اعمال روانی ، اضطراب هم طبیعی و هم بیمارگونه در مغز به صورت یک ماهیت زیست شناختی نمایانده می شود . برخی ترکیب های نور و شیمیایی و نور و هورمونی هر زمانی که بیمار احساس اضطراب می کند . بر نواحی مختلف مغز تاثیر می گذارند . نظریه های زیست شناختی بر معیارهای عینی متکی است که عمل مغز در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب را با افراد عادی مقایسه می کند . اینکه معیارهای بیولوژیک اولیه بوده یا ثانوی بر اضطراب است ، در حال حاضر سؤال بی پاسخی است . همچنین معلوم نیست که تغییرات بیولوژیک در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی نشان دهنده تحریک مفرط یک سیستم نرمال از سایر لحاظ است ، با این یافته ها بازتاب عملی بیمارگونه و بخصوص است . معهداً این مکان هست که برخی از مردم نسبت به اختلال اضطرابی بر اساس یک حساسیت بیولوژیک نسبت به پیدایش این عاطفه آسیب پذیری بیشتری دارند . (پور افکاری ، ۱۳۷۳)

\*\*\*

با توجه به اینکه تحقیق در سازمان آتش نشانی تهران اجراء می گردد پژوهشگر لازم می داند خلاصه ای از نحوه عملیات و مخاطرات شغلی و وظایف و آمارهای سه ماهه سوم سال ۱۳۸۳ ، و جدول آسیب دیدگان و خسارت های ریالی حریق و حادثه را به تفکیک ، با توجه به اهمیت موضوع ارائه نماید . سازمان آتش نشانی

با هدف نجات جان و مال انسان ها تشکیل شده اند و به منظور کاهش خسارات مالی و جانی ناشی از حوادث انسان ساخت و بلایای طبیعی اهتمام می ورزند . آتش نشانان افرادی هستند که آموزش های لازم در خصوص انواع روش های اطفای حریق و نجات و امداد در حوادث مختلف را فرا گرفته و قادرند در بحرانی ترین شرایط محیطی سخت و زیان آور ، با استفاده از دانش فنی و تخصصی ، مهارت ها و توانایی های شان با بکارگیری ماشین آلات و تجهیزات امداد و نجات به یاری حادثه دیدگان بشتابند و ایمنی را به جامعه ارمغان بخشند بر اساس آمار های حریق و حوادث سازمان آتش نشانی تهران تعداد مصدومین و فوت شدگان ماموران و میزان انفجارات در حوادث مختلف که جان و سلامت آتش نشانان را تهدید می کند بسیار نگران کننده است . از سوی دیگر عوارض و مخاطرات شغلی در این حرفه نیز با بروز تشدید انواع بیماری های جسمی و روحی روانی جلوه می نماید .

نگاهی اجمالی به شرح وظایف آتش نشانان

برخی از وظایف مهم به شرح ذیل می باشد :

- ۱- شرکت در حوادثی که جان انسان در خطر باشد . ( در تمام ساعات شبانه روز )
- ۲- عملیات امداد و نجات در حوادثی که جان حیوانی در خطر باشد .
- ۳- شرکت فعال در حوادث طبیعی به منظور یاری رساندن به هموطنان .
- ۴- اداره کردن و مهار آتش سوزی ها در صنایع و اماکن مختلف .
- ۵- بررسی علل حریق و ارائه راهکاری مناسب جهت پیشگیری از حریق و حادثه .
- ۶- آموزش به همشهریان جهت پیشگیری از حوادث و حریق ها .
- ۷- آموزش عملیاتی با خاموش کننده های دستی در ابتدای وقوع حریق و طرز صحیح کاربرد آنها .
- ۸- آموزش طرز صحیح تماس با سازمان آتش نشانی تهران
- ۹- همکاری با آموزش و پرورش و مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی
- ۱۰- همکاری با پلیس

## مخاطرات شغلی آتش نشانان

آتش نشانان بر اساس شغل ویژه خود بطور ۲۴ ساعته در معرض بسیاری از استرس های روحی و روانی و صدمات فیزیکی و شیمیایی و غیره قرار می گیرند .

با توجه به مطالعات و بررسی ها ، آتش نشانان در هر ماموریت می توانند در معرض عوامل زیان آور مختلفی قرار گیرند که سلامتی آنها را تهدید می نماید . این عوامل و آثار ناشی از آنها در زیر تشریح می گردد.

### ۱- صدای زنگ حریق و حادثه

عوارض فیزیولوژیکی که در اثر شوک ناشی از خارج شدن از یک وضعیت سکون و یا خواب نسبتاً آرام با شنیدن صدای زنگ حریق و حادثه ( با قدرت حداقل ۸۵ دسی بل ) در لحظات پیش بینی نشده ایجاد می گردد و همچنین پاسخ فوری و بی درنگ به نجات و امداد شهروندان بویژه در هنگام شب بحدی شدت دارد که مقدار قابل توجهی هورمون آدرنالین بطور ناگهانی در آتش نشانان آزاد می گردد و این امر می تواند تغییراتی در ضربان قلب و فشار خون و متابولیسم بدن آتش نشانان بوجود آورد .

### ۲- استرس رانندگی و ترافیک

پس از اعلام حریق و حادثه ، آتش نشانان به منظور امداد رسانی باید سوار بر خودرو های خود شده و در سطح شهر مسافتی را طی می نمایند . رانندگی با خودروهای سبک و سنگین در ترافیک و معابر کم عرض و تقاطع های غیر هندسی ، با توجه به استرس ناشی از دیر رسیدن به صحنه عملیات ، آتش نشانان را از نظر روحی و روانی تحت تاثیر قرار می دهد . مضافاً اینکه اگر خودروهای آتش نشانی نیز توان حرکت و سرعت لازمه را نداشته باشند بر میزان ترشحات آدرنالین آنها افزوده شده و قلب و سیستم گردش خون و گوارش آنان را تحت تاثیر قرار می دهد .

۳- حوادث : در هر حادثه ای ، بدن شروع به ترشح هورمونهایی برای آمادگی در مقابل استرس ناشی از



آن حادثه می نماید. این هورمونها ( آدرنالین و کورتیزول ) می توانند بخش های مختلف بدن را دچار تخریب یا آسیب نمایند.

#### ۴- استرس جوابگویی به بی سیم

اکثر آتش نشانان در هنگام جوابگویی به بی سیم در زمان اضطرار دچار استرس شده و این امر را در هنگام مکالمات آنان می توان تشخیص داد.

#### ۵- صدای آژیر و بلندگو و نور چراغ گردان

آتش نشانان ضمن هدایت خودروهای سبک و سنگین ، مکالمه با بی سیم و بلندگو ، باید به صحنه عملیات و نوع وسائل و تجهیزات لازم و چگونگی عملیات اطفائی یا امدادی ، تجهیزات کمکی و غیره فکر نمایند . طبیعتاً بکارگیری سریع تمام توانایی های فکری و بدنی بر آنان اثراتی خواهد گذاشت . مضافاً اینکه صدای آژیر و نور زننده چراغ گردان محرک سیستم عصبی می باشند .

#### ۶- دود و گازهای سمی

یکی از محصولات حریق ، دود و گازهای سمی می باشد . بنابراین استنشاق دود و گازهایی که میزان کمی از آنها می تواند کشنده باشد خسارات جبران ناپذیری بر آتش نشانان وارد می نماید . و این امر غیر قابل اجتناب می باشد به طوری که بارها شاهد بی هوشی و یا مسمومیت آتش نشانان با انواع گازهای سمی و کشنده نظیر کلر ، اکسیدهای نیتروژن ، هیدروژن سیانید، اکرولین ، ایزوسیانات ، منواکسید کربن ، هیدروژن سولفور و ... در حوادث مختلف بوده ایم . تحقیقات نشان می دهد اکثر آتش نشانان با توجه به میزان جذب و مدت زمان قرار گیری در معرض گازهای سمی و دچار عوارض متعددی از قبیل اختلالات تنفسی ، گوارشی ، ضایعات عصبی ، خون و قلبی ، بیماری های پوستی ، نرمی استخوان و اختلالات روانی ( اضطراب و افسردگی ) می شوند .

#### ۷- حرارت در محل حریق : : شدت اثر و عوارض ناشی از حرارت حریق بر پوست و سیستم تنفسی

بستگی به میزان درجه حرارت محیط و مدت زمان مواجهه با آن دارد . اثرات گرما و حرارت بر بدن

انسان کاملاً ملموس است و سوختگی یکی از دردناکترین آسیب جسمی است که اثرات روحی و روانی برای مصدوم و اطرافیان وی دارد .

۸- تماس یا جذب مواد شیمیایی از طریق پوست .

۹- صدمات فیزیکی در حین انجام وظیفه .

۱۰- پرتوهای یونساز

با پیشرفت تکنولوژی ، استفاده از مواد رادیو اکتیو در آزمایشات پزشکی ، هسته ای ، بمب های شیمیایی ، تجهیزات الکترونیکی خودکار ، فرآیندهای شیمیایی و نیروگاه های مولد برق افزایش یافته بنابراین مراکزی که به نوعی از مواد رادیو اکتیو استفاده میکنند برای آتش نشانان بسیار خطرناک می باشد.

۱۱- رویت صحنه های دلخراش و تالم آور

مصدومین و کشته هایی که در حریق ها و حوادث توسط آتش نشانان رویت می گردد و باعث ناراحتی روحی و روانی آنها می گردد .

۱۲- ترس و دلهره انجام بهینه عملیات .

۱۳- حفظ جان خود و افراد همکار .

۱۴- عوارض ناشی از وقوع انفجار در صحنه حادثه .

۱۵- ارگونومی وسائل ، تجهیزات و ماشین آلات .

ارگونومی به مفهوم هماهنگی و تناسب داشتن وسائل کار با بدن انسان در حالت طبیعی می باشد.

۱۶- حمل و نقل وسائل سنگین

۱۷- انجام خدمت در کارهای شیفی ۲۴ ساعته

بعضی از مشاغل بنا به ضرورت اجتماعی و ایمنی ، امنیتی ، درمانی و مراقبتی باید بصورت ۲۴ ساعته ارائه خدمت نمایند. مشاغل شیفی بطور مستقیم و غیر مستقیم در بازدهی ذهنی و جسمی افراد اثر گذاشته و موجب بروز اشتباهات متعددی در واکنش نسبت به تصمیم گیر های آنی می گردد .

پژوهش های علمی نشان داده که ارگانسیم بدن انسان دارای ساعت بیولوژیکی است که وظیفه آن بعمل درآوردن دوره های منظم کار و تلاش خواب و استراحت واکنش های متناسب با آن است . مکانسیم عملکرد این ساعت بیولوژیکی بر اساس مقدار ترشح هورمون ملاتونین است میزان ترشح این هورمون در کارهای شبانه بیشترین مقدار است . در روشنایی روز متوقف می گردد . اثرات این هورمون بر آتش نشانان در هنگام شرکت در حوادث شبانه مخاطره آمیز است .

۱۸- عدم تغذیه صحیح و متناسب با حرفه آتش نشانی

متاسفانه به دلیل شرایط و ویژگی های خاص این شغل ، تهیه و تدارک غذای گرم و مناسب در سه وعده غذایی برای آتش نشانان مشکل می باشد .

۱۹- بخارات حاصل از مواد شیمیایی

در رابطه با حریق های مواد شیمیایی تعداد کثیری از آتش نشانان دچار صدمات شیمیایی می شوند که عواقب آن تا آخر عمر بر پیکر آنان باقی خواهد ماند بعنوان مثال در حریق هلیکوپترسازی ۹۰ نفر از آتش نشان دچار مسمومیت ناشی از گازهای سیانور و اسید کرومیک شدند.

۲۰- فشارهای اقتصادی ، مشکلات معیشتی و مسکن آتش نشانان.

۲۱- دارا نبودن تجهیزات مدرن

به استناد کتاب مجموعه قوانین و مقررات اداری و استخدامی ، عواملی که شرایط محیط کار را از حالت عادی خارج نموده و آنرا به کار سخت و زیان آور تبدیل می نماید وجود یک یا چند فاکتور در آن حرفه یا شغل می باشد. سروصدا ، محیط عفونت زا و آلوده ، مواد شیمیایی و گازهای سمی ، مواد رادیواکتیو و پرتوهای پونساز و مضر محیط های غیر متعارف ( محیط کم نور و پرنور) ، وجود ذرات معلق در هوا ، کار در دشوار جوی نامساعد و محیط های غیر متعارف کار در ارتفاع ( نردبان ها ) ، ریزش و برخورد اجسام خارجی ، انفجار ، سطوح شیبدار و لغزنده کار در فضای مسدود و غیر متعارف ( زیر زمین ها و انبارها ) ، کار در محیط هایی با حرارت بالا ، جابجا کردن ، قطعات سنگین ، کار در محیط های مرطوب ،

کار در شرایط روحی نامساعد (مشاهده جنازه و یا مصدومین) چنانکه فاکتورها و عوامل فوق در مقایسه با شرایط ویژه شغلی آتش نشانان مورد بررسی و کنکاش کارشناس قرار گیرد مشاهده می شود که کلیه موارد مذکور در حرفه آتش نشانی وجود دارد. مضافاً اینکه فاکتورهای دیگری نیز در این حرفه احساس می شود.

یک آتش نشان در هر حادثه حداقل ۱۰ مورد از عوامل زیان آور را لمس می نماید و در طول خدمت با فاکتورهای زیان آور در صحنه های مختلف عملیات و امداد رسانی مواجهه می باشد.

بدین دلیل در کشورهای مترقی این شغل در زمره مشاغل "با ریسک بالا" محسوب می گردد. آتش نشانان با الهام از رسالت خطیر ایمن سازی و خدمات امدادی و نجات شهروندان تاکنون برغم ناملایمات و عدم توجه جدی به تخصیص و تمهید امکانات لازم به آنان و کاستی های عدیده در مواقع عادی و بحران در سطح تهران و شهرستان های کشور، منشاء خدمات برجسته ای در عملیات امداد و نجات بوده اند، بطوری که شواهد و قرائن موجود مبین فداکاری و رشادت آنان در عالی ترین سطوح انسانی و امدادی است. در اثبات این ادعا حوادث گوناگونی را می توان مد نظر قرار داد که آتش نشانان در ضمن عملیات نجات و امداد، خود دچار حادثه شده و در این رابطه مصدومین و معلولین حین خدمت و شهدای سازمان جلوه های ایثار و از خود گذشتگی آنان می باشد. سخن آخر آن که تلاش در جهت ارتقای سطح بهداشت حرفه ای آتش نشانی که در تمامی جوامع بعنوان یک حرفه آسیب پذیر و خطرناک محسوب می گردد. از ضروریات انکار ناپذیر بشمار میرود و لازم است در این زمینه کلیه نهادهای ذیربط، کارشناسان، متخصصان به ویژه مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، مشارکت فعال نمایند. (فرهنگ ایمنی، سال دوم، شماره ۷، تابستان ۱۳۸۳)

تعداد فعالیت های سازمان آتش نشانی در سه ماهه سوم سال ۱۳۸۳ به استناد گزارشات دریافت شده از ایستگاه های حریق و نجات برابر ۵۹۴۰ مورد بوده است که نسبت به پاییز سال قبل از آن ۱۰۶۲ مورد (۲۳/۹۸) درصد افزایش داشته است.

جدول ( ۲-۱ ): مقایسه ای از آمار حریق ها و حوادث فصل پاییز در طی چهار سال متوالی

سال	پاییز	پاییز	پاییز	پاییز
نوع فعالیت	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳
حریق	۱۱۱۸	۱۵۰۵	۱۴۶۶	۱۷۲۷
حادثه	۷۷۵	۷۸۸	۸۶۷	۱۰۴۸

جدول ( ۲-۲ ): مقایسه آماری از نظر تعداد آسیب دیدگان حریق و نجات به تفکیک جنسیت و ماه را در

پاییز سال ۱۳۸۳ بنمایش می گذارد .

ماه	نوع فعالیت	مجروحین			فوت شدگان	
		زن	مرد	مامور	زن	مرد
مهر	حریق	۷	۳۸	۴	-	۲
	حادثه	۲۹	۷۴	-	-	۱۸
آبان	حریق	۱۱	۴۱	۵	-	-
	حادثه	۱۸	۸۲	۱	۲	۱۱
آذر	حریق	۹	۳۸	۶	۱	۱
	حادثه	۲۰	۷۰	۱	۲	۲۷
جمع سه ماهه	حریق	۲۷	۱۱۷	۱۵	۱	۳
	حادثه	۶۷	۲۲۶	۲	۴	۵۶

جدول (۲-۳): تعداد فعالیت های مختلف حریق را به تفکیک ماه های پاییز سال ۱۳۸۳ نشان می دهد

نوع فعالیت ماه	آتش سوزی	احتیاط	کمکی	بین راهی	سایر	جمع فعالیت حریق
مهر	۷۲۵	۲۷۴	۶۸	۲۱۵	۱۶۸	۱۴۵۰
آبان	۵۳۳	۲۸۰	۵۵	۱۵۱	۱۲۹	۱۱۴۸
آذر	۴۶۹	۲۳۵	۷۳	۱۹۶	۱۸۵	۱۱۵۸
جمع	۱۷۲۷	۷۸۹	۱۹۶	۵۶۲	۴۸۲	۳۷۵۶

جدول (۲-۴): تعداد فعالیت های مختلف حادثه را به تفکیک ماه های پاییز در سال ۱۳۸۳ نشان می دهد .

نوع فعالیت ماه	حادثه	احتیاط	کمکی	بین راهی	سایر	جمع فعالیت حادثه
مهر	۳۷۵	۷۶	۲۷	۶۷	۷۸	۶۲۳
آبان	۳۲۲	۷۱	۲۴	۶۷	۶۵	۵۴۹
آذر	۳۵۱	۶۶	۲۲	۶۸	۵۵	۵۶۲
جمع	۱۰۴۸	۲۱۳	۷۳	۲۰۲	۱۹۸	۱۷۳۴

جدول ( ۵-۲): مقدار خسارات ریالی حریق و حادثه را به تفکیک ماه های فصل پاییز سال ۱۳۸۳ نشان

می دهد ( فصلنامه آمار سازمان آتش نشانی ، ۱۳۸۳)

جمع	خسارت ریالی حادثه	خسارت ریالی حریق	خسارت ریالی ماه
۱۱۲۶۰۲۶۰۰۰۰	۲۷۸۳۸۶۰۰۰۰	۸۴۷۶۴۰۰۰۰۰	مهر
۳۲۲۱۷۵۸۵۰۰۰	۲۹۰۷۶۳۵۰۰۰	۲۹۳۰۹۹۵۰۰۰۰	آبان
۳۷۳۴۷۱۳۰۰۰۰	۸۴۷۱۲۰۰۰۰۰	۲۸۸۷۵۹۳۰۰۰۰	آذر
۸۰۸۲۴۹۷۵۰۰۰	۱۴۱۶۲۶۹۵۰۰۰	۶۶۶۶۲۲۸۰۰۰۰	جمع

#### عوامل روانی و فیزیولوژیکی محیط کار

انسان از مهمترین عوامل ایجاد و پیشگیری از حوادث بشمار می آید در این مورد روح و جسم را باید مجموع های واحد به حساب آورد و نه باید بین عوامل فیزیولوژیکی و روانشناسی جدایی قائل شد . باید انسان را موجودی مرکب از دو عامل روح و جسم دانست .

عوامل روانی و اجتماعی محیط کار بسیار زیاد و متنوع می باشد و عوارض ناشی از آن توسط متخصصین و روانشناس ها مورد بررسی قرار می گیرد که از مراحل مختلف طرز تربیت و تعلیم و تبلیغات و برخورد اجتماعی و تاثیر محیط اجتماعی در خصوصیات شخصیت فرد و عکس العمل او چگونگی اثر و پیدایی ماشین و آثار منفی کار کردن با آن و چگونگی رفتار و برخورد با کارگر و کارمند و عکس العمل او و تجربه و بی تجربگی آنها و ... بسیاری موارد دیگر تشکیل شده است .

بیماری های روانی و عصبی در همه محیط های کارگری و کارمندی به وضوح وجود دارد که می تواند عامل بسیار مهمی در تشنج محیط کار و افت رانندگی و عملکرد به حساب آید .

شرایط محیط کار عامل روانی مهمی است و رفتار کارمند نمودار محیط کار او از لحاظ مادی و روانی است . حقوق عادلانه ، مناسبات انسانی درون سازمانی ، اعطای به موقع صحیح ترفیعات و همچنین تسهیلات بهداشتی بیشتر از آنچه تصور می شود بر عادات و رفتار کارمند تاثیر می گذارد . این عوامل بر سرعت و نتیجه کار تاثیر قابل ملاحظه ای دارد و به طور غیر مستقیم به اعتماد به نفس و علاقه و ثبات کارمندان کمک می کند .

باید توجه داشت که آرامش خاطر تنها به شرایط درون سازمانی بستگی ندارد ، شرایط زندگی بیرون از کارخانه یا سازمان نیز به سهم خود در این زمینه موثر است . زندگی در محله های خراب و پر جمعیت ، تاثیرات اخلاقی و جسمی ناگواری دارد و اوضاع بد خانوادگی بر روحیه کارمند اثر می گذارد و رفع این حالات کاری دشوار است که باید توسط مددکاران اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد . ( ایمنی و حفاظت فنی ، تالیف دکتر نادر بنهانی ص ۲۱۹ )

#### شرایط فیزیولوژیکی

منظور از شرایط جسمانی و فیزیولوژیکی ، مجموعه آمادگی ها ، مهارت ها و توانایی های جسمی لازم در فرد برای انجام وظایف و مسئولیت های محوله می باشد . همیشه فرد باید توانائی ها و قابلیت های لازم را برای انجام کار محوطه داشته باشد . ایجاد برخی حوادث در محیط کار ناشی از شرایط بدنی و نارسائی ها و معایب فیزیولوژیکی است ، نظیر نارسایی در بینایی و شنوایی ، نداشتن قدرت بدنی کافی ، داشتن حساسیت نسبت به برخی بوها ، احساس سرگیجه در ارتفاعات و امثالهم ، که ممکن است در وقوع سوانح در محیط کار تاثیر داشته باشد . لذا پس از معاینات طبی و تشخیص پزشک و تلاش در رفع این معایب باید افراد به مشاغل گمارده شوند که دارای توانائی های جسمی لازم برای انجام وظایف مزبور باشند )

ایمنی و حفاظت فنی ، تالیف دکتر نادر بنهانی ص ۲۲۲



فشارهای عصبی وارده به کارمندان یک سازمان در آنها ایجاد اضطراب و افسردگی می نماید. اگر این اضطراب و افسردگی ها ریشه دوانده و دوام یابد هم به شخص و هم به آن سازمان و اجتماع ضرر می رساند. در شخص این افسردگی و اضطراب عمیق تر شده و اختلالات روحی و جسمی شدیدی ایجاد می کند و در آن سازمان نیز بهره وری و کارآیی پایین می آید و جو داخل سازمان متشنج گشته و روابط عاطفی و اجتماعی بین افراد نیز متزلزل می گردد و این باعث می شود شدت آن افسردگی و اضطراب ها بیشتر گردد.

سابقه علمی پژوهش های انجام شده

پژوهش های داخلی مرتبط با موضوع تحقیق:

میرعلی اصغر مبین و احمد میثمی ( ۱۳۶۴ )

تحقیقی به منظور آزمون این فرضیه ها انجام دادند.

الف: میزان افسردگی در بانوان متاهل تهران برابر آزمون سنجش سطح افسردگی بک بالاتر از هنجار است..

ب: میزان افسردگی در بانوان متاهل شاغل ( تهران) بیشتر از این میزان در بانوان متاهل خانه دار ( تهران ) می باشد. چهل نفر از بانوان متاهل خانه دار و چهل نفر از بانوان شاغل که با رضایت و تمایل خود به صورت آگاهانه پس از دریافت توضیحات مبنی بر هدف از انجام این تحقیق به پرسشنامه پاسخ گفتند. گروه خانه دار از میان بانوان منتظر در صفوف مختلف خرید کالا و سایر خدمات در سرتاسر شهر تهران انتخاب و پس از تشریح هدف تحقیق با اشتیاق و تمایل به تکمیل پرسشنامه پرداختند. به منظور تعیین میزان افسردگی از آزمون بک استفاده گردید. پس از تجربه و تحلیل اطلاعات جمع آوری شده به این نتیجه رسیدند که:

الف: چون میانگین میزان سطح افسردگی در بانوان مورد مطالعه بالاتر از ۱۳ بود، فرضیه اول این تحقیق تأیید گردید و به عبارت دیگر سطح میزان افسردگی در زنان متاهل بالاتر از سطح بهنجار است.

ب: پژوهش بعمل آمده در مورد فرضیه دوم این تحقیق حاکی از رد فرضیه بوده و به عبارت دیگر میزان افسردگی در بانوان متاهل خانه دار بیشتر از این میزان در بانوان متاهل شاغل می باشد.

علی خدابی (۱۳۷۶) به بررسی مقایسه میزان شیوع اختلال افسردگی در بین دریانوردان و کارکنان غیر دریانورد کشتیرانی پرداخت. نمونه این تحقیق ۱۲۰ نفر از کارکنان دریانورد و غیره دریانورد و با محدوده سنی ۵۰-۲۵ شاغل در کشتیرانی جمهوری اسلامی ایران که به دو گروه ۶۰ نفری دریانورد و غیر دریانورد تقسیم می شدند. ابزار اندازه گیری در این تحقیق استفاده از دو آزمون معتبر بنام پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس افسردگی آزمون  $R-90-scl$  استفاده شد. با توجه به متغیرهای مورد مطالعه در این تحقیق که شامل افسردگی، نوع شغل، وضعیت تاهل و رتبه شغلی می باشد. پژوهشگر اقدام به جمع آوری دو دسته از اطلاعات نمود. و دسته اول اطلاعات راجع به ویژگی های کلی مربوط به شغل دریانورد و نوع کار ویژه افسران و دریانوردان و دسته دوم اطلاعات به جنبه های ارزیابی روانشناختی کارکنان کشتیرانی مربوط می شود. در فرضیه اول این تحقیق که عبارت است از وجود اختلاف معنی دار بین دریا نوردان و کارکنان غیر دریانورد در ابتلاء به اختلال افسردگی، با توجه به نتایج بدست آمده که بیانگر وجود تفاوت معنی دار بین این گروه می باشد. مورد قبول واقع گردید.

درخصوص فرضیه دوم تحقیق یعنی وجود بیشتر اختلال افسردگی در دریا نوردان متاهل در مقایسه با دریانوردان مجرد که تفاوت معنی دار نیز در این رابطه مشاهده نگردید.

نورا فروش رفیعی: به بررسی و مقایسه تاثیر حجامت و حجامت نما در درمان افسردگی پرداخت.

هدف از انجام این پژوهش مقایسه و بررسی حجامت و حجامت نما در درمان افسردگی می باشد. بر مبنای یافته ها و مشاهدات، فرضیه های پژوهشی عبارتند از:

۱- روش درمان با حجامت موجب کاهش بیشتر نمره افسردگی درمقایسه با روش درمان با حجامت نما می شود.

۲- میزان افسردگی گروهی که تحت درمان با حجامت قرار میگیرند در مقایسه با گروه کنترل بطور معنی دار کاهش می یابد.

۳- میزان افسردگی گروهی که تحت عمل حجامت نما قرار می گیرند درمقایسه با گروه کنترل بطور معنی داری کاهش می یابد. به منظور آزمایش فرضیه های بالا ، سه گروه در نظر گرفته شد : حجامت ، حجامت نما ، کنترل ، از آنجا که امکان انتخاب نمونه ها بصورت تصادفی نبوده از نمونه های در دسترسی استفاده شد و شرایط ورود داوطلبان به طرح تحقیق عبارت بودند از : زن بودن، افسرده شدید بودن ، تاکنون حجامت نشدن و مصرف نکردن داروهای ضد افسردگی با قطع مصرف یک ساله دارو سپس آزمودنی ها به گونه سیستماتیک درسه گروه جایگزین شدند و هر گروه شامل ۱۲ نفر بوده برای گروه های حجامت و حجامت نما دوره درمانی سه ماهه در نظر گرفته شده گروه حجامت ، حجامت می شدند اما گروه حجامت نما به تصور اینکه مورد حجامت قرار می گیرند تحت عمل حجامت نما قرار می گرفتند . گروه کنترل نیز هیچگونه عملیات درمانی دریافت نداشتند . افراد هر سه گروه در دو نوبت ، توسط پرسشنامه افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند . یکی از پرسشنامه ها قبل از اعمال متغیر مستقل و دیگری ، سه ماهه بعد ، بعد از اعمال متغیر مستقل داده شد . نتایج بدست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند . در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی داری کاهش نیافت ( فرضیه سوم تأیید نشد ) در مجموع نتایج پژوهش نشان داد که حجامت به طور قابل ملاحظه ای باعث کاهش میزان افسردگی در افراد افسرده شده است . ( ۱۳۸۰ )

پژوهش های خارجی

مولفین : آندره ام سواسکو ، پروفیسور روی کندی و ناتالیاروت ( ۲۰۰۵ )

عنوان مقاله : تاثیرات مداخله آمیز سه نوع متفاوت اجرای حرکات ساده ، ریتمیک و بازی های رقابتی به همراه موسیقی بر حالت های افسردگی، اضطراب ، دسترس ، خشم در زنان دچار سوء مصرف مواد .

هدف مولفین بررسی اثرات اجرای سه نوع متفاوت حرکات ساده و ریتمیک و بازی های رقابتی به همراه موسیقی بر حالت های افسردگی ، اضطراب ، استرس و خشم بر زنان در ما بنحوی توانبخشی از مواد مخدر ( سوء مصرف مواد می باشد روش اجرا کاربردی می باشد تا در صورت تائید فرضیه بتوان در موارد دیگر توانبخش از موسیقی استفاده نمود . روش نمونه گیری تعداد ۱۰ زن بصورت تصادفی که دچار سوء مصرف مواد انتخاب گردیدند. ابزار پژوهش عبارت است از آزمون سنجش حالت ویژگی اضطراب و سطوح اضطراب بعد از شش هفته تمرین و آزمون مورد پژوهش قرار گرفتند . نتایج بدست آمده با اجرای هشت جلسه ای به مدت دو هفته از کلیه حرکات ذکر شده به همراه موسیقی تاثیر فوری در کاهش افسردگی ، اضطراب ، استرس و خشم در زنان معتاد ملاحظه گردید .

لورا کی نوگوچی : به بررسی اثرات موسیقی و غیر موسیقی بر علائم رفتاری افسردگی و خود گزارشی درد حاصل از تزریق مربوط به بیماری های کودکان ( ۲۰۰۶ )

هدف این پژوهش ، بررسی اثر موسیقی بر سطوح افسردگی و ادراک درد حاصل از تزریق بر کودکان بیمار و مقایسه آن با میزان دردی است که بیمار هنگام تزریق موسیقی دریافت نمی کند . روش نمونه گیری تعداد ۶۴ کودک خردسال بین سنین ۴ تا ۶/۵ سال به صورت تصادفی بطور روتین که موظف به دریافت واکسن بودند انتخاب گردیدند روش کار به صورت کاربردی است که در مواقع دیگر نیز بتوان در صورت مثبت بودن نتایج از موسیقی استفاده نمود .

ابزار پژوهش : تهیه خود گزارشات از میزان درد و افسردگی و بر اساس مشاهدات عینی متخصصین بعد از انجام آزمایش ها نتایج بر مبنای گزارش خود کودکان و مشاهده عینی متخصصین تزریق به همراه اجرای موسیقی احساس درد و افسردگی کمتری را برای کودکان به همراه داشته است .

تی ، مارتینز ، ناوروکی ، پی کنز ، جی ، فاکس ، ان و شانبرگ ( ۲۰۰۶ )

عنوان مقاله : موسیقی ، فعالیت های مغزی (EEG) مربوط به قسمت جمجمه را که مربوط به جوانان افسرده می باشد ، جابجا می سازد.

مولفین به بررسی اثرات موسیقی بر فعالیت های مغزی راست جمجمه بر افراد دچار افسردگی مزمن می باشند پرداختند که در صورت تأیید فرضیه به توان در دیگر موارد از موسیقی استفاده نمود . ابزار پژوهش مورد استفاده عبارت است از نوار ثبت فعالیت های مغزی ( EEG ) و محاسبه و آنالیز نوسانات حاصله در زمان افسردگی بدون موسیقی و بعد از آن می باشد . تعداد ۴۰ نفر خانم جوان دچار افسردگی مزمن به صورت تصادفی انتخاب شدند بعد از انجام آزمایشات نتایج با اینکه هیچ اثری را گروه منتخب در تغییر میزان افسردگی مزمنشان گزارش نمودند ، اما ارزیابی های روان شناختی و فیزیکی دال بر کاهش ترشح هورمون کور تیزول و کاهش فعالیت های مغزی سمت راست جمجمه را نشان می دارد که حاکی از اثرات مثبت معنی داری بود .

- ۱- آزاد، حسین، مولف، آسیب شناسی روانی، تهران، بعثت، ۱۳۷۲
- ۲- آزاد، حسین، مولف، آسیب شناسی روانی ۲، تهران، انتشارات، دانشگاه پیام نور، ۱۳۷۵
- ۳- احمدوند، مولف، بهداشت روانی، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۲
- ۴- اخوت، ولی الله، جلیلی، احمد ۱۳۶۹، افسردگی روانی، تهران: انتشارات رز
- ۵- براهنی، محمد تقی، مترجم، زمینه روان شناسی، جلد دوم، مولف، اتکینسون، ریچاروس، هیلگارد، ارنست، تهران، رشد ۱۳۷۳
- ۶- پارسا، محمد، انگیزش و هیجان، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور، ۱۳۷۵
- ۷- پودات و دیگران، نسرین (مترجم)، رفتار درمانی کاربرد و یازده، مولف، اولیه ری، دانیل ویلسون، گ ترنس، تهران، فردوس، ۱۳۷۱
- ۸- پور افکاری، نصرت الله، مترجم، خلاصه روانپزشکی، علوم رفتای، جلد دوم و سوم، مولف، ساروک و بنیامین، تهران، نشر شهر آب ۱۳۷۳
- ۹- پور افکاری، نصرت الله، فرهنگ جامع روانشناسی، روانپزشکی و زمینه های وابسته، انگلیسی، فارسی، جلد اول
- ۱۰- پور افکاری، نصرت الله، مترجم، افسردگی واکنش یا بیماری، مولف، فلک، فردریک، تهران: نشر آزاده
- ۱۱- خدای، علی، کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی علامه طباطبائی، ۱۳۷۶
- ۱۲- سلطان فر، حسن، مترجم، درمان افسردگی اختلاف نظریه های گذشته و نگرش های جدید، مولف کلایتون، پلاچی، چارت، جیمزدی، ۱۳۷۲، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی

۱۳- شفیع آبادی ، عبدالله ، ناصری ، غلامرضا ، مولف ، نظریه های مشاوره روان درمانی ، تهران مرکز

نشر دانشگاهی ۱۳۷۳

۱۴- فرجاد، محمد حسین ، مولف ، رودرو با مشکلات و اختلال های روان رفتای ، ۱۳۷۷، تهران : نشر

بدر

۱۵- فروزش رفیعی ، نوار، کارشناس ارشد، دانشگاه الزهراء، ۱۳۸۰

۱۶- فرهنگ ایمنی ، فصلنامه علمی و پژوهشی ، آموزشی و اطلاع رسانی ، سال دوم ، شماره ۷،

تابستان ۱۳۸۳

۱۷- فصلنامه آمار سازمان آتش نشانی تهران ، پاییز ۱۳۸۳

۱۸- قاسم زاده ، حبیب الله ، مترجم، رفتار درمانی شناختی ، مولف ، هاوتون ، کرک . ساکلردوس

کیس ، کلارک ۱۳۸۰ ، تهران : انتشارات ارجمند

۱۹- مبین ، علی اصغر ، میثمی ، احمد، کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی

۱۳۶۴

۲۰- مهریار ، امیر هوشنگ، مترجم، افسردگی برداشت ها و درمان شناختی ، ۱۳۷۳، تهران ، انتشارات

رشد

۲۱- میلانی فر ، بهروز، بهداشت روانی ، ۱۳۷۴ ، تهران ، انتشارات توس

۲۲- میلانی فر ، بهروز ، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی ، ۱۳۷۴، تهران ، انتشارات ابتکار

۲۳- نبهانی ، نادر ، مولف ، ۱۳۸۳ ، ایمنی و حفاظت فنی ، تهران

- 1- **Andereh m. sovasko PHD. & others "the effect of intermediating of three differrent kinds of moving in addition of music on agitation ; distress and anger in drug abuse females " 2005 georjia un. Journal of music therapy**
- 2- **Loura k. nogoochi MA. " the effect of music & unmusic on distress manner & self- reports of pain on base of children injecting " Pacific un. 2006 , Journal of music therapy vol. 43, no. 1**
- 3- **T. martinez & others " music & EEG s prefrontal of brain on adult s distress" 2006, American s adult center " Journal of music therapy vol. 43, no. 2**



# فصل سه

جامعه :

جامعه ، پژوهش را تعدادی از پرسنل محترم گروه حریق و نجات سازمان آتش نشانی تهران با بیش از سه ساله سابقه تشکیل می دهند . مناطق عملیاتی سازمان به پنج منطقه با شماره های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ تقسیم گردیده ، از بین پنج منطقه ، منطقه چهار که دارای ۳۴۰ نفر پرسنل و از ۱۴ ایستگاه حریق و نجات با شماره های ۳۰، ۱۰، ۷۶، ۲۷، ۲۵، ۵۵، ۵۱، ۲۰، ۳۴، ۶۹، ۵۷، ۷۷، ۶۷، ۶۸ تشکیل شده . از ایستگاه های منطقه ۴، ایستگاه های ۵۵، ۲۷، ۲۵، ۱۰، ۷۴، ۷۶، نجات دو از منطقه یک که دارای ۱۵۴ نفر پرسنل می باشند . بعنوان جامعه پژوهش انتخاب گردیدند .

نمونه و روش نمونه گیری :

تعداد ۱۰۷ نفر از پرسنل ایستگاه های ۵۵، ۲۷، ۲۵، ۱۰، ۷۴، ۷۶ و ایستگاه حریق و نجات ۶ از منطقه یک بصورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند و مورد آزمون تست اضطراب کنترل و تست افسردگی یک قرار گرفتند . از بین آنها پرسنلی که کمتر از سه سال سابقه داشتند ، نتایج آزمون آنها در پژوهش دخالت نداده نشدند ، باقی پرسنل که ۸۰ نفر می باشند ، بر طبق جدول S.H. . پولا (خاکی، غلامرضا ص ۲۷۶) شامل ۴۰ نفر از پرسنل حریق و ۴۰ نفر از پرسنل نجات برای نمونه انتخاب گردیدند.

ابزار تحقیق :

ابزار مورد استفاده در این تحقیق تست افسردگی بک و تست اضطراب کنترل می باشد که از تست بک برای تشخیص میزان افسردگی و از تست اضطراب برای سنجش میزان اضطراب استفاده شده است و در مورد هر دو گروه حریق و نجات اجراء گردیده است .

تست اضطراب کنترل

تست اضطراب کنترل شامل ۴۰ پرسش درباره مشکلاتی است که اغلب افراد گهگاه در زندگی خود احساس می نمایند پاسخ های افراد به صورت انتخاب یکی از سه گزینه درست . غلط - گاهی درجه بندی شده. هر سؤال

به صورت یک جمله مطرح شده و شخص باید روی پاسخی که انتخاب نموده است علامت ضربدر بگذارد  
این پرسشنامه به صورت انفرادی یا گروهی اجرا می گردد .

نمونه سؤال :

۱- توجه من نسبت به اشخاص یا سرگرمی ها تقریباً به سرعت تغییر می کند (-) ۳ Q

درست بین این دو غلط

۲- تمایل دارم که خود را به دست احساسات حسادت آمیز بسپارم (-) C

گاهی بندرت هرگز

روش تصحیح و نمره گذاری

اگر آزمودنی گزینه سمت راست را انتخاب نماید نمره دو اگر گزینه سمت چپ را انتخاب نماید نمره صفر  
و گزینه وسط نمره یک را اخذ می نماید . نمره خاصی که از مجموع چهل سؤال بدست می آید با استفاده از  
جدول هنجار گزینی به نمره طراز شده تبدیل می گردد و موضع آزمودنی نسبت به اضطراب مشخص می شود  
در ضمن این آزمون با پنج عامل شخصیتی که در اضطراب دخالت دارند مطابقت می نماید.

به هر یک از انتخاب ها طبق کلید نمره می دهیم

پس از تعیین نمرات پاسخ های پرسشنامه ، باید مجموع نمرات ۲۰ پرسش نخست ( از پرسش ۱ الی ۲۰ ) و ۲۰  
پرسش بعدی ( از ۲۱ الی ۴۰ ) را به طور جداگانه مشخص کنیم و سپس جمع کل نمرات را بدست آوریم .  
نمره خامی که بدست می آید با مراجعه به جدول شماره دو به نمرات طراز شده تبدیل می گردد و موضع  
آزمودنی نسبت به اضطراب مشخص میگردد.

با مراجعه به جدول شماره سه جمع نمرات آزمودنی را در هر عامل محاسبه میکنیم و بر اساس جدول شماره  
چهار نمرات خام معیارهای مختلف شخصیت را به نمرات طراز شده تبدیل می نمایم .

در این آزمون باید ، تفسیرهای کمی و کیفی و بالینی را که بر اساس مشاهده درباره بیمار در لحظات اجرای  
آزمون یا جلسات مشاوره ای که پشت سر گذاشته بدست آمده به نتایج افزوده . سپس می توان جواب نتایج را

با افزودن خلاصه تشخیص که از داده های استاندارد شده آزمون و واکنش های گرد آوری شده در جلسات مشاوره ای منتج شده اند کامل کرد .

نمره نهایی آزمون از بین سه نوع نمره ممکن ، انتخاب میگردد :

۱- فقط یک نمره که نمره کل اضطراب است و از آزمون بدست می آید . در بسیاری از موارد تنها داده مورد نیاز همین نمره است . این نمره جمع امتیازاتی است که از ۴۰ ماده آزمون بدست آمده اند . پس این نمره در عین حال مجموع دو نمره (الف) [ جمع ۲۰ پرسش اول ] و ب [ جمع ۲۰ پرسش بعدی ] نیز هست .

۲- تمایز بین دو نمره :

الف ) اضطراب پنهان یا جمع امتیازات مربوط به مواد ۱ تا ۲۰

ب ) اضطراب آشکار یا نشانه ای که مجموع امتیازات مواد ۲۱ تا ۴۰ است .

۳- تمایز بین پنج نمره ای که با ساخت های شخصیتی که در اضطراب مداخله دارند مطابقت می نماید .

یعنی عملاً امتیازاتی که برای مواد بخش های C و L و O و Q۴ و Q۳(-) بدست آمده اند .

نمره اول : یعنی اضطراب کلی - مستلزم هیچ نوعی تبیین یا توصیف اضافی نیست .

نمره دوم : به منظور تعیین میزان هوشیاری یا عدم هوشیاری بیمار نسبت به اضطراب خویش است .

نمره سوم : یعنی تمایز بین پنج معیار به صورتی که در تصحیح خاطر نشان گردید تحقق می یابد . باید در این

جا خاطر نشان ساخت که روانشناسی که به این نمره علاقه مند است با بکار بستن آزمون ۱۶ عامل شخصیت که

در آن هر عامل بر مبنای ۲۰ تا ۳۰ ماده مورد ارزشیابی قرار گرفته است . اطلاعات بیشتری کسب خواهد کرد

. قابل ذکر است که از بین سه نمره یاد شده ، نمره دوم در وضع کنونی برای تعیین رابطه بین اضطراب پنهان

و اضطراب پنهان و اضطراب آشکار بکار گرفته می شود و ارزش آن باید در پرتو تجربه بالینی درباره آزمون

مورد تفسیر قرار گیرد . اما نمره های یک و سه به عکس باید پس از تغییر فوری آنها به نمرات طراز شده ،

مورد تفسیر واقع شوند .

نمرات طراز شده بین ۴ تا ۶ باشد ، نشان دهنده درجه متوسط اضطراب است .

نمره ای که بین صفر تا ۳ باشد نشان دهنده شخصی آرام ، بلغمی ، پابرجا ، راحت و تنش زدوده است .

نمره ای که ۷ یا ۸ باشد نشانگر شخصی است که ممکن است به طور مشخص یک روان آزرده مضطرب باشد .

و بالاخره ۹ یا ۱۰ معرف فردی است ه به وضوح خواه به منظور اصلاح موقعیت خود و خواه به منظور

مشورت با روان درمانگر به کمک نیاز دارد .

هنجار گزینی نمره کل اضطراب

جدول ( ۱-۳): هنجار گزینی نمرات کل اضطراب

نمرات خام بانوان	نمرات خام آقایان	نمره طراز شده
۰-۱۴	۰-۱۰	۰
۱۵-۱۸	۱۱-۱۴	۱
۱۹-۲۳	۱۵-۱۹	۲
۲۴-۲۷	۲۰-۲۳	۳
۲۸-۳۱	۲۴-۲۷	۴
۳۲-۳۶	۲۸-۳۲	۵
۳۷-۴۰	۳۳-۳۶	۶
۴۱-۴۴	۳۷-۴۰	۷
۴۵-۴۹	۴۱-۴۵	۸
۵۰-۵۳	۴۶-۴۹	۹
۵۴-۸۰	۵۰-۸۰	۱۰

تعداد و نمرات مواد مربوط به پنج عامل نخستین شخصیت

جدول ( ۲-۳): تعداد و نمرات مواد مربوط به پنج عامل نخستین شخصیت

سؤالاتی که معرف عوامل هستند	تعداد موارد	عوامل نخستین شخصیت
۱-۲-۳-۴-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴	۸	(-) Q3 نشانگر فقدان توحید یافتگی یا انسجام هوشیاری از خود
۵-۶-۷-۲۵-۲۶-۲۷	۶	(-) C نشانگر فقدان نیروی من یا نوروز گرایبی عمومی
۸-۹-۲۸-۲۹	۴	L نا امنی پارانویایی
-۱۴-۱۵-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵- ۱۰-۱۱-۱۲-۱۳	۱۲	O گرایش احساس گناهکاری
-۱۸-۱۹-۲۰-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰ ۱۶-۱۷	۱۰	Q4 تنش آرگی ( فشار بن )

جدول ( ۳-۳ ): هنجار گزینی نمرات خام معیارهای اصلی

نمرات طراز شده	O	Q4	L	C (-)	Q3 (-)	نمرات طراز شده
۰	۰-۲	۰-۲	۰	-	۰	۰
۱	۳	۳	-	۰	۱	۱
۲	۴-۵	۴-۵	۱	۱	۲	۲
۳	۶	۶-۷	۲	۲	۳	۳
۴	۷-۸	۸	۳	۳	۴	۴
۵	۹	۹-۱۰	-	۴	۵	۵
۶	۱۰-۱۱	۱۱-۱۲	۴	۵	۶	۶
۷	۱۲-۱۳	۱۳	۵	۶	۷-۸	۷
۸	۱۴	۱۴-۱۵	۶	۷	۹-۱۰	۸
۹	۱۵-۱۷	۱۶-۱۷	-	۸	۱۱	۹
۱۰	۱۸-۲۰	۱۸-۲۰	۷-۸	۹-۱۲	۱۲-۱۶	۱۰

## تست افسردگی بک ۱

تست بک ( ۱۹۶۶ ) بر نشانه های عاطفی ، بدنی ، شناختی ، رفتاری ، افسردگی تاکید می ورزد . علاوه بر استفاده بالینی آن به دلیل ارزیابی سریع سطوح افسردگی این تست در حد خود برای انتخاب افرادی که خود را افسرده توصیف می کنند از گروه افرادی که کنش های طبیعی دارند مورد استفاده واقع شده است . آرون بک معتقد است که افراد افسرده به این دلیل افسرده اند که راه های اشتباه آلوده و مبالغه آمیز در فکر کردن را دارند . شخص افسرده یک نظر غیر منطقی درباره خود در دنیا و آینده دارد . طبق نظر بک این شناخت های منفی علت افسردگی است . ( آزاد ، ۱۳۷۵ )

پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ سؤال چهار وضعی است که یکی از چهار حالت هر سؤال با وضعیت کنونی فرد مطابقت می نماید . در این پرسشنامه ، پاسخ ها به صورت بسته طبقه بندی شده و می توان آنرا به صورت گروهی و انفرادی اجرا کرد . نمونه سئوالات آن به شرح ذیل می باشد .

۱- O خسته تر از همیشه نیستم .

O نسبت به گذشته زودتر خسته می شوم .

O هر کاری انجام بدهم خسته میشوم .

O خیلی خسته تر از آن هستم که کاری انجام دهم .

نمره گذاری پاسخ ها

به هر یک از انتخاب ها طبق کلید نمره می دهیم و جمع کل نمرات را به دست می آوریم .

تفسیر نتایج

پس از محاسبه جمع کل نمرات ، برای تعیین سطوح کلی افسردگی به جدول هنجارها مراجعه می نمایم .



جدول ( ۳-۴ ) : افسردگی بک

میزان افسردگی	جمع امتیازات
طبیعی	۱ - ۱۰
کمی افسردگی	۱۱ - ۱۶
نیازمند مشورت با روانپزشک یا روانشناس	۱۷ - ۲۰
به نسبت افسرده	۲۱ - ۳۰
افسردگی شدید	۳۱ - ۴۰
افسردگی بیش از حد	بیشتر از ۴۰

جدول ( ۳-۵ ) : هنجار گزینی نمره کلی افسردگی

شماره	نمرات خام	نمرات طراز شده
۱	۱ - ۱۰	۱
۲	۱۱ - ۱۶	۲
۳	۱۷ - ۲۰	۳
۴	۲۱ - ۳۰	۴
۵	۳۱-۴۰	۵
۶	بیشتر از ۴۰	۶

علاوه بر تفسیر نمره کل ، می توان تک تک گروه های جملات را جداگانه تفسیر کرد . هر گروهی که حداکثر نمره ( ۳ ) را به دست آورده باشد ، می توان گفت که یک حوزه مشکل زاست . مثلاً ، اگر در گروه

۱، آزمودنی نمره ۳ را دریافت کند، می توان گفت که از غمگینی شدید رنج می برد و اگر در گروه ۲ نمره ۳ را بدست آورد می توان گفت که بسیار بدبین است و همین طور گروه های جملات دیگر که به ترتیب زیر حوزه خاصی را مشخص می نمایند.

۱- غمگینی ، ۲- بدبینی ، ۳- احساس شکست ، ۴- نارضایتی ، ۵- احساس گناه، ۶- انتظار تنبیه شدن ، ۷- بیزاری از خود ، ۸- تهمت زدن بخود ، ۹- افکار خودکشی ، ۱۰- گریه کردنها ، ۱۱- تحریک پذیری ، ۱۲- انزوای اجتماعی ، ۱۳- بی تصمیمی ، ۱۴- تغییر در تصویر بدنی ، ۱۵- تاخیر در انجام کار ، ۱۶- بی خوابی ، ۱۷- خستگی پذیری ، ۱۸- بی اشتهایی ، ۱۹- کاهش وزن ، ۲۰- اشتغال ذهنی درباره بدن ، ۲۱- افت تمایلات جنسی . ( گنجی حمزه ، ارزشیابی شخصیت )

#### ۴- طرح و شیوه اجرای تحقق

با مراجعه پژوهشگر به ایستگاه هایی که بر طبق نمونه انتخاب شده بودند . پرسشنامه کنترل و پرسشنامه بک در اختیار پرسنل قرار گرفت بر طبق دستورالعمل ذکر شده از سوی کنترل و بک پژوهشگر کلیه نکات ذکر شده را به آزمودنی ها توضیح داده ، و آزمون به صورت گروهی انجام گردید . در ضمن در حین اجرای آزمون هر نکته ای که برای آزمودنی ها به صورت مبهم یا گنگ بود ، توسط پژوهشگر توضیح داده شد و پژوهشگر متعهد گردید بعد از پایان طرح تحقیق نتایج آزمون را به صورت کتبی به آزمودنی ها اعلام نماید .

#### ۵- روش تجزیه و تحلیل داده ها

از آمار توصیفی و استنباطی ، در قسمت ارائه داده های توصیفی سنجشی میانگین و واریانس و انحراف استاندارد هر دو گروه به طور جداگانه محاسبه نموده ، و سپس برای مقایسه میانگین ها از آزمون t استودنت استفاده و معنی دار بودن تفاوت اضطراب و افسردگی بین دو گروه به صورت جداگانه محاسبه گردید . و

سپس در مرحله تجزیه و تحلیل علیت با آزمون محاسبه ضریب همبستگی پیرسون به رابطه میان افسردگی و اضطراب پرسنل دو گروه حریق و نجات پرداخته ، تا میزان و جهت رابطه مشخص گردید .

# فصل چہار

## تجزیه تحلیل داده های توصیفی

به منظور دستیابی به نتیجه پژوهش و ردپا تایید فرضیه مورد نظر ابتدا آزمون افسردگی بک و بعد آزمون اضطراب کنترل انجام گرفت و پس از جمع آوری تستها و به دست آوردن نمرات خام آزمودنی های دو گروه به صورت کمی مورد مقایسه قرار گرفتند و ابتدا میانگین دو گروه ، سپس واریانس و انحراف استاندارد دو گروه محاسبه گردید و آنگاه از آزمون  $t$  استودنت برای بررسی معنی دار بودن تفاوت بین میانگین نمونه استفاده شده نمرات خام \_ جداول و محاسبات آماری و نمودارهای این پژوهش به قرار زیر می باشد .

جدول ( ۱ \_ ۴ ) : شاخص های گرایش به مرکز و پراکندگی افسردگی و اضطراب

عنوان	گروه ها	میانگین X	انحراف استاندارد SD	Max	Min	دامنه تغییرات R	واریانس س	تعداد N	میانگین نمرات طراز شده
افسردگی	حریق	۱۲/۲	۶/۰۳	۲۸	۳	۲۵	۳۶/۳۸	۴۰	۱/۷۵
	نجات	۱۱/۳	۵/۱۱	۲۴	۲	۲۲	۲۶/۱۳	۴۰	۱/۷۲
اضطراب	حریق	۴۲/۵	۶/۲۶	۶۰	۲۹	۳۱	۳۹/۲۶	۴۰	۷/۸
	نجات	۴۳/۴	۶/۴۱	۶۴	۳۳	۳۱	۴۱/۱۲	۴۰	۸/۰۲

هنجار گزینی نمره کل اضطراب

جدول ( ۲-۴ ) : هنجار گزینی نمرات کل اضطراب

شماره	نمرات خام	نمرات طراز شده
۱	۰-۱۰	۰
۲	۱۱-۱۴	۱
۳	۱۵-۱۹	۲
۴	۲۰-۲۳	۳
۵	۲۴-۲۸	۴
۶	۲۸-۳۲	۵
۷	۳۳-۳۶	۶
۸	۳۷-۴۰	۷
۹	۴۱-۴۵	۸
۱۰	۴۶-۴۹	۹
۱۱	۵۰-۸۰	۱۰

جدول ( ۳-۴ ) : سطح اضطراب کارمندان گروه حریق

درصد	نسبت	فراوانی	نمرات طراز شده	موضوع آزمودنی ها نسبت به اضطراب
۰	۰	۰	۰-۳	افرادی که آرام و بدون اضطراب می باشند
۱۵	۰/۱۵	۶	۴-۶	افرادی که دارای اضطراب متوسط می باشند
۵۷/۵	۰/۵۷۵	۲۳	۷-۸	افرادی که به طور روان آزرده مضطرب می باشند
۲۷/۵	۰/۲۷۵	۱۱	۹-۱۰	افرادی که نیازمند مشاوره و درمان می باشند

جدول ( ۴-۴ ) : سطح افسردگی کارمندان گروه حریق جدول ۳

درصد	نسبت	فراوانی	نمرات طراز شده	موضوع آزمودنی ها نسبت به افسردگی
۵۵	$\frac{22}{40} = 0/55$	۲۲	۱	طبیعی
۲۵	$\frac{10}{40} = 0/25$	۱۰	۲	کمی افسرده
۱۰	$\frac{4}{40} = 0/1$	۴	۳	نیازمند مشوربات روانپزشک یا روانشناسی
۱۰	$\frac{4}{40} = 0/1$	۴	۴	به نسبت افسرده
۰	۰	۰	۵	افسردگی شدید
۰	۰	۰	۶	افسردگی بیش از حد

جدول ( ۴-۵ ) : سطح افسردگی کارمندان گروه نجات

موضوع آزمودنی ها نسبت به افسردگی	نمرات طراز شده	فراوانی	نسبت	درصد
طبیعی	۱	۲۰	$\frac{20}{40} = 0/5$	۵۰
کمی افسرده	۲	۱۵	$\frac{15}{40} = 0/375$	۳۸
نیازمند مشورت با روانپزشک یا روانشناس	۳	۱	$\frac{1}{40} = 0/25$	۲
به نسبت افسرده	۴	۴	$\frac{4}{40} = 0/1$	۱۰
افسردگی شدید	۵	۰	۰	۰
افسردگی بیش از حد	۶	۰	۰	۰

جدول ( ۴-۶ ) : سطح اضطراب کارمندان گروه نجات

موضوع آزمودنی ها نسبت به افسردگی	نمرات طراز شده	فراوانی	نسبت	درصد
افرادی که آرام و بدون اضطراب می باشند.	۰-۳	۰	۰	۰
افرادی که دارای اضطراب متوسط می باشند.	۴-۶	۶	۰/۱۵	۱۵
افرادی که به طور روان آزرده و مضطرب می باشند.	۷-۸	۲۱	۰/۵۲۵	۵۲/۵
افرادی که نیازمند مشاوره و درمان می باشند.	۹-۱۰	۱۳	۰/۳۲۵	۳۲/۵



تجزیه و تحلیل داده های استنباطی

جدول استنباطی

جدول ( ۷-۴ ) : میزان  $t$  محاسبه شده مربوط به افسردگی و اضطراب دو گروه

گروه های حریق و نجات	$t$ محاسبه شده	جدول $t\alpha$	df	$\alpha$
افسردگی	۰/۷۲	۲/۴۲	۳۹	۰/۰۱
اضطراب	۰/۶۳	۲/۴۲	۳۹	۰/۰۱

با عنایت به اینکه در فرضیه ،چنین عنوان شده بود ، که " سطح اضطراب و افسردگی گروه حریق بیشتر از گروه نجات است . " با توجه به نتایج آماری به دست آمده ، از عدد مبین جدول  $t\alpha$  و  $t$  محاسبه شد. در سطح منحنی دار ۰/۰۱ با سطح اطمینان بیش از ۹۹٪ نتیجه بدست آمده ، معنی دار نیست و نماینگر رد فرضیه است . در نتیجه تفاوت معنی داری بین دو گروه حریق و نجات از نظر اضطراب و افسردگی مشاهده نگردید .

## تجربه و تحلیل علیت

جدول ( ۸-۴ ): توصیف و تفسیر تقریبی همبستگی (دلاور علی ص ۲۰۶)

معنی دار	$r_{xy}$
همبستگی خیلی پایین	۰/۱۹ تا ۰
همبستگی پایین	۰/۲۰ تا ۰/۳۹
همبستگی متوسط	۰/۴۰ تا ۰/۶۹
همبستگی بالا	۰/۷۰ تا ۰/۸۹
همبستگی خیلی بالا	۰/۹۰ تا ۱

از این جدول بعنوان راهنما برای توصیف و تفسیر تقریبی همبستگی می توان استفاده کرد .

بر طبق جدول توصیف و تفسیر تقریبی همبستگی مقدار  $r^2$  از جدول زیر محاسبه گردیده است .

جدول ( ۹-۴ ): میزان همبستگی بین افسردگی و اضطراب در دو گروه

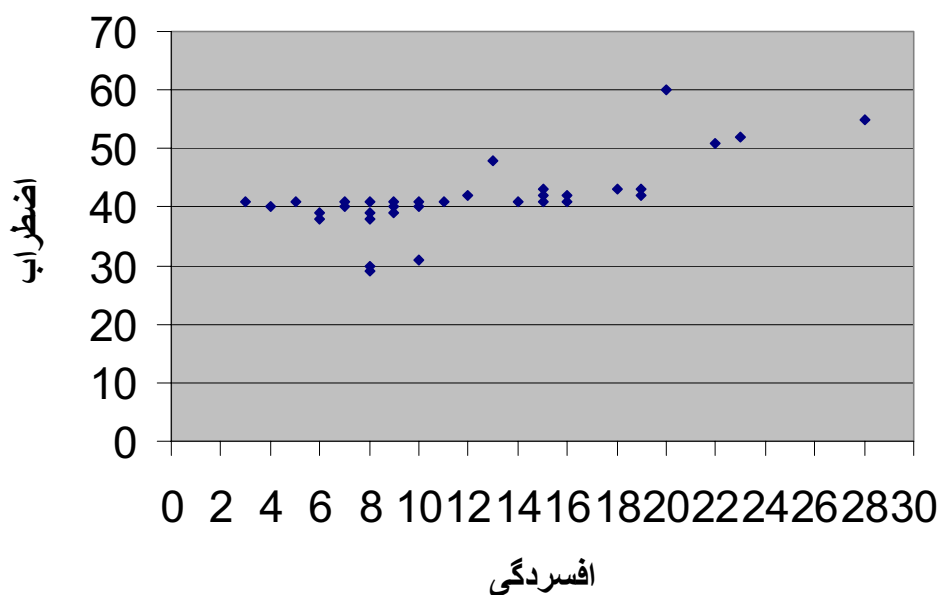
شاخص	$r_{xy}$	N
افسردگی و اضطراب گروه حریق	۰/۷۸	۴۰
افسردگی و اضطراب گروه نجات	۰/۸۴	۴۰

باتوجه به مقدار  $r_{xy}$  به دست آمده و مقایسه نتایج جدول توصیف و تفسیر تقریبی همبستگی ( دلاور علی ،

ص ۲۰۶) با درجه آزادی  $d.f=38$  بین افسردگی و اضطراب گروه حریق و نجات ، همبستگی بالایی وجود

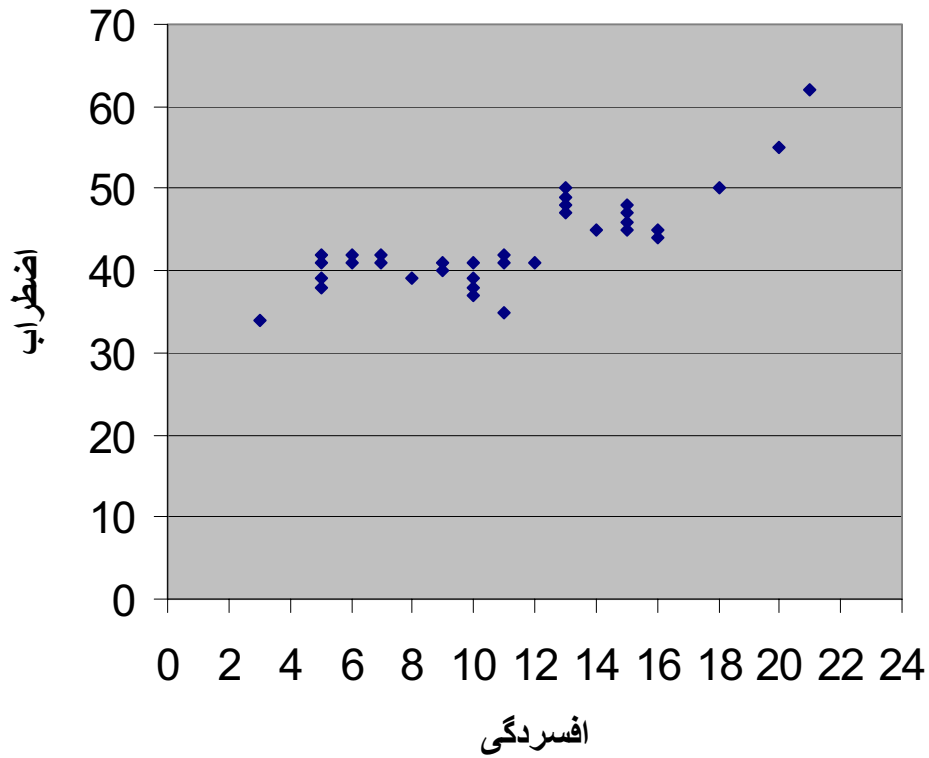
دارد .

نمودار ( 4-1 ) : میزان همبستگی افسردگی و اضطراب در گروه  
حریق



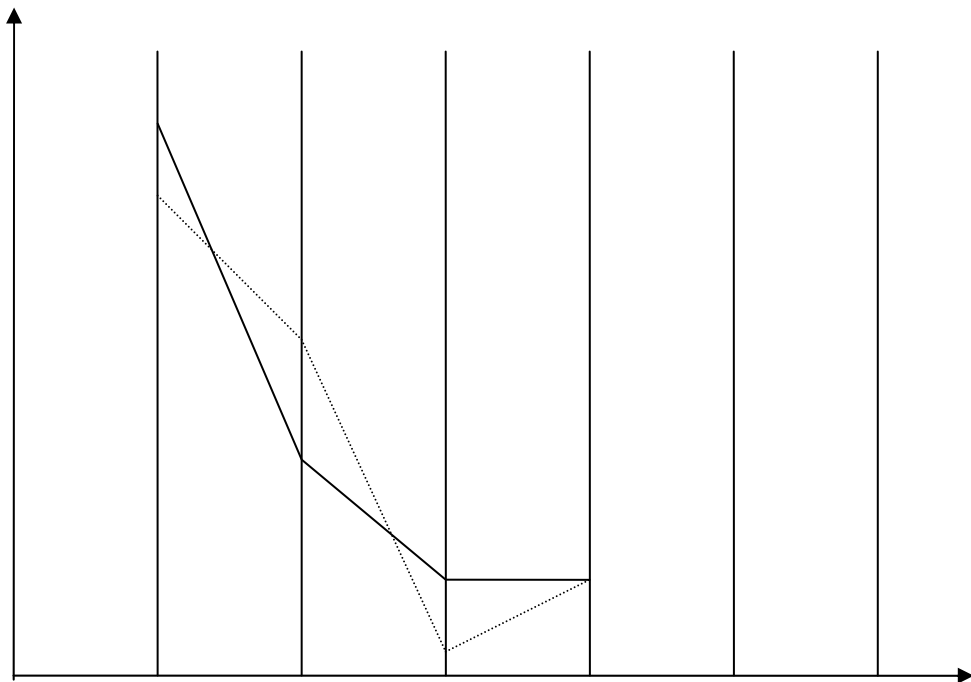
با توجه به نمودار ( ۱ - ۴ ) میزان همبستگی افسردگی و اضطراب در گروه حریق ، رابطه مستقیم بالایی مشاهده می گردد .

نمودار ( 2-4 ) : میزان همبستگی افسردگی و اضطراب در گروه نجات



با توجه به نمودار ( ۱ - ۴ ) میزان همبستگی افسردگی و اضطراب در گروه نجات ، رابطه مستقیم بالایی مشاهده می گردد .

نمودار ( ۳-۴ ) : مقایسه نمودار چند ضلعی میزان افسردگی کارمندان عملیاتی حریق و نجات

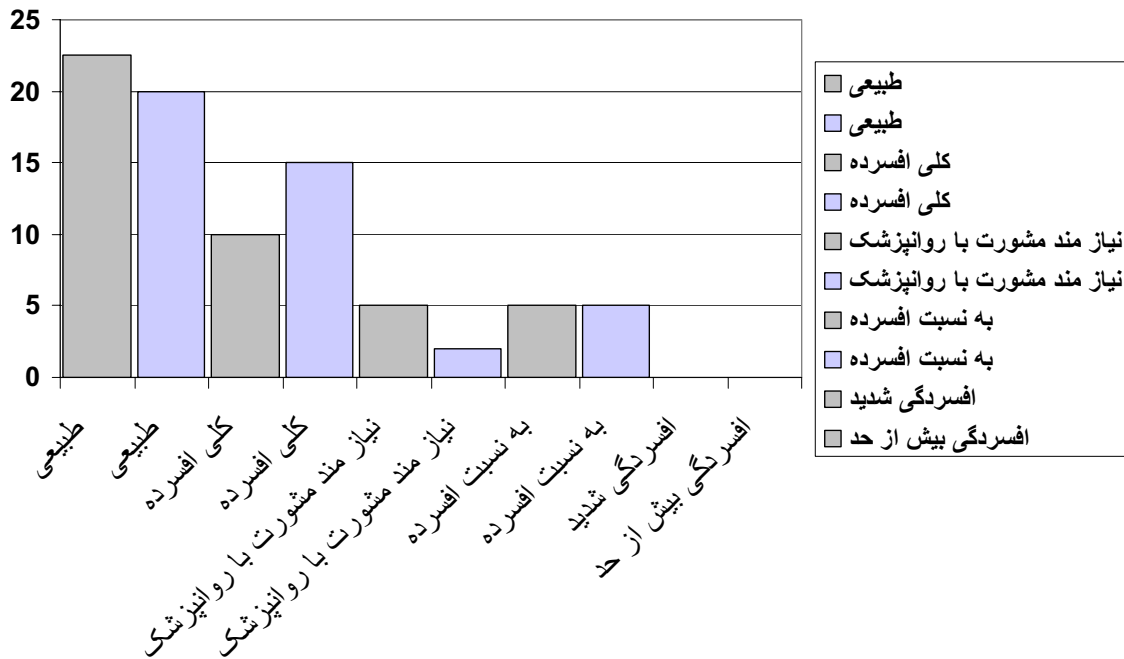


افسردگی بیش از حد    افسردگی شدید    به نسبت افسرده    نیاز مند به مشاوره    کلی افسرده    طبیعی  
 با روانپزشک

----- کارمندان نجات

\_\_\_\_\_ کارمندان حریق

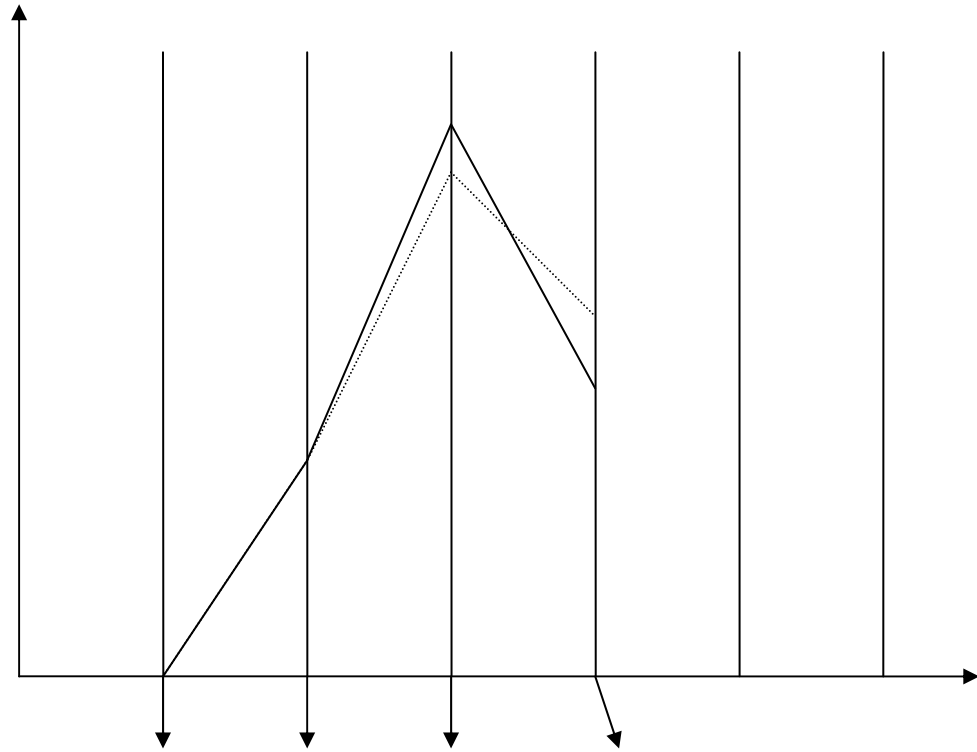
### نمودار (4-4): میزان افسردگی کارمندان عملیاتی حریق و نجات



گروه نجات

گروه حریق

نمودار ( ۴-۵ ) : مقایسه نمودار چند ضلعی اضطراب کارمندان عملیاتی گروه حریق و نجات

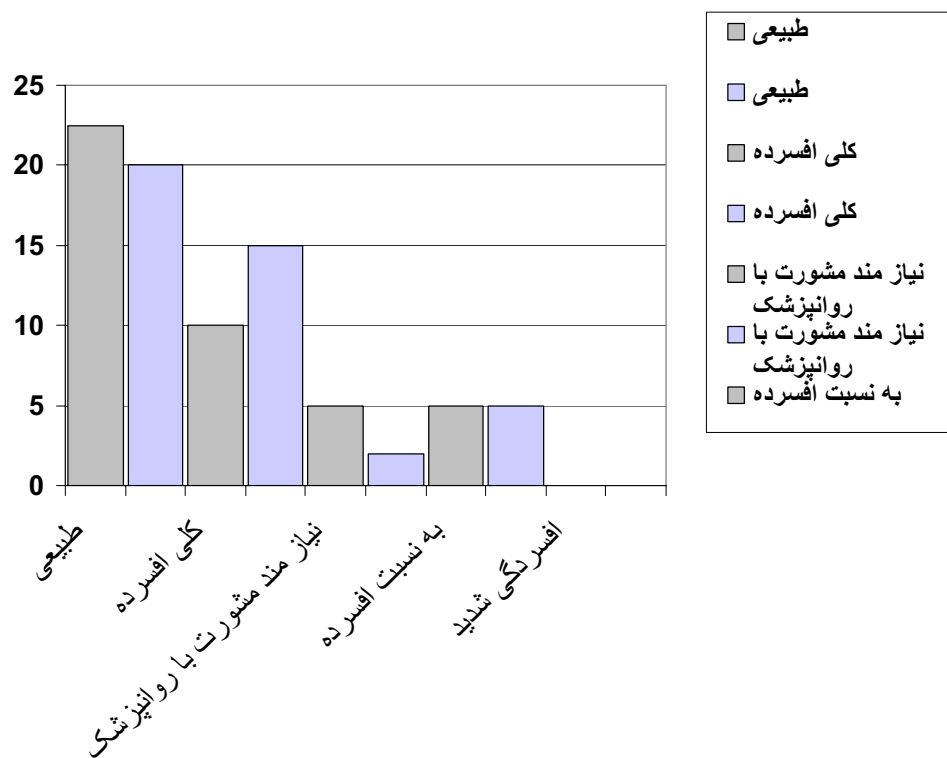


نیازمند مشاوره و درمان    روان آزرده و مضطرب    اضطراب متوسط    آرام و بدون اضطراب

----- کارمندان نجات

\_\_\_\_\_ کارمندان حریق

### نمودار (4-6): میزان اضطراب کارمندان عملیاتی حریق و نجات



گروه نجات

گروه حریق



# فصل پنج

## بحث و نتیجه گیری

واژه استرس و اضطراب و افسردگی چنان در بین جوامع رواج یافته که جزء مسئله همگانی و مشخصه زندگی انسان امروزی شده است. هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند و در او واکنش ایجاد نماید رویهم رفته فرآیندی را به وجود می آورد که استرس نام دارد عامل استرس می تواند درونی یا بیرونی یا ترکیبی از هر دو باشد، با توجه به اینکه استرس، مجموع واکنش های جسمانی، روانی، ذهنی، رفتاری است که ارگانیسم یا جانوران را در برابر محرک های (عامل های) درونی و بیرونی و برهم زننده ثبات و تعادل طبیعی و درونی بدن نشان می دهد و هدف اصلی این واکنش ها بازگرداندن تعادل از دست رفته ارگانیسم و سازگاری فرد با محیط است. برای بررسی اضطراب و افسردگی شغلی بیش از هر چیز به شناسه هایی برای شناخت آنها نیاز داریم که عبارتند از نشانه روانی - جسمانی، رفتاری، این نشانه ها اغلب با نا رضایتی شغلی بروز می کند در ضمن آثار اضطراب و افسردگی و استرس مانند بسیاری از ناراحتی های روانی و عاطفی دیگر قابل سرریز شدن از محیطی به محیطی دیگر است. تردیدی نیست که هسته و محور هر سازمان را نیروی انسانی آن تشکیل می دهد عوامل اضطراب و افسردگی در شغل با ویژگی های نقش، روابط میان فردی، جو و ساختار سازمانی و راه روش های مدیریت منابع انسانی، فن آوری و خصوصیات مادی ارتباط دارد. با در نظر گرفتن این موارد ضرورت انجام تحقیقی در جهت شناخت عوامل ایجاد کننده اضطراب و افسردگی و ارتباط آن با ویژگی های فردی در جهت استفاده بهینه از نیروی انسانی در سازمان که خود پژوهشگر نیز عضوی از آن می باشد احساس گردید. پژوهش انجام گرفته شده یک تحقیق علمی - کاربردی است که توسط پرسشنامه اضطراب کتل از نوع مقیاس چند درجه ای و پرسشنامه افسردگی بک از نوع مقیاس چهار وضعی برای تعداد ۸۰ نفر از پرسنل سازمان آتش نشانی تهران که ۴۰ نفر از آنها پرسنل گروه حریق و ۴۰ نفر از گروه نجات که به صورت تصادفی ساده از ایستگاه های منطقه عملیاتی حریق و نجات انتخاب شده بودند اجرا گردید. پس از اجرای آزمون ها و جمع آوری و محاسبه نمرات، با توجه به نتایج جداول توصیفی و استنباطی و عدد

مبین جدول استنباطی  $t\alpha$  در سطح معنی دار ۰/۰۱ با سطح اطمینان بیش از ۹۹٪ فرض تحقیق اینکه سطح اضطراب و افسردگی گروه حریق بیشتر از گروه نجات است رد می شود .

در نتیجه بین سطح اضطراب و افسردگی دو گروه حریق و نجات تفاوت معنی داری وجود ندارد . با توجه به تجزیه و تحلیل جدول توصیف و تفسیر تقریبی همبستگی ، دکتر دلاور ، و فرضیه تحقیق ، مبنی بر اینکه ، بین میزان افسردگی و اضطراب دو گروه حریق و نجات همبستگی مستقیم وجود دارد . در نتایج  $F$  بدست آمده در سطح اطمینان ۹۹٪ همبستگی مستقیم ، بالا وجود دارد . و فرضیه تحقیق تایید گردید .

## کاربرد

ضرورت شناخت عوامل استرس زا که شامل اضطراب و افسردگی در محیط کاری از مسائل مهم در هر سازمانی است که بالاخص در امور اجرایی که شتاب در کار و برخورد یا مسائل اضطرابی از موارد اصلی کار بشمار میرود گزینش افراد برای میزان اضطراب می تواند از مهمترین وظایف چنین سازمان های باشد تا با شناخت این افراد و میزان واکنش آنها را مقابل عوامل استرس زا و رفتارهای افراد را با تناسب وظایف محوله پیش بینی و کنترل نمود . از بعد تئوری مسئله می توان در صورت جذب نیروی انسانی ، یکی از موارد گزینشی افراد را در راستای شناخت میزان استرس و طبقه بندی نمودن آن و ارتباط دادن علمی و تجربی به پست با شغل مورد نظر سازمان ، از آن بعنوان فیلتری استفاده نمود تا درصد صحت پیش بینی در مورد عملکرد رضایت شغلی افراد را افزایش داد . و به شکل عملی می توان برای رسیدن به اهداف فوق از آزمون های استاندارد موجود باروایی و اعتبار مناسب با جامعه و مورد کاربرد علمی از جمله آزمون استاندارد ( افسردگی بک و اضطراب کتل و... و دیگر آزمون ها در جهت تشخیص نوع ، شدت و ضعف عوامل استرس زا بهره برد .

- ۱- عدم همکاری تعدادی از کارمندان به جهت اینکه تصور می کردند شاید پاسخ دادن به پرسشنامه برای آنها از لحاظ اداری مشکلاتی را به وجود آورد .
- ۲- عدم وجود منابع تحقیقاتی آزمایش در مورد موضوع پژوهش در سازمان
- ۳- خستگی و کسلی و بی حوصلگی ناشی از فشار کار عملیاتی شاید بر روی پاسخ صحیح دادن کارمندان به پرسشنامه اثر گذاشته باشد .
- ۴- عدم شناخت بسیاری از کارمندان از مورد تحقیق و مزایای آن
- ۵- فاصله زیاد ایستگاه های مورد آزمون از یکدیگر و ترافیک دسترسی پژوهشگر را برای اجرای آزمون با مشکل مواجه نموده بود .
- ۶- با توجه به نحوه خدمتی پرسنل هر دو گروه به صورت شیفتی ۲۴ ساعته در سه شیفت پژوهشگر مجبور شد برای انجام آزمون برای هر ایستگاه سه روز ( سه بار ) مراجعه نماید .
- ۷- چون در هر ایستگاه از آغاز شروع بکار هر شیفت پرسنل ملزم به انجام کارهای جاری و آموزشی هستند پژوهشگر مجبور شد برای انجام آزمون وقت زیادی را صرف نماید .
- ۸- پژوهشگر متحمل هزینه زیاد رفت و آمد به ایستگاه ها با توجه به بعد مسافت و صرف زمان حدود یک و ماه و نیم جهت اجرای آزمون ها گردید .

## پیشنهادات

- ۱- انجام تست و مصاحبه به منظور سنجش صلاحیت افراد قبل از بکارگیری آنها برای مشاغل حساس مثل آتش نشانی که با جان و مال مردم در ارتباط هست. (سنجش میزان اضطراب و افسردگی).
- ۲- بررسی و مطالعه شاغلین در مشاغلی مانند گروه های عملیاتی حریق و نجات آتش نشانی و غیره در حین کار به منظور تشخیص و جداسازی افراد حساس و سوق آنها به مشاغل دیگر (کادر اداری) متناسب با وضع هیجانی و روانی آنها.
- ۳- بررسی بیشتر در مورد سختی کار روانی ناشی از شغل ایجاد کننده حالات اضطراب و افسردگی به منظور تغییر در نحوه کار و کوتاه نمودن سال های خدمت. (بازنشستگی زودتر از موعد و یا کم کردن ساعات کار).
- ۴- بررسی های دوره ای و انجام آزمون های لازم در مورد مشاغل حساس به منظور احتراز از ایجاد بیماری در مشاغلین و کنترل روان شناختی و طبی اختلالات جهت سلامت روانی کارکنان و تلویحاً کارآیی و بهره وری بیشتر از نیروها.
- ۵- کاستن استرس و جدی گرفتن بهداشت روانی در محیط کار توسط مسئولین.
- ۶- ایجاد مرکزی در محیط کار به عنوان مشاوره یا مدد کاری تا در صورت نیاز کارمندان با دسترس بودن متخصصین روانشناس مشکلاتشان را با آنها میان گذاشته تا در جهت رفع یا کاهش مشکلات و فشار روانی ناشی از آن کوشش نمایند.
- ۷- بهبود وضعیت پرداخت حقوق و مزایا متناسب با سختی کار در حین خدمت و بازنشستگی.
- ۸- توجه مسئولین به ارتقاء و مرتبه شغلی پرسنل متناسب با سنوات خدمت و کارایی آنها.
- ۹- ایجاد مراکز تفریحی و ورزشی و آموزشی برای کاهش استرس های شغلی کارمندانی که با خطر پذیری و ریسک مواجهند.

۱۰- امکانات تهیه مسکن برای آسایش خاطر پرسنل با کمک سازمان که یکی از عوامل استرسور مسکن می باشد .

۱۱- حمایت کامل از پرسنل سازمان در هنگام مواجه شدن با صدمات فیزیکی ناشی از کار جهت اطمینان بقیه پرسنل که با دلگرمی بیشتری برای پذیرش خطر و ریسک در هنگام عملیات امداد و نجات اقدام نمایند .

۱۲- پیشنهاد می گردد پژوهشگران بتوانند سطح اضطراب و افسردگی را بین کارمندان اداری سازمان آتش نشانی تهران و کادر عملیاتی آن سازمان را مورد بررسی قرار دهند .

۱۳- پیشنهاد می گردد پژوهشگران بتوانند میزان اضطراب و افسردگی بین آتش نشانان و اشخاص عادی را مورد بررسی قرار دهند .

۱۴- پیشنهاد می گردد پژوهشگران میزان اضطراب و افسردگی بین آتش نشانان تهران را با آتش نشانان شهرستان ها مورد مقایسه قرار دهند .

# منابع

## منابع فارسی

- ۱- آزاد، حسین، مولف، آسیب شناسی روانی، بعثت، ۱۳۷۲
- ۲- آزاد، حسین، مولف، آسیب شناسی روانی ۲، تهران، انتشارات، دانشگاه پیام نور، ۱۳۷۵
- ۳- احمدوند، مولف، بهداشت روانی، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور، ۱۳۸۲
- اخوت، ولی الله، جلیلی، احمد ۱۳۶۹، افسردگی روانی، تهران: انتشارات رو
- ۴- براهنی، محمدتقی، مترجم، زمینه روان شناسی، جلد دوم، مولف، اتکینسون، ریچاروس، هیلگارد، ارنست، تهران، رشد ۱۳۷۳
- ۵- بهنودی، زهرا، مولف، بهداشت و استرس شغلی، نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۸۴
- ۶- پارسا، محمد، انگیزش و هیجان، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور، ۱۳۷۵
- ۷- بودات و دیگران، نسرین (مترجم)، رفتار درمانی کاربرد و یازده، مولف، اولیه ری، دانیل ویلسون، گ ترنس، تهران، فردوس، ۱۳۷۱
- ۸- پور افکاری، نصرت الله، مترجم، خلاصه روانپزشکی، علوم رفتای، جلد دوم و سوم، مولف، ساروک و بنیامین، تهران، نشر شهر آب ۱۳۷۳
- ۹- پور افکاری، نصرت الله، فرهنگ جامع روانشناسی، روانپزشکی و زمینه های وابسته، انگلیسی، فارسی، جلد اول
- ۱۰- پور افکاری، نصرت الله، مترجم، افسردگی واکنش یا بیماری، مولف، فلک، فردریک، تهران: نشر آزاده
- ۱۱- خاکی، غلامرضا ۱۳۴۲- روش تحقیق در مدیریت، تهران- دانشگاه آزاد اسلامی، مرکز انتشارات علمی ۱۳۷۹ ص ۲۷۶
- ۱۲- خدای، علی، کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی علامه طباطبائی، ۱۳۷۶



۱۳- خواجه پور ، غلامرضا ، مترجم ، استرس شغلی ، مولفین ، رندال راس و الیزابت آلتمایر ،  
تهران ، بازتاب ۱۳۸۴

۱۴- دلاور علی - روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی

۱۵- سلطان فر ، حسن ، مترجم ، درمان افسردگی اختلاف نظریه های گذشته و نگرش های جدید ، مولف  
کلایتون ، پلاچی ، چارت ، جیمزدی ، ۱۳۷۲ ، مشهد ، انتشارات آستان قدس رضوی

۱۶- شفیع آبادی ، عبدالله ، ناصری ، غلامرضا ، مولف ، نظریه های مشاوره روان درمانی ، تهران مرکز نشر  
دانشگاهی ۱۳۷۳

۱۷- فدایی ، فرید ( مترجم ) ، مکالمه درمانی در پزشکی بالینی بیمار مضطرب : مولف ، بندیکس ، تورین ،  
تهران ، اطلاعات ۱۳۷۱

۱۸- فرجاد ، محمد حسین ، مولف ، رودرو با مشکلات و اختلال های روان رفتای ، ۱۳۷۷ ، تهران : نشر بدر

۱۹- فروزش رفیعی ، نوار ، کارشناس ارشد ، دانشگاه الزهراء ، ۱۳۸۰

۲۰- فرهنگ ایمنی ، فصلنامه علمی و پژوهشی ، آموزشی و اطلاع رسانی ، سال دوم ، شماره ۷ ، تابستان  
۱۳۸۳

۲۱- فصلنامه آمار سازمان آتش نشانی تهران ، پاییز ۱۳۸۳

۲۲- فومنی ، انتصار ، دانشجوی دانشگاه علامه طباطبائی ، دانشکده روانشناسی ۱۳۶۶

۲۳- قاسم زاده ، حبیب الله ، مترجم ، رفتار درمانی شناختی ، مولف ، هاوتون ، کرک . ساکلردوس  
کیس ، کلارک ۱۳۸۰ ، تهران : انتشارات ارجمند

۲۴- مبین ، علی اصغر ، میثمی ، احمد ، کارشناسی ارشد ، دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه

طباطبائی ۱۳۶۴

۲۵- مهربار ، امیر هوشنگ ، مترجم ، افسردگی برداشت ها و درمان شناختی ، ۱۳۷۳ ، تهران ،

انتشارات رشد

۲۶- میلانی فر ، بهروز، بهداشت روانی ، ۱۳۷۴ ، تهران ، انتشارات توس

۲۷- میلانی فر ، بهروز ، روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی ، ۱۳۷۴ ، تهران ، انتشارات ابتکار

۲۸- بهانی ، نادر ، مولف ، ۱۳۸۳ ، ایمنی و حفاظت فنی ، تهران

۲۹- کاظمی ، آمنه ، بررسی میزان اضطراب زنان اپراتور و مقایسه آن با زنان خانه دار ، دانشکده تهران

مرکزی ، دانشگاه آزاد اسلامی ، ۱۳۷۴

منابع انگلیسی

- 1- **Andereh m. sovasko PHD. & others "the effect of intermediating of three differrent kinds of moving in addition of music on agitation ; distress and anger in drug abuse females " 2005 georjia un. Journal of music therapy**
- 2- **Loura k. nogoochi MA. " the effect of music & unmusic on distress manner & self- reports of pain on base of children injecting " Pacific un. 2006 , Journal of music therapy vol. 43, no. 1**
- 3- **T. martinez & others " music & EEG s prefrontal of brain on adult s distress" 2006, American s adult center " Journal of music therapy vol. 43, no. 2**

# ضمائم

## پرشنامه بک (Beck)

این پرشنامه از گروه های جملات تشکیل می شود . همه جملات گروه ها را به دقت بخوانید و در خانه

مربوط به جمله ای که احساس فعلی شما را منعکس می کند . × بگذارید:

۱- O خود را غمگین احساس نمی کنم.

O خود را دل گرفته یا غمگین احساس می کنم .

O خود را همیشه دل گرفته یا غمگین احساس می کنم و نمی توانم به حالت عادی برگردم.

O بقدری خود را غمگین یا بی نشاط احساس می کنم که تحملش را ندارم .

۲- O نسبت به آینده، بدبین یا ناامیدی خاصی ندارم.

O نسبت به آینده نا امید هستم .

O احساس می کنم که هیچ امیدی به آینده ندارم .

O احساس می کنم که هرگز نخواهم توانست مشکلات را تحمل کنم .

O احساس می کنم که آینده ناامید کننده است و هیچ چیزی بهتر نخواهد شد .

۳- O احساس نمی کنم که شکست خورده ام .

O احساس می کنم که شکست خورده تر از نصف مردم هستم .

O احساس می کنم که کارهای با ارزش و معنی دار بسیار کمی انجام داده ام .

O وقتی به گذشته فکر می کنم ، غیر از شکست های زیاد چیز دیگری نمی بینم .

O احساس می کنم که شخص کاملاً شکست خورده ای هستم .

۴ - O نارضایتی خاص ندارم .

O در اکثر مواقع ، احساس بی حوصلگی می کنم .

O مثل گذشته ، برای هیچ چیزی خوشحال نمی شوم .

O از هیچ چیزی احساس رضایت نمی کنم .

O بطور کلی ناراضی هستم .

۵ - O خود را گنهکار احساس نمی کنم .

O خود را معمولاً بدو بی لیاقت احساس می کنم .

O معمولاً خود را گنهکار احساس می کنم .

O تقریباً همیشه خود را بدو بی لیاقت احساس می کنم .

O خود را خیلی بد یا خیلی بی لیاقت احساس می کنم .

۶ - O احساس نمی کنم که تنبیه می شوم .

O احساس می کنم که برایم اتفاق بدی خواهم افتاد .

O احساس می کنم که تنبیه می شوم یا تنبیه خواهم شد .

O احساس می کنم که سزاوار تنبیه شدن هستم .

O می خواهم که تنبیه شوم .

۷ - O احساس نمی کنم که سر خورده ام .

O احساس می کنم که سر خورده ام .

O خودم از دوست ندارم .

از خود بیزارم .

نسبت به خود کینه دارم .

۸-  احساس نمی کنم که بدتر از دیگران هستم.

بخاطر ضعف ها و خطاهایی که دارم از خود انتقاد می کنم .

خود را به خاطر خطاهایم سرزنش می کنم .

هر اتفاق بدی که می افتد خود را سرزنش می کنم.

۹-  به این فکر نیستم که آسیبی به خود برسانم.

فکرهای آسیب رساندن به خود دارم اما به مرحله اجراء در نمی آورم .

احساس می کنم که اگر بمیرم بهتر است .

احساس می کنم که اگر بمیرم خانواده ام راحت خواهد شد

برای خودکشی ، طرح های روشنی دارم .

اگر بتوانم خود را می کشم .

۱۰-  بیشتر از حد معمول گریه نمی کنم .

نسبت به گذشته بیشتر گریه می کنم .

در حال حاضر ، همیشه گریه می کنم ، نمی توانم گریه نکنم.

قبلاً می توانستم گریه کنم، اما حالا اصلاً نمی توانم گریه کنم ، حتی اگر بخواهم .

۱۱- O حال که عادت کرده ام ، دیگر عصبانی نمی شوم .

O در حال حاضر ، بیشتر از مواقع عادی ، ناراحت یا عصبانی می شوم .

O بطور دائم عصبانی می شوم .

O در اثر چیزهایی که معمولاً مرا عصبانی می کردند، دیگر عصبانی نمی شوم .

۱۲- O علاقه خود نسبت به مردم را از دست نداده ام .

O نسبت به گذشته ، کمتر به مردم علاقه دارم .

O بیشترین علاقه خود به مردم از دست داده ام و نمی توانم به آنها احساس داشته باشم .

O همه علاقه خود به مردم را از دست داده ام و اصلاً به فکر آنها نیستم .

۱۳- O مثل گذشته ، بخوبی تصمیم می گیرم .

O سعی می کنم تصمیم گیریها را به عقب بیندازم .

O برای تصمیم گیری دشواری های زیادی دارم .

O اصلاً نمی توانم تصمیم بگیرم .

۱۴- O فکر نمی کنم که مثل گذشته زشت به نظر برسم .

O نگرانم که پیرو غیر جذاب به نظر برسم .

O احساس می کنم که تغییرات زیادی کرده ام و غیر جذاب شده ام .

O خود را زشت و نفرت انگیز احساس می کنم .

۱۵- O عملاً می توانم بخوبی گذشته کار کنم .

O برای شروع یک کار به تلاش های زیادی نیاز دارم.

O بخوبی گذشته کار نمی کنم .

O برای انجام دادن یک کار خیلی باید بخود فشار بیاورم.

O هیچ کاری نمی توانم انجام دهم .

۱۶- O طبق معمول می توانم خوب بخوابم .

O صبح ها ، خسته تر از معمول از خواب بیدار می شوم .

O یک یا دو ساعت زودتر از معمول بیدار می شوم و به دشواری می توانم دوباره بخوابم .

O هر روز خیلی زود از خواب بیدار می شوم و نمی توانم بیشتر از پنج ساعت بخوابم .

۱۷- O خسته تر از همیشه نیستم.

O نسبت به گذشته زودتر خسته می شوم

O هر کاری انجام بدهم خسته می شوم

O خیلی خسته تر از آن هستم که کاری انجام دهم

۱۸- O اشتهایم مثل همیشه خوب است .

O اشتهایم بخوبی همیشه نیست .

O در حال حاضر اشتهای خوبی ندارم .

O اصلاً اشتها ندارم .

۱۹- O در این اواخر ، وزنم خیلی کم نشده است .



وزنم بیش از ۲/۵ کیلوگرم کم شده است .

وزنم بیش از ۵ کیلوگرم کم شده است .

وزنم بیش از ۷/۵ کیلوگرم کم شده است .

۲۰-  بیش از معمول به فکر سلامتی خود نیستم .

به فکر درد ها و رنج ها ، یا به فکر دشواری های سوء ها ضمه یا یبوست هستم .

آنقدر به فکر سلامتی و چگونگی حالم هستم که نمی توانم به چیز دیگری فکر کنم .

تنها به فکر سلامتی خود هستم .

۲۱-  درعلاقه خود به مسائل جنسی هیچ تغییری احساس نکرده ام .

نسبت به گذشته ، کمتر به مسائل جنسی علاقه دارم .

درحال حاضر به مسائل جنسی کمتر علاقه دارم .

علاقه خود به مسائل جنسی را به طور کامل از دست داده ام .

جمع کل نمرات .....

پاسخ گوی محترم لطفاً

الف) هیچ سئوالی را بدون پاسخ نگذارید و به هر یک از سئوالات فقط یک جواب بدهید. پاسخ های شما کاملاً محرمانه خواهند ماند.

ب) وقت خود را با تردید در انتخاب هدر ندهید، به هر سئوال بلافاصله، برحسب آنچه در همان لحظه فکر میکنید ( نه هفته گذشته یا معمولاً) پاسخ دهید. ممکن است که قبلاً به سئوالات مشابه به پاسخ داده باشید. اما اینک پاسخ شما باید مبین احساس کنونی شما باشد.

ج) در پاسخ نامه فقط جواب ها براساس پاسخ های راست، وسط، و چپ تنظیم شده لطفاً دقت نمائید.

۱- توجه من نسبت به اشخاص یا سرگرمی ها تقریباً به سرعت تغییر می کند. (-)  $Q^2$

درست                      بین این دو                      غلط

۲- اگر اشخاص نظر خوبی به من ندارند این امر مانع آرامش کامل فکری من نمی شود.

درست                      بین این دو                      غلط

۳- قبل از اینکه عقیده خود را ابراز کنم، دوست دارم نسبت به صحت آنچه می خواهم بپرسم بگویم کاملاً مطمئن باشم.

بله                      بین این دو                      نه

۴- تمایل دارم که خود را به دست احساسات حسادت آمیز بسپارم. (-) C

گاهی                      بندرت                      هرگز

۵- اگر قرار باشد که زندگیم را دوباره شروع کنم:

الف) آنرا بگونه ای متفاوت سازمان خواهم داد.

ب) دلم می خواهد همانطور باشد که قبلاً بوده است.

الف                      بین این دو                      ب

۶- والدینم را در مورد همه مسائل تحسین می کنم

بله                      بین این دو                      نه

۷- اگر پاسخ نه بشنوم ناراحت می شوم حتی وقتی بدانم ، آن چیزی که می خواهم غیر ممکن است. L

درست                      بین این دو                      غلط

۸- وقتی با من رفتاری دوستانه تر از آن دارند که انتظار داشته ام در مورد درستکاری فرد تردید می کنم

درست                      بین این دو                      غلط

۹- والدینم ( یا کسانی که مرا بزرگ کرده اند) وقتی دستوراتی می دادند یا اطاعت مرا خواستار می

شدند :

الف ) همواره بسیار معقول بوده اند                      ب ) غالباً نا معقول بوده اند

بندرت                      گاهی                      غالباً

۱۰- نیاز من به دوستانم بیشتر از نیاز آنها به من است . O

بندرت                      گاهی                      غالباً

۱۱- من یقین دارم که می توانم نیروهایم را بسیج کنم تا با یک مشکل ناگهانی مقابله نمایم .

همیشه                      گاهی                      بندرت

۱۲- وقتی بچه بودم از تاریکی می ترسیدم

غالباً                      گاهی                      هرگز

۱۳- دیگران گاهی به من می گویند که به آسانی هیجانم را در صدایم و رفتارم نشان می دهم .

بله                      بین این دو                      نه

۱۴- اگر اشخاص از ملاحظت من بطور ناشایسته استفاده کنند : الف ) جریمه دار می شوم و کینه به دل

می گیرم . ب ) بزودی فراموش می کنم و می بخشم

الف بین این دو نه

۱۵- انتقادات بسیاری از اشخاص مرا ناراحت می کند بجای آن که به من کمک کند .

غالباً گاهی هرگز

۱۶- برایم غالباً اتفاق می افتد که خیلی زور علیه اشخاص خشمگین می شوم . Q۴

درست بین این دو غلط

۱۷- احساس اضطراب می کنم مثل اینکه چیزی می خواهم بدون آنکه بدانم چیست .

بندرت گاهی غالباً

۱۸- گاهی از خود می پرسم که آیا اشخاصی که با آنها صحبت می کنم نسبت به آنچه می گویم واقعاً علاقمند هستند .

درست بین این دو غلط

۱۹- من هرگز احساس مبهم ناراحتی هایی مانند دردهای نامعین ، اختلالات هاضمه احساس ضربان قلب و غیره را نداشته ام .

درست مردد غلط

۲۰- در موقع صحبت با بعضی اشخاص آنقدر ناراحت می شوم که به سختی جرات حرف زدن دارم .

گاهی بندرت هرگز

۲۱- به هنگام انجام هر کاری ، من بیشتر از اغلب اشخاص ، نیرو مصرف می کنم ، چون آنرا با تمام قوا

انجام می دهم . Q۳(-)

درست مردد غلط

۲۲- همواره بخود می گویم که حواس پرتی نداشته باشم و جزئیات را فراموش نکنم .

درست مردود غلط

۲۳- هر اندازه موانع ، مشکل و ناخوشایند باشند من ایستادگی می کنم و هدف های نخستین خود را حفظ می کنم .

بله بین این دو نه

۲۴- من در موقعیت های مشکل هیجان زده و سر در گم می شوم

بله بین این دو نه

۲۵- من گاهی خواب هایی می بینم که خوابم را مختل می کنند. C (-)

بله بین این دو نه

۲۶- وقتی در مقابل مشکلات قرار می گیرم همواره به اندازه کافی نیرو دارم . C (-)

بله بین این دو نه

۲۷- گاهی خود را مجبور می بینم که چیزها را بدون دلیل موجه ، بشمارم . C (-)

درست مردد غلط

۲۸- غالب اشخاص تا حدی روحیه ای عجیب دارند هر چند مایل به پذیرفتن آن نیستند . L

درست مردد غلط

۲۹- وقتی در مقابل دیگران مرتکب اشتباهی می شوم می توانم آنرا سریعاً فراموش کنم . L

بله بین این دو نه

۳۰- من احساس بد خلقی می کنم و نمی خواهم کسی را ببینم . الف ( گاهی ب ) تقریباً همیشه O

الف بین این دو ب

۳۱- در مقابل به بیماری ها، تقریباً به گریه می افتم . O

هرگز بسیار بندرت گاهی

۳۲- حتی در میان جمع گاهی احساس تنهایی و بی ارزشی بر من چیره می شود . O

بله بین این دو نه

۳۳- به هنگام شب بیدار می شوم و به دلیل اشتغالات فکری ، به سختی می توانم بخوابم

O غالباً گاهی هرگز

۳۴- حتی اگر مشکلی برایم پیش بیاید ، معمولاً حالم خوب است

O بله بین این دو نه

۳۵- گاهی برای چیزهای بسیار کوچک احساس گناه یا پشیمانی می کنم

O بله بین این دو نه

۳۶- اعصابم آنقدر تحریک شده است که بعضی صداها مثل صدای درب ، به نظرم غیر قابل تحمل می

Q۴ آیند و مرتعش می کنند .

Q۴ غالباً گاهی هرگز

۳۷- اگر چیزی به شدت ناراحتم کند معمولاً آرامشم را خیلی زود بدست می آورم .

Q۴ بله بین این دو نه

۳۸- تمایل به لرزیدن و یا عرق کردن دارم وقتی بکار مشکلی فکر می کنم که باید انجام دهم

Q۴ بله بین این دو نه

۳۹- معمولاً وقتی به رخت خواب می روم، به سرعت خوابم می برد.

Q۴ بله بین این دو نه

۴۰- گاهی دچار حالت تنش یا ناآرامی می شوم وقتی به چیزهایی فکر می کنم که اندکی پیش ،فکرم را

Q۴ مشغول کرده و توجهم را به خود جلب کرده بودند .

درست مردد غلط