



ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و رویدادهای استرس‌زای زندگی با افسردگی

دکتر نورمحمدبخشانی*، دکتر بهروز بیرشک**، دکتر محمدکاظم عاطف‌وحید***، دکتر جعفر بوالهیری****

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی ارتباط رویدادهای منفی زندگی و سطح حمایت اجتماعی ادراک شده با شدت افسردگی در افراد افسرده و مقایسه آنها با افراد غیرافسرده انجام شده است.

روش: آزمودنی‌های پژوهش را ۱۵۳ نفر (۹۱ بیمار افسرده و ۶۲ نفر غیرافسرده) تشکیل داده‌اند که به کمک پرسش‌نامه‌های رفتارهای حمایت‌گراانه اجتماعی، فهرست رویدادهای زندگی و آزمون افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. داده‌های پژوهش به کمک آزمون آماری t و ضریب همبستگی تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها: این بررسی نشان داد که بین رویدادهای منفی زندگی و افسردگی، همبستگی مثبت و بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی، همبستگی منفی در هر دو گروه (افسرده و غیرافسرده) وجود دارد. همچنین مقایسه میانگین رویدادهای استرس‌زای تجربه شده در دو گروه نشان داد که افراد افسرده رویدادهای منفی بیشتری را تجربه کرده‌اند. افزون بر آن، میانگین حمایت اجتماعی ادراک شده نیز در افراد افسرده به طور معنی‌داری پائین‌تر از افراد غیرافسرده بوده است.

نتیجه: به‌طورکلی نتایج پژوهش نشان‌دهنده تأثیر رویدادهای منفی زندگی در بروز یا تشدید افسردگی و نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی در بروز یا تشدید آن است.

:

* دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی زاهدان. زاهدان، خیابان امام خمینی، مرکز جامع روانپزشکی زاهدان (نویسنده مسئول).
E-mail: nmbakhsha@zdmu.ac.ir

** دکترای تخصصی روان‌شناسی مشاوره، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

*** دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

**** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است (کلارک^۱، بک^۲ و آلفرد^۳، ۱۹۹۹). شیوع مادام‌العمر^۴ افسردگی در مردان ۱۲/۷٪-۲/۶٪ و در زنان ۲۱٪-۷٪ برآورد می‌شود (کسلر^۵، مک‌گوناگل^۶ و زئو^۷، ۱۹۹۴). ویت‌چن^۸، ناوپر^۹ و کسلر (۱۹۹۴) بر اساس یک بررسی مروری شیوع مادام‌العمر افسردگی را بین ۱۸٪-۱۵٪ برآورد نمودند. افسردگی نه تنها به دلیل شیوع نسبتاً بالا، بلکه به دلیل پیامدهای زیان‌بار آن، بستری شدن و خودکشی مورد توجه بسیاری از پژوهشگران است.

چندین عامل ممکن است در بروز و شیوع افسردگی نقش داشته باشد. رویدادهای منفی زندگی و پائین بودن سطح حمایت اجتماعی دو عامل مرتبط با افسردگی دانسته شده‌اند. استرس (رویدادهای منفی زندگی) به شرایط یا رویدادهایی گفته می‌شود که فرد در زندگی با آنها روبه‌رو می‌شود ولی با امکانات و توانمندی‌های کنونی فرد هماهنگی ندارند، بنابراین دچار تعارض و کشمکش روانی می‌شود (لازاروس^{۱۰} و فولکمن^{۱۱}، ۱۹۸۴). چندین بررسی، وجود رابطه میان رویدادهای منفی زندگی و سلامت روانی را مورد تأیید قرار داده‌اند (آنشن‌سل^{۱۲}، ۱۹۹۲؛ ملکوتی، بخشانی و زهروی، ۱۳۷۳؛ فولکمن و لازاروس، ۱۹۸۶). داهرنوند^{۱۳} و داهرنوند (۱۹۷۴)، به نقل از ساراسون^{۱۴}، جانسون^{۱۵} و سیگلی^{۱۶} (۱۹۷۸) بر این باورند که احتمالاً به دلیل ویژگی‌های فردی، اثرات استرس و رویدادهای منفی زندگی از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. تغییر کوچکی در زندگی برخی افراد، آنها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد در حالی که برخی دیگر حتی در رویارویی با رویدادهای شدید و فراوان زندگی هم دچار اختلال نمی‌شوند و یا عوارض اندکی نشان می‌دهند. متخصصان بهداشت روانی بر این باورند که واکنش افراد در برابر رویدادهای استرس‌آمیز و نیز میزان فشارزایی رویدادها تحت تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی و فردی است. برخی از ویژگی‌های افراد نسبتاً مقاوم در برابر رویدادهای استرس‌زای زندگی

عبارتند از سرسختی، امیدواری، خوش‌بینی، احساس پیوستگی، تفکر سازنده (لازاروس، ۱۹۹۳) و حمایت اجتماعی (تایلور^{۱۷}، ۱۹۹۵؛ آگدن^{۱۸}، ۲۰۰۱؛ دیویسون^{۱۹} و نیل^{۲۰}، ۲۰۰۱).

فوکونیشی^{۲۱}، آنوکیس^{۲۲} و پوزنکا^{۲۳} (۱۹۹۷)، ۴۷ بیمار مبتلا به بیماری قلبی - عروقی را مورد بررسی قرار دادند و پس از مصاحبه ساختار یافته بالینی، چهار آزمون روان‌شناختی (آزمون افسردگی زونگ، مقیاس افسردگی هامیلتون، نیمرخ حالات خلقی و مقیاس حمایت اجتماعی) را اجرا کردند و دریافتند که بیماران قلبی - عروقی در مقایسه با افراد سالم (گروه گواه) اختلال‌های روانپزشکی بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری دارند و نیز شدت افسردگی به‌طور معنی‌داری با حمایت اجتماعی ضعیف در ارتباط است. فلاهرتی^{۲۴}، تی‌تیان^{۲۵} و بلک^{۲۶} (۱۹۸۳) نیز وجود رابطه میان حمایت اجتماعی، رویدادهای زندگی و سازگاری اجتماعی را مورد تأکید قرار داده‌اند. جینا پیستولکا^{۲۷}، هائه - راهان^{۲۸} و هیون چونگ پارک^{۲۹} (۲۰۰۲) بر این باورند که حمایت اجتماعی ممکن است بین استرس و افسردگی مانند یک سپر محافظ عمل کند. آنها در پژوهشی بر روی مهاجرین کره‌ای در مریلند، وضعیت استرس، حمایت اجتماعی و افسردگی را در افراد ۸۹-۶۰ ساله مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که استرس و حمایت اجتماعی رابطه معنی‌داری با افسردگی دارند.

1- Clark	2- Beck
3- Alford	4- lifetime prevalence
5- Kessler	6- McGonagle
7- Zhu	8- Wittchen
9- Knauper	10- Lazarus
11- Folkman	12- Aneshensel
13- Dohrenwend	14- Sarason
15- Johnson	16- Siegely
17- Taylor	18- Ogden
19- Davison	20- Neal
21- Fukunishi	22- Aokis
23- Posnka	24- Flaherty
25- Gatitian	26- Black
27- Gina Pistulka	28- Hae-Rahan
29- Hyun Geong Park	

با توجه به شیوع افسردگی، عوارض جدی آن، اندک بودن پژوهش‌های انجام شده در زمینه عوامل تعدیل‌کننده استرس و انتقادهای جدی عنوان شده (ساراسون و همکاران، ۱۹۷۸) به روش‌های اندازه‌گیری استرس در بررسی‌های پیشین، پژوهش حاضر انجام شده است تا میزان تغییرات عمده زندگی را نه برپایه یک مقیاس درجه بندی از پیش تعیین شده، بلکه به شیوه‌ای اندازه‌گیری نماید که در آن خود فرد تغییرات عمده زندگی را به عنوان مثبت یا منفی مشخص کند و میزان تأثیر مثبت یا منفی هر رویداد تجربه شده را نیز درجه بندی نماید. افزون بر آن، «نظریه رفتارهای حمایت‌گر ادراک شده»^۱ در ارتباط با تعدیل اثرات استرس مورد بررسی قرار می‌گیرد (همان‌جا). بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی وضعیت رویدادهای منفی زندگی و حمایت اجتماعی در افراد افسرده و جمعیت عادی و مقایسه این دو در دو جمعیت یادشده می‌باشد. به نظر می‌رسد که این پژوهش ضمن آرایه تصویری از وضعیت و میزان حمایت اجتماعی، میزان رویدادهای استرس‌زای زندگی را شناسایی می‌کند و یافته‌های آن می‌تواند برای سیاست‌گذاران و مجریان طرح‌های پیشگیری و درمانی سودمند باشد.

این پژوهش از نوع بررسی‌های توصیفی-مقطعی بوده، آزمودنی‌های پژوهش را ۱۵۳ نفر (۹۱ بیمار افسرده یک قطبی و ۶۲ نفر افراد غیرافسرده) در گروه سنی ۵۰-۱۵ ساله تشکیل داده‌اند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. بیماران افسرده از میان مراجعین به مراکز روانپزشکی (بیمارستان و مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی روانپزشکی زاهدان) از مهرماه سال ۸۰ تا تیرماه سال ۸۱ که تشخیص افسردگی (بدون نشانه‌های سایکوتیک، عدم وجود سابقه دوره مانیا یا هیپومانیا و وابستگی به مواد) داشته‌اند، افراد عادی (غیر افسرده) نیز از کارکنان سازمان‌ها، مراکز بهداشتی-درمانی و همراهان بیماران

که نشانه‌های بالینی بدنی و روانی نداشته‌اند انتخاب شده‌اند.

برای سنجش رویدادهای منفی زندگی (رویدادهای استرس‌زا)، حمایت اجتماعی و افسردگی به ترتیب فهرست رویدادهای زندگی (LES)^۲، پرسش‌نامه رفتارهای حمایت‌گرانه اجتماعی (ISSB)^۳ و آزمون افسردگی بک (BDI)^۴ به کار برده شده است.

LES یک پرسش‌نامه ۶۰ ماده‌ای است (۵۷ ماده مشخص و ۳ فضای خالی که چنانچه فرد رویدادی را تجربه کرده باشد و در فهرست نباشد آن را یادداشت کند) که وقوع، شدت و اثر مثبت یا منفی رویدادهای زندگی را در طی یک سال گذشته اندازه می‌گیرد (ساراسون و همکاران، ۱۹۷۸). در هنگام اجرای LES از آزمودنی خواسته می‌شود مشخص نماید کدام یک از رویدادها را طی یک سال گذشته تجربه کرده است و سپس مشخص نماید که هر رخداد تجربه شده بر روی او اثر مثبت داشته است یا اثر منفی، و شدت اثر آن را از ۳- تا ۳+ درجه بندی کند. ۳+= تأثیر کاملاً مثبت، ۲+= اثر مثبت در حد متوسط، ۱+= تا حدودی مثبت، ۰= بدون اثر، ۱- تا حدودی منفی، ۲- تا اثر منفی در حد متوسط و ۳- اثر کاملاً منفی. رویدادهایی که اثر منفی بر فرد داشته‌اند، به عنوان رویدادهای منفی به شمار می‌آیند و مجموع نمره آنها نمره استرس تجربه شده فرد را طی سال گذشته تشکیل می‌دهد.

پرسش‌نامه رفتارهای حمایت‌گر اجتماعی ISSB که توسط باره‌را^۵، سندلر^۶ و رامسی^۷ (۱۹۸۱) ساخته شده، یک پرسش‌نامه ۴۰ ماده‌ای است که برای سنجش نوع و میزان حمایت اجتماعی ادراک شده به کار می‌رود (پیکو^۸، ۱۹۹۸). در این آزمون از پاسخ‌گو پرسیده می‌شود که طی سال گذشته، از رفتارهای حمایت‌کننده ارائه شده در پرسش‌نامه، کدام موارد برای او انجام شده

1- perceived supportive behaviors
2- Life Experiences Survey
3- Inventory of Socially Supportive Behaviours
4- Beck Depression Inventory
5- Barrera
6- Sandler
7- Ramsey
8- Piko

و فراوانی آنها چه قدر بوده است. برپایه پاسخ آزمودنی به هر ماده آزمون، نمره ۳-۰ داده می‌شود که مجموع نمره ماده‌ها نشان‌دهنده نمره کلی حمایت اجتماعی فرد می‌باشد.

BDI یکی از شناخته شده ترین آزمون‌های سنجش افسردگی است که توسط بک در سال ۱۹۶۱ ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است که هر کدام علامتی از افسردگی را از کم تا زیاد نشان می‌دهد. اعتبار و پایایی این آزمون نیز در سطح بالایی گزارش شده است (بک، راش^۱، شاول^۲ و امری^۳، ۱۹۷۹؛ بک، استیر^۴ و گاربین^۵، ۱۹۸۸؛ فتی، ۱۳۷۰).

داده‌های پژوهش به کمک روش‌های آماری توصیفی، آزمون آماری t و ضریب همبستگی تحلیل گردید.

میانگین سن آزمودنی‌های گروه عادی، ۲۶/۶ (انحراف معیار ۶/۹۷) و در گروه افسرده ۲۷/۸۹ (انحراف معیار ۷/۸۳) بود. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب جنس، وضعیت تأهل و میزان تحصیلات

ویژگی	گروه افسرده		گروه عادی	
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
جنس	زن	۵۷ (۶۲/۶)	۳۸ (۶۱/۳)	
	مرد	۳۴ (۳۷/۴)	۲۴ (۳۸/۷)	
تأهل	متاهل	۵۰ (۵۴/۹)	۳۳ (۵۳/۲)	
	مجرد	۴۰ (۴۴/۰)	۲۹ (۴۶/۸)	
	سایر	۱ (۱/۱)	- (-)	
تحصیلات	پایان دبستان	۲۷ (۲۹/۷)	۱۵ (۲۴/۲)	
	دبیرستان	۴۳ (۴۷/۳)	۲۲ (۳۵/۵)	
	دانشگاه	۲۱ (۲۳/۱)	۲۵ (۴۰/۳)	

جدول ۲، میزان همبستگی رویدادهای استرس‌زای زندگی و حمایت اجتماعی را با افسردگی در دو گروه بیمار و عادی نشان می‌دهد. این بررسی میان میزان رویدادهای استرس‌زا با شدت افسردگی هم در گروه بیمار و هم در گروه عادی، همبستگی مثبت معنی‌دار نشان داد. ضرایب همبستگی بین رویدادهای زندگی در افراد افسرده ۰/۷۲ (p<۰/۰۰۱) و در افراد عادی ۰/۴۳ (p<۰/۰۰۱) می‌باشد. ولی همبستگی میان میزان حمایت اجتماعی با شدت افسردگی در هر دو گروه منفی و معنی‌دار بود. میزان همبستگی در گروه عادی ۰/۶۵- (p<۰/۰۰۱) و در بیماران افسرده ۰/۴۵- (p<۰/۰۰۱) می‌باشد.

جدول ۲- ضریب همبستگی میان رویدادهای استرس‌زای زندگی، حمایت اجتماعی و افسردگی

گروه افسرده	گروه عادی	
نمره افسردگی	نمره افسردگی	
۰/۴۲۷*	۰/۷۱۶*	رویدادهای استرس‌زا
-۰/۴۵۰*	-۰/۶۴۷*	حمایت اجتماعی

*p<۰/۰۱

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه را در سه متغیر افسردگی، حمایت اجتماعی و رویدادهای زندگی نشان می‌دهد. مقایسه میانگین‌ها به کمک آزمون t مستقل نشان داد که میان دو گروه در میزان حمایت اجتماعی ادراک شده، رویدادهای منفی و شدت افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۱). به‌طور کلی افراد افسرده میزان حمایت اجتماعی کمتری را گزارش نمودند و شدت افسردگی و رویدادهای منفی (استرس‌های زندگی) نیز در این گروه بیش از گروه عادی بود.

1- Rush
2- Shaw
3- Emery
4- Steer
5- Garbin

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار گروه‌ها و نتایج آزمون t

نمره t	گروه عادی (غیربیمار)		گروه افسرده		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۸/۴۷*	۴/۵۵	۱۲/۹	۴	۱۷/۳۷	استرس
۱۳/۰۵*	۹	۹/۹۷	۹/۹۹	۳۰/۲	افسردگی
۷/۳۷*	۲۰	۸۲/۷	۲۴/۶۵	۵۶/۰۱	حمایت اجتماعی

*p<۰/۰۱

(۱۹۸۶)، فولکمن و لازاروس (۱۹۸۶)، هولاهان^۵ و موس^۶ (۱۹۹۱) که نقش استرس و رویدادهای منفی زندگی را در افسردگی مورد تأیید قرار داده‌اند هماهنگ است و هم‌چنین در رابطه با نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی با گزارش‌های کامول^۷ (۲۰۰۲)، دیویس^۸، موریس^۹ و کراوس^{۱۰} (۱۹۹۸)، ساراسون، پیرس^{۱۱} و ساراسون (۱۹۹۴)، به نقل از لیوید^{۱۲} (۲۰۰۲)، مونرو و همکاران (۱۹۸۶) و آراندا^{۱۳}، کستندا^{۱۴}، لی^{۱۵} و سویل^{۱۶} (۲۰۰۱) همخوانی دارد. به نظر می‌رسد که حمایت اجتماعی هنگام بروز استرس مانند یک سپر محافظ عمل می‌کند و از بروز نشانه‌های افسردگی پیشگیری و یا شدت نشانه‌های روان‌شناختی را تعدیل می‌کند (پیرس، باربارا^{۱۷}، ساراسون و ایروین^{۱۸}، ۱۹۹۶).

اوریت^{۱۹}، پاول^{۲۰} و بهرمن^{۲۱} (۱۹۸۵) براین باورند که فرد بر اساس تجارب پیشین ممکن است نتیجه‌گیری نماید که از حمایت اجتماعی برخوردار است یا خیر، و چنان‌چه پاسخ مثبت باشد، تعامل با شبکه اجتماعی افزایش یافته و اثر منفی رویدادهای زندگی کاهش

نمره‌های دو گروه افسرده و عادی با توجه به جنس و وضعیت تأهل نیز مورد مقایسه آماری قرار گرفت و تفاوت معنی‌داری از نظر رویدادهای منفی، شدت افسردگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده بین دو جنس و نیز بین افراد متأهل و مجرد وجود نداشت (P>۰/۰۱).

این بررسی نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زای زندگی و شدت نشانه‌های افسردگی در هر دو گروه افسرده بالینی و جمعیت عادی همبستگی مثبت وجود دارد. هم‌چنین این بررسی، همبستگی منفی میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و افسردگی را تأیید می‌کند. بنابراین شدت افسردگی با میزان تجربه رویدادهای منفی زندگی رابطه مستقیم و با میزان دریافت حمایت اجتماعی رابطه معکوس دارد.

مقایسه میزان رویدادهای منفی تجربه شده یک‌ساله در افراد افسرده و افراد عادی نشان می‌دهد که افراد افسرده رویدادهای منفی بیشتری را در مقایسه با افراد عادی تجربه کرده‌اند. هم‌چنین حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد افسرده در مقایسه با افراد کمتر است. بنابراین می‌توان گفت که از یک‌سو افراد افسرده در معرض رویدادهای منفی بیشتری بوده‌اند و از سوی دیگر از ادراک کمتر حمایت اجتماعی نیز برخوردار شده‌اند.

یافته‌های این پژوهش در زمینه رابطه استرس-افسردگی با یافته‌های پژوهشگرانی چون ملکوتی و همکاران (۱۳۷۳)، مونرو^۱، برومت^۲، کونل^۳ و اشتاینر^۴

- | | |
|-------------|--------------|
| 1- Monroe | 2- Bromet |
| 3- Connel | 4- Steiner |
| 5- Holahan | 6- Moos |
| 7- Comwell | 8- Davis |
| 9- Morris | 10- Kraus |
| 11- Pierce | 12- Liloyd |
| 13- Aranda | 14- Castenda |
| 15- Lee | 16- Sobele |
| 17- Barbara | 18- Irwin |
| 19- Oritt | 20- Paul |
| 21- Behrman | |

می‌یابد. افزون بر آن پیوندهای گسترده‌تر اجتماعی در بستر حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد.

به‌طور کلی بر پایه یافته‌های پژوهش حاضر و دانش مربوط به رابطه استرس و اختلال افسردگی و نقش حمایت اجتماعی می‌توان گفت که تمرکز بر حمایت اجتماعی و رویدادهای منفی زندگی ممکن است در زمینه پیشگیری از اختلال‌های افسردگی سودمند باشد. در این زمینه می‌توان با شناسایی منابع استرس، چگونگی رویارویی با آنها را از دوران کودکی آموزش داد. هم‌چنین آموزش افراد در بزرگسالی در زمینه مهارت‌های مقابله‌ای و پیوستن به منابع حمایتی، ممکن است توانایی آنها را در دست‌یابی به منابع اجتماعی مورد نیاز برای حفظ سلامت روانی و مقاومت در برابر آسیب‌های ناشی از رویدادهای استرس‌زای زندگی افزایش دهد. افزون بر آن، فعال کردن نظام حمایتی (خانواده، دوستان و همسایگان) و مربوط کردن افراد با گروه‌های اجتماعی و گروه‌هایی که دارای مشکل مشابه هستند، می‌تواند موجب افزایش رفتارهای حمایت‌گر اجتماعی شود.

در این پژوهش LES برای سنجش رویدادهای منفی زندگی به کار برده شده است. گرچه این آزمون از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار است، کاستی اساسی آن این است که مشخص نمی‌کند کدام استرس بیشترین نقش را در افسردگی فرد داشته است. از این رو پیشنهاد می‌شود که در بررسی‌های آینده به همراه LES از مصاحبه‌های ساختار یافته در ارزیابی رویدادها نیز بهره گرفته شود. افزون بر آن چون وضعیت خلقی افراد در گزارش رویدادهای منفی زندگی و شدت استرس‌زایی آنها تأثیر می‌گذارد، برای بررسی اهمیت رویدادهای منفی در افسردگی بررسی‌های طولانی مدت آینده‌نگر کمک‌کننده خواهد بود. از آنجایی که حمایت اجتماعی جنبه‌های مختلفی دارد و ممکن است برای افراد متفاوت نوع خاصی از حمایت اجتماعی نقش مهمتری داشته باشد، لازم است در پژوهش‌های آینده ابعاد مختلف حمایت اجتماعی لحاظ شوند.

فتی، لادن (۱۳۷۰). *مقایسه کارآیی رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ، کلومی‌پرامین و ترکیب این دو روش در درمان اختلال وسواس فکری-عملی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

ملکوتی، کاظم؛ بخشانی، نورمحمد؛ زهروری، طاهره (۱۳۷۳). بررسی ارتباط استرس‌های شغلی و اختلالات افسردگی و اضطراب در کارکنان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۲ و ۳، ۸۶-۷۶.

Aneshensel, C.S. (1992). Social stress: theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.

Aranda, M.P., Castenda, I., Lee, P.G., & Sobele, E. (2001). Stress, social support, and coping as prediction of depressive symptoms: gender differences among Mexican American. *Social Work Research*, 25, 37-49.

Barrera, M., Sandler, I., & Ramsey, T. (1981). Preliminary development of a scale of social supports of college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

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

Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons Inc. (p. p. 1-35).

Comwell, B. (2002). The dynamic properties of social support: The Ohio State University. Available on: ([www.soc.sbs.ohio-state.edu/btt/health paper1-16-2002.pdf](http://www.soc.sbs.ohio-state.edu/btt/health%20paper1-16-2002.pdf)).

- Davis, M.H., Morris, M.M., & Kraus, L.A. (1998). Relationship-specific and global perception of social support: association with well-being and attachments. *Journal of Psychology and Social Psychology*, 74, 468-481.
- Davison, G.C., & Neal, J.M. (2001). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons Inc. (p. p.190-191).
- Flaherty, J.A., Gatitian, F.M., & Black, E.M. (1983). The role of social support in the functioning of patients with unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 140, 473-476.
- Folkman, S., & Lazarus, S. (1986). Stress process and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113
- Fukunishi, I., Aokis, T., & Posnka, T. (1997). Correlations for social support with depression in the chronic poststroke period. *Perceptual Motor Skills*, 85, 811-818.
- Gina Pistulka, R.N., Hae-Rahan, R.V., & Hyun Jeong Park, R.V. (2002). Acculturation stress, social support and depression among the Korean American immigrant elderly in Maryland. *The 130th Annual meeting of APHA*.
- Holahan, C.J., & Moos, R.H. (1991). Life stress, personal and social resources and depression: a four year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 322-332.
- Kessler, R.C., Price, R.H., & Wortman, C.B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., & Zhu, S.I. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States: result of the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer. (p.p.83-95).
- Lloyd, W. (2002) The nature of stress. (http://64.63.Samples/weiten_lloyd_7th3sec.pdf)
- Monroe, S.M., Bromet, E.J., Connel, M.M., & Steiner, S.C. (1986). Social support, life events and depressive symptoms: a one year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 424-431.
- Ogden, J. (2001). *Health Psychology*. Buckingham. Open University Press.
- Oritt, E.J., Paul, S.C., & Behrman, J.S. (1985). The Perceived Support Network Inventory. *American Journal of Community Psychology*, 13, 565-582.
- Pierce, G.R., Barbara, R., Sarason, I.G., & Irwin, G. (1996). *Handbook of social support and family*, New York: Plenum publishing company.
- Piko, B. (1998). Social support and health in adolescence: a factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, 3, 333-344.
- Sarason, I.G., Johnson, J.H., & Siegely, M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., & Pierce, G.R. (1990). Social support: the search for theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 133-146.
- Taylor, S.E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw Hill Inc. (p.p.194-200).
- Wittchen, H.V., Knauper, B., & Kessler, R.C. (1994). Lifetime risk of depression. *British Journal of Psychiatry*, 165, 12-22.