

الگوی فرهنگی افسردگی در دانشجویان ایرانی با تأکید بر جنسیت و تأهل

حسین اسکندری*

چکیده

این پژوهش با توجه به مرزهای نامشخص میان اختلالات روانی، همبودی مرضی و نیز داعیه فرافروشی بودن میان آنها، به بررسی این مطلب می‌پردازد که آیا اختلال افسردگی در ایران اختلالی واحد است یا دارای الگوهای مختلفی است که از همبودی مرضی با دیگر اختلالات شکل گرفته است. نشانه‌های پیش‌بینی اختلال افسردگی در جامعه دانشگاهی ایران کدام‌اند؟ آیا جنسیت می‌تواند به گونه‌های متعدد بر بیماری تأثیر بگذارد؟ پژوهش حاضر با استفاده از روش تجربی، تابلوی بالینی افسردگی را در جمعیت دانشجویان ایرانی بررسی و به این مسئله نیز پرداخته است که الگوی جنسیتی در افسردگی تا چه اندازه با آمارهای جهانی همخوانی دارد. جامعه تحقیق دانشجویان مشغول به تحصیل و نمونه از جمعیت دانشجویان در دسترس دانشگاه‌های تهران به روش تصادفی انتخاب و به وسیله دو پرسش‌نامه SCL-90-R و MMPI-2 ارزیابی و با تحلیل رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شده‌اند. یافته‌ها نشان می‌دهند افسردگی در جمعیت دانشجویان ایرانی بر اساس پنج مؤلفه اساسی قابل تشخیص و ارزیابی است و عوامل SCL-90-R نقش پیش‌بینی‌کننده مناسبی در افسردگی دارند. همچنین، سه نوع الگوی متفاوت افسردگی شناسایی شدند که نقش مسلطی در ترسیم افسردگی دارند. نرخ افسردگی در زنان دانشجویان بیش از مردان و بیشتر متأثر از حساسیت به روابط بین فردی است. نمره زنان در شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، ترس مرضی، حساسیت در روابط بین فردی و افکار متقابل بالاتر

* دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی (sknd@gmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۶/۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۱۴

بود و در وسواس و روان‌پریشی تفاوتی دیده نشد. این یافته‌ها تأییدکننده این نتیجه‌گیری است که اختلال افسردگی دارای همبودی مرضی با سایر اختلالات است. افزون بر این، تحقیق حاضر نشان می‌دهد میان متاهلان و مجردان به‌جز عامل اضطراب تفاوتی مشاهده نشد و از میان مؤلفه‌های مؤثر فرهنگ ایرانی بر اختلال افسردگی می‌توان از تفاوت‌های جنسی و جنسیتی، طبقه اجتماعی، و تأثیر تأهل بر نظام خانوادگی و اجتماعی نام برد.

واژه‌های کلیدی

افسردگی، اختلال افسردگی، تفاوت‌های جنسی و جنسیتی، وضعیت تأهل، و فرهنگ.

مقدمه

افسردگی پدیده درهم تنیده زیستی-روانی-اجتماعی، چندسطحی و جهانی است تا آنجا که حتی درون یک فرهنگ نیز ابراز پریشانی‌ها ممکن است میان جنسیت‌ها، قومیت‌ها، و نژادهای مختلف متفاوت باشد. نظریه‌های متعددی مطرح شده‌اند که بر ارجحیت یک مجموعه از علل مفروض بر سایر مجموعه علل تأکید می‌کنند؛ برخی بر زمینه‌ها و آمادگی‌ها زیستی تأکید دارند، برخی بر مسائل روان‌شناختی اصرار می‌ورزند، و دسته دیگر افسردگی را مربوط به عوامل فرهنگی-اجتماعی می‌دانند. امروزه بیشتر تبیین‌های تک‌علیتی با یک رویکرد زیستی-روانی-اجتماعی جایگزین شده‌اند (انجل^۱، ۲۰۱۲) که ساختار بیولوژیکی، مسائل روان‌شناختی و وضعیت‌های اجتماعی-فرهنگی را در برمی‌گیرد. درک تعاملات پیچیده و حلقوی میان سطوح زیستی، روان‌شناختی، رابطه‌ای و فرهنگی تخمین‌ناپذیر است. بهترین تقریب در سطح بالینی در برخورد با افسردگی و راه‌اندازهای چندگانه آن از طریق بررسی کل شرایط زندگی هر فرد است. بخشی از مقابله با این پیچیدگی چندبُعدی تجزیه آن به عناصر وابسته به هر سطح است. بدین ترتیب، در این پژوهش به بررسی عناصر سطح اجتماعی-فرهنگی شامل گفتمان‌های فرهنگی، اجتماعی-سیاسی و زیستی در اختلال افسردگی با محوریت جنسیت^۲ و نقش جنسیتی^۳ در جامعه ایرانی پرداخته شده است. استاپرد و مکمولن^۴ (۲۰۰۳) افسردگی را یک مشکل جنسیتی تعریف کرده، و اعتقاد بر این است که

1. Engel

2. sex

3. gender

4. Stoppard & McMullen

در تمامی طبقه‌های اجتماعی و نژادها، زنان بیش از مردان به افسردگی مبتلا می‌شوند (استیفلر^۱، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها در فرهنگ‌های مختلف تفاوت هفت برابری در نرخ شیوع دوازده ماهه را نشان داده‌اند که با نسبت زنان به مردان، میانگین سن شروع و میزانی که شیوع این اختلال احتمال همبودی با سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد هماهنگی بیشتری دارد. باید توجه داشت که در DSM-5 بر این نکته تأکید شده که چنین یافته‌هایی تفاوت‌های فرهنگی بسیاری را در بروز افسردگی نشان می‌دهند؛ اما این یافته‌ها هنوز اجازه پیوندهای مستقیم میان فرهنگ‌های مختلف و احتمال علائم اختصاصی را نمی‌دهند.

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی برخی از انواع افسردگی حداقل دو برابر بیشتر در زنان رایج است. در واقع، ۲۵ درصد زنان احتمال تجربه افسردگی شدید را در برخی از دوره‌های زندگی دارند، با این حال فقط حدود ۱/۵ درصد درمان لازم را دریافت می‌کنند. در کشورهای توسعه یافته میزان افسردگی زنان دو برابر مردان است، اما در کشورهای در حال توسعه، این میزان تفاوت دارد؛ به طوری که اغلب گزارش‌ها از عدم تفاوت جنسی خبر می‌دهند. نکته جالب این است که وقتی تحقیقات میان فرهنگی اجرا می‌شوند، تجربه افسردگی شاید به صورت‌های کاملاً متفاوتی برداشت شود. برای مثال، در برخی از کشورها مردانی که پرخاشگرانه رفتار می‌کنند احتمالاً بنا بر تشخیص افسردگی لازم است برای درمان به متخصصان حرفه‌ای ارجاع داده شوند. در مقابل، زنانی که ناراحتی غیربالینی دارند شاید از نظام‌های دیگری مانند شفادهندگان روحانی درخواست کمک بگیرند (هالیجین و ویتبورن، ۲۰۰۳، ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۷).

مردان پریشانی‌های روانی و هیجانی مشابهی با افسردگی تجربه می‌کنند، اما آن را به گونه‌ای متفاوت ابراز می‌دارند؛ به شیوه‌هایی که مطابق با انتظارات اجتماعی باشند. ایدئال‌های مردانه اغلب مانع مردان از کسب آگاهی و ابراز درد روانی و پذیرش ضعف و آسیب‌پذیری خود می‌شود (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۲، ۲۰۰۵). شکل‌گیری زمینه‌های احتمالی افسردگی در مردان بیشتر مربوط به هنگامی است که یک مرد برای درخواست کمک‌درمانی به سبب رفتار دردسرسازش تحت اجبار و فشار قرار می‌گیرد. مفاهیم «افسردگی نقاب‌دار»^۳ یا «افسردگی مخفی»^۴ برای درک این مردان مفیدند. استتار افسردگی

1. Stiffler
2. American Psychological Association
3. masked depression
4. covert depression

در زیر نقاب احتمالاً یک راهبرد «حفظ چهره» برای بسیاری از مردان است که در برابر ابراز هیجانات مهارت کمتری دارند و با انتظاراتی نظیر اینکه مردان باید قوی و شکست‌ناپذیر باشند مربوط می‌شود (فالیکف^۱، ۲۰۰۳). از تفاوت‌های دیگر میان زنان و مردان می‌توان به نحوه تجربه استرس‌زاهای زیستی-روانی اشاره کرد. حتی اگر زنان و مردان استرس‌زاهای همسانی را تجربه کنند، زنان احتمال بیشتری در ابتلا به افسردگی خواهند داشت. این امر به دلیل تفاوت‌های جنسیتی است که در پاسخ‌های زیستی به استرس، مفهوم خویشتن و راه‌های مقابله‌ای وجود دارد (نولن-هوکسما^۲، ۲۰۰۱). استاپرد می‌گوید زنان قربانی سازگاری با مختصات فرهنگی رفتار هستند؛ ضمن آنکه موقعیت‌های نازل‌تر خود را به‌عنوان نقص درونی تفسیر می‌کنند. مردان بر زنان سلطه دارند، زنانی که قربانی خشونت‌های خانگی، سوءاستفاده جنسی، فقر و انواع نابرابری‌ها هستند و تمامی این عوامل صریحاً به‌عنوان هم‌بسته‌های افسردگی ذکر شده‌اند (استاپرد و مکمولن، ۲۰۰۳). زنان به ارزش‌گذاری بیشتر بر روابط شخصی گرایش دارند. نیاز بیشتر زنان برای ارتباط هیجانی ممکن است آسیب‌پذیری بیشتر در ثبات خلق را سبب شود؛ زیرا یک رابطه موفق تنها از سوی یک فرد درگیر در رابطه تأمین نمی‌شود (کسلر^۳، ۲۰۰۱).

از زمان فروید وضعیت قدرت در زنان مورد بحث قرار گرفته و به‌عنوان یکی از مسبب‌های افسردگی آن‌ها شناسایی شده است. بسیاری از زنان حرمت خود پایین‌تری دارند که ممکن است تا حدی به دلیل عوامل فرهنگی باشد. زنانی که فرهنگ آن‌ها به ارزش‌های مردانه تمایل دارد و موقعیت‌های تحصیلی و شغلی را برای زنان محدود می‌کند، اکثراً در معرض خطر ابتلا به افسردگی تشخیص داده نشده‌اند و بنابراین تحت درمان قرار نگرفته‌اند (وسترن^۴، ۲۰۱۳). شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه در فرهنگ‌های غربی ازدواج یک اثر محافظتی برای مردان دارد، در حالی که برای زنان استرس‌زاست. خلاف کلیشه رایج، مطالعات نشان می‌دهد زنان متأهل نسبت به زنان مجرد افسرده‌ترند. انجمن بین‌المللی سلامت روان گزارش داد که افسردگی میان زنانی که تمام وقت در خانه در کنار فرزندان کم‌سن هستند، نسبت به جمعیت عادی بیشتر است

1. Falicov
2. Nolen-Hoeksema
3. Kessler
4. Western

(کامپس^۱ و همکاران، ۲۰۱۴). بدین ترتیب، معرفی مسائل مربوط به فرهنگ، نژاد، قومیت و جنسیت سبب مطرح شدن سؤالات و معضلاتی شده است. معضلاتی نظیر اینکه آیا فرایندهای مرسوم جهانی که یک رویکرد طبقه‌بندی برای افسردگی را تضمین می‌کنند به اندازه کافی پاسخ‌گو هستند و یا سندرم‌های مختلفی وجود دارد که نیازمند بررسی‌های جداگانه‌اند. از آنجا که یکی از راه‌حل‌های این معضل اعمال یک دگردیسی رادیکال در طبقه‌بندی‌های DSM، قابل استفاده در روان‌شناسی و روان‌پزشکی و در جهت ایجاد دانشی موقعیتی و روان‌شناسی بومی ذکر شده است، در این پژوهش برآنیم که ضمن تعیین الگوهای افسردگی در جامعه دانشجویان ایرانی، تأثیر جنسیت و وضعیت تأهل را نیز بر این الگوها بررسی کنیم.

روش

پژوهشی حاضر با استفاده از روش تجربی تابلوی افسردگی را در جمعیت دانشجویان ایرانی بررسی می‌کند. طرح پژوهش حاضر به شیوه توصیفی-پیمایشی است و از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی برای انتخاب نمونه پژوهش از بین جامعه دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه‌های تهران استفاده شده است. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند. جامعه در دسترس این پژوهش کلیه دانشجویان دانشگاه تهران بودند. جمعیت نمونه این پژوهش عبارت از یک درصد جامعه در دسترس بود که برای توصیف و تحلیل انتخاب شدند. در این پژوهش هزار و ۶۵۰ نفر دانشجو (۱۵۰۰ نفر دانشجوی سالم از دانشکده‌های دانشگاه تهران و ۱۵۰ نفر نمونه بیمار از مراکز روان‌شناسی و مشاوره دانشگاه تهران و بیمارستان روزبه، رازی، و شهید اسماعیلی) شرکت کردند. نمونه سالم شامل ۷۶۶ مرد و ۷۳۴ زن بود که ۵۱ درصد افراد نمونه سالم را مرد و ۴۹ درصد افراد نمونه سالم را زن تشکیل می‌داد. همچنین، ۹۱ درصد نمونه سالم مجرد و ۹ درصد متأهل بودند. در نمونه افسرده ۷۵ مرد و ۷۵ زن وجود داشت که هر کدام ۵۰ درصد افراد نمونه بیمار را تشکیل می‌داد. به عبارت دیگر، نسبت مردان و زنان در نمونه افسرده برابر بود.

ابزارها

۱. نسخه دوم مقیاس افسردگی چندوجهی مینه سوتا (MMPI-2)^۱: این آزمون شامل ۱۹۷ سؤال بلی/ خیر در ۱۰ مقیاس مربوط به شاخص‌های بالینی و ۳ مقیاس مربوط به شاخص‌های پایایی است. مقیاس ۲ این آزمون را شاخص‌های افسردگی تشکیل می‌دهند (D) که ۵۷ ماده در MMPI-2 دارد. از خرده‌مقیاس افسردگی هریس و لینگوز^۲ برگرفته از مقیاس‌های ۲، ۳، ۴، ۶ و ۸ آزمون MMPI-2 نیز استفاده شده است. عوامل اصلی این خرده‌مقیاس عبارت‌اند از: D۱ افسردگی ذهنی (غمگینی، انرژی پایین، احساس حقارت، اعتماد به نفس پایین، مضطرب از نظر اجتماعی)، D۲ کندی روانی-حرکتی (انرژی پایین، بی‌حرکی، انزوای اجتماعی)، D۳ کژکاری بدنی (گزارش در مورد انواع نشانه‌های بدنی، اشتغال ذهنی در مورد سلامت بدنی)، D۴ کندی ذهنی (انرژی پایین، بدبینی، لذت کم از زندگی، اشکال در تمرکز، توجه و حافظه)، و D۵ آشفتگی فکری (احساس عدم کنترل بر افکار، در فکر فرو رفتن، گریه و زاری، نشخوار فکری، و حساسیت افراطی).

۲. آزمون SCL-90-R^۳: این مقیاس شکل تحول‌یافته فهرست نشانگان هاپکینز^۴ شامل ۹۰ سؤال در ۳ شاخص کلی است که در ۹ شاخص بالینی به‌عنوان ابزار پژوهشی به کار رفته است. ابعاد بالینی عبارت‌اند از: شکایات جسمانی (SOM)، وسواس (OC)، حساسیت در روابط بین فردی (INT)، افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، پرخاشگری (HOS)، ترس مرضی (PHOB)، افکار پارانوئید (PAR) و روان‌پریشی (PSY). سه عامل کلی عبارت‌اند از: شاخص کلی علائم مرضی، شاخص ضریب ناراحتی، و شاخص حجم علائم مرضی. پژوهش‌های انجام‌شده در ارتباط با اعتبار و پایایی آزمون SCL-90-R نشان می‌دهند که این آزمون ابزار مناسبی برای سرنند کردن بیماران روانی از غیربیماران است. نتایج بررسی‌ها شاخص افسردگی را معتبرترین و پایاترین شاخص این آزمون گزارش کرده‌اند. با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده و نتایج به‌دست آمده، در این پژوهش از این آزمون به‌منزله آزمون ملاک استفاده شد.

1. Minnesota Multiphasic Personality Inventory
2. Harris & Lingo
3. Symptom Checklist-90-Revised
4. Hopkins

یافته‌ها

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است. با توجه به عوامل کلی با الگوهای مختلف افسردگی مواجه هستیم؛ به طوری که مقیاس L با D۲ و D۴ همبستگی مثبت، با D۱ و D۵ همبستگی منفی قوی و با D۳ همبستگی منفی ضعیفی را نشان می‌دهد و مقیاس F با D۲ همبستگی مثبت ضعیف، با D۱ همبستگی منفی، با D۴ و D۵ همبستگی مثبت دارد. بدین ترتیب، احتمالاً با الگوهای مختلف افسردگی مواجه هستیم که در آن D۱ (افسردگی ذهنی)، D۴ (کندی ذهنی) و D۵ (آشفته‌گی فکری) تشکیل یک الگوی افسردگی را می‌دهد و D۲ (کندی روانی-حرکتی) و D۳ (کژکاری بدنی) الگوی متفاوتی را با آن ترسیم می‌کند.

جدول ۱ ماتریس عوامل کلی افسردگی

عوامل	L	F	K	D۱	D۲	D۳	D۴	D۵
L	۱							
F	۰/۱۰	۱						
K	۰/۳۶*	۰/۴۱*	۱					
D۱	۰/۱۳*	۰/۴۹*	۰/۴۱*	۱				
D۲	۰/۱۹*	**	۰/۱۵*	۰/۳۷*	۱			
D۳	۰/۰۴*	۰/۰۷	۰/۲۸*	۰/۲۰*	۰/۵۳*	۱		
D۴	۰/۲۰*	۰/۴۹*	۰/۴۱*	۰/۸۳*	۰/۳۲*	۰/۲۱*	۱	
D۵	۰/۲۶*	۰/۴۷*	۰/۵۵*	۰/۷۸*	۰/۳۶*	۰/۴۱*	۰/۶۹*	۱

*همسانی در سطح ۰/۹۹ همبستگی معنادار است.

به منظور بررسی این موضوع که افسردگی کلی از چه الگویی پیروی می‌کند و کدام یک از عوامل پنج‌گانه افسردگی در آن نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای دارند، از تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. با توجه به ضرایب پیش‌بینی نهایی، به ترتیب عامل افسردگی D۱ = ۴۳ درصد، D۴ = ۲۳ درصد، D۵ = ۱۹ درصد، D۲ = ۱۷ درصد و D۳ = ۱۴ درصد از افسردگی را تبیین می‌کنند. نتایج بررسی تجزیه و تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان می‌دهد که عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی به ترتیب اهمیت عبارت‌اند از: (۱) افسردگی ذهنی (D۱ = ۴۳ درصد): غمگینی، انرژی پایین، خودکم‌بینی، اعتماد به نفس

پایین و اضطراب اجتماعی؛ ۲) کندی و ملال ذهنی ($D4 = 23$ درصد): انرژی پایین، بدبینی، لذت کم از زندگی، اشکال در تمرکز، توجه و حافظه؛ ۳) آشفتگی فکری ($D5 = 19$ درصد): احساس عدم کنترل بر افکار، به فکر فرو رفتن، گریه، نشخوار فکری، و حساسیت افراطی؛ ۴) کندی روانی-حرکتی ($D2 = 17$ درصد): انرژی پایین، بی‌حرکتی، انرژی اجتماعی و ۵) کژکاری بدنی ($D3 = 14$ درصد): گزارش نشانه‌های بدنی و اشتغال ذهنی درباره سلامت بدنی.

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که افسردگی بیشتر با غمگینی، خودکم‌بینی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، کاهش لذت، اشکال در تمرکز، و حساسیت افراطی بروز می‌کند. برای بررسی و تجزیه و تحلیل الگوی رایج افسردگی در جمعیت ایرانی و یافتن اختلالات آمیخته با آن از رگرسیون چندگانه میان متغیر وابسته افسردگی و متغیر مستقل اختلال‌های روانی SCL-90 استفاده شد که معادله افسردگی با توجه به عوامل مختلف SCL-90-R بدین شکل است:

$$D = 0.32 + 0.18/47 + 0.2/52SO + 0.2/91OC + 0.7/1DEP$$

با توجه به ضرایب پیش‌بینی نهایی، به ترتیب عامل افسردگی $DEP = 39$ درصد، و سواس $OC = 15$ درصد و شکایات جسمانی $SOM = 12$ درصد از افسردگی را تبیین می‌کنند. با توجه به اینکه افسردگی کلی بر اساس عوامل هریس و لینگوز (تحلیل رگرسیون ۱) و عوامل SCL-90-R (تحلیل رگرسیون ۲) در جامعه دانشجویان ایرانی معین شد، بدین ترتیب افسردگی، و سواس و شکایت جسمانی نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای دارند. برای یافتن الگوهای اختصاصی افسردگی در جامعه تحقیق، تحلیل رگرسیون میان عوامل هریس و لینگوز به‌عنوان متغیر وابسته انجام شد.

عامل افسردگی DEP عامل مشترک در تمام انواع افسردگی است و باید از آن با نام عامل D نام برد که در شکل‌های مختلف افسردگی حضور دارد؛ با این تفاوت که در $D2$ و $D3$ نقش اصلی را در تبیین افسردگی ندارد. $D2$ بیشتر نوعی پرخاشگری منفی است که با افسردگی توأم شده است. $D3$ بیشتر اضطراب است که با افسردگی همراه شده است. وجه مشخصه این دو نوع افسردگی شکایت‌های جسمانی است. صرف نظر از عامل عمومی افسردگی D در هر یک از انواع افسردگی با یک عامل اختصاصی روبه‌رو هستیم. عامل اختصاصی در افسردگی ذهنی $D1$ اضطراب، ترس مرضی منفی و شکایت جسمانی است. در $D4$ و سواس، شکایت جسمانی و ترس مرضی منفی عامل اختصاصی است و در $D5$

حساسیت در روابط متقابل عامل اختصاصی است. با مقایسه نتایج به دست آمده می‌توان به چند الگوی احتمالی افسردگی دست یافت:

۱. افسردگی کلی که به صورت ترکیبی از افسردگی، وسواس و شکایات جسمانی بروز می‌کند. در این الگو که صورتی ترکیبی دارد و با دو دسته عوامل مثبت و منفی همراه است. عوامل مثبت عبارت‌اند از: وسواس، شکایت جسمانی، و اضطراب؛ عوامل منفی عبارت‌اند از: پرخاشگری و ترس مرضی.

۲. افسردگی‌ای که با اضطراب و وسواس همراه است.

۳. افسردگی‌ای که با حساسیت در روابط متقابل مشخص می‌شود.

برای بررسی اینکه آیا در این الگوهای افسردگی که مختص جامعه دانشجویان ایران است، میان زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد، جنسیت در همه عوامل افسردگی کلی و عوامل اختصاصی مربوط به مقیاس مداخله داده شد. جنسیت در انواع افسردگی تفاوت معناداری ایجاد نکرد و تنها در D5 که آشفستگی ذهنی را منعکس می‌سازد بین دو جنس زن و مرد، تفاوت معناداری را نشان داد. میان زنان سالم و بیمار در سطح ۵ درصد تفاوت معنادار است ($t = 1/64$ و $f = 21/91$)، میان مردان سالم و بیمار نیز در سطح ۵ درصد تفاوت معنادار وجود دارد ($t = 1/64$ و $f = 19/86$). زنان و مردان در مقیاس آشفستگی فکری تفاوت معناداری با یکدیگر دارند ($t = 3/2$ ، $df = 148$ ، $f = 1/64$ و $a = 0/05$). این تفاوت به سمت زنان میل می‌کند. به منظور بررسی بیشتر، اثر جنسیت و تأهل، در مقیاس‌های SCL-90-R از طریق آزمون T مستقل دو گروهی تجزیه و تحلیل شد.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، اختلاف میانگین دو جنس در عامل‌های شکایت جسمانی، روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، و افکار پارانوئید معنادار است و در وسواس و روان‌پریشی معنادار نیست. همچنین، جدول ۳ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین بین دو گروه متأهل و مجرد در عامل شکایت جسمانی، روابط متقابل، افسردگی، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان‌پریشی معنادار نیست، ولی در اضطراب معنادار است.

نتایج نشان می‌دهد که در عامل آشفستگی فکری بیشتر احساس عدم کنترل بر افکار، به فکر فرو رفتن، گریه و زاری، نشخوار فکری، و حساسیت افراطی را بازتاب می‌یابد. از آنجا که بر اساس تحلیل رگرسیون، عامل آشفستگی فکری بر اساس عامل حساسیت در روابط متقابل SCL-90-R پیش‌بینی می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت که زنان در عامل حساسیت

جدول ۲ آزمون T مستقل میان دانشجویان دختر و پسر

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	تعداد	df	t	p
شکایت جسمانی	مرد	۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۰۲	۳۶۴	۶۹۹	۲/۰۱	۰/۰۴۵
	زن	۰/۵۱	۰/۴۷	۰/۰۲	۳۳۷			
وسواس	مرد	۰/۶۹	۰/۵۱	۰/۰۲	۳۶۴	۶۹۹	۱/۲۹	۰/۱۹
	زن	۰/۷۴	۰/۵۶	۰/۰۳	۳۳۷			
روابط متقابل	مرد	۰/۷۶	۰/۵۷	۰/۰۳	۳۶۴	۶۹۹	۳/۴۶	۰/۰۰۱
	زن	۰/۹۲	۰/۶۲	۰/۰۳	۳۳۷			
افسردگی	مرد	۰/۶۴	۰/۵۲	۰/۰۲	۳۶۴	۶۹۹	۲/۹۰	۰/۰۰۴
	زن	۰/۷۷	۰/۸۹	۰/۰۳	۳۳۷			
اضطراب	مرد	۰/۴۴	۰/۴۴	۰/۰۲	۳۶۴	۶۹۹	۲/۸۴	۰/۰۵
	زن	۰/۵۵	۰/۵۳	۰/۰۲	۳۳۷			
پرخاشگری	مرد	۰/۴۰	۰/۴۲	۰/۰۲	۳۶۴	۶۹۹	۳/۰۹	۰/۰۰۲
	زن	۰/۵۴	۰/۵۱	۰/۰۳	۳۳۷			
ترس مرضی	مرد	۰/۳۸	۰/۴۱	۰/۰۲	۳۶۴	۶۹۹	۵/۵۹	۰/۰۰۱
	زن	۰/۵۹	۰/۵۷	۰/۰۳	۳۳۷			
افکار پارانوئید	مرد	۰/۷۹	۰/۵۹	۰/۰۳	۳۶۴	۶۹۹	۲/۰۹	۰/۰۳
	زن	۰/۸۹	۰/۶۳	۰/۰۳	۳۳۷			
روان پریشی	مرد	۰/۴۴	۰/۴۳	۰/۰۲	۳۶۴	۶۹۹	۰/۱۰	۰/۹۲
	زن	۰/۴۴	۰/۴۸	۰/۰۳	۳۳۷			

جدول ۳ آزمون T مستقل میان دانشجویان مجرد و متأهل

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	تعداد	df	t	p
شکایت جسمانی	مجرد	۰/۴۶	۰/۴۵	۰/۰۲	۶۵۵	۶۹۱	۱/۷۵	۰/۰۸
	متأهل	۰/۵۹	۰/۵۹	۰/۰۸	۳۸			
وسواس	مجرد	۰/۷۱	۰/۵۳	۰/۰۲	۶۵۵	۶۹۱	۱/۱۱	۰/۲۶
	متأهل	۰/۸۱	۰/۵۹	۰/۰۹	۳۸			
روابط متقابل	مجرد	۰/۸۴	۰/۶۲	۰/۰۲	۶۵۵	۶۹۱	۰/۳۲	۰/۷۴
	متأهل	۰/۸۰	۰/۵۸	۰/۰۹	۳۸			
افسردگی	مجرد	۰/۷۰	۰/۵۶	۰/۰۲	۶۵۵	۶۹۱	۰/۲۰	۰/۸۴
	متأهل	۰/۶۸	۰/۶۴	۰/۱۰	۳۸			
اضطراب	مجرد	۰/۴۸	۰/۴۹	۰/۰۱	۶۵۵	۶۹۱	۲/۱۴	۰/۰۳
	متأهل	۰/۶۵	۰/۵۵	۰/۰۸	۳۸			

ادامه جدول ۳

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد	تعداد	df	t	p
پرخاشگری	مجرد	۰/۴۵	۰/۴۸	۰/۰۱	۶۵۵	۶۹۱	۰/۵۹	۰/۵۶
	متاهل	۰/۵۰	۰/۴۲	۰/۰۶	۳۸			
ترس مرضی	مجرد	۰/۴۸	۰/۵۱	۰/۰۲	۶۵۵	۶۹۱	۰/۳۸	۰/۷۰
	متاهل	۰/۴۵	۰/۴۳	۰/۰۶	۳۸			
افکار پارانوئید	مجرد	۰/۸۳	۰/۶۰	۰/۰۲	۶۵۵	۶۹۱	۱/۰۳	۰/۳۰
	متاهل	۰/۹۴	۰/۷۰	۰/۱۱	۳۸			
روان‌پریشی	مجرد	۰/۴۳	۰/۴۵	۰/۰۲	۶۵۵	۶۹۱	۱/۲۹	۰/۱۹
	متاهل	۰/۵۳	۰/۵۱	۰/۰۸	۳۸			

در روابط متقابل و ارتباط فردی، افسردگی بیشتری را نسبت به مردان تجربه می‌کنند. از آنجا که اختلال‌های روانی SCL-90-R به منزله عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی هستند، یکی از دلایل اینکه در بقیه مقیاس‌ها و عوامل بین زنان و مردان تفاوت معناداری مشاهده نشده، آن است که تفاوت معناداری در عامل وسواس بین زنان و مردان مشاهده نشده است و احتمالاً عامل وسواس تعدیل‌کننده نمرات افراد در عامل‌هایی است که در آن‌ها وسواس یکی از اجزاء ترکیبی افسردگی به‌شمار می‌رود. از سوی دیگر، نمره زنان در پرخاشگری و ترس مرضی بیش از نمره مردان است و این عوامل با افسردگی همبستگی منفی و معکوس دارند. لذا، می‌توان انتظار داشت که نمره بالای این گروه از زنان با افسردگی آنان اثر تعاملی داشته باشد و نمره افسردگی را کاهش دهد. بنابراین، تفاوت معناداری بین نمره کلی افسردگی زنان و مردان مشاهده نمی‌شود. این در حالی است که نمره در حساسیت در روابط متقابل در افسردگی بالاست و در عامل آشفتگی فکری نیز نسبتاً عامل خالصی است و حساسیت روابط بین فردی را منعکس می‌کند. لذا، تفاوت زنان و مردان در این عامل معنادار شده است. به همین ترتیب، در شکایت‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، ترس مرضی، حساسیت در روابط متقابل و افکار پارانوئید نمره زنان بیش از مردان است؛ ولی در وسواس و روان‌پریشی تفاوتی دیده نشد. در مقایسه مجردان و متأهلان به‌جز عامل اضطراب که متأهلان در آن نمره بیشتری گرفته‌اند، در عوامل دیگر تفاوت معناداری بین مجردان و متأهلان دیده نشد. با توجه به اینکه زنان مجرد در بیشتر عوامل نمره بالایی می‌گیرند و تفاوت معناداری میان آنان و متأهلان مشاهده شده است، توجیه اینکه چرا در متأهلان این تفاوت معنادار نیست، باید علت آن را در شرایط تأهل

جست‌وجو کرد. احتمالاً ازدواج و زندگی مشترک در جامعه ایرانی اثرکاهنده‌ای بر اختلال‌های روانی و از جمله افسردگی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

بی‌تردید جنسیت بیماران در تبیین علی افسردگی اهمیت دارد. تفاوت‌های جنسیتی از تفاوت‌های طبقاتی هم واضح‌تر است. تعداد زنان بستری‌شده در بیمارستان روانی به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیشتر از مردان است. بیشترین تفاوت‌های جنسیتی مربوط به طبقه‌ای است که در آن بیماران با تشخیص افسردگی بستری شده‌اند. در طبقه روان‌پریشی افسرده‌وار^۱ و پسیکونوروزها^۲ احتمال بستری شدن زنان حدود دو برابر مردان است. تفاوت عمده بین دو جنس، آشکارا به نسبت افسردگی در زنان مربوط است. وضعیت تأهل بر میزان بستری شدن در بیمارستان‌های روانی تأثیری به همین میزان و شاید هم بیشتر داشته باشد. به نظر می‌رسد افراد متأهل با خطر کمتری برای ابتلا به بیماری روانی روبه‌رو هستند؛ مطلقه‌ها و بیوه‌ها در معرض خطر جدی ابتلا به بیماری‌های روانی قرار دارند و افراد مجرد جایی بین متأهل‌ها و مطلقه‌ها قرار می‌گیرند. اگر وضعیت تأهل را در دو جنس ملاحظه کنیم، تعداد افراد بستری شده در دو جنس متفاوت است. تفاوت بین نسبت زنان متأهل و زنان غیرمتأهل بسیار کمتر از تفاوت مردان متأهل و مجرد است. به نظر می‌رسد تأهل از زنان نسبت به مردان - کمتر حفاظت می‌کند.

تفاوت در میزان ابتلای زنان به افسردگی زمینه دو نوع تبیین علی قرار گرفته است؛ نخست به مبانی زیستی تفاوت‌های جنسیتی و دوم به نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه‌ای مربوط است که از سوی جامعه برای آنان وضع شده است. در تبیین زیستی نظر بر آن است که زنان به‌طور طبیعی احساسی‌تر و عاطفی‌تر از مردان‌اند و آمادگی بیشتری برای ابتلا به مشکلات عاطفی دارند. برای آنکه تبیین کاملاً زیستی باشد نباید تفاوت بین دو جنس در طول زمان پراکندگی داشته باشد و باید در گروه‌های مختلف اجتماعی ثبات نشان دهد. به علاوه نه تنها ربط دادن به علت زیست‌شناختی کافی نیست، باید سازوکارهای زیستی مرتبط با جنسیت در مورد این تفاوت‌ها به‌روشنی ذکر شوند. این‌ها اموری است که در تحلیل زیست‌شناختی با توفیق همراه نبوده است. کلمن^۳ و

1. depressive psychosis
2. psychoneurosis
3. Klerman

وایزمن^۱ در بحث از دخالت عوامل افسردگی اشاره کرده‌اند که هر چند بعضی از تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی دوران بارداری احتمالاً می‌تواند ناشی از مسائل هورمونی باشد؛ اما این عامل برای توجیه و تبیین تفاوت‌های عظیمی که در این باره وجود دارد کافی نیست. اثر قاعدگی بر حالت افسردگی از نظر اجتماعی عاملی میانجی محسوب می‌شود. زنانی که اعتقاد دارند ممکن است قاعدگی با مشکلات هیجانی و روحی همراه باشد، دچار این ناراحتی‌ها می‌شوند و این نوعی پیشگویی محقق‌کننده «خود کامرواساز»^۲ است. بنابراین، توضیحات بیولوژیکی و طبی برای افسردگی در زنان به منظور توجیه نرخ‌های بالاتر ابتلا در زنان نسبت به مردان پدید آمدند. در حالی که این تجربیات افسردگی برای زنان بسیار واقعی هستند، تشخیص‌های روان‌پزشکی این تجربه‌ها را به‌عنوان اختلال و به‌طور بالقوه ننگ‌آور، و در عین حال مختل‌کننده فرایندهای فیزیکی معرفی کرده‌اند. از این رو، آشر پیشنهاد می‌کند که مفهوم معرفت‌شناسی انتقادی-واقع‌گرا^۳ با سایر ساختارها و انتقادهای فمینیستی برای ارائه نظریه و فهم عامل‌های مربوط به افسردگی زنان ادغام شوند. معرفت‌شناسی انتقادی-واقع‌گرا به ما یادآوری می‌کند علی‌رغم اینکه توضیحات طبی از افسردگی در زنان بسیار محدود شده و تقلیل یافته است، اما تجربه‌های زیسته زنان می‌تواند به شدت رنج‌آور، گیج و ناتوان‌کننده باشد (آشر^۴، ۲۰۱۰).

لافرنس^۵ (۲۰۰۷) می‌گوید ادراک‌ها و دیدگاه‌های طبی درباره افسردگی زنان هنوز در جامعه پذیرفته هستند و این به دلیل قدرتی است که گفتمان‌های طبی بر شیوه‌های ادراک ما از جهان دارند. وقتی ما در جست‌وجوی درک افسردگی زنان تنها از درون لنز طبی باشیم، امکان دستیابی به درکی چندوجهی و جامع را از دست می‌دهیم که به حذف دلایل سیاسی از رخداد افسردگی در زنان و تجربه‌های پیامدی آن‌ها منجر می‌شود. پزشکان و پژوهشگران فمینیستی روند طبی در فرایند تشخیص در DSM-IV-TR و نسخه‌های پیشین را مورد انتقاد قرار دادند به این علت که آن‌ها روند طبی‌سازی^۶ شرایط آسیب‌شناسی افسردگی را نه تنها برای خود زنان، بلکه در فهم جامعه از تجربه‌های افسردگی آنان زیان‌بار می‌دانند. تجویز دارو از دیگر پدیده‌های سوگیری جنسیتی علیه زنان

-
1. Wesseman
 2. selffulfilling prophecy
 3. critical-realist epistemology
 4. Ussher
 5. Lafrance
 6. medicalization

است. در بیشتر مواقع برای زنان افسرده دارو تجویز می‌شود؛ در حالی که این باور وجود دارد که مردان به دارو کمتر نیاز دارند و می‌توانند بدون کمکِ دارو بر بیماری خود غلبه یابند. افزون بر این، DSM هیچ بینشی به تفاوت‌های جنسیتی در تجربه‌های افسردگی فراهم نیاورده است (وسترن، ۲۰۱۳).

مخالفان تبیین طبی که به تبیین نقش جنسیتی معتقد هستند، بر این باورند که نقش‌های جنسیتی، تبعیض‌های جنسیتی و ظرفیت اندک تأثیرگذاری بر محیط و کنترل زندگی در زنان زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی است. طبق این تحلیل پس از ازدواج نقش موقعیت اجتماعی زن بیش از مرد دستخوش تغییر می‌شود. زن با مادر شدن به‌طور موقت یا دائمی شغل خود را از دست می‌دهد؛ ولی مرد موقعیت اجتماعی خود را حفظ می‌کند. پس از ازدواج امکان ادامه تحصیل و تداوم دوستی‌های دوران مجردی برای زنان کمتر از مردان است. این وضعیت ممکن است در ایجاد «درماندگی آموخته‌شده»^۱ سهم زیادی داشته باشد و اغلب می‌تواند به افسردگی منجر شود. جک^۲ (۱۹۹۹) ایده «خود-خاموشی»^۳ را مطرح می‌کند که وقوع و توسعه افسردگی زنان را توضیح می‌دهد. به باور وی، بسیاری از زنان برای ایجاد و حفظ روابط اجتماعی که برایشان مهم است، از مواجهه با تهدیدکننده‌های روابطشان یا تحریف در آن‌ها پرهیز می‌کنند. خود-خاموشی توسط هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، ارزش‌ها و اعتقاد به ارزش زنان در منفعل بودن، مراقبت آن‌ها از دیگران و از خودگذشتگی تصریح می‌شود. متعاقباً زنان از پیگیری نیازهایشان و ارائه دیدگاه‌ها و باورهایشان خودداری می‌کنند. تأثیر به‌دست آمده بر مفهوم خویشتن و هویت نیز در توانایی زنان در به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات آن‌ها قابل توجه است. خاموش کردن خود با ناآرزنده‌سازی پیش‌رونده در باورها سبب نفی خویشتن می‌شود. خود-خاموشی دارای همبستگی قابل توجهی با علامت‌شناسی افسردگی در نمونه‌های مختلف از جامعه زنان شناسایی شده است. احتمالاً زنان به موازات اینکه رابطه برای آن‌ها مهم‌تر می‌شود افسردگی بیشتری را تجربه می‌کنند. آرزوی آن‌ها برای تداوم یافتن رابطه در طول زمان ممکن است سبب محدود کردن بیشتر اندیشه‌ها، نظرها و نیازهایشان شود.

تأثیر حفاظتی ازدواج بر زنان بسیار کمتر از تأثیر آن بر مردان است؛ به طوری که

1. learned helplessness
2. Jack
3. silencing the self

والتر^۱ (۱۹۷۸) می‌گوید ازدواج برای زنان کمتر خشنودکننده است تا برای مردان. برای زنان ازدواج تنها منبع خشنودی و رضایت خاطر در بزرگسالی است؛ در حالی که مردان علاوه بر ازدواج، شیوه^۲‌های دیگری در اختیار دارند، به‌خصوص که خانه‌داری ساخت‌نیافته، ناپایدار و واجد موقعیت نازل است و پاداش درونی و بیرونی آن برای زنان اندک است. در نتیجه، خانه‌داری کمتر می‌تواند منبع خشنودی شمرده شود. همان‌طور که والتر اشاره کرده است زنانی که دارای تحصیلات، متأهل و بدون شغل‌اند، بیش از همه در معرض خطر افسردگی قرار دارند. کوکرین^۳ (۱۹۹۱) معتقد است اشتغال خارج از خانه بر کاهش علائم افسردگی اثر مستقیم دارد، ولی بر سایر ناراحتی‌های روانی اثر ندارد. او گزارش می‌دهد برای زنان شغل همسرشان حتی مهم‌تر از شغل خودشان است. زنانی که شوهران بیکار داشتند افسردگی بیشتری نسبت به زنانی که شوهرانشان شاغل بودند تجربه کرده‌اند. رادلوف^۴ (۱۹۷۵) در توجیه بروز افسردگی زنان علاوه بر جنس، وضعیت تأهل و نوع شغل، اهمیت داشتن شغل را بررسی کرده است. به گزارش وی، زنان شاغل نسبت به زنان خانه‌دار کمتر و نسبت به مردان شاغل بیشتر در معرض افسردگی قرار دارند. افزون بر این، اهمیت خشنودی شغلی در سلامت روانی برای هر دو جنس اهمیت بسیاری دارد.

توجه به عوامل و استرس‌های مربوط به نقش‌های جنسیتی و تجربه‌های زنان، همچنین اشتراک عواملی چون قومیت، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سن، و ناتوانی، امکان درک افسردگی در زنان را از چشم‌انداز وسیع‌تری نسبت به نظریه‌های منفرد و بی‌ارتباط در بررسی تجربه‌های زنان فراهم می‌آورد. برای مثال، همه زنان با استرس‌زاهای روانی-اجتماعی مانند پرستاری هم‌زمان از کودکان خردسال و والدین مسن - که می‌تواند موجب افسردگی شود - مواجه نیستند. بنابراین، دیدگاه‌های انتقادی بسیط‌تری برای آگاهی کامل‌تر، تحلیل و پیشگیری افسردگی زنان مورد نیاز است.

یک چشم‌انداز انتقادی فمینیستی بر آن است که هر امور مربوط به شخص سیاسی است؛ بدین معنا که تنوع میان زنان و تجربه‌های آنان، تحول و تغییر در سطوح فردی و یا اجتماعی، فراهم کردن کانونی برای کار اجتماعی زنان و تغییر مداوم در زمینه‌ها و موقعیت‌هایی که زنان در آن قرار گرفته‌اند، باید مورد توجه قرار گیرند و به رسمیت

1. Walter
2. career
3. Cochrane
4. Radloff

شناخته شوند. علاوه بر این، مسئولیت فهم و جلوگیری از توسعه فرضیات، انتظارات و گفتمان‌های بلامنازع از افسردگی میان زنان باید چندعاملی و دارای سطوح اجتماعی چندگانه باشد. همچنین، این مسئولیت و تکلیف باید به موازات نیاز به پاسخ‌گویی و جلوگیری از خشونت‌های مبتنی بر جنسیت علیه زنان انجام شود.

توضیحات روان‌شناختی نظریه‌هایی را درمورد تأثیر ویژگی‌های روانی زنان، تفاوت میان زن و مرد در سبک‌های شناختی، و آثار متعاقب آن‌ها را در ایجاد افسردگی در زنان پیشنهاد می‌کند. زنان هیجانی‌تر و با نشخوارهای بیشتر در تفکر و سبک‌های مقابله‌ای شناخته شده‌اند. مردان بیشتر اقدام‌کننده در نظر گرفته می‌شوند که می‌توانند خود را از موقعیت‌های آسیب‌زا خارج کنند (آشر، ۲۰۱۰). این نظریه‌ها و نظریه‌های طبی در مقابله با انتقاد فمینیستی عموماً شکست می‌خورند؛ به این سبب که توضیحات افسردگی در این نظریه‌ها کلاً روی فرد و تعارض‌هایی که ممکن است در هنگام تلاش برای بهبود ظاهر شوند، متمرکز شده است. آن‌ها توجیه می‌کنند که زنان ممکن است با در نظر گرفتن خارج از کنترل بودن افسردگی‌هایشان تسکین یابند و علت آن ناشی از فعل و انفعالات شیمیایی مغز است. اما انتقادهای فمینیستی این توجیه را نمی‌پذیرند؛ زیرا اگر چنین توجیهی صحیح هم باشد زنان باید با راه‌حلی که می‌گوید نقصی در فیزیک آن‌ها وجود دارد، مواجه شوند. توضیحات رابطه‌ای و روانی-اجتماعی که در ارتباطی تنگاتنگ با توضیحات روان‌شناختی هستند، عموماً مدعی‌اند که استرس‌زاهای روانی-اجتماعی و اقتصادی محصول این عوامل هستند: تجربه زنان از نقش‌های اجتماعی‌شان، انتظاراتشان از اجتماع (و خودشان) درمورد اجرای موفقیت‌آمیز نقش‌ها و مسئولیت‌های زنان، خشونت مبتنی بر جنسیت در کودکی و بزرگ‌سالی، فقر، تک‌والدگری، خشونت، آزار و اذیت، و تبعیض. زنان در مقایسه با مردان احتمال بیشتری دارد که گرفتار اشتغال به مشاغل سطح پایین‌تر، تجربه سقف شیشه‌ای^۱، مانعی که بر سر راه بالا رفتن افراد از نردبان ترقی است (برک، ۲۰۰۷، ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۸۹)، تجربه‌های تنش جنسیتی و مراقبت از کودکان، والدین سالمند و سایر بستگان باشند. این نظریه‌ها نشان می‌دهند هرگاه برخی یا تمامی این عوامل با اجتماعی شدن نقش جنسیتی زنان در تعامل باشند، بروز افسردگی دور از ذهن نیست (وسترن، ۲۰۱۳).

درک سازه‌گرایان اجتماعی فمینیستی^۱ از افسردگی زنان از دیدگاه مادی-گفتمانی به دست آمده که ایده‌های جسمانیت‌یافتگی، روان، ذهنیت، تجربه‌های زیسته، و موقعیت‌های زنان و چگونگی ارتباط آنان با رشد خویشتن^۲ و ابتلا به افسردگی را مد نظر قرار می‌دهد. چنین درکی توضیحات گزینش‌شده‌ی طبی، فیزیکی، روانی-اجتماعی و روان‌شناسی تحمیل‌شده‌ی نظریه‌های ظاهراً جدی و نامرتب را حذف می‌کند. این درک برای زنان فضایی فراهم می‌آورد تا خودشان تجارب افسردگی خود را بتوانند بیان کنند. علاوه بر مدنظر قرار دادن دیدگاه‌های زیستی، طبی، رابطه‌ای و روانی، دیدگاه‌های انتقادی فمینیستی نقشی را که جنسیت در افسردگی زنان بازی می‌کند، بررسی می‌کنند. آن‌ها در گستره‌ای وسیع‌تر از این دیدگاه‌ها، عواملی را که در تعامل با جنسیت‌اند واکاوی می‌کنند. چنین درکی فراتر از نگاه به جنبه‌ی فردی زندگی زنان است؛ بنابراین می‌تواند دیدگاهی را که زنان را مسئول ایجاد و تجربه‌ی افسردگی‌هایشان می‌داند، از میدان به‌در کند. از دیدگاه انتقادی فمینیستی «خویشتن» از بدن فیزیکی همراه با عناصر هیجانی، معنوی، روانی، و عقلانی شکل می‌گیرد. در عین حال، هیچ فردی چه زن و چه مرد دارای خویشتن واحد نیست. زنان نیز مانند سایر افراد در حال تغییر و ارزیابی مداوم خویشتن‌ها و هویت‌های خودند تا بتوانند با زمینه‌هایی که در آن‌ها زندگی می‌کنند سازگار شوند و از آن‌ها تأثیر پذیرند. همچنین زمینه‌های تاریخی، اجتماعی، سیاسی، قانونی، فرهنگی، و اقتصادی دائم در حال تغییر هستند که خود را به‌عنوان یک زن تجربه می‌کنند و به تفاوت‌های خویشتن‌ها در میان زنان منتج می‌شود. منظور از تحمیل زمینه‌های مختلف و رابطه‌های قدرت به این معناست که زنان هنگام ایجاد و تغییر درک از هویت خود محدود و از بروز آن‌ها نهی می‌شوند. لافرنس (۲۰۰۷) دریافت که زنان افسرده اغلب خویشتن‌های هویتی خود را در قالب نقش‌های جنسیتی و تلاش‌هایشان برای تأمین انتظارات اجتماعی توصیف می‌کنند. صفت «خوب»^۳ معمولاً با هویت زن گره خورده و به خلق هویت «زن خوب» درون‌گفتمان‌های اجتماعی از زنانگی منجر شده است. لافرنس دریافت که زنان به دنبال راه‌هایی برای دور انداختن نقش «زن خوب» هستند. او می‌گوید «زن خوب» یک هویت کاذب است که مانع و محدودکننده‌ی خویشتن واقعی یک زن است. بنابراین، مفهوم خویشتن‌های

1. feminist social constructionist
 2. self
 3. good

واقعی و کاذب با تفکر چگونگی ایجاد افسردگی در زنان و چگونگی درک و تفسیر زنان از تجربه‌های خود و فرایندهای بهبود رابطه دارد. گافمن^۱ خویشتن‌اجرایی^۲ را مطرح کرد: ما مطابق با آنچه می‌پنداریم دیگران از ما انتظار دارند و یا به شکلی که آرزو داریم ما را ببینند عمل می‌کنیم. «مجریان صادق»^۳ به خویشتن‌اجرایی و اثری که ایجاد می‌کنند باور دارند؛ در حالی که «مجریان خودخواه»^۴ به کاری که انجام می‌دهند باوری ندارند؛ اگر از آن منفعت ببرند انجام آن را ادامه می‌دهند. وینی‌کات^۵ می‌گوید خویشتن‌های صادق و کاذب در اوایل کودکی ایجاد می‌شود. خویشتن‌کاذب زمانی که فرد آن را برای محافظت و مخفی کردن خود لازم بداند شکل می‌گیرد و به موازات رشد کودک، خویشتن‌کاذب رشد می‌یابد و فرد در رابطه‌های خود بر مبنای آن تعامل می‌کند. این نظریه بازتاب‌ایده‌نقش «زن خوب» است و زنانی که به نیازهای دیگران تمرکز می‌کنند و به نیازهای خود بی‌توجه‌اند، آن را تصویب کرده‌اند. اگرچه ممکن است زنان افسرده خودشان را «مجری خودخواه» ندانند، اما افسردگی نتیجه احتمالی اجرای مداوم نقش دروغین است. افسردگی احتمالاً فرصتی برای زنان فراهم می‌آورد تا از این نقش‌ها دست بکشند، چگونگی ایجاد افسردگی‌شان را بفهمند و مفاهیم خویشتن و هویت‌هایشان را باارزیابی کنند (وسترن، ۲۰۱۳). با وجود این، تبیین‌های علت‌شناختی اگر متغیرهای مداخله‌گر و میانجی - که اثر خود را بر افسردگی زنان و مردان تحمیل می‌کنند - در نظر گرفته نشوند، نمی‌توانند تحلیل درستی از این اختلال به‌دست دهند. از جمله مهم‌ترین متغیرهایی که در این تحلیل‌ها نادیده گرفته شده‌اند، نگاه فردی و تفسیری است که افراد از موقعیت اجتماعی و جنسیتی و شغل خود و همسر خود دارند که می‌تواند اثر خشنودکننده و جز آن داشته باشد.

در این پژوهش نشان داده شد که خلاف نگرش مؤلفان DSM که علت اختلال‌های روانی را در پاتوژن‌ها می‌جویند و توضیح اختلال‌های روانی را نیز در چارچوب سنت پزشکی قرار داده‌اند و ادعای فرافرهنگی و جهانی بودن DSM را دارند، تأثیر فرهنگ نه تنها در بروز نشانه‌ها، بلکه بر کل نظام طبقه‌بندی و تعریف اختلال‌های روانی اجتناب‌ناپذیر

1. Goffman
2. performing self
3. sincere performers
4. cynical performers
5. Winnicott

است. تأثیر متغیرهای فرهنگی در شکل‌گیری بیماری تا بدان حد است که نظام ارزشی فرد می‌تواند به بروز اختلال روانی منجر شود. جامعه ایرانی نیز از این تأثیرات فرهنگی ایمن نبوده است و خلاف معیارهای DSM - که خلق ملال و عدم لذت از فعالیت‌ها را به‌عنوان پیش‌بین‌های اصلی افسردگی معرفی می‌کند - افسردگی در جامعه ایرانی، حداقل در جامعه دانشجویان، بیش از همه با عوامل و سواس و شکایات جسمانی نمود پیدا می‌کند. علاوه بر این، نشان داده شد که الگوهای احتمالی افسردگی که در این پژوهش به‌دست آمدند نه تنها تحت تأثیر فرهنگ کلان قرار دارند، بلکه از زیرفرهنگ‌ها نیز اثر می‌پذیرند؛ زیرفرهنگ‌هایی که بر اساس محیط جغرافیایی، بنیاد اقتصادی و ساخت اجتماعی و سیاسی پدیدآورندگان آن با هم تفاوت دارند و به ایجاد نحله‌های مختلف فرهنگی نه تنها درون هر کشور، بلکه درون شهرهای آن منجر می‌شوند. عوامل فرهنگی نظیر قومیت، نژاد، جنسیت، هویت، دانش، مذهب، تحصیلات، هنر و غیره عواملی‌اند که بیماری روانی را از فردی به فرد دیگر متمایز می‌سازند.

بیماری‌های روانی و مشکلات رفتاری به جریان اجتماعی بستگی دارند و محققان به این نتیجه رسیده‌اند که به‌خصوص در زنان مشکلات روانی ریشه اجتماعی دارد. بسیاری از عوامل بیماری‌های روانی عبارت‌اند از: گرسنگی و بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه در بیشتر از ۶۰ درصد زنان در کشورهای توسعه‌یافته، اشتغال، و خشونت‌های خانگی. این عوامل ریشه اجتماعی دارند. در بررسی‌هایی که در بعضی از کشورهای کم‌درآمد انجام شده است، خشونت بیش از ۵۰ تا ۶۰ درصد زنان را تهدید می‌کند. در پژوهش حاضر نیز جنسیت اثر معناداری بر الگوهای ایرانی افسردگی داشته است، به‌طوری که زنان بیش از مردان دچار افسردگی یا آشفتگی فکری می‌شوند. آشفتگی فکری در زنان منعکس‌کننده احساس عدم کنترل بر افکار، نشخواری فکری و حساسیت افراطی آن‌هاست. در عین حال، تأهل اثر کاهنده بر اختلال افسردگی دارد. رابطه میان جنسیت و تأهل به‌طور توأمان روی دو گروه زنان و مردان بررسی نشده است. بررسی این موضوع از این جهت پیشنهاد می‌شود که وضعیت تأهل در زنان ایرانی مورد بررسی دقیق‌تر قرار گیرد و مشخص شود آیا تأهل نقش حفاظت‌کننده در ابتلا به افسردگی در زنان دارد یا عاملی تهدیدکننده است.

پس، شیوع افسردگی عمده در دهه‌های گذشته میان زنان و مردان به‌شدت افزایش یافته است؛ نه توزیع هورمون‌های جنسی و نه جهش ژن‌ها هیچ کدام به این سرعت تغییر

نمی‌کنند و این بدان معناست که تأثیر شرایط همواره در حال تغییر محیط باید دلیل این افزایش سریع و شدید در نظر گرفته شود. از میان متغیرهای محیطی مهم می‌توان به محیط نامساعد خانوادگی و دوران کودکی و زندگی مملو از استرس اشاره کرد. با وجود پژوهش‌ها در خصوص این متغیرها، استنتاج قوی درباره اهمیت قطعی این عوامل هنوز ممکن نیست. نازرو^۱ و همکارانش (گروه همکاری بین-ملیتی^۲، ۱۹۹۷ به نقل از کسلر و ماگی^۳، ۱۹۹۳) استدلال کردند که تفاوت جنسیتی در خطر ابتلا به افسردگی عمده در سال‌های گذشته ناشی از رویدادهای استرس‌زای زندگی و مشکلات بیشتر زنان نسبت به مردان بوده است. از سوی دیگر، مواجهه با تجربیات استرس‌زای زندگی در میان افراد با پیشینه ابتلا به افسردگی بیش از افرادی است که سابقه افسردگی ندارند. سابقه افسردگی نیز به‌نوبه خود با خطر وجود دوره‌های بعدی افسردگی رابطه مثبت دارد. با توجه به اینکه احتمالاً زنان بیش از مردان دارای سابقه افسردگی هستند، این تفاوت‌ها در مواجهه با شرایط خطر می‌تواند دلالت بر این داشته باشد که نرخ بیشتر افسردگی در زنان در سال‌های گذشته به دلیل ترکیبی از مواجهه‌های متفاوت و نیز واکنش‌های متفاوت به استرس بوده است که خود نیز معلول نسبت بیشتر سابقه افسردگی در زنان است.

در این پژوهش مشخص شد که افسردگی در زنان ایرانی بیش از آنکه مطابق با نشانه‌های این اختلال در DSM باشد، اختلالی وابسته به فرهنگ است و الگوی افسردگی زنان ایرانی متأثر از حساسیت در روابط متقابل است؛ یعنی احساس عدم کفایت، دست کم گرفتن خود، و احساس ناراحتی در جریان ارتباط با دیگران. همراهی این نشانه‌ها با خلق افسرده، بی‌علاقگی و لذت نبردن از زندگی، احساس درماندگی و ناامیدی به آشفتگی فکری در زنان افسرده ایرانی منجر می‌شود. در این پژوهش به شناسایی اثر متغیرهای میانجی که می‌توانند بر حساسیت روابط بین فردی تأثیر بگذارند پرداخته نشده است. پیشنهاد می‌شود بررسی بیشتری در مورد ظهور افسردگی و نشانه‌ها و علائم و عوامل زمینه‌ساز آن صورت گیرد. با اینکه در این پژوهش الگوهای افسردگی در میان دانشجویان به‌دست آمد؛ اما نقش هر یک از این عوامل پیش‌بین (از منظر واسطه‌ای و یا تعدیل‌کننده بودن) بررسی نشد. شناسایی عوامل واسطه‌ای می‌تواند در برنامه‌های پیشگیری از افسردگی نقش مهمی ایفا کند، ضمن آنکه عوامل تعدیل‌کننده نیز بسته به میزانی که تحت کنترل باشند می‌توانند سهم بسزایی در

1. Nazroo
2. Cross-National Collaborative
3. Kessler & Magee

درمان افسردگی داشته باشند. در پایان اینکه، این پژوهش الگوهای افسردگی را در سطح دانشجویان و منحصرأ نمونه در دسترس دانشگاه تهران بررسی کرده است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در جمعیت عمومی انجام شود.

منابع

- برک، ل. (۱۳۸۹). روان‌شناسی رشد (از نوجوانی تا پایان زندگی). ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: ارسباران.
- هالیجین، ر. پ. و ویتبورن، س. ک. (۲۰۰۳). آسیب‌شناسی روانی. (ویراست چهارم: دیدگاه‌های بالینی اختلال‌های روانی بر اساس DSM-IV-TR). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۷)، ج ۲، تهران: نشر روان.
- American Psychological Association (2005). Men: A different depression. retrieved from american psychological association. <http://www.apa.org/research/action/men.aspx> (acc: 2005/ July/ 14).
- Campos, R. C., Mesquita, I., Besser, A. & Blatt, S. J. (2014). Neediness and depression in women. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 16-33.
- Cochrane, R. (1991). *The social creation of mental illness*. VSA: Longman.
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40,(3), 377-396.
- Falicov, C. J. (2003). Culture, society and gender in depression. *Journal of Family Therapy*, 25, 371-387.
- Jack, D. (1999). Silencing the self: Inner dialogues and outer realities. Eds. T. Joiner & J. Coyne, *The Interactional Nature of Depression: Advances in Interpersonal Approaches*, Washington: DC: American Psychocial Association.
- Kessler, R. C., & Magee, W. J. (1993). Childhood adversities and adult depression: Basic patterns of association in a US national survey. *Psychological Medicine*, 23, 679-690.
- Kessler, R. C. (2001). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Lafrance, M. (2007). A bitter pill: a discursive analysis of women's medicalized accounts of depression. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 127-140.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10, (5), 173-176.
- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*, 1, 249-265.
- Stiffler, C. L. (2000). Understanding depression: feminist social construction approaches. *Sex Roles*, 43, 9/10, 748-751.
- Stoppard, J. M. & McMullen, L. M. (2003). *Situating sadness: Women and Depression in Social Context*, New York: NYU Press.
- Ussher, J. (2010). Are we medicalising women's misery?: A critical review of women's higher rates of reported depression. *Feminism & Psychology*, 20(1), 9-35.
- Walter, G. R. (1978). Sex differences in mental illness among adult Men and women: An evaluation of four questions raised regarding the evidence on the higher rates of women. *Social Science & Medicine*, 12B, 187-198.
- Western, D. (2013). Gender-based violence and depression in women. *SpringerBriefs in Social Work*, Author(s).