

منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان

علیرضا محسنی تبریزی، فریبا سیدان

چکیده: هدف از پژوهش حاضر، بررسی منشأ اجتماعی اختلالات روانی زنان، به‌ویژه افسردگی است. این بررسی با استفاده از مدل علی/ توصیفی با بهره‌گیری از روش پیمایش و تکنیک پرسشنامه در زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله ساکن شهر تهران انجام شده است. نتایج بررسی نشان می‌دهد که بیماری روانی افسردگی در زنان از عوامل متعددی تأثیر می‌گیرد که در شبکه پیچیده‌ای از روابط علی با یکدیگر قرار دارند. فشار روانی زنان دارای منشأ اجتماعی است و با ساختارها و نظام اجتماعی ارتباطی وسیع و تنگاتنگ دارد. دست‌یابی نابرابر زنان به منابع ارزشمند در خانواده، تقسیم جنسیتی کار و نوع روابط قدرت در خانواده همراه با وضعیت اجتماعی/ اقتصادی و متغیرهای مربوط به پیشینه زنان در ایجاد فشارهای روانی در آنها نقش مهمی دارد. فرآیند جامعه‌پذیری زنان بر اساس صفات منتسب به نقش‌های جنسیتی زنانه مانند داشتن فشار روانی و فقدان خود اثربخشی در زنان، آنان را برای ابتلا به بیمارهای روانی، به‌ویژه افسردگی، مستعدتر می‌سازد. احساس بیگانگی اجتماعی و دوگانگی آگاهی نیز در مقام عوامل اجتماعی مؤثر در بروز بیماری روانی زنان همبستگی معناداری با افسردگی دارند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، بیگانگی اجتماعی، بیماری روانی، دوگانگی، مدل آمادگی/ استرس^۱

مقدمه

در سال‌های اخیر پرسش‌های مهمی در زمینه عوامل اجتماعی/ ژنتیکی مؤثر در ابتلای زنان به بیماری‌های روانی مطرح شده که مجموعه مطالعات برای پاسخ دادن به این پرسشها مؤید آن است که آسیب‌های روانی زنان با شرایط اجتماعی آنها ارتباط متقابل و پیچیده‌ای دارد. با توجه جدی به این حوزه از مطالعات مشخص شده است که ریشه بیماری‌های روانی زنان را می‌توان در وجود نابرابری‌های

اجتماعی جست. از همین روست که پژوهشگران و برنامه‌ریزان بر موضوعاتی چون تأمین سلامت زنان و توسعه اجتماعی / اقتصادی کشور همچون اهداف مهم توانمندسازی زنان تأکید کرده‌اند.

گزارش‌های سازمان ملل حاکی از آن است که در کشورهای در حال توسعه میزان مرگ و میر زنان رقم بالایی دارد که درصد زیادی از آن مربوط به بارداری‌ها و زایمان‌های مکرر است و منزلت اجتماعی پائین زنان در این کشورها و دسترسی محدود به خدمات بهداشتی و پزشکی این ارقام را افزایش می‌دهد (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۰). گرچه زنان عمری طولانی‌تر از مردان دارند اما وجود بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و معلولیت‌ها در زنان در مقایسه با مردان بیشتر است (مونی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲).

برخی پیامدهای نابرابری‌های اجتماعی زنان و مردان ماهیتی روانی / اجتماعی دارد، چنانکه به اعتقاد بسیاری از صاحب‌نظران فرودستی اجتماعی و فرهنگی زنان وضعیت روانی آنها را تحت تأثیر قرار داده و زنان را در وضعیت نامطلوبی قرار داده‌است (کاپلان، ۱۹۸۶).

بررسی‌های اپیدمیولوژیک در ایران و دیگر کشورها نشان می‌دهد که بیماری‌های روانی، به‌ویژه افسردگی، شیوع زیادی دارند که میزان آن در زنان بیشتر از مردان است بطوریکه میزان شیوع بیماری‌های روانی در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان گزارش شده است (جلیلی و داویدیان، ۱۳۷۰، جاویدی، ۱۳۷۲، بهادرخان، ۱۳۷۲، باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۳، پالاهنگ و همکاران، ۱۳۷۵، ماوریز^۲ و همکاران، ۱۹۸۶).

چارچوب نظری

رویکرد تولید اجتماعی، با تلفیق سه انگاره واقعیت اجتماعی^۳، تعریف اجتماعی^۴ و رفتار اجتماعی^۵، عوامل موجد بیماری روانی زنان را در سطوح مختلف اجتماعی را تحلیل می‌کند و به این نتیجه می‌رسد که ساختارهای کلان اجتماعی یعنی تولیدات عینی و ذهنی که تأمین‌کننده نیازها و در راستای منافع افراد مسلط جامعه‌اند، از علل مهم ایجاد این بیماری‌ها به شمار می‌آیند.

در این رویکرد، مسائل زنان با تأکید بر موقعیت طبقاتی آنها بررسی می‌شود زیرا آنها ارائه‌دهندگان اصلی خدماتی چون خانه‌داری، زایش و پرورش کودکان، تأمین‌کننده نیازهای عاطفی و جنسی و هماهنگ‌کننده فعالیت‌های مرتبط با بخش کار هستند. هلمش^۶ و هیلر^۷ (۲۰۰۰ : ۶۱) اشاره دارند که

-
1. Mooney
 2. Mavreas
 3. social fact
 4. social definition
 5. social behavior
 6. Holmshow
 7. Hillier

نقش‌های مختلف زنان در چارچوب ساختارهای اجتماعی تنش‌زاست و گرچه نوعی آمادگی شناختی برای آنها به وجود می‌آورد، همزمان آن‌ها را مستعد بیماری‌های روانی می‌کنند.

براساس پارادایم تعریف اجتماعی، فرآیند جامعه‌پذیری زنان به گونه‌ای است که خود را از دریچه چشم دیگران می‌بینند و حتی در مواجهه با دیگر مردان و زنان، به نظر مردان بیشتر توجه می‌کنند. در فرهنگ پدرسالارانه، زنان خود را کمتر یا فرومایه‌تر از مردان در نظر می‌گیرند و هرچه ادراک در یک زن یا برداشتهای مسلط اجتماعی انعکاس بیشتری داشته باشد، احترام به خود بیشتر از بین می‌رود. در چنین وضعیتی، زن خود را فردی ناقص، نالایق، بیمار و محروم تصور می‌کند، یعنی ویژگی‌ها و نگرش‌های منفی که ارتباط مستقیمی با شدت بیماری افسردگی دارد.

پیامدهای چنین ادراکات تعمیم یافته‌ای ناشی از جامعه‌پذیری نقش‌های اجتماعی زنان است، زیرا زنان در فرآیند جامعه‌پذیری آن دسته از نقش‌ها و ویژگی‌هایی را درونی می‌کنند که آنها را مستعد بیماری روانی، به‌ویژه افسردگی می‌کند. احساس انفعال، وابستگی به دیگران، بی‌ارادگی و نداشتن قدرت و اختیار در زندگی از جمله این ویژگی‌هاست. اینکه زنان عمدتاً برای برعهده گرفتن مسئولیتهای سنگین پرورش نمی‌یابند، یکی از ویژگی‌های جامعه‌پذیری نقش‌های زنانه است که تظاهرات رفتاری آن به شکل وابستگی به فرد دیگر و انفعال باعث می‌شود که زنان در مقابل فشارهای محیطی به تسلیم شدن تمایل زیادی نشان دهند. پذیرش همین تعاریف قراردادی از نقش‌های زنانه هزینه‌های سنگین احساسی، روان‌پریشی، افسردگی و خودکشی را به دنبال دارد.

این ویژگی‌ها به همراه نگرش‌های منفی نسبت به خود در قالب مثلث شناختی^۱ تولید نوعی فشار روانی می‌کند. منظور از مثلث شناختی سه گونه شناخت است که شامل احساس داشتن عیب و نقص، احساس بی‌لیاقتی و ناکارآمدی و گرایش به ارائه تعاریف و تفسیرهای منفی از تجارب خود است که همگی در نقش‌های زنانه و ویژگی‌های رفتاری مربوط به آن موجود است.

تحریف شناختی^۲ نیز از جمله ویژگی‌های شناختی است که فرد را مستعد و آماده بیماری می‌کند. یکی از انواع تحریفات شناختی تفکر دوگانه‌ای است که در آن فرد تجارب خود را در یک یا دو طبقه متضاد ارزیابی می‌کند.

تحریف شناختی شایع‌ترین ویژگی شیوه شناخت زنان^۳ است که براساس آن زنان با دو عرصه از حیات اجتماعی و شخصی مواجه‌اند. در عرصه اول، هنجارهای سنتی مربوط به نقش و نوعی آگاهی مبتنی بر مفاهیم اقتدارگرایانه و ناشی از ایدئولوژی‌های جنسیتی شکل می‌گیرد و زنان آن را از طریق فرآیند جامعه‌پذیری می‌آموزند، اما با ورود به عرصه‌های دیگر حیات اجتماعی با نوع دیگری از آگاهی هم

1. cognitive triad

2. cognitive distortion

3. consciousness style

مواجه می‌شوند که در بردارنده مفاهیم غیر اقتدارگرایانه نسبت به نقش‌های آنهاست. دو پارگی حیات اجتماعی و شخصی موجب می‌شود که بین آن دسته از معانی که فرد به جنسیت خود نسبت می‌دهد و معانی وهنجارهای حاکم تضاد ایجاد شود و این دوگانگی موجب احساس بیگانگی اجتماعی در زنان شود یعنی خود را به‌طور ذهنی و احساسی از زمینه‌مندیهای اجتماعی^۱ جدا می‌پندارند و احساس انزوا می‌کنند. این احساس دوگانگی منجر به بیگانگی اجتماعی و در نهایت احساس افسردگی و بی‌زاری روانی در زنان می‌شود که در سطح روابط متقابل و ملموس بین افراد بروز می‌یابد.

بر اساس پارادایم واقعیت اجتماعی در رویکرد تولید اجتماعی بیماری روانی، عواملی مانند منزلت اجتماعی و نابرابریهای جنسیتی در زمینه کسب درآمد، قدرت، تحصیلات، قومیت، ساختار روابط قدرت و تقسیم جنسیتی کار در خانواده جزو عوامل ایجادکننده بیماری‌های روانی به‌ویژه افسردگی هستند. همچنین موقعیتهای ساختاری اجتماعی در فرصت‌های زندگی افراد تأثیر فراوان می‌گذارند. مجموعه مطالعات بسیاری بر این موضوع که موقعیتهای ساختاری و وضعیت اقتصادی/ اجتماعی به ایجاد و گسترش بیماریهای روانی کمک می‌کنند، تأکید کرده‌اند (دورنوند^۲ و دورنوند، ۱۹۷۴، دورنوند و همکاران، ۱۹۸۰).

فرض مسلم این است که طبقه اجتماعی با متغیرهای متعددی همبستگی دارد که مهمترین آنها فشار روانی است. مردم فقیر، به علت فقدان بهداشت، بیکاری‌های دوره‌ای و امثال آنها به نسبت افراد ثروتمند فشار روانی بیشتری تحمل می‌کنند. با اینکه فقر دامنگیر زنان و مردان است، اغلب زنان و دختران به علت وجود تبعیضات اجتماعی دچار محرومیت‌های مضاعف و فشارهای روانی بیشتری هستند. بیشتر کسانی که به افسردگی دچار می‌شوند، زنانی جوان، مجرد، فاقد تحصیلات کافی، بیکار یا دارای درآمد کم و منزلت اجتماعی پایین هستند. به گونه‌ای که افسردگی را دارای جهت گیری جنسیتی می‌دانند و علت اصلی شیوع آن را منزلت اجتماعی پایین و قدرت کم زنان در تصمیم‌گیری در خانواده و جامعه ارزیابی می‌کنند (محسنی تبریزی، ۱۳۷۲: ۶۴۲).

بدین ترتیب، برای مطالعه منشأ اجتماعی بیماری روانی افسردگی در زنان مدل علی/ توصیفی پیشنهاد می‌شود که متغیرهای مورد نظر در این مدل عبارتند از:

دسته اول، عوامل استرس‌زایی هستند که اگر با عوامل مستعدکننده همراه شوند، زنان را در مقابل افسردگی آسیب پذیر می‌سازند. متغیرهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی مانند منزلت اجتماعی پائین، سن، وضعیت تأهل و قومیت، به همراه نحوه گذراندن اوقات فراغت در خانواده، تقسیم جنسیتی کار و نوع روابط قدرت در خانواده عواملی استرس‌زا در نظر گرفته شده‌اند. میزان درونی‌کردن ویژگی‌های مربوط

1. social contextuality

2. Dohrenwend

به نقش‌های زنانه در میزان تأثیرپذیری فرد از حوادث استرس‌زا و نحوه مقابله با آن عوامل تأثیر می‌گذارد. بحران‌هایی مانند بیکاری، اختلافات زناشویی، مشکلات اقتصادی از عواملی استرس‌زایی هستند که بررسی می‌شوند.

دسته دوم متغیرها عوامل مستعدکننده‌ای هستند که نوعی آمادگی شناختی در زنان ایجاد می‌کنند و آنان را در برابر بیماری افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازند. برخی از این متغیرها مربوط به ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با نقش‌های زنان هستند که باعث ایجاد احساس انفعال، فقدان قدرت و بی‌اختیاری در زندگی و قابلیت اندک تأثیرگذاری در محیط می‌شود. این ویژگی‌ها با عنوان ویژگی‌های بیانی در مقابل ویژگی‌های ابزاری، نقش‌های اجتماعی زنان را مطرح می‌کنند.

از سوی دیگر، حیات اجتماعی و زندگی روزمره زنان نوعی آمادگی شناختی در شکل تحریف شناختی را تولید می‌کند. تفکر دوگانه به عنوان یکی از انواع تحریفات شناختی، را که یک براساس نظر دوروتی اسمیت مطرح کرد نتیجه دوگانگی حیات اجتماعی و شخصی زنان است (اسمیت، ۱۹۹۱: ۲۷). تفکر دوگانه زنان درباره نقش‌های اجتماعی خویش با وضعیت بی‌هنجاری همراه است که جدایی فکری و احساسی زنان از بسترها و زمینه‌های محیطی خویش را به دنبال دارد و موجب بروز افسردگی در آنان می‌شود. دسته سوم متغیرها نیز مربوط به حالات و روحیات منفی ایجاد شده در زنان به صورت بیماری افسردگی است. با مطالعه این متغیرها که در طیفی ارزیابی می‌شوند، می‌توان میزان ابتلا زنان را به آسیب‌های روانی سنجید.

این پژوهش با استفاده از رویکرد تولید اجتماعی و مدل نظری آمادگی شناختی / استرس انجام شده است. جامعه آماری این تحقیق شامل زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله، متأهل، سرپرست خانوار یا مجرد خود سرپرست در شهر تهران است که پس از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و استفاده از فرمول کوکران، ۶۲۵ نفر از این جامعه به عنوان جمعیت نمونه انتخاب شدند و بین آنها پرسشنامه توزیع شد.

عوامل اجتماعی موجد فشار روانی در زنان

یافته‌های تحقیق مؤید آن است که فرودستی اجتماعی / اقتصادی زنان که یکی از مؤلفه‌های مهم و عینی ساختارهای اجتماعی است، به بروز بیماری روانی در زنان طبقه پایین جامعه می‌انجامد چنانکه فراوانی استرس در زنان طبقات پایین اجتماع به نسبت زنان طبقات بالا گاه به بیش از ۲/۳ برابر می‌رسد. بنابراین رابطه معناداری بین متغیر فشار روانی و پایگاه اجتماعی / اقتصادی زنان وجود دارد و بهبود وضعیت اقتصادی / اجتماعی و دستیابی بیشتر زنان به منابع ارزشمند اجتماعی و اقتصادی از احتمال بروز فشار روانی در آنها می‌کاهد.

منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان ۹۵

همچنین هرگاه ساختار روابط قدرت در خانواده افقی و برابرگونه باشد، از میزان استرس زنان کاسته می‌شود. زنان، در خانواده‌هایی که روابط قدرت برابرگونه‌ای در آنها وجود دارد، ۱/۵ برابر کمتر از زنان خانواده‌هایی که ساختار قدرت عمودی و نابرابر در آنها حاکم است فشار روانی را تجربه می‌کنند.

بررسی توزیع فراوانی و نسبی تقسیم جنسیتی کار در خانواده‌های تهرانی حاکی از آن است که حدود ۶۰ درصد زنان در حد متوسط تا بسیار زیادی با این مسئله مواجه‌اند و نسبت به سایر زنان ۱/۷ برابر فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند. با توجه به همبستگی قابل قبول ۰/۱۵۷ می‌توان نتیجه گرفت که بازتولید اجتماعی وظایف مربوط به نقش‌های زنان در از دست دادن تعادل روانی و توان جسمانی زنان نقش مهمی دارند. وظایف خانه‌داری و نگهداری از فرزندان و کارهایی از این قبیل ساخت نایافته، ناپیدا و دارای موقعیت نازلی است و به نظر می‌رسد هیچ نتیجه نهایی ندارد، پادشاه‌های درونی یا بیرونی آن بسیار اندک است و خشنودی چندانی برای زنان فراهم نمی‌آورد.

جدول ۱. عوامل اجتماعی موجد فشار روانی زنان (درصد)

جمع	زیاد	متوسط	کم	فشار روانی عوامل اجتماعی
				پایگاه اجتماعی - اقتصادی
۳۷	۱۲/۵	۱۷/۱	۷/۴	پایین
۲۵/۵	۱۴/۲	۷/۸	۱۲/۵	متوسط
۲۷/۵	۷/۶	۵	۱۴/۹	بالا
۱۰۰	۳۴/۳	۲۹/۹	۳۵/۸	جمع
				روابط قدرت (افقی) در خانواده
۴۱/۳	۱۹	۹/۱	۱۲/۲	کم
۱۴/۹	۵/۸	۲/۳	۶/۸	متوسط
۴۲/۸	۱۳/۸	۱۰/۹	۱۹/۱	زیاد
۱۰۰	۳۸/۶	۲۲/۳	۳۹/۱	جمع
				تقسیم جنسیتی کار در خانواده
۳۹/۵	۱۵/۹	۹/۵	۱۴/۱	کم
۲۴	۸/۶	۷/۳	۸/۱	متوسط
۳۶/۵	۱۹	۶/۶	۱۰/۹	زیاد
۱۰۰	۴۲/۵	۲۲/۴	۳۳/۱	جمع

فشار روانی^۱ و بیماری روانی

فشارهای روانی زنان به‌طور وسیعی از مسائل و حوادث اجتماعی تأثیر می‌پذیرد. این فشارها حاصل نداشتن دسترسی یا دسترسی ناکافی به منابع ارزشمند اجتماعی یعنی پایگاه‌های اجتماعی/ اقتصادی، تقسیم جنسیتی کار و نوع روابط قدرت در خانواده است. این متغیرها همبستگی مستقیمی با بیماری روانی افسردگی دارند، چنانکه ضرایب همبستگی برای هر یک از آنها به ترتیب برابر ۰/۴۴۱ و ۰/۱۵۷ و ۰/۳۲۳ است. به عبارت بهتر، بیشتر فشارهای روانی زنان ناشی از ویژگی‌های منزلتی، وظایف تعریف‌شده و نقش‌های اجتماعی آنان است که از مؤلفه‌های مهم مدل آمادگی شناختی/ استرس، در ایجاد بیماری روانی زنان است.

آمادگی‌های شناختی و بیماری‌های روانی زنان

ماهیت محدود نقش‌های اجتماعی زنان، همراه با بی‌ارادگی، احساس وابستگی، انفعال و نداشتن اختیار در زندگی که حاصل جامعه‌پذیری نقش‌های اجتماعی زنانه است، نوعی آمادگی شناختی در زنان ایجاد می‌کند که آنان را هر چه بیشتر به سوی بیماری افسردگی سوق می‌دهد. از این رو، بیماری روانی حاصل نوعی تعامل بین گونه‌های ویژه‌ای از آمادگی شناختی ناشی از جامعه‌پذیری نقش‌های زنانه و رویدادهای استرس‌زای زندگی است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۶۳/۵ درصد از زنان مورد مطالعه تا حدود زیاد و بسیار زیادی ویژگی‌ها و نقش‌های زنانه را درونی کرده‌اند. مقایسه میزان برخورداری زنان دو گروه سالم و کاملاً سالم با زنان در آستانه افسردگی و کاملاً افسرده از ویژگی‌ها و نقش‌های زنانه نشان‌دهنده آن است که گروه دوم، یعنی زنان در آستانه افسردگی یا کاملاً افسرده ۳/۳۴ برابر بیشتر از زنان دیگر ویژگی‌های زنانه را درونی کرده‌اند.

تأثیر دوگانگی آگاهی در بروز بیماری روانی از مسائل مورد بررسی در این پژوهش است. آگاهی دوگانه، که نوعی آمادگی شناختی برای ابتلا به بیماری روانی است، ناشی از ناسازگاری میان واقعیت اندیشیده زنان با واقعیت نمونه‌های اجتماعی درباره همان تجربه است. مقادیر مربوط به میزان برخورداری زنان از مقادیر متوسط تا خیلی زیاد آگاهی دوگانه در دو گروه زنان کاملاً سالم و سالم با زنان در آستانه افسردگی و کاملاً افسرده نشان دهنده آن است که گروه دوم ۱/۵ برابر بیشتر دچار آگاهی دوگانه هستند. حدود ۵۹ درصد زنان به‌طور متوسط تا بسیار زیاد دچار بیگانگی اجتماعی‌اند که رقم بسیار قابل توجهی است و نشان می‌دهد درصد چشمگیری از زنان به‌طور ذهنی و احساسی از نظم اجتماعی پیش‌ساخته، که هنجارها و فرهنگ خاصی را تایید و تشویق می‌کند، فاصله گرفته‌اند. آن دسته از هنجارهای فرهنگی که مجموعه شرایطی را به وجود آورده، که قدرت زنان را به نابودی کشانده و مانع از مشارکت فعالانه آنان در امور مختلف اجتماعی و بیگانگی اجتماعی شده، دارای همبستگی قابل توجهی

جدول ۲. آمادگی‌های شناختی و بیماری روانی افسردگی در زنان (درصد)

افسردگی				بیماری روانی
جمع	افسرده	دراستانه افسردگی	سالم	
آمادگی‌های شناختی				
ویژگی شخصیتی نقش‌های زنانه				
				کم
۲۶/۸	۸	۶۲	۲۲/۶	متوسط
۲۲/۷	۱۲/۸	۴/۸	۵/۱	زیاد
۴۰/۵	۲۳/۹۵	۷/۱	۹/۴۵	جمع
۱۰۰	۴۴/۷۵	۱۷/۱	۳۷/۱۵	
بیگانگی اجتماعی				
				کم
۴۲/۵	۱۳/۲	۹/۶	۱۸/۷	متوسط
۲۲/۷	۸/۲	۵/۷	۹/۸	زیاد
۳۳/۸	۱۷/۵	۶/۲	۱۱/۱	جمع
۱۰۰	۳۸/۹	۲/۵	۳۹/۶	
آگاهی دوگانه				
				کم
۳۹/۲۲	۱۳/۲۲	۸/۹	۱۷/۱	متوسط
۱۹/۴۴	۶/۵۴	۴/۶	۸/۳	زیاد
۴۰/۸۴	۱۷/۰۴	۷/۱	۱۶/۷	جمع
۱۰۰	۳۷/۳	۲۰/۶	۴۲/۱	

(۰/۲۶۵) با بیماری‌های روانی افسردگی است.

مقایسه توزیع نسبی زنان در آستانه ابتلا به افسردگی، افسرده و کاملاً افسرده با زنان سالم و کاملاً سالم مشخص می‌کند که گروه اول نسبت به گروه دوم دچار مقادیر متوسط تا بسیار زیاد بیگانگی اجتماعی به میزان بیش از ۱/۵ برابرند.

برای پیش‌بینی متغیر وابسته افسردگی، متغیرهای مربوط به آمادگی شناختی شامل احساس بیگانگی اجتماعی، احساس انفعال و بی‌اختیاری در زندگی ناشی از نقش‌های جنسیتی زنانه و احساس استرس وارد مدل همبستگی شدند. مجموعه متغیرهای فوق ۳۸ درصد از تغییرات بیماری افسردگی را تبیین می‌کنند، در حالی که تمامی متغیرها در سطح بیش از ۵ درصد معنادار هستند (جدول ۳).

متغیر فشار روانی با افسردگی همبستگی مثبتی برابر ۰/۳۵۳ دارد. چنانکه پیش از این نیز مطرح شد استرس زنان از وضعیت اجتماعی/اقتصادی، نحوه تقسیم جنسیتی کار و نوع روابط قدرت در خانواده نشأت می‌گیرد. متغیرهای احساس بی‌اختیاری در زندگی، انفعال و بیگانگی اجتماعی با بیماری افسردگی به ترتیب ۰/۲۹۵، ۰/۱۶۱ و ۰/۱۰۷ همبستگی دارند.

جدول ۳. تحلیل واریانس بیماری افسردگی

افسردگی			
		۰/۶۱۶	ضرب همبستگی چندگانه
		۰/۳۸۰	مجنور ضرب همبستگی
		۰/۳۷۵	تعدیل شده
		۶/۳۸۰۱۵	خطای معیار معادله
متغیرهای وارد معادله شده	بتا	مقدار t	سطح معنادار t
استرس	۰/۳۵۳	۹/۴۲۴	۰/۰۰۰
احساس بی‌اختیاری در زندگی	۰/۲۹۵	۷/۰۹	۰/۰۰۰
احساس انفعال	۰/۱۶۱	۷/۸۸	۰/۰۰۰
بیگانگی اجتماعی	۰/۱۰۷	-۲/۸۶۹	۰/۰۰۴

نتیجه‌گیری

برخی مطالعات نشان داده‌اند که با کاهش فقر و محرومیت مطلق در جوامع مدرن، میزان سلامتی روانی زنان ارتباط گسترده‌ای با نابرابری‌های اجتماعی مرتبط با منزلت میان دو جنس از جمله در قدرت دارد (ایوار ال‌ستد^۱، ۲۰۰۲؛ ویلکینسون^۲، ۱۹۸۶، ۱۹۹۰، ۱۹۹۲، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶، الف، ۱۹۹۶ ب و ۱۹۹۷)، نتایج تجربی این بررسی نشان می‌دهد که آسیب‌های روانی/ اجتماعی زنان ایرانی بیش از آنکه ناشی از بالا رفتن آگاهی نسبت به تعارضات ناشی از دوگانگی حیات شخصی و اجتماعی آنان باشد، متأثر از عوامل ساختاری و نداشتن دسترسی به منابع عمومی و خصوصی است.

چنین به نظر می‌رسد که هنوز بخش عظیمی از زنان ایرانی به درجه‌ای از رفاه اجتماعی/ اقتصادی نرسیده‌اند که از فقر و محرومیت مطلق رهایی یابند. همچنین بخش وسیعی از زنان که براساس نقش‌های جنسیتی زنانه اجتماعی می‌شوند و این نقشها و صفات را درونی می‌کنند آثار زیانبار درونی کردن این نقشها در روان خود را تجربه می‌کنند.

به این ترتیب با تلفیق سه پارادایم واقعیت، تعریف و رفتار اجتماعی، می‌توان منشأ اجتماعی بیماری روانی افسردگی در زنان را تبیین کرد. همان‌طور که در مدل نظری و یافته‌های حاصل از پژوهش مطرح شد، برخی ویژگی‌های شناختی، زنان را مستعد ابتلا به بیماری روانی افسردگی می‌سازد که این ویژگی‌ها در شمار بازتولیدات اجتماعی نقش‌های جنسیتی زنانه است و تحت تأثیر ذهنیت‌های کلان اجتماعی قرار دارد. این وضعیت بر ادراک زنان از واقعیت‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارد و الگوهای معنایی را که به فعالیت در کنش‌های متقابل نسبت داده می‌شود معین می‌کند و زنان را به توجیه عقیدتی تجربه‌شان وا می‌دارد.

1. Ivar Elstad
2. Wilkinson

در پارادایم تعریف اجتماعی، رفتار زنان با توجه به نقش‌های اجتماعی تعریف می‌شود و این تعاریف افراد از خود چنان اهمیت دارد که در بهداشت روانی زنان به شدت تأثیر می‌کند. تعاریفی که بر اساس آن برداشته‌های مشترک از موقعیت‌ها حاصل می‌شود و گرچه تداوم زندگی اجتماعی را امکان‌پذیر می‌سازد، بیماری‌زاست. در چنین وضعیتی آشکار است که درونی کردن دیگری تعمیم‌یافته و حاصل هنجارهای مسلط اجتماعی باعث از بین رفتن امکان احترام به خود در زنان می‌شود و زنان خود را ناتوان، ناقص و نالایق می‌یابند. یعنی خصایصی را به خود نسبت می‌دهند که در شمار نگرش‌های منفی قرار دارد و با شدت علائم افسردگی ارتباط مستقیم دارد.

بر اساس پارادایم واقعیت اجتماعی و با دیدگاهی تضادگرایانه، وضعیت روانی زنان تحت تأثیر وجوه مختلف نظام قشربندی اجتماعی شامل نظام جنس/جنسیت و نابرابری‌های طبقاتی است. از سویی، الگوهای تقسیم جنسیتی کار و روابط قدرت تأثیرگذار است و موجب می‌شود زنان در موقعیتی نابرابر با مردان قرار گیرند و منزلت پایین‌تری داشته باشند که پیامدهای مختلفی از جمله فشار روانی و بیماری روانی را به دنبال دارد.

این فشارهای روانی متأثر از کیفیت روابط اجتماعی و تعاملات شخصی است. به عبارت بهتر، الگوبندی ساختار نابرابر جنسی در سطح کلان اجتماعی بافت پیچیده‌ای از کنش‌های متقابل میان زنان و مردان را به وجود آورده که به شدت آسیب‌زاست. این الگوها که بر تقسیم جنسیتی کار در خانواده تأثیر دارد، مشخص می‌کند که در روابط قدرت در خانواده چه کسی تعیین‌کننده و چه کسی تبعیت‌کننده است و بدین ترتیب با متأثر کردن فراگردهای جزء این کنش‌ها، روابط مختلف نقش را تعریف و برقرار می‌کند. از سوی دیگر، نابرابری‌های طبقاتی از طریق ایجاد دست‌یابی محدود و نابرابر خانواده به منابع ارزشمند به ایجاد و گسترش فشار و بیماری‌های روانی در زنان منجر می‌شود.

با توجه به پارادایم رفتار اجتماعی، آسیب‌های روانی/اجتماعی زنان را باید پیامد کیفیت همزیستی آنان در زندگی اجتماعی دانست که در آن کنش‌های انسان نتیجه رفتار نااندیشیده‌ای است و با نوعی برداشت بی‌رویه از نظام پاداش و تنبیه در قالب تقسیم جنسیتی کار و ساختار روابط قدرت در خانواده برانگیخته می‌شود، کنش‌هایی که از طریق ویژگی‌های نقش، آموخته شده و در زندگی روزمره به کار گرفته می‌شود.

پی‌نوشت

افسردگی: در کتاب راهنمای تشخیص و آمار اختلالات روانی انجمن روانپزشکان آمریکا (DSM-III-R)، سندروم افسردگی اساسی حداقل ۵ علامت دارد که شامل: داشتن اخلاق افسرده، نداشتن علاقه و احساس لذت، کاهش یا افزایش یافتن وزن، بی‌خوابی، پرخوری، تحریک یا کندی روان - حرکتی، احساس خستگی و نداشتن انرژی و نیرو، احساس بی‌ارزش بودن یا گناه، کاهش توانایی تفکر یا تمرکز و افکاری درباره مرگ در مدت دو هفته است که

نشان‌دهنده تغییر در حالات و روحيات قبلی است. حداقل یکی از علايم افسردگی، داشتن خلق افسرده یا فقدان احساس لذت و علاقه است. (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۰: ۱۴۶).

نقش‌های جنسیتی زنانه: نقش‌ها آن دسته از صفات انتسابی و انتظاراتی‌اند که در جامعه تعريف و تعیین می‌شوند. جنسیت نیز ساخته و پرداخته اجتماع است و زنان از طریق فرآیند جامعه‌پذیری به داشتن شخصیت و ویژگی‌های زنانه منسوب می‌شوند (آبرکرامی و دیگران، ۱۳۷۰: ۳۶۵).

پایگاه اجتماعی: دست‌یابی به سهمیه‌های متفاوتی از قدرت، مالکیت و احترام اجتماعی که جامعه آن را تعريف کرده است.

تقسیم جنسیتی کار در خانواده: دسته بندی وظایف خانگی بین مردان و زنان است.

روابط قدرت در خانواده: از آنجا که قدرت عبارت است از آن است که شخص در رابطه‌ای اجتماعی بتواند اراده‌اش را در دست‌یابی به اهداف مورد نظر اعمال کند، روابط قدرت با توجه به سه معرف اصلی، شیوه اعمال قدرت، ساختار قدرت و حوزه قدرت سنجیده شده‌اند.

بیگانگی اجتماعی: جدایی حالات، هیجانات و احساسات از زمینه‌مندی‌های اجتماعی که با توجه به طیف معتبر اسرول اندازه‌گیری شده است.

آگاهی دوگانه: ناسازگاری میان واقعیت اندیشیده افراد با واقعیت نمونه‌های اجتماعی در مورد همان تجربه در زندگی روزانه است (ریترز، ۱۳۷۶: ۵۱۱) که برای اندازه‌گیری آن از ناسازگاری میان متغیرهای مختلف آگاهی نسبت به هنجارهای جنسیتی، روابط قدرت در خانواده و تقسیم جنسیتی کار در خانواده استفاده می‌شود.

استرس: مجموعه شرایطی است که فرد در محیط کار و زندگی با آن روبه‌رو شده و دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکش‌های درونی می‌شود (لازاروس^۲ و فولکمن^۳، ۱۹۸۴).

منابع

- آبرکرامی و دیگران (۱۳۸۰) فرهنگ جامعه‌شناسی، ترجمه حسن پویان، تهران: چاپخش.
- احسان منش، م. (۱۳۸۰) «همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران، بازنگری برخی بررسی‌های انجام‌شده»، س ۶، ش ۴.
- افشاری منفرد، ژاله، جعفر بوالهیری و سیدعباس باقر یزدی (۱۳۷۶) «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در میان بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های عمومی شهر سمنان»، طب و تزکیه، ش ۲۶ (ویژه‌نامه گروه پزشکی)، ص ۱۵-۱۰.
- امیدی، عبدالله، اعظم طباطبایی، سیدعلی هازور و گوهرز عکاشه (۱۳۷۹) «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری شهرستان نطنز (اصفهان)»، اندیشه و رفتار، س ۷.
- باقری‌زاده، قادر (۱۳۷۳) بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری در دانش‌آموزان شهر یاسوج، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

۱۰۱ منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان

- یاقری یزدی، سیدعباس، جعفر بوالهروی و داود شاه‌محمدی (۱۳۷۳) «همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق روستایی مید یزد»، *اندیشه و رفتار*، س ۱، ش ۱، ص ۴۱-۳۱.
- بخشانی، نورمحمد محسن کیان‌پور و محمدرضا سراوانی (۱۳۷۷) «همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر زاهدان»، گزارش منتشر نشده.
- بهادرخان، جواد (۱۳۷۲) بررسی همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در مناطق روستایی گناباد (استان خراسان)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- پالاهنگ حسن، مهدی نصر، محمدنقی براهنی و داود پاشامحمد (۱۳۷۵) «بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان»، *اندیشه و رفتار*، س ۲، ش ۴، ص ۲۷-۱۹.
- جاویدی، حجت‌الله (۱۳۷۲) بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در منطقه مرودشت، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- ریترز، جورج (۱۳۷۶)، *نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، ترجمه محسن ثلاثی، ج ۲، تهران: علمی.
- کاپلان و دیگران (۱۳۷۶) خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، ج ۲، شهرآشوب.
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۷۲) «خودکشی در ایلام»، مؤسسه مطالعات و تحقیقات دانشگاه تهران.

- Ivar Elstad, J. (2002) "The Psycho-Social Perspective on Social Inequalities in Health", in Nettleton and Gustafsson (eds.) *The Sociology of Health and Illness Reader*, Blackwell Publishers.
- Holmshaw, Y. and S. Hillier (2000) *Women and Mental Health*, Edited by Doru Kohen, London: Routledge.
- Mooney, L., D. Knox, and C. Schacht (2002) *Understanding Social Problems*, United States of America: Wadsworth.
- Spence, J. and Helmreich (1978) *Masculinity and Femininity, Their Psychological Dimension, Correlates and Antecedents*, Austin: University of Texas Press.
- Stein, J. (1997) *Empowerment and Women's Health*, London: Zed books.
- Wilkinson, R.G. (1986) "Income and Mortality", in R.G. Wilkinson (ed.) *Class and Health Research and Longitudinal Data*, London and New York: Tavistock Publications.
- Wilkinson, R.G. (1990) "Income Distribution and Mortality: A Natural Experiment", *Sociology of Health and Illness* 12/ 4: 391-412.
- Wilkinson, R.G. (1992) "Income Distribution and Life Expectancy", *British Medical Journal* 8: 113-114.
- Wilkinson, R.G. (1993) "The Impact of Income Inequality on Life Expectancy", in S. Paltt, H. Thomas, S. Scott, and G. Williams, (eds.) *Locating Health Sociological and Historical Explorations*, Aldersnot Avebury.
- Wilkinson, R.G. (1994) *The Epidemiological Transition: Form Material Scarcity to Social Disadvantage*, Daedalus.
- Wilkinson, R.G. (1996a) "How Can Secular Improvements in Life Expectancy be Explained?" in D. Blane, E. Bruaner, and R. Wilkinson, (eds.) *Health and Social*

- Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*, London and New York: Routledge.
- Wilkinson, R.G. (1996b)** *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, London and New York: Routledge.
- Wilkinson, R.G. (1997)** "Health Inequalities: Relative of Absolute Material Standards?", *British Medical Journal* 22: 591-598.

مؤلفان

علیرضا محسنی تبریزی: دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران
پست الکترونیکی: mohsenitabrizi@yahoo.com

فریبا سیدان: استادیار گروه مطالعات خانواده و زنان دانشگاه الزهراء
پست الکترونیکی: fariba-seyedan@yahoo.com