



دانشگاه مازندران

ریاحی، محمد اسماعیل و محمودی، زینب (۱۳۹۵)، تبیین جامعه‌شناختی تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی با تاکید بر مفهوم خود خاموشی در نهاد خانواده (مطالعه موردی زنان و مردان ازدواج کرده‌ی شهر تهران)، جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی ۳ (۸)، ۱۹۳-۱۵۹.

تبیین جامعه‌شناختی تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی با تاکید بر مفهوم خود خاموشی در نهاد خانواده (مطالعه موردی زنان و مردان ازدواج کرده‌ی شهر تهران)

محمد اسماعیل ریاحی^۱ و زینب محمودآبادی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۰۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۵/۲۵

چکیده

مقاله‌ی حاضر به ارزیابی رویکردهای جامعه‌شناختی در باره‌ی تفاوت‌های جنسیتی در شکل‌گیری و تشدید افسردگی مردان و زنان و آثار آن در نهاد خانواده می‌پردازد. پرسش آن است که "نقش‌های جنسیتی" چگونه و با چه سازوکاری می‌توانند منجر به بروز میزان‌های متفاوتی از افسردگی در بین مردان و زنان متأهل شوند؟ به این منظور، با تلفیق نظریه‌های "نقش"، "قدرت و جنسیت" و "خودخاموشی" مدل نظری تحقیق تدوین شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر که به روش پیمایش انجام شده است، زنان و مردان متأهل ۲۰ تا ۴۵ ساله ساکن شهر تهران هستند که با استفاده از روش «نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای» ساده، تعداد ۷۲۰ نفر از آنان، انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه خوداجراء بوده است و داده‌ها، پس از کدگذاری و استخراج به وسیله نرم‌افزار SPSS با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهد که در مجموع، میزان افسردگی بر اساس "نقش‌های جنسیتی زنانه و مردانه" متفاوت است؛ بدین معنی که "نقش‌های جنسیتی زنانه‌ی غالب"، افراد را مستعد افسردگی می‌کند، در حالی که نقش‌های "جنسیتی مردانه‌ی غالب"، مانند سپری در مقابل افسردگی عمل می‌کند. هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بین میزان خودخاموشی و میزان افسردگی، رابطه مثبت و مستقیم وجود دارد.

کلید واژه‌ها: تفاوت‌های جنسیتی، نقش‌های جنسیتی؛ افسردگی؛ نهاد خانواده؛ خودخاموشی.

^۱ - دانشیار گروه علوم اجتماعی دانشگاه مازندران (نویسنده مسؤل) m.riahi@umz.ac.ir

^۲ - دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی دانشگاه مازندران، z.mahmudabadi@gmail.com

۱-مقدمه و بیان مسأله:

افسردگی یکی از علل اصلی ناتوان‌سازی افراد و جوامع است. بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۱۰، افسردگی دومین عاملی است که منجر به افزایش سال‌های عمر از دست رفته به واسطه (و یا زیسته با) ناتوانایی ناشی از بیماری‌ها و صدمات^۱ شده است. به طوری که افسردگی اساسی^۲ حدود ۸٫۲ درصد از بار بیماری‌های ناتوان‌کننده را به خود اختصاص داده است (فراری^۳، ۲۰۱۰). گزارش‌ها نشان می‌دهند که از رایج‌ترین بیماری‌های روانی در دنیا، اختلالات افسردگی و اضطرابی هستند. ۲۵ درصد افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در جهان، از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و نکته‌ی مهم این که نرخ افسردگی در جهان، به شکل روزافزونی در حال افزایش است (لمبرت^۴، ۲۰۰۶: ۴۹۸). گرچه در مورد میزان افسردگی در سطح ملی، آمارها اندک و بعضاً متفاوت و متناقض است؛ با این حال بر اساس نتایج یک مطالعه کشوری (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۹۰) میزان اختلالات روانی ۲۳/۶ درصد و نرخ افسردگی اساسی، ۱۲/۷ درصد گزارش شده است. همچنین، پژوهشی دیگر در شهر تهران، نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۰ در مجموع ۳۹/۶ درصد از شهروندان تهرانی (۴۲/۴ درصد زنان و ۳۶/۴ درصد مردان)، مشکوک به یکی از انواع اختلالات روانی بوده‌اند (نوربالا و همکاران، ۱۳۹۳) و میزان ابتلا به افسردگی، در حدود ۳۵ درصد گزارش شده که این میزان از ۲۳ تا ۴۸ درصد در مناطق مختلف شهر در نوسان بوده است (سنجش عدالت در تهران، ۱۳۹۰).

تفاوت در نرخ و نوع افسردگی در زنان و مردان، همواره موضوعی چالش برانگیز بوده است. زیرا در زمینه‌ی شیوع افسردگی بر اساس جنسیت، تناقضات بسیاری در نتایج تحقیقات دیده می‌شود، نتیجه‌ی برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افسردگی در زنان بیشتر از مردان است (حسینی ۱۳۹۰؛ خمسه ۱۳۸۶، آنگست^۵، ۲۰۰۲)؛ در حالی که در دیگ سوی این طیف، برخی پژوهش‌ها حاکی از افسردگی بیشتر مردان نسبت به زنان هستند (اسلامی، ۱۳۸۱). در این بین اما، برخی نیز تفاوت معناداری بین افسردگی زنان و مردان مشاهده نکرده‌اند (گرنٹ^۶،

^۱ Years lived with Disability , YLD

^۲ Major Depressive Disorder

^۳ Ferrari

^۴ lamber

^۵ Angst

^۶ Grant

۲۰۰۲). فرض این مقاله این است که دلیل وجود چنین تناقضاتی، تسلط رویکرد زیستی و پزشکی در مطالعه‌ی اختلالات روانی است.

علم روان‌پزشکی، به عنوان رشته‌ی مسلط در این زمینه، اختلال روانی را تحت تاثیر فیزیولوژی و شیمی بدن می‌داند (آنشنسل و فیلان^۱، ۲۰۰۶: ۶). با این حال، جامعه‌شناسان بر این باورند که تسلط رویکرد روان‌پزشکی، از سه طریق می‌تواند منجر به تناقضات در نتایج تحقیقات افسردگی شود:

الف- روان‌پزشکی به موضوع تفاوت‌های مردان و زنان در زمینه‌ی افسردگی، نگاهی تقلیل‌گرایانه داشته است؛ بدین معنی که جنسیت که اساساً متغیری اجتماعی و فرهنگی است و در قالب نقش‌های جنسیتی با طیفی از «زن بودگی» و «مردبودگی» مشخص می‌شود، به جنس (زن و مرد بیولوژیک) و یا همان «مذکر» و «مونث» بودن به عنوان متغیری زیستی، تقلیل داده شده است. از اینرو، می‌توان مشاهده نمود که جنسیت به عنوان متغیری اجتماعی در این‌گونه پژوهش‌ها، محو شده است و در عوض، اغلب محققان یک گروه از زنان را انتخاب کرده‌اند و برای توضیح علت افسردگی آنان، متغیر اجتماعی‌سومی از قبیل نژاد (لافونتانت^۲، ۲۰۰۷)، پایگاه اقتصادی اجتماعی (روکسبورگ^۳، ۲۰۰۹)، محیط خانواده (لیانگ^۴، ۲۰۱۳)، مهاجرت (مریسون^۵، ۲۰۰۸)، سن (میروفسکی^۶، ۱۹۹۶)، تعدد نقش (تانگ^۷، ۲۰۰۱)، بیوه‌گی (آمبرسون^۸، ۱۹۹۲)، وضعیت تاهل و معنای نقش (سیمون^۹، ۱۹۹۵)، حمایت اجتماعی (محمدی، ۲۰۱۱)، والدگری (کارلسون^{۱۰}، ۲۰۱۱)، فقر (بل^{۱۱}، ۲۰۰۳) و سایر موارد را لحاظ کرده‌اند.

ب- در برخی از تحقیقات اندکی که به «نقش‌های جنسیتی» توجه شده است، ابتدا این پیش‌فرض پذیرفته شده است که افسردگی بیماری زنانه است و سپس، پژوهش‌گران در پی

1 Aneshense & Phelan

2 Lafontant

3 Roxburgh

4 Liang

5 Morrison

6 Mirowsky

7 Tang

8 Umberson

9 Simon

10 Carlson

11 Belle

تبیین چرایی و کشف سازوکارهای این موضوع برآمده اند (نولن هوکسما^۱، ۲۰۰۳؛ چپوآ، ۲۰۰۷؛ بروان^۲، ۲۰۰۰؛ سپتوآ^۳، ۲۰۱۳؛ استوپارد^۴، ۲۰۱۰؛ بلی^۵، ۱۹۸۵؛ مزده، ۱۳۹۲؛ کریمی، ۱۳۸۹؛ زارع پور، ۱۳۹۱). گویی که تنها «زن» هستند که قربانیان نقش‌های جنسیتی‌اند و مردان، به عنوان واضعان و مدافعان نظام مردسالاری، شایسته‌ی هرگونه سرزنش و هجومی هستند. اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ایدئولوژی‌های پدرسالارانه در خصوص "مردانگی"، می‌توانند برای مردان همان‌قدر خطرناک و مخاطره‌آمیز باشند که برای زنان هستند (وایت، ۱۳۹۱: ۲۱۴).

ج- در تحقیقات انجام شده، سازوکارهای میانجی در اثرگذاری نقش‌های جنسیتی بر افسردگی، غایب است و معمولا شرایط نابه‌سامان زندگی نظیر فقر، بیوه‌گی، تعدد نقش، فقدان حمایت اجتماعی و ... مسئول افسردگی زنان معرفی می‌شوند. این در حالی است که صرف وجود شرایط نامساعد اقتصادی-اجتماعی، نمی‌تواند منجر به افسردگی زنان شود. آلی^۷، پس از مصاحبه با تعدادی از زنان در شمال آمریکا که در شرایط ناگواری مانند تهیدستی، ناامنی و غیره بوده‌اند، دریافت که میزان افسردگی در آنان، در سطح زیاد نبوده است؛ چرا که در آن منطقه، زنان خود ابرازی بالایی داشته و خودخاموشی برای یک زن در آن فرهنگ خاص، ارزش تلقی نمی‌شده است (جک و آلی^۸، ۲۰۱۰: ۴). در واقع، این صرف شرایط ناگوار نیست که باعث افسردگی می‌شود، بلکه عدم امکان اعتراض به شرایط و خود ابرازی است که می‌تواند منجر به افسردگی شود (کوکرین، ۱۳۷۶: ۵۴-۵۵).

از این رو، ادعای مقاله حاضر این است که انجام پژوهش جامعه‌شناختی در زمینه‌ی افسردگی، می‌تواند ضمن فراهم آوردن زمینه‌های تعامل بین رشته‌ای و تقویت پیوند بین حوزه‌های علوم اجتماعی، علوم رفتاری، و علوم پزشکی با یکدیگر، در گسترش و تعمیق مرزهای دانش داخلی و بالاصح گشودن دریچه‌های جدید و رویکردی نو به توصیف، تحلیل، و درمان افسردگی موثر باشد؛ تا جایی که بابی جدید در نگاه به افسردگی و درمان آن باز گردد و

¹ Nolen-Hoeksema

² Chew

³ Brown

⁴ Caputo

⁵ Stoppard

⁶ Blee

⁷ Ali

⁸ Jack & Ali

حاصل آن، غنی‌سازی تولید ادبیات نظری و پژوهشی در این حوزه باشد. لذا، مقاله‌ی حاضر، جهت برداشتن گام‌هایی اولیه به منظور رفع مشکلات سه‌گانه مذکور و نیز توضیح تناقضات موجود در زمینه‌ی تبیین ارتباط بین افسردگی و جنسیت، سعی دارد بر اساس فهم جامعه‌شناختی، به مطالعه اثرات "نقش‌های جنسیتی درونی شده" بر میزان افسردگی "زنان" و "مردان" متاهل، به طور هم‌زمان بپردازد.

۲- پیشینه پژوهش

۲-۱- پژوهش‌های تجربی

در پژوهش‌های داخلی، محسنی تبریزی و سیدان (۱۳۸۳)، مقاله‌ای با عنوان «منشأ اجتماعی بیماری افسردگی زنان» منتشر کردند. این مطالعه با استفاده از مدل علی-توصیفی با بهره‌گیری از روش پیمایش و تکنیک پرسش‌نامه در زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله‌ی ساکن شهر تهران انجام شده است. نتایج بررسی نشان می‌دهد که بیماری روانی افسردگی در زنان از عوامل متعددی تاثیر می‌گیرد که در شبکه‌ی پیچیده‌ای از روابط علی با یکدیگر قرار دارند. فشار روانی زنان دارای منشا اجتماعی است و با ساختارها و نظام اجتماعی ارتباطی وسیع و تنکاتنگ 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 پیشینه‌ی 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 خوداثربخشی در زنان، آنان را برای ابتلا به بیماری‌های روانی به ویژه افسردگی مستعدتر می‌سازد. احساس بیگانگی اجتماعی و دوگانگی آگاهی نیز در مقام عوامل اجتماعی موثر در بروز بیماری روانی زنان همبستگی معناداری با افسردگی داشته است.

خمس (۱۳۸۶) در مقاله‌ای نتایج مطالعه‌اش را در مورد «رابطه‌ی میزان افسردگی و طرح‌واره‌های نقشی جنسیتی در دانشجویان متاهل» منتشر کرده است. بر این اساس، گرچه بین میزان افسردگی دانشجویان متاهل زن و مرد، تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما میزان افسردگی، بر حسب طرح‌واره‌های نقش جنسیتی با یکدیگر تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه نشان داد که صرف داشتن ویژگی‌ها و طرح‌واره‌های زنانه، منجر به افسردگی نمی‌شود، بلکه این فقدان ویژگی‌های مردانه است که با ابتلای به افسردگی ارتباط دارد. در زمینه‌ی ارتباط بین نقش‌های زنانه و مردانه به صورت توأمان با سلامت روان می‌توان به

پژوهش انجام شده توسط عسگری (۱۳۸۹)، با عنوان «رابطه نقش جنسیتی (آندروژنی) را با بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دختر» اشاره کرد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین آندروژنی (داشتن ترکیبی از نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه) و بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد.

علی‌اکبری و همکاران (۱۳۹۰)، پژوهشی در زمینه‌ی «رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مولفه‌های آن در زنان شاغل» انجام دادند. پژوهشگران با استفاده از پرسش‌نامه‌های استاندارد "سلامت روانی گلدبرگ" و "مقیاس نقش جنسی بـم"، ۵۰۰ زن شاغل در ادارات، سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی شهر تهران را با روش پیمایش، مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که زنانگی، با سلامت روانی، و نیز مولفه‌های اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی، و افسردگی همبستگی معنی‌دار دارد، در حالی که مردانگی، هیچ‌گونه همبستگی معنی‌داری با اضطراب و افسردگی نداشته است.

از سوی دیگر، مروری بر پیشینه‌های خارجی در زمینه‌ی ارتباط جنسیت و افسردگی نشان می‌دهد که دوراتی^۱ (۱۹۹۸) با مطالعه‌ی «تفاوت‌های جنسیتی در خودخاموشی» در بین ۱۱۰۷ دانشجوی (۷۹۵ زن و ۳۲۲ نفر مرد)، دریافت که میزان خودخاموشی زنان و مردان مورد مطالعه تقریباً یکسان بوده و خودخاموشی با افسردگی، همبستگی مثبت داشته است. مطالعاتی از این دست در پژوهش‌های خارجی، نسبتاً متعدد و فراوان هستند (فراسر^۲، ۲۰۰۷؛ تن^۳، ۲۰۰۸). گرنتچ^۴ (۱۹۹۵) رابطه‌ی بین جنسیت، نژاد، افسردگی و خودخاموشی را در بین ۶۰۴ زن و مرد آفریقایی تبار، آسیایی، اسپانیایی و قفقازی مطالعه نمود. نتایج این بررسی نشان داد که خودخاموشی در زنان، بیشتر از مردان است و بین میزان خودخاموشی و نژاد، رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. همچنین بین میزان خودخاموشی زنان و مردان تمام گروه‌های نژادی و میزان افسردگی آن‌ها، رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار مشاهده شده است.

کار^۵ (۱۹۹۶)، در پژوهشی با عنوان «افسردگی و خودخاموشی در میان زنان؛ با در نظر گرفتن متغیر میانی نژاد»، به روش پیمایش و با کنترل دو متغیر درآمد و مطلوبیت اجتماعی، ۴۰ زن آمریکایی – آفریقایی تبار و ۴۰ زن سفید پوست را مورد بررسی قرار داد. یافته‌های

¹ Duarte

² Fraser

³ Tan

⁴ Gratch

⁵ Carr

پژوهش حاکی از آن بود که بین افسردگی و خودخاموشی زنان سفید پوست (قفقازی) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ ولی بین افسردگی و خودخاموشی زنان آفریقایی تبار رابطه‌ی معنادار وجود ندارد. وی با این استدلال که فرهنگ‌های مختلف، منجر به نگرش‌ها و ارزش‌های متفاوتی در این زنان شده است، تفاوت‌های حاصله را ناشی از جامعه‌پذیری متفاوت در فرهنگ‌های مختلف دانست.

آلی^۶ (۲۰۰۱) به مطالعه‌ی «قلمرو معنا^۷، خودخاموشی و افسردگی» در بین زنان مقیم کارائیب^۸ و زنان کانادایی که به کارائیب مهاجرت کرده بودند، پرداخت. منظور از قلمرو معنا، جنبه‌های خاص از زندگی است که فرد با آن‌ها هویت پیدا می‌کند و خود را با آن‌ها تعریف می‌کند. نتایج این پژوهش نشان داد که زنان کارائیبی، حوزه‌های هویت بخش خود را خانواده، دوستان و روابط صمیمی عنوان کرده‌اند، ولی زنان کانادایی حیطه‌های اصلی معنایابی خود را اهداف شغلی، شخصی و معنوی بیان کرده‌اند. زنان کانادایی، افسردگی و خودخاموشی کم‌تری نسبت به زنان کارائیبی داشته‌اند.

کارمر^۹ (۲۰۰۵)، در پژوهشی با عنوان «خودخاموشی و افسردگی در میان زنان و مردان: مدل مقایسه‌ای ساختاری»، با ورود متغیرهای عزت نفس^{۱۰}، خودپنهان‌سازی^{۱۱} و مردانگی^{۱۲} در یک مدل ساختاری، ۸۲۵ نفر را به روش پیمایش مطالعه کرده است. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که افسردگی زنان به صورت مستقیم با متغیرهای خودخاموشی، و اعتماد به نفس تبیین شده است؛ در حالی که متغیرهای خودخاموشی، خودپنهان‌سازی، و مردانگی پیش‌بین‌های افسردگی مردان بوده‌اند.

هارپر^{۱۳} (۲۰۰۶)، در مطالعه‌ای به بررسی رابطه‌ی بین ترس از طرد شدن^{۱۴}، افسردگی و خودخاموشی پرداخت. در این پژوهش که خودخاموشی، به عنوان متغیر میانجی بین ترس از طرد شدن و افسردگی در نظر گرفته شده بود، مشخص شد که هر چه افراد ترس بیشتری از طرد شدن داشته باشند، خودخاموشی بیشتری دارند و هر چه خودخاموشی بیشتری داشته

⁶ Ali

⁷ Domains of meaning

⁸ Caribbean

⁹ Carmer

¹⁰ Self esteem

¹¹ Self concealment

¹² Masculinity

¹³ Harper

¹⁴ Rejection Sensitivity

باشند، میزان ابتلا به افسردگی آنان افزایش می‌یابد و در این خصوص، تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده نشد.

ویفن^{۱۵} (۲۰۰۷)، در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه‌ی بین خودخاموشی و افسردگی با در نظر گرفتن اختلافات زناشویی با عنوان متغیر میانی»، ۱۱۵ زوج را به روش پیمایش بررسی کرده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که زنان و مردانی که ازدواج خود را ازدواجی سرشار از تضاد و اختلاف ارزیابی می‌کنند، تمایل بیشتری به خودخاموشی دارند. این افراد تظاهر به همراهی با آرا و نظرات همسر خود می‌کنند. هم‌چنین یکی از چهار زیرمقیاس خودخاموشی، یعنی ارزیابی خود با استانداردهای بیرونی، نقش متغیر میانی بین تضادهای زناشویی و افسردگی را داشته است.

اسویم^{۱۶} (۲۰۱۰) در مطالعه‌ی خود با نام «از خودخاموشی تا تبعیض جنسیتی»، دفترچه خاطرات روزانه دختران دانشجو را تحلیل کرده است. نتایج مطالعه‌ی او نشان داد دخترانی که باورهای خودخاموشی داشته‌اند، هنگامی که با تبعیض جنسیتی در زندگی روزمره خود مواجه می‌شوند، به این گونه تبعیض‌ها اعتراضی نمی‌کنند.

لیتل^{۱۷} (۲۰۱۱)، در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه‌ی بین تمایلات جنسی، خودخاموشی و افسردگی»، ۲۰۹ زوج نوجوان را به روش پیمایش مطالعه کرده است. مطابق یافته‌های این پژوهش، هنگامی که افراد خودخاموشی زیاد و تعداد روابط جنسی بالا با همسر خود دارند، به احتمال بیشتری در معرض خطر افسردگی قرار می‌گیرند.

هارست^{۱۸} (۲۰۱۳) نیز «تجربه‌ی تبعیض جنسیتی، خودخاموشی و اختلالات روانی» را در زنان دانشجو مطالعه نمود. از دانشجویان خواسته شد که علاوه بر بازگویی تبعیض‌های جنسیتی تجربه شده در یک سال گذشته، به بیان آن دسته از تبعیض‌های جنسیتی تجربه شده در طول عمرشان که تاثیر عمیقی بر روی زندگی آن‌ها گذاشته است، نیز بپردازند. نتایج این تحقیق نشان داد که خودخاموشی، متغیر میانی بین تجربه‌ی تبعیض جنسیتی و اختلالات روانی است. هر چه افراد تبعیض جنسیتی بیشتری را تجربه کنند، خودخاموش‌تر شده و در مقابل اختلالات روانی آسیب پذیرتر می‌شوند.

¹⁵ Wiffen

¹⁶ Swim

¹⁷ little

¹⁸ Hurst

پس از مروری بر پژوهش‌های داخلی و خارجی، می‌توان گفت پژوهش حاضر که به دنبال تبیین جامعه‌شناختی تفاوت‌های جنسیتی بر میزان افسردگی مردان و زنان می‌باشد، شاید دو تفاوت عمده با اندک تحقیقات داخلی انجام شده در این زمینه دارد؛ نخست آن که مهم‌ترین متغیر این پژوهش، «خودخاموشی» است که اگرچه مفهومی نو در مطالعات افسردگی در مقیاس جهانی است، اما در مطالعات داخلی انجام شده در مورد افسردگی، اساساً خودخاموشی مفهومی ناشناخته است. بنابر بعضی پژوهش‌ها، مفهوم، نظریه و مقیاس خودخاموشی، تا به حال در ۱۰۰ مطالعه‌ی منتشر شده در ۱۸ کشور استفاده شده است (آلی و جک، ۲۰۱۰: ۱۱)؛ با این حال، تا جایی که نویسندگان این مقاله جستجو نموده‌اند، به نظر می‌رسد که پژوهشگران داخلی در حوزه‌های علمی مرتبط با سلامت روان و به‌ویژه مبحث افسردگی (جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی و ...)، تاکنون پژوهشی در این زمینه انجام نداده‌اند. دوم آن که برخلاف مطالعات پیشین، این پژوهش به منظور فهم تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی، خود را محدود به سنجش جنس "مذکر" و "مونث" نکرده و با گسترش مفهوم جنسیت به "نقش‌های جنسیتی درونی شده" در مردان و زنان، در پی فهم اثرات این نقش‌های جنسیتی، بر میزان افسردگی مردان و زنان متاهل می‌باشد.

۲-۲- چهارچوب نظری

در این مطالعه از ترکیب نظریه‌های «خودخاموشی»، «نقش» و «قدرت، جنسیت و احساسات»، به عنوان چارچوب نظری استفاده شده است.

نظریه خودخاموشی

یکی از نظریه‌های اساسی که در ساز و کار منتهی به افسردگی مد نظر است، تئوری «خودخاموشی»^۱ دنا کرولی جک^۲ است. خودخاموشی به معنای وجود شکاف بین آن چیزی است که فرد احساس می‌کند و می‌خواهد، با آن چیزی که می‌گوید و یا عمل می‌کند (گیلیگان: ۲۰۱۰، ۱۱). مفروض اصلی این نظریه تحلیل روابط صمیمی زنان، جهت تبیین افسردگی آن‌ها است. زیرا برقراری روابط نزدیک یک انگیزه‌ی اساسی در طول زندگی زنان است. انگاره‌های رابطه‌ای زنان افسرده، شماری از رفتارها مانند از خودگذشتگی و خودخاموشی را نشان می‌دهد و انگاره‌های شناختی این زنان در باب چگونگی خلق و حفظ روابط صمیمی و

¹ self-silencing theory of women's depression

² Dana Crowley Jack

ایمن، آنان را بر آن داشته تا نیازهای دیگران را رجحان داده و احساسات و تمایلات خودشان را سرکوب کنند. این خاموش کردن صدای خود، با کاهش عزت نفس و احساس «فقدان خویشتن» همراه است (جک، ۲۰۱۱: ۵۲۴).

اما مسئله این‌جاست که زنان نمی‌توانند از این خودخاموشی تخطی کنند (گیلیگان ۲۰۱۰: ۱۰)، زیرا هنگامی که زنان از هنجارهای مسلط فاصله می‌گیرند، در وهله‌ی اول این خودشان هستند که احساس و ارزیابی منفی ای نسبت به خود دارند. تصور منفی نسبت به خود، حاکی از وجود هنجارهای مسلطی است که فرد احساس می‌کند با آن‌ها فاصله دارد. تضادهای درونی زنان در مورد این‌که چگونه باید باشند، منجر به این می‌شود که آنان دارای یک خودِ دوگانه و تقسیم شده بشوند (آنچه هستند و آنچه باید باشند یا خود ایده آل و خود واقعی). این تقسیم بندی خود، مبنای اصلی خودخاموشی در زنان می‌گردد و این طرح‌واره‌های خودخاموشی در روابط، منجر به آسیب‌پذیر شدن زنان در مقابل افسردگی می‌شود (جک، ۲۰۱۰: ۵).

خودخاموشی یا به عبارتی «ساکت کردن خود»، در زنان نه یک انتخاب فردی، بلکه اجباری برآمده از دل فرهنگ پدرسالاری است. بر اساس این اجبار، هویت زنان بر مبنای میزان پذیرش آنان در دنیای مرد محور ساخته می‌شود. فرایند تنظیم خود بر اساس استانداردهای مورد نظر جامعه، زمینه‌ی شکل‌گیری افسردگی را به بار می‌آورد. زیرا هزینه‌ای که فرد برای برخورداری از امنیت و صمیمیت در رابطه صرف می‌کند، منجر به تجربه یک «خود چند پاره» می‌شود که پیامد آن افزایش خشم و نارضایتی درونی او است (اسویم، ۲۰۱۰: ۴۹۳-۴۹۴).

به صورت کلی می‌توان گفت که نظریه خودخاموشی با چهار مفهوم اساسی، به تبیین رابطه بین خود خاموشی و افسردگی می‌پردازد؛ (۱) ارزیابی بیرونی خود (دیدن و قضاوت کردن خود بر اساس معیارهای خارجی)؛ (۲) مراقبت از دیگران به قیمت قربانی کردن خود (ایمن کردن پیوندها با رجحان دادن نیازهای دیگران به نیازهای خود)؛ (۳) خاموش کردن خود (جلوگیری از ابراز وجود و اقدام در جهت ممانعت از برخورد و قطع احتمالی رابطه)؛ و (۴) خود تقسیم شده (ارائه‌ی یک خود بیرونی که با تجربه و خواسته‌های درونی متفاوت است؛ تجربه‌ی چندپارگی درونی) (جک، ۲۰۱۰: ۶). نکته‌ی اصلی «نظریه خودخاموشی» این است که افسردگی در زنان، شاخص و نشانه‌ی مقاومت آن‌ها در برابر خاموش‌سازی خود است (گیلیگان، ۲۰۱۰: ۱۰). زنان به پذیرش درماندگی یا «درماندگی آموخته شده» روی می‌آورند و چون امیدی به نجات ندارند، نشانه‌های افسردگی در آنان نمایان می‌شود. این فرایند که تنیده در شرایط اجتماعی است، باعث افزایش افسردگی می‌شود (جک، ۲۰۱۱: ۵۲۵).

با این که نظریه خودخاموشی در ابتدا برای تحلیل افسردگی زنان طرح ریزی شد، اما مطالعات بعدی نشان داد نظریه خودخاموشی، قادر به تبیین افسردگی مردان نیز می باشد؛ با این تفاوت که ساز و کار تاثیرگذاری خودخاموشی در مورد مردان این گونه است که مردان برای همنوایی با کلیشه های جنسیتی مردانه، نظیر؛ کنترل و عدم بروز احساسات شان، پذیرش خطرات، نشان دادن مسؤلیت پذیری، اتکای به نفس و استقلال، اقدام به «خودخاموشی» می کنند (اسمولاک^۱، ۲۰۱۰، ۱۴۲).

نظریه طرح واره های جنسیتی

تقریباً تمام تئوری ها حوزه ی جامعه شناسی جنسیت هم نظرند که افراد زنانگی و مردانگی را در جامعه می آموزند. اما فارغ از اینکه فرد این نقش ها را از کجا می آموزد، ساندرا بَم این سوال را مطرح می کند که فرد دقیقاً چه چیزی را می آموزد؟ او در پاسخ به این سوال، نظریه طرح واره های جنسیتی را در سال ۱۹۸۱ ارائه کرد. به نظر او تفاوت بین زن و مرد از عناصر اساسی سازمان دهی شده در هر فرهنگ است. هر فرهنگ نقش های خاص جنسیتی را در افراد از دوران کودکی جامعه پذیر می کند. جوامع و فرهنگ های مختلف، نه تنها از دختران و پسران انتظار دارند که مهارت های خاص مخصوص به جنس خود را بیاموزند، بلکه به آن ها القا می کنند که نگرش های خاصی به خودشان^۲ (خودپنداره) و جنسیت شان داشته باشند. از نظر بَم، این ساختار اجتماعی است که منجر به شکل گیری نقش های جنسیتی و طرح واره های ذهنی می شود (بَم^۲، ۱۹۸۱: ۳۵۵-۳۵۴). در واقع تشکیل کلیشه های جنسیتی، بازتاب طبیعی کاربرد طرح واره های جنسیتی است، زیرا کلیشه های جنسیتی، مجموعه ای از باورهای مشترک فرهنگی درباره صفات شخصیتی و سایر ویژگی های مردان و زنان است (خمسه، ۱۳۸۵: ۳۲۸).

اما نکته ی مهم این است که پردازش یک چنین طرح واره ای، رفتارهای مربوط به نقش جنسیتی را در تمام حوزه های رفتاری ممکن، تحت تأثیر قرار می دهد (کاپلن و مارکس^۴، ۱۹۹۵: ۲۰۷). در نتیجه، زنان نسبت به مردان شادی، غم و ترس را بیش تر بروز می دهند، ولی مردان خشم را بیش تر از زنان ابراز می دارند (گلوببرگ، ۱۳۹۳: ۲۲۶). به صورت مشخص تر، پسران پرخاشگر، دوست داشتنی تر و با مهارت اجتماعی بالاتر نسبت به پسران غیر پرخاشگر قضاوت می شوند. در مقابل، دختران پرخاشگر نسبت به دختران غیر پرخاشگر، کم تر دوست

1 Smolak

2 Self Concept

3 Sandra Bem

4 Kaplan, Marks

داشتنی قضاوت می‌شوند و دختران پرخاشگر در روابط با گروه هم‌سالان، با مشکلات عدیده‌ای مواجه خواهند بود. در کل، احساساتی که روابط اجتماعی را تسهیل می‌کنند، مانند محبت، حمایت و شادابی به عنوان رفتار مناسب برای زنان تجویز می‌شود (برادی^۵، ۲۰۰۰: ۲۶)، در حالی که مردانگی، با جرأت‌ورزی، تسلط، پرخاشگری، استقلال و ریسک‌پذیری مترادف دانسته می‌شود (رزنفیلد و اسمیت^۶، ۲۰۱۰، ۲۶۵).

به علت طرح‌واره‌های جنسیتی، زنان عموماً به جای ابراز آشکار هیجان، به فکر نگهداشت روابط صمیمانه‌ی خود با دیگران هستند، اما همین سرکوب هیجان‌ات و خشم، منجر به افسردگی آنان می‌شود. در واقع زنان با رعایت طرح‌واره‌های جنسیتی، درون چرخه‌ی "افسردگی ساز" می‌افتند: درون ریزی، علائم افسرده‌ساز، اعتقاد به مضر بودن واکنش‌های هیجانی و در نتیجه، بیگانگی بیشتر فرد با خویش که در نهایت منجر به افسردگی می‌شود (آبوت و والاس، ۱۳۸۰: ۱۸۰). اما نکته‌ی مهم این‌که طرح‌واره‌های جنسیتی، سلامت روان مردان را نیز تهدید می‌کند، زیرا "تحت تاثیر این طرح‌واره‌ها، مردان، بیشتر احساسات‌شان را کنترل می‌کنند،" پدیده‌ای که به آن «عاطفه‌ی محدود شده» می‌گویند (لوانت^۷، ۱۹۹۵). چهار خصیصه‌ی محوری مردانگی امروزی، شامل؛ استقلال، موفقیت، تهاجم و احساسات کنترل شده است "جانسز^۸، ۲۰۰۰: ۱۶۶-۱۶۸). از سوی دیگر، مطالعات نشان می‌دهند که افسردگی را می‌توان به عنوان پیامدی هم از مردانگی تحقق‌یافته و هم مردانگی تحقق‌نیافته دید. مردانگی تحقق‌یافته، خشم‌ناک و رقابت‌پذیر است و مردانگی تحقق‌نیافته نیز ارزیابی بی‌ارزشی خود را در پی دارد که نتیجه‌ی هر دوی این موارد، پریشانی روانی است (والکونن و هاننن^۹، ۲۰۱۲: ۱). همین تفاوت‌های طرح‌واره‌های جنسیتی به‌نوبه‌ی خود، اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی را در زنان و مردان تسهیل می‌کنند. بدین طریق، تفاوت‌های جنسیتی منجر به درونی‌سازی اختلالات در زنان (افسردگی و اضطراب) و بیرونی‌سازی اختلالات در مردان (پرخاشگری و رفتارهای ضد اجتماعی) می‌شود (رزنفیلد، ۲۰۰۶: ۲۱۶).

نظریه قدرت، جایگاه و احساسات

⁵ Brody

⁶ Rosenfield & Smith

⁷ Levant

⁸ jansz

⁹ Valkonen , Ha'nninen

نظریه قدرت و جایگاه، به باورهای فرهنگی منتج به "اجتماعی شدن احساسات" و تاثیر ساختارهای اجتماعی متفاوت افراد از لحاظ جایگاه و موقعیت، در شکل‌گیری احساسات مختلف می‌پردازد. از سوی دیگر این نظریه، به تبیین فرایند تبدیل شدن ارتباط بین جنسیت و احساسات به عاملی برای تحول اجتماعی یا حفظ وضعیت موجود می‌پردازد و چگونگی به کار گرفته شدن احساسات جنسیتی را نشان می‌دهد. این نظریه تبیین می‌کند که ساختارهای نهادینه شده‌ی نابرابری جنسیتی، چگونه احساسات جنسیتی را در سطح فردی ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر، ابراز احساس به مثابه‌ی اعمال قدرت تلقی می‌شود. از دید این نظریه، دو بعد قدرت و جایگاه در تعیین نوع رفتار و روابط اجتماعی کنشگران دخیل است. در واقع روابط اجتماعی، به منزله‌ی روابط "قدرت- جایگاه‌ای" هستند؛ بدین معنا که، بازیگرانی که در یک مکان در مقابل هم جایگاه ویژه‌ای دارند از خلال ابعاد قدرت- جایگاه تعریف می‌شوند (کمپر^{۱۰}، ۲۰۰۶: ۹۷).

قدرت

در رابطه‌ای که در آن فرد حس کند قدرت‌اش کافی نیست، احساس «فقدان قدرت خود» بروز می‌کند که با احساسی از ترس و اضطراب همراه است. فرد دغدغه‌ی این را دارد که نتواند جلوی دیگری را در اعمال زور برای وا داشتن او به انجام کاری که دوست ندارد، بگیرد. «قدرت بیش از اندازه دیگری»، پدیدآورنده احساس ترس و اضطراب است. از سوی دیگر «قدرت بیش از اندازه خود» در زمانی به وجود می‌آید که یک فرد حس می‌کند قدرت فردی بیش از اندازه ای دارد و این قدرت، با نوعی احساس گناه همراه است که پیامد آن، می‌تواند بروز احساسات ناخوشایندی نظیر: پشیمانی و ندامت، احساس انجام کار بد و نامناسب، و ستمگری به دیگران از طریق اعمال شیوه‌های زورگویانه باشد (کمپر، ۲۰۰۶: ۹۸).

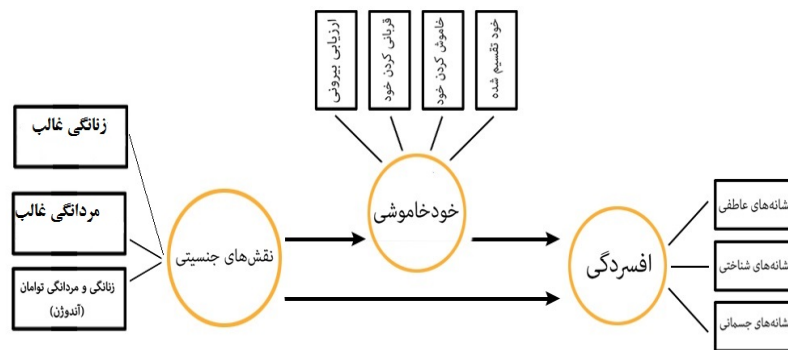
جایگاه

در کنار بحث چگونگی قدرت، موضوع چگونگی جایگاه نیز امری مهم در فرایند منتهی به بروز احساسات و در نتیجه، انجام رفتارهای افراد است. هنگامی که کسی معتقد است جایگاه مناسبی از طرف دیگران دریافت نمی‌کند، احساس مورد انتظار، می‌تواند ترکیبی پیچیده از ناراحتی- افسردگی و خشم باشد. در مورد خشم، تمرکز فرد بر ناعادلانه بودن محرومیت و حماقت و بداندیشی دیگرانی است که او را از جایگاه حق‌اش محروم کرده‌اند (کمپر، ۲۰۰۶: ۹۷).

¹⁰ kemper

۱۰۰)، اما این که کدام یکی از حس‌های ناراحتی- افسردگی یا خشم مسلط شوند، به چگونگی اختصاص یافتن مسئولیت یا عاملیت بستگی دارد.

"در نتیجه‌ی همین تلفیق جایگاه و قدرت، «کلیشه‌های احساس- جنسیت»، زنان را بیش از مردان، ابراز کننده‌ی احساسات می‌دانند(فیشر و منستد^{۱۱}، ۲۰۰۰)، زیرا بروز میزان‌های بیشتری از خشم، به مردانگی مرد منتسب است تا زنانگی (فابس و مارتین^{۱۲}، ۱۹۹۱). هم‌چنین ابراز خشم توسط مردان ممکن است میزان موفقیتی را که دریافت می‌کنند، افزایش بدهد. بنابراین، شیلدز^{۱۳} (۲۰۰۲) معتقد است تفاوت‌های جنسیتی در تجربه‌ی خشم، احتمالاً از تفاوت در کلیشه‌های جنسیتی درونی شده برمی‌خیزد. در مجموع، مردان بیشتر و شدیدتر از زنان در موقعیت بروز خشم قرار می‌گیرند. از این‌رو، خشم ممکن است بیش از آن که موجب دستیابی به یک موقعیت و جایگاه باشد، محصول و پیامد آن باشد" (شیلدز و همکاران، ۲۰۰۶: ۷۳). در مجموع بر اساس سه نظریه‌ی انتخابی خودخاموشی، طرح‌واره‌های جنسیتی و نظریه «قدرت، جایگاه و احساسات»، مدلی در رابطه با تبیین اجتماعی افسردگی طراحی شد(شکل ۱).



شکل شماره ۱:

مدل نظری پیشنهادی جهت تبیین رابطه نقش‌های جنسیتی و افسردگی

¹¹ Manstead

¹² Fabes and Martin

¹³ Shields

رویکرد اصلی مدل نظری پیشنهادی آن است که تفاوت در نقش‌های اجتماعی، می‌تواند منتج به نوع متفاوتی از مواجهه با مشکلات و فشارهای عصبی برآمده از موقعیت‌های دشوار نقشی، در بین زنان و مردان شود. زنان به دلیل ایفای نقش‌های برآمده از تقسیم کار جنسیتی، در مقایسه با مردان با فشارهای بیشتری روبرو هستند. این نقش‌های جنسیتی شده، باورهای را در "خود" بازتولید می‌کند که منجر به فرصت‌های نابرابر و محدودیت‌های ساختاری می‌گردد. همچنین، همین تفاوت در نقش‌های جنسیتی، می‌تواند منشاء حفظ و بازتولید نابرابری‌های جایگاه قدرت در زنان و مردان باشد. در واقع زنان و مردان به دلایلی که بدان‌ها اشاره شده و به دلیل نوع هویت‌یابی که بر ساخته‌ی انتظارات فرهنگی جامعه است، انگاره‌های شناختی/ رابطه‌ای متفاوتی را در خود درونی می‌کنند که این انگاره‌ها، می‌توانند منتج به رفتارهای مختلف در برخورد با موضوعات رابطه‌ای در سطح خانوادگی و اجتماعی در بین زنان و مردان شوند.

نادیده گرفتن "خود" در زنان، به دلیل پایبندی به آنچه باورهای فرهنگی جامعه از آن‌ها می‌خواهد، موجب بی‌توجهی به عزت نفس و شکل‌گیری احساس «فقدان خویشتن» در آن‌ها است. ساکت کردن ناخواسته خود و قضاوت در مورد عملکردهای خود با توجه به باورها و استانداردهای بیرونی و مطابق فرهنگ جامعه، در طول زمان نوعی ناراضی‌درونی را موجب شده که پیامد نهایی آن به شکل افسردگی متوجه فرد و جامعه است. خاموش کردن خویشتن، مانعی بر عملکردهای خود انگیزه‌فردی است که در نتیجه آن سرکوب، تقطیع، خشم و اندوه پدید می‌آید. این امر زمینه بروز از خود بیگانگی، تقطیع و در نهایت افسردگی در زنان و مردان است. نکته مهم آن است که اگر چه مردان به دلیل تفاوت‌هایی که در نقش‌های اجتماعی، جایگاه قدرت و کلیشه‌های جنسیتی نقشی دارند، سطح متفاوتی از افسردگی را تجربه می‌کنند، اما آن‌ها نیز با سازوکار متفاوتی با این مسئله مواجه هستند؛ بدین معنی که مردان نیز برای هم‌نوایی با کلیشه‌های جنسیتی سنتی مردانه در شکل عدم بروز احساسات، مجبور به خاموش کردن خود می‌باشند. در واقع زنان و مردان به صورت‌های مختلف، تحت سیطره قدرت ساختارهای حاکم بر جامعه هستند که می‌تواند سلامت روان و بهزیستی ذهنی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد.

فرضیه‌ها

– میزان افسردگی در گروه‌های مختلف نقش‌های جنسیتی (زنان‌های غالب، مردانه‌ی غالب، "زنانه و مردانه توامان"، نامتمایز)، متفاوت است.

- میزان خودخاموشی در گروه‌های مختلف نقش‌های جنسیتی (زنانه‌ی غالب، مردانه‌ی غالب، "زنانه و مردانه توامان"، نامتمایز)، متفاوت است.
- با افزایش میزان خودخاموشی، میزان افسردگی نیز افزایش می‌یابد.

۳- روش

پژوهش حاضر در قالب پژوهش‌های کمی و به روش پیمایش انجام گرفته است. جامعه آماری این تحقیق، تمام زنان و مردان ۲۰ تا ۴۵ ساله^۱ متاهل (دارای همسر) ساکن تهران بودند بودند که طبق آخرین سرشماری اعلام شده (۱۳۹۰)، تعداد آنان معادل ۲۳۵۸۴۴۱ نفر بوده است. با توجه به تراکم جمعیتی شهر تهران، جهت افزایش دقت تحقیق، سعی شد تا واریانس متغیر وابسته (افسردگی) بررسی شده و براین مبنای شهر تهران تقسیم‌بندی گردد. جهت این محاسبه و تقسیم‌بندی، از نتایج طرح سنجش عدالت در شهر (۱۳۹۰) استفاده شده است. در این طرح، افسردگی ۲۳ هزار نفر در سطح تهران مورد سنجش قرار گرفته شده و نتایج این پیمایش حاکی از آن است که دامنه‌ی تغییرات افسردگی در مناطق تهران از ۲۳ درصد تا ۴۸ درصد در نوسان بوده است. لذا با توجه به دامنه تغییرات در نرخ افسردگی در میان ساکنان مناطق ۲۲ گانه‌ی شهر تهران، در مجموع سه طبقه‌ی کلی، تحت عنوان افسردگی کم (شیوع ۲۳ تا ۳۲ درصد)، افسردگی متوسط (شیوع ۳۲ تا ۴۰ درصد) و افسردگی زیاد (شیوع ۴۰ تا ۴۸ درصد) ساخته شد. نتایج تحلیل داده‌های این پیمایش نشان می‌دهد که مناطق عمدتاً شمالی شهر شامل مناطق ۱، ۲، ۳، ۵، ۶، ۹، و ۱۰ جزو مناطق دارای کم‌ترین افسردگی زنان و مردان (با شیوع ۲۳ تا ۳۲ درصد) بوده است، در حالی که مناطق عمدتاً جنوبی شهر تهران، شامل مناطق ۱۲، ۱۵، ۱۸، و ۱۹ دارای بیشترین میزان افسردگی (نرخ شیوع بین ۴۰ تا ۴۸ درصد) بوده‌اند. همچنین، سایر مناطق شهر تهران که عمدتاً در مناطق مرکزی شهر قرار داشته‌اند، از جمله مناطق ۴، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۱، و ۲۲ جزو مناطق دارای افسردگی متوسط (شیوع ۳۲ تا ۴۰ درصد) گزارش شده‌اند. لذا جهت افزایش واریانس متغیر وابسته، از هر سه گروه، یک منطقه به تصادف به عنوان نماینده انتخاب شد. پس از طی کردن این فرآیند، حجم نمونه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای با روش انتساب بهینه در سه منطقه‌ی ۶

^۱ با توجه به این که در پایلوت پرسشنامه، مشکلاتی نظیر عدم پاسخگویی از سوی افراد سالمند ایجاد شد و با توجه به این که آزمون‌های روان‌شناسی نیازمند حدی از سواد و خودآگاهی هستند، لذا جامعه‌ی آماری به زنان و مردان دارای همسر ۲۰ تا ۴۵ ساله ساکن شهر تهران محدود شد.

(نماینده‌ی افسردگی کم)، منطقه‌ی ۱۶ (نماینده‌ی افسردگی متوسط) و منطقه‌ی ۱۹ (نماینده-ی افسردگی زیاد) با احتمال خطای یک درصد، ۷۰۰ نفر برآورد گردید.

اعتبار و پایایی ابزار

برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ی استفاده شده در این تحقیق، ابتدا یک پرسشنامه مقدماتی با توجه به پیشینه‌های داخلی و خارجی در این زمینه تهیه شد و با تعدادی از متخصصان و اساتید مشورت گردید، پس از تست پایلوت، نقایص برطرف شد و این نتیجه به وجود آمد که شاخص‌هایی که در پرسشنامه به کار رفته‌اند، دارای اعتبار محتوی هستند. برای سنجش پایایی ابزار و مقیاس‌های مورد استفاده از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. اطلاعات با ابزار پرسش‌نامه‌ی خوداجراء گردآوری شده است. پرسش‌نامه‌ی نهایی، با استفاده از سه مقیاس استاندارد "نقش‌های جنسیتی بم" (۱۹۸۱)، "خودخاموشی جک" (۱۹۹۱) و "افسردگی بک" (۱۹۹۶)، و نیز برخی متغیرهای زمینه‌ای طراحی و تدوین گردید. میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های افسردگی ۰،۸۷، نقش‌های جنسیتی ۰،۸۴ و خودخاموشی ۰،۸۵ گزارش شده است.

سنجه‌ها

افسردگی: این پژوهش به بررسی افسردگی به عنوان یک اختلال روانی و بالینی می‌پردازد. افسردگی بالینی حالتی از خلق است که با کاهش حرمت خود، احساس بی‌کفایتی، عدم شایستگی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است. با توجه به نسخه پنجم کتاب راهنمای تشخیص و آمار اختلالات روانی^۱ (۱۳۹۴)، افسردگی به معنای بالینی آن حالتی است که فرد حداقل پنج نشانه از نشانه‌های زیر را دست کم به مدت دو هفته داشته باشد و یکی از نشانه‌ها هم شماره‌ی (۱) یا (۲) باشد: خلق افسرده؛ فقدان احساس علاقه یا لذت؛ اختلال در اشتها؛ بیشتر یا کمتر از حد خوابیدن؛ بیقراری یا کندی روانی- حرکتی؛ کاهش توان؛ احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه شدید و بیجا؛ دشواری تفکر یا تمرکز؛ اندیشیدن مکرر به مرگ و خودکشی (راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی، ۱۳۹۴: ۱۸۶).

به منظور سنجش افسردگی در تحقیق حاضر، از مقیاس افسردگی بک^۲ ویراست دوم (رجبی، ۱۳۸۰) استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی،

^۱ DSM5

^۲ Beck Depression Inventory second Edition (BDI. II)^۷

رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه‌بندی می‌شوند. کسب رقم بالاتر نمرات، به معنای افسردگی بیشتر است. هم‌چنین نمره‌ی ۰-۱۳ دال بر عدم افسردگی، ۱۴-۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰-۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹-۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (بک، ۱۹۹۶).

نقش‌های جنسیتی:

هر فرهنگ نقش‌های خاص جنسیتی را در افراد از دوران کودکی جامعه‌پذیر می‌کند. جوامع و فرهنگ‌های مختلف نه تنها از دخترها و پسرها انتظار دارند که مهارت‌های خاص مخصوص به جنس خود را بیاموزند، بلکه به دختران و پسران القا می‌کنند که نگرش‌های خاصی به خودشان و جنسیت‌شان داشته باشند. افراد زنانگی و مردانگی را در جامعه می‌آموزند. این نقش‌های جنسیتی بر اساس طرح‌واره‌های جنسیتی شکل می‌گیرند و درونی می‌شوند (بم، ۱۹۸۱: ۵-۳۴۵). در واقع طرح‌واره‌های نقش جنسیتی به عنوان «مجموعه‌ی تداعی‌های مرتبط با جنسیت» است که زمینه اصلی پردازش اطلاعات را بر اساس جنسیت نشان می‌دهد (خمسه، ۱۳۸۵). در این مقاله برای سنجش نقش‌های جنسیتی، از مقیاس نقش جنسی بم^۱ استفاده شده است. این مقیاس که بر اساس نظریه‌ی طرح‌واره‌های نقش جنسیتی توسط سندرا بم (۱۹۸۱) تدوین شده، شامل ۶۰ صفت یا ویژگی شخصیتی است. از ۶۰ صفت موجود در این مقیاس، ۲۰ صفت به صورت کلیشه‌ای زنانه هستند، ۲۰ صفت به صورت کلیشه‌ای مردانه و ۲۰ صفت خنثی غیروابسته به جنسیت هستند. بر اساس این پرسش‌نامه افراد در یکی از چهار گروه جنسیتی زنانه‌ی غالب، مردانه‌ی غالب، زنانه و مردانه‌ی توأمان^۲ و نامتمایز قرار می‌گیرند. گویه‌های این پرسش‌نامه بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای (خیلی زیاد، زیاد، نسبتاً زیاد، نمی‌دانم، نسبتاً کم، کم، خیلی کم) تنظیم شده است که نشان می‌دهد هر یک از ویژگی‌ها تا چه حد در مورد هر فرد صادق است.

خودخاموشی: خودخاموشی به معنای وجود شکاف بین آن چیزی است که فرد احساس می‌کند و می‌خواهد، با آن چیزی که می‌گوید و یا عمل می‌کند (گیلیگان: ۲۰۱۰، ۱۱). از مهم‌ترین ویژگی‌های فرد خودخاموش کننده آن است که: ارزیابی بیرونی از خود دارد؛ از دیگران به قیمت قربانی کردن خود پیروی می‌کند؛ بین خودی که باید باشد و باید احساس کند (خود

¹ Bem SexRole inventory (BSRI)

² Androgenous

بیرونی) و خودی که هست و احساسات پنهانش را شامل می شود (خود درونی)، فاصله و تقسیمی را احساس می کند؛ و عقاید و نظرات خود را برای جلوگیری از ایجاد تضاد و تعارض در رابطه، نمی گوید (جک، ۲۰۱۰: ۶). به منظور اندازه گیری خودخاموشی در این پژوهش، از «مقیاس خودخاموشی»^۱ جک (۱۹۹۱) که شامل ۳۱ گویه است، استفاده شده است.

۴- یافته های پژوهش

داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزارهای آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۴-۱- بافت جمعیتی نمونه

بر اساس داده های جدول شماره یک، از مجموع ۷۰۰ پاسخگوی مورد بررسی در این پژوهش، تعداد ۳۷۸ نفر (۵۴ درصد)، زن و ۳۲۲ نفر (۴۶ درصد)، مرد بودند. هم چنین نزدیک به نیمی از پاسخگویان (۸/۴۷ درصد) در گروه سنی ۳۶ تا ۴۵ سال قرار داشته اند و میانگین سنی پاسخگویان، ۳۳/۸ سال (مردان ۳۴/۱ و زنان ۳۳/۵ سال) گزارش شده است :

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک سن و جنس

جمع کل	جنس		گروه های سنی	
	زن	مرد	تعداد	درصد
۱۲۱	۶۸	۵۳	تعداد	۲۶-۱۸
۱۷,۴	۱۸,۱	۱۶,۵	درصد	
۲۴۳	۱۳۴	۱۰۹	تعداد	۲۵-۲۷
۳۴,۹	۳۵,۷	۳۳,۹	درصد	
۳۳۳	۱۷۳	۱۶۰	تعداد	۴۵-۳۶
۴۷,۸	۴۶,۱	۴۹,۷	درصد	
۶۹۷	۳۷۵	۳۲۲	تعداد	جمع کل
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	
۴۵-۱۸	۴۵-۱۸	۴۵-۱۹	(حداقل-حداکثر)	
۳۳,۸	۳۳,۵	۳۴,۱	میانگین	

¹ Silencing the self scale

به لحاظ طول مدت ازدواج، بیش از نیمی از پاسخگویان (۵۹ درصد) کمتر از ۱۰ سال قبل ازدواج کرده بودند و میانگین طول مدت ازدواج نیز ۱۰٫۱ سال بوده است. همچنین، مجموع پاسخگویان به طور میانگین ۱۲/۱ سال (مردان ۱۲/۲۴ و زنان ۱۱/۸۱ سال) تحصیل کرده بودند.

۴-۲- توصیف متغیرهای تحقیق

- افسردگی

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی میزان افسردگی پاسخگویان به تفکیک جنسیت

جمع	جنسیت		میزان افسردگی	
	زن	مرد	تعداد	درصد
۳۸۰	۱۸۷	۱۹۳	تعداد	عدم افسردگی
			درصد	۹۰٫۵۴
۶۷	۳۶	۳۱	تعداد	افسردگی خفیف
			درصد	۶۰٫۹
۸۶	۵۸	۲۸	تعداد	افسردگی متوسط
			درصد	۳۰٫۱۲
۱۶۶	۹۶	۷۰	تعداد	افسردگی شدید
			درصد	۷۰٫۲۳
۶۹۹	۳۷۷	۳۲۲	تعداد	جمع کل
			درصد	۱۰۰

بر اساس یافته‌های جدول شماره (۲)، ۴۶ درصد از کل پاسخگویان مبتلا به افسردگی بوده‌اند. به لحاظ شدت میزان افسردگی، از بین مبتلایان میزان ابتلای شدید، متوسط و خفیف به ترتیب ۲۳٫۷ درصد، ۱۲٫۳ درصد، و ۹٫۶ درصد گزارش شده است. نکته‌ی قابل توجه این است تقریباً از هر سه پاسخگو، یک نفر دچار افسردگی شدید و یا متوسط بوده است. در این میان سهم افسردگی متوسط یا شدید زنان حدود ۴۰ درصد و شیوع افسردگی متوسط و یا شدید در مردان حدود ۳۰ درصد گزارش شده است.

- نقش‌های جنسیتی

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان به تفکیک جنسیت و نقش‌های جنسیتی			
جمع	جنسیت		نقش‌های جنسیتی
	زن	مرد	

۲۸۸	۶۳	۲۲۵	تعداد	مرد بودگی غالب
۱.۴۱	۷.۱۶	۹.۶۹	درصد	
۱۰۳	۹۲	۱۱	تعداد	زن بودگی غالب
۷.۱۴	۳.۲۴	۴.۳	درصد	
۱۵۰	۱۳۰	۲۰	تعداد	مرد بودگی و زن بودگی توامان
۴.۲۱	۴.۳۴	۲.۶	درصد	
۱۵۹	۹۳	۶۶	تعداد	نامتمایز
۷.۲۲	۶.۲۴	۵.۲۰	درصد	
۷۰۰	۳۷۸	۳۲۲	تعداد	جمع کل
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	

مطابق داده‌های جدول شماره (۳)، نزدیک به سه چهارم از مردان (۶۹/۹ درصد) نقش‌های جنسیتی "مردانه ی غالب" را درونی کرده و فقط ۶/۲ درصد آن‌ها نقش‌های جنسیتی "مردانه و زنانه توامان" را درونی کرده‌اند. این در حالی است که تنها حدود یک چهارم از زنان (۲۴/۳ درصد)، نقش‌های جنسیتی "زنانه ی غالب" را درونی کرده و سهم زنانی که نقش‌های جنسیتی "زنانه و مردانه توامان" را درونی کرده بودند، بیش از یک سوم (۳۴/۴ درصد) گزارش شده است. به عبارت دیگر، مرزهای نقش‌های جنسیتی برای زنان، انعطاف‌پذیرتر از مردان است و به نظر می‌رسد پذیرش مرد بودن، برای مردان بسیار مقبولتر است (۶۹/۹ درصد) تا پذیرش زن بودن برای زنان (۲۴/۳ درصد).

خودخاموشی

طبق یافته‌های جدول شماره (۴)، گرچه در کل نمونه، کمی بیش از یک چهارم از پاسخگویان (۲۶/۳ درصد)، خودخاموشی متوسط به بالا داشته‌اند؛ اما میزان خودخاموشی در زنان به میزان قابل توجهی بیشتر از مردان بوده است، به گونه‌ای که حدود ۳۴ درصد زنان خودخاموشی متوسط به بالا داشته‌اند، این در حالی است که تنها ۱۷ درصد از مردان پاسخگو، دارای خودخاموشی متوسط به بالا بوده‌اند. به عبارت دیگر زنان پاسخگو دو برابر مردان دارای خودخاموشی متوسط به بالا بوده‌اند.

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک میزان خودخاموشی و جنسیت				
تعداد کل	جنسیت		خودخاموشی	
	زن	مرد	تعداد	خیلی کم
۱۷۰	۸۹	۸۱		

۸.۲۵	۸.۲۴	۰.۲۷	درصد	
۳۱۶	۱۴۸	۱۶۸	تعداد	کم
۰.۴۸	۲.۴۱	۰.۵۶	درصد	
۴۴	۳۱	۱۳	تعداد	متوسط
۷.۶	۶.۸	۳.۴	درصد	
۱۰۰	۷۸	۲۲	تعداد	زیاد
۲.۱۵	۷.۲۱	۳.۷	درصد	
۲۹	۱۳	۱۶	تعداد	خیلی زیاد
۴.۴	۶.۳	۳.۵	درصد	
۶۵۹	۳۵۹	۳۰۰	تعداد	جمع کل
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	

– تحلیل داده‌ها:

– آزمون تفاوت میانگین افسردگی و خودخاموشی نسبت به نقش‌های جنسیتی

طبق یافته‌های جدول شماره (۵)، تفاوت میانگین میزان افسردگی و میزان خودخاموشی بر حسب میزان نقش‌های جنسیتی درونی شده، معنادار است. طبق یافته‌های مذکور، بیش‌ترین میانگین افسردگی مربوط به نقش‌های جنسیتی زنانگی غالب (۲۶/۳) و کم‌ترین مقدار مربوط به نقش‌های جنسیتی مردانگی غالب (۱۶/۸) است؛ در حالی که میانگین افسردگی «نقش‌های جنسیتی زنانگی و مردانگی توأمان»، در بین این دو مقدار و بسیار نزدیک به مردانگی غالب (۱۷/۲) قرار دارد. در رابطه با تفاوت میانگین خودخاموشی نسبت به نقش‌های جنسیتی نیز باید گفت که نقش‌های جنسیتی زنانه‌ی غالب، دارای بیش‌ترین میزان میانگین خودخاموشی (۹۸/۳) هستند و سپس، به ترتیب نقش‌های جنسیتی مردانگی غالب (۶۳/۲۷) و «زنانگی و مردانگی توأمان» (۵۴/۷۷) قرار دارند.

جدول شماره ۵: آزمون تفاوت میانگین افسردگی و خودخاموشی بر حسب نقش‌های جنسیتی

نقش‌های جنسیتی	افسردگی		خودخاموشی	
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین
زنانگی غالب	۱۰۳	۲۶,۳	۱۰۱	۹۸,۳۷
	۲۸۸	۱۶,۸۹	۲۶۹	۶۳,۲۷
	۱۵۰	۱۷,۲۰	۱۴۴	۵۴,۷۷
مردانگی غالب				
زنانگی و مردانی توأمان				

		۶۵,۲۸	۱۵۱		۱۹,۳۴	۱۵۸	نامتمایز	
--	--	-------	-----	--	-------	-----	----------	--

جدول شماره ۶:

آزمون تعقیبی تفاوت میانگین افسردگی و خودخاموشی بر حسب نقش های جنسیتی

خودخاموشی			افسردگی			تفاوت	
سطح معنی داری sig	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین	سطح معنی داری (sig)	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین		
۰,۰۰۰	۳۵۶,۲	*۵۱۴,۱۰	۵۷۱,۰	۶۵۹,۱	۱۳۵,۲	زنانگی و مردانگی	نامتمایز
۷۶۱,۰	۰۵۷,۲	۰۱۷,۲	۰۰۱,۰	۸۴۳,۱	*۰۲۴,۷-	مردانگی غالب	
۰,۰۰۰	۶۰۰,۲	*۰۸۲,۳۳-	۳۲۵,۰	۴۴۰,۱	۴۴۷,۲	زنانگی غالب	
۰,۰۰۰	۳۵۶,۲	*۵۱۴,۱۰-	۵۷۱,۰	۶۵۹,۱	۱۳۵,۲-	نامتمایز	مردانگی و زنانگی
۰,۰۰۰	۰۸۹,۲	*۴۹۷,۸-	۰,۰۰۰	۸۶۲,۱	*۱۵۹,۹-	مردانگی غالب	
۰,۰۰۰	۶۲۵,۲	*۵۹۶,۴۳-	۹۹۷,۰	۴۶۵,۱	۳۱۱,۰	زنانگی غالب	
۰,۰۰۰	۳۵۶,۲	*۵۱۴,۱۰-	۰۰۱,۰	۸۴۳,۱	*۰۲۴,۷	نامتمایز	زنانگی غالب
۰,۰۰۰	۶۲۵,۲	*۵۹۶,۴۳	۰,۰۰۰	۸۶۲,۱	*۱۵۹,۹	زنانگی و مردانگی	
۰,۰۰۰	۳۶۱,۲	*۰۹۹,۳۵	۰,۰۰۰	۶۷۰,۱	*۴۷۰,۹	مردانگی غالب	
۷۶۱,۰	۰۵۷,۲	۰۱۷,۲-	۳۲۵,۰	۴۴۰,۱	۴۴۷,۲-	نامتمایز	مردانگی غالب
۰,۰۰۰	۰۸۹,۲	*۴۹۷,۸	۹۹۷,۰	۴۶۵,۱	۳۱۱,۰-	زنانگی و مردانگی	
۰,۰۰۰	۳۶۱,۲	*۰۹۹,۳۵-	۰,۰۰۰	۶۷۰,۱	*۴۷۰,۹-	زنانگی غالب	

مطابق جدول شماره (۶)، نتایج آزمون تعقیبی، بیانگر آن است که میانگین افسردگی در بین افراد با نقش های جنسیتی زنانه با نقش های جنسیتی دیگر (مردانه، "مردانه و زنانه توامان" و نامتمایز) دارای اختلاف میانگین معناداری در سطح ۹۹ درصد می باشد. همچنین زنانگی غالب، به طور معناداری بیشترین میانگین خودخاموشی و «زنانگی و مردانگی توامان» نیز به صورت معنادار کمترین میزان خودخاموشی را در سطح ۹۹ درصد اطمینان، دارا می باشند.

-پیش بینی افسردگی بر حسب خودخاموشی^۱

در این تحقیق از رگرسیون خطی چندگانه با روش گام به گام برای پیش‌بینی نقش خودخاموشی در پیش‌بینی میزان افسردگی استفاده شد. طبق جداول شماره (۷)، نتایج نشان داد که متغیر میزان خودخاموشی ($\beta=0.459, p<0.01$) در پیش‌بینی متغیر میزان افسردگی نقش معناداری دارد و متغیر خودخاموشی، توانسته است ۲۱ درصد از تغییرات افسردگی را تبیین کند.

جدول شماره ۷: خلاصه مدل رگرسیونی پیش‌بینی میزان افسردگی برحسب خودخاموشی

متغیرهای مستقل	استاندارد (B)	ضریب تأثیر استاندارد (Beta)	مقدار آزمون تی (T-value)	سطح معنی داری (sig)
خودخاموشی	۰,۲۸۰	۰,۴۵۹	۱۱,۶۸	**۰,۰۰
R=۰,۴۵۹ R ^۲ =۰,۲۱۱ F=۲,۰۹۰ Adj=۲,۰۹۰ P<*** ۱۳۶,۵۳۳				

۵- بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این تحقیق نشان داد ۴۶ درصد از کل پاسخگویان مبتلا به افسردگی بوده‌اند، از این میان ۲۳/۷ درصد مبتلا به افسردگی شدید، ۱۲/۳ درصد مبتلا به افسردگی متوسط، ۹/۶ درصد مبتلا به افسردگی خفیف بوده‌اند. به طور کلی می‌توان گفت از هر ۳ پاسخگو یک نفر (معادل ۳۵ درصد)، دچار افسردگی شدید و یا متوسط بوده‌اند. از سوی دیگر، ۴۰ درصد مردان و ۵۰ درصد زنان افسرده بودند و در بین زنان افسرده حدود ۴۱ درصد دارای افسردگی شدید و متوسط بوده‌اند در حالیکه این رقم در بین مردان حدود ۳۰ درصد گزارش شده است لذا هم میزان شیوع و هم شدت افسردگی در بین زنان، بیشتر از مردان مشاهده شده است.

داده‌های مربوط به توزیع نقش‌های جنسیتی نشان می‌دهد که اغلب مردان (۷۰ درصد)، نقش‌های جنسیتی مردانه‌ی غالب را درونی کرده‌اند و یا به عبارتی «الگوهای مردانه»، در ذهن آنان مثبت ارزیابی می‌شود و تنها سه درصد مردان نقش‌های جنسیتی زنانه‌ی غالب و شش درصد مردان، نقش‌های مردانه و زنانه را به صورت توأمان درونی کرده‌اند. این امر در صورتی است که زنان مورد مطالعه نسبت به درونی کردن انواع نقش‌های جنسیتی، انعطاف بیشتری داشته و یا به عبارت دیگر، نوعی عصیان و مقاومت در مقابل درونی کردن نقش‌های جنسیتی غالب زنانه در آن‌ها دیده می‌شود. چنان که بر اساس نتایج این پژوهش، حدود یک چهارم زنان

پاسخگو (۲۵درصد)، نقش‌های زنانه‌ی غالب را درونی کرده‌اند و نکته‌ی جالب توجه این‌که حدود ۱۶درصد از آنان، نقش‌های مردانه‌ی غالب را درونی کرده‌اند. این اطلاعات دال بر آن است که فرآیند تغییرات اجتماعی در ایران، موجب تغییراتی در موازنه و برابری نقش‌های جنسیتی سنتی گردیده، به گونه‌ای که علیرغم کاهش میزان مطلوبیت و ارزشمندی کلیشه‌های نقش جنسیتی زنانه (زنانگی) در بین زنان، کلیشه‌های نقش جنسیتی مردانه (مردانگی)، هنوز به عنوان نوعی ارزش اجتماعی در نزد مردان و حتی زنان، مورد اقبال می‌باشد. در رابطه با خودخاموشی نیز باید گفت میزان خودخاموشی حدود یک چهارم از پاسخگویان (۲۵درصد) در سطح زیاد و خیلی زیاد گزارش شده و توزیع آن هم از یک الگوی جنسیتی پیروی می‌کند؛ بدین معنی که زنان دو برابر مردان مبتلا به خودخاموشی در سطوح متوسط به بالا بوده‌اند.

فرضیه‌ی اول تحقیق مدعی است که میزان افسردگی در گروه‌های مختلف نقش‌های جنسیتی (زنانه‌ی غالب، مردانه‌ی غالب و «زنانه و مردانه‌ی توامان») متفاوت است. بر این اساس، افرادی که نقش‌های جنسیتی زنانه‌ی غالب را درونی کرده‌اند (صرف نظر از مرد یا زن بودن)، در معرض بیشترین مقدار افسردگی قرار دارند. این در حالی است که در نقطه مقابل، پاسخگویانی که نقش‌های جنسیتی مردانه‌ی غالب را درونی کرده بودند، در معرض کمترین میزان افسردگی قرار داشتند. در بین این دو مقوله، افراد با نقش‌های جنسیتی «زنانه و مردانه‌ی توامان» قرار دارند. به عبارت دیگر نتایج مطالعه نشان می‌دهد که "نقش جنسیتی زنانه‌ی غالب" یا زن بودگی (و نه صرفاً زن بودن) افراد را مستعد ابتلاء به افسردگی می‌کند، در حالی که "نقش جنسیتی مردانه‌ی غالب" یا مردبودگی (و نه صرفاً مرد بودن)، مانند سپری محافظ در مقابل افسردگی عمل می‌کند. این نتایج هم‌سو با نظریه طرح‌واره‌های جنسیتی است. ایده‌ی مرکزی این تئوری این است که ساختار اجتماعی به دختران و پسران القا می‌کنند که نگرش‌های متفاوت و خاصی به خودشان و جنسیت‌شان داشته باشند (بم، ۱۹۸۱: ۳۵۴-۳۵۵). همین تفاوت‌های طرح‌واره‌های جنسیتی به نوبه‌ی خود شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روان را در زنان و مردان تسهیل می‌کنند و منجر به درونی‌سازی اختلالات در زنان (اضطراب و افسردگی) و بیرونی‌سازی اختلالات در مردان (اختلالات شخصیت ضد اجتماعی) می‌شود (روزن‌فیلد، ۲۰۰۶: ۲۱۶).

مقایسه نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی در این زمینه نیز در بردارنده نکته قابل تأملی در زمینه اثرات فرهنگ و نقش‌های جنسیتی درونی شده توسط زنان و مردان یک جامعه بر احساسات، افکار و رفتار آنها می‌باشد. در حالی که نتایج پژوهش والکونن (۲۰۱۲) در کشور

فنلاند نشان می‌دهد که نقش‌های جنسیتی مردانه، منجر به ابتلا مردان به افسردگی شده است و مردان مورد مطالعه، مردانگی غالب را به چالش کشیده‌اند؛ نتایج پژوهش حاضر، که با یافته‌های سایر پژوهش‌های داخلی (خمسه، ۱۳۸۶؛ علی اکبری، ۱۳۹۰) نیز هم خوانی دارد، در نقطه مقابل، حاکی از حفاظت نقش‌های جنسیتی مردانه از افراد در مقابل افسردگی است. خمسه (۱۳۸۶) نشان داده است که تفاوت میزان افسردگی در زنان و مردان بر حسب طرح واره‌های نقش‌های جنسیتی معنادار است و نداشتن ویژگی‌های مردانه، با داشتن افسردگی در ارتباط است. هم‌چنین علی اکبری (۱۳۹۰) نیز دریافت که نقش جنسیتی زنانگی، با افسردگی همبسته است و نقش جنسیتی مردانه با افسردگی همبستگی ندارد. این یافته‌های تجربی متناقض، می‌تواند احتمالاً ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و نیز نظام جنسیتی متفاوتی باشد که تعریف‌کننده‌ی منزلت و نقش‌های متفاوتی برای زنان و مردان در جوامع گوناگون می‌باشند. چنین به نظر می‌رسد که در جامعه‌ی ما، مفاهیمی نظیر؛ مردبودگی، مردانگی، کلیشه‌های جنسیتی مردانه، و برخورداری از صفات مردانه هنوز ارزشمندی خود را نه تنها در بین مردان بلکه حتی در بین زنان حفظ کرده‌اند. این در حالی است که نگاه نسبتاً منفی و منتقدانه‌ای نسبت به مفاهیمی نظیر؛ کلیشه‌های نقش جنسیتی زنانه، زن بودگی، زنانگی و برخورداری از صفات زنانه، نه تنها توسط مردان بلکه حتی توسط خود زنان رسوخ پیدا کرده است. از این منظر، درونی‌سازی نقش‌های جنسیتی زنانه می‌تواند به کاهش حس کنترل بر زندگی و القای احساس ناتوانی در تغییر دادن "شرایط موجود" به "وضعیت مطلوب" در بین دارندگان آن شده و با شکل دهی به "درماندگی آموخته شده"، موجبات ابتلای به افسردگی را فراهم آورد. جامعه‌شناس شهیر امریکایی "رابرت مرتون" به تأسی از نظریه‌های جامعه‌شناس کلاسیک فرانسوی امیل دورکیم، با ارایه نظریه فشارهای ساختاری، به وضوح اثرات شکاف بین "اهداف و ایده‌آل‌های پذیرفته شده‌ی فرهنگی" با "وسایل و احتمالات دستیابی به آن‌ها" را در بروز انواع "انحرافات اجتماعی" نشان داده است. به نظر می‌رسد، با عنایت به گرایش آموخته شده‌ی زنان به درون‌ریزی فشارها در فرایند جامعه‌پذیری، چنین وضعیتی در بین آنان، می‌تواند موجبات انحرافات و اختلالات روانی و به ویژه افسردگی را در بین "زن‌بودگان" (دارندگان نقش‌های جنسیتی زنانه‌ی غالب)، افزایش دهد.

فرضیه‌ی دوم دلالت بر آن دارد که میزان خودخاموشی در گروه‌های مختلف نقش‌های جنسیتی (زنانه‌ی غالب، مردانه‌ی غالب و "زنانه و مردانه توأمان") متفاوت است. طبق یافته‌های تحقیق حاضر، این فرضیه مورد تایید قرار گرفته است؛ بدین معنی که "زنانگی غالب" به صورت

مجزا دارای بیش‌ترین میزان خودخاموشی و نقش‌های جنسیتی زنانگی و مردانگی توأمان، به صورت مجزا دارای کم‌ترین میزان خودخاموشی بوده‌اند. یعنی نقش‌های زنانه‌ی غالب به صورت معناداری میزان خودخاموشی بیشتری از نقش‌های مردانه‌ی غالب دارند. این نتایج، همسو با نظریه‌ی خودخاموشی است. زیرا نقش‌های جنسیتی زنانه، بر اساس ایثار و خودگذشتگی شکل گرفته‌اند و افراد را تشویق می‌کنند تا نیازهای دیگران را رجحان داده و احساسات، افکار و تمایلات خود را سرکوب و خاموش کنند (جک، ۲۰۱۰: ۵۲۴). در حالی که نقش‌های جنسیتی مردانه، آن‌ها را در موقعیت و مرتبه‌ی پایین‌تر اجتماعی قرار نمی‌دهند و افراد را تشویق به رجحان دیگری بر خود و هم‌نوایی افراطی نمی‌کنند. هم‌چنین با استناد به تئوری خودخاموشی، به طور کلی می‌توان گفت که ساختار عمیق پشت رفتارهای زنانه و مردانه و مسیرهای سوق دهنده به سوی خودخاموشی برای زنان و مردان متفاوت است (اسمولاک، ۲۰۱۰: ۱۴۲). این یافته‌ی پژوهش حاضر، همخوان با نتایج پژوهش گرنج (۱۹۹۵) بوده و در توضیح علت بالاتر بودن میزان خودخاموشی در زنان، علاوه بر استفاده از تبیین نظری نظریه‌ی خودخاموشی، شاید بتوان با هارست (۲۰۱۳) نیز هم صدا شد که هر چه افراد نابرابری و تبعیض جنسیتی بیشتری را تجربه کنند، خودخاموش‌تر می‌شوند. نتایج برخی مطالعات داخلی حاکی از سطوح بالای احساس نابرابری در بین زنان است، به عنوان نمونه، دهنوی و معید فر (۱۳۸۴) نشان داده‌اند که حدود ۹۵ درصد از دختران دانشجو، به میزان‌های بالا و خیلی بالا احساس نابرابری داشته‌اند. هم‌چنین خاوری و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان داده‌اند که حدود نیمی از زنان مورد بررسی، به میزان‌های زیاد و خیلی زیاد احساس نابرابری جنسیتی را ابراز نموده بودند. چنین به نظر می‌رسد که زنان (و به ویژه زنان جوان) در شرایط جامعه ایران امروز، در معرض میزان‌های بالاتری از نابرابری جنسیتی واقعی یا تصویری می‌باشند که این وضعیت، می‌تواند انعکاسی از تبعیض‌های جنسیتی واقعی یا تصویری باشد.

فرضیه سوم حاکی از ارتباط مثبت بین خودخاموشی و افسردگی است، این فرضیه مدعی است که با افزایش خودخاموشی، میزان افسردگی نیز افزایش می‌یابد. نتایج تحلیل رگرسیون، فرضیه فوق را کاملاً تایید می‌کند. این نتیجه هم‌سو با تئوری خودخاموشی است. زیرا افراد برای بدست آوردن امنیت و پذیرش از سوی جامعه، خشم و نارضایتی را درون خودشان خاموش می‌کنند و این خودخاموشی موجب نفی خویشتن، از خودبیگانگی و در نتیجه افسردگی می‌شود (آبوت و والاس، ۱۳۸۰: ۱۸۳). در این راستا می‌توان به همبستگی مثبت خودخاموشی و افسردگی در میان تحقیقات دیگر نظیر دورانی (۱۹۹۸)، هارپر (۲۰۰۶)، فلت (۲۰۰۷) اشاره کرد.

در واقع بر اساس تئوری خودخاموشی، این پدیده در بین زنان و مردان به اشکال متفاوتی عمل می‌کند، گرچه نتیجه‌ی بدست آمده یکسان می‌باشد. به عبارت واضح تر، زنان برای حفظ و ابقای روابطی که هویت‌شان با آن‌ها تعریف می‌شود و نیز سازگاری با نقش جنسیتی زنانه و فرودست خود، دست به خودخاموشی می‌زنند، در حالی که مردان با حفظ موقعیت خود که در آن شکایت و ابراز نارضایتی جایی ندارد، به منظور ابقای قدرت‌شان و تظاهر به کنترل به امور، احساسات و نظرات خود را پنهان و خاموش می‌کنند. اما نکته‌ی مهم این است که پیامد خودخاموشی برای هر دو جنس، افسردگی است (کار، ۱۹۹۶؛ کارمر، ۲۰۰۳).

در جمع بندی دستاوردهای پژوهش حاضر می‌توان گفت که همخوان با مفروضات اصلی جامعه‌شناسان سلامت روان که اختلالات روانی را ناشی از سامانه‌های اجتماعی- فرهنگی می‌دانند، در این پژوهش نیز مشخص گردید که افسردگی به عنوان یک اختلال روانی در سطح فردی، متأثر از ساختارهای اجتماعی- فرهنگی از جمله ساختار جنسیتی، در جامعه است. بدین ترتیب، می‌توان ادعا کرد که با آگاهی از میزان درونی سازی نقش‌های جنسیتی نهادینه شده توسط افراد جامعه (میزان زن‌بودگی و مردبودگی افراد)، می‌توان احتمال مبتلا شدن آن‌ها به افسردگی را پیش‌بینی کرد. در این پیش‌بینی، متغیر خودخاموشی، به عنوان متغیر میانی، سازوکار اثرگذاری نقش‌های جنسیتی بر افسردگی را تبیین می‌کند. این امر درحالی است که با فقدان محسوس تبیین و تحلیل اجتماعی بیماری افسردگی مواجه هستیم. گرچه در دو دهه گذشته شاهد شکل‌گیری و رشد نگاه‌های فرهنگی- اجتماعی به مسایل روانی در کشورهای توسعه یافته علمی بوده ایم که ماحصل آن پیدایش رشته‌هایی نظیر روانپزشکی اجتماعی و فرهنگی است، اما متأسفانه در کشور، هنوز رویکرد مسلط به اختلالات روانی، صرفاً رویکرد روان‌پزشکی زیستی است و تعامل درخور و تغییر آفرینی بین حوزه‌های علوم اجتماعی و علوم پزشکی وجود ندارد. این در حالی است که رویکرد دارو درمانی، علیرغم ارزشمندی بسیار در کاهش آلام و رنج‌های آنی بیماران و تقلیل مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی، در بسیاری از موارد قادر نیست تا مسئله‌ی بیمار را به طور ریشه‌ای حل کند و به ناچار سعی دارد تا با به تعویق انداختن مشکل و یا تسکین درد از طریق دارو درمانی، مساله افسردگی را به طور موقت درمان نماید. از این رو، به نظر می‌رسد ادامه‌ی چنین تحقیقاتی با رویکرد اجتماعی فرهنگی در کشور ما با عنایت به تفاوت‌های فرهنگی غیرقابل انکار با جوامع غربی، بتواند فواید بی شماری برای توصیف، تبیین، پیش‌بینی و کنترل میزان افسردگی در پی داشته باشد.

با عنایت به یافته‌های پژوهش حاضر، دال بر افزایش احتمال ابتلای به افسردگی بر اساس میزان درونی کردن نقش جنسیتی زنانه ی غالب (فارغ از زن یا مرد بودن)، بالاتر بودن مقادیر خود خاموشی در زنان و دارندگان نقش‌های جنسیتی زنانه، و در نهایت قابلیت پیش بینی میزان افسردگی بر حسب میزان خودخاموشی، ضروری است تا سیاستگذاری‌های اجتماعی و فرهنگی در سطح کلان، به منظور کاهش و کنترل میزان افسردگی، انجام گردد. ذیل چنین سیاست گذاری‌هایی، می‌توان برخی راهکارهای زیر را پیشنهاد نمود:

- کاهش میزان نابرابری‌ها و تبعیض‌های جنسیتی نهادینه شدن در حوزه‌های خانوادگی، اقتصادی، سیاسی، و فرهنگی؛

- تسهیل نمودن امکان دستیابی به وسایل مقبول فرهنگی جهت کسب اهداف مقبول فرهنگی، به ویژه برای زنان؛

- بازتعریف نقش‌های جنسیتی مردانه و زنانه زدودن یا کاهش استیگما از برخی احساسات، افکار یا رفتارهای زیان‌آور منتسب به زنان (مثلا حس فقدان کنترل بر زندگی، ناتوانی در تغییر جریان‌ات نامطلوب زندگی) یا مردان (مثلا تظاهر به شجاعت، استقلال، بروز ندادن احساسات)؛
- متمایز ساختن واژه "خودخاموشی" از مفاهیم مقدس و ارزشمندی همچون "صبر، ایثار و از خودگذشتگی"؛

- قیح‌زدایی فرهنگی و اجتماعی از بیان نمودن آزادانه ی احساسات، خواسته‌ها و مشکلات زناشویی در متن روابط خانوادگی به منظور کاهش خودخاموشی، به ویژه در زنان؛

- آگاه‌سازی عمومی از اثرات منفی خودخاموشی و درون‌ریزی فشارهای روانی حاصل از مشکلات اجتماعی بر سلامت جسم و روان.

منابع

- آبوت، پاملا و والاس، کلا (۱۳۸۰). *جامعه‌شناسی زنان*، ترجمه‌ی منیژه نجم عراقی، تهران نشر نی.
- اسلامی، علی (۱۳۸۱). میزان افسردگی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گرگان و رابطه‌ی آن با نحوه گذراندن اوقات فراغت، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، ۴(۹): ۵۹-۵۲.
- حسینی، سید مهدی (۱۳۹۰). افسردگی و عوامل آن، *فصل‌نامه مدیریت*، ۸: ۹۶-۱۱۵.
- خاوری، کبری؛ سجادی، حمیرا؛ حبیب پورگتایی، کرم و طالبی، مهدی (۱۳۹۲). رابطه ابعاد احساس نابرابری جنسیتی با سلامت روان، *رفاه اجتماعی*، ۱۳ (۴۲): ۱۱۱-۱۲۸.
- خمسه، اکرم (۱۳۸۶). بررسی رابطه‌ی میزان افسردگی و طرح‌واره‌های نقش جنسیتی در دانشجویان متاهل: مقایسه زنان و مردان دانشجوی، *فصل‌نامه خانواده و پژوهش*، ۱(۱): ۱۴۷-۱۲۹.
- خمسه، اکرم (۱۳۸۵). بررسی ارتباط میان رفتار جنسی و طرح‌واره‌های نقش جنسیتی: مقایسه رفتار جنسی زنان و مردان در خانواده، *فصل‌نامه خانواده پژوهی*، ۲(۸): ۳۲۷-۳۳۹.
- دهنوی، جلیل و معیدفر، سعید (۱۳۸۴). بررسی رابطه احساس نابرابری جنسیتی و انگیزه تحرک اجتماعی در دختران دانشجوی، *مطالعات اجتماعی - روانشناختی زنان (مطالعات زنان)*، دوره ۳، شماره ۷: ۷۵-۵۱.
- راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5 (۱۳۹۴). انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ترجمه‌ی فرزین رضایی و سید علی فخرایی، تهران، انتشارات رشد.
- رحیمی موقر، آفرین؛ شریفی، ونداد و متولیان، سید عباس (۱۳۹۰). *پیمایش سلامت روان (۱۳۸۹-۱۳۹۰)*، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- رجبی، غلامرضا؛ عطاری، یوسفعلی و حقیقی، جمال (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوال‌های پرسش‌نامه‌ی بک بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز، *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۳(۸): ۴۹-۶۶.

- زارع پور، فاطمه (۱۳۹۱). بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۰(۱): ۶۴-۷۲.
- عسگری، پرویز (۱۳۸۹)، رابطه پذیرش اجتماعی و نقش جنسیتی (آندوژنی) با بهزیستی روان شناختی در دانشجویان دختر، *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۲(۵): ۹۹-۱۱۰.
- علی اکبری، مهناز؛ شرکن، حسین و طیبیه، محتشمی (۱۳۹۰). رابطه نقش جنسیتی با سلامت روانی و مولفه های آن در زنان شاغل، *دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۳(۵): ۳۷-۴۸.
- کریمی، مریم (۱۳۸۹). اثربخشی درمان مرور زندگی بر کاهش شدت افسردگی زنان سالمند، *مجله سالمندی ایران*، ۵(۱۶): ۴۱-۴۵.
- کوکرین، ریموند (۱۳۷۴). *مبانی اجتماعی بیماری های روانی*، ترجمه ی بهمن نجاریان و فرید براتی سده، تهران، انتشارات رشد.
- گولومبوک، سوزان (۱۳۹۳). *رشد جنسیت*، ترجمه ی مهناز شرآرای، تهران، نشر ققنوس.
- محسنی تبریزی، علی رضا و سیدان، فریبا (۱۳۸۳) *منشا اجتماعی بیماری افسردگی زنان*، پژوهش زنان، ۲: ۸۹-۱۰۲.
- مزده، فاطمه (۱۳۹۲). ارتباط بین افسردگی و شاخص عملکرد جنسی در زنان متأهل، *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۱(۱): ۴۱-۴۸.
- نوربالا، احمدعلی؛ دمازی، بهزاد و اصفهانی سهند، ریاضی (۱۳۹۳)، بررسی روند شیوع اختلال های روانی در ایران، *دانشور*، ۲۱(۱۱۲): ۱-۱۱.
- واعظ مهدوی، محمدرضا و اسدی لاری، محسن (۱۳۹۰) «سنجش عدالت در شهر» ، تهران، انتشارات شهرداری تهران.
- وایت، کوین (۱۳۹۱). *درآمدی بر جامعه شناسی سلامت و بیماری*، ترجمه ی محسن ناصری راد، تهران، انتشارات حقوقی.
- Ali, A., & Toner, B. (2001). Symptoms of Depression among Caribbean Women and Caribbean-Canadian Women: an Investigation of Self-silencing and Domains of Meaning *Psychology of Women Quarterly*, 25:175-180.
- Aneshensel C. & Jo C. Phelan (2006). The Sociology of Mental Health: Surveying the Field, IN: *Aneshensel Carol , Jo C. Phelan , Handbook of the Sociology of Mental Health*, United States of America, Springer: 3-19.
- Angst. J. (2002). Gender Differences in Depression, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 252(5): 201-209

- Beck A; Steer R; Ball R; Ranieri W.(1996)Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in Psychiatric Outpatients. *J Pers Assess*; 67(3): 588-597.
- Bell, D. (2003). Poverty, Inequality, and Discrimination as Sources of Depression among U.S Women, *psychology of women quarterly*, 27(2): 101- 113.
- Bem, S. (1981). Gender Schema Theory: a Cognitive Account of Sex Typing, *psychological Review*, 88(4):354-364.
- Blee, Kathleen M. (1985). Women of The Depression: Caste and Culture in San Antonio, *Contemporary Sociology*, 14: 78-80.
- Brody, L. R.(2000).The Socialization of Gender Differences in Emotional Expression: Display Rules, Infant Temperament, and Differentiation IN Fischer, Agneta H, *Gender and emotion: social psychological perspectives* , Cambridge University Press: 24-48
- Brown, A. C. (2000). Rural Black Women and Depression: a Contextual Analysis, *Journal of Marriage and Family*, 62(1): 187-198
- Caputo, J. (2013). Physical Limitation and Emotional Well-Being: Gender and Marital Status Variations, *Journal of Health and Social Behavior*,54(2) :241–257.
- Carlson, D. L. (2011). Parenthood, Life Course Expectations, and Mental Health,*Society and Mental Health*,1(1): 1-20.
- Carr, J; Gilroy, F.; & Sherman, M. (1996). Silencing the Self and Depression among Women: The Moderating Role of Race. *Psychology of Women Quarterly*, 20: 375-392.
- Chew, J. (2007). Not Just the Moody Blues: Understanding Women's Depression, *Psychology of Women Quarterly* 31(2): 223- 234.
- Cramer, K., & Thoms, N. (2003) Factor Structure of the Silencing the Self Scale in Women and Men, *Personality & Individual Differences*, 35: 525-535.
- Cramer, K., Gallant, M, & Langlois, M. (2005). Self-Silencing and Depression in Women and Men: Comparative Structural Equation Models. *Personality and Individual Differences*, 39: 581-592.
- Duarte, L. M., & Thompson, J. M. (199[^]). Sex Differences in Self-Silencing. *Psychological Reports*, 85: 145-161.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. (2013) *Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. PLoS Med 10(11): 1-12
- Gilligan, C. (2010). Preface IN: Jack, Dana C, Alisha A. (2010). *Silencing the Self across Cultures: Depression and Gender in the Social World*, New York, Oxford University Press.

- Grant (2002). Gender Differences in Rates of Depression among Undergraduates: Measurement Matters, *Journal of Adolescence*, 25(6): 613–617.
- Gratch, L., Bassett, M., & Attra, S (1995) the Relationship of Gender and Ethnicity to Self Silencing and Depression among College Students, *Psychology of Women Quarterly*, 19 :509-515.
- Harper, M., Dickinson, J., & Welsh, D (2006). Self-Silencing and Rejection Sensitivity in Adolescent Romantic Relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 35: 459-467.
- Hurst, Rebec ca J. (2013). Perceived Sexism, Self-Silencing, and Psychological Distress in College Women, *Sex Roles* 68:311– 320.
- Jack, Dana Crowley (2011). Reflections on the Silencing the Self Scale and Its Origins, *Psychology of Women Quarterly*, 35(3):523-529.
- Jack, Dana C; Alisha A. (2010). *Silencing the Self across Cultures: Depression and Gender in the Social World*, New York, Oxford, University Press.
- Jansz, jeroen (2000). Masculine Identity and Restrictive Emotionality ,IN Fischer, Agneta H, *Gender and emotion: social psychological perspectives* , Cambridge University Press: 166-186.
- Kaplan ,Mark S.; Gary Marks(1995).Appraisal of Health Risks: the Roles of Masculinity, Femininity, and Sex,*Sociology of Health & Illness*, 17(2):206-221.
- Kemper, Theodore D.(2006) Power and Status and the Power-Status Theory of Emotions .IN Stets, Jan; Turner, Jonathan H, *Handbook of the Sociology of Emotions, United States*, Springer:87-111.
- Lafontant, T (2007). "You Have to Show Strength": An Exploration of Gender, Race, and Depression, *Gender and Society*, 21(1) : 28-51.
- Lambert KG (2006). "Rising Rates of Depression in today's Society: Consideration of the Roles of Effort-based Rewards and Enhanced Resilience in day-to-day Functioning". *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*.30(4): 497–510.
- Liang, Y. (2013). Gender Differences in Rural China Family Environment and Depression: A Population-Based Analysis, *Journal of Family*, XX(X):1 –20.
- Little, Katherine(2011), Brief Report: “I can’t talk about it:” Sexuality and Self-silencing as Interactive Predictors of Depressive Symptoms in Adolescent Dating Couples, *Journal of Adolescence*, 34 : 789–794.
- Mirowsky J. (1996). Age and the Gender Gap in Depression, *Journal of Health and Social Behavior*, 37(4):362-380.

- Mohammadi, A. (2011). Comparison of Postpartum Depression of Working Women and Housewives and its Relationship with Social Support and Marital Adjustment, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 30 : 1837 – 1839.
- Morrison, L. (2008). Mental Health among Taiwanese Americans: Gender, Immigration, and Transnational Struggles, *Contemporary Sociology: A Journal of Reviews*, 37: 169- 171.
- Nolen, H.(2003). Women and Depression: Introduction, *psychology of women quarterly* 27 : 89-90.
- Rosenfield , Sarah(2006) Splitting the Gender, the Self, and Mental Health, IN Aneshensel, Carol S. ; Phelan, Jo C., *Handbook of the Sociology of Mental Health*, United States of America, Springer: 209-224.
- Rosenfield Sarah, Smith Dena (2010). Gender and Mental Health: Do Men and Women Have Different amounts or Types of Problems IN :Scheid Teresa & Brown tony; *A Handbook for the study of mental health*, New York, Cambridge University Press: 256-268.
- Roxburgh, Susan(2009), Untangling Inequalities: Gender, Race, and Socioeconomic Differences in Depression, *Sociological Forum*, 24(2): 357-381.
- Shields ,Stephanie A.; Garner Dallas N., Leone , Brooke Di; Hadley Alena M.(2006).Gender and Emotion, IN Stets, Jan; Turner, Jonathan H,*Handbook of the Sociology of Emotions,United States*, Springer.
- Simon, Robin W. (1995). Gender, Multiple Roles, Role Meaning, and Mental Health, *Journal of Health and Social Behavior*, 36: 182-194.
- Smolak, Linda(2010).Gender as Culture: The Meanings of Self-Silencing in Women and Men, preface IN:Jack, Dana C;Alisha Ali(2010).*Silencing the Self across Cultures: Depression and Gender in the Social World*,New York, Oxford University Press: 129-147.
- Stoppard, Janet M. (2010). Moving Towards an Understanding of Women's Depression, *Feminism & Psychology* 20: 267- 271.
- Swim, Janet K,(2010). Self-Silencing to Sexism, *Journal of Social Issues*, 66(3):493-507.
- Tang, Taryn N. (2001). Gender Role Internalization, Multiple Roles, and Chinese Women's Mental Health, *Psychology of Women Quarterly*, 25. 181: 196.
- Umberson Debra, Wortman Camille B and Kessler Ronald C(1992).Widowhood and Depression: Explaining Long-Term Gender Differences in Vulnerability, *Journal of Health and Social Behavior*, 33(1): 10-24.
- Valkonen, Jukka (2012). Narratives of Masculinity and Depression, *Men and Masculinities*,15: 1-22.

- Whiffen Valerie E. (2007), Self-silencing Mediates the Link Between Marital Conflict and Depression, *Social and Personal Relationships*,24(6):993-1006.