

بررسی رابطه میزان افسردگی و طرحواره های نقش جنسیتی در دانشجویان متأهل: مقایسه زنان و مردان دانشجو

دکتر اکرم خمسه^۱
akramkhamseh@yahoo.com

چکیده

افسردگی، اختلال روانی شایعی است که اثرات ناتوان کننده اجتماعی و اقتصادی دارد. افسردگی امروزه توجه زیادی را بر حسب مباحث جنسیتی به خود اختصاص داده است. تأکید بر تفاوت‌های جنسیتی در اختلال افسردگی پیامد بی‌توجهی به متن و زمینه اجتماعی زندگی انسان هاست (کرافورد و انگر، ۲۰۰۴). تفاوت‌های جنسیتی در شیوع افسردگی در مطالعات متعددی گزارش شده است. زنان صرف نظر از ملیت یا سطح اجتماعی و اقتصادی در مقایسه با مردان به طور معناداری بیشتر دچار افسردگی می‌شوند (پی کیلی، ۲۰۰۰ و برانون، ۲۰۰۲). تفاوت‌های جنسیتی در شیوع اختلال‌های روانی، خصوصاً افسردگی تا حد زیادی از طریق طرحواره‌های نقش جنسیتی و کلیشه‌های فرهنگی تأثیر می‌پذیرد. مطالعه فعلی با در نظر گرفتن افسردگی بر حسب جنسیت و طرحواره‌های نقش جنسیتی، میزان افسردگی زنان و مردان متأهل دانشجو را بر اساس دو فرضیه پژوهشی مورد بررسی قرار داده است: ۱- بین میزان افسردگی دانشجویان متأهل زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد. ۲- طرحواره‌های نقش جنسیتی در میزان افسردگی آنها تفاوت ایجاد می‌کند. بدین منظور پرسش‌نامه افسردگی بک- ویراست دوم فرم فارسی و پرسش‌نامه طرحواره‌های نقش جنسیتی بک- فرم فارسی بر روی یک نمونه از زنان و مردان متأهل دانشجو ($N=60$) اجرا شد. نتایج نشان می‌دهد که بین میزان افسردگی دانشجویان متأهل زن و مرد تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین میزان افسردگی در زنان و مردان دو گروه بر حسب طرحواره‌های نقش جنسیتی تفاوت معنادار است؛ ($t=2/52, df=28, P<0/01$) در زنان و ($t=2, df=28, P<0/01$) در مردان.

در هر دو گروه، برخورداری از طرحواره‌های نقش جنسیتی مردانه به کاهش افسردگی منجر شده است ولی وجود طرحواره‌های نقش جنسیتی زنانه در هر دو گروه تفاوت معناداری را در میزان افسردگی نشان نداده است. بنابراین ویژگی‌های شخصیتی صرفاً زنانه منجر به افسردگی نمی‌شود، بلکه فقدان ویژگی‌های مردانه است که افسردگی را افزایش می‌دهد. نتایج بر حسب شکل‌گیری طرحواره‌های نقش‌های جنسیتی انعطاف‌پذیر و تغییر کلیشه‌های فرهنگی

در جهت ایجاد موقعیت‌های اجتماعی برابر در پیشگیری از شیوع افسردگی بین زنان و مردان دانشجو مورد بحث قرار گرفته است و پروراندن صفاتی چون جرات، احترام به خویش، استقلال و انعطاف‌پذیری در دختران و پسران از طریق نظام‌های آموزشی و خانوادگی که در کاهش افسردگی نقش دارند نیز توصیه شده است.

کلید واژه ها: افسردگی، طرحواره‌های نقش‌های جنسیتی، کلیشه‌های فرهنگی.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

افسردگی^۱ اختلال روان‌شناختی شایعی است که برحسب مباحث جنسیتی توجه زیادی را به خود اختصاص داده است. پژوهشگران تلاش کرده‌اند تا خطر ابتلا به افسردگی را در خانواده برحسب تفاوت در نقش‌های جنسیتی زنان و مردان تبیین کنند (کرافورد، انگر، ۲۰۰۴).

تفاوت‌های جنسیتی در شیوع افسردگی در مطالعات متعدد گزارش شده است. به عنوان مثال در برخی مطالعات شیوع افسردگی در بین زنان بین ۱/۵ تا ۳ برابر افسردگی در مردان ذکر شده است (وید، ۲۰۰۲). در مطالعات دیگر نشان داده شده است که زنان صرف‌نظر از ملیت یا سطح اجتماعی-اقتصادی به‌طور معنادارتری در مقایسه با مردان بیشتر دچار افسردگی می‌شوند (پی‌کی‌نلی؛ ۲۰۰۰، برانون، ۲۰۰۲).

زنان و مردان رفتارها و نگرش‌های خود را در چارچوب نقش‌های جنسیتی شکل می‌دهند. علائم آسیب‌شناسی روانی نیز مانند افسردگی در متن یک نظام جنسیتی شکل می‌گیرد. نظام جنسیتی ساختار اجتماعی-فرهنگی دارد و فرهنگ رفتار به‌نجار را برای زنان و مردان تعریف می‌کند. تفاوت دو جنس تا حد زیادی از طریق نقش‌های جنسیتی و متغیرهای فرهنگی که بر آن تأثیر می‌گذارد، تعیین می‌شود. کلیشه‌های فرهنگی در خصوص نقش‌های جنسیتی در دختران از سنین پایین شکل می‌گیرد و زنان، خصوصاً به‌طور نافع‌ال برای سرنوشت جنسیتی خود برنامه‌ریزی می‌شوند.

تشکیل کلیشه‌های جنسیتی^۲ بازتاب طبیعی کاربرد طرحواره‌های جنسیتی است. طرحواره مفهومی در روان‌شناسی شناختی است و چارچوب دانش کلی فرد را درباره یک موضوع خاص تشکیل می‌دهد. برای مثال در ساختار دانش هر یک از ما طرحواره‌های جنسیتی وجود دارد که مجموعه‌ای از تداعی‌های مرتبط با جنسیت است. نمونه‌ای از این طرحواره‌ها عبارتند از «مردان منطقی هستند»، «زنان عاطفی هستند». کلیشه‌های جنسیتی باورها و نگرش‌هایی درباره مردانگی و زنانگی است که در فرهنگ‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد. مفاهیم نقش‌های جنسیتی، کلیشه‌های جنسیتی و طرحواره‌های جنسیتی به یکدیگر مرتبط هستند. در واقع نقش‌های جنسیتی به کلیشه‌های جنسیتی تبدیل می‌شوند و طرحواره‌های جنسیتی شکل‌گیری کلیشه‌سازی جنسیتی را افزایش می‌دهد (هاید ۱۹۹۶). با در نظر گرفتن اهمیت افسردگی که اثرات ناتوان‌کننده اجتماعی-اقتصادی دارد و براساس ارزیابی‌های سازمان جهانی بهداشت^۴

۱. depression

۲. gender stereotypes

۳. Gender schema

۴. World Health Organization

(WHO) که تا سال ۲۰۲۰ میلادی، افسردگی پس از بیماری‌های قلبی بیشترین تعداد بیماران را در سراسر جهان به خود اختصاص خواهد داد و با توجه به این که براساس آمار سازمان بهداشتی یک سوم زنان استان تهران از بیماری افسردگی در سطوح مختلف رنج می‌برند (همشهری، ۱۳۸۳)، این مطالعه درصدد است حیطة پیچیده تفاوت‌های جنسیتی را در افسردگی براساس طرحواره‌های نقش جنسیتی بررسی کند.

برحسب راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی- ویراست چهارم (۱۹۹۴، DSM, IV). افسردگی اساسی، در زنان در مقایسه با مردان به نسبت دو بر یک تا سه بر یک شایع‌تر است اما در مورد شیوع اختلال‌های دو قطبی^۱، بین دو جنس نسبت مساوی بین زنان و مردان گزارش شده است. بررسی‌های سازمان جهانی بهداشت در چهار قاره در اختلال‌های افسردگی بین زنان و مردان در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تفاوت جنسیتی را در وقوع افسردگی گزارش نداده است (کوهن، ۲۰۰۰).

مبانی نظری پژوهش

در تمامی دیدگاه‌های نظری بر تفاوت‌های جنسیتی در مورد آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی تأکید شده است. برای مثال: در نظریه روان‌کاوی^۲ به سبک‌های شخصیتی نافع‌الی، وابستگی و پرخاشگری درون‌سازي شده به عنوان ویژگی‌های شخصیتی زنانه اشاره شده که پیامد آن اختلال‌های روان‌شناختی است (به نقل از کوهن، ۲۰۰۰).

در نظریه دلبستگی بالبی^۳ (بالبی، ۱۹۸۰)، میان وابستگی و دلبستگی تمایز گذارده شده است. براساس این نظریه، دلبستگی نیاز عمومی انسان‌هاست که ارتباطی با جنسیت ندارد ولی سبک‌های دلبستگی در مردان و زنان به دلیل جامعه‌پذیری نقش‌های جنسیتی متفاوت است. در مطالعه‌ای که در این مورد انجام گرفته است، نتایج نشان می‌دهد که سبک دلبستگی ناایمن با خطر بروز بیشتر افسردگی همراه است و در دختران خصوصاً روابط دلبستگی ناایمن با مادران شان از عوامل پیش‌بینی‌کننده افسردگی است (مارگولس و همکاران، ۲۰۰۵).

در نظریه شناختی به سبک‌های اسنادی^۴ منفی و رابطه آن با درماندگی آموخته شده و افسردگی تأکید شده است. این نظریه بر جامعه‌پذیری نقش‌های جنسیتی و تأثیر آن در افسردگی زنان اهمیت می‌دهد. برحسب این نظریه زنان بین پاسخ و بازده پاسخ شان در حیطة‌های مختلف زندگی ناهماهنگی بیشتری را تجربه می‌کنند و آموزش و تربیت آنها به گونه‌ای است که بیشتر با نقش‌های زنانه

۱. bipolar disorders

۲. attachment

۳. Bowlby

۴. attributional

نافع‌آلی و درمان‌دگی همانندسازی می‌کنند. زنان سبک‌های شناختی منفی تری دارند و علت رویدادهای منفی زندگی را بیشتر به عوامل پایدار کلی و درونی خود نسبت می‌دهند. این نوع اسنادهای منفی زنان را نسبت به احساس درمان‌دگی و نومی‌دی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند زندگی و همچنین افسردگی آسیب پذیرتر می‌سازد (آبرامسون و همکاران، ۱۹۸۹). در این نظریه، سبک‌های اسنادی مختلف در زنان و مردان مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین سبک‌های اسنادی مردانه و افسردگی رابطه منفی وجود دارد و در دختران اندیشناکی و اشتغال‌های ذهنی منفی یا علائم بیشتر افسردگی همراه است (به نقل از مرکز منابع اطلاعات آموزشی: اریک).

در نظریه آسیب پذیری و فشار زنان در مقایسه با مردان، فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و نقش زنان در خانواده منشأ این تفاوت است. نقش زنان اغلب آنها را متعهد ساخته است تا مراقبت جسمانی و عاطفی نسبت به اعضای خانواده فراهم سازند، اما به همان میزان حمایت خانوادگی و اجتماعی دریافت نمی‌کنند. در مطالعاتی که بر این اساس صورت گرفته است، نتایج نشان می‌دهد که دختران خصوصاً در مواجهه با رویدادهای فشارآور زندگی و خصوصاً هنگامی که از حمایت خانوادگی برخوردار نیستند، علائم افسردگی بیشتری را گزارش داده‌اند. در عین حال پژوهش‌ها نشان می‌دهد که حمایت خانوادگی صرف نظر از جنسیت، به طور کلی تأثیر مثبتی بر بهداشت روانی دارد (به نقل از مرکز منابع اطلاعات آموزشی: اریک).

بنابراین تفاوت‌های جنسیتی در نقش‌های خانوادگی می‌تواند آسیب پذیری و فشار روانی ایجاد کند. نقش زنان در خانواده نقش مراقبت کننده و نیازمند است و زنان از نقش‌های خود حمایت کافی دریافت نمی‌کنند. مراقبت از دیگران اگر چنانچه بدون حمایت عاطفی باشد از عوامل ایجادکننده افسردگی است. در زنان ترکیب قدرت کمتر و فشارهای ناشی از نقش‌های متعدد، نابرابری در نقش‌های خانوادگی و پذیرش ناکافی نقش‌های آنان در خانواده، آسیب پذیری نسبت به افسردگی را افزایش می‌دهد (روزن فیلد، ۱۹۸۹). مطالعه‌ای نتایج نشان داد که بین مراقبت از نزدیکان و ارزش گذاری کمتر اجتماعی و فقدان منابع ارتباط وجود دارد و همه این عوامل در ایجاد علائم افسردگی در زنان نقش دارد (کوهن، ۲۰۰۰). البته نقش مادری و همسری خود نیز می‌تواند در سلامت روانی زنان ارزش مثبت داشته باشد، در صورتی که حمایت و پذیرش لازم، هم از جانب خود زنان و هم از جانب دیگران دریافت شود. نقش‌های زنانه به خودی خود، مسئله ساز نیست بلکه فشار درون سازی شده یا فشارهای بیرونی بر این نقش‌ها است که اهمیت دارد. هنگامی که ضرورت‌ها و نیازمندی‌های خانواده توسط زن و مرد و اعضای خانواده به طور کلی،

درک می‌شود و خانواده مشارکت برابر دارد و زنان در ایفای نقش‌های مراقبتی خود فشار روانی را تجربه نمی‌کنند، خطر افسردگی کاهش می‌یابد (آن شن سل و پرلین، ۱۹۸۷). به عبارت دیگر اگر نقش‌های زنان در خانواده مورد پذیرش درونی خود زنان واقع شود و در خانواده و جامعه نیز ارزش گذاری مثبت نسبت به نقش‌های مراقبت کنندگی آنان صورت گیرد، خطر بروز علائم افسردگی زنان، کاهش می‌یابد.

در نظریه **طرحواره نقش جنسیتی** فرایند رشد و تحول شکل‌گیری نقش‌های جنسیتی در نتیجه یادگیری تدریجی از محتوای طرحواره‌های جنسیتی جامعه حاصل می‌شود. تداعی‌های مرتبط با جنسیت، طرحواره‌ها را تشکیل می‌دهند: "پسران قوی و محکم هستند"، "دختران زیبا و لطیف هستند". طرحواره‌های جنسیتی ارتباط نزدیکی با خود-پنداری دارد. به عقیده **سندرا بَم**^۲، (بم، ۱۹۸۱) افراد، طرحواره‌های جنسیتی مختلف دارند و این طرحواره‌ها از طریق نقش‌های اجتماعی شکل می‌گیرد. نقش‌های اجتماعی زنان بیشترین منابع اجتماعی در ایجاد تفاوت‌هایی هستند که آنها را نسبت به اختلال‌های روانی چون افسردگی، آسیب پذیرتر می‌سازد. بم، به منظور غلبه یافتن بر کلیشه‌های فرهنگی زنانه و مردانه مفهوم دوجنسیتی بودن را مطرح می‌کند. دوجنسیتی بودن یعنی برخورداری از ویژگی‌های روان‌شناختی که هم مردانه و هم زنانه است و منابع رفتاری، فکری و احساسی انعطاف پذیرتر و همه جانبه تر را در اختیار افراد قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دوجنسیتی بودن رهایی از کلیشه‌های نقش جنسیتی را امکان پذیر می‌سازد و به افراد کمک می‌کند تا گرایش‌های جنسیتی دیگری را نیز از خود نشان دهند و در شرایط و موقعیت‌های مختلف از امکانات بیشتری بهره‌مند شوند (بم، ۱۹۸۱). به عنوان مثال جوامعی که ارزش زیادی برای نقش‌های زنانه قائل نیستند، تأثیری منفی بر احترام به خویشتن و خود-پنداری زنان و اعتماد به نفس آنها گذاشته می‌شود. وقتی که زنان، خود نیز نگرش‌های منفی جامعه را نسبت به جنسیت و نقش‌های جنسیتی خویش درون‌سازی می‌کنند، این مسئله پیچیده تر می‌شود. در فرهنگ‌هایی که برای نقش زن خانه دار ارزش قائل هستند، مثل کشورهای مدیترانه‌ای، در زنان متأهل خطر ابتلا به افسردگی بسیار کمتر گزارش شده است (برانون، ۲۰۰۲). درعین حال اگرچه در اکثر جوامع نسبت افسردگی زنان به مردان بیشتر گزارش شده است، اما در برخی فرهنگ‌ها، به عنوان مثال در برخی جوامع کشاورزی و نیز در برخی موقعیت‌های اجتماعی برابر مثل دانشجویان دانشگاه و در گروه سالمندان، تفاوت‌های جنسیتی در میزان افسردگی گزارش نشده است. این عدم تفاوت جنسیتی در بروز افسردگی، حاکی از تأثیر

۱. self-concept

۲. Bem,S

۳. androgenous

عوامل محیطی و موقعیتی در برابر تفاوت‌های جنسیتی در افسردگی است. به عبارت دیگر، هنگامی که زنان و مردان در خانواده از موقعیت برابر بهره‌مند هستند، تفاوت در میزان علائم افسردگی و شیوع افسردگی گزارش نشده است (به نقل از برانون، ۲۰۰۲). براساس این مبانی نظری مطالعه فعلی درصدد است میزان افسردگی را در دانشجویان متأهل زن و مرد در مورد طرحواره‌های نقش جنسیتی، مورد بررسی قرار دهد. براین اساس، فرضیه‌های مورد چالش پژوهش فعلی معطوف بر موارد زیر است:

فرضیه اول: بین میزان افسردگی دانشجویان متأهل زن و مرد تفاوت وجود ندارد.

فرضیه دوم: طرحواره‌های نقش جنسیتی در زنان دانشجو در میزان افسردگی آنها تفاوت ایجاد می‌کند.

روش

روش این پژوهش توصیفی - پیمایشی است. پدیده مورد بررسی مقایسه میزان افسردگی و طرحواره‌های نقش جنسیتی در میان دانشجویان متأهل است.

جامعه و نمونه و روش نمونه‌گیری

همه دانشجویان متأهل دوره کارشناسی دو دانشگاه در تهران (دانشگاه الزهرا و دانشگاه علامه طباطبائی، به دلیل قابلیت دسترسی به این دو دانشگاه) جامعه مورد مطالعه را تشکیل داده‌اند. از این جامعه ۶۰ دانشجوی متأهل زن و مرد ($N=60$) در دامنه سنی ۱۹-۴۲ سال، با روش تصادفی ساده انتخاب شدند.

ابزارهای پژوهش: در این مطالعه پرسش‌نامه افسردگی بک^۱ - ویراست دوم (بک، استیرو براون، ۱۹۹۶)، پرسش‌نامه نقش جنسی بم^۲ و پرسش‌نامه اطلاعات فردی به شکل گروهی به کار گرفته شد.

۱- پرسش‌نامه افسردگی بک - ویراست دوم - فرم فارسی: این پرسش‌نامه شامل ۲۱ سؤال است که آزمودنی‌ها به طریق خود-سنجی^۳ آن را انجام می‌دهند. یافته‌ها در تأیید پایایی^۴ آزمون-آزمون مجدد، ثبات درونی^۵ و اعتبار همزمان^۶ آزمون است (قاسم زاده، همکاران، ۲۰۰۵).

الف: پایایی آزمون- آزمون مجدد فرم فارسی: آزمون افسردگی بک- ویراست دوم در طی زمان پایایی قابل ملاحظه‌ای نشان داد

۱. Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II).

۲. Bem Sex Role Inventory (BSRI)

۳. self-report

۴. reliability

۵. internal consistency

۶. concurrent validity

است؛ ضرایب همبستگی پیرسون برای فرم فارسی بین دوبر اندازه‌گیری ۰/۷۳ است ($r=0/73$ ، $N=125$) . مطالعه آل موسوی (۲۰۰۱) در یک نمونه از دانشجویان بحرینی نیز حاکی از ضریب همبستگی ۰/۷۵ است.

ب. ثبات درونی: آلفای کرونباخ برای فرم فارسی آزمون افسردگی بک- ویراست دوم حاکی از میزان بالایی از ثبات درونی در بین پرسش هاست؛ آلفای کرونباخ با استفاده از نمونه ۱۲۵ نفری ۰/۸۷ است.

ج. اعتبار همزمان: ضرایب همبستگی پیرسون برای آزمون افسردگی بک - ویراست دوم- فرم فارسی با پرسش‌نامه افکار خودآیندمنفي^۱ - فرم فارسی حاکی از همبستگی قوی بین معیارهای افسردگی در دو پرسش‌نامه است. دامنه همبستگی‌های بین این دو معیار سنجش افسردگی از ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (قاسم زاده، همکاران، ۲۰۰۵).

۲- پرسش‌نامه نقش جنسی بک- فرم فارسی: این پرسش‌نامه که براساس نظریه طرحواره‌های نقش جنسیتی توسط سندرا بک (بک، ۱۹۸۳) تدوین شده است، شامل ۶۰ صفت یا ویژگی شخصیتی است که افراد با انجام این پرسش‌نامه در یکی از چهار گروه جنسیتی، زنان، مردانه، دوجنسیتی و نامتمایز قرار می‌گیرند. پاسخ‌ها براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای است که نشان می‌دهد هریک از ویژگی‌ها تا چه حد درمورد هر فرد صادق است. براساس سیستم نمره‌گذاری بک، میانه تقریبی برای مقیاس مردانگی و زنانگی ۹/ ۴ است.

مطالعات روان‌سنجی در ایران در مورد این پرسش‌نامه حاکی از ثبات درونی (آلفای کرونباخ- ۰/۶۷ برای زنان و ۰/۷۵ برای مردان) است. اعتبار همزمان آزمون نیز برای زنان ۰/۷۵ و برای مردان ۰/۹۰ گزارش شده است (خمسه، ۱۳۸۳).

۲- پرسش‌نامه اطلاعات فردی که شامل اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات فردی است نیز به کار گرفته شده است.

یافته‌ها

نمرات دانشجویان در میزان افسردگی و نمرات آنها در پرسش‌نامه نقش جنسی بین دو گروه از دانشجویان متأهل مورد مقایسه گرفت. برای مقایسه دو گروه در مورد نمرات افسردگی و نیز رابطه طرحواره‌های نقش جنسیتی زنان و مردان در میزان افسردگی از آزمون آماری t استفاده شده است.

در جدول شماره یک، میانگین و انحراف معیار نمرات زنان و مردان دانشجوی در مقیاس‌های مختلف (افسردگی و طرحواره‌های نقش جنسی: زنانگی و مردانگی) نشان داده شده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های مختلف اندازه‌گیری زنانگی، مردانگی، افسردگی و آزمون آماری t در دانشجویان زن و مرد (N=۶۰)

آزمون آماری برای مقایسه دو گروه	مردان		زنان		شاخص‌های آماری مقیاس‌های اندازه‌گیری
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
-۱/۰۵، df=۵۸ t=	۰/۴۹	۴/۹۲	۰/۵۶	۵/۲۵	زنانگی
	۰/۷۴	۵/۰۲	۰/۸۱	۴/۵	مردانگی
	۵/۳۸	۶/۹۳	۷/۷	۸/۷۳	افسردگی

* P<

همان‌گونه که در جدول شماره یک، ملاحظه می‌شود، تفاوت معناداری بین میزان افسردگی دانشجویان متأهل زن و مرد وجود ندارد (t= -۱/۰۵ df=۵۸). به منظور تجزیه و تحلیل بیشتر و بررسی تأثیر طرحواره‌های نقش جنسیتی در افسردگی، دانشجویان براساس رتبه بندی آزمون افسردگی بک، به دو گروه افسرده و غیر افسرده تقسیم بندی شدند. سپس در هر گروه تأثیر طرحواره‌های نقش جنسیتی (زنانگی و مردانگی) در افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. در جدول شماره دو نمرات دانشجویان زن افسرده و غیرافسرده برحسب طرحواره‌های نقش جنسیتی زنانه و مردانه در پرسش‌نامه نقش جنسی بک، نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: میانگین، انحراف معیار و آزمون آماری t نمرات دانشجویان افسرده و غیرافسرده زن در مقیاس زنانگی و مردانگی پرسش‌نامه نقش جنسی بک (N=۲۰)

آزمون آماری برای مقایسه گروه‌ها	غیرافسرده (N=۱۹)		افسرده (N=۱۱)		شاخص‌های آماری گروه‌های مورد مطالعه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t=۱/۲۶، df=۲۸	۰/۴۸	۵/۳۴	۵/۰۸	۰/۶۶	زنان با طرحواره‌های نقش جنسی زنانه (N=۲۰)
t=۲/۵۲*، df=۲۸	۰/۶۳	۴/۸	۰/۹۱	۴/۱	زنان با طرحواره‌های نقش جنسی مردانه

	(N = ۳۰)
--	----------

* P < ۰/۰۱

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، در گروه زنان با طرحواره‌های نقش جنسی زنانه از لحاظ افسردگی و غیرافسردگی تفاوت معنادار نیست (t = ۱/۳۶، df = ۲۸). به عبارت دیگر، در زنان با طرحواره‌های نقش جنسی زنانه میزان افسردگی تفاوت معناداری را نشان نداده است، لیکن در گروه زنان با برخورداری از طرحواره‌های نقش جنسی مردانه، از لحاظ افسردگی و غیرافسردگی تفاوت معنادار است و طرحواره‌های نقش جنسی مردانه، در زنان به عدم افسردگی منجر شده است (t = ۲/۵۲، df = ۲۸، p < ۰/۰۱). به عبارت دیگر، زنانی که میانگین نمرات آنها در مقیاس مردانگی بالاتر است، از میزان افسردگی‌شان کاسته شده است.

در جدول شماره ۳ نمرات دانشجویان مرد افسرده و غیرافسرده برحسب طرحواره‌های نقش جنسی زنانه و مردانه (مقیاس زنانگی و مردانگی در پرسش‌نامه نقش جنسی بم) نشان داده شده است.

جدول شماره ۳: میانگین، انحراف معیار و آزمون آماری t نمرات دانشجویان افسرده و غیرافسرده مرد در مقیاس زنانگی و مردانگی پرسش‌نامه نقش جنسی بم (N = ۳۰)

آزمون آماری برای مقایسه گروه‌ها	افسرده (N = ۱۰)		شاخص‌های آماری گروه‌های مورد مطالعه
	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	
t = ۳*، df = ۲۸	۵/۲	۴/۶	مردان با طرحواره‌های نقش جنسی مردانه (N = ۳۰)
	۰/۷۲	۰/۷۲	
t = ۰/۹۳، df = ۲۸	۴/۹	۴/۹	مردان با طرحواره‌های نقش جنسی زنانه (N = ۳۰)
	۰/۴۵	۰/۸	

*P = < ۰/۰۱

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود در گروه دانشجویان مرد افسرده و غیرافسرده با برخورداری از طرحواره‌های

نقش جنسی مردانه تفاوت معنادار است ($t=2, df=28, P<0/01$). در این‌جا نیز طرحواره‌های نقش جنسی مردانه به کاهش افسردگی منجر شده است، در حالی‌که در دانشجویان مرد که طرحواره‌های جنسیتی آنها زنانه است تفاوت معنادار از لحاظ افسردگی و غیرافسردگی مشاهده نشده است ($t=0/93$).

بحث

همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد، فرضیه اول پژوهش یعنی این فرضیه که "بین میزان افسردگی در دانشجویان دختر و پسر تفاوت وجود ندارد"، تأیید می‌شود. این یافته در راستای مطالعات جهانی است که نشان می‌دهد در خانواده‌هایی که زنان و مردان از موقعیت‌های اجتماعی برابر بهره‌مند هستند، برای مثال در شرایط دانشجویی که می‌توان گفت دانشجویان زن و مرد موقعیت اجتماعی نسبتاً هماهنگ‌تری دارند، از لحاظ میزان افسردگی تفاوتی ندارند. بنابراین به نظر می‌رسد که با افزایش آگاهی و دست‌یابی زنان به موقعیت‌های اجتماعی بهتر می‌توان از میزان افسردگی در زنان کاست و در روند شیوع بیشتر افسردگی در زنان تغییراتی ایجاد کرد. زنان جوان می‌توانند به خوبی بر پیشگیری از افسردگی خود در آینده از طریق پروراندن عادات احترام به خویش و اتکا به خود که از طریق موقعیت‌های تحصیلی و شغلی برابر با مردان حاصل می‌شود، معطوف و متمرکز شوند. در حالی‌که براساس اعلام نظر انجمن روان‌پزشکی ایران، زنانی که در موقعیت‌های نابرابر اجتماعی با مردان قرار دارند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به افسردگی قرار می‌گیرند (همشهری ۱۳۸۳).

همچنین براساس نتایج به‌دست‌آمده، فرضیه دوم پژوهش یعنی این فرضیه که "طرحواره‌های نقش جنسیتی در زنان و مردان متأهل دانشجویان در میزان افسردگی آنها تفاوتی ایجاد می‌کند"، درخصوص طرحواره‌های نقش جنسی مردانه تأیید می‌شود. نتایج نشان داد که از میزان افسردگی زنان با طرحواره‌های نقش جنسی مردانه کاسته شده است ($t=2/52, df=28$)، در حالی‌که میزان افسردگی و غیرافسردگی زنان درخصوص طرحواره‌های نقش جنسی زنانه تفاوت معناداری نشان نمی‌دهد ($t=1/26$). بنابراین به نظر می‌رسد در دانشجویان زن که شکل‌گیری جنسیتی آنها مبتنی بر کلیشه‌های مردانه نیز هست، از لحاظ سلامت روانی کمتر در معرض آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی قرار دارند. به عبارت دیگر، وجود صفات و ویژگی‌های شخصیتی صرفاً "زنانه" نیست که منجر به افسردگی می‌شود، بلکه فقدان ویژگی‌ها و صفات مردانه از قبیل جرات‌ورزی، استقلال، نقش‌های فعال اجتماعی و احترام به خویش است که احتمال درماندگی، نومیدی و فقدان قدرت و سرانجام افسردگی را افزایش می‌دهد. ویژگی‌ها و صفات کلیشه‌ای مردانه به نظر می‌رسد که با اعتماد به نفس و اتکا به خویش بیشتر همراه است و به زنان اجازه

می‌دهد تا گرایش‌های مغایر با کلیشه‌های سنتی زنانه را نیز از خود نشان دهند. به عبارت دیگر در این پژوهش، در دانشجویان زن که انعطاف‌پذیری از لحاظ نقش‌های جنسیتی وجود دارد و صرفاً متکی بر نقش‌های جنسیتی کلیشه‌ای نیستند، کاهش افسردگی مشاهده شده است. نتایج، هم چنین نشان می‌دهد که در مردان دانشجو نیز وجود طرحواره‌های نقش جنسی مردانه به کاهش میزان افسردگی می‌انجامد ($t=2$ ، $df=28$).

بنابراین همان‌گونه که تحقیقات در جوامع غربی نیز اشاره می‌کند، هنگامی که به متن اجتماعی و طرحواره‌ها و کلیشه‌های فرهنگی نگاه می‌کنیم به دشواری می‌توانیم افسردگی را به عنوان شاخصی از آسیب‌شناسی روانی بیشتر در زنان در مقایسه با مردان ببابیم. در واقع ما بیشتر با یک آسیب‌شناسی اجتماعی در زمینه افسردگی زنان رو به رو هستیم تا یک آسیب‌شناسی فردی (کرافورد و انگر، ۲۰۰۴). البته تأکید بر فشارهای اجتماعی- فرهنگی به عنوان منشأ اصلی آسیب‌شناسی زنان گریزی برای داشتن مسئولیت فردی برای رشد همه جانبه زنان نیست، اما مادامی که جامعه پیرامون زنان مسئولیت‌پذیری نداشته باشد، مسائل و مشکلات در مورد آسیب‌شناسی روانی برای زنان پدید خواهد آمد. در عین حال نقش مرد و زن در خانواده بدون دیگری معنایی ندارد. هر یک از اعضای خانواده برای یافتن معنای وجودی خویش به دیگری وابسته است. احساس مسئولیت نسبت به دیگری که در زمره نقش‌های جنسیتی زنان است، پایه و اساس نیازهای خانواده به شمار می‌رود. در واقع مفهوم خویشتن، با دست کم گرفتن و نادیده گرفتن نقش‌های دیگری نمی‌تواند تقویت شود.

نقش‌های جنسیتی زنانه، مانند وابستگی از جانب خانواده و جامعه، نباید نشانه ضعف و صفت نامطلوب در نظر گرفته شود و ویژگی‌های مردانه قطب مخالف آن محسوب گردد. زنان و مردان در خانواده می‌توانند مجموعه‌ای از نقش‌ها و صفات را داشته باشند که مکمل یکدیگر باشند و بر وابستگی متقابل مبتنی بر اطمینان و اعتماد دو جانبه و داد و ستد عاطفی مثبت تأکید کنند. پیوند متقابل میان اعضای خانواده و اهمیت دادن به نقش‌های جنسیتی یکدیگر و وابستگی متقابل که در ذات اخلاق مراقبت قرار دارد، نقطه شروع خوبی برای پرداختن به پویایی‌های پیچیده در خانواده است. (چنتلر، ۲۰۰۶).

پیشنهادها

بنابراین پیشنهاد می‌شود که والدین معیارهای پروراندن دختران و پسران خود را براساس الگوهای صرفاً زنانه و مردانه متکی بر کلیشه‌های فرهنگی است، متعادل سازند و طرحواره‌های نقش جنسیتی انعطاف‌پذیر را در فرزندان خود رشد دهند. هم چنین الگوهای رفتاری و نقش‌های جنسیتی خانواده انعطاف‌پذیرتر گردد و نسبت به نقش‌های جنسیتی زنانه و مردانه ارزش‌گذاری یکسان صورت گیرد. پروراندن صفات و ویژگی‌های شخصیتی چون اعتماد به نفس، اتکا

به خویش، استقلال، حرأت و انعطاف پذیری در نقش های جنسیتی که در دختران و پسران با کاهش افسردگی همراه است، از جانب نظام های آموزشی و خانوادگی توصیه می‌شود. تغییر به سوی آرمان های فرهنگی و خانوادگی وابستگی و دلبستگی متقابل ایجاد شود و این شناخت از طریق برنامه های مشاوره خانواده برای زنان و مردان هر دو شکل گیرد. تفاوت های زنان و مردان بر حسب برتری یا کهنتری مفهوم سازی نشود و هیچ کس اعم از زن یا مرد بر دیگری برتری و سلطه نداشته باشد و رشد و شکوفایی همه انسان ها که به کاهش اختلال های روانی و خصوصاً افسردگی منجر می‌شود، مد نظر قرار گیرد.



منابع فارسی

- خمسه، اکرم، (۱۳۸۳) بررسی طرحواره‌های نقش جنسیتی و کلیشه‌های فرهنگی در دانشجویان دختر، ۱۳۸۳، مطالعات زنان، سال دوم، شماره ۶
- همشهری (۱۳۸۳) یک سوم زنان استان تهران از بیماری افسردگی در سطوح مختلف رنج می‌برند، تهران، شماره ۳۵۶۳

منابع انگلیسی

- Al-MuSawi, N.M.(۲۰۰۱), psychometric properties of Beck Depression Inventory *II with university students in Bahrain Journal of Assessment*.۷۷.۵۶۸-۵۷۹
- Beck, A.T; steer, R.A; Brown, G.K. (۱۹۹۶). Manual for the Beck Depression Inventory. SanAntonio, TX: Psychological Corporation.
- Bem, S.L. (۱۹۸۱). Gender schema theory: A Cognitive account of sex-typing, *Psychological Review*, ۸۸: ۳۵۴-۳۶۴.
- Bem, S.L. (۱۹۸۳). Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender aschematic society. *Signs* ۸: ۵۹۸-۶۱۶.
- Brannon.(۲۰۰۰).Gender: psychological Perspectives Boston Allyn and Bacon.
- Crawford, M; Unger, R;(۲۰۰۴), Women and gender, New York, McGraw hill Companies.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, (DSM IV), Washington, Dc: Author.
- Ghassemzadeh, H; Mojtabai, R, Kramghadiri,N;Ebrahimkhani, N;(۲۰۰۵), Psychometric Properties of a Persian Language Version of the Beck Depression Inventory –Second Edition: BDI-II-Persian, *Depression and Anxiety*, ۲۱, ۱۸۵-۱۹۳.
- Hyde, J.S. (۱۹۹۶). The psychology of women: Half Human Experiences. New York DC. Health and company.
- Kohen, D (۲۰۰۰), Women and mental health, London, Rutledge.
- Piccinelli, M (۲۰۰۰), Gender Differences in Depression: Critical Review, *The British Journal of Psychiatry*, ۱۷۷, ۴۸۶-۴۹۲.
- Wade, T.J. (۲۰۰۲). Emergence of gender differences in depression during adolescence, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, ۴۱, (۲), ۱۹۰ – ۱۹۸.