

فشار روانی و جنسیت

عزیزه الفخم ابراهیمی*

چکیده

پاسخ به فشار روانی یک روند پیچیده در زنان و مردان است اما تفاوتی بین دو جنس یافته شده است. بر جسته‌ترین این تفاوتها اینست که پاسخ فیزیولوژیکی زنان به فشار روانی در طول مسیر مغز غده فوق کلیوی از نظر کیفی با مردان متفاوت است و زنان بهنگام تجربه فشار ذهنی با سطوح ای نفیرین کمتری از مردان پاسخ می‌دهند با وجود این برداشت ذهنی زنان از فشار وارده و درجه ناآرامی هیجانی که تجربه کرده‌اند بیش از میزانی است که سطوح واقعی ای نفیرین می‌تواند ایجاد کند. بعبارت دیگر زنان آستانه تحمل کمتری برای تجربه تحریک جسمانی دارند. بعلاوه زنان کمتر از مردان در مخاطره بیماریهای تهدیدکننده زندگی قرار می‌گیرند و سیستم ایمنی آنها از مردان فعائلر است. علیرغم این برتوبهای فیزیولوژیکی، زنان بهای روانشناختی بیشتری در قیاس با مردان می‌پردازند و میزان آشفتگیهای روانی مانند اضطراب و افسردگی در آنها بیشتر است. توجیهای مختلفی درباره علل این تفاوتها بعمل آمده که بیشتر متمرکز بر تفاوت نقشهای اجتماعی در زنان و مردان است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه:

یکی از محورهای اصلی توجه شبکه‌های بهداشتی و رفتاری اینست که نقش جنسیت را در بهداشت روانی و جسمانی افراد، تعیین کنند. آنها می‌خواهند بدانند چرا زنان در مقابل بسیاری از بیماریها محافظت شده‌اند و آیا این محافظت با تغییر نقش زنان تغییر میکند یا نه؟. با وجود اینکه در طی سالها زمان و نیروی زیادی صرف اندازه‌گیری تفاوتهای جنسی در میزان بیماریها و مرگ

و میر شده است، اما تا همین اواخر کوششهای کمی برای توجیه علل این تفاوتها بعمل آمده است (متیوز^۱ ۱۹۸۹، برد^۲ ۱۹۹۱).

وقتی کسی تحت فشار روانی قرار می‌گیرد سیستم ایمنی او دچار اختلال میشود. اما تحقیقات جدید نشان می‌دهند که در بعضی شرایط فشارزا زنان بهتر عمل میکنند و سایر شرایط مردان عملکرد بهتری دارند (آدلر^۳ ۱۹۹۳). بعلاوه آمارهای بهداشتی و همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد که زنان بیشتر از مردان دچار بیماریهای چون عفونت‌های دستگاه تنفس و آرتريت می‌شوند، در صورتیکه میزان بیماریهای تهدیدکننده زندگی مانند بیماریهای قلبی که سبب ناتوانی پایدار و مرگ زودرس می‌شوند در مردان بیشتر است (برد ۱۹۹۱). همینطور میزان آشفتگی روانی که شامل اضطراب و افسردگی می‌شود در زنان دو برابر مردان است. این تفاوتها در فرهنگها، زمانها، گروههای سنی مختلف، نواحی شهری و همینطور نواحی روستایی مشاهده شده است و یکی از ثابت‌ترین یافته‌ها در جامعه‌شناسی بهداشت روانی محسوب می‌شود (روزنفیلد^۴ ۱۹۸۹).

مسلم است که علاوه بر تفاوتها ژنتیکی، زیست‌شیمیایی و فیزیولوژیکی، تفاوتهای اجتماعی و فرهنگی نیز مهم هستند. متخصصین علوم اجتماعی معتقدند که تفاوتهای جنسی در آشفتگیهای روانی بعلاوه فشار روانی ناشی از نقش، تعارضات نقش و درجه تعهد به نقش جنسی است. بعنوان مثال زنها بطور معمول مسئولیت اصلی امور خانه و مراقبت از فرزندان را حتی وقتی شاغل هستند بعهده می‌گیرند (برد ۱۹۹۱). نولن هوکسما^۵ (۱۹۸۷) به نقل از فوجیتا و همکاران (۱۹۹۱) توجیهایت زیست‌شناختی، رفتار شناختی و اجتماعی فرهنگی درباره علت تفاوتهای جنسی در فشار روانی را مرور و بررسی کرده و بر اساس آن نظریه جدیدی مطرح نموده که به تفاوت عملیات شناختی در زنان و مردان اشاره می‌کند.

با توجه به موارد ذکر شده، هدف این مقاله بررسی اجمالی تفاوتهای فیزیولوژیکی، روانی اجتماعی زنان و مردان در پاسخ به فشار روانی و توجیهایت نظری و شواهد تجربی مربوط به

1- Mathews

2- Bird

3- Adler

4- Rosenfield

5- Nolen hoeksema

6- Fujita et al

عوامل فیزیولوژیکی تفاوت‌های جنسی در فشار روانی

پاسخ به فشار روانی محصول تعامل بین روان و جسم است، که زیربنای برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی را تشکیل می‌دهد. برانگیختگی که برای حفظ و بقا ارزش تکاملی دارد می‌تواند فعال‌کننده یا بازدارنده اندامهای خاصی باشد که به مرور زمان و در صورت کاهش نیافتن تحریک دچار اختلال یا بیماری می‌شوند.

افراد یک نقش اصلی در پاسخ به فشار روانی بازی می‌کنند. روش افراد مختلف در تفسیر و تعبیر محرک‌های فشارزا و پیامدهای آن و تحلیل شخصی آنان، هم باعث شروع و هم موجب باقی ماندن تجربه فشار روانی در آنها می‌شود. هر فردی قادرست سطوح خاصی از فشار روانی را تحمل کند و این آستانه‌های کاملاً فردی، محصول خصیصه‌های ژنتیکی، شیوه‌شناختی و رفتارهای آموخته شده آنان است. دو مقوله وسیع از فشارزها توسط اورلی^۱ (۱۹۸۹) به نقل از دنرستاین^۲ (۱۹۹۳) توصیف شده است که عبارتند از فشارزهای زیست‌زا و فشارزهای روانی اجتماعی.

فشارزهای زیست‌زا، پاسخ به فشار روانی را بواسطه خواص الکتریکی یا زیست‌شیمیایی خود تحت تاثیر قرار می‌دهند که می‌تواند در آغاز مراکز بالاتر مغز را که در آنجا تعبیر و تفسیر وقایع بطور عادی روی می‌دهد، نادیده بنگارد. فشارزهای روانی اجتماعی در اصل بعلت تعبیر و تفسیر شناختی فرد و معنی و مفهومی که به یک رویداد خارجی، تجربه تحریک فیزیولوژیکی یا هر دو می‌دهد، تبدیل به فشارزها می‌شوند. بنابراین این فشارزها می‌توانند رویدادهای واقعی یا تصویری ناشی از محیط اجتماعی بیرونی یا تجربه جسمانی درونی باشند. فشارزهای روانی اجتماعی در حالیکه نمیتوانند مستقیماً باعث پاسخ شوند، اما بواسطه مکانیزم‌های ارزشیابی شناختی فرد، موثر واقع می‌شوند.

ترتیب زمانی پاسخ افراد به فشار روانی، محورهای عصب شناختی، عصب غدد درون‌ریز و غدد درون‌ریز را در بر می‌گیرد. محور عصب شناختی سریعترین پاسخ به فشار روانی را بواسطه تحریک مستقیم ساختمانهای انتهای عصب بوسیله سیستم اعصاب خود مختار از راه سیستم لیمبیک و هیپوتالاموس فراهم می‌کند که برانگیختگی هیجانی و تعبیر و تفسیرهای شناختی از تجربه برانگیختگی را تنظیم می‌کنند.

انشعابات پاراسمپاتیک و سمپاتیک ساختمانهای انتهای عصب را بازداری یا فعال می‌کنند. محور عصب غدد درون‌ریز مسئول پاسخ‌های مقابله‌ای فعال است که کانن^۱ پاسخ جنگ/گریز^۲ نامیده است. فعال‌سازی این مسیر از عقده بادامی به هیپوتالاموس و مغز غده فوق کلیوی، موجب بازده کاته‌کولامین‌ها، نوراپی‌نفرین و اپی‌نفرین می‌شود که سیستم اعصاب سمپاتیک را فعال می‌کنند. سه الگوی مختلف بازده کاته‌کولامین از نظر کیفی تشخیص داده شده‌اند. اینها عبارتند از (۱) الگوی دفاعی یا گریز که مشخصه آن سطوح بالای اپی‌نفرین است. (۲) الگوی بی‌حرکتی یا بهت‌زدگی که همراه با سطوح بالای اپی‌نفرین است و (۳) الگوی گوش‌بزرگی یا جنگ که در سطوح بالای تستوسترون منعکس شده است.

محور غدد درون‌ریز مسئول پاسخ‌های جسمانی مزمن و طولانی به محرکهای روانشناختی و روانی اجتماعی است. این مسیر نهایی که شامل سیستم هیپوتالامیک-هیپوفیز-غده فوق کلیوی-قشر مغزی می‌شود بواسطه فعال‌سازی ۴ محور هورمونی عمل می‌کند که عبارتند از محور قشر غده فوق کلیوی، محور هورمون رشد، محور تیروئید و محور هیپوفیز خلفی.

همانطور که ملاحظه گردید پاسخ به فشار روانی یک روند پیچیده در زنان و مردان است اما تفاوت‌هایی بین دو جنس یافته شده است. برجسته‌ترین این تفاوتها اینست که پاسخ فیزیولوژیکی زنان به فشار روانی در طول مسیر مغز غده فوق کلیوی (محور عصب غدد درون‌ریز) از لحاظ کیفی با مردان متفاوت است. طبق گزارش کالینز^۳ (۱۹۸۵) به نقل از دنرستاین (۱۹۹۳) زنان بهنگام تجربه فشار ذهنی اپی‌نفرین کمتری از مردان ترشح می‌کنند.

1- Cannon

2- Fight/Flight

3- Collins

با وجود این گزارش ذهنی زنان از میزان فشار روانی تجربه شده که بصورت آشننگی هیجانی و عدم اعتماد به نفس است، بیشتر از میزانی است که سطوح اپی نفرین در حال گردش ایجاد میکند. این یافته نشان می‌دهد که زنان به میزانهای پایتتر فعالیت هورمونی با برانگیختگی هیجانی شدیدتر از مردان پاسخ می‌دهند یا آستانه تحمل کمتری برای تجربه تحریک جسمانی دارند. همینطور، زنان بهنگام انجام وظایف شناختی دشوار واکنش‌های چهره‌ای قابل ملاحظه‌تری از مردان نشان می‌دهند که برانگیختگی فیزیولوژیکی شدیدتر در زنان است (والبوت^۱ ۱۹۹۱)

سوگیری نقش جنسی زنان نیز با پیامدهای روانی فیزیولوژیکی متفاوت از لحاظ میزان ترشح هورمونهای مغز غده فوق کلیوی مرتبط شناخته شده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که زنان دانشجوی رشته مهندسی که علائق و قابلیت‌های مردانه داشتند در حین انجام وظایفی که فشار روانی ایجاد می‌کرد از زنانی که نمرات بالاتری از لحاظ خصوصیات سستی‌تر زنانگی داشتند، اپی نفرین بیشتری ترشح کردند.

همینطور شواهدی دال بر تفاوت بین زنان و مردان در آزادسازی کاته کولامین‌ها نسبت به فشارها وجود دارد. فرانکن هاوزر^۲ (۱۹۷۵ به نقل از دنرستاین ۱۹۹۳) شاخص پاسخ هورمونی مناسب یا نامناسب به فشار روانی را دوگانگی در کم بازدهی اقتصادی^۳ نامیده است. سازگارکننده اقتصادی به تجارب فشار روانی با یک بازده سریع اپی نفرین پاسخ می‌دهد. آنها نمرات پایینی در مقیاس‌های نوروتیسیسم و نمرات بالایی در آزمونهاى عملی می‌آورند. بعد از طی دوره فشار روانی تابلوی هورمونی این افراد سریعاً به سطوح قبل از فشار روانی بازگشت می‌کند. بر عکس سازگارکننده کم‌بازده با یک افزایش تدریجی بازده کاته کولامین نسبت به تجارب فشار روانی پاسخ می‌دهد و سطوح اپی نفرین بمدت طولانی‌تر در حد بالا باقی می‌مانند که این عمل منجر به استفاده بیش از حد از منابع فیزیولوژیکی غیر ضروری می‌شود که نشانه سازگاری روانی جسمانی ضعیفتر است.

شواهد نشان می‌دهند که پاسخ‌های مغز غده فوق کلیوی به فشار روانی حاد مختص به جنس

1- Wallbott

2- Frankenhauser

3- Economy-inefficiency dichotomy

هستند و پاسخ فیزیولوژیکی زنان اقتصادی‌تر از مردان است. علاوه زنان در سالهای باروری بعلت یک عامل حمایت‌کننده زیستی که بواسطه سطوح بالای استروئیدهای رحمی بخصوص استروژن‌ها تامین شده است از بیماریهای تهدیدکننده زندگی، محافظت شده‌اند. وقوع کمتر بیماریهای عروقی و فشار خون در زنان بعلت اثرات استروژنیک تسهیل‌کننده بر کنترل لیپید است. در طی سالهای باروری زنان سطوح بالاتری از لیپوپروتئین‌های پر غلظت دارند که به خارج کردن کلسترول از جریان خون کمک می‌کند و پیدایش ضایعات آرتروواسکلروتیک را محدود می‌کند (دنرستاین ۱۹۹۳). اما در مردان بعلت فقدان مواد کنترل‌کننده لیپید بهنگام تجربه فشار روانی هورمونهای اپی‌نفرین، نوراپی‌نفرین و کورتیزول بشدت تخلیه می‌شوند که یک پی‌آمد آن افزایش سطح انسولین در جریان خون است. این عامل سبب می‌شود کلسترول در مدت طولانی‌تری از جریان خون خارج شود که یک نتیجه بالقوه آن نازک شدن رگهای خونی همراه با باقی ماندن لخته در خون است. (پاول و انرایت ۱۹۹۰)

قابل ذکر است زنان و مردانی که قربانی حوادث طبیعی می‌شوند تفاوت‌های اندکی از لحاظ پاسخ‌های ایمنی و عصب‌غدد درون‌ریز دارند و سطوح هورمونهای مربوط به فشار روانی آنها یعنی کورتیزول و اپی‌نفرین بطور یکسان بالا می‌رود. اما سطح نوراپی‌نفرین مردان که یک هورمون دیگر مربوط به فشار روانی است بیش از زنان بالا می‌رود و در نهایت زنان بیشتر از مردان عمر می‌کنند (آدلر ۱۹۹۳). علیرغم برتریهای فیزیولوژیکی زنان از لحاظ‌های ذکر شده زنان تواماً بهای روانشناختی بیشتری از مردان می‌پردازند که بصورت هیجانات منفی عمیق و کم شدن یک حس موفقیت و رضایت است و بطور کلی زنان بیش از مردان درباره سلامتی خود نگرانند و کمک‌های حرفه‌ای طلب می‌کنند (دنرستاین ۱۹۹۳). این یافته‌ها نقش تعیین‌کنندگان روانی اجتماعی فشار روانی در زنان و مردان را مورد توجه قرار می‌دهد.

عوامل روانی اجتماعی تفاوت‌های جنسی در فشار روانی

وقتی پژوهش‌گران می‌پرسند کدام جنس ناخوشایندی بیشتری را تجربه می‌کند، پاسخ معمولاً اینست که زنان هیجان‌ناپذیری بیشتری از مردان تجربه می‌کنند. یافته‌ها نشان می‌دهند که میزان آشفتگی روانی و افسردگی در زنان دو برابر مردان است. (روزنفلد ۱۹۸۹).

نتایج یک بررسی عمومی درباره زنان آمریکایی نشان می‌دهد که آنها نارضایتی بیشتری از ازدواج و بهداشت جسمانی و روانی خود دارند و کمتر از مردان خود را خوشبخت می‌دانند. در یک نمونه اروپایی، زنان بیش از مردان از زندگی خود اظهار رضایت کرده بودند (هاربوماینلا ۱۹۷۱ به نقل از فوجیتا و همکاران ۱۹۹۱).

در یک تحقیق بین فرهنگی، آلکس میکالوس^۲ (۱۹۸۷ به نقل از فوجیتا و همکاران ۱۹۹۱) ۶۰۰۰ دانشجوی را در ۲۳ کشور مورد بررسی قرار داد و داده‌های او نشان دادند که زنان باندازه مردان خوشحالند یا از آنها خوشحال‌ترند. در یک تحقیق بین فرهنگی دیگر لین^۳ و مارتین^۴ (۱۹۹۷) تفاوت‌های جنسی در سه بعد شخصیتی آیزنک^۵: برونگرایی، نوروئیسیسم و پسیکوئیسیسم را در ۳۷ کشور مورد بررسی قرار دادند و داده‌های آنها نشان داد که زنان در مقیاس نوروئیسیسم که یک مقیاس پریشانی روانی است، نمرات بیشتری از مردان بدست آورند. بنابراین با وجودیکه زنان در اکثر موارد خود را باندازه مردان خوشحال‌تر گزارش می‌دهند اما بیشتر از مردان خود را عصبی و افسرده می‌دانند. این یافته‌های متناقض سوالاتی درباره علت ناخشنودی زنان مطرح می‌کند. توجیهات مختلف بطور کلی بر تفاوت روند اجتماعی شدن در زنان و مردان، تفاوت‌های عاطفی و شناختی آنها و نقش‌های متفاوت زنان و مردان متمرکز است. بنظر پژوهشگران زنان طوری اجتماعی شده‌اند که درباره عقاید و ارزشیابی‌های دیگران نگران‌تر از مردان هستند و هویت آنها مشروط به روابط آنهاست. چون روابط اجتماعی یک عامل مهم در بهداشت روانی زنان است، بنابراین آنها آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به فشارهای بین فردی نشان

1- Hario manila

2- Alex michalos

3- Lynn

4- Martin

5- Eysenck

می‌دهند. از طرف دیگر، مردان یاد گرفته‌اند تفاوت‌های مشخصی بین خود و دیگران قائل باشند و نه تنها مستقل و رقابت جو توصیف شده‌اند، بلکه همینطور هم از نظر بین فردی غیرحساس تلقی شده‌اند، بنابراین مانند زنان خود را درگیر مسائل اعضای خانواده و غیر خانواده نمی‌کنند و در نتیجه فشار روانی کمتری تجربه می‌کنند (آدلر ۱۹۹۳، بیرنت^۱ ۱۹۹۱).

توجه دیگر به تفاوت‌های جنسی در عمق عاطفه اشاره می‌کند. به نظر فوجیتا و همکاران (۱۹۹۱)، تفاوت‌های جنسی در شدت عاطفه می‌تواند حضور همزمان و متناقض عاطفه منفی و خوشحالی مساوی یا بیشتری را که توسط زنان گزارش شده، توجیه کند. شدت عاطفه یک متغیر تفاوت فردی است که به شدت پاسخ یک فرد به یک سطح معین تحریک هیجانی اشاره می‌کند. افرادی که سطوح بالایی از هیجان منفی را تجربه می‌کنند، به همان اندازه مایل‌اند که سطوح بالایی از هیجان مثبت را نیز تجربه کنند و داشتن هیجان مثبت بسیار شدید تاوان‌های هیجانی در پی دارد که یکی از آنها تجربه هیجان منفی شدیدتر است. چون زنان به طور کلی عاطفه شدیدتری از مردان دارند، هم خوشحالی و هم غم بیشتری را تجربه می‌کنند. بنابراین احتمال دارد پریشانی روانی بیشتری از مردان گزارش دهند، در حین اینکه سطوح یکسان سلامت روانی را نیز نشان می‌دهند. این تفاوت‌های جنسی در تجربه عاطفی را می‌توان بعنوان اساسی برای توجیه تفاوت‌های جنسی در افسردگی جامعه در نظر گرفت. نولن هوکسما (۱۹۸۷) در یک مرور عالی از توجیهات سبب شناختی تفاوت‌های جنسی در افسردگی بالینی، نظریه خود را چنین ارائه داده است. بنظر او طریقی که زنان به یک رویداد ما قبل افسردگی پاسخ می‌دهند باعث تفاوت‌های جنسی در افسردگی می‌شود. فرضیه او اینست که زنان درباره رویدادهای ما قبل افسردگی خود نشخوار فکری می‌کنند و توجه خود را بر خلق افسرده و متمرکز می‌کنند. این شیوه نشخوارکننده و صفت "تمرکز بر خود" توجیه‌کننده میزانهای بالاتر افسردگی و پریشانی روانشناختی در زنان است (برومبرگر^۲ ۱۹۹۶). به نظر لارسن^۳ (۱۹۸۷) به نقل از فوجیتا و همکاران (۱۹۹۱) افرادی که عاطفه شدیدی دارند از

1- Biernert

2- Bromberger

3- Larsen

عملیات شناختی استفاده می‌کنند که بک^۱ توصیف نموده است. این عملیات عبارتند از شخصی کردن^۲، تعمیم بیش از اندازه^۳ و تجرید انتخابی^۴.

این عملیات شناختی سبب می‌شود که فرد توجه خود را به جنبه‌های خاص و هیجان‌انگیز رویدادها معطوف کند و در نتیجه از کسی که این عملیات شناختی را انجام نمی‌دهد، شدت هیجانی بیشتری را تجربه نماید. در واقع شیوه نشخوارکننده‌ای که نولن هوکسما ارائه نموده بر رمزگرایی و یادآوری رویدادهای پرهیجان تأثیر می‌گذارد و منجر به عملیات شناختی می‌شود که قبلاً توصیف شد. استفاده از این عملیات شناختی توسط زنان سبب می‌شود آنها رویدادهای هیجان‌برانگیز را شدیدتر و واضح‌تر از مردان تجربه و یادآوری کنند و در نتیجه بیشتر دچار افسردگی بالینی شوند.

توجه دیگر به تفاوت‌های نقش‌های جنسی در خانواده و جامعه می‌پردازد. این عقیده که نقش‌های جنسی سنتی می‌توانند منجر به نتایج منفی شوند در سالهای ۱۹۷۰ بدنبال جنبش زنان توجه قابل ملاحظه‌ای را برانگیخته است. ساختار نقش جنسی بعنوان رفتارها، انتظارات و مجموعه نقش‌هایی^۵ تعریف شده که جامعه آنها را زنانه یا مردانه، تلقی می‌کند و در رفتار زنان و مردان تجسم بیرونی پیدا کرده است و از نظر فرهنگی برای مردان و زنان، مناسب تلقی می‌شود. جنبش زنان، سبب افزایش آگاهی از محدودیت‌های غیرمعقولی که برای زنان بواسطه نقش جنسی سنتی آنها ایجاد شده گردیده است. (شارپ^۵ و همکاران ۱۹۹۱). نقش سنتی زنان بعنوان زن خانه در مقایسه با نقش سنتی مردان بعنوان نان‌آور اصلی خانواده با احساس قدرت و شخصیت اجتماعی کمتری برای زنان همراه است.

زنان بطور معمول وقت بیشتری را صرف کار در خانه، مراقبت از کودکان و کمک بدیگران و وقت کمتری را صرف مشاغل درآمددار، تفریح و خواب می‌نمایند که باعث کاهش سلامتی می‌شود. در صورتی که مردان حقوق‌های بیشتری از زنان می‌گیرند و وقت بیشتری را صرف

1- Beck

2- Personalizing

3- Overgeneralizing

4- Selective Abstraction

5- Sharpe et al

خواب و تفریح می‌کنند که با بهداشت روانی و سلامتی بیشتر، مرتبط شناخته شده است (الیوت^۱ و هوپرت^۲ ۱۹۹۱).

بر این اساس توجهات تئوریک، نقش‌های متفاوتی که زنان و مردان متاهل در ارتباط با خانواده و کار ایفا می‌کنند، محور توجه قرار داده است. گرو^۳ از محرومیت زنان خانه‌دار بعنوان اساسی برای کار تجربی استفاده کرده است. او میزانهای بالاتر اختلالات عاطفی در زنان خانه‌دار را به عواملی مانند محدودیت نقش (مردان دو منبع اصلی رضایتمندی دارند - کار و خانواده، در صورتی که زنان در اکثر اوقات فقط یک منبع رضایت دارند - خانواده)، موقعیت ناکام‌کننده و غیر سازمان‌یافته کارخانه و فقدان یک حس کنترل بر آینده، نسبت می‌دهد. (به نقل از الیوت و هوپرت ۱۹۹۱). همینطور یافته‌ها نشان می‌دهند که زنان بیش از مردان در معرض فشارهای مداوم نقش خانوادگی قرار می‌گیرند که این موضوع موجب میزان بالاتر پریشانی روانی در آنهاست. بنظر تواتز^۴ (به نقل از سایمون^۵ ۱۹۹۲) مشکلاتی که در قلمروی نقش تجربه می‌شود، می‌تواند هویت مربوط به آن قلمرو را تضعیف کند. از آنجائی که هویت والد بودن در خودپنداری زنان مهمتر از مردان است و آنها عاطفه بیشتری را در نقش والد بودن سرمایه‌گذاری می‌کنند، بنابراین آنها نه تنها در معرض فشارهای نقش والد بودن قرار می‌گیرند بلکه به سمت تاثیرات این فشارها نیز آسیب‌پذیرتر خواهند بود. بعلاوه کسلر^۶ و مک لیود^۷ (۱۹۸۴) به نقل از الیوت و هوپرت ۱۹۹۱ و سایمون (۱۹۹۲) نشان دادند که زنان بیشتر از مردان تحت تاثیر رویدادهای شبکه‌ای قرار می‌گیرند (یعنی رویدادهای نامطلوبی که برای دیگران اتفاق می‌افتد). این رویدادها به نقش مراقبت‌کننده زنان مربوط می‌شود که می‌تواند با قابلیت زنان در مراقبت از خود، تداخل کند و سلامتی آنها را به طور منفی تحت تاثیر قرار دهد. بطور کلی تمایل زنان به درگیری هیجانی بیشتر با افراد دوروبر خود، آنها را در مقابل رویدادهای زندگی منفی در شبکه اجتماعی، آسیب‌پذیرتر

1- Elliot

2- Huppert

3- Grove

4- Thoits

5- Simon et al

6- Kessler

7- Mcleod

از مردان کرده است. این مساله تا اندازه‌ای غیرمنتظره به نظر می‌رسد، زیرا اگر چه زنان ظاهراً بیش از مردان رویدادهای زندگی منفی را تجربه نمی‌کنند، اما عملاً دچار پریشانی هیجانی بیشتری از مردان می‌شوند (زیمرمن تانسلا^۱ و دونینی^۲ ۱۹۹۱).

وربروگک^۳ (۱۹۸۹ به نقل از سایمون ۱۹۹۲) تفاوت‌های جنسی در بیماری را با کنترل تعداد دیگری از متغیرها علاوه بر نقش خانوادگی مورد تحلیل قرار داد. تحلیل او نشان داد که سطوح شغلی پایین با سلامتی کمتر ارتباط دارد، در صورتی که سطوح شغلی بالاتر و شرکت در نقش‌های سازنده و ارضاکننده شخصی با سلامتی بیشتر مربوط است. بعلاوه موقعیت شغلی و تحصیلات بالاتر با شیوه‌های مقابله‌ای مشکل محورتو (در مقابل هیجان محورتو) همراه است (پرلین^۴ به نقل از لانگ^۵ ۱۹۹۲) که با سطوح بالاتر سازگاری رابطه قویتری دارد. زنان معمولاً تحصیلات و درآمد کمتر و موقعیت شغلی پایین‌تری از مردان دارند. حتی در مشاغل قابل قیاس با مردان نیز زنان کماکان موقعیت پایین‌تری دارند و کمتر از مردان پول در می‌آورند که این موضوع به نفع بهداشت روانی مردان تمام می‌شود.

موقعیت «چند نقشی» نیز با بهداشت روانی همبستگی مثبتی نشان داده است و شواهد تجربی این فرضیه را پشتیبانی می‌کنند. بنظر کولینجن^۶ (۱۹۹۶) هر نقشی پاداش‌هایی چون ارتباطات اجتماعی افزایش‌دهنده، رضایت و احترام بخود همراه دارد که در افزایش بهداشت جسمانی و روانی موثر است. همینطور ترکیب چند نقش (شغل درآمد دار و همسر و والد بودن) می‌تواند، بعلت وجود چندین منبع پاداش که از یکدیگر ناشی می‌شوند، سلامت روانی را بالا ببرد (تواتز ۱۹۸۳ به نقل از لانگ ۱۹۹۲). بنابراین مردان هم از تقسیم جنسی نقش‌های اجتماعی بهره اقتصادی می‌برند و هم از شرکت بیشتر در نقش‌های پاداشمندتر، بهره سلامتی بیشتر، بدست می‌آورند.

1- Zimmerman-Tansella

2- Donini

3- Verbrugge

4- Pearlın

5- Long

6- Collijn

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از تحقیقات فشار روانی و جنسیت نشان می‌دهند که زنان علیرغم سازگاری فیزیولوژیکی بیشتر و سیستم‌های ایمنی قویتر بهای روانشناختی بیشتری از مردان می‌پردازند و شیوع اضطراب و افسردگی در آنها بیشتر است. با بررسی توجیحات بعمل آمده درباره علت این تفاوتها می‌توان آنها را در قالب مدل فشار روانی لازاروس^۱ و فولکمن^۲ (۱۹۸۴) به نقل از لانگ (۱۹۹۲) جای داد. طبق این مدل دو روند ارزشیابی شناختی و مقابله بعنوان واسطه‌های اصلی روابط فشارزا بین شخص و محیط و نتایج فوری یا طولانی مدت آن، تلقی می‌شوند. به نظر آنها ارزیابی‌های فرد از محرک‌ها و موثر بودن روش‌های مقابله‌ای وی در روند فشار روانی بسیار مهم هستند. بر همین اساس موقعیت‌های شغلی بالاتر، درآمد بیشتر و تحصیلات بالاتر با یک ادراک مثبت‌تر از خود و روش‌های مقابله‌ای مشکل‌محورتر مرتبط هستند. از آنجائی که زنان معمولاً مشاغل پائینتر، درآمد کمتر و تحصیلات پائینتری از مردان دارند و در عین حال وقت بیشتری را صرف کار خانه و مراقبت از فرزندان می‌کنند. این تفاوتها به نفع بهداشت مردان تمام می‌شود. حتی میان کار تمام وقت زنان و اوقات قابل ملاحظه‌ای که به کار خانه و مراقبت از فرزندان اختصاص می‌دهند و بهداشت جسمانی و روانی آنها همبستگی منفی دارد. برعکس، مردان از نقش اصلی خود بعنوان یک نان‌آور هم مستقیماً بواسطه حقوق‌های بالاتر از زنان و هم غیرمستقیم بواسطه وقت کمتری که صرف نقشهای پرزحمت می‌کنند بهره می‌برند، در صورتی که زنان از این منابع پاداش بی‌بهره هستند. در واقع چنین به نظر می‌رسد که ضروری که عاید زنان شده بعلت نقش‌های اجتماعی آنهاست. اگر نقشهای اجتماعی زنان و مردان یکسان بود، اگر مردان و زنان اوقات خود را به یک طریق می‌گذراندند و حقوق یکسان برای کاری که انجام می‌دادند دریافت می‌کردند وضعیت بهداشتی بهتری از مردان داشتند که با عمر طولانی‌تر آنها مطابقت داشت. به نظر وربروگ (۱۹۸۹) به نقل از سایمون (۱۹۹۲) با کنترل عوامل اجتماعی که باعث تفاوت‌های جنسی در بهداشت جسمانی و روانی می‌شود این تفاوتها در آینده کمتر و از نظر آماری غیر

معنی‌دار خواهد شد.

با این حال، محدودیت تحقیق‌های انجام شده، نتایج آن تحقیقات را مورد تردید قرار می‌دهد، زیرا اولاً در این تحقیقات از ابزارهایی استفاده شده که براساس مدل مردانگی ساخته شده‌اند. این مدل پیش‌بینی می‌کند که خودپنداری و احترام بخود حداقل در جوامع غربی مدرن بیشتر با مردانگی تا زنانگی، همبستگی مثبت معنی‌دار دارند. بنابراین یک سوگیری مردانه را منعکس می‌کند (بیرن^۱ و مارش^۲ ۱۹۹۱).

ثانیا با وجودیکه تحقیقات زیادی درباره نتایج منفی نقش سستی زنانه وجود دارد اما ما چیز زیادی درباره نتایج منفی، نقش سستی مردانه نمی‌دانیم و اگرچه یک مجموعه از ادبیات نظری و حرفه‌ای وجود دارد که تاثیر منفی نقش سستی مردانه را توصیف می‌کند، اما تحقیقات تجربی اندکی بر اثبات این ادعا وجود دارد (گلدبرگ^۳ ۱۹۹۷ به نقل از شارپ و همکاران ۱۹۹۱). بالاخره تحقیقات قبلی درباره نقش‌های جنسی و سلامت روانشناختی همانند تحقیقات خودپنداری، از یک مقیاس واحد افسردگی برای سنجش فشار روانی استفاده کرده‌اند و فشار روانی را به مفهوم سستی افسردگی تعریف کرده‌اند و سایر متغیرهای سلامت روانشناختی را در نظر نگرفته‌اند.

به طور کلی ما پژوهشگران را از تمرکز انحصاری بر تفاوت‌های جنسی که زنان را بعنوان موجوداتی شکننده توصیف می‌کند، برحذر می‌داریم و توصیه می‌کنیم آنها در تحقیقات آینده خود میزان‌های بالای عاطفه منفی در زنان را منحصراً مدنظر قرار ندهند، بلکه طیف کامل هیجانی زنان و مردان را در نظر بگیرند. در آن صورت تفاوت‌های مشاهده شده، واقعی‌تر به نظر خواهند آمد.

1- Byrne

2- Marsh

3- Goldberg

فهرست منابع

- Adler, T. Gender and Stress. Monitor. July 1993.
- Bird, Chloe E. Fremeont, Allen M. Gender, Time use and Health. J.Health and Social Behaviour 32: 114-123, 1991.
- Biernet, M. Gender Stereotypes and the Relationship between Masculinity and Femininity. J. Personality and Social Psychology 61: 351-365, 1991.
- Bromberger Joyce T & Mathews Karen a. A Feminine Model of Vulnerability to Depressive Symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. 70: 541-598, 1996.
- Collijn Dorine H. et al. Are multiple roles a risk factor for Myocardial infraction in women? Journal of psychosomatic research 40: 271-79 1996.
- Dennerstein, L. Astbury, J. Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health. WHO 1993.
- Elliot B. Jane & Huppert Felicia A. in Sickness and in Health: Associations between physical and mental well being, employment and parental status in a British sample of married women. Psychological Medicine. 21: 515-524 1991.
- Fujita, F. Diener, E. Gender Differences in Negative affect and Well being. J. Personality and Social Psychology 61: 427-437, 1991.
- Long, Bonita C. Kahn, Sharon E. Causal Model of Stress and Coping: Women in Management. J. Counseling psychology 39: 227-237 1992.
- Lynn Richard, Marlin Terence. Gender Differences in Extraversion, Neuroticism, and Psychoticism in 37 Nations. The Journal of Social Psychology 137: 369-373 1997.
- Mathews, Karen A. Rodin, Judith. Women's changing Work Role. American

- Psychologist 1389-409 Nov., 1989.
- Marsh, Herbert W. Byrne, Barbara M. Differentiated Additive Androgeny Model. J. Personality and Social Psychology 61: 811-828, 1991.
- Powell Trevor J., Enright Simon J. Anxiety and Stress Management. Lond Routledge 1990
- Rosenfield Sarah. The effects of Women's employment: Personal control and Sex differences in mental health. Journal of Health and Social Behaviour 30: 77-91 1989.
- Sharpe, Mark J. Heppner, P. Gender role, Gender role conflict and Psychological well being on Men, J. Counseling psychology 38: 323-330, 1991.
- Simon Robin W. Parental role strains, Saliense of Parental Identity and Gender Differences in Psychological Distress. Journal of Health and Social Behaviour 33: 25-35 1992.
- Walbott, Harold G. Scherer, Kalus R. Stress Specificities: Differential Effects of Coping Style, Gender and Type of Stressor on Automatic arousal, Facial Expression and Subjective Feeling. J. Personality and Social Psychology. 61: 1470156, 1991.
- Zimmermann- Tansella Christa et al. Life events, Social problems and physical health status as predictors of emotional distress in men and women. Psychological Medicine 21: 505-513 1991.



پڙو، شهبشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی