

مقایسه شاخص کل سلامت روان زنان و مردان به شیوه فراتحلیل

شعبه قاسمی^۱

علی دلاور^۲

مهدی کریمی زارچی^۳

چکیده

زمینه: سلامت یکی از مهم‌ترین منابع زندگی بشر است که در کیفیت زندگی فرد و پیشبرد اهداف جامعه موثر است. **هدف:** پژوهش حاضر به منظور مقایسه شاخص کل سلامت روان زنان و مردان با استفاده از شیوه فراتحلیل انجام شد. **روش:** ۲۶ مطالعه از طریق جستجوی اینترنتی در بانک‌های اطلاعاتی داخلی و نیز جستجوی دستی در دانشگاه‌های شهر تهران شناسایی و اطلاعات مربوط به آن‌ها کدگذاری گردید. **یافته‌ها:** شاخص اندازه اثر کوهن تحت مدل ثابت ۰.۲۸۶ و تحت مدل تصادفی ۰.۳۰۱ بود که نشان دهنده وضعیت مطلوب‌تر مردان نسبت به زنان در شاخص کل سلامت روان می‌باشد. نتایج روش‌های بررسی تورش انتشار، حاکی از عدم تورش انتشار در نمونه فراتحلیلی بود. با توجه به ناهمگن بودن مطالعات، تحلیل تعدیل کننده برای متغیرهای سن، محل اجرا و ابزار اندازه‌گیری صورت گرفت، که بیانگر تأثیر تعدیل کننده متغیر سن در نتایج مطالعات بود. **بحث و نتیجه‌گیری:** توجه بیشتر به بحث سلامت زنان و فراهم آوردن امکان برخورداری آنان از خدمات سلامت ضروری به نظر می‌رسد. **واژگان کلیدی:** جنسیت، شاخص کل سلامت روان، فراتحلیل.

۱. دانشجوی دکتری روان‌سنجی دانشگاه علامه طباطبائی (نویسنده مسئول)

Email: shoaibghasemi87@gmail.com

۲. عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

مقدمه

مفهوم سلامت روانی، در واقع جنبه ای از مفهوم کلی سلامت است. سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامت را چنین تعریف می‌کند: حالت سلامتی کامل جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی، که در آن فرد به توانایی‌های خودش پی می‌برد، می‌تواند با استرس‌های معمول زندگی کنار آید، به صورت ثمر بخش و مولد کار کند و قادر به کمک به جامعه باشد (بری^۲ و جنکینس^۳، ۲۰۰۷، ص ۳۵). طبق تخمینی که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ انجام داد مشکلات سلامت روان سهم بزرگی در بیماری‌ها و ناتوانی‌ها در کل دنیا دارند. تخمین زده می‌شود ۳۱٪ درصد افراد در هر دو جنس در طول مدت زندگی‌شان با نوعی ناتوانی دست و پنجه نرم می‌کنند. اما هنوز بیش از ۴۰٪ کشورها همایش سلامت روان برگزار نکرده‌اند، بیش از ۹۰٪، گردهمایی مربوط به سلامت روان کودکان و نوجوانان نداشته‌اند و بیش از ۳۰٪ کشورها حتی برنامه‌های سلامت روان نیز ندارند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۱).

با در نظر گرفتن این مساله که سلامت یکی از مهم‌ترین منابع زندگی بشر است و در کیفیت زندگی فرد و پیشبرد اهداف جامعه موثر است، آگاهی از فاکتورهای موثر بر سلامت و عوامل خطر آفرین ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا مطالعات زیادی عوامل موثر بر سلامت روان را در سطوح مختلف مانند سلامت جسمی، رفتاری و شناختی بررسی کرده‌اند. یکی از فاکتورهای مهم این مطالعات عامل جنسیت بود که نتایج بدست آمده، سلامت روانی متفاوتی را برای مردان و زنان در مطالعات مختلف نشان داد. نتایج مطالعات مختلف بیانگر این است که تفاوت‌های فیزیولوژیکی، در تعامل با جایگاه متفاوت زنان و مردان در ساختارهای اجتماعی، نقش‌ها، مسئولیت‌ها و جایگاه و قدرت اجتماعی این دو گروه، نقش مهمی در ماهیت مشکلاتی که با آن دست و پنجه نرم می‌کنند دارد. به عنوان مثال می‌توان گفت که تعامل مسائل ژنتیکی، هورمونی و فیزیولوژیکی، با ناسازگارهای زناشویی، حمایت اجتماعی نامناسب، فقر مالی، درهم

1. World health organization(WHO)

2. Barry

3. Jenkins

تیدگی نقش‌ها و استرس‌های‌های مربوط به زایمان و سلامت کودک و مادر سبب افزایش احتمال زنان به اختلالات خلقی و اضطرابی می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲، ص ۲). سن شروع و میزان شیوع انواع اختلال‌های روانی نیز در دوره‌های سنی مختلف در دو جنس کاملاً متفاوت است. اختلال سلوک شایع‌ترین اختلال در کودکان است که پسران سه برابر دختران به آن مبتلا می‌شوند. در طول نوجوانی، دختران در افسردگی و اختلالات خوردن میزان شیوع بالاتری دارند و بیشتر در اندیشه‌پردازی خودکشی و تلاش برای خودکشی درگیر می‌شوند، در حالیکه پسران برای درگیر شدن در رفتارهای خطر آفرین مستعد هستند و بیشتر مرتکب خودکشی می‌شوند. در بزرگسالی، زنان میزان شیوع بالاتری در اختلال‌های خلقی و روان‌پریشی‌های غیر خلقی^۱ دارند، در حالیکه مردان نرخ‌های بالاتری از اختلالات سوء مصرف مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی را گزارش می‌دهند (عفیفی^۲، ۲۰۰۷، ص ۳۸۷). حتی در رابطه با مراقبت‌های پس از ابتلا به یک اختلال نیز تفاوت‌های جنسیتی به چشم می‌خورد. نتایج مطالعه‌ای که در کشور هند انجام شد نشان داد مردان متاهلی که مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا هستند احتمال بیشتری دارد که توسط همسران خود مورد حمایت قرار بگیرند در حالیکه زنان مبتلا، بیشتر توسط همسران خود نادیده انگاشته شوند، کارشان به جدایی و طلاق کشیده می‌شود و یا قبل از جدایی مورد سوء استفاده جسمی و جنسی قرار می‌گیرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲، ص ۳).

بنابراین پرواضح است که آگاهی از وضعیت سلامت روان زنان و مردان، شناسایی عوامل تأثیر گذار بر آنها و اتخاذ راهکارهای متناسب با مشکلات هر یک از دو جنس، برای کاهش عوامل خطر و بهبود وضعیت سلامت روان ضروری به نظر می‌رسد. چرا که به عنوان مثال سلامت روان زنان روی جامعه تأثیرات زیادی می‌گذارد. حضور فزاینده آنها به عنوان نیروی کار به معنی تأثیر سلامت روان آنها روی تولیدات ملی و پیشرفت اقتصادی است و نقش اجتماعی آنها به عنوان مراقب^۳ به این معنی است که سلامت روان آنها روی سلامت

-
1. Non-affective psychosis
 2. Afifi
 3. caregiver

روان کودکان و افراد سالخورده نیز تأثیر گذار است. همچنین ارائه خدمات مناسب برای آن دسته از مشکلاتی که بسیاری از زنان و دختران با آن دست به گریبان هستند مثل اختلالات خلقی، اضطرابی و خوردن، همگی موید ضرورت بررسی سلامت روان با در نظر گرفتن عامل جنسیت است (عفیفی، ۲۰۰۷، ص ۳۸۶). بنابراین اتخاذ استراتژی‌های موثر چه برای پیشگیری از اختلالات روانی و کاهش عوامل خطر و چه برای بهبود و ارتقاء سلامت روان نمی‌تواند نسبت به عامل «جنسیت» بی تفاوت باشد. در همین راستا سازمان بهداشت جهانی نیز در سال ۲۰۰۲ اولین همایش جنسیت را برگزار کرد که نشان دهنده دغدغه این سازمان در ارتباط با این مساله است.

در مجموع با توجه به ماهیت متفاوت مشکلات مربوط به سلامت روان و عوامل زمینه ساز و تداوم بخش فردی و اجتماعی و هم چنین با در نظر گرفتن میزان متفاوت شیوع اختلالات روانی در بین زنان و مردان یکی از سئوالات مطرح در زمینه سلامت روان، تفاوت دو جنس در شاخص کل سلامت روان می‌باشد. متأسفانه نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه یکدست نیست و حتی گاهی اوقات نتایج متناقضی مشاهده می‌شود. حال این سئوال پیش می‌آید که سلامت روان در کدامیک از دو جنس وضعیت مطلوب‌تری دارد؟ کدامیک از نتایج درست است؟ و کدام عوامل مبین تفاوت نتایج پژوهش‌ها در این حوزه می‌باشد؟ از این رو نیاز به یکدست کردن نتایج برای دست یابی به نتایج ملموس احساس می‌شود. به همین علت از نقد روش شناسانه (فرا تحلیل) کمک می‌گیریم تا با تحلیل و ترکیب پژوهش‌های گذشته و یکدست کردن آنها به نتایج ملموس دست یابیم. در این روش محقق به ترکیب نتایج پژوهش‌های مختلف و متعدد و استخراج نتایج جدید و منسجم، با استفاده از روش‌های هدفمند آماری می‌پردازد. در روش فرا تحلیل، محقق با ثبت ویژگی‌ها و یافته‌های توده‌ای از پژوهش‌ها در قالب مفاهیم کمی آنها را آماده استفاده از روش‌های نیرومند آماری می‌کند (دلاور، ۱۳۸۴، ص ۲۸۷).

روش

در ابتدا با جستجوی اینترنتی در پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران^۱، مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی^۲، و بانک اطلاعات نشریات کشور^۳ با استفاده از کلید واژه های سلامت روان و بهداشت روان نسبت به جمع آوری و تهیه لیست مطالعات انجام شده در این زمینه اقدام شد. بعلاوه در مورد مطالعات انجام شده در قالب رساله های کارشناسی ارشد و دکتری یک جستجوی دستی در دانشگاه های شهر تهران انجام گردید. از مجموع ۲۳۰ مطالعه، ۲۶ مطالعه شامل ۱۳ پایان نامه و ۱۳ مقاله که در فاصله سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۹ منتشر شده بودند و در آن ها میانگین و انحراف معیار شاخص کل سلامت روان گزارش شده بود انتخاب گردیدند. مجموع تعداد آزمودنی های ۲۶ مطالعه ۸۷۴۴ نفر بود، که ۴۵۴۴ نفر زن و ۴۲۰۰ نفر مرد را شامل می شد. در مرحله بعد اطلاعات مربوط به مطالعات شامل میانگین و انحراف معیار شاخص کل سلامت روان، دامنه سنی آزمودنی ها، منطقه جغرافیایی اجرای مطالعه و ابزار اندازه گیری مورد استفاده، کد گذاری و وارد نرم افزار آماری سی ام ای^۴ گردید و مورد تحلیل قرار گرفت. این نرم افزار امکان محاسبه سوگیری انتشار، ناهمگنی مطالعات و تحلیل تعدیل کننده ها را فراهم می کند.

شاخص *d* کوهن به عنوان شاخص اندازه اثر مطالعات انتخاب، و اندازه اثر کلی مطالعات تحت هر دو مدل ثابت و تصادفی محاسبه گردید که نتایج در قالب نمودار فارست^۵ ارائه گردیده است. بعلاوه با توجه به معنادار شدن آماره *Q* کوکران از تحلیل واریانس یکراه جهت بررسی نقش تعدیل کننده متغیرهای سن، منطقه جغرافیایی و ابزار اندازه گیری استفاده شد. جهت بررسی سوگیری انتشار از نمودار فانل^۶، روش اصلاح و برازش^۷، روش رگرسیونی

1. Irandoc
2. SID
3. Magiran
4. CMA
5. forest plot
6. Funnel plot
7. he Trim and fill method

ایگر^۱ و N ایمن از خطای کلاسیک^۲ استفاده گردید.

نمودارهای فانل یک ابزار ابتدایی دیداری برای بررسی تورش انتشار و سایر تورش‌ها در فرا تحلیل هستند، که نمودارهای پراکنش ساده اثرات کاربردی برآورد شده از مطالعات مجزا در مقابل شاخصی از حجم مطالعه هستند (روتشتاین^۳، ساتن^۴، و بارنشتاین^۵ ۲۰۰۵، ص ۷۵). اگر تورش انتشار وجود نداشته باشد انتظار داریم که نمودار متقارن بوده و مقدار پراکندگی حول اندازه اثر مداخله با افزایش نمونه، کاهش یابد (محرابی و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۳۵۹).

دوال^۶ و تویدی^۷ روش اصلاح و برآزش را برای ارزیابی و تعدیل تورش انتشار در نمونه‌های کوچک ایجاد کردند. این روش از یک فرایند تکراری استفاده می‌کند که در آن مشاهدات نامنتطبق^۸ از نمودار کیفی حذف می‌شوند (حذف زوائد از توزیع)، سپس ارزشهای اختصاص داده شده به مطالعات مفقود اضافه می‌شوند، عمل پرکردن برآورد اندازه اثر و خطای استاندارد مطالعاتی که احتمالاً از دست رفته‌اند. پیدایش مطالعات مفقود زیاد در یک سمت از خط میانگین اثر به تورش انتشار یا تورش نمونه کوچک دلالت دارد (لیتل^۹، کورکران^{۱۰}، و پیلائی^{۱۱}، ۲۰۰۸، ص ۱۱۴).

در روش رگرسیون ایگر یک مدل رگرسیونی با در نظر گرفتن برآورد استاندارد شده اثر مداخله به عنوان متغیر وابسته و دقت آن به عنوان متغیر مستقل برآزش داده می‌شود. مبنای روش ایگر این است که اگر تورش انتشار وجود نداشته باشد، مقدار مورد انتظار برای ثابت رگرسیونی β صفر و شیب رگرسیونی β برآورد ناریب از تأثیر واقعی

1. Egger regression method
2. Fail-Safe N Classical
- 3-Rothstein
- 4-Sutton
- 5-Borenstein
- 6-Duvall
- 7-Tweedi
- 8-Unmatched
- 9-Little
- 10-Corcoran
- 11-Pillai

خواهد بود. از سوی دیگر، اگر میانگین اندازه اثر در مطالعات کوچک متفاوت از مطالعات بزرگ تر باشد، آنگاه خط رگرسیونی برازش داده شده از مبدأ نمی گذرد. بنابراین اندازه ثابت رگرسیونی β به عنوان پایه ای برای آزمون وجود تورش انتشار به کار می رود (محرابی و همکاران، ۱۳۸۴، ص ۳۵۹).

ایده اصلی N ایمن از خطا این است که تعداد مطالعات با نتایج صفر را تعیین کنیم که باید برای کاهش احتمال خطای نوع I به سطح معناداری از پیش تعیین شده وجود داشته باشند. به طور واضح اگر تعداد مطالعات غیر معنادار کمی برای کاهش یک نتیجه به سطح معناداری مورد نیاز باشد، نتایج به دست آمده احتمالاً فاقد اطمینان است (وگاس^۱، ۲۰۰۵، ص ۵۵).

یافته ها

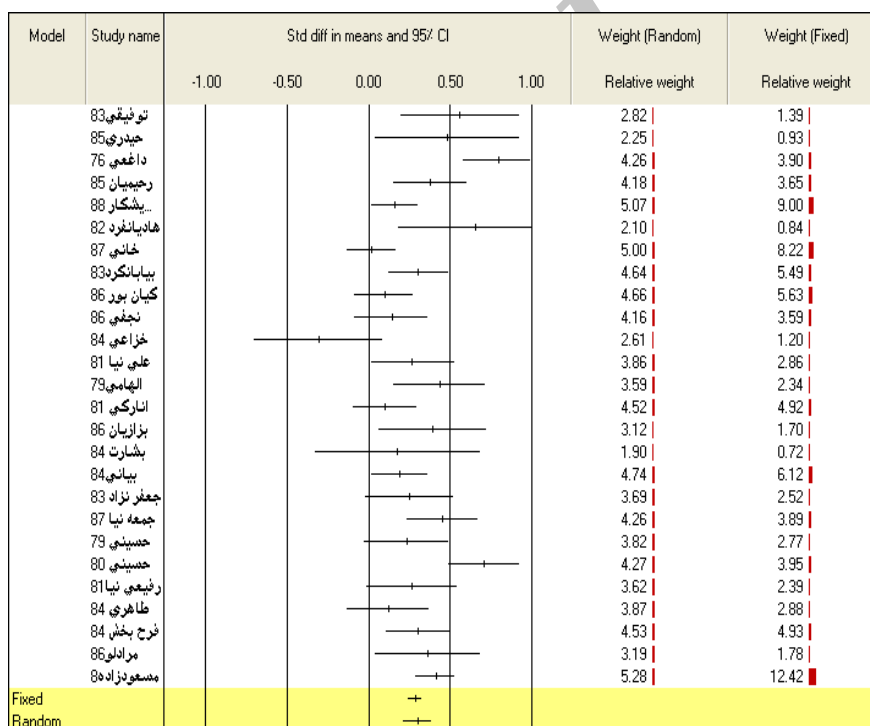
از مجموع ۲۶ مطالعه وارد شده به تحلیل، ۱۸ مطالعه بر روی افراد کمتر از ۱۸ سال، ۱۵ مطالعه بر روی افراد بزرگسال، ۲ مطالعه بر روی افراد سالمند و ۳ مطالعه نیز بر روی دامنه سنی مرکب از تمامی گروه های سنی بود. تعداد ۹ مطالعه در تهران، ۱۰ مطالعه در مراکز استان، ۶ مطالعه در شهرستان و یک مطالعه نیز مرکب از آزمودنیهای ساکن در مرکز استان و شهرستان بود. آزمونهای SCL90 و GHQ28 هر کدام در ۱۱ مطالعه، آزمون MHI در ۳ مطالعه و آزمون SCL25 در یک مطالعه مورد استفاده قرار گرفته بود.

شکل شماره ۱ نمودار فارست نتایج فراتحلیل را نمایش می دهد. فراتحلیل انجام شده بر روی مطالعات نشان داد اندازه اثر برای تفاوت بین دو جنس تحت مدل ثابت ۰.۲۸۶ با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۰.۲۴۳ و ۰.۳۲۹)، و تحت مدل تصادفی ۰.۳۰۱ با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۰.۲۱۶ و ۰.۳۸۵) می باشد ($P < ۰/۰۰۱$).

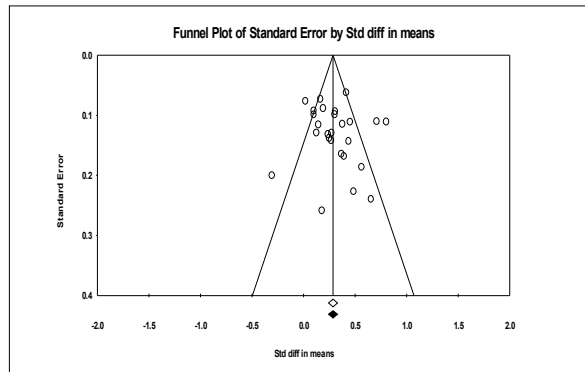
نمودار فانل مطالعات بکار رفته در فراتحلیل و مطالعات اضافه شده به آن در شکل شماره ۲ آمده است. در این نمودار مطالعات مشاهده شده به وسیله دایره های توخالی

1. Vegas

نمایش داده شده‌اند و مطالعاتی که باید برای تقارن نمودار به آن اضافه شوند با دایره‌های توپر نمایش داده می‌شود. همانطور که مشاهده می‌شود نمودار متقارن است و میانگین اندازه اثر محاسبه شده با استفاده از روش اصلاح و برازش که به صورت لوزی توپر در پایین نمودار نمایش داده شده است برابر با میانگین اندازه اثر مشاهده شده است. بنابراین نمودار فائل بر عدم وجود تورش انتشار دلالت دارد. در روش رگرسیون ایگر ثابت رگرسیونی برابر ۰.۷۸۸ محاسبه شد که سطح معناداری آن بیشتر از ۰.۰۵ است، بنابراین طبق روش رگرسیون ایگر تورش انتشار وجود ندارد. تعداد مطالعات با نتایج صفر که باید به نمونه افزوده شود تا سطح معناداری اندازه اثر ترکیبی به بیشتر از ۰/۰۵ برسد برابر ۱۰۷۵ است، با توجه به بالا بودن تعداد مطالعات صفر، سوگیری انتشار نتایج را تهدید نمی‌کند.



شکل ۱. اندازه اثر مطالعات با فاصله اطمینان ۹۵ درصد و وزن نسبی هر مطالعه تحت مدل اثرات ثابت و تصادفی



شکل ۲. نمودار فانل مطالعات مشاهده شده و اضافه شده

آماره Q ($Q=86.819$, $P<0.001$) نشان دهنده ناهمگنی در مطالعات است به همین منظور تحلیل تعدیل کننده بر روی متغیرهای سن، منطقه جغرافیایی و ابزار اندازه گیری اجرا گردید. در جریان تحلیل، زیرگروه‌هایی که تنها شامل یک مطالعه بودند حذف شدند. آزمون تحلیل واریانس برای تأثیر تعدیل کننده سن معنادار بود ($Q=20.985$, $P<0.001$)، بر اساس نتایج تفاوت بین زنان و مردان در شاخص کل سلامت روان در سنین کمتر از ۱۸ سال بیشتر است ($ES=0.413$). این تفاوت در سنین پیری کاهش می‌یابد ($ES=0.170$). نتایج تحلیل واریانس برای متغیر منطقه جغرافیایی معنادار نبود ($Q=2.789$, $P>0.05$).

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس سن، محل اجرا، و ابزار اندازه‌گیری

مقدار Q	اندازه اثر	تعداد		
20.985**	0.413**	6	زیر ۱۸ سال	سن نمونه
	0.292**	15	بزرگسال	
	0.170*	2	سالمند	
	0.145**	3	ترکیبی	
2.789	0.256**	9	تهران	محل اجرا
	0.293**	10	مرکز استان	
3.581	0.369**	6	شهرستان	ابزار اندازه‌گیری
	0.308**	11	SCL90	
	0.232**	11	GHQ28	
	0.310**	3	MHI	

*($P<0.05$) **($P<0.001$)

بیشترین اندازه اثر در مطالعات اجرا شده در شهرستان ($ES=0.369$) و کمترین اندازه اثر مربوط به مطالعات انجام شده در تهران ($ES=0.256$) بود. همینطور نتایج تحلیل واریانس ابزار اندازه‌گیری نیز معنادار نبود ($Q=3.581$, $P>0.05$). بیشترین اندازه اثر مربوط به مطالعات انجام شده با آزمون MHI ($ES=0.310$) و کمترین اندازه اثر مربوط به آزمون GHQ28 ($ES=0.232$) بود. اثرات مشاهده شده در تمامی زیر گروه‌های مربوط به سن، محل اجرای پژوهش و ابزار اندازه‌گیری، برای تفاوت شاخص کل سلامت روان در دو جنس معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این فراتحلیل نشان داد که بین مردان و زنان در شاخص کل سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد و مردان از نظر شاخص کل سلامت روان در وضعیت مطلوب‌تری نسبت به زنان قرار دارند. عدم تورش انتشار نمونه فراتحلیلی توسط نمودار فانل، روش اصلاح و برازش، رگرسیون ایگر، و N ایمن از خطا تأیید شد. نتایج تحلیل تعدیل کننده نشان داد تفاوت در دامنه سنی آزمودنی‌های مورد بررسی یکی از دلایل تفاوت نتایج پژوهش‌های انجام شده در این زمینه است بدین صورت که تفاوت بین زنان و مردان در سلامت روان با افزایش سن کاهش می‌یابد اما همچنان معنادار باقی می‌ماند. عوامل مختلفی در تبیین تفاوت سلامت در دو جنس نقش بازی می‌کنند که به نظر می‌رسد به تعاملات پیچیده بین بیولوژی فردی، رفتار بهداشتی و زمینه تاریخی، سیاسی، اجتماعی و اقتصادی زندگانی زنان بستگی دارد که در ادامه به بررسی آن خواهیم پرداخت.

عوامل فیزیولوژیکی: درست است که میزان مرگ و میر زنان در برخی از گروه‌های سنی کمتر از مردان است اما زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع برخی بیماری‌ها در میان آنان بیشتر است و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی شرایط نامساعدتری دارند (محسنی تبریزی، ۱۳۷۶؛ به نقل از ودادهیر، ساداتی، و احمدی، ۱۳۸۷، ص ۱۳۴). آمارهای

منتشر شده از سوی مرکز امور مشارکت زنان نشان می‌دهد که حدود ۳۰ درصد از زنان بین ۱۵ تا ۴۹ ساله دچار کم خونی هستند. علاوه بر این، کمبود ید در زنان ایرانی دو برابر مردان اعلام شده است که البته به این‌ها کمبود آهن، روی، ویتامین‌ها و به طور کلی سوء تغذیه را هم بایستی اضافه نمود. از دیگر مشکلات زنان ایرانی، «فقر حرکتی» آن‌ها است که در تمام مراحل رشدی دختران، از کودکی گرفته تا بلوغ و میانسالی دیده می‌شود (دانشنامه فارسی عالم. آی آر، ۱۳۸۷، به نقل از وودادهیر، ساداتی، و احمدی، ۱۳۸۷، ص ۱۳۷). دوران بارداری و خطر ابتلای زنان به یک اختلال روانپزشکی در طول این دوران هم حائز اهمیت است. بر خلاف تصور قالبی رایج، دوره بارداری و پس از زایمان دوران آرامش نسبی بیماری‌های روانی نیستند، بلکه بیشتر نشان دهنده‌ی زمان خطر بالا برای تشدید بیماری است. بسیاری از زنان باردار و تازه مادران، برای یک بیماری روانپزشکی نیازمند درمان هستند. رایج‌ترین بیماری‌های روانپزشکی در بین زنان در این دوران اختلال‌های افسردگی و اضطراب است. اختلال‌های شدیدتری مانند اختلال دوقطبی یا اسکیزوفرنی نیز نوعاً نشانه‌های اولیه خود را در طول سال‌های تولید مثل آشکار می‌کنند (هندریک^۱، ۲۰۰۶). بنابراین بررسی دوره و درمان بیماری‌های روانپزشکی مادران در طول این دوران یک اولویت است (کوهن و نوناکس^۲، ۲۰۰۵). علاوه بر این زنان ممکن است دچار برخی از مسائل مرتبط با بهداشت نیز باشند که بیشتر رنگ و بوی اجتماعی و فرهنگی دارد. سهل‌انگاری در مراقبت‌ها و آموزش‌های پزشکی و بهداشتی در مورد بیماری‌ها و مشکلاتی که خاص زنان است، توجه ناکافی به درمان کم خونی زنان و دختران، سهل‌انگاری در آموزش مسائل مربوط به دوران زایمان و مراقبت‌های قبل و بعد از آن، همگی بیانگر ارتباط تنگاتنگ عوامل فیزیولوژیکی با مسائل اجتماعی و فرهنگی است که در ادامه به تفصیل بررسی خواهد شد (ودادهیر، ساداتی، و احمدی، ۱۳۸۷، ص ۱۳۵).

1. Hendrick
2. Cohen & Nonacs

اجتماع و کلیشه‌های جنسیتی: در نظریه قدرت و تفاوت‌های جنسیتی میلر^۱ (کرافورد و انگر^۲، ۲۰۰۴)، به رابطه‌ی بین قدرت و شخصیت توجه شده است و اثرات تفاوت در قدرت بر تشکیل شخصیت تحلیل می‌شود. به عنوان مثال زنان چون گروه پیرو و فرودست جامعه هستند، ویژگی‌های شخصیتی در آن‌ها رشد می‌کند که بازتاب این پیروی و اطاعت اجتماعی است و درست همان گونه که گروه‌های قومی اقلیت به طور کلیشه‌ای ضعیف‌تر قلمداد می‌شوند، زنان نیز به شکل کلیشه‌ای عاطفی و غیرمنطقی طبقه‌بندی می‌گردند (خمسه ۱۳۸۶، ص ۱۳۱). براساس کلیشه‌ها نیز، افراد جامعه به دو گروه تقسیم می‌شوند: افرادی که دارای ویژگی‌های مثبت و مورد قبول آن جامعه هستند و افرادی که خصوصیات دقیقاً خلاف این ویژگی‌ها دارند و در نتیجه تفاوت‌های فردی نادیده انگاشته می‌شود، عزت نفس پایین‌تر دختران نوجوان در مقایسه با پسرانی که در همین گروه سنی قرار دارند، اضطراب آن‌ها در مورد تصویر-بدن خود و احساس فقدان کنترل و خودمختاری در زندگی شخصی خویش، همگی مسائلی است که ریشه در اجتماع و نقش‌های جنسیتی دارد و با افزایش اختلالات خلقی، اضطرابی و خوردن در بین زنان در ارتباط است. این در حالی است که علیرغم کنترل کمتر زنان بر روی تصمیمات مهم زندگی شخصی خویش، هنجارهای اجتماعی وابسته به جنسیت و نقش‌ها و مسئولیت‌هایی که زنان در آن قرار می‌گیرند بسیار بیشتر از مردان است. در این ارتباط تحلیل‌های فمینیستی نیز به تأثیر نابرابری‌های اجتماعی و ساختاری مبتنی بر جنسیت در سلامت زنان تأکید می‌کنند. از نظر ایشان، پایگاه و وضعیت بهداشتی و سلامت متاثر از جنسیت افراد است. البته جنسیت در اینجا صرفاً به "تفاوت‌های جنسیتی" اشاره ندارد بلکه به معانی و مفاهیم ساخت یافته‌ی فرهنگی و اجتماعی نیز اشاره دارد که حول جنس زیستی شکل می‌گیرد و مفاهیم مربوط به زنانگی و مردانگی و رفتارهای مرتبط با آن را نشان می‌دهد (ودادهیر، ساداتی، و احمدی، ۱۳۸۷، ص ۱۳۵). بی‌شک تلاش در جهت تغییر آداب و سنن

1. Miler. J. B

2. Crawford, H. M & Unger, R

و قوانینی که باعث تقویت کلیشه‌های جنسیتی آسیب‌رسان به زنان می‌شود، برای بهبود و ارتقای سلامت اجتماعی و روانی زنان ضروری است.

در نگاهی دیگر، متغیرهای اجتماعی که سبب نابرابری سلامت روان در بین مردان و زنان می‌شود در سه طبقه عمده جای داده شده‌اند:

۱. ساختارهای اجتماعی: عواملی نظیر نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی، آموزش و پرورش، شرایط شغلی و کاری یا حمایت اجتماعی و مجرد یا متأهل بودن.

۲. عوامل رفتاری: عواملی مانند فشارخون، میزان وزن فرد و مصرف مواد مخدر و الکل را در بر می‌گیرد.

۳. عوامل روانی-اجتماعی: برعکس ساختارهای اجتماعی، درونی و ذهنی است و در سه طبقه عمده جا می‌گیرد: الف. حوادث بحران ساز زندگی ب. استرس‌های مزمن ج. منابع روانی-اجتماعی، بین این عوامل، روابط و همبستگی درونی معناداری وجود دارد. کسانی که بیشتر در معرض استرس‌های مزمن قرار می‌گیرند احتمال بیشتری دارد که در معرض اختلالات روانی، مشکلات سلامت روان و مصرف مواد قرار بگیرند. زنان احتمال کمتری دارد استخدام شوند، فرصت‌های شغلی کمتری دارند، درآمد پایین‌تری دارند و به خاطر جنسیت الگوهای رفتاری متفاوتی، نسبت به مردان دارند به گونه‌ای که مردان احتمال بیشتری دارد به مصرف الکل و مواد مخدر بپردازند، در حالی که در زنان عدم فعالیت فیزیکی شایع‌تر است. مطالعات هم‌چنین نشان می‌دهد زنان به خاطر مواجهه با میزان بیشتری از مطالبات در نقش‌های اجتماعی شان و هم‌چنین تجربه وقایع استرس‌زای بیشتر، مشکلات سلامت روان بیشتری گزارش می‌دهند.

خشونت خانوادگی: زنان معمولاً در خانواده بیش از مردان در معرض خشونت قرار گرفته و قربانی آن می‌شوند. بر اساس آمار جهانی حدود ۹۰٪ قربانیان خشونت‌های خانوادگی را زنان و ۱۰٪ دیگر را مردان تشکیل می‌دهند. از سوی دیگر، خشونت‌ورزی مردان نیز با شدت زیاد همراه است. بنابر گزارش سازمان جهانی جمعیت وابسته به سازمان

ملل متحد، سالانه بیش از ۵۰۰۰ دختر جوان در حدود ۱۴ کشور، قربانی قتل خانوادگی می‌شوند و در هر هفته از هر چهار زن، یک نفر مورد ضرب و شتم شوهر یا دوست پسر خود قرار می‌گیرد. تاکنون تحقیق جامع و مستندی درباره خشونت خانوادگی در ایران انجام نگرفته است، اما پژوهش‌های انجام شده حاکی از گستردگی پدیده خشونت علیه زنان در جامعه ما می‌باشد. در مطالعه ستاره فروزان و همکاران (۱۳۸۵) که در مراجعین به مراکز پنج‌گانه پزشکی قانونی در شهر تهران انجام شد میزان شیوع همسر آزاری حدود ۱۸٪ برآورد گردید (نقل از نورمحمدی، ۱۳۸۹، ص ۵۵). در مطالعه ملک‌افضلی و همکاران (۱۳۸۲) بیشترین انواع خشونت‌ها مربوط به خشونت کلامی - روانی (۳۴ تا ۶۲ درصد) بود و خشونت‌های جنسی، اقتصادی و فیزیکی در مراتب بعدی قرار داشتند (۵ تا ۵۳ درصد). خشونت خانوادگی پدیده‌ای تکرار شونده است و باید راهکارهای مناسبی برای شناخت و کنترل این معضل اجتماعی به کار گرفته شود.

خدمات سلامت روان: به نظر می‌رسد در رابطه با ادراک استرس و هم‌چنین الگوی جستجوی خدمات سلامت روان نیز بین مردان و زنان تفاوت وجود داشته باشد. در ۴ مطالعه زمینه‌یابی که در آمریکا انجام شد زنان در مقایسه با مردانی که سطوح مشابهی از علائم را داشتند میزان بالاتری از استرس و مشکلات هیجانی را گزارش دادند. مطالعات متعددی که در کشورهای صنعتی انجام شده است نیز نشان می‌دهد زنان بیش‌تر از مردان از خدمات سلامت روان استفاده می‌کنند و مردان ممکن است چند مرحله بعد از شروع علائم یا تا هنگامی که علائم شدت بگیرند، مراجعه برای خدمات سلامت روان را به تاخیر بیندازند. تصورات قالبی وابسته به جنسیت هم‌چنین در تشخیص مشکلات هیجانی توسط درمانگران نیز تأثیر گذار است. به گونه‌ای که جنس مرد در قیاس با زن، با شدت یکسان علائم و مشکلات هیجانی، احتمال کمتری دارد که به عنوان فردی مبتلا به یک اختلال یا مشکل هیجانی تشخیص داده شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۲، ص ۴).

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که گرچه بحث سلامت و مشکلات مربوط به آن در

هر دو جنس دارای اهمیت است لکن توجه به سلامت زنان و دختران از اهمیت بیشتری برخوردار است، چراکه به ویژه دختران به لحاظ جنسیت خود و به تبع آن نقش‌ها و مسئولیت‌های مورد انتظار جامعه دارای شرایط خاصی می‌باشند و نقش کلیدی در وضعیت بهداشت و سلامت خود، خانواده و جامعه پیرامونشان ایفا می‌کنند. بنابراین امیدواریم که پیشنهاد گنجاندن موارد زیر در نظام سلامت کشور، امکان برخورداری زنان را از خدمات سلامت فراهم کند: ۱. جمع‌آوری و ایجاد اطلاعات پایه از وضعیت سلامت زنان و اندازه‌گیری تغییرات این وضعیت ۲. اتخاذ تصمیماتی برای پیشگیری از خشونت علیه زنان ۳. تقویت قوانینی که موقعیت زنان را بهبود می‌بخشند ۴. تأمین نیازهای زنان برای دسترسی به فرصت‌های برابر اشتغال و بهبود وضعیت اقتصادی آنان به‌ویژه در مورد زنان سرپرست خانواده ۵. توسعه هرچه بیشتر آموزش برای زنان و دختران.

Archive of SID

منابع

- خمسه، اکرم. (۱۳۸۶). بررسی نقش عوامل فرهنگی - اجتماعی بر طرحواره‌های نقش جنسیتی در دو گروه قومی از دانشجویان در ایران. مطالعات روان‌شناختی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا. دوره‌ی ۳، شماره ۲، تابستان، صص ۱۲۹-۱۴۶.
- دلاور، علی. (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- محرابی، پدیا...، شبیری، مریم، علوی مجید، حمید، احمدی، نایعلی. (۱۳۸۴). کاربرد روش‌های تورش انتشار برای فراتحلیل در ارزیابی تأثیر داروی آلبندازول در درمان مبتلایان به اسکاریس و تریکوسفال. پژوهش در پزشکی. دوره ۲۹، شماره ۴، زمستان، صص ۳۵۷-۳۶۳.
- ملک‌افضلی، حسین. مهدی‌زاده، مرتضی، زمانی، احمدرضا و فرج‌زادگان، زیبا. (۱۳۸۳). بررسی انواع خشونت خانوادگی نزد زنان در شهر اصفهان، سال ۱۳۸۲. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. سال ۱۴، شماره ۲، زمستان، صص ۶۳-۶۷.
- نورمحمدی، غلامرضا. (۱۳۸۹). نفی خشونت علیه زنان از دیدگاه علم و دین. تهران: ریاست جمهوری، مرکز امور زنان و خانواده.
- ودادحیر، ابوعلی، ساداتی، سید محمدحانی و احمدی، بتول. (۱۳۸۷). «سلامت زنان» از منظر مجلات بهداشت و سلامت در ایران. پژوهش زنان. دوره ۶، شماره ۲، تابستان، صص ۱۳۳-۱۵۵.
- Afifi, M. (2007). *Gender differences in mental health*. Review Article. Singapore Med J ;48(5):385-391.
- Barry, M. M. & Jenkins, R. (2007). *Implementing Mental Health Promotion*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Denton. Prus, S. & Walters, V. (2003). Gender difference in health: A Canadian study of the psycho-social, structural and behavioral determinants of health.
- Cohen, Lee, S. & Nonacs, Ruta, M. (2005). *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. American psychiatric publishing.
- Hendrick, Victoria. (2006). *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum*. Human press.

- Little, J.H. Corcoran, J. & Pillai, V. (2008). *Systematic Reviews and Meta-Analysis*. Published by Oxford University Press.
- Muth, E. Ziegler, U. & Doblhammer, G. (2008). Gender difference in physiological, psychological, and mental health.
- Rothstein, H.R. Sutton, A.J. & Borenstein, M. (2005). *Publication Bias in Meta-Analysis*. John Wiley & Sons Ltd.
- Vegas, K.C. (2005). The Effectiveness of Functional Behavior Assessment – Based behavioral Interventions for Reducing Problem Behaviors: A Meta-analysis. Doctoral Dissertation of Philosophy, University of Utah.
- World Health Organization. The World Health Report. (2001). Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Department of gender and women's health. (2002). gender and mental health. Geneva: World Health Organization.

Archive of SID