



Developing a model for depression in women living in Bushehr: A grounded theory study

Mostafa Dehghani ¹, Manijeh Daneshpour², Moosa Javdan ³

1. Assistant Professor, Department of psychology, Persian Gulf University, Bushehr, Iran (Corresponding Author)

m.dehghani@pgu.ac.ir

2. Distinguished Professor, Department of Marriage and Family Therapy, Alliant International University, Irvine, California, USA

3. Associate Professor, Department of Counseling and Psychology, University of Hormozgan Bandar Abbas, Iran.

Abstract

Depression is the most common psychological disorder with higher rates in women than men. Depression has attracted the attention of many specialists. This study aimed to develop a model for depression in women living in Bushehr using a grounded-theory and qualitative approach. The participants were 13 women who lived in Bushehr in 2021 and were selected using purposive sampling. The data were collected through unstructured interviews and the data collection process continued until data saturation. The data obtained from the interviews were analyzed using open, axial, and selective coding. A total of 127 primary codes were extracted through open coding and 12 main categories were identified via axial coding. The core category was women's depression as loneliness and breakdown of emotional bonds. The findings showed that women's depression is affected by some causal conditions such as traditional marriage, patriarchal attitudes, and social exclusion. Besides, insecure family climate, feeling of inequality, and traditional rituals are some of the contextual factors affecting women's depression. Moreover, neglecting the personal growth of the girl and the sanctity of the main family are among the intervening conditions affecting women's depression. The data also indicated that when women are faced with traumatic events, they tend to use strategies such as silence and avoidance, ultimately resulting in women's depression with marital problems and family dysfunction. Following the findings of this study, it can be concluded that a set of individual, family, and social factors can affect the quality of life and mental health of women and end up in their depression.

Keywords: Depression, Women, Bushehr, Qualitative, Grounded Theory

Extended Abstract

Introduction

Although depression is observed in all groups, some groups are more vulnerable than others, and studies have also shown that the overall prevalence of depression is higher among women than men (Husain et al., 2021; Firat et al., 2021; Sadock et al., 2015). In other words, women are twice as likely to suffer from depression than men, and 25-64% of women experience depression once in their lifetime. Some of the factors that contribute to developing depression in women are the experience of the first menstruation, the emotional climate of the family, negative family interactions, pregnancy, childbirth, loss of job, emotional failures, death of loved ones, failure, and menopause, each alone leading to women's vulnerability (Lavelle & Smock, 2015). In addition, research on women's depression indicates that, on average, 5% of them experience episodes of depression during their lifetime, and the prevalence of depression among them as a recognizable disorder is 96%. (Karakus & Patton, 2011). In line with these findings, Lim (2018) also showed that depression is one of the disorders with a high prevalence among women, exposing them to many problems and affecting different aspects of health.

Accordingly, many studies have addressed women's depression in Iran and abroad. For instance, Lashgari & Zarinpour (2015) investigated the factors affecting women's depression and found that the prevalence of depression among women is higher than that of men and gender differences play a significant role in developing depression. In other words, adverse childhood experiences (ACEs), depression and anxiety disorders in childhood and adolescence, social roles, adverse experiences, vulnerability due to unfortunate life events, and coping skills play a role in gender differences in depression and increase the likelihood of depression among women. The results also indicated that genetic and biological factors and weak social support have mild or almost negligible effects on the emergence of gender differences in depression. Husain et al. (2021) examined the relationship between childhood traumas, personality, social support, and depression among women visiting counseling centers. The findings also showed that childhood traumas, and especially the stress that people experience, introversion, and lack of social support can be strong predictors for women's depression. In other words, the lower the perceived support, the higher depression in women.

In addition, the "Document on the Promotion of the Status of Women and Family in Bushehr Province" drafted by the Women and Family Office of Bushehr Governorate has also shown that the issue of depression among women in the province is considered the second priority after the increase in the youth unemployment rate. Besides, the increased depression rate among women in the city of Bushehr and the ten counties of the province is the most important issue. The most important reasons for higher levels of depression in Bushehr, according to the mentioned document, are environmental and cultural factors such as family, living conditions, geographical area, school, etc. Higher rates of unemployment, job dissatisfaction, economic instability, and lack of feeling of security are the most important factors affecting the development of depression and increasing its rate, especially among women in Bushehr. Another factor affecting depression in women living in Bushehr is the unawareness of the symptoms of this disease. In other words, many women are unaware that they are suffering from depression or its symptoms, while the early and timely diagnosis of this disease plays a great role in its prevention and treatment. Furthermore, factors such as increased divorce rates, lack of sports facilities, and lifestyle changes are also known as major predictors of depression in women living in Bushehr (Academic Center for Education, Culture, and Research of Bushehr Province, 2018).

Based on what has been stated, it can be argued that although many studies have addressed depression and the factors affecting it among women, no study has tried to present a model for women's depression in the cultural context of Bushehr Province. Moreover, developing an effective intervention program for the prevention and treatment of depression in women requires identifying the effective factors in the occurrence of depression in this population. To this end, using a qualitative research design and the grounded theory approach, the present study sought to develop a model to account for depression in women living in Bushehr Province.

Method

This study was conducted using a qualitative systematic design and Strauss & Corbin's (2008) revised grounded theory approach. The participants in this study were all single and married women, both employed and without any income-generating activities, who lived in Bushehr in 2021.

Instrument

The data in this study were collected through the Beck Depression Inventory (BDI) and unstructured interviews as detailed below:

Beck Depression Inventory: The Beck Depression Inventory (BDI-II) developed by Beck et al. (1996) was normalized with DSM-IV criteria to measure the severity of depression. This tool has been standardized all over the world, including Iran, for ages 13 and above, and has good validity, and its Persian translated version is also available. The inventory consists of 21 self-report items that measure the incidence and intensity of depression in the last two weeks among adolescents and adults.

Unstructured interviews: The main instrument used in this study for data collection was open or unstructured interviews to develop a model that can account for depression in women based on the underlying factors from the participants' perspectives. Accordingly, the identified factors were used to develop a model of depression in women.

The analyses of data

Following the grounded theory, data were analyzed using coding. Coding means the process of data analysis to form themes, categories, and the characteristics of categories. In grounded theory, coding is performed in three stages: open coding, axial coding, and selective coding (Hashemigolmehri et al, 2021).

Findings

This study aimed to identify the factors affecting depression in women living in Bushehr and to develop a model to account for depression in these women. After conducting the interviews and performing open coding, 127 primary codes (themes), 34 subcategories, and 13 main categories were obtained. In the axial coding stage, the categories identified from the previous stage were classified into causal, intervening, contextual conditions plus strategies and outcomes around the core phenomenon as detailed below:

Causal conditions

Causal or underlying conditions are a group of events that affect phenomena or events and events that lead to the occurrence or expansion of the core phenomenon (Strauss & Corbin, 1986). These conditions in the present study included traditional marriage, patriarchal attitudes, and social exclusion.

Contextual conditions

Contextual conditions refer to a group of events that indirectly affect the phenomena or events and events that are the basis for the occurrence or expansion of the core phenomenon (Strauss & Corbin, 1986). These conditions in the present study included an insecure family atmosphere, feelings of inequality, and extreme prejudice.

Intervening conditions

Intervening conditions are those conditions that mitigate, intensify, or somehow change the flow of the phenomenon by affecting the causal conditions (Strauss & Corbin, 1986). Intervening conditions mean conditions and factors that, although they do not directly affect the main phenomenon, can increase their effect on the central phenomenon by influencing the main factors; they can directly act as secondary factors affecting the core phenomenon and adopted strategies. In this study, neglecting the girl's personal growth and the sanctity of the main family were identified as intervening conditions.

Strategies

Strategies are purposeful and intentional actions that are taken to solve a problem or in response to existing events, situations, and conditions (Strauss & Corbin, 1986). Disturbing phenomena and events mainly lead to the selection of ineffective strategies, resulting in the loneliness of most people and the aggravation of their psychological problems. The participants in this study stated that the strategies they have used in facing stressful life events were alexithymia and avoidance, which are often ineffective practices leading to the loss of their communication bonds.

Outcomes

The last category identified in this study through axial coding refers to outcomes. Outcomes are the results of actions or interactions. Outcomes occur whenever a person or people choose to perform or not perform a certain action/interaction in response to a matter or problem or to manage or maintain a situation (Strauss & Corbin, 1986). The outcomes identified in this study were marital problems and family dysfunction.

Conclusions

So far, many studies have addressed depression in women. However, the main contribution of the present study was its focus on women's depression in the cultural context of Bushehr Province. Using the qualitative research design and applying the grounded theory, this study showed that women's depression originates from several factors for which no model has been developed in the literature. The model developed in this study revealed that factors such as traditional marriage, patriarchal attitudes, and social exclusion contribute to the development of depression in women living in Bushehr. Furthermore, contextual factors such as insecure family atmosphere, feeling of inequality, and traditional rituals indirectly affect women's depression and make them face serious crises. In addition, intervening factors such as ignoring the personal development of female children and the sanctity of the main family can also contribute to developing

depression among women. The findings also indicated that depressed women tend to use ineffective strategies such as alexithymia and avoidance, which lead to many other side effects in them, the outcomes of which are defined by marital problems and family dysfunction. The model developed in this study can be used by family counselors and psychologists to develop programs for preventing depression in women and design treatment interventions to help them recover from depression.

Ethical considerations

Before conducting the study, its objectives were explained to the participants and their full consent was obtained by maintaining the confidentiality of the participant's identity.

Funding

This research was carried out with the financial support of the Islamic Republic of Iran Broadcasting Center in Bushehr.

Conflict of Interests

The authors reported no conflict of interest.

Authors' contribution

The first (corresponding) author was in charge of the executive actions and conducting the interviews. All three authors were involved in conducting the study, coding the text of the interviews, analyzing the data, and interpreting the findings.

Acknowledgement

The authors would like to express their acknowledgment to the staff in Yeganeh and Atiyeh Counseling Centers in Bushehr and all the women who participated in this study.



تدوین الگوی افسردگی زنان بوشهر: پژوهش داده بنیاد

مصطفی دهقانی^۱، منیژه دانشپور^۲، موسی جاودان^۳

m.dehghani@pgu.ac.ir

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول)

۲. استاد، گروه ازدواج و خانواده درمانی، دانشگاه الاین، ایروین، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا

۳. دانشیار، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

چکیده

افسردگی شایع‌ترین اختلال روان^۱ شناختی است که شیوع آن در زنان بیش از مردان بوده و توجه بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است. این پژوهش با هدف کشف الگوی افسردگی زنان بوشهر انجام شد. روش پژوهش حاضر کیفی از نوع نظریه‌ی داده بنیاد بود. در پژوهش حاضر، ۱۳ شرکت کننده زن که در سال ۱۴۰۰ در شهر بوشهر سکونت داشتند به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه باز استفاده شد و این روند تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها در سه مرحله‌ی کدگذاری باز، محوری و گزینشی تجزیه و تحلیل شدند. با کدگذاری باز ۱۲۷ کد اولیه و با کدگذاری محوری، ۱۲ مقوله‌ی عمده در ارتباط با افسردگی زنان به‌دست آمد و در نهایت، افسردگی زنان به مثابه‌ی تنهایی و قطع پیوندهای عاطفی، به‌عنوان مقوله‌ی مرکزی استخراج گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که افسردگی زنان از برخی شرایط علی نظیر؛ ازدواج سستی، نگرش‌های مردسالارانه و طرد اجتماعی تأثیر می‌پذیرد و جو خانوادگی نالایم، احساس نابرابری و آیین‌های سستی از عوامل زمینه‌ای موثر بر افسردگی زنان می‌باشند. همچنین بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختر و قداست خانوادگی اصلی از شرایط مداخله‌گر در بروز افسردگی زنان بوده و زنان افسرده در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا راهبردهای ناگویی و دوری‌گزینی را به‌کار می‌گیرند که در نهایت پیامدهای افسردگی زنان با مشکلات زناشویی و بدکارکردی خانواده مشخص می‌شود. بر اساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت روان زنان را تحت تأثیر قرار داده و به افسردگی آن‌ها ختم شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، زنان، بوشهر، کیفی، داده بنیاد

مقدمه

افسردگی واکنشی هیجانی است که افراد هنگام مواجهه با بحران، داغیدگی یا فقدان شخصی به‌صورت مرگ، جدایی و یا از دست دادن اموال و شغل آن را احساس می‌کنند (Disu et al., 2019). مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت، افسردگی نوعی احساس غم مداوم و عدم علاقه به فعالیت‌هایی است که افراد به‌طور طبیعی از انجام آن لذت می‌برند (World Health Organization, 2017). بر اساس نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آمار اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)، ویژگی اصلی افسردگی شامل یک دوره‌ی زمانی حداقل دو هفته‌ای است که ضمن آن، خلق افسرده یا بی‌علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه‌ی امور وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه‌ی دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و فعالیت‌های روانی-حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم‌گیری، افکار عود کننده درباره‌ی مرگ و خودکشی، طرح نقشه یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (Smithson & Pignone, 2017). علائم و نشانه‌های این اختلال متنوع هستند و تمامی عملکردهای انسان را از هر دو جنبه‌ی روان^۲ شناختی و جسمانی تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع افسردگی مجموعه‌ای از حالات مختلف روانی است که از احساس خفیف ملال تا دوری از فعالیت روزمره را در برمی‌گیرد و قادر است تا عملکردهای روزمره‌ی فرد نظیر؛ خوردن و خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار دهد (Ashaie et al., 2019).

با وجود اینکه افسردگی در تمام گروه‌ها مشاهده می‌شود اما برخی از گروه‌ها نسبت به دیگران آسیب پذیرتر بوده و مطالعات نیز نشان داده است که شیوع کلی افسردگی در بین زنان نسبت به مردان بیشتر است (Husain et al., 2021; Firat et al., 2021; Sadock et al., 2015). به عبارت دیگر، احتمال ابتلاء به افسردگی زنان دو برابر بیشتر از مردان است و ۲۵ تا ۶۴ درصد زنان در طول زندگی خود یک بار دوره‌های افسردگی را تجربه می‌کنند. از میان عواملی که باعث افسردگی زنان می‌شود می‌توان به رویدادهایی نظیر؛ تجربه‌ی اولین عادت ماهانه، جو عاطفی خانواده، تعاملات خانوادگی منفی، بارداری، زایمان، از دست دادن شغل، شکست‌های عاطفی، مرگ نزدیکان، ناکامی و مواجهه با یائسگی اشاره کرد که هر کدام از آن‌ها به تنهایی می‌توانند آسیب‌پذیری زنان را در پی داشته باشد (Lavelle & Smock, 2015). علاوه بر این، تحقیقات انجام شده در ارتباط با افسردگی زنان حاکی از آن است که، به طور متوسط، ۵ درصد از ایشان در طول عمر خود دوره‌هایی از افسردگی را تجربه می‌کنند و شیوع افسردگی در میان آن‌ها به عنوان یک اختلال قابل تشخیص، ۹۶ درصد گزارش شده است (Karakus & Patton, 2011). همسو با این یافته‌ها، لیم (Lim, 2018) نیز در مطالعه‌ای که بر روی شیوع افسردگی انجام دادند به این نتیجه دست یافته‌اند که افسردگی یکی از اختلال‌های با شیوع بالا در میان زنان می‌باشد که آن‌ها را در معرض مشکلات متعددی قرار داده و سلامت ایشان را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد.

زنان مبتلا به افسردگی با مشکلاتی نظیر؛ درماندگی آموخته شده و مشکلات طرحواره‌ای و اضطراب به دنبال تشخیص و درمان و سیر بیماری نیز رو به رو هستند که وضعیت آنان را بغرنج می‌کند و روال طبیعی زندگی آنان را برهم می‌زند (Naveen et al., 2016). علاوه بر این، هیجانات همراه افسردگی ازجمله؛ احساس بی ارزشی یا ناامیدی نیز واکنش‌هایی مانند؛ انکار، خشم و احساس گناه ایجاد می‌کند که از این طریق بر سلامت عمومی زنان درگیر افسردگی تأثیر منفی می‌گذارد (Dumas et al., 2017). رضایی فر و همکاران (Rezaeifar et al., 2019) در پژوهشی خود نشان دادند که، زنان مبتلا به افسردگی از یک سو با مشکلات روان‌شناختی نظیر؛ افزایش نگرانی سلامتی و استرس روان‌شناختی مواجه هستند و از سوی دیگر مشکلات آن‌ها تأثیر منفی بر روی خانواده‌های ایشان می‌گذارد که این روند به وخامت اوضاع افزوده و کنترل بیماری را با مشکل می‌سازد. بنابراین می‌توان گفت که، افسردگی زنان یک معضل سلامت روان در نهاد خانواده محسوب می‌شود که خانواده را پریشان ساخته و آسیب‌پذیری افراد خانواده به خصوص زنان مبتلا به افسردگی را به مشکلات جسمانی و روان‌شناختی دو برابر می‌گرداند (Gahler, 2016).

بر همین اساس پژوهش‌های زیادی در داخل و خارج از ایران در زمینه‌ی افسردگی زنان انجام شده است. در این میان لشگری و زرین پور (Lashgari & Zarinpour, 2015) پژوهشی را با هدف بررسی عوامل موثر در افسردگی زنان انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که، شیوع افسردگی در میان زنان نسبت به مردان بیشتر بوده و تفاوت‌های جنسیتی در ابتلاء به این بیماری نقش معناداری دارد. به عبارت دیگر؛ تجارب نامطلوب در دوران کودکی، افسردگی و اختلالات اضطرابی در دوران کودکی و نوجوانی، نقش‌های اجتماعی، تجارب نامطلوب، آسیب‌پذیری ناشی از وقایع ناگوار زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای در تفاوت‌های جنسیتی ابتلاء به افسردگی نقش داشته و احتمال دچار شدن به افسردگی را در میان زنان بیشتر می‌سازد. همچنین در این مطالعه مشخص شد که عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی و حمایت اجتماعی ضعیف، اثرات خفیف یا تقریباً ناچیزی در ظهور تفاوت‌های جنسیتی ابتلاء به افسردگی دارند. هوسین و همکاران (Husain et al., 2021) پژوهشی با هدف بررسی رابطه بین تروماهای کودکی، شخصیت، حمایت اجتماعی و افسردگی در میان زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره انجام دادند. یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد که، از میان عوامل موثر بر افسردگی زنان، تروماهای دوران کودکی و به خصوص استرس‌هایی که افراد تجربه می‌کنند، درونگرایی و فقدان حمایت‌های اجتماعی می‌تواند پیش‌بین قوی‌ای برای افسردگی زنان باشد. به عبارت دیگر، هر چه حمایت ادراک شده کمتر باشد، افسردگی زنان افزایش می‌یابد.

علاوه بر این موارد، سند ارتقای وضعیت زنان و خانواد استان بوشهر که از سوی دفتر بانوان و خانواده استانداری بوشهر در سال ۱۳۹۶ تدوین شده است نیز نشان داده است که، موضوع افسردگی زنان این استان به عنوان اولویت دوم بعد از افزایش نرخ بیکاری جوانان قلمداد می‌شود. همچنین افزایش نرخ افسردگی زنان شهرستان بوشهر از میان شهرستان‌های ده‌گانه استان به عنوان مهم‌ترین مساله مورد تمرکز می‌باشد که از مهم‌ترین دلایل افسردگی زنان در شهر بوشهر بر اساس سند مذکور، می‌توان به عوامل محیطی و فرهنگی مانند؛ خانواده، وضعیت سکونت، منطقه جغرافیایی، مدرسه و... اشاره کرد. نرخ بالای بیکاری، نارضایتی شغلی، بی ثباتی اقتصادی و عدم احساس امنیت نیز یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیر گذار در ایجاد افسردگی و افزایش نرخ آن در شهر بوشهر خصوصاً در بین زنان می‌باشد. از دیگر عوامل تأثیر گذار بر افسردگی زنان بوشهر، ناآگاهی و عدم شناخت نسبت به نشانگان این بیماری است. به عبارت دیگر، بسیاری از زنان از ابتلاء خود به افسردگی و یا علائم آن بی اطلاع هستند، این در حالی است که تشخیص به موقع و اولیه‌ی این بیماری نقش شایانی در پیشگیری و درمان آن ایفا می‌کند. علاوه بر این علت‌ها، مواردی نظیر؛ افزایش طلاق، کمبود امکانات ورزشی و تغییر شیوه‌ی زندگی نیز از پیش‌بین‌کننده‌های عمده‌ی افسردگی زنان بوشهر شناخته شده است (Academic Center for Education, Culture and Research of Bushehr Province, 2018).

با عنایت به موارد مطرح شده و نظر به بررسی‌های صورت گرفته، می‌توان گفت که، اگر چه پژوهش‌های زیادی در مورد افسردگی و عوامل موثر بر آن در میان زنان صورت گرفته است اما چگونگی ارتباط این عوامل در قالب یک الگو در فرهنگ استان بوشهر مورد بررسی قرار نگرفته است. در واقع شکاف تحقیقات گذشته، فقدان یک الگوی مناسب از افسردگی زنان در بوم و فرهنگ استان بوشهر می‌باشد. علاوه بر این، از آن‌جا که داشتن

یک برنامه‌ی مداخله‌ای مناسب برای پیشگیری و درمان افسردگی در زنان، نیازمند شناسایی عوامل مؤثر در بروز افسردگی در این جمعیت می‌باشد، این پژوهش انجام شد تا با استفاده از روش پژوهش کیفی و کاربست نظریه‌ی داده بنیاد به این سوال پاسخ دهد که "الگوی افسردگی زنان در بوم و فرهنگ بوشهر چگونه است؟"

روش

روش پژوهش حاضر کیفی و جهت اجرای آن از نظریه‌ی داده بنیاد تجدید نظر شده توسط استراوس و کوربین (Strauss & Corbin, 2008) با رویکرد نظام‌مند استفاده شده است. نظریه‌ی داده بنیاد یکی از انواع پژوهش کیفی می‌باشد و دلیل استفاده از آن در پژوهش حاضر این بود که تاکنون مدلی برای تبیین افسردگی زنان بوشهر وجود نداشته است و به‌کارگیری این روش پژوهش می‌تواند چنین چارچوبی را فراهم آورد. به‌کارگیری روش نظریه‌ی داده بنیاد موجب می‌شود تا درک و فهم درستی از سازه‌ی اصلی این پژوهش، یعنی افسردگی زنان بوشهر به‌دست آید، چرا که نظریه‌ی داده بنیاد این فرصت را در اختیار پژوهشگر قرار می‌دهد تا به کشف، شناسایی و توصیف پدیده‌ها، ویژگی‌های آن‌ها و فرایندهای روانی-اجتماعی پدیده‌های مورد پژوهش دست یابد.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

مشارکت کنندگان این پژوهش کلیه‌ی زنان مجرد و متاهل اعم از شاغل و فاقد هرگونه فعالیت انتفاعی بودند که در سال ۱۴۰۰ در شهر بوشهر سکونت داشتند. برای انتخاب شرکت کنندگان در این پژوهش، روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد و با پیشرفت مطالعه نمونه‌گیری موارد مطلوب مدنظر قرار گرفت. بر اساس هدف پژوهش معیار اصلی برای شرکت در پژوهش تشخیص افسردگی زنان بر اساس؛ ۱. پرسشنامه‌ی افسردگی بک و ۲. مصاحبه‌ی بالینی بود. دیگر معیارها عبارت بودند از: متاهل بودن در زمان حال، گذشت حداقل ۲ سال از زندگی مشترک، تمایل به مصاحبه و همکاری در پژوهش، شکایت و ناراضی‌ت از وضعیت شخصی، شغلی و اجتماعی و آگاهی و درک از وجود عوامل مؤثر در افسردگی زنان. برای تعیین حجم نمونه از معیار اشباع نظری داده‌ها استفاده شد. اشباع نظری زمانی اتفاق می‌افتد که پژوهشگر به این نتیجه برسد که به مفاهیم و پاسخ‌های مشابه رسیده است و با انجام مصاحبه‌های جدید به مفاهیم جدید دست پیدا نمی‌کند (Mofid et al., 2022). بعد از ۱۳ مصاحبه عمیق با شرکت کنندگان، پژوهشگران احساس کردند داده‌های به دست آمده همه تکرار مصاحبه‌های قبلی هستند. برای اطمینان بیشتر، چند مصاحبه تکمیلی دیگر نیز انجام شد، که نتایج تکرار مصاحبه‌های قبلی بود و پژوهشگر به این نتیجه رسید که از مصاحبه‌های جدید مفاهیم جدیدی به دست نمی‌آید. در این نقطه فرآیند جمع‌آوری داده‌های مصاحبه‌ها به پایان رسید. اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

سیمای مشارکت کنندگان

شرکت کننده	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل	مدت ازدواج	تعداد فرزند
۱	۵۳	دیپلم	متاهل	۲۵	۳
۲	۵۰	دیپلم	متاهل	۱۵	۳
۳	۳۲	کارشناسی	متاهل	۸	۲
۴	۳۹	دیپلم	متاهل	۶	۱
۵	۴۷	کارشناسی	متاهل	۱۷	۳
۶	۴۴	دکتری	متاهل	۱۲	۱
۷	۳۳	دیپلم	متاهل	۵	۱
۸	۵۷	دیپلم	متاهل	۲۳	۴
۹	۴۵	کارشناسی	متاهل	۱۱	۱
۱۰	۴۰	کارشناسی	متاهل	۱۲	۲
۱۱	۴۵	دیپلم	متاهل	۱۴	۲
۱۲	۴۶	کاردانی	متاهل	۷	۱
۱۳	۳۴	کارشناسی ارشد	متاهل	۴	-

ابزار اندازه‌گیری

برای جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌ی افسردگی بک و مصاحبه‌ی آزاد استفاده شد که در ادامه تشریح می‌شود؛

پرسشنامه‌ی افسردگی بک: نسخه‌ی اصلاح شده مقیاس افسردگی بک و همکاران (Beck et al, 1996) با معیارهای DSM-IV برای افسردگی همسان شده و میزان و شدت افسردگی را مشخص می‌کند. این مقیاس در سراسر دنیا و از جمله ایران برای سنین ۱۳ به بالا هنجار شده و روایی خوبی داشته است که نسخه‌ی ترجمه شده‌ی فارسی آن نیز در دسترس می‌باشد. این پرسشنامه از ۲۱ گویه‌ی خود گزارش دهی تشکیل شده است که میزان و شدت افسردگی را در دو هفته‌ی گذشته در میان نوجوانان و بزرگسالان اندازه گیری می‌کند. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرتی ۴ درجه ای از ۰ تا ۳ صورت می‌گیرد که نمره‌ی کلی ۰ تا ۱۳ حال فرد را از بهنجار تا افسردگی خیلی کم ارزیابی می‌کند. نمره‌ی کل ۱۴ تا ۱۹ به‌عنوان افسردگی خفیف، نمره‌ی کل ۲۰ تا ۲۸ به‌عنوان افسردگی متوسط و در نهایت نمره‌ی کل ۲۹ تا ۶۳ به‌عنوان افسردگی اساسی یا شدید تشخیص داده می‌شود (Salarifar et al., 2020). خصایص روانسنجی این ابزار در انواع جمعیت بالینی و غیر بالینی مورد بررسی قرار گرفته است (Haeri et al., 2021; Ershadi Manesh, 2021). بک و کلارک (Beck & Clarck, 1988) در پژوهش خود نشان داده‌اند که این ابزار دارای روایی پیش‌بین مناسبی می‌باشد و پایایی آن را نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه نموده‌اند. اعتبار این مقیاس توسط قاسم زاده و همکاران (Ghassemzadeh et al., 2005) در میان نمونه ایرانی ۰/۷۴ و پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شده است که نشان دهنده‌ی روایی و پایایی مطلوب این ابزار می‌باشد. لازم به ذکر است که پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به‌دست آمد.

مصاحبه‌ی آزاد: در پژوهش حاضر بر مبنای نوع مطالعه و روش اجرای پژوهش، ابزار اصلی جمع‌آوری داده‌ها مصاحبه‌ی آزاد یا بدون ساختار بود. علت استفاده از مصاحبه‌ی آزاد در پژوهش حاضر آن بود که، برای ارایه‌ی یک الگو از افسردگی زنان، لازم بود تا این عوامل از دیدگاه شرکت-کنندگان شناسایی شوند و با پیگیری موضوعات مطرح شده، جنبه‌های متعددی از نظرات شرکت کنندگان در پژوهش مورد کاوش قرار گیرد تا نحوه‌ی ارتباط بین مقوله‌ها شناسایی شده و پژوهشگر بر مبنای این روابط قادر به ارایه‌ی یک الگو از افسردگی زنان مورد مطالعه باشد. در مصاحبه‌ی باز یا بدون ساختار، مصاحبه‌گر باید درباره‌ی تعدادی از موضوعات از پیش تعیین شده، ذهن پاسخ دهنده را به‌طور عمیق کاوش کند. در این مصاحبه، سوالات استاندارد شده و پاسخ از قبل تعیین شده‌ای وجود ندارد. در عوض، مصاحبه‌گر جنبه‌های متعددی از نظرات مصاحبه شوندگان را آن‌گونه که در گفت‌وگو پیش می‌آید، بررسی می‌کند. او از نیروی ابتکار خود استفاده می‌کند و به ایجاد فرضیه‌های جدید و آزمودن آن طی مصاحبه می‌پردازد (Biabangard, 2017). در این نوع مصاحبه، مصاحبه‌گر می‌تواند با مطرح کردن سوال‌های باز درباره‌ی نظرات، نگرش‌ها، عقاید و سایر ویژگی‌های شرکت کننده اطلاعات با ارزشی کسب کند. شرکت کننده در این روش به میل و دلخواه خود به هر صورتی که مایل باشد به سوال مطرح شده پاسخ می‌دهد و مصاحبه‌گر با استفاده از ویژگی انعطاف پذیری این روش، اگر در حین مصاحبه به نکته‌ای برخورد کند که کشف اطلاعات عمیق و دقیقی در آن‌باره جالب یا ضروری به‌نظر برسد، می‌تواند تغییر مسیر مصاحبه را به‌طرف آن نکته هدایت کرده و به بررسی و مطالعه دقیق آن بپردازد (Naderi & Saif Naraghi, 2015).

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش، شرکت کنندگان بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب و بین ماه‌های خرداد تا شهریور ۱۴۰۰ مورد مصاحبه قرار گرفتند. تمامی مصاحبه‌ها در مرکز مشاوره‌ی تخصصی خانواده و ازدواج یگانه شهر بوشهر انجام گرفت که با دعوت قبلی و تعیین زمان مشخص بود (این زمان توسط خود شرکت کنندگان مشخص می‌شد). قبل از شروع هر مصاحبه، شرکت‌کننده‌ها اطلاعاتی مبنی بر محرمانه بودن محتوای مصاحبه و رعایت اصول اخلاقی را دریافت می‌کردند. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۸۰ دقیقه بود و با رضایت کامل شرکت کنندگان ضبط شد. پس از انجام هر مصاحبه مستند سازی (تبدیل گفته‌ها به متن) انجام می‌شد و پژوهشگران چندین بار محتوای ضبط شده را با متن‌های نوشته شده مطابقت می‌دادند تا مطمئن شوند که اطلاعات اساسی حذف نشده باشد. پس از مستندسازی، داده‌ها کدگذاری شدند. آنچه که از اهمیت زیادی برخوردار بود، اطلاعات حاصل از مصاحبه به پیشرفت کار کمک شایانی می‌کرد و مسیرهای تازه‌ای برای مصاحبه‌های بعدی روبروی مصاحبه‌گران می‌گشود. روند مصاحبه به این‌صورت بود که، مصاحبه‌گران در آغاز هر مصاحبه زمانی را به گفتگوی معمولی اختصاص می‌دادند تا برقراری ارتباط با شرکت کنندگان تسهیل و اعتماد آن‌ها جلب شود. علاوه بر این، در طول مصاحبه نیز به کوچک‌ترین اشارات و واکنش‌های هیجانی شرکت کنندگان پاسخ‌های همدلانه می‌دادند تا بتوانند در مصاحبه‌ها عمیق شده و اطلاعات بیشتری را کسب نمایند. برای تعمق بیشتر در طول روند مصاحبه به کرات از پرسش‌هایی نظیر؛ در این مورد بیشتر توضیح دهید، می‌توانید منظورتان را شفافتر بیان کنید، منظورتان از این مفهوم چه بود استفاده شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

نظریه‌ی داده بنیاد به‌منظور توسعه‌ی یک نظریه به‌کار برده می‌شود و این نظریه ریشه در داده‌هایی دارد که به‌صورت منظم گردآوری و تجزیه و تحلیل شده‌اند. نظریه در طول پژوهش گسترش می‌یابد و این امر از طریق کنش متقابل که بین جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن‌ها وجود دارد میسر می‌گردد. روش تحلیل اطلاعات در نظریه‌ی داده بنیاد شامل کدگذاری داده‌ها است. کدگذاری به معنای روند تجزیه و تحلیل داده‌ها است که

به تشکیل مفاهیم، مقوله‌ها، ویژگی‌ها و خصوصیات مقوله‌ها منجر می‌شود. در نظریه‌ی داده بنیاد، کدگذاری در سه مرحله صورت می‌گیرد: کدگذاری باز (Open Coding)، کدگذاری محوری (Axial Coding) و کدگذاری گزینشی (Selective Coding) (Hashemigolmehri et al, 2021).

یافته‌ها

هدف از انجام این پژوهش شناسایی عوامل مؤثر بر افسردگی زنان بوشهر و ارائه‌ی الگوی افسردگی ایشان بود. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها و با انجام کدگذاری باز، ۱۲۷ کد اولیه (مفهوم)، ۳۴ مقوله‌ی فرعی و ۱۲ مقوله‌ی اصلی به‌دست آمد. در مرحله‌ی کدگذاری محوری مقوله‌های به‌دست آمده از مرحله‌ی قبل در سه شرایط (علی، مداخله‌گر، زمینه‌ای)، راهبردها و پیامدها، پیرامون پدیده‌ی مرکزی پژوهش گرد هم آمدند. در ادامه شرایط (علی، مداخله‌گر، زمینه‌ای)، راهبردها و پیامدهایی که در نتیجه‌ی این پژوهش به‌دست آمده است، به‌صورت جداول جداگانه ارائه و توضیح داده می‌شوند و در نهایت مدل افسردگی زنان بوشهر ترسیم می‌شود.

شرایط علی: شرایط علی یا سبب‌ساز دسته‌ای از رویدادها و وقایع هستند که بر پدیده‌ها اثر می‌گذارند و یا وقایع و حوادثی هستند که منجر به وقوع یا گسترش پدیده‌ی محوری می‌شوند (Strauss & Corbin, 1986). این شرایط در پژوهش حاضر شامل؛ ازدواج سنتی، نگرش‌های مردسالارانه و طرد اجتماعی می‌باشند.

جدول ۲

مقوله‌های مرتبط با شرایط علی افسردگی زنان بوشهر

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	مفاهیم
	نبود دوران آشنایی	مخالفت با هر گونه ارتباط قبل از عقد رسمی، اعتقاد نداشتن به مشاوره پیش از ازدواج، تسریع عقد رسمی
ازدواج سنتی	ازدواج فامیلی	اهمیت نسبت خویشاوندی، ازدواج برای گسترش قومیت، پیشنهاد ازدواج توسط والدین
	تفکرات سنتی	ازدواج با هدف پر کردن خلاء زندگی، ازدواج برای رهایی از تنهایی، ازدواج راهی برای رسیدن به استقلال، اعتقاد به عقده‌های آسمانی
	تبعیض و شکاف جنسیتی	بی توجهی به دختران، محرومیت زنان از ارث، اولویت قاتل شدن برای پسر در خانواده، پسر را بودن به‌عنوان یک ارزش
نگرش‌های مردسالارانه	بی اعتنایی به زن	مهم قلمداد نکردن نیازهای زن، برآورده نساختن خواسته‌ی زن، ضعیف انگاشتن زن، توقف استعدادهای دختران، کنترل‌های شدید
	تقدم نیازهای جنسی مردانه	تمکین جنسی زنان، باوری زن به‌عنوان یک ارزش، اولویت داشتن جذابیت جنسی زن، زن در خدمت تامین نیازهای جنسی مردانه
	برچسب‌های منفی اجتماعی	بد انگاشتن طلاق زنان، ضعیف انگاشتن زنان آسیب دیده، مقصر قلمداد کردن زنانی که تجارب شکست داشته‌اند
طرد اجتماعی	نابرابری جنسیتی	برتری جنس مرد بر زن، زشت انگاری مسائل و مشکلات جنسی دختران و زنان، مقدم بودن مردان در مراسمات مهم، تصمیم گیرنده بودن مردان در امورات مهم

ازدواج سنتی: تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه با شرکت کنندگان مشخص ساخت که ازدواج سنتی یکی از علل افسردگی زنان بوشهر می‌باشد. برخی از شرکت کنندگان پژوهش اذعان داشتند که ازدواج سنتی زندگی زن‌شویی ایشان را تحت تاثیر قرار داده و به مشکلات روان‌شناختی ایشان منجر شده است. آن‌ها احساس می‌کردند که ازدواج‌های سنتی باعث شده است که مدام از جانب همسرشان تحت فشار قرار گیرند و در نهایت دست از علایق و آرزوهایشان بردارند. همان‌طور که شرکت کنندگان در این پژوهش عنوان کردند ازدواج سنتی ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد که شامل؛ نبود دوران آشنایی، ازدواج فامیلی و تفکرات سنتی می‌باشد.

شرکت کننده‌ی شماره ۳ در تاکید بر ازدواج سنتی در خانواده‌ی اصلی می‌گوید: «ازدواج در خانواده‌ی ما به شکل قدیمی مرسوم بود. یعنی اینکه با کسی جز خانواده‌های فامیل که نسبت به آن‌ها آشنایی کامل داشتیم حق ازدواج نداشتیم. علاوه بر این پدرم به آشنایی قبلی برای ازدواج هیچ اعتقاد نداشت و آن را موجب بی‌آبرویی و انگشت نما شدن می‌دانست و همین باعث شد که عقد من و همسرم دقیقاً ۳ روز بعد از خواستگاری اتفاق افتاد».

نگرش‌های مردسالارانه: یافته‌های پژوهش نشان داد که یکی دیگر از عوامل مؤثر در بروز افسردگی زنان بوشهر نگرش‌های مردسالارانه‌ی حاکم در خانواده‌ها می‌باشد. تجارب بسیاری از زنان شرکت کننده در مصاحبه نیز حاکی از آن بود که، نگرش‌های مردسالارانه ایشان را از رشد شخصی باز داشته و آسیب‌های روحی بسیاری را برایشان به همراه داشته است. برخی از شرکت کنندگان بیان داشتند که نگرش‌های مردسالارانه؛

قدرت، منزلت و پایگاه اجتماعی زنان را مورد هدف قرار داده که پیامد آن مشکلات روان^۵ شناختی زنان را به همراه دارد. ابعاد تشکیل دهنده ی نگرش های مردسالارانه شامل؛ تبعیض و شکاف جنسیتی، بی اعتنایی به زن و تقدم نیازهای جنسی مردانه می شود.

شرکت کننده ی شماره ی ۱ در این باره می گوید: «داشتن فرزند پسر اینقدر در خانواده ی ما مهم بود که برای متولد شدنش به رسم دیرینه و با خوشحال تفنگ شلیک می کردند و تا یک هفته مراسم شادی بر پا بود در حالی که برای تولد دختران این مراسم را انجام نمی دادند و مادران هم در یک جو ناراحتی به سر می بردند».

طرد اجتماعی: از دیگر شرایط علی افسردگی زنان بوشهر تجربه ی طرد اجتماعی بود که در نتیجه ی آن به زنان برچسب های منفی زده شده و در مقایسه با مردان ضعیف انگاشته می شوند. شرکت کنندگان در پژوهش تاکید کردند که این برچسب های منفی تصاویر نامطلوبی را از زنان ارائه داده و آن ها را در موقعیت پایین تری نسبت به مردان قرار می دهد. همان گونه که زنان شرکت کننده در پژوهش بیان داشتند، تجربه ی طرد و نابرابری شامل دو بعد؛ برچسب های منفی اجتماعی و نابرابری جنسیتی است که در صورت استمرار، موجبات بسیاری از شکست های زنان را فراهم کرده و می تواند به آسیب های متعدد جسمانی و روانی منجر شود.

شرکت کننده ی شماره ۵ در تاکید بر این عامل می گوید: «بعد از این که از همسر طلاق گرفتم آرامش نداشتم و همه به چشم یک زن گناه کار به من نگاه می کردند و احساس می کردم که وجه اجتماعی من به طور کامل از بین رفته است که این اثرات اجتماعی از خود طلاق برای من سنگین تر بود».

شرایط زمینه ای: شرایط زمینه ای دسته ای از رویدادها و وقایع هستند که به طور غیر مستقیم بر پدیده ها اثر می گذارند و یا وقایع و حوادثی هستند که زمینه ساز وقوع یا گسترش پدیده ی محوری می شوند (Strauss & Corbin, 1986). این شرایط در پژوهش حاضر شامل؛ جو خانوادگی نایمن، احساس نابرابری و تعصب افراطی می باشد.

جدول ۳

مقوله های مرتبط با شرایط زمینه ای افسردگی زنان بوشهر

مقوله های اصلی	مقوله های فرعی	مفاهیم
جو خانوادگی نایمن	عدم استقلال	دخالت خانوادگی بزرگتر در خانواده پسر/دختر، ورود خانوادگی بزرگتر در تصمیم گیری های مهم، عدم استقلال زوجها، ورود به فضای شخصی زوجها
	مرزهای نایمن	انتقال سریع مسائل محرمانه به خانواده های اصلی، مطلع شدن همسایه گان از مشکلات خانواده، کمک خواهی افراطی از دیگران
	خشونت	دعواهای مکرر بین والدین، خشونت میان والدین و فرزندان، مسخره شدن فرد توسط خانواده، تجربه ی توهین و سرزنش از سوی همسر
احساس نابرابری	حقوق نابرابر	بی اعتقادی به برابری حقوق زن و مرد، محروم کردن دختران از ارث، تبعیض قائل شدن میان فرزندان دختر و پسر
	غفلت شدگی	بی توجهی به احساسات دخترانه، بی اعتنایی به انتقادات یا پیشنهادهای دختران، همراهی نکردن مادر با دختر در شرایط سخت، غفلت از دختران
	نابرابری جایگاه	معیارهای والدینی برای دختر خوب بودن، قواعد سختگیرانه برای دختران، آزاد بودن پسران خانواده، تلاش برای سلطه پذیر کردن دختران
تعصب افراطی	فضای شخصی محدود	بی توجهی به فضای شخصی دختران، ورود بی اجازه به حریم های دختران، اجازه ندادن به دختر در تصمیم گیری های مهم، بی توجهی به نارضایتی دختران
	تحکم والدین	قانون های قدیمی انعطاف ناپذیر، ترس از تهدید شدن، آزاد نبودن در ابراز عقاید، ازدواج اجباری
	تابوهای جنسی	بد انگاشتن آموزش جنسی دختران، ابراز نکردن مشکلات جنسی همسران، زشت انگاشتن طرح مشکلات جنسی

جو خانوادگی نایمن: تحلیل داده های حاصل از این پژوهش نشان داد که جو خانوادگی نایمن یکی از شرایطی است که زمینه ساز افسردگی زنان بوشهر می باشد و شامل؛ عدم استقلال، مرزهای درهم و خشونت خانگی می شود. برخی از شرکت کنندگان بر این امر تاکید داشتند که، کودکی که در یک خانواده ی ایمن، صمیمی و حمایت کننده متولد می شود، با کودکی که در یک خانواده ی نایمن، سختگیر و مجازات کننده به دنیا می آید، تجربه های زندگی متفاوتی دارد و تجارب اولیه ی کودک در خانواده سازنده ی شخصیت و رفتارهای بعدی وی است؛ به گونه ای که ریشه ی بسیاری از انحرافات شخصیتی و بیماری های روانی را باید در تربیت نخستین کودک جستجو کرد.

شرکت کننده ی شماره ی ۹ با تاکید بر جو خانوادگی نایمن می گوید: «هر اتفاقی در خانواده ی ما می افتاد در کسری از ثانیه به خانوادگی پدر بزرگمان که بسیار در امورات ما مداخله می کردند، انتقال داده می شد که بعد از آن اتفاق هایی می افتاد که حال ما تا چند روز اصلا خوب نبود و تنش همه جا را فرا می گرفت».

احساس نابرابری: احساس نابرابری از دیگر شرایط زمینه‌ساز افسردگی زنان بوشهری است که زنان شرکت کننده در مطالعه به آن اشاره داشتند. احساس نابرابری با ابعادی نظیر؛ حقوق نابرابر، غفلت شدگی و نابرابری جایگاه می‌تواند زمینه‌ساز آشفتگی‌های روانی در زنان شود که پیامد آن آسیب‌های متعدد روانی خواهد بود. زنان مشارکت کننده اذعان داشتند که در صورتی که زنان جامعه احساس برابری را دریافت کنند قادر خواهند بود تا ضمن برطرف ساختن نیازهای خود به ایفای نقش‌های اجتماعی نیز بپردازند که ثمره‌ی آن ارتقای سلامت خانواده می‌باشد.

شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۷ در این مورد می‌گوید: «احتمالا به‌خاطر اینکه دختر بوم و خانواده‌مان بسیار پسری (پسر دوست) بود به احساسات زیبایی من گوش داده نمی‌شد. دقیقا یاد می‌آید که یک نقاشی بسیار زیبا کشیده بوم و وقتی با شوق و ذوق به مادر نشان دادم به سادی از کنار آن گذشت و در عوض به کارهای برادرم بسیار حساس بود و سریع او را تشویق می‌کرد».

آیین‌های سنتی: آیین‌های سنتی نیز به‌عنوان یکی دیگر از شرایط زمینه‌ساز افسردگی زنان بوشهر شناسایی شد که از دیدگاه زنان فضای شخصی آن‌ها را محدود ساخته و تعاملات فعالانه‌ی اجتماعی ایشان را تحت سیطره‌ی خود قرار می‌دهد و نتیجه‌ی آن شکست در زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی خواهد بود. یافته‌های حاصل نشان داد که آیین‌های سنتی در برگرفته‌ی ابعاد؛ فضای شخصی محدود، تحکم والدین و تابوهای جنسی است. شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱۱ در این مورد می‌گوید: «بر اساس قانونی که در خانواده‌ی ما حاکم بود، به هیچ وجه به ما دختران اجازه داده نمی‌شد تا در مسائل و موضوعات مهم مجاز به تصمیم گیری باشیم و آزادانه انتخاب کنیم».

شرایط مداخله‌گر: شرایط مداخله‌گر آن‌هایی هستند که با تأثیر بر شرایط علی جریان وقوع پدیده را تخفیف، تشدید یا به نحوی تغییر می‌دهند (Strauss & Corbin, 1986). در واقع منظور از شرایط مداخله‌گر، شرایط و عواملی هستند که هرچند به‌طور مستقیم بر پدیده‌ی اصلی اثر نمی‌گذارند، اما می‌توانند با تأثیر بر عوامل اصلی، اثر آن‌ها را بر پدیده‌ی مرکزی بیشتر کنند و از سوی دیگر خود به‌طور مستقیم می‌توانند به‌عنوان عواملی نه چندان مهم، اما مؤثر بر پدیده‌ی اصلی و راهبردهای اتخاذ شده اثر بگذارند. در این پژوهش، بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختر و قداست خانواده‌ی اصلی به‌عنوان شرایط مداخله‌گر شناخته شده‌اند.

جدول ۴

مقوله‌های مرتبط با شرایط مداخله‌گر در افسردگی زنان بوشهر

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	مفاهیم
بی‌اعتنایی به پیشرفت تحصیلی	جلوگیری از ادامه تحصیل، عدم رسیدگی به وضعیت تحصیلی، انتخاب رشته‌ی اجباری	
بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختر	نادیده گرفتن علایق	بی‌توجهی به استعدادها، دختران و پرورش آن‌ها، الزام دختران برای پذیرش مواردی که بر خلاف علایق و اعتقادات آن هاست، دست کم گرفتن توانایی فرد
نادیده گرفتن موفقیت‌ها	دست کم گرفتن موفقیت‌ها، مقایسه‌ی موقعیت‌های سایرین با فرد، شماتت فرد برای انتخاب	
دخاله خانواده اصلی	دخاله خانواده اصلی	دخاله در تصمیم گیری‌ها زوج‌ها، ایجاد اختلاف میان زوج‌ها، بر هم زدن رابطه‌ی زوجی، بدگویی از والدین نزد فرزندان، فاصله انداختن میان فرزندان و والدین
قداست خانواده اصلی	مرزهای نامشخص	حضور کامل خانواده‌ی اصلی در کانون خانواده، دخالت در مسائل فرزند پروری فرزندان، واریسی اتاق خواب، تسلیم پذیری در برابر خانواده اصلی
لزوم احترام به خانواده اصلی	زن به عنوان خدمتگذار خانواده‌ی اصلی، اجبار همسر در رسیدگی به نیازهای خانواده اصلی، در اولویت بودن خانواده‌ی اصلی	

بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختر: شرکت کنندگان پژوهش آیین‌های مردانه و به‌خصوص بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختران را از عوامل مداخله در بروز افسردگی قلمداد کردند که در برگرفته‌ی بی‌اعتنایی به پیشرفت تحصیلی، نادیده گرفتن علایق و نادیده گرفتن موفقیت‌ها می‌باشد. زنان شرکت کننده در پژوهش آشکارا بیان نمودند که بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختران مردانه موجب می‌شود تا از تعیین اهداف شخصی و پیگیری آن‌ها در زندگی غافل شوند و در ادامه‌ی مسیر زندگی با ناکامی‌های متعدد روبرو شوند که محاصل آن آشفتگی روانی خواهد بود. شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۱۰ با تأکید بر این مهم می‌گوید: «اگر چه که برای آینده‌ام برنامه داشتم و در تحصیل کوشا بودم اما، علایق و استعداد های من هیچ‌وقت از سوی خانواده‌ام مورد توجه قرار نگرفت و چیزی که برای پدرم مهم بود پیشرفت پسران خانواده و به رخ کشیدن موفقیت‌های آن‌ها بود».

قداست خانواده‌ی اصلی: قداست خانواده‌ی اصلی از دیگر عوامل مداخله‌گر در بروز افسردگی زنان می‌باشد که دارای ابعاد؛ دخالت خانواده اصلی، مرزهای نامشخص و لزوم احترام به خانواده اصلی می‌باشد. بر اساس تجارب زنان افسرده، این عامل به تنهایی می‌تواند فضای رابطه را مسموم و تنش‌های روانی متعددی را در پی داشته باشد زیرا، مرزهای رابطه همسران را در معرض دخالت‌های بی‌رویه‌ی خانواده‌های اصلی قرار می‌دهد و پیامد آن با تنش‌های رابطه‌ی زوجی، فاصله‌گیری زوج‌ها از یکدیگر و چرخه‌های تعاملی منفی میان خانواده‌ها مشخص می‌گردد.

شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۵ در این مورد می‌گوید: «ما از خود هیچ اختیاری نداشتیم و حرف اول و آخر را خانواده‌ی همسر می‌زدند و هر موقع که من اعتراض می‌کردم، همسر به جای این که مرا درک کند می‌گفت: مادرم و خانوادهم بزرگ‌ترین خط قرمز زندگی من هستند».

راهبردها: راهبردها کنش‌های با منظور و عمدی هستند که برای حل یک مسئله، یا در پاسخ به رویدادها، موقعیت‌ها و شرایط موجود صورت می‌گیرند (Strauss & Corbin, 1986). پدیده‌ها و رویدادهای ناراحت کننده عمدتاً منجر به انتخاب راهبردهای ناکارآمد شده که به تنهایی بیشتر افراد و تشدید مشکلات روان^۵ شناختی ایشان منتهی می‌گردد که تجارب زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر نیز تایید کننده‌ی این مدعا بود. زنان مشارکت کننده بیان داشتند راهبردهایی که در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای زندگی به کار گرفته‌اند شامل؛ ناگویی و دوری گزینی بوده است که غالباً رویه‌های نامناسبی است و به قطع پیوندهای ارتباطی آن‌ها می‌انجامد.

جدول ۵

مقوله‌های مرتبط با راهبردهای گزینشی زنان افسرده بوشهر

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	مفاهیم
ناگویی	اجتناب	طفره رفتن، موکول کردن موضوعات حساس به زمان های بعد، پرهیز از ابراز مستقیم، اجتناب از بیان احساسات، فروخوردن خشم، دوری کردن از مردم
	تسلیم	پذیرش بی چون و چرای انتظارات و خواسته‌های دیگران، رعایت حال بزرگ‌ترها، درماندگی
دوری گزینی	مهارت ارتباطی ضعیف	فن بیان ضعیف، عدم ابراز نیازها و خواسته‌ها، سرکوب خواسته‌ها، ارتباطات بین فردی ضعیف
	غفلت از خویشتن	بی توجهی به خود، از دست دادن معنا، احساس پوچی، بی توجهی به اهداف شخصی، مشکل در تصمیم گیری
	دوری جویی از دیگران	قطع پیوندهای عاطفی، بی توجهی به دیگران، کناره جویی از دیگران، نقش بازی کردن

ناگویی: یکی از راهبردهایی که زنان افسرده در مواجهه با موقعیت‌ها و رویدادهای افسرده کننده به کار می‌گیرند، ناگویی است که خود نیز شامل ابعادی نظیر؛ اجتناب، تسلیم و مهارت‌های ارتباطی ضعیف می‌باشد. زنان شرکت کننده در پژوهش بیان کردند که ناگویی به فاصله‌گیری ایشان از خود، خانواده و جامعه اشاره دارد که مشخصه‌ی اصلی آن عدم ابراز خواسته‌ها و تسلیم‌پذیری بیش از پیش ایشان می‌باشد. همچنین بر این نکته تاکید داشتند که ناگویی و ارتباطات ضعیف می‌تواند به روابط ناسالم منجر شود و فشار روانی را افزایش دهد.

شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۵ در این مورد می‌گوید: «هیچوقت نمی‌توانستم خواسته‌های خود را بیان نمایم، نمی‌دانم شاید هم مشکل از ابراز وجود اندک من ناشی می‌شد. اما در هر حال تا یادم می‌آید همه در حال برآورده کردن خواسته‌های غیر بودم و به خود نمی‌اندیشیدم».

دوری گزینی: تجربه‌ی زیسته‌ی برخی از زنان شرکت کننده در پژوه گواه این بود که دوری گزینی یکی دیگر از راهبردهای ایشان در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا است که دو بعد؛ غفلت از خویشتن و دوری جویی از دیگران را شامل می‌شود. تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها نیز حاکی از این بود که، بسیاری از زنان به دلیل ترس از طرد شدن و یا قضاوت توسط دیگران، تمایل به کناره‌گیری از دیگران داشته‌اند و سعی کرده‌اند در موقعیت‌های مختلف خود را منزوی کنند که به احساس بی‌کفایتی و ترس بیشتر آن‌ها از قضاوت شدن انجامیده است.

شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۳ در تاکید بر دوری جویی می‌گوید: «خودم را فراموش کرده بودم و به خودم نمی‌اندیشیدم. اگر تصمیمی برایم پیش می‌آمد حداقل امکان تلاش می‌کردم تا از تصمیم گیری فرار کنم و یا آن را به دیگران واگذار نمایم. به ارتباط با دیگران اصلاً فکر نمی‌کردم و مدام در فکر این بودم که چگونه از دیگران دور شوم».

پیامدها: آخرین مقوله در فرایند کدگذاری محوری به پیامدها اشاره دارد. پیامدها نتایج اعمال یا تعامل‌ها و کنش‌ها هستند. می‌توان گفت هرچا انجام یا عدم انجام عمل/ تعامل معینی در پاسخ به امر یا مساله‌ای یا به‌منظور اداره یا حفظ موقعیتی از سوی فرد یا افرادی انتخاب شود، پیامدهایی پدید می‌آید (Strauss & Corbin, 1986). پیامدها در این پژوهش شامل؛ مشکلات زناشویی و بدکارکردی خانواده است.

مشکلات زناشویی: مشکلات زناشویی یکی از پیامدهای ویژه‌ی افسردگی زنان می‌باشد که خود می‌تواند چرخه‌های تعاملاتی آسیب‌زایی را در میان همسران و خانواده فعال ساخته و به مشکلات روان^۵ شناختی از جمله افسردگی ختم شود. زنان شرکت کننده بیان داشتند که افسردگی می‌تواند از طریق اختلال در احساس امنیت عاطفی، بی‌میلی به برقراری رابطه‌ی جنسی با همسر، لذت نبردن از فعالیت‌های گذشته و ناامیدی از ایجاد تعاملات مثبت، رابطه‌ی میان همسران را مختل نماید. تجربه‌ی زنان شرکت کننده در پژوهش نشان داد که مشکلات زناشویی ابعاد؛ تعارضات زناشویی، کاهش عملکرد جنسی و دزدگی زناشویی را شامل می‌شود.

شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۲ در تاکید بر مشکلات زناشویی می‌گوید: «افسردگی باعث شده بود که به روابط زناشویی‌ام اهمیت ندهم و نتوانم آنگونه که باید به خواسته‌های همسرم پاسخ دهم. گاهی مواقع اینقدر در گیر اختلاف می‌شدیم که مجبور بودم مواردی را نزد خانواده‌های اصلی مطرح سازم که از گفتنش همیشه ابا داشتم».

جدول ۶

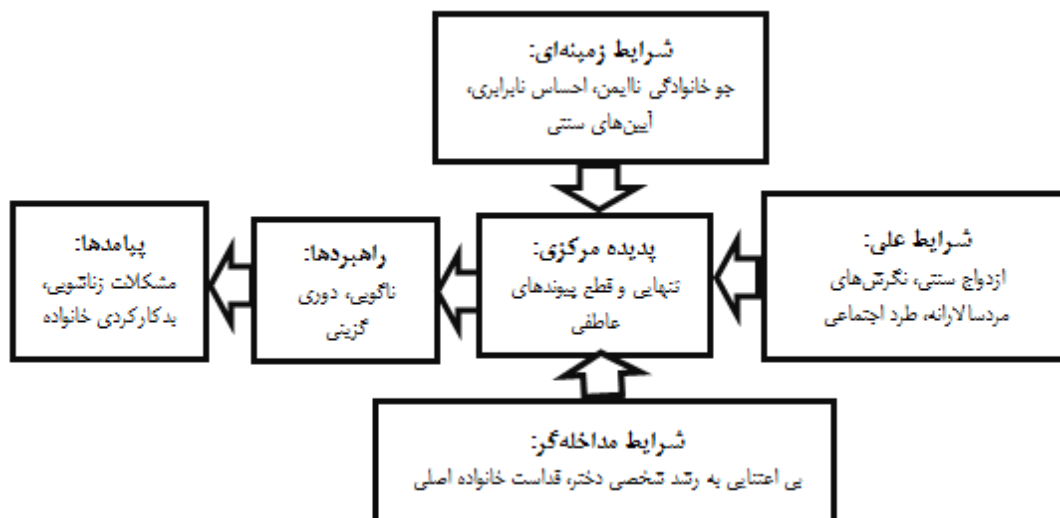
مقوله‌های مرتبط با پیامدهای افسردگی زنان بوشهر

مقوله‌های اصلی	مقوله‌های فرعی	مفاهیم
	تعارضات زناشویی	دعواها و تنش‌های مکرر، بی توجهی به مسائل و مشکلات پیش آمده، شانه خالی کردن از مسئولیت‌ها، تحقیر یکدیگر
مشکلات زناشویی	کاهش عملکرد جنسی	بی میلی جنسی، کاهش رابطه جنسی، لذت نبردن از رابطه جنسی
	دلزدگی زناشویی	تحمل آشفتگی و زندگی به خاطر فرزندان، از بین رفتن پیوندهای عاطفی میان همسران، فاصله‌گیری همسران از یکدیگر
	والدگری ضعیف	تنبیه فرزندان، قطع ارتباط با فرزندان، بی توجهی به خواسته‌های فرزند
بدکارکردی خانواده	تعاملات منفی	چرخه‌ی تعاملات منفی، پرهیز از صمیمیت، ضعیف شدن گفت‌وگوها، شکاف میان اعضای خانواده
	مشکلات رفتاری	مشکلات رفتاری فرزندان، درگیر شدن در آسیب‌های اجتماعی، اهمال کاری تحصیلی، افت تحصیلی فرزندان

بدکارکردی خانواده: یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که افسردگی زنان می‌تواند کانون خانواده را دست خوش آسیب ساخته و به بدکارکردی آن منجر شود. شرکت کنندگان پژوهش بدکارکردی خانواده را از پیامدهای جدی افسردگی به حساب می‌آوردند زیرا، از دیدگاه آن‌ها افسردگی یکی از همسران با اختلال در سیستم خانواده همراه می‌باشد که ارتباطات میان اعضای خانواده و حل مساله در مواقع بحرانی را مشکل ساخته و پیامد آن با آسیب در پاسخگویی عاطفی والدین و ناتوانی در کنترل رفتار فرزندان مشخص می‌شود. تجربه‌ی زنان افسرده نشان داد که بدکارکردی خانواده ابعاد؛ والدگری ضعیف، تعاملات منفی و مشکلات رفتاری را در بر می‌گیرد.

شرکت کننده‌ی شماره‌ی ۷ در این مورد می‌گوید: «گاه سر بچه‌هایم به خاطر یک موضوع حتی سطحی داد می‌زد و ایشان را به شدت تنبیه می‌کردم. انگار دست خودم نبود و این موجب می‌شد تا نزد همسرم هم کم بیاورم. بچه‌ها از من فاصله می‌گرفتند و به سمت پدر متمایل می‌شدند. یک روز واقعا احساس کردم که افسردگی‌ام تیشه بر رشد فرزندان زده است چون، اولین باری بود که افت تحصیلی دختر را شاور می‌کردم».

با توجه به هدف پژوهش حاضر که تدوین الگوی افسردگی زنان بوشهر بود و نظر به داده‌ها و یافته‌های پژوهش، مقوله‌ی «تنهایی و قطع پیوندهای عاطفی» به عنوان پدیده‌ی مرکزی پژوهش انتخاب شد. هیچ یک از مقولات منفرد پژوهش به تنهایی نمایانگر اصل مطلب نبودند، بنابراین مقوله‌ی مرکزی به صورت انتزاعی از کل مقولات اصلی و فرعی و دیگر مفاهیم موجود در پژوهش، استخراج شد. ماحصل مرحله‌ی کدگذاری محوری رسیدن به مدل پارادایمی پژوهش است که در زیر به آن اشاره می‌شود؛



شکل ۱

مدل پارادایمی افسردگی زنان

بحث

این پژوهش با هدف ارائه الگویی از افسردگی زنان انجام گرفت و پس از کدگذاری محوری ۱۲ مقوله‌ی اساسی و عمده در شکل‌گیری افسردگی زنان به‌دست آمد که در ادامه به تبیین این مقوله‌ها پرداخته می‌شود.

ازدواج سنتی: زنان شرکت‌کننده در پژوهش بیان کردند که ازدواج‌های سنتی از عوامل علی در وقوع افسردگی ایشان می‌باشد زیرا، موجب می‌شود تا استحکام زندگی زناشویی در ادامه زندگی از میان رفته و با تنش و ناسازگاری همراه گردد. در این پژوهش ازدواج فامیلی، نبود دوران آشنایی و تفکرات سنتی ازدواج ابعاد تشکیل‌دهنده‌ی ازدواج سنتی را تشکیل می‌دهد. دهقانی (2017, Dehghani) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که، ازدواج‌های سنتی که مشخصه‌ی غالب آن‌های فقدان دوران آشنایی است، می‌تواند به شکست در زندگی زناشویی شده و با علائمی نظیر؛ فشار روانی، ناامنی و نشانگان افسردگی همراه می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، ازدواج‌های سنتی بستری را فراهم می‌آورد که در آن زوجها درگیر تنش‌ها و تعارضات متعددی می‌شوند که به جدایی فیزیکی و یا عاطفی ایشان ختم می‌شود (شکست در رابطه‌ی زناشویی). در این میان، زنان در نتیجه‌ی شکست در رابطه، آسیب‌های فردی و اجتماعی متعددی را متحمل می‌شوند. علاوه بر این، احساس ناامنی و ترس از آینده را تجربه و با طرد شدن، بلاکلیفی، احساس گناه، اندوه، خشم و پرخاشگری مواجه می‌شوند که پیامد آن با انزوای ایشان و خطر بروز افسردگی مشخص می‌شود. نیمرخ روانی زوج‌های ناراضی در آزمون تشخیصی MMPI نیز نشان داده است که این افراد از افسردگی، عدم علاقه به زندگی و نگرانی رنج می‌برند که در این میان زنان احساس نگرانی و اضطراب داشته و به آسانی خود را سرزنش می‌کنند (Gahler, 2016).

نگرش‌های مردسالارانه: نگرش‌های مردسالارانه از سوی زنان شرکت‌کننده در پژوهش به‌عنوان عامل اساسی در بروز افسردگی زنان شناخته شد. تجارب برخی از زنان شرکت‌کننده در پژوهش نیز گواه این بود که به موازاتی که زندگی شخصی، شغلی و اجتماعی ایشان تحت تاثیر نگرش‌های مردسالارانه قرار می‌گیرد، از رشد شخصی بازمانده و با انزوا و نشانگان افسردگی آن‌ها همراه می‌گردد. تبعیض و شکاف جنسیتی، بی‌اعتنایی به زن و تقدم نیازهای جنسی مردانه ابعاد تشکیل‌دهنده‌ی نگرش‌های مردسالارانه را تشکیل می‌دهند. زارع شاه آبادی و ندرپور (Zare Shahabadi & Nadarpour, 2016) در پژوهشی که با هدف بررسی رابطه‌ی بین مردسالاری و خشونت خانگی علیه زنان در کوهدشت انجام دادند به این نتیجه دست یافته‌اند که نگرش‌های مردسالارانه می‌تواند موقعیت زنان را دست‌خوش تغییر و تحولات ناکارآمد قرار داده به‌گونه‌ای که، به مشکلات روان^۰شناختی ایشان ختم می‌شود. زیرا، مقصود اصلی مردسالاری و استمرار نگرش‌های مردسالاری این است که زن در هیچ زمینه‌ای به پای مرد نمی‌رسد و محکوم به تنها ماندن در خانه است که وظیفه‌ی اصلی او باروری و تربیت فرزند خواهد بود.

طرد اجتماعی: زنان شرکت‌کننده در پژوهش طرد اجتماعی را از جمله عوامل علی تاثیر گذار در ابتلاء به افسردگی خود قلمداد کردند و برچسب‌های منفی اجتماعی و نابرابری جنسیتی را مهم‌ترین بعد آن مشخص نمودند. به نظر اغلب آن‌ها حمایت کافی از دختران و وجود منابع حمایتی در موقعیت‌های آسیبی از جمله ضروریات رشد و نمو زنان می‌باشد و در صورتی که این مهم محقق نگردد، زنان خود را تنها و بی‌پناه تصور می‌کنند. ظریف نژاد و همکاران (Zarifnejad et al., 2014) در پژوهشی که به بررسی ارتباط روحیه‌ی اجتماعی با روحیه‌ی سالمندان شهر مشهد انجام دادند به این نتیجه دست یافتند که حمایت اجتماعی می‌تواند بین استرس و افسردگی مانند سپر محافظ عمل نماید. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، هنگامی که زنان در شرایط سختی قرار می‌گیرند و احساس تنهایی می‌کنند به منابع حمایتی و توجه اجتماعی برای غلبه بر احساس تنهایی و برون رفت از شرایط دشوار به شدت نیازمند هستند و در صورتی که این منابع حمایتی را در کنار خود نبینند، تنها شده و دچار انزوا می‌شوند که، پیامد آن فاصله‌گیری بیشتر از خانواده و از بین رفتن اعتماد در روابط خواهد بود که می‌تواند بر روند زندگی ایشان اثر گذاشته و آن‌ها را مستعد افسردگی سازد. زنان شرکت‌کننده در پژوهش نیز ادعا کردند که تجربه‌ی طرد موجب شده است تا کمتر از زندگی خود احساس رضایت داشته باشند و نارضایتی از زندگی نیز منجر به شکل‌گیری عواطف منفی در آن شده است که نتیجه‌ی آن افسردگی آن‌ها بوده است.

جو خانوادگی ناایمن: جو خانوادگی ناایمن یکی از عوامل زمینه‌ساز وقوع افسردگی تشخیص داده شد که در برگیرنده‌ی ابعاد؛ عدم استقلال، مرزهای درهم و خشونت خانگی می‌باشد. نیک دل و همکاران (Nikdel et al., 2022) در پژوهش خود نشان داده‌اند که میان جو عاطفی خانواده و ابتلاء به افسردگی ارتباط معنا داری وجود دارد. به عبارت دیگر، جو عاطفی می‌تواند از طریق معنای زندگی بر وقوع افسردگی اثر بگذارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، هنگامی که جو عاطفی خانواده به وضعیت منفی تغییر شکل می‌دهد، کودکان خانواده نشانگان جو عاطفی منفی را تشخیص داده و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهند که این واکنش‌ها شامل؛ در خود فرو رفتگی، تقلا برای نزدیک کردن والدین به یکدیگر، تمارض به بیماری برای فعال سازی مراقبت والدین، ترس، استرس و فشار روانی، هراس از مدرسه و دیگر نشانگان روانی می‌باشد که در صورت تداوم وضع موجود و التیام نیافتن جو عاطفی خانواده، پیوندهای عاطفی میان فرزندان و خانواده تخریب شده و با تاثیر گذاری منفی بر معنای زندگی، زمینه‌ی ابتلاء به افسردگی را فراهم خواهد ساخت. فارل و همکاران (Farrell et al., 2018) نیز بر این نکته تاکید می‌کنند که والدینی که در جو عاطفی منفی با یکدیگر تعامل دارند، به دلیل توجه نکردن به سالم سازی روابط روانی و عاطفی و غفلت از فرزندان، آن‌ها را با کمبودهای عاطفی و

مشکلات روانی روبرو می‌سازند که این مهم بر روند زندگی فرزندان و معنای آن‌ها از زندگی اثرگذار بوده و به تشدید مشکلات روان^۵ شناختی و ابتلاء به افسردگی فرزندان ختم می‌انجامد.

احساس نابرابری: در پژوهش حاضر احساس نابرابری یکی دیگر از علل زمینه‌ای افسردگی زنان شناخته شد که دارای ابعاد؛ حقوق نابرابر، غفلت شدگی و نابرابری جایگاه می‌باشد. زنان شرکت کننده در پژوهش اذعان داشتند که نابرابری مشاهده شده در خانواده‌ی اصلی بر روند زندگی شخصی و اجتماعی ایشان اثر گذاشته و منجر به نشانگان اضطراب و افسردگی در آن‌ها شده است. پژوهش گل پرور و عریضی (Golparvar & Oreyzi, 2009) نیز حاکی از آن است که تبعیض ادراک شده از سوی زنان می‌تواند به دل بستگی نالایمن منجر شده که پیامد آن با افسردگی همراه است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، هنگامی که در خانواده تبعیض حاکم شده و فرزندان متوجه‌ی رفتارهای تبعیض آمیز والدین در قبال اعضای خانواده می‌شوند، روابط موجود را عادلانه ادراک ننموده و از والدین و سایر اعضای خانواده فاصله می‌گیرند. این تغییرات می‌تواند روابط اعضای خانواده را تحت تاثیر قرار دهد که با فاصله‌گیری بیشتر آن‌ها از یکدیگر مشخص می‌شود و پیامد آن ایجاد شکاف بین اعضای خانواده خواهد بود. با ایجاد شکاف، صمیمت میان اعضای خانواده کمرنگ شده و دیگر در دسترس و پاسخ‌گوی نیازهای یکدیگر نخواهند بود. تداوم این وضعیت می‌تواند منجر به نشانگان افسردگی گردد (Zakalik & Wei, 2006).

آیین‌های سنتی: وجود آیین‌های سنتی در خانواده به‌عنوان یکی از عواملی که زمینه را برای بروز افسردگی فراهم می‌سازد، شناخته شد. از دیدگاه زنان شرکت کننده در پژوهش، آیین‌های سنتی خانوادگی مانع از رشد، همبستگی و اتحاد میان اعضای خانواده شده و امکان ارتباطات پویا را از ایشان سلب می‌کند و پیامد آن در هم‌آمیزی و یا منفک شدن اعضای خانواده از یکدیگر خواهد بود که می‌تواند ضمن آسیب وارد کردن بر پیکره‌ی ارتباطات سالم خانوادگی، انزوای بیش از پیش فرزندان را در پی داشته باشد. فضای شخصی محدود، تحکم والدین و تابوهای جنسی از ابعاد تشکیل دهنده‌ی آیین‌های سنتی می‌باشد. پژوهش امانی (Amani, 2020) حاکی از این است که میان قواعد سخت و انعطاف ناپذیر خانوادگی، بدعملکردی خانوادگی و وقوع افسردگی در نوجوانان ارتباط مستقیمی وجود دارد. به عبارت دیگر با افزایش ناکارآمدی و عملکردهای ضعیف خانوادگی افسردگی فرزندان نیز شدت می‌گیرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، کارکرد خانواده به‌عنوان راهکارهایی تعریف می‌شود که اعضای خانواده برای تعامل، واکنش و رفتار با یکدیگر بر می‌گزینند و متغیرهایی همچون؛ سبک‌های ارتباطی، سنت‌ها، نقشه‌ها، میزان نفوذ پذیری مرزها، انعطاف پذیری، انطباق و تاب‌آوری را در بر می‌گیرد. در این میان هنگامی که مرزهای خانوادگی دچار آسیب می‌شود، ارتباط کلامی اعضای خانواده مختل می‌شود. همچنین پاسخ‌دهی والدین و اعضای خانواده به یکدیگر کاهش یافته، علاقه‌ی اجتماعی اعضای خانواده نسبت به ایجاد و شدت بخشی به مشارکت گروهی کمرنگ گشته و نظارت والدین بر رفتارهای فرزندان مختل می‌شود که پیامد این تغییرات، نابسامانی در روابط عاطفی اعضا و گسست روابط خانوادگی خواهد بود که زمینه را برای مشکلات مربوط به سلامت روان فرزندان و در نهایت افسردگی ایشان فراهم خواهد ساخت.

بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختر: منع شدن از رشد شخصی از سوی زنان شرکت کننده در پژوهش به‌عنوان عاملی که افسردگی را سرعت می‌بخشد شناخته شد. تجارب برخی از زنان شرکت کننده در پژوهش نیز گواه این بود که به موازاتی که ایشان از رشد شخصی محروم می‌شدند، انزوای ایشان بیشتر و نشانگان افسردگی در آن‌ها رو به رشد گذاشته است. بی‌اعتنایی به پیشرفت تحصیلی، نادیده گرفتن علایق و نادیده گرفتن موفقیت‌ها ابعاد تشکیل دهنده‌ی بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختران را تشکیل می‌دهند. پژوهشی که به تایید این فرضیه پرداخته باشد یافت نشد اما در تبیین این یافته می‌توان به ایجاد هویت شکست در نتیجه‌ی منع شدن از رشد شخصی اشاره داشت، به این صورت که، همه‌ی افراد از بدو کودکی تمایل به رشد و پیشرفت در همه‌ی زمینه‌ها دارند و اگر این شرایط برای ایشان فراهم شود می‌توانند استعدادهای ذاتی خود را جامه‌ی عمل پوشانده و توانایی‌هایشان را به منصفه‌ی ظهور بگذارند که با ارتقای سلامت روان آن‌ها مشخص می‌شود اما، در صورتی که عوامل محیطی و به‌خصوص والدین با انجام اقداماتی بخواهند جلوی رشد ایشان را بگیرند و از شکوفا شدن استعدادهایشان ممانعت به عمل آورند، نمی‌توانند به اهدافی که در ذهن خویش دارند دست یافته و همزمان با کاهش میزان خودکارآمدی به هویت شکست نائل می‌شوند که این هویت شکست می‌تواند تسهیل گر بسیار از مشکلات روان^۶ شناختی از جمله افسردگی باشد.

قداست خانوادگی اصلی: زنان شرکت کننده در پژوهش یکی دیگر از عوامل مداخله گر افسردگی را قداست و مهم پنداشتن خانواده‌ی اصلی می‌پنداشتند که موجب تعارضات زناشویی شده است. بسیار از زنان شرکت کننده در پژوهش مدعی بودند که قداست خانوادگی اصلی موجب می‌شود تا نیازها و خواسته‌های خانواده‌ی اصلی در اولویت قرار گیرد که پیامدهای آن بی‌توجهی به همسر و فرزندان، تنش‌های روان^۷ شناختی و وقوع تعارضات زناشویی می‌باشد. دخالت خانواده‌های اصلی، مرزهای نامشخص و لزوم احترام به خانواده‌ی اصلی ابعاد قداست خانوادگی اصلی را تشکیل می‌دهند. گوا و همکاران (Goa et al., 2019) در پژوهش خود نشان داده اند که، دخالت‌های خانواده‌ی اصلی تعارضات مخرب در میان زوجها را فعال می‌سازد که ثمره‌ی آن پریشانی و احساسات منفی کودکان خواهد بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، با در اولویت قرار گرفتن خانواده‌ی اصلی و بالا گرفتن تعارضات زناشویی میان همسران، والدین رفتارهای مثبت کمتری را از خود بروز داده و فرزندان را مورد بی‌مهری و گاهی

رفتارهای پرخاشگرانه شدید قرار می‌دهند که ثمره‌ی آن شکل‌گیری تعاملات منفی و تشدید مشکلات روان^۵ شناختی در میان خانواده و اعضای آن می‌باشد. همچنین در این‌گونه خانواده‌ها، والدین فرصت کافی برای ارتباط عاطفی با فرزندان و آموزش مهارت‌های اجتماعی لازم به ایشان را نخواهند داشت که خلاء عاطفی پیش آمده و کاهش خزانه‌ی رفتاری مطلوب می‌تواند زمینه را برای بروز و درگیر شدن فرزندان در آسیب‌های روانی و از جمله افسردگی در بزرگسالی فراهم سازد.

ناگویی: ناگویی به‌عنوان یکی از راهبردهای به‌کار گرفته شده توسط زنان افسرده مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر شناخته شد. ایشان بیان کردند که در خیلی از مواقعی که باید از خویش در مقابل رویدادهای ناکام‌کننده و شرایط بغرنج دفاع می‌کردند، سکوت پیش گرفته و نتوانسته‌اند خویش را ابراز نمایند. اجتناب، تسلیم و مهارت‌های ارتباطی ضعیف از ابعاد تشکیل‌دهنده ناگویی به‌حساب می‌آید. درین و همکاران (Driessen et al., 2015) در پژوهش خویش به این نتیجه دست یافتند که، یکی از ویژگی‌های افراد افسرده ناتوانی در بیان احساس‌ها و ابرازگری هیجانی می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، صحبت کردن با دیگران در خصوص رویدادهای تنش‌زا، به شخص این امکان را می‌دهد تا اطلاعاتی درباره‌ی رویداد آسیب‌زا یا مقابله‌ی مؤثر با آن را به‌دست آورده و ضمن سازمان‌دهی و کنترل افکار خودکار منفی به‌صورت هدفمند عمل نماید، زیرا ابراز کلامی تجارب آسیب‌زا، فرایند مقابله را تسهیل می‌سازد. اما تجربه‌ی بسیاری از زنان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر حاکی از این بوده است که در این مواقع نمی‌توانستند که با دیگران ارتباط عاطفی و کلامی مطلوبی را برقرار و نارحتی‌ها و تنش‌های خویش را بیان نمایند و یا هنگام مواجه با شرایط فشارزا قادر نبودند تا با ابرازگری خوب از خویشتن در مقابل آن تنش‌ها دفاع نمایند که این رویه نتوانسته است شرایط را برای ادامه نشانگان افسردگی آن‌ها هموار سازد.

دوری گزینی: زنان شرکت‌کننده در پژوهش بیان کردند که در مواجه با شرایط افسرده‌کننده، رفتارهای ناکارآمدی نظیر دوری جویی و اجتناب را پیش گرفته که نتوانسته است نشانگان افسردگی و تداوم این اختلال را به‌دنبال داشته باشد. غفلت از خود و دوری جویی از دیگران از ابعاد تشکیل‌دهنده دوری گزینی می‌باشد. فاوا و همکاران (Fava et al., 2007) در پژوهش خویش نشان داد که میان علائم افسردگی و رفتارهای آسیب‌رسان به خود - دوری گزینی یکی از مصادیق رفتارهای آسیب‌رسان به خود می‌باشد - ارتباط معناداری وجود دارد. در تبیین این یافته می‌توان به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ناشی از افسردگی اشاره کرد و بیان کرد که، افراد مبتلا به افسردگی به دلیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که شامل؛ رها شدگی، بی‌اعتمادی، محرومیت هیجانی، نقض، شرم و انزوای اجتماعی می‌باشد دچار بریدگی شده و از دیگران طرد می‌شوند که این می‌تواند خودگردانی ایشان را مختل و وابستگی، بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و زیان و شکست را در ایشان فعال سازد که پیامد آن دست زدن این افراد به رفتارهای ناکارآمد به جای غلبه کارآمد بر مسائل و مشکلات می‌باشد. این طرح‌واره‌های ناسازگار علاوه بر افزایش رفتارهای ناکارآمد، درمان‌پذیری را نیز کاهش و احتمال برگشت علائم افسردگی را موجب می‌شود.

مشکلات زناشویی: زنان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر ادعا کردند که افسردگی و نشانگان آن نتوانسته است که زندگی زناشویی ایشان را تحت تاثیر قرار داده و روابط میان ایشان و همسرانشان را دچار آسیب گرداند. تعارضات زناشویی، کاهش عملکرد جنسی و دزدگی زناشویی از ابعاد تشکیل‌دهنده مشکلات زناشویی در پژوهش حاضر می‌باشد. بختیار پور و همکاران (Bakhtiar Pour et al., 2013) در پژوهش خویش نشان دادند که بین افسردگی و رضایت زناشویی ارتباط وجود دارد. به‌عبارت دیگر رضایت زناشویی همسران در نتیجه‌ی آشکار شدن اختلال افسردگی یکی از همسران و یا هر دوی ایشان رو به وخامت گذاشته و آسیب می‌بیند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که، افسردگی می‌تواند علاوه بر آسیب در روابط فردی و بین فردی زنان افسرده، روابط میان ایشان و همسرانشان را نیز تحت تاثیر خود قرار داده و با آسیب به روابط زوجی که با شکاف میان همسران، دزدگی زناشویی، کاهش ارتباط جنسی، بی‌توجهی به مسائل فرزندان، کم‌توجهی به مسائل عاطفی و همدلی ناکافی همراه می‌باشد، به تحلیل و یا از میان رفتن رضایت زناشویی میان همسران با اختلال افسردگی منجر شود. علاوه براین می‌توان به این نکته نیز اشاره داشت که میان افسردگی و مشکلات زناشویی ارتباط متقابل وجود دارد، به این‌صورت که، از یک سوی مشکلات زناشویی در نتیجه‌ی افسردگی رو به وخامت می‌گذارد و از سوی دیگر افزایش مشکلات زناشویی نیز خود موجب افزایش افسردگی در کانون خانواده می‌گردد.

بدکارکردی خانواده: زنان شرکت‌کننده در پژوهش اذعان کردند که افسردگی ایشان نتوانسته است با افزایش مشکلات در عملکردهای خانوادگی همراه گردد و ساختار خانواده را متزلزل نماید. والدگری ضعیف، تعاملات منفی و مشکلات رفتاری فرزندان از ابعاد تشکیل‌دهنده بدکارکردی خانواده می‌باشد. یافته‌های پژوهش زرگر و همکاران (Zargar et al., 2007) نشان داده است که افسردگی می‌تواند با شکل‌دهی تعاملات منفی و افزایش مشکلات رفتاری عملکردهای خانوادگی را مختل نماید. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که افسردگی علاوه بر آسیب رساندن بر روابط میان همسران می‌تواند عملکردهای خانوادگی ایشان را نیز تحت تاثیر خود قرار داده و با آسیب‌هایی نظیر؛ قطع کردن پیوندهای ارتباطی مؤثر والدین با فرزندان، مهارت‌های فرزند پروری آن‌ها را تخریب نماید که نتیجه‌ی آن رشد رفتارهای ناخواسته و اختلالات رفتاری در میان فرزندان خواهد بود. علاوه بر این با تخریب پیوندهای ایمن میان والدین افسرده و فرزندان، در دسترس بودن و پاسخ‌گویی به نیازهای فرزندان نیز

کاهش یافته و فرزندان می‌پندارند که از طرف والدینشان مورد غفلت قرار گرفته و به حال خویش رها شده‌اند که پیامد این نگرش، هرج و مرج در کانون خانواده و ازدیاد مشکلات رفتاری در فرزندان خانواده خواهد بود.

نتیجه‌گیری

تاکنون پژوهش‌های متعددی در ارتباط با افسردگی زنان انجام شده و نتایج متعددی نیز به‌دست آمده است اما، پژوهش حاضر از این جهت که افسردگی زنان را در بوم و فرهنگ استان بوشهر واکاوی نموده است حائز اهمیت می‌باشد. این مطالعه با استفاده از روش پژوهش کیفی و با به‌کارگیری نظریه‌ی داده بنیاد مشخص ساخت که افسردگی زنان از عوامل متعددی نشأت می‌گیرد که ارائه‌ی الگوی آن تاکنون در هیچ پژوهشی مورد بررسی قرار نگرفته است. الگوی -مدل- حاصل از این پژوهش آشکار ساخت که عوامل علی نظیر؛ ازدواج سنتی، نگرش‌های مردسالارانه و طرد اجتماعی در ابتلای زنان بوشهر به افسردگی اثر گذاشته و به گسترش آن کمک می‌نماید. همچنین عوامل زمینه‌ای نظیر؛ جو خانوادگی ناایمن، احساس نابرابری و آیین‌های سنتی نیز به‌صورت غیر مستقیم افسردگی زنان را تحت تاثیر قرار داده و آن‌ها را با بحران‌های جدی مواجه می‌سازند. علاوه بر این، عوامل مداخله‌گر نظیر؛ بی‌اعتنایی به رشد شخصی دختر و قداست خانوادگی اصلی نیز می‌توانند زمینه و شرایط را برای ابتلاء به افسردگی در میان زنان شدت ببخشند. علاوه بر این، یافته‌ها حاکی از آن بود که، زنان افسرده در مواجه با افسردگی از راهبردهای ناکارسازی مانند؛ ناگویی و دوری جویی از دیگران بهره می‌گیرند که منجر به آسیب‌های جانبی متعدد دیگری نیز در ایشان می‌گردد که پیامد آن با مشکلات زناشویی و بدکارکردی خانواده مشخص می‌شود. با توجه به یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که، ارائه این الگو و عرضه‌ی آن به متخصصین مشاوره خانواده و روانشناسی -که در این حوزه به خدمات تخصصی اشتغال دارند- می‌تواند به تهیه‌ی برنامه‌های پیشگیری از افسردگی زنان و تدوین برنامه‌های درمانی در جهت بهبود ایشان منجر شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره داشت که؛ ۱. با توجه به فرهنگ موجود در شهر بوشهر و نیز فرهنگ حاکم در کشور ما، برخی از زنان مشارکت‌کننده در پژوهش نسبت به حضور در مصاحبه به‌دلایل مختلف امتناع می‌کردند و یا از بیان مسائل و مشکلات مرتبط با افسردگی خویش خودداری می‌نمودند. و ۲. با توجه به اینکه مصاحبه‌گر پژوهش حاضر مرد بود، برخی از مشارکت‌کنندگان در پژوهش تمایل به ارائه‌ی اطلاعات در زمینه‌هایی نظیر؛ خشونت خانگی، خیانت دیدگی، تجاوز جنسی و کیفیت ارتباطات جنسی با همسر را نداشتند که ممکن است این مقوله‌ها دارای ابعاد متعدد دیگری نیز بوده باشند. در پایان نظر به نتایج به‌دست آمده از این مطالعه، پیشنهاد می‌گردد تا؛ ۱. نتایج این پژوهش در اختیار سازمان نظام روانشناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران، سازمان بهزیستی و سازمان ورزش و جوانان قرار گیرد تا با اشراف بر عوامل افسردگی زنان، برنامه‌های آموزشی و پیشگیری ویژه‌ی افسردگی زنان را تدوین و در عمل اجرا نمایند. ۲. نتایج این پژوهش در قالب سلسله نشست‌های علمی-تخصصی به مشاوران خانواده و روانشناسانی که در حوزه‌ی افسردگی زنان به فعالیت حرفه‌ای اشتغال دارند ارائه شود تا از نتایج این پژوهش در کارهای بالینی و مداخله‌ای خود بهره جویند. و ۳. الگوی پژوهش حاضر در اختیار آموزش و پرورش و آموزش‌گران خانواده شاغل در این دستگاه قرار داده شود تا بتوانند مدل ارائه شده را در ارتباط با پیشگیری از افسردگی زنان و غنی بخشی به تعاملات خانوادگی آموزش دهند و خانواده‌ها را ترغیب نمایند تا با داشتن تصویری از الگوی افسردگی زنان، در راستای پیشگیری از افسردگی زنان گام بردارند.

ملاحظات اخلاقی

قبل از انجام پژوهش، اهداف کلی مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و با حفظ محرمانه بودن هویت شرکت‌کنندگان، رضایت کامل آن‌ها اخذ شد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران مرکز بوشهر انجام شده است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود نداشته است.

سهم نویسندگان

نویسنده‌ی اول (مسئول)، اقدامات اجرایی و انجام مصاحبه‌ها را بر عهده داشته و راهبری پژوهش، کدگذاری متن مصاحبه‌ها، تبیین و نتیجه‌گیری پژوهش نیز با همکاری هر سه پژوهشگر انجام شده است.

سپاسگزاری

از مراکز مشاوره‌ی یگانه و آتیه بوشهر و همه‌ی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌شود.

References

- Academic Center for Education, Culture and Research of Bushehr Province. (2018). *Compilation of the document on improving the status of women and families in Bushehr province*. Research Project <http://khanevadeh.ostb.ir>. (Persian)
- Amani, R. (2020). The role of family function in teenager's anxiety and depression. *Clinical Psychology and Personality*, 13(2), 77-84. (Persian)
- Ashaie, S. A., Hurwitz, R., & Cherney, L. R. (2019). APA Archives of physical medicine and rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(7), 1294-1299. (Persian)
- Bakhtiarpour, S., Hafezi, F., Kouchaki, L., & Khajouni, E. (2013). Relationship between maternal depression, marital satisfaction and behavioral problems in girls from primary school in Ahvaz. *Journal of new findings in psychology*, 8(25), 41-54. (Persian)
- Beck, A. T., & Clarck, D. A. (1988). Anxiety and depression: an information processing perspective. *Anxiety Research*, 1(5), 23-36.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of personality assessment*, 67(3), 588-597.
- Biabangard, I. (2017). *Research methods in psychology and educational sciences*. Tehran: Rovin Publishing House. (Persian)
- Currier, D., Lindner, R., Spittal, M. J., Cvetkovski, S., Pirkis, J., & English, D. R. (2020). Physical activity and depression in men: Increased activity duration and intensity associated with lower likelihood of current depression. *Journal of Affective Disorders*, 260(1), 426-431.
- Dehghani, M. (2017). *Investigating the effectiveness of emotion-oriented couple therapy based on attachment injury resolution model (AIRM) on trust, forgiveness, attachment injury and insecure attachment of women wounded by marital infidelity*. Counseling Doctoral Dissertation. Shahid Chamran University of Ahwaz. (Persian)
- Disu, T. R., Anne, N. J., Griffiths, M. D., & Mamun, M. A. (2019). Risk factors of geriatric depression among elderly Bangladeshi people: A pilot interview study. *Asian Journal of Psychiatry*, 44(August 2019), 163-169.
- Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., ... & Dekker, J. J. (2015). Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression. *Journal of affective disorders*, 170(1), 112-118.
- Dumas, J. E., Neese, D. E., Prinz, R. J., & Blechman, E. A. (2017). Shortterm stability of aggression, peer rejection, and depressive symptoms in middle childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 105-19.
- Ershadi Manesh, S. (2021). A controlled comparison of the efficacy of creative problem solving therapy and cognitive behavioural therapy in adolescent' depression. *Journal of Psychological Science*, 20(100), 485-501. (Persian)
- Farrell, A. K., Slatcher, R. B., Tobin, E. T., Imami, L., Wildman, D. E., Luca, F., & Zilioli, S. (2018). Socioeconomic status, family negative emotional climate, and anti-inflammatory gene expression among youth with asthma. *Psych neuroendocrinology*, 91(May 2018), 62-67.
- Fava, G. A., Ruini, C., & Belaise, C. (2007). The concept of recovery in major depression. *Psychological Medicine*, 37(3), 307-317.
- Firat, M., Kanbay, Y., Gökmen, B. D., Utkan, M., & Okanli, A. (2021). Investigating the Factors Affecting Depression by Using Structural Equation Modeling. *Galician medical journal*, 28(1), 1-8.
- Gahler, M. (2016). To divorce is to die a bit a longitudinal study of marital disrupt and psychological distress among Swedish women and men. *The Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14(4), 372-82.
- Gao, M., Du, H., Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2019). Marital conflict behaviors and parenting: Dyadic links over time. *Family relations*, 68(1), 135-149.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabei, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005) Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory—Second Edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and Anxiety*, 21(4), 185-192. (Persian)

- Gol-parvar, M., & Oreyzi, H. (2009). The Mediating-Moderating Role of Women's Perceived Discrimination in Relation to Attachment Styles and Depression. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 7(2), 97-114. (Persian)
- Haeri, H., bashardoust, S., & Saberi, H. (2021). Predicting social media addiction in adolescent student based on depression and narcissistic personality considering the mediating role of self-disclosure. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 22(1), 17-29. (Persian)
- Hashemigolmehri, M., Amanuelahi, A., farhadi, H., Aslani, K., & Rajabi, G. (2021). Introducing a Successful Marriage Paradigm: A Qualitative Study. *Counseling Research and Development*, 19(76), 141-171. (Persian)
- Husain, N., Kiran, T., Fatima, B., Chaudhry, I. B., Husain, M., Shah, S., ... & Chaudhry, N. (2021). An integrated parenting intervention for maternal depression and child development in a low-resource setting: Cluster randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 38(9), 925-939.
- Karakus, M. C., & Patton, L. C. (2011). Depression and the onset of chronic illness in older adults: A 12-year prospective study. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(3), 373-382
- Lashgari, M., & Zarinpour, W. (2015). A review of factors affecting women's depression. *National conference on the role of women in sustainable development*. (Persian)
- Lavelle, B., & Smock, P. J. (2012). Divorce and women's risk of health insurance loss. *Journal of health and social behavior*, 53(4), 413-431.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1), 28-61.
- Mofid, V., Fallahchai, S. R., & Samavi, S. A. (2022). Consequences of Childhood Sexual Abuse on Quality of Marital Relationship in Men and Women: A Qualitative Study. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 12(1), 1-30. (Persian)
- Naderi, E., & Saif Naraghi, M. (2015). *Research methods and how to evaluate them in humanities*. Tehran: Badr Research and Publishing Office. (Persian)
- Naveen, G. H., Varambally, S., Thirthalli, J., Rao, M., Christopher, R., & Gangadhar, B. N. (2016). Serum cortisol and BDNF in patients with major depression- effect of yoga. *International Review of Psychiatry*, 28(3), 273-78.
- Nikdel, M., Bakhtiyar Pour, S., Naderi, F., & Ehteshamzadeh, P. (2022). Investigating the Mediating Role of Meaning of Life in the Relationship between Depression, Family Emotional Atmosphere, and Suicidal Ideation in Drug-Addicted Women. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(4), 117-138. (Persian)
- Rezaeifar, N., Dousti, Y., & Mirzaian, B. (2019). The Effectiveness of Psychotherapy Based on Transactional Analysis on Marital Intimacy and Sexual Satisfaction in Women with Non-Clinical Depression. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 35-42. (Persian)
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Salarifar, M., Salehi, M., & Syarfard, Z. (2020). An Exploratory Study on The Relationship of Religious Metacognition with Depression and Suicidal thoughts. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 11(42), 97-120. (Persian)
- Smithson, S., & Pignone, M. P. (2017). Screening adults for depression in primary care. *Medical Clinics of North America*, 101(4), 807-821.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1986). *Basics of qualitative research*. Translation: Ebrahim Afshar. Tehran: Nei Publications. (Persian)
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization.
- Zakalik, R. A., & Meifen, W. (2006). Adult Attachment, Perceived Discrimination Based on Sexual Orientation, and Depression in Gay Males: Examining the Mediation and Moderation Effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 302-313.
- Zare Shahabadi, A., & Nadarpour, Y. (2016). An investigation into the relationship between patriarchy and violence against women in koohdasht. *Social Welfare Quarterly*, 16(60), 61-86. (Persian)

- Zarghar, F., Ashouri, A., Asghari Pour, N., & Aghabaati, A. (2007). The Comparison of Family Functioning in Patients with Major Depressive Disorder and Physically Ill Patients with no-Psychiatric Disorder in Isfahan. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 5(2), 99-106. (Persian)
- Zarifneiad. G.. Saberi. Noghabi. E.. Delshad Noghabi. A.. & Koshvar. H. (2014). The Relationship between Social Support and Morale of Elderly People in Mashhad in 2012. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 13(1), 3-12. (Persian)

