Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences

Eidi Khatibi, et al. *Med J Tabriz Uni Med Sciences.* 2023;45(3):242-253.
doi: 10.34172/mj.2023.029
https://mj.tbzmed.ac.ir

TUOMS PRESS

Original Article

Efficacy of the intervention based on the self-silencing model in reducing depression and increasing self-expression in women with depression symptoms

Roghayeh Eidi Khatibi*, Zeinab Khanjani, Jalil Babapour, Abbas Bakhshipour Rudsari, Majid Mahmoud Alilou

Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Tabriz, Iran

ARTICLE INFO

Article History:
Received: 11 Jan 2023
Accepted: 13 Mar 2023
ePublished: 11 Jun 2023

Keywords:
- Depression
- self-expression
- self-silencing

Abstract

Background. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the self-silencing model in reducing depression and increasing self-expression of depressed women. The self-silencing model is influenced by cognitive, attachment, and gestalt theories, and the role of social and cultural factors is emphasized in it, and these factors lead to depression in women by creating obstacles in expressing their wishes, opinions, and desires.

Methods. This was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group and with random replacement. In this study, using the study of treatment protocols, as well as receiving guidance from the theorists of this model and their colleagues, intervention programs based on it were prepared. The sample of this study included 30 femle teachers from 20 to 40 years old with bachelor's degrees who had depressive symptoms based on the results of The Beck questionnaire and clinical interview. Thus, the research sample included the self-silencing group and the control group, which were obtained from each pre-test and post-test group using the self-expression questionnaire and The Beck questionnaire. Between pre-test and post-test, experimental group received an intervention program. Finally, the scores obtained from pre-test and post-test were analyzed by analysis of covariance using SPSS software.

Results. The results of data analysis showed that the intervention based on self-silencing is effective in reducing the depression of the experimental group. Likewise, this intervention method increased self-expression in the experimental group. No significant change was observed in the control group.

Conclusion. According to the findings of this research, it can be said that using the self-silencing model can be an efficient method in reducing women's depression symptoms and increasing self-expression in them.

Practical Implications. Psychotherapists can use the self-silencing model as one of the effective methods to reduce the symptoms of depression.

How to cite this article: Eidi Khatibi R, Khanjani Z, Babapour J, Bakhshipour Rudsari A, Mahmoud Alilou M. Effectiveness of the intervention based on the self-silencing model in reducing depression and increasing felf-expression in women with depression symptoms. *Med J Tabriz Uni Med Sciences.* 2023; 45(3):242-253. doi: 10.34172/mj.2023.029. Persian.

*Corresponding author; Email: eydi.khatibi@gmail.com

© 2023 The Authors. This is an Open Access article published by Tabriz University of Medical Sciences under the terms of the Creative Commons Attribution CC BY 4.0 License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Background

Depression has symptoms that can appear in a person for various reasons and affect his life from many aspects. Various treatment theories and methods for depression have been introduced in the biological and psycho-social fields. In the self-silencing model, which considers cognitive and social factors involved in depression, submission to environmental demands and socialization, which leads to the suppression of feelings and personal desires, has been emphasized. This model was proposed by Jack based on the reports of depressed women from their experiences in life and with the influence of Gilligan's theory and several other theories in the field of psychology. Depressed women try to avoid conflicts and differences in order to maintain their relationships in order to have psychological and physical security, and such silence would cause them to ignore themselves. The studies conducted in this field reach more than 100 studies in 18 countries of the world.

Methods

In this study, using the study of treatment protocols, as well as receiving guidance from the theorists of this model and their colleagues, intervention programs based on it were prepared. The sample of this study includes 30 teacher women from 20 to 40 years old with bachelor's degrees who had depressive symptoms based on the results of The Beck questionnaire and interview. The entry criteria include being between the ages of 20 and 40, having a bachelor's and master's degree, being a woman, volunteering to participate in this research, having symptoms of major depression, being married and having children, being employed, and exit criteria also include having other psychiatric disorders, simultaneous use of psychiatric and anti-depressant drugs, having any kind of chronic physical illness, physical and mental disability, being exposed to psychotherapy or other treatments at the same time, lack of consent to continue cooperation, having more than 3 sessions of absence. In the meeting, both the entry and exit criteria were determined by the researcher by completing the demographic questionnaire and conducting the initial diagnostic interview. Thus, the research sample included the self-silencing group and the control group, which were obtained from each pre-test and post-test group using the self-expression questionnaire and The Beck questionnaire. Beck's questionnaire is one of the most common self-report questionnaires in the field of depression, which is used to assess the severity of depression symptoms in psychiatric patients and diagnose possible depression in normal people. The self-expression questionnaire was created by Jack and has been used in more than a hundred studies in 18 countries of the world and has good validity and reliability. Cronbach's alpha was equal to 0.71, which confirms the reliability of this questionnaire. The therapeutic package used by the researcher was developed and implemented as a group. After a complete study of the sources related to the self-extinguishing model, including the self-silencing book among cultures and other available sources and the correspondence with Jack, it was prepared considering the cultural conditions of the Iranian society and its standard was checked based on the implementation of the pilot project. The focus was on the experiences of the participants and the identification of these components and their correction based on cognitive and communication interventions. This treatment package was implemented during ten sessions and each session lasted one hour. Between pre-test and post-test, participants received an intervention program. Finally, the scores obtained from pre-test and post-test were analyzed by analysis of covariance using SPSS software.

Results

The average depression scores for the control group in the pre-test stage was 22.20 and in the post-test stage it was 21.86 and for the experimental group in the pre-test stage it was 22.53 and in the post-test stage it was 3.73. The average total self-expression score for the control group in the pre-test stage was equal to 67.06 and in the post-test stage was equal to 79.46 and for the experimental group in the pre-test stage it was equal to 67.13 and in the post-test stage it was equal to 134.20. According to the fulfillment of

the assumptions of covariance analysis, this method was used both for the effectiveness of the self-extinguishing model in reducing depression and its effectiveness in increasing women's self-expression. The results showed that the intervention based on self-silencing is effective in reducing depression in women and increases self-expression in them.

Conclusion

The two findings of this research were that the intervention based on self-silencing can reduce the level of depression in women and increase their self-expression. These findings can be explained by the fact that depressed women are under social and environmental pressures and are strongly involved with the feeling of pressure on compulsory care and refraining from expressing their wishes, desires and discomforts. They are always self-reviewing and negative self-evaluation. Reviewing their behaviors, words, and thoughts and judgments. When these women realized during the provided training how and what process leads to silence and self-extinguishment in them, while gaining insight, they were also taught strategies and were able to express their wishes, words and opinions instead of suppressing them. without being obedient to external demands and expectations. Such insight helps them to react more actively to the expectations and standards induced by the environment and to have more self-expression.

عیدی خطیبی و همکاران. مجله *پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. مرداد و شهریور ۱۴۰۲: ۴۵(۳):۲۴۲-۲۵۳.
doi: 10.34172/mj.2023.029
https://mj.tbzmed.ac.ir

مجلّه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

TUOMS PRESS

مقاله پژوهشی

اثر بخشی مداخله مبتنی بر مدل خودخاموشی در کاهش افسردگی و افزایش خودابرازی در زنان دارای نشانه‌های افسردگی

رقیه عیدی خطیبی*، زینب خانجانی، جلیل باباپور، عباس بخشی‌پور رودسری، مجید محمود علیلو

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۱
پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۲
انتشار برخط: ۱۴۰۲/۳/۲۱

کلیدواژه ها:
- افسردگی
- خودابرازی
- خودخاموشی

چکیده

زمینه. این پژوهش بررسی اثربخشی مدل خودخاموشی در کاهش افسردگی و افزایش خودابرازی زنان افسرده است. مدل خودخاموشی متاثر از نظریه‌های شناختی و دلبستگی گشتالت بوده و نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی در جلوگیری از بیان خواست‌ها، نظرات و امیال زنان - که در نهایت منجر به افسردگی می‌گردد - مطرح شده است.

روش کار. این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد و با جایگزینی تصادفی بود. با بررسی آثار و پروتکل‌های درمانی و راهنمایی نظریه‌پردازان این مدل و همکارانشان، برنامه‌های مداخلاتی مبتنی بر آن تهیه شد. نمونه شامل سی زن ۲۰ الی ۴۰ ساله با تحصیلات کارشناسی و بالاتر شاغل در آموزش و پرورش بود که بر اساس پرسش‌نامه بک و انجام مصاحبه، علایم افسردگی داشتند. پژوهش شامل دو گروه خودخاموشی و گروه کنترل بود که همه افراد دو گروه پرسش‌نامه خودابرازی و پرسش‌نامه بک را به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. در فاصله بین اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، فقط شرکت کنندگان گروه آزمایش، برنامه مداخله‌ای را دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در نهایت نمرات حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس و پس از بررسی پیش فرض‌ها و تحقق آنها و با استفاده از نرم‌افزار SPSS بررسی شد.

یافته‌ها. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مداخله مبتنی بر خودخاموشی در کاهش افسردگی گروه آزمایش موثر است. همچنین این روش مداخله‌ای، خودابرازی را در گروه آزمایش افزایش داد. در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری. با توجه به یافته‌ها، استفاده از مدل خودخاموشی می‌تواند روش کارآمدی در کاهش نشانه‌های افسردگی زنان باشد و توانایی خودابرازی را در آنها بالا می‌برد.

پیامدهای عملی. از نتایج حاصل چنین استنباط می‌شود که روان‌درمانگران می‌توانند از مدل خودخاموشی به عنوان یکی از روش‌های موثر برای کاهش نشانه های افسردگی استفاده کنند.

مقدمه

افسردگی به عنوان یک اختلال رایج و شناخته شده، علایمی دارد که می‌تواند به دلایل مختلف در فرد بروز کرده و زندگی او را از جوانب مختلف تحت تاثیر قرار دهد. علایمی مانند کاهش شدید علایق، سطح انرژی، احساس ارزشمندی، خلق افسرده، احساس گناه و بی کفایتی، فقدان لذت، اختلال در خواب به صورت بی‌خوابی و یا پرخوابی، کاهش یا افزایش وزن، افت تمرکز، تردید، بی‌قراری و یا کندی روانی حرکتی، افکار راجع به مرگ یا خودک شی که عود کننده، مزمن و ناتوان کننده هستند و بر عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر جنبه‌های مهم زندگی فرد تاثیر می‌گذارند.[1] افسردگی شیوع بالایی دارد و طبق تحقیقات انجام شده درصد قابل توجهی از افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در جهان مبتلا به یکی از اختلالات افسردگی و اضطراب هستند. سازمان جهانی بهداشت، شیوع افسردگی را حدود ۲/۸ درصد از آمار بیماری‌های ناتوان کننده گزارش کرده است[2] که اغلب در زنان دو برابر مردان بوده و یک اختلال شایع و مهم در زنان است.[3] عوامل زیستی و عوامل روانی- اجتماعی مثل عوامل روان تحلیل‌گری، تاثیر وقایع پراسترس زندگی و عوامل شناختی[4] و تاثیر طرحواره‌های شناختی که به صورت دیدگاه منفی نسبت به خود، افکار منفی درباره محیط پیرامونی و دیدگاه منفی نسبت به آینده مشخص می‌شوند[5] از عوامل دخیل در

* نویسنده مسؤول؛ ایمیل: eydi.khatibi@gmail.com

حق تألیف برای مولفان محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت مجوز کریتیو کامنز CC BY 4.0 (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

بروز افسردگی معرفی شده‌اند. رویکرد یکپارچه، عوامل زیستی و آسیب‌پذیری‌های روان‌شناختی در کنار عوامل اجتماعی در تعیین علل افسردگی مورد توجه قرار گرفته‌اند. تحقیقات مبتنی بر نظریات زیستی نشان می‌دهد که کمبود میزان سروتونین باعث افسردگی می‌شود. تعادل انتقال دهنده‌های عصبی مختلف و تعامل آنها با نظام‌های خود تنظیمی، از میزان انتقال دهنده‌های عصبی مهم‌تر است. در چند سال گذشته نیز توجه از انتقال دهنده‌های عصبی بیشتر به دستگاه درون‌ریز معطوف شده است.

این فرضیه روی پرکاری محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- قشر آدرنال (که هورمون‌های استرس را تولید می‌کند) متمرکز است. تحقیقات نشان می‌دهد فعالیت قدامی نیمه راست مغز افسرده‌ها بیشتر است. به خصوص فعالیت قشر پیش پیشانی و فعالیت نیمه چپ و متناظر با آن فعالیت موج آلفای آنها کمتر است. با این حال فعالیت قدامی نیمه راست در بیمارانی که دیگر افسرده نیستند هم دیده می‌شود. این کارکرد مغزی قبل از افسرده شدن هم وجود دارد و موجب آسیب‌پذیری در برابر افسردگی می‌شود.[۶] رویکرد روان تحلیل‌گری به نقش ارتباط نوزاد- مادر در مرحله دهانی تاکید کرده و افسردگی را واکنشی علیه فقدان معرفی می‌کند.

فروید این نظریه که استعداد افسردگی در اوایل کودکی، در خلال دوره دهانی به وجود می‌آید را مطرح ساخت. اگر نیازهای کودک به طور ناکافی یا بیش از حد برآورده شود، شخص در دوره دهانی تثبیت می‌شود. این تعلیق رشد ممکن است باعث شود که شخص برای حفظ عزت نفس خود، بیش از حد به دیگران وابسته شود. نظریات شناختی، افسردگی را نتیجه تحریف‌های شناختی دانسته و بر زمینه‌های سه‌گانه شناختی شامل دیدگاه منفی نسبت به خود، افکار منفی درباره محیط پیرامونی و دیدگاه منفی نسبت به آینده تاکید می‌کند.[۶] ارون تی بک افسردگی را ناشی از گرایش به تفسیر منفی رویدادهای روزمره دانسته و خطاهای شناختی را معرفی کرد. طبق نظریه درماندگی آموخته شده سلیگمن، آدم‌ها زمانی افسرده می‌شوند که نتیجه بگیرند بر استرس‌ها هیچ کنترلی ندارند. مطابق با این نظریه ممکن است به دنبال ناامیدی آشکار از کنار آمدن با رویدادهای دشوار زندگی افسردگی ایجاد شود. سبک اسنادی افسرده سبکی درونی است که در آن فرد رویدادهای منفی را به ضعف‌های شخصی خود نسبت می‌دهد. همچنین این سبک با ثبات است و حتی پس از اتمام رویداد منفی هم این اسناد همچنان باقی می‌ماند و همچنین کلی است و اسنادها به انواع مسایل و مشکلات گسترش می‌یابند. بعدها نظریه درماندگی آموخته شده بازنگری شد تا تاکید بر تاثیر اسنادهای منفی را کم کرده و بر شکل‌گیری احساس ناامیدی به عنوان علت مهم بسیاری از افسردگی‌ها تاکید کرد. نظریه یک‌پارچه آسیب‌پذیری ارثی، تغییر در نظام انتقال دهنده‌های عصبی و هورمون‌های عصبی و آسیب‌پذیری روان‌شناختی عواملی هستند که در کنار عوامل اجتماعی در بروز افسردگی نقش دارند. در بین عوامل روانی اجتماعی رویدادهای استرس‌زا جالب توجه‌ترین عوامل سهیم در اختلالات روانشناختی هستند.

مدل بیماری‌پذیری-استرس، آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی و روان‌شناختی احتمالی را توضیح می‌دهد اما در جستجوی آنچه این بیماری‌پذیری را فعال می‌کند به سراغ رویدادهای پر استرس زندگی می‌رود. عوامل اجتماعی مانند عضو گروه‌های اقلیت بودن مانند گروه زنان، نابرابری‌های اجتماعی، مورد ظلم واقع شدن، کم بودن حس کنترل و عدم حمایت اجتماعی که می‌تواند عوامل هیجانی شناختی افسردگی را ایجاد کنند.[۶] به این ترتیب به تفاوت در دریافت فشارهای روانی اجتماعی و الگوهای رفتاری مربوط به درماندگی آموخته شده در کنار تفاوت‌های هورمونی و اثرات زایمان و غیره به عنوان علت تفاوت شیوع افسردگی بین زنان و مردان اشاره شده است.[۷] با تاکید بر این‌که بخش مهمی از این تفاوت‌ها منشا فرهنگی دارند، به نقش‌های جنسی محول شده به مردان و زنان اشاره می‌گردد. به این صورت که از مردها انتظار می‌رود مستقل، مسلط و جسور باشند و از زن‌ها نیز انتظار می‌رود منفعل، حساس و متکی به دیگران باشند. این وابستگی و انفعال القا شده فرهنگی می‌تواند با افزایش احساس غیرقابل کنترل بودن و درماندگی، زنان را در معرض خطر بالای ابتلا به اختلالات هیجانی قرار دهد. نظریات و روش‌های درمانی مختلفی برای افسردگی در حوزه‌های زیستی و روانی اجتماعی معرفی شده است.[۸]

غیر از درمان دارویی و بستری کردن بیمار در افسردگی حاد، شواهد رو به افزایشی برای موثر بودن درمان روان تحلیل‌گری، شناخت درمانی با تاثیر بر درمان شناخت‌های معیوب بیمار، درمان بین فردی و رفتار درمانی در کاهش و اصلاح رفتارهای غیر انطباقی فرد وجود دارد. تسلیم خواست‌های محیطی و اجتماعی شدن که منجر به سرکوب احساسات و خواست‌های شخصی می شود در مدلی تحت عنوان مدل خود خاموشی (Self Silencing) تاکید شده است. خود خاموشی که عوامل شناختی و اجتماعی را در افسردگی دخیل می‌داند بر اساس گزارش زنان افسرده از تجارب خود در زندگی و با تاثیر از نظریه گیلیگان و چند نظریه دیگر در حوزه روان‌شناسی توسط جک مطرح شده است. مطابق با این مدل، در این زنان احساس فشار برای مراقبت اجباري، خشنود کردن دیگران، خودداری از ابراز وجود در روابط و تلاش برای دستیابی و حفظ صمیمیت و نیازهای ارتباطی، فراوان دیده می شود. آنها تلاش می‌کنند برای حفظ روابط خود از تعارض و اختلاف دوری کنند تا امنیت روان‌شناختی و

جسمانی داشته باشند و چنین سکوتی موجب نادیده گرفتن خود در آنها می شود.[9] خودخاموشی در دو سطح بالا و پایین در افراد گزارش شده است. افراد دارای خودخاموشی بالا، انسان هایی فداکار و ازخودگذشته هستند که نیازها و تمایلات طرف مقابل را بر نیازها و خواست‌های خود مقدم می‌دانند و بنابراین برای کسب تایید دیگران و حفظ روابطشان، احساسات واقعی خود، ناراحتی‌ها و مشکلات را پنهان نگه می‌دارند. این احساسات اغلب به شکل خشم ابراز نشده در درون آنها باقی می‌ماند.[10] در گفتگوهای درونی این افراد دو فرآیند خودبازبینی و خودارزیابی منفی قابل تشخیص است. خواست‌ها و القائات فرهنگی منجر به یک حالت خودبازبینی و خود ارزیابی منفی می شود، طوری که در درون احساس عصبانیت و سردرگمی می‌کنند در حالی‌که در ظاهر خشنود بوده و تلاش می‌کنند مطابق با استانداردهای فرهنگی زن خوب عمل کنند.

به طور کلی گفته می‌شود ویژگی‌های افراد افسرده تحت عنوان چهار مؤلفه اساسی مطرح است شامل خود ادراکی برونسازی شده، قربانی کردن آگاهانه خود، خودخاموشی، خود تقسیم شده. در روش درمانی مبتنی بر خودخاموشی به تصحیح خود ادراکی برونسازی شده پرداخته می‌شود یعنی فرد قضاوت درباره خود بر اساس ادراك دیگران و استانداردهای بیرونی را رها و نگرش متعادل‌تری را اتخاذ می‌کند. همین‌طور فرد پس از دریافت آموزش در مؤلفه قربانی کردن آگاهانه خود که طی آن نیازهای دیگران را نسبت به نیازهای خود در اولویت قرار می‌داد می‌تواند راهکار متعادل‌تری در پیش بگیرد و نیازهای خود را فدای نیازهای دیگران نکند. همین‌طور در مؤلفه دیگری به جای خودداری از اظهار و بیان تمایلات و جلوگیری از ابراز هیجان با هدف اجتناب از تعارض و از دست دادن رابطه می‌تواند به بیان نیازها و درخواست‌های خود بپردازد. در مؤلفه خود تقسیم شده، فرد بین خود درونی و خود بیرونی شکاف بزرگی دارد و با توجه صرف به خود برونی، خود درونی را نادیده می‌گیرد. طبق نظریه خودخاموشی فرد افسرده به تجارب منفی محیطی توجه بیشتری دارد و بر توانایی‌ها و ویژگی‌های مثبت درونی خود بی توجه است. مداخله مبتنی بر این روش به فرد کمک می‌کنند در مقابل تجارب بیرونی و درونی عملکرد موثر و مطلوبی داشته باشد.

با وجود نوپایی این نظریه، مطالعات انجام یافته در این زمینه به بیش از صد مطالعه در ۱۸ کشور جهان می‌رسد. در مطالعه‌ای[11] که خودخاموشی به عنوان متغیر میانی بین ترس از طرد شدن و افسردگی در نظر گرفته شده بود، مشخص شد که هر چه افراد ترس بیشتری از طردشدن داشته باشند خودخاموشی بیشتری دارند و هر چه خودخاموشی بیشتری داشته باشند میزان ابتلا به افسردگی در آنان افزایش می‌یابد.

گرتچ[12] رابطه بین جنس، نژاد، افسردگي و خودخاموشی را در بین زنان و مردان آفریقایی تبار، آسیایی، اسپانیایی و قفقازی مطالعه کرد. نتایج این بررسی نشان داد که خودخاموشی در زنان بیشتر از مردان است و بین میزان خودخاموشی و نژاد رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین بین میزان خودخاموشی زنان و مردان تمام گروه‌های نژادی و میزان افسردگی آنها رابطه مثبت و معنادار مشاهده شده است. دوراتی و تامپسون[13] با مطالعه ۱۱۰۷ دانشجو (۷۹۵ زن و ۳۲۲ مرد) دریافتند که میزان خودخاموشی زنان و مردان مورد مطالعه تقریبا یکسان بوده و خودخاموشی با افسردگی، همبستگی مثبت دارد. بنابراین، افسردگی و به ویژه افسردگی در زنان و توسعه روش‌های درمانی جدید برای کاهش آن مورد نظر این پژوهش بوده و هدف این است که تاثیر برنامه مداخله‌ای مبتنی بر مدل خودخاموشی بر میزان افسردگی بررسی و روشن شود که آیا این برنامه با آموزش در خصوص مولفه‌های خودخاموشی می‌تواند افسردگی را در زنان دارای نشانه‌های افسردگی کاهش دهد یا خیر؟ آیا همین مدل می‌تواند خودابرازی را افزایش دهد؟ با توجه به اینکه تمرکز این پژوهش بر افسردگی زنان است، درک مشکلات آنها از دریچه نیازهای زنانه و مشکلاتی که دنیای مردانه برای آنها ایجاد می‌کند اهمیت دارد. باید در بررسی پیدایش علایم بالینی افسردگی به فشارها و شرایط خاص زنان در جامعه توجه بیشتری گردد و مداخلات درمانی نیز متناسب با نیازهای آنها و عوامل تاثیرگذار بر افسردگی آنها طراحی شود.

بر این اساس یافته‌های این پژوهش می‌تواند در ارایه روش‌های مداخلاتی سودمند برای کاهش افسردگی زنان استفاده شود و کاربردی بودن یافته‌های حاصل یکی از دلایل ضرورت و اهمیت اجرای آن است. از سوی دیگر با توجه به تازگی و فقدان پژوهش‌های قبلی در این موضوع در داخل کشور به نظر می‌رسد نتایج حاصل می‌تواند با گسترش دانش و آگاهی تخصصی در حوزه این مدل در سطح جامعه و به ویژه بین متخصصانی که در زمینه مداخلات درمانی کار می‌کنند راهگشای ارایه خدمات تخصصی و بالینی مورد نیاز و اثر بخش گردد. از این لحاظ ارایه مدل‌های کاربردی و ثمربخش هم در جهت پیشگیری و هم در درمان افسردگی زنان ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد تا هراه با توجه به تامین سلامت روانی زنان - که قشر مهم در سلامت روانی خانواده و جامعه هستند - گامی برای دستیابی به یافته‌های غنی و دقیق در مورد اثربخشی این روش درمانی برداشته شود.

روش‌کار

پژوهش حاضر یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل است. جامعه آماری تمام زنان متاهل ۲۰ تا ٤٠ ساله با تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد شاغل در اداره آموزش و پرورش شهرستان تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ است که نشانه‌های افسردگی داشتند. حجم نمونه آماری این پژوهش ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای و هدفمند، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورودی و خروجی و بر اساس میانگین حجم نمونه انتخاب شده در سه تحقیق با موضوع مشابه و همچنین با در نظر گرفتن حداقل نمونه مناسب برای تحقیقات شبه آزمایشی تعیین شده است.

برای به دست آوردن نمونه از میان نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش تبریز، یک ناحیه و سپس ۱۲ مدرسه دبیرستان دخترانه به صورت تصادفی انتخاب شده و سپس معلمان زنی که ملاک های ورودی را داشتند با روش غربالگری انتخاب و از میان آنها ۳۰ نفر به صورت تصادفی برگزیده و در گروه‌های ۱۵ نفره در ۲ گروه (به صورت کاملا تصادفی) جایگزین شدند. ملاک‌های ورودی شامل سن ۲۰ تا ٤٠ سال، داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد، زن بودن، داوطلب بودن برای شرکت در این پژوهش، داشتن علایم افسردگی اساسی، متاهل بودن و داشتن فرزند، شاغل بودن و ملاک‌های خروجی نیز شامل داشتن سایر اختلالات روان‌پزشکی، مصرف هم‌زمان داروهای روان‌پزشکی و ضد افسردگی، داشتن هر نوع بیماری جسمانی مزمن، معلولیت جسمانی و ذهنی، هم‌زمان در معرض روان درمانی یا سایر درمان‌ها بودن، عدم رضایت برای ادامه همکاری و بیش از ۳ جلسه غیبت بود.

ملاک‌های ورودی و خروجی از طریق تکمیل پرسش‌نامه دموگرافیک و انجام مصاحبه اولیه تشخیصی توسط محقق تعیین شدند. پس از اخذ پیش‌آزمون شامل پرسش‌نامه بک و پرسش‌نامه خودابرازی، شرکت کنندگان گروه آزمایش برنامه مداخله‌ای مبتنی بر خودخاموشی را در ده جلسه دریافت کردند ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخله از هر دو گروه خواسته شد پرسش‌نامه‌های بک و خودابرازی را به عنوان پس آزمون تکمیل کنند. سپس داده‌های حاصل با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و پس از بررسی تحقق پیش فرض‌ها، تجزیه و تحلیل آماری شدند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه بک (Beck): از رایج‌ترین پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی در زمینه افسردگی است که برای ارزیابی شدت علایم افسردگی در بیماران روان‌پزشکی و تشخیص افسردگی احتمالی در افراد هنجار کاربرد دارد. مطالعات زیادی در فرهنگ‌های مختلف روایی، پایایی و ساختار عاملی این پرسش‌نامه را بررسی کرده‌اند. بررسی خصوصیات روان‌سنجی در ایران نشان داد این پرسش‌نامه به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان در دفعات متعدد کاربرد دارد.[۱٤]

هر ماده بر اساس شدت نشانه به چهار درجه تقسیم شده و از صفر تا سه نمره می‌گیرد. جمع نمرات هر پرسش‌نامه می‌تواند بین ۰ تا ٦٣ باشد. این پرسش‌نامه برای ارزیابی شدت افسردگی در افراد بالاتر از ۱۳ سال استفاده می شود. مقیاس خودابرازی: مقیاس خودابرازی توسط جک ساخته شده و در بیش از صد مطالعه در ۱۸ کشور جهان استفاده شده و اعتبار و پایایی خوبی داشته و شامل ۳۱ ماده پنج گزینه‌اي (از کاملا مخالفم=۱ تا کاملا موافقم=٥) بوده و در چهار خرده مقیاس ادراک از خود بیرونی شده، قربانی کردن آگاهانه خود، خود خاموش سازی، خود تقسیم شده یا خود دو پارچه تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس بین ۳۱ تا ۱۵۳ است.[۱٥]

در ایران برای نخستین بار در پژوهش سلیمی و جوکار از آن استفاده شده و پایایی و روایی آن سنجیده شده است. پایایی کل مقیاس از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ در نمونه های گوناگون گزارش شده است. روایی عاملی این مقیاس تایید شده و پایایی آن در حد قابل قبول ۰/۸۷ گزارش شده است. ذبیحی دان برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده کرده است. نتایج تحلیل عاملی به روش عوامل اصلی با چرخش واریماکس، وجود یک عامل در گویه ها را تایید کرد. مقدار ضریب KMO برابر ۰/۸٦ و ضریب آزمون کرویت بارتلت ۲۹۱/٤۰۳ ($P<۰/۱$) کفایت نمونه‌گیری و ماتریس همبستگی گویه‌ها را نشان داد. برای تعیین پایایی پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب ۰/۸۷ به دست آمد.[۱٦] روای سازه این پرسش‌نامه از طریق تحلیل عاملی به روش عوامل اصلی با چرخش مایل بررسی شد. ضریب KMO و آزمون کرویت بارتلت ۰/۷۱ و ۰/۱۳۹٤ محاسبه شد که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بوده و تاییدکننده روایی این ابزار است. میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۱ پایایی این پرسش‌نامه را تایید کرد.[۱۷]

بسته درمانی مبتنی بر خودخاموشی: این بسته درمانی ساخته محقق بوده که به صورت گروهی اجرا می‌شود. پس از مطالعه کامل منابع مربوط به مدل خودخاموشی ۱۸ و مکاتبه با جک و با در نظر گرفتن شرایط فرهنگی جامعه ایرانی (عدم امکان طرح بعضی مثال‌ها، گزینه‌ها و موارد به دلیل محدودیت‌های شرعی و فرهنگی) تهیه شده و استاندارد بودن آن بر اساس اجرای طرح پایلوت بررسی شد. چهار مؤلفه اصلی این رویکرد طی جلسات گروهی آموزش داده

شده و تمرین شدند. محور بررسی بر تجارب شرکت کنندگان و شناسایی این مؤلفه‌ها و تصحیح آنها بر اساس مداخلات شناختی و ارتباطی بود. این بسته درمانی در طی ده جلسه و هر جلسه یک ساعت اجرا شد. محتوای جلسات در زیر آمده است: (جدول ۱)

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن زنان شرکت کننده در گروه آزمایش ۳۳/۴ و ۲۲/۳ و در گروه شاهد ۳۲/۹ و ۳/۵۷ بود. از نظر میزان تحصیلات در گروه شاهد ۷۳/۳ درصد کارشناسی و ۲۶/۷ درصد بالاتر از کارشناسی و در گروه آزمایش نیز ۶۶/۷ درصد کارشناسی و ۳۳/۳ درصد بالاتر از کارشناسی بودند.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته افسردگی و خودابرازی را نشان می‌دهد. برای بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. جدول ۳ نشان می‌دهد که توزیع متغیرهای وابسته طبیعی است و مقادیر Z محاسبه شده در سطح α=۰/۰۱ معنادار نیست. مطابق با نتایج به دست آمده، پیش فرض های فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرهای وابسته، طبیعی بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس خطای متغیر وابسته (f=۰/۳۲۶، P= ۰/۵۷۳ a=۰/۰۱)، همگنی اثرات تعاملی در گروه‌های مورد مطالعه (f= ۲/۲۹، ۰/۱۴۲ P= a=۰/۰۱) و همچنین پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون محقق شده‌اند.

بنابراین از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. طبق جدول ۴، با کنترل پیش‌آزمون، روش مداخله مبتنی بر خودخاموشی بر بهبود افسردگی زنان تاثیر داشته است. مطابق با نتایج به دست آمده، پیش فرض‌های فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرهای وابسته، طبیعی بودن توزیع متغیر وابسته، همگنی واریانس خطای متغیر وابسته (f= ۰/۰۷۸، P=۰/۷۸۲ α=۰/۰۱)، پیش فرض همگنی اثرات تعاملی در گروه‌های مورد مطالعه (f=۱/۲۲۸، P=۰/۲۷۸ α=۰/۰۱) پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون محقق شده است. با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مطابق با جدول ۵، با کنترل پیش‌آزمون، مداخله مبتنی بر خودخاموشی بر افزایش خودابرازی زنان تاثیر داشته است.

جدول ۱. شرح جلسات مداخلات مبتنی بر خودخاموشی

جلسه اول	آشنایی با شرکت کننده‌ها و معرفی طرح و توضیحاتی در مورد اهداف طرح و لزوم تعهد به انجام تکالیف و تمرینها و صداقت در پاسخ به سوالات و رفع شبهات شرکت کننده‌ها و جواب‌گویی به سوالات آنان بود.
جلسه دوم	تجارب زندگی و انواع آن، انواع واکنش‌های افراد در تجارب و نقش آنها در هیجانات، مشارکت دادن اعضا در ارایه مثال‌ها و جهت‌دهی موضوع به سمت مدل
جلسه سوم	شرح کلی مؤلفه‌های مدل و نقش آنها در تجارب و هیجانات زنان، تمرین منزل برای بررسی تجارب و واکنش طبق فرم تکلیف‌های شناختی
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل و بررسی تمرینات منزل/ معرفی ادراک از خود بیرونی شده/ بررسی تجارب اعضای گروه/ تمرین برای اصلاح و تعدیل/ تمرین منزل طبق فرم‌های تکلیف‌های شناختی
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل و بررسی تمرینات منزل/ معرفی قربانی کردن آگاهانه خود/ بررسی تجارب اعضای گروه/ تمرین برای اصلاح و تعدیل/ تمرین منزل طبق فرم‌های تکلیف های شناختی
جلسه ششم	مرور جلسه قبل و بررسی تمرینات منزل/ معرفی خودخاموشی/ بررسی تجارب اعضای گروه/ تمرین برای اصلاح و تعدیل/ تمرین منزل طبق فرم‌های تکلیف‌های شناختی
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل و بررسی تمرینات منزل/ معرفی خود تقسیم شده/ بررسی تجارب اعضای گروه/ تمرین برای اصلاح و تعدیل/ تمرین منزل طبق فرم‌های تکلیف‌های شناختی
جلسه هشتم	مرور کلی جلسات شامل هر چهار مؤلفه و جایگزین‌های شناختی
جلسه نهم	بررسی کلی تجارب گروه با مشارکت اعضا و تمرینات
جلسه دهم	تثبیت و ایجاد آمادگی برای کاربرد موارد آموخته شده در آینده با پیش‌بینی موانع احتمالی

جدول ۲. میانگین نمرات افسردگی و خودابرازی در نمونه مورد مطالعه

گروه	تعداد	افسردگی		خودابرازی	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
کنترل	۱۵	۲۲/۲۰	۲۱/۸۶	٦٧/٠٦	٧٩/٤٦
آزمایش	۱۵	۲۲/۵۳	۳/۷۳	٦٧/١٣	١٣٤/٢٠
کل	۳۰	۲۲/۳۷	۱۲/۸۰	٦٦/١٠	١٠٥/٧

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی پیش‌فرض طبیعی بودن توزیع متغیرهای وابسته

متغیر وابسته		آزمون	شاخص	سطح معناداری	تعداد
افسردگی	گروه خودخاموشی و کنترل	پیش آزمون	۰/۹۷۵	۰/۲۹۷	۳۰
		پس آزمون	۱/۰۷۹	۰/۱۹۴	۳۰
خودابرازی	گروه خودخاموشی و کنترل	پیش آزمون	۰/۷۷۳	۰/۵۸۹	۳۰
		پس آزمون	۱/۰۱	۰/۲۵۶	۳۰

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره اثرات گروهی روش مداخله مبتنی بر خودخاموشی بر افسردگی با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	*P*	1-BN2
گروه (روش)	افسردگی	۲۴۹۴	۱	۲۴۹۴	۱۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۶۶
خطا	افسردگی	۳۸۶	۲۷	۱۴/۳۲۱			

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره اثرات گروهی روش مداخله مبتنی بر خودخاموشی بر خودابرازی با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییر	متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	*P*	1-BN2
گروه(روش)	خودابرازی	۲۲۴۳۴	۱	۲۲۴۳۴	۱۷۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۶۵
خطا	خودابرازی						

بحث

یافته مهم پژوهش این بود که مداخله مبتنی بر خودخاموشی می‌تواند میزان افسردگی در زنان را کاهش دهد. در مطالعه‌ای توسط اومرون یافته مشابهی به دست آمده است.۱۰ ویفن[۱۹] به بررسي رابطه بین خودخاموشي و افسردگی ۱۱۵ زوج به روش پیمایشی و با در نظر گرفتن اختلاف‌های زناشويي با عنوان متغیر میاني پرداخته و یافته مشابهی گزارش کرده است. لیتل و همکاران[۲۰] در پژوهشی ۲۰۹ زوج را به روش پیمایش و با واسطه روابط جنسی مطالعه و گزارش کرده‌اند که کاهش خودخاموشی با کاهش افسردگي در افرادی که با درخواست روابط بالای جنسی از طرف همسر مواجه هستند همراه است.

آلی و تونر[۲۱] با در نظر گرفتن تفاوت های نژادی و ریاحی و محمود آبادی[۲۲]، پینته و گیته[۲۳]، ترائین و همکاران[۲۴] و امران و همکاران[۲۵] به نتایج مشابهی دست یافتند. این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که زنان افسرده تحت فشارهای اجتماعی و محیطی، با احساس فشار بر مراقبت اجباري، خودداری از بیان خواست‌ها، تمایلات و ناراحتی-ها، خشنود کردن دیگران، خودداری از ابراز وجود در روابط و تلاش برای دستیابی به صمیمیت و نیازهای ارتباطی، تلاش برای دوری از تعارض و اختلاف برای حفظ روابط و امنیت روان‌شناختی و جسمانی به شدت درگیر هستند. آنها تلاش می‌کنند از تعارض و اختلاف دوری کنند تا بتوانند روابطشان را حفظ کنند و بنابراین خود خاموش سازی موجب نادیده گرفتن خود در آنها می‌شود. آنها دایم در حال خودبازبینی و خودارزیابی منفی هستند. بازبینی رفتارها و گفتارها و افکار خود و قضاوت‌هایی که در مورد خود دارند بر اساس باورهایی است در مورد این‌که چه رفتار و عملکردی باید در روابط داشته باشند. صدای من، که خواست‌ها و افکار و تمایلات خود آنها را منعکس می‌کند تحت‌الشعاع صدای ناظر قرار می‌گیرد که خواست‌ها و انتظارات فرهنگی و اجتماعی از آنان به عنوان یک زن را منعکس می‌سازد. آنها در مورد مطابقت رفتارها و افکار خود با انتظارات جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند شروع به قضاوت می‌کنند و با مشاهده تعارض بین آنها از احساسات و افکار و فعالیت‌های خود چشم‌پوشی کرده و به این طریق با عدم ابراز آنها سعی می‌کنند از تعارض جلوگیری کنند تا بتوانند روابط را حفظ کنند. به این طریق با احساس مسئولیتی که فرهنگ از آنها برای حفظ روابط انتظار دارد می‌خواهند احساس امنیت روان‌شناختی و جسمی پیدا کنند. تسلیم نیازهای دیگران شدن، فقدان خوداظهاری، سرکوب کردن پرخاشگری، خودداری از فعالیت‌های خودجهت بخش، مورد قضاوت قرار دادن خود بر اساس استانداردهای فرهنگی زن خوب و خودسرزنشی در این زنان مشاهده می‌شود. بر این اساس در مداخله مبتنی بر خودخاموشی آنها یاد می‌گیرند صدای ناظر را کاهش داده و صدای من را تقویت کنند، قضاوت درباره خود بر اساس ادراک دیگران و استانداردهای بیرونی را کاهش دهند، نیاز های خود را نسبت به نیازهای دیگران در اولویت قرار دهند، تمایلات و هیجانات و خواست های خود را مطرح کنند و فاصله بین خود درونی و خود بیرونی را کاهش دهند. مجموع این آموزش‌ها به زنان افسرده در کاهش افسردگی کمک می‌کنند.

در یافته دیگری از این پژوهش نشان داده شد که مداخله مبتنی بر خودخاموشی، خودابرازی را افزایش می‌دهد. یافته مشابهی در مطالعه مدود به دست آمد که در آن خودابرازی نمونه مورد پژوهش افزایش یافته بود.[۱۰] همچنین در مطالعه اوشر و پرز[۲۶] افزایش خودابرازی گزارش شده است. بر اساس گزارش آنها در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی آموزش مبتنی بر خودخاموشی، خودابرازی را افزایش می‌دهد. آنها بیان کردند که طرح روایات زنان از تجاربشان در این دوران و تجارب زندگی آنها با اطرافیان نشان می‌دهند که درک زنان از لزوم بیان احساسات و تجارب و خود ادراک شده و احساس قربانی بودن در کاهش نشانه‌های این سندرم موثر است. این یافته‌های مشابه را نیز چنین می‌توان تبیین کرد که مقابله با سکوت و خاموشی و خودداری از بیان احساسات، خواست‌ها و تمایلات، هدف اساسی مداخله مبتنی بر خودخاموشی است. زمانی که این زنان طی آموزش های ارایه شده متوجه شدند که چگونه و چه فرایندی منجر به سکوت و خودخاموشی در آنها می‌شود، همراه کسب بینش، راهبردهایی را نیز آموختند و توانستند به جای سرکوب خواست‌ها، سخنان و نظرات خود، به صورت مطلوب و به دور از تعارض و ترس از تعارض، آنها را بیان کنند، بدون این‌که مطیع خواست‌ها و انتظارات بیرونی باشند. چنین بینشی به آنها کمک می‌کند فعال‌تر به انتظارات و معیارهای القا شده محیطی واکنش نشان دهند.

نتیجه‌گیری

مدل خودخاموشی به عنوان یک روش درمانی موثر در کاهش افسردگی و افزایش خودابرازی زنان موثر است. این مدل به افراد افسرده کمک می‌کند تا رویکرد فعال‌تری نسبت به احساسات، نیازها و خواست های خود داشته باشند، از سرکوب نیازهایشان خودداری کنند و بتوانند با خودابرازی فاصله بین خود درونی و بیرونی را کاهش دهند. این توانایی‌ها نشانه‌های افسردگی را - که حاصل تلاش آنها برای نادیده گرفتن خود و تسلیم انتظارات محیطی شدن است - کاهش می‌دهد و روش مداخله مناسبی هم در پیشگیری و هم کاهش افسردگی در زنان است. بنابراین می‌توان با توسعه و آموزش آن به متخصصان، این روش را به عنوان یکی از روش‌های موثر در بهبود افسردگی زنان استفاده کرد. همچنین از این روش به صورت آموزش همگانی و برای پیشگیری از بروز افسردگی در جامعه زنان نیز می‌توان استفاده کرد. انجام تحقیقات بعدی درمورد کاربرد این مدل در کاهش علایم سایر اختلالات مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن و همچنین سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی مثل بیماران مبتلا به سرطان، مولتیپل اسکلروز و بیماران قلبی پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های این پژوهش اجرای آن در ایام شیوع کرونا بود و نمونه مورد نظر نیز از بین زنان شاغل در اداره آموزش و پرورش شهر تبریز انتخاب شده بود. بنابراین انجام پژوهش در شرایط عادی و همچنین با نمونه‌ای از سایر اقشار جامعه و فرهنگ‌ها می‌تواند نتایج قابل مقایسه‌ای داشته باشد.

قدردانی

از تمام کسانی که در اجرای این پژوهش کمک کردند و به ویژه از شرکت کنندگانی که با پشتکار قابل تحسین در جلسات شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

مشارکت پدیدآوران

رقیه عیدی خطیبی و زینب خانجانی ایده پردازی، طراحی اثر، بررسی و تهیه پیش‌نویس و نقد، جلیل باباپور تحلیل و بررسی داده‌ها و مجید محمود علیلو و عباس بخشی پور نقد و بررسی و تایید نسخه نهایی را عهده داشتند.

منابع مالی

این پژوهش منابع مالی ندارد.

دسترس پذیری داده‌ها

داده‌های ایجادشده در این مطالعه در صورت درخواست معقول از پدیدآور رابط ارایه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری دانشگاه تبریز است که پس از تصویب و طی مراحل قانونی اجرا شده است. ملاحظات اخلاقی با توجه به اصول مشخص شده در بیانیه هلسینکی و تشریح اهداف پژوهش و چگونگی انتشار آن و همچنین ارایه توضیحات کامل در خصوص محرمانه بودن اطلاعات شخصی و جلب رضایت آگاهانه شرکت کنندگان رعایت شده است. از تمام شرکت کنندگان رضایت‌نامه گرفته شده و قابل ارایه است. این مطالعه در دبیرخانه کمیته اخلاق زیست پزشکی دانشگاه تبریز بررسی با کداخلاقی IR.TABRIZU.REC.1401.056 ثبت گردیده است.

تعارض منافع

مؤلفان اظهار می‌کنند که منافع متقابلی از تألیف و انتشار این مقاله وجود ندارند.

References

1. Anderson DK, Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, et al. American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: Author. The Linguistic and Cognitive Effects of Bilingualism on Children with Autism Spectrum Disorders. 2017;21:175.
2. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS medicine. 2013;10(11):e1001547. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547
3. Gutiérrez-Zotes A, Labad J, Martín-Santos R, García-Esteve L, Gelabert E, Jover M, et al. Coping strategies for postpartum depression: a multi-centric study of 1626 women. Archives of women's mental health. 2016;19:455-61. doi: 10.1007/s00737-015-0581-5
4. Atkinson R, Atkinson R, Smith E, Bam D, Hoxma S. Hilgards introduction to Psychology. 13th ed. Michigan: Cengage Learning; 1999.
5. Dadsetan P. Transformational pathological psychology: from childhood to adulthood. Tehran: Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books, Samt Pub; 2010; PP: 492. In persian.
6. Barlow DH, Durand MV, Hoffmann SG. Abnormal Psychology.An Integrative Approach. 8th ed. Michigan: Cengage Learning. 2022; PP: 856.
7. Kaplan H, Sadok B, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. Philadelfia: Wolters Klower; 2017.
8. Halgin, R. Whitburn, S. Abnormal psychology: Clinical Perspectives on Mental Disorders 7th ed. India: Mc Graw Hill; 2015 .
9. Jack DC, Alisha A. Silencing the self across cultures depression and gender in the social world. Newyork: Oxford University Press; 2010.
10. Jack DC. Situating sadness: Women and depression in social context. New York: New York University; 2003.
11. Harper MS, Dickson JW, Welsh DP. Self-silencing and rejection sensitivity in adolescent romantic relationships. Journal of Youth and Adolescence. 2006;35:435-43. doi: 10.1007/s10964-006-9048-3
12. Gratch LV, Bassett ME, Attra SL. The relationship of gender and ethnicity to self-silencing and depression among college students. Psychology of Women Quarterly. 1995;19(4):509-15. doi: 10.1111/j.1471-6402.1995.tb00089.x
13. Duarte LM, Thompson JM. Sex differences in self-silencing. Psychological reports. 1999;85(1):145-61.
14. Rahimi Ch. Application of Beck-2 depression questionnaire in Iranian students. Clinical psychology and personality. 2014;12(1):173-88. In Persian
15. Jack DC. Reflections on the silencing the self scale and its origins. Psychology of Women Quarterly. 2011;35(3):523-9.
16. Zabihidan S. The relationship between family communication patterns and feelings of loneliness with the mediation of self-criticism and self-silencing (unpublished master's thesis). Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Iran. Available from: https://search.ricest.ac.ir/dl/search/defaultta.aspx?DTC=16&DC=7751.1389
17. Hosseini F, Darvishi K. The role of personality traits and dimensions of family parenting in adolescents' self-silencing and self-criticism. Women's Cultural and Educational Quarterly 2014;10(32):51-66. In persian.
18. Besser A, Flett GL, Hewitt PL. Silencing the self and personality vulnerabilities associated with depression. Silencing the self across cultures. 2010;28:285-312. doi: 10.1093/acprof:oso/9780195398090.003.0014
19. Whiffen VE, Foot ML, Thompson JM. Self-silencing mediates the link between marital conflict and depression. Journal of Social and Personal Relationships. 2007;24(6):993-1006. doi: 10.1177/0265407507084813
20. Little KC, Welsh DP, Darling N, Holmes RM. Brief report: "I can't talk about it:" Sexuality and self-silencing as interactive predictors of depressive symptoms in adolescent dating couples. Journal of adolescence. 2011;34(4):789-94. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.04.006
21. Ali A, Toner BB. Symptoms of Depression among Caribbean Women and Caribbean-Canadian Women. Psychology of Women Quarterly. 2001;25(3):175-80. doi: 10.1111/1471-6402.00019
22. Riahi ME, Mahmoudabadi Z. Sociological explanation of gender differences in depression: with emphasis on self-silence in family institution. Biquarterly Journal of Sociology of Social Institutions. 2016;3(8):159-93. In persian

23. Pintea S, Gatea A. The Relationship between Self-Silencing and Depression: A Meta-Analysis. Journal of Social and Clinical Psychology. 2021;40(4):333-58. doi: 10.1521/jscp2021.40.4.333
24. Traeen B, Hansen T, Štulhofer A. Silencing the sexual self and relational and individual well-being in later life: a gendered analysis of North versus South of Europe. Sexual and Relationship Therapy. 2021;3:1-6. doi: 10.1080/14681994.2021.1883579
25. Emran A, Iqbal N, Ahmaddar I. Silencing the self and womens mental health problems: A narrative review. Asian Journal of Pschiatry 2020;53:102197. doi: 10.1016/j.ijp.2020.102197
26. Ussher JM, Perz J. Empathy, egalitarianism and emotion work in the relational negotiation of PMS: The experience of women in lesbian relationships. Feminism & Psychology. 2008;18(1):87-111. doi: 10.1521/0959353507084954