

فصلنامه علمی تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای زنان

حیطه‌های موضوع: مسائل مربوط به زنان، مطالعات زنان، بهداشت روانی زنان، سلامت روحی زنان، سلامت جسمی زنان

موسسه غیرانتفاعی غیردولتی آموزش عالی فاطمیه علیها السلام شیراز

موسسه‌ی آموزش عالی فاطمیه علیها السلام شیراز

دکتر اسماعیل کلانتری

دکتر عزت ملاابراهیمی

دکتر سعیده کلانتری

دکتر هادی بهرامی

دکتر شهریار نیازی

دکتر سهیلا صادقی فسایی

دکتر کاظم خرم دل

دکتر سکینه چمن‌پیما

دکتر فریبا خوشبخت

دکتر علیرضا فارسی‌نژاد

دکتر مهدی محمدی

دکتر مجتبی مسعودی

دکتر محبوبه البرزی

دکتر رحمت الله مرزوقی

دکتر سعیده کلانتری

دکتر علی درختکار

دکتر سعیده کلانتری

زهرا ضیا

صاحب امتیاز

مدیر مسئول

سرمدبیر

مدیر داخلی

اعضای هیئت تحریریه

ویراستار ادبی و فنی

ویراستار انگلیسی

کارشناس اجرایی

حروفچینی، گرافیک و صفحه آرایی

نشانی دفتر مجله: دفتر مجله: شیراز، بلوار استقلال، حد فاصل چهارراه هنگ و بنفشه، کوچه ۲۹ استقلال،

دانشگاه فاطمیه علیها السلام شیراز، دفتر مجلات

تلفن: ۰۷۱۳۳۳۵۱۴۸۸ و ۰۹۱۲۷۵۳۵۴۸۰

FWJOUR@GMAIL.COM

<http://wir.fatemiyehshiraz.ac.ir/>



موسسه آموزش عالی فاطمیه(س) شیراز
غیر دولتی - غیرانتفاعی

پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان

Woman Interdisciplinary Researches Journal

Vol. 2, No. 1, Spring 2020

فصلنامه علمی - تخصصی، دوره دوم، شماره ۱، شماره ۲ پیاپی، بهار ۱۳۹۹

شاپا ISSN(ON LINE)

۸۵۴۶۷

شاپا الکترونیکی

۸۵۴۶۷

مجله «پژوهش‌های میان رشته‌ای زنان» به‌عنوان اولین مجله علمی تخصصی ایران با رویکرد میان رشته‌ای در حوزه مطالعات زنان، به صاحب امتیازی دانشگاه غیر انتفاعی فاطمیه(س) شیراز در تاریخ ۱۷/۴/۱۳۹۸ موفق به اخذ مجوز نشر به شماره ۸۵۴۶۷ از کمیسیون هیئت نظارت وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی گردیده است.

<http://wir.fatemiyehshiraz.ac.ir/>

راهنمای تهیه و تدوین مقالات

از مولفان گرامی تقاضا می شود، در ارسال مقالات به نکات زیر توجه فرمایند.

زبان رسمی مجله، فارسی است.

۱- مقالات باید پژوهشی و حاصل تحقیق نویسنده یا نویسندگان در زمینه مسائل مربوط به زنان، مطالعات زنان، بهداشت روانی زنان، سلامت روحی زنان، سلامت جسمی زنان بوده و قبلا چاپ نشده، یا به طور همزمان به مجلات دیگر ارسال نشده باشد.

۲- مقالات قابل چاپ در مجله به دو دسته تقسیم می شوند.

الف) مقالات کامل پژوهشی مقالات علمی پژوهشی یا حداقل حجم ۲۵۰۰ تا ۳۵۰۰ کلمه (یا معادل آن) حداکثر در ۱۲ صفحه (تعداد صفحات مقاله عدد زوج باشد).

ب) یادداشت های کوتاه پژوهشی مقالات علمی پژوهشی با حداکثر ۲۵۰۰ کلمه (یا معادل آن) حداکثر در ۱۰ صفحه (تعداد صفحات مقاله عدد زوج باشد).

تبصره ۱: مقالات مروری (Review Article) از نویسندگان مجرب و صاحب مقالات پژوهشی در زمینه مورد بحث پذیرفته خواهد شد.

تبصره ۲: مقالات ترجمه پذیرفته نمی شود.

۳- مقالات ارسالی باید دارای بخش های ذیل باشند.

الف) نام نویسنده یا (نویسندگان) نام نویسنده عهده دار مکاتبات با ستاره مشخص شود؛ نام موسسه متناظر هریک از نویسندگان؛ نشانی کامل نویسنده عهده دار مکاتبات شامل: نشانی پستی، شماره فکس و پست الکترونیکی).

ب) عنوان کامل مقاله به فارسی؛ چکیده فارسی؛ کلیدواژگان فارسی؛ عنوان کامل مقاله به لاتین؛ نام و نشانی نگارندگان به زبان انگلیسی؛ چکیده لاتین؛ کلید واژگان لاتین.

ج) مقدمه، بدنه مقاله (شامل شرح مساله، روش حل، تفسیر، تحلیل نتایج)، نتیجه گیری، سیاستگزاری، فهرست مراجع

د) چکیده مقاله (Extended Abstract) حاوی حداکثر یک صفحه و حداقل ۵۰۰ کلمه ارائه شود.

۴- اصطلاحات خارجی با معادلی دقیق و رسا در زبان فارسی و عبارات اختصاری به کار رفته در متن به زیرنویس ارجاع شود.

۵- محل ارجاع عکس ها و جدول ها، شکل ها و نمودارها به طور دقیق ضمن رعایت ترتیب آن ها در متن معین شدارسال اصل جدول ها و شکل ها با کیفیت ۳۰۰ dpi به صورت سیاه و سفید در محیط اکسل ضروری است. در جدول ها و شکل ها، عناوین فارسی در بالا و عناوین انگلیسی در زیر آن ها قرار گیرد. در شکل ها و جدول ها از خطوط افقی و عمودی (grid) استفاده نشود. جدول ها و شکل ها بدون کادر و شکل ها فقط با محور عمودی و افقی باشد.

۶- تعیین محل دقیق مراجع در متن و فهرست نمودن مراجع به ترتیب ظهور در متن مقاله ضروری است. عنوان قسمت مراجع به انگلیسی (References) نیز نوشته شود.

۷- شیوه نگارش مشخصات مراجع به شرح زیر است:

الف) کتاب: نام خانوادگی، نام نویسنده (نویسندگان)، نام کتاب، نام مترجم، محل نشر، نام ناشر، تاریخ انتشار، شماره صفحات

ب) مقاله: نام خانوادگی، نام نویسنده (نویسندگان)، عنوان مقاله، نام نشریه، دوره (جلد)، سال انتشار، شماره صفحات

۸- مقالات باید با فاصله میان سطور single، با قلم B Lotus نازک ۱۲ تحت نرم افزار Word 2007 در دو ستون تایپ، و نویسنده مقاله پس از ثبت نام در سامانه نشریات سایت دانشگاه فاطمیه ع شیراز، به آدرس ذیل مراجعه و کلیه مراحل ثبت و ارسال مقاله را سپری و با حفظ کد مقاله خود برای پیگیری های بعدی، از طریق سامانه نشریات اقدام نمایند.

۹- مقالات برگرفته از پایان نامه و رساله دانشجویان دکتری با نام استاد راهنما، مشاوران و دانشجو به صورت توأم منتشر می شود لذا استاد راهنما عهده دار مسئولیت و مولف رابط خواهند بود.

۱۰- مسئولیت صحت و سقم مطالب بر عهده نویسنده (نویسندگان) خواهد بود.

۱۱- مجله علمی تخصصی حق رد یا قبول مقالات را برای خود محفوظ می دارد.

فهرست

- ۷ مواجهه جامعه با زنان تیغ زیر جامه نرفته
محبوبه بابایی محمدی*، فریبا صدیقی، رایحه مظفریان
- ۲۳ مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و داروی کلومیپیرامین در درمان اختلال وسواسی
جبری در زنان و مردان شهرستان شیراز
علی درختکار*، حانیه مردادی، آرامه صفی خانی
- ۳۵ بازشناسی رویکرد دینی در زمینه اشتغال زنان در ایران: چالش‌ها، فرصت‌ها و الزامات سیاستی
نادر مطیع حق شناس*
- ۵۰ پنج عامل بزرگ شخصیت و کمال‌گرایی مثبت و منفی به‌عنوان پیش‌بین‌های علائم اختلال بدشکلی
بدن دختران نوجوان
نیلوفر شهیدپورهاشمی، فاطمه اژدری*، فرزاد امیری
- ۶۲ پیش‌بینی استرس والدگری بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی در
مادران دارای کودکان با نیازهای خاص شهر شیراز
مریم میرزائی فنجانی، بنفشه امیدوار*
- ۷۵ بررسی و مقایسه رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت در زنان وابسته به مواد
مخدر افیونی در شهر شیراز
مرضیه آقایی، حجت‌اله جاویدی، قاسم نظیری*

مواجهه جامعه با زنان تیغ زیرجامه نرفته

محبوبه بابایی محمدی*^۱، فریبا صدیقی^۲، رایحه مظفریان^۳

۱. دانش آموخته دکتری توسعه اجتماعی، دانشگاه تهران، کارشناس اجتماعی دفتر توسعه-نوسازی (نویسنده مسئول)

mahboobeh.babaie@ut.ac.ir

۲. دانش آموخته دکتری انسان‌شناسی، پژوهشگر توسعه فناوری های پیشرفته دانشگاه تهران

fariba.seddighi@ut.ac.ir

۳. دانشجوی بورسیه دکترای جامعه‌شناسی، دانشگاه آنادولو

r.mozafarian@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۹۸/۱۲/۱۲]

تاریخ دریافت: [۹۸/۶/۲۶]

چکیده

هدف این مقاله فهم سازوکارهای گرایش به ختنه در میان زنان لک و نگاه آنان به ختنه است. برای رسیدن به این هدف، با بیست و شش زن که تجربه انجام ختنه داشتند و همچنین با دو کولی که جراح ختنه در میان زنان لک هستند، مصاحبه‌هایی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که تعریف زنان از ختنه، اهداف و عوامل ختنه در بین سه نسل زنان متفاوت است. زنان نسل اول تحت اجبار جامعه، زنان نسل دوم تحت اجبار خانواده و زنان نسل سوم تحت اجبار مردان ختنه کرده‌اند. یافته‌ها همچنین نشان داد که رسم ختنه به خاطر وارداتی بودن در این منطقه از اجبار خشنی در بین زنان برخوردار نیست و کولی‌ها با تأکید بر بن مایه‌های مذهبی و وضعیت اقتصادی منطقه زنان نسل اول و دوم را به انجام ختنه ترغیب می‌نمودند و تبلیغات زیباسازی باعث ترغیب زنان جوان به ختنه شده است.

واژگان کلیدی: ختنه، زنان، لک، لرستان

مقدمه

ختنه زنان شامل همه روش‌های برداشت جزئی یا کلی از بخش خارجی دستگاه تناسلی زنان بدون دلایل خاص پزشکی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۸). در سطح بین‌المللی بحث پیرامون ختنه زنان از دهه‌های ۱۹۶۰ آغاز شد، در ابتدا سازمان ملل متحد و سازمان جهانی در مورد حذف ختنه زنان مردود بودند. در آن زمان دانش در این موضوع بسیار محدود بود، کنفرانس سودان در سال ۱۹۷۹، مسئله ختنه را به صورت دائمی و پایدار در دستور کار بین‌المللی تعیین کرد و سازمان جهانی بهداشت به همراه سایر خانواده‌های سازمان ملل متحد، آغاز به دنبال کردن جدی حذف ناقص‌سازی جنسی زنان کردند و در نهایت، سازمان جهانی بهداشت در ۲۰۰۸ مبارزات خود را با تصویب قطعنامه‌ای مخصوص ناقص‌سازی جنسی زنان به اوج رساند. در سال‌های اخیر افزایش قابل توجهی برای مبارزه با ناقص‌سازی جنسی زنان در سطوح منطقه‌ای و ملی و بین‌المللی دیده می‌شود که در سطح بین‌المللی ناقص‌سازی جنسی زنان به عنوان نقص حقوق

بشر شناخته شده است. با وجود این موفقیت‌ها، میزان کاهش ناقص‌سازی جنسی زنان آهسته بوده است (جانسون، ۲۰۰۸). چنان‌که، طبق آمارهای اخیر سازمان ملل حداقل ۲۰۰ میلیون از دختران و زنان در ۳۰ کشور تحت ختنه قرار گرفته‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸).

این عمل پیامدهای کوتاه مدت و دراز مدتی دارد، در کوتاه مدت سبب عفونت و مرگ و میر دختران و در دراز مدت موجب بروز مشکلاتی در زایمان و افزایش آمادگی ابتلا به ایدز می‌شود، که چنین عملی براساس قطعنامه‌های مجمع عمومی سازمان ملل متحد به عنوان شکلی از خشونت علیه زنان و دختران و نقض شدید حقوق بشر محسوب می‌شود (سازمان ملل، ۲۰۰۲، ۱۹۹۵).

در این راستا، مورخان و مردم‌شناسان تحقیقات بیشماری انجام داده‌اند تا حقایقی را درباره منشاء تاریخی ختنه زنان روشن کنند. این محققان عموماً خاستگاه جغرافیایی آن را اطراف رود نیل در مصر باستان و زمان آن را بیش از دو هزار سال پیش از میلاد می‌دانند. به نظر می‌رسد که این رسم از آنجا به نواحی اطراف راه یافته است. برخی محققان انگیزه این عمل مصریان را ممانعت از بارداری زنان و بطور خاص بارداری زنان برده می‌شمرند و برخی دیگر آن را تدبیر آفریقائیان اواخر عصر حجر برای دفاع از دختران جوان در برابر تجاوز می‌دانند (لایت فوت کلاین^۱، ۱۹۸۳). برخی نیز معتقدند اعراب بخشی از آلت تناسلی فرزندانشان را برای خداوند قربانی می‌کردند تا او در برابر آن عمل به آنان نعمت و برکت ارزانی دارد (رایحه مظفریان، ۱۳۹۳).

با این حال، در طول تاریخ، ختنه کردن دختران، در مناطق مختلف جهان رواج داشته و فقط به آفریقا و خاورمیانه محدود نبوده است (برون، ۱۸۶۶). زیرا جماعت‌هایی که دختران را ختنه می‌کنند این عمل را به بعضی از کشورهای دیگر جهان نیز کشانده‌اند (بولو پریویسس^۳، ۲۰۰۰)، این عمل در میان بومیان استرالیا، مردمان فینیقیه، هائیتی، اتیوپی، برخی اقوام در آمازون، نقاطی از هند، پاکستان، مالزی، اندونزی و نیز در فیلیپین معمول بوده است. در قرن نوزدهم، در اروپا و آمریکا نیز این عمل صورت می‌گرفته است (برون، ۱۸۶۶). می‌توان به میزانی محدودتر ختنه دختران را در اندونزی، مالزی، پاکستان و هند نیز دید (ایزیاکا و یوسف^۴، ۲۰۱۳)، در عراق ختنه دختران میان کردهای سنی مذهب، برخی جماعت‌های عرب و ترکمن معمول است (غریب و دوگرتی^۵، ۲۰۰۴). دلایل متعددی برای انجام ختنه در سراسر جهان ذکر شده است. در برخی از کشورها مثل آفریقا مهم‌ترین دلیل انجام ختنه را بکارت دختران ذکر کرده‌اند و در دیگر جوامع تقویت باروری، کنترل و کاهش تمایلات جنسی، الزامات مذهبی به ویژه برای جمعیت مسلمان، پیش شرط ازدواج در برخی از جوامع مانند سنگال و ابزار برای جلوگیری از نجاست برشمرده‌اند (کومبا^۶، کندالا^۷، ۲۰۱۵).

سازمان‌های بین‌المللی هر ساله آمارهای از وجود ختنه در کشورهای مختلف ارائه می‌دهند، اما اثری از وجود ختنه در میان زنان ایرانی در بین آمارهای منتشر شده سازمان‌های بین‌المللی نیست، با وجود این نمی‌توان عمل ختنه را در میان زنان ایرانی انکار کرد. زیرا اغلب کشورهای همجوار ایران با مشکلات ناشی از ناقص‌سازی جنسی زنان سروکار دارند. این نشان می‌دهد که حضور این عمل در بین بومیان این مناطق بر روی ایرانیان مرز نشین بی‌تاثیر نبوده است (مظفری، ۱۳۹۳). از سوی دیگر ختنه زنان در میان اهل تسنن شافعی مذهب در ایران، سابقه‌ای طولانی دارد و این عمل در نواحی جنوبی و غربی کشور، غالباً در مناطق روستایی و در حومه شهرهای چهار استان هرمزگان، کرمانشاه، کردستان و آذربایجان غربی معمول است (می‌هو^۸، ۱۹۹۷، به نقل از احمدی، ۱۳۹۴).

با این همه، شروع پژوهش‌ها در زمینه ختنه زنان ایران با رویکردی پزشکی به سال ۱۳۸۲ برمی‌گردد (احدی و همکاران ۱۳۸۲، پاشایی و همکاران ۱۳۹۰). به تدریج از سال ۱۳۸۶ پژوهش‌ها از منظر اجتماعی و فرهنگی (پریسا رضازاده، ۱۳۸۶، فاطمه کریمی، ۱۳۸۹، کامیل

1 UN. DOC. A/Res/56/ 128 and see: A/Res/52/99 and A/Res54/132.

2. Lightfoot-Klein

3 Boyle. & Preves

4 . Isiak & Yusuff

5 .Ghareeb & Dougherty

6. Komba

7. Kandala

8 .Meho

احمدی، ۱۳۹۴، رایحه مظفریان، ۱۳۹۳) در حوزه ختنه زنان مورد توجه قرار گرفته است و همزمان با آن از منظر حقوقی ختنه زنان بررسی شده است (حسینیان، ۱۳۹۱، الهام مندگاری، ۱۳۹۰). این پژوهش‌ها اکثراً در مناطق غرب و جنوب ایران انجام شده‌اند. جامع‌ترین پژوهش در این باره "به نام سنت" است که تقریباً ختنه زنان را در اکثر مناطق ایران بررسی کرده است (احمدی، ۱۳۹۴). این پژوهش بر این باور است که ختنه در میان زنان لرستان^۹ و شیعه مذهب وجود نداشته است و ختنه در میان زنان لکستان^{۱۰} کاملاً از بین رفته است. این موضوع باعث شد که مطالعات اکتشافی در میان زنان لک لرستان داشته باشیم و در ادامه با برخی از لرستان‌شناسان از جمله یک متخصصین تاریخ و فرهنگ قوم لر^{۱۱}، مصاحبه‌های انجام شد، ایشان بر این باور بودند که «ختنه میان زنان لرستان وجود نداشته است، زیرا لرستانی‌ها به دخترانشان اعتماد داشته‌اند و لزومی به انجام ختنه نبوده است». مطالعات اکتشافی ما تضاد بین واقعیت وجود ختنه در بین زنان لک و عدم شناخت آن نزد صاحب‌نظران را نشان می‌داد، این تضاد و فقدان پژوهش در این حوزه و عدم آگاهی در مورد وجود ختنه در میان زنان لک ما را به ادامه مطالعه ترغیب نمود.

سوالات پژوهش

در این پژوهش، ما به دنبال پاسخ به این سوالات بودیم که ختنه در میان زنان لک چگونه است؟ مهم‌ترین عوامل ترغیب‌کننده ختنه در بین زنان قوم لک چه بوده است؟ و قوم لک چه نگرشی به ختنه زنان داشته و دارند؟ نگاه و نگرش به ختنه زنان در بین نسل‌های مختلف به چه صورت است؟

قوم لک به مثابه میدان پژوهش

لک‌ها به‌طور پراکنده در اکثر استان‌های ایران سکونت دارند. بسیاری از آن‌ها از طریق حکومت‌های سده‌های پیشین به مناطق مختلف ایران کوچانده شده‌اند. برای مثال گروه‌هایی از ایلات و طوایف لک، امروزه در مناطق کلاردشت و نوشهر استان مازندران و در مناطق مختلف استان قزوین به سر می‌برند که در زمان صفویه از طرف حکومت به این مناطق کوچانده شده‌اند (نظام السلطنه‌مافی، ۱۳۶۱؛ موسوی‌نامی، ۱۳۶۳). در حال حاضر قوم لک به‌طور عمده در چهار استان غرب ایران (ایلام، لرستان، کرمانشاه و همدان) سکونت دارند (نجف‌زاده قیادی، ۱۳۹۵؛ عالی‌پور، ۱۳۸۳). زبان لکی مهم‌ترین ویژگی هویت قومی لک‌ها است (ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۳). البته برخی صاحب‌نظران لکی را یک گویش می‌دانند و گویش لکی را به هیچ وجه با گویش لری و کردی وابسته ندانسته و آن را گویش مستقل و بازمانده‌ای از زبان پهلوی کهن عنوان کرده‌اند (ساکي، ۱۳۴۳؛ ایزدپناه، ۱۳۶۷؛ عسکری‌عالم، ۱۳۸۲؛ عالی‌پور، ۱۳۸۳). مذهب اکثریت آنان شیعه و برخی نیز پیرو آیین یارسان یا اهل حق هستند (ایزدپناه، ۱۳۷۶). این پژوهش را میان لک‌های استان لرستان انجام دادیم. استان لرستان محل سکونت دو قوم لر و لک است و زبان مرز جداکننده این دو قوم از یکدیگر است (صفی‌نژاد، ۱۳۸۱).

روش انجام پژوهش

در پژوهش حاضر از رویکرد کیفی و متناسب با آن از ابزارهای گردآوری داده شامل مصاحبه سازمان‌یافته و غیرسازمان‌یافته استفاده کردیم. ابتدا در صدد بودیم مصاحبه‌ها را به شهرستان دلفان که محل زندگی پژوهشگر بومی^{۱۲} است محدود کنیم. اما در ادامه تصمیم گرفتیم مصاحبه با دیگر شهرهای لک‌نشین لرستان انجام شود، تا بدین وسیله به بررسی پدیده ختنه در میان مناطق لک‌نشین استان لرستان

۹. استانی در غرب کشور ایران است

۱۰. در مورد لکستان، لک و زنان لک در مبحث میدان توضیحات داده می‌شود

۱۱. سید فرید قاسمی

۱۲. نویسنده اول

بپردازیم. در ضمن انجام مصاحبه‌ها متوجه شدیم که مشارکت‌کنندگان نسل‌های مختلف دیدگاه‌های متفاوتی داشتند، در نتیجه تصمیم گرفتیم با زنان نسل‌های مختلف مصاحبه انجام دهیم. در این پژوهش، زنان ۴۴-۲۵ سال در رده جوان، زنان ۶۴-۴۵ سال در رده میانسال و زنان ۶۵ سال به بالا را در رده مسن تقسیم‌بندی نمودیم. این رده‌بندی بر مبنای تقسیم‌بندی استاندارد بین‌المللی سن است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۸: ۱۶).

در واقع، به دلیل حساس بودن مسئله ختنه برای زنان، پیدا کردن زنانی که تمایل به بیان تجربه‌های خود درباره ختنه داشتند، دشوار بود. به همین دلیل مصاحبه‌ها را از نزدیکان و اقوام شروع کردیم و همراهی آنان زمینه را برای جلب اعتماد و آشنایی زنان دیگر فراهم نمود. برای آشنایی و مصاحبه با زنان شهرستان‌های الشتر و کوهدشت در مراسمی که این زنان شرکت داشتند، حضور یافتیم. شرکت در این مراسم زمینه و فضای مناسب را برای جلب اعتماد و آشنایی با زنان شهرستان‌های مذکور فراهم آورد. این زمینه آشنایی سبب شد که این زنان، اقوام و نزدیکان خود را که تجربه انجام ختنه داشتند، به ما معرفی کنند. در ادامه مصاحبه‌ها را در فضای دوستانه و صمیمی انجام دادیم و در صورت تمایل مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها را ضبط کردیم. تمام مصاحبه‌ها به زبان لکی انجام شد و در ادامه آن‌ها را به فارسی پیاده نمودیم و به ارزیابی اولیه آنها پرداختیم در این میان به نقش مهم کولی‌ها به عنوان ختان‌پی بردیم و با کمک زنان ختنه شده، مصاحبه‌هایی را با دو کولی برای شناخت دقیق عمل ختنه انجام دادیم.

سپس برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل موضوعی استفاده کردیم. در تحلیل موضوعی مقوله‌ها از طریق مطالعه و بازخوانی دقیق داده‌ها شناسایی می‌شود (فردی و مویرک‌هرنس^{۱۳}، ۲۰۰۶). این روش شامل رفت و برگشت مداوم بین مجموعه داده‌ها، مفاهیم، مقولات و تجزیه و تحلیل آنهاست (بروان و کلارک^{۱۴}، ۲۰۰۶). در جدول زیر مشارکت‌کنندگان در این پژوهش و برخی از ویژگی‌های آنها ذکر شده است.

نوع ختنه

ختنه در میان سه نسل از زنان لک متفاوت است، به تناسب چگونگی انجام ختنه، انواع گوناگونی از ختنه وجود دارد، برای زنان نسل اول، ختنه برداشتن جزیی کوچک از آلت زنانه و بدون درد بوده است. ختنه در بین زنان نسل اول به تعریفی که سازمان بهداشت جهانی در مورد نوع اول ختنه ارائه داده است، نزدیک است. مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی، ختنه نوع اول شامل برداشتن جزیی یا کل کلیتوریس (قسمت حساس، کوچک، قابل نعوظ اندام جنسی زنان) و در موارد نادری شامل برداشتن غفله (پوست اطراف کلیتوریس) است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹/۶/۲۸).

نوع ختنه در بین زنان نسل دوم لک با نوع آن در بین زنان نسل اول متفاوت است، آن‌ها ختنه را شامل برداشتن لبه‌های کوچک اندام جنسی زنانه می‌دانند. مطابق با تعریف زنان نسل دوم، نوع ختنه این نسل از زنان با نسل اول متفاوت بوده است زیرا در ختنه زنان نسل دوم علاوه بر برداشتن قسمت بزرگ‌تری از اندام زنانه، ختنه همراه با درد و خونریزی بود. در مواردی که خونریزی حاد نبود از خاکستر، خمیر، خاک، یا خاک بلوط و یا مرهمی که کولی با خود داشت، بر روی محل ختنه می‌گذاشتند یا این که به منظور متوقف شدن خونریزی زن را ترغیب به ادرار می‌کردند. اما زمان‌هایی که خونریزی شدید بود^{۱۵} گیاه غاز یا قی^{۱۶} خشک شده را پودر و بر محل زخم می‌گذاشتند.

جدول ۱- مشخصات مشارکت‌کنندگان پژوهش

ردیف	نام	سن	وضعیت تاهل	محل سکونت	تحصیلات
۱	خانم طلا	۷۵	فوت همسر	نورآباد	بیسواد
۲	نقره	۷۰	فوت همسر	الشتر	بیسواد
۳	سرور	۸۰	فوت همسر	نورآباد	بیسواد
۴	خاور	۷۷		الشتر	بیسواد
۵	نورملک	۶۴	فوت همسر	کوهداشت	بیسواد
۶	سمانه	۴۰	متاهل	نورآباد	لیسانس
۷	مئونا	۶۰	متاهل	کوهداشت	نهضت
۸	شاه صنم	۶۳	متاهل	الشتر	نهضت
۹	شهین	۶۴	متاهل	نورآباد	بیسواد
۱۰	فوزیه	۴۴	متاهل	کوهداشت	لیسانس
۱۱	خدایس	۶۰	متاهل	نورآباد	بیسواد
۱۲	سلطنت	۵۹	متاهل	الشتر	نهضت
۱۳	زمرد	۶۰	متاهل	کوهداشت	نهضت
۱۴	خورشید خانم	۶۴	متاهل	نورآباد	بیسواد
۱۵	زرخانم	۵۷	متاهل	الشتر	بیسواد
۱۶	شهناز	۴۲	متاهل	الشتر	لیسانس
۱۷	سوسن	۳۶	متاهل	نورآباد	دیپلم
۱۸	منیژه	۳۱	متاهل	کوهداشت	دبیرستان
۱۹	تاج بانو	۸۳	فوت همسر	کوهداشت	بیسواد
۲۰	دولت	۸۸	فوت همسر	کوهداشت	بیسواد
۲۱	قدم خیر	۷۵	فوت همسر	نورآباد	بیسواد
۲۲	سنگین بانو	۷۰	فوت همسر	نورآباد	بیسواد
۲۳	مینا	۶۴	فوت همسر	نورآباد	نهضت
زنان کولی (ختان)					
۱	مهناز	۵۸	متاهل	الشتر	بیسواد
۲	مهین	۶۰	متاهل	نورآباد	بیسواد

نوع ختنه در بین این نسل به تعریف نوع دوم ختنه از منظر سازمان بهداشت جهانی نزدیک است. مطابق با تعریف این سازمان ختنه نوع دوم شامل؛ برش یا قطع^{۱۷} جزئی یا کل کلیتوریس و لب‌های کوچک می‌شود که گاهی همراه با قطع یا برش لب‌های بیرونی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹/۶/۲۸).

ختنه در میان زنان نسل سوم کاملاً متفاوت از دو نسل قبل است، در این نوع، کلیتوریس را قطع و لب‌ها را به یکدیگر می‌دوختند. در واقع نوع ختنه در زنان لک نسل جوان با تعریف سازمان بهداشت جهانی با نوع سوم ختنه همخوانی دارد. در این نوع ختنه عبارت است از: قطع کلیتوریس و لب‌های آلت زنان و به هم آوردن لب‌ها،^{۱۸} در این نوع تنها سوراخ کوچکی برای ادرار و خون عادت ماهیانه وجود دارد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹/۶/۲۸).

همان‌طور که اشاره کردیم ختنه نوع سوم در میان زنان لک وجود دارد این در حالی است که سازمان بهداشت جهانی در گزارشات خود صرفاً اشاره به وجود دو نوع ختنه (ختنه نوع اول و نوع دوم)، در ایران دارد (گزارش سازمان ملل، ۲۰۱۴/۶/۶)، همچنین یافته‌های پژوهش‌های (عرفانی، زیر چاپ؛ احمدی، ۱۳۹۴؛ کریمی، ۱۳۸۹؛ مظفری، ۱۳۹۳) نشان داده است که ختنه نوع اول و دوم در مناطق مورد پژوهش‌شان انجام می‌شده است.

پاسخگویان جوان نوع ختنه متفاوتی را تجربه کرده‌اند، آنان در کلینیک‌ها و تحت نظارت ماماها و با لوازم مدرن ختنه می‌کنند. مطالعات صورت گرفته در کشورهای مصر، گینه، کنیا، نیجریه، سودان شمالی و یمن نشان می‌دهد که عمل ختنه با روش‌های سنتی به سمت عمل ختنه با روش‌هایی در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های بهداشتی و توسط متخصصان پزشکی تغییر یافته است. در این کشورها یک سوم یا بیشتر زنان توسط پرسنل بهداشتی آموزش دیده ختنه شده‌اند. از این تغییر تحت عنوان پزشکی و بهداشتی کردن ختنه یاد می‌شود (مظفریان، ۱۳۹۶).

کلینیکی شدن ختنه در میان زنان جوان لک سبب شد که انجام این عمل محدود به زمان مشخصی نباشد. زنان جوان هر زمان که وقت آزادی داشتند، بعد از زایمان در مطب، یا متأثر از دیگران عمل ختنه را انجام می‌دادند. همچنین، زنان جوان درد جسمی کمتری هنگام ختنه متحمل می‌شوند، زیرا در کلینیک‌ها و از مواد بهداشتی و بی‌هوشی استفاده می‌کنند. علاوه بر تفاوت‌های انجام ختنه در میان زنان لک، ترغیب‌کننده‌های آنان به عمل ختنه در سه نسل از زنان متفاوت است که در ادامه به آنها پرداخته می‌شود.

ترغیب‌کننده‌های ختنه

الف-کولی‌ها به عنوان جراحان ختنه

بنابر مصاحبه‌ها، یکی از مهم‌ترین مولفه‌های ترغیب‌کننده زنان نسل اول و دوم به ختنه کولی‌ها بودند، اما نقش کولی‌ها به مثابه ختان در میان زنان نسل سوم کم‌رنگ می‌شود و تنها تعداد معدودی از زنان آن‌ها را برای ختنه می‌پذیرند. زنان جوان بیشتر در مطب ماماها ختنه می‌کنند، برخی از ماماها و متخصصین زنان آن‌ها را به مطب‌های خود ارجاع داده و دور از نگاه همکارانشان و پنهانی آن‌ها را جراحی می‌کنند. ماماها در کلینیک‌ها برای ختنه ۵۰۰ هزار تومان از زنان دستمزد می‌گیرند ولی اگر زنی با کولی ختنه کند باید ۳۰ هزار تومان به عنوان دستمزد بپردازد.^{۱۹} در واقع، نقش مهم کولی‌ها در این زمینه، ما را بر آن داشت که به شناختی از این اقلیت و نقشی که در این جامعه به عنوان جراحان ختنه داشته‌اند، بپردازیم.

کولی‌ها گروه‌هایی دوره‌گرد هستند که با مردم کشورهای گوناگون در تماس هستند. اما این نزدیکی، هرگز نتوانسته است آنان را در مردمان دیگر تحلیل برد. زیرا آن‌ها از لحاظ فیزیکی ریشه در خاک ندارند و در تمام قاره‌ها از جمله اروپا، آفریقا، آمریکا و آسیا و در بیشتر نقاط ایران از جمله استان لرستان پراکنده هستند (افشار سیستانی، ۱۳۷۷).

کولی‌ها اصلاً تولید مواد اولیه خوراکی ندارند و برای تامین خوراک ناچار به مبادله با گروه‌های دیگر یکجانشین یا کوچ‌نشین هستند. بنابراین باید این مهم را در نظر داشت که تبادل با دیگری یکی از اصلی‌ترین پایه‌های ساختاری گروهی کولی‌هاست (اسفاری، ۱۳۹۴).

18. infibulation

۱۹. این قیمت مصوب مطابق با کد ملی ۵۰۱۴۸۰ سال ۱۳۹۷ بوده است.

باور مردم لرستان به این‌که کولی‌ها با خواهر خود ازدواج می‌کنند (همان، ۲۳۴) باعث شد که این گروه دوره‌گرد، به عنوان بیگانه تلقی شوند و جز مطرودین جامعه به حساب آیند. با این حال، لر‌ها ضرب‌المثل مشهوری دارند که می‌گویند «دنیا گا کِلَمَه است»^{۲۰} بدین معنی که جهان سراسر مبادله است (فرهادی، ۱۳۸۸). اهمیت مبادله در میان مردمان لر، ارتباط آنان را با کولی‌ها به عنوان یک گروه مطرود توجیه می‌کند. کولی‌ها، در استان لرستان از طریق خال‌کوبی، نوازندگی، ختنه کردن پسران و دختران، حجامت کردن، ساختن ظرف‌های چوبی و... روزگار می‌گذرانند. آن‌ها همچنین در مراسم‌ها موسیقی اجرا می‌کردند (فیلبرگ، ۱۳۶۹).

حضور کولی‌ها در میان لک‌های لرستان زمینه را برای تبلیغ ختنه فراهم می‌آورد، آنان همزمان با فروش صنایع دستی داستان‌هایی درباره مزایای ختنه و مضرات ناشی از عدم ختنه می‌گفتند. این در حالی است که جراحان ختنه در دیگر مناطق ایران که ختنه مرسوم است، محلی و بومی هستند. کریمی (۱۳۸۹)، در شهر پاره جراحان ختنه را ماما، قابله، مادر، خاله، همسایه‌ها ذکر کرده است. پاشایی (۱۳۹۰) در روانسر ذکر کرده است که تقریباً تمام ختنه شده‌ها توسط ماما‌های محلی ختنه شده‌اند، مظفریان (۱۳۹۳) در قشم نیز دایه محلی و ملا را جراحان ختنه ذکر کرده است.

کولی‌ها به منظور ترغیب زنان به این عمل به اعتقادات و زمینه مذهبی، وضعیت اقتصادی آنان توجه می‌کردند برای مثال به منظور ترغیب زنی که اعتقادات اسلامی داشت اما همسرش اهل حق بود می‌گفتند:

این روزه و نمازی که تو می‌خونی قبول نیست. ختنه سنت است سنت. سیدا چطور جلو سیلشونو میگیرند اینم ور سیبلیه که باید گرفته بشه.^{۲۱}

تبلیغات کولی‌ها در نگرش مردم منطقه تاثیر بسیاری بر جای گذاشت به طوری که یکی از زنان اشاره می‌کند که ما فریب این تبلیغات را خورده بودیم و در این مورد صنمیر خاطره‌ای نقل کرد:

کولی‌ها یه دروغ‌های بهمون می‌گفتند ما هم باور می‌کردیم. مثلاً می‌گفتن بعد از ختنه، مهره چق چقه^{۲۲} همراhton باشه شوهراتون دوستتان دارن. اون مهره پر این کشتزارهای خودمان بود، ولی ما از اونا می‌خریدیم. ما هم ساده بودیم باور می‌کردیم.

و به افرادی که وضعیت اقتصادی نامساعدی داشتند، به نحوه دیگری به ترغیب زنان می‌پرداختند. مونا گفت:

کولی می‌آمد و با صدای بلند می‌گفت که ختنه چه مزایا داره و هر که نیاد، فردا پس فردا دست به چای بزنی زود تموم میشه، دست به آرد... بزنی زود تموم میشه. مثل الان که نبود ما بیست کبریت تو خونه داشته باشیم، یک کبریت بود و می‌بایست برای ماه‌ها تموم نشه.

20. Donya Gah Kelmah

۲۱. شواهد تاریخی نشان می‌دهد که لرستانی‌ها در گذشته اعتقاد راسخی به مذهب نداشتند. آن‌ها درباره اصولی که توسط پیامبر اسلام که ظاهر آ به او ایمان دارند، بسیار جاهل و بی تفاوت بوده‌اند، تا جایی که در اوایل قرن نوزدهم میلادی شاهزاده محمدعلی میرزا دولتشاه برای ارشاد آن‌ها مجتهدینی به میان قبایل فرستاده بود (دوبد و مینورسکی، ۱۳۹۴)، در واقع، دین باستانی مناطق لک‌نشین اهل حق بوده است، سپس این دین را با آموزه‌های اسلامی آمیخته کرده‌اند. هر چند وجود آیین‌ها، نمادها و الگوهای فرهنگی که حتی امروزه در میان مردم لک به چشم می‌خورد، با آنچه در برهان حق به تصویر کشیده شده است همسان است. (ابزد پناه، ۱۳۶۷). در تایید این روایت تاریخی، منوچهر والی‌زاده از طایفه سنجابی شهرستان دلفان، به عنوان یکی از مطلعین محلی این منطقه گفت: همه ساکنین منطقه مورد مطالعه در گذشته اهل حق بوده‌اند و در این مذهب سبیل قداست داشته است و هیچ کدام سبیلشان را نمی‌تراشیدند و حتی جلو سبیلشان را هم نمی‌زدند، شنیده‌ام که مجتهدینی بین مناطق آمده و مردم را با اصول اسلامی آشنا کرد و قبح تراشیدن سبیل را از بین برده بودند. هر چند هنوز برخی از طایفه‌ها سبیل نمی‌تراشیدن، اما برخی از طوایف مثل اولاد قباد از مجتهدین پیروی کردند و جلوی سبیلشان را کوتاه کردند برای نظافت. پدر سکنه هم متعلق به طایفه اولاد قباد که جلوی سبیلشان را می‌تراشند.

22. Cichorium intybus

عواملی که کولی‌ها برای ختنه کردن بر می‌شمردند در میان زنان از گروه‌های گوناگون متفاوت بوده است. چنانچه با زنان پیرو مذهب اهل حق^{۲۳}، مواجهه می‌شدند، از برکت داشتن دست^{۲۴} و مال^{۲۵}، حلال بودن بدن و بدین ترتیب هر کاری که به واسطه بدن انجام می‌شود مثل تهیه غذا و رابطه با همسر، رئوف شدن^{۲۶} زن اشاره می‌کردند و اگر کولی‌ها با زنان مسلمان مواجهه بودند علاوه بر تعابیر ذکر شده از ختنه به عنوان عاملی برای قبول بودن نماز و روزه نزد پروردگار و همچنین وجوب ختنه به وسیله روحانیون یاد می‌کرده‌اند و با این تعابیر زنان را راغب به انجام ختنه کرده‌اند.

یافته‌های ما نشان داد که، کولی‌ها قبل از انجام ختنه زنان دستمزدشان را دریافت می‌کردند. دستمزد آن‌ها بسته به نوع محصول منطقه بوده است، مثلاً اگر زنان گوسفند و گاو داشتند، روغن، کشک یا کره می‌دادند و اگر کشاورز بودند، گندم، جو، نخود، عدس و اگر شهری بودند، مقداری چای، برنج و به ندرت پول می‌پرداختند. اگر زن‌ها به موقع دستمزد کولی را پرداخت نمی‌کردند، کولی زیورآلات آنها را موقع ختنه از بدن آن‌ها می‌کند و همچنین اگر دستمزد مکفی نباشد، کولی آبروی آن زن را نزد افراد دیگر می‌برد و هر جا که می‌رفت از آن زن بدگویی می‌کرد.

وضعیت دریافت دستمزد در بین دیگر مناطقی که ختنه انجام می‌شده است، مطابق با پژوهش‌های احمدی (۱۳۹۴)، مظفریان (۱۳۹۱) و کریمی (۱۳۸۹) متفاوت است، زیرا در این مناطق ختنه‌ها در اکثر موارد دستمزد طلب نمی‌کنند و معتقدند که این عمل را برای رضای خدا انجام می‌دهند.

برای دریافت دستمزد کولی‌ها تحت عمل ختنه، از راه‌های دیگری نیز اقدام می‌کردند. آنها زنان را قبل از ختنه معاینه می‌کردند، گاه برخی از زنان کلیتوریس کوچکی داشتند و احتیاجی به انجام عمل ختنه نداشتند. در این موارد، کولی‌ها سه بار تیغی از بالا زیر لباس آن‌ها می‌انداختند پایین و طی این سه بار می‌گفتند «پاک شوی، دستت با برکت شود». البته پاک شدن و با برکت شدن در این موارد دوره زمانی محدودی داشت، بعد از چند سال دوباره کولی‌ها آن زن‌ها را معاینه می‌کردند اگر همچنان کلیتوریس‌شان کوچک بود، مجدداً این مراسم تکرار می‌شد و دستمزد دریافت می‌کردند و با این مراسم تیغ زیر لباس انداختن به زنان القاء می‌کرد که دست شما برکت دارد و پاک شده‌اید.

ب- جامعه و ختنه زنان لک

زنان نسل اول در یک ساختار اجتماعی همگن و منسجم زندگی می‌کردند. یکی از مهم‌ترین ویژگی این جوامع را می‌توان تعریف دقیق هنجارها ذکر کرد، در نتیجه مردم به رفتار یکدیگر توجه دارند و کنترل و فشار هنجاری را به‌طور قوی احساس می‌کنند. به همین دلیل در این مناطق رفتار نابهنجار بسیار محدود است و کنترل اجتماعی بیشتر از جانب مردم اعمال می‌شود (رفعی پور، ۱۳۷۸). تعریف دقیق

۲۳. اهل حق یکی از رشته‌های انشعابی و معمولاً وابسته به مذهب تشیع بوده و مجموعه‌ای از عقاید و آراء خاص است که ترکیبی از باورهای اساطیری ایران قدیم و اسلام است و در برخورد با حوادث در زمان‌های گوناگون اشکال گوناگونی به خود گرفته است و به ویژه در غرب ایران پراکنده بودند (جیحون آبادی، ۵).

۲۴. لرها دستم برکت نداره را به کنایه در مورد آدم‌های حق ناشناس به کار می‌برند. (عسکری عالم، ۱۳۸۷). اما لک‌ها زیاد شدن و کم نشدن یک ماده را برکت داشتند می‌گفتند و بیشتر در مورد مواد غذایی به کار می‌رود.

۲۵. برخی از پاسخگویان ذکر می‌کردند که ما علاوه بر ختنه، جوز (Nutmeg) هم سر بریدیم برای این که مالمان برکت داشته باشد، سر سپردن یکی از اصول اولیه اهل حق می‌باشد، که در این مراسم جوز هم سر می‌برند، البته در این مراسم دعای سفره که با برکت در ارتباط می‌باشد خوانده می‌شود. ولی این مراسم لزوماً برای برکت پیدا کردن نیست. بلکه نوعی بیعت است. اما مردم بر این باور هستند که هر کسی که سرسپرده باشد، دستش برکت پیدا می‌کند.

۲۶. در بخش جامعه، خانواده، همسر و ختنه به آن پرداخته شده است.

هنجارها و کنترل غیررسمی از جانب مردم، زندگی خصوصی و اجتماعی افراد را تحت تاثیر قرار داده است. طبق یافته‌ها، علیرغم این‌که، ختنه در میان زنان مسن همراه با اجبارخشن از سوی والدین نبوده است، از سوی اجتماع یعنی محل زندگی آن‌ها تحت اجبار بوده است. این اجبار سبب می‌شده است زمانی که دختران به سن ازدواج می‌رسیدند، برای کسب مشوق‌های اجتماعی از جمله افزایش شانس ازدواج، با تمایل و رغبت خود عمل ختنه را انجام می‌دادند.

دختران چه شوهر کرده و چه شوهر نکرده ختنه می‌کردند. اگر دختران ازدواج می‌کرده‌اند در حالی که ختنه نکرده بودند، از طرف خانواده همسر مورد شماتت قرار می‌گرفتند. آنها عقیده داشتند که این دختر بی‌صاحب بوده و خانواده‌اش به فکر او نبودند. این وضعیت در دیگر مناطق ایران که ختنه مرسوم بوده، متفاوت بوده است و دختران از کودکی مجبور به انجام ختنه بودند. رضازاده جلالی (۱۳۸۶) ذکر کرده که ختنه از ۴۰ روزگی نوزاد شروع می‌شود، کریمی (۱۳۸۹) و مظفریان (۱۳۹۳) نیز آورده‌اند که ختنه دختران از چند ماهگی انجام می‌شد و احمدی (۱۳۹۴) نیز اشاره کرده است که ختنه از سن ۳-۶ شروع می‌شد.

رابینسون (۲۰۰۱) اشاره کرده است که، سن انجام ختنه در کشورهای متفاوت متغیر است، سن می‌تواند از ۲ هفته به بعد از تولد دختر تا قبل از ازدواج نیز باشد. ولی معمولاً این عمل از سنین نوزادی تا ۱۵ سالگی و گاهی نیز برای دختران جوان انجام می‌شود. از سویی، گاهی عدم ختنه زنان باعث طرد آن‌ها از برخی از همیاری‌های محل زندگی آن‌ها شده است، چنان‌چه فوزیه در خاطره‌ای از مادر بزرگش گفت:

خانمی بود تو ده که ختنه نکرده بود زن‌های همسایه وقتی فهمیدند گفتن دستت حلال نیست ما با تو شیرواره نمی‌کنیم. چون شیرش خیلی کم بود و نمی‌توانست با شیر خودش به تنهایی کره و روغن تولید کند. با وجود این که می‌ترسید ناچار شد ختنه کند.

مواردی مثل خاطره‌ای که فوزیه نقل کرد، نشان می‌دهد که اگر زنی در جامعه گذشته لک از هنجارهای اجتماعی مثل انجام ختنه پیروی نمی‌کرد متضرر می‌شد. در نتیجه زنان برای جلوگیری از طرد شدن هم‌نوابی با جامعه را بر می‌گزیدند. آدمی برای رهایی از برخی اجبارها، با اختیار و داوطلبانه برخی از اجبارهای دیگر را می‌پذیرد (فرهادی، ۱۳۸۸). در واقع اصل خواهی نشوی رسوا هم‌رنگ جماعت شو، در اجتماعات محلی و کوچک بیشتر ضروری می‌نماید، از این‌رو افراد در این اجتماعات تلاش دارند هم‌راستای هنجارهای حاکم بر جامعه باشند.

خانواده و ختنه زنان لک

فضای زندگی زنان نسل دوم از منظر سنتی بودن جامعه و محدود بودن ارتباطات به فضای حاکم بر زندگی زنان نسل اول شباهت داشت اما وقوع اصلاحات ارضی در این دوره، به دنبال آن، از بین رفتن تعاونی‌های سنتی زراعی مثل بنه، الغای مالکیت اربابی و تفویض مالکیت زمین به خانواده‌ها، افزایش بهره‌وری خانوادگی در این دوره زمینه را برای ایجاد تغییر هنجارهای حاکم بر جامعه فراهم آورد. جامعه روستایی ایران قبل از اصلاحات ارضی، تحت نظام ارباب و رعیتی اداره می‌شد، در اکثر موارد رعیت‌ها به صورت اشتراکی در مزرعه‌ای به زراعت می‌پرداختند، در این وضعیت هنجارهای اجتماعی قوی بر آن‌ها حاکم بود، در نتیجه فرد در جامعه خود مستحیل می‌شد، به نحوی که تلاش و کوشش افراد در راستای منافع جمع و جامعه انجام می‌شد. بعد از اصلاحات ارضی و تقسیم شدن زمین‌ها در بین رعیت‌ها، و مالک شدن اکثر رعیت‌ها، بهره‌وری خانوادگی افزایش یافته است، تحت این روند، ارزش‌ها حول خانواده‌گرایی شکل می‌گیرد. که از اهمیت ارزش‌های اجتماعی می‌کاهد و به جای تلاش برای اجتماع فرد به تلاش برای خانواده می‌پردازد. در میان زنان نسل دوم لک، ترس از عدم پذیرش از سوی جامعه جای خود را به ترس عدم پذیرش از سوی خانواده می‌دهد. سلطنت از خاطره ازدواجش گفت:

قبل از این که ختنه کنم اگر زود آرد و روغنمون تمام می‌شد، مادر شوهرم می‌گفت همش تقصیر این تیغ زیر جامه نرفته است.^{۲۷} من هم برای دوری از این اتهام‌ها و این که منابع مورد نیاز خانواده تمام نشن ختنه کردم.

در واقع، وقتی عروس به خانه بخت می‌رفت، اولین چیزی که خانواده و خویشان داماد خواستار آن بودند، قدم مبارک اوست؛ زیرا آنان باور به این ضرب‌المثل دارند که «عروس با قدمش و چوپان با چوبش»^{۲۸}، که تعبیرش این است که وقتی عروس می‌آورد یا چوپان استخدام می‌کند، باید قدمشان مبارک باشد. به همین خاطر اگر وقتی عروس به خانه بخت می‌رود اتفاق ناگواری برای خانواده داماد بیفتد، عروس تا آخر عمر مورد بی‌لطف و بدگمانی قرار می‌گیرد (ایزد پناه، ۱۳۷۰). پس عروس هم باید تمام سعی و تلاش خود را به کار می‌گرفت که مسبب اتفاق بد در خانواده شوهر نشود، به همین دلیل ختنه می‌کردند، که تمام شدن مواد غذایی خانواده را به عدم ختنه نکردن آن‌ها نسبت ندهند. ختنه، باعث می‌شد که عروس در خانواده همسر پذیرفته شود، گرچه بارها زنان مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر اشاره کردند، که برای مردان مهم نبود که ما عمل ختنه را انجام بدهیم یا نه اما زمانی که ختنه می‌شدیم لبخند رضایت بر لبانشان جاری می‌شد. از سویی یکی دیگر از دلایل ختنه زنان، انقیاد زنان بوده است، چنان‌که زرخانم گفت:

ختنه برای این بود، تا خار بیض کم شود.^{۲۹} اگر زن‌ها ختنه کنند دیگه از سر و صدای زن کم می‌شه. درد داشتیم تا چند وقتی دیگه دعوا یا سر و صدا نمی‌کردیم. بعدشم دیگه عادت می‌کردیم کمتر دعوا می‌کردیم.

زنان حقوقی برای خود قائل نبودند، چون جامعه اطرافشان این گونه است و اطلاعاتشان خارج از حدود رسومات اجتماعی خود در حد ناچیزی است. از این رو زن را به راحتی می‌توان بخشی از دارائی شوهر تلقی کرد تا شریک زندگی او، طبق رسومات محلی زن مطیع محض شوهر است (گودرزی، ۱۳۷۴). در واقع با انجام عمل ختنه زنان مطیع‌تر می‌شوند، و قدرت حاکم آن‌ها را محدود و محصور می‌کند که به نفع خود از آن بهره‌وری کند. کریمی (۱۳۸۹) نیز یکی از دلایل انجام ختنه در بین دختران کرد پاره را، مطیع و سر به راه شدن آن‌ها ذکر کرده است.

مرد و ختنه زنان لک

مطیع و متقاد شدن بدن زنان تحت ختنه، طی نسل‌های مختلف تحت سلطه عوامل مختلفی بود. همانطور که قبلاً اشاره کردیم، در نسل اول تحت سیطره اجتماع و باورهای اجتماع و در نسل دوم تحت سیطره خانواده بود. اما این رویه در نسل سوم تحت مدرن شدن جامعه، تغییر ساختار خانواده و کوچک شدن بعد آن و تغییر معنای خانواده از بنگاه اقتصادی به جایی برای آرامش و لذت است. طبق نظر بهنام و راسخ، استقلال روزافزون اجتماعی و اقتصادی زن باعث عدم نیاز او به قبول شوهری مشترک صرفاً برای تأمین معاش و بقای خویش شده است. علاوه بر این، کثرت اطفال و چند زنی به مثابه نیروی کار در خانواده از اهمیت خارج شده است (۱۳۴۸). در واقع، روابط زن و شوهری امروزه دستخوش تغییر و تحول شده است، زن دیگر به آسانی زیر یوغ مادر شوهر و پدر شوهر نمی‌رود و از همسر خود خانه جداگانه مطالبه می‌کند و زندگی مستقلی از آن خود دارد. تشکیل عایله‌ای دیگر را برای شوهر خود حرام می‌داند و چشم دارد که شوهر همه اندیشه و نیروی خود را در خدمت همان یک خانواده زن و شوهری بگمارد (بهنام، راسخ: ۱۳۴۸). این توقع را شوهران همواره بر آورده نمی‌کنند و زنان برای حفظ این شرایط کارهای متفاوتی می‌کنند که ختنه یکی از آن‌ها است. پس انقیاد بدن زنان تحت ختنه، در این دوران معنایی متفاوت از دو نسل پیشین دارد.

مصاحبه‌ها نشان داد ختنه زنان عللی متفاوت از علل سابق دارد، در این دوره بر خلاف دوره قبل، ختنه برای حفظ برکت، پذیرش در خانواده نیست. در واقع در نسل‌های پیشین، کارکرد مهم ختنه به خاطر منافع اقتصادی در خانواده بوده است، اما آنچه در این مرحله

۲۷. تیغ زیر لباسش نرفته است یعنی این که ختنه نکرده است.

۲۸. عروس ایا واپادمش، چوپون ایا و دسته چوبش

۲۹. وقتی گاو نری هی سرو صدا می‌کرد. کمی از بیضشو پاره می‌کردند دیگه سرو صدا نمی‌کرد.

مهم می‌نماید، کسب لذت جنسی بیشتر است که مرد از آن منتفع می‌شود. مصاحبه‌های ما نشان داد، که هیچ دختری قبل از ازدواج ختنه نمی‌کند بلکه بعد از ازدواج و به خاطر همسر ختنه می‌کنند به عبارتی مردها و خواسته‌های آنها در بین زنان نسل جدید، آنها را به ختنه سوق می‌دهد. زنان جوان به دنبال نظر مثبت همسرانشان هستند و خود را در ارتباط با همسرانشان تعریف می‌نمایند و خواسته‌های همسرانشان را به خواسته‌های خود مقدم می‌دارند. علاوه بر جلب توجه همسر، زنان نسل جوان تحت تاثیر روایات ماماها و متخصصین زنان در راستای بهداشت و سلامت خود در سنین پیری، تمایل به ختنه نشان می‌دهند. در واقع، انجام ختنه در بین زنان دیگر مناطق ایران با دلایلی متفاوت انجام می‌شده است، مظفریان (۱۳۹۳)، کریمی (۱۳۸۹)، رضازاده (۱۳۸۶)، احمدی (۱۳۹۴)، عرفانی (در دست چاپ) مهمترین عوامل انجام ختنه را مذهب و حفظ پاکدامنی دختران ذکر کرده‌اند ولی هیچ‌کدام از این عوامل در بین زنان لک به عنوان عامل ختنه ذکر نشده است.

ختنه از نگاه زنان

زنان لک بر حسب نسل‌های مختلف، نگاه متفاوتی به ختنه دارند. نگاه زنان نسل اول به ختنه حاکی از تأیید این عمل از گذشته تا به امروز است. زنان این نسل قبل از انجام ختنه احساس ناخوشایندی از جمله احساس ناپاکی و گناه داشتند. تاج بانو به ما گفت:

واقعا فکر می‌کردم حلال نیست اگر ختنه نکنم و علت زود تموم شدن روغن دست من است.

پذیرش ختنه در میان زنان لک مسن به گونه‌ای بوده است که انجام آن در میان زنان باعث سرافرازی و نشانه شجاعت بود و عدم انجام آن باعث دادن برجسب‌هایی منفی از سوی جامعه به آنها می‌شد. باور و پذیرش قلبی ختنه در میان زنان مسن لک باعث شده بود که آنها پیامدهای ختنه را به طور محسوس لمس کنند، این زنان همچنان به پیامدهای مثبت آن ایمان دارند اما در مورد داستان‌سرایی کولی‌ها درباره ختنه دچار تردید شدند.

اما این شرایط در مورد زنان نسل دوم از پیچیدگی برخوردار است. برحسب شرایط گوناگون از جمله میزان تحصیلات زنان^{۳۰} و فرزندان‌شان همچنین استفاده از رسانه‌های مختلف نگاه آنان به ختنه متفاوت شده است. کندالا نیز اشاره کرده است، زنان با تحصیلات کمتر بیشتر تحت عمل ختنه قرار گرفته‌اند (کندالا^{۳۱} و همکاران، ۲۰۰۹). زنان میانسالی که از تحصیلات برخوردار نیستند، اظهار داشتند که ختنه باعث برکت مال آنها شده است. مینا در مورد تاثیر ختنه به ما گفت:

راستشو بخوای تا قبل از این که ختنه بکنم. یه قابلمه داشتیم مادر شوهرم اونو پر آرد می‌کرد و بهم می‌داد که خمیر و نان درست کنم که تا قبل از ختنه، اون آرده ۵ نان می‌کرد اما بعد از ختنه ۶ نان می‌کرد. مشکه هم کره‌اش بیشتر شده بود و حتی چای و بقیه چیزها هم همینطور، نتیجه‌اش این بود که دستمان برکت پیدا می‌کرد. راست می‌گفتند و دروغ هم نمی‌گفتند. واقعیت اینه که ماندگاری همه چیز برامون بیشتر شد. راست بود و دروغ نبود.

مینا در ادامه گفت:

اگر الان بود هرگز ختنه نمی‌کردم، همه چیز هست و تموم شد باز پول دارم میخرم، قبلا هی باید نگران تمام شدن منابع می‌بودیم.

مطابق با مطالعه صفی‌نژاد، وضعیت اقتصادی لرستان به دلیل نبود زراعت و تجارت در گذشته نامساعد بوده است (۱۳۸۱). همان‌طور که در ادبیات عامه ایرانیان آمده است، آن که شیران را کند رو به مزاج/ احتیاج است احتیاج است،^{۳۲} بدین معنا است که، نیاز و

۳۰. زنان میانسال در دوره کودکی شان به مدرسه نرفتند و تحصیلات خود را در دوره جوانی و در نهضت سوادآموزی کسب کردند.

احتیاج باعث تغییر فطرت نیز می‌شود. در واقع شرایط نامساعد اقتصادی در میان زنان لک باعث شده است که برای بهبود وضعیت اقتصادی‌شان، این باور را بپذیرند که ختنه باعث برکت و فراوانی مال می‌شود.

خاورگفت:

قبل از ختنه نمی‌دونم چرا، زیاد حس خوبی به خودم نداشتم وقتی می‌دیدم مادر شوهرم اینقد دستش برکت داره من دستم برکت نداره. وقتی که ختنه کردم حس خوبی داشتم، می‌تونم بی‌ترس به هر چیزی دست بزنم. خودم هم از خودم خوشم می‌ومدم. مادر شوهرم دستش خیلی برکت داشت. یه استکان چای خشک را تا یک ماه تموم نمی‌کرد و یه کاسه برنج درست می‌کرد مکفی تمام خانواده می‌شد، قبل از این که ختنه کنم من باید سه کاسه برنج درست می‌کردم که برای همه خانواده کافی باشه اما بعد از ختنه با دو کاسه همه سیر می‌شدند و هیزه^{۳۳} مادر شوهرم تا عید ۴ کاسه داشت. از روغن ما هیچی نمی‌موند.

این نگاه به ختنه در میان زنان نسل دوم که دارای تحصیلات هستند و فرزندان آنان تحصیلات دانشگاهی دارند تغییر کرده است. این گروه از زنان، معتقد بودند که فریب خورده‌اند و برداشتن یا برداشتن یه بخشی از کلیتوریس آنها لزوماً باعث برکت و پاکی نمی‌شود. علاوه بر این معتقد بودند که آگاهی نداشتند و گرفتار خرافات شده بودند. این نگرش در بین آنها باعث شده است که زنان مسن که اکثر وقت خود را با زنان این نسل می‌گذرانند و منبع دریافت اطلاعات آنها بودند، تحت تاثیر نگرش آنها به ختنه قرار گیرند و در برخی موارد نسبت به داستان‌سرایی کولی‌ها تردید کنند.

البته زنان جوان به نحوی تحت تاثیر تبلیغات زیبایی واقع شده‌اند و به همین دلیل بیشتر عمل زیبایی انجام می‌دهند، اما از نگاه زنان این عمل زیبایی همان ختنه است. زنان جوان نگرش خوبی به ختنه ندارند، آنها معتقدند که ختنه تاثیرات بدی در زندگی آنها داشته است، نظافت و بهداشت آنها را مخدوش کرده است و لذت آنها را از سکس کم کرده است.

زنان نسل جوان قبل از انجام ختنه برخلاف زنان دو نسل پیش، احساس ناخوشایندی نسبت به خود نداشتند و از طرف خانواده و اجتماع مورد نکوهش قرار نگرفته‌اند، آنچه در بین این نسل متفاوت است این است که آنها بعد از انجام ختنه احساس دوگانه‌ای دارند، زنانی که دارای تحصیلات دانشگاهی بوده و شاغل بودند از این که جسم خود را به خاطر دیگری (مرد) مورد جراحی قرار داده بودند از انجام این عمل دچار یک خشم پنهانی شده بودند، آنها همچنین از اینکه ختنه باعث مخدوش شدن نظافت آنها شده است، احساس ناخوشایندی به ختنه ندارند. اما زنان بدون تحصیلات دانشگاهی و بدون شغل از این که مایه خوشحالی و لذت همسرشان شده بودند، راضی هستند و احساس رضایتی نسبت به انجام ختنه دارند.

نتیجه‌گیری

نیود مطالعات در زمینه ختنه زنان لک انگیزه اصلی پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد. در واقع این پژوهش فتح بابی درباره مطالعات ختنه مناطق بومی در ایران است. بنابراین سعی کردیم، با تمرکز بر وجود رسم ختنه در میان زنان لک، سازو کارهای شکل‌گیری ختنه و نگاه زنان به آن را فهم نماییم.

کولی‌ها به عنوان جراحان ختنه مهم‌ترین عامل ترغیب‌کننده زنان نسل اول و دوم به ختنه هستند. در این راستا کولی‌ها با توسل به باورهای مذهبی موجود در منطقه مثل برکت داشتن دست و حلال بودن سعی در ترغیب زنان به ختنه داشتند. در واقع، دعای سفره در میان اهل حق که در مراسم‌های گوناگون مثل سرسپردن، نذر و ... خوانده می‌شود، دعای حلال کردن و برکت است (مشکور، ۱۳۸۴). در دین اسلام نیز آیات و روایت‌های زیادی برای پاک و حلال بودن وجود دارد، در واقع، کولی‌ها با تاکید بر بن مایه‌های موجود به

۳۳. ظرف روغن که از پوست حیوانات درست می‌شد و روغن در آن ظرف اصلاً خراب نمی‌شد.

ترغیب زنان لک به ختنه می‌پرداختند. اما عاملی دیگری که تقویت‌کننده تبلیغات کولی‌ها بود، شرایط نامطلوب وضعیت اقتصادی منطقه بود که دو باور اعتقادی حلال شدن و به ویژه برکت یافتن، می‌توانست منجر به بهبود وضعیت اقتصادی آنها گردد. این در حالی است که، بر اساس مطالعات سازمان بهداشت جهانی، بی‌سوادی همراه با فقر در گرایش به ختنه تأثیرگذار بوده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲).

با این همه، ختنه در بین زنان لک یک رسم وارداتی بوده است، زیرا کولی‌ها به عنوان جراحان آن برخلاف دیگر مناطق ایران که ختنه در آن مرسوم است، محلی و بومی نیستند و آن‌ها به عنوان گروهی دوره‌گرد این رسم را از مناطق دیگر به این منطقه آورده‌اند علاوه بر این پرداخت دستمزد به جراحان ختنه در میان زنان لک از اهمیت زیادی برخوردار بوده است، زیرا کولی‌ها قبل از ختنه دستمزد را دریافت می‌کردند و اگر زنی دستمزد کافی پرداخت نمی‌کرد، از وی بدگویی می‌کردند. گرفتن دستمزد برخلاف دیگر مناطق ایران که ختنه در آن مرسوم بوده است، می‌باشد، زیرا جراحان ختنه در دیگر مناطق معتقد بودند رضایت خداوند از انجام ختنه برای آنها کافی است و به ندرت دستمزد می‌گرفتند. علاوه بر این، زنانی که کلیتوریسشان کوچک بود، در دیگر مناطق به ختنه شده توسط پری معروف بودند و احتیاجی به انجام عمل ختنه نداشتند. اما در بین مناطق لک، کولی‌ها این گروه از زنان را که کلیتوریسشان کوچک بود با انداختن تیغ زیر لباس‌هایشان به طور نمادین ختنه می‌کرد، تا بدین منظور بتواند از آن‌ها دستمزد بگیرد.

در واقع به خاطر وارداتی بودن ختنه در بین زنان لک این عمل از اجبار خشنی برخوردار نبوده است. امروزه، این رسم کاملاً منسوخ نشده اما به ندرت به سبک قدیمی و با ابزارهای قدیمی در بین زنان وجود دارد، با گذشت زمان تغییرات زیادی در فرآیند ختنه در میان زنان لک انجام گرفته است، زنان مسن به خاطر کسب مشوق‌های اجتماعی و هم‌نوایی با جامعه ختنه می‌کردند چون در غیر این صورت از جامعه مطرود می‌شدند در بین این زنان، ختنه قبل از ازدواج نیز انجام می‌شده است. در واقع آن‌ها قبل از انجام ختنه احساس خوشایندی به خود نداشتند و رضایت آن‌ها از خود بعد از انجام ختنه حاصل می‌شده است با وجود این، امروزه برخی از زنان نسبت به داستان‌سرایی‌های جراحان ختنه در مورد پیامدهای مثبت ختنه دچار تردید شدند.

وضعیت ختنه در میان زنان نسل دوم به گونه دیگری است. ختنه در میان این زنان بعد از ازدواج انجام می‌شده است. آن‌ها نیز مانند زنان مسن قبل از انجام ختنه احساس رضایت از خود نداشتند. در واقع برای زنان نسل دوم ختنه به منظور حفاظت از منابع محدود خانواده تحت مفاهیم برکت، پاکی و مطیع خانواده بودن انجام می‌شده است. امروزه برخی از زنان این نسل همچنان بر این باور هستند که ختنه واقعا برای آن‌ها برکت به ارمغان می‌آورد است اما برخی دیگر از زنان به خاطر تغییر موقعیت از جمله سوادآموزی و داشتن فرزندان تحصیل‌کرده، خود را فریب خورده می‌دانند. در واقع آن‌ها معتقدند ختنه‌ها از جهالت و بی‌سوادی آنان استفاده کردند.

ختنه زنان جوان که در کلینیک‌ها و بعد از ازدواج انجام می‌شود در راستای برآورده کردن خواسته‌های همسرانشان و سلامت خود است. در واقع ختنه زنان این نسل یکی از انواع جراحی‌های زیبایی است که زنان اسم ختنه را بر آن می‌گذارند این زنان برخلاف دو نسل پیشین، قبل از انجام ختنه احساس ناخوشایندی به خود نداشتند در واقع بعد از انجام ختنه در بین گروهی از این زنان که دارای تحصیلات دانشگاهی و به تناسب آن شغل مناسب هستند ختنه باعث خشم پنهانی در بین آن‌ها شده است اما گروهی دیگری از این زنان که دارای تحصیلات دانشگاهی و شغل نیستند، از انجام ختنه احساس خوشایندی دارند زیرا رضایت همسرانشان را فراهم کردند. در واقع، زنان طی دوره‌های مختلف ابژه عوامل مختلفی بوده و هستند، هویت زنان نسل اول تحت کنترل شدید هنجارهای اجتماعی شکل می‌گیرد، زنان نسل دوم ابژه باورهای خانوادگی بودند و زنان نسل سوم نیز ابژه خواسته‌های مردان هستند. در واقع فردیت زنان به آنان تعلق ندارد و خارج از اراده آنان شکل می‌گیرد بدین معنی که دیگران فردیت زنان را ایجاد می‌کنند.

منابع

۱. اسفاری، میترا، (۱۳۹۴)، پویایی هویتی غربت‌ها مطالعه اتنوگرافیک هادوری در چهارراه‌های تهران، نامه انسان‌شناسی، شماره ۲۲، ۱۳۹۴، ۳۷-۱۱.
۲. احمدی، کامیل، (۱۳۹۴)، به نام سنت: پژوهشی جامع بر ختنه زنان در ایران، تهران: نشر و پژوهش شیرازه.
۳. احدی، هما، خدیوزاده، طلعت، سیدی علوی، قدسیه، اسماعیلی، حبیب‌الله، (۱۳۸۲)، ختنه زنان در میناب: شیوع، آگاهی و نگرش، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، پاییز، دوره ۷، شماره ۲۸، ۱۷-۱۴.
۴. انصاری، مسعود، (۱۳۸۰)، زن در ادیان ابراهیمی، <http://rapidshare.com/s>
۵. ایزدپناه، حمید، (بی‌تا)، فرهنگ لکی، بی‌جا.
۶. ایزدپناه، حمید، (۱۳۶۷)، شاهنامه لکی، تهران: مولف.
۷. ایزدپناه، حمید، (۱۳۷۶)، آثار باستانی و تاریخی لرستان، جلد سوم، انجمن آثار و مفاخر فرهنگی.
۸. افشار سیستانی، ایرج، (۱۳۷۷)، کولی‌ها پژوهشی در زمینه کولیان در ایران و جهان، تهران: نشر روزنه.
۹. بهنام، جمشید، راسخ، شاپور، (۱۳۴۸)، مقدمه بر جامعه‌شناسی ایران، تهران: شرکت سهامی انتشارات خوارزمی.
۱۰. پاشایی، طاهره، رحیمی، عباس، اردلان، آسو، مجلسی، فرشته، (۱۳۹۰)، شیوع ختنه و عوامل مرتبط با آن در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان روانسر، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۹، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۰، ۵۷-۶۸.
۱۱. جیحون‌آبادی، نعمت‌الله، (۱۳۶۱)، حق‌الحقایق یا شاهنامه حقیقت، تهران.
۱۲. حسینیان، فهیمه، (۱۳۹۱)، ممنوعیت ختنه زنان در اسناد بین‌المللی با تأکید بر روند کشورهای درگیر. مطالعه (موردی زنان قشم)، تهران: روشنگران و مطالعات زنان.
۱۳. دهخدا، علی‌اکبر (۱۳۹۰)، امثال و حکم، جلد اول، تهران: امیرکبیر.
۱۴. رفیع‌پور، فرامرز، (۱۳۷۷)، آناتومی جامعه: مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی کاربردی، تهران: سهامی انتشار.
۱۵. رضازاده، پریسا، (۱۳۸۶)، بررسی زمینه‌های فرهنگی خشونت علیه زنان با تأکید بر ختنه دختران بندرگنگ، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، رشته علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی.
۱۶. ساکی، علی‌محمد، (۱۳۴۳)، جغرافیای تاریخی و تاریخ لرستان، خرم‌آباد: نشر افلاک.
۱۷. شهریاری، سهیلا، (۱۳۹۳)، زنان کرد: نظریه‌ای مبنایی در باب زنان کرد، تهران: نشر جامعه‌شناسان.
۱۸. صفی‌نژاد، جواد، (۱۳۸۱)، لرهای ایران (لر بزرگ، لر کوچک)، تهران: نشر آتیه.
۱۹. عالی‌پور، کامین، (۱۳۸۳)، دستور زبان لکی، خرم‌آباد: نشر افلاک.
۲۰. عسکری عالم، علیمردان، (۱۳۸۲)، فلهویات یا پهلویانه، تک بیت‌های کهن سور و سوگ به زبان لکی، خرم‌آباد: افلاک.
۲۱. عسکر عالمی، علیمردان، (۱۳۸۱)، فرهنگ عامه لرستان، خرم‌آباد، نشر شاپورخواست.
۲۲. عرفانی، سامال، (دردست چاپ)، پایان حفص، بررسی پویایی‌های ناظر بر خاتمه یک کردار فرهنگی در روستای دزلی (استان کردستان).
۲۳. فرهادی، مرتضی، (۱۳۶۹)، واره یا نوعی تعاونی سنتی کهن زنانه. رشد آموزش علوم اجتماعی، زمستان، شماره ۱ و ۲، ۶۱-۵۶.
۲۴. فرهادی، مرتضی، (۱۳۸۸)، انسان‌شناسی یاریگری، تهران: نشر ثالث.
۲۵. فیلیبرگ، کارل گونار، (۱۳۶۹). ایل پایی: کوچ‌نشینان شمال غرب ایران، ترجمه اصغر کریمی، تهران: فرهنگسرا
۲۶. گودرزی، حسین، (۱۳۷۴)، سیمای عشایر شرق لرستان، بی‌جا: ترسیم.
۲۷. کریمی، فاطمه، (۱۳۸۹)، تراژدی تن، تهران: نشر روشنگران و مطالعات زنان.

۲۸. مندگاری، الهام، (۱۳۹۰)، نقض تمامیت جسمانی زنان از منظر حقوق بشر، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته حقوق، دانشگاه شهیدبهشتی تهران.
۲۹. مظفریان، رایحه، (۱۳۹۶)، تیغ و سنت (بررسی عوامل اجتماعی-فرهنگی مرتبط با ختنه زنان: مطالعه موردی زنان ۴۹-۱۵ سال جزیره قشم، شیراز: تخت جمشید.
۳۰. مینورسکی، ولادیمیر، (۱۳۹۴)، رساله لرستان و لرها همراه با سفرنامه بارون دوبد، ترجمه سکندر امان‌اللهی بهاروند و لیلی بختیاری، تهران: انتشارات آرون.
۳۱. مشکور، محمدجواد، (۱۳۸۴)، فرهنگ فرق اسلامی، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی، مشهد.
۳۲. مرکز آمار ایران، (۱۳۹۸)، گزارش راهنمای مقدماتی طبقه‌بندی‌های استاندارد بین‌المللی سن، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی مرکز آمار ایران .
۳۳. موسوی نامی، میرزامحمد صادق، (۱۳۶۳)، گیتی‌گشا. تهران: امیرکبیر.
۳۴. نجف‌زاده قبادی، امیدعلی، (۱۳۹۵)، مردم‌شناسی قوم لک، تهران: نشر واژگان.
۳۵. نظام‌السلطنه‌مافی، حسینقلی‌خان، (۱۳۶۱)، خاطرات و اسناد. به کوشش معصومه نظام‌مافی و دیگران، تهران: مرکز اسنادمنابع.
۳۶. ودادهیر، ابوعلی، چقلوند، محمد، رفیع‌فر، جلال‌الدین، امیدوار، نسرین، (۱۳۹۳)، نظام غذایی بومی-سنتی: پژوهشی مردم‌شناختی در میان قوم لک در مناطق روستایی و عشایری استان لرستان، توسعه روستایی، دوره ۶. شماره ۱، بهار و تابستان، ۱۰۶-۷۱.
37. Braun, V, Clarke, V, (2006), *Qualitative Research in Psychology*, University of Auckland and University of the West of England.
38. Brown, I, B, (1866), *On the curability of certain forms of insanity, epilepsy, catalepsy, and hysteria in females*, Robert Hardwicke.
39. Boyle, E, H, & Preves, S. E, (2000), National politics as international process: the case of anti-female-genital-cutting laws, *Law and Society Review*, 703-737.
40. Fereday, J. & Muir-Cochrane, E, (2006). Demonstrating Rigor Using Thematic Analysis: A Hybrid Approach of Inductive and Deductive Coding and Theme Development, *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), pp 1-11.
41. Ghareeb, E. A. & Dougherty, B, (2004), *Historical dictionary of Iraq*, Scarecrow Press.
42. Meho, L. I, (1997), *The Kurds and Kurdistan: A Selective and Annotated Bibliography*, Greenwood Press.
43. Isiaka, B. T. & Yusuff, S. O, (2013), Perception of Women on Female Genital Mutilations and implications for health communications in Lagos State, Nigeria. *American Academic & Scholarly Research Journal*, 5, 8.
44. Johansson, Janneke, (2008), Methods for the prevention of Female Genital cutting in Finland, *Finnish Journal of Ethnicity and Migration*. Vol.3 No.2.
45. Kandala, N-B., Nwakeze, N. and Lupwana, K., (2009), Spatial risk factors of Female Genital Mutilation (FGM) in Nigeria, *Cult Health sex*, 7, PP: 443-61.
46. Kandala Ngianga-Bakwin, Komba Paul N, (2015), Geographic Variation of Female Genital Mutilation and Legal Enforcement, *Am. J. Trop. Med. Hyg*, 92(4), 2015, PP: 838-847
47. Lightfoot-Klein, H, (1983), Pharaonic circumcision of females in the Sudan, *Medicine and law*, 2, 353.
48. Meho, L. I, (1997), *The Kurds and Kurdistan: A Selective and Annotated Bibliography*, Greenwood Press.
49. Robinson, B.A, (2001). Female genital mutilation in Africa, the Middle East and Far East, at: http://www.religioustolerance.org/fem_cirm.htm.
50. United Nations, (2014), *Female Genital Mutilation in the Islamic Republic of Iran*, A/HRC/26/NGO/92, 6 June 2014.
51. World Health Organization and International Federation of Gynaecology and Obstetrics Task Force, (1992), C female circumcision; Female genital mutilation. *European Journal of Obstetrics and Gynaecology and reproductive Biology*. 45(2), PP:153-154.
52. WHO, (2019), *Classification of female genital mutilation* [Online]. Available: World Health Organization, *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement*, WHO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, OHCHR, UNHCR, UNECA, UNESCO, UNDP, UNAIDS, WHO, Geneva, (2008), P:4 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

Society confronts uncircumcised women

Mahboubeh Babaei Mohammadi *1, Fariba Sedighi², Fragrance Mozaffarian³

1. Indigenous author, Ph.D. graduate in Rural Development (corresponding Author)
mahboobeh.babaie@ut.ac.ir
2. Ph.D. Student of Anthropology
fariba.seddighi@ut.ac.ir
3. Ph.D. Student of Sociology
r.mozaffarian@gmail.com

Abstract

The present study was carried out to explore the tendency of Lak women toward female genital mutilation (FGM) and their views toward this practice. Interviews were performed with 26 women who had the experience of FGM. Based on the findings, the women's definition of FGM and its goals and factors varied among the three generations. Women of the first generation had been forced into FGM by the society, women of the second generation by their families and the third generation by men. The findings also revealed that the tradition of FGM was not a rough obligation among women in this region, and gypsies encouraged women of the first and second generations to undergo FGM by resorting to religious principles and the specific economic situation of the region, and cosmetic advertisements were what provoked the young women to undergo FGM.

Keywords: Female Genital Mutilation, Lak, Lorestan, Iran

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و داروی کلومی‌پیرامین در درمان اختلال وسواسی جبری در زنان و مردان شهرستان شیراز

علی درختکار^{۱*}، فاطمه ناجیان تبریز^۲، حانیه مردادی^۳، آرامه صفی‌خانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

a.derakhtkar@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی

f.najiantabriz@yahoo.com

۳. کارشناسی روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

hanieh.moradi@gmail.com

۴. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز

aram.safikhani@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۹۸/۱۲/۵]

تاریخ دریافت: [۹۸/۵/۲۰]

چکیده

هدف مطالعه مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و داروی کلومی‌پیرامین در درمان اختلال وسواسی جبری و تعیین کارآمدترین نوع درمان از درمان‌های مورد مطالعه در این پژوهش در کاهش علائم مبتلایان به این اختلال بود. این تحقیق از نوع کاربردی و طرح پژوهشی آن هم از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، شامل مبتلایان به اختلال وسواسی جبری مراجعه‌کننده به ده مرکز از مراکز درمانی شهر شیراز در تابستان سال ۹۷ بودند که تشخیص قطعی اختلال وسواسی جبری را از روان‌پزشک دریافت کرده بودند. نمونه‌گیری در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و شرکت‌کنندگان در سه گروه پانزده نفری به صورت تصادفی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله با پرسشنامه بیل براون مورد سنجش قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو نوع درمان در پس‌آزمون بر روی بهبود علائم اختلال وسواسی جبری مؤثرند ($P < 0/01$)؛ اما در پیگیری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) اثر درمانی خود را حفظ کرد. لازم به ذکر است که در این پژوهش تفاوت بین زنان و مردان از نظر آماری معنادار نبود. یافته‌های این پژوهش حاکی از کارایی ماندگارتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد و این مهم به نظر می‌رسد به علت تلفیق تکنیک‌های شرقی و روان‌شناسی غربی هست که درمان را برای مبتلایان ایرانی کارآمدتر می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی جبری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کلومی‌پیرامین

مقدمه

اختلال وسواسی-جبری با افکار یا اعمال وسواسی تکراری، مشخص می‌شود (کرینگ، جانسون ۲۰۱۸) که باعث پریشانی و تداخل در امور روزانه زندگی فرد می‌گردد (بلوت، هومان، موریسون، لوین، توهیگ ۲۰۱۴) اختلال وسواسی جبری تا پیش از دهه ۱۹۷۰،

اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شد که نیازمند مداخله مادام‌العمر بود. با سبیری در پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان پی برد که درمان شناختی، رفتاری بیشتر به شکل مواجهه و جلوگیری از پاسخ، اولین انتخاب برای درمان این اختلال می‌باشد. این بیماری از دو جز تکرار و اجبار تشکیل شده است و شایع‌ترین وسواس‌ها عبارت‌اند از: وسواس شستشو، وسواس وارسی، وسواس شمارش؛ اما شایع‌ترین الگوی افکار وسواسی، رسوخ افکار نگران‌کننده در مورد آلودگی و تردیدهای وسواسی هست که در مجموع با عنوان فکر وسواسی طبقه‌بندی می‌شوند (کاپلان و سادوک ۱۹۹۸). اختلال وسواس فکری معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌گردد؛ و با سیر مزمن خود تأثیری منفی بر کارکرد روانی، اجتماعی و شغلی بیمار دارد (بووارد، فورنت، دنیس، سیکسندیر و کلارک ۲۰۱۷). این اختلال چهارمین اختلال روان‌پزشکی شایع در آمریکا محسوب می‌شود و شیوع آن بین نیم تا یک‌ونیم درصد برآورد می‌گردد؛ سازمان جهانی بهداشت این اختلال را به‌عنوان دهمین علت برجسته ناتوانی معرفی کرده است (دلا کروز و همکاران ۲۰۱۵). لازم به ذکر هست که فرد مبتلا به وسواس تا اندازه‌ای تشخیص می‌دهد که افکار و اعمال وسواسی افراطی و غیرمنطقی هستند (تولین ۲۰۱۸؛ اینستا سولودا ۲۰۱۷).

از نظر نباید دور داشت که بیمارانی هستند که یا به درمان پاسخ نمی‌دهند و یا اینکه میزان عود آن‌ها در بیماری بسیار بالا است (ماتایسکولز ۲۰۱۷).

یکی از تبیین‌ها در مورد این اختلال، نظریه زیست‌شناختی می‌باشد که بی‌نظمی سیستم سروتونین را در پیدایش اعمال و افکار وسواسی دخیل می‌داند (دولد، آیگنر و کاسپر ۲۰۱۷). به‌علاوه آنکه بازدارنده‌های بازجذب مجدد سروتونین، تأثیر دارویی به‌سزایی برای درمان این اختلال دارد (مورای و همکاران ۲۰۱۹). هم‌چنین مطالعات تصویری از مغز، افزایش فعالیت در لوب‌های پیشانی، هسته‌های قاعده‌ای basal ganglia و سینگولیت cingulate بیمارانی مبتلا به اختلال وسواسی جبری پیدا کرده‌اند؛ هم‌چنین مطالعات توموگرافی کامپیوتری و تصویرسازی با رزونانس مغناطیسی (MRI) کاهش اندازه هسته‌های دم‌دار را در دو طرف مغز بیمارانی مبتلا به اختلال وسواسی جبری پیدا کرده‌اند (دولد، آیگنر و کاسپر ۲۰۱۷). فلوکستین fluoxetine از دسته داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین می‌باشد. این دارو برای مصرف در بزرگسالان مبتلا مورد تأیید قرار گرفته است. مطالعات اندکی در کودکان و نوجوانان نیز تأثیر و ایمنی آن را اثبات کرده‌اند (دولد، آیگنر و کاسپر ۲۰۱۷، مورای و همکاران ۲۰۱۹).

نظریه دیگر در تبیین این اختلال، نظریه رفتاری است که عنوان می‌کند که فکرهای وسواسی محرک‌های شرطی بوده که طی آن یک محرک نسبتاً خنثی از طریق فرآیند شرطی شدن پاسخ‌گر و با جفت شدن با رخدادهایی که طبیعتاً مضر و اضطراب برانگیز هستند؛ با ترس و اضطراب پیوستگی پیدا می‌کند. به‌این‌ترتیب افکار و اشیای سابقاً خنثی به محرک‌های شرطی قادر به برانگیختن اضطراب و ناراحتی تبدیل می‌گردند و عمل وسواسی به‌گونه‌ای متفاوت درمی‌آید. شخص درمی‌یابد که عمل خاصی موجب کاهش اضطراب وابسته به یک فکر وسواسی می‌گردد. به‌تدریج این عمل به علت مفید بودن و کاهش یک سائق دردناک ثانوی (اضطراب) به‌صورت یک الگوی رفتاری آموخته‌شده ثابت درمی‌آید (کرینگ، جانسون ۲۰۱۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به نوعی می‌توان آن را تکامل‌یافته درمان‌های شناختی، رفتاری قلمداد نمود (هیز و همکاران ۲۰۱۴). این درمان‌ها روی پذیرش باورها در مقابل چالش کردن با آن‌ها ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آن‌ها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارند. هم‌چنین، تمرکز اصلی این درمان‌ها بیشتر روی تحمل نشانه تا کاهش آن و نیز شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخ‌دهی به محرک نامطبوع درونی است (هیز ۲۰۰۴). این درمان، یک شکل از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب ارتباط‌های ذهنی نامیده می‌شود. در این درمان، فرض بر این است که افراد بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب

کند (هیز و همکاران ۲۰۰۴). این درمان شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرآیند که در عبارت‌اند از پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها؛ و ارتباط با آن‌ها و تعهد در مقابل منفعل بودن (هیز ۲۰۰۴). در مفهوم‌سازی که این درمان از اختلال وسواس فکری و عملی دارد، فرآیندهای هدف عبارت‌اند از اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده، فقدان ارتباط با زمان حال، ارزش‌های نامشخص و فقدان مشارکت در فعالیت ارزشمند. این فرآیندها همگی منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شوند. هدف این درمان، این است که به‌جای این‌ها، فرآیندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آن‌ها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن‌اند که به افراد بیاموزند چگونه دست از بازاری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و باعث می‌شوند فرد هیجان‌ناامطوبوع را بیشتر تحمل کند (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال ۱۹۹۶).

مرور پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان‌های شناختی رفتاری، در درمان اختلالات وسواسی جبری به بوته آزمایش گذاشته شده‌اند (مک‌کی و همکاران ۲۰۱۵). در مطالعه‌ای دیگر که در حوزه سنجش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات طیف وسواس و اضطراب بود نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گزینه‌ای مناسب برای درمان طیف اختلالات وسواسی جبری و اضطرابی هست؛ همچنین آنکه این درمان به‌اندازه درمان شناختی، رفتاری مؤثر هست (بلوت، هومان، موریسون، لوین، توهیگ ۲۰۱۴). همچنین در مطالعه‌ای فراتحلیل در حوزه کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای مشکلات مرتبط بالینی و مسائل سلامت فیزیکی حاکی از اثرمندی این درمان در درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی، مشکلات روانیتنی و اعتیاد است (تجک و همکاران ۲۰۱۵). پژوهشی دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور موفقیت‌آمیزی می‌تواند، اختلال وسواسی جبری را درمان نماید؛ همچنین مطالعه نشان داد که عامل کلیدی در درمان اختلال وسواسی جبری، توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بالا بردن انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد (توهیگ، ویلاردگا، لوین و هیز ۲۰۱۵). در همین راستا ایزدی و عابدی، در یک طرح تک موردی که بر روی ۳ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری انجام گردید؛ نشان دادند که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش علائم اختلال وسواسی جبری در مبتلایان مؤثر واقع گردد (ایزدی و عابدی ۲۰۱۳).

در مورد درمان اختلال وسواسی جبری به‌وسیله دارو باید بیان داشت که مؤثرترین داروهای شناخته‌شده برای این اختلال، داروهای بازجذب سروتونین هستند که اصول تأثیر این داروها موجب ابداع نظریه سروتونینی گشته است (مک‌کراکن و هانا ۲۰۰۵). در مورد داروی کلومی‌پرامین *clomipramine* باید بیان داشت که این دارو از داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای است که مهارکننده قوی بازجذب سروتونین می‌باشد (مک‌کراکن و هانا ۲۰۰۵). بررسی‌های انجام‌شده نشان داده است که درمان با کلومی‌پرامین طی هشت هفته باعث کاهش قابل‌ملاحظه *TSH* و *T3* و کاهش نمره مقیاس وسواسی جبری یل براون *Yale-brown* می‌گردد (مک‌کراکن و هانا ۲۰۰۵). به‌علاوه آنکه درمان با کلومی‌پرامین در کودکان مبتلا به اختلال وسواسی جبری موجب کاهش چهل و چهار درصدی نشانه‌ها شد (روحانی و همکاران ۲۰۱۸). نباید از نظر دور داشت که طبق مطالعات صورت گرفته، استفاده از درمان‌های دارویی مختلف در این اختلال با میزان عود بالایی همراه بوده است و ده تا بیست درصد بیماران از پذیرش درمان دارویی خودداری کرده و حتی مصرف دارو را به دلیل عوارض جانبی آن قطع کردند (علیلو، محمد و بیان زاده ۲۰۰۴).

بنابراین لازم است که مشخص گردد درمان برتر برای درمان این اختلال کدامیک از رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و یا درمان دارویی به وسیله کلومی‌پرامین است. این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان دارویی در

بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواسی جبری طرح‌ریزی شد. قابل ذکر است که گروه کنترل ابتدا در لیست انتظار قرار گرفتند و سپس از روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان آنان استفاده شد.

درواقع ضرورت انجام این پژوهش را در چند عامل باید مطرح نمود؛ اولاً درگیری زیستی، اجتماعی، روانی و معنوی که این اختلال برای مبتلایانش ایجاد کرده و نرخ بالای ابتلا به این اختلال در جامعه ایران، لزوم انجام پژوهش این‌چنینی را فراهم می‌آورد. ثانیاً عدم وجود پژوهشی که هم‌زمانی دو درمان مطرح‌شده در این پژوهش را که هر دو ادعای درمان اختلال وسواسی جبری را دارند، بسنجند. به عبارتی می‌توان یکی دیگر از ارکان لزوم انجام این پژوهش را در این موضوع یافت که نهایتاً فرد مبتلا به این اختلال برای رهایی از آلام خویش به کدام روش می‌تواند رجوع کند، می‌تاند درمان بهتری را داشته باشد. در حقیقت اصل امساک‌گری در علوم، بر انجام این پژوهش صحه می‌گذارد. لازم به ذکر هست که بیان گردد بدیع بودن پژوهش به جهت اجرای توامان دو روش عمده درمان در کشور ایران و شهرستان شیراز بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری هست.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود بدین‌صورت که از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده گردید. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به ده مرکز از مراکز درمانی شهر شیراز در تابستان ۱۳۹۷ بود؛ که توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواسی جبری را دریافت کرده بودند. نمونه، شامل ۴۵ نفر از افراد جامعه بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به روش تصادفی نیز در یکی از گروه‌های درمانی گماشته شدند. در مدت چهار هفته این تعداد افراد برای اجرای پژوهش جمع شدند و هیچ‌گونه سابقه درمانی نه به روش دارویی و نه به روش روان‌شناختی - به جهت کنترل اثرات مداخله‌ای درمان‌های قبلی - نیز نداشتند. هر گروه شامل ۱۵ نفر بود و گروه‌ها عبارت بودند از: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، دارودرمانی و گروه کنترل. قابل ذکر است که گروه کنترل ابتدا در لیست انتظار قرار گرفتند و سپس از روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان آنان استفاده شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش

- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس طبق DSM 5
- دریافت تشخیص اختلال از روان‌پزشک مبنی بر دارا بودن این اختلال
- تکمیل مقیاس وسواسی جبری ییل براون و کسب حداقل نمره ۱۶ در این پرسش‌نامه طبق دستورالعمل پرسش‌نامه
- عدم بهره‌مندی هم‌زمان از یک نوع درمان دیگر
- عدم بهره‌مندی از درمانی دیگر در تاریخچه درمانی بیماران به جهت کنترل اثرات مداخله‌ای و اثرات یادگیری ناشی از درمان‌های قبلی
- عدم ابتلا به اختلالی دیگر به‌صورت هم‌زمان
- دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال
- تکمیل فرم رضایت آگاهانه

ابزارهای پژوهش

مقیاس وسواسی جبری ییل براون Y-BOCS: یکی از ابزارهای سنجش اختلال وسواس بوده و بدون توجه به انواع وسواس‌ها یا اجبارها، شدت آن‌ها را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس را واینی گودمن و همکاران Goodman WK and Colleagues در سال ۱۹۸۶ ساختند (گودمن و همکاران ۱۹۹۱). این مقیاس ده ماده دارد که پنج ماده نخست آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و پنج ماده بعدی آن متمرکز

بر اجبارهای عملی است. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ می‌باشد و هر ماده بین ۰ تا ۴ نمره می‌گیرد. نقطه برش آن ۱۶ و بالاتر است (۲۳). بیماران مبتلا به وسواس متوسط حدوداً نمره ۲۵ و بالاتر می‌گیرند و بیماران وسواسی شدید نمره ۳۰ و بالاتر می‌گیرند و بیماران شدید وسواسی نمره ۳۵ و بالاتر را کسب می‌کنند. پایایی بین درجه‌بندی کنندگان ۰/۹۸ - ۰/۷۲ گزارش گردیده است. (ساجاتویک و رامیرز ۲۰۱۲). در مطالعه‌ای دیگر برای پایایی بین نمره‌گذاران ضریب همبستگی از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹ گزارش داده شده و برای ثبات درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش داده شده است (گودمن و همکاران ۱۹۹۱). در مطالعات صورت گرفته بر روی جمعیت ایرانی پژوهشگران گزارش دادند که روایی هم‌گرایی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه وسواسی جبری مدزلی ۰/۷۸ به دست آمد (میکایلی بارزیلی، احدی و حسن آبادی ۲۰۰۲). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای این کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ و برای قسمت وسواس فکری ۰/۹۰ و برای قسمت وسواس عملی ۰/۸۹ گزارش گردید (میکایلی بارزیلی، احدی و حسن آبادی ۲۰۰۲).

روش اجرای پژوهش

جهت اجرای استاندارد آزمون‌ها و همچنین اجرای صحیح مداخله‌های نامبرده، اتفاقی ساکت و آرام از اتاق‌هایی در مرکز مشاوره انتخاب گردید به عبارتی دیگر، شرایط مکانی کاملاً یکسان برای همه گروه‌های درمانی انتخاب گردید. شایان‌ذکر است که ساختار جلسات گروه‌درمانی نیز مطابق با اهداف پژوهش بوده و شامل مرور تکالیف آموزش درمان و تکالیف برای جلسه بعد بود. جلسات به صورت هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه توسط تیم حاضر که متخصص در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بودند برگزار شد. لازم به یادآوری هست که طی یک جلسه با کل آزمودنی‌ها، در مورد اهداف پژوهش صحبت شد و از محرمانه ماندن اطلاعات، سخن به میان آمد؛ همچنین در این جلسه کل آزمودنی‌ها اقدام به تکمیل پرسش‌نامه یل بروان به‌عنوان پیش‌آزمون در این مطالعه کردند. همچنین بعد از اجرای مداخله بر روی شرکت‌کنندگان، یک‌بار دیگر با پرسش‌نامه مذکور سنجیده شدند (پس‌آزمون) و در نهایت یک ماه پس‌از آن برای بار سوم آزموده شدند تا پایایی اثرات هرکدام از انواع درمان در درازمدت سنجیده گردد (پیگیری). لازم به یادآوری هست که گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش به مدت ۸ جلسه از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره‌مند گردید.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

این پروتکل درمانی برگرفته و کیلی و قرایی (۲۰۱۴) و اسمیت و همکاران Smith and colleagues (۲۰۱۷) می‌باشد.

جدول ۱: تعداد و شرح جلسات درمان بر اساس پذیرش و تعهد

جلسه	شرح جلسه
اول و دوم	آشنایی با مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد رابطه درمانی: استعاره دو کوه، آموزش در مورد اختلال وسواسی جبری و فکر وسواسی، بررسی افکار و میزان پریشانی، چگونگی رسوخ وسواس در زندگی روزمره و بدل شدن آن به یک مسئله در زندگی، بحث در مورد پاسخ اضطرابی سازگارانه و پاسخ‌های مختل، بحث در مورد اینکه اضطراب به‌خودی‌خود مسئله‌ساز نیست؛ بلکه بی‌میلی به اضطراب مسئله‌ساز هست. بحث در مورد راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب.
سوم	بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است. بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند. بررسی فواید این راهبردهای کنترل، معرفی راهبردهای کنترل به‌عنوان مسئله، استعاره تغذیه ببر وسواس، استعاره شخص در چاه، آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی یاد بگیرد که به‌جای واکنش به اضطراب آن را مشاهده کند.
چهارم و پنجم	پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها جایگزین مدیریت کردن وسواس، تمرکز بر کنترل به‌عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب استعاره طناب‌کشی با هیولا کنترل دنیای بیرونی در مقابل دنیای درونی آموزش پذیرش وسواس با ذهن‌آگاهی استعاره پلی گراف بررسی ارزش‌ها اهداف در برابر ارزش‌ها.

حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر: انواع خود، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود به‌عنوان محتوا: ششم استعاره صفحه شطرنج خود مشاهده‌گر. ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور: تمایل به جای اجتناب استعاره مسافران در اتوبوس مواجهه سنتی چگونه عمل می‌کند؟ زمینه و هدف مواجهه در ACT

به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به فکر و سواسی و اضطراب، خزانه رفتاری‌اش را توسعه دهد و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی هفتم و به سواس را ایجاد نماید. از طریق ذهن آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش محور)، بیمار آموخت که چگونه هشتم با نگرداشتن خود در زمان حال، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف کند. بیمار از طریق فعالیت‌های انتخاب‌شده، تکنیک‌های ACT را تمرین کرده و چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند را مرور کرد.

کلومی پیرامین در دارودرمانی

این گروه به مدت هشت هفته، نیز تحت نظر روان‌پزشک به مصرف دارو اقدام کردند. لازم به یادآوری هست که گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش به مدت ۸ جلسه از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره‌مند گردیدند. عوارض جانبی برای مصرف‌کنندگان کلومی پیرامین گزارش نشد.

نتایج

ترکیب جنسی شرکت‌کنندگان، شامل ۳۱ نفر زن (۶۸/۸٪) و تعداد ۱۴ نفر مرد (۳۱/۲٪) بود. تعداد ۱۴ نفر از آزمودنی‌ها متأهل (۳۱/۱٪) و ۲۱ نفر مجرد (۴۶/۶٪) و تعداد ۱۰ نفر نیز مطلقه بودند. در حوزه تحصیلات نیز، ۹ نفر دیپلم (۲۰٪) و ۲۰ نفر لیسانس (۴۴/۵٪) و تعداد ۱۶ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر از کارشناسی ارشد (۳۵/۵٪) را دارا بودند.

در جدول ۲، به شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی) هر دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر اختلال و سواسی جبری پرسشنامه یل براون اشاره شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در پرسش‌نامه و سواسی جبری یل براون

گروه	میانگین		انحراف معیار	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ACT	۲۷/۲۵	۱۵/۴۶	۲/۶۵	۳/۴۱
دارودرمانی	۲۷/۷۵	۱۵/۶۴	۳/۴۶	۲/۹۱
گروه کنترل	۲۵/۳۶	۲۵/۹۲	۴/۶۲	۳/۰۸
گروه	چولگی		کشیدگی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ACT	۰/۰۹۴	۰/۲۴۱	۰/۴۷۸	۰/۷۶۵
دارودرمانی	۰/۱۲۸	۰/۶۳۹	-۰/۲۱۹	۰/۷۱۲
گروه کنترل	۰/۹۴۸	۱/۱۹	-۰/۳۹۰	۰/۶۱۸

لازم به ذکر است که قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، بررسی گردید؛ پیش‌فرض وجود ارتباط خطی بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) و نیز وجود همگنی رگرسیون نوعی رابطه خطی میان آن‌ها (گروه آزمایش و کنترل) وجود داشت؛ و شیب خط رگرسیون تقریباً موازی را نشان داد. به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش، میانگین گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون

مانکوا - تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره یک‌راهه - توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، با یکدیگر مقایسه شد که نتایج آن در جداول (۲) و (۵) آورده شده است. همان‌طوری که در جدول شماره‌ی (۳) می‌توان مشاهده نمود تفاوت‌های مردان با زنان در هیچ گروهی معنادار نشد.

جدول ۳: تحلیل واریانس زنان و مردان در گروه‌های مختلف

گروه‌های درمانی	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
مردان - ACT	۱۲۵۴/۷۷	۲	۶۲۷/۳۸	۱۹/۰۱	۰/۰۶۹
مردان - دارو	۱۲۲۲/۹۷	۲	۶۱۱/۴۸	۱۷/۷۵	۰/۰۰۱
زنان - ACT	۱۳۲۱/۷۲	۲	۶۶۰/۸۶	۱۹/۵۳	۰/۰۷۲
زنان - دارو	۱۲۳۶/۰۶	۲	۶۱۸/۰۳	۱۸/۰۹	۰/۰۰۱

جدول ۴: آزمون لون برای بررسی گروه‌ها

متغیر	F	Df 1	Df 2	P
ACT	۰/۰۱۹	۲	۶۵	۰/۹۸
دارو درمانی	۰/۷۹۲	۲	۶۵	۰/۴۵
کنترل	۱/۱۸	۲	۶۵	۰/۳۱

جدول ۵: آزمون توکی برای مقایسه تفاوت معنی‌داری میانگین‌ها

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
وسواس (پیش‌آزمون تا پس‌آزمون)			
پیش‌آزمون × پس‌آزمون	-۵/۳۸	۲/۲۴	۰/۵۱
پیش‌آزمون × پیگیری	-۱۰/۳۵	۲/۶۷	۰/۰۱
پس‌آزمون × پیگیری	-۱۴/۷۵	۲/۱۱	۰/۰۰۵
وسواس (پیش‌آزمون تا پیگیری)			
پیش‌آزمون × پس‌آزمون	-۳/۲۲	۲/۲۴	۰/۶
پیش‌آزمون × پیگیری	-۱۱/۲۹	۳/۱۲	۰/۰۱۲
پس‌آزمون × پیگیری	-۱۰/۶۲	۳/۳۵	۰/۸۱۲

طبق مندرجات جدول ۵، نشان می‌دهد که تمام گروه‌های درمانی در میزان تغییر میانگین نمره اختلال وسواس، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توجه به مقدار F و ضرایب معناداری ($p < .01$)، تفاوت معناداری دارند و از طرفی باز هم در تمامی گروه‌های درمانی، تفاوت معنادار می‌باشد ($p < .01$)؛ نتایج به‌دست‌آمده از آزمون توکی حاکی از آن است که در پیگیری، دارودرمانی نمی‌تواند درمانی با

نتایج ماندگار تلقی گردد؛ اما درمان ACT تفاوتی معنادار در درمان پیگیری وجود ندارد؛ بنابراین باید گفت که بهترین درمان پیشنهادی به صورت کلی برای اختلال وسواسی جبری طبق پژوهش حاضر، درمان ACT است.

یافته‌ها

هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی دو روش درمانی دارودرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال وسواسی جبری بوده است. بر اساس نتایج این پژوهش، هم دارودرمانی و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون می‌تواند مؤثر واقع گردد؛ اما لازم به ذکر هست که اثرمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در درازمدت نیز پایا بوده و می‌تواند اثربخش باشد؛ اما دارودرمانی اثربخشی خودش را در پیگیری حفظ نکرد.

نتیجه این پژوهش با پژوهش‌های قبلی مبنی بر کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی درمان اختلال وسواسی جبری در یک راستا هست (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال ۱۹۹۶). هم‌چنین در مقاله‌ای، نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند روش درمانی مؤثر برای درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری‌ای باشد که مقاوم نسبت به درمان هستند. ایزدی و عابدی (۲۰۱۳) نشان دادند که هدف درمان در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بالا بردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هست. در همین راستا باید افزود که توهیگ، ویلارداج، لوین و هیز (توهیگ، ویلارداج، لوین و هیز ۲۰۱۵) نشان دادند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر از هر عامل دیگری تغییرات در اختلال وسواسی جبری را پیش‌بینی می‌کند؛ یعنی به تعبیری ذهن آگاهانه برخورد کردن با افکار وسواسی می‌تواند باعث کاهش علائم اختلال وسواسی جبری بشود. هم‌چنین در مطالعه‌ای فراتحلیلی که در حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای طیف اختلالات اضطرابی و وسواسی بود؛ نتیجه حاصل شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر واقع می‌گردد (بلوت، هومان، موریسون، لوین، توهیگ ۲۰۱۴)؛ یعنی آنکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب تغییر شناخت شده که آن شناخت به‌نوبه خود باعث تغییرات مثبت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری می‌گردد. باید افزود که در اصل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به علت یادگیری‌ای که ایجاد می‌کند سبب تغییر مدارهای مغزی به‌شیوه‌ای شده که فرد مبتلا به لحاظ شناختی و درونی کمتر میل به جدی انگاشتن افکار را دارد (هیز ۲۰۰۴).

هم‌چنین در راستای مطالعات قبلی، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند فرد را هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری بهبودی ببخشد و از علائم اختلال وسواسی جبری بکاهد (وکیلی و قرایی ۲۰۱۴، بلوت، هومان، موریسون، لوین، توهیگ ۲۰۱۴). به علاوه در پژوهشی دیگر (لندی، اشنایدر و ارک ۲۰۱۵) نشان دادند که این درمان اولاً بر اختلال وسواس مؤثر است و در ثانی آنکه از تأثیری به‌اندازه درمان شناختی‌رفتاری برخوردار است.

برای تبیین عملکرد بهتر رویکرد درمانی ACT باید عنوان کرد که این رویکرد درمانی به سبب تأکید زیادی که بر ذهن آگاهی داشته سبب بالا بردن تاب‌آوری (باجاج و پنده ۲۰۱۵)، تحمل عواطف منفی مهارگری و معنویت (بازارکو، کیت، آزوکار و کریترز ۲۰۱۳) شده و باعث می‌شود که در طولانی‌مدت اثراتی ماندگارتر را برای درمان اختلال وسواسی جبری ایفا نماید. هم‌چنین، می‌توان چنین بیان کرد که بیمار وسواسی نیاز به کمکی برای پذیرش افکار آن‌گونه که هست دارد نه تغییر و نه درگیر شدن با چگونگی و چیستی آن؛ و هر آن چیزی که به کمک درمانگر برای آگاهی بخشیدن به درمان‌جو برای پذیرش همه‌جانبه‌تر آن فکر و آن چیزی که نمی‌تواند آن را تغییر دهد؛ بیاید می‌تواند به‌عنوان تکنیکی مطلوب در این رویکرد درمانی تلقی گردد. ذهن آگاهی با افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت‌نفس و پذیرش موفق تجربه‌های منفی می‌گردد. به‌عبارت‌دیگر کاهش پذیرش افکار و اتفاقات زندگی در فرد با نوعی احساس فشار روانی و حتی اضطراب و افسردگی همراه هست (وکیلی و قرایی ۲۰۱۴). به بیانی دیگر، این‌که در مداخله‌های ACT، افکار فقط در سطح یک فکر و گذرا دیده می‌شوند و به آن‌ها، عمل نمی‌شود. در یک‌کلام، افراد زندانی ذهن و افکار خویش نمی‌شوند. بازبینی هویت افکار وسواس‌گونه و دیدن آن‌ها فقط به‌عنوان یک فکر و نه بیشتر، باعث رهایی از اضطرابی می‌شود که گاهی مشکل‌ساز

هست. در تبیین این مسئله می‌توان اشاره کرد که جدی نگرفتن فکر، از ارزیابی و پردازش‌های بعدی در سطوح بالاتر و فراخوانی حالات شناختی و هیجانی را برای فرد به همراه نداشته و همین باعث عدم تجربه حالت اضطراب‌گونه و سواسی در فرد می‌گردد. هم‌چنین کاهش افکار مخرب و جدی نگرفتن افکار به ارتقای عملکردی فرد کمک می‌کند به بیانی دیگر درمان ACT سبب ارزیابی واقع‌بینانه‌تر فرد از شرایطش گردد و در نتیجه همین تغییر ارزیابی و اهمیت زیادی ندادن به افکار خودآیند و قضاوت‌گر هست که یاری‌گر فرد می‌گردد و عملکرد وی را بهبود بخشیده و باعث اقدام‌های پخته و متعهدانه و بر پایه ارزش‌های فرد می‌گردد؛ یعنی اینکه به تدریج تغییری بنیادین در شناخت وی حاصل می‌گردد از آنجاکه در این فرایند، در ادراکات و در نگرش و عقاید، دگرگونی اتفاق می‌افتد و این تغییرات شامل تغییراتی در آگاهی معنوی فرد می‌باشد (کارمودی، رید، کریستلر و مریام ۲۰۰۸) این تغییرات سبب ایجاد الگویی سازنده می‌شود که یکی از حفاظت‌کننده‌ترین عوامل در برابر وسواس‌ها بوده و زمینه‌ساز سلامت روان فرد نیز هست؛ یعنی آنکه وسواس افراد به این دلیل کاهش یافته است که جزء شناختی وسواس را به کمک بازبینی هویت افکار و دیدن آن‌ها فقط به‌عنوان یک فکر و نه بیشتر از آن، خاموش کرده‌اند و با توجه این‌که مؤلفه شناختی وسواس در پدیدآیی و پایداری حالت وسواسی، یک علت است (هیز و همکاران ۲۰۰۶)؛ پس حل مؤلفه شناختی اضطراب، تأثیری شگرف بر عدم پدیدآیی حس اضطراب برای افراد را در پی خواهد داشت. از طرفی هرچه ذهن، آگاهانه‌تر فکر کند و با مسائل مواجهه گردد؛ قدرت بیشتری برای کنار آمدن با استرس‌های زندگی را داشته و در نتیجه خود فرد زندگی سالم‌تری را داشته که شرایط سلامت روان وی تأمین می‌گردد (کارمودی، رید، کریستلر و مریام ۲۰۰۸).

در تبیین این مسئله باید عنوان کرد که عملکرد بهتر رویکرد درمانی ACT به سبب تأکید زیادی که بر ذهن‌آگاهی داشته سبب بالا بردن تاب‌آوری، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت شده و باعث می‌شود که در طولانی‌مدت اثراتی مانا‌تر را برای درمان اختلال وسواسی جبری ایفا نماید. به دیگر سخن، در این رویکرد درمانی درمانگران با بالا بردن سعه‌صدر و آگاهی و صبر سبب فرونشانی افکار وسواسی شده و از آنجاکه با این نوع افکار، ذهن آگاهانه برخورد می‌شود؛ بنابراین، این افکار مجال برای ظهور نیافته و رفته‌رفته کم‌رنگ‌تر می‌شوند و درمان‌جو این افکار را نه‌تنها جدی نمی‌گیرد بلکه فقط مشاهده‌گر صرف این نوع افکار می‌شود. می‌توان چنین بیان کرد که بیمار وسواسی نیاز به کمکی برای پذیرش افکار آن‌گونه که هست دارد نه تغییر و نه درگیر شدن با چگونگی و چیستی آن؛ و هر آن چیزی که به کمک درمانگر برای آگاهی بخشیدن به درمان‌جو برای پذیرش همه‌جانبه‌تر آن فکر و آن چیزی که نمی‌تواند آن را تغییر دهد بیاید، می‌تواند به‌عنوان تکنیکی مطلوب در این رویکرد درمانی تلقی گردد.

باید اضافه نمود که اثرمندی دارودرمانی در مطالعه حاضر، همچون پژوهش‌های دیگر، نشان از اثرمندی فلوکستین و کلومی‌پرامین داشت نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که کلومی‌پرامین دارای تأثیری برابر با مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین می‌باشد، اما عوارض جانبی و قطع مصرف به علت عوارض، در گروه کلومی‌پرامین بیشتر بوده است (گریست و جفرسون ۱۹۹۸).

باید بیان داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی در پس‌آزمون، می‌تواند مؤثر و پایا عمل کنند اما در پیگیری دارودرمانی اثربخشی خودش را حفظ نکرد. بعلاوه آنکه عوارض جانبی کلومی‌پرامین، سبب قطع مصرف نیز می‌تواند بشود (گریست و جفرسون ۱۹۹۸)؛ بنابراین استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با اطمینان خاطر بیشتری مورد مصرف قرار بگیرد.

درنهایت باید اشاره به محدودیت‌های این پژوهش داشت از قبیل کمبود ادبیات پژوهشی و در کنار آن مسئله دستیابی به منابع معتبر، یکی از محدودیت‌های جدی در این زمینه بود. به علت استفاده از نمونه دردسترس بیماران، تعمیم نتایج باید با احتیاط و با در نظر گرفتن همه جوانب صورت بگیرد. مضافاً، این پژوهش فقط بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری را در مراکز مشاوره در شهر شیراز را مورد بررسی قرار داده است؛ لذا تعمیم آن به سایر بیماران در شهرهای دیگر باید با احتیاط انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عوامل مداخله‌گری همچون، وضعیت اقتصادی، تأهل، جنسیت، مورد بررسی قرار بگیرد و از سوی دیگر، اثر پیشگیری درمان ACT بر روی اختلال وسواسی جبری بررسی گردد که مشخص شود آیا این درمان می‌تواند نقش پیشگیری‌کننده نیز داشته باشد. هم‌چنین

پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران با انتخاب نمونه‌هایی با حجم بیشتر و توجه همه‌جانبه‌تر به این اختلال؛ به انجام پژوهش پرداخته تا امکان مقایسه گروه‌های درمانی به وجه بهتری فراهم شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و داروی کلومی پیرامین در درمان اختلال وسواسی جبری انجام شد و نتایج حاکی از آن بود که علی‌رغم معنی‌دار بودن اثربخشی هر دو رویکرد در پس‌آزمون؛ رویکرد پذیرش و تعهد نسبت به دارو درمانی در دوره پیگیری می‌تواند اثرات درمانی خود را در درمان اختلال وسواسی جبری حفظ کند. اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را می‌توان به واسطه ی فرآیندهای حاکم به این نوع درمان تبیین کرد. یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های این درمان ذهن آگاهی هست که در این پژوهش بسیار بر آن تاکید شد بعلاوه آنکه که در بخش یافته‌ها نیز از پژوهش‌های متنوعی که در این راستا بودند نیز صحبت شد. در واقع ذهن آگاهی از طریق کشاندن فرد به زمان حال و گسلش شناختی او را از افکار و هیجانات منفی خود آگاه می‌سازد و تأثیراتشان را کاهش می‌دهد.

از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر عمل و اقدام متعهدانه تاکید می‌ورزد که باعث ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت تعهد به اقداماتی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزشها باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن از رفتارها و علائم وسواس گونه کم شود و از احساسات منفی که می‌تواند به افکار و اعمال وسواسی نیز منجر شود؛ دور بشوند (هیز و همکاران ۲۰۰۴).

سپاس‌گزاری

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش، یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله، استرجاح شده از پایان‌نامه ارشد است و منابع مالی آن را نویسنده اول، تأمین کرده است. تعارض در منافع: وجود ندارد.

منابع

1. Alilo M, Mohamad V, Bayanzadeh A. Experimental survey of memory problems in type of investigation in one case with obsessive compulsive disorder. *Andishe va Rafter* 2004; 11(1): 62-70. [Persain]
2. A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
3. Bajaj, B., & Pande, N. (2016). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 93, 63-67.
4. Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of workplace behavioral health*, 28(2), 107-133.
5. Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
6. Bouvard, M., Fournet, N., Denis, A., Sixdenier, A., & Clark, D. (2017). Intrusive thoughts in patients with obsessive compulsive disorder and non-clinical participants: a comparison using the International Intrusive Thought Interview Schedule. *Cognitive behaviour therapy*, 46(4), 287-299.
7. Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 393-403.
8. de la Cruz, L. F., Llorens, M., Jassi, A., Krebs, G., Vidal-Ribas, P., Radua, J., ... & Mataix-Cols, D. (2015). Ethnic inequalities in the use of secondary and tertiary mental health services among patients with obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 207(6), 530-535.
9. Dold, M., Aigner, M., & Kasper, S. (2017, October). Augmentation of serotonin reuptake inhibitors with antipsychotic drugs in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. In *European*

- Neuropsychopharmacology (Vol. 27, pp. S1004-S1005). PO BOX 211, 1000 AE AMSTERDAM, NETHERLANDS: ELSEVIER SCIENCE BV.
10. Greast, J. H., & Jefferson, J. W. (1998). Pharmacotherapy for OCD. *British J Psychiatry* Aug, 173(suppl 35), 64-70.
 11. Goodman, W. K., Rasmussen, S., Price, L., Mazure, L., Heninger, G., & Charney, D. (1991). Yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Verhaltenstherapie*, 1(3), 226-33.
 12. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.(A)
 13. Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54.
 14. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
 15. Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.(B)
 16. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
 17. Iniesta-Sepúlveda, M., Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, Á. (2017). Cognitive-behavioral high parental involvement treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 53-64.
 18. Izadi R, Abedi M. Reducing obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive compulsive disorder and treatment-resistant to cure through Acceptance and commitment therapy. *Feyz KUMS* 2013; 17(3): 275-286. [Persian]
 19. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1988). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*. Williams & Wilkins Co.
 20. Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2018). *Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders*. John Wiley & Sons.
 21. Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74.
 22. Mataix-Cols, D., De La Cruz, L. F., Monzani, B., Rosenfield, D., Andersson, E., Pérez-Vigil, A., ... & Thuras, P. (2017). D-cycloserine augmentation of exposure-based cognitive behavior therapy for anxiety, obsessive-compulsive, and posttraumatic stress disorders: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *JAMA psychiatry*, 74(5), 501-510.
 23. McCracken, J. T., & Hanna, G. L. (2005). Elevated thyroid indices in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: effects of clomipramine treatment. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 15(4), 581-587.
 24. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2015; 225(3): 236-46.
 25. Mikailbarzili N, Ahadi B, Hasanabadi H. The comparison of effectiveness of Islamic therapy and cognitive behavioral therapy in people with obsessive compulsive disorder. *J of psychological achievements* 2002; 4(2): 61-86. [Persian]
 26. Murray, G. K., Knolle, F., Ersche, K. D., Craig, K. J., Abbott, S., Shabbir, S. S., ... & Robbins, T. W. (2019). Dopaminergic drug treatment remediates exaggerated cingulate prediction error responses in obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology*, 236(8), 2325-2336.
 27. Rohani, F., Rasouli-Azad, M., Twohig, M. P., Ghoreishi, F. S., Lee, E. B., & Akbari, H. (2018). Preliminary test of group acceptance and commitment therapy on obsessive-compulsive disorder for patients on optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 16, 8-13.
 28. Sajatovic, M., & Ramirez, L. F. (2012). *Rating scales in mental health*. JHU Press.
 29. Smith, B. M., Bluett, E. J., Lee, E. B., & Twohig, M. P. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for OCD*. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*, 1, 596-613.
 30. Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., ... & Hallion, L. S. (2018). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment*, 25(1), 3-13
 31. Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202.
 32. Vakili, Y., & Gharraee, B. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Iranian journal of psychiatry*, 9(2), 115.

The comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Clomipramine in treating patients with obsessive-compulsive disorders in men and women in the city of Shiraz

Ali Sahrokar¹, Fatemeh Najian Tabriz², Hanieh Mordy³, Arameh Safikhani⁴

1. Lecturer, Shiraz Fatemeh University, Department of Psychology
a.derakhtkar@gmail.com
2. MSc. in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University
f.najiantabriz@yahoo.com
3. B.Sc. in Psychology, Shahid Beheshti University
hanieh.moradi@gmail.com
4. MSc in Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz
aram.safikhani@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the efficacy of ACT and Clomipramine was used to treat OCD and to determine the most effective type of treatment in reducing the symptoms of patients with OCD.

Methods: This research was an applied and research project. It was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, follow-up, and control groups. The research population was obsessive-compulsive disorder referring to counseling centers in the summer of 2018 and received a definitive diagnosis of obsessive-compulsive disorder. Sampling was done by the access method. Participants were randomly assigned to 3 groups of 15. Subjects were evaluated before and after the intervention by the Yale Brown questionnaire. To analyze the statistical data, analysis of variance (repeated measure) was used by SPSS software version 21.

Findings: The findings of this study showed that both types of treatment in the short-term affects the improvement of symptoms of OCD ($P < 0/01$), but in follow-up, ACT treatments maintained their therapeutic effect. Moreover, there was no significant difference between men and women statistically in this study.

Conclusion: The findings of this study indicate a more lasting effect of treatment based on acceptance and commitment, and this seems to be important due to the combination of Eastern techniques and Western psychology that makes treatment more effective for Iranian patients.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Adoption-Based Treatment, Clomipramine

بازشناسی رویکرد دینی در زمینه اشتغال زنان در ایران: چالش‌ها، فرصت‌ها و الزامات سیاستی^۱

نادر مطیع حق‌شناس *

دکتری جمعیت‌شناسی، استادیار گروه اقتصاد جمعیت و سرمایه انسانی، موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت
کشور، تهران، ایران

nader.haghshenas@psri.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۹۸/۱۱/۲۱]

تاریخ دریافت: [۹۸/۷/۲۶]

چکیده

اشتغال زنان، همیشه از ابعاد گوناگون مورد بحث بوده است. ایجاد پارادوکس در زمینه اشتغال زنان، اندیشه‌وران حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی، اخلاقی و دینی را با پرسش‌هایی روبه رو کرده است. خط استدلال این مقاله این است که ببینیم رویکرد اسلام نسبت به اشتغال زنان چیست؟ موانع و چالش‌های فراروی مسأله اشتغال زنان در یک جامعه اسلامی کدام است؟ این پژوهش تلاش نموده به روش اسنادی و از نوع مطالعه اکتشافی، با مرور سیستماتیک مطالعات انجام شده در این زمینه و ملاحظات نظری برگرفته شده از دیدگاه اسلام، به تحلیل وضعیت اقتصادی و معیشتی زنان با تأکید بر انطباق آن بر آموزه‌های اصیل دینی در کشور اسلامی ایران پردازد که هدف اصلی آن را شکل می‌دهد. یافته‌ها نشان داد دین اسلام با اینکه اصل استقلال اقتصادی را برای زنان قائل شده، یعنی زنان هم مالک کار و تولید خود بوده و هم هیچ‌گونه مسئولیتی در برابر اقتصاد خانواده ندارند، اما در شرایط واگذاری کار به زنان در اسلام، مصلحت جامعه، خانواده و شرایط و مسائل فردی را هم مدنظر داشته، که این محدودیت‌هایی را برای کار زنان بوجود می‌آورد. شواهد جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد میزان مشارکت اقتصادی زنان از ۱۲/۹۳ درصد در سرشماری ۱۳۵۵ به ۱۶ درصد در سرشماری ۱۳۹۵ افزایش یافته که مبین تغییر و تکامل مشارکت زنان در اقتصاد اسلامی، تغییر هویت فردی و اجتماعی آنان است. افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان زن در دوره‌های آموزش عالی، افزایش اشتغال زنان در بخش‌های مختلف اقتصادی و افزایش میزان فعالیت زنان در بخش‌های مدیریتی نسبت به دهه‌های گذشته حکایت از رشد قابل توجهی دارد. با این وجود، عدم فرصت و امکانات برابر با مردان در یافتن شغل، سطح دستمزد پایین‌تر نسبت به مردان و میزان بیکاری زنان به‌ویژه در سطوح آموزش عالی، وجود برخی محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی برای اشتغال زنان، طرز تلقی و نگرش نادرست جامعه نسبت به شایستگی زنان در مشاغل مختلف، گسترش نابرابری جنسیتی در دسترسی به منابع و به دنبال آن افزایش آسیب‌ها به لحاظ عدم آمادگی و پذیرش جامعه از بعد امنیت اجتماعی برای زنان در عرصه فعالیت اقتصادی، از مهم‌ترین دغدغه‌ها و چالش‌های اساسی اشتغال زنان در کشور اسلامی ایران است.

واژه‌های کلیدی: دین اسلام، اشتغال زنان، فرصت‌ها و الزامات سیاستی

۱. این مقاله برگرفته شده از بخشی از طرح تدوین کارنامه زنان پس از پیروزی انقلاب اسلامی است که توسط نویسنده مقاله به عنوان مدیر بخش اقتصادی طرح با حمایت مرکز امور زنان و خانواده در سال ۸۹ انجام شده بود.

طرح مسئله

یکی از عوامل تعیین کننده توسعه هر کشور، منابع انسانی آن است. منابع انسانی پایه اصلی ثروت ملت‌ها را تشکیل می‌دهند. از این جهت، بهره‌برداری کامل از منابع انسانی هر کشور باید به‌عنوان یکی از هدف‌های راهبردی توسعه در نظر گرفته شود. زنان حدود نیمی از جمعیت کشور و بخش مهمی از جمعیت فعال اقتصادی هستند که می‌توانند سهم به‌سزائی در توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور ایفاء کنند. کم یا زیاد، کوچک یا بزرگ بودن سهم زنان در بازار کار کشور نیز در عرضه نیروی انسانی نقش مهمی دارد. شرکت زنان در فعالیت‌های اقتصادی از آغاز پیدایش بشر واقعیتی انکارناپذیر بوده و از زمان‌های گذشته، زنان سهم عمده‌ای در تولید ملی داشته‌اند.

اشتغال زنان، همیشه از ابعاد گوناگون مورد بحث بوده است. در عرصه اقتصادی، عدم فرصت و امکانات برابر با مردان در یافتن شغل، سطح دستمزد پایین‌تر نسبت به مردان و میزان بیکاری زنان به ویژه در سطوح آموزش عالی و به دنبال آن افزایش آسیب‌ها به لحاظ عدم آمادگی و پذیرش جامعه از بعد امنیت اجتماعی برای زنان از مهم‌ترین دغدغه‌ها و چالش‌های اساسی اشتغال زنان در یک جامعه اسلامی بوده و تاکنون نیز تداوم داشته است.

از دید اسلام، ارزش‌های اصیل دینی، بخش عمده وظیفه حفظ ارکان خانواده و تربیت فرزندان را برعهده زنان قرار داده است (العبدالخانی و بحرینی، ۱۳۹۴). از دید جنسیتی، شرایط جسمی، وضعیت دوران بارداری، وضع حمل و دوران پس از آن و نیز ایام خاص شیردهی به فرزند و اموری مانند آن، الزام‌های خاصی را به دنبال دارد که همیشه اشتغال زنان در خارج از خانه با حفظ ارزش‌های اخلاقی، اجتماعی، حفظ ارکان خانواده، انجام وظیفه مادری و همسری سازگار نیست (سلیمانی، ۱۳۹۰). به همین جهت برخی بر این باور هستند که اشتغال زنان در خارج از خانه، جامعه را با مشکل‌های عدیده‌ای روبه‌رو کرده است (ساروخانی، ۱۳۷۰). از سوی دیگر، شناخت زمینه‌های تاریخی تحولات ساختار جمعیتی کشور از دهه ۶۰ تا کنون و افزایش میزان مشارکت اقتصادی زنان در چهل سال اخیر از ۱۲/۹۳ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۱۶ درصد در سال ۱۳۹۵، که منجر به افزایش عرضه نیروی کار زنان در کشور شده، نقش زنان را در فرصت جمعیتی کشور برجسته نموده است. به دنبال آن، ما افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان زن در دوره‌های آموزش عالی، افزایش اشتغال زنان در بخش‌های مختلف اقتصادی و افزایش میزان فعالیت زنان در بخش‌های مدیریتی نسبت به دهه‌های گذشته را شاهد هستیم (میرزایی و مطیع حق شناس، ۱۳۹۷). مطالعات انجام شده در سطح ملی نیز نشان می‌دهند که توسعه اقتصادی، اجتماعی، گسترش آموزش، شهرنشینی و به‌طور کلی تحولاتی که در جوامع امروزی واقع شده، منجر به دگرگونی کار زنان و نقش آنان در جامعه گردیده است (کاظمی پور، ۱۳۸۵). این تحولات به‌عنوان عوامل پیشران و نقاط قوت مشارکت اقتصادی زنان در کشور مطرح شده‌اند. ایجاد پارادوکس در این زمینه، اندیشه‌وران حوزه‌های اقتصادی، اجتماعی، اخلاقی و دینی را با پرسش‌هایی روبه‌رو کرده است. برای پاسخ به این تناقض، این مقاله تلاش کرده از آراء امام راحل علیه السلام در این زمینه استفاده کند.

خط استدلال این مقاله این است که ببینیم رویکرد اسلام نسبت به اشتغال زنان چیست؟ موانع و چالش‌های فراروی مسأله اشتغال زنان در یک جامعه اسلامی کدام است؟ لذا بررسی ابعاد علمی این مسئله و چالش‌های فراروی آن، هم از حیث علمی و هم از لحاظ سیاستی حائز اهمیت است. این پژوهش تلاش نموده تا با مرور سیستماتیک مطالعات انجام شده در این زمینه و ملاحظات نظری برگرفته شده از دیدگاه اسلام، به تحلیل وضعیت اقتصادی و معیشتی زنان در عرصه اجتماع با تأکید بر انطباق آن بر آموزه‌های اصیل دینی بپردازد که هدف اصلی آن را مشخص می‌کند. آنچه این مطالعه را از سایر تحقیقات متمایز می‌کند تأکید بر تحلیل نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای اشتغال زنان در کشور است.

ملاحظات روش‌شناسی پژوهش

روش تحقیق این مطالعه اسنادی و از نوع متوالی اکتشافی بوده و از تکنیک مرور سیستماتیک استفاده شده است. در بخش روش، با در نظر گرفتن چند معیار اساسی و طی چند مرحله، بیش از ۵۰ مطالعه از مناسب‌ترین و جامع‌ترین تحقیقاتی که به روشنی مسئله اشتغال زنان از دیدگاه اسلام را مورد بررسی قرار داده‌اند، انتخاب و مورد پایش و تحلیل قرار گرفتند. در این مطالعه، برای استخراج شاخص‌ها و زیر شاخص‌های مرتبط با این حوزه، از نظر مشورتی ۷ نفر از متخصصان، اساتید و صاحب‌نظران در رشته‌های اقتصاد، جامعه‌شناسی، علوم سیاسی، جمعیت‌شناسی، مدیریت، آینده‌پژوهی و زنان استفاده شد. جلسه‌ها در قالب میزگرد تخصصی تشکیل شد که مسئله اعتبارسنجی و پایایی شاخص‌ها را تأیید می‌کند.

در این میزگردها، برای تدوین چارچوب مفهومی و تحلیلی موضوع، شاخص‌های استخراج شده از ملاحظات تجربی و نظری در شش دسته شاخص اصلی طبقه‌بندی و زیر شاخص‌های مربوط به آنها مورد بررسی قرار گرفتند. این شاخص‌ها شامل شاخص‌های مربوط به سنجش سطح اشتغال زنان در جامعه، شاخص‌های مربوط به شناسایی نقش زنان در مدیریت و توسعه اقتصادی، شاخص‌های مربوط به تحلیل وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی زنان، شاخص‌های مربوط به تحلیل وضعیت اقتصاد خانواده، شاخص‌های مربوط به سنجش تناسب اشتغال با ویژگی‌های ذاتی، روحی و روانی زن و شاخص‌های مربوط به سنجش تناسب اشتغال با حدود شرع و اسلام هستند. سپس ارتباط مبانی نظری و شاخص‌ها و زیر شاخص‌های جایگاه اقتصادی زنان شناسایی و مورد بررسی شد. در مرحله بعد، وضعیت کلی اقتصادی زنان در گذشته، وضع موجود و آینده‌نگری آن تا افق ۱۴۰۴ کشور ترسیم شد. در بخش کمی، برای تحلیل آماری وضعیت اقتصادی زنان از نتایج سرشماری‌های عمومی و نفوس کشور مرکز آمار ایران (۹۵-۱۳۳۵) استفاده شد. در نهایت پایش وضعیت موجود و تعیین وضع مطلوب اقتصادی و معیشتی زنان بر اساس مدل استراتژیک و تدوین استراتژی‌ها و برنامه‌های عملیاتی و کاربردی در این زمینه با مشورت صاحب‌نظران این موضوع انجام شد.

ملاحظات تجربی و نظری پژوهش

۱- دیدگاه اسلام در خصوص اشتغال زنان

با ظهور اسلام، کرامت انسانی زن احیاء شد و زن در کنار مرد به‌عنوان نیمی از پیکره حیات بشری مطرح گردید. اسلام دخترکشی را ممنوع کرد و به جامعه آموخت که به دختران احترام بگذارند. دین اسلام به هنگام پیدایش، برخی امور را که در جاهلیت بدان عمل می‌شد، پذیرفت و بعضی را اصلاح کرده، برخی دیگر را از بین برد و قوانین جدیدی را برای سامان‌دهی زندگی مسلمانان در اجتماع نوظهور امت اسلام، وضع کرد. قرآن کریم کسب و تلاش اقتصادی زنان و مردان را تأیید کرده و مالکیت آنان را برآن مترتب ساخته است. در اسلام به سه نکته اساسی در مورد شرایط اشتغال زنان اشاره شده است که عبارتند از:

الف- مصلحت جامعه: در واگذاری شغل به زنان باید دقت کرد که چه پیامدهایی در جامعه خواهد داشت. آیا تأثیر مثبت و مفیدی دارد و به حرکت جامعه به سوی پیشرفت کمک می‌کند و یا تأثیر منفی و مخربی خواهد داشت و موجب رکود و تزلزل اخلاقی در جامعه خواهد شد.

ب- مصلحت خانواده: از آنجا که قداست و استواری خانواده در جامعه اسلامی بسیار با ارزش و مهم می‌باشد و باید از آن پاسداری کرد، اشتغال زنان و مادران در خارج از خانه نیز باید در راستای تحقق این اصل قرار گیرد نه این که باعث تزلزل خانواده گردد، که اگر چنین شود، اشتغال زن با اشکال روبرو است.

ج- شرایط و مسائل فردی: در واگذاری شغل به زنان باید به مصالح شخصی او نیز توجه شود که آیا زن با انتخاب این شغل توانایی انجام آن را دارد یا خیر؟ آیا با این شغل رشد می‌یابد یا دچار عقب ماندگی می‌شود؟ آیا این شغل با توانمندی‌ها و قابلیت‌های او

سازگار است یا خیر؟ در مجموع اگر این سه نکته مورد توجه واقع شود، اشتغال زنان در جامعه نه تنها مشکلی را ایجاد نمی‌کند بلکه منفعت جامعه را بیشتر خواهد کرد.

نکته اصلی در فرهنگ اشتغال زنان، از منظر اسلام، حفظ جایگاه و منزلت زن است و این امر باید در اشتغال زنان لحاظ گردد. در تفکر اسلامی، حفظ و گسترش نهاد خانواده بر پایه ویژگی‌های فطری و طبیعی زن و مرد، اولویت و اهمیت خاصی دارد و در کنار آن، بر امکان اشتغال و استقلال مالی زنان تأکید شده است. اسلام اشتغال را برای زن هدف نمی‌داند، بلکه آن را در خدمت خانواده و رفاه و آسایش آن می‌پذیرد و اشتغال را به‌عنوان یکی از راه‌های افزایش قابلیت و شکوفایی استعداد زنان و در جهت تعالی و کمال آنان می‌پذیرد (صحیفه امام، ۱۳۷۸). نگاهی به دیدگاه اسلام درباره اقتصاد خانواده نشان می‌دهد که زنان این حق را دارند که در مقابل کاری که در خانه انجام می‌دهند و حتی شیردادن نوزاد درخواست دستمزد کنند. این امر تأکید و تأییدی است بر این امر که زنان نیاز به شغل و استقلال اقتصادی دارند (زراءنژاد و منتظر حجت، ۱۳۸۴).

۲- دیدگاه امام خمینی علیه السلام در خصوص اشتغال زنان

حضرت امام، زن را در انتخاب شغل و کار کردن و کسب مال حلال آزاد می‌داند. از غرب بالاتر است این مسائلی که برای زن‌ها ما قائل هستیم. تمام معاملاتشان به اختیار خودشان هست و آزاد هستند، اختیار شغل را آزاد هستند. ایشان زنان را دعوت می‌کنند تا دوشادوش مردان به ترمیم خرابی‌ها و سازندگی بپردازند. زنان شیردل و متعهد، هم‌دوش مردان عزیز به ساختن ایران عزیز پرداخته، چنانکه به ساختن خود در علم و فرهنگ پرداخته‌اند. در جایی که عزت و سربلندی اسلام و کشور مطرح می‌شود، امام حضور زنان را در صحنه‌های مختلف اجتماعی، سیاسی و اقتصادی، واجب و تکلیف شرعی می‌داند. وقتی به حسب واقع جمهوری اسلامی می‌شود که شما خانم‌ها به وظیفه‌تان عمل کنید و آقایان هم به وظیفه‌شان و همه ما خودمان را وظیفه‌دار و مکلف بدانیم. ایشان تأکید می‌نمایند که امروز باید خانم‌ها به وظایف اجتماعی و وظایف دینی خودشان عمل بکنند و عفت عمومی را حفظ بکنند و روی آن عفت عمومی، کارهای اجتماعی و سیاسی را انجام بدهند که شرط اصلی، پرهیز از شیء‌وارگی زن و رعایت حدود شرع و علت حضور، انجام تکلیف و وظیفه است. هدف از فعالیت‌های اقتصادی زنان اگرچه به‌عنوان یک هدف جزئی و مرحله‌ای می‌تواند بالا بردن سطح بهره‌وری مادی و اقتصادی باشد، لیکن همین انگیزه و هدف اقتصادی بایستی در راستای اهداف سیاسی- فرهنگی جامعه و نظام اسلامی در مقولاتی مانند بسط عدالت اجتماعی، رشد و بالندگی، تأمین رفاه عمومی، گسترش فرهنگ و دانش انسانی، توسعه اخلاق و معنویت انسانی باشد (سیمای زن در کلام امام خمینی، ۱۳۷۴).

۳- دیدگاه مقام معظم رهبری در خصوص اشتغال زنان

رهبری در زمینه اشتغال زن معتقدند ما در مورد مساله زن از یک سو و مسئله دانش و تخصص از سوی دیگر و مسئله خدمت به افراد بشر هم از جانب دیگر، به نام اسلام ادعاهایی داریم. ادعاهای ما در چارچوب اسلام است. ما معتقدیم زنان در هر جامعه سالم بشری قادرند و می‌باید فرصت پیدا کنند که در حد سهم خود تلاش و مسابقه خویش را در پیشرفت‌های علمی و اجتماعی و سازندگی و اداره این جهان به‌عهده بگیرند. از این جهت میان زن و مرد هیچ تفاوتی نیست. هدف از آفرینش هر فرد انسانی، رسیدن به کمال بشری و بهره بردن از بیشترین فضایی که یک انسان می‌تواند به آن فضایل آراسته بشود و فرقی هم بین زن و مرد نیست. زنان در اسلام با حفظ بنیان خانواده می‌توانند به همه عناوینی که مردان دست می‌یابند جز در موارد استثنایی و محدود از جمله قضاوت دست یابند. اسلام از بانوان می‌خواهد تا کوشش کنند بنیان خانواده مستحکم بماند. زنان می‌توانند به عنوان سلحشور و مجاهد فی سبیل الله به جامعه وارد شوند و تمام این تلاش‌ها مباح و مطلوب است به شرط آن که خانواده به عنوان عنصر اصلی اجتماع متلاشی نشود. اسلام با کار کردن زنان نه تنها موافق است، بلکه تا آنجایی که با شغل اساسی او که مهم‌ترین شغل اوست، یعنی تربیت فرزند و حفظ خانواده، مزاحم نباشد شاید لازم هم می‌داند. یک کشور نمی‌تواند از نیروی کار زنان در عرصه‌های مختلف بی‌نیاز باشد اما این کار

باید با کرامت و ارزش معنوی و انسانی زن منافات نداشته باشد، باید زن را تذلیل نکند و زن را وادار به تواضع و خضوع نکند (محمدی صیفار، ۱۳۸۵).

۴- دیدگاه شهید مطهری در خصوص اشتغال زنان

شهید مطهری معتقدند فراهم آوردن امکانات لازم و ایجاد زمینه‌های مطلوب برای این‌گونه سازندگی‌ها مستلزم به وجود آوردن فضایی سالم و عاری از هرگونه مشکلات جدی رفتاری است که در آن انسان‌ها بتوانند با فکری راحت و خلاقیت درخور توجه، سازنده زندگی حال و آینده خود باشند. با توجه به اینکه یکی از دورکن اصلی خانواده زنان می‌باشند و نیمی از منابع انسانی جامعه را تشکیل می‌دهند. به‌طور کلی در همه ادوار تاریخی مشارکت‌های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی داشته‌اند. در صدر اسلام نیز وقتی حکومت اسلامی به مرحله اجرا درآمد، زنان در حوادث اجتماعی و سیاسی نقش‌آفرینی کرده‌اند (شرکت در بیعت‌ها، مهاجرت و جنگ‌ها) حتی در اسلام است که نخستین بار، زن دارای استقلال اقتصادی می‌گردد. کار کردن زن در بیرون خانه، بی‌گمان تأثیرات مثبتی بر شخصیت او دارد. زیرا می‌تواند او را به خودکفایی اقتصادی برساند که در برابر شرایط سختی که او را به کارهای ناخواسته یا حتی انحراف وادار می‌سازد، از او حمایت کند و از سوی دیگر، این خودکفایی می‌تواند به او استقلالی بدهد که او را از تسلیم شدن در برابر فشارهایی که ممکن است دیگران بخواهند بر او وارد کنند، حفظ کند، چراکه هیچ کس، حق تصرف و تملک دارایی‌های او را ندارد (همان). ارتباط ملاحظات تجربی و نظری با شاخص‌ها و زیرشاخص‌های اقتصادی و معیشتی زنان

جدول ۱- سطح اشتغال زنان در جامعه

زیرشاخص	مبانی نظری
اهلیت اقتصادی	اسلام با کار کردن زنان نه تنها موافق است، بلکه تا آنجایی که با شغل اساسی او که مهم‌ترین شغل اوست، یعنی تربیت فرزند و حفظ خانواده، مزاحم نباشد شاید لازم هم می‌داند.
میزان تحصیلات و فرصت‌های شغلی زنان	زنان دارای حق کار، حق انتخاب شغل و آزادی فعالیت اقتصادی می‌باشند.
سطح اشتغال زنان در بخش‌های اقتصادی (کشاورزی، صنعت و خدمات)	زنان آزادی انتخاب کردن، انتخاب شدن، آزادی آموزش، کار و مبادرت به هر نوع فعالیت اقتصادی را دارند. حق رفتن به دانشگاه‌ها و ادارات را دارند.
سطح اشتغال زنان (دولتی، خصوصی و تعاونی)	در زمینه پزشکی، رعایت حدود الهی ضروری است و برای این منظور، تخصص زنان اهمیت زیادی دارد ... در بخش‌هایی که اولویت بیشتری دارند، نسبت به تربیت پزشکان زن باید سرمایه‌گذاری‌های لازم انجام شود.
سازمان‌های اقتصادی غیردولتی زنان (NGO)	همه افراد ملت اعم از زن و مرد، یکسان در حمایت قانون قراردارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند.

جدول ۲- نقش زنان در مدیریت و توسعه اقتصادی

زیرشاخص	مبانی نظری
نقش زنان در ایجادشغل آزاد (تولید تجارت و خدمات)	در نظام اسلامی زن حق تحصیل، کار و حق مالکیت، حق رأی دادن و گرفتن را دارند. زنان در جامعه اسلامی آزادند و حق رفتن به دانشگاه‌ها و ادارات را دارند. حق انتخاب آزادانه شغل را به اختیار خودشان دارند.
نقش مدیریتی زنان در ارگان‌های دولتی	زنان دارای حق مالکیت، حق مدیریت اقتصادی و حضور در زمینه‌های مختلف کشاورزی، صنعتی، تکنولوژیک و اطلاعاتی می‌باشند.
نقش زنان در برنامه‌ریزی‌های اقتصادی	یک کشور نمی‌تواند از نیروی کار زنان در عرصه‌های مختلف بی‌نیاز باشد اما این کار باید با کرامت و ارزش معنوی و انسانی زن منافات نداشته باشد.

جدول ۳- وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی زنان

زیرشاخص	مبانی نظری
بار تکفل اقتصادی	مسئول و عهده‌دار تأمین بودجه و توان اقتصادی خانواده مرد می‌باشد. زن الزامی در تأمین مالی و اقتصادی خانواده ندارد و درآمدهای حاصل از فعالیت‌های اقتصادی‌اش تنها در ملک وی می‌باشد
پوشش بیمه‌ای زنان	برخورداری زنان از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه، پس توجه به وضع قوانین حمایتی برای تأمین آینده زنان ضروری است.

جدول ۴- اقتصاد خانواده

زیرشاخص	مبانی نظری
استقلال اقتصادی زن	زنان دارای حق مالکیت، مدیریت اقتصادی و حضور در زمینه‌های مختلف کشاورزی، صنعتی، تکنولوژیک و اطلاعاتی می‌باشند. استقلال اقتصادی زن بدان معنی است که در انتخاب فعالیت‌های اقتصادی و بهره‌برداری از دستاوردهای مادی این فعالیت‌ها و مالکیت آنها مستقل، آزاد و مختار است.
تأثیر استقلال مالی زن در رشد و تربیت فرزندان	اسلام با کار کردن زنان نه تنها موافق است، بلکه تا آنجایی که با شغل اساسی او که مهم‌ترین شغل اوست، یعنی تربیت فرزند و حفظ خانواده، مزاحم نباشد شاید لازم هم می‌داند.

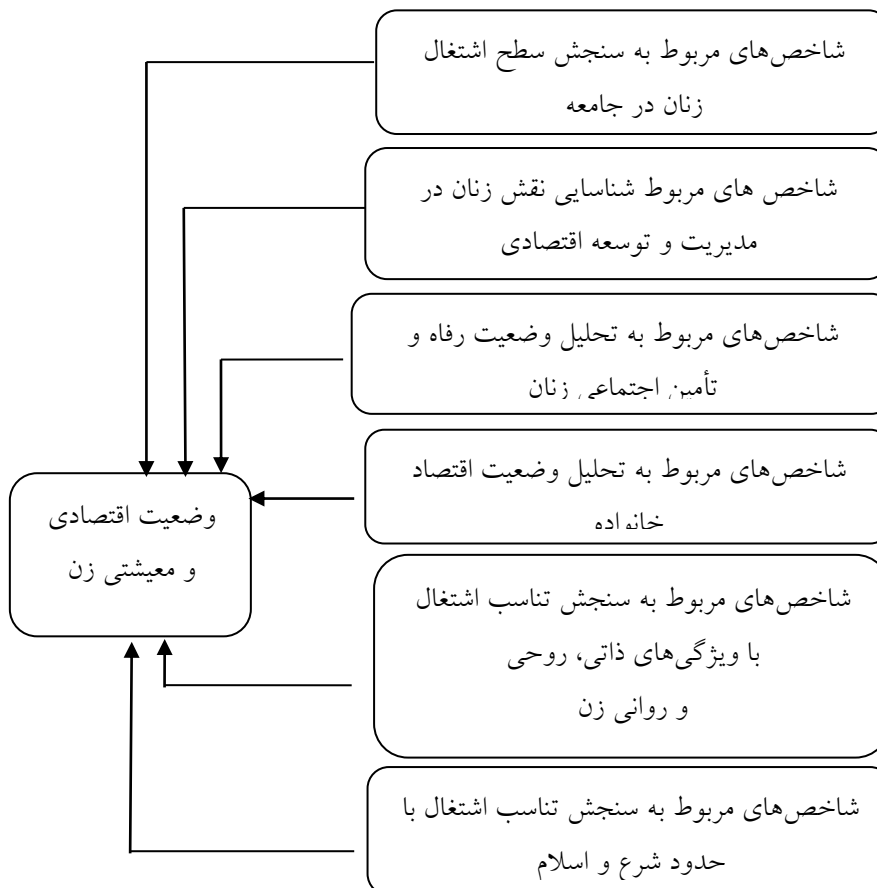
جدول ۵- تناسب اشتغال با ویژگی‌های ذاتی، روحی و روانی زن

زیرشاخص	مبانی نظری
تفاوت جنسیتی در کار	زنان و مردان هرکدام با شرایط جسمانی و صفات روحی خود شایستگی انجام کاری را دارند و خواهان شغلی با شرایط متناسب خویش می‌باشند که به تنهایی حق کار و تملک دارند.
ویژگی‌های ذاتی و روانی زن	زنان و مردان هرکدام با شرایط جسمانی و صفات روحی خود شایستگی انجام کاری را دارند و خواهان شغلی با شرایط متناسب خویش هستند که به تنهایی حق کار و تملک دارند.

جدول ۶- تناسب اشتغال با حدود شرعی اسلام

زیرشاخص	مبانی نظری
رعایت حدود شرعی در کار	محیط کار و شرایط کاری زنان باید از تمام ناروایی‌ها و آلودگی‌های زمان قبل از انقلاب پاک شود و به وضع کاری زنان هرچه بهتر رسیدگی شده و موجبات رفاه آنان با اشتغال در کارهای مناسب فراهم آید.

مدل مفهومی - تحلیلی پژوهش



یافته‌های پژوهش

وضعیت مشارکت زنان در اقتصاد ایران: روند و ابعاد آن

در پی تحولات اجتماعی و اقتصادی در کشورهای مختلف در سال‌های اخیر، اوضاع اشتغال به شدت متحول شد و نیاز به نیروی کار افزایش یافت. تنوع کارها و نیاز به نیروی کار متناسب با آنها و افزایش مشاغل خدماتی و اداری، برنامه‌ریزان را بر آن داشت تا هرچه بیشتر، از وجود زنان در بازارکار استفاده کنند. مشارکت زنان ایرانی در بازار کار، صد سال بعد از حضورهمتایانشان در جوامع صنعتی بوده است و این مشارکت، در طول سه دهه اخیر، با نوسان‌های شدیدی روبه‌رو شده‌است. شواهد آماری نشان می‌دهد که حدود ۵۰ درصد سرمایه انسانی کشور زنان هستند و به‌کارگیری و استفاده از این سرمایه، کشور را در دستیابی به اهداف توسعه سرعت می‌بخشد.

نتایج سرشماری عمومی نفوس مرکز آمار ایران در فاصله سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۳۵ نشان می‌دهد در یک دوره ۶۰ ساله، جمعیت زنان از ۹/۳۰۹ هزار نفر به ۳۴/۶۲۹ هزار نفر در سال ۱۳۸۵ و در سرشماری ۱۳۹۵ به ۳۹/۴۲۷ هزار نفر رسیده و رشدی برابر با ۴/۳ درصدی

را تجربه کرده است. شواهد جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد میزان مشارکت اقتصادی زنان از ۱۲/۹۳ درصد در سرشماری ۱۳۵۵ به ۱۶ درصد در سرشماری ۱۳۹۵ افزایش یافته که مبین تغییر و تکامل مشارکت زنان در اقتصاد اسلامی، تغییر هویت فردی و اجتماعی آنان است. تعداد دانش‌آموختگان در دوره‌های آموزش عالی کشور در فاصله سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۹۵ افزایش یافته است. به طوری که از ۴۳۳۰ هزار نفر در سال ۱۳۸۵ به ۹۶۳۸ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ رسیده است. تعداد زنان دانش‌آموخته نیز از ۱۸۰۹ هزار نفر در سال ۱۳۸۵ به ۴۶۳۲ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است.

شواهد آماری نشان می‌دهد تعداد شاغلین مرد بخش کشاورزی تا سال ۱۳۹۰ روند کاهشی داشته است و بعد از آن با شیب بسیار ملایم روند افزایشی پیدا کرده است. اشتغال زنان در بخش‌های سه‌گانه افزایش یافته، به‌ویژه در بخش کشاورزی طی برنامه اول تا سوم از ۲۶/۶۵ درصد به ۳۲/۵ درصد و در سال ۱۳۹۴ به ۶۲/۲ درصد رسیده که حاکی از افزایش اشتغال زنان در بخش کشاورزی نسبت به بقیه بخش‌ها است. افزایش جمعیت زنان شاغل در بخش کشاورزی در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ را می‌توان حاصل رشد بخش کشاورزی دانست. تعداد مطلق شاغلان زن در طی سرشماری‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۵ روند افزایشی داشته و از ۹۱۰ هزار نفر در سرشماری ۱۳۴۵ به ۲۷۸۱ هزار نفر در سرشماری ۱۳۸۵ و در سرشماری ۱۳۹۵ به ۴۴۲۰ هزار نفر رسیده است. نسبت شاغلان ۱۰ ساله و بیشتر بر حسب گروه شغلی مدیران، قانون‌گذاران و مقامات عالی‌رتبه برای زنان از ۱۲/۸ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۱۵/۴ درصد در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته و این شاخص در سرشماری سال ۱۳۹۰ به حدود ۱۷ درصد رسیده است.

توزیع تعداد سازمان‌های مردم‌نهاد زنان و خانواده طی ۲۰ سال اخیر (۱۳۷۵-۱۳۹۵) از رشد چشم‌گیری برخوردار بوده است. در سال ۱۳۷۵ تعداد ۵۵ سازمان مردم‌نهاد فعال و مرتبط با معاونت امور زنان و خانواده بودند در حالی که این تعداد تا پایان سال ۱۳۹۵ به ۲۶۷۰ سازمان مردم‌نهاد زنان و خانواده افزایش یافته و به عبارت دیگر تعداد سازمان‌های یاد شده طی ۲۰ سال پیش ۴۸ برابر شده است (معاونت امور زنان و خانواده، ۱۳۹۶).

باید عنایت داشت به رغم مشارکت اقتصادی پایین زنان در مقایسه با مردان در کشور، زنان ایرانی در عرصه تجارت طی دو دهه اخیر به موفقیت‌های زیادی دست یافته‌اند و با عضویت در بسیاری از اتاق‌های بازرگانی به سوی مشارکت و حضور در بازارهای مهم سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی حضور آنان در بسیاری نقش مؤثری دارند. به طوری که سهم نسبی حضور زنان از ۹/۱ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۱۶/۴ درصد در سال ۱۳۸۵ و سپس با روند کاهشی به ۱۴/۱ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است (همان).

شواهد آماری از روند فزاینده تعداد و نسبت زنان سرپرست خانوار در دهه اخیر در کشور حکایت دارد. براساس نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران، تعداد خانوارهای با سرپرستی زن، بیش از ۲۵۶۳ هزار خانوار می‌باشد. در واقع سهم نسبی زنان از سرپرستی خانوارها در سال ۱۳۹۰، ۱۲/۱ درصد بوده است که رشد قابل ملاحظه‌ای را نسبت به سایر دوره‌های متناظر در سرشماری‌های قبلی کشور نشان می‌دهد. شواهد آماری نشان می‌دهد که سهم زنان از جامعه تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی، رو به افزایش است و درصد زنان بیمه شده از ۱۲ درصد در سال ۸۵ به ۱۹ درصد در سال ۹۵ رسیده است (سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۹۷).

خلاصه مدل SWOT

در پاسخ به وضعیت پارادوکسی اشتغال زنان در کشور اسلامی و نیاز به آسیب‌شناسی آن، از مدل برنامه‌ریزی استراتژیک استفاده کردیم و تلاش شد بر پایه مبانی نظری به بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید وضعیت اقتصادی و معیشتی زنان مشهود پرداخته شود که نتایج آن در ماتریس SWOT آمده است. این نتایج در کمیته علمی طرح، مورد تأیید اعضا قرار گرفته بود.

جدول ۷- بررسی نقاط قوت، ضعف، فرصت و تهدید وضعیت اقتصادی و معیشتی زنان

حوزه: اقتصادی و معیشتی زنان شاخص: سطح اشتغال زنان در جامعه	
نقاط قوت (S)	نقاط ضعف (W)
افزایش نرخ مشارکت اقتصادی زنان	سطح دستمزد پایین‌تر نسبت به مردان
افزایش تعداد فارغ التحصیلان زن در دوره‌های آموزش عالی	میزان بیکاری زنان در تمامی سطوح تحصیلی بیشتر از مردان
افزایش اشتغال زنان در بخش کشاورزی	نقص نظام آماری
افزایش کارکنان فامیلی بدون مزد	
افزایش اشتغال زنان در بخش خصوصی و سازمان‌های غیردولتی	
برخورداري از حق انتخاب شغل	
همکاری زنان با مردان در صحنه‌های اقتصادی در راستای پیاده-سازی آرمان‌های اسلامی	
فرصت‌ها (O)	تهدیدات (T)
رفع محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی برای اشتغال زنان	آسیب‌پذیری بیشتر زنان در مواجهه با رکود اقتصادی
بالا بردن سطح عمومی فرهنگ برای افزایش مشارکت زنان در جامعه	از بین بردن تقسیم‌بندی مشاغل مردانه و زنانه
ارتقاء سطح آموزش مهارت‌ها و تخصص زنان	
افزایش امکانات و تسهیلات لازم برای زنان شاغل	
توانمندسازی زنان و افزایش توان اقتصادی آنان	
حوزه: اقتصادی و معیشتی زنان شاخص: نقش زنان در مدیریت و توسعه اقتصادی	
نقاط قوت (S)	نقاط ضعف (W)
افزایش میزان فعالیت زنان در بخش‌های مدیریتی نسبت به دهه‌های گذشته	نقص نظام آماری از تعداد زنان مولد در بخش‌های تولید، تجارت و خدمات
	مسئولیت‌ها و محدودیت‌های خانوادگی
	تجربه کمتر زنان نسبت به مردان در این عرصه
	ضعف بازرگانی و فروش محصولات تولیدی زنان
	نابرابری جنسیتی در عرصه مدیریتی به نفع مردان
فرصت‌ها (O)	تهدیدات (T)
فراهم کردن زمینه‌های خودباوری در زنان و آگاه کردن آنها نسبت به قابلیت‌ها و توانایشان	کمرنگ بودن حضور زنان در پست‌های تصمیم‌گیری و مدیریت عالی
از میان برداشتن الگوی جنسیتی حاکم در کتب درسی و برنامه‌های آموزشی نسبت به نقش زن و مرد	کمبود آگاهی زنان از اقتصاد نوین و بازارهای جهانی و گسترش زمینه‌های کسب و کار
انجام پژوهش‌های علمی در باب مسائل زنان به ویژه در مباحث مدیریتی و نقش آنان در توسعه کشور	

محیط داخلی

محیط خارجی

محیط داخلی

محیط خارجی

<p>برگزاری سمینارها برای آشنا شدن مدیران، سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران با فواید حضور مؤثر زنان در رده‌های بالای تصمیم‌گیری</p>		<p>مجموعه داخلی</p>
<p>حوزه: اقتصادی و معیشتی زنان شاخص: وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی زنان</p>		
نقاط قوت (S)	نقاط ضعف (W)	
افزایش زنان سرپرست خانوار طی سال‌های ۹۵-۷۵	نقص آمار دقیق از تعداد زنان سرپرست خانوار	
بالا تر بودن نرخ مشارکت زنان سرپرست خانوار	نداشتن بیمه بیکاری	
روند افزایشی بیمه شدگان تحت پوشش تأمین اجتماعی	کمبود نقدینگی زنان	
فرصت‌ها (O)	تهدیدات (T)	
بررسی وضعیت کمی و کیفی زنان سرپرست خانوار و جایگاه آنان در جامعه	افزایش آسیب‌ها به لحاظ عدم آمادگی و پذیرش جامعه از بعد پررنگ‌تر شدن فعالیت‌های ارگان‌های کمیته امداد امام خمینی <small>علیه السلام</small> ، بهزیستی و وزارت کار و امور اجتماعی	
<p>توجه مسئولان به افزایش سلامت و تأمین اجتماعی زنان</p>		
<p>کارآفرینی و مهارت‌آموزی زنان سرپرست خانوار اجرای طرح بیمه زنان و توانمندسازی آنان</p>		
<p>حوزه: اقتصادی و معیشتی زنان شاخص: اقتصاد خانواده</p>		<p>مجموعه خارجی</p>
نقاط قوت (S)	نقاط ضعف (W)	
روند افزایشی تعداد شاغلان زن طی پنج دهه اخیر	پایین بودن حقوق در مقایسه با نوع کار و ناعادلانه بودن توزیع پاداش‌ها و مزایا	
بهبود شدن وضعیت اقتصادی خانواده، عزت نفس زنان و فرزندان بیشتر و افزایش سلامت خانواده	نقص نظام آماري	
قوانین ناظر بر خانواده از جمله مورد ۱۱۱۷ (منع کار زن در صورت عدم رضایت شوهر)		
فرصت‌ها (O)	تهدیدات (T)	
تسهیل اشتغال زنان در جامعه و رفع محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی در مورد اشتغال زنان	تشدید ضعف استقلال مالی زنان و دسترسی نابرابر به منابع	
تقویت خانواده و جایگاه زن در آن در عرصه‌های اجتماعی از بین بردن طرز تلقی و نگرش نادرست جامعه نسبت به شایستگی زنان در مشاغل مختلف		
اصلاح نگرش در مورد تقسیم کار در درون خانواده و نهادینه شدن یک الگوی مناسب با شرایط زندگی امروز		
<p>حوزه: اقتصادی و معیشتی زنان شاخص: تناسب اشتغال با ویژگی‌های ذاتی، روحی و روانی زن</p>		

نقاط قوت (S)	نقاط ضعف (W)	
افزایش شاغلان زن در گروه‌های عمده شغلی، متخصصان و صنعت‌گران و کارکنان مشاغل مربوط	محدودیت‌های آموزش در نظام آموزش عالی برای زنان مانند انحصار برخی رشته‌ها برای مردان	محیط داخلی
	عدم سرمایه‌گذاری و اختصاص اعتبار جهت آموزش و جذب زنان شایسته در مشاغل تخصصی و کلیدی	
	پایین بودن حقوق در مقایسه با نوع کار و ناعادلانه بودن توزیع پاداش‌ها و مزایا	
فرصت‌ها (O)	تهدیدات (T)	
ممنوعیت اعمال هرگونه نابرابری و تبعیض در امر اشتغال یا ارتقای مرتبه شغلی		محیط خارجی
لغو کلیه محدودیت‌های قانونی در مورد کار زنان در رشته‌ها و عرصه‌های مختلف		
رفع نابرابری در سطح حقوق پایه و مزایای شغلی کلیه رشته‌ها بر معیارهای عینی یکسان مستقل از جنسیت کارکنان		
حوزه: اقتصادی و معیشتی زنان شاخص: تناسب اشتغال با حدود شرعی اسلام		
نقاط قوت (S)	نقاط ضعف (W)	
رعایت بیشتر شئونات اسلامی بعد از انقلاب اسلامی در محیط‌های کار	نقص نظام آماری در زمینه میزان و نحوه رعایت حدود شرعی	محیط داخلی
فرصت‌ها (O)	تهدیدات (T)	
پررنگ‌تر کردن نقش انجمن‌ها و نهادهای مذهبی در بخش‌های دولتی		محیط خارجی

تخمین وضعیت اشتغال زنان بر اساس پیش‌بینی جمعیتی

طبق پیش‌بینی و برآوردهای به عمل آمده در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۹۵ و ۱۴۰۰، درصد جمعیت فعال کشور با افزایش همراه بوده و به ترتیب برابر ۴۳/۴، ۴۴/۱ و ۴۵ درصد خواهد شد. تعداد جمعیت فعال طبق نسبت‌های در نظر گرفته شده در هر یک از سال‌های فوق، برابر ۲۳/۹، ۲۸/۶ و ۳۱/۲ میلیون نفر خواهد شد. با توجه به ارقام فوق، بین میزان فعالیت مردان و زنان، تفاوت چشمگیر وجود دارد، به طوری که این رقم در سال ۱۳۷۵ برابر ۶۰/۳ درصد برای مردان و ۸/۹ درصد برای زنان بوده که این مقدار برای مردان در سال ۱۴۰۰ به ۲۳/۹ میلیون نفر و برای زنان به ۷/۳ میلیون نفر خواهد رسید. براساس فرض‌های فوق، در هریک از دوره‌ها باید سالانه ۶۶۰، ۴۹۰ و ۴۶۰ هزار شغل جدید ایجاد شود. که باز هم حدود ۹ درصد از جمعیت فعال بیکار خواهند بود (کاظمی پور، ۱۳۸۵ و مطیع حق‌شناس، ۱۳۹۲).

نتیجه‌گیری و پیشنهادات سیاستی

اگر بخواهیم تحلیل استنباطی از مبانی مکتبی در حوزه اقتصاد و معیشت زنان داشته باشیم می‌بینیم دین اسلام با اینکه اصل استقلال اقتصادی را برای زنان قائل شده، یعنی زنان هم مالک کار و تولید خود بوده و هم هیچ‌گونه مسئولیتی در برابر اقتصاد خانواده ندارند و حتی می‌توانند در مقابل کار و خدمتی که در خانه انجام می‌دهند از همسر تقاضای مزد و حقوق کنند که پرداخت آن هم بر مرد واجب

است، اما در شرایط واگذاری کار به زنان در اسلام، مصلحت جامعه، خانواده و شرایط و مسائل فردی را هم مدنظر داشته، که این محدودیت‌هایی را برای کار زنان بوجود می‌آورد. به این منظور نیاز به ترسیم وضع مطلوب برای مشارکت اقتصادی زنان در کشور حس شده که نتایج زیر نشان می‌دهد.

با توجه به آراء امام خمینی، انگیزه و هدف فعالیت‌های اقتصادی زنان بایستی در راستای اهداف سیاسی- فرهنگی جامعه و نظام اسلامی باشد. باید تلاش فراوان در عرصه مشارکت فعال‌تر و هرچه بهتر و بیشتر زنان بکنند. با توجه به مبانی ارزشی جامعه اسلامی زنان در جامعه اسلامی آزادند و حق رفتن به دانشگاه‌ها و ادارات را دارند. پس توجه کافی مسئولان به ارتقاء سطح آموزش مهارت‌ها و تخصص به‌ویژه برای زنان، افزایش ورود دانش‌آموختگان دوره کارشناسی به دوره‌های تحصیلات تکمیلی تا ۲۰ درصد تا پایان برنامه پنجم توسعه را می‌طلبد. با توجه به دیدگاه امام، زنان حق دخالت سیاسی در تمامی شئون نظام اسلامی، عهده‌دار شدن پست‌های مدیریتی مناسب با مقام انسانی خود را دارند. افزایش ساختارهای سرمایه‌گذاری در فرصت‌های اشتغال‌زا و افزایش باورهای عمومی نسبت به شایستگی آنان ضروری می‌نماید. با توجه به نظر اسلام، زنان هم مالک کار و تولید خود بوده و هیچ‌گونه مسئولیتی در برابر اقتصاد خانواده ندارند و حتی می‌توانند در مقابل کار و خدمتی که در خانه انجام می‌دهند از همسر تقاضای مزد و حقوق کنند که پرداخت آن هم بر مرد واجب است. پس افزایش توان اقتصادی زنان و محاسبه ارزش کار خانگی زنان در راستای نیل به اهداف توسعه ۱۴۰۴ ضروری است.

به نظر شهید مطهری اشتغال زن می‌تواند او را به خودکفایی اقتصادی برساند و این خودکفایی زن را از تسلیم شدن در برابر فشارهای ممکنه حفظ کند، اما وقتی زن سرپرست خانوار بدون کار باشد، در این صورت توجه و حمایت ویژه از سوی ارگان‌های کمیته امداد امام خمینی علیه‌السلام، بهزیستی، وزارت کار و امور اجتماعی و مسئولین جامعه جهت ارتقاء سطح رفاه زندگی افراد به‌ویژه زنان سرپرست خانوار احساس می‌شود. برخورداری زنان از تأمین اجتماعی از نظربازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه می‌باشد. با توجه به نظر اسلام و آراء امام زنان باید در انتخاب فعالیت‌های اقتصادی و بهره‌برداری از دستاوردهای مادی این فعالیت‌ها و مالکیت آنها مستقل، آزاد و مختار باشند. اشتغال زنان و مادران در خارج از خانه باید در راستای قداست و استواری خانواده و تربیت فرزند در جامعه صورت پذیرد. این مهم می‌تواند موجبات بهبود روابط اجتماعی و توسعه دیدگاه‌های آنان نسبت به حقوق خود و خانواده شود. با توجه به نظر مقام معظم رهبری زنان در جامعه باید مسئولیت‌ها و مشاغلی انجام وظیفه نمایند که با صفات و ویژگی‌های ذاتی آنان متعارض نباشد و اسلام در کنار آن کار علمی و تلاش اقتصادی و سیاسی و اجتماعی را در صورت فرصت و فراغت زن منع نمی‌کند. پس رفع سیاست‌های جنسیتی برای دستیابی زنان به فرصت‌های برابر آموزشی ضروری به نظر می‌رسد.

با توجه به نظر مقام معظم رهبری در واگذاری کار باید طبیعت و فطرت زن و طبیعت و فطرت مرد، مسئولیت‌ها و مشاغل اختصاصی زن، مسئولیت‌ها و مشاغل اختصاصی مرد و آنچه می‌تواند مشترک بین اینها باشد، انجام بگیرد و از روی انفعال و تقلید نباشد. پس با رعایت نیاز جامعه به مشاغل گوناگون برای همه افراد امکان اشتغال به کار و شرایط مساوی برای احراز مشاغل ایجاد شود. با-توجه با نظر امام فراهم آوردن شغل برای زن، شغل صحیح هیچ مانعی ندارد اما بعضی مواقع مشکلات و عواقب کار زن به‌عنوان مانعی برای جلوگیری از رشد و تعالی او و تربیت صحیح اطفال محسوب می‌شود. بنابراین افزایش رعایت اصول و موازین شرعی در سطح جامعه و محیط‌های کار بویژه در بخش‌های دولتی و خصوصی، جهت رفاه و اشتغال زنان در کارهای مناسب را می‌طلبد. افزایش تعداد فارغ التحصیلان زن در دوره‌های آموزش عالی، افزایش اشتغال زنان در بخش‌های مختلف اقتصادی و افزایش میزان فعالیت زنان در بخش-های مدیریتی نسبت به دهه‌های گذشته حکایت از رشد قابل توجهی دارد.

با این وجود، عدم فرصت و امکانات برابر با مردان در یافتن شغل، سطح دستمزد پایین‌تر نسبت به مردان و میزان بیکاری زنان به‌ویژه در سطوح آموزش عالی، وجود برخی محدودیت‌های اجتماعی و فرهنگی برای اشتغال زنان، طرز تلقی و نگرش نادرست جامعه

نسبت به شایستگی زنان در مشاغل مختلف، گسترش نابرابری جنسیتی در دسترسی به منابع و و به دنبال آن افزایش آسیب‌ها به لحاظ عدم آمادگی و پذیرش جامعه از بعد امنیت اجتماعی برای زنان در عرصه فعالیت اقتصادی و نیز همسو نبودن تصمیم‌گیری و سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی دولت‌ها، ناکافی بودن این نوع سیاست‌ها و خلاء تحقیقات جامع در این زمینه، از مهم‌ترین دغدغه‌ها و چالش‌های اساسی اشتغال زنان در کشور اسلامی ایران است.

پیشنهادات سیاستی

بنابراین انجام اصلاحات لازم برای تسهیل شرایط ورود زنان به بازار کار و از میان برداشتن موانع توسعه‌ای (موانع اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی) و موانع غیر توسعه‌ای (ویژگی‌های شخصیتی و فیزیولوژی زنان) ضروری بوده چرا که توسعه پایدار در کشورهای اسلامی بدون مشارکت گسترده زنان محقق نمی‌شود. بر این اساس، استراتژی‌های بهبود وضعیت اقتصادی و معیشتی زنان ایران در افق ۱۴۰۴ ارائه می‌شود (جدول شماره ۸).

جدول ۸- استراتژی‌های بهبود وضعیت اقتصادی و معیشتی زنان ایران در افق ۱۴۰۴

شاخص	کلان استراتژی‌ها	استراتژی‌ها
سطح اشتغال زنان	افزایش حداکثر توان اقتصادی زنان در عرصه‌های مختلف در سطح ملی	- شناسایی و تقویت زیرساخت‌های اقتصادی متناسب برای حضور زنان در جامعه - افزایش نقش و مشارکت زنان در سازمان‌های دولتی و غیردولتی
نقش زنان در مدیریت و توسعه اقتصادی	بازآفرینی نقش اقتصادی و مدیریتی زن در خانواده و جامعه در راستای اهداف تعالی و پیشرفت	- شناسایی رویه‌های حمایتی از زنان جهت ارتقاء آنان در سطوح مدیریتی - بازشناسی رویه‌های حمایتی دولت از زنان با تأکید بر اصل شایسته‌سالاری
رفاه و تأمین اجتماعی زنان	شناخت رویه‌های حمایتی از زنان و ارتقای سطح پوشش بیمه آنان در حوزه رفاه و تامین اجتماعی در سطح ملی	- شناسایی عوامل موثر بر فرآیند اشتغال و کارآفرینی زنان و تقویت و حمایت آنها - افزایش امنیت اقتصادی - اجتماعی زنان
اقتصاد خانواده	بازشناسی فرصت‌های شغلی برای زنان و نقش زن در عرصه‌های اقتصادی و اجتماعی در راستای تقویت نهاد خانواده	- ایجاد زمینه‌های خودباوری در زنان و آگاهی بخشی آنها از قابلیت‌های فردی آنها - افزایش قابلیت‌ها و مهارت‌های زنان متناسب با نیازهای جامعه با رعایت عدالت جنسیتی
تناسب اشتغال با ویژگی‌های ذاتی، روحی و روانی زن	ارتقاء سطح توان اقتصادی و معیشتی زنان با توجه به خصوصیات ذاتی، روحی و روانی	- ارتقای کیفیت و موقعیت زنان در عرصه‌های مختلف اجتماعی - بازنگری سیاست‌های جنسیتی به نفع زنان در کسب موقعیت‌های اجتماعی
تناسب اشتغال با حدود شرعی اسلام	ایجاد امنیت کامل برای اشتغال زنان در محیط‌های کاری	- ایجاد تدابیر قانونی و حمایتی از زنان در محیط‌های کاری - افزایش نظارت و کنترل دولت بر محیط‌های کاری

منابع

۱. ایران‌نژاد پاریزی، مهدی و پرویز ساسان گهر، (۱۳۷۵)، سازمان و مدیریت: از تئوری تا عمل، چاپ سوم. تهران: مؤسسه بانکداری ایران، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران؛
۲. الوانی، مهدی و مژگان ضرغامی‌فرد، (۱۳۸۰)، نقش زنان در توسعه، تدبیر، شماره ۱۱۳؛
۳. بانکی‌پورفرد، امیرحسین، (۱۳۸۱)، آینه زن: مجموعه موضوعی سخنان مقام معظم رهبری، قم، کتاب طه؛
۴. بحرینی، محمد جواد و ساجده عبدالخانی، (۱۳۹۴)، جایگاه اشتغال زنان از نظر اسلام، پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده، دوره ۲، شماره ۵؛
۵. برایسون، (جان.ام)، (۱۳۶۹)، فرآیند برنامه‌ریزی استراتژیک برای سازمان‌های دولتی و غیرانتفاعی، مترجم: عباس منوریان. جلد ۱۰. تهران: مرکز آموزش مدیریت دولتی؛
۶. بیلو، پاتریک و همکاران، (۱۳۷۶)، راهنمای اجرایی برنامه‌ریزی استراتژیک، مترجم: منصور شریفی کلویی. تهران: دفتر مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران؛
۷. خمینی، روح الله (۱۳۷۴)، سیمای زن در کلام امام خمینی. تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی؛
۸. خمینی، روح الله (۱۳۶۳)، کلام امام. تهران، امیرکبیر؛
۹. خمینی، روح الله (۱۳۷۸)، صحیفه امام، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی، تهران؛
۱۰. زراء‌نژاد، منصور و امیر حسین منظر حجت، (۱۳۸۴)، نگاهی به مشارکت اقتصادی زنان در ایران
۱۱. سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۹۷)، آمار زنان تحت پوشش بیمه سازمان تأمین اجتماعی، تهران؛
۱۲. سلیمانی، منصوره، (۱۳۹۰)، اسلام و اشتغال زنان، پژوهش‌نامه اسلامی زنان و خانواده پژوهش‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، انتشارات طهورا، سال چهارم، شماره ۸؛
۱۳. سرمد، زهره و همکاران، (۱۳۷۸)، روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگاه. چاپ دوم؛
۱۴. کاظمی‌پور، شهلا، (۱۳۸۵)، تحولات اخیر و آینده وضعیت اشتغال و بیکاری در ایران با تأکید بر وضعیت اشتغال زنان، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، شماره ۱؛
۱۵. کمایی، مینا، (۱۳۸۷)، تکامل کمی و کیفی مشارکت زنان در اقتصاد ایران، سرمایه، شماره ۸۱۸؛
۱۶. کریمی، زهرا، (۱۳۸۱)، سهم زنان در بازارکار ایران، اطلاعات سیاسی - اقتصادی، سال شانزدهم، شماره ۱۸۰-۱۷۹، صفحات ۲۱۹-۲۰۸؛
۱۷. کولایی، الهه و محمد حسین حافظیان، (۱۳۸۵)، نقش زنان در توسعه کشورهای اسلامی، پژوهش زنان، دوره ۴، شماره ۱ و ۲؛
۱۸. مرکز آمار ایران، (۹۵-۱۳۳۵)، سرشماری عمومی نفوس و مسکن، تهران، انتشارات مرکز آمار ایران؛
۱۹. محمدی صیفار، مهدی، (۱۳۸۵)، مشارکت اجتماعی زنان از نظر حضرت امام خمینی علیه السلام، پگاه حوزه، شماره ۱۸۲؛
۲۰. مطیع حق‌شناس، نادر (۱۳۹۲)، تأثیر تحولات ساختار جمعیتی بر عرضه نیروی انسانی و وضع فعالیت اقتصادی در ایران و آینده‌نگری آن تا افق ۴۰۴، فصل‌نامه مطالعات جمعیتی، شماره ۲، صص ۸۹-۱۱۶.
۲۱. میرزایی، محمد و نادر مطیع حق‌شناس (۱۳۹۷)، عوامل مؤثر بر تمایل به تغییر شغلی دانش‌آموختگان آموزش عالی در ایران با تأکید بر ساختار سنی جمعیت، ۹۴-۱۳۸۴، نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، شماره ۲۴، صص ۱۰۷-۶۹.
۲۲. مصطفوی، فریده، و فاطمه جعفری، (۱۳۹۳)، زن از منظر اسلام، قم، موسسه بوستان کتاب، صص ۱۱۴-۱۱۳.
۲۳. معاونت امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، (۱۳۹۶)، معاونت بررسی‌های راهبردی، گزارش وضعیت زنان و خانواده در آینه آمار طی سال‌های ۹۵-۱۳۹۰، تهران.
۲۴. نوروزی، لادن، (۱۳۸۳)، تفاوت‌های جنسیتی در ساختار شغلی، پژوهش زنان، دوره ۲، شماره ۱.

Recognition of the religious approach in the field of women's employment in Iran: challenges, opportunities and Policy options

Nader Motie Haghshenas*

Ph.D in Demography, Assistant Professor at Institute of Population Studies at NPSCMI

nader.haghshenas@psri.ac.ir

Abstract

Women's employment has always been discussed in various dimensions. The creation of paradox in the field of women's employment has raised questions among thinkers in the economic, social, moral, and religious spheres. The argument of this article is to see what is Islam's approach to women's employment? What are the obstacles and challenges facing the issue of women's employment in an Islamic society? This research has tried to analyze the economic and living conditions of women by documenting the systematic and exploratory study by reviewing the systematic studies conducted in this field and the theoretical considerations taken from the Islamic point of view, emphasizing its adaptation to the original religious teachings in Islamic Iran. Pay attention to the main purpose. The findings show that although Islam has given women the principle of economic independence, women are both the owners of their labor and production and have no responsibility for the family's economy, but in the context of handing over labor to women in Islam, the interests of society, the family It also takes into account individual circumstances and issues, which create limitations for women's work. Certificates of cognitive population show that women's economic participation has increased from 12.93 percent in the 1976 census to 16 percent in the 2016 census, indicating a change in the participation of women in the Islamic economy, a change in their personal and social identities. An increase in the number of female graduates, women's employment in different economic sectors and increase in women's activity in management sectors compared to previous decades indicate a significant growth. However, the lack of equal opportunities in favor to men to find jobs, lower wages than men and the unemployment rate of women, especially in higher education, the existence of some social and cultural restrictions on women's employment, attitudes and misconceptions. Compared to the competence of women in various jobs, the expansion of gender inequality in access to resources and the consequent increase in harm due to the lack of readiness and recognition of society are the main concern and challenge of women's employment in the Islamic Republic of Iran.

Keywords: Islam, Women's Employment, Opportunities and Policy Options

پنج عامل بزرگ شخصیت و کمال‌گرایی مثبت و منفی به‌عنوان پیش‌بین‌های علائم اختلال بدشکلی بدن دختران نوجوان

نیلوفر شهیدپورهایمی^۱، فاطمه اژدری^{۲*}، فرزاد امیری^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی مثبت‌گرای اسلامی، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه، شیراز، ایران
nilufar.sh57@gmail.com
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه پیام نور شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)
azhdari.fa.1996@gmail.com
۳. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
Farzadamiri53@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۹۸/۱۱/۲۸]

تاریخ دریافت: [۹۸/۷/۱۲]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه اختلال بدشکلی بدن با پنج عامل بزرگ شخصیت و کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانشجویان دختر شهر شیراز انجام شد. مطالعه‌ی حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و بر روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان دختر ۲۲-۱۸ سال شهر شیراز در دانشگاه فاطمیه و دانشگاه شیراز و به شیوه‌ی نمونه‌گیری دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های ترس از تصویر بدن لیتتون (BICI, 2005)، نشو فرم کوتاه پنج عامل بزرگ شخصیت (NEO-60) و پرسش‌نامه‌ی استاندارد کمال‌گرایی مثبت و منفی تری-شورت و پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی بودند. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. باتوجه به نتایج تحلیل ضریب همبستگی پیرسون به دست آمده، نشان داد که بین متغیرهای نوروزگرایی، توافق‌گرایی و برون‌گرایی با اختلال بدشکلی بدن همبستگی مثبت معنادار وجود دارد و بین متغیرهای وجدانی بودن و گشودگی با اختلال بدشکلی بدن همبستگی معناداری وجود ندارد. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد از میان پنج عامل بزرگ شخصیت بین نوروزگرایی (بتا = ۰/۳۹۵) برون‌گرایی (بتا = ۰/۱۴۴) و توافق‌گرایی (بتا = ۰/۸۹) با اختلال بدشکلی بدن ارتباط مثبت معناداری وجود دارد. بین اختلال بدشکلی بدن با کمال‌گرایی منفی رابطه‌ی معنادار دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که کمال‌گرایی منفی قوی‌ترین پیش‌بین برای اختلال بدشکلی بدن می‌باشد (۴۷۷/۰ = بتا). علاوه بر این بین کمال‌گرایی مثبت با اختلال بدشکلی بدن رابطه غیرمستقیم وجود دارد (۲۲۴/۰ = بتا). بدین معنی که با افزایش مولفه‌ی کمال‌گرایی مثبت، اختلال بدشکلی بدن کاهش پیدا می‌کند. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد از میان پنج عامل بزرگ شخصیت، سه عامل نوروزگرایی، برون‌گرایی و توافق‌گرایی قوی‌ترین پیش‌بین ابتلا به اختلال بدشکلی بدن می‌باشد و همچنین کمال‌گرایی منفی می‌تواند موجب افزایش بروز اختلالات شود که این کمال‌گرایی منفی می‌تواند در ارتباط با متغیر صفات شخصیتی که از مولفه‌های مهم در پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن می‌باشد موجب ایجاد و تشدید اختلالات شود؛ درحالی صفات شخصیتی مطرح شده با کمال‌گرایی مثبت می‌تواند نتیجه‌ی عکس کمال‌گرایی منفی را بیان کند.

واژگان کلیدی: اختلال بدشکلی بدن، پنج عامل بزرگ شخصیت، کمال‌گرایی، کمال‌گرایی مثبت و منفی، ترس از تصویر بدن، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه شیراز

بیان مسئله

حجم بالایی از تحقیقات روان‌شناسی این موضوع را اثبات نموده‌اند که زیبایی بدنی روی بسیاری از جنبه‌های زندگی از جمله کیفیت زندگی، عزت نفس و تصویر از بدن تاثیرگذار می‌باشد، ضمن اینکه روابط بین فردی و فرصت‌های اشتغال نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرند (بلوک و سارور، ۲۰۱۳، سومر، زشوکه، برگفلد، ساتلر و آگوستین؛ ۲۰۰۳؛ به نقل از بروکن هاگن، اسکارسچیمیت، میراتسچیسکی، پریس، براهلر و فیسچر؛ ۲۰۱۸).

اختلال بدشکلی بدن یک اختلال نسبتاً متداول است این اختلال یک اشتغال ذهنی است که در آن یک یا چند عیب یا نقص در ظاهر وجود دارد که فرد معتقد است زشت، فاقد جذابیت، ناهنجار یا بدشکل است و می‌تواند با دیدگاه خوب، دید ضعیف یا فقدان دیدگاه یا بی‌تفاوتی همراه باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

جالب توجه است که برخی افراد تنها به یک بخش از بدن خود توجه دارند (به‌عنوان مثال، یک بینی "بزرگ و بدفرم"، در حالی که بقیه تقریباً همه بخش‌های بدن خود را غیرعادی توصیف می‌کنند (فیلیپس و کاترین؛ ۲۰۱۷). شیوع این اختلال در میان افراد بالغ معمولاً چیزی بین ۱/۷ الی ۲/۴٪ است (کوران و همکاران، ۲۰۰۸، ریف و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از گرت، لاست و کمبرلین؛ ۲۰۱۹). تغییرات بدنی همچون افزایش سن، بارداری یا تغییر در اطراف بدن موجب تغییرات عملکردی و روانی می‌شوند و حس شرمساری اجتماعی-فردی بالایی را برای فرد ایجاد می‌کنند. اما وسواس بیش از حد راجع به شرایط ظاهری با مخفی شدن علائم بیماری‌های روانی همراه شده که تشخیص آنها در تمامی شرایط دشوار می‌کند (دی بریتو، ناهاس، کرداس، گاما، سوکوپیرا، راموس و همکاران؛ ۲۰۱۶). بیمارانی با کمبودهای ادراکی جزئی که درصدد عمل جراحی هستند، معمولاً گزینه‌های مناسب‌تری برای تشخیص اختلال بدشکلی بدن محسوب می‌شوند. رفتارهای اجتنابی و کناره‌گیری اجتماعی بر شدت اختلال بدشکلی بدن و مزمن شدن آن تاثیرگذار است (دی بریتو و همکاران، ۲۰۱۶).

نکته مهم و حائز اهمیت در مورد این اختلال برای ایجاد تمایز بین اختلال بدشکلی بدن و توجه عادی به ظاهر فیزیکی، که امری بسیار رایج در بین افراد معمولی است، این است که تعریف اختلال بدشکلی بدن نه تنها اشتغال ذهنی، بلکه پریشانی قابل توجه از منظر بالینی یا اختلال در عملکرد روان‌شناختی (در فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، تحصیلی، یا شخصیتی) حاصل از توجه افراطی به ظاهر را نیز در برگیرد. تمایل و اقدام به خودکشی نیز با این اختلال در ارتباط است (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۷). هم‌چنین این اختلال با مقادیر بالایی از خودکشی همراه است (فیلیپس و منارد، ۲۰۰۶؛ فیلیپس منارد، فای و پاگانو، ۲۰۰۵؛ به نقل از وانگ، وانگ، جیا، وانگ، شن، هی، ۲۰۱۸). تقریباً بیش از یک چهارم مبتلایان به این اختلال در طول عمر خود اقدام به خودکشی می‌کنند. عوارض و پیامدهای گاهاً مرگبار این اختلال بیانگر اهمیت و لزوم درک بهتر این بیماری هستند (فیلیپس و همکاران، ۲۰۱۷). معمولاً شروع اختلال بدشکلی بدن در دوران نوجوانی یا اوایل جوانی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). هم‌چنین در نمونه‌های جوان، رابطه بین اختلال بدشکلی بدن و عزت نفس و کیفیت زندگی نامطلوب نیز به اثبات رسیده است (بوهن، ویلهلم، کتن، فلورین، بیر و جنیک؛ ۲۰۰۲؛ کریا، بوتسی، گریشام، قیسی؛ ۲۰۱۸؛ اشناپدر، ترنر، موند، هودسن؛ ۲۰۱۷؛ به نقل از گرت و همکاران، ۲۰۱۹).

1Block & Sarwer
 2Summer,Zschocke,Bergfeld,Sattler &Augustin
 3Borkenhagen,Scharschmidt, Mirastschijski,Preiss, Brähler& Fischer
 4Phillips & Katharine
 5Grant, Lust & Chamberlain
 6De Brito, , Nahas, Cordás, Gama, Sucupira,Ramos
 7Suicide
 8Bohen,Wilhelm,Keuthen,Forin,Baer,Jenike
 9Cerea,Bottesi,Grisham,Ghisi
 10Chneider,Turner,Mond,Hudson

مطالعات نشان داده است که این اختلال شامل خصوصیات نسبتاً پایدار نگرانی‌های تصویر بدن و ویژگی‌های شخصیتی می‌باشد و با اختلالات دو قطبی و افسردگی و ناخوشی‌ها همراه است. گرچه، توافق کلی بین علائم این اختلال و ویژگی‌های شخصیتی وجود ندارد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۸) معمولاً تمرکز اصلی نگرانی‌های ظاهری، بینی، مو و یا پوست می‌باشند اما ممکن است شامل بیش از یک قسمت از بدن نیز باشد (فیلیپس و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از شبیر، کولی، دی زوان، مولر، مارتین، ۲۰۱۳).

باور عمومی درمورد علل مرتبط و موثر در بروز این اختلال (بدشکلی بدن) بر این است که ژنتیک، تاثیر منفی سروتونین^{۱۱}، ویژگی‌های شخصیتی و تجارب زندگی مانند سواستفاده یا تروما^{۱۲} می‌تواند در بروز آن نقش داشته باشد. همچنین به نظر می‌رسد که عوامل اضطراب آور در دوره بزرگسالی ممکن است بر رویداد اختلال بدشکلی بدن تاثیر بگذارد (پرکینز، ۲۰۱۹).

معمولاً چنین گمان می‌شود که توسعه‌ی اختلال بدشکلی بدن به چندین عامل بستگی دارد، در این شرایط تعاملات پیچیده‌ای بین تجربیات قبلی زندگی (مثلاً آزار دادن و قلدری)، عوامل زیستی (مثلاً ژنتیک) و ویژگی‌های شخصیتی (مثلاً کمال‌گرایی) برقرار می‌شوند (ویلهم، ۲۰۰۶؛ به نقل از شبیر و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین از آن جایی که خصوصیات شخصیتی یکی از عوامل متعدد مرتبط با این اختلال است به ارائه توضیحات مختصر در این باره می‌پردازیم. نکته مهم آن است که باید بین ویژگی‌های شخصیت و اختلالات شخصیت تفاوت قائل شویم. هر شخصی می‌تواند شخصیتی داشته باشد با ویژگی‌های منحصر به فرد که از یک یا ترکیبی از شخصیت‌های ده‌گانه، شکل گرفته است. اما تفاوت بین ویژگی‌های شخصیت و اختلال شخصیت در مختل بودن فرد در مراقبت از خود (در همه‌ی ابعاد قابل تعریف) و اختلال در روابط بین فردی و افت در عملکرد می‌باشد (حق‌شناس، ۱۳۹۵). براساس مدل پنج عاملی، شخصیت به صورت سلسله مراتبی با پنج عامل اصلی سازمان می‌یابد و هر یک از این عوامل شامل روان رنجورخویی^{۱۳}، برون‌گرایی^{۱۴}، موافق بودن^{۱۵}، گشودگی (باز بودن به تجربه)^{۱۶} و با وجدان بودن^{۱۷} می‌باشد (مک‌کری و کاستا^{۱۸}، ۲۰۰۵؛ به نقل از میکایلی، قلی‌زاد، کیامرثی، ۱۳۹۱). همچنین کمال‌گرایی یک مولفه تشخیص داده شده وسیع در گسترش و حفظ اختلال بدشکلی بدن می‌باشد (شافران، کوپر، فیبرین^{۱۹}؛ ۲۰۰۲؛ به نقل از شبیر و همکاران، ۲۰۱۳).

اختلال بدشکلی بدنی، ناهنجاری تصویر بدنی است که افراد را به سمت کامل بودن سوق می‌دهد و بر اساس انجمن افسردگی و اضطراب ایالات متحده (ADAA)؛ تقریباً در یکی از هر ۵۰ نفر یا ۵ تا ۷ میلیون نفر از جمعیت ایالات متحده گزارش شده است (انجمن اضطراب و افسردگی آمریکا؛ فیلیپس؛ به نقل از پرکینز، ۲۰۱۹) افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، کمال‌گرایانه‌تر از افراد عادی می‌اندیشند و رفتار می‌کنند. بنابراین احتمال دارد که حتی به کوچکترین نواقص نیز توجه کرده و تمرکز مضاعف خود را روی آن‌ها قرار بدهند. آن‌ها به محض به پایان رسیدن آستانه‌ی تحمل‌شان نسبت به این نواقص، دچار حس ناخوشایند و استرس گونه‌ای می‌شوند (ویلهم، ۲۰۰۶؛ به نقل از شبیر و همکاران، ۲۰۱۳). در کمال‌گرایی فرد استانداردهای بالایی را برای خود تصور می‌کند و با دید انتقادی جدی به آن‌ها می‌نگرد (فراست و مارتین، ۱۹۹۰؛ به نقل از شبیر و همکاران، ۲۰۱۳). کمال‌گرایی شامل دو بعد می‌باشد. بعد اول کمال‌گرایی سازگارانه است که دستیابی به اهداف همراه با تلاش و با دید منطقی همراه است و بعد دیگر کمال‌گرایی ناسازگارانه است که با دید غیر منطقی می‌باشد (باردون، کان^{۲۰}؛ ۲۰۰۷؛ به نقل از دانهی، ریلی، اندرسون و اسکارمر^{۲۱}، ۲۰۱۸). که

1 Serotonin
2 Abuse or Trauma
3 Neuvoticism
4 Extraversion
5 Agreeableness
6 Openness
7 Conscientiousness
8 McCrae & Costa
9 Shafran, Cooper, Fairburn
20 Anxiety and Depression Association
21 Bardon, Cone

هر بعد، نتایج متمایزی همراه دارد. دستیابی به کمال‌گرایی همراه با تلاش و اهداف واقع‌بینانه نتایج سازگارانه و بهنجار و مثبتی در پی دارد و سبب موفقیت در زمینه‌های مختلف می‌شود (میلز، بلانک استین^{۳۳}؛ ۲۰۰۰؛ به نقل از دانهی و همکاران، ۲۰۱۸). در مقابل کمال‌گرایی ناسازگارانه یا نابهنجار به نتایج اجتماعی- روانی منفی مربوط می‌شود (هیویت، فلت، شری، هابکی، پارکین، لام^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از دانهی و همکاران، ۲۰۱۸). سایر مطالعات «مسئله بدریخت‌انگاری» را مورد توجه قرار داده‌اند که با اختلال بدشکلی بدن هم‌پوشانی دارد اما مفهومی گسترده‌تر است که علائم جسمی غیر اختلال بدشکلی بدن و وسواس نسبت به بوی بدن (نشانه‌های سندرم مرجع بویایی) را نیز دربرمی‌گیرد (فیلیس و همکاران، ۲۰۱۷).

باتوجه به اهمیت موضوع و کمبود مطالعات کافی و جامع در زمینه تاثیر ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی مثبت و منفی بر اختلال بدشکلی بدن در دانشجویان، فرض اصلی پژوهش این بوده است که ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی می‌توانند در بدشکلی بدن و تصویر بدنی موثر باشند.

روش

ژوهش حاضر از نوع توصیفی و مطالعات همبستگی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های شهر شیراز بود. نمونه پژوهش شامل دانشجویان ۲۲-۱۸ سال دانشگاه‌های شهر شیراز بود. تعداد نمونه مورد بررسی ۳۰۰ نفر بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها اجرا شدند. جهت اجرای این پژوهش بعد از تایید پرسش‌نامه‌ها و کسب اجازه از مراکز ذی‌صلاح در یک پروسه دو ماه اطلاعات خام جمع‌آوری شد. داده‌های پژوهش توسط شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی و ضریب همبستگی، تحلیل رگرسیون هم‌زمان و تحلیل واریانس (آنوا) و نرم‌افزار spss-21 تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

در این پژوهش از ابزارهای ذیل استفاده گردید.

۱- پرسش‌نامه ترس از تصویر بدن لیتلتون^۵ (BICI) پرسش‌نامه ترس از تصویر بدن لیتلتون در سال ۲۰۰۵ توسط لیتلتون و همکاران طراحی شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۹ پرسش می‌باشد که هر پرسش دارای طیف ۵ درجه‌ای است که از (۱) هرگز تا (۵) همیشه نمره‌گذاری می‌شود. در ایران بساک‌نژاد و غفاری ۱۳۸۶ روایی پرسش‌نامه ترس از تصویر بدن لیتلتون (BICI) را بر اساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند. در تحقیق حاضر پایایی پرسش‌نامه نگرانی درباره تصویر بدنی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶، خرده مقیاس اول ۰/۸۴ (نارضایتی ظاهر) و خرده مقیاس دوم ۰/۷۱ (تداخل در عملکرد) می‌باشد که بیانگر پایایی قابل قبول می‌باشد.

۲- پرسش‌نامه پنج عامل بزرگ شخصیت مک کری و کاستا^۶ (NEO) این پرسش‌نامه شامل ۶۰ سوال است و برای ارزیابی پنج عامل اصلی شخصیت (برون‌گرایی، روان رنجورخویی، گشودگی، موافق بودن و با وجدان بودن) به کار می‌رود و از لحاظ روایی و پایایی هیچ تفاوتی با فرم بلند آن ندارد. مک کری و کاستا (۱۹۹۲) به ترتیب ضرایب پایایی مقیاس‌ها را ۰/۹۱، ۰/۸۸، ۰/۷۹، ۰/۹۳، ۰/۹۰ را برای روان رنجور خویی، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و وجدانی بودن گزارش کرده‌اند و ضرایب پایایی به دست آمده در ایران برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹، ۰/۷۹ گزارش شده است (گروسی، ۱۳۸۰).

۳- پرسش‌نامه استاندارد کمال‌گرایی مثبت و منفی تری - شورت و همکاران: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است. شامل ۴۰ پرسش می‌باشد. دارای طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود (رشیدی، رحمتی، دنیوی،

^۱Joseph, Donahue, Erine, Reilly, Lisa, Anderson

^۲Mills, Blankstein

^۳Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin, Lam

^۴Body Image Concern Inventory (BICI)

^۵NEO-Five Factor Inventory

راه نجات، احمدی طهورسلطانی، (۱۳۹۵). برای تعیین روایی پرسش‌نامه از روایی محتوا استفاده شده است. در پژوهش هوشمندی (۱۳۹۳) پایایی مولفه‌های پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه با استفاده از نرم افزار SPSS به دست آمد و در نهایت بر روی گروه نمونه آماری اصلی اجرا شد. مقدار آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۹ بود.

یافته‌ها

چنانچه بیشتر اشاره شد شرکت‌کنندگان در پژوهش ۳۰۰ نفر از دانشجویان بودند که در دامنه سنی ۱۸ تا ۲۲ سال با میانگین و انحراف معیار معادل $20/54 \pm 1/35$ قرار داشتند. از این تعداد ۲۳۹ نفر (۷۰/۷ درصد) مجرد بودند که عموماً ۲۶۰ نفر (۸۶/۷ درصد) دانشجوی دوره لیسانس بودند.

برای بررسی فرضیه‌ها و تعیین ارتباط احتمالی متغیرها از ضریب گشتاوری همبستگی پیرسون و برای سنجش توان پیش‌بینی متغیرهای مستقل از رگرسیون چند متغیره استفاده شد. در ادامه ماتریس ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود:

جدول (۱) آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	مولفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
ویژگی‌های شخصیتی	نوروزگرایی	۲۴/۱۰	۶/۴۳
	برون‌گرایی	۱۹/۲۷	۴/۳۹
	باز بودن به تجربه	۲۰/۸۴	۴/۵۵
	توافق‌گرایی	۲۰/۴۵	۳/۷۱
	وجدانی بودن	۲۳/۰۱	۴/۸۲
اختلال بدشکلی بدن		۴۲/۱۱	۱۵/۷۸
متغیرها	مولفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی	کمال‌گرایی مثبت	۷۸/۵۲	۱۱/۵۰
	کمال‌گرایی منفی	۶۵/۶۵	۱۱/۱۲
	نمره کل کمال‌گرایی	۱۴۵/۱۳	۱۹/۵۹
اختلال بدشکلی بدن		۴۲/۱۱	۱۵/۷۸

جدول (۲) ماتریس ضرایب همبستگی بین پنج عامل بزرگ شخصیت و کمال‌گرایی مثبت و منفی با بدشکلی بدن

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
نوروزگرایی	۱							
برون‌گرایی	۰/۰۰۴	۱						
باز بودن به ..	۰/۱۷۳**	۰/۴۱۸**	۱					
توافق‌گرایی	۰/۳۵۴**	۰/۱۸۴**	۰/۳۰۸*	۱				
وجدانی بودن	۰/۱۰۶	۰/۳۹۴**	۰/۴۰۶**	۰/۳۱۷**	۱			
کمال گ مثبت	۰/۰۴	۰/۲۴-	۰/۱۵-	۰/۱۱-	۰/۳۹-	۱		
کمال گ منفی	۰/۴۸**	۰/۱۷-	۰/۲۶**	۰/۳۷**	۰/۲۹**	۰/۹۷**	۱	
بدن شکلی بدن	۰/۴۰۹**	۰/۱۶۷**	۰/۰۶۵	۰/۱۷۴**	۰/۰۲۵	۰/۳۸**	۰/۳۹**	۱

* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

نتایج ماتریس ضرایب همبستگی نشان می‌دهد بدشکلی بدن با مولفه‌های نوروزگرایی، برون‌گرایی، توافق‌گرایی و کمال‌گرایی منفی رابطه مثبت و معنادار و با کمال‌گرایی مثبت رابطه منفی و معنادار دارد ($p < 0/01$). همچنین بدشکلی بدن با مولفه‌های باز بودن به تجربه و وجدانی بودن رابطه معناداری نشان نداد ($p > 0/05$).

به منظور تعیین سهم هر کدام از متغیرهای ذکر شده در پیش‌بینی اختلال بدشکلی بدن از رگرسیون هم‌زمان استفاده شد. قبل از انجام تحلیل رگرسیون، بررسی داده‌های پرت با استفاده از نمودار مستطیلی نشان داد که هیچ‌گونه داده‌ی پرتی (انتهایی) وجود ندارد. بررسی خطی بودن رابطه متغیرها با استفاده از نمودار پراکنش نشان داد که رابطه بین متغیرهای مورد بررسی خطی است و توزیع باقی مانده‌ها نرمال است. همچنین، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نیز نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است. نمودار باقیمانده‌ها حاکی از یکسانی واریانس‌ها بود و آماره دوربین واتسون نیز نشان داد که مفروضه استقلال برقرار است ($DW = 1/659$). بررسی مفروضه هم-خطی چندگانه از طریق آماره تلرانس و نیز تورم واریانس (VIF) نشان داد که شاخص تلرانس در دامنه $0/732$ تا $1/537$ حاکی از عدم هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل بود. لذا با توجه به برقرار بودن مفروضه‌ها از تحلیل رگرسیون هم‌زمان استفاده شد. به-منظور تعیین سهم مولفه‌های معنادار در پیش‌بینی بدشکلی بدن، از ضریب رگرسیون چند متغیره به شیوه ورود استفاده شد.

جدول (۳) نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره، پیش‌بینی بدشکلی بدن از طریق پنج عامل بزرگ شخصیت و کمال‌گرایی مثبت و منفی:

مدل	Ss	Df	Ms	F	P
رگرسیون	۱۹۲۱۳/۳۵	۵	۳۸۴۲/۷۱	۲۱/۳۱	۰/۰۰۱
باقیمانده	۵۱۷۴۱/۱۶	۲۸۷	۱۸۰/۲۸	-	-
کل	۷۰۹۵۴/۷۳	۲۹۲	-	-	-
متغیرهای پیش‌بین	R	R2	ARS	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد
	۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۲۵	B	SE
				BETA	T
عدد ثابت	-	-	-	۲۵/۶۲	۱۰/۲۹
نوروزگرایی	-	-	-	۰/۶۳	۰/۱۵
برون‌گرایی	-	-	-	۰/۷۰	۰/۱۸
توافق‌گرایی	-	-	-	-۰/۰۴	۰/۱۸
کمال‌گرایی مثبت	-	-	-	-۰/۱۳	۰/۰۸
کمال‌گرایی منفی	-	-	-	۰/۴۵	۰/۰۹

همان‌طور که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود میزان F مشاهده شده معنادار است و استفاده از مدل خطی رگرسیون بلامانع است ($F = 21/31$). نتایج نشان می‌دهد مدل رگرسیون در کل $0/27$ درصد از تغییرات بدشکلی بدن را تبیین می‌کند. با توجه به ضرایب استاندارد و غیر استاندارد از بین عوامل شخصیتی، نوروزگرایی و برون‌گرایی و در بین کمال‌گرایی، کمال‌گرایی منفی به صورت معناداری قادر به پیش‌بینی بدشکلی بدن بودند ($p < 0/01$). در عین حال، قوی‌ترین پیش‌بین بدشکلی بدن کمال‌گرایی منفی بود ($Beta = 0/32$).

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال بدشکلی بدن، یک اختلال نسبتاً شایع و ناشناخته چه برای مردم عادی و چه برای متخصصان بهداشت روانی می‌باشد، افراد بسیاری وجود دارند که مبتلا به این اختلال بوده و به جای درمان، زیر تیغ جراحی‌های زیبایی قرار می‌گیرند. ماهیت نسبتاً ناشناخته

اختلال بدشکلی بدن، تصویر بالینی چندبعدی از این اختلال را نشان می‌دهد که ماهیت و درمان آن را با پیچیدگی روبرو می‌کند خصوصاً اگر با متغیر دیگری همراه شود سبب می‌شود که این فرایند دشوارتر و مبهم‌تر شود. باوجود اینکه این اختلال شیوع نسبتاً بالایی دارد به خصوص در دانشجویان که بیشتر هم دیده می‌شود و روز به روز بر تعداد این افراد افزوده می‌گردد (خسروی و علی-زاده صحرای؛ ۱۳۸۸). در ادامه به مرور نتایج پژوهش و تبیین یافته‌ها می‌پردازیم:

نتایج ما نشان داد بین اختلال بدشکلی بدن و نوروگرایی یا روان رنجوری رابطه معنا دار وجود دارد. خانجانی، بابا پور، صبا (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که بین نوروگرایی و تصویر مثبت بدنی رابطه منفی معنا دار وجود دارد، که خود این یافته با نتایج پژوهش‌های آملانگ، هاسلباچ و استورمر^۷ (۲۰۰۴)، فراریو، زوتی، مسسارا و نولون^۸ (۲۰۰۳) کاملاً هم‌سو است و با پژوهش حاضر کاملاً ناهم‌سو می‌باشد. به این دلیل کاملاً ناهم‌سو می‌باشد چون طبیعی است که بین نوروگرایی با تصویر مثبت بدنی رابطه‌ی منفی معنا دار وجود داشته باشد در این جا تصویر مثبت بدنی اختلال نیست بلکه صرفاً یکی از مولفه‌های موثر بر اختلال بدشکلی بدن می‌باشد اما در پژوهش حاضر چون اختلال بدشکلی بدن را با نوروگرایی می‌سنجیم، چون همبستگی شان مثبت است هر دو با هم افزایش یا کاهش دارند به این علت که چون نوروگرایی یکی از مولفه‌هایی است که افراد را مستعد اختلال بدشکلی بدن می‌سازد بخاطر همین رابطه شان مثبت می‌باشد. هم چنین باتوجه به پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) می‌توان گفت که ویژگی شخصیتی نوروگرایی، مشکلات بسیاری برای دانشجویان به وجود می‌آورد و زمینه را برای اختلالات روانی فراهم می‌کند. بنابراین فرض پژوهش تأیید می‌شود. بخش عمده‌ای از تحقیقات بر وجود رابطه‌ی معنا دار بین اختلال بدشکلی بدن و افسردگی (کرسا و همکاران، ۲۰۱۸؛ اشنایدر و همکاران، ۲۰۱۷؛ به نقل از گرت و همکاران، ۲۰۱۹) و اضطراب (کرسا و همکاران، ۲۰۱۸) بیان کردند. باتوجه به این که نمره‌ی بالا در شاخص روان رنجوری، افراد را مستعد اختلالات روانی می‌سازد. هم چنین می‌توان به شباهت‌های دیگر نوروگرایی با اختلال بدشکلی بدن اشاره کرد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن دارای دو مجموعه از علائم روان-رنجوری و وسواس فکری-عملی هستند که با ظاهر فیزیکی مرتبط است (خانجانی و حقایق، ۲۰۱۸).

بین اختلال بدشکلی بدن و برون‌گرایی رابطه‌ی معنا دار وجود دارد. نتایج پژوهش‌های آملانگ، هاسلباچ و استورمر (۲۰۰۴)، فراریو، زوتی، مسسارا و نولون (۲۰۰۳) با نتایج پژوهش حاضر هم‌سو است. صفات شخصیتی نقش مهمی در سبب‌شناسی و پیشرفت اختلالات دارد. درون‌گرایی-برون‌گرایی دارای یک طیف است. افرادی که برون‌گرایی شدید (کامل) دارند (افرادی که به‌طور کامل برون‌گرا هستند) مستعد اختلال بدشکلی بدن هستند. این‌گونه تبیین می‌شود که چون افراد برون‌گرا به معاشرت علاقه زیادتری دارند و پس این‌که چگونه به نظر برسند هم برایشان اهمیت پیدا می‌کند، به همین دلیل آن‌ها با نقص خود ساخته، خیالی و یا واقعی ولی کوچک خود، اشتغال ذهنی افراطی بیشتری پیدا می‌کنند. مقیاس‌های شاخص E شامل عاطفه‌ی مثبت، جامعه‌پذیری و فعالیت می‌باشد (کاستا و مک کری، ۱۹۸۴؛ به نقل از حق‌شناس، ۱۳۹۵). بعد نوروگرایی شامل واکنش‌های هیجانی است که می‌تواند باعث تجربه‌ی زیاد وقایع منفی و رویدادهای استرس‌زا در زندگی شود (کلونینگر^۹، ۱۹۹۰). نمرات بالا در نوروگرایی افراد را مستعد اضطراب می‌کند و به عقیده‌ی بولگر^{۱۰} (۱۹۹۰) و مک کری و کاستا (۱۹۸۶) این افراد از شیوه‌های مقابله‌ای غیر موثر که در کاهش استرس فرد موثر نیستند، استفاده می‌کنند. کوهن و ویلیامسون^{۱۱} (۱۹۹۱)، نتیجه گرفتند که در واقع می‌توان گفت که برون‌گرایی و نوروگرایی دو ویژگی مهم شخصیتی هستند که می‌تواند افراد را در معرض بیماری قرار می‌دهند (میکاییلی و همکاران، ۱۳۹۱).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین اختلال بدشکلی بدن و گشودگی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد. شاخص باز بودن شامل علائق زیبایی‌شناسی، علائق ذهنی است. معمولاً شاخص "باز بودن" ارتباط مثبتی با هوش دارد. البته بیشتر با آن جنبه‌هایی از هوش سر و کار دارد که کم‌تر در معرض سنجش در آزمون‌های هوش است که از جمله‌ی آن می‌توان به تفکر واگرا اشاره کرد، که با خلاقیت ارتباط نزدیکی دارد (مک کری، ۱۹۸۷). البته این شاخص (باز بودن)، معادل هوش نیست (حق‌شناس، ۱۳۹۵).

نتایج نشان داد بین اختلال بدشکلی بدن و توافق‌گرایی، رابطه‌ی مثبت معنادار وجود دارد که این یافته با نتایج تحقیقات دمهری و حمداوی (۱۳۹۳) که نشان دادند بین ویژگی شخصیتی موافق بودن با نگرانی از بدشکلی بدن در دانش آموزان همبستگی منفی معنادار وجود دارد، کاملاً ناهمسو می‌باشد. در پژوهش دمهری و همکاران (۱۳۹۳)، بیشترین رابطه‌ی معنادار (هم‌بستگی منفی) بین نگرانی از بدشکلی بدن و ویژگی‌های شخصیتی مربوط به وجدانی بودن و موافق بودن است. توافق‌گرایی همانند برون‌گرایی، بر گرایش‌های ارتباط بین فردی تاکید دارد (حق‌شناس، ۱۳۹۵). به دلیل تعاملاتی که با دیگران دارد، ظاهرش بیش از کسی که ارتباطات چندانی ندارد، برایش مهم و باعث اشتغال ذهنی او می‌شود و او را مستعد این اختلال می‌کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین اختلال بدشکلی بدن با وجدانی بودن رابطه‌ی معناداری وجود ندارد؛ بنابراین دانش‌آموزانی که دارای ویژگی شخصیتی وجدانی بودن بالا هستند اضطراب و نگرانی کم‌تری درباره‌ی ظاهر خود، تجربه می‌کنند. هم‌چنین پژوهش‌های ویلهلم^{۳۲}، فیلیپس، فاما، گرین برگ، استرکتی^{۳۳} (۲۰۱۱) و فیلیپس (۲۰۰۵) مبنی بر وجود رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و اختلال بدشکلی بدن می‌باشد. کمال‌گرایی عنصری است که به‌طور گسترده‌ای در ایجاد و توسعه اختلال بدشکلی بدن شناسایی شده است (ارجی، برج آلی، سهرابی و فرخی؛ ۲۰۱۶).

در تبیین این که چگونه بین اختلال بدشکلی بدن و شاخص وجدانی بودن هیچ رابطه‌ی معناداری وجود ندارد شاید بتوان به این مسئله اشاره کرد که چون پژوهش حاضر تک جنسیتی بود (مطالعه تنها روی یک جنس انجام شده بود) چنین نتیجه‌ای حاصل شده است بر خلاف پژوهش دمهری و همکاران (۱۳۹۳) که مطالعه روی هر دو جنس انجام شده بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مولفه کمال‌گرایی منفی با اختلال بدشکلی بدن رابطه مستقیم وجود دارد. این یافته‌ی پژوهش حاضر با مطالعه هوسپیان، یزدخواستی، فاطمی، (۱۳۹۴) که در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند در بیمارانی که نمرات مقیاس نشانه‌های بدشکلی بدن بالاتری داشتند نمرات کمال‌گرایی نوروپیک بالاتری نیز گرفته بودند کاملاً همسو (هم‌خوان) می‌باشد. زیرا در اختلال بدشکلی بدن یک تصویر ذهنی عمیق از زشت بودن یا مشغولیت ذهنی شدید به سبب یک یا چند عیب یا نقص کوچک و یا حتی خیالی در نظر فرد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن که فرد گرایش افراطی جهت بی‌عیب و نقص بودن دارد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، ۲۰۱۳).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بین کمال‌گرایی مثبت با اختلال بدشکلی بدن رابطه غیرمستقیم (معکوس) وجود دارد بدین معنی که با افزایش مولفه کمال‌گرایی مثبت، اختلال بدشکلی بدن کاهش پیدا می‌کند. پژوهش حاضر با تحقیق ریچاردسون، رایس، دیواین^{۳۴} (۲۰۱۴) همسو است آنها در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که رابطه متقابلی بین تنظیم بر احساس و کمال‌گرایی وجود دارد. کمال‌گرایی مثبت یا سازگاران سبب می‌شود نشخوار ذهنی رنج‌آور از ناهنجاری ایجاد نشود و در نتیجه با بالا رفتن سازگاری مثبت، از این منظر احتمال اختلال بدشکلی بدن کاهش می‌یابد.

هم‌چنین، مطابق با فرض کلی و اولیه پژوهش، یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل همبستگی پیرسون فرض را تایید کردند که بین اختلال بدشکلی بدن و کمال‌گرایی رابطه معناداری وجود دارد نتایج نشان می‌دهد که کمال‌گرایی مثبت و منفی ۱۸٪ از واریانس متغیر وابسته یعنی اختلال بدشکلی بدن را تبیین می‌کند. در تایید پژوهش حاضر می‌توان به مطالعه‌ی شیبر و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد که

حاکمی از بالا بودن نمرات کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در مقایسه با افراد عادی بود. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش ویل (۲۰۰۴) و ویلهلم (۲۰۰۶) که در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که کمال‌گرایی عامل آسیب‌زای عمومی برای به وجود آمدن اختلال بدشکلی است همسو می‌باشد. این اختلال خصوصاً در دانشجویان بیشتر دیده می‌شود (ربیعی، ۱۳۹۰) به همین دلیل پژوهش بر روی دانشجویان انجام گرفت. در پژوهش حاضر میانگین اختلال بدشکلی بدن ۱۱/۴۲٪ بود. در دختران خصوصاً در دوره نوجوانی توجه به ظاهر افزایش پیدا می‌کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). این امر به شیوع نسبتاً زیاد این اختلال اشاره دارد که سبب بررسی در پژوهش ما شد. همچنین ناهمسو شدن یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با مطالعه کاترین^۳، فیلیپس (۲۰۱۵) شیوع این اختلال ۵/۱٪ بیان کردند می‌تواند به دلایل متفاوتی باشد از جمله؛ قدیمی بودن پژوهش در مقایسه با پژوهش‌های حاضر و پژوهش‌های اخیر زیرا همان‌طور مطالعات نشان می‌دهند که اختلال بدشکلی بدن در سال‌های اخیر رشد بیشتری داشته است (ربیعی، ۱۳۹۰). هم‌چنین دلیل دیگر برای ناهمسویی می‌تواند شیوه‌ی نمونه‌گیری در مطالعه کاترین و همکاران، (۲۰۱۵) میان دو گروه جنسیتی از دانشجویان (زن و مرد) باشد در حالی که پژوهش حاضر به‌طور اختصاصی بر روی دانشجویان دختر انجام شد زیرا این اختلال در زنان بیشتر دیده می‌شود و در زنان این اختلال حوزه‌های وسیع‌تری را شامل می‌شود که ممکن است به پایه‌های زیستی-اجتماعی و تاریخی آنها مربوط باشد. هم‌چنین ممکن است زنان به خاطر عاطفی بودنشان، آمادگی بیشتری برای تجربه این علائم داشته باشند (ربیعی، ۱۳۹۰). بدین معنی که مولفه‌ی کمال‌گرایی منفی با اختلال بدشکلی بدن رابطه مستقیم وجود دارد و بین کمال‌گرایی مثبت با اختلال بدشکلی بدن رابطه غیر مستقیم وجود دارد. متغیرهای مختلف از لحاظ روان‌شناختی به اختلال بدشکلی بدن مرتبط می‌شوند (خانجانی و همکاران، ۲۰۱۸). به‌صورت کلی می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بین اختلال بدشکلی بدن با روان رنجور خویی، برون‌گرایی، توافق‌گرایی و کمال‌گرایی منفی رابطه معنادار مثبت بود و بین اختلال بدشکلی بدن با کمال‌گرایی مثبت رابطه منفی معنادار بود؛ بین اختلال بدشکلی بدن با گشودگی و وجدانی بودن رابطه معناداری مشاهده نشد.

محدودیت‌های طرح پژوهش حاضر همبستگی بودن آن است و امکان نتیجه‌گیری علی وجود ندارد و عدم امکان استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی یا خوشه‌ای به دلیل عدم دسترسی به لیست دانشجویان یا سایر اطلاعات لازم از سوی دانشگاه‌ها می‌باشد. محدودیت دیگر این بود که جامعه آماری پژوهش حاضر محدود به دانشجویان دختر دانشگاه‌ها در شیراز می‌باشد که امکان تعمیم نتایج را به سایر جوامع و نمونه‌ها محدود می‌سازد.

پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات بعدی از طرح‌های پژوهشی مداخله‌ای یا علی مقایسه‌ای استفاده گردد که امکان نتیجه‌گیری علی را فراهم سازد. و پیشنهاد دیگر آن است که در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری که تعمیم‌پذیری داده‌ها را افزایش می‌دهند مانند روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد و مطالعات مشابه در جوامع آماری مختلف و نمونه‌های سایر شهرها مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

۱. بساک نژاد، سودابه؛ غفاری، مجید. (۱۳۸۶)، رابطه بین ترس از بد ریختی بدنی و اختلالات روانشناختی دانشجویان دانشگاه. مجله علوم رفتاری، دوره اول، شماره ۲، صص ۱۸۷-۱۷۹.
۲. خانجانی، زینب. (۱۳۹۶). پیش‌بینی سلامت عمومی براساس تصویر بدنی، استرس و ویژگی‌های شخصیتی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۵(۵۸)، صص ۴۰-۴۷.
۳. خانجانی زینب، باباپور جلیل، صبا گریزه. بررسی و مقایسه وضعیت روانی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۱۳۹۳؛ ۲۰ (۲): ۲۳۷-۱۴۸.

۴. حق‌شناس، حسن. (۱۳۹۵). طرح پنج عامل شخصیت‌شناسی نظریه، آزمون‌ها و کاربردهای بالینی و مشاوره‌ای NEO FFI & NEO PI-R تهران: انتشارات روان‌سنجی.
۵. خسروی، زهره؛ علیزاده صحرائی، ام‌هانی. (۱۳۸۸). کمال‌گرایی یا بیماری. تهران: انتشارات علم.
۶. دمهری، فرنگیس؛ حمداوی، لیلا. (۱۳۹۳). پیش‌بینی نگرانی دانش‌آموزان از بدریخت‌انگاری براساس ویژگی‌های شخصیتی آنها. فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی، ۳(۵)، ۱-۱۲.
۷. ربیعی، مهدی. (۱۳۹۰). اختلال بدشکلی بدن ماهیت، علل و درمان. تهران: انتشارات ارجمند.
۸. رشیدی، مهران؛ رحمتی، محمدرضا؛ دنیوی، وحید؛ راه نجات، امیرمحسن؛ احمدی طهورسلطانی، محسن. (۱۳۹۵). رابطه مورد تمسخر قرارگرفتن به خاطر ظاهر و بازداری رفتاری با شدت نشانگان بدشکلی بدن: نقش واسطه‌ای کمال‌گرایی منفی. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، سال چهارم، شماره سیزده.
۹. رضایی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی، آذر؛ ژانت؛ شاملو، فرهاد. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. تهران: انتشارات ارجمند.
۱۰. سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آللوت؛ روئیز، بدرو (۲۰۱۵). خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک، جلد اول و دوم، ترجمه: رضایی، فرزین (۱۳۹۴).
۱۱. کاترین، آ؛ فیلیپس، دی (۲۰۱۵). جنبه‌های بالینی اختلال بدریخت‌انگاری بدن و ارتباط آن با اختلال وسواس-اجباری، ۱۶۲، ۱۳-۱۷۴.
۱۲. گروسی فرشی، م. ت. (۱۳۸۰). رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). چاپ اول. تبریز: نشر دانیال و جامعه پژوه.
۱۳. هوسپیان، النا؛ یزدخواستی، فریبا؛ فاطمی، فرحناز. (۱۳۹۴). کمال‌گرایی نوروتیک و اختلال بدشکلی بدن در افراد مبتلا به بیماری-های پوستی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳(۴)، ۵۳۲-۵۳۷.
۱۴. هوشمندی، مرضیه. (۱۳۹۳). رابطه ابعاد کمال‌گرایی با باورهای معرفت‌شناختی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاداسلامی. واحد ارسنجان.
15. APA. (2013). American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. American Psychiatric Association, Washington DC.
16. Amelang, M., Hasselbach, P., & Stürmer, T. (2004). Personality, cardiovascular disease, and cancer: first results from the Heidelberg cohort study of the elderly. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(3), 102-115.
17. Anxiety and Depression Association of America. Body dysmorphic disorder (BDD). www.adaa.org/understanding-anxiety/related-illnesses/otherrelated-conditions/body-dysmorphic-disorder-bdd#
18. Arji, M., Borjali, A., Sohrabi, F., & Farrokhi, N. A. (2016). Role of Perfectionism and Body Image in the Prediction of Body Dysmorphic Disorder Symptoms. *Avicenna J Neuro Psych Physio*, e42560.
19. Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 59(3), 525-537.
20. Brewster, K. (2011). Body Dysmorphic Disorder adolescence: Imagines ngliness in adolescence: Imagined ugliness. *The School Psychologist*.
21. Cloninger, S. C. (1996). *Personality: Description, dynamics, and development*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
22. Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological bulletin*, 109(1), 5.
23. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
24. de Brito, M. J. A., Nahas, F. X., Cordás, T. A., Gama, M. G., Sucupira, E. R., Ramos, T. D., ... & Ferreira, L. M. (2016). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and body weight concerns in patients seeking abdominoplasty. *Aesthetic surgery journal*, 36(3), 324-332.
25. Donahue, J. M., Reilly, E. E., Anderson, L. M., Scharmer, C., & Anderson, D. A. (2018). Evaluating associations between perfectionism, emotion regulation, and eating disorder symptoms in a mixed-gender sample. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(11), 900-904.

26. Ferrario, S., Zotti, A., Masara, G., & Nuvolone, G. (2003) A comparative assessment of psychological characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psycho-Oncology*, 11(4): 565–576.
27. Grant, J. E. , Lust, K. , & Chamberlain, S. R (2019) Body dysmorphic disorder and its relationship to sexuality, impulsivity, and addiction. *Psychiatry research* 273, 260-265.
28. He, W., Shen, C., Wang, C., Jia, Y., Wang, J., & Wang, W. (2018). Body dysmorphic disorder patients: Their affective states, personality disorder functioning styles and body image concerns. *Personality and Individual Differences*, 131, 1-6.
29. Khanjani, S. & Haghayegh, S. A. (2018). A Path analysis of clinical and demographic variables in body dysmorphic disorder in a student sample. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(2), 148_58 .
30. Littleton, H. L. , Axsom, D. S. , & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavior Research and Therapy*, 43, 229-241.
31. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2005). Personality development: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 173-175.
32. McCrae, R. R. (1987). Creativity, divergent thinking, and openness to experience. *Journal of personality and social psychology*, 52(6), 1258-1265.
33. McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
34. Perkins, A. (2019). Body dysmorphic disorder: The drive for perfection. *Nursing made Incredibly Easy*, 17(1), 32-38.
35. Phillips, K. (Ed.). (2017). *Body Dysmorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*. Oxford University Press.
36. Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, USA.
37. Phillips K. Signs and symptoms of BDD. International OCD Foundation. <https://bdd.iocdf.org/professionals/signs-symptoms>
38. Richardson, C. M., Rice, K. G., & Devine, D. P. (2014). Perfectionism, emotion regulation, and the cortisol stress response. *Journal of Counseling Psychology*, 61(1), 110-118.
39. Scharschmidt, D. , Mirastschijski, U. , Preiss, S. , Brähler, E. , Fischer, T. , & Borkenhagen, A. (2018). Body image, personality traits, and quality of life in botulinum toxin A and dermal filler patients. *Aesthetic plastic surgery*, 42(4), 1119-1125 .
40. Schieber, K. , Kollie, I. , de Zwaan, M. , Müller, A. , & Martin, A. (2013). Personality traits as vulnerability factors in body dysmorphic disorder. *Psychiatry research*, 210 (1), 242-246 .
41. Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body image*, 1(1), 113-125.
42. Wilhelm, S. (2006). *Feeling good about the way you look: A program for overcoming body image problems*. Guilford Press.
43. Wilhelm, S., Phillips, K. A., Fama, J. M., Greenberg, J. L., & Steketee, G. (2011). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 42(4), 624-633.

Five major factors of personality and positive and negative perfectionism as predictor of symptoms of body dysmorphic disorder in adolescent girls

Nilofar Shahidpour Hashemi¹, Fatemeh Azhdari^{2*}, Farzad Amiri³

1. MSc Student of Islamic Positive Psychology, Department of Psychology, Fatemieh University, Shiraz, Iran

nilufar.sh57@gmail.com

2. MSc Student of General Psychology, Shiraz Payame Noor University, Shiraz, Iran (Corresponding Author)

azhdari.fa.1996@gmail.com

3. M.Sc., Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Farzadamiri53@yahoo.com

Abstract

The Relationship of Body Dysmorphic Disorder Symptoms with Five Big Factors of Personality and Perfectionism in 18-22 Years Old Girls in Shiraz.

Purpose: The aim of the present study is evaluation the relation of body dysmorphic disorder symptoms with five big factors of personality and positive and negative perfectionism in 18-22 years old girls in Shiraz .

Method: This study was descriptive- correlation type study which was and has been Performed on 300 students girls 18-22 years old of Fatemieh and Shiraz University. Which participants was selected using available convenient sampling method. Data collection instruments were questioners of Body Image Concern Inventory (BICI: Litelton,2005), short NEO form five big factors of personality (NEO- 60),Terry-short positive and negative perfectionism standard questioner and demographic questioner used. The data were analyzed by analysis with using SPSS-21 software .

Findings: According to Obtained results based on Pearson correlation cofficiene showed that there is a significant positive correlation between variables neuroticism (B=0/395), extraversion (B=0/144) and agreeableness (B=0/089) with body dysmorphic disorder and there is no significant correlation between variables conscientiousness and openness with body dysmorphic disorder. Body dysmorphic disorder has a significant and negative relationship with negative perfectionism. It means that by increasing negative perfectionism, body dysmorphic disorder also increases and also, Regression analysis results show that negative perfectionism, is the most powerful predictor for body dysmorphic disorder (B=0/477). Furthermore between positive perfectionism with body dysmorphic disorder there is an indirect relationship (B=-0/224) it means that by increasing positive perfectionism component, body dysmorphic disorder decrease .

Result Conclusion: obtained results showed that among five big factors of personality, the three most powerful factors of Neuroticism, agreeableness and extraversion are the most powerful predictor of body dysmorphic disorder. Also negative perfectionism can cause to increase disorders,this negative perfectionism can cause exhibit disorders;that this negative perfectionism can be in relation with personality traits variable that is an important element of predicting body dysmorphic disorder causing creation and corroboration of disorder;although personality traits possed with positive perfectionism can explain the revrse result of negative perfectionism .

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, 5 Main Factors of Personality, Perfectionism, Posetive and Negative Perfectionism, Fears of Body Image, Shiraz Fatemiyeh Institute .

پیش‌بینی استرس والدگری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی در مادران دارای کودکان با نیازهای خاص شهر شیراز

مریم میرزائی فنجانی^۱، بنفشه امیدوار^{۲*}

۱. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

M6262290@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

omidvarpsy@gmail.com

تاریخ دریافت: [۹۸/۱۱/۷]

تاریخ پذیرش: [۹۸/۷/۲۵]

چکیده

هدف از این پژوهش پیش‌بینی استرس والدگری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی در مادران دارای کودکان با نیازهای خاص شهر شیراز بود. روش پژوهش از نوع توصیفی بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان دارای فرزندان با نیازهای خاص شهر شیراز بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۲۰ نفر انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های استرس والدین، کیفیت زندگی زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را تکمیل کردند. جهت تحلیل فرضیات از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. نتایج بیانگر این بود که کیفیت زندگی زناشویی توانست استرس والدینی مادران دارای کودکان با نیازهای خاص را پیش‌بینی کند. علاوه بر این، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه توانست استرس والدینی مادران دارای کودکان با نیازهای خاص را پیش‌بینی نماید و در نهایت، دو متغیر کیفیت زندگی زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه توانستند استرس والدینی مادران دارای کودکان با نیازهای خاص را پیش‌بینی کنند.

واژگان کلیدی: استرس والدگری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی زناشویی.

مقدمه

در هر جامعه‌ای، سلامت روانی، جسمی و اجتماعی کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد؛ اما این مهم، به سلامت روانی والدین و افرادی که از کودک مراقبت می‌کنند وابسته است. در این میان، والدین دارای کودکان با نیازهای خاص به دلیل عدم آگاهی و نبود حمایت‌های کافی، در معرض بسیاری از آسیب‌های روانی هستند. به‌طور طبیعی هر زوجی امیدوار است که کودکی سالم داشته باشد و تولد یک کودک ناتوان تأثیر نامساعدی بر زندگی، هیجانانگ، افکار و رفتار اعضای خانواده می‌گذارد (تبسم و محسین، ۲۰۱۳).

وجود یک کودک ناتوان به‌طور معنی‌داری بر وضعیت روان‌شناختی والدین تأثیر می‌گذارد و باعث ایجاد استرس در خانواده و به‌ویژه والدین می‌شود (اوسکان و گاندوگار^۱، ۲۰۱۰).

هرینگ، گری، تافه، اسوینی و ایفیلد^۲ (۲۰۰۶) بیان داشته‌اند که اثر ناتوان‌کنندگی و آسیب رسان حضور کودک ناتوان بر خانواده و به‌ویژه مادر، به عوامل مختلفی مانند نوع و شدت مشکل یا ناتوانی، جنسیت کودک، میزان حمایت‌های در دسترس خانواده، ویژگی‌های شخصیتی افراد درگیر و هم‌چنین نوع ارزیابی آنها از مشکل و منابعی که برای کنار آمدن و مقابله با آن در دسترس دارند، بستگی دارد. ربیعی کناری، جدیدیان و سلگی (۱۳۹۴) بر این باورند که رفتارهای مخرب و غیرعادی کودکان با نیازهای خاص، به‌عنوان منبع اصلی تنیدگی برای والدین این کودکان، به‌خصوص مادر محسوب می‌شود. یکی از انواع تنیدگی مادران این کودکان، استرس والدگری^۳ است.

آبیدین^۴ (۲۰۰۷) استرس والدگری را حاصل اثر تعاملی کنشوری خصوصیات اصلی و آشکار والدین (مانند افسردگی، احساس صلاحیت، سلامت، روابط توأم با دلبستگی با کودک، روابط با همسر، محدودیت ناشی از نقش‌پذیری یا مادری کردن) با خصوصیات کودک (مانند سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون‌طلبی، خلق، فزون‌کنشی و تقویت‌گری) می‌داند. محققان مختلفی بیان داشته‌اند که والدین دارای کودکان با نیازهای خاص استرس بیشتری را تجربه می‌کنند و سطح سلامت روانی پایین‌تری دارند (پویوت، کیت و بارینگتون^۵، ۲۰۱۱؛ شور فن^۶ و همکاران، ۲۰۱۲). شورفن و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که والدین دارای کودکان نقص عضو از استرس و اضطراب مرگ بیشتری نسبت به والدین دارای کودکان عقب‌مانده ذهنی برخوردار بودند.

عوامل متعددی می‌توانند بر کاهش استرس والدگری تأثیرگذار باشند. برخی از این عوامل به ویژگی‌های شخصی و شخصیتی والد و برخی دیگر به حمایت‌های بیرونی و محیطی مرتبط هستند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۷ از جمله عواملی هستند که می‌توانند استرس والدگری را تحت تأثیر قرار دهند.

طرحواره‌ها از ابتدای زندگی شکل گرفته و در تمام طول زندگی، فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (دوزیس، مارتین و بیلینگ^۸، ۲۰۰۹). طرحواره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به‌طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (یانگ، مک کری، دی، یا و چی^۹، ۱۹۹۹). اغلب مشکلات بین فردی که افراد تجربه می‌کنند تحت تأثیر شیوه تصور آنها در مورد خود و دیگران است. در زندگی زناشویی نیز، هر یک از زوجین علاوه بر طرحواره‌هایی که با خود به رابطه می‌آورند در ارتباط فعلی خود نیز طرحواره‌هایی به وجود می‌آورند که خاص این رابطه هستند. هرچه طرحواره‌ها ناسازگارتر باشند روابط این مادران با فرزندان آنها بیشتر دچار مشکل می‌شود و کیفیت این ارتباط نیز کاهش می‌یابد (کاملی، قنبری هاشم‌آبادی، آقا محمدیان شعراف، ۱۳۹۰).

علاوه بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه کیفیت زندگی زناشویی نیز بر استرس والدگری اثرگذار است. کیفیت زندگی زناشویی، به ارزیابی کلی فرد از سلامت زناشویی، اشاره دارد که غالباً به‌عنوان یک شاخص از رضایت یا آشفستگی زناشویی، در نظر گرفته می‌شود و نقش

- 1 . Uskun & Gundogar
- 2 . Herring, Gary, Taffe, Sweeney & Eifeld
- 3 . parental stress
- 4 . Abidin
- 5 . Payot, Keith & Barrington
- 6 . Shur-Fen
- 7 . early maladaptive schemas
- 8 . Dozois, Martin and Bieling
- 9 . Yang, McCrae, Dai, Yao and Cai

اساسی در ارزیابی کیفیت کلی ارتباطات خانوادگی دارد (اسمیت و دفریتس^۱، ۲۰۰۸). کیفیت زندگی زناشویی مفهومی چند بعدی و شامل ابعاد گوناگون روابط زوجین مانند سازگاری، رضایت، شادی، انسجام و تعهد است (غلامعلیان، احمدی و باغبان، ۱۳۸۷). کیفیت رابطه زناشویی، نه تنها در سطح سلامت روانی زوجین، بلکه در سلامت روانی فرزندان آنها نیز تأثیر می‌گذارد و کیفیت کلی زناشویی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ به نحوی که ارتباط، بی‌تأثیر و موجب فاصله بین فردی عمیقی می‌شود که در همه جنبه‌های زندگی و همه بخش‌های جامعه تجربه می‌شود. والش و آلیری^۲ (۲۰۱۳) نشان دادند که کیفیت زندگی والدین دارای فرزندان ایتسم پایین است و این والدین در حوزه‌های مختلف ارتباطی دارای مشکل هستند؛ با این حال بسیاری از آنها به زندگی مشترک خود ادامه می‌دهند.

باور و لئونارد^۳ (۲۰۰۸) بیان داشتند که کیفیت پیوند زناشویی بر فشار روانی و افسردگی والدین دارای فرزندان ناتوانی رشدی تأثیرگذار است. این محققان نشان دادند که بهبود کیفیت پیوند زناشویی با کاهش فشار روانی و افسردگی همراه است. طهرانی زاده، مردوخی و حاجی رستمی (۱۳۹۶) نشان دادند که والدین کودکان با نیاز ویژه در ابعاد سلامت جسمانی، روابط اجتماعی، سلامت روانی و سلامت محیط تفاوت معناداری در مقایسه با والدین کودکان بهنجار داشتند. تقی زاده و اسدی (۱۳۹۳) نیز نشان دادند که بین میانگین کیفیت زندگی زناشویی مادران دارای کودکان عادی و میانگین کیفیت زندگی زناشویی مادران دارای کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد به این صورت که از نظر ابعاد کیفیت زندگی یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی، محیط زندگی تفاوت معناداری به دست آمد. با توجه به آنچه بیان شد پژوهش‌های گذشته بیانگر این بودند که داشتن فرزند با نیازهای خاص بر کیفیت زندگی و سلامت روانی والدین تأثیرگذار است. حال این پرسش مطرح می‌شود که آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی می‌تواند بر استرس والدگری مادران دارای کودک با نیازهای خاص تأثیرگذار باشد؟ بنابراین هدف از اجرای این پژوهش شناسایی نقش هر یک از دو متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی بر استرس والدگری مادران کودکان با نیازهای خاص است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که در آن روابط بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی با استرس والدگری مادران مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مادران دارای کودک با نیازهای خاص که در اداره آموزش و پرورش شهر شیراز تا سال ۱۳۹۷ پرونده داشته‌اند تشکیل می‌دهند. با توجه به هدف پژوهش و با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس و بر حسب تعداد زیر مولفه‌های متغیر پیش‌بین که ضربدر عدد ۱۰ شد، تعداد ۲۴۰ نفر انتخاب شدند ولی تعداد ۲۰ نفر به علت مخدوش بودن داده‌ها حذف شدند که در نهایت ۲۲۰ نفر شامل مادران ۵۰ کودک ایتسم، ۵۰ کودک فلج مغزی و ۱۲۰ کودک عقب‌مانده ذهنی به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه استرس والدگری

پرسش‌نامه شاخص تنیدگی والدینی است که آیدین (۲۰۰۷) آن را ساخته است و براساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین - کودک را ارزش‌یابی کرد. این شاخص شامل ۱۲۰ گویه است که دو قلمرو کودکی (۴۷ گویه) و والدینی (۵۴ گویه)، به اضافه یک مقیاس

1 . Smith & DeFrates
2 . Walsh & O'Leary
3 . Bower & Leonard

اختیاری تحت عنوان تنیدگی زندگی (۱۹ گویه) را در بر می‌گیرد. قلمرو کودکی دارای زیر مقیاس‌های سازش‌پذیری، پذیرندگی، فزون-طلبی، خلق، بی‌توجهی / فزون‌کنشی و تقویت‌گری و قلمرو والدین شامل زیر مقیاس‌های افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، حس صلاحیت، انزوای اجتماعی، روابط با همسر، سلامت والدین و تنیدگی زندگی می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری نیز به روش لیکرت برحسب پاسخ‌های از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) انجام می‌شود. ضریب قابلیت اعتبار و اعتماد همسانی درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد. این ضریب در قلمرو کودک ۰/۸۵ و در قلمرو والد ۰/۹۱ بوده است. اعتبار تفکیکی ابزار ۰/۹۳ و دامنه ضریب اعتبار همزمان ابزار با ۵ ابزار تنیدگی مختلف دیگر بین ۰/۳۸ و ۰/۶۶ بوده است (صابری و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر نیز به منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه استرس والدگری از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. نتایج بیانگر این بود که این ضریب برای نمره کل استرس والدگری، قلمرو کودکی، قلمرو والدینی و قلمرو تنیدگی زندگی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۰ بود.

فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ

برای اندازه‌گیری طرحواره ناسازگار اولیه، از پرسش‌نامه ای که یانگ با ۷۵ سؤال و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه شامل محرومیت هیجانی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر، گرفتاری / دردام افتادگی، اطلاعات، از خودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی تهیه کرده استفاده شد. هر پنج سؤال این پرسش‌نامه مربوط به یک طرحواره و برای بدست آوردن نمره طرحواره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سؤال محاسبه می‌گردد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲/۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است. یانگ و همکاران پایایی این پرسش‌نامه را به روش همسانی درونی، و بازآزمایی بر روی یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان امریکایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. این پرسش‌نامه را آهی (۱۳۸۵) در ایران ترجمه و آماده اجرا کرد و همسانی درونی آن را بر حسب آلفای کرونباخ در گروه زنان ۰/۹۷ و در گروه مردان ۰/۹۸ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز به منظور بررسی پایایی این پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفا برای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۹ تا ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه کیفیت زناشویی

این مقیاس را که فلچر، سیمیسون و توماس (۲۰۰۰) ساختند دارای ۱۸ گویه با طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا کاملاً (۷) و ۶ زیر مقیاس رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی و عشق است. آلفای کرونباخ به دست آمده، برای زیرمقیاس‌ها در پژوهش فلچر و همکاران (۲۰۰۰) بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۶ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۵ گزارش شد. در ایران نیز این پرسش‌نامه توسط نیلفروشان (۱۳۸۹) ترجمه شد و ملاک‌های روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای زیر مقیاس‌های رضایت، تعهد، صمیمیت، اعتماد، شور و هیجان جنسی و عشق به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۶، ۰/۸۵، ۰/۷۹، ۰/۷۱ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت تحلیل داده‌های به دست آمده، از روش آماری رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS22 استفاده شد.

یافته‌ها

پیش از تحلیل داده‌های به دست آمده، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی (جدول ۱) و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش (جدول ۲) محاسبه شد. روابط معنادار بین متغیرهای پژوهش امکان انجام تحلیل مدل را فراهم نمود.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، حداقل، حداکثر، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

شاخص‌های آماری						متغیرها
کشیدگی	چولگی	حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	
۰/۲۰۲	-۰/۶۹۸	۱۱۶	۷۰	۸/۸۹	۹۷/۷۷	کیفیت زندگی زناشویی
-۰/۴۵	-۰/۵۳	۲۰	۹	۲/۷۱۰	۱۶/۰۹۶	رضایت
-۰/۶۷	-۰/۴۱	۲۱	۸	۲/۸۷	۱۶/۱۶	تعهد
-۰/۵۸	-۰/۶۵	۲۱	۹	۳/۱۱	۱۶/۹۰	صمیمت
۰/۶۳	-۰/۶۷	۲۱	۱۲	۲/۰۶	۱۷/۳۷	اعتماد
-۰/۳۱	۰/۳۱۶	۲۱	۱۰	۲/۴۷	۱۵/۰۸	شور و هیجان جنسی
-۰/۳۱	۰/۳۱۶	۲۱	۱۰	۲/۶۴	۱۶/۱۴	عشق
۰/۲۷	۰/۹۰	۳۵۰	۷۶	۶۴/۳۹	۱۶۵/۸۲	طرحواره‌های ناسازگار اولیه
-۰/۱۳	۰/۷۶	۲۵	۵	۴/۶۶	۱۱/۱۰	محرومیت هیجانی
-۱/۲۰	۰/۲۱	۲۵	۵	۵/۵۷	۱۲/۴۷	رهاشدگی بی‌ثباتی
۰/۰۵۵	۰/۹۴	۲۵	۵	۵/۰۷	۱۰/۸۴	بی‌اعتمادی بدرفتاری
۱/۳۲	۱/۳۴	۲۵	۵	۴/۴۵	۹/۴۴	انزوای اجتماعی بیگانگی
۱/۷۴	۱/۵۵	۲۵	۵	۴/۴۹	۸/۸۳	نقص / شرم
۰/۶۳	۱/۲۶۶	۲۵	۵	۴/۸۰	۹/۳۰	شکست
۱/۳۷	۱/۵۷	۲۵	۵	۴/۸۹	۸/۹۱	وابستگی / بی‌کفایتی
۰/۴۹	۱/۲۲	۲۵	۵	۵/۳۳	۹/۸۱	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
-۰/۹۲	۰/۵۶	۲۵	۵	۵/۷۴	۱۱/۶۴	گرفتار / خویشتن تحول نیافته
-۰/۰۴۳	۰/۹۰۸	۲۵	۵	۴/۹۹	۱۰/۰۸	اطاعت
-۰/۸۶	-۰/۱۳	۲۲	۵	۴/۸۵	۱۳/۱۸	ایثارگری
-۰/۵۴	۰/۶۴	۲۰	۵	۴/۶۰	۱۰/۹۴	بازداری هیجانی
-۰/۹۶۰	-۰/۱۷	۲۵	۵	۵/۳۶	۱۳/۹۴	معیارهای سرسختانه
-۱/۱۵۹	۰/۱۶	۲۵	۵	۵/۷۵	۱۳/۲۴	استحقاق / بزرگ منشی
-۰/۳۴	۰/۴۴	۲۵	۵	۵/۰۸	۱۲/۰۶	خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی
-۰/۷۴	۰/۰۲۵	۴۱۵	۲۸۰	۳۱/۹۷	۳۴۴/۹۹	استرس والدگری
-۰/۴۴	-۰/۸۶	۲۱۶	۹۱	۲۵/۹۹	۱۶۰/۴۸	استرس والدگری (قلمرو کودکی)
-۰/۵۴	۰/۱۱۴	۲۰۶	۱۴۵	۱۲/۸۵	۱۷۷/۲۰	استرس والدگری (قلمرو والدینی)
-۰/۵۷	۰/۱۲۱	۱۱	۴	۱/۸۴	۷/۳۰	استرس والدگری (قلمرو تنیدگی زندگی)

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، با توجه به میانگین‌های بدست آمده، کیفیت زندگی زناشویی و استرس والدگری پاسخگویان در حد بالاست و طرحواره‌های ناسازگار اولیه آنان در حد متوسط است. میزان چولگی و کشیدگی متغیرها (در بازه +۲ تا -۲) نشان می‌دهد داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند.

جدول ۲. ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش (n=۲۲۰)

استرس والدگری (قلمرو تنیدگی زندگی)	استرس والدگری (قلمرو والدینی)	استرس والدگری (قلمرو کودکی)	استرس والدگری	
-۰/۰۳	-۰/۱۹*	-۰/۴۲**	-۰/۴۲**	کیفیت زندگی زناشویی
۰/۰۴۷	۰/۰۳۱	-۰/۲۱*	-۰/۱۵	رضایت
-۰/۱۵	-۰/۱۲	-۰/۲۳**	-۰/۲۵**	تعهد
-۰/۰۲۶	-۰/۲۳*	-۰/۳۴**	-۰/۳۷**	صمیمت
-۰/۰۴۸	-۰/۲۸**	-۰/۰۲۳	-۰/۰۹	اعتماد
۰/۰۸۲	۰/۱۲	-۰/۲۵**	-۰/۱۵	شور و هیجان جنسی
-۰/۰۹۵	۰/۱۷	-۰/۳۳**	-۰/۳۴**	عشق
۰/۰۳۷	۰/۲۷**	۰/۴۱**	۰/۴۴**	طرحواره‌های ناسازگار اولیه
-۰/۰۰۳	۰/۲۴**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	محرومیت هیجانی
-۰/۰۵۹	۰/۱۹*	۰/۱۸*	۰/۲۲*	رهاشدگی بی‌ثباتی
۰/۰۴۱	۰/۲۰*	۰/۲۹**	۰/۳۲**	بی‌اعتمادی بدرفتاری
۰/۰۳۱	۰/۲۵**	۰/۳۵**	۰/۳۸**	انزوای اجتماعی بیگانگی
-۰/۰۱۶	۰/۲۱*	۰/۳۸**	۰/۴۰**	نقص / شرم
۰/۰۱۰	۰/۲۲*	۰/۳۸**	۰/۴۰**	شکست
۰/۰۵۷	۰/۲۱*	۰/۳۷**	۰/۳۸**	وابستگی / بی‌کفایتی
۰/۰۰۶	۰/۲۵**	۰/۲۹**	۰/۳۴**	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری
-۰/۰۲۰	۰/۲۳*	۰/۳۹**	۰/۴۱**	گرفتار / خویشتن تحول نیافته
۰/۰۲۴	۰/۲۲*	۰/۴۶**	۰/۴۳**	اطاعت
۰/۱۱	۰/۱۶	۰/۳۴**	۰/۳۵**	ایثارگری
۰/۰۴۹	۰/۲۳*	۰/۳۷**	۰/۴۰**	بازداری هیجانی
۰/۱۳	۰/۲۵**	۰/۳۰**	۰/۳۵**	معیارهای سرسختانه
۰/۰۳۴	۰/۳۴**	۰/۳۶**	۰/۴۴**	استحقاق / بزرگ منشی
۰/۰۶۵	۰/۲۳*	۰/۴۱**	۰/۴۳**	خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی

*p<0.05, **p<0.01

براساس نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود که بین کیفیت زندگی زناشویی و استرس والدگری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. بدین معنی که هر چه کیفیت زندگی زناشویی مادران دارای کودک با نیازهای خاص افزایش یابد و بالا برود، استرس والدگری آنها کاهش می‌یابد و بالعکس. هم‌چنین بین کیفیت زندگی زناشویی و ابعاد آن با دو بعد استرس والدگری (قلمرو کودکی و والدینی) رابطه منفی و معناداری وجود دارد. علاوه بر این مشاهده می‌شود که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس والدگری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ بدین معنی که هرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه مادران دارای کودک با نیازهای خاص افزایش یابد و بالا برود، استرس والدگری آنها هم افزایش می‌یابد. هم‌چنین بین انواع طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دو بعد استرس والدگری (قلمرو کودکی و والدینی) رابطه معناداری وجود دارد.

در ادامه به منظور شناسایی نقش هر یک از دو متغیر کیفیت زندگی زناشویی (جدول ۳) و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (جدول ۴) بر استرس والدگری مادران دارای کودک با نیازهای خاص از روش تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. رگرسیون گام به گام کیفیت زندگی زناشویی بر روی استرس والدگری

متغیرها	مرحله	نام متغیر	R	R ²	B	بتا	مقدار T	Sig	آماره	تورم
									تحمل	واریانس
استرس	اول	صمیمیت	۰/۳۷	۰/۱۳	-۲/۶۷	-۰/۲۶	-۲/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰	۱/۴۱
والدگری	دوم	عشق	۰/۴۱	۰/۱۶	-۲/۴۹	-۰/۲۰	-۲/۰۴۶	۰/۰۴	۰/۷۰	۱/۴۱

باتوجه به مقادیر ضریب رگرسیون در جدول ۳ مشخص می‌شود که دو متغیر وارد شده به معادله در مراحل دوگانه با متغیر وابسته دارای رابطه معکوس می‌باشند. چهار متغیر رضایت، تعهد، اعتماد و شور و هیجان جنسی به دلیل معنادار نبودن از مدل خارج و درون معادله قرار نگرفتند.

جدول ۴. رگرسیون گام به گام طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر روی استرس والدگری

متغیرها	مرحله	نام متغیر	R	R ²	B	بتا	مقدار T	Sig	آماره	تورم
									تحمل	واریانس
استرس	اول	استحقاق/بزرگمنشی	۰/۴۴	۰/۱۹	۲/۹۹	۰/۵۴	۴/۹۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۲/۰۷
والدگری	دوم	نقص/شرم	۰/۴۹	۰/۲۴	۲/۴۷	۰/۳۶	۳/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱/۴۸
	سوم	رهاشدگی/بی‌ثباتی	۰/۵۴	۰/۲۹	-۲/۰۷	-۰/۳۶	-۳/۰۲	۰/۰۰۰۳	۰/۴۱	۲/۴۴

با توجه به مقادیر ضریب رگرسیون در جدول ۴، مشخص شد که سه متغیر وارد شده به معادله در مراحل سه گانه با متغیر وابسته دارای رابطه معنی‌دار می‌باشند. باتوجه به نتایج دو طرحواره استحقاق/بزرگ منشی و نقص/شرم با استرس والدگری رابطه مثبت و معنی‌دار و با طرحواره رهاشدگی/بی‌ثباتی رابطه منفی و معنی‌دار دارد.

علاوه بر این، به منظور بررسی تاثیر همزمان دو متغیر کیفیت زندگی زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه از روش تحلیل رگرسیون به شیوه هم‌زمان استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵. رگرسیون گام به گام کیفیت زندگی زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر روی استرس والدگری

متغیرهای ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد	T	سطح معناداری	آماره‌های چندم خطی	تورم واریانس
		B	بتا				
استرس	مقدار ثابت	۴۴۷/۴۹	-	۱۶/۴۸	۰/۰۰۰۱	-	-
والدگری	کیفیت زندگی زناشویی	-۱/۳۹	۰/۲۶۴	-۵/۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۲	۱/۰۰۸
	طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۰/۲۰۳	۰/۰۳۶	۵/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۲	۱/۰۰۸

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، با توجه ضرایب رگرسیون استاندارد می‌توان مشاهده کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ضریب ۰/۴۱ بیشترین سهم را در تبیین استرس والدگری دارد و پس از آن کیفیت زندگی زناشویی با ضریب بتای ۰/۳۸ - قرار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی پیش‌بینی استرس والدگری براساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی در مادران دارای کودکان با نیازهای خاص شهر شیراز بود. نتایج بیانگر این بود که کیفیت زندگی زناشویی توانسته است استرس والدگری مادران دارای کودک با نیازهای خاص را بصورت منفی پیش‌بینی نماید. این یافته پژوهشی با تحقیقات رسولی و همکاران (۱۳۹۷)، طهرانی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، ربیعی کناری و همکاران (۱۳۹۴)، تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۳)، والش و آلیری (۲۰۱۳)، شورفن و همکاران (۲۰۱۲) و باور و لئونارد (۲۰۰۸) همسو می‌باشد.

استرس والدگری به نوبه خود اکثر جنبه‌های کیفی و موثر رفتار والدینی را تحت تاثیر قرار داده و موجب بدتر و خراب‌تر شدن زندگی زناشویی می‌شود. این مساله می‌تواند موجب کاهش در مهر و محبت والدینی، افزایش روش‌های خشونت‌بار انضباطی و ابراز خصومت نسبت به کودک، ثبات کم در رفتار والدین، یا انزوای کامل از نقش والدینی شود. همان‌طور که نتایج پژوهش طهرانی‌زاده و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که میزان کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه در سطح پایینی قرار دارد و همچنین حضور کودکان دارای نیازهای ویژه در خانواده بر سلامت روانی و کیفیت زندگی والدین و سایر اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. لذا باتوجه به نوع واکنش و نگرش والدین استرس والدگری می‌تواند افزایش یافته، کیفیت فرزندپروری بدتر شده و در نهایت مسائل رفتاری و عاطفی کودک افزایش پیدا خواهد کرد.

در تبیین این یافته پژوهشی باید گفت کیفیت زندگی زناشویی در هر مرحله‌ای از زندگی در صورت کاهش و از دست دادن کیفیت خود نیز باعث استرس در والدین می‌شود و پس از مدتی احساس خستگی می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت رابطه زوجین داشته باشد. نگرانی والدین از آینده کودک معلول، ممکن است آنقدر شدت یابد که مانع از توجه منطقی و اصولی به وضعیت فعلی کودک و نیازهای او شود. این نگرانی شدید معمولاً نیروی والدین را هدر می‌دهد و گاه سبب می‌شود که آنان نتوانند وظایف ضروری و مورد نیاز زندگی مشترک را برآورده سازند. اگر مشکلات دیگری نیز وجود داشته باشد، این مشکلات تشدید خواهد شد و سبب سست شدن بنیاد و یکپارچگی خانواده می‌شود و لذا در صورتی که با یک کودک عقب مانده یا دیگر کودکان همراه شود نیز این کیفیت زندگی زناشویی به راحتی استرس این والدین را نیز افزایش داده و بیشترین مشکلات را برای این خانواده‌ها به وجود می‌آورد.

علاوه بر این، نتایج نشان داد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه توانسته است استرس والدگری مادران دارای کودک با نیازهای خاص را بصورت مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی نماید. این یافته نیز با یافته‌های آزاد بخت و وکیلی (۱۳۹۲)، تونا و آنالان (۲۰۰۷) و نیک و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد.

مادران کودکان استثنایی با مشکلات و چالش‌های فراوانی روبه‌رو هستند و حجم بالایی از محرک‌های آزاردهنده، روح و روان مادرانی که فرزند استثنایی دارند؛ آزرده خاطر می‌سازد. انتظاراتی که فرد از خود و محیط دارد با توانایی‌های محسوس او برای جدایی، بقا و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت‌آمیز کارها تداخل می‌کنند. نتایج پژوهش آزاد بخت و وکیلی (۱۳۹۲) که نشانگر رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی در نتیجه استرس برای مادران نیز بود و همچنین با مطالعه تونا و همکاران

(۲۰۰۷) که نشان داد والدین کودکان دارای کم توانی ذهنی استرس بیشتری را نسبت به مادران دارای کودک با رشد طبیعی تجربه می‌کنند و از لحاظ طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مادران کودکان عادی متفاوت می‌باشند نیز همسو می‌باشد. در تبیین این یافته پژوهشی باید گفت وقتی که مادران در رسیدن به تمایلات فردی و طبیعی خود با مانع محیطی روبرو می‌گردد احساس شکست و ناکامی می‌کند و این مادر خود را نیز تحقیر شده می‌یابد که ناامید شده و خود را از زندگی بیزار می‌بیند و عملاً فردی می‌شود که طرح‌واره طرد را در وجود خود احساس می‌کند و عملاً خود را درگیر با خود یا غیر فعال فرض می‌کند. مادر طفل را به دنیا می‌آورد و او را می‌پروراند و زمانی که هر گونه مشکلی یا نقصی را در فرزندان خود متوجه شوند خود را بانی این مساله می‌دانند که این خود می‌توانند مشکلات زیادی را برای مادر به وجود آورد از جمله استرس، تحمل کنایه‌های دیگران که موجب رشد طرح‌واره‌های ناسازگار منفی در مادران این کودکان شود که به شدت استرس این والدین نیز افزایش می‌یابد و به نوبه خود باعث کاهش توان در زندگی زوجی وی و فراخوانی هیجانات منفی نظیر استرس در این مادران می‌شود.

در نهایت نتایج بیانگر این بودند که کیفیت زندگی زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه توانسته اند استرس والدگری مادران دارای کودک با نیازهای خاص را پیش‌بینی نمایند. این یافته نیز با یافته‌های رسولی و همکاران (۱۳۹۶)، طهرانی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، ربیعی کناری و همکاران (۱۳۹۴)، تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۳)، والش و آلیری (۲۰۱۳)، شورفن و همکاران (۲۰۱۲)، آزاد بخت و وکیلی (۱۳۹۲) و نیک و همکاران (۲۰۱۲) همسو بود.

همانطور که گفته شد مادران دارای کودکان با نیازهای خاص، فشار روانی و استرس بالایی را متحمل می‌شوند. از طرفی همبستگی بالایی بین وضعیت روحی و روانی مادران و پرداختن به نیازهای جسمی و عاطفی کودک معلول وجود دارد. همان‌گونه که نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند مادران دارای کودکان با ویژگی‌های خاص از استرس والدگری بالایی برخوردارند که به علت کیفیت زندگی زناشویی این مادران نیز می‌باشد. این مادران در حالی که مادران در زندگی زناشویی خود که تشویش، اضطراب و استرس فراوانی دارند، معمولاً در تعامل منطقی و صحیح با کودکان خود مشکلات عدیده‌ای دارند که مانع از اتخاذ یک رویکرد مطلوب و منطقی می‌شود. لذا استرس شدید والدینی در این مادران نیز به وجود می‌آید. استرس والدگری تحت تاثیر کیفیت زندگی زناشویی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه این مادران نیز بسیار با هیجانات منفی همراه است و ناکارآمدی بالایی دارند که استرس شدیدی را در این والدین نیز به علت وجود این کودکان با نیازهای خاص به وجود می‌آورد. به طور کلی باید گفت زمانی که کیفیت زندگی زناشویی و طرح‌واره‌های ناسازگار این مادران در زندگی آنها به وجود می‌آید، زندگی این مادران مختل می‌شوند در نتیجه استرس این والدین نیز در زندگی با یک کودک با نیازهای خاص دشوارتر می‌شود.

باتوجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد با در نظر گرفتن وجود رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استرس والدینی در این مادران، توجه کافی به علائم روان‌شناختی این مادران در جهت بهبود استرس آنان صورت پذیرد. برگزاری جلسات گروهی برای والدین از دیگر پیشنهادات کاربردی این پژوهش است؛ چراکه اغلب والدین از طریق گفتگو درباره مسائل مختلف، درک احساسات یکدیگر، حمایت متقابل، جستجو و طلب کمک به بزرگترین نتایج درمانی دست پیدا می‌کنند که در نتیجه سطح استرس این والدین کاهش پیدا خواهد کرد.

همچنین پیشنهاد می‌شود که درمانگران و مشاوران در رسانه‌ها جهت آگاهی این خانواده‌های دارای کودکان با نیازهای خاص برای بهبود کیفیت روابط زناشویی زمینه سازگاری را فراهم آورند، تا کاهش هرچه بیشتر احتمال آسیب به ساختار خانواده باشند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که نمونه پژوهش حاضر از مادران شهر شیراز بود، بنابراین توجه در تعمیم یافته‌ها باید دقت کافی شود. همچنین استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی، عدم استنباط علی و استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس نیز از محدودیت‌های پژوهش بود.

منابع

۱. آزاد بخت، راحیل؛ وکیلی، پریوش (۱۳۹۲). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی زنان، فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، ۴ (۳)، ۱۱-۱۸.
۲. تقی‌زاده، حسین؛ اسدی، راضیه (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و مادران کودکان عادی. مجله مطالعات ناتوانی، ۴ (۸)، ۶۶-۷۴.
۳. ربیعی کناری، فاطمه؛ جدیدیان، علی؛ سلگی، محمد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس والدگری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اتیسم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۳ (۴)، ۹۵-۱۰۵.
۴. رسولی، مریم؛ یغمایی، فریده؛ مهاجری، سحر؛ قدسی قاسم آبادی، ربابه؛ محرابی، یداله؛ ندرلو، معصومه؛ اوجاقلو، خدیجه (۱۳۹۷). همبستگی کیفیت زندگی مادران دارای کودک با نیازهای ویژه و ویژگی‌های جمعیت شناختی در شهر تهران. نشریه روان پرستاری، ۶ (۲)، ۷۲-۷۸.
۵. صابری، جواد؛ بهرامی پور، منصوره؛ قمرانی، امیر و یارمحمدیان، احمد (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر کاهش استرس والدگری مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال اتیسم. مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۵ (۲)، ۶۹-۷۷.
۶. طهرانی زاده، مریم؛ مردوخی، محمد سعید؛ حاجی رستم‌لو، رقیه (۱۳۹۵). مطالعه کیفیت زندگی والدین دارای بیش از یک فرزند با نیازهای ویژه. فصلنامه سلامت روان کودک، ۴ (۲)، ۶۰-۷۰.
۷. غلامعلیان، ف.، احمدی، ا. و باغبان، ا. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی زناشویی. فصلنامه تازه‌های روان درمانی، ۵۰-۴۹-۵۹.
۸. کاملی، زهرا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ آقا محمدیان شعریاف، حمید (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرحواره بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بد سرپرست. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۱)، ۸۳-۹۸.
9. Abidin, R.R. (2007). Parenting Stress Index: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
10. Dozois, DJ., Martin, RA., Bieling, PJ. (2009). Early maladaptive schemas and adaptive -maladaptive styles of humor. Cognitive Therapy and Research; 33(6):585-596.
11. Herring, S., Gary, J., Taffe, K., Sweeney, D. & Einfeld, S. (2006). Behaviour and emotional problems in toddlers with pervasive developmental delay: associations with parental mental health and family functioning. Journal of Intellectual Disability Research, 12, 874- 882.
12. Nick, D., Ruta, L., D'Arrigo, V. G. & Mazzone, L. (2012). Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health and Quality of Life Outcomes, 5(1), 22-41.
13. Payot, A., Keith, J. & Barrington, K. (2011). The Quality of Life of Young Children and Infants with Chronic Medical Problems: Review of the Literature. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 41, 91-101.
14. Shur-Fen, G. S., Chou, M., Chiang, H., Lee, J., Wong, C., Chou, W. & Wu, Y. (2012). Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. Research in Autism Spectrum Disorders, 6(1), 263-270.
15. Smith, M. C. & DeFrates, N. (2008). Handbook of research on adult learning and development. Routledge.

16. Tabassum, R., & Mohsin, N. (2013). Depression and anxiety among parents of children with disabilities: a case study from developing world. *International Journal of Environment, Ecology, Family and Urban Studies (IJEEFUS)*; 3(4): 33-40.
17. Tuna, T., Unalan, H. (2007). Quality of life of primary caregivers of children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 46(9): 647-649.
18. Uskun, E., & Gundogar, D. (2010). The levels of stress, depression and anxiety of parents of disabled children in Turkey. *Disability and Rehabilitation*, 32(23): 1917-27.
19. Walsh, C.E., & O'Leary, D.K. (2013). A comparative study of the marital relationship between parents with children with autism and those with children without autism, 14(1), 28-33.
20. Yang J, McCrae RR, Costa Jr PT, Dai X, Yao S, Cai T, et al. (1999). Cross-cultural personality assessment in psychiatric populations: The NEO-PI-R in the People's Republic of China. *Psychological Assessment*; 11(3): 359-368.

Prediction of Parental stress based on early maladaptive schemas and quality of marital life in mothers with children with special needs

Maryam mirzayi fenjani¹, Omidvar Banafshe^{2*}

1. M.Sc. in Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran (Corresponding Author)

Abstract

The aim of this study was to predict parenting stress based on early maladaptive schemas and quality of marital life in mothers with children with special needs in Shiraz. The research method was descriptive. The statistical population included all mothers of children with children with specific needs in Shiraz, using a sampling method, 220 subjects were selected. They completed parent stress questionnaires, marital quality of life, and early maladaptive schemas. To analyze the hypotheses, multiple regression analysis was used. Results in the first hypothesis showed that the quality of marital life could predict the parents' stress in mothers with children with special needs. In the second hypothesis, early maladaptive schemas could predict the stress of parents of mothers with children with special needs. In the third hypothesis, two variables of quality of life in marriage and early maladaptive schemes have been able to predict the stress of parents of mothers with children with special needs.

Keywords: parenting stress, early maladaptive schemas, quality of marital life

بررسی و مقایسه رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت در زنان وابسته به مواد مخدر افیونی در شهر شیراز

مرضیه آقایی^۱، دکتر حجت‌اله جاویدی*^۲، دکتر قاسم نظیری^۳

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران

Marziehaghaei80@gmail.com

۲. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، مرودشت، ایران (نویسنده مسئول)

Javidih@hotmail.com

۳. دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

Naziryy@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۹۸/۱۲/۱۱]

تاریخ دریافت: [۹۸/۸/۲۶]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های اختلالات شخصیت در بین زنان وابسته به مواد مخدر افیونی مستقر در کانون‌های تولد دوباره شیراز بود. طرح پژوهش از نوع همبستگی بود، جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از ۴۳ نفر از زنان وابسته به مواد مخدر افیونی مستقر در کانون‌های تولد دوباره شیراز که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسش‌نامه طرحواره‌های یانگ (۱۹۸۸) و پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون (۱۹۸۷) پاسخ دادند و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t برای گروه‌های وابسته و رگرسیون چند متغیری مدل ورود مورد تحلیل قرار گرفتند. تحقیق حاضر دارای ۲ سؤال تحقیق در خصوص وجود رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های اختلالات شخصیت، تفاوت‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های اختلالات شخصیت در بین زنان می‌باشد. نتایج نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های اختلالات شخصیت همبستگی معنی‌دار وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیری مدل ورود نیز نشان داد که طرحواره‌ها قادرند ویژگی‌های اختلالات شخصیت را پیش‌بینی کنند و نیز در خصوص تفاوت ویژگی‌های اختلالات شخصیت در بین زنان وابسته به مواد مخدر افیونی، فقط اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت وسواسی معنی‌دار بودند.

واژگان کلیدی: طرحواره، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلالات شخصیت، مواد مخدر افیونی.

مقدمه

اعتیاد معضلی است که نرخ بهبودی کامل آن بسیار پایین بوده و این ویژگی در تعریف این اختلال نیز گنجانده شده است به صورتی که عود مجدد جزئی از تعاریف اعتیاد می‌باشد. فرد معتاد علی‌رغم آسیب‌های بالایی که می‌بیند باز هم در پی اعتیاد خود می‌رود. با این تعریف لازم به توجه است که حتی آمار مستندی حاکی از پژوهش عملی درباره تعداد معتادان و اشکال اعتیاد آنها در دسترس نیست (برادی، ایواماتو، گریول، کایا و کلینتون^۱، ۲۰۱۵). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، میانگین شیوع مصرف مواد مخدر در جمعیت عمومی جهان در سال ۲۰۱۳ بین ۰/۶ تا ۰/۸ درصد بوده و آمارهای رسمی حکایت از شیوع فزاینده اعتیاد در دو دهه اخیر دارد. در حالی که این میزان در ایران در سال ۲۰۱۰ حدود سه برابر میانگین شیوع جمعیت جهان و ۲/۲۷۵ درصد بوده است. براساس آخرین پیمایش انجام گرفته در ایران توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری نهادهای بین‌المللی، حدود سه میلیون نفر مصرف‌کننده مواد افیونی به ویژه تریاک، هروئین، شیره و مرفین در کشور وجود دارد و می‌توان گفت که در سال‌های اخیر رشد متوسط سالانه سوء مصرف در کشور ۸ درصد بوده است. شیوع مصرف مواد مخدر به ۳/۰۲ درصد برای مصرف حداقل یکبار ۱/۵۶ درصد وابستگی در ۱۲ ماه گذشته بوده و شیوع بیشتر از ۵ بار در طول عمر هر نوع مواد غیرقانونی و اپیوئید به ترتیب در مردان (۶/۴ و ۲/۸ درصد) حدود ۱۲ و ۱۰ برابر زنان (۰/۵۴ و ۰/۲۹ درصد) گزارش شده است. جدیدترین آمارهای ارائه شده حاکی از آن است که دو میلیون معتاد وابسته و شش میلیون معتاد تفتنی در ایران وجود دارند ولی برآورد می‌شود که تعداد معتادان بیشتر از این باشد و اگر میانگین بعد خانوار را در ایران پنج نفر در نظر گرفته شود، حداقل ۱۰ میلیون نفر در معرض گرایش به اعتیاد قرار دارند. اگر هر فرد حداقل ۱۰۰۰ تومان صرف مواد مخدر کند، خسارت وارده به کشور در هر روز دو میلیارد تومان خواهد بود. از سوی دیگر، مصرف مواد و وابستگی به مواد در بین زنان ایرانی در حال افزایش است و حدود ۱۰ درصد از افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های درمان نگهدارنده با متادون^۲ را زنان تشکیل می‌دهند (بنفشه و همکاران، ۱۳۹۷).

در پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ عنوان شده که امروزه دیگر جنسیت مرد قشر معتادین را تشکیل نمی‌دهد. زنان نیز متأسفانه به سوی این اختلال گرایش پیدا کرده‌اند و در این بین با آسیب‌های بیشتری در مقایسه با مردان رو به رو هستند. از وابستگی‌های جسمانی سریعتر زنان که بگذریم می‌توانیم با پیامدهای منفی بسیاری مانند خشونت، سوءاستفاده‌های جنسی، بیماری‌های مقاربتی، فرار از خانه و اختلالات روان‌پزشکی محور یک و دو رو به رو شویم. جنسیت زنان به عنوان موضوعی کمتر پرداخته شده در ادبیات اعتیاد به‌شمار می‌روند؛ در حالیکه شناخت هرچه بیشتر و بررسی ابعاد گوناگون اعتیاد در زنان اهمیتی دو چندان می‌یابد (لواندوفسکی^۴ و همکاران، ۲۰۱۶).

از متغیرهایی که به عنوان عامل آسیب‌پذیری برای شروع مصرف و تداوم مصرف، مشخص شده، شخصیت می‌باشد (دسگوپتا^۵، ۲۰۱۷). شخصیت فرد را می‌توان بر مبنای تأثیری که فرد بر دیگران به جای می‌گذارد، تعریف کرد. ویژگی‌های شخصیتی از عوامل مهم سبب‌شناختی در گرایش به رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مخدر و فعالیت‌های جنسی نایمن به‌شمار آورد (برنا، حمید و حیاتی، ۱۳۹۵). ازدیدگاه روان‌شناختی افراد سوء مصرف کننده مواد، یک ویژگی شخصیتی آسیب‌پذیر دارند و می‌توان گفت که خصوصیات شخصیتی معتادان به مواد مخدر صرفاً ناشی از مواد مخدر نیست بلکه معتادان، قبل از اعتیاد دارای نارسایی‌های روانی و شخصیتی علیده‌ای بوده‌اند که آنها را به سمت مصرف مواد سوق داده است و یا بعد از اعتیاد این ویژگی‌های شخصیتی به‌صورت مخرب‌تری ظاهر و تشدید شده‌اند. نتایج پژوهش محققین نشان داده است که میان عوامل محیطی و شخصیتی و گرایش به مصرف

1. Brady, Iwamoto, Grivel, Kaya & Clinton
- 2 Methadone Maintenance treatment- MMT
- 3 DSM-5
- 4 Levandowski
- 5 Dasgupta

مواد ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر اعتیاد همچون کوه یخی است که تنها نوک آن دیده می‌شود. در یک جامعه آنچه همگان از اعتیاد می‌دانند وجود نمایان بخشی از معتادان است در حالیکه دامنه این کوه بخش نادیده آن است که مقدمات شکل‌گیری و پیدایش این پدیده را در پی دارد (تکلوی و رضانی، ۱۳۹۸). ویژگی‌های شخصیتی یکی از عوامل مهم جهت برخورداری از منابع مورد نیاز برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا، ادراک رویدادهای استرس‌زا، پرهیز از ارتکاب رفتارهای پرخطری چون مصرف مواد و دستیابی به کیفیت بالای زندگی است (پیرا- مورالز^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). این ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند در آسیب‌پذیری به اعتیاد مؤثر باشند. به‌طور مثال ویژگی شخصیتی روان‌رنجورخویی می‌تواند منجر به نشانه‌های اضطرابی، افسردگی و استرس شود. این علائم می‌تواند فرد را به اعتیاد به‌عنوان یک نوع راه حل سوق دهد. از طرف دیگر ویژگی شخصیتی مانند برون‌گرایی با ارتباطات بیشتر و شبکه اجتماعی بیشتر می‌تواند به‌عنوان یکی از موارد آسیب‌پذیری مبتلا مطرح شود. این ویژگی شخصیتی با خودکارآمدی و حل مسئله مناسب در روند درمان رابطه دارند؛ و یا ویژگی شخصیتی وجدان‌گرایی با خودکارآمدی معتادین رابطه مثبت و ویژگی روان‌رنجورخویی با خودکارآمدی رابطه منفی دارد (تاراسیانو^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). اختلالات سوءمصرف مواد از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی و اجتماعی ناشی می‌شود. جامعه و اطرافیان در ایجاد اختلالات شخصیتی و افزایش مصرف مواد نقش دارند. در برخی از گروه‌های اجتماعی، مصرف مواد شرط پذیرفته شدن از سوی دیگران است. هم‌چنین ضعف در عملکرد خانواده، مشکلات، تعارضات و درگیری‌های خانوادگی از سایر علل گرایش به مواد می‌باشد. خودپنداره پایین، جرأت‌مندی پایین، عدم خوش‌بینی، نبود مهارت خودکنترلی از عوامل خطرناک و فردی در زمینه مصرف مواد در بین افراد گزارش شده است که در اولین گام توسط خانواده ایجاد و تقویت می‌شود. در مورد عوامل محافظت‌کننده و یا خانوادگی فرد از انجام رفتارهای پرخطری چون مصرف مواد، پیوند مستحکم با خانواده، نظارت دقیق و منطقی خانواده، عدم تعارضات در محیط خانواده گزارش شده است (حجت و همکاران، ۱۳۹۲). عدم خوش‌بینی نسبت به مسائل، نبودن حمایت خانواده و احساس تنهایی، سطح انگیزه فرد را کاهش می‌دهد و موجب افزایش تنیدگی و اضطراب در فرد می‌گردد؛ عدم مهارت در زمینه کنترل اعمال خویش باعث می‌گردد که فرد نتواند بر اعمال نامناسب خود از جمله کشیدن سیگار و اعتیاد کنترل و تسلط لازم را داشته باشد. از طرف دیگر وجود حمایت خانواده و تقویت طرحواره مثبت نسبت به خود از فرد در برابر انجام رفتارهای پرخطری چون ابتلاء به اعتیاد محافظت خواهد کرد (جوردن^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). طرحواره مفهومی در روان‌شناسی شناختی است که به بررسی این نکته می‌پردازد که افراد چگونه می‌اندیشند، چگونه ادراک و پردازش می‌کنند و چگونه اطلاعات را به یاد می‌آورند. یانگ معتقد است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۴ قدیمی‌ترین مؤلفه‌های شناختی محسوب می‌شوند که رفتار مخرب و الگوهای اختلالات شخصیتی فرد را در سنین بالا شکل می‌دهند. آنها حتی گاهی اوقات پیش از آنکه کودک زبان را بیاموزد شکل می‌گیرد (طرحواره‌های پیش‌کلامی). این طرحواره‌ها، الگوی پردازش تجارب بعدی محسوب می‌شوند و اغلب در زیر آستانه هوشیاری و بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند و می‌توانند فرد را به لحاظ روان‌شناختی نسبت به ایجاد آشفتگی‌هایی چون افسردگی، اضطراب، ارتباطات ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روان‌تنی آسیب‌پذیر سازند. طرحواره‌های ناسازگار موجب سوگیری در تفسیر رویدادها می‌شوند (گیلبرت^۵، ۲۰۱۸). یانگ^۶ معتقد است هرکدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های اولیه مرتبط است. او همچنین ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را مطرح می‌کند و عنوان می‌کند که یک یا چند مورد از این طرحواره‌ها در معتادین و یا بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت و دیگر بیماری‌های مزمن روان یافت می‌شود (یانگ، ۲۰۰۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به علت ارضاء نشدن نیازهای

1 Pereira- Morales

2 Terracciano

3 Jordan

4 Early Maladaptive Schemas- EMS

5 Gilbert

6 Young

هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند. نیازهای بنیادینی، همچون دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و محدودیت‌های واقع‌بینانه؛ بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل گرفته، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی فرد تحمیل می‌کنند و فرد می‌تواند به کمک طرحواره‌ها جهان خود را شناسایی کند (تیم^۱، ۲۰۱۱).

مگان و رایان^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلالات شخصیتی، اختلال استرس پس از سانحه و رفتارهای جنسی تکانه‌ای در زنان با سوء مصرف مواد رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد. خسروانی، سیدسروی و الوانی^۳ (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با کاهش اعتماد به نفس و افزایش استرس و افسردگی، منجر به افزایش اعتیاد معتادان می‌شود. برایت وایت و همکاران^۴ (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که ارتباط معناداری بین طرحواره‌ها و مکانیسم‌های دفاعی وجود دارد و هر چقدر فرد اختلالات شخصیتی بیشتری داشته باشد، مکانیسم‌های به کار رفته نامناسب‌تر بوده و احتمال ارتکاب به رفتارهای پرخطر بالاتر خواهد بود. تکلوی و رمضانی (۱۳۹۸) به بررسی میزان شکست عاطفی و صفات سه‌گانه تاریک شخصیت در زنان با و بدون آمادگی اعتیاد پرداختند و نتیجه گرفتند که زنان دارای آمادگی بیشتر به اعتیاد، تجربه شکست عاطفی و ویژگی صفات سه‌گانه تاریک شخصیت بیشتری را تجربه می‌کنند و در شرایط پر استرس احتمال ارتکاب رفتارهای پرخطر در آنها بالاتر است. بنفشه و همکاران (۱۳۹۶) به بررسی الگوی مصرف و علل گرایش به اعتیاد در زنان پرداختند و علل اصلی گرایش به مواد مخدر از دیدگاه بیماران عبارت بودند از: «خانواده معتاد (۷۷ درصد)، دسترسی آسان به مواد (۶۴ درصد) و افسردگی و ناامیدی (۵۶ درصد)». زنان معتاد در جامعه آسیب‌پذیرتر از مردان هستند زیرا مصرف مواد در زنان اغلب با آسیب‌های اجتماعی دیگری همچون فرار از خانه، روسپی‌گری و فقر توأم اسات (موسوی، شمس‌الدینی و منصور، ۱۳۹۴). فرزندان به خصوص دختران خانواده، در نتیجه همانندسازی با مادر، دچار انحراف و پیامدهای جبران‌ناپذیری می‌شوند. بدین لحاظ مهم‌ترین عارضه اجتماعی اعتیاد زنان، متلاشی شدن خانواده است. بچه‌هایی که با مادر معتاد زندگی می‌کنند ضربه‌های روانی شدیدی را تجربه کرده از مشکلات عدیده و پیچیده‌ای رنج می‌برند (لومبارد، پالین و سوابی^۵، ۲۰۱۷). باتوجه به اهمیت موضوع و مطالب مطرح شده این پژوهش درصدد بررسی و مقایسه رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت در زنان وابسته به مواد مخدر افیونی می‌باشد.

روش

این پژوهش از نوع کاربردی و طرح تحقیق آن به روش همبستگی بوده. جامعه آماری این پژوهش، شامل ۴۳ زن وابسته به مواد مخدر افیونی مستقر در کانون‌های تولد دوباره شیراز بودند که از تاریخ ۸۷/۳/۱ تا ۸۷/۵/۱ به صورت خود معرف به منظور ترک به این کانون‌ها مراجعه کرده بودند. آزمودنی‌های این پژوهش ۳۰ نفر زن وابسته به مواد مخدر افیونی بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود عبارت بود از: گستره سنی ۱۸ تا ۵۰ سال؛ حداقل ۵ سال سابقه اعتیاد به مواد مخدر افیونی و گذشتن ۱۰ روز از مدت زمان ترک مواد. به علت کم بودن تعداد افراد جامعه، از فرمول کوکران جهت تعیین حجم مورد نیاز نمونه و در نهایت از ضریب تصحیح جامعه محدود، استفاده گردید.

طول مدت دوره حضور افراد در این کانون‌ها حداقل ۲۸ روز می‌باشد. در این مراکز نحوه ترک بدون استفاده از دارو بوده و افراد پس از سپری شدن موفقیت آمیز دوره ترک، به دلخواه به مراکز ^۶NA جهت حفظ ترک، ارجاع داده می‌شوند.

1 Thimm

2 Megan & Rayan

3 Khosravani, Seidisarouei & Alvani

4 Braithwaite

5 Lombard, Pullen & Swabey

6 Narcotics Anonymous

جهت تحلیل داده‌های به دست آمده از آزمون t ، ماتریس همبستگی پیرسون، رگرسیون چند متغیری مدل ورود^۱ استفاده شد. بدین صورت که برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از سؤال اول تحقیق (آیا بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های اختلالات شخصیت در زنان وابسته به مواد مخدر افیونی رابطه وجود دارد)، از ماتریس همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری مدل ورود، و برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از سؤال دوم (آیا بین ویژگی‌های اختلال شخصیت در زنان وابسته به مواد مخدر افیونی تفاوت وجود دارد؟)، از آزمون t برای گروه‌های وابسته استفاده شد. اطلاعات جمع‌آوری شده به کمک نرم‌افزار آماری SPSS^۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار به کار رفته در این پژوهش عبارت بودند از:

الف) فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره‌های یانگ (YSQ-SF)^۳ - این پرسش‌نامه دارای ۷۵ آیتم است که توسط جفری یانگ (۱۹۸۸) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شد. این طرحواره‌ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، نقص / شرم، انزوای اجتماعی / بیگانگی، شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، استحقاق / بزرگ منشی، خوشتن - داری و خود - انضباطی ناکافی. اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه طرحواره‌های یانگ توسط اسمیت، جوینر، یانگ و تلچ (۱۹۹۵) انجام شده است. نتایج این مطالعه برای هر طرحواره ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۰/۸۳ برای طرحواره خود تحول نیافته / گرفتار تا ۰/۹۶ برای طرحواره نقص / شرم نشان داد و ضریب آزمون باز آزمون در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد (اسمیت، جوینر، یانگ و تلچ، ۱۹۹۵).

هنجاریابی پرسش‌نامه طرحواره‌های یانگ (YSQ-SF) در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده است که شامل ۲۵۲ نفر مؤنث و ۱۳۵ نفر مذکر بوده و به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای از دانشگاه‌های علامه طباطبایی، شهید بهشتی، تربیت مدرس و دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران انتخاب شده بودند. همسانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. همچنین پایایی هر یک از طرحواره‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شده است. بر این اساس پایایی طرحواره محرومیت هیجانی ۰/۸۷، طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی ۰/۷۸، طرحواره بی‌اعتمادی / بدرفتاری ۰/۸۳، طرحواره بیگانگی / انزوای اجتماعی ۰/۸۷، طرحواره نقص / شرم ۰/۸۳، طرحواره شکست ۰/۹۰، طرحواره بی‌کفایتی / وابستگی ۰/۸۶، طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۰/۹۰، طرحواره گرفتار / خود تحول نیافته ۰/۷۹، طرحواره اطاعت ۰/۸۳، طرحواره ایثار ۰/۸۲، طرحواره بازداری هیجانی ۰/۸۶، طرحواره معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی ۰/۷۲، طرحواره خوشتن‌داری و خود - انضباطی ناکافی ۰/۸۷، به دست آمده است (آهی، ۱۳۸۴) به نقل از لطفی، (۱۳۸۵). در پژوهش حاضر پایایی فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره‌های یانگ از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و میزان پایایی ۰/۹۲ به دست آمد.

ب) پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون - ۲ (MCMI-II)^۴ - پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون، یک پرسش‌نامه خودسنج استاندارد شده است که دامنه گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت، سازگاری هیجانی و نگرش مراجعان

1 Enter

2 Statistical Program Social Science

3 Young Schema Questionnaire-Short form

4 Schmidt, Joiner, Young & Telch

5 Million Clinical Multiaxial Inventory-II

به آزمون را می‌سنجد. این پرسش‌نامه برای بزرگسالان ۱۸ ساله و بالاتر که دست کم توانایی خواندن آنان تا کلاس هشتم است، طراحی شده است. MCMI از جمله آزمون‌های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال‌های شخصیت و نشانه‌هایی که اغلب با این اختلال‌ها همراه هستند، تأکید می‌شود. نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۷۷ توسط تئودور میلون روان‌شناس بالینی و شخصیت تدوین شد و از آن زمان تاکنون دو بار تجدید نظر شده است (MCMI-II؛ میلون، ۱۹۸۷؛ MCMI-III؛ میلون، ۱۹۹۴) (گرات - مارنات^۱، ۱۳۸۴). پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون ۲- (MCMI-II)، شامل ۲۶ خرده مقیاس است. روایی و پایایی این پرسش‌نامه توسط میلون (میلون ۱۹۸۷، به نقل از کوکا و دنبورگ، ۱۹۹۷) گزارش شده است. حساسیت خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۰ تا ۰/۷۵، دقت آن از ۰/۹۱ تا ۰/۹، قدرت پیش‌بینی کنندگی مثبت از ۰/۵۸ تا ۰/۸۰ و قدرت پیش‌بینی کنندگی منفی آن از ۰/۸ تا ۰/۹۷ است. فواصل باز آزمایی این ابزار ۳ تا ۵ هفته بوده است که ضرایب به دست آمده بالا و همسان می‌باشد. ضرایب ثبات خرده مقیاس‌های شخصیتی پایه بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ خرده مقیاس‌های شدید شخصیت از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ و برای ۹ خرده مقیاس نشانگان بالینی از ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ بوده است. این پرسش‌نامه با MMPI و SCL-90^۲ نیز همبستگی بالایی دارد (کوکا و دنبورگ، ۱۹۹۷،^۳).

پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون ۲- اولین بار توسط خواجه موگهی و همکاران (۱۳۷۲) در ایران معرفی و یک مطالعه مقدماتی برای هنجاریابی آن در تهران انجام شد. ضریب پایایی آزمون از طریق همسانی درونی ماده‌ها انجام گرفته که میانه ضریب کوادر - ریچاردسون تمام خرده مقیاس‌ها ۰/۸۵ و میانگین ۰/۸۴ به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون ۲ از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و میزان پایایی ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب پایایی این آزمون از طریق باز آزمایی ۰/۸۶ به دست آمده است. همچنین، کارایی تشخیصی خطوط برش خرده مقیاس‌ها بر اساس ملاک‌های DSM^۴ به شرح زیر می‌باشد: میانه خرده مقیاس‌های شخصیتی برای حساسیت آزمون ۰/۵۴، دقت ۰/۹۵، توان پیش‌بینی مثبت ۰/۶۳، توان پیش‌بینی منفی ۰/۹۳ و توان تشخیص کلی ۰/۸۹. میانه خرده مقیاس‌های نشانگان بالینی برای حساسیت آزمون ۰/۶۲، دقت ۰/۹۶، توان پیش‌بینی مثبت ۰/۷۵، توان پیش‌بینی منفی، ۰/۹۰ و توان تشخیص کلی ۰/۸۸ به دست آمده است. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری انجام گرفت. گستره نمره‌ها در این پرسش‌نامه از صفر تا ۱۱۵ می‌باشد و نمرات خام به نمرات مقیاس پایه تبدیل می‌شوند. نقطه برش ۷۵ به عنوان نشانه اختلال شخصیت به‌شمار می‌رود (خواجه موگهی و همکاران، ۱۳۷۲).

یافته‌ها

نمونه مورد استفاده در این پژوهش شامل ۳۰ زن در کانون‌های تولد دوباره شیراز بودند، در نمونه مورد مطالعه ۳۳٪ از زنان مجرد، ۵۰٪ متأهل و ۱۷٪ مطلقه بودند و ۵۷٪ از زنان نمونه مورد مطالعه سیکل، ۳۶٪ دیپلم و ۷٪ فوق دیپلم بودند و همچنین، ۸۳٪ زنان مورد مطالعه سابقه خانوادگی اعتیاد داشته و ۱۷٪ فاقد سابقه خانوادگی اعتیاد بوده‌اند (جدول ۱).

سؤال اول تحقیق - آیا بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های اختلالات شخصیت در زنان وابسته به مواد مخدر افیونی رابطه وجود دارد؟ نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های اختلالات شخصیت زنان در جدول شماره ۲ آورده شده است.

1 Groth-Marnat

2 Symptom Check List-90

3 Choca & Denburg

4 Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders, Fourth edition-Text Revision

جدول ۱. توزیع فراوانی بر حسب وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه خانوادگی اعتیاد

متغیر	زن	وضعیت تأهل
مجرد	۱۰ (۳۳٪)	وضعیت تأهل
متاهل	۱۵ (۵۰٪)	
مطلقه	۵ (۱۷٪)	
سیکل	۱۷ (۵۷٪)	میزان تحصیلات
دیپلم	۱۱ (۳۶٪)	
فوق دیپلم	۲ (۷٪)	
دارد	۲۵ (۸۳٪)	سابقه خانوادگی اعتیاد
ندارد	۵ (۱۷٪)	

جدول ۲. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای طحواره-های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های اختلالات شخصیت زنان

اختلالات شخصیت طحواره	اسکیزوتایپال	مرزی	پارانویید	اسکیزوپد	دوری گریز	وابسته	نفاذی	خودشکنانه	ضد اجتماعی	سادیستیکی	وسواسی	منفی‌گرا	خودآزار
محرومیت هیجانی	r=۰/۴۰**	r=۰	r=۰	r=۰/۲۱*	r=۰/۴۵**	r=۰/۲۴**	r=۰/۲۴**	r=۰/۲۵**	r=۰/۲۹**	r=۰/۱۸	r=۰/۱۱	r=۰/۳۷**	r=۰/۳۹**
رها شدگی/بی-ثباتی	r=۰/۱۱	r=۰/۰۷	r=۰	r=۰/۱۴	r=۰/۰۶	r=۰/۰۲	r=۰/۰۳	r=۰/۰۹	r=۰/۰۲	r=۰/۱۲	r=۰/۳۱*	r=۰/۰۳	r=۰/۰۴
بی اعتمادی/بدرفتاری	r=۰/۲۱*	r=۰	r=۰	r=۰/۰۳	r=۰/۲۶**	r=۰/۱۷	r=۰/۲۳**	r=۰/۲۷**	r=۰/۲۰*	r=۰/۲۹**	r=۰/۱۲	r=۰/۳۶**	r=۰/۳۲**
نقص/شرم	r=۰/۲۶**	r=۰	r=۰	r=۰/۱۵	r=۰/۲۶**	r=۰/۰۹	r=۰/۱۵	r=۰/۲۵**	r=۰/۰۳	r=۰/۱۶	r=۰/۱۲	r=۰/۲۴**	r=۰/۲۷**
انزوای اجتماعی/بیگانگی	r=۰/۳۱**	r=۰	r=۰	r=۰/۲۶**	r=۰/۳۳**	r=۰/۲۶**	r=۰/۱۶	r=۰/۱۳	r=۰/۱۳	r=۰/۱۴	r=۰/۰۷	r=۰/۲۸**	r=۰/۳۲**
شکست	r=۰/۲۱*	r=۰/۱۱	r=۰	r=۰/۱۴	r=۰/۲۸*	r=۰/۱۱	r=۰/۰۳	r=۰/۰۵	r=۰/۰۱	r=۰/۰۳	r=۰/۰۸	r=۰/۱۹	r=۰/۲۱*
وابستگی/بی‌کفایتی	r=۰/۳۶**	r=۰	r=۰	r=۰/۱۷	r=۰/۲۷**	r=۰/۰۸	r=۰/۱۰	r=۰/۲۱*	r=۰/۱۴	r=۰/۲۸**	r=۰/۰۱	r=۰/۴۴**	r=۰/۳۸**
آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری	r=۰/۳۶**	r=۰	r=۰	r=۰/۰۸	r=۰/۳۱**	r=۰/۲۰*	r=۰/۲۵**	r=۰/۲۵**	r=۰/۰۶	r=۰/۲۳**	r=۰/۱۳	r=۰/۳۷**	r=۰/۳۵**

خود تحول نیافته/گرفتار	۰/۳۲** r=	۰/۱۷ r=	۰/۱۳ r=	۰/۰۱ r=	۰/۰۱ r=	۰/۰۹ r=	۰/۰۸ r=	۰/۳۱** r=	۰/۲۶** r=	۰/۲۵** r=	۰/۱۹* r=-	۰/۱۷ r=	۰/۲۸** r=
اطاعت	۰/۳۸** r=	۰/۲۳* r=	۰/۲۲* r=	۰/۰۵ r=	۰/۰۰۵ r=	۰/۲۰* r=	۰/۱۷ r=	۰/۳۴** r=	۰/۳۶** r=	۰/۱۱ r=	۰/۲۳** r=-۰	۰/۲۴** r=۰	۰/۳۳** r=
اینار	۰/۲۵** r=	۰/۲۳** r=	۰/۲۰* r=	۰/۰۴ r=	۰/۰۳ r=	۰/۱۸ r=	۰/۱۶ r=	۰/۰۸ r=	۰/۲۳** r=	۰/۰۲ r=	۰/۲۱* r=-	۰/۱۸ r=	۰/۱۹ r=
بازداری هیجانی	۰/۳۴** r=	۰/۳۷** r=	۰/۰۴ r=	۰/۱۶ r=	۰/۰۰۶ r=	۰/۰۹ r=	۰/۰۸ r=	۰/۱۴ r=	۰/۴۰** r=	۰/۲۴** r=	۰/۲۵** r=-۰	۰/۲۹** r=۰	۰/۴۰** r=
معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی	۰/۳۰** r=	۰/۲۷** r=	۰/۳۵** r=	۰/۱۴ r=	۰/۰۲ r=	۰/۲۵** r=	۰/۱۶ r=	۰/۱۹* r=	۰/۲۰* r=	۰/۱۳ r=	۰/۳۴** r=-۰	۰/۲۵** r=۰	۰/۲۵** r=
استحقاق / بزرگمنشی	۰/۲۲* r=	۰/۳۰** r=	۰/۰۳ r=	۰/۲۶** r=۰	۰/۰۸ r=	۰/۲۹** r=	۰/۲۴** r=	۰/۰۱ r=	۰/۱۱ r=	۰/۰۴ r=	۰/۲۹** r=-۰	۰/۲۳* r=	۰/۱۰ r=
خویش‌داری / خود انضباطی ناکافی	۰/۱۶ r=	۰/۱۹ r=	۰/۱۲ r=	۰/۰۵ r=	۰/۰۵ r=	۰/۱۰ r=	۰/۰۸ r=	۰/۰۱ r=	۰/۱۴ r=	۰/۱۳ r=	۰/۰۷ r=	۰/۱۷ r=	۰/۱۳ r=

** P<۰/۰۱

* P<۰/۰۵

همانطور که مشاهده می‌شود:

- بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه بازداری هیجانی، محرومیت هیجانی، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، نقص / شرم، خود تحول نیافته / گرفتار، انزوای اجتماعی / بیگانگی و اطاعت و ویژگی‌های اختلال شخصیت اسکیزوتایپال رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. بین طرحواره‌های شکست و بی‌اعتمادی / بدرفتاری و ویژگی‌های اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نیز رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه ایتتر میزان F مشاهده شده (۳/۴۳) می‌باشد که در سطح (۰/۰۰۱) معنادار است و نشان می‌دهد که ۳۸ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۶۲ است لذا با افزایش طرحواره‌های محرومیت هیجانی و اطاعت مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت اسکیزوتایپال افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، نقص / شرم، انزوای اجتماعی / بیگانگی، اطاعت، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ و همچنین بین طرحواره استحقاق / بزرگمنشی و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی نیز رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه ایتتر میزان F مشاهده شده (۲/۹۴) می‌باشد که در سطح (۰/۰۰۱) معنادار است و نشان می‌دهد که ۳۴ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۵۹ است لذا با افزایش طرحواره‌های محرومیت هیجانی و آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و با کاهش میزان طرحواره شکست مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره معیارهای سرسختانه، محرومیت هیجانی، رها شدگی / بی‌ثباتی، نقص / شرم، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اطاعت، استحقاق / بزرگمنشی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، بازداری هیجانی و ویژگی‌های اختلال شخصیت پارانوئید رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. همچنین بین طرحواره‌های وابستگی / بی‌کفایتی، گرفتار، اینار و ویژگی‌های اختلالات شخصیت پارانوئید نیز رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه ایتر میزان F مشاهده شده (۲/۴۷) می‌باشد که در سطح (۰/۰۰۵) معنادار است و نشان می‌دهد که ۳۱ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۵۵ است لذا با افزایش طرحواره‌های شکست مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت پارانوئید افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های انزوای اجتماعی / بیگانگی، خود تحول نیافته / گرفتار، بازداری هیجانی و ویژگی‌های اختلال شخصیت اسکیزوئید رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. همچنین بین طرحواره محرومیت هیجانی و ویژگی‌های اختلال شخصیت اسکیزوئید نیز رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه ایتر میزان F مشاهده شده (۲/۱۵) می‌باشد که در سطح (۰/۰۱) معنادار است و نشان می‌دهد که ۲۸ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۵۳ است لذا با افزایش طرحواره‌های رهاشدگی / بی‌ثباتی، انزوای اجتماعی / بیگانگی، بازداری هیجانی و با کاهش میزان طرحواره‌های استحقاق / بزرگ منشی و بی‌اعتمادی / بدرفتاری، مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت اسکیزوئید افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، وابستگی / بی‌کفایتی، اطاعت، بازداری هیجانی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، نقص / شرم، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار، اینار، انزوای اجتماعی / بیگانگی و ویژگی‌های اختلالات شخصیت دوری‌گزین رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ و همچنین بین طرحواره‌های معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و شکست نیز و ویژگی‌های اختلال شخصیت دوری‌گزین رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه ایتر میزان F مشاهده شده (۳/۳۲) می‌باشد که در سطح (۰/۰۰۰۱) معنادار است و نشان می‌دهد که ۳۷ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۶۱ است لذا با افزایش طرحواره‌های محرومیت هیجانی و بازداری هیجانی مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت دوری‌گزین افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره اطاعت، خود تحول نیافته / گرفتار، محرومیت هیجانی و انزوای اجتماعی / بیگانگی و ویژگی‌های اختلال شخصیت وابسته رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ و نیز بین طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و ویژگی‌های اختلال شخصیت وابسته رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه ایتر میزان F مشاهده شده (۲/۱۸) می‌باشد که در سطح (۰/۰۱) معنادار است و نشان می‌دهد که ۲۸ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۵۳ است. لذا با افزایش طرحواره اطاعت مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت وابسته افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، استحقاق / بزرگمنشی و ویژگی‌های اختلال شخصیت نمایشی رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نیست. با رگرسیون چند متغیره به شیوه ایتر میزان F مشاهده شده (۱/۵۸) می‌باشد که معنادار نیست. ۲۲ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. لذا طرحواره‌های ناسازگار، ویژگی‌های اختلال شخصیت نمایشی را پیش‌بینی نمی‌کنند. - بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، نقص / شرم، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، استحقاق / بزرگمنشی و ویژگی‌های اختلال شخصیت خود شیفته رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ و نیز بین طرحواره‌های اطاعت، وابستگی / بی‌کفایتی و ویژگی‌های اختلال شخصیت خود شیفته نیز رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی

روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه اینتر میزان F مشاهده شده (۱/۹۱) می‌باشد که در سطح (۰/۰۳) معنادار است و نشان می‌دهد که ۲۵ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۵۰ است. لذا با افزایش طرحواره استحقاق/ بزرگ منشی و کاهش میزان طرحواره شکست مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت خودشیفته افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری و ویژگی‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی رابطه منفی معنادار به ترتیب در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ وجود دارد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه اینتر میزان F مشاهده شده (۱/۱۸) می‌باشد که در سطح (۰/۰۵) معنادار است و نشان می‌دهد که ۱۷ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۴۲ است. لذا با افزایش طرحواره محرومیت هیجانی مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های بی‌اعتمادی / بد رفتاری، وابستگی / بی‌کفایتی، استحقاق / بزرگمنشی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و ویژگی‌های اختلال شخصیت سادیستیک رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه اینتر میزان F مشاهده شده (۱/۹۴) می‌باشد که در سطح (۰/۰۳) معنادار است و نشان می‌دهد که ۲۶ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۵۱ است. لذا با افزایش طرحواره استحقاق/ بزرگ منشی و وابستگی / بی‌کفایتی و کاهش میزان طرحواره شکست مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت سادیستیک افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و ویژگی‌های اختلال شخصیت وسواسی رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ و نیز بین طرحواره‌های اطاعت، ایثار، رها شدگی / بی‌ثباتی و ویژگی‌های اختلال شخصیت وسواسی نیز رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه اینتر میزان F مشاهده شده (۲/۵۵) می‌باشد که در سطح (۰/۰۰۴) معنادار است و نشان می‌دهد که ۳۱ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۵۶ است. لذا با افزایش طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی و معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت وسواسی افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، بازداری هیجانی، استحقاق / بزرگمنشی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، ایثار، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم و ویژگی‌های اختلال شخصیت منفی‌گرا، نیز رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ و بین طرحواره اطاعت و ویژگی‌های اختلال شخصیت منفی‌گرا رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه اینتر میزان F مشاهده شده (۳/۰۹) می‌باشد که در سطح (۰/۰۰۱) معنادار است و نشان می‌دهد که ۳۶ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. مقدار همبستگی بین متغیرها ۰/۶۰ است. لذا با افزایش طرحواره وابستگی / بی‌کفایتی مقدار پیش‌بینی ویژگی‌های اختلال شخصیت منفی‌گرا افزایش می‌یابد.

- بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اطاعت، بازداری هیجانی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، خود تحول نیافته / گرفتار، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، شکست، نقص / شرم، ایثار و ویژگی‌های اختلال شخصیت خودآزار رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۱ و بین طرحواره استحقاق / بزرگمنشی و ویژگی‌های اختلال شخصیت خودآزار رابطه مثبت معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. باقی روابط بین متغیرها معنادار نمی‌باشد. با رگرسیون چند متغیره به شیوه اینتر میزان F مشاهده شده (۲/۷۶) می‌باشد.

باشد که معنادار نیست. ۳۳ درصد از پراکندگی توسط رگرسیون خطی توجیه می‌شود. لذا طرحواره‌های ناسازگار، ویژگی‌های اختلال شخصیت خودآزار را پیش‌بینی نمی‌کنند. سؤال دوم - آیا بین ویژگی‌های اختلال شخصیت در زنان وابسته به مواد مخدر افیونی تفاوت وجود دارد؟ نتایج در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول ۳. آزمون t برای گروه‌های وابسته برای تعیین تفاوت ویژگی‌های اختلالات شخصیت در بین زنان

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار t
اختلالات شخصیت					
اسکیزو تایپال	۳۰	۴۶/۴۳	۱۱/۴۱	۹۸	۰/۵۳
مرزی	۳۰	۶۴/۷۳	۱۴/۵۰	۹۸	۰/۷۶
پارانویید	۳۰	۲۵/۱۳	۱۱/۶۷	۹۸	۰/۹۱
اسکیزوئید	۳۰	۳۳/۱۳	۶/۰۳	۹۸	۱/۲۹
دوری‌گزین	۳۰	۴۱/۹۳	۱۰/۴۷	۹۸	۱
وابسته	۳۰	۳۴/۴۳	۵/۶۰	۹۸	۰/۲۴
نمایشی	۳۰	۳۹/۴۶	۶/۸۰	۹۸	۱/۲۵
خودشیفته	۳۰	۵۱/۴۰	۹/۲۰	۹۸	۰/۸۴
ضد اجتماعی	۳۰	۳۰/۵۶	۴/۹۱	۹۸	۳/۲۷**
سادستیک	۳۰	۴۸/۵۳	۱۰/۰۱	۹۸	۰/۲۰
وسواسی	۳۰	۴۰/۵۶	۷/۵۵	۹۸	۲/۰۴*
منفی‌گرا	۳۰	۵۰	۱۰/۸۸	۹۸	۰/۹۴
خودآزار	۳۰	۴۳/۰۶	۹/۳۰	۹۸	۱/۳۶

** P < ۰/۰۱

*P < ۰/۰۵

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، نمرات t محاسبه شده در اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و وسواسی به ترتیب در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنادار است. بر اساس یافته‌های جدول می‌توان گفت که بیشترین تبیین مربوط به اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و وسواسی می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های سؤال اول نشان داد که:

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی رابطه مثبت معنادار یافت شد. این یافته به معنای آن است که هرچه این طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناسازگارتر باشند، علائم اختلال شخصیت اسکیزوتایپال نیز افزایش می‌یابد و ضریب تبیین آن ۳۸ درصد است. این نتیجه با نتایج حاصل از مطالعات لواندوفسکی و همکاران (۲۰۱۶) و بنفشه و همکاران (۱۳۹۶) همسو است.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی رابطه مثبت معنادار یافت شد. این یافته به معنای آن است که هرچه این طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناسازگارتر باشند، علائم اختلال شخصیت مرزی نیز افزایش می‌یابد و ضریب تبیین آن ۳۴ درصد است. این نتیجه با نتایج مطالعات گیلبرت (۲۰۱۸) همسو است.

بین طرحواره‌های ناسازگار و اختلال شخصیت پارانوئید رابطه منفی معنادار یافت شد و ضریب تبیین آن ۳۸ درصد است. در حالی که یانگ (۲۰۰۵) ارتباط مثبت معنادار بین طرحواره‌های محرومیت هیجانی، نقص / شرم، بی‌اعتمادی / بدرفتاری و اختلال فوق یافت کردند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که احتمالاً به دلیل اینکه افراد وابسته به مواد مخدر افیونی که دارای ویژگی‌های اختلال شخصیت پارانوئید نیز می‌باشند بدبین و بی‌اعتماد نسبت به دیگران هستند و می‌ترسند که از اطلاعاتشان بر علیه خودشان استفاده شود، بنابراین ممکن است که در پاسخگویی به سئوالات محافظه-کارانه عمل کرده باشند، حالت دفاعی به خود گرفته باشند و در نتیجه واقعیت را تحریف کرده و به سئوالات به شیوه جامع پسند پاسخ داده باشند و احتمالاً همین امر باعث پیدایش رابطه منفی بین طرحواره‌های ناسازگار فوق و ویژگی‌های اختلال شخصیت پارانوئید شده باشد.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت اسکیزوئید رابطه مثبت معنادار یافت شد. این یافته نشان دهنده آن است که هر چه این طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش یابند، علائم اختلال شخصیت اسکیزوئید نیز افزایش می‌یابد و ضریب تبیین آن ۳۸ درصد است. این نتیجه با نتایج لواندوفسکی و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد با ویژگی‌های اختلال شخصیت اسکیزوئید بی‌تفاوت، کسل، ساکت، بی‌حال، عبوس و درون‌گرا هستند. به نظر می‌رسد که در محیطشان گم گشته و بی‌هدفند، زندگی در انزوا را ترجیح می‌دهند، دوستان کمی داشته و عاطفه سطحی دارند. احساس گمگشتی با طرحواره گرفتار، زندگی در انزوا با طرحواره‌های انزوای اجتماعی و عاطفه سطحی با طرحواره محرومیت هیجانی در ارتباط است.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت دوری‌گزین رابطه مثبت معنادار وجود دارد. این یافته بیانگر آن است که هرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناکارآمدتر باشند علائم اختلال شخصیت دوری‌گزین نیز افزایش می‌یابد و ضریب تبیین آن ۳۷ درصد است. در پژوهش‌های تاراسیانو و همکاران (۲۰۱۸) و جوو و همکاران (۲۰۰۴) هم بین سه طرحواره ناسازگار اولیه، اطاعت، بازداری هیجانی، نقص / شرم و ویژگی‌های اختلال شخصیت دوری‌گزین رابطه مثبت معنادار گزارش شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد وابسته به مواد مخدر افیونی با ویژگی‌های اختلال شخصیت دوری‌گزین، حساسیت زیاد نسبت به طرد دارند از تحقیر شدن در روابط بین فردی می‌ترسند و زندگی در انزوا را ترجیح می‌دهند. این احتمال وجود دارد که تجارب اولیه زندگی آنان توأم با طرد و خشونت بوده که آنان را حساس کرده و پیش‌بینی اضطراب و گوش به زنگی را در آنها قوت بخشیده است. حساسیت زیاد این افراد نسبت به طرد با طرحواره‌ی وابستگی / بی‌کفایتی، خود تحول نیافته / گرفتار، ایشار و انزوای اجتماعی / بیگانگی در ارتباط است و

از آنجایی که احتمالاً تجارب اولیه زندگی آنان ناخوشایند بوده است بنابراین ممکن است در شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تجلی آن در رفتارهای ناهنجار مانند اعتیاد و اختلال شخصیت نقش داشته باشد.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی اختلال شخصیت وابسته رابطه مثبت معنادار حاصل شد این یافته نشان می‌دهد که هر چه این طرحواره‌ها ناسازگارتر باشند علائم اختلال شخصیت وابسته نیز افزایش می‌یابد و ضریب تبیین آن ۲۸ درصد است. این یافته با پژوهش‌های نوردهل، هولت و هاگام (۲۰۰۵) و گیلبرت (۲۰۱۸) همسو است، زیرا آنها معتقدند که صفات شخصیتی وابسته با انواع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ارتباط است.

بین طرحواره‌های ناسازگار و علائم اختلال شخصیت نمایشی رابطه مثبت معنادار پیدا نشد. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های لومبارد، پالین و سوابی (۲۰۱۷) و موسوی، شمس‌الدین و منصور (۱۳۹۴) نا همسو است. این پژوهش‌ها عنوان می‌کنند که هرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ناسازگارتر باشند، علائم اختلال شخصیت نمایشی افزایش می‌یابد که با نتایج به دست آمده در این پژوهش همسو نیست.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت خود شیفته رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و ضریب تبیین آن ۲۵ درصد است. این یافته بیانگر آن است که هرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ناسازگارتر باشند، علائم اختلال شخصیت خود شیفته نیز افزایش می‌یابد. نوردهل، هولت و هاگام (۲۰۰۵) نیز در پژوهشی نشان دادند که بین طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و اختلال شخصیت خود شیفته رابطه وجود دارد پژوهش‌های تجربی نشان دادند که این مقیاس در معتادان به مواد مخدر شایع است.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی رابطه منفی معنادار وجود دارد و ضریب تبیین آن ۱۷ درصد است. یعنی اینکه نمرات کم در این طرحواره‌ها باعث افزایش ویژگی اختلال شخصیت ضد اجتماعی می‌شود یا به عبارتی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ویژگی‌های اختلال شخصیت ضد اجتماعی درگیر نیستند. نتایج مطالعه نوردهل، هولت و هاگام (۲۰۰۵) با نتایج پژوهش همسو است. آنها نشان دادند که صفات شخصیتی ضد اجتماعی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط معناداری ندارد. اما خود اختلال در جامعه درمانی معتادین به مواد مخدر شایع است و با مشکل در اطاعت و پذیرش نقش‌ها، تداوم درمان و خویشتن‌داری همبستگی دارد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش لواندوفسکی و همکاران (۲۰۱۶) همسو نبود و عنوان می‌کنند که هرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ناسازگارتر باشند، علائم اختلال شخصیت ضد اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت سادیستیک رابطه مثبت معنادار وجود دارد و ضریب تبیین آن ۲۶ درصد است. این یافته بیانگر آن است که هرچه این طرحواره‌ای ناسازگار اولیه افزایش یافته و ناکارآمدتر باشند، علائم اختلال شخصیت سادیستیک نیز افزایش می‌یابد. به دلیل یافت نشدن تحقیقات موافق یا مخالف با این قسمت از یافته پژوهش، پژوهش حاضر قابل مقایسه با تحقیقات پیشین نمی‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد وابسته به مواد مخدر افیونی با ویژگی‌های اختلال شخصیت سادیستیک، تحریک‌پذیر، زودرنج، تندمزاج، پرخاشگر، زورگو و ستیزه‌جو و خشن و سلطه‌گرنده و احتمالاً طرحواره‌هایی که در این اختلال درگیرند مانند بی‌اعتمادی و بدبینی نسبت به دیگران، نقص در محدودیت‌های درونی ناتوانی در رعایت حقوق دیگران، احساس استحقاق و برتری ممکن است که در پیدایش و بروز ناهنجاری‌هایی مانند وابستگی به مواد مخدر و یا اختلال فوق نقش داشته باشد.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت وسواسی رابطه مثبت معنادار حاصل شد و ضریب تبیین آن ۳۱ درصد است. این یافته نشان می‌دهد که هرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ذکر شده ناکارآمدتر باشند، علائم اختلال شخصیت وسواسی نیز افزایش می‌یابند. ارتباط بین طرحواره اطاعت، رهاشدگی و ویژگی‌های اختلال شخصیت

و سواسی در پژوهش یانگ (۲۰۰۵) نشان داده شده است و رابطه بین معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی و ویژگی اختلال شخصیت و سواسی نیز با یافته‌های برایت و ایت و همکاران (۲۰۱۶) موافق می‌باشد. البته باید توجه داشت که برافراشتگی در این مقیاس نشانه وجود اختلال شخصیت نیست چراکه ممکن است افرادی که دوست دارند در آزمون خوب دیده شوند یا دفاعی هستند در این مقیاس نمرات بالا می‌گیرند زیرا این افراد نقیصه‌های شخصی خود را تأیید نمی‌کنند و به آزمون به شیوه‌ای کمال‌گرایانه پاسخ می‌دهند. بنابراین در تفسیر این مقیاس به جای تأکید بر دقت و توجه زیاد، نظم یا علاقه به برنامه‌ریزی دقیق این افراد باید بر دیدگاه دفاعی آنها تأکید شود.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت منفی‌گرا (منفعل - پرخاشگر) رابطه مثبت معنادار یافت شد و ضریب تبیین آن ۳۶ درصد است. این یافته نشان دهنده آن است که در اثر افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه ذکر شده علائم اختلال شخصیت منفی‌گرا نیز افزایش می‌یابد. رابطه بین طرحواره استحقاق/بزرگ منشی و ویژگی‌های اختلال شخصیت منفی‌گرا در پژوهش، نوردهل، هولت و هاگام (۲۰۰۵) نشان داده شد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد وابسته به مواد مخدر افیونی با ویژگی‌های اختلال شخصیت منفی‌گرا، نیاز دارند به دیگران تکیه کنند زیرا قادر نیستند بدون حمایت دیگران کاری را خوب انجام دهند. از طرفی دیگر احساس می‌کنند که تحمل وابستگی را ندارند. این بیماران زمانی تسلیم و فرمانبردار و زمانی دیگر رفتار وارونه و منفی‌گرا دارند. از آنجایی که این سبک شخصیتی در جامعه معتادان شایع است احتمالاً طرحواره‌هایی که در پژوهش حاضر مشخص گردید در بروز این اختلال و اعتیاد به مواد مخدر نقش دارد زیرا طرحواره‌های درگیر در این اختلال با ویژگی‌های اختلال شخصیت منفی‌گرا همخوانی دارند.

بین طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های اختلال شخصیت خودآزار رابطه مثبت و معناداری یافت نشد. این نتایج با یافته‌های پژوهش نوردهل، هولت و هاگام (۲۰۰۵)، یانگ (۲۰۰۵)، لواندوفسکی و همکاران (۲۰۱۶) و برایت و ایت و همکاران (۲۰۱۶) همسو نیست. نتایج این پژوهش‌ها بیانگر آن است که هرچه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ناکارآمدتر باشند، علائم اختلال شخصیت خودآزار نیز افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد وابسته به مواد مخدر افیونی با ویژگی‌های اختلال شخصیت خودآزار، از خود گذشته هستند و به دیگران اجازه سوء استفاده می‌دهند. جویای روابطی هستند که ضمن آن بتوانند برای به دست آوردن اطمینان خاطر و جلب محبت به دیگران اکتفا کنند. با بدبختی‌های گذشته نشخوار ذهنی می‌کنند و به پیش‌بینی بدبختی‌های آینده می‌پردازند. در تاریخچه رشد این افراد تنبیه و سرزنش و به دنبال آن عاطفه و عشق ملاحظه می‌شود که به این یادگیری منجر می‌شود که برای دریافت عشق اول باید تنبیه شوند. طرحواره‌هایی که در این اختلال درگیرند عموماً ریشه تحولی در خانواده‌هایی دارند که سرد و مضایقه‌گر و بی‌عاطفه‌اند. خانواده‌هایی که اعتماد به نفس کودک را کاهش می‌دهند و یا سهل‌انگار و سردرگمند و به نیازهای دیگران به صورت افراطی بیشتر از نیاز خود توجه می‌کنند. بنابراین احتمالاً این طرحواره‌ها در پیدایش این اختلال در افراد وابسته به مواد مخدر نقش دارند.

لذا به‌طور کلی می‌توان گفت که:

- ۱- طرحواره‌های ناسازگار، ویژگی‌های اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت خودآزار را پیش‌بینی نمی‌کنند.
- ۲- بین طرحواره محرومیت هیجانی و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، شخصیت مرزی، شخصیت دوری‌گزین و اختلال شخصیت ضداجتماعی همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۳- بین طرحواره اطاعت و اختلال شخصیت اسکیزوتایپال، شخصیت وابسته و اختلال شخصیت ضداجتماعی همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۴- بین طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و اختلال شخصیت مرزی همبستگی مثبت وجود دارد.

- ۵- بین طرحواره شکست و اختلال شخصیت پارانوئید همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۶- بین طرحواره رهاشدگی/بی‌ثباتی و اختلال شخصیت اسکیزوئیدی و اختلال شخصیت وسواسی همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۷- بین طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی و اختلال شخصیت اسکیزوئیدی همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۸- بین طرحواره بازداری هیجانی و اختلال شخصیت اسکیزوئیدی و اختلال شخصیت دوری‌گزین همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۹- بین طرحواره استحقاق/بزرگ منشی و اختلال شخصیت سادیستیک همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۱۰- بین طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی و اختلال شخصیت سادیستیک و اختلال شخصیت منفی‌گرا همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۱۱- بین طرحواره سرسختانه/عیب‌جویی افراطی و اختلال شخصیت وسواسی همبستگی مثبت وجود دارد.
- ۱۲- بین طرحواره شکست و اختلال شخصیت مرزی، شخصیت خودشیفته و اختلال شخصیت سادیستیک همبستگی منفی وجود دارد.
- ۱۳- بین طرحواره استحقاق/بزرگ منشی و اختلال شخصیت اسکیزوئیدی، شخصیت خودشیفته و اختلال شخصیت سادیستیک همبستگی منفی وجود دارد.
- ۱۴- بین طرحواره بی‌اعتمادی/بدرفتاری و اختلال شخصیت اسکیزوئیدی همبستگی منفی وجود دارد.
- ۱۵- بین طرحواره استحقاق/بزرگ منشی و اختلال شخصیت اسکیزوئیدی، شخصیت خودشیفته و اختلال شخصیت سادیستیک همبستگی منفی وجود دارد.
- نتایج حاصل از تحلیل داده‌های سؤال دوم نشان می‌دهد که بیشترین ضریب همبستگی بین ویژگی‌های اختلال شخصیت و طرحواره‌های ناسازگار در زنان وابسته به مواد مخدر مربوط به اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و وسواسی می‌باشد. در پژوهش حاضر هیچ یک از طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتوانستند اختلال شخصیت خودآزار را پیش‌بینی کنند. در زمینه این یافته پژوهش همسو مشاهده نشده است. اعتیاد و اختلالات شخصیتی اغلب همبودی دارند و عده‌ی کثیری از معتادان افرادی هستند که دارای نارسایی‌ها و ناپختگی‌های شخصیتی می‌باشد. بر اساس مطالعات یانگ (۲۰۰۵)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیدایش این اختلالات مزمن (اعتیاد و اختلال شخصیت) دخیلند و می‌توانند زمینه را برای بروز و آشکار شدن آنها در بزرگسالی فراهم آورد. یانگ معتقد است که حیطة وسیعی از مشکلات بیماران با چنین اختلالاتی در برگیرنده یک یا چند طرحواره ناسازگار اولیه می‌باشد که به طور مستقیم یا غیرمستقیم ناراحتی‌ها، مشکلات و اختلالات مزمنی مانند اعتیاد و اختلالات شخصیتی را ایجاد می‌کند. بنابراین احتمالاً می‌توان از طریق بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در معتادین به مواد مخدر اختلالات شخصیت را در آنها پیش‌بینی کرد و راهبردهای درمانی مناسب را در جهت درمان و جلوگیری از بروز اختلالات شخصیتی و عود مجدد اعتیاد در این افراد به کار برد. این پژوهش نیز همانند همه پژوهش‌ها با محدودیتهایی روبرو بوده است. محدودیت اول نوع نمونه گیری است. نمونه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده؛ و تعمیم به جامعه معتادین باید با احتیاط انجام گردد. پژوهش حاضر فقط به جامعه معتادین مصرف کننده مواد مخدر افیونی قابل تعمیم است و به جامعه معتادین مواد توهم‌زا، محرکها و یا الکلیسم و غیره، قابل تعمیم ندارد. باتوجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود با برگذاری کارگاه‌های آموزشی و مشاوره خانواده، آگاهی‌های لازم در اختیار خانواده‌ها قرار گیرد تا آنها متوجه اهمیت نقش خود در بروز طرحواره‌های ناسازگاری که در کودکی ایجاد شده و در سالهای بعدی رشد ایجاد اختلالات مزمنی از جمله اعتیاد و یا

اختلالات شخصیتی می‌کند، باشند. از یافته‌ها و نتایج حاصله از پژوهش حاضر می‌توان در مراکز ترک اعتیاد، سازمان بهزیستی، مراکز خدمات مشاوره‌ای و روان پزشکی بهره برد و معادین را در جهت رفع وابستگی روانی اعتیاد یاری داد.

محدودیت‌های پژوهش

لازم به ذکر است که نمونه مورد مطالعه این پژوهش افرادی بوده‌اند که به مواد مخدر افیونی وابستگی داشته‌اند و ممکن است که در شرایط آزمون نگران، مضطرب و یا افسرده بوده و بنابراین در پاسخگویی به سئوال‌ات و توصیف خویش بیش از حد اغراق کرده باشند و همین باعث افزایش وجود طرحواره‌ها ی ناسازگار در این افراد شده باشد.

تشکر و قدرانی

این پژوهش برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد خانم مرضیه آقایی تدوین شده‌است. بدینوسیله از تمام افرادی که به نحوی در اجرا و ارائه این طرح مشارکت داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود. تضاد منافع: یادآور می‌شود این پژوهش برای نویسندگان هیچگونه تضاد منافی به دنبال نداشته است.

منبع

۱. آبادینسکی، هوارد (۱۳۸۴). مواد مخدر (نگاهی اجمالی). ترجمه: زکریایی، محمدعلی؛ کریمی، جلیل. تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
۲. برنا، محمدرضا؛ حمید، نجمه؛ حیاتی، داود (۱۳۹۵). نقش پیش‌بینی‌کنندگی ویژگیهای شخصیت، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، سبک‌های دلبستگی و سیستم‌های مغزی- رفتاری در آمادگی فعال و غیرفعال به اعتیاد و تکانشگری. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۱۰(۳۷)، ص ۱۷۴-۱۵۱.
۳. بنفشه، حمیدرضا؛ مصدافی‌نیا، اعظم؛ قریشی، فاطمه سادات؛ گیلاسی، حمیدرضا؛ کاشانی، زهره؛ غلامی، مصطفی؛ قادری، امیر (۱۳۹۷). بررسی الگوی مصرف و علل گرایش به اعتیاد در زنان تحت درمان نگهدارنده با متادون شهرستان کاشان طی سال ۱۳۹۶، دو ماهنامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و دوم، شماره ۵، ص ۵۳۸-۵۳۲.
۴. تکلوی، سمیه؛ رضانی، مهسا (۱۳۹۸). مقایسه شکست عاطفی و صفات سه‌گانه تاریک در زنان با و بدون آمادگی به اعتیاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال سیزدهم، شماره پنجاه و سوم، ص ۳۰۰-۲۸۵.
۵. حجت، سیدکاوه؛ وحیدی، گلناز؛ حمیدی، مهین؛ اکابری، سیدآرش؛ کاظمی، سرور؛ نوروزی خلیلی، مینا؛ شکاری، سمیه؛ محمدی، فاطمه (۱۳۹۲). مقایسه خصوصیات شخصیتی و باورهای غیر منطقی در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر سنتی و زنان مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵(۲)، ص ۳۲۹-۳۲۳.
۶. خواجه موگهی، ناهید (۱۳۷۲). «آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون -۲». پایان‌نامه کارشناسی ارشد: انستیتوروانپزشکی تهران.
۷. لطفی، راضیه (۱۳۸۵). «مقایسه طرحواره‌های ناسازگار افراد سالم و افراد مبتلا به اختلالات شخصیت دسته B». پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

۸. موسوی نسب، محمدحسین؛ شمس‌الدینی، لطیف؛ منصوری، زهرا (۱۳۹۴). بررسی نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی در رابطه بین راهبردهای مقابله با استرس و نگرش به اعتیاد، فصلنامه اعتیادپژوهی، ۳ (۹)، ص ۱۷۱-۱۵۵.
9. Brady, J., Iwamoto, D.K., Grivel, M., Kaya, A., & Clinton, L. (2016). A systematic review of the salient role of feminine norms on substance use among women. *Addictive Behaviors*, 62, 83-90.
 10. Braithwaite, S. R., Mitchell, C. M., Selby, E. A., & Fincham, F. D. (2016). "Trait forgiveness and enduring vulnerabilities: Neuroticism and catastrophizing influence relationship satisfaction via less forgiveness". *Personality and Individual Differences*, 94: 237-246.
 11. Castille, K. Prout, m, marczyk, J. Shmidh, ei ser, m, yodr. Howlett, d. (2007). The early maladaptive schema of self mutilators implication for therapy. *Journal of cognitive psychotherapy: an international Quarterly*, 21, 3.
 12. Choca, J. P., & Denburg, E. J.V. (1997). *Interpretive guide to the millon clinical multiaxial Inventory*. 2 nded. American Psychological Association. Washington. Dc. 54(2), 887-1112
 13. Dasgupta, A. (2017). *Alcohol, Drugs, Genes and the Clinical Laboratory: An overview for healthcare and safety professionals* (pp. 89-105). Academic Press.
 14. Gilbert, C.L. (2013). Marital quality in black and white marriages. *Journal of Family Issues*, 16(4), 431-441.
 15. Jordan AH, Monin B, Dweck CS, Lovett BJ, John OP, Gross JJ, (2011). Misery has more company than people think: underestimating the prevalence of others' negative emotions. *Pers Soc Psychol Bull*; 37(1): 120-135
 16. Khosravani, V., Seidisarouei, M., & Alvani, A. (2016). Early maladaptive schemas, behavioral inhibition system, behavioral approach system, and defense styles in natural drug abusers. *Polish Annals of Medicine*, 23(1), 6-14
 17. Levandowski, M. L., Tractenberg, S. G., de Azeredo, L. A., De Nardi, T., Rovaris, D. L., Bau, C. H. D., Grassi-Oliveira, R. (2016). Crack cocaine addiction, early life stress and accelerated cellular aging among women. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 71, 83-89.
 18. Lombard S. J-F., Pullen, D. & Swabey, K. (2017). Conceptualizing Trauma for Children of Drug Addicted Mothers: A Developmental Mapping. *Journal of Trauma & Treatment*, 6(1). DOI: 10.4172/2167-1222.1000352.
 19. Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Sandra Lopez-Leon, S., Diego, A., & Forero, D.A. (2018). "Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress". *Ann Gen Psychiatry*, 17:25.
 20. Schmidt, N. B., Joiner, T.E., Young, J.E., & Telch, M.J. (1995). The schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
 21. Terracciano A, Costa PT Jr. (2018). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*. 2004 Apr; 99(4): 472-81.
 22. Thimm JC. (2010). Personality and early aladaptive schemas: A five-factor model perspective. *J Behav Ther Exper Psychiat*; 41: 373-80.
 23. Young, J.E. (2005). *Young Schema Questionnaire—Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.

Investigating and comparison the relationship between early maladaptive schemas and personality disorder in addicted women

Marzieh Aghaei¹, Hojjatollah Javidi Dr*², Ghasem Naziri³

1. M.Sc. in Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

Marziehaghaei80@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran (Corresponding Author)

Javidih@hotmail.com

3. Ph.D. in Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

Naziryy@yahoo.com

Abstract

The aim of this study was to investigate the relationship between early maladaptive schemas and characteristics of personality disorders among opioid-dependent women located in Shiraz centers addiction treatment. The research design was correlational. The statistical population of this study consisted of 43 opioid-dependent women located in Shiraz addiction treatment centers who were selected by available sampling method and answered the Young Schema Questionnaire (1988) and Millon Clinical Multi-Axis Questionnai (1987) and analyzed with Pearson correlation coefficient, t-test for dependent groups and multivariate regression of the input model. The present study has 2 research questions about the relationship between early maladaptive schemas and characteristics of personality disorders, differences in early maladaptive schemas and characteristics of personality disorders among women. The results showed that there is a significant correlation between early maladaptive schemas and the characteristics of personality disorders. The results of multivariate regression of the entry model also showed that schemas are able to predict the characteristics of personality disorders and also about the differences in characteristics of personality disorders among addicted women, only antisocial personality disorder and obsessive-compulsive disorder were significant.

Keywords: Schema, Early maladaptive schemas, Personality disorders, Opioid drugs.

Contents

The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on improving quality of life and happiness in women with multiple sclerosis in Shiraz Farideh Ensafdaran, Athar Afshar	7
The role of companies on environmental pollution and its effects on women's health (Case study of female employees of Assaluyeh Petrochemicals) Seyed Davood Hosseini, Hadi Abdi Talebebeigi, Seyed Ahmad Hashemi	17
Survey of Social Responsibility of Women Compared to Men (Case Study: Shiraz Financial Staff) Seyed Zeinab Ghaemi Bob Anari*, Mohammad Reza Meigounpoory	35
Identifying and Measuring Factors affecting Entrepreneurial Intention in Engineering Students of Al-Zahra University Ismail Kalantari, Mahboubeh Nourizadeh, Abolghasem Arabiun	55
The Mediating Role of Spiritual Intelligence on the Relationship between Psychological Capital and Social Vitality of Shiraz Students Hajar Kohansal, Maryam Tavakoli, Fatemeh Panahi	75
Comparison of the effects of maternal supportive care and Acupressure (at BL32 Acupoint) during labor on the mother's anxiety level and Arterial oxygen pressure of the umbilical cord of infants (PO2) Zahra Masoudi *, Marzieh Akbarzadeh and Najaf Zare	87

Women Interdisciplinary Researches Journal
Vol. 2, No. 1, Spring 2020

Founder and Publisher: Fatemiyeh University
Executive Manager: Dr. Esmaeel Kalantari
Editor In Chief: Dr. Ezzat Mollaebrahimi
Assistant Director: Dr. Saeide Kalantari

Editorial Board: Dr. Hadi Bahrami
Dr. Shahriar Niazi
Dr. Soheila Sadeghi Fasayi
Dr. Kazem Khorramdel
Dr. Sakineh Chamanpeima
Dr. Fariba Khoshbakht
Dr. Alireza Farsi nezhad
Dr. Mehdi Mohammadi
Dr. Mojtaba Masoudi
Dr. Mahboobe Alborzi
Dr. Rahmatollah Marzooghi

Technical Editor: Dr. Saeide Kalantari
English Editor: Dr. Ali Derakhtkar
Executive Expert: Dr. Saeide Kalantari
Type and Layout: Zahra Zia

Tel & Fax: 071-32351488 09127535480

E-mail: FWJOUR@GMAIL.COM

Website: <http://wir.fatemiyehshiraz.ac.ir/>