

عوامل مؤثر بر توانمندسازی بانوان برای تأمین امنیت روانی خانواده

سمانه قندهاری*^۱

۱- دانشجوی ارشد، واحد تفسیر و علوم قرآنی، حوزه علمیه قم، قم، ایران.

samanehalavijei57@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۹/۱۳]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۶/۲۸]

چکیده

بانوان به‌عنوان یکی از ارکان اصلی خانواده، نقشی کلیدی در حفظ انسجام و حریم خانواده ایفا می‌کنند. از آنجاکه خانواده، به‌عنوان بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی، تأثیر مستقیمی بر رشد یا زوال جوامع دارد، توجه به آن امری ضروری است. برای پیشگیری از پیامدهای مخرب فروپاشی اجتماع، تقویت و توانمندسازی خانواده از ابعاد فردی، خانوادگی، اجتماعی و بین‌المللی اهمیت ویژه‌ای دارد. در این راستا، لازم است سازمان‌های دولتی برنامه‌هایی برای توانمندسازی ساختارهای اجتماعی طراحی کرده و به تقویت توانمندی‌های بین‌المللی، با توجه به ملاحظات سیاسی، بپردازند. در مقابل، امواج فمینیستی معاصر، به‌ویژه در سطح جهانی، بر این باور تأکید دارند که زنان نیازی به وابستگی به مردان ندارند و آموزش زنان در تمامی ابعاد را ضروری می‌دانند. این ایده در بسیاری از کشورها، به‌ویژه جوامع در حال توسعه، به شکل برنامه‌های توانمندسازی زنان دنبال می‌شود. پژوهش حاضر با ارائه نگاهی جامع به توانمندسازی زنان در ابعاد فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی، تلاش دارد تمامی زنان، نه‌تنها سرپرستان خانوار را در بر گیرد. مطالعه حاضر با استفاده از روش کیفی و انجام مصاحبه‌های عمیق انجام شده است. نتایج حاکی از آن است که توانمندسازی بانوان متأثر از دو دسته عوامل درونی و بیرونی است. بانوان خود به‌عنوان عاملی درونی نقش دارند، درحالی‌که همسر، والدین و نهادهای فرهنگی‌ساز به‌عنوان عوامل بیرونی تأثیرگذار شناخته می‌شوند.

واژگان کلیدی: توانمندسازی زنان، توانمندسازی، توانمندسازی خانوادگی، امنیت روانی، خانواده.

۱- مقدمه

توانمندسازی به عنوان هدف غایی برنامه‌های رفاه اجتماعی و به ویژه مددکاری اجتماعی است، با این وجود به صورت برنامه‌ای هدفمند و سازمان‌یافته در کشور وجود نداشته و تنها اخیراً مورد توجه جدی قرار گرفته است. اکثر زنان سرپرست خانوار، زیر خط فقر قرار دارند و نمی‌توانند از عهده پرداخت هزینه‌های زندگی خود برآیند. آن‌ها به دلیل فقدان یک چتر حمایتی و تأمین مالی، کمبود مهارت‌های حرفه‌ای، فقدان مهارت‌های زندگی در مواجهه با بی‌همسری و نگهداری و تربیت فرزندان، عموماً در معرض آسیب جدی قرار دارند. فرزندان زنان سرپرست خانوار به‌طور بالقوه در معرض آسیب‌های اجتماعی بسیاری از قبیل: فرار کودکان، از جمله دختران، کار کودکان، بزهکاری، محرومیت از تحصیل و سوء تغذیه قرار می‌گیرند؛ لذا توانمندسازی زنان و مطالعه بر آن ضروری است. توانمندسازی یک فرایند دست‌یابی به توسعه است که به زنان این امکان را می‌دهد تا هویت اصلی و توانایی‌شان را در همه زوایای زندگی‌شان درک کنند (اکبری مقدم، ۱۳۹۳). توانمندسازی زنان به منظور مشارکت دادن آن‌ها در عرصه‌های اجتماعی است؛ لذا توجه به رهیافت‌های تقویت و توسعه توانمندی‌های زنان، به نفع آنان است و به اقتصاد خانوار کمک می‌کند. توانمندسازی زنان نیازمند نگاهی عمیق‌تر و برخوردی همه‌جانبه‌تر است، به‌ویژه آن‌که جمعیت زنان، یک گروه همگن نیستند و در میان آن‌ها گروه‌های متعددی مانند: زنان فقیر، اقلیت‌های قومی، سرپرست خانوار وجود دارد. در جهان کنونی، رسیدن به اهداف توسعه بدون بهره‌گیری از ذخیره عظیم نیمی از پیکره جامعه یعنی زنان امری غیرممکن است. به عبارت دیگر، یکی از شاخص‌های نوسازی اقتصادی ملی و توسعه اجتماعی، مشارکت زنان و نحوه ایفای نقش آنان در ساختارهای اقتصادی است. با وجود این، هنوز در جوامع مختلف به دلایل گوناگون فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، تعادل مطلوب و قابل قبولی در مشارکت عادلانه زنان در توسعه و بروز خلاقیت‌ها و استعداد‌های آنان برقرار نشده است. پس اجتماع، از نکات اساسی و کلیدی موجود در دین اسلام و قوانین حاکم بر آن است و اصلی‌ترین شخص در تأمین امنیت روانی خانواده، بانوان هستند و مطابق قرآن، بانوان در جایگاه آرامش‌دهندگی و تأمین‌کنندگی امنیت روانی خانواده قرار دارند. بهترین کار برای تأثیرگذاری هرچه بیشتر بر این اصل، توانمندسازی بانوان است. با این تفاسیر اکنون این پرسش مطرح می‌شود که چه عوامل مؤثری بر توانمندسازی بانوان برای تأمین امنیت روانی خانواده وجود دارد؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

صفوی، ضمیران، معارف‌وند و عرشی ۲۰۱۵، در مقاله‌ای تحت عنوان توانمندسازی اقتصادی دختران و زنان جوان در کشورهای آفریقایی، آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب دریافتند، بکار گرفتن استراتژی‌های متنوع با توجه مقتضیات و عوامل فرهنگی، اجتماعی و جغرافیایی متفاوت، احتمال موفقیت برنامه‌های توانمندسازی را افزایش می‌دهد. رضازاده، رضازاده و رضازاده، ۱۳۹۴، در مقاله‌ای تحت عنوان مروری بر توانمندسازی، سلامت و اشتغال زنان سرپرست خانوار، دریافتند، اکثر زنان سرپرست خانوار بدون توانمندی و به‌طور عمده بدون حق انتخاب و در یک موقعیت آسیب‌پذیر درگیر در نقش‌هایی می‌شوند که آن‌ها را با بحران‌های مختلف مادی، اقتصادی، روانی، اجتماعی روبه‌رو می‌نماید با تأکید بر نظریه‌های توانمندی در برنامه‌ریزی‌ها می‌بایست خواستار قدرت دادن به زنان به‌طور عام و زنان سرپرست خانوار به شکل خاص باشیم. جهت توانمندسازی زنان می‌توان به نابرابری جنسیتی از حوزه ابعاد اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی نگرست و از طریق این عوامل در جهت کاهش آن اقدام کرد. ما در این پژوهش قصد داریم تا به بررسی عوامل مؤثر بر توانمندی زنان، عوامل مؤثر فردی (تجربه، تخصص، تقوا، همت، تعهد، علم) و عوامل مؤثر اجتماعی شامل: عوامل اجتماعی - فردی (قدردانی، مشورت، عدالت، تقوا)، اجتماعی - خانوادگی (تأمین نیازهای عاطفی، حامی و تکیه‌گاه بودن همسر، تجربه مادران) عوامل اجتماعی - ساختاری (نهادهای فرهنگ‌ساز) و راهکارهای توانمندسازی زنان و ایجاد حس امنیت روانی در خانواده که شامل: توانمندسازی زنان در ایران، توانمندسازی زنان در مقابل افکار انحرافی فمینیسم (ناتوانی فمینیسم در دفاع از حقوق زنان، انحرافات فمینیست، توجه نکردن فمینیست به تفاوت زنان و مردان) بپردازیم.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و استفاده از روش مصاحبه‌های عمیق انجام شده است. این رویکرد به دلیل ماهیت اکتشافی موضوع و نیاز به درک عمیق از تجربیات و دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان انتخاب شده است. جامعه هدف پژوهش شامل بانوانی بود که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در تأمین امنیت روانی خانواده نقش دارند. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انجام شد تا افرادی که اطلاعات و تجربه کافی در زمینه مورد مطالعه دارند، در پژوهش مشارکت داشته باشند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استفاده شد که به محقق امکان داد علاوه بر پوشش سؤالات اصلی، به جنبه‌های ناشناخته و جزئیات بیشتری از نظرات مشارکت‌کنندگان بپردازد. فرآیند تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مضمون صورت گرفت. در این روش، ابتدا داده‌های گردآوری‌شده به‌دقت خوانده شدند و مضامین کلیدی شناسایی شدند. سپس این مضامین دسته‌بندی شده و ارتباطات میان آن‌ها تحلیل گردید. اعتبار و پایایی پژوهش از طریق بازبینی یافته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان و استفاده از هم‌سو سازی نظری با ادبیات موجود تضمین شد. همچنین، پژوهشگر تلاش کرده است تا با رعایت بی‌طرفی و تمرکز بر داده‌های واقعی، از سوگیری‌های شخصی اجتناب کند.

۴- یافته‌ها

۴-۱- مفهوم‌شناسی

۱- **توانمندسازی:** توانمندسازی مجموعه روش‌ها و اقدامات بیرونی و درونی برای ایجاد و توسعه دانش، نگرش، انگیزش و توانایی شخص به‌منظور رشد و تعالی او و بهبود و افزایش بهره‌وری نهاد مربوطه است؛ به عبارت دیگر هر اقدامی که بتواند کارایی و عملکرد فرد را در درون نهاد مربوطه افزایش دهد، توانمندسازی گویند. در مورد بانوان هم دقیقاً همین‌گونه است که هر اقدامی که بتواند کارایی و عملکرد فرد را در درون خانواده افزایش دهد را توانمندسازی بانوان گویند (مهرابی، ۱۳۹۳).

۲- **امنیت:** امنیت در لغت همان‌طوری که معجم الوسیط ذکر شده به معنای: «اطْمَآنٌ وَلَمْ یَخْفَ، فَهُوَ آمِنٌ» که یعنی در امان کسی است که اطمینان پیدا می‌کند و نمی‌ترسد. در فارسی به معنای ایمن شدن و در امان بودن و بی‌بیم شدن است (معین، ۱۳۹۱)؛ در فرهنگ عمید، ایمنی به معنی آرامش و آسودگی است (عمید، ۱۳۹۰). امنیت از اساسی‌ترین ضروریات اولیه هر زندگی و حالت فراغت نسبی از تهدید یا حمله یا آمادگی برای رویارویی با هر تهدید و حمله را گویند. امنیت در گفتمان سلبی، بر نبود خطر و تهدیدات استوار است؛ ولی امنیت در گفتمان ایجابی به تأمین و تضمین آسایش و آسودگی نظر دارد.

۳- **امنیت روانی:** امنیت به دو بخش فیزیکی و روانی تقسیم می‌شود. امنیت فیزیکی یعنی شکل عینی امنیت؛ اینکه شخص بتواند به‌راحتی در اجتماع ظاهر شود و این‌گونه تأمینی به‌راحتی امکان‌پذیر است، ولی در کنار آن تأمین امنیت روانی جامعه و فرد، آن‌چنان ساده نیست؛ زیرا امنیت روانی همان آرامش خاطر است. امنیت روانی مترادف با آرامش قلب است. وقتی می‌توان یک خانواده را از لحاظ روانی ایمن دانست که آرامش نسبی در آن خانواده حاکم بوده و اعضاء خانواده از آسیب‌هایی که می‌تواند به روح و روانشان صدمه وارد کند، اطمینان خاطر داشته باشند. تأمین چنین امنیتی کاری بس دشوار و سخت است که جز افراد خبره نمی‌توانند بر ریشه‌یابی حل آن اقدام کنند.

الف) عوامل مؤثر بر توانمندسازی بانوان

عوامل مؤثر بر توانمندسازی بانوان به دو گروه عوامل درونی و بیرونی تقسیم می‌شود:

✓ عوامل مؤثر فردی بر توانمندسازی بانوان

هیچ‌کس منکر این قضیه نیست که تأثیرگذارترین فرد برای هر کس، خود اوست؛ بنابراین لازم است بانوان با شناخت راهکارها به توانمندی خود در تأمین امنیت روانی خانواده کمک کنند که هیچ‌کس خیرخواه‌تر و مؤثرتر از خودشان در این توانمندی نیست. عوامل درونی مؤثر بر توانمندسازی بانوان عبارتند از:

- **تجربه:** شاخص تجربه یکی از ملاک‌هایی است که در جاهای مختلف برای شایستگی معرفی شده است. امام علی یکی از مزیت‌های حفظ و به‌کارگیری تجربه را، موفقیت‌آمیز گشتن اقدامات معرفی می‌فرماید: **«وَمِنَ التَّوْفِيقِ حِفْظُ التَّجْرِبَةِ؛ حِفْظُ تَجْرِبِهِا بَخْشِي اِز مَوْفِيقِ اِسْت (نهج‌البلاغه، حکمت ۲۱۱)»**. از نظر امام علی گرچه حفظ این سرمایه غنی اقدامی ضروری است؛ ولی هنگامی منجر به توانمندی می‌شود که از این نعمت استفاده شود. از این رو، آن حضرت کسانی را که خود را از این گوهر گران‌بها محروم می‌کنند، شقی و بدبخت می‌نامد: **«فَإِنَّ الشَّقِيَّ مَنْ حُرِمَ نَفْعَ مَا أُوتِيَ مِنَ الْعَقْلِ وَ التَّجْرِبَةِ؛ شَقِي وَ بَدْبِخْت كَسِي اِسْت اِز فَايِدِه وَ تَجْرِبِه‌اِي كِه بِه اَو دَاوَدِه‌اِنْد، بِي تَجْرِبِه بَمَا نِد»**. بهره‌گیری از تجربه خود و دیگران عامل مهمی برای افزایش شایستگی فردی افراد محسوب می‌شود که در نهایت به توسعه توانمندی فرد و بهره‌وری خانواده منجر می‌شود (نهج‌البلاغه، نامه ۷۸).
- **تخصص:** اشتباه است که جایگاه زن فقط خانه‌داری باشد؛ بلکه زن به‌عنوان عنصر اصلی تأمین امنیت روانی خانواده باید شناخته شده و در این زمانه متخصص شود. مطالعات تاریخی نشان می‌دهند که اولیای دین از انبیای سلف گرفته تا خاتم النبیا و امامان معصوم Δ در رفتارها و سخنان خویش بر ضرورت و نقش تخصص در افزایش توان فرد در مشاغل انفرادی و گروهی، تأکید ورزیده‌اند. این بزرگواران خود نیز در یکی از فنون دوران خود تخصص داشته‌اند. حضرت ادریس خیاط ماهری بوده و زره جنگی نیز می‌بافتند. حضرت نوح نجاری چیره‌دست بودند. حضرت محمد $\textcircled{9}$ بازرگانی حرفه‌ای و موفق و امام علی Δ کشاورزی حاذق بوده‌اند (رسولی، ۱۳۵۸)، فلذا هر چقدر بانوان بتوانند در این بحث تخصص پیدا کنند به همان اندازه می‌توانند در سایر شئون منزل و وظایف خویش موفق باشند.
- **تقوا:** استاد مطهری در کتاب ده گفتار، معنای تقوا را چنین تعبیر می‌کند: «تقوا یعنی انسان خود را از نظر دین و اصولی که دین و زندگی معین کرده است و خطا و گناه و پلیدی شناخته شده، حفظ و صیانت کند و مرتکب آن‌ها نشود». از جمله مصداق‌های رفتارهای خانوادگی که دین آن‌ها را گناه شمرده، عبارتند از: خیانت در امانت‌داری، اهمال و کم‌کاری در انجام وظایف، اتلاف منابع، تخلف از چارچوب‌هایی که فرد متعهد به رعایت آن است که وارد نشدن افراد به عرصه تخلفات خانوادگی، از دو جهت موجب توانمندی و افزایش بهره‌وری فردی و خانوادگی می‌شود. برکاتی که خداوند به خاطر رعایت تقوا از سوی افراد به آنان عنایت می‌کند؛ نتیجه طبیعی پرهیز از تخلفات کاری و فوایدی که از انجام صحیح و درست کارهای به فرد و خانواده می‌شود. خانواده‌ای که افرادش دچار خیانت، کم‌کاری، اتلاف منابع نشوند، قطعاً موجب افزایش اعتماد، جلب رضایت همسر و توانمندی بیشتر آن می‌گردد (مطهری، ۱۳۶۸).
- **همت:** همت در لغت به معنای عزم حتمی قبل از فعل است (ابن منظور، ۱۴۰۸). همت یعنی گرایش نیرومند و تلاش و کوشش جدی برای پیشرفت و دستیابی به هدف‌های متعالی (حکمی، حکمی و صدری افشاری، ۱۳۷۷). در نظام ارزشی اسلام، برخورداری از صفت همت، چنان مهم تلقی می‌شود که ارزش و قدر و منزلت هر فرد، در مقایسه با میزان همت وی سنجیده می‌شود. چنان‌که علی Δ می‌فرماید: **«قَدْرُ الرَّجُلِ عَلٰی قَدْرِ هِمَّتِهِ؛ اِرْزَشْ هِرْ فِرْد، بِه اِنْدَازِه هِمْت اَوَسْت»**. اما در مورد نقش و تأثیر همت بر توانمندی و میزان کار و تلاش افراد، احادیث بسیار صریح و روشنی در اختیار داریم (نهج‌البلاغه، حکمت ۴۷). در یکی از سخنان امام علی Δ آمده است: تلاش‌ها و کوشش‌ها به اندازه همت‌هاست. همت نه تنها بر کمیت و میزان توانمندی و فعالیت افراد تأثیر مستقیم و مثبت دارد؛ بلکه اثر آن بر کیفیت عمل نیز به اثبات رسیده است (آمدی، ۱۳۸۸).

- **تعهد:** عبارتست از وفاداری، احساس مسئولیت و تمایل مثبت عاطفی نسبت به اهداف، انتظارات و منابع نهاد مربوطه بر مبنای قواعد اخلاقی، یا به عبارت دیگر تعهد یعنی عجز شدن فرد با کارش، اولویت داشتن کار فرد در زندگی او و انجام دادن کار برای قرب خدا (رضائیان، ۱۳۸۲). در متون اسلامی، تعهد یکی از جلوه‌های اخلاق کاری است که به‌عنوان متغیر وابسته به عوامل بسیاری از جمله؛ میزان دین‌مداری، نحوه نگرش فرد به کارش و نهاد خانواده، قدردانی بستگی دارد.
- **علم:** اسلام اهمیت علم به معنای عام و دانش شغلی به معنای خاص مورد توجه و عنایت قرار داده تا آنجا که از سوی اولیاء الهی جستجوی علم یکی از فریضه‌های دینی و موجب کمال دین است. عملکرد فرد، رابطه مستقیمی با میزان دانش شغلی وی دارد. چنان‌که رسول خدا می‌فرماید: «مَنْ عَمِلَ عَلَى غَيْرِ عِلْمٍ كَانَ مَا يُفْسِدُ أَكْثَرَ مِمَّا يُصْلِحُ» کسی که بدون علم و آگاهی عمل کند، خراب‌کردنش بیشتر از درست کردن اوست. بر اساس این حدیث، ملاک نتیجه‌بخش بودن اقدامات، میزان تلاش و کوشش افراد نیست؛ بلکه این زحمات زمانی مفید و مؤثرند که مبتنی بر دانش و آگاهی باشند (کلینی رازی، ۱۳۶۰).

✓ عوامل مؤثر اجتماعی بر توانمندسازی زنان

عوامل بیرونی شامل همسر، پدر و مادر و نهادهای فرهنگ‌ساز است هرکدام می‌توانند با انجام اموراتی در توانمندسازی بانوان تأثیرگذار باشند. عوامل مؤثر به دو دسته تقسیم می‌شود:

(الف) عوامل مشترک که بین تمام عوامل بیرونی مشترک است؛ یعنی هر کدام از این سه گروه این عمل را انجام دهند باعث توانمندی بانوان می‌شوند.

(ب) عوامل مختص که هر کدام از این سه گروه به تنهایی با انجام آن عمل باعث توانمندی بانوان می‌شوند.

- **قدردانی:** امام علی A می‌فرماید: «آرزوهای مردم را برآورده کن و آن‌ها را به خوبی یاد کن و تلاش و همت اشخاصی که امتحان شده و سختی‌هایی را متحمل شده‌اند یادآوری کن که یادآوری کارهای نیک نیکوکاران، انسان دلیر را تهییج می‌کند و به تلاش و امید دارد و افراد نشئه و بی‌تحرك را به کوشش کردن می‌کشانند.» قدرشناسی و سپاسگزاری از افرادی که عملکرد مثبتی دارند، موجب توانمندسازی و افزایش عملکرد وی و تشویق دیگران و الگوگیری از شخص توانمند می‌شود. تشکر و قدردانی فرد، به بهبود ارتباط با دیگران، اعتمادسازی، وفاداری کمک می‌کند و این امر موجب افزایش توانمندی و بهبود عملکرد آنان شده و در نهایت به افزایش بهره‌وری و توسعه خانواده منجر می‌گردد (نهج‌البلاغه، نامه ۵۳).
- **مشورت:** از سیره نظری و عملی اولیای دین اسلام می‌توان فهمید که در فرآیند مشورت اگرچه بهره‌گیری از نظریات کارشناسی دیگران مهم است؛ اما مهم‌تر از آن، جلب مشارکت افراد به‌منظور توانمندی آنان و آماده‌سازی فرد مشورت‌شونده برای ایفای نقش مؤثرتر در حوزه مسئولیتی و توسعه توان تصمیم‌گیری و اجرایی اوست. شاید بهترین واژه برای این مفهوم از مشورت، (تسهیم اطلاعات) باشد. مرحوم علامه طباطبایی در ذیل آیه «و شاورهم فی الامر» می‌نویسد: «آگاه باشید کسی که در امور خویش با دیگران مشورت کند، خالی از رشد و آگاهی به واقعیات امور نیست» (طباطبایی، ۱۳۶۰).
- **عدالت:** آیه ۱۳۵ سوره نسا، مؤمنان را به رعایت عدالت حتی در مورد خود و اطرافیان توصیه می‌کند: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُونُوا قَوَّامِينَ بِالْقِسْطِ شُهَدَاءَ لِلَّهِ وَلَوْ عَلَىٰ أَنفُسِكُمْ أَوِ الْوَالِدِينَ وَالْأَقْرَبِينَ إِن يَكُنْ غَنِيًّا أَوْ فَقِيرًا فَاللَّهُ أَوْلَىٰ بِهِمَا فَلَا تَتَّبِعُوا الْهَوَىٰ أَن تَعْدِلُوا وَإِن تَلَوُوا أَوْ تَعَرَّضُوا فَإِنَّ اللَّهَ كَانَ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرًا؛ ای اهل ایمان، نگهدار عدالت باشید و برای خدا گواهی دهید هر چند بر ضرر خود یا پدر و مادر و خویشان شما باشد، (برای هر کس شهادت می‌دهید) اگر فقیر باشد یا غنی، خدا به (رعایت حقوق) آن‌ها اولی است، پس شما (در حکم و شهادت) پیروی هوای نفس نکنید تا مبادا عدالت نگاه‌ندارید؛ و اگر زبان را (در شهادت به نفع خود) بگردانید یا (از بیان حق) خودداری کنید خدا به هر چه کنید آگاه است (سوره نساء، آیه ۱۳۵)».

- **تقوا:** تمام مطالبی که در مورد بانوان بیان شد در اینجا نیز عیناً تکرار می‌شود و در واقع شاید بتوان گفت که تقوا تنها عاملی است که بین عوامل درونی یعنی خود بانوان و هم‌چنین در عوامل بیرونی نیز مشترک خواهد بود. همگان با سلاح تقوا می‌توانند نسبت به مصالح کوچک‌ترین اجتماع که خانواده باشد تا بزرگ‌ترین اجتماع که نظام اسلامی باشد اقدام کنند.

✓ عوامل اجتماعی - خانوادگی بر توانمندسازی بانوان

- **تأمین نیازهای عاطفی:** زنان، تأمین نیازهای عاطفی خود توسط همسرشان را از مهم‌ترین عوامل آرامش‌بخش در زندگی زناشویی بیان کرده‌اند. ابراز محبت و توجه عاطفی، احترام گذاشتن، تعریف و تمجید، قدردانی و تشکر از جمله رفتارهایی بوده است که با تأمین نیازهای عاطفی زنان بر احساس آرامش آنان در زندگی مؤثر بوده است.
- **حامی و تکیه‌گاه بودن همسر:** زنان، یافتن پشتوانه و تکیه‌گاه را یکی از عوامل به آرامش رسیدن با ازدواج بیان کرده‌اند. با ازدواج آدم به پشتوانه پیدا می‌کند. وقتی حس می‌کنم همسر من پشت من است و یک کسی را دارم که موقع خستگی و مشکلات بهش پناه بیاورم برایم ایجاد حس آرامش می‌کند یا مثلاً می‌خواهم ملکی، ماشینی بخرم خیالم راحت است که همسر هست، البته این فقط یک جنبه از آن پشتوانه است. این قدر این اطمینان از پشتوانه داشتن برام مهم است که وقتی همسر تهران نیست، حتی از بیرون بردن ماشین از خونه هم ترس دارم (۴۵ ساله، با ۲۲ سال زندگی مشترک). هم‌چنین حمایت همسر از زن در شرایط مختلف زندگی بر آرامش زنان بسیار مؤثر بوده است. وقتی مجرد هستیم یک احساسی داریم که فکر می‌کنیم، اگر ازدواج نکنیم این‌گونه نیست؛ اما آرامش دوران مجردی به خاطر مسئولیت نداشتن است، آرامش داریم چون به کسی جوابگو نیستیم؛ اما آرامش بعد از ازدواج این‌گونه است که یک مسئولیتی را داریم؛ اما در ازای کاری که برای همسر انجام می‌دهیم، یک حامی داریم و به کسی که او هم کاری برای تو انجام می‌دهد و به خاطر همین حمایت وابسته او می‌شوی. من پدرم حامی خوبی نبود و برای همین همیشه احساس خلأ وجود یک حامی را در زندگی داشتم و از این نظر با ازدواج این خلأ پر شد و خیلی به آرامش رسیدم (۳۰ ساله، با ۸ سال زندگی مشترک). در واقع این پای‌بندی من و همسر به اخلاق است که باعث می‌شود به هم اعتماد کنیم و این اعتماد باعث آرامش است (۳۳ ساله، با ۱۲ سال زندگی مشترک).
- **توکل به خدا:** هر وقت معنویت در زندگی ما کم‌رنگ می‌شود و دچار روزمرگی می‌شویم، آرامش تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد و هر وقت حواس ما به معنویت بوده، آرامش بیشتر می‌شود. یکی از مصداق‌هایش همین توکل به خداست. تو موضوعات مختلف یک وقت‌هایی که بحث پیش می‌آید می‌بینیم خدا رو یادمان رفته و فکر می‌کنیم این مشکل بین ما دوتا است و خودمان تنهایی باید آن را انجام دهیم. برای داشتن آرامش رضایت از هم کافی نیست؛ بلکه آن معنویت نیز لازم است (۲۳ ساله، با ۱ سال زندگی مشترک). تقوا نیز از طریق تأثیر بر نحوه رفتار همسران با یک‌دیگر در ایجاد آرامش نقش داشته است. تقوا باعث اخلاق می‌شود، باعث این‌که بندگی خدا را بکنید. تقوای من و همسر باعث روابط حسنه بین خودمان می‌شود و این‌گونه آرامش ما رو تکمیل می‌کند (۳۱ ساله، با ۸ سال زندگی مشترک).
- **پایبندی همسر به احکام دینی و رعایت حلال و حرام:** شوهرم اهل حلال و حرام است، این خیلی برایم مهم است. چون خیالم راحت است که حواسش هست لقمه حرام در زندگی ما نیاید و من نباید دائم نگران باشم که چه کاری می‌کند، محاسباتش درست است یا خیر، خمس می‌دهد یا نمی‌دهد (۴۳ ساله، با ۲۰ سال زندگی مشترک). اعتقاد به حاضر و ناظر بودن خدا در زندگی، دیگر عامل آرامش‌بخش برای زنان بوده است. ایمان به حضور خدا در زندگی و یقین به این‌که خدا می‌بیند به قوت قلبی به آدم می‌دهد که باعث می‌شود تلاطم‌های زندگی، آدمی را تکون ندهد. من اگر یک روزی از جهت این ریشه اصلی آرامش مشکل پیدا کنم و دچار عدم اطمینان از لطف و نظارت خدا بشوم، آن موقع هست که کوچک‌ترین چیزی رو بزرگ می‌بینم و آرامشم را به هم می‌ریزد (۴۵ ساله، با ۲۲ سال زندگی مشترک).

- **انجام کارهای منزل و وظایف همسری و مادری:** من جاهایی از زندگی که انجام تقاضاهایی که همسرم به‌عنوان یک زن از من انتظار داشته برایم راحت نبوده، به‌واسطه آن اعتقاد بوده که آن تقاضاها را پذیرفتم، چون باور داشتم که اگر این کارها رو برای خدا انجام بدهم، اجرش نزد خدا محفوظ است و این خیلی برایم ارزشمند و آرامش‌بخش بوده است. اینکه الآن در جامعه انتظاراتی از زن دارند که فعال باشد و کار کند، تنها چیزی که فرد را راضی می‌کند که از این پیشرفت‌ها که پاداش‌های خوبی هم دارد بگذرد، این‌که اولویت دادن به وظایف مادری و همسری چیزی است که خدا بیشتر برای آدم می‌پسندد (۳۵ ساله، با ۱۶ سال زندگی مشترک).
- **همراهی، همدلی و همیاری همسران با یکدیگر:** همراهی همسر با زن از عوامل مؤثر بر آرامش زنان در زندگی زناشویی بوده است. اینکه می‌بینیم کسی هست که با من است، پا به پای تو می‌آید هدفش با تو یکی است، این به من آرامش خاطر می‌دهد (۳۴ ساله، با ۱۱ سال زندگی مشترک). وجود همسر آرامش‌زاست، همین‌که وقتی دچار مشکل می‌شویم یکی هست که در شرایط بحرانی دلداری‌ام بدهد و سعی کند مشکلم را حل کند. در همین تحصیل همسرم خیلی کمکم می‌کند؛ مثلاً شب امتحان کارهای خونه را انجام می‌دهد یا دوره ليسانس که به کلاس می‌رفتم، بچه‌ها را نگهداری می‌کرد و من نیز خیالم از این جهت راحت بود. ما خیلی مشکلات در زندگی داشتیم؛ اما همین‌که همسرم کنارم بود گزندگی مشکلات کمتر و تحملش نیز راحت‌تر می‌شد (۳۵ ساله، با ۱۷ سال زندگی مشترک). من پسرم به دنیا آمده بود تا چند ماه خیلی گریه می‌کرد، شوهرم از اداره که می‌آمد می‌گفت من از بچه نگهداری می‌کنم شما ناهار بخورید، من بعد از شما می‌خورم؛ هر وقت بچه‌ها تب داشتند به من می‌گفت شما صبح می‌خواهید سر کلاس بروید الآن بخوابید، ممکن است سردرد بگیرید، من بیدار می‌مانم. پاشویه می‌کرد، دارو می‌داد، در صورتی که خودش هم باید صبح سر کار می‌رفت (۶۵ ساله، با ۴۵ سال زندگی مشترک).
- **احساس مسئولیت و تعهد همسر:** تلاش او برای انجام وظایف خود در قبال خانواده نقش مهمی در ایجاد آرامش برای زنان داشته است. تلاش همسرم خیلی مهم است، حالا شاید آن‌قدر هم پول در نیاورد؛ اما همین که می‌بینم دغدغه این را دارد که من رو به آسایش برساند و دارد سعی می‌کند، به من آرامش می‌دهد (۳۰ ساله، با ۸ سال زندگی مشترک).
- **تجربه مادران:** مادران باید در استفاده از تجارب دیگران باید فعال عمل کنند و علاوه بر آن به‌عنوان یک عامل بیرونی می‌توانند نقش فوق‌العاده و بسزایی در افزایش تجربه و در نتیجه توانمندسازی سایر بانوان داشته باشند.

✓ عوامل اجتماعی - ساختاری بر توانمندسازی بانوان

- **نهادهای فرهنگ‌ساز (تبیین و تشریح سبک زندگی اسلامی فاطمی):** نهادهای فرهنگ‌ساز می‌توانند با تبیین سبک زندگی اسلامی حضرت زهرا B به‌عنوان اسوه‌ای بی‌بدیل برای تمام بانوان، در زمینه توانمندی ایشان برای تأمین امنیت روانی خانواده تأثیرگذار باشند (مکارم شیرازی، ۱۳۷۴). در ادامه به معرفی تعدادی از سازمان‌های توانمندساز زنان در ایران و جهان می‌پردازیم: **موسسه خیریه ارتقای کیفیت زندگی زنان آتنا:** موسسه‌ای غیردولتی و غیرانتفاعی است که در دی ماه سال ۱۳۹۳ در دو حوزه پیشگیری و مداخله در آسیب‌های اجتماعی با هدف توانمندسازی زنان و دختران، با مجوز رسمی سازمان بهزیستی و به شماره ثبت ۳۵۲۰۲ شروع به فعالیت نموده است. حمایت از خانواده‌های تحت پوشش آتنا در زمینه‌های آموزشی، پشتیبانی مالی، کارآفرینی و آموزش مرتبط با اشتغال، پزشکی و روان‌شناسی انجام می‌شود. مهم‌ترین موضوعاتی که می‌تواند هدف فعالیت‌های موسسه در سه حوزه پیشگیری، مداخله و پیگیری باشد عبارتند از: بحران بلوغ دختران، ازدواج زودهنگام، آسیب‌های ناشی از ناآگاهی در روابط با جنس مخالف، بحران ازدواج با توجه به افزایش سن ازدواج دختران، سلامت، آموزش، کارآفرینی و اشتغال، اعتیاد، فرار از منزل، آسیب‌های ناشی از طلاق عاطفی و خانواده‌های نابسامان، تکدی زنان و دختران، زنان سرپرست خانوار، خشونت علیه زنان، بزهکاری، طلاق و آسیب‌های ناشی از آن، روسپی‌گری. **مؤسسه ارتقاء سلامت زنان یاس با توسل**

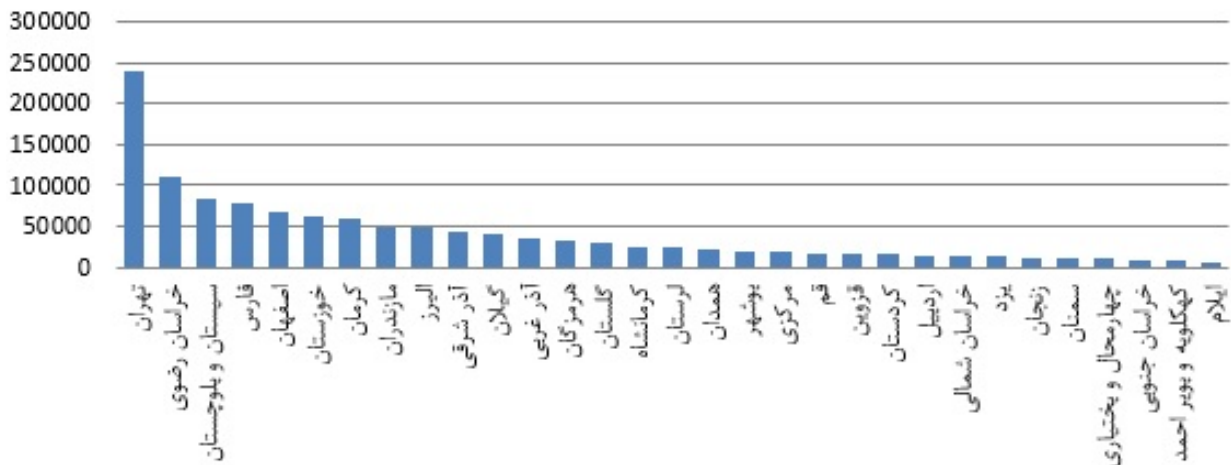
به حضرت ابوالفضل A: این مؤسسه به شماره ثبت ۳۶۷۶۶ در سال ۱۳۹۴ تأسیس و به صورت غیرانتفاعی اداره می‌شود. تمام منافع و منابع اقتصادی مؤسسه با نظر هیئت‌مدیره صرف امور خیریه و مددجویان تحت پوشش می‌گردد. این مؤسسه در زمینه کمک به ارتقاء وضعیت اجتماعی و اقتصادی و سلامت روحی و جسمی بانوان فعالیت می‌کند. نمونه‌ای از کارهایی قابل اجرا به شرح ذیل است: کمک به توانمندسازی بانوان برای درآمدزایی و کارآفرینی با شیوه‌های درست و مستمر، آموزش مهارت‌های زندگی با موضوع سلامت زنان، برگزاری کلاس‌ها و کارگاه‌های مشاوره و پویایی گروهی بر حسب نیاز بانوان، حمایت از بیماران خاص مثل ضایعه نخاعی و دیگر بیماران است. **موسسه ریحانه:** موسسه ریحانه، یک سازمان مردم‌نهاد و غیردولتی است که به‌طور رسمی از سال ۱۳۸۰ و با هدف توانمندسازی زنان و فرهنگ‌سازی و تغییر نگرش مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد نسبت به زنان سرپرست خانواده تأسیس شد. برخی خدمات مؤسسه عبارتند از: پرداخت وام‌های قرض‌الحسنه، پرداخت کمک هزینه خرید و رهن مسکن، حل مشکلات حقوقی خانواده‌ها از طریق وکیل مؤسسه، پرداخت کمک هزینه تحصیل فرزندان، پرداخت کمک هزینه درمان و نیز ارائه رایگان از امکانات پزشکی از طریق پزشکان همراه ریحانه، در اختیار گذاشتن تمامی اقلام مورد نیاز اعم از تجهیزات منزل، پوشاک، مواد غذایی و تریه‌بار با قیمت بسیار مناسب، برگزاری اردوهای زیارتی و سیاحتی در استان و خارج از استان، استفاده از خدمات مشاوره حقوقی، خانوادگی، تحصیلی به‌صورت رایگان. **اکرام و تمرکز بر توانمندسازی زنان مسلمان:** بنیاد اکرام که نام کامل آن «اکرام - بنیاد توانمندسازی زنان مسلمان است. در سال ۲۰۱۴ و در شهر هرنندن، ویرجینیا تأسیس شد. تمرکز این سازمان غیرانتفاعی بر مسائلی است که بر رفاه زنان مسلمان تأثیر می‌گذارد. از نظر این سازمان در حالی که زنان از همه ادیان، ملیت‌ها و فرهنگ‌ها مبارزات مشترک زیادی دارند، مسائل خاصی منحصر به زنان مسلمان در ایالات متحده وجود دارد. این بنیاد کمک‌های مالی آموزشی، سمینارها، کارگاه‌ها و تحقیقات را برای زنان مطلقه و بیوه مسلمان فراهم می‌کند. این آموزش به اعضای بنیاد اکرام این امکان را می‌دهد که شغل بهتری برای منبع درآمد پایدارتر، اعتماد به نفس برای مستقل بودن و توانمند شدن و زندگی پایدار برای فرزندان خود بیابند. رسالت این بنیاد، ارتقای منزلت زنان مسلمان از طریق تحقق اهداف آموزشی آنهاست.

ب) راهکارهای توانمندسازی زنان و ایجاد حس امنیت روانی در خانواده

از منظر اجتماعی، موضوع توانمندسازی، پدیده اجتماعی تک علتی نیست و توانمندشدن زنان را می‌توان با عوامل فردی و اجتماعی متعددی مرتبط دانست. از طرفی عواملی درونی همچون وضعیت جسمانی، روانی و اقتصادی خانواده و از طرف دیگر ساختارهای موجود اجتماعی بر توانمندی فرد نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. در جامعه‌ای که مشارکت زنان در زمینه اشتغال و فعالیت‌های اقتصادی بیشتر باشد، رفاه اجتماعی نیز بیشتر خواهد بود؛ زیرا مشارکت زنان در بازار کار موجب کاهش نرخ باروری، افزایش سطح تولید، افزایش درآمد سرانه و در نتیجه، باعث افزایش رفاه اجتماعی برای کل جامعه می‌شود (محمدی ری‌شهری، ۱۳۶۳). محدودیت تحرک اقتصادی و اجتماعی تحت تأثیر عوامل فرهنگی و قانونی مبارزه با فقر را برای زنان دشوارتر کرده است. نگرانی از پیوستن جمعی از زنان به گروه فقیرترین فقرا، سبب طرح رویکردهای قضاوت و ارائه راه‌های عملی در حوزه جنسیت و توسعه شده است. توانمندسازی به‌عنوان «مراحل مختلفی که یک فرد طی آن از نیازها و خواسته‌های درونی خودآگاه شده و انگیزه و جرئت دستیابی به هدف موردنظر را در خود تقویت و به همراه آن توانایی و شایستگی لازم برای عملی ساختن آن را در خود ایجاد می‌کند» تعریف شده است. با نگاهی مدیریتی می‌توان توانمندسازی افراد را فرآیندی دانست که فرد باید سطوح مسئولیت‌پذیری را بپذیرد و در هر سطح رشد کند. در غیر این صورت برای افراد شانس کسب مسئولیت‌های بیشتر از آنها سلب می‌شود و منجر به شکست و ناامیدی آنها می‌شود. با توجه به تعاریف و اجزاء توانمندسازی زنان، اصولاً توانمندسازی یک فرآیند محسوب می‌شود. این فرآیند از سطح فردی (احساس ذهنی و توان عینی برای انجام امور) شروع می‌شود و سطوح اجتماعی (توان مشارکت در فعالیت‌های گروهی و جمعی)، سیاسی (کنترل بر تصمیمات

سیاسی)، اقتصادی (توان کنترل تصمیم‌گیری‌های اقتصادی) و نهادی (به چالش کشیدن نهادها و ساختارهای نابرابر موجود) را در برمی‌گیرد. توانمندی حاوی سه عنصر یا مفهوم مشترک در غالب تعاریف و مفاهیم است. نخستین عنصر، منابع است که شامل متغیرهایی مانند آموزش و اشتغال از عوامل تسریع‌کننده توانمندسازی به شمار می‌آید. دومین عنصر عاملیت است، عاملیت زنان به این موضوع اشاره دارد که زنان را نباید فقط به‌عنوان دریافت‌کنندگان خدمات در نظر گرفت، بلکه خود زنان باید به‌عنوان بازیگران اصلی در فرآیند تغییر به ویژه در تدوین انتخاب‌های مهم زندگی و کنترل بر منابع و تصمیماتی که تأثیر مهمی در زندگی ایشان دارند، در نظر گرفته شوند. این عنصر معرف اهمیت گفتمان از پایین به بالا نسبت به رویکرد از بالا به پایین است. سومین عنصر دستاوردها یا نتایج و پیامدهاست که در اثر فرآیند توانمندسازی ایجاد می‌شود. دستاوردها می‌تواند از برآورده شدن نیازهای اساسی تا دستاوردهای پیچیده‌تری مانند خشنود بودن، عزت‌نفس داشتن، مشارکت در زندگی اجتماعی و سیاسی را در برگیرد. رویکردهای گوناگونی برای فرآیند توانمندسازی وجود دارد؛ اما اغلب شامل برخی یا همه اجزای زیر است: ایجاد فرهنگ توانمندسازی، به اشتراک گذاشتن اطلاعات، توسعه مهارت‌ها و مهارت‌های لازم، ارائه منابع و حمایت‌های لازم، تعیین مرزها و ارزیابی روند. همچنین عمده مشکلات پیش‌روی توانمندسازی شامل عدم تمایل افراد به توانمندسازی، نداشتن مهارت‌ها صلاحیت‌های لازم است. به‌طور کلی روش‌های توانمندسازی زنان از دو طریق افزایش توانایی و قابلیت‌های زنان میسر می‌شود. توانمندی زنان نه تنها دارای بعد اقتصادی بلکه دارای ابعادی سیاسی، اجتماعی و روانی نیز است. در نتیجه، توانمندسازی زنان مستلزم برخوردی جامع‌تر و عمیق‌تر و همچنین برداشتن موانع و تحول در کلیه نهادهایی است که زنان را از به دست آوردن توانمندی‌های خود باز می‌دارند. در زمینه توانمندسازی مالی در دوره‌های مختلف پارادایم‌های متفاوتی مورد توجه بوده است که از آن جمله می‌توان به پارادایم‌های زیر اشاره کرد: پارادایم خود مراقبتی مالی که مربوط به «رویکرد سیستم‌های مالی» است که پیشنهادات تجارت‌محور و بسته‌های خدمات مالی حداقلی برای فعالیت‌های اقتصادی فقرا است. در این مدل از ارائه اعتبار به زنان به‌عنوان ابزاری برای توانمندسازی آن‌ها به‌ویژه توانمندسازی اقتصادی حمایت می‌کند. در این مدل توانمندسازی اقتصادی به‌عنوان ابزاری برای توانایی کسب اعتماد به نفس تعریف می‌شود. پارادایم مبارزه با فقر که فرض اصلی این است افزایش دسترسی زنان به منابع مالی خرد سبب می‌شود تا آن‌ها سهم بیشتری از درآمد خانواده داشته باشند و در کنار دیگر مداخلات برای افزایش رفاه و آسایش خانواده، به رفاه و آسایش زنان کمک می‌شود تا تغییرات بیشتری در نابرابری جنسیتی رخ دهد. پارادایم توانمندسازی فمینیستی که بر توانمندسازی اقتصادی و اجتماعی - سیاسی زنان و آگاهی جنسیتی تمرکز دارد. در این دیدگاه توانمندسازی به‌عنوان تحول در روابط قدرت در سراسر جامعه تعریف می‌شود. علاوه بر رویکردهای بالا، توانمندسازی روان‌شناختی زنان به ارتقاء کیفیت نقش مادرانه آنان انجامیده و از پریشانی‌های روان‌شناختی خانواده می‌کاهد. سرانجام مشارکت فعال زنان در محیط شغلی به افزایش اقتدار شخصی، بین فردی و سیاسی آنان منتهی می‌شود. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد یکی از عوامل آسیب‌پذیری زنان عدم‌کفایت قوانین و منابع دسترسی زنان در زمینه خدمات اقتصادی - اجتماع است. در خصوص دلایل زنان سرپرست خانواده، دلایل منطقه‌ای هم مؤثرند. به‌عنوان نمونه همچنان در آسیا بیوه شدن و در جنوب و شمال آفریقا و خاورمیانه مهاجرت بین‌المللی دلیل رایج و اصلی سرپرستی زنان به شمار می‌رود. همچنین در حوزه کارایی بسیاری از زنان، همزیستی کوتاه و موقت با شریک زندگی را ترجیح می‌دهند و این پدیده به دلیل مهاجرت بین‌المللی تشدید شده، است. در کشورهای اروپای غربی ۱۸ تا ۲۵ درصد از خانواده‌های فقیر، زن سرپرست هستند. این درصد برای ایرلند ۴۰، برای کانادا ۵۰ و برای آمریکا ۶۳ درصد است. در ایران نیز داده‌های آماری از روند رو به رشد تعداد زنان سرپرست خانوار در دهه اخیر خبر می‌دهند. به‌طوری‌که در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ خانوارهای زن سرپرست به ترتیب ۷/۳، ۸/۴، ۹/۴، ۱۲/۱ و ۱۲/۶ درصد از کل خانوارهای ایرانی را تشکیل داده‌اند.

بر اساس سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۵ توزیع تعداد خانوارهای زن سرپرست خانوار کمتر از ۵۵ سال به‌صورت شکل شماره (۱) بوده است:



شکل (۱) تعداد خانوار زن سرپرست خانوار به تفکیک استانها^۱

- **توانمندسازی زنان در ایران:** طبق قانون توانمندسازی توسط سازمان‌های حمایتی همچون بهزیستی و کمیته امداد امام ۸ انجام می‌گیرد. هرچند در سه برنامه اول توسعه، توجه به زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار جزء سیاست‌های اصلی نظام برنامه‌ریزی به شمار نمی‌آمد، از برنامه چهارم توسعه به بعد رویکرد حمایتی معطوف به این گروه از زنان قوت گرفت. در برنامه پنجم توسعه در قالب ماده ۲۳۰ «توجه به ابعاد معیشتی و اشتغال زنان سرپرست خانوار» به‌عنوان یکی از محورهای ۱۴ گانه این ماده مورد تأکید واقع شد. در سال ۱۳۹۳ «برنامه ملی توانمندسازی زنان سرپرست خانوار» با مدیریت و هماهنگ‌سازی معاونت امور زنان و خانواده و با مشارکت دستگاه‌های اصلی متولی در موضوع زنان سرپرست خانوار همچون سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی به‌صورت پایلوت در شهرستان ری به اجرا درآمد. در فرآیند تدوین برنامه ششم، موضوع زنان سرپرست خانوار با محوریت دو موضوع (۱) پیشنهاد ملی شدن طرح توانمندسازی زنان سرپرست خانوار (تجربه پایلوت شهر ری) و (۲) تقسیم کار دستگاهی برنامه کاهش آسیب‌های اجتماعی شورای اجتماعی کشور، در قالب بند ۸۰ ماده ۸۰ به تصویب رسید. بر اساس ماده واحده قانون تشکیل سازمان بهزیستی «مورخ ۵۹/۳/۲۴»، طرح توانمندسازی بهزیستی شامل شش فصل است. همچنین شیوه‌نامه توانمندسازی در کمیته امداد امام خمینی ۸ نیز شامل دستورالعمل آموزشی در ۳ فصل است. برنامه توانمندسازی روان‌شناختی خانواده نیز در چهار سطح مجتمع، شهرستانی، استانی، کشوری و با تعیین شرح وظایف هر سطح برای مسئولین، مددکار اجتماعی، کارشناس، امور اجتماعی شهرستان، روانشناس و مشاور، معاونت اجتماعی، کارشناس مسئول امور خانواده استان، کارشناس ارشد روان‌شناسی و مشاوره، کارشناس اشتغال و مدیر کل دفتر امور زنان و خانواده اجرا می‌شود. بررسی‌های تطبیقی نرخ مشارکت و نرخ بیکاری نیروی کار زنان در ایران با سایر کشورها، نشان می‌دهد که زنان در مشارکت اقتصادی از نرخ بسیار پایین، ولی در بیکاری از نرخ بالایی برخوردارند. از این منظر، ایران وضعیتی مشابه کشورهای توسعه نیافته با ساختار فرهنگی و اجتماعی خاص، نظیر پاکستان و عربستان دارد.

سطح راهکار	راهکار	منبع	فراوانی
------------	--------	------	---------

۱. دفتر معاون رئیس‌جمهوری در امور زنان و خانواده، ۲۰۱۹.

فصلنامه پژوهش‌های میان‌رشته‌ای زنان		دوره ۶ / شماره ۴ (پیاپی ۲۱) / زمستان ۱۴۰۳
سطح فرد	دسترسی به درآمد فردی و خودکفایی فرد (بازتوانی)	قانون اساسی، عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، فیروزی و صادقی (۱۳۸۹)، ریحانی سراوانی و حیدری صوفیانی (۱۳۹۴)، جوان اقبال و جوان اقبال (۱۳۹۴)، مصاحبه (۳ نفر)
	افزایش عزت‌نفس و کاهش فشارهای روحی و روانی	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، فیروزی و صادقی (۱۳۸۹)، مصاحبه (۲ نفر)
	ارائه تسهیلات تعاونی و اشتغال	قانون اساسی، قانون تأمین اجتماعی، ریحانی سراوانی و حیدری صوفیانی (۱۳۹۴)، مصاحبه (۳ نفر)
	بهبود رفاه فردی (کمک‌هزینه)	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، مصاحبه (۲ نفر)
	مالکیت منابع مادی	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، مهرآریا و حسن پور (۱۳۹۴)، جوان اقبال و جوان اقبال (۱۳۹۴)
سطح خانواده	نظارت بر منابع مادی	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، فیروزی و صادقی (۱۳۸۹)
	سبب کالا خانواده	مصاحبه (۳)
	مشاوره و آموزش پیش از ازدواج و مهارت‌های زندگی	قانون تأمین اجتماعی، مصاحبه (۳ نفر)
	مالک بودن در اموال (مانند مسکن، زمین و...)	فیروزی و صادقی (۱۳۸۹)، مصاحبه (۳ نفر)
سطح جامعه	ایجاد و آماده‌سازی جامعه جهت ورود زنان در معرض آسیب به بازار کار	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، ماسون و اسمیت (۲۰۱۳)، مصاحبه (۳ نفر)
	کسب اعتبار مالی و اجتماعی	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، ردی (۲۰۱۴)، قور، راموس و دانیگ (۲۰۱۳)
	حضور فعال در تصمیم‌گیری‌های اقتصادی و سیاسی در سطح جامعه	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، فیروزی و صادقی (۱۳۸۹)، آبابا (۲۰۰۸)، مصاحبه (۲ نفر)
	افزایش سطح سلامت اجتماعی	قانون اساسی، ریحانی سراوانی و حیدری صوفیانی (۱۳۹۴)، مصاحبه (۳ نفر)
	تخصیص بودجه به سازمان‌ها جهت حمایت از زنان در معرض آسیب	قانون تأمین اجتماعی، ریحانی سراوانی و حیدری صوفیانی (۱۳۹۴)، مصاحبه (۳ نفر)
	فراهم‌سازی امکانات، آموزش بازتوانی و ایجاد مهارت‌های شغلی برای خانوارهای نیازمند	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، صالحی و نبوی (۱۳۹۵)، ریحانی سراوانی و حیدری صوفیانی (۱۳۹۴)، نوابخش و همکاران (۱۳۹۴)، قلی پور و همکاران (۱۳۸۸)، طباطبایی یحیی‌آبادی و همکاران (۱۳۸۴)، عبادی و همکاران (۱۳۹۴)، مصاحبه (۲ نفر)
	پرداخت حقوق همسران به زنان سرپرست خانوار و خودسرپرست	عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰)، مصاحبه (۲ نفر)
ایجاد بیمه خاص زنان در معرض آسیب	قانون تأمین اجتماعی، ریحانی سراوانی و حیدری صوفیانی (۱۳۹۴)، مصاحبه (۳ نفر)	

درحالی‌که به لحاظ چگونگی تحصیلات، نرخ ثبت‌نام مردان و زنان در آموزش‌های رسمی پیش از دانشگاه، مشابه یکدیگر هستند و حتی در مراکز آموزش عالی در سال‌های اخیر به طور محسوسی نرخ ثبت‌نام زنان از مردان پیشی گرفته است و بیش از ۶۰ درصد کل ثبت‌نام‌کنندگان را شامل می‌شود که از این منظر می‌توان ایران را با کشورهای صنعتی و پیشرفته مقایسه کرد. همچنین بررسی مقایسه‌ای شاخص‌های جمعیتی و اجتماعی زنان مانند نرخ باروری، نرخ زاد و ولد به ازای هر هزار نفر، نرخ رشد جمعیتی، نرخ باسوادی زنان ۱۵ ساله به بالا و مانند این‌ها نشان می‌دهد که الگوی با جمعیتی و اجتماعی زنان در ایران با کشورهای نظیر ترکیه مشابه است (مهرآیین، ۱۳۸۹).

بررسی ادبیات تحقیق، ۱۵ پژوهش مرتبط با موضوع توانمندسازی زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار که در ۱۰ سال اخیر انجام گرفته، در کنار اسناد بالادستی مثل قانون اساسی، قانون برنامه ششم توسعه و قانون تأمین اجتماعی و نظرات و تجربیات خبرگان این امر راه‌های پیشنهادی برای توانمندسازی زنان در سه سطح فرد، خانواده و جامعه در قالب جدول شماره (۱) بیان می‌شود.

- **توانمندسازی زنان در مقابل افکار انحرافی فمینیست:** ناتوانی فمینیسم^۱ در دفاع و تبیین حقوق زنان، گستره‌ای از جنبش‌های سیاسی، ایدئولوژی‌ها و جنبش‌های اجتماعی است که به دنبال تعریف، برقراری و دستیابی به حقوق برابر جنسیتی در مسائل سیاسی، اقتصادی، شخصی و اجتماعی زنان است. فمینیست‌ها بر این باورند که جوامع، دیدگاه مردان را در اولویت قرار می‌دهند و با زنان در این جوامع به صورت منصفانه‌ای رفتار نمی‌شود. تلاش‌ها برای تغییر این وضعیت شامل مبارزه با کلیشه‌های جنسیتی و تلاش برای فراهم‌آوری موقعیت‌های تحصیلی و شغلی برابر با مردان برای زنان است. سعی جنبش‌های فمینیستی در مبارزه برای حقوق زنان است؛ از جمله این حقوق حق رأی، حق کار، حق کار دولتی، درآمد یکسان، پرداختی برابر میان زنان و مردان و از بین بردن فاصله موجود در این مسئله، حق مالکیت، حق تحصیل، حق امضای قرارداد، حقوق برابر در ازدواج و حق مرخصی زایمان است. فمینیست‌ها همچنین برای یکپارچه‌سازی اجتماعی و تضمین حق سقط جنین قانونی برای زنان تلاش کرده‌اند. از دیگر اهداف آنان محافظت از زنان و دختران در برابر تجاوز جنسی، آزار جنسی و خشونت خانگی است. تغییر در نوع پوشش و نوع نگاه جامعه به فعالیت‌های فیزیکی نیز معمولاً بخشی از جنبش‌های فمینیستی بوده است. برخی از محققان، فمینیسم را محرک اصلی تغییرات اجتماعی برای حقوق زنان در طول تاریخ می‌دانند؛ این موضوع به‌خصوص در غرب پررنگ‌تر است؛ جایی که این جنبش را تا حد زیادی زمینه‌ساز دستیابی به حق رأی زنان، زبان فراگیر، حقوق باروری (شامل دسترسی به راه‌های پیشگیری از بارداری و سقط جنین قانونی)، حق امضای قرارداد و مالکیت می‌شناسند. با وجود اینکه تمرکز اصلی فمینیسم بر روی حقوق زنان است، برخی فمینیست‌ها مانند بل هوکس محدودیت در آزادی‌های مردان را بخشی از اهداف خود می‌دانند؛ زیرا باور دارند مردان نیز از نقش‌های سنتی جنسیتی آسیب می‌بینند. نظریه فمینیست که از دل جنبش‌های فمینیستی برخاسته، به دنبال درک ماهیت نابرابری جنسیتی با استفاده از تجزیه و تحلیل نقش اجتماعی زنان و تجربه زندگی آنان است. تاریخ جنبش‌های برابری خواهانه در ایران به اواخر دوره قاجاریه بازمی‌گردد. حقوق زنان در ایران با انطباق این کشور با ارزش‌های غربی در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم دستخوش تغییراتی شد و رو به بهبود نهاد. در طول قرن بیستم، جنبش‌های سکولار، لیبرال، ناسیونالیست و چپ‌گرا معمولاً حقوق زنان را به‌عنوان بخشی از دغدغه‌های خود مطرح می‌کردند، اما واکنشی که بنیادگران و محافظه‌کاران مذهبی از خود نشان دادند تا به امروز مانع اصلی بهبود حقوق زنان در ایران بوده است. از زمان انقلاب ۱۳۵۷، فمینیسم در دید نظام حاکم بر ایران برابر با «بی‌عفتی» در نظر گرفته می‌شود؛ اما سیاست‌های جمهوری اسلامی، به صورت ناخواسته منجر به افزایش آگاهی جنسیتی در میان مردم ایران شده است. **انحرافات فمینیست:** فمینیسم نشانه وجود ستم در حق زنان بود، پیدایش مسلک‌های جدید فمینیستی دلیل ناکارآمدی این جنبش و روش‌های بکار رفته در دفاع از زن و تأمین حقوق از دست رفته اوست. فمینیسم پس از قرن‌ها تلاش جز تحریف حقایق علمی، ابهام‌افزایی، انحراف مسیر مبارزه، غیر قابل دسترس خواندن حقوق حقیقی زنان، دامن زدن به بحران تفاهم انسان‌ها، دشمنی دو جنس زن و مرد، ایجاد مشکلات جبران‌ناپذیر روحی و جسمی، زیان‌های اقتصادی اجتماعی از دست رفتن پشتوانه‌های و پناهگاه‌های اخلاقی، دینی و سنتی، تلاش در ایجاد همانندی مصنوعی با نادیده گرفتن نقش‌ها و کارکردهای زنان و مردان و در نهایت پایین آوردن جایگاه انسانی زن پیامدی نداشته است (نوروزی، ۱۳۹۵).
- **توجه نکردن فمینیست به تفاوت زنان و مردان:** زن از آنجا که فطرتاً عاطفی است در پی تمایلات و هواهای خود به سرعت پیش می‌رود، بدون آن‌که از طریق عقلش محکم‌کاری کرده و از طریق حکمت بسنجد (مجلسی، ۱۳۹۷). به همین سبب قلب او به‌طرف نامالایمات بیش از تسلیم در برابر ندای عقل گرایش دارد. در مقابل، مردان به واسطه دوراندیشی و صلابت در

1.Féminisme:

مورد با زنان متفاوت‌اند. طبیعت مرد مزین شدن او به عقاید و اخلاق و بهره‌گیری از حکمت‌های جدید در زندگی و کشف دانش‌های نظری و تطبیقی متجلی می‌شود، بدون آن‌که دنبال شهرت باشند. پختگی عقل مرد اگر دیرتر به حد رشد و بلوغ می‌رسد بدین جهت است که موجب شود تا فعالیت او تا سطح وسیعی ادامه یابد. به جهت سازگاری با نقشی است که هر کدام در زندگی خداوند سبحان در مرد عقل را نسبت به عاطفه‌اش بیشتر قرار داده و عاطفه زن را نسبت به عقلش فزونی بخشیده است. روحیه مرد «عمل‌گرا» و جنبه فعال دارد، روحیه زن جنبه «انفعالی» داشته و تأثیرپذیر است. این گرایش مرد به تجاوز و برتری طلبی نسبت به دیگران را توجیه می‌کند، چنان‌که تمایل زن را به زندگی در سایه مردی که تأمین‌کننده حمایت و سعادتش باشد، تبیین می‌نماید. مرد نیز به واسطه دوراندیشی، عزم و اراده، شجاعت و خویش‌داری و مقاومتش شناخته می‌شود. این طبیعت او وظیفه به او موکول شده برایش ایجاب می‌کند و این وظیفه همان تأمین نیازهای خانواده و حمایت از آن است. وظیفه زن نیز پاکیزگی، زیبایی و دوستدار تربیت بودن است. توجه به این تفاوت‌ها سبب می‌شود تا زنان جامعه نقش خود را بهتر درک و در مقابل ناملايمات زندگی بیشتر صبر پیشه کنند و در مواقعی مردان را بهتر درک، احساس سرخوردگی کمتری کنند (رضوانی، ۱۳۸۵).

۵- بحث و نتیجه‌گیری

زنان به عنوان اجزای تشکیل‌دهنده پیکره یک جامعه و نقش انسان‌سازی که دارند، می‌توانند در ساختن آینده یک کشور نقش مهمی را ایفا کنند. زنان به دلیل شرایط جسمی و روحی که خداوند متعال بنا به تکالیفی که برای آنان قرار داده است، همواره در طول تاریخ مورد آسیب جدی بوده است (صدوق، ۱۳۶۲). به همین خاطر نیاز از تا آنان به گوهر وجودی خویش و تکالیف و حقوقی که دارند آگاهی پیدا کنند، خود را در این راه توانمند سازند. تجربه و تخصص داشتن در رشته‌های مختلف می‌تواند تأثیر بسزایی در برون رفت از بحران‌های زندگی نقش ایفا کند. زنی که تقوا داشته باشد با کمک نیروی معنوی خود، حفظ عفت، به‌کارگیری احکام الهی، الگوگیری از زندگی معصومین A زندگی خود را بیمه کرده و در مقابل بسیاری از حوادث بایستد.

زن توانمند با به‌کارگیری همت خود و دست نهادن بر زانوی خویش، بدون هیچ‌گونه ترسی در مقابل نگاه‌های هوس آلود دشمنان بایستد و مشکلات خود را حل کند. علاوه بر ویژگی‌های فردی که زن باید برای خود ایجاد کند، اجتماع نیز در مقابل او مسئول است و باید برای توانمندسازی او بکوشد. قدردانی از زحمات و احترام به شخصیت و در مواقع لزوم مشورت با او می‌تواند در او احساس خوشایند مفید بودن ایجاد کند. زن به‌عنوان فردی از یک خانواده باید حامی داشته باشد تا بتواند نیازهای عاطفی او را برطرف سازد، این حامی کسی جزء همسر و پدر و مادر او نیست. جامعه نیز در مقابل قشر زن مسئول است، باید برای او امکاناتی فراهم کند تا در مواقعی که زن دچار آسیب‌های اجتماعی شد، بتواند او را یاری کند. در این میان نگاه فمینیسم به زن به بسیاری از مشکلات او دامن زده و با تغییر در نگرش و وظایف او مشکلاتی را برای او ایجاد کرده است، پس لازم است با شناخت تفکر فمینیسم و نگاه اسلامی به سبک و سنگین کردن این نگاه‌ها پردازیم تا دچار سردرگمی و انحراف نشویم.

۶- منابع

- ۱- قرآن کریم
- ۲- نهج البلاغه
- ۳- ابن منظور، محمد بن مکرم (۱۴۰۸ ه.ق). لسان العرب. بیروت: دارالحياء التراث العربی.

- ۴- اکبری مقدم، ناهید (۱۳۹۳). بررسی امنیت روانی در زنان و دختران بدحجاب باحجاب. اولین همایش ملی فرهنگ عفاف و حجاب. بندرگز.
- ۵- آمدی، عبدالواحد بن محمد (۱۳۸۸). غرورالحکم و درر الکلم. ترجمه لطیف راشدی و سعید راشدی. قم: پیام علمدار.
- ۶- حکمی، نسترن؛ حکمی، نسرين؛ و صدری افشاری، غلامحسین (۱۳۷۷). فرهنگ فارسی امروز. تهران: انتشارات کلمه.
- ۷- رسولی، هاشم (۱۳۵۸). تاریخ انبیاء. قم: تحقیقات و نشر معارف اهل بیت.
- ۸- رضازاده، فاطمه؛ رضازاده، احمد و رضازاده، سیما (۱۳۹۴). همکاران مروری بر توانمندسازی. سلامت و اشتغال زنان سرپرست خانوار. کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در مدیریت و مهندسی صنایع.
- ۹- رضائیان، علی (۱۳۸۲). مبانی مدیریت رفتار سازمانی. تهران: نشر سمت.
- ۱۰- رضوانی، علی اصغر (۱۳۸۵). پیامبر اعظم ﷺ و حقوق زنان. قم: نشر مسجد جمکران.
- ۱۱- صدوق، الامالی (۱۳۶۲). کتاب امالی شیخ صدوق. ترجمه محمدباقر کمره‌ای. تهران: کتاب‌فروشی اسلامیة.
- ۱۲- صفوی، عیسی؛ ضمیران، بهار؛ معارف‌وند، معصومه؛ و عرشی، ملیحه (۲۰۱۵). توانمندسازی اقتصادی دختران و زنان جوان در کشورهای آفریقایی. آمریکای لاتین و حوزه دریای کارائیب. فصلنامه علمی پژوهشی مددکاری اجتماعی، ۳(۴)، ۳-۱۲.
- ۱۳- طباطبایی، محمدحسین (۱۳۶۰). المیزان فی تفسیر القرآن. قم: منشورات جامعه مدرسین حوزه علمیه.
- ۱۴- عمید، حسن (۱۳۹۰). فرهنگ فارسی عمید، تهران: امیر کبیر.
- ۱۵- کلینی رازی، محمدبن یعقوب (۱۳۶۰). اصول کافی. ترجمه سید جواد مصطفوی. تهران: دفتر نشر فرهنگ اهل بیت علیهم‌السلام.
- ۱۶- مجلسی، محمدباقر (۱۳۹۷). بحارالانوار. تهران: کتاب‌فروشی اسلامیة.
- ۱۷- محمدی ری‌شهری، محمد (۱۳۶۳). میزان الحکمه. قم: دفتر تبلیغات اسلامی.
- ۱۸- مطهری، مرتضی (۱۳۶۸). امامت و رهبری. قم: نشر صدرا.
- ۱۹- معین، محمد (۱۳۹۱). فرهنگ فارسی معین. تهران: امیر کبیر.
- ۲۰- مکارم شیرازی، ناصر (۱۳۷۴). تفسیر نمونه. تهران: دارالکتاب الاسلامیه.
- ۲۱- مهرآیین، محمدحسین (۱۳۸۹). همت و کار، قم: سایا.
- ۲۲- مهرابی، امیر حمزه (۱۳۹۳). توانمندسازی منابع انسانی در نظام ارزشی اسلام. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- ۲۳- نوروزی، فریبا (۱۳۹۵). تبیین نظریه‌های راهگشا در ترسیم مدل علی توانمندسازی زنان با تأکید بر توانمندسازی اقتصادی. کنفرانس بین‌المللی نخبگان مدیریت.

Factors Influencing Women's Empowerment to Ensure Psychological Security of the Family

Samaneh Ghandehari Alavijeh *¹

1- Master's Student, Department of Quranic Interpretation and Sciences, Qom Seminary, Qom, Iran.
(Corresponding Author)

samanehalavijeh57@gmail.com

Abstract

Women, as one of the main pillars of the family, play a crucial role in maintaining the integrity and boundaries of the household. Since the family, as the fundamental social unit, has a direct impact on the growth or decline of societies, attention to its empowerment is essential. To prevent the destructive consequences of social collapse, strengthening and empowering the family in individual, familial, social, and international dimensions is of paramount importance. In this regard, governmental organizations must design programs to empower social structures and enhance international capabilities, taking political considerations into account. Conversely, contemporary feminist movements, especially on a global scale, emphasize that women do not need to depend on men and should receive education in all dimensions. This idea has been pursued in many countries, particularly in developing nations, in the form of women's empowerment programs. This study provides a comprehensive perspective on women's empowerment in cultural, economic, political, and social aspects, aiming to include all women, not just those who are heads of households. The present study was conducted using a qualitative approach and in-depth interviews. The results indicate that women's empowerment is influenced by two categories of factors: internal and external. Women themselves act as an internal factor, while spouses, parents, and cultural institutions are identified as external influential factors.

Keywords: Women's Empowerment, Empowerment, Family Empowerment, Psychological Security, Family.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

رهبری متواضعانه و تعهد سازمانی: شکوفایی نقش زنان در محیط کار خصوصی

نسیم محمدعلی زاده نویر^۱، هاجر کهن‌سال^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی صنعتی سازمانی، گروه روانشناسی، مؤسسه غیرانتفاعی فاطمیه شیراز، فارس، ایران.

alizadehnasimpsy@gmail.com

۲- استادیار گروه روانشناسی، مؤسسه غیرانتفاعی فاطمیه شیراز، فارس، ایران. (نویسنده مسئول)

kohansal.h@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۷/۱۴]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۴/۷]

چکیده

انتخاب سبک رهبری مناسب می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر بهبود عملکرد کارکنان، افزایش رضایت شغلی و تقویت تعهد سازمانی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبک رهبری متواضعانه در ارتقای تعهد سازمانی زنان شاغل در شهر تبریز انجام شده است. این مطالعه با رویکرد توصیفی-همبستگی (تحلیل مسیر) انجام شده و نمونه‌ای شامل ۱۵۰ نفر از زنان شاغل در سازمان‌های خصوصی تبریز در سال ۱۴۰۲ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های سبک رهبری متواضعانه اوانز و همکاران (۲۰۱۳) و تعهد سازمانی آلن و میر (۱۹۹۰) استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که سبک رهبری متواضعانه تأثیر مثبت و معناداری بر تعهد سازمانی دارد. این یافته‌ها نشان‌دهنده اهمیت بهره‌گیری از سبک رهبری متواضعانه در سازمان‌های خصوصی است که اغلب با چالش‌هایی چون رقابت بالا، حفظ نیروهای انسانی توانمند و افزایش بهره‌وری مواجه‌اند. سبک رهبری متواضعانه می‌تواند به‌عنوان راهکاری اثربخش در تقویت انگیزش و تعهد شغلی کارکنان، به‌ویژه زنان شاغل، مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اینکه زنان شاغل ممکن است با موانع بیشتری در محیط‌های کاری روبرو شوند، تقویت تعهد سازمانی آن‌ها از طریق حمایت و هدایت متواضعانه مدیران می‌تواند به بهبود عملکرد سازمانی کمک شایانی کند. این رویکرد نه تنها انگیزه‌های شغلی کارکنان را افزایش می‌دهد، بلکه زمینه‌ساز حفظ و توسعه سرمایه انسانی در بلندمدت نیز می‌شود.

واژگان کلیدی: سبک رهبری متواضعانه، تعهد سازمانی، زنان.

۱- مقدمه

امروزه منابع انسانی به عنوان با ارزش ترین و مهم ترین منابع سازمانی محسوب می شوند که نقش مهمی در جهت تحقق اهداف سازمانی ایفا می کنند و همچنین می توانند منجر به برتری و رقابت سازمان ها نسبت به یکدیگر شوند. منابع انسانی اثربخش یکی از مهم ترین دارایی های نامشهود در سازمان هستند و رشد اقتصادی سازمان وابسته به توانمند کردن آنها است (Mathis Jackson, Valentine & Meglich, 2016). به همین دلیل باید به نیازهای اعضای سازمان توجه ویژه ای شود و بین نیازهای فردی و سازمانی اتحاد و یکپارچگی ایجاد گردد (Aryanto, 2017). تعامل مدیر با کارکنان به عنوان شاخصی جهت شناسایی جو سازمانی است که می تواند موجب اثربخشی سازمان شود. سبک مدیریت و رهبری متواضعانه می تواند به جو سازمانی مثبت، افزایش کارایی و انگیزش شغلی و تعهد سازمانی در کارکنان منجر شود و باعث شود اعضا احساس کنترل بیشتر روی کار خود داشته و در نتیجه به سازمان خود متعهدتر شوند (Guo, 2018). منابع انسانی تحت تأثیر سبک رهبری مدیران هستند. سبک رهبری می تواند بر ادراک کارمندان و نگرش ها و رفتارهای کاری آنان تأثیر بگذارد و برای آنها انگیزه شغلی بیشتری ایجاد کند (Luu, 2021). رهبر متواضع خود را ارزیابی می کند و از طریق یک لنز چندوجهی و عینی به ارزیابی کارکنان می پردازد و از ارزش، قدرت و مشارکت مثبت کارکنان قدردانی می کند. رهبری متواضعانه شامل سه مؤلفه رفتاری است: ۱) تمایل به ابراز محدودیت ها و اشتباهات خویش، ۲) توجه به مشارکت و نقاط قوت کارکنان ۳) بازنگه داشتن مسیر مشاوره، ایده و بازخورد (Zhu, Zhang & Shen, 2019).

رهبری متواضعانه مبتنی بر این اصل است که اگر می خواهید بر انسان ها رهبری کنید، ابتدا باید یاد بگیرید تا پیرو آنها باشید. این رهبران به دنبال حداکثر علایق سازمانی و اعضای آن هستند و کمتر به منافع شخصی توجه دارند و با خودآگاهی و بینش منطقی در مورد خود و دیگران، سعی در راهنمایی اعضا دارند و از انتقادهای با آغوشی باز استقبال می کنند. پژوهش ها حاکی از این است که رهبری متواضعانه منجر به نتایج مثبتی مانند سطوح بالای یادگیری، مشارکت اعضا و تعهد نسبت به عمل برای سازمان می شود (Liu, 2016). همچنین رهبری متواضعانه از طریق توانمندسازی روان شناختی و ایجاد امنیت روانی بر عملکرد سازمانی تأثیر مثبت دارد (حاجیان، شیرازی تهرانی و صالح زاده، ۱۴۰۱). رهبری متواضعانه می تواند از طریق افزایش رضایت شغلی منجر به ارتقای سطح عملکرد شغلی و تعهد سازمانی در کارکنان شود (پاشازاده، سلیمانی و تیموری آذر، ۱۳۹۹). یکی از مفاهیمی که طی دهه های اخیر به شدت در تفکر مدیریتی نفوذ داشته، مفهوم تعهد سازمانی است. تعهد سازمانی حالتی است که فرد سازمان به خصوص هدف های آن را معرفی خود می داند و تمایل دارد تا عضو آن سازمان باقی بماند. تعهد سازمانی شامل نگرش های مثبت و منفی کارکنان نسبت به کل سازمانی است که در آن مشغول به کار هستند. در این شرایط فرد نسبت به سازمان احساس وفاداری عمیقی داشته و از طریق آن سازمان خود را مورد شناسایی قرار می دهد (Tharikh, Ying & Saad, 2016).

تعهد سازمانی بر رفتارهایی مانند جابه جایی و غیبت اثر می گذارد و می تواند پیامدهای مثبت و متعددی داشته باشد. کارکنانی که تعهد دارند نظم بیشتری داشته و بهتر کار می کنند؛ بنابراین مدیران می توانند با اتخاذ سبک رهبری مناسب انگیزش شغلی و عملکرد کارکنان را افزایش داده و تعهد و پایبندی آنها را به سازمان حفظ کنند (Ali, Durrani, Shah & Khuram, 2021). پژوهش ها نشان دهنده تأثیر مثبت سبک رهبری بر تعهد سازمانی کارکنان (بابایی، معینی کیا، زاهد بابلان و قنبری، ۱۳۹۷؛ زمانی و چناری، ۱۳۹۸) و همچنین رابطه بین سبک های رهبری با انگیزش شغلی و تعهد سازمانی در کارکنان (اصفهانی اصل و صداقت جو، ۱۳۹۴) است.

بر اساس آنچه گفته شد، سبک رهبری متواضعانه یکی از عوامل تأثیرگذار و مهمی است که نقش بسزایی در میزان کارایی، عملکرد، انگیزش و تعهد و پایبندی کارکنان به سازمان دارد. با توجه به اهمیت نقش کارکنان در بقا و ارتقای سازمان ها، کاهش انگیزش شغلی و عدم تعهد و پایبندی به سازمان، می تواند عواقب جبران ناپذیری برای سازمان ها و در نهایت جامعه داشته باشد. به خصوص این

موضوع در زنان شاغل، به دلیل مسئولیت‌های چندگانه‌ای که در جامعه، خانواده و چرخه اقتصادی جامعه امروز به عهده دارند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

مطالعات نشان داده‌اند که زنان، همواره در مشاغلی متمرکز شده‌اند که زنانه تعریف شده و به لحاظ اقتصادی کم ارزش‌تر است؛ اما در طول زمان، زنان به مشاغل تخصصی‌تر نیز در جامعه راه یافتند و توانستند به سطوح بالای این مشاغل نیز ارتقا یابند. اگرچه این در مقایسه با وضعیت اشتغال خود زنان، پیشرفتی مهم به شمار می‌آید ولی در مقایسه با جایگاه مردان در مشاغل تخصصی مشابه، به نظر می‌رسد زنان هنوز باید راهی دراز برای رسیدن به برابری شغلی ببینند (راوودراد، ۱۳۸۳).

یکی از مسائل مهم و تأثیرگذار در انتخاب سبک رهبری توجه به تفاوت‌های بین زنان و مردان است. لذا در پژوهش حاضر سعی بر آن بود تا رابطه سبک رهبری متواضعانه بر تعهد سازمانی زنان مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به این‌که در مطالعه پیشینه پژوهش داخل و خارج از کشور، پژوهش‌های بسیار اندکی به بررسی رابطه سبک رهبری متواضعانه بر تعهد سازمانی در زنان پرداخته بودند، خلأ پژوهش در این زمینه احساس می‌شد. بنا بر آنچه گفته شد پژوهش حاضر در پی یافتن تأیید یا رد این فرضیه است که: بین سبک رهبری متواضعانه (تصدیق محدودیت‌های فردی، قدردانی از نقاط قوت دیگران و تعمیم‌پذیری) و تعهد سازمانی (تعهد عاطفی، تعهد هنجاری و تعهد مستمر) زنان شاغل رابطه وجود دارد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

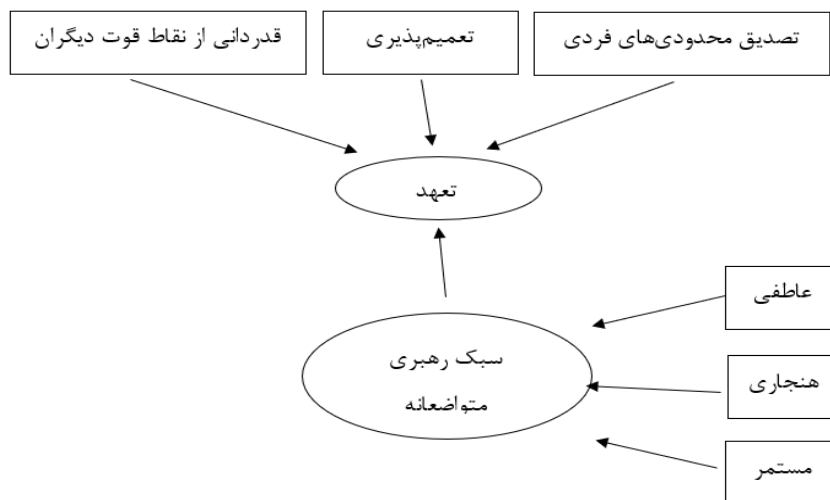
رهبری متواضعانه شامل سه مؤلفه رفتاری است. (۱) تصدیق محدودیت‌های فردی، (۲) قدردانی از نقاط قوت دیگران و (۳) تعمیم‌پذیری (Zhu et al., 2019). یکی از مفاهیمی که طی دهه‌های اخیر به‌شدت در تفکر مدیریتی نفوذ داشته، مفهوم تعهد سازمانی است. تعهد سازمانی حالتی است که فرد سازمان و به‌خصوص هدف‌های آن را معرف خود می‌داند و تمایل دارد تا عضو آن سازمان باقی بماند. تعهد سازمانی شامل نگرش‌های مثبت و منفی کارکنان نسبت به کل سازمانی است که در آن مشغول به کار هستند. در این شرایط فرد نسبت به سازمان احساس وفاداری عمیقی داشته و از طریق آن سازمان خود را مورد شناسایی قرار می‌دهد و شامل سه بعد تعهد عاطفی، تعهد هنجاری و تعهد مستمر است (Tharikh et al., 2016).

تیرگر (۱۴۰۲) در بررسی رابطه فرهنگ سازمانی و سبک‌های رهبری مدیران با انگیزش شغلی معلمان نشان داد که میان فرهنگ سازمانی و سبک‌های رهبری با انگیزش شغلی معلمان ارتباط وجود دارد. از میان مؤلفه‌های فرهنگ سازمانی (مشارکت شغلی، سازگاری، انطباق‌پذیری و مأموریت)، همگی رابطه مثبت و معناداری با انگیزش شغلی داشتند. همچنین، سبک رهبری دستوری رابطه معکوس و سبک‌های رهبری تشویقی، مشارکتی و تفویض اختیار رابطه مثبت و معناداری با انگیزش شغلی داشتند. عارف‌نژاد، شریعت‌نژاد و فتحی چگنی (۱۴۰۱) با شناسایی پیش‌آیندها و پیامدهای رهبری متواضعانه مدیران مدارس دریافتند که عواملی مانند پذیرش اشتباهات، قدردانی و انتقادپذیری از مهم‌ترین پیش‌آیندها و عواملی همچون بهبود کیفیت تدریس معلمان، خلاقیت و انگیزه از مهم‌ترین پیامدهای این سبک رهبری هستند. مرادی، ایروانی‌نژاد و معینی (۱۴۰۱) رابطه سبک رهبری سرپرستاران و انگیزش شغلی پرستاران را بررسی کردند. نتایج نشان داد که سبک رهبری سرپرستاران با انگیزش شغلی پرستاران ارتباط دارد؛ این رابطه در حیطه مادی معکوس و در حیطه معنوی مثبت است. پارک و کیم^۱ (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای بر سازمان‌های خصوصی کره جنوبی دریافتند که

رهبری تحول‌آفرین از طریق میانجی‌گری مشارکت کارکنان، بر تعهد سازمانی عاطفی و عملکرد شغلی تأثیر مثبت دارد. چو و پترسون^۲ (۲۰۲۱) در پژوهشی بر کارکنان یک شرکت اینترنتی در چین نشان دادند که رهبری فروتنانه با افزایش اعتماد و ادراک کارکنان، تعهد سازمانی و عملکرد شغلی آن‌ها را پیش‌بینی می‌کند. زو و لیو^۳ (۲۰۲۱) نیز دریافتند که رهبری فروتنانه با تعهد شغلی، تعهد عاطفی و رفتار صدا ارتباط مثبت دارد. تعهد شغلی نقش واسطه‌ای میان رهبری فروتنانه و تعهد عاطفی دارد و تعهد عاطفی تأثیر تعهد شغلی بر رفتار صدا را میانجی‌گری می‌کند.

۳- روش‌شناسی

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان شاغل شهر تبریز که در سال ۱۴۰۲ در سازمان‌های خصوصی مشغول به کار بودند، تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، از نوع غیرتصادفی در دسترس بود. بر اساس این اصل که در تحقیقات همبستگی بایستی برای هر متغیر حداقل ۵۰ نفر آزمودنی وجود داشته باشد (سلیمی، ۱۴۰۱). در این پژوهش حداقل تعداد آزمودنی برای هر متغیر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف، ۵۰ نفر در نظر گرفته شد. از این‌رو، تعداد نمونه در پژوهش حاضر را ۱۵۰ نفر تشکیل دادند. پس از کسب رضایت از شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های سبک رهبری فروتنانه اوانز و جانسون^۴ (۲۰۱۳) و تعهد سازمانی آلن و میر^۵ (۱۹۹۰) در بین آزمودنی‌ها اجرا شد. متغیرهایی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفت شامل: (۱) سن، (۲) وضعیت تأهل، (۳) تحصیلات، (۴) سابقه اشتغال به کار است و همچنین ارائه اطلاعات ناقص و نامعتبر و انصراف از تکمیل پرسشنامه‌ها به‌عنوان ریزش نمونه در نظر گرفته شد. همچنین مدل مفهومی این مقاله در (شکل یک) نمایش داده شده است.



شکل ۱- مدل مفهومی پژوهش

ابزارهایی که در این مقاله استفاده شده‌اند عبارت‌اند از:

- 2 Cho & Paterson
- 3 Zhou & Lu
- 4 Owens & Johnson
- 5 Allen & Meger

الف) پرسشنامه سبک رهبری فروتنانه: این پرسشنامه توسط اوانز و همکاران در سال ۲۰۱۳ ساخته شده که شامل ۹ سؤال و در سه بعد دارد تصدیق محدودیت‌های فردی (سؤالات ۱ تا ۳)، قدردانی از نقاط قوت دیگران (سؤالات ۴ تا ۶) و تعمیم‌پذیری (سؤالات ۷ تا ۹) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) است. دامنه امتیازات بین ۹ تا ۴۵ است و نمره بیشتر نشان‌دهنده سبک رهبری فروتنانه است. روایی پرسشنامه توسط اوانز و همکاران مورد تأیید قرار گرفته و میزان پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است. ضریب پایایی نسخه ایرانی این پرسشنامه در پژوهش نظری (۱۳۹۹) از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شده است (ذاکری و مهری، ۱۳۹۹).

ب) پرسشنامه تعهد سازمانی: این پرسشنامه توسط آلن و میر در سال ۱۹۹۰ ساخته شده و شامل ۲۴ سؤال در سه بعد تعهد عاطفی (سؤال ۱ تا ۸)، تعهد هنجاری (سؤال ۹ تا ۱۶) و تعهد مستمر (سؤال ۱۷ تا ۲۴) است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از بسیار موافقم (۷) تا کاملاً مخالفم (۱) است. لازم به ذکر است که سؤالات شماره ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱ و ۲۴ دارای شیوه نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. حداقل امتیاز ممکن ۲۴ و حداکثر ۱۶۸ خواهد بود. نمره بین ۲۴ تا ۶۴: تعهد سازمانی ضعیف، نمره بین ۶۴ تا ۹۶: تعهد سازمانی متوسط و نمره بالاتر از ۹۶: تعهد سازمانی قوی است. ضریب پایایی این پرسشنامه توسط سازندگان آن در بعد تعهد عاطفی ۰/۸۵، تعهد هنجاری ۰/۷۹ و تعهد مستمر ۰/۸۳ به دست آمد. در مطالعه‌ای که توسط صنوبری و صداقت‌جو (۱۳۹۳) در ایران انجام شد، ضریب پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ در بعد تعهد عاطفی ۰/۶۸، تعهد هنجاری ۰/۷۲ و تعهد مستمر ۰/۷۲ محاسبه شد (اصفحانی اصل و صداقت‌جو، ۱۳۹۴).

۴- یافته‌ها

در بخش اطلاعات جمعیت شناختی، بر اساس بررسی‌های انجام شده در ویژگی‌های دموگرافیک نمونه آماری، حداقل سن شرکت‌کنندگان ۲۵ و حداکثر ۵۰ بوده است. دامنه تغییرات ۲۵ و میانگین و انحراف استاندارد $38/09 \pm 7/438$ بود (جدول یک).

جدول ۱. داده‌های توصیفی متغیر جمعیت‌شناسی سن آزمودنی‌های پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	دامنه
سن	۲۹/۳۵	۳/۱۹۶	۲۵	۵۰	۲۵

در جدول شماره یک مقاله، داده‌های توصیفی مربوط به سن آزمودنی‌های پژوهش ارائه شده است. این جدول شامل میانگین سن (۲۹/۳۵ سال)، انحراف استاندارد (۳/۱۹۶)، حداقل (۲۵ سال)، حداکثر (۵۰ سال) و دامنه سنی (۲۵ سال) است.

در (جدول ۲) توزیع سطح تحصیلات آزمودنی‌های پژوهش را بر اساس پنج دسته‌بندی مختلف نشان می‌دهد: دیپلم، فوق‌دیپلم، لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری. از میان ۱۵۰ نفر شرکت‌کننده، بیشترین درصد متعلق به افرادی است که دارای مدرک لیسانس هستند، به طوری که ۴۴/۶۷ درصد از آزمودنی‌ها را تشکیل می‌دهند. پس از آن، فوق‌لیسانس با ۲۳/۳۳ درصد و فوق‌دیپلم با ۱۴ درصد قرار دارند. درصد افرادی با مدرک دکتری ۱۲ درصد و کمترین گروه متعلق به افرادی با مدرک دیپلم است که تنها ۶ درصد از نمونه را تشکیل می‌دهند.

جدول ۲. داده‌های توصیفی متغیر جمعیت‌شناختی سطح تحصیلات آزمودنی‌های پژوهش

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد فراوانی
سطح تحصیلات	دیپلم	۹	٪۶
	فوق‌دیپلم	۲۱	٪۱۴
	لیسانس	۶۷	٪۴۴/۶۷
	فوق‌لیسانس	۳۵	٪۲۳/۳۳
	دکتری	۱۸	٪۱۲

در جدول شماره دو، داده‌های توصیفی مرتبط با سطح تحصیلات آزمودنی‌های پژوهش نشان داده شده است. این جدول شامل فراوانی و درصد فراوانی هر طبقه تحصیلی است. بیشترین فراوانی مربوط به دارندگان مدرک لیسانس با ۶۷ نفر (۴۴/۶۷٪) است.

همان‌طور که در جدول سه مشاهده می‌کنید، داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفصیل ارائه شده است. این جدول شامل میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر امتیازات برای هر یک از متغیرهای پژوهش است. به طور خاص، میانگین و انحراف استاندارد متغیر سبک رهبری $5/01 \pm 29/12$ ، برای متغیر تعهد سازمانی $7/26 \pm 99/45$ است این داده‌ها نمایانگر توزیع و شدت تأثیرات هر یک از متغیرها در نمونه مورد بررسی است و نشان می‌دهند که در مجموع، مقادیر میانگین و انحراف استاندارد به‌طور معناداری از حدود میانگین‌های استاندارد فاصله دارند که خود دلیلی بر وجود تفاوت‌های قابل توجه در نظرات و پاسخ‌های اعضای نمونه پژوهش است.

جدول ۳. داده‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
سبک رهبری	۲۹/۱۲	۵/۰۱	۹	۴۵
تصدیق محدودیت فردی	۲/۹۸	۱/۴۰	۱	۵
قدردانی از نقاط قوت دیگران	۳/۱۵	۱/۳۴	۱	۵
تعمیم‌پذیری	۲/۹۴	۱/۳۳	۱	۵
تعهد سازمانی	۹۹/۴۵	۷/۲۶	۲۴	۱۶۸
تعهد عاطفی	۴/۰۱	۲/۰۰	۱	۷
تعهد هنجاری	۴/۰۵	۱/۹۶	۱	۷
تعهد مستمر	۳/۹۹	۱/۹۸	۱	۷

میانگین امتیاز و انحراف استاندارد متغیر سبک رهبری $29/12 \pm 5/01$ ، برای متغیر تعهد سازمانی $99/45 \pm 7/26$ است.

همان‌طور که در جدول چهار مشاهده می‌کنید، ماتریس همبستگی زیرمقیاس‌های تعهد سازمانی با زیرمقیاس‌های سبک رهبری نشان‌دهنده روابط مثبت و معناداری بین این ابعاد است. هر یک از زیرمقیاس‌های تعهد سازمانی مانند تعهد مستمر، تعهد هنجاری و تعهد عاطفی با زیرمقیاس‌های سبک رهبری از جمله تصدیق محرومیت فردی، قدردانی از نقاط قوت دیگران و تعمیم‌پذیری رابطه مثبت و معنادار دارند. به‌طور خاص، بالاترین همبستگی‌ها در این جدول بین تعهد مستمر و تعهد عاطفی با سایر ابعاد سبک رهبری مشاهده می‌شود.

جدول ۴. ماتریس همبستگی زیرمقیاس‌های تعهد سازمانی با زیرمقیاس‌های سبک رهبری

متغیر	تعهد عاطفی	تعهد هنجاری	تعهد مستمر	تعمیم‌پذیری	قدردانی از نقاط قوت دیگران	تصدیق محرومیت فردی
تصدیق محرومیت فردی	۰/۴۲۱	۰/۴۲۵	۰/۴۲۵	۰/۴۲۹	۰/۴۳۱	۱
قدردانی از نقاط قوت دیگران	۰/۴۴۴	۰/۴۲۹	۰/۴۲۸	۰/۴۳۶	۱	
تعمیم‌پذیری	۰/۴۳۶	۰/۴۵۱	۰/۴۳۰	۱		
تعهد مستمر	۰/۴۹۱	۰/۴۸۵	۱			
تعهد هنجاری	۰/۴۷۵	۱				
تعهد عاطفی	۱					

نتایج جدول ۴. حاکی از وجود رابطه مثبت و معنادار بین ابعاد تعهد سازمانی با ابعاد سبک رهبری است.

همان‌طور که در جدول پنج مشاهده می‌کنید، نتایج تحلیل عامل تأییدی مؤلفه‌های پرسشنامه‌ها ارائه شده است. این جدول شامل مقادیر بار عاملی، آماره تی، خطای استاندارد و ضریب اصلاح شده برای هر مؤلفه از متغیرهای مورد بررسی در پژوهش است. تمامی مقادیر بار عاملی از ۰/۶ بیشتر شده‌اند که نشان‌دهنده قدرت همبستگی مناسب بین مؤلفه‌ها و متغیرهای مربوطه است. همچنین، مقادیر آماره تی برای تمامی بارهای عاملی بالاتر از ۱/۹۶ محاسبه شده‌اند که این امر حاکی از معناداری آماری این بارها است. این نتایج نشان‌دهنده اعتبار و روایی پرسشنامه‌های پژوهش است و به پژوهشگران و مدیران کمک می‌کند تا بر اساس این داده‌ها تصمیم‌گیری‌های معتبری در زمینه بهبود سبک رهبری و افزایش تعهد سازمانی در محیط‌های کاری اتخاذ کنند.

جدول ۵. نتایج تحلیل عامل تأییدی مؤلفه‌های پرسشنامه‌ها

متغیر	مؤلفه	بار عاملی	ضریب اصلاح شده	خطای استاندارد	آماره تی	معناداری
سبک رهبری	s۱	۰/۹۷۱	۰/۸۶۹	۰/۰۶۳	۱۴/۱۹۲	۰/۰۰۰
	s۲	۰/۹۶۴	۰/۸۵۵	۰/۰۷۶	۸/۳۲۵	۰/۰۰۰
	s۳	۰/۹۷	۰/۸۸۸	۰/۰۷۸	۶/۴	۰/۰۰۰
	s۴	۰/۹۴۴	۰/۹۲۲	۰/۰۸۱	۹/۰۹۱	۰/۰۰۰
	s۵	۰/۹۳	۰/۹۰۵	۰/۰۷۹	۶/۸۱۱	۰/۰۰۰
	s۶	۰/۹۴	۰/۸۹۱	۰/۰۷	۱۱/۸۰۱	۰/۰۰۰
	s۷	۰/۹۳۴	۰/۹۲	۰/۰۶۸	۷/۳۲۳	۰/۰۰۰
	s۸	۰/۹۲۷	۰/۹۰۳	۰/۰۸۵	۶/۲۷۵	۰/۰۰۰
	s۹	۰/۹۳۷	۰/۸۹۳	۰/۰۶۵	۱۰/۳۳۴	۰/۰۰۰
تعهد سازمانی	t۱	۰/۶۹۳	۰/۶۴	۰/۰۶۶	۱۰/۵۱۴	۰/۰۰۰
	t۲	۰/۷۴۹	۰/۶۷۲	۰/۰۸	۸/۵۱۸	۰/۰۰۰
	t۳	۰/۹۳۷	۰/۸۷۴	۰/۰۷۵	۱۲/۴۴۴	۰/۰۰۰
	t۴	۱/۰۶۳	۰/۹۵۶	۰/۰۷۴	۱۰/۰۱۹	۰/۰۰۰
	t۵	۱/۰۷۸	۰/۹۷	۰/۰۷۲	۱۰/۷۹۵	۰/۰۰۰
	t۶	۱/۱۱۵	۰/۹۸۴	۰/۰۷۴	۱۱/۲۲۹	۰/۰۰۰
	t۷	۰/۹۷۲	۰/۸۶۸	۰/۰۶۷	۱۲/۱۷۳	۰/۰۰۰

۰/۰۰۰	۱۰/۴۱۱	۰/۰۶۵	۰/۹۲۴	۰/۹۶۱	t۸
۰/۰۰۰	۱۱/۰۵۷	۰/۰۶۸	۰/۹۵۱	۱/۰۹۷	t۹
۰/۰۰۰	۱۱/۱۸۴	۰/۰۰۷	۰/۹۸	۱/۰۲۱	t۱۰
۰/۰۰۰	۱۲/۹۹۴	۰/۰۶۷	۰/۹۵۵	۰/۹۶۴	t۱۱
۰/۰۰۰	۱۱/۶۷۱	۰/۰۶۸	۰/۸۲۴	۰/۸۶۶	t۱۲
۰/۰۰۰	۱۲/۱۸۴	۰/۰۶۵	۰/۷۷۷	۰/۸۳۲	t۱۳
۰/۰۰۰	۱۲/۵۲۷	۰/۰۶۴	۰/۷۳۷	۰/۸۴۸	t۱۴
۰/۰۰۰	۶/۶۳۶	۰/۰۷۹	۰/۹۷۴	۱/۰۰۷	t۱۵
۰/۰۰۰	۹/۰۸۶	۰/۰۷۷	۰/۹۷۷	۱/۱۷۶	t۱۶
۰/۰۰۰	۵/۴۳۵	۰/۰۷۴	۰/۹۸۲	۱/۱۴	t۱۷
۰/۰۰۰	۱۱/۲۲۸	۰/۰۶۵	۰/۸۹۹	۰/۹۹۳	t۱۸
۰/۰۰۰	۶/۹۷۷	۰/۰۷۶	۰/۹۱۲	۰/۹۹۱	t۱۹
۰/۰۰۰	۶/۴۰۶	۰/۰۷۳	۰/۹۰۵	۰/۹۲۷	t۲۰
۰/۰۰۰	۱۲/۵۶۲	۰/۰۶۱	۰/۹۲۱	۰/۹۹۳	t۲۱
۰/۰۰۰	۹/۹۱	۰/۰۶۴	۰/۷۸۷	۰/۸۴۲	t۲۲
۰/۰۰۰	۲/۲۴۸	۰/۰۷۳	۰/۸۲۴	۰/۸۴۴	t۲۳
۰/۰۰۰	۷/۷۰۱	۰/۰۷۵	۰/۹۵۱	۱/۰۵۲	t۲۴

تعیین پایایی (قابلیت اعتماد) ابزار سنجش

پایایی (قابلیت اعتماد) به توانایی یک وسیله اندازه‌گیری برای حفظ ثبات در طول زمان اشاره دارد؛ به عبارت دیگر، اگر ابزار اندازه‌گیری چندین بار در یک زمان کوتاه به گروه واحدی داده شود، نتایج باید نزدیک به هم باشد. پایایی می‌تواند از موقعیتی به موقعیت دیگر و از گروهی به گروه دیگر متفاوت باشد. برای محاسبه پایایی، روش‌های مختلفی وجود دارد که در این پژوهش از آلفای کرونباخ استفاده شده است. آلفای کرونباخ به‌ویژه برای محاسبه هماهنگی درونی ابزارهایی مانند پرسشنامه‌ها کاربرد دارد. این روش با محاسبه واریانس نمرات هر زیرمجموعه از سؤالات و واریانس کل، ضریب آلفا را تعیین می‌کند.

$$r_a = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_k^2}{S_t^2} \right) \quad \text{فرمول (۱)}$$

- **K**: تعداد سؤالات پرسشنامه
- **S_k²**: واریانس پاسخ‌های همه آزمودنی‌ها به سؤال **k** ام
- **S_t²**: واریانس جمع نمره‌های هر پاسخگو

در پژوهش حاضر از آلفای کرونباخ جهت بررسی پایایی پرسشنامه‌ها استفاده شد و مقدار آلفای کرونباخ برای تمامی بخش‌های پرسش‌نامه بیشتر از ۰/۸ به دست آمد؛ بنابراین پایایی ابزار سنجش قابل قبول است.

جدول ۶. بررسی روایی و پایایی ابزار استفاده شده در پژوهش

متغیر	روایی محتوایی (CVR)	پایایی ترکیبی	آلفای کرونباخ
سبک رهبری	۰/۹۷۸	۰/۹۵۲	۰/۹۴۸
تعهد سازمانی	۰/۸۹	۰/۹۵۶	۰/۸۴۴
تصدیق محدودیت فردی	۰/۹۳۸	۰/۹۷۸	۰/۹۷۸
تعمیم‌پذیری	۰/۸۷	۰/۹۵۲	۰/۹۵۲
قدردانی از نقاط قوت	۰/۸۸	۰/۹۵۶	۰/۹۵۶
تعهد مستمر	۰/۹۵۵	۰/۹۹۹	۰/۷۳۲
تعهد هنجاری	۰/۹۵۲	۱/۰۰۲	۰/۹۳
تعهد عاطفی	۰/۹۴۷	۱/۰۰۲	۰/۸۵۲

با توجه به جدول شش مقادیر به دست آمده برای روایی محتوایی بیش‌تر از ۰/۷ بوده لذا روایی محتوایی ابزار پژوهش تأیید می‌شود. همچنین با توجه به اینکه مقادیر آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی بالاتر از ۰/۷ به دست آمده، پایایی ابزار پژوهش مورد تأیید واقع می‌شود.

شاخص‌های برازش مدل

برای بررسی برازش مدل آزمون شده، از سه دسته شاخص‌های برازش مطلق، تطبیقی و مقتصد استفاده شد. شاخص‌های برازش مطلق به بررسی واریانس خطا یا تبیین نشده پس از برازش مدل می‌پردازند. شاخص‌های برازش تطبیقی بررسی می‌کنند که یک مدل چگونه در مقایسه با سایر مدل‌ها، داده‌های مشاهده‌شده را تبیین می‌کند و فاصله آن از مدل صفر (بدون مسیر بین متغیرها) را نشان می‌دهند. هرچه این فاصله بیشتر باشد، برازش مدل بهتر است. شاخص‌های برازش مقتصد ترکیب برازندگی و صرفه‌جویی مدل را ارزیابی می‌کنند. در تحلیل عاملی تأییدی، بهترین حالت زمانی است که شاخص‌های RMSEA، CMNI/DF و دو شاخص تطبیقی در محدوده مطلوب باشند. در این پژوهش، شاخص‌های CFI، TLI، IFI و NFI به عنوان شاخص‌های برازش تطبیقی و شاخص‌های CMNI/DF، PNFI و RMSEA به عنوان شاخص‌های برازش مقتصد در نظر گرفته شده‌اند که در جدول هفت گزارش شده‌اند.

جدول ۷. شاخص‌های برازش مدل

نوع شاخص	شاخص‌های برازش تطبیقی			شاخص‌های برازش مقتصد		
	CFI	TLI	IFI	NFI	CMNI/DF	PNFI
مقادیر به دست آمده	۰/۹۶۷	۰/۹۲۴	۰/۹۶۰	۰/۹۶۵	۱/۷۳۴	۰/۷۵۳
مقادیر مطلوب	>۰/۹X	>۰/۹X	>۰/۹X	>۰/۹X	۳ < X	>۰/۶X
						<۰/۰۸X

با استناد به شاخص‌های به دست آمده در جدول هفت می‌توان گفت که مدل از برازندگی خوبی برخوردار است.

جهت بررسی اعتبار کلی مدل نیز از شاخص GOF استفاده شد. برای GOF سه مقدار برای ارزیابی شاخص GOF در نظر گرفته‌اند به طوری که اگر مقادیر آن بین ۰/۱ تا ۰/۲۵ باشد ضعیف بین ۰/۲۵ تا ۰/۳۵ باشد متوسط و اگر بیش‌تر از ۰/۳۵ و نزدیک به ۱ باشد

قوی است. با توجه به جدول زیر، مقادیر این شاخص برای سبک رهبری بیش تر از ۰/۳۵ است، از اعتبار بالایی برخوردارند و مقدار این شاخص برای تعهد سازمانی برابر با ۰/۳۰۵ است که یعنی از اعتبار متوسطی برخوردار است (جدول هشت).

جدول ۸. شاخص GOF جهت بررسی اعتبار کلی مدل

متغیر	AVE	R-square	√AVE	R-square	GOF
سبک رهبری	۰/۹۷۸	۰/۹۸۵	۰/۹۸۸	۰/۹۷	۰/۹۵۸
تعهد سازمانی	۰/۸۹	۰/۵۷۰	۰/۹۴۳	۰/۳۲۴	۰/۳۰۵

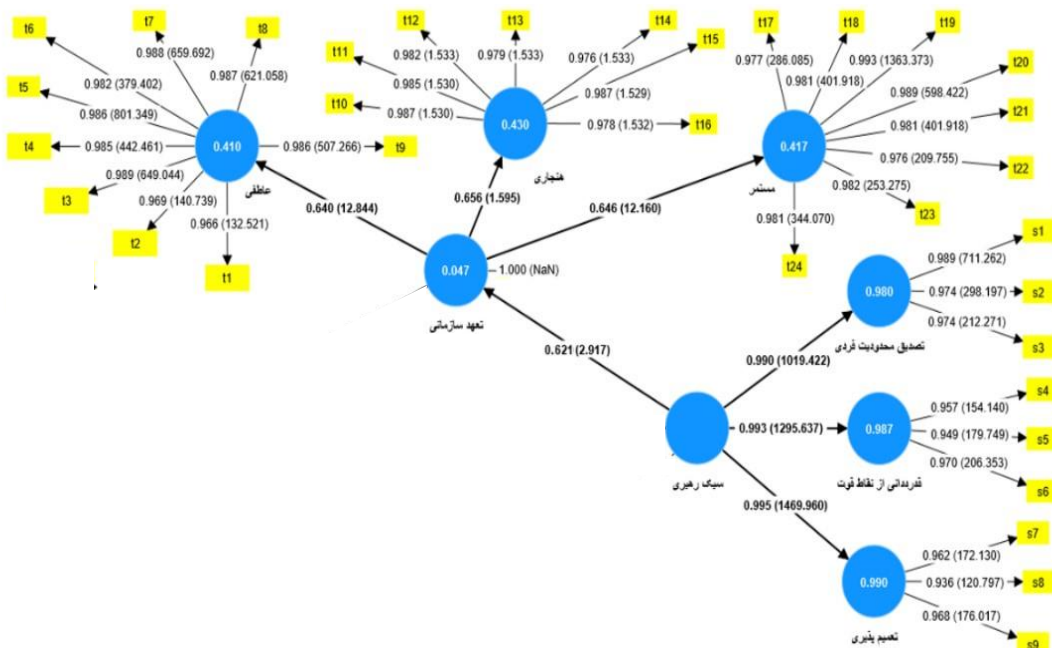
همان‌طور که در جدول نه مشاهده می‌کنید، ضرایب تأثیر غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک به تفکیک مسیرها و آماره‌های تی مختلف گزارش شده است. بر اساس نتایج جدول نه می‌توان استدلال کرد که تعهد سازمانی نقش مستقیم و معناداری در ارتباط با سبک‌های رهبری ایفا می‌کند.

جدول ۹. ضرایب تأثیر غیرمستقیم متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک

مسیر	ضریب مسیر	اندازه اثر	انحراف استاندارد	آماره تی	معناداری
سبک رهبری -> تعهد سازمانی -> عاطفی	۰/۱۳۸	۰/۳۸۳	۰/۰۴۶	۳/۰۰۲	۰/۰۰۳
سبک رهبری -> تعهد سازمانی -> مستمر	۰/۱۳۹	۰/۳۸۵	۰/۰۴۶	۳/۰۳۳	۰/۰۰۲
سبک رهبری -> تعهد سازمانی -> هنجاری	۰/۱۴۲	۰/۳۸۲	۰/۱	۱/۴۱۴	۰/۰۰۵

بر اساس نتایج جدول نه بنابراین فرضه پژوهش می‌توان استدلال کرد که تعهد سازمانی بر سبک‌های رهبری نقش مستقیم و معنادار دارد.

در نهایت بعد از تأیید فرضیه اصلی و پیش‌فرض‌های مربوطه مدل پیشنهادی نهایی به قرار زیر است.



شکل ۲ - مدل نهایی پژوهش

اعداد موجود بر روی مسیرهای بین متغیرهای پنهان مقادیر مربوط به ضریب مسیر و آماره تی است که به ترتیب از مقدار ۰/۴۰ و ۱/۹۶ بیش‌تر می‌باشند و بنابراین تأیید می‌شوند. اعداد بین متغیرهای پنهان با آشکار نیز مقادیر مربوط به آماره تی هستند که از ۱/۹۶ بیش‌تر می‌باشند و مورد تأیید واقع می‌شوند. اعداد موجود بر روی متغیرهای پنهان مقادیر مربوط به ضریب تعیین هستند.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان‌دهنده اهمیت سبک رهبری متواضعانه در تقویت تعهد سازمانی کارکنان، به‌ویژه زنان شاغل است. رهبران متواضع با پذیرش اشتباهات، طلب بخشش و تمرکز بر نقاط قوت کارکنان، شخصیت متواضع و فروتن خود را به نمایش می‌گذارند. چنین رهبرانی با فراهم کردن فرصت‌های مناسب برای نشان دادن قابلیت‌ها و استعدادهای کارکنان، محیطی امن و صمیمی ایجاد می‌کنند که در آن افراد احساس ارزشمندی و مشارکت دارند. به‌علاوه، این رهبران با پذیرش انتقاد و بازخورد سازنده از سوی دیگران، نشان می‌دهند که هیچ‌کس در همه ابعاد کامل نیست و آمادگی بهبود مستمر دارند (مرادی و همکاران، ۱۴۰۱).

نتایج این پژوهش همسو با تحقیقات گذشته نشان داد که سبک رهبری متواضعانه بر مؤلفه‌های مختلف تعهد سازمانی شامل تعهد عاطفی، هنجاری و مستمر تأثیر مثبت و معناداری دارد. رهبران متواضع، علاوه بر توجه به اهداف سازمانی، به نیازها و رفاه کارکنان نیز اهمیت می‌دهند. این رهبران توانمندسازی، ایجاد اعتماد متقابل، روحیه همکاری، استفاده اخلاقی از قدرت و ارزش قائل شدن برای خدمت‌رسانی به کارکنان را از اولویت‌های خود می‌دانند (عارف‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۱). چنین رویکردی موجب می‌شود کارکنان نیز احساس مسئولیت بیشتری نسبت به سازمان و رهبر خود داشته باشند و با تعهد کامل وظایفشان را انجام دهند. مدل معادلات ساختاری در این پژوهش تأیید کرد که میان سبک رهبری متواضعانه و تعهد سازمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته‌ها هم‌راستا با پژوهش‌های مشابهی همچون تحقیقات مرادی و همکاران (۱۴۰۱)، عارف‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) و تیرگر (۱۴۰۲). همچنین پژوهش‌های بین‌المللی مانند پارک و همکاران (۲۰۲۲)، چو و همکاران (۲۰۲۱) و زو و همکاران (۲۰۲۱) است. این نتایج بیانگر آن است که سبک رهبری متواضعانه به‌عنوان یک استراتژی مؤثر می‌تواند به تقویت تعهد سازمانی و بهبود عملکرد کارکنان منجر شود.

بررسی میانگین نمرات نشان داد که متغیر سبک رهبری متواضعانه با میانگین ۲۹/۱۲ و تعهد سازمانی با میانگین ۹۹/۴۵، بالاتر از میانگین نسبی است. این امر بر اهمیت این متغیرها در راستای اهداف پژوهش تأکید می‌کند. همچنین، مدل پژوهش از نظر روایی همگرا، پایایی ترکیبی سازه و شاخص‌های برازش، مطلوب بوده و مورد تأیید قرار گرفت. این یافته‌ها نشان‌دهنده تأثیر مثبت رهبری متواضعانه در تقویت تعهد سازمانی کارکنان، به‌ویژه زنان شاغل در بخش خصوصی، است.

از سوی دیگر، عدم انتخاب سبک رهبری مناسب می‌تواند پیامدهای منفی قابل توجهی برای سازمان‌ها به همراه داشته باشد. در چنین شرایطی، کشمکش‌ها و اختلافات میان مدیریت و کارکنان افزایش یافته، فرسودگی شغلی ایجاد می‌شود و در نتیجه تعهد سازمانی، رضایت شغلی و بهره‌وری کارکنان کاهش می‌یابد (بابایی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ بنابراین، انتخاب سبک رهبری مناسب نقش مهمی در جلوگیری از این مشکلات و بهبود کلی سازمان دارد. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رهبران متواضع از طریق ایجاد فرهنگ سازمانی مبتنی بر عدالت، شفافیت و مشارکت، می‌توانند نقش کلیدی در ارتقای جایگاه زنان ایفا کنند. در چنین محیط‌هایی، زنان نه‌تنها احساس امنیت بیشتری برای بیان نظرات و ایده‌های خود دارند، بلکه امکان رشد و پیشرفت حرفه‌ای آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. علاوه بر این، ایجاد محیط‌های حمایتی توسط رهبران متواضع، موجب افزایش انگیزه و اشتیاق کارکنان و بهبود بهره‌وری سازمانی می‌شود.

به طور کلی، این پژوهش تأکید می‌کند که سبک رهبری متواضعانه می‌تواند به عنوان راهبردی مؤثر در افزایش تعهد سازمانی و کاهش نابرابری‌های شغلی، به‌ویژه در حوزه زنان، به کار گرفته شود. با اتخاذ این رویکرد، مدیران می‌توانند به بهبود عملکرد سازمان، تقویت عدالت اجتماعی و دستیابی به برابری جنسیتی کمک کنند. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که سازمان‌ها برای ارتقای تعهد سازمانی کارکنان، برنامه‌های آموزشی و توسعه‌ای برای ترویج سبک رهبری متواضعانه طراحی کنند. چنین رویکردی علاوه بر افزایش بهره‌وری و تعهد سازمانی، به ایجاد محیط کاری سالم‌تر و مشارکت‌محور نیز کمک خواهد کرد و زمینه‌ساز موفقیت فردی و سازمانی خواهد بود.

۶- منابع

- ۱- اصفهانی اصل، مریم؛ و صداقت‌جو، مسعود (۱۳۹۴). رابطه سبک رهبری، عدالت سازمانی و توانمندسازی روان‌شناختی یا انگیزش شغلی و تعهد سازمانی در کارکنان زن. فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ، ۶(۲۴)، ۸-۹۴.
- ۲- بابایی، محمدمهدی؛ معینی‌کیا، مهدی؛ زاهد بابلان، عادل؛ و قنبری، شهربانو (۱۳۹۷). بررسی اثر میانجی‌گری عدالت سازمانی در رابطه سبک رهبری و تعهد سازمانی مدیران مدارس. پژوهش‌های روان‌شناختی در مدیریت، ۴(۱)، ۹۹-۱۲۵.
- ۳- پاشازاده، یوسف؛ سلیمانی، محمد؛ و تیموری‌آذر، خلیل (۱۳۹۹). رابطه نوین رویکرد صادقانه و فروتنانه رهبری اخلاقی با عملکرد سازمانی. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، ۱۵(۲)، ۷۶-۸۵. **doi:10.1001.1.22517634.1399.15.2.10.8**
- ۴- تیرگر، هدایت (۱۴۰۲). ارتباط سنجی سبک‌های رهبری مدیران با انگیزش شغلی معلمان. پژوهشنامه سبک زندگی، ۱(۹)، ۳۳-۵۴.
- ۵- حاجیان، مرتضی؛ شیرازی تهرانی، سمیرا؛ و صالح‌زاده، رضا (۱۴۰۱). بررسی تأثیر رهبری متواضعانه بر عملکرد سازمان: نقش میانجی توانمندسازی روان‌شناختی، امنیت روانی، رفتار کاری نوآورانه و خلاقیت کارکنان در شرکت بیمه ایران. رهیاری کوچینگ در مدیریت و توسعه بهره‌وری، ۱(۱)، ۳۱-۴۶. **doi:10.22034/JCMPD.2022.553133.1014**
- ۶- ذاکری، عبدالوند؛ و مهری (۲۰۱۸). بررسی تأثیر فلات زدگی شغلی بر عملکرد شغلی کارکنان شرکت پاکشو با در نظر گرفتن نقش میانجی رضایت شغلی و تعهد سازمانی. مهندسی مدیریت نوین، ۲۵(۷)، ۸۹-۹۹.
- ۷- راوودراد، اعظم (۱۳۸۳). مقایسه نقش شغلی زنان و مردان متخصص: فاصله نظر و عمل. مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۷(۵)، ۳۷-۴۲. **doi:10.22051/jwsps.2004.1227**
- ۸- زمانی، علیرضا؛ و چناری، علیرضا (۱۳۹۸). بررسی رابطه سبک رهبری با تعهد سازمانی و جو سازمانی سازمان امور مالیاتی کشور. پژوهش‌نامه مالیات، ۴۳: ۱۱۹-۱۴۵.
- ۹- سلیمی، بهمن (۱۴۰۱). مطالعه عوامل مؤثر بر تعهد شغلی کارمندان ادارات دولتی. فصلنامه رویکردهای پژوهشی نوین در مدیریت و حسابداری، ۶(۸۴)، ۹۹۵-۱۰۱۶.
- ۱۰- عارف‌نژاد، محسن؛ شریعت‌نژاد، علی؛ و فتحی‌چگنی، فریبرز (۱۴۰۱). شناسایی و اولویت‌بندی پیش-آیندها و پس‌آیندهای سبک رهبری متواضعانه مدیران با رویکرد دلفی فازی. یک پژوهش ترکیبی. مجله علمی رهبری آموزش کاربردی، ۳(۳)، ۱-۱۸. **doi:10.22098/acl.2022.11116.1117**
- ۱۱- مرادی، زهرا؛ ایروانی‌نژاد، سروی؛ و معینی، مهین (۱۴۰۱). بررسی رابطه سبک رهبری سرپرستاران و انگیزه شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان شهید چمران اصفهان در سال ۱۳۹۲. آموزش و اخلاق در پرستاری، ۴(۲)، ۱۵-۲۳.
- 12- Ali, M., Li, Z., Durrani, D. K., Shah, A. M., & Khuram, W. (2021). Goal clarity as a link between humble leadership and project success: the interactive effects of organizational culture. *Baltic journal of management*, 16(3), 407-423. **doi:10.1108/BJM-09-2020-0341.**

- 13- Aryanto, V. D. W. (2017). The Role of Local Wisdom-Based e-Eco-Innovation to Promote Firms' Marketing Performance. *International Journal of Social Ecology and Sustainable Development (IJSESD)*, 8(1), 17-31. **doi:10.4018/IJSESD.2017010102.**
- 14- Guo, H. (2018, October). The formation of highly-cooperative organizational climate considering impacts of organizational commitment and team cohesion. In *3rd International Symposium on Asian B&R Conference on International Business Cooperation (ISBCD 2018)* (pp. 431-434). Atlantis Press. **doi:10.2991/isbcd-18.2018.86.**
- 15- Liu, C.Y. (2016), "Does Humble Leadership Behavior Promote Employees' Voice Behavior?-A Dual Mediating Model". *Open Journal of Business and Management*, 4, pp: 731-740. **doi:10.4236/ojbm.2016.44071.**
- 16- Luu, T. T. (2021). Can humble leaders nurture employee well-being? The roles of job crafting and public service motivation. *Personnel Review*, 50(3), 789-811. **doi:10.1108/PR-12-2019-0701.**
- 17- Mathis, R. L., Jackson, J. H., Valentine, S. R., & Meglich, P. (2016). *Human resource management*. Nelson Education, 9(3), pp 5-16.
- 18- Tharikh, S. M., Ying, C. Y., & Saad, Z. M. (2016). Managing Job Attitudes: The Roles of Job Satisfaction and Organizational Commitment on Organizational Citizenship Behaviors. *Procedia Economics and Finance*, 35, 604-611. **doi:10.1016/S2212-5671(16)00074-5.**
- 19- Zhu, Y., Zhang, S., & Shen, Y. (2019). Humble leadership and employee resilience: exploring the mediating mechanism of work-related promotion focus and perceived insider identity. *Frontiers in Psychology*, 10, 673. **doi:10.3389/fpsyg.2019.00673.**
- 20- Park, J., Han, S. J., Kim, J., & Kim, W. (2022). Structural relationships among transformational leadership, affective organizational commitment, and job performance: the mediating role of employee engagement. *European Journal of Training and Development*, 46(9), 920-936. **doi:10.1108/EJTD-10-2020-0149.**
- 21- Cho, J., Schilpzand, P., Huang, L., & Paterson, T. (2021). How and when humble leadership facilitates employee job performance: the roles of feeling trusted and job autonomy. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 28(2), 169-184. **doi:10.1177/154805182097963.**
- 22- Zhou, X., Wu, Z., Liang, D., Jia, R., Wang, M., Chen, C., & Lu, G. (2021). Nurses' voice behaviour: The influence of humble leadership, affective commitment and job embeddedness in China. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1603-1612. **doi:10.1111/jonm.13306.**
- 23- Allen, N.J. and Meger, J.P. (1990) " the measurement and Antecedents of Affective, *continuance and Normative commitment to the organization* , "pp.1-18. **doi:10.1111/j.2044-8325.1990.tb00506.x.**
- 24- Owens, B.P., Johnson, M.D., Mitchell, T.R. Expressed humility in organizations: *implications for performance, teams, and leadership*. *Organ. Sci.* 2013, 24: 1517-1538 . **doi:10.1287/orsc.1120.0795.**

Humble Leadership and Organizational Commitment: The Flourishing Role of Women in the Private Workplace

Nasim Mohammad Ali Zadeh Nobar¹, Hajer Kohan Sal^{*2}

1-Master's in Industrial-Organizational Psychology, Department of Psychology, Fatemieh Non-profit Institute, Shiraz, Fars, Iran.

alizadehnasimpsy@gmail.com

2-Assistant Professor, Department of Psychology, Fatemieh Non-profit Institute, Shiraz, Fars, Iran. (Corresponding Author)

kohansal.h@gmail.com

Abstract

Choosing an appropriate leadership style can significantly improve employee performance, increase job satisfaction, and strengthen organizational commitment. This study aimed to investigate the role of humble leadership style in enhancing the organizational commitment of women employees in the city of Tabriz. The research was fundamental in nature and employed a descriptive-correlational approach (path analysis). The sample consisted of 150 women employed in private organizations in Tabriz, selected using a convenience sampling method in 2023. Data were collected using the humble leadership style questionnaire by Evans et al. (2013) and the organizational commitment questionnaire by Allen and Meyer (1990). Data analysis revealed that humble leadership style has a positive and significant impact on organizational commitment. These findings highlight the importance of adopting humble leadership style in private organizations, which often face challenges such as high competition, retention of talented human resources, and increased productivity. Humble leadership style can serve as an effective approach to enhancing employee motivation and job commitment, especially for women employees. Given that women in the workplace may encounter additional barriers, fostering their organizational commitment through the humble support and guidance of managers can significantly contribute to improving organizational performance. This approach not only boosts employee motivation but also facilitates the long-term retention and development of human capital.

Keywords: Humble leadership style, organizational commitment, women.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

استرس شغلی، روابط اجتماعی و تأثیرات آن بر زنان باردار:

مطالعه موردی

لادن اشرف^۱، یاسر دهقانی^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی اجتماعی، مؤسسه غیرانتفاعی فاطمیه علیها السلام شیراز، شیراز، فارس، ایران.

ladanashrafpsy@gmail.com

۲- دکتری مطالعات برنامه درسی، استادیار مؤسسه غیرانتفاعی فاطمیه علیها السلام شیراز، شیراز، فارس، ایران. (نویسنده مسئول)

Yaser.dehghani@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۷/۲۵]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۵/۱۸]

چکیده

در دنیای امروز، زنان باردار با مسائلی همچون استرس‌های شغلی، اقتصادی و تغییرات در روابط اجتماعی روبرو می‌شوند که ممکن است تأثیرات قابل توجهی بر سلامت روانی و جسمی آن‌ها داشته باشد. این مقاله به بررسی ارتباطات میان استرس شغلی، روابط اجتماعی و تأثیرات آن بر زنان باردار پرداخته و به اهمیت این تحقیق برای بهبود فهم عوامل مؤثر بر سلامت زنان باردار و ارتقاء شرایط آن‌ها برای توسعه و ارتقاء جمعیت کشور اشاره کرده است. این مطالعه از یک گروه زنان باردار در شهرستان بوشهر با هفت مصاحبه نیمه ساختاریافته، نتایج نشان داده است که زنان باردار با تجربه استرس‌های شغلی زیاد، تغییرات در روابط اجتماعی و فشارهای روان‌شناختی مواجه هستند. تحلیل دقیق نشان می‌دهد که راهکارهای روانشناسی، به خصوص روانشناسی اجتماعی، می‌تواند در کاهش تأثیرات منفی استرس شغلی بر زنان باردار نقش داشته باشند. به نظر می‌رسد که ارتباط معناداری میان استرس شغلی، روابط اجتماعی و تأثیرات آن بر زنان باردار وجود دارد. این نتایج تأکید می‌کنند که مدیریت مناسب استرس و تقویت روابط اجتماعی می‌تواند بهبود وضعیت سلامت روانی و جسمی زنان باردار را تسهیل نماید و به افزایش شاخص رشد جمعیت در ایران کمک کند.

واژگان کلیدی: استرس شغلی، روابط اجتماعی، زنان باردار، حمایت اجتماعی.

۱- مقدمه

در حوزه روانشناسی اجتماعی، توجه به تحلیل علمی رویدادهای اجتماعی متنوع و دیدگاه‌های مرتبط با زندگی اجتماعی افراد، به ویژه روابط بین افراد و گروه‌ها و تأثیر هر یک بر دیگری، از اهمیت بسیاری برخوردار است (عباسی، اصلانی نیا و بیگلر، ۱۳۹۲). در این عرصه، روانشناسی اجتماعی به مطالعه کردارها و ویژگی‌های فردی افراد در جامعه می‌پردازد و علائق و اهداف شخصی را در ارتباط با دیگران مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین روانشناسی اجتماعی به توجه به ویژگی‌ها و ابعاد فردی هر فرد می‌پردازد (صدیق سروستانی و هاشمی، ۱۳۸۱)؛ به عبارت دیگر، روانشناسی اجتماعی به تأثیرپذیری رفتارهای اجتماعی نیز می‌پردازد (پژمان فر، باقری و نصرالهی، ۱۳۹۹). برخی روانشناسان باور دارند که رفتارها و اعمال انسانی تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و موقعیت‌های اجتماعی قرار می‌گیرند و همچنین توسط بررسی وضعیت روانی افراد و تبیین نگرش‌ها و رفتارهای گروهی، واقعیت‌ها و رویدادهای اجتماعی را مشخص می‌کنند (نظامی پور و معین‌الدینی، ۱۳۹۷).

یکی از زیرشاخه‌های روانشناسی اجتماعی، مطالعه بارداری در زنان را در برمی‌گیرد. روانشناسان، دوران بارداری را به‌عنوان دوره‌ای از آشفتگی عاطفی و احساسی تشخیص می‌دهند، به‌عنوان مثال، نظریه اریکسون اشاره می‌کند که در طول دوره‌های تکامل و رشد، انسان با آشفتگی‌هایی مواجه می‌شود و بیشترین آشفتگی را به دوران بارداری نسبت می‌دهد (بنازاده، باغبان و فاتحی‌زاده، ۱۳۸۶). بارداری یکی از مراحل مهم زندگی زنان محسوب می‌شود و علت آن این است که آن‌ها را با رشد و تکامل یک فرد دیگر مواجه می‌کند (چوچیان و محمدی، ۱۳۹۸). به‌عبارت دیگر، بارداری یک دوره حساس و پرتنش در زندگی زنان است که در این دوره، آن‌ها با تغییرات جسمانی، اجتماعی و احساسی مواجه می‌شوند و تلاش می‌کنند تا با این تغییرات سازگاری پیدا کنند. اثرگذاری فرآیندهای روان‌شناختی مادر بر شاخص‌های رشد و سلامتی جنین بسیار حائز اهمیت است و اختلالات ذهنی یا تغییرات روان‌شناختی او می‌تواند بر جنین تأثیرگذار باشد. همچنین، بارداری یک فرآیند پیچیده در زمینه فیزیولوژیکی است که به‌علاوه از تغییرات در عملکرد دستگاه‌های بدنی، بر تغییرات روانی و اجتماعی زنان نیز تأثیر می‌گذارد (سبحانی، باباخانی و آل‌بویه، ۱۳۹۸). چالش‌هایی که زنان در این دوره با آن مواجه می‌شوند، می‌تواند منجر به بروز اختلالات روانی مانند افسردگی، لندوه پس از زایمان و اضطراب گردد (روزبهرانی، دولتیان و محمودی، ۱۳۹۸).

یکی از مسائل مهمی که زنان باردار ممکن است با آن مواجه شوند، اختلال در روابط اجتماعی خود است (Rodgers, Campagna, Hayes, Sharma, Runquist, Fiuza & Piran, 2024). انسان به‌عنوان یک موجود اجتماعی، تحت تأثیر نظام‌ها و فرهنگ‌های جامعه خود قرار دارد و در نتیجه باید توانایی برآورده کردن نیازهای خود و حفظ آرامش و تعادل را داشته باشد (Atkin, Bernhardt, Olayinka & Simmonds, 2023). به همین دلیل، انسان باید توانایی سازگاری با اجتماع را داشته باشد (طالبی بهمن بیگلر، خسروی و صدراله، ۱۴۰۰). بر اساس نظریه آدلر، قابلیت فرد در نمو روابط اجتماعی به معنای احساس ارزشیابی، اعتماد به نفس و توانایی سازگاری با محیط اجتماعی است (Torrico & Cedeno, 2024). آدلر باور دارد که انسان باید اهداف و پنداره‌های خود را به درستی شناسایی کرده و بر اساس حقه و بهانه عمل نکند. او معتقد است که فرد می‌تواند با داشتن رفتاری دلربا و شادمان، روابط اجتماعی مثبت و مفیدی با دیگران داشته باشد (صمدی و دلیر، ۱۳۹۹). مشکلات خلقی مانند افسردگی و اضطراب، به ویژه اختلال افسردگی پس از زایمان، از پر رایج‌ترین و مهم‌ترین اختلالات روان‌شناختی هستند که در دوران بارداری و پس از آن رخ می‌دهند و تأثیر منفی بر روابط اجتماعی زنان باردار دارند (احمدی، موسوی صاحب‌الزمانی و آشتیانی، ۱۳۹۳).

بیشتر زنان باردار در طول دوران بارداری با میزان قابل توجهی استرس شغلی روبرو می‌شوند (Zhang, Huang, Lei & Liu, 2024). در دنیای امروز، مسائل مرتبط با حیطة کاری زنان، چه در محیط کار و چه در خانواده، به یکی از مسائل مورد نگرانی محققان در حوزه اجتماعی تبدیل شده است (حمیدزاده، قمری و فتحی اقدم، ۱۳۹۲). به همین دلیل، موضوع رضایت شغلی و استرس شغلی، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی، در دو دهه اخیر توجه زیادی از سوی روانشناسان به خود جلب کرده است (غفوریان، قاسمی و ابراهیمی، ۱۳۹۰). استرس شغلی معمولاً ناشی از عدم تطابق بین نیازها و تمایلات فردی با نیازها و ضرورت‌های شغلی، همراه با پاسخ‌های هیجانی منفی است که ممکن است به بروز آن منجر شود (برنده، شفیع‌آبادی و احقر، ۱۳۸۹). این نوع استرس می‌تواند تأثیرات نامطلوبی و مضر بر عملکرد جسمانی و روانی انسان‌ها داشته باشد و به تبع آن، کاهش رضایت شغلی و بهره‌وری آن‌ها را به همراه داشته باشد (حسینی، آقاملایی و معینی، ۱۳۹۲). شغل به‌عنوان یک مرحله مهم در زندگی، ممکن است تنش و فشار روانی قابل توجهی را برای افراد ایجاد کند و استرس مرتبط با شغل، یکی از مخرب‌ترین نیروهای جامعه مدرن و نوبه حساب می‌آید (کاظمی، جاویدی و آرام، ۱۳۸۹). همچنین، استرس‌های شغلی ممکن است به کیفیت زندگی افراد آسیب یا ضربه بزند و بازدهی در کار را کاهش دهد (حسینی، آقاملایی و معینی، ۱۳۹۲). در واقعیت، استرس شغلی تأثیر مستقیمی و منفی بر سلامت فرد دارد و می‌تواند مشکلات متعددی را برای کارمندان و سازمان‌ها به وجود آورد و همچنین باعث کاهش عملکرد کارکنان، کاهش رضایت شغلی و کاهش بهره‌وری و سودآوری سازمان می‌شود (مهرابی، شیروانی و عریانی، ۱۴۰۲).

این تحقیق به ما کمک می‌کند تا فهم و درک بهتری از نحوه تأثیر استرس شغلی بر روابط اجتماعی زنان باردار پیدا کنیم و راه و روش‌هایی را برای مدیریت یا کنترل استرس در محیط کار و تقویت و حفظ روابط اجتماعی آنان پیشنهاد دهیم. با توجه به اینکه استرس شغلی امروزه به یکی از مسائل مهم و تأثیرگذار در جوامع نوین و مدرن تبدیل شده است (احمد، صدیق، سوزانا و سفیان، ۲۰۲۳). این تحقیق می‌تواند به رفاه و بهبود شرایط کاری، اقتصادی و زندگی زنان باردار کمک کرده و تأثیر مثبتی بر سلامت جسمی و روانی آنان داشته باشد. از این رو، این تحقیق از اهمیت، ضرورت و ارزش ویژه‌ای برخوردار است و به دلیل تأثیرات بالقوه‌ای که می‌تواند بر روابط اجتماعی و سلامت زنان باردار داشته باشد، ضروری و حائز اهمیت و مهم به نظر می‌آید.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

لواسانی و همکاران دست به تحقیقی با عنوان (معنویت، استرس شغلی، تعهد سازمانی و رضایت شغلی در پرستاران شهر تهران) و جامعه‌ی آماری آن شامل ۳۹۷ پرستار (۳۰۷ زن، ۷۵ مرد) از بیمارستان‌های تهران انتخاب شدند و نتیجه گرفتند که استرس شغلی با سه متغیر دیگر (معنویت، تعهد سازمانی و رضایت شغلی) پژوهش رابطه منفی دارد. علاوه بر این، معنویت، تعهد سازمانی و استرس شغلی پیش‌بین‌های معناداری برای رضایت شغلی پرستاران بودند (لواسانی، محمدزاده و ارجمند، ۱۳۸۷).

گروسی و همکاران تحقیقی با عنوان (بررسی رابطه عوامل اجتماعی با تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی در بین زنان شاغل شهر کرمان) منتشر کرد. این تحقیق با استفاده از نظریه مرتون، گود و نظریه حمایت اجتماعی به بررسی عوامل مؤثر بر تعارض نقش‌های شغلی و خانگی بین زنان شاغل کرمان پرداخته است. نمونه شامل ۴۰۰ نفر زن متأهل صاحب فرزند شاغل در ادارات دولتی شهر کرمان بود. نتایج نشان داد که نزدیک به دو سوم زنان تعارض دو حوزه را تجربه کرده‌اند. متغیرهای تحصیلات زن، شیوه تقسیم کار سستی در خانواده و انتظارات نقش خانوادگی با میزان تعارض تجربه شده در خانواده رابطه مستقیم و معنادار داشت در حالی که متغیر

سن زن، سابقه کار، تعداد فرزندان، حمایت توسط محل کار و حمایت خانوادگی با میزان تعارض کار و خانواده رابطه معکوس داشت (گروسی و آدینه زاد، ۱۳۸۹).

کلدی و همکاران تحقیقی با عنوان (بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر توانمندسازی زنان) منتشر کرد. چهارچوب نظری تحقیق بر اساس نظریه ساختاریابی گیدنز، نظریات توانمندسازی، نظریه حمایت اجتماعی ساراسون و نریه نیازهای اساسی مازلو شکل گرفته و جامعه آماری آن شامل ۴۰۰ نفر از زنان شهر تهران محاسبه شده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی بر توانمندسازی روان‌شناختی، توانمندسازی اقتصادی، توانمندسازی جسمی و توانمندسازی کل تأثیر داشته (کلدی و سلحشوری، ۱۳۹۱). پورخالقی و همکاران تحقیقی با عنوان (پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا: نقش حمایت اجتماعی و نوع زایمان) ارائه دادند که جامعه‌ی آماری آن شامل ۲۰۵ نفر از زنان باردار و نخست‌زا بود که به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان مراجعه کرده بودند و بر اساس نتایج این پژوهش توصیه می‌شود نسبت به افزایش حمایت اجتماعی خصوصاً در مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ذکر شده در زنان نخست‌زا توجه ویژه‌ای گردد. همچنین برای زنان نخست‌زا که به صورت سزارین زایمان می‌کنند، درمان‌های پیشگیرانه در نظر گرفته شود (پورخالقی، عسکری زاده و فضیلت پور، ۱۳۹۶).

کریمی و همکاران با انتشار تحقیقی با عنوان (بررسی رابطه حمایت اجتماعی با اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در زنان باردار) و جامعه‌ی آماری آن شامل ۲۰۰ نفر از زنان باردار انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد که با توجه به ارتباط معکوس بین میزان اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ و میزان حمایت اجتماعی دریافت شده در زنان باردار، به نظر می‌رسد وجود تمهیدات حمایتی از طرف خانواده و اطرافیان در زمان همه‌گیری ویروس کرونا ضروری باشد (کریمی، مکوندی و مهدویان، ۱۳۹۹).

صمیمی و همکاران تحقیقی با عنوان (تبیین احساس خودشکوفایی دانشجویان بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سرمایه اجتماعی) منتشر کردند این پژوهش بر اساس نظریه‌ی مازلو حمایت اجتماعی یک نیاز اساسی برای رشد هر فردی است و جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شهید مدنی آذربایجان (در سه دوره کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) بود که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند. از بین این دانشجویان ۳۶۱ دانشجو (۲۱۱ دختر و ۱۵۰ پسر) انتخاب شدند، نتایج پژوهش، نشان داد که مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده شامل دوستان، خانواده و شخص مهم با احساس خودشکوفایی رابطه مثبت دارند. مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی نیز شامل اعتماد، شبکه‌ها و هنجارهای مشترک، تعامل و همکاری متقابل، انسجام و همبستگی جمعی، همدلی درک و احترام متقابل و همیاری و مشارکت داوطلبانه، هویت جمعی با احساس خودشکوفایی نیز رابطه مثبت دارند. نتایج رگرسیون گام‌به‌گام حمایت اجتماعی ادراک شده بر احساس خودشکوفایی نشان داد که مؤلفه‌های شخص مهم و دوستان، احساس خودشکوفایی را تبیین می‌کنند. همچنین، نتایج رگرسیون گام‌به‌گام سرمایه اجتماعی بر احساس خودشکوفایی نشان داد که مؤلفه‌های همبستگی جمعی و هویت جمعی، احساس خودشکوفایی را تبیین می‌کنند. سایر مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و سرمایه اجتماعی به دلیل ناچیز بودن قدرت پیش‌بینی وارد مدل رگرسیون نشدند (صمیمی، شبان بسیم و سلیمانی، ۱۳۹۹). برجسته دست به تحقیقی با عنوان (بررسی رابطه استرس شغلی با بیگانگی شغلی، فرسودگی شغلی و رضایت شغلی در کارکنان جمعیت هلال احمر استان مازندران) و جامعه آماری آن شامل ۱۰۰ نفر از کارکنان جمعیت هلال احمر استان مازندران بوده است و به این نتیجه رسیدند که بین استرس شغلی با بیگانگی شغلی و رضایت شغلی رابطه‌ی معنادار و معکوس وجود دارد اما بین استرس شغلی و فرسودگی شغلی رابطه‌ی معناداری وجود ندارد (برجسته، ۱۴۰۱).

محرمی و همکاران در مقاله‌ای تحت عنوان (ارتباط بین مخاطرات شغلی و عوارض بارداری در کارکنان بهداشتی - درمانی شهرستان گناباد) و این مطالعه مقطعی-تحلیلی به صورت گذشته نگر در طی سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۶ با مشارکت ۱۵۳ نفر از کارکنان بهداشتی درمانی زن دانشگاه علوم پزشکی گناباد که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند، انجام شد. داده‌ها از طریق چک‌لیست از بین کارکنان زن جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، آزمون کای دو و من ویتنی با SPSS در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد. نتایج مطالعه مهر تأییدی بر پژوهش ما است که نشان می‌دهد برخی از خصوصیات و خطرات شغلی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بر مادر و جنین تأثیر می‌گذارد و خطر برخی از عوارض بارداری را افزایش می‌دهد؛ بنابراین حمایت از کارکنان بهداشتی و درمانی باردار در محیط کار و ارائه راهکارهای مناسب در این زمینه باید مورد توجه سازمان‌های ذیربط قرار گیرد (محرمی، معاون سعیدی و خواجهیان، ۲۰۲۳).

یزدی و همکاران در پژوهشی تحت عنوان (پیش‌بینی نگرانی‌های دوران بارداری بر اساس کیفیت زناشویی و خودنظم‌جویی شناختی با نقش میانجی امنیت روانی) و جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار از سن ۲۵ تا ۴۰ سال شهر یزد در سال ۱۴۰۲ انجام دادند که از بین آن‌ها تعداد ۲۷۵ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به صورت تصادفی از میان مراجع کنندگان زنان باردار به مراکز بهداشتی و درمانگاه‌های شهر یزد انتخاب کرده‌اند. نتایج مطالعه آنان نشان می‌دهد مدل ساختاری نگرانی‌های دوران بارداری بر اساس خودنظم‌جویی شناختی هیجان و کیفیت زناشویی با میانجی‌گری امنیت روانی از شاخص‌های پرارزش مطلوبی برخوردار بود و از این رو آگاهی از این متغیرها (خودنظم‌جویی شناختی هیجان (هیجان مثبت و هیجان منفی) و کیفیت زناشویی با میانجی‌گری امنیت روانی) می‌تواند در کاهش نگرانی‌های دوران بارداری کمک‌کننده باشد (خضری یزدی، دهمری و فرنگیس، ۲۰۲۴).

در این تحقیق، از رویکرد کیفی قیاسی مبتنی بر نظریه ساختاری مایرینگ^۱ و تحلیل محتوا برای مطالعه تأثیر استرس شغلی بر روابط اجتماعی زنان باردار استفاده شده است. این روش تحقیقی متفاوت از تحقیقات کمی است که به تخمین و تحلیل روابط علی بین پدیده‌ها با استفاده از ابزارهای عددی متمرکز هستند

(Cavallieri, Ghirotto, Sireci, Parmeggiani, Pedroni, Mardones & Valzania, 2023). تحقیق کیفی به تفسیر و درک عمیق‌تری از واقعیت‌های پویا و پیچیده از طریق دیدگاه و نظریه‌ای جامع و مبتنی بر تجربیات و ارزش‌ها و زمینه‌های روزمره افراد می‌پردازد. نظریه ساختاری مایرینگ به عنوان یک چارچوب تحلیلی در تحقیقات کیفی و علوم اجتماعی به ویژه در مطالعاتی که به تفسیر و درک عمیق‌تر رفتارها و الگوهای اجتماعی می‌پردازند، بسیار اهمیت دارد (Bano, Hoda, Zowghi & Treude, 2024). این نظریه اعتقاد دارد که واقعیت‌های اجتماعی توسط افراد در تعامل با محیط‌های خود ساخته می‌شوند و افراد به عنوان معناده‌بخش‌ها و سازندگان اصلی این واقعیت‌ها عمل می‌کنند (Sugiarto, 2023). تحقیقات مبتنی بر این نظریه از روش‌هایی مانند مصاحبه‌های عمیق و مشاهده میدانی استفاده می‌کنند تا به درک عمیقی از رفتارها و الگوهای اجتماعی در محیط‌های واقعی افراد برسند. این رویکرد به تحلیل و تفسیر عمیق‌تر داده‌ها و درک بهتر از تأثیرات و روابط اجتماعی در محیط‌های مختلف کمک می‌کند (Kyaw, Than, Diaconu & Witter, 2023). در این نوع تحقیق، محقق نقش اصلی و حیاتی را در تفسیر و تحلیل داده‌ها دارد. اهداف این تحقیق شامل بررسی تأثیر استرس شغلی بر روابط اجتماعی زنان باردار و نقش مهم این روابط در سلامت روانی و جسمی آن‌ها است. مطالعه موردی انجام شده در این

تحقیق با بررسی گروهی از زنان باردار در شهرستان بوشهر به تجسس در میزان استرس شغلی و تأثیر آن بر روابط اجتماعی آنان می‌پردازد.

۳- روش‌شناسی

مشارکت‌کنندگان در این تحقیق به مدت هفت هفته و هر شخص هفت مصاحبه نیمه ساختار یافته را انجام دادند. این گروه از مشارکت‌کنندگان شامل ۱۸ نفر از زنان باردار ساکن استان بوشهر بودند که همگی به عنوان شاغلین در محیط کار و حداقل ۵ ساعت در روز به کار مشغول بودند. همچنین، سن این افراد در بازه‌ی ۲۷ تا ۳۵ سال قرار داشت. این افراد به وسیله‌ی روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس برای مشارکت در تحقیق انتخاب شده بودند و تا زمانی که داده‌ها به حد اشباع رسید و محقق احساس کرد که به تسلط کامل بر روی داده‌ها دست یافته است، مصاحبه‌ها ادامه یافت. محیط اصلی این تحقیق استان بوشهر بوده و مصاحبه‌ها در یک محیط دلپذیر و راحت برای شرکت‌کنندگان، به‌طور خاص در یک کافی‌شاپ، انجام شده است. داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختاری گردآوری شده‌اند. در مرحله تحلیل داده‌ها، ابتدا محتوای مصاحبه‌های ضبط شده پیاده‌سازی شد و سپس بازخوانی انجام شده و نهایتاً مفهوم اصلی استخراج شده است (جدول یک).

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

نام مستعار	سن	تحصیلات	بارداری اول یا بارداری دوم	محل اقامت	شغل
مصاحبه شماره ۱	۲۷	سیکل	بارداری اول	برازجان	معلم
مصاحبه شماره ۲	۲۷	لیسانس	بارداری اول	برازجان	معلم
مصاحبه شماره ۳	۳۰	لیسانس	بارداری اول	عالی شهر	فروشنده
مصاحبه شماره ۴	۳۱	دیپلم	بارداری دوم	برازجان	حسابدار
مصاحبه شماره ۵	۳۰	فوق لیسانس	بارداری اول	بوشهر	معلم
مصاحبه شماره ۶	۳۱	دیپلم	بارداری اول	دلوار	معلم
مصاحبه شماره ۷	۲۷	فوق لیسانس	بارداری دوم	بوشهر	منشی
مصاحبه شماره ۸	۲۹	سیکل	بارداری دوم	بوشهر	معلم
مصاحبه شماره ۹	۲۸	لیسانس	بارداری اول	بوشهر	حسابدار
مصاحبه شماره ۱۰	۲۸	سیکل	بارداری دوم	گناوه	پرسنل
مصاحبه شماره ۱۱	۳۲	دیپلم	بارداری اول	دیلم	منشی
مصاحبه شماره ۱۲	۳۴	فوق لیسانس	بارداری اول	بوشهر	منشی
مصاحبه شماره ۱۳	۳۴	دیپلم	بارداری اول	عالی شهر	معلم
مصاحبه شماره ۱۴	۳۲	فوق لیسانس	بارداری اول	بوشهر	پرسنل
مصاحبه شماره ۱۵	۲۸	سیکل	بارداری دوم	بوشهر	حسابدار
مصاحبه شماره ۱۶	۳۵	دیپلم	بارداری دوم	بوشهر	فروشنده
مصاحبه شماره ۱۷	۳۲	فوق لیسانس	بارداری اول	برازجان	معلم
مصاحبه شماره ۱۸	۳۵	لیسانس	بارداری اول	برازجان	فروشنده

۴- یافته‌ها**۴-۱- نمونه سؤال‌ها در مصاحبه نیمه ساختار یافته****۱. استرس شغلی**

- -لطفاً شغل و مسئولیت فعلی خود را شرح دهید؟
- -استرس‌ها یا چالش‌های خاصی که در دوران بارداری خود در محل کار با آن مواجه می‌شوید چیست؟
- -این استرس شغلی چگونه بر سلامت عاطفی و جسمی شما تأثیر می‌گذارد؟
- -از چه راهکارهایی برای مقابله با استرس ناشی از کار استفاده می‌کنید؟

۲. روابط اجتماعی

- -از روابط نزدیک خود با خانواده و دوستان بگویید؟
- -در دوران بارداری از چه طریقی حمایت می‌کنند؟
- -آیا روابط شما در طول بارداری تغییر کرده است؟ اگر چنین است، چگونه؟
- -چقدر از سطح فعلی حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنید راضی هستید؟

۳. اثرات بارداری

- -در صورت وجود استرس کاری و حمایت اجتماعی از چه طریقی بر بارداری شما تأثیر می‌گذارد؟
- -برای کاهش استرس یا حمایت بیشتر در دوران بارداری چه اقداماتی انجام داده‌اید؟
- -آیا چیز مهم دیگری برای من وجود دارد که در مورد تجربه شما در مورد استرس، حمایت و بارداری بدانم؟

مصاحبه‌های زیر گزیده‌ای از یک مطالعه مقطعی هفت هفته‌ای است که با ۱۸ زن باردار ساکن شهر بوشهر انجام شده است. این مطالعه بر جنبه‌های مختلف بارداری و تجربیات مادر، با تأکید ویژه بر بخش‌های کلیدی انتخاب شده از این مصاحبه‌ها برای هدف این تحقیق متمرکز بود.

۴-۲- جواب‌های کلیدی مصاحبه‌ها**۴-۲-۱- مصاحبه شماره یک****۱. استرس شغلی**

- -لطفاً شغل و مسئولیت فعلی خود را شرح دهید؟
- (من فروشنده لوازم بهداشتی در یک مغازه‌ی تجاری هستم و در ماه سوم بارداری هستم)
- -استرس‌ها یا چالش‌های خاصی که در دوران بارداری خود در محل کار با آن مواجه می‌شوید چیست؟
- (چون شغل من آزاد هست، ساعت پایانی مشخصی ندارد و گاهی باید خیلی بایستم)
- -این استرس شغلی چگونه بر سلامت عاطفی و جسمی شما تأثیر می‌گذارد؟

- (اغلب وقت‌ها خسته هستم و استرس دارم که فردا دیر از خواب بیدار شوم و به کارم دیر برسم)
- -از چه راهکارهایی برای مقابله با استرس ناشی از کار استفاده می‌کنید؟
- (همسر من یک فرد مهربان و دلسوز است و همچنین مرا خیلی خوب درک می‌کند، اغلب اوقات صحبت با همسر من از استرس من کم می‌کند)

۲. روابط اجتماعی

- -از روابط نزدیک خود با خانواده و دوستان بگویید؟
- (به دلیل اینکه سرکار هستم اغلب دوستان خود را کم می‌بینم، آن‌ها هم شاغل هستند و تنظیم وقت برای بیرون رفتن کمی سخت است)
- -در دوران بارداری از چه طریقی حمایت می‌کنند؟
- (همسر من، با گفت‌وگو بسیار و درک عمیق وضعیت من، مرا حمایت می‌کند و همچنین حس امنیت به من می‌دهد)
- -آیا روابط شما در طول بارداری تغییر کرده است؟ اگر چنین است، چگونه؟
- (من کمی حساس‌تر و زودرنج‌تر شده‌ام اما همسر من با صبوری مشکلات را رفع می‌کند)
- -چقدر از سطح فعلی حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنید راضی هستید؟
- (خدایاروشکر سطح حمایتی که از طرف همسر من و خانواده دریافت می‌کنم بسیار زیاد است و احساس رضایت دارم)

۳. اثرات بارداری

- -در صورت وجود، استرس کاری و حمایت اجتماعی از چه طریقی بر بارداری شما تأثیر گذاشته است؟
- (گاهی به خاطر کم‌خوابی احساس ضعف می‌کنم، اما چون استرس دارم به موقع سرکار نرسم، نمی‌توانم بخوابم)
- -احساس می‌کنید این استرس و حمایت چه تأثیری بر فرزند متولد نشده شما می‌گذارد؟
- (امیدوارم تأثیری نگذارد اما فکر می‌کنم شاید فرزندم زودتر متولد شود)
- -برای کاهش استرس یا حمایت بیشتر در دوران بارداری چه اقداماتی انجام داده‌اید؟
- (اغلب رادیو گوش می‌دهم، مخصوصاً برنامه‌های رادیویی با داستان‌های بامزه. این باعث می‌شود احساس بهتری داشته باشم و در طول روز هم به همسر من پیام می‌دهم و باهم صحبت می‌کنیم)
- -آیا چیز مهم دیگری برای من وجود دارد که مورد تجربه‌ی شما در مورد استرس، حمایت و بارداری بدانم؟
- (بله دوران بارداری دوران شیرین اما سختی برای زنان هست امیدوارم شریک زندگی آن‌ها با لطافت و درک بیشتری با همسر خود برخورد کنند)

۴-۲-۲- مصاحبه شماره دو

۱. استرس شغلی

- -لطفاً شغل و مسئولیت فعلی خود را شرح دهید؟

- (من حسابدار یک شرکت بزرگ هستم و تقریباً همه‌ی مسئولیت‌ها از جمله خرید کالاها، تحویل گرفتن کالاها و ثبت فاکتورهای خرید بر عهده‌ی من است)
- -استرس‌ها یا چالش‌های خاصی که در دوران بارداری خود در محل کار با آن مواجه می‌شوید چیست؟
- (از آنجایی که حسابداری یک شغل پر استرس و همچنین به تمرکز و تسلط زیادی نیاز دارد، من مسئولیت سخت و زیادی را در این دوران به دوش می‌کشم و استرس دارم که جمع فروشم اشتباه شود)
- -این استرس شغلی چگونه بر سلامت عاطفی و جسمی شما تأثیر می‌گذارد؟
- (به دلیل اینکه ساعت زیادی در طول روز مشغول به کار هستم از نظر جسمی بسیار احساس خستگی می‌کنم و تاب‌آوری‌ام کاهش پیدا کرده است)
- -از چه راهکارهایی برای مقابله با استرس ناشی از کار استفاده می‌کنید؟
- (من و همسرم هر شب به مدت ۱ ساعت به پیاده‌روی می‌رویم و خود را با مطالعه‌ی کتاب سرگرم می‌کنم)

۲. روابط اجتماعی

- -از روابط نزدیک خود با خانواده و دوستان بگویید؟
- (چون خانواده‌ی خودم در شهر دیگری زندگی می‌کنند من با خانواده‌ی همسرم به خصوص مادر همسرم احساس نزدیکی می‌کنم اگر حمایت آنان نبود دوران بارداری برای من به‌خصوص با وجود شاغل بودنم بسیار سخت می‌شد، مادر همسرم در شرایط بسیار سخت این روزها چه از لحاظ احساسی و چه از لحاظ کارهای منزل مرا یاری می‌کند)
- -در دوران بارداری از چه طریقی حمایت می‌کنند؟
- (گاهی اوقات پدر همسرم نان تازه برای صبحانه‌ام برایم می‌آورد و مهر پدریش را این‌گونه ابراز می‌کند و بی‌صبرانه منتظر دیدن نوه‌ی خودش است)
- -آیا روابط شما در طول بارداری تغییر کرده؟ اگر چنین است، چگونه؟
- (بله به دلیل حس مادرانه‌ای که در من به وجود آمده نسبت به دیگران بیشتر احساس مسئولیت می‌کنم)
- -چقدر از سطح فعلی حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنید راضی هستید؟
- (دوست داشتم در محیط کارم حمایت بیشتری دریافت کنم اما انتظار دارم در آینده با داشتن مرخصی ساعتی، به فرزندم رسیدگی کنم و نیازهای غذایی او را برآورده کنم)

۳. اثرات بر بارداری

- -در صورت وجود استرس کاری و حمایت اجتماعی از چه طریقی بر بارداری شما تأثیر گذاشته؟
- (حمایت اجتماعی زیادی از سمت همکارانم دریافت کردم که هر کدام به نحوی من را مورد حمایت قرار می‌دادند به‌عنوان مثال تهیه گلدان گل و قرار دادن آن روی میز کارم که به من آرامش عجیبی می‌دهد)
- -احساس می‌کنید این استرس و حمایت چه تأثیری بر فرزند متولد نشده شما می‌گذارد؟
- (می‌ترسم که استرس ناشی از کارم متوجه او قرار گیرد و در آینده به مشکل مواجه شود و دچار بیماری‌هایی از جمله اوتیسم شود)

- - برای کاهش استرس یا حمایت بیشتر در دوران بارداری چه اقداماتی انجام داده‌اید؟
- (به دلیل علاقه‌ی زیادی که به زبان انگلیسی دارم تصمیم گرفتم که با یاد گرفتن یک زبان جدید خود را سرگرم کنم)
- - آیا چیز مهم دیگری برای من وجود دارد که در مورد تجربه شما در مورد استرس، حمایت و بارداری بدانم؟
- (بله نگرانی بابت مرخصی بعد از زایمان که می‌خواهم با کارفرما خود صحبت کنم و از او مرخصی بیشتری در درخواست کنم)

۴-۲-۳- مصاحبه شماره سه

۱. استرس شغلی

- - لطفاً شغل و مسئولیت فعلی خود را شرح دهید؟
- (من پرسنل یک داروخانه‌ی شبانه‌روزی در استان بوشهر هستم و مسئولیت فعلی من قسمت داروهای OTC و نسخه‌پیچی است)
- - استرس‌ها یا چالش‌های خاصی که در دوران بارداری خود در محل کار با آن مواجه می‌شوید چیست؟
- (به دلیل شرایط فعلی‌ام و وضعیت بارداری‌ام که در ماه دوم بارداری هستم باید بیشتر استراحت کنم که خدایی نکرده فرزندم آسیب نبیند، من ساعت‌های طولانی باید بایستم و به مشتری‌ها خدمات دارویی بدهم و مواظب باشم در حین آوردن دارو برای بیمار به قفسه‌ها نخورم و همچنین استرس این‌که داروی اشتباه به بیمار بدهم)
- - این استرس شغلی چگونه بر سلامت عاطفی و جسمی شما تأثیر می‌گذارد؟
- (از آنجایی که شبانه‌روزی است ما شیفت‌های جمعه و تعطیلات رسمی را باید به‌صورت تک شیفت سرکار برویم این مسئله مرا خیلی خسته می‌کند من فکر می‌کنم نه می‌توانم برای خودم و نه برای همسرم وقت بگذارم)
- - از چه راهکارهایی برای مقابله با استرس ناشی از کار استفاده می‌کنید؟
- (من و همسرم هر شب به پارک می‌رویم و مسیر خانه به پارک را پیاده‌روی می‌کنیم)

۲. روابط اجتماعی

- - از روابط نزدیک خود با خانواده و دوستان بگویید؟
- (من به دلیل وضعیت بارداری‌ام و خستگی، وقت نمی‌کنم به خانواده‌ی خود و فامیل سر بزنم، به همین خاطر مادرم و خواهرانم تقریباً یک شب در میان می‌آیند و به من سر می‌زنند)
- - در دوران بارداری از چه طریقی حمایت می‌کنند؟
- (خانواده‌ی خودم و همچنین خانواده‌ی همسرم در این دوران واقعاً کنار من بودند و شرایط مرا به‌خوبی درک می‌کردند و مرا از لحاظ عاطفی حمایت می‌کردند)
- - آیا روابط شما در طول بارداری تغییر کرده است؟ اگر چنین است، چگونه؟
- (بله احساس می‌کنم خیلی بهتر از قبل می‌توانم در برابر مسائل سخت صبوری کنم، احساس آرامش بیشتری می‌کنم، احساس می‌کنم شادتر هستم من قبلاً حس می‌کردم بارداری خیلی سخت است اما الان احساس می‌کنم بارداری اصلاً سخت نیست)
- - چقدر از سطح فعلی حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنید راضی هستید؟

- خیلی زیاد، احساس می‌کنم حمایت‌هایی که در دوران بارداری یک زن به آن نیاز دارد من از همسر و خانواده‌ی خودم و همسر دریافت کرده‌ام)

۳. اثرات بر بارداری

- در صورت وجود استرس کاری و حمایت اجتماعی از چه طریقی بر بارداری شما تأثیر گذاشته است؟
- (حمایت اجتماعی که از سمت اطرافیان دریافت می‌کنم باعث شده از استرس ناشی از کارم کم شود)
- -احساس می‌کنید این استرس و حمایت چه تأثیری بر فرزند متولد نشده شما می‌گذارد؟
- (احساس می‌کنم که در مواقعی که استرس دارم فرزندم کمتر حرکت می‌کند و همچنین این استرس در خلق و خوی او در آینده تأثیر می‌گذارد)
- -برای کاهش استرس یا حمایت بیشتر در دوران بارداری چه اقداماتی انجام داده‌اید؟
- (من شب‌ها کتاب‌هایی که شاید صدبار خوانده‌ام را می‌خوانم و یادداشت‌برداری روزانه‌ام را انجام می‌دهم)
- -آیا چیز مهم دیگری برای من وجود دارد که در مورد تجربه شما در مورد استرس، حمایت و بارداری بدانم؟
- (بله در دوران بارداری زنان به حمایت زیادی نیاز دارند و همچنین خانم‌هایی که هم باردار هستند هم شاغل از کارفرماها انتظار درک و حمایت بیشتری می‌رود)

۴-۲-۴- مصاحبه چهارم

۱. استرس شغلی:

- -لطفاً شغل و مسئولیت فعلی خود را شرح دهید؟
- (من معلم زبان هستم به کودکان زبان انگلیسی تدریس می‌کنم)
- -استرس‌ها یا چالش‌های خاصی که در دوران بارداری خود در محل کار با آن مواجه می‌شوید چیست؟
- (چون به صورت آنلاین تدریس می‌کنم و در واقع کار در منزل است استرس زیادی را متحمل نمی‌شوم اما گاهی به علت نداشتن شاگرد و نوسان درآمدم نگران هزینه‌ها هستم)
- -این استرس شغلی چگونه بر سلامت عاطفی و جسمی شما تأثیر می‌گذارد؟
- (چون هزینه‌ی درآمدم ثابت نیست و همسر هم شغل آزاد دارد کمی نگران وضعیت اقتصادی خودمان هستم)
- -از چه راهکارهایی برای مقابله با استرس ناشی از کار استفاده می‌کنید؟
- (من با بافتنی استرس خودم را کم می‌کنم و برای فرزند آینده‌ی خود در ساعاتی در روز به بافتنی مشغول هستم هم سرگرم‌کننده است و هم هزینه‌های خرید لباس‌های فرزندم را کاهش می‌دهم)

۲. روابط اجتماعی:

- از روابط نزدیک خود با خانواده و دوستان بگویید؟
- (با خواهر همسر که تقریباً هم سن هستیم روابط بسیار نزدیکی دارم با او و همسر بیشتر اوقات در شب‌ها به پیاده در ساحل می‌رویم)

- -در دوران بارداری از چه طریقی حمایت می‌کنند؟
- (همسر با خرید کتاب‌های آموزش کودک و همچنین مادرم با خرید لوازم کودک (سیسمونی) و برادر کوچکم با صحبت کردن در مورد نام آینده‌ی فرزندم ذوق و شوق زیادی را به قلبم سرازیر می‌کند)
- آیا روابط شما در طول بارداری تغییر کرده است؟ اگر چنین است، چگونه؟
- (خودم همچین احساسی را ندارم و حس می‌کنم تغییری نکرده‌ام)
- - چقدر از سطح فعلی حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنید راضی هستید؟
- (حمایت اجتماعی زیادی از سمت خانواده به‌خصوص همسر دریافت می‌کنم و انتظار دارم حمایت‌های اجتماعی از طرف دولت نیز دریافت کنم)

۳. اثرات بر بارداری

- -در صورت وجود استرس کاری و حمایت اجتماعی از چه طریقی بر بارداری شما تأثیر گذاشته است؟
- (صبح‌ها که کلاس آنلاین دارم گاهی اوقات که به ترم‌های بعدی زبان فکر می‌کنم دچار حواس‌پرتی می‌شوم و رشته کلام خود را از دست می‌دهم)
- -احساس می‌کنید این استرس و حمایت چه تأثیری بر فرزند متولد نشده شما می‌گذارد؟
- (گاهی فکر می‌کنم این استرس‌ها باعث شود فرزندم زودرنج و حساس شود (فرد مصاحبه‌شونده ذکر می‌کند این از دیدگاه علمی درست است یا خیر)
- -برای کاهش یا حمایت بیشتر در دوران بارداری چه اقداماتی انجام داده‌اید؟
- (باقتنی می‌کنم، وسایل ساک بیمارستان فرزندم را آماده می‌کنم)
- -آیا چیز مهم دیگری برای من وجود دارد که در مورد تجربه شما در مورد استرس، حمایت و بارداری بدانم؟
- (خیر نکته‌ای نیست)

۴-۲-۵- مصاحبه پنجم

۱. استرس شغلی

- -لطفاً شغل و مسئولیت فعلی خود را شرح دهید؟
- (من منشی یک مطب دندان‌پزشکی هستم)
- -استرس‌ها یا چالش‌های خاصی که در دوران بارداری خود در محل کار با آن مواجه می‌شوید چیست؟
- (چون فرزند دومم هست و باید برای تحصیل فرزند اولم وقت بگذارم احساس می‌کنم سریع‌تر از گذشته در سرکار اذیت می‌شوم)
- -این استرس شغلی چگونه بر سلامت عاطفی و جسمی شما تأثیر می‌گذارد؟
- (حس می‌کنم کنترل خشم خود را از دست داده‌ام و گاهی اوقات زود عصبانی می‌شوم)
- از چه راهکارهایی برای مقابله با استرس ناشی از کار استفاده می‌کنید؟

- (من احساس می‌کنم با خواندن زیارت عاشورا احساس آرامش می‌کنم و این‌گونه عصبانیت خودم را کنترل می‌کنم و با بالا بردن تاب‌آوری خودم شرایط زندگی فرزند و همسر را سخت نمی‌کنم)

۲. روابط اجتماعی

- از روابط نزدیک خود با خانواده و دوستان بگویید؟
- (با دوستان خود ماهی یک‌بار و گاهی اوقات ماهی دو بار به نوبت خانه‌ی یکدیگر جمع می‌شویم)
- در دوران بارداری از چه طریقی حمایت می‌کنند؟
- (دندان‌پزشکی که برایشان کار می‌کنم به دلیل شرایط بارداری‌ام فقط ساعت کاری صبح را به من می‌دهند تا بتوانم عصرها به خانه و خانواده‌ی خودم برسم)
- -آیا روابط شما در طول بارداری تغییر کرده است؟ اگر چنین است، چگونه؟
- (احساس می‌کنم زودرنج شده‌ام و مسائل را ریزه‌ریز بررسی می‌کنم)
- -چقدر از سطح فعلی حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنید راضی هستید؟
- (فرزند اولم با وجود سن کمی که دارد و همسر به من چه در کارهای خانه و چه در خریدهای منزل کمک می‌کند)

۳. اثرات بر بارداری

- در صورت وجود استرس کاری و حمایت اجتماعی از چه طریقی بر بارداری شما تأثیر گذاشته است؟
- (خدا رو شکر در محیط کاری‌ام استرس شغلی ندارم)
- -احساس می‌کنید این استرس و حمایت چه تأثیری بر فرزند متولد نشده شما می‌گذارد؟
- (احساس نمی‌کنم استرس من بر فرزندم تأثیر بگذارد)
- -برای کاهش یا حمایت بیشتر در دوران بارداری چه اقداماتی داده‌اید؟
- (با خدای خودم بیشتر راز و نیاز می‌کنم)
- -آیا چیز مهم دیگری برای من وجود دارد که در مورد تجربه شما در مورد استرس، حمایت و بارداری بدانم؟
- (امیدوارم فرزندم سالم و صالح به دنیا بیاید)

۴-۲-۶- مصاحبه ششم

۱. استرس شغلی

- -لطفاً شغل و مسئولیت فعلی خود را شرح دهید؟
- (من مربی هنر فرهنگسرا در بوشهر هستم)
- -استرس‌ها یا چالش‌های خاصی که در دوران بارداری خود در محل کار با آن مواجه می‌شوید چیست؟
- (چون آموزش گله‌ای تزئینی می‌دهم و هنرجوهای با سن‌های متفاوت دارم و آن‌هایی که سنشان زیاد است یا خیلی کم است دیر یاد می‌گیرند از این بابت مجبورم بارها و بارها به آن‌ها آموزش دهم و این باعث خستگی من می‌شود اما چون شغل خودم را دوست دارم این خستگی برایم شیرین است)

- این استرس شغلی چگونه بر سلامت عاطفی و جسمی شما تأثیر می‌گذارد؟
- (خستگی زیاد باعث می‌شود گاهی نتوانم به موقع غذا بخورم، احساس ضعیف شدن می‌کنم)
- -از چه راهکارهایی برای مقابله با استرس ناشی از کار استفاده می‌کنید؟
- (چون به خودم می‌گویم کار من یک کار فرهنگی و آموزشی است پس احساس نمی‌کنم که شغل من جز مشاغل دارای استرس حساب می‌شود)

۲. روابط اجتماعی

- از روابط نزدیک خود با خانواده و دوستان بگویید؟
- (دوستان و خانواده و هنرجویانم خیلی من را حمایت می‌کنند، گاهی هنرجویانم کارهای دستی خودشان را برای تزئین اتاق فرزندم به من هدیه می‌دهند)
- -در دوران بارداری از چه طریقی حمایت می‌کنند؟
- (گاهی هنرجویانم کارهای دستی خودشان را برای تزئین اتاق کودک به من هدیه می‌دهند و به این طریق حمایت خود را به من نشان می‌دهند)
- -آیا روابط شما در طول بارداری تغییر کرده است؟ اگر چنین است، چگونه؟
- (بله حس می‌کنم که به دلیل خستگی زیاد کمتر با خانواده‌ی خود وقت می‌گذرانم)
- -چقدر از سطح فعلی حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنید راضی هستید؟
- (خیلی راضی هستم انتظار نداشتم بی‌نهایت از طرف هنرجویانم مورد حمایت قرار بگیرم)

۳. اثرات بارداری

- در صورت وجود استرس کاری و حمایت اجتماعی از چه طریقی بر بارداری شما تأثیر گذاشته است؟
- (استرس شغلی ندارم، هنرجویانم به خاطر شرایط بارداری‌ام ساعت کاری من را منعطف در نظر گرفته‌اند)
- -احساس می‌کنید این استرس و حمایت چه تأثیری بر فرزند متولد نشده شما می‌گذارد؟
- (گاهی احساس می‌کنم به خاطر خستگی زیاد فرزندم نسبت به دیگر کودکان در زمان تولد وزن کمتری داشته باشد)
- -برای کاهش یا حمایت بیشتر در دوران بارداری چه اقداماتی داده‌اید؟
- (سعی می‌کنم از کفش‌های طبی استفاده کنم که کمتر احساس خستگی کنم)
- -آیا چیز مهم دیگری برای من وجود دارد که در مورد تجربه شما در مورد استرس، حمایت و بارداری بدانم؟
- (به خانم‌های باردار توصیه می‌کنم که اگر نیاز به صحبت یا حمایت دارند حتماً به‌طور مستقیم از دیگران درخواست کنند زیرا شرایط ما خانم‌های باردار در این ۹ ماه طوری است که احتیاج زیادی به حمایت اطرافیان داریم)

۴-۲-۷- مصاحبه هفتم

۱. استرس شغلی

- -لطفاً شغل و مسئولیت فعلی خود را شرح دهید؟
- (من منشی یک مطب هستم)
- -استرس‌ها یا چالش‌های خاصی که در دوران بارداری خود در محل کار با آن مواجه می‌شوید چیست؟
- (من مسئولیت آماده‌سازی پرونده‌ها و پاسخگویی به تلفن‌ها را بر عهده دارم و بعضی اوقات ثبت نوبت‌های اینترنتی به عهده‌ی من است در این دوران که من به استراحت بیشتری نیاز دارم تقریباً نصف روزم را سرکار درگیر کارهای مطب هستم این مسئله باعث شده من در طول روز استراحت کمتری داشته باشم و نتوانم به سلامت خود و فرزندم رسیدگی کنم)
- -این استرس شغلی چگونه بر سلامت عاطفی و جسمی شما تأثیر می‌گذارد؟
- (به دلیل خستگی زیاد احساس می‌کنم کمتر به همسر و کارهای خانه و همچنین خودم کمتر رسیدگی می‌کنم)
- -از چه راهکارهایی برای مقابله با استرس ناشی از کار استفاده می‌کنید؟
- (بعضی مواقع موسیقی و یا سخنرانی‌های مفید گوش می‌دهم و همسرم یک باشگاه خانگی کوچک برایم در یکی از اتاق‌هایم درست کرده و من روزانه نیم ساعت را به ورزش کردن اختصاص می‌دهم، یکی دیگر از کارهایی که حالم را خوب می‌کند این است که از بین دمنوش‌هایی که خریدم چند تارا انتخاب می‌کنم و درست می‌کنم)

۲. روابط اجتماعی

- از روابط نزدیک خود با خانواده و دوستان بگویید؟
- (در این دوران سخت فهمیدم مهم‌ترین چیز خانواده است و من با تکیه بر اعضای خانواده‌ام خیلی خوب این مسیر را طی کرده‌ام)
- -در دوران بارداری از چه طریقی حمایت می‌کنند؟
- (مادرم با خرید وسایل کودک همراهی می‌کند، غذا درست می‌کند، همسرم از لحاظ عاطفی مرا حمایت می‌کند)
- -آیا روابط شما در طول بارداری تغییر کرده است؟ اگر چنین است، چگونه؟
- (نه حس می‌کنم به دلیل خونگرم بودن ایرانی‌ها به‌ویژه ما جنوبی‌ها تغییری در خلق و خوی من به وجود نیامده)
- -چقدر از سطح فعلی حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنید راضی هستید؟
- (خیلی، و بی‌صبرانه منتظر به دنیا آمدن فرزندم هستم و برایش لحظه‌شماری می‌کنم)

۳. اثرات بارداری

- در صورت وجود استرس کاری و حمایت اجتماعی از چه طریقی بر بارداری شما تأثیر گذاشته است؟
- (این ۹ ماه خیلی داره سریع برام می‌گذرد و این دوران جز شیرین‌ترین لحظات زندگی‌ام است)
- -احساس می‌کنید این استرس و حمایت چه تأثیری بر فرزند متولد نشده شما می‌گذارد؟
- (فک می‌کنم فرزندم در آینده مانند همسرم دلسوز و حمایت‌گر و همچنین مسئولیت‌پذیر شود)
- -برای کاهش استرس یا حمایت بیشتر در دوران بارداری چه اقداماتی داده‌اید؟
- (من هر روز صبح برای آرامش بیشترم دعای ندبه می‌خوانم و دعا و راز و نیاز با خدا به من آرامش زیادی می‌دهد)
- -آیا چیز مهم دیگری برای من وجود دارد که در مورد تجربه شما در مورد استرس، حمایت و بارداری بدانم؟

- (خرید وسایل کودک خیلی گران است، اگر حمایت اجتماعی دولت برای خرید لوازم کودک بیشتر باشد کمک بزرگی به خانواده‌ها می‌شود)

۴-۳- بر اساس مصاحبه‌های انجام شده از زنان شاغل ساکن شهرستان بوشهر این هفت اصل بر تکیه بر نظریه ساختاری مایرینگ از دل مصاحبه‌ها کشف و استخراج شد:

- (۱) - عوامل استرس‌زای شغلی
- (۲) - راهبردهای مقابله با استرس شغلی
- (۳) - انواع حمایت اجتماعی
- (۴) - رضایت از حمایت اجتماعی
- (۵) - اثرات استرس بر بارداری
- (۶) - اثرات حمایت در بارداری
- (۷) - تکنیک‌های مدیریت استرس

با توجه به یافته‌های مصاحبه با ۱۸ زن باردار در شهرستان بوشهر که ریشه در نظریه ساختاری مایرینگ دارد، بیش‌های ارزشمندی را در مورد چالش‌هایی که با آن‌ها روبرو هستند، راهبردهای مقابله‌ای که اتخاذ می‌کنند و نقش حمایت اجتماعی را در دوران بارداری ارائه می‌دهد. این بینش‌ها و نتایج می‌تواند به‌عنوان پایه‌ای قوی برای ایجاد مداخلات هدفمند و سیستم‌های پشتیبانی برای افزایش رفاه زنان باردار باشد. این بینش‌ها و نتایج ریشه در نظریه ساختاری مایرینگ دارند که فاقد کد خاصی است، بنابراین تنها امکان استخراج محتوای کلیدی و اساسی را فراهم می‌کند:

- **عوامل استرس شغلی:** برای شروع، ما به عوامل استرس‌زای اولیه زنان شاغل در شهرستان بوشهر اشاره می‌کنیم. این عوامل استرس‌زا از نظر شیوع، با خستگی، نگرانی در مورد مرخصی از کار و مسائل مالی و اقتصادی برجسته‌ترین جملاتی بودن که در مصاحبه‌ها عنوان و رتبه‌بندی شدند.
- **راهبردهای مقابله با استرس شغلی:** در مرحله بعد، راهبردهای مقابله‌ای را که این زنان برای کنترل استرس شغلی خود به کار می‌گرفتند، بررسی کردیم. مصاحبه‌ها نشان می‌دهد که روش‌های اولیه شامل دعا و نیایش، در کنار رویکردهای روان‌شناختی و اجتماعی، با تأکید بر جلب حمایت اجتماعی است.
- **انواع حمایت اجتماعی:** این منابع از نظر برجستگی، شامل حمایت همسر، اعضای خانواده، همکاران و حتی کمک‌های دولتی در قالب وام رتبه‌بندی شدند.
- **رضایت از حمایت اجتماعی:** در اینجا، سطوح رضایت این زنان را از حمایت اجتماعی که دریافت می‌کنند آشکار می‌کنیم. این رتبه‌بندی شامل همسران، همکاران و اعضای خانواده است که به ترتیب اهمیت و رضایت توسط این زنان نام برده شد.
- **اثرات استرس بر بارداری:** در این اصل به بررسی عواقب استرس بر زنان باردار پرداختیم. نگرانی‌ها در مورد سلامتی کودک، افزایش اختلالات خواب و خستگی مفرط را به‌عنوان شایع‌ترین اثرات برجسته یاد کردند.
- **اثرات حمایت در دوران بارداری:** چگونگی تأثیر حمایت اجتماعی در دوران بارداری بر این زنان را روشن کردیم. این نشان می‌دهد که حمایت باعث تقویت احساس آرامش، تقویت روابط اجتماعی و کاهش فشارهای روانی می‌شود.

- **تکنیک‌های مدیریت استرس:** در نهایت، ما به تکنیک‌های مورد استفاده توسط زنان باردار شاغل برای مدیریت استرس می‌پردازیم. این تکنیک‌ها شامل فعالیت‌هایی مانند راه رفتن، خواندن کتاب‌های روان‌شناسی، دعا و ارتباط و گفتگو آزاد با همسرشان می‌شود (چارت یک).

چارت ۱ = هفت اصل استخراج شده از مصاحبه با ۱۸ زن باردار ساکن بوشهر



۵- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعات به روشنی نقش حیاتی حمایت اجتماعی، به‌ویژه از سوی همسر و خانواده را در کاهش استرس شغلی زنان باردار آشکار می‌سازد. داده‌های کمی حاکی از آن است که زنان بارداری که از سطوح بالاتری از حمایت اجتماعی برخوردار بودند، سطوح پایین‌تری از استرس شغلی را گزارش نموده‌اند. این یافته‌ها با مطالعات پیشین که نقش حمایت اجتماعی در کاهش استرس شغلی را در جمعیت‌های مختلف نشان داده‌اند، همسو است (الحوری، اروک، نصیف، آل عطا الله، الحوری و لطیفه، ۲۰۲۳). علاوه بر این، داده‌های کیفی این مطالعات حاکی از آن است که افزایش حمایت اجتماعی، تأثیر منفی بر روابط اجتماعی زنان باردار نداشته است. این یافته از آن جهت حائز اهمیت است که نگرانی‌هایی در خصوص اثرات منفی حمایت اجتماعی بر روابط اجتماعی افراد وجود داشته است. با این حال، نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی نه‌تنها منجر به کاهش استرس شغلی در زنان باردار می‌گردد، بلکه تأثیر منفی بر روابط اجتماعی آنان نیز ندارد (Allegri, Brenna, Confalonieri, Puzini, Nichelatti, Piccinini & Percudani, 2024). از منظر نظری، این یافته‌ها با نظریه‌های روانشناسی اجتماعی مانند نظریه حمایت اجتماعی و نظریه گروه‌های مرجع همخوانی

دارد. نظریه حمایت اجتماعی بر این فرض استوار است که حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق کاهش استرس، افزایش احساس خودارزشمندی و ارائه منابع مادی و عاطفی، سلامت روان افراد را بهبود بخشد. از سوی دیگر، نظریه گروه‌های مرجع بیان می‌دارد که افراد تمایل دارند رفتارها و ارزش‌های گروه‌های مرجع خود را الگو قرار دهند؛ بنابراین، حمایت از سوی گروه‌های مرجع مانند خانواده و همسر می‌تواند منجر به کاهش استرس شغلی در زنان باردار گردد (Kostas, Vlastos & Theofilou, 2024). از لحاظ کاربردی، یافته‌های این مطالعات پیامدهای مهمی برای سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات در حوزه سلامت شغلی زنان باردار دارد.

- اولاً، این نتایج لزوم توجه بیشتر به ارائه خدمات حمایتی برای زنان باردار شاغل را آشکار می‌سازد. ایجاد شبکه‌های حمایتی در محیط کار، آموزش همسران و خانواده‌ها در خصوص اهمیت حمایت از زنان باردار و ترویج فرهنگ حمایت اجتماعی از این گروه، می‌تواند در کاهش استرس شغلی و بهبود سلامت روان آنان نقش مؤثری ایفا نماید.
- ثانیاً، یافته‌های مذکور ضرورت بازنگری در قوانین و مقررات حمایتی از زنان باردار شاغل را گوشزد می‌نماید. اعطای مرخصی‌های زایمان با حقوق کامل، امکان کار از راه دور و تسهیلات حمایتی برای مراقبت از نوزاد، می‌تواند در کاهش فشارهای شغلی و استرس‌های ناشی از آن برای زنان باردار مؤثر واقع گردد.

در مجموع، این مطالعات اهمیت حمایت اجتماعی را در کاهش استرس شغلی زنان باردار برجسته می‌نمایند. با این حال، تحقیقات بیشتری در خصوص نحوه ارائه حمایت‌های مؤثر، نقش سایر عوامل مانند ویژگی‌های شخصیتی و شرایط کاری و راهکارهای عملی برای افزایش حمایت اجتماعی از زنان باردار شاغل، مورد نیاز است. چنین تحقیقاتی می‌تواند زمینه‌ساز سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات کارآمدتر در این حوزه گردد.

۶- منابع

- ۱- احمدی، احمد؛ موسوی صاحب‌الزمانی، سایه سادات؛ و فتحی‌آشتیانی، مطیعی (۲۰۱۴). مداخله‌ی زود هنگام جهت کاهش افسردگی پس از زایمان و افزایش عزت‌نفس و رضایت زناشویی مادران باردار. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۹(۳۲)، ۴۷-۵۶.
- ۲- بابایی فرد، اسدالله (۲۰۱۳). سنجش تأثیرات اشتغال زنان بر خانواده و روابط اجتماعی (مطالعه‌ی موردی شهر آران و بیدگل). زن در توسعه و سیاست، ۱۱(۳)، ۴۲۷-۴۵۱. doi:10.22059/jwdp.2013.36537
- ۳- برجسته، امید (۲۰۲۲). بررسی رابطه استرس شغلی با بیگانگی شغلی، فرسودگی شغلی و رضایت شغلی در کارکنان جمعیت هلال‌احمر استان مازندران. پژوهش‌های کاربردی در مدیریت و علوم انسانی، ۸(۳)، ۱۷۱-۱۷۹.
- ۴- برنده، نسیم؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ و احقر، قدسی (۲۰۱۰). تأثیر مشاوره گروهی به شیوه راه‌حل محور بر کاهش استرس شغلی کارکنان زن بنیاد علمی آموزشی قلم چی. پژوهشنامه تربیتی، ۲۲، ۱-۲۰.
- ۵- بنازاده، زهره؛ باغبان، ایران؛ و فاتحی زاده، مریم السادات (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی مشاوره به شیوه زوج درمانی-رفتاری بر افسردگی دوران بارداری، ۳(۱).
- ۶- پژمان‌فر، نرجس؛ باقری، فریبرز؛ و نصرالهی، بیتا (۲۰۲۰). هنجارشناسی بازی‌های دیجیتال با تأکید بر روانشناسی اجتماعی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳(۱). doi:10.22038/mjms.2020.19654
- ۷- پورخالقی، نجمه؛ عسکری‌زاده، قاسم؛ و فضیلت پور، مسعود (۲۰۱۷). پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان در زنان نخست‌زا: نقش حمایت اجتماعی و نوع زایمان. مجله سلامت و مراقبت، ۱۹(۱)، ۱۸-۲۹.

- ۸- چوپچیان، طاهره؛ و محمدی، مطهره (۲۰۱۹). بررسی نقش نگرش مذهبی و تصویر بدن زنان باردار از خود در بروز تجربیات خوشایند و ناخوشایند دوران بارداری. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی* (موسسه آموزش عالی نگاره)، ۴۸(۴)، ۶۹-۹۰.
- ۹- حسین زاده، سمیرا؛ و سلیمی، سمانه (۲۰۲۳). تبیین نقش میانجی استرس شغلی در تأثیر تعارض کار-خانواده بر تمایل به ترک شغل کارکنان زن. *زن و مطالعات خانواده*، ۱۶(۵۹). doi:10.30495/jwsf.2022.1953298.1663
- ۱۰- حسینی، زهرا؛ آقاملایی، تیمور؛ معینی، بابک؛ هزاوه‌ای، سیدمحمد مهدی؛ و مقیم بیگی، عباس (۱۳۹۴). تأثیر برنامه آموزش سلامت بر استرس شغلی پرستاران زن.
- ۱۱- حمیدزاده، روشنگر؛ قمری، محمد؛ فتحی‌اقدام، قربان؛ و آقاپور، مهدی (۲۰۱۳). اثربخشی معنادرمانی فرانکل در استرس شغلی معلمان زن. *زن و مطالعات خانواده*، ۲۱(۶)، ۷۱-۸۶.
- ۱۲- حیدرپور، پیغام؛ و قربانی، پروانه (۲۰۲۲). رابطه استرس ادراک‌شده و نگرش‌های ناکارآمد با سلامت روانی زنان شاغل علوم پزشکی کرمانشاه. *پیشرفت‌های نوین در روانشناسی. علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۴۹(۵)، ۴۵-۵۶.
- ۱۳- خضری یزدی، لایلا؛ و دمهری، فرنگیس (۲۰۲۴). پیش‌بینی نگرانی‌های دوران بارداری بر اساس کیفیت زناشویی و خودنظم‌جویی شناختی با نقش میانجی امنیت روانی. *طلوع بهداشت یزد*، ۲۲(۶)، ۳۰-۴۳. doi:10.18502/tbj.v22i6.15209
- ۱۴- روزبهرانی، سحر؛ دولتیان، ماهرخ؛ محمودی، زهره؛ و نصیری، زهره (۲۰۲۳). پیشگویی‌کننده‌های غم و اندوه مادری در دوره پس از زایمان بر اساس تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مدل سازمان بهداشت جهانی: تحلیل مسیر. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۸(۴)، ۴۴۸-۴۶۵.
- ۱۵- سبجانی، الهه؛ باباخانی، نرگس؛ و آل‌بویه، محمود (۲۰۱۹). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و ادراک کاهش درد، در زنان مبتلا به کم‌دردهای مزمن پس از زایمان. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵(۳)، ۲۶۶-۲۷۷.
- ۱۶- صدیق‌سروستانی، رحمت‌الله؛ و هاشمی، سیدضیاء (۲۰۰۲). گروه‌های مرجع در جامعه‌شناسی و روانشناسی اجتماعی با تأکید بر نظریه‌های مرتن و فستینگر. *مطالعات جامعه‌شناختی*، ۲۰(۸)، ۱۶۸-۱۴۹.
- ۱۷- صمدی، فاطمه؛ و دلیر، مجتبی (۲۰۲۱). نقش سلامت روانی و اجتماعی در سلامت جنسی زنان سالمند. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۰(۴۰)، ۲۱-۴۲. doi:10.22034/spr.2021.127712
- ۱۸- صمیمی، زبیر؛ شبان بسیم، فرناز؛ و سلیمانی، آرزو (۲۰۲۰). تبیین احساس خودشکوفایی دانشجویان بر اساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سرمایه اجتماعی. *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۲۰(۷۸)، ۲۰۱-۲۲۸. dor:20.1001.1.17358191.1399.20.78.1.1
- ۱۹- طالبی‌بهمن‌بیگلر، رودابه؛ و خسروی، صدراله (۲۰۲۱). مقایسه بحران هویت و سازگاری اجتماعی در نوجوانان عشایر با نوجوانان شهر شیراز. *مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی* (مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران)، ۳۵(۷)، ۳۶۳-۳۷۸.
- ۲۰- عباسی، فهیمه؛ اصلانی‌نیا، وحیده؛ و بیگلر، محمدحسین (۲۰۱۴). بررسی وضعیت تولیدات علمی حوزه روانشناسی اجتماعی در پایگاه اطلاعاتی وب آو ساینس و ترسیم نقشه تاریخ نگاشتی آن (۱۹۹۰-۲۰۰۹). *دانش‌شناسی*، ۷(۲۴)، ۹۹-۱۱۲.
- ۲۱- عبدی، هما؛ و شهبازی، لیلی (۱۳۸۰). استرس شغلی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و ارتباط آن با فرسودگی شغلی آن‌ها، ۳(۹)، ۵۸-۶۳.
- ۲۲- غفوریان، هما؛ قاسمی، ایرج؛ و ابراهیمی، محمد (۱۳۹۰). بررسی تأثیر میزان استرس شغلی بر رضایت شغلی مدیران مدارس. dor:20.1001.1.20081138.1390.6.4.2.1

- ۲۳- غلامعلی لواسانی، مسعود؛ کیوان زاده، محمد؛ و ارجمند، ندا (۱۳۸۷). معنویت، استرس شغلی، تعهد سازمانی و رضایت شغلی در پرستاران شهر تهران.
- ۲۴- کاظمی، سلطانه؛ جاویدی، حجت اله؛ و آرام، محبوبه (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس شغلی کارشناسان. **doi:10.1001.1.20086369.1389.1.4.4.9**
- ۲۵- کریمی، لیلا؛ مکوندی، سمیه؛ مهدویان، میترا؛ و خلیلی، ربابه (۲۰۲۰). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با اضطراب ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در زنان باردار. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۲۳(۱۰)، ۹-۱۷. **doi:10.22038/ijogi.2020.17482**
- ۲۶- کلدی، علیرضا؛ و سلحشوری، پروانه (۲۰۱۲). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر توانمندسازی زنان. مطالعات توسعه اجتماعی ایران، ۱۶(۴)، ۷-۲۲.
- ۲۷- گروسی، سعیده؛ و آدینه زاد، راحله (۲۰۱۰). بررسی رابطه عوامل اجتماعی با تعارض نقش‌های شغلی و خانوادگی در بین زنان شاغل شهر کرمان. علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، **doi:10.22067/jss.v0i0.8780**
- ۲۸- محرمی، میلاد؛ معاون سعیدی، مریم؛ و خواجهیان، نسیم (۲۰۲۳). ارتباط بین مخاطرات شغلی و عوارض بارداری در کارکنان بهداشتی-درمانی شهرستان گناباد. فصلنامه طب کار، ۱۴(۴)، ۴۶-۵۴. **doi:10.18502/tkj.v14i4.12313**
- ۲۹- مهربانی، حمیده؛ شیروانی، مریم؛ عریانی، سعیده؛ و توابع، صدیقه (۲۰۲۳). تأثیر استرس شغلی بر استقلال شغلی و عملکرد شغلی معلمان تربیت‌بدنی در مدارس ابتدایی استان فارس. انگاره‌های نو در تحقیقات آموزشی، ۳(۲)، ۲۲۰-۲۳۳.
- ۳۰- نظامی‌پور، قدیر؛ و معین‌الدینی، محمود (۲۰۱۸). روانشناسی اجتماعی و بسیج ملی. مطالعات دفاعی استراتژیک، ۷۱(۱۶)، ۱۶۸-۱۴۳.
- 31- Ahmad, N., Siddiq, D. M., Suzana, A., & Sofyan, N. I. (2023). THE EFFECT OF WORKLOAD, WORK STRESS AND WORK FATIGUE ON EMPLOYEE PERFORMANCE ON PUSKESMAS IN MAJALENGKA REGENCY. *JRMSI-Jurnal Riset Manajemen Sains Indonesia*, 14(01), 48-56. **doi:10.21009/JRMSI.014.1.06**
- 32- Al Hourri, H. N., Jomaa, S., Arrouk, D. M. N., Nassif, T., Al Ata Allah, M. J., Al Hourri, A. N., & Latifeh, Y. (2023). The prevalence of stress among medical students in Syria and its association with social support: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 23(1), 1-13. **doi:10.1186/s12888-023-04593-3**
- 33- Allegri, B., Brenna, V., Confalonieri, L., Puzzeni, A., Nichelatti, M., Piccinini, G., ... & Percudani, M. E. (2023). The impact of the second COVID-19 lockdown on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: A case study of pregnant women in northern Italy. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 30, 100633. **doi:10.1016/j.bbih.2023.100633**
- 34- Atkin, K., Bernhardt, J. M., Olayinka, O., & Simmonds, K. (2023). Screening for Heat Related Illness in Pregnant People: Sample Case Study for Clinician Education. *Journal of Midwifery & Women's Health*. **doi:10.1111/jmwh.13489**
- 35- Bano, M., Hoda, R., Zowghi, D., & Treude, C. (2024). Large language models for qualitative research in software engineering: exploring opportunities and challenges. *Automated Software Engineering*, 31(1), 8. **doi:10.21203/rs.3.rs-3614628/v1**
- 36- Cavallieri, F., Ghirotto, L., Sireci, F., Parmeggiani, M., Pedroni, C., Mardones, F. A., ... & Valzania, F. (2023). Caregivers' burden and deep brain stimulation for Parkinson disease: A systematic review of qualitative studies. *European Journal of Neurology*. **doi:10.1111/ene.16149**
- 37- Cedeno, R., & Torrico, T. J. (2024). Adlerian Therapy. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. PMID:38261699

- 38- Kostas, C., Vlastos, D. D., & Theofilou, P. (2024). Work Stress and Professional Burnout in Greek Police Officers. *The Open Psychology Journal*, 17(1). doi:10.2174/0118743501288683240206102924
- 39- Kyaw, H. K., Than, K. K., Diaconu, K., & Witter, S. (2023). Community stressors and coping mechanisms in accessing the health system during a double crisis: a qualitative case study from Yangon Region, Myanmar. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 39. doi:10.1186/s12939-023-01851-4
- 40- Rodgers, R. F., Campagna, J., Hayes, G., Sharma, A., Runquist, E., Fiuza, A., ... & Piran, N. (2024). Experiences of embodiment during pregnancy and the postpartum period: A qualitative study. *Body Image*, 48, 101645. doi:10.1016/j.bodyim.2023.101645
- 41- Sugiarto, F. (2023). *Pendidikan islam di Indonesia: studi pemikiran sufistik dan neo-modernisme KH. Muhammad Idris Jauhari 1952-2012* (Doctoral dissertation, UIN Mataram).
- 42- Zhang, L., Huang, R., Lei, J., Liu, Y., & Liu, D. (2024). Factors associated with stress among pregnant women with a second child in Hunan province under China's two-child policy: a mixed-method study. *BMC psychiatry*, 24(1), 1-12. doi:10.1186/s12888-024-05604-7

Occupational Stress, Social Relationships, and Their Impact on Pregnant Women: A Case Study

Ladan Ashraf¹, Yaser Dehghani^{2*}

1- Master's in Social Psychology, Institute Fatemieh Shiraz, Shiraz, Fars, Iran.
ladanashrafpsy@gmail.com

2- Ph.D. in Curriculum Studies, Assistant Professor at Institute Fatemieh Shiraz, Shiraz, Fars, Iran.
(Corresponding Author)

Yaser.dehghani@yahoo.com

Abstract

In today's world, pregnant women face various challenges such as occupational stress, financial pressures, and shifts in social relationships, all of which can significantly impact their mental and physical health. This article explores the connections between occupational stress, social relationships, and their effects on pregnant women. It also highlights the importance of this research for improving the understanding of factors affecting the health of pregnant women and enhancing their conditions for the development and advancement of the country's population. The study, conducted in Bushehr City with a group of pregnant women through seven semi-structured interviews, reveals that these women experience high levels of occupational stress, shifts in social relationships, and psychological pressures. A detailed analysis indicates that psychological interventions, particularly in social psychology, can help mitigate the negative effects of job-related stress. The findings show a significant relationship between occupational stress, social relationships, and their impacts on pregnant women. These findings emphasize that effective stress management and stronger social relationships can enhance the mental and physical health of pregnant women, ultimately contributing to the country's population growth.

Keywords: Occupational stress, Social relationships, Pregnant women, Social support.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

ابعاد حقوقی محدودیت غربالگری ژن‌شناختی در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

زهرا کولیوند^۱، مهزاد صفتیری‌نیا^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گرایش حقوق خانواده، دانشکده غیرانتفاعی رفا، تهران، ایران.

Z.kolivand.21463@Gmail.com

۲- استادیار، گروه حقوق بین‌الملل، دانشکده غیرانتفاعی رفا، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

mahzad_saffarinia@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۶/۱۳]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۳/۲۸]

چکیده

شناسایی زود هنگام بیماری‌های قبل از تولد و درمان به موقع ناهنجاری‌های ژنتیکی، جزء چالش‌های اصلی سیستم بهداشت و درمان است. در حیطه پزشکی، غربالگری به‌عنوان یک راهبرد بررسی جمعیت در رابطه با یک خطر تهدیدکننده سلامت با تشخیص افراد در معرض خطر تعریف می‌شود که هدف آن تشخیص زود هنگام برای انجام مداخله یا کنترل زودرس ابتلا به یک بیماری و عوارض ناشی از آن است که در قالب مجموعه‌ای از آزمایش‌های غربالگری در ماه‌های مختلف بارداری انجام می‌شود. قوانین مربوط به غربالگری ژن‌شناختی از دهه‌های گذشته در کشورمان وجود داشته که به موجب آن زوجین پیش از تولد فرزندشان و در جنینی از لحاظ مالی برای انجام آزمایش‌های مربوطه حمایت می‌شدند. در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به تصویب مجلس رسید که به موجب مواد ۵۳ و ۵۶ این قانون محدودیت‌هایی در غربالگری ژن‌شناختی به وجود آمد و ماده ۵۶ این قانون، قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴ را نسخ کرد. در ماده ۵۳ از این قانون اساساً غربالگری بیماری‌هایی که منجر به تولد نوزاد با بیماری صعب‌العلاج می‌شود منع شده و به علاوه پزشکان و کارکنان بهداشتی نیز مکلف توصیه به غربالگری نیستند. بدین ترتیب بحث عسر و حرج و سقط انتخابی با ناهنجاری و درمان‌های با صعوبت از خانواده محدود شده است. این پژوهش با هدف بررسی لزوم اصلاح مواد ۵۳ و ۵۶ طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده و رفع چالش زنان در زمینه ژن‌شناختی و سقط درمانی به صورت جمع‌آوری اطلاعات و با روش توصیفی-تحلیلی انجام شده است.

واژگان کلیدی: سقط جنین؛ غربالگری؛ خانواده سالم؛ ژن‌شناختی؛ جوانی جمعیت.

۱- مقدمه

غربالگری به مجموعه‌ای از بررسی‌های سونوگرافی، آزمایشگاهی گفته می‌شود که در مراحل مختلف انجام شده و هدف آن این است که مادران باردار را از مجموعه‌ی سندرم‌ها و نقایص جنینی غربال کرده و آن‌ها را در گروه‌های کم‌خطر و پرخطر قرار دهد (انجو، ۲۰۲۲). برای غربالگری جنین^۱ معمولاً نیاز است آزمایش‌های تشخیص ژن‌شناختی انجام شود که در صورت وجود اختلالات تصمیم برای سقط ژن‌شناختی و راه‌های پزشکی دیگر اتخاذ شود. تشخیص ژن‌شناختی پیش از تولد برای اولین بار در سال ۱۹۶۶ توسط و بریک و استل^۲ انجام گرفت. آن‌ها نشان دادند که ساختمان کروموزومی یک جنین را می‌توان با تحلیل و بررسی سلول‌های کشت داده شده متعلق به مایع آمنیون تعیین کرد (Bringman, 2014). خطر تولد نوزادی با آنومالی‌های جنینی و یا عیوب ساختاری برای هر فرد باردار ۲/۵-۳۵ درصد است؛ بنابراین انواع گوناگونی از روش‌های غربالگری ژن‌شناختی برای شناسایی زنان باردار که احتمال ابتلاء جنین آن‌ها به سندرم داون بالاست و انواع ناهنجاری‌های ژنتیکی را داشته، ایجاد شده است^۳. تست‌های غربالگری، موجب کاهش انجام تست‌های ژن‌شناختی تشخیص پیش از تولد شده است که به دنبال آن، احتمال خطر سقط جنین و هزینه زیاد انجام تست، به‌طور مطلوبی کاهش می‌یابد. برای زنان بارداری که در آن‌ها نتایج تست غربالگری مثبت باشد، تست‌های ژن‌شناختی پیش از تولد مانند کاریوتایپ از مایع آمنیون یا پرزهای جنینی توصیه می‌شود (Gregg, Gross, Best, Monaghan, Bajaj, Skotko & Watson, 2013). توجه نخبگان سیاست‌گذار عمومی و در عرصه بهداشت سلامت به ابعاد مختلف و ایجاد الزام نهاد‌های مقنن و متولی سیاست‌گذاری اجرایی در تدوین برنامه‌های عملیاتی اهمیتی ویژه دارد (آذری و بهرامی، ۱۳۹۹).

از موضوعاتی که در اسلام فوق‌العاده اهمیت دارد موضوع حق حیات انسان‌ها است و هیچ فردی اجازه ندارد این حق را از کسی بگیرد و انسانی را محروم از حق حیات کند؛ بنابراین قانون برای کسی که حق حیات و زندگی انسانی را بدون مجوز قانونی می‌گیرد؛ مجازاتی از جمله پرداخت دیه مشخص می‌کند؛ که وجود این مجازات از انقراض نسل‌ها ممانعت می‌کند و حق حیات برای تمامی انسان‌ها را نگاه می‌دارد. یکی از پدیده‌های امروزی بحث سقط جنین و گرفتن حق حیات از جنین است. این مسئله تا حدودی در دوران گذشته هم بود اما در دوره کنونی به علت‌هایی نظیر احتمال تولد جنین مبتلا به سندروم داون، ترس از معیشت و مخارج زندگی و یا احساس عدم راحتی با وجود کودک نمود بیشتری پیدا کرده است (اسماعیلی، ۱۳۹۴).

در ایران تا پیش از سال ۱۳۷۶، سقط جنین ممنوع بود تا آنکه در ۱۳۷۶ بر اساس فتوای مقام معظم رهبری، سقط جنین‌های هموفیلی مجاز اعلام شد و بعد از آن در سال ۱۳۸۱ سازمان پزشکی قانونی کشور آیین‌نامه‌ای منتشر کرد که در آن ۴۹ دلیلی ضروری، شامل سقط درمانی مشخص شد (افشارقوچانی، ۱۳۹۳)^۴. سرانجام در سال ۱۳۸۴ قانون‌گذار با تصویب ماده واحده قانون سقط درمانی، تلاشی در جهت حل مسئله سقط جنین انجام داد. از آنجاکه قبل از آن، قانون مدونی در این مورد وجود نداشت، قضات فقط به اجرای مواد قانون مجازات اسلامی که تعیین‌کننده دیه جنین سقط شده بود، اکتفا می‌کردند (زمانی، ۱۳۸۵؛ افشارقوچانی، ۱۳۹۳). قانون سابق در سال ۱۴۰۰ با استدلال‌هایی همچون امکان تشخیص اشتباه جنین سالم به‌عنوان سندروم داون با قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و تعالی خانواده، نسخ شد و بر اساس آن سقط جنین با محدودیت‌های بسیار بیشتری مواجه شده و آزمایش غربالگری ژن‌شناختی محدود شد (میرزاجعفری، ۱۴۰۰). اجباری یا اختیاری بودن آزمایش‌های غربالگری هر کدام تأثیرات مختلف حقوقی و اجتماعی و زیستی متفاوتی را بر سرنوشت انسان و جامعه می‌گذارد. بر مبنای این قانون، عده‌ای از مخالفین معتقدند تعداد افراد معلول و سندروم داون متولد شده نسبت به قبل بیشتر خواهد شد و در این موضوع موارد متعددی همچون هزینه نگهداری این افراد مطرح می‌شود. اگرچه دولت‌ها

1. Prenatal Screening.n

2 Steel and Brick

۳ (عصرایران، ۱۳۹۱/۹/۴، کد خبر ۲۴۲۸۹۸)

۴ مصوبه شماره ۱۰۰/۶۲۳۹/۹۰۰۰ مورخ ۵/۲/۱۴۰۲ رئیس قوه قضاییه

می‌توانند با قبول هزینه‌ها و در مواردی مسئولیت نگهداری و پرورش چنین کودکانی از مرگ آن‌ها و سقط جنین جلوگیری کنند و حیات یک انسان بالقوه را حفظ کنند. البته که حفظ جنین و سپردن آن به دولت بعد از ۹ ماه انتخاب بسیاری از زنان و خانواده‌ها نیست و طبیعتاً ترجیح دولت به پرداخت هزینه و قبول مسئولیت این افراد از جانب خانواده است. بررسی ابعاد غربالگری با روش توصیفی-تحلیلی بسیار لازم و در جامعه کنونی به علت وجود چالش‌های فراوان ضرورت یافتن راه‌حل وجود دارد. این پژوهش درصدد دادن پیشنهادی برای رفع این چالش‌ها است. اهمیت و ضرورت تحقیق فوق از آنجا نشست می‌گیرد که طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده که خواهان افزایش جمعیت است، برای تحقق این امر شیوه‌ها و راه‌هایی را پیش نهاده که در زمینه محدودیت غربالگری سلامت جنین و سقط درمانی، ماحصلی به جز خسران و تباهی نخواهد داشت، زیرا محدودیت شدید غربالگری و نسخ سقط درمانی که موضوع مواد ۵۳ و ۵۶ این طرح است، در صورت تصویب نهایی توسط شورای نگهبان، سلامت روحی و جسمی خانواده و جامعه را دستخوش تحولات غیرمنطقی و آسیب‌های جدی خواهد کرد. این تحقیق از نوع نظری است و با روش توصیفی تحلیلی به جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای اعم از کتب، مقالات و پایان‌نامه‌ها فارسی و انگلیسی پرداخته است؛ بنابراین هدف این تحقیق آن است که با ادله علمی، فقهی و حقوقی در جهت تبیین ضرورت اصلاح در مواد مطروحه برآید. سؤال تحقیق بر این مبنا است که: ادله علمی، فقهی و حقوقی لزوم تسهیل غربالگری سلامت جنین و ابقای قانون سقط درمانی چیست؟

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

۲-۱- پیشینه پژوهش

از زمان ابلاغ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در بررسی و ابعاد این قانون پژوهش‌هایی صورت گرفته است. با واکاوی موضوع از منظر مهم‌ترین اصول جرم‌انگاری، یعنی سه‌گانه ممنوعیت ایراد ضرر به دیگری، حمایت از خیر فردی و تضمین اخلاق با ابزار کیفر این نتیجه حاصل می‌شود که ماهیت این مداخلات با آنچه پیش‌تر در این حوزه صورت می‌گرفت تفاوت مهمی دارد؛ به این معنا که قانون‌گذاری در این حوزه با چالش‌های بیشتری مواجه است و ضرورت توجیه این مداخلات را پررنگ‌تر از قبل پیش می‌کشد: در سیر جدید مداخلات، این فرزند نیاوری است که موضوع مداخله قرار می‌گیرد: ممنوعیت عقیم‌سازی، ممنوعیت بستن لوله‌های فالوپ، دشوار کردن دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری و محدودیت بر غربالگری به‌عنوان تدابیر جدید افزایش جمعیت، باید از صافی‌های جرم‌انگاری عبور داده شوند. در صافی نخست یعنی اصل ضرر، مداخلات صورت گرفته به تمامی از این اصل روی‌گردانند؛ حتی خوانش‌های محافظه‌کارانه از ضرر هم قادر به توجیه مداخلات جدید نیستند. توسل به اخلاق‌گرایی کیفری به‌عنوان دومین صافی، در موضوعی ذاتاً خنثی نخواهد توانست این مداخلات را توجیه کند و درنهایت در عبور از صافی پدرسالاری کیفری، مداخلات صورت گرفته با تعارضی آشکارا درونی مواجه است به‌گونه‌ای که خیر فردی به‌عنوان توجیه‌گر مداخله در این فیلتر، قابلیت توجیه همگون مداخلات جدید را پیدا نخواهد کرد (روستایی و مقدسی، ۱۴۰۱).

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، با هدف افزایش فرزندآوری و کاربست سیاست‌ها و راهکارهای معطوف به آن، سیاست‌های تشویقی و پیشگیرانه و رویکردهای تنبیهی-کیفری را در قبال افزایش و کاهش جمعیت مورد توجه قرار داده است. قانون‌گذار بدون توجه به بایسته‌های حل مسائل اجتماعی و بدون وجود یک مدل جرم‌انگاری ضرورت‌مدار و بدون در نظر گرفتن میزان همخوانی مسئله و راهکار، از ابزار کیفری استفاده کرده و به ضرورت پیوند میان سرزنش عمومی عمل و دخالت کیفری توجه دقیقی نداشته و در این میان، عمده موضوعات جرم‌انگاری شده در این قانون، تکرار عناوینی است که در قانون مجازات اسلامی، جرم‌انگاری شده و این امر، برخلاف اصل «ضرورت در جرم‌انگاری» و اصل «انسجام و یکپارچگی نظام حقوقی» است. کاهش تعداد موالید و یا آنچه گاه کاهش میل به فرزندآوری نامیده می‌شود یک مسئله است و معلول؛ باید آن را بر اساس قواعد مسئله شناختی مورد توجه قرار داد و اولویت‌ها راهکارها و میزان مؤثر بودن آن‌ها را بررسی کرد. قانون‌گذار در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بر افزایش جمعیت توجه

دارد و نه حمایت از خانواده و سیاست‌های تشویقی قانون‌گذار در یک بستر آماده و در یک حالت هم بسته می‌تواند اجرایی شود؛ آن‌هم در قالب یک مدل مفهومی مبتنی بر شناخت از ایده‌آل‌های انسان ایرانی و واقعیت‌های موجود در جامعه او و بهترین قوانین اگر این اصطلاح درست باشد- نیز اگر زمینه اجرایی نداشته باشند، متروک واقع می‌شوند. در عالم حقوق صحبت از کارایی قوانین است و نه اینکه خوب یا بد بودن آن‌ها قابل ارزیابی باشد. به همین جهت ضروری است قانون‌گذار به تدوین استراتژی‌های پاسخ در نظام حقوقی ایران اهتمام ورزیده و ضمن تدوین مدل مفهومی اصل ضرورت در جرم انگاری برای جامعه ایرانی و توجه به قابلیت‌های ابزار کیفری و توجه به تحولات جامعه ایرانی و بازتاب‌های این موضوع بر حوزه جرم انگاری به طراحی مدل سیاست جنایی و سیاست کیفری توجه داشته باشد. قانون‌گذار باید بیش از تأکید بر جرم انگاری در حوزه مسائلی اجتماعی که علت‌های عمیق روان‌شناختی و اقتصادی دارند، در چهارچوب مدل‌های مرتبط با کاهش و کم کردن مسائل اجتماعی با این موضوع برخورد کند و نهایتاً آن را چون یک آسیب و مسئله اجتماعی که راهکار غیر کیفری دارد مورد توجه قرار دهد. باید دید آیا با جرم قلمداد کردن این عمل، می‌توان از تعداد آن کم کرد؟ کدامین کارکرد کیفر است که می‌تواند در این قلمرو مؤثر واقع شود به‌ویژه این‌که کیفر خود اعلام سرزنش عمومی عمل توسط جامعه است و بیانگر نقض مسؤولیت اجتماعی به‌عنوان زیربنای مسؤولیت جنایی است. با توجه به اینکه ماده ۳۰۶ قانون مجازات اسلامی جنایت عمدی بر جنین را مستوجب قصاص ندانسته و واکنش در برابر آن را دیه و مجازات تعزیری قرار داده است و با توجه به تبصره این ماده جنایت قبل از تولد جنین را که منجر به مرگ او بعد از تولد شود، مستوجب قصاص دانسته است و نیز با توجه به مواد ۷۱۶ الی ۷۲۱ قانون مجازات اسلامی و نیز مواد ۶۲۳ و ۶۲۴ این قانون در کتاب تعزیرات، سقط جنین جرم انگاری شده و موارد گسترده آن نیز چون دیگر جرائم علیه تمامیت جسمانی در ماده ۲۸۶ جرم انگاری شده است، ضرورتی به جرم انگاری مجدد این عمل در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نبود و این تکرار، محصول عدم توجه به مدل‌های جرم انگاری و بایسته‌ها و مبانی آن است و این امر برخلاف اصل انسجام قوانین در درون یک نظام حقوقی است. برخلاف قانون مجازات اسلامی که از جنین به خاطر خود جنین حمایت کرده است مبنای جرم انگاری سقط جنین در قانون حمایت، تغییر کرده است و مبنای هدف حمایت از افزایش جمعیت و جوانی آن است و از آنجاکه این قانون در چندین مورد به مجازات مصرح و مقرر در قانون مجازات ارجاع و احاله داده است لذا نمی‌تواند مبنایی متفاوت از آن قانون عام برای جرمی که در آن نیز جرم انگاری شده است، اعلام کند. عمده آنچه در این قانون آمده است، می‌توانست در قالب آیین‌نامه‌ها، بخش‌نامه و دستورالعمل‌های اجرایی و در قالب مقرره گذاری نرم بیان شود. در کنار موضوعات فوق، قانون‌گذار با تخلف ندانستن عدم اعلام ناهنجاری‌های جنینی حق بر سلامت را که از یکی حقوق بنیادین انسان است، نادیده گرفته است و مادر حق دارد از بیماری جنین خود آگاهی داشته باشد و در واقع، محروم کردن او از آزادی گردش اطلاعات مرتبط و مؤثر با زندگی او، هم او و هم فرزندش را از حق بر سلامت و درمان محروم می‌کند و اینکه جنین حق بر درمان دارد بر پایه نظریه منفعت و مصلحت جنینی قرار دارد (فلاحی، ۱۴۰۱).

۲-۲- مبانی نظری

۲-۲-۱- مبانی مخالفین و موافقین محدودیت غربالگری ژن‌شناختی

تصویب قانون سقط جنین و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دارای مخالفان و موافقان با رویکردهای متفاوتی بوده است. مخالفان این قانون با دلایلی چون حق بردن مادر، آزادی اختیار پدر و مادر در داشتن فرزند معلول، رعایت حقوق اقتصادی اعضای خانواده و سلامت جسمی و روانی جنین به مخالفت با محدودیت در غربالگری پرداخته‌اند و موافقان نیز با دلایلی همچون نیاز به رشد جمعیت، حرام بودن سقط جنین و درصد بالای خطای پزشکی در غربالگری ژن‌شناختی به اعلام دلایل خود پرداخته‌اند. در ادامه این پژوهش به دلایل مخالفین و موافقین به تفصیل خواهیم پرداخت.

۲-۲-۲- استدلال مخالفین محدودیت غربالگری ژن‌شناختی

۲-۲-۱- حق بر بدن مادر

بر اساس دیدگاه این گروه از مخالفین، در قانون جدید، سقط به قدری سخت شده است که هیچ فردی اعم از پزشک، کادر درمان، آزمایشگاه، مشاور خانواده و حتی مادر در این خصوص نمی‌توانند دخالت داشته باشند. در حالیکه قبلاً نظر مادر شرطی اساسی بود و طبق ماده واحده سقط جنین درمانی که به تاریخ ۱۳۸۴/۳/۲۵ به تأیید شورای نگهبان رسید سقط درمانی با نظر قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر می‌شد و یا بیماری مادر که تهدید جانی مادر را به همراه داشت قبل از دمیده شدن روح با رضایت زن مجاز بود و پزشک مباشر مجازات و مسئولیتی نداشت (روحی، ۲۰۱۱).

اما بر اساس قانون جدید، ۲ فقیه، یک قاضی، پزشک قانونی و یک متخصص که صفت متعهد برایش لحاظ شده، می‌توانند در این خصوص نظر بدهند و نظر مادر هم مهم نیست؛ یعنی اگر مادر بگوید امکان نگهداری کودک معلول را ندارد، کافی نیست و در نهایت قاضی باید به این تشخیص برسد که آیا مادر و خانواده با وجود کودک معلول در حرج قرار می‌گیرند یا خیر (صادق پور، ۱۴۰۱).

از آنجاکه هر فرد حق حیات دارد، جنین هم در نخستین نگاه بایستی حق حیات داشته باشد؛ اما نکته مهم این است که مادر حق تصمیم‌گیری درباره بدن خودش را دارد و اوست که پیرامون اینکه چه چیزی در بدنش یا در برابر بدنش رخ دهد، بایستی تصمیم‌گیری کند و این حق با حق حیات جنین در تعارض است. تامسون^۱ اعتقاد دارد اگرچه جنین حق زندگی دارد، اما منظور این نیست که زن مجبور به استفاده از بدنش در جهت حفظ جنین سندروم داون است؛ بنابراین جنین هیچ حقی در استفاده از بدن زن باردار (مادر) ندارد و حق حیات جنین آن‌قدر قوی نیست که بر حق کنترل زن باردار به بدنش رجحان داشته باشد (آلبویه، ۱۳۹۰)^۲.

بر اساس این گروه، حق هر زن است که به‌عنوان یک انسان، بر جسم و جان خود تسلط داشته باشد و بدنش را تحت کنترل قرار دهد و در راستای اعمال این حق مشروع، بتواند سقط جنین کند. این گروه اعتقاد دارند که جنین تا زمانی که در رحم مادر است در واقع جزئی از مادر به حساب می‌آید و مادر حق دارد که این جزء را، در صورتی که به هر دلیل مزاحم و زائد بداند، به دلخواه خود سقط کند (ربیعی و روشن، ۱۳۸۸). لازم به ذکر است حق بر بدن مادر در قوانین بین‌المللی به‌عنوان یکی از حقوق بشر شناخته شده است. این حق در بسیاری از قوانین و اسناد بین‌المللی مورد تأیید قرار گرفته است، از جمله در اعلامیه جهانی حقوق بشر که در سال ۱۹۴۸ توسط سازمان ملل متحد تصویب شد. حق بر بدن زن شامل حقوقی مانند حق انتخاب درباره بدن خود، حق دسترسی به خدمات بهداشتی و جنسیتی، حق بهداشت و سلامت، حق دسترسی به اطلاعات و آموزش‌های مربوط به سلامت جنسی و تولید پرورش مسئولانه است. این حقوق به‌منظور احترام به کرامت و استقلال زنان و تضمین سلامت جسمانی و روانی آن‌ها تعیین شده است (Bringman, 2014).

۲-۲-۳- آزادی اختیار پدر و مادر و سایر فرزندان در داشتن فرزند معلول

بدیهی است اخلاق در هر زمینه‌ای فراتر از قانون‌گذار پیش‌قدم است و هرگونه ضرر رساندن به دیگران را به هر دلیل و به هر صورتی که باشد غیرمجاز می‌داند. افزون بر این حقوق اطفال به‌عنوان قشر آسیب‌پذیر که توان اعتراض ندارند بیشتر مورد توجه قرار گیرد؛ زیرا تولد فرزند معلول علاوه بر درگیر کردن حقوق والدین و فرزندان، حقی است که در اجتماع نیز تأثیرگذار بوده و چه بسیار از این فرزندان بعد از تولد در اجتماع رها می‌شوند و نگهداری آن‌ها به دیگران سپرده می‌شود. شاید بتوان گفت تولد این فرزندان با توجه به نهی پزشک از ابتدا دارای سرشتی اخلاقی است تا حقوقی و فقهی و علاوه بر این فقه نیز به‌عنوان دانشی اسلامی هیچ‌گاه در احکام خود اخلاق را نادیده نگرفته است (مسجدسرائی، موسوی و منظمی، ۲۰۲۱).

1. Tamson.b

^۲ رجوع شود به ترجمه مقاله :

بر مبنای نظر این گروه که در آن افراد زیادی از پژوهشگران و فعالان رسانه‌ای در حوزه زنان و خانواده قرار می‌گیرند، وجود یک کودک با ناهنجاری ژنتیکی، مغزی و یا نقص عضو در هر خانواده‌ای منشأ مشکلات بزرگ روحی، روانی، اجتماعی و اقتصادی برای خانواده، اطرافیان و جامعه است (حسینی، ۱۴۰۰).^۱ معضلاتی که با بزرگ شدن کودک سخت‌تر و شدیدتر می‌شوند؛ باور این عسر و حرج در ظرفیت فقه پویای اسلامی و نهایتاً در حوزه قانون‌گذاری مشمول اختیارات، فقها است. عدم توجه عمدی یا غیرعمدی طراحان قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به این موضوع، مبهم و سؤال‌برانگیز است (حسینی، ۱۴۰۰).

بسیاری از خانواده‌ها به دلیل نگرانی از داشتن فرزند معلول از فرزندآوری خودداری می‌کنند و این موضوع با این قانون تشدید نیز خواهد شد؛ بنابراین، بر مبنای اسناد عام حقوق بشری بهره‌مندی از آزادی‌ها و تعلق حق‌های بشری به همگان به صورتی برابر و در تمام شرایط و موقعیت‌ها مورد قبول جامعه بین‌الملل است و دولت‌ها نه تنها از هرگونه مداخله خودسرانه در امورات خصوصی و خانوادگی افراد منع گردیده‌اند، بلکه متعهد به تضمین و تأمین این حقوق و آزادی‌ها برای افراد دانسته شده‌اند (عباسی، رضوتنی و قاسمی پور، ۱۳۹۴).

۲-۲-۴- حقوق اجتماعی و اقتصادی اعضای خانواده

در اصل ۱۰ قانون اساسی آمده است از آنجاکه خانواده واحد بنیادی جامعه اسلامی، است همه قوانین و مقررات و برنامه‌ریزی‌های مربوط باید در جهت آسان کردن تشکیل خانواده پاسداری از قداست آن و استواری روابط خانوادگی بر پایه حقوق و اخلاق اسلامی باشد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۴). خانواده نخستین نهاد تربیت انسان است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تنها قانون اساسی است که در مقدمه آن به مسئله خانواده پرداخته شده و در اصل ۱۰ قانون اساسی آن را واحد بنیادین جامعه و مرکز اصلی رشد و تعالی انسان عنوان کرده است. بدیهی است فرزندآوری که ثمره مهم خانواده است باید بر پایه اصول اخلاقی بوده و به منهیات آن توجه نشان دهد (مسجد سرائی و همکاران، ۱۴۰۰).

بر اساس نظر این دسته از مخالفین این قانون، فرزندان ناقص یا معلول هزینه‌های مالی سنگینی بر خانواده و جامعه تحمیل خواهند کرد و می‌توان با مقایسه اولویت لزوم سقط آن‌ها را نسبت به فرزندان سالم راحت‌تر ثابت کرد. هزینه‌های مادی نگهداری از جامعه معلول و همچنین لطمات روحی و عاطفی خانواده‌های دارای فرزند معلول دغدغه اصلی این دسته از افراد است که از جمله آن‌ها می‌توان به محسنی بندپی عضو کمیسیون بهداشت مجلس اشاره کرد. بر این مبنای حتی اگر دولت منابعی برای نگهداری از جامعه معلول داشته باشد، باید مدیریت منابع وجود داشته باشد. برای یک معلول تنها منابع مالی مطرح نیست بلکه لطمات روحی و روانی آن بیشتر مطرح است (محسنی بندپی، ۱۴۰۰).

از منظر بیشتر فقها سقط جنین امری حرام است و سقط جنینی که معلولیت داشته باشد، به‌صرف «معلولیت» حتی قبل از دمیده شدن روح، جایز نیست و تنها به علت عسر و حرج مادر می‌تواند مجاز شود (فریدونی، ۱۳۹۴). عسر و حرج در ماده واحده قانون سقط درمانی نیز مورد توجه قرار گرفته است؛ اما در فتاوی فقها، روشن نیست که آیا منظور از «عسر و حرج» مادر، صرفاً بیماری و خطر جانی برای مادر است و یا فشارهایی که از جنبه روحی و روانی به خاطر داشتن فرزند ناقص‌الخلقه و حتی فشار اقتصادی که به خاطر نگهداری فرزند معلول هم به مادر و خانواده تحمیل می‌شود نیز تحت این عنوان قرار می‌گیرد (اسماعیلی، ۲۰۱۵). به این منظور برای تعیین مصادیق عسر و حرج، رجوع به عرف الزامی است. در این باره اداره حقوقی قوه قضائیه هم «عرف پزشکی» را مبنای تشخیص حرج مادر معرفی کرده که بایستی در این راستا به شرایط اجتماعی و جنین معلول و مانند آن توجه کرد. ظاهراً این اداره با تأکید بر اینکه «منظور از حرج مادر، حرجی است که بعد زایمان و در راستای نگهداری نوزاد معلول یا عقب‌افتاده (سندروم داون) برای مادر تحمیل می‌شود»، به امکان سقط جنین معلول در حالت ترس از تحمیلات اقتصادی و روانی هم نظر داشته است (افشارقوچانی، ۲۰۱۵).^۲

^۱ . D.chervanak

^۲ رجوع شود به افشارقوچانی، ۱۳۹۳، نظریه شماره ۷/۴۴۷۷ مورخ ۱۳۸۷/۷/۲۱

۲-۵- حق والدین برای داشتن فرزند سالم

فرزندآوری؛ حق و امتیازی برای زوجین است؛ زیرا اولاً: زوجین می‌توانند خلاف آن را در ضمن عقد شرط کنند، چراکه مقتضای ذات عقد نکاح نیست و ثانیاً: می‌توانند از این حق استفاده نکرده و به نوعی آن را اسقاط کنند (Veenhoven, 2011). اگر پذیرفته شود که فرزندآوری حق زوجین است، آنگاه می‌توان از حق کودک نیز سخن گفته شود. گذری بر نصوص شرعی و قانونی بیانگر آن است که «کودک» نیز حقوقی دارد. توصیه‌های شارع مقدس برای چگونگی انتخاب همسر، چگونگی انعقاد نطفه و نحوه حضانت و تربیت کودک، همگی بیانگر حقوق کودک است پس به درستی می‌توان گفت که کودک صاحب «حق» است و از جمله‌ی این حقوق حق برخورداری نوزاد از قوای عقلی سالم است (جباری و صابریان، ۱۳۹۳). بعد از بیان دلایل عقلی و حقوقی بهتر از دلایل نقلی و فقهی درباره کودک سالم را نیاز بیان کرد. برای آن‌که کودک از نظر جسمی قوی بنیه متولد شود، شرع مقدس سفارش به ازدواج با غیر خویشاوندان کرده است که در متون روایی از آن تعبیر به اغتراب شده است. شهید ثانی در کتاب «مسالك الافهام» در ردّ نظر کسانی که قائل به استحباب ازدواج با نزدیکان، هستند این روایت را از پیامبر ﷺ نقل کرده است که با خویشاوندان نزدیک ازدواج نکنید که فرزند ضعیف و لاغر به وجود می‌آید و می‌گوید این همان نظری است که علامه حلی در کتاب «تذکره» نیز آن را برگزیده است (Akrami, Parvin & Razmjoo, 2021).^۱ از امام صادق علیه السلام نقل است که پیامبر ﷺ فرمودند: «با زنان باکره ازدواج کنید، چراکه رحم‌هایشان برای نطفه پذیراتر، شیرشان بیشتر و رحم‌هایشان بازتر است (آل بویه، ۲۰۱۱). روایات همه بر این نکته تأکید دارند که ازدواج و رای آن‌که تأمین امیال جنسی می‌کند و و رای آن‌که مرد و زن در پی لباس برای خود هستند، (بقره، ۱۸۷) و برای فراهم کردن آرامش و سکون خود تلاش می‌کنند اما در عین حال باید متوجه فرد دیگری هم باشند که در حال به وجود آمدن و تکوین بوده و به تبع آن نیز حقوقش در حال شکل‌گیری است او این حق را دارد که سالم به دنیا بیاید همه این تعالیم در راستای آن است که آمیزش از حالت حیوانی آن خارج شده و رنگ خدایی انسانی و اخلاقی بگیرد» (جباری و صابریان، ۱۳۹۳).

در همین راستا اصل ۴۰ قانون اساسی بیان می‌کند: «هیچ‌کس نمی‌تواند اعمال حق خویش را وسیله اضرار به غیر یا تجاوز به منافع عمومی قرار دهد با توجه به این اصل قانون اساسی ایران نیز استفاده مطلق از حقوق را نمی‌پذیرد. اصل ۴۰ مربوط به اجرای زیان‌بار حق است؛ یعنی جایی که شخصی مطابق قانون حق انجام کاری را دارد اما نباید اعمال حقش به گونه‌ای زیان‌بار انجام گیرد و موجب ضرر رساندن به دیگران شود؛ بنابراین طبق این اصل قانون اساسی والدین اساساً نمی‌توانند صرفاً به استناد این‌که حق داشتن یا نداشتن فرزند را دارند، از این حق خود سوءاستفاده کرده و به فرزند ضرر وارد کنند (مسجد سرائی و همکاران، ۱۴۰۰). به منظور اجرای سیاست حقوقی حمایت جامع از جنین، قوانین کیفری در قانون مجازات اسلامی به نحوی تنظیم شده‌اند که علاوه بر حمایت از حق حیات و زندگی او، هر گونه رفتاری را که به هر نحو، باعث صدمه و آزار نسبت به این موجود آسیب‌پذیر و بی‌دفاع شده و سلامت روانی و جسمی او را به خطر می‌اندازد، با پیش‌بینی در قانون، مشمول عنوان مجرمانه دانسته و ضمانت اجرای مستقل و مناسبی را برای متعرضین به حقوق مذکور، در نظر در نظر گرفته شده است. از جمله این موارد، می‌توان از پیش‌بینی و احصای صریح و شفاف جرائم علیه جنین، الزام پدر و مادر به رعایت بعضی رفتارها و وظایف جهت حفاظت از سلامت جنین، همچون مراقبت‌های خاص دوران بارداری و دوری جستن از اعمال و رفتارهای مضر، همچنین امکان طرح دعوی علیه اشخاصی که موجب نقص مادرزادی طفل شده‌اند راه‌هایی برای حمایت از حق بر سلامت جنین است (روحی، ۱۳۸۹).

۲-۶- حق آگاهی یافتن و اخلاق پزشکی

بر اساس عقیده این دسته از افراد، در مورد غربالگری پزشکی موظف است علم خود را در اختیار والدین جنین بگذارد و آن‌ها را از خطرات احتمالی آگاه کرده و روش‌هایی را که برای جلوگیری و یا مواجهه با این خطرات وجود دارد را به آن‌ها اطلاع دهد. در اخلاق پزشکی مهم‌ترین نکته، نظر و رأی خانواده و خصوصاً مادر است که در اینجا حذف شده است (مسجد سرائی و همکاران، ۱۴۰۰).

۷-۲-۲- استدلالات موافقین محدودیت غربالگری ژن‌شناختی

۱-۷-۲-۲- رشد جمعیت

بر اساس نظر این گروه از افراد، آمارهای رسمی، نرخ جمعیت و فرزندآوری در ایران را با درصد منفی نشان می‌دهد به گونه‌ای که در سال‌های بعد از ۱۳۹۹ توازن جمعیتی کشور به سمت پیری رفته و سی درصد جمعیت کشور را کهن‌سالان تشکیل خواهند داد که این مسئله پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و حتی امنیتی به همراه دارد (فتحی، ۱۳۹۹). در این شرایط لازم است اقدامات سریع، کارشناسی و به دور از حواشی رسانه‌ای از سوی نهادهای قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری صورت پذیرد. بر مبنای نظر این دسته، مجلس شورای اسلامی ضمن درک خطر مذکور به ارائه قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت پرداخت. این قانون با ۷۴ ماده، خانواده را به فرزندآوری تشویق و سازمان‌ها و نهادهای دولتی را ملزم به حمایت از خانواده‌ها و رشد جمعیت می‌کند. شایان‌ذکر است یکی از مهم‌ترین دلایل تصویب قانون موردبررسی، کند شدن روند رشد جمعیت و پیر شدن آن است^۱. پیش‌بینی می‌شود در بازه زمانی روبه‌رو یک چهارم جمعیت کشور را سالمندان تشکیل می‌دهند و با هدف جبران کاهش نرخ جمعیت و روند پرشتاب سالمندی کشور، مشارکت مردم و سازمان‌های مردم‌نهاد امری ضروری است. مداخله در امر فرزندآوری هرچند به دلیل عدم ایراد ضرر به دیگری موجه و مشروع نیست، اما چنانچه در قاموس فایده‌گرایی نگرینگ شده، بر اساس برآورد صورت گرفته در دلایل توجیهی طرح افزایش نرخ باروری و پیشگیری از کاهش رشد جمعیت کشور، در سال‌های ۱۴۲۰-۱۴۱۵ رشد جمعیت صفر و سپس منفی خواهد شد و پیامدهای این موضوع، کمبود نیروی کار و فشار بر نظام سلامت جامعه خواهد بود (روستایی و مقدسی، ۱۴۰۰).

۸-۲-۲- احتمال خطای پزشکی

با توجه به اینکه درصدی خطا برای نتیجه تست غربالگری می‌توان متصور بود نیاز به الزام این تست برای همه گروه‌ها توسط این دسته از موافقین زیر سؤال می‌رود. به‌عنوان مثال بر اساس نتایج به‌دست‌آمده به علل مختلف همچون خطای پزشکی، انجام آزمایش تحت شرایطی و برای گروه‌های خاصی امری منطقی است (زینالو، ۱۳۹۷). به‌عنوان نمونه به بررسی یکی از این ناهنجاری‌های ژنتیکی پرداخته می‌شود. سندروم دان نمونه‌ای دارای اطلاعات دقیق برای بررسی آماری است. در سال ۲۰۰۲ هزینه بزرگ کردن یک فرد مبتلا به سندرم داون در آمریکا ۶۷۷۶۹۲ دلار برآورد شده است (Biggio Jr, Morris, Owen & Stringer, 2004). بر اساس شاخص تورم مصرف‌کننده. این هزینه برای سال ۲۰۲۲ عدد فوق به دست آمده است. با محاسبه نسبت سی پی‌آی در سال ۲۰۱۸ به ۲۰۰۲ و ضرب آن در عدد فوق، هزینه بزرگ کردن یک فرد مبتلا به سندرم داون با استانداردهای آمریکا در سال ۲۰۲۲، بیش از ۱۲۰۰۰۰۰ دلار به‌دست آمده است (شریعتی، ۱۳۹۹). در گام بعد می‌توان هزینه مذکور در آمریکا را با استفاده از نسبت تولید ناخالص داخلی سرانه آمریکا به ایران تبدیل به هزینه تربیت یک فرد مبتلا به سندرم داون در ایران کرد. بر این اساس، هزینه نگهداری یک فرد مبتلا به سندرم داون در ایران در سال ۱۴۰۱ حدود رقم ۱۵۰۰۰۰ دلار محاسبه شده است (شریعتی، ۱۳۹۹).

بر اساس یافته‌های پژوهش که شامل تعداد آزمایشات غربالگری صورت گرفته و هزینه هر یک از این آزمایشات طبق اظهار افراد مصاحبه شده، می‌توان هزینه‌های مستقیم پزشکی صورت گرفته برای اعضای نمونه تحقیق را برآورد کرد (شریعتی، ۱۳۹۹). برای تبدیل این برآورد به هزینه کشف یک جنین مبتلا به سندرم داون لازم بود ریسک بروز سندرم داون نیز بر اساس ریسک بروز برای هر بازه

۱ سیدابراهیم رئیسی، ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، تاریخ تصویب: ۱۹/۰۸/۱۴۰۰

سنی مادران و آمار واقعی تعداد مادران هر بازه سنی در برآورد شود. این ریسک معادل ۱ در ۸۸۵ به دست آمده است (شریعتی، ۱۳۹۹). بر اساس دو عدد فوق، هزینه‌های مستقیم پزشکی انجام غربالگری جاری برای کشف یک جنین مبتلا به سندرم داون مبلغی معادل حدود ۱۰۰۰۰۰ دلار برآورد شد. نکته بسیار مهم در برآورد هزینه کشف و از بین بردن یک جنین مبتلا به سندرم داون، توجه به سقط‌هایی است که به خاطر پیاده‌سازی برنامه غربالگری بارداری رخ می‌دهند. برای آشنایی مختصر عناوین آن‌ها دسته‌بندی می‌شود. این سقط‌ها در سه دسته قرار می‌گیرند:

۱- سقط جنین‌های مبتلا به سندرم داون که طی پروسه غربالگری کشف و با مجوز قانونی سقط می‌شوند.

۲- سقط‌های به دنبال تست تشخیصی تهاجمی نظیر آمنیوسنتز و CVS

۳- سقط‌های غیرقانونی که به دلیل موارد مثبت کاذب تست‌های غربالگری و هزینه‌های سنگین تست‌های تشخیصی تکمیلی که کاملاً بر عهده خانواده‌ها و بدون هرگونه پوشش بیمه‌ای هستند رخ می‌دهد.

بر این اساس با توجه به گروه‌های در معرض خطر، مادران واجد شرایط انجام غربالگری تنها شامل گروه‌های زیر می‌باشند:

• مادران بالای ۴۰ سال (با حمایت مالی کامل).

• افراد ۳۵ تا ۴۰ سال نیز تحت مشاوره قرار بگیرند و برای آن‌ها درصدی سوپسید در نظر گرفته شود.

• سابقه نقص کروموزومی در فرزند قبلی یا یکی از زوجین (زینالو، ۱۳۹۷).

در برنامه‌های غربالگری جمعیتی، سیاست‌گذاری کلان و محاسبات هزینه-اثربخشی اهمیت زیادی دارد که در صورت عدم آشنایی با آن‌ها، ممکن است کشورها راه را به اشتباه طی کنند و به‌جای کسب منفعت از یک برنامه سلامت ملی، در مجموع متضرر شوند و منابع سلامت به‌درستی مصرف نشود. بحث منابع از چنان اهمیتی برخوردار است که سیاست کلی برنامه را نیز دستخوش تغییر می‌کند. از این‌رو در صورتی که بحث مالی انجام تست‌های غربالگری مطرح باشد، با توجه به اینکه برای رسیدن به تستی که سندروم داون را نشان می‌دهد بسیاری تست دیگر باید انجام شود و با توجه به هزینه‌ای که دولت در انجام این تست‌ها پرداخت می‌کند می‌توان به این نتیجه رسید که قانون فوق از لحاظ مالی می‌تواند کمک زیادی به دولت بکند، ولی در صورت تولد کودک مبتلا به سندروم داون و معلول در صورتیکه بیشتر هزینه‌های وی توسط خانواده انجام شود بار مالی سنگینی برای خانواده در پی خواهد داشت (زینالو، ۱۳۹۷).

۹-۲-۲- موانع فقهی سقط جنین

قانون مجازات اسلامی هم ابهام زیادی دارد و حقوق‌دانان برداشت‌های گوناگونی از آن دارند. مهم‌ترین دلیل طرف‌داران قول به قصاص این است که جنین با دمیده شدن روح در آن، انسان به حساب می‌آید و مجازات کشتن هر انسان، قصاص است. ولی با توجه به احکام مختلفی که برای جنین و نوزاد وجود دارد، می‌توان این نتیجه را گرفت که در سیر تکوین انسان، مرحله معینی وجود ندارد که با ورود به آن، تمام احکام مربوط به انسان از جمله قصاص قاتل او محقق شود؛ بنابراین اصل اوکی، احتیاط در دماء، فقدان دلیلی روشن بر قصاص و بعضی شواهد دیگر، عدم ثبوت مجازات قصاص در قتل عمدی جنین دارای روح را اقتضا می‌کند (ساعدی، ۱۳۹۲). بر اساس دیدگاه این گروه از افراد سقط جنین به علت گرفتن حق حیات از یک انسان، امری حرام است. در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت کلیدواژه‌ای وجود دارد به نام «حق حیات جنین» و این یعنی وقتی نطفه شکل می‌گیرد، نباید شی پنداری صورت گیرد که فکر کنیم اختیار آن با پدر یا مادر است. در کشور ما به‌عنوان کشوری مسلمان بعد از شکل‌گیری نطفه ولو جنین زیر ۴ ماه باشد باز هم سقط حرام است (آهوران، ۱۳۸۶). در قانون جدید مباشرت یا معاونت در سقط جنین جرم‌انگاری می‌شود و برای فرد خاطی جرائم سنگین در نظر گرفته می‌شود؛ از جمله اینکه اگر فردی که در سقط دست داشته جزو گروه پزشکی باشد پروانه پزشکی‌اش حتی با یک‌بار سقط جنین عمدی، باطل می‌شود (ربیعی و روشن، ۱۳۸۸).

۳- روش‌شناسی

این تحقیق از نوع نظری است و روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی و با روش جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای و با مراجعه به کتب، مقالات و پایان‌نامه‌های فارسی و انگلیسی صورت گرفته است. جامعه آماری، کلیه افراد جامعه جمهوری اسلامی ایران است و به طور نمونه زنان باردار ایرانی مورد مطالعه قرار گرفته است. یافته‌های این پژوهش ضمن نقد قانون و بیان نظرات موافقان و مخالفان به این نتیجه رسیده است که وجود غربالگری ضروری و هزینه‌های آن باید تحت نظر دولت باشد و سقط جنین در موارد سندروم، ناهنجاری‌های ژنتیکی، خطرهای جانی مادر، تحت نظر حقوق پزشکی قرار گیرد.

۴- یافته‌ها

ماده ۵۳ این قانون به بحث غربالگری‌ها می‌پردازد و تا حدی آن را محدود می‌کند. اساساً غربالگری بیماری‌هایی که منجر به تولد نوزاد با بیماری صعب‌العلاج می‌شود در این ماده منع شده و به‌علاوه پزشکان و کارکنان بهداشتی نیز مکلف به توصیه به غربالگری نیستند و این تکلیف از دوش نظام سلامت شامل پزشکان در تمام سطوح برداشته شده است. در این شرایط اگر پزشک یا کارکنان نظام سلامت غربالگری را توصیه نکنند و در نهایت نوزادی با بیماری صعب‌العلاج متولد شود، خانواده نوزاد نمی‌تواند این موضوع و عدم توصیه پزشک را پیگیری کند (عصر ایران، ۱۴۰۲)^۱. این ماده جهت استانداردسازی، نظارت، پایش و ارزشیابی در مواردی که به درخواست والدین و با تجویز پزشک متخصص آزمایش تشخیص ناهنجاری جنین تجویز گردد، باید اطلاعات مادر، پزشک، مستندات، دلایل تجویز یا اقدام را در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و سامانه ماده ۵۴ این قانون درج و بارگذاری نماید. ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی به‌گونه‌ای نوشته شده است که پزشکی که مسئولیت یک خانم باردار را بر عهده دارد، تمایلی به انجام غربالگری در خود احساس نمی‌کند؛ زیرا فکر می‌کند ممکن است دچار مشکلات قانونی در این زمینه شود. در صدر ماده ۵۳ این قانون، بر ضرورت اصلاح تمامی دستورالعمل‌های غربالگری مطابق تبصره‌های این ماده تأکید شده است. بر اساس تبصره یک ماده ۵۳ این قانون، عدم ارجاع به غربالگری ناهنجاری جنینی توسط پزشک یا اعضای کادر درمانی و بهداشتی تخلف محسوب نمی‌شود و نباید منجر به محاکمه یا پیگیری آن‌ها شود و در صورتی که پزشک، مادر باردار را به غربالگری ارجاع دهد، اصل بر مسئولیت او است، مگر این‌که ثابت شود پزشک مطابق با دستورالعمل مورد تأیید ستاد عالی جمعیت و خانواده عمل کرده است. بر اساس تبصره دو^۲ ماده ۵۳ نیز، هرگونه توصیه به مادران باردار توسط کادر درمان یا تشویق و ارجاع برای تشخیص ناهنجاری مجاز نبوده و ارجاع به غربالگری تحت شرایطی خاص طبق تبصره سه^۳

۱ ارجاع مادر باردار به غربالگری ناهنجاری‌های جنین توسط پزشکان یا کارکنان بهداشتی و درمانی تخلف نیست و نباید منجر به محاکمه و یا پیگرد آنها گردد، مگر آن‌که پزشک، علم یا ظن قوی به لزوم ارجاع برای درمان مادر و جنین یا حفظ جان مادر داشته باشد. (تبصره ۱، ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت)

۲ تبصره ۲ - از زمان لازم الاجراء شدن این قانون هرگونه توصیه به مادران باردار توسط کادر بهداشت و درمان یا تشویق یا ارجاع از سوی درمانگران به تشخیص ناهنجاری جنین مجاز نبوده و صرفاً در قالب تبصره (۳) این ماده مجاز است.

۳ تبصره ۳ - آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین صرفاً به درخواست یکی از والدین و با تشخیص پزشک متخصص، مبنی بر احتمال قابل توجه نسبت به وجود عارضه جدی در جنین، یا خطر جانی برای مادر یا جنین و یا احتمال ضرر جدی برای سلامت مادر یا جنین در ادامه بارداری مبتنی بر منابع معتبر علمی تجویز می‌گردد، مشروط به آن‌که احتمال ضرر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری حسب مورد اقوی از احتمال یا محتمل ضرر نسبت به جنین و مادر نباشد و همچنین والدین یا پزشک احتمال عقلایی سقط در اثر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری را ندهند. جهت استانداردسازی، نظارت، پایش و ارزشیابی، ارائه دهنده خدمت موظف است با رعایت اصول محرمانگی، اطلاعات مادر، پزشک، سایر ارائه دهندگان خدمت، مستندات و دلایل تجویز یا اقدام را در طی کلیه مراحل در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و یا سامانه ماده

امکان‌پذیر است. به این ترتیب در صورتی که پزشکی مادر باردار را به غربالگری ارجاع دهد، دارای مسئولیت خواهد بود مگر اینکه ثابت کند مطابق دستورالعمل اقدام کرده است. در قسمتی از این قانون که مرتبط با ماده ۵۳ است ذکر می‌شود که بنا بر درخواست مادر یا پزشک متخصص، شخص می‌تواند تحت غربالگری ناهنجاری‌های جنینی قرار گیرد، ولی از طرفی در تبصره‌ای گفته می‌شود چنانچه این غربالگری ضرری به جنین یا مادر وارد کند، پزشک باید پاسخگو باشد و این تبصره سبب ایجاد دوگانگی می‌شود. به لحاظ تخصصی وقتی غربالگری انجام می‌دهیم، می‌خواهیم بیماری‌هایی را شناسایی کنیم که اگر صعب‌العلاج و یا غیرقابل درمان هستند، برایشان چاره‌اندیشی کنیم و این تبصره با اصل ماده همخوانی ندارد. غربالگری دستاورد مهم علم پزشکی است که می‌تواند برخی بیماری‌ها را در اوایل بارداری و پیش از دمیده شدن روح در جنین شناسایی کرده و برای آن چاره‌اندیشی کند که آیا راه درمانی دارد یا فرد می‌تواند از سقط قانونی استفاده کند یا خیر. بر اساس ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت هرگونه توصیه، به مادران باردار و ارجاع آنان به انجام غربالگری ناهنجاری‌های جنینی (سندروم داون و باقی ناهنجاری‌های ژنتیکی) توسط ماما و پزشکان که پیش‌تر در مراکز بهداشتی انجام می‌پذیرفته، ممنوع و جرم تلقی شده است. دستورالعمل وزارت بهداشت (۱۰۰/۳۸۸ مورخ ۱۴۰۱/۳/۲۵) پا را از این هم فراتر نهاده و هر نوع آموزش، مشاوره، توصیه و تفسیر فرایند را هم منع کرده و مشمول مجازات مقرر در ماده ۷۱ قانون مذکور دانسته که به نظر می‌رسد توسعه تعریف قانون‌گذار توسط وزارت بهداشت، ورود در صلاحیت قانون‌گذار بوده، و جاهت قانونی نداشته و قابل ابطال است. به عنوان مثال مشاوره در قانون مذکور تصریح نشده حال آنکه دستورالعمل ابلاغی وزیر، مشاوره را هم مشمول مجازات دانسته است. بر این اساس از این پس مشاوره را که جهت انجام وظیفه حرفه و در راستای امنیت بهداشتی و تأمین سلامت جامعه انجام‌وظیفه می‌کند، باید مستوجب مجازات دانست که ادعای منطقی به نظر نخواهد رسید. حال آنکه جرم‌انگاری اساساً از فعل یا ترک فعلی صورت می‌پذیرد که سوءنیت مجرمانه در آن نهفته است و انجام آن خسارات مادی و معنوی را متوجه جامعه می‌کند. در نتیجه برای پزشک یا پرسنل حوزه بهداشت که با نیت و ذهنیت حرفه اقدام به توصیه، مشاوره و ارجاع به آزمایش غربالگری می‌کند، منطقیاً نمی‌توان سوءنیت مجرمانه متصور شد. شاید بتوان با آزمایش غربالگری آن هم به اختیار و رضایت والدین باردار از تولد کودکانی که در زندگی آینده رنج و مشقت خواهند کشید و هزینه‌های متعددی بر خانواده، جامعه و دولت تحمیل کرده را پیشگیری کرد. از طرفی اینکه آزمایش غربالگری ممکن است منجر به سقط جنین شود دلیل موجهی برای ممانعت از مشاوره و توصیه و تعیین مجازات برای توصیه‌کننده نیست چراکه بسیاری دیگر از درمان‌های پزشکی از جمله جراحی‌های پرخطر ممکن است حین انجام منجر به مرگ بیمار شود. ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت نیز قانون سقط درمانی سال ۱۳۸۴ را نسخ می‌کند.^۱ ماده ۵۶ این قانون در عمل سقط را محدود به موارد کشنده بیماری‌ها کرده و موارد با درمان بسیار سخت را که نوعاً موجب حرج‌اند حذف کرده است. بدین ترتیب بحث حرج را پیچیده کرده و حق انتخاب به دنیا نیاروردن نوزاد با ناهنجاری با درمان‌های با صعوبت را از مادر گرفته است. بر این اساس کلیه مراکز پزشکی قانونی مکلف‌اند بر اساس دستورالعمل ابلاغی، موارد مشمول را به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند (صادق پور، ۱۴۰۱). این کمیسیون که ترکیبی از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی است، با رعایت اصل (عدم جواز سقط در موارد تردید) بر اساس دستورالعمل فقهی مربوط، با اکثریت آرا مشروط به اینکه قاضی عضو کمیسیون موافق آن باشد، اقدام به صدور رأی می‌نماید. این رأی قطعی است (صادق پور، ۱۴۰۱). چنین موادی در قانون جمعیت به هیچ عنوان به توسعه

(۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری نماید. همچنین مشخصات دقیق آزمایشگاهها و مراکز تصویربرداری، تاریخ و نتایج اقدامات باید در پرونده یا سامانه مذکور ثبت شود.

۱ توضیح بیشتر: سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب افتادگی یا ناقص‌الخلقه بودن موجب حرج مادر است و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. متخلفین از اجرای مفاد این قانون به مجازاتهای مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد.

جمعیت سالم کمک نمی‌کند و مواد یاد شده در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت سبب بروز مشکلات زیادی می‌شود و ناهنجاری‌ها را افزایش می‌دهد، مواد مذکور مرگ‌ومیر و معلولیت در جمعیت را افزایش می‌دهد. طبق ماده واحده سقط قانونی سال ۱۳۸۴ مصوب مجلس و تأیید فقهای شورای نگهبان و با توشیح مقام معظم رهبری، سقط درمانی در مواردی که جنین دچار عقب‌ماندگی و بیماری‌های صعب‌العلاج بوده و یا ادامه بارداری برای مادر خطر جانی داشته باشد، قبل از دمیدن روح در جنین با تأیید سازمان پزشکی قانونی و ۳ پزشک معتمد و درخواست خود مادر قابل قبول بود. در تبصره ۱ ماده ۵۶ قانون جدید عنوان می‌دارد رأی صادره نهایتاً تا یک هفته قابل اعتراض در شعب اختصاصی دادگاه تجدیدنظر، به ریاست قاضی یا قضات ویژه منصوب رئیس قوه قضائیه در این امر است، ولی عنوان نمی‌کند توسط چه کسی؟ به‌عنوان مثال دادستانی یا سازمان‌های غیردولتی که طرفدار حقوق جنین و حقوق فرزندان هستند می‌توانند اعتراض کنند؟ آیا اگر شخصی رأی را گرفت پدر یا یکی از بستگان می‌توانند اعتراض کنند؟ سخن از ولی به میان آمده است که قابلیت اعتراض دارد یا فقط مثلاً مادر کسی که رأی به نفع وی صادر شده می‌تواند نسبت به این مسئله اعتراض داشته باشد. پس اینکه در این تبصره گفته شده ظرف هفته قابل اعتراض است ولی مشخص نشده توسط چه کسی قابل اعتراض است. در صورتی که این در آیین دادرسی متعارف و مرسوم نیست. بر اساس دستورالعمل جدید، مادران باردار کمتر از ۳۵ سال که سابقه تولد فرزند دارند مشکلات ژن‌شناختی و سندروم داون ندارند، نیاز به غربالگری نداشته، اما مادران بالای ۳۵ سال و کسانی که سابقه زایمان فرزندی با مشکلات ژن‌شناختی یا سندروم داون دارند، باید تحت غربالگری قرار گیرند. بیمه‌ها نیز فقط خدمات غربالگری را بر اساس این دستورالعمل ارائه می‌دهند و خارج از این دستورالعمل هزینه به شکل آزاد محاسبه می‌شود. اگر ازدواج هم فامیلی باشد، باید با آزمایش‌هایی قبل و بعد از ازدواج مشکلات بررسی شده باشد. به تعبیری کلیدواژه «حق حیات جنین» در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت یعنی نطفه شیء نیست و سقط عمدی کاری ناپسند است؛ اما در قانون جدید مباشرت یا معاونت در سقط جنین جرم‌انگاری شده است و برای فرد خاطی جرائم سنگین در نظر گرفته شده؛ از جمله اینکه اگر فردی در سقط دست داشته باشد پروانه پزشکی‌اش حتی با یک‌بار سقط باطل می‌شود. از آنجاکه جنین شخصیتی بالقوه و دارای استعداد سیر به سمت انسانیت و طی کردن مراحل رشد و تکامل انسانی است، مانند سایر انسان‌ها دارای حقوق از جمله حق سلامت است که باید حمایت شود. امروزه اگرچه اقدام به از بین بردن جنین در نظام حقوقی برخی کشورها نظیر ایران و انگلستان، امری مذموم و مجرمانه تلقی می‌شود، لیکن مسئله حمایت از جنین، عمدتاً ناظر به حمایت از حق حیات او، از طریق ممنوعیت سقط آن در قوانین مربوطه بوده است. درحالی‌که به نظر می‌رسد، فلسفه وجودی قوانین حمایت‌کننده از جنین، هم حمایت از حق حیات یا زنده به دنیا آمدن جنین و هم ناظر به حق سلامت وی در همه دوران بارداری مادر و ایجاد شرایط مناسب جهت سالم به دنیا آمدن او به‌عنوان دومین حق جنین یا کودک تولد نیافته نیز است. قوانین موجود پاسخگوی این نیاز و حمایت نمی‌باشند (روحی، ۱۳۸۹). کودکی که با معلولیت متولد می‌شود محدودیت زیادی در انجام حرکات و ... دارد که این مورد ممکن است تبعات بسیاری را برایش در پی داشته باشد. بر این اساس بایستی حق وی در اینکه می‌خواهد با این شرایط متولد شود و یا ترجیح می‌داده پیش از تولد سقط شود نیز از دید افراد تصمیم‌گیرنده و قانون‌گذار به صورت ویژه مورد بررسی قرار گیرد. یکی از اهداف وضع قانون تأمین عدالت است. در بند ۹ اصل سوم قانون اساسی «رفع تبعیضات ناروا» و «ایجاد امکانات عادلانه» برای همه، وظیفه دولت قلمداد شده و اصل ۲۹ بر همگانی بودن حق برخورداری از خدمات بهداشتی، مراقبت‌های پزشکی و درمانی تأکید می‌کند. از آنجایی که قانون مذکور از توصیه تا ارجاع به غربالگری را صرفاً توسط پزشک متخصص مجاز دانسته و فرایند موجود در مراکز بهداشتی را که طی آن مشاوره، ارجاع و ... مادران باردار با توصیه ماما و پزشکان عمومی به صورت رایگان انجام می‌شود، ممنوع اعلام کرده است، خود مصداق تبعیض ناروا و تضییع حق سلامت و محدود کردن دسترسی طبقات ضعیف جامعه به خدمات بهداشتی است، چراکه بسیاری از خانواده‌های کم‌بضاعت، ساکنان روستاها و افرادی که آگاهی پزشکی چندانی در ارتباط با این موضوع ندارند اساساً به ابعاد چنین موضوعی واقف نبوده و بدون راهنمایی و ارجاع اولیه بدیهی است به پزشک متخصص هم رجوع نخواهند کرد. همچنین در نقاط محرومی چون روستاها پزشک متخصص وجود ندارد و مراقبت‌ها و معاینات دوره بارداری

مادران تنها توسط مراکز بهداشت انجام می‌پذیرد؛ بنابراین منع تبعیض و برابری در دسترسی به امکانات عادلانه که در قانون اساسی مورد اشاره قرار گرفته مورد نقض و خدشه واقع می‌شود
(Chervenak & McCullough, 2015).

۵- بحث و نتیجه‌گیری

پس از بررسی ابعاد مختلف قانون حاضر باید ذکر کرد که قانون حاضر با قانون قبل در محدود کردن غربالگری و فرایند صدور مجوز سقط درمانی تفاوت‌های عمده‌ای دارد. تفاوت‌هایی که خطر جدی برای سلامت جامعه به حساب آید. فرآیند انتخاب آگاهانه، بخشی بسیار حیاتی از غربالگری ناهنجاری جنین، در بارداری به حساب می‌آید؛ لذا پزشکان و ماماها باید اطمینان یابند که زنان باردار در مقابل این آزمایش‌ها انتخاب آگاهانه‌ای داشته‌اند، به نحوی که انتخاب آن‌ها بیشترین سطح رضایت و کمترین میزان نگرانی و اضطراب را به همراه داشته باشد. هدف از برنامه غربالگری ناهنجاری‌های جنین در بارداری، توانمند کردن زنان برای ساختن انتخابی آگاهانه و کم کردن ابهام در تصمیم‌گیری است. با توجه به شیوع بالای بیماری‌ها در گروه کم‌خطر و پایین بودن سطح مراقبت‌های سلامت و هزینه انجام آزمون‌های غربالگری، شیوع عوارض بیماری در مادران باردار که خود هزینه سنگینی را بر نظام سلامت جامعه تحمیل می‌کند، به نظر انجام غربالگری همگانی را با توجیه اقتصادی توأم می‌سازد. در ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی، حق بر سلامتی را به‌عنوان حقی بنیادین به رسمیت شناخته‌اند، به نظر می‌آید با توجه به تأکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در به رسمیت شناختن آن به‌عنوان حقوقی بنیادین، در این زمینه دولت وظیفه دارد برنامه‌ای جامع برای تحقق غربالگری سلامت جنین در نظر گرفته و در راستای ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی تمام افراد جامعه به بیشترین استاندارد قابل‌دسترس سلامتی، تلاش کرده و با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب به حمایت از این حقوق بپردازد. در مجموع با وجود نظرات موافق و مخالف، نهایتاً این قانون به تصویب رسید تا طی هفت سال به شکل آزمایشی اجرایی شود و ایرادات و یا کاستی‌های آن به مرور زمان برطرف شود. از طرفی با واگذاری اجازه سقط به قاضی با توجه به مدت زمان بسیار کم فاصله تشخیص ناهنجاری جنینی و زمان اجازه سقط قانونی، این مسئله سبب از دست رفتن زمان اجازه سقط قانونی و خطر تولد نوزاد دارای ناهنجاری می‌شود. پیشنهاد می‌شود تا قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده به خصوص مواد ۵۳ و ۵۶ آن که با ایرادات بسیاری روبه‌رو است، بازنگری و اصلاح شود. همچنین پیشنهاد می‌شود غربالگری به‌عنوان امری ضروری برای مادرانی که با خطر تولد فرزند معلول یا مبتلا به اختلالات ژنتیکی و بیماری‌های خطرناک مشابه مواجه هستند توسط پزشکان توصیه شود. علاوه بر این هزینه این غربالگری توسط دولت پوشش داده شود.

۶- منابع

- ۱- قرآن کریم
- ۲- حسین، اسماعیلی (۲۰۱۵). بررسی سقط جنین در صورت به خطر افتادن جان مادر و جنین. *مجله علمی-پژوهشی فقه پزشکی*، ۷(۲۳-۲۲)، ۷۵-۱۰۶. doi:10.22037/mfj.v7i23-22.10682
- ۳- افشار قوچانی، زهره (۲۰۱۴). نقد و بررسی ماده واحده قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴. *فقه و حقوق خانواده*، ۱۹(۶۰)، ۱۲۳-۱۴۴. doi:10.30497/flj.2014.59317
- ۴- آل‌بویه، علیرضا (۲۰۱۱). حق زن بر کنترل بدن خود. *نقد و نظر*، ۱۶(۶۲)، ۲۹-۶۰.
- ۵- انجو، سید علی (۲۰۲۲). نگاهی به غربالگری و سقط جنین از منظر اخلاق پزشکی. *پژوهش در دین و سلامت*، ۳۳(۸)، ۵-۷.
- ۶- آهوران، نوشین (۱۳۸۶). بررسی ادله جواز و حرمت سقط جنین. *مجله حوراء*، شماره ۲۵.
- ۷- حسینی، مرضیه (۱۴۰۰). خبرگزاری ایرنا. حذف غربالگری مادران باردار و خطر افزایش جمعیت معلولان، کد خبر: ۸۴۳۰۸۳۰۲.

- ۸- جباری، مصطفی؛ و صابریان، بهروز (۱۳۹۳). تک‌فرزندی مصداق سوءاستفاده از حق، مطالعات فقه و حقوق اسلامی، شماره ۱۱، ص ۵۱-۷۶.
- ۹- روحی، علی (۲۰۱۱). حق سلامت جنین از منظر اخلاق، فقه و حقوق پزشکی. *مجله علمی-پژوهشی فقه پزشکی*، ۳(۶-۵)، ۸۷-۱۱۹.
- ۱۰- ربیعی، صغری؛ و روشن، محمد (۱۳۸۸). سقط جنین: بررسی سقط جنین از منظر پزشکی، حقوقی، فقهی، اخلاقی-فلسفی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی، پژوهشکده ابن‌سینا، تهران.
- ۱۱- زینالو، مونا (۱۳۹۷). تحلیل اقتصادی غربالگری‌های سندرم داون در برنامه جاری مراقبت‌های دوران بارداری در سال ۹۶ و ارائه برنامه پیشنهادی، پایان‌نامه دکتری تخصصی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- ۱۲- زمانی، رسول (۱۳۸۵). سقط جنین در نگاه حقوق اسلامی. تهران: انتشارات مؤلف.
- ۱۳- ساعدی، محمد (۱۳۹۲). سقط عمدی جنین، *مجله فقه، دفتر تبلیغات اسلامی: قم*.
- ۱۴- شریعتی، محمد (۱۳۹۹). رویه‌های غربالگری بارداری نیازمند اصلاح است، کد خبر: ۴۶۳۰۵، سازمان نظام پزشکی.
- ۱۵- عباسی، محمود؛ رضوانی، سودابه؛ و قاسمی پور، سعیده (۲۰۱۵). شرایط تحقق سقط درمانی در پرتو مطالعه تطبیقی. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۱(۲)، ۱۰۷-۱۱۶.
- ۱۶- صادق‌پور، محمدجعفر (۱۴۰۱). ابهام مستمر قوانین در خصوص وظیفه سازمان پزشکی قانونی نسبت به صدور مجوز سقط جنین، دین و قانون، ۳۱، ۵۴-۷۱.
- ۱۷- عصرایران (۱۳۹۱). در مورد سندرم داون چه می‌دانید، کد خبر ۲۴۲۸۹۸.
- ۱۸- فتحی، الهام (۱۳۹۹). پدیده‌ی سالمندی جمعیت در ایران و آینده. پژوهشکده آمار، تهران.
- ۱۹- محسنی بندپی، محمدعلی (۱۴۰۰). با حذف غربالگری، تعداد معلول‌زایی را زیاد می‌کنیم. *تحلیلی خبری عصر ایران*، کد خبر: ۱۳۰۴۸۱، کد خبر: ۹۰۶۹۶۰.
- ۲۰- مسجده‌سرائی، حمید؛ موسوی، مهوش؛ و منظمی، فاطمه (۲۰۲۱). مبانی شرعی و اخلاقی فرزندآوری با وجود نهمی پزشکی به دلیل معلولیت فرزند. *مجله علمی پژوهشی حقوق پزشکی*، ۱۵(۵۶)، ۵۴۱-۵۴۵.
- ۲۱- میرزاجعفری، فاطمه (۱۴۰۰). فراز و فرودهای غربالگری در قانون جوانی جمعیت. کد خبر ۵۳۸۷۴۵۸. گروه جامعه، خبرگزاری مهر.
- ۲۲- آذری، هاجر؛ و بهرامی، لیلا (۲۰۲۰). توسعه مفهومی حق بر سلامت زنان و تحلیل آن در سیاست‌گذاری‌های کلان و خرد. زن در توسعه و سیاست، ۱۸(۴)، ۵۲۹-۵۵۵. doi:10.22059/jwdp.2021.302554.1007829
- ۲۳- روستائی، مهرانگیز؛ و مقدسی، محمدباقر (۲۰۲۳). ارزیابی سیاست‌های جمعیتی در سنجه اصول جرم‌انگاری. با تأکید بر قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت. *پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی*، ۱۰(۲۰)، ۱۱۷-۱۵۰. doi:10.22034/jclc.2022.328186.1646
- ۲۴- فلاحی، احمد (۲۰۲۲). بازاندیشی شناخت مسئله و راهکار؛ نگاهی انتقادی به رویکرد جرم‌انگارانه قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت. *سیاست‌گذاری عمومی*، ۸(۲)، ۲۰۵-۲۱۷. doi:10.22059/jppolicy.2022.87955
- 25- Veenhoven, R. (2011). Happiness: Also known as "life satisfaction" and "subjective well-being". In *Handbook of social indicators and quality of life research* (pp. 63-77). Dordrecht: Springer Netherlands. doi:10.1007/978-94-007-2421-1_3
- 26- Akrami, S. M., Parvin, K., & Razmjoo, M. (2021). Legal review of fetal health screening and medical abortion in the population rejuvenation plan and family support. *Medical Law Journal*, 15(56), 505-516.
- 27- Biggio Jr, J. R., Morris, T. C., Owen, J., & Stringer, J. S. (2004). An outcomes analysis of five prenatal screening strategies for trisomy 21 in women younger than 35 years. *American journal of obstetrics and gynecology*, 190(3), 721-729. doi:10.1016/j.ajog.2003.09.028

- 28- Bringman, J. J. (2014). Invasive prenatal genetic testing: A Catholic healthcare provider's perspective. *The Linacre Quarterly*, 81(4), 302-313. doi:10.1179/2050854914Y.0000000022
- 29- Chervenak, F. A., & McCullough, L. B. (2015). Ethical issues in the diagnosis and management of genetic disorders in the fetus. *Genetic Disorders and the Fetus: Diagnosis, Prevention, and Treatment*, 1106-1130. doi:10.1002/9781118981559.ch34
- 30- Gregg, A. R., Gross, S. J., Best, R. G., Monaghan, K. G., Bajaj, K., Skotko, B. G., ... & Watson, M. S. (2013). ACMG statement on noninvasive prenatal screening for fetal aneuploidy. *Genetics in medicine*, 15(5), 395-398. doi:10.1038/gim.2013.29

Legal dimensions of the restriction of genetic screening in the Family and Youth Protection Law

Zahra Kolivand¹, Meh Zad Saftarinia^{2*}

1- Master's student, family law major, Rafah non-profit college, Tehran, Iran.

Z.kolivand.21463@Gmail.com

2-Assistant Professor, Department of International Law, Rafah Non-Profit Faculty, Tehran, Iran.

(Corresponding Author)

mahzad_saffarinia@yahoo.com

Abstract

Early identification of prenatal diseases and timely treatment of genetic abnormalities are among the main challenges of the healthcare system. In the field of medicine, screening is defined as a strategy for examining the population to identify individuals at risk of a health-threatening condition, with the aim of early detection for intervention or early disease control and its complications. This process is carried out in the form of a series of screening tests in different months of pregnancy. Laws related to genetic screening have existed in our country for decades, whereby couples were financially supported to conduct relevant tests before the birth of their child and during the fetal stage. In the second half of 1400 (Shamsi Calendar), the Law on Family and Youth Protection of the Population was approved by the Parliament, which, pursuant to Articles 53 and 56 of this law, created restrictions on genetic screening, and Article 56 of this law repealed the Medical Abortion Law of 1384 (Shamsi Calendar). Article 53 of this law basically prohibits screening for diseases that lead to the birth of a baby with a difficult-to-treat disease, and in addition, doctors and health workers are not required to recommend screening. As a result, discussions around hardship, elective abortion in cases of abnormalities, and treatments that impose difficulties on families have been restricted. This research aims to examine the need to amend Articles 53 and 56 of the Population Youth and Family Support Plan and address women's challenges in the field of genetics and therapeutic abortion, using a descriptive-analytical method and data collection.

Keywords: Abortion, Screening, Healthy Family, Genetics, Young Population.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

مقایسه ابعاد پنج‌گانه شخصیت، تصویر بدنی و عزت‌نفس در زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی

نازنین امین‌کاظمی¹، هادی اکبری نژاد^{2*}، پریا فاروقی³

1-دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران.
nazanin.kazemi155@gmail.com

2-استادیار گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
hadiakbarinejad@yahoo.com

3-استادیار گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران.
p.faroughi@ucna.ac.ir

تاریخ پذیرش: [1403/7/14]

تاریخ دریافت: [1403/4/7]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه ابعاد پنج‌گانه شخصیت، تصویر بدنی و عزت‌نفس در زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی بود. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را کلیه زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز زیبایی خصوصی شهر تبریز در سال 1402 تشکیل دادند. نمونه آماری شامل 100 نفر بود که 50 نفر از زنان متقاضی جراحی زیبایی و 50 نفر زنان غیرمتقاضی بود که به‌منظور مقایسه با گروه هدف، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با استفاده از پرسشنامه‌های پنج‌عاملی نئو کاستا و مک‌کری (1992)، روابط چندبعدی بدن-خود کش (1997) و عزت‌نفس روزنبرگ (1965) مورد آزمون قرار گرفتند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) استفاده شد. آزمون فرضیه‌های پژوهش نشان داد که بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از منظر ابعاد پنج‌گانه شخصیت و مؤلفه‌های آن (روان رنجور خوبی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری) تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>0/05$)، اما بین ابعاد توافق‌پذیری و باوجدان بودن تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/001$)، همچنین در متغیر تصویر بدنی و مؤلفه‌های آن (اهمیت دادن به دیگران، مسئولیت‌پذیری، شجاعت، پذیرش خود) ($p>0/05$) و عزت‌نفس و مؤلفه‌های آن ($p>0/05$) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت که زنان متقاضی جراحی زیبایی از نظر ابعاد پنج‌گانه شخصیت، تصویر بدنی و عزت‌نفس تفاوتی با زنان غیرمتقاضی ندارند.

واژگان کلیدی: ابعاد پنج‌گانه شخصیت، تصویر بدنی، عزت‌نفس، جراحی زیبایی.

1- مقدمه

با فرارسیدن عصر حاضر، برخی از انواع وجوه ظاهری و کردارهای بدنی اهمیتی ویژه یافته‌اند. در بسیاری از عرصه‌های فرهنگی ماقبل عصر حاضر، نمای ظاهری بدن به‌طورکلی تابع استانداردهای مبتنی بر معیارها و ارزش‌های سنتی بود. نوع آرایش و انتخاب لباس همیشه تا اندازه‌ای و سیله ابراز فردیت و هویت بوده است، اما امکان استفاده از این وسیله معمولاً به آسانی فراهم نمی‌شد یا اصلاً مطلوب نبود. نمای ظاهری فرد بیش از آن‌که نشانگر هویت شخصی وی باشد، بیانگر هویت اجتماعی او بود. تصور ما از بدن، یعنی این‌که چه ادراکی از بدن خود داریم، ممکن است بر توانایی ما در برقراری رابطه با دیگران مؤثر باشد و در پاسخ‌هایی که دیگران به ما می‌دهند تأثیر بگذارد. این تصویر، چگونگی تجربه کردن بدن‌هایمان را در زندگی روزمره تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، این تصویر می‌تواند در احساس ما از خود، میزان اعتمادمان به موقعیت‌های اجتماعی و ماهیت ارتباط اجتماعی مان تأثیر داشته باشد (رونق ششکلانی، پناه علی، لطفی، قویمی و احمد پور پورناکی، 1397). بی‌شک جذابیت یک صفت با ارزش برای همه انسان‌ها در همه جوامع است؛ بنابراین جای تعجب نیست که هر سال هزاران نفر در سرتاسر دنیا عمل جراحی زیبایی¹ انجام می‌دهند تا اندام و ظاهر خود را زیباتر کنند (Jones, Faulkner & Losken, 2022). جراحی زیبایی به معنی حفظ، ترمیم و بهبود ظاهر جسمانی فرد در غیاب بیماری یا آسیب ارثی، از طریق جراحی و تکنیک‌های پزشکی است (میرجان، 1401). عمده‌ترین جراحی‌های زیبایی شامل کوچک کردن بینی و شکم، بزرگ کردن لب و سینه‌ها، ساخت گونه‌های برجسته، باریک کردن ران‌ها، صاف کردن چین و چروک‌ها و کشیدن پوست می‌باشند (Valina & Sessa, 2019). تقاضای روزافزون و سریع برای جراحی زیبایی در چند سال اخیر افزایش چشمگیری داشته است؛ برای مثال میزان عمل جراحی زیبایی در آمریکا از سال 2004 تا 2023 بیش از 300 درصد رشد داشته و به بالای 17 میلیون نفر رسیده است (Thawanyarat, Hinson, Gomez, Rowley, Navarro, Johnson, & et al, 2023). فراوانی جراحی‌های زیبایی در ایران 7 برابر کل کشورهای اروپایی است که 90 درصد آن‌ها مربوط به جراحی بینی است (رونق ششکلانی و همکاران، 1397). جراحی‌های زیبایی عوارض متعدد جسمی و روان‌شناختی نظیر خونریزی، عفونت و مرگ (Khunger, 2015)، افسردگی و اضطراب (Jones & et al, 2022) و کاهش رضایت زناشویی و طلاق (معصومی، 1401) را به همراه دارند؛ که این عوامل سبب می‌شوند تا فرد، خانواده و حتی جامعه از نظر روانی - اجتماعی و اقتصادی دچار چالش و مشکلات متعددی شوند (ایرانپور، 1397). بررسی‌ها نشان می‌دهند که 91 درصد جراحی‌های زیبایی بر روی زنان انجام می‌شود (عیسی‌زادگان، سلیمانی، خسروی‌ان و شیخی، 1395). دلیل عمده زنان برای انجام جراحی‌های زیبایی این است تا در درجه اول توسط مردان جذاب‌تر ارزیابی شوند و سپس موردپسند افراد نزدیک و جامعه قرار گیرند (Wang, Fardouly, Vartanian, Wang & Lei, 2021). با توجه به این‌که اکثر جراحی‌های زیبایی بیش‌تر برای تغییر ظاهر افراد و افزایش و بهبود اعتماد به نفس انجام می‌شود، بنابراین می‌توان فرض کرد که این امر پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین باشد؛ در واقع انگیزه جست‌وجو برای جراحی زیبایی بر اساس ترکیبی از عوامل روان‌شناختی، هیجانی و شخصیتی است (Aguila, Martínez, Pablos, Huánuco, Encina, & Rhenals, 2019). مؤلفه‌های زیادی می‌توانند بر تقاضای جراحی زیبایی تأثیر بگذارند که از آن جمله می‌توان به ویژگی‌های شخصیتی² (Qian, Ling, Wang, Lenahan, Zhang, Zheng, & et al, 2021)، ادراک از تصویر بدنی³ و عزت‌نفس⁴ (Heidarzadeh, Shahmohammadipour, Azzizadeh Forouzi, Dehghan & Khorasani, 2019) اشاره کرد.

1. cosmetic surgery

2. Personality traits

3. body image

4. self-esteem

یکی از نظریه‌های مربوط به ابعاد شخصیت، مدل ابعاد پنج‌گانه شخصیت¹ رابرت مک کری و پل کوستا² است. مدل پنج‌گانه شخصیت، افراد را به پنج بعد روان رنجور خوئی³، برون‌گرایی⁴، انعطاف‌پذیری (باز بودن یا گشودگی)⁵، توافق‌پذیری⁶ و باوجدان بودن⁷ تقسیم می‌کند (Schultz & Schultz, 2009). داشتن احساسات منفی همچون ترس، غم، احساس گناه، برانگیختگی، خشم، احساس کلافگی دائمی و فراگیر مبنای مقیاس روان رنجور خوئی را تشکیل می‌دهند. برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی قرار می‌گیرد و به معنی آمادگی فرد برای ارتباط با جهان خارج است. این عامل با سلامت هیجانی رابطه مثبت دارد. بدین ترتیب افراد برون‌گرا با استرس‌های روزمره راحت‌تر کنار می‌آیند و احتمالاً به هنگام مشکل کمک بیش‌تری از اطرافیان خود دریافت می‌کنند. انعطاف‌پذیری عامل سوم از پنج عامل بزرگ است و به معنی آمادگی افراد برای پذیرش تغییرات زندگی است. افراد با انسان‌هایی هستند که نسبت به تجربه درونی و دنیای پیرامون کنجکاو بوده و زندگی آن‌ها سرشار از تجربه است. عامل توافق‌پذیری نوع رابطه فرد با خود و دیگران را نشان می‌دهد. همانند برون‌گرایی، این عامل بر گرایش‌های بین‌فردی تأکید دارد. فرد موافق اساساً نوع دوست است، احساس همدردی با دیگران می‌کند و مشتاق کمک به آنان است و معتقد است که دیگران نیز با او همین رابطه را دارند. عامل باوجدان بودن به تفاوت‌های فردی در سازمان‌دهی، اجرای وظایف، کنترل تکانه‌ها و طرح‌ریزی برای انجام رفتارها اشاره دارد (Schultz & Schultz, 2009). تقریباً نتیجه هیچ پژوهشی که به مقایسه ابعاد پنج‌گانه شخصیت در متقاضیان جراحی‌های زیبایی و افراد غیرمتقاضی بپردازد در دسترس نیست، اما برخی از پژوهش‌ها به مقایسه آن در متقاضیان جراحی‌های زیبایی نقطه خاصی از بدن مثل بینی و افراد غیرمتقاضی پرداخته‌اند؛ به‌عنوان مثال مسعودزاده، کارخانه یوسفی و تیرگری (1388) در بررسی خود نشان دادند که در افراد متقاضی جراحی زیبایی بینی الگوهای شخصیتی انعطاف‌پذیری و برون‌گرایی بیش‌تر و الگوهای شخصیتی روان رنجور خوئی و توافق‌پذیری کم‌تر از افراد گروه شاهد بود. همچنین صفت باوجدان بودن در افراد متقاضی نسبت به گروه شاهد در حد تعادل نبود و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. همچنین گزیزه و خانجانی (1391) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که از بین 9 بعد علائم پاتولوژیک، همه ابعاد به جز دو بعد افکار پارانوئید و روان‌پریشی در بین دو گروه تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین نتایج نشان داد که در بین اختلالات شخصیتی خوشه‌های B و C، بین دو گروه به جز اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت اجتنابی تفاوت معناداری وجود دارد. علاوه بر این، متقاضیان جراحی زیبایی تصویر بدنی منفی از خود داشتند. یکی از عوامل دیگری که می‌تواند در تمایل به عمل جراحی زیبایی تأثیرگذار باشد، نوع تصویری است که فرد از بدن و ظاهر خود دارد (Wu, Mulkens & Alleva, 2022). تصویر بدنی، تصویری روانی است که شخص از ظاهر فیزیکی خود دارد؛ به‌عبارت دیگر، احساسات منفی و مثبتی است که فرد درباره شکل و اندازه بدن خود دارد (Brown, 2023). اگرچه تصویر بدن غالباً در راستای ظاهر جسمی لحاظ می‌شود، اما اکثر زنان آن را به‌عنوان احساس کامل بودن و کارایی توصیف می‌کنند (Quittkat, Hartmann, Düsing, Buhlmann & Vocks, 2019). هرچه میزان نارضایتی فرد از تصویر بدنی‌اش بیش‌تر باشد، احساس کمبود بیش‌تری خواهد کرد و با انجام انواع جراحی‌های زیبایی سعی در پوشش گذاشتن بر این احساس یا غلبه بر آن از نظر روانی خواهد نمود (مفاخری، اشرفی‌فرد و خرمی، 1400). Garbett, Craddock, Saraswati & Diedrichs (2023) در پژوهش خود نشان دادند که زنان متقاضی عمل‌های جراحی زیبایی تصویر بدنی منفی از خود دارند و این امر عاملی مهم در جهت تمایل به سمت جراحی زیبایی است. بیولکاتی، گیگی، ماملی و پاسینی (2017)

¹. five dimensions of personality

². Robert McCrae and Paul Costa

³. neuroticis

⁴. extraversion

⁵. openness to experience

⁶. agreeableness

⁷. conscientiousness

⁸ Biolcati, Ghigi, Mameli & Passini

در بررسی خود نشان دادند که افراد متقاضی جراحی زیبایی نارضایتی بیش‌تری از تصویر بدنی خویش دارند. متغیر دیگری که می‌تواند در تمایل زنان به عمل جراحی زیبایی تأثیرگذار باشد، عزت‌نفس است (Heidarzadeh & et al, 2019).

عزت‌نفس یک صفت پویا و فعال است که با تغییرات رفتاری فرد در طول زمان تغییر می‌کند و تحت تأثیر تهدیدات روان‌شناختی قرار دارد و چون این تهدیدات اجتناب‌ناپذیر هستند، عزت‌نفس راه‌هایی را برای مقابله با این تهدیدات انتخاب می‌کند (بساکن‌نژاد، عارفی و ارشدی، 1397). کوپر اسمیت¹ عزت‌نفس را یک قضاوت شخصی درباره ارزش بودن یا بی‌ارزش بودن؛ قبولی یا عدم قبولی خود که در نگرش فرد متظاهر می‌شود می‌داند. بدیهی است فردی که خود، دیگران و ارتباط را به شیوه مثبتی تعریف می‌کند، توسط دیگران بیش‌تر جذب پذیرش می‌شود و مورد ارزش‌گذاری مثبت دیگران قرار می‌گیرد (Lábiscsák-Erdélyi, 2022). در خصوص نتایج پژوهش‌ها در راستای مقایسه عزت‌نفس زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی تناقضاتی به چشم می‌خورد، به طوری که برخی از مطالعات نشان از تفاوت عزت‌نفس در بین این زنان دارد (Hasani, Zare & Dosti, 2019) و برخی نتایج نشان از عدم تفاوت عزت‌نفس بین آن‌ها دارد (Heidarzadeh & et al, 2019).

با توجه به آنچه در بالا مطرح شد و از آنجایی که روان‌شناسی جراحی زیبایی هنوز به خوبی شناخته نشده و پژوهش‌های صورت‌گرفته درباره ویژگی‌های روان‌شناختی مراجعه‌کنندگان برای جراحی زیبایی بسیار اندک است و بیش‌تر شامل گزارش‌های بالینی است؛ و با توجه به این‌که شمار متقاضیان جراحی زیبایی سالیانه سیر صعودی دارد (Thawanyarat & et al, 2023) که می‌تواند پیامدهای روان‌شناختی - اجتماعی، جسمانی و اقتصادی وخیمی برای فرد، خانواده و جامعه به همراه داشته باشد، انجام مطالعات بیش‌تر و منسجم‌تر در این زمینه احساس می‌شود. همچنین با توجه به در دسترس نبودن نتایج زیاد در راستای مقایسه ابعاد پنج‌گانه شخصیت در زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی و وجود تناقضاتی در نتایج پژوهش‌ها در راستای مقایسه عزت‌نفس زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی، پژوهش حاضر در صدد بود این مباحث را مورد توجه قرار دهد. از این‌رو سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا ابعاد پنج‌گانه شخصیت، تصویر بدنی و عزت‌نفس در زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی متفاوت است؟

2- مرور مبانی نظری و پیشینه

جراحی زیبایی شامل انجام دادن کلیه جراحی‌های زیبایی صورت از جمله بینی، پلک، ابرو، گونه، پیشانی، گردن و زیبایی بدن است که ممکن است تقلیلی (مثل برداشتن چربی) یا تقویتی (گذاشتن پروتز)، باشد. به‌طور کلی منظور از عمل جراحی زیبایی، جراحی‌هایی است که بدون ضرورت پزشکی خاص و برای تغییر دادن ظاهر بدن، در غیاب بیماری، آسیب و جراحت یا بدشکلی مادرزادی و ارثی و صرفاً به منظور زیبایی انجام می‌شود (Brown, 2023). از آنجاکه جراحی‌های زیبایی برای تغییر ظاهر افراد و افزایش خشنودی و بهبود اعتمادبه‌نفس آن‌ها انجام می‌شود، جراحی زیبایی را می‌توان پیامد یک الگوی روان‌شناختی معین دانست. در شرایط مطلوب این بیماران در صدد روان‌درمانی برمی‌آیند تا ماهیت حقیقی احساسات نوروپیک مبنی بر بی‌کفایتی خود را دریابند (Sadock, Sadock & Ruiz, 2021).

نظریه پنج‌عاملی شخصیت که به پنج عامل بزرگ² نیز معروف است، از سوی دو روان‌شناس آمریکایی به نام کاستا و مک‌کری³، در اواخر دهه 80 میلادی ارائه و در اوایل دهه 90 ارزیابی مجدد قرار شده است. مدل پنج‌عامل بزرگ شخصیت مدلی پایا و روا در زمینه شخصیت است (Garcia, 2012)؛ به‌گونه‌ای که پژوهش‌های متعددی جامعیت این مدل و نیز کارایی آن را در تمامی فرهنگ‌ها اثبات کرده‌اند. این نظریه زبان مشترکی را برای روان‌شناسان سنت‌های مختلف فراهم نموده است و یک چارچوب

1. Cooper Smith

2. big five factor

3. Costa & McCrae

کلی برای سازمان‌دهی تحقیقات و یک راهنمای جامع برای ارزیابی افراد است (McCrae & John, 1992). دیگمن¹ (1990) معتقد است که طرح پنج عاملی، ساختار ویژگی‌های شخصیت را نشان می‌دهد و محصول چهار دهه تلاش و کوشش علمی در این زمینه است. مجموعه پژوهش‌های تجربی Goldberg (2013) که بر اساس نظر Deary & Mathews (1998) بسیار فراگیر و همه‌جانبه بوده، تأییدکننده نظریه پنج عامل بزرگ است. مفهوم تصویر بدنی برای اولین بار توسط شیلدر² در سال (Cash, 1950, Theriault & Annis, 2004) مطرح شد. وی تصویر بدنی را با یک چشم‌انداز روان‌شناسانه این‌گونه تعریف نموده است: تصویری از بدن مان که در ذهن مان شکل می‌دهیم و شیوه‌ای که بدن برای مان آشکار می‌شود، تصویر بدنی یک فرآیند شناختی صرف نیست بلکه خواسته‌ها، نگرش‌های عاطفی و کنش متقابل با دیگران را منعکس می‌کند. این اشتغال ذهنی باعث می‌شود که افراد زمان و هزینه زیادی را صرف تغییر در ظاهر خود کنند. این مفهوم یک سازه بسیار پیچیده است که دارای دو بعد سرمایه‌گذاری تصویر بدنی³ و ارزیابی تصویر بدنی⁴ است. سرمایه‌گذاری تصویر بدنی، درجه اهمیت رفتاری و شناختی مردم به بدن و ظاهرشان را منعکس می‌کند. از طرف دیگر ارزیابی تصویر بدنی به درجه رضایت و عدم رضایت بدن و ظاهرشان مربوط می‌شود (Cash & et al, 2004). عزت‌نفس به معنای برداشت شخص درباره ارزش و اهمیت خویش است. ارزشی که کودک درباره خود قائل است، عموماً نشئت گرفته از اهمیتی است که والدین به او می‌دهند. والدین گرم و پذیرا و حمایت‌کننده که پشتیبان کودک هستند و توانایی‌ها و احساس و رفتار وی را مثبت ارزیابی می‌کنند، این نگرش را در کودک به وجود می‌آورند که او فردی شایسته و ارزشمند است و این احساس ارزشمندی در نوجوانی نیز ادامه پیدا می‌کند (لطف‌آبادی، 1398). عزت‌نفس یعنی احساس ارزشمندی فرد از خود دو نکته مهم در این مورد وجود دارد: اول تجربه‌های شخصی و تعامل آن (بازخورد درونی رفتار) و دوم نگرش اجتماعی و قضاوت آن (بازخورد بیرونی رفتار)، (نعیم و نریمانی، 1393).

عزت‌نفس از دو بخش به هم مرتبط تشکیل می‌شود. یکی داشتن احساس اطمینان در برخورد با چالش‌های زندگی که به آن خودتوانمندی گفته می‌شود و دیگری احساس داشتن لیاقت برای خوشبخت شدن که همان احترام به خود یا ارزش خود است. اعتقاد به خودتوانمندی به معنای داشتن اطمینان به عملکرد ذهن و باور به توانایی فکر کردن، درک کردن، یادگرفتن، انتخاب کردن و تصمیم‌گیری است. احترام به خود و داشتن حرمت نفس، به معنای اطمینان داشتن به ارزش خود است، یعنی آن‌که خود را لایق شاد بودن و زندگی کردن بدانیم (Branden, 2023). ایمانی، دهقان و شرفی‌زادگان (1399) در بررسی خود با موضوع «مقایسه اجتناب تجربه‌ای، به‌شیری، نارضایتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی» که بر روی 100 متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زیبایی منطقه یک و شش شهرداری شهر شیراز در سال 1397 و 100 دانشجوی دانشگاه شیراز (جمعاً 200 نفر) صورت گرفت به این یافته رسیدند که بین افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی از نظر متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. خانجانی، باباپور و گزیزه (1391) در مقاله‌ای با عنوان «بررسی و مقایسه وضعیت روانی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی» که در بین 124 شرکت‌کننده (شامل 62 زن متقاضی و 62 زن غیرمتقاضی جراحی زیبایی) مراجعه‌کننده به مراکز جراحی زیبایی شهر ارومیه و همراهان غیرمتقاضی آن‌ها انجام شد به این نتیجه رسیدند که بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از لحاظ اختلالات اضطرابی، افسردگی و تصویر بدنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. حسنی (2019) در پژوهش خود تحت عنوان «مقایسه عزت‌نفس آشکار و ناآشکار در متقاضیان جراحی بینی و زنان عادی» که در میان 70 زن متقاضی جراحی بینی مراجعه‌کننده به مراکز زیبایی رشت در بهار سال 1397 و 70 زن غیرمتقاضی این شهر انجام شد به این نتیجه

¹ Digman

² Shilder

³ Body Image Investment

⁴ Body Image Evaluation

رسیدند که عزت‌نفس زنان متقاضی جراحی بینی کم‌تر از زنان غیرمتقاضی است. در پژوهش خود با موضوع «تصویر بدن، عزت‌نفس و مشکلات روانی در بین متقاضیان و غیرمتقاضیان جراحی زیبایی» که بر روی 200 شرکت‌کننده (شامل 100 متقاضی و 100 غیرمتقاضی جراحی زیبایی) شهر رفسنجان انجام شد نشان دادند که عزت‌نفس زنان متقاضی جراحی زیبایی متفاوت از زنان غیرمتقاضی نیست؛ اما تصویر بدن افراد غیرمتقاضی بیش‌تر از زنان متقاضی بود (Heidarzadeh & et al, 2019). میرزایی، بابایی امیری و صادقی افجه (1398) در بررسی خود با عنوان «مقایسه ذهنیت طحاره‌ای با سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی طحاره‌ای بین زنان متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی» که در بین 100 مراجعه‌کننده به کلینیک زیبایی مبین برای زنان متقاضی و 100 زن غیرمتقاضی مراجعه‌کننده به مجتمع کوروش (جمعاً 200 نفر) صورت گرفت نشان دادند که ذهنیت طحاره‌ای، جبران افراطی و اجتناب در زنان متقاضی زیبایی و غیرمتقاضی متفاوت است. صلاحیان¹ (2019) در مقاله خود با عنوان «مقایسه سلامت روان و خودانگاره بین متقاضیان و غیرمتقاضیان جراحی زیبایی» که در بین 180 نفر (90 متقاضی و 90 غیرمتقاضی) تهرانی انجام شد به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه از نظر سواس اجباری، حساسیت در روابط بین‌فردی، افسردگی، جذابیت فیزیکی و مهارت‌های اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، نمرات سلامت روان و خودانگاره در بین متقاضیان جراحی زیبایی به‌طور معناداری کم‌تر از افراد غیرمتقاضی بود. گرت² (2023) در پژوهش خود با عنوان «تصویر بدن در میان دختران در اندونزی: ارتباط با رفتارهای غذایی اختلال، مشارکت در زندگی، تمایل به جراحی زیبایی و تأثیرات روانی اجتماعی» که در میان 318 دختر جوان اندونزی‌یابی انجام شد نشان دادند که زنان متقاضی عمل‌های جراحی زیبایی تصویر بدنی منفی از خود دارند و این امر عاملی مهم در جهت تمایل به سمت جراحی زیبایی است. یو³ (2022) در پژوهشی به بررسی مقایسه تصویر بدن و پذیرش جراحی زیبایی در چین و هلند پرداختند. در این مطالعه، 20 زن چینی و 20 زن هلندی 18 تا 50 ساله شرکت کردند. نتایج نشان داد بین پذیرش جراحی زیبایی و عوامل روانی از جمله تصویر بدن رابطه وجود دارد. به‌طور کلی، شرکت‌کنندگان چینی و هلندی شباهت‌های زیادی در نظرات خود در مورد آنچه که ممکن است بر روی جراحی زیبایی تأثیر بگذارد، به اشتراک گذاشتند. بارزترین تفاوت‌های بین فرهنگی مربوط به مزایای اجتماعی-اقتصادی درک‌شده زیبایی (عمدتاً زنان چینی) و تصویر بدنی زنان و احساس رضایت از بدن است. یون و کیم⁴ (2020) در یک فراتحلیل به بررسی رابطه جراحی زیبایی و عزت‌نفس در کره جنوبی پرداختند. 16 مقاله در مورد جراحی زیبایی و عزت‌نفس مورد مطالعه قرار گرفت. از میان متغیرهای مرتبط طبقه‌بندی‌شده در این مطالعه مقوله‌های عزت‌نفس و تصویر بدنی، اندازه‌های اثر متوسط را با قصد انجام جراحی زیبایی نشان دادند. در پژوهشی به بررسی تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی، تصویر بدن و عزت‌نفس بر انجام روش‌های زیبایی کم‌تهاجمی در زنان کشور ترکیه پرداختند. در این پژوهش 1244 زن شرکت کردند. نتایج نشان داد بین افزایش سن، فارغ‌التحصیلی از دانشگاه، داشتن شغل، داشتن درآمد ماهیانه بالا و میزان انجام عمل‌های زیبایی همبستگی مثبت وجود داشت. درحالی‌که ارتباطی بین تصویر بدن، عزت‌نفس و میزان کل عمل‌های زیبایی وجود نداشت (Altunişik, 2021). در پژوهشی به بررسی پیش‌بینی‌کننده‌های روانی اجتماعی نارضایتی از تصویر بدن در بیماران مراجعه‌کننده برای جراحی زیبایی پرداختند. نمونه‌های پژوهش شامل 334 نفر متقاضی جراحی زیبایی در اسکاتلند بودند. نتایج نشان داد که سن پایین‌تر، علائم بیشتر افسردگی، سطوح پایین‌تر عزت‌نفس و حساسیت بین‌فردی بیشتر به‌طور قابل توجهی بالاتری از نارضایتی از تصویر بدن خود و تقاضای جراحی زیبایی را پیش‌بینی می‌کند (Moulton, Gullyas, Hogg & Power, 2018).

¹ Salahian

² Garbett

³ wu

⁴ Yoon & Kim

3- روش‌شناسی

روش تحقیق در پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز زیبایی خصوصی شهر تبریز در سال 1402 بودند. همچنین از زنان غیرمتقاضی جامعه به‌عنوان گروه مقایسه، نمونه‌ای به اندازه تعداد گروه زنان متقاضی انتخاب شد. گروه نمونه از بین زنان متقاضی جراحی زیبایی مراجعه‌کننده به مراکز زیبایی خصوصی شهر تبریز که واجد ملاک‌های ورود به مطالعه بودند انتخاب شد. چون تعداد افراد جامعه موردنظر به‌طور دقیق در دست نبود، امکان استخراج و برآورد دقیق نمونه با روش‌های مرسوم مانند فرمول کوکران مقدور نبود، لذا بر اساس این اصل که برای تحقیقات علی مقایسه‌ای بایستی برای هر گروه حداقل 15 نفر آزمودنی وجود داشته باشد (سرمد، بازرگان و حجازی، 1401) در این پژوهش حداقل تعداد آزمودنی برای هر گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند 50 نفر در نظر گرفته شد. همچنین برای مقایسه با زنان متقاضی جراحی زیبایی، نمونه‌ای به تعداد 50 نفر نیز از زنان غیرمتقاضی جامعه انتخاب شد که در مجموع 100 نفر نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند. هدف از این شیوه نمونه‌گیری، انتخاب افرادی بود که با هدف پژوهش مطابقت داشتند. از طریق نصب فراخوان در محیط پژوهش از زنان متقاضی جراحی زیبایی دعوت به همکاری شد. برای کلیه افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، اهداف و روش انجام کار توضیح و از ایشان رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. سپس پرسشنامه‌ها در بین آزمودنی‌ها اجرا شد. شایان ذکر است در این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی شامل حفظ حقوق شرکت‌کنندگان و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعاتشان رعایت شد. همه اطلاعات لازم در مورد هدف پژوهش برایشان توضیح داده شده و آزمودنی‌ها برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش حق انتخاب داشتند. هیچ‌گونه هزینه‌ای از آن‌ها دریافت نگردید و در پایان پژوهش در صورت تمایل از نتیجه آگاهی پیدا کردند.

3-1- معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود به پژوهش شامل: 1) جنسیت (مؤنث)، 2) سن (20 تا 50 سال)، 3) سطح تحصیلات (حداقل دیپلم) و 4) وضعیت تأهل (متأهل) و معیارهای خروج از پژوهش ارائه اطلاعات ناقص و نامعتبر و انصراف از تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

3-2- ابزار پژوهش

الف) پرسش‌نامه پنج عاملی نئو (NEO-FFI-60)¹: این پرسش‌نامه برآمده از پرسشنامه 240 سؤالی ارزیابی پنج صفت اصلی شخصیت است که Costa & McCrae (1992) آن را ارائه کرده‌اند و 60 سؤال دارد. این پرسش‌نامه از پنج عامل اصلی شخصیت، شامل روان رنجور خویی (N)، برون‌گرایی (E)، انعطاف‌پذیری (O)، توافق‌پذیری (A) و باوجدان بودن (C) تشکیل شده است. به هر یک از 5 عامل، 12 سؤال اختصاص داده شده است که به هر سؤال باید در مقیاس لیترت کاملاً مخالفم (1)، مخالفم (2)، نظری ندارم (3)، موافقم (4) و کاملاً موافقم (5) پاسخ داده شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده روان‌شناختی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و باوجدان بودن بیش‌تری هستند. سؤالات (1، 6، 11، 16، 21، 26، 31، 36، 41، 46، 51 و 56) مربوط به عامل روان رنجور خویی، سؤالات (2، 7، 12، 17، 22، 27، 32، 37، 42، 47، 52 و 57) مربوط به عامل برون‌گرایی، سؤالات (3، 8، 13، 18، 23، 28، 33، 38، 43، 48، 53 و 58) مربوط به عامل انعطاف‌پذیری، سؤالات (4، 9، 14، 19، 24، 29، 34، 39، 44، 49، 54 و 59) مربوط به عامل توافق‌پذیری و سؤالات (5، 10، 15، 20، 25، 30، 35، 40، 45، 50، 55 و 60) مربوط به عامل باوجدان بودن هستند. سؤالات (2، 4، 5، 6، 7، 10، 11، 13، 16، 17،

¹ NEO-five factor inventory

19, 20, 21, 22, 25, 27, 28, 31, 32, 35, 38, 40, 46, 48, 55, 57, 59، به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (Costa & McCrae, 2008). (Costa & McCrae, 2004) به منظور بررسی روایی این پرسش‌نامه، هم‌زمان از مقیاس بلند این پرسشنامه استفاده کرده و ضریب روایی 0/75، 0/80، 0/74، 0/71 و 0/77 را به ترتیب برای عوامل روان رنجور خوبی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و باوجدان بودن گزارش کرده‌اند. برکر¹ (2006)؛ به نقل از فرح بیجاری، پیوسته‌گر و سادات صدر، (1394) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های روان رنجور خوبی (N)، برون‌گرایی (E)، انعطاف‌پذیری (O)، توافق‌پذیری (A) و باوجدان بودن (C) را به ترتیب 0/86، 0/76، 0/71، 0/77 و 0/84 گزارش کرده است. در یک بررسی آلفای محاسبه‌شده بر روی 40 نفر از کارشناسان وزارت جهاد کشاورزی برابر 0/74 به دست آمده است. ضریب قابل اعتماد برای هر یک از عوامل $N=0/85$ ، $E=0/70$ ، $O=0/68$ ، $A=0/54$ و $C=0/82$ گزارش شده است (حجازی و ایروانی، 1381).

ب) پرسش‌نامه روابط چندبعدی بدن-خود (MBSRQ²): این پرسش‌نامه یک آزمون 46 گویه‌ای است که توسط Cash (1997) به منظور سنجش روابط چندبعدی بدن-خود ساخته شده است. این مقیاس در کل دارای سه زیرمقیاس نگرشی شامل ارزیابی، توجه و رفتار است که مقیاس ارزیابی ظاهر فیزیکی آن عمدتاً در تحقیقات انجام‌شده در زمینه تصویر بدنی به کار می‌رود. ابعاد پرسش‌نامه شامل (ارزشیابی وضع ظاهر، گرایش به ظاهر، ارزشیابی تناسب اندام، گرایش به تناسب، وزن ذهنی و رضایت بدن) را بر حسب مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از (1=کاملاً مخالفم تا 5=کاملاً موافقم) می‌سنجد. سؤالات شماره (6، 11، 12، 15، 17، 21، 22، 23، 26، 28، 29، 31 و 32) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات این مقیاس در دامنه 46 تا 230 قرار می‌گیرند و نمره بیش‌تر در این آزمون نشان‌دهنده رضایت بیش‌تر از بدن است (دهقان اردکانی و مصطفوی‌راد، 1398). مشخصه روان‌سنجی پرسش‌نامه روابط چندبعدی بدن-خود در مطالعات داخلی و خارجی مورد تأیید قرار گرفته است.

سنجش اعتباریابی پرسش‌نامه توسط Aglity & Tantelef-Dunn (2004) انجام شده است که همسانی درونی ارزیابی قیافه 0/86، جهت‌گیری قیافه 0/89، ارزیابی تناسب اندام 0/80، جهت‌گیری تناسب اندام 0/91، وزن ذهنی 0/90 و رضایت بدنی 0/77 به دست آمده است. رقیبی و میناخانی (1390) ضرایب آلفای کرونباخ کل و خرده‌مقیاس‌های ارزشیابی وضع ظاهر، گرایش به ظاهر، ارزشیابی تناسب اندام، گرایش به تناسب، وزن ذهنی و رضایت بدن را به ترتیب 0/84، 0/71، 0/78، 0/66، 0/76، 0/80 و 0/74 گزارش کردند که نشانه همسانی درونی خوب پرسش‌نامه است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های 67 نفر از نمونه‌های از پیش‌گفته در دو نوبت با فاصله زمانی دو هفته به ترتیب 0/78 برای ارزشیابی قیافه، 0/75 برای جهت‌گیری قیافه، 0/71 برای ارزیابی تناسب اندام، 0/69 برای جهت‌گیری تناسب اندام، 0/84 برای وزن ذهنی و 0/89 برای رضایت بدنی به دست آمد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است (گلیان تهرانی، قیاسوند، میرمحمدعلی و مهران، 1393).

ج) پرسش‌نامه عزت‌نفس روزنبرگ (RSES)³: این پرسش‌نامه یکی از پرکاربردترین مقیاس‌های سنجش عزت‌نفس است که توسط روزنبرگ (1965؛ به نقل از کریمی، نجفی و محمدی‌فر، 1395) ساخته شده است. محبوبیت این مقیاس تا حد زیادی به خاطر زبان غیرپیچیده و اختصار و نیز تاریخ نسبتاً طولانی کاربرد آن است. طریقه نمره‌گذاری پرسش‌نامه 10 سؤالی این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است که گزینه‌های آن از کاملاً مخالفم=0 تا کاملاً موافقم=3 طراحی شده است که نمره صفر نشان‌دهنده کم‌ترین میزان عزت‌نفس و نمره 4 بازگوکننده بیش‌ترین میزان عزت‌نفس است. پنج سؤال از ده سؤال این مقیاس به صورت مثبت (مربوط به زیرمقیاس خود دوست‌داری، سؤالات 1 تا 5) و پنج سؤال دیگر به صورت منفی (مربوط به زیرمقیاس تحقیر خود، سؤالات 6 تا 10) طراحی شده است؛ بنابراین نمره‌گذاری تعدادی از سؤالات معکوس می‌باشند. حداقل

¹ Becker² multidimensional body-self relation questionnaire³ Rosenberg self-esteem scale

نمره آزمودنی این پرسش‌نامه صفر و حداکثر آن 30 است که نمره بالاتر نشان‌دهنده عزت‌نفس بیش‌تر است (کریمی و همکاران، 1395). (2005) ضریب پایایی این پرسش‌نامه را 0/84 برآورد کردند. رجبی و بهلول (1386) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را 0/84 و احمدی و پورشریفی (1392) ضریب آلفای کرونباخ آن را 0/85 گزارش کرده‌اند (Creed, Prideaux & Patton, 2005).

4- یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه 24 نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون تی مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری 0/05 در نظر گرفته شد. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان متقاضی جراحی زیبایی و زنان غیرمتقاضی در جدول 1 ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن زنان متقاضی جراحی زیبایی $34/66 \pm 8/63$ سال و میانگین و انحراف معیار سن زنان غیرمتقاضی $32/08 \pm 8/40$ سال بود. با توجه به سطح معنی‌داری ($p=0/133$) به‌دست‌آمده در جدول 1، می‌توان نتیجه گرفت که بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از منظر سن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و افراد هر دو گروه از منظر سن هم‌تا هستند. همچنین، در گروه زنان متقاضی جراحی زیبایی، از مجموع 50 نفر، 6 نفر دارای تحصیلات دیپلم، 13 نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، 22 نفر دارای تحصیلات لیسانس و 9 نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس هستند و در گروه زنان غیرمتقاضی، از مجموع 50 نفر، 5 نفر دارای تحصیلات دیپلم، 14 نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، 23 نفر دارای تحصیلات لیسانس و 8 نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس هستند. با توجه به سطح معنی‌داری ($p=0/976$) به‌دست‌آمده در جدول 1، می‌توان نتیجه گرفت که بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از منظر سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و افراد هر دو گروه از منظر سطح تحصیلات هم‌تا هستند ($P>0/05$).

در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح ($p>0/05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام‌باکس، از آنجایی که F متغیرهای ابعاد پنج‌گانه شخصیت ($F=0/740$)، تصویر بدنی ($F=1/656$) و عزت‌نفس ($F=0/780$) به ترتیب در سطح 0/745، 0/328 و 0/679 معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ($0/05$) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در گروه‌ها با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی شهر تبریز در سال 1402 (تعداد در هر گروه 50 نفر)

متغیر	گروه متقاضی	گروه غیرمتقاضی	p
سن (سال) (میانگین \pm انحراف معیار)	$34/66 \pm 8/639$	$32/08 \pm 8/405$	0/133 •
سطح تحصیلات			
دیپلم	6 (12)	5 (10)	0/976 ••
فوق‌دیپلم	13 (26)	14 (28)	
لیسانس	22 (44)	23 (46)	

آزمون: تی مستقل، * $p < 0/05$ اختلاف معنی‌دار

جدول 2. مقایسه ابعاد پنج‌گانه شخصیت، تصویر بدنی، عزت‌نفس و مؤلفه‌های‌شان در زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
روان رنجور خویی	20/250	1	20/250	0/961	0/329
برون‌گرایی	23/040	1	23/040	1/171	0/282
انعطاف‌پذیری	40/960	1	40/960	3/348	0/070
توافق‌پذیری	190/440	1	190/440	9/381	0/003
باوجدان بودن	144/000	1	144/000	7/725	0/007
تصویر بدنی	1730/560	1	1730/560	1/595	0/210
ارزشیابی وضع ظاهر	14/440	1	14/440	0/388	0/535
گرایش به ظاهر	59/290	1	59/290	0/672	0/414
ارزشیابی تناسب اندام	2/560	1	2/560	0/231	0/632
گرایش به تناسب	364/810	1	364/810	2/807	0/097
وزن ذهنی	12/250	1	12/250	2/550	0/113
رضایت بدن	34/810	1	34/810	0/592	0/444
عزت‌نفس	0/010	1	0/010	0/002	0/967
خوددوست‌داری	2/560	1	2/560	1/833	0/179
تحقیر خود	2/250	1	2/250	0/866	0/354

در جدول 2 نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای متغیرهای ابعاد پنج‌گانه شخصیت، تصویر بدنی، عزت‌نفس و مؤلفه‌های آن‌ها ارائه شده است. بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از منظر روان رنجور خویی، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$)؛ اما از منظر توافق‌پذیری و باوجدان بودن تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p = 0/001$)؛ و با توجه به میانگین‌های گزارش شده در جدول شماره 3-4 می‌توان نتیجه گرفت که میانگین نمرات زنان متقاضی جراحی زیبایی در متغیرهای توافق‌پذیری و باوجدان بودن کم‌تر از میانگین نمرات زنان غیرمتقاضی است و در سایر متغیرها تفاوت معنی‌داری ندارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از منظر تصویر بدنی و عزت‌نفس و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

5- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد پنج‌گانه شخصیت (روان رنجور خویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، توافق‌پذیری و باوجدان بودن)، تصویر بدنی (ارزشیابی وضع ظاهر، گرایش به ظاهر، ارزشیابی تناسب اندام، گرایش به تناسب، وزن ذهنی و رضایت بدن) و عزت‌نفس

(خود دوست‌داری و تحقیر خود) در زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از منظر ابعاد پنج‌گانه شخصیت، روان رنجور خوبی، برون‌گرایی و انعطاف‌پذیری تفاوت معناداری وجود ندارد و تنها در مؤلفه‌های توافق‌پذیری و باوجدان بودن تفاوت معنادار بین دو گروه مشاهده می‌شود به طوری که میانگین نمرات زنان متقاضی جراحی زیبایی در این دو متغیر کمتر از زنان غیرمتقاضی است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مختلف در این راستا از جمله؛ ایمانی و همکاران (1399)، میرزایی و همکاران (1398)، خانجانی و همکاران (1391)، مسعودزاده و همکاران (1388)، Salahian (2019) و Gazize & Gharadaghi (2013) ناهمسو است. در تبیین نتایج حاصل از این فرضیه می‌توان گفت؛ عمل جراحی زیبایی را می‌توان به‌عنوان یک کنش جمعی در نظر گرفت. جراحی‌های زیبایی در زندگی‌های امروزه، شیوه‌ای عقلانی برای کسب سرمایه نمادین و حتی تبدیل آن به انواع دیگر سرمایه برای زنان است. مطالعات اجتماعی مؤید این امر است که جراحی‌های زیبایی صورت به‌عنوان یک گفتمان زنانه برای شکل‌دهی به قدرت زنانه است و نمی‌توان اقدام به جراحی زیبایی را تنها به ویژگی‌های شخصیتی افراد ربط داد؛ و در این حالت، بدن برای افراد یک نشانه اجتماعی است و انجام اعمال جراحی نیز در جهت شکل دادن به آن صورت می‌گیرد. افراد از انجام جراحی زیبایی اهداف متعددی را مانند رسیدن به چهره‌ی جذاب‌تر، بهبود بخشیدن به وضع ظاهری، کسب موفقیت در تشکیل زندگی زناشویی، به دست آوردن اعتمادبه‌نفس بیشتر در برخورد‌های اجتماعی، جلب رضایت خانواده و دوستان را دنبال می‌کنند. Smith & Mackie (2007)، دریافته‌اند که مردم، زیبایی ظاهری را با ویژگی‌های شخصیتی پسندیده همچون هوش، شایستگی، دلپذیر بودن و پذیرش اجتماعی ربط می‌دهند.

همچنین نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از منظر تصویر بدنی (ارزشیابی و وضع ظاهر، گرایش به ظاهر، ارزشیابی تناسب اندام، گرایش به تناسب، وزن ذهنی و رضایت بدن) تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مختلف در این راستا از جمله؛ ایمانی و همکاران (1399)، خانجانی و همکاران (1391)، Heidarzadeh & et al (2019)، Garbett & et al (2023)، Wu & et al (2022)، Moulton & et al (2018) و Biolcati & et al (2017) ناهمسو و با پژوهش Cansel (2021) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت؛ انجام اعمال جراحی زیبایی علاوه بر تصویر بدنی به مؤلفه‌های دیگری نیز ارتباط دارد، چنانچه تمامی زنانی که تصویر بدنی نامطلوبی از خود دارند دست به انجام عمل جراحی زیبایی نمی‌زنند و همچنین تمامی زنان متقاضی جراحی زیبایی تصویر نامطلوبی از بدن خود ندارند. تأکید بر بدن و اهمیت ویژه‌ای که برای آن در جامعه مصرفی نوین در نظر گرفته شده، می‌تواند منجر به توجه افراطی و بیمارگونه برخی از زنان برای هم‌شکلی و همسانی با الگوهای غالب شود (Jones & et al, 2022). از سویی ساختارها و کنترل‌هایی که از سوی جامعه اعمال می‌شود و از طریق فشارهای بیرونی و درونی که فمینیست‌ها مطرح کرده‌اند (استانداردهای زیبایی، تبلیغات و تصاویر رسانه، نظام مردسالار، فشارهای درونی از سوی خود زنان و تکنولوژی‌های پزشکی) به افراد فشار وارد می‌شود و آن‌ها را به رعایت این قدرت‌ها ملزم می‌کنند. فشارهای موجود در زمینه هم‌نویابی زنان با استانداردهای زیبایی باعث می‌شود، زنان به تصویری متفاوت از ظاهر خویش برسند و با استانداردهای زیبایی همسو و هماهنگ شوند؛ بنابراین، می‌توان گفت زنانی که جراحی زیبایی را تجربه می‌کنند احساسی از قدرت و کنترل به‌دست می‌آورند، ولی از طرف دیگر می‌توان گفت این نطق‌های قدرتی از سوی اقتصاد مصرفی است و سود هنگفتی که از طریق سوق‌دادن زنان به اعمال جراحی و استفاده از لوازم آرایش نصیب سرمایه‌داران می‌شود (Branden, 2023). دیگر یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که بین زنان متقاضی جراحی زیبایی و غیرمتقاضی از منظر عزت‌نفس (خوددوست‌داری و تحقیر خود) تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مختلف در این راستا از جمله؛ Hasani & et al (2019)، Heidarzadeh & et al (2019)، Salahian (2019) و Yoon & Kim (2020) ناهمسو و با پژوهش Cansel (2021) همسو است. این یافته‌ها را شاید بتوان با رویکرد اجتماعی در مورد جراحی زیبایی تبیین کرد. رویکرد اجتماعی، مصرف‌مدار بودن هویت و بدن‌مدار بودن مصرف در جامعه نوین را دلیل اصلی رفتارهایی چون انجام جراحی زیبایی می‌داند. در واقع رفتارهای معطوف به زیبایی و جذابیت بدنی به‌عنوان بخشی از یک سبک زندگی در حال

حاضر می‌تواند تمایزبخش اقشار مختلف باشد. اهمیت یافتن بدن و متعاقب آن بازتاب شدن هویت بدنی افراد، از پیامدهای اساسی جامعه مصرفی است که در آن افراد با تغییر ویژگی‌های ظاهری بدن خود مبادرت به ساخت بدن اجتماعی یعنی بدنی که از نظر وضعیت ظاهری، آرایشی و پوششی مقبول نظام اجتماعی است، می‌نمایند (Salahian, 2019). زیبایی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های جایگاه اجتماعی در ارزیابی موقعیت اجتماعی افراد جامعه مهم قلمداد می‌گردد. در قرن بیستم و مخصوصاً در چند دهه اخیر برداشت‌های جدید از زیبایی سرعت گرفته است. بدن افراد از تجربه‌های اجتماعی، همچنین از هنجارها و ارزش‌های گروه‌هایی که به آن‌ها تعلق دارند، تأثیر ژرفی می‌گیرد (رونق ششکلانی و همکاران، 1397). بورديو بدن را مرکزی برای اکتساب پایگاه، منزلت اجتماعی و دیگر تمایزات ذکر می‌کند و بدن زیبا را نشانه‌ای از شادی و منزلت می‌داند. او بر این باور است که طبقات مختلف به اقتضای تحصیلات، آگاهی‌ها و مهارت‌های خود از سرمایه‌های نمادین متنوعی استفاده می‌کنند تا از طریق آن‌ها، پایگاه اجتماعی خویش را ابراز دارند. ظاهر افراد به‌عنوان نماد و نشانه منزلت، اهمیت بسزایی می‌یابد و در نا شناختگی حاصل از این شرایط افراد با طبقات پایین و یا طبقات متوسط، از نماد افراد و گروه‌های دارای پایگاه‌های بالا برای کسب موقعیت بالاتر و دستیابی به احترام بیشتر استفاده می‌کنند؛ بنابراین با توجه به مرور نظریاتی که در باب بدن و جراحی زیبایی انجام شده، عدم رضایت بدنی و انجام جراحی زیبایی افراد در جامعه تنها به‌دلیل کمبود عزت‌نفس، خوددوست‌داری و تحقیر خود در نظر گرفته نمی‌شود و می‌تواند به‌صورت عرصه‌های گوناگونی از قبیل بدن فرهنگی، بدن اجتماعی، بدن سیاسی و بدن اقتصادی دیده شود (ذکاتی، 1401).

نمونه پژوهش حاضر را متقاضیان جراحی زیبایی شهر تبریز در سال 1402 تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به جوامع دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد. همچنین نمونه‌ها شامل زنان متقاضی جراحی زیبایی بودند که تعمیم یافته‌های حاصل از این پژوهش را به جامعه مردان متقاضی جراحی زیبایی با مشکل مواجه می‌کند. همچنین در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به‌نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در جامعه مردان متقاضی جراحی زیبایی انجام شود و متغیرهای اثرگذار در انجام این اعمال با زنان متقاضی جراحی زیبایی مقایسه شود. به روان‌شناسان و مشاوران مراکز دولتی و خصوصی پیشنهاد می‌شود تا با ارائه خدمات مشاوره به افراد متقاضی جراحی زیبایی نسبت به علل زیربنایی این اقدام و ارائه خدمات در زمینه بررسی این علل اقدام کنند. به مسئولین و متخصصین حوزه سلامت نیز پیشنهاد می‌شود تا با طراحی برنامه‌های پیشگیرانه مردم را از خطرات احتمالی انجام اعمال جراحی غیرضروری آگاه کنند.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده به نظر می‌رسد متغیرهای ذکر شده در تقاضای انجام اعمال جراحی زیبایی مؤثر نیستند و مؤلفه‌های متعددی می‌تواند در گرایش به انجام عمل جراحی زیبایی تأثیرگذار باشند.

6- منابع

- 1- احمدی، حامد؛ و پورشریفی، حمید (1392). نقش منبع خبری در اقناع افراد با تعدیل‌کنندگی نگرش به منبع خبری. جنسیت و عزت‌نفس. دو فصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی، 2(3)، 6-18.
- 2- ایرانپور، کلثوم (1397). مقایسه تصویر بدن. خودتنظیمی هیجانی و کارکردهای اجرایی در زنان متقاضی جراحی زیبایی و زنان عادی (غیرمتقاضی) شهر بندرعباس. پایان‌نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد بندرعباس. دانشکده علوم انسانی.

- 3- ایمانی، مهدی؛ دهقان، مریم؛ و شرفی زادگان، میلاد(1399). مقایسه اجتناب تجربه‌ای، بهشیاری، نارضایتی از تصویر بدن، اضطراب، افسردگی و استرس در افراد متقاضی جراحی زیبایی و افراد غیرمتقاضی. *مجله علوم روان‌شناختی*، 19(88)، 421-429. **doi:20.1001.1.17357462.1399.19.88.6.8**
- 4- براندن، ناتانیل(1402). *روان‌شناسی عزت‌نفس*. ترجمه مهدی قراچه‌داغی. تهران: انتشارات نخستین.
- 5- بساک‌نژاد، سودابه؛ عارفی، نیما؛ و ارشدی، نسرين(1397). بررسی الگوی خوردن هیجانی، بدتنظیمی هیجان. عزت‌نفس و تکانشگری در بروز اعتیاد غذایی دانشجویان. *روان‌شناسی سلامت*، 7(26)، 132-145. **doi:20.1001.1.23221283.1397.7.26.8.7**
- 6- حجازی، یوسف؛ و ایروانی، محمود(1381). رابطه میان ویژگی‌های شخصیتی و عملکرد شغلی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، 32(2)، 171-189.
- 7- خانجانی، زینب؛ باباپور، جلیل؛ و گریزه، صبا(1391). بررسی و مقایسه وضعیت روانی و تصویر بدنی متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، 20(2)، 237-248.
- 8- دهقان اردکانی، زهرا؛ و مصطفوی‌راد، فرشته(1398). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی و تصویر بدنی در دانش‌آموزان دختر نوجوان متوسطه. *زن و جامعه*، 10(1)، 331-364. **doi:20.1001.1.20088566.1398.10.37.14.3**
- 9- ذکاتی، محمد سعید(1401)، *جامعه‌شناسی جوانان ایران*. تهران: انتشارات آگه.
- 10- رجبی، غلامرضا؛ و بهلول، نسرين(1386). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، 3(2)، 33-48.
- 11- رقیبی، مهوش؛ و میناخانی، غلام‌رضا(1390). مدیریت بدن و ارتباط آن با تصویر بدنی و ادراک خود. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، 12(4)، 72-81.
- 12- رونق ششکلانی، مهرانا؛ پناه‌علی، امیر؛ لطفی، علیرضا؛ قویمی، محمدعلی؛ و احمدپور پورناکی، فرزین(1397). مقایسه تصویر بدن و رضایت از زندگی در متقاضیان جراحی زیبایی و جراحی‌شدگان در بخش جراحی فک صورت و زیبایی بیمارستان آموزشی درمانی امام رضای شهر تبریز. *مجله علوم پزشکی رازی*، 25(8)، ۱۲-۲۳.
- 13- سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، بنجامین؛ و جیمز و روئیز، پدرو(۱۴۰۰). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری- روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: ارجمند.
- 14- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ و حجازی، الهه(1401). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگه.
- 15- عیسی‌زادگان، علی؛ سلیمانی، اسماعیل؛ خسرویان، بهروز؛ و شیخی، سیامک(1395). مقایسه شایستگی اجتماعی و تنظیم شناختی هیجان در افراد متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی بینی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، 27(9)، ۷۴۳-۷۳۵.
- 16- فرح‌بیجاری، اعظم؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ و سادات‌صدر، مهدیه(1394). رابطه تاب‌آوری با ابعاد پنج‌گانه شخصیت و اختلالات بالینی افسردگی. *اضطراب و جسمانی در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه الزهرا B. مطالعات روان‌شناختی*، 11(3)، 53-78.
- 17- کریمی، صدیقه؛ نجفی، محمود؛ و محمدی‌فر، محمدعلی(1395). مقایسه اختلالات رفتاری. عزت‌نفس و رضایت از زندگی در دانش‌آموزان بی‌سرپرست و عادی. *روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه*، 5(3)، 167-182.
- 18- گریزه، صبا؛ و خانجانی، زینب(1391). مقایسه اختلالات شخصیت خوشه C و B در متقاضیان جراحی زیبایی با افراد غیرمتقاضی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، 23(5)، ۴۹۸-۴۹۲.
- 19- گلپان تهرانی، شهناز؛ قیاسوند، ملیحه؛ میرمحمدعلی، ماندانا؛ و مهران، عباس(1393). ارتباط تصویر بدنی دختران نوجوان چاق شهر تهران با افسردگی. *اضطراب و تنش. پایش*، 13(4)، 433-440. **doi:20.1001.1.16807626.1393.13.4.6.8**

- 20- لطف‌آبادی، حسین (1398). روانشناسی رشد 2. نوجوانی، جوانی و بزرگ‌سالی. تهران: سمت.
- 21- مسعودزاده، عباس؛ کارخانه یوسفی، مهتاب؛ و تیرگری، عبدالحکیم (1388). مقایسه الگوهای شخصیتی و وضعیت سلامت عمومی متقاضیان جراحی زیبایی بینی و گروه شاهد. *دانشور پزشکی*، 16(82)، 53-58.
- 22- معصومی، سونا (1401). رضایت زناشویی بر اساس شبکه‌های اجتماعی و تصویر بدنی در زنان متقاضی جراحی زیبایی. تهران: کهکشان علم.
- 23- مفاخری، عبدالله؛ اشرفی‌فرد، سمیه؛ و خرمی، محمد (1400). مدل ساختاری رابطه بین نگرانی از تصویر بدن و باورهای وسواسی با مدیریت بدن در افراد متقاضی جراحی زیبایی. *روانشناسی سلامت*، 10(38)، 121-140.
doi:10.30473/hpj.2021.55499.4964
- 24- میرجان، ندا (1401). جراحی زیبایی زنان. تهران: تیمورزاده.
- 25- میرزایی، فرح؛ بابایی‌امیری، ناهید؛ و صادقی‌افجه، زهره (1398). مقایسه ذهنیت طرحواره‌ای با سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی طرحواره‌ای بین زنان متقاضی و غیرمتقاضی جراحی زیبایی. فصلنامه سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی، 1(2)، 39-54.
- 26- نعیم، مهدی؛ و نریمانی، محمد (1395). مقایسه عزت‌نفس و شادکامی دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار. *هفتمین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم اجتماعی*.
- 27- Agility, D & Tantelef-Dunn, S (2004). The impact of media exposure on male's body image. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1): 7-2. **doi:10.1521/jscp.23.1.7.26988**
- 28- Aguila, ED., Martínez, JR., Pablos, JL., Huánuco, M., Encina, VM & Rhenals, A (2019). Personality Traits, Anxiety, and Self-esteem in Patients Seeking Cosmetic Surgery in Mexico City. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 7(10): e2381. **doi:10.1097/GOX.0000000000002381**
- 29- Biolcati, R., Ghigi, R., Mameli, C & Passini, S (2017). What can I do with my body? Boys and girls facing body dissatisfaction. *International Journal of adolescence and Youth*, 22(3): 283-295. **doi:10.1080/02673843.2016.1167748**
- 30- Brown, RB (2023). Body Image, Body Composition, and Aging in Women: Insights into an Older Adult Problem. *Women*, 3(2): 214-224. **doi:10.3390/women3020017**
- 31- Cansel, N., Güldoğan, E., & Altunişik, N. (2021). The Effect of Sociodemographic Variables, Body Image and Self-Esteem on Undergoing Minimally Invasive Cosmetic Procedures in Turkish Women: Cross-Sectional Research. *Turkiye Klinikleri Journal of Dermatology*, 31(3). **doi:10.5336/dermato.2021-84401**
- 32- Cash, T. F (1997). *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. Oakland, CA : New Harbinger Publications.
- 33- Cash, T. F., Theriault, J., & Annis, N. M. (2004). Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. *Journal of social and clinical psychology*, 23(1), 89-103. **doi:10.1521/jscp.23.1.89.26987**
- 34- Costa, P. T Jr & McCrae, R. R (2008). The Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R). In G. J. Boyle, G. Matthews & D. H. Saklofske (Eds.), *The SAGE handbook of personality theory and assessment, Vol. 2. Personality measurement and testing* (pp. 179-198). Sage Publications, Inc.
- 35- Costa, P. T Jr & 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.
- 36- Creed, P., Prideaux, L.-A & Patton, W (2005). Antecedents and consequences of career decisional states in adolescence. *Journal of Vocational Behavior*, 67(3): 397-412. **doi:10.1016/j.jvb.2004.08.008**
- 37- Digman, J. M. (1990). Five robust trait dimensions: Development, Stability and Utility. *Journal of Personality*, 57, 195-214. **doi:10.1111/j.1467-6494.1989.tb00480.x**
- 38- Garbett, KM., Craddock, N., Saraswati LA & Diedrichs, PC (2023). Body Image among Girls in Indonesia: Associations with Disordered Eating Behaviors, Life Engagement, Desire for Cosmetic Surgery and Psychosocial Influences. *Int J Environ Res Public Health*, 20(14): 6394. **doi:10.3390/ijerph20146394**
- 39- Garcia, D. (2012). The Affective Temperaments: Differences between Adolescents in the Big Five Model and Cloninger's Psychobiological Model of Personality. *Journal of Happiness Studies*, 14, 999-1017. **doi:10.1007/s10902-011-9303-5**
- 40- Goldberg, L. R. (2013). *An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure*. In *Personality and Personality Disorders* (pp. 34-47). Routledge.
- 41- Hasani, H., Zare, H., & Dosti, R. (2019). Comparison of explicit and implicit self-esteem in applicants for nose surgery and normal women. *HPJ*, 8(30): 133-144. **doi:10.30473/hpj.2019.41382.4074**
- 42- Heidarzadeh, A., Shahmohammadipour, P., Azzizadeh Forouzi, M., Dehghan, M & Khorasani, Z (2019). Body Image, Self-Esteem, and Psychological Problems Among Applicants and Non applicants of Cosmetic Surgery. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 7(1): 33-42. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-490-en.html>

- 43- Jones, HE., Faulkner, HR & Losken, A (2022). The Psychological Impact of Aesthetic Surgery: A Mini-Review. *Aesthet Surg J Open Forum*, 4: ojac077. doi:10.1093/asjof/ojac077
- 44- Lábiscsák-Erdélyi, Z., Veres-Balajti, L., Somhegyi, A & Kósa, K (2022). Self-Esteem Is Independent Factor and Moderator of School-Related Psychosocial Determinants of Life Satisfaction in Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*, 19(9): 5565. doi:10.3390/ijerph19095565
- 45- Mathews, G., & Deary, I. J. (1998). *Personality traits*. Cambridge Cambridge University Press. McCrae, RR & John, OP (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers*, 60(2), 175-215. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- 46- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A fivefactor theory ofpersonality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality :Theory and research*. (2 nd ed), New York: Guilford.
- 47- Moulton, S. J., Gullyas, C., Hogg, F. J., & Power, K. G. (2018). Psychosocial predictors of body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 71(2), 149-154. doi:10.1016/j.bjps.2017.11.004
- 48- Qian, H., Ling, Y., Wang, C., Lenahan, C., Zhang, M., Zheng, M & et al (2021). A Correlative Study Between Personality Traits and the Preference of Site Selection in Cosmetic Treatment. *Front Psychiatry*, 12: 648751. doi:10.3389/fpsy.2021.648751
- 49- Quitkat, HL., Hartmann, AS., Düsing, R., Buhlmann, U & Vocks, S (2019). Body Dissatisfaction, Importance of Appearance, and Body Appreciation in Men and Women Over the Lifespan. *Front. Psychiatry*, 10: 864. doi:10.3389/fpsy.2019.00864
- 50- Salahian, A (2019). Comparison of Mental Health and Self-Image between the Applicants and Non-Applicants of Cosmetic Surgery. *Journal of Research & Health*, 9(7): 686-691. <http://jr.h.gmu.ac.ir/article-1-1411-en.html>
- 51- Schultz, D. P., Schultz, S. E., & Enos, M. (2009). *Theories of Personality*. (9th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- 52- Smith, E.R., & Mackie, D.M. (2007). *Social Psychology*. Philadelphia, P.A: Psychology Press.
- 53- Thawanyarat, K., Hinson, C., Gomez, DA., Rowley, M., Navarro, Y., Johnson, C & et al (2023). A Study of Plastic Surgery Trends With the Rise of Instagram. *Aesthet Surg J Open Forum*, 5: ojad004. doi:10.1093/asjof/ojad004
- 54- Valina, G & Sessa, A (2019). Current Trends of Cosmetic Surgical Procedures With the General Cosmetic Surgery Fellowships by the American Academy of Cosmetic Surgery. *The American Journal of Cosmetic Surgery*, 37(1): 5-13. doi:10.1177/0748806819852014
- 55- Wang, Y., Fardouly, J., Vartanian, LR., Wang, X & Lei, L (2021). Body Talk on Social Networking Sites and Cosmetic Surgery Consideration Among Chinese Young Adults: A Serial Mediation Model Based on Objectification Theory. *Psychology of Women Quarterly*, 46(1): 99-110. doi:10.1177/03616843211026273
- 56- Wu, Y., Mulkens, S & Alleva, JM (2022). Body image and acceptance of cosmetic surgery in China and the Netherlands: A qualitative study on cultural differences and similarities. *Body Image*, 40: 30-49. doi:10.1016/j.bodyim.2021.10.007
- 57- Yoon, S., & Kim, Y. A. (2020). Cosmetic surgery and self-esteem in South Korea: a systematic review and meta-analysis. *Aesthetic plastic surgery*, 44, 229-238. doi:10.1007/s00266-019-01515-1

Comparison of the Five Dimensions of Personality, Body Image and Self-Esteem in Women Applying for Cosmetic Surgery and Non-Applicants

Nazanin Amin Kazemi¹, Hadi Akbari Nejad^{*2}, Paria Faroughi³

- 1- M.A. Student in Psychology, Nabi Akram Higher Education Institute, Tabriz, Iran.
nazanin.kazemi155@gmail.com
- 2- Assistant Professor, Department of Psychology, Nabi Akram Higher Education Institute, Tabriz, Iran.
(Corresponding Author)
hadiakbarinejhad@yahoo.com
- 3- Assistant Professor, Department of Psychology, Nabi Akram Higher Education Institute, Tabriz, Iran.
p.faroughi@ucna.ac.ir

Abstract

The purpose of this research was to compare the five dimensions of personality, body image and self-esteem in women applying for cosmetic surgery and non-applicants. The research method was causal-comparative. The statistical population was made up of all women applying for cosmetic surgery referring to private beauty centers in Tabriz city in 1402. The statistical sample consisted of 100 women (50) who were candidates for cosmetic surgery and (50) who were not candidates. They were selected using purposive sampling method for comparison with the target group and were tested and were tested using the five-factor questionnaires of Neo Costa and McCree (1992).the multidimensional body-self relationship (1997) and Rosenberg's self-esteem (1965) questionnaire. In order to analyze the data, the multivariate analysis of variance (MANOVA) test was used. The research hypotheses test showed that there is no significant difference between the women applying for cosmetic surgery and non-applicants in terms of the five dimensions of personality and its components (neuroticism, extroversion, flexibility) ($p>0.05$), but there is a significant difference between the dimensions of agreeableness and conscientiousness ($p>0.001$), also in the variable of body image and its components (importance to others, responsibility, courage, self-acceptance) ($p>0.05$) and self-esteem and its components (05 There is no significant difference. According to the obtained results, it can be said that women applying for cosmetic surgery do not differ from non-applying women in terms of the five dimensions of personality, body image and self-esteem.

Keywords: Five Dimensions of Personality, Body Image, Self-Esteem, Cosmetic Surgery.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)

تدوین مدل معادلات ساختاری تاب‌آوری بر اساس تمایز یافتگی خود با

میانجی‌گری سازگاری زناشویی در پرستاران زن

محسن کمالی‌نیا^۱، کیانوش زهراکار^{۲*}، مهدی عرب‌زاده^۳

۱- گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

Mkn.irani@gmail.com

۲- استاد، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول)

dr_zahrakar@khu.ac.ir

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران.

Mehdiarabzadeh@khu.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۸/۲۲]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۶/۱۸]

چکیده

تاب‌آوری به‌عنوان یکی از ویژگی‌های مهم شخصیتی در مقابله با چالش‌های شغلی و زناشویی نقش مؤثری ایفا می‌کند. شناسایی عوامل مؤثر بر تقویت این ویژگی می‌تواند به بهبود وضعیت روانی و عملکرد افراد کمک کند. از این‌رو، بررسی متغیرهایی که پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری هستند، ضروری به نظر می‌رسد. این پژوهش از نوع بنیادی با رویکرد توصیفی-تحلیلی و به روش همبستگی با استفاده از مدل معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل ۴۰۰ پرستار زن متأهل شاغل در مراکز درمانی و بیمارستان‌های دولتی استان البرز بود که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، نسخه کوتاه پرسشنامه تمایز یافتگی خود (اسکورن و اسمیت) و مقیاس سازگاری زناشویی لاک-والاس بود. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ انجام گرفت. این پژوهش با شناسه IR.ABZUMS.REC.1401.297 به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی البرز رسیده است. مشارکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت کردند و محرمانگی داده‌هایشان تضمین شد. نتایج نشان داد که تمایز یافتگی خود ($r=0/712$) و سازگاری زناشویی ($r=0/796$) ارتباط مثبت و معناداری با تاب‌آوری در سطح اطمینان ۰/۰۱ دارند. همچنین، تأثیر میانجی سازگاری زناشویی در ارتباط بین تمایز یافتگی خود و تاب‌آوری تأیید شد. نتایج نشان داد که داده‌ها با مدل مفهومی پژوهش برازش دارند. یافته‌ها حاکی از آن است که داده‌ها با مدل مفهومی پژوهش سازگاری دارند. برای ارتقای تاب‌آوری پرستاران متأهل، پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران حوزه سلامت به عوامل عاطفی، شناختی و هیجانی این گروه توجه بیشتری داشته باشند.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، تمایز یافتگی خود، سازگاری زناشویی، پرستاران زن.

۱- مقدمه

در دهه‌های اخیر، روان‌شناسی مثبت‌گرا با تمرکز بر تقویت نقاط قوت و توانایی‌های انسانی، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب کرده است. یکی از مفاهیم اساسی این رویکرد، تاب‌آوری است که به‌عنوان قابلیت برای حفظ تعادل روانی، جسمانی و معنوی در برابر مشکلات و بحران‌ها شناخته می‌شود. تاب‌آوری نوعی توانایی ترمیم و بازسازی خود است که اغلب به پیامدهای مثبت در زمینه‌های شناختی، هیجانی و عاطفی منجر می‌شود. مشاغل مرتبط با حوزه سلامت، به‌ویژه پرستاری، به دلیل ماهیت سخت و استرس‌زای خود، نیاز بیشتری به تقویت تاب‌آوری دارند (Bartle-Haring, Ferriby & Day, 2019). پرستاران به‌عنوان نیروی کلیدی در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی، مسئولیت‌های سنگینی بر عهده دارند. عواملی مانند شیفت‌های طولانی، مواجهه با درد و مرگ بیماران و فشارهای عاطفی، این حرفه را چالش‌برانگیز کرده و می‌تواند موجب فرسودگی شغلی شود. در این میان، پرستاران زن متأهل به دلیل نقش‌های چندگانه‌ای که در خانواده و جامعه ایفا می‌کنند، با چالش‌های بیشتری مواجه هستند و به همین دلیل، نیاز به تاب‌آوری در این گروه بسیار بیشتر احساس می‌شود (Beckman & Stanko, 2020).

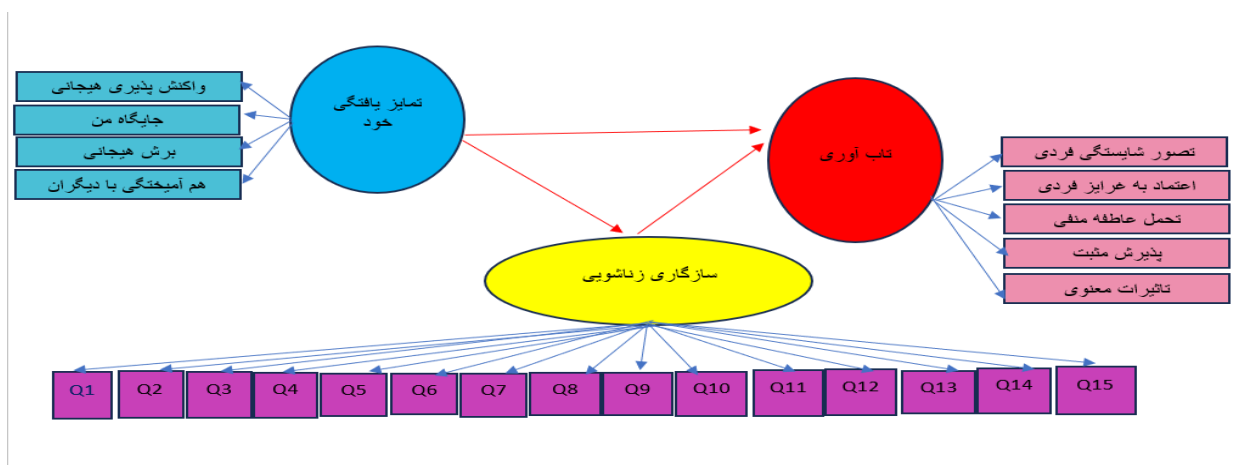
یکی از عوامل مؤثر در افزایش تاب‌آوری، تمایز یافتگی خود است که به‌عنوان یکی از مفاهیم محوری نظریه بوئن مطرح شده است. افراد با سطح بالای تمایز یافتگی، توانایی بیشتری در مدیریت هیجانات منفی، مقابله با مشکلات و استفاده از راهبردهای مؤثر در حل مسائل دارند. این ویژگی باعث انعطاف‌پذیری بیشتر آن‌ها در روابط بین‌فردی شده و تاب‌آوری بالاتری را در آن‌ها ایجاد می‌کند. علاوه بر این، سازگاری زناشویی نیز تأثیر قابل توجهی بر تاب‌آوری دارد. سازگاری زناشویی یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده کیفیت و پایداری روابط زناشویی است و می‌تواند به افزایش تاب‌آوری زوجین کمک کند (Tahir & Khan, 2020).

مرور پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که علی‌رغم تحقیقات گسترده در زمینه تاب‌آوری، همچنان شکاف‌هایی در این حوزه به چشم می‌خورد. به‌ویژه، تأثیر هم‌زمان تمایز یافتگی خود و سازگاری زناشویی بر تاب‌آوری کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. همین مسئله پژوهشگران را بر آن داشت تا مدلی مفهومی برای این ارتباط پیشنهاد دهند و به این سؤالات پاسخ دهند:

آیا داده‌های پژوهش با مدل مفهومی طراحی شده تطابق دارند؟

آیا سازگاری زناشویی در ارتباط بین تمایز یافتگی خود و تاب‌آوری نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند؟

شکل ۱- مدل پیشنهادی پژوهش



۲- مبانی نظری و پیشینه

در حوزه تاب‌آوری، تمایز یافتگی خود و سازگاری زناشویی در پرستاران زن ایرانی نشان‌دهنده اهمیت عوامل مختلف در تأثیرگذاری بر بهزیستی فردی و روابط زناشویی است. به‌عنوان مثال، تحقیق استاکنو^۱ و همکاران ۲۰۲۰، نشان می‌دهد که تاب‌آوری و تعهد در روابط زناشویی می‌توانند از طریق کار مرزی ارتباطی تقویت شوند. همچنین، پژوهش‌های دیو^۲ و همکاران ۲۰۲۰، به نقش متغیرهای میانجی مانند تصویر بدنی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در بهبود رضایت زناشویی اشاره دارند. فهمیدنش^۳ و همکاران ۲۰۲۰، نیز نشان داده‌اند که خود دلسوزی و بخشش می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی رضایت زناشویی در زوج‌های جوان باشند. در همین راستا، فری، گانوک، جانسون و کولمن^۴ ۲۰۲۰، بر اهمیت تنظیم هیجانی در روابط زناشویی و تأثیر آن بر رضایت زناشویی تأکید دارند. از سوی دیگر، مطالعات ایسیک، اوزبر، کولینس و رودرگز^۵ ۲۰۲۰، نقش تمایز یافتگی خود را در تنظیم روابط زوجین و افزایش رضایت زناشویی مورد بررسی قرار داده‌اند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که تمایز یافتگی خود می‌تواند نقش مهمی در ایجاد تعادل در روابط زناشویی ایفا کند و به ارتقاء تاب‌آوری افراد کمک کند. علاوه بر این، پژوهش‌های دیگری مانند مطالعه فوستر، کیم و ملنس^۶، ۲۰۲۲، در خصوص تاب‌آوری پرستاران نشان داده‌اند که تاب‌آوری در شغل‌هایی با استرس بالا، مانند پرستاری، ارتباط مستقیمی با سلامت روان و رضایت از زندگی دارد. به همین ترتیب، مطالعات ریاحی و گلزاری^۷ ۲۰۲۰، نیز به این نکته اشاره دارند که تنظیم هیجانی و تمایز یافتگی خود در کاهش اضطراب و استرس زناشویی تأثیرگذار است و می‌تواند موجب بهبود رضایت و سازگاری زناشویی در زوجها شود.

۳- روش‌شناسی

این مطالعه جامعه آماری خود را از میان پرستاران زن متأهل شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی استان البرز در سال ۱۴۰۱ انتخاب کرده است. با بهره‌گیری از نرم‌افزار G*Power و تعیین سطح خطای ۵ درصد، حجم نمونه ۴۰۰ نفر محاسبه شد. شرکت‌کنندگان از طریق روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای گزینش شدند.

۳-۱- معیارهای ورود به پژوهش

شامل توانایی برقراری ارتباط به زبان فارسی، زندگی مشترک در زمان انجام پژوهش، شاغل بودن در مراکز درمانی دولتی و تمایل به همکاری در مطالعه بود. از طرف دیگر، معیارهایی نظیر سابقه طلاق، ابتلا به اختلالات شخصیتی و مشارکت هم‌زمان در پژوهش‌های مشابه، موجب حذف افراد از مطالعه شدند. پس از دریافت رضایت‌نامه آگاهانه و اطمینان از رعایت اصول محرمانگی، پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، توضیحات جامعی درباره اهداف و اهمیت پژوهش به‌صورت شفاهی و مکتوب ارائه شد.

۳-۲- ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

الف) مقیاس تاب‌آوری: این ابزار که توسط کانور و دیویدسون^۸ در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است، دارای ۲۵ سؤال بوده و در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً نادرست تا همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۵ مؤلفه اصلی دارد: خودکارآمدی (سوالات ۱، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، اعتماد به غرایز (سوالات ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، کنترل عواطف منفی (سوالات ۱، ۲، ۴، ۵،

1 Stanko

2 Du

3 Fahimdanesh

4 Frye, Ganong, Jensen & Coleman

5 Işık, Özbiler, Schweer-Collins & Rodríguez-González

6 Foster, Kim & McInnes

7 Riahi & Golzari

8 Connor & Davidson

۸)، پذیرش تغییرات مثبت (سؤالات ۱۳، ۲۱، ۲۲)، کنترل و معنویت (سؤالات ۳ و ۹). نمره کل این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر هستند. کانونر و دیویدسون پایایی این ابزار را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. این مقیاس در ایران توسط رحیم‌پور و عارفی ۲۰۲۱، هنجاریابی شد و پایایی ۰/۸۷ برای آن محاسبه شد. در این پژوهش، پایایی کلی ابزار و زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۴ به دست آمد.

ب) پرسشنامه تمایز یافتگی خود: این ابزار که نخستین بار توسط اسکورن و لندر^۱ در سال ۱۹۹۸ توسعه یافت، در سال ۲۰۰۳ بازبینی شد و نسخه کوتاه ۲۰ سؤالی آن در سال ۲۰۱۱ توسط اسکورن و اسمیت معرفی گردید. این پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود و شامل ۴ زیرمقیاس است: واکنش‌پذیری احساسی (سؤالات ۶، ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۸)، استقلال فردی (سؤالات ۱، ۳، ۱۰، ۱۲، ۱۹، ۲۰)، جداسازی هیجانی (سؤالات ۴، ۷، ۱۵)، درهم‌آمیختگی با دیگران (سؤالات ۲، ۵، ۸، ۱۳، ۱۷). شایان ذکر است که پرسش‌هایی مانند ۲، ۴، ۶ و ۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. اسکورن و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را برای مقیاس کلی ۰/۸۸ گزارش کردند. در ایران، خطیبی (۱۳۹۴) ضریب پایایی این ابزار را ۰/۷۸ محاسبه کرد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس کلی ۰/۷۹ و پایایی زیرمقیاس‌ها ۰/۸۳ گزارش شد.

ج) پرسشنامه سازگاری زناشویی: این ابزار توسط لاک و والاس^۲ در سال ۱۹۹۳ طراحی شده و شامل ۱۵ سؤال است. نمره کل مقیاس بین ۰ تا ۱۵۱ تغییر می‌کند و نمرات بالاتر از ۱۰۱ نشان‌دهنده میزان بالای سازگاری زناشویی هستند. پایایی این پرسشنامه ۰/۹۶ گزارش شده است. در ایران، مهرابی زاده هنرمند، حسین پور و مهدی زاده ۲۰۱۰، پایایی این ابزار را ۰/۸۷ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۸۴ به دست آمد.

۳-۳- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی، کجی و کشیدگی بررسی شدند. همچنین برای آزمون مدل‌های پژوهش، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. تحلیل‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۶ و AMOS نسخه ۲۴ انجام شد.

۴- یافته‌ها

اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان شامل متغیرهایی چون سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، مدت اشتغال، طول مدت ازدواج و وضعیت زندگی مشترک در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد از بین ۴۰۰ نفر پرستار زن متأهل که مورد مطالعه قرار گرفتند نتایج اطلاعات جمعیت شناختی بر اساس سن (سن ۲۰-۲۵ سال ۱۵۲ نفر ۳۸٪، بیشترین و سن بیش از ۵۶ سال ۸ نفر ۲٪ کمترین)؛ از نظر میزان تحصیلات (لیسانس ۲۶۵ نفر ۶۶/۲۵٪، بر اساس تعداد فرزند، بدون فرزند با ۱۴۴ نفر ۳۶٪؛ از نظر سابقه اشتغال (تا ۵ سال سابقه، ۱۹۸ نفر ۴۹/۵٪؛ بر اساس مدت ازدواج، تا ۵ سال ازدواج ۱۶۶ نفر ۴۱/۵٪). همچنین از نظر تفکیک وضعیت زندگی مشترکشان (در حال زندگی مشترک با ۳۸۲ نفر ۹۵/۵٪) بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان بودند. آلفای کرونباخ تمایز یافتگی ۰/۸۱۲، سازگاری زناشویی ۰/۷۸۶ و تاب‌آوری ۰/۸۵۳ گزارش شده است.

طبق جدول ۱، از مجموع ۴۰۰ پرستار زن متأهل مورد بررسی، داده‌های جمعیت‌شناختی به شکل زیر توزیع شده‌اند: سن: بیشترین تعداد پرستاران در گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال قرار دارند که شامل ۱۵۲ نفر (۳۸٪) است، در حالی که کمترین گروه سنی مربوط به پرستارانی است که بالای ۵۶ سال سن دارند که تعداد آن‌ها ۸ نفر (۲٪) است. تحصیلات ۲۶۵، ۶۶/۲۵٪ از افراد دارای

1 Skowron & Friedlander

2 Lock-Wallace marital adjustment test

مدرک کارشناسی بودند. تعداد فرزند ۱۴۴ نفر (۳۶٪) از شرکت‌کنندگان بدون فرزند بودند. سابقه اشتغال، ۱۹۸ نفر (۴۹/۵٪) از شرکت‌کنندگان تجربه کاری کمتر از ۵ سال داشتند. مدت ازدواج، ۱۶۶ نفر (۴۱/۵٪) از افراد در دوره ازدواج کمتر از ۵ سال به سر می‌بردند. وضعیت زندگی مشترک، اکثریت قریب به اتفاق افراد (۹۵/۵٪) در حال حاضر در زندگی مشترک به سر می‌برند که شامل ۳۸۲ نفر می‌شود. برای مقیاس‌های استفاده‌شده در این پژوهش، آلفای کرونباخ به شرح زیر گزارش شده است: تمایز یافتگی خود: ۰/۸۱۲، سازگاری زناشویی: ۰/۶۷۸، تاب‌آوری: ۰/۸۵۳

جدول ۱- جدول شرکت‌کنندگان از نظر سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، مدت اشتغال، طول مدت ازدواج و وضعیت زندگی مشترک

اطلاعات جمعیت شناختی														متغیرها		
۵۶ سال و بالا		۵۵-۵۱ سال		۵۰-۴۶ سال		۴۵-۴۱ سال		۴۰-۳۶ سال		۳۵-۳۱ سال		۳۰-۲۶ سال		۲۵-۲۰ سال		سن
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۲	۸	۴/۷۵	۱۹	۷/۲۵	۲۹	۱۱/۷۵	۴۷	۷/۵	۳۰	۱۳/۷۵	۵۵	۱۵	۶۰	۳۸	۱۵۲	
جمع				دکتری و بالاتر		فوق لیسانس		لیسانس		فوق دیپلم		دیپلم		زیر دیپلم		میزان تحصیلات
درصد	فراوانی		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱۰۰	۴۰۰		۱	۴	۱۴/۵	۵۸	۶۶/۲۵	۲۶۵	۱۳/۷۵	۵۵	۲/۲۵	۱۰	۲	۸		
جمع				۵ فرزند و بیشتر		۴ فرزند		سه فرزند		دو فرزند		یک فرزند		بدون فرزند		تعداد فرزند
درصد	فراوانی		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱۰۰	۴۰۰		۰/۵	۲	۰/۵	۲	۸	۳۲	۲۴/۵	۹۸	۳۰/۵	۱۲۲	۳۶	۱۴۴		
جمع				۲۶ سال به بالا		۲۵-۲۱ سال		۲۰-۱۶ سال		۱۵-۱۱ سال		۱۰-۶ سال		۵-۰ سال		سابقه اشتغال
درصد	فراوانی		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱۰۰	۴۰۰		۴/۵	۱۸	۶/۷۵	۲۷	۸/۷۵	۳۵	۱۰/۷۵	۴۳	۱۹/۷۵	۷۹	۴۹/۵	۱۹۸		
جمع				۲۶ سال به بالا		۲۵-۲۱ سال		۲۰-۱۶ سال		۱۵-۱۱ سال		۱۰-۶ سال		۵-۰ سال		مدت ازدواج
درصد	فراوانی		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۱۰۰	۴۰۰		۸/۲۵	۳۳	۸/۵	۳۴	۱۰/۲۵	۴۱	۱۴/۲۵	۵۷	۱۷/۲۵	۶۹	۴۱/۵	۱۶۶		
جمع												در آستانه طلاق		زندگی مشترک		وضعیت زندگی مشترک
درصد				فراوانی								درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۱۰۰				۴۰۰								۴/۵	۱۸	۹۵/۵	۳۸۲	

جدول ۲- شاخص‌های مرکزی متغیرها و مؤلفه‌های پژوهش

مؤلفه‌ها متغیرها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
تمایز یافتگی خود	۱۸	۹۰	۵۲/۲۳۲	۲۰/۶۸۶	۰/۲۱۲	-۰/۹۴۱
مؤلفه‌ها	۶	۳۰	۱۹/۲۶۵	۶/۶۶۸	۰/۰۱۰	-۰/۸۹۵
واکنش‌پذیری هیجانی	۶	۳۰	۱۵/۸۸۷	۷/۰۶۹	۰/۳۹۹	-۰/۸۹۴
جایگاه من	۳	۱۵	۸/۳۶۵	۳/۵۵۷	۰/۲۰۷	-۰/۸۷۱
برش هیجانی	۵	۲۵	۱۴/۱۷۵	۵/۸۲۴	۰/۲۲۱	-۰/۸۹۵
هم آمیختگی با دیگران	۴۱	۴۱۰	۳۰۹/۴۳۵	۸۹/۵۹۷	-۰/۸۸۷	-۰/۱۹
سازگاری زناشویی	۲	۳۵	۲۶/۰۰۰	۱۰/۰۷۷	-۰/۷۲۷	-۰/۵۷۲
مؤلفه‌ها	۰	۵	۳/۹۳۲	۱/۰۵۸	-۱/۶۸۶	۳/۸۲۰
سؤال ۱	۰	۵	۴/۰۰۷	۱/۱۴۲	۱/۳۹۲	۱/۶۹۵
سؤال ۲	۰	۵	۴/۰۰۷	۱/۱۴۲	۱/۳۹۲	۱/۶۹۵
سؤال ۳	۰	۵	۴/۰۰۷	۱/۱۴۲	۱/۳۹۲	۱/۶۹۵

۱/۶۳۴	-۱/۴۳۴	۱/۲۸۵	۳/۹۳۷	۵	۰	سؤال ۴	
۱/۹۵۰	-۱/۴۹۳	۱/۲۵۴	۳/۸۷۵	۵	۰	سؤال ۵	
۳/۸۰۴	۱/۹۷۹	۱/۲۲۴	۴/۱۰۰	۵	۰	سؤال ۶	
۳/۱۲۲	-۱/۸۰۶	۱/۱۶۵	۴/۱۷۵	۵	۰	سؤال ۷	
۱/۷۰۴	-۱/۵۰۳	۱/۲۸۰	۳/۸۸۷	۵	۰	سؤال ۸	
۱/۵۱۸	-۱/۴۷۹	۱/۳۲۸	۳/۹۵۲	۵	۰	سؤال ۹	
-۱/۷۲۹	-۰/۴۴۱	۴/۴۲۲	۶/۳۷۵	۵	۰	سؤال ۱۰	
۰/۲۱۳	-۱/۱۰۴	۳/۲۶۴	۷/۴۵۷	۱۰	۰	سؤال ۱۱	
۳/۵۹۰	۲/۲۸۲	۲/۳۸۹	۳/۴۲۵	۱۰	۰	سؤال ۱۲	
-۱/۶۰۵	-۰/۱۱۸	۵/۶۰۷	۹/۰۰۲	۱۰	۲	سؤال ۱۳	
-۱/۵۹۱	۰/۶۳۸	۶/۴۰۶	۱۰/۳۱۰	۱۵	۰	سؤال ۱۴	
-۱/۸۰۵	۰/۴۳۳	۴/۷۲۷	۶/۱۷۲	۱۰	۱	سؤال ۱۵	
-۱/۱۳۱	-۰/۲۰۲	۳۰/۰۵۵	۵۸/۲۳۰	۱۰۰	۰	تاب‌آوری	
-۱/۱۵۹	-۰/۱۵۳	۹/۹۱۶	۱۸/۵۷۰	۳۲	۰	تصور شایستگی فردی	مؤلفه‌ها
-۱/۰۹۴	-۰/۰۱۳	۸/۵۵۹	۱۴/۱۴۰	۲۸	۰	اعتماد به‌خود	
۰/۸۲۷	-۰/۲۳۳	۵/۴۷۶	۱۲/۵۷۰	۲۰	۰	تحمل عاطفه منفی	
-۱/۲۱۳	-۰/۳۶۳	۳/۷۳۲	۷/۶۶۲	۱۲	۰	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	
-۱/۰۸۲	-۰/۵۱۶	۲/۶۴۶	۵/۲۸۷	۸	۰	کنترل و تأثیرات معنوی	

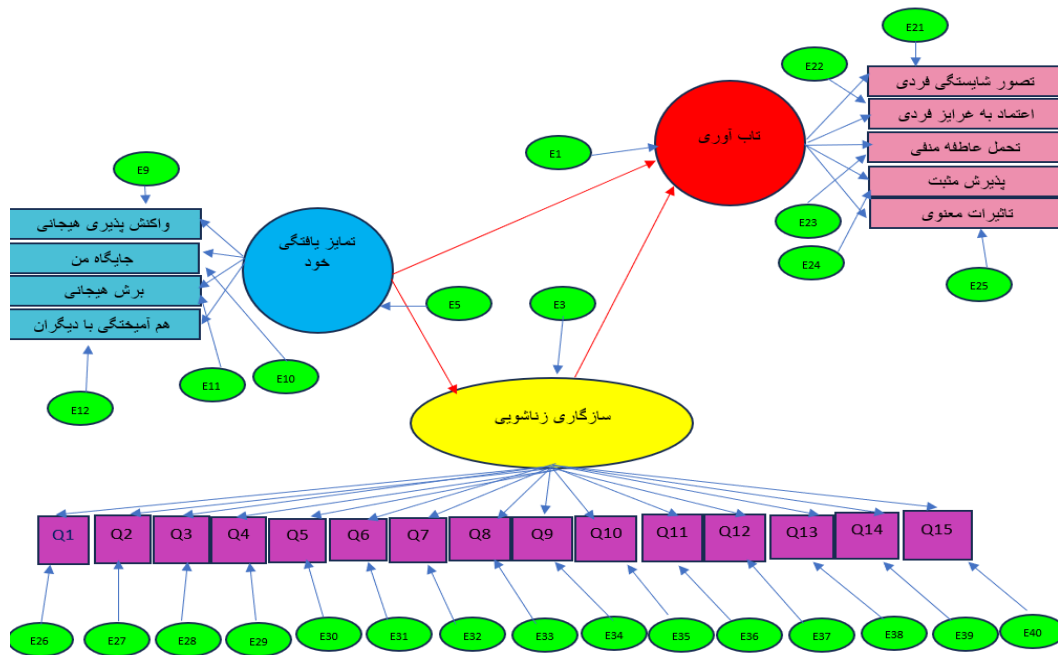
همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرهای (انعطاف‌پذیری شناختی به ترتیب ۲۶/۰۳، ۰/۵۱۷- و ۰/۰۵۵؛ متغیر تنظیم شناختی هیجان ۱۹/۶۸۰، ۰/۱۹۵- و ۰/۹۰۵؛ متغیر تمایز یافتگی خود ۲۰/۶۸۶، ۰/۲۱۲ و ۰/۹۴۱-؛ متغیر سازگاری زناشویی ۸۹/۵۹۷، ۰/۸۸۷- و ۰/۰۱۹؛ و متغیر تاب‌آوری ۳۰/۰۵۵، ۰/۲۰۲- و ۱/۱۳۱-) به دست آمد.

جدول ۳- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱- تمایز یافتگی خود	۰/۷۴۴***	۰/۷۵۰***	۱		
۲- سازگاری زناشویی	۰/۷۳۲***	۰/۶۶۵***	۰/۵۷۴***	۱	
۳- تاب‌آوری	۰/۸۵۶***	۰/۸۶۶***	۰/۶۸۴***	۰/۷۷۲***	۱

جدول ۳ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. بین تمایز یافتگی خود ($r = ۰/۷۳۲$ ، $p > ۰/۰۱$) سازگاری زناشویی ($r = ۰/۸۵۶$ ، $p > ۰/۰۱$) با تاب‌آوری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و همبستگی بین متغیرها معنادار است، از این رو امکان بررسی مدل پژوهش فراهم گردید.

شکل ۲- مدل پیشنهادی و نهایی پژوهش



جدول ۴- شاخص‌های برازندگی مدل^۱

مقدار قابل قبول	مقدار به دست آمده	شاخص‌های برازندگی مدل	مقدار قابل قبول	مقدار به دست آمده	شاخص‌های برازندگی مدل
بیشتر از ۰/۹	۰/۹۸۶	شاخص نیکویی برازش (GFI)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۴۵	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)
بیشتر از ۰/۹	۰/۹۸۳	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	کمتر از ۰/۰۵۰	۰/۰۱۷	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)
بیشتر از ۰/۹	۰/۹۰۱	شاخص برازش تناسب نسبی (RFI)	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۱۳	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)
بیشتر از ۰/۹	۰/۹۱۵	شاخص برازش تناسب افزایشی (IFI)	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۲۴	شاخص نیکویی برازش انطباقی (AGFI)
بیشتر از ۰/۹	۰/۹۵۷	شاخص برازش هنجار نشده (TLI)	بیشتر از ۰/۶	۰/۷۴۱	شاخص برازش مقتصد (PCFI)
بیشتر از ۲۰۰	۲۰۷	شاخص هولتر HOELTER (۰/۰۵)	بیشتر از ۰/۶	۰/۷۳۸	شاخص برازش هنجار شده مقتصد (PNFI)
بیشتر از ۲۰۰	۲۱۵	شاخص هولتر HOELTER (۰/۰۱)	بیشتر از ۰/۹	۰/۹۰۵	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)

جهت آزمون مدل در پژوهش حاضر، (روش الگویابی معادلات ساختاری SEM) اعمال گردید. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های آمده شده در جدول ۵ استفاده شده است که (شاخص تقریب برازندگی^۲ PCLOSE)، ۰/۰۱۷ به دست آمده که کمتر از

1 - Model Fitness Indicators
2 - Fitness Approximation Index

۰/۰۵۰ است شاخص‌های برازش (مقایسه‌ای CFI)؛ نیکویی برازش انطباقی^۲ (AGFI)؛ برازندگی افزایشی^۳ (IFI)؛ نیکویی برازش^۴ (GFI)، هنجار شده^۵ (NFI)، تناسب نسبی^۶ (RFI) فزاینده^۷ (IFI) و هنجار نشده^۸ (TLI) به ترتیب ۰/۹۱۳، ۰/۹۲۴، ۰/۹۰۵، ۰/۹۸۶، ۰/۹۰۱، ۰/۹۱۵ و ۰/۹۵۷ که بزرگ‌تر از ۰/۹۰ و شاخص برازش مقتصد (PCFI)، شاخص برازش هنجار شده مقتصد^۹ (PNFI)، به ترتیب ۰/۷۴۱، ۰/۷۳۸ و ۰/۷۳۸ به دست آمده‌اند که بیشتر از ۰/۶۰ می‌باشند و نشان‌دهنده برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. مقدار شاخص تقریب برازندگی PCLOSE، ۰/۰۱۷ و شاخص خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب RMSEA برابر ۰/۰۴۵ که بر اساس مدل کلاین نشان دهنده برازش مدل است.

جدول ۵- ضرایب مسیر مدل ساختاری

معناداری	نسبت بحرانی	خطای استاندارد	برآورد	مسیرهای مستقیم
***	۵/۳۶۶	۰/۲۲۴	۱/۲۰۲	تمایز یافتگی خود به سازگاری زناشویی
***	۲/۴۰۵	۰/۰۳۵	۰/۸۴۲	تمایز یافتگی خود به تاب‌آوری
***	۴/۳۷۰	۰/۲۰۸	۰/۹۰۹	سازگاری زناشویی به تاب‌آوری

بارهای عاملی استاندارد برای مسیرهای (تمایز یافتگی خود به سازگاری زناشویی ۱/۲۰۲، تمایز یافتگی خود به تاب‌آوری ۰/۸۴۲، سازگاری زناشویی به تاب‌آوری ۰/۹۰۹) به دست آمد. که همگی بالای ۰/۵ است خطای استاندارد مسیرهای فوق نیز به ترتیب ۰/۲۲۴، ۰/۰۳۵ و ۰/۲۰۸ حاصل شد. نسبت بحرانی به ترتیب ۵/۳۶۶، ۲/۴۰۵ و ۴/۳۷۰ به دست آمد که برای همه مسیرهای فوق معنادار است.

جدول ۶- نتایج بوت استرپ

وضعیت میانجی‌گری	اثر کل	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	شاخص‌ها	مسیرهای واسطه‌ای
	۰/۶۷۶	-۰/۲۱۶	۰/۸۹۲	ضریب مسیر	
میانجی‌گری کامل	۰/۰۶۶	۰/۴۴۷	-۰/۳۸۱	معناداری دو دامنه	رابطه تمایز یافتگی خود با تاب‌آوری با میانجی‌گری سازگاری زناشویی
	۰/۱۹۹	-۰/۰۳۲	۰/۲۳۱	کرانه پایین	
	۰/۱۴۱	-۰/۴۹۹	۰/۶۴۲	کرانه بالا	

جهت ارزیابی روابط واسطه‌ای یا میانجی در مدل دوم نیز از آزمون بوت استرپ و برای بررسی وضعیت میانجی‌گری از نمودار تصمیم‌گیری تحلیل میانجی‌گری با استفاده از روش بوت استرپینگ^{۱۰} استفاده شد. که همان‌طور که رابطه انعطاف‌پذیری شناختی،

- 1 - Comparative Fitness Indices
- 2 - Adjusted goodness of fit index
- 3 - Increased Fitness Index
- 4 - Goodness of Fit Index
- 5 - The fitness index is normalized.
- 6 - Relative Fit Index
- 7 - Incremental Fit Index
- 8 - Fit index not normalized
- 9 - Normalized fit index
- 10 - Steeping Bot

تنظیم شناختی هیجان، تمایز یافتگی خود با تاب‌آوری با میانجی‌گری سازگاری زناشویی که اثر مستقیم و غیرمستقیم و کل آن به ترتیب ۰/۸۹۲، ۰/۲۱۶- و ۰/۶۷۶ به دست آمد. همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود ضرایب مسیرهای مستقیم متغیرهای فوق بر تاب‌آوری معنادار بودند. جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت استروپ در برنامه ماکرو آزمون پریچر و هیز استفاده شد. که با توجه به نتایج جدول فوق، مدل از برازش مطلوبی برخوردار است و این‌گونه استنباط می‌گردد که تمایز یافتگی خود و سازگاری زناشویی بر تاب‌آوری اثر گذارند و نتایج بوت استروپ بر نقش واسطه‌ای سازگاری زناشویی بین متغیر پیش‌بین و ملاک نیز مورد تأیید قرار گرفت و به برازش مدل منجر گردید.

برای تحلیل روابط میانجی در مدل پیشنهادی دوم، از روش بوت‌استرپینگ به منظور ارزیابی وضعیت میانجی‌گری و همچنین تأثیرات غیرمستقیم استفاده شد. این روش به‌طور ویژه برای تعیین اندازه اثرات مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرهای مستقل (انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم شناختی هیجان و تمایز یافتگی خود) و متغیر وابسته (تاب‌آوری) در حضور متغیر میانجی (سازگاری زناشویی) مورد استفاده قرار گرفت. نتایج حاصل از آزمون بوت‌استرپ نشان داد که اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر تاب‌آوری به‌طور معناداری تأیید شده است. به‌طور خاص، ضریب اثر مستقیم برابر با ۰/۸۹۲، اثر غیرمستقیم ۰/۲۱۶- و اثر کلی ۰/۶۷۶ به دست آمد که این مقادیر نشان‌دهنده تأثیر معنادار این متغیرها بر تاب‌آوری در سطح اطمینان آماری بالا هستند.

در جدول ۶، ضرایب مسیرهای مستقیم میان متغیرهای پیش‌بین و تاب‌آوری نشان‌دهنده تأثیرات معنادار آماری بودند. برای تحلیل روابط غیرمستقیم، از روش بوت‌استرپینگ با استفاده از برنامه ماکرو آزمون پریچر و هیز بهره گرفته شد که این روش از دقت بالایی در ارزیابی روابط میانجی‌گری برخوردار است. نتایج به‌دست‌آمده بیانگر برازش مطلوب مدل پیشنهادی است. به‌طور ویژه، نشان داده شد که تمایز یافتگی خود و سازگاری زناشویی به‌طور معناداری بر تاب‌آوری تأثیر دارند و روابط میان این متغیرها از طریق اثرات میانجی سازگاری زناشویی تأثیر می‌گذارد. این یافته‌ها حاکی از آن است که ویژگی‌های روان‌شناختی نظیر تمایز یافتگی خود و کیفیت روابط زناشویی می‌توانند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر تاب‌آوری فرد تأثیرگذار باشند. از آنجایی که روابط بین فرد و محیط اجتماعی، به‌ویژه در تعاملات زناشویی، می‌تواند نقش مؤثری در افزایش تاب‌آوری افراد ایفا کند، این نتایج اهمیت مدل‌سازی دقیق روابط میان این متغیرها را برجسته می‌سازد.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این تحقیق، بررسی تأثیر تمایز یافتگی خود بر تاب‌آوری با نقش میانجی سازگاری زناشویی در پرستاران زن متأهل بود. یافته‌های این مطالعه نشان داد که تمایز یافتگی خود (خود متمایزسازی) اثر معناداری بر تاب‌آوری افراد دارد. این نتایج با پژوهش‌های قبلی (۹، ۱۲، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۳۰) هم‌راستا است و تأکید دارد که تمایز یافتگی خود، به عنوان یک متغیر روان‌شناختی مهم، با تاب‌آوری افراد ارتباط مثبت و معناداری دارد. بدین گونه که هرچه فرد از سطح بالاتری از تمایز یافتگی برخوردار باشد، تاب‌آوری او نیز در برابر فشارهای زندگی و شرایط سخت افزون‌تر می‌شود (Freitas, Rodríguez Gonzalez, Crabtree & Martine, 2020). افراد با تمایز یافتگی بالا، دارای هویت روشن و تعریف‌شده‌ای هستند که آن‌ها را قادر می‌سازد تا در مواجهه با بحران‌ها و موقعیت‌های عاطفی پیچیده، کنترل خود را حفظ کنند و تصمیمات منطقی و مستحکم بگیرند. این افراد قادر به حفظ استقلال عاطفی و روان‌شناختی هستند و از بروز واکنش‌های غیرارادی و تصمیم‌گیری‌های نادرست در مواجهه با چالش‌ها جلوگیری می‌کنند (Abe & Oshio, 2018). در مقابل، افراد با تمایز نیافته که هویت و باورهای آن‌ها مبهم است، بیشتر تحت تأثیر هیجانات و فشارهای روانی قرار می‌گیرند و در نتیجه مستعد ابتلا به مشکلات روان‌شناختی و اختلالات عاطفی می‌شوند. علاوه بر این، نتایج تحقیق نشان داد که سازگاری زناشویی نیز تأثیر قابل‌توجهی بر تاب‌آوری دارد. این نتایج با تحقیقات پیشین (۴، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۷، ۲۱، ۲۷) هم‌خوانی دارد،

اما با برخی از پژوهش‌ها (۷، ۹، ۱۰، ۱۷، ۲۳) مغایرت‌هایی نیز مشاهده می‌شود. به‌طورکلی، وجود روابط زناشویی سازگار و صمیمی میان زوجین می‌تواند به تقویت تاب‌آوری آن‌ها در برابر بحران‌ها و استرس‌های زندگی کمک کند. روابط سالم و حمایتی میان زوجین، نه تنها موجب افزایش کیفیت زندگی فردی آن‌ها می‌شود، بلکه باعث بهبود وضعیت روان‌شناختی و بهداشت عاطفی آن‌ها نیز خواهد شد (Zmigrod, Rentfrow, Zmigrod & Robbins, 2019). در مقابل، فقدان سازگاری در روابط زناشویی یا تجربه طرد شدن از طرف همسر، می‌تواند منجر به مشکلات عاطفی، روانی و اختلالات ارتباطی در زوجین گردد. این تحقیق همچنین نشان داد که سازگاری زناشویی به‌عنوان یک متغیر میانجی در رابطه بین تمایز یافتگی خود و تاب‌آوری عمل می‌کند. به این معنی که هرچه روابط زناشویی بین زوجین صمیمی‌تر و مستحکم‌تر باشد، افراد قادر خواهند بود تا به‌طور مؤثرتری با چالش‌ها و مشکلات زندگی مواجه شوند (Toraman, Özdemir, Kosan & Orakci, 2020). در روابط زناشویی به‌عنوان یک حامی اجتماعی و عاطفی، افراد قادر خواهند بود هیجانانگیز خود را بهتر کنترل کنند و در مواقع بحرانی به‌جای واکنش‌های هیجانی و ناگهانی، تصمیمات منطقی‌تری اتخاذ کنند. نتایج تحقیق حاکی از این است که در موقعیت‌های فشار و تنش، افراد با خود متمایزسازی بالاتر قادرند خود را از هیجانانگیز و فشارهای عاطفی جدا کنند و به‌طور مستقل و عقلانی تصمیم‌گیری کنند. این توانایی در کاهش اثرات منفی فشارهای هیجانی و مشکلات زندگی مؤثر است. به‌طورکلی، این افراد قادرند در شرایط مختلف فردی، اجتماعی و شغلی با حفظ تعادل روان‌شناختی و هیجانی خود، عملکرد بهتری داشته باشند. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهند که سازگاری زناشویی به‌عنوان عاملی میانجی، می‌تواند در تقویت تاب‌آوری زوجین با تمایز یافتگی بالا که توانایی تنظیم هیجانانگیز و واکنش‌های خود را دارند، مؤثر باشد. این یافته‌ها بر اهمیت توجه به رابطه سالم و حمایتی بین زوجین در جهت تقویت توان تاب‌آوری در مواجهه با چالش‌های زندگی تأکید می‌کنند. از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به فرآیند طولانی و پیچیده اخذ مجوز جهت انجام نمونه‌برداری اشاره کرد. علاوه بر این، چون این پژوهش محدود به پرستاران زن متأهل شاغل در مراکز درمانی دولتی استان البرز در سال ۱۴۰۱ است، تعمیم نتایج به سایر گروه‌های شغلی یا مناطق جغرافیایی دیگر با احتیاط همراه است. با توجه به نتایج این تحقیق، پیشنهاد می‌شود که به کلیه کادر درمان، به ویژه پرستاران، برنامه‌های آموزشی منظم در زمینه تاب‌آوری در ابعاد مختلف شناختی، هیجانی و رفتاری ارائه گردد تا تاب‌آوری آن‌ها در مواجهه با چالش‌های شغلی و زندگی روزمره تقویت شود.

۶- منابع

- ۱- خطیبی، شهلا (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت‌درمانی در تمایز یافتگی و هم‌وابستگی زوجین ناسازگار، پایان‌نامه، کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. گروه آموزش علوم انسانی.
- ۲- مهربانی‌زاده‌هنرمند، مهناز؛ حسین پور، محمد؛ و مهدی زاده، لیلیا (۲۰۱۰). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سازگاری زناشویی زنان متأهل ۴۰-۲۰ سال، ۲(۱)، ۱۲۵-۱۳۹.
- 3- Abe, S., & Oshio, A. (2018). Does Marital Duration Moderate (Dis)Similarity Effects of Personality on Marital Satisfaction? SAGE Open, 8(2). doi:2158244018784985/10.1177.
- 4- Bartle-Haring, S., Ferriby, M., & Day, R. (2019). Couple differentiation :Mediator or Moderator of depressive symptoms and relationship satisfaction?. *Journal of marital and family therapy*, 45(4), 563-577. doi:10.1111/jmft.12326.
- 5- Beckman, C. M., & Stanko, T. L. (2020). It takes three: Relational boundary work, resilience, and commitment among navy couples. *Academy of Management Journal*, 63(2), 411-439. doi:10.5465/amj.2017.0653

- 6- Connor KM, Davidson JR. Development of new resilience scale: The Connor- Davidson, Resilience scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*. 2003; 18(2):76- 82. **doi:10.1002/da.10113**
- 7- Du, W., Luo, M., & Zhou, Z. (2021). A Study on the Relationship Between Marital Socioeconomic Status, Marital Satisfaction, and Depression: Analysis Based on Actor–Partner Interdependence Model (APIM). *Applied Research in Quality of Life*, 1-23. **doi:10.1007/s11482-021-09975-x**
- 8- Fahimdanesh, F., Noforesti, A., & Tavakol, K. (2020). Self-compassion and forgiveness: Major predictors of marital satisfaction in young couples. *The American Journal of Family Therapy*, 48(3), 221-234. **doi:10.1080/01926187.2019.1708832**
- 9- Foster, Kim, & Viet Bui, Minh, & McInnes, Elizabeth and Ennis, Gary(2022). Protocol for a mixed methods process evaluation of the Promoting Resilience in Nurses (PRiN). *International Journal of Mental Health Nursing*.31(3), 687–696. **doi:10.1111/inm.12989**
- 10- Freitas, J.P, Rodríguez Gonzalez, M, Crabtree S, & Martine, M. V. (2020). Differentiation of Self, Couple Adjustment and Family Life Cycle: A Cross Sectional Study. *The American Journal of Family Therapy*, 48(4), 250-262. **doi:10.22059/japr.2022.311721.643662**.
- 11- Işık, E., Özbiler, Ş., Schweer-Collins, M. L., & Rodríguez-González, M. (2020). Differentiation of self predicts life satisfaction through marital adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 48(3), 235-249. **doi:10.1080/01926187.2020.1732248**.
- 12- Riahi, F., Golzari, M., & Mootabi, F. (2020). The Relationship Between Emotion Regulation and Marital Satisfaction Using the Actor-partner Interdependence Model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 26(1), 44-63. **doi:10.32598/ijpcp.26.1.3038.1**
- 13- Rahimpour S, Arefi M, Manshai G. [Effectiveness of integrated training of time perspective and mindfulness on resilience and wisdom (Persian)]. *Research Paper on Positive Psychology*. 2021; 7(1):35-52. **doi:10.22108/PPLS.2021.118779.1798**
- 14- Robins, N. (2021). Of Love and Loathing: Marital Life, Strife, and Intimacy in the Colonial Andes, 1750–1825. *The American Historical Review*, 122 (1), 221-222. **doi:10.2307/j.ctt1d9nhx8**.
- 15- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and family living*, 21(3), 251- 255.
- 16- Skowron, E., & Friedlander, M. (1998). The differentiation of self inventory: development and initial validation. *Journal of Counseling Psycho*, 28(1), 235-246. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1998-04269-001>
- 17- Tahir K, Khan N. (2020).Mediating role of body image between sexual functioning and marital intimacy in Pakistani women with breast cancer. *Psycho-Oncology*,2021; 30(2), 260-266. **doi:10.1002/pon.5563**.
- 18- Toraman, Ç., Özdemir, H. F., Kosan, A. M. A., & Orakci, S. (2020). Relationships between Cognitive Flexibility, Perceived Quality of Faculty Life, Learning Approaches, and Academic Achievement. *International Journal of Instruction*, 13(1), 85-100. **doi:10.29333/iji.2020.1316a**.
- 19- Ünal, Ö., & Akgün, S. (2020). Conflict resolution styles as predictors of marital adjustment and marital satisfaction: an actor–partner interdependence model. *Journal of Family Studies*, 1-16. **doi:10.1080/13229400.2020.1766542**.
- 20- Zmigrod, L., Rentfrow, P. J., Zmigrod, S., & Robbins, T. W. (2019). Cognitive flexibility and religious disbelief. *Psychological research*, 83(8), 1749-1759. **doi:10.1007/s00426-018-1034-3**.

Developing a Structural Equation Model of Resilience Based on Self-Differentiation Mediated by Marital Adjustment in female nurses

Mohsen Kamaliania¹, Kianoush Zaharakara*², Mehdi Arabzadeh³

1- Department of Psychology, Faculty of human science, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

Mkn.irani@gmail.com

2- Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Karaj, Iran. (Corresponding Author)

dr_zaharakar@khu.ac.ir

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Karaj, Iran.

Mehdiarabzadeh@khu.ac.ir

Abstract

Resilience, as one of the key personality traits in coping with occupational and marital challenges, plays an important role. Identifying factors that enhance this trait can improve individuals' mental health and performance. Therefore, examining the variables that predict resilience seems essential. This study is a basic, descriptive-analytical research using a correlational approach and structural equation modeling. The statistical population consisted of 400 married female nurses working in public healthcare centers and hospitals in Alborz province, selected through multistage cluster sampling. The research tools included the Connor-Davidson Resilience Scale, the short version of the Self-Differentiation Scale (Skowron & Smith), and the Locke-Walsh Marital Adjustment Scale. Data analysis was conducted using SPSS version 26 and AMOS version 24. This study was approved by the Ethics Committee of Alborz University of Medical Sciences (IR.ABZUMS.REC.1401.297). Participants voluntarily participated in the study, and their data confidentiality was ensured. The results showed that self-differentiation ($r=0/712$) and marital adjustment ($r=0/796$) had a significant positive relationship with resilience at a confidence level of (0/01). Moreover, the mediating role of marital adjustment in the relationship between self-differentiation and resilience was confirmed. The results indicated that the data fit the conceptual model of the study. The findings suggest that for enhancing resilience in married nurses, policymakers in the health sector should pay more attention to the emotional, cognitive, and emotional factors of this group.

Keywords: resilience, self-differentiation, marital adjustment, Female Nurses.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)