

زنان، سبک زندگی و دعا در اسلام: مروری روایی با دیدگاه‌های روان‌شناختی

سمانه زارع^۱، محیا پاپری^{۲*}

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

samaneh.zare1600@gmail.com

۲- دکتری علوم تربیتی و عضو هیئت علمی مؤسسه غیرانتفاعی فاطمیه علیها السلام شیراز، شیراز، فارس، ایران. (نویسنده مسئول)

Mahya.papari@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۴/۱۵]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱۱/۲۴]

چکیده

این مقاله مروری به بررسی ارتباط پیچیده بین زنان، سبک زندگی و نماز در اسلام با تأکید ویژه بر درج دیدگاه‌های روان‌شناختی می‌پردازد. هدف این تحقیق بررسی جامع مکانیسم‌هایی است که از طریق آن‌ها نماز در زندگی زنان مسلمان و تأثیر آن بر سبک زندگی و سلامت کلی آن‌ها در دوره ویروس کرونا تأثیر می‌گذارد. این مطالعه تحلیلی جامع از مقالات فارسی است که با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی معتبر و سازمان‌های خبری رسمی ایران انجام شده است. بررسی حاضر شامل کلمات کلیدی فارسی مانند «زنان، سبک زندگی، نماز، مرور روایت، دیدگاه‌های روان‌شناختی و اسلام» است. معیارهای ورود به مطالعه شامل پژوهش‌های بالینی، تجربی، مقطعی، مروری و فرضیه‌های مربوط به زنان و سبک زندگی اسلامی بود. معیارهای خروج شامل وجود محتوای تکراری یا نامناسب در نشریات بود که با موضوع مربوطه همخوانی نداشت. یافته‌های این تحقیق روایی نقش مهمی را که نماز در زندگی زنان مسلمان دارد، نشان می‌دهد. نماز به‌عنوان عملی، عمل می‌کند که پیوندهای اجتماعی را تقویت می‌کند و آرامش درونی را تحت شرایط چالش‌برانگیز مانند همه‌گیری COVID-19 تقویت می‌کند. دعا آرامش، درون‌نگری و کمک‌های عاطفی را تسهیل می‌کند و در نتیجه بهزیستی و عملکرد زنان را به‌عنوان یک استراتژی برای مدیریت استرس، اضطراب و انعطاف‌پذیری افزایش می‌دهد و در عین حال ذهن آگاهی و خودکنترلی را تقویت می‌کند. علاوه بر این، تأثیر دعا را بر زندگی زنان از طریق تأثیر آن بر روال روزانه، رفتار اخلاقی و ارتباطات اجتماعی بررسی می‌کند و جهت و چشم‌اندازی را برای پیشرفت شخصی به آن‌ها ارائه می‌دهد.

واژگان کلیدی: زنان، سبک زندگی، دعا، دیدگاه‌های روان‌شناختی.

۱- مقدمه

در میان گرایش‌های انسان، توجه به خدا و جستجوی آن یکی از موضوعات اساسی است. انسان‌ها در طول تاریخ تلاش کرده‌اند تا ارتباط خود با خدا و گرایش به دین را برقرار کنند. این تمایل اساسی به سمت خدا و دین در افراد با تنوع‌های نژادی، جغرافیایی و فرهنگی وجود داشته است و تفاوت‌های مذهبی و فرهنگی در جهان نتوانسته این تمایل اساسی را از بین ببرد. از دیدگاه رایج در میان دین‌داران، انسان‌ها ذاتاً دارای فطرتی هستند که به دنبال جستجوی خدا و تعالی دارند (هاشمی، ۲۰۲۲).

از دیدگاه قرآن، انسان برای رسیدن به موفقیت‌های ابدی فرصت‌های زندگی در دنیا را باید غنیمت بداند و برای قرب الهی و لقای خداوند، تلاش کند (غباری بناب و خوش منش پور، ۲۰۲۱). از ویژگی‌های دین اسلام ظرفیت و قابلیت تمدن‌سازی است که از همان صدر اسلام مشخص شده، بعضی از ظرفیت‌های تمدن اسلام، انبوه جمعیت، پراکندگی و وسعت سرزمینی، معارف عقلی و انسانی، توان ارتباطی و تنوع زبانی، امت‌گرایی و جهان‌شمولی، موقعیت استراتژیک و منابع سرشار می‌باشد و بهترین شیوه بهره‌گیری از ظرفیت‌ها، اتحاد و حرکت به سمت تمدن نوین اسلامی است (اسدی، ۲۰۲۳).

قرآن با توجه ویژه به نگرانی‌ها و احوالات انسان، اشاره می‌کند که انسان‌ها در پیامدهای نگرانی‌ها و عدم آرامش در دنیای جدید به آرامش و امنیت احتیاج دارند و همچنین نیازمند به راهکارهایی جهت رفع موانع مادی و مشکلات زندگی خود هستند. در این زمینه، دعا و نیایش به‌عنوان بهترین راهکار برجسته می‌شود (ولی‌زاده، ۲۰۲۳). دعا در روایات اسلامی، تغییر دهنده قضای حتمی است و دعا از مهم‌ترین مسائل فردی و اجتماعی هست و از آثار دعا، ایجاد وحدت و همدلی در جامعه می‌شود (عارف نیا، ۲۰۲۲). برخی منکر این نظر هستند که خداوند دعا را برآورده می‌کند و دلیلشان این است که دعای مستجاب با برخی از صفات خداوند متعال مانند قدرت مطلق، خیر محض بودن و... مخالف است (مختاری، ۱۴۰۲). از دیدگاه قرآن کریم اجابت دعا، برخلاف مقررات حاکم بر طبیعت نیست بلکه در طول قانون علیت است (همتیان، اخلاصی و مجدآرا، ۱۴۰۱).

همچنین آیات قرآن سبک زندگی سالم را هم در بر می‌گیرد (زوری، ۲۰۲۴). سبک زندگی یعنی روش و شیوه‌های زندگی که از موضوعات تازه و نوظهور و چالش‌برانگیز است که با استفاده از وسایل ارتباط‌جمعی متنوع و نادیده گرفتن مرزهای جغرافیایی بر همه حوزه‌های زندگی و روش و منش زندگی اثر گذاشته است (علی‌طالبی و فاطمه طالبی، ۲۰۲۳). همچنان سبک زندگی مجموعه‌ای از روش تلقی‌ها، ارزش‌ها، روش‌های رفتار، حلال‌ها و سلیقه‌ها در هر چیزی را در بر می‌گیرد، موسیقی عامه، تلویزیون، آگهی‌ها، تصویرهایی بالقوه از سبک زندگی فراهم می‌کنند، شیوه نوع زندگی فرد، گروه یا فرهنگ را سبک زندگی می‌گویند (بتول و برقی، ۲۰۲۲).

سبک زندگی زنان در اسلام و قرآن همواره به‌عنوان یک سبک زندگی ویژه و کامل شناخته می‌شده است. از همان زمان مشروطیت، زنان به‌صورت کاملاً هدفمند و آگاهانه با ایجاد انجمن‌ها و اتحادیه‌های مخصوص، جهت بهبود وضعیت زنان و اعمال حقوق اجتماعی خود، فعالیت‌ها و اقدامات عملی را آغاز کردند. علاوه بر این، با انتشار مقالات در رسانه‌های عمومی، خواسته‌ها و نظرات خود را به‌وضوح بیان کردند (بیچرانلو و بوالی، ۲۰۲۲). حق زنان است که در فرآیند توسعه مشارکت داشته باشند چون روند توسعه و تصمیم‌گیری‌ها باید با نقش‌ها و خواسته‌های زنان هماهنگ باشند، همچنین امروزه میزان مشارکت زنان تعیین‌کننده جایگاه جوامع از نظر توسعه یافتگی است (ابراهیمی و انصاری، ۲۰۲۰).

ضرورت نوشتن یک مقاله سیستماتیک در مورد زنان، سبک زندگی و دعا در اسلام بسیار مهم و برجسته است. این موضوع به‌عنوان یک زمینه پژوهشی که ارتباط میان معنویت و رفتار انسانی را مخصوصاً در دوران سخت کرونا بررسی می‌کند، تأثیرات عمیقی بر یافته‌ها علمی و دینی دارد. یک مقاله سیستماتیک این امکان را فراهم می‌کند که تحقیقات گوناگون در این زمینه را به یکدیگر مرتبط کرده و الگوها و ارتباطات را درک بهتری از تأثیر توجه به خدا و دین بر رفتار و تصمیم‌گیری‌های انسانی ارائه دهد. در نتیجه، نوشتن

یک مقاله سیستماتیک در این مورد از اهمیت بالایی برخوردار است تا بتوان بهترین اطلاعات علمی را در اختیار عموم قرار داد و به توسعه دانش در این زمینه کمک کرد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

ادیب زاده (۱۳۹۹) در مقاله‌ی تبیین شاخصه‌های دین‌داری و مصداق‌های آن در فضای مجازی راهی برای آرام بخشی و سلامت روان در جامعه در دوران کرونا، درصدد بیان دین‌داری و مصداق‌های بارز آن در فضای مجازی است؛ که با روش پژوهش روایی به این دست آورد رسیده که؛ راه سلامت روان و آرامش بخشی، در پناه دین‌داری است و فرهنگ دین‌داری را در فضای مجازی افزایش دهد. همچنین رجبی، قمری و حسینیان (۱۴۰۱) در مقاله‌ی نقش میانجی‌گر تاب‌آوری در رابطه بین فراشناخت با اضطراب کرونا در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت، به دنبال بیان تعیین نقش میانجی‌گر تاب‌آوری در رابطه بین فراشناخت با اضطراب کرونا می‌باشند که با روش تحقیق همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری پژوهش را به ثمر رساندند. جامعه آماری شامل همه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شبکه بهداشت شهرستان شمیرانات است. دستاورد آن‌ها این است که؛ تغییر فراشناخت و آموزش مفید تاب‌آوری در پیشگیری از تولید و تداوم و تشدید اضطراب به‌خصوص اضطراب ناشی از کرونا در زنان مؤثر است.

۳- روش‌شناسی

در پژوهش موردنظر، یک مرور روایی از مقالات فارسی و سایت‌های خبری رسمی ایران انجام شده است. روش روایی در تحقیقات علمی یک فرآیند سیستماتیک است که برای پیش‌بینی و کمک به تصمیم‌گیری در مورد یک موضوع خاص از طریق مطالعه راندهای پیمایشی، جمع‌آوری داده‌ها و در نهایت اجماع گروهی از متخصصان به کار می‌رود. این روش به‌ویژه در مواردی مفید است که نیاز به جمع‌آوری و ترکیب نظرات متخصصان درباره موضوعی خاص داریم (رحمانی، وزیری نژاد و احمدی نیا، ۲۰۲۰).

در این مرور، کلمات کلیدی مانند «زنان، سبک زندگی، دعا، مرور روایی، دیدگاه‌های روان‌شناختی و اسلام» به‌عنوان معیارهای جستجو مورد استفاده قرار گرفته‌اند. معیارهای ورود برای انتخاب مقالات شامل مطالعات بالینی، تجربی، مقطعی، مروری و فرضیات مرتبط با زنان و سبک زندگی اسلامی بوده و معیارهای خروج شامل تکراری بودن و عدم تناسب متن مقالات با عنوان مربوطه می‌باشد.

با توجه به مقالاتی که برای مقاله سیستماتیک انتخاب شده‌اند، این مقالات را به شش دسته اصلی تقسیم کرده‌ایم:

۱. دعا و ذهنیت مثبت زنان در کرونا

۲. تطبیق شیوه‌های زندگی اسلامی در دوران کرونا

۳. عبادت و دعا در طول کرونا

۴. تأثیرات کرونا بر شیوه دعا زنان مسلمان

۵. دعا و نقش آن در تاب‌آوری مسلمانان

۶. تجزیه و تحلیل سایت‌های خبری داخلی

۴- یافته‌ها**۴-۱- دعا و ذهنیت مثبت زنان در کرونا**

دعا از عمیق‌ترین و ریشه‌دارترین راه‌های ارتباطات انسان با خداوند است و هر انسانی به نسبت درک خود به معنانشناسی رسیده است و شرایط اجابت دعا داشتن نیت درونی و توجه زیاد به همراه مراقبت فردی است به همین منظور دعا باید مستمر باشد (ضمیری جیر سرایی و شاهنگیان، ۱۴۰۲). کلمه دعا، مکرر در آیات قرآن کریم آمده است و این امر اهمیت دعا در ادیان گوناگون از جمله دین اسلام را می‌رساند (فضایلی و ملک‌آبادی، ۱۴۰۲). دعا از ریشه‌ی دعو است که در ۱۸۲ آیه از قرآن کریم ذکر شده است، دعا در لغت‌نامه به معنای درخواست و خواندن چیزی است که به سمت آن رغبت و گرایش به وجود می‌آید، در دوران کرونا در کنار درمان‌های پزشکی از همه ظرفیت‌های ادعیه استفاده می‌شود که رضایت و آرامش برای زنان به وجود می‌آورد (فیاض، اخوت و جعفری، ۲۰۲۲). اخباری که در مورد افزایش آمار مبتلایان به کرونا است باعث تهدید امنیت و آرامش افراد می‌شود و همچنین باعث ایجاد ترس از ابتلا مکرر در افکار زنان می‌شود و این امر به شکل نشخوار فکری بروز می‌کند و نشخوار فکری باعث یک عامل آسیب‌پذیر شناختی و به‌عنوان زمینه‌ای برای پیدایش افسردگی و ناامیدی می‌شود (موسوی و سیدطیابی، ۲۰۲۳) و همچنین به علت اینکه شیوع اختلال و سواس ذخیره در زنان بیشتر مشاهده شده است (برهمندیو، ابوالقاسمی علی و رشید، ۲۰۲۲)؛ بنابراین زنان مؤمن و با اخلاص با ذکر و یاد خداوند و با تلاوت قرآن و دعا به آرامش می‌رسند و با روحیه‌ای بالا و ذهن مثبت بر مشکلات و بیماری‌هایی مثل کرونا غلبه می‌کنند (رحیمی و بذرافکن، ۲۰۲۰). عوامل روان‌شناختی که باعث بهبودی بیماری می‌شود: ۱- پذیرش و کنار آمدن با بیماری ۲- نگرانی از ابتلای اطرافیان ۳- بیماران مثبت اندیش با رفتن به طبیعت به دور از جامعه و معنویت درمانی و دوش گرفتن از افسردگی جلوگیری می‌کنند ۴- احساس خوب داشتن و بالا بردن روحیه اعتمادبه‌نفس و داشتن نزدیکان همدل (اسدی چهارراه‌گشین، شاهواری و سالاری، ۲۰۲۳). هر چه زنان سر سختی روان‌شناختی بیشتر و پردازش هیجانی زیادتری داشته باشند، اضطراب کمتری در مورد بیماری و حتی مرگ دارند و در این شرایط سخت کرونا، مدیریت بیشتری دارند و آسیب‌پذیری کمتر را تجربه می‌کنند (بخشی پور و فردین فر، ۲۰۲۲). زنان شاغل برای کاهش اضطراب و استرس کرونا می‌توانند از برنامه‌هایی برای افزایش راهکارهای مثبت تنظیم شناختی هیجان و صبر و تحمل نگرانی و پریشانی‌ها از آن‌ها کاهش راهکارهایی منفی تنظیم شناختی هیجان استفاده کرد و به‌وسیله‌ی کارگاه‌های آموزشی الکترونیکی و مجازی برگزار کرد (سالاری، بکرایی و شریف نژاد، ۲۰۲۰).

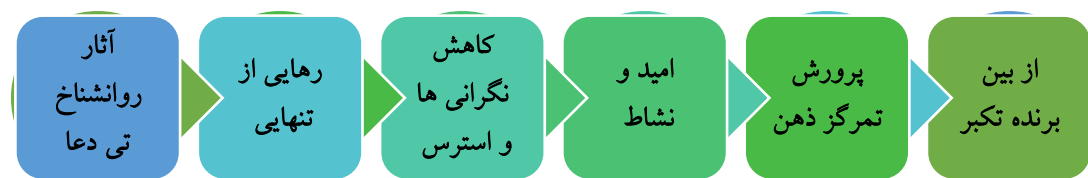
۴-۲- تطبیق شیوه‌های زندگی اسلامی در دوران کرونا

سبک زندگی به معنای مجموعه‌ای از رفتارها و الگوهای کنش هر فرد است که به بعدها‌های هنجاری و معنایی زندگی اجتماعی توجه دارد و سبک زندگی اسلامی یعنی به‌کارگیری اسلام با همه ابعاد آن در کل عرصه‌های زندگی آدمی است (شیروانی و حیدری، ۲۰۲۲). نشانه‌های دینی هر فرد را در نگرش‌ها و گرایش‌های آشکار و پنهان می‌توان پیدا کرد، شخص متدین ملتزم به رعایت دستورات دینی است، حالا چگونه افراد در عصر ارتباطات (فضای مجازی) از انجام منکرات بازداشت و آن‌ها را به سمت خوبی‌ها سوق داد، یکی از خصوصیات فضای مجازی سرعت بالای انتقال اطلاعات است و روش‌های معمول نهی از منکر در این سیر پاسخگو نیست، بهترین راه کشاندن افراد به دین‌داری در این فضا، استفاده از پیام‌رسان‌های داخلی است چون این پیام‌رسان‌ها با محیط داخلی کشور آشنا هستند و با به وجود آوردن پست‌های آموزنده و روش غیرمستقیم افراد را از انجام کارهای بد و الفاظ خلاف واقع دور می‌کنند (ادیب زاده، ۲۰۲۱).

قبل از پیروزی انقلاب اسلامی دو دیدگاه در مورد زن وجود داشت، اولی زن را به نشستن در خانه تشویق می‌کرد و دومی دیدی ابزار گونه داشت ولی دیدگاه انقلاب اسلامی راه سومی را به وجود آورد که با طرح مسئله حجاب وضعیتی میانه ایجاد کرد که این مسئله، توجه به نقش زن و بازآفرینی آن است یعنی حضور زن در اجتماع و زنان را به‌عنوان مادر در خانواده قرار می‌دهد (افشارپور و جلال پور، ۲۰۲۲). بسیاری از زنان مسلمان، حتی آن‌هایی که ممکن است نسبت به محدودیت‌ها توسط اسلام احتیاط داشته باشند، خود را با برخی از جنبه‌های فمینیسم غربی همسو نمی‌کنند (اوسیم و اتنگ، ۲۰۲۱). از مهم‌ترین حقوقی که زن در اسلام دارد، ارث است اسلام با دادن استقلال اقتصادی به زن و حق مالکیت دادن به آن، اجازه وصیت کردن در اموال را به او داده است و در آیه ۴ سوره نساء مهریه را به زن اختصاص داده و مهریه برای زن جنبه محکم شدن پیوند دارد که مرد عشق و مسئولیت‌پذیری را خود آشکارا نشان می‌دهد (ارچو، ۲۰۲۳). قرآن کریم با دفاع از حقوق و شخصیت زنان، از الگوهای شایسته یاد کرده از جمله: حکومت‌داری ملکه سبا و شوکت و عظمت آن حضور فعال حضرت فاطمه علیها السلام در ماجرای مباحله، نقش بردبارانه هاجر همسر حضرت ابراهیم علیه السلام به‌عنوان الگوی ازدواج دادن فرهنگ توحیدی، بیان قرب الهی حضرت مریم علیها السلام به‌عنوان نمونه‌های جاودانه در جریان تعالی‌بخش بانوان بیان شده است (کریمی، نگارش و حافظی، ۲۰۲۱). تربیت از مهم‌ترین عوامل در شکل‌گیری شخصیت زنان است و چنانچه مبنای نظری آن صحیح باشد زنان و جامعه می‌توانند از آثار و نتایج مطلوب آن بهره‌مند شوند، از نظر اسلام و تشیع بهترین راه تربیت انسان، پیروی از وحی الهی و سنت معصومین بوده و دعا و نیایش اساس تعلیم و تربیت اسلامی را تشکیل می‌دهد (شریف، ۲۰۲۰). ترس از مرگ و بیماری کرونا باعث از بین رفتن هنجارهای ممنوع و آزادی از چارچوب ساختار فرهنگی شد، رقص یا همان حرکات موزون، هنجار ممنوعه‌ای که بعضی مواقع با پیگرد قانونی همراه است. با بسته شدن اماکن مذهبی در اقصی نقاط کشور وعدم برگزاری مراسم‌های مذهبی آغازی بود برای چالش‌های بیشتر، روحانیون و اطبا سنتی با مجوز دولت، با استفاده از روان‌درمانی‌های مذهبی برای مقابله با کرونا در بیمارستان‌ها شروع به فعالیت کردند (حمیدیان، ۲۰۲۱).

۴-۳- عبادت و دعا در طول کرونا

مناسک دینی خصوصاً دعا و نیایش در تأمین احتیاجات ذاتی انسان به‌عنوان یک نظام معنا بخش هستند، به‌گونه‌ای که انسان توانایی دریافت، تفسیر معناداری از زندگی کوتاه خود در این جهان دنیوی گردد، امر بسیار مهمی هست (عطار زاده، ۱۴۰۱). همچنین دعا در ادیان، خصوصاً در ادیان ابراهیمی، یک خواهش و تمنا از خداوند به‌حساب نمی‌آید، بلکه دعا بیانگر رابطه انسان و خدا است (حسینی، ۲۰۱۹). در طول مدت قرنطینه کرونا، اکثر مسلمانان، مسیحیان، هندوها و یهودیان مراسم مذهبی خود را در نهایت بهداشت و فاصله اجتماعی و با کمترین تشریفات برگزار می‌کردند و بعضی از مسلمانان و مسیحیان و یهودیان خواهان ادامه وضعیت سابق بودند، با این اعتقاد که فقط خدا قادر به تعیین سرنوشت است ولی این دیدگاه پذیرفته نشد (باقی و درویشی، ۲۰۲۱). نیایش و دعا آثار روان‌شناختی فراوانی دارد از جمله: ۱- رهایی از تنهایی ۲- کاهش نگرانی‌ها و استرس ۳- امید و نشاط ۴- پرورش تمرکز ذهن ۵- از بین برنده تکبر و بازیابی خود، چون انسان در دنیا سرگرم مال و ثروت و جاه و مقام می‌شود کم‌کم خدا را فراموش می‌کند که باعث فراموشی خود واقعی می‌شود (محسنی، توکلی و حامدی، ۲۰۲۳) (شکل یک).



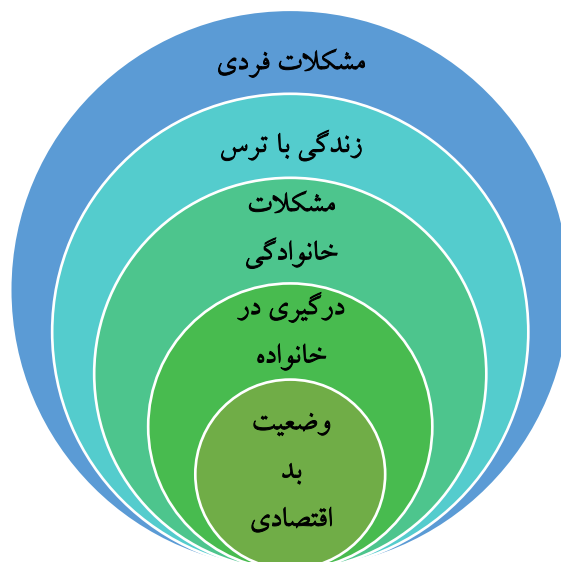
شکل ۱- آثار روان‌شناختی دعا و نیایش

واقعیت دعا این است که کل قوای درونی را متمرکز خداوند کنی و در مشاهده و حضور پروردگار متعال فانی شوی و اختیارت را در مقابل عظمت خداوند سلب شده و همهی امور خود را در ظاهر و باطن به خداوند یگانه بسپار (رحمت‌آبادی و نادری، ۲۰۲۱). دعا ابزاری برای کاهش درد و رنج و رفع حوائج و نیازهای زندگی و در همه احوالات دعا و نیایش وسیله‌ای است برای انسان‌ها تا به مبدأ هستی متصل شوند از قرآن فهمیده می‌شود که کل عبادت در واقع دعا است و عبادت هم هدف آفرینش محسوب می‌شود پس دعا هدف خلقت است و وسیله قرب و سعادت افراد است (همتی، ۲۰۲۲). شیوع ویروس کوید - ۱۹ در جامعه بشری، مشکلات زیادی را برای انسان‌ها به وجود آورده که نتایج آن تا پس از تمام شدن این دوران ادامه دارد، نقش و تأثیر دعا در کرونا را می‌توان این موارد دانست: نزدیکی به خدا، آرامش روحی و روانی و دفع بلا در نتیجه تکیه به خداوند در همه امور راه را برای ارتباط قوی با خداوند هموار می‌کند و امکان اجابت دعای انسان را خصوصاً در دوران کرونا مهیا می‌کند (حیدری، ۲۰۲۰). آیا در جامعه امروزی با پیشرفت علم و تکنولوژی احتیاجی به دعا برای درمان بیماری‌ها وجود دارد؟ سنت الهی، بر درمان بیماری‌ها به وسیله داروهای طبیعی است و عدم مراجعه به آن، نشانه عدم عقلانیت است، ولی دعا و نیایش با به وجود آوردن همه‌ی شرایط در درمان بعضی از بیماری‌ها مؤثر است و این اثرگذاری در راستای قانون اسباب و مسبب‌ها و از دیگر سنت‌های خداوند در درمان امراض است (رضایی و امیریان، ۲۰۲۰). مقام معظم رهبری K به خواندن دعای هفتم صحیفه سجادیه در اثرگذاری بر روی بیماران کرونایی سفارش کرده‌اند، زیرا دعا باعث کاهش استرس و اضطراب می‌شود و شیوه مناسبی برای سازگاری با بیماری است و متأسفانه سلامت معنوی به وسیله پرستاران در مراقبت از بیماران کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (قلمکاریان و حیدری، ۲۰۲۳).

۴-۴- تأثیرات کرونا بر شیوه‌ی دعای زنان مسلمان

یکی از راه‌های رسیدن به آرامش درونی و کاهش استرس و افزایش تحمل در زنان شکر و سپاس‌گذاری در مقابل نعمت‌های پروردگار است که این امر، نیز نوعی نیایش است و باعث می‌شود که افراد در روبرو شدن با سختی‌ها و مشکلات خصوصاً در دوران کرونا مقاوم باشند و امیدشان به زندگی بیشتر شود (مقدم، مقصودی و دانشوری نسب، ۲۰۲۲). زنان هنگام دعا کردن در کنار بیان خواسته‌ها و دعاهایشان، از گناهان و لغزش‌هایشان استغفار و توبه می‌کنند. مطالعات نشان داده که زنان بیشتر از مردان در معرض اختلالات روان‌شناختی هستند و در نتیجه خطر بیشتر، همچنین متخصصان بهداشت روان در همین راستا در معرض اخبار منفی گرفتن را جلوگیری می‌کنند و استفاده از روش‌های جایگزین را پیشنهاد می‌کنند از جمله: شبکه‌های اجتماعی و بسترهای ارتباطی دیجیتال (نصیر زاده، آخوندی و جمالی زاده، ۲۰۲۰). زنان در دوره‌ی کرونا وظایف بیشتری بر عهده دارند: مشکلات فردی مثل زندگی همراه با ترس، مشکلات خانوادگی مانند خشونت و درگیری در خانواده و وضعیت بد اقتصادی اعضای خانواده که باعث زیاد شدن وظایف زنان می‌شود و به نقش زنان به عنوان محور خانواده، توجه زیادی شده، به این علت که آن‌ها نقش ویژه‌ای در آرامش بخشی

سایر اعضای خانواده را دارند و همگی اعضای خانواده را به رعایت پروتکل‌های بهداشتی دستور می‌دهند (باقری، حسینی و خوش‌کلام، ۲۰۲۲) (شکل دوم).



شکل ۲. علت افزایش نقش زنان در کرونا

زنان به علت قرنطینه خانگی می‌توانند فضای خانگی را به فضای آفرینش‌های فکری، هنری و خلاقانه تبدیل کنند و از این طریق باعث سرگرمی و نشاط و کاهش اضطراب و افسردگی در خانواده می‌شوند (نصیری، ۲۰۲۳). زنان با روی آوردن به دعا، نماز و تلاوت قرآن، رویدادهای منفی را به روشی متفاوت ارزیابی کنند و این مسئله باعث ایجاد کنترل بر خود و محیط اطراف و سپس پایین آمدن اضطراب و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. زنان با ایمان با آموزه‌های صبر و شکیبایی می‌توانند در روابط زناشویی بر بسیاری از مشکلات فائق آیند و از کشمکش‌ها و درگیری‌های خیلی زیاد جلوگیری کنند (مؤمنی‌زاده، فتح‌الهی و فلسفی، ۲۰۲۳).

۴-۵- دعا و نقش آن در تاب‌آوری مسلمانان

دعا بر آرامش روانی افراد خصوصاً بانوان اثر شگرفی دارد که باعث خودباوری و تغییر و تحول در سبک زندگی می‌شود و همچنان با اتصال به قدرت عظیم پروردگار و یافتن حامی و احساس حمایت از طرف خداوند که مافوق همه قدرت‌ها است و موجب زنده شدن حس اعتماد به نفس، امنیت و آرامش در روح و روان انسان می‌شود (شهیدی و حسن‌لو، ۱۴۰۲).

همچنین دعا، جز عبادت و در طول و هم‌راستای فطرت انسان است. انسان دارای دو بعد جسمانی و روحانی است و دعا در هر دو بعد مؤثر است و اموری همچون آرامش بخشی، افزایش تاب‌آوری و تحمل و نترسیدن از مستکبران و رسیدن به نعمت‌های مادی از اثرات دعا در زندگی مادی است و در همین راستا، احساس نزدیکی به خداوند، غفلت زدایی و رستگاری، اخلاص در دعا از تأثیرات دعا و نیایش در زندگی روحی و معنوی است (کمالی، ۱۴۰۲).

همچنان زنان از بارزترین گروه‌های اجتماعی هستند که متأثر از کیفیت زندگی اجتماعی و تأثیرگذار بر آنند، زنان علاوه بر وظایف فردی و خانوادگی نقش‌های فراوانی را در پیشرفت‌های اجتماعی دارند و آن‌ها باید از توانایی‌های لازم برای رسیدن به اهداف خویش

را داشته باشند و تربیت قشر بزرگی از جامعه را به عهده دارند ولی توجهی به مسائل زنان باعث ایجاد چالش‌هایی در خانواده و بحران‌های اجتماعی در خانواده می‌شود. امید به زندگی اثرات مثبت زیادی بر سلامت روان زنان دارد و تاب‌آوری به‌وسیله امید به زندگی پیش‌بینی می‌شود زنان امیدواری که دارای روحیه بالا هستند بهتر می‌توانند با مسائل استرس‌زا روبرو شوند و سطح تاب‌آوری بالایی دارند پس می‌توان گفت که زنان با روحیه بالا در شرایط سخت زندگی خصوصاً دوران کرونا تاب آور هستند (پورسید، ۲۰۲۲). همچنین اسلام علاوه بر پذیرش تفاوت‌های جسمی بین زن و مرد و در نتیجه نقش‌های جنسیتی طبیعی ناشی از آن ساخته از نظام‌های فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و اجتماعی تبعیض‌آمیز که به زیان حقوق و جایگاه زنان باشد و استثماری که بر آن به وجود می‌آید، سازگاری و موافقت ندارد (هاشمیان، کازرانی و داوودی، ۲۰۲۲).

زنان با ایمان می‌توانند باعث رشد معنوی همسران خود شوند و در این امر نقش بسیار فراوانی دارند مانند زنانی که در واقعه‌ی کربلا بودند که نمونه‌ی الگوی کامل برای دیگر زنان مسلمان هستند پس زنان با تأثیرپذیری از واقعه‌ی کربلا در تقویت روحیه حق‌طلبی و ایثار، قوی شدن روحیه همسران، تأثیرگذار باشند (مغیفی پور و حسینی، ۲۰۲۲). زن مسلمان به‌عنوان، باارزش‌ترین عنصر به وجود آورنده‌ی یک خانواده، اساسی‌ترین رکن یک جامعه و مهم‌ترین عنصر تغییر و ساخت سبک زندگی و تشکیل تمدن اسلامی است (محمودی نسب و نیکو خصال، ۲۰۲۱).

در شرایط کرونا زنان با ایمان حتی در بحران‌های فردی مثل آسیب‌های روانی و جسمی، بی‌صبری و شکایت، به وجود آمدن شبهات اعتقادی و درد و رنج ناشی از بیماری و بحران‌های اجتماعی همچون افزایش بیکاری و رکود اقتصادی و ناامنی شغلی باز هم به دنبال روزنه امید هستند و به علت باور و یقین به قدرت خداوند دچار یاس و ناامیدی نمی‌شوند (عبداللهی، ۲۰۲۰).

چون زنان نسبت به مردان اضطراب‌پذیری بیشتری دارند پس با آموزش کارآمد تاب‌آوری در پیشگیری از ایجاد و تداوم اضطراب خصوصاً استرس ناشی از ویروس کرونا می‌توانند مفید و مؤثر باشد (رجبی، قمری و حسینیان، ۲۰۲۲). همین‌طور یک اقدام لازم و اساسی برای کاهش و کنترل شیوع ویروس کرونا فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه است و به‌کارگیری قوانین مرتبط با فاصله‌گذاری اجتماعی و قرنطینه، بهترین راه‌حل است (رضوانی شکیب و عبدخدایی، ۲۰۲۰). باین‌وجود به دنبال شیوع بیماری کرونا و قرنطینه شدن خشونت خانگی به میزان زیادی افزایش پیدا کرد و قبل از شیوع این بیماری از هر سه زن، نفر در طول زندگی خودش قربانی خشونت جسمی یا جنسی شده‌اند (کوه بومی و قمری، ۲۰۲۲).

توجه به ویژگی‌های جسمانی و روان‌شناختی زنان می‌تواند در مدیریت اضطراب و استرس سودمند و مؤثر باشد و ورزش کردن عاملی است که باعث توانایی مدیریت در زنان می‌شود، فعالیت بدنی و ورزش در برخی از خصوصیات شخصیتی زنان ورزشکار تغییرات به وجود می‌آورد و علت افزایش تاب‌آوری و مقاومت، سرسختی زنان در برابر مشکلات می‌شود (اسکندر نژاد، حسین زاده و ملائی زنگی، ۲۰۲۲). ابتلا به کوید-۱۹ در خانم‌های باردار علت افزایش بسیاری از پیامدهای نامطلوب از جمله مرگ مادر و نوزاد می‌شود پس باید برای جلوگیری از این بیماری برنامه‌ریزی دقیقی انجام شود تا زنان باردار از این ویروس محفوظ باشند (اسمعیل پور، برقی و مهر بخش، ۲۰۲۲). این ویروس می‌تواند تأثیر فوق‌العاده‌ای بر کل ارگان‌های مربوط در سیستم باروری زنان داشته باشد (راسخ و وطن‌خواه ملک شعاع، ۲۰۲۱). همچنین جهت کاهش اضطراب و ترس از ایمان خصوصاً زایمان طبیعی و افزایش تاب‌آوری زنان باردار از مراقبت‌های بارداری با رویکرد اسلامی مثل انس با خدا و قرآن و تلاوت آن و فعالیت مذهبی و معنوی استفاده کرد (نصرت‌آبادی، ۲۰۲۱). در دوران همه‌گیری کرونا، زنان مهاجر صرف‌نظر از وضعیت مهاجرت آن‌ها باید از حقوق بشر بهره‌مند باشند یعنی خدمات بهداشتی، حقوق امنیتی و خدمات اجتماعی برای کل زنان مهاجر خصوصاً قربانیان و بازماندگان خشونت مبتنی بر جنسیت فراهم باشد (سیفی، ۲۰۲۲).

۴-۶- تجزیه و تحلیل سایت‌های خبری داخلی

زنان ایرانی نقش پیشرو در ارتقای سلامت و خود مراقبتی در خانواده و جامعه دارند. آن‌ها به‌طور قابل توجهی به سطح رفاه و انرژی کلی در خانواده و جامعه کمک می‌کنند. در میان همه‌گیری کرونا، اولویت‌بندی برنامه‌ریزی سلامت‌محور، افزایش آگاهی و ارتقای سواد سلامت زنان و خانواده‌هایشان بسیار مهم است (معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۴۰۲).

همسو شدن با سرنوشت از پیش تعیین شده خداوند منافاتی با دعا و نیایش برای رفع مشکلات ندارد. همه وقایع دنیا به خداوند منسوب است، اما در عین حال، انسان موظف است در خانه بماند و با تلاش خود به بیماری‌ها و مسائل رسیدگی کند و از وسایلی مانند وسایل بهداشتی استفاده کند. به ابزارهای معنوی، مانند نماز خواندن که توانایی تسکین ذهن و کاهش تنش و فشار روانی را دارد، وابسته باشید. در طول همه‌گیری COVID-19، افزایش قابل توجهی در فراوانی دعا به‌عنوان وسیله‌ای برای رسیدگی به مشکلات و بحران‌ها وجود داشته است. جالب توجه است که بر اساس گزارش مرکز دیده‌بان فرهنگی کشور (۱۳۹۸) زنان نسبت به مردان تمایل بیشتری به نماز و آرامش‌طلبی در خداوند نشان داده‌اند (معاونت تحریریه خبر پایگاه اطلاع‌رسانی آیت‌الله العظمی مکارم، ۱۴۰۱).

همه‌گیری COVID-19 به‌طور قابل توجهی بر تعاملات اجتماعی ما تأثیر گذاشت و در نتیجه دیدوبازدیدها در نوروز کاهش یافت. احوالپرسی بیشتر از طریق تماس تلفنی و بسترهای مجازی انجام می‌شد. این تغییرات چالش‌هایی را برای افراد، به‌ویژه زنان ایجاد کرد. علاوه بر این، این ویروس به‌طور قابل توجهی احساس تنهایی و انزوا را در میان سالمندان تشدید کرده است. در واقع، شیوع تنهایی در میان زنان سالمند هفت برابر بیشتر از مردان مسن است. در حالی که راه‌حل‌های بالقوه‌ای مانند دعا کردن برای کاهش این اثرات منفی وجود دارد، این موضوع همچنان یک نگرانی مبرم است. از این حالت عزلت و خلوت استفاده کردند. زنان ایرانی که ۵۰ درصد از جمعیت ایران را تشکیل می‌دهند، در طول تاریخ به‌ویژه در دوران کرونا سهم بسزایی در ارتقای شاخص توسعه داشته‌اند. آن‌ها از فضیلت صبر همراه با نماز استفاده کرده و مراقبت از خود را پیوسته در اولویت قرار داده‌اند (خبرگزاری فارس، ۱۳۹۹).

در حال حاضر، سلامت روان به‌ویژه به دلیل تأثیر گسترده ویروس کرونا، با خطر فزاینده‌ای مواجه است. سلامت روان به برقراری رابطه متعادل بین فرد و محیط اطرافش اشاره دارد. این شامل پرورش ارتباطات بین فردی و کسب مهارت‌های هنری و فکری است. سلامت روان افراد را قادر می‌سازد تا به هماهنگی با محیط اطراف خود دست یابند و راهبردهای مؤثری برای حل مسئله ایجاد کنند (خبرگزاری جمهوری اسلامی، ۱۴۰۱).

۵- بحث و نتیجه‌گیری

دعا و معنویت از آن جمله مفاهیمی هستند که در تمامی ابعاد زندگی انسان اثرات چشمگیری دارند (چمسی پاشا، ۲۰۲۱). پژوهش‌های گوناگون ادعا این پژوهش را تأیید کردند و نشان داده‌اند که دعا و معنویت تأثیرات فراوانی در زندگی عمومی زنان، به‌ویژه در دوران کرونا، دین و معنویت در همه ابعاد زندگی بشر را ترتیب می‌دهند (سیمونوویچ و کواد کانجی، ۲۰۲۲).

در مقاله‌ای تأثیر آموزش مجازی خود مراقبتی معنوی بر اضطراب ناشی از کرونا در دانشجویان سال آخر پرستاری، نتایجی را به دست آوردند که ترس و اضطراب ناشی از ابتلای کرونا، خطرناک بوده و باعث ناهنجاری‌های روانی در افراد می‌شود و آموزش‌های خود مراقبتی معنوی برای کاهش اضطراب کرونای دانشجویان پرستاری مؤثر است (میرزائیان، مددکار دهکردی و کریمیان کاکلکی، ۲۰۲۳).

در مقاله‌ی اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به پرفشاری خون، این نتایج را به دست آوردند که آموزش خودشفابخشی در راستای تقویت نقش خود فرد، با کاهش استرس فیزیولوژیک به وسیله‌ی اصلاح سبک زندگی و آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی، باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به فشار خون شده (لطیفی، مردانی و قرقانی، ۲۰۲۲).

در مقاله‌ی اضطراب کرونا، نقش معنای زندگی و جهت‌گیری مذهبی این نتایج را به دست آوردند که مؤلفه‌های معنای زندگی شامل حضور معنا و جست‌وجوی معنا با هم ۱۴ درصد اضطراب کرونا و مؤلفه‌های مذهبی گرای، سازمان‌نا یافتگی مذهبی، ارزنده سازی مذهبی و کام‌جویی با هم ۱۳ درصد اضطراب کرونا را پیشگویی می‌کنند و معنویت در جهت ارتقای سلامت روان بیماران مؤثر است (طارمی، فیاض و شهرابی فراهانی، ۲۰۲۲).

طبق پیشینه‌ی پژوهش‌های موجود این نتایج به دست آمده، تأثیرات روانی دعا در زندگی عمومی زنان به‌ویژه در دوران کرونا، دین و معنویت در همه‌ی ابعاد زندگی بشر از جمله در روانشناسی، ورزش، سیاست و در زندگی اجتماعی و ارتباط انسان‌ها کاربرد بسیاری دارد، زن در دین اسلام از جایگاه بسیار والایی برخوردار است از جمله: ارث، مهریه و نفقه و حق وصیت کردن دارد برخلاف دیدگاه برخی از مکاتب و همچنین در انقلاب اسلامی برای زنان جایگاه ویژه‌ای وجود دارد، حق رأی دادن و زنان علاوه بر وظایف همسری و مادر بودن می‌توانند با رعایت حجاب اسلامی در جامعه حضور داشته باشند و فعالیت اجتماعی و اقتصادی انجام دهند، معنویت باعث آرامش دل‌ها و جان‌ها می‌شود و در بهبودی بیماری‌ها و امراض می‌تواند مؤثر باشد.

۶- منابع

- ۱- قرآن
- ۲- ابراهیمی، سارا؛ فاضل، رضا؛ و انصاری، حمید (۲۰۲۰). شناسایی خلأهای بنیادی و راهبردی در حوزه مشارکت اجتماعی. سیاسی زنان پس از انقلاب اسلامی. *ماهنامه جامعه‌شناسی سیاسی ایران*، ۳(۲)، ۲۶۴-۲۹۱. [doi:10.30510/psi.2021.234528.1164](https://doi.org/10.30510/psi.2021.234528.1164)
- ۳- اسدی چهار راه‌گشین، خدیجه، شاهواری، زهرا؛ و سالاری، پروین (۲۰۲۳). مراقبت آگاهانه از فرد مبتلا به ویروس کرونا از زبان بهبودیافتگان. یک مطالعه کیفی در ایران. *روانشناسی سلامت*، ۱۲(۴۵)، ۸۳-۹۴. [doi:10.30473/hpj.2023.61191.5371](https://doi.org/10.30473/hpj.2023.61191.5371)
- ۴- اسکندر نژاد، مهتا؛ حسین زاده، زهرا؛ و ملائی زنگی، فریبا (۲۰۲۲). بررسی اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا بر اساس عوامل شخصیتی سرسختی و منبع کنترل زنان مشارکت‌کننده در ورزش و غیر مشارکت‌کننده در ورزش. *جامعه‌شناسی سبک زندگی*، ۱(۱۹)، ۱۶۸-۱۸۸.
- ۵- اسمعیل‌پور اسطرخی، برقی؛ نرجس سادات، مهربخش؛ و رحیمیان، شیمما (۲۰۲۲). بررسی علائم بالینی و پیامدهای مادری و نوزادی زنان باردار مبتلا به کووید-۱۹ بستری در موج اول و دوم بیماری کرونا ویروس در بیمارستان‌های استان گلستان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، ۲۵(۷)، ۵۹-۶۹. [doi:10.22038/ijogi.2022.21136](https://doi.org/10.22038/ijogi.2022.21136)
- ۶- افشارپور، سهیلا؛ جلال پور، شیوا؛ عبدالخانی، لنا؛ و شهابی، روح‌الله (۲۰۲۲). تحلیل تطبیقی نقش زنان در گفتمان انقلاب اسلامی ایران و مدل مردسالارانه انقلاب. *مطالعات راهبردی بسیج*، ۲(۹۶)، ۴۱-۸۴. [dor:20.1001.1.1735501.1401.25.96.2.1](https://doi.org/10.1001.1.1735501.1401.25.96.2.1)
- ۷- اکبری طارمی، سمانه؛ فیاض، فاطمه؛ و شهرابی فراهانی، سارا (۲۰۲۲). اضطراب کرونا، نقش معنای زندگی و جهت‌گیری مذهبی، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۸(۳)، ۲۱-۴۰. [doi:10.22108/ppls.2022.132848.2278](https://doi.org/10.22108/ppls.2022.132848.2278)
- ۸- ایرنا (۱۴۰۱). زنان ایرانی به‌رغم تحریم‌ها دستاوردهای قابل‌توجهی در درمان کرونا داشته‌اند [خبر]. در دسترس در زمان نشر: ۱۸:۴۷، ۴ مرداد.

- ۹- آرچو، مرضیه (۲۰۲۳). مقایسه جایگاه زن در عصر جاهلیت و دوره اسلامی. تاریخ‌نامه اسلام، ۴(۸)، ۷۹-۹۰.
- ۱۰- باقری، معصومه؛ حسینی، محمدرضا؛ و خوش‌کلام، نرگس (۲۰۲۲). سناریوی چندجانبه چالش‌های زنان خانه‌دار در دوره شیوع کروناویروس. مطالعه زنان خانه‌دار بالای ۲۰ سال شهر بروجرد، ۳(۸۷)، ۱۰۱-۱۲۴.
- ۱۱- باقی، عمادالدین؛ و درویشی، هادی (۲۰۲۰). جامعه‌شناسی الهیات کرونا: چالش‌های مذهبی و برون‌داد نهایی. مجله مطالعات اجتماعی ایران، ۱۴(۴)، ۳۱-۶. doi:10.22034/jss.2020.244636
- ۱۲- بتول، ناظره؛ و برقی، مریم (۲۰۲۲). اشتراکات و افتراقات سبک زندگی اسلامی و غربی. مطالعات دین‌پژوهی، ۶(۱۱)، ۳۳-۵۲.
- ۱۳- بخشی پور، ابوالفضل؛ و فردین فر، فرزانه (۲۰۲۲). رابطه سرسختی روان‌شناختی و پردازش هیجانی با میزان اضطراب مرگ زنان سالمند در دوران کرونا. فصلنامه روانشناسی سلامت و رفتار اجتماعی، ۱(۴)، ۶۳-۷۶.
- doi:10.30495/hpsbjournal.2022.1951792.1064
- ۱۴- بیچرانلو، عبدالله؛ و بوالی، زهره (۲۰۲۲). تحلیل استعاره مفهومی‌سازی فعالان زن ایرانی از «زن‌بودگی» در اینستاگرام. پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران، ۱۱(۲)، ۳۱-۹. doi:10.22059/ijar.2022.343005.459751
- ۱۵- پورسید، رضا (۲۰۲۳). نقش میانجی امید به زندگی و تاب‌آوری در رابطه بین ترس از کرونا و صمیمیت عاطفی زنان متأهل. مطالعات زن و خانواده، ۱۱(۱)، ۱۲۸-۱۵۵. doi:10.22051/jwfs.2022.40960.2884
- ۱۶- حسین پور، اسکندر؛ و گودرزی، صمد (۲۰۲۲). بررسی نقش ورزش و عمل به باورهای دینی بر اضطراب ناشی از کرونای کادر درمان. فصلنامه بهداشت کار و ارتقا سلامت، ۶(۱)، ۱-۱۲. doi:10.18502/ohhp.v6i1.9364
- ۱۷- حمیدیان، اکرم (۲۰۲۲). کرونا و سکولاریسم: تحلیل رابطه مذهب، علم و سیاست در مواجهه با بحران بیماری کووید ۱۹ در کشور ایران. فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۸(۹۵)، ۱۸۳-۲۱۴. doi:10.22054/qjss.2022.58558.2349
- ۱۸- حیدری، مجتبی (۲۰۲۰). نقش دعا در دوران کرونا و پساکرونا. فرهنگ زیارت، ۴۲(۱۱)، ۷۹-۹۲.
- ۱۹- خبرگزاری فارس (۱۳۹۹). بررسی تأثیرات منفی کرونا در مجلس: واحدهای صنعتی بیشتری آسیب را دیدند «مقاله سیاسی». در دسترس در: بررسی-تأثیرات-منفی-کرونا-در-مجلس-واحدهای-صنعتی-بیشتری-آسیب-را-دیدند، زمان نشر: ۱۰:۴۴، ۳۰/۲/۱۳۹۹.
- ۲۰- ادیب زاده، مریم (۲۰۲۱). تبیین شاخصه‌های دین‌داری و مصداق‌های آن در فضای مجازی راهی برای آرام‌بخشی و سلامت روان جامعه در دوران کرونا. مدیریت بحران، ۱۰(ویژه‌نامه کرونا)، ۵۹-۷۰.
- ۲۱- راسخ جهرمی، اطهر؛ وطن‌خواه، مجید؛ ملک‌شعار، مهرداد؛ حقی‌بین، مرضیه؛ و صادقی، ابراهیم (۲۰۲۲). کرونا ویروس جدید و محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-تخمدان در زنان: یک مرور روایتی. مجله زنان، ملامایی و نازایی ایران، ۲۴(۱۲)، ۱۲۴-۱۳۱. doi:10.22038/ijogi.2022.19766
- ۲۲- رجبی، اکرم؛ قمری، محمد؛ و حسینیان، سیمین (۲۰۲۲). نقش میانجی گر تاب‌آوری در رابطه بین فراشناخت با اضطراب کرونا در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت. مجله علوم روان‌شناختی، ۲۱(۱۱۹)، ۲۲۱۳-۲۲۳۰. doi:10.52547/JPS.21.119.2213
- ۲۳- رحمانی، عبدالله؛ وزیری نژاد، رضا؛ و احمدی نیا، حسن (۲۰۲۰). مبانی روش‌شناختی و کاربردهای روش دلفی: یک مرور روایتی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۹(۵)، ۵۱۵-۵۳۸. doi:10.29252/jrums.19.5.515
- ۲۴- رحمت‌آبادی، اعظم؛ و نادری، نغمه (۲۰۲۱). نقش دعا در امیدبخشی با بهره‌گیری از دعای افتتاح. میراث طاها، ۸(۵)، ۶۱-۷۶.
- ۲۵- رحیمی، مرتضی؛ و بذرافکن، سمانه (۲۰۲۰). نقش یاد خدا در بهبودی بیماری کرونا و دیگر بیماری‌ها. رهیافت فرهنگ دینی، ۳(۱۰)، ۲۹-۴۳.
- ۲۶- زینی‌ملک‌آبادی، هادی؛ و فضائلی، سیدابوالقاسم (۲۰۲۳). معناشناسی واژه دعا در قرآن کریم از منظر زبان‌شناسی قرآنی.

۲۷- سالاری، محبوبه؛ بکرایی، سعدی؛ شریف‌نژاد نعمت‌آباد، محمدامین؛ و عالی‌زاده، نرگس (۲۰۲۰). پیش‌بینی اضطراب کرونا ویروس بر اساس تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در زنان شاغل. *خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۱)، ۳۸-۵۲.

doi:10.22034/aftj.2021.265361.1047

۲۸- سیفی، آناهیتا (۲۰۲۲). بحران کرونا و چالش‌های حق بر سلامتی زنان مهاجر در پرتو حقوق بشر بین‌الملل. *پژوهش حقوق عمومی*، ۲۳(۷۴)، ۱۸۰-۱۴۳. doi:10.22054/qjpl.2021.53058.2431

۲۹- شریعتی مقدم، فاطمه؛ مقصودی، سوده؛ و دانشوری نسب، عبدالحسین (۲۰۲۳). پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس امیدواری و با واسطه‌گری شکرگزاری در زنان سرپرست خانوار در دوران کرونا. *مجله دین و سلامت*، ۱۰(۲)، ۳۳-۴۵.

۳۰- شریف، مینا (۲۰۲۰). مبانی تربیتی در دعای ابوحمزه ثمالی. *پژوهشنامه نوین فقهی حقوقی زنان و خانواده*، ۱۳(۵)، ۱۳۶-۱۵۵.

۳۱- شهیدی، سیده رقیه؛ و حسن لو، حیدر (۲۰۲۳). بررسی و تبیین فرایند و مکانیزم اثرگذاری دعا بر آرامش روان انسان. *سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت*، ۷(۳)، ۲۳-۳۳. doi:10.30510/psi.2022.311614.2539

۳۲- نصیرزاده، مصطفی؛ آخوندی، مریم؛ جمالیزاده نوق، احمد؛ و خرم‌نیا، سعید (۲۰۲۰). بررسی وضعیت استرس. اضطراب. افسردگی و تاب‌آوری ناشی از شیوع بیماری کرونا (COVID-19) در خانوارهای شهرستان انار در سال ۱۳۹۹: یک گزارش کوتاه. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹(۸)، ۸۸۹-۸۹۸. doi:10.29252/jrums.19.8.889

۳۳- ضمیری جیرسرای، بهار؛ و شاهنگیان، نوری سادات (۲۰۲۳). مفهوم دعا در اندیشه مری ادی بیکر. *پژوهشنامه ادیان*، ۱۶(۲)، ۱۷۶-۱۵۱.

۳۴- طالبی، فاطمه؛ و طالبی، عباسعلی (۲۰۲۴). بررسی مختصات راهبردی غرب در تغییر سبک زندگی ایرانی و اسلامی. *فصلنامه علمی مطالعات الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی*، ۱۲(۱)، ۶۱-۸۳. doi:20.1001.1.23295599.1403.12.1.3.1

عارف نیا، سعید (۲۰۲۲). دعا در ایجاد وحدت و همدلی در جامعه اسلامی. *دوفصلنامه علمی-پژوهشی دعا پژوهی*، ۲(۲)، ۱۲۴-۱۳۳. doi:10.22084/dua.2022.4986

۳۵- عطارزاده، مجتبی (۲۰۲۳). بررسی کارکرد معنابخشی دعا و نیایش به حیات بشر در منظومه دین با تأکید بر نظریه کاتینگهام. *دو فصلنامه اسلام و مطالعات معنویت*، ۱(۱)، ۳۷-۷۲. doi:10.22081/jsr.2023.65809.1038

۳۶- غباری‌بناب، باقر؛ خوش‌منش، ابوالفضل؛ و پورجمعه، نرجس (۲۰۲۱). بررسی دیدگاه قرآن و روانشناسی نسبت به موفقیت بر اساس نظریه‌ی زمینه‌ای. *پژوهش‌های میان‌رشته‌ای قرآن*، ۱(۱)، ۷-۳۴.

۳۷- فیاض، فاطمه؛ اخوت، رضا؛ جعفری، مهدی؛ علی‌اکبرزاده، حنا؛ و باقری، سحر (۲۰۲۲). نقش دعا از منظر آیات و روایات در ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی؛ با تأکید بر بحران شیوع کووید ۱۹. *پژوهش در دین و سلامت*، ۸، ۱۲۹-۱۴۷. doi:10.22037/jrrh.v8iSI.34054

۳۸- قلمکاریان، سیدمحمد؛ و حیدری جوانمردی، عباس (۲۰۲۳). بررسی دعای هفتم صحیفه سجادیه بر بیماران کرونایی به سفارش مقام معظم رهبری K.

۳۹- کمالی، علیرضا (۲۰۲۳). دستاوردهای دعا در زندگی انسان از منظر روایات اسلامی. *مطالعات معارف حدیثی*، ۱(۱)، ۷۵-۹۲.

۴۰- کوه بومی، ژاله؛ قمری، محمد؛ و حسینیان، سیمین (۲۰۲۳). نقش میانجی‌گر تاب‌آوری در رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای با کیفیت زندگی و خشونت خانگی علیه زنان در دوران قرنطینه کرونا ویروس. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۱۲(۴۸)، ۷۵-۸۸. doi:10.22034/spr.2023.355679.1772

۴۱- لطیفی، زهره؛ مردانی، زهرا؛ و قرقانی، ریحانه (۲۰۲۲). اثربخشی آموزش خود شفابخشی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلابه پرفشاری خون. *مجله علمی پژوهشی طب داخلی روز*، ۲۸(۲)، ۱۷۰-۱۸۵. doi:10.32598/hms.28.2.3477.1

۴۲- محمدرضایی، امیریان (۲۰۲۰). نقش دعا در درمان بیماری‌ها (کرونا). *پاسخ*، ۱۸(۵)، ۱۲۵-۱۳.

- ۴۳- محمودی نسب، معصومه؛ و نیکوخصال، معصومه (۲۰۲۲). نقش بانوان در ایجاد تمدن نوین اسلامی با تأکید بر قرآن کریم و منویات مقام معظم رهبری. دو فصلنامه مطالعات تربیتی و اجتماعی قرآن و عترت، ۴(۸)، ۱۶۸-۱۹۳.
- ۴۴- مختاری، حمیده (۲۰۲۳). امکان متافیزیکی کارآمدی دعا. *پژوهشنامه فلسفه دین (نامه حکمت)*، ۲۱(۲)، ۱۶۹-۱۹۰.
doi:10.30497/prr.2023.244008.1811
- ۴۵- معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی همدان (۱۴۰۲). زنان، مدیریت اطلاعات و ارتقای سواد سلامت خانواده و جامعه. دریافت شده از کد خبر، ۱۳۲۷۳۹.
- ۴۶- معاونت تحریریه خبر پایگاه اطلاع‌رسانی (۱۴۰۱). *فلسفه‌ی «دعا» از منظر آیت‌الله‌العظمی مکارم شیرازی «یادداشت روز»*. یادداشت منتشر شده در دفتر حضرت آیت‌الله‌العظمی مکارم شیرازی.
- ۴۷- مغیفی‌پور، غریبه؛ حسینی کلشتری، باقری؛ و زمانی، اسماء (۲۰۲۲). نقش زنان در رشد معنوی همسر با الگوگیری از واقعه کربلا. *معارف علوم اسلامی و علوم انسانی*، ۸(۴)، ۲۴۶-۲۶۰.
- ۴۸- موسوی، سیده زهره؛ و سید طبائی، رضا (۲۰۲۳). پیش‌بینی اختلال وسواس بر اساس نشخوار فکری و تحمل‌پریشانی در اپیدمی کرونا. *نشریه علمی رویش روان‌شناسی*، ۱۲(۴)، ۱۵۹-۱۶۶.
dor:20.1001.1.2383353.1402.12.4.16.6
- ۴۹- مؤمنی زاده، معصومه؛ فتح‌اللهی، علی؛ و فلسفی، حسین (۲۰۲۳). تأثیر مؤلفه‌های سلوک عرفانی بر نظام‌مندی و ایجاد آرامش روانی در خانواده و انعکاس آن بر نگاره‌های اسلامی. *مطالعات هنر اسلامی*، ۲۰(۴۹)، ۷۲۸-۷۴۲.
doi:10.22034/ias.2021.283686.1597
- ۵۰- میرزائیان، شیرین؛ مددکار دهکردی، شیرین؛ کریمیان کاکلکی، زهره؛ و محمدی، پروین (۲۰۲۳). تأثیر آموزش مجازی خود مراقبتی معنوی بر اضطراب ناشی از کرونا در دانشجویان سال آخر پرستاری. *مجله طب مکمل*، ۱۲(۴)، ۴۰-۴۹.
doi:10.61186/cmja.12.4.40
- ۵۱- نصرت‌آبادی، مهناز (۲۰۲۱). نقش اسلام در سلامت زنان باردار. *پژوهش در دین و سلامت*، ۷(۳)، ۱۴۰-۱۵۶.
- ۵۲- نصیری، بهاره (۲۰۲۳). شناسایی راهکارهای دورکاری و قرنطینه خانگی از دیدگاه زنان عضو هیئت علمی در ایام کرونا با رویکرد پدیدارشناسی. *فصلنامه مطالعات فرهنگ-ارتباطات*، ۲۴(۶۱)، ۹۷-۱۳۰.
doi:10.22083/jccs.2022.339278.3591
- ۵۳- ولی زاده، محمدجواد (۲۰۲۳). فرایند و مکانیزم تأثیر دعا بر کاهش اضطراب و افسردگی. *دوفصلنامه (علمی-پژوهشی) دعا/پژوهی*، ۲(۳)، ۲۰۳-۲۲۲.
doi:10.22084/dua.2023.27544.1004
- ۵۴- هاشمی، خدیجه (۲۰۲۲). تحلیل تأثیر نظریه فطرت دینی در دیدگاه‌های روان‌شناختی. *دوفصلنامه معارف حکمی جامعه*، ۲(۴)، ۴۵-۶۴.
- ۵۵- هاشمیان، شکیبا سادات؛ و گازرانی، سعید (۲۰۲۳). درآمدی بر ظرفیت‌های اسلام برای توانمندسازی زنان در کشورهای اسلامی با تأکید بر آیات قرآن. *سیاست‌پژوهی اسلامی ایرانی*، ۱(۴)، ۱۸۰-۲۱۶.
- ۵۶- همتی، عصمت (۲۰۲۲). تبیین دعا و مبانی نظری آن در نظام تربیتی اسلام با تکیه بر صحیفه سجاده. *آموزه‌های تربیتی در قرآن و حدیث*، ۷(۲)، ۱۲۷-۱۴۳.
doi:10.22034/iued.2022.541220.2139
- ۵۷- همتیان، مهدی؛ اخلاصی، مهدی؛ و مجدآرا، علیرضا (۲۰۲۳). اعتقاد به عاملیت الهی و عدم تنافی آن با قوانین حاکم بر طبیعت با رویکردی تطبیقی بر دعا از منظر قرآن کریم. *آموزه‌های قرآنی*.
doi:10.30513/qd.2023.3982.1872
- 58- Khorramdel, K., Brahmand, U., Abolghasemi, A., Rashid, S., Dashtianeh, S., Zare, S., ... & Zafarkhah, Z. (2022). Etiology of Hoarding Disorder in Monozygotic and Dizygotic Twins: An Integrated Genetic, Environmental, and Behavioral Model. *Internal Medicine Today*, 29(1), 34-43.
doi:10.32592/imtj.2023.29.1.34
- 59- Chamsi-Pasha, M., & Chamsi-Pasha, H. (2021). A review of the literature on the health benefits of Salat (Islamic prayer). *Med J Malaysia*, 76(1), 93-97.

- 60- Osim, S. E., & Eteng, N. G. (2021). Women and ritual purity in Islam. *Indonesian Journal of Social and Educational Studies*, 2(1).
- 61- Simonovich, S. D., Quad, N., Kanji, Z., & Tabb, K. M. (2022). Faith practices reduce perinatal anxiety and depression in Muslim women: a mixed-methods scoping review. *Frontiers in psychiatry*, 13, 826769. **doi:10.3389/fpsy.2022.826769**
- 62- Zeweri, H. (2024). *The Women's Mosque of America: Authority and Community in US Islam*. **doi:10.1177/0094306123121460**

Women, Lifestyle, and Prayer in Islam: A Narrative Review with Psychological Perspectives

Samaneh Zare¹, Mahya Papari^{*2}

1- Msc in Social Psychology, Fatemiyeh non-profit institute, Shiraz, Fars, Iran.
samaneh.zare1600@gmail.com

2- Ph.D. In educational sciences and assistant professor of the academic faculty of Fatemiyeh non-profit institute, Shiraz, Fars, Iran. (corresponding author)
Mahya.papari@gmail.com

Abstract

This review article explores the complex and intertwined relationship between women, lifestyle, and prayer in Islam, with special emphasis on incorporating psychological perspectives. The purpose of this research is to complex and intertwined the mechanisms through which prayer affects the lives of Muslim women and its impact on their lifestyle and overall health during the Coronavirus period. This study is a detailed analysis of Persian articles using reliable internal databases and Iran's official news organizations. The present review includes Persian keywords such as "women, lifestyle, prayer, narrative review, psychological perspectives, Islam." The inclusion criteria comprised clinical, experimental, cross-sectional, review, and hypotheses related to women and the Islamic lifestyle. Exclusion criteria included publications with redundant or irrelevant content that did not align with the study topic. The findings of this narrative review show the important role that prayer plays in the lives of Muslim women. Prayer functions as a practice that strengthens social bonds and fosters inner peace during challenging situations, such as the COVID-19 pandemic. It facilitates relaxation, introspection, and emotional support, thereby enhancing women's well-being and performance. Prayer is identified as a practical strategy for managing stress, anxiety, and resilience while also fostering mindfulness and self-control. Furthermore, the study examines the influence of prayer on women's lives, including its effects on daily routines, ethical behavior, and social interactions. Prayer provides direction and perspective for personal development, offering women a framework for navigating life's challenges and achieving growth.

Keywords: Women, Lifestyle, Prayer, Narrative Review, Psychological Perspectives.



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

(CC BY 4.0)

تأثیر آموزش هوش هیجانی بر هراس اجتماعی و احساس محبوبیت زنان کارمند

سمیه نخعی*^۱، کوروش فتحی^۲، فاطمه فتحی^۳

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد زابل، دانشگاه آزاد اسلامی، زابل، ایران. (نویسنده مسئول)

Fathi.fatemeh77@gmail.com

۲- دکتری روانشناسی تعلیم و تربیت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد زابل، دانشگاه آزاد اسلامی، زابل، ایران.

korosh_fathi@yahoo.com

۳- دانشجو ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد زابل، دانشگاه آزاد اسلامی، زابل، ایران.

Nakhaeisamin@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۳/۲۹]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۱/۲۸]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر هراس اجتماعی و احساس محبوبیت زنان کارمند بوده است. پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان کارمند آموزش و پرورش شهرستان زهک در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. از این جامعه نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای هدمند انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. سپس هر دو گروه در مرحله پیش و پس‌آزمون پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن، پرسشنامه هراس اجتماعی کانور و پرسشنامه احساس محبوبیت معدن دار آراتی و پاریدار را تکمیل و در این اثناء شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در طی ۸ جلسه، ۹۰ دقیقه‌ای، به مدت ۲ روز در هفته در معرض آموزش‌های هوش هیجانی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که آموزش هوش هیجانی به‌طور معنی‌داری منجر به کاهش میانگین نمرات هراس اجتماعی و افزایش میانگین نمرات احساس محبوبیت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان مطرح کرد که آموزش هوش هیجانی بر احساس محبوبیت و هراس اجتماعی زنان کارمند مؤثر است.

واژگان کلیدی: آموزش هوش هیجانی، هراس اجتماعی، احساس محبوبیت، زنان کارمند.

۱- مقدمه

از دیرباز، یکی از ابعاد روان‌شناسان به هدف بررسی عوامل مؤثر بر موفقیت افراد مورد توجه قرار می‌دادند جنبه‌های شناختی نظیر حافظه و حل مسئله بود، اما بعد از مدتی به اهمیت جنبه‌های غیر شناختی همانند عوامل عاطفی و اجتماعی نیز پی بردند (پاشا، ۲۰۱۷). یکی از انواع هوش غیر شناختی، هوش هیجانی است. ردپای هیجان‌ها را می‌توان به‌طور مستقیم و غیرمستقیم در تمام لحظه‌های زندگی افراد جستجو کرد. در دهه‌های پیشین به هیجان به‌عنوان عامل منفی و مختل‌کننده نگاه می‌کردند، اما پژوهش‌های روان‌شناختی از دهه‌های میانی قرن بیستم، به‌ویژه در سال‌های ۱۹۸۰ به بعد، جهش عمده‌ای داشته است و به هیجان‌ها به‌عنوان اعمال مؤثر و مهم در رفتار سازشی و تعامل‌های اجتماعی شناخت خود و دیگران و شایستگی‌های اجتماعی می‌نگرند (قلی زاده تهرانی، نوریان و شاه‌محمدی، ۱۳۹۶). هیجان‌ها پدیده‌هایی ذهنی، هدفمند و اجتماعی می‌باشند که در افراد مختلف در شرایط یکسانی بروز می‌کنند و پاسخ‌های فیزیولوژیک مشخصی را فرا می‌خوانند (فتحی، محمدی و بازدار، ۱۳۹۹). بیش از دو دهه پژوهش در زمینه تعامل بین هیجان و شناخت بنیان‌های لازم را برای گسترش مفهوم هوش هیجانی فراهم ساخته است. هیجان‌ها همیشه مورد توجه انسان بوده است، زیرا در هر تلاش و اقدام مهم بشری، به طریقی نقش دارند. پیشرفت‌های اخیر در زمینه روانشناسی سلامت، بهداشت روان و طب رفتاری نقش هیجان را در سلامت و بیماری انسان‌ها مورد توجه قرار داده است. هوش هیجانی در شکل‌گیری، گسترش و ادامه تعاملات انسانی، نقش مهمی دارد و عموماً یکی از عوامل اساسی هوش هیجانی این است که فرد راهبردهای ارتباطی را چگونه و در چه زمانی و به چه شکل مورد استفاده قرار دهد. هوش هیجانی مجموعه‌ای از قابلیت‌های غیر شناختی است که توانایی فرد را در سازگاری با مقتضیات محیطی و فشارهای حاصله افزایش می‌دهد (صفی‌خان و ثابت ایمانی، ۱۳۹۰).

هوش هیجانی یکی از انواع توانایی‌های ذهنی است که به شناسایی احساسات و ادراکات خود و دیگران کمک کرده و سبب می‌شود تا فرد بتواند احساسات و هیجانات خود را تنظیم نماید که شامل مجموعه‌ای از توانایی‌ها و مهارت‌های اجتماعی و هیجانی است و باعث افزایش موفقیت فرد در زمان مقابله با فشارها و شرایط محیطی می‌شود (احمدی و دهقانی، ۱۳۹۴). گلمن چنین بیان می‌کند که بهره هوشی فقط ۲۰٪ عامل موفقیت‌های زندگی است و ۸۰٪ موفقیت‌ها به دیگر عوامل وابسته است و سرنوشت افراد بستگی به مهارت‌هایی دارد که هوش هیجانی را تشکیل می‌دهد (برخورداری و رستم بیگی، ۱۳۹۴). به‌طورکلی، هوش هیجانی، با استفاده از آموزش می‌تواند افزایش یابد (ابه و همکاران، ۲۰۱۸) و همین‌طور یکی از عوامل بسیار تأثیرگذار در موفقیت بیشتر تحصیلی و شغلی است تا حدی که حتی با استفاده از بهره هوشی، شغل مناسب فرد را می‌توان پیش‌بینی نمود اما با استفاده از هوش هیجانی، می‌توان علاوه بر میزان پیشرفت فرد در شغلش، میزان شکست فرد را در این زمینه نیز پیش‌بینی نمود (صفی‌خانی و ثابت ایمانی، ۱۳۹۰).

از آنجاکه بخش عمده‌ای از زندگی انسان و تأمین نیازهای معنوی و مادی او از طریق کار کردن میسر خواهد شد، بنابراین شناخت مشکلات مربوط به کار و نحوه کنترل و اداره کردن آن، یا به عبارت دیگر مدیریت مشکلات کاری، برای مقابله با عوارض و پیامدهای نامطلوب آن اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. هرگونه اضطراب در کار و مراحل شغلی می‌تواند مخرب باشد و تأثیرات منفی بسیاری را از خود باقی بگذارد (Zimbardo & White, 1972). هراس اجتماعی پدیده‌ای مزمن است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی را به دنبال دارد و در سالیان اخیر در کشور ما شیوع زیادی پیدا کرده است. هراس اجتماعی کارمندان تحت تأثیر شرایط مربوط به آن‌ها قرار می‌گیرد (Wittchen & Fehm, 2001). نتایج تحقیقات ولز و همکاران نشان داد که افراد دارای هراس اجتماعی، کمبودهایی در زمینه مهارت‌های اجتماعی دارند. این‌گونه به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افراد دارای هراس اجتماعی، بسیار مفید و مؤثر باشد و هراس آنان را کاهش دهد (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

با وجود اینکه پژوهش‌های زیادی به بررسی رابطه متغیرهای هوش هیجانی، خودکارآمدی، کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی صورت گرفته است اما تا کنون تأثیر آموزش هوش هیجانی و یا مداخلات درمانی هیجانی بر میزان هراس اجتماعی و محبوبیت زنان کارمند مورد تحقیق و بررسی قرار نگرفته است و خلأ پژوهشی مشهودی در این زمینه وجود دارد، لذا با توجه به اهمیت هراس اجتماعی و محبوبیت زنان کارمند و تأثیرات این متغیرها و همچنین خلأ پژوهشی در این خصوص، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال خواهد بود که آیا آموزش هوش هیجانی بر احساس محبوبیت و هراس زنان کارمند تأثیر دارد؟

۲- مبانی نظری و پیشینه

شواهد حاکی از آن است افرادی که می‌خواهند در ایجاد رابطه با دیگران مؤثرتر واقع شوند، باید توانایی تشخیص، تفکیک و کنترل احساسات خود را داشته باشند (بخشی و صدیقی ارفعی، ۱۴۰۰). هوش هیجانی به‌عنوان فرایند فهم، کسب و ارزیابی اطلاعات نسبت به احساسات خود و دیگران، ابراز صحیح و کنترل هیجانات به‌منظور بهبود کیفیت زندگی شناخته می‌شود (Morón & Biolik, 2021). فرضیه اصلی تمام الگوهای هوش هیجانی این است که بر خلاف هوش شناختی، هوش هیجانی آموزش پذیر و افزایشی است. آموزش هوش هیجانی با بالا بردن شناخت فرد از خودش و دیگران، به ارتباط مؤثر با دیگران و سازگاری با محیط پیرامون که برای موفق شدن در برآوردن خواسته‌های اجتماعی لازم است، منجر می‌گردد. به همین دلیل ضرورت آموزش مهارت‌های هوش هیجانی برای مقابله با چالش‌های زندگی امروزی بر همگان روشن است (بخشی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش‌های گذشته اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر اضطراب اجتماعی به تأیید رسیده است. به‌عنوان مثال نادری ده شیخ و برنا (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند، آموزش هوش هیجانی باعث کاهش اضطراب اجتماعی، افزایش سلامت روانی و سازگاری اجتماعی دانشجویان می‌شود. نتایج باستانی (۱۳۹۶) نیز نشان داد که آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اضطراب اجتماعی و سلامت روانی تأثیر معنی‌داری دارد. همچنین نتایج پژوهش مریم جلیلی (۱۳۹۵) در بررسی دانش آموزان نشان داد که آموزش هوش هیجانی باعث کاهش اضطراب اجتماعی می‌شود. از سوی دیگر تحقیقات متعددی نشان می‌دهد بین هوش هیجانی و اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد (Anderson, Goetter, Campbell, Fischer, Barrett & Simon, 2017).

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر ازجمله طرح‌های شبه آزمایشی، با عنوان طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه موردنظر پژوهش، از میان معلمان زن هر سه مقطع تحصیلی در زمستان سال ۱۴۰۰ که تدریس بر عهده داشتند، انتخاب شد. برای انتخاب نمونه موردنظر پس از هماهنگی با دانشگاه و اداره آموزش و پرورش زهک چند مدرسه برای همکاری با محقق انتخاب شدند. پس از مشخص شدن همکاران طبق شرایط موردنظر (متأهل، بازه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال)، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای هدفمند تعداد ۴۰ خانم کارمند به‌عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش، پس از ارزیابی شرایط موردنظر افراد آزمودنی قبل از هر گونه عمل آزمایشی، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون از طریق پرسشنامه‌های هوش هیجانی بار-آن، هراس اجتماعی کانور و احساس محبوبیت معدن دار آرانی و پاریاد گرفته شد. در این پژوهش، آموزش هوش هیجانی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته ۲ جلسه)، حدوداً به مدت ۳۰ روز روی ۲۰ نفر از زنان کارمند شهرستان زهک که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مشغول به کار بودند، اجرا شد. در

انتهای جلسات آموزشی از نمونه‌های پژوهشی پس‌آزمون گرفته شد. در مرحله آموزش هوش هیجانی از پکیج هوش هیجانی گلمن استفاده شد.

۳-۱-۱- ابزار سنجش

۳-۱-۱- پرسشنامه هوش هیجانی

الف) پرسشنامه هوش هیجانی بار - آن (EQ-I) برای مجموعه قابلیت‌ها، صلاحیت‌ها و مهارت‌های غیر شناختی در نظر گرفته شده که بر توانایی شخص برای موفقیت در مقابله با درخواست‌ها و فشارهای محیطی تأثیر دارند. الگوی بار - آن برای هوش هیجانی مربوط به استعداد برای عملکرد است تا خود عملکرد. این پرسشنامه دارای ۹۰ عبارت و ۱۵ خرده‌مقیاس است. پاسخ‌های پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای در طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم تا حدودی، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. از آنجا که گزینه‌ها بر روی یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند، نمره‌گذاری از ۵ به یک (کاملاً موافقم ۵ و کاملاً مخالفم ۱) و در بعضی سؤال‌ها با محتوای منفی یا معکوس از یک به ۵ (کاملاً موافقم ۱ و کاملاً مخالفم ۵) انجام می‌شود. نمره کل هر مقیاس برابر با مجموع نمرات هر یک از سؤالات آن مقیاس و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمرات ۱۵ مقیاس است. کسب امتیاز بیشتر در این آزمون نشانگر موفقیت برتر در مقیاس مورد نظر یا در کل پرسشنامه و برعکس است. نمرات متوسط و بالاتر در افرادی گزارش می‌شود که به‌طور بالقوه در کارکرد هیجانی و اجتماعی مؤثر هستند. نمرات بالاتر پیش‌بینی کننده بهتری برای کارکرد مؤثر در برابر تقاضا و فشارهای محیطی است و نشان می‌دهد که مهارت‌های هیجانی اندازه‌گیری شده، قوی، توسعه‌یافته و دارای عملکرد مؤثر هستند. از سوی دیگر نمرات پایین بر ناتوانی در موفقیت در زندگی و وجود مشکلات هیجانی، اجتماعی یا رفتاری اشاره دارد. نمرات پایین در خرده‌مقیاس‌های تحمل استرس، کنترل تکانه، واقع‌گرایی و حل مسئله برای کنار آمدن با محیط، مشکل‌آفرین‌ترند (بار - آن و همکاران، ۲۰۰۰). زیر مقیاس‌های پرسشنامه عبارت‌اند از: خودآگاهی هیجانی (ES)، خود ابرازی (AS)، احترام به خود (SR)، خودشکوفایی (SA)، استقلال (IN)، همدلی (EM)، مسئولیت‌پذیری اجتماعی (RE)، رابطه بین فردی (IR)، واقع‌گرایی (RT)، انعطاف‌پذیری (FL)، حل مسئله (PS)، تحمل استرس (ST)، کنترل تکانه (IC)، خوش‌بینی (OP)، شادمانی (HA). در تحقیق بار-آن (۱۹۹۷)، در مورد پرسشنامه هوش هیجانی ضرایب باز آزمایی بعد از یک ماه ۰/۸۵ و بعد از ۴ ماه ۰/۷۵ گزارش شده است. در بررسی دیگری، همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ در هفت نمونه از جمعیت‌های مختلف، برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۹ (مسئولیت‌پذیری اجتماعی) تا ۰/۸۶ (احترام به خود) با میانگین ۰/۷۶ به دست آمد (Bar-On, 1997).

۳-۱-۲- پرسشنامه هراس اجتماعی

ب) پرسشنامه هراس اجتماعی نخستین بار توسط کانور^۱ و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. تلویحات بالینی این پرسشنامه بیانگر آن است که در سه حیطه علائم بالینی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه می‌کند و دارای مزیت‌های عملی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره‌گذاری است. این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های با ثبات روان‌سنجی می‌تواند به‌عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم هراس اجتماعی به کار رود. به‌علاوه می‌تواند به‌عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال هراس اجتماعی کاربرد داشته باشد. پرسشنامه هراس اجتماعی از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی

فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار سازه بالاست (فتیحی آشتیانی، ۱۳۹۸). پرسشنامه هراس اجتماعی یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۰ = به هیچ وجه، ۱ = کم، ۲ تا اندازه‌ای، ۳ = زیاد، ۴ = خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌شود. نمرات هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع نمرات ماده‌های مربوط به آن خرده مقیاس به دست می‌آید. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیر مبتلا متمایز می‌کند (Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Weisler & Foa, 2000).

۳-۱-۳- پرسشنامه احساس محبوبیت

ج) در اجتماع به ما می‌آموزند یکی از مهم‌ترین نیازهای زندگی این است که مردم دوستان داشته باشند. دوست داریم وقتی ما را می‌بینند با لبخندی پذیرای حضورمان شوند، به نیکی از ما یاد کنند و مورد تحسین، تکریم و تمجید قرار گیریم؛ اما افراد در نیازهای خود برای محبوبیت و مقبولیت متفاوت‌اند و اغلب کسانی که بیشترین نیاز را دارند، همان‌هایی هستند که دوست دارند با خودشان خلوت کنند اما به لحاظ محبوبیت اجتماعی کمتر چنین فرصتی می‌یابند. چقدر خوب می‌شد اگر کسی می‌توانست مجموعه قواعدی را مطرح کند تا هر فرد بر اساس نیاز خود به محبوبیت برسد اما متأسفانه یک رفتار بخصوص یا جنبه‌ای خاص از شخصیت آدمی، ضامن محبوبیت نیست. محبوبیت نیز با پرسشنامه معدن دارآرانی و پارباد (۱۳۹۰) سنجش شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ سؤال ۳ گزینه‌ای است. روایی پرسشنامه محبوبیت معدن‌دار آرانی و پارباد (۱۳۹۰)، با استفاده از روایی صوری و محتوی و با استفاده از نظرات متخصصین مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش فرح‌بخش و یوسفوند (۱۳۹۷) برای بررسی پایایی این متغیر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که عدد حاصل ۰/۹۶ است.

۳-۲- پکیج آموزش هوش هیجانی

پس از اخذ مجوز، جایگزینی آزمودنی‌ها و اخذ پیش‌آزمون، برنامه آموزش هوش هیجانی بر مبنای نظریه هوش هیجانی گلمن (۱۹۹۵) برای افراد گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفتگی برگزار شد. سپس از تمام آزمودنی‌ها پس‌آزمون گرفته شد و نتایج حاصل مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

جدول ۱: جدول آمار توصیفی متغیرها

جلسات	شرح جلسات	زمان
جلسه اول	خوشامدگویی، معارفه اعضا، ارائه برنامه و اهداف جلسات و اجرای پیش‌آزمون	۹۰ دقیقه
جلسه دوم	تعریف هیجان و اهمیت حضور آن در زندگی، آشنایی با تعاریف و مؤلفه‌های هوش هیجانی	۹۰ دقیقه
جلسه سوم	آشنایی اعضا با مفهوم خودآگاهی و راه‌های دستیابی به آن	۹۰ دقیقه
جلسه چهارم	آشنایی اعضا با مفهوم همدلی و ارائه راهکارهای ارتقا آن	۹۰ دقیقه
جلسه پنجم	آشنایی اعضا با مفهوم خودکنترلی و راه‌های ارتقای آن	۹۰ دقیقه
جلسه ششم	آشنایی اعضا با مفاهیم مهارت‌های اجتماعی و مهارت ابراز وجود و راه‌های ارتقا آن	۹۰ دقیقه
جلسه هفتم	آشنایی اعضا با مفاهیم خود انگیزی، خوش‌بینی و شادکامی و معرفی گام‌های دستیابی به آن‌ها	۹۰ دقیقه
جلسه هشتم	مرور تجارب شرکت‌کنندگان، اجرای پس‌آزمون و خاتمه جلسات	۹۰ دقیقه

۳-۳- روش تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها و پاسخ به سؤال‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. اجرای آزمون با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت.

۴- یافته‌ها**۴-۱- توصیف جمعیت شناختی**

معلمان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، با جنسیت خانم در رده سنی ۲۰ تا ۳۵ سال بوده که از چند مدرسه در شهرستان زهک با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. تعداد معلمان شرکت‌کننده در پژوهش ۴۰ نفر بوده که با استفاده از روش انتساب تصادفی به‌صورت قرعه‌کشی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل جایگذاری شدند.

۴-۲- توصیف شاخص‌ها

جدول ۲: جدول آمار توصیفی متغیرها

متغیرها	گروه	مرحله	تحلیل و بررسی
هوش هیجانی	آزمایش	پیش‌آزمون	بر اساس میانگین حاصل از این گروه (۳۲۲/۹۵۰) و مقایسه آن با میانگین پرسشنامه (۳۱۳/۶) مشخص گردید اعضا این گروه در سطح مطلوبی از هوش هیجانی هستند.
		پس‌آزمون	بر اساس نتایج، میانگین این گروه (۳۴۰/۳۰۰) گزارش شد که در مقایسه با میانگین پرسشنامه و میانگین گروه پیش‌آزمون ما شاهد رشد قابل توجه میزان هوش هیجانی در اعضای گروه هستیم.
هراس اجتماعی	کنترل	پیش‌آزمون	بر اساس میانگین حاصل از این گروه (۳۲۲/۸۰۰) و مقایسه آن با میانگین پرسشنامه (۳۱۳/۶) مشخص گردید اعضا این گروه در سطح مطلوبی از هوش هیجانی هستند.
		پس‌آزمون	بر اساس نتایج، میانگین این گروه (۳۲۳/۰۰۰) گزارش شد که بیانگر آن است که تغییر قابل توجهی در میزان هوش هیجانی گروه کنترل حاصل نشده است.
احساس محبوبیت	آزمایش	پیش‌آزمون	بر اساس میانگین حاصل از این گروه (۴۰/۸۵۰) و مقایسه آن با نقطه برش پرسشنامه (۴۰) مشخص گردید اعضا این گروه در سطح مطلوبی از هراس اجتماعی هستند.
		پس‌آزمون	بر اساس نتایج، میانگین این گروه (۴/۱۰۰) گزارش شد که در مقایسه با میانگین پرسشنامه و میانگین گروه پیش‌آزمون ما شاهد کاهش قابل توجه میزان هراس اجتماعی در اعضای گروه هستیم.
احساس محبوبیت	کنترل	پیش‌آزمون	بر اساس میانگین حاصل از این گروه (۱۳/۶۰۰) و مقایسه آن با نقطه برش پرسشنامه (۴۰) مشخص گردید اعضا این گروه در سطح مطلوبی از هراس اجتماعی هستند.
		پس‌آزمون	بر اساس نتایج، میانگین این گروه (۱۳/۳۵۰) گزارش شد که بیانگر آن است که تغییر قابل توجهی در میزان هراس اجتماعی گروه کنترل حاصل نشده است.
احساس محبوبیت	آزمایش	پیش‌آزمون	بر اساس میانگین حاصل از این گروه (۶۱/۵۰۰) و مقایسه آن با دسته‌بندی‌های پرسشنامه مشخص گردید اعضا این گروه در سطح متوسطی از میزان احساس محبوبیت هستند.
		پس‌آزمون	

پس‌آزمون	بر اساس نتایج، میانگین این گروه (۷۰/۷۰۰) گزارش شد که ما شاهد افزایش زیادی در میزان این متغیر هستیم و در مقایسه با دسته‌بندی‌های پرسشنامه اعضا این گروه در سطح بالا احساس محبوبیت قرار دارند.
پیش‌آزمون	بر اساس میانگین حاصل از این گروه (۶۴/۴۰۰) و مقایسه آن با دسته‌بندی‌های پرسشنامه مشخص گردید اعضا این گروه در سطح متوسطی از احساس محبوبیت هستند.
پس‌آزمون	بر اساس نتایج، میانگین این گروه (۶۴/۹۰۰) گزارش شد که بیانگر آن است که تغییر قابل توجهی در میزان احساس محبوبیت گروه کنترل حاصل نشده است.

۳-۴- آزمون‌های نرمال

در رابطه با پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شدند. به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد، توزیع متغیر هراس اجتماعی و احساس محبوبیت در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست ($P>0/05$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال است و نمی‌تواند بر نتایج مداخله تأثیر بگذارد. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررسی شد و با توجه به معنادار نبودن آماره این آزمون برای متغیرهای وابسته ($P>0/05$)، پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه آزمایش و گواه تأیید شد. جدول ۳ شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (Z) را جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها به‌عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳: شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و نتایج آزمون شاپیرو - ویلک در متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	مرحله	میانگین + انحراف معیار	آماره	معنی‌داری
هوش هیجانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۸۶+ ۳۲۲/۹۵۰۰	۰/۹۵۱	۰/۳۷۸
		پس‌آزمون	۳/۷۰+ ۳۴۰/۳۰۰۰	۰/۸۳۰	۰/۲
هراس اجتماعی	کنترل	پیش‌آزمون	۵/۷۰+ ۳۲۲/۸۰۰	۰/۹۲۰	۰/۱۰۰
		پس‌آزمون	۵/۷۰+ ۳۲۳/۰۰۰	۰/۹۱۲	۰/۶۸
احساس محبوبیت	آزمایش	پیش‌آزمون	۶/۳۴+ ۱۴/۸۵۰	۰/۸۹۹	۰/۴۰
		پس‌آزمون	۲/۱۴+ ۴/۱۰۰۰	۰/۹۲۸	۰/۱۴۸
احساس محبوبیت	کنترل	پیش‌آزمون	۶/۱۴+ ۱۳/۶۰۰۰	۰/۹۲۹	۰/۱۵
		پس‌آزمون	۵/۹۲+ ۱۳/۳۵۰۰	۰/۹۳۸	۰/۲۱۸
احساس محبوبیت	آزمایش	پیش‌آزمون	۴/۶۲+ ۶۱/۵۰۰۰	۰/۹۵۹	۰/۵۱۵
		پس‌آزمون	۶/۵۱+ ۷۰/۷۰۰۰	۰/۹۱۲	۰/۰۶۸
احساس محبوبیت	کنترل	پیش‌آزمون	۴/۱۸+ ۶۴/۴۰۰۰	۰/۹۵۳	۰/۴۲۲
		پس‌آزمون	۳/۹۹+ ۶۴/۹۰۰۰	۰/۹۳۹	۰/۲۳۲

جدول ۴: نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس‌ها

متغیرها	سطح معنی داری
هوش هیجانی	۰/۱۴۹
هراس اجتماعی	۰/۵۰۹
احساس محبوبیت	۰/۴۴۲

با توجه به توزیع نرمال داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیونی، برای تحلیل داده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده گردید.

۴-۴- آزمون فرضیه‌ها

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش آزمون، در گروه آزمایش و گواه

آزمون	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
هراس	پیش آزمون	۵۹۶/۶۱۰	۱	۵۹۶/۶۱۰	۱۳۹/۹۴۳	۰/۰۱	۰/۷۹۱
اجتماعی	گروه	۹۹۶/۱۴۶	۱	۹۹۶/۱۴۶	۲۳۴/۱۲۸	۰/۰۱	۰/۸۶۴
	خطا	۱۵۷/۷۴۰	۳۷	۱۵۶/۷۴۰			
احساس	پیش آزمون	۹۸۳/۰۶۰	۱	۹۸۳/۰۶۰	۲۸۶/۵۳۹	۰/۰۱	۰/۸۸
محبوبیت	گروه	۵۵۰/۶۰۸	۱	۷۵۰/۶۰۸	۲۱۸/۷۸۵	۰/۰۱	۰/۸۵
	خطا	۱۲۶/۹۴۰	۳۷	۱۲۶/۹۴۰			

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری (جدول ۵) نشان می‌دهد، میزان تأثیر ۸۶ درصد بود. بدین معنا که ۸۶ درصد از تفاوت‌های فردی در هراس اجتماعی به خاطر تفاوت در پرخاشگری به خاطر تفاوت در میزان هوش هیجانی (تأثیر درمان) است. به عبارتی، کارمندانی که آموزش هوش هیجانی دریافت کرده بودند در پس آزمون هراس اجتماعی نسبت به گروه کنترل نمراتشان کاهش قابل توجه و معنی داری یافته بود. از این رو می‌توان مطرح کرد که آموزش هوش هیجانی به طور معنی داری منجر به کاهش هراس اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج جدول ۵ همچنین نشان می‌دهد که با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش (کمکی)، آموزش هوش هیجانی، منجر به تفاوت معنی دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر احساس محبوبیت شده است. میزان تأثیر برای این متغیر ۸۵ درصد بود. بدین معنا که ۸۵ درصد از تفاوت‌های فردی در متغیر احساس محبوبیت به خاطر تفاوت در میزان هوش هیجانی است. به عبارتی، کارمندانی که آموزش هوش هیجانی دریافت کرده بودند در پس آزمون احساس محبوبیت نسبت به گروه کنترل نمراتشان افزایش قابل توجه و معنی داری یافته بود. از این رو، می‌توان مطرح کرد که آموزش هوش هیجانی منجر به افزایش میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در متغیر احساس محبوبیت نسبت به گروه کنترل شده است.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

زندگی در دنیای امروز نیازمند استفاده از توانمندی‌هایی است که بر تصمیم‌گیری فرد در مقابل رویدادها و حوادث مختلف تأثیر می‌گذارد. توانمندی‌های افراد را می‌توان در حیطه‌های جسمی، شناختی، عاطفی و هیجانی طبقه‌بندی کرد. هر یک از این توانمندی‌ها تأثیر بسیار شگرفی بر زندگی و آینده فرد دارند. بررسی اسناد پژوهشی نشان داد تاکنون در کشورمان پژوهشی به‌طور مستقیم در زمینه تأثیر آموزش هوش هیجانی بر هراس اجتماعی و احساس محبوبیت زنان کارمند انجام نشده است؛ بنابراین در این مطالعه با توجه به اهمیت هراس اجتماعی و احساس محبوبیت و با تأکید بر آموزش هوش هیجانی، اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر هراس اجتماعی و احساس محبوبیت زنان کارمند بررسی شد. یافته‌های پژوهش انجام‌گرفته عبارت بود از اینکه آموزش هوش هیجانی تأثیر مثبت و معناداری بر ابعاد هراس اجتماعی شامل ترس، اجتناب و ناراحتی‌های فیزیولوژیکی داشته و سبب بهبود این متغیر و ابعاد آن شده است. به عبارتی، همکارانی که آموزش هوش هیجانی دریافت کرده بودند در پس‌آزمون هراس اجتماعی نسبت به گروه کنترل نمراتشان کاهش قابل توجه و معنی‌داری یافته بود که این امر حاکی از این است که آموزش هوش هیجانی بر هراس اجتماعی به‌طور معنی‌داری مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده توسط مزینانی و همکاران (۱۴۰۱)، بخشی و همکاران (۱۴۰۰)، فتحی و همکاران (۱۳۹۹)، رضایی و همکاران (۱۳۹۹)، باستانی (۱۳۹۶)، صفی‌خان‌قلی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، کرمی و همکاران (۱۳۹۱)، همسو بوده و مطابقت دارد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد بین کارمندانی که هوش هیجانی را آموزش دیده‌اند (گروه آزمایش) و کارمندانی که آموزش ندیده‌اند (گروه کنترل) از لحاظ میزان احساس محبوبیت تفاوت معنادار وجود دارد؛ به این معنی که آموزش هوش هیجانی باعث افزایش میزان احساس محبوبیت در گروه آزمایش شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط سرباز وطن و همکاران (۱۴۰۰)، صفری (۱۳۹۹)، قلی‌پور و همکاران (۱۳۹۷)، دهقانی و همکاران (۱۳۹۶)، قادرآبادی و همکاران (۱۳۹۶)، نوری و همکاران (۱۳۹۵)، پاشا و همکاران (۱۳۹۶)، محمودی و همکاران (۱۳۹۳)، موسوی (۱۳۹۱)، الصغیر (۲۰۲۰)، آبی‌آتور (۲۰۱۸)، لیبرتی و کیدا (۲۰۱۷)، لطیف و همکاران (۲۰۱۷) همسو بوده و مطابقت دارد.

این پژوهش، فقط بر روی کارمندان خانم متأهل اجرا شده که در حوزه آموزشی مشغول به فعالیت بودند و با توجه به اینکه، تعداد نمونه این پژوهش ۴۰ نفر و تنها از منطقه زهک بوده و اکثریت خانواده‌ها با سطح اقتصادی متوسط و متوسط به بالا بودند؛ لذا، در تعمیم نتایج یافته‌های پژوهش به جامعه کارمندان آموزش‌وپرورش، بایستی این شرایط را لحاظ و جنب احتیاط را رعایت کرد، همچنین در این پژوهش، متغیر «خدمت در روستا یا شهر» کنترل نگردیده بود و از این‌رو، جزء محدودیت‌های پژوهش حاضر به حساب می‌آیند. بر اساس نتایج جلسات، به نظر می‌رسد آموزش راهکارهای این رویکرد برای ترمیم آسیب‌های ناشی از هراس اجتماعی و کمبود میزان محبوبیت در بین خویشاوندان نیز مؤثر باشد؛ بنابراین انجام پژوهش‌های مستقل در این زمینه می‌تواند برای ادعای مستقل و محکم در این خصوص کمک‌کننده باشد. از آنجایی که میزان هوش هیجانی بر روابط فرد با فرزندان و همسر نیز توجه دارد، بنابراین می‌تواند در کمک به تعارضاتی که مابین آن‌ها به وجود می‌آید، مؤثر باشد. لذا خلأ نبود پژوهشی در این خصوص احساس می‌شود. به محققان پیشنهاد می‌شود، در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر هراس اجتماعی و احساس محبوبیت دیگر ارگان‌ها بپردازند. به محققان پیشنهاد می‌شود، در پژوهشی به مقایسه تأثیر آموزش هوش هیجانی بر میزان هراس اجتماعی و احساس محبوبیت بین زنان و مردان بپردازند. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مورد افرادی که مشغول تدریس در رشته‌های مشابه هستند، صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، سطح اقتصادی - اجتماعی کارمندان و نیز تعداد فرزندان به‌عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده در نظر گرفته شود.

۶- منابع

- ۱- احمدی، حبیب؛ و دهقانی، رودابه (۱۳۹۴). آراء و اندیشه‌های اولریش بک (نظریه پرداز جامعه مخاطره آمیز). فصلنامه توسعه اجتماعی. توسعه انسانی سابق، ۱۰(۲). doi:10.22055/qjsd.2016.11946
- ۲- باستانی، لیلان (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اضطراب اجتماعی و سلامت روانی نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور. واحد تهران جنوب.
- ۳- بخشی، رقیه؛ و صدیقی ارفعی، فریبرز (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش هوش هیجانی با میانجی‌گری خودکارآمدی اجتماعی بر اضطراب اجتماعی و کمال‌گرایی دانش آموزان دختر. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۴۳(۱).
- doi:10.22111/jeps.2021.6477
- ۴- برخوردار، معصومه؛ رستم بیگی، پرینسا؛ و قاسم‌نژاد سیده، مدینه (۱۳۹۴). سنجش میزان هوش هیجانی دانشجویان پرستاری. پژوهش پرستاری، ۱۰(۴)، ۱۹-۱۲.
- ۵- پاشا، رضا؛ گل شکوه، فرزانه (۱۳۹۶). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری و سازگاری اجتماعی، عاطفی دانش آموزان دارای اختلالات هیجانی و رفتاری. مجله مطالعات ناتوانی، ۷(۰).
- doi:10.22055/qjsd.2016.11946
- ۶- جلیلی، مریم (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش هوش هیجانی در کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان. چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان.
- ۷- خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ چایچی طهرانی، نازگل؛ و ثناگو، اکرم (۱۳۹۸). ارتباط هوش معنوی و هوش هیجانی با شفقت به خود دانشجویان دختر رشته پرستاری. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۹، ۵۳-۴۴.
- ۸- دهقانی سلطانی، مهدی؛ شیر، اردشیر؛ فرجی، الهام؛ و فارسی زاده، حسین (۱۳۹۶). تأثیر هوش هیجانی بر عملکرد کارکنان در صنعت هتلداری: نقش میانجی استراتژی‌های بازیگری و فرسودگی هیجانی. نشریه مطالعات مدیریت گردشگری، ۱۲(۰).
- doi:10.22054/tms.2017.13389.1376
- ۹- رضایی، محسن؛ فرهادی، علی؛ و گودرزی، کوروش (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر عزت‌نفس و اختلال هراس اجتماعی کارمندان. فصل‌نامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۳(۱).
- ۱۰- رضایی فر، مریم؛ نیکنامی، مهرداد؛ آزادیان، مرضیه؛ و صاحب‌الزمانی، محمد (۱۳۹۹). مقایسه آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی دانشجویان گروه‌های علوم پزشکی و غیرپزشکی. مجله توسعه آموزش جندی‌شاپور. فصلنامه‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی، ۱۱(۱). doi:10.22118/edc.2020.104056
- ۱۱- سرباز وطن، ژاله؛ نجف زاده، محمدرحیم؛ جنانی، حمید؛ و برقی مقدم، جعفر (۱۴۰۰). تدوین مدل سلامت عملکرد شغلی معلمان تربیت‌بدنی مبتنی بر مدیریت استعداد و هوش هیجانی. مجله تصویر سلامت، ۱۲(۴).
- ۱۲- صفری، محمود (۱۳۹۹). بازتاب هوش عاطفی در عملکرد شغلی معلمان منطقه ۱۵ تهران. توسعه حرفه‌ای معلم، ۱۳۹۹؛ ۵(۱)، ۷۷-۸۶.
- doi:10.22055/qjsd.2016.11946
- ۱۳- صفی خان قلی زاده، سیما؛ مریدی، حدیث؛ آبیاری، ذوالفقار؛ زمانی، نرگس (۱۳۹۶). آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر بر اضطراب و هراس اجتماعی دانشجویان. مجله پژوهش سلامت، ۲(۴).

- ۱۴- صفی‌خانی، فریده؛ اولی پور، علیرضا؛ بیت سیاح، کریم؛ و ثابت ایمانی، محبوبه (۱۳۹۰). بررسی هوش هیجانی در دانشجویان رشته مدارک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز. توسعه‌ی آموزش جندی‌شاپور.
- ۱۵- فتیحی آشتیانی، علی (۱۳۹۸). آزمون‌های روان‌شناختی. تهران: بعثت، چاپ پانزدهم.
- ۱۶- فتیحی، آیت‌الله؛ محمدی، شروین؛ و بازدار، صیاد (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری و سازگاری فردی و اجتماعی دانش آموزان. نشریه علمی آموزش و ارزشیابی، شماره ۵۰.
- doi:10.30495/jinev.2020.1890613.2099**
- ۱۷- فرحبخش، سعید؛ و یوسفوند، کبری (۱۳۹۷). تبیین رابطه‌ی سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی کاری اعضای هیئت علمی دانشگاه با میانجی‌گری محبوبیت اجتماعی. فصلنامه علمی-پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۹(۳).
- ۱۸- فرنوش، فاضل؛ خدادادی، مجتبی؛ و نوحی، شهناز (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر فن‌آوری واقعیت مجازی و ذهن آگاهی - پذیرش بر کانون توجه و نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران، ۳۰، (۳) ۲۹۹-۳۱۲.
- doi:10.22075/jep.2019.17390.1642**
- ۱۹- قادرآبادی، زینب؛ امیرکبیری، علیرضا؛ ربیعی مندجین، محمدرضا (۱۳۹۶). رابطه‌ی هوش هیجانی و عملکرد شغلی کارکنان در بیمارستان شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پی‌اورد سلامت، ۱۱(۴)، ۴۷۸-۴۶۹.
- ۲۰- قرائی پور، رضا؛ و آل ابراهیم، الهام (۱۳۹۳). مدیریت استعداد و نقش آن در بهبود عملکرد فردی و سازمانی. نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روان‌شناسی، مرودشت.
- ۲۱- قلی پور، رحمت‌اله؛ و خزایی محمود (۱۳۹۷). مطالعه تأثیر ادراک استراتژی مدیریت استعداد بر عملکرد شغلی کارکنان با نقش میانجیگری هوش عاطفی. مطالعات مدیریت بهبود و تحول.
- ۲۲- قلی زاده تهرانی، ندا؛ نوریان، محمد؛ و شاه‌محمدی، نیره (۱۳۹۶). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر ارتقای هوش هیجانی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی در سال ۹۴-۱۳۹۳. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی.
- ۲۳- کرمی، جهانگیر؛ حیدری شرف، پریرسا؛ و شفیع، بهناز (۱۳۹۴). رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی با هراس اجتماعی در دانش آموزان آسیب‌دیده بینایی و آسیب‌دیده شنوایی. مجله تعلیم و تربیت استثنایی، ۱(۰).
- ۲۴- کیانی، آرزو؛ کیانی، سحر؛ مختاری، رضا؛ شیرمحمدی، نسیم (۱۳۹۷). بررسی رابطه رفتارهای استرس‌زا با تنظیم هیجانی، هوش هیجانی و خلاقیت هیجانی در دانشجویان. مجله پرستاری و مامایی، ۱۶(۳)، ۱۸۷-۱۷۷.
- ۲۵- محمودی، عمر؛ و درخشانی، امید (۱۳۹۳). نقش هوش عاطفی (هوش اجتماعی) و مؤلفه‌های آن در عملکرد شغلی کارکنان. همایش بین‌المللی مدیریت، تهران.
- ۲۶- مرادی، علی؛ محمدی فر، نجات (۱۳۹۹). نقش شبکه‌های اجتماعی در شکل‌گیری هراس اجتماعی و تغییر سبک زندگی ناشی از ویروس کرونا، نشریه علمی انتظام اجتماعی، ۲(۱).
- ۲۷- مزینانی، فرزانه؛ کوچک انتطار، رویا؛ نوری، ابوالقاسم؛ و صالحی، مهدیه (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی روش‌های آموزش ذهن آگاهی و هوش هیجانی بر تنیدگی شغلی، تعارض کار- خانواده و روان‌درستی. ماهنامه علوم روان‌شناختی، ۲۱(۱۰۹).
- doi:10.52547/JPS.21.109.187**
- ۲۸- معدن دار آرنی، عباس؛ و پاریاد، رحمان (۱۳۹۰). بررسی رابطه محبوبیت اجتماعی اعضای هیئت‌علمی با ارزشیابی دانشجویان از آنان در دانشگاه لرستان. دو فصلنامه انجمن آموزش عالی ایران، سال سوم، ۳(۱).
- ۲۹- موسوی، سید ابراهیم (۱۳۹۱). رابطه هوش هیجانی و هوش سازمانی با خلاقیت شغلی کارکنان منطقه یک دانشگاه آزاد اسلامی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

- ۳۰- نادری ده شیخ، معصومه؛ و برنا، معصومه (۱۳۹۹). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر اضطراب اجتماعی، سازگاری اجتماعی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. روانشناسی اجتماعی بهار، ۵۴(۱)، ۱۳۵-۱۲۵.
- ۳۱- نوری، نرگس؛ معینی، بابک؛ قلعه ایها، علی؛ فردمال، جواد؛ و ضاربان، ایرج (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر مبنای تئوری حمایت اجتماعی در کاهش استرس درک شده و ارتقاء مهارت‌های ارتباطی دانش آموزان پسر مقطع دبیرستان شهر همدان. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۳(۴).
- 32- Abe, K., Niwa, M., Fujisaki, K., & Suzuki, Y. (2018). Associations between emotional intelligence, empathy and personality in Japanese medical students. *BMC medical education*, 18, 1-9. doi:10.1186/s12909-018-1165-7
- 33- Aung, M. K., & Moe, S. A. K. (2020). Emotional Intelligence and Social Anxiety of Undergraduate Students from Sagaing university of education. *J. Myanmar Acad. Arts Sci. 2020 Vol. XVIII*, (9B).
- 34- Alsughayir, A. (2021). The effect of emotional intelligence on organizational commitment: Understanding the mediating role of job satisfaction. *Management Science Letters*, 11(4), 1309-1316. doi:10.5267/j.msl.2020.11.008.
- 35- Bar-on R, & parker, D, A, 2000, the hand book of emotional intelligence: Bass. Sanfrancisco.
- 36- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) 1. *Psicothema*, 13-25.
- 37- Bar-On, R. (1997). Bar-on Emotional Quotient Inventory. Toronto: Multi Health System Inc.
- 38- Bar-On, R., Parker, J.D.A. (2000). The Hand Book of Emotional Intelligence. Sanfrancisco California, Jossey Boss.
- 39- Boussiakou, L. G., & Boussiakou, I. (2008). Student development using emotional intelligence.
- 40- Bucich, M., & MacCann, C. (2019). Emotional intelligence and day-to-day emotion regulation processes: Examining motives for social sharing. *Personality and individual differences*, 137, 22-26. doi:10.1016/j.paid.2018.08.002
- 41- Bui, E., Anderson, E., Goetter, E. M., Campbell, A. A., Fischer, L. E., Barrett, L. F., & Simon, N. M, 2017, Heightened sensitivity to emotional expressions in generalized anxiety disorder, compared to vsocial anxiety disorder, and controls. *Cognition and Emotion*, 31(1), 119-126. doi:10.1080/02699931.2015.1087973
- 42- Gemma Cherry M, Fletcher I, O'Sullivan H, 2014, What impact do structured educational sessions to increase emotional intelligence have on medical students BEME Guide, No 17.11-19. doi:10.3109/0142159X.2011.614293
- 43- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
- 44- Goleman, D, 1999, Emotional Intelligence. Translated by Nasrin Parsa in 2010. Tehran. Roshd Publication.
- 45- Goleman, D. Boyatzis, R.E., & Rhee, k, 1999, Clustering competence in emotional intelligence insights from the emotional competence inventory. (ECI). https://www.eiconsortium.org/pdf/eci_acticle.pdf
- 46- Irfan, M., Saleem, U., Sethi, M. R., & Abdullah, A. S. (2018). Do we need to care: emotional intelligence and empathy of medical and dental students. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 31(1), 76-81.
- 47- Latif, H., Majoka, M. I., & Khan, M. I. (2017). Emotional intelligence and job performance of high school female teachers. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 32(2).
- 48- Liberty, S., & Kida, M. I. (2017). The effect of emotional intelligence on employees performance. *Review of Public Administration and Management*, 6(12), 22-32.
- 49- Magnano, P., Craparo, G., & Paolillo, A, 2016, Resilience and emotional intelligence: which role in achievement motivation. *International Journal of Psychological Research (INT.J.Psychological.Res)*, 9 (0), 9-81.
- 50- Morón, M., & Biulik-Morón, M. (2021). Trait emotional intelligence and emotional experiences during the COVID-19 pandemic outbreak in Poland: A daily diary study. *Personality and individual differences*, 168, 110348. doi:10.1016/j.paid.2020.110348
- 51- Pasha R, Golshekoh F, 2017, Effect of emotional intelligence training on aggression and social adjustment on students with behavioral and emotional disorders, MEJDS, vol. 4,2349-3429. <https://jdisabilstud.org/article-1-711-en.pdf>
- 52- Sundararajan, S., & Gopichandran, V. (2018). Emotional intelligence among medical students: a mixed methods study from Chennai, India. *BMC medical education*, 18, 1-9. doi:10.1186/s12909-018-1213-3
- 53- Rezaee, M., Farhadi, A., & Goodarzi, K. (2020). Comparison the Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy and Social Skills Training on Self-Esteem and Social Phobia Disorder. *Yafteh*, 22(3).
- 54- Otor, J. (2018). The Effect of Emotional Intelligence on Teachers Performance in Secondary Schools in Benue State, Nigeria. doi:10.1371/journal.0816605.
- 55- Zimbardo, P. G., & White, G. (1972). Stanford Prison experiment slide-tape show.
- 56- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics*, 24(4), 617-641. doi:10.1016/S0193-953X(05)70254-9

- 57- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396. doi:10.1016/S0005-7967(03)00147-5

The Impact of Emotional Intelligence Training on Social Phobia and the Feeling of Popularity in Female Employees

Samieh Nakhaei*¹, Kouros Fathi², Fatemeh Fathi³

1-Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Zabol Branch, Islamic Azad University, Zabol, Iran. (Corresponding Author)

Fathi.fatemeh77@gmail.com

2- Ph.D. in Educational Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Zabol Branch, Islamic Azad University, Zabol, Iran.

korosh_fathi@yahoo.com

3- Master's Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Zabol Branch, Islamic Azad University, Zabol, Iran.

Nakhaeisamin@gmail.com

Abstract

The purpose of this study was to examine the impact of emotional intelligence training on social phobia and the feeling of popularity in female employees. This study was conducted as quasi-experimental research with a pre-test, post-test design including a control group. The statistical population of the study included all female employees of the Education Department in Zahak County during the 2021-2022 academic year. A sample of 40 individuals was selected using purposive cluster sampling and randomly assigned to the experimental group (20 participants) and the control group (20 participants). Both groups completed the Bar-On Emotional Intelligence Questionnaire, the Connor Social Phobia Questionnaire, and the Arani and Pariad Popularity Feeling Questionnaire in both the pre-test and post-test phases. During the intervention, the experimental group underwent eight 90-minute sessions of emotional intelligence training, conducted twice a week. Data analysis revealed that emotional intelligence training significantly reduced the mean social phobia scores and increased the mean popularity scores in the experimental group compared to the control group. Based on the results, it can be concluded that emotional intelligence training is effective in enhancing the feeling of popularity and reducing social phobia in female employees.

Keywords: Emotional Intelligence Training, Social Phobia, Feeling of Popularity, Female Employees.



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

(CC BY 4.0)

مقایسه استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در زنان مبتلا به دیابت نوع یک و دو

فاطمه محمدی¹، هادی اکبری‌نژاد^{2*}، پریا فاروقی³

- 1- دانشجوی ارشد روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران.
sahel.javadi@yahoo.com
- 2- استادیار گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
hadiakbarinejhad@yahoo.com
- 3- استادیار گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران.
p.faroughi@ucna.ac.ir

تاریخ پذیرش: [1403/5/24]

تاریخ دریافت: [1403/2/13]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو بود. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو شهر تبریز در سال 1402 بود که عضو انجمن دیابت این شهر بودند تشکیل دادند. نمونه آماری شامل 100 نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو؛ (50 نفر) زنان مبتلا به دیابت نوع یک و (50 نفر) زنان مبتلا به دیابت نوع دو بودند. به‌منظور مقایسه با گروه هدف، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با استفاده از پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن (1983)، احساس انسجام فلسنبرگ (2006) و تبعیت از درمان بیماری‌های مزمن مدانلو (1392) مورد آزمون قرار گرفتند. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل فرضیه‌ها نشان‌دهنده این بود که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از نظر استرس ادراک‌شده و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده) ($p > 0/05$)، احساس انسجام و مؤلفه‌های آن (فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری) ($p > 0/05$) و پایبندی به درمان و مؤلفه‌های آن (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) ($p > 0/05$) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت میزان استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در هر دو گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو به یک اندازه است.

واژه‌های کلیدی: استرس ادراک‌شده، احساس انسجام، پایبندی به درمان، دیابت نوع یک و دو.

1- مقدمه

دیابت یک سندرم مزمن وابسته به سوخت‌وساز¹ بدن و شایع‌ترین اختلال اندوکراین² است که اوج شیوع آن بین 10 تا 15 سالگی است و در 75 درصد مواقع قبل از 18 سالگی تشخیص داده می‌شود و میزان آن در زنان بیش از مردان است (Kliegman & Geme, 2020). متأسفانه با وجود پیشرفت‌های علوم پزشکی، شیوع دیابت نه تنها کاهش نیافته، بلکه روز به روز در حال افزایش است (Bloomgarden & Rapaport, 2023). پیش‌بینی می‌شود میزان بروز و شیوع دیابت در سطح جهانی تا سال 2025 به ترتیب به 26/6 میلیون و 570/9 میلیون نفر برسد (Lin, Xu, Pan, Xu, Ding, Sun & et al, 2020). احتمال داده می‌شود که در ایران بین 5 تا 7 میلیون بیمار مبتلا به دیابت وجود داشته باشد (افشار، معماریان، محمدی و کفایی، 1394). به لحاظ سبب‌شناختی، دو نوع متمایز دیابت وجود دارد، دیابت نوع یک³ و دیابت نوع دو⁴ (Bloomgarden & Rapaport, 2023). دیابت نوع 1 یا دیابت قندی وابسته به انسولین⁵ یک اختلال مربوط به سوخت‌وساز است که ویژگی اصلی آن عدم تولید و ترشح انسولین است. علت ایجاد آن یک اختلال خودایمنی⁶ در سلول‌های بنای جزایر لانگرهانس⁷ لوزالمعده⁸ است. دیابت نوع 1 در سنین کمتر از 40 سالگی در افراد اتفاق می‌افتد (D'Souza, Empringham, Pechlivanoglou, Uleryk, Cohen & Shulman, 2023). دیابت نوع 2 یا دیابت غیر وابسته به انسولین بیشتر در افراد بالای 30 سال دیده می‌شود. در این نوع دیابت، انسولین تولیدشده از لوزالمعده به‌خوبی عمل نمی‌کند؛ در واقع یا لوزالمعده به اندازه کافی انسولین ترشح نمی‌کند و یا انسولین ترشح‌شده فاقد کارایی لازم برای بدن است (Pillai, Has, Quintos, Gonzalez, Kasper, Topor & et al, 2023). دیابت نوع 2 به دلیل فرآیندهایی که در بدن بیمار ایجاد شده است، به مراتب پیچیده‌تر از دیابت نوع 1 است (Pugh & Beverly, 2023). دیابت، علاوه بر عوارض جسمانی برای مبتلایان، نظیر اختلالات بینایی مانند تاری دید، تکرر ادرار، گرسنگی و تشنگی شدید، کاهش وزن بی‌دلیل، شب ادراری، ضعف و خستگی (در دیابت نوع 1)، (Longendyke, Grundman & Majidi, 2024)؛ و تشنگی و خشکی دهان، کاهش وزن بی‌دلیل، تاری دید، احساس گرسنگی و تشنگی بیش‌ازحد، بی‌حسی در پاها و مورمور شدن دست‌ها، مشکلات کلیوی، تکرر ادرار، طولانی شدن روند ترمیم زخم‌ها، بیماری‌های لته (در دیابت نوع 2) (ElSayed, Aleppo, Aroda, Bannuru, Brown, Bruemmer & et al, 2023). آن‌ها را درگیر مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی (رامش، علیزاده مقدم، صفری و فیضی، 1397)، استرس ادراک‌شده⁹ (منصوری، شهدادی، عارفی و شهرکی واحد، 1395)، کاهش احساس انسجام¹⁰ (Ramos-Valle, García-Cortés & Dichi-Romero, 2023) و کاهش پایبندی به درمان¹¹ می‌کند که این موارد نهایتاً منجر به کاهش کیفیت زندگی مبتلایان می‌شود (Gupta, Kapoor & Sood, 2021).

استرس واکنش در مقابل یک تهدید ادراک شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و سازگاری‌های فیزیولوژیک می‌شود (فروزان‌فر، جبل عاملی، سلطانی‌زاده، امامی و انصاری شهیدی، 1403). واکنش‌های فیزیولوژیک مذکور مستلزم درگیری وسیع سیستم عصبی خودکار و سایر قسمت‌های ارگانیزم از جمله غدد داخلی و سیستم ایمنی است. البته وجود سطحی بهینه از استرس و تنش برای اقدام به فعالیت لازم است ولی اگر میزان تنش از حدی فراتر رود طوری که انسان فرصت کافی برای ایجاد تعادل و توازن نداشته باشد، دچار تحلیل قوا شده و عوارض استرس را تجربه خواهد کرد. استرس شدید یا طولانی می‌تواند منجر به شروع، تشدید و تداوم بسیاری از کسالت‌های روانی و جسمانی گردد (Jiang, Jiang, Yue, Li, Sun, Chen & et al, 2023). مفهوم استرس ادراک‌شده برگرفته از نظریه لازاروس و فالکمن¹² (1984) درباره نقش ارزیابی در فرآیند استرس است که به‌وسیله تفسیر یک رویداد به‌عنوان رویدادی ایجاد می‌شود که فشاری را بر فرد تحمیل می‌کند. ادراک و تفسیر کلی فرد از تأثیرپذیری در مقابل استرس‌ها، استرس ادراک‌شده فرد است (Feng, Xu & Lei, 2023). افراد یک عامل استرس‌زای مشابه را به شکل‌های مختلف ادراک و تفسیر می‌کنند، عوامل مختلفی می‌توانند در شکل‌گیری استرس ادراک‌شده و تفسیری که فرد از میزان استرس دارد نقش داشته باشد (Feng & et al, 2023). نتیجه بررسی (Karpha, Biswas, Nath, Dhali, Sarkhel & Dhali, 2022) نشان می‌دهد که استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از استرس افراد غیر مبتلا است و این امر سبب افزایش قند خون می‌شود. یکی از متغیرهای مهم دیگر که بررسی آن در بیماران مبتلا به دیابت اهمیت دارد، احساس انسجام است.

1 Metabolic

2 endocrine

3 type 1 diabetes

4 type 2 diabetes

5 insulin

6 autoimmune

7 islets of langerhans

8 pancreas

9 perceived Stress

10 sense of coherence

11 adherence to treatment

12 Lazarus & Folkman

احساس انسجام به توانایی فرد در تشخیص استرس‌سورهای زندگی و سپس بهره‌برداری کارآمد از منابع مقابله‌ای هماهنگ با استرسورها و حفظ سلامتی اطلاق می‌شود (Kazmierczak, Gebuza, Czajkowska, Bannach, Gierszewska, Dombrowska-Pali & et al, 2019). احساس انسجام روانی بیان می‌کند که فرد تا چه حد دارای احساس اطمینان فراگیر، با ثبات و پویاست تا محرک‌های درونی و بیرونی را در طول زندگی، ساختاریافته، قابل پیش‌بینی و شفاف بداند و منابع لازم را برای مواجهه با این محرک‌ها در اختیار بگیرد و در نهایت این مطالبات برآمده از محرک‌ها را چالش‌هایی ارزشمند بداند که ارزش صرف انرژی و زمان را دارد (Krok & Kleszczewska-Albańska, 2019). موریس و هاگر¹ (2022) در پژوهشی نشان دادند که بین احساس انسجام روانی و سلامت جسمانی رابطه وجود دارد. نتیجه بررسی خان‌محمدی، عباسی و رحمانی جوانمرد (1396) نشان می‌دهد که احساس انسجام افراد مبتلا به دیابت کمتر از افراد سالم است و این امر بر افزایش قند خون تأثیرگذار است. متغیر مهم دیگری که بررسی آن در بیماران مبتلا به دیابت اهمیت دارد، پایبندی به درمان است.

پایبندی به درمان یکی از مهم‌ترین موضوعات در زمینه بیماری‌های جسمی و روانی و به معنای نادیده نگرفتن دستورات پزشک است (Bosworth, Fortmann, Kuntz, Zullig, Mendys, Safford & et al, 2017). مهم‌ترین دلیل افزایش عوارض و مرگومیر در بیماران دیابتی، عدم خود-مدیریتی و پایبندی به درمان (شامل رژیم غذایی مناسب، مصرف به موقع داروها، نظارت بر گلوکز² خون، فعالیت بدنی منظم و مراقبت از پا) است (Świątoniowska-Lonc, Tański, Polański, Jankowska-Polańska & Mazur, 2021). عدم پایبندی به درمان، علاوه بر تحمیل عوارض بی‌شمار بر سلامتی، می‌تواند اثرات اقتصادی منفی قابل‌توجهی (هزینه‌های درمانی ناشی از بستری شدن مجدد، غیبت از محل کار، درمان طولانی‌مدت عوارض شدید فزاینده و در نهایت مرگ) نیز به دنبال داشته باشد (Bosworth & et al, 2017). از این رو باید عنوان داشت که کنترل دیابت مستلزم مشارکت فعالانه بیماران در انجام رفتارهای پایبندی به درمان از جمله رژیم غذایی، فعالیت بدنی و مصرف داروها است (Leon, Namadingo, Bobrow, 2021). نتیجه مطالعه (Cooper, Crampin, Pauly & et al, 2020). حاکی از این است که پایبندی به درمان ممکن است منجر به پیامدهای بهتر کنترل قند خون شود.

ابتلا به عوارض مزمن بیماری دیابت، کاهش امید به زندگی و مرگومیر ناشی از آن، بار اقتصادی زیادی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند و کیفیت زندگی فرد و خانواده را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (Gupta & et al, 2021). این بیماری با علائم آزاردهنده و نگاه منفی جامعه که با برجسب زدن به فرد مبتلا همراه است، هویت افراد را تهدید می‌کند و بر بروز احساسات منفی آن‌ها می‌افزاید (Dickinson, 2017). مقوله بررسی و پرداختن به استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت به این دلیل حائز اهمیت است که در صورت توجه به آن‌ها می‌توان مانع ناامیدی، کاهش انگیزه، کاهش فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی مبتلایان شد و از این رو در ابعاد عمیق‌تر، بر توسعه اقتصادی- اجتماعی یک کشور تأثیر گذاشت. همچنین، شناخت مشکلات روان‌شناختی این بیماران نظیر استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان و تلاش برای رفع این مشکلات با توجه به هزینه‌های بالایی که برای افراد و جامعه دارد از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. با توجه به مطالبی که به آن‌ها اشاره شد پژوهش حاضر درصدد بود تا این امر مهم را مورد بررسی و مطالعه قرار دهد؛ بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این بود: آیا استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو متفاوت است؟

2- مرور مبانی نظری و پیشینه

دیدگاه لازاروس: بر اساس دیدگاه لازاروس این‌که رخداد‌های زندگی چگونه ارزیابی می‌شود عامل مهمی است که تعیین می‌کند این رخدادها باعث تنیدگی خواهند شد یا خیر و تفسیر رویدادهای تنیدگی‌زا، از خود رویدادها مهم‌تر است. لازاروس و همکارانش در الگوی تعاملی تنیدگی، چهارچوب جامعی برای تنیدگی فراهم آوردند. طبق الگوی تعاملی لازاروس و فولکمن، چگونگی ارزیابی و نحوه تفسیرها از حوادث می‌تواند واکنش‌های هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای ما را تحت تأثیر قرار دهد. در حقیقت افراد به موقعیت‌ها یا شرایط زندگی بر مبنای معنایی که این موقعیت‌ها برای آن‌ها دارد واکنش نشان می‌دهند. بعد اصلی تنیدگی، چگونگی ادراک فرد از تنیدگی است و موقعیت‌ها ذاتاً تنیدگی‌زا نیستند. نظریه پردازش اطلاعات: این نظریه تمایز بین تنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک را ممکن می‌سازد. در نظریه پردازش اطلاعات³، بر چگونگی تفسیر محرک‌ها به‌عنوان عامل تنش تأکید شده است. بر این اساس، این نظریه بر ارزیابی شناختی و توجه انتخابی تأکید دارد. از این دیدگاه تصمیم فرد در مورد این‌که کدام محرک‌ها باید در حافظه کوتاه‌مدت پردازش شوند یا مورد فراموشی و غفلت قرار گیرند نیز در بروز و تشدید استرس نقش دارد. دیدگاه پردازش اطلاعات ساختارهای حافظه بلندمدت را نیز مورد توجه قرار داده است. چراکه آمادگی شناختی فرد به او اجازه می‌دهد که تفسیرش از مجموعه‌ای از محرک‌ها خوشایند یا ناخوشایند باشد. با افزایش ارزیابی‌های مشخص از محرک‌ها به منزله منابع تنش، فشار بیشتری بر سیستم وارد می‌شود. به‌طور کلی، فشار بیشتر بار اطلاعاتی بیشتری روی جریانات زیستی و شناختی فرد

² Moyers & Hagger

² glucose

³ information processing theory

به همراه دارد. بر اساس این نظریه، منابع تنش دو نوع‌اند: پیش‌بینی خطر یا درد جسمانی و پیچیدگی محرک که مستلزم ارائه پاسخ‌های پیچیده است (خدایاری فرد و پرند، 1391).

مدل بهینه‌سازی احساس انسجام: بر اساس مدل بهینه‌سازی انسجام، شناخت هر فرد به عناصری که در ارتباط با یکدیگرند تقسیم می‌شود و این عناصر بر اساس این‌که ارتباطات مطلوب پدید آید، به گروه‌های پذیرفته‌شده یا پذیرفته‌نشده تقسیم می‌گردد. ارتباط میان دو عنصر ممکن است مثبت یا منفی باشد. اگر آن دو عنصر با یکدیگر مطابقت داشته باشند (ارتباط بین آن‌ها مثبت، سازنده، تسهیل‌گر و تبیینی باشد) ارتباط مثبت خواهد بود و اگر در تعارض با یکدیگر باشند، یعنی ارتباط آن‌ها منفی، ناسازگارانه و غیر قابل تطبیق باشند) ارتباط منفی خواهد بود. شبکه ارتباطات مطلوب هنگامی مورد استفاده قرار می‌گیرد که هدف، رسیدن به حداکثر وحدت و یکپارچگی بهینه باشد (Krok, 2020). این شبکه‌ها در روان‌شناسی برای مدل‌سازی‌های مختلف شناختی و فرآیندهای جامعه‌شناختی- روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. درون این شبکه ارتباطات، یک واحد ساده وجود دارد که عملکرد آن همانند یک سلول عصبی است که با سه خصیصه اصلی شناسایی می‌شود: دسته درون‌دادها (فعال‌سازی از واحدهای دیگر منتقل می‌شود و شدت آن به اهمیت ارتباط بستگی دارد)، عملکرد فعال‌سازی (درون‌دادها چگونه پردازش می‌شوند) و فعال‌سازی (برآیند عملکرد فعال‌سازی روی درون‌دادها). هرچه توانایی تحمیل منفی بیشتر باشد، احتمال این‌که ارتباط منفی باشد بیشتر است و وزن ارتباط مثبت نیز بیشتر است و وزن ارتباط مثبت نیز مطابق توانایی تحمیل مثبت است، هدف شبکه رسیدن به شرایط مطلوب است (طاهری نخست، 1380).

دیدگاه شناختی: نظریه‌های شناختی به‌طور گسترده‌ای در مطالعه پایداری به درمان و مصرف دارو به کار گرفته شده است. این نظریه فرض می‌کند که نگرش‌ها و اعتقادات و انتظارات بیمار از نتایج درمان مهم‌ترین عامل رفتارهای مرتبط با سلامتی و تبعیت از درمان است. این نظریه فرض می‌کند که اگر بیمار از سود و زیان خود در مصرف دارو درک منطقی داشته باشد، با پایبندی به مصرف دارو بهتر کنار می‌آید. این دیدگاه بر تحلیل سود و زیان به‌عنوان یک عامل انگیزشی به عمل تمرکز می‌کند. وزن منافع و موانع و عواقب ناشی از رفتارهای مختلف انگیزه‌ای برای رفتار می‌شود. این انگیزه توسط عوامل و نرم اجتماعی و عواقب پذیرش رفتار نیز تعریف می‌شود (میکابیلی، قاسمی، سالاری و ساکنی، 1398).

نظریه خودتنظیمی: خودتنظیمی را به‌عنوان توانایی فرد در کسب کنترل کارکردهای بدنی، مدیریت رفتارها، افکار و هیجان‌ها و حفظ توجه و تمرکز بر تکلیف مورد نظر تعریف می‌کنند. نظریه خودتنظیمی مفهوم پایبندی به درمان را بر اساس فاکتورهای شناختی و برنامه‌ریزی‌های بیمار در نظر می‌گیرد. این نظریه پیشنهاد می‌کند که پایبندی به مصرف دارو تابعی از تجربه ذهنی بیمار از تهدید به سلامتی است که به نوبه خود استراتژی‌های مختلف مقابله‌ای مانند پایبندی به دارو هدایت خواهد کرد. در این تئوری فرض شده است که افراد فعال هستند و خودشان مشکلاتشان را حل می‌کنند (Murray, Morrow, Weiner, Tu, Deer, Brater & Weinberger, 2004). در این مدل، رفتار به‌طور قابل ملاحظه‌ای از هیجان‌ها و تجارب ذهنی بیمار تأثیر می‌پذیرد. رفتار وابسته به؛ ادراک بیمار از وضعیت فعلی و وضعیت هدف، طرح بیمار برای تغییر وضعیت موجود برای رسیدن به هدف (مقابله) و ارزیابی بیمار در پیشرفت برای رسیدن به هدف است. اگر اهداف به دست نیایند بیمار ممکن است، ادراکش (پرچسب‌زدن) یا وضعیت مقابله‌اش را تغییر دهد. راه‌های بیمار برای مقابله بستگی به ملاحظات شناختی دارد. هم راه‌های مقابله شناختی و هم راه‌های مقابله هیجانی ممکن است به وسیله عوامل درونی (برای مثال نشانه‌ها) و عوامل بیرونی (برای مثال پیام‌های رسانه‌ای) راه‌اندازی شود (غیاثوندیان، سلیمی، نوید حمیدی و ابراهیمی، 1396).

نوری‌زاده (1398) در پژوهشی با عنوان «مقایسه استرس ادراک‌شده و تنظیم هیجان‌ها در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، نوع دو و افراد سالم» که در بین 100 بیمار مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرج (50 نفر دیابت نوع یک و 50 نفر دیابت نوع دو) و 50 فرد غیر مبتلای این شهر انجام شد، نشان دادند که مؤلفه‌های کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت روابط اجتماعی به‌طور معنی‌داری در افراد مبتلا به دیابت پایین‌تر از افراد سالم است؛ همچنین مؤلفه‌های استرس ادراک‌شده مثبت در افراد سالم به‌طور معناداری بالاتر از افراد دیابتی بود. همچنین در مؤلفه ارزیابی مجدد هیجان، نمرات گروه سالم در مقایسه با افراد مبتلا به دیابت نوع یک و دو بالاتر و در مؤلفه فرونشانی یا بازداری هیجان، گروه مبتلا به دیابت نوع یک و دو در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری به دست آوردند.

مهرابی‌زاده هنرمند، عیدی بایگی و داوودی (1391) در پژوهش خود با موضوع «مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1، 2 و افراد غیر مبتلای شهر اهواز» که در بین 100 بیمار مبتلا به دیابت عضو انجمن دیابت شهر اهواز (50 نفر دیابت نوع یک و 50 نفر دیابت نوع دو) و 50 فرد غیر مبتلای این شهر صورت گرفت، نشان دادند که بین بیماران دیابتی نوع 1 و 2 با افراد غیر دیابتی تفاوت معنی‌دار در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان وجود دارد، اما بین دو گروه افراد دیابتی از لحاظ متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در مقاله‌ای با موضوع «شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 و نوع 2» که در بین 75 بیمار مبتلا به دیابت نوع 1 و 2 پاکستانی انجام شد، نتیجه گرفتند که افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 بیشتر از افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 است (Mumtaz, Sarfraz, Usman & Rizvi, 2023). در تحقیقی تحت عنوان «پایبندی به انسولین درمانی و عوامل مرتبط در بین بیماران دیابتی نوع 1 و 2 در پیگیری در بیمارستان ارجاعی دانشگاه مدا والابو گوبا، جنوب شرقی اتیوپی» که در میان

3 II بیمار دیابتی نوع 1 و 2 انجام شد، نشان دادند که پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 بیش‌تر از پایبندی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 است (Chefik, Tadesse, Quisido & Roba, 2022). در بررسی با موضوع «شیوع بالای علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 و نوع 2 در کشورهای در حال توسعه: نتایج حاصل از مطالعه بین‌المللی شیوه‌های مدیریت دیابت» که در بین 9865 بیمار مبتلا به دیابت نوع 1 و 2 کلمبیایی انجام شد، نشان دادند که افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 بیش‌تر از افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 است (Aschner, Gagliardino, Ilkova, et al, 2020). در بررسی خود با موضوع «بررسی مقایسه‌ای تظاهرات روان‌پزشکی در بیماران دیابتی نوع یک و دو» که در بین 50 بیمار مبتلا به دیابت نوع یک و 50 بیمار مبتلا به دیابت نوع دو هندوستانی انجام شد، نتیجه گرفتند که اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی نوع 1 و 2 بیش‌تر از میانگین اضطراب و افسردگی در جمعیت عمومی است و میزان اضطراب و افسردگی بیماران دیابتی نوع 2 بیش‌تر از بیماران دیابتی نوع 1 است (Chaudhary, Kumar, Chopra, Chhabra & Singh, 2017). در بررسی خود با موضوع «بررسی وضعیت اضطراب در بیماران دیابتی نوع 1 و 2» که در میان 131 بیمار دیابتی نوع 1 و 2 در ترکیه انجام شد، به این یافته رسیدند که اضطراب در بیماران دیابتی نوع 1 کمتر از اضطراب بیماران دیابتی نوع 2 است (Bulut & Bulut, 2016).

3- روش‌شناسی

روش تحقیق در پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو شهر تبریز در سال 1402 بود که عضو انجمن دیابت این شهر بودند. تشخیص نوع دیابت بر اساس نظر پزشک بود که در پرونده‌های بیماران موجود هست. نمونه پژوهش به روش غیر تصادفی هدفمند انتخاب شد. چون تعداد جامعه به‌طور دقیق در دست نیست، امکان استخراج و برآورد دقیق نمونه با روش‌های مرسوم مانند فرمول کوکران نبود، لذا بر اساس این اصل که برای تحقیقات علی مقایسه‌ای بایستی برای هر گروه حداقل 15 نفر آزمودنی وجود داشته باشد (سرم، بازرگان و حجازی، 1401). در این پژوهش حداقل تعداد آزمودنی برای هر گروه 50 نفر در نظر گرفته شد (50 بیمار مبتلا به دیابت نوع یک و 50 بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، جمعاً 100 نفر). هدف از این شیوه نمونه‌گیری انتخاب افرادی بود که با هدف پژوهش مطابقت دارند. برای کلیه افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، اهداف و روش انجام کار توضیح و از ایشان رضایت‌نامه گرفته شد. سپس پرسشنامه‌ها در بین آزمودنی‌ها اجرا شد. شایان ذکر است در این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی رعایت شد. حقوق شرکت‌کنندگان حفظ شد. اطلاعاتشان محرمانه نگه داشته شد. همه اطلاعات لازم در مورد هدف پژوهش برایشان توضیح داده شد و آزمودنی‌ها برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش حق انتخاب داشتند. هیچ‌گونه هزینه‌ای از آن‌ها دریافت نشد و در پایان پژوهش در صورت تمایل از نتیجه آگاه شدند.

3-1- معیارهای ورود و خروج

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل (1 جنسیت (مؤنث)، (2 سن (30 تا 50 سال) و (3 تحصیلات (حداقل دیپلم)؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل (1 ابتلا به بیماری جدی به غیر از دیابت نظیر سرطان و صرع و... (2 شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی به‌طور هم‌زمان با این پژوهش و (3 استفاده از داروهای روان‌پزشکی بود. الف) مقیاس استرس ادراک‌شده (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983): این مقیاس در سال 1983 از سوی کوهن تهیه شده و دارای 3 نسخه 4، 10 و 14 ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک‌شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. در این پژوهش از فرم 14 ماده‌ای آن استفاده شده است. این فرم از طریق بررسی پاسخ‌ها، افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه‌شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرآیند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد (Cohen & et al, 1983). این پرسشنامه از زیرمقیاس‌های خودکارآمدی ادراک‌شده (سوالات 4، 5، 6، 7، 9، 10، 12 و 13) و درماندگی ادراک‌شده (سوالات 1، 2، 3، 8، 11 و 14) تشکیل شده و در کشورهای مختلف کاربرد فراوانی داشته و به همین دلیل به زبان‌های گوناگون ترجمه شده و در کشورهای زیادی هنجاریابی شده است. در این مقیاس به هر پرسش بر اساس طیف 5 درجه‌ای لیکرت به هرگز (0)، تقریباً هرگز (1)، گاهی اوقات (2)، اغلب اوقات (3)، بسیار اوقات (4) امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارت 4، 5، 6، 7، 9 و 13 به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود (هرگز (4) تا بسیاری از اوقات (0)). کمترین امتیاز کسب‌شده صفر و بیش‌ترین نمره 56 است. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیش‌تر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه 0/84، 0/85 و 0/86 به دست آمده است (Cohen & et al, 1983). در مطالعه صفایی و شکری (1393) ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده و نمره کلی استرس ادراک‌شده به ترتیب برابر با 0/80، 0/60 و 0/76 به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده و نمره کلی استرس ادراک‌شده به ترتیب برابر با 0/76، 0/62 و 0/68 محاسبه شده است.

ب) پرسشنامه احساس انسجام فلنسبرگ¹ (2006): این پرسشنامه حاوی 35 سؤال است که به صورت 3 گزینه‌ای طراحی شده است. گزینه‌ها با مقیاس سهدرجه‌ای 1 (خیر)، 2 (نمی‌دانم) و 3 (بلی) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه با سؤالاتی مانند (آیا احساس می‌کنید آدم صادق و صریحی هستید و حرف‌های خودتان را راحت می‌گویید؟) به سنجش احساس انسجام می‌پردازد. در این پرسشنامه حداقل نمره 35 (احساس انسجام پایین) و حداکثر نمره 105 (احساس انسجام بالا) می‌باشد. نسخه 29 سؤالی و 13 سؤالی این پرسشنامه توسط آنتونوسکی² ساخته شده بود که توسط (Flensborg- medsen, Ventegodt & Merrick, 2006)، تجدیدنظر شد. در این مطالعه از نوع 35 سؤالی آن استفاده شد. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل فهم‌پذیری (توانایی درک) (سؤالات 12 تا 24)، توانایی مدیریت (سؤالات 25 تا 35) و معناداری (سؤالات 1 تا 11) است. پایایی پرسشنامه طبق گزارش فلنسبرگ و همکاران³ (2006)، با روش آلفای کرونباخ 0/87 و در پژوهشی دیگر 0/86 گزارش شده است. میزان همسانی درونی این مقیاس در پژوهش احتشام‌زاده و همکاران (1392) با روش آلفای کرونباخ 0/87 و پایایی آن با روش تنصیف و دو نیمه‌سازی 0/89 به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایایی کل این پرسشنامه 0/76 محاسبه شده است.

ج) پرسشنامه تبعیت از درمان بیماری‌های مزمن مدانلو⁴ (1392): این پرسشنامه در سال 1392 در پایان‌نامه مدانلو، برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی و روان‌سنجی شده است (مدانلو، 1392). این پرسشنامه دارای 40 گویه و 7 خرده‌مقیاس اهتمام در درمان (سؤالات 1 تا 9)، تمایل به مشارکت در درمان (سؤالات 10 تا 16)، توانایی تطابق (سؤالات 17 تا 23)، تلفیق درمان با زندگی (سؤالات 24 تا 28)، چسبیدن به درمان (سؤالات 29 تا 32)، تعهد به درمان (سؤالات 33 تا 37)، تردید در اجرای درمان (سؤالات 38 تا 40) است و با استفاده از مقیاس 6 گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً=5 تا اصلاً=1) امتیازدهی می‌شود. در نهایت کل مقیاس صفر تا 200 نمره را به خود اختصاص می‌دهد. بدین ترتیب هر چه نمره کل یا نمره هر خرده مقیاس بیش‌تر باشد، فرد پاسخ‌دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است و با تبدیل امتیاز کسب‌شده از پرسشنامه به درصد و مقایسه آن با حداکثر و حداقل امتیازات، پرسشنامه میزان تبعیت از درمان بیماران محاسبه و تفسیر می‌گردد. با توجه به میزان تبعیت از درمان بیماران، برحسب درصد امتیاز کسب‌شده (25-0% =ضعیف، 41-26% =متوسط، 74-50% =خوب، 100-75% =بسیار خوب) می‌توان تبعیت از درمان را در کل و یا در هر یک از ابعاد تبعیت به‌طور جداگانه بررسی نمود. در پژوهش مدانلو (1392) متوسط شاخص روایی محتوایی پرسشنامه 0/91 به دست آمده است. همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ $\alpha=0/921$ محاسبه شده است و پایایی ابزار تبعیت از درمان با استفاده از روش آزمون مجدد، با فاصله زمانی دو هفته سنجیده شده و ضریب همبستگی آن 0/875 گزارش شده است (مدانلو، 1392). در پژوهش حاضر پایایی کل این مقیاس به روش آلفای کرونباخ 0/74 محاسبه شده است.

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 بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو در جدول 1 ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن زنان مبتلا به دیابت نوع یک $43/80 \pm 7/749$ سال و میانگین و انحراف معیار سن زنان مبتلا به دیابت نوع دو $44/14 \pm 5/729$ سال بود. با توجه به سطح معنی‌داری ($p=0/804$) به دست آمده در جدول 1، می‌توان نتیجه گرفت که بین زنان مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر سن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و افراد هر دو گروه از منظر سن هم‌تا هستند.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو شهر تبریز در سال 1402 (تعداد در هر گروه 50 نفر)

متغیر	گروه دیابت نوع یک	گروه دیابت نوع دو	p
سن (سال) میانگین \pm انحراف معیار	43/80 \pm 7/749	44/14 \pm 5/729	0/804 •
سطح تحصیلات	23 (46)	16 (32)	0/919 ••
دیپلم	6 (12)	10 (20)	
فوق‌دیپلم	12 (24)	16 (32)	
لیسانس	9 (18)	8 (16)	
فوق‌لیسانس			

¹ Flensberg sense of coherence questionnaire

² Antonovsky

³ Flensborg & et al

⁴ questionnaire of adherence to the treatment of Madanlo's chronic diseases

همچنین، در گروه دیابت نوع یک، از مجموع 50 نفر، 23 نفر دارای تحصیلات دیپلم، 6 نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، 12 نفر دارای تحصیلات لیسانس و 9 نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس هستند و در گروه دیابت نوع دو، از مجموع 50 نفر، 16 نفر دارای تحصیلات دیپلم، 10 نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، 16 نفر دارای تحصیلات لیسانس و 8 نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس هستند. با توجه به سطح معنی‌داری ($p=0/919$) به‌دست‌آمده در جدول 1، می‌توان نتیجه گرفت که بین بیماران دیابت نوع یک و دو 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 محاسبه‌شده در سطح ($p > 0/05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام‌باکس، از آنجایی که F متغیرهای استرس ادراک‌شده ($F=1/656$)، احساس انسجام ($F=1/910$) و پایبندی به درمان ($F=2/686$) به ترتیب در سطح $0/328$ ، $0/075$ و $0/422$ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس 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.

در جدول 2 نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای متغیرهای استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان و مؤلفه‌های آن‌ها ارائه شده است. با توجه به سطوح معنی‌داری به دست آمده می‌توان گفت که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر استرس ادراک‌شده و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده)، احساس انسجام و مؤلفه‌های آن (فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری) و پایبندی به درمان و مؤلفه‌های آن (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$).

جدول 2. مقایسه استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان و مؤلفه‌های‌شان در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو

متغیر	نوع سوم مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی ادراک‌شده	9/000	1	9/000	0/695	0/406
درماندگی ادراک‌شده	25/000	1	25/000	2/732	0/102
فهم‌پذیری	0/640	1	0/640	0/039	0/843
توانایی مدیریت	32/490	1	32/490	1/002	0/319
معناداری	29/160	1	29/160	2/857	0/094
اهتمام در درمان	3/240	1	3/240	0/074	0/787
تمایل به مشارکت در درمان	112/360	1	112/360	3/908	0/051
توانایی تطابق	57/760	1	57/760	1/675	0/199
تلفیق درمان با زندگی	15/210	1	15/210	1/083	0/300
چسبیدن به درمان	0/490	1	0/490	0/028	0/869
تعهد به درمان	43/560	1	43/560	2/823	0/096
تردید در اجرای درمان	15/210	1	15/210	1/429	0/235

5- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه استرس ادراک‌شده (خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده)، احساس انسجام (فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری) و پایبندی به درمان (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر استرس ادراک‌شده (خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده) تفاوت معناداری وجود ندارد. از آنجاکه در مطالعه پیشینه، پژوهشی که به مقایسه استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو پردازد یافت نشد، نمی‌توان به همسویی یا

ناهمسویی این یافته‌ها با سایر پژوهش‌ها اشاره کرد، اما می‌توان گفت این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های تا حدودی مرتبط با موضوع مورد مطالعه از جمله، بولت¹ (2016) و چوداری و همکاران² (2017) ناهمسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو در شرایط استرس‌زایی زندگی می‌کنند و دارای محدودیت‌های بسیاری هستند که به دلیل بیماری مزمن ایجاد شده است. وجود بیماری دیابت می‌تواند خود منبع استرس در این بیماران باشد. بیماری دیابت تغییرات زیادی در سبک زندگی این بیماران ایجاد کرده و رژیم غذایی خاصی را به آن‌ها تحمیل می‌کند؛ بنابراین مستلزم انجام به‌موقع آزمایش‌های پزشکی فراوانی است و بیماران بایستی مرتب قند خون خود را کنترل کنند که همه این‌ها فرایندهای استرس‌زایی هستند که در هر دو نوع دیابت مشترک است. عدم مدیریت استرس در بیماران دیابتی موجب افزایش قند خون می‌شود. بدین ترتیب که بیماران دیابتی وقتی در معرض استرس‌های مداوم قرار می‌گیرند، در مراقبت از خود و رفتارهای حفظ سلامتی و پایبندی به درمان بی‌انگیزه می‌شود. ممکن است مصرف انسولین را به تعویق بیندازند و یا رغبتی به فعالیت‌های ورزشی و حفظ رژیم غذایی نداشته باشند (دوراندیش، روزبان، شهنی‌فیض و ابوذری، 1401)؛ بنابراین استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به هر دو نوع دیابت می‌تواند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر میزان کنترل بیماری و پایبندی به درمان تأثیر بگذارد.

دیگر یافته حاصل از پژوهش نشان داد که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر احساس انسجام (فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری) تفاوت معناداری وجود ندارد. از آن‌جاکه در مطالعه پیشینه، پژوهشی که به مقایسه احساس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو پرداخته شد، نمی‌توان به همسویی یا ناهمسویی این یافته‌ها با سایر پژوهش‌ها اشاره کرد، اما می‌توان گفت این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های تا حدودی مرتبط با موضوع مورد مطالعه از جمله، آرچنر و همکاران³ (2020) و منتز و همکاران⁴ (2023).

در تبیین این یافته شاید بتوان گفت که حس انسجام یک جهت‌گیری کلی به زندگی است تا یک صفت شخصیتی. این حس سلامت شخص را در مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی مانند درگیر شدن با بیماری مزمن حفظ می‌کند (عوض‌نژاد، روانی‌پور، بحرینی و معتمد، 1395). بیماران مزمن مانند دیابت نوع یک و دو در هنگام برخورد با موانع درمان و یا عود بیماری، اگر تلاش‌هایشان مؤثر نباشد ممکن است احساس شکست کرده و در احساس انسجام، توانایی درک شرایط و مشکل پیش‌آمده، توانایی مدیریت شرایط و احساس معناداری زندگی دچار مشکل شوند. در چنین مواقعی افرادی بیش‌ترین توانمندی و موفقیت را دارند که بتوانند شرایط کلیشه‌ای را به چالش بکشند و موقعیت‌های بحرانی را بدون نگرانی و با اتکا به خودکارآمدی و حس انسجام، کمتر تهدیدآمیز تلقی کنند و خود کنترل‌کننده بیماری خود باشند و از این طریق موجبات رشد و بهبود خود را فراهم کنند (نوری و هومن، 1400). یکی از دلایل کاهش احساس انسجام در بیماران مزمن می‌تواند استرس و فشار روانی ناشی از بیماری باشد که می‌تواند توانایی انطباق و سازگاری با بیماری را کاهش دهد که این مسئله در هر دو نوع بیماران دیابت نوع یک و دو صدق می‌کند و ممکن است علت عدم تفاوت معنادار بین دو گروه بیماران باشد.

همچنین نتایج به دست آمده نشان داد که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر پایبندی به درمان (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) تفاوت معناداری وجود ندارد. در مطالعه پیشینه، تنها پژوهش چفیک و همکاران⁵ (2022) یافت شد که به مقایسه پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو پرداخته که با یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر همسو نیست.

در تبیین یافته حاصل از این فرضیه می‌توان گفت که هر دو نوع دیابت یک و دو در صورت عدم پایبندی به درمان عوارض مشابهی را در بیماران ایجاد می‌کنند. دیابت یک بیماری مزمن است که ممکن است طول عمر را تا ۱۰ سال کوتاه‌تر کند. این تا حدی به دلیل تعدادی از عوارضی است که با آن مرتبط است، از جمله: دو تا چهار برابر شدن خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، افزایش ۲۰ برابری قطع عضو اندام تحتانی و افزایش میزان بستری شدن در بیمارستان (Melmed, Polonsky, 2011). همچنین با افزایش خطر اختلال عملکرد شناختی و زوال عقل از طریق فرآیندهای بیماری مانند بیماری آلزایمر و زوال عقل عروقی مرتبط است. دیگر عوارض عبارت‌اند از اختلال عملکرد جنسی و عفونت‌های مکرر. عوارض طولانی‌مدت قند خون بالا عبارت‌اند از بیماری قلبی، سکته مغزی، رتینوپاتی دیابتی (آسیب شبکیه چشم ناشی از قند خون بالا) که می‌تواند منجر به کاهش بینایی، نارسایی کلیه و جریان خون ضعیف در اندام‌ها شود و گاهی به قطع عضو می‌انجامد (EISayed & et al, 2023). همه این موارد می‌تواند بیماران هر دو دیابت را به یک اندازه ترغیب به پیگیری درمان کند. همچنین با توجه به جامعه آماری پژوهش حاضر که انجمن دیابت شهر تبریز بود و تمامی نمونه‌ها عضو این انجمن بوده‌اند، احتمالاً از طرف انجمن پیگیری‌های لازم جهت پایبندی به درمان و اطلاع‌رسانی از عوارض بیماری به بیماران هر دو نوع دیابت داده می‌شد که می‌تواند در عدم تفاوت بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو در پایبندی به درمان دخیل باشد.

¹ Bulut

² Chaudhary & et al

³ Aschner & et al

⁴ Mumtaz & et al

⁵ Chefik & et al

نمونه پژوهش حاضر را زنان مبتلا به دیابت نوع یک و دو مراجعه‌کننده به انجمن دیابت 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. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد. پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی با نمونه مردان مبتلا به دیابت نوع یک و دو و همچنین مقایسه مردان و زنان مبتلا به دیابت نوع یک و دو نیز انجام شود تا بتوان متغیرهای مورد مطالعه را از منظر جنسیت مورد بررسی قرارداد. به روان‌شناسان و مشاوران انجمن دیابت، بیمارستان‌ها مراکز مشاوره دولتی و خصوصی پیشنهاد می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی در خصوص کاهش استرس، افزایش احساس انسجام و توانایی درک و مدیریت شرایط ناشی از بیماری، به بهبود شرایط روانی این بیماران کمک کنند.

با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و میزان استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در هر دو گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو به یک اندازه است.

6- منابع

- 1- افشار، محمد؛ معاریان، ربابه؛ محمدی عیسی؛ و کفایی، محبوبه (1394). ارتقاء فرآیند کنترل دیابت نوجوانان: تحقیق عملکردی مشارکتی. *فصلنامه پرستاری دیابت*، 3(2)، 18-13. [doi:20.1001.1.23455020.1394.3.2.1.3.8](https://doi.org/10.23455/20.1001.1.23455020.1394.3.2.1.3.8)
- 2- خانمحمدی، ارسلان؛ عباسی، قدرت‌الله؛ و رحمانی‌جوانمرد، سمیرا (1396). بررسی مقایسه‌ای خود-دلسوزی، انعطاف‌پذیری شناختی و حس انسجام در افراد مبتلا به دیابت و افراد سالم. *مهارت‌های روان‌شناسی تربیتی*، 8(3): 86-96.
- 3- خدایاری فرد، محمد؛ و پرند، اکرم (1385). *تنبیه‌گی و روش‌های مقابله با آن*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- 4- دورانیش، فخری؛ روزبان، ثریا؛ شهنی‌فیض، کوثر؛ و ابوذری، فاطمه (1401). بررسی نقش دشواری در تنظیم هیجان، تحمل آشفتگی و استرس ادراک‌شده در پیش‌بینی پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، 11(3): 38-49.
- 5- رامش، سمیه؛ عزیززاده مقدم، اکرم؛ صفری، علیرضا؛ و فیضی، مرضیه (1397). رابطه اضطراب، افسردگی و استرس با شدت بیماری دیابت: نقش واسطه‌ای کیفیت زندگی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، 18(2): 89-80.
- 6- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ و حجازی، الهه (1401). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.
- 7- صفایی، مریم؛ و شکری، امید (1393). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روایی عاملی مقیاس استرس ادراک‌شده در ایران. *روان‌پرستاری*، 2(1): 13-22.
- 8- طاهری نخست، حمیدرضا (1380). بهینه‌سازی انسجام: یک مدل شناختی برای خودکشی. *تازه‌های علوم شناختی*، 11: 91-95.
- 9- عوض‌نژاد، نصرت؛ روانی‌پور، مریم؛ بحرینی، مسعود؛ و معتمد، نیلوفر (1395). مقایسه حس انسجام در مادران دارای کودکان سالم و مادران دارای کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن. *مجله پژوهش‌های سلامت‌محور*، 2(2): 183-196.
- 10- غیاثوندیان، شهرزاد؛ سلیمی، اصغر؛ نویدحمیدی، مزده؛ و ابراهیمی، حسین (1396). بررسی تأثیر آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. (*دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی*) *مجله دانش و تندرستی*، 12(1): 56-50. [doi:10.22100/jkh.v12i1.1522](https://doi.org/10.22100/jkh.v12i1.1522)
- 11- فروزان‌فر، فرزانه؛ جبل عاملی، شیدا؛ سلطانی‌زاده، محمد؛ امامی، سید محمدحسن؛ و انصاری شهیدی، مجتبی (1403). مدل پیش‌بینی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری بر اساس استرس ادراک‌شده و انسجام روانی با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، 15(1): 297-316. [doi:10.22059/japr.2023.338827.644193](https://doi.org/10.22059/japr.2023.338827.644193)
- 12- مدانلو، مریم (1392). *توسعه و روان‌سنجی ابزار پیروی از درمان در بیماران مزمن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- 13- منصور، علی؛ شهدادی، حسین؛ عارفی، فرهاد؛ و شهرکی واحد، عزیز (1395). بررسی ارتباط بین استرس ادراک‌شده و پرخاشگری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل. *فصلنامه پرستاری دیابت*، 4(2): 40-47.
- 14- مهرابی‌زاده منرمند، مهناز؛ عیدی بایگی، مجید؛ و داوودی، ایران (1391). مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1، 2 و افراد غیر مبتلای شهر اهواز. *تحقیقات علوم رفتاری*، 10(7): 654-662.
- 15- میکاییلی، نیلوفر؛ قاسمی، محمدعلی؛ سالاری، سوسن؛ و ساکنی، زهرا (1398). ابعاد نظری و کاربردی تبعیت از درمان در بیماران: یک مطالعه مروری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، 62(2): 1403-1419. [doi:10.22038/mjms.2019.14116](https://doi.org/10.22038/mjms.2019.14116)
- 16- نوری، سمیه؛ و هومن، فرزانه (1400). مقایسه حس انسجام، نگرانی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی و افراد عادی شهر اهواز. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*، 14(60): 147-160.

- 17- نوری‌زاده، معصومه (1398). مقایسه کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و تنظیم هیجانات در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، نوع دو و افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل.
- 18- Aschner, P., Gagliardino, J. J., Ilkova, H., Lavalle, F., Ramachandran, A., Mbanya, J. C., & et al. (2020). High Prevalence of Depressive Symptoms in Patients With Type 1 and Type 2 Diabetes in Developing Countries: Results From the International Diabetes Management Practices Study. *Diabetes Care*, 44(5), 1100-11-7. doi:10.2337/dc20-2003
- 19- Bloomgarden, Z., & Rapaport, R. (2023). Diabetes trends in youth. *Journal of Diabetes*, 15(4), 286. doi:10.1111/1753-0407.13382
- 20- Bosworth, H. B., Fortmann, S. P., Kuntz, J., Zullig, L. L., Mendys, P., Safford, M., & et al. (2017). Recommendations for providers on person-centered approaches to assess and improve medication adherence. *Journal of general internal medicine*, 32(1), 93-100. doi:10.1007/s11606-016-3851-7
- 21- Bulut, A., & Bulut, A. (2016). Evaluation of anxiety condition among type 1 and type 2 diabetic patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 2573-2579.
- 22- Chaudhary, R., Kumar, P., Chopra, A., Chhabra, S., & Singh, P. (2017). Comparative Study of Psychiatric Manifestations among Type I and Type II Diabetic Patients. *Indian J Psychol Med*, 39(3), 342-346.
- 23- Chefik, F. H., Tadesse, T. A., Quisido, B. J. E., & Roba, A. E. (2022). Adherence to insulin therapy and associated factors among type 1 and type 2 diabetic patients on follow up in Madda Walabu University Goba Referral Hospital, South East Ethiopia. *Plos one*, 17(6), e0269919. doi:10.1371/journal.pone.0269919
- 24- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). The global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-96.
- 25- Dickinson, J. (2017). Commentary: The Effect of Words on Health and Diabetes. *Diabetes Spectr*, 30(1), 11-16. doi:10.2337/ds15-0054
- 26- D'Souza, D., Empringham, J., Pechlivanoglou, P., Uleryk, E. M., Cohen, E., & Shulman, R. (2023). Incidence of diabetes in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(6), e2321281-e2321281. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.21281
- 27- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., ... & American Diabetes Association. (2023). 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of care in diabetes—2023. *Diabetes care*, 46(Supplement_1), S19-S40. doi.org/10.2337/dc23-S002
- 28- Feng, G., Xu, X & Lei, J (2023). Tracking perceived stress, anxiety, and depression in daily life: a double-downward spiral process. *Front Psychol*, 14: 1114332. doi:10.3389/fpsyg.2023.1114332
- 29- Flensburg-medsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2006b). Sense of coherence and physical health. Across-sectional using scale (SOCII). *TSW Holistic Health & medicine*, 1, 236-247. doi:10.1100/tsw.2006.350
- 30- Gupta, J., Kapoor, D., & Sood, V. (2021). Quality of Life and its Determinants in Patients with Diabetes Mellitus from Two Health Institutions of Sub-himalayan Region of India. *Indian J Endocrinol Metab*, 25(3), 211-219.
- 31- Hildebrand, J. A., Billimek, J., Lee, J.-A., Sorkin, D. H., Olshansky, E. F., Clancy, S. L., & et al. (2020). Effect of diabetes self-management education on glycemic control in Latino adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*, 103(2), 266-275. doi:10.1016/j.pec.2019.09.009
- 32- Jiang, C., Jiang, W., Yue, Y., Li, L., Sun, T., Chen, G., & et al. (2023). The trends of psychosomatic symptoms and perceived stress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in China: Four cross-sectional nationwide surveys, 2020–2023. *Psychiatry Research*, 326, 115301. doi:10.1016/j.psychres.2023.115301
- 33- Karpha, K., Biswas, J., Nath, S., Dhali, A., Sarkhel, S., & Dhali, G. K. (2022). Factors affecting depression and anxiety in diabetic patients: A cross sectional study from a tertiary care hospital in Eastern India. *Ann Med Surg (Lond)*, 84, 104945. doi:10.1016/j.amsu.2022.104945
- 34- Kaźmierczak, M., Gebuza, G., Czajkowska, N., Bannach, M., Gierszewska, M., Dombrowska-Pali, A., & et al. (2019). Assessment of the level of the sense of coherence and its relationship with the acceptance of illness in women treated for breast cancer. *Med Og Nauk Zdr*, 25(4), 266–273. doi:10.26444/monz/113018
- 35- Kliegman, R. M., & Geme, J. S. T. (2020). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21th ed. St, Louis: Saunders.
- 36- Krok, D. (2020). Sense of coherence and psychological well-being among coronary heart disease patients: a moderated mediation model of affect and meaning in life. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-020-00982-z
- 37- Krok, D., & Kleszczewska-Albańska, A. (2019). Sense of coherence and psychological well-being in cardiac patients: Is the association mediated by self-efficacy? *Archivespp*, 21(3), 1524. doi:10.12740/APP/109754

- 38- Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X., ... & Shan, P. F. (2020). Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Scientific reports*, 10(1), 1-11.
- 39- Leon, N., Namadingo, H., Bobrow, K., Cooper, S., Crampin, A., Pauly, B., & et al. (2021). Intervention development of a brief messaging intervention for a randomised controlled trial to improve diabetes treatment adherence in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 21(1), 1-4.
doi:10.1186/s12889-020-10089-6
- 40- Longendyke, R., Grundman, J. B., & Majidi, S. (2024). Acute and chronic adverse outcomes of type 1 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 53(1), 123-133.
doi:10.1016/j.ecl.2023.09.004
- 41- Melmed, S., Polonsky, K. S., Larsen, P. R., & Kronenberg, H. M. (2011). Williams Textbook of endocrinology 12th ED. USA: Elsevier, 33, 1371-1551.
- 42- Moyers, S. A., & Hagger, M. S. (2020). Physical activity and sense of coherence: a meta-analysis. *IRSE*, Advance online publication. **doi:10.31234/osf.io/d9e3k**
- 43- Mumtaz, M. U., Sarfraz, S. H., Usman, M., & Rizvi, M. A. (2023). Prevalence of Depression among Patients with Type-1 and Type-2 Diabetes Mellitu. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 17(3). 697-670.
doi:10.53350/pjmhs2023173697
- 44- Murray, M. D., Morrow, D. G., Weiner, M., Tu, W., Deer, M. M., Brater, D. C., & Weinberger, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 2(1), 36-43.
- 45- Sasidharan Pillai, S., Has, P., Quintos, J. B., Serrano Gonzalez, M., Kasper, V. L., Topor, L. S., & Fredette, M. E. (2023). Incidence, severity, and presentation of type 2 diabetes in youth during the first and second year of the COVID-19 pandemic. *Diabetes Care*, 46(5), 953-958.
doi.org/10.2337/dc22-1702
- 46- PUGH, A. M., & BEVERLY, E. A. (2023). 702-P: Similarities and Differences in Type 1 and Type 2 Diabetes Diagnosis Stories. *Diabetes*, 72(Supplement_1). **doi.org/10.2337/db23-702-P**
- 47- Ramos-Valle, D., García-Cortés, L. R., & Dichi-Romero, M. D. L. Á. (2023). Sense of coherence in type 2 diabetes mellitus debutants: case-control study. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(3), 258-264.
- 48- Świątoniowska-Lonc, N., Tański, E., Polański, J., Jankowska-Polańska, B., & Mazur, G. (2021). Psychosocial Determinants of Treatment Adherence in Patients with Type 2 Diabetes - A Review. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 14, 2701-2715. **doi:10.2147/DMSO.S308322**

Comparison of Perceived Stress, Sense of Coherence and Adherence to Treatment in Women with Type 1 and Type 2 Diabetes

Fatemeh Mohammadi¹, Hadi Akbari Nejad^{2*}, Paria Faroughi³

1. M.A. Student of Psychology, Nabi Akram Higher Education Institute, Tabriz, Iran.

sahel.javadi@yahoo.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 aim of this study was to compare perceived stress, sense of coherence and adherence to treatment in patients with type 1 and type 2 diabetes. The research method was causal-comparative. The statistical population consisted of all patients with type 1 and type 2 diabetes in Tabriz city in 2023 (1402 in Shamsi Calendar) who were members of the diabetes association of this city. The statistical sample included 100 patients with type 1 and type 2 diabetes, 50 women with type 1 diabetes and 50 women with type 2 diabetes. Participants were selected using a purposeful sampling method, and the data were collected using Cohen's Perceived Stress Scale (1983), Felsenberg's Sense of Coherence Scale (2006), and Madanlo's Adherence to Treatment Questionnaire for Chronic Diseases (2013). To analyze the data, the multivariate analysis of variance (MANOVA) test was used. The analysis of the research hypotheses indicated that there was no significant difference between patients with type 1 and type 2 diabetes in terms of perceived stress and its components (perceived self-efficacy and perceived helplessness) ($P>0.05$), sense of coherence and its components (comprehensibility [ability to understand], management ability and meaningfulness) ($P>0.05$) and adherence to treatment and its components (interest in treatment, willingness to participate in treatment, ability to adapt, integration of treatment with life, adherence to treatment, commitment to treatment and hesitation in implementation treatment) ($P>0.05$). According to the obtained results, it can be said that the amount of perceived stress, sense of coherence and adherence to treatment is the same in both groups of patients with type 1 and type 2 diabetes.

Keywords: Perceived Stress, Sense of Coherence, Adherence to Treatment, Type 1 and Type 2 Diabetes.



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

(CC BY 4.0)

دانش عامیانه و نقش زنان در توسعه پایدار روستایی

سحر غفاری^{۱*}، مهرداد نوابخش^۲، فیض‌اله نوروزی^۳

- ۱- دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی گرایش توسعه اجتماعی روستایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
ghaffari.sahar@ymail.com
- ۲- استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
navabakhsh@srbiau.ac.ir
- ۳- عضو هیئت علمی و استادیار گروه جامعه‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
f_noroozi@iau-tnb.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۵/۲۴]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۲/۱۳]

چکیده

دانش عامیانه و همچنین زنان در جوامع روستایی، می‌توانند به عنوان یک محرک عمل کرده و نقش بسزایی در رسیدن به توسعه پایدار داشته باشند یا بر عکس این جریان را به تأخیر بیندازد؟ در پژوهش حاضر که یک «مقاله گزارشی کوتاه» به منظور بررسی و تبیین نقش زنان و دانش عامیانه در توسعه پایدار روستایی، وضعیت اقتصادی، اشتغال و محصولات کشاورزی سی روستای استان خراسان جنوبی با بهره‌مندی از نظریه‌ی تقسیم کار اجتماعی دورکیم - با نگاهی متفاوت در تقابل با اصول مکتب نوسازی در بیان موانع توسعه، مورد بررسی قرار گرفته است. رویکرد این تحقیق کیفی، روش گردآوری اطلاعات در آن، اسنادی و همچنین تکنیک مورد استفاده، تحلیل محتوا است. مطالعات انجام شده در روستاهای این استان از رابطه‌ی معنادار بین دانش عامیانه و توسعه پایدار روستایی و همچنین اهمیت نقش زنان، خبر می‌دهد. در نتیجه تقسیم‌بندی جوامع در تئوری دورکیم، سیر حرکت جوامع را نشان می‌دهد و نه لزوماً عقب‌ماندگی جوامع ابتدایی به معنای مانعی در جهت رسیدن به هر نوع توسعه.

واژگان کلیدی: توسعه پایدار، زنان، روستا، توسعه، دانش عامیانه.

۱- مقدمه

هویت‌های جنسیتی و نقش‌های اجتماعی مبتنی بر این هویت‌ها در جوامع مختلف، از جهت تأثیرگذاری مردان و زنان در جریان توسعه، متفاوت است و به نظر می‌رسد علی‌رغم فعالیت زنان و حضور مؤثر در عرصه‌های اجتماعی، اهمیت آن‌ها به چشم نمی‌آید. در پایان یک دهه از تعدیل ساختاری، سازمان ملل گزارش ذیل در بررسی‌های جهانی خود در زمینه نقش زنان در توسعه را ارائه کرد؛ علی‌رغم پیشرفت اقتصادی اندازه‌گیری شده در میزان‌های رشد و نرخ‌های آن، حداقل برای اکثر کشورهای در حال توسعه، پیشرفت اقتصادی برای زنان اساساً متوقف و پیشرفت اجتماعی آنان کند شده است و وضعیت مطلوب اجتماعی زنان در بسیاری موارد به تدریج نابود شده است و به واسطه کاهش اهمیت نقش‌های اجتماعی و اقتصادی زنان، آرزوهای آنان در استراتژی‌های جاری توسعه برآورده نخواهد شد (نوابخش، ۱۳۹۷).

به این ترتیب بسیاری از فرصت‌ها از زنان سلب و این محرومیت، تحت عنوان عدم مهارت کافی و تخصص آن‌ها بیان می‌شود. مردان به عنوان یک گروه، مانع از دسترسی زنان به موقعیت‌های قدرت و نفوذ در جامعه می‌شوند. این عقیده جوهره‌ی فمینیسم رادیکال است که مردان مسئول استثمار و بهره‌کشی از زنان هستند و از آن نفع می‌برند. زنان همیشه تولیدکننده‌های بالقوه‌ای بوده‌اند، ولی به واسطه عدم توجه به آن‌ها، حمایت‌های فناورانه و حرفه‌ای از آن‌ها حداقل بوده است (نوابخش، ۱۳۹۷). همچنین در خصوص قراردادهای اقتصادی، سلسله مراتبی و مردمحوری در پیش‌فرض استراتژی‌های توسعه وجود دارد. همچنین دانش عامیانه به عنوان یکی از مقولات اساسی فولکلور ملت‌ها، از یک طرف می‌تواند فرایند توسعه پایدار در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی خود را تسریع نماید و از طرف دیگر قادر است جلوی روند توسعه را بگیرد. درحالی‌که اغلب، دانش عامیانه به عنوان خرافات، سدی در مقابل رسیدن به هر نوع پیشرفت در نظر گرفته می‌شود. تعدادی از باورها جنبه‌ی محلی و قومی دارند و در حیطه‌ی یک جغرافیای خاص شناخته می‌شود و برخی دیگر از این نوع اعتقادات جنبه‌ی بین‌المللی دارند، برای مثال نحس بودن عدد ۱۳ که تقریباً در اکثر فرهنگ‌ها و ملل رایج بوده و در بین مردم اشاعه پیدا کرده است. همان‌طور که دیوید هیوم معتقد است؛ تمایل به خرافات را هرگز نمی‌توان از بین برد، چون نکته متناقض اینجاست که خرافات بخش جدایی‌ناپذیر آن دسته از سازوکارهای انسان است که بدون آن‌ها آدمی قادر به ادامه حیات نیست. به نظر می‌رسد این باورهای خرافی در ادبیات کهن ما ریشه‌دار است؛ صادق هدایت، اولین ایرانی بود که از روی اصول دقیق علمی سلسله مطالبی را درباره فولکلور یا فرهنگ عامیانه به رشته‌ی تحریر درآورده و در سال ۱۳۱۲ «نیرنگستان» را که مجموعه‌ای از آداب و رسوم و باورهای عامیانه ایرانیان بود منتشر و در آن به «ساعات سعد و نحس» نیز اشاره کرد؛ که البته این سعد و نحس بودن خود می‌تواند به نوعی گویای زمینه‌ی خرافی برخی از باورهای عموم مردم آن دوره، باشد. هانری ماسه نیز در کتاب «آداب و عقاید ایرانیان»، به نقل و بیان نمونه‌هایی می‌پردازد که می‌تواند منعکس‌کننده‌ی باورهایی با زمینه‌ی خرافات باشد. برای دفع عواقب اتفاقی اگر کسی درباره موضوع شومی صحبت کند (مرگ، بیماری، حیوانات مضر) برای دفع شر، بلافاصله این عبارت را می‌افزاید: ساعت بد است یا زمان منحوس است (ماسه، ۱۳۵۷).

با این توصیفات، کارکردگرایی چون ردکلیف براون و مالدینوفسکی بر این باورند که؛ باورداشت‌ها و رسوم اقوام، بقایای گذشته دور نیستند، بلکه جزء جدایی‌ناپذیر فرهنگ‌های زنده و شکوفای معاصر به شمار می‌آیند (همیلتون، ۱۳۸۷). گذشته از خرافی بودن باورها در فرهنگ عامه، ما شاهد نوعی تلقی بدوی بودن ابزار کشاورزی در فرهنگ روستایی نیز هستیم، به عنوان مانعی در مقابل توسعه‌ی پایدار این فرهنگ. کتاب مالک و زارع لمتون از معدود کتاب‌های تاریخ کشاورزی ایران است. وی کسی است که معتقد به متناهی درجه ابتدایی و بدوی بودن روش‌های کشاورزی در ایران است. ملاک لمتون در این کتاب بیشتر از هر چیزی ابزار کار است. البته وی از کشاورزی ایرانی گاه با لحن ستایش نیز سخن می‌گوید اما دید کلی کتاب موارد ستایش‌آمیز را از نظر رد می‌کند.

- روش‌های زراعتی ایران به انتها درجه ابتدایی است.
- مقدار زمینی که یک زارع می‌تواند زراعت کند، به‌واسطه‌ی به کار بستن روش‌های بدوی زراعتی محدود است.
- در بسیاری نقاط، عمل شخم زدن به‌وسیله‌ی خیش‌های چوبی صورت می‌گیرد که به گاو می‌بندند، خیش تنها زمین را خراش می‌دهد و شیار را زیرورو نمی‌کند
- با توجه به نظرات لمتون ممکن است فرض عدم توسعه‌یافتگی روستاها با وجود ابزار کشاورزی بدوی، در ذهن قطعیت پیدا کند اما در مقابل، فرهادی واقعیت را به‌گونه‌ای دیگر توصیف می‌کند (لمتون، ۱۳۴۵).
- گاه در برخی خاک‌های خاص شخم باید صرفاً خراش دادنی باشد.
- بی‌شک مالکان و دهقانان ایرانی نیازی به تغییر خیش‌هایشان که برخلاف تصور، تنوع آن‌ها بسیار هم هست، نداشته است، وگرنه امکان شخم عمیق، چه از نظر آلات شخم و چه از نظر نیروی گاوکار موجود بوده است.
- به نظر می‌رسد این تفاوت نظر فقط مختص کشور ما نیست؛ فرهادی در تعریف کشاورزی صنعتی جوامع غربی این‌گونه بیان می‌دارد:
 - تحول همه‌جانبه جوامع غربی که با انقلاب صنعتی و تغییرات اقتصادی همراه بوده نخست کشاورزی سنتی اروپایی را به سمت نوعی کشاورزی نوین یا صنعتی سوق داد که مهم‌ترین جنبه تکنولوژیکی آن استفاده از کار ماشینی و انرژی‌های فسیلی به جای انرژی انسان و حیوانی و آب و باد است (فرهادی، ۱۳۸۰).
- این در حالی است که در سال ۲۰۰۹، شورای لیسبون بیانیه‌ای را منتشر کرد که جهان را وارد دوره جدیدی نمود. در این بیانیه اعلام شد که ارزش اقتصادی جدید با ترکیب زمین، نیروی کار و سرمایه به دست نمی‌آید بلکه مهارت و نبوغ و ترکیب آن با عوامل تولید سنتی می‌تواند محصولات و خدمات جدید با ارزش بالاتر ایجاد نماید (Herman, 2012). بر مبنای بیانیه لیسبون، شورای اروپا با هدف ساخت اتحادیه اروپا مبتنی بر اقتصاد دانش‌محور، رقابتی و پویا که در مرکز آن سرمایه انسانی قرار دارد، به توسعه جامعه می‌پرداخت (tudor, 2012).
- به این ترتیب می‌توان قطعیت وجود خرافات در باورهای عامه مردم روستا که مانع توسعه‌یافتگی آن مناطق به حساب می‌آید را با تغییر نگرش و فرضیه به‌عنوان تنها راه توسعه‌ی پایدار در آنجا نیز در نظر گرفت. روستاییان به علت موقعیت جغرافیایی خود، در مناطق روستایی با طبیعت پیوند نزدیکی دارند، آن‌ها دائماً مجبور به تمکین در برابر عناصر طبیعی، مثل باران، گرما، یخبندان، برف و خشک‌سالی هستند. عوامل فوق برای کشاورزی عناصر حیاتی به حساب می‌آید؛ بنابراین ممکن است ساکنان روستاها، عقاید، باورها و الگوهای فکری و فلسفه‌ی زندگی، در مورد طبیعت پیدا کنند که با ساکنان شهرها که از طبیعت بسیار دورند متفاوت باشد (چیتامبار، ۱۳۷۳).
- می‌توان این‌گونه بیان داشت که در جامعه‌ی روستایی پدیده‌های ماند بی‌نظمی‌های آب و هوایی، خشک‌سالی و ... بسیار دیده می‌شود که در بافت فکری و اجتماعی مردم روستا، مؤثر است. گذشته از آن، با تحول باورها، فرهنگ نیز گرایش و سمت‌وسوی دیگری به خود می‌گیرد؛ چه‌بسا با دگرگون شدن باورها طی زمان‌ها و دوره‌ها، شکل‌های تحریف شده‌ای از آن‌ها باقی مانده باشد؛ که می‌تواند فرهنگ را به شدت تحت تأثیر خود قرار داده و دچار تغییر، در جهت پیش برد توسعه‌یافتگی و یا بالعکس، کند. با این اوصاف به نظر

می‌رسد باید به این پرسش پاسخ داد؛ «آیا دانش عامیانه و همچنین گروه زنان به توسعه پایدار روستایی کمک می‌کنند یا برعکس می‌توانند به‌عنوان یک مانع تلقی شوند؟».

سؤالات تحقیق:

۱. آیا دانش عامیانه را می‌توان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر توسعه پایدار روستایی تلقی کرد؟
۲. باورهای عامیانه چگونه با هم تعامل پیدا می‌کنند تا به توسعه پایدار روستایی می‌رسند؟
۳. نقش زنان در توسعه پایدار روستایی چیست؟

اهداف تحقیق

به‌طور کلی هدف هر پژوهش طبیعتاً شناخت و بررسی مسئله مطرح شده و در نهایت ارائه راه‌حلی برای مقابله و جلوگیری از وقوع و ایجاد پدیده‌های نابهنجار اجتماعی است. اهداف این پژوهش نیز به‌منظور روشن کردن موضوع به ترتیب ذیل است:

- شناخت دانش عامیانه به‌عنوان عاملی مؤثر بر توسعه پایدار روستایی.
- تبیین تأثیر باورهای عامه بر توسعه پایدار روستایی.
- تبیین نقش زنان در توسعه پایدار روستایی.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

اهمیت دانش عامیانه و نقش زنان در فرهنگ روستایی قابل‌انکار نیست، اما مسئله قابل بحث وقتی شکل می‌گیرد که این مقولات در کنار توسعه پایدار روستایی قرار داده شود. مطالعاتی نظری و تجربی انجام شده است در زمینه خرافات، موهومات و به‌صورت کلی باورهای عامه و همچنین حضور زنان در عرصه‌های اجتماعی و ارتباطی که می‌تواند با توسعه‌یافتگی داشته باشد؛ که به مواردی از آن‌ها از باب نزدیکی محتوایی و موضوعی به پژوهش حاضر، در ذیل اشاره شده است. مرور و بررسی این مطالعات می‌تواند در آگاهی یافتن از جریان پیشروی مسئله‌ی موردنظر سودمند باشد.

- اکبری (۲۰۱۳) در بررسی «نقش زنان در توسعه پایدار در بعد زیست‌محیطی»، به حضور زنان به‌عنوان یکی از گروه‌های اصلی در دستور کار ۲۱ اجلاس ریو، اشاره کرده است. بر اساس خط‌مشی اقدام در اجلاس ریو، سیاست‌هایی که زنان و مردان را به‌طور یکسان در بر نگیرد، در بلندمدت موفق نخواهد بود. مقاله حاضر پس از بررسی ادبیات مربوط به نقش زنان در توسعه پایدار به ویژه بعد زیست‌محیطی آن، با استفاده از داده‌های پیمایش ارزش‌های جهانی برای ۵۰ کشور جهان، اقدامات عملی و تشکیلاتی زنان را در مورد مسائل زیست‌محیطی بررسی نموده است. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که زنان در اکثر کشورها بیشتر از مردان اقدامات عملی در حفاظت از محیط‌زیست و مصرف بهینه از منابع انجام می‌دهند، درحالی‌که در زمینه اقدامات تشکیلاتی و حضور در تصمیم‌گیری‌ها و چانه‌زنی‌های زیست‌محیطی چندان فعال نیستند. پژوهش اکبری از نادیده گرفته شدن زنان علی‌رغم فعالیت‌های بهینه در حوزه‌ی توسعه خبر می‌دهد.
- راودراد (۲۰۰۰) نیز در تحقیقی تحت عنوان «تحلیل بر نقش زن در توسعه با تأکید بر اشتغال»، به استخراج نتایج و اطلاعات به‌دست‌آمده در پژوهش‌های قبلی و ارائه تحلیلی از نقش زن در توسعه با تأکید بر اشتغال پرداخته است. تحقیقات حاکی از این است که افزایش نقش زنان در توسعه را نمی‌توان تنها از طریق اندازه‌گیری میزان فعالیت زنان تبیین کرد؛ بلکه شناسایی عواملی

که موجب می‌شوند زنان، چه شاغل و چه غیر شاغل، نقش تعیین‌کننده در امر توسعه داشته باشند، دارای اهمیت خاصی است. روادرد در پژوهش مذکور به نقش تعیین‌کننده‌ای که زنان در روند توسعه دارند جدا از اقدامات عملی و غیر عملی اشاره کرده است.

• علیزاده (۱۳۸۹) در «نقش اشتغال زنان در توسعه» یکی از مباحث اساسی در زمینه‌ی توسعه را میزان بهره‌گیری درست و منطقی از توانایی‌ها و استعدادهای نیروی انسانی هر جامعه می‌داند. در این مقاله به بررسی نقش اشتغال زنان در توسعه پرداخته شده است. از آنجایی که هدف هر جامعه‌ای، به حداکثر رساندن رفاه اجتماعی است و رفاه اجتماعی تابعی از درآمد سرانه، توزیع عادلانه‌ی درآمد، بهبود سطح امکانات آموزشی، بهداشتی، رفاهی و میزان مشارکت اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی مردان و زنان ... است؛ بی‌تردید زنان، به‌عنوان نیمی از جمعیت، تأثیر مستقیمی در توسعه‌ی جامعه دارند.

• فعلی، صدیقی و میرزایی (۱۳۸۹) همکاران در «چالش‌های جوامع روستایی ایران برای دستیابی به توسعه پایدار»؛ توسعه روستایی در قرن بیستم را با مسائل و چالش‌های فراوان روبه‌رو می‌دانند که در کنار مشکلات زیست - محیطی، توجه به‌نوعی توسعه به نام «توسعه پایدار روستایی» را برمی‌انگیزد. نتایج این تحقیق پس از بررسی چالش‌ها و مشکلات جوامع روستایی ایران برای دستیابی به توسعه پایدار؛ از وجود مشکلات عمده از جمله: برنامه‌ریزی و مدیریت ضعیف دولتی، فقدان ساختاری مناسب برای مدیریت توسعه روستایی، عدم توجه به دانش بومی، عدم توجه به مشارکت‌های مردمی و سرمایه اجتماعی، فقدان کشاورزی مکانیزه، عدم ارتقای بهره‌وری از منابع پایه‌ای تولید، ضعف در خدمات ترویج کشاورزی، ضعف در گردشگری روستایی و عدم گسترش بخش‌های نوین اقتصادی؛ خبر می‌دهد. به‌این ترتیب دانش‌های بومی در این پژوهش نه تنها به‌عنوان مانعی در جهت رسیدن به توسعه‌ی پایدار تلقی نمی‌شود بلکه در رسیدن به آن می‌تواند تأثیرگذار باشد.

• سفیدگر (۱۳۸۶) در «توسعه فرهنگی در باورهای عامیانه مردم آذربایجان»؛ باورهای عامیانه را به مثابه شمشیری دو دم می‌داند که از یک طرف می‌تواند پروسه توسعه را در همه وجوه خود تسریع نماید و از طرف دیگر قادر است مانند ترمزی عمل نموده و جلوی روند توسعه را بگیرد. در این مقاله باورهای عامیانه مردم آذربایجان، در زمینه‌های مختلف بررسی شده و با آوردن نمونه‌هایی، به دو گروه باورهای زاینده یا توسعه‌پذیر و باورهای بازدارنده یا ضد توسعه تقسیم شده‌اند. وی چنین نتیجه‌گیری کرد که؛ سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های مردان سیاست، اقتصاد و فرهنگ در آذربایجان، در بسیاری از موارد بدون شناخت زمینه فرهنگی جامعه صورت می‌گیرد. با این توضیح که؛ شناخت باورها و آداب و سنن جامعه‌ای در حال گذار، بدون شک می‌تواند ما را در رسیدن به توسعه فرهنگی کمک کند، به این ترتیب که اگر فرهنگ عامه در مقابل توسعه از خود مقاومت نشان دهد، هیچ توسعه‌ای تحقق پیدا نخواهد کرد، ولی هرگاه فرهنگ مردم با عناصر توسعه‌ای همسو گردد به‌تدریج آن عده از باورها و سنت‌ها را نیز که در مقابل فرایند توسعه ایستادگی می‌کنند طرد و از بین خواهد برد. به عقیده سفیدگر، در کنار همه برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های خرد و کلان در سطوح مختلف شهری، استانی، منطقه‌ای و کشوری باید ذهنیت فرهنگی عموم مردم، به‌ویژه باورهای عامیانه آن‌ها شناسایی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد.

• مسعودی و کتابی (۱۳۹۸) نیز در پژوهش خود با عنوان «تقابل عقلانیت و خرافه گرایی در مسیر توسعه‌یافتگی - با تأکید بر ایران دوره قاجار-»؛ یکی از علل توسعه‌نیافتگی ایران در دوره قاجار را تقابل عقلانیت و خرافه گرایی در جامعه دانسته‌اند. در واقع، خرافه چنان در حیات سیاسی و اجتماعی ایران ریشه دوانده بود که هم فرهنگ جمعی و هم تصمیمات سیاسی ایران در آن دوران از آن متأثر شده بود تا آنجا که در دوران شاهان قاجار، به‌ویژه ناصرالدین شاه، مظفرالدین شاه و محمدعلی شاه به جای کاربست خرد، اندیشه و علم، برای حل مشکلات دست به دامان انواع خرافات می‌شدند. این مقاله به بررسی تأثیر خرافه گرایی به مثابه پدیده‌ای عقل ستیز بر توسعه‌نیافتگی ایران در مقطع زمانی مزبور پرداخته و با روش‌شناسی کیفی و به روش تحلیلی - توصیفی و از مسیر جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای در پی پاسخ به این پرسش است که «فرهنگ خرافه گرا چگونه موجب

توسعه‌نیافتگی ایران دوره قاجار شده است؟». از پژوهش مذکور این‌گونه نتیجه‌گیری شد که؛ فرهنگ خرافه‌گرا از رهگذر تقابل در عین همزیستی با «عقلانیت» در دوره قاجاریه به استبداد فکری و به تبع آن نیز استبداد سیاسی انجامید و وضعیت گفتگمانی حاصل از این تقابل فکری و عملی منجر به بازتولید چرخه‌ای شد که در یک سوی آن فرهنگ خرافه‌گرا و در سوی دیگر آن استبداد سیاسی قرار داشت، به‌گونه‌ای که هر یک دیگری را در این چرخه تولید، بازتولید و تقویت می‌کرد و بدین ترتیب موجب توسعه‌نیافتگی ایران در عهد قاجار شد.

• ربیعی (۲۰۱۵) در پژوهشی تحت عنوان «توسعه اجتماعی — اقتصادی و تأثیر آن بر تلقی افراد از چیستی خرافات مطالعه موردی: شهرستان‌های استان اصفهان»؛ هدف اصلی خود را، مطالعه تأثیر توسعه اجتماعی — اقتصادی بر تغییر تلقی افراد از چیستی خرافات تعریف کرد. جامعه آماری بررسی وی را کلیه شهروندان ۱۵ سال به بالای استان اصفهان و حجم نمونه آن را ۶۱۹۲ نفر تشکیل داده‌اند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و بر اساس سه متغیر سن، جنس و منطقه مسکونی در ۲۵ شهرستان و منطقه شهری استان اصفهان انتخاب شدند. پرسشنامه و سؤالات باز از طریق مصاحبه‌های چهره به چهره تکمیل شدند. نتایج نشان داد که برای سطوح مختلف توسعه، تفاوت‌هایی جدی در تلقی افراد از چیستی خرافات وجود دارد و وجه تمایز اصلی آن‌ها در نسبت‌های به‌دست‌آمده اعتقادات مذهبی بود. ساکنان شهرستان‌های دارای سطح توسعه‌ی اجتماعی — اقتصادی بالاتر بیشتر از سایر شهرستان‌ها باورهای مذهبی و مناسک مذهبی شهرستان محل سکونت خود را مورد بازاندیشی و نقد قرار می‌دهند.

• در تحقیقی در (۲۰۱۷)، عقاید و باورهای خرافی را به عنوانی عاملی نگران‌کننده در کشورهای آسیایی، در پژوهشی تحت عنوان «بررسی انواع متفاوت باورهای خرافی در رفتارهای ریسک‌پذیر: چیزی که ما می‌توانیم از مصرف‌کنندگان تایلندی بیاموزیم»؛ مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها معتقدند؛ خرافات پدیده‌ای متداول و رایج در جامعه بشری، مخصوصاً در فرهنگ‌های آسیایی است. باورهای خرافی می‌تولند بر زندگی مسالمت‌آمیز اجتماعی افراد در جامعه تأثیر منفی بگذارد، از آنجایی که آن‌ها خیلی زیاد با ریسک مالی و قمار مرتبط هستند. این مطالعه به بررسی تأثیر انواع مختلف اعتقاد خرافی (فعال) در مقابل (منفعل) بر رفتارهای ریسک‌پذیر مصرف‌کنندگان می‌پردازد. باورهای خرافی فعال و منفعل تفاوت در رفتارهای ریسک‌پذیر را نشان می‌دهد و بر اساس ویژگی‌هایی همراه با توهم کنترل در موقعیت، مقوله‌بندی شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد زمانی که اعتقادات خرافی منفعل احتمال ابتلا به رفتارهای پرخطر را افزایش می‌دهد، این باورها به‌عنوان موضوع و پدیده خرافی معرفی شده است (Chinchanachokchai, Pusaksrikit & Pongsakornrunsilp, 2017).

• راجرز^۱ (۲۰۰۹) از جامعه‌شناسان طرفدار توسعه و نوسازی در جوامع روستایی است. وی با انجام پاره‌ای از تحقیقات تجربی در مورد تقدیرگرایی در جامعه دهقانی بر این باور است که دهقانان، سرنوشت را قدرت مطلقه در تعیین بدبختی و موفقیت‌های خود می‌دانند. از آنجایی که دهقانان معتقدند که ستیز با طبیعت به‌منظور بالا بردن سطح زندگی دشوار است، از این‌رو دهقان هر موقع که خود و همسایه‌اش در زندگی موفقیتی به دست آورد، این امر را ناشی از مداخله قوای مابعدالطبیعه می‌داند. وی معتقد است، دهقانان در مورد کنترل حوادث آتی، دارای وجهه نظرهایی نظیر بیارادگی، بدگمانی، تسلیم، بردباری، نرمش و گریز می‌باشند و در آخر نتیجه‌گیری می‌کند، چنین باورهایی در بین روستاییان باعث گرایش آنان به خرافات می‌گردد.

• رونالد اینگلهارت (۱۳۷۳) نیز اذعان می‌کند که در جوامع کشاورزی و روستایی، گذران زندگی بخش وسیعی از مردم، از طریق کشاورزی و عمدتاً وابسته به چیزهایی بود که منشأ آسمانی داشت، مانند خورشید و باران. شخص برای آب‌وهوای خوب، رهایی از بیماری یا آسیب حشرات دعا می‌کرد. ولی در جوامع صنعتی، به‌طور روزافزون، تولید به داخل محیطی که توسط انسان ساخته شده بود کشانده شد. شخص در انتظار ابرهای بارانزا و طلوع خورشید یا تغییر فصل نبود. برای داشتن محصول خوب

¹ Rodrigue

دعا نمی‌کرد، بلکه به ماشین‌هایی وابسته بود که به وسیله انسان طراحی شده بود. با کشف میکروپ و آنتی‌بیوتیک‌ها، حتی بیماری‌ها، دیگر معجزات الهی، به حساب نمی‌آمدند و آن‌ها در کنترل انسان بودند.

- داگلاس^۱ (۱۹۷۰) همچنین در کتابش از مسئله‌ی مناسک گرایبی و ارتباط آن با شرایط اجتماعی صحبت می‌کند. منظور از مناسک گرایبی گرایش به اجرای دقیق مناسک با اشکال معین و تعریف شده است به قسمی که اهمیت اصلی یک منسک در اجرای دقیق آن فرض شود. نکته اینجاست که به نظر داگلاس مناسک گرایبی در مذهب همبسته با شرایط و موقعیت اجتماعی خاصی است. وقتی یک گروه اجتماعی اعضایش را محکم در قیودات اجتماعی می‌گیرد، مذهب مناسک گرا است و وقتی این قیودات سست می‌شوند مناسک‌گرایی زوال می‌یابد.
- زب و مری^۲ (۲۰۰۳) در تحقیقی که در مورد تأثیر خرافات بر اختلالات روانی در کشور کلمبیا انجام داده بودند، به این نتیجه رسیدند که زنان بسیار بیشتر از مردان به خرافات گرایش دارند و پیشنهاد کرده‌اند که در مطالعات بعدی، جنسیت به‌عنوان یک متغیر اصلی در نظر گرفته شود.

۲-۱- چارچوب نظری

در چارچوب نظری پژوهش حاضر به‌منظور تبیین و بررسی دانش عامیانه در توسعه‌ی پایدار روستایی، از نظریه‌ی تقسیم‌کار اجتماعی دورکیم -با نگاهی متفاوت و در تقابل با اصول کلی مکتب‌نوسازی در بیان موانع توسعه، بهره‌مند می‌شویم. دورکیم، دو شکل همبستگی را از هم تفکیک می‌کند: همبستگی موسوم به خودبه‌خودی یا مکانیکی و همبستگی موسوم به اندامی یا ارگانیکی. همبستگی مکانیکی، به‌اصطلاح خود دورکیم، همبستگی از راه همانندی است. هنگامی که این شکل از همبستگی بر جامعه مسلط باشد افراد جامعه چندان تفاوتی با یکدیگر ندارند. آنان که اعضای یک اجتماع واحد هستند به هم همانند و احساسات واحدی دارند؛ زیرا به ارزش‌های واحدی وابسته‌اند و مفهوم مشترکی از **تقدس** دارند. در جوامع بدوی، هر کس همان است که دیگران هستند؛ احساسات مشترک، یا احساسات جمعی، از لحاظ تعداد و درجه‌ی شدت عامل عاطفی مسلط در وجدان هر یک از افراد جامعه‌اند. درحالی‌که در همبستگی موسوم به اندامی یا ارگانیکی، افراد دیگر همانند نیستند، بلکه متفاوت‌اند و لزوم استقرار اجماع اجتماعی تا حدی نتیجه‌ی وجود همین تمایزهاست. به این ترتیب، دورکیم معتقد است؛ اساساً ما دو نوع جامعه می‌توانیم داشته باشیم:

- جامعه‌ی سنتی: تشکیل شده از مجموعه‌ای از واحدها همچون: اقوام، روستاها، طایفه‌ها و ...، این واحدها خیلی به هم شبیه هستند؛ از نظر شیوه‌ی اندیشیدن، زندگی کردن و عقاید. همچنین در هر کدام از آن‌ها تقسیم کار شبیه به هم وجود داشته و نوعی اخلاق که ناشی از وجدان جمعی است.
 - جامعه‌ی مدرن: دورکیم معتقد بود علت حرکت جوامع به سمت همبستگی ارگانیکی، افزایش جمعیت بوده است. در این حالت جامعه مانند ارگانسیم طبیعی یا باید خود را تطبیق دهد و یا از بین برود.
- در نهایت شاهد تغییر انسجام اجتماعی خواهیم بود که در آن، تقسیم کار از حالت خودکفا خارج شده و تخصصی می‌شود. به عبارتی جدایی هر قسمت به معنای متزلزل شدن کار در بخش‌های دیگر است. از نظر نوع تأکید بر موانع توسعه، مکتب‌نوسازی به سه دسته‌ی؛ اقتصادی، جامعه‌شناسی و روانشناسی-اجتماعی، تقسیم می‌شود. با این توصیفات، کلیه‌ی نظریه‌پردازان این مکتب نیز با تأثیرپذیری از اندیشه‌های دورکیم و تکامل‌گرایان کلاسیک دیگر، موانع توسعه را درونی دانسته و سه مشخصه‌ی فرهنگی عمده برای جوامع در حال توسعه لحاظ کرده‌اند:

¹ Douglas

² Zebb, & Moore

۱. تسلط سنت‌گرایی: به خودی خود سنت ارزش مسلطی دارد مردم آن‌ها را پرستیده و دائماً چشم به گذشته داشته و توان تغییر و تحول را ندارند.

۲. تسلط روابط خویشاوندی: که روابط خویشاوندی بر همه‌ی سطوح جامعه مسلط است، پایگاه‌ها همه محول هستند.

۳. مردم در جامعه‌ی سنتی؛ قدرگرا، احساساتی و خرافی هستند.

با همه‌ی این توصیفات، به عقیده‌ی دورکیم، امکان دارد که در برخی از جوامع برخوردار از شکل‌های بسیار پیشرفته‌ی تقسیم اقتصادی کار، نوعی ساخت قطاعی یا تیره‌ای نیز تا حدی باقی بماند. کاملاً امکان دارد که نوعی تقسیم کار، خصوصاً تقسیم کار اقتصادی، در یک جامعه‌ی بسیار پیشرفته باشد و حال آنکه سازمان قطاعی هنوز به شدت ابراز وجود کند. به نظر می‌رسد که مورد انگلستان کاملاً چنین باشد. صنعت بزرگ و تجارت در مقیاس وسیع در انگلستان همان‌قدر توسعه یافته‌اند که در قاره‌ی اروپا، با این همه به دلیل وجود خودمختاری‌های محلی و اقتدار سنت، دستگاه قطاعی لانه‌ی زنبور مانند هنوز در انگلیس به نحو بارزی پابرجاست. دلیلش این است که در واقع تقسیم کار که نمودی مشتق و ثانوی است، چنانکه دیدیم، در سطح زندگی اجتماعی جریان دارد (و نه در عمق آن)؛ و این خصوصاً در مورد تقسیم کار اقتصادی صادق است. این تقسیم کار سطحی است. آری، هر چیز سطحی، در هر اندامی که باشد، به علت موقعیت سطحی‌اش نسبت به تأثیر علل خارجی حساس‌تر است و حال آنکه علل داخلی که وی بدان وابسته است هنوز تغییر نیافته‌اند (ماسه، ۱۳۵۷).

گذشته از آن؛ دورکیم در تقسیم کار اجتماعی از تقلیل فرد تا حد ماشین نیز صحبت می‌کند که به نوعی تهدیدکننده‌ی اخلاق می‌تواند باشد. «... او هر روز همان حرکات معین را با نظمی یکنواخت انجام می‌دهد بدون آنکه به آن‌ها علاقه‌ای داشته باشد یا معنای آن‌ها را دریابد. این دیگر سلول زنده‌ی یک پیکر نیست که در تماس با سلول‌های مجاور به حرکت در می‌آید. اگر هدف اخلاق جامعه باشد باز هم نمی‌توان چنین چیزی را مجاز شمرد زیرا که تباهی فرد تنها تهدیدکننده‌ی نقش‌های اقتصادی نیست بلکه همه‌ی نقش‌های اجتماعی را، در هر مرتبه‌ای، تهدید می‌کند». فرضیه‌های تحقیق:

- بین دانش عامیانه و توسعه پایدار روستایی رابطه معنادار وجود دارد.
- بین نقش زنان و توسعه پایدار روستایی رابطه معنادار وجود دارد.

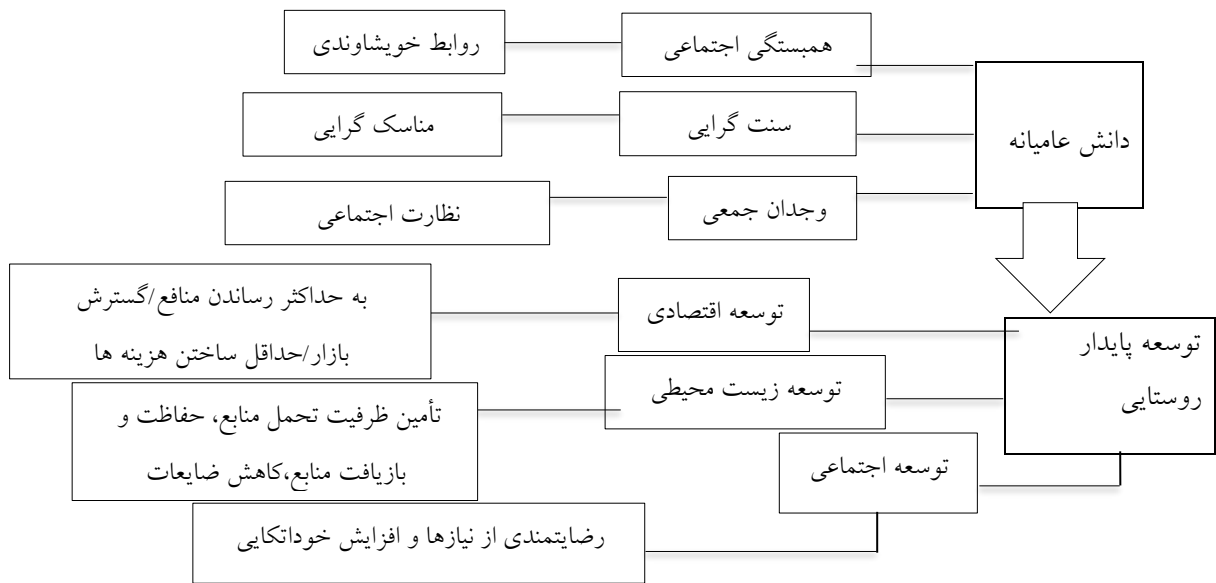
فرضیات فرعی:

۱. بین روابط خویشاوندی و توسعه پایدار روستایی رابطه معنادار وجود دارد.
۲. بین میزان نظارت اجتماعی و توسعه پایدار روستایی رابطه معنادار وجود دارد.
۳. بین مناسک گرای و توسعه پایدار روستایی رابطه معنادار وجود دارد.
۴. بین دانش عامیانه و توسعه اقتصادی رابطه معنادار وجود دارد.
۵. بین دانش عامیانه و توسعه اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد.
۶. بین دانش عامیانه و توسعه زیست‌محیطی رابطه معنادار وجود دارد.

مدل نظری:

با توجه به نظریه تقسیم‌کار اجتماعی دورکیم، در این قسمت به ترسیم مدل نظری مطالعه پرداخته می‌شود.

مدل ۱. مدل نظری پژوهش



در این پژوهش از نظریه‌ی تقسیم کار اجتماعی دورکیم بهره می‌بریم، به‌منظور تبیین تأثیر باورهای عامه بر توسعه‌ی پایدار روستایی؛ که آیا باورهای عامه در جوامع روستایی - جوامع مکانیکی بر اساس نظریه‌ی دورکیم- بر توسعه‌ی روستایی به‌صورت مثبت عمل کرده و به پایداری آن کمک می‌کنند یا مطابق آنچه مکتب نوسازی و نظریه‌پردازانی چون؛ لرنر، راجرز، والت ویتمن روستو، اسملسر و دیگر اندیشمندان این حوزه معتقدند، مانعی بر سر راه آن بوده و امکان پایداری توسعه را سلب می‌کنند. بر اساس نظریه‌ی دورکیم؛ در جوامع مکانیکی شاهد همبستگی اجتماعی بالا می‌باشیم که در جوامع روستایی می‌توان این انسجام را در قالب روابط خویشاوندی موردبررسی قرار داد. وجدان جمعی یا به اصطلاح حقوق‌تنبیهی، در نظریه‌ی دورکیم سطح بالای نظارت اجتماعی را بیان می‌دارد. به این معنا که جرم چیزی نیست جز کرداری که وجدان جمعی آن را ممنوع می‌داند. وجدان جمعی و مناسک‌گرایی-آداب و رسوم- که مکتب نوسازی به‌عنوان مانع توسعه به آن اشاره دارد، به عقیده‌ی دورکیم عامل همبستگی بیشتر اجتماع قلمداد می‌شود. افراد در غلیان ناشی از اعیاد و جشن‌های اجتماعی، نسبت به هم نزدیک‌تر شده، نوعی همدلی با هم پیدا می‌کنند (ماسه، ۱۳۵۷).

به این ترتیب با توجه به نظریه‌ی دورکیم، شاخص‌های توسعه‌ی پایدار؛ بررسی می‌شود؛ به اعتقاد دورکیم در جوامع ابتدایی نیز ما می‌توانیم شاهد توسعه‌ی اقتصادی باشیم. بدین‌سان کافی است که اوضاع خاصی نیاز به رفاه مادی را در نزد ملتی برانگیزد تا تقسیم کار اقتصادی در نزد آن ملت توسعه یابد بی آنکه ساخت اجتماعی به نحو محسوسی تغییر کند و همچنین در مورد توسعه‌ی اجتماعی و احساس رضایتمندی افراد جامعه، نیز دورکیم معتقد است چه الزامی وجود دارد مبنی بر این‌که احساس رضایتمندی اجتماعی در جوامع ابتدایی و مکانیکی، کمتر از جوامع ارگانیکی یا پیشرفته باشد.

- می‌توان گفت که روی آوردن به تخصص بیشتر برای به دست آوردن لذت‌های تازه نیست ... خلاصه این‌که نمی‌توان پذیرفت که پیشرفت فقط حاصل حس ملال باشد.
- دورکیم تبیینی را که آگوست کنت هم در نظر گرفته و کنار گذاشته بود، تبیینی که عامل اساسی توسعه‌ی اجتماعی را ملال خاطر، یا جستجوی خوشبختی می‌داند، کنار می‌گذارد؛ زیرا دورکیم می‌گوید هیچ چیز دلیل بر این نیست که آدمیان در جوامع جدید خوشبخت‌تر از افراد جوامع دیرین باشند.

- تقسیم کار را نه می‌توان بر اساس ملال خاطر تبیین کرد، نه بر اساس جستجوی خوشبختی، نه بر اساس افزایش خوشی‌ها و نه بر پایه‌ی تمایل (افراد) به افزودن بر بازده کار جمعی. این در حالی است که مکتب نوسازی دقیقاً هر کدام از شاخص‌های باورهای عامه از قبیل سنت، تقدیرگرایی و روابط خویشاوندی که در اینجا بر اساس نظریه‌ی دورکیم آورده شده است را مانع برای رسیدن به توسعه‌ی پایدار تلقی می‌کند.

۳- روش‌شناسی

به‌منظور بررسی «دانش عامیانه و نقش زنان در توسعه‌ی پایدار روستایی»، از رویکرد کیفی استفاده شده است. روش گردآوری اطلاعات نیز، در این تحقیق، اسنادی و همچنین تکنیکی که با توجه به اهداف و ماهیت داده‌های این بررسی، مورد استفاده قرار گرفته است؛ تکنیک تحلیل محتوا، است. واحد تحلیل در این پژوهش، فیلم‌های مستند روستاهای استان خراسان جنوبی است. واحد ثبت نیز مضمون و واحد شمارش در بررسی‌های اولیه و آزمایشی پلان^۱، به‌عنوان کوچک‌ترین جزء معنایی در زبان فیلم، در نظر گرفته شده بود؛ اما با توجه به تکرار برخی مضامین در پلان‌ها و به‌منظور جلوگیری از خطا در پژوهش، پلان به سکانس-مجموعه‌ای از چند صحنه که وحدت موضوعی یا مضمونی داشته باشد، تغییر پیدا کرد. به این ترتیب در رهیافت تحلیل محتوای جهت‌دار با تکیه بر نظریه‌ی تقسیم کار اجتماعی دورکیم، به رده‌بندی مفاهیم پرداخته می‌شود.

این پژوهش به دنبال بررسی توسعه‌ی پایدار در جوامع روستایی ایران است، اما با توجه به این که مطالعه روستاهای کل استان‌های کشور، زمان‌بر بوده و همچنین مهم‌تر از آن ممکن است از میزان دقت بررسی بکاهد، روستاهای استان خراسان جنوبی به‌عنوان جامعه‌ی آماری این پژوهش انتخاب شده است. انتخاب این استان به‌عنوان جامعه‌ی آماری از جهت مشکلاتی که برای آن تعریف شده بود، حائز اهمیت و مورد توجه است؛ از جمله: خشک‌سالی، ناامنی مرزهای شرقی کشور، تراکم جمعیتی کم استان و ... که به‌عنوان عوامل محرومیت این استان مطرح شده است.

با این وصف، بررسی و تحلیل روستاهای استان خراسان جنوبی با توجه به رویکرد مثبت نظریه تقسیم‌کار دورکیم، می‌تواند چالش‌برانگیز و مورد توجه قرار بگیرد. ۳۴ قسمت مجموعه‌ی مستند روستاهای استان خراسان جنوبی که به بررسی وضعیت اقتصادی، اشتغال و محصولات کشاورزی آن استان، در ۳۰ روستا می‌پردازد. لازم به ذکر است که از این ۳۴ قسمت، قسمت‌های ۱۶، ۱۷ و ۲۴ تکرار روستاهای «دادران»، «گُل» و «زیرکوه» است. ضمن اینکه در دو قسمت ۳۳ و ۳۴ به‌صورت توضیحات تکمیلی به روستای «گُرد» نیز پرداخته می‌شود. انتخاب این مجموعه از آن جهت حائز اهمیت است که تهیه و کارگردانی ۳۴ قسمت مستند مذکور توسط محمد عبداللّهی صورت گرفته است که زاده‌ی بیرجند و از بومیان این استان است.

اعتبار صوری: در پژوهش حاضر تلاش شد تا با مراجعه به اساتید راهنما و مشاور و مشورت با آن‌ها، در مورد روایی رده‌بندی انجام‌شده، به‌نوعی وفاق برسیم. همچنین قابلیت اعتماد در توصیف جنبه‌های گوناگون قابل اطمینان، با توجه به نظریه‌ی تقسیم کار اجتماعی دورکیم-به‌عنوان چارچوب نظری، مورد سنجش قرار گرفته است.

¹Plan, Shot

از زمانی که دوربین برای ضبط به کار می‌افتد تا زمانی که متوقف شود را نما، پلان یا شات، می‌نامند.

۳-۱- تعاریف نظری

۳-۱-۱- توسعه‌یافتگی

توسعه در لغت به معنای رشد تدریجی در جهت پیشرفته شدن و قدرتمند شدن است. توسعه همچنین یک مفهوم کیفی است که در برابر رشد قرار می‌گیرد و می‌توان آن را معادل افزایش کیفیت زندگی دانست (خاکپور، ۲۰۰۹). توسعه جریانی تک بعدی نیست بلکه جریانی چندبعدی است که در آن، مجموعه نظام فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی هماهنگ و متناسب با نیازهای اساسی انسان ارتقاء یافته و از این رو، ظرفیت‌های جدیدی در جامعه ایجاد می‌شود، به طوری که کل جامعه را در وضعیت بهتر و مطلوب‌تری نسبت به گذشته آن قرار می‌دهد (نوابخش، ۱۴۰۰).

توسعه انواعی دارد که در ذیل، به آن‌ها اشاره خواهد شد:

- توسعه اجتماعی: آشکال متفاوت کنش متقابل است که در یک جامعه‌ی خاص همراه با توسعه‌ی تمدن رخ می‌دهد. توسعه‌ی اجتماعی در پی ایجاد بهبود در وضعیت اجتماعی افراد یک جامعه است.
 - توسعه فرهنگی: یکی دیگر از پیش‌شرط‌های توسعه‌ی اقتصادی-اجتماعی، می‌تواند بستر و شرایط مستعد فرهنگی باشد. اصولاً توسعه، بدون در نظر گرفتن بستر و زمینه فرهنگی آن محکوم به شکست است.
 - توسعه اقتصادی: مهم‌ترین دغدغه توسعه اقتصادی؛ به تناسب میان جمعیت و منابع موجود برای آن مربوط است.
 - توسعه سیاسی: فرایندی است که زمینه لازم را برای نهادینه کردن تشکل و مشارکت سیاسی فراهم می‌کند که حاصل آن افزایش توانمندی یک نظام سیاسی است.
 - توسعه انسانی: توسعه انسانی یعنی گسترش فرایند انتخاب افراد. در واقع مفهوم توسعه انسانی گویای آن است که انسان‌ها بتوانند از امکانات و قابلیت‌های موجود در جهت تعالی اهداف انسانی، اجتماعی و تأمین نیازهای فیزیولوژیک خود بهره‌برداری نمایند.
 - توسعه برون‌زا: نوعی الگوی توسعه است که منشأ و جهت‌گیری خارجی داشته و بر تقلید از کشورهای توسعه‌یافته غربی تأکید می‌ورزد.
 - توسعه درون‌زا: توسعه‌ای است که با استفاده از منابع داخلی صورت می‌پذیرد و زمانی تحقق می‌یابد که سطح آگاهی‌ها، دانش مردم، امکانات، توانمندی و علاقه‌مندی به جامعه به حدی رسیده باشد که بتواند از درون خود با توجه به فرهنگ، آداب و رسوم سنن اجتماعی و ارزش‌ها و باورهای حاکم بر جامعه و با استفاده از همه نیروهای موجود، اقدام به تلاش برای دستیابی به اهداف مطلوب مادی و معنوی خویش نماید.
 - توسعه پایدار: از اوایل دهه‌ی ۱۹۸۰ مفاهیم و استراتژی‌های توسعه تغییر کرد و اندیشمندان، توسعه را فرایندی دانستند که در انسان هم هدف و هم وسیله‌ی توسعه تلقی می‌شد (توسعه‌ی درون‌زا یا خوداتکایی).
- مفهوم توسعه‌ی پایدار، نخستین بار به‌طور رسمی در سال ۱۹۸۷ در گزارش برانت لند با عنوان «آینده‌ی مشترک ما» کمیسیون جهانی محیط‌زیست و توسعه‌ی سازمان ملل مطرح شد. این کمیسیون، توسعه‌ی پایدار را چنین تعریف می‌کند: نیازهای نسل حاضر بدون به مخاطره انداختن ظرفیت‌های نسل آینده برای رفع نیازهایشان (Wackernagel & Yount, 2000). لذا در ارزیابی ابعاد توسعه‌ی پایدار می‌توان به نکات ذیل اشاره کرد: در توسعه‌ی اقتصادی هدف غایی تأمین رشد اقتصادی پایدار، به حداکثر رساندن منافع، گسترش بازار، حداقل ساختن هزینه‌ها است. در توسعه‌ی محیطی تأمین ظرفیت تحمل منابع، حفاظت و بازیافت منابع، کاهش ضایعات و در توسعه‌ی اجتماعی، رضایت‌مندی از نیازها و افزایش خوداتکایی معنا یافته‌اند (Rodrigue, 2009). پیش از مطرح شدن پارادایم توسعه‌ی پایدار

روستایی، توسعه‌ی روستایی به‌طور عمده معطوف بر اهداف توسعه اجتماعی و اقتصادی مناطق روستایی بود (Ward & Brown, 2009)؛ اما تغییرات در شبکه‌های تولید جهانی و افزایش شهرنشینی، شخصیت مناطق روستایی را تغییر داد (Chigbu, 2012). در پس فرآیند تحولات نوگرایی در دهه‌های پس از جنگ جهانی دوم، سیاست‌های مصرف‌گرایی در ارتباط با حوزه‌ی کشاورزی تشدید پیدا کرد و با مطرح‌شدن پارادایم «توسعه» در مقابل «رشد»، در آغاز دهه‌ی ۱۹۸۰، این سیاست‌ها توسط متخصصان و کنشگران امر توسعه به چالش کشیده شد. این موضوع خصوصاً در کشورهای در حال توسعه عامل بدتر شدن شرایط اجتماعی، سیاسی و زیست‌محیطی گشت. شکست نوگرایی به‌ویژه در بخش کشاورزی، موجب گرایش بالقوه به پارادایمی جدید در توسعه‌یافتگی تحت عنوان توسعه پایدار روستایی شد (Borec & Turk, 2009). از طرف دیگر توسعه‌ی پایدار روستایی به میزان فراوانی وابسته به ابعاد نهادی نیز است. جوامع روستایی شاید سرنوشت خود را نتوانند تعیین نمایند اما دولت‌ها می‌توانند به میزان قابل توجهی در توانمندسازی آن‌ها در این زمینه یاری رسانند (Herrmann, et. al., 1999; Matthews et. al. 1999).

۳-۱-۲- زنانگی و نقش زنان در روستا

به‌طور کلی جامعه‌شناسان از اصطلاح جنس برای اشاره به تفاوت‌های کالبدی و فیزیولوژیک استفاده می‌کنند. در مقابل، جنسیت به تفاوت‌های روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی مذکرها و مؤنث‌ها مربوط می‌شود. جنسیت به افکار و مفاهیمی درباره‌ی مردانگی و زنانگی مربوط می‌شود که به‌صورت اجتماعی برساخته می‌شوند. برای تبیین شکل‌گیری هویت‌های جنسیتی و نقش‌های اجتماعی مبتنی بر این هویت‌ها، رویکردهای متضاد و متفاوتی وجود داشته است. برخی صاحب‌نظران بیش از دیگران بر نقش و اهمیت عوامل اجتماعی در تحلیل تفاوت‌های جنسیتی پافشاری می‌کنند. جنسیت چیزی نیست که به‌خودی‌خود وجود داشته باشد؛ همه‌ی ما، در کنش‌های متقابل روزانه‌مان با دیگران، به «جنسیت فعلیت می‌بخشیم».

با این توصیفات، اهمیت نقش زنان می‌تواند وابسته به بستری باشد که در آن به فعالیت مشغول هستند؛ و به‌این‌ترتیب در دو اجتماع متفاوت عملکرد زنان نیز در تضاد باشد. امروزه یک مزرعه‌ی خانوادگی تقسیم‌کار جدیدی را می‌طلبد، بدین‌سان که زن خانواده مسئولیت اصلی عملیات کشاورزی را که غالباً تخصصی است بر عهده دارد، حال‌آنکه شوهر شغل حقوق‌بگیرانه‌ای دارد و هرگاه که بتواند به همسرش کمک می‌کند.

۳-۱-۳- تفاوت باور و خرافه

باور عقیده‌ای درست یا نادرست است. باورها عقاید پیشینیان در تمامی جنبه‌های زندگی از تولد تا مرگ بوده است. باورها گاه خرافی است و گاه نه. درستی و نادرستی و خرافه بودن و نبودن آن به نوع بینش و تفکر باورگذار و باورپذیر و اعتقادات شخصی آنان بستگی دارد. یکی دانستن باور با خرافه، نوعی جهت‌دادن و دخالت‌نگرش شخصی به باورهاست. از همین‌جا تفاوت باور و خرافه معلوم می‌شود. خرافه، واژه‌ای عربی و جمع آن خرافات است. ریشه‌ی آن «خرف» به معنای «پیری و فرتوتی» است. «خرافه» مصدر این فعل است و در اصطلاح بر «حکایت ساختگی و خنده‌آور» یا «عقیده‌ی فاسد و رأی باطل، سخن بیهوده و یاوه»، اطلاق می‌شود (ذوالفقاری، ۱۳۹۳).

۳-۱-۴- دانش عامیانه

اصطلاح فولکلور به معنی «دانش عامیانه» و دانستی‌های توده‌ی مردم رواج یافته و فرهنگ‌عامه، فرهنگ عامیانه، فرهنگ توده و فرهنگ مردم نامیده شده است (روح‌الامینی، ۱۳۸۷).

سی.اس.برن، موضوعات فولکلور را در سه مقوله‌ی اصلی قرار داده است:

۱. باورها و عرف و عادات مربوط به زمین و آسمان، دنیای گیاهان و رویدنی‌ها، دنیای حیوانات، دنیای انسانی، اشیای مخلوق و مصنوع بشر، روح و نفس و دنیای دیگر، موجودات مافوق بشر، غیب‌گویی و معجزات و کرامات، سحر و ساحری و طبابت.

۲. آداب و رسوم مربوط به نهادهای سیاسی و اقتصادی و اجتماعی، شعائر و مناسک زندگی انسان، مشاغل و پیشه‌ها، گاه‌شماری و تقویم و جشن‌ها، بازی‌ها و سرگرمی‌های اوقات فراغت.

۳. داستان‌ها (حقیقی و سرگرم‌کننده)، ترانه‌ها و تصنیف‌ها، مثل‌ها و چیستان‌ها.

تعاریفی که برای توصیف باورهای عامه به آن‌ها اشاره شد را در بحث توتم و توتم پرستی دورکیم نیز می‌توانیم مشاهده کنیم. از نظر دورکیم جامعه‌ی اولیه برای حفظ وحدت و همبستگی میان اعضای خود نیازمند قوانینی است که جنبه‌ی الزام‌آوری داشته باشند؛ اما این الزام‌آور بودن باید نهادینه شود و حالت الزام بیرونی خود را از دست بدهد تا هر یک از اعضا با طیب خاطر، تن به خواست گروه داده از خواست‌های فردی خود بگذرد. این کار تنها از طریق تدوین مقررات ممکن نیست. باید روحی جمعی به وجود آید و هر کس خود را بخشی از آن بداند. این روح جمعی و وجدان گروهی از طریق اتخاذ یک توتم^۱ به‌عنوان نماد گروه و سپس ارتقای آن به مقام الوهیت مقدور می‌گردد. هرچند این کار در آغاز آگاهانه انجام می‌شود، به تدریج اصل مسئله فراموش می‌شود و این باور شکل می‌گیرد که موجودی فراتر از جامعه وجود دارد که باید از قواعد اخلاقی وضع‌شده از سوی او پیروی کرد. در نتیجه الوهیت، آن روی سکه گروه اجتماعی است، نه وجودی متمایز از آن (دورکیم، ۱۳۸۳).

بدین ترتیب، مسئله باورها که یکی از ارکان اصلی هر دینی است، حل می‌شود؛ اما افزون بر باورها، در هر دینی شاهد مناسک و اعمال عبادی متعددی هستیم. دورکیم این مسئله را این‌گونه حل می‌کند که جامعه پس از ایجاد آن باور اولیه برای آنکه همواره فرد را متوجه گروه نگه دارد و به او بگوید که باید خود را بخشی تجزیه‌ناپذیر از گروه بداند، مناسکی ایجاد می‌کند که کارکرد آن در نهایت، تقویت روح همبستگی میان اعضای گروه است. مسئله‌ی توتمیسم را پیشتر از دورکیم، رابرتسون اسمیت^۲ مطرح کرده بود. او از گرایش‌های فردگرایانه و فکری-عقلی نظریه‌پردازان پیشین فاصله گرفته و مطالعه‌ی تطبیقی‌اش در باب قبایل سامی پیش از بنی‌اسرائیل، او را به این نتیجه رسانده بود که دین ابتدایی در بنیاد، مسئله‌ای مربوط به نهادهای اجتماعی و شعائر و آیین‌هاست. نه عقاید و آرای فردی و مابعدالطبیعی. اسمیت بر خصلت اجتماعی دین و نیز بر اهمیت توتمیسم تأکید داشت و این شیوه‌ی پرستش قبیله بدوی را ابتدایی‌ترین شکل حیات دینی می‌دانست (خرمشاهی، ۱۳۷۲).

همان‌طور که در نظریات دورکیم و اسمیت مشاهده شده، آنچه در قبایل ابتدایی، گروه‌های نخستین و به‌طور کلی اجتماعات اولیه دیده می‌شود، تلاش برای حفظ روح جمعی و همبستگی بین اعضا است. توتمیسم و به‌طور کلی شکل‌گیری باورهایی در ارتباط با آن نیز

۱. توتم عبارت است از؛ حیوان یا درخت یا حتی قطعه‌ای از شیئی که همه‌ی افراد یک عشیره، قبیله یا کلان آن را نیای مشترک خود می‌دانند و برای آن احترام خاصی قائل‌اند.

۲. پژوهنده‌ی عهد عتیق و پژوهشگر زبان‌های سامی.

ناشی از همین کوشش برای نگهداری اتحاد بین افراد است؛ به دلیل نقش بسزایی که باورها در نهادینه کردن قوانین جمعی دارند. به این ترتیب در اجتماعات روستایی نیز می‌توانیم شاهد چنین باورهایی در بین عموم مردم باشیم که در برخی موارد بیش از آن که بر اساس اصول منطقی و عقلایی باشد، پشتوانه خرافی داشته و چه بسا حتی به مرور زمان کارکرد اصلی آن از بین رفته و تنها شکل تحریف شده و خرافی آن باور باقی مانده باشد.

۳-۲- تعاریف عملیاتی

۳-۲-۱- باورهای عامه

با توجه به تعریف دورکیم از جوامع ابتدایی و همبستگی مکانیکی در نظریه‌ی تقسیم‌کار اجتماعی و همچنین آنچه در تعریف نظری از دانش عامیانه آورده شده است؛ می‌توان جوامع روستایی در ایران را به‌عنوان بستری در نظر گرفت که این باورها در آن تولید و بازتولید می‌شود. نخستین فکر اصلی دورکیم در همبستگی خود به خودی، به مفهوم وجدان جمعی مربوط می‌شود. در جوامع دارای همبستگی مکانیکی یا خودبه‌خودی، مهم‌ترین بخش هستی (فرد) تابع فرامین و ممنوعیت‌های اجتماعی است. وجدان جمعی، بنا به تعریف، در تمامی گستره‌ی جامعه پراکنده است، افراد می‌گذرند، ولی وجدان جمعی باقی می‌ماند. وجدان جمعی، نوع روحی جامعه است، نوعی که درست مانند انواع فردی، هر چند به شیوه‌ای دیگر، دارای خواص، شرایط هستی و شیوه‌ی توسعه‌ی خاص خویش است (نوابخش، ۱۴۰۰).

این تعریف دورکیم از وجدان جمعی را می‌توان در جوامع روستایی ایران نیز مشاهده کرد؛ در جامعه‌ی روستایی ایران، عرف عامل مهم و تعیین‌کننده‌ای در تبیین مسائل و تعیین حدود نسق و حل مشکلات تلقی می‌شود و مردم روستایی، بی‌نیاز از مقررات مدون، در بسیاری از امور معضلات خود را از این طریق مرتفع می‌کنند. با توجه به مراتب مذکور، می‌توانیم جوامع روستایی را به‌عنوان بستری در نظر بگیریم به‌منظور بررسی رده‌ی (متغیر) توسعه‌ی پایدار روستایی.

۳-۲-۲- توسعه‌ی پایدار روستایی

همان‌طور که در تعریف نظری مفهوم توسعه‌ی پایدار اشاره شد؛ می‌توان ابعاد این مفهوم را در سه مقوله‌ی اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی در نظر گرفت. با این وصف ارتباط این سه مقوله نیز حائز اهمیت است. با توجه به نظریه‌ی تقسیم‌کار اجتماعی دورکیم، به هر یک از ابعاد توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی، به‌صورت جداگانه پرداخته و سپس ارتباط آن‌ها در شکل‌گیری مفهوم توسعه‌ی پایدار روستایی تشریح می‌شود.

در تعریف نظری، هدف غایی توسعه‌ی اقتصادی، تأمین رشد اقتصادی پایدار، به حداکثر رساندن منافع، گسترش بازار و حداقل ساختن هزینه‌ها، بیان شده است. این در حالی است که دورکیم معتقد است؛ نمود تقسیم‌کار اجتماعی از دیدگاه جامعه‌شناس با تبیین آن از دیدگاه اقتصاددانان فرق دارد. در واقع تقسیم‌کاری که دورکیم درصدد درک و تعریف آن است با تقسیم‌کار موردنظر اقتصاددانان فرق دارد. با توجه به تئوری دورکیم، به حداکثر رساندن منافع در نتیجه‌ی فعالیت‌های صنعتی که از نظر اقتصاددانان به‌عنوان معیاری برای توسعه‌ی اقتصادی در جوامع قلمداد می‌شود، در جامعه‌ای با همبستگی مکانیکی نمی‌تواند تعیین‌کننده باشد. از آنجایی که هر نوع تقسیم‌کاری در جوامع خبر از تغییر همبستگی مکانیکی به همبستگی اندامی آن جوامع می‌دهد؛ این شکل‌گیری مشاغل مختلف با هدف بازده بیشتر، از تمایزی خبر می‌دهد که افراد با آگاهی از این تمایز به تقسیم‌کار پرداخته‌اند و آن آگاهی پیش از گسست همبستگی خود به خودی نمی‌تواند شکل گرفته باشد. تعدد فعالیت‌های صنعتی، مظهری از تمایزپذیری اجتماعی است که دورکیم آن را مقدم

می‌شمرد. منشاء این نوع تمایزپذیری اجتماعی از هم‌پاشیدگی همبستگی ساختگی و شالوده‌ی قطاعی یا تیره مانند جامعه است (نوابخش، ۱۴۰۰).

اقتصاددانانی که تقسیم‌کار اجتماعی را ناشی از نفعی می‌دانند که افراد برای تقسیم وظایف مابین خود به‌منظور افزایش بازده اجتماع داشته‌اند، در اشتباه هستند. گفتن اینکه افراد به‌منظور بالا بردن بازده اجتماعی کار را بین خود تقسیم کرده و به هر یک شغل خاصی داده‌اند بدان‌ها هلد که پیش از آنکه تمایزپذیریهای افراد در مقیاس اجتماعی ظاهر شود افراد را از هم متمایز و نسبت به تمایزهای اجتماعی خودآگاه فرض کنیم. حقیقت این است که آگاهی به فردیت، عملاً پیش از پیدایش همبستگی اندامی و تقسیم‌کار نمی‌توانست وجود داشته باشد. جستجوی عقلانی بازده بیشتر قادر به تبیین تمایزپذیری اجتماعی نیست زیرا تقاضای بازده بیشتر خود مستلزم وجود تمایزهای اجتماعی است (دورکیم، ۱۳۸۷). با این وصف، «به حداکثر رساندن منافع» که در تعریف نظری به‌عنوان هدف غایی توسعه اقتصادی، بیان شده بود با توجه به نظریه‌ی تقسیم‌کار دورکیم نمی‌تواند به‌عنوان معیاری برای بررسی توسعه‌ی اقتصادی در جوامع روستایی به کار برود. البته ممکن است در برخی جوامع با همبستگی مکانیکی شاهد پیشرفت اقتصادی نیز باشیم که با توجه به آنچه دورکیم به آن معتقد است و بیان می‌دارد، این پیشرفت اقتصادی صرفاً تقلیدی و سطحی بوده و چون ریشه‌های عمیق ندارد، بنابراین خیلی زود از بین می‌رود و مجدداً همان همبستگی خودبه‌خودی باقی خواهد ماند. کاملاً امکان دارد که نوعی تقسیم‌کار، خصوصاً تقسیم‌کار اقتصادی، در یک جامعه بسیار پیشرفته باشد و حال آن‌که سازمان قطاعی هنوز به‌شدت ابراز وجود می‌کند. دلیلش این است که در واقع تقسیم‌کار که نمودی مشتق و ثانوی است، در سطح زندگی اجتماعی جریان دارد (و نه در عمق آن) و این خصوصاً در مورد تقسیم‌کار اقتصادی صادق است. این تقسیم‌کار سطحی است. ... روحیه‌ی تقلید، یا تماس با تمدنی کامل‌تر، مثلاً می‌تواند به چنین نتیجه‌ای بینجامد. هوشمندی‌هایی در انسان پدید می‌آید که برای حصول پیشرفت کافی اند اما ریشه‌های عمیق ندارند. این‌گونه هوشمندی‌های (مبتنی بر فهم و آموزش) به همین دلیل از راه توارث انتقال‌پذیر نیستند.

به‌این‌ترتیب در تعریف عملیاتی توسعه‌ی اقتصادی، نه لزوماً منفعت مادی و بالا بردن بازده اجتماعی بلکه تعدد مشاغل و گسترش بازار به معنای ارتباط با یکدیگر تعریف نظری نیز آمده است، با رویکرد تقسیم اجتماعی دورکیم، هم‌خوانی دارد. منظور از گسترش بازار و ارتباط با دنیای خارج در اینجا؛ برقراری روابط تجاری جوامع روستایی با یکدیگر و همچنین جوامع شهری است. گذشته از این روابط تجاری جوامع روستایی، مشارکت مردم یک جامعه‌ی روستایی با همدیگر که فرهادی از آن تحت عنوان همیاری یاد می‌کند نیز تأیید‌کننده‌ی توسعه‌ی اقتصادی است. قطاع یا تیره، در قاموس دورکیم، یک گروه اجتماعی است که افراد آن با هم پیوندهای بسیار نزدیک دارند؛ اما قطاع یا تیره همچنین گروه محلی مشخصی، نسبتاً جدا از دیگر گروه‌ها و دارای زندگی خاص خویش است.

علی‌رغم بی‌توجهی نسبت به نفع مادی در بررسی توسعه‌ی اقتصادی روستا، رفاه مادی، در رده‌بندی، به‌عنوان زیر‌مقوله‌ی این بُعد از توسعه، در نظر گرفته شده است. از آن‌جهت که بر مفهوم رضایت از زندگی - به‌عنوان زیر‌مقوله‌ی توسعه‌ی اجتماعی که در ادامه توضیح داده خواهد شد، تأکید دارد و نه لزوماً افزایش بازده اجتماعی و یا منفعت‌طلبی برای رسیدن به سود و سرمایه‌ی اقتصادی؛ و این ابعاد - اقتصادی، اجتماعی و زیست‌محیطی - در شکل‌گیری مقوله‌ی توسعه‌ی پایدار روستایی مکمل هم می‌باشند.

توسعه‌ی اجتماعی در تعریف نظری، «رضایتمندی از نیازها و افزایش خوداتکایی» معنا یافته است. این معنا از توسعه‌ی اجتماعی را در نظریه‌ی دورکیم نیز می‌توان دید. به‌این‌ترتیب که رضایتمندی از نیازها را، به‌عنوان زیر‌مقوله‌ی توسعه‌ی اجتماعی در رده‌بندی، می‌توان با مفهوم احساس خوشبختی یا رضایت از شرایط و وضع زندگی که دورکیم به آن می‌پردازد، هماهنگ دانست. او می‌گوید، راست است که در جوامع جدید خوشی‌ها متعددتر و لطیف‌ترند، لکن این تمایزپذیری خوشی‌ها نتیجه‌ی تمایزپذیری اجتماعی است نه علت آن. تقسیم‌کار را نه می‌توان بر اساس ملال خاطر تبیین کرد، نه بر اساس جستجوی خوشبختی، نه بر اساس افزایش خوشی‌ها؛

بنابراین می‌توانیم تأمین نیازها و همچنین احساس شادمانی و خوشی را در تأیید توسعه‌ی اجتماعی کدگذاری کنیم. از آنجایی که بستر بررسی این پژوهش جوامع روستایی با همبستگی مکانیکی می‌باشند، بنابراین توسعه‌ی اجتماعی بر اساس خودکفایی یا خودبستگی اجتماعات روستایی نیز کدگذاری می‌شود. مفهوم ساخت قطاعی یا تیره‌ای را نباید با مفهوم همبستگی از راه همانندی یکی دانست. منظور از این مفهوم، انفراد نسبی، یا خودبستگی عناصر گوناگون است. می‌توان تصور نوعی جامعه‌ی کلی را کرد که در مکان وسیعی گسترده است و چیزی جز اتصال قطعات یا تیره‌های همانند و خودبسته نیست (دورکیم، ۱۳۸۷).

۳-۲-۳- توسعه زیست‌محیطی

در توسعه‌ی محیطی با توجه به تعریف نظری «تأمین ظرفیت تحمل منابع، حفاظت و بازیافت منابع، کاهش ضایعات» در تأمین ظرفیت تحمل منابع به‌عنوان زیر مقوله؛ به حفظ و حتی گسترش منابع موجود در مکان مورد بررسی اشاره می‌کنیم. به این ترتیب حفاظت و بازیافت منابع، به معنی تلاش برای استفاده‌ی بهینه و نگهداری منابع، همچنین احیای منابع در معرض خطر انقراض، مورد توجه است. گذشته از آن، کاهش ضایعات به‌منظور جلوگیری از آلودگی محیط و تأثیر مخرب بر منابع طبیعی نیز، حائز اهمیت بوده، مورد بررسی و تحلیل قرار می‌گیرد. به تعبیر دالی^۱ تولید مواد زائد باید در حد ظرفیت محیط باشد. در صورتی که بیشتر از آن باشد، برای مواد زائد بعدی که تولید می‌شود، جایی برای جذب باقی نمی‌ماند و در نتیجه ظرفیت تخریب می‌شود.

جدول ۱. رده‌بندی توسعه پایدار روستایی

تم (واحد معنا)	توسعه پایدار روستایی	توسعه پایدار روستایی
مقوله	توسعه اقتصادی	توسعه زیست‌محیطی
زیرمقوله	رفاه مادی	تأمین ظرفیت تحمل منابع
کد ۱	تعدد مشاغل	خودبستگی عناصر گوناگونی افراد نسبی (خودکفایی)
کد ۲	روابط تجاری با دنیای خارج	حفاظت از منابع
کد ۳	مشارکت و همکاری در کارها	بازیافت منابع
		کاهش ضایعات

۴- یافته‌ها

۴-۱- نقش زنان در توسعه پایدار روستایی

در کنار دانش عامیانه و تلقی این دانش به‌عنوان مانعی در جهت توسعه در جوامع ابتدایی، زنان و نقش آن‌ها نیز اغلب در بسط و رشد مناطق روستایی در نظر گرفته نمی‌شوند. این در حالی است که بررسی انجام شده در روستاهای استان خراسان جنوبی، از خلاقیت و تلاش این گروه به‌منظور توسعه پایدار حکایت می‌کند.

همچنین گروه زنان جوامع روستایی به نسبت مردان به‌منظور رسیدن به خودبستگی در عناصر تولیدی و امور مختلف، مساعی بیشتری دارند؛ زیرا نه تنها فعالیت‌های مربوط به خانه‌داری توسط آن‌ها انجام می‌شود بلکه در کنار مردان به دامداری، کشاورزی، پخت نان، شیرینی‌پزی، خرید و فروش و ... مشغول هستند.

^۱ Herman Daly

سکانشی از روستای اسفاد^۱ با نمایی از دار قالی، جمعی از زنان در گروه‌های سنی جوان و سالمند که خود بیانگر روابط اجتماعی گرم

ردیف	اسامی روستاها	توسعه اقتصادی	توسعه اجتماعی	توسعه زیست‌محیطی	توسعه پایدار روستایی
۱	آنیک	۱۶	۴۲	۲۸	۸۶
۲	آرک	۱۶	۲۸	۱۹	۶۳
۳	بیدسک	۱۹	۴۱	۱۳	۷۳
۴	چاهدادی	۱۰	۳۹	۱۴	۶۳
۵	آفین	۱۹	۵۶	۱۶	۹۱
۶	بهدان	۲۵	۳۵	۲۰	۸۰
۷	باراز	۲۴	۳۳	۱۴	۷۱
۸	اکبریه	۲۸	۳۰	۳۷	۹۵
۹	آواز	۶	۲۱	۱۱	۳۸
۱۰	دادران	۹	۱۹	۳	۲۳
۱۱	خوانشرف	۱۱	۱۸	۹	۳۸
۱۲	کریمو	۳	۲۷	۲۰	۵۰
۱۳	خرو	۱۰	۱۷	۱۴	۴۱
۱۴	شوآکند	۴	۳۰	۱۸	۵۲
۱۵	گل	۷	۲۵	۱۷	۴۹
۱۶	خور	۷	۴۴	۱۴	۶۵
۱۷	چشت	۳	۲۵	۱۲	۴۰
۱۸	زول	۲۴	۳۰	۸	۶۲
۱۹	نوفرست	۱۸	۳۵	۲۱	۷۴
۲۰	ازمیغان	۱۷	۳۰	۱۳	۶۰
۲۱	درمیان	۲	۱۹	۸	۲۹
۲۲	اسفاد	۸	۲۴	۵	۳۷
۲۳	اصفَهک	۲۷	۳۹	۱۷	۸۳
۲۴	استند	۲	۴	۱۳	۱۹
۲۵	فورگ	۶	۱۴	۱۳	۳۳
۲۶	غنی آباد	۱۶	۲۶	۵	۴۷
۲۷	خوان	۱۲	۳۷	۱۰	۵۹
۲۸	محمدآباد	۹	۱۸	۱۲	۳۹
۲۹	گره	۶	۱۳	۱۲	۳۱
۳۰	گرند	۳۱	۴۸	۲۱	۱۰۰

و صمیمانه در این اجتماعات است را به تصویر کشید؛ یعنی همان همبستگی مکانیکی که دورکیم بیان می‌کند. در این اجتماعات روحیه همکاری و مشارکت بالا است.

جدول ۲. توسعه پایدار روستایی و ابعاد آن در روستاهای استان خراسان جنوبی

۱. از توابع شهرستان قائن.

ترکیبی از شادی، رضایت و احساس مسئولیت در بین آن‌ها دیده می‌شود که خستگی کار را با خواندن ترانه‌های محلی و همیاری از بین می‌برند. گروهی از مردان و زنان روستای خور در جنوب بیرجند با اینکه مدت زمانی در شهر زندگی می‌کردند اما پس از بازگشت به روستای خود در کنار یکدیگر مشغول به کار کاشت بر سر مزارع کشاورزی بودند. در روستای آنیک^۱، در بخش کشاورزی و دامداری زنان در عین همبستگی بالا و صحبت با زبان محلی منطقه خود در مزارع زرشک، سیب‌زمینی و ... مشغول به کار بوده و در کنار مردان نیز به امور دام‌ها اعم از هدایت گله برای تغذیه، دوشیدن شیر و تهیه محصولات لبنی می‌پردازند. این همیاری همچنین در بین زنان روستاهای دیگر این استان دیده می‌شود (Chigbu, 2012).

کارآفرینی عامل محرک و موتور توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است. کارآفرین منتظر سرمایه‌گذاری و ایجاد شغل از طرف دولت نیست، او خود با شناخت صحیح از فرصت‌ها و استفاده از سرمایه‌های راکد امکاناتی را فراهم نموده و با سازمان‌دهی و مدیریت منابع، ایده‌ی خود را عملی می‌نماید. این مفهوم از کارآفرینی در روستاهای استان خراسان جنوبی به کرات دیده می‌شود؛ هر یک از گروه‌های زنان، با توجه به شرایط طبیعی، جغرافیایی و همچنین امکانات موجود مشاغل متعددی از فعالیت‌های مربوط به دامداری، کشاورزی، آشپزی، قنادی، ابزار و ... را در منطقه خود ایجاد کردند. تشکیل تعاون زنان در روستای غنی‌آباد و اشتغال چهار خانوار در این تعاون در حرفه‌های قالی‌بافی، عروسک‌سازی، شیرینی‌پزی. توانمندسازی به معنای افزایش میزان اختیار و اقتدار فرد برای انتخاب منابع و اعمال نظر در تصمیماتی است که زندگی او را تحت تأثیر قرار می‌دهند. می‌توانیم شاهد این مفهوم از توانمندسازی در روستای اکبری از استان خراسان جنوبی نیز باشیم؛ صحبت‌های یکی از جوانان این روستا که به حرفه پرورش شترمرغ مشغول بوده و از تأثیری که شرایط و گنجایش روستا در شکل‌گیری هدف و انگیزه ایجاد کار تولیدی داشته، گفته است (Chigbu, 2012).

۴-۲- توسعه اجتماعی

مطالعه و تحقیق در روستاها به‌عنوان بستر باورهای عامه، از رابطه‌ی معنا دار بین این باورها و توسعه‌ی اجتماعی خبر می‌دهد. روستای افین با توسعه‌ی اجتماعی ۵۶، از نظر روحیه‌ی وحدت و صمیمیت، خودکفایی و تأمین نیازهای خود و اهالی، نسبت به روستاهای دیگر استان خراسان جنوبی؛ در بالاترین مرتبه قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است این روستا تنها منطقه‌ای نیست که دارای این توسعه است؛ بلکه شاهد آن در تمامی ۲۹ روستای دیگر این استان نیز می‌باشیم. بررسی‌های انجام‌شده از بالا بودن سطح توسعه‌ی اجتماعی در مقایسه با توسعه‌ی اقتصادی و زیست محیطی - به‌عنوان مقولات در نظر گرفته‌شده‌ی توسعه‌ی پایدار روستایی، در ۲۷ روستای «آنیک، آرک، بیدسک، چاهداشی، افین، بهدان، باراز، آواز، دادران، خوانشرف، کریمو، خرو، شوکاند، گل، خور، چنشت، زول، نوفرست، ازمیغان، درمیان، اسفاد، اصفهک، فورگ، غنی‌آباد، خوان، محمدآباد، کره و کوند» خبر می‌دهد. به‌این ترتیب با در نظر گرفتن تعاریف نظری و عملی توسعه‌ی اجتماعی مبنی بر رضایتمندی از نیازها، افزایش خوداتکایی و رضایت از شرایط موجود؛ با توجه به نظریه دورکیم، می‌توان در تقابل با نظریات نوسازی، مردم این مناطق را علی‌رغم زندگی در روستاها و مناطق مرزی با وجود مشکلات موجود، دارای احساس رضایتمندی دانست (دورکیم، ۱۳۸۷).

۴-۳- توسعه زیست محیطی

^۱ از توابع بخش قُهستان، شهرستان درمیان استان خراسان جنوبی. فاصله روستا تا مرکز بخش ۲۶ کیلومتر.

پشتکار مردم مناطق روستایی استان خراسان جنوبی، در نگهداری از محیط‌زیست و احیای آن، نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی معنادار بین باورهای عامه و توسعه‌ی زیست‌محیطی است. تلاش دو روستای اکبریه و استند، برای استفاده‌ی بهینه و نگهداری منابع، همچنین احیای منابع در معرض خطر انقراض و کاهش ضایعات به‌منظور جلوگیری از آلودگی محیط و تأثیر مخرب بر منابع طبیعی نیز، به نسبت توسعه‌ی اجتماعی و اقتصادی موردتوجه قرار می‌گیرد. درحالی‌که روستای اکبریه با توسعه‌ی زیست‌محیطی ۳۷، در قیاس با مناطق دیگر این استان سطح بالاتری را به خود اختصاص داده است، اما این دلیل بر بی‌توجهی اهالی روستاهای دیگر نسبت به این مسئله نبوده است. هر یک از این جوامع با توجه به شرایط و امکانات موجود در منطقه‌ی خود بیشترین تلاش در جهت نگهداری از منابع طبیعی را به عمل می‌آورند (لمتون، ۱۳۴۵).

۴-۴- توسعه اقتصادی

روحیه‌ی مشارکت، تلاش برای برقراری ارتباط با مناطق شهری و روستاهای دیگر، همچنین کمک برای ایجاد مشاغل مختلف و مناسب منطقه‌ی بومی اهالی جوامع روستایی، وجود رابطه‌ی معنادار بین باورهای عامه و توسعه اقتصادی را تأیید می‌کند. درنهایت روستای کرند با توسعه‌ی اقتصادی ۳۱، در ارتباط تجاری با جوامع روستایی دیگر و جوامع شهری، همچنین تعدد مشاغل و همکاری اهالی با یکدیگر، نسبت به مناطق روستایی این استان، در رتبه‌ی بالایی قرار می‌گیرد (لمتون، ۱۳۴۵).

۴-۵- توسعه پایدار روستایی

به‌طورکلی در توسعه اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی به‌عنوان ابعاد توسعه پایدار روستایی در بین ۳۰ روستای موردبررسی این استان، منطقه‌ای دیده نشده که نسبت به هر یک از ابعاد این توسعه بی‌توجه بوده باشد. به عبارتی؛ در مطالعه و پژوهش صورت گرفته روستایی با توسعه پایدار؛ صفر و یا حتی در هر یک از ابعاد آن‌که نشان از عدم وجود رفاه مادی، احساس رضایتمندی و تأمین ظرفیت تحمل منابع باشد، دیده نشده است. به‌این‌ترتیب می‌توان فرضیه معنادار بودن رابطه دانش عامیانه-به‌عنوان باورهای اهالی روستا- و توسعه پایدار روستایی را تأیید نمود؛ و به‌تبع آن روابط خویشاوندی، نظارت اجتماعی و مناسب گرایي -با توجه به نظریه تقسیم کار اجتماعی دورکیم، در قالب زندگی روستایی و همبستگی مکانیکی در ارتباط با توسعه پایدار روستایی؛ به معناداری هر یک از فرضیات ذیل اشاره می‌کند.

۱. بین روابط خویشاوندی و توسعه پایدار روستایی رابطه‌ی معنادار وجود دارد.
 ۲. بین میزان نظارت اجتماعی و توسعه پایدار روستایی رابطه‌ی معنادار وجود دارد.
 ۳. بین مناسب گرایي و توسعه پایدار روستایی رابطه معنادار وجود دارد.
- مقایسه‌ی توسعه‌ی پایدار روستایی ۳۰ جامعه‌ی روستایی استان خراسان جنوبی، نشان می‌دهد که منطقه‌ی کرند با توسعه‌ی پایدار روستایی؛ ۱۰۰، در سطح بالاتری قرار گرفته است.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

به‌طورکلی می‌توان این‌گونه بیان داشت که؛ اگرچه نقش زنان در بسیاری از جوامع کم‌اهمیت انگاشته می‌شود اما در مناطق روستایی موردبررسی برخلاف آنچه به نظر می‌رسد از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و در تمام حوزه‌های توسعه پایدار اعم از اجتماعی، اقتصادی، زیست‌محیطی، این تأثیرگذاری مشهود است. اهالی روستاهای استان خراسان جنوبی در کنار یکدیگر نه‌تنها به حل مشکلات کم‌آبی، خشک‌سالی و ... می‌پردازند بلکه با روحیه همیاری، رضایت و شادمانی و خودبسندگی بودن سبب جذب جمعیت نیز می‌شوند.

چه بسا مردمی که پس از مهاجرت به شهرها به مناطق روستایی خود بازگشتند. مردم مناطق روستایی بیشتر از جوامع شهری در حفظ و نگهداری منابع و محیط زیست احساس مسئولیت می کنند. بررسی ها از وجود قنات های قدیمی و بعضاً بازسازی شده به جای استفاده از چاه حکایت می کند. صرفه جویی در مصرف آب در شیوهی آبیاری روستاهای استان خراسان جنوبی از گذشته تا به زمان حال، آشکار است.

چگونگی احیای زمین های کشاورزی، خاک مرغوب، منابع در معرض آسیب و ...، دانش سنتی بین روستاییان است که نسل به نسل منتقل شده و بازخورد آن در بین مهاجرینی که از شهرها به روستاهای خود بازمی گردند قابل مشاهده است. به این ترتیب تقسیم بندی جوامع در تئوری دورکیم به همبستگی مکانیکی و ارگانیکی، سیر حرکت جوامع را نشان می دهد و نه لزوماً عقب ماندگی جوامع ابتدایی به معنای مانعی در جهت رسیدن به هر نوع توسعه؛ آن گونه که رویکردهای نسخه نوسازی از نظر اجتماعی، همچون؛ هوزلیتز^۱، مطرح می کنند. به عبارتی؛ حتی جوامع توسعه یافته با توجه به معیارهای مطرح شده از سمت نظریه پردازان مکتب نوسازی - که ریشه در نظرات تکامل گرایان و کارکردگرایان کلاسیک دارد، نیز از همان ابتدا پیشرفته نبوده و برای رسیدن به توسعه، مراحل را گذرانده اند.

به این ترتیب لازمه ی شکل گیری جوامع توسعه یافته همین جوامع ابتدایی با باورها و سنن خاص خود است؛ چه بسا با نابودی این جوامع شاهد شکل گیری بحران های مختلف همچون بحران های زیست محیطی و معرفتی و ... نیز باشیم. باید در نظر داشت حتی مسافت جوامع روستایی تا شهری نیز نمی تواند دلیل بر وجود یا عدم وجود توسعه ی پایدار روستایی به حساب بیاید؛ همان طور که در بررسی های انجام شده، روستای استند با فاصله ی ۳۵ کیلومتر تا شهرستان زیر کوه با توسعه پایدار ۱۹، در مقایسه با روستای کرند با فاصله ی ۳۶ کیلومتری از شهرستان بشرویه، با مسافتی یکسان بالاترین و پایین ترین توسعه ی پایدار را به خود اختصاص داده اند. نکته حائز اهمیت این است که می توان از تئوری تقسیم کار دورکیم، به عملکرد مثبت جوامع ابتدایی - در اینجا روستاها - و دانش عامیانه آن ها همچنین اهمیت نقش زنان کنار نقش های دیگر، در توسعه ی پایدار روستایی رسید.

۶- منابع

- ۱- اینگلهارت، رونالد (۱۳۷۳). تحولات فرهنگی در جامعه پیشرفته فرهنگی، انتشارات امیرکبیر: تهران.
 - ۲- اکبری، حسین (۲۰۱۳). نقش زنان در توسعه پایدار محیط زیست. زن در توسعه و سیاست، ۱۰(۴)، ۲۷-۵۶.
- doi:10.22059/jwdp.2013.30574**
- ۳- خرمشاهی، بهاء الدین (۱۳۷۲). دین پژوهی. موسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی، تهران.
 - ۴- چیتامبار، جی بی (۱۳۷۳). مقدمه ای بر جامعه شناسی با تأکید بر جامعه شناسی روستایی. ترجمه ی احمد حجاران و مصطفی ازکیا، نشر نی، تهران.
 - ۵- دورکیم، امیل (۱۳۸۲). صور ابتدایی حیات مذهبی. ترجمه ی نادر سالارزاده و خدامرد فولادی. انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
 - ۶- راودراد، اعظم (۲۰۰۰). تحلیلی بر نقش زن در توسعه با تأکید بر اشتغال. نامه علوم اجتماعی، ۱۵(۱۵).
 - ۷- روح الامینی، محمود (۱۳۸۷). گردشگر با چراغ در مبانی انسان شناسی، انتشارات عطار: تهران.
 - ۸- فرهادی، مرتضی (۱۳۸۰). آیا کشاورزی ایرانی بدوی است؟. اقتصاد کشاورزی و توسعه، ۹(۳۵)، ۲۳۳-۲۵۶.
 - ۹- لمتون، کاترین (۱۳۴۵). مالک و زارع در ایران. ترجمه منوچهر امیری، بنگاه ترجمه و نشر کتاب، تهران.

¹.Hozlitz

- ۱۰- ماسه، هانری (۱۳۵۷). معتقدات و آداب ایرانی. ترجمه‌ی مهدی روشن‌ضمیر، انتشارات دانشگاه. تبریز.
- ۱۱- نوابخش، مهرداد (۱۴۰۰). نظریات توسعه و کارآفرینی اجتماعی، جامعه‌پژوهان بُرنا: تهران.
- ۱۲- همیلتون، ملکم (۱۳۸۷). جامعه‌شناسی دین. ترجمه‌ی محسن ثلاثی، نشر ثالث: تهران.
- ۱۳- خاکپور، باوان پوری (۲۰۰۹). نقش سرمایه‌ی اجتماعی در توسعه‌ی پایدار محله‌ای (نمونه: کوی سجادیه مشهد). *جغرافیا و توسعه ناحیه‌ای*، ۷(۱۲). doi:10.22067/geography.v7i12.8928
- ۱۴- ذوالفقاری، حسن (۱۳۹۳). متن‌شناسی عقایدالنساء یا کلتوم‌ننه‌ی آقا جمال خوانساری. متن‌پژوهی ادبی، شماره ۵۹، صص ۲۶-۲۷.
- ۱۵- ربیعی، کامران (۲۰۱۵). توسعه اجتماعی — اقتصادی و تأثیر آن بر تلقی افراد از چیستی خرافات مطالعه موردی: شهرستان‌های استان اصفهان. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۶(۴)، ۱۲۹-۱۴۸.
- dor:20.1001.1.20085745.1394.26.4.7.7**
- ۱۶- سفیدگر شهنقی، حمید (۱۳۸۶). توسعه فرهنگی در باورهای عامیانه مردم آذربایجان. *نجوای فرهنگ*، ۴(۱).
- ۱۷- علیزاده، مرجان (۱۳۸۹). نقش اشتغال زنان در توسعه. *نشریه دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲(۵)، ۵۹-۴۹.
- ۱۸- فعلی، سعید؛ صدیقی، حسن؛ و میرزایی، آرزو (۱۳۸۹). چالش‌های جوامع روستایی ایران برای دستیابی به توسعه پایدار. *نشریه روستا و توسعه*، ۴(۱۳)، ۹۷-۱۲۸.
- ۱۹- مسعودی، فریبا؛ و کتابی، محمود (۱۳۹۸). تقابل عقلانیت و خرافه‌گرایی در مسیر توسعه‌یافتگی — با تأکید بر ایران دوره قاجار. *نشریه راهبرد اجتماعی فرهنگی*، ۸(۳۰)، ۲۹۷-۲۶۵.
- 20- Herman, E. (2012). Rural employment in the context of Romanian regional development. *Annals of the Constantin Brancusi University of Targu Jiu, Economy Series*, 3, 131-140.
- 21- Tudor, M. M. (2012). Rural Human Capital In Romania—Evolutions In Transition. *Agricultural Economics and Rural Development*, 9(2), 211-232.
- 22- Borec, A., and Turk, J., (2009), Sustainable Rural Development – Eu Agriculture Perspective, *Revija za geografijo - Journal for Geography*, Vol. 4, No. 1, PP. 37-52. doi:10.18690/rg.4.1.3148
- 23- Chinchanchokchai, S., Pusaksrikrit, T., & Pongsakornrunsilp, S. (2017). Exploring different types of superstitious beliefs in risk-taking behaviors: What we can learn from Thai consumers. *Social marketing quarterly*, 23(1), 47-63. doi:10.1177/152450041667243
- 24- Chigbu, U. E. (2012). Village renewal as an instrument of rural development: Evidence from Weyarn, Germany. *Community Development*, 43(2), 209-224. doi:10.1080/15575330.2011.575231
- 25- Herrmann, S. and Osinski, E. (1999), Planning sustainable land use model in rural areas at different spatial levels using GIS and modeling tools, *Landscape and Urban Planning* 46(1), pp. 93-101.
- 26- Douglas, M. Natural Symbols: Explorations in Cosmology (London: Barrie & Rockliff, 1970); Mary Douglas, "Cultural Bias," *In the Active Voice*.
- 27- Matthews, K.B. and Sibbald, A.R., and Craw, S. (1999), Optimization algorithm, *Computers and Electronics in Agriculture*, No 23, pp. 9-26.
- 28- Rodrigue, J.P., (2009), Sustainable Development, Dept. of Global Studies & Geography, Hofstra University.
- 29- Wackernagel, M. and Yount, J.D., (2000), Footprints for Sustainability, Vol. 2, No. 1, PP.23-44.
- 30- Ward, N., Brown, David L. (2009), Placing the Rural in Regional Development, *Regional Studies*, NO 43, PP. 1237–1244.
- 31- Zebb, B. J., & Moore, M. C. (2003). Superstitiousness and perceived anxiety control as predictors of psychological distress. *Journal of anxiety disorders*, 17(1), 115-130. doi:10.1016/S0887-6185(02)00176-7

Folk Knowledge and the Role of Women in Sustainable Rural Development

Sahar Ghaffari^{1*}, Mehrad Navabakhsh², Feyz aleh Norouzi³

1- PhD Student in Sociology, Rural Social Development Orientation, Islamic Azad University, North Tehran Branch, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

ghaffari.sahar@gmail.com

2- Assistant Professor, Department of Sociology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

navabakhsh@srbiau.ac.ir

3- Faculty Member and Assistant Professor, Department of Sociology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

f_noroozi@iau-tnb.ac.ir

Abstract

Can folk knowledge and women in rural communities serve as catalysts, significantly contributing to achievement of sustainable development, or conversely, delay this process? The present study, as a "short report article," aims to examine and clarify the role of women and folk knowledge in sustainable rural development by investigating the economic conditions, employment, and agricultural products in 30 villages of South Khorasan Province. Drawing on Durkheim's theory of the division of labor—offering a distinctive perspective that contrasts with the principles of modernization theory in explaining developmental barriers—this study adopts a qualitative approach. Data were collected through document-based, using content analysis as the primary technique. Findings from studies conducted in these villages reveal a meaningful relationship between folk knowledge and sustainable rural development, as well as the significant role of women. Durkheim's theoretical classification of societies demonstrates the progression of communities rather than the backwardness of primitive societies as an obstacle to any form of development.

Keywords: Sustainable Development, Women, Rural Areas, Development, Folk Knowledge.



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

(CC BY 4.0)

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آسفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان

مژگان حیاتی^{۱*}، شیوا کریمی^۲

۱- استادیار، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور واحد تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

haysti@pnu.ac.ir

۲- کارشناسی ارشد، مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه پیام نور واحد تهران، تهران ایران.

sshiva.kariimi1403@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۶/۱۹]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۳/۲۸]

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آسفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان است. پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و بر حسب گردآوری اطلاعات کمی از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای مشکلات زناشویی در استان کردستان در سال ۱۴۰۲ با مشکلات زناشویی و افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی به تعداد ۱۵۰ نفر می‌باشند که از بین آن‌ها تعداد ۴۵ نفر از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. در ابتدا همه آزمودنی‌ها پرسشنامه تحمل آسفتگی (سیمون و گاهر، ۲۰۰۵) و افکار خودکشی (بک، ۱۹۷۶) را تکمیل نمودند؛ یک گروه ۱۰ جلسه مداخله درمان مبتنی بر اجتماع و گروه دیگر ۸ جلسه مداخله درمان هیجان‌مدار را گذراندند؛ آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. سپس بار دیگر همه آزمودنی‌ها ابزار پژوهش را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) و تک‌متغیره (آنکووا) استفاده شد. تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب افزایش تحمل آسفتگی زنان کردستان؛ درمان هیجان مدار موجب افزایش تحمل آسفتگی زنان کردستان؛ درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان و درمان هیجان مدار موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان می‌شود (در سطح ۰/۰۱)؛ بنابراین می‌توان با به کار بسته آموزشی بازسازی زندگی اجتماع محور و پروتکل درمان متمرکز بر هیجان منجر به افزایش تحمل آسفتگی و کاهش گرایش به خودکشی در زنان کردستان شد.

واژگان کلیدی: درمان اجتماع محور، درمان هیجان مدار، تحمل آسفتگی، خودکشی.

۱- مقدمه

امروزه در سراسر دنیا از طریق برنامه‌های مختلف روان‌شناختی برای ارتقاء سلامت روان افراد تلاش‌های بسیاری صورت می‌گیرد. سلامت روان افراد تحت تأثیر خصوصیات شخصی و بافت اجتماعی است. در این میان زنان به دلیل زیست فردی و اجتماعی ویژه خود، نسبت به عوامل تهدیدکننده سلامت روان اثرپذیری بیشتری دارند (اخوان بی‌تقصیر، ثنائی ذاکر، نوابی نژاد و فرزاد، ۱۳۹۵)، در میان عوامل تهدیدکننده سلامت، کاهش توانایی تحمل آشفتگی و شکل‌گیری افکار گرایش به خودکشی به‌عنوان مؤلفه‌های مهم مطرح هستند. خودکشی پدیده‌ای چندبعدی و تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی متفاوتی است که به‌عنوان یک چالش جدی در سراسر جهان، هزینه‌های بسیاری را برای سیستم‌های بهداشتی، خانواده‌ها و جوامع به دنبال دارد (امجدیان، جعفری و قمری، ۱۴۰۲). خودکشی به‌عنوان یک فرآیند چندمرحله‌ای شامل؛ افکار خودکشی، برنامه‌ریزی برای خودکشی، تلاش برای خودکشی و عمل کردن برای پایان رساندن زندگی است. افکار خودکشی به‌عنوان اولین گام یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم گرایش به خودکشی است. این افکار نوعی از درگیری فکری در مورد مرگ است که هنوز جنبه عملی به خود نگرفته است. تحقیقات نیز نشان می‌دهد از هر ۷ نفر ۱ نفر اعتراف می‌کند که در مقطعی از زندگی افکار خودکشی داشته است (Bessaha, 2017). خودکشی به‌عنوان یک مسئله جهانی، فراوانی متفاوتی در کشورهای مختلف دارد به‌طوری‌که بیش‌ترین گزارش از کشورهای اسکاندیناوی، آلمان، اروپای شرقی تا استرالیا و کم‌ترین درصد گزارش شده از اسپانیا، ایتالیا، ایرلند، هند، مصر، فنلاند، مجارستان و کشورهای اسلامی است (اخوان بی‌تقصیر و همکاران، ۱۳۹۵). در ایران نیز بررسی‌های منطقه‌ای نشان می‌دهد که آمار خودکشی در استان‌های غربی بیشتر از سایر مناطق است (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۲) به‌طوری‌که در سال ۱۴۰۱ در غرب ایران در کردستان ۷۷ زن اقدام به خودکشی کرده‌اند و این تعداد سالانه در حال افزایش است و سن خودکشی در زنان نیز روند کاهشی را دنبال می‌کند که خود آمار نگران‌کننده‌ای است (پورافکاری، ۱۴۰۰). با توجه نقش فعال زنان در جامعه و اثرات مخرب خودکشی، شناخت و انجام مداخلات بهنگام در پیشگیری از آن از ضروریات سیستم‌های مرتبط با سلامت جامعه است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۰).

علاوه بر گرایش به خودکشی، یکی دیگر از متغیرهای پژوهش حاضر تحمل آشفتگی است. تحمل آشفتگی، به‌عنوان توانایی درک شده یا واقعی برای مقاومت در برابر هیجان‌ات منفی، نقش مهمی در مواجهه با هیجان‌ات ناخوشایند دارد (Hsu, Thomas, Welch, O'Hara & McCabe, 2023). تحمل آشفتگی به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانمندی تحمل حالت‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی ناخوشایند اشاره دارد که غالباً نتیجه فرآیندهای فیزیکی، شناختی و اجتماعی است، اما بازنمایی آن به‌صورت هیجانی است و با تمایل به رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌شود (وطن‌پرست، خلیل زاده، محمدی، یادگاری و عزیز، ۱۴۰۰). تحمل آشفتگی شامل چهار بخش تحمل (میزان تحمل آشفتگی)، ارزیابی (برآورد ذهنی میزان آشفتگی)، جذب (مجدوب شدن به هیجان منفی) و تنظیم (تلاش برای تسکین آشفتگی) است (بلندنظر، تیموری، رجایی و نجات، ۱۴۰۲). تحمل آشفتگی پایین طیفی از مشکلات عاطفی و هیجانی را به دنبال دارد (Biggs, Brough & Drummond, 2017) به‌طوری‌که افراد دارای تحمل آشفتگی پایین نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کنند، استرس و اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند و برای جلوگیری از تجربه هیجان‌های منفی تلاش می‌کنند و باور دارند که دیگران بیشتر از آن‌ها توانایی مقابله با موقعیت‌های منفی را دارند و به همین خاطر احساس سرخوردگی می‌کنند (Bloor & McIntosh, 2020). تحمل آشفتگی پایین به‌عنوان مکانیسمی زمینه‌ساز برای آسیب‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب است. از این رو، پیشگیری از عوامل زمینه‌ساز آسیب‌های روانی مهم و ضروری است. انجام مداخلات بهنگام در راستای پیشگیری از آسیب‌های روانی و ارتقا سلامت روان افراد جامعه از ضروریات عصر حاضر است، در این میان رویکرد درمانی هیجان محور به‌عنوان یک روش درمانی در سال اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است که می‌تواند در کاهش گرایش به خودکشی و افزایش تحمل آشفتگی مؤثر باشد. این روش درمانی به‌عنوان یک رویکرد یکپارچه توسط گریببرگ و جانسون پایه گذاری شده است و مبتنی بر نو انسان‌گرایی و نظریه

تجربی وجودی است (Duran, 2021) که بر نحوه روابط فرد با خود از نظر تنظیم احساسات و تنظیم رابطه عاطفی با توجه به موقعیت تمرکز دارد. این رویکرد تلاشی در راستای ادغام مفهوم هیجان و مفهوم تعامل در روابط انسانی است و بر دل‌بستگی انطباقی از طریق حمایت، مراقبت و توجه تأکید دارد (لین، ۲۰۲۳). آموزش هیجان محور یک رویکرد عملی است که هیجان‌ها را به‌عنوان محور تجربه در ارتباط با عملکردهای انطباقی و غیر انطباقی قرار می‌دهد و در حل مشکلات هیجانی و رفتارهای خود تخریبی (مانند گرایش به خودکشی) مؤثر است و بهبود سلامت روان افراد را به دنبال دارد (پرهام، نامدارپور و دیاریان، ۱۴۰۲).

یکی دیگر از رویکردهای درمانی پژوهش حاضر رویکرد درمانی مبتنی بر اجتماع محور است. این رویکرد نقش مهمی در درمان اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای خود آسیب‌رسان و ارتقاء سلامت روان دارد. در دهه‌های اخیر، مداخلات مبتنی بر جامعه به‌طور فزاینده‌ای در زمینه ارتقاء سلامت و پیشگیری رشد داشته است. در زمینه راهبردهای ارتقاء سلامت و پیشگیری، رویکردهای مبتنی بر جامعه می‌توانند دسترسی به گروه‌های هدفی را که دسترسی به آن‌ها دشوار است، بدون برچسب زدن امکان‌پذیر سازد. مداخلات اجتماع‌محور به کلیه تلاش‌های اجتماع‌محور برای توسعه سلامت در جامعه اطلاق می‌شود و مشارکت به‌عنوان بخش غیر قابل اجتناب محسوب شده و به معنای کنشی آگاهانه، داوطلبانه و جمعی جهت تحقق اهداف، نیازها و منافع جمعی خواهد بود. این رویکرد درمانی دسترسی به وسایل کننده را کاهش می‌دهد، سیاست‌ها و فرهنگ سازمانی را در محیط‌های کاری اجرا می‌کند و شامل غربالگری اجتماعی برای افسردگی می‌شود و ممکن است مرگ‌های ناشی از خودکشی را کاهش دهد (Froese & McDermott, 2021). این رویکرد دارای چهار سطح است که چهار سطح پیشگیری از رفتارهای خودکشی از طریق مداخلات مبتنی بر جامعه مورد توجه قرار می‌گیرد. در سطح اول، هدف اصلی توانایی جامعه و ارتقای سطح آگاهی و دانش عمومی درباره خودکشی است. برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی عمومی برای ارتقای آگاهی و افزایش مهارت‌های مردم در شناسایی علائم و عوامل خطر خودکشی در این سطح اجرا می‌شود. در سطح دوم، رویکرد پیشگیری هدفمند مورد توجه قرار می‌گیرد. در این سطح، برنامه‌هایی برای شناسایی افرادی که در معرض خطر خودکشی هستند و ارائه خدمات پشتیبانی و مداخله مستقیم برای آن‌ها طراحی می‌شود. در سطح سوم، مداخلات برنامه‌ریزی شده برای افرادی که در گروه‌های خاصی مانند دانش‌آموزان، دانشجویان، کارمندان یا افراد مسن قرار دارند را در بر می‌گیرد؛ و در سطح چهارم و نهایی، رویکرد پیشگیری پس‌اقدامی مورد توجه قرار می‌گیرد. در این سطح، توجه به افرادی که تازه اقدام به خودکشی داشته‌اند یا در معرض خطر خودکشی قرار دارند، می‌رسد. ارائه خدمات حمایتی پس‌اقدامی، شناسایی و پیگیری فرد بعد از اقدام خودکشی و ارائه پشتیبانی برای خانواده و افراد نزدیک از جمله اقدامات این سطح است (علیپوری نیاز، رفیعی و طالبی، ۱۴۰۱). علی‌رغم اینکه درمان هیجان محور یک روش مؤثر است، ولی مطالعات آزمایشی کمتری در زمینه تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی زنان همواره خلأ پژوهش وجود دارد. در مورد تفاوت اثربخشی درمان اجتماع‌محور نیز در مورد تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی زنان همواره خلأ پژوهش وجود دارد. در مورد تفاوت این شیوه‌های درمانی بر تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی تاکنون پژوهشی صورت نگرفته است. از این رو، با توجه به اهمیت موضوع تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی در زنان، مسئله پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع‌محور و درمان هیجان مدار بر تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی است که در نهایت روش درمانی کارآمد و اثرگذار را در این زمینه ارائه نماید. به عبارت دیگر، پژوهش جاری تلاش خواهد کرد به این سؤال بپردازد که آیا بین اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع‌محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

۲- مبانی نظری و پیشینه

بر اساس مطالب ذکر شده، مسئله تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی موضوع با اهمیتی در بررسی سلامت مردم ایران و خصوصاً مردم کردستان است. با توجه به تحقیقات گوناگونی که در زمینه تحمل آشفتگی و خودکشی به عمل آمده است همواره خلأ پژوهشی در زمینه معرفی درمان‌های جدید، یکپارچه و متمرکز در گرایش به خودکشی و تحمل آشفتگی در مورد گروه زنان وجود دارد، به نظر می‌رسد معرفی درمان‌های نوین یا تدوین و کاربرد درمان‌های اثربخش، می‌تواند علاوه بر تکمیل کردن حلقه دیگری از پژوهش‌های علمی در این زمینه و پر کردن خلأ پژوهشی در این زمینه، هم برای این گروه از افراد مفید و مؤثر باشد و هم از نتایج و پیامدهای بعدی اقدام به خودکشی جلوگیری شود و هم درمانی اختصاصی و اثربخش جهت ارتقا تحمل آشفتگی معرفی شود. لذا یافته‌های این پژوهش می‌تواند در این زمینه به لحاظ کاربردی راهگشا و کمک‌کننده باشد.

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، برنامه پیگیری از خودکشی نه تنها برای افراد و خانواده‌ها حیاتی است، بلکه برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی و رفاهی جوامع نیز بسیار سودمند است (جباری و عقیلی، ۱۴۰۲). یکی دیگر از متغیرهای تأثیرپذیر در رویکرد درمانی اجتماع محور متغیر سلامت روان و تحمل مشکلات است که مورد توجه مطالعات پژوهشی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده‌اند، این رویکرد درمانی یک مداخله مؤثر برای افسردگی، سلامت رفتاری، عملکرد خانواده و پیامدهای روانی-اجتماعی است (علوی، مدرس غروی، امین یزدی و صالحی، ۱۳۹۰) و موجب ارتقا سلامت روانی و رضایت‌مندی افراد دارای اختلال شخصیت شده است (Javidi, Soleimani, Ahmadi & Samadzadeh, 2020). علیاری خانشان وطن، احدی، کلهرنیا گل کار و صداقت (۱۴۰۲) نیز در پژوهشی نشان دادند روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقا تحمل پریشانی می‌شود.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و بر حسب گردآوری اطلاعات کمی از نوع نیمه آزمایشی است که در آن به بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش گرایش به خودکشی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل پرداخته شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره خانواده و زناشویی در استان کردستان در سال ۱۴۰۲ با مشکلات زناشویی و افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی به تعداد ۱۵۰ نفر می‌باشند که از بین آن‌ها تعداد ۴۵ نفر از طریق روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه هر گروه ۱۵ نفر گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه و علاقه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش، قرار گرفتن در دامنه سنی ۲۵ سال، نداشتن اختلال‌های روان‌شناختی بر اساس مصاحبه بالینی، عدم اعتیاد به مواد روان‌گردان، توانایی دیدن، شنیدن و صحبت کردن به زبان فارسی در حد مناسب جهت همکاری در پژوهش و عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی همچون دارودرمانی و سایر درمان‌های روان‌شناختی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از ۲ بار در جلسات، اعلام عدم تمایل به همراهی در حین اجرای پژوهش و شرکت هم‌زمان در درمان‌های دیگر بود.

۳-۱- ابزار پژوهش

مقیاس تحمل آشفتگی: در پژوهش حاضر جهت سنجش تحمل آشفتگی از مقیاس تحمل آشفتگی که توسط سیمون و گاهر^۱ (۲۰۰۵) تهیه شده است، استفاده گردید. این مقیاس ۱۵ ماده دارد، چهار مؤلفه تحمل، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تسکین پریشانی را مورد سنجش قرار می‌دهد و پاسخ‌های آن بر اساس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (برای کاملاً مخالفم) تا ۵ (برای کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی با روش مؤلفه‌های اصلی، علاوه بر عامل کلی تحمل پریشانی، چهار عامل (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) را برای پرسشنامه تحمل پریشانی تأیید کرد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای

¹ Simons, Gaher

کرونباخ و برای تعیین روایی عاملی آن از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که پرسشنامه از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است و ضرایب پایایی عامل‌های پرسشنامه تحمل پریشانی بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ است. همچنین ضریب کل پایایی پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ است. همچنین برای تعیین روایی عاملی از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نتایج تحلیل عاملی تأییدی مؤید این است که ساختار پرسشنامه برازش قابل قبولی با داده‌ها دارد و کلیه شاخص‌های نیکویی برازش، مدل را تأیید می‌کنند (محمودپور، شریعتمدار و احمد، ۲۰۲۱).

پرسشنامه افکار خودکشی: در پژوهش حاضر جهت سنجش گرایش به خودکشی از پرسشنامه افکار خودکشی که توسط بک^۱ (۱۹۷۶) تهیه شده است، استفاده گردید. این پرسشنامه ۱۹ ماده دارد و پاسخ‌های آن بر اساس لیکرت ۳ درجه‌ای نقطه‌ای از ۰-۲ نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه‌ای بر روی ۱۰۰ سرباز با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای پرسشنامه است. همچنین، ضریب همبستگی با استفاده از روش دو نیمه برابر با ۰/۷۵ به دست آمده است (انیسی، فتحی آشتیانی، سلیمی و احمدی نوده، ۲۰۰۵).

درمان مبتنی بر اجتماع محور: برای اجرای پروتکل سلامت اجتماع محور از پروتکل آموزشی بازسازی زندگی اجتماع محور طبق پروتکل عاشوری، ملازاده و محمدی (۲۰۰۸) استفاده شد. این پروتکل طی ده جلسه ۵۰ دقیقه‌ای اجرا شد. درمان هیجان مدار: برای مداخله هیجان مدار از پروتکل درمان متمرکز بر هیجان که توسط گرینبرگ و همکارانش طراحی شده است، استفاده شد. این پروتکل طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. روایی پژوهش حاضر بدین صورت بود که پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۹۷۶) اعتبارسنجی شده است و توسط پژوهشگران زیادی به کار رفته است. پایایی یا قابلیت اطمینان نیز به میزان ثبات و پایداری ابزار سنجش اشاره دارد که در این پژوهش از مقیاس تحمل آشفتگی سیمون و گاهر (۲۰۰۵) استفاده شده است و نتایج مشابه را در پژوهش‌ها نشان می‌دهد.

۴- یافته‌ها

۴-۱- یافته‌های توصیفی

یافته‌های توصیفی پژوهش حاضر شامل میانگین و انحراف معیار نمره‌های اعضای نمونه برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش است. میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور، گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۴ درج شده‌اند.

همان‌طور که در جدول ۴-۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های تحمل آشفتگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور (۳۸/۶۷ و ۵۱/۹۳)، در گروه آزمایش درمان هیجان مدار (۳۹/۱۳ و ۵۴/۴۷) و در گروه کنترل (۳۹/۵۳ و ۴۰/۶۷) و گرایش به خودکشی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور (۳۰/۵۳ و ۲۰/۸۷)، در گروه آزمایش درمان هیجان مدار (۳۱/۰۷ و ۲۱/۰۷) و در گروه کنترل (۱۹/۸۷ و ۱۸/۱۳) است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	گروه
-------	-------	------

¹ Beck

گروه کنترل		گروه آزمایش درمان هیجان مدار		گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور		میانگین	تحمل آشفتگی
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۴۰/۶۷	۳۹/۵۳	۵۴/۴۷	۳۹/۱۳	۵۱/۹۳	۳۸/۶۷	میانگین	
۴/۱۳	۳/۱۸	۶/۱۳	۴/۸۲	۵/۱۷	۴/۱۵	انحراف معیار	
۱۸/۱۳	۱۹/۸۷	۲۱/۰۷	۳۱/۰۷	۲۰/۸۷	۳۰/۵۳	میانگین	گرایش به
۷/۸۴	۷/۰۵	۶/۵۳	۵/۹۳	۵/۵۱	۵/۶۵	انحراف معیار	خودکشی

۲-۴- بررسی پیش فرض‌های آماری

در این پژوهش به منظور آزمون فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. استفاده از تحلیل کوواریانس، نیازمند رعایت چند مفروضه اصلی و مهم است. به همین منظور برای اطمینان از اینکه داده‌های این پژوهش مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شده است. این مفروضه‌ها شامل آزمون خطی بودن، آزمون هم‌خطی بودن چندگانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون است که به ترتیب ذکر شده است.

۳-۴- آزمون خطی بودن

بنیادی‌ترین فرض برای تحلیل کوواریانس خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته مورد بررسی و متغیر کمکی (کوواریت) است؛ در واقع از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس این است که باید بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته رابطه خطی برقرار باشد (گیلز، ۲۰۰۲). در این پژوهش، پیش‌آزمون‌های تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) و پس‌آزمون‌ها، به‌عنوان متغیرهای وابسته تلقی شده‌اند. ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل آشفتگی ($r=0/45$, $p<0/001$) و ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرایش به خودکشی ($r=0/61$, $p<0/001$) به دست آمد. با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) و وابسته محقق شده است.

۴-۴- آزمون هم‌خطی بودن چندگانه

هنگامی که متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) با یکدیگر همبستگی بالایی در حدود $r=0/90$ دارند، با شرایطی مواجه می‌شویم که هم‌حسی چندگانه نامیده می‌شود. این پدیده مهمی است که در آزمون‌های تحلیل چند متغیری باید از آن اجتناب کرد (گیلز، ۲۰۱۹؛ به نقل از حاجی یخچالی، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر، پیش‌آزمون‌های تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت) تلقی شدند. همبستگی بین پیش‌آزمون‌های تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی ($r=-0/41$, $p<0/001$) به دست آمد. با توجه به همبستگی به دست آمده از مفروضه هم‌خطی بودن چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) اجتناب شده است.

۵-۴- همگنی واریانس‌ها

تحلیل کوواریانس دارای این فرض است که واریانس درون هر خانه از جدول داده‌ها باید یکسان باشد. اندازه نامساوی خانه مسئله جدی ایجاد نمی‌کند اما نباید مقدار هر خانه چهار برابر کوچک‌ترین خانه باشد. اگر چنین باشد (به دلیل افت آزمودنی‌ها یا هر علت دیگری) واریانس‌های خانه‌ها باید مورد بررسی قرار گیرند تا اطمینان حاصل شود که هیچ خانه‌ای واریانس به بزرگی ۱۰ برابر اندازه کوچک‌ترین واریانس نداشته باشد. اگر چنین شد داده‌ها را باید یا تبدیل لگاریتمی یا تبدیل به نمرات معیار (Z) کرد. در پژوهش حاضر قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرها از آزمون لوین استفاده شد (Oostermeijer, Morgan, Rossetto, Kelly, & Pirkis, & Reavley, 2022). جدول ۴-۲ نتایج آزمون‌های همگنی واریانس لوین متغیرهای وابسته پژوهش را در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین جهت برابری واریانس خطای متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
تحمل آشفتگی	۲	۴۲	۱/۵۴۶	۰/۲۲۵
گرایش به خودکشی	۲	۴۲	۱/۳۰۱	۰/۲۵۳

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۲-۴ نشان می‌دهند، آزمون لوین در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای تحمل آشفتگی ($F=1/546$) و گرایش به خودکشی ($F=1/301$ و $p>0/253$) و غیر معنی‌دار می‌باشند؛ بنابراین واریانس خطای سه گروه در متغیرهای تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی به‌طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس آن‌ها در مرحله پس‌آزمون تأیید می‌شود.

۴-۶- همگنی شیب رگرسیون

درحالی‌که این فرض وجود دارد که متغیرها در تحلیل کوواریانس در کل داده‌ها باید خطی بودن را نشان دهند، این فرض نیز باید در نظر گرفته شود که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. اگر رگرسیون ناهمگن باشد، آنگاه کوواریانس تحلیل مناسبی نخواهد بود. فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کوواریانس است (Ewing, Hunt, Singer, Diamond & Winley, 2020). لازم به توضیح است که در پژوهش حاضر نمرات پس‌آزمون متغیرهای تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی به‌عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون آن‌ها به‌عنوان متغیر کمکی (کوواریت) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. آنچه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی است. جدول ۳-۴ نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) را در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل)

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	شاخص آماری
					متغیر
۰/۸۸۷	۰/۱۲۰	۱/۳۶۴	۲	۴۸/۷۲۹	تحمل آشفتگی
۰/۱۵۰	۱/۹۹۵	۳۳/۸۹۱	۲	۳۷/۷۸۲	گرایش به خودکشی

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳-۴ نشان می‌دهد، تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون تحمل آشفتگی) و وابسته (پس‌آزمون تحمل آشفتگی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=0/120$ و $p>0/887$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحمل آشفتگی در سطوح عامل تأیید می‌شود. تعامل متغیر کمکی (پیش‌آزمون گرایش به خودکشی) و وابسته (پس‌آزمون گرایش به خودکشی) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گروه کنترل) معنی‌دار نیست ($F=1/995$ و $p>0/150$). بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرایش به خودکشی در سطوح عامل تأیید می‌شود.

۴-۷- یافته‌های مربوط به آزمون فرضیه‌های پژوهش

۴-۷-۱- فرضیه کلی) بین درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان تفاوت وجود دارد.

برای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفتگی و کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۴-۴ آمده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

اثر	آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۸۶۶	۱۵/۲۶۱	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳۳
لمبدای ویلکز	۰/۱۵۴	۳۰/۱۶۲	۴	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰۷
اثر هتلینگ	۵/۳۵۸	۵۰/۸۹۹	۴	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵/۳۳۴	۱۰۶/۶۷۴	۲	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴-۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور، گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=30/162$ و $p<0/001$)؛ بنابراین فرضیه کلی پژوهش تأیید می‌شود. به منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی انجام شد که نتایج آن در جدول ۴-۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

منبع شاخص‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
تحمل آشفتگی	۱۷۲۰/۵۵۸	۲	۸۶۰/۲۷۹	۸۶/۰۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱۱
گرایش به خودکشی	۹۷۹/۵۲۱	۲	۴۸۹/۷۶۰	۲۹/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴-۵ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیرهای تحمل آشفتگی ($F=86/047$ و $P<0/001$) و گرایش به خودکشی ($F=29/407$ و $P<0/001$) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که در مرحله پس‌آزمون بین گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور، گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل از لحاظ تحمل آشفتگی و گرایش به خودکشی تفاوت وجود دارد. برای بررسی دقیق‌تر این تفاوت از آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت مقایسه میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور، گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴-۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون بن‌فرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل شده متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری
درمان مبتنی بر اجتماع محور - کنترل	۴۰/۳۱۵-۵۲/۴۱۶	۱۲/۱۰۱	۰/۰۰۱	

۰/۰۰۱	۱۴/۰۲۱	۴۰/۳۱۵-۵۴/۳۳۶	درمان هیجان مدار - کنترل	تحمل
۰/۳۱۶	-۱/۹۲۰	۵۴/۳۳۶-۵۲/۴۱۶	درمان مبتنی بر اجتماع محور - درمان هیجان مدار	آشفته‌گی
۰/۰۰۱	-۸/۰۵۳	۲۸/۷۴۰-۲۰/۶۸۷	درمان مبتنی بر اجتماع محور - کنترل	گرایش به
۰/۰۰۳	-۱۱/۰۹۹	۲۸/۷۴۰-۱۷/۶۴۰	درمان هیجان مدار - کنترل	خودکشی
۰/۱۴۵	۳/۰۴۶	۱۷/۶۴۰-۲۰/۶۸۷	درمان مبتنی بر اجتماع محور - درمان هیجان مدار	

۴-۷-۲- فرضیه ۱) و ۲) درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب افزایش تحمل آشفته‌گی زنان کردستان می‌شود. درمان هیجان مدار موجب افزایش تحمل آشفته‌گی زنان کردستان می‌شود.

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۶-۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون اختلاف میانگین تعدیل شده تحمل آشفته‌گی گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور و گروه کنترل ۱۲/۱۰۱ است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین درمان مبتنی بر اجتماع محور بر افزایش تحمل آشفته‌گی زنان کردستان مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین اختلاف میانگین تعدیل شده تحمل آشفته‌گی گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل ۱۴/۰۲۱ است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفته‌گی در زنان کردستان مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌شود. علاوه بر این، اختلاف میانگین تعدیل شده تحمل آشفته‌گی گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور و گروه آزمایش درمان هیجان مدار ۱/۹۲۱- است که در سطح ۰/۳۱۶ از لحاظ آماری غیر معنی‌دار است؛ بنابراین بین اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر افزایش تحمل آشفته‌گی در زنان کردستان تفاوتی وجود ندارد.

۴-۷-۳- فرضیه ۳) و ۴) درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان می‌شود. درمان هیجان مدار موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان می‌شود.

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۶-۴ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون اختلاف میانگین تعدیل شده گرایش به خودکشی گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور و گروه کنترل ۸/۰۵۳- است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین درمان مبتنی بر اجتماع محور بر کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه ۳ پژوهش تأیید می‌شود. همچنین اختلاف میانگین تعدیل شده گرایش به خودکشی گروه آزمایش درمان هیجان مدار و گروه کنترل ۱۱/۰۹۹- است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین درمان هیجان مدار بر کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان مؤثر بوده است؛ بنابراین فرضیه ۴ پژوهش تأیید می‌شود. علاوه بر این، اختلاف میانگین تعدیل شده گرایش به خودکشی گروه آزمایش درمان مبتنی بر اجتماع محور و گروه آزمایش درمان هیجان مدار ۳/۰۴۶ است که در سطح ۰/۰۰۱ از لحاظ آماری معنی‌دار است؛ بنابراین بین اثربخشی درمان مبتنی بر اجتماع محور و درمان هیجان مدار بر کاهش گرایش به خودکشی در زنان کردستان تفاوتی وجود ندارد. در نتیجه فرضیه ۴ پژوهش تأیید نمی‌شود.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱- فرضیه ۱. درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب افزایش تحمل آشفته‌گی می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب افزایش تحمل آشفتگی می‌شود. بر این اساس، فرضیه ۱ پژوهش تأیید می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش اخوان بی‌تقصیر (۱۳۹۵)، پورافکاری (۱۴۰۰)، حسین زاده و همکاران (۱۴۰۱)، شعاع کاظمی (۱۴۰۱) و بلندنظر و همکاران (۱۴۰۲) مطابقت و همسویی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که مداخلات اجتماع محور تلاش‌های اجتماع محور هستند که منجر به توسعه سلامت در جامعه می‌شوند و مشارکت به عنوان بخش غیر قابل اجتناب آن‌ها است در فرد کنشی آگاهانه، داوطلبانه و جمعی به جهت تحقق اهداف، نیازها و منافع جمعی ایجاد کرده و در نتیجه منجر به ادراک توانایی در فرد شده که در برابر هیجانات منفی وی را مقاوم می‌کند و تحمل آشفتگی در آن افزایش می‌یابد. چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانمندی تحمل حالت‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی ناخوشایند با بودن در اجتماع که وی را حمایت می‌کند و به او برچسب نمی‌چسباند واضح است. از طرف دیگر از آنجایی که در درمان اجتماع محور بیمار عادات منفی و رفتارهای نامناسب خود را که در خلوت و یا در محیط‌های نامناسب به دست آورده است با کمک گروه‌های درمانی فعال و متخصصان این مراکز اعم از روان‌پزشک، روانشناس و درمانگر یاد می‌گیرد؛ با کمک آنان درباره کنترل هیجان منفی خود نیز تلاش می‌کند و سطح تحمل خود را در برابر ناملایمات و آشفتگی‌ها با صحبت کردن با مشاورش بالاتر خواهد برد (حسین زاده، قربان شیرودی، خلعتبری و رحمانی، ۱۴۰۱).

همه انسان‌ها در زندگی فردی و اجتماعی خود با مسائل و مشکلات متعددی مواجه می‌شوند. در واقع زندگی چیزی جز روند پیاپی مواجه شدن با مسائل و مشکلات و تلاش برای حل و فصل آن‌ها نیست؛ بنابراین وجود مشکل در زندگی امری طبیعی است و افراد و خانواده‌ها خواه‌ناخواه با مشکلات متعددی در زندگی خود مواجه می‌شوند؛ بنابراین بجای اینکه منفعلانه عمل کنند و آرزو کنند ای کاش هیچ مشکلی در زندگی ما پیش نمی‌آمد، بهتر است یاد بگیرند که چطور مشکلات خود را حل کنند. اگر مسائل مهم زندگی حل نشده باقی بمانند، استرس، ترس و نگرانی ایجاد می‌کنند که در نهایت به فشارهای جسمانی منجر می‌شوند (شعاع کاظمی، ۱۴۰۱).

یکی از موضوع‌های مطرح در روانشناسی مثبت، تحمل پریشانی است. تحمل پریشانی جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحول، روانشناسی خانواده و بهداشت روانی دارد. تحمل پریشانی را به‌عنوان نوعی فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با داشتن موقعیت تهدیدکننده تعریف کرده‌اند؛ به عبارت دیگر، تحمل پریشانی عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت تهدیدکننده، تأثیرگذار است، تحمل پریشانی عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند و افسردگی را کاهش می‌دهد (بلند نظر و همکاران، ۱۴۰۲).

این رویکرد نقش مهمی در درمان اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای خود آسیب‌رسان و ارتقاء سلامت روان دارد. در دهه‌های اخیر، مداخلات مبتنی بر جامعه به‌طور فزاینده‌ای در زمینه ارتقاء سلامت و پیشگیری رشد داشته است. در زمینه راهبردهای ارتقاء سلامت و پیشگیری، رویکردهای مبتنی بر جامعه می‌توانند دسترسی به گروه‌های هدفی را که دسترسی به آن‌ها دشوار است، بدون برچسب زدن امکان‌پذیر سازد. مداخلات اجتماع محور به کلیه تلاش‌های اجتماع محور برای توسعه سلامت در جامعه اطلاق می‌شود و مشارکت به‌عنوان بخش غیر قابل اجتناب محسوب شده و به معنای کنشی آگاهانه، داوطلبانه و جمعی جهت تحقق اهداف، نیازها و منافع جمعی خواهد بود. این رویکرد درمانی دسترسی به وسایل کشنده را کاهش می‌دهد، سیاست‌ها و فرهنگ سازمانی را در محیط‌های کاری اجرا می‌کند و شامل غربالگری اجتماعی برای افسردگی می‌شود و ممکن است مرگ‌های ناشی از خودکشی را کاهش دهد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، برنامه پیگیری از خودکشی نه تنها برای افراد و خانواده‌ها حیاتی است، بلکه برای سیستم مراقبت‌های بهداشتی و رفاهی جوامع نیز بسیار سودمند است (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۲). یکی دیگر از متغیرهای تأثیرپذیر در رویکرد درمانی اجتماع محور متغیر سلامت روان و تحمل مشکلات است که مورد توجه مطالعات پژوهشی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده‌اند، این رویکرد درمانی یک مداخله مؤثر برای افسردگی، سلامت رفتاری، عملکرد خانواده و پیامدهای روانی-اجتماعی است (پرهام و همکاران، ۱۴۰۲)

و موجب ارتقا سلامت روانی و رضایت‌مندی افراد دارای اختلال شخصیت شده است (وطن‌پرست و همکاران، ۱۴۰۰). علوی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهشی نشان دادند روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب ارتقا تحمل پریشانی می‌شود.

۲-۵- فرضیه ۲. درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب کاهش گرایش به خودکشی می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان مبتنی بر اجتماع محور موجب کاهش گرایش به خودکشی می‌شود. بر این اساس، فرضیه ۲ پژوهش تأیید می‌شود. درمان مبتنی بر اجتماع محور نقش مهمی در درمان اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای خود آسیب‌رسان و ارتقاء سلامت روان دارد. این رویکرد درمانی دسترسی به وسایل کشنده را کاهش می‌دهد، سیاست‌ها و فرهنگ سازمانی را در محیط‌های کاری اجرا می‌کند و شامل غربالگری اجتماعی برای افسردگی می‌شود و ممکن است مرگ‌های ناشی از خودکشی را کاهش دهد (Bessaha, 2017).

در تبیین این یافته می‌توان گفت در این درمان چون هدف اصلی توانایی جامعه و ارتقای سطح آگاهی و دانش عمومی درباره خودکشی است لذا در کاهش گرایش به خودکشی نقش خواهد داشت. برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی عمومی برای ارتقای آگاهی و افزایش مهارت‌های مردم در شناسایی علائم و عوامل خطر خودکشی منجر به کاهش خطر خودکشی می‌شود. با وجود تلاش گسترده‌ای که در سال‌های گذشته در جهت افزایش آگاهی عموم جامعه نسبت به موضوع خودکشی و افکار خودکشی انجام گرفته است، ولی همچنان با افزایش روزافزون گرایش به خودکشی مواجهه هستیم. با توجه به صدمات و خسارات جبران‌ناپذیر که در سطح فردی و اجتماعی به دنبال دارند، به نظر می‌رسد شناخت رویکردهای پیشگیرانه، بهترین روش ارتقاء سلامت در سطح جامعه باشد (Bloor & McIntosh, 2020). از سوی دیگر، لزوم توجه به اقدام به خودکشی مهم است زیرا اغلب کسانی که اقدام به خودکشی می‌کنند با هدف جلب توجه و رساندن صدای اعتراض به دیگران این رفتار مخرب را انجام می‌دهند، به نظر می‌رسد که می‌توان با تهیه و اجرای یک برنامه جامع پیشگیرانه حمایتی، عاطفی و روانی از اقدام به خودکشی جلوگیری نمود (Duran, 2021).

امروزه یکی از ارکان توسعه ملی نیروی انسانی است که با علم، فناوری و خلاقیت خود بتواند با استفاده بهینه از امکانات و منابع نقش مهمی در پیشرفت جامعه داشته باشند. پویندگی، بالندگی و توسعه هیچ کشوری بدون توجه به پویایی و بالندگی نیروی انسانی آن کشور امکان‌پذیر نیست؛ از این رو حفظ بهداشت روانی و ارتقا سلامت روانی نیروی انسانی دارای اهمیت فراوانی است. از طرفی، تحمل آشفتگی عاملی در تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره دارد. تحمل آشفتگی به‌عنوان یک مؤلفه مهم در پیشگیری و درمان مشکلات روانی مطرح است. تحمل نگرانی‌ها و مشکلات در سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی هر فرد تأثیر بسزایی داشته و مرکز پژوهش‌های مختلف بوده است. به‌طوری‌که با توجه به ارتباط بین تحمل آشفتگی و دیگر عوامل و فرآیندهای محافظتی و خطرزا و همچنین نقش فزاینده آن در آسیب‌پذیری و آسیب‌شناسی روانی در طی فرآیند اختلال روان‌شناختی، بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن بسیار حائز اهمیت است (Javidi, Soleimani, Ahmadi & Samadzadeh, 2020).

آشفتگی به‌عنوان مجموعه‌ای از تفکرات، برداشت‌ها و هیجانات منفی و غیر قابل کنترل شناخته می‌شود که در راستای حل یک مسئله درونی که نتایج مبهم و پیامدهای نامطلوب دارد عمل می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که آشفتگی با واکنش‌پذیری در برابر استرس، ایجاد اضطراب، بروز رفتارهای ناسازگارانه و نشانه‌های اختلالات روان‌شناختی و افزایش فزاینده استفاده از خدمات بهداشتی و مسائل و مشکلات بدنی همراه است که خود دلیلی بر اهمیت آشفتگی و پیامدهای آن برای افراد جامعه دارد. میزان تحمل آشفتگی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلالات روان‌شناختی و جسمانی دارد (Froese & McDermott, 2021). افراد با سطوح کمتر تحمل آشفتگی ممکن است در معرض پاسخ غیر انطباقی به موقعیت‌های توأم با آشفتگی و نگرانی هستند و هیجانات منفی را تجربه می‌کنند در مقابل افراد دارای تحمل آشفتگی بالاتر با رویکرد حل مسئله و سازگارانه به موقعیت‌ها پاسخ می‌دهند. در حال حاضر با وجود اهمیتی که تحمل

آشفتگی در موفقیت زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد، مطالعات علمی زیادی در ایران در این زمینه صورت نگرفته است. بنابراین لزوم بررسی رویکردهای درمانی مؤثر بر تحمل آشفتگی در زنان و ارائه راهکار و پیشنهادها مناسب مورد توجه است.

۳-۵- فرضیه ۳. درمان هیجان مدار موجب افزایش تحمل آشفتگی زنان کردستان می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان هیجان مدار موجب افزایش تحمل آشفتگی می‌شود. در تبیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل آشفتگی می‌توان گفت، درمان هیجان مدار شکلی از درمان روابط است که بر اهمیت پردازش مجدد پاسخ‌های هیجانی به منظور تغییر در روابط آشفتگی، تأکید دارد، در این روش درمانی متمرکز بر هیجان، درمانگر با شناسایی و ارزش دادن به پاسخ‌های هیجانی منفی و نامطلوب و بسط دادن آن پاسخ‌های نامطلوب به مسائل بی‌اهمیت و پیش پا افتاده مانند ترس و درماندگی میزان پرخاشگری را که ناشی از ناتوانی در پاسخگویی به رفتارهای نامناسب در موقعیت‌های فشارزا است را کاهش داده در نتیجه میزان تحمل آشفتگی را در موقعیت‌های فشارزا افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، درمان هیجان مدار سبب می‌شود که زنان از نیازها و خواسته‌های خود بیشتر آگاه شوند، در نتیجه اتحاد و پیوستگی درونی بیشتری در آن‌ها ایجاد می‌شود و می‌توانند با پیش‌بینی و کنترل آگاهانه، پاسخ‌های هیجانی مطلوب را جایگزین پاسخ‌های هیجانی منفی کرده و میزان تحمل آشفتگی زنان را در موقعیت‌های فشارزا افزایش دهند (علوی و همکاران، ۱۳۹۰). تحمل آشفتگی، به‌عنوان توانایی درک شده یا واقعی برای مقاومت در برابر هیجان‌ات منفی، نقش مهمی در مواجهه با هیجان‌ات ناخوشایند دارد (بلندنظر و همکاران، ۱۴۰۲). تحمل آشفتگی به چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عواطف منفی و توانمندی تحمل حالت‌های هیجانی، شناختی و اجتماعی ناخوشایند اشاره دارد که غالباً نتیجه فرآیندهای فیزیکی، شناختی و اجتماعی است، اما بازنمایی آن به صورت هیجانی است و با تمایل به رهایی از تجربه هیجانی مشخص می‌شود. تحمل آشفتگی شامل چهار بخش تحمل (میزان تحمل آشفتگی)، ارزیابی (برآورد ذهنی میزان آشفتگی)، جذب (مجذوب شدن به هیجان منفی) و تنظیم (تلاش برای تسکین آشفتگی) است. تحمل آشفتگی پایین طیفی از مشکلات عاطفی و هیجانی را به دنبال دارد. به طوری که افراد دارای تحمل آشفتگی پایین نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل کنند، استرس و اضطراب بالاتری را تجربه می‌کنند و برای جلوگیری از تجربه هیجان‌های منفی تلاش می‌کنند و باور دارند که دیگران بیشتر از آن‌ها توانایی مقابله با موقعیت‌های منفی را دارند و به همین خاطر احساس سرخوردگی می‌کنند. تحمل آشفتگی پایین به عنوان مکانیسمی زمینه‌ساز برای آسیب‌های روانی مانند افسردگی و اضطراب است. از این رو، پیشگیری از عوامل زمینه‌ساز آسیب‌های روانی مهم و ضروری است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۰).

انجام مداخلات بهنگام در راستای پیشگیری از آسیب‌های روانی و ارتقا سلامت روان افراد جامعه از ضروریات عصر حاضر است، در این میان رویکرد درمانی هیجان محور به‌عنوان یک روش درمانی در سال اخیر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است که می‌تواند در افزایش تحمل آشفتگی مؤثر باشد.

۴-۵- فرضیه ۴. درمان هیجان مدار موجب کاهش گرایش به خودکشی زنان کردستان می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده، درمان هیجان مدار موجب کاهش گرایش به خودکشی می‌شود. بر این اساس، فرضیه ۴ پژوهش تأیید می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان هیجان مدار ادراک سربار بودن، احساس تعلق پذیری خنثی، رفتارهای خود آسیب‌رسان را کاهش داده (وطن پرست و همکاران، ۱۴۰۰) و با تنظیم هیجان‌ات و احساسات بر ایده‌پردازی خودکشی اثر می‌گذارد. از نظر پژوهشگران یادگیری هیجانی - اجتماعی می‌تواند نقش سازنده‌ای در پیشگیری از خودکشی داشته باشد. آموزش هیجان محور بر ارتقاء پیشگیری از خودکشی مؤثر است. از آنجا که درمان هیجان مدار شامل یک سبک درمانی است که هر دو فرایند تجربی بیمار را دنبال می‌کند و آن را هدایت می‌کند و بر اهمیت مهارت ارتباط و مداخله تأکید دارد. این احساس ضمن درک اهمیت معنا سازی، احساس را به‌عنوان یک داده اساسی، از تجربه‌های انسان می‌داند و احساسات و شناخت را به‌طور جدایی‌ناپذیر در هم تنیده می‌بیند همین منجر می‌شود شرایط را کنترل کرده و کمتر گرایش به خودکشی داشته باشند (حسین زاده و همکاران، ۱۴۰۱).

این روش درمانی به‌عنوان یک رویکرد یکپارچه توسط گرینبرگ و جانسون پایه‌گذاری شده است و مبتنی بر نو انسان‌گرایی و نظریه تجربی وجودی است که بر نحوه روابط فرد با خود از نظر تنظیم احساسات و تنظیم رابطه عاطفی با توجه به موقعیت تمرکز دارد. این رویکرد تلاشی در راستای ادغام مفهوم هیجان و مفهوم تعامل در روابط انسانی است و بر دل‌بستگی انطباقی از طریق حمایت، مراقبت و توجه تأکید دارد. آموزش هیجان محور یک رویکرد عملی است که هیجان‌ها را به‌عنوان محور تجربه در ارتباط با عملکردهای انطباقی و غیر انطباقی قرار می‌دهد و در حل مشکلات هیجانی و رفتارهای خود تخریبی (مانند گرایش به خودکشی) مؤثر است و بهبود سلامت روان افراد را به دنبال دارد (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۲). در مطالعات انجام گرفته نیز، ارتباط این رویکرد درمانی با مؤلفه‌های مرتبط با تحمل آشفتگی و خودکشی مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده است؛ آموزش هیجان محور منجر به کاهش تعارضات روان‌شناختی می‌شود و بر تاب‌آوری و آسیب‌پذیری روانی-بدنی اثرگذار است (امجدیان و همکاران، ۱۴۰۲). در زوج‌درمانی هیجان محور نیز افزایش تاب‌آوری و کاهش آمیختگی شناختی حاصل شده است (شعاع کاظمی، ۱۴۰۱)، این رویکرد درمانی موجب می‌شود تا زنان تمرکز را از رفتار همسر خود برداشته و بر رفتار خود متمرکز نمایند، موانع ارتباطی برطرف شود و ضمن افزایش تحمل، با یادگیری ارتباط سالم، روابط خویش را بهبود بخشیده و انعطاف‌پذیری خود را ارتقا دهد. درمان هیجان مدار می‌تواند ادراک سربار بودن، احساس تعلق‌پذیری خنثی، رفتارهای خودآسیب رسان را کاهش دهد و با تنظیم هیجان‌ها و احساسات بر ایده‌پردازی خودکشی در کودکان و نوجوانان اثر بگذارد. در پژوهشی دیگر نشان داده شد که درمان هیجان مدار منجر به کاهش افکار خودکشی در جانبازان می‌شود. از نظر پژوهشگران یادگیری هیجانی-اجتماعی می‌تواند نقش سازنده‌ای در پیشگیری از خودکشی داشته باشد. بر اساس نتایج پژوهش‌ها، آموزش هیجان محور بر ارتقاء مؤلفه‌های مرتبط با تحمل آشفتگی و پیشگیری از خودکشی در گروه کودکان، نوجوانان، جانبازان مؤثر بوده است.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر در دسترس نبودن آمار دقیق خانم‌هایی که گرایش به خودکشی دارند و محدودیت زمان نیز دخیل بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی پیرامون عوامل اقتصادی و فقر و تأثیر آن بر افکار خودکشی انجام پذیرد. همچنین پژوهش‌هایی پیرامون تأثیر معنویت بر کاهش افکار خودکشی انجام پذیرد. از کاربردهای پژوهش حاضر می‌توان به درمان‌هایی اشاره کرد که در این پژوهش بدان پرداخته شد که می‌تواند در مراکز درمانی و خدمات مشاوره‌ای کاربرد داشته باشد. همچنین در قلمرو تعلیم و تربیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نوجوانان کاربرد دارد.

۶- منابع

- ۱- اخوان بی‌تقصیر، زهرا؛ ثنائی ذاکر، باقر؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ و فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۵). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر رضایت و سازگاری زناشویی زوج‌ها. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴ (۳)، ۳۳۰-۳۲۴.
dor:20.1001.1.17352029.1395.14.3.9.5
- ۲- امجدیان، فرزانه؛ جعفری، اصغر؛ و قمری، محمد (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و آموزش شفقت به خود در تاب‌آوری و کاهش آسیب‌پذیری روانی-بدنی مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری (خواندن و نوشتن). فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴ (۵۵)، ۱۸۱-۱۵۱.
doi:10.22054/qccpc.2023.69499.2989
- ۳- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۲۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی، علی فخرایی، آتوسا فرمند، علی نیلوفری، ژانت هاشمی آذر و فرهاد شاملو (۱۴۰۰). انتشارات: ارجمند.
- ۴- انیسی، جعفر؛ فتحی آشتیانی، علی؛ سلیمی، سیدحسین؛ و احمدی نوده، خدابخش (۲۰۰۵). ارزیابی اعتبار و روایی مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) در سربازان.

- ۵- بلندنظر، کاظم؛ تیموری، سعید؛ رجایی، علیرضا؛ و نجات، حمید(۱۴۰۲). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی بر خودکوترلی، تنظیم هیجانی و تحمل آشفتگی معنادان متجاهر. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۹ (۴)، ۶۸-۴۵.
doi:10.22034/IJRN.9.4.6
- ۶- پرهام، رقیه؛ نامداریپور، فهیمه؛ و دیاریان، محمدمسعود(۱۴۰۲). اثربخشی رویکرد هیجان مدار بر تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در زنان متأهل. نشریه رویش روان شناسی، ۱۲ (۷)، ۱۲۲-۱۱۳.
dor:20.1001.1.2383353.1402.12.7.12.8
- ۷- پورافکاری، نصرت الله(۱۴۰۰). فرهنگ جامع روان شناسی-روانپزشکی. انتشارات: تهران.
- ۸- جباری، نسترن؛ و عقیلی، سیدمجتبی(۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان مدار بر رفتارهای خود آسیب رسان و نیازهای بین فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی. فصلنامه پژوهش های نوین روان شناختی، ۸ (۶۹)، ۷۰-۶۱.
doi:10.22034/jmpr.2023.16242
- ۹- حسین زاده، زهرا؛ قربان شیروودی، شهره؛ خلعتبری، جواد؛ و رحمانی، محمدعلی(۱۴۰۱). پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان هیجان-مدار بر انعطاف پذیری کنشی و تحمل پریشانی زنان. خانواده درمانی کاربردی، ۱ (۳)، ۳۸-۲۳.
doi:10.52547/apsy.14.2.101
- ۱۰- شعاع کاظمی، مهرانگیز(۱۴۰۱). اثربخشی روان درمانی گروهی بر ارتقا راهبردهای مقابله ای زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله بیماری های پستان ایران، ۶ (۲)، ۱۷.
dor: 20.1001.1.17359406.1392.6.2.1.4
- ۱۱- علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سیدامیر؛ و صالحی فدردی، جواد(۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوهی گروهی (با تکیه بر مؤلفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه های افسردگی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳ (۵۰)، ۱۳۵-۱۲۴.
- ۱۲- علیاری خانشان وطن، فریبا؛ احدی، حسن؛ کلهرنیا گل کار، مریم؛ و صداقت، مستوره(۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان هیجان مدار بر خودپنداره بدنی و تحمل پریشانی زنان مبتلا به بیماری کرونر قلبی. رویش روان شناسی، ۱۲ (۹)، ۱۱۷-۱۲۸.
- ۱۳- علیپوری نیاز، مینا؛ رفیعی، حسن؛ ستاره فروزان، آمنه؛ و طالبی، بهزاد(۱۴۰۱). اثربخشی درمان اجتماع مدار بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی، رفاه اجتماعی پاییز، ۳ (۹۱)، ۹۰۲-۹۱۲.
- ۱۴- عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد؛ و محمدی، نوراله(۲۰۰۸). اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود مهارت های مقابله ای و پیش گیری از عود در افراد معتاد، ۱۴ (۳)، ۲۸۱-۲۸۸.
- ۱۵- محمودپور، عبدالباسط؛ شریعتمدار، برجعلی؛ و احمد، شفیع آبادی(۲۰۲۱). ویژگی های روان سنجی مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در سالمندان. فصلنامه اندازه گیری تربیتی، ۱۲ (۴۶)، ۶۴-۴۹.
doi:10.22054/jem.2022.65915.3341
- ۱۶- وطن پرست، شعله؛ خلیل زاده، نوراله؛ محمدی، مصطفی؛ یادگاری، امید علی؛ و عزیزی، نازیلا(۱۴۰۰). بررسی رابطه افسردگی زنان نخست زاده بعد از زایمان با استرس و اضطراب. مجله پرستاری و مامایی، ۱۲ (۳)، ۲۳۷-۲۳۰.
- 17- Bessaha, M. L. (2017). Factor structure of the Kessler psychological distress scale (K6) among emerging adults. *Research on Social Work Practice, 27* (5), 616-624. **doi:10.1177/10497315155594425**
- 18- Beck, A., & Steer, R. (1991). *Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed.* San Antonio psychological publication, 5, 230-9.
- 19- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). *Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory.* The handbook of stress and health: A guide to research and practice, 34964.
doi:10.1002/9781118993811.ch21
- 20- Bloor, M., & McIntosh, J. (2020). Surveillance and concealment: a comparison of techniques of client resistance in therapeutic communities and health visiting. In *Selected Writings in Medical Sociological Research* (pp. 9116). Routledge.

- 21- Duran, J. K. (2021). Examining How Adverse Childhood Experiences and the Underlying Processes of Trait and State Impulsivity Influence Suicidal Behavior. **doi:10.3389/fpubh.2024.1447008**
- 22- Ewing, E. S. K., Hunt, Q. A., Singer, J. B., Diamond, G., & Winley, D. (2020). Youth Suicide: Risk, Prevention, and Treatment. *The Handbook of Systemic Family Therapy*, 2, 34367. **doi:10.1016/j.avb.2021.101586**
- 23- Froese, J., & McDermott, L. (2021). "When All the Wheels Fall off": Leisure's Potential Role in Living with Suicide Loss. *Leisure Sciences*, 1-20.
- 24- Hsu, T., Thomas, E. B., Welch, E. K., O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2023). Examining the structure of distress tolerance: Are behavioral and self-report indicators assessing the same construct?. *Journal of contextual behavioral science*, 27, 14151. **doi:10.1016/j.jcbs.2023.02.001**
- 25- Javidi, N., Soleimani, A., Ahmadi, Kh., & Samadzadeh, M. (2020). The effectiveness of emotionally focused couples therapy (EFT) to improve communication patterns in couples. *J Res Behave Sci*, 11 (5):402-10.
- 26- Oostermeijer, S., Morgan, A., Rossetto, A., Kelly, C., Pirkis, J., Le, L. K. D., ... & Reavley, N. (2022). Mental Health First Aid suicide prevention training for men: Protocol for a cluster randomised controlled trial in Australian Men's Sheds. *Mental Health & Prevention*, 28, 200250. **doi:10.1016/j.mhp.2022.200250**
- 27- Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: *Development and validation of a self-report measure. Motiv Emot.* 2005; 29(2):83-102. **doi:10.1007/s11031-005-7955-3**

Comparison of the Effectiveness of Community-Based Therapy and Emotion-Focused Therapy on Increasing Distress Tolerance and Reducing Suicidal Ideation in Kurdish Women

Mojgan Hayati^{1*}, Shiva Karimi²

1- Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

haysti@pnu.ac.ir

2- M.A. in Rehabilitation Counseling, Payame Noor University, Tehran, Iran.

sshiva.kariimi1403@gmail.com

Abstract

The present study aims to compare the effectiveness of community-based therapy and emotion-focused therapy on increasing distress tolerance and reducing suicidal ideation in Kurdish women. This study is applied in terms of its objective and quasi-experimental in terms of data collection. The statistical population of the study included all women with marital problems in Kurdistan Province in 2023 (1402 in the Shamsi Calendar) who had marital issues and suicidal thoughts or suicide attempts, totaling 150 individuals. From this population, 45 individuals were selected using a convenience sampling method and randomly assigned to two experimental groups and a control group, with 15 participants in each. Initially, all participants completed the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005) and the Beck Suicide Ideation Scale (Beck, 1976). One experimental group underwent 10 sessions of community-based therapy, while the other received 8 sessions of emotion-focused therapy. The control group did not receive any intervention. After the intervention, all participants completed the research instruments again. To analyze the data, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and univariate analysis of covariance (ANCOVA) were used. Data analysis was conducted using SPSS version 23. Therefore, implementing community-based life reconstruction training and emotion-focused therapy protocols can lead to increased distress tolerance and reduced suicidal ideation in Kurdish women.

Keywords: Community-Based Therapy, Emotion-Focused Therapy, Distress Tolerance, Suicide.



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

(CC BY 4.0)

بررسی جامعه‌شناختی تعاملات خشونت‌زا میان زنان و مردان در روابط خانوادگی

شاهو رستگاری^{۱*}، اسدالله بابایی فرد^۲

۱- دکتری مسائل اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسئول)

shahorastegari@gmail.com

۲- دانشیار، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

babaiefardm@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۶/۷]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۳/۳/۱۲]

چکیده

خشونت یا تنش، در روابط خانوادگی یکی از مسائل مهم اجتماعی است که از زوایای گوناگون مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این میان، تجربه مردان از تنش‌های خانوادگی و نقش زنان در این تعارضات کمتر مورد توجه پژوهشی قرار گرفته است، به‌ویژه در بافت فرهنگی ایران که الگوهای سنتی نقش‌های جنسیتی بر روابط خانوادگی تأثیرگذار هستند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ابعاد مختلف رابطه بین طلاق عاطفی و تنش‌های خانوادگی میان زنان و مردان متأهل ساکن تهران انجام شده است. این تحقیق از نوع پیمایشی-همبستگی بوده و به بررسی ارتباط میان طلاق عاطفی و تجربه مردان از تعارضات خانوادگی پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مردان متأهل شهر تهران در سال ۱۳۹۹ است که با استفاده از فرمول کوکران، ۳۷۲ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که میان برخی متغیرهای فردی، مانند سطح تحصیلات و نوع شغل، با میزان تجربه مردان از تنش‌های خانوادگی رابطه معناداری وجود دارد، درحالی‌که این ارتباط در متغیر درآمد مشاهده نشد. همچنین، ضریب همبستگی چندگانه ($R=0.757$) نشان‌دهنده رابطه قوی بین متغیرهای مستقل و میزان تنش‌های خانوادگی است. ضریب تعیین تعدیل‌شده (۰/۵۶۴) نیز حاکی از آن است که بیش از ۵۰ درصد تغییرات متغیر وابسته (میزان تجربه تنش‌های خانوادگی) توسط متغیرهای مستقل از جمله طلاق احساسی، طلاق شناختی، طلاق رفتاری و پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد و همسر تبیین می‌شود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که تعارضات خانوادگی پدیده‌ای چندبعدی است که تحت تأثیر ویژگی‌های فردی و روابط متقابل میان زنان و مردان قرار دارد. از این رو، سیاست‌گذاری‌های آگاهانه در حوزه حقوق خانواده باید به‌گونه‌ای باشد که به درک بهتر نقش‌های دوطرفه در این تعارضات کمک کند. همچنین، افزایش آگاهی عمومی درباره ابعاد مختلف این پدیده و کاهش موانع اجتماعی برای طرح و حل مسائل مرتبط می‌تواند به بهبود تعاملات خانوادگی و کاهش پیامدهای منفی آن کمک کند.

واژگان کلیدی: تعارضات خانوادگی، تعاملات خشونت‌زا، روابط زوجین، جامعه‌شناسی خانواده، تنش‌های زناشویی.

۱- مقدمه

خانواده به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای اجتماعی همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است. تغییرات در جهان اجتماعی و گذار به خانواده مدرن باعث دگرگونی در ساختار و کارکردهای این نهاد شده است. تنش‌های خانوادگی یکی از مسائل مهم در این زمینه محسوب می‌شود که به اشکال مختلفی از جمله تنش میان همسران، تنش میان والدین و فرزندان و تنش میان فرزندان نمود پیدا می‌کند. درحالی‌که پژوهش‌های متعددی به بررسی تنش‌های میان مردان و زنان پرداخته‌اند، مطالعات مربوط به تجربه مردان از این تنش‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است. یکی از دلایل این موضوع را می‌توان در ساختار اجتماعی و فرهنگی جامعه جست‌وجو کرد که منجر به درک متفاوت از تنش‌های تجربه‌شده توسط مردان و کاهش امکان گزارش‌دهی آن‌ها می‌شود. بسیاری از متخصصان حوزه سلامت روانی و اجتماعی بر مسائل مرتبط با نهاد خانواده و پیامدهای آن تمرکز کرده‌اند. باوجود نقش کلیدی خانواده در جامعه‌پذیری و تربیت نسل‌های آینده، روابط خانوادگی با چالش‌هایی مواجه شده است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۷، در کشورهای درحال توسعه، بدرفتاری میان همسران با فراوانی بیشتری مشاهده می‌شود. توجه به ابعاد مختلف تنش‌های خانوادگی، صرف‌نظر از جنسیت قربانیان، می‌تواند زمینه‌ساز سیاست‌گذاری‌های مؤثرتر در راستای بهبود روابط خانوادگی و ارتقای سلامت اجتماعی باشد (Dang & Le, 2025).

پدیده «خشونت صمیمانه شریک زندگی»^۱ که بیشتر توسط زنان بر علیه مردان اعمال می‌شود، هم در ادبیات دانشی و هم در فضای رسانه‌ای کمتر مورد توجه قرار گرفته است. علیرغم این فقدان توجه، نزدیک به سه دهه تحقیقات خشونت خانوادگی در مورد IPV نشان می‌دهد که در طی یک بازه زمانی مشخص، حداقل ۱۲ درصد از مردان مورد پرخاشگری جسمی توسط شرکای زن خود شده‌اند، ۴ درصد (یا بیش از ۲/۵ میلیون نفر) از مردان در ایالات متحده خشونت شدید را تجربه کرده‌اند (Straus, 1995). نکته قابل تأمل در این زمینه این است که علی‌رغم کاهش نرخ سایر اشکال خشونت خانگی (خشونت علیه زنان و خشونت علیه کودکان) در سطح جهانی، نرخ خشونت علیه مردان در طول ۳۰ سال گذشته همچنان ثابت باقی مانده است (گزارش دفتر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، ۲۰۰۴).

تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که خشونت صمیمانه شریک زندگی (IPV) اعمال شده توسط زنان علیه مردان با ابعاد گوناگون بهداشت روانی مردان نظیر افسردگی، استرس، علائم روان‌تنی و اضطراب روان‌شناختی عمومی مرتبط است. گزارش‌های متعددی از شیوع خشونت یا تنش علیه مردان نشان می‌دهد که حداقل نیمی از مردان و حدود ۹۰ درصد از آنان در روابطشان با زنان رفتارهایی را تجربه کرده‌اند که جز رفتارهای پرخاشگرانه (توهین کردن، ناسزا گفتن، تهدید کردن) طبقه‌بندی می‌شوند. روی هم رفته، بهترین پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه نشان می‌دهد که بین ۲۵ الی ۵۰ درصد قربانیان خشونت خانگی مردها هستند، باین‌حال واکنش‌های عملی و سیاستی در حوزه خدمات اجتماعی و عدالت کیفری بر مبنای واکنش به نظریه مردسالاری تدوین شده‌اند. در این زمینه‌ها، نظریه پردازان مردسالاری ادعا می‌کنند که تنها علت IPV ساختار جنسیتی جامعه است. مردها قدرت اعمال اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و شغلی بر مردان دارند، یک قدرت ساختاری که در روابط جنسی و رمانتیک بین جنسی بازتاب می‌یابد. چارچوب نظری پدرسالارانه در مدل دولوت با مثال نشان داده شده است. مدلی دیرینه و غالب برای برخورد با مرتکبان IPV است که تأکید می‌کند ضرب و شتم یک انتخاب حساب شده توسط مردان برای اعمال قدرت و کنترل خود بر روی زنان است. بر اساس مدل دولوت، زنان نمی‌توانند یا نمی‌خواهند از IPV علیه مردان استفاده کنند زیرا IPV یک مسئله قدرت و کنترل است که تنها مردان را در یک سیستم مردسالارانه توانا می‌سازد؛

^۱ IPV

بنابراین زنانی که از IPV استفاده می‌کنند هنگام درخواست کمک در سیستم فعلی سرویس خشونت خانگی با موانع قابل توجهی مواجه هستند زیرا این امکان برای آن‌ها وجود ندارد (Conroy, Willmott, Murphy & Widanaralalage, 2024).

به نظر می‌رسد که عاملان مرد به نسبت عاملان زن از خشونت شدیدتری استفاده کرده‌اند. به‌عنوان مثال مردان بیشتر با تهدیدات مهلک و غیر مهلک تلاش کردند که از تماس شریک جنسی‌شان با پلیس ممانعت به عمل آورند و با کارهایی نظیر کشیدن موی‌های بدن، گرفتن و هل دادن، شرکای خود را محدود یا خفه کرده‌اند. مرتکبان زن به احتمال زیاد بیشتر از مرتکبان مرد با یک شی شریکان مرد خود را مصدوم کنند، یک شی را به سوی او پرت کنند، او را گاز گرفته، با یک وسیله نقلیه او را مورد اصابت قرار دهند و از یک سلاح علیه وی استفاده کنند. هیچ تفاوتی بین جنسیت در اعمالی نظیر سیلی زدن، مشت زدن، ضربه، چاقو، یا در میزان ضرب و جرح با ضربات چاقو به بدن قربانی و یا در مجروحیت بر اثر بریدگی، ساییدگی، استخوان‌ها یا دندان‌های شکسته وجود ندارد. در مطالعه‌ای در شهر شیلدون ایالت تنسی در دسامبر ۱۹۹۷ و مارس ۲۰۰۱ نتایج مشابهی را برای میزان خشونت یافتند، اما همچنین دانش ما را با تجزیه و تحلیل سایر اطلاعات قربانیان و عاملان گسترش داده‌ایم (Henning & Feder, 2004). عاملان مرد بیشتر در خشونت جدی نظیر خفه کردن، تجاوز به عنف و تهدید به خودکشی درگیر هستند و به نسبت عاملان زن به‌طور مکرر درگیر این‌گونه جنایات هستند ولی عاملان زن بیشتر از اسلحه استفاده کرده‌اند. عاملان مرد سابقه جنایی طولانی‌تری و مسائل سوءاستفاده از مواد بیشتری داشتند. نویسندگان در بین میزان آسیب‌دیدگی قربانیان، فراوانی یا شدت سوءاستفاده روانی، تهدید به خودکشی، رفتارهای بدخلقه یا میزان بازداشت نوجوانان هیچ‌گونه تفاوت جنسیتی را مشاهده نکردند. مارشال^۱ (۱۳۹۲) بر این باور بود که باید بین مقیاس‌های سنجش خشونت بین زنان و مردان تمایز قائل شد و مقیاسی با ۴۶ گویه را برای سنجش خشونت علیه مردان ابداع کرد (SVAMS) وی با بررسی این پرسش‌نامه بر روی ۵۷۰ از نفر مردان دانشگاهی در فاصله سنی ۱۷ تا ۵۲ سال به تحلیل عاملی این پرسشنامه پرداخت و معیارها در ۸ عامل پدیدار شدند: تهدید به خشونت خفیف، تهدید به خشونت متوسط، تهدید به خشونت جدی، خشونت ملایم، خشونت جزئی، خشونت متوسط، خشونت جدی و خشونت جنسی تقسیم‌بندی کرد (Palmer, Keilholtz, Vail & Spencer, 2024).

نظریه‌های این زمینه عمدتاً مبنی بر یافته‌ها و مطالعات بالینی و اپیدمیولوژیک زنان و کودکانی است که مورد خشونت شریک زندگی قرار گرفته‌اند و نیز مطالعات جمعیتی در مورد خشونت شریک زندگی. اولین تئوری خشونت در روابط صمیمی از دهه ۱۹۹۰ با پژوهش تجربی جامعه‌شناسی به نام **مایکل پی جانسون** بر پایه نوع شناسی تروریسم صمیمانه و خشونت ساختاری است (Johnson, 2010).

جانسون تروریسم صمیمی را به مثابه استفاده شریک جنسی از خشونت جسمی و یا جنسی شدید تعریف می‌کند همراه با استراتژی‌های کنترل متنوعی که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به تسلط بر شریک زندگی خود را دارد. چنین استراتژی‌های کنترلی ممکن است که شامل سوءاستفاده عاطفی، انزوا، تهدید، تحقیر، آزار و اذیت و تحت تأثیر قرار دادن فرزندان برای مقابله با شریک زندگی باشد. تروریسم صمیمی و خشونت موقعیتی مفاهیمی هستند که همچنین در تحقیقات امروزی برای تعریف و طبقه‌بندی اقدامات و الگوهای خشونت‌آمیز و نیز در طراحی پرسشنامه در هر دو مورد اصلی در مطالعات شیوع خشونت در روابط صمیمانه بین‌المللی و شمال اروپا به‌کاربرده می‌شوند. یکی از دلایل عدم توافق در زمینه خشونت خانگی این است که در بین محققان و صاحب‌نظران این حوزه درباره اینکه اساساً خشونت و تروریسم صمیمی چیست و چه مصادیقی دارد تعریف مشترک و واضحی وجود ندارد. اگر چنانچه به‌عنوان مثال در سنخ شناسی جانسون (که بر روی کنترل خیلی تأکید دارد) یک سیلی کوچک یا هل دادن ساده را همانند تجربه کنترل زنانه جز مصادیق خشونت صمیمی تلقی کنیم، آنگاه تعداد عاملان خشونت در بین زنان و مردان یکسان است؛ و اگر بر روی خشونت‌های و رفتارهای تهدیدآمیز طولانی مدت و جدی‌تر نظیر خشونت روانی، جسمی و جنسی تأکید کنیم تعداد قربانیان خشونت و تروریسم صمیمی کاهش

¹ Marshall

پیدا می‌کند. تخمین زده می‌شود که در کشور هندوستان از هر ۱۰۰ مرد، ۴۰ نفر از آن‌ها مورد خشونت سیستماتیک خانوادگی واقع می‌شوند، هر چند که شواهد بسیار کمی درباره این نوع خشونت‌ها وجود دارد زیرا این نوع خشونت‌ها اغلب گزارش نمی‌شود. دلایل متعددی برای عدم گزارش به این نوع از خشونت‌ها وجود دارد که مهم‌ترین آن‌ها سیستم اجتماعی و ارزش‌های اجتماعی ماست که مردان به آن وابسته هستند و آن‌ها را از گزارش دادن خشونت بازمی‌دارد. حتی هنگامی که مردان سوءاستفاده و خشونت خانگی را گزارش می‌کنند، بیشتر مردم آن‌ها را باور نمی‌کنند. هنگامی که مردان سعی می‌کنند که مشکلاتشان، شکنجه، مبارزه و اذیت و آزارشان را در خانواده و ازدواج را روایت کنند، کسی به آن‌ها گوش نمی‌دهد. در عوض مورد تمسخر دیگران قرار می‌گیرند. بسیاری از مردان از صحبت کردن و به اشتراک گذاشتن تجربیاتشان در زمینه خشونت خانوادگی و ضرب و شتم توسط همسرانشان شرمسار هستند. پویایی خشونت خانوادگی و تفاوت علل و اهداف و انگیزه‌های آن در بین مردان و زنان متفاوت است. مطالعات زیادی در زمینه خشونت علیه زنان صورت گرفته است درحالی‌که مطالعات صورت گرفته در زمینه خشونت علیه مردان بسیار پایین است (Meyer, Hardt, Brambilla, Shukla & Stöckl, 2024).

این تحقیق که توسط بنیاد Save Family صورت پذیرفته است، با ۱۶۵۰ مرد متأهل در سنین ۱۵ تا ۴۹ سال مصاحبه شده که از طریق نمونه‌گیری تصادفی با استفاده از برنامه‌ای متناسب با چند کشور WHO مطالعه در مورد سلامت شوهر و خشونت خانگی انتخاب شدند. گزارش‌های به دست آمده حاکی از آن بود که در حدود (۳۲/۸٪) خشونت اقتصادی رایج است، به دنبال آن خشونت عاطفی (۲۲/۲٪)، خشونت جسمی (۲۵/۲٪) و خشونت جنسی (۱۷/۷٪). مطالعه نشان می‌دهد احتمال بروز خشونت با طول مدت زمان ازدواج رابطه مستقیمی دارد و اگر بیش از ۷ سال داشته باشد میزان خشونت به طور قابل توجهی افزایش پیدا کرده است. همچنین نشان می‌دهد که همسرانی که در سال اول زندگی خود نوعی خشونت را در ازدواج تجربه کرده‌اند همچنان تا آخر عمر همین نوع از خشونت را تجربه کرده‌اند. این مطالعه نشان می‌دهد که خشونت خانگی یک مسئله مرتبط با بهداشت عمومی با پیامدهای بهداشتی گسترده‌ای مانند بیماری‌های ذهنی و اختلالات استرس است که باید در راستای برطرف کردن آن‌ها گام برداشت. این مطالعه همچنین نشان می‌دهد خشونت خانگی در تمام طبقات اقتصادی وجود دارد. اکثریت مردانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند، دارای تحصیلات عالی و درآمد خوبی بوده‌اند (Tshoane, Olutola, Bello & Mofokeng, 2024).

در سنت جامعه‌شناسی فمینیستی همواره تجربه خشونت علیه زنان توسط مردانی خشن در یک جامعه مردسالار برجسته شده درحالی‌که در جهان واقع، مردانی وجود دارند که در موقعیت اقتصادی بالایی قرار دارند و یا برتری جسمانی خوبی دارند، ولی با این حال بازم در معرض تهدید و خشونت زنان قرار دارند و ممکن است به خودکشی و افکاری این چنین سوق پیدا کنند. در تحقیقات سنتی در مورد مردان، همواره به مردان به مثابه عاملان خشونت تمرکز شده است و نظر عمومی بر این باور است که آن‌ها کمتر قربانی خشونت خانوادگی هستند. وقتی که در اواخر دهه ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ مطالعات مردان به عنوان یک رشته مستقل شروع با کارکرد، شدیداً توسط فمینیست‌های معاصر مورد انتقاد گرفت. زنان به لحاظ تاریخی به‌مثابه گروهی تحت ستم اقتصادی، اجتماعی و ایدئولوژیک مردان شناخته شده‌اند. وقتی که پرسش درباره خشونت پیش می‌آید، این حقیقت مطرح شد که مردان عامل اصلی خشونت چه در سطح جمعی و اجتماعی و چه در سطح جامعه بوده‌اند. این خشونت در سطح فردی است که بیشتر زنان و فرزندان را تحت تأثیر قرار می‌گذارد. خشونت مردان علیه زنان الگوی اجتماعی مسلط در اکثر جوامع مبتنی بر سرکوب جنسیتی بوده است. رابطه قدرت بین زنان و مردان ملهم از اندیشه مارکسیستی به مثابه نوعی رابطه بین سرمایه‌داران و کارگران مورد بحث و بررسی قرار گرفت. جنسیت و روابط بین دو جنس به همان گونه‌ای درک می‌شود که طبقه و تضاد طبقاتی درک می‌شود. در اینجا یک رابطه ظالم و مظلوم بین کارگر (زن) و بورژوازی (مرد) تطابق پیدا کرد. نظریه کانل در این زمینه نمونه‌ای از این نگرش است (Dabral, 2024).

کانل^۱ (۲۰۰۵) گرایش نظری فمینیست‌های اولیه را درباره تلقی مردان به‌عنوان یک گروه همگن و یکپارچه به چالش می‌کشد. کانل خاطر نشان می‌سازد که تفاوت‌های درون‌گروهی بسیار زیادی از لحاظ مناسبات قدرت و سلطه وجود دارد که ایده مردانگی به‌طور عام را زیر سؤال می‌برد. به‌عنوان مثال گروه‌هایی از مردان وجود دارند که به دلیل قومیت یا مذهب در سلسله مراتب اقتصادی پایینی قرار دارند و اساساً به حاشیه رسانده شده‌اند. در حاشیه قرار گرفتن این مردان همواره در رابطه و نسبت با سایر مردان در نظر گرفته می‌شود درحالی‌که این حاشیه و فرودستی هیچ‌گاه در مورد و در رابطه با سایر زنان پرداخته نمی‌شود. همان‌گونه که جنیفر لارسون (۲۰۱۲) خاطر نشان کرده، اکنون باید برای برطرف کردن شکاف‌ها بین نظریه‌های قطبی خشونت و جنسیت تلاش کنیم. بستر پژوهش درباره خشونت هنوز به‌طور عمده توسط یک چشم‌انداز جامعه‌شناختی مبتنی بر قدرت-جنسیت و یک الگوی ظالم و مظلومی شکل می‌گیرد. این مسئله هیچ کمکی به درک خشونت زیسته زنان و مردان نمی‌کند و به لحاظ نظری در خصوص تبیین مسئله خشونت فی‌مابین هم‌جنس‌گراها ناتوان است. تأکید فرا تاریخی و جهان‌شمول بر روی خشونت مردانه، راه را بر روی درک پدیدار شناختی و واقع‌بینانه از مسئله خشونت در روابط صمیمی می‌بندد، جایی که مرد و زن هر دو خشونت را اعمال می‌کنند، هیچ نظریه‌ای را نمی‌توان به کاربرد که خشونت را مورد بررسی و تبیین قرار دهد و چستی و علت آن را برای ما توضیح دهد. پذیرش غیر انتقادی گفتمان زن قربانی و اسطوره خیر مادرانه نمی‌تواند این رفتار را تبیین کند. روایت‌های مستقر در مورد خشونت زندگی، محدودیت‌هایی را درباره اینکه چگونه مردان تجربیات خود از خشونت را بیان می‌کنند (Lawson, 2012). این مطالعه با هدف بررسی جامعه‌شناختی تعاملات تنش‌زا میان زنان و مردان در محیط خانواده انجام شده است. پژوهش حاضر به تحلیل عوامل تأثیرگذار بر این تنش‌ها، از جمله نقش‌های جنسیتی، پایگاه اقتصادی-اجتماعی و الگوهای ارتباطی میان زوجین می‌پردازد. همچنین، این تحقیق درصدد است تا درک بهتری از تأثیر این تنش‌ها بر پایداری روابط خانوادگی ارائه دهد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

فیروزجائیان و چراتی (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «تحلیل جامعه‌شناختی خشونت زنان علیه مردان» با تأکید بر اختلال عوامل رابطه‌ای درون خانوادگی (بی‌نظمی) با استفاده از پرسشنامه و نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای با ۳۸۴ نفر از مردان متأهل شهر بابلسر که خشونت زنان علیه مردان با متغیرهایی نظیر عدم همفکری مشترک، عدم همگامی مشترک، عدم هم‌بختی مشترک و عدم همدلی مشترک رابطه‌ای معنادار دارد؛ همچنین با توجه به مدل ساختاری ارائه شده همه این متغیرها ۳۵ درصد از تغییرات متغیر وابسته را تبیین کرده‌اند. قاضی‌زاده و دیگران (۱۳۹۷) در پژوهشی با نام «مدل مفهومی عوامل زمینه‌ساز خشونت زناشویی زنان علیه مردان از دیدگاه مردان» با استفاده از روش نظریه داده بنیاد (نمونه‌گیری هدفمند و مصاحبه نیمه ساختاریافته) با ۱۷ مرد دارای تجربه خشونت زناشویی ساکن شهر تهران مدل مفهومی را استخراج کرده است. بر اساس این تحقیق عوامل زمینه‌ساز شامل عوامل فردی نظیر مسائل فیزیولوژیک و بیولوژیک، اعتیاد، اختلالات شخصیتی؛ عوامل خانوادگی نظیر تمایز نایافتگی، ساختار خانواده، ساخت قدرت در خانواده و تجربیات نامناسب خانوادگی، عوامل اقتصادی، شغلی، سازمانی، نقش عوامل زمینه‌ساز را به عهده گرفته و افکار غیرمنطقی، تفاوت‌های بین زن و مرد و اسطوره‌های زناشویی عوامل مداخله‌گر هستند. زن و مرد نیز در مقابل این خشونت، از الگوهای ارتباطی ناکارآمد استفاده می‌کنند و حاصل این راهکارهای غلط، ایجاد احساس ناکامی، از بین رفتن عشق و صمیمیت، رابطه فرا زناشویی، انحرافات و اختلالات جنسی مردان می‌شود. خیرخواه زاده (۱۳۹۰) در پایان‌نامه کارشناسی ارشد خود با عنوان «مطالعه جامعه‌شناختی تجربه زیسته مردان از خشونت خانگی علیه آنان» در این تحقیق از روش کیفی (مطالعه‌ی موردی) و ابزار مصاحبه‌ی عمیق (باز) استفاده شده، لذا با ۵۰ نفر از مردان ازدواج کرده، در شهر تهران مصاحبه انجام شده است، نتایج تحقیق نشان داد که مصادیق خشونت خانگی علیه مردان را می‌توان در ۷

¹ Connell

گروه طبقه‌بندی نمود: خشونت کلامی روانی، مالی، جنسی، فیزیکی، اجتماعی و کوتاهی نمودن در وظایف خانه‌داری که در این میان خشونت روانی کلامی هم شایع‌ترین شکل خشونت زنان علیه شوهرانشان محسوب می‌شود و هم مؤثرترین شکل خشونت علیه آنان. مردان در برابر رفتارهای خشونت‌آمیز از سوی زنان، استراتژی‌های متنوعی را نظیر مدارا کردن و تحمل نمودن، ترک صحنه‌ی کشمکش، واکنش‌های تلافی‌جویانه و مقابله به مثل کننده و ... اتخاذ می‌کنند. در مورد بستر شکل‌گیری خشونت خانگی علیه مردان، عوامل مؤثر در سه سطح خرد، میانی و کلان قابل طرح‌اند که در این میان مسئله‌ی با اهمیت آن است که وجود بقایای نظام مردسالاری را نباید به معنای نبود خشونت خانگی علیه مردان تفسیر نمود و از آن مهم‌تر، در امر شناسایی عوامل پدیده آورنده‌ی خشونت خانگی علیه مردان، تأثیرات خود نظام مردسالاری حائز اهمیت فراوان است. محمدخانی، رضایی دوگاهه، محمدی و آزاد مهر (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان «شیوع الگوی خشونت خانوادگی؛ ارتکاب یا تجربه آن در مردان و زنان» با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته برای ارزیابی عوامل اجتماعی و اقتصادی زمینه‌ساز خشونت در بین ۴۶۰ زوج ساکن تهران پرداخت. یافته‌های پژوهش نشان داد که مردان بیشتر از زنان مرتکب خشونت می‌شوند و در عین حال زنان بیشتر قربانی خشونت بودند. از سوی دیگر زمان خشونت که با میانگین دفعات بروز خشونت در مردان بیشتر بود.

کومار^۱ (۲۰۱۲) در مقاله‌ای با عنوان «خشونت خانگی علیه مردان در هندوستان: یک چشم‌انداز» با انجام مصاحبه‌های عمیق روان‌شناسی با قربانیان خشونت خانوادگی و نیز با بهره‌گیری از منابع ثانویه، عدم وجود هرگونه اطلاعات سیستماتیک در زمینه خشونت زنان علیه مردان، تغییر در هنجارها، ارزش‌ها و روابط قدرت درون خانواده و تحول در نقش‌های جنسیتی را از عوامل تشدید این نوع خشونت در نسل‌های آینده هندوستان می‌داند. شبکه‌های اجتماعی این بستر را برای مردان قربانی فراهم کرده‌اند که تجربیات خود را از رنج، عذاب و شکنجه روحی-روانی توسط زنان را به اشتراک بگذارند و سیاست‌گذاری اجتماعی باید به سمتی پیش برود که خشونت علیه مردان را به مثابه یک مسئله بهداشت اجتماعی و عمومی به رسمیت بشناسد و از طریق مداخله‌گری مؤثر نظیر اورژانس‌های اجتماعی و مددکاری به کمک آن‌ها بشتابد.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی، ماهیت توصیفی و تحلیلی و پیمایشی است. نوع تحقیق همبستگی-مقایسه‌ای است. تکنیک استفاده شده در بخش میدانی، پرسشنامه است. جمعیت آماری پژوهش افراد متأهل شهر تهران بوده است. جمعیت تهران در سال ۱۳۹۵ بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران ۸۶۹۰ هزار نفر بوده که در ۶۰۱۴ حوزه سکونت دارند و ۲/۰۱۵/۳۶۰ از این تعداد متأهل می‌باشند (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۵). با توجه به حجم بالای جمعیت آماری و محدودیت زمان و بودجه، پژوهش، در نمونه‌ای معرف و متناسب با شرایط انجام شد. حجم نمونه بر اساس خطای نمونه‌گیری در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با خطای نمونه‌گیری ۰/۰۵ بر اساس فرمول کوکران ۳۷۲ نفر در نظر گرفته شده است.

۳-۱- پایایی و روایی

برای سنجش اعتبار پرسشنامه از اعتبار صوری، یعنی استفاده از نظر صاحب‌نظران این حوزه استفاده شد. برای سنجش پایایی این مقیاس نیز از آزمون آلفای کرونباخ بهره گرفته شد. نتیجه آلفای کرونباخ در جدول زیر آمده است.

¹ Kumar

جدول ۱. تعداد گویه‌ها و ضرایب آلفای کرونباخ نهایی مقیاس‌ها

ردیف	مقیاس/ابعاد	تعداد گویه	آلفای کرونباخ
۱	خشونت عاطفی- کلامی	۸	۰/۸۰
۲	خشونت اقتصادی	۷	۰/۷۶
۳	خشونت فیزیکی	۶	۰/۶۸
۴	خشونت جنسی	۶	۰/۷۵
۵	خشونت اجتماعی	۵	۰/۸۲
۶	طلاق عاطفی	۹	۰/۷۴
۷	طلاق رفتاری	۹	۰/۶۸
۸	طلاق شناختی	۱۰	۰/۸۵
	کل	۶۰	۰/۷۸

شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بوده است، به این منظور تعداد متأهلان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران را در نظر گرفته‌ایم و سپس با توجه به جمعیت هر منطقه تعداد نمونه هر منطقه را مشخص کردیم. همچنین سه گروه سنی زیر ۴۰ سال، ۴۰ تا ۵۴ سال و ۵۵ سال و بالاتر را نیز در نظر گرفتیم تا نمونه حتی‌المقدور معرف باشد.

۳-۲- فرضیات تحقیق

- ۱- بین نوع پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد و خشونت خانگی علیه مردان رابطه وجود دارد.
- ۲- به نظر می‌رسد بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی همسر و خشونت خانگی علیه مردان رابطه وجود دارد.
- ۳- به نظر می‌رسد بین طلاق عاطفی و خشونت خانگی علیه مردان رابطه وجود دارد.
- ۴- به نظر می‌رسد بین طلاق شناختی و خشونت علیه مردان رابطه وجود دارد.
- ۵- به نظر می‌رسد بین طلاق رفتاری و خشونت علیه مردان رابطه وجود دارد.
- ۶- به نظر می‌رسد بین طلاق کل و خشونت خانگی علیه مردان رابطه وجود دارد.
- ۷- به نظر می‌رسد بین طلاق کل و خشونت عاطفی-کلامی رابطه وجود دارد.
- ۸- به نظر می‌رسد بین طلاق کل و خشونت اقتصادی رابطه وجود دارد.
- ۹- به نظر می‌رسد بین طلاق کل و خشونت فیزیکی رابطه وجود دارد.
- ۱۰- به نظر می‌رسد بین طلاق کل و خشونت جنسی رابطه وجود دارد.
- ۱۱- به نظر می‌رسد بین طلاق کل و خشونت اجتماعی رابطه وجود دارد.

۳-۳- متغیرهای تحقیق

- **خشونت یا تنش خانگی علیه مردان:** خشونتی که توسط زنان در محیط خانواده بر مردان اعمال می‌شود و ترکیبی از پنج گویه (خشونت عاطفی، خشونت اقتصادی، خشونت جنسی، خشونت فیزیکی و خشونت اجتماعی) است.
- **طلاق عاطفی:** طلاق عاطفی گونه‌ای جدایی و طلاق است که در آن زوجین یکدیگر را به شدت منفی و کم‌ارزش ارزیابی می‌کنند، اما به دلایل گوناگون یا به علت وجود شرایط خاص، به زندگی زیر یک سقف ادامه می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده

است که زوجین معمولاً بعد از گذشت ۳ تا ۵ سال از وقوع طلاق یک اقدام عاطفی به‌طور رسمی و قانونی نیز از یکدیگر جدا می‌شوند.

- پایگاه اقتصادی - اجتماعی فرد: سازه‌ای عینی است که از ترکیب سه متغیر سطح تحصیلات، نوع شغل و میزان درآمد به دست می‌آید.

۱- یافته‌ها

جدول ۲. توزیع سنی پاسخگویان

گروه سنی	فراوانی	درصد
۲۰-۲۹	۶۴	۱۷/۳
۳۰-۳۹	۲۳۱	۶۲/۱
۴۰-۴۹	۴۰	۱۰/۸
۵۰-۵۹	۳۴	۹/۰
۶۰-۶۹	۳	۰/۸
کل	۳۷۲	۱۰۰/۰

جدول ۳. میانگین و واریانس متغیرهای تحقیق

متغیر	میانگین	واریانس
خشونت عاطفی- کلامی	۲/۷۸	۰/۵۶
خشونت اقتصادی	۲/۲۱	۰/۴۹
خشونت فیزیکی	۱/۱۸	۰/۰۶۸
خشونت جنسی	۲/۰۳	۰/۳۵۲
خشونت اجتماعی	۲/۴۲	۰/۵۵۸
طلاق عاطفی	۲/۹۷	۰/۱۶۰
طلاق رفتاری	۲/۷۳	۰/۴۰۱
طلاق شناختی	۲/۴۱	۰/۵۱۴

بررسی‌های حاصل نشان می‌دهد که از ۳۷۲ نفر نمونه تحقیق، میانگین سنی پاسخگویان ۳۶/۷ سال بوده و ۶۲/۱ درصد از پاسخگویان در بازه سنی ۳۰ الی ۳۹ ساله می‌باشند که به نسبت جمعیت جوانی را شامل می‌شوند. بیش از ۸۷ درصد پاسخگویان بین ۱ تا ۱۰ سال از زمان ازدواجشان می‌گذرد. ۴۷/۶ درصد دارای تحصیلات لیسانس و ۳۴/۴ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. وضعیت اشتغال ۵۸/۹ درصد از پاسخگویان شامل کارمندان عادی دولت و بخش خصوصی و کسبه جزء می‌باشند و تنها ۶/۲ درصد از آن‌ها جزء کارگران بدون مهارت و دوره‌گرد و یا بیکار بوده‌اند. ۶۱ درصد از پاسخگویان درآمد خود را بین ۴ الی ۷ میلیون تومان ذکر کرده‌اند.

جدول ۴. توزیع قشربندی اجتماعی بر اساس نوع شغل

گروه‌های کوچک	گروه‌های بزرگ
کارمندان عالی‌رتبه دولت، صاحبان صنایع بزرگ، تجار عمده، مدیران شرکت‌های بزرگ، صاحبان مشاغل تخصصی در سطوح بالا	۱
کارمندان ارشد دولت، صاحبان صنایع کوچک، عمده‌فروشان و مدیران فروش، صاحبان مشاغل تخصصی در سطوح میانه	۲
کارمندان عادی دولت و بخش خصوصی، کسبه و پیشه‌وران	۳
کارگران ماهر، کارکنان جزء دولت، کارگران نیمه ماهر، کارکنان جز در بخش خدمات خصوصی	۴
فروشنندگان دوره‌گرد، کارگران بدون مهارت در بخش خدمات خانگی و ساختمان	۵

۴-۱- یافته‌های استنباطی پژوهش

۴-۱-۱- آزمون فرضیه اول: بین نوع پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد و خشونت خانگی علیه مردان تفاوت وجود دارد.

جدول ۵. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد و خشونت خانگی علیه مردان

خشونت خانگی علیه مردان		متغیرها
p	r	
۰/۰۰۰	۰/۲۳۷	پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد و خشونت خانگی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۴-۱-۲- آزمون فرضیه دوم: ۲. بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی همسر و خشونت خانگی علیه مردان رابطه وجود دارد.

جدول ۶. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی همسر و خشونت خانگی علیه مردان

خشونت خانگی علیه مردان		متغیرها
p	r	
۰/۲۲۲	-۰/۰۰۶۸	پایگاه اقتصادی-اجتماعی همسر

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۲۲۲ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ بیشتر است لذا می‌توان گفت که بین پایگاه اقتصادی-اجتماعی همسر و خشونت خانگی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود ندارد.

۴-۱-۳- آزمون فرضیه سوم بین طلاق عاطفی و خشونت خانگی علیه مردان رابطه وجود دارد.

جدول ۷. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق احساسی و خشونت خانگی علیه مردان

خشونت خانگی علیه مردان		متغیرها
p	r	
۰/۰۰	۰/۲۱۱	طلاق احساسی

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق احساسی و خشونت علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۴-۱-۴- آزمون فرضیه چهارم ۴. بین طلاق شناختی و خشونت خانگی علیه مردان رابطه وجود دارد.

جدول ۸. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق شناختی و خشونت خانگی علیه مردان

خشونت خانگی علیه مردان		متغیرها
p	r	
۰/۰۰۰	۰/۶۳۷	طلاق شناختی

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق شناختی و خشونت علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۴-۱-۵- آزمون فرضیه پنجم ۵. بین طلاق رفتاری و خشونت علیه مردان رابطه وجود دارد.

جدول ۹. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق رفتاری و خشونت خانگی علیه مردان

خشونت خانگی علیه مردان		متغیرها
p	r	
۰/۰۰۰	۰/۵۷۱	طلاق رفتاری

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق رفتاری و خشونت عاطفی-کلامی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

۴-۱-۶- آزمون فرضیه ششم ۶. بین طلاق عاطفی و خشونت خانگی علیه مردان رابطه وجود دارد.

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق عاطفی و خشونت عاطفی-کلامی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱۰. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق عاطفی و خشونت خانگی علیه مردان

خشونت خانگی علیه مردان		متغیرها
p	r	
۰/۰۰۰	۰/۶۴۰	طلاق عاطفی

۴-۱-۷- آزمون فرضیه هفتم بین طلاق عاطفی و خشونت عاطفی-کلامی رابطه وجود دارد.

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق عاطفی و خشونت عاطفی-کلامی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱۱. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق عاطفی و خشونت عاطفی-کلامی

خشونت عاطفی-کلامی		متغیرها
p	r	
۰/۰۰۰	۰/۵۳۸	طلاق عاطفی

۴-۱-۸- آزمون فرضیه هشتم. بین طلاق عاطفی و خشونت اقتصادی رابطه وجود دارد.

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۱۹ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق عاطفی و خشونت اقتصادی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱۲. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق عاطفی و خشونت اقتصادی

خشونت اقتصادی		متغیرها
p	r	
۰/۰۱۹	۰/۱۳۵	طلاق عاطفی

۴-۱-۹- آزمون فرضیه نهم بین طلاق عاطفی و خشونت فیزیکی رابطه وجود دارد.

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۱ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق عاطفی و خشونت فیزیکی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۱۳. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق عاطفی و خشونت فیزیکی

خشونت فیزیکی		متغیرها
p	r	
۰/۰۰۱	۰/۱۹۷	طلاق عاطفی

۴-۱-۱۰- آزمون فرضیه دهم. بین طلاق عاطفی و خشونت جنسی رابطه وجود دارد.

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق عاطفی و خشونت جنسی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱۴. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق عاطفی و خشونت جنسی

متغیرها	خشونت جنسی
	p
طلاق عاطفی	۰/۰۰۰
	r
طلاق عاطفی	۰/۵۵۲

۴-۱-۱۱- آزمون فرضیه یازدهم. بین طلاق عاطفی و خشونت اجتماعی رابطه وجود دارد

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۰۰ بوده و این سطح از سطح حداقل معنی‌داری ۰/۰۵ کمتر است لذا می‌توان گفت که بین طلاق عاطفی و خشونت اجتماعی علیه مردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱۵. نتایج تحلیل همبستگی پیرسون بین طلاق عاطفی و خشونت اجتماعی

متغیرها	خشونت اجتماعی
	p
طلاق عاطفی	۰/۰۰۰
	r
طلاق عاطفی	۰/۵۵۹

جدول ۱۶. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری برای پیش‌بینی خشونت خانگی علیه مردان از طریق ابعاد طلاق عاطفی و پایگاه اقتصادی-اجتماعی

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	Beta	T	P-Value
مقدار ثابت	۱/۱۸۷	۰/۲۰۸	۰/۱۰۱	۵/۶۹۶	۰/۰۰۰
طلاق احساسی	۰/۰۴۳	۰/۰۱۳	۰/۱۴۸	۳/۳۶۰	۰/۰۰۱
طلاق شناختی	-۰/۰۴۵	۰/۰۱۰	-۰/۱۹۳	-۴/۵۴۳	۰/۰۰۰
طلاق رفتاری	۰/۲۳۶	۰/۰۵۲	-۰/۲۱۷	-۴/۵۴۹	۰/۰۰۰
پایگاه اقتصادی - اجتماعی فرد	۰/۳۶۸	۰/۰۴۱	۰/۵۲۴	۹/۰۲۵	۰/۰۰۰
پایگاه اقتصادی - اجتماعی همسر	۰/۲۱۰	۰/۰۳۵	۰/۳۵۳	۵/۹۵۴	۰/۰۰۰
RA_{adj} = ۰/۵۶۴ R² = ۰/۵۷۳ R = ۰/۷۵۷ F = ۰/۵۵۴ t = ۰/۵۶۴ ۶۶					

با توجه به مقدار و علامت ضریب همبستگی چندگانه ($R = ۰/۷۵۷$) می‌توان گفت که بین متغیرهای مستقل و خشونت خانگی علیه مردان رابطه‌ای با شدت قوی وجود دارد. همچنین با توجه به مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۵۶۴ باید گفت که بیش از ۵۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته (میزان خشونت خانگی علیه مردان) توسط مجموع متغیرهای مستقل (طلاق احساسی، طلاق شناختی، طلاق رفتاری، پایگاه اقتصادی - اجتماعی فرد، پایگاه اقتصادی - اجتماعی همسر) تبیین می‌شود. نتایج حاصل از تحلیلی واریانس ($f = 66/554$) حاکی از این است که مجموع متغیرهای مستقل به‌خوبی قادرند تغییرات متغیر خشونت خانگی علیه مردان را تبیین کنند. در جدول بالا مقدار عرض از مبدأ برابر است با ۱/۱۷۸ که مقدار پیش‌بینی شده متغیر وابسته را بدون دخالت متغیر مستقل نشان می‌دهد. به‌منظور تفسیر تأثیر پنج متغیر مستقل باید به سطح معنی‌داری آن‌ها نگاه کنیم. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری همه متغیرهای مستقل کمتر از

۰/۰۵ است پس می‌توان گفت هر سه متغیر از عوامل مؤثر بر میزان خشونت خانگی علیه مردان هستند. سه متغیر پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد، طلاق شناختی و طلاق رفتاری تأثیری فزاینده بر میزان خشونت خانگی علیه مردان دارند بدین معنی که با افزایش هریک از آن‌ها، میزان خشونت خانگی علیه مردان افزایش می‌یابد و دو متغیر (پایگاه اقتصادی-اجتماعی همسر و طلاق احساسی) تأثیری کاهنده بر میزان خشونت خانگی علیه مردان دارند بدین معنی که با افزایش هریک از آن‌ها، میزان خشونت خانگی علیه مردان کاهش می‌یابد. طلاق رفتاری بیشترین و پایگاه اقتصادی-اجتماعی شخص کمترین تأثیر را بر میزان خشونت خانگی علیه مردان دارد. ضریب بتای ۰/۵۲۴ میزان طلاق رفتاری بدان معناست که به ازای یک انحراف استاندارد افزایش در میزان طلاق رفتاری، ۰/۵۲۴ انحراف استاندارد در خشونت علیه مردان به وجود می‌آید و از آنجاکه جهت این رابطه مثبت است، تغییر به صورت مستقیم و از نوع فزاینده است.

۲- بحث و نتیجه‌گیری

در جوامع کنونی که به یمن قرن‌ها وجود سیستم مردسالارانه (پدرسالارانه) شاهد تبعیض علیه جنس مؤنث بوده‌ایم، سخن گفتن از خشونت زنانه علیه مردان اندکی نامأنوس به نظر می‌رسد و معمولاً در نگاه اول جدی گرفته نمی‌شود، ولی باین حال شواهد و آمار به دست آمده از پژوهش‌های تجربی بیانگر حضور پدیده‌ای به نام خشونت زنان علیه مردان در تاروپود نظام‌های اجتماعی-اقتصادی جامعه و به ویژه خانواده است. به دلیل ساخت مردسالارانه جوامع، این نوع از خشونت معمولاً توسط قربانیان گزارش نمی‌شود و مدر مراجع قانونی و قضایی امکان طرح شکایت و اقامه دعوی در این زمینه‌ها وجود ندارد. فرم غالب خشونت زنان علیه مردان، روانی-اجتماعی بوده و به دلیل قدرت جسمانی ضعیف‌تر زنان، وجود خشونت فیزیکی کمتر امکان‌پذیر است و این نوع خشونت معمولاً به صورت مکانیسم‌های دیگری نظیر پرتاب اجسام و اشیاء جبران می‌گردد. خشونت عاطفی-کلامی بیشتر به صورت نیش و کنایه، توهین‌های زبانی، مقایسه‌های نابجا با سایر افراد، اعمال محدودیت‌های اجتماعی در رفت و آمد مردان و نگاه ابزاری داشتن به مردان به مثابه منبع اقتصادی متبلور می‌شود. بدون شک نبود رابطه انسانی متقابل بین زوجین و سست شدن بنیان خانواده‌ها یکی از عوامل تأثیرگذار بر جدایی‌گزینی و طلاق عاطفی و رسمی در بین زوجین است. در این تحقیق به بررسی رابطه بین طلاق عاطفی و خشونت زنان علیه مردان پرداختیم. جامعه آماری تحقیق نیز شامل مردان متأهل ساکن شهر تهران بود. نتایج این تحقیق نشان داد که از بین ۳۷۲ نفر پاسخگو گویه‌های زیر به ترتیب بیشترین میزان خشونت را شامل می‌شوند: خشونت عاطفی-کلامی (۲/۷۸)، خشونت اجتماعی (۲/۴۲)، خشونت اقتصادی (۲/۲۱)، خشونت جنسی (۲/۰۳) و خشونت جسمی (۱/۱۸). بین متغیرهای زمینه‌ای نظیر درآمد با میزان خشونت خانگی رابطه معنی‌داری وجود ندارد ولی بین سطح تحصیلات و نوع شغل با خشونت علیه مردان رابطه وجود دارد. با توجه به مقدار و علامت ضریب همبستگی چندگانه ($R = 0.757$) می‌توان گفت که بین متغیرهای مستقل و خشونت خانگی علیه مردان رابطه‌ای با شدت قوی وجود دارد. همچنین با توجه به مقدار ضریب تعیین تعدیل شده ۰/۵۶۴ باید گفت که بیش از ۵۰ درصد از تغییرات متغیر وابسته (میزان خشونت خانگی علیه مردان) توسط مجموع متغیرهای مستقل (طلاق احساسی، طلاق شناختی، طلاق رفتاری، پایگاه اقتصادی-اجتماعی فرد، پایگاه اقتصادی-اجتماعی همسر) تبیین می‌شود. پیشنهادات ما برای تحقیقات آینده در مورد خشونت علیه مردان در روابط صمیمی درباره به شرح زیر است:

- مطالعه کیفی مبتنی بر گراند تئوری با استفاده از مصاحبه‌های عمیق با مردان و پسران در زمینه تجربه خشونت زنان علیه مردان
- شناسایی الگوها و عوامل مؤثر بر سازوکارهای سکوت مردانه در زمینه خشونت و سوءاستفاده توسط زنان.
- نقش طبقه و قومیت در میزان خشونت علیه مردان.

۳- منابع

- ۱- خیرخواه زاده، احسان (۱۳۹۰). مطالعه جامعه‌شناختی تجربه زیسته مردان از خشونت خانگی علیه آنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران. دانشکده علوم اجتماعی.
- ۲- فیروزجانیان، علی اصغر؛ و رضایی چراتی، زهرا (۱۳۹۴). تحلیل جامعه‌شناختی خشونت زنان علیه مردان. فصلنامه توسعه اجتماعی (توسعه انسانی سابق)، ۹(۲)، ۱۳۰-۱۰۵. **doi:20.1001.1.25383205.1393.9.2.5.6**
- ۳- قاضی‌زاده، هادی؛ زهراکار، کیانوش؛ کیامنش، علیرضا؛ و محسن‌زاده، فرشاد (۱۳۹۷). مدل مفهومی عوامل زمینه‌ساز خشونت زناشویی زنان علیه مردان از دیدگاه مردان. نشریه روان‌پرستاری، ۶(۴)، ۳۵-۴۷.
- ۴- محمدخانی، پروانه؛ رضایی دوگانه، ابراهیم؛ محمدی، محمدرضا؛ و آزادمهر، هدیه (۱۳۸۵). شیوع الگوی خشونت خانوادگی. ارتکاب یا تجربه آن در بین زنان و مردان. نشریه رفاه اجتماعی، ۵(۲)، ۲۰۵-۲۲۴.
- 5- Connell, R. W. (2005). *Masculinities* University of California Press. *Berkeley, Los Angeles*.
- 6- Dabral, S. (2024). The Unheard Cries of Gender Neutrality.
- 7- Conroy, E., Willmott, D., Murphy, A., & Widanaralalage, B. K. (2024). Does perpetrator gender influence attitudes towards intimate partner violence (IPV)? Examining the relationship between male-perpetrated and female-perpetrated IPV attitudes among a sample of UK young adults. *Mental Health and Social Inclusion*, 28(5), 617-627. **doi:10.1108/MHSI-05-2023-0057**
- 8- D. D. (2025). Socioeconomic inequalities in intimate partner violence: Evidence from Vietnam. *Journal of interpersonal violence*, 40(1-2), 31-55. **doi:10.1177/08862605241245375**
- 9- Henning, K., & Feder, L. (2004). A comparison of men and women arrested for domestic violence: Who presents the greater threat? *Journal of Family Violence*, 19(2), 69-80.
- 10- Johnson, M. P. (2010). A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence. *Upne*.
- 11- Kumar, A. (2012). Domestic violence against men in India: A perspective. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(3), 290-296. **doi:10.1080/10911359.2012.655988**
- 12- Lawson, J. (2012). Sociological Theories of Intimate Partner Violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22(5), 572-590.
- 13- Marshall, L. L. (1992). The severity of violence against men scales. *Journal of Family Violence*, 7(3), 189-203.
- 14- Meyer, S. R., Hardt, S., Brambilla, R., Shukla, S., & Stöckl, H. (2024). Sociological theories to explain intimate partner violence: a systematic review and narrative synthesis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3), 2316-2333. **doi:10.1177/15248380231210939**
- 15- Straus, M. A. (1995). Trends in cultural norms and rates of partner violence: An update to 1992. In National Council on Family Relations (Series Ed.) & S. Smith & M. A. Straus (Vol. Eds.), *Families in Focus, Vol. 2. Understanding partner violence: Prevalence, causes, consequences, and solutions* (pp. 30-33). Minneapolis, MN: National Council on Family Relations.
- 16- Tshoane, S., Olutola, A. A., Bello, P. O., & Mofokeng, J. T. (2024). Domestic violence against men: unmuting the reality of the forgotten gender. *Cogent Social Sciences*, 10(1), 2304990. **doi:10.1080/23311886.2024.2304990**
- 17- Palmer, M. L., Keilholtz, B. M., Vail, S. L., & Spencer, C. M. (2024). The relationship between emotional intimate partner violence and other forms of violence: A metaanalytic review. *Family Process*. **doi:10.1111/famp.12992**
- 18- U. S. Department of Health and Human Services. (2004). *Child maltreatment, 2002*. Washington, DC: Administration on Children, Youth, and Families. Retrieved September 11, 2004, from <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/publications/cmreports.htm>.

The Sociological Examination of Violent Interactions Between Women and Men in Family Relationships

Shaho Rastegari^{1*}, Asadollah Babaeifard²

- 1- Ph.D. in Social Issues, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran. (Corresponding Author)
shahorastegari@gmail.com
- 2- Associate Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran.
babaiefardm@gmail.com

Abstract

Tensions and conflicts in family relationships are among the significant social issues that have been examined from various perspectives. However, men's experiences of family tensions and the role of women in these conflicts have received less research attention, particularly in the cultural context of Iran, where traditional gender roles influence family dynamics. This study aims to explore different aspects of the relationship between emotional divorce and family tensions among married individuals residing in Tehran. This research is a survey-based correlational study that investigates the association between emotional divorce and men's experiences of family conflicts. The statistical population consists of all married men in Tehran in 2020. Using Cochran's sampling formula, 372 married men were selected through a multistage cluster sampling method. The findings indicate a significant relationship between certain individual variables, such as education level and occupation type, and the level of family tensions experienced by men, while no significant relationship was found with income. Moreover, the multiple correlation coefficient ($R=0/757$) suggests a strong relationship between the independent variables and family tensions. The adjusted coefficient of determination ($0/564$) further indicates that more than 50% of the variations in the dependent variable (family tensions) can be explained by the independent variables, including emotional divorce, cognitive divorce, behavioral divorce, and the socioeconomic status of both the individual and their spouse. The results of this study highlight that family conflicts are multidimensional phenomena influenced by individual characteristics and reciprocal interactions between men and women. Therefore, informed policymaking in family law should aim to promote a deeper understanding of the mutual roles in these conflicts. Additionally, raising public awareness about the various aspects of this issue and reducing social barriers to addressing and resolving these conflicts can contribute to improved family interactions and help mitigate negative consequences.

Keywords: Family conflicts, violent interactions, marital relationships, sociology of the family, marital tensions.



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

(CC BY 4.0)