

اثربخشی روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی

معصومه غواصی هریس^۱، فرناز حسینی^۲، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد^{۳*}

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران.

Mmosbatzendegi8147ajabshir@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران.

Farnaz.hosseini@gmail.com

۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ع)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

Hadiakbarinejhad@yahoo.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۲/۲۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱۰/۱۱]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی صورت گرفت. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به متخصصین و کلینیک‌های چاقی و تغذیه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ بود. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند؛ گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. هر دو گروه، پیش، پس و ۳ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های خود-انگ‌زنی وزنی لیلیس و همکاران و سلامت عمومی گلدبرگ پاسخ دادند. داده‌ها توسط آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که روایت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل، در پس‌آزمون، سبب کاهش خود-انگ‌زنی وزنی و افزایش سلامت روان‌شناختی شد. در مرحله پیگیری، اثر روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی ماندگار بود. روایت‌درمانی به احتمال زیاد می‌تواند سبب بهبود خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی شود.

واژگان کلیدی: روایت‌درمانی، خود-انگ‌زنی وزنی، سلامت روان‌شناختی، چاقی.

۱- مقدمه

چاقی^۱ تجمع غیرطبیعی و یا بیش‌ازحد چربی است که به‌طور عمده در اثر دریافت انرژی بیش‌تر از نیاز بدن به‌وجود می‌آید (Johnson, Anekwe, Washington, Chhabria, Tu & Stanford, 2023). طبق آخرین مطالعه انجام‌شده در ایران، شیوع چاقی در زنان ۳۸ و در مردان ۱۷/۹ درصد است که نشان می‌دهد میزان چاقی در زنان بیش‌تر از مردان است (نقاش‌پور و همکاران، ۱۳۹۰). چاقی مبتلایان را مستعد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و دیابت می‌کند (Steinbeck, Lister, Gow & Baur, 2018) و بر سلامت روان‌شناختی^۲ آن‌ها تأثیر منفی گذاشته و آن‌ها را درگیر اضطراب و افسردگی می‌کند (Lindberg, Hagman, Danielsson, Marcus & Persson, 2020). علاوه بر این، چاقی بر مسائلی چون عملکرد شغلی و اجتماعی تأثیر منفی می‌گذارد و کیفیت و رضایت زندگی مبتلایان را کاهش می‌دهد (Santana, Hill, Azevedo, Gunnarsdottir & Prado, 2017). به‌غیر از این‌که عوامل ژنتیکی و زیستی بر میزان خوردن غذا و ابتلا به چاقی تأثیر دارند، عوامل روان‌شناختی نظیر هیجان‌های استرس، اضطراب و افسردگی (Dakanalis, Mentzelou, Papadopoulou, Papandreou, Spanoudaki, Vasios et al., 2023) نیز در این امر دخیل هستند و عوامل روانی-اجتماعی نظیر خود-انگ‌زنی وزنی^۳ آن‌ها را تشدید می‌کند و بر روند درمان چاقی تأثیر منفی می‌گذارد (Khodari, Shami, Shajry, Shami, Alamer, Moafa et al., 2021).

دو نوع انگ وجود دارد: انگ عمومی و خود-انگ‌زنی. خود-انگ‌زنی به‌عنوان آگاهی و موافقت با کلیشه‌ها و نگرش‌های انگ عمومی و به‌کارگیری آن کلیشه‌ها برای خود تعریف می‌شود که عزت‌نفس و خودکارآمدی را تضعیف می‌کند (Khodari et al., 2021). خود-انگ‌زنی وزنی به‌عنوان تجربیات شخصی شرم، ارزیابی منفی از خود و تبعیض ادراک‌شده تعریف می‌شود (Palmeira, Cunha & Pinto-Gouveia, 2018). انگ وزنی، حالتی از کاهش ارزش اجتماعی افراد دارای اضافه وزن یا چاقی است و اغلب شامل تداوی‌های منفی و کلیشه‌هایی است که به‌طور متفاوت بیان می‌شوند که منجر به تعصب، طرد اجتماعی، رفتار ناعادلانه آشکار، کلیشه‌های منفی و تبعیض می‌شود (Wang, Dang, Zhang, Moore & Li, 2021). تأثیر انگ وزنی بر پیامدهای روانی، اجتماعی و تحصیلی با شرایط مختلف جسمی و روانی مانند افسردگی، اعتمادبه‌نفس پایین، استرس فیزیولوژیکی، تغذیه ناسالم، نارضایتی از بدن، رفتار خودکشی، عملکرد تحصیلی ضعیف، افزایش چاقی و دیابت ارتباط دارد (Zagaria, Cerolini, Mocini & Lombardo, 2023). انگ وزنی می‌تواند منجر به پرخوری، انزوای اجتماعی، استفاده کم از خدمات مراقبت‌های بهداشتی، کاهش فعالیت بدنی و افزایش وزن، بدتر شدن چاقی و ایجاد موانع اضافی برای تغییر رفتار سالم شود و نهایتاً سلامت روان‌شناختی مبتلایان را به خطر بیندازد (Puhl, Peterson & Luedicke, 2013). نتیجه یک بررسی نشان می‌دهد که بین خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی رابطه معنی‌داری وجود دارد (Zagaria et al., 2023).

سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است (Joe, Lehman, Rowan, Knight & Flynn, 2019). افراد دارای سلامت روان‌شناختی بالا مشکلات روان‌شناختی، عاطفی و شخصیتی کم‌تری دارند، شادتر هستند، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای حل چالش‌ها استفاده می‌کنند و امیدواری بیش‌تری نسبت به زندگی دارند (Qi & Wu, 2018).

با توجه به افزایش مبتلایان به چاقی و افزایش هزینه‌های اقتصادی و زیان‌های مالی ناشی از آن، به‌نظر می‌رسد که تغییر در رفتار خوردن و الگوهای فکری همراه آن ضروری باشد. علاوه بر این، اگرچه از نظر نظری، آموزش و درمان‌های پُست‌مدرن/پساساختارگرا

1 obesity

2 weight self-stigma

3 narrative therapy

نظیر روایت‌درمانی برای چاقی مؤثر به‌نظر می‌رسد، اما هنوز یافته‌های زیاد و قابل‌اتکایی درباره این روش درمانی در ایران در دسترس نیست، از این‌رو بررسی اثربخشی روایت‌درمانی برای مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی زنان مبتلا به چاقی می‌تواند چنین خلأهایی را پر کند و نتیجه آن به‌عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیش‌تر و نیز طراحی مداخلات متناسب شده برای این افراد ثمربخش باشد. روایت‌درمانی از درمان‌های جدید و مؤثر برای مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی به‌شمار می‌آید. این نوع درمان نسل جدیدی که از درمان‌های سنتی و مدرن به‌خصوص در حل مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی به‌صرفه‌تر و مؤثرتر است، می‌تواند در حل مشکلات روان‌شناختی-اجتماعی که در چاقی نیز شایع می‌باشند مؤثر باشد (اسمخانی اکبری‌نژاد و زلفعلی پورملک، ۱۴۰۰). همچنین، چون چاقی هم جسم و هم روان را درگیر می‌کند، باید در درمان و پرداختن به مشکلات افراد مبتلا، هم مداخلات دارویی و هم مداخلات روان‌شناختی را مورد توجه قرار داد (Khodari et al., 2021). در مورد مداخلات روان‌شناختی، می‌توان به انواع رویکردهای مشاوره و روان‌درمانی، از جمله روایت‌درمانی اشاره کرد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۴۰۲).

روایت‌درمانی یکی از روش‌های برآمده از دیدگاه‌های پُست‌مدرن/پسا‌ساختارگرا است که بر واقعیت درون هرکس متمرکز شده است (اسمخانی اکبری‌نژاد و زلفعلی پورملک، ۱۴۰۰). در این دیدگاه فرض بر این است که احساسات و افکار ما بر اساس رویدادها و روابط بین‌فردی شکل می‌گیرند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۴۰۲). روایت‌درمانی را ساختارزدایی داستان‌های کهنه و آفرینش داستانی نو تعریف کرده‌اند (Gong, Gong, Zhang, He & Tang, 2022). روایت‌درمانی، به‌کارگیری مجموعه روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختار شکنی و بازنویسی این داستان‌ها توسط خود فرد و با کمک درمان‌گران است (پاین، ۱۴۰۱). روایت‌درمان‌گران به مراجعین کمک می‌کنند به‌جای تمرکز بر داستان‌های سرشار از مشکل و بیهوده، توجه خود را به‌سمت داستان‌های پسندیده که آن‌ها را به‌سوی هویت و زندگی بهتر می‌کشاند، هدایت نمایند (گلدنبرگ، ۱۳۹۸). رویکردهای روایی بر این نگرش استوارند که هویت فرد عمدتاً بر اساس روایت‌ها و داستان‌های فرد از زندگی‌اش شکل گرفته است؛ چه برگرفته از روایت‌های کاملاً شخصی‌اش و چه برگرفته از روایت‌های عموماً فرهنگی-اجتماعی که در بستر زندگی افراد در جریان هستند (پاین، ۱۴۰۱). از آن‌جایی که نگرش زنان چاق نسبت به خود و تصویر بدنی‌شان عمیقاً تحت تأثیر روایت‌های غالب فرهنگی است، از این‌رو روایت‌درمانی که ماهیتی ساختار شکن دارد (White & Epston, 190) می‌تواند یکی از درمان‌های مهم برای این زنان باشد. نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از این است که روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن (نقی‌زاده علمداری و اسمخانی اکبری‌نژاد، ۱۴۰۱)، شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه‌وزن و چاقی (پاین، ۱۳۹۸)، اسکندری، برجعلی و قدسی، ۱۳۸۹)، تصویر بدنی و شاخص توده بدنی زنان ایرانی دارای اضافه وزن و چاقی (پاین، ۱۳۹۸)، اسکندری، بمانا و رضایی، ۲۰۱۹)، اضطراب اجتماعی بدنی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن (زلفعلی پورملک، قمری کیوی و رضایی شریف، ۱۴۰۲)، شادکامی و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان (ابوطالبی، یزدچی و اسمخانی اکبری‌نژاد، ۱۴۰۰) و نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان (اسمخانی اکبری‌نژاد، قمری، پویامنش و فتحی اقدم، ۱۳۹۸) اثربخش است.

با توجه به مطالب مطرح‌شده در پژوهش حاضر، پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی آن‌ها که معتقدند روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی مؤثر است را مورد بررسی قرار دهد. با توجه به این که میزان ابتلا به چاقی در زنان ایرانی بیش‌تر از مردان است (نقاش‌پور، شاکری‌نژاد، حاجی نجف و جاروندی، ۱۳۹۰) و با توجه به این که نتایج پژوهش‌های قبلی در راستای اثربخشی روایت‌درمانی بر مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی اصلاً بر متغیرهای خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی نپرداخته‌اند تا بتوان نتایج تناقضات موجود را بررسی کرد، از این‌رو پرداختن به خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی از

جنبه‌های نوآوری پژوهش حاضر می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی انجام شد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

چاقی تجمع غیرطبیعی و یا بیش‌ازحد چربی است که به‌طور عمده در اثر دریافت انرژی بیش‌تر از نیاز بدن به‌وجود می‌آید (Johnson et al., 2023). چاقی مبتلایان را مستعد ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان و دیابت می‌کند (Steinbeck et al., 2018)، و بر سلامت روان‌شناختی آن‌ها تأثیر منفی گذاشته و آن‌ها را درگیر اضطراب و افسردگی می‌کند (Lindberg et al., 2020).

انگ وزنی، حالتی از کاهش ارزش اجتماعی افراد دارای اضافه وزن یا چاقی است و اغلب شامل تداعی‌های منفی و کلیشه‌هایی است که به‌طور متفاوت بیان می‌شوند که منجر به تعصب، طرد اجتماعی، رفتار ناعادلانه آشکار، کلیشه‌های منفی و تبعیض می‌شود (Wang et al., 2021). تأثیر انگ وزنی بر پیامدهای روانی، اجتماعی و تحصیلی با شرایط مختلف جسمی و روانی مانند افسردگی، اعتماد به نفس پایین، استرس فیزیولوژیکی، تغذیه ناسالم، نارضایتی از بدن، رفتار خودکشی، عملکرد تحصیلی ضعیف، افزایش چاقی و دیابت ارتباط دارد (Zagaria et al., 2023). سلامت روان‌شناختی یکی از ابعاد مهم سلامت و شامل آسایش ذهنی، احساس توانمندی، خودمختاری، کفایت، ارتباط با دیگران و شناخت توانمندی‌ها جهت تحقق ظرفیت‌های خود است (Joe et al., 2019).

روایت‌درمانی یک نوع مشاوره است که افراد را از مشکلات‌شان جدا می‌بیند. این درمان به مراجعان اجازه می‌دهد که از مسئله‌شان تا حدی فاصله بگیرند تا ببینند که آن مسئله ممکن است بیش از آسیبی که به آن‌ها وارد می‌کند، واقعاً به آن‌ها کمک یا از آن‌ها محافظت کند (اسمخانی اکبری‌نژاد و زلفعلی پورملک، ۱۴۰۰). با این چشم‌انداز جدید، افراد احساس قدرت بیش‌تری را برای ایجاد تغییرات در الگوهای فکری و رفتاری‌شان می‌کنند و داستان زندگی‌شان را به‌گونه‌ای بازنویسی می‌کنند که هویت، توانایی‌ها و هدف آن‌ها را صرف‌نظر از مشکلات‌شان منعکس می‌کند. روایت‌درمانی یک رویکرد محترمانه و عاری از سرزنش است که افراد را به‌عنوان متخصص زندگی شخصی‌شان می‌نگرد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۴۰۲). نتیجه تحقیقات نقی‌زاده علمداری و اسمخانی اکبری‌نژاد (۱۴۰۱)، اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹)، اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران (۲۰۱۹)، زلفعلی پورملک و همکاران (۱۴۰۲)، ابوطالبی و همکاران (۱۴۰۰) و اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران (۱۳۹۸) به‌طور جداگانه این نشان می‌دهند که روایت‌درمانی به‌ترتیب بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن؛ شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی؛ تصویر بدنی و شاخص توده بدنی زنان ایرانی دارای اضافه وزن و چاقی؛ اضطراب اجتماعی بدنی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن، شادکامی و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان و نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است.

۳- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به متخصصین و کلینیک‌های چاقی و تغذیه شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس استفاده شد. پس از کسب رضایت از متخصصین و مسئولین کلینیک‌های چاقی و تغذیه، پرسشنامه‌های خود-انگ‌زنی وزنی لیلیس و همکاران و سلامت عمومی گلدبرگ در بین ۲۸۹ زن مبتلا به چاقی و که مایل به شرکت در پژوهش بودند اجرا شد (توضیح این‌که پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها در حضور پژوهشگران تکمیل شدند) و از بین آن‌هایی که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند (۲۴۱ نفر) (توضیح این‌که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است)، ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه چون

۱) دارای چاقی و اضافه وزن بیش‌تر از ۲۵ کیلوگرم بر متر مربع، ۲) سن بین ۳۰ تا ۵۰، ۳) متأهل بودن، ۴) داشتن حداقل سواد دیپلم، ۵) پذیرش داوطلبانه برای شرکت در پژوهش، ۶) شرکت کامل در جلسات درمانی؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه چون ۱) ابتلا به بیماری جدی چون ام. اس، سرطان و...، ۲) استفاده از داروهای روان‌پزشکی، ۳) برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی هم‌زمان با اجرای این پژوهش انتخاب، و با استفاده از گمارش تصادفی (به شیوه بلوک‌سازی) به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. چون اختصاص بیش از ۱۵ نفر برای گروه‌درمانی مانع شکل‌گیری مناسب پویایی گروه می‌شد، از این‌رو برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد. اطلاعات جمعیت‌شناختی که از نمونه‌ها جمع‌آوری شوند شامل سن، شاخص توده بدنی و سطح تحصیلات بود.

الف) پرسشنامه خود-انگ‌زنی وزنی^۱: این پرسشنامه از نوع خودگزارشی و مداد کاغذی است که توسط لیلیس و همکاران در سال ۲۰۱۰ تهیه شده است که شامل ۱۲ سؤال در دو حیطه است. این دو خرده‌مقیاس شامل کاهش ارزش خود (گویه‌های ۱ تا ۶) و ترس از انگ اعمال‌شده (گویه‌های ۷ تا ۱۲) است. زیرمقیاس کاهش ارزش خود شامل: ترس از اضافه وزن، مواجه‌شدن با مشکلات وزن، احساس گناه به دلیل مشکلات وزن، احساس ضعف به دلیل چاقی و عدم کنترل خود برای حفظ وزن سالم، و زیرمقیاس ترس از انگ اعمال‌شده شامل: احساس ناامنی درباره فکر افراد از چاقی، تبعیض افراد در مورد مشکلات وزنی و نداشتن روابط اجتماعی مطلوب است. آزمودنی‌ها باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی در طیف (۱ کاملاً مخالفم) تا (۵ کاملاً موافقم) پاسخ دهند. دامنه نمرات از ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده خود-انگ‌زنی وزنی بالاتر است (Lillis, Luoma, Levin & Hayes, 2015). در مطالعه لیلیس و همکاران (۲۰۱۰) روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (Lillis et al., 2015). فرهنگی، امام‌علیزاده، حامدی و جهانگیری (۲۰۱۶) این پرسشنامه را در ایران اعتبارسنجی کرده و آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و ۰/۷۸ را به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های کاهش ارزش خود و ترس از انگ اعمال‌شده به دست آوردند. آلفای کرونباخ کل گویه‌ها نیز ۰/۸۶ به دست آمد (فرهنگی و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش لین، ایمانی، چانگ و پاکپور^۲ (۲۰۱۹) نتایج نشان داد ویژگی‌های روان‌سنجی برای تمام نمرات آیت‌های این پرسشنامه رضایت‌بخش بود و بارهای عاملی ۰/۵۱ تا ۰/۸۴؛ همبستگی تصحیح‌شده کل ۰/۶۸ تا ۰/۷۹؛ پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۷۱ تا ۰/۹۲ است. در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شده است.

ب) پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۳: گلدبرگ

Goldberg & Hillier, 1979

وضعیت

حساسیت

(Goldberg & Williams, 1988)

نصر، براهنی و شاه‌محمدی

1 weight self-stigma questionnaire
2 Lin, Imani, Cheung & Pakpour
3 General Health Questionnaire

در پژوهش حاضر، پایایی کل این پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شده است.

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌های آزمایش، از آن‌ها خواسته شد تا ۳ ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط ۱ مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره، ۲ دانشجوی روان‌شناسی مقطع کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و ۳ ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات هم رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) روایت‌درمانی را به صورت گروهی طبق برنامه وایت و اپستون (۱۹۹۰) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل روایت‌درمانی

جلسه	شرح جلسات
اول	معارفه، ارائه برنامه زمان‌بندی شده مداخله، تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات، انتظارات از گروه، معرفی مهارت‌ها، بیان هدف، ارزیابی جامع، ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با روایت‌درمانی، نمونه کار، روایت زندگی و شرح داستان‌های مشکل‌دار؛
دوم	عینیت‌بخشی و برونی‌سازی مشکل، نام‌گذاری مشکل، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی؛
سوم	ادامه استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آن‌ها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختار شکنی؛
چهارم	فاز تخریب: ساختار شکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل؛
پنجم	فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی؛
ششم	غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معناداری آن به آینده؛
هفتم	فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخ‌گویی به سؤالات و بازنویسی داستان‌های گذشته؛
هشتم	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه داستان، اجرای پس‌آزمون و پایان درمان.

۴- یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ 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 آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در این پژوهش هیچ ریزشی در نمونه‌ها اتفاق نیفتاد و ۱۵ عضو گروه آزمایش به طور کامل مداخله را دریافت کردند. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به چاقی در جدول ۲ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه 40.63 ± 3.74 سال و میانگین و انحراف معیار شاخص توده بدنی آن‌ها 33.13 ± 3.76 کیلوگرم بود. همچنین، از بین ۳۰ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش، ۳ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۱۰ نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، ۱۲ نفر دارای تحصیلات لیسانس و ۵ نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار سن و شاخص توده بدنی و فراوانی مشاهده‌شده آزمودنی‌ها در متغیر سطح تحصیلات مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر سن، شاخص توده بدنی و سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0.05$).

جدول ۲. یافته‌های توصیفی زنان مبتلا به چاقی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲ (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	p
سن (سال)	۴۰/۴±۰۰/۲۷	۴۱/۳±۲۷/۱۵	۰۰/۳۶۴
(میانگین ± انحراف معیار)			
شاخص توده بدنی (سال)	۳۲/۴±۸۷/۲۵	۳۳/۳±۴۰/۳۳	۰۰/۷۰۵
(میانگین ± انحراف معیار)			
سطح تحصیلات	۲ (۱۳٪/۳)	۱ (۶٪/۷)	۰۰۰/۰۷۰
دیپلم	۵ (۳۳٪/۳)	۵ (۳۳٪/۳)	
فوق‌دیپلم	۶ (۴۰٪/۰)	۶ (۴۰٪/۰)	
لیسانس	۲ (۱۳٪/۳)	۳ (۲۰٪/۰)	
فوق‌لیسانس و بالاتر			

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

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو-ویلک نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی محقق شده است؛ زیرا مقادیر Z محاسبه شده در سطح $(p > 0/05)$ معنی‌دار نیستند. در آزمون ام باکس، از آنجایی که F متغیرهای خود-انگیزی وزنی ($F=2/511$) و سلامت روان‌شناختی ($F=2/117$) به ترتیب در سطح ۰/۴۴۶ و ۰/۳۶۲ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. از سوی دیگر، آزمون کرویت موخلی نشان دادند با توجه به این که مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر خود-انگیزی وزنی در سطح خطای داده شده (۰/۴۶۷) و مقدار کرویت موخلی (۰/۶۰۰) متغیر سلامت روان‌شناختی در سطح خطای داده شده (۰/۵۱۹) معنی‌دار نیست، می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت؛ بنابراین، این پیش‌فرض نیز برقرار است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری زنان مبتلا به چاقی شهر تبریز در سال ۱۴۰۲

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تغییرات داخل گروهی	تغییرات بین گروهی
خود-انگیزی	آزمایش	۴۵/۳±۶۰/۵۶	۳۸/۳±۴۰/۴۸	۳۷/۴±۴۷/۰۵	$P < 0/001$	$P < 0/001$
	کنترل	۴۵/۳±۸۷/۲۰	۴۶/۳±۰۰/۳۳	۴۶/۳±۰۷/۴۵	$P > 0/8$	
وزنی	سطح معنی‌داری بین گروه‌ها	$p > 0/831$	$p < 0/001$	$p < 0/001$	-	-
سلامت روان‌شناختی	آزمایش	۵۰/۳±۵۳/۴۲	۴۴/۳±۶۷/۰۴	۴۴/۳±۷۳/۹۶	$P < 0/001$	$P < 0/001$
	کنترل	۵۲/۳±۵۳/۸۳	۵۲/۳±۴۷/۸۵	۵۲/۳±۴۰/۹۳	$P > 0/9$	
سطح معنی‌داری بین گروه‌ها		$p > 0/539$	$p < 0/019$	$p < 0/021$	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته $p < 0/05$ * اختلاف معنادار

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین نمرات خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله یکسان بوده و بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش داشته (توضیح این‌که در پرسشنامه سلامت عمومی، نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت روان‌شناختی ضعیف‌تر است) و این کاهش تا سه ماه پس از درمان و در مرحله پیگیری دارای ثبات است.

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد روایت‌درمانی منجر به بهبود معنادار خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی شده است.

جدول ۴. تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمرات خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	مقدار اتا	P-value
خود-	اثر درون‌گروهی	۳۱۰/۵۵۶	۲	۱۵۵/۲۷۸	۹۱/۸۱۱	۰/۶۶	۰/۰۰۱
انگیزی	اثر گروه	۶۷۷/۸۷۸	۱	۶۷۷/۸۷۸	۲۰/۰۰۳	۰/۳۱	۰/۰۰۱
وزنی	اثر بین‌گروهی	۱۶۸۲۲۰/۹۰۰	۱	۱۶۸۲۲۰/۹۰۰	۴/۹۶۴	۰/۷۹	۰/۰۰۱
سلامت روان‌شناختی	اثر درون‌گروهی	۱۶۴/۴۲۲	۲	۸۲/۲۱۱	۲۷۲/۵۹۵	۰/۷۰	۰/۰۰۱
	اثر گروه	۷۶۲/۷۱۱	۱	۷۶۲/۷۱۱	۳/۳۹۵	۰/۲۰	۰/۰۴۲
	اثر بین‌گروهی	۲۲۱۰۱۷/۷۷۸	۱	۲۲۱۰۱۷/۷۷۸	۹۸۳/۸۳۵	۰/۷۷	۰/۰۰۱

همان‌گونه که از نتایج جدول ۴ در بعد اثر بین‌گروهی و همچنین مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ مشهود است، بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته است؛ به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در خود-انگیزی وزنی و هم سلامت روان‌شناختی شده است. همچنین بررسی مقایسه پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی‌ها در خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$)؛ در صورتی که در گروه آزمایش مقایسه پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی بین پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون و پیش‌آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/05$)؛ اما بین پس‌آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0/05$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی زنان مبتلا به چاقی صورت گرفته نمرات آن‌ها در خود-انگیزی وزنی و سلامت روان‌شناختی بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

در جدول ۵ نتایج آزمون تقیبی بونفرونی برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده است. در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صرفاً مشخص می‌شود که آیا بین میانگین‌ها در دو گروه در سطوح مختلف سنجش تفاوت وجود دارد یا خیر؛ اما نمی‌تواند مشخص کند که این تفاوت مربوط به کدام مراحل سنجش بوده است. به‌همین دلیل از مقایسه‌های دوتایی بین گروه‌ها استفاده می‌شود؛ یعنی تفاوت نمرات در مراحل سنجش را در دو گروه با هم مقایسه می‌کند. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که این نشان‌دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از نظر میانگین‌ها وجود داشته و در واقع مداخله‌ای که بر روی گروه آزمایش

انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است؛ اما بررسی نتایج در پس‌آزمون- پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله در مقایسه بین گروه آزمایش و گروه گواه وجود نداشته است که این از یک‌سو نشان‌دهنده حفظ اثر درمان در طول زمان و از سوی دیگر تفاوت بین دو گروه به مداخله‌ای بر می‌گردد که بر روی گروه آزمایش اعمال شده است؛ زیرا با اتمام درمان تفاوتی مشاهده نشده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	سطح معناداری
خود-انگ‌زنی	پیش‌آزمون	۳/۵۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	-۳/۵۳	۰/۰۰۰۱
وزنی	پیش‌آزمون	۰/۴۳	۰/۲۵۲
	پس‌آزمون	-۰/۴۳	۰/۰۰۰۱
سلامت روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲/۹۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	-۲/۹۶	۰/۰۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	۲/۹۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	-۲/۹۶	۰/۰۰۰۱
پیگیری	پیش‌آزمون	۰/۰۰	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	-۰/۰۰	۰/۰۰۰۱

۵- بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که روایت‌درمانی بر خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی تأثیر دارد و تأثیر آن در مرحله پیگیری نیز ماندگار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی بهبود یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه آزمایش با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات خود-انگ‌زنی وزنی و سلامت روان‌شناختی افراد در گروه آزمایش مثبت بود. در این راستا نتایج پژوهش‌های نقی‌زاده علمداری و اسمخانی اکبری‌نژاد (۱۴۰۱)، مکیان و همکاران (۱۳۸۹)، مکیان و همکاران (۲۰۱۹) و زلفعلی پورملکی و همکاران (۱۴۰۲) به ترتیب نشان دادند که روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن؛ شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی؛ تصویر بدنی و شاخص توده بدنی زنان ایرانی دارای اضافه وزن و چاقی؛ و اضطراب اجتماعی بدنی زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن اثربخش است. نتایج این مطالعات به نوعی همسو با پژوهش حاضر بود؛ و دلیل این همسویی این است که این مطالعات از پروتکل درمانی یکسانی استفاده کرده‌اند. لازم به ذکر است که در هیچ پژوهشی نتایج مغایر با نتایج پژوهش حاضر به دست نیامده تا دلیل ناهمسویی را مورد بحث قرار دهیم.

زنان چاق از نقص ظاهری و نازیبایی بدنی رنج می‌برند و نگران از بدریختی بدن‌شان هستند و تمایل دارند که تغییرات ظاهری در خود ایجاد کنند. این تغییرات با استفاده از روش‌های ترمیمی جراحی همراه است که می‌تواند سلامتی آن‌ها را تهدید کند. زنان چاق

در روابط بین‌فردی خود نسبت به ظاهر خویش حساس بوده و درباره قضاوت‌های دیگران از ظاهرشان کنجکاو هستند. آن‌ها درباره خود احساس حقارت می‌کنند و از عزت‌نفس پایینی برخوردارند، زیرا تصورشان این است که اثربخشی آن‌ها در روابط بین‌فردی از طریق ظاهر جسمانی است. این افراد اولین گزینه برای رسیدن به هدف زیبایی خویش را روش‌های ترمیمی جراحی می‌دانند، اما این روش‌ها اثر موقتی داشته و هیچگاه زیبایی کاملی که در پی آن هستند را به دست نمی‌آورند. پژوهش‌های مختلف به دنبال یافتن راه‌هایی هستند تا یک اقناع درونی و پذیرش شخصی از ظاهر جسمانی را در افراد دارای تجربه جراحی سرطان پستان شکل دهند. روایت‌درمانی یک تجربه جدید برای این افراد است. آن‌ها با مفهوم خود-انگ‌زنی وزنی آشنا می‌شوند و روایتی از زندگی خود را بازگو می‌کنند و سپس با کمک درمانگر، روایت جدیدی در زندگی می‌سازند. در گروه‌درمانی این روش می‌تواند با استفاده از روایت‌های دیگران و تمثیل و استعارها از داستان‌های اسطوره‌ای نیز صورت پذیرد. در نهایت افراد مبتلا روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می‌کنند. برون‌سازی وقایع زندگی یکی از مراحل روایت‌درمانی است که درمان‌جویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی می‌توانند به تغییر در روابط بین‌فردی بدون تغییر و دستکاری در ظاهر جسمانی خود فکر کنند. بنابراین روایت‌درمانی روشی است که می‌تواند در کاهش -انگ‌زنی وزنی در زنان چاق مؤثر باشد. این روش با بهره‌گیری از روایت‌های تازه در زندگی و تمثیل و استعاره‌های مرتبط با فرهنگ جامعه‌ای که مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌تواند یک درمان فرهنگ‌ناسته برای کاهش -انگ‌زنی وزنی و افزایش سلامت روان‌شناختی باشد (اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۸).

زنان مبتلا به چاقی نگاهی متفاوت به زندگی دارند به گونه‌ای که در روابط بین‌فردی خود نسبت به موقعیت خویش حساس بوده و درباره قضاوت‌های دیگران از خودشان کنجکاو هستند. آن‌ها درباره خود احساس حقارت می‌کنند و از عزت‌نفس پایینی برخوردارند (Zagaria et al., 2023)، زیرا تصورشان این است که اثربخشی آن‌ها در روابط بین‌فردی از طریق موقعیت زندگی‌شان است (Johnson et al., 2023). پژوهش‌های مختلف به دنبال یافتن راه‌هایی هستند تا یک اقناع درونی و پذیرش شخصی از موقعیت زندگانی خود را در زنان مبتلا به چاقی شکل دهند. روایت‌درمانی یک تجربه جدید برای این افراد است. در این درمان زنان مبتلا به چاقی با مفهوم انگ اجتماعی و به‌طور ویژه با مفهوم خود-انگ‌زنی وزنی آشنا می‌شوند و روایت زندگی خود را بازگو می‌کنند و سپس با کمک درمانگر، روایت جدیدی برای زندگی‌شان می‌سازند. در گروه‌درمانی این روش می‌تواند با استفاده از روایت‌های دیگران و تمثیل و استعاره از داستان‌های اسطوره‌ای نیز صورت گیرد. در نهایت زنان مبتلا به چاقی روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش خود و موقعیت زندگی‌شان فکر می‌کنند. برون‌سازی وقایع زندگی یکی از مراحل روایت‌درمانی است که درمان‌جویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی می‌توانند به تغییر در روابط بین‌فردی بدون تغییر و دست‌کاری در خود و اصول زندگی‌شان فکر کنند. بنابراین روایت‌درمانی روشی است که می‌تواند در کاهش خود-انگ‌زنی وزنی زنان مبتلا به چاقی مؤثر باشد. این روش با بهره‌گیری از روایت‌های تازه در زندگی و تمثیل و استعاره‌های مرتبط با فرهنگ جامعه‌ای که مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌تواند یک درمان فرهنگ‌ناسته برای کاهش زنان مبتلا به چاقی باشد (بساکن‌نژاد، مهربانی‌زاده هنرمند، حسنی و نرگسی، ۱۳۹۱). در روایت‌درمانی، افراد با گوش‌دادن به داستان‌های دیگر اعضای گروه، درمی‌یابند که در موقعیت و مشکل خود تنها نیستند. در جلسات روایت‌درمانی، افراد با گوش‌دادن به روایت دیگران، درمی‌یابند دیگران نیز با مشکلات مشابهی روبه‌رو هستند (نقی‌زاده علمداری و اسمخانی اکبری‌نژاد، ۱۴۰۱). خواندن یا گوش‌دادن به روایت‌های اعضای گروه، فهم اعضای گروه را از موقعیت‌ها و چالش‌های منحصر به فردی که آن‌ها نیز تجربه می‌کنند، افزایش می‌دهد. به دنبال این فرآیند، آن‌ها می‌توانند با شخصیت‌ها و روش‌های مقابله‌ای شخصیت‌ها همانندسازی کنند (مکیان و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین با اجرای پروتکل روایت‌درمانی، زنان مبتلا به چاقی با تکیه بر نقاط قوت و توانمندی‌های خود و همچنین با دریافت راهنمایی در جهت ارائه راهبردهای مقابله‌ای مناسب، توانستند سلامت روان‌شناختی خود را ارتقاء بخشند.

لازم به ذکر است که پژوهش حاضر از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین آن‌ها کوچک بودن حجم نمونه بود. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر به منظور به‌کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تر تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به هم‌تاسازی دقیق‌تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به‌دست آورد. همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود. با توجه به نقش مهم زنان در جامعه و خانواده و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌های روان‌شناسی دولتی و خصوصی، از روایت‌درمانی در زمینه کاهش خود-انگ‌زنی وزنی و افزایش سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی استفاده شود.

با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت که روایت‌درمانی سبب رهایی زنان مبتلا به چاقی از فشار کلان‌روایت‌های فرهنگی درباره چاقی و تصویر بدنی می‌شود که این امر باعث کاهش خود-انگ‌زنی وزنی و افزایش سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به چاقی شده است، در نتیجه می‌توان از آن به‌عنوان یک مداخله بالینی موثر در این زنان استفاده کرد.

۶- منابع

- ۱- ابوطالبی، حمید؛ یزدچی، نفیسه؛ و اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی (۱۴۰۰). اثربخشی روایت‌درمانی بر شادکامی و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان: یک مطالعه نیمه‌آزمایشی. بیماری‌های پستان ایران، ۱۴(۳)، ۵۷-۶۶. doi:10.30699/ijbd.14.3.57
- ۲- اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی؛ قمری، محمد؛ پویامنش، جعفر؛ و فتحی‌ا قدم، قربان (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان: پیگیری ۴ ماهه. مجله بالینی پرستاری و مامایی شهرکرد، ۸(۲)، ۳۸۸-۴۰۱.
- ۳- اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی؛ و زلفعلی پورملک، سارا (۱۴۰۰). نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی پُست‌مدرن/پساساختارگرا. تهران: ساوالان.
- ۴- بساک‌نژاد، سودابه؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز؛ حسینی، محدثه؛ و نرگسی، فریده (۱۳۹۱). اثربخشی روایت‌درمانی گروهی بر نگرانی از بدریختی بدن در دانشجویان دختر. فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۱(۲)، ۵-۱۱.
- ۵- پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدتقی؛ و شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در شهر کاشان. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲(۴)، ۱۹-۲۷.
- ۶- پابین، مارتین (۱۴۰۱). مشاوره با زوج‌ها: راهنمای کاربردی روایت‌درمانی. ترجمه فاطمه نادری، آرمان سلیمی کوچی و مرتضی عباسی. تهران: ارجمند.
- ۷- پروچاسکا، جیمز؛ و نورکراس، جان (۱۴۰۲). نظریه‌های روان‌درمانی (نظام‌های روان‌درمانی): تحلیل میان‌نظری. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: روان.
- ۸- زلفعلی پورملک، سارا؛ قمری کیوی، حسین؛ و رضایی شریف، علی (۱۴۰۲). اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب اجتماعی بدنی دز زنان مبتلا به چاقی و اضافه وزن. مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۲۳(۳)، ۲۷۸-۲۹۱. doi:10.61186/jarums.23.3.278
- ۹- گلدنبرگ
- ۱۰-

- ۱۱- مهشید؛ شاکری‌نژاد، قدرت اله؛ حاجی نجف، سعیده؛ و جاروندی، فرزانه (۱۳۹۰). شیوع چاقی و رابطه آن با شاخص‌های دموگرافیک در افراد بیش‌تر از ۱۸ سال مراجعه‌کننده به کلینیک جهاد دانشگاهی خوزستان. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۰(۱)، ۲-۳۵.
- ۱۲- علمداری، ماهک؛ و اسمخانی اکبری‌نژاد، هادی (۱۴۰۱). اثربخشی روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن و خودکارآمدی ادراک‌شده دانش‌آموزان دختر مبتلا به چاقی و اضافه وزن. *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۲)، ۱۸۲-۱۸۹.
- 20.1001.1.18808436.1401.26.2.7.6dor:**
- 13- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., ... & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173. doi:10.3390/nu15051173
 - 14- Farhangi, M. A., Emam-Alizadeh, M., Hamed, F., & Jahangiry, L. (2017). Weight self-stigma and its association with quality of life and psychological distress among overweight and obese women. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 451-456. doi:10.1007/s40519-016-0288-2
 - 15- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*, 9(1), 139-145. doi:10.1017/S0033291700021644
 - 16- Goldberg, DP., & Williams, P. (1988). *A Users' Guide To The General Health Questionnaire*. London: GL Assessment; 23.
 - 17- Gong, Y., Gong, N., Zhang, Z., He, Y., & Tang, H. (2022). Effect of narrative therapy-based group psychological counseling on internet addiction among adolescents. *Iranian Journal of Public Health*, 51(6), 1331.
 - 18- Joe, G. W., Lehman, W. E., Rowan, G. A., Knight, K., & Flynn, P. M. (2019). The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. *Journal of substance abuse treatment*, 102, 23-32. doi:10.1016/j.jsat.2019.03.011
 - 19- Johnson, V. R., Anekwe, C. V., Washington, T. B., Chhabria, S., Tu, L., & Stanford, F. C. (2023). A Women's health perspective on managing obesity. *Progress in cardiovascular diseases*, 78, 11-16. doi:10.1016/j.pcad.2023.04.007
 - 20- Khodari, B. H., Shami, M. O., Shajry, R. M., Shami, J. A., Alamer, A. A., Moafa, A. M., ... & Alqassim, A. Y. (2021). The relationship between weight self-stigma and quality of life among youth in the Jazan region, Saudi Arabia. *Cureus*, 13(9), e18158. doi:10.7759/cureus.18158
 - 21- Lillis, J., Luoma, J. B., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Measuring weight self-stigma: the weight self-stigma questionnaire. *Obesity*, 18(2), 180-198. doi:10.1177/0145445510397178
 - 22- Lin, C. Y., Imani, V., Cheung, P., & Pakpour, A. H. (2020). Psychometric testing on two weight stigma instruments in Iran: weight self-stigma questionnaire and weight bias internalized scale. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 889-901. doi:10.1007/s40519-019-00699-4
 - 23- Lindberg, L., Hagman, E., Danielsson, P., Marcus, C., & Persson, M. (2020). Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden. *BMC medicine*, 18, 1-9. doi:10.1186/s12916-020-1498-z
 - 24- McKian, S. S., Rabiei, S., Bemana, H., & Ramezani, M. (2019). Experimental design and statistical evaluation on the effect of narrative therapy on body image and body mass index in Iranian overweight and obese women. *Obesity Medicine*, 14, 100097. doi:10.1016/j.obmed.2019.100097
 - 25- Palmeira, L., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). The weight of weight self-stigma in unhealthy eating behaviours: the mediator role of weight-related experiential avoidance. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(6), 785-796. doi:10.1007/s40519-018-0540-z
 - 26- Puhl, R. M., Peterson, J. L., & Luedicke, J. (2013). Weight-based victimization: Bullying experiences of weight loss treatment-seeking youth. *Pediatrics*, 131(1), e1-e9. doi:10.1542/peds.2012-1106
 - 27- Qi, D., & Wu, Y. (2018). Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the Minimum Living Security System on recipients' psychological health and wellbeing. *Social Science & Medicine*, 205, 26-36. doi:10.1016/j.socscimed.2018.03.041
 - 28- Santana, C. C. A., Hill, J. O., Azevedo, L. B., Gunnarsdottir, T., & Prado, W. L. (2017). The association between obesity and academic performance in youth: a systematic review. *Obesity Reviews*, 18(10), 1191-1199. doi:10.1111/obr.12582
 - 29- Steinbeck, K. S., Lister, N. B., Gow, M. L., & Baur, L. A. (2018). Treatment of adolescent obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(6), 331-344. doi:10.1038/s41574-018-0002-8
 - 30- Wang, Z., Dang, J., Zhang, X., Moore, J. B., & Li, R. (2021). Assessing the relationship between weight stigma, stress, depression, and sleep in Chinese adolescents. *Quality of Life Research*, 30, 229-238. doi:10.1007/s11136-020-02620-4
 - 31- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. WW Norton & Company.
 - 32- Zagaria, A., Cerolini, S., Mocini, E., & Lombardo, C. (2023). The relationship between internalized weight stigma and physical and mental health-related quality of life in a large sample of women: a structural equation modeling

analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 28(1), 52. doi:10.1007/s40519-023-01582-z

The Effectiveness of Narrative Therapy on Weight Self-stigma and Psychological Well-being of Women with Obesity

Masoumeh Ghavvasi Heris¹, Farnaz Hosseini², Hadi Smkhani Akbarinejhad^{3*}

1. MA in General Psychology, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran.
Mmosbatzendegi8147ajabshir@gmail.com
2. MA in General Psychology, Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran.
Farnaz.hosseini@gmail.com
3. Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)
Hadiakbarinejhad@yahoo.com

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of narrative therapy on weight self-stigma and the psychological well-being of women with obesity. This research method employed was semi-experimental with a pretest-posttest and follow-up with a control group design. The statistical population of the study included all women with obesity visiting specialists and clinics for obesity and nutrition in Tabriz in 1402 (Shamsi). In total, 30 participants were selected through convenience sampling and randomly divided into two groups: experimental and control (15 people each). The experimental group received specialized therapy in 8 sessions lasting 1.5 hours each, while the control group did not receive any treatment. Both groups responded the Lilis & et al's weight self-stigma and Goldberg's general health questionnaires before, after, and 3 months after the intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA). The results showed that compared to the control group at the post-test, narrative therapy caused a decrease in weight self-stigma and an increase in psychological health. The effects of narrative therapy on weight self-stigma and psychological well-being remained stable at the follow-up stage. Narrative therapy likely contributes to improving weight self-stigma and psychological well-being in women with obesity.

Keywords: Narrative Therapy, Weight Self-stigma, Psychological Health, Obesity.



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

(CC BY 4.0)

رضایتمندی زوجین در زنان: نقش پیش‌بینی کننده انطباق‌پذیری و احساس مثبت به همسر

سمیرا قدیمی^۱، ربابه عطائی‌فر^{۲*}

۱- واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

sa.ghadimi1993@gmail.com

۲- واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران. (نویسنده مسئول)

ataeefarr@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۲/۲۰]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱۰/۱۱]

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش پیش‌بینی کننده انطباق‌پذیری و احساس مثبت به همسر با رضایتمندی زوجین در زنان بود. پژوهش حاضر از نوع توصیفی با روش همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل دبیران زن شهر کرج تشکیل داده بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ۱۷۱ نفر انتخاب شده‌اند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های احساسات مثبت به همسر، مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری خانواده و مقیاس رضایتمندی زوجین استفاده شده بود. یافته‌ها نشان دادند که بین احساس مثبت به همسر و انطباق‌پذیری با رضایتمندی زوجین در زنان رابطه مثبت معنادار وجود دارد ($p < 0.001$). همچنین انطباق‌پذیری و احساس مثبت به همسر حدود ۸۵ درصد از واریانس رضایتمندی زوجین در زنان را پیش‌بینی می‌کنند؛ بنابراین می‌توان بیان داشت که رضایتمندی زوجین در زنان از طریق احساس مثبت به همسر و انطباق‌پذیری قابل‌دستیابی است.

واژگان کلیدی: انطباق‌پذیری، احساس مثبت، رضایتمندی زوجین.

۱- مقدمه

زن و مرد قلب زندگی ارتباطی یک خانواده را تشکیل می‌دهند (Girma Shifaw, 2024). آجرهای یک خانواده بر پیوندهای عاطفی و اعتماد شخصی هر یک از زوجین به یکدیگر استوار است که باعث ایجاد آرامش برای کل خانواده می‌شود (Ouellet-Courtois, 2023). خانواده‌ها با درخواست‌های تغییر از سوی تحولات رشدی چالش‌های روزمره‌ی زندگی و بحران‌های غیرمنتظره روبرو هستند که هر کدام آن‌ها را ملزم به حفظ تعادل عاطفی و انسجامی می‌کنند تا ثبات خانواده را تأمین کنند (Asuquo, 2021). یکی از مهم‌ترین عواملی که بر بقا و رشد خانواده اثر می‌گذارد، رضایتمندی زوجین^۱ می‌باشد؛ که زیربنای عملکرد خوب خانوادگی، تسهیل نقش والدینی، رشد اجتماعی و رضایت بیشتر از زندگی است (Reimnitz & Rauer, 2022). همچنین خانواده را می‌توان یک واحد عاطفی و شبکه‌ای از روابط درهم‌تنیده‌ای دانست که از پیوند زناشویی زن و مرد، بنانهاده می‌شود و رضایت یک فرد از زندگی زناشویی، به‌منزله‌ی رضایت وی، از خانواده محسوب می‌گردد (کریمی، احمدی و قبادی، ۱۴۰۰). رضایت از خانواده، به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه، تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه را در بر خواهد داشت (Abreu-Afonso, Ramos, Queiroz-Garcia & Leal, 2022). رضایت زناشویی یا رضایتمندی زوجین جنبه‌ای مهم و پیچیده از رابطه زناشویی محسوب می‌شود؛ بنابراین بررسی عواملی که باعث افزایش رضایتمندی زناشویی می‌شود، بسیار مهم است (Yu & Liu, 2021). رضایت زناشویی به‌عنوان یکی از شاخص‌های کیفیت ازدواج، احساس لذت، رضایت و نشاط واقعی است که زن و شوهر با در نظر گرفتن تمام جوانب ازدواج خود تجربه می‌کنند (Li, Curran, LeBaron-Black, Jorgensen, 2021). رضایت زناشویی را بیشتر به‌صورت نگرش‌ها یا احساسات کلی فرد درباره همسر و رابطه با وی تعریف می‌کنند (فکوری، 2022). رضایت زناشویی را بیشتر به‌صورت نگرش‌ها یا احساسات کلی فرد درباره همسر و رابطه با وی تعریف می‌کنند (فکوری، 2022). رضایت زناشویی و خرمیان، ۱۴۰۲). بدین معنی که رضایت زناشویی یک پدیده درون فردی و یک برداشت فردی از همسر و رابطه است (رجبی، رشیدی و تقی‌پور، ۱۴۰۰). این تعریف از رضایت زناشویی حاکی از آن است که رضایت زناشویی پیامد توافق زناشویی کلی فرد درباره همسر و رابطه است و به‌صورت درونی احساس می‌شود (قنبری، باغستان، فرهمند و ماریانی، ۱۴۰۰).

خانواده از مشکلات متعددی همچون اختلافات زناشویی، مشکل در ارتباط با فرزند نوجوان، افت تحصیلی فرزندان، ازدواج فرزندان، اعتیاد یکی از والدین، مشکلات رفتاری فرزندان خردسال، مشکلات اخلاقی والدین و یا فرزندان و یا غیره رنج می‌برند (Soluk, Kammerlander & De Massis, 2021). یکی از مشکلاتی که زوجین با آن درگیر هستند عدم انطباق‌پذیری^۲ در آن‌ها است. انطباق‌پذیری در زوجین، وضعیتی است که در آن زن و شوهر در بیشتر مواقع احساسی ناشی از خوشبختی و رضایت از یکدیگر دارند (ملکی‌ها، ۱۴۰۱). روابط رضایت‌بخش در بین زوجین از طریق علاقه‌ی، متقبل، میزان مراقبت از همدیگر، پذیرش و تفاهم یکدیگر قابل‌سنجش است (Shepherd-Banigan, Wells, Falkovic, Ackland, Swinkels, Dedert et al., 2022). در واقع رضایت زناشویی یک ارزیابی کلی از وضع فعلی ارتباط ارائه می‌دهد (Alm, 2021). یکی از رایج‌ترین مفاهیم برای تعیین و نشان دادن میزان شادی و میزان پایداری رابطه رضایت و انطباق‌پذیری است (مزاری ستوده، بخشی‌پور و جاجرمی، ۱۴۰۱). انطباق‌پذیری در زوجین به‌صورت خودکار ایجاد نشده و به وجود آمدن آن نیاز به تلاش زوجین دارد (Labrie, Brugge, Mills & Zervantonakis, 2022). زوج‌هایی که

با یکدیگر سازش دارند نسبتاً از روابط زناشویی خود راضی هستند، عادت‌های شخصیت شریک زندگی خود را دوست دارند، از مصاحبت با خانواده و دوستان لذت می‌برند و مشکلات را با یکدیگر حل می‌کنند (Wu & Yang, 2021). زمانی که انطباق‌پذیری در زوجین کاهش یابد؛ تعارضات زناشویی در بین زوجین پدیدار می‌شود (Li et al., 2021). نتایج مطالعات مورارا و تورلیک^۱ (۲۰۱۲) نشان داد که بین همبستگی خانواده و انطباق‌پذیری زوجین با رضایت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج مطالعه بخشی مشهدلو، موسی‌زاده و نریمانی (۱۴۰۰) نشان داد که با وجود مؤثر بودن هر دو نوع مداخله برافزایش میزان انطباق‌پذیری و رضایت زناشویی، مداخله حل مسئله در مقایسه با جرئت‌ورزی دارای اندازه اثر بیشتری درافزایش میزان رضایت زناشویی و انطباق‌پذیری زوجین ناسازگار بود. همچنین نتایج مطالعه شریفیان جزی (۱۴۰۲) نشان داد بین رضایت زناشویی با انطباق‌پذیری، انسجام خانواده و سبک زندگی اسلامی در زنان متأهل، رابطه‌ی معناداری وجود دارد. به این صورت که با افزایش انطباق‌پذیری، انسجام خانواده و سبک زندگی اسلامی در زنان متأهل، رضایت زناشویی نیز افزایش می‌یابد. از بین متغیرهای مورد مطالعه در رگرسیون، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی رضایت زناشویی در گام اول انطباق‌پذیری و در گام دوم سبک زندگی اسلامی بوده است.

یکی از عواملی که می‌تواند با رضایت‌مندی زوجین رابطه داشته باشد و به وجود آوردن آن منجر به بهبود رابطه‌ی بین زوجین می‌شود به وجود آمدن احساس مثبت نسبت به همسر^۲ است (Miller, 2016). چگونگی برقراری ارتباط و درک و تفسیر عواطف دیگران، نقش مهمی در رشد سازمان شخصیت، تحول اخلاقی، روابط اجتماعی، شکل‌گیری هویت و مفهوم خود دارد (مهرابی، زارع بهرام‌آباد و اصغرنژاد فرید، ۱۴۰۱). برای اکثر افراد ازدواج یک رابطه‌ی صمیمانه است که در آن به‌واسطه‌ی صمیمیت نیازهای عاطفی زوجین نیز برطرف می‌شود (Bogdan, Turliuc & Candel, 2022). در زندگی زناشویی عواطف مثبت به معنای یک احساس فردی در مورد همسر در جنبه‌هایی مانند دوستی روابط زناشویی درک، صداقت، اعتماد، خوشایندی و لذت جنسی است. وجود احساس مثبت زوجین به یکدیگر در واقع نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند (آرین و فرنام، ۱۴۰۱). ابراز احساسات مثبت در برابر همسر اشاره به این دارد که چند وقت یک‌بار زوجین به یکدیگر ابراز عشق می‌کنند (سلیمی، ۱۴۰۲). ابراز احساسات مثبت یکی از ویژگی‌های برجسته زندگی متعادل زوجین است و هیچ‌گاه نمی‌توان احساس بی‌نیازی از عواطف کرد این در حالی است که بسیاری از زوجین اهمیت عواطف خود را در زندگی مشترک نادیده می‌گیرند (صادقی، خلیلی گشنگانی و عالی‌پور، ۱۴۰۱). بسیاری از زوجین که برای درمان مراجعه می‌کنند اغلب آشفتگی‌های هیجانی زیادی دارند و اعتراف می‌کنند احساساتشان توسط همسرشان درک نمی‌شود و با الگوهای تدافعی که مانع اعتماد، نزدیکی و واکنش‌پسندیده می‌شود، تعامل برقرار می‌کنند (Brudek & Kaleta, 2023). احتمال می‌رود روابط زناشویی، آشفتگی با کمبود عواطف و ابراز احساسات مثبت در برابر همسر و کمبود علاقه و احترام مواجه باشند؛ بنابراین ابراز عواطف و احساسات می‌تواند مشکلات و تعارضات را تا حد زیادی کاهش دهد و هماهنگی عاطفی فکری و رفتاری بین زوجین را برقرار سازد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برخورداری از صمیمیت در میان زوجین از عوامل مهم ثبات ازدواج است (Nihayah, Sururin, Choirunnisa, Hidayat, Alim & Fayruz, 2023). وجود احساسات مثبت در بین زوجین در درازمدت منجر به افزایش کیفیت روابط زناشویی بر همه‌ی ابعاد کارکرد خانواده از جمله پایداری، حمایت از فرزندان شادکامی و زندگی موفق در بین زوجین می‌شود (Wang, Chen & Yue, 2017) بررسی پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد که

1. Muraru & Turliuc
2. Positive Feelings toward Spouse

یکی از عواملی که بر کاهش دل‌زدگی بین زوجین (Feng, 2011) و افزایش احساسات مثبت (Eyring, Leavitt, Allsop & Clancy, 2021). در بین آنها تأثیر می‌گذارد به وجود آمدن رفتارهایی است که احساس قدردانی را در بین زوجین ایجاد می‌کند. نتایج مطالعه فکوری و همکاران (۱۴۰۲) نشان داد که بین هماهنگی نگرش‌ها، آشنایی با نگرش‌های همسر و هماهنگی ارزش‌های زوجین با رضایت زناشویی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و این متغیرها قدرت پیش‌بینی رضایت زناشویی را دارد. نتایج مطالعه براتی و جان‌نثاری (۱۴۰۱) بیانگر این است که رابطه بین رضایت زناشویی با حمایت و احساس مثبت همسر و انعطاف‌پذیری شغلی ادراک شده مثبت و معنی‌دار است. همچنین نتایج مطالعه اسنچبرگ، ریلی، کورل، لوینسون، فارل، بروان و همکاران^۱ (۲۰۲۱) نشان دادند که بین هماهنگی نگرش‌ها و آشنایی با نگرش‌های همسر و احساسات آن‌ها رابطه مثبت وجود دارد. مهم‌ترین ضرورت انجام این پژوهش این است که از آنجایی که خانواده یک نظام اجتماعی و از ارکان اصلی جامعه است و به‌نوعی کوچک‌ترین سلول اجتماعی است، شناخت و بررسی عواملی تأثیرگذار بر انطباق‌پذیری آن‌ها و چگونگی ایجاد ثبات در خانواده می‌تواند گامی مفید در جهت قوام و استحکام خانواده باشد. همچنین بر اساس آنچه بیان شد می‌توان گفت، وجود الگوهای فکری مثبت و تفکر مثبت سبب می‌شود تا افراد رویدادها را به شیوه‌ای مثبت تفسیر کنند و هیجان‌های مثبت بیشتری را در خود پرورش دهند. چنین الگوهایی می‌توانند سبب افزایش رضایتمندی، افزایش ارتباط باز، بهبود مهارت‌های حل مسئله و افزایش همدلی گردد. همچنین در ایران تاکنون پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین احساس مثبت به همسر، انطباق‌پذیری و رضایتمندی زوجین در خانواده صورت نگرفته است؛ و پژوهشگر در صدد آن است که به بررسی رابطه آن‌ها بپردازد؛ بنابراین با توجه به مطالب گفته شده این مسئله مطرح می‌گردد که آیا انطباق‌پذیری، احساس مثبت به همسر، رضایتمندی زوجین در زنان را پیش‌بینی می‌کند.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

بررسی و مطالعه پیشینه پژوهشی بیانگر آن است که تا کنون تلاش‌های پژوهشی برای بررسی رضایتمندی زوجین در زنان: نقش پیش‌بینی‌کننده انطباق‌پذیری و احساس مثبت به همسر انجام نشده است اما پژوهش‌های نزدیک به این عنوان در گروه‌های دیگر صورت گرفته که چند نکته را روشن می‌کند. انطباق‌پذیری خانواده شاخصی است از قابلیت تغییرپذیری خانواده و این که تا چه حد می‌توان خانواده را ثابت (ساکن) دانست. کارکرد رضایت‌بخش یک زوج یا یک گروه خانوادگی بزرگ‌تر به دو عنصر ثبات و تغییرپذیری نیاز دارد، این دو ویژگی به نحو مناسبی باهم توازن پیدا می‌کنند. سطح انطباق‌پذیری خانواده، با صمیمیت و احساسات زوجین به همدیگر رابطه دارد و اشاره به توانایی سیستم خانواده در رویارویی با تغییرات و استرس‌های موقعیتی و رشدی دارد که بیان‌کننده روش حل مشکلات و جهت‌گیری به شیوه‌ی پاسخگویی در خانواده است (Olson, 2011). اگرچه سازگاری اغلب در کنار انسجام خانواده (یعنی پیوند عاطفی بین اعضای خانواده) در نظر گرفته می‌شود (Olson & Gorall, 2000)، این دو سازه نه تنها مفهومی متمایز از همدیگر نیستند بلکه به هم مربوط نیز هستند (Olson, 2011).

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که صمیمیت و احساس مثبت به همسر با سازگاری و رضایت زناشویی همراه است (Olson & Gorall, 2000; Gottman & Levenson, 2003) از سویی دیگر، زوج‌های راضی‌تر نیز گرایش به صمیمیت بیشتر دارند و دارای احساسات مثبت بیشتری نسبت به همسر هستند (Sells & Patrick, 2002). مطالعات و تجارب بالینی نیز نشان می‌دهد که ریشه بسیاری از مشکلات زناشویی،

فقدان صمیمیت و مشکلات ارتباطی بین زوجها است. بنابراین، صمیمیت یک نیاز اساسی و واقعی انسان است و تنها یک تمایل یا آرزو نیست. از این رو، عدم ارضاء آن می‌تواند موجب افزایش تعارضات، کاهش رضایت زناشویی و بروز مشکلات عاطفی و روانی گردد (Bagarozzi, 2001).

۳- روش‌شناسی

این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دبیران مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه شهر کرج تشکیل می‌دهند که بر اساس آخرین آمار مشتمل بر ۷۵۰ نفر بوده است. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۱۷۱ نفر که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده‌اند. به این صورت که ابتدا از بین مناطق ۸ گانه آموزش و پرورش شهر کرج ۴ منطقه به صورت تصادفی انتخاب و از بین مدارس این مناطق ۷ مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شده‌اند سپس از بین دبیران مدارس این ۴ منطقه که به تعداد ۷۵۰ نفر بوده‌اند، با استفاده از جدول مورگان ۱۷۱ نفر به طور تصادفی انتخاب شدند.

الف) پرسشنامه احساسات مثبت به همسر^۱: این پرسشنامه توسط الری، فینچمن و تورکویتز^۲ (۱۹۸۳) ساخته شد. در این پرسشنامه ۱۷ پرسش درباره احساس‌های گوناگون زن و شوهرها نسبت به هم آمده است و جواب سؤالات به صورت طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای است. پرسشنامه احساس مثبت به همسر برای اندازه‌گیری عواطف مثبت یا عشق به همسر مورد استفاده قرار می‌گیرد. مقیاس پرسشنامه لیکرت ۷ درجه‌ای (فوق‌العاده منفی = ۱ تا فوق‌العاده مثبت = ۷) که نمره بالاتر نشانه احساس مثبت بیشتر به همسر است. مقیاس احساس مثبت به همسر با ضریب آلفای ۰/۹۴ از همسانی درونی بسیار عالی برخوردار است. همچنین با توجه به همبستگی معنادار با آزمون سازگاری زناشویی و مقیاس ارتباط ناواران، از روایی هم‌زمان بسیار خوبی برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷).

ب) مقیاس ارزیابی انطباق‌پذیری و همبستگی خانواده^۳: این پرسشنامه یک ابزار ۲۰ سؤالی است که توسط اولسون^۴ (۱۹۸۶) برای سنجش دو بعد عمده عملکرد خانواده، یعنی همبستگی و انطباق‌پذیری تدوین شده است. این مقیاس بر اساس الگوی حلقوی پیچیده عملکرد خانواده ساخته شده است که بر وجود سه بعد محوری در عملکرد خانواده یعنی همبستگی، انطباق‌پذیری (قدرت تغییر کردن) و ارتباط تأکید دارد. این پرسشنامه با آلفای ۰/۶۸ برای کل ابزار، آلفای ۰/۷۷ برای همبستگی خانواده و آلفای ۰/۶۲ برای انطباق‌پذیری خانواده، از یک همسانی درونی نسبتاً خوب برخوردار است. این پرسشنامه از روایی خوبی برخوردار است، اما اطلاعاتی در مورد سایر انواع روایی آن در اختیار نیست. از سوی دیگر چندین تحقیق نشان داده‌اند که این پرسشنامه برای گروه‌های شناخته شده از روایی خوبی برای متمایز کردن خانواده‌ها در چند مقوله از مشکلات برخوردار است (ثنایی، ۱۳۸۷).

پ) مقیاس رضایت‌مندی همسران^۵: پرسشنامه توسط افروز و قدرتی در سال ۱۳۹۰ برای ارزیابی میزان رضایت‌مندی زناشویی ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۵۱ گویه است. این مقیاس بر اساس رویکردهای جدید به رضایت‌مندی همسران ساخته شده که در آن تلاش می‌شود رضایت‌مندی همسران از دیدگاه ازدواج سالم نگریسته شود و علاقه به بررسی و مطالعه‌ی آن به شکل روابط رضایت‌مندان در

1. Questionnaire of positive feelings to the spouse
2. O'Leary, Fincham & Turkewitz
3. Adaptability and family solidarity assessment scale
4. Olson
5. Spouse satisfaction scale

طول زندگی است و از سویی دیگر تأکید بر حمایت اجتماعی و بررسی دیگر رفتارهای مثبت در ازدواج مبتنی بر رویکرد شناختی-اجتماعی است. ضرایب همسانی درونی ۰/۹۵ برای کل ابزار و ضرایب ۰/۶۴ تا ۰/۸۶ برای زیر مقیاس‌ها، نشان داده است که مقیاس همسانی درونی مطلوب و مناسبی دارد و برای بررسی رضایتمندی همسران قابل اجرا است.

۴- یافته‌ها

جامعه آماری این پژوهش کلیه دبیران مدارس دخترانه دوره دوم متوسطه ناحیه ۴ شهر کرج تشکیل می‌دهند که مشتمل بر ۶۵۰ نفر بوده است. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۱۷۱ نفر و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده‌اند. سن آنان ۲۲ الی ۴۴ سال و میانگین ۳۳ سال با انحراف معیار ۶/۳ سال به دست آمد. توزیع شرکت‌کنندگان به لحاظ تحصیلات ۴۳ نفر فوق‌دیپلم، ۸۶ نفر لیسانس، ۲۴ نفر کارشناسی ارشد، ۴ نفر دکترا و ۱۴ نفر نیز تحصیلات حوزوی داشتند. میانگین و انحراف معیار و میزان ارتباط متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

شاخص‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	مینیم	ماکزیمم
انطباق‌پذیری	۱۷۱	۳۳/۸	۵/۰۶	۲۵/۶۹	۲۱	۴۲
احساس مثبت به همسر	۱۷۱	۹۳/۷	۱۳/۷	۱۸۸/۸	۶۳	۱۱۱
رضایتمندی زوجین	۱۷۱	۲۸۵/۵۳	۳۸/۵	۱۴۸۵/۳	۱۹۱	۳۴۵

همان‌گونه که در جدول ۱، مشاهده می‌شود. میانگین انطباق‌پذیری ۳۳/۸، احساس به همسر ۹۳/۷ و رضایتمندی زوجین ۲۸۵/۵۳ است. چون قصد بررسی ارتباط بین انطباق‌پذیری و احساسات مثبت به همسر (متغیرهای پیش‌بین) را با متغیر رضایتمندی زوجین (متغیر ملاک) داریم، جهت آزمون فرضیه‌های تحقیق از روش آماری رگرسیون استفاده خواهد شد. سه مفروضه اساسی رگرسیون عبارت‌اند از نرمال بودن داه‌ها، آزمون دوربین-واتسون برای بررسی استقلال خطاها و آزمون هم‌خطی با دو شاخص ضریب تحمل (تولرانس) و عامل تورم واریانس است. همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها نشان داد که سطح معناداری آزمون کالموگروف - اسمیرنوف در تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است لذا با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت توزیع نمرات متغیرهای مورد بررسی نرمال است. همچنین نتایج آزمون دوربین-واتسون نشان داد که مقادیر عددی آزمون دوربین واتسون (۱/۷۷) است که بیانگر استقلال خطاها است و مقادیر عددی آزمون تولرنس (۰/۹۳ و ۰/۹۲) و عامل تورم واریانس (۱/۳ و ۱/۴) نشان می‌دهد که بین متغیرهای پیش‌بین هم خطی وجود ندارد. فرضیه اصلی پژوهش: بین انطباق‌پذیری و احساس مثبت به همسر با رضایتمندی زوجین در دبیران زن مقطع متوسطه دوم شهر کرج رابطه وجود دارد.

جدول ۲- خلاصه مدل رگرسیون

R2

مدل	R ضریب همبستگی	مجذور ضریب همبستگی جامعه	خطای استاندارد رگرسیون
انطباق‌پذیری و احساس مثبت به همسر	۰/۹۲۷	۰/۸۵۷	۱۴/۵۷

نتایج جدول ۲، حاکی از آن است که انطباق‌پذیری و احساس مثبت به همسر روی هم حدود ۸۵ درصد از واریانس مشترک با رضایت‌مندی زوجین را پیش‌بینی می‌کنند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین انطباق‌پذیری و احساس مثبت به همسر با رضایت‌مندی زوجین در دبیران زن مقطع متوسطه دوم شهر کرج رابطه وجود دارد.

جدول ۳- ضرایب متغیرها (در رگرسیون چند متغیره)

مدل	متغیر	بتا	خطای استاندارد ضریب بتا	ضرایب استاندارد شده بتا	t	سطح معناداری
۱	عرض از مبدأ	۳۵/۱۸	۷/۹		۴/۴	۰/۰۰۱
	انطباق‌پذیری	۳/۳۹	۰/۴۲	۰/۴۴۷	۸/۰۰۴	۰/۰۰۱
	احساسات مثبت نسبت به همسر	۱/۴	۰/۱۵۶	۰/۵۱۶	۹/۲۳	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود ضریب استاندارد شده بتا در هر دو متغیر فوق معنادار است.

فرضیه‌های فرعی پژوهش: ۱- بین احساس مثبت به همسر با رضایت‌مندی زوجین دبیران زن مقطع متوسطه رابطه وجود دارد.

۲- بین انطباق‌پذیری با رضایت‌مندی زوجین دبیران زن مقطع متوسطه رابطه وجود دارد.

جدول ۴- جدول مربوط به ضریب همبستگی بین احساس مثبت به همسر با رضایت‌مندی زوجین و انطباق‌پذیری با رضایت‌مندی زوجین

نتیجه فرضیه	سطح معناداری	ضریب همبستگی	متغیرها
تائید فرضیه تحقیق	۰/۰۰۱	۰/۸۹۷	احساس مثبت نسبت به همسر و رضایت‌مندی زوجین
تائید فرضیه تحقیق	۰/۰۰۱	۰/۸۸۷	انطباق‌پذیری و رضایت‌مندی زوجین

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود ضریب همبستگی به دست آمده بین احساس مثبت نسبت به همسر و رضایت‌مندی زوجین ۰/۸۹۷ است که معنادار است بنابراین فرض صفر رد شده و فرض خلاف تائید می‌شود بنابراین می‌توان نتیجه گفت که بین احساس مثبت نسبت به همسر و رضایت‌مندی زوجین رابطه معنی‌داری مشاهده شده است. همچنین ضریب همبستگی به دست آمده بین انطباق‌پذیری و رضایت‌مندی زوجین ۰/۸۸۷ است که معنادار است و نتیجه گرفته می‌شود در این تحقیق بین انطباق‌پذیری و رضایت‌مندی زوجین رابطه معناداری مشاهده شده است.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف، بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده احساس مثبت به همسر و انطباق‌پذیری در رضایتمندی زوجین صورت گرفت. یافته‌های به‌دست‌آمده در راستای تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بود: فرضیه اول به بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده احساس مثبت به همسر در رضایتمندی زوجین پرداخت. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین احساس مثبت به همسر با رضایتمندی زوجین دبیران زن مقطع متوسطه رابطه وجود دارد. ضریب همبستگی به‌دست‌آمده بین احساس مثبت نسبت به همسر و رضایتمندی زوجین ۰/۸۹۷ است که معنادار است. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهشی فکوری و همکاران (۱۴۰۲)، سلیمی (۱۴۰۲)، براتی و جان‌نثاری (۱۴۰۱)، سانبونماتسو و همکاران^۱ (۲۰۲۲) و وانگ (۲۰۲۱) منطبق و همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که شاید بتوان احساس قدرشناسی و احساس مثبت نسبت به همسر را معادل با جلوه‌ای از نیاز به توجه و احترام تلقی کرد که در فرد احساس ارزشمندی و احساس دوست داشته شدن و عشق را ارضا می‌کند (صدری، مرادی، کشاورز افشار و پورسید، ۱۴۰۱). همان‌طور که گلاسر به نقل از تقی‌زاده چیمی و رباط‌میلی (۱۴۰۲) نیز گفته است؛ این احساس که فرد به این نتیجه برسد که شخص دیگری (همسرش) در این دنیا او را همان‌طوری که هست و به دلیل خصوصیتی که دارد دوست می‌دارد و او نیز متقابلاً فرد دیگری را در زندگی خود دارد که به او عشق و محبت می‌ورزند، به افراد آرامش خاطر می‌دهد (Cazzell, Rivers, Sanford & Schnitker, 2022). بدین ترتیب می‌توان گفت احساس قدرشناسی و احساس مثبت نسبت به همسر بیشتر ماهیتی عاطفی دارد و در تمام زنان چه شاغل و چه خانه‌دار با ابراز محبت و توجه مثبت همسر ارضا می‌شود و همچنین آگاهی از درآمد خانواده بخشی از نیاز به توجه و احترام را ارضا می‌کند. به عبارت دیگر، آگاهی از درآمد خانواده یکی از مصادیق صداقت در زندگی زناشویی و یکی از راه‌های ارتقاء احساس قدرشناسی زنان خانه‌دار و شاغل است که نهایتاً در رضایت زناشویی زنان خانه‌دار و شاغل نقش مؤثری ایفا می‌کند. این امر را می‌توان با پژوهش‌هایی همسو دانست که رابطه معناداری بین احترام یا احترام متقابل همسران و رضایت زناشویی پیدا کرده‌اند.

همچنین فرضیه دوم به بررسی نقش پیش‌بینی‌کننده انطباق‌پذیری در رضایتمندی زوجین پرداخت. نتایج نشان داد که بین انطباق‌پذیری با رضایتمندی زوجین دبیران زن مقطع متوسطه رابطه وجود دارد. ضریب همبستگی به‌دست‌آمده بین انطباق‌پذیری و رضایتمندی زوجین ۰/۸۸۷ است که معنادار است. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های پژوهشی مورارا و تورلیک^۲ (۲۰۱۲)، شریفیان جزی (۱۴۰۲)، بخشی مشهدپور، موسی‌زاده و نریمانی (۱۴۰۲) و لانگسلاگ و سورتی^۳ (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که یافته‌های تحقیق مبنی بر رابطه بین انطباق‌پذیری و رضایت زوجین زنان را می‌توان با توجه به مزایایی که داشتن انطباق‌پذیری خانواده در زندگی زنان به‌ویژه کیفیت روابط صمیمانه آینده آن‌ها به وجود می‌آورد، تبیین کرد. در خصوص تبیین یافته پژوهش مبنی بر رابطه بین انطباق‌پذیری با رضایت زناشویی زنان در ابتدا باید به عواملی اشاره کرد که باعث استقلال کیفیت روابط عاطفی بزرگسالی فرد از ویژگی‌های خانواده اولیه از قبیل انطباق‌پذیری خانواده می‌شود. معمولاً نظریه‌ها و تحقیقات بر این موضوع تأکید دارند که انطباق‌پذیری خانواده بر کیفیت روابط عاطفی بزرگسالی تأثیرگذار است و افرادی که در خانواده‌های با انطباق‌پذیری و کارکرد بالا رشد یافته‌اند سازگاری زناشویی بالایی دارند و در مقابل خانواده‌هایی که انطباق‌پذیری و کارکرد پایین دارند بزرگسالانی را به وجود می‌آورند که مشکلات زناشویی گسترده‌ای را نشان می‌دهند (Chis, 2022). با وجود این آگوس، پودو و رافاگنینو^۴ (۲۰۲۱) یک نظریه و مدل مفهومی از نقش انطباق‌پذیری خانواده در کیفیت زندگی زناشویی را مطرح کردند که به عوامل رشدی دیگر نیز توجه دارد. آن‌ها اظهار داشتند

1. Sanbunmatsu et al
2. Muraravtorlik
3. Langeslag & Surti
4. Agus, Puddu & Raffagnino

که تأثیر انطباق‌پذیری خانواده باید به‌عنوان فرایندی چند سطحی نگریسته شود که با بافت فرهنگی بزرگ‌تر شروع می‌شود و شبکه‌های اجتماعی را تشکیل می‌دهد که به‌نوبه خود از طریق سازه‌های مستقل از خانواده تأثیرات دیگر نظام‌های اجتماعی و دسترسی به منابع مادی و معنوی دیگر بر کیفیت زندگی زناشویی تأثیر می‌گذارند. کیفیت زندگی زناشویی ممکن است از مسیرهای رفتاری، روانی و فیزیولوژیکی تأثیر پذیرد که مستقل از خانواده شکل می‌گیرد. شواهد تحقیق به‌صورت کلی بیان کند که انطباق‌پذیری مناسب خانواده و برخورداری فرد از خانواده‌ای سازگار برای کیفیت زندگی زناشویی مهم است، اما در این میان منابع عاطفی که مستقل از خانواده به وجود می‌آید ممکن است به‌طور معناداری بر رضایت‌مندی زناشویی آتی وی اثر بگذارد با عنایت به مطالب عنوان‌شده بین انطباق‌پذیری و رضایت زناشویی رابطه معناداری وجود دارد.

این پژوهش نیز همانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی از جمله عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله‌کننده از قبیل شرایط محیطی، وضعیت عاطفی و مسائل خاص شخصی آزمودنی‌ها که باعث محدودیت در تعمیم دادن نتایج می‌شود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر روی گروه‌های دیگر نیز انجام شود. همچنین به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌گردد که در رابطه با احساس مثبت به همسر، انطباق‌پذیری و رضایت‌مندی زوجین در سایر شهرها و در نمونه‌های بزرگ‌تر و همچنین با استفاده از نمونه آماری مردان، مطالعات جامع‌تری انجام دهند. همچنین از آنجاکه احساس مثبت به همسر، انطباق‌پذیری و رضایت‌مندی زوجین را می‌توان به‌عنوان متغیرهای مهم در روابط زوجین به حساب آورد، رویکردهای مختلف مداخله با حضور زوجین نظیر غنی‌سازی مهارت‌های ارتباطی می‌تواند بر متغیرهای زناشویی اثربخش و مطلوب باشد تا زمینه بهبود روابط زوجین و گسترش استراتژی‌های تازه یا به عبارت دیگر، تشویق تدابیر جدید برای بهبود عملکرد خانواده را فراهم آورد.

۶- منابع

- ۱- آرین، نجمه؛ و فرنام، علی (۱۴۰۱). رابطه بین ملاک‌های همسرگزینی با احساس مثبت به همسر: نقش میانجی احساس انسجام و انعطاف‌پذیری خانواده. علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۹(۱)، ۲۱۹-۲۴۹. doi:10.22067/social.2022.75694.1150
- ۲- بخشی مشهدلو، محمد؛ موسی‌زاده، توکل؛ و نریمانی، محمد (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله اجتماعی و جرئت‌ورزی بر افزایش میزان انطباق‌پذیری و رضایت زناشویی در زوجین ناسازگار شهر اردبیل. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۰، ۸-۱. doi:10.1001.1.23222840.1399.10.0.93.2dor:
- ۳- براتی، هاجر؛ و جان‌نثاری، رضوان (۱۴۰۱). بررسی نقش تعدیلی انعطاف‌پذیری شغلی ادراک شده و حمایت همسر در رابطه بین نوبتکاری و رضایت زناشویی. دوفصلنامه روانشناسی خانواده، ۹(۲)، ۴۰-۵۳. doi:10.22034/ijfp.2023.557044.1128
- ۴- تقی‌زاده چیمه، عاطفه؛ و رباط‌میلی، سمیه (۱۴۰۲). رضایت زناشویی و عزت‌نفس: نقش میانجی ناگویی هیجانی و مهارت‌های ارتباطی. دوفصلنامه روانشناسی خانواده، ۱۰(۱)، ۱۲۸-۱۴۵. doi:10.22034/ijfp.2024.2007792.1249
- ۵- ثنائی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- ۶- رجبی، غلامرضا؛ رشیدی، فرزانه؛ و تقی‌پور، منوچهر (۱۴۰۰). مدل ساختاری رابطه خودکارآمدی در روابط رمانتیک و رضایت زناشویی: نقش واسطه‌ای رفتارهای حفظ رابطه. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۱۷(۶۸)، ۴۱۷-۴۲۶.
- ۷- سلیمی، لیلیا (۱۴۰۲). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر احساس مثبت به همسر و عدم تحمل بلا تکلیفی در زوجین نابارور متقاضی طلاق. نشریه رویش روانشناسی، ۱۲(۸)، ۲۰۱-۲۱۰. doi:10.1001.1.2383353.1402.12.8.20.8dor:

- ۸- شریفیان جزئی، اشرف (۱۴۰۲). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس انعطاف‌پذیری، انسجام خانواده و سبک زندگی اسلامی در زنان متأهل شهرستان شاهین‌شهر. رویکردی نو بر آموزش کودکان، ۵(۱)، ۱۴۸-۱۵۵. doi:10.22034/naes.2023.376191.1288
- ۹- صادقی، مسعود؛ خلیلی گشنیگانی، زهرا؛ و عالی‌پور، کبری (۱۴۰۱). تأثیر آموزش مبتنی بر قدردانی بر احساس مثبت نسبت به همسر و دل‌زدگی در زنان دارای ناسازگاری زناشویی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۳(۵۱)، ۲۵۳-۲۷۹. doi:10.22054/qccpc.2022.62465.2750
- ۱۰- صدری، اسماعیل؛ مرادی، زهرا؛ کشاورز افشار، حسین؛ و پور سید، سیدرضا (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مثبت‌نگر بر رضایت زناشویی و احساس تنهایی زنان ازدواج‌کرده بدون رضایت والدین. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۱۸۱-۲۰۴. doi:10.22059/japr.2022.346235.644328
- ۱۱- فکوری اشکیکی، مینا؛ جان‌بزرگی، مسعود؛ و خرمیان، فاطمه (۱۴۰۲). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر مبنای «هماهنگی نگرش‌ها»، «آشنایی با نگرش‌های همسر» و «هماهنگی ارزش‌های زوجین». فصل‌نامه خانواده‌پژوهی، ۱۹(۱)، ۲۹-۴۴. doi:10.48308/JFR.19.1.29
- ۱۲- قنبری باغستان، عباس؛ فرهمند، الهه؛ و ماریانی، محمدنور (۱۴۰۰). مطالعه رضایت زناشویی بر اساس متغیرهای «صمیمیت»، «احساس تعلق» و «بخشش»: مطالعه موردی زنان متأهل شهر مشهد. فصل‌نامه مطالعات فرهنگی و ارتباطات، ۱۷(۶۴)، ۱۶۳-۱۸۳. doi:10.22034/jscs.2022.546518.2520
- ۱۳- کرمی، مریم؛ احمدی، صدیقه؛ و قبادی، سعید (۱۴۰۰). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس شادکامی و کیفیت زندگی در زوجین شهر تهران، فصل‌نامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۲(۱)، ۹۳-۱۰۲.
- ۱۴- مزارعی ستوده، احمد؛ بخشی‌پور، ابوالفضل؛ و جاجرمی، محمود (۱۴۰۱). اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر افزایش صمیمیت و رضایت زناشویی در زنان افسرده متأهل. علوم پزشکی رازی، ۲۹(۲)، ۳۹-۵۰.
- ۱۵- ملکی‌ها، مرضیه (۱۴۰۱). اثربخشی حکایت درمانی راه‌حل محور درافزایش انطباق‌پذیری مسیر شغلی دانشجویان. نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی در مدیریت، ۸(۲)، ۳۵-۵۰. doi:20.1001.1.24764833.1401.8.1.1.9
- ۱۶- مهربانی، عباس؛ زارع بهرام‌آبادی، مهدی؛ اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی دو رویکرد مشاوره خانواده مک‌مستر و نیکلز بر انطباق‌پذیری زوجین. رویش روان‌شناسی، ۱۱(۳)، ۹۱-۱۰۰.

- 17- Abreu-Afonso, J., Ramos, M. M., Queiroz-Garcia, I., & Leal, I. (2022). How couple's relationship lasts over time? A model for marital satisfaction. *Psychological reports, 125*(3), 1601-1627. doi:10.1177/00332941211000651
- 18- Agus, M., Puddu, L., & Raffagnino, R. (2021). Exploring the similarity of partners' love styles and their relationships with marital satisfaction: A dyadic approach. *SAGE Open, 11*(4), 21582440211040785. doi:10.1177/21582440211040785
- 19- Alm, P. A. (2021). The dopamine system and automatization of movement sequences: a review with relevance for speech and stuttering. *Frontiers in human neuroscience, 15*, 661880.
- 20- Asuquo Asuquo, U., Bonsi, E. E., Agbakpe, G. F., & Udofia, E. A. (2021). The impact of pre-marital counseling and psychological variables on marital satisfaction among married couples in Laterbiokoshie, Accra, Ghana.
- 21- Bagarozzi, D. A. (2001). *Enhancing Intimacy in Marriage: Theoretical considerations*. Routledge.
- 22- Bogdan, I., Turliuc, M. N., & Candel, O. S. (2022). Transition to parenthood and marital satisfaction: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, 901362.
- 23- Brudek, P., & Kaleta, K. (2023). Marital offence-specific forgiveness as mediator in the relationships between personality traits and marital satisfaction among older couples: Perspectives on Lars Tornstam's theory of gerotranscendence. *Ageing & Society, 43*(1), 161-179.

- 24- Cazzell, A. R., Rivers, A. S., Sanford, K., & Schnitker, S. A. (2022). Positive exchanges buffer negative exchanges: Associations with marital satisfaction among US mixed-sex couples. *Journal of Family Psychology, 36*(7), 1050.
- 25- Chis, R. M. (2022). A critical review of the literature on the relationships between personality variables, parenting and marital satisfaction. *Postmodern Openings, 13*(1), 17-46.
- 26- Eyring, J. B., Leavitt, C. E., Allsop, D. B., & Clancy, T. J. (2021). Forgiveness and gratitude: Links between couples' mindfulness and sexual and relational satisfaction in new cisgender heterosexual marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy, 47*(2), 147-161. doi:10.1080/0092623X.2020.1842571
- 27- Feng, E. (2011). *The impact of spiritual well-being, gratitude, and loneliness on marital satisfaction among Korean American pastors and spouses*. California State University, Long Beach.
- 28- Girma Shifaw, Z. (2024). Marital communication as moderators of the relationship between marital conflict resolution and marital satisfaction. *The American Journal of Family Therapy, 52*(3), 249-260. doi:10.1080/01926187.2022.2089404
- 29- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage and family, 62*(3), 737-745. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00737.x
- 30- Labrie, M., Brugge, J. S., Mills, G. B., & Zervantonakis, I. K. (2022). Therapy resistance: opportunities created by adaptive responses to targeted therapies in cancer. *Nature reviews Cancer, 22*(6), 323-339. doi:10.1038/s41568-022-00454-5
- 31- Langeslag, S. J., & Surti, K. (2022). Increasing love feelings, marital satisfaction, and motivated attention to the spouse. *Journal of Psychophysiology. doi:10.1027/0269-8803/a000294*
- 32- Li, X., Curran, M. A., LeBaron-Black, A. B., Jorgensen, B., Yorgason, J., & Wilmarth, M. J. (2021). Couple-level attachment styles, finances, and marital satisfaction: Mediation analyses among young adult newlywed couples. *Journal of Family and Economic Issues, 1-18. doi:10.1007/s10834-021-09808-x*
- 33- Miller, R. (2016). Feeling-State Theory vs. Dysfunctional Positive Affect.
- 34- Muraru, A. A., & Turliuc, M. N. (2012). Family-of-origin, romantic attachment, and marital adjustment: a path analysis model. *Procedia-social and behavioral sciences, 33*, 90-94.
- 35- Nihayah, Z., Sururin, S., Choirunnisa, C., Hidayat, D. H. Z., Alim, S., & Fayruz, M. (2023). The Effect of Forgiveness and Spouse Social Support on Marital Satisfaction from the Perspective of Islamic Ethics. *Islamic Guidance and Counseling Journal, 6*(1), 99-112. doi:10.25217/igcj.v6i1.3254
- 36- O'Leary, K. D., Fincham, F., & Turkewitz, H. (1983). Assessment of positive feelings toward spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(6), 949-951. doi:10.1037/0022-006X.51.6.949
- 37- Olson, D. H. (1986). Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Family process, 25*(3), 337-351. doi:10.1111/j.1545-5300.1986.00337.x
- 38- Olsen, D. H., & Gorall, D. M. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144-167.
- 39- Olson, D. (2011). FACES IV and the circumplex model: Validation study. *Journal of marital and family therapy, 37*(1), 64-80. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x
- 40- Ouellet-Courtois, C., Gravel, C., & Gouin, J. P. (2023). A longitudinal study of "we-talk" as a predictor of marital satisfaction. *Personal Relationships, 30*(1), 314-331. doi:10.1111/pere.12463
- 41- Reimnitz, S. J., & Rauer, A. J. (2022). Mutual enjoyment in older couples' conversations and its links to marital satisfaction. *Personal Relationships, 29*(2), 332-349. doi:10.1111/pere.12420
- 42- Schaumberg, K., Reilly, E. E., Gorrell, S., Levinson, C. A., Farrell, N. R., Brown, T. A., ... & Anderson, L. M. (2021). Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications for exposure-based clinical research. *Clinical Psychology Review, 83*, 101952. doi:10.1016/j.cpr.2020.101952
- 43- Sells, J., & Patrick, S. J. (2002). Intimacy, differentiation, and marital satisfaction. Northern Illinois University.
- 44- Shepherd-Banigan, M., Wells, S. Y., Falkovic, M., Ackland, P. E., Swinkels, C., Dedert, E., ... & Glynn, S. (2022). Adapting a family-involved intervention to increase initiation and completion of evidenced-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *SSM-Mental Health, 2*, 100114. doi:10.1016/j.ssmmh.2022.100114
- 45- Soluk, J., Kammerlander, N., & De Massis, A. (2021). Exogenous shocks and the adaptive capacity of family firms: exploring behavioral changes and digital technologies in the COVID-19 pandemic. *R&D Management, 51*(4), 364-380. doi:10.1111/radm.12471

- 46- Ünal, Ö., & Akgün, S. (2022). Conflict resolution styles as predictors of marital adjustment and marital satisfaction: An actor-partner interdependence model. *Journal of Family Studies*, 28(3), 898-913. **doi:10.1080/13229400.2020.1766542**
- 47- Wang, Y., Chen, J., & Yue, Z. (2017). Positive emotion facilitates cognitive flexibility: An fMRI study. *Frontiers in psychology*, 8, 1832. **doi:10.3389/fpsyg.2017.01832**
- 48- Wu, J. R., & Yang, Y. W. (2021). Synthetic macrocycle-based nonporous adaptive crystals for molecular separation. *Angewandte Chemie International Edition*, 60(4), 1690-1701. **doi:10.1002/anie.202006999**
- 49- Yu, X., & Liu, S. (2021). Female labor force status and couple's marital satisfaction: a Chinese analysis. *Frontiers in psychology*, 12, 691460.

Couples' Satisfaction: the Predictive Role of Adaptability and Positive Feelings Towards Spouse

Samira Ghadimi¹, Robabe Ataifar^{2*}

1. Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
sa.ghadimi1993@gmail.com
2. Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran. (Corresponding Author)
ataeefarr@gmail.com

Abstract

The present study aimed to investigate the predicting role of adaptability and positive feelings toward one's spouse in the satisfaction of couples among women. This research employed a descriptive correlation method. The statistical population of the present study included female teachers in Karaj, with 171 participants selected using a multi-stage cluster sampling method. Data collection utilized the Positive Feelings Towards Spouse questionnaire by Ellery et al. (1983), the Family Adaptability Assessment Scale by Olson et al. (1985), and the Couples' Satisfaction Scale by Afrooz and Gudari (2018). The findings indicated a significant positive relationship between positive feelings towards one's spouse and adaptability with couples' satisfaction in women ($p < 0.001$). Moreover, adaptability and positive feelings towards one's spouse predicted approximately 85% of the variance in couples' satisfaction in women. Therefore, achieving satisfaction in women may be facilitated through fostering positive feelings towards one's spouse and enhancing adaptability.

Keywords: Adaptability, Positive feeling, Satisfaction of couples.



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

(CC BY 4.0)

بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و عمل، سپاسگزاری و شجاعت در زنان سرپرست خانوار شهر شیراز

سیده صفیه مؤیدی^۱، سهیلا باستانی^{۲*}، کاظم خرم‌دل^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی مثبت‌گرا، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه علیها‌س شیراز، شیراز، ایران.

Ssf.moaydi@gmail.com

۲- استادیار گروه روان‌شناسی، دکترای مشاوره، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه علیها‌س شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

soheilabastani3@gmail.com

۳- استادیار گروه روان‌شناسی، دکترای تخصصی روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی فاطمیه علیها‌س شیراز، شیراز، ایران.

khoramdel.psy@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۳/۲/۲۵]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۹/۲۵]

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و عمل، سپاسگزاری و شجاعت در زنان سرپرست خانوار شهر شیراز بود. این پژوهش تجربی از نوع نیمه آزمایشی، پیش‌آزمایش-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۳۰ نفر در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. تعداد ۱۰۰ نفر در این پژوهش انتخاب شدند و تعداد ۳۰ نفر در کارگاه شرکت کردند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) گمارده شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش داده‌ها با استفاده از پرسشنامه پذیرش و عمل، پرسشنامه سپاسگزاری GQ-6 و پرسشنامه شجاعت جمع‌آوری گردید. مداخله آموزشی برای گروه آزمایش در طی ۱۰ جلسه یک و نیم‌ساعته و هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش تاب‌آوری بر افزایش پذیرش و عمل، قدردانی GQ-6 و شجاعت زنان سرپرست خانوار مؤثر بوده است؛ بنابراین، می‌توان از آموزش مهارت تاب‌آوری به‌عنوان روشی کارآمد برای افزایش پذیرش و عمل در سرپرست خانوار استفاده کرد. همچنین شدت و طول مدت آموزش تاب‌آوری نقش مهمی در نتایج به دست آمده ایفا کرده است. نتایج نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد تأثیر مثبت و قابل توجهی بر میزان پذیرش و عمل، سطح سپاسگزاری و شجاعت در زنان سرپرست خانوار داشته است. در نتیجه، برنامه‌های آموزشی تاب‌آوری با توجه به نیازها و خصوصیات خاص زنان سرپرست خانوار و عوامل محیطی، فرهنگی و اجتماعی موجود در محل زندگی آن‌ها، می‌تواند نقش مؤثری در بهبود عملکرد و رفاه خانواده‌ها و افزایش سپاسگزاری و شجاعت آنان ایفا کند.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، رویکرد پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و عمل، سپاسگزاری، شجاعت، زنان سرپرست خانوار.

۱- مقدمه

زنان سرپرست خانوار در جامعه ایران، دارای مشکلات اقتصادی و اجتماعی فراوانی هستند که این فرآیند سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی، هیجانی، ارتباطی و فردی می‌گردد (شعبان‌زاده، زارع بهرام‌آبادی، حاتمی و زهراکار، ۱۳۹۲). شرایط غیر قابل پیش‌بینی و بر عهده گرفتن نقش‌های چندگانه در کنار عدم برخورداری از حمایت‌های اقتصادی، عاطفی و اجتماعی آنان را با حجم بالایی از استرس مواجه می‌سازد و به علت توانایی پائین در مقابله با این شرایط، خود تاب‌آوری آنان کاهش می‌یابد که خود موجب آسیب‌پذیری بیشتر نسبت به آسیب‌های روانی، جسمی و در نتیجه آسیب‌های اجتماعی بیشتری می‌گردد. خود تاب‌آوری به‌عنوان توانایی بهبودی، غلبه و سازگاری موفق با ناسازگاری‌ها و ایجاد شایستگی‌های اجتماعی، تحصیلی و حرفه‌ای با وجود وقوع رویدادهای نامطلوب تعریف شده است، به عبارتی، توانایی و ظرفیت‌های شخص برای پیش‌بینی و حل مشکلات خارجی است (Peterson & Palermo, 2004). همچنین، خود تاب‌آوری، توانایی مقاومت در هنگام مواجه شدن با مشکلات زندگی شخصی، خانوادگی، حرفه‌ای و اجتماعی است (Alhalal, 2016). افراد با ویژگی‌های خود تاب‌آوری پذیرای تجربه‌های جدید هستند و توانایی حل مسائل را دارند و به دلیل داشتن نگرش مثبت و خوش‌بینانه نسبت به شرایط مختلف با شرایط فشارزا مقابله می‌کنند و در مواجهه به شرایط مبهم و جدید، انعطاف‌پذیری و خودکارآمدی بیشتری را نشان می‌دهند (Fuchs, Lee, Roemer & Orsillo, 2013). پژوهش برکوبین و گریسارت^۱ (۲۰۱۱) نشان داد در صورتی که افراد توانایی انطباق سازگاران با شرایط تهدید کننده و تنش‌زا را نداشته باشند، از روش‌ها و راه‌های ناسازگارانه‌ای همچون مصرف مواد مخدر استفاده می‌کنند که اگرچه در کوتاه مدت تنش را کاهش می‌دهد اما در دراز مدت آثار بسیار مخربی بر جای می‌گذارد.

یکی از عوامل روانی اجتماعی که می‌تواند بهزیستی زنان سرپرست خانوار را تحت تأثیر قرار دهد، رویکرد پذیرش و تعهد است (نویدی مقدم صفاری‌نیا و علیپور، ۱۳۹۸). مفهوم رویکرد پذیرش و تعهد به حمایت از منظر ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران مینگردد (Sowden, Vowles, Beachill, Stanyer, Ashworth & Packham, 2011).

در رویکرد پذیرش و تعهد، عمدتاً، میزان حمایت‌های کسب شده توسط فرد مهم است (Richardson, 2002). وجود رویکرد پذیرش و تعهد، باعث می‌شود فرد احساس کند که دیگران دوستش دارند و به او اهمیت می‌دهند و در مواقع پریشانی و مواجهه با مشکلات، در کنار او هستند و به او یاری می‌رسانند و در آرام کردن او کمک می‌کنند. افراد دارای احساس رویکرد پذیرش و تعهد نسبت به کسانی که چنین احساسی ندارند راحت‌تر با مسائل و مشکلات کنار می‌آیند (Wicksell, Dahl, Magnusson & Olsson, 2005).

یکی از روش‌های مقابله‌ای درمانی، آموزش تاب‌آوری مبتنی بر پذیرش و عمل است (عسکری، حیدری و خالقی، ۱۴۰۰). همچنین سپاسگزاری به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی تأثیر می‌گذارد که توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. سپاسگزاری به فرد یاری می‌دهد تا این نکته را درک کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین، به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای اینکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد با تفکر و تأمل پاسخ دهد (Simons, Claar & Logan, 2008). سپاسگزاری اثرات خود را از طریق چهار مکانیسم، تنظیم توجه، آگاهی بدن، تنظیم هیجان و تغییرات در دیدگاه فرد در مورد خودش ایجاد می‌کند (Wilson & Palermo, 2012).

مشکلات اقتصادی و فقر مالی زنان سرپرست خانوار باعث می‌شود آن‌ها در خارج از خانه مشغول به کار شده و زمان کمتری را در خانه باشند که این کار باعث کاهش کیفیت زندگی این افراد می‌شود بنابراین ضروری است که برای حل مشکلات این قشر از جامعه

به آن‌ها کمک کرد تا به‌طور واقع‌بینانه‌ای با توانایی‌ها و محدودیت‌های خود بنگرند و وجود کمبودها و کاستی‌ها را به‌عنوان بخشی از زندگی بپذیرند؛ بنابراین به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به زنان سرپرست خانوار کمک کند که آنچه خارج از کنترلشان است را بپذیرند و به عملی که زندگی‌یشان را غنی و معنادار می‌سازد متعهد شوند و به شیوه‌ای عمل کنند که مطابق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشند؛ بنابراین، با توجه به اهمیت مقوله زنان سرپرست خانوار در تمامی مراحل فراختای زندگی انسان از سویی و توجه به روند رو به رشد تعداد زنان سرپرست خانوار در جامعه و نیز آسیب‌پذیر بودن آنان، هم‌چنین، پژوهش‌های اندک در این حوزه، بررسی نشانه‌های مشکلات روانی و عوامل مؤثر بر آن همچون خود‌تاب‌آوری و رویکرد پذیرش و تعهد در زنان سرپرست خانوار ضروری به نظر می‌رسد تا بر اساس آن راه‌کارهای مطلوب برای افزایش کیفیت زندگی در این گروه ارائه و اطلاعات کاربردی و مفیدی در اختیار مسئولان اداره بهزیستی، خانواده‌ها و سایر متخصصان قرار گیرد.

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر مشکلات روانی اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد. تاب‌آوری می‌تواند با افزایش مهارت‌های اجتماعی تقویت گردد (Guite, Walker, Smith & Garber, 2000). با وجود اینکه تعاریف تاب‌آوری ممکن است متنوع باشند، اکثر محققان متفق‌اند که افراد دارای تاب‌آوری در عوامل مشابهی مشترک‌اند. برخی از این عوامل مشترک عبارت‌اند از: هوش بالاتر، تازه‌جویی پایین‌تر، تعلق کمتر به هم‌سالان بزه‌کار و عدم سوء‌مصرف مواد و بزه‌کاری. محققان ویژگی‌های مشترک دیگری نیز در افراد دارای تاب‌آوری بررسی کرده‌اند که عبارت‌اند از: خودمختاری بالاتر، استقلال، همدلی، تعهد به کار، جدیت، مهارت‌های حل مسئله خوب و روابط خوب با همسالان. (جوادی و غنی‌فر، ۱۳۹۷). پر، مونتگومری و دی‌بل^۱ (۱۹۹۸) باور داشتند که تاب‌آوری، بازگشت به تعادل اولیه یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط تهدیدکننده) است و از این‌رو موجب سازگاری موفق در زندگی می‌شود. درعین حال کامپفر به این نکته اشاره می‌کند که سازگاری مثبت با زندگی، هم می‌تواند پیامد تاب‌آوری به شمار آید و هم به‌عنوان پیش‌آیند، سطح بالاتری از تاب‌آوری را موجب شود. وی این مسئله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرابندی به تاب‌آوری می‌داند (سیدمحمودی، ۱۳۹۰). با توجه به پیامدهای منفی کاهش خودتاب‌آوری و پذیرش و عمل، شناسایی شجاعت مؤثر به‌منظور بهبود آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. شجاعت مختلفی در زمینه آموزش و بهبود تعاملات و سلامت روانی افراد به‌کاررفته‌اند (Peterson & Palermo, 2004).

در رویکرد پذیرش و تعهد، عمدتاً، میزان حمایت‌های کسب‌شده توسط فرد مهم است (Talley, 2020). وجود رویکرد پذیرش و تعهد، باعث می‌شود فرد احساس کند که دیگران دوستش دارند و به او اهمیت می‌دهند و در مواقع پریشانی و مواجهه با مشکلات، در کنار او هستند و به او یاری می‌رسانند و در آرام کردن او کمک می‌کنند. افراد دارای احساس رویکرد پذیرش و تعهد نسبت به کسانی که چنین احساسی ندارند راحت‌تر با مسائل و مشکلات کنار می‌آیند (Clinch & Eccleston, 2009).

یکی از روش‌های مقابله‌ای درمانی، آموزش سپاسگزاری است (عسکری، حیدری و خالقی، ۱۴۰۰). حضور آگاهانه آگاهی است. آگاهی متفاوت از تفکر است و توسط احساسات به وجود می‌آید. هنگامی که فرد از اندیشه و احساسات خود آگاه است، این حضور آگاهانه چیزی است که فرد را از تفکر یا احساسات جدا می‌کند (Parr et al., 1998). سپاسگزاری به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی تأثیر می‌گذارد که توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. سپاسگزاری به فرد یاری می‌دهد تا این نکته را درک

کند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین، به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای اینکه به رویدادها به‌طور غیرارادی و بی‌تأمل پاسخ دهد با تفکر و تأمل پاسخ دهد. سپاسگزاری اثرات خود را از طریق چهار مکانیسم، تنظیم توجه، آگاهی بدن، تنظیم هیجان و تغییرات در دیدگاه فرد در مورد خودش ایجاد می‌کند (Lucero & Ocampo, 2019).

پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی سپاسگزاری بر خود تاب‌آوری و رویکرد پذیرش و تعهد است. آقابابایی، فراهانی و فاضلی مهرآبادی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که آموزش سپاسگزاری با کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و نگرانی و افزایش آرام‌بخشی عضلانی منجر به افزایش خود تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. رئیسی و صادقی (۱۳۸۹) نیز نشان دادند که آموزش سپاسگزاری بر کاهش نشخوار فکری و افزایش خود تاب‌آوری بیماران زن افسرده تأثیر دارد.

یافته‌های جباری فرد، صولتی، شریفی و غضنفری (۱۳۹۷) نیز نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر سپاسگزاری بر تاب‌آوری دانش‌آموزان اثرگذار است. ویکلز، اولسون و هیزا^۱ (۲۰۱۱) از طریق آموزش مستقیم سپاسگزاری بر دانش‌آموزان و معلمان و آموزش غیرمستقیم آن از طریق آموزش معلمان و تأثیر آن بر روی تاب‌آوری دانش‌آموزان نشان داد که آموزش سپاسگزاری بر خود تاب‌آوری مؤثر است.

۳- روش‌شناسی

این پژوهش، به لحاظ هدف از نوع کاربردی و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهر شیراز تشکیل شده است که به دلایل مختلف سرپرستی خانوار را برعهده گرفته‌اند. از بین ۱۰۰ نفر زنان سرپرست خانوار که در فروردین ۱۴۰۰ ساکن شهر شیراز بودند و کمترین نمره را کسب کرده بودند، ۳۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ابزارهایی که در این مقاله استفاده شده‌اند عبارتند از:

الف) پرسشنامه تاب‌آوری: این پرسشنامه را کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد.

1 Wicksell, Olsson & Hayes

2 Connor & Davidson

ب) پرسشنامه شجاعت: این پرسشنامه اقتباس از کتاب ادراک خود^۱ نوشته کریستوفر ایوانز^۲ دارای ۲۱ گویه است. اعتبار بین ۰/۷۵ و ۰/۸۵ است که نشان‌دهنده آن است که در حد مطلوبی قرار دارند (فرخی، برجعلی، طیبی طلوع، ۱۳۹۵)

ج) پرسشنامه قدردانی: مقیاس مختصر و خود گزارشی برای سنجش تمایل به تجربه قدردانی است که در سال ۲۰۰۲ توسط مک‌کولگ، ایمونز و تسانگ^۳ (۲۰۰۲) ساخته شد. دارای ۶ گویه می‌باشد. پرسشنامه‌های زیادی برای سنجش قدردانی ساخته شده‌اند. ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد (قمرانی، کجباف، عریضی و امیری، ۱۳۸۸).

این پژوهش در قالب یک طرح نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری صورت می‌گیرد.

۴- یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و عمل، سپاسگزاری و شجاعت در زنان سرپرست خانوار شهر شیراز بود.

همان‌طوری که جدول ۱ نشان می‌دهد تفاضل میانگین نمرات تاب‌آوری قبل و بعد از آموزش در گروه آزمایشی ۱۹/۵۲ نمره است. درحالی‌که همین تفاضل در گروه کنترل ۹ نمره است. برای اینکه مشاهده نماییم این تفاوت معنادار است از آزمون فرض استفاده نموده‌ایم از آنجاکه رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه خطی است و همگنی واریانس‌ها وجود دارد. از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی

شاخص‌ها گروه‌ها	تعداد نمونه		میانگین (۱)		انحراف استاندارد	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
آزمایشی	۱۵	۱۵	۴۹/۱۳۳	۶۸/۶۶	۱۴/۵۹	۱۰/۹۱
کنترل	۱۵	۱۵	۴۰/۲۰۰	۳۱/۲۰	۱۵/۰۵	۹/۹/۰۰۷

جدول ۲: آزمون تحلیل کواریانس

شاخص‌ها گروه‌ها	واریانس گروه‌ها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	توان آزمون	همگنی واریانس	میانگین تعدیل شده
پراکنش	۴۲۰۸/۹۶۸	۱	۴۲۰۸/۹۶۸	۶۰/۳۹۷	۰/۰۰۰۱			
گروه‌ها	۳۸۲/۹۰۲	۱	۳۸۲/۹۰۲	۴۶/۵۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۰/۶۲	۴۴/۶۶
پیش‌آزمون	۸۴۸۷/۵۸۹	۱	۸۴۸۷/۵۸۹	۴/۲۳۹	۰/۰۴۹			۲۰/۰۵
خطا	۲۴۳۸/۸۳۱	۲۷	۹۰/۳۲۷					

1 Understanding Yourself

2 Christopher Evans

3 McCullough, Emmons & Tsang

بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و ... سیده صفیه مؤیدی و همکاران

همان‌طوری که جدول ۲ نشان می‌دهد با توجه به فراوانی همگنی (۰/۶۲) فراوانی محاسبه شده (۴۶/۵۹۷) در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است؛ بنابراین با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با ۹۵ درصد اطمینان و با لحاظ میانگین تعدیل‌شده آموزش تاب‌آوری موجب افزایش تاب‌آوری زنان شده است.

جدول ۳: شاخصه‌های توصیفی

شاخص‌ها گروه‌ها	واریانس گروه‌ها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	توان آزمون	همگنی واریانس	میانگین تعدیل‌شده
پراکنش	۴۲۰۸/۹۶۸	۱	۴۲۰۸/۹۶۸	۶۰/۳۹۷	۰/۰۰۰۱			
گروه‌ها	۳۸۲/۹۰۲	۱	۳۸۲/۹۰۲	۴۶/۵۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۰/۶۲	۲۰/۰۵
پیش‌آزمون	۸۴۸۷/۵۸۹	۱	۸۴۸۷/۵۸۹	۴/۲۳۹	۰/۰۴۹			۴۴/۶۶
خطا	۲۴۳۸/۸۳۱	۲۷	۹۰/۳۲۷					

همان‌طوری که جدول ۳ نشان می‌دهد تفاضل میانگین نمرات سپاسگزاری قبل و بعد از آموزش در گروه آزمایشی ۱۳/۲ نمره است. درحالی‌که همین تفاضل در گروه کنترل ۱/۱۳ نمره است. برای اینکه مشاهده نماییم این تفاوت معنادار است از آزمون فرض استفاده نموده‌ایم. از آنجاکه رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه خطی است و همگنی واریانس‌ها وجود دارد. از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

جدول ۴: آزمون تحلیل کواریانس

شاخص‌ها گروه‌ها	واریانس گروه‌ها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فراوانی	سطح معناداری	توان آزمون	همگنی واریانس	میانگین تعدیل‌شده
پراکنش	۲۹۳/۱۷۶	۱	۲۹۳/۱۷۶	۶/۷۷۸	۰/۰۱۵			
گروه‌ها	۸۸۵/۵۲۳	۱	۸۸۵/۵۲۳	۲۰/۴۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹	۰/۸۸	۲۶/۶۶
پیش‌آزمون	۱۶۰۹/۶۸۲	۱	۱۶۰۹/۶۸۲	۳۷/۲۱۲	۰/۰۰۰۱			
خطا	۱۱۶۷/۹۴۴	۲۷	۴۳/۲۵۷					

همان‌طوری که جدول ۴ نشان می‌دهد با توجه به فراوانی همگنی (۰/۸۸) فراوانی محاسبه شده (۲/۴۷۱) در سطح $P < ۰/۰۵$ معنادار است؛ بنابراین با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده و با ۹۵ درصد اطمینان و با لحاظ میانگین تعدیل‌شده آزمون تاب‌آوری موجب افزایش سپاسگزاری زنان شده است.

جدول ۵: شاخص‌های توصیفی

شاخص‌ها گروه‌ها	تعداد نمونه	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایشی	پیش‌آزمون ۱۵	پیش‌آزمون ۴۶/۴۰	پیش‌آزمون ۱۳
کنترل	پیش‌آزمون ۱۵	پیش‌آزمون ۴۳/۷۳	پیش‌آزمون ۱۱/۸۹

همان‌طوری که جدول ۵ نشان می‌دهد تفاضل میانگین نمرات سلامت عمومی قبل و بعد از آموزش در گروه آزمایشی ۲۲/۲۷ نمره است درحالی‌که همین تفاضل در گروه کنترل ۲/۷۳ نمره است. برای اینکه مشاهده نماییم این تفاوت معنادار است از آزمون فرض استفاده نموده‌ایم. از آنجاکه رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه خطی است و همگنی واریانس‌ها وجود دارد از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد در زنان سرپرست خانوار شهر شیراز را به‌عنوان یک راهکار مؤثر برای افزایش میزان پذیرش و عمل، سطح سپاسگزاری و شجاعت در این زنان ارائه می‌دهد. این تحقیق به‌منظور بهبود عملکرد و رفاه خانواده‌ها و افزایش رضایتمندی آن‌ها انجام شده است.

در این تحقیق، ابتدا مفاهیم تاب‌آوری، پذیرش و تعهد، سپاسگزاری و شجاعت به‌صورت جامع بررسی شده‌اند. سپس، برنامه آموزشی تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد برای زنان سرپرست خانوار طراحی شده و اجرا شده است. نتایج بعد از اجرای برنامه نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد تأثیر مثبت و قابل‌توجهی بر میزان پذیرش و عمل، سطح سپاسگزاری و شجاعت در زنان سرپرست خانوار داشته است.

در این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و عمل، سپاسگزاری و شجاعت در زنان سرپرست خانوار شهر شیراز انجام شد. به‌طور خلاصه، نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که:

آموزش تاب‌آوری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد تأثیر مثبت و معناداری بر پذیرش و عمل زنان سرپرست خانوار داشت. این آموزش باعث افزایش توانایی زنان در مقابله با فشارها و استرس‌های روزمره و تقویت نگرش‌های مثبت و ایجاد تعهد به اهداف خود شد. این یافته به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید (۱۳۸۷)، حریری (۱۴۰۱) هماهنگ است.

آموزش تاب‌آوری نیز بهبود قابل‌توجهی در سطوح سپاسگزاری زنان سرپرست خانوار ایجاد کرد. این آموزش باعث بالا رفتن شکرگزاری و آگاهی زنان نسبت به لحظات مثبت زندگی و نعمت‌های موجود در زندگی روزمره شد.

علاوه بر آن، آموزش تاب‌آوری تأثیر بسزایی در افزایش سطح شجاعت زنان سرپرست خانوار داشت. زنان پس از آموزش قدرت بیشتری در مقابله با موقعیت‌های دشوار نشان دادند و بهترین تصمیم‌ها را در مواجهه با چالش‌ها و مسائل روزمره خانوادگی خود گرفتند. همچنین، شدت و طول مدت آموزش تاب‌آوری نقش مهمی در نتایج به‌دست‌آمده ایفا کرد. افزایش شدت و تعداد جلسات آموزش می‌تواند بهبودهای بیشتری در پذیرش و عمل، سپاسگزاری و شجاعت زنان سرپرست خانوار به همراه داشته باشد. این نتایج نشان می‌دهند که طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب و مدت‌زمان کافی برای آموزش تاب‌آوری بسیار حائز اهمیت است. بر اساس نتایج این پژوهش، اهمیت توجه به نیازها و خصوصیات خاص زنان سرپرست خانوار در طراحی برنامه‌های آموزشی تاب‌آوری آشکار می‌شود. در نظر گرفتن عوامل محیطی، فرهنگی و اجتماعی موجود در شهر شیراز و نیازهای مشخص زنان در این منطقه، باعث افزایش اثربخشی آموزش تاب‌آوری خواهد شد.

آموزش تاب‌آوری باعث پذیرش و تعهد بر میزان پذیرش و عمل در زنان سرپرست خانوار شهر شیراز می‌شود. نتیجه این فرضیه بر اساس این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری تأثیر قابل‌توجهی بر پذیرش و عمل زنان سرپرست خانوار شهر شیراز دارد. نمرات تاب‌آوری در گروه آزمایشی قبل و بعد از آموزش با اختلاف معناداری افزایش یافته است (تفاضل متوسط نمرات ۱۹/۲۵ نقطه)

در مقابل در گروه کنترل این تفاوت کمتر است (تفاضل متوسط نمرات ۹ نقطه). استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نیز نشان می‌دهد که این تفاوت معنادار است، با توجه به روابط خطی بین متغیرهای مورد بررسی و وجود همگنی در واریانس‌ها. آموزش تاب‌آوری باعث پذیرش و تعهد بر میزان سپاسگزاری در زنان سرپرست خانوار شهر شیراز می‌شود. نتیجه این فرضیه مبنی بر آموزش تاب‌آوری و تأثیر آن بر سطح سپاسگزاری زنان سرپرست خانوار شهر شیراز نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری تأثیر قابل‌توجهی بر سطح سپاسگزاری این زنان دارد. تفاوت متوسط نمرات سپاسگزاری قبل و بعد از آموزش در گروه آزمایشی با اختلاف معناداری افزایش یافته است (تفاضل متوسط نمرات ۱۳/۲ نقطه). در مقابل، این تفاوت کمتر در گروه کنترل مشاهده می‌شود (تفاضل متوسط نمرات ۱/۱۳ نقطه). استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نیز نشان می‌دهد که این تفاوت معنادار است، با توجه به رابطه خطی بین متغیرهای مورد بررسی و وجود همگنی در واریانس‌ها: آموزش تاب‌آوری باعث پذیرش و تعهد بر میزان شجاعت در زنان سرپرست خانوار شهر شیراز می‌شود. نتیجه این فرضیه بر اساس این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش تاب‌آوری تأثیر قابل‌توجهی بر سطح شجاعت زنان سرپرست خانوار شهر شیراز دارد. تفاوت متوسط نمرات شجاعت قبل و بعد از آموزش در گروه آزمایشی با اختلاف معناداری افزایش یافته است (تفاضل متوسط نمرات ۲۷/۲۷ نقطه). در مقابل، این تفاوت کمتر در گروه کنترل مشاهده می‌شود (تفاضل متوسط نمرات ۲/۷۳ نقطه). استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس نیز نشان می‌دهد که این تفاوت معنادار است، با توجه به رابطه خطی بین متغیرهای مورد بررسی و وجود همگنی در واریانس‌ها.

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده گردید، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ‌های غیرواقعی داده باشند. تعداد زیاد پرسش‌های پرسشنامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بی‌تأثیر نبوده است. نتایج پژوهش حاضر قابل‌تعمیم به کاربران و پژوهشگران شهر شیراز است. در صورت نیاز و به تعمیم به سایر پژوهشگران با احتیاط و دانش کافی این کار صورت بگیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شهرهای دیگر و با جامعه آماری گسترده‌تر اجرا گردد. کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی رایگان برای زنان سرپرست خانوار با حمایت ارگان‌های مرتبط مانند بهزیستی اجرا شود.

۶- منابع

- ۱- آقابابایی، ناصر؛ فراهانی، حجت‌الله؛ و فاضلی مهرآبادی، علیرضا (۱۳۸۹). سنجش قدردانی در دانشجویان و طلاب؛ بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه قدردانی. مطالعات اسلام و روانشناسی، ۴(۶)، ۷۵-۸۸.
- ۲- جباری‌فرد، فریبرز؛ صولتی، کمال؛ شریفی، طیبه؛ و غضنفری، احمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. بالینی پرستاری و مامایی، ۷(۴)، ۲۹۶-۳۰۶.
- ۳- جوادی، سید وحید؛ و غنی‌فر، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعلق به مدرسه در دانش‌آموزان پسر متوسطه. چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، مشاوره علوم تربیتی.
- ۴- حریری، پرستو (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه تلفیقی آموزش مستقیم و آگاهی واج‌شناسی بر مهارت‌های روان‌خوانی. مجله روان‌شناسی، ۶(۲۳)، ۵۱-۸۱.
- ۵- رحیمیان بوگر، اسحاق؛ و اصغرنژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷). رابطه سرسختی روان‌شناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۴(۱)، ۶۲-۷۰.

- ۶- رئیسی، لیلا؛ و صادقی، نرگس (۱۳۸۹). تأثیر انحراف فکر با کشیدن نقاشی بر اضطراب کودکان قبل از عمل جراحی: یک کارآزمایی بالینی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (نامه دانشگاه)*، ۲۹(۱۷۵)، ۸۶-۹۷.
- ۷- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام؛ و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۳(۳)، ۲۹۰-۲۹۵.
- ۸- شعبان‌زاده، افسانه؛ زارع بهرام‌آبادی، مهدی؛ حاتمی، حمیدرضا؛ و زهراکار، کیانوش (۱۳۹۲). بررسی رابطه میان سبک‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران. *زن و جامعه (جامعه‌شناسی زنان سابق)*، ۴(۱۶)، ۱-۲۱.
- ۹- عسکری، پرویز؛ حیدری، علیرضا؛ خالقی، فاطمه (۱۴۰۰). آموزش ذهن‌آگاهی بر نگرش ناکارآمد و احساس اضطراب در زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*، ۶(۹)، ۸۵-۹۸. **doi:20.1001.1.23455098.1400.9.60.7.7**
- ۱۰- فرخی، نورعلی؛ برجعلی، احمد؛ و طیبی طلوع، سمیه (۱۳۹۵). ساخت و هنجاریابی پرسشنامه شجاعت در بین دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران. *وزارت علوم تحقیقات و فن‌آوری، دانشگاه علامه طباطبایی*.
- ۱۱- قمرانی، امیر؛ کجباف، محمدباقر؛ عریضی، حمیدرضا؛ و امیری، شعله (۱۳۸۸). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه قدردانی در دانش آموزان دبیرستانی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۳(۱)، ۷۷-۸۶. **doi:20.1001.1.20080166.1388.3.1.7.3**
- ۱۲- نویدی مقدم، مسعود؛ صفارنیا، مجید؛ و علیپور، احمد (۱۳۹۸). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم بهبودی ناتوانی جسمانی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، *نشریه سلامت اجتماعی*، ۶(۴)، ۴۶۲-۴۷۲.
- 13- Alhalal, E. (2016). *Examining the impacts of wife abuse and child abuse on Saudi women's mental and physical health* (Doctoral dissertation, The University of Western Ontario (Canada)).
- 14- Berquin, A., & Grisart, J. (2011). To prescribe or not to prescribe...(in chronic pain... and elsewhere...)? *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 54(8), 465-477. **doi:10.1016/j.rehab.2011.09.008**
- 15- Clinch, J., & Eccleston, C. (2009). Chronic musculoskeletal pain in children: assessment and management. *Rheumatology*, 48(5), 466-474. **doi:10.1093/rheumatology/kep001**
- 16- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. **doi:10.1002/da.10113**
- 17- Fuchs, C., Lee, J. K., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2013). Using mindfulness-and acceptance-based treatments with clients from nondominant cultural and/or marginalized backgrounds: Clinical considerations, meta-analysis findings, and introduction to the special series: Clinical considerations in using acceptance-and mindfulness-based treatments with diverse populations. *Cognitive and behavioral practice*, 20(1), 1-12. **doi:10.1016/j.cbpra.2011.12.004**
- 18- Guite, J. W., Walker, L. S., Smith, C. A., & Garber, J. (2000). Children's perceptions of peers with somatic symptoms: the impact of gender, stress, and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(3), 125-135. **doi:10.1093/jpepsy/25.3.125**
- 19- Lucero, L. C., & Ocampo Jr, J. M. (2019). Emotional intelligence and leadership trait among master teachers. *Mimbar pendidikan*, 4(1), 55-72. **doi:10.2121/mp.v4i1.1119**
- 20- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. A. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of personality and social psychology*, 82(1), 112.
- 21- Parr, G. D., Montgomery, M., & DeBell, C. (1998). Flow theory as a model for enhancing student resilience. *Professional School Counseling*, 1(5), 26-31.
- 22- Peterson, C. C., & Palermo, T. M. (2004). Parental reinforcement of recurrent pain: The moderating impact of child depression and anxiety on functional disability. *Journal of pediatric psychology*, 29(5), 331-341. **doi:10.1093/jpepsy/jsh037**

- 23- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321. **doi:10.1002/jclp.10020**
- 24- Simons, L. E., Claar, R. L., & Logan, D. L. (2008). Chronic pain in adolescence: parental responses, adolescent coping, and their impact on adolescent's pain behaviors. *Journal of pediatric psychology*, 33(8), 894-904. **doi:10.1093/jpepsy/jsn029**
- 25- Sowden, G., Vowles, K., Beachill, D., Stanyer, N., Ashworth, J., & Packham, J. (2011). F658 Preliminary Outcomes From an Abbreviated Interdisciplinary Programme of Acceptance and Commitment Therapy for Patients with Chronic Pain. *European Journal of Pain Supplements*, 5(S1), 186-186. **doi:10.1016/S1754-3207(11)70638-1**
- 26- Talley, S. E. (2020). *Emotional Regulation and Treatment Progress of Male Child and Adolescent Therapeutic Campers*. Liberty University.
- 27- Wicksell, R. K., Dahl, J., Magnusson, B., & Olsson, G. L. (2005). Using acceptance and commitment therapy in the rehabilitation of an adolescent female with chronic pain: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 415-423. **doi:10.1016/S1077-7229(05)80069-0**
- 28- Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2011). Mediators of change in acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain. *Pain*, 152(12), 2792-2801. **doi:10.1016/j.pain.2011.09.003**
- 29- Wilson, A. C., & Palermo, T. M. (2012). Physical activity and function in adolescents with chronic pain: a controlled study using actigraphy. *The Journal of Pain*, 13(2), 121-130. **doi:10.1016/j.jpain.2011.08.008**

Efficacy of Resilience Training Based on Acceptance and Commitment Approach on Acceptance, Gratitude, and Courage among Female Heads of Household in Shiraz

Seyedeh Safieh Moayedi¹, Soheila Bastani^{2*}, Kazem Khoramdel³

1- Master's Student in Positive Psychology, Fatemiyeh Higher Education Institute, Shiraz, Iran.

Ssf.moaydi@gmail.com

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ph.D. in Counseling, Fatemiyeh Higher Education Institute, Shiraz, Iran. (Corresponding Author)

soheilabastani3@gmail.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ph.D. in Psychology, Fatemiyeh Higher Education Institute, Shiraz, Iran.

khoramdel.psy@gmail.com

Abstract

This study aimed to investigate the effectiveness of resilience training based on the acceptance and commitment approach on the levels of acceptance, gratitude, and courage among female heads of households in Shiraz. This experimental research employed a semi-experimental pre-test and post-test design with a control group. A total of 100 participants were selected, with 30 participants attending the workshops and divided into two experimental groups (15 participants each). Data collection instruments included the Acceptance and Action Questionnaire, Gratitude Questionnaire (GQ-6), and Courage Questionnaire. The intervention consisted of 10 sessions, each lasting 1.5 hours, conducted weekly for the experimental group. The results of the analysis of covariance showed that resilience training significantly enhanced acceptance, gratitude (GQ-6), and courage among female heads of household. Therefore, resilience training based on the acceptance and commitment approach can be considered an effective method to enhance acceptance, gratitude, and courage among heads of household. Moreover, the intensity and duration of resilience training played a significant role in the outcomes. The results indicate that resilience training based on the acceptance and commitment approach had a positive and significant effect on acceptance, gratitude levels, and courage among female heads of household. Consequently, resilience training programs tailored to the specific needs and characteristics of female heads of household, considering environmental, cultural, and social factors in their living environment, can play an effective role in improving family functioning and well-being, as well as enhancing their gratitude and courage.

Keywords: Resilience, Acceptance and Commitment Approach, Acceptance, Gratitude, Courage, Female Heads of Household.



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

(CC BY 4.0)

اثربخشی آموزش شادکامی بر عاطفه مثبت و امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

قدرت باقری^{۱*}، مژگان باقری^۲

۱- دکتری روانشناسی تربیتی، مدرس دانشگاه فرهنگیان، یاسوج، ایران. (نویسنده مسئول)

2108bagheri@gmail.com

۲- دانشجوی کارشناسی علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

gh.bagheri95@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۱/۲]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۸/۱۲]

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی آموزش شادکامی بر عاطفه مثبت و امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام شد. جامعه و نمونه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان کهگیلویه در سه ماهه اول سال ۱۴۰۰ است که از بین جامعه آماری به صورت تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر قرار گرفتند. بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی واتسون و پرسشنامه امید به زندگی هرث اجرا شد و گروه آزمایش تحت دوره آموزشی شادکامی به صورت گروهی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. سپس هر دو گروه مجدداً پرسشنامه‌های تحقیق را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی و مانکوای یک راهه توسط نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از ارتباط مثبت معنادار آموزش شادکامی بر عاطفه مثبت و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان ($P < 0/05$) بود که با استفاده از تحلیل کواریانس یک راهه معنی‌دار بود. بنابراین آموزش شادکامی فرایندی فعال و جهت‌دار و درمانی مناسب برای اختلال روانی در مراکز مراقبت اولیه است. این درمان عملکرد بیمار را بهبود می‌بخشد مهارت‌هایش را افزایش داده و به بیمار کمک می‌کند تا با مسائل و مشکلاتش مقابله کند.

واژگان کلیدی: دوره آموزشی شادکامی، عاطفه مثبت، امید به زندگی، افسردگی.

۱- مقدمه

بهبودی روانی^۱ به عنوان یکی از موضوعات مهم در عصر حاضر کانون توجه بسیاری از جوامع جهانی است. هدف از بهزیستی روانی، ایجاد سلامت روان از طریق پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل مؤثر در بروز بیماری‌های روانی و ایجاد محیط سالم برای برقراری روابط صحیح انسانی است (Brown, Cash & Mikulka, 1990). سازمان بهداشت جهانی بهزیستی را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط بیماری تعریف نمود (Bendixen & Kennair, 2017). ابعاد بهزیستی نه تنها در بهبود سلامت روانی مؤثر است، بلکه زمینه مساعدی برای شکوفایی استعدادهای نهفته فراهم می‌آورد (کاظمی‌پور، ۱۳۸۴). بهزیستی روان‌شناختی بر عدم وجود بعضی از بیماری‌ها و اختلالات روانی اطلاق می‌شود. این اختلالات روانی اغلب شامل: آلزایمر^۲، اضطراب^۳، اختلال دوقطبی^۴، افسردگی^۵، شیدایی^۶، اختلالات خلقی^۷، حملات وحشت‌زدگی^۸، هراس^۹، اسکیزوفرنی^{۱۰} و مشغولیت ذهنی^{۱۱} درباره تناسب اندام می‌باشند (Horne, Van Vactor & Emerson, 1991). ولی امروزه بهزیستی روان‌شناختی تنها به معنی عدم وجود بیماری‌های روانی نیست و به قابلیت‌ها و توانمندی‌ها در افراد وابسته است که می‌توان به‌طور خلاصه به توانایی برای لذت بردن از زندگی، سازگاری با استرس، عزت نفس، سلامت جنسی نیز اشاره نمود (Brown et al, 1991). افسردگی پس از زایمان سندرمی بالینی است که شدیدتر از اندوه بعد از زایمان است و تأثیر بیشتری بر خانواده دارد (Su & Gao, 2014). این سندرم ترکیبی از ناخوشی‌های جسمی، روحی و تغییرات رفتاری است که بعضی از زنان پس از تولد فرزند، آن را تجربه می‌کند. تقریباً از هر ۴ میلیون تولدی که سالانه رخ می‌دهد، ۴۰٪ موارد اشکال مختلفی از اختلالات خلقی بعد از زایمان را تجزیه می‌کنند (Gale & Harlow, 2003). افسردگی پس از زایمان اختلال شایعی است که ۱۰ تا ۱۵ درصد مادرها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، همچنین یافته‌های اخیر شیوع ۱۰ درصدی این شرایط را برای پدرها گزارش می‌کند (Ramchandani, Stein, Evans & O'Connor, 2005). فرا تحلیل انجام شده در ایران با جمع‌بندی شواهد حاصل از ۴۱ مطالعه شیوع اختلال افسردگی پس از زایمان را در کشور ۲۵ درصد برآورده کرده است. این میزان در بارداری‌های ناخواسته تا حدود ۰/۴۳ و در مادران با سابقه افسردگی تا ۰/۴۵ را افزایش نشان می‌دهد (حسین ثابت، ۱۳۸۷). پیشگیری از بروز این شرایط به دلیل پیامدهای ناگوار آن بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی والدین به‌خصوص شرایط نوزاد اهمیت قابل توجهی برخوردار است (Wang & Holcombe, 2010). شادکامی و نشاط یکی از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر هستند که تأثیر عمده‌ای در شکل‌گیری شخصیت و سلامت روان دارد، شادکامی یکی از متغیرهایی است که در سال‌های اخیر در حوزه روانشناسی سلامت مورد توجه قرار گرفته است (آیزنک، ۱۳۷۰). شادکامی سرچشمه اعتماد خوش‌بینانه فرد به توانایی‌اش و یکی از شرایط اعتلای مناسب واقعی او با محیط پیرامونش است، از مهم‌ترین قوانین تعلیم و تربیت است که راه کودکی به بزرگسالان، باید راهی سرشار از شور و شادی باشد (Gilbert, 2006). شادکامی چند جزء اساسی را در پی می‌گیرد، جزء هیجانی^{۱۲} که فرد شادکام از نظر خلقی، روحیه با نشاطی دارد (Horne et al., 1991). جزء اجتماعی که فرد شادکام از روابط اجتماعی خویش با دیگران برخوردار است و می‌تواند از آن، حمایت اجتماعی دریافت کند (Ryff & Singer, 1998)؛ و سرانجام جزء شناختی که باعث می‌شود فرد شادکام اطلاعات را به روش خاصی پردازش کرده و مورد تعبیر و تفسیر قرار

1. Mental welle benign
2. Alzheimer
3. Anxiety
4. Bipolar disorder
5. Depression
6. Mania
7. Mood disorder
8. Panic attack
9. phobia
10. Schizophrenia
11. Menta- preoccupation

دهد که در نهایت باعث شادی و خوش‌بینی در وی می‌گردد (Hunter, 2011). از این رو شادکامی ارزش‌های فرد از خود زندگی‌شان می‌تواند جنبه‌های شناختی مثل قضاوت در مورد خشنودی از زندگی و یا جنبه‌های هیجانی از جمله خلقی یا عواطف در واکنش به رویدادهای زندگی را در بر می‌گیرد. (Varela, Zimmerman, Ryan, Stoddard & Heinze, 2021).

در زمینه پیامدهای شادکامی، شماری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که می‌توان احساس شادکامی برای درمان بیماری‌های روانی، افزایش مقاومت روانی و تقویت نیروی دفاعی در مقابل استرس استفاده کرد (هریس، ۱۳۹۱). عواطف فیزیکی از رفتارهای انسان است که نقش مهمی در زندگی انسان‌ها دارد. بدون عواطف زندگی بشر تقریباً خسته‌کننده و بی‌معنی می‌شود (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli et al., 2003). انسان از طریق همین عواطف است که دنیا را پرمعنی و سرشار از احساسات در می‌یابد. عواطف بخشی از نظام پویایی شخصیت آدمی است. ویژگی‌ها و تغییرات عواطف با چگونگی برقراری ارتباط عاطفی و درک تغییر عواطف دیگران نقش مهمی در رشد سازمان شخصیت افراد دارند (Duffley & Larrivéé, 2015).

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

گیلبرت (۲۰۰۶) دریافت که دو عامل عاطفه مثبت و منفی ارتباط متفاوتی با افسردگی و اضطراب دارند، از آنجا که هم در اضطراب و هم در افسردگی حالت‌های عاطفی منفی دیده می‌شود، ابزارهای سنجش مربوط به هر دو سازه به یک اندازه و دارای عاطفی منفی است. بنابراین عاطفه منفی رابطه مثبت با اضطراب و افسردگی دارد. از سوی دیگر اضطراب و افسردگی رابط متفاوتی با عاطفه مثبت دارند ابزارهای سنجش عاطفه مثبت با خلق افسرده علائم مرتبط با آن همبستگی منفی بالایی دارد، اما با خلق مضطرب و علائم مرتبط با آن بستگی ندارد.

از مؤلفه‌های دیگر مرتبط با پژوهش حاضر، امید به زندگی است. امید به زندگی بر مبنای جدول عمر نشان‌دهنده شاخص وضعیت مرگ و میر جمعیت معین در مقطع زمانی معین است، نه شاخص عمر متوسط نسل واقعی (Davidson et al., 2003). مکسول^۱ (۲۰۱۶) در پژوهش به بررسی تأثیر مداخله درمانی بر نظریه امید اسنادی، بر کاهش میزان ناامیدی بیماران به افسردگی پرداخت، او در پژوهش خود پس از ۱۰ جلسه گروهی یک ساعته پی برد که میزان امید به گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار و میزان ناکارآمدی آن کاهش معناداری داشته است. در پژوهش زیدان، جانسون، دایموند، دیوید و گولکاسین^۲ (۲۰۱۰) معلوم شد که زنان با امید بالا تمایل بیشتری برای مشارکت در فعالیت‌های پیشگیری از افسردگی نشان داده‌اند. اکرامی، قمری، جعفری و آفاپور (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مشارکتی شادکامی به شیوه گروهی و بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی زنان خانه‌دار نشان دادند که بین گروه آزمایش و کنترل بعد از اعمال متغیر مستقل آموزش به شیوه گروهی از نظر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بیجاری، قنبری هاشم‌آبادی و آقامحمدیان شعراف (۱۳۸۷) در پژوهش‌هایی به منظور بررسی اثربخشی آموزش شادکامی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان پرداختند و نتایج حاکی از این است که آموزش شادکامی به طور معناداری موجب افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی می‌شود. با وجود مطالعات فوق‌الذکر که بر نقش شادکامی بر امید به زندگی با عاطفه مثبت در مطالعات مذکور به طور خاص به زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مؤلفه‌های فوق را در بر می‌گیرد اشاره نشده است. لذا پژوهش حاضر قصد دارد تا اثربخشی شادکامی بر عاطفه مثبت و امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان را بررسی نماید.

1. Maxwell

2. Zeidan, Johnson, Diamond, David, & Goolkasian

۳- روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری: جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان کهگیلویه بودند. به صورت تصادفی از میان $n=71$ سی نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش تحت دوره آموزشی شادکامی به صورت گروهی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای قرار گرفت.

الف) پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی^۱ واتسون، کلارک و نگلن که یک ابزار سنجش ۲۰ آیتمی است که برای سنجش دو بعد خلقی یعنی عاطفه منفی و عاطفه مثبت طراحی شده است. هر خرده مقیاس دارای ۱۰ آیتم است و از لحاظ شاخص‌های روان‌سنجی از ویژگی‌های مطلوب برخوردار است. جهت بررسی پایایی این ابزار، وانگ و هولکوم (۲۰۱۰) ضریب آلفای ۰/۹۰ را گزارش کردند پایایی این مقیاس توسط اکرامی و همکاران (۱۳۹۲) بر روی ۱۰۰ نفر از دانشجویان محاسبه گردید. در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای مؤلفه عاطفه مثبت ۰/۷۱ و برای مؤلفه عاطفه منفی ۰/۶۷ و پایایی کل آن ۰/۷۸ گزارش شد. ضرایب سازگاری درونی (ضریب آلفا) برای عاطفه مثبت ۰/۸۷ و عاطفه منفی ۰/۸۷ بوده است. پایانی آزمون مجدد با فاصله ۸ هفته‌ای برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ است (اکرامی و همکاران، ۱۳۹۲).

ب) پرسشنامه امید به زندگی^۲ هرث که دارای ۱۲ سؤال و به صورت لیکرت سه حالتی (مخالفم، مطمئن نیستم و موافقم) دسته‌بندی شد. سو و گا^۳ (۲۰۱۴) روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ ذکر کرده است. اعتبار این مقیاس، در نسخه ایرانی با روش همسانی درونی بررسی شد و آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (سرایی، ۱۳۹۰). پس از غربالگری اولیه و انتخاب نمونه ۳۰ نفر به صورت گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون از هر گروه گرفته شد، سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل یعنی آموزش شادکامی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای برگزار شد، در هر مرحله ابتدا یک تکنیک مطرح شده، سپس با اعضای گروه بحث و تبادل نظر شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده در این پژوهش از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شده است که بیان درصد و فراوانی میانگین و انحراف معیار پرداخته شد؛ و برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دلیل حجم نمونه و کمی بودن داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده و تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

۴- یافته‌ها

از ۳۰ نفر شرکت‌کننده نمونه، ۱۲ نفر بین ۲۵-۲۰ سال، ۵ نفر بین ۳۰-۲۶، ۵ نفر بین ۳۵-۳۱، ۴ نفر بین ۴۵-۴۱ سال سن داشتند. از تعداد ۳۰ نفر ۱۵ نفر خانه‌دار و ۱۳ نفر کارمند و ۳ نفر دانشجو بودند. همچنین ۸ نفر تحصیلات زیر دیپلم، ۱۸ نفر کارشناس و ۴ نفر از زنان تحصیلات کارشناسی ارشد و دکترا داشتند؛ و جدول شماره یک میانگین و انحراف معیار نمره‌های عاطفه مثبت، امید به زندگی و افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های عاطفه مثبت، امید به زندگی و افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش و پس‌آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		شاخص‌های آماری	متغیرها
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
۳۴/۰۶	۳۵/۳۳	۴۳/۰۶	۳۷۲۰	میانگین	عاطفه مثبت
۱۰/۶۵	۶/۷۰	۴/۴۹	۷/۶۴	انحراف معیار	
۲۸/۷۳	۲۹/۳۳	۳۰/۸۶	۳۰/۵۳	میانگین	امید به زندگی
۸/۲۶	۴/۵۶	۳/۸۱	۴/۹۴	انحراف معیار	
۱۰/۲۶	۱۱/۰۶	۱/۲۶	۱۱/۴۰	میانگین	افسردگی
۴/۳۱	۵/۴۸	۱/۰۹	۳/۳۱	انحراف معیار	

نتایج حاصل از بررسی فرضیه اثربخشی آموزش شادکامی بر عاطفه مثبت و امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده، مفروض‌های تحلیل کوواریانس که شامل همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون و جعبه باکس مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۲. نتایج آزمون همگنی واریانس لوین بین متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	f	سطح معنی‌داری
گروه	عاطفه مثبت	۱	۲۸	۲/۶۵۳	/۱۱۵
	امید به زندگی	۱	۲۸	۱/۲۶۰	/۲۷۱
	افسردگی	۱	۲۸	۴/۲۰۸	/۰۵۱

آزمون لوین در متغیر عاطفه مثبت ($p=271, f=1/260$) امید به زندگی ($p=665, f=1/192$) افسردگی ($p=051, f=4/208$) معنی‌دار نمی‌باشند. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل از متغیرهای عاطفه مثبت، امید به زندگی و افسردگی به‌طور معناداری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۳. نتایج همگنی شیب رگرسیون

متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	اندازه اثر	sig
عاطفه مثبت	۲۳/۳۱۸	۲	۱۱/۶۵۹	/۱۷۰	/۰۱۵	/۸۳۵
امید به زندگی	۲۱/۴۲۲	۲	۱۰/۷۱۱	/۲۶۵	/۰۳۳	/۷۷۰

افسردگی	۱۵/۵۴۷	۲	۷/۷۷۳	۱/۲۰۳	۰/۹۹	۰/۳۱۹
---------	--------	---	-------	-------	------	-------

با توجه به داده‌های جدول شیب رگرسیون در مورد متغیرها در سطح ($p < 0/05$) معنی دار نیست بنابراین شرط همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود.

جدول ۴. داده‌های جدول باکس

M باکس	مقدار	F	DF	DF ₂	sig
M باکس	۱۴/۷۳۳	۱/۲۰۰	۱۰	۳۷۴۸/۲۰۷	۰/۱۷۳

با توجه به داده‌های جدول جعبه باکس در مورد متغیرها ($p = 873$, $f = 1/200$) در سطح ($p < 0/05$) معنی دار نیست؛ بنابراین فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید می‌شود.

اما نتایج حاصل از بررسی فرضیه در جدول ۵ و ۶ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح ($p < 0/0001$) تفاوت معنی داری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تأیید می‌گردد بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (امید به زندگی و افسردگی) بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثربخشی شادکامی بر عاطفه مثبت و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در پس‌آزمون ۹۴۰/ است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری به روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	f	فرضیه df	خط df	اندازه اثر	sig
اثر پیلائی	۹۴۰	۸۱/۵۹۱	۴	۳۱	۹۴۰	۰/۰۰۰
اثر لامبدای ویکلز	۶۰	۸۱/۵۹۱	۴	۲۱	۹۴۰	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱۵/۵۴۱	۸۱/۵۹۱	۴	۲۱	۹۴۰	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۵/۵۴۱	۸۱/۵۹۱	۴	۲۱	۹۴۰	۰/۰۰۰

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های پس از آزمون عاطفه مثبت، امید به زندگی و افسردگی گروه‌های آزمایش کنترل

متغیرهای وابسته	میانگین مجذورات	df	میانگین مجذورات	f	اندازه اثر	sig
عاطفه مثبت	۴۲۵/۴۶۹	۱	۴۲۵/۴۶۹	۶/۴۹	۰/۲۳۱	۰/۰۱۸

امید به زندگی	۱۸/۰۷۹	۱	۱۸/۰۷۹	۰/۱۹	۰/۵۰۶
افسردگی	۶۰۷/۹۳۸	۱	۶۰۷/۹۳۸	۱۰۸/۴۰۹	۰/۰۰۰

با توجه به داده‌های جدول تحلیل کوواریانس یک‌راهه در عاطفه مثبت و افسردگی معنی‌دار است ($P < 0/05$)؛ بنابراین فرضیه مبنی بر اثربخشی آموزش شادکامی بر عاطفه مثبت و امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد، تأیید می‌شود.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از تحلیل کوواریانس یک‌راهه در عاطفه مثبت و امید به زندگی معنی‌دار است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش شادکامی بر عاطفه مثبت و امید به زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد. نتایج پژوهش با یافته‌های زیدان و همکاران (۲۰۱۰)، هورن و همکاران (۱۹۹۱)، مکسول (۲۰۱۶) و اکرامی و همکاران (۱۳۹۲)، حسین ثابت (۱۳۸۷) و مطابقت دارد. در تبیین نتیجه به دست آمده باید گفت که آموزش شادکامی فرایندی فعال و جهت‌دار و درمانی مناسب برای اختلال روانی در مراکز مراقبت اولیه است. این درمان عملکرد بیمار را بهبود می‌بخشد مهارت‌هایش را افزایش داده و به بیمار کمک می‌کند تا با مسائل و مشکلاتش مقابله کند، تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش‌های مثبت نگر یکی از روش‌های درمانی مؤثر برای افسردگی بعد از وضع حمل هستند. مداخلات بی‌شماری در جهت کاهش افسردگی انجام شده است، اما اخیراً روانشناسان مثبت نگر با یک رویکرد کل‌نگری معتقدند که به جای تأکید صرف بر آسیب‌شناسی باید به دنبال گستره تجارب انسان از کمبود رنج بیماری تا شکوفایی بهترین شادمانی باشیم. شادکامی و سلامت ذهن دربرگیرنده احساسات مثبت مانند لذت، آرامش و تجربه احساس نشاط و رضایت است و در نهایت احساسی که شخص به کمک آن زندگی خود را معنادار و باارزش می‌داند. روش‌های به‌کاررفته در آموزش شادکامی شامل کاهش سطح انتظارات از بین بردن نگرانی‌ها، تقویت تفکرات خوش‌بینانه و مثبت، حضور در زمان حال، اولویت قرار دادن شادمانی و از بین بردن مشکلات و احساسات منفی و تقویت حضور اجتماعی فرد است، زمانی که افراد از آن‌ها استفاده می‌کند عاطفه مثبت آن‌ها افزایش می‌یابد. از سویی دیگر با افزایش عاطفه مثبت و احساس شادمانی فرد امید بیشتری به زندگی پیدا کرده و به مقابله با افسردگی می‌پردازد.

لازم به ذکر است پژوهش انجام‌شده با محدودیت‌هایی مواجه بود، از جمله آن می‌توان به محدودیت زمانی بر اجرای پژوهش در مدت کوتاه پس از زایمان وجود داشت. از آنجاکه ابزار سنجش متغیرها از نوع ابزارهای خود گزارش دهی است. تکمیل پرسشنامه‌ها تا حدی زیادی تحت تأثیر علائق افراد به معرفی خود یا خودنمایی و استراتژی‌های مدیریت برداشت قرار می‌گیرد. با توجه به یافته‌هایی پژوهش چند پیشنهاد پژوهش و کاربردی مطرح شود. این پژوهش با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع و با پی‌گیری‌های بلندمدت تکرار شود. مطالعاتی برای بررسی عوامل متغیرهای واسطه‌ای در تأثیر آموزش شادکامی برای افسردگی پس از زایمان انجام شود. برای اطمینان از صحت نتایج در کنار ابزارهای خود گزارش دهی، از روش‌های دیگری مانند مشاهده، مصاحبه با خانواده‌های آن‌ها استفاده شود. با توجه به نتایج این مطالعه و شیوع بالای افسردگی و این‌که آموزش شادکامی در بهبود امید به زندگی و عاطفه مثبت به میزان زیادی نقش دارند، لذا پیشنهاد می‌شود این روش ساده و قابل‌اجرا توسط ماما در مراکز بهداشت درمانی، جزو برنامه‌های مراقبتی زنان گنجانده شود تا به این وسیله گامی در جهت کاهش علائم افسردگی و افزایش سلامت روان برداشته شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، کاربرد و استفاده از برنامه آموزشی شادکامی، محور مراکز بهزیستی و سلامت روان قرار گیرد تا بتوان عواطف مثبت در زنان ایجاد کرد؛

و از بروز افسردگی در آنها پیشگیری کرد، اطمینان به توانایی های فردی را افزایش داد که استرس های روزانه را به صورت سازگارانه مدیریت کنند.

۶- منابع

- ۱- اکرامی، رعنا؛ قمری، محمد؛ جعفری، اصغر؛ و آقاپور، مهدی (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش شادکامی به شیوه گروهی روان شناختی و عواطف زنان خانه دار. زن مطالعات خانواده، ۶(۲۲)، ۲۱-۳۵.
- ۲- آیزنک، مایکل (۱۳۷۰). روانشناسی شادی. ترجمه مهرداد فیروزبخت و خشایار بیگی. تهران: انتشارات بدر.
- ۳- بیجاری، هانیه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ و آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۰(۱)، ۱۷۲-۱۸۴.
- ۴- حسین ثابت، فریده (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش صبر بر اضطراب، افسردگی و شادکامی. دو فصلنامه مطالعات اسلام و روانشناسی، ۲(۱)، ۹۲-۷۹.
- ۵- سرایی، حسن (۱۳۹۰). روش های مقدماتی تحلیل جمعیت. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- ۶- کاظمی پور، شهلا (۱۳۸۴). مبانی جمعیت شناختی. تهران: آوا.
- ۷- هریس، پل (۱۳۹۱). رشد عاطفی در کودکان. ترجمه یمینی و محمد داودی سبزواری. تهران: انتشارات دانشگاه تربیت معلم.
- 8- Anna Campbell. (2021). Effect of Exercise Intervention On Body image. A meta-analysis.. *Psychology and Health*, 14; 780.
- 9- Bendixen, M., & Kennair, L. E. O. (2017). Advances in the understanding of same-sex and opposite-sex sexual harassment. *Evolution and Human Behavior*, 38(5), 583-591. doi:10.1016/j.evolhumbehav.2017.01.001
- 10- Biddle, s. Mutrie.N. (2018). *Psychologie of physical and exercise londen*: springer/tavistok/Routledg
- 11- Brown, T. A., Cash, T. F., & Mikulka, P. J. (1990). Attitudinal body-image assessment: Factor analysis of the Body-Self Relations Questionnaire. *Journal of personality assessment*, 55(1-2), 135-144. doi:10.1080/00223891.1990.9674053
- 12- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570. doi:10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- 13- Duffley, P. J., & Larrivé, P. (2015). A fresh look at the compatibility between any and veridical contexts: The quality of indefiniteness is not strained. *Lingua*, 158, 35-53. doi:10.1016/j.lingua.2015.01.004
- 14- Gale, S., & Harlow, B. L. (2003). Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(4), 257-266. doi:10.3109/01674820309074690
- 15- Gilbert, R. M. (2006). *The eight concepts of Bowen theory: A new way of thinking about the individual and the group*. Falls Church, VA: Leading Systems Press.
- 16- Horne, R. L., Van Vactor, J. C., & Emerson, S. (1991). Disturbed body image in patients with eating disorders. *The American journal of psychiatry*, 148(2), 211-215.
- 17- Hunter, D. C. (2011). *The evolution of approaches to depression: From paradigm shifts to social contexts*. The Chicago School of Professional Psychology.
- 18- Maxwell, L. E. (2016). School building condition, social climate, student attendance and academic achievement: A mediation model. *Journal of Environmental Psychology*, 46, 206-216. doi:10.1016/j.jenvp.2016.04.009
- 19- Miquelon, P., & Vallerand, R. J. (2006). Goal motives, well-being, and physical health: Happiness and self-realization as psychological resources under challenge. *Motivation and emotion*, 30, 259-272. doi:10.1007/s11031-006-9043-8
- 20- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J., & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365(9478), 2201-2205. doi:10.1016/S0140-6736(05)66778-5
- 21- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28. doi:10.1207/s15327965pli0901_1

- 22- Su, L., & Gao, L. (2014). Strategy compatibility: The time versus money effect on product evaluation strategies. *Journal of Consumer Psychology*, 24(4), 549-556. doi:10.1016/j.jcps.2014.04.006
- 23- Varela, J. J., Zimmerman, M. A., Ryan, A. M., Stoddard, S. A., & Heinze, J. E. (2021). School attachment and violent attitudes preventing future violent behavior among youth. *Journal of interpersonal violence*, 36(9-10), NP5407-NP5426. doi:10.1177/0886260518800314
- 24- Wang, M. T., & Holcombe, R. (2010). Adolescents' perceptions of school environment, engagement, and academic achievement in middle school. *American educational research journal*, 47(3), 633-662. doi:10.3102/0002831209361209
- 25- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*, 19(2), 597-605. doi:10.1016/j.concog.2010.03.014

The Effectiveness of Happiness Training on, Positive Affect and Life Expectancy in Women with Postpartum Depression

Qodrat Bagheri^{1*}, Mojgan Bagheri²

1- Ph.D. in educational psychology, lecturer at Farhangian University, Yasouj, Iran. (Corresponding Author)
2018bagheri@gmail.com

2- Bachelor of Educational Sciences, Isfahan University, Isfahan, Iran.
gh.bagheri@gmail.com

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of happiness training on positive affect and life expectancy in women with postpartum depression. The statistical population of this research included all women with postpartum depression who referred to health centers in Kohgiluyeh, Iran during the first quarter of 1400 (Iranian calendar year). From this population, 30 women were randomly selected and assigned to experimental and control groups (15 participants in each group). Both groups completed the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) by Watson and the Herth Hope Index (HHI) before the intervention. The experimental group participated in eight 120-minute group happiness training sessions. After the intervention, both groups completed the questionnaires again. Data were analyzed using descriptive statistics and one-way MANCOVA with SPSS software. The findings indicated a significant positive relationship between happiness training and both positive affect and life expectancy in women with postpartum depression ($P < 0.05$), as demonstrated by one-way ANCOVA. Therefore, happiness training is an active, purposeful, and appropriate treatment for psychological disorders in primary care centers. This treatment improves patient performance, enhances skills, and helps patients cope with their issues and problems.

Keywords: Happiness training courses, Positive affect, Life expectancy, Depression.



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

(CC BY 4.0)

رابطه شفقت با خود و ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپلاسکروزیس

زهرة پورمیرزا لایلا کوهی^۱، سیروان اسمایی مجد^{۲*}

۱- واحد گیلان، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران.

zohrepul@gmail.com

۲- واحد گیلان، دانشگاه آزاد اسلامی، گیلان، ایران. (نویسنده مسئول)

samajd@liau.ac.ir

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۲/۲۶]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۹/۱۷]

چکیده

یکی از معضلات عمده در جوامع امروزی ناشی از سبک زندگی صنعتی، ارزیابی‌های ناکارآمد در مواجهه با چالش‌ها و تنش‌هاست که به بروز استرس منجر می‌شود لذا شناسایی عوامل مولد استرس در بیماری‌های مختلف از منظر بالینی اهمیت زیادی دارد پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین ارزیابی شناختی و شفقت با خود در عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپلاسکروزیس به عنوان یک مطالعه کاربردی - مقطعی، در دسته پژوهش‌های توصیفی-همبستگی قرار می‌گیرد. مصاحبه‌شوندگان شامل ۱۳۰ زن مبتلا به ام.اس. (عضو انجمن ام.اس. استان البرز) تعیین گردید. در تحلیل داده‌ها از آزمون رگرسیون و نرم‌افزار SPSS و جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه شفقت با خود، استاندارد سنجش استرس کودرون و آزمون ارزیابی شناختی گروس و جان استفاده گردید. متغیرهای عادات استرس، ارزیابی شناختی و شفقت با خود با نمره معناداری ($p \leq 0.01$) در معادله رگرسیون اثرگذار هستند. متغیرها ۴۳/۵٪ واریانس عادات استرس را تبیین می‌کنند و پیش‌بینی عادات استرس‌زا بر اساس نامهربانی به خود با ضریب بتای ۰/۶۳۷ رابطه مستقیم دارد. همچنین مهربانی به خود و عادات استرس رابطه مثبت و شفقت با خود و عادات استرس رابطه منفی معنادار در سطح ۰/۰۱ دارند. ارزیابی شناختی و ابعاد آن نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. توصیه می‌شود درمان‌هایی مبتنی بر شفقت، آموزش مدیریت هیجان، تمرین‌های ذهن آگاهی، تکنیک‌های آرمیدگی و شناسایی افکار خودآیند منفی و جایگزینی افکار مثبت، شبکه‌های حمایت اجتماعی که در مدیریت استرس کارساز هستند برای کنترل استرس افراد مبتلا به ام.اس، آموزش‌های مدیریت هیجان و ارزیابی‌های شناختی اجرا شود.

واژگان کلیدی: مولتیپلاسکروزیس، شفقت با خود، ارزیابی شناختی، عادات استرس‌زا.

۱- مقدمه

امروزه در جهان صنعتی دگرگونی و تغییر در سبک زندگی اجتناب‌ناپذیر است، اگرچه انسان‌ها عامل اصلی این تحول هستند ولی خود نیز در مقابل این تحول دچار چالش شده و سلامت روان آن‌ها با خطر مواجه شده است. شیوه زندگی یا سبک زیستن منعکس‌کننده: نوع زندگی فرد، گروه یا فرهنگ، روش خاصی از زندگی یک شخص یا گروه، گرایش‌ها و ارزش‌های فرد است، این سبک زیستن در عادات، نگرش‌ها، سلیقه‌ها، معیارهای اخلاقی و سطح اقتصادی فرد یا گروه نقش مهمی را ایفا می‌کند (نویدینا، ۱۳۹۳). پاسخ‌های استرسی بیش‌ازحد و یا قرارگیری در شرایط استرس‌زا در طولانی مدت، می‌تواند تأثیر منفی بر سلامت روان و بهزیستی مطلوب فرد داشته باشد. این واکنش‌ها و پاسخ‌ها دارای مراحل مختلف هستند و نحوه سازگاری افراد با آن‌ها نیز متفاوت است، در این میان سازگاری فرد با استرس او را دچار فرایند عادت می‌کند (Lally, Van Jaarsveld, Potts & Wardle, 2010). آشفته‌گی‌های روانی حاصل از سبک زندگی پر استرس و عادات هیجانی معیوب مهم‌ترین پیش‌بینی کننده در بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ (ام. اس) است (امیری‌نیا، ۱۳۹۵). مولتیپل اسکلروزیس یک اختلال عصبی خود ایمنی است که با التهاب مزمن مرکزی مشخص می‌شود سیستم عصبی، با تظاهرات بالینی متغیر، یک دوره ناهمگن و غیرقابل پیش‌بینی و در حال حاضر غیرقابل درمان است (Oliva Ramirez, Keenan,) (Lassmann, 2019; Reich, Lucchinetti & Calabresi, 2018) که علامت ناتوان‌کننده بسیار شایع است (Kalau, Worthington, Cohen & Singh, 2021) ماهیت چندبعدی و تأثیر عملکرد ذهنی آن تحت تأثیر جنبه‌های عاطفی، شناختی و فیزیکی آن است (Meads, Doward, McKenna, Fisk, Twiss & Eckert, 2009) شواهد تجربی دیگر در حاکی از ارتباط بین خستگی و استرس است (صالح‌پور، حسینی‌نژاد و رضایی، ۲۰۱۲).

لذا توجه ویژه به استرس و شیوه‌های مؤثر رویارویی با آن و نیز تحمل استرس که در تئوری رابطه شناختی^۲ لازاروس-فولکمن^۳ (۱۹۹۱-۱۹۹۶) برای اولین بار مطرح شد حائز اهمیت است. در این تئوری، استرس به‌عنوان یک رابطه ویژه بین شخص و محیط‌زیست او تعریف شده است به‌طوری‌که شخص، استرس را به‌عنوان یک وظیفه یا انتظاری بیش‌ازاندازه ارزیابی کرده و این انتظار را تهدیدی برای منابع و منافع خود یا رفاه زندگی‌اش ارزیابی می‌کند. با توجه به استرس و ارزیابی شناختی^۴ ناکارآمد افراد، به‌شرط استمرار منجر به شکل‌گیری عادات استرس‌زا^۵ می‌شود. عموماً عادت را یک برنامه و جریان عادی و تکرارشونده رفتاری می‌دانند که به صورتی ناآگاه^۶ بروز می‌کند. از نقطه‌نظر روانشناسی، عادت یک راه کم‌ویش ثابت تفکر، خواهش‌ها یا احساساتی است که از طریق تکرار قبلی یک تجزیه ذهنی حاصل شده است؛ رفتار عادی، غالباً ماهیت ناشناخته دارند زیرا لازم نیست که ضمن بروز وظایف رفتاری عادی، شخص به تجزیه و تحلیل آن اقدام کند همچنین برخی از عادات اجباری بوده و موجب بروز رفتارهایی به‌صورت خودکار می‌شوند که آن را ساخت عادت نام نهادند. (Hope, 1995; Gamboa, Tagliazucchi, von Wegner, Jurcoane, Wahl, Laufs) (et al., 2014). عادات کهن را به‌سختی می‌توان از بین برد و نیز عادات جدید را به‌سختی می‌توان شکل داد زیرا الگوهای رفتاری^۷ تکرارشونده در راهگذرهای عصبی انسان نقش بسته‌اند، اما از طریق تکرار می‌توان عادات جدید دیگری را جایگزین کرد. سلامت روان و بهزیستی افراد قطب مقابل استرس و عادات استرس را شامل می‌شود و ارزیابی افراد از وضعیت‌های موجود و همچنین بررسی استرس از ابعاد گوناگون از جمله شخصیت و عادات فکری می‌تواند سبب‌شناسی منابع ایجادکننده استرس، عادات، افکار و رفتارهایی که فرد روزانه با آن درگیر است را نشان دهد. پیشتر نیز گفتیم که این افکار و رفتارها در صورت استمرار در تمام ابعاد

1. Multiple Sclerosis
- 2 Cognitive relationship
- 3 Lazarus-Folkman
- 4 Cognitive assessment
- 5 Stressful habits
- 6 Unaware
- 7 Behavior pattern

زندگی افراد قابل مشاهده است (Hope, 1995). از دیدگاه نیز بولژواک^۱ استرس‌های روان‌شناختی باعث فعال شدن بیماری و ارزیابی ناکارآمد می‌شود (Ascherio & Munger, 2007). لذا محققان برآند تا تأثیر نمایش مختلف را بر سلامت روان جهت حفظ پایداری بیماری و سازگاری بیمار جهت کنترل استرس و رفع عادات استرس‌زا و ایجاد ارزیابی هیجانی و شناختی کارآمد در مواجهه با دنیای پیرامون را ایجاد کنند. در کنار استرس آنچه نقش تعیین‌کننده در ارزیابی موقعیت‌ها در رویارویی منطقی با آن‌ها را ایفا می‌کند شناخت^۲ است. به صورت کلی شناخت مفهومی است کلی که تمامی اشکال آگاهی شامل ادراک، تفکر، تصور، استدلال، قضاوت و ... را در برمی‌گیرد. به منظور آگاهی و شناخت یک انقلاب شناختی شکل گرفت که شامل تمام دیدگاه‌هایی است که به این مباحث اهمیت زیادی می‌دهند (ساراسون و ساراسون، ۱۳۹۳). در دهه‌های اخیر در حوزه روان‌شناسی با ظهور موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری که عمدتاً مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش هستند، «شفقت» و شفقت به خود نیز مورد توجه و مطالعه قرار گرفته است (گیلبرت، ۱۳۹۷). کریستین نف به بررسی ساختار شفقت به خود پرداخت و ابزارهایی نیز به منظور سنجش آن معرفی کرد بر طبق این ابزارها شفقت به خود با اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی روان‌شناختی بالاتر مرتبط است (Neff, 2003). همچنین، شفقت به خود به هیجان‌های مثبتی منجر می‌شود که بر ریشه در روابط اولیه فرد با مراقبین خود دارد و می‌توان از طریق مداخلات روان‌شناختی آن را افزایش داد. در مجموع، با وجود اینکه از عمر مفهوم شفقت به خود خیلی نمی‌گذرد اما به تحقیقات زیادی منجر شده است (گیلبرت، ۱۳۹۷). بر اساس نظر گیلبرت، شفقت به خود ریشه در روابط اولیه فرد با مراقبین خود دارد و همچنین زمینه‌ساز مناسب برای ایجاد هیجان‌های مثبت شده و مداخلات روان‌شناختی سبب تقویت و افزایش آن می‌شود. در مجموع، علیرغم جدید بودن مفهوم شفقت به خود، مطالعات بالینی مبنی بر اهمیت و سودمندی آن در حوزه‌های مختلف را نشان می‌دهد. شفقت به خود با اضطراب و افسردگی کمتر و بهزیستی روان‌شناختی بالاتر مرتبط است (Neff, 2003). همچنین می‌تواند از طریق درمان‌هایی مانند شفقت به خود، توجه آگاهانه، درمان متمرکز بر شفقت^۳، کاهش استرس مبتنی بر توجه آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴، رفتاردرمانی دیالکتیک و شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی تأثیر مثبتی بر بهزیستی روانی گذاشت (فروغی، خانجانی، رفیعی و طاهری، ۱۳۹۸). این نمایش از حیث نظریه آسیب‌شناسی روانی و راهبردهای مداخله‌ای و مکانیزم‌ها تفاوت‌های ظریفی دارند و هر کدام از فلسفه خاصی پیروی می‌کنند لذا با درمان‌های شناختی سنتی متفاوت هستند اما از حیث مکمل بودن و سازگاری با درمان‌های قدیم منعکس‌کننده یک روند تکاملی در حوزه بالینی به شمار می‌آیند (Dimidjian, Martell, Addis, Herman-Dunn & Barlow, 2008).

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه

آنچه تا کنون گفته شد پیش درآمدی بود برای معرفی سه متغیر مهم و اثرگذار شفقت با خود، ارزیابی‌های شناختی، عادات استرس‌زا که هر یک نقش مهم و تعیین‌کننده‌ای در بیماری مولتیپل اسکروزیس ایفا می‌کنند. نرخ شیوع بالا در کل جهان و ناشناخته بودن بیماری و همچنین افزایش این بیماری در سه دهه اخیر در ایران شیوع آن تا سال ۱۴۰۰ و عبور از مرز ۷۰ هزار نفر زمینه‌ساز این مطالعه گردید (برنامه ثبت ملی ام‌اس، ۱۴۰۳). این بیماری با تأثیر بر تمام ابعاد و کیفیت زندگی افراد به‌عنوان یک بیماری شایع نورولوژیک در سیستم عصبی مرکزی است که با ملتهب شدن غلاف چربی پوشاننده اعصاب یعنی میلین‌ها جز بیماری‌های خود ایمنی محسوب می‌شود. در این بیماری سیستم ایمنی بدن با حمله به اعصاب مرکزی باعث تخریب آکسون‌ها و غلاف دور آن و در نتیجه ناتوانی دائمی فرد را به همراه دارد (هنرور، رهنما و نوری، ۱۳۹۳). تحقیقات با توجه به مراحل چهارگانه بیماری ام‌اس؛ و مرحله عود شونده آن بیان می‌کنند که رویدادهای استرس‌زا احتمال خطر عود را افزایش می‌دهند. می‌توان گفت در انواع استرس (لحظه‌ای،

1 Bolshevik

2 cognition

3 Compassion-focused therapy

4 Treatment based on acceptance and commitment

حاد، مزمن) احتمال تأثیر آن‌ها بر عود بیماری بسیار زیاد است. برخی از محققان رابطه بین ام اس و استرس را به‌طور شفاف تأیید نمی‌کنند به عبارت دیگر بیان می‌کنند: همان‌گونه که ام اس در زمره یک بیماری پیچیده طبقه‌بندی می‌شود تأثیر استرس هم در این بیماری پیچیده بیان می‌شود، زیرا استرس به افراد و مکانیزم‌های سازشی فرد و مهارت آن‌ها در حل وضعیت‌های پیش‌آمده بستگی دارد (دهقانی، محمدخانی کرمانشاهی و معاریان، ۱۳۹۲). پژوهش حسینی و اسماعیلی (۱۳۸۷) نشان داد عادات استرس‌زا در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رابطه معناداری با متغیرهای عادات استرس‌زا، وضعیت اشتغال و مدت بیماری دارد. نکته مهم در این پژوهش این‌گونه عنوان شده است: استرس‌های مختلف در زندگی بیماران باعث پیش‌روندگی بیماری می‌شود و به نظر می‌رسد هرچه بیشتر میزان استرس در زندگی بیماران را شناسایی کنیم و با آموزش مناسب برای مقابله و سازگاری با استرس، کنترل مطلوب‌تری برای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها به دست می‌آید. عبدی، چلبیانلو و پاک (۱۳۹۴) با بررسی سیستم‌های مغزی و رفتارهای استرس‌زای زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به این نتیجه دست یافتند که سیستم بازداری رفتاری (BIS) موجب افزایش برانگیختگی، فراخوانی حالات عاطفی اضطراب و تجربه عواطف منفی می‌شود و به نظر می‌رسد افرادی که سیستم بازداری فعال‌تری دارند، در مواجهه با حوادث استرس‌زا، دچار اضطراب بیشتری می‌شوند. از طرفی در معرض زندگی پراسترس بودن می‌تواند عملکردهای گوناگون دستگاه ایمنی را تضعیف نماید. برخی تدابیر روان‌شناختی اضطراب ناشی از برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی را کاهش می‌دهد و گاهی مؤثر در ارتقاء سلامت روان بیماران است. در مطالعه انجام‌شده قراء زیبایی، علی‌اکبر دهکردی، علی‌پور و محتشمی (۱۳۹۱) با موضوع بررسی رابطه اثربخشی معنا درمانی بر استرس ادراک‌شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به این نتیجه دست یافتند: معنادرمانی بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به ام اس مؤثر است. سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی (۱۳۹۷) در مطالعه دیگری با عنوان ذهنیت در درمان متمرکز بر دلسوزی (شفقت) در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. نشان دادند: درمان مبتنی بر دلسوزی (شفقت) از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مداوم به عواطف درونی، مشکلات روانی را کاهش می‌دهد و سلامت روانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را بهبود می‌بخشد. در نهایت پیشنهاد کرده‌اند انجمن‌های ام اس در سراسر ایران از این روش درمانی برای افزایش سلامت روان‌شناختی بیماران استفاده کنند.

مطالعات گذشته نشان می‌دهد سه متغیر یاد شده (شفقت با خود، ارزیابی شناختی، عادات استرس‌زا) توأمأ در مورد بیماری ام‌اس. بررسی نشده‌اند، لذا در پژوهش حاضر در کنار مطالعه و بررسی متغیر شفقت با خود و ارزیابی شناختی به‌عنوان دو متغیر نوین و بسیار اثرگذار و تأثیرگذاری مستقیم بر سبک زندگی، میزان استرس، چگونگی به وجود آمدن عادات استرس‌زا و درنهایت تأثیر متغیرهای ذکرشده بر بیماری مولتیپل اسکلروزیس انجام شد.

۳- روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی با هدف تعیین رابطه شفقت با خود و ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) است. جامعه آماری را بیماران ام‌اس استان البرز در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. جهت نمونه‌گیری با توجه به فرمول فیدل و تاباچینگ بر اساس روش پژوهش همبستگی و با توجه به تعداد متغیرهای پیش‌بین (ارزیابی شناختی و شفقت با خود) حداقل تعداد افراد نمونه باید ۸۰ نفر انتخاب می‌شد، همچنین با توجه به احتمال ریزش و عدم همکاری افراد، ۲۰۰ پرسشنامه به‌صورت مجازی و از طریق شبکه‌های اجتماعی به‌صورت لینک پرسشنامه ارسال و در اختیار بیماران قرار گرفت (به دلیل شیوع پاندمی کوید ۱۹ و حساس بودن بیماری ام اس امکان ملاقات حضوری جهت مصاحبه و آزمون نبود) از این بین ۱۳۰ زن مبتلا به بیماری ام‌اس ۲۵ تا ۴۵ سال به روش در دسترس به‌عنوان گروه نمونه وارد پژوهش شدند؛ معیارهای ورود شامل عضویت در انجمن

بیماران ام.اس استان البرز که حداقل پنج سال از دریافت تشخیص بیماری ام.اس توسط متخصص مغز و اعصاب و متخصص عصب‌شناسی می‌گذرد؛ تأیید تیم درمان پزشکی و تأیید تیم روان‌شناسی انجمن ام.اس حائز اهمیت بوده است از سویی کامل نکردن پرسشنامه‌ها، معیار خروج مطالعه حاضر بود. استفاده سه پرسشنامه در این پژوهش به شرح زیر است:

الف) پرسشنامه شفقت با خود^۱: این پرسشنامه که شامل ۲۶ ماده برای اندازه‌گیری سه مؤلفه مهربانی به خود (۵ ماده) در برابر قضاوت کردن خود معادل نامهربانی با خود (۵ ماده)، اشتراک انسانی (۴ ماده)، در برابر انزوا (۴ ماده) و ذهن آگاهی (۴ ماده) در برابر همانندسازی افراطی (۴ ماده) تدوین شده است. ضریب همبستگی عامل‌های شش‌گانه این پرسشنامه در دو حوزه جداگانه مقیاس‌ها و شفقت به خود (مقیاس کلی) در سطح ۰/۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است (بیگدلی، نجفی، رستمی، ۱۳۹۲). در ایران این پرسشنامه برای اندازه‌گیری شفقت با خود از فرم کوتاه ۱۲ ماده‌ای در شش خرده مقیاس و هر کدام دو ماده تدوین شده است. همچنین روایی و پایایی پرسشنامه توسط شهبازی با ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۹۱ بیان شده است، برای هر یک از خرده مقیاس‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرده و روایی هم‌زمان و همگرا بودن پرسشنامه را نیز مطلوب گزارش کردند (شهبازی، مقامی، رجیبی و جلوداری، ۱۳۹۴).

ب) پرسشنامه استاندارد سنجش استرس کودرون^۲ (۱۹۶۷): این مقیاس متشکل از ۱۶ سؤال است که به صورت بلی-خیر پاسخ داده می‌شود. این آزمون میزان استرس‌های خانوادگی و روابط بین فردی را ارزیابی می‌کند. ضریب اعتبار این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شده است. به علاوه این آزمون توانسته است بین افراد با منبع کنترل بیرونی و درونی (که از نظر شدت و میزان استرس با یکدیگر تفاوت دارند) تمایز قائل شود. این امر مبین روایی تفکیکی آن است. اعتبار آزمون مذکور در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمده است (محمدزاده، سیدابراهیمی و سامی، ۱۳۹۱). مؤلفه‌های پرسشنامه عبارت‌اند از فشار کاری مدیران و تصمیم‌گیرندگان، بهداشت زندگی، استرس ناشی از زندگی شخصی، استرس ناشی از شخصیت و عادات فکری. روایی و پایایی این پرسشنامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تأیید شده است. همچنین پایایی آن نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ محاسبه گردید. آلفای این پرسشنامه ۰/۷۸ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول این پرسشنامه است (بخشی پور و دژکام، ۱۳۹۴).

پ) آزمون ارزیابی شناختی^۳: این پرسشنامه توسط گروس و جان در سال ۲۰۰۳ این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان تدوین شده است. فرم اولیه آن دارای ۱۶ سؤال است. فرم کوتاه و تجدیدنظر شده آن ۱۰ گویه دارد که تفاوت‌های فردی را در ارزیابی مجدد شناختی و فرونشانی ابزاری بررسی می‌کند. گزینه‌های آن در مقیاس هفت‌درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. مشتعل بر دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد با ۶ گویه و سرکوبی با ۴ گویه است. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از به‌شدت مخالفم (با نمره ۱) تا به‌شدت موافقم (با نمره ۷) پاسخ می‌دهند. سؤالات ۲، ۴، ۶ و ۹ پرسش‌نامه بعد سرکوبی را موردسنجش قرار می‌دهند و بقیه سؤالات تنظیم ارزیابی مجدد را موردسنجش قرار می‌دهد. پایایی و روایی این پرسشنامه از نظر گروس و جان این گونه بیان شده است: همبستگی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و سرکوبی ۰/۷۳ را نشان می‌دهد. در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد گزارش کرده است و در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۸۳ و سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد. (Neff, 2003) نمره‌گذاری این پرسشنامه این گونه طراحی شده است: هر گزینه به صورت لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً

1 Self Compassion Questionnaire

2 Kudron's standard stress measurement questionnaire

3 cognitive assessment test

مخالقم (با نمره ۱) تا کاملاً موافقم (با نمره ۷) درجه‌بندی شده و پس از جمع نمرات تمام سؤالات ۳ نمره حاصل خواهد شد؛ که مربوط به خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد (۱۰، ۸، ۷، ۵، ۳، ۱)، سرکوبی (سؤالات ۹، ۶، ۴، ۲) و یک نمره کل است. نمرات بالاتر نشانگر تنظیم هیجان بهتر است (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲).

۴- یافته‌ها

جدول ۱- فراوانی و درصد فراوانی شرکت‌کنندگان به تفکیک تحصیلات

تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم و پایین‌تر	۷۱	۵۴.۶
کاردانی و کارشناسی	۴۴	۳۳.۸
کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۵	۱۱.۵
جمع	۱۳۰	۱۰۰
مجرد	۸۸	۶۷.۰۷
متأهل	۴۲	۳۲.۳
جمع	۱۳۰	۱۰۰

متغیرهای جمعیت‌شناسی از لحاظ تحصیلات و تأهل در جدول (۱) مورد بررسی توصیفی قرار گرفت.

جدول ۲- آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
عادات استرس	۳۷.۵۲	14.28
شفقت خود	31.17	7.45
نامهربانی با خود	27.31	8.36
ارزیابی شناختی	22.22	7.8
ارزیابی مجدد	14.1	4.76
سرکوبی	8.14	4.39

میانگین و انحراف معیار شرکت‌کنندگان را به تفکیک متغیرهای پژوهش در جدول (۲) ارائه شده است.

بررسی مفروضه‌های تحلیل رگرسیون: سطح متغیرهای پیش‌بین و ملاک، زمانی که از SPSS برای برآورد پارامترها استفاده می‌شود باید حداقل فاصله‌ای باشد که در این پژوهش از داده‌های فاصله‌ای استفاده شده است همچنین متغیرهای پیش‌بین نیز از نوع فاصله هستند. آزمون مستقل بودن داده‌ها:

در این پژوهش با استفاده از آماره دوربین و اتسون متغیرها ارزیابی و نتایج به دست آمده ۱/۹۳۷ است یعنی عددی بین ۱/۵ تا ۲/۵ بنابراین این پیش‌فرض رعایت شده است.

جدول ۳- آماره کولموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن

متغیرها	آماره Z	DF	سطح معناداری
عادات استرس	۰/۰۴۴	۱۳۰	۰/۲۰۰

نرمال بودن توزیع صفات: توزیع نمره‌های متغیر وابسته در جامعه برای هر ارزش متغیر مستقل بایستی به صورت نرمال باشد. برای بررسی این مفروضه آماره کولموگروف اسمیرنف با استفاده از SPSS مورد بررسی قرار گرفت که در جدول (۳) ارائه شده است. نتایج بررسی نرمال بودن متغیر با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف نشان داد متغیر پژوهش دارای توزیع نرمال است.

جدول (۴) چند هم خطی

متغیر	Tolerance	VIF
شفقت خود	۰،۸۸۳	۱،۱۳۲
نامهربانی با خود	۰،۹۱۱	۱،۰۹۸
ارزیابی شناختی	۰،۸۳۷	۱،۱۹۴

چند هم خطی: جهت بررسی این پیش فرض اساسی از شاخص Tolerance و VIF استفاده شد و جدول (۴) نشان داد که در همه متغیرها مقدار Tolerance کمتر از ۰/۱ نبوده و شاخص VIF نیز بیشتر از ۱۰ نبود بنابراین چند هم خطی وجود ندارد. بررسی فرضیه اصلی پژوهش (بین شفقت با خود و ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا رابطه وجود دارد): جهت بررسی این فرضیه پژوهشی از رگرسیون به روش هم‌زمان استفاده شد زیرا رگرسیون اجازه می‌دهد نمره یک فرد در یک متغیر بر اساس نمره او در متغیر دیگر پیش‌بینی شود.

جدول ۵- خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص روش	R	R2	F	DF1	DF2	سطح معناداری
هم‌زمان	۰،۶۵۶	۰،۴۳۰	۳۱،۷۴۳	۳	۱۲۶	۰،۰۰۱

جدول (۵) به مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل به روش هم‌زمان اشاره کرده است؛ بنابراین نسبت F بیانگر اثر معنادار متغیرهای عادات استرس، ارزیابی شناختی و شفقت به خود در معادله رگرسیون ($p \leq 0.01$) است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در پیش‌بینی عادات استرس این متغیر ۰/۴۳ درصد از واریانس متغیر عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به ام اس را تبیین کرده است. جدول (۶) با اشاره به متغیرهای شفقت با خود، نامهربانی با خود و ارزیابی شناختی پیش‌بینی کننده معنادار عادات استرس‌زا دارد با توجه به علامت مثبت بتا می‌توان گفت پیش‌بینی عادات استرس‌زا بر اساس شفقت با خود و ارزیابی شناختی یک رابطه معکوس است؛ و پیش‌بینی عادات استرس‌زا بر اساس نامهربانی با خود یک رابطه مستقیم.

جدول ۶- ضریب حاصل از رگرسیون به روش هم‌زمان، متغیر پیش‌بینی کننده عادات استرس‌زا

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد نشده			متغیر
		Beta	SD	B	
۰،۰۰۰	۷،۸۸۱	-	۶،۱۹۶	۴۸،۸۳۳	مقدار ثابت
۰،۰۰۰	-۵،۱۲۳	-۰،۳۶۷	۰،۱۳۷	-۰،۷۰۳	شفقت خود

نامهربانی با خود	۰،۶۳۸	۰،۱۲۰	۰،۳۷۴	۵،۳۰۲	۰،۰۰۰
ارزیابی شناختی	-۰،۳۱۰	۰،۱۳۳	-۰،۱۷۲	-۲،۳۳۹	۰،۰۲۱

فرضیه فرعی: بین شفقت خود با و عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس رابطه وجود دارد.

جدول ۷- ضریب همبستگی شفقت با خود و ابعاد آن با عادات استرس‌زا

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
شفقت به خود	۱۳۰	-۰،۴۹۰	۰،۰۰۱
نامهربانی به خود	۱۳۰	۰،۴۸۸	۰،۰۴۳

جدول (۷) نشان می‌دهد نامهربانی با خود با عادات استرس‌زا رابطه مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. شفقت با خود و عادات استرس رابطه منفی و معناداری در سطح ۰/۰۱ داشته‌اند و این نتیجه نشان می‌دهد که با بالا رفتن نمره فرد در متغیر عادات استرس‌زا، شفقت با خود کاهش و نامهربانی با خود افزایش می‌یابد.

۲- بین ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس رابطه وجود دارد.

جدول ۸- ضریب همبستگی ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
ارزیابی شناختی	۱۳۰	-۰،۴۰۰	۰،۰۰۱
ارزیابی مجدد	۱۳۰	-۰،۲۶۴	۰،۰۰۲
سرکوبی	۱۳۰	-۰،۳۱۰	۰،۰۰۱

جدول (۸) جهت بررسی رابطه بین ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس از همبستگی پیرسون استفاده شد که پیش فرض‌های این روش با روش رگرسیون یکسان است. نشان می‌دهد که بین ارزیابی شناختی و ابعاد آن (ارزیابی مجدد و سرکوبی) رابطه معنادار در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. این نتیجه نشان می‌دهد که با بالا رفتن نمره فرد در متغیر عادات استرس‌زا، ارزیابی شناختی و ابعاد آن (ارزیابی مجدد و سرکوبی) کاهش می‌یابد.

۵- بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه فعلی در زمینه رابطه عادات استرس‌زا و شفقت به خود و ارزیابی شناختی نشان داد که شفقت به خود رابطه معکوس و نامهربانی با خود رابطه مستقیم و معنی‌داری با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به ام اس دارد که با یافته‌های پیشین هم سو بوده است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان به مواردی که تکنیک‌های آرمیدگی و شناسایی افکار خودآیند منفی و جایگزینی افکار مثبت و واقعی به جای آن‌ها، مدیریت هیجان، شبکه‌های حمایت اجتماعی و چگونگی بهره‌مندی از آن، ارتباط اجتماعی سالم که از عوامل شادکامی هستند، بر مدیریت استرس مؤثرند؛ بنابراین ارتباط منفی ارزیابی شناختی که شامل این موارد نیز می‌شود با عادات استرس‌زا دور از انتظار نیست. کاهش تنش در عضلات باعث افزایش احساس سلامت روانی و آرامش ذهنی و متعاقباً تغییر در تفکرات و باورهای فرد می‌گردد، بدین‌سان که فرد با تجربه آرامش روانی تلاش می‌کند تا افکار و نگرش‌های ناسالم و درد زای خود را در جهتی سوق دهد تا کمتر حالات و احساسات درد را به همراه داشته باشد. همچنین بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس

به دلیل عوارض ناشی از بیماری، مشکلات جدی را در زمینه‌های حرکتی، جنسی، اختلالات شناختی، اختلالات اسفنجی، اختلالات خواب، خستگی مفرط و علائم عصبی- روانی (افسردگی، اضطراب و ...) تجربه می‌کنند که احتمالاً بر انجام وظایف و مسئولیت‌های بیمار تأثیر سوء گذاشته و موجب کاهش خلق فرد می‌شود. کاهش خلق باعث تجربه کمبود انرژی و ایجاد سیکل معیوبی از افت خلق-احساس غمگینی شده که در نهایت منتج به افت کیفیت زندگی در این بیماران خواهد شد. مقابله‌های نامؤثر و ناکارآمد در برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا، مدیریت خشم و تحریفات شناختی که در بسیاری از موارد سرمنشأ افکار منفی و فاجعه‌سازی هستند، همچنین استرس‌های روحی و جسمی چه به صورت مزمن و چه به صورت ناگهانی می‌توانند سبب تشدید علائم بیماری ام‌اس شوند. تحمل استرس وقوع حملات بیماری را به دو برابر بیشتر از شرایط معمول افزایش می‌دهد. لذا شفقت به خود و عدم قضاوت خود به بیماران کمک می‌کند تا با آرام‌سازی و کنترل استرس خود، احساس کنترل بیشتری بر شرایط خود داشته باشند و همین موضوع در افزایش شادکامی آنان مؤثر خواهد بود. در بررسی رابطه شفقت به خود و نامهربانی با خود با عادات استرس‌زا نتایج مطالعه کنونی نشان داد که شفقت به خود با عادات استرس‌زا رابطه منفی و در مقابل نامهربانی با خود با عادات استرس‌زا رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های گذشته نیز هم سو بوده است. این مطالعات نیز به این مسئله اذعان داشته‌اند که آموزش و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به کاهش آلام و آسیب‌های مخرب ناشی از استرس در بیماران مبتلا به ام‌اس کارگشا باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به اینکه ابزار سنجش خود شفقتی دارای دو طیف شفقت به خود (شامل ابعاد اشتراکات انسانی، ذهن آگاهی و مهربانی با خود) و نامهربانی با خود (انزوا، قضاوت خود و همانندسازی افراطی) است، دور از انتظار نیست که فردی که ذهن آگاهی دارد واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک کرده و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) را دارا باشد. به این معنی که در بین شرکت‌کنندگان فردی که خود شفقتی بالایی داشته است با استرس‌های بیماری و زندگی روزمره خود به صورت یک واقعیت کنار آمده و این نکته را درک کند که هیجانات منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جز ثابت و دائمی شخصیت نیستند و به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای واکنش غیرارادی و بی تأمل به رویدادها، با تفکر و تأمل پاسخ دهند. در زمینه بررسی رابطه بین ارزیابی شناختی (و ابعاد آن) و عادات استرس‌زا، نتایج مطالعه حاضر نشانگر رابطه منفی معنادار بین ارزیابی شناختی با عادات استرس‌زا در زنان مبتلا به ام‌اس است که با یافته‌های پیشین گذشته نیز هم سو بوده است به این معنی که فردی که نمی‌تواند از طریق ارزیابی مجدد عادات استرس‌زا را کنار بگذارد، عادات استرس‌زای بیشتری را درک می‌کند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در بیماران مبتلا به ام‌اس که با اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیرند، سیستم تهدید و محافظت از خود، به نوعی پرکاری شدید دچار است که نتیجه آن سطوح بالای استرس و نگرانی در این افراد خواهد بود؛ از طرف دیگر سیستم رضایت و تسکین نیز در این افراد سطح رشد یافتگی پایین‌تری دارد، زیرا آن‌ها هرگز فرصت تحول این سیستم را نداشته‌اند؛ اما اگر شیوه‌های ارزیابی شناختی مناسب برای مقابله با استرس در آن‌ها وجود داشته باشد، کمتر آسیب می‌بینند. فرد در موقعیت استرس‌زا می‌تواند با ارزیابی مجدد موقعیت و عدم واکنش‌های هیجانی نامناسب تا حدی از استرس حاصل از آن موقعیت بکاهد.

۶- منابع

- ۱- امیری‌نیا، محمود (۱۳۹۵). هیجان رفتار و تن گفتار. قم: نشر آراسته.
- ۲- بخشی‌پور، عباس؛ دژکام، محمود (۱۳۸۴). تحلیل عاملی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله روانشناسی، ۹(۴)، ۳۵۱-۳۶۵.
- ۳- بیگدلی، ایمان‌اله؛ نجفی، محمود؛ و رستمی، مریم (۱۳۹۲). رابطه سبک‌های دل‌بستگی، تنظیم هیجانی و تاب‌آوری با بهزیستی روانی در دانشجویان علوم پزشکی. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۳(۹)، ۷۲۱-۷۲۹.

- ۴- حسینی، فاطمه؛ و اسماعیلی، مریم (۱۳۸۷). بررسی بیماری مولتیپل اسکلروزیس و عادات استرس‌زا. پژوهش پرستاری ایران، ۳(۱۰ و ۱۱)، ۲۵-۳۲.
- ۵- دهقانی، علی؛ محمدخان کرمانشاهی، سیما؛ معماریان، ربابه (۱۳۹۲). بررسی شیوع فراوانی استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۲(۲)، ۸۲-۸۸.
- ۶- برنامه ملی ثبت ام‌اس (۱۴۰۳). داده‌های اپیدمیولوژیک. برگرفته از سایت <https://nmsri.ir>
- ۷- ساراسون، اروین جی؛ و ساراسون، باربارا آر (۱۳۹۳). روانشناسی مرضی. ترجمه داود عرب، ایران داودی، بهمن نجاریان و محسن دهقانی. تهران: رشد.
- ۸- سلیمی، آرمان؛ ارسلان‌ده، فرشته؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا؛ و شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. فصلنامه علمی-پژوهشی افق دانش، ۲۴(۲)، ۱۲۵-۱۳۱.
- ۹- شهبازی، مسعود؛ رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم؛ و جلوداری، آرش (۱۳۹۴). ساختار عامل تأییدی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی تجدیدنظر شده شفقت - خود در گروهی از زندانیان. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۵(۱۹)، ۳۱-۴۶.
- 20.1001.1.22285516.1394.6.19.3.8 dor:**
- ۱۰- عبدی، رضا؛ چلبیانلو، غلامرضا؛ و پاک، راضیه (۱۳۹۷). نقش سیستم‌های مغزی/ رفتاری (BAS/BIS)، رویدادهای استرس‌زای زندگی و دوره بیماری در پیش‌بینی شدت علائم بیماری در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس در شهر شیراز، سال ۱۳۹۴. مجله علوم پزشکی رفسنجان، ۱۷(۳)، ۲۱۳-۲۲۴. **20.1001.1.17353165.1397.17.3.2.5 dor:**
- ۱۱- فروغی، علی‌اکبر؛ خانجانی، سجاده؛ رفیعی، سحر؛ و طاهری، امیرعباس (۱۳۹۸). شفقت به خود: مفهوم‌بندی، تحقیقات و مداخلات (مروری کوتاه). مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۶(۶)، ۷۷-۸۷. **10.29252/shenakht.6.6.77doi:**
- ۱۲- قراء زیبایی، فاطمه؛ علی‌اکبر دهکردی، مهناز؛ علی‌پور، احمد؛ و محتشمی، طیبه (۱۳۹۱). رابطه اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر استرس ادراک‌شده و امید به زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۶(۴)، ۲۰-۱۲.
- ۱۳- گیلبرت، پاول (۱۳۹۷). درمان متمرکز بر شفقت. ترجمه مهرنوش اثباتی و علی فیضی. تهران: ابن‌سینا.
- ۱۴- محمدزاده، حسن؛ سیدابراهیمی، سمکو؛ و سامی، سعدی (۱۳۹۱). بررسی رابطه کمال‌گرایی، استرس و تحلیل‌رفتگی در بین مربیان شنای زن و مرد. رشد و یادگیری حرکتی- ورزشی، ۴(۱)، ۱۲۹-۱۳۹. **doi:10.22059/jmlm.2012.25079**
- ۱۵- نویدنیا، منیژه (۱۳۹۳). بررسی رابطه امنیت اجتماعی و سبک زندگی (تحقیقی در شهر تهران). مطالعات علوم اجتماعی ایران، ۱۱(۴۱)، ۱۳۴-۱۲۰.
- ۱۶- هنرور، سودابه؛ رهنما، نادر؛ و نوری، رضا (۱۳۹۳). تأثیر شش هفته ماساژ بر تعادل، خستگی و کیفیت زنان مبتلا به ام‌اس. نشریه پژوهش در توان‌بخشی ورزشی، ۲(۴)، ۲۳-۳۰.
- 17- Ascherio, A., & Munger, K. L. (2007). Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part I: the role of infection. *Annals of neurology*, 61(4), 288-299. **doi:10.1002/ana.21117**
- 18- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., Herman-Dunn, R., & Barlow, D. H. (2008). Behavioral activation for depression. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, 328-364.
- 19- Gamboa, O. L., Tagliazucchi, E., von Wegner, F., Jurcoane, A., Wahl, M., Laufs, H., & Ziemann, U. (2014). Working memory performance of early MS patients correlates inversely with modularity increases in resting state functional connectivity networks. *Neuroimage*, 94, 385-395. **doi:10.1016/j.neuroimage.2013.12.008**
- 20- Hope, R. A. (1995). *Manage your mind: the mental fitness guide*. Oxford University Press.
- 21- Lally, P., Van Jaarsveld, C. H., Potts, H. W., & Wardle, J. (2010). How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European journal of social psychology*, 40(6), 998-1009. **doi:10.1002/ejsp.674**
- 22- Lassmann, H. (2019). Pathogenic mechanisms associated with different clinical courses of multiple sclerosis. *Frontiers in immunology*, 9, 3116. **doi:10.3389/fimmu.2018.03116**

- 23- Meads, D. M., Doward, L. C., McKenna, S. P., Fisk, J., Twiss, J., & Eckert, B. (2009). The development and validation of the Unidimensional Fatigue Impact Scale (U-FIS). *Multiple Sclerosis Journal*, 15(10), 1228-1238. **doi:10.1177/1352458509106714**
- 24- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. **doi:10.1080/15298860309032**
- 25- Oliva Ramirez, A., Keenan, A., Kalau, O., Worthington, E., Cohen, L., & Singh, S. (2021). Prevalence and burden of multiple sclerosis-related fatigue: a systematic literature review. *BMC neurology*, 21, 1-16. **doi:10.1186/s12883-021-02396-1**
- 26- Reich, D. S., C. F. Lucchinetti, & P. A. Calabresi. (2018). Multiple Sclerosis. *New England Journal of Medicine* 378(2), 169–180. **doi:10.1056/NEJMra1401483**
- 27- Salehpour, G., Hosseininezhad, M., & Rezaei, S. (2012). A preliminary path analysis: effect of psychopathological symptoms, mental and physical dysfunctions related to quality of life and body mass index on fatigue severity of Iranian patients with multiple sclerosis. *Iranian journal of neurology*, 11(3), 96-105.

The Relationship Between Self-Compassion and Cognitive Evaluation with Stress Habits in Women with Multiple Sclerosis

Zohreh Pourmirza Leilakouhi¹, Sirvan Asmaei Amajd^{2*}

1- Lahijan Branch, Islamic Azad University, Gilan, Iran.

zohrepul@gmail.com

2- Lahijan Branch, Islamic Azad University, Gilan, Iran. (Corresponding Author)

samajd@liau.ac.ir

Abstract

One of the major challenges in modern societies caused by the industrial lifestyle is inefficient evaluations when facing challenges and tensions, leading to stress. Therefore, identifying stress-inducing factors in various diseases is clinically significant. This study aimed to examine the relationship between cognitive evaluation, self-compassion, and stress habits among women with multiple sclerosis (MS). It is a cross-sectional applied study categorized as descriptive-correlational research. The participants consisted of 130 women with MS. Data analysis was performed using regression tests and SPSS software. Data were collected using the Self-Compassion Questionnaire, the standard Kooadrun stress measurement, and the Gross and John cognitive evaluation test. Variables such as stress habits, cognitive evaluation, and self-compassion significantly influenced the regression equation ($p \leq 0.01$), explaining 43.5% of the variance in stress habits. The prediction of stress habits based on a lack of self-kindness showed a direct relationship with a beta coefficient of 0.637. Additionally, self-kindness was positively related to stress habits, while self-compassion showed a negative significant relationship at the 0.01 level. Cognitive evaluation and its dimensions were also significant at the 0.05 level. It is recommended to implement compassion-based therapies, emotional management training, mindfulness exercises, relaxation techniques, identification of negative automatic thoughts, replacement with positive thoughts, and social support networks effective in stress management and emotional regulation training in cognitive evaluations to control stress among people with MS.

Keywords: Multiple Sclerosis, Self-Compassion, Cognitive Evaluation, Stress Habits.



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

(CC BY 4.0)

بررسی ابعاد و پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری بنیان‌گذار انقلاب اسلامی

ملیحه حاجی حسن^۱، مهدی نادری^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری مطالعات سیاسی انقلاب اسلامی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

malihehajihasn@gmail.com

۲. دانشیار گروه علوم سیاسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

mahdinaderi35@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۱۴۰۲/۱۲/۲۱]

تاریخ دریافت: [۱۴۰۲/۱۰/۲۸]

چکیده

تلازم «حق» و «تکلیف» انسانی از بنیادی‌ترین موضوعات مکاتب فکری بشری بوده و هر مکتب فکری می‌کوشد با ترسیم نظام دانایی، پاسخی شایسته به این مهم بدهد. در منظومه فکری امام خمینی رحمته‌الله به‌عنوان رهبری انقلاب، مسئله تکلیف‌گرایی مبنای عمل‌گرایی قرار گرفته و سعادت و شقاوت جامعه انسانی در گرو عمل به وظیفه و تکلیف است. ایشان به‌صورت ویژه به مسئله تکلیف‌گرایی زنان پرداخته و زمینه‌ها و ابعاد مختلف آن را مطرح نموده‌اند. با توجه به جایگاه و هویت زن در اندیشه بنیان‌گذار انقلاب اسلامی، شعاع تکلیف‌گرایی زنان در زوایای علم‌اندوزی آنان چنان برجسته است که ایشان بانوان را به‌عنوان احیاگران فکر و اندیشه معرفی نموده است. (مسئله) در نگاه تکلیف‌گرایانه امام رحمته‌الله، زنان انسان‌ساز اگر از جامعه بشری و ملت‌ها گرفته شود، ملت‌ها به شکست و انحطاط کشیده می‌شوند. در نتیجه لازمه تحقق سعادت جامعه زنان انقلاب اسلامی، شناخت ابعاد و پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری به‌عنوان یک رکن مهم جامعه، دارای اهمیت است. این مقاله می‌کوشد به تبیین ابعاد و پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری بنیان‌گذار انقلاب اسلامی بپردازد. نظر به اهمیت این موضوع، این پژوهش با روش هرمنوتیک متن محور (روش)، درصدد پاسخ به این پرسش است: «ابعاد و پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری بنیان‌گذار انقلاب اسلامی چیست؟» (سؤال) یافته‌های پژوهش حکایت از آن دارد که تکلیف‌گرایی زنان بر بنیان‌های اندیشه هفت‌گانه امام رحمته‌الله «تکلیف به مثابه منشأ عمل»، «تکلیف یک امر همگانی»، «محدوده تکلیف، توان انسان»، «درونی و عقلانی بودن احساس تکلیف»، «شرعی بودن امر تکلیف»، «پیروزی مطلق در عمل به تکلیف»، «واجب بودن ادای تکلیف» استوار شده است. لذا، ابعاد تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری انقلاب متشکل از ارکان عبادی، خانوادگی، اقتصادی، سیاسی و علمی است و همچنین، پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در بعد فردی، انسان‌سازی و در بعد جمعی، جامعه‌سازی بر اساس مکتب پاک محمدی صلوات‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم است.

واژگان کلیدی: رهبری بنیان‌گذار انقلاب، تکلیف‌گرایی زنان، ارکان تکالیف زنان، نظام دانایی زنان.

۱- مقدمه

از مبنایی‌ترین مباحث علوم انسانی مسئله حق و تکلیف افراد به‌ویژه زنان در حوزه فردی - اجتماعی است که تاریخ تفکر پیرامون آن از یونان تا دوران جدید امروزی، گویایی اهمیت فکری دانشمندان و فعالان جوامع در این ارتباط است. دیدگاه بعضی از متفکران در حوزه زنان بر مبنای فقه و عقلانیت دینی و برخی دیگر بر مبنای عقلانیت مدرن شکل گرفته شده است. لذا، در مقایسه تفکر اسلامی و تفکر غربی مشاهده می‌شود که در تفکر اندیشمندان اسلامی غالباً بر تکلیف‌گرایی و در تفکر متفکران غربی، بر حق‌گرایی بوده است.

در اندیشه امام خمینی رحمته به عنوان بنیان‌گذار انقلاب اسلامی و یک رکن مهم جامعه، موضوع «تکلیف» همچون نقطه درخشانی در منظومه فکری ایشان می‌درخشد و گویای آن است که تکلیف‌گرایی فرد شالوده‌کنش و حرکت جامعه انسانی در جهت تکامل، پیشرفت و سعادت است (نادری و حاجی‌حسن، ۱۳۹۵). نگاهی به آثار امام رحمته بیانگر آن است که در اندیشه فقهی - سیاسی ایشان به عنوان یک متفکر عالم و عامل، مسئله «تکلیف‌گرایی زنان» در عرصه فردی، خانوادگی، سیاسی، اجتماعی به مثابه یک امر شرعی مورد تأکید است. امام رحمته بر اساس مبانی معرفت‌شناختی الهی، توانست در راستای حضور زنان در قیام انقلاب اسلامی، براندازی رژیم پهلوی، ایستادگی در جنگ تحمیلی، تحولات بزرگ علمی،... الگوی مطلوب «تکلیف‌گرایی زنان» که برگرفته از قرآن و سنت معصومین بود، در ابعاد گسترده عملی پویا که ناظر به تحولات جامعه است، ترسیم نماید. همین امر باعث شده که ایشان به‌گونه‌ای ممتاز از دیگر متفکران، ابعاد نظری تکلیف‌گرایی زن را در تمدن اسلامی ارائه دهد.

شناخت الگوی تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه امام خمینی رحمته برای جامعه اسلامی از دو جنبه حائز اهمیت است. از یک جنبه، در نگاه امام رحمته زن انسان‌ساز اگر از جامعه و ملت‌ها گرفته شود، ملت‌ها به شکست و انحطاط کشیده می‌شوند. «صلاح و فساد یک جامعه از صلاح و فساد زنان در آن جامعه سرچشمه می‌گیرد» پیام امام خمینی رحمته به مناسبت روز زن (۶۱/۱/۵) و از جنبه دیگر، لازمه تحقق سعادت جامعه زنان در نظام اسلامی، تداوم به التزام تکالیف‌گرایی فردی - اجتماعی زنان است. با نگاه به اقتدار کامل امام رحمته در طول رهبری، ایشان بر اساس نظریه حکومتی خود، ساختارهای جدید جامعه زنان را بر اساس بینش اسلامی - انقلابی ترسیم کردند و سپس با مدیریت مسائل داخلی و خارجی، زمینه‌های ورود زنان را در عرصه‌های مختلف جامعه و حتی بین‌المللی فراهم نمودند. بنابراین، با اهمیت مسئله تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه بنیان‌گذار انقلاب، این نوشتار با روش هرمنوتیک متن محور، درصدد پاسخ به این سؤال اصلی است: «ابعاد و پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری بنیان‌گذار انقلاب اسلامی چیست؟»

۲- مرور مبانی نظری و پیشینه**۱-۲- تعریف مفاهیم****۱-۱-۲- نظام دانایی**

دانایی و دانش به‌صورت الفاظ جداگانه تعبیر می‌شود ولی در معنا به‌عنوان آگاهی سودمند به‌کار گرفته می‌شود (عارفی گوران و حاجی‌حسن، ۱۳۹۸). دانایی بر اساس نظام خاصی طبقه‌بندی شده است: ۱- آموختن بر اساس کتاب و حکمت. «هرچه نمی‌دانید از آگاهان بپرسید» (بقره / ۱۲۸) ۲- انتقال دانایی‌ها به دیگران (مجلسی، ۱۳۷۳) ۳- تبعیت (همان).

۲-۱-۲- رهبری بنیان‌گذار انقلاب

«رهبر با ایدئولوژی و ترسیم وضع و حکومت آرمانی که بیان کرده‌است درصدد اجرای حکومت موردنظر دارد که البته با توجه به شرایط کنونی تغییراتی در آن اختیار می‌نماید در نتیجه توسعه در ساختارهای سیاسی، اجتماعی،

اقتصادی و فرهنگی باید متناسب با ساختارهای اساسی ایدئولوژی مطرح شده از یک‌سوی و متناسب با وضعیت کنونی جامعه بعد از انقلاب از سوی دیگر باشد که رهبر در این زمینه نقش مدیریت را به صحنه نمایش می‌گذارد» (حاجی‌حسن، ۱۳۹۶).

۲-۱-۳- تکلیف

«تکلیف، خطاب الهی را گویند که متعلق به افعال بندگان است از جهت اتصاف به حسن و قبح بر سبیل اقتضا یا بر سبیل تخییر. پس هر تکلیفی از تکالیف بندگان، هم عقلی است و هم نقلی که هر دو از منابع شریعت‌اند» (لاهیجی، ۱۳۷۲). تکلیف دو ویژگی دارد: اول آنکه، امری همگانی یعنی شامل تمام افراد و اقشار جامعه است و دوم آنکه، تابع توان و قدرت انسانی است: «لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا» (بقره/۲۸۶) پس، تکلیف امری الهی است، چراکه انسان از آن جهت که برخوردار از عقل (توانایی اندیشیدن) و اختیار (توانایی گزینش) هست. میان تکلیف و حق افراد تلازم وجود دارد و در دو بخش قابل بررسی است:

الف؛ حق و تکلیف فردی: افراد در زندگی خویش به صورت فردی، حقوق بسیاری دارند و به همه آن‌ها مکلف است. امام سجّاد علیه السلام در رساله حقوق خود، بسیاری از حقوق فردی را در مقابل تکالیف برای زن و مرد ذکر کرده است.

ب؛ حق و تکلیف اجتماعی: در حیات اجتماعی از یک سوی، ایجاب حقوق برای افراد جامعه در نظر گرفته شده است و از سوی دیگر، انجام تکالیفی نیز برایشان مشخص شده است. حضرت امیرالمؤمنین علیه السلام در رابطه با موضوع حقوق اجتماعی و تکالیف، چنین می‌فرماید: «ثُمَّ جَعَلَ سُبْحَانَهُ مِنْ حُقُوقِهِ حُقُوقًا اِفْتَرَضَهَا لِبَعْضِ النَّاسِ عَلَى بَعْضٍ فَجَعَلَهَا تَتَكَافَأُ فِي وُجُوهِهَا وَ يُوجِبُ بَعْضُهَا بَعْضًا وَلَا يُسْتَوْجَبُ بَعْضُهَا إِلَّا بِبَعْضٍ» (نهج‌البلاغه، خطبه ۲۱۶). پس خداوند، حقوقی را برای بعضی در برابر دیگران واجب کرده و حتی بر کسی واجب نشده مگر اینکه همانند آن باید وظایفی را انجام دهد (نادری و حاجی‌حسن، ۱۳۹۵).

۲-۱-۴- تکلیف‌گرایی زنان

تکلیف‌گرایی زنان یعنی برجستگی گسترده مسئولیت زن در ابعاد فردی، خانواده و اجتماعی است. در بعد فردی، عالی‌ترین فلسفه‌ی تکلیف‌گرایی، عبادت و خودسازی انسان ذکر شده است. «وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ» (ذاریات/۵۶) اما، زن مکلف در خانواده «انسان‌ساز» است «وَأَمْرُ أَهْلِكَ بِالصَّلَاةِ» (طه/۱۲۲). در بعد اجتماعی تکلیف‌گرایی؛ زنان مکلف نیز عنصر مفید و سرنوشت‌سازی هستند که در جامعه حضور مؤثر و فعال داشته باشند و از خود در جامعه الگوی مطلوبی ارائه دهند (عارفی‌گوران و حاجی‌حسن، ۱۳۹۸).

۲-۲- تکلیف‌گرایی در فلسفه غرب

۲-۲-۱- دیدگاه کانت

در مکتب اصالت، وظیفه و تکلیف، ریشه در اندیشه و آراء کانت دارد (دباغ، ۱۳۸۸). به تعبیر کانت، بسیاری از دانشوران، تکلیف را در سطوح عقلی و نقلی، اخلاقی و حقوقی، به امر پسندیده و نکوهیده تقسیم کرده‌اند ولی بیشتر متفکران غربی، تکالیف را در سطح اخلاقی - حقوقی تعریف کرده‌اند (کانت، ۱۳۷۸). کانت در رساله‌ای با عنوان قانون اخلاقی، تکالیف را دو قسمت می‌نماید. ۱: «تکالیف قانونی»؛ این‌گونه وظایف که به توسط قوانین بر مردم لازم اجرا می‌شود و عدم انجام آن، پیگرد قضائی در بردارد. ۲: «تکالیف فضیلتی»؛ این‌گونه وظایف ناشی از وجدان درونی و اخلاقی است (احمدی طباطبایی، ۱۳۸۷)؛ بنابراین، نقطه عزیمت فلسفه اخلاقی کانت بر طبق قاعده عمومی «اراده نیک» است (پولادی، ۱۳۸۲)؛ و امر اخلاقی با وظیفه انسانی ارتباطی تنگاتنگ دارند. «آدمی باید سعادت خود

را نه از روی میل (تمایل) بلکه از روی وظیفه بجوید و از این رهگذر است که رفتار او (در وهله اول) نخست ارزش راستین اخلاقی می‌یابد» (محمودی، ۱۳۸۳).

۲-۲-۳- نظریه‌های فمینیستی

نظریه فمینیستی، به دنبال دستیابی به حقوق برابری و آزادی سیاسی، اقتصادی و اجتماعی زن است و فمینیست‌ها معتقدند که نظام جوامع، به صورت عادلانه با زنان رفتار نمی‌کنند. جنبش فمینیستی به دو مرحله تقسیم می‌شود: مرحله اول، از اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم (۱۸۷۰-۱۹۲۰) آغاز گردید و مرحله دوم، در دهه‌های (۱۹۷۰-۱۹۶۰) شروع شد و ادامه دارد. فمینیست‌های اولیه، اهداف مشخص و محدودی داشتند ولی فمینیست‌های جدید تحت عنوان هواداران «جنبش آزادی‌بخش زنان» که اهداف تنظیم شده‌ای ندارد یا محدودمرزی ندارد. بنابراین، نقطه نظرهای خود را از فلسفه سیاسی غالب جریان روشنفکری زمان خود گرفته‌اند. فمینیست‌های جدید خواستار نابودی پندارهای و گرایش‌ها سنتی و تقسیم برابر کار و فعالیت یکسان در جامعه می‌باشند (توحیدفام و عیسی‌وند، ۱۳۸۹).

تمرکز اصلی اندیشه‌های فمینیستی بر حق‌گرایی بوده و بیشتر بر ارتقاء حقوق و منافع زنان است. اندیشه‌های فمینیستی در فمینیسم لیبرال، فمینیسم مارکسیستی، فمینیسم رادیکال، فمینیسم روان‌کاوانه، فمینیسم سوسیالیستی خلاصه می‌شود و نظریه‌های آنان از دو منظر در باب حق‌گرایی و تکلیف‌گرایی زنان مطرح می‌شود. فمینیسم در منظر اول، مبنای زیست‌شناسی را ظلم و ستمی بر زنان تبیین می‌کنند و معتقدند که تفاوت وظیفه زنان و مردان در خانواده، انگیزه‌ای برای استمرار نابرابری‌های جنسی میان آن‌ها است و برای نابودی این تبعیض، جلوگیری از تکلیف باروری و تولیدمثل بعد از زنان را، راه‌حل می‌دانند. این نگاه به‌طور کلی مشخصه فمینیست‌هایی است که اصطلاحاً «رادیکال» شناخته می‌شوند که عمدتاً به خط‌مشی مربوط به جنسیت و تولیدمثل توجه دارند و معتقدند، هویت زن با توجه به جنسیت او تعیین نمی‌شود. اما فمینیسم در منظر دوم، بر فرهنگ و قوانین جوامع در ارائه تکلیف و نقش زن تأکید می‌کند و بر اساس دیدگاه اجتماعی خود، به جایگاه زنان فراسوی خانه‌داری و بر اساس حقوق برابر، تکالیف برابر، مشارکت برابر زنان در عرصه عمومی می‌پردازد. این نگاه به‌طور کلی در فمینیسم لیبرال بیان می‌شود که بر تفاوت‌های قوانین و وظایف جامعه تأکید دارند (میرمومنی، ۱۳۹۴).

۲-۳- تکلیف‌گرایی در تفکر اسلامی

۲-۳-۱- دیدگاه قرآن و احادیث

تکلیف‌گرایی در قرآن و روایت ائمه اطهار، ابعاد فردی و اجتماعی دارد. در بعد تکلیف‌گرایی اجتماعی، تکلیف انسان‌ها برای ایجاد جامعه امن «وَقَاتِلُوهُمْ حَتَّىٰ لَا تَكُونَ فِتْنَةٌ» (بقره/۱۸۲)؛ زدودن رذایل اخلاقی و حاکم کردن فضایل اخلاقی «الَّذِينَ إِن مَكَانَهُمْ فِي الْأَرْضِ أَقَامُوا الصَّلَاةَ وَآتَوُا الزَّكَاةَ وَآمَرُوا بِالْمَعْرُوفِ وَنَهَوْا عَنِ الْمُنْكَرِ وَلِلَّهِ عَاقِبَةُ الْأُمُورِ» (حج/۴۱)؛ ایجاد وحدت تمسک به ولایت الهی و معصومین و نفی تفرقه «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِي الْأَمْرِ مِنْكُمْ» (نساء/۵۹) در بعد فردی، تکلیف «عبادت» ذکر شده است. «وَأْمُرْ أَهْلَكَ بِالصَّلَاةِ» (طه/۱۲۲) دلالت تفسیری بر انجام عبادت، که بالاترین و عالی‌ترین فلسفه آفرینش است؛ همان تکلیف فردی انسان است. «وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ» (ذاریات/۵۶)

فلسفه تکالیف در پیام نورانی معصومین Δ بسیار گسترده بیان شده است. بعد فردی تکلیف‌گرایی، فاطمه زهرا عليها السلام چنین می‌فرمایند: «وَالصَّلَاةُ تَزِيهَةٌ لَكُمْ عَنِ الْكِبْرِ» (مجلسی، ۱۳۷۳). امام علی عليه السلام می‌فرمایند: «وَالصِّيَامُ ائْتِلَاءٌ لِإِخْلَاصِ الْخَلْقِ» (نهج البلاغه، حکمت ۲۵۲). در بعد تکلیف‌گرایی اجتماعی، حضرت امیرالمؤمنین عليه السلام برای حاکم کردن ارزش‌های انسانی و مانع شدن از حاکم شدن ستمگران، تکلیف امر به معروف و نهی از منکر را بیان می‌کند: «لَا تَتْرُكُوا الْأَمْرَ بِالْمَعْرُوفِ وَالنَّهْيِ عَنِ الْمُنْكَرِ فَيُؤَلَّىٰ عَلَيْكُمْ شِرَارُكُمْ» (نهج-

البلاغه، نامه ۴۷). در کلام نورانی فاطمه‌الزهراء علیها السلام تکلیف اطاعت خاندان امامت موجب نظام بخشی و عامل امنیت است. «طَاعَتَنَا نِظَامًا لِلْمِلَّةِ وَ اِمَامَتَنَا اَمَانًا لِلْفِرْقَةِ» (قزوینی، ۱۳۸۹).

۲-۳-۲- جایگاه زن مکلف در نگاه متفکران

آیت‌الله جوادی آملی، تکلیف الهی را داروی برای درمان دل بیمار و جامعه بیمار می‌داند، که البته تکالیف، منشأ عقلانی و نقلی دارند (جوادی آملی، ۱۳۸۵). ایشان معتقد است که با پیوند زدن مسئولیت‌پذیری با اراده، انسان‌ها (زن و مرد) در زندگی فردی و اجتماعی خود با اختیار عمل به آن، مسئول هستند (نادری و حاجی‌حسن، ۱۳۹۵). استقلال و اختیار عمل انسانی، ابزار فراوانی برای تکامل در اختیار زن و مرد قرار می‌دهد. انسان متکلف زن و مرد، دارای شئون گوناگون هستند و کمال افراد به‌ویژه زنان در انجام وظایف فردی-اجتماعی ظهور می‌نماید. زن و مرد، هیچ تفاوتی از حیث استقلال و کمال انسانی و اهداف خلقت با یکدیگر ندارند؛ ولی زن نقش‌ها و تکالیف متفاوتی با مرد در خانواده و اجتماع ایفا می‌کند. در نگاه آیت‌الله جوادی آملی، زنان وابسته نیستند تا حقوق وابستگی دریافت کنند و هویت ابزاری ندارند تا از استقلال، محروم باشند (جوادی آملی، ۱۳۹۸).

۲-۱-۳- جایگاه زن مکلف در اندیشه رهبر بنیان‌گذار انقلاب اسلامی

رهبر بنیان‌گذار انقلاب اسلامی نیز به تأسی از قرآن و امامان معصوم علیهم السلام برای زن جایگاه و ارزش والایی قائل هست. لذا به‌صورت گسترده به اندیشه ایشان دربارهٔ و جایگاه‌های زنان مکلف در جامعه اسلامی می‌پردازیم:

الف) کرامت و شخصیت: امام خمینی رحمته الله علیه درباره کرامتی که اسلام به زنان بخشیده است چنین بیان می‌کند: «اسلام زن‌ها را نجات داده است، از آن چیزهایی که در جاهلیت بود. آن قدری که اسلام به زن خدمت کرده، خدا می‌داند به مرد خدمت نکرده است. شما نمی‌دانید که در جاهلیت زن چه بوده و در اسلام چه شده. اسلام به زن خدمتی کرده است که در تاریخ همچو سابقه‌ای ندارد. اسلام زن را از توی لجنزارها برداشته آورده، شخصیت به او داده» (امام خمینی رحمته الله علیه، ۱۳۹۵). «ما می‌خواهیم زن، به مقام والای انسانیت خودش باشد نه مَلْعَبَه باشد؛ نه مَلْعَبَه در دست مردها باشد، در دست اراذل باشد. زن باید در سرنوشت خودش دخالت داشته باشد» (همان). «اسلام زن را از آن مظلومیتی که در جاهلیت داشت بیرون کشید. مرحله جاهلیت مرحله‌ای بود که زن را مثل حیوانات، بلکه پایین‌تر از او می‌شمردند. زن در جاهلیت مظلوم بود، اسلام زن را از آن لجنزار جاهلیت بیرون کشید» (همان). «اسلام در وقتی ظهور کرد در جزیره العرب، بانوان حیثیت خودشان را پیش مردان از دست داده بودند، اسلام آن‌ها را سربلند و سرافراز کردن اسلام آن‌ها را با مردان مساوی کرد، عنایتی که اسلام به بانوان دارد بیشتر از عنایتی است که بر مردان دارد» (همان).

ب) تساوی حق و تکلیف: امام خمینی رحمته الله علیه نظر اسلام را در برابری حق و تکلیف زن با مرد چنین بیان می‌نماید: «همان‌طوری که حقوق مردها در اسلام مطرح است حقوق زن‌ها هم مطرح است. اسلام به زن‌ها بیشتر عنایت کرده است تا به مردها. اسلام زن‌ها را بیشتر حقوقشان را ملاحظه کرده است تا مردها. زن‌ها حق رأی دادن دارند، حق انتخاب دارند، حق انتخاب شدن دارند، تمام معاملاتشان به اختیار خودشان است و آزاد هستند اختیار شغل را آزاد هستند (همان). «از نظر حقوق انسانی تفاوتی بین زن و مرد نیست زیرا که هر دو انسان‌اند و زن حق دخالت در سرنوشت پیش را هم چون مرد دارد بلکه در بعضی از موارد تفاوت‌هایی بین زن و مرد وجود دارد که به حیثیت انسانی آن‌ها ارتباط ندارد مسائلی که منافات با حیثیت و شرافت زن ندارد آزاد است» (همان).

پ) الگوسازی: امام خمینی رحمته الله علیه در الگوسازی انسانیت، بانوان را به پیروی از زنان بزرگواران بشریت دعوت می‌نماید: «تمام ابعادی که برای زن متصور است و برای یک انسان متصور است در فاطمه‌زهرا علیها السلام - جلوه کرده و بوده است. یک زن معمولی نبوده است؛ یک زن روحانی، یک زن ملکوتی، یک انسان به تمام معنا انسان، تمام نسخه انسانیت، تمام حقیقت زن، تمام حقیقت انسان. او زن معمولی

نیست؛ او موجود ملکوتی است که در عالم به صورت انسان ظاهر شده است؛ بلکه موجود الهی جبروتی در صورت یک زن ظاهر شده است... تمام هویت‌های کمالی که در انسان متصور است و در زن تصور دارد - تمام - در این زن است. زنی که تمام خاصه‌های انبیا در اوست. زنی که اگر مرد بود، نبی بود؛ زنی که اگر مرد بود، به جای رسول‌الله بود. معنویات، جلوه‌های ملکوتی، جلوه‌های الهی، جلوه‌های جبروتی، جلوه‌های مُلکی و ناسوتی - همه - در این موجود مجتمع است. انسانی است به تمام معنا انسان؛ زنی است به تمام معنا زن. از برای زن ابعاد مختلفی است؛ چنانچه برای مرد و برای انسان. این صورت طبیعی، نازل‌ترین مرتبه انسان است و نازل‌ترین مرتبه زن است و نازل‌ترین مرتبه مرد است؛ لکن از همین مرتبه نازل، حرکت به سوی کمال است. انسان، موجود متحرک است؛ از مرتبه طبیعت تا مرتبه غیب تا فنا در الوهیت. برای صدیقۀ طاهره این مسائل، این معانی حاصل است. از مرتبه طبیعت شروع کرده است، حرکت کرده است؛ حرکت معنوی؛ با قدرت الهی، با دست غیبی، با تربیت رسول‌الله ﷺ مراحل را طی کرده است نارسیده است به مرتبه‌ای که دست همه از او کوتاه است» (امام خمینی رحمته، ۱۳۹۵).

ت) سعادت و شقاوت جامعه: امام خمینی رحمته سعادت و شقاوت جامعه را در تکلیف‌گرایی اجتماعی زنان مشخص می‌فرماید. «نقش زنان در عالم از ویژگی‌های خاصی برخوردار است، صلاح و فساد یک جامعه از صلاح و فساد زنان در آن جامعه سرچشمه می‌گیرد. زن، یکتا موجودی است که می‌تواند از دامن خود افرادی به جامعه تحویل دهد که از برکاتشان یک جامعه، بلکه جامعه‌ها به استقامت و ارزش‌های والای انسانی کشیده شوند و می‌تواند به عکس آن باشد (امام خمینی رحمته، ۱۳۹۵). زن‌ها مردان شجاع را در دامن خود بزرگ می‌کنند، قرآن کریم انسان‌ساز است و زن‌ها نیز انسان‌ساز؛ وظیفه زن‌ها انسان‌سازی است. اگر زن‌های انسان‌ساز از ملت‌ها گرفته بشود، ملت‌ها به شکست و انحطاط مبدل خواهند شد، شکست خواهند خورد، منحط خواهند شد» (همان).

ایشان برای حضور زنان در عرصه اجتماع چنین بیان می‌کنند:

«در نظام اسلامی زن به عنوان یک انسان می‌تواند مشارکت فعال با مردان در بنای جامعه اسلامی داشته باشد ولی نه به صورت یک شعر نه او حق دارد خود را به چنین حدی تنزل دهد و نه مردان حق دارند که به او چنین بیندیشند اسلام با هر چیزی که انسان را به پوچی و از خود بیگانه شدن می‌کشاند مبارزه می‌کند. زنان از نظر اسلام نقش اساسی در بنای جامعه اسلامی دارند اسلام زن را تا حدی ارتقا می‌دهد که او بتواند مقام انسانی خود را در جامعه باز یابد و متناسب با چنین رشدی می‌تواند در ساختمان حکومت اسلامی مسئولیت‌هایی را به عهده بگیرد اگر خانم‌ها خیال کنند که کنار بروند و مردها این کارها را انجام بدهند این خیال، خیال صحیحی نیست برای این که کارها این قدر آشفته است رفتاری‌ها این قدر زیاد است که هر شخصی در هر محلی است تکلیفی که دارد این است که آنجا را خوب بسازد خانم‌ها حق دارند در سیاست دخالت کنند تکلیفشان است. دین اسلام یک دین سیاسی است، دینی است که همه چیزش سیاست است حتی عبادتش» (همان).

ث) وظیفه‌گرایی زن: امام خمینی رحمته در زمینه اساسی‌ترین عامل تربیت بشریت، مؤلفه وظیفه‌گرایی زن در انسان‌سازی را بیان می‌نمایند.

«شما خانم‌ها شرف مادری دارید که در این شرف از مردها جلو هستید و مسئولیت تربیت بچه در دامن خودتان دارید مدرسه‌ای که بچه دارد دامن مادر است مادر خوب و چه خوب تربیت می‌کند و خدای نخواستہ اگر مادر منحرف باشد بچه از همان توی دامن مادر منحرف بیرون می‌آید و چون بچه‌ها آن علاقه‌ای که به مادر دارند به هیچ‌کس ندارند و در دامن مادر که هستند تمام آرزوهایی که دارند خلاصه می‌شود در مادر و همه چیز را در مادر می‌بینند حرف مادر، خلق مادر، عمل مادر در بچه‌ها اثر دارد لامحاله یک بچه در دامن مادر که اول کلاس است این

دامن اگر یک دامن طاهر پاکیزه مهذب باشد. بچه از همین اول که دارد رشد می‌کند با آن اخلاق صحیح و با آن تهذیب نفس و با آن عمل خوب رشد می‌کند و بچه وقتی در دامن مادرش هست می‌بیند مادر اخلاق خوش دارد اعمال صحیح دارد گفتار خوش دارد این بچه از همان‌جا اعمالش و گفتارش به تقلید از مادر که از همه تقلیدها بالاتر است و به تزیق مادر که از همه تزیق‌ها مؤثرتر است تربیت می‌شود» (همان).

در رابطه با مسئله تکلیف‌گرایی زنان در منظومه فکری رهبر بنیان‌گذار انقلاب اسلامی تاکنون مقاله یا کتاب منتشر نشده است البته برخی از نویسندگان در ذیل بررسی اندیشه امام خمینی رحمته به وظایف فردی - اجتماعی زنان اشاره نموده‌اند.

طغرانگار (۱۳۸۹) در کتاب خود «حقوق سیاسی - اجتماعی زنان قبل و بعد از پیروزی انقلاب اسلامی ایران»، به وضعیت زنان در دوره‌های مختلف می‌پردازد. او در بخش اول به جایگاه زنان در جوامع قبل از انقلاب صنعتی پرداخته و سپس به جنبش‌های اجتماعی زنان در دنیا در قرن ۱۸ اشاره کرده است. همچنین مؤلف در ادامه کتاب به گسترش همکاری بین‌المللی در قرن ۲۰ در مورد حقوق زنان و جایگاه آنان پرداخته است. ایشان در بخش دوم کتاب حقوق سیاسی - اجتماعی زنان قبل از انقلاب را بررسی نموده و سپس به تحلیل انقلاب سفید شاه در مورد حق رأی زنان پرداخته است. در بخش سوم کتاب، نویسنده به بیان حقوق سیاسی و اجتماعی زنان پس از پیروزی انقلاب اسلامی با روش تطبیقی پرداخته است. در تحقیق حاضر، نگاهی خاص و جامع به مسئله تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبر در نظام جمهوری اسلامی و به روش هرمنوتیک متن محور نشان داده می‌شود.

کریمی‌نیا، جعفری، بنواری و انصاری مقدم (۱۴۰۰) در مقاله «بازکاوی تطبیقی جایگاه زن در اندیشه امام خمینی و مقام معظم رهبری» جایگاه و نقش زنان را بررسی کرده است ولی تکلیف‌گرایی زنان را در ذیل حق زن در نقش اجتماعی زن مطرح کرده است. زمینه‌های تجلی و جایگاه زن در اندیشه امام خمینی و مقام معظم رهبری را بررسی کرده و با روش مقایسه‌ای رویکرد دو نظریه رهبران در مقوله مشارکت و حقوق اجتماعی و سیاسی زنان را به بررسی پرداخته‌اند. سپس، با رویکرد امام خمینی ره، بنیان‌گذار حکومت اسلامی در عصر معاصر، مورد تطبیق قرار داده و نتیجه تطبیق دیدگاه‌ها در تحقق جایگاه زن و حقوق زنان ذیل حکومت اسلامی، دو رویکرد متضاد را نشان می‌دهد. اما در تحقیق حاضر، نگاهی خاص و جامع به مسئله تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبر در نظام جمهوری اسلامی و به روش هرمنوتیک متن محور نشان داده می‌شود.

هزاوه‌ای و سلطانی بیرامی (۱۳۹۴) در مقاله «بررسی جایگاه اصل تکلیف‌گرایی در اندیشه سیاسی امام خمینی ع» با روش توصیف - تحلیلی تکلیف‌گرایی را در اندیشه امام رحمته را مورد بررسی قرار داده است. ایشان تأثیرگذاری تکلیف‌گرایی در اندیشه فقهی - سیاسی ایشان به‌عنوان یک متفکر عالم و عامل، در مقاله خود توصیف نموده است و در قسمتی از تحقیق مسئله تکلیف زنان را در عرصه فردی، خانوادگی، سیاسی، اجتماعی به مثابه یک امر شرعی بیان کرده است. تحقیق حاضر از حیث روش - هرمنوتیک متن محور - و همچنین از آن‌جهت که نگاهی خاص و جامع به مسئله تکلیف‌گرایی زنان در ابعاد مختلف در اندیشه امام خمینی ع دارد.

جمشیدی (۱۳۸۸) در کتاب «اندیشه سیاسی امام خمینی رحمته» در ذیل گفتار حق و قانون به مسئله تکلیف پرداخته است ولی تکلیف‌گرایی زنان را مورد بررسی قرار نداده است. تحقیق حاضر نگاهی خاص مسئله تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه امام خمینی رحمته دارد.

بررسی کتب و مقالات پژوهشی منتشر شده در اندیشه امام رحمته بیانگر آن است که مسئله تکلیف به مثابه یک موضوع عام برای انسان‌ها مطرح شده است و به‌طور اختصاصی برای زنان، پژوهشی در بین نویسندگان پیگیری نشده است. تحقیق حاضر از حیث روش - هرمنوتیک متن محور - و همچنین از آن‌جهت که نگاهی خاص و جامع به مسئله تکلیف‌گرایی زنان در ابعاد مختلف (اصول، قاعده، ارکان، انواع، نتیجه و بزرگ‌ترین تکلیف) در اندیشه امام خمینی رحمته داشته باشد؛ اثری نو و بدیع به شمار می‌آید.

۳- روش‌شناسی

در پژوهش‌های کمی بر فرآیندهای «استقرایی، تئوری ساز، ذهنی و غیر اثباتی» و در روش‌های کیفی بر فرآیند «استنتاجی، تئوری ساز، ذهنی و غیر اثباتی» تأکید می‌شود (مک‌ناب، ۱۳۹۴). بین پژوهش‌های کمی یا کیفی، این پژوهش جزء کیفی به شمار می‌آید. شیوه گردآوری داده‌ها مبتنی بر مطالعات اسنادی و به صورت فیش‌برداری از مجموع آثار برجای‌مانده از امام رحمته بوده است. پژوهشگران از روش‌های متعددی نظیر تئوری داده بنیاد، تحلیل گفتمان، مقایسه، هرمنوتیک ... در تحلیل داده‌های کیفی استفاده می‌کنند (سید امامی، ۱۳۹۱). لذا هرمنوتیک، روشی برای ادراک و فهم متون نوشتاری و معنایی متن است. در فرآیند روش هرمنوتیکی، محقق سعی می‌کند از جزء به کل و از کل به جزء به معنای حقیقی متن نزد مؤلف دست یابد و انواع آن عبارت است از: هرمنوتیک انتقادی، هرمنوتیک روشی که شامل (مؤلف محور، متن محور و مفسر محور)، هرمنوتیک فلسفی، هرمنوتیک هنجاری و هرمنوتیک تردیدی (حریری، ۱۳۸۵).

نظر به اینکه موضوع این پژوهش، در حوزه مطالعاتی اندیشه سیاسی-اجتماعی قرار دارد، لذا بهترین روش تحلیلی برای فهم تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه امام خمینی رحمته «هرمنوتیک متن‌گرا» است. در این پژوهش با کاربست هرمنوتیک متن محور، تلاش شده با محور قرار دادن متون برجای‌مانده از ایشان (به مثابه متن) و ابعاد معنایی تکلیف‌گرایی زنان در نیت رحمته (به مثابه مؤلف) مورد تحلیل قرار گیرد.

۴- یافته‌ها

۴-۱- تکلیف‌گرایی و بنیان‌های هفت‌گانه آن در اندیشه رهبر بنیان‌گذار انقلاب اسلامی

۴-۱-۱- تکلیف زن و مرد، منشأ عمل آنان محسوب می‌شود

در منظر امام خمینی رحمته منشأ یک عمل در تکلیفی است که زن یا مرد احساس می‌کنند. به تعبیر دیگر، ارزش عمل نه به فایده «فایده‌گرایان» و نه به نتیجه عمل «پراگماتیست‌ها»، بلکه به وظیفه‌ای است که بر اساس نقش افراد مطرح می‌شود. «حضرت امیر تکلیف داشت به اینکه با او (معاویه) جنگ بکند، چه شکست بخورد، چه شکست بدهد» (امام خمینی رحمته، ۱۳۹۵).

۴-۱-۲- یکسانی تکلیف، برای زن و مرد مطرح است

بر اساس نگاه امام خمینی رحمته امر تکلیف شامل زن و مرد جامعه در تمام سطوح می‌شود. ایشان در این رابطه می‌فرماید: «همه قشرها برای خودشان تکلیف فرض کنند، بگویند ما موظفیم» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷). از آنجا که زن و مرد، موجودی مختار هستند؛ ایجاب می‌کند که احساس تکلیف نمایند. «امروز تکلیف به همه طبقات متوجه است ... همه مکلف هستند به مقدار میسور» (همان).

۴-۱-۳- محدوده تکلیف، برای مرد و زن در تفاوت‌های طبیعی است

امام رحمته با استناد به قرآن

«لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا» (بقره/۲۸۶)، تکلیف را بر اساس توان طبیعی زن و مرد، متفاوت می‌داند. ایشان از این منظر نیز می‌نگرند: «اگر انسان وظیفه‌شناس باشد مترقی است، یک انسان عادل است» (همان).

۴-۱-۴- نوع تکلیف، وجدانی، شرعی و عقلی است

در رابطه با انواع تکلیف در نگاه رهبر بنیان‌گذار انقلاب، سه نوع تکلیف مشاهده می‌شود: ۱- تکلیف وجدانی، ۲- تکلیف شرعی، ۳- تکلیف عقلی. «همه تکلیف وجدانی داریم، تکلیف شرعی داریم، تکلیف عقلی داریم که با این جمعیت مظلومی که قیام کردند و می‌خواهند حق خودشان را بگیرند، ما هم با آن‌ها همراهی می‌کنیم.» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷). ایشان معتقد است، تکلیف امری باطنی

و عقلانی است و هیچ‌کس نمی‌تواند برای انجام وظایف خود عذرتراشی کند. «امروز عذر نیست برای ما، هیچ‌کدام ما عذر نداریم؛ لکن ما هم که اینجا هستیم، شما ... که در این بلاد هستید، بی تکلیف نیستید.» (همان).

۴-۱-۵- تعیین تکلیف، در شرع شده است

در نگاه فقهی امام رحمته وظایف فردی- اجتماعی مرد و زن در اسلام مشخص شده و افزون بر تأثیرات دنیوی، پاداش اخروی هم در پی دارد. ایشان با چنین نگاهی می‌فرماید: «تکلیف ما و وظیفه ما را قرآن تعیین می‌کند». ایشان تخلف از تکلیف را جایز نمی‌داند. «مسئله، تکلیف شرعی الهی است، کسی نمی‌تواند تخلف بکند» (همان).

۴-۱-۶- انجام به تکلیف، پیروزی در پی دارد

رهبر بنیان‌گذار انقلاب اسلامی، انسان مکلف زن و مرد را تشویق به انجام تکلیف می‌کند و چه به نتیجه رسد یا به نتیجه نرسد، در هر دو صورت پیروز می‌داند. «ما مکلفیم، خدا به ما تکلیف کرده است، که با این مخالفین اسلام و مخالفین ملت اسلام معارضه کنیم، یا پیش می‌بریم یا نمی‌بریم. اگر پیش بردیم که الحمدالله هم به تکلیفمان عمل کرده‌ایم و هم پیش بردیم و اگر هم مردیم و کشته شدیم به تکلیفمان عمل کردیم، ما چرا بترسیم؟ ما شکست نداریم. شکست برای ما نیست برای اینکه از دو حال خارج نیست یا پیش می‌بریم که پیروز هم شدیم، یا پیش نمی‌بریم که پیش خدا آبرومندیم. اولیای خدا هم شکست می‌خورند. حضرت امیر در جنگ معاویه شکست خورد. امام حسین علیه السلام هم در جنگ با یزید شکست خورد و کشته شد، اما به‌حسب واقع پیروز شدند. آن‌ها شکست ظاهری و پیروزی واقعی بود. اگر ماها هم که برای خدا می‌خواهیم کار بکنیم، شکست هم بخوریم، تکلیف را عمل کردیم و به‌حسب واقع هم پیروزی با ما خواهد شد.» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷).

۴-۱-۷- ادای تکلیف، واجب بر هر مرد و زن است

از دیدگاه امام خمینی رحمته، وجوب ادای تکلیف و استقامت در انجام آن منحصربه‌فرد یا گروه خاصی نیست. «ان‌شاء الله که جمهوری اسلامی باقی است چه ما باشیم، چه اشخاص باشند چه نباشند. همین‌ها بودند که شادی می‌کردند برای اینکه ... هفتاد - هشتاد نفر از دوستان ما را، از بزرگان را از بین بردند، شادی می‌کردند که جمهوری از بین رفت، تمام شد دیگر. دیدند که ابداً تمام نشد و مردم ریختند بدتر از اول، بالاتر از اول، ریختند در خیابان‌ها و چه کردند... ملت ما، ارتش ما، سپاه ما و همه قوای مسلحه ما یک تکلیف ادا می‌کنند. این مثل این است که گفته بشود که اگر فلانی رفت و فلانی رفت، مردم نماز نمی‌خوانند. تکلیف است، به رفتن کسی مردم دست از نمازشان بر نمی‌دارند، به رفتن کسی نمازشان را، حششان را دست از آن بر نمی‌دارند» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷).

۴-۲- ارکان تکلیف‌گرایی زنان بر اساس بنیان‌های هفت‌گانه فکری رهبری بنیان‌گذار انقلاب اسلامی

امروزه، دیدگاه‌های مختلفی نسبت به وظیفه‌گرایی زنان در حوزه فردی - اجتماعی مطرح است. در بین نگاه‌های مختلف حداقلی به نقش زنان و متضاد که نسبت به تکلیف‌گرایی زن وجود دارد، دیدگاه امام خمینی رحمته، نگاه گسترده و جامع بوده و حوزه‌های عبادی، اقتصاد، سیاسی و اجتماعی زنان را در بر می‌گیرد «ما مفتخریم که بانوان و زنان پیر و جوان... در صحنه‌های فرهنگی و اقتصادی و نظامی حاضر و همدوش مردان یا بهتر از آنان در راه تعالی اسلام و مقاصد قرآن کریم فعالیت دارند» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷).

۴-۲-۱- تکلیف‌گرایی زنان در رکن خودسازی و عبادی

خودسازی فردی - جمعی افراد به مثابه یک تکلیف حیاتی مورد توجه امام رحمته قرار گرفته است. «اگر انسان دید معصیت خدا می‌شود باید جلوی او را بگیرد. نگذارد معصیت خدا بشود. همه ما مکلفیم همان‌طور که مکلفیم که خودمان را حفظ کنیم و خارج کنیم از ظلمت به نور، مکلف هستیم که دیگران را هم همین‌طور دعوت کنیم» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷). امام رحمته توجه خاصی به خودسازی زنان داشتند، چراکه سرنوشت سازی نسل آینده و صلاح و فساد جامعه از خودسازی زنان سرچشمه می‌گیرد «زن هم باید از فساد

اجتناب کند. زن‌ها نباید ملعبه دست جوان‌های هرزه بشوند. زن‌ها نباید مقام خودشان را منحط کنند و خدای‌نخواستہ بزک کرده بیرون بیایند و در انظار مردم فاسد قرار بگیرند. زن‌ها باید انسان باشند. زن‌ها باید تقوا داشته باشند. زن‌ها مقام کرامت دارند. زن‌ها اختیار دارند؛ همان طوری که مردها اختیار دارند.» (همان).

در نگاه رهبر بنیان‌گذار انقلاب، حجاب زنان در حوزه فردی و اجتماعی باعث حفظ ارزش‌ها است. «خداوند همه شما را توفیق بدهد، ما و شما را برای اسلام و برای خدمت اسلام موفق کند و دین و دنیای شما را حفظ کند؛ و البته باید توجه داشته باشید که حجایی که اسلام قرار داده است، برای حفظ آن ارزش‌های شماست. هر چه را که خدا دستور فرموده است - چه برای زن و چه برای مرد - برای این است که آن ارزش‌های واقعی که این‌ها دارند و ممکن است به واسطه وسوسه‌های شیطانی یا دست‌های فاسد استعمار و عمال استعمار پایمال می‌شدند این‌ها، این ارزش‌ها زنده بشود؛ و خداوند به همه ما توفیق بدهد که خدمت کنیم به این ملت و اسلام» (همان).

۴-۲-۲- تکلیف‌گرایی زنان در رکن اختیار سیاسی

در اندیشه سیاسی رهبر انقلاب، مشارکت با اختیار زنان در امور سیاسی از عنصر تکلیف‌گرایی است. امام رحمته حضور با اختیار زنان در عرصه‌های سیاسی و انقلاب اسلامی در ایران را برگرفته از سیره اسلامی زنان در سراسر تاریخ می‌داند. «... بانوان از صدر اسلام - در صدر اسلام - با مردان در جنگ‌ها هم شرکت داشته‌اند.» (همان). از رهگذر تکلیف‌گرایی زن است که امام رحمته مسئله قیام و نهضت اسلامی را برای جامعه زنان تحلیل و هدایت می‌کنند. «من از تمام زن‌های ایران، تمام بانوان ایران و از بانوان قم تشکر می‌کنم. خداوند از شما راضی باشد. امام عصر از شما دل‌خوش باشد. شما با بچه‌های کوچک خودتان در خیابان‌ها آمدید و از اسلام پشتیبانی کردید... ما می‌بینیم و دیدیم که زن‌ها، بانوان محترمانه هم‌دوش مردان بلکه جلو مردان در صف قتال ایستادند. بچه‌های خودشان را از دست دادند، جوانان خودشان را از دست دادند و شجاعانه مقاومت کردند» (همان).

البته امام رحمته تکلیف سیاسی زنان را بعد از انقلاب در «نظام سازی» و «جامعه سازی» مشخص می‌نمایند.

«زن‌ها اختیار دارند؛ همان طوری که مردها اختیار دارند... زن باید در سرنوشت خودش دخالت داشته باشد. زن‌ها در جمهوری اسلام رأی باید بدهند. همان طوری که مردان حق رأی دارند زن‌ها حق رأی دارند... شما همان طوری که تاکنون در نهضت‌ها دخالت داشتید و سهم بودید در این نهضت سهم بودید در این پیروزی، حالا هم باز باید سهم باشید؛ و هر وقت اقتضا بکند نهضت کنید، قیام کنید. مملکت از خود شماست ان‌شاءالله. دست اجانب کوتاه شد از مملکت، دست رشوه‌خواران و چپاولگران کوتاه شد، رفتند؛ مملکت از خود شماست. شما باید بسازید مملکت را. همه ملت ایران، همه ملت ایران - چه بانوان و چه مردان - باید این خرابه‌ای که برای ما گذاشته‌اند بسازند. با دست مرد تنها درست نمی‌شود؛ مرد و زن باید با هم این خرابه را بسازند» (همان).

بنابراین، امام خمینی رحمته مشارکت فعال زنان شجاع در انقلاب اسلامی را این‌چنین در صحنه بین‌المللی معرفی می‌کند:

«زندان‌های شاه از زنان شیردل و شجاع مملو است. در تظاهرات خیابانی زنان ما، بچه‌های خردسال خود را به سینه فشرده، بدون ترس از تانک و توپ و مسلسل، به میدان مبارزه آمده‌اند. جلسات سیاسی‌ای که زنان در شهرهای مختلف ایران، برپا می‌کنند کم نیست، آنان نقش بسیار ارزنده‌ای را در مبارزات ما ایفا کرده‌اند. مادران شجاع فرزندان اسلام، خاطره جان‌بازی و رشادت زنان قهرمان را در طول تاریخ زنده کرده‌اند. در چه تاریخی این‌چنین زنانی را سراغ دارید و در چه کشوری؟» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷).

۴-۲-۳- تکلیف‌گرایی زنان در رکن اشتغال و اقتصاد

از دیدگاه امام خمینی رحمته، زن حق مالکیت و فعالیت اقتصادی خرد و کلان را دارد. «در نظام اسلامی، زن همان حقوقی را دارد که مرد دارد، حق تحصیل، حق کار، حق مالکیت، حق رأی دادن، حق رأی گرفتن. در تمام جهاتی که مرد حق دارد، زن هم حق دارد.» (امام خمینی رحمته، ۱۳۹۵). ایشان، تکلیف اقتصادی را در اشتغال مردان و زنان ملت می‌داند و توسعه جامعه ایران را پیامد مجاهدات مالی زنان انقلابی بیان می‌کند. «زنان ایران، هم مجاهدات انسانی عظیم کرده‌اند و هم مجاهدات مالی. این طبقه محترم زن‌ها که در جنوب تهران و در شهر قم و در سایر شهرها هستند، همین خانم‌های محجبه، همین‌ها که مظهر غفاف هستند، در نهضت پیش‌قدم بودند و در ایثار مال هم پیش‌قدم. ایثار کردند جواهرات و طلاهایی که دارند، برای مستضعفین، عمده در این امور آن قصد پاک است.» (همان). امام خمینی رحمته در زمینه اختیار امور اقتصادی جامعه زنان می‌فرماید: «تمام معاملاتشان به اختیار خودشان است و آزاد هستند، در اختیار شغل آزاد هستند.» (همان). البته زن در گستره شغلی باید از امنیت شغلی؛ امکانات لازم؛ ارزش و احترام بهره‌مند باشد. «در وزارتخانه‌های اسلامی نباید زن‌های لخت بیایند، زن‌ها بروند اما باحجاب باشند مانعی ندارد بروند اما کار نکنند لکن باحجاب شرعی باشند، با حفظ جهات شرعی باشند» (همان).

۴-۲-۴- تکلیف‌گرایی زنان در رکن خانواده و اجتماع

امام خمینی رحمته با نگاهی فضیلت‌گرا، آینده مطلوب زنان را در تکلیف‌گرایی زنان به وظایفشان در جامعه دنبال می‌کند. «در خصوص زنان، اسلام هیچ‌گاه مخالف آزادی آنان نبوده است، برعکس اسلام با مفهوم زن به‌عنوان شیء مخالفت کرده است و شرافت و حیثیت او را به وی باز داده است. زن مساوی مرد است. زن مانند مرد آزاد است که سرنوشت و فعالیت‌های خود را انتخاب کند.» (امام خمینی رحمته، ۱۳۹۵). ایشان، رسیدن سعادت افراد را منوط در سایه فعالیت و حضور زنان در خانواده می‌داند و می‌فرماید: «دامن مادر بزرگ‌ترین مدرسه‌ای است که بچه در آنجا تربیت می‌شود. آنچه بچه از مادر می‌شنود غیر از آن چیزی است که از معلم می‌شنود. بچه از مادر بهتر می‌شنود تا از معلم. در دامن مادر بهتر تربیت می‌شود تا در جوار پدر؛ تا در جوار معلم. [این] یک وظیفه انسانی است، یک وظیفه الهی است، یک امر شریف است؛ انسان درست کردن است.» (همان).

ایشان، آسیب‌های معنوی و اجتماعی ناشی از عدم تکلیف‌گرایی مادران را بسیار خطرناک تبیین و تحلیل می‌کنند و همواره بر تکلیف شناسی مادران در تربیت فرزندان به‌عنوان امری حیاتی در مسیر سعادت خانواده و اجتماع تأکید دارند.

«بچه‌هایی که از دامن مادر جدا شده‌اند و در پرورشگاه‌ها رفتند این‌ها چون پیش‌اجنبی هستند و محبت مادر ندیده‌اند، عقده پیدا می‌کنند. این عقده‌ها منشأ همه مفسدتی است، یا اکثر مفسدتی است، که در بشر حاصل می‌شود. این جنگ‌هایی که پیدا می‌شود از عقده‌هایی است که در قلوب این خون‌خوارها هست. این دزدی‌ها، این خیانت‌ها، این‌ها اکثراً از عقده‌هایی است که در انسان هست. بچه‌های شما را اگر از شما جدا کردند، به‌واسطه نداشتن محبت مادر، عقده پیدا می‌کنند؛ به فساد کشیده می‌شوند.» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷).

۴-۲-۵- تکلیف‌گرایی زنان در رکن فراگیری علم و دانش در تمدن‌سازی نوین اسلامی

امروزه، گرایش به علم و دانایی توانسته حیات جامعه بشری را تحت شعاع قرار دهد. در این میان علم‌اندوزی زنان در فضای فردی - اجتماعی چنان برجسته است که امام خمینی رحمته بانوان را به‌عنوان نمونه و احیاگران فکر و اندیشه ترسیم نموده است (همان).

امام رحمته به‌عنوان دانشمند و رهبر انقلاب اسلامی، زنان را سکوی پرواز جامعه و مظهر تحقق آمال بشر معرفی می‌کند. ایشان نقش عظیمی برای زنان عالم و دانشمند در اجتماع در نظر می‌گیرد (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷). ایشان، اهمیت نقش زنان دانشمند را در جامعه یادآوری کرده و حتی نقش زنان فعال و دانشمند را از مردان بالاتر می‌دانستند، چراکه زن آگاه به امور جامعه، می‌تواند نسل فعال آینده

را تربیت کند و این خود یعنی ساختن جامعه پیشرفته اسلامی. «نقش زن در جامعه بالاتر از نقش مرد است، بر این که بانوان علاوه بر این که خودشان یک قشر فعال در همه ابعاد هستند. قشرهای فعال را در دامن خودشان تربیت می‌کنند. خدمات مادر به جامعه از خدمات معلم بالاتر است و این امری است که انبیاء می‌خواستند» (همان).

در دیدگاه علمی امام رحمته، زنان باید همدوش افراد جامعه در تحصیل علم، عرفان، فلسفه و تمام شاخص‌های علمی و حتی صنعت فعالیت کنند. ایشان تحصیل علم را مخصوص طبقه خاص نمی‌داند ولی ویژگی‌هایی برای این گونه فعالیت‌ها برای زنان برمی‌شمارد که در اسلام نیز به آن اشاره شده است و زنان را به علم‌اندوزی سفارش کرده و آن را وسیله رسیدن به مقام انسانیت می‌دانستند. «توفیق شما بانوان و خواهران را می‌خواهم که هم در علم کوشا باشید و هم در تهذیب اخلاق همان‌طوری که علم تنها فایده ندارد و تهذیب تنها کورکورانه فایده ندارد. علم و تهذیب نفس است که انسان را به مقام انسانیت می‌رساند و از خدای تبارک و تعالی خواستارم که شما بانوان را موفق کند و سایر خواهران که در سطح ایران هستند همین‌طور برادران را موفق کند که این دو جناح را که جناح علم و عمل باشد، توأم با اخلاق اسلامی به پیش ببرد و اسلام در ایران پیاده بشود به آن طوری که خدای تبارک و تعالی می‌خواهد» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷؛ عارفی گوران و حاجی حسن، ۱۳۹۸).

در نهایت، امام رحمته زمینه‌سازی تحصیل علم زنان را وظیفه حکومت اسلامی می‌دانست. «من امیدوارم که دستگاه‌ها با شما کمک کنند و آن چیزی که احتیاج به آن دارید در هر امری از امور و در فرهنگتان و در تعلیم و تعلمتان وسیله را برای شما به‌طور شایسته فراهم کنند» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷).

۴-۳- پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری بنیان‌گذار انقلاب اسلامی

پیامدهای تکلیف‌گرایی در مکتب اسلامی در دو سطح فردی و اجتماعی اثرگذار است. لذا امام رحمته پیامد تکلیف‌گرایی زنان را در بعد فردی، انسان‌سازی و در بعد جمعی، جامعه‌سازی بر اساس مکتب الوهیت محمدی صلی الله علیه و آله مطرح می‌نماید.

۴-۳-۱- بعد فردی

امام خمینی رحمته معتقد هستند، اساسی‌ترین پیامد تکلیف‌گرایی فردی زنان در انسان‌سازی که شامل ۱- خودسازی؛ ۲- تربیت فرزندان است، ظهور پیدا می‌کند. نخست، هر زن به‌عنوان یک انسان، با ایمان و اعتقاد راسخ در صداقت و اخلاص خود تلاش کند تا فرآیند عکس‌العمل او بخشی از این مسیر سعادت را به نمایش بگذارد. ولی زنان که خودسازی را دنبال نکنند هرگز آن‌ها قادر به مسئولیت‌پذیر زندگی در آینده نمی‌شوند؛ بنابراین تا مادامی که زنان، روح خود را مهیای انسان‌سازی و خصال نیکو می‌کنند، هرگز انتظار انحراف از سوی فرزندان نمی‌رود. «این دامن اگر یک دامن طاهر پاکیزه مهذب باشد. بچه از همین اول که دارد رشد می‌کند با آن اخلاق صحیح و با آن تهذیب نفس و با آن عمل خوب رشد می‌کند و بچه وقتی در دامن مادرش هست می‌بیند مادر اخلاق خوش دارد اعمال صحیح دارد گفتار خوش دارد این بچه از همان‌جا اعمالش و گفتارش به تقلید از مادر که از همه تقلیدها بالاتر است» (امام خمینی رحمته، ۱۳۹۳).

دوم، اینکه فرآیند پیامد تکلیف‌گرایی فردی زنان در تربیت فرزندان صالح شبیه تأثیر جهاد است و مستلزم دقت و بردباری فراوان است. اگر مادری با معیارهای الهی فرزندان را تربیت کند و آنان را در مسیر سعادت هدایت کند، بنیان‌گذار نسلی است که فرزندان جامعه را تشکیل خواهند داد و انسان‌هایی که مطیع امر الهی و معصومین هستند و آن‌ها نیز کاروان بشریت را به همان مسیر هدایت می‌کنند. برعکس، اگر زنی به امر تربیت انسان‌سازی فرزندش بی‌توجهی نشان دهد، مسئول نابودی بنای یک نسل کامل از بشریت خواهد بود؛ بنابراین، مسئله تربیت زنان و مادران بی‌نهایت حیاتی و درخور تأمل و برنامه‌ریزی است.

«شما مسئولید که در دامن‌های خودتان اولاد متقی بار بیاورید تربیت کنید به جامعه تحویل دهید همه مسئول هستیم که اولاد را تربیت کنیم لیکن در دامن شما بهتر تربیت می‌شوند دامن مادر بهترین مکتبی است از برای اولاد. شغل تربیت فرزند از همه شغل‌ها بالاتر است. فرزند خوب شما اگر به جامعه تحویل بدهید برای شما بهتر است از همه عالم. اگر یک انسان شما تربیت کنید برای شما به قدری شرافت دارد که من نمی‌توانم بیان کنم پس شما یک شغل‌تان این است که بچه‌های خوب تربیت کنید. دامن مادرها دامنی است که انسان از آن باید درست شود یعنی اول مرتبه تربیت، تربیت بچه است در دامن مادر و برای اینکه علاقه بچه به مادر بیشتر از همه علائق است و هیچ علاقه‌ای بالاتر از علاقه مادری و فرزند نیست بچه‌ها از مادر بهتر مسائل را اخذ می‌کنند آن قدری که تحت تأثیر مادر هستند تحت تأثیر پدر، معلم و استاد نیستند» (همان).

۴-۳-۲- بعد اجتماعی

در نگاه اجتماعی امام خمینی رحمته برای اهداف و ارزش‌های متعالی اجتماعی سختی‌ها و جان‌نثاری‌های گسترده‌ای را افراد جامعه باید تحمل کنند. ایشان در پایان وصیت‌نامه خود، بالاترین پیامد تکلیف‌گرایی را حفظ مکتب الوهیت و برپایی مکتب محمدی صلوات که هدف و تلاش تمام انبیا و اولیا است، می‌داند. «آنچه که شما ملت شریف و مجاهد برای آن بپا خاستید ... والاترین و بالاترین و ارزشمندترین مقصدی است و مقصودی است که از صدر عالم در ازل و پس‌ازین جهان تا ابد عرضه شده است و خواهد شد و آن مکتب الوهیت به معنی وسیع آن دایره‌ی توحید با ابعاد رفیع آن است که اساس خلقت و غایت آن در پهنای وجود و در درجات و مراتب غیب و شهود است و آن در مکتب محمدی صلوات به تمام معنی و درجات و ابعاد متجلی شده و کوشش تمام انبیای عظام صلوات و اولیای معظم برای تحقق آن بوده و راهیابی به کمال مطلق و جلال و جمال بی‌نهایت جز با آن میسر نگردد» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷).

بر اساس مبانی فکری سیاسی امام خمینی رحمته حفظ اسلام و جامعه‌سازی الهی در دنیای معاصر، همواره مسئولیت سنگین و تکلیف زن و مرد است. «لذا امروز تکلیف ما بسیار سنگین است، تکلیف ما حفظ و جاهت اسلام است. تکلیف ما این است که با اعمال خودمان، با گفتار و رفتار خودمان اسلام را ترویج کنیم و وجهت‌ش را حفظ کنیم و اگر خدای‌نخواسته یک انحرافی باشد باید جلوگیری کنید» (امام خمینی رحمته، ۱۳۸۷). از مجموع دیدگاه‌های امام رحمته چنین استنباط می‌شود که زنان، نقش اصلی در بنای جامعه اسلامی دارند، به تعبیر دیگر، جامعه‌سازی در پیامد تکلیف‌گرایی زنان در عرصه اجتماع همان ادامه انسان‌سازی بر اساس مکتب محمدی صلوات است. در نظام اسلامی زن به عنوان یک انسان می‌تواند مشارکت فعال با مردان در بنای جامعه اسلامی داشته باشد ولی نه به صورت یک شعر نه او حق دارد خود را به چنین حدی تنزل دهد و نه مردان حق دارند که به او چنین ببینند اسلام با هر چیزی که انسان را پوچی و از خودبیگانه شدن می‌کشانند مبارزه می‌کند. زنان از نظر اسلام نقش اساسی در بنای جامعه اسلامی دارند اسلام زن را تا حدی ارتقا می‌دهد که او بتواند مقام انسانی خود را در جامعه باز یابد و متناسب با چنین رشدی می‌تواند در ساختمان حکومت اسلامی مسئولیت‌هایی را به عهده بگیرد اگر خانم‌ها خیال کنند که کنار بروند و مردها این کارها را انجام بدهند این خیال، خیال صحیحی نیست برای این‌که کارها این‌قدر آشفته است گرفتاری‌ها این‌قدر زیاد است که هر شخصی در هر محلی است تکلیفی که دارد این است که آنجا را خوب بسازد خانم‌ها حق دارند در سیاست دخالت کنند تکلیفشان است. دین اسلام یک دین سیاسی است، دینی است که همه چیزش سیاست است حتی عبادتش» (امام خمینی رحمته، ۱۳۹۳).

۵- بحث و نتیجه‌گیری

امروزه، دیدگاه‌های مختلفی نسبت به وظیفه‌گرایی زنان در حوزه فردی-اجتماعی مطرح است. نویسندگان این مقاله را با هدف تبیین الگوی تکلیف‌گرایی زن به عنوان یک رکن مهم جامعه در اندیشه امام خمینی رحمته با بررسی نگرش متفکران، در پاسخ به این سؤال اصلی به نگارش آمده که: «ابعاد و پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری بنیان‌گذار انقلاب اسلامی چیست؟» رهبری بنیان‌گذار

انقلاب اسلامی نیز به تأسی از قرآن و امامان معصوم علیهم‌السلام به معرفی زنان مکلف در جامعه اسلامی در جایگاه کرامت و شخصیت، تساوی حق و تکلیف زن با مرد، الگوی تکلیف‌گرایی زنان، سعادت و شقاوت جامعه در تکلیف‌گرایی اجتماعی زنان، وظیفه‌گرایی زن اساسی‌ترین عامل تربیت بشر پرداخته است. ایشان با ترسیم تکلیف‌گرایی و بنیان‌های هفت‌گانه بر محورهای زیر پرداختند: ۱- تکلیف زن و مرد، منشأ عمل آنان محسوب می‌شود؛ ۲- امر تکلیف، یکسان و همگانی برای زن و مرد است؛ ۳- محدوده تکلیف، برای مرد وزن در تفاوت‌های طبیعی است؛ ۴- ابعاد تکلیف، در حوزه وجدان و شرع و عقل؛ ۵- امر شرعی تکلیف، تعیین شده است؛ ۶- انجام به تکلیف، پیروزی عمل در پی دارد؛ ۷- ادای تکلیف، واجب بر هر مرد وزن است. امام رحمته‌الله توانستند تحولات عظیمی در جامعه زنان در عرصه فردی و اجتماعی به وجود آورد و مقام زنان را در تاریخ تمدن اسلامی توسعه دهد و او را از تاریکی جاهلیت به نورانیت انسان است تبدیل کند. لذا در پرتوی مکتب فکری امام خمینی رحمته‌الله، زنانی در جامعه اسلامی پرورش یافته و توانستند با الگوگرایی از زنان برجسته همچون: حضرت فاطمه‌الزهرا علیها‌السلام، حضرت خدیجه علیها‌السلام، حضرت زینب علیها‌السلام، حضرت سکینه علیها‌السلام، حضرت معصومه علیها‌السلام به فعالیت‌های گوناگون در ابعاد فردی و اجتماعی مشغول شوند.

ارکان تکلیف‌گرایی زنان در اندیشه رهبری بنیان‌گذار انقلاب در مقابل متفکرانی که نگاه حداقلی به احکام دینی زنان دارند؛ گسترده و جامع بوده و حوزه‌های عبادی، اقتصاد، سیاسی و اجتماعی آنان را در بر می‌گیرد. ارکان تکلیف‌گرایی زنان بر اساس بنیان‌های هفت‌گانه دیدگاه امام رحمته‌الله عبارت‌اند از: تکلیف‌گرایی زنان در رکن خودسازی و عبادی، تکلیف‌گرایی زنان در رکن اختیار سیاسی، تکلیف‌گرایی زنان در رکن اشتغال و اقتصاد، تکلیف‌گرایی زنان در رکن خانواده و اجتماعی، تکلیف‌گرایی زنان در رکن فراگیری علم و دانش در تمدن‌سازی نوین اسلامی که می‌تواند آینده جامعه آزاد و مطلوب زنان که سعادت افراد جامعه در آن ممکن باشد را فراهم سازد.

ایشان، در زمینه پیامدهای تکلیف‌گرایی در ابعاد فردی معتقد هستند که زنان اساسی‌ترین عامل تربیت بشر هستند و مادر، بهترین مکتب است. لذا، تربیت فرزند خصوصاً فرزند خوب که زنان با تابش نور علم‌اندوزی به جامعه تحویل بدهند و همچنین پایه‌گذاری رسم‌های پسندیده و به ارث گذاشتن آن به فرزندان و نسل آینده، بهترین پیامد است. اما در ابعاد اجتماعی نیز زنان از یک سوی، در این مکتب انسان‌ساز پرورش یافته و با فراگیری علوم نیازمند روز جامعه اسلامی خصوصاً احتیاجات جامعه زنان را برطرف کرده و از سوی دیگر، از آنجاکه زنان سکوی پرواز جامعه هستند پیامدهای تکلیف‌گرایی زنان در عرصه اجتماع از نظر ایشان همان جامعه‌سازی بر اساس مکتب محمدی صلی‌الله‌علیه‌وآله‌وسلم است.

۶- منابع

- ۱- قرآن کریم.
- ۲- نهج‌البلاغه.
- ۳- احمدی طباطبایی، سید محمد رضا (۱۳۸۷). اخلاق و سیاست رویکردی اسلامی و تطبیقی. تهران: امام صادق علیه‌السلام.
- ۴- امام خمینی، روح‌الله (۱۳۸۷). وصیت‌نامه امام خمینی رحمته‌الله. تهران: نشر فردوس.
- ۵- امام خمینی، روح‌الله (۱۳۹۵). جایگاه زن در اندیشه امام خمینی رحمته‌الله. تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام.
- ۶- توحیدفام، محمد؛ و عیسی‌وند، لیلا (۱۳۸۹). فمینیسم و دموکراسی در گذر تاریخ. مطالعات روابط بین‌الملل، ۳(۱۳)، ۲۵-۵۶.
- ۷- جمشیدی، محمدحسین (۱۳۸۴). اندیشه سیاسی امام خمینی رحمته‌الله. تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی رحمته‌الله.
- ۸- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۸۵). حق و تکلیف در اسلام. قم: نشر اسرا.

- ۹- حاجی‌حسن، ملیحه (۱۳۹۶). مطالعه‌ی نقش و ابعاد رهبری امام خمینی رحمته در فرآیند انقلاب اسلامی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه‌شناسی انقلاب اسلامی، دانشگاه شاهد.
- ۱۰- حریری، نجلا (۱۳۸۵). اصول و روش‌های پژوهش کیفی. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی.
- ۱۱- دباغ، سروش (۱۳۸۸). فضیلت‌گرایی در دیانت نتیجه‌گرایی در سیاست. روزنامه اعتماد، ۱۳۸۸/۰۱/۲۷.
- ۱۲- سید امامی، کاووس (۱۳۹۱). پژوهش در علوم سیاسی (رویکردهای اثبات‌گرا، تفسیری، و انتقادی). تهران: دانشگاه امام صادق علیه‌السلام و پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم.
- ۱۳- طغری‌نگار، حسن (۱۳۸۹). حقوق سیاسی - اجتماعی زنان قبل و بعد از پیروزی انقلاب اسلامی ایران. تهران: مرکز اسناد انقلاب اسلامی.
- ۱۴- عارفی‌گوران، اسماعیل؛ و حاجی‌حسن، ملیحه (۱۳۹۸). چرایی علم‌اندوزی زنان مسلمان در عصر تمدن نوین اسلامی. هشتمین همایش الگوی اسلامی ایران پیشرفت، ۲۰۰۸-۲۰۲۶.
- ۱۵- قزوینی، سید محمدکاظم (۱۳۸۹). زینب کبری علیها السلام از ولادت تا شهادت. ترجمه کاظم حاتمی طبری. قم: انتشارات همگرا.
- ۱۶- کانت، ایمانوئل (۱۳۷۸). فلسفه اخلاق کانت. ترجمه منوچهر صانعی دره بیدی. تهران: انتشارات نقش و نگار.
- ۱۷- کریمی‌نیا، محمد مهدی؛ جعفری، اکرم؛ بنواری، نسترن؛ و انصاری مقدم، مجتبی (۱۴۰۰). بازکاوی تطبیقی جایگاه زن در اندیشه امام خمینی و مقام معظم رهبری. پیشرفت‌های نوین در روانشناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش، ۴(۳۶)، ۱۷۲-۱۸۷.
- ۱۸- لاهیجی، حکیم فیاض (۱۳۷۲). گوهر مراد. تهران: وزارت ارشاد.
- ۱۹- مجلسی، محمدباقر (۱۳۷۳). بحارالانوار. تهران: مکتبه الاسلامیه.
- ۲۰- محمودی، سید علی (۱۳۸۳). فلسفه سیاسی کانت. تهران: نگاه معاصر.
- ۲۱- مک‌ناب، دیوید ای (۱۳۹۴). روش تحقیق در علوم سیاسی (رویکرد کیفی و کمی). ترجمه معاون پژوهش و تولید علم. تهران: دانشکده اطلاعات.
- ۲۲- میرمؤمنی، زهرا سادات (۱۳۹۴). نقد جنبش فمینیسم و پیامدهای آن. پژوهشنامه نوین فقهی حقوقی زنان و خانواده، ۲، ۱۴۰-۱۵۷.
- ۲۳- نادری، مهدی؛ و حاجی‌حسن، ملیحه (۱۳۹۵). ابعاد نظری و عملی تکلیف‌گرایی در اندیشه سیاسی امام خمینی. فصلنامه رهیافت انقلاب اسلامی، ۱۰(۳۷)، ۹۵-۱۱۶.
- ۲۴- هزاوه‌ای، سید مرتضی؛ و سلطانی بیرامی، سکینه (۱۳۹۴). بررسی جایگاه اصل تکلیف‌گرایی در اندیشه سیاسی امام خمینی رحمته. فصلنامه انقلاب اسلامی، ۱۲(۴۲)، ۸۱-۹۸.
- ۲۵- امام خمینی، روح‌الله (۱۳۹۳). جایگاه زن در اندیشه امام خمینی. تهران: مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام.
- ۲۶- پولادی، کمال (۱۳۸۳). تاریخ اندیشه سیاسی در غرب از ماکیاوولی تا مارکس. تهران: مرکز.
- ۲۷- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۹۸). زن در آئینه جلال و جمال. تهران: نشر فرهنگی رجاء.
- ۲۸- مجلسی، محمدباقر (۱۳۷۳). بحارالانوار. تهران: مکتبه الاسلامیه.

Investigating the Dimensions and Consequences of Women's Duty Orientation in the Leadership Thought of the Founder of the Islamic Revolution

Maleeha Hajihasan¹, Mehdi Naderi^{2*}

1. Doctoral student of political studies of the Islamic Revolution at Shahid University, Tehran, Iran.

Malihehajian@gmail.com

2. Professor of Political Science Department of Shahid University, Tehrab, Iran. (Corresponding Author)

mahdinaderi35@gmail.com

Abstract

The synthesis of human "rights" and "duties" constitutes one of the most fundamental issues of human intellectual traditions, each striving to provide a coherent response through the establishment of a knowledgeable system. Within the intellectual framework of Imam Khomeini (RA) as the leader of the revolution, the concept of duty orientation forms the basis of pragmatism action, where societal happiness and prosperity hinge upon fulfilling one's duties. Specifically addressing the issue of women's duty orientation, he highlighted its various dimensions and implications. Given the pivotal role and identity of women in the ideology of the Islamic Revolution's founder, their duty orientation radiates prominently within their intellectual endeavors, portraying them as catalysts for the revival of thought and ideology. In Imam's task-oriented perspective removing women, who are creators of humanity, from human societies and nations, would lead to societal decline and failure. Therefore, understanding the dimensions and consequences of women's duty orientation in leadership thought is crucial for achieving societal happiness within the Islamic Revolution. This article aims to elucidate these dimensions and consequences in the framework of Imam Khomeini's leadership thought using a hermeneutic text-centered approach. The research seeks to answer the question: "What are the dimensions and consequences of women's duty orientation in the leadership thought of the founder of the Islamic Revolution?" The findings of the research indicate that women's commitment is anchored in the Imam's sevenfold thought: "Duty as the origin of action", "Duty is a universal matter", "The scope of duty and human capability", "The internal and rational aspects of duty", "The legitimacy of Islamic duty "Achieving absolute victory through fulfilling duty," and "The obligatory nature of duty". Therefore, the dimensions of women's responsibilities in the leadership thought of the revolution encompass religious, familial, economic, political, and scientific domains. Furthermore, the consequences of women's responsibilities in individual empowerment and societal cohesion, are grounded in the sacred teachings of Muhammad.

Keywords: Leadership of the Islamic Revolution's founder, women's Duty Orientation, Dimensions of Women's Duty, knowledge system of women.



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

(CC BY 4.0)