

بسم الله الرحمن الرحيم

# فصلنامه خوارزمی

با همکاری قطب علمی خانواده

صاحب امتیاز: دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده

سر دبیر و مدیر مسئول:

دکتر محمدعلی مظاهری

سال چهاردهم - ۱۳۹۷

شماره پیاپی ۵۴

مدیر داخلی: مریم زیاری

ویراستار فارسی: یلدا شایسته‌فر

ویراستار انگلیسی: دکتر غزاله فریدزاده - خانم سانا زحلمی

حروف‌نگار و صفحه‌آرا: مریم فانی

ناظر چاپ: صفر ممیزاد

شماره استاندارد بین‌المللی: ۱۷۳۵-۸۴۴۲

شماره استاندارد الکترونیکی: ۲۴۷۶-۷۴۸۴

نشانی: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - پژوهشکده خانواده صندوق پستی: ۱۹۳۹۵/۴۷۱۶

کدپستی: ۱۹۸۳۹۶۳۱۱۳

تلفن: ۲۲۴۳۱۸۱۳ نمایر: ۲۹۹۰۲۳۶۸

امور مشترکین: ۲۹۹۰۲۳۹۹ (محمدرضا سلطانی)

پست الکترونیکی: [jfr@sbu.ac.ir](mailto:jfr@sbu.ac.ir)

نشانی سایت: <http://jfr.sbu.ac.ir>

اشتراک چهار شماره: ۹۰۰/۰۰۰ ریال

تک شماره: ۲۵۰/۰۰۰ ریال

مقالات این فصلنامه در سامانه پند به نشانی [jfr.sbu.ac.ir](http://jfr.sbu.ac.ir) قابل دسترسی است.

این فصلنامه در پایگاه اطلاع‌رسانی DOAJ, SID, Magiran, ISC, Google Scholar نمایه می‌شود.

عطف به نامه شماره ۲۲۱۴۰/پ مرکز منطقه‌ای اطلاع‌رسانی علوم و فناوری وزارت علوم، تحقیقات و فناوری فصلنامه خانواده‌پژوهی

موفق به دریافت ضریب تأثیر (IF) در سال ۱۳۸۸ گردید.

## اعضاء هیأت تحریریه:

[azadarmaki@ut.ac.ir](mailto:azadarmaki@ut.ac.ir)

[azadfa\\_p@modares.ac.ir](mailto:azadfa_p@modares.ac.ir)

[jra@k-state.edu](mailto:jra@k-state.edu)

[l\\_panaghi@sbu.ac.ir](mailto:l_panaghi@sbu.ac.ir)

[hosseinian@alzahra.ac.ir](mailto:hosseinian@alzahra.ac.ir)

[M-Heydari@sbu.ac.ir](mailto:M-Heydari@sbu.ac.ir)

[m-khodapanahi@sbu.ac.ir](mailto:m-khodapanahi@sbu.ac.ir)

[khushabi@yahoo.com](mailto:khushabi@yahoo.com)

[mdaneshpour@stcloudstate.edu](mailto:mdaneshpour@stcloudstate.edu)

[m.dehghani@sbu.ac.ir](mailto:m.dehghani@sbu.ac.ir)

[M-Roshan@sbu.ac.ir](mailto:M-Roshan@sbu.ac.ir)

[dr\\_zadeh@sbu.ac.ir](mailto:dr_zadeh@sbu.ac.ir)

[jpmm@miau.ac.ir](mailto:jpmm@miau.ac.ir)

[fathiashtiani@bmsu.ac.ir](mailto:fathiashtiani@bmsu.ac.ir)

[moradi@khu.ac.ir](mailto:moradi@khu.ac.ir)

[M-Mazaheri@sbu.ac.ir](mailto:M-Mazaheri@sbu.ac.ir)

[ms\\_mahdavi@srbiau.ac.ir](mailto:ms_mahdavi@srbiau.ac.ir)

[najarian\\_b@ubc.ca](mailto:najarian_b@ubc.ca)

[h.neshat@edu.ui.ac.ir](mailto:h.neshat@edu.ui.ac.ir)

[namazi@ias.ac.ir](mailto:namazi@ias.ac.ir)

دکتر تقی آزاد ارمکی (جامعه‌شناس)، استاد دانشگاه تهران.

دکتر پرویز آزادفلاح (روانشناس)، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.

دکتر جرد اندرسون (روانشناس)، دانشیار دانشگاه کانزاس آمریکا.

دکتر لیلی پناغی (پزشکی اجتماعی)، دانشیار دانشگاه شهید بهشتی.

دکتر سیمین حسینیان (مشاوره)، استاد دانشگاه الزهراء.

دکتر محمود حیدری (روانشناس)، دانشیار دانشگاه شهید بهشتی.

دکتر محمدکریم خداپناهی (روانشناس)، استاد دانشگاه شهید بهشتی.

دکتر کنایون خوشابی (روانپزشک)، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

دکتر منیژه دانش‌پور (بوم‌شناسی خانواده)، استاد دانشگاه سنت کلاود آمریکا.

دکتر محسن دهقانی (روانشناس)، دانشیار دانشگاه شهید بهشتی.

دکتر محمد روشن (حقوقدان)، دانشیار دانشگاه شهید بهشتی.

دکتر علی زاده‌محمدی (روانشناس)، دانشیار دانشگاه شهید بهشتی.

دکتر سیامک سامانی (روانشناس)، دانشیار دانشگاه آزاد، واحد شیراز.

دکتر علی فتحی آشتیانی (روانشناس)، استاد دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌ا...

دکتر علیرضا مرادی (روانشناس)، استاد دانشگاه تربیت معلم (خوارزمی).

دکتر محمدعلی مظاهری (روانشناس)، استاد دانشگاه شهید بهشتی.

دکتر محمدصادق مهدوی (جامعه‌شناس)، استاد دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات تهران.

دکتر بهمن نجاریان (روانشناس)، استاد دانشگاه بریتیش کلمبیا کانادا.

دکتر حمیدظاهر نشاطدوست (روانشناس)، استاد دانشگاه اصفهان.

دکتر حسین نمازی (اقتصاد)، استاد فرهنگستان علوم ایران.

## همکاران علمی این شماره:

آقای عباس ذبیح‌زاده (روانشناس)، پژوهشگر

دکتر فریبا زرانی (روانشناس)، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر غزاله فریدزاده (حقوقدان)، دانشگاه شهید بهشتی

خانم نیره قشنگ (روانشناس)، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر نازنین عابد (روانشناس)، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر سعید صادقی (روانشناس)، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر مصطفی مظفری (حقوقدان)، دانشگاه شهید بهشتی

آقای وحید ملک‌پور (روانشناس)، پژوهشگر

دکتر پریسا سادات موسوی (روانشناس)، دانشگاه شهید بهشتی

دبیر شورای علمی:

**دکتر علی زاده‌محمدی**

امور بین‌الملل:

**دکتر محسن دهقانی**

**فهرست مطالب:**

- ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی بین روان‌درمانگر و درمانجو: یک مطالعه کیفی مبتنی بر دیدگاه زوج در فرهنگ ایرانی / عباس ذبیح‌زاده، دکتر علی مظاهری، دکتر جواد حاتمی، دکتر لیلی پناغی، نیره قشنگ..... ۱۶۰-۱۸۱
- اثربخشی مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر بر کاهش سرخوردگی زناشویی زوجین / دکتر نگار بهمنی، دکتر عذرا اعتمادی، دکتر سیداحمد احمدی، دکتر مریم فاتحی‌زاده..... ۱۸۳-۱۹۹
- پیش‌بینی کیفیت مراقبت‌گری در روابط زناشویی براساس سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده و عزت-نفس / وفا مصطفی، دکتر هاجر فلاح‌زاده، ریحانه رضاپورفریدیان..... ۲۰۱-۲۲۰
- ارتباط عملکرد خانواده با مسئولیت‌پذیری و ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان پسر دبیرستانی / حامد طهرانی‌مقدم، محمدمهدی شریعت‌باقری..... ۲۲۱-۲۳۵
- رابطه سبک تنظیم شناختی هیجان مادران با نحوه واکنش آن‌ها به هیجانات منفی کودکان / فرزانه کوثری، دکتر مریم اسماعیلی‌نسب..... ۲۳۷-۲۵۱
- مطالعه تطبیقی حقوق غیرمالی ناشی از اقتدار (ولایت) ابوبن در حقوق ایران و فرانسه / دکتر علیرضا عالی‌پناه، مهرانگیز شاهمرادی‌زواره..... ۲۵۳-۲۷۶
- اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم / مریم امینی‌فسخودی، دکترمهردادمحمدیان، ماهرخ فتحی..... ۲۷۷-۲۹۳

## راهنمای تدوین و شرایط پذیرش مقاله

### مقدمه:

فصلنامه خانواده‌پژوهی فصلنامه‌ای علمی و چندرشته‌ای است که با هدف ارایه نتایج مطالعات و پژوهش‌های علمی، فراهم آوردن زمینه تبادل افکار و اطلاعات، ترویج مباحثات علمی بین پژوهشگران و محققان حوزه‌های مختلف علمی: روانشناسی، جامعه‌شناسی، مشاوره، مددکاری اجتماعی، حقوق، روانپزشکی، پزشکی اجتماعی، بهداشت اجتماعی، تعلیم و تربیت، دین، تاریخ، فرهنگ، ارتباطات و ... منتشر می‌شود. این فصلنامه در گستره مسایل خانواده، در دو سطح بنیادی و بکار بسته، مقاله می‌پذیرد. فصلنامه خانواده‌پژوهی به زبان فارسی منتشر می‌شود.

### نوع مقالات مورد پذیرش:

- گزارش یک پژوهش علمی
- تحلیل علمی با هدف ارایه مفاهیم و الگوهای جدید
- نقد علمی مقالات منتشر شده در فصلنامه (در قالب نامه به سردبیر)
- گزارش کوتاه علمی
- مطالعه موردی

### ساختار مقاله بایستی به شرح زیر تنظیم و ارسال گردد:

- **عنوان مقاله** (فارسی و انگلیسی). عنوان باید گویا و کوتاه باشد.
- نام، نام خانوادگی و مرتبه علمی و وابستگی سازمانی پژوهشگر/ پژوهشگران (فارسی و انگلیسی).
- **چکیده** (فارسی و انگلیسی): در این قسمت، مطالب اصلی مقاله شامل هدف، روش، یافته‌ها و نتیجه‌گیری به صورت فشرده (حداکثر ۲۰۰ کلمه) بیان می‌شود.
- **کلید واژه‌ها** (فارسی و انگلیسی): از میان واژه‌های اصلی مقاله، بین ۳ تا ۵ واژه مشخص شوند.
- **مقدمه:** بیان مساله، هدف و تبیین ضرورت انجام تحقیق.
- **روش:** جامعه آماری، روش نمونه‌برداری، گروه نمونه، ابزار(های) پژوهش، فرایند اجرای پژوهش و روش تحلیل داده‌ها.
- **یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از روش‌های آماری، جدول‌ها (شماره و عنوان در بالای آن) و نمودارها (شماره و عنوان در زیر آن). کلیه جدول‌ها و نمودارها باید به زبان فارسی تهیه شوند.
- **بحث و تفسیر:** نتیجه‌گیری، مقایسه یافته‌های پژوهشی با پیشینه پژوهش و تبیین آن‌ها؛
- **پی‌نوشت‌ها:** توضیفات، معادل لاتین اصطلاحات و اسامی در آخر مقاله قبل از منابع (اسامی کلیه مولفان فارسی زبان و غیرفارسی زبانی که در متن موجود هستند باید با حروف انگلیسی قید شوند)؛
- **منابع (شامل منابع فارسی و لاتین):** ارائه کامل کلیه منابعی که در متن مقاله از آن‌ها استفاده و به آن‌ها ارجاع شده است. تنظیم منابع، مطابق الگوی راهنمای APA به شرح زیر که در مقالات چاپ شده این شماره فصلنامه نیز اعمال شده است، انجام شود:
  - **کتاب:** نام‌خانوادگی، حرف اول نام (سال انتشار). *عنوان کتاب*، نام و نام‌خانوادگی مترجم. شماره جلد. محل انتشار: انتشارات.
  - **مقاله:** نام‌خانوادگی، حرف اول نام (سال انتشار). *عنوان مقاله*. *نام نشریه*، شماره، صفحات.
  - **پایان‌نامه:** نام‌خانوادگی، حرف اول نام (سال انتشار). *عنوان پایان‌نامه*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد/دکتر، رشته، دانشگاه.
  - **گزارش:** نام سازمان (سال انتشار). *نام گزارش*.
  - **اینترنت:** نام‌خانوادگی، حرف اول نام (تاریخ اخذ مطلب): نشانی کامل سایت.
- **ضمایم** (در صورت لزوم)

## نکات قابل توجه در ارائه مقالات

۱. مقاله ارسالی نباید قبلاً در جای دیگری به چاپ رسیده باشد و نیز نباید به طور همزمان برای بررسی و چاپ به مجله دیگری ارسال شده باشد.
۲. مقاله ارسالی بایستی صرفاً در یکی از زمینه‌های مختلف مربوط به خانواده تهیه شده باشد.
۳. مقاله باید بر اساس تنظیمات عنوان شده در قسمت راهنمای نویسندگان سامانه مجلات علمی دانشگاه شهید بهشتی (پند)، به آدرس [jfr@sbu.ac.ir](mailto:jfr@sbu.ac.ir)، تهیه و از طریق همین سامانه ارسال گردد (فصلنامه هیچ گونه مسئولیتی را در قبال مقالاتی که به شیوه دیگری ارسال می شوند، نمی پذیرد).
۴. حداکثر حجم مقاله از ۱۵ صفحه A4 (حداکثر ۷۰۰۰ کلمه) بیشتر نباشد.
۵. نشانی نویسنده مسئول مقاله (آدرس کامل پستی محل کار و پست الکترونیک به دو زبان فارسی و انگلیسی) همراه مقاله ارسال شود.
۶. فرم "تعهذنامه چاپ مقاله در فصلنامه خانواده‌پژوهی" با مراجعه به سایت فصلنامه [jfr@sbu.ac.ir](http://jfr@sbu.ac.ir) در دو نسخه تهیه و تکمیل شده و با امضای نویسنده مسئول مقاله، همراه مقاله ارسال گردد.

## ملاحظات

- مقاله‌های دریافتی مسترد نمی‌شود.
- فصلنامه در رد، اصلاح یا ویرایش مقاله آزاد است.
- اصطلاحات علمی و اسامی خاص مقاله‌ها مطابق روش فصلنامه یکسان‌سازی می‌شود.
- مسئولیت صحت و محتوای مقاله و حفظ حقوق دیگر مولفان بر عهده نویسنده مسئول آن است.
- در صورت پذیرفته شدن مقاله، دو نسخه از شماره‌ای که مقاله در آن چاپ شده است برای نویسنده مسئول و یک نسخه نیز برای هر یک از نویسندگان مقاله به آدرس نویسنده مسئول ارسال خواهد شد.
- استفاده از مطالب فصلنامه با ذکر ماخذ بلامانع است.



ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی بین روان‌درمانگر و درمانجو:  
یک مطالعه کیفی مبتنی بر دیدگاه زوج در فرهنگ ایرانی

The Essentials of Marital Privacy Protection in Therapeutic  
Communication between Psychotherapist and Client: A Qualitative  
Study Based on Couples' Perspective in Iranian Culture

A. Zabihzadeh, M. A.

Department of Psychology, University of Shahid Beheshti,  
Tehran, Iran

M. A. Mazaheri, Ph.D.

Department of Psychology, University of Shahid Beheshti,  
Tehran, Iran

J. Hatami, Ph.D.

Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

L. Panaghi, Ph.D.

Family Institute, University of Shahid Beheshti, Tehran, Iran

N. Ghashang, M. A.

Department of Psychology, University of Shahid Beheshti,  
Tehran, Iran

عباس ذبیح‌زاده ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محمدعلی مظاهری

گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

دکتر جواد حاتمی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران

دکتر لیلی پناغی

پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

نیره قشنگ

گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۶/۴/۱۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۶/۱۰/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۶/۱۱/۱۵

### Abstract

Therapeutic communication is one of the most important determinants of treatment success. The aim of this study is to evaluate the perception of Iranian couples to marital privacy in therapeutic communication with a psychotherapist. The present study was a qualitative research using latent thematic analysis method.

✉Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Shahid Beheshti, Tehran Iran.  
Email: [zabihzadeh.a@gmail.com](mailto:zabihzadeh.a@gmail.com)

### چکیده

ارتباط درمانی یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده پس‌خورد درمانی است. هدف از این مطالعه بررسی ادراک زوجین ایرانی از ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر بود. مطالعه حاضر، پژوهشی کیفی به روش تحلیل درون‌مایه‌ای بود. این پژوهش با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته چهره به چهره و نمونه‌گیری هدفمند انجام شده است.

✉نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.  
پست الکترونیکی: [zabihzadeh.a@gmail.com](mailto:zabihzadeh.a@gmail.com)

This research performed with face to face semi-structural interviews and targeted sampling method. 30 married persons (15 women and 15 men) living in Tehran who had been married for at least three years, discussed their viewpoints about requirements of the protection of marital privacy in therapeutic communication with psychotherapist. The six phase strategy of Brown and Clark (2006) was used to extract themes. After analyzing the results, five main themes were extracted. Each has multiple sub-themes. The main themes are: confidentiality of psychotherapist, expertise, moralization, gender homogeneity of therapist and patient, and marital privacy in therapeutic communication: do's and don'ts. The results of this study highlight the public interest about the role of psychologists in reducing psychological distress and marital problems in the Iranian community, express the importance of culture-bound elements in the development of an effective therapeutic communication and the necessity of protecting the privacy of the marital psychotherapy as well.

**Keywords:** Therapeutic Communication, Marital Privacy, Culture.

۳۰ فرد متأهل (۱۵ زن و ۱۵ مرد) ساکن در شهر تهران که حداقل سه سال از زندگی زناشویی آن‌ها سپری شده بود، دیدگاه‌شان پیرامون ملزومات صیانت از حریم زناشویی خود در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر را به اشتراک گذاردند. راهبرد شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) برای استخراج درون‌مایه‌ها مورد استفاده قرار گرفت. نتایج این تحقیق، در قالب سه درون‌مایه سایبانی، ۹ درون‌مایه و چهار درون‌مایه فرعی طبقه‌بندی شدند. درون‌مایه‌های سایبانی عبارتند از: محرمانیت، تخصص، و مرز در ارتباط درمانی. نتایج این مطالعه ضمن برجسته نمودن اقبال عمومی نسبت به نقش روان‌شناس در تقلیل آلام روحی و مشکلات زناشویی در جامعه ایرانی، بیانگر اهمیت برخی مؤلفه‌های فرهنگ‌بسته در شکل‌گیری یک ارتباط درمانی مؤثر و ملزومات صیانت از حریم زناشویی در روان‌درمانی است.

**کلیدواژه‌ها:** ارتباط درمانی، حریم زناشویی، فرهنگ

## مقدمه

تحقیق در ساختار روان‌درمانی به‌عنوان معالجه‌ای از راه گفت‌وگو، دو وجه از پژوهیدن را برمی‌تابد. یکم درنگ در ارتزاق مکاتب مختلف درمانی از آبشخور جهت‌گیری‌های نظری متمایز و مآلاً درانداختن شیوه ویژه خویش در شفای آلام بیمار، و دوم تحقیق در فصل مشترکی ذیل عنوان «عامل‌های مشترک»<sup>۱</sup> یا «متغیرهای غیر اختصاصی»<sup>۲</sup> که کثرت عرضی نظام‌های مختلف درمانی را در وحدتی ذاتی ممزوج می‌سازد. «ارتباط درمانی»<sup>۳</sup> یکی از مهم‌ترین عامل‌های مشترکی است که کلیه مکاتب درمانی در اثربخشی بالینی آن وفاق نظر دارند (پروچسکا و نورکراس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸؛ واکتل<sup>۵</sup>، ۱۳۹۳/۱۹۹۳)؛ گویی که سقف درمان را بر ستون ارتباط میان درمانگر و بیمار بنا نهاده‌اند. تلقی‌های رازآمیز از این ارتباط نیز از دیرباز مشحون از روایت‌هایی است که درمانگر را چون پیامبری که دم مسیحایی خویش را در روح بیمار می‌دمد، شفابخش ترسیم کرده‌اند (ترال و پرینستین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲). لذا این ارتباط چون هر ارتباط دیگری که یک سوی آن فرادست و سوی دیگر آن



فروردستی است، بالقوه در خطر استبداد قرار دارد. بازخوانی واقع‌گرایانه نقش درمانگر در اتاق درمان، رویه‌ای از سکه ارتباط درمانی را بازمی‌تاباند که به موجب آن درمانگر نیز انسانی است که طی فرایند التیام آلام روحی درمانجوی خویش، مصون از غفلت و بری از اشتباه نخواهد بود. مطابق با این رهیافت، بدیهی است که ارتباط درمانی درمانگر با بیمار ورای پویایی‌های حرفه‌ای و علمی مستور در خود، با خیل گسترده‌ای از چالش‌ها و تنگناهای اخلاقی دست به گریبان باشد. سلامت عبور از این تنگناها ضمان موفقیت درمان است و لغزش در این تنگناها مایه خسران (ریوزک و وودز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). صیانت از «حریم خصوصی»<sup>۸</sup> بیمار، یکی از همین آوردگاه‌های اخلاقی است که در نظام‌نامه‌های اخلاق حرفه‌ای مورد تأکید تام و تمام قرار گرفته است (به‌عنوان نمونه، پپ و واسکز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۶؛ ولف<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵).

نیاز به حریم خصوصی به‌عنوان یک نیاز زیستی و تکاملی (گیفرد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴)، از مفاهیم عمده در اخلاق مراقبت و درمان است. به‌رغم غنای پژوهش‌های اخلاق پزشکی در اهتمام به موضوع حریم شخصی (لن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱)، در چهارچوب روان‌شناسی بالینی و حرفه روان‌درمانی، به جستارهایی چند در سطح نگارش کدهای اخلاقی حامی آن در نظام‌نامه‌های اخلاق حرفه‌ای بسنده شده است. واکاوی کدهای اخلاقی مزبور با تمسک به نگاهی مضمون‌یاب حکایت از آن دارد که فراتر از هر نوع رویکرد نظری، و ورای هر نوع تفاوت‌های فردی و فرهنگی، تحقق صیانت از حریم خصوصی بیمار در ارتباط درمانی بین او و روان‌درمانگر، یکی از ملاحظات اخلاقی مورد تأکید در روان‌درمانی است (به‌عنوان نمونه، کمبل، یانگ و آستن<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۶). این ارتباط در روان‌درمانی در قیاس با رابطه همتای آن در پزشکی نیز به لحاظ طرح چالش‌های مرتبط با نقض یا صیانت از حریم خصوصی بیمار گستره فراخ‌تری دارد. گره‌های مربوط به تنظیم فاصله در مرزهای حریم شخصی بیمار اگر در گستره ارتباط پزشک با بیمار بیشتر به چهارچوب‌های تنانه‌ای چون عدم لمس غیرضروری بیمار محدود می‌گردند (به‌عنوان نمونه، هال و مگرا<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴)، ارتباط درمانی در روان‌درمانی کلاف درهم‌تنیده‌ای است که تارها و رشته‌های متعدد آن همچون انتقال<sup>۱۵</sup> (استرن و هرش<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۷)، ضد انتقال<sup>۱۷</sup> (دال<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۷)، خودافشایی<sup>۱۹</sup> (سولومنو و باربر<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۸)، و صمیمیت<sup>۲۱</sup> (اتزو - اسلونم<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) با ارتباط درمانگر و بیمار به‌هم پیچیده‌اند. سوژه‌های اخیر خاستگاه بالقوه بی‌شمار تنگناهای اخلاقی فراروی یک روان‌درمانگرند، و هر یک به مثابه تار و پود یک ارتباط درمانی می‌توانند ذیل بُعدی از ابعاد گوناگون حریم خصوصی واکاوی گردند. مع‌ذک در قیاس با حوزه اخلاق پزشکی، تحقیق پیرامون مرزهای حریم خصوصی بیمار و نحوه تنظیم آن در رشته ارتباط درمانی روان‌درمانگر با درمانجو مغفول مانده و ادبیات پژوهش در این حیطه بی‌بضاعت می‌نماید. کمبود و تأخیر در انجام مطالعات جدی در این حوزه را می‌توان علاوه بر دشواری‌های موجود در فرایند انجام این پژوهش‌ها و صورت‌بندی مفاهیم آن، ناشی از نامأنوس بودن آن‌ها با انگاره جهان‌شمولی درمان برشمرد.

به‌رغم دستاوردهای «روان‌شناسی فرهنگی»<sup>۲۳</sup> در بازخوانی مفاهیم خطیری چون خویشتن و شخصیت (به‌عنوان نمونه، مارکوس و کیتایاما<sup>۲۴</sup>، ۱۹۹۱، ۲۰۱۰)، جهان‌شمولی مفهوم درمان از مهم‌ترین مفروضه‌های مستور در تعاریف مورد وفاق از روان‌درمانی است (به‌عنوان نمونه، پروچسکا و نورکراس، ۲۰۱۸). از این منظر بدیهی است که چالش‌ها و مرزهای اخلاق حرفه‌ای در ارتباط درمانی نیز جهان‌شمول و ناوابسته به فرهنگ ادراک گردند. باور به هم‌سانی فرهنگی مرزهای حریم خصوصی بیمار در ارتباط درمانی و ماندنی جهان‌شمول

نحوه ادراک این مرزها توسط بیمار و درمانگر، یکی از تبعات گریزناپذیر این آمایه ذهنی است. این در حالی است که برخی از مؤلفین به‌رغم جهان‌شمول دانستن نیاز به حریم خصوصی، بر این باورند که تعریف و نحوه تنظیم آن تحت تأثیر شرایط تاریخی و جغرافیای فرهنگی - اجتماعی زندگی انسانی دستخوش تغییر می‌گردد (هانگ‌لادرم<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۶؛ ذبیح‌زاده، مظاهری، حاتمی، پناغی و نیک‌فرجام، ۱۳۹۶). اگر با ارزیابی اخیر موافق باشیم، زعم آن می‌رود که حریم خصوصی در تعریف و نحوه تنظیم خویش تابع برخی مؤلفه‌های فرهنگ‌بسته‌ای باشد که شناخت آن‌ها در جریان ارتباط درمانی نیز ضروری است، چه غفلت از محتوای فرهنگی حریم خصوصی و جهان‌شمول پنداشتن نحوه تنظیم آن در اتاق درمان، می‌تواند ضمن تضعیف ارتباط درمانی، موجب سوءتفاهم در تفسیر رفتار و گفتار درمانگر و درمانجو گردد. بر این اساس، مطالعه حاضر در راستای انجام یک بازخوانی از مفهوم درمان بر اساس پیوندهای آن با بافتار فرهنگی - اجتماعی، بخشی از ارتباط درمانی بین درمانگر و درمانجو ذیل عنوان حریم خصوصی را مورد واکاوی قرار داده است. مروری بر ادبیات پژوهش نشان می‌دهد، مطالعه بومی یا پژوهش‌های بین‌فرهنگی‌ای که با استناد به نتایج آن بتوان به درکی از نقش بالقوه فرهنگ پیرامون تعریف مرزهای حریم خصوصی در ارتباط درمانی دست یافت، وجود ندارد. این امر به‌نوبه خود دلیلی است بر احساس نیاز به انجام مطالعات اکتشافی در این حوزه. افزون بر این، ادبیات پژوهش مؤید آن است که روابط خانوادگی خاصه ارتباط زناشویی، یکی از مهم‌ترین و پیچیده‌ترین روابط انسانی است که ضمن دارا بودن غالب موضوعات و ابعاد مرتبط با حریم خصوصی در خود، تحت تأثیر بافتار فرهنگی - اجتماعی نیز قرار دارد (به‌عنوان نمونه، چراغی و همکاران، ۱۳۹۶؛ صادقی، مظاهری، موتابی و زاهدی، ۲۰۱۲). بر این اساس، هدف اصلی این پژوهش تحصیل یک مفهوم‌بندی فرهنگی از ملزومات صیانت از «حریم خصوصی مربوط به رابطه‌ی زناشویی»<sup>۲۶</sup> در ارتباط درمانی میان روان‌درمانگر و درمانجو بر اساس دیدگاه مردان و زنان در فرهنگ ایرانی است. با توجه به نقش پررنگ کیفیت ارتباط درمانی در نتیجه‌نهایی درمان که در مطالعات مختلف نیز نشان داده شده است (به‌عنوان نمونه، نورکراس و لمبرت<sup>۲۷</sup>، ۲۰۱۸)، تحقیق در نحوه تنظیم متغیرهایی که وجهی گریزناپذیر از این ارتباط‌اند و با تضعیف یا تحکیم آن آمیزشی تنگاتنگ دارند، اهمیت انکارناپذیری دارد. لذا این مفهوم‌بندی فرهنگی نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار خواهد بود.

## روش

مطالعه کیفی حاضر به روش «تحلیل درون‌مایه‌ای» (TA)<sup>۲۸</sup> انجام شد. عمده هدف محقق از انجام این تحقیق، نیل به کشف معانی، اولویت‌ها، نگرش‌ها، تجارب و نحوه ادراک مردان و زنان ایرانی از ملزومات صیانت از حریم زناشویی طی ارتباط درمانی با روان‌درمانگر از مسیر تحلیل پیام‌های زبانی آن‌ها بود؛ پدیده‌ای ذهنی و مرتبط با ارزش‌ها و فرهنگ‌بسته که انجام یک تحقیق کیفی را به دلیل کمبود دانش موجود در این حیطه برمی‌تابد. تحلیل درون‌مایه‌ای، روشی برای شناسایی، تحلیل و بیان الگو، یا درون‌مایه‌های موجود در داده‌های متنی است. روش مزبور داده‌ها را سازمان‌دهی و در قالب جزئیات توصیف می‌نماید (کلارک، براون و هایفیلد<sup>۲۹</sup>، ۲۰۱۵). با این وجود تحلیل درون‌مایه‌ای کارکردی فراتر از سازمان‌دهی و توصیف صرف جزئیات داشته و مطابق با داعیه براون و کلارک (۲۰۰۶)، این شیوه از پژوهش کیفی قابلیت تفسیر ابعاد مختلفی از موضوع

تحقیق را دارا است. درون‌مایه، انتزاعی‌ترین سطح داده‌ها است که شکل‌گیری و انتخاب آن‌ها بستگی زیادی به ساختار و پرسش‌های تحقیق دارد (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵). از بین روش‌های مرسوم تحلیل درون‌مایه‌ای، در این مطالعه از راهبرد «تحلیل درون‌مایه‌ای مکنون»<sup>۳۰</sup> استفاده شد. در شیوه مزبور تمرکز اصلی بر استخراج معانی مستور در رویه داده‌ها است که در پی‌ریزی یک ساختار معنایی مشارکت دارند. معانی مستور می‌توانند از آن‌چه در دسترس ذهن هشیار مصاحبه‌شوندگان قرار ندارد یا به شکل صریح توسط مصاحبه‌شوندگان مورد اشاره قرار نگرفته است، استنتاج گردد. به بیان دیگر در تحلیل درون‌مایه‌ای مکنون، معانی مستور، مبتنی بر دیدگاه محقق تبلور خواهند یافت (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵). دست‌یازی به چنین معانی مکنونی مستلزم تلاش تفسیری مضاعفی از سوی محقق می‌باشد که بخش عمده‌ای از آن نیز با طرح پرسش‌های جستجوگر در فرایند مصاحبه تحصیل می‌گردد (هایفیلد، کلارک و هالیول<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۴).

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان و مردان متأهل ساکن در شهر تهران بود که حداقل سه سال از شروع زندگی مشترک آن‌ها سپری شده است. بر این اساس اگرچه در این مطالعه مرزهای حریم زناشویی در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر مورد واکاوی قرار گرفته است، اما واحد تحلیل فرد می‌باشد؛ زنان و مردان متأهل. در همین راستا با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ فرد متأهل ساکن در شهر تهران (۱۵ مرد و ۱۵ زن) و با دارا بودن ملاک‌های ورود در پژوهش، به‌عنوان نمونه‌های پژوهش در این مطالعه شرکت کردند. مهم‌ترین ملاک‌های در نظر گرفته شده برای ورود شرکت‌کنندگان در این مطالعه نیز عبارت بود از: (۱) رضایت و حضور داوطلبانه آن‌ها برای شرکت در پژوهش، (۲) سپری شدن حداقل سه سال از زندگی مشترک زناشویی آن‌ها، (۳) عدم وجود سابقه بیماری روان‌پزشکی در آن‌ها، (۴) برخورداری از سطح تحصیلات حداقل دیپلم در راستای فهم سؤالات مصاحبه و پاسخ‌گویی مناسب به آن‌ها. میانگین سنی زنان و مردان مصاحبه‌شونده در این مطالعه نیز به ترتیب ۴۰/۰۶ و ۴۱/۰۴ بوده است. میانگین سنی زمان تأهل نیز در زنان و مردان مصاحبه‌شونده به ترتیب ۱۷/۴۶ و ۱۳/۹۳ بوده است.

از بین زنان مصاحبه‌شونده ۵ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم، ۶ نفر کارشناس، ۲ نفر کارشناس ارشد، و ۱ نفر دارای درجه تحصیلی دکترا، و همچنین ۷ نفر از آن‌ها خانه‌دار و ۸ نفر نیز شاغل بودند. از بین مردان مصاحبه‌شونده نیز ۴ نفر دیپلم، ۳ نفر کارشناس، ۵ نفر کارشناس ارشد و ۳ نفر نیز دارای درجه تحصیلی دکترا، و کلیه آن‌ها نیز شاغل بودند. مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته با شرکت‌کنندگان مزبور تا جایی ادامه یافت که اشباع نظری حاصل گردد. به عبارت دیگر روند انجام مصاحبه و جمع‌آوری اطلاعات در هر یک از زنان و مردان مصاحبه‌شونده تا جایی ادامه پیدا کرد که در مصاحبه با دو فرد جدید اطلاعات مازادی حاصل نشود. برای تسهیل فرایند ارتباط در جریان مصاحبه و افزایش دقت پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان به سؤالات، کلیه مصاحبه‌های صورت گرفته با مردان و زنان مصاحبه‌شونده توسط مصاحبه‌گر هم‌جنس صورت پذیرفته است. پروتکل مصاحبه نیز از نوع سؤال‌محور (در مقابل موضوع‌محور) با لحاظ کردن پرسش‌های واری‌اختصاصی بود.

## شیوه اجرا

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته چهره به چهره بوده است. پیش از اجرای هر مصاحبه، توضیحاتی پیرامون هدف تحقیق برای یکایک شرکت‌کنندگان ارائه شد، و سپس رضایت آن‌ها از شرکت در پژوهش که مشتمل بر محرمانگی اطلاعات، مجوز ضبط صدا و استفاده از محتوای آن برای اهداف پژوهشی بود، اخذ گردید. هر یک از مصاحبه‌های انجام شده، محدوده زمانی بین ۶۰ تا ۹۵ دقیقه را به خود تخصیص داد، چنان‌که میانگین زمان صرف شده برای کلیه مصاحبه‌ها مشتمل بر ۷۰ دقیقه بوده است. در این مطالعه از رویکرد شش مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) برای کدگذاری و استخراج درون‌مایه استفاده شد: آشنایی با مبانی نظری تحقیق و محتوای مصاحبه‌ها، کدگذاری واحدها معنایی، جستجوی درون‌مایه‌ها، بازنگری درون‌مایه‌ها، نام‌گذاری و تعریف درون‌مایه‌ها، و نوشتن گزارش. در همین راستا، پس از ضبط هر یک از مصاحبه‌های صورت گرفته، محتوای آن‌ها در ابتدا توسط یکی از محققین با تمام جزئیات پیاده‌سازی، و سپس نسخه پیاده‌سازی شده مورد تأیید قرار گیرد. در وهله بعدی، متن هر یک از مصاحبه‌ها به صورت سیستم کدگذاری باز برای تولید طبقه‌های اولیه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر این اساس ابتدا متن مصاحبه‌ها به واحدهای معنایی خرد تقسیم و در مرحله بعدی پس از تلخیص شدن، به کدهای قابل بررسی مبدل گشت. کدهای مختلف نیز بر اساس تفاوت‌ها و مشابهت‌های موجود بین‌شان، با هم مقایسه شده و در طبقه‌های مختلف دسته‌بندی شدند.

به منظور حصول اطمینان از اعتبار داده‌ها در این تحقیق نیز، محقق با صرف زمان کافی جهت جمع‌آوری داده‌ها و با آمد و شد‌های مکرر در داده‌ها، و لحاظ تنوع در مصاحبه‌شوندگان از نظر شاخص‌هایی چون سن، سطح تحصیلات و مدت زمان تأهل، در راستای افزایش مقبولیت و اعتمادپذیری داده‌ها گام برداشت. افزون بر این، «بازبینی اعضا»<sup>۳۳</sup> مهم‌ترین فن اعتمادپذیری در انواع روش‌های پژوهش کیفی است (کرسول<sup>۳۳</sup>، ۲۰۱۳). در این مطالعه، ضمن حفظ ارتباط با مصاحبه‌شوندگان طی تحلیل داده‌ها، پس از انجام تحلیل‌ها نیز یافته‌های تحقیق در قالب یک گزارش به دو مرد از مردان مصاحبه‌شونده و دو زن از زنان مصاحبه‌شونده ارائه شد تا صحت نتایج و پنداشت‌های مندرج در گزارش از نقطه‌نظر آنان نقد و بررسی، و اصلاحات مورد نیاز در نسخه نهایی گزارش یافته‌ها اعمال گردد. افزون بر این، محقق با قرار دادن نسخه‌ای از محتوای مصاحبه‌ها و کدهای تخصیص یافته به واحدهای معنایی مندرج در آن در اختیار سه محقق آشنا به روش کیفی، پیرامون اختلاف‌های محتمل در کدگذاری‌ها، تبادل نظر شد تا به اجماع لازم منتهی گردد. همچنین، با هدف رفع هرگونه شبهه و ابهام تلاش محقق بر آن بود که تمامی جزئیات فرایند تحقیق از مرحله نمونه‌گیری تا فرایند گردآوری و تحلیل داده‌ها به صورت مبسوط تشریح گردد.

## یافته‌ها

مطابق با چهارچوب پیشنهادی کلارک و همکاران (۲۰۱۵)، گزارش نهایی نتایج این تحقیق در قالب «درون‌مایه‌های سابیانی»<sup>۳۴</sup>، «درون‌مایه‌ها»<sup>۳۵</sup>، و «درون‌مایه‌های فرعی»<sup>۳۶</sup> طبقه‌بندی، و در انتها نیز «نقشه‌ی درون‌مایه‌ای»<sup>۳۷</sup> (کلارک و همکاران، ۲۰۱۵) مربوط به پرسش تحقیق ترسیم شد. مطابق با داعیه کلارک و

همکاران (۲۰۱۵)، کاربرست درون‌مایه‌های سایبانی در یک تحلیل درون‌مایه‌ای، سازمان‌بندی و نظم‌بخشی به تحلیل‌ها است. این درون‌مایه‌ها، بازتابنده باور زیربنایی مستور در پس‌پشت مجموعه‌ای از درون‌مایه‌ها است. لایه زیرین درون‌مایه‌های سایبانی یا غالب نیز درون‌مایه‌هایی را شامل می‌گردد که کارکرد آن‌ها توصیف و گزارش مبسوط معنای مرتبط با یک مفهوم سازمان‌دهنده مرکزی است. سرانجام، پایین‌ترین سطح از الگوی پیشنهادی مزبور نیز به درون‌مایه‌های فرعی تخصیص می‌یابد؛ درون‌مایه‌هایی که در ایجاد بُعدی ویژه از یک مفهوم سازمان‌دهنده مرکزی مشارکت می‌جویند. نتایج این مطالعه مطابق با الگوی مزبور در قالب سه درون‌مایه سایبانی «محرمیت، تخصص، و مرز در ارتباط درمانی»، «نُه درون‌مایه «گره‌گشا، باتجربه، خردمند، بری از قضاوت‌گری، رازدار، اخلاق‌مداری، تجانس جنسی، در نكوهش علقه‌ی عاطفی، و در مذمت تصمیم‌گیری برای بیمار»، و چهار درون‌مایه فرعی «تسهیل ارتباط، باورهای اعتقادی، غیرت، و طرح مسائل شخصی نزد درمانگر: منازعه‌ی منطق و هیجان» طبقه‌بندی شده است.

۱. **محرمیت.** بر اساس آنچه از دیدگاه زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق استنباط می‌گردد، زندگی زناشویی گاه آستان وقایع و چالش‌هایی است که فصل مشترک تمامی آن‌ها را می‌توان ذیل عنوان «بروز تنیدگی در زندگی زناشویی» مورد واکاوی قرار داد. مطابق با این رهیافت، مرزهای حریم زناشویی را می‌توان نسبت به امکان ورود «دیگرانی» که واجد «ایفای نقشی مؤثر» در گشایش گرهی از زندگی زناشویی هستند، انعطاف‌پذیر دانست. مجانست بین چالش و تنیدگی روی‌داده در زندگی زناشویی با ظرفیت‌های یاری‌گرانه دیگران، امکان ورود طیفی از افراد از خویشان نسبی تا پزشک و متخصص و دوست را به‌عنوان افراد یاری‌گر شامل می‌گردد که به نمونه‌هایی از آن ذیل کژکاری‌های جنسی، تنگنای اقتصادی، اختلاف زناشویی و چالش‌های فرزندپروری اشاره شد: «اول موضوع اتاق خوابه که کسی نباید بدون چای دانه می‌گذره حتی خانواده‌ام. مگه این که آره ما به مشکل بخوریم بعد بریم پیش متخصص. اون متخصص می‌تونه وارد اون حریم خصوصی بشه...» (زن ۲۷ ساله).

بر اساس آراء زنان و مردان شرکت‌کننده، هنگام بروز تنیدگی در زندگی زناشویی و در صورت مراجعه به روان‌شناس برای گره‌گشایی از چالش‌های مزبور، امکان طرح تمامی مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی نزد او به‌عنوان یک «روان‌درمانگر» وجود دارد. در همین راستا، می‌توان گفت که پذیرش «تخصص و نقش گره‌گشای» یک روان‌درمانگر در شفای آلام روحی بیماران، مقام او را به‌عنوان «محرم اسرار بیمار» تا جایی ارتقاء می‌دهد که طرح کلیه مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی از مسائل عاطفی پیش از ازدواج زن و مرد تا ارتباط تنانه زناشویی آن‌ها را نزد او مجاز می‌شمرد: «وقتی من کسی رو پیدا کردم که بهش اطمینان دارم، من می‌رم که مسأله‌م حل بشه و این باور رو دارم که اون سؤالاتی که روان‌شناس ازم می‌پرسه سؤالاتی هست که نیازه بپرسه حتی ممکنه خیلی خصوصی هم باشه...» (زن ۳۸ ساله). «به نظر من به روان‌شناس می‌تونه به همه‌ی قسمت‌های این رابطه وارد شه. علتش هم به نظرم اینه که یک روان‌شناس برای این‌که بتونه یک قضاوت و تصمیم‌گیری درستی داشته باشه هر چقدر اطلاعات دقیق‌تر و جزئی‌تری بهش برسه یعنی در دسترسش باشه بهتر می‌تونه کمک کنه...» (مرد ۲۹ ساله).

برخی از شرکت‌کنندگان این تحقیق نیز فراسوی پذیرش محرمیت یک روان‌درمانگر به‌عنوان طبیب آلام روحی بیمار در ورود به مرزهای حریم زندگی شخصی و زناشویی او، با منحصر ساختن چنین جایگاهی برای

روان‌شناس، بر «منحصربه‌فرد بودن» این شکل از ارتباط درمانی در قیاس با سایر مناسبات انسانی و ارتباط‌های درمانی تأکید کرده‌اند: «یک روان‌شناس برعکس یک پزشک می‌تونه به این موارد وارد بشه ولی ممکنه برای یک پزشک اصلاً مهم نباشه که حالا این مشکل رو داره، آیا رابطه‌ی جنسی هم خوب هست یا نه. ولی این درباره‌ی روان‌شناس صدق نمی‌کنه. اون می‌تونه وارد بشه به شرطی که اعتماد و شناخت اولیه وجود داشته باشه یا ایجاد بشه...» (مرد ۲۹ ساله). «- احساس می‌کنم برای این‌که اون مشاور و روان‌شناس بتونه کمک کنه باید بدونم که من توی چه شرایطی هستم و مثلاً با همسر چه وضعیتی دارم. اگه من چیز خاصی رو پنهان کنم یا چیز خاصی باشه که بگم حیظه ورود ایشون نیست چطور اون‌وقت می‌تونه به من کمک کنه!؟»

- به جز مشاور چی؟ مثلاً پزشک، وکیل... افراد دیگه‌ای هم هستن که می‌تونن وارد این حریم‌ها بشن؟  
- نه، از نظر من نه...» (زن ۴۵ ساله).

**۲. تخصص.** مطابق با دیدگاه قاطبه شرکت‌کنندگان، «تخصص» و «بهره‌ی علمی» یک روان‌درمانگر در شفای آلام روحی و مشکلات زناشویی، عمده دلیل مجاز دانستن او برای ورود در حیظه مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی بیماران می‌باشد. از این منظر، «مهارت و دانش» خاص یک روان‌درمانگر از وجوه شاخص تمایز او از سایر انسان‌ها برای طرح مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی نزد او است. تأکید بر «نقش گره‌گشا»، «برخوراری از تجربه»، «تفکر منطقی»، «نگاه عاری از قضاوت»، و «رازداری» روان‌درمانگر مجموعه‌ای از درون‌مایه‌هایی است که تقدیس مقام شامخ او را به‌عنوان یک «متخصص» از دیدگاه زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق به تصویر می‌کشد: «من برخلاف اون‌چه که در جامعه جا افتاده این‌که تا فلانی به مشکل برنخورم به مشاور مراجعه نمی‌کنه، اعتقاد به این دارم که حتی برای داشتن یه برنامه‌ی خوب برای زندگی، آدم می‌تونه و باید از یه مشاور خوب کمک بگیره. چرا مشاور؟ به خاطر این‌که با آگاهی و تخصص و تعهدی که داره حتماً می‌تونه کمک‌کننده باشه و به غیر از اون چرا خب توی خانواده کسانی هستن که دلسوزن ولی آگاهی ندارن یا کسانی هستن که آگاهی دارن، به علم روز هم تسلط دارن، ولی متأسفانه اون دلسوزی رو ندارن. به خاطر همین این دوتا شرط برام خیلی مهمه و فکر می‌کنم به مشاور آگاه متعهد می‌تونه این کمک رو به زندگیم داشته باشه...» (زن ۴۵ ساله). «من اعتقاد دارم بسته به نوع مشکلی که پیش میاد آدم باید محرمش رو پیدا کنه مثلاً ممکنه من در زندگی مشکل روانی یا زناشویی پیدا کنم خب طبیعتاً دنبال روان‌شناس می‌رم که بهش اعتماد داشته باشم، محرم باشه، یعنی یکی که توی این حوزه کار کرده و علمش رو داره...» (مرد ۴۶ ساله).

**۲-۱. گره‌گشا.** اطمینان به «نقش یاری‌رسان و گره‌گشای» یک روان‌درمانگر در کاهش آلام روحی و مشکلات زناشویی بیماران، یکی از نمودهای قائل شدن تخصص برای او توسط شرکت‌کنندگان این تحقیق می‌باشد. مطابق با این رهیافت، یک روان‌درمانگر برخلاف دیگران، در مقام همدلی صرف با بیمار محصور نمانده، و با توجه به تخصص، علم و آگاهی خود، شگردهایی برای برطرف نمودن مشکلات روحی و زناشویی بیماران در انبان خویش دارد. از این‌رو نیاز به درمان مشکلات روحی و زناشویی را می‌توان مجوز متقنی برای طرح اطلاعات مرتبط با حریم شخصی و زناشویی نزد روان‌شناس به‌عنوان درمانگر دانست: «حداقلش اینه که به این باور دارم که همون‌طوری که برای درمان یه بیماری می‌ریم پیش یه متخصص، این هم حداقلش اینه

که پذیرفتیم که برای مشکلات زناشویی مون باید بریم پیش متخصص چون توی اون کار اشراف داره و بهتر از هر کس دیگه‌ای می‌تونه کمک‌مون کنه...» (مرد ۴۴ ساله).

مطابق با دیدگاه قاطبه شرکت‌کنندگان، محرمیت روان‌درمانگر به‌عنوان یک متخصص در ورود به حریم مسائل شخصی و زناشویی بیماران خویش همچون محرمیت یک «پزشک» می‌باشد؛ «رویکرد پزشک‌مدارانه‌ی مبتنی بر درمان». از این منظر یکی از عمده دلایل پذیرش ورود روان‌شناس به حریم مسائل شخصی و زناشویی بیماران خویش را می‌توان به نقش او در «درمان» مشکلات روحی و زناشویی بیماران منتسب دانست؛ پذیرش نقشی که در یک حالت استعاره‌ای می‌توان آن را به مثابه نقشی دانست که یک پزشک در درمان مشکلات جسمی بیماران خویش ایفا می‌نماید: «شاید من به آدم بسته‌ای باشم ولی دگم نیستم، چون این مراجعه کردن به متخصص و روان‌شناس مثل یک مشاوره یا حتی بیماری می‌مونه که طرف به پزشک مراجعه می‌کنه. الان معتاد رو می‌گن بیمار، حالا مشکلات زناشویی که جای خودش رو داره، این همه بهش پرداخته می‌شه و حتی توی تلویزیون به صورت ریز درباره‌ی این مسائل صحبت می‌شه...» (مرد ۳۵ ساله). «به قول معروف می‌گن پزشک محرم اسرار، اگه نیاز داشته باشم، یا به بن‌بستی رسیده باشم و نیاز داشته باشم به این‌که با یکی مشورت کنیم، اون وقت پیش پزشک می‌ریم. روان‌شناس و مشاور هم همین جوریه...» (زن ۵۲ ساله).

**۲-۲. باتجربه.** «تجربه»ی یک روان‌درمانگر در مواجهه با بیمارانی که دارای مشکلات مشابهی بوده‌اند، علاوه بر آن‌که یکی از نمودهای متخصص دانستن او است، از عمده دلایل اعتماد و اطمینان به او برای طرح مشکلات و مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی نزد وی اذعان شده است: «متخصصی که تجربه داره می‌تونه این‌جا کمک کنه. اگر از شخص دیگه‌ای بپرسی ممکنه نظر کارشناسی ندن و هرکی برحسب زندگی خودش نظر می‌ده. به نظرم این کمک خوبی نمی‌تونه باشه ولی وقتی من از یک متخصص بپرسم خب هم علم این کارو داره و هم مراجعینی به این شکل داشته و بهتر می‌تونه کمک کنه...» (زن ۳۸ ساله). «فقطم این نیست که چون اشراف داره به مباحث علمی توی این حیطه من بخوام برم پیشش. مسلماً اون به خاطر شغل و حرفه‌ای که داره با این موارد خیلی بیشتر از مثلاً پدر مادرم یا هرکس دیگه برخورد داشته...» (مرد ۳۰ ساله).

**۲-۳. خردمند.** در حد خطوط کلی، روان‌درمانگر فرد متخصص و آگاهی است که یکی از وجوه شاخص رجحان نهادن او برای طرح مشکلات و مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی از سوی بیماران، «تفکر منطقی و غیرسوگیرانه»ی او است. مطابق با این رهیافت، یک روان‌درمانگر به‌عنوان «فردی خردمند و منطقی» اولویت نخست و مطلوبی برای رفع مشکلات و آلام روحی و زناشویی محسوب می‌گردد که در قیاس با سایر انسان‌ها حتی خویشان نسبی اطمینان بیشتری برای اخذ مشاوره از او وجود دارد: «چون فکر می‌کنم اون روان‌شناس از روی احساس تصمیم نمی‌گیره ولی خانواده از روی احساس تصمیم می‌گیره و دخالت احساس و عواطف‌شون احتمالاً خیلی بالاست و تصمیم‌هاشون هم به نادرستی نزدیک‌تره...» (زن ۵۲ ساله). «محرم‌ترین افراد که مثرثمر باشه یعنی کاری از دست‌شون بریاد. ممکنه من افراد محرمی رو داشته باشم مثل پدر، مادر، خواهر ولی کاری از دست‌شون برنیاد و فقط غم و غصه‌ی اون‌ها رو زیاد کنم. اما وقتی پای

متخصصی در میون باشه خب می‌دونی که هر حرفی رو نمی‌زنه و یه جورایی اگه چیزی می‌گه از روی منطقه...» (مرد ۴۶ ساله).

**۲-۴. بری از قضاوت‌گری.** مطابق با آراء قاطبه شرکت‌کنندگان این تحقیق، ارتباط و نگاه «عاری از قضاوت» یک روان‌درمانگر از عمده دلایل اعتماد به او برای طرح مشکلات شخصی و زناشویی است؛ ویژگی حائز اهمیتی که بر اساس ادراک زنان و مردان شرکت‌کننده، ضمن تمایز روان‌درمانگر از سایر انسان‌ها، به ایجاد احساس امنیت در ارتباط درمانی بین درمانگر و بیمار یاری می‌رساند: «به دلیل این‌که روان‌شناس با آگاهی وارد می‌شه و می‌تونه بگه اگه این اتفاق افتاد به این علتته و منو مقصر ندونه و دنبال علت‌ها باشه و فقط من مقصر نباشم، برای هر چیزی علت اون رو پیدا کنه و من رو مقصر نکنه. قضاوت یک‌طرفه نباشه که همه‌ی بارها روی دوش من باشه...» (زن ۳۵ ساله). «یه فرقای واضحی دارن با هم. فرد غیر متخصص حداقلش اینه که کمکت می‌کنه دنبال مقصر نمی‌گرده. من وقتی پیش خواهرم یا حتی دوست صمیمی خودم وقتی من میام این مشکلات رو مطرح می‌کنم خب گوش می‌دن، یه جاهایی هم غصه‌ت رو می‌خورن و ممکنه کمکت هم بکنن، اما تهش اینه که به هر حال خود یا خانومت رو مقصر می‌بینن، می‌گن تقصیر توا، چرا این-جوری کردی و چرا اون جوری کردی و فلان...» (مرد ۴۶ ساله).

**۲-۵. رازدار.** باور به «رازداری» یک روان‌درمانگر و اطمینان به صیانت او از محرمانگی اطلاعات به اشتراک‌گزارده شده از سوی بیماران نزد وی، یکی از مهم‌ترین وجوه «اعتماد» به روان‌درمانگر و احساس «امنیت» در ارتباط با او برای طرح مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی عنوان شده است: «اگه بدونم کسی حریم‌های منو باز می‌کنه حتی اگه بتونه کمکم کنه نمی‌تونم بهش اعتماد کنم. اما یه روان‌شناس رو چون احساس می‌کنم کسیه که واقعاً می‌تونه بهم کمک کنه و باز هم اون حریم‌های شخصی من پیشش بسته می‌مونه و جای دیگه‌ای مطرح نمی‌شه، بهش اعتماد می‌کنم...» (زن ۳۵ ساله). «من نسبت به گفتن این موضوعات پیش اون روان‌شناس مشکلی نمی‌بینم، حالا چه من بخوام توی اون جلسه‌ها باشم یا خانومم. آخه این اطمینان به هر حال وجود داره که هرچی که بگیم از زندگی‌مون، همون‌جا می‌مونه و قرار نیست کس دیگه‌ای هم ازش باخبر بشه...» (مرد ۵۱ ساله).

**۳. مرز در ارتباط‌درمانی.** به‌رغم آن‌چه پیرامون محرمانگی یک روان‌درمانگر برای ورود به کلیه ابعاد حریم شخصی و زناشویی بیماران گفته شد، بر اساس آراء شرکت‌کنندگان این تحقیق می‌توان قائل به وجود «مرزهایی در ارتباط‌درمانی» با روان‌درمانگر بود که صیانت از آن‌ها طی رشته ارتباط‌درمانی، متضمن پذیرش نقش یاری‌گرانه درمانگر در حل آلام روحی و مشکلات زناشویی بیمار می‌باشد. این مرزها بیش از آن‌که ناظر به اطلاعات خاصی از حریم شخصی یا زناشویی بیماران باشد، روایت‌گر بایدها و نبایدهای است که در ذهن قاطبه شرکت‌کنندگان نسبت به یک ارتباط‌درمانی قابل اتکا و امن وجود دارد: «- به نظرتون یه روان‌شناس به‌رغم این‌که روان‌شناسه و قابل اعتماد، آیا باز یه بخش‌هایی هست که اون هم نتونه توی مشکل با این‌که شما انتخابش کردین مجاز نباشه وارد شه؟ - آره. شاید یه احساسات و روابطی خارج از حوزه‌ی تخصصش... خب اون‌جا همون جایی هست که نباید وارد بشه، نمی‌گم که پیش نیاید ولی چیزیه که نباید اتفاق بیوفته...» (زن ۳۴ ساله). «توی مسأله‌ی تربیتی یه مرزهایی دارم و اون هم اینه که تا جایی پیش می‌رم



که با فرهنگ خانوادگی مون در تضاد نباشد. ممکنه توصیه‌های تربیتی اون روان‌شناس یا مشاور با مسائل فرهنگی ما در تضاد باشه. اون وقت اون راهکارارو نمی‌پذیریم...» (زن ۳۷ ساله).

۱-۳. اخلاق‌مداری. یکی از وجوه مشخص آراء شرکت‌کنندگان این تحقیق، تأکید بر رعایت اصول اخلاقی توسط روان‌درمانگر در رشته ارتباط درمانی با بیمار است. مطابق با این رهیافت، «اخلاق‌مداری» یک روان‌درمانگر در گفتار و رفتار خویش، پیش‌درآمد شکل‌گیری احساس «امنیت» و «اعتماد» در بیمار برای طرح مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی است. اهمیت رعایت اصول اخلاقی در اتاق درمان بر اساس گفتمان ارائه شده از سوی قاطبه شرکت‌کنندگان تا حدی است که می‌توان عدول یک روان‌درمانگر در فرایند درمان از اصول اخلاقی را مصداقی بارزی از نقض حریم شخصی و زناشویی بیمار، و زمینه‌ساز احساس ناامنی و بی‌اعتمادی برشمرد: «من احساس می‌کنم که از نظر اعتقادی و اخلاقی این حریم حتماً باید باشه و صرف داشتن اطلاعات به‌روز نمی‌تونه برای مشاور و روان‌شناس کافی باشه. این که من از نظر اخلاقی و اعتقادی فرد رو امین خودم بدونم یه گزینه‌ی خیلی خیلی پررنگه برای انتخاب مشاور و روان‌شناس...» (زن ۴۵ ساله). «تفاقی چون من دیدم - مواردی از بی‌اخلاقی روان‌شناس - این بخش قضیه برام خیلی مهمه. بحث اخلاقیات که دارم می‌گم خصوصاً برای مسائل مهمی مثل مسائل جنسی و این جور مسائل در درجه‌ی اول اون - اخلاق روان‌شناس - حرف اول رو می‌زنه. چون وقتی شما پیش یه روان‌شناس غیر هم‌جنس می‌رین، متأسفانه شنیدم که باز خوردهای خاصی از بیمار بود - به خاطر همون عدم اخلاقی رفتار کردن روان‌شناسه - و این مسأله برام خیلی شوک‌برانگیز بود، خیلی واسم سنگین بود و الان هم خودم بخوام کسی رو انتخاب کنم خیلی حواسم به این چیزها هست...» (زن ۳۸ ساله).

در حد خطوط کلی، اخلاق‌مداری «مهم‌ترین معیار» شرکت‌کنندگان این تحقیق برای انتخاب یک روان‌درمانگر توسط بیمار در طرح مشکلات روحی و زناشویی است. مطابق با این رهیافت، اگرچه میزان تخصص و صحت اخلاقی یک درمانگر را می‌توان به صورت توأمان عمده ملاک‌های انتخاب او توسط بیمار برشمرد، لیکن اطمینان به پایبندی آن درمانگر به اصول اخلاقی را می‌توان مقدم بر میزان تخصص و بهره علمی او دانست؛ همان نقطه‌ای که یکایک شرکت‌کنندگان با «رجحان نهادن درمانگر اخلاق‌مدار بر درمانگر متخصص»، رعایت اصول اخلاقی توسط درمانگر را لازمه صیانت از حریم شخصی و زناشویی خویش در اتاق درمان برمی‌شمارند: «تخصصش واسم مهمه اما مهم‌تر اینه که توی رفتارش باید اصولی که یه مشاور و روان‌شناس باید رعایت کنن که در درجه‌ی اول اصول اخلاقی هست رو رعایت کنه...» (زن ۳۸ ساله). «از بین تموم خصوصیات که باید داشته باشه مهم‌ترینش واسم اینه که توی نگاه و رفتارش فرد قابل اعتمادی باشه. یعنی اخلاقش درست باشه. از نظر من همه چیز تخصص و میزان سوادش نیست. نه فقط توی این حرفه توی تموم حرفه‌ها اینه حتی زمانی که شغلت مسافرکشی باشه...» (مرد ۳۱ ساله).

بر اساس آنچه از دیدگاه قاطبه شرکت‌کنندگان این تحقیق استنباط می‌گردد، ورود روان‌شناس به بخش‌هایی از حریم شخصی و زناشویی بیمار که با تخصص او یا با مشکلات ارجاعی بیمار همگونی ندارد، مصداقی از نقض حریم شخصی و زناشویی بیمار محسوب می‌گردد. از این منظر، طرح پرسش‌هایی از سوی روان‌شناس که ناظر بر بخش‌هایی از حریم شخصی و زناشویی است که در کانون مشکلات ارجاعی بیمار قرار ندارد - خاصه اطلاعات مربوط به ارتباط تنانه زناشویی - ورودی غیراخلاقی تلقی می‌گردد که ضمن نقض

حریم خصوصی بیمار برانگیزان احساسات ناخوشایندی نیز می‌باشد: «من فکر می‌کنم برای هر زمینه‌ای مشاور مختص به خودش رو می‌تونم وارد حریمم کنم. مثلاً آگه واسه مسائل مالی رفتم پیش یه مشاور، اون دیگه مجاز نیست راجع به مسائل جنسی مون بپرسه و من بهش نمی‌گم. یعنی حتی یه مشاور هم در حوزه‌ی تخصصش می‌تونه از ما اطلاعات بخواد، آگه توی حوزه‌ی تخصصش بود مجازه...» (زن ۳۵ ساله).

**۳-۲. تجانس جنسی.** «جنس درمانگر» یکی از وجوه پرمناقشه آراء زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق پیرامون انتخاب او برای طرح مسائل و مشکلات شخصی و زناشویی است. با اندکی تسامح می‌توان آراء «زنان» در این حیطه را در دو موضع‌گیری جای داد. موضع یکم که بیانگر دیدگاه اغلب زنان در این تحقیق است، با درهم‌نوردیدن مرزهای نگرش زنانه و مردانه در باب انتخاب یک درمانگر، قائل به عدم تفاوت در انتخاب روان‌شناس بر حسب جنس زنانه یا مردانه او می‌باشد. مطابق با این رهیافت هیچ رجحانی پیرامون انتخاب یک درمانگر بر حسب جنس او وجود ندارد و «میزان تخصص و سلامت اخلاقی» آن روان‌درمانگر معیار اصلی انتخاب او برای طرح مشکلات شخصی و زناشویی است: «فرقی نمی‌کنه. اصلاً به این فکر نمی‌کنم که خانوم باشه یا آقا اون روان‌شناس. اصلاً به این چیزا حساسیت ندارم...» (زن ۴۹ ساله). «جنسیتش واسم مهم نیست، این که خانوم باشه یا آقا، واسم مهم تخصصشه...» (زن ۲۷ ساله).

از دیگر سو و بر اساس موضع دوم که نماینده آراء تعداد دیگری از زنان شرکت‌کننده در این تحقیق است، «سهولت برقراری ارتباط» با درمانگر هم‌جنس و «احساس راحتی بیشتر» برای طرح مسائل عاطفی و زناشویی نزد او، دلیل رجحان نهادن درمانگر هم‌جنس نسبت به درمانگر غیر هم‌جنس در طرح مسائل شخصی و زناشویی است: «ترجیح می‌دم هم‌جنس باشه. به خاطر این که راحت‌تر می‌تونم ارتباط برقرار کنم. ممکنه آگه مشاور غیر هم‌جنس باشه بتونه کمک‌کننده باشه ولی من به خاطر اعتقادی که خودم دارم احساس امنیت و راحتی بیشتری با مشاور هم‌جنس دارم...» (زن ۴۵ ساله). «تجربه‌شو نداشتم. اما فکر می‌کنم آگه با یه مشاوره که آقاست صحبت کنم احساس می‌کنم که توی شرایطی ممکنه به چیزهایی که برای من مهم باشه رو ناخودآگاه با حس مردانه به ماجرا نگاه کنه نه با حس مشاور. واسه همین ترجیح مشاور خانومه...» (زن ۳۴ ساله).

به‌رغم تمایزی که در قالب دو دیدگاه متفاوت در سطور پیشین ترسیم شد، فصل مشترک آراء زنان شرکت‌کننده در این حیطه را می‌توان به عدم حساسیت آن‌ها نسبت به مراجعه شریک زندگی خویش به یک روان‌درمانگر غیر هم‌جنس دانست. مطابق با این رهیافت، هیچ ترجیح خاصی برای مراجعه شریک زندگی به یک روان‌شناس هم‌جنس یا غیر هم‌جنس وجود ندارد: «نه من راحت‌تر، فرقی نداره روان‌شناسی که پیشش می‌ره زنه یا مرده، برای من مشکلی نداره آگه بهمون کمک کنه...» (زن ۳۵ ساله). «چون آگه بخوام هم‌چین کاری بکنم از قبل روی اون دقت می‌کنم، یعنی کسی رو انتخاب می‌کنم که به تخصصش اعتماد داشته باشم، نه، مشکلی ندارم که پیش یه خانومم بره...» (زن ۳۴ ساله).

برخلاف تمایزی که در آراء زنان شرکت‌کننده پیرامون جنس درمانگر وجود دارد، در دیدگاه مردان نوعی توافق نظر در این موضوع عیان است. در دیدگاه کلیه مردان شرکت‌کننده ترجیحی پیرامون مراجعه زن و مرد به یک درمانگر هم‌جنس نمود می‌یابد؛ رجحان نهادن درمانگر هم‌جنس بر درمانگر غیر هم‌جنس، چه در چهارچوب ارتباط پزشک و بیمار و چه در چهارچوب ارتباط درمانی بین روان‌درمانگر و درمانجو. مطابق با این

رهیافت اولویت نخست مردان هنگامی که همسر آن‌ها به یک بیماری زنانه مبتلا باشد نیز مراجعه به یک پزشک و متخصص هم‌جنس می‌باشد: «در مورد مسائلی که مربوط به فیزیکی خانوم‌ها می‌شه هم من ترجیح اینه که ببرم پیش یک پزشک خانوم ولی اگر نبود خب می‌رم پیش یک پزشک مرد...» (مرد ۲۹ ساله). «نمی‌شه گفت که هیچ فرقی نداره، فکر می‌کنم برای همه‌ی مردا این حالت باشه اگر متخصص خانومی هست از اون استفاده بشه و کمک بگیریم، حالا اگر نبود متخصص مرد هم می‌تونه باشه چون ما اعتماد می‌کنیم...» (مرد ۳۸ ساله).

به‌رغم همگونی کلی آراء مردان پیرامون جنس روان‌درمانگر، دو مرد از مردان شرکت‌کننده با تمایز بین نقش روان‌شناس و پزشک، تفاوتی برای مراجعه شریک زندگی خود به یک روان‌درمانگر زن یا مرد قائل نشده‌اند؛ منوط بر آن‌که علت مراجعه مشکلات جنسی در رابطه زناشویی نباشد: «بستگی داره، اگه موضوع اختلاف خانوادگی و این‌جور مشکلات باشه شاید مشکل نداشته باشه، ولی توی مسائل و مشکلات جنسی ترجیح اینه که حتماً به یه مشاور خانوم مراجعه کنه...» (مرد ۳۵ ساله). «اگه توی مسائل جنسی نباشه نه مشکلی ندارم، ولی توی مسائل دیگه اختلافات خانوادگی و اختلافات با خانواده‌ی همسر و این‌جور چیزا جنسیت مهم نیست...» (مرد ۳۰ ساله).

۳-۲-۱. تسهیل ارتباط درمانی. یکی از نکات مورد تأکید در دیدگاه اغلب زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق که درمانگر هم‌جنس را اولویت نخست خود یا شریک زندگی خویش برای درمان برشمرده‌اند، «سهولت برقراری ارتباط درمانی» و «درک شدن عمیق‌تر» مشکلات توسط درمانگر هم‌جنس می‌باشد: «همون درک درست و اهل بودن و همدل بودن. مثلاً اگه خانومم بره درباره‌ی موضوعی با یه آقا صحبت کنه هرچقدر هم بگیم اون آقا با تجربه هست و روان‌شناس عالی‌ایه و حرف اول رو می‌زنه، حتی اگر در ظاهر بتونه خانومم رو راضی کنه که اون رو می‌فهمه ولی بالآخره اون یه مرده...» (مرد ۲۹ ساله).

۳-۲-۲. باورهای اعتقادی. تقید به «باورهای دینی و اعتقادی» را نیز می‌توان یکی از عمده دلایلی برشمرده که مطابق با دیدگاه برخی از زنان و مردان شرکت‌کننده علت رجحان نهادن درمانگر و طبیب هم‌جنس در قیاس با درمانگر غیرهم‌جنس یاد شده است: «خب به خاطر باورها و اعتقاداتی که داریم. به لحاظ فرهنگی و مذهبی ترجیح اینه که اول به یه دکتر خانوم مراجعه کنه. اگه نبود خب به خاطر همون قضیه‌ی درمانی می‌گم ایرادی نداره اگه مرد باشه...» (مرد ۴۶ ساله). «الآن اون چیزی که می‌گن: پزشک محرمه، خب این به نظرم یه جمله‌ی کلی هستش، خب آره یه زمانی مثلاً ۲۰-۳۰ سال پیش که پزشک خانومی وجود نداشت و زن ناچار بود به دکتر مرد مراجعه کنه ولی الآن می‌تونین به من بگین که متخصص در بحث زنان وجود نداشته باشه؟! پس طرف باید به خودش زحمت بده و بره پیش دکتر خانوم. من اینو اصلاً درست نمی‌دونم حتی به لحاظ دینی و اعتقادی...» (مرد ۳۵ ساله).

۳-۲-۳. غیرت. برخی از «مردان» شرکت‌کننده در این تحقیق نیز با اشاره به مفاهیمی چون «غیرت و تعصب» مردانه، بر لزوم مراجعه همسر خویش نزد یک پزشک یا روان‌درمانگر هم‌جنس تأکید کرده‌اند؛ حمیتی مردانه و احساسی درونی در راستای حفاظت از حریم زناشویی: «فکر می‌کنم به خاطر اعتقاداتمون و باورهامون، و اون تعصب و غیرتی که در خانواده‌های ایرانی هست همه ترجیح می‌دن که اگه همسرشون

مشکلی داره در درجه‌ی اول به یه درمانگر خانوم مراجعه کنه...» (مرد ۳۸ ساله). «همون بحث غیرت و تعصبی که مردهای ایرانی دارن و اغلب این جوهریه، و دوستان و همکاران منم این نظر رو دارن...» (مرد ۳۰ ساله).

**۳-۳. در نکوهش علقه عاطفی.** یکی از وجوه مورد تأکید در آراء زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق، «ممنوعیت هرگونه تعلق عاطفی» از سوی شریک زندگی نسبت به یک درمانگر غیر هم‌جنس در رشته ارتباط درمانی است. مطابق با این رهیافت، هرگونه ارتباط درمانی که زمینه‌ساز شکل‌گیری علاقه و علقه عاطفی - چه در شکل ذهنی و مکتوم‌نهاده آن، و چه در سطوح عینی رفتاری و کلامی - از سوی شریک زندگی نسبت به روان‌شناس غیر هم‌جنس و یا بالعکس از سوی روان‌شناس به بیمار گردد، ضمن نقض حریم زناشویی، برانگیزان بی‌اعتمادی و احساسات ناخوشایندی است که تهدیدگر زندگی زناشویی است: «خب به نظرتون اصلاً می‌شه گفت طبیعیه؟! به هر حال زن و مردی که ازدواج کردن، ازدواج یه موضوع مقدسه که حرمت داره. فکر می‌کنم هرگونه علاقه حتی به شکل ناخودآگاهشم نشون دهنده‌ی یه خلأ توی رابطه‌ی زن و مرده. وگرنه نباید اصلاً چنین احساسی شکل بگیره...» (مرد ۴۶ ساله). «مسلماً ناراحت می‌شم. همه‌ی تلاشمو حتماً می‌کنم که همسر قطع کنه جلساتش رو. شاید برم دنبال مشاوره‌ی که اون جذابیت رو برای همسر نداره نه توی چهره‌ش، نه توی صداس، نه انگیزه‌ش، نه سنش. تمام چیزهای زنانه‌ای که نباشه... مثلاً اگه یه پیروز زشت رو بزاری پیش مردت خیالت راحت می‌ری خریدهاشو می‌کنی بعد چند ساعت برمی‌گردی، تا این‌که یه دختر خوش قیافه‌ی ۱۸ ساله کنارش باشه، یک دقیقه هم تنهاس نمی‌زاری. می‌رم سراغ یه مشاور پیر و چروک که اصلاً هم خوشتیپ نباشه...» (زن ۳۷ ساله).

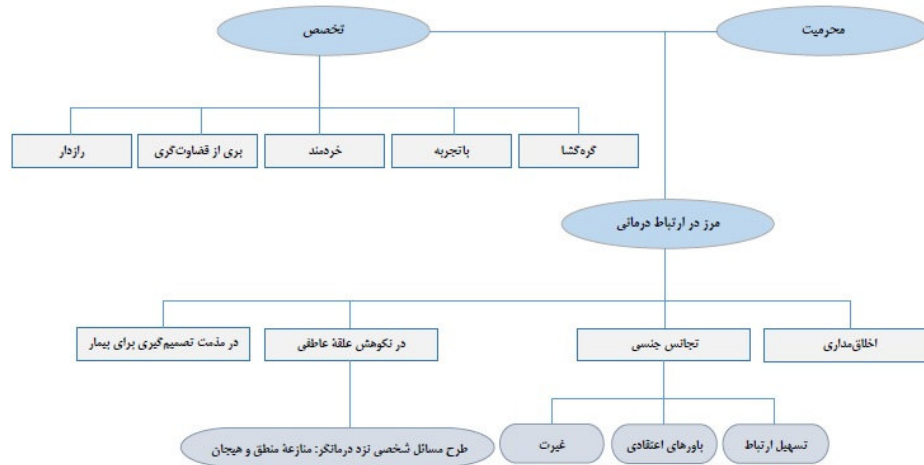
**۳-۳-۱. طرح مسائل شخصی نزد درمانگر: منازعه منطق و هیجان.** مطابق با دیدگاه زنان و مردان شرکت‌کننده و برخلاف آن‌چه در باب ممنوعیت هرگونه تعلق عاطفی از سوی شریک زندگی در رشته ارتباط درمانی با یک درمانگر غیر هم‌جنس گفته شد، آن‌چه در اتاق درمان از سوی زن و مرد نزد درمانگر مطرح می‌گردد، مصداقی از حریم شخصی هر یک از آن‌ها محسوب می‌شود. مطابق با این رهیافت، طرح اطلاعاتی از زندگی شخصی و زناشویی توسط شریک زندگی نزد یک درمانگر که برای همسر خویش بازگو نکرده است، مصداقی از حریم شخصی او تلقی شده که در صورت کمک به ارتباط زناشویی قابل پذیرش می‌نماید: «نه مشکلی نداره، چون این برای من می‌شه جزء حریم شخصیش. یعنی من فکر می‌کنم اگه به هر دلیلی نتونسته به من بگه یا احساس می‌کرده جزء حریم شخصیشه که به من نگفته یا حریم شخصیش نبوده اما فکر می‌کرده گفتنش می‌تونه آسیب بیشتری به من و به رابطه‌مون بزنه...» (زن ۳۴ ساله). «از نظر من ایرادی نداره، چون یکی توی زندگیش پیدا شده که بهش اعتماد کرده و بهش می‌گه. شاید به خاطر وجود یه فضای امنه...» (زن ۳۷ ساله).

به‌رغم این پذیرش منطقی و تلقی طرح مسائل مکتوم‌نهاده از همسر نزد یک درمانگر توسط شریک زندگی به‌عنوان حریم شخصی او در زندگی زناشویی، با اندکی تسامح می‌توان گفت که در سطوح هیجانی نوعی دشواری در پذیرش این سطح از ارتباط درمانی در اغلب زنان شرکت‌کننده وجود دارد؛ آن‌جا که با تمسک به واژگانی چون «کنجکاوی» یا «ناباوری» و «ناراحتی»، احساس خویش از ترسیم چنین فضایی را بازگو می‌نمایند. در همین راستا در مردان شرکت‌کننده نیز به‌رغم تلقی مسائل شخصی بازگو شده توسط

شریک زندگی نزد روان‌درمانگر به‌عنوان بخشی از حریم شخصی او در زندگی زناشویی، ترجیحی پیرامون آگاهی از محتوای آنچه شریک زندگی با درمانگر خویش در میان می‌گذارد، وجود دارد: «حقشه اما پذیرش سخته، فکر می‌کنم سخته. البته توی شرایطش قرار نگرتم ولی همین که بهش فکر می‌کنم می‌بینم پذیرش این هم برام سخته، مثلاً در طول چند سال زندگی هیچ وقت یه مسأله رو به من بروز ندادن، بعد توی جلسه مشاوره خیلی راحت بیان کردن اونم با مثلاً با یه خانوم...» (زن ۴۵ ساله). «من واقعاً دوست ندارم و احساس خوبی بهم دست نمی‌ده... ولی می‌گم اگه همسرم ناچار شده مراجعه کنه و یه چیزایی رو بگه که به من هم نگفته، اگر قراره کمکی بهش بکنه ایرادی نداره...» (مرد ۳۵ ساله).

**۳-۴. در مذمت تصمیم‌گیری برای بیمار.** از دیگر نکات مورد تأکید در دیدگاه کلیه شرکت‌کنندگان این تحقیق، تأکید بر ممنوعیت یک روان‌درمانگر برای ارائه توصیه‌های مستقیم به درمانجو هنگام بروز اختلافات زناشویی است. مطابق با این رهیافت، هرگونه توصیه مستقیم از سوی روان‌شناس مبنی بر جدایی یا ادامه زندگی زناشویی به درمانجویانی که با چالش‌ها و اختلافاتی در زندگی زناشویی خویش دست‌به‌گریبان هستند، نمودار تصمیم‌گیری از سوی درمانگر و محدود شدن دامنه اختیار درمانجو برای تصمیم‌گیری پیرامون آینده زندگی زناشویی خویش است و از این رو مصداقی از نقض حریم شخصی و زناشویی وی تلقی می‌گردد: «این کار به نظر من در نهایت درست نیست، ایشون می‌تونه بگه بنابر تجربه‌ی من یه همچین رابطه‌ای دچار این مشکل و این چالش می‌شه. چون در نهایت همیشه تصمیم با خود اون آدمه، مثل آدمی که تصمیم می‌گیره خودکشی کنه و می‌دونه قطعاً و شاید به خیلی چیزاش فکر کرده و در نهایت شما باید به تصمیم اون آدم احترام بزارین، اون دوست داشته که اون کار رو بکنه حالا به هر دلیلی به این‌جا رسیده...» (زن ۳۴ ساله). «من فکر می‌کنم فقط می‌تونه راهنمایی کنه و بیشتر از اون نباید وارد بشه. بیشتر از اون نوعی دخالته...» (مرد ۴۶ ساله).

شکل شماره (۱) نقشه درون‌مایه‌ای ملزومات صیانت از حریم شخصی و زناشویی در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر را مطابق با دیدگاه مردان و زنان ایرانی در قالب سه درون‌مایه‌ی سایبانی به تصویر کشیده است. ارتباط بین درون‌مایه‌های سایبانی، درون‌مایه‌ها، و درون‌مایه‌های فرعی در این نقشه به شکل سلسله‌مراتبی ترسیم شده است. در این نقشه درون‌مایه‌ای، درون‌مایه‌های سایبانی «محرمیت و تخصص»، بیانگر جایگاه روان‌شناس به‌عنوان یک درمانگر در گستره حریم شخصی و زناشویی است. به‌رغم تأکید شرکت‌کنندگان بر وجه منحصربه‌فرد ارتباط درمانی بین روان‌درمانگر و درمانجو در قیاس با سایر ارتباط‌های درمانی، که بازتابنده امکان ورود روان‌درمانگر - به‌عنوان فردی محرم و متخصص - در مسائل مربوط به حریم شخصی و زناشویی درمانجو است، مرزهایی نیز برای صیانت از حریم شخصی و زناشویی در این ارتباط درمانی وجود دارد. درون‌مایه سایبانی «مرز در ارتباط درمانی» دربرگیرنده درون‌مایه‌هایی است که مرزهای مزبور را مطابق با دیدگاه مردان و زنان در جامعه ایرانی توصیف می‌نماید.



شکل ۱: نقشه درون‌مایه‌ای ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی مطابق با دیدگاه مردان و زنان ایرانی

### بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی نحوه ادراک مردان و زنان متأهل جامعه ایرانی از ملزومات صیانت از حریم زناشویی در ارتباط درمانی با روان‌شناس به‌عنوان یک درمانگر انجام شده است. از آنجایی که کلیه شرکت‌کنندگان این تحقیق فاقد تجربه روان‌درمانی بوده‌اند، تحلیل دیدگاه آنان در حیطه موضوعی مزبور، می‌تواند حاوی دلالت‌های مهمی از نقش بافتار فرهنگی-اجتماعی در مفهوم‌بندی فرهنگی از شکل‌گیری یک ارتباط درمانی مؤثر و منطبق با فرهنگ باشد. نتایج این پژوهش بازتابنده سه درون‌مایه سایبانی یا غالب است که خود حاوی درون‌مایه‌های دیگری است: محرمیت، تخصص، و مرز در ارتباط درمانی. درون‌مایه‌های محرمیت و تخصص، شاکله اصلی ادراک و تصور مردان و زنان این تحقیق نسبت به مقام و جایگاه یک روان‌شناس به‌عنوان درمانگر در مرزهای حریم شخصی و زناشویی بیمار است. مطابق با این رهیافت، اگرچه مرزهای حریم زناشویی دربرگیرنده مصادیقی از زندگی مشترک یک زوج است که تلاش برای حفظ و صیانت از آن‌ها در برابر ورود دیگران حتی اعضاء خانواده نسبی در کانون توجه زن و مرد قرار دارد، اما این مرزها را می‌توان هنگام بروز تنیدگی و مشکل در زندگی زناشویی، نسبت به ورود دیگرانی که واجد نقشی یاری‌رسان هستند، انعطاف‌پذیر دانست. از این منظر، روان‌شناس به‌عنوان یک درمانگر محرم اسرار تلقی شده، تا جایی که امکان طرح کلیه اطلاعات مربوط به حریم شخصی و زناشویی - از ارتباط تنانه زناشویی تا مسائل عاطفی شخصی پیش از ازدواج زن و مرد - نزد او وجود دارد. مرکزیت چنین ادراکی را می‌توان با توجه به درون‌مایه‌هایی که ذیل تخصص درمانگر تعریف شده‌اند، به بیانی عملیاتی ترجمه نمود. «گره‌گشا، باتجربه، خردمند، بری از قضاوت‌گری و رازدار» مجموعه صفاتی است که از سوی زنان و مردان این تحقیق به روان‌شناس اطلاق گردیده است. تجمیع چنین خصلت‌هایی در یک روان‌درمانگر شالوده اصلی بنیادین است که از آن ذیل عنوان «ایفای نقش یاری‌گرانه» یاد می‌شود، و برهان اصلی زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق پیرامون محرم دانستن یک روان‌شناس برای ورود به حریم مسائل شخصی و زناشویی بیماران

می‌باشد. به بیان دیگر نفوذپذیری مرزهای حریم زناشویی نسبت به ورود یک روان‌درمانگر، منوط به تخصص و ایفای نقش مؤثر او در شفای آلام روحی و مشکلات زناشویی درمانجویان می‌باشد؛ دیدگاهی که ترجمان رویکرد پزشک‌مدارانه مبتنی بر درمان است و محرمیتی به‌مثابه محرمیت پزشک در مسائل شخصی بیمار طی چنین گفتگویی تبلور می‌یابد. از این منظر، جامعه درمانگر متخصص برای ورود به حریم شخصی و زناشویی بیمار، علاوه بر قامت یک پزشک، قابلیت اطلاق برای یک روان‌شناس را نیز دارا است. مع‌ذک، تأکید بر منحصربه‌فرد بودن ارتباط درمانی بیمار و روان‌درمانگر در قیاس با سایر ارتباط‌های انسانی و ارتباط‌های درمانی، یکی از وجوه قابل تأمل در آراء مردان و زنان این تحقیق است؛ چه آراء مردان و زنان شرکت‌کننده در این تحقیق تصریح‌گر انعطاف‌پذیری بیشتر مرزهای حریم زناشویی برای ورود یک روان‌شناس در قیاس با همتای آن‌ها به‌عنوان پزشک می‌باشد. این تلقی از جایگاه روان‌درمانگر از آبشخور برخی باورهای عمومی نسبت به ماهیت و جوهره روان‌درمانی ارتزاق می‌نماید. مطابق با داعیه برخی مؤلفین (به‌عنوان نمونه، کزدین<sup>۳۸</sup>، ۱۹۷۹؛ فیرس<sup>۳۹</sup> و ترال، ۲۰۰۲) یکی از مهم‌ترین عوامل غیر اختصاصی تأثیرگذار بر موفقیت روان‌درمانی، ایمان و امید به تغییر، و انتظار قابلیت بیشتر از سوی درمانجویان و عموم مردم می‌باشد. فیرس و ترال (۲۰۰۲) مبانی شکل‌گیری چنین انتظاراتی را مطرح می‌نمایند که مطابق با دیدگاه آنان، افزون بر پایبندی تمامی درمانگران از یک نظریه تغییر درمان‌بخش، یکی از مهم‌ترین علت‌های ایمان به روان‌درمانگر این است که روان‌درمانی حداقل از دیدگاه قاطبه افراد جامعه با رمز و راز آمیخته است. بیماران غالباً با این توقع وارد جریان درمان می‌شوند که حتماً بهداشت روانی آنان بیشتر خواهد شد. درمانگر هم این اعتقاد آنان را تقویت می‌کند، البته با آگاهی از این که یک بیمار معتقد و بانگیزه بیش از یک بیمار بدبین و سخت‌پیشرفت خواهد کرد. در همین راستا، فرانک<sup>۴۰</sup> (۱۹۸۲، به نقل از فیرس و ترال، ۲۰۰۲) در توصیف روان‌درمانی اشاره می‌کند که درمان یک طرح مفهومی، استدلالی یا افسانه‌ای است که توضیحات معقولی برای مشکلات بیماران فراهم می‌آورد و نسخه خاصی نیز جهت برقراری تعادل مجدد تجویز می‌نماید. این توضیحات و شعایر دلیل موجه و آبرومندانه‌ای در اختیار بیمار می‌گذارند تا در زمان مقتضی نشانه‌های بیمارگون خویش را کنار بگذارد.

خلاصه این که آن را هرچه بنامیم - عامل غیر اختصاصی، اثر هاله‌ای یا ایمان به درمانگر- باید گفت که در فرایند درمان، عنصر مهمی محسوب می‌شود؛ عنصری که در دیدگاه شرکت‌کنندگان این تحقیق نیز به طرز قابل توجهی تبلور یافته است، چنان که با در نظر گرفتن دیدگاه آنان پیرامون محرمیت روان‌شناس و انتساب صفاتی چون گره‌گشا، خردمند، باتجربه، بری از قضاوت‌گری و رازدار، به نظر می‌رسد که رویکردی فرآیند‌ساز به یک روان‌درمانگر دارند. وجود چنین نگاه تقدیس‌گرایانه‌ای به روان‌شناس در جامعه ایرانی در ابتدای امر از آنجایی که بیانگر اقبال عمومی قابل توجه به جایگاه و نقش روان‌شناس در حوزه بهداشت روانی است، مایه مباهات و مسرت خواهد بود؛ اگرچه تلقی اخیر بازتابنده این حقیقت است که پس از گذشت تمامی فراز و فرودهایی که طی چندین دهه پیرامون گسترش و جای‌گیر شدن رشته روان‌شناسی فراروی روان‌شناسان این مرز و بوم وجود داشته، هم‌اکنون این شاخه از بهداشت روان لاقلاً از زاویه نگاه عموم مردم به جایگاه ممتاز و غیرقابل انکاری در بین رشته‌های علمی فعال در قلمرو بهداشت روانی دست یافته است. با این وجود رویه دیگر سکه‌ای که در یک وجه آن اقبال عمومی قابل توجه نسبت به روان‌شناس به‌عنوان یک درمانگر

خودنمایی می‌کند، مسئولیت و امانت گرانی است که بر دوش جامعه روان‌شناسی و یکایک روان‌شناسان در ایفای نقش حرفه‌ای‌شان از سوی عموم افراد جامعه به ودیعه نهاده شده است. درون‌مایه «مرز در ارتباط درمانی» نیز به بهترین وجه توصیف‌گر این مسئولیت خطیر می‌باشد.

مرز در ارتباط درمانی، سومین درون‌مایه سایبانی استخراج شده از داده‌های متنی این تحقیق می‌باشد. به‌رغم آن‌چه پیرامون محرمت یک روان‌درمانگر و مجاز دانستن او برای ورود به وجوه مختلف حریم شخصی و زناشویی بیماران گفته شد، بر اساس آراء زنان و مردان شرکت‌کننده در این تحقیق می‌توان قائل به وجود مرزهایی نیز در ارتباط درمانی با روان‌درمانگر بود که صیانت از آن‌ها طی رشته ارتباط درمانی بین درمانگر و بیمار لازمه پذیرش نقش یاری‌گرانه درمانگر در التیام آلام روحی و مشکلات زناشویی است. همچنان که در قسمت نتایج این پژوهش به آن اشاره شد، مرزهای مزبور بیشتر از آن‌که ناظر به اطلاعات خاصی از حریم شخصی و زناشویی بیماران باشد، روایت‌گر بایدها و نبایدهای مطلوبی است که در ذهن شرکت‌کنندگان نسبت به یک ارتباط درمانی قابل اتکا و امن وجود دارد. از این منظر، درون‌مایه «اخلاق‌مداری» به بهترین شکل بازتابنده مرز در ارتباط درمانی است و خود پیش‌درآمد مباحث زیادی پیرامون صلاحیت حرفه‌ای روان‌شناسان و نظارت حرفه‌ای بر عملکرد آنان در اتاق درمان است. با توجه به تلقی بعضاً فرانسوسی و آمیخته با رمز و راز عموم از نقش گره‌گشای روان‌شناس، واضح است که ارتباط حرفه‌ای میان روان‌درمانگر و بیمار، بالقوه در خطر استبداد باشد: «چه هر آن‌چه بیمار می‌گوید ناشی از مرض وی، و هر آن‌چه درمانگر می‌گوید از آیشخور خرد درمانی و بی‌طرفی او مایه می‌گیرد. مطابق با این رهیافت، درمانگر را می‌توان طبیب دل‌پرورد بیمار و مصون از سوگیری در گفتار و لحن دانست. کم‌کم هم می‌توان گفت ایرانی است با کمالات فراوان که تکیه به او شفا است. اما چنین برداشتی او را از دایره‌ی خطاهای معمول انسانی دور می‌کند، و در نتیجه مسئولیتی فرانسوسی بر شانه‌هایش می‌گذارد. اگر از این خطر استبدادی که آسیبی دوطرفه به همراه دارد به سلامت بگذریم، واقعیت این رابطه‌ی حرفه‌ای چیست: دو انسان یکی بیمار و دیگری درمانگر، یکی با درد دست به گریبان است و دیگری شفای درد را در دست دارد، یکی بی‌خبرتر از گره‌های روحی و دیگری باخبرتر، اما هر دو محتاج همکاری یکدیگر در شفای بیمار و هر دو - بیمار بیشتر و درمانگر کمتر - در معرض غفلت از خارهای دل خود و دیگری». (قربانی، ۱۳۹۳، ص ۱). اما با عبور از نگاه فرانسوسی به درمانگر و پذیرش نقشی انسانی برای او، که طی فرایند تقلیل آلام روحی درمانجوی خویش مصون از غفلت و بری از اشتباه نمی‌باشد، بدیهی است که این ارتباط درمانی ساری در اتاق درمان، و رای پویایی‌های حرفه‌ای و علمی مستور در خود، با خیل گسترده‌ای از چالش‌ها و تنگناهای اخلاقی دست به گریبان باشد. با توجه به تأکیدی که در دیدگاه مصاحبه‌شوندگان این مطالعه نسبت به اهمیت اخلاق‌مدار بودن روان‌درمانگر در ارتباط درمانی وجود دارد، تا جایی که وزن اخلاق‌مداری یک روان‌شناس را در قیاس با درجه خبرگی و تخصص او برای ارجاع مشکلات خویش به وی سنگین‌تر دانسته‌اند، این موضوع اهمیتی دوچندان می‌یابد. اهمیت اخلاق و تأکید بر اخلاق‌مدار بودن درمانگر تا حدی است که بر اساس دیدگاه مردان و زنان این تحقیق، ورود درمانگر به بخش‌هایی از زندگی زناشویی درمانجو که در کانون مشکلات ارجاعی او وجود ندارد نیز به‌مثابه نقض حریم خصوصی آن‌ها ادراک می‌گردد؛ همچون تماس بخش‌هایی از اندام یک بیمار توسط پزشک در فرایند تشخیص و درمان که ضروری نباشد. در حد خطوط کلی، می‌توان گفت که یکی از معیارهای عمده پختگی و بلوغ هر



حرفه‌ای، میزان تعهد آن حرفه به معیارهای اخلاقی است. روان‌شناسی در حوزه بهداشت روان، پیشگام تدوین نظام‌نامه رسمی اخلاق حرفه‌ای بوده است. انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۱۹۵۱ یک نظام‌نامه اخلاقی تدوین و در سال ۱۹۵۳ آن را به طور رسمی ذیل عنوان «معیارهای اخلاقی روان‌شناسان» منتشر کرد (فیرس و ترال، ۲۰۰۲)؛ تلاشی که بعدها و پس از شکل‌گیری سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره در ایران نیز نمونه مشابهی از آن تدوین و در اختیار جامعه روان‌شناسی کشور قرار گرفت. برخورداری از صلاحیت حرفه‌ای یکی از مهم‌ترین اصول اخلاقی مورد تأکید در نظام‌نامه مزبور است که جنبه‌های متعددی نیز دارد. نخست آن که روان‌شناسان بالینی همیشه باید تحصیلات خود را مشخص کنند. به‌عنوان نمونه کسی که هنوز مدرک دکترا نگرفته نباید وانمود کند مدرک دکترا دارد. اگر متخصص مربوطه روان‌شناس مشاور است باید خودش را روان‌شناس مشاور معرفی کند نه روان‌شناس بالینی. پس متخصصان بالینی باید متناسب با آموزش‌هایی که دیده‌اند و سایر ابعاد صلاحیت، خودشان را درست معرفی کنند. همچنین نباید سنجش‌ها و درمان‌هایی انجام دهند که در آن زمینه‌ها آموزش ندیده‌اند و تجربه کسب نکرده‌اند. همچنین متخصصان بالینی باید نسبت به آن دسته از مباحث سنجش و درمان که تحت تأثیر جنس، قومیت و نژاد، سن یا گرایش جنسی بیماران قرار می‌گیرند خیلی حساس باشند. نهایت این که مشکلات شخصی و نقطه‌ضعف‌های شخصیتی متخصصان بالینی بر عملکردشان تأثیر می‌گذارند، در نتیجه باید جلوی تأثیرات منفی این مشکلات بر روابطشان با بیماران را بگیرند. لذا تمامی جنبه‌های صلاحیت مهم‌اند اعم از دانش، مهارت بالینی، قضاوت بالینی یا مهارت بین‌فردی (فیرس و ترال، ۲۰۰۲). اگر با ارزیابی‌های اخیر به‌عنوان بخشی از اخلاق حرفه‌ای در روان‌درمانی موافق باشیم، به نظر می‌رسد کمبودهایی جدی در پیکره نظارت حرفه‌ای بر نوع عملکرد روان‌شناسان خاصه روان‌شناسانی که به کار بالینی اشتغال دارند در کشور وجود دارد که نیازمند توجه و اهتمامی جدی است.

از بین درون‌مایه‌هایی که ذیل مرز در ارتباط درمانی تعریف شده‌اند، درون‌مایه‌های «تجانس جنسی»، و «نکوهش علقه‌ی عاطفی»، مؤلفه‌های فرهنگ‌بسته‌ای هستند که توجه به آن‌ها در صورت‌بندی یک ارتباط درمانی مؤثر در این فرهنگ الزامی است. به‌رغم تسامحی که در دیدگاه زنان نسبت به مراجعه خود یا شریک زندگی به یک روان‌درمانگر غیرهمجنس وجود دارد، دیدگاه مردان با تأکید آن‌ها بر لزوم مراجعه خود به یک درمانگر هم‌جنس از دیدگاه رقیب متمایز می‌گردد. سهولت برقراری ارتباط درمانی، باورهای دینی و اعتقادی، و غیرت و تعصب مردانه بن‌مایه دیدگاه تجانس جنسی بین روان‌درمانگر و بیمار می‌باشد که از دیدگاه اغلب شرکت‌کنندگان این مطالعه خاصه مردان استخراج می‌گردد. نتایج اخیر با یافته‌های مطالعات موجود در ادبیات پژوهش ناهم‌خوان می‌باشد. مروری بر ادبیات پژوهش مؤید آن است که در حال حاضر شواهد متقنی مبنی بر تأثیر جنس درمانجو یا درمانگر بر نتیجه درمان یا لزوم تجانس جنسی بین درمانگر و بیمار برای شکل‌گیری یک ارتباط درمانی مؤثر و موفقیت درمانی وجود ندارد (فیرس و ترال، ۲۰۰۲). با این وجود در تبیین این نتایج توجه به دو نکته ضروری است: یکم آن که شرکت‌کنندگان این تحقیق زنان و مردانی بودند که فاقد تجربه حضور در جلسات روان‌درمانی بوده‌اند، و دوم آن که قاطبه پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه موضوعی معطوف به بافتار فرهنگی-اجتماعی حاکم بر آمریکا و اروپای غربی بوده و تعمیم این نتایج با توجه به شرایط فرهنگی-اجتماعی متفاوت حاکم بر جامعه ایرانی (به‌عنوان نمونه، ذبیح‌زاده، مظاهری و حاتمی، ۱۳۹۱) نادرست به نظر می‌رسد. اگر با ارزیابی اخیر موافق باشیم، می‌توان با داعیه واکتل (۱۹۹۳)

مبنی بر تأثیرپذیری فرایند روان‌درمانی خاصه بخش ارتباط درمانی آن از ارزش‌های و رویه‌های فرهنگی حاکم بر جوامع هم‌سو بود. فرهنگ ایرانی در دین و باورهای مذهبی مردم ایران ریشه دارد، چنان‌که هویت مذهبی یکی از شالوده‌های اصلی هویت و شخصیت در فرهنگ ایرانی است (به‌عنوان نمونه، حاتمی، ۱۳۸۸). به تعبیر برخی پژوهشگران، فرهنگ یک ملت به مثابه تجسد مذهب آن ملت است. لذا برخی از ارزش‌های ساری و جاری در جامعه، ارزش‌هایی مذهبی و اعتقادی است که از آبشخور آموزه‌های دینی ارتزاق می‌نمایند. این باورهای دینی و اعتقادی تبلور مفاهیمی هم‌چون غیرت دینی را منجر می‌گردند که از دیرباز یکی از شاخصه‌های رفتاری مردان در این فرهنگ می‌باشد. غیرت، صفتی اخلاقی و به معنای حمیت و تعصب، و از لوازم محبت است. غیرتمند نیز به کسی گفته می‌شود که در حفظ ناموس، آبرو و شرف خود بکوشد. غیرت در لغت نیز به معنای رشک و حسد و یا سرشار از احساسات مردانه بودن است و با عفت رابطه‌ای مستقیم دارد. این واژه در زبان فارسی بیشتر به‌عنوان همت و حمیت و حفظ آبرو و ناموس متداول است و در روایات و احادیث نیز بیشتر درباره ناموس استعمال شده است (دهقان، ۱۳۹۲). در روایات و احادیث نیز غیرت بیشتر صفتی مردانه توصیف شده و برای آن انواع مختلفی ذکر شده است. از این منظر استحاله آموزه‌های دینی با آنچه که در این فرهنگ از آن ذیل عنوان «غیرت و تعصب مردانه» یاد می‌کنیم را می‌توان یکی از دلایل عمده تأکید مردان این تحقیق بر لزوم مراجعه شریک زندگی به یک روان‌درمانگر هم‌جنس دانست؛ خاصه زمانی که علت ارجاع، وجود مشکلات جنسی در رابطه زناشویی باشد که نیازمند به اشتراک گزاردن اطلاعات مربوط به حریم ارتباط تنانه زناشویی نزد درمانگر است. نتایج اخیر با توجه به اهمیت کیفیت ارتباط درمانی در پس‌خوردهای نهایی درمان (به‌عنوان نمونه، نورکراس و لمبرت، ۲۰۱۸)، ضرورت پژوهش‌های بومی و فرهنگی در زمینه تأثیرات احتمالی و بالقوه تجانس جنسی میان درمانگر و بیمار در نتیجه نهایی درمان را برجسته می‌نماید.

افزون بر مؤلفه فرهنگی تجانس جنسی، مطابق با دیدگاه شرکت‌کنندگان این تحقیق هرگونه تعلق عاطفی از سوی شریک زندگی نسبت به یک درمانگر غیر هم‌جنس نیز مصداقی از نقض حریم شخصی و زناشویی آن‌ها تلقی می‌گردد. نکته قابل تأمل دیگر نیز در این حیطة، آن بخش از نتایج است که بیان و طرح بخشی از مسائل مربوط به زندگی شخصی و زناشویی توسط شریک زندگی نزد روان‌درمانگر درحالی‌که همسر او از آن اطلاعی ندارد نیز به‌رغم پذیرش آن در سطح منطقی، در سطح هیجانی برای زنان و خاصه مردان مصاحبه‌شونده دشوار می‌نماید. بر این اساس به نظر می‌رسد بین آنچه در فرایند واقعی روان‌درمانی جریان دارد، با برخی از ادراکات و ترجیحات عموم مردم در این فرهنگ تضادهایی وجود داشته باشد که پرداختن به آن خاصه از منظر افرادی که در فرایند درمان قرار دارند، ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به این یافته پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهش‌های مشابهی این‌بار از منظر افرادی که به‌عنوان درمانجو در جلسات روان‌درمانی شرکت دارند انجام گردد؛ چه انجام چنین مطالعاتی و مقایسه نتایج آن با یافته‌های این مطالعه می‌تواند در پاسخ‌گویی به برخی تضادهای موجود بین جریان واقعی روان‌درمانی و بایدها و نبایدهایی که در ذهن عموم مردم نسبت به روان‌درمانی و ارتباط درمانی وجود دارد، یاری‌رسان باشد.

## پی‌نوشت‌ها

1. Common factor
2. Non-specific variables
3. Therapeutic communication
4. Prochaska & Norcross
5. Wachtel
6. Trull & Prinstein
7. Ruzek & Woods
8. Privacy
9. Pope & Vasquez
10. Welfel
11. Gifford
12. Lin
13. Campbell, Yonge & Austin
14. Hall & McGraw
15. Transference
16. Stern & Hirsch
17. counter transference
18. Dahl
19. self-disclosure
20. Solomonov & Barber
21. Intimacy
22. Atzil-Slonim
23. Cultural psychology
24. Markus & Kitayama
25. Hongladrom
26. Marital privacy
27. Lambert
28. Thematic analysis
29. Clarke, Braun & Hayfield
30. Latent thematic analysis
31. Halliwell
32. Member checking
33. Creswell
34. Overarching themes
35. Themes
36. Sub-themes
37. Thematic mapping
38. Kazdin
39. Phares
40. Frank

## منابع

- چراغی، م.، مظاهری، م.، ع.، موتابی، ف.، پناغی، ل.، صادقی، و سلمانی، خ. (۱۳۹۶). مقیاس سیستمی- مثلثی خانواده: ابزاری برای سنجش روابط همسران و خانواده‌های اصلی آن‌ها. *خانواده‌پژوهی*، (۳/۱۳)، ۳۴۳-۳۶۰.
- حاتمی، ج. (۱۳۸۸). علم شناخت در روان‌شناسی مدرن و گذشته فلسفی روان‌شناسی در ایران: یک مطالعه تاریخی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، (۳/۲۴)، ۱۱۲-۱۴۳.
- دهقان، ر. (۱۳۹۲). نقش زنانگی در مقوله اخلاقی غیرت. *اخلاق*، (۳۳/۹)، ۶۴-۵۲.
- ذبیح‌زاده، ع.، مظاهری، م.، ع. و حاتمی، ج. (۱۳۹۱). فرهنگ به عنوان یک چارچوب داور مؤثر در سبک تصمیم‌گیری بالینی روان‌درمانگر. *مجله روان‌شناسی*، (۳/۱۶)، ۲۳۱-۲۱۴.
- ذبیح‌زاده، ع.، مظاهری، م.، ع.، حاتمی، ج.، پناغی، ل. و نیک‌فرجام، م. ر. (۱۳۹۶). مقایسه ساختار معنایی حریم خصوصی در ایران و آمریکا: مطالعه‌ای بر مبنای تحلیل تناظر. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، (۲۶/۷)، ۳۶-۱۹.
- فیرس، ا. ج. و ترال، ت. ج. (۲۰۰۲). *روان‌شناسی بالینی: مفاهیم، روش‌ها و حرفه*، ترجمه م. فیروزبخت (۱۳۹۲). تهران: انتشارات رشد، چاپ دوازدهم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۲).
- واکتل، پ. (۱۹۹۳). *ارتباط درمانی: چه بگوییم و چه وقت بگوییم*، ترجمه ن. قربانی و س. طاهباز (۱۳۹۳). تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Fisher, H., Peri, T., Lutz, W., Rubel, J., & Rafaeli, E. (2018). Emotional congruence between clients and therapists and its effect on treatment outcome. *Journal of counseling psychology*, 65(1), 51-64.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Campbell, R. J., Yonge, O., & Austin, W. (2016). Intimacy boundaries: Between mental health nurses & psychiatric patients. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 43(5), 32-39.
- Cheraghi, M., Mazaheri, M. A., Mootabi, F., Sadeghi, M. S., & Salmani, K. (2017). Family triad systemic scale: An instrument for assessment of relationships between couple and families of origin. *Journal of Family Research*, 13(3), 343-360 [in Persian].
- Clarke, V., Braun, V., & Hayfield, N. (2015). Thematic Analysis. In Smith, J. A. (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. 3<sup>rd</sup> Ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dahl, H. S. J., Høglend, P., Ulberg, R., Amlø, S., Gabbard, G. O., Perry, J. C., & Christoph, P. C. (2017). Does Therapists' Disengaged Feelings Influence the Effect of Transference Work? A Study on Countertransference. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(2), 462-474.
- Dehghan, R. (2013). The role of femininity in the moral category of 'honor'. *Faslanme-ye Akhlagh*, 9(33), 83-106 [in Persian].
- Gifford, R. (2014). *Environmental psychology: Principles and practice*. 5<sup>th</sup> Ed. Colville, WA: Optimal books.
- Hall, J. L., & McGraw, D. (2014). For telehealth to succeed, privacy and security risks must be identified and addressed. *Health Affairs*, 33(2), 216-221.
- Hatami, J. (2010). [Science of cognition in modern psychology and philosophical history of psychology in Iran: A historical study]. *Psychological Research*, 24(3), 112-143 [in Persian].
- Hayfield, N., Clarke, V., & Halliwell, E. (2014). Bisexual women's understandings of social marginalisation: 'The heterosexuals don't understand us but nor do the lesbians'. *Feminism & Psychology*, 24(3), 352-372.
- Hongladarom, S. (2016). *A Buddhist theory of privacy*. Singapore: Springer
- Kazdin, A. E. (1979). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 846-851.
- Lin, T. (2011). Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. *J Adv Nurs*, 67(2), 340-348.
- Markus, H. R. & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implication for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2010). Culture and self: a cycle of mutual constitution. *Perspect. Psychol. Sci.* 5(4), 420-430.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationship that work*. Oxford: Oxford University Press.
- Phares, E. J., & Trull, T. J. (2002). *Clinical psychology: Concepts, methods and profession*. (M. Firoozbakht, Trans.). Tehran: Roshd [in Persian].
- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. New York: John Wiley & Sons.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Ruzek, N., & Woods, J. (2017). *Ethics in Group Psychotherapy*. In *The College Counselor's Guide to Group Psychotherapy*. London: Routledge.

- Sadeghi, M. S., Mazaheri, M. A., Mootabi, D. F., & Zahedi, K. (2012). Marital interaction in Iranian couples: examining the role of culture. *Journal of Comparative Family Studies*, 12(3), 281-300.
- Solomonov, N., & Barber, J. P. (2018). Patients' perspectives on political self-disclosure, the therapeutic alliance, and the infiltration of politics into the therapy room in the Trump era. *Journal of clinical psychology*, 74(5), 779-787.
- Stern, D. B., & Hirsch, I. (2017). *The Interpersonal Perspective in Psychoanalysis, 1960s-1990s: Rethinking Transference and Countertransference*. London: Taylor & Francis.
- Trull, T., & Prinstein, M. (2012). *Clinical psychology*. Toronto: Nelson Education.
- Wachtel, P. L. (1993). *Therapeutic communication: Knowing what to say when* (N. Ghorbani & S. Tahbaz, Trans.). Tehran: University of Tehran Press [in Persian].
- Welfel, E. R. (2015). *Ethics in counseling & psychotherapy*. Boston: Cengage Learning.
- Zabihzadeh, A., Mazaheri, A., & Hatami, J. (2012). [Cultural influence as a frame of reference on psychotherapists' clinical decision-making style]. *Journal of Psychology*, 16(3), 214-231 [in Persian].
- Zabihzadeh, A., Mazaheri, A., Hatami, J., Panaghi, L., & Nikfarjam, M. R. (2017). [Semantic structure of privacy in Iranian culture: A study based on correspondence analysis]. *Quarterly Social Psychology Research*, 7(26), 19-36 [in Persian].



## اثربخشی مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر بر کاهش سرخوردگی زناشویی زوجین<sup>۱</sup>

### The Effectiveness of Marital Counseling Based on Kayser's Disaffection Model on Reducing of Marital Disaffection in Couples

**N. Bahmani, Ph.D.**

Family Counseling Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**O. Etemadi, Ph.D.**

Family Counseling Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**S. A. Ahmadi, Ph.D.**

Family Counseling Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**M. Fatehizadeh, Ph.D.**

Family Counseling Department, University of Isfahan, Isfahan, Iran

دکتر نگار بهمنی

گروه مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان

دکتر عذرا اعتمادی ✉

گروه مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان

دکتر سیداحمد احمدی

گروه مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان

دکتر مریم فاتحی زاده

گروه مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان

دریافت مقاله: ۹۶/۱۲/۲۶

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۳/۵

پذیرش مقاله: ۹۷/۳/۱۹

#### Abstract

The aim of the present research is to study the effectiveness of Kayser's disaffection model on the reduction of marital disaffection in couples. The research method is quasi-experimental with pretest, posttest and follow-up control group design. The population consisted of couples that had visited counseling center of the University of Tehran in the years 2016-2017 and were selected as couples with marital disaffection according to interview and questionnaire. Sample included 16 purposefully selected couples that were assigned to treatment and control groups randomly. The treatment group received marital con-

✉Corresponding Author: Counseling Department University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
Email: [O.etemadi@edu.ui.ac.ir](mailto:O.etemadi@edu.ui.ac.ir)

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر بر کاهش سرخوردگی زناشویی زوجین است. روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه است. جامعه آماری شامل زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه تهران در سال ۹۶-۹۵ است که براساس مصاحبه و پرسشنامه به‌عنوان زوجین دارای سرخوردگی زناشویی انتخاب شدند. نمونه شامل ۱۶ زوج هستند که به صورت هدفمند برگزیده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند.

<sup>۱</sup> پژوهش حاضر حاصل رساله دکترا مشاوره خانواده از دانشگاه اصفهان است که با هزینه شخصی به انجام رسیده است.

✉ نویسنده مسئول: اصفهان، میدان آزادی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه مشاوره خانواده  
پست الکترونیکی: [O.etemadi@edu.ui.ac.ir](mailto:O.etemadi@edu.ui.ac.ir)

sultation based on Kayser's disaffection model in eleven 2-hour long sessions. The control group was in the waiting list. Data was collected using Kayser's marital disaffection questionnaire. For data analysis, repeated measures two-factor analysis of variance was used. Findings indicated that there was significant difference in the level of marital disaffection between couples who had received intervention and couples in the control group. The results of this research demonstrate that marital consultation based on Kayser's disaffection model can effectively reduce marital disaffection. Therefore, this marital consultation method can be used effectively by experts in the field of family studies for treatment of marital disaffection.

**Keywords:** Marital Counseling, Kayser's Disaffection Model, Marital Disaffection, Couples.

گروه آزمایش مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر را در ۱۱ جلسه ۲ ساعته به صورت هفتگی دریافت کردند. گروه گواه نیز در فهرست انتظار قرار داشتند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سرخوردگی زناشویی کایزر انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که بین زوجینی که مداخله را دریافت کرده‌اند و زوجین گروه گواه تفاوت معناداری در میزان سرخوردگی زناشویی وجود دارد. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان گفت مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر می‌تواند در کاهش سرخوردگی زناشویی اثربخش باشد. از این رو، این شیوه مشاوره زوجی می‌تواند به نحو مؤثری توسط متخصصین حوزه خانواده جهت درمان سرخوردگی زناشویی مورد استفاده قرار بگیرد.

**کلیدواژه‌ها:** مشاوره زوجی، مدل سرخوردگی کایزر، سرخوردگی زناشویی، زوجین.

## مقدمه

سرخوردگی به معنای جایگزین شدن عواطف خنثی به جای مثبت است؛ بنابراین برای اینکه سرخوردگی اتفاق افتد، فرض می‌شود که مجموعه‌ای از احساسات و عواطف مثبت در شروع رابطه وجود داشته است. زوجین سرخورده احساس عشق و علاقه داشته‌اند، اما این احساس مدت‌هاست که مرده است. سرخوردگی زناشویی<sup>۱</sup>، کاهش تدریجی دل‌بستگی عاطفی همسر است که با احساس بیگانگی، بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی زوجین به یکدیگر مشخص می‌شود و با جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است (رابینسون، فلورنس و ان‌جی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). از نظر کایزر<sup>۳</sup> (۱۹۹۳)، حوادث و اتفاقات منفی در طول ازدواج روی هم انباشته می‌شوند تا جایی که این انباشتگی به میزان بالایی از سرخوردگی منجر می‌شود؛ بنابراین به خودی خود، این وقایع نیستند که چنین کاری انجام می‌دهد. بلکه تأثیر انباشتگی آن‌ها است که به سرخوردگی و شدت بخشیدن به آن ختم می‌شود. مفهوم سرخوردگی به طور خاص به حالات عاطفی ازدواج - احساس عشق، اهمیت، علاقه به همسر - و نه رفتارهای واقعی همسر، اشاره می‌کند. سرخوردگی اغلب یک فرآیند درونی است که می‌تواند در یک همسر ایجاد شود و در دیگری نشود. حتی وقتی هر دو همسر به نوعی بیگانگی را احساس می‌کنند، این احتمال وجود دارد که هر دو در یک میزان برابر از سرخوردگی نباشند. بعلاوه همسری که سرخوردگی را تجربه نمی‌کند، ممکن است با اهمال و عدم توجه به احساسات فرد سرخورده، ناآگاهانه بر افزایش فاصله و رنجش فرد سرخورده دامن بزند (ناپیر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰).



در تعاریف متعددی که برای سرخوردگی بیان شده، هر یک از محققین بر ابعاد متفاوتی تمرکز کرده و آن را مورد بررسی قرار داده‌اند؛ نظیر ابعاد عاطفی، هیجانی، شناختی و رفتاری؛ اما پیشنهاد می‌شود که سرخوردگی به عنوان یک مفهوم کلی که دارای ابعاد مختلفی هست در نظر گرفته شود و تمام وجوه آن مورد بررسی قرار گیرد و ابعاد مختلف آن به عنوان مفاهیمی مجزا از یکدیگر بررسی نگردد (باری<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸).

زمانی که سرخوردگی رخ می‌دهد، همسر سرخورده تأکید بیشتری بر رفتارهای منفی همسر دارد و وقتی رفتارهای منفی همسر بارز می‌شوند، احتمالاً تغییر رفتار همسر نسبت به طرف مقابل را سخت‌تر هم می‌کند. هرچند ممکن است همسر قول بدهد که تغییر کند و در حقیقت تغییر هم کند، اما ممکن است این تغییرات برای غلبه بر تأثیرات منفی سایر رفتارهای آسیب‌زای همسر کافی نباشد (برگر و رولاف<sup>۶</sup>، ۱۹۸۲). افزایش تعاملات منفی زوجین موجب افزایش احساس سرخوردگی می‌شود و این انباشت سرخوردگی‌ها مانند سدی عاطفی در برابر تعاملات مثبت زوجین در آینده عمل می‌کند (شعبی، وی، کارنی و بردبوری<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲)؛ به نقل از شوفیلد<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶). ممکن است همسر سرخورده با گذشت زمان و تکرار برخی رفتارهای آزاردهنده، این‌گونه نتیجه بگیرد که این رفتارهای منفی بخشی از شخصیت همسر هستند و احتمالاً تغییرناپذیرند. در حالی که در اوایل فرآیند، ممکن بود یک رفتار منفی به علتی خارج از روابط زوج ربط داده می‌شد یا به عنوان یک عامل موقعیتی دیده می‌شد، اما اکنون به عنوان سرشت همسر به آن نگاه می‌شود. به همین علت در طول فرآیند سرخوردگی ابعاد رفتاری و شناختی آن موجب دوری عاطفی و فیزیکی زوجین از یکدیگر می‌شود (هس<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲)، از این‌رو، یکی از رفتارهای غالب از سوی زوجین سرخورده اجتناب و گریز است. اتخاذ سبک اجتنابی توسط زوجین، منجر به افزایش مشکل و تشدید آن می‌شود (گوئررو و فلویید<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶).

پژوهش‌های متعددی نیز همبستگی میان سبک اجتنابی حل تعارض زوجین و رنجش و سردی در روابط زناشویی را تأیید کرده‌اند (باری<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۰)، همچنین رابطه معناداری میان نحوه ارتباط زوجین با یکدیگر و حل مسئله و مشکلات و آسیب‌های ارتباطی وجود دارد (لاونر، کارنی و برادبری<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۶؛ مارکمن، رودز، استنلی، راگان و ویتون<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۰).

از عوامل مهم دیگر در ایجاد سرخوردگی زناشویی، توقعات و انتظارات زناشویی است. توقعاتی که به دنبال عشق رؤیایی به وجود می‌آیند و همیشه جزئی از اعتقادات شخصی است. این توقعات ممکن است آگاهانه یا ناآگاهانه، آشکار یا پنهان، فردی یا دوطرفه باشند (پیرفلک، سودانی و شفیع‌آبادی<sup>۱۴</sup>، ۱۳۹۳). در واقع اغلب زوجین در آغاز زندگی روابط خود را متفاوت از دیگران می‌دانند و پشتوانه زندگی مشترک خود را عشق و علاقه متقابل می‌دانند (پاموک و دورموش<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۵). اکثر افراد توقع دارند که زندگی عاشقانه‌ای داشته باشند و دوست دارند که تا آخر عمر با همسرشان به خوبی زندگی کنند؛ اما هنگامی که عشق پرشور فروکش کرد و جای خود را مشکلات زندگی زناشویی داد، به حالتی از ناباوری می‌رسند (کوهی، اعتمادی و فاتحی‌زاده<sup>۱۶</sup>، ۱۳۹۳). بخشی از این ناامیدی و سرخوردگی‌ای که اتفاق می‌افتد، محصول توقعات و انتظارات غیرمنطقی زوجین است (بابایی گرمخانی، مدنی و لواسانی<sup>۱۷</sup>، ۱۳۹۳). اگر برای رسیدن به خوشنودی فردی در ازدواج انتظارات بالایی وجود داشته باشد، ممکن است وقتی همسر این انتظارات را برآورده نمی‌کند، افراد به راحتی سرخورده شوند (برانفربرنر<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۰).

با توجه به مطالب مطرح شده در خصوص نحوه بروز سرخوردگی زناشویی، مسائل شناختی و رفتاری نمود بسیاری در رخ دادن این پدیده دارند. برای مداخله در زمینه سرخوردگی باید به این زمینه‌ها توجه کرد. تاکنون رویکردهای مختلفی برای درمان مشکلات زناشویی و افزایش کیفیت رابطه زوجین مورد استفاده قرار گرفته است. یکی از این مداخلات توسط کایزر (۱۹۹۳) جهت کاهش میزان سرخوردگی زناشویی ارائه شده است و مبتنی بر مدل سرخوردگی ارائه شده از سوی وی است. کایزر برای شروع مطالعه فرآیند سرخوردگی زناشویی، یک الگوی نظری از این فرآیند را گسترش داد. این الگو شامل احساسات، رفتار و افکارهایی است که به عنوان تجربه شخص در سرخوردگی زناشویی فرض می‌شود. کایزر بر تجارب کلینیکی و طرح نظری داک (۱۹۸۲) تکیه کرد. الگوی داک یک چهارچوب مفهومی از مراحل شکست رابطه است که شامل سه مرحله بوده و قبل از قطع رابطه همسران اتفاق می‌افتد. برای آزمون تجربی این الگو، کایزر ابتدا یک پرسشنامه برای اندازه‌گیری سطح کلی سرخوردگی زناشویی ساخت. سپس با ۵۰ زوج که نمره بالایی در سرخوردگی زناشویی کسب کرده بودند مصاحبه کرد. پس از بررسی اطلاعات، کایزر دریافت که سه مرحله شروع، میانی و پایانی برای فرآیند سرخوردگی وجود دارد و که در هر مرحله احساسات، افکار و رفتارهای متفاوتی نمایان می‌شود (کایزر، ۱۹۹۳). در مرحله بعد کایزر با توجه به فرآیند تدوین شده برای سرخوردگی زناشویی و علل آن، بسته مشاوره زوجی خود را تدوین کرد.

در زمینه سرخوردگی زناشویی و مدل کایزر تحقیقی به انجام نرسیده است، اما مداخلاتی که در زمینه مشکلات زناشویی به انجام رسیده بیشتر بر حیطة شناختی تأکید می‌کند. به طور مثال: قربانی و فیروزی<sup>۱۹</sup> (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش سبک زندگی می‌تواند موجب کاهش فرسودگی زناشویی و افزایش رضایت زناشویی شود. هواسی، زهراکار و محسن‌زاده<sup>۲۰</sup> (۱۳۹۵) اثربخشی زوج‌درمانی گروهی به روش گاتمن را بر کاهش فرسودگی زناشویی تأیید کردند. سنفورد<sup>۲۱</sup> (۲۰۰۶) در پژوهش خود بیان کرد که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند موجب کاهش تعارضات زوجین و افزایش کیفیت زناشویی شود. نظری، فلاح‌زاده و نظربلند<sup>۲۲</sup> (۱۳۹۶) در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش سرخوردگی زناشویی مورد بررسی قرار داده و بیان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث کاهش فرسودگی زناشویی در زنان شود. هالفورد و مارکمن<sup>۲۳</sup> (۲۰۰۳) نیز نشان دادند که زوج‌درمانی شناختی - رفتاری می‌تواند موجب کاهش درماندگی زناشویی و طلاق شود. فردمن، اشنایدر، پنتل و مانسون<sup>۲۴</sup> (۲۰۱۶) در تحقیق خود اثربخشی زوج‌درمانی شناختی - رفتاری را بر بهبود فشار روابط نشان دادند. مارک (۲۰۱۶) نشان داد که خودافشایی در بهبود صمیمیت زناشویی در میان زوجین تأثیر مثبتی دارد. سیرین و دنیز<sup>۲۵</sup> (۲۰۱۶) نشان دادند که تأثیر برنامه‌های آموزشی خانواده بر کاهش سطوح مختلف دلزدگی زناشویی<sup>۲۶</sup> اثربخش است. همچنین درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور می‌تواند موجب کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان متأهل شود (منعمیان، خوش‌کنش و پوراابراهیم<sup>۲۷</sup>، ۱۳۹۵).

با توجه به مطالب عنوان شده و اهمیت مسئله سرخوردگی زناشویی در ایجاد طلاق عاطفی و مرگ رابطه زناشویی و احتمال وقوع طلاق در روابط زناشویی، نیاز به انجام مداخله در این زمینه حائز اهمیت است، از طرفی با توجه به اینکه در هیچ تحقیقی اثربخشی مدل‌های درمانی در کاهش سرخوردگی زناشویی به انجام نرسیده است و تحقیقات انجام شده در حیطة روابط زناشویی و نهایتاً دلزدگی یا فرسودگی زناشویی بوده

است و نیز ضعف تحقیقات پیشین در عدم هم‌تاسازی گروه‌ها و نداشتن مرحله پیگیری برای بررسی میزان ثبات نتایج و از سوی دیگر، با توجه به اینکه رویکرد کایزر بر اساس عوامل مؤثر بر سرخوردگی زناشویی طراحی شده و مختص کار با زوجین سرخورده است، به‌عنوان یک مدل اختصاصی برای کاهش سرخوردگی زناشویی حائز اهمیت است. همان‌طور که مطرح شد، این رویکرد برگرفته از مصاحبه‌های کیفی از زوجین سرخورده بوده و تعداد جلسات بر اساس فرآیند سرخوردگی‌ای که بین زوجین رخ می‌دهد طراحی شده‌اند (کایزر، ۱۹۹۳). از این‌رو، به نظر می‌رسد این رویکرد بتواند بر کاهش سرخوردگی زناشویی اثربخش باشد. لذا، این سؤال مطرح است که آیا مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر بر کاهش سرخوردگی زناشویی زوجین اثربخش است؟ هدف پژوهش حاضر عبارت است از: بررسی اثربخشی مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر بر کاهش سرخوردگی زناشویی زوجین.

## روش

تحقیق حاضر به لحاظ روش از نوع تحقیقات نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. از منظر هدف از نوع پژوهش‌های کاربردی است، چراکه نتایج این تحقیق می‌تواند در عمل توسط متخصصین حوزه خانواده و زوج‌مورد استفاده قرار گیرد. از حیث نوع داده‌ها در زمره تحقیقات کمی است. متغیر مستقل در این تحقیق شامل مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر است و متغیر وابسته عبارت است از سرخوردگی زناشویی.

## جامعه آماری، روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش، زوجین مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۶ زوج از میان زوجین مراجعه‌کننده، با استفاده از مصاحبه و پرسشنامه سرخوردگی زناشویی، کسانی که مشکل سرخوردگی زناشویی داشتند، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش دارا بودن حداقل سه سال زندگی مشترک و قرار نداشتن زوجین در آستانه متارکه و عدم وجود اختلالات روان‌شناختی و شخصیت بود که توسط متخصص روانشناس بالینی غربالگری انجام شد. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: عدم همکاری و تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در تحقیق، غیبت بیش از دو جلسه در درمان. فرم رضایت از انتشار نتایج پژوهش به امضای تمامی شرکت‌کنندگان رسید و بر محرمانه بودن نام آن‌ها نیز تأکید شد.

## ابزار پژوهش

**مقیاس سرخوردگی زناشویی**<sup>۲۸</sup>: این مقیاس توسط کارن کایزر (۱۹۹۳) ساخته شد که دارای ۲۱ ماده است و برای ارزیابی سطح سرخوردگی یا نبود عواطف نسبت به همسر به کار می‌رود. این پرسشنامه شامل سه بعد است: ۱. دل‌بستگی، ۲. بیگانگی هیجانی و ۳. حمایت هیجانی. دامنه نمره‌های این مقیاس از ۲۱ تا ۸۴ است و دارای طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای است و نمره فرد از طریق جمع نمره‌های گزینه‌ها به دست می‌آید. کایزر (۱۹۹۳) به منظور محاسبه روایی و اگرایی این پرسشنامه، بین پرسشنامه سرخوردگی زناشویی و پرسشنامه‌های شادی زناشویی و صمیمیت زناشویی همبستگی منفی

معناداری به دست آورد. نمرات مقیاس سرخوردگی همچنین رابطه مثبت معناداری را با مشکلات رفتاری سوءمصرف زوجین ( $r=0/36$ ) با رفتار اعتیاد به کار همسر ( $r=0/48$ ) نشان داد. همچنین، کایزر (۱۹۹۳) پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ  $0/97$  به دست آورده است. روایی این مقیاس در ایران توسط کوهی (۱۳۸۸) به شیوه همگرا با پرسشنامه سلامت عمومی به دست آمده است. نتایج روایی این مقیاس رابطه منفی معناداری ( $r=-0/56$ ) بین دو مقیاس سلامت عمومی و سرخوردگی زناشویی مشاهده شد. همچنین پایایی این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ  $0/89$  به دست آمد. در این تحقیق نیز پایایی مقیاس به شیوه آلفای کرونباخ  $0/82$  به دست آمد.

## روش اجرای پژوهش

پس از هماهنگی‌های لازم با مرکز مشاوره دانشگاه تهران، در بازه زمانی فروردین‌ماه ۱۳۹۵ لغایت اسفند ۱۳۹۵ پژوهش انجام شد. بدین صورت که ابتدا از زوجین مراجعه‌کننده مصاحبه به عمل آمد و در صورت داشتن شرایط تحقیق و جلب رضایت آنان برای شرکت در تحقیق، به پژوهش وارد شدند. سپس نمونه‌های انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس به گروه آزمایش مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر به مدت ۱۱ جلسه ۲ ساعته به صورت هفتگی یک بار ارائه شد. قبل از اجرا از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد، در ادامه پس از اتمام جلسات درمانی بلافاصله پس‌آزمون اجرا شد و پس از گذشت ۳ ماه از مداخله، پیگیری اجرا شد. برخی از جلسات جابه‌جا و لغو می‌شد که در هماهنگی جلسات خلل ایجاد می‌کرد، اما با پیگیری تلفنی، هیچ زوجی از مداخله خارج نشد. این مدل توسط اساتید گروه مشاوره دانشگاه اصفهان بررسی شد و روایی آن مورد تأیید قرار گرفت. بدین ترتیب که ابتدا مدل ترجمه و بازترجمه شد. سپس در اختیار ۴ نفر از اساتید گروه مشاوره دانشگاه اصفهان برای بررسی روایی مدل در جامعه ایرانی قرار گرفت. جدول ۱ خلاصه جلسات و محتوای جلسات این مداخله را نشان می‌دهد. گروه گواه نیز در فهرست انتظار قرار داشتند و پس از اتمام فرآیند تحقیق جهت رعایت اصول اخلاقی به گروه گواه نیز مداخله ارائه شد. همچنین پرسشنامه‌ها بی‌نام بودند و اسامی زوجین در هیچ یک از خروجی‌های تحقیق مطرح نشد.

### جدول ۱: خلاصه جلسات مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر برای

#### کاهش سرخوردگی زناشویی

جلسه	عنوان و هدف	شرح جلسات
اول	معارفه، بیان هدف، تعریف مشکل زوجین، آشنایی زوجین با قوانین جلسات و فرآیند درمان	معرفی و ایجاد رابطه، تعریف سرخوردگی زناشویی و مشخصه‌های رفتاری و احساسی آن، توضیح مدل درمانی، توضیح قوانین جلسات شامل حضور منظم و تعداد مجاز غیبت از جلسات
دوم	آموزش مهارت‌های ارتباطی بین فردی	آموزش مهارت حل تعارض و ایجاد یک فرآیند مشارکتی به جای فرآیند رقابتی در تعارضات، آموزش گفتگوی مؤثر و تمرین نقش‌گویی و شنودگی در جلسه، آشنایی زوجین با چرخه آگاهی در گفتگو، کمک به همسر سرخورده جهت بیان احساسات خود در مسیر آموزش داده شده
سوم	بیان انتظارات از رابطه زناشویی	شفاف کردن و بیان کردن انتظارات زوجین از رابطه زناشویی قبل از ازدواج و مقایسه آن با رابطه فعلی‌شان، کمک به آن‌ها جهت بررسی واقع‌بینانه انتظارات پیش از ازدواج. بیان

		<p>انتظارات زوجین از رابطه فعلی و نوشتن «قرارداد زناشویی» و آگاه کردن همسر از این انتظارات. بررسی گذشته زوجین و نحوه ارتباطات در خانواده اصلی و تأثیر آن بر شکل‌گیری انتظارات از رابطه زوجی و همانندسازی‌های فراقکنی که هر یک از زوجین در رابطه با همسرش انجام می‌دهد، کمک به زوجین برای رسیدن به قراردادی واقع‌بینانه و مشترک با یکدیگر</p>
چهارم	شناخت الگوهای رفتاری و افزایش تبادلات مثبت	<p>شناخت الگوهای تقویت و تنبیه همسران، افزایش تقویت‌کننده‌ها و تبادلات رفتاری مثبت، نوشتن لیستی توسط زوجین که شامل رفتارهایی است که به آن‌ها معنای مورد توجه و مراقبت قرار گرفتن می‌دهد و توافق دوجانبه بر سر رفتارها، انجام رفتارهای مذکور در طول هفته توسط زوجین و تشویق همسر سرخورده توسط درمانگر برای همراهی و انجام آن‌ها.</p>
پنجم	آموزش تحریفات شناختی	<p>آشنایی زوجین با تفکر، شناخت، باور و تأثیر آن در زندگی زناشویی، بررسی تأثیر افکار بر احساسات، تمایز افکار و احساسات، تمایز فکر و واقعیت، زیر سؤال بردن افکار خودانگیخته و جایگزینی با واکنش‌های منطقی و بررسی این چرخه در تعارضات و مشکلات فعلی زوجین. آشنایی با تعدادی از تحریف‌های شناختی و نقش آن‌ها در زندگی زوجین همراه با مثال‌های کاربردی (تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، فاجعه‌سازی)</p>
ششم	اصلاح اسناد نسبت به همسر	<p>صحت زوجین راجع به مشکلات موجود در رابطه و کمک به آن‌ها جهت روایتی متفاوت از آنچه تاکنون درباره علت مشکلات بیان می‌کردند، آموزش به زوجین جهت در نظر گرفتن سهم عوامل مختلفی در بروز مشکلات نظیر عوامل محیطی، رفتار شوهر، رفتار زن، تفسیر شوهر از رفتار زن، تفسیر زن از رفتار شوهر، واکنش عاطفی شوهر، واکنش عاطفی زن، جهت دادن تمرکز زوجین بر فکر و رفتار و احساس خود در طول این فرآیند. آموزش به زوجین برای ارزیابی سود و زیان اسنادشان و گسترده کردن دید آن‌ها برای علت مشکلاتشان.</p>
هفتم	شناسایی بانک رنجش زوجین و قاب‌گیری مجدد آن به عنوان «بانک خود-تخریبی»	<p>تعریف بانک رنجش برای زوجین و نحوه شکل‌گیری آن در طول زمان، کمک به همسر سرخورده برای تغییر تمرکز و توجه به جای همسر و تمرکز به خود، قاب‌گیری مجدد برای علت بسیاری از مشکلات زناشویی و نشات گرفتن آن‌ها از بانک رنجش، آگاه ساختن زوجین از تأثیر بسیار مخرب بانک رنجش و اثرات منفی آن بر خود فرد به جای همسر. تشویق همسر سرخورده برای بازگویی داستان سرخوردگی‌اش با تمرکز بر رنجش و خشمی که احساس کرده و رهاسازی هیجانی.</p>
هشتم	تعدیل و اصلاح نگاه همسر سرخورده به خود به عنوان فرد قربانی	<p>کمک به همسر سرخورده برای شناسایی و تعریف ساختار رفتاری ظالم-قربانی در روابط زناشویی، کمک به وی جهت تغییر رفتار خود در این سیستم و ارزیابی واکنش سیستم زناشویی آن‌ها به این تغییرات، شناسایی موقعیت‌هایی که همسر سرخورده مانند یک قربانی عمل می‌کند و کمک به وی جهت انجام رفتارهای جایگزین که جرات‌مندانه است</p>
نهم	کار بر روی احساس خلائی که پس از بین رفتن رنجش و خشم ایجاد می‌شود	<p>بررسی تغییرات رفتاری همسر سرخورده و تغییرات ایجاد شده در رابطه، بررسی واکنش شوهر به رفتارهای جدید همسر، صحبت راجع به احساس خلاء پس از رفع رنجش و خشم و عادی‌سازی آن، برای زوجین توضیح داده می‌شود که چون مدت‌زمان زیادی را فرد سرخورده صرف احساس خشم و رنجش راجع به همسر کرده اکنون احساس خالی بودن می‌کند، کمک به همسر سرخورده برای بیان احساسات و هیجانات فعلی خود و تخلیه هیجانی، کمک به وی برای جایگزینی گفتگوهای درونی مثبت و جدید به جای گفتگوهای درونی پررنج و خشمی که تاکنون داشته.</p>
دهم	توسعه اهداف فردی و برنامه‌ریزی برای دستیابی به آن‌ها	<p>کمک به فرد سرخورده برای ارزیابی میزان رضایت عقلی از ابعاد مختلفی در زندگی نظیر شغل، روابط با دوستان و احساس رضایت از خود. کمک به فرد برای تدوین هدف و برنامه‌ریزی برای دستیابی به آن‌ها، بررسی و ارزیابی برخی ویژگی‌های فردی و عواملی در روابط زناشویی که مانع رسیدن به این اهداف می‌شوند، فعال کردن همسر برای کمک به همسر سرخورده جهت دستیابی به اهداف و رفع موانع.</p>
یازدهم	جمع‌بندی و پایان	جمع‌بندی جلسات، ارائه بازخورد از سوی زوجین، اجرای پس‌آزمون

## یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی گزارش می‌شود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیر سرخوردگی زناشویی را در سه مرحله ارزیابی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی برای سرخوردگی زناشویی در سه نوبت اندازه‌گیری به تفکیک دو گروه و جنسیت

گروه‌ها	جنسیت	میانگین			انحراف استاندارد		
		نوبت اندازه‌گیری			نوبت اندازه‌گیری		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
مشاوره زوجی کایزر	مردان	۴۴/۲۵	۳۲	۳۱/۷۵	۵/۰۱	۳/۲۹	۳/۱۹
	زنان	۴۷/۷۵	۳۵/۶۲	۳۴/۵	۵/۵	۲/۹۲	۲/۹۳
کنترل	مردان	۴۵/۲۵	۴۵/۱۲	۴۴/۸۷	۷/۶۷	۷/۹	۷/۶۶
	زنان	۴۶/۶۲	۴۶/۲۵	۴۵/۸۷	۸/۸۹	۹	۸/۸۳

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی تفاوت‌هایی در متغیر سرخوردگی زناشویی مشاهده می‌شود، اما برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای آزمون، پیش‌فرض‌های آزمون مورد بررسی قرار گرفت که به قرار ذیل است. مقیاس اندازه‌گیری فاصله‌ای است. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات در پیش‌آزمون ( $p=0/868$ )، پس‌آزمون ( $p=0/868$ ) و پیگیری سرخوردگی زناشویی ( $p=0/868$ ) در گروه مداخله چندمرحله‌ای کایزر نرمال است. همچنین توزیع نمرات در پیش‌آزمون ( $p=0/851$ )، پس‌آزمون ( $p=0/220$ ) و پیگیری سرخوردگی زناشویی ( $p=0/891$ ) در گروه کنترل نرمال است. آزمون لوین نشان داد که واریانس‌های پیش‌آزمون ( $p=0/554$ )، پس‌آزمون ( $p=0/658$ ) و پیگیری سرخوردگی زناشویی ( $p=0/119$ ) در دو گروه همگن هستند. نتایج آزمون باکس نیز نشان داد که ماتریس‌های کواریانس دو گروه همسان هستند ( $p=0/105$ ). در نهایت نیز آزمون کرویت ماچلی برای بررسی کرویت نمرات سرخوردگی زناشویی نشان داد که نمرات سرخوردگی زناشویی کرویت ندارد ( $p<0/001$ )، لذا برای اصلاح درجات آزادی از آزمون گرین هاوز کایزر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی سرخوردگی زناشویی

منابع تغییرات	MS	F	Df	p	اندازه اثر	توان آزمون
اثر گروه	۱۵۴۴/۰۱	۱۲/۹۸	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۳
اثر جنسیت	۱۱۹/۲۶	۱/۰۱	۱	۰/۳۲۵	۰/۰۳	۰/۱۶
اثر زمان	۸۰۹/۸۹	۱۰۰/۱۹	۱/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
تعامل زمان*گروه	۷۰۸/۶۹	۸۷/۶۸	۱/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰
تعامل زمان*جنسیت	۱/۳۷	۰/۱۷	۱/۱۱	۰/۷۰۹	۰/۰۱	۰/۰۷
تعامل زمان*جنسیت*گروه	۰/۵۱	۰/۰۶	۱/۱۱	۰/۸۲۸	۰/۰۱	۰/۰۶

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی گروه، جنسیت، زمان و اثر تعاملی زمان و گروه، زمان و جنسیت و زمان، گروه و جنسیت در متغیر سرخوردگی زناشویی را نشان می‌دهد.

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر سرخوردگی زناشویی با اصلاح درجات آزادی نشان می‌دهد. از محتوای جدول مشخص است که اثرات اصلی گروه ( $p=0/001$ ) و زمان ( $p<0/001$ ) معنادار هستند؛ اما اثر اصلی جنسیت ( $p=0/619$ ) معنادار نیست. معناداری اثر گروه به معنی وجود تفاوت کلی متغیر سرخوردگی زناشویی در بین دو گروه مداخله چندمرحله‌ای کایزر بر سرخوردگی و گروه کنترل است. اثر اصلی زمان معنی‌دار است، این بدین معنی است که تغییرات متغیر سرخوردگی زناشویی از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری تغییر کرده است. تعامل زمان و گروه معنادار است. این بدین معنی است که گروه‌ها در سطوح زمانی مختلف تفاوت‌های معناداری باهم داشته‌اند. اثر اصلی جنسیت معنادار نیست و این به معنای این است که زنان و مردان تغییرات را به یک اندازه درک کرده‌اند. تعامل زمان و جنسیت معنادار نیست. تعامل زمان، جنسیت و گروه نیز معنادار نیست. همان‌طور که جدول میانگین‌ها نشان داد، میانگین نمرات گروه مداخله چندمرحله‌ای کایزر بر سرخوردگی از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری کاهش یافته است. برای بررسی دوبه‌دوی نتایج و بررسی دقیق تفاوت‌های ایجاد شده در طول زمان از آزمون بونفرونی استفاده شد که در جدول زیر نشان داده شده است.

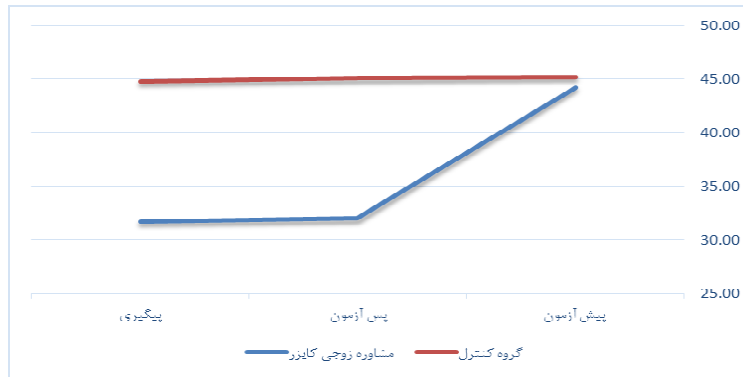
جدول ۴ نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوبه‌دوی میانگین‌های سه مرحله ارزیابی را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر سرخوردگی زناشویی

P	اختلاف میانگین (I-J)	J	I
<0/001	۶/۲۲	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
<0/001	۶/۷۲	پیگیری	
0/025	0/5	پیگیری	پس‌آزمون

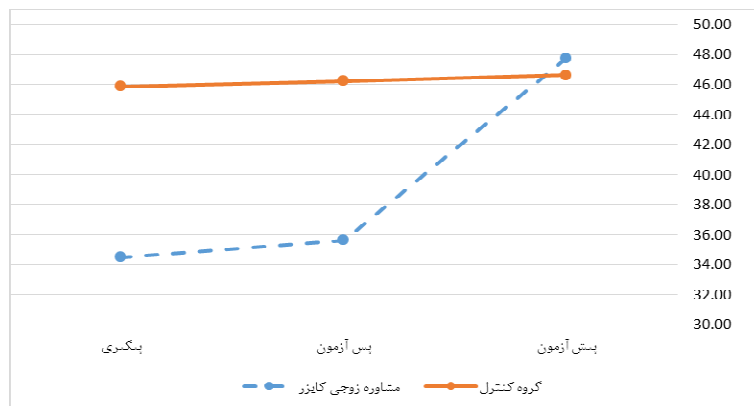
همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است. با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش یافته است. با توجه به اثربخش بودن اثر اصلی گروه و تفاوت بین گروه‌ها، می‌توان گفت اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون حاکی از اثربخش بودن مداخله چندمرحله‌ای کایزر بر کاهش سرخوردگی زناشویی است. همچنین کاهش نمرات در مرحله پیگیری نیز نشان‌دهنده ثبات اثربخشی مشاوره زوجی کایزر در طول زمان بوده است. با این حال، برای دقت بیشتر در نتایج و اطمینان بیشتر، با توجه به اینکه آزمون بونفرونی جمع میانگین دو گروه را مورد محاسبه قرار می‌دهد، باید به نمودار اثرات اصلی گروه و زمان نگاهی کرد.

نمودار ۱ و ۲ اثرات اصلی گروه و زمان به تفکیک جنسیت را نشان می‌دهد.



نمودار ۱: نمودار تغییرات سرخوردگی زناشویی در طول زمان در مردان به تفکیک گروه‌ها

همان‌طور که نمودار ۱ نشان می‌دهد، مردانی که مداخله چندمرحله‌ای کایزر را دریافت کرده بودند، میانگین نمرات سرخوردگی زناشویی آن‌ها در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است و مردانی که در گروه کنترل بودند، نمرات سرخوردگی آن‌ها تفاوت چندانی نداشته است.



نمودار ۲: نمودار تغییرات سرخوردگی زناشویی در طول زمان در زنان به تفکیک گروه‌ها

همان‌طور که نمودار ۲ نشان می‌دهد، زنانی که مداخله چندمرحله‌ای کایزر را دریافت کرده بودند، میانگین نمرات سرخوردگی زناشویی آن‌ها در پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است و زنانی که در گروه کنترل قرار داشتند، تفاوت چندانی بین نمرات سرخوردگی آن‌ها در سه مرحله ارزیابی وجود نداشت. با توجه به اطلاعات به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، می‌توان گفت مداخله چندمرحله‌ای کایزر توانسته است در کاهش سرخوردگی زناشویی زوجین مؤثر باشد.

همان‌طور که در نمودار ۱ و ۲ نشان داده شده است، به نظر می‌رسد تفاوت معناداری بین نمرات سرخوردگی زناشویی در دو گروه وجود داشته باشد. از آنجایی که اثر گروه با توجه به جمع نمرات سه مرحله ارزیابی یا میانگین کلی (General Mean) محاسبه شده است و با توجه به اینکه اثر اصلی زمان و گروه هر



دو معنادار هستند، برای بررسی دقیق تر تفاوت‌های دو گروه میانگین‌های سه مرحله را به تفکیک با استفاده از آزمون t مستقل مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۵ تفاوت نمرات سه مرحله ارزیابی سرخوردگی زناشویی را بین دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۵: تفاوت نمرات میانگین سرخوردگی بین دو گروه در سه مرحله ارزیابی

مراحل ارزیابی	t	df	P
پیش‌آزمون سرخوردگی	۰/۰۳	۳۰	۰/۹۸۰
پس‌آزمون سرخوردگی	-۵/۳۱	۳۰	<۰/۰۰۱
پیگیری سرخوردگی	-۵/۶۶	۳۰	<۰/۰۰۱

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، نتایج آزمون t برای گروه‌های مستقل نشان داد که بین دو گروه مداخله چندمرحله‌ای کایزر و گروه کنترل تفاوت معناداری در پیش‌آزمون ( $p=۰/۹۸۰$ ) وجود ندارد؛ اما بین دو گروه در نمرات سرخوردگی زناشویی در مرحله پس‌آزمون ( $p<۰/۰۰۱$ ) و پیگیری ( $p<۰/۰۰۱$ ) تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که مداخله چندمرحله‌ای کایزر در کاهش سرخوردگی زناشویی زوجین اثربخش است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر بر کاهش سرخوردگی زناشویی زوجین مؤثر است و تأثیر مداخله درمانی با گذشت زمان و در مرحله پیگیری نیز از پایداری لازم برخوردار است. با توجه به محتوای جلسات و پشتوانه نظری که مشاوره زوجی کایزر بر اساس آن شکل گرفته، می‌توان گفت رویکرد وی رنگ و بوی درمان‌های شناختی- رفتاری را دارد و از این رو با این رویکرد در حوزه درمان مشکلات زناشویی قابل مقایسه است.

نتایج این پژوهش با نتیجه پژوهش پیرس و هالفورد<sup>۲۹</sup> (۲۰۰۸) که بیان کردند درمان شناختی - رفتاری می‌تواند باعث کاهش پریشانی ارتباطی شود، همسو است. همچنین پژوهش سلیگمن، استن، پارک و پترسون<sup>۳۰</sup> (۲۰۰۵) نشان داد حضور زوجین در جلسات آموزشی با محتوای شناختی - رفتاری می‌تواند موجب افزایش شادی‌شان شود. درپور<sup>۳۱</sup> و گاتمن (۲۰۰۴) نیز آموزش شناختی - رفتاری را بر کاهش خستگی عاطفی مؤثر می‌داند؛ نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های آگاه<sup>۳۲</sup> و همکاران (۱۳۹۳)، وکیلی<sup>۳۳</sup> و همکاران (۲۰۱۵)، بلانگر<sup>۳۴</sup> و همکاران (۲۰۱۵) و کوهن، اولری و فوران<sup>۳۵</sup> (۲۰۱۰) همسو است. همچنین نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیقات لوک<sup>۳۶</sup> (۲۰۰۴)، هالفورد، ساندرز و بهرنس<sup>۳۷</sup> (۲۰۰۱)، چارکر<sup>۳۸</sup> (۲۰۰۳)، بلانچ<sup>۳۹</sup> (۲۰۰۶) همسو است که اثربخشی زوج‌درمانی کوتاه‌مدت خودتنظیمی را که بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری است، تأیید نموده‌اند.

باکوم، سویر و الدرینج، داس و کریستینسن<sup>۴۰</sup> (۲۰۱۱)، نیز اثربخشی درمان رفتاری تلفیقی را بر روابط زوجین پس از ۵ سال پیگیری را تأیید نموده‌اند.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت که رویکرد کایزر که مبتنی بر اصول رفتاری - شناختی است با به‌کارگیری اصول آموزش رفتاری و ارائه تکالیف مختلف موجب افزایش تعاملات مثبت و کاهش تعاملات منفی می‌شود. همگام با اصول رفتاری، آشنایی با افکار و انتظارات غیرمنطقی، رابطه‌ی بین افکار و احساسات و شناسایی خطاهای شناختی نیز به تقویت عواطف مثبت و کاهش سرخوردگی زوجی می‌انجامد. بازسازی شناختی، یکی از شیوه‌های بارز زوج‌درمانی شناختی - رفتاری است که در آن فرد باورهای خود را به منظور ارزیابی منطقی‌تری با توجه به شواهد موجود، تغییر می‌دهد (دال، استوارت، مارتل و کاپلان<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴).

تیچمن و همکاران (۱۹۹۵) معتقدند درمان شناختی - رفتاری با ایجاد تغییر در انتظارات، ادراکات و معیارهای زوجین و همچنین اصلاح اسناد و شفاف‌سازی انتظارات باعث تغییر در واکنش‌های شناختی، رفتاری و هیجانی زوجین نسبت به یکدیگر می‌شود. درمانگر نیز با آموزش مهارت‌های رفتاری از قبیل تبادل رفتاری، توانایی حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی، الگوهای تعاملی جدیدی را شکل دهد.

در پژوهش حاضر با تقویت مهارت‌های ارتباطی از طریق آموزش فنون نقش‌گویی و شنودگی، مفهوم چرخه آگاهی و نقش آن در تعاملات زوجی و حل تعارض به تغییر چرخه ارتباطی زوجین کمک شد و به دنبال آن ایجاد تغییرات شناختی و هیجانی از طریق آموزش خطاهای شناختی و تأثیر آن در روابط زناشویی، اصلاح اسناد، تغییر در باورهای فرد سرخورده درباره نقش قربانی و ظالم در روابط زوجی و شفاف‌سازی انتظارات زوجین و بررسی نحوه شکل‌گیری آن‌ها و کمک به آن‌ها جهت ایجاد انتظارات واقع‌بینانه، شناسایی رنجش‌های انباشته شده و قاب‌گیری مجدد آن‌ها و رهاسازی هیجانی، منجر به کاهش سوءبرداشت‌ها و نظرات بدبینانه نسبت به همسر شده و این امر موجب شد تا همسر سرخورده به نقش خود در این فرآیند توجه بیشتری مبذول دارد و در فرآیند درمان فعال‌تر شود و به دنبال آن عاطفه منفی همسران کاهش یابد. در مشاوره زوجی مبتنی بر مدل سرخوردگی کایزر، ایجاد تغییرات رفتاری از قبیل افزایش تبادلات رفتاری مثبت (توجه، مراقبت و قدردانی) و کمک به همسر سرخورده جهت تدوین و ارزیابی اهداف فردی و افزایش رضایت در حوزه‌های دیگر زندگی نظیر روابط بین فردی و شغلی، منجر به افزایش احساس رضایت از خود و کاهش سردرگمی در زندگی زناشویی شده و فضای روانی مثبتی را بر رابطه زوجین حاکم ساخت و نهایتاً منجر به کاهش خستگی هیجانی و سرخوردگی زناشویی گردید.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت این رویکرد با شناسایی الگوهای تعاملی زوجین و اصلاح الگوهای رفتاری، شناختی و هیجانی، در کاهش سرخوردگی زناشویی مؤثر است و می‌تواند برای بازسازی توجه و علاقه در روابط زوجین سرخورده مورد استفاده قرار گیرد.

با توجه به اینکه در هر پژوهشی محدودیت‌هایی وجود دارد، تحقیق حاضر نیز از این امر مستثنی نیست. یکی از محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند بود که با توجه به عدم همکاری و نداشتن فهرست موجود از زوجین دارای سرخوردگی زناشویی به ناچار این روش اتخاذ شد. به خاطر محدودیت در وقت و هزینه، حجم کم نمونه نیز یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود. خستگی درمانگر یکی از متغیرهایی است که با توجه به انجام پژوهش در طی یک سال، می‌تواند بر اثربخشی این رویکرد بر زوجینی که دیرتر مداخله را دریافت کردند، اثرگذار باشد؛ اما پختگی درمانگر در اجرای این رویکرد از زوج اول تا زوج شانزدهم می‌تواند اثر متغیر خستگی را خنثی کند. در پژوهش حاضر کارایی این رویکرد بر متغیر سرخوردگی زناشویی

سنجیده شد، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی اثربخشی آن دیگر ابعاد روابط زناشویی که منجر به افزایش رضایت و کیفیت زندگی زناشویی می‌شود سنجیده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی جامعه گسترده‌تری مورد مطالعه قرار گیرد و محدودیت پژوهش فعلی در انتخاب جامعه در دسترس برطرف گردد. در واقع تحقیق حاضر یک پایلوت از اثربخشی مشاوره زوجی کایزر است که پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی با صرف هزینه و جلب حمایت‌های مالی محدودیت‌های پژوهش حاضر به خصوص در زمینه حجم نمونه برطرف گردد تا نتایج دقیق‌تر و قابل اعتمادتری به دست آید.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از مدیریت و کارکنان مرکز مشاوره دانشگاه تهران جهت همکاری در انجام این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را نمایند.

### پی‌نوشت‌ها

- |   |   |
|---|---|
| 1. Marital Disaffection                       | 22. Nazari, Fallahzadeh & Nazarboland           |
| 2. Robinson, Flowers, Ng                      | 23. Halford, Markman                            |
| 3. Kayser                                     | 24. Fredman, Shnider, Pentel, Monson            |
| 4. Napier                                     | 25. Sirin, Deniz                                |
| 5. Barry                                      | 26. Couple burnout                              |
| 6. Berger & Rollof                            | 27. Monemiyan, Khoshkonesh & Poorebrahim        |
| 7. Schoebi, Way, Karny, Bradbury              | 28. Marital Disaffection Scale                  |
| 8. Schofield                                  | 29. Pearce & Halford                            |
| 9. Hess                                       | 30. Seligman, Steen, Park & Peterson            |
| 10. Guerrero & Floyd                          | 31. Driver                                      |
| 11. Barry                                     | 32. Agah  |
| 12. Lavner, Kaeney & Bradbury                 | 33. Vakili                                      |
| 13. Markman, Rhodes, Stanley, Ragan & Whitton | 34. Blanger                                     |
| 14. Pirfalak, Sodani, Shafiabadi              | 35. Kohen, Oleary & Foran                       |
| 15. Durmus                                    | 36. Luke  |
| 16. Kohi, Etemadi & Fatehizadeh               | 37. Halford, Sanders & Behrence                 |
| 17. Babaei Garmkhani, Lavasani, Madani        | 38. Charker                                     |
| 18. Bronfenbrenner                            | 39. Blancho                                     |
| 19. Ghorbani & Firoozi                        | 40. Bacom, Sevier, Eldridge, Doss & Christensen |
| 20. Havvasi, Zaharakar & Mohsenzadeh          | 41. Dahel, Stewart, Martell, Kaplan             |
| 21. Sanford                                   |   |

### منابع

آگاه هریس، ل، جان بزرگی، م، و غفاری، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری گروهی، بر افزایش رضایتمندی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی (با مقیاس اسلامی). *مجله روان‌شناسی و دین*، ۷(۲)، ۸۰-۶۱.

- بابایی گرمخانی، م.، مدنی، ی.، و لواسانی، م. (۱۳۹۳). بررسی رابطه معیارهای ارتباطی غیرواقعی با الگوهای ارتباطی و نقش آن‌ها در پیش‌بینی دلزدگی زناشویی زنان متقاضی طلاق. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۴(۱)، ۶۷-۸۴.
- پیرفلک، م.، سودانی، م.، و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی شناختی - رفتاری (GCBCT) بر کاهش دلزدگی زناشویی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۲)، ۲۴۷-۲۴۷.
- قربانی، م.، فیروزی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش سبک زندگی در رضایتمندی و فرسودگی زناشویی زنان متأهل شهر اصفهان. *فصلنامه زن و جامعه*، ۸(۲۹)، ۲۳-۳۶.
- کوهی، س.، اعتمادی، ع.، و فاتحی زاده، م. (۱۳۹۳). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و سلامت روانی با سرخوردگی زناشویی در زوجین. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۱)، ۷۱-۸۴.
- کوهی، س. (۱۳۸۸). *عوامل پیش‌بینی کننده‌ی سرخوردگی زناشویی در زوجین شهر اصفهان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه اصفهان.
- منعمیان، گ.، خوش کنش، آ.، و پورابراهیم، ت. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه‌حل محور (SFTB) بر کاهش فرسودگی زناشویی و بهبود کیفیت روابط زناشویی در زنان متأهل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کاشان*، ۲۰(۲)، ۱۶۵-۱۷۲.
- نظری، آ.، فلاح‌زاده، ه.، و نظربلند، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرخوردگی و کیفیت زناشویی زن‌ها. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۱(۳)، ۴۳۳-۴۵۲.
- هواسی، ن.، زهراکار، ک.، و محسن زاده، ف. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی گروهی به روش گاتمن بر کاهش فرسودگی زناشویی زوجین. *روان‌پرستاری*، ۴(۶)، ۵۹-۶۴.

- Agah, L., Janbozorgi, M., & Gafari, O. (2014). [The effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on increasing the Marital Satisfaction of Woman Having Marital Conflict ( on the basis of islamic measures)]. *Journal of Psychology & Religion*. 7(2), 61-80.[In Persian]
- Babaei garmkhani, M., Madani, Y., Lavasani, M. (2014). [Investigating the Relationship Between Urealistic Relationship Standard and Communication Patterns and their Roles in Predecting Marital Burnout in Divorce Seeking Woman]. *Journal of Applied Counseling*, 4(1), 67-8. [In Persian]
- Barry, R. A. (2010). *Romantic disengagement as a developmental process that contributes to marital distress and decline*. Doctoral dissertation in psychology, The University of Iowa.
- Barry, R. A., Lawrence, E., & Langer, A. (2008). Conceptualization and assessment of disengagement in romantic relationships. *Personal Relationships*, 15(3), 297-315.
- Baucom, K. J., Sevier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., & Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: outcome and link with five-year follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(5), 565-576.
- Bélanger, C., Laporte, L., Sabourin, S., & Wright, J. (2015). The Effect of Cognitive-Behavioral Group Marital Therapy on Marital Happiness and Problem Solving Self-Appraisal. *The American Journal of Family Therapy*, 43(2), 103-118.
- Berger, C. R., & Roloff, M. E. (1982). Thinking about friends and lovers: Social cognitions and relational trajectories. In M. E. Roloff & C. R. Berger (Eds.), *Social cognition and communication* (pp. 151-192). Beverly Hills: Sage.

- Blanco, L. (2006). Family focused intervention to promote happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 200-220.
- Bronfenbrenner, U. (1990). Family decline in America. In D. G. Blankenhorn, S. E. Bayme & J. B. E. Elstain (Eds.), *Rebuilding the nest: A new commitment to the American family* (pp. 39-51). Milwaukee, WI: Family Service America
- Burpee, L. C., & Langer, E. J. (2005). Mindfulness and marital satisfaction. *Journal of Adult Development*, 12(1), 43-51.
- Charker, J. H. (2003). *Self-regulation and wisdom in marital satisfaction*. Doctoral Dissertation in Psychology, Griffith University.
- Cohen, S., O'Leary, K. D., & Foran, H. (2010). A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 41(4), 433-446.
- Dahl, J., Stewart, I., Martell, C., & Kaplan, J. S. (2014). *ACT and RFT in relationships: Helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory*. Oakland: New Harbinger Publications.
- DeLongis, A., & Zwicker, A. (2017). Marital satisfaction and divorce in couples in stepfamilies. *Current opinion in psychology*, 13(1), 158-161.
- Driver, J. L., & Gottman, J. M. (2004). Daily marital interactions and positive affect during marital conflict among newlywed couples. *Family process*, 43(3), 301-314.
- Epstein, N., & Baucom, D. H. (2008). Cognitive-Behavioral couple therapy. In A. S. Gurman, J. L. Lebow & D. K. Snyder (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 31-73). New York: Guilford Publications
- Esere, M. O., & Oladun, C. (2014). Obstacles and suggested solutions to effective communication in marriage as expressed by married adults in Kogi state, Nigeria. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114(1), 584-592.
- Fincham, F. D., Stanley, S. M., & Beach, S. R. (2007). Transformative processes in marriage: An analysis of emerging trends. *Journal of Marriage and Family*, 69(2), 275-292.
- Fredman, S. J., Shnaider, P., Pentel, K. Z., & Monson, C. M. (2016). Cognitive Behavioral Couple Therapy for the Treatment of Relationship Distress. In T. J. Petersen, Sprich, S. E., & Wilhelm, S. (Ed.), *The Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 277-287). New York: Humana Press.
- Ghorbani, M., Firoozi, M. (2017). [The Effectiveness of Life Style Training on Marital Satisfaction and Burnout Among Married Woman of Isfahan City]. *Quarterly Journal Of Woman & Society*. 4(1), 23-37. [In Persian]
- Gottman, J. M., & Silver, N. (2012). *What Makes Love Last?* New York: Findaway World LLC.
- Guerrero, L. K., & Floyd, K. (2006). *Nonverbal Communication in Close Relationships*. London: Routledge.
- Havvasi, N., Zahrakar, K., & Mohsenzadeh, F. (2017). [A Study on the Efficacy of Gottman Marital Therapy As A Group Method in Reduction of Marital Burnout]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*, 4(6), 59-64. [In Persian]
- Halford, W. K., Markman, H. J., Kling, G. H., & Stanley, S. M. (2003). Best Practice in Couple Relationship Education. *Journal of marital and family therapy*, 29(3), 385-406.

- Halford, W. K., Sanders, M. R., & Behrens, B. C. (2001). Can skills training prevent relationship problems in at-risk couples? Four-year effects of a behavioral relationship education program. *Journal of family psychology, 15*(4), 750-768.
- Hess, J. A. (2002). Distance regulation in personal relationships: The development of a conceptual model and a test of representational validity. *Journal of Social and Personal relationships, 19*(5), 663-683.
- Kayser, K. (1988). *Disaffection in marriage: Its perceived process and attributions*. Doctoral dissertation in Psychology, University of Michigan.
- Kayser, K. (1993). *When love dies: The process of marital disaffection*. New York: Guilford Press.
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2016). Does Couples' Communication Predict Marital Satisfaction, or Does Marital Satisfaction Predict Communication?. *Journal of Marriage and Family, 78*(3), 680-694.
- Kohi, S., Etemadi, O., Fatehizadeh, M. (2014). [The Relationship between Personality Characteristics, General Health, Contextual Factor, and Marital Disaffection of Couples]. *Journal of Research in Cognitive and Behavioral Sciences, 4*(1), 71-84. [In Persian]
- Kohi, S. (2009). *The predictive factors of marital frustration in the couples in Isfahan*. Master Thesis in Family Counseling, University of Isfahan [In Persian].
- Levinger, G. (2013). Social exchange in developing relationships. In R. L. Burgess & T. L. Huston (Eds.), *A social exchange view on the dissolution of pair relationships* (pp. 169-193). (New York: Academic Press
- Luke, B. (2004). Self-regulation: A brief review. *Journal of Sport Psychology, 25*(1), 118-132.
- Mark, C. A. (2016). *The Effects of Self-Disclosure on Marital Intimacy Among US Iraq War Veterans*. Doctoral dissertation in Psychology, Walden University, Minnesota.
- Markman, H. J., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., Ragan, E. P., & Whitton, S. W. (2010). The premarital communication roots of marital distress and divorce: The first five years of marriage. *Journal of Family Psychology, 24*(3), 289-298.
- Monemiyan, G., Khoshkonesh, A., Poorebrahim, T. (2016). [Effectiveness of Solution-Focused Brief Therapy on the Reduction of Couple Burnout and Optimizing the Quality of Marital Relationship in Married Woman]. *Journal of Kashan University of Medical Sciences. 20*(2), 165-172. [In Persian]
- Napier, A. Y. (2010). *The Fragile Bond: In Search of an Equal, Intimate and Enduring Marriage*. New York: HarperCollins.
- Nazari, M., Falahzade, H., & Nazarboland, N. (2017). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Disaffection and Marital Quality in Woman. *Journal of Applied Psychology, 11*(3), 433-452. [In Persian]
- Pamuk, M., & Durmuş, E. (2015). Investigation of burnout in marriage. *Journal of Human Sciences, 12*(1), 162-177.
- Pearce, Z. J., & Halford, W. (2008). Do attributions mediate the association between attachment and negative couple communication? *Personal Relationships, 15*(2), 155-170.
- Pirfalak, M., Sodani, M., Shafiabadi, M. (2014). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Couples Therapy (GCBCT) on the Decrease of Couple Burnout. *Journal of Family Counseling and Psychology. 4*(2), 247-269. [In Persian]

- Robinson, B. E., Flowers, C., & Ng, K. M. (2006). The relationship between workaholism and marital disaffection: Husbands' perspective. *The Family Journal, 14*(3), 213-220.
- Sanford, K. (2006). Communication during marital conflict: When couples alter their appraisal, they change their behavior. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 256-265.
- Schofield, T. (2016). *Exploration of Perceptions of Marriage Dissatisfaction Among African American Couples*. Doctoral dissertation in Clinical Psychology, Walden University.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist, 60*(5), 410-421.
- Sirin, H. D., & Deniz, M. (2016). The Effect of the Family Training Program on Married Women's Couple-Burnout Levels. *Educational Sciences: Theory and Practice, 16*(5), 1563-1585.
- Teichman, Y., Bar-El, Z., Shor, H., Sirota, P., & Elizur, A. (1995). A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry, 58*(2), 136-148.
- Vakili, M., Kimiaei, S. A., Fathizade, M. S., & Mashhadi, A. (2015). Comparing the Effectiveness of Emotion-Oriented Couple Therapy and Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Marital Conflict among Couples. *International Journal of Review in Life Sciences, 5*(11), 155-163.





پیش‌بینی کیفیت مراقبت‌گری در روابط زناشویی براساس سبک‌های  
فرزندپروری ادراک‌شده و عزت‌نفس

Predicting the Quality of Caregiving in Marital Relations Based on  
Perceived Parenting Styles and Self-esteem

V. Mostafa, M. A.

Department of Clinical and Health Psychology, Shahid  
Beheshti University

H. Falahzade, Ph.D.

Department of Clinical and Health Psychology,  
Shahid Beheshti University

R. Reza Poor Faridyan

Department of Clinical and Health Psychology,  
Shahid Beheshti University

✉ وفا مصطفی

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

دکتر هاجر فلاح‌زاده

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

ریحانه رضاپورفریدیان

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۶/۹/۲۴

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۳/۵

پذیرش مقاله: ۹۷/۳/۲۷

Abstract

The purpose of this Study is to determine the role of self-esteem and perception of Parental Parenting Styles of Married Students in predicting their caregiving styles. This study is of a descriptive correlational kind. The statistical population of the present study is all the married male students of the Shahid Beheshti University of Tehran in 2016. The sample of this study includes 245 male students of Shahid Beheshti University who were sel-

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین نقش عزت‌نفس و ادراک از سبک‌های فرزندپروری والدین در پیش‌بینی سبک‌های مراقبت‌گری دانشجویان متأهل بود. پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مرد متأهل دانشگاه شهید بهشتی تهران در سال ۱۳۹۵ است که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴۵ نفر از آن‌ها انتخاب شده و به ابزارهای مراقبت‌گری، مقیاس عزت‌نفس و سبک‌های فرزندپروری والدینی ادراک‌شده پاسخ دادند.

✉ Corresponding Author: Department of Clinical and Heal Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.  
Email: [vafa.mostafa@yahoo.com](mailto:vafa.mostafa@yahoo.com)

✉ نویسنده مسئول: تهران دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی و سلامت.  
پست الکترونیکی: [vafa.mostafa@yahoo.com](mailto:vafa.mostafa@yahoo.com)

ected by available sampling method and they completed the caregiving inventory, self-esteem scale, and perceived parenting styles questionnaire. The data were analyzed by Pearson correlation and multivariate regression. The results showed that self-esteem and emotional intimacy predict the proximity and sensitivity positively and significantly, and the rejection, negatively and significantly predicts the proximity and sensitivity ( $p < 0.05$ ). The results also showed that self-esteem, overprotection and emotional intimacy predict the control negatively and significantly, and the rejection predicts the control positively and significantly ( $p < 0.05$ ). The results also show that self-esteem and emotional intimacy predict obsessive negatively and significantly ( $p < 0.05$ ). The findings were discussed.

**Keywords:** Caring Styles, Self-Esteem, Perceived Parenting Styles.

پس از اجرای پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات جمع‌آوری شده به وسیله شاخص‌های آمار توصیفی و هم‌چنین روش‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که عزت نفس و صمیمیت عاطفی، ابعاد مجاورت و حساسیت را به صورت مثبت و معنادار، و طرد، ابعاد مجاورت و حساسیت را به صورت منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کنند ( $P < 0.05$ ). هم‌چنین نتایج نشان داد که عزت نفس، فزون‌حمایتگری و صمیمیت عاطفی، بعد کنترل را به صورت منفی و معنادار و طرد، بعد کنترل را به صورت مثبت و معناداری پیش‌بینی می‌کنند ( $P < 0.05$ ). هم‌چنین نتایج نشان داد که عزت نفس و صمیمیت عاطفی، بعد وسواس را به صورت منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کنند ( $P < 0.05$ ). یافته‌ها مورد بحث قرار گرفته است.

**کلیدواژه‌ها:** سبک‌های مراقبت‌گری، عزت‌نفس، سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده.

## مقدمه

وجود تعامل‌های سالم و سازنده میان انسان‌ها و برقرار بودن عشق و محبت به هم‌نوعان و ابراز صمیمیت و همدلی و محبت به یکدیگر، از جمله مظاهر زندگی اجتماعی انسان است. خانواده محل ارضای نیازهای مختلف جسمانی، عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی، روانی، عاطفی و شناخت چگونگی ارضای آن‌ها و مجهز شدن به تکنیک‌های شناخت تمایلات زیستی، روانی و عاطفی، ضرورتی انکارناپذیر است. رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به معنی رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به منزله رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد، تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد بود (عدالتی و ردزون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰).

کاهش و فقدان تعاملات صمیمی و رضایت‌بخش بین همسران یکی از مهم‌ترین علل مراجعه آن‌ها به مشاوران خانواده است. سیر صعودی آمار طلاق و وجود تعارضات و آشفتگی روابط زوجین، انگیزه پژوهشگران را برای یافتن راهکارهایی مناسب جهت مقابله با این پدیده اجتماعی افزایش داده است. یکی از متغیرهای حائز اهمیت در زمینه رضایت، صمیمیت و تعامل بین همسران و سبک‌ها و رفتارهای مراقبت‌گری آنان است. رفتار مراقبتی<sup>۲</sup>، رفتاری است که با هدف فراهم کردن حمایت و پشتیبانی از افراد نیازمند به کمک برای مدتی طولانی یا به طور موقت انجام می‌شود، تا علاوه بر کاهش رنج، از آن‌ها در مقابل آسیب، حمایت کرده و

به رشد و تحول آن‌ها نیز کمک کند (جورج و سولومون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). در همین راستا، کانس و شاور<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) در تلاش برای مفهوم‌سازی تفاوت‌های فردی در ارائه حمایت و مراقبت، چهار سبک مراقبت‌گری را در روابط بزرگسالان معرفی کرده‌اند: ۱. سبک مراقبتی نزدیک (مجاورت)؛ به معنی راحت بودن با صمیمیت فیزیکی در طول ارائه حمایت و مراقبت، ۲. سبک مراقبتی حساس یا پاسخ‌دهی هماهنگ به علائم و نیازهای طرف مقابل، ۳. سبک مراقبتی کنترل‌گر به معنی تمایل شدید برای کنترل طرف مقابل که فاقد احترام کافی برای فرایندهای حل مسأله و تصمیم‌گیری طرف مقابل است و ۴. سبک مراقبتی وسواسی یا تمایل به درگیری و محافظت بیش از حد که اغلب به شکل درگیری شدید با مشکلات طرف مقابل دیده می‌شود. مراقبتی که فاقد تماس فیزیکی و حساسیت به نیازهای شریک زندگی یا شامل ابراز بیش از حد نگرانی، بدبینی و اطمینان خاطر کاذب باشد، ممکن است به عنوان غیرحمایتی تجربه شود. کمپبل<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۵)؛ به نقل از ملک‌آسا<sup>۶</sup> (۱۳۹۴) مراقبت را به عنوان رفتارهای حمایتی، عاطفی و دلسوزانه بین شریک‌های رابطه مفهوم‌سازی کردند که شامل دسترسی و پاسخگویی عاطفی، پاسخگویی مراقبتی و تعامل با شریک زندگی می‌شود.

طبق نظریه دلبستگی<sup>۷</sup> (بالبی<sup>۸</sup>، ۱۹۸۲) انسان‌ها با توانایی ایجاد رفتارهای مراقبتی متولد می‌شوند. همچنین، با توجه به این نظریه، به نظر می‌رسد رفتارهای مراقبتی زوجین یکی از مکانیسم‌های مؤثر در ارتباط بین آن‌ها باشد که به نظر می‌رسد در مطالعات قبلی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. رفتارهای مراقبتی، افراد را درباره نیاز دیگران به آنان آگاه می‌سازد و آنان را برای فراهم کردن حمایت، آسایش و یاری برای کسانی که به آن‌ها وابسته هستند یا به آن‌ها نیاز دارند، دارای انگیزه می‌کند (جورج و سولومون، ۲۰۰۸). رفتارهای مراقبتی دارای دو کارکرد عمده هستند: ۱. برآورده کردن نیاز شریک زندگی به امنیت، از طریق پاسخ دادن به نشانه‌های آشفتگی و تهدید و ۲. حمایت از استقلال و آزادی فرد، در زمان‌های غیر از آشفتگی. توانایی فرد برای پاسخ دادن به این نیازها، نقش مهمی را در کیفیت ارتباط و دلبستگی‌ای که بین فرد مراقبت‌کننده و شریک او ایجاد می‌شود، ایفا می‌کند (کولینز و فورد<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). از نظر کانس و شاور (۱۹۹۴)، مراقبت‌گری دارای چهار بعد است: الف) حساسیت: توانایی توجه و درک دقیق نشانه‌های پریشانی و نیاز در شریک، ب) مجاورت: گرایش فرد به ارائه دسترسی و نزدیکی جسمانی و هیجانی، به عنوان ابزاری برای تسکین شریکی پریشان، ج) کنترل: گرایش فرد برای بر عهده گرفتن بیش از حد مشکل شریک، به گونه‌ای که فرصت‌های شریک را برای یافتن راه‌حل‌های خودش به حداقل می‌رساند؛ اما در مقابل همکاری: حمایت از تلاش‌های شریک برای حل مشکلات خویش، د) وسواس: گرایش فرد برای بیش از حد درگیر شدن ناخوانده در زندگی و مشکلات شریک، با حداقل توجه به نیاز واقعی او. بنابراین، نوع رفتارهای مراقبتی در زوجین می‌تواند ارتباطات عاشقانه آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. به عنوان مثال کولینز و فیینی<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۰) در پژوهش خود نشان دادند زمانی که یکی از زوجین درباره نگرانی‌های شخصی خود صحبت می‌کند و دیگری رفتار حمایتی حمایت‌گر نشان می‌دهد، احساس بهزیستی هیجانی و خلق مثبت در فرد دریافت‌کننده مراقبت بلافاصله افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، ازدواج زمانی با موفقیت همراه است که احساس دوستی عمیق و مراقبت نسبت به یکدیگر در زوجین شکل گیرد (ون‌دن‌برگ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۰).

خانواده‌ها، به عنوان سیستم‌هایی پویا شناخته می‌شوند که شامل مجموعه‌ای از روابط بین‌فردی مشترک چندگانه هستند (امری<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۴). در شبکه خانواده، بین پاسخگویی مراقبتی و تجلی این پاسخگویی در رابطه با رفتارهای فرزندپروری که به آن «سبک‌های فرزندپروری»<sup>۱۳</sup> گفته می‌شود، ارتباطی ناشناخته وجود دارد. این ارتباط از اهمیت خاصی برخوردار است، چراکه ممکن است بر مکانیسمی تأثیر بگذارد که از آن طریق فرایندهای دلبستگی در یک رابطه (به عنوان مثال رابطه والد-کودک) بر فرایندهای دلبستگی در دیگر روابط تأثیر بگذارد (به عنوان مثال رابطه عاشقانه؛ هوارد<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۰؛ رولز، سیمپسون و فریدمن<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۶؛ سیلوک، زایاس و هازان<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۰).

ارتباط والدین با فرزندان را می‌توان در قالب نظریه‌های مربوط به فرزندپروری و شیوه‌های آن تبیین کرد (بشارت<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۳۹۴). عبارت سبک‌های فرزندپروری، به رفتارهای مشخص و معینی از والدین اشاره می‌کند که به صورت منفرد و در رابطه با یکدیگر بر پیامدهای تحولی و رشدی کودک تأثیر می‌گذارند و دربرگیرنده میزان پاسخگو بودن و مطالبه‌گر بودن والدین است (بورکه<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۶). ادراک فرزندان از سبک‌های فرزندپروری والدین، یعنی ادراک از باورها، ارزش‌ها و فعالیت‌های والدین، منجر به ادراکاتی از جمله طرد، گرمی، صمیمیت عاطفی و فزون‌حمایت‌گری می‌شود (ذهبیون و حسینی<sup>۱۹</sup>، ۱۳۹۶). بامریند<sup>۲۰</sup> (۱۹۹۱) حداقل سه سبک برای سبک‌های تربیتی و فرزندپروری والدین شناسایی کرد که شامل «مستبدانه»<sup>۲۱</sup>، «مقتدرانه منطقی»<sup>۲۲</sup> و «سهل‌گیرانه»<sup>۲۳</sup> است. والدین گرم و مقتدر منطقی به طور معمول از فرزندان‌شان انتظار رفتارهای پخته را دارند و قوانین رفتاری روشنی برای آن‌ها وضع می‌کنند، کودکان‌شان را تشویق می‌کنند تا مستقل باشند و نظام باز و انعطاف‌پذیری برای روابط تعاملی با فرزندان‌شان دارند. والدین مستبد و طردکننده، معمولاً ارزش زیادی برای حفظ اقتدار خود قائل‌اند و هر گونه تلاشی از جانب فرزندان برای به چالش کشیدن این اقتدار را سرکوب می‌کنند. کودکان مجاز نیستند با والدین بحث نموده یا اینکه سر خود تصمیم بگیرند. از سوی دیگر، والدین آسان‌گیر و فزون‌حمایت‌گر به فرزندان‌شان اجازه می‌دهند رفتارهای خود را تنظیم کنند و برای خودشان تصمیم بگیرند، اما به ندرت قوانینی روشن برای نظارت بر رفتارهای فرزندان‌شان وضع می‌کنند (بامریند، ۱۹۹۱).

ارتباط والد-کودک و سبک‌های فرزندپروری والدین از متغیرهایی است که زوج‌ها از گذشته خود به رابطه زناشویی می‌آورند و می‌تواند بر رضایت زناشویی آن‌ها تأثیرگذار باشد. به طوری که شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که روابط افراد با والدین در دوران کودکی، عملکرد خانوادگی والدین و شیوه‌های فرزندپروری آن‌ها، کمیت و کیفیت ارتباطات صمیمانه فرزندان در بزرگسالی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (دارلینگ<sup>۲۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ شولمن<sup>۲۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ جانسون<sup>۲۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ شارف و مایسیلیس<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۸؛ اوربیک<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ سیفج<sup>۲۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌ها (سیفج و همکاران، ۲۰۱۰؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۴؛ ایناو<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۴؛ حاتمی، فتحی و اسماعیلی<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۴) حاکی از آن است که شیوه فرزندپروری گرم و مقتدرانه والدین با رضایت زناشویی فرزندان آن‌ها رابطه مثبت معنادار، و شیوه فرزندپروری مستبدانه و طرد والدین با رضایت زناشویی فرزندان آن‌ها رابطه منفی معنادار دارد.

از سوی دیگر، خانواده و سبک‌های فرزندپروری والدین به عنوان یک منبع مهم و اساسی برای عزت نفس فرزندان در نظر گرفته می‌شوند؛ در واقع خانواده مکانی است که نخستین احساس ارزش نسبت به خود از

طریق تعامل گسترده، نزدیک و صمیمی با والدین و دیگر اعضای خانواده شکل می‌گیرد. نتایج پژوهش‌ها (حاتمی، ۱۳۹۲؛ مهدوی‌نسیبانی<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۱۳۹۵؛ میلووسکی<sup>۳۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ کورمان<sup>۳۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ رابوتگ و ساکیک<sup>۳۵</sup>، ۲۰۱۴) حاکی از آن است که سبک فرزندپروری مقتدرانه، گرم و صمیمی والدین بر عزت نفس فرزندان تأثیر مثبت و سبک‌های فرزندپروری مستبدانه، طرد والدینی، سهل‌گیری و حمایت افراطی والدین و نبود قوانین رفتاری روشن در خانواده، تأثیر منفی بر عزت نفس فرزندان دارد. عزت نفس، به مجموعه بازخوردها و عقایدی گفته می‌شود که افراد در ارتباطات خویشتن با دنیای بیرون ابراز می‌کنند. به بیان ساده‌تر، عزت نفس عبارت از میزان ارزش و احترامی است که فرد برای خود قائل است (سرویاستاوا و جوشی<sup>۳۶</sup>، ۲۰۱۴). عزت نفس، از جمله عوامل مهم و تأثیرگذار بر کیفیت زندگی زناشویی و رضایت از رابطه در افراد متأهل است و از عوامل اصلی تعیین‌کننده شکل‌دهی الگوهای رفتاری، عاطفی و مراقبتی بین زوجین به شمار می‌رود (زربخش، دینانی و رحمانی<sup>۳۷</sup>، ۲۰۱۳؛ ارول و اورث<sup>۳۸</sup>، ۲۰۱۴؛ کناپ<sup>۳۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ امانی<sup>۴۰</sup>، ۱۳۹۴)، به گونه‌ای که عزت نفس زنان به طور معناداری با پاسخگویی مراقبتی آنان در رابطه، ارتباط دارد (کناپ و همکاران، ۲۰۱۶) و عزت نفس بالا رفتارهای مراقبتی زوجین را بهبود می‌بخشد. نتایج پژوهش ارول و اورث (۲۰۱۳) نشان داد که عزت نفس، رضایت فرد از رابطه را پیش‌بینی می‌کند و رضایت از رابطه با شریک زندگی، عزت نفس طرف مقابل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. عزت نفس یک عامل کمک‌کننده و کارآمد در شکل‌گیری و حفظ یک رابطه عاشقانه رضایت‌بخش در ازدواج است (ارول و اورث، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که عزت نفس، هم با کیفیت و رضایت از رابطه در افراد متأهل رابطه دارد (سکاپنگولا و موری<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۹؛ شاکلفورد<sup>۴۲</sup>، ۲۰۰۱؛ کرامر<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۳) و هم افزایش رضایت در رابطه را در طول زمان پیش‌بینی می‌کند (اورس، رابینز و ویدامان<sup>۴۴</sup>، ۲۰۱۲). عزت نفس، عاملی است که با حمایت عاطفی در رابطه عاشقانه (شاکلفورد، ۲۰۰۱) و ثبات و پایداری رابطه (ستینسون<sup>۴۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) که هر دوی آن‌ها از مؤلفه‌های حیاتی و ضروری الگوهای مراقبت عاطفی در بین زوجها هستند، در ارتباط است (میکولینسر و شاور<sup>۴۶</sup>، ۲۰۰۷).

در روابط عاشقانه‌ای که در آن هر دو شریک، عزت نفس بالایی دارند، هر دو رابطه مطلوبی با هم دارند و از لحاظ هیجانی و عاطفی این ارتباط برای آن‌ها رضایت‌بخش است (شاکلفورد، ۲۰۰۱). این مؤلفه‌ها، اجزایی جدایی‌ناپذیر از یک پیوند دلبستگی سالم بوده (میکولینسر و شاور، ۲۰۰۳) و با حمایت عاطفی و پاسخگویی مراقبتی در ارتباطاند (کانس و شاور ۱۹۹۴). با این حال، از نظر کولینز و فینی<sup>۴۷</sup> (۲۰۰۰) شیوه‌ای که در آن شریک‌های رابطه، حمایت را در یکدیگر جست‌وجو می‌کنند، ممکن است به برداشت‌های فردی متفاوتی از حمایت و پاسخگویی مراقبتی در طرفین رابطه منجر شود که این امر می‌تواند عزت نفس را تحت تأثیر قرار دهد (اوسترویگل<sup>۴۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). افراد دارای عزت نفس پایین ممکن است پاسخ‌های مثبت شریک رابطه را نسبت به خود دست‌کم و ناچیز بگیرند (موری، هولمز و گریفین<sup>۴۹</sup>، ۲۰۰۰) که ممکن است به رفتارهای حمایتی نامؤثر منجر شود (کولینز و فینی، ۲۰۰۰).

با وجود اهمیت بسزای رفتارهای مراقبتی در پیش‌بینی رضایت و خشنودی از رابطه زناشویی و پایداری این روابط، تمرکز پژوهش‌ها بیشتر بر سبک دلبستگی افراد بوده و از آنجا که چگونگی رفتارهای مراقبتی به سلامت رابطه بین افراد متأهل کمک می‌کنند، نیاز به درک عواملی که بر این روابط تأثیر می‌گذارند، وجود دارد. در پژوهش‌های پیشین مشخص نیست که ادراک فرزندان از سبک‌های فرزندپروری والدین چه رابطه‌ای

با سبک مراقبت‌گری آن‌ها در زندگی زوجی خود دارد. هم‌چنین لازم است مشخص شود که عزت نفس چگونه رفتارهای مراقبتی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد تاکنون روابط بین این متغیرها در جامعه ایرانی مورد بررسی قرار نگرفته باشد. از آنجا که فرهنگ یکی از عوامل اثرگذار مهم بر چگونگی روابط بین افراد، به ویژه روابط زوجی است، ضروری است که این امر در بستر فرهنگی هر جامعه‌ای بررسی شده و با پژوهش‌های دیگر مورد مقایسه قرار گیرد. در پژوهش‌های پیشین، بیشتر جامعه زنان مورد بررسی قرار گرفته‌اند و تمرکز کمتری بر مردان متأهل شده است، لذا در پژوهش حاضر سعی شده است به این خلأ پرداخته شود. بنابراین این سؤال مطرح می‌شود که «آیا سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده و عزت نفس توان پیش‌بینی کیفیت مراقبت‌گری در روابط زناشویی مردان متأهل را دارند؟»

## روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانشجویان مرد متأهل دانشگاه شهید بهشتی تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۵ تشکیل می‌دهد که از میان آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۴۵ نفر دانشجوی مرد متأهل انتخاب شده و ابزارهای موردنظر را تکمیل نمودند. شرایط ورود به پژوهش شامل متأهل بودن، تمایل افراد برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل سه ماه از زندگی زناشویی و سکونت در شهر تهران بود. شرایط خروج از پژوهش نیز شامل ناقص انجام دادن پرسشنامه‌ها، عدم تمایل به همکاری و بر اساس اظهارات خود آزمودنی‌ها وجود اختلال حاد روان‌شناختی بود (بدین صورت که قبل از شروع سؤالات در قسمت اطلاعات جمعیت‌شناختی یک سؤال کلی مبنی بر اینکه آیا در حال حاضر تحت مداوای درمان روان‌پزشکی قرار دارید یا خیر؟ و از این لحاظ تشخیص خاصی مثل اختلالات شخصیتی و روانی برای شما داده شده یا نه؟ که در صورت جواب صحیح نتایج پرسشنامه از روند مطالعه خارج می‌شد) که افرادی که دارای این شرایط بودند از مطالعه خارج شدند. پس از تعیین حجم نمونه مورد نظر، پرسشنامه‌های مورد نیاز تهیه، سپس از طریق هماهنگی با دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید بهشتی برای کسب مجوز جهت اجرای پرسشنامه‌های مورد نظر در خوابگاه متأهلین و دانشکده‌ها به صورت حضوری و پس از جلب مشارکت و همکاری شرکت‌کنندگان و بیان هدف پژوهش، به تعداد لازم در میان دانشجویان واجد ملاک‌های ورود این مطالعه پرسشنامه‌های مورد نظر توزیع گردید و از آن‌ها خواسته شد تمام ماده‌های آزمون‌ها را با دقت بخوانند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. برای از بین بردن ملاحظات اداری، رعایت حریم خصوصی و اطمینان افراد از عدم افشای اطلاعات، پرسشنامه‌ها بدون ذکر نام و نام خانوادگی طراحی شد. هر بسته پرسشنامه حاوی سه مقیاس (سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده، سبک‌های مراقبت‌گری و عزت نفس) بود. در این بررسی از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندمتغیری) جهت تحلیل داده‌ها استفاده شده است. (لازم به ذکر است که دلیل انتخاب تحلیل رگرسیون چندمتغیری به این خاطر است که در این پژوهش سبک‌های مراقبت‌گری به عنوان متغیر ملاک و سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده و عزت نفس به عنوان متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در نظر گرفته شده‌اند، بنابراین روش مناسب جهت تحلیل داده‌ها تحلیل رگرسیون چندمتغیری تشخیص داده شد). در بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه، از لحاظ جنسیت، شامل ۲۴۵ دانشجوی مرد متأهل

دانشگاه شهید بهشتی تهران بودند؛ از لحاظ مدت‌زمان تأهل، ۸۶ نفر کمتر از دو سال، ۳۶ نفر دو تا چهار سال، ۷۴ نفر چهار تا شش سال و ۵۸ نفر بیشتر از شش سال ازدواج کرده بودند. از لحاظ سن ۵۱ نفر در دامنه سنی کمتر از ۲۵ سال، ۹۸ نفر ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵۳ نفر ۳۱ تا ۳۵ سال و ۴۳ نفر بیشتر از ۳۵ سال داشتند. از لحاظ دانش‌آموختگی، ۵۲ نفر دانشجوی لیسانس، ۹۶ نفر دانشجوی فوق لیسانس، و ۹۷ نفر دانشجوی دکترا بودند. از لحاظ رشته تحصیلی ۶۲ نفر در رشته‌های علوم پایه، ۹۸ نفر علوم انسانی، ۱۴ نفر هنر و ۷۱ نفر در رشته‌های فنی در حال تحصیل بودند. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ انجام گرفت.

### ابزار جمع‌آوری اطلاعات

**پرسشنامه شیوه‌های فرزندپروری والدینی ادراک‌شده<sup>۵۰</sup> (PPPSQ):** این پرسشنامه که برای ارزیابی سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده توسط دیریک، یورولماز و کارنسی<sup>۵۱</sup> (۲۰۱۵) ساخته شده است، دارای ۲۳ آیتم است و روی طیف لیکرت (۱= نه هرگز تا ۴= بله اغلب اوقات) قرار گرفته است و سه بعد طرد<sup>۵۲</sup>، صمیمیت عاطفی<sup>۵۳</sup> و فزون‌حمایت‌گری<sup>۵۴</sup> را می‌سنجد. آیتم ۱۷ تنها آیتمی است که به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود. در تحقیقی اعتبار و روایی این پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت، آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس صمیمیت عاطفی، فزون‌حمایت‌گری و طرد به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۱ و ۰/۶۸ گزارش شد. هم‌چنین ضریب اعتبار برای سه خرده‌مقیاس صمیمیت عاطفی، طرد و فزون‌حمایت‌گری به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۳ و ۰/۵۰ به دست آمد (دیریک، یورولماز و کارنسی، ۲۰۱۵). در پژوهش ذهبیون و حسینی (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس صمیمیت عاطفی، فزون‌حمایت‌گری و طرد به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۳ و ۰/۶۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سه خرده‌مقیاس صمیمیت عاطفی، فزون‌حمایت‌گری و طرد به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۶۵ و ۰/۹۴ به دست آمد.

**مقیاس عزت نفس روزنبرگ<sup>۵۵</sup>:** مقیاس عزت نفس روزنبرگ<sup>۵۶</sup> (۱۹۶۵)، عزت نفس کلی و ارزش شخصی را اندازه می‌گیرد. این مقیاس شامل ۱۰ عبارت کلی است که میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد (صلصالی و سیلورستون<sup>۵۷</sup>، ۲۰۰۳). به نظر ژنگ<sup>۵۸</sup> (۲۰۰۷) مقیاس عزت نفس روزنبرگ یکی از رایج‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری عزت نفس بوده و مقیاس معتبری در نظر گرفته می‌شود؛ زیرا برای عزت نفس از مفهومی مشابه با مفهوم ارائه‌شده در نظریه‌های روان‌شناختی درباره «خود» استفاده می‌کند. این مقیاس به منظور ارائه یک تصویر کلی از نگرش‌های مثبت و منفی درباره خود به وجود آمده است (روزنبرگ، ۱۹۷۹؛ به نقل از بورنت و رایت، ۲۰۰۲). برای اجرای این آزمون، مقیاس به آزمودنی داده شده و از وی خواسته می‌شود پس از خواندن جملات، موافقت یا مخالفت خود را با آن جملات از طریق انتخاب گزینه «موافقم» یا «مخالقم» ابراز کند. روزنبرگ بازآزمایی مقیاس را ۰/۹ و مقیاس‌پذیری آن را ۰/۷ گزارش کرده است (صلصالی و سیلورستون، ۲۰۰۳). ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم، ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه شده است (ماکیکانگاس<sup>۵۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). همبستگی آزمون مجدد در دامنه ۰/۸۸-۰/۸۲ و ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸-۰/۷۷ قرار دارد (علیزاده<sup>۶۰</sup> و همکاران، ۱۳۸۴). این مقیاس

از روایی داخلی رضایت‌بخشی (۰/۷۷) برخوردار است. هم‌چنین همبستگی بالایی با پرسشنامه ملی نیویورک و گاتمن در سنجش عزت نفس دارد، لذا روایی محتوایی آن نیز مورد تأیید است (روزنبرگ، ۱۹۸۹ به نقل از علیزاده و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس عزت نفس روزنبرگ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۹ به دست آمد.

**پرسشنامه مراقبت‌گری<sup>۶۱</sup>:** این پرسشنامه توسط کانس و شاور (۱۹۹۴) به منظور سنجش سیستم مراقبت‌گری ابرازشده در زمینه روابط عاشقانه ساخته شده است و چهار بعد مراقبت‌گری را می‌سنجد. این ابزار دارای ۳۲ سؤال است و از چهار خرده‌مقیاس نزدیکی<sup>۶۲</sup> در مقابل فاصله، حساسیت<sup>۶۳</sup> در مقابل عدم حساسیت، همکاری در مقابل کنترل<sup>۶۴</sup> و مراقبت‌گری و سواسی<sup>۶۵</sup> در مقابل غیرسواسی تشکیل شده است. برای سنجش هر کدام از این خرده‌مقیاس‌ها هشت سؤال اختصاص یافته است که توسط پاسخ‌دهنده روی طیف لیکرتی شش درجه‌ای (از یک اصلاً شبیه من نیست تا شش کاملاً شبیه من است) پاسخ داده می‌شوند. گویه‌ها در هر خرده‌مقیاس برای به دست آوردن نمره خرده‌مقیاس میانگین قرار گرفته‌اند؛ نمرات بالا نزدیکی، حساسیت، کنترل و سواس مراقبت‌گری بیشتری را نشان می‌دهند. کانس و شاور (۱۹۹۴) پایایی چهار خرده‌مقیاس این پرسشنامه شامل ابعاد نزدیکی، حساسیت، کنترل و سواس را به روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۳، ۰/۸۷ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین ضرایب پایایی به روش بازآزمایی برای این چهار خرده‌مقیاس بعد از یک ماه به ترتیب برابر بودند با: ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۸۸ و ۰/۸۱ که باز هم نشان‌دهنده پایایی مناسب این پرسشنامه است. در پژوهش پلوکوئین<sup>۶۶</sup> و همکاران (۲۰۱۴) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد نزدیکی، حساسیت، کنترل و سواس مراقبت‌گری به ترتیب ۰/۶۶، ۰/۸۸، ۰/۸۷ و ۰/۷۲ به دست آمد. در ایران ملک‌آسا (۱۳۹۴) این پرسشنامه را در پژوهشی با عنوان نقش الگوهای تعاملی و رفتارهای مراقبتی در پیش‌بینی تعهد زناشویی، روی ۲۱۷ نفر از زنان و مردان متأهل (۱۲۵ زن و ۹۲ مرد) در رده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال هنجاریابی کرده است. وی همسانی درونی ابزار را از طریق ضریب آلفای کرونباخ بررسی کرد و به منظور بررسی ثبات نمرات در طول زمان از روش آزمون - بازآزمون با فاصله دو ماه استفاده نمود. آلفای کرونباخ برای نمره کل رفتار مراقبت‌گری برای مردان و زنان و کل افراد شرکت‌کننده به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۲ و ۰/۸۶، برای زیرمقیاس‌های مراقبت‌گری نزدیک ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۷، مراقبت‌گری حساس ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۲، مراقبت‌گری کنترل‌کننده ۰/۷۷، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ و مراقبت‌گری و سواسی ۰/۸۲، ۰/۷۰ و ۰/۸۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای چهار خرده‌مقیاس مجاورت در مقابل فاصله ۰/۹۲، حساسیت در مقابل عدم حساسیت ۰/۹۳، کنترل در مقابل همکاری ۰/۹۱ و مراقبت‌گری و سواسی در مقابل غیرسواسی ۰/۷۰ به دست آمد.

## یافته‌ها

این پژوهش دارای ۲۴۵ شرکت‌کننده دانشجوی مرد متأهل دانشگاه شهید بهشتی تهران بود. همه شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات کارشناسی به بالا (۵۲ دانشجوی لیسانس، ۹۶ دانشجوی ارشد، ۹۷ دانشجوی دکتری) و متأهل بودند. از لحاظ مدت‌زمان تأهل، ۸۶ نفر کمتر از دو سال، ۳۶ نفر دو تا چهار سال، ۷۴ نفر چهار تا شش سال و ۵۸ نفر بیشتر از شش سال ازدواج کرده بودند. از لحاظ سن ۵۱ نفر در دامنه



سنی کمتر از ۲۵ سال، ۹۸ نفر ۲۵ تا ۳۰ سال، ۵۳ نفر ۳۱ تا ۳۵ سال و ۴۳ نفر بیشتر از ۳۵ سال داشتند. پیش از انجام آزمون سؤال پژوهش، ابتدا طبیعی بودن توزیع داده‌ها به وسیله «مناسب بودن شاخص کجی» مورد بررسی قرار گرفت. کجی و کشیدگی شاخص‌هایی هستند که می‌توان نرمال بودن توزیع متغیرها را از طریق آن‌ها مورد ارزیابی قرار داد (جدول ۱). از آنجایی که مقادیر متغیرهای مورد بررسی در دامنه‌ای بین ۳- تا ۳+ قرار دارند، بنابراین توزیع نمره‌ها در این متغیرها نرمال است. همچنین در این پژوهش مفروضات تحلیل رگرسیون چندمتغیری مانند «فاصله‌ای بودن مقیاس متغیرها، خطی بودن روابط، نرمال بودن توزیع داده‌ها و نمرات خطا، یکسانی نقاط واریانس و استقلال متغیرهای پیش‌بین» مورد بررسی قرار گرفت که از نتایج مطلوبی برخوردار بودند. آزمون آماری مناسب برای این سؤال که «آیا سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده و عزت نفس در پیش‌بینی کیفیت مراقبت‌گری در روابط زناشویی نقش دارند؟» رگرسیون چندمتغیری است که در آن ابعاد مراقبت‌گری متغیر ملاک و سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده و عزت نفس متغیرهای پیش‌بینی‌کننده هستند. در این پژوهش به ازای هر یک از ابعاد مراقبت‌گری یک سؤال مطرح شده است و برای آزمون آن‌ها همبستگی متغیرهای پیش‌بین با ملاک، نتایج و ضرایب رگرسیون گزارش شده است. به عبارتی تحلیل چهار سؤال پژوهش در سه بخش گزارش شده است: ۱. همبستگی متغیرهای پیش‌بین با ملاک، ۲. خلاصه نتایج رگرسیون در پیش‌بینی ابعاد مراقبت‌گری و ۳. مقادیر ضرایب بتا برای متغیرهای پیش‌بین. جدول ۱ شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، کجی و ضریب همبستگی پیرسون را بر حسب متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه و همبستگی متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک در کل نمونه

نقش در پژوهش	متغیرهای مورد پژوهش	مولفه‌ها	سبک‌های فرزندپروری			مراقبت‌گری		
			فزون‌حمایتگری	صمیمت عاطفی	طرد	مراقبت‌گری	مراقبت‌گری	مراقبت‌گری
پیش‌بین	سبک‌های فرزندپروری	فزون‌حمایتگری	۱					
		صمیمت عاطفی	-.۴۲۲**	۱				
		طرد	.۵۰۷**	-.۸۹۳**	۱			
عزت نفس	عزت نفس	-	-.۴۷۵**	.۷۸۸**	-.۸۳۱**	۱		
		مجاورت	-.۴۲۳**	.۸۰۹**	-.۸۲۷**	.۸۳۳**	۱	
		حساسیت	-.۴۵۷**	.۸۲۰**	-.۸۴۹**	.۸۳۶**	.۹۰۰**	۱
ملاک	مراقبت‌گری	کنترل	.۳۷۱**	-.۸۵۲**	-.۸۴۲**	-.۸۳۱**	-.۸۸۰**	-.۸۷۳**
		وسواس	.۳۶۵**	-.۷۹۷**	.۷۵۳**	-.۷۲۳**	-.۷۲۷**	-.۷۵۲**
		میانگین	۲۰/۴۰	۲۰/۴۰	۲۲/۵۹	۱۱/۵۳	۶/۴۴	۳۷/۴۱
آمار توصیفی	انحراف استاندارد	میانگین	۳/۵۵	۳/۵۵	۵/۹۱	۵/۵۷	۵/۰۵	۸/۰۸
		انحراف استاندارد	۳/۵۵	۳/۵۵	۵/۹۱	۵/۵۷	۵/۰۵	۸/۰۸
		کجی	۰/۵۴	۰/۵۴	-۱/۲۲	۱/۵۰	-۱/۵۴	-۱/۳۴

همبستگی متغیرهایی که با علامت (\*\*\*) (\*) نشان داده شده است به ترتیب در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ معنی‌دار هستند. نتایج حاصل از ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، همبستگی بین سبک‌های فرزندپروری و عزت نفس با کلیه ابعاد مراقبت‌گری معنی‌دار است.

جدول ۲ تحلیل رگرسیون چندمتغیری برای مشخص کردن اینکه متغیرهای سبک‌های فرزندپروری و عزت نفس در تبیین سبک‌های مراقبت‌گری نقش دارند را نشان می‌دهد.

جدول ۲: خلاصه نتایج رگرسیون در پیش‌بینی ابعاد مراقبت‌گری از طریق

سبک‌های فرزندپروری و عزت نفس

ابعاد مراقبت‌گری (متغیرهای ملاک)	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین
مجاورت	رگرسیون	۱۲۱۹۱/۷	۴	۳۰۴۷/۹	۱۹۵/۲	۰/۰۱	۰/۷۵۶
	باقیمانده	۳۷۴۷/۵	۲۴۰	۱۵/۶			
	کل	۱۵۹۳۹/۲	۲۴۴				
حساسیت	رگرسیون	۱۳۸۹۶/۷	۴	۳۴۷۴/۲	۲۱۹/۵	۰/۰۱	۰/۷۸۵
	باقیمانده	۳۷۹۹/۰	۲۴۰	۱۵/۸			
	کل	۱۷۶۹۵/۷	۲۴۴				
کنترل	رگرسیون	۱۲۳۹۱/۲	۴	۳۰۹۷/۸	۲۴۵/۰	۰/۰۱	۰/۸۰۳
	باقیمانده	۳۰۳۵/۱	۲۴۰	۱۲/۶			
	کل	۱۵۴۲۶/۳	۲۴۴				
وسواس	رگرسیون	۴۸۲۱/۱	۴	۱۲۰۵/۳	۱۱۶/۳	۰/۰۱	۰/۶۶
	باقیمانده	۲۴۸۶/۳	۲۴۰	۱۰/۴			
	کل	۷۳۰۷/۴	۲۴۴				

با توجه به نتایج جدول ۲ چون F محاسبه شده برای کلیه ابعاد مراقبت‌گری از ارزش بحرانی آن (با درجه آزادی ۴ و ۲۴۰ و سطح معنی‌داری ۰/۰۱) بزرگ‌تر است؛ بنابراین فرض صفر رد می‌شود. با توجه به رد فرض صفر، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که سبک‌های فرزندپروری و عزت نفس پیش‌بینی‌کننده کلیه ابعاد مراقبت‌گری هستند. در جدول ۲ ضریب تعیین گزارش شده است. به طور مثال کمترین ضریب تعیین متعلق به بعد وسواس است، یعنی سبک‌های فرزندپروری و عزت نفس ۶۶ درصد از تغییرات بعد وسواس را تبیین و پیش‌بینی می‌کنند. در جدول ۳ معناداری مقادیر ضرایب بتا برای متغیرهای پیش‌بین در هر سؤال آمده است.

سومین ستون جدول ۳ ضرایب رگرسیون استاندارد شده متغیرهای پیش‌بین را در مدل پیش‌بینی نشان می‌دهد. تبیین این ضرایب به این معنی است که با تغییر یک نمره استاندارد در متغیر پیش‌بین، بتا مقدار در نمره استاندارد متغیر ملاک، تغییر رخ خواهد داد. به طور مثال، با افزایش یک نمره استاندارد در متغیر پیش‌بین عزت نفس بتا مقدار (۰/۲۳-) در نمره استاندارد متغیر وسواس کاهش رخ خواهد داد.

جدول ۳: معنی‌داری مقادیر ضرایب بتا برای متغیرهای پیش‌بین در هر سؤال

متغیر ملاک	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد (Z)	t	سطح معنی‌داری
		B	خطای استاندارد			
مجاورت	مقدار ثابت	۲۸/۸۲	۳/۵۶		۸/۱۰	۰/۰۱
	فزون‌حمایتگری	۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۰۲	۰/۴۷	۰/۶۴
	صمیمیت عاطفی	۰/۳۳	۰/۱۰	۰/۲۴	۳/۴۴	۰/۰۱
	طرد	-۰/۳۷	۰/۱۲	-۰/۲۵	-۳/۱۶	۰/۰۱
	عزت نفس	۰/۷۰	۰/۰۹	۰/۴۴	۷/۵۸	۰/۰۱
حساسیت	مقدار ثابت	۳۱/۳۸	۳/۵۸		۸/۷۶	۰/۰۱
	فزون‌حمایتگری	-۰/۰۴	۰/۰۸	-۰/۰۲	-۰/۴۷	۰/۶۴
	صمیمیت عاطفی	۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۲۲	۳/۲۶	۰/۰۱
	طرد	-۰/۵۰	۰/۱۲	-۰/۳۲	-۴/۲۲	۰/۰۱
	عزت نفس	۰/۶۵	۰/۰۹	۰/۳۸	۶/۹۶	۰/۰۱
کنترل	مقدار ثابت	۳۴/۵۷	۳/۲۰		۱۰/۸۰	۰/۰۱
	فزون‌حمایتگری	-۰/۱۹	۰/۰۸	-۰/۰۹	-۲/۵۸	۰/۰۱
	صمیمیت عاطفی	-۰/۵۳	۰/۰۹	-۰/۳۹	-۶/۰۸	۰/۰۱
	طرد	۰/۳۱	۰/۱۱	۰/۲۱	۲/۹۱	۰/۰۱
	عزت نفس	-۰/۶۰	۰/۰۸	-۰/۳۸	-۷/۲۶	۰/۰۱
وسواس	مقدار ثابت	۳۴/۳۱	۲/۹۰		۱۱/۸۴	۰/۰۱
	فزون‌حمایتگری	-۰/۰۲	۰/۰۷	-۰/۰۲	-۰/۳۶	۰/۷۲
	صمیمیت عاطفی	-۰/۵۲	۰/۰۸	-۰/۵۶	-۶/۵۷	۰/۰۱
	طرد	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۰۶	۰/۶۶	۰/۵۲
	عزت نفس	-۰/۲۵	۰/۰۸	-۰/۲۳	-۳/۳۸	۰/۰۱

همان‌طور که ملاحظه می‌شود هیچ یک از ضرایب فزون‌حمایتگری در پیش‌بینی متغیرهای ملاک (ابعاد مراقبت‌گری) به استثنای بعد کنترل معنی‌دار نیست. برای بعد وسواس، ضریب طرد هم معنی‌دار نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی کیفیت مراقبت‌گری در روابط زناشویی بر اساس سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده و عزت نفس بود. نتایج نشان داد که سبک‌های فرزندپروری و عزت نفس به صورت معناداری می‌توانند ابعاد مراقبت‌گری را پیش‌بینی کنند. در ارتباط با قسمت اول یافته‌ها؛ نتایج تحلیل نشان داد که عزت نفس و مؤلفه گرمی و صمیمیت عاطفی والدین مقتدر - منطقی، ابعاد مجاورت و حساسیت (از ابعاد مثبت مراقبت‌گری) را به صورت مثبت و معنادار و مؤلفه طرد والدینی مستبد، این دو بعد را به صورت منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های زربخش و همکاران، ۲۰۱۳؛ ارول و

اروژ، ۲۰۱۴ / ۲۰۱۳؛ دارلینگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ جانسون و همکاران، ۲۰۱۵؛ و اینا، ۲۰۱۴ همسو است که نشان دادند عزت نفس، مراقبت والدینی و صمیمیت عاطفی والدین مقتدر - منطقی، متغیرهای قابل ملاحظه‌ای در پیش‌بینی مثبت سبک‌های مراقبتی نزدیک (مجاورت) و حساس هستند و عزت نفس پایین، مراقبت والدینی کم و طرد والدینی والدین مستبد، متغیرهای قابل توجهی در پیش‌بینی منفی سبک‌های مراقبتی نزدیک و حساس هستند. افرادی که محبت والدینی کمی را دریافت می‌کنند و عزت نفس پایینی دارند، بیشتر از سبک‌های مراقبتی کنترل و وسواس (از ابعاد منفی مراقبت‌گری) در روابط صمیمانه استفاده می‌کنند (کناپ و همکاران، ۲۰۱۶). در تبیین این یافته‌ها، می‌توان اظهار کرد فرزندان که والدینی گرم، صمیمی، مقتدر و با عزت نفس بالایی دارند در دوره کودکی به میزان کافی توجه و محبت کسب کرده و به نیازهای آن‌ها به صورت منطقی پاسخ داده شده است، به همین خاطر کودکانی که در چنین شرایطی رشد کرده‌اند به صورت طبیعی عزت نفس بالاتری دارند، تعارضات خود را با والدین مطرح می‌کنند و از آن‌ها راهنمایی و کمک می‌طلبند؛ برقراری رابطه با کیفیت و صمیمی با والدین منجر به ایجاد احساس تعلق و عزت نفس در فرزندان می‌شود و فرزندان از طریق همانندسازی با الگوهای مورد قبول خود، بسیاری از الگوهای روابط صمیمانه، هنجارهای اجتماعی، فرهنگی و شیوه‌های رفتاری سالم را درون‌سازی می‌کنند. والدین می‌توانند از طریق درک نیازهای فرزندان و پاسخگویی مناسب به آنان، به الگویی مورد قبول در همه زمینه‌ها به‌خصوص در زمینه روابط بین‌فردی و صمیمانه، برای آنان تبدیل شوند و از طریق درون‌سازی قواعد و الگوهای ارتباطی و خانوادگی سالم و کارآمد مانع از آمادگی آنان برای رفتارهای بیمارگونه از قبیل «کنترل و وسواس» (تمایل به کنترل بیمارگونه طرف مقابل یا تمایل به درگیری بیش از حد در مسائل طرف مقابل) در روابط نزدیک شده و از گرایش آن‌ها به انتخاب‌های رفتاری بیمارگونه مانند روابط ناسالم جلوگیری کنند. از طرف دیگر، وجود والدین مستبد و طردکننده و فقدان تعامل صمیمانه بین فرزندان و والدین، باعث از دست دادن تکیه‌گاه فرزند شده و همراه با عوامل دیگر، موجب یادگیری الگوهای ارتباطی ناکارآمد در فرزندان می‌شود. علاوه بر این، از آنجایی که والدین مستبد و طردکننده رابطه صمیمانه و محبت‌آمیزی با فرزندان خود ندارند، در نتیجه این کودکان از طریق همانندسازی با الگوهای ارتباطی ناخوشایند والدین، توانایی برقراری روابط صمیمانه، نزدیک، حساس و محبت‌آمیز را ندارند و این می‌تواند تبیین و دلیلی منطقی برای رابطه منفی و معنادار مؤلفه طرد والدینی با ابعاد مجاورت و حساسیت عاطفی در روابط صمیمانه باشد. هر چند، باید توجه کرد که این یافته‌ها در معرض تبیین‌های گوناگونی قرار دارند. از آنجایی که همه افراد نمونه پژوهش حاضر از اقشار تحصیل‌کرده جامعه بودند، بنابراین کسانی که سطح تحصیلات بالاتری دارند، ممکن است از جهات مهمی با کسانی که سطح تحصیلات پایین‌تری دارند، تفاوت داشته باشند. بدین صورت که انتظار می‌رود افراد با سطح تحصیلات بالا، به دلیل آگاهی و شناخت الگوهای سالم روابط مراقبتی در بزرگسالی بتوانند موارد منفی ناشی از تربیت غلط و روابط مخرب دوران کودکی را تعدیل کرده و بیشتر به صورت پخته، نزدیک و حساس به معنی راحت بودن با صمیمیت فیزیکی در طول ارائه حمایت و مراقبت و پاسخ‌دهی هماهنگ و حساس به علائم و نیازهای طرف مقابل، رفتار کنند.

هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که عزت نفس و مؤلفه‌های فزون‌حمایتگری و صمیمیت عاطفی، بعد کنترل را به صورت منفی و معنادار و مؤلفه طرد والدینی والدین مستبد، بعد کنترل را

به صورت مثبت و معناداری پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های شاکلفورد، ۲۰۰۱؛ ستینسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ شارف و مایسیلیس، ۲۰۰۸؛ حاتمی و همکاران، ۲۰۱۴؛ شولمن و همکاران، ۲۰۱۲ و بشارت و همکاران، ۱۳۹۴ همسو است که نشان دادند مراقبت والدینی، صمیمیت عاطفی، حمایت والدین و عزت نفس بالا، متغیرهای قابل ملاحظه‌ای در پیش‌بینی منفی سبک مراقبتی آمرانه و کنترل‌کننده هستند و عزت نفس پایین، مراقبت والدینی کم و طرد والدینی والدین مستبد، متغیرهای قابل توجهی در پیش‌بینی مثبت سبک مراقبتی آمرانه و کنترل‌کننده هستند. همان‌طور که تحلیل نتایج نشان می‌دهد عزت نفس، گرمی، صمیمیت عاطفی و حمایت والدینی، به صورت منفی بعد کنترل از ابعاد مراقبت‌گری را پیش‌بینی می‌کنند. یکی از مسیرهای تبیینی در مورد این یافته را شاید بتوان در شرایط و محیطی یافت که باعث رشد فردی با عزت نفس بالا شده است. با تحلیل محیط خانوادگی این افراد، می‌توان چنین استنباط کرد والدینی که مهربان بوده و کنترل معقول و حمایت عاطفی خوبی برای فرزندان‌شان در خانواده فراهم می‌آورند، فرزندان آن‌ها ارزشی احساس می‌کنند که خودپنداره آن‌ها را تغذیه می‌کند و عزت نفس آن‌ها را افزایش می‌دهد، در حالی که محیط خانوادگی مبتنی بر کنترل، فرزندان را در یک چارچوب انعطاف‌ناپذیر قرار می‌دهد و فرصت خودشناسی را از آن‌ها سلب می‌کند و منجر به کاهش عزت نفس فرزندان می‌شود. فرد با عزت نفس بالا، به صورت منطقی محیط مناسبی جهت ارزش‌دهی و حفظ فردیت خود داشته است. این افراد در خانواده‌ای با سبک فرزندپروری مقتدرانه و تعامل‌های سازنده و پخته بین والدین و فرزندان، بزرگ شده و معمولاً سبک دلبستگی آن‌ها نیز ایمن است. افرادی که تحت شرایط گرم و رابطه صمیمانه بین والدین و فرزندان، به میزان کافی در کودکی توجه کسب کرده و به نیازهای آن‌ها به صورت منطقی پاسخ داده شده است، به صورت طبیعی عزت نفس بالاتری دارند. از طرف دیگر، از میان سبک‌های مراقبت‌گری، سبک مراقبت آمرانه و کنترل‌کننده، یک سبک منفی به شمار می‌رود. بدون شک فردی که در یک محیط ایمن با سبک دلبستگی ایمن و همچنین تعامل صمیمانه میان والدین و فرزندان پرورش یافته است، به صورت طبیعی در زندگی زناشویی خود به میزان بیشتری نقش حمایت‌گری خود را ایفا کرده و صمیمیت بیشتری از خود بروز می‌دهد و به میزان کمتری از سبک‌های ناکارآمد مثل سبک کنترل‌گر و سلطه‌گر استفاده می‌کند. همان‌طور که گفته شد افرادی که از سبک مراقبتی کنترل‌کننده برخوردارند، به صورت آمرانه به همسر خود واکنش نشان داده و هنگامی که طرف مقابل نیاز به حمایت و تأمین عاطفی دارد به صورت فعال و حاضر در صحنه، پاسخ نمی‌دهند. این افراد به واسطه فقدان محیطی غنی جهت رشد در کودکی و به تبع آن فقدان شرایط مناسب جهت پرورش عزت نفس، به همان میزان نسبت به شریک خود بی‌توجه بوده و به نیازهای او در یک رابطه صمیمانه پاسخ نمی‌دهند. همچنین افرادی که به دلایل مختلف مانند ادراک سبک فرزندپروری طرد والدینی والدین مستبد، از میزان پایین عزت نفس پایین خود را نشان می‌دهند، سعی در کنترل دیگری خودپنداره ضعیف خود که همگی در قالب عزت نفس پایین خود را نشان می‌دهند، سعی در کنترل دیگری دارند. این افراد ممکن است جهت جبران کاستی‌های خود دست به تحقیر، کنترل، تمسخر کردن یا محدود کردن شریک خود بزنند و بدین واسطه هنگامی که همسر آن‌ها به حمایت فیزیکی و عاطفی نیازمند است به جای تأمین و حمایت از او و تلاش در رفع آن، در تشدید آن نیز قدم بردارند، چراکه یک فرد با عزت نفس

پایین وقتی یک نفر را گرفتار یک مشکل می‌بیند در این شرایط برای اثبات خود دست به تحقیر او زده و به صورت طبیعی دوست ندارد این پیشتازی که در نتیجه شرایط حاضر به دست آورده را از دست بدهد. هم‌چنین یافته‌ها حاکی از آن است که عزت نفس و مؤلفه صمیمیت عاطفی، بعد وسواس را به صورت منفی و معناداری پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های سیلوک و همکاران، ۲۰۱۰؛ ستینسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ اوربیک و همکاران، ۲۰۰۷؛ سیفج و همکاران، ۲۰۱۰ و رولز، سیمپسون و فریدمن، ۲۰۰۶ همسو است که نشان دادند عزت نفس، مراقبت والدینی، صمیمیت و گرمی عاطفی، در پیش‌بینی منفی سبک‌های مراقبتی ناکارآمد و وسواس‌گونه نقش دارند. آنچه از یافته بالا به دست آمده، این است که عزت نفس و سبک فرزندپروری گرم و صمیمانه والدین مقتدر - منطقی به صورت منفی سبک مراقبت‌گری وسواسی را پیش‌بینی می‌کنند. افرادی که دارای سبک مراقبت‌گری وسواسی هستند، به صورت وسواس‌گونه در تلاش‌اند که دیگران را تحت کنترل و مراقبت افراطی خود قرار دهند. این افراد در زندگی زناشویی خود به صورت افراطی سعی در مراقبت از شریک زندگی خود دارند. این برخورد افراط‌گرایانه در سلطه‌گری و کنترل شریک زندگی به مرور زمان موجب سردی رابطه و به نوعی آزار در زندگی زناشویی می‌شود. به نظر می‌رسد افرادی که دارای عزت نفس پایین هستند، به دلایل مختلفی از جمله فقدان یک محیط غنی و تعامل صمیمانه بین والدین و فرزندان در کودکی و مانند آن، سعی در اثبات خود به دیگران به صورت‌های مختلف دارند. این افراد به خود اعتماد نداشته و گاه از طریق مدیریت و مراقبت افراطی دیگران به نوعی می‌خواهند این پیغام را به دیگران برسانند که آدم‌های توانایی هستند، به گونه‌ای که می‌توانند زندگی طرف مقابل را مدیریت کنند. اما افرادی که دارای عزت نفس بالایی هستند، به واسطه اعتمادی که به خود دارند، سعی در اثبات خود در قالب مراقبت افراطی و وسواس‌گونه یا مدیریت کردن دیگران ندارند. این افراد به صورت منطقی با شریک زندگی خود ارتباط برقرار کرده و در مواقع نیاز به صورتی صمیمانه و حاضر در صحنه حمایت خود را نشان می‌دهند، این افراد در پی آن نیستند که با رفتار خود آزادی شریک خود را محدود کرده تا به نوعی، خود تکامل‌نیافته و ناپخته خویش را تقویت کنند. در میان سبک‌های فرزندپروری نیز دیده می‌شود افرادی که در یک خانواده صمیمی و مقتدر پرورش یافته‌اند، هم به میزان کافی حمایت و محبت دریافت کرده‌اند و هم در زمان لازم به توانایی‌های آن‌ها بها داده شده و از این طریق حس استقلال و فردیت آن‌ها نیز حفظ شده است. در واقع به صورت منطقی می‌توان گفت که یک خانواده گرم و صمیمی، یک فرد را با سبک مراقبت‌گری صمیمانه و حمایت‌گر پرورش می‌دهد. فردی که در چنین خانواده‌ای پرورش یافته است به واسطه ارزشی که برای نظر و شخصیت او قائل شده‌اند، دارای میزان بالایی از عزت نفس، تمایز‌یافتگی و نیز سبک دلبستگی ایمن است و طبیعتاً به واسطه این شاخص‌ها، وقتی وارد زندگی زناشویی می‌شود کمتر تمایل دارد به صورت وسواس‌گونه‌ای از شریک خود حمایت کند. این فرد به جهت نوع آموزشی که در دوران کودکی از سوی والدین دریافت کرده، یاد گرفته است که در عین ابراز صمیمیت و حمایت به افراد می‌توان برای نظر، فردیت و آزادی‌های آن‌ها و هم‌چنین خود ارزش قائل بود.

در نهایت این‌که، در نظر گرفتن متغیر رفتارهای مراقبت‌گری به عنوان یکی از متغیرهایی که در دل نظریه دلبستگی شکل می‌گیرد و در مطالعات قبلی خیلی کم مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است و بررسی رابطه آن با متغیرهای تأثیرگذار بر آن (مانند عزت نفس و ادراک از سبک فرزندپروری والدین)، یکی

از نقاط قوت پژوهش حاضر است. به صورتی که نتایج حاصله نشان‌دهنده این بود که عزت نفس و ادراک از سبک فرزندپروری والدین، می‌توانند رفتارهای مراقبت‌گرانه فرزندان را تحت تأثیر قرار دهند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی به شرح زیر بود؛ نخست اینکه نمونه پژوهش حاضر را دانشجویان مرد متأهل دانشگاهی تشکیل می‌داد و طبیعتاً نتایج پژوهش را نمی‌توان به نمونه‌های غیردانشگاهی تعمیم داد؛ لذا مهم است که مشابه همین پژوهش در نمونه‌ها و گروه‌های دیگر اجرا شود. هم‌چنین در بررسی عوامل مرتبط با رفتاری‌های مراقبت‌گری علاوه بر متغیرهایی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند (عزت نفس و سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده)، متغیرهای دیگری نیز ممکن است تأثیر داشته باشند که کنترل همه آن‌ها از سوی محقق میسر نبوده است؛ بنابراین تفسیر نتایج باید با در نظر گرفتن این مسأله صورت گیرد. با مورد توجه قرار دادن محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن اینکه در مطالعه حاضر آزمودنی‌ها به صورت زوجی انتخاب نشده‌اند، همین پژوهش روی نمونه‌های زوجی صورت گیرد و متغیرهای تأثیرگذار مانند مدت ازدواج و وجود یا عدم وجود فرزند در نظر گرفته و بررسی شود.

بدون شک آگاهی و شناخت افراد یاری‌رسان در حوزه زوج و خانواده‌درمانی در مورد سبک‌های مراقبت‌گری و متغیرهای تأثیرگذار بر آن هم‌چون عزت نفس و ادراک از سبک فرزندپروری والدین، می‌تواند به زوجین و خانواده‌ها در جهت رشد و عملکرد بهتر در زندگی کمک کند. هم‌چنین با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مشاوران خانواده و روان‌شناسان می‌توانند با تقویت عزت نفس، سبک‌های فرزندپروری مثبت و تغییر دادن سبک‌های ناکارآمد مراقبت‌گری از جمله وسواس و کنترل به سبک‌های مراقبت‌گری کارآمد؛ از جمله مجاورت و حساسیت در زوجین، کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود بخشند.

#### پی‌نوشت‌ها

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Edalati & Redzuan           | 34. Kurman  |
| 2. Caregiving Behavior         | 35. Raboteg-Saric & Sakic                                     |
| 3. George & Solomon            | 36. Srivastava & Joshi  |
| 4. Kunc & Shaver               | 37. Zarbakhsh, Dinani & Rahmani                               |
| 5. Campbell                    | 38. Erol & Orth   |
| 6. Malek-Asa                   | 39. Knapp   |
| 7. Attachment Theory           | 40. Amani   |
| 8. Bowlby                      | 41. Sciangula & Morry   |
| 9. Collins & Ford              | 42. Shackelford   |
| 10. Feeney                     | 43. Cramer  |
| 11. VanDenBerghe               | 44. Orth, Robins & Widaman                                    |
| 12. Emery                      | 45. Stinson   |
| 13. Parenting Styles           | 46. Mikulincer & Shaver                                       |
| 14. Howard                     | 47. Collins & Feeney  |
| 15. Rholes, Simpson & Friedman | 48. Oosterwegel   |
| 16. Selcuk, Zayas & Hazan      | 49. Murray, Holmes & Griffin                                  |
| 17. Besharat                   | 50. Perceived Parental Parenting Styles Questionnaire (PPPSQ) |

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 18. Burke                    | 51. Dirik, Yorulmaz & Karanci           |
| 19. Zahabioun & Hoseyni      | 52. Rejection                           |
| 20. Baumrind                 | 53. Emotional Warmth                    |
| 21. Authoritarian            | 54. Overprotection                      |
| 22. Authoritative            | 55. Rosenberg, Self-Esteem Scale (RSES) |
| 23. Permissive               | 56. Rosenberg                           |
| 24. Darling                  | 57. Salsali & Silverstone               |
| 25. Shulman                  | 58. Zhang                               |
| 26. Johnson                  | 59. Mäkikangas                          |
| 27. Scharf & Maysless        | 60. Alizadeh                            |
| 28. Overbeek                 | 61. Caregiving Questionnaire (CQ)       |
| 29. Seiffge-Krenke           | 62. Proximity                           |
| 30. Einav                    | 63. Sensitivity                         |
| 31. Hatami, Fathi & Esmaeily | 64. Controlling                         |
| 32. Mahdavi-Nisiani          | 65. Compulsive                          |
| 33. Milevsky                 | 66. Péloquin                            |

### منابع

- امانی، آ. (۱۳۹۴). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر عزت‌نفس و تعهد زناشویی زوجین. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱۸(۴)، ۲۳-۱.
- بشارت، م. ع.، هوشمند، س. ن.، رضازاده، س. ر.، و لواسانی، م. غ. (۱۳۹۴). پیش‌بینی رضایت زناشویی فرزندان بر اساس سبک‌های فرزندپروری والدین. *روانشناسی*، ۴(۳)، ۶۰-۵۱.
- حاتمی‌زرگران، ز. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر شیوه‌های فرزندپروری ادراک‌شده بر عزت‌نفس در بین دانش‌آموزان مدارس راهنمایی. *ششمین کنگره بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان*، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ذهبیون، ش. و حسینی، م. آ. (۱۳۹۶). مدل تأثیر علی سبک‌های فرزندپروری و الگوهای ارتباطی خانواده، تعهد به مدرسه و حرمت خود در آمادگی اعتیاد دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر آبادان. *دانش و فناوری در روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۱)، ۶۷-۱۰۹.
- علیزاده، ت.، فراهانی، م. ن.، شهرآرای، م. و علیزادگان، ش. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین عزت‌نفس و منبع کنترل (درونی - بیرونی) با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور در شهر تهران. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۲(۶)، ۲۰۴-۱۹۴.
- ملک‌آسا، م. (۱۳۹۴). *نقش الگوهای تعاملی و رفتارهای مراقبتی در پیش‌بینی تعهد زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانواده‌درمانی، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.
- مهدوی‌نیسیانی، ز.، محمدی‌فخرآبادی، م.، مصطفایی، ش.، و صالحی، م. (۱۳۹۵). رابطه سبک‌های فرزندپروری ادراک‌شده با عزت‌نفس و نگرش به ازدواج در دختران مبتلا به سندرم شکست عاطفی، *اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران*، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس.

Alizadeh, T., Farahani, M. N., Shahrari, M., Alizadegan, Sh. (2005). The study of relationship between self-esteem and the source of control (internal-external) with infertility stress in women and men infertile in Tehran. *Journal of Reproduction and Infertility*, 6(2), 194-204.



- Amani, A. (2015). The Effectiveness of Group Reality Therapy on Self-esteem and Marital Commitment of Couples. *Quarterly Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 18(4) 1-23.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. In J. Brooks, R. M. Lerner, & A. C. Peterson(Eds.), *The encyclopedia of adolescence*. New York: Garland Publishing.
- Besharat, M. A., Hooshmand, S. N., Rezazadeh, S. M. R., Lavassani, M. Gh. (2015). Predicting childrens marital satisfaction in terms of parenting styles. *Journal of Rooyesh-e- Ravanshenasi*, 4(3),51-60.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment And loss: vol. 1. Attachment. 2<sup>nd</sup> Ed.* New York: Basic Books. (Original ed. 1969).
- Burke, M. U. (2006). *Familial influence on self-efficacy: Exploring the relationship between perceived parenting style, current social support, and self-efficacy beliefs in a sample of non-traditional college students*. Doctoral dissertation in Psychology, Capella University.
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2000). A safe haven: an attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1053-1073.
- Collins, N. L., & Ford, M. B. (2010). Responding to the needs of others: The caregiving behavioral system in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 235-244.
- Cramer, D. (2003). Acceptance and need for approval as moderators of self-esteem and satisfaction with a romantic relationship or closest friendship. *The Journal of psychology*, 137(5), 495-505.
- Darling, N., Cohan, C. L., Burns, A., & Thompson, L. (2008). Within-family conflict behaviors as predictors of conflict in adolescent romantic relations. *Journal of Adolescence*, 31(6), 671-690.
- Dirik, G., Yorulmaz, O., & Karanci, A. N. (2015). Assessment of Perceived Parenting Attitudes In Childhood: Turkish Form of The S-EMBU for Children. *Turk Psichiatri Dergisi*, 26(2),123-130.
- Edalati, A., & Redzuan, M. R. (2010). Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American Science*, 6(4), 132-137.
- Einav, M. (2014). Perceptions about Parents' Relationship and Parenting Quality, Attachment Styles, and Young Adults' Intimate Expectations: A Cluster Analytic Approach. *The Journal of psychology*, 148(4), 413-434.
- Emery, R. (2014). Families as Systems: Some Thoughts on Methods and Theory. In: McHale, S., Amato, P., & Booth, A. (Eds.), *Emerging Methods in Family Research. National Symposium on Family Issues*, vol 4. London: Springer.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2013). Actor and partner effects of self-esteem on relationship satisfaction and the mediating role of secure attachment between the partners. *Journal of Research in Personality*, 47(1), 26-35.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2014). Development of self-esteem and relationship satisfaction in couples: Two longitudinal studies. *Developmental psychology*, 50(9), 2291-2303.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*, 4(2), 132- 154.

- George, C., & Solomon, J. (2008). The caregiving system: A behavioral systems approach to parenting. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 833-856). New York: Guilford Press.
- Ghanbari, B., Hatami, A., Esmaili, M., Farahbakhsh, K. (2011). The relationship between parenting styles, attachment and marital commitment in married women of Allameh Tabatabaee University. *Journal of Women and Society*, 2(3), 39-60.
- Hatami Zargaran, Z. (2013). The investigation effect of perceived parenting styles on self-esteem among school children. *6th International Congress of Children and Adolescents Psychiatry*, Tabriz University of Medical Sciences.
- Howard, K. S. (2010). Paternal attachment, parenting beliefs and children's attachment. *Early Child Development and Care*, 180(1-2), 157-171.
- Johnson, M. D., Nguyen, L., Anderson, J. R., Liu, W., & Vennum, A. (2015). Pathways to romantic relationship success among Chinese young adult couples: Contributions of family dysfunction, mental health problems, and negative couple interaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(1), 5-23.
- Knapp, D. J., Durtschi, J. A., Clifford, C. E., Kimmes, J. G., Barros- Gomes, P., & Sandberg, J. (2016). Self- esteem and caregiving in romantic relationships: Self and partner perceptions. *Personal Relationships*, 23(1), 111-123.
- Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. *Personal Relationships*, 5(1), 205-237.
- Kurman, J., Rothschild-Yakar, L., Angel, R., & Katz, M. (2015). How good am I? Implicit and explicit self-esteem as a function of perceived parenting styles among children with ADHD. *Journal of attention disorders*, 1-11
- Mahdavi-Nisiani, Z., Mohammadi Fakhrebadi, M., Mostafaei, Sh., Salehi, M. (2016). The relationship between perceived parenting styles with self-esteem and attitude toward marriage in girls with emotional failure syndrome. *The first international conference on modern research in the field of educational sciences, psychology and social studies of iran*, Qom, Permanent Secretariat of the Conference.
- Mäkikangas, A., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of research in personality*, 38(6), 556-575.
- Malek-Asa, M. (2015). *The role of interactive patterns and caring behaviors in predicting marital commitment*. Master's thesis for Family Therapy, Family Research Institute, Shahid Beheshti University.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Milevsky, A., Schlechter, M., Netter, S., & Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 39-47.

- Murray, S. L., Holmes, J. G., & Griffin, D. W. (2000). Self-esteem and the quest for felt security: how perceived regard regulates attachment processes. *Journal of personality and social psychology*, 78(3), 478-498.
- Oosterwegel, A., Field, N., Hart, D., & Anderson, K. (2001). The Relation of Self-Esteem Variability to Emotion Variability, Mood, Personality Traits, and Depressive Tendencies. *Journal of Personality*, 69(5), 689-708.
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 102(6), 1271-1288.
- Overbeek, G., Stattin, H., Vermulst, A., Ha, T., & Engels, R. C. (2007). Parent-child relationships, partner relationships, and emotional adjustment: A birth-to-maturity prospective study. *Developmental Psychology*, 43(2), 429-499.
- Péloquin, K., Brassard, A., Lafontaine, M. F., & Shaver, P. R. (2014). Sexuality examined through the lens of attachment theory: Attachment, caregiving, and sexual satisfaction. *The Journal of Sex Research*, 51 (5), 561-576.
- Raboteg-Saric, Z., & Sakic, M. (2014). Relations of parenting styles and friendship quality to self-esteem, life satisfaction and happiness in adolescents. *Applied Research in Quality of Life*, 9 (3), 749-765.
- Rholes, W. S., Simpson, J. A., & Friedman, M. (2006). Avoidant attachment and the experience of parenting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(3), 275-285.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.
- Salsali, M., & Silverstone, P. H. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part II—The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2(1), 3-16.
- Scharf, M., & Mayseless, O. (2008). Late adolescent girls' relationships with parents and romantic partner: The distinct role of mothers and fathers. *Journal of Adolescence*, 31(6), 837-855.
- Scianguola, A., & Morry, M. M. (2009). Self-esteem and perceived regard: How I see myself affects my relationship satisfaction. *The Journal of social psychology*, 149(2), 143-158.
- Seiffge-Krenke, I., Overbeek, G., & Vermulst, A. (2010). Parent-child relationship trajectories during adolescence: Longitudinal associations with romantic outcomes in emerging adulthood. *Journal of adolescence*, 33(1), 159-171.
- Selcuk, E., Zayas, V., & Hazan, C. (2010). Beyond satisfaction: The role of attachment in marital functioning. *Journal of Family Theory & Review*, 2(4), 258-279.
- Shackelford, T. K. (2001). Self-esteem in marriage. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 371-390.
- Shulman, S., Zlotnik, A., Shachar-Shapira, L., Connolly, J., & Bohr, Y. (2012). Adolescent daughters' romantic competence: The role of divorce, quality of parenting, and maternal romantic history. *Journal of youth and adolescence*, 41(5), 593-606.
- Srivastava, R., & Joshi, S. (2014). Relationship between self-concept and self-esteem in adolescents. *International Journal of Advanced Research*, 2(2), 36-43.
- Stinson, D. A., Logel, C., Holmes, J. G., Wood, J. V., Forest, A. L., Gaucher, D., ... & Kath, J. (2010). The regulatory function of self-esteem: testing the epistemic and

- acceptance signaling systems. *Journal of personality and social psychology*, 99(6), 993- 1013.
- VanDenBerghe, E. (2000). The enduring, happy marriage: Findings and implications from research. In D.C.Dollahite (Ed.), *Strengthening our families*, Salt Lake City, UT: Bookcraft.
- Hatami, A. H., Fathi, E., & Esmaily, M. (2014). The mediating role of secure attachment style in the relationship between authoritative parenting style and personal commitment in marital relationship among married women. *1 Prediction of internet addiction based on the identity style, feeling of loneliness and fear of intimacy*, 238.
- Zahabioun, Sh., Hoseyni, M. (2017). Modeling the Causal Relationships Between Parenting style and communication pattern Family, Commitment School and Self-esteem on Potential to Addiction among Secondary School Girls in Abadan. *Knowledge & Technology in Applied Psychology*, 67(1). 100-109.
- Zarbakhsh, M., Dinani, P. T., & Rahmani, M. (2013). The relationship between sexual self-esteem and all its components with marital satisfaction in athletic women of Tehran. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 2(2), 200.
- Zhang, Q. (2007). The relationship between self-esteem and social support of University students. *Psychological Behavior Research*. 5(1), 93–99.

ارتباط عملکرد خانواده با مسئولیت پذیری و ارضای نیازهای روانی پایه  
دانش آموزان پسر دبیرستانی

Relationship of Family Function with Responsibility and Satisfaction  
of Basic Psychological Needs of High School Male Students

H.Tehrani Moghadam, M.A.

Master of Educational Psychology, Central Tehran Branch,  
Islamic Azad University, Tehran, Iran

M. M. Shariat Bagheri, Ph.D.

Psychology Department, Marvdasht Branch, Islamic Azad  
University, Shiraz, Iran

حامد طهرانی مقدم

کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد تهران  
مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

محمد مهدی شریعت باقری ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی،  
مرودشت

دریافت مقاله: ۹۶/۹/۲۸

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۳/۱۳

پذیرش مقاله: ۹۷/۰۴/۱۰

Abstract

The purpose of this study is to investigate the relationship between family function and accountability and satisfaction of basic psychological needs of male high school students. In this descriptive study, the correlation between the statistical population of male high school students in district 1 of Tehran was 362 based on the Cochran formula. A random cluster sampling method was used. For this purpose, all male high school boys in the first district of Tehran were selected from 5 schools and two classes were randomly selected from each school. Then, students from these classes were randomly assigned to students Sample titles were selected (meaningless sentence).

✉ Corresponding author, Department of Psychology,  
Faculty of Psychology and Education, Marvdasht  
Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.  
Email: [drshariat1349@miau.ac.ir](mailto:drshariat1349@miau.ac.ir)

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه عملکرد خانواده با مسئولیت‌پذیری و ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان پسر دبیرستانی انجام شد. در این پژوهش توصیفی پیمایشی و از نوع همبستگی جامعه آماری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی منطقه ۱ شهر تهران بودند که بر اساس فرمول کوکران ۳۶۲ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود. بدین منظور از کل دبیرستان‌های دولتی پسرانه منطقه ۱ شهر تهران ۵ مدرسه و از هر مدرسه دو کلاس به تصادف انتخاب و سپس از دانش‌آموزانی که در این کلاس‌ها حضور داشتند، به صورت تصادفی ساده دانش‌آموزان به عنوان نمونه انتخاب شدند.

✉ نویسنده مسئول: شیراز، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده  
علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.  
پست الکترونیکی: [drshariat1349@miau.ac.ir](mailto:drshariat1349@miau.ac.ir)

Epstein, Baldwin, and Bishop (1983) Family Functioning Questionnaire (FFQ) based on McMaster's model, Nemati's Responsiveness (2008) and Satisfaction with Desi and Ryan's Psychological Needs (2000) were used.

The results showed that there is a positive and significant relationship between family function and its six dimensions (problem solving, communication, roles and responsibilities, behavior blending, behavior control, emotional responsiveness) with responsibility and satisfaction of the students' basic psychological needs.

**Keywords:** Family Function, Responsibility, Basic psychological Needs, Students.

از سه پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده (FAD) اپستاین، بالدوین و بیشاپ (۱۹۸۳) بر مبنای مدل مک مستر، مسئولیت‌پذیری نعمتی (۱۳۸۷) و ارضای نیازهای روانی دسی و رایان (۲۰۰۰) استفاده شد. نتایج نشان داد بین عملکرد خانواده و ابعاد شش‌گانه آن (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، آمیختگی رفتار، کنترل رفتار، پاسخگویی عاطفی) با مسئولیت‌پذیری و ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

**کلیدواژه‌ها:** عملکرد خانواده، مسئولیت‌پذیری، ارضای نیازهای روانی پایه، دانش‌آموزان

## مقدمه

یکی از ویژگی‌های شخصیتی انسان مسئولیت‌پذیری است که زمینه‌ساز بسیاری از موفقیت‌های فرد در زندگی است (مک دونالد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). احساس مسئولیت یک امر ذاتی نیست، بلکه این ویژگی در متن خانواده و روابط اجتماعی و تعاملاتی که فرد با دیگران دارد، امکان رشد می‌یابد (نوروزی، ۱۳۸۲). مسئولیت‌پذیری یک انتخاب آگاهانه و بدون اجبار در تعیین رفتار خود و چگونگی رفتار با دیگران در مناسبات اجتماعی است (اسکارتی، راییت، پاسکال و گاتیریز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که رفتار مسئولانه در روابط بین‌فردی سبب انعطاف‌پذیری و سازگاری اجتماعی و رفتار غیرمسئولانه موجبات رفتار خودخواهانه و اغتشاش در مناسبات اجتماعی را فراهم می‌سازد (ایقول، قوده‌می، وانگ و کواک<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ وگتلین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶). روانکاوان، مسئولیت‌پذیر شدن فرزندان را در گرو شناخت توانایی آن‌ها و در گام بعدی واگذاری نقش فعال در جهت پیشبرد اهداف خانواده می‌دانند (سهیلی، ۱۳۸۷).

امروزه یکی از رویکردهای انگیزشی بر مبنای نظریه خودتعیین‌گری<sup>۵</sup> دسی و رایان<sup>۶</sup> (۲۰۰۲-۱۹۸۵) مطرح شده است. تمرکز عمده این نظریه بر انگیزه درونی، بیرونی و پرداختن به سه نیاز پایه (نیاز به خودمختاری، احساس شایستگی و ارتباط) در انسان است. این نظریه ادعان می‌دارد که انسان‌ها یا به خاطر انگیزش درونی و یا به خاطر انگیزش بیرونی برانگیخته می‌شوند. انگیزش درونی به انجام عملی به خاطر لذت یا علاقه درونی به چیزی در پی ارضای سه نیاز روانی پایه شامل خودمختاری، شایستگی و ارتباط با دیگران است (دسی و رایان، ۲۰۰۰). تحقیقات نشان داده که ارضای نیازهای روانی پایه از طریق فرایندهای نظم‌دهی سبب انگیزش درونی و رفتار خودتعیین‌گر می‌شود که با عملکرد مؤثر فرد و بهزیستی روان‌شناختی او ارتباط دارد (جانگ، کیم، ریو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۶ و دسی و رایان، ۲۰۰۰).

طبق نظریه خودتعیین‌گری، نوسانات در میزان ارضای نیاز، به طور مستقیم نوسانات بهزیستی شخص را پیش‌بینی می‌کند (لاول<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). نیازهای انسان شرایط خاصی را برای سلامت روان‌شناختی یا بهزیستی طلب می‌کنند و ارضای آن‌ها به شرایط حمایت‌کننده نیاز دارد (جانگ، کیم، ریو، ۲۰۱۶). این سه نیاز روانی پایه، فطری هستند و همان‌طور که انسان‌ها با نیاز به آب و غذا به دنیا می‌آیند، با نیاز به خودمختاری، شایستگی و ارتباط متولد می‌شوند و بنابراین همانند نیازهای فیزیولوژیکی، عدم برآورده کردن آن‌ها سبب اختلال در روند زندگی می‌شود. در واقع بیماران روانی مانند افراد افسرده و مضطرب معمولاً افرادی هستند که احساس تنهایی، عدم شایستگی و فشار روانی می‌کنند و یکی از دلایل اصلی بیمار شدن این افراد اختلال در ارضای نیازهای آن‌ها است. بنابراین اگر برآورده نشدن این نیازها سبب مشکلات روانی شود، بی‌تردید برآورده شدن این نیازها نیز سبب بهبود سلامت روانی می‌شود (وانگ، لئو، جیانگ و سانگ<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). ارضای نیازهای روانی پایه شرایط لازم برای رشد روان‌شناختی، انسجام‌یافتگی و بهزیستی شخص را فراهم می‌کنند و زیربنای طیف وسیعی از رفتارهای فرد را تبیین می‌کنند (تیان و هیوینر<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸). این نیازها جمع‌پذیر هستند. به طوری که اگر هر سه نیاز در یک فرد ارضا شده باشد، بهترین و اگر نتواند هیچ‌کدام را ارضا کند، بدترین حالت ممکن حاصل می‌شود (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳).

پژوهش‌های زیادی ارتباط بین ارضای نیازهای روانی پایه را با مؤلفه‌های مختلف بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال وانگ و رول‌اند<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۳) ارضای نیازهای روانی پایه را به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی گزارش کردند. هم‌چنین ان‌جی<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) ارضای نیازهای روانی پایه را به عنوان پیش‌بینی‌کننده سلامت افراد معرفی کرده‌اند. هم‌چنین کاستد<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱ (به نقل از قاسمی‌پور، بهرامی‌احسان، عباس‌پور قهرمان‌نژاد و پورشریفی، ۱۳۹۰) به این نتیجه دست یافتند که با افزایش میزان ارضای نیازهای روانی پایه، از شدت استرس در افراد کاسته می‌شود.

از سوی دیگر خانه، نخستین مکان زندگی افراد است و باید به گونه‌ای باشد که روح آرامش و تعادل را در اعضای خود ایجاد کند. وجود محیطی گرم، بارو و بالنده در خانواده، تکیه‌گاه مطمئنی برای اعضای خود است و سلامت روانی افراد را تضمین می‌کند (نوروزی، ۱۳۸۲). توجه به خانواده و تلاش در جهت رفع مشکلات و معضلات این سازمان بنیادی می‌تواند نویدبخش جامعه‌ای ارزشمند و متعالی باشد (موسوی، مرادی و مهدوی هرسینی، ۱۳۸۴). عملکرد خانواده به عنوان یکی از شاخص‌های مهم تضمین‌کننده کیفیت زندگی (قمری و خوشنام، ۱۳۹۰) و سلامت روانی خانواده و اعضای خانواده مطرح است (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳) و می‌تواند یک عامل کلیدی در ایجاد انعطاف‌پذیری و کاهش خطرات فعلی و آینده مرتبط با رویدادهای ناگوار و شرایط نامناسب باشد (سیلبورن<sup>۱۴</sup>، زوبریک<sup>۱۵</sup>، دی‌مایو<sup>۱۶</sup>، شیفراد<sup>۱۷</sup> و گریفین<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۶).

عملکرد خانواده در اصل اشاره به ویژگی‌های سیستمی خانواده دارد. به بیان دیگر عملکرد خانواده یعنی توانایی خانواده با هدف حفاظت از کل نظام خانواده جهت هماهنگی با تغییرات ایجادشده در طول زندگی، حل کردن تعارض‌ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای مقررات و اصول حاکم بر نهاد خانواده. یکی از الگوهای مهم در زمینه بررسی عملکرد خانواده، الگوی عملکرد خانواده مک‌مستر است. این الگو توسط اپستاین، بالدوین و بیشاپ<sup>۱۹</sup> (۱۹۸۳) در دانشگاه مک‌مستر مطرح شد. مدل مک‌مستر به ارزشیابی ازدواج‌ها و خانواده‌ها می‌پردازد. این مدل که مبتنی بر رویکرد

سیستمی است، ساختار، سازمان و الگوی تبادلی واحد زناشویی را توصیف می‌کند و اجازه می‌دهد که روابط خانوادگی یا زناشویی در یک طیف سطحی، از وضعیت سلامت تا اختلال شدید روانی مورد آزمایش قرار گیرد. مدل مک مستر ابعاد مهمی از عملکرد خانواده را که غالباً نمود بالینی پیدا می‌کنند، مورد توجه قرار می‌دهد (بوئر هون دی هان، هافکوست، اورینس، ساویر و زوبریک<sup>۲۰</sup>، ۲۰۱۵).

این مدل شش بعد از عملکرد خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ ۱. حل مسأله: این خرده‌مقیاس توانایی خانواده در حل مشکلات از قبیل مسائل عملی و روزمره زندگی مانند تهیه غذا، مسکن، پوشاک و تأمین بودجه خانواده در حد کفایت و نیز مشکلات عاطفی مثل خشونت یا عدم اعتماد بین اعضای خانواده را اندازه‌گیری می‌کند. ۲. ارتباط: این خرده‌مقیاس توانایی خانواده در تبادل اطلاعات، به خصوص ارتباطات کلامی و غیرکلامی به صورت آشکار و غیرآشکار یا صریح و غیرصریح را می‌سنجد. ۳. نقش‌ها: این خرده‌مقیاس الگوهای تکراری رفتار افراد خانواده را اندازه‌گیری می‌کند، به عبارت دیگر به رفتارهای توصیه‌شده و تکراری موجود در مجموعه‌ای از فعالیت‌های دوجانبه با سایر اعضای خانواده گفته می‌شود. ۴. آمیختگی عاطفی: در این خرده‌مقیاس مشارکت و درگیر بودن اعضای خانواده با یکدیگر به لحاظ عاطفی اندازه‌گیری می‌شود. این خرده‌مقیاس به درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به هم مربوط است. ۵. کنترل رفتار: این خرده‌مقیاس قواعدی که خانواده بر اساس آن‌ها گذران امور می‌کند را می‌سنجد. هم‌چنین میزان تأثیری که اعضای خانواده بر یکدیگر دارند را بررسی می‌کند. ۶. پاسخگویی عاطفی: در این خرده‌مقیاس چگونگی واکنش عاطفی خانواده در روابطش مورد مطالعه قرار می‌گیرد و اینکه آیا خانواده توانایی ابراز عواطف مختلف را دارد یا خیر (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳).

عملکرد مناسب خانواده می‌تواند به اعضای آن در کنار آمدن با شرایط نامناسب و زندگی ناگوار و استرس کمک‌کننده باشد. اختلال در کارکرد خانواده اعضای آن را دچار سردرگمی، نگرانی و مشکلات ارتباطی می‌سازد و سلامتی آن‌ها را به مخاطره می‌اندازد (قمری و خوشنام، ۱۳۹۰). نکته‌ای که زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) نیز بر آن تأکید زیادی داشتند و بر این باور بودند که وقتی الگوهای خانواده برای رسیدن به هدف سودمند باشند، خانواده از لحاظ کارکردی کارآمد و وقتی الگوهای خانواده برای رسیدن به هدف سودمند نباشد، خانواده ناکارآمد خواهد بود. توجه به مقوله مسئولیت‌پذیری و نقش محیط خانواده بر مسئولیت‌پذیری افراد و ارضای نیازهای روانی پایه افراد از اهمیت زیادی برخوردار است.

هم‌چنین جهت داشتن جامعه‌ای سالم توجه به عملکرد بهینه خانواده و مسئولیت‌پذیری امری ضروری است. از سوی دیگر در بین یکی از اقشار آینده‌ساز کشور، یعنی نوجوانان ضرورت این توجه بیش از پیش نمود پیدا می‌کند، یافته‌های پژوهش می‌تواند به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان امور آموزشی و تربیتی کشور جهت داشتن جامعه‌ای سالم و رو به پیشرفت کمک نماید. لذا بر این اساس، چون هرگونه توجه به این گروه در آینده آنان و آینده کشور تأثیرات مهمی خواهد داشت، از این رو، این پژوهش درصدد است به این سؤال پاسخ گوید که آیا عملکرد خانواده و مؤلفه‌های آن (حل مسأله، ارتباطات، نقش‌ها، پاسخگویی عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتاری) با مسئولیت‌پذیری و ارضای نیازهای روانی پایه در دانش‌آموزان پسر دبیرستانی ارتباط دارد؟



## روش

روش پژوهش حاضر توصیفی پیمایشی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری دانش‌آموزان پسر دبیرستانی منطقه ۱ شهر تهران بودند که آمار آنان از آموزش و پرورش اخذ شد و تعداد آنان ۶۳۰۰ نفر اعلام شد که بر اساس فرمول کوکران حجم نمونه ۳۶۲ نفر مشخص شد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای به منظور نمونه‌گیری استفاده شد. در نمونه‌گیری خوشه‌ای واحد اندازه‌گیری فرد نیست، بلکه گروهی از افراد هستند که به صورت طبیعی شکل گرفته و گروه خود را تشکیل داده‌اند. این روش وقتی به کار می‌رود که فهرست کامل افراد جامعه در دسترس نباشد. به این منظور افراد را در دسته‌هایی خوشه‌بندی می‌کنند، سپس از میان خوشه‌ها نمونه‌گیری به عمل می‌آورند و زمانی به کار می‌رود که انتخاب گروهی از افراد امکان‌پذیر و آسان‌تر از انتخاب افراد در یک جامعه تعریف شده باشد. دلایل مختلفی برای استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای در این پژوهش وجود دارد. یکی این‌که بیش از ۲۰ مدرسه در منطقه ۱ شهر تهران وجود داشت که عملاً نمونه‌گیری از تمامی مدارس امکان‌پذیر نبود. در ضمن در این پژوهش منطقه ۱ مورد مطالعه قرار گرفت و در گزینش سعی شد که دانش‌آموزان از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده‌ها همسان باشند و از جهات شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز منطقه ۱ به تصادف از هر جهت جغرافیایی یک مدرسه و از هر مدرسه دو کلاس به تصادف انتخاب شوند. در ضمن پرسشنامه به روش خودایفایی توسط دانش‌آموزان تکمیل شد. روند اجرای کار بدین صورت بود که در ابتدا پروپوزال پژوهش حاضر توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز به تصویب رسید و پس از اخذ معرفی‌نامه از آموزش و پرورش منطقه و بررسی موضوع پژوهش و پرسشنامه‌های پژوهش توسط آن معاونت، پژوهشگر با مراجعه به مدارس و انتخاب تصادفی کلاس‌ها در ابتدا ۱۵ دقیقه هدف از پژوهش حاضر را برای دانش‌آموزان تبیین نمود و ضمن اخذ رضایت‌نامه کتبی برای حضور در پژوهش از کسانی که تمایل به همکاری داشتند، خواست تا پرسشنامه‌های تحقیق را تکمیل نمایند. در پژوهش حاضر از سه پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد.

**پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده<sup>۲۱</sup> (FAD):** ابزار سنجش خانواده مک‌مستر (FAD) توسط ایستاین، بالدوین و بیشاپ (۱۹۸۳) بر پایه مدل مک‌مستر تهیه شده است. این پرسشنامه ۶۰ سؤال دارد و علاوه بر سنجش عملکرد خانواده، شش خرده‌مقیاس (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) آن را نیز می‌سنجد.

حل مسأله: این خرده‌مقیاس توانایی خانواده در حل مشکلات از قبیل مسائل عملی و روزمره زندگی مانند تهیه غذا، مسکن، پوشاک و تأمین بودجه خانواده در حد کفایت و نیز مشکلات عاطفی مثل خشونت یا عدم اعتماد بین اعضای خانواده را اندازه‌گیری می‌کند.

ارتباط: این خرده‌مقیاس توانایی خانواده در تبادل اطلاعات به ویژه ارتباطات کلامی و غیرکلامی به صورت آشکار و غیرآشکار یا صریح و غیرصریح را می‌سنجد.

نقش‌ها: این خرده‌مقیاس الگوهای تکراری رفتار افراد خانواده را اندازه‌گیری می‌کند، به عبارت دیگر به رفتارهای توصیه‌شده و تکراری موجود در مجموعه‌ای از فعالیت‌های دوجانبه با سایر اعضای خانواده گفته می‌شود.

آمیختگی عاطفی: در این خرده‌مقیاس مشارکت و درگیر بودن اعضای خانواده با یکدیگر به لحاظ عاطفی اندازه‌گیری می‌شود. این خرده‌مقیاس به درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به هم مربوط است.

کنترل رفتار: این خرده‌مقیاس قواعدی که خانواده بر اساس آن‌ها گذران امور می‌کند را می‌سنجد. هم‌چنین میزان تأثیری که اعضای خانواده بر یکدیگر دارند را بررسی می‌کند. پاسخگویی عاطفی: در این خرده‌مقیاس چگونگی واکنش عاطفی خانواده در روابطش مورد مطالعه قرار می‌گیرد و این‌که آیا خانواده توانایی ابراز عواطف مختلف را دارد یا خیر. ابزار سنجش خانواده با ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است (رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد، ۱۳۹۳).

نمره کل پرسشنامه نشان‌دهنده عملکرد خانواده است. تمام پاسخ‌ها از یک تا چهار کدگذاری می‌شوند. نمره هر سؤال بین یک تا چهار خواهد بود. سؤالات هر بعد نیز با هم جمع شده و نشان‌دهنده عملکرد خانواده در آن بعد است و نمره بالاتر در این پرسشنامه نشانگر عملکرد سالم‌تر خانواده در بعد مربوطه است. زاده‌محمدی و ملک‌خسروی (۱۳۸۵) از طریق آلفای کرونباخ ضریب پایایی برای کل پرسشنامه را ۰/۷۱ و برای خرده‌مقیاس‌های حل مسئله ۰/۷۲۲، ارتباطات در خانواده ۰/۷۰، نقش‌ها و مسئولیت‌ها در خانواده ۰/۷۱، آمیختگی عاطفی در خانواده ۰/۷۳۶، کنترل رفتار در خانواده ۰/۶۶ و پاسخگویی عاطفی در خانواده را ۰/۷۱ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش بعد از اجرای پایلوت پرسشنامه روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد و برای کل پرسشنامه ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌های حل مسئله ۰/۷۱، ارتباطات در خانواده ۰/۷۴، نقش‌ها و مسئولیت‌ها در خانواده ۰/۷۵، آمیختگی عاطفی در خانواده ۰/۷۱۴، کنترل رفتار در خانواده ۰/۷۱ و پاسخگویی عاطفی در خانواده ۰/۷۸ به دست آمد، از این رو پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت.

**پرسشنامه مسئولیت‌پذیری:** این پرسشنامه شامل ۵۰ سؤال است که مسئولیت‌پذیری نوجوانان را می‌سنجد. این پرسشنامه اولین بار در ایران توسط نعمتی (۱۳۸۷) هنجاریابی شد. اعتبار پرسشنامه توسط نعمتی (۱۳۸۷) برای پرسشنامه ۰/۸۷ به دست آمد که نشان از اعتبار مطلوب پرسشنامه تحقیق دارد. در این پژوهش بعد از اجرای پایلوت پرسشنامه روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۸۰ به دست آمد، از این رو پایایی مورد تأیید قرار گرفت.

**پرسشنامه ارضای نیازهای روانی دسی و رایان (۲۰۰۰):** پرسشنامه ارضای نیازهای روانی توسط دسی و رایان (۲۰۰۰) تهیه شد و از آن برای سنجش رضایت از سه نیاز اساسی روان‌شناختی یعنی خودمختاری، احساس شایستگی و ارتباط با دیگران استفاده می‌شود. این مقیاس دارای ۲۱ سؤال است و شیوه پاسخگویی به سؤالات به صورت لیکرت هفت درجه‌ای از یک تا هفت نمره‌گذاری می‌شود. پس از ترجمه کامل سؤالات و بازنگری مجدد آن، در مطالعه مقدماتی که دسی و رایان (۲۰۰۰) روی ۴۰ نفر از نوجوانان انجام دادند، ضمن تأیید روایی صوری و محتوایی پرسشنامه، ضریب پایایی پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند که نشان‌دهنده پایایی مناسب و محتوای مطلوب پرسشنامه است.

جواهری (۱۳۹۰) نیز ضریب پایایی را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۲ برای این پرسشنامه گزارش کرد. در این پژوهش نیز بعد از اجرای پایلوت پرسشنامه روی ۳۰ نفر از دانش‌آموزان ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۷۸ به دست آمد، از این رو پایایی مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و برای تحلیل داده‌های پژوهش از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، به منظور بررسی رابطه متغیرها و از مدل تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی متغیرها استفاده شد.

## یافته‌ها

جدول ۱: توصیف متغیرهای تحقیق

انحراف معیار	میانگین	
۴۱/۰۳۲	۲۰۲/۰۴	عملکرد کلی خانواده
۶/۲۵۶	۱۷/۷۲	حل مسأله
۵/۴۰۸	۳۲/۴۵	ارتباط
۷/۸۶۵	۳۷/۷۶	نقش‌ها و مسئولیت‌ها
۵/۷۰۵	۲۳/۷۱	آمیختگی عاطفی
۷/۱۱۶	۲۹/۲۸	کنترل رفتار
۴/۳۱۱	۲۰/۲۲	پاسخگویی عاطفی
۳۱/۶۵	۱۶۹/۸۱	مسئولیت‌پذیری
۱۲/۱۰	۷۳/۴۵	ارضای نیازهای روانی پایه

میانگین نمره عملکرد خانواده دانش‌آموزان ۲۰۲/۰۴ از مجموع نمره ۳۰۰ بود و به عبارتی این یافته نشان می‌دهد عملکرد خانواده دانش‌آموزان متوسط رو به بالاست. در این پژوهش میانگین نمره مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان ۱۶۹/۸۱ از مجموع نمره ۲۵۰ بود که این یافته نشان می‌دهد میزان مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان متوسط رو به بالا بود. در این پژوهش میانگین نمره ارضای نیازهای روانی پایه در دانش‌آموزان ۷۳/۴۵ از مجموع نمره ۱۰۵ بود که این یافته نیز نشان می‌دهد نمره ارضای نیازهای روانی پایه متوسط رو به بالاست.

جدول ۲: همبستگی عملکرد خانواده و ابعاد آن با مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان

پاسخگویی عاطفی	کنترل رفتار	آمیختگی عاطفی	نقش‌ها	ارتباط	حل مسأله	عملکرد کلی خانواده	مسئولیت‌پذیری
۰/۸۶۲*	۰/۸۱۳*	۰/۶۹۹*	۰/۷۷۳*	۰/۷۷۴*	۰/۷۷۹*	۰/۸۶۰*	ضریب همبستگی
۰/۸۱۵*	۰/۸۳۲*	۰/۷۰۳*	۰/۷۹۱*	۰/۷۷۵*	۰/۸۰۳*	۰/۸۷۵*	ارضای نیازهای روانی پایه

\* $p < 0.001$

همان‌طور که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد، بین عملکرد کلی خانواده و مقیاس‌های شش‌گانه آن (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) با مسئولیت‌پذیری، ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت با بهبود عملکرد

خانواده و مقیاس‌های شش‌گانه آن (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان افزایش می‌یابد. همچنین نتایج نشان می‌دهد بین عملکرد کلی خانواده و مقیاس‌های شش‌گانه آن (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) با ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت با بهبود عملکرد خانواده و مقیاس‌های شش‌گانه آن (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها، آمیختگی عاطفی، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان افزایش می‌یابد.

جدول ۳: آزمون رگرسیون بررسی تأثیر مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان

ضریب تعیین	R	سطح معناداری	F	مربع میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۷۰۷	۰/۷۱۱	۰/۰۰۰	۲۱۶/۴۵۴	۴۱۸۸۳/۲۱۲	۷	۲۹۳۱۸۷/۴۸۷	مدل رگرسیونی
				۱۹۳/۴۹۴	۳۵۴	۶۸۴۹۷/۹۷۷	باقی‌مانده
					۳۶۱	۶۶۱۶۸۰/۴۶۴	مجموع

با توجه به مندرجات جدول شماره ۳ ملاحظه می‌شود سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است، به این ترتیب مدل رگرسیونی بررسی تأثیر مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان معنادار است، با توجه به ضریب تعیین، ۷۰ درصد تغییرات مدل توسط متغیرهای مستقل تبیین می‌شود. به عبارتی ۷۰ درصد تغییرات مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان از طریق مؤلفه‌های عملکرد خانواده قابل تبیین و پیش‌بینی هستند.

جدول ۴: میزان تأثیر مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد		مدل
		Beta	خطای استاندارد	B	
۰/۰۰۱	۸/۱۵۳		۴/۸۳۴	۳۹/۴۰۸	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۹/۳۱۴	۰/۴۶۴	۰/۲۵۲	۲/۳۴۸	حل مسأله
۰/۰۴۱	۲/۰۵۵	۰/۱۱۵	۰/۳۲۸	۱/۶۷۳	ارتباط
۰/۰۰۱	۳/۷۴۵	۰/۲۷۰	۰/۲۹۰	۱/۰۸۶	نقش‌ها و مسئولیت‌ها
۰/۰۳	۰/۴۸۱	۰/۰۲۷	۰/۳۱۵	۱/۱۵۲	آمیختگی عاطفی
۰/۰۰۹	۰/۵۳۹	۰/۰۳۷	۰/۳۰۹	۱/۱۶۶	کنترل رفتار
۰/۰۰۶	۲/۰۰۴	۰/۱۲۶	۰/۴۶۰	۱/۹۲۲	پاسخگویی عاطفی

با توجه به مندرجات جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود سطح معناداری تمامی متغیرها از ۰/۰۵ کمتر است. در نتیجه این یافته نشان می‌دهد مؤلفه‌های شش‌گانه (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، آمیختگی رفتار، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) پیش‌بینی‌کننده مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان هستند.

## جدول ۵: آزمون رگرسیون بررسی تأثیر مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر ارضای

## نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان

ضریب تعیین	R	سطح معناداری	F	مربع میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۸۳۷	۰/۸۴۰	۰/۰۰۱	۲۶۵/۳۴۷	۶۳۴۵/۴۴۹	۷	۴۴۴۱۸/۱۴۳	مدل رگرسیونی
				۲۳/۹۱۴	۳۵۴	۸۴۶۵/۴۶۲	باقی‌مانده
					۳۶۲	۵۲۸۸۳/۶۰۵	مجموع

با توجه به مندرجات جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است، به این ترتیب مدل رگرسیونی بررسی تأثیر مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان معنادار است و با توجه به ضریب تعیین ۰/۸۳۷، این یافته نشان می‌دهد ۸۳/۷ درصد تغییرات ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان از طریق مؤلفه‌های عملکرد خانواده قابل پیش‌بینی هستند.

## جدول ۶: میزان تأثیر مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر ارضای نیازهای

## روانی پایه دانش‌آموزان

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد		مدل
		Beta	B	
۰/۰۰۱	۱۴/۲۴۹		۲۴/۲۱۳	مقدار ثابت
۰/۰۰۱	۱۱/۴۶۶	۰/۵۲۵	۱/۰۱۶	حل مسأله
۰/۰۳۹	۲/۰۶۸	۰/۱۰۶	۱/۲۳۸	ارتباط
۰/۰۰۱	۳/۹۰۹	۰/۲۵۹	۱/۳۹۸	نقش‌ها و مسئولیت‌ها
۰/۰۰۶	۰/۸۵۰	۰/۰۴۴	۱/۰۹۴	آمیختگی عاطفی
۰/۰۱۳	۱/۵۰۴	۰/۰۹۶	۱/۱۶۳	کنترل رفتار
۰/۰۴۳	۰/۱۹۸	۰/۰۸۷	۱/۰۳۲	پاسخگویی عاطفی

با توجه به مندرجات جدول شماره ۶ ملاحظه می‌شود سطح معناداری تمامی متغیرها از ۰/۰۵ کمتر است. در نتیجه این یافته نشان می‌دهد مؤلفه‌های شش‌گانه (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، آمیختگی رفتار، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) پیش‌بینی‌کننده ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان هستند.

## بحث و تفسیر

نتایج نشان داد بین عملکرد کلی خانواده و ابعاد عملکرد خانواده (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، آمیختگی رفتار، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) با مسئولیت‌پذیری ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و با بهبود عملکرد خانواده مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان افزایش می‌یابد. به منظور بررسی سهم هر یک از مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان از آزمون رگرسیون استفاده شد و نتایج نشان داد مدل رگرسیونی بررسی تأثیر مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان معنادار

است و ۷۰ درصد تغییرات مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان از طریق مؤلفه‌های عملکرد خانواده قابل پیش‌بینی هستند و مؤلفه‌های شش‌گانه (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، آمیختگی رفتار، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) پیش‌بینی‌کننده مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان هستند. روابط و عملکرد مناسب خانواده برای سلامتی فرد، خانواده و در نهایت جامعه ضروری است (والکر و شفر<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۶). پیش از این مطالعات به این مهم اشاره کرده‌اند که خانواده به ویژه والدین نقش مهمی در مسئولیت‌پذیری فرزندان ایفا می‌کنند (اسکارتی، رایت، پاسکال و گاتیریز، ۲۰۱۵، ایقول، قودهمی، وانگ و کواک، ۲۰۱۶؛ وگتلین، ۲۰۱۶؛ سهیلی، ۱۳۸۷) که این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش حاضر است. خانواده تشکلی طبیعی است که الگوهای گوناگون، مرادوه را در گذر زمان به خدمت می‌گیرد. این الگوها ساخت خانواده را شکل می‌دهند و ضمن تعیین نقش اعضای خانواده، حیطة رفتار هر یک از اعضا را مشخص و تبادل نظر میان آن‌ها را تسهیل می‌کنند. بچه‌ها احساس مسئولیت را از والدین، مدرسه، دوستان و اجتماع می‌آموزند و با آموختن، این مهارت با ارزش را، تا آخر عمر حفظ کرده و این امر باعث موفقیت بیشتر آن‌ها در امور زندگی می‌شود. پس بهتر است مسئولیت‌پذیری را، از کودکی به بچه‌ها آموزش داد. خانواده‌هایی که اعضای آن روابط عاطفی بهتری با هم دارند و تعاملات‌شان بهتر است، مسئولیت‌پذیری در آن‌ها بیشتر است (دای و وانگ<sup>۲۳</sup>، ۲۰۱۵). خانواده نخستین عامل مؤثر در ایجاد مسئولیت در افراد است. صاحب‌نظران بر این باورند که شیوه‌های مشارکتی از ابتدا، مشارکت در کارهای خانه، مدرسه، تحصیلات دانشگاهی، شغل و غیره یکی از روش‌هایی است که افراد مسئولیت بیشتری احساس می‌کنند و متعهدانه وظایف خود را انجام می‌دهند (مهدوی و همکاران، ۱۳۸۷) که این یافته نیز با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد و به نظر می‌رسد چنانچه نقش‌ها در خانواده به خوبی تعریف شده باشند و والدین به خوبی نقش‌های خود را در خانواده ایفا نمایند و کارهای خانه به شیوه مشارکتی همراه با فرزندان انجام گیرد، این مهم می‌تواند زمینه مسئولیت‌پذیری فرزندان را فراهم آورد. واگذار کردن برخی از امور شخصی و حتی کارهای خانه به نوجوانان با توجه به میزان توانمندی‌هایشان از جمله روش‌های مؤثر در آموزش و تقویت حس مسئولیت‌پذیری در آنان است. در این صورت است که آنان حس مشارکت و همکاری را تجربه می‌کنند و از این‌که می‌توانند مهارت‌هایشان را برای کمک به شما به کار گیرند، به خود می‌بالند و احساس مهم بودن می‌کنند. در زمینه عملکرد خانواده یافته‌ها نشان می‌دهد خانواده‌های عملکردی، مشکلات خود را به درجات و در زمان‌بندی‌های متفاوت حل می‌کنند. در واقع، خانواده منظومه‌ای باز است که اعضا به طور عاطفی به هم پیوسته‌اند، البته برای گسترش هویت فردی خود نیز تشویق می‌شوند. فضای چنین خانواده‌هایی مملو از عشق و پذیرش بدون قید و شرط است. در نتیجه، تعارض را تحمل می‌کنند و با میل و رغبت، درخواست کمک یکدیگر را اجابت می‌کنند که این مهم احساس مسئولیت را در بین اعضای خانواده افزایش می‌دهد (یوسلیانی، حبیبی و سلیمانی، ۱۳۹۱).

نتایج نشان داد بین عملکرد کلی خانواده با ارضای نیازهای روانی پایه ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد، به عبارتی این یافته نشان می‌دهد با بهبود عملکرد خانواده، ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان افزایش می‌یابد. به منظور بررسی سهم هر یک از مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان از آزمون رگرسیون استفاده شد و نتایج نشان داد مدل رگرسیونی بررسی تأثیر مؤلفه‌های عملکرد خانواده بر ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان معنادار است و ۸۳/۷ درصد تغییرات ارضای

نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان از طریق مؤلفه‌های عملکرد خانواده قابل پیش‌بینی هستند و مؤلفه‌های شش‌گانه (حل مسأله، ارتباط، نقش‌ها و مسئولیت‌ها، آمیختگی رفتار، کنترل رفتار و پاسخگویی عاطفی) پیش‌بینی‌کننده ارضای نیازهای روانی پایه دانش‌آموزان هستند. رحیمی‌نژاد و پاک‌نژاد (۱۳۹۳) بر اساس نتایج پژوهش خود گزارش کردند با بهبود عملکرد خانواده، ارضای نیازهای روانی پایه در نوجوانان افزایش می‌یابد که این یافته نیز با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارد. در تعاملات خانواده پاسخ‌های همه اعضا به هم مربوط هستند، این تأثیرات به صورت مستقیم و غیرمستقیم عمل می‌کنند. تأثیرات مستقیم در تعاملات خانواده به این صورت مشاهده می‌شود که ارتباط محبت‌آمیز و صبورانه، پاسخ‌های حمایتی و مسالمت‌آمیز را فرامی‌خواند و تندی و ناشکیبایی، رفتار خشم‌آگین و تضادورزی را برمی‌انگیزد. طبیعی است در چنین خانواده‌ای که تنش‌های کمتری وجود دارد و ارتباطات مناسبی بین والدین با یکدیگر و با فرزندان وجود داشته باشد، فرزندان احساس خودمختاری و شایستگی بیشتری داشته و بهتر می‌توانند با دیگران ارتباط مناسبی برقرار کنند که این مهم می‌تواند به ارضای نیازهای روانی پایه در آن‌ها بینجامد. مطالعات نشان داده‌اند کارکرد بهینه خانواده، عامل بسیار تأثیرگذار در شکوفایی، رشد و پیشرفت اعضای خانواده است (قمری و خوشنام، ۱۳۹۰ و زاده‌محمدی و ملک‌خسروی، ۱۳۸۵). کارکرد اصلی خانواده برآوردن نیازهای فردی اعضای خانواده است و این مسأله یکی از تعیین‌کننده‌های عملکرد سالم نهاد خانواده به شمار می‌رود (بهبودی و همکاران، ۱۳۸۸). کوروش‌نیا و لطیفیان (۱۳۹۰) نیز گزارش کردند الگوهای ارتباطات خانواده با ارضای نیازهای روان‌شناختی پایه در ارتباط است که این یافته هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر است.

پژوهش در اجرا با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است. نتایج به دست آمده محدود به دانش‌آموزان پسر دبیرستانی است، بنابراین تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها مستلزم اجرای پژوهش‌های بعدی است. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مربوط به نوع روش پژوهش است. این پژوهش به روش همبستگی صورت گرفته است و در تحقیقات همبستگی پژوهشگر قادر به تعیین روابط علت و معلول متغیرها نیست و نمی‌تواند در مقایسه با پژوهش‌های آزمایشی در مورد تفاوت متغیرها صحبت کند یا علت را کشف کند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش آزمایشی به منظور تعیین روابط علت و معلول، تفاوت‌های متغیرها یا کشف علت‌ها استفاده کنند. به منظور تعمیم‌دهی بیشتر نتایج، در پژوهش‌های بعدی، پیشنهاد می‌شود متغیرهای جمعیت‌شناختی هم‌چون جنسیت، سن، سطح طبقاتی - اقتصادی خانواده نیز مورد ارزیابی قرار گیرند و در مورد آزمودنی‌ها هم‌تاسازی صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود که این موضوع پژوهشی روی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی نیز انجام شود و تفاوت‌ها در جنسیت نیز بررسی شود. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های عملکرد خانواده، ارضای نیازهای روانی پایه و مسئولیت‌پذیری در دختران و پسران دبیرستانی مقایسه شود. این پژوهش با روش کمی انجام شد، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از طریق روش کیفی هم‌چون مصاحبه عمیق با صاحب‌نظران و نیز برگزاری بحث‌های گروهی متمرکز با دانش‌آموزان و صاحب‌نظران و متخصصان علوم تربیتی این مهم بررسی شود. هم‌چنین با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش و ارتباط مثبت و معنادار بین عملکرد خانواده با مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان، پیشنهاد می‌گردد تربیت فرزندان به گونه‌ای صورت گیرد که آنان وابستگی کمتری به دیگران داشته باشند، به عبارتی در تربیت آن‌ها استقلال و خودمختاری‌شان بیشتر مورد توجه قرار گیرد. مشورت والدین با فرزندان، برقراری

ارتباط دوستانه والدین با فرزندان نیز می‌تواند زمینه مسئولیت‌پذیری بهتر در خانواده‌ها را فراهم آورد. اعتماد دوطرفه والدین و فرزندان در کنار این دو مهم نیز می‌تواند سبب ایجاد جو مساعدی در خانواده شود که چه‌بسا این رویه هم در مسئولیت‌پذیری فرزندان تأثیرگذار است. پرهیز از سرزنش و نکوهش فرزندان می‌تواند عامل مهمی در کسب اعتماد به نفس آن‌ها، هم‌چنین بستر ساز مسئولیت‌پذیری بیشتر فرزندان شود. ابراز محبت از سوی والدین به فرزندان و توجه مطلوب به آنان از دوران کودکی نیز بر این مهم تأثیرگذار است. هم‌چنین مشارکت دادن فرزندان در کارهای خانه و نیز تشویق و ترغیب فرزندان به انجام کارهای گروهی در منزل و با دوستان خود می‌تواند مسئولیت‌پذیری را در آنان افزایش دهد. از این رو پیشنهاد می‌گردد، در این زمینه وزارتخانه‌ها و سازمان‌های متولی هم‌چون وزارت آموزش و پرورش، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و صدا و سیما، سرای محله و شهرداری‌ها آموزش‌هایی را برای والدین در نظر بگیرند تا این مهم سبب تربیت نسلی مسئولیت‌پذیر و خانواده‌هایی با بنیان عاطفی مستحکم گردد.

باید این نکته را گوشزد کرد که والدین الگوی فرزندان هستند و اگر خودشان الگوی خوبی در مسئولیت‌پذیری باشند، می‌توانند انتظار داشتن فرزندان مسئولیت‌پذیر را داشته باشند. به مسئولان و دست‌اندرکاران نظام آموزشی پیشنهاد می‌شود که جهت افزایش توانمندی‌های دانش‌آموزان کارگاه‌های آموزشی یا کلاس‌های آموزشی برای این گروه برگزار نمایند. پیشنهاد می‌گردد که معلمان و مربیان مهارت‌های زندگی را از دوران کودکی و سنین دبستان به افراد بیاموزند و به آن‌ها جهت برقراری ارتباط سالم با دیگران کمک کنند، چراکه این مهم می‌تواند به ارتقای عملکرد خانواده و در نهایت ارتقای سلامت روان آنان در دوران بزرگسالی بینجامد. پیشنهاد می‌گردد در مدارس شیوه‌های مناسب تربیتی به والدین دانش‌آموزان آموزش داده شود و نحوه برخورد صحیح با دانش‌آموزان و نیز کارکرد مناسب خانواده برای آنان تشریح شود تا آنان بتوانند به نحو مناسب‌تری جوابگوی نیازهای فرزندان خود باشند. در این زمینه به سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان امور تربیتی نیز پیشنهاد می‌گردد برنامه‌های آموزشی را در همین راستا به صورت رایگان برای والدین و خانواده‌ها در نظر بگیرند و با مشارکت نهادهای عمومی هم‌چون شهرداری‌ها و رسانه‌ها؛ به ویژه رسانه ملی گامی مهم در این زمینه برداشته شود.

#### پی‌نوشت‌ها

- |   |   |
|---|---|
| 1. MacLeod, J.  | 16. De Maio   |
| 2. Escartí, A., Wright, P. M., Pascual, C., & Gutiérrez, M. | 17. Shepherad   |
| 3. El Ghou, S., Guedhami,., Wang, H., & Kwok, C. C.         | 18. Greeffin  |
| 4. Voegtlin, C.   |   |
| 5. Self-determination theory                                | 19. Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S.   |
| 6. Deci & Ryan  |   |
| 7. Jang, H., Kim, E. J., & Reeve, J.                        | Boterhoven de Haan, K. L., Hafekost                   |
| 8. Lovell, G. P.  | 20. J., Lawrence, D., Sawyer, M. G., & Zubrick, S. R. |
| 9. Wang, R., Liu, H., Jiang, J., & Song, Y.                 |   |
| 10. Tian, L., & Huebner, E. S.                              |   |



11. Wong, M & Rowland, S. E
12. Ng Johan Y.
13. kosterd
14. Silborn
15. Zubrick, S.
21. McMaster Family Assessment Device (FAD)
22. Walker, R., & Shepherd, C
23. Dai, L., & Wang, L.

## منابع

- بهبودی، م.، هاشمیان، ک.، پاشا شریفی، ح.، و نوابی‌نژاد، ش. (۱۳۸۸). پیش‌بینی کارکرد خانواده بر اساس ویژگی‌های شخصیتی زوجین. *اندیشه و رفتار*، ۳ (۱۱)، ۶۶-۵۵.
- جواهری، ج. (۱۳۹۰). *رابطه بین ارضاء نیازهای روانی پایه با انگیزش پیشرفت تحصیلی و پیشرفت تحصیلی*. پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- رحیمی‌نژاد، ع.، و پاک‌نژاد، م. (۱۳۹۳). *رابطه عملکرد خانواده و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی نوجوانان*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۰ (۳۷)، ۱۱۱-۹۹.
- زاده‌محمدی، ع.، و ملک‌خسروی، غ. (۱۳۸۵). *بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی و اعتباریابی مقیاس سنجش کارکرد خانواده*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲ (۵)، ۸۹-۶۹.
- سهیلی، ه. (۱۳۸۷). *بررسی رابطه خودشکوفایی با مسئولیت‌پذیری، جایگاه مهار و خلاقیت در بین دانشجویان دوره‌های تحصیلات تکمیلی شهرستان اهواز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- قاسمی‌پور، ی.، بهرامی، ا.، عباس‌پور، ه.، قهرمان‌نژاد، س.، و پورشریفی، ح. (۱۳۹۰). *اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر ارضای نیازهای بنیادی روان‌شناختی در بیماران عمل باز عروق کرونر قلب*. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۲)، ۵۳-۴۳.
- قمری، م.، و خوشنام، آ. (۱۳۹۰). *بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۷ (۲۷)، ۳۵۴-۳۴۳.
- کوروش‌نیا، م. و لطیفیان، م. (۱۳۹۰). *بررسی رابطه بین ابعاد الگوهای ارتباطات خانوادگی - دانشگاهی و گرایش‌های تفکر انتقادی دانشجویان با واسطه‌گری ارضای نیازهای روان‌شناختی پایه*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۷ (۲۸)، ۵۱۹-۴۹۳.
- موسوی، ر.، مرادی، ع.، و مهدوی‌هرسینی، آ. (۱۳۸۴). *بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی ساختاری در بهبود عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده‌های مبتلا به اختلال جدایی*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱ (۴)، ۳۳۵-۳۲۱.
- مهدوی، آ.، عنایتی، م. و نیسی، ع. (۱۳۸۷). *بررسی اثربخشی آموزش مسئولیت‌پذیری بر عزت نفس دانش‌آموزان پسر مقطع متوسطه*. *یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۳ (۹)، ۱۲۹-۱۱۵.
- نعمتی، پ. (۱۳۸۷). *تهیه و هنجاریابی آزمون مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران در دو بعد شخصی و اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- نوروزی، و. (۱۳۸۲). *تأثیر سبک‌های رفتاری خانواده بر وضعیت روانی دانش‌آموزان و نگرش آنان به روابط انسانی در مدرسه*. *فصلنامه نوآوری‌های آموزشی*، ۶ (۲)، ۵۶-۳۱.
- یوسلیانی، غ.، حبیبی، م.، و سلیمانی، آ. (۱۳۹۱). *رابطه رفتار مطلوب انضباطی با عملکرد خانواده، منبع کنترل و عزت نفس دانش‌آموزان*. *روان‌شناسی مدرسه*، ۱ (۲)، ۱۳۴-۱۱۴.

- Behboodi, M., Hashemian, K., Pasha Sharifi, H. And Nawabinejad, Sh. (2009). Predicting Family Function Based on Couples Personality Traits. *Andishev va rafter*.3(11):55-66.
- Boterhoven de Haan, K. L., Hafekost, J., Lawrence, D., Sawyer, M. G., & Zubrick, S. R. (2015). Reliability and validity of a short version of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family process*, 54(1), 116-123.

- Dai, L., & Wang, L. (2015). Review of family functioning. *Open Journal of Social Sciences*, 3(12), 134-141.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- El Ghouli, S., Guedhami,., Wang, H., & Kwok, C. C. (2016). Family control and corporate social responsibility. *Journal of Banking & Finance*, 73(1), 131-146.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.
- Escartí, A., Wright, P. M., Pascual, C., & Gutiérrez, M. (2015). Tool for Assessing Responsibility-based Education (TARE) 2.0: Instrument revisions, inter-rater reliability, and correlations between observed teaching strategies and student behaviors. *Universal Journal of Psychology*, 3(2), 55-63.
- Ghamari, M., Khoshnam, A. H. (2011). The Relationship of Original Family Function and Quality of Life among Students. *Journal of Family Research*.7(27):343-354.
- Ghasemi-pour, Y., Bahrami-Ehsan, H., ghahramanloo-Nejad, S., Pour-Sharifi, H., (2011). The Effectiveness of Motivational Interviewing on Satisfying Basic Psychological Needs of the Patients under Coronary Artery Bypass Grafting (CABG). *Journal of Clinical Psychology*.3(2):43-53.
- Jang, H., Kim, E. J., & Reeve, J. (2016). Why students become more engaged or more disengaged during the semester: A self-determination theory dual-process model. *Learning and instruction*, 43(3), 27-38.
- Javaheri, j. (2011), the relationship between the satisfaction of basic psychological needs with the motivation of academic achievement and academic achievement. Master's Thesis, University of Tehran.
- Kouroshnia, M., Latifian, M. (2012). the Relationship between Dimensions of Family/Teachers Communication Patterns and Students' Critical Thinking Dispositions with the Mediation of Basic Psychological Needs Satisfaction. *Journal of Family Research*.7(28):493-519.
- Lovell, G. P., Gordon, J. A., Mueller, M. B., Mulgrew, K., & Sharman, R. (2016). Satisfaction of Basic Psychological Needs, Self-Determined Exercise Motivation, and Psychological Well-Being in Mothers Exercising in Group-Based Versus Individual-Based Contexts. *Health care for women international*, 37(5), 568-582.
- MacLeod, J. (2018). Professional Responsibility in an Age of Alternative Entities, Alternative Finance, and Alternative Facts. *Transactions: The Tennessee Journal of Business Law*, 19(1), 227-259.
- Mahdavi, A., Enayati, M., & Nissi, ah. (2008). The effect of responsibility training on boys Self-esteem at high school level. *Journal of social psychology*, 3(9):115-129.
- Mousavi, R., Moradi, A., and Mahdavi Harsini, A. (2005). effect of structural family therapy on improving family Performance and enhancing marital satisfaction in family with disruption. *Journal of Family Research* .1(4):321-335.
- Nemati, P. (2008). preparation and standardization of accountability test of tehran secondary school students in two dimensions: personal and social. Master's Thesis. Allameh Tabataba'i University.
- Ng Johan Y. Y. Ntoumanis Nikos, Thøgersen-Ntoumani Cecilie, Deci E. L. Ryan R. M. Duda J. L. Williams G. C. (2012). Self-Determination Theory Applied to Health Contexts A Meta-Analysis. *Perspectives on Psychological Science* 7(4), 325-340.
- Nowruzi, v. (2003), The Impact of Family's Behavior Styles on the Students' Mental Conditions and Their Viewpoint on Human Relations at School, *Quarterly Journal of Educational Innovations*, 6 (2), 31-56..

- Rahiminezhad, A, Paknejad, M , (2014).The Relationship Between Family Functioning and Psychological Needs with Adolescents' mental Health. *Journal of Family Research* 10(1): 99 -111.
- Silborn, S., Zubrick, S., De Maio, J., Shepherad, C., & Greeffin, J. (2006). The western Australian Aboriginal child health survey: Strengthening the capacity of Aboriginal children, families and communities. *Perthicurtin University of technology and telethon institute for child health research* [On- line].Available:www.childhealthresearch.com.au/waachs/publications
- Soheili, e. (2008). investigating self-Corruption relationship with responsibility, positioning and creativity among graduate students in Ahwaz. Master thesis, Islamic Azad University of Ahvaz.
- Tian, L., & Huebner, E. S. (2018). The Effects of Satisfaction of Basic Psychological Needs at School on Children's Prosocial Behavior and Antisocial Behavior: The Mediating Role of School Satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 9(17), 548-558.
- Voegtlin, C. (2016). What does it mean to be responsible? Addressing the missing responsibility dimension in ethical leadership research. *Leadership*, 12(5), 581-608.
- Walker, R., & Shepherd, C. (2006). Strengthening aboriginal family functioning: What works and why? Telethon institute for child health research[Online].Available: www.aifs.gov.au/afrc/pubs/briefing/b7pdf/b7.pdf.
- Wang, R., Liu, H., Jiang, J., & Song, Y. (2017). Will materialism lead to happiness? A longitudinal analysis of the mediating role of psychological needs satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 105(1),312-317.
- Wong, M. M., & Rowland, S. E. (2013). Self Determination and Substance Use: Is Effortful Control a Mediator?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(6), 1040-1047.
- Yoselyani Gh., Habibi M ., Soleymani E.(2012). The Relationship Between Discipline Desired Behavior and Family Functioning, Locus of Control and Self-Esteem of Students, *Journal of school psychology*, 1(2):114-134.
- Zadehmohamadi, A., Malek khosravi, G. (2006). Preliminary Study of Psychometric Properties and Validation of Family Assessment Device (FAD). *Journal of Family Research*.2(5):69-89.



## رابطه سبک تنظیم شناختی هیجان مادران با نحوه واکنش آن‌ها به هیجانات منفی کودکان

### The Relation Between Mothers' Cognitive Emotion Regulation Style and Their Reactions to Children's Negative Emotions

**F. Kosari, M.A.**

Department of Psychology, University of Tarbiat Modares,  
Tehran, Iran

**M. Esmaeilinasab, Ph.D.**

Department of Psychology, University of Tarbiat Modares,,  
Tehran, Iran

فرزانه کوثری

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

دکتر مریم اسماعیلی نسب ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۸/۸

دریافت نسخه اصلاح شده: ۱۳۹۷/۳/۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۳/۶

#### Abstract

The purpose of this study is to investigate the relationship between mothers' cognitive emotion regulation style and their reactions to children's negative emotions. To do so, 400 mothers that had children between the ages of 3 to 6 years were selected via multi-stage sampling and assessed by Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES) and General Health Questionnaire (GHQ). Results indicated that mothers' maladaptive cognitive emotion regulation have a positive relationship with their non-supportive reactions to children's negative emotions and

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سبک تنظیم شناختی هیجان مادران با نحوه واکنش آن‌ها به هیجانات منفی کودکان بود. به این منظور، ۴۰۰ نفر از مادران دارای کودک ۳ تا ۶ سال به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند و توسط پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ)، پرسشنامه واکنش‌های والدین به هیجانات منفی کودکان (CCNES) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که بین سبک ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران با واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه آن‌ها به هیجانات منفی کودکان رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد.

✉Corresponding Author: Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran  
Email: [esmaeilinasab@modares.ac.ir](mailto:esmaeilinasab@modares.ac.ir)

✉نویسنده مسئول: تهران، جلال آل‌احمد، پل نصر، دانشکده علوم انسانی، طبقه سوم، اتاق ۳۱۲  
پست الکترونیکی: [esmaeilinasab@modares.ac.ir](mailto:esmaeilinasab@modares.ac.ir)

mothers' adaptive cognitive emotion regulation have positive relation with their supportive reactions to children's negative emotions. The results of regression analysis showed that maladaptive styles of cognitive emotion regulation of mothers predict 9 percent of fluctuations in their non-supportive reactions to children's negative emotions, also mothers' adaptive cognitive emotion regulation strategies predicted 8 percent of fluctuations in mothers' supportive reactions to children's negative emotions. The results of this study indicate that mothers' cognitive emotion regulation style can predict some part of their reactions to children negative emotion. This finding can be considered in interventions to improve parenting practices.

**Keywords:** Cognitive Emotion Regulation, Reaction to Children Negative Emotions, Mother, Child.

هم‌چنین بین سبک سازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران با واکنش‌های حمایت‌گرایانه آن‌ها به هیجانات منفی کودکان رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که سبک‌های ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران پیش‌بینی‌کننده ۹ درصد از نوسانات واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه آن‌ها در برابر هیجانات منفی کودکان است و هم‌چنین سبک‌های سازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران پیش‌بینی‌کننده ۸ درصد از نوسانات واکنش‌های حمایت‌گرایانه آن‌ها در برابر هیجانات منفی کودکان است. نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که سبک تنظیم شناختی هیجان مادران، می‌تواند میزانی از واکنش آن‌ها به هیجانات منفی کودکانشان را پیش‌بینی کند. این یافته می‌تواند در مداخلات مربوط به بهبود شیوه‌های والدگری مدنظر قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** تنظیم شناختی هیجان، واکنش به هیجانات منفی کودکان، مادر، کودک.

## مقدمه

سال‌های ابتدای کودکی، فرصت منحصر به فردی برای پرورش رشد سالم در کودک است و پژوهش‌ها دوره پیش از دبستان را یک دوره حیاتی برای رشد هیجانی کودکان می‌دانند (ساندرس و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ دنهام و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). کودک از زمان تولد دارای هیجان است و ترس، خشم، غم، شادی و علاقه خودش را در موقعیت‌های مختلف نشان می‌دهد (شیور و همکاران<sup>۳</sup>، ۱۹۸۷).

والدین همه روزه با هیجانات مختلف کودک خود مواجه می‌شوند و با نحوه واکنش خود به هیجانات کودک و الگوسازی، نحوه ابراز هیجان و کنترل هیجانات را آموزش می‌دهند (میرابل<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵؛ هولودینسکی و فریدلمیر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). اهمیت واکنش والدین به هیجانات کودک را از طریق تأثیراتی که این واکنش‌ها روی کودک می‌گذارد می‌توان دریافت. برای مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نحوه خاصی از واکنش والدین به هیجانات کودکان، می‌تواند شایستگی اجتماعی و هیجانی کودکان را پایین بیاورد (گاتمن و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷؛ کول و همکاران<sup>۷</sup>، ۱۹۹۴؛ جونز و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲) و آن‌ها را در برابر افسردگی و سایر اختلالات درونی‌سازی آسیب‌پذیر کند (مزولیس، هاید و آبرامسون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶؛ سیلک و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۶) یا باعث اختلالات برون‌سازی و بروز خصومت بیشتر در نوجوانان شود (مک لیم<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۸؛ جونز و همکاران، ۲۰۰۲؛ جنترلر و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵؛ ریدل و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳).

در اختلالات اضطرابی نقش تنظیم هیجان و واکنش والدین به هیجانات کودکان مشخص شده است (هورل، هودسن، اسکرنینگ<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۵)، به علاوه نحوه واکنش والدین نقش مهمی در سازگاری، کفایت اجتماعی، رشد زبان، آگاهی هیجانی و تنظیم هیجان کودک (کاسیدی، پارک، بوکوسکی و برانگارت<sup>۱۵</sup>، ۱۹۹۲؛ ایزنبرگ و همکاران<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۲؛ هورل و همکاران، ۲۰۱۵؛ دنهام<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۸؛ ایزنبرگ و همکاران<sup>۱۸</sup>، ۱۹۹۸) دارد. در ادبیات پژوهشی در حوزه واکنش والدین به هیجانات کودکان، این واکنش‌ها به دو دسته وسیع‌تر طبقه‌بندی شده است (گاتمن و همکاران<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۶) که مشتمل‌اند بر حمایت‌گرایانه (واکنش‌های متمرکز بر هیجان و مسئله و واکنش تشویقی) و غیرحمایت‌گرایانه (واکنش‌های پریشانی، محروم کردن، نادیده گرفتن، کوچک‌شماری). واکنش‌های حمایت‌گرایانه، از تجارب هیجانی کودک حمایت می‌کند، آن را اعتبار می‌بخشد و به فهم آن کمک می‌کند. در حالی که واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه تجارب هیجانی کودک را مورد انتقاد قرار می‌دهد یا کوچک می‌شمارد و تنبیه می‌کند. واکنش‌های حمایت‌گرایانه محیط آرامی را فراهم می‌کند که در آن کودک می‌تواند درباره هیجانات یاد بگیرد و با پیامدهای سازگارانه هیجانی کودک مرتبط است (مک دول، کیم، انل و پارک<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۲). در مقابل، واکنش‌های غیرحمایت‌گر یک جو هیجانی نامناسب ایجاد می‌کند که در آن هیجان‌ها مورد بحث قرار نمی‌گیرند و به عنوان یک مورد ناچیز و دلسردکننده تلقی می‌شوند و یا با سطوح بالای منفی بودن بیان می‌شوند (دنهام، زلر، و کوچود<sup>۲۱</sup>، ۱۹۹۴). این واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه والدین همچنین می‌تواند بر روی توانایی تنظیم برانگیختگی فیزیولوژیکی و پردازش اطلاعات درباره رویدادهای هیجانی اثر بگذارد و باعث شود کودکان هیجانات را تهدیدکننده ببینند و از موقعیت‌های چالش‌انگیز هیجانی اجتناب کنند و در نهایت شانس یادگیری و مقابله با هیجانات منفی را از دست بدهند (یی و همکاران<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۶).

پژوهش‌های انجام شده در دو دهه گذشته همگی درباره اثرات واکنش‌های والدین بر روی توانایی‌های هیجانی و رفتاری کودک بوده است و در مورد عوامل پیش‌بینی‌کننده این رفتارهای والدینی مطالعات چندانی صورت نگرفته است. شیوه‌های اجتماعی کردن هیجان و نیز ویژگی‌های شخصیتی والدین دو مؤلفه‌ای است که در رابطه با نحوه واکنش والدین به هیجانات کودکان مؤثر شناخته شده‌اند. هوقس و گلونه<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۰) دریافتند که شیوه‌های اجتماعی کردن هیجان به صورت معناداری با شخصیت والدین رابطه دارد و عوامل شخصیتی بخش نسبتاً قابل توجهی از واریانس را در پیش‌بینی واکنش والدین به کودک (۲۹ تا ۴۱٪) دارد. باورهای والدین درباره هیجان نیز رفتارهای اجتماعی کردن مربوط به هیجان والدین را هدایت می‌کند، مثلاً والدینی که باورهای قوی‌تری نسبت به ارزش هیجان منفی دارند، بیشتر هیجانات منفی کودک خود را تشویق می‌کنند (لوزادا، هالبراستاد، کریچ، دانسمور، دنیس<sup>۲۴</sup>، ۲۰۱۵) در حالی که والدینی که هیجان را به عنوان تمایل مشکل‌ساز و خطرناک می‌بینند تمایل به انکار، نادیده گرفتن، یا کوچک کردن هیجان کودک دارند (گاتمن و همکاران، ۱۹۹۶). لذا ادراک و ارزش‌گذاری هیجانات از سوی والدین عامل مؤثری شناخته می‌شود.

با توجه به آنکه صاحب فرزند شدن تغییرات زیادی را در زندگی ایجاد می‌کند، والدین هرروز در موقعیت‌های چالش‌انگیز قرار می‌گیرند که برای برخورد مناسب با این رویدادها، نیازمند داشتن تنظیم هیجان مناسب هستند. یک وضعیت شایع که همه والدین با آن مواجه هستند، زمانی است که با پریشانی کودکشان مواجه می‌شوند و در آن زمان نیاز به کنترل هیجانات خودشان دارند (رادرفرد، والاس، لورنت، مایاز<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۵).

دیکس، رین هلد و زامبارانو<sup>۲۶</sup> (۱۹۹۰) دریافتند که هنگامی که مادرها عصبانی بودند آن‌ها به گونه‌ای منفی تر، به کودکشان پاسخ دادند و نسبت به مادرانی که خوشحال یا خنثی بودند اعتقاد داشتند که عصبانیت بیشتری نیاز بوده است. والدینی که احساس از دست دادن کنترل دارند اغلب هیجان منفی ترس را در خودشان مانند کودکانشان احساس می‌کنند؛ هنگامی که والدین چنین آشفتگی را تجربه می‌کنند، ممکن است مشکل آرام شدن داشته باشند، احساس آشفتگی هیجانی کنند و هنگامی که با ابرازهای هیجانی منفی کودکان مواجه می‌شوند «از کوره در روند» (گاتمن، ۱۹۹۷). در مطالعه دیگری پژوهشگران دریافتند که مادرانی که در موقعیت‌های پرسترس با ناامیدی به کودکانشان پاسخ می‌دهند کیفیت رابطه والد-فرزندی آن‌ها کمتر از مادرانی است که از استراتژی‌های مقابله سازنده‌تر استفاده می‌کنند (بینوم و به رودی<sup>۲۷</sup>، ۲۰۰۵). مادرانی که هیجانات را به صورت شدید و غیرقابل کنترل تجربه می‌کنند احتمالاً منابع مقابله محدودی برای استفاده در شرایط پرسترس دارند (گراتز و رومر<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۴) که به نوبه خود این ممکن است باعث شود هنگامی که کودکان خودشان تجارب هیجانی‌ای دارند نتوانند از آن‌ها حمایت کنند و واکنش نامناسبی داشته باشند. از این رو پیش‌بینی می‌شود که شیوه‌ای که والدین هیجانات خود را تنظیم می‌کنند بر نحوه واکنش آن‌ها به هیجانات منفی کودکان اثر بگذارد.

به طور خلاصه، همان‌طور که پیش از این اشاره شد، مولفه‌هایی همچون ویژگی‌های شخصیتی والدین و نیز باور والدین در خصوص ارزشمندی هیجان‌های منفی در خود و کودکانشان و نقش آن‌ها در واکنش به هیجانات کودک تا اندازه‌ای مورد بررسی قرار گرفته است؛ اما تا حد بررسی نویسندگان، نحوه‌ی تنظیم هیجان خود والدین به ویژه از بعد شناختی که کمتر قابل مشاهده است، در مطالعه دیگری مدنظر قرار نگرفته است. از این رو هدف این پژوهش آن بود که نقش تنظیم شناختی هیجان مادران را در ارتباط با واکنش آن‌ها به هیجانات منفی کودکانشان بررسی نماید.

## روش

روش، جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است و برای بررسی آماری علاوه بر آمار توصیفی از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون به شیوه گام به گام استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه مادران کودکان ۳ تا ۶ ساله مهدکودک‌ها و مراکز پیش‌دبستانی منطقه ۶ شهر تهران بودند. ۱۵ مهدکودک به صورت تصادفی انتخاب شدند و نمونه نهایی از بین مهدکودک‌های مذکور بر اساس تمایل داوطلبانه مادران برای پاسخ‌دهی به تست‌ها استخراج شد. حجم گروه نمونه با توجه به نوع روش و تعداد متغیرهای پژوهشی و رعایت افت آزمودنی تعداد ۴۰۰ نفر تعیین گردید. در زمینه ملاک ورود، مادرانی که در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند و حداقل دارای یک کودک ۳ تا ۶ ساله بودند، وارد طرح شدند و داده‌های پرسشنامه‌هایشان تحلیل شد. ملاک خروج مادران، کسب نمره‌ی بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه سلامت عمومی بود که قبل از اجرای پرسشنامه‌های اصلی، این پرسشنامه اجرا می‌شد. میانگین و انحراف استاندارد سن مادران به ترتیب ۳۴ و ۴ بود. از نظر تحصیلات ۸/۴۱ درصد مادران مدرک کارشناسی داشتند، ۸/۲۶ درصد مدرک دیپلم، ۸/۱۵ درصد مدرک کارشناسی ارشد، ۱۳ درصد فوق دیپلم، ۵/۱ درصد دکتری و ۳/۱ درصد زیر دیپلم، ۹۷/۰ درصد والدین با یکدیگر زندگی



می‌کردند و ۹۳/۳ درصد، درآمد متوسط داشتند. همچنین ۶۷/۳ درصد والدین یک فرزند داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن کودکان به ترتیب ۵ و ۱/۱۸ بود و ۴۵/۵ درصد کودکان دختر و ۵۴/۵ درصد کودکان پسر بودند. در فرآیند گردآوری داده‌ها، پژوهشگر پس از کسب رضایت و توضیح فرآیند پژوهش به شرکت‌کننده‌ها، پرسشنامه‌ها را بین آن‌ها توزیع می‌کرد. در طول پاسخ‌دهی شرکت‌کننده‌ها، پژوهشگر حضور فعال داشت تا از بروز پاسخ‌های تصادفی جلوگیری نماید و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها در برنامه SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ابزار سنجش

**مقیاس واکنش‌های والدین به هیجانات منفی کودکان<sup>۲۹</sup> CCNES:** این مقیاس نخستین بار توسط فابس، ایزنبرگ، برنزواینگ<sup>۳۰</sup>، در سال ۱۹۹۰ با شش زیر مقیاس ساخته و در سال ۲۰۱۵ توسط میرابل تجدیدنظر شد و یک زیر مقیاس - نادیده گرفتن - به آن اضافه گردید. این مقیاس، یک ابزار خود گزارش‌دهی است که رفتارهای والدین را در پاسخ به هیجانات منفی کودکان ارزیابی می‌کند (مثل خشم، ترس، اضطراب). به والدین ۱۲ سناریوی فرضی ارائه می‌شود که رویدادهایی را که باعث پریشانی کودک می‌شوند، به تصویر می‌کشد. والدین بر طبق اینکه احتمالاً چگونه به شیوه ارائه شده، پاسخ می‌دادند، هر سناریو را از ۱ (بسیار بعید است) تا ۷ (به احتمال بسیار زیاد) رتبه می‌دهند. نمره هر آزمودنی در دو خرده مقیاس حمایت‌گرایانه (واکنش‌های متمرکز بر مسئله و هیجان، تشویق) و غیرحمایت‌گرایانه (واکنش‌های کوچک شماری، محروم کردن، پریشانی، نادیده گرفتن) از طریق محاسبه میانگین نمرات به دست می‌آید. واکنش‌های متمرکز بر مشکل و هیجان (برای مثال: به کودک کمک می‌کنم به مکان‌هایی که هنوز نگاه نکرده فکر کند و یا حواس کودک را با صحبت درباره چیزهای خوشایند پرت می‌کنم)، تشویق (برای مثال: کودک را تشویق می‌کنم تا درباره ترس‌هایش صحبت کند). واکنش‌های کوچک شماری (برای مثال: به کودک می‌گویم بیش از حد واکنش نشان می‌دهد). واکنش‌های محروم کردن (برای مثال: به کودک می‌گویم که گریه کردن را متوقف کند وگرنه، دیگر اجازه ندارد سوار دوچرخه‌اش بشود). واکنش‌های پریشانی (برای مثال: به خاطر واکنش کودک احساس ناراحتی می‌کنم). واکنش‌های نادیده گرفتن (برای مثال: تا زمانی که کودک گریه کردنش را متوقف نکند، او را نادیده می‌گیرم). همسانی درونی برای واکنش‌های حمایتگر از طریق آلفای کرونباخ پدرها ۰/۹۳ و برای مادرها ۰/۹۱ و همسانی درونی برای واکنش‌های غیرحمایتگر از طریق آلفای کرونباخ برای پدرها ۰/۸۴ و مادرها ۰/۸۹ است (هورل و همکاران، ۲۰۱۵). ویژگی‌های روان‌سنجی آن در ایران توسط نویسندگان مقاله حاضر، بررسی و شش زیرمقیاس به دست آمد. نتایج اعتباریابی این پرسشنامه بر پایه روش همسانی درونی در هر یک از زیر مقیاس‌های پریشانی، محروم کردن، تشویق، متمرکز بر هیجان یا مسئله، کوچک شماری، نادیده گرفتن به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۸۸، ۰/۸۰، ۰/۸۰ است و نتایج بازآزمایی پس از ۳ هفته در هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۹۷، ۰/۸۳، ۰/۸۸ است و همچنین روایی این پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش وریمکس محاسبه شده و روایی ملاکی مطلوبی به دست آمد (کوثری<sup>۳۱</sup>، ۱۳۹۵).

**پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (فرم کوتاه)**<sup>۳۲</sup>: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران<sup>۳۳</sup> در سال ۲۰۰۱ تدوین شده است. یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد که دارای ۹ راهبرد متفاوت نظم‌جویی شناختی است: ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران. یک ابزار خود گزارشی است که دارای دو فرم بلند (۳۶ ماده‌ای) و کوتاه (۱۸ ماده‌ای) است؛ که فرم کوتاه علاوه بر اینکه از نظر ساختار عاملی و روایی همزمان از فرم بلند مطلوب‌تر است، برای کاربرد پژوهشی مناسب‌تر است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش وریمکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (حسنی<sup>۳۴</sup>، ۱۳۹۰). با استفاده از روش تحلیل عامل مرتبه دوم این زیرمقیاس‌ها به دو دسته تقسیم شده‌اند که پنج استراتژی ملامت خود، نشخوار فکری، فاجعه‌سازی، پذیرش و ملامت دیگران سبک سازگارانه تنظیم هیجان را شامل می‌شوند و چهار استراتژی تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه، سبک سازگارانه تنظیم شناختی هیجان را دربرمی‌گیرند (سامانی و صادقی<sup>۳۵</sup>، ۱۳۸۹). منظور از تنظیم هیجان «سازگارانه» این است که فرد بر هیجانش احساس کنترل داشته باشد و تلاش‌های مدیریت هیجانی او سازگارانه و متناسب با اهداف و تقاضاهای محیطی باشد. در مقابل، بدتنظیمی هیجانی شامل مشکلاتی در تنظیم هیجان است که با توانایی فرد برای رسیدن به اهدافش و یا برای مواجه شدن با تقاضاهای محیطی مداخله می‌کند (سیپتی، گنپیان و بارنت<sup>۳۶</sup>، ۱۹۹۱).

**پرسشنامه سلامت عمومی GHQ**<sup>۳۷</sup>: این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید. فرم اصلی آن دارای ۶۰ سوال است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤالی نیز تهیه شده است. مطالعات روان‌سنجی نسخه‌های مختلف این آزمون نشان می‌دهد نسخه ۲۸ سؤالی نسبت به سایر نسخه‌ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است. این آزمون شامل ۴ خرده مقیاس است که به ترتیب مربوط به خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی است. مطابق مدلی که ابراهیمی و همکاران در سال ۱۳۸۶ به دست آوردند، برای زنان نقطه برش بالینی ۲۵/۲۲ به دست آمد. این آزمون با قدرت بالایی می‌تواند بیمار و سالم را تمیز دهد. پایایی پرسشنامه، آلفای کرونباخ ۰/۹۷، ضریب اسپیرمن براون ۰/۹۰ و ضریب تنصیف گاتمن ۰/۹۰ است (ابراهیمی و همکاران<sup>۳۸</sup>، ۱۳۸۶).

## یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و واکنش‌های حمایت‌گرایانه و غیرحمایت‌گرایانه مادران به هیجانات منفی کودکان گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، واکنش‌های

حمایت‌گرایانه و غیرحمایت‌گرایانه مادران

انحراف استاندارد	میانگین	زیرمقیاس
۱/۶۷	۴/۶۷	ملامت خود
۱/۷۹	۶/۷۷	نشخوارگری
۲/۰۱	۴/۷۸	فاجعه‌سازی
۱/۹۸	۷/۰۰	پذیرش
۱/۳۹	۳/۹۲	ملامت دیگران
۲/۱۷	۵/۵۴	تمرکز مجدد مثبت
۱/۸۷	۷/۴۶	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی
۲/۰۷	۶/۶۸	ارزیابی مجدد مثبت
۱/۹۴	۶/۷۰	اتخاذ دیدگاه
۲/۳۱	۱۵/۳۴	واکنش‌های حمایت‌گرایانه
۲/۷۷	۱۱/۷۴	واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش در ابتدا ضرایب همبستگی پیرسون و سپس معادله رگرسیون همراه با آزمون F برای معناداری آن محاسبه می‌شود.

در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان با واکنش‌های حمایت‌گرایانه و غیرحمایت‌گرایانه والدین به هیجانات منفی کودکان گزارش شده است.

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم شناختی

هیجان مادران با واکنش‌های حمایت‌گرایانه و غیرحمایت‌گرایانه

واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه	واکنش‌های حمایت‌گرایانه	راهبردهای ناسازگارانه
		ملامت خویش
۰/۰۹	۰/۰۲	نشخوارگری
۰/۰۱	**۰/۱۴	فاجعه‌سازی
-۰/۰۴	**۰/۲۰	ملامت دیگران
۰/۰۲	**۰/۲۲	پذیرش
۰/۰۷	*۰/۱۱	راهبردهای سازگارانه
		تمرکز مثبت
**۰/۳۱	-۰/۰۳	تمرکز بر برنامه‌ریزی
**۰/۲۶	-۰/۱۲	ارزیابی مثبت
**۰/۱۹	-۰/۱۵	اتخاذ دیدگاه
**۰/۱۶	۰/۰۹	

\*P<۰/۰۵، \*\*P<۰/۰۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان؛ نشخوارگری، فاجعه‌سازی، ملامت دیگران و پذیرش با واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه والدین به هیجانات منفی کودکان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ اما میان ملامت خویش با واکنش مذکور رابطه معناداری وجود ندارد. همچنین تمام راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان؛ تمرکز مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت و اتخاذ دیدگاه با واکنش‌های حمایت‌گرایانه والدین رابطه مثبت معنی‌داری دارند.

برای استفاده از مدل رگرسیون، پیش‌فرض استفاده از آن، مورد آزمون قرار گرفت. با استفاده از آزمون کلموگرف- اسمیرنف نرمال بودن توزیع بررسی شده بود. در جدول ۳ مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام مؤلفه‌های ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران بر واکنش غیرحمایت‌گرایانه آن‌ها آمده است.

جدول ۳: مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام مؤلفه‌های ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران بر واکنش غیرحمایت‌گرایانه آن‌ها

گام	متغیر پیش‌بین	R	R2	Adjusted	F	B	Std.Error	$\beta$	t
اول	ملامت دیگران	۰/۲۳	۰/۰۵۲	۰/۰۵۰	***۲۲	۵/۴۷	۱/۱۶	۰/۲۲	***۴/۶۸
دوم	ملامت دیگران	۰/۲۸	۰/۰۷۷	۰/۰۷۳	***۱۷	۴/۵۴	۱/۱۸	۰/۱۹	***۳/۸۲
	فاجعه‌سازی					۲/۶۷	۰/۸۲	۰/۱۶	***۳/۲۶
سوم	ملامت دیگران	۰/۳۰	۰/۰۸۸	۰/۰۸۱	***۱۳	۴/۷۲	۱/۱۸	۰/۱۹	***۳/۹۸
	فاجعه‌سازی					۲/۴۰	۰/۸۲	۰/۱۴	**۲/۸۹
	پذیرش					۱/۷۴	۰/۸۱	۰/۱۰	*۲/۱۳

\* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ , \*\*\* $P < 0.001$

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود بین واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه والدین با سه مؤلفه از تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه (ملامت دیگران، فاجعه‌سازی و پذیرش) رابطه معناداری وجود دارد ( $R = 0.3$ ) به عبارت دیگر ملامت دیگران به همراه فاجعه‌سازی و پذیرش مجموعاً توانایی پیش‌بینی ۹ درصد از نوسانات واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه مادران به هیجانات منفی کودکان را دارد. ولی دو مؤلفه ملامت خویش و نشخوارگری توانایی پیش‌بینی را ندارند و لذا از معادله حذف شدند.

$$Y = 0/3 + 0/12x_1 + 0/16x_2 + 0/13x_3$$

معادله نهایی رگرسیون به این شکل است.

$Y =$  واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه والدین به هیجانات منفی کودک  $X_1 =$  ملامت دیگران.  $X_2 =$  فاجعه‌سازی.  $X_3 =$  پذیرش

در جدول ۴ مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام مؤلفه‌های سازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران بر واکنش حمایت‌گرایانه آن‌ها آمده است.

جدول ۴: مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام مؤلفه‌های سازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران بر واکنش حمایت‌گرایانه آن‌ها

گام	متغیر پیش‌بین	R	R2	Adjusted	F	B	Std.E rror	$\beta$	t
اول	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۲۶	۰/۰۶۸	۰/۰۶۶	***۲۹	۳/۸۷	۰/۷۱	۰/۲۶	***۵/۳۸
دوم	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۲۸	۰/۰۷۹	۰/۰۷۵	***۱۷	۳/۰۶	۰/۸۰	۰/۲۰	***۳/۸۰
	تمرکز مجدد مثبت					۱/۵۲	۰/۶۹	۰/۱۲	***۲/۲۰

\* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ , \*\*\* $P < 0.001$

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که از بین ۴ متغیر پیش‌بینی کننده در درجه اول تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی توانایی پیش‌بینی ۷ درصد از متغیر وابسته (واکنش‌های حمایت‌گرایانه مادران) را دارد؛ و هنگامی که تمرکز مثبت به این معادله اضافه می‌شود، ضریب تعیین تقریباً ۸ درصد می‌شود.

$$Y = 152.8 + 3.1x_1 + 1.5x_2$$

معادله نهایی رگرسیون برای واکنش‌های حمایت‌گرایانه به این شکل است:

$$Y = \text{واکنش‌های حمایت‌گرایانه والدین به هیجانات منفی کودک} = X_1 = \text{تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی} = X_2$$

تمرکز مجدد مثبت

### بحث و تفسیر

با توجه به اهمیت واکنش والدین - به ویژه مادران - به هیجانات کودک و تأثیر مستقیم آن در رشد و کنترل هیجانات کودکان و همچنین سلامت روانی کودک، بررسی پیش‌بینی کننده‌های این رفتارهای مادران ضروری می‌نماید. پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای است که رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مادران و واکنش آن‌ها به هیجانات منفی کودکان را مورد بررسی قرار داده است.

نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه مادران به هیجانات منفی کودکان رابطه مثبت معناداری وجود دارد و همچنین بین سبک سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و واکنش‌های حمایت‌گرایانه مادران به هیجانات منفی کودکان رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد.

یافته‌های پژوهش با زیربنای نظری پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، پرسشنامه واکنش‌های والدین به هیجانات منفی کودکان و نتایج پژوهش مورلن<sup>۳۹</sup> (۲۰۱۴) که ارتباط تنظیم هیجان مادران با شیوه‌های هیجان‌مدارانه فرزندپروری را مورد بررسی قرار داده بود، همسو بوده است. همچنین در پژوهشی که هوقس و گولونه (۲۰۱۰) ارتباط شیوه‌های اجتماعی کردن هیجان والدین را با شخصیت و تنظیم هیجان بررسی کردند، نتایج حاکی از آن بود که ارتباط‌های معناداری بین تنظیم هیجان والد و اجتماعی کردن هیجان وجود داشت.

نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که سبک ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مادران (بیشتر از همه ملامت دیگران و در درجه بعدی فاجعه سازی و پذیرش) مجموعاً توانایی پیش‌بینی ۹ درصد از نوسانات واکنش‌های غیرحمایت‌گرایانه به هیجانات منفی کودکان را دارد و همچنین سبک سازگارانه تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و تمرکز مجدد مثبت) مجموعاً ۸ درصد از واریانس واکنش حمایت‌گرایانه مادران به هیجانات منفی کودکان را پیش‌بینی می‌کند. معناداری نتایج رگرسیون بیانگر آن است که بعضی راهبردهای شناختی سازگارانه و ناسازگارانه تنظیم هیجان (ملامت دیگران، فاجعه سازی، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و تمرکز مجدد مثبت) می‌توانند میزانی از نحوه‌ی واکنش مادران به هیجانات منفی کودکان را پیش‌بینی کنند؛ اما این راهبردها، تنها سهم کوچکی از واریانس نحوه‌ی واکنش مادران را پوشش می‌دهند. لذا مطالعات بیشتری نیاز است تا به بررسی سایر عوامل مؤثر بر نحوه‌ی واکنش مادران به هیجانات فرزندان خود، بپردازد.

با مد نظر قرار دادن یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت مادرانی که در مواجهه با رویدادهای منفی و ناخوشایند زندگی، بیشتر دیگران را ملامت می‌کنند و درباره گرفتاری‌هایشان اغراق می‌کنند و به صورت منفعلانه آن رویداد منفی را می‌پذیرند، به هنگام مواجهه با هیجانات منفی کودکان خود پریشان می‌شوند و آن‌ها را تنبیه می‌کنند. در

مقابل مادرانی که در مواجهه با وقایع منفی و ناخوشایند به جای تفکر درباره حادثه واقعی، به موضوع لذت‌بخش و شاد فکر می‌کنند و به مراحل فائق آمدن بر واقعه منفی یا تغییر آن فکر می‌کنند، به هنگام مواجهه با هیجان منفی کودک خود نیز، به صورت حمایت‌گرایانه تری واکنش نشان می‌دهند، یعنی از واکنش‌های متمرکز بر هیجان/مساله و تشویق استفاده می‌کنند.

مادرانی که هیجان‌ات را به صورت شدید و غیرقابل کنترل تجربه می‌کنند احتمالاً منابع مقابله محدودی برای استفاده در شرایط پر استرس دارند (گراتز و رومر، ۲۰۰۴)؛ مثلاً والدینی که به هنگام ابراز هیجان‌ات منفی توسط کودکانشان پریشان می‌شوند احتمالاً بجای تمرکز بر روی نیازهای شرایط کودکانشان بر روی ناراحتی خودشان متمرکز هستند (فابس، ایزنبرگ و میلر<sup>۴</sup>، ۱۹۹۰؛ فابس و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱)؛ که به نوبه خود این ممکن است باعث مشکلاتی در حمایت از تجارب هیجانی کودکان خودشان شود. در واقع در این شرایط این والدین نمی‌توانند به شیوه سازنده از تجربه هیجانی کودکان حمایت کنند و واکنش مناسبی داشته باشند و در عوض، بیشتر احتمال دارد که تلاششان را برای کنترل ابرازهای هیجانی منفی کودکانشان به وسیله تنبیه کردن یا کوچک شماری آن‌ها شدت ببخشند. به نوبه خود، کودکانی که برای ابرازهای هیجان منفی تنبیه شده‌اند، تمایل به سرکوب کردن هیجان دارند.

اگرچه پذیرش یک فرایند خوب در مواجهه با بیشتر رویدادهاست، اما در این پژوهش دیده شد که زیر مقیاس پذیرش با واکنش‌های غیر حمایتگر مادران به هیجان‌ات کودکان رابطه مثبت معنادار داشت. با توجه به یافته گارنفسکی و همکاران<sup>۴۲</sup> (۲۰۰۲) سطوح بالای پذیرش می‌تواند به نوعی نشان‌دهنده تسلیم و کناره‌گیری باشد که در آن شخص احساس می‌کند نمی‌تواند بر رویدادها اثر بگذارد و یک احساس منفی وجود دارد که در هر صورت شخص قادر نیست وقایع را تغییر دهد؛ بنابراین نمره بالا در این زیر مقیاس می‌تواند به شیوه منفی نشان‌دهنده دست کشیدن از موقعیت باشد و سطوح بالای نمره در پذیرش با نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی مرتبط است. همچنین نمره پایین در پذیرش نیز می‌تواند با نشانه‌های آسیب‌شناسی مرتبط باشد. آن‌ها این‌گونه نتیجه گرفتند که نمره متوسط در زیر مقیاس پذیرش یک راهکار سازگارانه تلقی می‌شود ولی نمره پایین و بالا در آن ناسازگارانه محسوب می‌شود، با توجه به جدول ۱ و نمره میانگین بالای پذیرش (عدد ۷/۰۰ که دو نمره از میانگین بالاتر است) در این پژوهش رابطه آن با واکنش‌های غیر حمایت‌گرایانه مادران قابل توجیه است. همچنین سامانی و صادقی (۱۳۸۹) با استفاده از تحلیل مرتبه دوم به این نتیجه رسیده بودند که پذیرش جزء سبک ناسازگارانه تنظیم هیجان است.

دو مؤلفه ملامت خویش و نشخوارگری که جزء راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان هستند رابطه معناداری با واکنش‌های غیر حمایت‌گرایانه مادر نداشتند و وارد معادله رگرسیون نشدند. لذا به نظر می‌رسد، زمانی که مادر از سبکی از تنظیم شناختی هیجان استفاده می‌کند که به نوعی بیشتر به سرزنش خود می‌پردازد تا دیگری، احتمال بروز واکنش حمایت‌گرایانه کاهش می‌یابد. حتی پیش‌بینی می‌شود این نوع سبک تنظیم مادر (ملامت خویش) به بیش حمایتگری بینجامد که می‌تواند در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرد. در نشخوارگری نیز مادر بیش از آنکه با رسیدن به یک نتیجه زود هنگام و ملامت دیگری به کودک واکنشی حمایت‌گرایانه نشان دهد، درگیر نوعی بی‌تصمیمی و اشتغال ذهنی با موضوع می‌شود که احتمال هر نوع پاسخ از جمله حمایت‌گرایانه را سلب می‌کند. با این حال پژوهش‌های بیشتری نیاز است تا به بررسی جزئیات نقش این سبک‌ها

بپردازد. با بررسی گویه‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان تفاوت بین مؤلفه‌هایی که وارد معادله نشده‌اند با مؤلفه‌هایی که توانایی پیش‌بینی داشته‌اند بهتر مشخص می‌شود. در نشخوارگری مادر گفته است که «من اغلب به احساسی که نسبت به این تجربه دارم، فکر می‌کنم و این مسئله ذهن من را به خود مشغول کرده است» اما در فاجعه‌سازی مادر می‌گوید «من همواره به ناگواری و وحشتناک بودن آن اتفاق فکر می‌کنم». در میان راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان نیز، دو مؤلفه ارزیابی مجدد مثبت و اتخاذ دیدگاه وارد معادله رگرسیون نشدند و فقط دو مؤلفه تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی توانایی پیش‌بینی واکنش‌های حمایت‌گرایانه مادران را داشته‌اند. بررسی ماهیت گویه‌های پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در این زمینه هم بیانگر آن است که تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، بیشتر به راهکارهای متمرکز بر حل مساله نزدیک هستند که بر اساس پژوهش‌ها با امکان اقدام به عمل مرتبط‌تر هستند (اسماعیلی نسب و همکاران<sup>۴۳</sup>، ۲۰۱۶). در پایان به طور خلاصه می‌توان گفت، نتایج نشان داد که تنظیم شناختی هیجان مادران ۹ درصد از واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان را پیش‌بینی می‌کند؛ که در جای خود اهمیت قابل توجهی دارد. با این حال، ضروری است تا پژوهش‌های بیشتری در خصوص سایر عوامل مؤثر بر واکنش والدین به هیجانات کودکانشان انجام پذیرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد، می‌توان با برگزاری مداخلاتی که به بهبود سبک‌های تنظیم هیجان مادران بینجامد، با اثرگذاری بر واکنش‌های آن‌ها به هیجانات منفی کودکان، به بهبود رابطه مادر - کودک کمک کرد.

با توجه به اینکه در این پژوهش به دلیل کمبود زمان و امکانات، فقط مادران شرکت داشتند، امکان مقایسه پدران و مادران وجود نداشت. علاوه بر این، شیوه‌ی نمونه‌گیری در ابتدا تصادفی طبقه‌ای در نظر گرفته شده بود اما به دلیل عدم اطلاع دقیق سازمان بهزیستی از تعداد کودکانی که در هر مهدکودک و منطقه هستند، این اطلاعات باید از هر مهد کودک جداگانه گرفته می‌شد. تعداد کل مهدکودک‌ها زیاد بود و البته مدیران آن‌ها نیز از دادن اطلاعات دقیق درباره تعداد کودکان - که به تبع آن تعداد مادران به دست می‌آمد - خودداری می‌کردند که بخشی از آن به علت ثبت‌نام‌های جدیدی بود که در مهدها صورت می‌گرفت و آمار ماهانه را تغییر می‌داد. به همین دلیل نمونه‌گیری از تصادفی طبقه‌ای به چندمرحله‌ای تغییر کرد. همچنین، اگرچه پرسشنامه واکنش والدین به هیجانات منفی کودکان (CCNES) در مقالات معتبر زیادی در خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته است، همانند سایر ابزارهای خودگزارش‌دهی، محدودیت‌هایی دارد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در کنار این پرسشنامه از سایر روش‌های ارزیابی همچون مشاهده استفاده شود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام مادران، مدیران مهدکودک‌ها و سایر کسانی که صمیمانه در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌نمایند.

### پی‌نوشت‌ها

1. Sanders et al
2. Denham et al
3. Shaver et al
25. Rutherford, Wallace, Laurent, & Mayes
26. Dix, Reinhold, & Zambarano

4. Mirabile
5. Holodyski and Friedlmeier
6. Gottman et al
7. Cole et al
8. Jones et al
9. Mezulis, Hyde, and Abramson
10. Silk et al
11. Macklem
12. Gentzler et al
13. Rydell et al
14. Hurrell, Hudson, & Schniering, Cassidy, Parke, Butkovsky & Braungart
15. Eisenberg et al
16. Denham
17. Eisenberg et al
18. Gottman et al
19. McDowell, Kim, O'Neil & Parke
20. Denham, Zoller, & Couchoud
21. Yi et al
22. Hughes, Gullone
23. Lozada, Halberstadt, Craig, Dennis, & Dunsmore
- 24.
- 25.
- 26.
27. Bynum, & Brody
28. Gratz, & Roemer
29. Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES)
30. Fabes, Eisenberg, & Bernzweig
31. Kosari
32. CERQ-P-short
33. Garnefski
34. Hasani
35. Samani, Sadeghi
36. Cicchetti, Ganiban, & Barnett
37. General Health Questionnaire (GHQ)
38. Ebrahimi, Molavi, Moosavi Bornamanesh, Yaghobi
39. Morelen
40. Fabes, Eisenberg, & Miller
41. Fabes et al
42. Garnefski et al
43. Esmailinasab et al

#### منابع

- ابراهیمی، آ.، مولوی، ح.، موسوی، غ.، برنامنش، ع؛ و یعقوبی، م. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختارعاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۵، شماره ۱
- سامانی، س؛ و صادقی، ل. (۱۳۸۹). کفایت شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. مجله مدل‌ها و روش‌های روان‌شناختی، جلد ۱، شماره ۱
- حسنی، ج. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۴.
- کوثری، ف. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس واکنش‌های والدین به هیجانات مثبت و منفی کودکان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.

Bynum, M., & Brody, G. H. (2005). Coping behaviors, parenting, and perceptions of children's internalizing and externalizing problems in rural African American mothers. *Family Relations*, 54(1), 58-71.

Cassidy, J., Parke, R. D., Butkovsky, L., & Braungart, J. M. (1992). Family-peer connections: The roles of emotional expressiveness within the family and children's understanding of emotion. *Child Development*, 63(3), 603-618.



- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high risk populations to understanding the development of emotion regulation. In J. Garber & K. A. Dodge (Eds.). *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp.15-48). New York: Cambridge University Press.
- Cole, P., Michel, M., & Teli, L. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-100.
- Denham, S. A. (1998). Emotional development in young children. New York: Guilford Press.
- Denham, S. A., Zoller, D., & Couchoud, E. A. (1994). Socialization of preschoolers' emotion understanding. *Developmental Psychology*, 30(6), 928-936.
- Denham, S., Salisch, M. von, Olthof, T., Kochanoff, A., and Caverly, S. (2002) Emotional and social development in childhood. In P.K. Smith and C. H. Hart (Eds.), *Blackwell Handbook of Childhood Social Development*. Malden, MA: Black well Publishing.
- Dix, T., Reinhold, D. P., & Zambarano, R. J. (1990). Mothers' judgments in moments of anger. *Merrill-Palmer Quarterly*, 36(4), 465-486.
- Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M (2007) [Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients.] *Journal of Research in Behavioural Sciences* 5(1). 5-11. [in Persian].
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion *Psychological Inquiry*, 9(4), 241-273.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Carlo, G., & Karbon, M. (1992). Emotional responsivity to others: behavioral correlates and socialization antecedents. In: N. Eisenberg, & R. A. Fabes (Eds.), *Emotion and its regulation in early development: New directions in child development*. 57-74. San Francisco: Jossey-Bass.
- Esmailinasab, M., Andami Khoshk, A., Makhmali, A. (2016). Emotion Regulation and Life Satisfaction in University Students: Gender Differences. *The European Proceedings of social & Behavioral Sciences*. doi:10.15405/epsbs.2016.11.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Bernzweig, J. (1990). The Coping with Children's Negative Emotions Scale: Procedures and scoring. Available from Richard Fabes, Department of Family Resources and Human Development, Arizona State University, Tempe, AZ, 85287-2502.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1990b). Maternal correlates of children's vicarious emotional responsiveness. *Developmental Psychology*, 26, 639-648.
- Fabes, R. A., Leonard, S. A., Kupanoff, K., and Martin, C. L. (2001). Parental coping with children's negative emotions: Relations with children's emotional and social responding. *Child Development*, 72(3), 907-920.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2002). CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, the Netherlands: DATEC.
- Gentzler, A. L., Ramsey, M. A., & Black, K. R. (2015). Mothers' attachment styles and their children's self-reported security, as related to maternal socialization of

- children's positive affect regulation. *Attachment and Human Development*, 17(4), 376–398.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10(3), 243-268.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: how families communicate emotionally*. New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Hasani, J. (2011). [The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire.] *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 9, 4 [in Persian].
- Holodynski, M., and Friedlmeier, W. (2006). *Development of emotions and emotion regulation*. New York: Springer Science Business Media.
- Hughes, E. K. Gullone, E. (2010), Parent emotion socialization practices and their associations with personality and emotion regulation, *Personality and Individual Differences*, 49(7), 694–699.
- Hurrell, K. E., Hudson, J. L., & Schniering, C. A. (2015). Parental reactions to children's negative emotions: Relationships with emotion regulation in children with an anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 29(3), 72-82.
- Jones, S., Eisenberg, N., Fabes, R. A., and MacKinnon, D. P. (2002). Parents' reactions to elementary school children's negative emotions: Relations to social and emotional functioning at school. *Merrill-Palmer Quarterly*, 48(2), 133–159.
- Kosari, F. (2017). The Assessment of Psychometric Characteristics of Parental Reactions to Children's Negative and Positive Emotion Scales. Master thesis, Psychology Department, Tarbiat Modares University [in Persian].
- Lozada, F. T., Halberstadt, A. G., Craig, A. B., Dennis, P. A., & Dunsmore, J. C. (2016). Parents' beliefs about children's emotions and parents' emotion-related conversations with their children. *Journal of child and Family Studies*, 25(5), 1525-1538.
- Macklem G, L. (2008). *Practitioner's Guide to Emotion Regulation in School-Aged*. New York: Springer.
- McDowell, D. J., Kim, M., O'Neil, R., & Parke, R. D. (2002). Children's emotional regulation and social competence in middle childhood: The role of maternal and paternal interactive style. *Marriage & Family Review*, 34(3-4), 345-364.
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S., and Abramson, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology*, 42(6), 1012–1025.
- Mirabile, Scott P. (2015): Ignoring Children's Emotions: A novel ignoring subscale for the Coping with Children's Negative Emotions Scale, *European Journal of Developmental Psychology*, 12(4), 459-471.

- Morelen, D., Shaffer, A., & Suveg, C. (2016). Maternal emotion regulation: Links to emotion parenting and child emotion regulation. *Journal of Family Issues, 37*(13), 1891-1916.
- Rutherford, H. J., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review, 36*(1), 1-14.
- Rydell, A., Berlin, L., & Bohlin, G. (2003). Emotionality, emotion regulation and adaptation among 5- to 8-year old children. *Emotion, 3*(1), 30-47.
- Samani, S., Sadeghi, L. (2009). [Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.] *Journal Management System, 1* (1) 51-62 [in Persian].
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The triple P-positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 624-640.
- Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D., & O'Connor, C. (1987) Emotion Knowledge: Further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(6), 1061-1086.
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Lane, T. L., & Kovacs, M. (2006). Maternal depression and child internalizing: The moderating role of child emotion regulation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(1), 116-126.
- Yi, C. Y., Gentzler, A. L., Ramsey, M. A., & Root, A. E. (2016). Linking maternal socialization of positive emotions to children's behavioral problems: The moderating role of self-control. *Journal of Child and Family Studies, 25*(5), 1550-1558.



## مطالعه تطبیقی حقوق غیرمالی ناشی از اقتدار (ولایت) ابوبین در حقوق ایران و فرانسه

### A Comparative Study of Non-Financial Rights Arising from Parental Authority in Iranian and French Law

**A. R. Alipanah, Ph.D.**

Assistant Professor of Private Law, Faculty of Law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

**M. Shahmoradi Zavareh, M. A.**

M.A. in Private Law, Faculty of Law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

دکتر علیرضا عالی پناه<sup>✉</sup>

استادیار دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی

مهرانگیز شاهمرادی زواره

کارشناسی ارشد حقوق خصوصی دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی

دریافت مقاله: ۹۶/۹/۱۹

دریافت نسخه اصلاح شده: پذیرش بدون اصلاحات

پذیرش مقاله: ۹۷/۲/۱۹

#### Abstract

The Parental Authority over children is regarded as one of the most important non-financial rights resulting from marriage. Based on Iranian law, The authority of the Father is more than that of the Mother. The father's specific rights include his authority over marrying the minors, his authorization to verify the marriage of mature virgins and the imposition of his nationality on his children. However, the right of upbringing and meeting the children are not merely attributed to the father. In the case of child custody, the legislator has also balanced the parental rights.

#### چکیده

از جمله حقوق غیرمالی مهم ناشی از نکاح، اقتدار (ولایت) ابوبین بر فرزندان است. در حقوق ایران، ولایت پدر در خانواده بیشتر از مادر است و ولایت پدر بر تزویج اولاد صغیر، شرط بودن اذن وی در صحت ازدواج دوشیزه رشید و تحمیل تابعیت پدر بر فرزندان، از اختصاصات پدر است. با این همه، امر تربیت و تادیب فرزندان، ملاقات و امثال اوامر و احترام، به پدر اختصاص ندارد و در مورد حضانت نیز قانون‌گذار به توازن حقوقی والدین نظر داشته است. در مقابل، حقوق پیشین فرانسه به قدرت مطلق پدری در خانواده معتقد و در این زمینه برای مادر جایگاه ویژه‌ای قایل نبود. اما با تصویب قانون ۱۹۷۱ میلادی، مادر نیز در کنار پدر دارای اقتدار مستقلی گردید و اقتدار ابوبینی، جایگزین قدرت مطلق پدر در خانواده شد.

<sup>✉</sup>Corresponding author: Faculty of Law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.  
Email: [Alipanah\\_a@yahoo.com](mailto:Alipanah_a@yahoo.com)

<sup>✉</sup>نویسنده مسئول: تهران، خیابان ولنجک، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده حقوق.

پست الکترونیکی: [Alipanah\\_a@yahoo.com](mailto:Alipanah_a@yahoo.com)

Conversely, in France, the former absolute paternal power was replaced by the parental authority through the Act 1971 by attributing to the mother an Independent authority along with the father. Thus, the present situation of Iran lies in the midst of the past and present legal orders of France. This paper seeks to study the limitations of the authority of both parents over children in Iran and to examine the similarities and differences with French law in order to present a suitable model for Iran.

**Keywords:** Legal Patterns of Family Management, Paternal power, Parental Authority, Father's non-financial rights.

بنابراین، نظم حقوقی کنونی ایران درباره اقتدار ابوی، در میانه نظم حقوقی پیشین و کنونی فرانسه قرار دارد. نوشتار حاضر، با رویکردی تطبیقی و روش توصیفی-تحلیلی، درصدد است که حدود اقتدار ابوی بر فرزندان در ایران را بررسی کند و وجوه تشابه و افتراق آن را با حقوق فرانسه مورد سنجش قرار دهد و با لحاظ تحولات اجتماعی، الگوی مناسبی برای تحولات حقوقی احتمالی در این زمینه ارائه دهد.

**کلیدواژه‌ها:** الگوی حقوقی مدیریت خانواده، قدرت پدری، اقتدار ابوی، حقوق غیرمالی پدر.

## مقدمه

از جمله حقوق غیرمالی مهم ناشی از نکاح، اقتدار ابوی بر فرزندان در خانواده است. در حقوق ایران در نکاح دایم، اقتدار پدر بر فرزندان در خانواده بیشتر از مادر است. ولایت پدر بر توزیع اولاد صغیر و شرط بودن اذن پدر در ازدواج دوشیزه رشید، از آثار این اقتدار محسوب می‌گردد که صرفاً به پدر یا جد پدری فرزند اختصاص دارد و حتی وصی منتخب از سوی ولی قهری هم نمی‌تواند برای صغیر، همسر انتخاب نماید یا در نکاح دوشیزه رشید مداخله‌ای داشته باشد. در حقوق ایران، در این موارد، حقی برای مادر، حتی در نبود پدر و جد پدری، پیش‌بینی نگردیده است. از دیگر آثار این اقتدار، تحمیل تابعیت پدر بر فرزند می‌باشد که در مورد مادر، به عنوان قاعده، پیش‌بینی نشده و در عمل مشکل‌ساز گردیده است. با این همه، اقتدار پدر بر فرزندان در خانواده مطلق نیست و در امر تربیت و تأدیب، اطاعت و احترام، حضانت و ملاقات، مادر نیز مشارکت داده شده و حقوق متوازی برای وی نیز پیش‌بینی شده است. بنابراین، در حقوق ایران، می‌توان از اقتدار ابوی نسبی در خانواده سخن گفت. در مقابل، نظم حقوقی پیشین فرانسه به قدرت مطلق پدری بر فرزندان در خانواده معتقد و در این زمینه، برای مادر جایگاه حقوقی خاصی قایل نبود. سیر اقتدار در نظام حقوقی فرانسه از قدرت مطلقه پدری شروع و در نقطه عطفی در قانون سال ۱۹۷۱ میلادی به اقتدار ابوی ختم شد و از آن تاریخ مادر نیز در کنار پدر، دارای اقتدار مستقلی در مورد فرزندان گردید. بنابراین، در حوزه اقتدار ابوی بر فرزندان، سه الگوی اقتدار پدر، اقتدار ابوی نسبی و اقتدار ابوی مطلق قابل شناسایی است و در یک نگاه اجمالی، می‌توان گفت که موضع کنونی قانون مدنی ایران، یعنی اقتدار ابوی نسبی، در میانه موضع قانون‌گذار فرانسه در سال‌های پیش از ۱۹۷۱، یعنی اقتدار پدر، و پس از آن، یعنی اقتدار ابوی مطلق، قرار دارد. حال، با توجه به تحولات جامعه ایران در سال‌های پس از تصویب قانون مدنی، ضرورت بازاندیشی الگوهای اقتدار ابوی به وضوح احساس می‌شود. نوشتار حاضر با رویکردی تطبیقی و روش توصیفی-تحلیلی، درصدد است تا به پرسش‌های زیر پاسخ دهد:

۱. نظام مدیریت خانواده در ایران بر اقتدار پدر بر فرزندان در خانواده چه تاثیری دارد؟
۲. نقایص الگوی مدیریت خانواده در حقوق ایران در مقایسه با الگوی فرانسوی در حوزه اقتدار ابویینی چیست؟
۳. وجوه تشابه و افتراق اقتدار پدر بر فرزندان در حقوق ایران و فرانسه چیست؟
۴. آیا اصلاح و بازنگری الگوی حقوقی مدیریت خانواده و پذیرش اقتدار ابویینی مطلق در حقوق ایران ضروری است؟

در این مقاله نخست به بررسی حقوق غیرمالی پدر در حقوق ایران و سپس در نظام حقوقی فرانسه خواهیم پرداخت و با توجه به وجوه تشابه و افتراق دو نظام حقوقی، پیشنهادهایی به منظور بازنگری در برخی از قوانین ارایه خواهیم کرد.

### ۱- اقتدار ابویینی در حقوق ایران

بر حسب استقراء در قوانین و مقررات حاکم، حقوق غیرمالی پدر در ایران شامل ولایت پدر در ازدواج فرزند (۱-۱)، حق حضانت (۲-۱)، حق ملاقات فرزند (۳-۱)، حق تادیب و تنبیه (۴-۱)، تابعیت فرزند (۵-۱) و ضرورت احترام به پدر و مادر (۶-۱) است.

#### ۱-۱- ولایت پدر در ازدواج فرزند

حق ولایت پدر یا جد پدری ذیل دو عنوان ۱- قابلیت صحی فرزند برای ازدواج و ۲- ازدواج دختر باکره رشیده قابل بررسی است.

#### ۱-۱-۱- قابلیت صحی فرزند برای ازدواج

در مورد نخست، بر اساس عقیده رایج در فقه اسلامی، ولی قهری (پدر و جد پدری) می‌تواند فرزند صغیر خود را به تزویج دیگری در آورد. دلیل آن، آیه ۲۳۷ سوره بقره و روایات بسیاری است که به صراحت وجود چنین اختیاری را برای پدر و جد پدری به اثبات می‌رساند (حر عاملی<sup>۱</sup>، ۱۳۹۸ ق، ص ۲۰۸-۲۰۷) و باعث ایجاد اجماع فقهای امامیه (حلی<sup>۲</sup>، ۱۴۱۹ ق، ص ۵۸۷-۵۸۶) و اهل سنت (جزیری<sup>۳</sup>، ۱۴۱۹ ق، ص ۷۴۵) گردیده است (حسینی<sup>۴</sup>، ۱۳۹۰، ص ۱۱۷). هر چند همه فقها، رعایت مصلحت را در این نوع تزویج شرط نموده‌اند (عاملی<sup>۵</sup>، ۱۴۱۳ ق، ص ۸۹). ماده ۱۰۴۱ قانون مدنی نیز نکاح دختر کمتر از ۱۳ سال تمام و پسر کمتر از ۱۵ سال تمام خورشیدی را منوط به اذن ولی با رعایت مصلحت دانسته است.<sup>۶</sup>

اگر چه برخی اساتید معتقدند که منظور ماده ۱۰۴۱ قانون مدنی، این است که ولی می‌تواند به طور مستقیم مولی‌علیه را البته با در نظر گرفتن مصلحت صغیر تزویج نماید و صحت عقد منوط به رعایت مصلحت مولی‌علیه است (محقق داماد<sup>۷</sup>، ۱۳۹۵، ص ۴۸). ضمن آن که حق مذکور در این ماده، صرفاً به ولی قهری کودک اختصاص دارد و حتی وصی منتخب از سوی ولی قهری هم نمی‌تواند برای صغیر همسر انتخاب کند (روشن<sup>۸</sup>، ۱۳۹۶، ص ۳۸۶-۳۸۵).

#### ۱-۱-۲- ازدواج دختر باکره رشیده

در خصوص مورد دوم، ماده ۱۰۴۳ قانون مدنی، نکاح دختر باکره را، اگرچه به سن بلوغ رسیده باشد، موقوف به اجازه ولی قهری او دانسته و فقط زمانی که ولی بدون علت موجه اجازه نمی‌دهد، اجازه وی ساقط

می‌شود. در این صورت، دختر می‌تواند با معرفی کامل مردی که می‌خواهد با او ازدواج نماید و شرایط نکاح و مهری که بین آن‌ها قرار داده شده، از دادگاه مدنی خاص اجازه خود را دریافت و جهت ثبت ازدواج خود به دفترخانه مراجعه نماید که باید آن را مبتنی بر حفظ مصالح دختر دانست (دیانی<sup>۹</sup>، ۱۳۸۷، ص ۸۰). قوانین ناظر بر خانواده طوری تدوین شده که نکاح دایم دختران باکره در سنین بعد از بلوغ هم موکول به رضایت پدر و جد پدری است. البته، قانون‌گذار در نبود پدر و جد پدری، رضایت مادر را در این مورد ضروری نشناخته است (کار<sup>۱۰</sup>، ۱۳۷۸، ص ۸۶۸-۸۶۰). گرچه در میان فقها راجع به وجود چنین اختیاری برای ولی قهری توافق نظر وجود ندارد.<sup>۱۱</sup>

فقهای شافعی، مالکی و حنبلی بیان می‌دارند که ولی می‌تواند به تنهایی و بدون توجه به نظر بالغه رشیده، او را به ازدواج کسی درآورد؛ البته به شرط آن که باکره باشد. اما اگر بالغه رشیده یتیم باشد، ولی در امر ازدواج «مشارکت» خواهد داشت. در مقابل فقهای حنفی بیان می‌دارند که بالغه عاقله، به طور مستقل می‌تواند زوج اختیار کند، خواه باکره باشد خواه یتیم، نه کسی بر او ولایت دارد و نه حق اعتراض، البته به شرط آن که «کفو» خود را انتخاب کرده باشد و به کمتر از مهرالمثل ازدواج نکند (مغنیه<sup>۱۲</sup>، ۱۳۷۷، ص ۵۳). ذکر قول فقها در حقوق ایران، از آن نظر دارای اهمیت می‌باشد که مطابق با ماده واحده اجازه رعایت احوال شخصیه ایرانیان غیرشیعه در محاکم مصوب ۱۳۱۲، نسبت به احوال شخصیه و حقوق ارثیه و وصیت ایرانیان غیرشیعه که مذهب آنان به رسمیت شناخته شده است، محاکم باید قواعد و عادات مسلمة متداوله در مذهب آنان را جز در مواردی که مقررات قانون راجع به انتظامات عمومی باشد، رعایت نمایند.

### ۱-۲- حق حضانت فرزند

قانون‌گذار ایران در مورد نگاهداری، مراقبت و تربیت فرزند، بر خلاف امور مالی صغیر که تنها به پدر واگذار شده است، مادر را در کنار پدر قرار داده و حضانت را حق و تکلیف والدین معرفی نموده است (ماده ۱۱۶۸ ق.م.). بنابر این، حق حضانت در حقوق ایران مختص پدر و جد پدری شناخته نشده است. مطابق ماده ۱۱۶۹ ق.م.: «برای حضانت و نگهداری طفلی که ابوی او جدا از یکدیگر زندگی می‌کنند، مادر تا سن هفت سالگی اولویت دارد و پس از آن با پدر است». برخی از حقوقدانان بزرگ، به دلیل اولویتی که قانون‌گذار در مقاطع خاصی از زندگی کودک و به خاطر شرایط روحی و نیازهای عاطفی کودک برای مادر در نظر گرفته است، اعمال ریاست از جانب پدر در این مدت را به طور کلی منتفی دانسته‌اند (کاتوزیان<sup>۱۳</sup>، ۱۳۸۹، ص ۱۶۷)؛ این نظر را می‌توان در کلام تعداد زیادی از فقها نیز یافت (عاملی، ۱۴۱۶ ق، ص ۴۲۱؛ حلی، ۱۴۱۸ ق، ص ۱۰۲-۱۰۱؛ مکارم شیرازی<sup>۱۴</sup>، ۱۴۱۱ ق، ص ۴۶). در خصوص حضانت فرزندان که پدر آن‌ها فوت شده نیز ماده ۴۳ قانون حمایت خانواده، آن را به مادر داده مگر آن که دادگاه به تقاضای ولی قهری یا دادستان، اعطای حضانت به مادر را خلاف مصلحت فرزند تشخیص دهد.

در حقوق ایران، از جمله موارد اسقاط حق حضانت شامل: ۱- اعتیاد ابویین به الکل و مواد مخدر و قمار، ۲- اشتها به فسق، ۳- ابتلا به بیماری‌های روانی، ۴- سوء استفاده از کودک، ۵- ضرب و جرح غیرمتعارف است. (دیانی، ۱۳۸۷، ص ۴۰۶).

### ۱-۳- حق ملاقات فرزند در حقوق ایران

در خصوص حق ملاقات فرزند در نظام حقوقی ایران، به استناد ماده ۴۱ قانون حمایت خانواده مصوب



۱۳۹۱، «هر گاه، دادگاه تشخیص دهد توافقات راجع به ملاقات، حضانت و... بر خلاف مصلحت اوست یا در صورتی که مسوول حضانت از انجام تکالیف مقرر خودداری کند و یا مانع ملاقات طفل تحت حضانت با اشخاص ذی‌حق شود، می‌تواند در خصوص اموری از قبیل واگذاری امر حضانت به دیگری یا تعیین شخص ناظر با پیش‌بینی حدود نظارت وی با رعایت مصلحت کودک تصمیم مقتضی اتخاذ کند.» و به استناد تبصره ماده ۴۱، قوه قضاییه مکلف به فراهم نمودن سازوکار مناسب با مصالح خانواده و کودک به منظور نحوه ملاقات پدر و مادر با کودک است. همان گونه که ملاحظه گردید، حق ملاقات نیز مانند حق حضانت طفل، اختصاصی به پدر و جد پدری ندارد.

#### ۴-۱- حق تادیب و تنبیه از جانب اولیای قانونی

در خصوص حق تادیب کودک، ماده ۱۱۷۸ ق. م. بیان می‌دارد که والدین در حد توانایی خود باید به تربیت کودک اهتمام ورزند و پس از آن در ماده ۱۱۷۹ بیان می‌کند که والدین حق تنبیه کودک خود را دارند به شرط آن که بیش از حدود تادیب، تنبیه ننمایند. با استناد به بند (ت) ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲: «اقدامات والدین و اولیای قانونی و سرپرستان صغار و مجانبین که به منظور تادیب یا حفاظت آن‌ها انجام می‌شود، مشروط بر این‌که اقدامات مذکور در حد متعارف و حدود شرعی تادیب و محافظت باشد، قابل مجازات نیست.»

قانون‌گذار همچنین با تصویب قانون حمایت از کودکان و نوجوانان مصوب ۱۳۸۱، تلاش نمود تا حمایت ویژه‌ای از کودکان و نوجوانان در قبال کودک‌آزاری به عمل آورد. به این منظور، در ماده ۲ قانون فوق‌الذکر مقرر گردیده است: «هر نوع اذیت و آزار کودکان و نوجوانان که موجب شود به آنان صدمه جسمانی یا روانی و اخلاقی وارد شود و سلامت جسم یا روان آنان را به مخاطره اندازد ممنوع است.»

#### ۵-۱- تابعیت فرزندان

مطابق بند ۲ ماده ۹۷۶ قانون مدنی، تابعیت از طریق نسب پدری منتقل می‌شود<sup>۱۵</sup>. یعنی کسانی که پدر آن‌ها ایرانی است، اعم از این که در ایران یا در خارج متولد شده باشند، ایرانی محسوب می‌شوند. همچنین در اعطای تابعیت ایران، نسب پدری ملحوظ است نه نسب مادری (ماده ۹۸۴) و بر اساس ماده ۹۶۴ ق. م. روابط بین‌المللی و اولاد، تابع قانون دولت متبوع پدر است. بنابراین، مادران ایرانی، اصولاً، امکان انتقال تابعیت خود به فرزندان را ندارند. البته، در چارچوب مقررات قانون مدنی و با استناد به بند ۴ ماده ۹۷۶ می‌توان گفت، با عنایت به این که هر کس در ایران از پدر و مادر خارجی که یکی از آن‌ها در ایران متولد شده به وجود آمده باشد، ایرانی است، لذا می‌توان چنین نتیجه گرفت که کودک متولد شده در خاک ایران از مادری ایرانی که او نیز در خاک ایران متولد شده است، به طریق اولی ایرانی خواهد بود. با این همه، تصویب ماده واحده قانون تعیین تکلیف تابعیت فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی در سال ۱۳۸۵، این استنباط چاره‌اندیشانه را نیز مخدوش کرد و بر مشکلات افزود. چه، طبق این ماده واحده، برای کسب تابعیت فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی، شرایط ویژه‌ای پیش‌بینی و اجرای استنباط پیشین نیز عملاً منتفی گردید. با توجه به قیود خاص مقرر در آن ماده واحده، قوانین ایران در حوزه تابعیت، امروزه، با واقعیت‌های اجتماعی منطبق نیست و باید مورد بازنگری قرار گیرد و حقوق مادران برای انتقال تابعیت به

فرزندان رسمیت قانونی پیدا کند (کار<sup>۱۶</sup>، ۱۳۷۶، ص ۸۰). البته تصویب طرح «اصلاح قانون تعیین تکلیف تابعیت فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی»<sup>۱۷</sup> شاید بتواند این مشکل را تا حدودی مرتفع سازد.

### ۱-۶- ضرورت اطاعت از والدین و احترام به آنان

طبق ماده ۱۱۷۷ ق.م.م. کودک باید مطیع ابویین خود بوده و در هر سنی که باشد به آن‌ها احترام بگذارد، این موضوع مطابق ماده ۱۷ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مصوب ۱۳۹۲ به فرزندان نیز تعمیم داده شده است (روشن، ۱۳۹۶، ص ۵۱۲).

### ۲- اقتدار ابویین در حقوق فرانسه

در حقوق فرانسه سه مدل قانونی موجد زندگی زناشویی (ازدواج، پیمان مدنی همبستگی<sup>۱۸</sup>، همزیستی قانونی<sup>۱۹</sup>) وجود دارد که به بررسی حقوق غیرمالی پدر در آن مدل‌ها خواهیم پرداخت.

حقوق غیرمالی پدر مطابق قانون مدنی فرانسه، شامل حق اجرای اقتدار ابویین به صورت اشتراکی با مادر (۲-۱)، حق تنبیه و تادیب فرزند (۲-۲)، حق حضانت و نگهداری فرزند (۲-۳)، حق ملاقات و اسکان فرزند (۲-۴)، لزوم اذن ابویین در خصوص ازدواج فرزند (۲-۵) و لزوم احترام فرزند به پدر و مادر خود (۲-۶) است.

### ۲-۱- حق اجرای اقتدار ابویین<sup>۲۰</sup> به صورت اشتراکی با مادر

در این قسمت به بررسی این حق در سه مدل موجد زندگی زناشویی در قانون مدنی فرانسه و رویه قضایی آن کشور می‌پردازیم.

#### ۲-۱-۱- در قانون مدنی

در ابتدا حق اجرای اقتدار ابویین را در قانون مدنی فرانسه در سه مدل قانونی موجد زندگی مشترک بررسی خواهیم کرد.

#### ۲-۱-۱-۱- ازدواج

اقتدار ابویین<sup>۲۱</sup> مطابق با ماده ۱-۳۷۱ قانون مدنی فرانسه<sup>۲۲</sup>، مجموعه‌ای از حقوق و تکالیف می‌باشد که هدف از اعمال این اقتدار، تامین مصلحت و منفعت کودک است (کورب<sup>۲۳</sup>، ۲۰۰۸، ص ۴۷۶-۴۷۵). اعمال اقتدار ابویین تا زمان بلوغ کودک ادامه می‌یابد و به منظور حمایت از امنیت، سلامت و اخلاق و همچنین برای تضمین تعلیم و تربیت و فراهم ساختن زمینه رشد و پیشرفت کودک، به پدر و مادر کودک به طور مشترک اختصاص دارد<sup>۲۴</sup>. پدر و مادر در ازای این حق، مکلف به مشارکت دادن کودک (بر اساس سن و درجه بلوغ و تشخیص وی)، در تصمیمات مربوط به او هستند. لازم به یادآوری است که بر خلاف گذشته و در قانون مدنی کنونی فرانسه، حق اعمال اقتدار ابویین، به شخص پدر اختصاص نداشته و اجرای این اقتدار به طور مشترک توسط پدر و مادر صورت می‌گیرد. بنابر این، اگر نسب در خصوص یکی از پدر یا مادر، بیشتر از یک سال پس از تولد کودک اثبات گردد، در حالی که پیش از آن، نسب نسبت به والد دیگر اثبات گردیده باشد، به استناد ماده ۳۷۲ قانون مدنی فرانسه، صرفاً همان والد دیگر، دارنده حق اجرای اقتدار ابویین می‌باشد. این مقرره هنگامی که نسب کودک نسبت به والد دیگر اعلان قضایی شود نیز لازم‌الاتباع است. با وجود این، هر گاه پدر و مادر به صورت مشترک، به مدیر دفتر دادگاه اعلام نمایند، یا از قاضی امور خانواده حکم بگیرند، ممکن

است حق اجرای مشترک اقتدار را کماکان دارا باشند.

## ۲-۱-۱-۲- پیمان مدنی همبستگی<sup>۲۵</sup> و همزیستی قانونی<sup>۲۶</sup>

قانون ۸ ژانویه ۱۹۹۳ بیان می‌کند که والدین دارای رابطه غیر ازدواجی، تنها با وجود دو شرط می‌توانند اختیارات قانونی والدین نسبت به فرزند خود استفاده نمایند: نخست؛ هر دو پیش از آن که فرزندشان به سن یک سالگی برسد، به نسب وی اقرار نموده و او را به عنوان فرزند خود شناسایی نمایند. دوم؛ در زمان اعلام این شناسایی، طرفین می‌بایست به عنوان یک زوج، با یکدیگر زندگی مشترک داشته باشند. در صورت عدم وجود هر دو شرط، تنها «مادر» می‌تواند اختیارات قانونی والدین را نسبت به فرزند خود اعمال نماید، زیرا «نسب مادری» بر خلاف «نسب پدری» که نیازمند شناسایی و تأیید است، به صرف اثبات متولد شدن فرزند از یک زن، محقق می‌شود. در عین حال، در دو حالت امکان اعمال اختیارات قانونی والدین توسط هر دو و به طور هم‌زمان وجود دارد: نخست؛ در صورت تقاضای مشترک هر دو طرف و توافق آن‌ها در این باره که باید به رییس دادگاه عمومی ارایه گردد. دوم؛ پدر کودک به تنهایی این تقاضا را مطرح نماید که در این حالت تصمیم با رییس دادگاه خواهد بود و در صورت موافقت، این امکان برای طرفین به وجود می‌آید که به طور مشترک به نگهداری فرزند بپردازند (رنوت<sup>۲۷</sup>، ۲۰۱۷، ص ۸۲).

قانون‌گذار، پیمان مدنی همبستگی را موجد یک رابطه خویشاوندی میان طرفین ندانسته و آن‌ها صرفاً یک رابطه قراردادی را تجربه خواهند نمود. حتی در ابتدا، این مدل را واجد هیچ‌گونه اثری در وضعیت مدنی طرفین نمی‌دانستند و طرفین این قرارداد از نظر حقوقی هم‌چنان «مجرد» محسوب می‌شدند. پایان‌پذیری ساده، محرکی قوی و سوق دهنده برای افراد در جهت استفاده از پیمان مدنی همبستگی است. این گفته را می‌توان تأییدی بر وجود پیش فرض تزلزل و عدم ثبات، در ذهن منعقدکنندگان این نهاد تعبیر نموده است (پروبرت<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۱، ص ۲۶۲)<sup>۲۹</sup>.

## ۲-۱-۲- در رویه قضایی

در این قسمت به بررسی یک پرونده مهم در ارتباط با حقوق غیرمالی ناشی از اعمال اقتدار ابوبینی می‌پردازیم. در پرونده‌ای، زوجی مدت ۹ سال است با هم زندگی می‌کنند و از دادگاه تقاضا دارند که اقتدار ابوبینی فرزند زن با همسر جدید او (ناپدری کودک) تقسیم گردد<sup>۳۰</sup>. در واقع در این پرونده، حق حضانت و نگهداری کودک، با مادر و حق ملاقات کودک برای پدر اصلی در نظر گرفته شده بود. قاضی دادگاه در رای خود، ثبات روابط مادر و همسر دوم او، تمایل هر دوی ایشان به نگهداری از کودک و علاقه و وابستگی عمیق و دوجانبه بین فرزند و ناپدری را در نظر گرفت و مصلحت کودک را در اعطای اقتدار ابوبینی به ایشان دید. در واقع، اقتدار ابوبینی به ناپدری نیز تسری پیدا کرد.

## ۲-۲- حق تنبیه و تادیب فرزند

در فرانسه قدیم که حق زندگی و مرگ فرزند دست پدر بود، این حق به حق تنبیه و اصلاح<sup>۳۱</sup> تغییر پیدا کرد. این حق، تنبیه و اصلاح فرزندان مانند سرزنش کردن، تنبیه بدنی، فرستادن به زندان<sup>۳۲</sup> و... را به پدر خانواده می‌داد (اشنایر<sup>۳۳</sup>، ۱۹۸۰، ص ۳۴۹-۳۱۹). اما از دوره انقلاب فرانسه، راه جدیدی گشوده شد که منجر به مجموعه‌ای از تغییرات (از قدرت الهی پدر به تکلیف تربیت فرزند با نظارت دولت، از تنبیه بدنی به آموزش

فرزندان بازگوش و از خطای فرزند به مسوولیت والدین) شد. سرانجام حق تنبیه به موجب حکم ۲۳ دسامبر ۱۹۵۸ از قانون حذف گردید و قانون ۴ ژوئن ۱۹۷۰، مفهوم «اقتدار ابوینی» را جانشین آن کرد (رنوت، ۲۰۱۷، ۸۰).<sup>۳۴</sup>

### ۲-۳- حق حضانت و نگهداری فرزند

با تغییراتی که در دهه ۶۰ قرن نوزدهم در قانون مدنی فرانسه ایجاد شد، سن بلوغ به ۱۸ سال کاهش یافت. این تغییرات، روابط بین اعضای خانواده را به طور کلی بازتعریف کرد و اصل برابری فرزندان را مورد تاکید قرارداد. قانون مفهوم «نگهداری» را از قانون حذف کرد. در اعمال اقتدار ابوینی، قاضی امور خانوادگی<sup>۳۵</sup>، آن ولی‌ای را که فرزند باید به طور معمول نزد او نگهداری شود، تعیین می‌کند ... با این حال، قاضی باید دو چیز را همواره در نظر بگیرد: یکی توافقات بین زن و شوهر و دیگری احساسات فرزندان که باید از سن ۱۳ سالگی به بعد استماع شوند. اما قانون ۱۹۹۳ م، پا را از این امر فراتر می‌گذارد و اقتدار زن (اعم از همسر و شریک) را بعد از طلاقش، به عنوان یک قاعده به رسمیت می‌شناسد. اصل بر این است که اعمال اقتدار ابوینی به یکی از پدر و مادر واگذار نمی‌گردد، مگر آن که مصلحت کودک اقتضا کند. اقتدار ابوینی به دو صورت مشروع و قانونی تعریف می‌شود که تعریف نوع مشروع بر مبنای رابطه ژنتیکی استوار است، در حالی که نوع قانونی با توجه به قانون و گستردگی بسترها و... تعیین می‌شود (بنغازی<sup>۳۶</sup>، ۲۰۰۱، ص ۵۵-۴۳).

### ۲-۴- حق ملاقات و اسکان فرزند<sup>۳۷</sup>

در این قسمت از حق ملاقات و اسکان فرزند در قانون مدنی فرانسه و همچنین در رویه قضایی بحث می‌گردد.

### ۲-۴-۱- حق ملاقات و اسکان فرزند در قانون مدنی فرانسه

در نظام حقوقی فرانسه، پدر و مادر می‌توانند تحت شرایطی از اقدام کمک تربیتی برای فرزند خود بهره ببرند. قاضی امور کودکان مطابق با ماده ۷-۳۷۵ قانون مدنی فرانسه، قادر خواهد بود که به طور استثنایی هر گاه که مصلحت کودک اقتضا نماید، به شخص، سرویس یا موسسه‌ای که کودک به منظور اقدام کمک تربیتی به او سپرده شده است، اذن دهد تا در صورت استنکاف نادرست یا غیرموجه و یا سهل‌انگاری صاحبان اقتدار ابوینی، اقدامی در ارتباط با اقتدار ابوینی انجام دهد. مکان پذیرایی کودک باید مطابق مصلحت کودک و به منظور آسان نمودن اجرای حق ملاقات و اسکان پدر یا مادر و یا هر دوی ایشان و همچنین حفظ روابط کودک با برادران و خواهران خود طبق مقررات تعیین گردد. چنانچه سپردن کودک به یک شخص یا موسسه ضرورت داشته باشد، پدر و مادر کودک هم‌چنان از حق مکاتبه و نیز حق ملاقات و اسکان برخوردار خواهند بود و این حق از ایشان سلب نخواهد گشت. دادرس دادگاه، ملزم به تعیین کیفیت حق ملاقات و اسکان خواهد بود و در صورت اقتضای مصلحت کودک، قادر به تعلیق اجرای این حق به طور موقت یا اجرای آن توسط هر یک از پدر و مادر یا یکی از ایشان در حضور شخص ثالث تعیین شده یا موسسه یا سرویسی که کودک به او سپرده شده است، می‌باشد. دادرس با در نظر گرفتن وضعیت کودک، ماهیت و دفعات حق ملاقات و اسکان را در حکم خود تعیین می‌کند و حتی این شرایط را طبق توافق‌نامه‌ای که میان متصدیان اقتدار ابوینی و شخص، سرویس یا موسسه‌ای که کودک به او سپرده شده است و به دادرس تقدیم می‌شود،

تعیین نمایند. در صورت عدم حصول توافق میان ایشان، دادرس رسیدگی می‌نماید. وی همچنین می‌تواند در خصوص کیفیت پذیرایی و نگهداری از کودک، با توجه به مصلحت کودک اتخاذ تصمیم نماید. چنانچه به هر دلیلی مصلحت کودک اقتضا نماید و احتمال بروز خطری برود، دادرس در خصوص مشخص نبودن مکان دقیق پذیرایی کودک حکم صادر خواهد کرد. دادرس دادگاه حتی در شرایطی قادر است دستور ممنوعیت خروج کودک از کشور و مدت این ممنوعیت را صادر نماید که لازم به ذکر است، مدت ممنوعیت خروج از کشور وی، نباید از دو سال بیشتر باشد.

زمانی که یکی از پدر یا مادر اعمال خشونت می‌کند، کودک بزه‌دیده می‌تواند از دادگاه، تقاضای اسکان در اقامتگاه جایگزین داشته باشد (امبالا<sup>۳۸</sup>، ۲۰۱۱، ص ۸۹). در این صورت، بنابر ماده ۹-۲-۳۷۳ قانون مدنی فرانسه، این امکان وجود دارد که اقامتگاه پدر یا مادر به طور متناوب و یا اقامتگاه یکی از ایشان به عنوان محل سکونت کودک تعیین گردد. همچنین طبق تقاضای یکی از پدر یا مادر و یا در صورت عدم توافق ایشان در خصوص وضعیت اقامتگاه کودک، دادرس به طور موقت می‌تواند دستور تعیین اقامتگاهی را به طور متناوب و با تعیین مدت اقامت در آن صادر نماید. در این صورت، دادرس، پس از اتمام مدت اقامت کودک در آن اقامتگاه، به طور قطعی در خصوص محل سکونت کودک اتخاذ تصمیم می‌کند که یا به طور متناوب در اقامتگاه یکی از پدر یا مادر باشد و یا این که در اقامتگاه یکی از ایشان سکونت نماید. بنابر این، هر گاه اقامتگاه یکی از ایشان به عنوان محل سکونت کودک تعیین گردد، قاضی امور خانواده در خصوص کیفیت اجرای حق ملاقات والد دیگر اظهارنظر خواهد کرد. در صورت اقتضای مصلحت کودک، حق ملاقات در محل تعیین شده توسط دادرس اجرا می‌گردد. چنانچه مصلحت کودک اقتضا کند یا تحویل مستقیم کودک به والد دیگر خطری برای یکی از آنان در پی داشته باشد، دادرس با هدف کسب تضمین‌های لازم، کیفیت روابط را تعیین می‌کند. دادرس می‌تواند در تعیین مکان ملاقات، شخصاً اقدام نماید یا از شخص ثالث قابل اعتماد یا نماینده شخصی که از نظر اخلاقی صالح باشد، درخواست کمک نماید و به این ترتیب، مکان ملاقات را حسب منافع و مصالح کودک تعیین کند. چنانچه قاضی امور خانواده به دلایلی که به وی ارایه گردیده و در حضور طرفین مورد بحث واقع شده، چنین تشخیص دهد که دلایل مهم و جدی برای محتمل دانستن ارتکاب اعمال خشونت‌آمیز مطرح شده و احتمال خطری که کودک را تهدید کرده است، وجود دارد؛ به استناد ماده ۱۱-۵۱۵ قانون مدنی فرانسه، اقدام به صدور قرار حمایت می‌نماید.

قاضی امور خانواده، در موارد ذیل برای اتخاذ تصمیم جهت صدور قرار حمایت صالح می‌باشد:

۱- صدور دستور ممنوعیت پذیرایی و یا ملاقات برخی افراد تعیین شده توسط قاضی امور خانواده و همچنین برقراری رابطه با این افراد به هر نحوی ... ۵- اظهارنظر پیرامون کیفیت اجرای اقتدار ابوبنی و در صورت مقتضی، ... پیرامون تعیین سهم هر یک از پدر و مادر در خصوص نگهداری، تعلیم و تربیت فرزندان.

#### ۲-۴-۲- حق ملاقات و اسکان فرزند در رویه قضایی

در این قسمت به بررسی برخی از آرای مهم صادره از دیوان عالی فرانسه و دادگاهها در خصوص حق ملاقات و اسکان در حقوق فرانسه خواهیم پرداخت.

**۲-۴-۱- رای دیوان عالی فرانسه در خصوص تغییر اقامتگاه کودک توسط مادر و عدم اطلاع آن****به پدر**

در پرونده‌ای در سال ۲۰۰۶<sup>۳۹</sup>، مادر کودک اقدام به بردن وی برای زندگی با خود به سرزمین کالدنی جدید<sup>۴۰</sup> کرد، بی آن که آدرس جدید خود را برای والد (پدر فرزند) که از او جدا شده بود، بگذارد و وی از کودک خیر داشته باشد. زمان طرح پرونده در دادگاه بدوی، محل سکونت (اقامت) فرزند، محل سکونت پدر در پرونده درج شده بود که در فرانسه بود و نمی‌بایست فرزند از فرانسه خارج می‌شد. قضات دادگاه تجدیدنظر، این گونه استدلال کردند که مادر، ثبات خود را به دست آورده است و فرزندان نیز از نظر اجتماعی و آموزشی توانسته‌اند جایگاه خود را در جامعه پیدا کنند. نخست اقتدار از مادر گرفته شده بود، ولی دوباره به وی بازگردانیده شد. دیوان عالی فرانسه، استدلال دادگاه تجدیدنظر را نپذیرفت و بیان داشت که دادگاه تجدیدنظر، بدون بررسی دقیق در رفتار مادر و بررسی این که آیا این رفتار مادر، نوعی نقض احترام به حقوق کودکان است و این که ممکن است به ارتباط منظم و ملاقات بچه‌ها با پدرشان به خطر بیفتد یا خیر، تصمیم گرفته است.

**۲-۴-۲- رای دیوان عالی فرانسه در خصوص اعطای حق ملاقات به پدر با در نظر گرفتن****مصلحت فرزند**

در پرونده‌ای دیگر، دیوان عالی فرانسه، رای دادگاه تجدیدنظر پاریس (لتوئه<sup>۴۱</sup>، ۲۰۱۳، ص ۵۳) مربوط به ۳ فوریه ۱۹۹۸ را در خصوص «انگیزه‌های جدی» تایید (ابرام) می‌کند. نظر به این که دادگاه تجدیدنظر رای خود را بر اساس فشارهای اخلاقی و روانشناسی‌ای که پدری بر دختران جوانش وارد می‌کرد، گرفته است، به ویژه این که از آن‌ها می‌خواست «پوشش اسلامی» داشته باشند، همچنین ممنوعیت شنا کردن در استخرهای عمومی را رعایت کنند<sup>۴۲</sup> و نیز با توجه به عدم وجود «نشانه تحول» در طرز فکر برای در نظر گرفتن پیشرفت روانی- عاطفی و جایگاهی که به مادر اختصاص دارد و نیز با در نظر گرفتن این موضوع که این انگیزه‌ها، ارجاعی ساده به دیگر تصمیمات نیستند و توافق‌نامه مذکور را نادیده نمی‌گیرد، دادگاه تجدیدنظر نیز تصمیم خود را بر اساس ملاحظات اولیه و اساسی مربوط به مصلحت (منافع) عالی فرزند بنا می‌گذارد.

**۲-۴-۳- رای دیوان عالی فرانسه در خصوص رد درخواست تغییر اقامتگاه همیشگی فرزندان به****دلیل تعلق مادر به مذهب دیگر**

دیوان عالی رن نیز در رای خود به تاریخ ۲۷ ژوئن ۲۰۰۲، درخواست تغییر اقامتگاه همیشگی بچه‌ها را به این دلیل که مادر به مذهب دیگری تعلق دارد، رد کرد؛ زیرا این مورد در فهرست جریان‌های فرقه‌ای و اعمال مذهبی قابل سرزنش عنوان نشده است<sup>۴۳</sup>.

**۲-۴-۴- رای دیوان عالی فرانسه در خصوص رعایت مصالح کودک در اعطای حق ملاقات و****اسکان به اجداد**

دیوان عالی فرانسه در رای به سال ۲۰۰۹<sup>۴۴</sup>، بر این باور بوده که قضات رسیدگی‌کننده به ماهیت دعوا، باید منافع و مصالح کودک را در دادن حق ملاقات و اسکان در نظر بگیرند. به موجب این رای، دیوان عالی، حق ملاقات و اسکان به فرزند را به اجداد داده است، حتی در جایی که بین آن‌ها با پدر یا مادر کودک

اختلاف قدیمی و حل نشده‌ای وجود داشته ولی خشونت بار نبوده است؛ چرا که دیوان عالی فرانسه، مصلحت کودک را در این مورد دیده است و به اجداد کودک حق ملاقات و حتی اسکان به کودک را داده است.

#### ۲-۴-۲-۵- رای دیوان عالی فرانسه در خصوص عدم پذیرش اعطای حق ملاقات و اسکان به نفع اشخاصی دیگر (غیر از پدر، مادر و اجداد)

دیوان عالی فرانسه در رای دیگر<sup>۴۵</sup> بیان می‌دارد که حق پدر و همچنین مادر کودک برای نگهداری از فرزند صغیر خود مورد تایید است و دادگاه‌ها نمی‌توانند آن‌ها را ملزم و مجبور به پذیرش اعطای حق ملاقات یا حق اسکان به نفع اشخاصی دیگر (نظیر عمو، دایی و...) به غیر از اجداد کنند؛ زیرا اقتدار ابوبینی زیر سوال می‌رود. بنابر این حق ملاقات و اسکان به کودک، علاوه بر پدر (و مادر)، صرفاً برای اجداد کودک شناخته شده است و چون این امر استثنا است، باید تفسیر مضیق صورت گیرد (ملوری<sup>۴۶</sup>، ۲۰۱۶، ص ۶۹۷). در رای دیگر در سال ۱۹۷۷<sup>۴۷</sup>، دیوان عالی از اعطای حق ملاقات و یا اسکان کودک به اشخاص ثالث نظیر عمو، عمه، خاله، دایی و... به دلیل محدود شدن اقتدار ابوبینی، امتناع نموده است

#### ۲-۴-۲-۶- رای دیوان عالی فرانسه در خصوص تعلیق حق ملاقات پدری به علت اعمال فشار روانی زیاد نسبت به فرزند خود

شعبه اول دیوان عالی در رای خود در سال ۲۰۰۰<sup>۴۸</sup>، حق ملاقات پدری که فشار روانی زیادی را به فرزندان خود اعمال می‌کرد و ناشی از باورهای مذهبی‌اش بود، تعلیق نمود (به عنوان مثال دختر خردسالش را مجبور به استفاده از حجاب (روسری) اسلامی کامل می‌کرد). همچنین رای مشابه رای فوق از دیوان عالی در مورد فرزندان متولد شده در خارج از چارچوب ازدواج صادر شد<sup>۴۹</sup>.

#### ۲-۴-۲-۷- رای دیوان عالی فرانسه در خصوص انتقال مسکن اصلی کودک به محل سکونت پدر به دلیل دچار شدن کودک به سندرم وابستگی شدید نسبت به یکی از والدین

به موجب رای دیوان عالی فرانسه، انتقال مسکن اصلی کودک (محل سکونت مادر بوده) به محل سکونت پدر، با این توجیه که فرزند در حال دچار شدن به سندرم (بیماری) وابستگی به یکی از والدین است، رای داده شده است. چرا که به گونه‌ای فرزند تربیت شده است که کودک فاقد قدرت اراده و تصمیم‌گیری مستقل است<sup>۵۰</sup>.

#### ۲-۴-۲-۸- رای دادگاه تجدیدنظر فرانسه در خصوص عدم تعلیق حق ملاقات و اسکان پدر، علی رغم الکی بودن وی

دادگاه تجدیدنظر لیون فرانسه<sup>۵۱</sup> در رای خود در تاریخ ۹ ژانویه ۲۰۰۲، رییس شرکتی بزرگ بودن را امتیازی برای به دست آوردن حق تعیین محل سکونت فرزندان دانسته و الکی بودن پدر را به آن حدی که باعث تعلیق حقوق وی در خصوص اعمال اقتدار ابوبینی گردد، ندانسته است (بوفور<sup>۵۲</sup>، ۲۰۱۲، ص ۴۸۸).

#### ۲-۵- لزوم اذن ابوبین در خصوص ازدواج فرزند

در این قسمت به سن ازدواج در قانون مدنی فرانسه و استثنای آن، اشخاص ذی‌صلاح جهت اظهارنظر در خصوص ازدواج فرزند در قانون مدنی فرانسه، دارندگان حق اعتراض به برگزاری مراسم ازدواج در قانون مدنی فرانسه، آثار ازدواج باطل اعلام شده نسبت به فرزندان و حق رضایت پذیرنده فرزند نسبت به ازدواج

فرزندخوانده در نظام حقوقی فرانسه پرداخته می‌گردد.

## ۲-۵-۱- سن ازدواج در قانون مدنی فرانسه و استثنای آن

در نظام حقوقی فرانسه، اصل بر این امر است که برقراری عقد ازدواج پیش از هجده سال تمام، امکان‌پذیر نمی‌باشد. بنابر این، اصل مقرر در ماده ۱۴۴ قانون مدنی فرانسه<sup>۵۳</sup>، به موجب ماده ۱۴۵<sup>۵۴</sup> آن قانون تخصیص خورده است. به این صورت، چنانچه دادستان محل برگزاری مراسم ازدواج، در صورت وجود دلایل مهم، برگزاری مراسم ازدواج را به مصلحت بدانند، می‌تواند طرفین<sup>۵۵</sup> را از شرط سنی (هجده سال تمام) معاف نماید.

## ۲-۵-۲- اشخاص ذی صلاح جهت اظهارنظر در خصوص ازدواج فرزند در قانون مدنی فرانسه

از جمله اشخاصی که دارای صلاحیت اظهارنظر در خصوص ازدواج فرزند در قانون مدنی فرانسه هستند، پدر و مادر، اجداد یا جدات، شورای خانواده و رییس جمهور می‌باشند.

## ۲-۵-۲-۱- پدر و مادر

در حقوق فرانسه بر خلاف حقوق ایران که تنها رضایت پدر را برای ازدواج فرزند لازم می‌داند و برای مادر در این خصوص حقی قایل نیست، مطابق تصریح ماده ۱۴۸ قانون مدنی فرانسه<sup>۵۶</sup>، صغار چه پسر و چه دختر، نمی‌توانند بی اذن مشترک پدر و مادر خود ازدواج نمایند. در صورت فوت یکی از پدر یا مادر و یا در فرض ناتوانی ایشان از اجرای اقتدار ابوینی، رضایت والد دیگر در خصوص ازدواج فرزند کفایت می‌کند. چنانچه همسر یا پدر و مادر متوفی به همراه قسم، فوت وی را تصدیق نمایند، لزومی به ارائه گواهی وفات پدر یا مادر زوج آتی نمی‌باشد. بنا بر ماده ۱۴۹ قانون مدنی فرانسه: «چنانچه اقامتگاه کنونی پدر و مادر معلوم نباشد و به مدت یک سال از وی خبری نشده باشد، در صورت اعلام آن به همراه قسم توسط فرزند و والد دیگر او که رضایت خواهد داد، برگزاری مراسم ازدواج ممکن می‌باشد...». البته لازم به ذکر است که موارد مذکور باید در گواهی ازدواج درج گردد. بدین ترتیب، ناتوانی هر یک از پدر و مادر از ابراز اراده خود از طریق اعلام و قسم والد دیگر و کودک، اثبات می‌گردد (کوروب، ۲۰۰۸، ص ۶۳).

## ۲-۵-۲-۲- اجداد یا جدات

چنانچه پدر و مادر هر دو فوت کرده باشند یا هر دوی ایشان ناتوان از ابراز اراده خود در خصوص ازدواج فرزند گردند، بنا بر ماده ۱۵۰ قانون مدنی فرانسه، اذن اجداد یا جدات جانشین اذن پدر و مادر می‌گردد. در صورتی که در خصوص ازدواج فرزند، میان اجداد و جدات از یک خط (منظور اجداد یا جداتی است که هر دو پدری یا هر دو مادری هستند) یا اجداد و جدات در دو خط (منظور اجداد و جدات مادری و پدری هستند) اختلاف عقیده وجود داشته باشد، همانند فرض اختلاف نظر پدر و مادر، حمل بر رضایت ایشان می‌شود.

## ۲-۵-۲-۳- شورای خانواده<sup>۵۷</sup>

اجازه شورای خانواده در خصوص ازدواج صغار (کمتر از هجده سال تمام)، در همه موارد صدق نمی‌کند. اجازه این شورا تنها در صورتی لازم است که هیچ یک از پدر، مادر، جد و جدّه به هر دلیلی در دسترس نباشند و یا همگی ایشان، ناتوان از ابراز اراده خویش در مورد ازدواج فرزند باشند.

## ۲-۵-۲-۴- رییس جمهور

حسب اقتضا و شرایطی در نظام حقوقی فرانسه، رییس جمهور قادر خواهد بود که برگزاری مراسم ازدواج



را در صورت فوت یکی از همسران آتی<sup>۵۸</sup>، پس از احراز مجموعه کافی از امور دال بر رضایت وی و بنا به دلایل مهم، تجویز نماید. در این صورت، به استناد ماده ۱۷۱ قانون مدنی فرانسه، آثار ازدواج از تاریخ روز پیش از فوت همسر، جاری می‌گردد. بنابر این، چنین ازدواجی موجب حق ارث‌بری بدون وصیت به نفع زوج یا زوجه در قید حیات نشده و همسران تابع هیچ گونه نظام مالی تلقی نمی‌شوند<sup>۵۹</sup>.

### ۲-۵-۳- دارندگان حق اعتراض به برگزاری مراسم ازدواج در قانون مدنی فرانسه

در حقوق فرانسه، افرادی حق اعتراض به برگزاری مراسم ازدواج را دارا می‌باشند که این حق به صورت مطلق نمی‌باشد. مطابق ماده ۱۹۱ قانون مدنی فرانسه، خود زوجین، پدر و مادر ایشان، اجداد و کلیه افرادی که در خصوص برگزاری مراسم ازدواج نفعی مقرر و بالفعل دارند و همچنین دادستان در خصوص هر ازدواجی که به طور علنی منعقد نشده و مراسم آن در حضور مامور رسمی ذی‌صلاح برگزار نشده باشد، قادر به اعتراض می‌باشند. مدت زمان این شکایت، تا سی سال از زمان برگزاری مراسم ازدواج باقی است. به استناد ماده ۱۸۲ قانون مدنی فرانسه، چنانچه عقد ازدواج بدون اعلام رضایت پدر و مادر، اجداد یا شورای خانواده در مواردی که رضایت آن شورا شرط است، منعقد گردد، تنها کسانی که رضایتشان لازم بوده است یا زوجی که نیازمند اعلام این رضایت می‌باشد، قادر به اعتراض در خصوص آن ازدواج می‌باشند. هرگاه اشخاصی که اعلام رضایت ایشان ضرورت دارد، ازدواج را صریحاً یا به شکل تلویحی تایید کرده و یا بدون هیچ شکایتی از سوی ایشان مدت پنج سال از زمان آگاهی این اشخاص از واقع شدن عقد ازدواج سپری شود، حسب مقررات قانون مدنی فرانسه، اقامه دعوی بطلان برای زوجین یا پدر و مادری که اعلام رضایت آنان الزامی است، امکان‌پذیر نمی‌باشد.

دارندگان حق اعتراض به برگزاری مراسم ازدواج حسب تصریح قانون مدنی فرانسه: ۱- پدر و مادر، اجداد و جدات در صورت عدم حضور پدر و مادر، ۲- خویشان در خط جانبی در صورت نبود هیچ یک از پدر، مادر و اجداد یا جدات و ۳- دادستان می‌باشند.

### ۲-۵-۳-۱- حق اعتراض پدر و مادر، اجداد و جدات در صورت عدم حضور پدر و مادر

به طور کلی، باید اشاره کرد که طبق مقررات، حق اعتراض به برگزاری مراسم ازدواج در حقوق فرانسه، به اشخاصی تعلق دارد که در عقد نکاح با یکی از طرفین ازدواج دارای حقوق مندرج در قانون هستند. از جمله اشخاصی که حق اعتراض نسبت به ازدواج فرزند را دارند و قانون مدنی فرانسه در ماده ۱۷۳ از ایشان نام برده، پدر و مادر و در نبود آنها، اجداد و جدات است. این افراد می‌توانند نسبت به ازدواج فرزندان و نوادگان خود هر چند بالغ باشند، اعتراض نمایند. اما اگر از اعتراض یکی از آنها رجوع قضایی صورت گیرد، دیگر اعتراض جدیدی توسط هیچ یک از ایشان قابل قبول نبوده و موجب تاخیر در مراسم ازدواج نخواهد شد.

### ۲-۵-۳-۲- حق اعتراض خویشان در خط جانبی در صورت نبود هیچ یک از پدر، مادر و اجداد یا

#### جدات

به رسمیت شناختن حق اعتراض نسبت به ازدواج فرزند، در فرضی است که پدر، مادر و هیچ یک از اجداد یا جدات به هر دلیلی در دسترسی نباشند. در این صورت، سایر خویشان در خط جانبی که عبارتند از: برادر یا خواهر، عمو یا عمه، دایی یا خاله و حتی فرزندان ایشان، چنانچه بالغ باشند، از این حق برخوردار

خواهند شد. به استناد ماده ۱۷۴ قانون مدنی فرانسه، خویشان در خط جانبی در صورت حصول دو شرط، حق اعتراض در خصوص ازدواج فرزند را دارا می‌باشند: ۱- هرگاه رضایت شورای خانواده طبق مقررات حاصل نگردیده باشد. ۲- هرگاه اعتراض مبتنی بر جنون همسر آتی باشد.

### ۲-۵-۳- حق اعتراض دادستان

به استناد ماده ۱-۱۷۵ قانون مدنی فرانسه، حق اعتراض دادستان نسبت به ازدواج فرزند، مطابق همان شرایط تقاضای بطلان ازدواج از جانب وی امکان‌پذیر است.

### ۲-۵-۴- آثار ازدواج باطل اعلام شده نسبت به فرزندان

این ازدواج هر چند در فرضی که هر دوی زوجین دارای سوءنیت بوده باشند، در خصوص فرزندان دارای اثر می‌باشد. به عبارتی دیگر، بطلان ازدواج بر کیفیت اجرای اقتدار ابوینی تأثیری نخواهد داشت و در این صورت، به استناد ماده ۲۰۲ قانون مدنی فرانسه، دادرس دادگاه در مورد کیفیت اجرای این اقتدار، مانند زمان طلاق اتخاذ تصمیم می‌نماید.

### ۲-۵-۵- حق رضایت پذیرنده فرزند نسبت به ازدواج فرزندخوانده

بنا بر ماده ۳۶۵ قانون مدنی فرانسه، پذیرنده فرزند نسبت به فرزندخوانده، از تمامی حقوق ناشی از اجرای اقتدار ابوینی، از جمله حق اعلام رضایت با ازدواج فرزندخوانده برخوردار می‌باشد، مگر آن که همسر پدر یا مادر فرزندخوانده باشد که در این فرض نیز، پذیرنده فرزند به همراه همسرش، دارنده اقتدار ابوینی به شمار می‌روند و به این ترتیب، اعلام رضایت هر دوی ایشان در این فرض ضرورت دارد.<sup>۶۰</sup>

### ۲-۶- لزوم احترام فرزند به پدر و مادر خود در قانون مدنی فرانسه

یکی دیگر از حقوق غیرمالی پدر و مادر در حقوق فرزند در مقابل فرزند، لزوم احترام به ایشان می‌باشد که در مقررات قانون مدنی فرانسه همانند مقررات ایران، مورد تأکید مقنن فرانسوی قرار گرفته است. چرا که کودک ملزم است در همه سنین، به پدر و مادر خود احترام بگذارد و ایشان را تکریم نماید.<sup>۶۱</sup>

## نتیجه و پیشنهادها

یکی از علل مهم اقتدار پدر در ساختار و انگاره خانواده ایرانی، وجود برخی مقررات در حوزه خانواده است. پیشنهادهای این مقاله در جهت تغییر یا بازنگری برخی از مقررات مذکور به شرح زیر است:

۱- اعمال اقتدار اشتراکی از جانب ابویین بر فرزندان در نظام حقوقی فرانسه، به شکل مطلق و در حقوق ایران به صورت نسبی می‌باشد. چنین به نظر می‌رسد که بهتر است در صورت صلاحدید، در ایران نیز در صورت اقتضای تحولات جامعه کنونی ایران، به سمت اعمال اقتدار ابوینی به صورت اشتراکی در حرکت باشیم. فقط در مورد ولایت بر نکاح و شرطیت اذن، بر خلاف نظام حقوقی فرانسه که به سمت اشتراک اقتدار ابویین رفته، ما باید به سمت از بین بردن اقتدار ابویین برویم که تا حدودی هم رفته‌ایم، یا در حال رفتن هستیم.

۲- مطلب مهم دیگر، بحث بروز اختلاف در موارد اشتراکی است که در حقوق ایران جز در مورد حضانت و ملاقات تعیین تکلیف نشده است و باید قوانین اصلاح شوند. به عبارت دیگر، اگر در حوزه تربیت، تأدیب، اطاعت و احترام بین ابویین اختلاف شود، چه خواهد شد؛ زیرا مقرراتی در حقوق ایران پیش‌بینی نگردیده

است.

۳- در راستای قایل به ولایت مستقل شدن برای مادر در کنار پدر و اعمال اقتدار ابوبینی بر فرزندان در جهت اتخاذ الگوی مشارکتی و با در نظر گرفتن مقتضیات فقهی و همچنین با توجه به تحولات جامعه کنونی ایران، به قانون‌گذار محترم پیشنهاد بازنگری در برخی مواد قانونی در صورت صلاحدید می‌گردد:

۳-۱- به عنوان مثال، از جمله حقوق غیرمالی مهم پدر در نکاح دایم، ولایت پدر یا جد پدری در خصوص قابلیت صحی فرزند برای ازدواج و ولایت پدر یا جد پدری در ازدواج دختر باکره رشیده است. حق مذکور صرفاً به پدر یا جد پدری فرزند اختصاص دارد و حتی وصی منتخب از سوی ولی قهری هم نمی‌تواند برای صغیر، همسر انتخاب نماید. این در حالی است که چنین حقی برای مادر پیش‌بینی نگردیده و حتی در نبود پدر و جد پدری، رضایت مادر را معتبر نشناخته‌اند.

۳-۲- به نظر می‌رسد که با توجه به مقررات ایران، بالغ شخصاً می‌تواند ازدواج نماید و سن بلوغ در ایران، بر خلاف فرانسه کمتر می‌باشد و در مورد ازدواج کمتر از سن بلوغ، نگاه مقنن ایران به از بین بردن این گونه ازدواج است و در این زمینه تا سن ۱۳ سال در دختران و ۱۵ سال در پسران نیز نسبتاً موفق بوده است؛ بنابراین این، تحدید ازدواج پیش از سن بلوغ ضروری به نظر می‌رسد. زیرا آن چه که مداخله ابوبین را در فرانسه در خصوص ازدواج فرزندان ضروری می‌نماید، افزایش سن بلوغ و آن چه از بین بردن اختیار ابوبین را در ایران ایجاب می‌کند، پایین بودن سن بلوغ می‌باشد.

۳-۳- در واقع، موضع کنونی قانون مدنی ایران در حوزه اعمال اقتدار پدر بر فرزندان، در میانه موضع قانون‌گذار فرانسه در سال‌های پیش از ۱۹۷۰ میلادی و پس از آن قرار دارد. بنابراین، با توجه به تحولات جامعه کنونی ایران، ضرورت بازنگری و اصلاح این امر در حقوق ایران، به وضوح احساس می‌شود. به نظر می‌رسد که سوق دادن بیشتر اداره خانواده به سمت الگوی اشتراکی و به تبع آن، اعمال مشترک این اقتدار از جانب پدر و مادر بر فرزندان، فضای بهتری را در خانواده و جامعه کنونی ما به وجود خواهد آورد.

۴- ضرورت اعمال بازنگری و تغییر در قوانین مربوط به تابعیت در خصوص تحمیل تابعیت زوج بر زوجه و تحمیل تابعیت پدر و عدم تسری تابعیت مادر به فرزند در قوانین به وضوح احساس می‌گردد؛ به این صورت که: «فرزندان همه زنان ایرانی، حق برخورداری از تابعیت ایران را دارا هستند و نباید آن را مقید کرد، مگر آن که خود فرزند مایل نباشد.»

۵- از آن جا که در سیر تقنینی نظام حقوقی ایران در حوزه مدیریت خانواده، به اندازه کافی تحولات جامعه در نظر گرفته نشده است، اتخاذ سیاستی کارا و مشخص در خصوص مسایل خانواده و هماهنگ کردن آن با تمام بخش‌های جامعه؛ توجه به تحولات خانواده در دهه‌های اخیر و مدنظر قراردادن روند تحولات و تغییرات آینده؛ توجه به نیازمندی‌های امروز و مطالبات آینده؛ توجه به مسایل و موضوعات مربوط به زنان و کودکان و مردان؛ پیش رو قراردادن تجربه‌ها و دستاوردهای حقوق فرانسه در حوزه حقوق خانواده و امور قضایی آن؛ مشورت با متخصصان حوزه خانواده؛ در پیش گرفتن سیاست محو تبعیض علیه زنان، ضروری به نظر می‌رسد.

## پی‌نوشت‌ها

1. Al-Hurr al-Aamili, M. (1977). **Wasā'il al-Shī'a**. Vol 14. Beirut: Dar Ihya Al-Turath Al-Arabi, 2<sup>nd</sup> ed, pp. 207-208.
2. Al-Hilli, H. (1998). **Tadhkirat al-fuqaha**. Vol 2, Tehran, maktibat al-murtazawia, pp. 586-587.
3. Jaziri, A. (1998). **Al-Feghh Ala Al-Mazaheb Al-Arba At**. Vol 4, Beirut: Dar Al-Saghalein, p. 745.
4. Hoseini, V. (2011). **Authority of Man over the Family in Iranian Law And...**, Master dissertation in private law, Faculty of Law, Allameh Tabataba'i University, p. 117.
5. Aamili, M. (1992). **Nahayat Al-Maram Fi Sharh Mokhtasare Sharā'il Al-Eslam**. Qom, Eslami Pub, p. 89.

۶. لازم به ذکر است که با استناد به ماده ۵۰ قانون حمایت خانواده مصوب ۱۳۹۱، «هر گاه مردی، بر خلاف مقررات ماده ۱۰۴۱ قانون مدنی ازدواج کند، به حبس تعزیری درجه شش محکوم می‌شود...» و مطابق با تبصره ماده ذکر شده، «هر گاه ولی قهری، مادر، سرپرست قانونی یا مسوول نگهداری و مراقبت و تربیت زوجه در ارتکاب جرم موضوع این ماده تأثیر مستقیم داشته باشند به حبس تعزیری درجه شش محکوم می‌شوند...». در نهایت، باید متذکر گردید که گر چه شرعاً ولایت ولی قهری بر تزویج صغیر، تنها به مصلحت طفل مقید است، اما در نظام حقوقی ایران، با وجود این که نکاح صغار از حیث وضعی باطل نشده است، اما با جرم‌انگاری نکاح خارج از سن قانونی، عملاً اختیار ولی قهری، به شدت تحدید گردیده است.

7. Mohaghegh Damad, M. (2016). **Family Law In Islamic Jurisprudence [Marriage & dissolution]**. Oloom eslami Pub, p. 48.
8. Roshan, M. (2017). **Family Law**. Tehran, Jungle Pub, pp. 385-386.
9. Dayani, A. (2009). **Family Law [Marriage & dissolution]**. Tehran, Mizan Pub, p. 80.
10. Kar, M. (1999). **Legal status of a woman in a family and compare it with rights of Man**. Revue Iran nameh, Numéro 68-69, pp. 860-868.

۱۱. فقهای امامیه نیز در خصوص مساله استمرار ولایت پدر و جد پدری در امر نکاح دختر باکره رشیده دارای اختلاف عقیده هستند.

مجموع اقوال ایشان به طور خلاصه به شرح ذیل می‌توان تبیین نمود:

۱- استمرار ولایت برای پدر و جد پدری (شیخ طوسی، ۱۳۹۰ ق، ۴۶۵؛ عاملی، ۱۳۹۸ ق، ۷۷)؛ ۲- استقلال دختر باکره بالغه رشیده؛ ۳- استمرار ولایت پدر و جد پدری حتی پس از دوران بلوغ و رشد دختر در ازدواج دایم. لیکن در ازدواج موقت در صورتی است که منجر به وطنی نگردد؛ ۴- ولایت ولی قهری تا بلوغ بوده و دختر بالغ و رشید (باکره یا غیرباکره)، در امر ازدواج آزاد و مستقل است (فاضل لنکرانی، ۱۴۲۲ ق، ۹۴)؛ ۵- شرط استمرار ولایت پدر و جد پدری در ازدواج موقت. لیکن در ازدواج دایم، استمرار ولایت شرط نمی‌باشد. تشریح در ولایت به این منظور که انعقاد عقد نکاح با دختر باکره رشیده مشروط به اذن وی به همراه اذن پدر یا جد پدری می‌باشد. برای مطالعه بیشتر در این خصوص ن.ک. به مقاله:

نقیبی، ا. (۱۳۸۷). «استقلال دختر در ازدواج و آرای مربوط به آن»، *فقه و حقوق خانواده (ندای صادق)*، شماره ۴۹.

12. Moghniye, M. (1998). **personal status**. Vol 4, Tehran, Moassese Al-Sadegh, 3<sup>rd</sup> ed, p. 53.

13. Katouzian, N. (2010). **Civil Law: Family**. Vol: 2, Tehran, Sahami Enteshar Pub, p. 167.

14. Juba'i al'Amili, Z. (1995). **Masalek Al-Afham...**, Vol 8, Qom, Moassese Al-ma'aref Al-eslamiye, p 421;

- Al-Hilli, H. (1997). **Rules of Ahkam...**, Vol 3, Qom, Nashr Eslami Pub, pp. 101-102;

- Makarem Shirazi, N. (1990). **Anwar al-Fuqahah**. Vol 1, Qom, Emam Al-Momenin, p. 46.

۱۵. قابل ذکر است که قانون «تعیین تکلیف فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی» نیز در تاریخ ۸۵/۷/۲ به تصویب مجلس و در تاریخ ۸۵/۷/۱۲ به تایید شورای نگهبان رسید که هدف این قانون، اصلاح ماده ۹۷۶ قانون مدنی ایران بود.

<http://www.isna.ir/news/96042011610/%D9%81%D8%B1%D8%B2%D9%86%D8%AF%D8%>

16. Kar, M. (1997). **Iranian women's Political rights**, Tehran, Roshangaran Pub, p 80.

۱۷. بر اساس مصوبه کمیسیون فرهنگی مجلس شورای اسلامی: «فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی، برای کسب تابعیت ایرانی، دیگر نیاز به سلب تابعیت پیشین خود از طریق پدر را ندارند. بر اساس این مصوبه، فرزندان حاصل از ازدواج زنان ایرانی با مردان خارجی می‌توانند تابعیت ایران را دریافت کنند». البته در حال حاضر جلوی طرح در مجلس گرفته شده و در انتظار لایحه جدید دولت است. به نقل از: سایت خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، سه شنبه: ۲۰ تیر ۱۳۹۶، ساعت ۲۱، تاریخ مراجعه به سایت: ۲۱ تیر ۱۳۹۶، ساعت ۱۵:۱۳.

<http://www.isna.ir/news/96042011610/%D9%81%D8%B1%D8%B2%D9%86%D8%AF%D8%>

18. Le Pacs.

19. Le Concubinage.

20. Exercice de l'autorité parentale:

اجرای اقتدار ابویینی که جدای از دارا بودن اقتدار می‌باشد؛ گاه دارنده اقتدار، اجراکننده آن نیز به شمار می‌رود و گاه به دلابلی چون عدم صلاحیت یا ناتوانی، اجرای اقتدار به صورت کلی یا جزیی از او سلب می‌شود.

21. Autorité:

قدرت، اقتدار، توانایی، توان، اختیار، نفاذ حکم، فرمانروایی، حکمرانی؛ در حقوق فرانسه به جای صحبت از واژه ولایت، از واژه اقتدار صحبت می‌کنیم که واژه‌ای عام‌تر از ولایت است.

Autorité parentale: اقتدار ابویینی

22. Article 371-1: "L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité."

23. Courbe, P. (2008). **Droit de la famille**. 5<sup>e</sup> édition, Sirey université, pp 475-476.

۲۴. سیر اقتدار در نظام حقوقی فرانسه از قدرت مطلقه پدری شروع و در نقطه عطفی در قانون سال ۱۹۷۰ میلادی، به اقتدار ابویینی ختم می‌گردد. حقوق فرانسه از سال ۱۹۷۰ به بعد، قایل به بحث اقتدار مادر می‌گردد و کاملاً اقتدار مستقلی در کنار پدر برای وی در نظر می‌گیرد که حتی پس از طلاق نیز ادامه داشته و در مورد فرزندان طبیعی نیز

اعمال می‌شد. قانون ۲۰۰۲، تحول پیشین را با ایجاد نهادی که امروزه به آن «اعمال اقتدار مشترک» می‌گوییم، تکمیل می‌کند.

#### 25. Pacte Civil De Solidarité:

قرارداد مدنی زندگی مشترک، پیمان مدنی همبستگی. این پیمان، موضوع بند ۱ تا ۷ ماده ۵۱۵ قانون مدنی فرانسه می‌باشد.

#### 26. Concubinage:

کونکوبیناژ به همراه پیمان مدنی همبستگی، دو مدل قانونی موجد زندگی مشترک هستند که در ۱۵ نوامبر ۱۹۹۹ به قانون مدنی فرانسه اضافه گردیده‌اند. هر سه مدل موجد زندگی زناشویی در حقوق فرانسه امروز، بین افراد هم‌جنس نیز صورت می‌گیرد. مقنن فرانسه، به تعریف مدل کونکوبیناژ در ماده ۸-۵۱۵ پرداخته است.

27. Renaut, M. (2017). **Histoire Du Droit De La Famille**, 2<sup>e</sup> édition, éditions-ellipses, p. 82.

28. Probert, R. (2001). **From lack of status to contract: assessing the French Pacte Civil de Solidarité**. Journal of Social Welfare and Family Law 23 (3), p. 262.

۲۹. دو پرونده مهم در ارتباط با حقوق غیرمالی ناشی از اعمال اقتدار ابوینی وجود دارد که در یکی از این پرونده‌ها، دو خانم در فرانسه که در قالب پیمان مدنی همبستگی زندگی می‌کردند و تمایل زیادی به داشتن فرزند داشتند، با کمک پزشکی و روش‌های باروری، صاحب فرزند شدند. در این که فرزند، رابطه نسبی را با مادر ژنتیکی خود دارد و مادر حق اعمال اقتدار بر فرزند را دارد، شکی نیست. مادر نسبی کودک، از دادگاه تقاضا می‌کند که رای به مشارکت در اقتدار ابوینی بین او و شریک هم‌جنسش دهد، بدین منظور که حمایت از کودک، بهتر و آسان‌تر تامین گردد. با توجه به تصمیم دادگاه که از ابتدای سال ۲۰۱۱ در حوزه اعمال اقتدار به صورت مشترک اتخاذ گردیده است و نشان‌دهنده تحولی در استدلال‌های دادگاه‌ها است، به نظر می‌رسد مشکلی در اعطای اقتدار به صورت اشتراکی نباشد، اگر مصلحت کودک اقتضا نماید.

- Délégation-partage de l'autorité parentale au sein d'un couple homosexuel: évolution jurisprudentielle, Jugement rendu par Tribunal de grande instance de Créteil, AJ Famille, 2011, n° 10/06078, p. 604.

در رای دیگر، اقتدار ابوینی یک کودک که به موجب رای دادگاه به مادر بیولوژیک (نسبی) وی سپرده شده بود و این مادر به موجب رای قاضی کودکان، اعمال اقتدار ابوینی را به یک زوج هم‌جنس که در قالب پیمان مدنی همبستگی با هم زندگی می‌کردند، واگذار کرده بود. آن زوج هم‌جنس، فرزند را بزرگ کرده و با وی انس گرفته بود و تعلق عاطفی داشت. بعد از مدتی، مادر نسبی کودک، تقاضای تسهیم اقتدار ابوینی با همسر دوم خود (ناپدری کودک) را داشت که قاضی دادگاه مستنداً به ماده ۳۳۷ قانون مدنی فرانسه که مقرر می‌دارد: «در صورت پذیرش دعوای اعتراض به نسب، دادگاه می‌تواند مطابق مصلحت کودک، کیفیت روابط او با شخصی که وی را بزرگ کرده، تنظیم کند.» چنین استدلال می‌کند؛ زوج هم‌جنس‌گرا، به مانند یک پدر و مادر واقعی کودک، حق دارد طرف دعوا قرار گیرد و حتی ذی‌نفع نیز شناخته شود، چرا که مصلحت کودک این گونه ایجاب می‌کند و تنها داشتن رابطه بیولوژیک ملاک نیست.

- Délégation-partage de l'autorité parentale: conséquence de la séparation de deux expacées, Jugement rendu par Tribunal de grande instance d'Annecy, n° 09/02356, AJ Famille, 2010, p. 435.

\* Article 337: Lorsqu'il accueille l'action en contestation, le tribunal peut, dans l'intérêt de l'enfant, fixer les modalités des relations de celui-ci avec la personne qui l'élevait.

به نظر می‌رسد که در رویه قضایی فرانسه، در ازدواج میان زوجین هم‌جنس نیز صلاحیت اعمال اقتدار ابوبنی در نظر گرفته شده است.

30. *Autorité parentale: délégation partage au profit de la compagne de la mère, Jugement rendu par Tribunal de grande instance de Paris, n° 12/35092, AJ Famille, 2013, p. 232.*

31. *Droit de Correction:*

این عبارت که معادل فارسی آن «حق تنبیه و اصلاح» در نظر گرفته شده است، در حقوق فرانسه امروز، در این عبارت یک تحول مفهومی رخ داده است. قانون‌گذار فرانسه با به کار بردن این اصطلاح، امروزه، دیگر حق خشونت و تنبیه فیزیکی (بدنی) را به والدین نمی‌دهد. در فرانسه قدیم که حق زندگی و مرگ فرزند دست پدر بود، به حق تنبیه و اصلاح تغییر پیدا کرد. این حق، تنبیه و اصلاح فرزندان مانند سرزنش کردن، تنبیه بدنی، فرستادن به زندان و... را به پدر خانواده می‌داد. در واقع مظهر سخت‌گیرانه‌ترین قدرت پدری، حق حبس کردن فرزند پسر در یک زندان، بدون نیاز به دادرسی و بدون وجود حکم قضایی و صرفاً با یک نامه یا دستور پادشاه بود. این ابزار تنبیهی خانوادگی، در راستای مصلحت و منفعت خانواده برای پایان دادن به رفتارهای ناهنجار جوانان بود.

32. *Lettre de cachet:*

نامه یا سند غیررسمی که پدر خانواده در فرانسه قدیم آن را مُهر و امضا می‌کرد و فرزند به موجب آن نامه محکوم به زندان می‌شد.

33. Schnapper, B. (1980). *La correction paternelle et le mouvement des idées au dix-neuvième siècle (1789-1935)*, Revue Historique, T. 263, Fasc. 2 (534) Published by: Presses Universitaires de France, pp. 319-349.

۳۴. در قسمت «د» بند ۱ ماده ۱۶ کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان، به حقوق و تکالیف یکسان والدین و قیمومت و حضانت و سرپرستی فرزندان پرداخته است.

۳۵. برای مطالعه بیشتر در خصوص قاضی مربوط به امور خانوادگی، شرایط قاضی، وظایف قاضی و... نگاه کنید به:

Juge aux affaires familiales, Fiches d'orientation, Dalloz, Août 2016.

36. Benghozi, P. (2001). *Autorité Parentale Légale, Autorité Parentale Légitime, L'autorité et le lien*, Press Le Divan familial, 1 N° 6., pp. 43-55.

37. *Droit de visite et d'hébergement.*

38. Mbala, F. (2011). *Divorce pour faute et autorité parentale*, AJ Famille, p. 89.

39. Cass. civ. 1re, **4 juillet 2006**, Bull. civ. I, n°339; JCPG 2006. II. 10177; Dr famille 2006, n°188; RTD civ. 2006.

40. Nouvelle-Calédonie.

41. Létévé, L. (2013). *Égalité Démocratique Et Fonction Parentale: L'expérimentation De La Limité*. Thèse de doctorat en psychologie, Sous la direction de Jean-Daniel Causse, Université Paul Valéry-Montpellier III, p. 53.

42. Poitiers, **28 avril 1999** ; JCP 2002, IV, 1305; RTD civ. 2002, 286, obs. Hauser; Juris-Data n°156231.

43. Létévé, Lucie, op. cit, p 53.

44. Cass. civ. 1re, **14 janvier 2009**, Dr. famille 2009, n°41.

45. Cass. civ. 1re, **22 mars 1961**, D. 1961, n. R. Savatier.

46. Malaurie, P.; Fulchiron, H. (2016). *Droit De La Famille*, LGDJ, 5e édition, p 697.

47. Cass. civ. 1re, **10 mai 1977**, Bull. civ. I, n°213.

48. Cass. civ. 1re, **24 octobre 2000**, Bull. civ. I, n°262, RTD civ. 2001.

49. Cass. civ. 1re, **26 janvier 1994**, D. 1995, 226, n. Choain.

50. Cass. civ. 1e, **26 juin 2013**, n°12-14. 392, Aj famille 2013, 499; RTD civ. 2013, 590.

51. La Cour D'appel De Lyon.

52. Cadars Beaufour, C. (2012). **L'exercice de l'autorité parentale par le chef d'entreprise**, AJ Famille, p. 488.

53. Article 144: "Le mariage ne peut être contracté avant dix-huit ans révolus."

54. Article 145: "Néanmoins, il est loisible au procureur de la République du lieu de célébration du mariage d'accorder des dispenses d'âge pour des motifs graves."

۵۵. به نظر می‌رسد که افراد بالغ کمتر از هجده سال تمام، مدنظر قانون‌گذار فرانسه باشد.

۵۶. به استناد ماده ۱۴۸ قانون مدنی فرانسه: «صغار بدون اجازه پدر و مادر خود نمی‌توانند ازدواج نمایند؛ در صورت اختلاف میان پدر و مادر، حمل بر رضایت ایشان می‌شود.»

\* Article 148: "Les mineurs ne peuvent contracter mariage sans le consentement de leurs père et mère ; en cas de dissentiment entre le père et la mère, ce partage emporte consentement."

57. Conseil De Famille:

مقررات بند دوم (شورای خانواده) مبحث فرعی مکرر (سازمان‌دهی و کارکرد قیمومت) مبحث دوم (قیمومت) فصل نخست (صغر) باب دهم (صغر و قیمومت و رفع حجر) از کتاب نخست (اشخاص) قانون مدنی فرانسه در خصوص وظایف شورای خانواده می‌باشد. ۱- صدور اجازه ازدواج صغیر کمتر از هجده سالی که هیچ یک از پدر، مادر، جد و جده در دسترس نباشند یا همه ایشان ناتوان از ابراز اراده خود باشند، تنها با اجازه شورای خانواده امکان پذیر است (ماده ۱۵۹ قانون مدنی فرانسه). ۲- هنگامی که پدر و مادر فوت کرده باشند یا ناتوان از ابراز اراده خود بوده یا حقوق خود را در مورد اجرای اقتدار ابوینی به هر دلیلی از دست داده باشند، یا چنانچه نسب کودک هنوز اثبات نگردیده باشد، شورای خانواده در پی توصیه فردی که عملاً از کودک نگهداری می‌کند، رضایت می‌دهد (ماده ۳۴۸-۲ قانون مدنی فرانسه). ۳- ترتیب سازمان قیمومت حتی در فرض وجود قیم با شورای خانواده می‌باشد (ماده ۳۹۸ قانون مدنی فرانسه). ۴- قاضی امور قیمومت، اعضای شورای خانواده را برای مدت قیمومت تعیین می‌نماید. شورای خانواده از حداقل چهار عضو از جمله قیم و ناظر تشکیل شده است؛ اما قاضی قیمومت، خود نمی‌تواند عضو آن شورا گردد. خویشان سببی و نسبی پدر و مادر کودک و نیز هر شخص ساکن فرانسه یا خارج آن که به کودک علاقه دارد، می‌توانند عضو شورای خانواده باشند. اعضای شورای خانواده با مدنظر قراردادن رعایت مصلحت و منفعت کودک و با توجه به قابلیت خود، روابط معمولی که با پدر و مادر کودک دارند، روابط عاطفی ایشان با کودک و همچنین میزان آمادگی که از خود نشان می‌دهند، برگزیده می‌شوند (ماده ۳۹۹ قانون مدنی فرانسه). ۵- ریاست شورای خانواده با قاضی قیمومت است. مذاکرات این شورا با رای اعضای شورا تصویب می‌گردند. در صورت تساوی آراء، رای قاضی قیمومت تفوق دارد (ماده ۴۰۰ قانون مدنی فرانسه). ۶- شورای خانواده، شرایط عمومی مراقبت و تعلیم و تربیت کودک را با مدنظر قراردادن به اراده پدر و مادر تنظیم خواهد کرد. این شورا، مقرری برای قیم را تعیین می‌کند. شورای خانواده به منظور اداره اموال کودک مطابق مقررات باب هفتم، اتخاذ تصمیم می‌نماید و به قیم مجوزهای لازم را می‌دهد. شورای خانواده به صغیر دارای شانزده سال تمام اجازه می‌دهد، به تنهایی اعمال اداری لازم برای تاسیس و اداره یک بنگاه شخصی با تعهد محدود یا یک شرکت فردی را انجام دهد. اجازه به شکل یک سند عادی یا سند محضری داده می‌شود و فهرستی از اعمال اداری که صغیر می‌تواند انجام دهد را در بردارد (ماده ۴۰۱ قانون مدنی فرانسه). ۷- مصوبات شورای خانواده در صورت راه یافتن فریب یا تقلب در آن یا از قلم افتادن تشریفات اساسی، فاقد اعتبار خواهند بود (ماده ۴۰۲ قانون مدنی فرانسه).

۵۸. منظور از همسران آتی، فرزندان است که قرار است عقد ازدواج منعقد نمایند، می‌باشد.



۵۹. به استناد ماده ۱۷۱ قانون مدنی فرانسه: «رییس جمهور می‌تواند به دلایل مهم، برگزاری مراسم ازدواج را در صورت فوت یکی از همسران آتی پس از احراز مجموعه کافی از امور دال بر رضایت وی، تجویز کند. در این حالت، آثار ازدواج از تاریخ روز قبل از فوت همسر برقرار می‌شود. با این همه، این ازدواج موجب حق ارث‌بری بدون وصیت به نفع زوج یا زوجه در قید حیات نشده و همسران تابع هیچ گونه نظام مالی محسوب نمی‌شوند.»

\*Article 171: "Le Président de la République peut, pour des motifs graves, autoriser la célébration du mariage en cas de décès de l'un des futurs époux, dès lors qu'une réunion suffisante de faits établit sans équivoque son consentement. Dans ce cas, les effets du mariage remontent à la date du jour précédant celui du décès de l'époux. Toutefois, ce mariage n'entraîne aucun droit de succession ab intestat au profit de l'époux survivant et aucun régime matrimonial n'est réputé avoir existé entre les époux."

60. Article 365: "L'adoptant est seul investi à l'égard de l'adopté de tous les droits d'autorité parentale, inclus celui de consentir au mariage de l'adopté, à moins qu'il ne soit le conjoint du père ou de la mère de l'adopté ; dans ce cas, l'adoptant a l'autorité parentale concurremment avec son conjoint, lequel en conserve seul l'exercice, sous réserve d'une déclaration conjointe avec l'adoptant adressée au directeur des services de greffe judiciaires du tribunal de grande instance aux fins d'un exercice en commun de cette autorité. Les droits d'autorité parentale sont exercés par le ou les adoptants dans les conditions prévues par le chapitre Ier du titre IX du présent livre. Les règles de l'administration légale et de la tutelle des mineurs s'appliquent à l'adopté."

۶۱. به استناد ماده ۳۷۱ قانون مدنی فرانسه: «کودک در همه سنین باید به پدر و مادر خود احترام گذاشته و ایشان را تکریم کند.»

\*Article 371: "L'enfant, à tout âge, doit honneur et respect à ses père et mère."

## منابع

- جزیری، ع. (۱۴۱۹). الفقه علی المذاهب الاربعه. ج ۴. بیروت: دارالثقلین.
- حر عاملی، م. (۱۳۹۸). وسائل الشیعه الی تحصیل مسائل الشریعه. ج ۱۴. بیروت: دار احیاء التراث العربی.
- حسینی، و. (۱۳۹۰). ریاست مرد بر خانواده در حقوق ایران و فقه امامیه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته حقوق خصوصی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه علامه طباطبایی.
- حلی، ح. (۱۴۱۹). تذکره الفقهاء. ج ۲، تهران: مکتبه المرتضویه.
- حلی، ح. (۱۴۱۸). قواعد الاحکام فی معرفه الاحلال و الحرام. ج ۳، قم: موسسه النشر الاسلامی.
- دیانی، ع. (۱۳۸۷). حقوق خانواده (ازدواج و انحلال آن)، تهران: بنیاد حقوقی میزان.
- روشن، م. (۱۳۹۶). حقوق خانواده. تهران: انتشارات جنگل.
- شیخ طوسی، م. (۱۳۹۰). النهایه فی مجرد الفقه و الفتاوی. بیروت: درالکتب العربی.
- عاملی، ز. (۱۴۱۶). مسالک الافهام الی تنقیح شرائع الاسلام. ج ۸، قم: موسسه المعارف الاسلامیه.

- عاملی، م. (۱۴۱۳). *نهایة المرام فی شرح مختصر شرائع الاسلام*. قم: موسسه النشر الاسلامی.
- فاضل لنگرانی، م. (۱۴۲۲). *تفصیل الشریعة فی شرح تحریرالوسیلة، النکاح*. قم: مرکز فقه الاثمه الاطهار.
- قانون حمایت از کودکان و نوجوانان مصوب ۱۳۸۱.
- قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بدسرپرست مصوب ۱۳۹۲.
- قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲.
- کاتوزیان، ن. (۱۳۸۹). *دوره حقوق مدنی خانواده، ج ۲، (اولاد، روابط پدر و مادر و فرزندان، نسب، همبستگی خانوادگی و حمایت از کودکان، فرزندخواندگی)*. تهران: شرکت سهامی انتشار.
- کار، م. (۱۳۷۶). *حقوق سیاسی زنان ایران*. تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- کار، م. (۱۳۷۸). *وضعیت حقوقی زن در خانواده و مقایسه آن با حقوق مرد*. مجله ایران نامه، ۶۸ و ۶۹، ۸۶۸-۸۶۰.
- ماده واحده اجازه رعایت احوال شخصیه ایرانیان غیرشیهه در محاکم مصوب ۱۳۱۲.
- محقق داماد، م. (۱۳۹۵). *بررسی فقهی حقوق خانواده (نکاح و انحلال آن)*. تهران: مرکز نشر علوم اسلامی.
- مغنیه، م. (۱۳۷۷). *احوال شخصیه (ترجمه و تبیین جزء دوم الفقه علی مذاهب الخمسة)*. ج ۴، تهران: موسسه الصادق.
- مکارم شیرازی، ن. (۱۴۱۱). *انوار الفقاهة*. ج ۱. قم: مدرسه الامام المومنین(ع).
- نقیبی، ا. (۱۳۸۷). «استقلال دختر در ازدواج و آرای مربوط به آن»، فقه و حقوق خانواده (ندای صادق)، شماره ۴۹.

Aamili, M. (1977). [*Vasayel Al Shia Ela Tahsil Masayel Al Shareya*]. 2<sup>nd</sup> Ed. Beirut: Dar Ihya Al-Turath Al-Arabi [In Arabic].

Aamili, M. (1992). [*Nahayat Al-Maram Fi Sharh Mokhtasare Sharā'il Al-Eslam*]. Qom: Eslami Pub [In Arabic].

*Act about (Permission) Respecting to Personal Status...* (1933) [In Persian].

*Act about protection of children* (2002) [In Persian].

Al-Hilli, H. (1997). [*Rules of Ahkam...*]. Vol. 3. Qom: Nashr Eslami Pub [In Arabic].

Al-Hilli, H. (1998). [*Tadhkirat al-fuqaha*]. Vol. 2. Tehran: maktibat al-murtazawia [In Arabic].

Al-Hurr al-Aamili, M. (1977). [*Wasā'il al-Shī'a*]. 2<sup>nd</sup> Ed. Vol. 14. Beirut: Dar Ihya Al-Turath Al-Arabi [In Arabic].

[*Autorité parentale: délégation partage au profit de la compagne de la mère*], Jugement rendu par Tribunal de grande instance de Paris.,(2013). n° 12/35092, AJ Famille.[In French].

Benghozi, P. (2001). [*Autorité Parentale Légale, Autorité Parentale Légitime*]. *L'autorité et le lien, Press Le Divan familial*. 1 N° 6 [In French].

Cadars Beaufour, C. (2012). [*L'exercice de l'autorité parentale par le chef d'entreprise*]. Paris: AJ Famille [In French].

Cass. civ. 1e, **26 juin 2013**, n°12-14. 392, Aj famille 2013, 499; RTD civ. 2013, 590. [In French].

Cass. civ. 1re, **10 mai 1977**, Bull. civ. I, n°213. [In French].

Cass. civ. 1re, **14 janvier 2009**, Dr. famille 2009, n°41. [In French].

Cass. civ. 1re, **22 mars 1961**, D. 1961, n. R. Savatier. [In French].

Cass. civ. 1re, **24 octobre 2000**, Bull. civ. I, n°262, RTD civ. 2001. [In French].

Cass. civ. 1re, **26 janvier 1994**, D. 1995, 226, n. Choain. [In French].

Cass. civ. 1re, **4 juillet 2006**, Bull. civ. I, n°339; JCPG 2006. II. 10177; Dr famille 2006, n°188; RTD civ. 2006. [In French].

- Code civil*, Dalloz, PDF, le 01 janvier 2017 [In French].
- Courbe, P. (2008). [*Droit de la famille*]. 5<sup>e</sup> Ed. Paris: Sirey université [In French].
- Criminal Act* (2013) [In Persian].
- Dayani, A. (2009). [*Family Law (Marriage & dissolution)*]. Tehran: Mizan Pub [In Persian].
- [*Délégation-partage de l'autorité parentale au sein d'un couple homosexuel: évolution jurisprudentielle*], Jugement rendu par Tribunal de grande instance de Créteil, AJ Famille, 2011, n° 10/06078 [In French].
- [*Délégation-partage de l'autorité parentale: conséquence de la séparation de deux ex-pacsées*], Jugement rendu par Tribunal de grande instance d'Annecy, n° 09/02356, AJ Famille, 2010 [In French].
- Fazel Lankarani, M. (2001). [*Tafsil Al-Shariat...*, Marriage]. Qom: Fegh A'eme Pub [In Arabic].
- Hoseini, V. (2011). *Authority of Man over the Family in Iranian Law And...*, Master's thesis in private law, Faculty of Law, Allameh Tabataba'i University [In Persian]. <http://www.isna.ir/news/96042011610/%D9%81%D8> [In Persian].
- Jaziri, A. (1998). [*Al-Feghh Ala Al-Mazaheb Al-Arba At*]. Vol. 4. Beirut: Dar Al-Saghalein [In Arabic].
- [*Juge aux affaires familiales*], Fiches d'orientation, Dalloz, Août 2016. [In French].
- Kar, M. (1997). [*Iranian women's Political rights*]. Tehran: Roshangaran Pub [In persian].
- Kar, M. (1999). [*Legal status of a woman in a family and compare it with rights of Man*]. Revue Iran nameh, Numéro 68-69 [In Persian].
- Katouzian, N. (2010). [*Civil Law: Family*]. Vol. 2. Tehran: Sahami Enteshar Pub [In Persian].
- Létévé, L. (2013). *Égalité Democratique Et Fonction Parentale: L'expérimentation De La Limité*. Thèse de doctorat en psychologie, Sous la direction de Jean-Daniel Causse, Université Paul Valéry-Montpellier III [In French].
- Makarem Shirazi, N. (1990). [*Anwar al-Fuqahah*]. Vol. 1. Qom: Emam Al-Momenin [In persian].
- Malaurie, P., & Fulchiron, H. (2016). [*Droit De La Famille*]. 5e édition. Paris : LGDJ [In French].
- Mbala, F. (2011). [*Divorce pour faute et autorité parentale*]. Paris: AJ Famille [In French].
- Moghniye, M. (1998). [*personal status*]. 3<sup>rd</sup> Ed. Vol. 4. Tehran: Moassese Al-Sadegh [In Arabic].
- Mohaghegh Damad, M. (2016). [*Family Law In Islamic Jurisprudence (Marriage & dissolution)*]. Tehran: Oloom eslami Pub [In Persian].
- Naghibi, A. (2008). [*daughter's Independence in marriage...*], Revue Nedaye Sadegh, Numéro 49 [In Persian]. In: <http://www.ensani.ir/fa/content/66190/default.aspx>
- Poitiers, 28 avril 1999 ; JCP 2002, IV, 1305; RTD civ. 2002, 286, obs. Hauser; Juris-Data n°156231. [In French].
- Probert, R. (2001). [*From lack of status to contract: assessing the French Pacte Civil de Solidarité*]. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 23 (3), 257-269 [In French].
- Renaut, M. (2017). [*Histoire Du Droit De La Famille*]. 2<sup>e</sup> édition, Paris: éditions-ellipses [In French].

- Roshan, M. (2017). [*Family Law*]. Tehran: Jungle Pub [In Persian].
- Schnapper, B. (1980). [*La correction paternelle et le mouvement des idées au dix-neuvième siècle (1789-1935)*, *Revue Historique*]. *Presses Universitaires de France*, 2 (534), 319-349 [In French].
- Shaykh Tusi, M. (1970). [*Al-Nahayat Fi Mojarad Al-Feghh...*]. Beirut: Dar Al-kotob al-arabi [In Arabic].

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم

The Effectiveness of a Group-based Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Problems Mothers of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder

M. Amini Fasakhoudi, M. A.

Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

M. Mohammadian, Ph.D.

Department of Psychiatric, University of Iran, Tehran, Iran

M. Fathi, Ph.D Student

Department of Psychology, University of Allameh Tabatabaee, Tehran, Iran

مریم امینی فسخودی ✉

گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

دکتر مهرداد محمدیان

گروه روان‌پزشکی، دانشگاه ایران

ماهرخ فتحی

گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی

دریافت مقاله: ۹۶/۷/۱

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۷/۳/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۷/۴/۳

Abstract

Mothers of children diagnosed with autism spectrum disorder face significant stressors and challenges; however, little research has investigated ways to effectively address their helplessness and psychological problems. Therefore, the purpose of this study is to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing the psychological problems in mothers of children diagnosed with autism spectrum disorder.

✉Corresponding author: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.  
Email: [amini.maryam329@gmail.com](mailto:amini.maryam329@gmail.com)

چکیده

مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم با فشارها و چالش‌های مهمی روبرو هستند. با این وجود، تحقیقات محدودی به شکل موثر در رابطه با درماندگی و مشکلات سازگاری آن‌ها صورت گرفته است. بنابراین هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

✉نویسنده مسئول: تبریز، بلوار ۲۹ بهمن، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی  
پست الکترونیکی: [amini.maryam329@gmail.com](mailto:amini.maryam329@gmail.com)

The present study was a sub-experimental [0]study with pre-test and post-test and a control group design. The research population included all the mothers of children with autism spectrum disorder referred to Psychiatry Institute of Tehran in 2016, among which 30 mothers were selected through purposive non-random sampling method based on a specialist diagnosis and a clinical interview. Then participants were randomized into two groups, an experimental and a control group. Participants completed the following assessments in pre- and post-test stages: Acceptance and Action Questionnaire, Depression Anxiety Stress Scale, Positive Aspects of Caregiving, and Five Facet Mindfulness Questionnaire. Descriptive statistical methods and covariance analysis were used to analyze the data. The results of covariance analysis showed that in the post-test stage, group-based acceptance and commitment therapy was effective on reducing psychological problems in the experimental group ( $P < 0/0005$ ). As a result, group-based Acceptance and Commitment Therapy can be effective in improving mental health of mothers of autistic children.

**Keywords:** Mindfulness, Positive Aspects of Caregiving, Acceptance and Action, Depression, Anxiety, and Stress.

جامعه آماری پژوهش کلیه مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم مراجعه‌کننده به انستیتو روان پزشکی و روانشناسی بالینی تهران در سال ۱۳۹۵ بودند که از میان آن‌ها ۳۰ مادر به روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس تشخیص متخصص و انجام مصاحبه بالینی انتخاب شدند. سپس، شرکت‌کنندگان به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزارهای این پژوهش شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS)، جنبه‌های مثبت مراقبت کردن (PAC)، پنج جنبه ذهن آگاهی (FFMQ) و پذیرش و عمل (AAQ) بود که شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش مشکلات روان شناختی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون موثر است ( $p < 0/0005$ ). درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبودی سلامت روانی مادران کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم مفید باشد.

**کلیدواژه‌ها:** استرس، افسردگی، اضطراب، جنبه‌های مثبت مراقبت کردن، پذیرش و عمل و ذهن آگاهی

## مقدمه

طبق تعریف انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۱</sup> (۲۰۱۳) اوتیسم یک اختلال مزمن و پیچیده عصبی-تحوالی است که به وسیله نقص در کارکردهای ارتباطی و تعاملات اجتماعی و نیز رفتارهای محدود شده، تکراری و یا خودانگیزخته مشخص می‌شود. به دلیل ماهیت پیچیده این اختلال، والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، سطوح نسبتاً بالای اضطراب، افسردگی، استرس و سایر مشکلات روان شناختی را نشان می‌دهند (بیتسیکا، شارپلی و بل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴؛ دارداس و احمد<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴؛ فالک، نوریس و کوین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴؛ به نقل از رایان و احمد<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). به طور کلی، والدین کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم آسیب‌پذیری زیادی نسبت به انواع اختلالات روانی و جسمی دارند و از این جهت به عنوان یک گروه خاص، مستلزم توجه ویژه‌ای برای دریافت

مداخلات درمانی و آموزشی به منظور پیشگیری و درمان هستند (سلترز و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از کاستا، استفنگن و فرینگ<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷).

در این راستا، تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم استرس شدیدتری نسبت به والدین کودکان سالم و یا کودکان با ناتوانایی‌های رشدی دیگر تجربه می‌کنند (بوما و اسکویتز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۰؛ دارت و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵؛ استیس و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ هیس و واتسون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۳؛ هافمن و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹؛ راثو و بیدل<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹). برای مثال، ایزن هاور، باکر و بلاچر<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۵) دریافتند که تفاوت‌های رفتاری کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم به طور معناداری با میزان استرس روزانه مادران هم‌خوانی دارد. به این معنا که مادران کودکانی که کژکاری‌های رفتاری بیشتری دارند، شدت استرس بالاتری را گزارش می‌کنند. همچنین، منابع استرس والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم می‌تواند به دلیل اشکال در تعامل با کودک، تعارضات زناشویی والدین، فقدان حمایت‌های لازم جهت مراقبت از کودک، بدنامی این خانواده‌ها در جامعه و عدم درک کامل نیازهای کودک توسط همشیرها و نیز خود والدین، باشد (آل - خلاف، دمپسی و دالی، ۲۰۱۴؛ هارتلی و همکاران، ۲۰۱۰؛ زیدیک، کوهن و بلاچر، ۲۰۱۴؛ به نقل از رایان و احمد، ۲۰۱۸).

از طرفی، برخی یافته‌ها حاکی از آن است که میزان افسردگی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، با سطوح استرس آن‌ها رابطه‌ای قوی دارد و شدت افسردگی هنگامی که کودکان آن‌ها تشخیص اتیسم می‌گیرند، وخیم‌تر می‌شود (هاستینگز و همکاران<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۵). پژوهش کیم، اکاس و هوک<sup>۱۶</sup> (۲۰۱۶) حاکی از آن بود که مشکلات رفتاری بیشتر در کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم با افسردگی بیشتر مادران رابطه دارد. بیتسیکا و شارپلی<sup>۱۷</sup> (۲۰۰۴) از مطالعه خود بر روی ۱۰۷ والد دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم نتیجه گرفتند که بیش از نیمی از والدین علائم اضطراب شدید را گزارش می‌کنند و حدود دو سوم این افراد، معیارهای افسردگی بالینی را نشان می‌دهند. در حقیقت، به کار بردن راهبردهای غلبه‌ای اجتنابی مانند: استفاده از الکل، دارو، داشتن احساس گناه، انتقاد از خود و منصرف شدن از تلاش در والدین کودکان اتیسمی با میزان افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر رابطه دارد؛ درحالی‌که، استفاده از راهبردهای غلبه‌ای مثبت مانند: جدی نگرفتن موقعیت (شاد نگه داشتن محیط)، جستجوی اتفاقات مثبت و خوب و زندگی کردن با آن‌ها، احساس راحتی و درک درست وقایع با میزان افسردگی و اضطراب رابطه معکوس دارند (هاستینگز و همکاران، ۲۰۰۵).

دیلن برگر و همکاران<sup>۱۸</sup> (۲۰۱۰) دریافتند که ۰/۸۶ والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم، محدودیت در فعالیت‌ها و روابط اجتماعی دارند که ۰/۸۵ این محدودیت‌ها مربوط به فعالیت‌های تفریحی می‌باشد. به‌طور کلی، بر اساس نتایج تحقیقات پیشین، درماندگی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم به طور معناداری بر توانایی آن‌ها در مدیریت رفتار کودک تاثیر می‌گذارد و اثربخشی مداخلات رفتاری این کودکان را کاهش می‌دهد (اوسبورن و همکاران<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۸؛ رابینز، دانلپ و پلی‌نیز<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۱؛ استراس و همکاران<sup>۲۱</sup>، ۲۰۱۲؛ به نقل از گولد، تاربوکس و کوین<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۸). گالاگر و وایتلی<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۲) نیز به این نتیجه رسیدند که مراقبان کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در مقایسه با مراقبان کودکان با انواع اختلالات رشدی دیگر، نیاز به روان درمانی سرپایی دارند. به‌طور کلی، این مشکلات نه تنها باعث می‌شود که والدین یک زندگی پر

تنش و شکننده داشته باشند، بلکه اثرات مخربی بر کاهش اثر مداخلات آموزشی و درمانی اولیه برای کودکان درخودمانده خواهد داشت (اوسبورن و همکاران<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۸؛ به نقل از عطاریان، پناغی و تقوایی، ۱۳۹۶). این امر می‌تواند با برخی ویژگی‌های اختلال اتیسم مانند ناهنجاری‌های زبانی، ارتباطی، رفتاری و اجتماعی و نیاز به مراقبت و آموزش و درمان‌های خاص و مداوم کودک اتیسم مرتبط باشد. همچنین، پیشرفت محدود این کودکان در خلال مداخلات و مبهم بودن افق آینده آن‌ها، عامل دیگری است که می‌تواند موجب تنیدگی بیشتر مادران شود (برجیس و همکاران، ۱۳۹۱؛ به نقل از فلاح‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷).

این در حالی است که عوامل تعدیل‌کننده‌ای میان فشارهای روانی-اجتماعی والدین و اختلالات کودک وجود دارد. در این راستا، نتایج برخی تحقیقات حاکی از آن است که برخی عوامل نقش موثری در کاهش میزان استرس و ناراحتی تجربه شده توسط والدین کودکان مبتلا دارند؛ برای مثال: حضور هر دو والد در کنار هم در منزل و پذیرش و درک شرایط کودک که با موفقیت بیشتر در غلبه بر استرس و همچنین درک درست واقعیت و قضاوت صحیح همراه می‌باشند (کووالکوسکی<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۲). در یک بررسی اولیه کوتاه مدت، به همراه آموزش مدیریت رفتاری که بر روی رفتار کودک متمرکز بود، مکانی برای تبادل نظر والدین (افراد دارای تجربیات مشابه) نیز فراهم شد. نتایج حاصل نشان داد که امکان گفتگو و شرح مشکلات و در میان گذاشتن تجربیات، موجب کاهش استرس و احساس درماندگی در آن‌ها می‌شود (سامیت<sup>۲۶</sup>، ۱۹۹۶؛ به نقل از کووالکوسکی، ۲۰۱۲).

همچنین، نتایج یک مطالعه جامع با کاربرد ۱۰ ساعت مداخله رفتار درمانی شناختی از طریق تمرکز بر روی تحریف‌های شناختی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم نشان داد که نمرات پس از آزمون در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در احساس گناه، اسنادهای درونی، افکار خودآیند منفی و افسردگی گروه آزمایش دارد (نیکسون و سینگر<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۳؛ به نقل از کووالکوسکی، ۲۰۱۲). از طرفی، در کنار محاسن رویکرد شناختی- رفتاری، از معایب کاربرد این روش درمانی برای والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، معلوم کردن آن بخش از درمان است که به پیشرفت این والدین کمک می‌کند. به بیان دیگر، بازسازی شناختی به عنوان یکی از اساسی‌ترین بخش‌های این رویکرد، به مقابله با عقاید غیر منطقی می‌پردازد؛ در حالیکه، عقاید این دسته از افراد لزوماً غیر منطقی نمی‌باشد، مانند: احساس درماندگی و خستگی ناشی از کار با کودکان و یا تحمل هزینه‌های مالی زیادی که به دوش می‌کشند. در این خصوص، شواهدی مبنی بر تاثیر عنصر پذیرش در پیشرفت تغییر قضاوت‌های منفی والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم، حاکی از اثربخشی آن در این افراد می‌باشد (کووالکوسکی، ۲۰۱۲). چنانچه، نتایج یک پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان یکی از مهمترین درمان‌های مبتنی بر پذیرش، در کاهش استرس ادراک شده توسط مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم موثر بود (کونر و وایت<sup>۲۸</sup>، ۲۰۱۴).

یکی دیگر از درمان‌های مبتنی بر پذیرش، درمان پذیرش و تعهد<sup>۲۹</sup> (ACT) است. در این درمان به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بپذیرند، به همان شکلی که هست بدون آن‌که آن‌ها را انکار و یا سرکوب کنند، یا به شکلی که در درمان شناختی- رفتاری مشاهده می‌شود، آن‌ها را تجزیه و تحلیل کنند (هیس<sup>۳۰</sup>، ۲۰۰۴).



کارایی کاربرد ACT بر روی جمعیت مورد مطالعه، برای اولین بار توسط بلاک لچ و هیس<sup>۳۱</sup> (۲۰۰۶) به شکل یک کارگاه آموزشی ۲ روزه در ۱۴ ساعت برای والدین با کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم برگزار شد. با توجه به محدودیت اصلی این پژوهش یعنی فقدان گروه کنترل، نتایج حاکی از اثربخشی آن در کاهش افسردگی و به طور کلی، افزایش سلامت عمومی گروه آزمایشی بود. در پژوهش کووالکوسکی (۲۰۱۲) در ایالات متحده که بر روی گروهی از والدین با کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام گرفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخله معمول<sup>۳۲</sup> (TAU) در دو گروه آزمایش و کنترل با هم مقایسه شدند و به طور کلی، نتایج حاکی از اثربخشی روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به روش مداخله معمول بود و نمرات افراد در هر دو گروه در ابزارهای افکار خودآیند منفی، درماندگی والدینی و استرس والدینی کاهش معناداری نشان داد؛ همچنین، در ابزار مربوط به جنبه‌های مثبت والدینی نیز افزایش نمرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشاهده شد و تنها در ابزار سنجش افسردگی، تغییر معناداری حاصل نشد.

یافته دیگر این پژوهش رابطه میان شدت مشکلات برون سازی کودکان با میزان شدت استرس والدین بود. یافته‌های یک پژوهش تک موردی که بر روی سه والد دارای کودک مبتلا به اختلال اتیسم انجام گرفت، حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش رفتارهای منطبق با ارزش‌ها و نیز دلسوزی برای خود در آن‌ها بود. این نتایج پس از یک دوره پیگیری ۶ ماهه همچنان گزارش شد (گولد و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، نتایج پژوهش گولد (۲۰۱۶) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سازگاری و انعطاف‌پذیری رفتاری والدین کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم بود و این نتایج پس از یک دوره پیگیری ۶ ماهه نیز باقی ماند. در این پژوهش، افزایش نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس مهربانی با خود و کاهش رفتارهای اجتنابی در این پژوهش نشان دهنده تاثیر عنصر پذیرش در این افراد بود که به واسطه آموزش مهارت‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ویژه مهارت ذهن آگاهی میسر شد. در مطالعه زودی<sup>۳۳</sup> (۲۰۱۷) که بر روی یک گروه از مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم انجام گرفت، برگزاری کارگاه آموزشی مهارت‌های مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و ناخواسته و نیز دلسوزی برای خود در آن‌ها شد. نتایج پژوهش هاس، دیکسون و پالیلیوناس<sup>۳۴</sup> (۲۰۱۸) نیز حاکی از اثربخشی درمان کوتاه مدت مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم بود.

به طور خلاصه، بر مبنای یافته‌های پژوهش‌های پیشین، والدین کودکان مبتلا به اختلال اتیسم با چالش‌های عمده‌ای روبرو هستند و سطوح بالایی از استرس را در طولانی مدت تجربه می‌کنند که موجب بروز اختلالات روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب و یا تعارضات میان فردی خصوصا در رابطه با همسران-شان می‌شود (کووالکوسکی، ۲۰۱۲). از طرفی، اغلب پژوهش‌های پیشین بر روی کودکان مبتلا به اتیسم تمرکز کرده‌اند و این در حالی است که تحقیقات اندکی تاثیر مداخلات روان‌شناختی را بر روی مشکلات مادران این دسته از کودکان به عنوان مراقبان اصلی آن‌ها بررسی کرده‌اند (مونتوگومری<sup>۳۵</sup>، ۲۰۱۵). لذا، در پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم در فرهنگ ایرانی بررسی می‌شود.

## روش

جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم مراجعه کننده به مرکز آموزشی- بهداشتی انستیتو روانپزشکی تهران بود. انتخاب نمونه از بین جامعه مورد نظر، توسط یک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی و زیر نظر متخصص روانپزشک بر اساس مشاهده بالینی کودکان و انجام مصاحبه تشخیصی مطابق با معیارهای DSM-5 انجام شد. تعداد نمونه ۳۰ آزمودنی در نظر گرفته شده بود که به روش نمونه گیری در دسترس (داوطلبانه) بر اساس ملاک‌های ورود یعنی داشتن سن حداکثر ۵۰ سال و سطح تحصیلات حداقل دیپلم، متاهل، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی شدید یا سایکوز و نیز برآورده کردن حداقل معیارهای تشخیصی مربوط به ابزارهای مورد استفاده در پژوهش انتخاب شدند. همچنین، بر اساس معیارهای خروج، اگر آزمودنی‌ها بیش از ۲ جلسه غیبت داشتند و یا در ارزیابی‌ها شرکت نمی‌کردند، از پژوهش کنار گذاشته می‌شدند.

مادرانی که تحت روان‌درمانی یا دارودرمانی بودند نیز وارد پژوهش نمی‌شدند. داده‌های جمعیت شناختی، سطح تحصیلات و سن افراد مورد مطالعه در جدول شماره ۲ گزارش شده است. طبق داده‌های جدول، بیشترین فراوانی در دو گروه آزمایش و کنترل مربوط به آزمودنی‌ها با تحصیلات دیپلم، گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و دارای تک فرزند می‌باشد. در مرحله بعد به هر یک از آزمودنی‌ها به ترتیب از شماره ۱ تا ۳۰ یک عدد اختصاص می‌یافت و در مرحله جایگزینی بر اساس نمرات زوج و فرد در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار می‌گرفتند. در نتیجه، فرایند جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایشی و کنترل به شکل تصادفی انجام گرفت. بر اساس ملاحظات اخلاقی طرح، به تمامی آزمودنی‌ها اطمینان داده شده بود که در هر زمان و در هر مرحله از فرایند پژوهش، در صورت عدم تمایل به شرکت در جلسات، می‌توانند انصراف خود را اعلام کرده و از پژوهش خارج شوند. در پژوهش حاضر، به آزمودنی‌ها در خصوص قرار گرفتن در گروه کنترل آگاهی داده شده بود. ابزارهای به کار رفته در پژوهش حاضر در مراحل پیش آزمون و پس آزمون توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند. بسته مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد پس از ترجمه برای آزمودنی‌ها در طول ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه آموزش داده شد. همچنین، برای گروه کنترل نیز جلساتی آموزشی (به صورت نشست‌های گروهی) با همین تعداد جلسات در نظر گرفته شد که توسط درمانگر اجرا گردید.

پژوهش حاضر مستخرج از طرح پژوهشی مصوب در انیستیتو روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران می‌باشد که با کد کارآزمایی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران IRCT 2016112330230 N 2 به ثبت رسیده است. جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جدول شماره ۱ به اختصار آورده شده است.

## جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مادران

## کودکان مبتلا به اختلال اتیسم

جلسات درمان	خلاصه مداخلات آموزشی
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با رهبر گروه. معرفی درمان پذیرش و تعهد و هدف درمان. پر کردن فرم رضایت نامه توسط شرکت کنندگان. آموزش منطق درمان توسط رهبر و اهمیت انجام دادن تکالیف خانگی به منظور رسیدن به ارزش‌هایی که شرکت کنندگان آن‌ها را نادیده گرفته‌اند.
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه اول. پر کردن فرم ارزیابی ارزش‌ها توسط شرکت کنندگان. آموزش مفهوم ناامیدی خلاق. برای

این منظور، با کمک یک بحث گروهی از شرکت کنندگان خواسته شد تا به توصیف احساسات ناخوشایندی بپردازند که در زندگی روزمره خود با آن مواجه می‌شوند و روش‌هایی را که برای کنترل آن‌ها به کار می‌برند، فهرست کنند.	
مرور تکالیف جلسه قبل. آشنایی شرکت کنندگان با ماهیت مشکل ساز کنترل یا نیاز به تغییر با کمک استعاره‌ها و مفاهیم درمان پذیرش و تعهد مانند استعاره جنگ با هیولا. این استعاره‌ها روشن می‌کنند که تلاش برای کنترل افکار و احساسات ممکن است اوضاع را بدتر کند؛ اما شرکت کنندگان می‌توانند انتخاب‌های دیگری هم داشته باشند.	جلسه سوم
مرور تکالیف جلسه قبل. به شرکت کنندگان درباره توانایی انسان برای زبان که می‌تواند هسته واقعی درد و رنج او باشد، آموزش داده شد و این مفاهیم با کمک استعاره‌ها و بیان کردن تفاوت معنادار میان تجربه مستقیم و صحبت کردن درباره آن مانند تمرین شیر و تمرین آن را بگو ولی آن را باور نکن انجام شد.	جلسه چهارم
مرور تکالیف جلسه قبل. این جلسه با آموزش جنبه‌های مختلف مفهوم ذهن آگاهی به شرکت کنندگان که ابتدا با تمرین ساده تمرکز بر احساس‌های جسمانی مانند تمرکز بر تنفس بود، آغاز شد و بتدریج با تمرکز بر تمرین‌های پیچیده‌تر مانند حرکت برگ روی آب و در نهایت با رسیدن به مفهوم پذیرش ادامه یافت.	جلسه پنجم
مرور تکالیف جلسه قبل. آموزش مفهوم اشتیاق و انجام دادن تمرین‌های اضافی برای روشن کردن این عقیده که درد بخشی از تجربه طبیعی انسان است که می‌تواند بدون اضافه کردن رنج بیشتر پذیرفته شود. برای این منظور، استعاره ریگ روان برای نشان دادن تفاوت میان مبارزه با درد و تجربه کامل این احساسات به کار رفت. همچنین، از بحث گروهی در مورد کاربرد پذیرش به عنوان یک جایگزین برای کنترل در جهت پیگیری معنادارتر ابعاد زندگی ارزشمند استفاده شد.	جلسه ششم
مرور تکالیف جلسه قبل. در این جلسه به جنبه‌هایی از ارزش‌ها که در هفته‌های آغازین مورد بحث قرار گرفته بود، پرداخته می‌شود مانند اهداف، اقدامات و موانع و شرکت کنندگان ارزش‌های فردی خود را مشخص می‌کنند.	جلسه هفتم
در جلسه پایانی بر روی پایداری در عمل و تعهد به انجام آن تأکید می‌شود، خصوصا در موافقی که شرکت کنندگان با رخدادهایی (موانع) مواجه می‌شوند. در این جلسه تأکید می‌شود که برخی چیزها را می‌توان سریع رشد داد، در حالیکه برخی دیگر، نیازمند تعهد و زمان هستند. همچنین، از بحث‌های گروهی در مورد روش‌هایی که می‌توانند در محیط‌های طبیعی به کار گرفته شوند، استفاده می‌شود. شرکت کنندگان جزواتی که برای تمرینات درمان پذیرش و تعهد طراحی شده است، دریافت می‌کنند. خداحافظی.	جلسه هشتم

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II):** پرسشنامه پذیرش و عمل تجدیدنظر شده مقیاس اصلی از ۷ آیتم تشکیل شده است. در حالیکه، پرسشنامه اولیه از ۴۹ آیتم و نسخه تجدید نظر شده از ۱۰ آیتم تشکیل شده است، اخیرا مولفان از نسخه تجدید نظر شده ۷ آیتمی دفاع کرده‌اند. نمره نهایی از جمع نمرات به دست می‌آید و بالاترین نمره ۴۹ است. بسیاری از مطالعات ACT از ورژن اولیه استفاده کرده‌اند، اما اشکالات قابل توجهی مانند درک درست و پایایی در استفاده از این ورژن وجود داشت. نتایج بررسی‌ها حاکی از این است که نسخه جدید این مقیاس از روایی و پایایی خوبی برخوردار است. ضریب آلفای این ابزار در دامنه ایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ و ضریب آزمون-باز آزمون از ۰/۷۹ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی این ابزار نیز با استفاده از ابزارهای افسردگی، اضطراب و افکار سرکوب شده محاسبه شده و نشان داده که از روایی مناسبی برخوردار می‌باشد (باند و همکاران<sup>۳۶</sup>، ۲۰۱۱).

**پرسشنامه پنج جنبه ذهن آگاهی (FFMQ):** این پرسشنامه ۳۹ آیتمی برای ارزیابی ۵ جنبه از مهارت‌های ذهن آگاهی یعنی: مشاهده، توصیف، انجام عمل همراه با آگاهی، قضاوت نکردن درباره تجربیات درونی و عدم واکنش به تجربیات درونی، طراحی شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (از ۱ تا ۵) است و نمرات بالاتر نشان دهنده ذهن آگاهی بیشتر فرد است. نتایج تحلیل اکتشافی و

تاییدی ۵ عامل را گزارش کرده است. همچنین، همبستگی درونی این عوامل با هم رضایت بخش بوده است. آلفای کرونباخ خرده مقیاس های مشاهده، توصیف، عمل آگاهانه و عدم واکنش به ترتیب: ۰/۸۱، ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۸ و برای کل آن‌ها ۰/۹۲ می‌باشد (بائر و همکاران<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۶).

**پرسشنامه جنبه‌های مثبت مراقبت کردن (PAC):** یک ابزار ۹ آیتمی است که ادراک فرد را در رابطه با جنبه‌های دلخواه یا عاطفه مثبت ناشی از تجربه مراقبت از افراد دوست داشتنی، ارزیابی می‌کند. سوال‌ها بر اساس مقیاس لیکرتی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره گذاری می‌شوند. این پرسشنامه از ویژگی‌های روان سنجی خوبی برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ گزارش شده است (راف و همکاران<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۴).

**مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS):** این ابزار شامل ۴۲ آیتم می‌باشد که با مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای (از ۰ تا ۳) نمره گذاری می‌شود. نمره‌های به‌دست آمده از هر آیتم معرف یکی از سه سازه افسردگی، اضطراب و استرس است که به تفکیک نشان دهنده نمره آزمودنی در هر یک از این سازه‌ها است. پایایی و روایی بالایی دارد و آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ گزارش شده است (لاوی باند و لاوی باند<sup>۳۹</sup>، ۱۹۹۵). افضلی و همکاران (۱۳۸۶) ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس را در جمعیت ایرانی ارزیابی کردند و ضریب آلفای کرونباخ را برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۷ گزارش کردند. در پژوهش سامانی و جوکار (۱۳۸۶) روایی و اعتبار این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی برای هر سه خرده مقیاس به ترتیب: ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ نیز برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ به دست آمد.

لازم به ذکر است که پرسشنامه‌های ذهن آگاهی، جنبه‌های مثبت مراقبت و پذیرش و تعهد به منظور استفاده در این پژوهش بر روی یک جمعیت ۷۰ نفری از والدین مراجعه کننده به انستیتو روان پزشکی تهران اجرا گردید و ضریب آلفای کرونباخ آن‌ها به ترتیب: ۰/۸۷، ۰/۸۶ و ۰/۹۱ به دست آمد.

### نتیجه‌گیری

داده‌های حاصل از این پژوهش ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد توصیف شدند. سپس، با کمک روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کوواریانس، تفاوت‌های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها تاثیر متغیرهای کنترل پیش‌آزمون و جنسیت از روی نمرات پس‌آزمون برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقی مانده مقایسه شدند. آزمون تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت پیش‌فرض‌های آماری نرمال بودن و تساوی واریانس‌ها می‌باشد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود و این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین، نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند و این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد پژوهش

متغیر	فراوانی (درصد) آزمایش	فراوانی (درصد) کنترل
تعداد فرزند	یک فرزند (۶۰)	۸ (۵۸)
	دو فرزند (۲۴/۱۴)	۴ (۲۲/۵۴)
	سه فرزند (۱۵/۸۶)	۳ (۱۹/۴۶)
	مجموع (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)
مدرک تحصیلی	دیپلم (۵۳/۰۳)	۶ (۴۰)
	لیسانس (۳۳/۰۳)	۶ (۴۰)
	فوق لیسانس (۱۳/۰۴)	۳ (۲۰)
	مجموع (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)
سن	۲۰-۳۰ (۴۷)	۶ (۴۳/۱۳)
	۳۰-۴۰ (۳۲/۰۲)	۵ (۳۸/۰۲)
	۴۰-۵۰ (۲۰/۰۸)	۴ (۱۸/۸۵)
	مجموع (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات در هر سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون آمده است.

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	استرس	۱۳	۱۳/۱۲	۵/۶۸	۹/۰۲	۵/۳۲
	اضطراب	۱۳	۱۱/۰۸	۶/۲۸	۸/۰۸	۶/۰۷
	افسردگی	۱۳	۱۲/۲۲	۶/۱۴	۸/۸۹	۵/۸۴
	پذیرش و عمل	۱۳	۱۷/۳۰	۶/۱۱۵	۱۸/۹۶	۶/۶۱۵
	ذهن آگاهی	۱۳	۱۲۵/۱۵	۲۰/۲۶	۱۳۵/۳۰	۱۹/۳۷۰
	جنبه مثبت مراقبت	۱۳	۳۵/۶۲	۱۰/۲	۳۹/۴	۸/۳۴
کنترل	استرس	۱۱	۱۳/۲۶	۶	۱۲/۰۲	۵/۷۸
	اضطراب	۱۱	۱۲/۰۹	۶/۳۷	۱۱/۴۸	۶/۱۸
	افسردگی	۱۱	۱۴	۵/۰۹	۱۳	۵/۳۶
	پذیرش و عمل	۱۱	۱۸	۶/۱۵۰	۱۸/۱۷	۶/۶۱۳
	ذهن آگاهی	۱۱	۱۲۶	۲۰/۳۵۰	۱۲۵/۵۲	۲۰/۰۵۲
	جنبه مثبت مراقبت	۱۱	۳۵	۹/۳۵	۳۷	۹/۷۸

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه متفاوت است. البته، میانگین نمره متغیر جنبه‌های مثبت مراقبت در گروه کنترل نیز، در مرحله پس آزمون اندکی افزایش نشان می‌دهد.

در جدول شماره ۴ نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شده است. طبق یافته‌های این جدول، نتایج هر چهار آزمون حاکی از آن است که متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته موثر بوده است. ( $P < 0.0005$ ).

**جدول ۴: نتایج آزمون‌های چند متغیره برای متغیرهای وابسته**

متغیر مستقل	آزمون‌ها	مقدار	F	Sig	مجذور اتا
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	اثر پیلایی	۰/۸۵۰	۱۷/۳۷۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸۰
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۲	۲۸/۰۵۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۸
	اثر هاتلینگ	۲/۸۹۳	۳۹/۴۶۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴۰
	بزرگترین ریشه روی	۲/۸۳۰	۲/۸۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۵

غیر معنادار بودن آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و آزمون لوین به ترتیب حاکی از آن است که پیش فرض- های آماری نرمال بودن و تساوی واریانس‌ها برقرار می‌باشد که نتایج آن در جداول ۵ و ۶ مشاهده می‌شود.

**جدول ۵: نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف در مورد پیش فرض**

**نرمال بودن توزیع نمرات**

فرض نرمال بودن	گروه‌ها	آماره	سطح معناداری
استرس	آزمایش	۰/۹۰۰	۰/۰۹۳
	کنترل	۰/۹۶۱	۰/۷۸۴
اضطراب	آزمایش	۰/۹۴۰	۰/۶۳۰
	کنترل	۰/۹۲۱	۰/۸۴۶
افسردگی	آزمایش	۰/۹۱۶	۰/۷۱۷
	کنترل	۰/۹۱۰	۰/۹۳۰
پذیرش و عمل	آزمایش	۰/۹۶۵	۰/۵۷۰
	کنترل	۰/۹۲۱	۰/۳۷۰
ذهن آگاهی	آزمایش	۰/۹۰۵	۰/۴۱۹
	کنترل	۰/۹۳۶	۰/۴۰۲
جنبه مثبت مراقبت	آزمایش	۰/۹۱۲	۰/۶۳۹
	کنترل	۰/۹۰۰	۰/۵۱۸

**جدول ۶: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های**

**دو گروه مورد مطالعه**

مقیاس	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
استرس	۳/۰۵۷	۱	۲۸	۰/۰۹۰
اضطراب	۴/۰۶۰	۱	۲۸	۰/۰۶۸
افسردگی	۰/۰۹	۱	۲۸	۰/۰۷۸
پذیرش و عمل	۲/۰۸۲	۱	۲۸	۰/۰۹۲
ذهن آگاهی	۳/۰۲۵	۱	۲۸	۰/۰۷۷
جنبه مثبت مراقبت	۲/۰۶۴	۱	۲۸	۰/۰۸۲

به منظور بررسی معناداری تفاوت بین میانگین‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷: تحلیل کوواریانس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش  
در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
استرس	پیش‌آزمون	۴۸/۶۷	۱	۴۸/۶۷	۶۲/۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳	۱
	پس‌آزمون	۲۰/۳۹	۲	۲۰/۳۹	۳۹/۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۴۵	۱
اضطراب	پیش‌آزمون	۴۶/۲۶	۱	۴۶/۲۶	۴۸/۷۹	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	۰/۰۹۹
	پس‌آزمون	۲۹/۸۰	۲	۲۹/۸۰	۲۵/۹۱	۰/۰۰۰۵	۰/۴۰	۱
افسردگی	پیش‌آزمون	۷۶/۶۱	۱	۷۶/۶۱	۵۹/۸۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹	۰/۹۸
	پس‌آزمون	۵۴	۲	۵۴	۲۰/۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸	۱
پذیرش و عمل	پیش‌آزمون	۹/۶۰۵	۱	۹/۶۰۵	۱۰/۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۰	۱
	پس‌آزمون	۱۱/۸۱	۲	۱۱/۸۱	۴۲/۴۳	۰/۰۰۰۵	۰/۵۸	۱
ذهن آگاهی	پیش‌آزمون	۲۵۸/۰۲	۱	۲۵۸/۰۲	۱۲۰/۱۹	۰/۰۰۰۵	۰/۳۹	۱
	پس‌آزمون	۲۹۴/۱۲	۲	۲۹۴/۱۲	۱۵۰/۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸	۰/۸۹
جنبه مثبت مراقبت	پیش‌آزمون	۷۳/۷۷	۱	۷۳/۷۷	۷/۸۶	۰/۰۰۰۵	۰/۳۳	۰/۹۹
	پس‌آزمون	۹۴/۰۲	۲	۹۴/۰۲	۸/۹۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶	۱

مقادیر F مشاهده شده حاکی از تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل است. سطح معناداری ( $p < 0/0005$ ). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران مورد پژوهش تاثیر داشته است و فرضیه‌های پژوهش تایید می‌شوند.

#### بحث

همان‌طور که در مقدمه پژوهش به آن اشاره شد، ویژگی‌های اختلال طیف اتیسم و همچنین گاهی تشخیص دیر هنگام و دشوار، بروز علائم پس از یک دوره طبیعی و نرمال رشد کودک، فقدان درمان‌های قطعی و موثر و پیش‌آگاهی نه‌چندان مطلوب، می‌تواند فشار روانی شدیدی را بر خانواده و والدین خصوصاً مادران تحمیل کند. واکنش اولیه اکثر مادران به هنگام تشخیص اتیسم در کودکان با انکار، عدم پذیرش و ناباوری، سردرگمی، احساس خشم، احساس گناه، علایم افسردگی و اضطراب همراه است. اکثر مادران در این دوران به دنبال کسب اطلاعات در مورد ماهیت اختلال شامل عوامل موثر در بروز اختلال، شیوه‌های درمان، نقش خانواده در برخورد با بیماری و تاثیر بیماری در آینده کودک و خانواده می‌باشند. بنابراین، ارائه اطلاعات آموزشی درباره این موارد در کلاس‌های گروه درمانی و همچنین، آموزش کنترل پاسخ‌های هیجانی، پذیرش بیماری کودک و برقراری توازن میان واقع‌گرایی و مشکلاتی که در آینده وجود خواهد داشت، در بهبود حالات روانی این مادران تاثیرگذار است. به‌طور کلی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیان می‌کند افرادی که درگیر مسائل و مشکلات خاص هستند (نظیر مادران کودکان ASD) می‌توانند با پذیرش واقعیت، در عین حال متعهد شوند ارزش‌هایی را که در زندگی گذشته خود دنبال می‌کردند (اشاره به زمان گذشته، زمان قبل

از مواجه شدن با مشکل می‌باشد) هم اکنون نیز دنبال کنند تا بتوانند بر مشکل غلبه کرده و بهزیستی زندگی فردی و خانوادگی خود را تامین کنند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی نسخه فارسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم انجام گرفت. نتایج حاصل نشان دهنده اثربخشی این برنامه آموزشی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و همزمان افزایش ذهن آگاهی، پذیرش و جنبه‌های مثبت مراقبت کردن در آزمودنی‌های مورد پژوهش بود. بنابراین، فرضیه پژوهش تایید گردید که همسو با نتایج یافته‌های پژوهش بلاک لیج و هیس (۲۰۰۶)، کووالکوسکی (۲۰۱۲)، گولد (۲۰۱۶)، گولد و همکاران (۲۰۱۷)، زودی (۲۰۱۷) و هاس و همکاران (۲۰۱۸) بود.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت: از آنجا که اغلب مادران کودکان اتیسم، تحت تاثیر بیماری کودکان در بسیاری از پارامترهای سلامت جسمی و روانی دچار اختلال می‌شوند، لذا می‌توان انتظار داشت که برنامه‌های آموزشی از طریق فراهم آوردن اطلاعات مناسب درباره شرایط کودک و نیازهای ویژه‌اش و نحوه رفتار با او مکانیسم سازگاری مادران را بهبود بخشیده و به پذیرش شرایط کودک کمک کند. هنگامی که با گشودگی و پذیرش ناظر تجربه‌های خود (افکار، احساسات و ...) هستیم، حتی دردناک‌ترین آن‌ها کمتر تهدید کننده‌اند و قابل تحمل‌تر به نظر می‌رسند. طبق نظر هایس (۲۰۰۴) در این رویکرد، پذیرش صرفاً تحمل نیست بلکه پذیرفتن غیرقضوتی تجربه در زمان حال است که درمان از آن آغاز می‌شود. همانطور که قبلاً به آن اشاره شد، مقابله کردن با شناخت‌های ناسازگارانه به جای اینکه این شناخت‌ها را کاهش دهد، آن‌ها را نیرومندتر می‌کند. بنابراین، آموزش عنصر پذیرش در این پژوهش، به مادران کمک کرد چگونه رابطه خود با افکارشان را تغییر دهند. چگونه افکار و احساساتی را که سعی کرده‌اند انکار کنند، بپذیرند و در عین حال آن‌ها را از خود دور نگه دارند و تنها نظاره‌گر آن‌ها باشند.

از طرفی، پذیرش مثبت کودکان اتیستیک از سوی خانواده خصوصاً مادران، یافتن ویژگی‌های مثبت در رفتار و شخصیت کودکان و ابعاد مثبت زندگی با آن‌ها، والدین را با روش‌های مثبت فرزند پروری نظیر تقویت رفتارهای مثبت و روش‌های صحیح پاداش دادن آشنا می‌سازد. در نتیجه، پذیرش می‌تواند موجب بهبود جنبه‌های مثبت مراقبت گردد. در واقع، پذیرش هسته اصلی ذهن آگاهی و شالوده اصلی رویکرد درمانی به‌کار رفته در پژوهش حاضر می‌باشد که به عنوان مهارت اولیه به مادران گروه آزمایش آموزش داده شد. این یافته همسو با نتایج پژوهش کونر و وایت (۲۰۱۴) بود که در آن آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی موجب کاهش نمرات استرس مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم گردید.

همچنین، ذهن آگاهی از طریق بهبود روابط اجتماعی، کاهش دادن استرس، اضطراب و نشخوارهای فکری، تقویت نیروی خلاقیت، معنای عمیق بخشیدن به زندگی و افزایش شادمانی موجب هدایت افراد برای گام برداشتن در جهت انجام فعالیت‌های لذت بخش و باارزش می‌شود. در این‌جا اشاره به این نکته حائز اهمیت است که چرا برخی افراد نسبت به تجربه‌های دردناک زندگی پذیرش بیشتری دارند. در این خصوص باید گفت که این پذیرش منوط به برخورداری این افراد از صفت ذهن آگاهی بالاتر است. در حقیقت، ذهن-آگاهی یک مهارت است و مانند هر مهارت دیگر آموخته می‌شود؛ بنابراین، می‌توان از طریق انجام دادن تکنیک‌های آن، ظرفیت ذهن آگاهی را افزایش داد. آموزش این مهارت به تدریج و به شکل مستمر و روزانه



حالت ذهن آگاهی را به یک ویژگی پایدار یعنی صفت ذهن آگاهی تبدیل می‌کند. بنابراین، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا به تدریج این ویژگی را در خود پرورش داده و آن را در برخورد با تمامی تجربیات روزانه به کار برند. پر واضح است که به دلیل ماهیت مزمن اختلال طیف اتیسم، کاربرد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نظیر درمان پذیرش و تعهد که به آزمودنی‌ها آموزش می‌دهد چگونه این مهارت‌ها را در طول فعالیت‌های روزانه و زندگی روزمره خود به کار گیرند، می‌تواند بسیار مفید و موثر باشد.

جزء دیگر ذهن آگاهی، قضاوت نکردن درباره خود و دیگران است. یا به بیان دیگر، مهربان بودن با خود و دیگران. قضاوت نکردن پیامد دیگر همان پذیرش است که در مداخله مذکور به کار رفت. تجربه گروه درمانی حتی به خودی خود نیز به مانند خاک حاصل‌خیزی است که پذیرش در آن رشد کرده و به متعهد ماندن اعضا در انجام دادن تکالیف کمک می‌کند. از آن‌جا که برخی مادران خود را در تولد کودک اتیسم خود مقصر می‌دانند، اقدام به قضاوت کردن درباره خود می‌کنند. همچنین، سرزنش‌های اطرافیان و عدم درک جامعه و احساس تنهایی در داشتن چنین مشکلی نیز به پیدایش احساس درماندگی، اضطراب، افسردگی و استرس بیشتر دامن می‌زند. در نتیجه، این تجربیات منفی منجر به قضاوت کردن درباره دیگران نیز می‌شود. ولی با کمک تجربه گروهی می‌توان به این مادران کمک کرد تا با شریک شدن در تجربیات سایر مادران شرایط خود و کودک خود را بیشتر درک کنند و دست از قضاوت کردن درباره خود و دیگران بردارند و در بستری از پذیرش همراه خانواده خصوصاً همسرانشان به انجام فعالیت‌هایی بپردازند که برای آن‌ها لذت بخش و ارزشمند بوده ولی به دلیل داشتن کودک اتیسم، از رسیدگی به آن‌ها خودداری کرده و یا نیاز به انجام آن را مغایر با والدگری خود می‌دانند.

در واقع، ارزش‌ها یکی از عناصر اصلی درمان پذیرش و تعهد است که درمانگر این پژوهش با پرسیدن سوال " دوست دارید زندگی شما چه چیزی را تحمل کند؟ " از آزمودنی‌ها به آن‌ها کمک کرد تا ارزش‌هایی را انتخاب کنند که دوست دارند دنبال کنند، هدف‌های خاصی را تعیین کنند و برای رسیدن به آن‌ها دست به کار شوند. که این همان متعهد شدن یا عنصر مهم دیگر درمان است. یعنی تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد آن‌چه در زندگی اهمیت دارد و آن‌چه فرد دوست دارد انجام دهد تا زندگی با ارزش و معنی‌داری را اداره کند (ویلسون<sup>۴۰</sup>، ۲۰۱۱). برای این منظور از مادران خواسته شد تا این هدف‌ها یا چیزهایی را که در زندگی خود دوست دارند، بنویسند.

همچنین، آموزش مهارت مشاهده خود<sup>۴۱</sup> که یکی دیگر از مهارت‌های درمان حاضر می‌باشد، به آزمودنی‌ها کمک کرد تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شود شناسایی کنند، شناخت بهتری نسبت به خود پیدا کنند، نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را بیاموزند. برخی از این راهبردها شامل نظارت بر خود، پاداش دادن به خود و قرارداد بستن با خود می‌باشد که در پژوهش حاضر به مادران گروه آزمایش آموزش داده شد. از آن‌جا که نداشتن دوره پیگیری محدودیت اصلی پژوهش حاضر بود، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی دوره‌های پیگیری به منظور پایش حفظ نتایج درمان در نظر گرفته شود.

## پی‌نوشت‌ها

1. American Psychiatric Association
2. Bitsika, Sharpley, & Bell
3. Dardas & Ahmad
4. Falk, Norris, & Quinn
5. Rayan & Ahmad
6. Seltzer & et al
7. Costa, Steffgen, & Ferring
8. Bouma & Schweitzer
9. Duarte & et al
10. Estes & et al
11. Hayes & Watson
12. Hoffman & et al
13. Rao & Beidel
14. Eisenhower, Baker & Blacher
15. Hastings & et al
16. Kim, Ekas & Hock
17. Bitsika & Sharpely
18. Dillenburg & et al
19. Osborne & et al
20. Robbins, Dunlap & Plienis
21. Strauss & et al
22. Gould, Tarbox & Coyne
23. Gallagher & Whiteley
24. Osborne & et al
25. Kowalkowski
26. Samit
27. Nixon & Singer
28. Conner & White
29. Acceptance and Commitment Therapy
30. Hayes
31. Blackledge & Hayes  
Treatment- as -Usual Control Group  
Design
32. Zody
33. Hahs, Dixon & Paliliunas
34. Montgomery
35. Bond
36. Baer & et al
37. Roff
38. Lovibond & Lovibond
39. Wilson
40. Self-Observation

## منابع

- افزلی، آ؛ دلاور، آ؛ برجلی، آ؛ میرزamani، م (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) در یک نمونه از دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر کرمانشاه. *مجله تحقیقات و علوم رفتاری*، ۲(۵)، ۹۲-۸۱.
- سامانی، س؛ جوکار، ب (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶(۳)، ۶۵-۷۶.
- فلاح‌زاده، ه، نوری، س، پورابراهیم، ت، نظربلند، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر معنای زندگی و عملکرد خانواده در مادران دارای فرزند مبتلا به اختلالات طیف اتیسم. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱(۱۴)، ۱۵۰-۱۳۵.
- عطاریان، ف، پناغی، ل، تقوایی، د. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مدیریت خشم و استرس بر کاهش خشم و استرس مادران کودکان مبتلا به اختلال‌های طیف اتیسم. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵۲(۱۳)، ۵۳۰-۵۱۵.

- Afzali, A., Delavar, A., Borjali, A., Mirzamani, M. (2007). Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Student. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 2(5), 81-92.
- Attarian, F., Panaghi, L., Taghvaei, D. (2018). Effectiveness of Anger and Stress Management Trainings on Reducing Anger and Stress of Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Family Research*, 13(4), 515-530.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

- Bitsika, V., & Sharpely, C. F. (2004). Stress, anxiety and depression among parents of children with autism spectrum disorders. *Australian Journal of Guidance & Counseling, 14*(2), 151-161.
- Blackledge, J. T., Hayes, S. C. (2006). Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child & Family Behavior Therapy, 28*(1), 1-18.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-688.
- Bouma, R., & Schweitzer, R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress: A Comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal of Clinical Psychology, 46*(6), 722-730.
- Conner, C. M., & White, S.W. (2014). Stress in mothers of children with autism: Trait mindfulness as a protective factor. *Research in Autism Spectrum Disorder, 8*(6), 617-624.
- Costa, A. P., Steffgen, G., & Ferring, D. (2017). Contributors to well-being and stress in parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder, 37*(1), 61-72.
- Dillenburger, K., Keenan, M., Doherty, A., Byrne, T., & Gallagher, S. (2010). Living with children diagnosed with autistic spectrum disorder: Parental and professional views. *British Journal of Special Education, 37*(1), 13-23.
- Duarte, C. S., Borden, I. A., Yazigi, L., & Mooney, J. (2005). Factors associated with stress in mothers of children with autism. *Autism, 9*(4), 416-427.
- Eisenhower, A. S., Baker, B. L., & Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(9), 657-671.
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X-H., & Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism, 13*(4), 375-387.
- Falahzade, H., Nouri, S., Pourebrahim, T., Nazarboland, N. (2018). The Effectiveness of Group Logo therapy on the Meaning of Life and Family Functioning for Mothers with an Autism Spectrum Disorders Child, *Journal of Family Research, 14*(1), 135-150.
- Gallagher, S., & Whiteley, J. (2012). Social support is associated with blood pressure responses in parents caring for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 33*(6), 2099-2105.
- Hahs, A. D., Dixon, M. R., & Paliliunas, D. (2018). Randomized controlled trial of a brief acceptance and commitment training for parents of individuals diagnosed with autism spectrum disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, in Press.
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Ward, N. J., Espinosa, F. D., Brown, T., & Remington, B. (2005). System analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre intervention-school children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 35*(5), 635-644.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy, 35*(4), 639-665.

- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 43(3), 629-642
- Hoffman, C. D., Sweeney, D. P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M. C., & Looney, L. (2009). Parenting stress and closeness: Mothers of typically developing children and mothers of children with autism. *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 24(3), 178-187.
- Kim, I., Ekas, N.V., & Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorder*, 26(1), 80-90.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for depression anxiety stress scales. 2nd ed. Sydney. USA: Psychology Foundation.*
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kowalkowski, J. D. (2012). *The impact of a group- based Acceptance and Commitment therapy intervention on parents of children diagnosed with an autism spectrum disorder.* Doctoral dissertation, Eastern Michigan University.
- Gould, E.R., Tarbox, J., & Coyne, L. (2018). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment training on the overt behavior of parents of children with autism. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7(1), 81-88.
- Gould, E. R. (2016). Evaluating the effects of Acceptance and Commitment training on the behavior of parents of children with autism. A dissertation submitted to the faculty of the Chicago school of professional psychology in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in psychology, behavior analysis specialization.
- Rao, P. A., & Beidel, D. C. (2009). The impact of children with high-functioning autism on parental stress, sibling adjustment, and family functioning. *Behavior Modification*, 33(4), 437-451.
- Rayan, A., & Ahmad, M. (2018). The psychometric properties of the mindful attention awareness scale among Arab parents of children with autism spectrum disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32 (3), 444-448.
- Roff, L. L., Burgio, L. D., Gitlin, L., Nichols, L., Chaplin, W., & Hardin, J. M. (2004). Positive aspects of Alzheimer's caregiving: The role of race. *Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(4), 185-190.
- Samani, S., Joukar, B. (2007). A Study on the Reliability and Validity of the Short Form of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University*, 3(26), 65-77.
- Smith, L. E., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (2012). Daily health symptoms of mothers of adolescents and adults with fragile X syndrome and mothers of 192 adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(7), 1836-1846.
- Montgomery, D. (2015). *Effects of Acceptance and Commitment therapy for parents of children with autism.* Doctoral dissertation, Walden University.

- Gould, E. R. (2016). *Evaluating the effects of Acceptance and Commitment training on the behavior of parents of children with autism*. Doctoral dissertation, Chicago University.
- Wilson, G. T. (2011). Behavior therapy. In R. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (9<sup>th</sup> ed., pp.235-275). Belmont, CA: Brooks-Cole, Cengage Learning.
- Zody, M. (2017). *Acceptance and Commitment therapy (ACT) as a one-day workshop for parents of children with an autism spectrum disorder*. Doctoral dissertation submitted to the Wright Institute Graduate School of psychology.

## Table of Contents

<b>The Essentials of Marital Privacy Protection in Therapeutic Communication between Psychotherapist and Client: A Qualitative Study Based on Couples' Perspective in Iranian Culture/ A. Zabihzadeh, M.A.; A. Mazaheri, Ph.D.; J. Hatami, Ph.D.; L. Panaghi, Ph.D.; N. Ghashang, M.A.....</b>	<b>160-181</b>
<b>The Effectiveness of Marital Counseling Based on Kayser's Disaffection Model on Reducing of Marital Disaffection in Couples/ N. Bahmani, Ph.D.; O. Etemadi, Ph.D.; S. A. Ahmadi, Ph.D.; M. Fatehizadeh, Ph.D.....</b>	<b>183-199</b>
<b>Predicting the Quality of Caregiving in Marital Relations Based on Perceived Parenting Styles and Self-esteem/ V. Mostafa, M.A. ; H. Falahzadeh, Ph.D.; R. Reza Poor Faridyan, Ph.D.....</b>	<b>201-220</b>
<b>Relationship of Family Function With Responsibility and Satisfaction of Basic Psychological Needs of High School Male Students/ H. Tehrani Moghadam, M. A.; M. M. Shariat Bagheri, Ph.D.....</b>	<b>221-235</b>
<b>The Relation Between Mothers' Cognitive Emotion Regulation Style and Their Reactions to Children's Negative Emotions/ F. Kosari, M.A.; M. Esmaeilinasab, Ph.D.....</b>	<b>237-251</b>
<b>A Comparative Study of Non-Financial Rights Arising from Parental Authority in Iranian and French Law/ A. R. Alipanah, Ph.D.; M. Shahmoradi Zavareh, M. A.; .....</b>	<b>253-276</b>
<b>The Effectiveness of a Group-Based Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Problems Mothers of Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder/ M. Amini Fasakhoudi, M. A.; M. Mohammadian, Ph.D.; M. Fathi, Ph.D.....</b>	<b>277-293</b>

### **Editorial Board:**

<b>J. Anderson, Ph.D.</b> (Psychologist), Kansas State University, USA	<a href="mailto:jra@k-state.edu">jra@k-state.edu</a>
<b>T. Azadarmaki, Ph.D.</b> (Sociologist), Tehran University	<a href="mailto:azadarmaki@gmail.com">azadarmaki@gmail.com</a>
<b>P. Azadfallah, Ph.D.</b> (Psychologist), Tarbiat Modares University	<a href="mailto:azadfallahparviz@gmail.com">azadfallahparviz@gmail.com</a>
<b>M. Danesh Pour, Ph.D.</b> (Family Ecology), St. Cloud State University, USA	<a href="mailto:mdaneshpour@stcloudstate.edu">mdaneshpour@stcloudstate.edu</a>
<b>M. Dehghani, Ph.D.</b> (Psychologist), Shahid Beheshti University	<a href="mailto:mohsendehghani@hotmail.com">mohsendehghani@hotmail.com</a>
<b>A. Fathi Ashtiani, Ph.D.</b> (Psychologist), Baghiyatallah University of Medical Sciences	<a href="mailto:fathiashtiani@bmsu.ac.ir">fathiashtiani@bmsu.ac.ir</a>
<b>M. Heidari, Ph.D.</b> (Psychologist), Shahid Beheshti University	<a href="mailto:mahmood.heidari@gmail.com">mahmood.heidari@gmail.com</a>
<b>S. Hosseinian, Ph.D.</b> (Counselor), Alzahra University	<a href="mailto:hosseins1381@yahoo.com">hosseins1381@yahoo.com</a>
<b>M. K. Khodapanahi, Ph.D.</b> (Psychologist), Shahid Beheshti University	<a href="mailto:m-khodapanahi@sbu.ac.ir">m-khodapanahi@sbu.ac.ir</a>
<b>K. Khooshabi, M.D.</b> (Psychiatrist), University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences	<a href="mailto:khushabi@yahoo.com">khushabi@yahoo.com</a>
<b>M. S. Mahdavi, Ph.D.</b> (Sociologist), Islamic Azad University, Research and Sciences Branch	<a href="mailto:ms_mahdavi@srbiau.ac.ir">ms_mahdavi@srbiau.ac.ir</a>
<b>M. A. Mazaheri, Ph.D.</b> (Psychologist), Shahid Beheshti University	<a href="mailto:mazaheri45@gmail.com">mazaheri45@gmail.com</a>
<b>A. Moradi, Ph.D.</b> (Psychologist), Kharazmi University	<a href="mailto:Moradi90@yahoo.com">Moradi90@yahoo.com</a>
<b>B. Najarian, Ph.D.</b> (Psychologist), University of British Columbia, Canada	<a href="mailto:najarian_b@ubc.ca">najarian_b@ubc.ca</a>
<b>H. Namazi, Ph.D.</b> (Economist), The Academy of Sciences, Islamic Republic of Iran	<a href="mailto:namazi@ias.ac.ir">namazi@ias.ac.ir</a>
<b>H. T. Neshat Doost, Ph.D.</b> (Psychologist), University of Isfahan	<a href="mailto:h.neshat@edu.ui.ac.ir">h.neshat@edu.ui.ac.ir</a>
<b>L. Panaghi, Ph.D.</b> (Social Physician), Shahid Beheshti University	<a href="mailto:lpnaghi@yahoo.com">lpnaghi@yahoo.com</a>
<b>M. Roshan, Ph.D.</b> (Lawyer), Shahid Beheshti University	<a href="mailto:drroshan2002@gmail.com">drroshan2002@gmail.com</a>
<b>S. Samani, Ph.D.</b> (Psychologist), Islamic Azad University, Shiraz Branch	<a href="mailto:samanisiamak@gmail.com">samanisiamak@gmail.com</a>
<b>A. Zadeh Mohammadi, Ph.D.</b> (Psychologist), Shahid Beheshti University	<a href="mailto:dr.zadeh@gmail.com">dr.zadeh@gmail.com</a>

### **Invited Reviewers for This Issue:**

**Abed, N., Ph.D.** (Psychologist), Shahid Beheshti University  
**Faridzadeh, Gh., Ph.D.** (Lawyer), Shahid Beheshti University  
**Ghashang, N.** (Psychologist), Researcher  
**Malek Pour, V.** (Psychologist), Researcher  
**Mozafari, M., Ph.D.** (Lawyer), Shahid Beheshti University  
**Sadeghi, S., Ph.D.** (Psychologist), Shahid Beheshti University  
**Seyed Mousavi, P. S., Ph.D.** (Psychologist), Shahid Beheshti University  
**Zabih Zadeh, A.,** (Psychologist), Researcher  
**Zarani, F., Ph.D.** (Psychiatrist), Shahid Beheshti University

Editor Coordinator:  
**A. Zadeh Mohammadi, Ph.D.**

International Affairs:  
**M. Dehghani, Ph.D.**



*Journal of*  
**Family Research**

Quarterly Journal of  
Family Research Institute Shahid Beheshti University &  
The Iranian Family Excellency Center

Managing Director  
&  
Chief Editor:  
**M. A. Mazaheri, Ph.D.**

**Vol 14(2): 2018**

Administration Manager: *Maryam Ziari*  
Text Editor: *Yalda Shayestehfar*  
English Editor: *Ghazaleh Farid Zadeh, Ph.D.*  
Layout & Secreterial Affairs: *Maryam Fani*

**Print ISSN: 1735-8442**  
**Online ISSN: 2476-7484**

Address: Family Research Institute, Shahid Beheshti University, G. C., Evin.  
Tehran, Iran P.O.Box:19395/4716  
Tel: +982122431813. 29902395  
Fax: +982129902368  
Email: [jfr@sbu.ac.ir](mailto:jfr@sbu.ac.ir)  
Website: <http://jfr.ac.ir>

Annual Subscription: US\$ 80, Single issue: US\$ 20

Journal of Family Research is indexed in: DOAJ .SID.ISC .Magiran , Google Scholar

Online access: <http://jfr.sbu.ac.ir>