

بررسی روابط علی بین نقش‌های جنسیتی، تاب‌آوری، سرسختی، درماندگی آموخته‌شده و هم‌وابستگی، در همسران افراد معتاد

سارا پارسافر

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان

فریبا یزدخواستی*

استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان

چکیده

در پژوهش حاضر روابط علی بین نقش‌های جنسیتی، تاب‌آوری، سرسختی، درماندگی آموخته‌شده و هم‌وابستگی در همسران افراد معتاد بررسی شد. طرح پژوهش توصیفی - همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه همسران افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد در سطح شهر اصفهان بودند که ۱۲۰ نفر از آن‌ها به شیوه در دسترس انتخاب شدند و از آن‌ها خواسته شد علاوه بر پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، به پنج پرسشنامه: نقش جنسی بزم (BSRI)، سرسختی روان‌شناختی (HI)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)، هم‌وابستگی (CODI) و سبک‌های اسنادی پاسخ دهند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر و از نرم افزارهای SPSS-17 و Amos-5 استفاده شد. یافته‌ها نشان داد نقش‌های جنسیتی مردانه تأثیرات معناداری در ارتقاء سطح سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری دارد، در حالی که نقش‌های جنسیتی زنانه چنین تأثیراتی را ندارد. علاوه بر آن نتایج نشان‌دهنده تأثیر معکوس نقش‌های جنسیتی مردانه و تأثیر مستقیم نقش‌های جنسیتی زنانه روی هم‌وابستگی بود. شاخص‌های برازش مدل‌یابی معادلات ساختاری، مدل کلی پژوهش را تأیید کردند و اثرات مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش تأیید شد.

واژگان کلیدی

همسران افراد معتاد؛ نقش‌های جنسیتی؛ هم‌وابستگی؛ سرسختی؛ تاب‌آوری؛ درماندگی آموخته‌شده

* نویسنده مسئول

مقدمه و بیان مسئله

اعتیاد^۱ (وابستگی به مواد) مهم‌ترین و گسترده‌ترین نگرانی و خطر بهداشتی شناخته شده در ایران است (اختیاری، بهزادی و گنجاهی، ۲۰۰۸) که به عنوان یک اختلال مزمن و بازگشت‌کننده، علاوه بر تأثیرات عمیق اجتماعی، روان‌شناختی، جسمی و اقتصادی برای شخص مصرف‌کننده، فشار روانی زیادی را بر اعضای خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. از مضرت‌ترین و مخرب‌ترین اثرات اعتیاد، اعتیاد سرپرست خانواده است که بر کلیه اعضای خانواده و از همه مهم‌تر همسر فرد معتاد تأثیرات منفی بسیاری بر جای می‌گذارد. حساسیت جایگاه زنان دارای همسر معتاد و مسائل فردی و نقش‌های آن‌ها در مقابل همسر، فرزندان و جامعه از جمله مسائلی است که نیازمند توجه بسیاری است. تعدادی معدودی از مطالعات انجام شده بر روی ارتباط میان شرایط حاکم بر خانواده و ویژگی‌های اعضای خانواده فرد معتاد، به گونه‌ای غیرمستقیم به تأثیر رویارویی طولانی مدت با معضل اعتیاد بر نگرش و رفتار همسر فرد معتاد اشاراتی داشته‌اند (موریس و سالگادو^۲، ۱۹۹۸؛ جدزکزاک^۳، ۲۰۰۵). از منظر بهداشت روانی، نحوه رویارویی با مشکلات، عامل مهمی در سلامتی و بهداشت روانی و جسمی فرد است (پاول و انرایت^۴، ۱۳۷۷) و تردیدی نیست که مقابله طولانی مدت با بیماری اعتیاد شوهر و فشار روانی بسیار زیادی که این مشکل بر همسران افراد معتاد وارد می‌کند می‌تواند بر ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی این گروه تأثیرگذار باشد. علاوه بر این، طبق نظریه آسیب‌پذیری و فشار^۵، زنان در مقایسه با مردان، فشار روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و این موضوع به نقش‌های جنسیتی^۶ زنان در خانواده به عنوان منشأ این تفاوت اشاره دارد. زنان و مردان، رفتارها و نگرش‌های خود را در چارچوب نقش‌های جنسیتی شکل می‌دهند و این نقش‌ها، به خصوص برای دختران از سنین پایین شکل می‌گیرد و آن‌ها به‌طور غیر فعال برای سرنوشت جنسیتی خود برنامه‌ریزی می‌شوند (خمسه، ۱۳۸۳). کلیشه‌های جنسیتی^۷، مجموعه‌ای

1. Addiction
2. Morais & Salgado
3. Jedrzejczak
4. Powell & Enright
5. Vulnerability and Stress
6. Gender roles
7. Gender stereotypes

از باورهای مشترک فرهنگی درباره صفات شخصیتی و سایر ویژگی‌های مردان و زنان است و تشکیل این کلیشه‌ها بازتاب طبیعی کاربرد طرحواره‌های جنسیتی^۱ است. Bem^۲، بنیان‌گذار نظریه نقش‌های جنسیتی^۳، معتقد است که افراد تا حدی طرحواره‌های جنسیتی مختلف دارند و این تفاوت محتوی، شاید نتیجه انواع اطلاعاتی است که فرد در خانواده و فرهنگ و جامعه در رابطه با جنسیت در سراسر دوران زندگی خود با آن مواجه شده است و در واقع طرحواره‌های نقش جنسیتی، مجموعه‌ای از تداعی‌های مرتبط با جنسیت است که زمینه اصلی پردازش اطلاعات را براساس جنسیت نشان می‌دهد (Bem, 1983). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کلیشه‌های جنسیتی درباره مردانگی و زنانگی از سال ۱۹۷۲ تغییر زیادی نکرده است و نقش‌های جنسیتی زنان اغلب آن‌ها را متعهد می‌کند تا مراقبت جسمانی و عاطفی نسبت به اعضای خانواده فراهم کنند (Brannon^۴, 2007). نتیجه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ترکیب قدرت و کنترل کم‌تر و فشارهای ناشی از نقش‌های زنانه متعدد، آسیب‌پذیری روانی را افزایش می‌دهد (هاید^۵, 2000). همچنین بین مراقبت از نزدیکان و ارزش‌گذاری کم‌تر اجتماعی و فقدان منابع حمایتی ارتباط وجود دارد و همه این عوامل در آسیب‌پذیری روان‌شناختی در زنان نقش دارد (Kohen^۶, 2000).

اما درمان‌گران و مشاورانی که به درمان معتادان مشغول بودند، متوجه حالت‌ها و رفتارهای غیرمعمولی در همسران افراد وابسته به مواد شدند که با رفتارهایی که زنان در قالب نقش‌های زنانه خود انجام می‌دهند متفاوت به نظر می‌رسد و تحت عنوان هم‌وابستگی^۷ از آن یاد می‌شود و می‌توان آن را در قالب رویکرد سیستمی^۸ کافمن^۹ به خانواده تبیین کرد. کافمن (۱۹۹۵) معتقد است که با افزوده شدن مصرف مواد به سیستم خانواده، اعضای خانواده به خصوص همسران معتادان با تغییراتی که در نقش‌ها، وظایف و عملکردشان پدید می‌آید، خود

-
1. Gender schema
 2. Bem
 3. Gender schema theory
 4. Brannon
 5. Hyde
 6. Kohen
 7. codependency
 8. System approach
 9. Kaufman

را سازش می‌دهند و خواسته یا ناخواسته سعی می‌کنند تا در نقش‌ها، مسئولیت‌ها و ارتباطات خود تعادلی جدید به وجود آورند. همسران افراد وابسته به مواد، بدون توجه به سلامتی و نیازهای اساسی خود به طور مسئولانه‌ای، که نوعی فداکاری به نظر می‌آید، به شدت مشغول کنترل رفتار فرد معتاد و مراقبت از او می‌شوند و برای او ترحم و دلسوزی می‌کنند (معصومیان شرقی، ۱۳۸۸؛ ملودی بیٹی، ۱۳۸۸). در پژوهش‌های منتشره در ایالات متحده آمریکا تأکید بر این است که در خانواده‌های افراد معتاد اغلب نوعی دگرگونی نقش‌ها و سلسله مراتب سستی مشاهده می‌شود (چیریلو، برین و کامبازوار^۱، ۱۳۷۸ و والر و ماهونی^۲، ۱۹۹۹) و طی این تغییرات همسران افراد معتاد تلاش غیر معمولی را در جهت کنترل بیماری اعتیاد همسر و مدیریت شرایط نابسامان به عمل می‌آورند، اما از آنجا که این تلاش عموماً با ناکامی مواجه می‌شود، زوج غیر سوء‌مصرف کننده، ممکن است تمایلش را برای درگیر شدن با حل مسائل از دست بدهد و تسلیم شود، زیرا پیش‌بینی می‌کند که نتیجه، منفی خواهد بود و وقتی این الگو ادامه پیدا می‌کند، موضوعات مهم حل نشده باقی می‌ماند، زیرا اجتناب آسان‌تر است (گل‌پرور، ۱۳۷۹؛ آبرامسون^۳ و سلیگمن، ۱۹۹۹؛ خمسه^۴، ۱۳۸۳) و تداوم این روند می‌تواند همسر یک فرد معتاد را به سمت درماندگی آموخته‌شده^۴ سوق دهد. درماندگی آموخته‌شده در مفهوم کلی به معنای درک کنترل‌ناپذیر بودن رویدادها است (سلیگمن^۵، ۱۹۷۶). طبق نظریه درماندگی آموخته‌شده، زمانی که فرد در موقعیت‌های ناکامی متعدد قرار گیرد و احساس ناتوانی کنترل بر شرایط را تجربه کند، در موقعیت‌های بعدی نیز با وجود امکان موفقیت، پیشاپیش شکست را می‌پذیرد. وینر^۶ (۱۹۸۶) و سلیگمن (۱۹۹۶) در تکمیل نظریه درماندگی، به سبک‌های اسنادی^۷ افراد تأکید کرده‌اند، به این ترتیب که شیوه اسنادی افراد برای نتایج اعمال خود به صورت منفی و بدبینانه می‌تواند به درماندگی آموخته‌شده منجر شود. افراد با دلایل عملکرد درونی - پایدار و کلی برای شکست‌های خود نشانه‌های درماندگی آموخته‌شده را بروز می‌دهند.

1. Cyrylu, Bren & Kambyazuar
2. Waller & Mahony
3. Abramson & Seligman
4. Learned helplessness
5. Seligman
6. Weiner
7. Attributional styles

تحقیقات نشان داده‌اند بسیاری از قربانیانی که به مدت طولانی تحت آزار و ستم اطرافیان خود قرار گرفتند باز هم در آن رابطه باقی می‌مانند، چرا که دچار درماندگی آموخته‌شده هستند (سلیگمن، استین، پارک و پیترسون^۱، ۲۰۰۵). طبق بررسی‌های کوهن (۲۰۰۰)، همسران درمانده، دربارهٔ مسائلی همچون رفتارها و عکس‌العمل‌ها، شیوهٔ پرداختن به بحث‌ها، حل مشکل و ارسال پیام، با زوج‌های غیر درمانده متفاوت بوده و عکس‌العمل‌های آن‌ها بیش‌تر جنبهٔ منفی دارد. هم چنین زوج‌های درمانده، در روابط خود نسبت به گروه غیر درمانده، بیش‌تر به شکایت متوسل می‌شوند (برنشتاین و برنشتاین^۲، ۱۳۷۷). قوانلو (۱۳۸۳) چنین بیان می‌کند که اعتیاد مردان، موجب دلسردی زنان در زندگی شده و به دنبال آن ناسازگاری زوج تشدید می‌شود. نتایج پژوهش منشئی، سموعی و ولیانی (۱۳۸۲) در خانواده‌های معتادان نیز نشان دهندهٔ ناکارآمدی و وجود مشکل در عملکرد خانواده است.

زمانی که تلاش‌ها برای به دست آوردن کنترل موفقیت‌آمیز نباشد، به نوعی کاهش در فعالیت منجر می‌شود؛ یعنی نوعی فقدان ظاهری انگیزش و بی میلی پایدار (احسان‌ی پیله رود، ۱۳۸۵) که این بی انگیزگی ممکن است خود را در قالب کاهش ویژگی‌های مثبت روان‌شناختی آشکار کند که موجبات تطابق هر چه بیش‌تر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی را سبب می‌شوند (عطاری، نیسی، یوسفی و نبوی، ۱۳۸۳؛ شریفی، عریضی و نامداری، ۱۳۸۴؛ آزموده، شهیدی و دانش، ۱۳۸۶؛ نوید، ۱۳۸۷). از میان این ویژگی‌ها، می‌توان به سرسختی روان‌شناختی^۳ و تاب‌آوری^۴ اشاره کرد که هم پوشانی زیادی دارند و هر دو بر واکنش افراد به موقعیت‌های فشارزا تأثیر می‌گذارند و در برگیرندهٔ مؤلفه‌هایی برای مقابله سازگارانه با عوامل فشارزا و تعبیر آن‌ها به عنوان چالش‌هایی در جهت تغییر هستند (ویسی، عاطف و حید و رضایی، ۱۳۸۹؛ خزائلی پارسا، ۱۳۸۶؛ کینگ^۵، ۲۰۱۰؛ جوزف، ویلیامز و یول^۶، ۲۰۰۹؛ تایلر^۷، ۲۰۰۸). سرسختی روان‌شناختی در ادبیات مربوط به استرس و کنار آمدن با آن برای

1. Seligman, SteenT Park & Peterson
2. Bernstein & Bernstein
3. Hardiness
4. Resilience
5. King
6. Joseph, Williams & Yule
7. Taylor

توضیح تفاوت‌های فردی در تاب‌آوری در مقابل استرس ظاهر شد. کنار آمدن موفقیت‌آمیز با عوامل استرس‌زا و موقعیت‌های دشوار تاب‌آوری نامیده می‌شود (مک کوبین^۱ و مک کوبین، ۱۹۹۶؛ مدی و خوشابا^۲، ۲۰۰۹؛ آلن بای و فینک^۳، ۲۰۱۰؛ پاتون و جان استون^۴، ۲۰۱۱)؛ و باعث پیشرفت و مقاومت در شرایط دشوار می‌شود (ریچاردسون^۵، ۲۰۰۸). افراد تاب‌آور قدرت پذیرش واقعیت را دارند و بر این باور هستند که زندگی بامعنا تر از آن است که بخواهند در مقابل مشکلات تسلیم شوند (بشارت، ۱۳۸۹؛ کوتو^۶، ۲۰۰۲؛ کانر و دیویدسون^۷، ۲۰۰۸؛ اُورکه^۸، ۲۰۱۱؛ بارنز و آنستی^۹، ۲۰۱۲). برخی از پژوهش‌ها، بین تاب‌آوری و سرسختی با اضطراب و افسردگی رابطه منفی معناداری نشان داده‌اند و گویای آن هستند که افراد تاب‌آور می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند (انزلیچت، ارنسون، گود و مک کی^{۱۰}، ۲۰۰۶) و رضایت از زندگی بیش‌تری را تجربه کنند (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۱۳۸۶). هم‌چنین مطالعات نشان داده‌اند که در نتیجه فرآیند تاب‌آوری، اثرات ناگوار شرایط استرس‌زا، اصلاح یا تعدیل می‌شوند یا حتی ناپدید می‌شوند (توگاد و فردریکسون^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ انزلیچت و همکاران، ۲۰۰۶). مدی و کوباسا^{۱۲} (۲۰۰۹)، سرسختی را برای توصیف افرادی به کار برده‌اند که به‌رغم پشت سر گذاشتن حوادث استرس‌آمیز زندگی، تسلیم عوارض منفی آن نمی‌شوند. سرسختی به افراد کمک می‌کند در رویارویی با تغییرات تنش‌زا، دشواری‌ها را به فرصت‌هایی پر منفعت تبدیل کنند. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که سرسختی روان‌شناختی به عنوان یک ویژگی شخصیتی، رابطه بین تنش و بیماری را تعدیل می‌کند، یعنی در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند (کوباسا، ۱۹۷۹).

1. Mc Cubbin
2. Khoshaba
3. Allenby & Fink
4. Paton & Johnston
5. Richardson
6. Coutu
7. Conner & Davidson
8. O'Rourke
9. Burns & Anstey
10. Inzlicht, Aronson, Good & McKay
11. Tugade & Fredrickson
12. Maddi & Kobasa

با توجه به اهمیت نقش زن در خانواده و تأثیر چشمگیر سبک مقابله او با مشکلات و ویژگی‌های روان‌شناختی او بر فضای روانی حاکم به خصوص در خانواده معتادان و از طرف دیگر با توجه به اهمیت متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش در شیوه مقابله همسران افراد معتاد با بیماری شوهرانشان، این پژوهش سعی دارد به این سؤال پاسخ دهد که آیا بین متغیرهای نقش‌های جنسیتی، هم‌وابستگی، سرسختی، تاب‌آوری و درماندگی آموخته‌شده در همسران افراد معتاد رابطه علی وجود دارد؟ شایان ذکر است با توجه به روش آماری مورد استفاده و تعدد فرضیه‌های پژوهشی پیرامون پیش‌بینی چگونگی روابط علی میان متغیرهای مورد بررسی، به جای بیان تفصیلی، فرضیات پژوهش در قالب یک مدل فرضی در نمودار ۱ ترسیم شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی - همبستگی^۱ بود. جامعه آماری این پژوهش، کلیه همسران افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در سطح شهر اصفهان بود که در مدت ۸۰ روز نمونه‌گیری ۱۲۰ نفر از آن‌ها به شیوه در دسترس انتخاب و حاضر به همکاری شدند. از آزمودنی‌ها خواسته شد علاوه بر پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، به پنج پرسشنامه: نقش جنسی بَم (BSRI)، سرسختی روان‌شناختی (HI)، تاب‌آوری کانر و دیویدسون (-CD)، هم‌وابستگی (CODI) و سبک‌های اسنادی پاسخ دهند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر^۲ و از نرم افزارهای SPSS-17 و Amos-5 استفاده شد.

ابزارهای استفاده شده عبارت هستند از:

(۱) پرسشنامه نقش جنسی بَم (BSRI): این پرسشنامه را بَم (۱۹۸۳) براساس نظریه طرحواره‌های شناختی تدوین کرده است که ۶۰ صفت یا ویژگی شخصیتی را شامل می‌شود. ۲۰ ویژگی، صفات کلیشه‌ای زنانه (از قبیل عاطفی بودن، ملایم بودن، حساس بودن)، ۲۰ ویژگی‌های کلیشه‌ای مردانه (از قبیل جاه‌طلبی، استقلال، حسادت) و ۲۰ ویژگی‌های

1. Descriptive -Correlation
2. Path Analysis

ختی هستند (از قبیل شاد بودن، صادق بودن و...). این پرسشنامه ارزیابی مستقلی از مردانگی، زنانگی، دوجنسیتی بودن و نامتمايز بودن از لحاظ جنسیتی را براساس خودسنجی به عمل می‌آورد. پاسخ‌ها براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای است که نشان می‌دهد که هر یک از ۶۰ ویژگی تا چه حد دربارهٔ آزمودنی‌ها صادق است. میانهٔ نمرات در این پرسشنامه ۴/۹ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰/۸۰ - ۰/۸۶ و ضریب پایایی بازآزمایی آن پس از چهار هفته ۰/۸۲ گزارش شده است. روایی و پایایی ۰/۸۹ - ۰/۷۵ را اوزکان و لاجونن^۱ (۲۰۰۵) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ را ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۸۷) گزارش کردند. مطالعات روان‌سنجی در ایران دربارهٔ این پرسشنامه حاکی از ثبات درونی (آلفای کرونباخ ۰/۶۷، برای زنان و ۰/۷۵، برای مردان) است و اعتبار همزمان آزمون نیز برای زنان ۰/۷۵ و برای مردان ۰/۹۰ گزارش شده است (خمسه، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر، با روش آلفای کرونباخ پایایی زیر مقیاس زنانگی، ۰/۶۴ و پایایی زیرمقیاس مردانگی، ۰/۸۳ محاسبه شد.

۲) پرسشنامهٔ سرسختی روان‌شناختی (HI): پرسشنامه سرسختی اهواز یک مقیاس خود گزارشی مداد کاغذی ۲۷ ماده‌ای است. احراز نمرهٔ بیش‌تر در این پرسشنامه، نشان دهندهٔ سرسختی روان‌شناختی زیاد در فرد است. در پژوهش کیامرثی (۱۳۷۶) ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها برابر با ۰/۷۶، برای آزمودنی‌های مذکر برابر با ۰/۷۶ و برای آزمودنی‌های مؤنث برابر با ۰/۷۴ است. در پژوهش شاکری نیا (۱۳۸۸) نیز آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۸۹ بود. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ محاسبه شد.

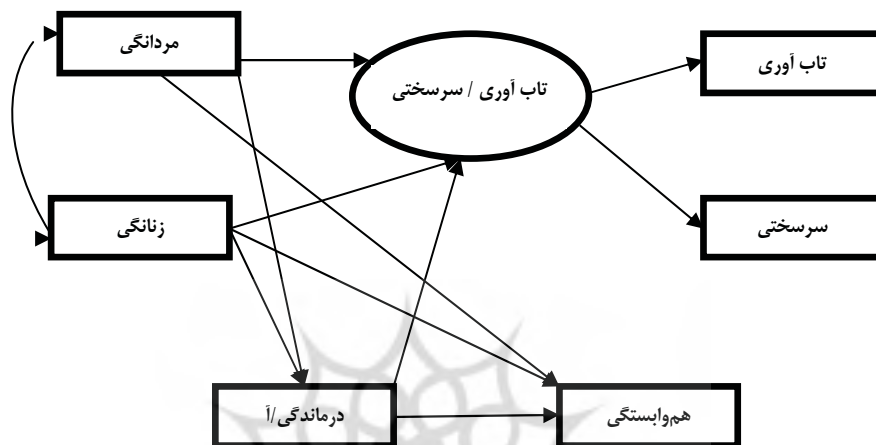
۳) مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این پرسشنامه را، که ۲۵ گویه پنج گزینه‌ای دارد، با بازبینی منابع پژوهشی ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۷ تهیه کردند. پایایی نسخهٔ فارسی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (محمدی، ۲۰۰۶). برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر نمره با نمره کل، ضریب‌های ۰/۴۱ تا ۰/۴۶ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (محمدی، ۲۰۰۶). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ محاسبه شد.

۴) پرسشنامه هم‌وابستگی (CODI): یک ابزار ۲۹ ماده‌ای است که هدف از طراحی آن مطالعه هم‌وابستگی در خانواده و دوستان افراد سوء مصرف‌کننده مواد است. این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس دارد که عبارت هستند از: نیاز به کنترل، وابستگی بین فردی، از خود بیگانگی و در هم تنیدگی. ضریب آلفای کلی ۰/۷۹ و روایی سازه خوبی برای این پرسشنامه گزارش شده است (استون برینک^۱، ۱۹۹۸). پایایی این پرسشنامه برای جمعیت ایرانی در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۷ محاسبه شد.

۵) پرسشنامه سبک اسناد: پرسشنامه‌ای که در این پژوهش به عنوان پرسشنامه سبک اسناد برای اندازه‌گیری میزان درماندگی آموخته‌شده آزمودنی‌ها به کار رفت، به وسیله اسلامی شهر بابکی (۱۳۶۹) از مقیاس سبک اسناد سلیگمن (۱۹۷۹) اقتباس و تدوین شده است. این پرسشنامه، محتوای اسنادهای علی افراد را برای پیامدهای مثبت و منفی در ابعاد درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار و کلی - اختصاصی متناسب با میزان اهمیتی، که افراد به آن پیامدها می‌دهند، اندازه می‌گیرد. ضریب آلفای گروه‌های فرعی آن به ترتیب زیر به دست آمده است: پیامد بد درونی ۰/۷۵، پیامد خوب درونی ۰/۷۴، پیامد بد پایدار ۰/۴۳، پیامد خوب پایدار ۰/۵۶، پیامد بد کلی ۰/۷۳ و پیامد خوب کلی ۰/۷۶ (اسلامی شهر بابکی، ۱۳۶۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۴ محاسبه شد.

یافته‌های پژوهش

به منظور بررسی رابطه علی بین متغیرهای پژوهش، ابتدا مدلی فرضی از روابط بین متغیرها به شکلی که در نمودار ۱ دیده می‌شود رسم شد.



نمودار ۱: مدل مفروض رابطه بین متغیرهای پژوهش

در این مدل، با توجه به همپوشی بالای مفاهیم تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی، به لحاظ نظری، این دو متغیر در قالب یک متغیر مکنون تعریف شده‌اند. همچنین شایان ذکر است که رابطه بین متغیرهای زنانگی و مردانگی، مورد فرض این پژوهش قرار ندارد و درج پیکان دوسویه بین این دو متغیر، صرفاً به منظور رعایت استاندارد مدل‌سازی معادلات ساختاری، در مورد متغیرهای برونزا بوده و نشانه اثر علی بین این دو متغیر نیست. ضرایب همبستگی ساده بین متغیرهای پژوهش، در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌طور که در ذیل (جدول ۱) ملاحظه می‌شود، زنانگی با هیچ یک از متغیرهای مردانگی، تاب‌آوری و سرسختی، همبستگی معناداری ندارد، اما با هم‌وابستگی، همبستگی مثبت و با درماندگی آموخته‌شده، همبستگی منفی معناداری دارد. مردانگی با تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی، همبستگی مثبت و با هم‌وابستگی و درماندگی آموخته‌شده همبستگی منفی معنادار دارد. دو متغیر تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی، هیچ یک با هم‌وابستگی، همبستگی مثبتی ندارند، اما هر دو با درماندگی آموخته‌شده همبستگی منفی معناداری دارند و بالاخره هم‌وابستگی نیز با درماندگی آموخته‌شده همبستگی منفی معنادار دارد.



جدول ۱: ضرایب همبستگی ساده بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱	زنانگی	-					
۲	مردانگی	۰/۱۱	-				
۳	تاب‌آوری	-۰/۰۱	**۰/۳۹	-			
۴	سرسختی	۰/۱۲	**۰/۴۷	**۰/۴۹	-		
۵	هم‌وابستگی	**۰/۲۵	**۰/۲۴	-۰/۰۹	-۰/۰۳	-	
۶	درماندگی/آ	**۰/۲۵	**۰/۴۳	**۰/۳۵	**۰/۳۲	**۰/۲۲	-

***P<۰/۰۱

*P</۰۰۵

نکته جالب توجه در جدول ۱، هم‌سویی کامل روابط دو متغیر تاب‌آوری و سرسختی با سایر متغیرها است، به طوری که هم در وضعیت معناداری، هم در میزان و هم در جهت همبستگی، این همسویی کاملاً مشاهده می‌شود. برای بررسی مدل مفروض پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: اوزان رگرسیونی استاندارد مسیرهای بین متغیرهای پژوهش

خطای استاندارد	برآورد	مسیرها
۰/۰۶	**۰/۵۱	تاب‌آوری/سرسختی
۰/۰۶	**۰/۴۰	هم‌وابستگی
۰/۰۴	**۰/۴۰	درماندگی/آ
۰/۰۷	-۰/۰۳	تاب‌آوری/سرسختی
۰/۰۹	*۰/۲۰	هم‌وابستگی
۰/۰۵	**۰/۲۱	درماندگی/آ
۰/۱۱	*۰/۲۵	تاب‌آوری/سرسختی
۰/۱۴	**۰/۳۳	هم‌وابستگی
۰/۰۰	**۰/۶۶	تاب‌آوری
۰/۱۷	**۰/۷۴	سرسختی

***P<۰/۰۱

*P</۰۰۵

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، اوزان رگرسیونی تمام مسیرهای مستقیم مدل مفروض پژوهش، به جز مسیر زنانگی به تاب‌آوری/سرسختی، معنادار است. بنابراین، با حذف این مسیر از مدل اولیه پژوهش، این مدل اصلاح شد و برازش آن در شاخص‌های مختلف برازش بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ ملاحظه‌پذیر است.

جدول ۳: وضعیت شاخص‌های برازش برای مدل اصلاح شده پژوهش

شاخص‌های برازش	مقدار آماره	سطح قابل قبول وضعیت مدل پروژه
CMIN	*۷/۲۵	مقدار کای اسکوتر جدول عدم برازش
NFI	۰/۹۴	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل) برازش مطلوب
TLI	۰/۹۲	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل) برازش مطلوب
CFI	۰/۹۸	۰ (عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل) برازش مطلوب
RMSEA	۰/۰۶	کوچک‌تر از ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ برازش مطلوب

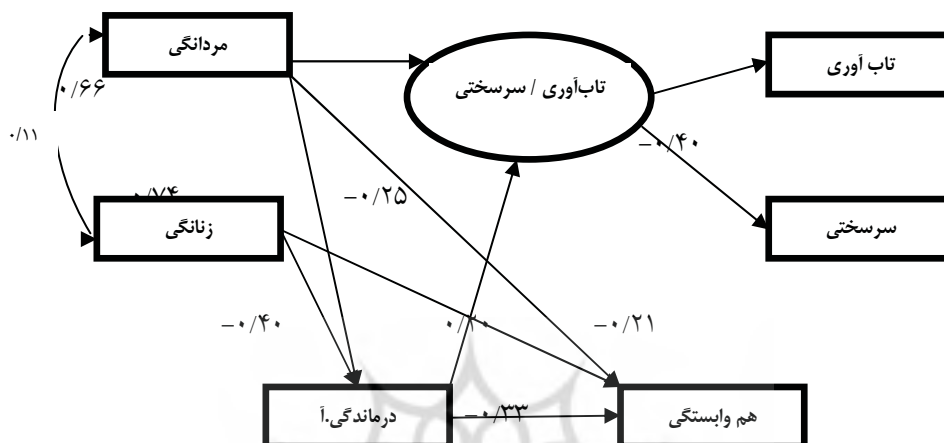
* P = ۰/۱۲

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، فقدان معناداری آماره خی دو، مقادیر بالاتر از ۰/۹۰ برای شاخص نرم شده برازندگی (NFI)، شاخص تاکر-لویز (TLI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) و مقدار کم‌تر از ۰/۰۸ برای شاخص ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، نشانه برازش مطلوب مدل اصلاح شده است. بنابراین، اثرات غیرمستقیم بین متغیرهای به کار رفته در مدل نیز تأیید می‌شود. در جدول ۴، میزان اثرات غیرمستقیم استاندارد مربوط به مسیرهای غیرمستقیم مدل، و در نمودار ۲، مدل اصلاح شده پژوهش به همراه ضرایب مسیر ارائه شده است.

جدول ۴: اثرات غیرمستقیم استاندارد مربوط به مدل اصلاح شده

برآورد	مسیرها		
۰/۱۰	(از طریق تاب.آ/سرسختی)	تاب.آ	مردانگی
۰/۴۵	(از طریق تاب.آ/سرسختی)	سرسختی	مردانگی
۰/۱۳	(درماندگی.آ)	هم‌وابستگی	مردانگی
۰/۰۶	(از طریق درماندگی.آ و تاب.آ/سرسختی)	تاب.آ	مردانگی
۰/۰۷	(از طریق درماندگی.آ و تاب.آ/سرسختی)	سرسختی	مردانگی
۰/۰۷	(از طریق درماندگی.آ)	هم‌وابستگی	زنانگی
۰/۰۳	(از طریق درماندگی.آ و تاب.آ/سرسختی)	تاب.آ	زنانگی
۰/۰۳	(از طریق درماندگی.آ و تاب.آ/سرسختی)	سرسختی	زنانگی
-۰/۱۷	(از طریق تاب.آ/سرسختی)	تاب.آ	درماندگی.آ
-۰/۱۹	(از طریق تاب.آ/سرسختی)	سرسختی	درماندگی.آ

همان‌طور که در نمودار ۲ ملاحظه می‌شود، مردانگی اثر مستقیم مثبتی بر تاب‌آوری/سرسختی به عنوان یک متغیر مکنون دارد. با بررسی اثرات غیرمستقیم که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است، ملاحظه می‌شود که میزان تأثیر مردانگی بر متغیر سرسختی، بسیار بیش‌تر از متغیر تاب‌آوری است. همچنین مردانگی بر هر دو متغیر هم‌وابستگی و درماندگی آموخته‌شده، اثرات مستقیم منفی داشته است، که نشان می‌دهد میزان بالای مردانگی می‌تواند با میزان پایین این دو متغیر همراه باشد و بالعکس. زنانگی بر متغیر هم‌وابستگی اثر مستقیم مثبت و بر متغیر درماندگی آموخته‌شده، اثر مستقیم منفی داشته است. این به این معنی است که درجات بالای زنانگی با درجات پایینی از درماندگی آموخته‌شده و درجات بالایی از هم‌وابستگی همراه خواهد بود. البته، تأثیر مستقیم منفی زنانگی بر درماندگی آموخته‌شده، تقریباً یک دوم اثر مستقیم منفی مردانگی بر این متغیر است. درماندگی آموخته‌شده نیز اثر مستقیم منفی بر هم‌وابستگی و متغیر مکنون تاب‌آوری/سرسختی دارد و میزان اثر غیر مستقیم آن بر هریک از متغیرهای تاب‌آوری و سرسختی نیز تقریباً به یک میزان است. به عبارت دیگر می‌توان گفت که هنگامی که درماندگی آموخته‌شده در سطوح بالایی باشد، هم‌وابستگی، تاب‌آوری و سرسختی، در سطوح پایینی خواهند بود و بالعکس.



نمودار ۲: مدل اصلاح شده رابطه بین متغیرهای پژوهش

همچنین این مدل نشان می‌دهد که زنانگی علاوه بر اینکه خود مستقیماً بر افزایش سطح هم‌وابستگی تأثیر دارد، می‌تواند با میانجی‌گری متغیر درماندگی آموخته‌شده نیز بر افزایش سطح هم‌وابستگی، تأثیر گذار باشد. اما این تفسیر را نمی‌توان درباره اثر غیر مستقیم مردانگی بر هم‌وابستگی داشت، زیرا اثرات مستقیم مردانگی با هر دو متغیر هم‌وابستگی و درماندگی آموخته‌شده، منفی می‌باشد. آخرین نکته شایان ذکر درباره مدل نیز، ارتباط غیرمستقیم مردانگی و زنانگی با متغیرهای تاب‌آوری و سرسختی از طریق متغیر درماندگی آموخته‌شده و متغیر مکنون تاب‌آوری / سرسختی است. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود میزان این اثر غیرمستقیم به‌ویژه برای زنانگی، بسیار ناچیز و نزدیک به صفر است، بنابراین، نمی‌توان این دو اثر غیرمستقیم را چندان با اهمیت در نظر گرفت.



بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، بسیاری از حوزه‌های مختلف روان‌شناسی، هدف غایی خود را شناسایی سازه‌ها و شیوه‌هایی قرار داده‌اند که موجبات بهزیستی، شادکامی و سازگاری هرچه بیشتر انسان را فراهم می‌کنند. در راستای این هدف پژوهش حاضر به بررسی مدلی از رابطه علی میان سازه‌هایی اقدام کرده است که به نظر می‌رسد با تطابق هر چه بیشتر افراد با نیازها و تهدیدهای زندگی رابطه تنگاتنگی دارند. در این قسمت نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر تفسیر و تبیین خواهد شد.

یکی از نتایجی که مدل مورد بررسی در مطالعه حاضر بیان می‌کند این است که مردانگی می‌تواند تأثیرات معناداری در ارتقاء سطح سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری داشته باشد، ولی زنانگی نمی‌تواند چنین تأثیراتی داشته باشد. این نتیجه با نتایج آزموده و همکاران (۱۳۸۶) همخوانی دارد که عنوان کردند بین زنان و مردان از نظر سرسختی روان‌شناختی، تفاوت معناداری وجود دارد. سرسختی و تاب‌آوری از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح استرس و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل نمایند و اثرات منفی استرس را کم رنگ تر جلوه دهند (ویسی، عاطف وحید و رضایی، ۱۳۸۹؛ جوزف، ویلیامز و یول، ۲۰۰۹). پس از طرح مفهوم سرسختی روان‌شناختی توسط کوباسا (۱۹۷۹)، پژوهشگران به صورت گسترده‌ای آن را مطالعه کردند (عطاری، نیسی، یوسفی و نبوی، ۱۳۸۳؛ شریفی، عریضی و نامداری، ۱۳۸۴؛ نوید، ۱۳۸۷). ویسی و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند که در شرایط پر استرس کسانی که سرسختی بالاتری دارند، سازگاری بیش‌تری دارند تا کسانی که سرسختی پایین‌تری دارند. مدی و خوشابا (۲۰۰۹) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که افراد برای مقابله مؤثر با رویدادها، علاوه بر مهارت‌های حل مسئله، می‌بایست رفتارهای سخت‌روانه را در خود پرورش دهد. پاتون و جان استون (۲۰۱۱) طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افراد تاب‌آور بدون اینکه سلامت روانشان کاهش یابد و دچار بیماری روانی شوند، رویدادهای فشار زا را پشت سر می‌گذارد. همچنین به نظر می‌رسد در بعضی موارد با وجود تجارب سخت خود پیشرفت نیز کرده و کامیاب شده‌اند. آلن بای و فینک (۲۰۱۰) در نتایج بررسی‌های خود نشان دادند که بین دیدگاه مثبت به خود و آینده، با تاب‌آوری رابطه معناداری وجود دارد. خزائلی پارسا (۱۳۸۶) معتقد است که افراد تاب‌آور از احساس اعتماد به نفس و کارآمدی بهره‌مند هستند که به آن‌ها اجازه

می‌دهد با موفقیت چالش‌های زندگی را پشت سر بگذارند. سامانی و همکارانش (۱۳۸۶) بین تاب‌آوری و رضایت‌مندی از زندگی ارتباط مستقیم و معنادار گزارش کردند. کانر و دیویدسون (۲۰۰۸)، بشارت (۱۳۸۹)، نوید (۱۳۸۷)، بارنز و آنستی (۲۰۱۲) و اُرورکه (۲۰۱۱) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های افراد تاب‌آور از جمله مشارکت در رفتارهای ارتقاء سلامتی، لذت بردن از چالش، تفسیر مثبت هیجانات منفی و استفاده از راهبردهای انطباقی متناسب با موقعیت و سازگاری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

هم چنین نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مردانگی تأثیری معکوس و زنانگی تأثیری مستقیم بر هم‌وابستگی دارد؛ یعنی اگر مردانگی بالا باشد میزان هم‌وابستگی پایین است، اما زنانگی دقیقاً در نقطه مقابل قرار دارد؛ یعنی هرچه که زنانگی بالاتر باشد، میزان هم‌وابستگی بالاتر است. پژوهش‌های چیریلو و همکاران (۱۳۷۸)، والر و ماهونی (۱۹۹۹)، معصومیان شرقی (۱۳۸۸) و ملودی بیٹی (۱۳۸۸) نمونه‌ای از مطالعات اندکی هستند که چگونگی ایجاد وابستگی در خانواده‌ها و همسران افراد معتاد را بررسی کرده‌اند و تحقیقات آن‌ها تأیید می‌کنند که نقش‌های زنانه باعث هم‌وابستگی بیش‌تر می‌شود (ملودی بیٹی، ۱۳۸۸ و معصومیان شرقی، ۱۳۸۸).

نتایج مطالعه حاضر، همسو با تحقیقاتی که درباره‌ی درماندگی آموخته‌شده طی سطور فوق به آن‌ها اشاره شد، نشان داد که اگر درماندگی آموخته‌شده بالا باشد، افراد، به جای ویژگی‌های سرسختی، تاب‌آوری و هم‌وابستگی، حالتی از اجتناب از مسئله و انفعال و سکون محض را در پیش می‌گیرند. اما نتیجه‌ی جدیدی که از این مطالعه حاصل شد این بود که هم‌مردانگی و هم‌زنانگی تأثیر معکوسی روی این متغیر دارند. یعنی هم‌مردانگی بالا و هم‌زنانگی بالا می‌تواند با درماندگی آموخته‌شده پایین همراه باشد. نکته‌ی کلیدی در تفسیر این یافته این جاست که افراد دارای سطح درماندگی آموخته‌شده یکسان یا مشابه، بنابر ویژگی‌های جنسیتی که در آن‌ها برتری دارد، رفتارهای متفاوتی را در یک زمینه مشابه از خود نشان می‌دهند. به این ترتیب که افراد دارای سطوح پایین درماندگی آموخته‌شده که در آن‌ها رگه‌ی شخصیتی زنانه غلبه دارد، برای حل استرس‌ها و ناراحتی‌های خود به رفتار هم‌وابستگی رو می‌آورند؛ در حالی که افراد دارای سطوح پایین درماندگی آموخته‌شده که در آن‌ها رگه‌ی شخصیتی مردانه غلبه دارد، در مقابل استرس‌ها و ناراحتی‌ها تاب‌آوری و سرسختی روان‌شناختی از خود بروز می‌دهند. با

مرور مطالب موجود درباره تأثیر نقش‌های جنسیتی مشخص می‌شود که در اکثر دیدگاه‌های نظری بر تفاوت‌های جنسیتی درباره آسیب‌پذیری روان‌شناختی تأکید شده است. برای مثال در نظریه روانکاوی به عنوان اثرگذارترین نظریه روان‌شناختی، به سبک‌های شخصیتی نافرمانی، وابستگی و پرخاشگری درون‌سازی شده به عنوان ویژگی‌های شخصیتی زنانه اشاره شده که پیامد آن اختلال‌های روان‌شناختی است (کوهن، ۲۰۰۰). هم‌چنین در نظریه شناختی به سبک‌های اسنادی منفی و رابطه آن با درماندگی آموخته‌شده تأکید شده است. این نظریه بر جامعه‌پذیری نقش‌هایی جنسیتی و تأثیر آن در درماندگی آموخته‌شده زنان اهمیت می‌دهد. برحسب این نظریه آموزش و تربیت زنان به گونه‌ای است که بیش‌تر با نقش‌های نافرمانی و درماندگی همانندسازی می‌کنند. زنان، سبک‌های شناختی منفی‌تری دارند و علت رویدادهای منفی زندگی را بیش‌تر به عوامل پایدار کلی و درونی خود نسبت می‌دهند. این نوع اسنادهای منفی زنان را نسبت به احساس درماندگی در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند زندگی آسیب‌پذیرتر می‌کند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین سبک‌های اسنادی مردانه با درماندگی رابطه منفی وجود دارد و در دختران اندیشناکی و اشتغال‌های ذهنی منفی با علائم بیش‌تر درماندگی همراه است (آبرامسون و سلیگمن، ۱۹۹۹). نتایج پژوهش خمسه (۱۳۸۳) نشان داد که از میزان درماندگی آموخته‌شده در زنان با طرحواره‌های نقش جنسی مردانه، کاسته شده است، در حالی که این موضوع درخصوص طرحواره‌های نقش جنسی زنانه تفاوت معناداری نشان نمی‌دهد. درباره رابطه تاب‌آوری و سرسختی با درماندگی آموخته‌شده نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده که تاب‌آوری از جمله عوامل تأثیرگذار بر اسنادهای خوش‌بینانه فرد است. تایلر، کیمنی، رید، باور و گرون والد^۱ (۲۰۰۸) معتقد است اگر ادراکات انسان با یک مفهوم مثبت از خود و کنترل شخصی و اسنادهای خوش‌بینانه، حتی کاذب درباره آینده همراه شود، نه تنها در حل مشکلات روزانه، بلکه در کنار آمدن با حوادث بسیار استرس‌زا و تهدیدزای زندگی، به افراد کمک می‌کند. در تفسیر این یافته می‌توان چنین گفت که افراد تاب‌آور قدرت پذیرش واقعیت را دارند و بر این باور هستند که زندگی با معناتر از آن است که بخواهند در مقابل مشکلات تسلیم شوند و برعکس، افراد با تاب‌آوری پایین، تغییر در زندگی را در مقایسه با افراد دارای تاب‌آوری بالا، منفی و کنترل‌ناپذیر ارزیابی می‌کنند. هم‌چنین افراد دارای تاب‌آوری پایین،

1. Taylor, Kemeny, Reed, Bawer & Gruene Wald

سبک اسنادی ناسالمی دارند (مثلاً اسنادهای کلی و درونی برای وقایع منفی و خارجی و اسنادهای خاص برای وقایع مثبت)، ولی افراد با تاب‌آوری بالا عملکردی متفاوت دارند. هم‌چنین به باور کینگ (۲۰۱۰) افراد سرسخت به دلیل بهره‌مندی از سبک تبیینی خوش‌بینانه، احساس توانمندی در رویارویی با مشکلات، برخورد مسئله‌مدارانه با مشکلات، انتظارات مثبت درباره پيامدها و باور به وابستگی پيامد به عمل، می‌توانند سازگاری خود را در رویدادهای پیش‌بینی نشده و ناگوار حفظ کنند. هم‌چنین، افراد سرسخت به رویارویی موفق و کارآمد در برابر استرس‌ها با وجود بروز پیشامدهای ناگوار امیدوار هستند، از توانایی یافتن معنی در تجارب آشفته ساز بهره‌مند هستند و به نقش خود به عنوان فرد ارزنده و با اهمیت باور دارند.

به طور کلی می‌توان گفت درماندگی آموخته‌شده به یک حالت انفعال و سکون و عدم واکنش در حل مسائل اشاره دارد و هم‌وابستگی نیز یک راه حل ناسالم برای مواجهه با اعتیاد همسر است؛ در مقابل، سرسختی و تاب‌آوری، رویکردهای سالم‌تری برای مقابله با این استرس هستند. از طرف دیگر به نظر می‌رسد زنانی که شکل‌گیری جنسیتی آن‌ها مبتنی بر کلیشه‌های مردانه نیز هست، در مقابله با بیماری اعتیاد همسرانشان، از لحاظ سلامت روانی کم‌تر در معرض آسیب‌پذیری قرار دارند. نکته مهمی که باید به آن توجه کرد این است که نقش‌های زنانه به خودی خود، مسئله‌ساز نیست، بلکه فشار درون‌سازی شده یا فشارهای بیرونی بر این نقش‌هاست که اهمیت دارد. هنگامی که ضرورت‌ها و نیازمندی‌های خانواده توسط زن و مرد و اعضای خانواده به طور کلی درک می‌شود و زنان در ایفای نقش‌های مراقبتی خود فشار روانی را تجربه نمی‌کنند، خطر درماندگی کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر اگر نقش‌های زنان در خانواده مورد پذیرش درونی خود زنان واقع شود و در خانواده و جامعه نیز ارزش‌گذاری مثبت نسبت به نقش‌های مراقبت‌کنندگی آن‌ها انجام شود، پذیرش و شاید تلاش در جهت تغییر شرایط نامساعدی که ممکن است در هر خانواده‌ای رخ دهد، در آن‌ها افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر، وجود صفات و ویژگی‌های شخصیتی صرفاً زنانه نیست که منجر به آسیب‌پذیری می‌شود، بلکه فقدان ویژگی‌ها و صفات مردانه از قبیل جرأت‌ورزی، استقلال، نقش‌های فعال اجتماعی و احترام به خویش است که احتمال درماندگی، نومی‌دی و فقدان قدرت را افزایش می‌دهد. ویژگی‌ها و صفات کلیشه‌ای مردانه به نظر می‌رسد که با اعتماد به نفس و اتکا به خویش بیش‌تر همراه است و به زنان اجازه می‌دهد تا گرایش‌های

مغایر با کلیشه‌های سنتی زنانه را نیز از خود نشان دهند. نکته آخر اینکه سازگاری با موقعیت‌های دشوار با ویژگی‌های توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرت، ارتباط دارد و بهره‌مندی از این منابع درونی، توانایی فرد را، با وجود شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، برای رشد سازگارانه خود افزایش می‌دهد.

مهم‌ترین پیشنهادات کاربردی با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر به شرح زیر است:

- ۱) مشاوران و درمانگران حوزه اعتیاد باید بیش از پیش به نقش همسران افراد معتاد در روند بهبود این بیماران و جلوگیری از لغزش‌ها و عودهای مکرر آن‌ها توجه داشته باشند.
- ۲) خود همسران افراد معتاد، به عنوان آسیب پذیرترین افراد از اعتیاد شوهر، نیازمند دریافت خدمات مشاوره‌ای و حتی درمانی برای ارتقای ویژگی‌های روان‌شناختی مؤثر در مقابله کارآمد با مشکلات ناشی از بیماری اعتیاد همسرانشان هستند و آموزش راهکارهای لازم به این گروه برای جلوگیری از آسیب بیش از حد، در اثر مواجهه با معضلات ناگزیر زندگی با یک فرد معتاد، موضوعی است که نباید از نظر دور بماند.
- ۳) با توجه به نقش مؤثر همسران افراد معتاد در حفظ سلامت خانواده و فرزندان و با توجه به نگرانی‌های بسیار زیاد همسران افراد معتاد درباره تهدید فرزندانشان توسط معضل اعتیاد پدر، آموزش راهکارهایی برای چگونگی رفتار با فرزندان و حتی در صورت لزوم برگزاری جلسات مشاوره برای این فرزندان می‌تواند بسیار مفید باشد.
- ۴) در کل به نظر می‌رسد برای اینکه بتوان به نتایج رضایت‌بخش و پایداری از درمان افراد معتاد دست یافت، علاوه بر خود بیمار و درمان انفرادی او، توجه به اطرافیان و به خصوص به همسران این گروه و نیز زوج درمانی و خانواده درمانی باید بسیار بیش‌تر از گذشته توجه شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، شیبانی، حسین، نریمانی، محمد و گنجی، مسعود (۱۳۸۷). بررسی ارتباط دو جنسیتی بودن و روان نژندگرایی با کیفیت زندگی در زنان نابارور و بارور. *فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات زنان*. سال ششم، شماره ۲، صص ۶۰-۴۷.
- احسانی پيله رود، هاجر (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی زوج درمانی رفتاری بر سازگاری زناشویی در مرکز بازتوانی معتادین. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهراء، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی.
- اسلامی شهربابکی، حیدر (۱۳۶۹). بررسی رابطه بین سبک تبیین و افسردگی در بیماران افسرده یک قطبی و دو قطبی و مقایسه آن با افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- آزموده، پیمان، شهیدی، شهریار و دانش، عصمت (۱۳۸۶). رابطه بین جهت گیری مذهبی با شادکامی و سرسختی. *فصلنامه روانشناسی*، دوره ۲۱، سال یازدهم، ش ۱: ۷۴-۶۰.
- برنشتاین، فیلیپ اچ. برنشتاین، ماری تن (۱۳۷۷). شناخت و درمان اختلالات زناشویی (زناشویی درمانی). ترجمه حمید رضا سهرابی. تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- پاول، تی، جیف انزایت جی، ان، ال (۱۳۷۷). فشار روانی و اضطراب و راه‌های مقابله با آن، ترجمه علی بخشی پور رودسری و حسن صبوری مقدم. مشهد: آستان قدس رضوی.
- چیریلو، ا، آر، برین، جی، کامباژوآر، مازا (۱۳۷۸). اعتیاد به مواد مخدر در آیین‌ها روابط خانوادگی. ترجمه سعید پورمرادی، اصفهان: همام.
- خزائلی پارسا، فاطمه (۱۳۸۶). تاب‌آوری، ظرفیت غلبه بر دشواری‌ها، پایداری سر سختانه و بهسازی خویش. مرکز مشاوره دانشجویی: معاونت دانشجویی و فرهنگی.
- خمسه، اکرم (۱۳۸۳). بررسی طرحواره‌های نقش جنسیتی و کلیشه‌های فرهنگی در دانشجویان دختر. *مطالعات زنان*، سال دوم، شماره ۶: ۸۲-۵۵.
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روان و رضایت از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. سال سیزدهم، شماره ۳: ۲۹۵-۲۹۰.

شاکری نیا، ایرج (۱۳۸۸). رابطه سرسختی روان شناختی و تاب‌آوری با سلامت روان در کوهنوردان پسر شهر رشت. نخستین همایش آسیب‌های پنهان. جهاد دانشگاهی استان کردستان - دانشگاه کردستان.

شرفی، خلیل،، عربی، حمیدرضا و نامداری، کوروش (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین عملکرد خانواده و سرسختی روان‌شناختی در دانش‌آموزان فصلنامه دانش‌ور رفتار، دوره ۱، سال دوم، ش ۱۰: ۹۴-۸۵.

عطاری، یوسفعلی،، نیسی، عبدالکاسم،، یوسفی، ناصر و نبوی، جمیله (۱۳۸۳). مقایسه سرسختی روان‌شناختی، هیجانخواهی و سنخ شخصیتی الف غیرسمی و سمی در بین مردان و زنان مبتلا به سرطان و افراد عادی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اهواز. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، (۱ و ۲): ۱۲۰-۱۰۱.

قوانلو، الهام (۱۳۸۳). بررسی تأثیر اعتیاد مردان بر روابط زناشویی با همسران در شهرستان مشهد. پایان‌نامه کارشناسی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کیامرثی، آذر (۱۳۷۶). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی و بررسی رابطه آن با تیپ شخصیتی الف، کانون بهار، عزت نفس، شکایات جسمانی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

گلپرو، محسن (۱۳۷۹). پرخاشگری در معتادان و تأثیر آن بر همسران آن‌ها. مجله سراب، شماره ۲۴، ص ۳۴-۲۱.

معصومیان شرقی، حسام‌الدین (۱۳۸۸). هم‌وابستگی بس است. تهران: رسا.

ملودی بی‌تی (۱۳۸۸). هم‌وابستگی. ترجمه حسام‌الدین معصومیان شرقی، تهران: لیوسا.

منشی، غلامرضا، سموعی، راحله و ولیانی، محبوبه (۱۳۸۲). نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر پیشگیری از اعتیاد جوانان شهر اصفهان. مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه‌دیدگان و راه‌های پیشگیری. دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان. واحد خوراسگان.

نوید، محمد (۱۳۸۷). بررسی تأثیر مهارت‌های حل مسئله به شیوه‌های گروهی بر پرخاشگری و سرسختی ۱۲ ساله ساکن در مراکز شبانه روزی بهزیستی شهرستان تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.

ویسی، مختار، عاطف وحید، محمدکاظم و رضایی، منصور (۱۳۸۹). تأثیر استرس شغلی بر خشنودی و سلامت روان: اثر تعدیل کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال ششم، شماره ۲ و ۳، ۷۸-۷۰.

- Abramson, L. Y., Seligman, M. P., & E. (1999). "Learned helplessness in humans: Critique and reformation", *Journal of abnormal psychology*, 87, 49, 74.
- Allenby, B., & J. Fink. (2010). "Toward inherently secure and resilient societies". *Science*, 309, 1034-1036.
- Bem, S.L. (1983). "Gender schema theory and its implications for child development". *Raising gender aschematic society*. *Signs* 8: 598-616.
- Besharat, M. (1389). "The relationship of emotional Insufficiency with anxiety, depression, psychological helplessness and psychological well-being". *Modern psychological research*. University of Tabriz; 3(10): 17-40(Persian).
- Brannon (2007). *Gender: psychological Perspectives* Boston Allyn and Bacon.
- Burns RA., & Anstey JK.(2012). "The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)". Testing the invariance of a unidimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Pers Indiv Differ*.;48: 527-31.
- Connor, L., & Davidson, M. (2008). "An inventory for resilience construct". *Personality and Individual Differences*, 35, 41-53.
- Coutu, D.L. (2002). "How resilience works". *Harvard Business Review*, 80, (May), 46-55.
- Ekhtiari H, Behzadi A, Ganjahi H.(2008). " Functional Neuroimaging study of Brain Activation due to craving in Heroin Intravenous users". *Iranian J Psychiatr Clin Psychol*; 14(3): 269-280 (Persian).
- Hyde, J.S. (2000). "The psychology of women: Half Human Experiences". New York DC. Health and company.
- Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. (2006)." A particular resiliency to threatening environments". *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336.
- Jedrzejczak M,(2005). "Family and environmental factors of drug addiction among young recruits".*Mil Med*: 170(8):688-90.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (2009). "Changes in outlook following disaster": The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 271-279.
- Kaufman E. (1995). "Substance Abuse and Family Terapy". New York, Grune and Stratton.
- King, Z. (2010). "Career self-management: Its nature, causes and consequences". *Journal of Vocational Behavior*: 65, 112-133.
- Kobasa, S. C. (1979). "Stress full life events, Personality, and inquiry Into hardiness" *Journal Of Personality & Social Psychology*. (37): 1-11.
- Kohen, D (2000), "Women and mental health". London, Rutledge.
- Maddi, S. R., Wadhwa, P., & Haier, R. J. (1996). "Relationship ofhardiness to alcohol and drug use in adolescents". *The AmericanJournal of Drug and Alcohol*

Abuse, 22 (22), 247- 257.

- Maddi, S.R., Khoshaba, D. (2009). *Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you*. U.S.A: AMACOM.
- McCubbin, M. A., & McCubbin, H. I. (1996). *Resiliency in families: A conceptual model of family adjustment and adaptation in response to stress and crisis*. In H. McCubbin, A. Thompson, & M. McCubbin (Eds.), *Family assessment: Resiliency, coping, and adaptation: Inventories for research and practice* (pp. 1-64). Madison: University of Wisconsin.
- Mohammadi, M. (2006). "Effective factors on resiliency in individuals at risk for substance abuse". Ph.D. thesis, clinical psychology, University of Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran. (Persian).
- Morais L, & Salgado M.(1998). "Violence and Substance abuser: How are the children affected?" New York: *Churchill Livingstone*. Vol 33(1), 42-46.
- O'Rourke, D.A. (2011). "The measurement of pain in infants, children and adolescents: from policy to practice". *Physical Therapy*; 84,560-570.
- Paton, D., & Johnston, D. (2011). "Disasters and communities: Vulnerability, resilience, and preparedness". *Disaster Prevention and Management*, 10, 270-277.
- Ozkan,T.,Lajunen,T.(2005)."Masculinity , feminity,and the Bem sex role inventory in Turkey".*Sex Roles*,52(192),103-110.
- Richardson, G. E. (2008). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Seligman, M, E, P.(1976). *Learned helplessness and depression in animals and men morrestown*, NJ: General Learning press.
- Seligman, M, E, P.(1996). *Learned helplessness and depression in animals and men morrestown*, NJ: General Learning press.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park , N. & Peterson , C. (2005). "Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions". *American Psychologist*. 60(5), 410-421.
- Stonebrink, S.(1998). "A measure of Co-dependency and the impact of solo-cultural characteristic". Unpublished masters thesis, university of Hawaii, school of social work.
- Taylor, S.E.,kemeny ,M.E., Reed,G.M.,Bower,J.E., & Gruene Wald, T.L.(2008). "Psychological resources , positive illusions, and health". *American psychologist*, 955(1).
- Tugade M & Fredrickson BL.(2007). "Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience". *J Happiness Stud.*;8:311-33.
- Waller D, Mahony J (1999). *Treatment of Addiction*. Routledge, London.
- Weiner, B (1986). "An attributional theory of emotion and motivation", New York: Spriger- veriaig.

نویسندگان

سارا پارسافر

sarap1390@yahoo.com

کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی - حوزه‌های فعالیت و مورد علاقه: روان‌شناسی اعتیاد، روان‌شناسی زنان، روان‌شناسی مثبت و درمان‌های مرتبط با آن، سلامت و بهداشت روان.

فریبا یزدخواستی

faribayazdkhasti@yahoo.com

استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی - حوزه‌های فعالیت و مورد علاقه: آزمون‌های روانی و اختلالات بالینی به ویژه در کودکان، درمان‌های بالینی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی