

اثربخشی آموزش خانواده‌محور بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد (مطالعه موردی: سبزوار)

علی محمد ناغمی^۱

چکیده

زنان دارای همسر معتاد نسبت به زنان دیگر از مشکلات روانی بیشتری رنج می‌برند و تاب‌آوری کمتری از خود نشان می‌دهند. آموزش خانواده‌محور با هدف ارتقای سلامت روان و افزایش تاب‌آوری می‌تواند به حل مشکلات زنان دارای همسر معتاد کمک کند. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش خانواده‌محور بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد شهر سبزوار انجام گرفت. پژوهش حاضر نیمه‌تجربی و با استفاده از روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را زنان دارای همسر معتادی تشکیل می‌دادند که همسرانشان در سال ۱۳۹۳ تحت درمان مراکز ترک اعتیاد شهر سبزوار بودند. از بین مراجعان، ۳۶ نفر داوطلب شرکت در برنامه آموزشی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. داده‌های مورد نیاز پژوهش با استفاده از پرسش‌نامه جمعیت‌شناسی، پرسش‌نامه آزمون سلامت روانی (GHQ-28) و مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (RSA) جمع‌آوری شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش خانواده‌محور بر افزایش سلامت روان ($P < 0.001$)، $F=7.46$) و تاب‌آوری ($P < 0.001$)، $F=8.11$) زنان دارای همسر معتاد تأثیر مثبت و معناداری داشته است. بنابراین، شرکت زنان دارای همسر معتاد در دوره‌های آموزشی خانواده‌محور می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و تاب‌آوری آن‌ها شود.

کلیدواژه‌ها

آموزش خانواده‌محور، تاب‌آوری، سلامت روان، معتاد.

amnaemi@yahoo.com

۱. استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سبزوار، سبزوار، ایران
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۹، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۹

مقدمه و طرح مسئله

داشتن جامعه سالم در گرو وجود افراد و خانواده‌های سالم است. اعتیاد به صورت مستقیم و غیرمستقیم بنیادهای اخلاقی و اجتماعی خانواده را متزلزل و زمینه افزایش جرم، جنایت و خشونت را فراهم می‌کند. وابستگی به مواد تغییردهنده خلق و خو یکی از آسیب‌های بارز روانی و اجتماعی است که به راحتی می‌تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک کشور را سست کند. امروزه، اعتیاد مشکلی سلامتی و بهداشت عمومی در سرتاسر جهان محسوب می‌شود [۳۲]. براساس گزارش دیلی و مارلات^۱ (به نقل از ایمانی و همکاران، ۱۳۹۲)، سوء مصرف مواد و عواقب ناخوشایند آن یکی از مشکلات مهم سلامت روانی در دنیای امروز است. این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، معنوی و اخلاقی رابطه دارد. سوء مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه بار و آسیب فراوانی بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند [۲].

در چنین شرایطی، زن، در نقش همسر، در امن‌ترین نهاد اجتماعی، یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود و در شرایطی که محیط خانه مأمّن امنیت، آرامش و آسایش است در هراس و ناامنی به سر می‌برد. آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آن قدر عمیق می‌شود که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض ابتلا به اعتیاد قرار می‌گیرد. در رویکردهای جدید پیش‌گیری از اعتیاد، شناسایی و ارتقای عوامل محافظت‌کننده از جمله تاب‌آوری^۲ و کاهش عوامل خطر ساز به منظور حفظ سلامت روانی از اهمیت خاصی برخوردار است. تاب‌آوری یکی از مفاهیمی است که به تازگی در حوزه پیش‌گیری از اعتیاد و سایر اختلالات روانی مطرح شده و می‌تواند کلید پیش‌گیری باشد.

تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار گفته می‌شود [۲۴]. همچنین، تاب‌آوری را به معنای مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌کنند که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود. به‌طور کلی، تاب‌آوری شامل حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی است. افراد تاب‌آور به‌طور عادی قادر به تفکر خلاق و منعطف درباره حل مسائل‌اند و درجه‌هایی از سلامت روان و استقلال را از خود نشان می‌دهند [۱۲].

با توجه به پیامدهای ناگوار اعتیاد، مداخلات پیش‌گیری ضرورت پیدا می‌کند. برای پیش‌گیری مؤثر باید عوامل بروز این رفتار را شناخت. در این رابطه، می‌توان جنبه‌های شناختی، نگرشی و شخصیتی فرد را در نظر گرفت. عوامل شناختی به آگاهی فرد درباره مزایا و معایب

1. Daley & Marlatt
2. resiliency

اعتیاد اشاره دارد. نگرش فرد به اعتیاد نقش مهمی در گرایش او به مواد مخدر بازی می‌کند و ویژگی‌های شخصیتی مانند پایین بودن اعتماد به نفس، کاهش احساس رضایت شخصی، نیاز به تأیید دیگران، سرکشی، و اضطراب نقش مهمی در گرایش افراد به مواد مخدر دارد [۵]. از این رو، پژوهشگران برای بهبود عملکرد خانواده افراد معتاد روش‌های مختلفی را به کار گرفته‌اند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که آموزش‌های گروهی و مهارت‌های زندگی می‌تواند در پیش‌گیری و بهبود اعتیاد، عملکرد خانواده و روابط بین فردی مؤثر واقع شود [۱۷]. اما اعتیاد مسئله‌ای فراگیر است و فقط آموزش به فرد معتاد کافی به نظر نمی‌رسد. به همین دلیل، گروهی از پژوهشگران تلاش کرده‌اند خانواده معتادان را نیز با استفاده از رویکرد مداخله‌ای خانواده محور آموزش دهند و زمینه افزایش عزت نفس، خودکارآمدی [۳]، مهارت‌های اجتماعی [۱]، بهبود عملکرد خانواده و کاهش میزان مصرف مواد و انجام دادن رفتارهای پرخطر را در خانواده‌های افراد معتاد فراهم کنند [۸؛ ۱۵]. در واقع، در این آموزش، چون آزمودنی به همراه یک یا کل اعضای خانواده در جلسات آموزشی شرکت می‌کند، آموزش خانواده محور گفته می‌شود.

توجه به اهمیت و جایگاه زنان، و از جمله زنان دارای همسر معتاد، در جامعه و نقش آنان در توسعه پایدار کشور، نه تنها یک ضرورت است، بلکه به منزله یک نیاز مطرح است. زنان دارای همسر معتاد، در کنار سایر زنان، به منزله گروهی پرتحرک و تأثیرگذار می‌توانند در تصمیم‌گیری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، و سیاست‌گذاری‌های جامعه مشارکت فعال و مؤثری داشته باشند. با توجه به نقش سلامت روان و تاب‌آوری در روابط بین فردی و تأثیر آن در حفظ کیان خانواده و توسعه پایدار جامعه، پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این پرسش است که آیا آموزش خانواده محور بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد شهر سبزوار مؤثر است؟

پیشینه پژوهش و ملاحظات نظری

خانواده نظامی فعال و پویاست که عناصر تشکیل دهنده آن برای ماندگاری و تعادل بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. خانواده واحدی اجتماعی است که با یک رشته وظایف تکاملی روبه‌رو است. این وظایف در امتداد پارامترهای تفاوت‌های فرهنگی تغییر می‌کند، اما ریشه‌های آن‌ها جهانی است. خانواده کانون شکل‌گیری هویت افراد است. احساس هویت متکی بر دو رکن است: احساس تعلق و احساس مستقل بودن. خانواده آزمایشگاهی است که این دو جزء در آن باهم مخلوط و نسخه‌پیچی می‌شوند. خانواده کانون تسکین و آرامش بخشی است که فشارهای روانی وارد شده بر اعضای خود را تخفیف می‌دهد و راه رشد و شکوفایی آن‌ها را هموار می‌کند [۹]. زنان دارای همسر معتاد، علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان، ممکن است ناگزیر شوند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز برعهده بگیرند [۸]. پذیرش این مسئولیت‌ها می‌تواند سلامت روانی این زنان را به خطر اندازد و تاب‌آوری آنان را در برابر دشواری‌های زندگی کاهش دهد.

اعتیاد سرپرست خانواده یکی از آثار مخرب اعتیاد است که بر کلیه اعضای خانواده، و از همه مهم‌تر همسر مرد معتاد، تأثیرات منفی برجای می‌گذارد. جایگاه زنان دارای همسر معتاد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از حساسیت خاصی برخوردار است و توجه ویژه به این گروه ضروری است. در سال‌های گذشته، تحقیقات و بررسی‌های متنوعی درباره مسائل و مشکلات زنان دارای همسر معتاد صورت گرفته است. آمارها حکایت از آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی این افراد دارد؛ به این معنی که هرچه زنان دارای همسر معتاد از حمایت اجتماعی کمتری بهره‌مند شوند، از سلامت روانی پایین‌تری برخوردار خواهند شد [۴].

دیدگاه سیستمی و خانواده‌درمانی در تعیین آسیب‌شناسی خانواده بر این نکته تأکید دارد که خانواده به‌منزله یک واحد تعاملی از اعضای خود تأثیر می‌پذیرد؛ به‌طوری‌که تعاملات درون خانواده یکی از عوامل تعیین‌کننده سلامت روانی است. در بررسی‌های مربوط به تعاملات درون خانواده، روابط زوجین باهم، روابط والدین با فرزندان و روابط فرزندان با یکدیگر مطرح می‌شود و هریک از این روابط به سهم خود تأثیرات ویژه‌ای بر شخصیت و سلامت روانی افراد باقی می‌گذارد. چنانچه روابط درون خانواده به اضطراب منجر شود، امنیت روانی افراد را به خطر می‌اندازد و این خود می‌تواند سرمنشأ بسیاری از مشکلات روانی، رفتاری، و شخصیتی آن‌ها شود. با این نگرش، بیماری یک عضو خانواده بر کارکردهای مختلف همه اعضای خانواده تأثیر منفی می‌گذارد. اعتقاد اصلی و زیربنایی خانواده‌درمانی بر این است که مشکلات بشر بیش از اینکه درون فردی باشند، بین‌فردی‌اند. به همین دلیل، برای حل این مشکلات باید از رویکردهای مداخله‌ای بهره گرفت که روابط بین افراد را بهبود می‌بخشد [۱۳].

با توجه به در نظر گرفتن ضعف‌ها و کمبودهایی که در کارکرد خانواده‌های زنان دارای همسر معتاد به‌وجود می‌آید، ارتباطات نادرستی بین زوجین شکل می‌گیرد و کشمکش بین اعضای خانواده افزایش می‌یابد. در چنین خانواده‌هایی، بیشتر ارتباط منفی و آسیب‌پذیر (مانند انتقاد، سرزنش، تحقیر و پرخاشگری) دیده می‌شود و سطح پایینی از همدلی بروز می‌کند. این‌گونه روابط منفی استفاده از مهارت‌های حل مسئله را کاهش می‌دهد [۸].

تاب‌آوری نیز جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و سلامت روانی یافته است. تاب‌آوری فقط پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط خطرناک است [۱۴].

گارمزی و ماستن (۱۹۹۱) تاب‌آوری را فرایندی توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط استرس‌زا و چالش‌انگیز می‌دانند [۱۹]. دینر و همکاران (۲۰۰۹) تاب‌آوری را توانایی تطابق فرد در

مواجهه با مشکلات، فشارهای جانکاه، غلبه یافتن، و حتی تقویت شدن به وسیله آن تجارب معرفی می کنند. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت های اجتماعی و تعامل با محیط تقویت می شود، رشد می یابد، و به منزله یک ویژگی مثبت تبلور پیدا می کند [۱۶]. از نظر ماستن، بست^۱ و گارمزی (به نقل از محمدی و همکاران، ۱۳۸۹)، افراد تاب آور چهار ویژگی دارند: کفایت اجتماعی (مانند تفاهم، انعطاف، همدلی، مهارت های ارتباطی، و شوخ طبعی)، مهارت های حل مسئله (مانند برنامه ریزی، یاری جویی و تفکر انتقادی و خلاق)، خودگردانی (هویت خود کارآمدی، خودآگاهی و تسلط بر وظایف)، و هدفمندی و خوش بینی به آینده (هدف گیری، خوش بینی و معنویت) [۱۷]. تاب آوری عاملی است که به افراد در مواجهه و سازگاری با شرایط دشوار زندگی کمک می کند و از آن ها در برابر اختلالات روانی و مشکلات زندگی محافظت می کند.

از نظر ماستن و کوهورن^۲ (۲۰۰۱)، افراد می توانند تحت آموزش قرار گیرند تا ظرفیت تاب آوری خود را با آموختن برخی مهارت ها افزایش دهند و با واکنش مناسب در برابر استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری ها را تغییر دهند و بر مشکلات منفی محیط غلبه پیدا کنند [۳۰].

نتیجه مطالعات محمدخانی (۱۳۸۸) با هدف بررسی آسیب های شخصی-ارتباطی بر ۱۸۶ زن دارای همسر معتاد و ۱۷۳ زن دارای همسر غیرمعتاد، نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنا که مشکلات شخصی مانند نشانگان شخصیت ضدا اجتماعی و مرزی، افسردگی و استرس، گرایش های خشونت بار، تجربه آزار و مورد غفلت قرار گرفتن در زنان دارای همسر معتاد به طور معناداری بیشتر از زنان دارای همسر غیرمعتاد بود [۶]. همچنین، اغلب زنان دارای همسر معتاد به الکل از اختلال روانی رنج می برند و از زندگی خود ناراضی اند. فرزندان آن ها نیز در معرض رفتارهای پرخطر، اختلال سلوک، بیش فعالی، اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به مواد قرار دارند [۲۵؛ ۳۴].

بررسی ها نشان داده که آموزش گروهی مبتنی بر روان درمانی مثبت گرا، باعث افزایش مهارت تاب آوری و سلامت عمومی زنان دارای همسر معتاد می شود و تأثیرات آن پایدار باقی می ماند [۲۲؛ ۲۳]. نتایج پژوهش مداحی فرد و همکاران (۲۰۱۴) نیز دلالت بر این دارد که گروه درمانی معنوی موجب افزایش تاب آوری و کاهش تعارضات زناشویی زنان می شود [۲۹]. گلوریا و استینهارت (۲۰۱۴) هم گزارش دادند که گسترش احساسات مثبت از طریق آموزش، تاب آوری را به صورت مستقیم افزایش می دهد و به صورت غیرمستقیم به سازگاری و مقابله با مسائل کمک می کند و تاب آوری نشانگان استرس، اضطراب، و افسردگی را کاهش می دهد [۲۰].

در ایران، مطالعات مربوط به اعتیاد عمدتاً متمرکز بر شیوع، نوع مواد، نگرش نسبت به مصرف مواد و عوامل پیش بین خطر ساز یا محافظت کننده و ضعف مهارت های زندگی و بعضاً

1. Best
2. cohornen

به آزمون گذاشتن مداخله‌های روان‌شناختی و دارویی بوده است و کمتر پژوهشگران ایرانی و حتی خارجی به خانواده افراد معتاد، به‌ویژه همسران آنها، توجه کرده‌اند [۶]. این مطالعه، بنا دارد که به بررسی تأثیر آموزش خانواده‌محور بر سلامت روانی و تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد شهر سبزوار بپردازد. امید است که یافته‌های این پژوهش بتواند دست‌اندرکاران رفاه اجتماعی را در برنامه‌ریزی اصولی، جهت ارتقای سلامت روان و افزایش تاب‌آوری زنان دارای همسر معتاد، یاری دهد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر نیمه‌تجربی است و با استفاده از روش پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای همسر معتادی بود که شوهران آنها برای ترک اعتیاد به مراکز ترک اعتیاد شهر سبزوار در فاصله زمانی فروردین لغایت خرداد ۱۳۹۳ مراجعه کرده بودند. از بین مراکز مذکور، سه مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از فراخوان، مشخص شد که تعداد ۴۵ مرد معتاد به مراکز مذکور مراجعه کرده‌اند. از بین همسران این مردان معتاد، ۳۶ نفر داوطلب همکاری شدند. این ۳۶ نفر، به روش هم‌تاسازی تاب‌آوری، در دو گروه جای گرفتند (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل). به این ترتیب که نمره‌های پیش‌آزمون از زیاد به کم مرتب شد و سپس از بالاترین نمره، دوتادوتا، گزینش شدند و به روش تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. این کار تا آنجا ادامه یافت که در هر گروه ۱۸ نفر استقرار یافتند. گروه آزمایش، برنامه آموزش خانواده‌محور را به مدت ۸ هفته، هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه، دریافت کردند و گروه دوم در لیست انتظار قرار گرفتند تا در دوره بعدی شرکت کنند.

منظور از مداخله آموزشی خانواده‌محور برگزاری جلسات آموزشی در زمینه شناخت انواع مواد، اعتیاد، درمان و تأثیر رفتارهای فرد معتاد، به‌ویژه پدر، بر سایر اعضای خانواده (با تأکید بر همسر فرد معتاد)، چگونگی حمایت خانواده از روند بهبودی بیمار، و نیز آموزش مهارت‌های زندگی است. به عبارت دیگر، این برنامه تلفیقی از روش‌های شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های زندگی است. فرایند هر جلسه شامل واریسی تکالیف جلسه قبل، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری و جمع‌بندی بود. جلسات آموزشی به صورت گروهی برای زنان دارای همسر معتاد و همسرانشان انجام گرفت. ده روز پس از پایان برنامه آموزشی، از دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. خلاصه‌ای از ساختار آموزشی مذکور در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. برنامه آموزش خانواده محور برای زنان دارای همسر معتاد

جلسات	محتوا
اول	ایجاد ارتباط اولیه، بیان اهداف، روش کار و بررسی مشکلات موجود
دوم	بررسی شناخت اعتیاد - کمک خواهی - باورهای غلط
سوم	اعتیاد و اجتماع - بیماری و وابستگی
چهارم	آموزش خود آگاهی
پنجم	آموزش همدلی
ششم	آموزش مهارت های ارتباطی
هفتم	آموزش مهارت حل مسئله
هشتم	آموزش تصمیم گیری، جمع بندی بازخوردها و اختتامیه

به منظور بررسی سلامت روانی افراد مطالعه شده از پرسش نامه سلامت روانی ۲۸ سؤالی گلدبرگ (GHQ-28) استفاده شد. این پرسش نامه، چهار مقیاس (علائم جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، و افسردگی) و هریک از مقیاس ها ۷ پرسش دارد. پرسش ها با طیف چنددرجه ای از گزینه خیر (۰ نمره) تا زیاد (۳ نمره) نمره گذاری می شود [۳۲]. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۸۸ برآورد شد و ویلیامز^۱ در مطالعه ای فراتحلیلی متوسط اعتبار آن را ۰/۸۴ اعلام کرد [۱۱].

برای بررسی تاب آوری زنان مطالعه شده از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، که سازه تاب آوری را می سنجد، استفاده شد. این مقیاس ۲۵ گویه پنج گزینه ای دارد که در مقیاس لیکرت صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (کاملاً درست) نمره گذاری می شود. پایایی نسخه فارسی این پرسش نامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است [۷].

برای تجزیه و تحلیل داده ها، ابتدا پیش فرض های تحلیل کوواریانس از جمله آزمون های کالموگروف-اسمیرنوف^۲، لوین و رگرسیون انجام شد و به دلیل تحقق هدف پژوهش، داده ها با روش تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS^{۱۸} سنجیده شد.

یافته های پژوهش

یافته های پژوهش نشان داد که میانگین سلامت روان در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب در گروه کنترل $9/31 \pm 2/856$ ، $9/42 \pm 2/633$ و در گروه آزمایش $9/21 \pm 3/37$ ، $7/54 \pm 2/43$ است و همچنین میانگین تاب آوری در پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب در گروه کنترل $12/15 \pm 4/31$ ، $13/52 \pm 5/36$ و در گروه آزمایش $13/97 \pm 4/61$ ، $13/12 \pm 6/10$ برآورد شد (جدول ۲).

1. Williams
2. Kolmogorov-Smirnov

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره گروه‌ها در پرسش‌نامه سلامت روان و تاب‌آوری

گروه	نوع آزمون	شاخص‌ها	سلامت روانی				تاب‌آوری
			بعد جسمی	بعد اجتماعی	بعد اضطراب	بعد افسردگی	
گروه کنترل	پیش‌آزمون	میانگین	۸،۸	۸،۲۵	۵،۶۸	۳،۷۸	۴۶،۳۱
		انحراف استاندارد	۳،۳۵	۴،۳۲	۳،۴۲	۳،۳۴	۹،۳۱
	پس‌آزمون	میانگین	۷،۸۲	۷،۸۶	۵،۸۸	۳،۲۳	۵۱،۳۶
		انحراف استاندارد	۲،۸۹	۳،۸۶	۳،۱۱	۳،۵۷	۹،۴۲
گروه آزمایشی	پیش‌آزمون	میانگین	۸،۶۱	۱۰،۹۵	۸،۱۲	۷،۶۸	۴۲،۶۱
		انحراف استاندارد	۳،۵۳	۴،۷۵	۴،۹۱	۶،۱۴	۹،۲۱
	پس‌آزمون	میانگین	۵،۴۷	۵،۹۳	۶،۹۸	۲،۵۲	۶۲،۸۴
		انحراف استاندارد	۳،۸۷	۴،۵۴	۳،۴۳	۳،۴۷	۷،۵۴

برای اطمینان از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون برای سلامت روان (۱،۵۳)، $(P > ۰،۰۵)$ و برای تاب‌آوری، $(P > ۰،۰۵)$ ، به دست آمد که بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش بود. جهت بررسی همگنی واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج به دست آمده از این آزمون برای سلامت روان ($F = ۱۷،۲۳$)، $(P > ۰،۰۵)$ و تاب‌آوری ($F = ۹،۳۱$)، $(P > ۰،۰۵)$ بیانگر همگنی واریانس‌های دو گروه بود. به منظور یکسانی رابطه متغیر وابسته و متغیر کمکی (نمره پیش‌آزمون) برای گروه‌های پژوهشی از رگرسیون استفاده شد. نتایج حاصل از اجرای آزمون برای سلامت روان ($F = ۲۲،۷۱$)، $(P > ۰،۰۵)$ و تاب‌آوری ($F = ۹،۴۶$)، $(P > ۰،۰۵)$ بیانگر تساوی رابطه متغیر وابسته و پیش‌آزمون برای هر دو گروه بود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر آموزش خانواده‌محور بر سلامت روان و تاب‌آوری

متغیر	جمع مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	ضریب تا	توان آزمون
سلامت روان	۱۷۹۴،۶۰۲	۱	۷،۴۶	۰،۰۰۰	۰،۵۵	۰،۸۳
تاب‌آوری	۵۱۱۹،۴۵۹	۱	۸،۱۱	۰،۰۰۰	۰،۵۸	۰،۸۹

نتایج پژوهش در تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش خانواده محور بر سلامت روان ($F=7.46, P<0.001$) و تاب‌آوری ($F=8.11, P<0.001$) تأثیر معناداری داشته است (جدول ۳). مقایسه میانگین‌ها دلالت بر این دارد که آموزش خانواده محور می‌تواند موجب افزایش تاب‌آوری و سلامت روانی زنان دارای همسر معتاد شود.

بحث و نتیجه گیری

خانواده نظام پویایی است که عناصر آن برای برقراری تعادل و بقا بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. صاحب‌نظران معتقدند سلامت خانواده در گرو داشتن روابط سالم و کارکرد صحیح آن است. بروز و گسترش بسیاری از مشکلات فردی و اجتماعی می‌تواند ناشی از اختلال در کارکرد نهاد خانواده باشد. یکی از مشکلاتی که امروزه گریبان‌گیر اکثر جوامع شده اعتیاد است [۱۰].

اجبار به سوء مصرف مواد نه تنها می‌تواند کارکرد طبیعی فرد را در خانواده، محیط کار و جامعه مختل کند، بلکه موجب درگیر شدن سایر اعضای خانواده و بروز اختلال در کارکرد آنان می‌شود [۸]. نظریه‌های خانواده‌درمانی بیان می‌کنند که خانواده به‌منزله یک کل است و برای حل مشکل خانواده یا یکی از اعضای آن لازم است کل سیستم خانواده مورد توجه قرار گیرد، زیرا کارکرد خانواده و فرد به هم وابسته‌اند و مشکلات فرد مشکلات خانواده را منعکس می‌کند و بالعکس [۹]. اعتیاد نیز از این قاعده مستثنا نیست، زیان‌های ناشی از اعتیاد علاوه بر شخص مصرف‌کننده، به خانواده هم سرایت می‌کند [۱۸]. از این رو، زنان دارای همسر معتاد از یک‌سو با چالش‌های فرهنگی و اجتماعی و از سوی دیگر با مشکلات اقتصادی و معیشتی مواجه‌اند. این مشکلات موجب کاهش کیفیت زندگی، ناامیدی به آینده مبهم خود و فرزندانشان می‌شود [۴]. به نظر فلدمن و اسنایدر، داشتن تفکر امیدوارانه و منابع کافی برای تفکر هدفمند و آگاهی از مسیرهای لازم برای تحقق هدف‌ها، به افزایش عواطف مثبت و رضایت از زندگی منجر می‌شود. به عبارت دیگر، امیدواری و افزایش سطح آگاهی، تاب‌آوری و سلامت روانی را بهبود می‌بخشد [۱۸]. افرادی که امیدواری بیشتری دارند و به دیگران به‌منزله منابع حمایتی می‌نگرند، بهتر می‌توانند با چالش‌های زندگی مقابله کنند، شادی بیشتری را تجربه کنند، و رضایت بیشتری از زندگی داشته باشند [۲۴]. شواهد حاکی از آن است که رویکرد آموزش شناختی- رفتاری خانواده‌محور بر سایر رویکردها برتری دارد [۳۱]. این مداخله می‌تواند روند بهبودی فرد معتاد را تسریع کند، رفتارهای جامعه‌پسند را افزایش دهد، و عملکرد خانواده را بهبود بخشد [۲۷] و احساس تنهایی را کم کند [۲۶]. آموزش خانواده‌محور، شناخت‌های نامعقول و فرضیه‌های منفی را، که در حالت‌های ناخوشایند هیجانی نقش دارند، به چالش می‌کشد [۲۱] و به افراد جهت کسب دوباره کنترل بر فعالیت‌های روزمره کمک می‌کند [۳۳].

مقایسه میانگین نمره‌های کسب‌شده در مهارت تاب‌آوری از سوی گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل نشان‌دهنده این است که آموزش خانواده‌محور سبب افزایش این مهارت در گروه

آزمایشی شده است. این یافته مؤید نتایج نظریه ماستن و کوهورنن (۲۰۰۱) است. آن‌ها در بررسی‌های خود به این نتیجه رسیدند که آموزش می‌تواند سبب ارتقای مهارت تاب‌آوری شود [۳۰]. آموزش خانواده‌محور از طریق کسب خودآگاهی، عزت نفس، همدلی، کمک‌خواهی، حل مسئله و تصمیم‌گیری توانسته است نقش مؤثری در افزایش تاب‌آوری و توانایی زنان دارای همسر معتاد برای فایق آمدن بر مشکلات روزمره زندگی داشته باشد. نتایج به‌دست‌آمده پژوهش با یافته‌های جعفری روشن و همکاران (۲۰۱۵)، گلوریا و استینه‌هارت (۲۰۱۴) مبنی بر مثبت بودن آموزش خانواده‌محور بر افزایش مهارت تاب‌آوری و حل مشکلات زنان دارای همسر معتاد همسویی دارد [۲۰؛ ۲۲]. در متغیر سلامت روان، تفاوت میانگین نمره پس‌آزمون گروه آزمایشی از میانگین نمره گروه کنترل به‌طور معناداری بالاتر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های لیو و چان (۲۰۱۰)، گلوریا و استینه‌هارت (۲۰۱۴)، جعفری روشن و همکاران (۲۰۱۵) همسوست [۲۰؛ ۲۲؛ ۲۶] که آموزش خانواده‌محور از طریق تغییر در شناخت، خوش‌بینی، حذف باورهای نادرست و ارتقای تاب‌آوری سبب افزایش سلامت روان زنان دارای همسر معتاد می‌شود. براساس نتایج مطالعه حاضر، می‌توان گفت که آموزش خانواده‌محور با استفاده از مهارت‌های ارتباطی، خودآگاهی، حل مسئله، کنترل رفتار، کمک‌خواهی، خوش‌بینی، حذف باورهای غلط، همدلی، و قدرت تصمیم‌گیری قادر است تفکر امیدوارانه و هدف‌دار را در زنان دارای همسر معتاد افزایش دهد و از این طریق به ارتقای سلامت روان و بهبود مهارت تاب‌آوری آنان کمک کند.

با توجه به اینکه زنان دارای همسر معتاد نیازمند حمایت‌اند، لازم است نهادهای اجتماعی مانند بهزیستی، کمیته امداد امام^(۶)، که مسئولیت حمایت از قشرهای آسیب‌پذیر جامعه را برعهده دارند، به یاری این افراد بشتابند و با آموزش‌های مناسب به ارتقای سلامتی روانی و تاب‌آوری آن‌ها برای مقابله با شرایط سخت و دشوار زندگی کمک کنند. محدودیت این پژوهش این بود که مرحله پی‌گیری نداشت و به زنان دارای همسر معتاد شهر سبزوار محدود بود. بنابراین، لازم است که در تعمیم نتایج در بلندمدت و به سایر جوامع احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی آموزش خانواده‌محور روی نمونه‌های بیشتر همراه با مرحله پی‌گیری صورت گیرد و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود.

منابع

- [۱] امرایی، کوروش؛ حسن‌زاده، سعید؛ افروز، غلامعلی؛ پیرزادی، حجت (۱۳۹۱). «برنامه آموزش خانواده‌محور بر مهارت‌های اجتماعی افراد کاشت حلزون شده»، *شنوایی‌سنجی*، س ۲۱، ش ۳، ص ۱۰۳-۱۰۹.
- [۲] ایمانی، سعید؛ حبیبی، مجتبی؛ پاشایی، سودابه؛ ظهیری سروری، معصومه؛ میرزایی، جعفر؛ زارع، مریم (۱۳۹۲). «تربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقای کیفیت زندگی سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر (تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روان‌شناختی»، *مجله روان‌شناسی سلامت*، س ۲، ش ۱، ص ۶۳-۸۱.

- [۳] ثنایی، ندا؛ نجاتی، ثریا؛ ذوالفقاری، میترا؛ الحانی، فاطمه؛ کاظم نژاد، انوشیروان (۱۳۹۲). «تأثیر توانمندسازی خانواده محور بر خودکارآمدی و عزت نفس بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر»، *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، س ۱۱، ش ۲، ص ۴۴-۵۳.
- [۴] حمیدی، فریده (۱۳۸۹). «بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روانی در زنان سرپرست خانوار در کارکنان یک دانشگاه نظامی»، *مجله روان شناسی نظامی*، س ۱، ش ۲، ص ۵۱-۶۰.
- [۵] سهرابی، فرامرز؛ هادیان، مینا؛ دائمی، حمیدرضا؛ نژادفرید، علی اصغر (۱۳۸۷). «اثر بخشی برنامه آموزشی رفتارهای سالم در نگرش دانشجویان نسبت به سوء مصرف مواد»، *مجله علوم رفتاری*، س ۳، ش ۵، ص ۲۰۹-۲۲۰.
- [۶] محمدخانی، پ. (۱۳۸۸). «ابعاد مشکلات شخصیتی-ارتباطی زنان دارای همسر معتاد: چشم اندازی به برنامه توان بخشی همسران مبتلابان به اعتیاد»، *مجله اعتیاد پژوهی*، س ۳، ش ۹، ص ۱۷-۲۶.
- [۷] محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا؛ زهتاب آور، غلام حسین (۱۳۸۹). «ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مؤلفه های هیجانی»، *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، س ۱۷، ش ۲، ص ۱۳۶-۱۴۲.
- [۸] محمدی فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل؛ طباطبایی، سید موسی (۱۳۸۹). «تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد»، *فصل نامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، س ۴، ش ۱۶، ص ۲۵-۳۹.
- [۹] مینوچین، س. (۱۳۹۲). *خانواده و خانواده درمانی*، ترجمه باقر ثنایی ذاکر، تهران: امیرکبیر.
- [۱۰] نوری، فرشته (۱۳۸۴). «بررسی ارتباط بین الگوهای تربیتی خانواده با اعتیاد»، *دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی*، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد (مؤسسه داریوش).
- [۱۱] یعقوبی، نوراله؛ شاه محمدی، داوود (۱۳۷۴). «بررسی همه گیرشناسی اختلال روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا»، *فصل نامه ندیشه و رفتار*، س ۱، ش ۴، ص ۷-۱۴.
- [12] Alvord, C. B., Bcgar & Diana, H. (2006). Resiliency Determinants and Resiliency processes among female adult survivors of childhood sexual abuse.
- [13] Combrink-Graham, L. (1989). Children in family context: perspectives on Treatment. New York: Guilford press.
- [14] Connor KM, Davidson JR. 2003, Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 18(2): pp 76-82.
- [15] Dawe, S., Harnett, P. H., Rendalls, V., & Staiger, P. (2003). Improving family functioning and child outcome in methadone maintained families: the Parents under Pressure program, *Drug and Alcohol Review*, 22(3), pp 299-307.
- [16] Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). Well-being for Public Policy. New York: Oxford University Press.
- [17] Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., & Varona, L. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse

- prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial, *Drug and alcohol dependence*, 108(1): pp 56-64.
- [18] Feldman, D. B.; Snyder C. R. (2005). "Hope and the Meaningful Life: Theoretical and Empirical Associations between Goal-directed Thinking and Life Meaning", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24: pp 401-421.
- [19] Garmezy, N., Masten, A.S. (1991). The protective role of competence indicators on 74 8 Zimmerman, Ramirez-Valles, and Maton children at risk. In E. M. Cummings, A.L. Greene, & K.H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers: pp 151-174.
- [20] Gloria, Christian T. Steinhardt, Mary A. (2014). Relationships among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, 31(1): pp 1-20.
- [21] Hays, P. A., & Iwamassa, G. Y. (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.
- [22] Jafare Roshan, F. Ahmadi, S. and Eslami, S. (2015). The Effectiveness of Group Training Based on Positive-Oriented Psychotherapy on the Resiliency and Public Health of the Wives with Addicted Husbands, *Biomedical & pharmacology Journal*, 8(1): pp 185-191.
- [23] Kahneman, D. & Riis, J. (2005) Living, and thinking about it, two perspectives, in Huppert, F. A. Kaverne, B. and N. Baylis, *The Science of Well-being*, Oxford University Press.
- [24] King A. et al. (2006) "Positive Affect and the Experience of Meaning in Life", *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1): pp 179- 196.
- [25] Kishor, M. Lakshmi V. Pandit, and Raguram, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence, *Indian Journal of Psychiatry*, 55(4): pp 360-365.
- [26] Lau, W., & Chan, C. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 11: pp 1067.
- [27] Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial, *The American journal of drug and alcohol abuse*, 27(4): pp 651-688.
- [28] Iveniuk; L. J., Waite, E., Laumann, M. K., & McClintock, A. D. (2014). Marital Conflict in Older Couples: Positivity, Personality, and Health. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 28 (4) pp 115-122.
- [29] Maddahifard, R. Rahimi, M. Kazemi Zarif, A. Fattah Moghaddam, L. (2014). The effect of spiritual group therapy on resilience and conflict of women with marital conflict. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 5(9S): pp 326-334.
- [30] Masten, A. S. & Cochran, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development, *American psychology*, 56: pp 227-238.
- [31] O'Farrell, J., Stewart, T. (2003). Alcohol abuse. *Journal of marital and family Therapy*, 29, 1: pp 121-146.
- [32] Velasquez, Mary Marden et al. (2006). *Group Therapy Addicts*. Translation by Noorani, R., Ghorbani, M., Publication Ravan.
- [33] Young, J. E., Weinberger, A., & Beck, A. T. (2001). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.