

بررسی ویژگیهای روانی و اجتماعی همسران افراد معتاد و شیوه‌های مقابله آنها با اعتیاد همسرانشان

دکتر آذرقلی زاده *

چکیده

این مطالعه با هدف "بررسی ویژگیهای روانی و اجتماعی همسران افراد معتاد و شیوه‌های مقابله آنها با اعتیاد شوهرانشان" به صورت توصیفی پیمایشی بر روی ۱۸۰ نفر از همسران معتادان که جهت ترک اعتیاد شوهرانشان به مرکز ترک سرپایی اعتیاد در اصفهان مراجعه کرده بودند، با بکارگیری پرسشنامه‌های سلامت عمومی (GHQ) و شیوه‌های مقابله‌ای انجام شد. فرضیه‌های ارائه شده در مطالعه عبارتند از: ۱- بین ویژگیهای روانی همسران معتادان و ویژگیهای فردی - اجتماعی آنها و شوهرانشان رابطه وجود دارد. ۲- بین شیوه‌های مقابله‌ای همسران معتادان و ویژگیهای فردی - اجتماعی آنها و شوهرانشان رابطه وجود دارد. ۳- بین ویژگیهای روانی و شیوه‌های مقابله‌ای همسران معتادان رابطه وجود دارد. جهت تحلیل فرضیه‌ها، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و نتایج زیر بدست آمد: - بین سن و تمایل به خودکشی، سن همسر و تمایل به خودکشی، تحصیلات و نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی و شغل و نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. - بین سن و جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی و درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد، سن همسر و کاهش تنش با ابراز انزجار، جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی و درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد رابطه معکوس و معنی‌دار و بین شغل و مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد و بین تعداد فرزندان و استقلال یافتن رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: شیوه‌های مقابله با فشار روانی، ویژگیهای روانی - اجتماعی، نارسایی عملکرد اجتماعی همسران افراد معتاد.

* - استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان جامعه‌شناسی

• مقدمه

اگرچه اعتیاد از نقطه نظر محدود، ابتدا خود فرد معتاد را با مشکلات عدیده جسمی و روانی مواجه می‌سازد، ولی در ارتباطات انسانی در حجمی وسیع باعث می‌شود اینگونه مشکلات در شبکه مرتبط با فرد معتاد نیز پدید آید. در آثار منتشره بین سالهای ۸۰ - ۱۹۷۵ در ایالات متحده آمریکا در مورد خانواده در مانگران تأکید بر این نکته بود که جوانان معتاد به مواد، تنها وابسته به مواد نیستند، بلکه به میزان زیادی به خانواده خویش وابسته هستند. در اینگونه خانواده‌ها غالباً نوعی دگرگونی (یا واژگونی) نقشها و سلسله مراتب سنتی مشاهده می‌شود (چیریلو^۱ و همکاران، ۱۳۷۸ و والر و ماهونی^۲ ۱۹۹۹).

در بخشی از این مطالعات پدران افراد معتاد به مواد مخدر، اغلب غایب بوده و با گسسته‌های عاطفی نسبت به فرزندان خود توصیف شده‌اند، در عوض مادران بصورت مبالغه‌آمیزی فعال و پرتحرک، با گذشت و با نشانه‌های چسبندگی افراطی تشریح شده‌اند.

گذشته از تأثیر خانواده مرجع فرد معتاد بر اعتیاد وی، پس از ازدواج نیز اعتیاد در نحوه برقراری ارتباط فرد معتاد با همسر و فرزندانش نقش محوری را بازی می‌کند. کافمن^۳ (۱۹۸۵) بر اساس رویکرد سیستمی به خانواده، معتقد است که مصرف مواد هم یک سیستم نگهدارنده و هم یک سیستم نگهداری شده است.

به این معنی که با افزوده شدن مصرف مواد به سیستم خانواده، اعضای خانواده با تغییراتی که در نقشها، وظایف و عملکرد هر یک از آنها پدید می‌آید، خود را سازش می‌دهند و بطور خواسته یا ناخواسته سعی می‌کنند تا در نقشها، مسیولیتها و ارتباطات خود تعادلی جدید بوجود آورند. در واقع طی یک چرخه معیوب^۴، ابتدا مواد باعث تغییرات نقش، ارتباط و تعارض در اعضا می‌شود، سپس این تغییرات و تعارضهای فشارآور خود به عنوان عاملی جهت تداوم

1 - Chirillo, et-al.

2 - Waller and Mahony

3 - Kaufman

4 - Vicious Circle

مصرف مواد عمل می‌کند. این نحو سازش از لحاظ تخصصی و اصطلاح‌شناسی اعتیاد با پدیده شیوه‌های مقابله با اعتیاد رابطه‌ای تنگاتنگ دارد.

اعضاء خانواده بدون توجه به سلامتی و بهداشت و نیازهای اساسی خود، بطور مسؤلانه‌ای تنها به کنترل رفتار فرد معتاد و مراقبت از او مشغول می‌شوند، البته چنین رفتاری در همه خانواده‌ها شایع نیست، چرا که ممکن است همانند دیگر فشارهای روانی و مسایل و مشکلات مطرح، شیوه‌های مقابله نیز متفاوت باشد، اما نکته حایز اهمیت اینست که از بعد بهداشت روانی، نحوه و شیوه مقابله تعیین کننده سلامتی و بهداشت روانی و جسمی فرد خواهد بود (پاول و افرایت^۱، ۱۳۷۷). به همین ترتیب در رابطه‌ای متقابل نیز رو به وخامت نهادن وضعیت روانی افراد و بویژه همسر و فرزندان افراد معتاد، می‌تواند شیوه‌های مقابله‌ای آنها را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

به باورگیرمن و رونی^۲ (۱۹۸۹) همسران افراد معتاد تمایل دارند تا از سبکهای مقابله‌ای متعددی استفاده کنند، ولی اجتناب رفتاری (اجتناب از روبرو شدن با همسر، دور نگه داشتن کودکان از دید همسر) رایج‌ترین روش مقابله‌ای در بین همسران افراد معتاد بوده است. دیگر شیوه‌های مقابله‌ای شامل اجتناب شناختی، تلاش برای فرار فکری از مشکل، مواجهه فعال با همسر (درخواست از همسر برای ترک اعتیاد)، مواجهه فعال با مواد مخدر (مخفی کردن وسایل و لوازم اعتیاد) حراست از منابع خانواده (مخفی کردن پول از همسر یا پرداخت صورتحساب ها)، استقلال یافتن و پذیرش مسیولیت زندگی (مثل یافتن شغل)، جستجوی حمایت اجتماعی (درخواست از کارفرما برای پادرمیانی)، کاهش تنش با ابراز انزجار و تلاش برای وادار کردن همسر به ترک مصرف مواد مخدر می‌باشد. از طرفی دیگر، بر اساس یافته‌های گیرمن و رونی شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد مانند مواجهه فعال با مواد مخدر و همسر به نسبت شیوه‌های مقابله‌ای هیجانی منفی مانند ابراز خشم و تنفر و گریه و زاری، رابطه بیشتری با پیامدهای درمانی مثبت مردان معتاد دارد. چنین ارتباطاتی به نظر می‌رسد که در مواردی با ویژگیهای روانی همسران افراد معتاد رابطه داشته باشد.

1 - Powell and Enright
2 - Girman and Ronney

کانگر و همکاران^۱ (۱۹۹۰) الگوی فرآیند کارکرد بد زناشویی را که شامل اقتصادی است، مورد بررسی قرار داده‌اند. آنان در تحقیق خود متوجه شدند که مشکلات و سختیهای اقتصادی و مالی قبل از هر چیز به احساس ذهنی فشار روانی و اقتصادی منجر می‌شود. این فشارها تغییرات شناختی، عاطفی و رفتاری را به دنبال می‌آورد و در پس آن بتدریج خصومت بین زن و شوهر افزایش می‌یابد و لذا منجر به کاهش گرمی، صمیمیت و کیفیت خوب زناشویی شده و روابط زوجین را بی‌ثبات می‌کند.

هورowitz و همکاران^۲ (۱۹۹۱) با مروری به تحقیقات انجام شده، بر روی فشارهای مالی و عدم توانایی صرف هزینه اینگونه نتیجه‌گیری می‌کنند: پیچیدگیها و پیامدهای منفی متعددی در میان خانواده‌هایی با درآمد متوسط که سختی وضعیت مالی را تجربه می‌کنند، مشاهده می‌شود. سه مورد برجسته آن کاهش عزت نفس بویژه در بین مردان، فرافکنی خصومت به همسر و تقابل عواطف منفی بین زن و شوهر می‌باشد. عزت نفس پایین، منجر به تحقیر خود می‌شود که می‌تواند استبداد و یا واکنشهای مایوس کننده نسبت به دیگر اعضاء را دربر داشته باشد. مشکلات زناشویی زمانی که زن یا شوهر تصور کنند که اگر همسرش بیشتر کار می‌کرد و یا لایق‌تر بود، وضع بهتری می‌داشتند، شدت می‌یابد.

افارل^۳ (۱۹۹۵) در مطالعه موردی که با طرح آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی یک زوج که شوهر معتاد بود، انجام داد، نتایج مطالعه خود را قبل از اجرای آزمایش (درمان) اینگونه گزارش می‌کند: هم شوهر و هم همسر از نظر پریشانی هیجانی (شامل اضطراب، افسردگی و خصومت) در دامنه خیلی شدید قرار داشته و از لحاظ نمرات سازگاری زناشویی در دامنه زوجهای ناخرسند بودند. پس از ده ماه درمان فرد معتاد که همسرش نیز در آن مشارکت داشت، نمرات زوجین هم در مقیاس پریشانی هیجانی و هم در مقیاس سازگاری زناشویی به دامنه طبیعی بازگشت نمودند (نقل از لاست و هرسن ۱۳۷۸).

شیخانی (۱۳۷۶) در بررسی رابطه میان اعتیاد با طلاق به عنوان یک شیوه مقابله‌ای در شهرستان خمینی‌شهر که بر روی ۴۰ زن متقاضی طلاق انجام داده، بیان می‌کند که در زمان

1 - Conger and et-al.

2 - Horowitz and et-al.

3 - Ofarel

مطالعه، افسردگی و ویژگیهای پارانوئید و اسکیزوئید بطور معناداری بالا بوده است. در این مطالعه میان شغل، سن، درآمد و تحصیلات و درخواست برای طلاق رابطه‌ای بدست نیامده است، ولی در افراد تحت مطالعه ۳۸ نفر بی‌توجهی همسر در اثر اعتیاد، دخالت والدین همسر و اختلافات سلیقه‌ای را از عوامل اصلی اختلافات خود ذکر کرده‌اند.

آقابخشی (۱۳۷۸) در مطالعه‌ای که به منظور سنجش تأثیر اعتیاد بر فرزندان و همسر انجام داده است، اعلام می‌نماید که اعتیاد پدر در خانواده، بر نقش حمایتی خانواده تأثیر منفی گذاشته و در ۹۲/۵ درصد موارد، در عملکرد خانواده اختلال ایجاد نموده است و در ۸۷ درصد موارد هم روابط بین اعضای خانواده را شدیداً دچار اختلال نموده است. این محقق نتیجه‌گیری نموده که اعتیاد در خانواده‌های تحت مطالعه، نقشهای افراد را در خانواده دچار اختلال نموده و آسیبهای فراوانی بر پیکر خانواده وارد ساخته است.

سموعی (۱۳۷۸) در مطالعه‌ای با عنوان شیوه‌های مقابله با فشار روانی در معتادان و غیرمعتادان و تعیین رابطه آن با عملکرد خانواده که بر روی ۱۰۰ نفر معتاد و ۱۰۰ نفر غیرمعتاد انجام داد، اعلام نمود که معتادان از غیرمعتادان در شیوه‌های مقابله‌ای کمتر مؤثر و ناکارآمد، تفاوت داشتند. در بخش دیگری از همین مطالعه بین عملکرد خانواده‌های افراد معتاد و غیرمعتاد از لحاظ حل مشکل و ارتباطات، نقش و پاسخدهی عاطفی، کنترل رفتار و کارآیی عمومی تفاوت معناداری گزارش شده است.

گل‌پرور (۱۳۷۹) ویژگیهای روانی ۲۰۰ نفر از همسران افراد معتاد و غیرمعتاد را که بر اساس برخی متغیرهای فردی - اجتماعی تا اندازه نسبتاً قابل قبولی هم‌تا شده بودند مقایسه کرده و اعلام نمود که همسران افراد معتاد از نظر شکایت جسمانی، اضطراب، نارسایی عملکرد اجتماعی، افسردگی، خصومت و پرخاشگری نسبت به همسران افراد غیرمعتاد، نشانه‌های نابسامانی روانی و سلامت عمومی پایین‌تری را دارا بودند بر اساس اطلاعات ارایه شده، توزیع سنی همسران افراد معتاد بین ۵۰ تا ۱۸ سال در نوسان بوده است و بیشترین درصد (۶۷ درصد) از آنها دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی بوده‌اند. از نظر اشتغال، ۸۷ درصد از همسران افراد معتاد خانه‌دار و ۶۴ درصد آنها دارای یک یا دو فرزند بودند. با توجه به درآمد، ۸۵ درصد از همسران افراد معتاد هیچگونه درآمد مستقلی نداشته و ۴ درصد آنها ۴۰ هزار تومان و بیشتر

درآمد داشته‌اند. از آنجاییکه تاکنون تحقیقات محدودی در ارتباط با بررسی ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی همسران افراد معتاد انجام گرفته و از طرف دیگر بررسی رابطه بین ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی همسران افراد معتاد با شیوه‌های مقابله‌ای که معمولاً آنها بکار می‌گیرند، کمیاب‌تر است، این پژوهش در راستای پاسخگویی به سؤالات زیر طراحی و به مرحله اجرا درآمده است:

۱- وضعیت روانی (شامل شکایات جسمانی، نارسایی عملکرد اجتماعی، اضطراب، بیخوابی، افسردگی و خودکشی) همسران افراد معتاد چگونه است؟

۲- ویژگی‌های فردی - اجتماعی (شامل سن، تعداد فرزندان، اشتغال و...) همسران افراد معتاد چگونه است؟

۳- همسران افراد معتاد در مقابله با اعتیاد شوهرانشان از کدامیک از راهبردها استفاده می‌کنند؟ بنابراین این پژوهش در پی پاسخ به سؤالات ذیل است:

۱- آیا بین ویژگی‌های روانی همسران افراد معتاد و ویژگی‌های فردی - اجتماعی آنها رابطه معنی‌داری وجود دارد؟

۲- آیا بین ویژگی‌های روانی همسران افراد معتاد با شیوه‌های مقابله‌ای آنها با اعتیاد شوهر رابطه معنی‌داری وجود دارد؟

۳- آیا بین ویژگی‌های فردی - اجتماعی همسران افراد معتاد و شیوه‌های مقابله آنها رابطه معنی‌داری وجود دارد؟

• روش

جهت آزمایش فرضیه‌های تحقیق، اطلاعات مورد نیاز بدون دستکاری متغیرها، جمع‌آوری شده مورد توصیف و تحلیل قرار گرفته است، بنابراین پژوهش از نوع توصیفی - پیمایشی می‌باشد.

کلیه ۴۰۰ نفر همسران افراد معتاد که در سال ۱۳۸۲ جهت ترک اعتیاد شوهرانشان به مرکز ترک سرپایی اعتیاد اصفهان وابسته به سازمان بهزیستی مراجعه نمودند، به عنوان جامعه پژوهش

در نظر گرفته شد^۱ و از این تعداد در طول چهارماه مراجعه به مرکز تعداد ۱۸۰ نفر بر اساس فرمول حجم نمونه بصورت تصادفی گروه نمونه این تحقیق را تشکیل دادند. در راستای اهداف طرح، از سه پرسشنامه ویژگیهای فردی - اجتماعی (جهت جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی گروههای تحت مطالعه)، پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) به منظور بررسی وضعیت روانی همسران افراد معتاد (شامل شکایات جسمانی، اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی، افسردگی و تمایل به خودکشی) و پرسشنامه شیوه‌های مقابله (جهت بررسی نحوه برخورد و مقابله همسران افراد معتاد با اعتیاد آنها) استفاده گردیده است. پرسشنامه GHQ بر اساس شواهد از روایی و پایایی مطلوبی (بین ۰/۹۲ تا ۰/۷۴) برخوردار و پرسشنامه شیوه‌های مقابله که بطور اختصاصی برای این طرح پژوهشی تهیه شده از طریق صوری و محتوایی مورد بررسی و تایید قرار گرفت، این پرسشنامه شامل ۹ مقیاس و ۴۸ ماده است. مقیاسها عبارتند از فرار فکری از مشکل، اجتناب رفتاری، کاهش تنش یا ابراز انزجار، مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد، حفظ منابع خانواده، استقلال یافتن، جستجوی حمایت اجتماعی، پذیرش بی واسطه و درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد است. لازم به ذکر است که پرسشنامه بر اساس مقیاسها و مواد گزارش شده در مطالعات نیکولز (۱۹۷۵)، اورفورد و گاتریز^۲ (۱۹۷۵) و وایزر (۱۹۸۰) تنظیم شده که البته متناسب با فرهنگ ایرانی و بر اساس مطالعه مقدماتی در جامعه مورد مطالعه، مقیاسها و موادی جهت تکمیل شیوه‌ها به آن اضافه گردید. در سطح آمار توصیفی به ارایه شاخصهای مرکزی و پراکندگی چون میانگین و انحراف معیار پرداخته شده و در سطح آمار استنباطی جهت تحلیل فرضیه‌ها و بررسی رابطه بین متغیرهای مورد مطالعه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

۱- در طرح معیوب، مطبهای خصوصی روانپزشکانی که در زمینه اعتیاد فعالیت درمانی انجام می‌دهند نیز پیشنهاد شده بود، ولی در حین اجراء بنا بر ضرورت‌های شغلی و خصوصی بودن شرایط، امکان همکاری فراهم نگردید، لذا به مراجعه کنندگان به مرکز ترک سرپایی اکتفا شده است.

• یافته ها و نتایج

نتایج این مقاله در دو قسمت توصیفی و استنباطی ارایه شده است در قسمت توصیفی فراوانی و درصد ویژگی‌های فردی اجتماعی افراد مورد مطالعه، مشخص گردیده و در قسمت استنباطی رابطه بین متغیرها توسط آزمون همبستگی ارایه شده است.

قسمت اول - نتایج توصیفی

جدول (۱): توزیع فراوانی و درصد سن همسران معتادان

سن همسر	۱۸ - ۲۳	۲۴ - ۲۹	۳۰ - ۳۵	۳۶ - ۴۱	۴۲ - ۴۷	۴۸ - ۵۳	کل
فراوانی	۳۳	۶۵	۴۵	۲۴	۱۰	۳	۱۸۰
درصد	۱۸/۳۳	۳۶/۱۱	۲۵	۱۳/۳۳	۵/۵۵	۱/۶۶	۱۰۰

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین درصد همسران معتادان (۳۶/۱) درصد در گروه سنی ۲۴-۲۹ سال و ۱/۶ درصد در گروه سنی ۴۸-۵۳ سال می‌باشند.

جدول (۲): توزیع فراوانی و درصد سن معتادان

سن معتاد	۲۰ - ۲۵	۲۶ - ۳۱	۳۲ - ۳۷	۳۸ - ۴۳	۴۴ - ۴۹	۵۰ - ۵۵	۵۶ - ۶۱	کل
فراوانی	۶	۶۰	۵۷	۳۱	۱۷	۸	۱	۱۸۰
درصد	۳/۳۳	۳۳/۳۳	۳۱/۶۶	۱۷/۲۲	۹/۴۴	۴/۴۴	۰/۵	۱۰۰

بر اساس جدول ۲ بیشترین درصد معتادان (۳۳/۳) درصد در گروه سنی ۲۶ - ۳۱ سال و ۰/۵ درصد در گروه سنی ۵۶ - ۶۱ سال قرار دارند.

جدول (۳): توزیع فراوانی و درصد میزان تحصیلات همسران معتادان

تحصیلات همسر	بی‌سواد	ابتدایی	راهنمایی	متوسطه	فوق دیپلم	لیسانس	کل
فراوانی	۷	۶۲	۴۸	۵۳	۳	۷	۱۸۰
درصد	۳/۸۸	۳۴/۴۴	۲۶/۶۶	۲۹/۴۴	۱/۶۶	۳/۸۸	۱۰۰

مطابق نتایج جدول ۳ بیشترین درصد زنان معتادان (۳۴/۴) درصد دارای تحصیلات در حد ابتدایی و ۱/۶۶ درصد آنها فوق دیپلم می‌باشند.

جدول (۴): توزیع فراوانی و درصد میزان تحصیلات معتادان

تحصیلات معتاد	بی سواد	ابتدایی	راهنمایی	متوسطه	فوق دیپلم	لیسانس	کل
فراوانی	۱۰	۴۸	۶۷	۴۸	۳	۴	۱۸۰
درصد	۵/۵	۲۶/۶۶	۳۷/۲۲	۲۶/۶۶	۱/۶۶	۲/۲۲	۱۰۰

نتایج جدول ۴ بیانگر این است که بیشترین درصد معتادان (۳۷/۲۲) درصد در حد راهنمایی و ۱/۶۶ درصد آنها فوق دیپلم هستند.

جدول (۵): توزیع فراوانی و درصد وضعیت اشتغال همسران معتادان

اشتغال همسر	خانه دار	شاغل	کل
فراوانی	۱۲۹	۵۱	۱۸۰
درصد	۷۱/۶۶	۲۸/۳۴	۱۰۰

جدول (۶): توزیع فراوانی و درصد وضعیت اشتغال معتادان

اشتغال معتاد	غیر شاغل	شاغل	کل
فراوانی	۵۹	۱۲۱	۱۸۰
درصد	۳۲/۷۷	۶۷/۲۲	۱۰۰

چنانچه در جدول ۶ مشاهده می شود بیشترین درصد معتادان (۶۷/۲۲) درصد شاغل و ۳۲/۷۷ درصد آنها غیر شاغل می باشند.

جدول (۷): توزیع فراوانی و درصد تعداد فرزندان

تعداد فرزندان	۰	۱	۲	۳	۴	۵	کل
فراوانی	۱۳	۵۷	۴۶	۳۱	۳۰	۳	۱۸۰
درصد	۷/۲۲	۳۱/۶۶	۲۵/۵۵	۱۷/۲۲	۱۶/۶۶	۱/۶۶	۱۰۰

بر اساس نتایج جدول ۷ بیشترین درصد معتادان (۳۱/۶۶) درصد دارای یک فرزند و ۱/۶۶ درصد آنها دارای ۵ فرزند می باشند.

جدول (۸): توزیع فراوانی و درصد نوع مسکن

نوع مسکن	شخصی	رهن و اجاره	سازمانی	پدري	سایر	کل
فراوانی	۸۳	۴۷	۶	۴۱	۳	۱۸۰
درصد	۴۶/۱۱	۲۶/۱۱	۳/۳۳	۲۲/۷۷	۱/۶	۱۰۰

بر اساس نتایج جدول ۸ بیشترین درصد معنادان (۴۶/۱۱) درصد دارای منزل شخصی بوده‌اند و ۱/۶ درصد آنها سایر موارد گزارش نموده‌اند.

قسمت دوم - نتایج استنباطی و بررسی فرضیه‌های پژوهشی

جدول (۹): رابطه بین ویژگی‌های روانی و ویژگی‌های جمعیت‌شناسی در همسران معنادان

ویژگی‌های روانی	متغیرها	ویژگی‌های جمعیت‌شناسی					
		سن	سن همسر	تحصیلات	تحصیلات همسر	شغل	شغل همسر
شکایات جسمانی	ضریب همبستگی	-۰/۰۲	-۰/۰۰۵	-۰/۰۹	-۰/۱۴	-۰/۰۸	-۰/۰۷
	درجه معناداری	۰/۳۸	۰/۴۷	۰/۰۹	۰/۰۳*	۰/۱۳	۰/۱۵
نارسایی عملکرد اجتماعی	ضریب همبستگی	-۰/۰۹	-۰/۰۳	-۰/۱۳	-۰/۱۲	-۰/۱۶	-۰/۰۵
	درجه معناداری	۰/۱	۰/۳۱	۰/۰۴*	۰/۰۵*	۰/۰۱*	۰/۲۳
اضطراب و بیخوابی	ضریب همبستگی	-۰/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۰۶	-۰/۰۰۲	-۰/۰۵	-۰/۰۷
	درجه معناداری	۰/۱	۰/۱۲	۰/۱۸	۰/۴۸	۰/۲۵	۰/۱۵
افسردگی و تمایل به خودکشی	ضریب همبستگی	۰/۱۸	۰/۱۷	-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۹	-۰/۰۸
	درجه معناداری	۰/۰۰۹*	۰/۰۱*	۰/۲۴	۰/۴۱	۰/۰۹	۰/۱۳

چنانچه در جدول ۹ مشاهده می‌شود بین تمایل به خودکشی در زنان معتادان و سن آنها ($P = 0/009$) و همسران آنها ($P = 0/01$) رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد به این معنی که تمایل به خودکشی در زنان معتادان با افزایش سن خود و همسران آنها کاهش می‌یابد. بین نارسایی عملکرد اجتماعی زنان معتادان با سطح تحصیلات خود ($P = 0/04$) و همسران آنها ($P = 0/05$) رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. به این معنی که هر چه سطح تحصیلات پایین‌تر باشد، میزان نارسایی عملکرد اجتماعی بیشتر است. همچنین بین شکایات جسمانی زنان معتادان و تحصیلات همسران آنها ($P = 0/03$) رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد. بر این اساس، سطح تحصیلات پایین‌تر در معتادان با شکایات جسمانی بیشتر در همسران آنها همراه است (و برعکس). همچنین بین نارسایی عملکرد اجتماعی زنان معتادان با وضعیت شغلی آنها رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد ($P = 0/01$). بدین معنی که زنان خانه‌دار نارسایی عملکرد اجتماعی بیشتری دارند.

جدول (۱۰): رابطه بین شکایات جسمانی و شیوه‌های مقابله‌ای در همسران معتادان

ویژگی‌های روانی	متغیرها	شیوه‌های مقابله‌ای									
		فرار فکری از مشکل	اجتناب رفتاری	کاهش تنش با ابراز انزجار	مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد	حفظ منابع خانوادگی	استقلال یافتن	جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی	پذیرش بی‌واسطه	درگیری عاطفی و رفتارهای ناکارآمد	
شکایات	ضریب همبستگی	0/12	0/25	0/32	0/31	0/11	0/17	0/3	0/14	0/47	
جسمانی	درجه معناداری	0/04*	0*	0*	0*	0/07	0/01*	0*	0/03*	0*	

طبق نتایج جدول ۱۰، بین میزان شکایات جسمانی در همسران معتادان با انواع شیوه‌های مقابله‌ای از جمله فرار فکری از مشکل ($P = 0/04$)، اجتناب رفتاری ($P = 0$)، کاهش تنش با ابراز انزجار ($P = 0$) مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد ($P = 0$)، استقلال یافتن ($P = 0/01$)، جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی ($P = 0$)، پذیرش بی‌واسطه ($P = 0/02$) و درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد ($P = 0$) رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که

با افزایش شکایات جسمانی، بکارگیری روشهای مقابله فوق در همسران معتادان افزایش می‌یابد و برعکس.

جدول (۱۱): رابطه بین نارسایی عملکرد اجتماعی و شیوه‌های مقابله‌ای در همسران معتادان

ویژگی‌های روانی	متغیرها	شیوه‌های مقابله‌ای								
		فراز فکری از مشکل	اجتناب رفتاری	کاهش تنش با ابراز انزجار	مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد	حفظ منابع خانواده	استقلال یافتن	جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی	پذیرش بی‌واسطه	درگیری عاطفی و رفتارهای ناکارآمد
نارسایی عملکرد اجتماعی	ضرب همبستگی	۰/۰۱	۰/۱۵	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۱۷	۰/۰۱	۰/۲۴
درجه معناداری	درجه معناداری	۰/۴۱	۰/۰۱*	۰/۰۵*	۰/۰۰۴*	۰/۳۸	۰/۳۴	۰/۰۱*	۰/۰۴۱	۰/۰۰۱*

با توجه به جدول ۱۱ بین میزان نارسایی عملکرد اجتماعی در همسران معتادان با بیشتر شیوه‌های مقابله‌ای از جمله اجتناب رفتاری ($P = ۰/۰۱$)، کاهش تنش با ابراز انزجار ($P = ۰/۰۵$)، مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد ($P = ۰/۰۰۴$)، جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی ($P = ۰/۰۱$) و درگیری عاطفی رفتاری ناکارآمد ($P = ۰/۰۰۱$) رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که با افزایش میزان نارسایی عملکرد اجتماعی، بکارگیری روشهای مقابله‌ای فوق توسط همسران بیشتر گزارش می‌شود و برعکس.

جدول (۱۲): رابطه بین اضطراب و بیخوابی و شیوه‌های مقابله‌ای در همسران معتادان

ویژگی‌های روانی	متغیرها	شیوه‌های مقابله‌ای								
		فرار فکری از مشکل	اجتناب رفتاری	کاهش تنش با ابراز انزجار	مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد	حفظ منابع خانواده	استقلال یافتن	جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی	پذیرش بی‌واسطه	درگیری عاطفی و رفتارهای ناکارآمد
اضطراب و بی‌خوابی	ضریب همبستگی	۰/۱۳	۰/۲۹	۰/۴	۰/۴۱	۰/۱۲	۰/۲	۰/۲۸	۰/۲۳	۰/۵۴
	درجه معناداری	۰/۰۴*	۰*	۰*	۰*	۰/۰۵*	۰/۰۰۳*	۰*	۰/۰۰۱*	۰*

با توجه به جدول ۱۲ بین میزان اضطراب و بیخوابی در همسران معتادان با کلیه شیوه‌های مقابله‌ای چون فرار فکری از مشکل ($P = ۰/۰۴$)، اجتناب رفتاری ($P = ۰$)، کاهش تنش با ابراز انزجار ($P = ۰$)، مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد ($P = ۰$)، حفظ منابع خانواده ($P = ۰/۰۵$)، استقلال یافتن ($P = ۰/۰۰۳$)، جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی ($P = ۰$)، پذیرش بی‌واسطه ($P = ۰/۰۰۱$) و درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد ($P = ۰$) رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. به طوری که با افزایش میزان اضطراب و بیخوابی، بکارگیری شیوه‌های مقابله‌ای فوق در همسران معتادان بیشتر گزارش می‌گردد و برعکس.

جدول (۱۳): رابطه بین افسردگی و تمایل به خودکشی و شیوه‌های مقابله‌ای در همسران معتادان

ویژگی‌های روانی	متغیرها	شیوه‌های مقابله‌ای								
		فرار فکری از مشکل	اجتناب رفتاری	کاهش تنش با ابراز انزجار	مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد	حفظ منابع خانواده	استقلال یافتن	جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی	پذیرش بی‌واسطه	درگیری عاطفی و رفتارهای ناکارآمد
اضطراب و بی‌خوابی	ضریب همبستگی	۰/۰۹	۰/۲۹	۰/۴۲	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۲۳	۰/۳۱	۰/۱۷	۰/۵۸
	درجه معناداری	۰/۱	۰*	۰*	۰*	۰/۰۰۲*	۰/۰۰۱*	۰*	۰/۰۰۹*	۰*

همچنین با توجه به جدول ۱۳ بین میزان تمایل به خودکشی در زنان معتادان با انواع شیوه-های مقابله‌ای چون اجتناب رفتاری ($P = \circ$)، کاهش تنش با ابراز انزجار ($P = \circ$)، مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد ($P = \circ$)، حفظ منابع خانواده ($P = \circ/0.2$)، استقلال یافتن ($P = \circ/0.01$)، جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی ($P = \circ$)، پذیرش بی‌واسطه ($P = \circ/0.09$) و درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد ($P = \circ$) رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد. بنابراین با افزایش میزان تمایل به خودکشی، بکارگیری روش‌های مقابله‌ای فوق در زنان معتادان بیشتر گزارش می‌شود.

جدول (۱۴): رابطه بین شیوه‌های مقابله‌ای و ویژگی‌های جمعیت‌شناسی در همسران معتادان

ویژگی‌های جمعیت‌شناسی								متغیرها	ویژگی‌های روانی
نوع مسکن	تعداد فرزندان	شغل همسر	شغل	تحصیلات همسر	تحصیلات	سن همسر	سن		
-۰/۰۴	-۰/۰۰۸	۰/۰۵	-۰/۰۶	-۰/۰۳	۰/۱۲	-۰/۰۵	-۰/۰۳	ضریب همبستگی	فرار فکری
۰/۵۴	۰/۹۱	۰/۵	۰/۳۶	۰/۶۳	۰/۱	۰/۴۸	۰/۶۱	درجه معناداری	از مشکل
-۰/۰۵	-۰/۰۷	-۰/۰۶	-۰/۰۳	-۰/۱۲	۰/۱۱	-۰/۰۸	-۰/۰۹	ضریب همبستگی	اجتناب رفتاری
۰/۴۶	۰/۳۱	۰/۳۶	۰/۶۱	۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۲۸	۰/۲	درجه معناداری	رفتاری
-۰/۰۶	-۰/۰۵	-۰/۰۶	-۰/۰۶	-۰/۰۲	-۰/۰۳	-۰/۱۴	-۰/۰۹	ضریب همبستگی	کاهش تنش با ابراز انزجار
۰/۳۶	۰/۴۵	۰/۳۵	۰/۴	۰/۷	۰/۶۶	۰/۰۴*	۰/۲	درجه معناداری	انزجار
-۰/۰۴	-۰/۰۹	۰/۱۴	۰/۲۲	۰/۰۰۸	۰/۰۴	-۰/۱۲	-۰/۰۶	ضریب همبستگی	مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد
۰/۵۶	۰/۲۲	۰/۰۴*	۰/۰۰۳*	۰/۹۱	۰/۵۷	۰/۰۸	۰/۳۵	درجه معناداری	وابسته‌های مواد
۰/۰۸	۰/۰۳	-۰/۱۲	۰/۰۳	-۰/۰۹	-۰/۰۹	-۰/۰۴	۰/۰۰۳	ضریب همبستگی	حفظ منافع خانواده

۰/۲۴	۰/۶۲	۰/۱	۰/۶۵	۰/۲۱	۰/۲۱	۰/۵	۰/۹۷	درجه معناداری	
-۰/۰۳	۰/۱۵	-۰/۱۳	۰/۱۳	-۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۰/۰۴	ضریب همبستگی	استقلال
۰/۶	۰/۰۳ ^x	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۳۱	۰/۹۹	۰/۳۷	۰/۵۱	درجه معناداری	یافتن
-۰/۰۸	-۰/۰۵	-۰/۰۵	۰/۰۱	۰/۰۰۸	۰/۰۱	-۰/۱۴	-۰/۱۴	ضریب همبستگی	جستجوی حمایت
۰/۲۶	۰/۴۸	۰/۴۶	۰/۸۱	۰/۹۱	۰/۸۱	۰/۰۵ ^x	۰/۰۵ ^x	درجه معناداری	اجتماعی و معنوی
-۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۰۸	-۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	۰/۰۰۳	-۰/۰۲	ضریب همبستگی	پذیرش بی واسطه
۰/۴۹	۰/۴۶	۰/۳۳	۰/۲۵	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۷	۰/۷	درجه معناداری	
۰/۱	-۰/۰۱	-۰/۱	۰/۰۶	۰/۰۳	-۰/۰۶	-۰/۱۵	-۰/۱۵	ضریب همبستگی	درگیری عاطفی و
۰/۱۴	۰/۸۱	۰/۱۶	۰/۳۸	۰/۶۶	۰/۳۶	۰/۰۳ ^x	۰/۰۴ ^x	درجه معناداری	رفتاری ناکارآمد

چنانچه در جدول (۱۴) مشاهده می‌شود بین شیوه مقابله در کاهش تنش با ابراز انزجار، در زنان معتادان با سن همسران آنها (معتادان) ($P = ۰/۰۴$) رابطه معکوس و معنی‌دار وجود دارد به این معنی که هر چه سن پایین‌تر باشد، ابراز انزجار در همسران آنها بیشتر گزارش می‌شود. بین شیوه مقابله « مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد» در زنان معتادان و وضعیت شغلی خود آنها ($P = ۰/۰۰۲$) رابطه مستقیم و معنی‌دار و با وضعیت شغلی همسر آنها ($P = ۰/۰۴$) رابطه معکوس و معنی‌دار است. بدین معنی که افراد شاغل به میزان بیشتری از شیوه مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد استفاده می‌نمایند. بین شیوه مقابله « استقلال یافتن» در زنان معتادان و تعداد فرزندان ($P = ۰/۰۰۳$) رابطه مستقیم و معنی‌دار می‌باشد به طوری که با افزایش تعداد فرزندان، زنان معتادان با استقلال‌یابی بیشتری اقدام به مقابله می‌نمایند.

بین شیوه مقابله « جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی» در زنان معتادان با سن خود آنها ($P = 0/05$) و سن همسران آنها ($P = 0/05$) رابطه معکوس و معنی دار است. بدین معنی که با افزایش سن، استفاده از شیوه « جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی» کاهش می یابد. همچنین بین شیوه مقابله « درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد» در زنان معتادان با سن خود ($P = 0/04$) و سن همسران آنها ($P = 0/03$) رابطه معکوس و معنی دار است. بدین معنی که با افزایش سن، استفاده از روش « درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد» کاهش می یابد.

• بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های جدول (۹) بین شکایات جسمانی و تحصیلات همسر رابطه منفی و معناداری در سطح ($P = 0/03$) وجود دارد، بدین معنی که شکایات جسمانی زنانی که همسران آنها دارای تحصیلات پایین بود بیشتر بود و بالعکس در بیشتر خانواده های ایرانی تحصیل شوهر تعیین کننده شغل و وضعیت درآمد و موقعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده است. خانواده های دارای تحصیلات بالاتر (بویژه پدر) با درآمد و جایگاه اجتماعی - اقتصادی بهتر در جامعه، به نظر می رسد امکانات و شرایط مطلوبتری را برای مقابله با مشکلات دارند. در شرایط اعتیاد، ممکن است شوهر به دلیل برخورداری از تحصیل و درآمد بیشتر، امکانات و شرایط بهتری برای خانواده مهیا کرده و بدین وسیله از میزان فشارهای وارده بر همسر بکاهد و با کاهش فشارها، احتمال احساس فرسودگی و خستگی جبران ناپذیر در همسر و شکایات جسمانی کاهش می یابد. مطابق با نتایج همین جدول بین نارسایی عملکرد اجتماعی همسران افراد معتاد و شغل و تحصیلات آنها و به ترتیب در سطح ($P = 0/01$) و ($P = 0/04$) رابطه منفی و معناداری مشاهده گردید. این یافته ها با یافته های پژوهش براون و هریس^۱ (۱۹۸۷) و براون^۲ (۱۹۹۲) که نشان دادند اشتغال به خانه داری، نداشتن شغل خارج از خانه، فقدان روابط صمیمانه با شوهر و اطرافیان، داشتن سه فرزند و بیشتر زیر چهار سال در خانه و از دست دادن مادر در سنین کودکی با وضعیت روانی همسران بویژه افسردگی و اضطراب آنها رابطه دارد، دارای همسویی است.

1 - Brown and Harris

2 - Brown

رابطه معکوس بین نارسایی عملکرد اجتماعی و شغل همسر شاید به این دلیل است که زنان خانه‌دار تحت تأثیر فشارهای اقتصادی و اجتماعی اعتیاد شوهر، دچار احساس ناکارآمدی اجتماعی می‌شوند. همسو با یافته‌های پژوهشگرانی چون آقابخشی (۱۳۷۸) و پرکینسون و همکاران^۱ (۱۹۹۷) در خانواده‌هایی که پدر معتاد است، بین نقشها مرزبندی آشکاری وجود ندارد و اغلب وظایف فرد معتاد به دیگر اعضاء محول می‌شود. این کناره‌گیری (خواه عمدی یا غیرعمدی) منجر به سنگین‌تر شدن مسؤلیتها و وظایف همسران افراد معتاد تحمیل می‌کند. علاوه بر این محدودیتها که در راستای مقابله با اعتیاد و تبعات آن پدید می‌آید خستگی و فرسودگی جسمی و روانی نیز باعث می‌شود احیاناً عملکرد اجتماعی همسران معتادان نیز اختلال پیدا کند.

همچنین بین نارسایی عملکرد اجتماعی و سطح تحصیلات معتادان و همسران آنها رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. یعنی هرچه تحصیلات پایین‌تر باشد، میزان نارسایی عملکرد اجتماعی همسران افراد معتاد بیشتر است. تحصیلات پایین ممکن است به عنوان یک عامل واسطه‌ای بسیاری از موقعیتها و امکانات شغلی و اجتماعی که یک فرد با تحصیلات بالاتر ممکن است داشته باشد را از وی سلب کند. این سلب موقعیتها و امکانات به دیگر محدودیتهای موقعیتی ناشی از اعتیاد می‌افزاید و بدین ترتیب منجر به نارسایی عملکرد اجتماعی همسران افراد معتاد و دارای تحصیلات پایین‌تر می‌شود.

میان افسردگی و تمایل به خودکشی و سن شوهر ($P = ۰/۰۰۹$) و سن همسر ($P = ۰/۰۱$) رابطه معکوس وجود دارد، یعنی افسردگی و تمایل به خودکشی در زنان افراد معتاد با افزایش سن خود و همسران آنها کاهش می‌یابد، صرف بخش اعظمی از درآمد برای اعتیاد، فروش اسباب و اثاثیه منزل و مشکلات عدیده اقتصادی در خانواده بطور کلی وضعیت حال و دورنمای آینده را با تیرگی زاید الوصفی مواجه می‌کند. این تیرگی برای همسران کم سن و سال افراد معتاد می‌تواند منجر به احساس افسردگی و تمایل به خودکشی شود. در مجموع از ۳۲ ضریب همبستگی بدست آمده در رابطه با فرضیه اول، صرفاً ۶ فرضیه معنادار و بقیه یعنی ۲۶ ضریب همبستگی معنادار نبودند. میان اغلب ویژگیهای فردی - اجتماعی و ویژگیهای روانی همسران افراد معتاد رابطه‌ای معنادار بدست نیامد.

1 - Perkinson, J.

بر اساس نتایج و یافته‌های جدول (۱۰) شکایات جسمانی بترتیب بیشترین همبستگی را با درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد ($P = \circ$)، کاهش تنش با ابراز انزجار ($P = \circ/0001$) مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد ($P = \circ$) و پس از آن با جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی، اجتناب رفتاری، فرار فکری از مشکل، استقلال یافتن و پذیرش بی‌واسطه داشته است. این یافته با یافته‌های اورفورد و گاتریز (۱۹۷۵)، اشلسینگر هوربرگ^۱ (۱۹۸۸) و گیرمن و رونی^۲ (۱۹۸۹) مبنی بر اینکه همسران افراد معتاد تمایل دارند تا از گرایشهای مقابله‌ای گوناگون استفاده کنند همسویی دارد. هر یک از همسران افراد معتاد، معمولاً شیوه‌های متعددی را بطور همزمان برای کاهش فشارهای ناشی از اعتیاد شوهر بکار می‌گیرند.

طبق جدول (۱۱) رابطه میان نارسایی عملکرد اجتماعی با شیوه‌های مقابله اجتناب رفتاری ($P = \circ/01$)، کاهش تنش ($P = \circ/05$)، مواجهه فعال با همسر و وابسته‌های مواد ($P = \circ/004$)، جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی ($P = \circ/01$) و درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد ($P = \circ/001$) در مجموع مثبت و معنی‌دار است. بر اساس یافته‌های فلتون و رونسون^۳ (۱۹۸۴) افراد در مقابله با موقعیتهایی که با سلامتی آنها ارتباط دارد و یا موقعیت و شرایط فشارآور به مقابله‌های هیجان مدار روی می‌آورند. روابط مثبت نسبتاً ضعیف میان نارسایی عملکرد اجتماعی همسران افراد معتاد و مقابله‌های عاطفی و رفتاری آنها شاید منعکس کننده این واقعیت است که نحوه احساس همسران معتادان در مورد توانایی خود برای کنار آمدن با الزامات زندگی و تا اندازه‌ای بر شیوه مقابله آنها با مشکلات زندگی اثرگذار است.

رابطه میان اضطراب و بیخوابی با کلیه روشهای مقابله‌ای (یافته جدول ۱۲) مثبت و معنادار است. این ارتباط شاید به دلیل اضطراب همسران افراد معتاد از وضعیت موجود خانواده و آینده آن باشد. این اضطراب بعنوان یک عامل برانگیزاننده باعث می‌شود تا همسر بطور فعال برای برطرف کردن فشار حاصل از اعتیاد و تبعات آن شوهر خود را به طرق متعددی به ترک و طلاق، مراجعه به نیروی انتظامی و مخفی کردن مواد مخدر و لوازم مصرف آن تهدید نماید. اضطراب و بیخوابی بیشترین رابطه ($r = \circ/54$) را با شیوه ناکارآمد درگیری عاطفی و رفتاری دارد. در

1 - Schlesinger,s and Horberg.

2 - Girman and Rooney

3 - Felton and Revnson

درگیری عاطفی همسر با توسل به گریه، نفرین، تهدید به معتاد شدن و بطور مخفیانه به همسر ضربه زدن تلاش می‌نماید تا با اعتیاد شوهر و تبعات آن مقایسه کند.

طبق نتایج جدول (۱۳) رابطه افسردگی و تمایل به خودکشی با شیوه‌های مقابله‌ای به جز شیوه فرار فکری از مشکل مثبت و معنی‌دار است. چنین یافته‌ای تا اندازه‌ای ممکن است ناشی از تعارض موجود در سطح شناختی و رفتاری همسران افراد معتاد باشد. اورفورد^۱ (۱۹۹۵) نشان داد که عزت نفس باعث تعدیل پاسخهای مقابله‌ای همسران افراد معتاد می‌شود، بترتیبی که همسران دارای عزت نفس بالاتر معمولاً در مقابله و درمان اعتیاد شوهر نقش فعالتری را بعهده می‌گیرند. در مجموع احساس کارآیی شخصی، اطمینان به خویشتن و داشتن معنا برای زندگی (پهلوانی ۱۳۷۶) شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

مطابق جدول (۱۴) بین شیوه مقابله کاهش تنش با ابراز انزجار و سن شوهران در همسران افراد معتاد رابطه معکوس ($P = ۰/۰۴$) و معناداری بدست آمد. به این معنی که هرچه سن معتادان پایین‌تر باشد، بکارگیری شیوه مقابله کاهش تنش با انزجار بیشتر است. همچنین بین شیوه مقابله فعال با همسر و وابسته مواد با وضعیت شغلی آنان (شغل شوهر و همسر) رابطه مثبت معناداری با شغل همسر ($P = ۰/۰۰۲$) و رابطه منفی و معناداری با شغل خود معتادان ($P = ۰/۰۴$) بدست آمد. این رابطه به احتمال زیاد به استقلال بیشتری که همسران شاغل احصال می‌کنند، مربوط می‌شود. شاغل بودن آنها ممکن است موجب اعتماد به نفس بالاتر آنها و در نتیجه به مقابله فعالتر با اعتیاد همسر منجر شود. به نظر می‌رسد با بهتر بودن موفقیت شغلی شوهر، همسران آنها فشارهای حاصل از اعتیاد و تبعات آنرا کمتر احساس نموده و ناگزیر به استفاده از مقابله فعال شده‌اند.

با توجه به نتایج جدول (۱۴) رابطه مستقیم و معناداری ($P = ۰/۰۳$) میان شیوه مقابله استقلال یافتن و تعداد فرزندان بدست آمد. این رابطه نشان می‌دهد که تعداد فرزندان علاوه بر اینکه بار مسئولیتهای مادر را سنگین می‌نماید، سبب می‌شود که آنها برای کسب استقلال بیشتر، کوشش بیشتری کنند.

مطابق جدول (۱۴) بین جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی با سن شوهر و همسر رابطه معکوس و معناداری ($P = ۰/۰۵$) بدست آمد. عبارتی هر چه سن همسران و خود افراد معتاد کمتر بود، همسران بیشتر به جستجوی حمایت اجتماعی می‌پرداختند. رابطه بین درگیری عاطفی و رفتاری ناکارآمد و سن شوهر ($P = ۰/۰۴$) و همسر ($P = ۰/۰۳$) نیز معکوس و معنادار بود؛ یعنی همسران جوانتر افراد معتاد نه تنها کوشش می‌نمایند با جستجوی حمایت اجتماعی و معنوی اقدام به مقابله با شوهر معتاد کنند، بلکه همزمان سعی نموده‌اند با شیوه‌هایی از قبیل گریه و نفرین کردن و ... شوهر را مجبور به ترک اعتیاد کنند. اکثر روابط بدست آمده بین شیوه‌های مقابله و ویژگیهای فردی - اجتماعی همسران افراد معتاد از لحاظ آماری معنادار نبود.



منابع

۱. آقابخشی، حبیب (۱۳۷۸). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده، تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۲. پاول، تی، جی، انزایت، جی، ان، ال. (۱۳۷۷). فشار روانی و اضطراب و راههای مقابله با آن، ترجمه علی بخشی‌پور رودسری و حسن صبوری مقدم، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
۳. پهلوانی، هوشنگ (۱۳۷۵). بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی شخصیت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.
۴. چیریلو، ا، آر، برینی، جی. کامبازوآر، مازا (۱۳۷۸). اعتیاد به مواد مخدر در آیینیه روابط خانوادگی. ترجمه سعید پیرمرادی، اصفهان: نشر همام.
۵. سموعی، راحله (۱۳۷۸). شیوه‌های مقابله با فشار روانی معتادان و غیرمعتادان و تعیین رابطه آن با عملکرد خانواده آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

۶. شیخانی، نادیا (۱۳۷۶)، بررسی رابطه ویژگیهای شخصیتی، سن و اعتیاد با طلاق در شهرستان خمینی شهر، پایان نامه کارشناسی رشته مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر.
۷. گلپور، محسن و آذرقلی زاد(۱۳۷۹). «پرخاشگری در معنادان و تأثیر آن بر همسران آنها»، مجله سراب، شماره ۲۴، صص ۳۴ - ۲۱.
۸. لاست، س و ام، هرسن(۱۳۷۸). مطالعات موردی در رفتار درمانی بزرگسالان، ترجمه حسن صبوری مقدم، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
9. Brown. G.W.etal (1992). "ocial Factors and Recovery From Anxiety and Depressive Disorders." *British Journal of Psychology*, No. (61, pp. 48-59)
10. Brown. G.W. and Harris, T. (1978) *Social Origins of Depression, A study of Psychiatry Disorders in Women*, london : Tavistock publication.
11. Conger, R. Elder, G, loren Z, F. conger, K, and et-al (1990) "Linding Economic Hardships to Marital Quality and stability", *Journal of Marriage and the family*, N : 52/pp. 643-656.
12. Felton, B. J and et-al (1984). "Coping with Chronic Illness," *Journal of Conselling and Clinical Psychology*, vol : 52 N : 3, pp : 343-353.
13. Girman , J. M . and Rooney, J.F (1989). "The Influences of All-Anon on the Coping Behaviour of Wives Alcoholics," *Journal of Studies on Alcoholics*, N : 50, pp. 1030-1038.
14. Horowitz, L . Locke, K. Morse, M. and et-al (1991). "Self Derogations and Interpersonal Theory," *Journal of Personality and Social Psychology*. No: 61, pp. 68-78.
15. Kaufman E. (1985). *Substance Abuse and Family Terapy*, New York, Grune and Stratton.
16. Orford, D.D. and Gatheries, s (1975), "Self Reported Coping Behaviour of Wives of Alcoholics and Its Association with Drinking Outcomes." *Journal of Studies on Alcohol*. Vol : 30 pp : 1254-1267.
17. Perkinson, J. (1997). *Chemical Depending Counselling : A Practical Guide*," Thousand Oaks CA. Sage Publication Inc.
18. Powell, T.J and Enrights. S.J. (1991), *Anxiety and Stress Management*, Routledge. Company.

19. Schlesinger, S. and Horberg. K. (1988). *Taking Charge, How Families Climb out of the Chaos of Addiction and Flourish*, NewYork : Simon and Schaster.
20. Sorenson. J.L (1988), *Family Approach to the Problem of Addiction*, Pennsylvania, UN1, press.
21. Waller, D. and Mahoney, J. (Eds), (1999), *Treatment of Addiction*, First Published, Routledge Company.

