

اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی در کاهش اضطراب و بهبود کارکردهای اجرایی زنان دارای همسر معتاد

اصغر جعفری^۱، صبا جعفری^۲، سید مجید حسینی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲۰

تاریخ ارسال: ۹۶/۶/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر به منظور اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی در کاهش اضطراب و بهبود کارکردهای اجرایی در زنان دارای همسر معتاد انجام شد. جامعه آماری زنان دارای همسر معتاد در شهرستان زنجان بودند. ۳۰ زن دارای همسر معتاد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و یک پیگیری ۲ هفته بود. سطح اولیه اضطراب و کارکردهای اجرایی همه شرکت‌کنندگان به وسیله پرسشنامه‌های اضطراب بک و آزمون کارکردهای اجرایی برکلی اندازه‌گیری شدند. آموزش توانمندسازی روان‌شناختی در ۸ جلسه برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اجرا شد. دوباره در اضطراب و کارکردهای اجرایی همه شرکت‌کنندگان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اندازه‌گیری شدند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که اضطراب شرکت‌کنندگان در برنامه توانمندسازی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل بود اما کارکردهای اجرایی (برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و حل مسئله) آنان بالاتر بود ($P < 0/01$). همچنین اثر مداخلات در مرحله پیگیری مشاهده شد. نتایج شواهدی را پیشنهاد می‌کند که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی یک روش روانی-آموزشی مناسبی برای کاهش اضطراب و ارتقاء کارکردهای اجرایی است.

واژگان کلیدی: توانمندسازی روان‌شناختی، زنان دارای همسر معتاد، اضطراب، کارکردهای

اجرایی

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه کاشان، As_Jafari@sbu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر

۳. دانشجوی دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

یکی از معضلاتی که امروزه برخی از خانواده‌های ایرانی درگیر آن هستند، اعتیاد است که معمولاً مرد خانواده و نان‌آور خانواده به آن مبتلا می‌شود. در چنین خانواده‌هایی که پس از مدتی شوهر در حاشیه قرار می‌گیرد، بیشتر مسئولیت‌های خانواده در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و فرزندان بر عهده زن قرار می‌گیرد. در کشورهای در حال توسعه افزایش چشمگیری در تعداد زنان سرپرست خانوار گزارش شده است (شاتز، مدهاوان و ویلیامز، ۲۰۱۵). خانواده‌های با سرپرستی زن^۱، خانواده‌هایی هستند که به دلایل مختلفی مانند طلاق، اعتیاد شوهر، مهاجرت، فوت شوهر، مرد به‌عنوان سرپرست در تأمین درآمد خانوار سهمی ندارد. از نظر مددکاری اجتماعی زنان سرپرست خانوار، زنانی هستند که عهده‌دار تأمین معاش مالی، معنوی اجتماعی خانواده هستند (وارینگ^۲، ۲۰۱۴). این تغییرات در دهه‌های اخیر باعث ایجاد تغییر در ساختار خانواده و پذیرش مسئولیت بیشتر برای اداره زندگی توسط زنان شده است که در این صورت خانواده نیازمند آموزش و سازگاری مجدد است (کوینه^۳، ۲۰۱۲). در این زمینه نتایج پژوهش محمدی‌فر، طالبی و طباطبایی (۱۳۸۹) نشان می‌داد زنانی که همسرشان معتاد هستند و مجبور هستند تمام مسئولیت‌های خانواده را بر عهده گیرند، معمولاً در سلامت روانی و اجتماعی به‌ویژه اضطراب و عملکرد روزانه زندگی دچار مشکلاتی می‌شوند. جعفری شیرازی (۱۳۹۲) در پژوهشی بر روی زنان سرپرست خانوار به این نتیجه رسید که این دسته از زنان به علت داشتن شرایط خاصی در زندگی، عدم دریافت بازخوردهای مثبت از طرف دیگران و نداشتن ادراک کارآمد نسبت به خود و همچنین عدم توانایی برای درگیر ساختن توانمندی‌های خود، معمولاً خودکارآمدی ضعیفی دارند و بیشتر به گذراندن شرایط فعلی زندگی‌شان تکیه می‌کنند و کمتر درصدد برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری‌های جدید برای زندگی خود برمی‌آیند. همچنین نتایج پژوهش اسپالتیس^۴ (۲۰۱۵) نشان داد که بنا به

-
1. Shatz, Medhavan & Williams
 2. female headed households
 3. Waring
 4. Coyne
 5. Schultheiss

مشکلات عدیده شناختی و عاطفی زنان سرپرست خانوار معمولاً آنان در برنامه‌ریزی منطقی و اساسی برای اشتغال و به‌کارگیری توانایی‌های خود با خودبازداری شدیدی مواجه هستند. زنان دارای همسر معتاد ممکن است از هیجانات منفی و مثبت خویش آگاهی نداشته باشند و در موقعیت‌های پراسترس زندگی نمی‌توانند به‌خوبی از هیجانات خود استفاده کنند. مشکلات آنان باعث می‌شوند که در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به‌صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر در موقعیت‌های اجتماعی درگیر کنند (اصغری، قاسمی جوینه، حسینی صدیق، جامعی، ۱۳۹۵). همچنین خانواده معتادان به لحاظ شناختی و عاطفی تفاوت چشمگیری با سایر خانواده‌ها دارند. به‌گونه‌ای که روابط زناشویی بین زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان، روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد اقتصادی، آموزشی و ابعاد سلامت روانی خانواده را مختل می‌سازد (نوری، ۱۳۹۱).

تغییر ساختار خانواده بر پایه الگوهای کارکردی خانواده نیز قابل‌بحث است. در الگوی مک‌مستر^۱ (۱۹۶۰، به نقل از کارلسون، اسپری و لویس^۲، ۲۰۰۵) که مبتنی بر رویکرد سیستمی است و ساختار، سازمان و الگوهای مرادده‌ای زوجها را توصیف می‌کند، شش جنبه از کارکردهای خانواده را مورد توجه قرار می‌دهد؛ حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌های عاطفی، درگیری عاطفی و کنترل رفتار. گاربه-فارل^۳ (۲۰۱۶) در پژوهشی به این نتیجه رسید که در خانواده‌های با سرپرستی زن این ساختار تغییر می‌کند و بیشتر کارکردهای خانواده تضعیف می‌شوند. به دلیل آسیب‌زا و پرتنش بودن ساختار خانوادگی معتادان و عدم شکل‌گیری نظام منسجم خانواده، نقش‌ها و انتظارات اعضای خانواده دچار مشکل و ناهمگونی شده و پدر خانواده به‌عنوان سرپرست و همسر در انجام کارکردها و ایفای مسئولیت‌های خود در خانواده ناتوان می‌گردد و چون در خانواده‌های دارای مرد معتاد، زنان به‌عنوان سرپرست خانوار، بیشتر دچار اضطراب و استرس می‌شوند، معمولاً کارکردهای شناختی، عاطفی و رفتاری آنان در ابعاد گوناگون زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی

-
1. Mc Master model
 2. Carlson, Sperry & Lewis
 3. Gurbe-Farrel

مختل می‌شوند (آقابخشی، ۱۳۸۵). نتایج پژوهش کیشور، لاکشمی و باندیت (۲۰۱۳) بر روی زنان دارای همسر معتاد نشان داد که معمولاً این دسته از زنان دچار اختلالات روان‌شناختی؛ افسردگی، اضطراب و استرس هستند. همچنین چیسمن، فرگوسن و کوهن (۲۰۱۵) معتقدند که مشکلات عاطفی روانی زنان سرپرست خانوار، منجر به آسیب‌های روانی مانند اختلال استری پس از سانحه، اضطراب و افسردگی می‌شود. در همین راستا نتایج پژوهش میسر و سالیوان (۲۰۱۵) بر روی زنان سرپرست خانوار نشان داد که گروه عمده‌ای از این زنان با فقر، ناتوانی و بی‌قدرتی در زمینه اداره امور اقتصادی خانواده مواجه هستند به طوری که کارآمدی و سلامت روانی آن‌ها را مختل کرده و زمینه نگرانی و اضطراب و ابتلا به افسردگی و سایر اختلالات را فراهم می‌سازد. در دهه اخیر توجه زیادی به نقش کارکردهای اجرایی^۱ در زندگی افراد خاص شده است. نتایج پژوهش علیزاده (۱۳۸۵) نشان دادند که گسترش و تحول کارکردهای اجرایی همانند سایر توانمندی‌ها در طول دوره کودکی تحول می‌یابند و در دوره‌های بعدی تکمیل می‌شوند. کارکردهای اجرایی اصطلاحی است کلی که همه فرآیندهای شناختی پیچیده و ضروری برای انجام تکالیف هدف-مدار دشوار و جدید را در برمی‌گیرد. مهم‌ترین این کارکردها را به شکل برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، حافظه فعال، مدیریت زمان، بازداری پاسخ، آغازگری تکلیف و مقاومت مبنی بر هدف دسته‌بندی می‌کنند. در همین راستا نتایج پژوهش آندرسون، ووت و کاستیلو^۲ (۲۰۱۲) نشان داد که بد رشد یافتگی کارکردهای اجرایی با اختلال‌های تحولی دوران کودکی ارتباط بسیار نزدیکی دارند و در بزرگسالی در شرایط خاصی ابعاد گوناگونی زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

توانایی برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و حل مسئله به‌عنوان مهم‌ترین کارکردهای اجرایی و فعالیت‌های عالی مغز چه به لحاظ نقش آن‌ها در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی و چه به لحاظ نقش آن‌ها در هماهنگ‌سازی ساختن دیگر کارکردها برای رسیدن به هدف موردتوجه

-
1. executive functions
 2. Anderson & castiello

پژوهشگران مختلف بوده است (شالیس^۱، ۲۰۰۵). لزاک، هویسون و لورینگ^۲ (۲۰۱۰) این کارکردها را به‌عنوان توانایی شناسایی و سازمان‌دهی مراحل و عناصر موردنیاز برای انجام یک قصد یا رسیدن به یک هدف تعریف می‌کنند. در پی آسیب‌های شناختی، عاطفی و رفتاری که معمولاً در اثر حوادث استرس‌زای زندگی مانند اعتیاد در خانواده، فوت یکی از اعضای خانواده و طلاق برای افراد اتفاق می‌افتد، این کارکردها تضعیف می‌شوند و در افراد آسیب‌پذیرتر از جمله زنان به‌صورت شدیدتری گسترش می‌یابد. اخیراً نتایج پژوهش بلایر، زلازو و گرین برگ^۳ (۲۰۱۴) نشان داد که بهبود کارکردهای اجرایی، نقش اساسی در گسترش توانمندی‌های اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی و عاطفی افراد دارد و تقویت سطح توانمندی‌های روان‌شناختی افراد می‌تواند سطح این کارکردها را افزایش دهد.

طبق نظر ثانی^۴ (۲۰۱۲) توانمندسازی^۵ زنان فرآیندی است که در آن زنان به لحاظ شناختی و رفتاری برای سازمان‌دهی زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی خود توانمند می‌شوند، اعتمادبه‌نفس خود را افزایش می‌دهند و از حقوق خود برای انتخاب مستقل و کنترل بر منابعی که منجر به از بین رفتن جایگاه آن‌ها می‌شود؛ دفاع می‌کنند. در توانمندسازی زنان و از جمله زنان سرپرست خانوار، مفاهیم انتخاب، قدرت، کنترل بر زندگی خود و منابع، توانایی تصمیم‌گیری، مهارت‌های زندگی و به‌طور کلی عوامل تأثیرگذار بر آنچه در زندگی فردی و خانوادگی مهم هستند، تأکید می‌شود که نتیجه آن بهبود خودکارآمدی، کارکردهای شناختی و مقابله با اضطراب‌ها و فشارزاهای محیطی است (علیجانی، ۱۳۹۵).

یک الگوی سه مرحله‌ای اونگوری و شاندا^۶ (۲۰۰۸) برای توانمندسازی روان‌شناختی زنان وجود دارد که در آن؛ آگاهی از علائق شخصی، احساس خودکارآمدی و مسئولیت شخصی برای تغییر در توزیع اجتماعی قدرت و به تبع آن بهبود شرایط اجتماعی و رشد

-
1. Shallice
 2. Lezak, Howieson & Loring
 3. Blair, zelazo & Greenberg
 4. Sanni
 5. empowering
 6. Ongori & Shunda

علائق مشخص نسبت به برابری هرچه بیشتر مطرح می‌شود. در این الگو بر موارد زیر تأکید می‌شود:

الف) نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورها: به‌خصوص باورهای مربوط به خودکارآمدی، خود‌ارزشی و احساس کنترل، که بر فرآیند توانمندسازی اثرگذار هستند.

ب) اعتباریابی از طریق تجارب مشارکتی: در این تجربه، فرد و دیگران در یک تجربه سهیم می‌شوند که به کاهش خودسرزنی منجر می‌شود.

ج) دانش و مهارت عمل و تفکر نقادانه: از طریق حمایت و مشارکت متقابل، افراد می‌توانند پیرامون جنبه‌های درونی و بیرونی مشکل، تفکر نقادانه داشته باشند.

د) عمل کردن: افراد می‌توانند راهبردهای عملی، بسیج منابع و دانش و مهارت‌های موردنیاز را برای تأثیر بر ساختارهای درونی و برونی ممکن سازند.

به‌طور کلی توانمندسازی روان‌شناختی دارای سه بعد شایستگی، احساس مؤثر بودن، احساس معنی‌دار بودن و اعتماد است که در هنگام آموزش به آن‌ها پرداخته می‌شود (کونگر، رایبندرا و کانونگو، ۲۰۰۲). در ادبیات توانمندسازی دو دیدگاه وجود دارد؛ دیدگاه کلان یا اجتماعی - ساختاری که ساختارها و سیاست‌های گوناگون سازمانی را مدنظر قرار می‌دهد و دیدگاه خرد یا روان‌شناختی که به توانمندسازی به‌عنوان یک شکل خاصی از انگیزش درونی توجه می‌شود (دیویتینک^۲، ۲۰۱۱). در این مورد نتایج پژوهش کلنی، نامداری و عریضی (۱۳۹۲) درباره توانمندی‌های شخصیتی افراد نشان داد که با توجه به روان‌شناسی مثبت، افراد با تمرکز بر ویژگی‌های مثبت خود به‌جای تأکید بر کاستی‌های روان‌شناختی خود می‌توانند عملکرد مطلوبی داشته باشند. لذا با توجه به آمار ۳/۸ میلیون مصرف‌کننده مواد مخدر در ایران (نژادمحمد، ۱۳۹۴) که معمولاً به تغییر مسئولیت سرپرست خانواده از مرد معتاد به زن و افزایش «پدیده زنان سرپرست خانوار» منجر می‌شود و با عنایت به مشکلات عدیده این زنان در ابعاد خودکارآمدی، تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برای آینده، علایق و موقعیت‌های اجتماعی، رشد اجتماعی، باورهای ناکارآمد و حل مسئله و نگرانی در مورد

1. Conger, Rabindra & Kanungo

2. Dewettinck

عوارض این پدیده بر ساختار و اعضای خانواده، ضرورت انجام پژوهش حاضر را ایجاب می‌کند. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی بر کاهش اضطراب و بهبود کارکردهای اجرایی زنان دارای همسران معتاد انجام شد.

روش پژوهش

جامعه آماری کلیه زنان دارای همسران معتاد در منطقه ۱۸ شهر تهران بودند. این زنان، همسرانشان معتاد بودند و معمولاً دور از خانواده یا در مرکز نگهداری و بازپروری معتادان تحت مراقبت و درمان بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. به این صورت که ابتدا سطح اضطراب و کارکردهای اجرایی زنان دارای همسر معتاد به وسیله پرسشنامه اضطراب بک و آزمون کارکردهای اجرایی برکلی (۲۰۱۱) اندازه‌گیری شدند. بعد از نمره‌گذاری، ۳۰ آزمودنی که دارای بالاترین نمره در اضطراب (نمرات ۳۵-۵۴) و پایین‌ترین نمره در کارکردهای اجرایی (نمرات ۱۷-۴۴) بودند، انتخاب و به‌طور تصادفی و مساوی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابتدا سطح اولیه اضطراب و کارکردهای اجرایی شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد (پیش‌آزمون). سپس برنامه توانمندسازی عبدالهی (۱۳۸۴) در ۸ جلسه یک و نیم ساعته به‌صورت گروهی برای شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش اجرا شد و برای گروه کنترل هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. بعد از اتمام جلسات دوباره سطح اضطراب و کارکردهای اجرایی همه شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد (پس‌آزمون)؛ و بعد از ۲ هفته مرحله پیگیری مجدداً سطح اضطراب و کارکردهای اجرایی همه شرکت‌کنندگان اندازه‌گیری شد. از آنجایی که شرایط حضور در جلسات قبلاً برای همه شرکت‌کنندگان به‌خوبی توضیح داده شد تا پایان دوره همه شرکت‌کنندگان حاضر بودند و هیچ افت آزمودنی وجود نداشت.

جدول ۱. خلاصه جلسات توانمندسازی روان‌شناختی

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکالیف
۱	ایجاد رابطه حسنه و آشنایی با اعضای گروه	آشنایی اعضا با یکدیگر و با گروه، بیان مقررات گروه، ارائه مقدمه‌ای از فعالیت‌های گروه	چند ویژگی شناختی و عاطفی مطرح شد و از اعضا خواسته شد تا آن‌ها را در مورد خود بررسی کنند.
۲	خودآگاهی و همدلی	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت ویژگی‌های جسمانی و بدنی، شناخت توانایی‌ها و مهارت‌های خود، شناخت نقاط قوت و ضعف، شناخت افکار، ارزش‌ها، باورها	از اعضا خواسته شد تا توانمندی‌ها و باورهای خودشان را بنویسند و در مورد تأمل کنند.
۳	تقویت خودکارآمدی	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی نقش خودکارآمدی در زندگی، تعریف خودکارآمدی، مراحل تحول خودکارآمدی، کمک به شرکت‌کنندگان جهت شناسایی توانمندی‌های خودشان	از اعضا خواسته شد تا باور خودشان را نسبت به نسبت به توانایی‌ها و مهارت‌های خود و علل آن بررسی کنند و به نقش خود بیشتر توجه کنند.
۴	تکنیک مقابله با هیجانات منفی	بررسی تکلیف جلسه قبل، عدم انکار واقعیت و آمادگی مواجهه با شرایط موجود. علائم هشداردهنده جسمانی، ذهنی، عاطفی، روانی و رفتاری و تمرین تنفس عمیق، تصویرسازی ذهنی و آرامش عضلانی که به عنوان شیوه‌های بلندمدت در مقابله با استرس و اضطراب کاربرد دارند.	از اعضا خواسته شد تا فنون تنفس عمیق، تصویرسازی ذهنی و آرامش عضلانی را روزانه دو بار در منزل انجام دهند.
۵	توانمندسازی رشد تسلط شخصی: خود شکوفایی	بررسی تکلیف جلسه قبل، توجه و تمرکز بر شایستگی‌ها و مهارت‌های اساسی زندگی فراتر از نیازهای موجود، آموزش فنون ابراز وجود یا جرأت ورزی به منظور رسیدن به اهدافشان از طریق روش ایفای نقش، تسهیل ایجاد رفتارهای سازگارانه در افراد، ارتقاء توانایی افراد برای رسیدن به زندگی مؤثرتر به جای پرداختن ساده به مشکلات موجود (تأکید بر رشد شخصی).	از اعضا خواسته شد تا فنون ابراز وجود یا جرأت ورزی را از طریق ایفای نقش روزانه دو بار در منزل انجام دهند. تمرین هدف‌گزینی و هدف‌گذاری با توجه به شرایط و توانایی‌های خودشان
۶	آموزش تفکر خلاق و انتقادی	بررسی تکلیف جلسه قبل، تلفیق قدرت تصمیم‌گیری و حل مسئله برای رسیدن به تفکر خلاق. ۱- نگاه به فراسوی تجارب خود، ۲- تقویت انعطاف‌پذیری شناختی، ۳- توانایی تمرکز و توجه به مسائل در مدت طولانی ۴- مقاومت در برابر مشکلات ۵- نیروی زیاد و تمایل برای کار سخت ۶- تعهد به انجام صحیح کار	تمرین مهارت حل مسئله در دیگر ابعاد زندگی، تمرین بارش مغزی و تقویت انعطاف‌پذیری شناختی توجه و نوشتن تصمیم‌گیری کوچک و بزرگ در زندگی

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکالیف
۷	توانمندسازی و تسهیل فرآیند تصمیم‌گیری توانایی حل مسئله و تصمیم‌گیری	بررسی تکلیف جلسه قبل، انواع تصمیم‌گیری احساسی، اجتنابی، تکانشی، تصمیم‌گیری مطیعانه، تصمیم‌گیری گوش‌به‌زنگی، تصمیم‌گیری اخلاقی، تصمیم‌گیری منطقی. انتخاب بهترین و منطقی‌ترین تصمیم‌گیری	بررسی انواع تصمیم‌گیری در ابعاد گوناگون زندگی و تأمل در مورد علل آن، تمرین تصمیم‌گیری منطقی.
۸	توانمندسازی و آموزش مهارت حل مسئله و جمع‌بندی مطالب	بررسی تکلیف جلسه قبل، مواجهه مؤثر با مشکلات و مسائل و حل کردن یا کنار آمدن با آن، آگاهی نسبت به احساسات و افکار، تعریف مشکل و شناسایی آن، استفاده از مهارت حل مسئله، توجه به احساسات، دوری از تعصب، خستگی فکری و ذهنی، توجه به موانع اجرایی مرتبط با خود، اجرای پس‌آزمون	از اعضا خواسته شد که مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری در زندگی خود بکار گیرند و به کارگیری انعطاف‌پذیری شناختی و ذهنی در زندگی و توجه به احساسات و افکار همراه با آن

منبع: عبدالهی (۱۳۸۴)

معیارهایی که جهت ورود و خروج شرکت‌کنندگان در پژوهش مدنظر قرار گرفت از قرار زیر است:

از سلامت روانی و جسمانی بهنجار برخوردار باشند. این معیار در مصاحبه اولیه با زوجین کنترل شد.

با توجه به اطلاعات موجود در پرونده درمانی شرکت‌کنندگان، در صورتی که دارای بیماری جسمانی و روانی خاصی باشند، نمی‌توانستند در این پژوهش شرکت کنند.

– افرادی که نمی‌توانستند و یا تمایل به انجام تمرین‌های روانی - آموزشی توانمندسازی نداشتند، نمی‌توانستند در این پژوهش شرکت کنند. درمانگر در جلسه اول این مورد را بررسی نمود.

افرادی که نگرانی و مشکلاتی مانند فرزند معلول، فرزند تازه از دست‌رفته داشتند و بیماران دیابتی، کلیوی و قلبی نمی‌توانستند در این پژوهش شرکت کنند.

ابزار پژوهش حاضر از قرار زیر است:

پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI): این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال چهارگزینه‌ای است که به وسیله بک طراحی شده است. نمره‌گذاری گزینه‌ها از ۰ تا ۳ است و نمره کل پرسشنامه در دامنه‌ای آر ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمره بالا در این آزمون شدت بالای اضطراب را نشان می‌دهد. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) روایی این پرسشنامه را از طریق مقایسه ارزیابی کمی متخصص بالینی با نمرات حاصل از عملکرد آزمودنی در این پرسشنامه ۰/۷۲ و اعتبار این پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۰/۸۳ به دست آورد. در پژوهش جعفری (۱۳۹۱) بر روی زنان دارای همسران معتاد با استفاده از آلفای کرانباخ اعتبار ۰/۸۷ برای آن به دست آمد.

آزمون کارکردهای اجرایی بزرگسالان: ابتدا آزمون برج لندن به وسیله شالیس (۱۹۸۲) برای سنجش کارکردهای اجرایی کودکان طراحی شد. بر اساس این آزمون، بارکلی (۲۰۱۱) مقیاس کارکرد اجرایی بزرگسالان را تدوین کرد که دارای سه نسخه خود گزارش دهی (مراجع) و دو فرم ویژه سایرین (افراد مهمی مانند همسر که فرد را به خوبی می‌شناسند و می‌توانند بازخورد دقیقی از کارکرد روزمره ارائه کنند) است. این مقیاس برای زنان و مردان در محدوده سنی ۱۸ تا ۸۱ سال قابل اجرا است. دارای ۸۹ سؤال و پاسخ‌دهی بر مبنای طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (هرگز تا همیشه) است؛ و خرده مقیاس‌های خود مدیریتی، خودسازمان‌دهی، حل مسئله را اندازه‌گیری می‌کند. روایی کل برای این مقیاس بر اساس ضریب آلفای کرانباخ ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۵ و ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۰ و ۰/۷۸ به دست آمد (بارکلی، ۲۰۱۱). در ایران مشهدی، میردورقی، حسین زاده ملکی، حسنی حمزه لو (۱۳۹۴) این مقیاس را بر روی دانشجویان دختر و پسر هنجاریابی کردند که ضرایب اعتبار آن با استفاده از آلفای کرانباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۰ تا

1. Beck anxiety inventory

۰/۹۲ و برای کل آزمون ۰/۹۶ به دست آوردند. با استفاده از روش روایی سازه روایی این مقیاس بررسی شد که نتیجه نشان داد برای خرده مقیاس‌ها ضریب آلفا بالاتر از ۰/۹۰ بود که روایی مطلوبی است. در پژوهش جعفری (۱۳۹۱) بر روی زنان دارای همسران معتاد با استفاده از آلفای کرانباخ اعتبار ۰/۸۲ برای آن به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۶ سال با دامنه ۲۲ تا ۴۲ سال و انحراف معیار ۳/۲ بود.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب

و کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی

گروه‌ها	مراحل	اضطراب		سازمان‌دهی		حل مسئله		برنامه‌ریزی
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
پیش‌آزمون	۴۵/۲۷	۶/۸۰	۲۰/۳۳	۴/۶۳	۳۲/۵۳	۵/۸۴	۳۸/۶۰	۵/۸۶
آزمایش پس‌آزمون	۴۲/۶۳	۷/۲۱	۱۷/۰۷	۳/۵۸	۲۳/۸۷	۵/۹۲	۲۳/۲۰	۴/۶۳
پیگیری	۴۲/۴۰	۷/۳۶	۱۷/۴۷	۳/۷۱	۲۳/۱۳	۵/۱۸	۲۳/۳۳	۴/۱۴
پیش‌آزمون	۴۷/۴۷	۵/۵۶	۲۰/۲۰	۳/۷۷	۲۷/۱۴	۵/۷۹	۲۲/۴۷	۴/۵۰
کنترل پس‌آزمون	۴۷/۴۷	۵/۵۶	۲۰/۲۱	۳/۷۷	۲۷/۱۴	۵/۷۹	۲۲/۴۷	۴/۵۰
پیگیری	۴۸/۲۷	۶/۲۲	۲۰/۱۸	۳/۷۵	۳۰/۰۷	۵/۶۳	۲۳/۴۷	۴/۵۰

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان در اضطراب و کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی نشان داده شده است. برای تحلیل داده‌ها و بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر توانمندسازی بر اضطراب و کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که خلاصه نتایج در جداول زیر ارائه شده است. ابتدا مفروضه‌های یکسانی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون‌های لون، شاپیرو و ویلک مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج نشان داد این مفروضه‌ها در مورد توزیع نمرات اضطراب و کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی زنان دارای همسر معتاد برقرار هستند.

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی معناداری اثربخشی توانمندسازی

اثر	آزمون	ارزش	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
توانمندسازی	آزمون اثر بیلابی	۱/۷۱	۴۵/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۰۴	۱۰۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	آزمون اثر هتلینگ	۷۰/۰۲	۲۲۳/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۶۷	۴۴۵/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷
توانمندسازی و گروه	آزمون اثر بیلابی	۰/۵۳	۷/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۵	۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۵	۷/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۵	۷/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴

نتایج این تحلیل با توجه به میزان F و سطح معنی داری نشان می‌داد که توانمندسازی در کاهش اضطراب و افزایش سطح کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی زنان دارای همسر معنات تأثیر معناداری دارد ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

برای تعیین اثربخشی توانمندسازی در کاهش اضطراب و افزایش سطح کارکردهای اجرایی

منبع تغییرات متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
گروه	اضطراب	۱	۶۷۹/۴۱	۱۳۴/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۶۷
	سازمان‌دهی	۱	۵۳/۵۵	۳۴/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۰/۷۸
	حل مسئله	۱	۵۲/۵۱	۴۲/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۵۹
	برنامه‌ریزی	۱	۵۶/۱۳	۳۸/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۶۱
خطا	اضطراب	۲۶	۱۳۱/۵۹	۵/۰۶			
	سازمان‌دهی	۲۶	۴۲/۸۵	۱/۶۴			
	حل مسئله	۲۶	۳۲/۲۱	۱/۲۳			
	برنامه‌ریزی	۲۶	۳۸/۱۰	۱/۴۶			
کل	اضطراب	۲۹	۱۸۶۲/۹۶				
	سازمان‌دهی	۲۹	۷۹/۸۶				
	حل مسئله	۲۹	۱۱۰/۸۰				
	برنامه‌ریزی	۲۹	۸۷/۹۶				

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که توانمندسازی می‌تواند اضطراب زنان دارای همسر معنادار را به‌طور معناداری کاهش دهد ($F=134/27, P=0/001, \eta^2=0/51$) و سطح کارکردهای اجرایی؛ سازمان‌دهی ($F=34/77, P=0/001, \eta^2=0/64$)، حل مسئله ($F=38/44, P=0/001, \eta^2=0/54$)، برنامه‌ریزی ($F=42/35, P=0/001, \eta^2=0/55$)، آنان را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد. همچنین برای بررسی ماندگاری اثربخشی مداخلات مبتنی بر توانمندسازی بر اضطراب و کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی در مرحله پیگیری از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که خلاصه نتایج در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون‌های چندمتغیره جهت بررسی ماندگاری اثربخشی توانمندسازی بر اضطراب و کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی در مرحله پیگیری

اثر	آزمون	ارزش	F	سطح معنی‌داری	مجذوراتا
توانمندسازی	آزمون اثر پیلایی	۰/۹۵۰	۴۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۰۵۰	۹۸/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	آزمون اثر هتلینگ	۱۸/۸۱۸	۲۱۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۸/۸۱۸	۴۶۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۳
توانمندسازی و گروه	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۰۹	۷/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۹۱	۷/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۵۹	۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۵۹	۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱

نتایج این تحلیل با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری نشان می‌داد که اثربخشی توانمندسازی در کاهش اضطراب و افزایش سطح کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی زنان دارای همسر معنادار است ($P<0/01$).

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری

برای تعیین ماندگاری اثربخشی توانمندسازی در کاهش اضطراب و افزایش سطح کارکردهای اجرایی

منبع تغییرات متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	۶۷۴/۰۱	۱	۶۷۴/۰۱	۱۳۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱
سازمان‌دهی	۵۳/۸۴	۱	۵۳/۸۴	۲۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶
حل مسئله	۵۲/۴۶	۱	۵۲/۴۶	۴۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۲
برنامه‌ریزی	۵۶/۰۷	۱	۵۶/۰۷	۳۸/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵
اضطراب	۱۳۱/۴۶	۲۶	۵/۰۵			
سازمان‌دهی	۴۲/۹۱	۲۶	۱/۶۵			
حل مسئله	۳۲/۱۷	۲۶	۱/۲۳			
برنامه‌ریزی	۳۸/۰۹	۲۶	۱/۴۵			
اضطراب	۱۸۶۸/۷۸	۲۹				
سازمان‌دهی	۸۱/۰۵	۲۹				
حل مسئله	۱۰۹/۱۸	۲۹				
برنامه‌ریزی	۸۷/۲۱	۲۹				

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد اثربخشی توانمندسازی در کاهش اضطراب زنان دارای همسر معنادار در مرحله پیگیری ماندگار است ($F=133/46, P=0/001, \eta^2=0/51$)؛ و همچنین اثربخشی توانمندسازی در افزایش سطح کارکردهای اجرایی؛ سازمان‌دهی ($\eta^2=0/66$)، حل مسئله ($F=20/50, P=0/001, \eta^2=0/52$)، برنامه‌ریزی ($F=38/66, P=0/001, \eta^2=0/55$) زنان دارای همسر معنادار در مرحله پیگیری ماندگار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش نتیجه گرفته شد که توانمندسازی می‌تواند اضطراب زنان دارای همسر معنادار را به‌طور معناداری کاهش دهد که با نتایج پژوهش‌های داویس^۱ (۲۰۱۴) و پارسونز (۲۰۱۰) و نژادمحمد (۱۳۹۴) همسو است.

همان‌طوری که داویس (۲۰۱۴) هم اعتقاد دارد توانمندسازی روان‌شناختی زنان با ارتقاء کیفیت نقش مادرانه از پریشانی‌های روان‌شناختی خانواده می‌کاهد و سرانجام مشارکت فعال زنان در جامعه به افزایش اقتدار شخصی بین فردی و اجتماعی آن‌ها منتهی می‌شود. مداخلات مربوط به توانمندسازی به‌نوعی درگیر نمودن شرکت‌کنندگان و خانواده‌های آنان در تصمیم‌گیری برای سلامتی و رفاه است که لازمه آن داشتن قدرت یا توانایی برای گرفتن تصمیم است. توانمندسازی، ارتقای حس اعتماد و سازگاری مثبت، احساس کنترل قدرت و کمک به دیگران در دستیابی به اهداف است. توانمندسازی به مددجو در فهم نیازها و روش برطرف‌سازی آن‌ها کمک می‌کند. همان‌طوری که نیلی احمدآبادی، آرین و سعدی پور (۱۳۹۴) اعتقاد دارد که در راستای توانمندسازی زنان، ابتدا باید آنان را به لحاظ ذهنی توانمند ساخت؛ یعنی باید ابتدا افکار و باورهای منفی آنان نسبت به خود، محیط و آینده را تغییر داد تا نگرشی مثبت نسبت به خودشان و محیطشان پیدا کنند و درعین حال مهارت‌های مناسب را به آنان انتقال داد تا بتوانند تجارب مثبت را در تعاملات و در رابطه با رویارویی با چالش‌های پیش‌رویشان به دست آورند. در مرحله بعد باید به زنانی که به لحاظ ذهنی احساس توانمندی می‌کنند فرصت و امکانات مناسب به‌منظور بروز توانایی‌هایشان را ارائه داد تا بتوانند در هدف‌گزینی و پیشبرد اهدافشان موفق باشند. اصول توانمندسازی شامل توانایی در حل مسئله، خوداتکایی و ایجاد اعتمادبه‌نفس است به‌طوری‌که توانمندسازی رکن اصلی در جهت ارتقای بهداشت روانی زنان سرپرست خانوار است. مشارکت دادن زنان سرپرست خانوار در تحلیل مسئله و یافتن راه‌حل مداخله‌ای برای رویارویی با این معضل اجتماعی منجر به توانمند شدن این زنان می‌گردد که در نتیجه بهتر و مؤثرتر می‌توانند با استرس‌ها و اضطراب‌های مرتبط با این نوع زندگی مقابله کنند. همچنین در این پژوهش نتیجه گرفته شد که توانمندسازی می‌تواند کارکردهای اجرایی (سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی - تصمیم‌گیری و حل مسئله) زنان دارای همسر معتاد را به‌طور معناداری بهبود بخشد که با نتایج پژوهش‌های شاهنده، محمدیگی و جمشیدی (۱۳۸۵) و ناواز (۲۰۱۵) همسو است.

یافته‌ها کاهش ارتباطات منفی، افزایش ارتباطات مثبت و کاهش خطر در آشفتگی‌های ناگهانی در خانواده مردان را نشان می‌داد و در مورد زنان نیز افزایش ارتباطات مثبت و

نتایج مبنی بر حل مسئله در شرایط بروز استرس‌های ناگهانی در زنان مردان به‌طور مؤثر را نشان می‌داد. در این خصوص یافته‌های علیجانی (۱۳۹۵) نیز نشان می‌دهد که همکاری‌های زنان با تأکید بر قابلیت‌های آنان، توانمندسازی را معادل خودباوری، افزایش اعتمادبه‌نفس، حل مسئله و مدیریت بر خویشتن می‌داند. با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که توانمندسازی روان‌شناختی یکی از رویکردهای رایج و قابل استفاده در کشورهای مختلف است که کاربرد آن در زمینه‌های مختلف همچون خانواده، مسائل و مشکلات زندگی کاربردی است به‌ویژه زمانی که به‌صورت گروهی مورد استفاده قرار می‌گیرد. چراکه در این رویکرد درمانگر بدون تنبیه افراد شرکت‌کننده در گروه را با دنیای کیفی، دنیای واقعی و نیازهای آنان آشنا کرده و باعث کاهش اضطراب و افزایش کارکردهای اجرایی سازمان‌دهی، حل مسئله و برنامه‌ریزی آنان می‌شود. همان‌طوری که قمری گیوی، نادر و دهقانی (۱۳۹۳) هم اعتقاد دارد توانمندسازی روان‌شناختی بر روی مفهوم‌سازی و انعطاف‌پذیری ذهنی افراد را افزایش می‌دهد که در نهایت عملکرد آنان را بهبود می‌بخشد. زمانی که افراد در گروه قرار می‌گیرند با یکدیگر آشنا می‌شوند، انسجام و پیوستگی گروهی در میان آن‌ها شکل می‌گیرد، احساس امنیت را تجربه می‌کنند، از توجه مثبت غیر مشروط از سوی دوستان و هم‌تایان خود برخوردار می‌شوند، در قبال خود و دیگران احساس مسئولیت می‌کنند علاقه اجتماعی در آن‌ها تقویت می‌شود، سعی می‌کنند با تمام وجود در حل مشکلات یکدیگر مشارکت جویند و به یکدیگر کمک کنند این شرایط احساس بهزیستی و شادابی و سرزندگی را در آن‌ها قوت می‌بخشد و توانمندسازی در نهایت باعث مدیریت شرایط سخت و بحرانی می‌گردد؛ و افراد توانمند شده دارای اعتمادبه‌نفس بالا می‌شوند؛ و نتایج بررسی حاضر نشان می‌دهد که با طراحی برنامه‌های طولانی‌مدت به‌منظور آموزش توانمندسازی به زنان دارای همسر معتاد و مداخله مددکاری اجتماعی در خانواده‌های ایشان می‌توان کارکردهای اجرایی آنان را افزایش داد.

از طرفی دیگر زنان دارای همسر معتاد و سرپرست خانوار درباره خود، دیگران و دنیای اطرافشان، باورهای خاصی پیدا می‌کنند. مهم‌ترین این باورها، ادراک‌های بنیادین و عمیقی هستند که حتی برای خود افراد نیز معنای واضح و روشنی ندارند. ولی برای افراد به‌منزله

حقیقت هستند. مثل این باور که من فرد ناتوانی هستم که ممکن است این باورها فقط زمانی در افراد عادی فعال شوند که فرد در حالت افسردگی قرار دارد و یا این که بیشتر در اوقات ناخودآگاه فعال شوند. وقتی که این باور فعال شود فرد موقعیت‌ها را در عینک این باور می‌بیند، «که من آدم ناتوانی هستم» اگرچه از نظر عقلانی تعبیر درستی از وقایع اتفاق نیفتاده باشد. به هر حال فرد تمایل دارد به صورت گزینشی بر اطلاعاتی تمرکز کند که باورهای وی را تأیید کنند. طبق الگوی توانمندسازی روان‌شناختی، خودکارآمدی هنگامی در فرد رشد می‌کند و پرورش می‌یابد که فرد اهدافی را برای یک دوره زمانی انتخاب می‌کند. مکانیسم‌های هدف به رفتارها انگیزه می‌دهند و علاقه و تعهد را افزایش می‌دهند. نمونه مکانیسم‌های هدف شامل آرزوهای حرفه‌ای اظهارنشده، ترجیح‌های شغلی بیان‌شده، ترجیح‌های حرفه‌ای و مهارت‌ها، طرح‌ها و تصمیمات جدید در زندگی است. هنگامی که افراد مایل هستند اهداف خود را فعالانه تعیین کنند، این سازه در تعامل با اتفاقات محیطی، در واقع نشان دادن خودکارآمدی آنهاست. از این رو آموزش مهارت‌های مرتبط با اهداف شخصی، بر بهبود فرآیندهایی برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و حل مسئله مؤثر است.

با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی زنان سرپرست خانوار در تهران انجام شده است که به لحاظ توانمندی‌های شناختی، عاطفی، رفتاری و سطح تحصیلات و طبقه اقتصادی-اجتماعی بسیار متفاوت هستند، ممکن است سطح یادگیری و توانایی آنان را در انجام تمرین‌های برنامه توانمندسازی تحت تأثیر قرار داده باشد. همچنین ممکن است شدت مشکلات زنان سرپرست خانوار با توجه به شرایط زندگی و عوامل خانوادگی متفاوت باشند، بر این اساس محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناسی متغیرهای موردبررسی ایجاد می‌کند که باید به آنها توجه شود. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی نقش این متغیرها کنترل شود. همچنین بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود به منظور ارتقاء سطح کارکردهای اجرایی و کاهش اضطراب زنان سرپرست خانوار از برنامه توانمندسازی روان‌شناختی استفاده شود.

منابع

- اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوینه، رضا؛ حسینی صدیق، مریم السادات؛ جامعی، مینو. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷(۲۶)، ۱۱۵-۱۳۲.
- آقابخشی، حمید. (۱۳۸۵). *اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده: مصون‌سازی کودکان در برابر اعتیاد*. تهران: دانش آفرین.
- جعفری، صبا. (۱۳۹۱). *تأثیر توانمندسازی زنان دارای همسران معتاد در کاهش اضطراب و بهبود کارکردهای اجرایی آنان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.
- جعفری شیرازی، فائزه. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بالا بردن خودکارآمدی زنان سرپرست خانوار شهرداری شهر تهران. *پژوهش‌نامه زنان پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۳(۲)، ۷۰-۴۷.
- شاهنده، خندان؛ محمد بیگی، زهره؛ جمشیدی، انیسه. (۱۳۸۵). تشکیل گروه‌های خودیار زنان سرپرست خانوار در منطقه ۱۷ شهرداری تهران، گامی در جهت توانمندسازی زنان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ویژه‌نامه تحقیقات جمعیتی*، ۳۱-۳۶.
- عبدالهی، بیژن. (۱۳۸۴). *توانمندسازی روان‌شناختی کارکنان: ابعاد و اعتبارسنجی بر اساس مدل معادلات ساختاری*. پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی، ۱۱(۳۵-۳۶)، ۳۷-۶۴.
- علیجانی، فاطمه. (۱۳۹۵). *اثربخشی برنامه‌های توانمندسازی شغلی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی در خودکارآمدی حرفه‌ای و جهت‌گیری آینده در زنان سرپرست خانوار*. پایان‌نامه دکتری. رشته مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۵). *رابطه کارکردهای اجرایی عصبی-شناختی با اختلال‌های رشدی*. *تازه‌های علوم شناختی*، ۸(۴)، ۵۷-۷۰.

قمری گیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ دهقانی، فرشته. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی توان‌بخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی-جبری. *روان‌شناختی بالینی*، ۱۶(۴)، ۱۰۱-۱۲۸.

کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶(۲)، ۱۲۶-۱۴۰.

کلنی، سیمین دخت؛ نامداری، کوروش؛ عریضی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). رابطه توانمندی‌های شخصیتی با عملکرد وظیفه‌ای و زمینه‌ای. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۴(۱۴)، ۷۵-۹۷.

محمدی فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل؛ طباطبایی، سید موسی. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. *اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۴(۱۶)، ۲۵-۳۹.

مشهدی، علی؛ میردورقی، فاطمه؛ حسین زاده ملکی، زهرا؛ حسنی، جعفری؛ حمزه لو، محمد. (۱۳۹۴). ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس نارسایی‌ها در کنش‌وری اجرایی بارکلی نسخه بزرگ‌سال. *روان‌شناسی بالینی*، ۷(۱)، ۵۱-۶۲.

نژادمحمد، ساتی. (۱۳۹۴). تأثیر درمان مبتنی بر الگوی ماتریکس در تغییر منبع کنترل و کاهش ولع مصرف و گرایش به مصرف شیشه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.

نوری، عبدالحمید. (۱۳۹۱). مدیریت آموزش اثربخش در سازمان. تهران: مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران.

نیلی احمدآبادی، زهرا؛ آرین، خدیجه؛ سعدی پور، اسماعیل. (۱۳۹۴). بررسی راهبردهای توانمندسازی مبتنی بر بازسازی شناختی-رفتاری بر تقویت خودپنداره زنان پس از طلاق شهر تهران. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۶(۲۱)، ۳۹-۶۶.

Anderson, W., & Castiello, U. (2012). Neuropsychological evolution of deficits in Executive functioning for ADHD children with or without

- learning disabilities. *Journal of Developmental Neuropsychology*, 22(2), 501-531.
- Barkley, R. A. (2011). *Deficits in executive functioning scale (BDEFS)*. New York: Guilford Press.
- Blair, C., Zelazo, D & Greenberg, M. (2014). Themeasurement of Executive Functions in Early childhood. *Journal of Developmental Neuropsychology*, 28(2), 561-571.
- Carlson, J., Sperry, J. & Lewis, A. (2005). *Family therapy techniques: integration and tailoring*. Published in Great Britain by Rutledge.
- Cheeseman, S., Ferguson, C., & Cohen, L. (2015). The Experience of Single Mothers: Community and Other External Influences Relating to Resilience. *Journal of The Australian Community Psychologist*, 23(2), 78-90.
- Conger, J. Rabindra, N., & Kanungo, H. (2002). The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice. *Journal of Academy of Management Review*, 13(3), 770-782.
- Coyne, G. (2012). An investigation of coping skills and quality of life among single sole supporting mothers. *Journal of Anthropology*, 18(3), 127° 38.
- Davis, C. (2010). Role occupancy, quality and psychological distress among Caucasian and African American women. *Affilia. Journal of women and social work*, 26(1), 83-89.
- Dewettinck, K. (2011). Linking leadership empowerment behavior to employee attitudes and behavioural intentions. *Journal of Personnel Review*, 51 (1), 140- 152.
- Gurbe-Farrel, B. (2016). Effect of education program in work empowerment among femal headed households. *Journal of women and social work*, 17(3), 23-34.
- Kishor, M., Lakshmi, V., & Pandit, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence. *Indian J Psychiatry*. 11(1), 161° 161.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B. & Loring, D. W. (2010). *Neuropsychological Assessment (4th ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Meyer, B. D., & Sullivan, J. X. (2015). Further Results on Measuring the Well-Being of the Poor Using Income and Consumption. National Bureau of Economic Research, <http://www.nber.org/papers/w13413>.
- Nawaz, F. (2015). Critical Factors of Women Entrepreneurship Development in Rural Bangladesh, BDRD. BDRWPS 5, Pp. 1-16.
- Ongori, H., & Shunda, J. P. W. (2008). Managing Behind the Scenes: Employee Empowerment. *The International Journal of Applied Economics and Finance*, 2(2), 84-94.

- Parsons, R. J. (2001). Specific practice strategies for empowerment based practice with women: A study of two groups. *Affilia. journal of women and social work*, 16(2), 159-179.
- Sanni, L. (2012). Comparative Study of Female-Headed Households in the City of Abadan. *A Journal of Cult African Women Student*, 8(2), 1° 12.
- Schatz, E., Madhavan, S., & Williams, J. (2015). Female-headed Households Contending with AIDS-Related Hardship in a Rural South African Community. *Journal of health and place*, 17(1), 598-605.
- Schultheiss, D. P. (2015). The interface of work and family life. *Journal of Professional Psychology: Research and Practice*, 37(2), 334-341.
- Shallice, T. (2005). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 298, 199° 209.
- Waring, E. M. (2014). *Enhancing Marital Intimacy through Facilitating Cognitive Self-Disclosure*. Rutledge publication.

