





دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی

عنوان:

تعیین میزان اثربخشی آموزش خوددکلم سازی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معذور شهر تهران

استاد راهنما: دکتر حسین سلیمی بختانی

استاد مشاور: دکتر جلیل یونسی

استاد داور: دکتر احمد اعتمادی

پروفسور: پروفسور کوراوند

بهار ۱۳۹۳

تقدیم به :

تقدیم به پدر و مادر عزیزم

به پاس تعبیر عظیم و انسانی شان از کلمه ایثار؛

به پاس عاطفه سرشار و گرمای امید بخش وجودشان که در این سردترین روز کاران بهترین پشتیبان است؛

به پاس قلب های بزرگشان که فریاد رس است و سرگردانی و ترس در پناہشان به دلگرمی می گرداید؛

و به پاس محبت های بی درنیشان که هرگز فروکش نمی کند.

تقدیر و تشکر:

باسپاس فراوان از لطف خدای مهربان.

باشکر از استادان بزرگوارم که شایسته‌ی هر نوع سپاس، تجلیل و تکریم اند؛

جناب آقای دکتر حسین سلیمی؛ استاد راهنمای ارجمند که صبورانه با ارزانی رهنمودها، انتقادها و پیشنهادهایشان، در تمامی مراحل اجرایی پایان نامه مرا حمایت و تشویق نمودند.

جناب آقای دکتر جلیل یونسی؛ استاد مشاور محترم که با نظرهای اصلاحی ارزنده‌ی خود، موجب تکمیل این اثر شدند.

و جناب آقای دکتر احمد اعتمادی که زحمات دایره‌ی این مجموعه را به عهده گرفتند.

و شکر می‌کنم از

خواهران و برادران عزیزم که همواره مشوق و حامی من بودند.

و

استادان محترمی که در طول دوران تحصیلی ام در دوره‌ی کارشناسی ارشد، جهت آموزش و ارتقای علمی بنده، زحمت کشیده اند سپاسگزارم.

چکیده:

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد به شیوه‌ی نیمه آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. گروه نمونه شامل ۲۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد کلینیک ترک اعتیاد پاک اندیشان شهر تهران بودند که به صورت داوطلبانه (غیر تصادفی) انتخاب گردیدند و در نهایت به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۰ نفر) جایگزین شدند. میزان سلامت روان و کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در این پژوهش به ترتیب توسط پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی GHQ-۲۸ و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون سنجیده شد و گروه آزمایش در ۱۰ جلسه‌ی آموزش خوددلگرم سازی شرکت نمودند. اجرای تحلیل کوواریانس بر روی داده‌ها نشان داد که جلسات آموزشی تاثیر معناداری بر سلامت روان و کیفیت زندگی گروه آزمایش داشته است ($P < 0/05$). بر این اساس می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش خوددلگرم سازی می‌تواند افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی را در پی داشته باشد.

کلید واژه‌ها: خوددلگرم سازی، سلامت روان، کیفیت زندگی

فصل اول: کلیات پژوهش

| | |
|----|--|
| ۲ | مقدمه |
| ۵ | بیان مسئله |
| ۷ | اهمیت و ضرورت پژوهش |
| ۹ | هدفهای پژوهش |
| ۹ | فرضیه های پژوهش |
| ۱۰ | تعریفهای نظری و عملیاتی واژه‌ها و اصطلاحات |
| ۱۰ | دلگرم سازی |
| ۱۰ | سلامت روان |
| ۱۰ | کیفیت زندگی |

فصل دوم: ادبیات پژوهش

| | |
|----|--|
| ۱۲ | روانشناسی فردی |
| ۱۴ | مفهوم دلگرمی |
| ۱۵ | ترس |
| ۱۶ | حقارت |
| ۱۶ | جبران |
| ۱۷ | تعریف دلگرمی |
| ۱۹ | نظریه‌ی آدلر و درایکورس در مورد دلگرمی |
| ۲۰ | جایگاه دلگرمی در درمان آدلری |
| ۲۱ | پیشبرد رشد از طریق دلگرمی |
| ۲۳ | کاربرد دلگرمی |

| | |
|----------|--|
| ۲۴ | ابعاد دلگرمی |
| ۲۴ | ویژگی افراد دلگرم |
| ۲۵ | مهارت ها و عناصر دلگرمی |
| ۲۷ | مفهوم یأس |
| ۲۹ | رفتارهای دلگرم زدا در خانواده |
| ۳۰ | خوددلگرم سازی |
| ۳۱ | دلگرم سازی در خانواده و زوجین |
| ۳۲ | چگونه زوج ها یکدیگر را دلگرم می کنند؟ |
| ۳۲ | چگونه زن و شوهر یکدیگر را مأیوس می کنند؟ |
| ۳۴ | کیفیت زندگی |
| ۳۵ | تعاریف کیفیت زندگی |
| ۳۷ | ابعاد کیفیت زندگی |
| ۳۷ | ویژگی های کیفیت زندگی |
| ۳۷ | چند بعدی بودن |
| ۳۷ | ذهنی بودن |
| ۳۷ | پویا بودن |
| ۳۸ | اندازه گیری کیفیت زندگی |
| ۳۸ | سلامت روان |
| ۳۹ | تعریف سلامت روانی |
| ۴۱ | سلامت روان در برخی نظریه های روان درمانی |
| ۴۱ | دیدگاه آدلر |
| ۴۱ | دیدگاه ایس |
| ۴۲ | رویکرد رفتار گرایی |
| ۴۲ | رویکرد روانکاوی |

| | |
|-----------|--|
| ۴۲ | پیشینه‌ی خارجی |
| ۴۵ | پیشینه داخلی |
| ۴۹ | روش پژوهش |
| ۴۹ | جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری |
| ۵۰ | مراحل اجرای تحقیق |
| ۵۱ | ابزار اندازه‌گیری یا روش‌های عملی جمع آوری داده‌ها |
| ۵۱ | پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) |
| ۵۱ | پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BREF) |
| ۵۳ | روش تحلیل داده‌ها |
| ۵۵ | فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها |
| ۶۳ | آمار توصیفی |
| ۶۳ | تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهش |
| ۸۴ | فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری |
| ۸۴ | فرضیه‌ی اول |
| ۸۶ | فرضیه‌ی دوم |
| ۸۹ | بحث و نتیجه‌گیری |
| ۸۹ | پیشنهاد‌های پژوهشی |
| ۹۰ | پیشنهاد‌های کاربردی |
| ۹۰ | محدودیت‌ها: |
| ۹۲ | منابع |
| ۱۰۱ | پیوست |

فهرست جداول و نمودارها

| | |
|---------|---|
|۱۵ | شکل ۲-۱: الگوی روانشناسی فردی برای دلگرمی |
|۲۹ | جدول ۲-۱: مقایسه نگرش ها و رفتارهای دلگرمی با یأس |
|۳۱ | شکل ۲-۲: چهار جهت دلگرم سازی در خانواده |
|۵۰ | جدول ۳-۱: اهداف جلسات درمانی |
|۵۵ | جدول ۴-۱: سن زنان گروه نمونه |
|۵۵ | نمودار ۴-۱: نمودار فراوانی افراد گروه نمونه بر حسب سن آنها در دو گروه آزمایش و کنترل |
|۵۶ | جدول ۴-۲: تحصیلات زنان گروه نمونه |
|۵۶ | نمودار ۴-۲: نمودار فراوانی افراد گروه نمونه بر حسب تحصیلات آنها در دو گروه آزمایش و کنترل |
|۵۶ | جدول ۴-۳: مدت ازدواج در گروه نمونه |
|۵۷ | نمودار ۴-۳: نمودار فراوانی افراد گروه نمونه بر حسب مدت ازدواج آنها در دو گروه آزمایش و کنترل |
|۵۷ | جدول ۴-۴: تعداد فرزندان گروه نمونه |
|۵۷ | نمودار ۴-۴: نمودار فراوانی افراد گروه نمونه بر حسب تعداد فرزندان آنها در دو گروه آزمایش و کنترل |
|۵۸ | جدول ۴-۵: سابقه بیماری در گروه نمونه |
|۵۸ | نمودار ۴-۵: نمودار فراوانی افراد گروه نمونه بر حسب سابقه بیماری آنها در دو گروه آزمایش و کنترل |
|۵۸ | جدول ۴-۶: ویژگی های جمعیت شناختی گروه آزمایش |
|۵۹ | جدول ۴-۷: ویژگی های جمعیت شناختی گروه کنترل |
|۵۹ | جدول ۴-۸: میانگین و انحراف معیار سن و مدت ازدواج در گروه آزمایش و کنترل |
|۶۰ | جدول ۴-۹: ویژگی های جمعیت شناختی همسران افراد گروه نمونه |
|۶۰ | جدول ۴-۱۰: میانگین و انحراف معیار سلامت روانی در میان افراد گروه نمونه |
|۶۱ | جدول ۴-۱۱: میانگین و انحراف معیار مؤلفه های سلامت روانی در میان افراد گروه نمونه |
|۶۱ | جدول ۴-۱۲: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در میان افراد گروه نمونه |

- جدول ۴-۱۳: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های کیفیت زندگی در میان افراد گروه نمونه۶۲
- جدول ۴-۱۴: آزمون کولموگروف- اسمیرینف برای دو گروه۶۳
- جدول ۴-۱۵: آزمون لوین (همگنی واریانس ها) در گروه های آزمایش و کنترل۶۴
- جدول ۴-۱۶: نتایج تحلیل واریانس برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون در متغیر سلامت روانی و کیفیت زندگی۶۴
- جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات پس آزمون سلامت روانی و کیفیت زندگی برای دو گروه آزمایش و کنترل۶۵
- جدول ۴-۱۵: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در متن تحلیل واریانس چند متغیره برای سلامت روانی و کیفیت زندگی۶۶
- جدول ۴-۱۶: آزمون کولموگروف- اسمیرینف برای دو گروه برای متغیر سلامت روانی۶۷
- جدول ۴-۱۷: آزمون لوین (همگنی واریانس ها) در گروه‌های آزمایش و کنترل برای متغیر سلامت روانی۶۷
- جدول ۴-۱۸: نتایج تحلیل واریانس برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون۶۸
- جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای دو گروه آزمایش و کنترل۶۸
- جدول ۴-۲۰: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرینف تک گروهی برای تک تک مؤلفه‌های سلامت روانی۷۰
- جدول ۴-۲۱: نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین۷۰
- جدول ۴-۲۲: نتایج آزمون هم خطی بین پس آزمون و پیش آزمون در تک تک مؤلفه‌های سلامت روانی۷۰
- جدول ۴-۲۳: نتایج تحلیل واریانس برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون در مؤلفه سلامت روانی در تعامل گروه و پیش آزمون۷۱
- جدول ۴-۲۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات پس آزمون مؤلفه های سلامت روانی برای دو گروه آزمایش و کنترل۷۲
- جدول ۴-۲۵: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در متن تحلیل واریانس چند متغیره برای تک تک مؤلفه‌ها سلامت روانی۷۲
- جدول ۴-۲۶: آزمون کولموگروف- اسمیرینف برای دو گروه در متغیر کیفیت زندگی۷۴

جدول ۴-۲۷: آزمون لوین (همگنی واریانس ها) در گروه های آزمایش و کنترل۷.۴.....

جدول ۴-۲۸: نتایج تحلیل واریانس برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون در متغیر کیفیت زندگی ...۷.۵...

جدول ۴-۲۹: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی ..۷.۵..

جدول ۴-۳۰: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرینف تک گروهی برای تک تک مؤلفه های کیفیت زندگی ۷.۷.

جدول ۴-۳۱: نتایج آزمون همگنی واریانس های لوین۷.۷.....

جدول ۴-۳۲: نتایج آزمون هم خطی بین پس آزمون و پیش آزمون در تک تک مؤلفه های کیفیت زندگی ۷.۸

جدول ۴-۳۳: نتایج تحلیل واریانس برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون در مؤلفه کیفیت زندگی در

تعامل گروه و پیش آزمون۷.۸.....

جدول ۴-۳۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات پس آزمون مؤلفه های کیفیت زندگی برای دو

گروه آزمایش و کنترل۷.۹.....

جدول ۴-۳۵: نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره در متن تحلیل واریانس چند متغیره برای تک تک

مؤلفه ها کیفیت زندگی۷.۹.....

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

اعتیاد^۱ یکی از عواملی است که بنیاد خانواده را در هم می‌شکند و موجبات اختلافات خانوادگی را فراهم می‌سازد. آسیب‌زایی این وضعیت زمانی بیشتر می‌شود که همسران افراد معتاد از وضعیت همسرشان آگاهی می‌یابند. در چنین شرایطی، همسران افراد معتاد، امید به زندگی خود را از دست می‌دهند، بهزیستی روانی آنها دستخوش اغتشاشات می‌شود، مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی آنها مختل می‌شود و خلاصه اینکه غم، اندوه، احساس تنهایی، شرم و عدم امنیت روانی بر سیطره زندگی آنها استیلا می‌یابد. در صورتیکه در حقیقت زندگی این نکته نهفته است که "زندگی با تمام فراز و فرودها بایستی ادامه یابد" و همسران اعتیاد نیز نیاز به تطابق و سازگاری و ارتقاء توانمندی‌های خود دارند (هالفورد^۲، ۲۰۰۱، به نقل از ترخان، ۱۳۹۰).

سلامت روان^۳ از موضوعات مورد بحث در سازمان بهداشت جهانی^۴ است و بر ارتقاء کیفیت آن در بین اقشار و جوامع مختلف تأکید می‌نماید. این سازمان سلامتی را رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقدان بیماری و ناتوانی تعریف می‌کند؛ همچنین سلامت روان را رفتاری موزون و هماهنگ با جامعه، شناخت و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی و قدرت سازگاری با آنها و شکوفایی استعدادهای ذاتی می‌داند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴؛ به نقل از احمدی و نیکپور، ۱۳۸۸). فرهنگ روانشناسی لاروس سلامت روان را استعداد روان برای هماهنگی، خوشایندی و مؤثر کارکردن در موقعیت‌های دشوار، انعطاف پذیر بودن و برای تعادل خود توانایی داشتن تعریف می‌کند (حسینی، ۱۳۸۷). در تحقیقی با عنوان توهم و بهزیستی، دیدگاهی روان‌شناختی اجتماعی در مورد بهداشت روان، مشاهده گردید که درک نسبتاً دقیق و متعادل و واقعی از خود می‌تواند معیارهای بهداشت روان نظیر توانایی مراقبت از دیگران، توانایی راضی بودن، ظرفیت کنترل وقایع مهم در زندگی، توانایی مشغول بودن به کارهای خلاق، اعتماد به نفس و خوش بینی نسبت به آینده را به طور مثبت تحت تأثیر قرار دهد (تایلور و براون^۵، ۱۹۸۸).

کیفیت زندگی^۶ طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آنجا زندگی می‌کند که در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم است

-
1. addiction
 2. Halford, K.W.
 3. Mental health
 4. The world health organization (WHO)
 5. Taylor, S.E & Brown, J.D
 6. Quality of life

(دوایی و سینگ^۱، ۲۰۰۱، به نقل از عفتی دیوشلی، کافی ماسوله، و دل آذر، ۱۳۹۰). کیفیت زندگی یک مفهوم با دامنه وسیع است که تحت تأثیر مجموعه ای از سلامت فیزیکی، حالت روانشناختی، سطح استدلال و ارتباطات اجتماعی قرار گرفته است (پوایگدلرز و همکاران^۲، ۲۰۰۴، به نقل از عفتی دیوشلی و همکاران، ۱۳۹۰).

هرچقدر ادراک فرد از موقعیت خود مثبت تر و بهتر باشد، فرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار است و بر عکس. محققان برای کیفیت زندگی، دو مشخصه اصلی در نظر گرفته اند که عبارت است از شادی و رضایت. به عبارت دیگر درک افراد از سطوح شادی و رضایت در ابعاد زندگی، مشخص کننده ی سطح کیفیت زندگی افراد می باشد. سطوح بالای کیفیت زندگی، آرامش و شادکامی افراد را فراهم می سازد (کافمن^۳، استرنبرگ^۴، ۲۰۰۱، به نقل از ترخان، ۱۳۹۰). محققان معتقدند که بهتر است شکل گیری و گسترش اختلال های روانی را به حساب سبک های معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت (فریش^۵، ۲۰۰۵، ترجمه خمسه ای، ۱۳۸۹). مطالعه های مختلف در مؤلفه روانشناسی سلامت نشان داده اند که استرس، اضطراب و عوامل مانند آن کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهند (میشل^۶، ۲۰۰۶).

آموزش خوددلگرم سازی^۷ یکی از انواع آموزش های خانواده است که براساس روانشناسی فردی^۸ بنا شده است و به صورت ایجاد زمینه برای تهییج، دلگرمی، شجاعت دهی، قوت قلب و انگیزه دهی پایه ریزی می شود. دلگرمی یک نوع جرأت بخشیدن به فرد برای تغییر است. وقتی به افراد جرأت می بخشیم در واقع امید را در آنها زنده می کنیم و کمک می کنیم تا به خود و توانایی هایشان ایمان بیآورند. ما آنها را آماده می سازیم تا در مقابل بسیاری از طوفان های زندگی ایستادگی کنند. مؤلفه های دلگرمی یا جرأت بخشی عبارتند از: (۱) پذیرش: به معنای جدا کردن فعل از فاعل و رفتار از شخصیت است. (۲) نشان دادن ایمان و اعتقاد به فرد (۳) گسترش دادن ارتباطات با دیگران (۴) تکیه بر توانمندی ها و برجسته نمودن نقاط مثبت (سلیمی، ۱۳۸۹).

تحقیقات متعدد نشان داده است که خوددلگرم سازی باعث می شود افراد بسیار با جرأت تر، بردبارتر و با اعتماد به نفس بالاتری عمل کنند و نیز دارای رفتار دوستانه تری با دیگران بوده، احساس ثبات بیشتری نموده و

-
1. Douaihy, A. & Sing,N
 2. Puigdollers,E. & et al
 3. Kaufman, J.
 4. Strnberg,R.
 5. Frish, M,B
 6. Mitchell, M,M.
 7. Self- encouragement
 8. Individual psychology

همچنین قادر می‌باشند با مسائل و مشکلات خود مقابله کنند. آدلر^۱ بنیان گذار روانشناسی فردی چهار نیاز اصلی را بیان می‌کند که عبارتند از: نیاز به ارزشمندی، احساس قابلیت، احساس تعلق و نیاز به دلگرم سازی. دلگرمی آن چیزی است که باعث می‌شود شخص احساس متعلق بودن کند و از وقف خود برای بهزیستی جامعه احساس رضایت کند. خوددلگرم سازی هم هدف شخصی و هم هدف اجتماعی دارد. آنچه مهم است داشتن دید مثبت نسبت به مسائل اطراف است. اما بسیاری از افراد این گونه نیستند و با احساس عدم کفایت و حقارت زندگی می‌کنند. شوانکر یک روش آموزشی خاص برای دلگرم سازی این افراد پایه ریزی کرده است و در مطالعات مختلفی به اثبات رسیده است (باهلمن و دینتر^۲، ۲۰۰۱).

دلگرم سازی در برگیرنده تمام رفتارهایی است که باعث می‌شود افراد احساس خوشایندی داشته و در زندگی به نحو مؤثرتری عمل کرده و برای مشکلاتشان هوشمندانه تر برنامه‌ریزی کنند. همچنین باعث ایجاد اعتماد به نفس در فرد و اعضای خانواده می‌شود که بخش یکپارچه ای از هم هستند. دلگرم سازی را نوعی تجربه هیجانی تعریف کرده‌اند که به تصمیمات شناختی فرد منتقل می‌شود (دینک مایر و اکستاین^۳، ۱۹۹۶، به نقل از علیزاده و فتحی، ۱۳۹۱). دلگرمی مفهومی کلیدی در ارتقاء و فعال سازی علاقه اجتماعی و سختی روانشناختی در افراد است (گریفیث و پاورز^۴، ۱۹۸۴؛ به نقل از نصیری فرد، ۱۳۸۸). آلفرد آدلر (۱۹۳۱) علاقه اجتماعی را به تمایل افراد به متحد شدن با دیگرانسان‌ها برای انجام وظایف خود با همکاری دیگران توصیف کرد. فردی که علاقه اجتماعی کاملاً رشد یافته‌ای دارد، می‌داند که به اجتماع انسانی تعلق دارد و عضو با ارزشی از آن است. چنین افرادی تلاش می‌کنند با دیگران همکاری و مشارکت کنند (درایکورس و فرگوسن، ۱۹۸۹؛ به نقل از نصیری فرد، ۱۳۸۸).

آنها هرچه بیشتر دلگرم شوند، تعلق بیشتری تجربه می‌کنند و از تحمل درونی بیشتری برای نبرد با چالش‌های زندگی برخوردار خواهند بود. خلاصه اینکه افراد دارای علاقه اجتماعی بدون اینکه ستیزه جو شوند، زندگی را رو به جلو حس می‌کنند (ایوانز^۵، ۲۰۰۵؛ به نقل از نصیری فرد، ۱۳۸۸). در دلگرم سازی فرد احساس می‌کند فرد مفیدی است که توسط دیگران پذیرفته شده و توانایی و قدرت دارد. در حقیقت دلگرم سازی علاقه اجتماعی را رشد می‌دهد (با هلمن و دینتر، ۲۰۰۱). در دلگرم سازی این واقعیت وجود دارد که اگر چه در دنیای

-
1. Adler
 2. Bahlmann, R. & Dinter, L.D
 3. Dinkmeyr, D & Eckstein, D
 4. Griffith & Powers
 5. Evans, T

ما هیجان‌های مثبت و منفی وجود دارند ولی این ادراک شخص از این هیجان‌هاست که رویکرد او را در زندگی نشان می‌دهد. درایکورس^۱ (۱۹۷۱) در توصیف سازی می‌گوید: انسان به دلگرمی نیاز دارد همانگونه که گیاه به آب. او اعتقاد دارد که افراد بر اثر چگونگی رفتار با دیگران در محیط اطراف احساس خوب یا بد بودن می‌کند. دلگرم سازی نیازمند یک تغییر ظریف است که در آن تمرکز از مفاهیم منفی که افراد اغلب به خاطر نقص و کمبودهایشان در معرض آنها قرار می‌گیرند به روی کلمات و نگرش‌های مثبت تغییر می‌یابد (درایکورس، ۱۹۹۷، به نقل از اکستاین و کوک^۲، ۲۰۰۵).

افراد دلگرم توانایی شگفتی برای دیدن زیبایی‌ها دارند و نیز این باور را که افراد می‌توانند بهشت شخصیت خود را پیدا کنند و به دیگر انسان‌ها الهام کنند. آنها همچنین امید، اعتماد به نفس، سلامت و رضایت مندی را در دیگران پرورش می‌دهند (اکستاین و کوک، ۲۰۰۵). دلگرمی با تشویق کردن^۳ متفاوت است. چرا که تشویق عاری از قضاوت نیست و تنها هنگامی به فرد داده می‌شود که عملکرد خوب بوده باشد و در عین حال مدام باید در تلاش برای راضی نگه داشتن فرد پاداش دهنده باشد؛ در حالی که می‌توان در هر شرایطی فرد را دلگرم ساخت (علیزاده، ۱۳۸۳). از نظر آدلری‌ها دلگرمی دادن نقش مهمی در کاهش منفی‌گرایی در میان اعضای خانواده، تعارضات بین اعضا، پیشرفت در رفتار اجتماع پسندانه و غلبه بر الگوهای فکری غیر منطقی و بد کار دارد (کارنز و کارنز، ۱۹۹۸).

بیان مسئله

درمان آدلری یک رویکرد روانی-آموزشی، حال-آینده محور و کوتاه مدت است. درمان آدلری اگرچه به طور نظری سازگار، یکپارچه و هم‌تقاطبی است، آشکارا ادراکات شناختی و سیستمی را یکپارچه می‌کند (کوری^۴، ۲۰۱۲، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲). به علاوه، ویژگی‌ها و مفروضات روانشناسی آدلری با ارزش‌های فرهنگی بسیاری از گروه‌های قومی و نژادی همخوان است و برای استفاده‌ی جمعیت‌های گوناگون فرهنگی اختصاص دارد (واتس و پیترزاک^۵، ۲۰۰۰). نیرومندی روانشناختی^۶ دلگرمی، همراه با علاقه اجتماعی موجب

-
1. Dreikurs, R.
 2. Eckstein, D & Cook, Ph
 3. Praise
 4. Corey, S
 5. Watts, R & Piterzak, D
 6. Psychological hardiness

نیرومندی روانشناختی در فرد می‌شود. نیرومندی روانشناختی به عنوان ویژگی شخصیتی ایی شناخته می‌شود که به شکل اثربخشی فشارروانی را کاهش می‌دهد و به فرد اجازه می‌دهد به شکلی مناسب عمل کند و با چالش‌های زندگی به گونه‌ای رفتار کند که معنا و هدف در زندگی ایجاد نماید (کوباسا^۱، ۱۹۷۹؛ به نقل از نصیری فرد، ۱۳۸۸). این افراد دید مثبت و واقع‌گرایانه بر خود و دید مثبت و واقع‌گرایانه به دیگران دارند و نسبت به تجربه کردن باز و گشوده هستند (کامبز^۲، ۱۹۹۲؛ ایوانز، ۱۹۹۵؛ ایوانز، ۱۹۹۷؛ به نقل از نصیری فرد، ۱۳۸۸).

آنچه مهم است این است که ما نگرش‌های مثبتی نسبت به مسائل اطراف داشته باشیم. اگر چه اخیراً چنین نگرشی در بعضی افراد بوجود آمده است، اما افراد بسیاری وجود دارند که این نگرش را در خود پرورش نداده‌اند و در نتیجه با احساس‌هایی از عدم کفایت و حقارت زندگی می‌کنند. آنها متقاعد شده‌اند که رابطه با همکاران، دوستان، خانواده و کل زندگی، افراد مفیدی نیستند. خیلی از آنها عقیده دارند به جایی تعلق ندارند و قادر نیستند که استعدادهایشان را شکوفا سازند. این یأس باید توسط افرادی در جهت افزایش شجاعت دهی، افزایش رضایت‌مندی و سلامت روانی و برآوردن نیازهای زندگی درمان شود. یکی از روش‌های درمانی در مواجهه با این افراد، روش آموزشی شوان‌کر است (باهلمن و دینتر، ۲۰۰۱). در رابطه با اثربخشی آموزش خوددلگرم سازی بر سلامت روان و کیفیت زندگی، تاکنون پژوهشی به صورت مستقیم و اساسی انجام نشده است، اما از آنجایی که خوددلگرم سازی یک نوع جرأت‌مندی است و سلامت روان هم حیطة‌های مربوط به اضطراب و افسردگی و... را شامل می‌شود، پژوهش‌هایی که با موضوع مورد نظر همپوشانی دارند را به عنوان پیشینه مطرح می‌کنیم.

تنها پژوهشی که مستقیماً تأثیر آموزش خوددلگرم سازی را بر سلامت روان سنجیده است، پژوهشی است که علیزاده و فتحی (۱۳۹۱) به منظور بررسی اثر بخشی روش آموزشی خوددلگرم سازی شوانکر بر سلامت روان و رضایت زناشویی والدین دارای کودک عقب مانده ذهنی انجام داده، و نتایج نشان داده است که آموزش خوددلگرم سازی سلامت روان و رضایت زناشویی والدین کودکان عقب مانده را بهبود بخشیده است. همچنین این آموزش مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و کارکردهای اجتماعی را نیز بهبود داده است.

در همین زمینه پژوهشی توسط تامسون به منظور پیشگیری از افسردگی و اضطراب معلمان صورت گرفت که در این زمینه نتیجه مثبت بوده و هر دو متغیر تقلیل یافته و سلامت روانشان افزایش یافته بود (تامسون، ۱۹۸۲؛ به نقل از باهلن و دینتر، ۲۰۰۱).

نتایج پژوهش علی محمدی، سهرابی و کرمی (۱۳۹۰) با هدف تعیین اثربخشی آموزش دلگرمی بر کاهش افسردگی سربازان نشان داد که آموزش دلگرمی به صورت گروهی، علائم افسردگی را در گروه آزمایشی به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل کاهش داده است.

در پژوهشی که ابوالقاسمی، فلاحی، بابائی و حجت (۱۳۹۱) به منظور مقایسه اثر بخشی آموزش دلگرم سازی و مهارت‌های زندگی انجام دادند، نشان داد که هر دو روش بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی همسران معتادان مؤثر بوده، ولی در دو گروه آموزش دیده در متغیر خود کارآمدی تفاوت معناداری به سود گروه آموزش دیده دلگرم سازی وجود دارد.

با توجه به این که اعتیاد به عنوان بیماری‌ای است که اثرات روانی شدیدی بر نزدیکان فرد معتاد و به خصوص همسر او دارد، هیچ مسئولیتی متوجه همسر فرد معتاد نیست، اما می‌تواند با رفتارهای سنجیده خود، مشوق بهبودی همسر خود باشد. آموزش‌های مناسب به همسران معتادان می‌تواند سبب شود آنها هنگام روبرو شدن با مشکلات، تصمیمات مناسب اتخاذ کنند.

با توجه به جستجوهای انجام شده توسط پژوهشگر، پژوهشی با عنوان آموزش خوددلگرم سازی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد یافت نشد. بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا با فشارهای روانی‌ای که پیامد اعتیاد در خانواده است و بر همسران به صورت مضاعف وارد می‌شود و سر منشاء اختلافات بسیاری از طلاق‌ها و جدایی‌هاست، می‌توان مداخله‌ای مؤثر ایجاد کرد و به عبارتی آیا آموزش خوددلگرم سازی همسران معتادان می‌تواند سلامت روان و کیفیت زندگی‌شان را بهبود بخشد؟

اهمیت و ضرورت پژوهش

اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان جدی‌ترین مسأله اجتماعی در ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوقی، اقتصادی، سیاسی و ... دارد. به اعتقاد صاحب نظران، اعتیاد زمینه ساز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی به ویژه بزه‌دیدگی زنان است. مردان، اکثریت معتادان به مواد مخدر را تشکیل می‌دهند و در نقش

همسر یا پدری معتاد، تهدیدی جدی بر حیات فردی و خانوادگی زنان و آسیبی عمیق بر کیان خانواده محسوب می‌شوند (محبوبی منش، ۱۳۸۲). اعتیاد، گستره وسیعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد طوری که مطالعات نشان می‌دهد که خانواده‌های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده‌های عادی دارند، به گونه‌ای که روابط زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان و روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و... مختل می‌گردد. هر کدام از این موارد می‌تواند منشاء مشکلات عدیده‌ای برای خانواده محسوب شود. براساس گزارشات آماری، اکثر معتادان، مردان متأهل هستند که ۸۶ درصد آنها دارای یک تا شش اولاد هستند. به عبارت دیگر میانگین بعد خانوار معتادان، حدود ۴ نفر می‌باشد. اعتیاد شوهر غالباً منجر به برهم خوردن نقش‌ها و وظایف خانوادگی می‌گردد، به گونه‌ای که بار مسئولیت زنان خانه دار را می‌افزاید و آنها را تحت فشار قرار می‌دهد. مطابق پژوهش افارل^۱ (۱۹۹۵) همسر مردان معتاد، در مورد خود، وضعیت زندگی و آینده خانواده خود در رنج و عذاب هستند. اضطراب آنها برآیندی از اشتغال ذهنی آنها در مورد بی‌فرجامی و از هم پاشیدگی زندگی است. آنها به دلیل فشار کارهای منزل، مشکلات اقتصادی ناشی از بیکاری همسر معتاد، یکنواختی زندگی، عدم رابطه صمیمانه با همسر و... مضطرب و افسرده هستند. زنان در خانواده‌هایی با همسر معتاد، به فرض مقاومت می‌بایست، بیشترین فشارها را از هر سو تحمل کنند و به تنهایی مسئولیت یک خانواده نابسامان را به دوش بکشند. آنها هم با سرپرستی فرد معتاد و هم با خطر ابتلای خود و فرزندان به اعتیاد مواجه‌اند (محبوبی منش، ۱۳۸۲).

همسران افراد 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) رایج ترین روش مقابله‌ای در بین همسران افراد معتاد بوده‌است. دیگر شیوه‌های مقابله‌ای شامل اجتناب شناختی، تلاش برای فرار فکری از مشکل، مواجهه فعال با همسر (درخواست از همسر برای ترک اعتیاد) و کاهش تنش با ابراز انزجار و تلاش برای وادار کردن همسر به ترک مصرف مواد مخدر می‌باشد. نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌است که 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، رابطه‌ی 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 (گرمین و رونی^۲، ۱۹۷۹).

1 . Ofarel

2 . Gorman, J. M. & Rooney, J. F.