

## اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کارکرد خانواده

### زنان دارای همسر معتاد

#### چکیده

**طرح مساله :** اعتیاد یکی از پدیده های شوم اجتماعی است که آثار آن بر خانواده بسیار زیانبار بوده و نمی توان از اختلالی که در کارکرد خانواده بوجود می آورد صرف نظر کرد . این مطالعه نیز به بررسی " تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کارکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد" می پردازد.

**روش :** بررسی حاضر پژوهشی نیمه آزمایشی است که با دو گروه آزمایش و کنترل انجام شده و ضمن استفاده از متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های زندگی به مدت ۸ جلسه) از پیش آزمون و پس آزمون استفاده شده است . نمونه مورد نظر پژوهش با استفاده از نمونه گیری در دسترس از میان همسران معتادان مرد که در حال سم زدایی و بازتوانی ، در مقطع زمانی ۸ ماه (از فروردین تا آبان ماه ۱۳۸۸) در مرکز امید سبز بهزیستی شهرستان کرج تحت درمان هستند انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند . با استفاده از طرح پژوهشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی روی گروه آزمایش مورد مطالعه قرار گرفت . به منظور جمع آوری داده ها از پرسش نامه کارکرد خانواده (FAD) استفاده گردید .

**یافته ها :** یافته ها حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های زندگی به زنان دارای همسر معتاد پاسخگویی عاطفی ، همراهی عاطفی ، کنترل رفتار و حل مساله را به طور معنا داری افزایش داده است . در حالیکه در جنبه دیگر کارکرد خانواده ، ارتباط و نقش ، تاثیر معنا داری نداشته است .

**نتایج :** نتایج بررسی حاضر نشان می دهد که با طراحی برنامه های طولانی مدت به منظور آموزش مهارت‌های زندگی به زنان دارای همسر معتاد و شوهرانشان و مداخله مددکاری در خانواده‌های ایشان می توان کارکرد خانواده آنان را افزایش داد .

**کلید واژه :** زنان دارای همسر معتاد ، مهارت‌های زندگی ، کارکرد خانواده

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
آ.....	فهرست مطالب
و.....	فهرست جدول
ز.....	فهرست نمودار

### فصل اول ( کلیات تحقیق )

۱.....	مقدمه
۳.....	بیان مسئله
۱۱.....	ضرورت و اهمیت پژوهش
۱۴.....	اهداف پژوهش
۱۵.....	فرضیه های پژوهش
۱۶.....	تعریف نظری و عملیاتی واژه ها

### فصل دوم ( پیشینه تحقیق )

۱۹.....	مقدمه
۱۹.....	تعریف خانواده
۲۲.....	خانواده سالم
۲۵.....	قوانین سالم
۲۶.....	رویکرد ها و دیدگاههای تبیین خانواده
۲۸.....	رویکرد چند نسلی
۲۹.....	رویکرد ساختاری
۲۹.....	خانواده گسسته
۳۰.....	خانواده به هم تنیده
۳۳.....	خانواده های بیمار گون

## عنوان

## صفحه

خانواده خارج از کنترل.....	۳۴
خانواده های روان تنی.....	۳۵
طرح سه محوری.....	۳۶
دیدگاه راهبردی.....	۳۸
علل و عوامل موثر بر اعتیاد.....	۴۰
عوامل مخاطره آمیز فردی.....	۴۰
عوامل مخاطره آمیز بین فردی و محیطی.....	۴۳
عوامل مربوط به خانواده.....	۴۳
هم وابستگی.....	۴۴
انجمن خانواده نارانان.....	۴۸
تاریخچه انجمن خانواده نارانان.....	۴۹
کارکرد مطلوب خانواده.....	۵۱
مدل هایی برای ارزیابی خانوادهها.....	۵۳
رویکردهای ساختاری در ارزیابی خانواده ها.....	۵۳
مدل چند مختصاتی.....	۵۴
مدل بیورز.....	۵۶
مک مستر در مورد کارکرد خانواده.....	۵۹
مدل فرایند کارکرد خانواده.....	۵۹
نقش ها.....	۶۱
ارتباط.....	۶۲
دخالت عاطفی.....	۶۳
کنترل رفتار.....	۶۴
ارزشها و هنجار ها.....	۶۶
دلایل انتخاب مدل مک مستر.....	۶۶
نظریه ارتباطات.....	۶۷
نظریه یادگیری.....	۶۸
نظریه سیستم ها.....	۶۹
تعریف مهارتهای زندگی.....	۷۱

## عنوان

## صفحه

۷۲.....	مبانی نظری مهارت‌های زندگی.....
۷۳.....	پیشینه اجرای برنامه های مهارت‌های زندگی.....
۷۴.....	اهداف آموزش مهارت‌های زندگی.....
۷۴.....	اهمیت مهارت‌های زندگی .....
۷۵.....	روش های آموزش مهارت‌های زندگی.....
۷۶.....	مهارت همدلی.....
۸۰.....	مهارت خود آگاهی.....
۸۶.....	مهارت مقابله با استرس.....
۹۲.....	مهارت مقابله با هیجانات.....
۹۵.....	مهارت تفکر خلاق.....
۱۰۰.....	مهارت روابط بین فردی .....
۱۰۳.....	مهارت برقراری رابطه موثر.....
۱۰۶.....	مهارت حل مساله.....
۱۱۰.....	مهارت تصمیم گیری.....
۱۱۴.....	مروری بر مطالعات پیشین .....

## فصل سوم (روش شناسی تحقیق )

۱۱۷.....	پیشگفتار.....
۱۱۸.....	نوع طرح.....
۱۱۸.....	جامعه پژوهش .....
۱۱۸.....	نمونه و روش نمونه گیری.....
۱۱۹.....	ابزار اندازه گیری.....
۱۱۹.....	نمره گذاری.....
۱۲۰.....	پایایی.....

## عنوان

## صفحه

روایی	۱۲۱
مقیاس کارکرد خانواده	۱۲۱
روش اجرای پژوهش	۱۲۳
روش تجزیه و تحلیل داده ها	۱۲۴
تجزیه و تحلیل توصیفی	۱۲۴
جلسات آموزشی	۱۲۵

## فصل چهارم (تجزیه و تحلیل داده ها)

مقدمه	۱۳۰
نتایج توصیفی پژوهش	۱۳۰
سن نمونه مورد مطالعه	۱۳۰
تحصیلات نمونه مورد مطالعه	۱۳۱
مدت تاهل نمونه مورد مطالعه	۱۳۲
تعداد فرزند نمونه مورد مطالعه	۱۳۳
آزمون همسانی گروه کنترل و آزمایش از لحاظ سن	۱۳۴
آزمون همسانی دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تحصیلات	۱۳۵
آزمون همسانی دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تاهل	۱۳۶
آزمون همسان سازی دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ مدت تاهل	۱۳۵
آزمون همسانی دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تعداد فرزند	۱۳۷
مقایسه پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش از بعد ارتباط	۱۳۸
مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش از بعد نقش	۱۳۸
مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش از بعد کنترل رفتار	۱۳۹
مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش از بعد پاسخگویی عاطفی	۱۳۹
مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش از بعد همراهی عاطفی	۱۴۰
مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش از بعد حل مساله	۱۴۰
مقایسه پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در خرده مقیاس های مختلف کارکرد خانواده	۱۴۱
مقایسه گروه آزمایش و گروه کنترل در خرده مقیاس های کارکرد خانواده	۱۴۴

صفحه

عنوان

فصل پنجم (بحث و نتیجه گیری)

۱۵۱	پیشگفتار.....
۱۵۳	نتایج تحلیل تحقیق .....
۱۵۹	محدویت های تحقیق.....
۱۶۰	پیشنهادات.....
۱۶۴	ملاحظات اخلاقی.....
۱۶۵	یافته های بالینی.....
۱۶۷	فهرست منابع فارسی .....
۱۷۱	فهرست منابع انگلیسی.....
۱۷۳	پیوست .....

## فهرست جداول

جدول (الف- ۱) سن نمونه .....	۱۳۰
جدول (الف- ۲) وضعیت تحصیلی نمونه .....	۱۳۱
جدول (الف- ۳) مدت زمان تاهل نمونه .....	۱۳۲
جدول (الف- ۴) تعداد فرزندان نمونه .....	۱۳۳
جدول (ب- ۱) آزمون همسانی گروه کنترل و آزمایش از سن .....	۱۳۴
جدول (ب- ۲) همسانی گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تحصیلات .....	۱۳۵
جدول (ب- ۳) همسانی گروه کنترل و آزمایش از لحاظ مدت تاهل .....	۱۳۶
جدول (ب- ۴) همسانی گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تعداد فرزند .....	۱۳۷
جدول (ت- ۱) مقایسه گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون از بعد توانمندی ارتباطی .....	۱۳۸
جدول (ت- ۲) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از بعد نقش .....	۱۳۸
جدول (ت- ۳) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از بعد کنترل رفتار .....	۱۳۹
جدول (ت- ۴) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از بعد پاسخ دهی عاطفی .....	۱۳۹
جدول (ت- ۵) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از نظر مقیاس همراهی عاطفی .....	۱۴۰
جدول (ت- ۶) مقایسه گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون از نظر مقیاس حل مساله .....	۱۴۰
جدول (ج- ۱) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس توانمندی ارتباطی .....	۱۴۱
جدول (ج- ۲) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس نقش .....	۱۴۱
جدول (ج- ۳) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس کنترل رفتار .....	۱۴۲
جدول (ج- ۴) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس پاسخ دهی عاطفی .....	۱۴۲
جدول (ج- ۵) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس همراهی عاطفی .....	۱۴۳
جدول (ج- ۶) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس حل مساله .....	۱۴۳
جدول (د- ۱) مقایسه پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس کارکرد کلی خانواده .....	۱۴۴
جدول (د- ۲) مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در مقیاس توانمندی ارتباطی .....	۱۴۴
جدول (د- ۳) مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در مقیاس نقش .....	۱۴۵
جدول (د- ۴) مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در مقیاس کنترل رفتار .....	۱۴۵
جدول (د- ۵) مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در مقیاس پاسخ دهی عاطفی .....	۱۴۶
جدول (د- ۶) مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در مقیاس همراهی عاطفی .....	۱۴۶
جدول (د- ۱) مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش در مقیاس حل مساله .....	۱۴۷

## فهرست نمودار و تصاویر

- تصویر ۱-۲ اجزاء مهم خانواده های موفق ..... ۲۶
- نمودار ۲-۲ نظام خانوادگی مسئله دار ..... ۳۱
- نمودار ۲-۳ مرزهای دیوار کشی شده ..... ۳۲
- تصویر شماره یک - مدل چند مختصاتی توسط اولسون و همکاران (۱۹۷۹) ..... ۵۵
- تصویر شماره دو - مدل بیورز (۱۹۸۳) ..... ۵۷



# فصل اول

## مقدمه پژوهش

## مقدمه

داشتن جامعه سالم مستلزم وجود افراد و خانواده های سالم است که دست یابی به آن از ایجاد بسیاری از مسائل و مشکلات موجود اجتماعی پیشگیری می کند و بالندگی جامعه را به دنبال دارد. اعتیاد واقعیتی است که در حوزه مشکلات خانوادگی محسوس بوده و از مصادیقی است که به کارکرد خانواده خلل وارد نموده و لطمات جسمی و روانی در اعضاء خانواده پدید می آورد. از مضرترین و مخربترین اثرات اعتیاد، اعتیاد سرپرست خانواده است که بر کلیه اعضاء خانواده و از همه مهمتر همسر اثرات منفی بر جای می گذارد. جایگاه زنان دارای همسر معتاد با توجه به مسائل فردی آنان و نقشهایی که در مقابل همسر، فرزندان و جامعه دارند از حساسیت خاصی برخوردار است و توجه ویژه به این گروه ضروری است. در سالهای اخیر تحقیقات و بررسی های متنوعی در رابطه با مسائل و مشکلات زنان دارای همسر معتاد صورت گرفته است که آمارها حکایت از آسیب های جسمی، روانی و اجتماعی آنان دارد (نوری ۱۳۸۷، محمدخانی ۱۳۸۷، رحیمی موقر ۱۳۸۷، امین السلامی ۱۳۷۹، عسگر ۱۳۶۷).

زنان دارای همسر معتاد علاوه بر امورخانه داری و تربیت فرزندان ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. همچنین در معرض انواع آسیب های سوء مصرف مواد مخدر نیز می باشند. شواهد تلخ گسستگی های عاطفی، طلاق و از هم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می آید.

با نگرستن به ساختار خانواده های نابسامان از جمله خانواده های معتاد با فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین، آشفتگی ها و کشمکش های بین اعضاء خانواده روبرو هستیم که لئونارد و روبرتر (۱۹۸۸) چنین عنوان می کنند: همسران سوء مصرف کننده بیشتر ارتباط منفی و آسیب پذیر مثل انتقاد، سرزنش، تحقیر و عصبانیت از خود نشان می دهند. در حل مسائل خانواده سطح پایینی از همدلی را ابراز می کنند. روابط منفی استفاده از مهارتهای حل مساله، مثل بحث باز و تشویق را کاهش می دهد و زوجین

لذا کارکرد نزولی خانواده منتج به سقوط و اضمحلال کانون خانواده خواهد شد. در صورتیکه با مداخلات درمانی و به کارگیری رویکردهای پیشگیرانه و حمایتی می توان در حفظ بیشتر آن کوشید. یکی از مداخلات موثر و مفیدی که در سالهای اخیر بدان پرداخته شده است و اثرات مثبت آن از طریق تحقیقات ثابت شده است آموزش مهارتهای زندگی به افراد است. این رویکرد آموزشی هم به لحاظ پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و هم توانمند سازی افراد در نحوه عمل و رفتار در موقعیت های تنش زا به روش کارآمد بصورت موفقیت آمیزی مورد ارزیابی قرار گرفته است. عواملی مانند خود آگاهی، ابراز وجود، ارتباطات فردی و بین فردی موثر، کنترل احساسات و هیجانات، حل مساله و تصمیم گیری، تفکر خلاق از مهارتهای زندگی محسوب شده که به نظر می رسد خانواده های معتاد از چنین پارامتر هایی بی بهره اند. می توان چنین عنوان کرد که شاید همین امر سبب افتراق خانواده های معتاد و غیر معتاد شده است. آموزش و یادگیری مهارتهای فوق الذکر به افراد به خصوص زنان دارای همسر معتاد به نحوی است که به آنها کمک می کند تا با شناخت خود و ارزیابی مناسب شرایط و بر خورد مطلوب با موضوعات و امور روزمره بتوانند رفتار بهتری را انتخاب و اجرا نمایند.

همین امر موجب می شود مشکلات متعدد موجود خانواده نظیر عدم صراحت و شفافیت در بیان نیازها، عدم مسئولیت پذیری، تصمیم های هیجانی و غیر منطقی مشکلات وظیفه ای، ساختاری و رشدی خانواده کاهش چشمگیری یابد و به دنبال آن مسائل و مشکلات کمتری مشاهده شود. در تبیین و سنجش کارکرد خانواده مدل مک مستر از مدلهایی است که مورد ارزیابی قرار گرفته است. ارتباط، نقش ها، پاسخگویی عاطفی، همراهی عاطفی، کنترل رفتار و حل مسئله، شش جنبه از کنش خانواده است که در

رویکرد حل مسئله (Problem solving) به عنوان یکی از مهمترین و با سابقه ترین رویکردهای مددکاری اجتماعی برای تغییر وضعیت و حل مشکل بر توانمند نمودن مراجع تاکید مینماید. طبق نظر پرلن در صورت تشخیص مشکل ، برای حل مساله توانمند کردن فرد مورد توجه قرار می گیرد . اعتیاد به عنوان یک مسئله خانوادگی تشخیص داده شده است و راهکار حل مسئله در این زمینه توانمند کردن اعضاء خانواده است . یکی از مهمترین روشها برای توانمند کردن اعضاء خانواده آموزش است که به عنوان راهبرد مداخله ای موفق بارها بکارگرفته شده است . در این پژوهش به طور خاص تلاش می شود تا تاثیر آموزش مهارتهای زندگی بر بهبود کارکرد خانواده مورد بررسی قرار گیرد . این تحقیق یک پژوهش مداخله ای است که با برگزاری جلسات آموزشی مهارتهای زندگی به زنان دارای همسر معتاد تلاش می شود تا توانمندی آنان در ارتقاء کارکرد خانواده با افزایش اعتماد به نفس و شناخت بهتر خود و پیرامونشان مورد بررسی قرار گیرد. کیفیت روابط بین فردی و ابراز احساسات ، برطرف نمودن نیازها ، مسئولیت پذیری و قرار گرفتن در نقشهایی که در خانواده ضرورت دارد و حل مساله به روش خلاق و مدبرانه از مصادیقی است که در کارکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد انتظار می رود دستخوش تغییرشود.

## بیان مسئله :

سوء مصرف مواد مخدر و مسئله اعتیاد یکی از مهمترین مشکلات عصر حاضر می باشد که گستره ای جهانی پیدا کرده ، پا از مرزهای بهداشتی -درمانی فراتر نهاده و به یک معضل روانی ، اجتماعی و خانوادگی تبدیل شده است . میزان شیوع اعتیاد در ایران بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر ۲میلیون نفر تخمین زده می شود ، اما بر اساس پژوهشی که نارنجیها و همکاران (۱۳۸۷) با عنوان ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر در ایران در حجم نمونه ۷۷۶۹ نفر انجام دادند ، تعداد معتادان کشور حدود یک میلیون و دویست هزار نفر بر آورد گردید . یافته های بالینی حاکی است ، حدود ۷۰٪معتادان متاهلند.(زینالی۱۳۸۳) که در این شرایط

زن در نقش همسر در امن ترین نهاد اجتماعی یعنی خانواده با آسیب های جدی مواجه می شود و در شرایطی که محیط خانه ، مامن امنیت ، آرامش و آسایش است درهراس و ناامنی بسر می برد .آسیب های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاهی آنقدر عمیق است که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد همسر در معرض ابتلاء به اعتیاد نیز قرار دارد.

هویت آنها دچار اختلال شده و عزت نفس آنان مبدل به احساس حقارت و بی ارزشی می گردد . طبیعی است که چنین زنانی هرگز قادر نخواهند بود که نقش تربیتی و مدیریتی خود را ایفاء نمایند و محیط خانواده را از نظر عاطفی به محیط گرم و انرژی زا تبدیل نمایند (جانسون و سیدنی ۲۰۰۰)

محمد خانی (۱۳۸۷)در پژوهشی با عنوان بررسی آسیب های اجتماعی و روانی زنان دارای همسر معتاد بیان می کند: زنان دارای همسر معتادنسبت به زنان دارای همسر سالم دارای مشکلات اجتماعی و

رحیمی موقر و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان مشکلات اجتماعی همسران مردان معتاد، بیان میکنند، در خانواده هایی که سرپرست معتاد به واسطه اعتیاد قادر به ایفای نقش خود به عنوان همسر و پدر در خانواده نیست ، اهمیت نقش زن در خانواده های سرپرست معتاد دو چندان می گردد. این گروه از زنان به عنوان " سرپرست اصلی خانواده " به واسطه جنس و فرهنگ حاکم بر جامعه از آسیب پذیرترین اقشار جامعه به شمار می روند.

از عمده مشکلات اجتماعی که زنان دارای همسر معتاد با آن مواجهند به خطر افتادن امنیت خانه و خانواده ، رفت و آمد با افراد معتاد یا دلان مواد مخدر، برخورد سرزنش آمیز و تحقیر کننده اجتماع و عدم حمایت اجتماعی و عدم اطمینان از حمایت قانونی از آنان است .

با توجه به این مسائل ،شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاق های کشور ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر است (عفتی، ۱۳۸۲) همچنین ۶۰ درصد درخواستهای طلاق که از سوی زنان به دادگاه های خانواده ارائه می شود ، اعتیاد همسر و عدم دریافت نفقه عنوان می شود . (شورای فرهنگی اجتماعی زنان ۱۳۸۲) ۷۰٪ زنان دارای همسر معتاد تجربه خشونت خانگی داشته اند(امین الاسلامی ۱۳۷۹) و حدود ۴۰ درصد زنان توسط شوهرانشان معتاد گردیده اند(عسگر ۱۳۶۷)

با مرور پژوهش هایی که در چند ساله اخیر در مورد زنان دارای همسر معتاد صورت گرفته است ، چنین به نظر می رسد که این زنان با ضعف و عملکرد پایین فردی و اجتماعی شناخته شده اند. عدم پردازش مناسب به نقشی که در خانواده دارند ،عدم شناخت از احساسات و عواطف خویش ، پایین بودن اعتماد به نفس و ابراز وجود،اختلال عاطفی ، پاسخدهی عاطفی مناسب به دیگران ،تحریف شدن حد و

بدر نظر گرفتن ضعف ها و کمبود هایی که در کارکرد فردی زنان همسر معتاد بوجود می آید، ارتباطات ناصحیحی بین زوجین بوجود می آید که بر این اساس لئونارد و روبرتر<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) خانواده های نابسامان ، از جمله خانواده های معتاد را در زمینه ارتباطات مخرب چنین ذکر کرده اند: همسران سوء مصرف کننده ، تمایل دارند که بیشتر ارتباط منفی و آسیب پذیر ، مثل انتقاد ، سرزنش ، تحقیر و عصبانیت را نشان دهند و زمانی که همسر مصرف کننده ، سعی دارد مشکلی را حل کند ، سطح پایینی از همدلی را ابراز می کنند . این نوع از روابط منفی ، استفاده از مهارتهای حل مساله مثبت ، مثل بحث باز و تشویق را کاهش می دهد . زوج هایی که یکی از آنها مصرف کننده الکل و یا مواد باشد ، کمتر درگیر حل مسائل و مشکلات می شوند تا زوجهای دیگر .

زوج غیر مصرف کننده ممکن است تمایزش را در درگیر شدن با حل مسائل از دست بدهد و تسلیم شود ، زیرا آنها پیش بینی می کنند که نتیجه بحث منفی خواهد بود و وقتی این الگو ادامه پیدا می کند ، موضوعات مهم از قبیل امور مالی خانواده ، صمیمیت جنسی و تصمیمات در مورد اداره فرزندان حل نشده باقی می ماند ، زیرا اجتناب آسان تر است . ( احسانی، ۱۳۸۵)

اگرچه نمی توان زنانی را که در کنار همسر معتاد خود به زندگی عادی می پردازند و با این مسائل کمتر دست به گریبان هستند را نادیده گرفت اما آمارها و شواهد حاکی از وجود داشتن گستره وسیعی از زنان آسیب دیده در این شرایط دانست. بررسی ها نشان داده است که فرایندها و الگوهای ارتباطی معیوب اغلب عاملی اساسی در جلوگیری از عملکرد سالم خانواده است و بر کارکرد مطلوب خانواده اثرات سوء دارد (سهرابی ۱۳۷۴).

---

<sup>1</sup> Leonard & Roberter

لذا ماهیت خانواده با توجه به کارآمدی آن دست خوش تغییر و تحولاتی می شود. خانواده های با کارکرد نامطلوب را کارشناسان خانواده در کنگره جهانی مشاوران در سال ۱۹۹۰ (به نقل از نوابی نژاد ۱۳۷۹) در اوهایو اینگونه تعریف کرده اند: هر الگویی از ناسازگاری در زندگی که عدم توفیق برای تامین نیازها را دربر داشته باشد. در حقیقت الگوی ناسالم رفتارهای اکتسابی، اغلب نتیجه واکنشهای فرد نسبت به والد، همسر و یا هر شخص دیگر معتاد یا نوروتیک است که با او زندگی می کند و یا در ارتباط نزدیک با اوست (بی تی ۱۹۹۰، شیبانی ۱۳۸۳)

تاثیر این آسیب ها بصورت تصاعدی در کارکرد خانواده نمایان می شود که پژوهش گران به مقایسه کارکرد خانواده های معتادان و خانواده های عادی پرداخته اند. طبق بررسی نوری (۱۳۸۷) خانواده های معتادان تفاوت چشمگیری با خانواده های عادی دارند. به گونه ای که روابط زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان، روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی - اقتصادی و آموزشی و... مختل گشته اند.

در پژوهشی که توسط شیبانی (۱۳۸۳) در رابطه با مقایسه کارکرد خانواده های افراد معتاد و غیر معتاد صورت گرفت، نتایج نشان دهنده تفاوت معنی دار دو خانواده معتاد و غیر معتاد بوده است. منشی (۱۳۷۸) نیز در پژوهشی خانواده های معتادان را از لحاظ کارکرد خانواده (حل مشکل ارتباطی، نقش ها، پاسخ دهی عاطفی، مشارکت اجتماعی، کنترل رفتار و کارایی عمو می) مورد بررسی قرار داده است. نتایج نشان دهنده ناکارآمدی و وجود مشکل در کارکرد خانواده معتادان بوده است.

برای تبیین و سنجش کارکرد خانواده به برخی مدل های مبتنی بر تحقیق روی ارزیابی خانواده مانند: مدل مک مستر درباره کنش خانواده (اپستین، پیشاپ و لوین<sup>۱</sup> ۱۹۷۸) مدل فرایند کارکرد خانواده را که ارتباط تنگاتنگی با آن دارد (استین هاور، سانتا -باربارا و اسکاینر، ۱۹۸۴)، مدل ساختاری مینوچین (۱۹۷۴)، طرح سه محوری تسنگ و مک درموت (۱۹۷۹)، مدل چند مختصاتی<sup>۲</sup> السون و همکارانش (۱۹۷۹) و مدل بیورز (۱۹۸۱) می توان استناد کرد. یکی از مدل هایی که در کشور اعتبار و روایی آن توسط

<sup>۱</sup> Epstein, bishop & levin

<sup>۲</sup> -circumple



نقش<sup>۴</sup>ها بعدی از کارکرد خانواده است که در قالب "رفتارهای توصیه شده و تکراری موجود در مجموعه ای از فعالیتهای دو جانبه با سایر اعضای خانواده، تعریف شده است (استین هاور و همکاران ۱۹۸۴). انجام وظیفه نیازمند این است که تخصیص نقش متناسبی وجود داشته باشد و اعضای خانواده فعالیتهای خواسته شده را بر اساس تخصیص نقش، انجام دهند. در بسیاری از خانواده ها نقش های زیادی هست که باید ایفا گردند، اما به شیوه ای رسمی تخصیص نمی یابند، بلکه بیشتر به صورت الگوهای عادی برخی از اعضای خانواده در می آیند. در خانواده های دارای عضو معتاد تداخل نقش در بین اعضاء خانواده مشهود است.

بدلیل آسیب زا و پرتنش بودن ساختار خانوادگی معتادان وعدم شکل گیری نظام منسجم خانواده، نقش ها و انتظاراتی که از یک یک اعضاء توقع می رود دچار ناهمگونی شده و پدر خانواده به عنوان سرپرست و همسر در انجام کارکردها و ایفای نقش مسئولیت را بر عهده نمی گیرد (آقا بخشی ۱۳۷۹)

ارتباط<sup>۵</sup>، بعدی دیگر از کارکرد خانواده است که دارای اثرات مشخص می باشد. کافمن و کافمن (۱۹۷۹) گزارش کردند که درگیریهای هیجانی منفی به طور معنی داری در خانواده های افراد معتاد نسبت به خانواده های غیر معتاد بیشتر است.

بعد دیگر کارکرد خانواده، دخالت عاطفی است که به "درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به هم" مربوط می شود.

---

<sup>1</sup> Affective responsiveness

<sup>2</sup> Affective involvement

<sup>3</sup> Behavioral control

<sup>4</sup> roles

<sup>5</sup> communicatin

استینه‌هاور و همکاران (۱۹۸۴) کنترل رفتار را از تاثیرات اعضاء خانواده بر یکدیگر ذکر کرده اند . سبک های متفاوتی در کنترل رفتار وجود دارد که در خانواده های معتاد این سبک بیشتر در حول و حوش سبکهای خشک تا بی تفاوت تغییر می کنند ، به نحوی که هیچ کس نمی داند چه چیزی در انتظار است . حل مساله نشان دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات و نیز مراحلی که برای این کار طی می شود توصیف می گردد.

تغییرات در جنبه ها و ابعاد کارکردی خانواده بر طبق هوس و خلق اعضای خانواده صورت می گیرند نه بر پایه تغییر موقعیت یا نیازهای خانواده ، بی ثباتی و ناپایداری که مشخصه این خانواده هاست معمولاً به عملکرد ضعیف خانواده در سایر مسایلی که ذکر کردیم منجر می شود . عزت نفس و ارتباط خوب باعث رشد متقابل یکدیگر می شود . عزت نفس یک شخص ، ماهیت رابطه زناشویی ، رفع نیازهای ابراز شده در روابط زوجین نسبت به فرزندان ، پاسخ به استرس، توانایی در مقابله با مسائل ، انعطاف پذیری ، توانایی در روبرویی فرد با اختلافات و ابهامات در زندگی تحت الشعاع قرار گرفته و میدان رشد و ترقی او را بازتر می کند. ( وودزو مارتین ۱۹۸۴ )

در سالهای اخیر صاحب نظران امور خانواده بر این باور بوده اند که اگر عضوی در خانواده دارای رفتارهای ناسازگار باشد ، در واقع این رفتار نتیجه عملکرد کل سیستم خانواده است . در این شرایط برای حفظ کانون خانواده و بر آوردن نیازها و انتظارات ، همسران( زنان ) ایشان علاوه بر نقش هایی که دارند مسئولیت و جایگاه فرد معتاد را به مرور ناخواسته تصاحب می نمایند. هر چند روش و شیوه برخورد زنان دارای همسر معتاد در درک و مقابله موثر با رویدادها و شرایط آسیب زا ارتباط قاطعی با سلامت جسمی و روانی و مهارتی آنها دارد، اما این در صورتی است که مهارتهای ارتباطی و اجتماعی ایشان ارتقاء یابد. شاید بتوان چنین عنوان نمود که بسیاری از خشونت های خانگی ، آشفتگیهای شدید رفتاری ، عاطفی ، تهدیدهای مبنی بر طلاق از رویارویی و مقابله ناموفق با مسائل و مشکلات روزمره قرار گرفتن در چنین شرایطی است .

بدین لحاظ ارائه طرح های پیشگیرانه و ارتقاء دهنده شامل آموزش مهارتهای زندگی که مجموعه ای از مهارتهای ارتباطی و مهارتهای اجتماعی است می تواند از رشد آسیبهای اجتماعی و کاهش کارکردهای فردی جلوگیری نماید. آموزش مهارتهای زندگی به افراد و گروه ها با هدف تقویت مهارت های مقابله ای و افزایش توانایی های روانی - اجتماعی ، نقش بسیار تعیین کننده ای در پیشگیری از بروز مشکلات ، مواجهه و مقابله با آنها و در نهایت بهبود کیفیت زندگی و کارکرد خانوادگی دارد. مهارتهای زندگی شامل : خود آگاهی ، همدلی ، توانایی مقابله با استرس و هیجانات منفی ، کنترل خشم ، توانایی ارتباط موثر و ارتقاء روابط بین فردی ، تصمیم گیری و حل مساله است .

اسکیلینگ<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۰۳) در یک پژوهش طولی مهارتهای ارتباطی ۳۹ زن و ۳۸ مرد را مطابق با برنامه آموزشی<sup>۲</sup> PREP (برنامه پیشگیری و ارتقاء رابطه) مورد بررسی قرار دادند. یافته ها برای مردان ، کاهش در ارتباط منفی ، افزایش در ارتباطات مثبت و کاهش خطر در آشفتگی های ناگهانی در خانواده مردان را نشان داد و در مورد زنان نیز افزایش در ارتباط مثبت را گزارش کرد. نتایج ، مبین این نکته بود که حل مساله ، خطر افزایش استرس های ناگهانی زنان و مردان را کاهش می دهد. این در حالی است که مهارتهای ارتباطی از زیر مجموعه های مهارتهای زندگی می باشد که اثر بخشی آن مورد بررسی قرار گرفته است که زنان دارای همسر معتاد از مهارتهای ارتباطی کمتر بهره مند می باشند. ناکوتری و راجرز (۱۹۹۵)، داشتن یا نداشتن مهارتهای ارتباطی را بر وضعیت سازگاری زناشویی موثر می دانند وجود ارتباطاتی که فاقد شرایط لازم است ، چگونگی روابط مبهم و زمینه سازی ناسازگاری را در بین زوجین تشدید میکنند (احسانی ۱۳۸۵). می توان پیش بینی کرد با مداخله آموزشی مهارتهای زندگی به زنان دارای همسر معتاد الگوهای جدید ارتباطی صحیح جایگزین گردد تا از بروز رفتار ها و ارتباطات منفی جلوگیری شود. همچنین ارتباط زوجین که از مقیاس های کارکرد خانواده بشمار می رود تحت تاثیر مداخله آموزشی مهارتهای زندگی دارای وضوح شفافیت لازم گردد.

---

<sup>1</sup> Schiling and et al

<sup>2</sup> prevention and relationship enhancement program

در پژوهشی دیگر که یالسین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در مورد اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر ۶۷ خانواده داوطلب در دو گروه آزمایش و کنترل با پیش آزمون و پس آزمون انجام داده اند. نتایج موید آن بود که تغییرات رفتاری در زوجین معنی دار بوده و آموزش‌ها تاثیر مثبتی بر ارتقاء روابط داشته است و می تواند در دراز مدت تاثیرات عمیقی بر رفتار زوجین داشته باشد. همچنین مداخلات آموزشی مهارت‌های زندگی، تأثیر مثبتی در کاهش خشم و تظاهرات منفی خشم، ایجاد آرامش و کنترل هیجانات در افراد به وجود آورده است (دفرنباخر<sup>۲</sup> و همکاران ۱۹۹۶). در پژوهشی دیگر آموزش مهارت حل مساله با کاهش افسردگی و افزایش میزان کفایت شخصی و توانایی در روابط بین فردی با افراد موثر بوده است. (شریفی ۱۳۷۲) همچنین افزایش عزت نفس با توانایی بیشتر حل مساله رابطه دارد (تلادو<sup>۳</sup> و همکاران ۱۹۷۴)

با توجه به بررسی های انجام شده در زمینه اثر بخشی مهارت‌های زندگی در کاهش مسائل و

---

<sup>۱</sup> yalcin

<sup>۲</sup> deffenbacher

<sup>۳</sup> tellado

## ضرورت تحقیق

اعتیاد یکی از پدیده های شوم اجتماعی است، که نه تنها بر روی زندگی فرد معتاد تاثیرات سویی دارد، بلکه اطرافیان و بستگان فرد معتاد نیز در معرض خطر آسیب های متعدد این پدیده اجتماعی هستند. آثار اعتیاد بر خانواده ها بسیار زیانبار بوده و یکی از عوامل اصلی در نابسامانی و فروپاشی خانواده ها محسوب می شود. شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاق های کشور ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر می باشد (نوری ۱۳۸۷) و ۶۰ درصد علل درخواست طلاق از سوی زنان، اعتیاد همسر و عدم دریافت نفقه می باشد. برهم خوردن نقش ها و وظایف خانوادگی، به گونه ای است که بار مسئولیت زنان را می افزاید و آنها را تحت فشار قرار می دهد. عمده ترین آسیب چنین کانون هایی بر روابط عاطفی، جسمی و روانی زن و فرزندان در خانواده می باشد (نوری ۱۳۸۷).

اعتیاد شوهر به انزوا و دوری از همسر و عدم تعلق عاطفی، جرو بحث و درگیری و نزاع بین آندو

منتهی می شود. اعتیاد به عنوان جدی‌ترین مسأله اجتماعی در ایران، زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی به ویژه بزه‌دیدگی زنان تلقی می شود .

همزیستی با افراد معتاد تهدیدهایی را برای همسرانشان (زنان) بدنبال دارد . بر اساس آمارهای موجود، ۵۴ درصد زنان معتاد توسط همسران خود دچار اعتیاد می‌شوند. همچنین در معرض بسیاری از بیماریهای مسری (ایدز ، هپاتیت ،....) به علت رفتارهای پر خطر همسران معتادشان قرار دارند. کارشناسان و محققینی که در حیطه درمان اختلالات زناشویی و تعارضات و کشمکشهای خانوادگی فعالیت می نمایند اذعان می دارند که، مهارتهای نابسندة زوجین در برقراری ارتباط و یا ناتوانی آنان در حل موثر مشکلات و رویدادهای ناخوشایند زندگی سبب بروز اختلافات و کاهش کارکرد های خانوادگی می شود. پر واضح است که زندگی با همسر معتاد به عنوان یک عامل اجتماعی نابهنجار زمینه بروز این مشکلات را می تواند فراهم کند . همچنین وجود یک سیستم ناسالم و نامتعادل مانند خانواده ای با یک عضو درگیر با سوء مصرف مواد ، ارتباط ها بسته و قوانین خشک و غیر واقع بینانه می باشند و به طور بی ثباتی اعمال می شوند . از روابط باز و رشد شخصی جلوگیری می شود تعاملات و پیوندهای عاطفی محدود شده و فشار روانی متعاقب چنین وضعیتی به رفتارهای ناسازگارانه و وسواسی می انجامد . این مسئله منجر به عزت نفس پایین ، تعریف بد مرزها و مشکلات رفتاری دیگر می شود (وگشیدر ، ۱۹۹۴)

همانطور که اشاره شد خانواده های معتاد از دو جهت مورد آسیب واقع می شوند ، یکی اختلال در کارکردهای فردی و دیگری اختلال در کارکرد خانوادگی. لذا چنین روندی به سیر نزولی و از هم پاشیدگی خانواده کمک کرده و چرخه اعتیاد را کماکان قوت می بخشد . آشنایی با مهارتهای زندگی برای زنان دارای همسر معتاد به منزله یک ضرورت در جهت اکتساب و نگهداری توانمندیهای ایشان محسوب میگردد. آموزش مهارتهای زندگی ، مولفه ای است که مورد قبول بیشتر برنامه های درمانی و راهبردی - پیشگیرانه می باشد . اکتساب و حفظ مهارتهای رفتاری خاص، به شکل معنا داری ، با سلامت روان انسان رابطه دارد ( فیلیپس ۱۹۷۸) بنابراین هدف برنامه های مهارت آموزی ، هم افزایش عملکرد مربوط به تکلیف است و هم اینکه به افزایش کفایت عمومی فرد در موقعیت های مختلف زندگی توجه می نماید .

طی بررسیهای به عمل آمده از سال ۱۹۷۴ بر افراد و گروه‌ها مشاهده شده است : افزایش عزت نفس با توانایی بیشتر حل مساله رابطه دارد ( تلادو و همکاران ۱۹۷۴) مداخلات آموزشی مهارتهای زندگی ، تأثیر مثبتی در کاهش خشم و تظاهرات منفی خشم، ایجاد آرامش و کنترل هیجانات در افراد به وجود آورده است (دنفباخر و همکاران ۱۹۹۶). همچنین آموزش مهارت حل مساله با کاهش افسردگی و افزایش میزان کفایت شخصی و توانایی در روابط بین فردی با افراد موثر بوده است . (شریفی ۱۳۷۲) تجارب مطرح شده فوق نشان می دهد اکتساب مهارتهای زندگی در افزایش توانایی و کارکرد فردی موثر است.

مهارتهای زندگی ابزاری کارآمد در جهت پردازش بهتر مسائل و مشکلات پیرامون زندگی با فرد معتاد مطرح است . همچنین آنان را قادر می سازد بطور موثر با مقتضیات و کشمکش های تعامل در زندگی بهتر ایفای نقش نمایند . از حمایت‌های اجتماعی ، از تعاملاتی که لازمه یک زندگی اجتماعی است جهت رسیدن به اهداف خود و ارتقاء سطح سلامت روانی و جسمانی بهره مند گردند.

مددکاران اجتماعی به عنوان کارشناسان اجتماعی در حیطه مداخله در بحران اعتیاد می توانند نقش مهمی در ارائه راهکارهای علمی و عملی و افزایش توانمندیهای زنان دارای همسر معتاد ایفا نمایند . در شرایطی که حمایت اجتماعی کافی و بسنده از این قشر نمی شود غالباً بر مسئولیتها و ایفای نقش آنها در زندگی زناشویی نیز افزوده می گردد. لذا قادر سازی فردی آنها ضرورت پیدا می کند. بدین لحاظ جستجوی راههایی برای توان افزایش زنان دارای همسر معتاد از ضروریات محسوب می گردد . هرچه این افراد توانمند تر باشند در مواجهه با مسائل و مشکلات و موقعیتهای تنش زای آتی موفق تر خواهند بود. بر این اساس یکی از مهمترین این راهها آموزش مهارتهای زندگی به این گروه از زنان است . زیرا بر اساس تحقیقاتی که صورت پذیرفته است جایگاه زنان به عنوان تسهیل کنندگان تعاملات اعضاء خانواده و بهبود عملکرد اعضاء و بهینه سازی روابط فیما بین می تواند نقطه روشنی برای کاهش مشکلات خانواده و ارتقاء کارکرد آن مورد سنجش و ارزیابی قرار گیرد. در این تحقیق سعی بر آن است تا نشان دهیم که آموزش مهارتهای زندگی در بهبود کارکرد خانواده می تواند موثر باشد .

## اهداف پژوهش:

### هدف کلی:

-شناخت تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کارکرد خانوادگی زنان دارای همسر معتاد

### اهداف اختصاصی:

- شناخت تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود نقش زنان دارای همسر معتاد
- شناخت تاثیر مهارت‌های زندگی بر بهبود توانمندیهای ارتباطی زنان دارای همسر معتاد
- شناخت تاثیر مهارت‌های زندگی بر بهبود پاسخگویی عاطفی زنان دارای همسر معتاد
- شناخت تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود همراهی عاطفی زنان دارای همسر معتاد
- شناخت تاثیر مهارت‌های زندگی بر بهبود کنترل رفتار زنان دارای همسر معتاد
- شناخت تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود توانایی حل مسئله زنان دارای همسر معتاد



## فرضیه ها:

### فرضیه اصلی :

- آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کارکرد خانوادگی زنان دارای همسر معتاد موثر است.

### فرضیه های فرعی:

- آموزش مهارت‌های زندگی ، ارتباط زنان دارای همسر معتاد را بهبود می دهد.
- آموزش مهارت‌های زندگی ، نقش زنان دارای همسر معتاد را بهبود می دهد.
- آموزش مهارت‌های زندگی، پاسخگویی عاطفی زنان دارای همسر معتاد را بهبود می دهد.
- آموزش مهارت‌های زندگی ،همراهی عاطفی زنان دارای همسر معتاد را بهبود می دهد.
- آموزش مهارت‌های زندگی، کنترل رفتار زنان دارای همسر معتاد را بهبود می دهد.
- آموزش مهارت‌های زندگی ، حل مساله زنان دارای همسر معتاد را بهبود می دهد.

## تعریف مفاهیم از لحاظ نظری :

**خانواده :** به واحد خویشاوندی اطلاق می شود . در شکل هسته ای، خانواده عبارتست از پدر ، مادر و فرزندان . در کاربرد وسیعتری ممکن است خانواده گسترده را هم در بر گیرد که شامل پدر بزرگ ، مادر بزرگ ، خاله ، دایی ، عمه ، فرزندخوانده ها و غیره می گردد. که همه آنها به عنوان یک واحد اجتماعی شناخته شده عمل می کنند (پور افکاری ۱۳۷۳) در این پژوهش خانواده عبارتست از گروهی از افراد که با هم زیر یک سقف زندگی می کنند .

**زنان دارای همسر معتاد :** زنانی که بیش از پنج سال از زندگی زناشویی با همسر معتادشان می گذرد .

**معتاد :** به فردی اطلاق می گردد که به یکی از مواد اقیونی اعتیادزا وابستگی شیمیایی و رفتاری پیدا کرده به طوری که در صورت قطع این عمل ، با مشکلات جسمی ، روانی و رفتاری روبرو گردد(سازمان بهداشت جهانی ۱۳۶۲).

**کارکرد خانواده :** به توانایی خانواده در انجام وظایفی که بر عهده دارد اطلاق می شود . (شکری ۱۳۸۳) مک مستر برای کارکرد خانواده شش بعد را در نظر گرفته است . حل مساله ، ارتباط ، نقشها ، پاسخ دهی عاطفی ، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار .

**حل مساله :** نشان دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات و نیز مراحلی که برای این کار طی می کنند می باشد . هرگاه تمامی مراحل به خوبی طی شود حل مساله به کارآترین وجه ممکن انجام گرفته است و ناکارآمدترین شکل حل مساله آن است که خانواده حتی نتواند مساله را تشخیص دهد .

**ارتباط :** مولفان مک مستر بیشتر ارتباط کلامی را مد نظر قرار می دهند . جنبه های انتقادی ارتباط

، چه کلامی و چه غیر کلامی ، وضوح ، صراحت ، و کفایت ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و وجود و پذیرش کسانی که مخاطب قرار می گیرند ، است (استین هاور و همکاران ۱۹۸۴)

**نقشها:** نقشها در قالب " رفتارهای توصیه شده و تکراری موجود در مجموعه ای از فعالیتهای دو جانبه با سایر اعضای خانواده " تعریف شده است ( استین هاور و همکاران ۱۹۸۴) . اعضای خانواده فعالیتهای خواسته شده را بر اساس تخصیص نقش ، انجام دهند . در این بعد به تقسیم وظایف خانه ، انجام مسئولیت های محول شده به افراد توجه می شود .

**پاسخدهی عاطفی:** میزان همدلی و حمایت عاطفی متقابل اعضاء خانواده از یکدیگر است در این بعد به عواملی از قبیل ابراز احساسات به یکدیگر ، در گیر شدن در مشکلات یکدیگر ، ابراز احساسات اشاره می شود .

**همراهی عاطفی:** این بعد میزان علاقه و توجه به اعضاء خانواده را به مسائل یکدیگر اندازه می گیرد ، توجه به علاقمندیهای یکدیگر ، تبادل نظر در مورد ترس های اعضاء ، گفتگودر باره احساسهای لطیف و توجه به منافع یکدیگر را مورد سنجش قرار می دهد.

**کنترل رفتار :** کانون توجه این بعد بررسی شیوه ارائه و اعمال استاندارد های رفتاری است و اینکه خانواده تا چه حد به اجراء و حفظ این استاندارد مقید و متعهد است . به طور کلی این بعد به وجود قوانین و مقررات خانه و پایبندی به این قوانین اشاره می کند .

**مهارت‌های زندگی :** منظور از مهارت‌های زندگی ایجاد روابط بین فردی مناسب و موثر ، انجام مسئولیت‌های اجتماعی ، انجام تصمیم‌گیری‌های صحیح ، حل تعارض و کشمکش بدون توسل به اعمالی که به خود یا دیگران صدمه بزند.(سازمان جهانی بهداشت ، ترجمه نوری ، قاسم آبادی )

### **تعریف عملیاتی مفاهیم :**

**مهارت‌های زندگی :** در این پژوهش منظور از مهارت‌های زندگی ، مهارت‌های خود شناسی ، برقراری ارتباط موثر ، ابراز وجود ، تصمیم‌گیری و حل مساله می باشد . که از بسته آموزشی مهارت‌های زندگی یونیسف استفاده شده است .

**کارکرد خانواده :** در این تحقیق پرسشنامه کارکرد خانواده از مدل مک مستر<sup>۱</sup> ( FAD )<sup>۲</sup> مورد استفاده قرار گرفته است .

مدل مک مستر از کارکرد خانواده یک مدل سیستمی با جهت‌گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات ساختاری و سازمانی گروه خانواده و الگوهای تبدلی مهم موجود میان اعضاء خانواده را معین می کند . (کیت نر ۱۹۹۶، به نقل از سالاری ۱۳۸۳) متغیرهای ابعاد کارکرد خانواده مک مستر:

**حل مشکل :** توانایی خانواده را در حل مشکلات که بتواند کارایی موثری داشته باشد می سنجد .

**ارتباط :** توانایی اعضاء خانواده برای تبادل اطلاعات (صرفاً اطلاعات کلامی) را می سنجد.

---

<sup>1</sup> Mc master model

<sup>2</sup> Family Assessment Device (FAD)

نقش : این بعد مربوط به الگوهایی که اعضاء توسط آن کارکردهای خانواده را محقق می سازند .

پاسخدهی عاطفی : این بعد به چگونگی واکنش عاطفی خانواده در روابطش می گردد .

دخالت عاطفی : نوع مشارکت و درگیری اعضای خانواده را با هم می سنجد.

کنترل رفتار : این بعد مربوط به قواعدی است که خانواده بر اساس آن امورش را می گذرانند .

# فصل دوم

## پیشینه تحقیق

" و از نشانه های خداوند این است که از جنس خودتان برایتان  
همسرانی آفرید تا بدانها آرامش بیابید و بین شما دوستی و رحمت برقرار کرد .  
همانا در این امر برای کسانی که تفکر می کنند ، نشانه هایی است."

#### مقدمه

در این فصل سعی بر آن است که تعریفی از خانواده ، ویژگیهای آن و قوانینی که در خانواده سالم وجود دارد به تفصیل آورده شود . در ادامه در باره انواع خانواده هایی که از لحاظ ساختاری و عملکردی دچار اختلال و مشکل هستند توضیح داده می شود و مدل هایی که کارکرد خانواده را شرح می دهند، آورده می شود.

#### تعریف خانواده :

نمای تاریخی لغت خانواده بسیار قدیمی است. خانواده از لغت فامیلیا<sup>۱</sup> مشتق شده است (۱۰۰ تا ۳۰۰ بعد از میلاد) که به همه افراد یک خانواده اعم از خویشاوندان، غیر خویشاوندان، مستخدمان، برده ها و کارگران نسبت داده می شود. سپس در نتیجه رشد طبقه متوسط یا سرمایه داری خانواده محدودتر به وجود آمد (۱۲۱۵ تا ۱۶۰۰ بعد از میلاد) اعضای خانواده ملزم می شدند که در منافع اقتصادی، اجتماعی و عاطفی خانواده سهیم باشند. در اوایل قرن بیستم، خانواده به عنوان یک واحد اقتصادی وابسته به یکدیگر که همه افراد در آن شرکت داشتند، تعریف شد (جیک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷\_شیبانی، ۱۳۸۳)

تعاریف متعددی برای لغت خانواده وجود دارد. در دائرةالمعارف آمریکایی خانواده چنین تعریف شده است:

خانواده به گروهی از افراد نسبت داده می شود که به واسطه تولد یا ازدواج با هم ارتباط داشته (معمولاً والدین و بچه هایشان) که در یک خانه اقامت دارند (ج ۱۱ ص ۲)

در کاربرد همگانی این لغت افراد غیر وابسته که در همان خانه زندگی می کردند هم شامل این لغت شده اند. دائرةالمعارف بریتانیایی تعریف متفاوتی از خانواده دارد.

"خانواده گروهی از افراد هستند که واحدی را به وسیله پیوند های ازدواج، خون، فرزند خواندگی و تشکیل یک خانواده منفرد به وجود می آورند و در جایگاههای اجتماعی ویژه زن و شوهر، مادر و پدر، پسر و دختر، برادر و خواهر با یکدیگر تعامل دارند" (ج ۴ ص ۶۷۳)

مینوچین<sup>۳</sup> (به نقل از ثنایی ۱۳۸۰) خانواده را یک واحد اجتماعی که با یک رشته وظایف تکاملی روبه رو است تعریف می نماید. این وظایف در امتداد پارامترهای تفاوت های فرهنگی تغییر می کند، اما ریشه های آن ها جهانی است.

---

<sup>1</sup> familia  
<sup>2</sup>-Gebeke  
<sup>3</sup> Minuchin

همچنین مینوچین خانواده را کانون شکل گیری هویت فرد می داند و آن را خاستگاه هویت انسان می نامد . او معتقد است احساس هویت متکی بر دو رکن است ، احساس تعلق و احساس مجزا بودن و خانواده را آزمایشگاهی می داند که این دو جزء در آن با هم مخلوط و نسخه پیچی می شود .

نوابی نژاد (۱۳۷۹) خانواده را گروهی کوچک از افراد می داند که از طریق پیوند زناشویی یا خونی با یکدیگر در ارتباط متقابل هستند و در کنار یکدیگر در واحد خاص زندگی می کنند و دارای تجارب و فرهنگ مشترکی هستند . همچنین خانواده دارای امیال و اهداف مشابه بودند و مهر و علاقه آنان را به یکدیگر پیوند داده است .

گلدنبرگ<sup>۱</sup> و گلدنبرگ (۲۰۰۰) خانواده را فراتر از جمع افرادی می داند که فضای فیزیکی و روان شناختی ویژه مشترکی دارند. آنها ویژگیهای مهم خانواده را چنین بر می شمرد : خانواده یک نظام طبیعی که ویژگیهای خاص خودش را دارد نظامی است که قواعدی را استنتاج کرده و بوجود آورده است . نقش ها و وظایفی را بر ای اعضایش تبیین و تعیین کرده است که از ساختار قدرت سازمان یافته ای برخوردار است . شکلهای آشکار و نهان و ارتباط پیچیده ای دارد و شیوه هایی برای مقابله با مشکلات و حل آنها ابداع می کند ، تا وظایف متعدد خود را به طور موثر به انجام رساند . رابطه بین اعضای این سراچه فرهنگی ، عمیق و چند لایه است .

آکرمن<sup>۲</sup> (به نقل از ثنایی ۱۳۸۰) خانواده را کانون کمک تسکین و شفابخشی می داند . خانواده کانونی است که باید فشارهای روانی وارد شده بر اعضای خود را تخفیف دهد و راه رشد و شکوفایی آنها را هموار سازد .

خانواده یا خانوار به گروه دو یا چند نفره ای اطلاق می شود که با هم زندگی می کنند ، در آمد مشترک برای غذا و دیگر ضروریات زندگی دارند و از طریق خون و فرزند خواندگی یا ازدواج با نسبت دارند . در یک خانوار ممکن است یک یا چند خانواده زندگی کنند ، در این حالت هر خانواده یک خانواده هسته ای محسوب می شود .

---

<sup>1</sup> Golden berg

<sup>2</sup> Ackerman



تمام خانواده ها هم خانواده سالم نیستند ، مطابق تعاریف یک خانواده یک نفره خانواده به حساب نمی آید . همچنین خانواده هایی که از طرف غیر منسوب تشکیل شده اند خانواده شناخته نمی شود .

ثنایی (۱۳۸۰) خانواده را به عنوان یک سیستم اینطور تعریف می کند : "موجودی که اجزاء آن باهم تغییر می کنند و با انحراف برای حفظ تعادل خود ، فعال می شود " ، همانطور که این تعریف نشان می دهد ، اولاً رفتار اعضای یک خانواده تابعی از رفتار سایر اعضای خانواده و در ثانی خانواده هم همانند هر سیستمی متمایل به تعادل است . لذا رفتار اعضای آن در مجموع به گونه ای است که تعادل سیستم حفظ می شود . یعنی رفتار هر فرد در داخل سیستم نقش فونکسیونل (کارساز) دارد و لازمه آن تعادل سیستم است .

## خانواده سالم

خانواده های امروزی از لحاظ تنوع و گونا گونی ، جالب ترین پدیده ها هستند هیچ ساختار یا الگوی تعاملی خاصی را نمی توان برای همه ی خانواده ها به عنوان صحیح ترین و سالم ترین الگوی شناسایی کرد . ( کارلسون و همکاران ، ۱۳۷۸ )

گلدنبرک و گلدنبرک (۲۰۰۰) یکی از ویژگی های خانواده ی توانمند را کمک به اعضای خانواده برای تحقق توانایی های فردی آنها می دانند . یک خانواده با کار کرد مطلوب به اعضایش اجازه می دهد تا همراه با القا و حفظ احساس امنیت برای یافتن و کشف خویشتن آزاد باشند (ص ۴)

دیدنی <sup>۱</sup> (۱۹۷۸ ، به نقل از نوایی نژاد ، ۱۳۷۹) خانواده سالم را این گونه تعریف کرده است :

یک واحد خانوادگی سالم خانواده ایست که به طور کار آمد خود را با استرس های فرهنگی - محیطی ، روانی - اجتماعی و اقتصادی در مراحل گونا گون دوران زندگی خانوادگی ، سازگار می سازد (ص ۴۹)

---

<sup>۱</sup> Dedy

خانواده متعادل خانواده ایست که بر اساس ضوابط معقول و مشروع تشکیل می شود نظم و انضباطی مبتنی بر رعایت حقوق یکدیگر در آن جریان دارد و تعامل افراد خانواده بر اساس صمیمیت و احترام متقابل می باشد ( خدادادی، ۱۳۸۰)

ویرجینیاستیر<sup>۱</sup> در کتاب خود به نام آدم سازی ، خصوصیات خانواده سالم را چنین بیان می کند در یک خانواده بالنده در هر لحظه می توان نشاط و سر زندگی ، اصالت ، محبت و علاقه را احساس کرد، به نظر می رسد که افراد خانواده صرف نظر از سن و سال در تماس یکدیگر و ابراز علاقه ی خود احساس راحتی می کنند افراد خانواده بالنده آزادانه با هم درد دل می کنند در باره هر موضوعی می توانند حرف بزنند : ناکامی ، ترس ، صدمه ، خشم و انتقاد ، یا خوشی و کامیابی ، خانواده بالنده برنامه ریزی می کند اما اگر چیزی مزاحم برنامه اشان شد می توانند به آسانی خود را با آن تطبیق دهند. این طریق آنان را قادر می سازد تا با آسودگی خیال بیشتری مسائل زندگی را حل کنند.

پدران و مادران خود را رهبر می دانند نه ارباب و در درجه ی اول وظیفه ی خود را این می دانند که چگونه در هر موقعیتی انسان واقعی بودن را به فرزندانشان بیاموزند با فرزندشان در مورد اشتباه در قضاوت به همان سهولت سخن می گویند که در مورد درست بودن آن در مورد آسیب . خشم و ناکامی به همان آسانی که در مورد خوشی و شادیشان همچنین رفتار آنان با فرزندشان با آن چه که به او می گویند مطابقت کامل دارد.

از نظر رویکرد ساختاری<sup>۲</sup> ( به نقل از پرو چاسکا و نوراکس ، ۱۳۸۱) خانواده سالم خانواده ای است که به نحو شایسته سازمان یافته باشد و مرزهای مشخصی دارد زیرا سیستم زناشویی برای محافظت از امور زن و شوهر ، مرزهای بسته ای دارد. زیر سیستم والدین بین خود و فرزندانشان مرزهای مشخصی دارد. اما آن قدر نفوذ نا پذیر نیست که دسترسی به پدر و مادر خوب را محدود کند. زیر سیستم خواهر و برادر نیز مرزهای خاص خودش را دارد و به صورت سلسله مراتبی تنظیم می شود به طوری که به هر یک از فرزندان مسئولیت ها و امتیازاتی داده می شود که فرهنگ خانواده متناسب با سن و جنسیت به آنها واگذار می کند.

<sup>۱</sup> -virginia satir

<sup>۲</sup> -structural approach

خانواده سالم و موفق خانواده ایست که در آن همه ی اعضاء موفق هستند. همه مناسبات میان افراد آن روال طبیعی و موفق دارد. اعضای این خانواده می توانند از قدرت های انسانی خود استفاده کنند، آنها از این قدرت برای مشارکت و تعاون نفوذ و ارضای نیاز های فردی و جمعی خود استفاده می کنند. خانواده ی سالم و موفق خاک سالمی است که از آن افراد سالم رشد می کنند و انسان ها بالغ می شوند ( برادشاو<sup>۲</sup>، ۱۳۷۲) رسیدن به این مهم مشمول نکات زیر است :

الف- خانواده واحدی برای رشد بقا است.

ب- خانواده مکانی است که نیاز های احساسی و عاطفی همه ی اعضای خود را تامین می کند.

از جمله ی این نیاز ها می توان به تعادل میان استقلال و وابستگی اشاره کرد .

ج-یک خانواده ی سالم رشد و اعتلای همه ی اعضای خود و از جمله پدر ومادرا در نظر می گیرد.

د-خانواده مکانی است که در آن عزت نفس ایجاد می شود.

ه- خانواده واحد مهمی در اجتماع است و برای جامعه ای که قصد دوام دارد حائز کمال اهمیت است.

ماتریس خانوادگی خوب زمینه ی استواری فراهم می سازد تا بر اساس آن قدرتهای دانستن ، عشق ورزیدن ، احساس ، تصمیم گیری و تصور خود را به نمایش بگذاریم. باید تناسب سالهای رشد رعایت شود این به معنای آن است که به این آزادی نیاز داریم تا برای تحقق خواسته های خویش متناسب با سالهای رشد اعمال قدرت کنیم ( برادشاو، ۱۳۷۲)

به طور خلاصه طرح ادراکی خانواده بهنجار سه بعد دارد: اول خانواده در طول زمان دگر گون می

شود و خود را طوری تطابق داده و باز سازی می کند که بتواند به عملکرد ایفای نقش های خود ادامه دهد با

---

2-nuclear family  
3-Bradshaw

دوم ، خانواده دارای ساختی است که آن را فقط در تکان و تحرک می توان دید. خانواده الگو های معینی را ترجیح می دهد که برای پاسخ گویی به انتظارات عادی کافی است اما توان سیستم بسته به قدرت آن برای به حرکت درآوردن الگو های مرآمده ای آلترناتیو هنگامی است که شرایط درونی با برونی خانواده باز سازی<sup>۳</sup> آن ها را ایجاب می کند مرز های زیر منظومه ها باید محکم و در عین حال به حد کافی منعطف باشد تا وقتی شرایط تغییر می کند امکان تغییر خطوط وجود داشته باشد.

بالاخره ، خانواده با استرس به گونه ای تطابق پیدا می کند که یکنواختی خانواده با وجود امکان باز سازی آن حفظ می شود. (مینوچن ، ۱۳۸۰)

### قوانین سالم

قوانین حاکم بر خانواده های سالم را به شرح زیر می توان خلاصه کرد:

۱. مسائل تایید می شود و فیصله پیدا می کند.
۲. همه ی اعضای خانواده می توانند نقطه نظر ها، احساسات، افکار و امیال و رویاهای خود را ابراز کنند .
۳. روابط مبتنی بر مساوات و منطقی هستند هر یک از افراد خانواده در قیاس با سایرین از حق مساوی برخوردار است.
۴. ارتباط مستقیم است.
۵. خواسته های اعضای خانواده برآورده می شود.
۶. افراد خانواده می توندند با هم تفاوت داشته باشند.

---

۱-Developmental Stresses  
2-Structural Schemas  
3-Restructuring

۷. پدر و مادر آن چرا که می گویند انجام می دهند و به عبارت دیگر به نظم و انضباط پیشنهادی خود عمل می کنند.

۸. مقررات خانواده انعطاف پذیر است.

۹. فضای حاکم بر خانواده لذت بخش است.

۱۰. مقررات رعایت می شوند.

۱۱. تخطی بر ارزشهای دیگران گناه محسوب می شود.

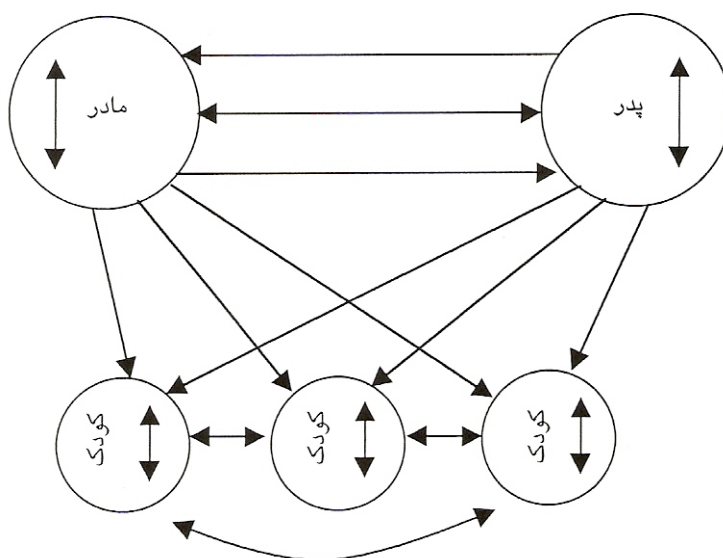
۱۲. اشتباهات بخشیده می شوند ، اشتباهات آموزنده است.

۱۳. نظام خانواده برای همه ی افراد است.

۱۴. پدر و مادر با احساس شرم و خجالت خود در تماس هستند.

یکی از نکات جالب خانواده های سالم این است که با افزایش تفرّد ، اتفاق وحدت بیشتر می شود. وقتی اشخاص از هم جدا می شوند و در جهت کمال می روند صمیمیت واقعی امکان پذیر می گردد برای به هم رسیدن به جدایی از هم نیاز داریم. ( برادشاو ۱۳۷۲ )

در نمودار ۱-۲ تصویری از یک خانواده سالم ارائه شده است. افراد این خانواده هر کدام برای خود حد و مرز مشخصی دارند. علامت نشان می دهد که هر یک از افراد با خود ارتباط خوب دارند. پدر و مادر می توانند به هم نزدیک شوند و با این حال آن ها نیز برای خود حد و مرز مشخصی دارند و می توانند به یک دیگر نه بگویند آنها می دانند با آن که به به خود پاسخگو هستند مسئول یکدیگر نیستند ( برادشاو، ۱۳۷۲ )



۱-۲ اجزاء مهم خانواده های موفق

### رویکردها و دیدگاه های تبیین خانواده

در بررسی نظریات ارائه شده برای تبیین آسیب شناسی در چار چوب خانواده به رویکردهای بوئی و ساختاری، طرح سه محوری و دیدگاه راهبردی می توان توجه کرد .  
 بارنهییل<sup>۱</sup> (۱۹۷۹) خانواده های سالم را از خانواده های ناسالم بر اساس ابعاد هشتگانه زیر تمیز داده است. او این معیارها را در چهار گروه تحت عنوان " محورهای اساسی خانواده " به شرح زیر دسته بندی می کند.

الف) هویت

۱- فردیت در مقابل گروه

۲- تقابل در برابر انزوا

ب) تغییر

1-Barenhil

۳- انعطاف پذیری در مقابل خشکی و تحجر

۴- ثبات در مقابل عدم ثبات

ج) پردازش اطلاعات

۵- وضوح در مقابل عدم وضوح یا ادراکات تحریف شده

۶- وضوح در مقابل نقشهای مبهم یا تعارض نقش

د) ساختار نقش

۷- تبادل نقش در مقابل نقشهای مبهم یا تعارضی

۸- وضوح در مقابل پراکندگی ، یا حد و مرزهای از هم گسیخته بین نسلی

بارنهبیل موارد فوق را به هم وابسته دانسته است ، به نحوی که تغییر در یکی غالباً موجب بروز

تغییراتی در سایر موارد می شود.

فلک<sup>۱</sup> (۱۹۸۰) پنج متغیر از کنشهای خانواده را که می بایست مد نظر قرار گیرند پیشنهاد نمود . این

متغیرها عبارتند از :

۱- پیشوایی: ماحصل شخصیت والدین ، ویژگیهای پیوند زناشویی ، مکمل بودن نقشهای والدین ، و

به کارگیری قدرت از سوی والدین - که از شیوه های انطباقی آنها در کنترل خانواده به شمار می آید .

۲- حد و مرزهای خانواده: این امر مرزهای خود ، نسل ، و همچنین مرزهای موجود میان خانواده و

جامعه را در بر می گیرد .

۳- عاطفی بودن: صمیمیت درون فردی ، تعادل سه جانبه (پدر و مادر و فرزند یا فرزندان ) خانواده ،

میزان پذیرش اعضای خانواده نسبت به احساسات یکدیگر ، و حساسیت واحد خانواده می باشد .

---

1-Fleck

۴-ارتباط:میزان توجه و رسیدگی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر ، میزان تعادل در ارتباط کلامی و غیر کلامی ، طرق ابراز وجود خانواده ، وضوح و شکل و ترکیب گفتار اعضا و ماهیت تفکر انتزاعی و مجازی افراد مربوط است .

۵-عملکرد معطوف به هدف :تربیت اعمال شده از سوی خانواده در مورد اعضا، طرق احاطه کودکان بر فرایند جدایی از خانواده ، کنترل رفتار و راهنمایی ، ماهیت افراد خانواده ، روابط با همسالان و راهنمایی آنها در این روابط ، فعالیت های اوقات فراقت ، چگونگی مواجهه خانواده ها با بحرانها ، سازگاری افراد بعد از ترک خانواده .

### رویکرد چند نسلی

این رویکرد که نشات گرفته از نظریات بوئن است ،به آسیب های خانوادگی در چند نسل می پردازد. در رویکرد بوئنی بیماری های عاطفی زمانی ایجاد می شود که افراد نمی توانند خود را به نحوی شایسته از خانواده های اصلی اشان متمایز کنند. متمایز کردن خود عبارت است از توانایی به دست آوردن کنترل عاطفی و در عین حال ، ماندن در جو عاطفی شدید خانواده . متمایز کردن خود بیانگر میزان توانایی فرد برای تفکر واقع بینانه راجع به موضوعات سر شار از عاطفه در خانواده است . ( پروچاسکا<sup>۱</sup> و نورکراس (۱۳۸۱) بوئن<sup>۲</sup> معتقد است که سناریو زیر به ایجاد بیماری عاطفی می انجامد. زن و مردی که تضاد های حل نشده با پدر و مادر خود دارند ازدواج می کنند.

زن و شوهر سعی دارند هر طور شده مسائل را فیصله بخشند. می پذیرند که با هم مخالفت نکنند و یک صمیمیت کاذب به وجود آورند. ازدواج از بیرون ظاهرا" بی اشکال است. نمایی ظاهری از خوشبخت بودن دارد اما در اعماق آن کشمکش ، تنهایی و درد حاکم است .

با تولد کودک به عنوان جزء سوم یک سیستم، مثلثی به وجود می آید. کودک کانون توجه می شود . در سیستم قفل می شود و خروج از خانواده را حقیقتا" غیر ممکن می یابد این کودک اغلب از نظر عاطفی با

---

<sup>۱</sup> procheska & Nuraces  
2-Bowen



## رویکرد ساختاری

. دومین دید گاه کلی در اصل ساختاری است در این دیدگاه کل اعضای خانواده دچار مساله هستند و رفتار مختل الزاما" واکنش به ارگانسیم خانوادگی تحت فشار نیست . مینو چین ( ۱۹۶۷) که به واقع پیشرو این دید گاه است در تبیین آسیب شناسی کودک به وجود مرزهای در هم تنیده یا از هم گسسته اشاره دارد در اصل خانواده های نا کار آمد با ایجاد این گونه مرزهای تحول و مستقل شدن اعضای خود را دچار وقفه می سازند .

رویکرد ساختاری به دونوع ساختار بیمار گون خانواده اشاره می کند :

### خانواده ی گسسته<sup>۱</sup>

در این نوع خانواده مرزهای بسیار انعطاف نا پذیری وجود دارد در خانواده گسسته بین اعضای خانواده تماس کم یا هیچ تماسی وجود ندارد در این نوع خانواده ساختار سالم ، نظم یا قدرت تقریبا" دیده نمی شود. پیوند بین اعضای خانواده ضعیف است یا اصلا" پیوندی وجود ندارد برداشت کلی از این نوع خانواده ها نوعی میدان اتم مانند است، به این صورت که اعضای خانواده لحظه های طولانی بدون ارتباط با یکدیگر ، در مدارهای جدا از هم حرکت می کنند خانواده نا منسجم است. در این گروه مادر نا فعال و بی تحرک است او احساس می کند از توان افتاده است یا خود انگاره ی تحقیر آمیزی دارد خود را به صورتی می بیند که

---

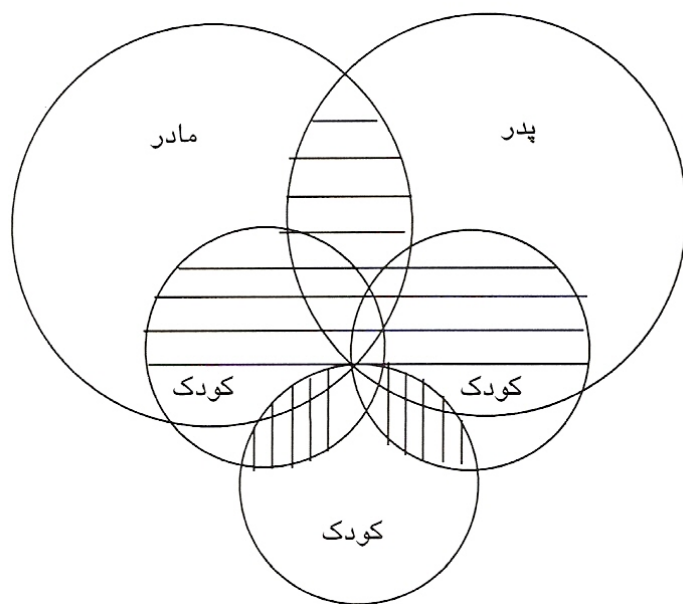
1-Disengaged Family

## خانواده به هم تنیده<sup>۱</sup>

مرزها در این نوع خانواده مبهم هستند ویژگی برجسته خانواده به هم تنیده "در هم آمیختگی" اعضای آن است به طوری که تلاش برای تغییر دادن یکی از اعضاء بلافاصله مقاومت اعضای دیگر را بر می انگیزد ( مینوچین و همکاران ۱۹۷۶)

مرزی که والدین را از فرزندانشان جدا می سازد غالباً " به صورت نامناسب مثل زنا ا محارم قطع می شود . نقش های همسر و والد به اندازه ی کافی متمایز نشده اند به طوری که زیر سیستم همسر و زیر سیستم والد هیچ یک قادر به عمل نیستند. مرزهای فردی محترم شمرده نمی شوند به طوری که زیر سیستم های فردی نمی توانند خود مختاری و هویت به نحو شایسته ای پرورش دهند ( پروجاسکا و نوراکس ، ۱۳۸۱)

نمودار ۲-۲ نظام خانوادگی مسئله دار



۱. اضطراب زیاد

۲. تداخل مرزها

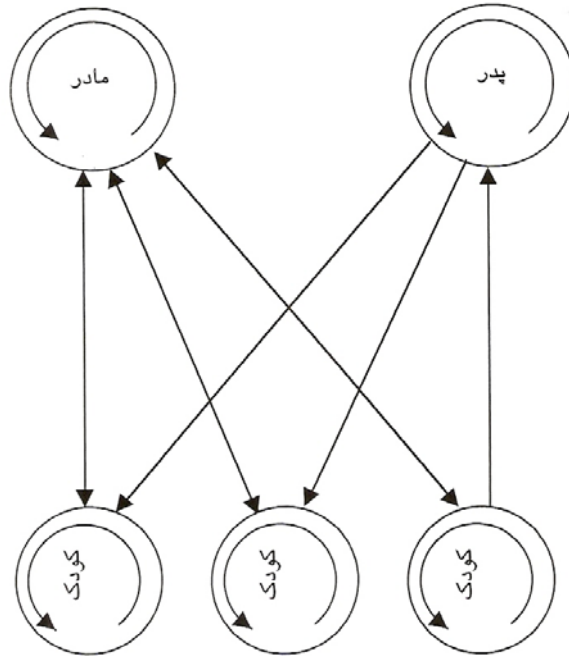
۳. مقررات پنهان و در هم

۴. نظام خانوادگی بی انعطاف و ایستا

۵. از دست رفتن پنج آزادی

۶. روابط متقابل کاذب

نمودار ۲-۳ مرزهای دیوار کشی شده



۱. اضطراب شدید
۲. نقشها و مرزبندی های بی انعطاف
۳. از دست رفتن آزادی ها
۴. فقدان روابط متقابل
۵. تنهایی و فرد گرایی مبالغه آمیز

خانواده های بیمار گون

خانواده ها معمولاً یکی از اعضای خود را به عنوان عامل مشکل ساز شناسایی می کنند به زعم آنان علت اصلی بروز مشکل در جمع خانواده پاتولوژی ( ناراحتی ) درونی آن فرد خاص است و لذا از درمانگر توقع دارند حواس او را بر خود متمرکز کرده در صدد تغییر وی بر آید حال آن که به زعم خانواده درمانگر بیمار معلوم فقط حاصل نشانه مرضی است و در واقع علت اصلی بروز مشکل وجود مرادده های نا کار ساز خانواده می باشد. ( مینوچین و فیشرمن ، ۱۳۸۱ )

جان هوولز در شهر ایپسویچ انگلستان در جریان مفصل روی بررسی خانواده ها به این نتیجه رسید که :

در روان پزشکی خانواده ، در حکم زمینه برای کمک به بیمار نیست روان پزشکی خانواده خود خانواده را بیمار تلقی می کند و شخص بیمار را نشانه ای از آسیب شناسی روانی خانواده به حساب می آورد. ( به نقل از برادشاو، ۱۳۷۲ )

از نظر ستیر ، در خانواده های آشفته وضع بدن و چهره ی افراد بیان کننده وضع نا خوشایند آنان است. بدنها شق یا دولا و خمیده است و چهره ها عبوس و غمگین و یا مانند صورتکی بی احساس به نظر می رسد. نشانه دوستی در میان افراد کم است و شادی از وجود یکدیگر ناچیز. گویی همبستگی خانوادگی نوعی وظیفه است و افراد خانواده صرفاً " تلاش می کنند یکدیگر را تحمل کنند. بزرگتر ها آن قدر سر گرم امر و نهی به فرزند خود هستند و به او بکن نکن می گویند که هر گز نمی فهمند او کیست و هر گز از وجود او به عنوان یک انسان محظوظ نمی شوند . در نتیجه فرزند هم هیچ گاه از پدر و مادر به عنوان دو انسان بهره مند نمی شود. در خانواده های پریشان پدر و مادر از طرف فرزندان را از آسیب رسانی به یکدیگر باز می دارند و از طرفی اگر رفتار آنان رانپسندیدند خودشان آنان را سیلی می زنند ( ستیر ، ۱۳۸۰ )

## انواع خانواده های بیمار گون

سای ( ۱۹۹۰)، خانواده های مشکل دار را به شرح زیر طبقه بندی می کند .

۱. خانواده های وابسته به الکل ، مواد مخدر و یا دارو های شیمیایی.

۲. خانواده های مبتلا به اختلالات عاطفی و یا مزمن روانی (واقعی یا خیالی ) این گونه افراد والدین

نوروتیکی هستند که از تصمیم گیری و انتخاب می هراسند و در نتیجه از تصمیم گیری اجتناب می ورزند

. آنان دارای فرزندان ترسویی هستند که در تصمیم گیری و انتخاب نا توانند .

۳. خانواده هایی که کودکان در آن خانواده ها از نظر جسمانی، روانی و یا جنسی مورد سوءاستفاده

قرار می گیرند

۴. خانواده هایی که دارای سیستم های بسته . شدیداً " مراقب شده هستند در این خانواده ها

کودکان هیچ گونه فرصتی برای ارزیابی احساسات و ارزشهای خود ندارند بلکه از آنان انتظار می رود

دیدگاهها و ارزشهای سیستم محدود خانوادگی را در بست بپذیرند .

شدت عمل و پیشداوری ها در این خانواده ها سد و مانعی برای ادامه ی یک زندگی سالم می باشد (

نویسی نژاد ، ۱۳۷۹)

مینوچین و فیشر ( ۱۹۹۶)، در کتاب فنون خانواده در مانی به دونه خانواده بیمار گون اشاره کرده

اند:

## خانواده خارج از کنترل<sup>۱</sup>

در خانواده هایی که یکی از اعضای آنها نشانه های مرضی مربوط به کنترل را نشان می دهد درمانگر

می تواند فرض را بر این بگذارد که این خانواده با مشکلات دیگری در یک یا چند زمینه مشخص دیگر از

جمله سازمان سلسله مراتبی خانواده ، اعمال وظایف اجرایی در زیر منظومه والدینی ، نزدیکی<sup>۲</sup> بین اعضای

خانواده رو به رو ست .

---

1-Out-of-control family  
2-Proximity

در خانواده هایی که فرزند نو جوان دارند مسائل مربوط به کنترل ممکن است مربوط به نا توانی در گذشتن از مرحله ای که نگران فرزندان خود هستند به مرحله والدینی که به فرزند نوجوان خود اطمینان می کنند به وی احترام می گذارند باشد. در چنین موقعیتی برنامه های قدیمی که در دوران کودکی موفقیت امیز بوده اند در پیدایش شکل جدید خانواده خلل ایجاد می کنند، اگر چه ممکن است کودکان نسبت به تغییرات حاصله احساس آرامش و راحتی بیشتری نمایند، اما والدین هنوز موفق به یافتن راهکارهای جدید برای مرحله جدید نشده اند .

همچنین که کودک نوجوان ممکن است آن قدر با والد گوش به زنگ<sup>۱</sup> خود قاطی شود که هیچ عملی از نظر دور نماند . در چنین وضعی ممانعت از مروده های قاطی<sup>۲</sup> ممکن است برخورد و یا رویارویی بین جزء کل والدینی و کودک را افزایش دهد و به کشف راهکارها کمک کند . (مینوچین و فیشمن ، ۱۳۸۱)

الگو های ارتباطی در این گونه خانواده ها مغشوش<sup>۳</sup> است ، اعضای این خانواده ها انتظار ندارند که کسی به حرفشان گوش کند پیام های ارتباطی بیشتر از محتوا اهمیت دارند . ارتباطات علی الظاهر حول تعاملات یا گروه های عاطفی نا مرتبط و کوچک سازماندهی می شوند.

## خانواده های روان تنی<sup>۴</sup>

زمانی که خانواده ای از مشکل روان تنی یکی از اعضای خود گلایه می کند ساخت خانواده مذکور ساختی است که بر نقشهای مراقبتی<sup>۵</sup> تاکید بیش از حد می کند. این خانواده ظاهراً " زمانی بهترین عملکرد را دارد که یکی از اعضاء آن مریض شود ویژگی های این گونه خانواده ها عبارتند از :

حمایت بیش از حد<sup>۶</sup> در هم تنیدگی<sup>۱</sup> اعضای خانواده به یکدیگر ، ناتوانی در حل اختلافات ، دلواپسی مفرط برای حفظ صلح یا اجتناب از اختلاف و کشمکش ، عدم انعطاف بیش از حد این خشکی و عدم

---

1- Hovering parent

2- Over involved

3- Chaotic

4- Psychosomatic Families

5- Nurturing roles

1- Over protection

## طرح سه محوری

تسنگ<sup>۲</sup> و مک در موت<sup>۳</sup> (۱۹۷۹) یک طبقه بندی (سه محوری) از خانواده های مشکل دار ارائه دادند. محور این طرح تعیین سه طبقه از مشکلات بود:

۱- بد کار کردیهای رشدی در خانواده

۲- بد کار کردی نظام خانواده

۳- بد کار کردی گروه خانواده

این طرح نسبتاً "پیچیده" است و هر کس می خواهد از آن استفاده کند باید مقاله ی اصلی آن را با دقت مطالعه کند به طور خلاصه محور های آن به شرح زیر می آید:

### محور ۱- بد کار کردی رشدی خانواده

الف) بد کار کردی رشدی

بد کار کردی اولیه خانواده: به معنی اشکال در تحقیق رابطه ی زناشویی رضایت آمیز است

۲- بد کار کردی فرزند آوری در خانواده: با به دنیا آمدن فرزندان رخ می دهد.

۳- بد کار کردی در فرزند پروری خانواده: اشکال در ارتباط و تقویت فرزندان خردسال است

---

2-Enmeshment  
3-Tseng  
4-Mc Dermott



۴- بد کار کردی در بلوغ خانواده : این امر معمولاً " روی مشکلات تفرد و موضوعات جدایی متمرکز است .

۵- بد کار کردی در گرد هامیی خانواده

(ب) تفاوت ها و پیچیدگی رشدی

۱- خانواده گسیخته : زمانی است که بحران خانوادگی با جدایی یا طلاق همراه می شود

۲- مشکلات خانوادگی یک والد : به وجود تنها یک والد در خانواده بستگی دارند .

۳- بد کار کردی خانواده باز ساخته : در جایی است که ازدواج مجدد با داشتن فرزندان حاصل از

ازدواج قبلی وجود دارد

۴- خانواده ی بی ثبات مزمن : مشخصه ی آن قهر و جداییهای فراوان و طلاق است.

## محور ۲- بد کار کردی نظام خانواده

( الف ) بد کار کردی نظام همسر

۱- بد کار کردی زناشویی تکمیلی

۲- بد کار کردی زناشویی تعارض آمیز

۳- بد کار کردی زناشویی وابسته

۴- بد کار کردی زناشویی بدقید

۵- بد کار کردی زناشویی ناسازگار

(ب) بد کار کردی نظام فرعی والد - کودک

۱- بد کار کردی مربوط به والد

۲- بد کار کردی مربوط به کودک

۳- بد کار کردی رابطه والد - کودک

۴- بد کار کردی مثلثی والد - کودک

ج) بد کار کردی نظام فرعی خوهران و برادران

### محور ۳- بد کار کردی گروه خانواده

الف) بد کار کردیهای کنشی - ساختاری

۱- خانواده های دارای عملکرد ضعیف

۲- خانواده های بیش از حد ساخت یافته

۳- خانواده هایی که یکپارچگی آسیب شناختی و کلاف گونه دارند

۴- خانواده هایی که از لحاظ هیجانی از هم بریده هستند

۵- خانواده های سازمان نیافته

ب) بد کار کردی های سازگاری اجتماعی

۱- خانواده هایی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند

۲- خانواده هایی که از نظر اجتماعی نا به هنجارند

۳- خانواده های دارای یک جو خاص ( تحت سیطره ی موضوعات مشترک رایج ، رازها ، آیین ها یا

عقاید فرهنگی ).

### دیدگاه راهبردی

دیدگاه نظری در این مورد دیدگاه راهبردی است در این دیدگاه بر راه حل‌های مورد استفاده خانواده متمرکز می شود در واقع علائم یا مسائل خانواده ناشی از استفاده مکرر از راه حل‌های اشتباه است راه حل‌هایی که به منظور حل مشکلی در ابتدا مورد استفاده قرار گرفته بودند اکنون خود به مشکلی بدل شده اند. زمانی که مقررات بر قراری رابطه مبهم می شود عملکرد خانواده به هم می ریزد مقررات روابط ساختار با ثباتی را برای عملکرد خانواده تامین می کند اگر این مقررات گنگ شوند سیستم به هم می ریزد و نشانه ها برای بر گرداندن نظم به خانواده پدیدار می شوند. اگر این مقررات رو شن باشد نظیر این که

خانواده برای حفظ تعادل خود در مقابل تغییر ، چه در جهت مثبت چه در جهت منفی مقابله می کند اگر فرزند سر به راه خانواده شب دیر به منزل بیاید خانواده در مقابلش می ایستد اگر بچه نا اهل خانواده هم سر به راه شود خانواده فشار خود را برای تداوم نا بهنجاری او افزایش می دهد رفتار نا هنجار معمول رفتار متقابل و رقص تراجمی اعضای روانی مثل اسکیزوفرنی ، پارانوئید ، افسردگی و غیره در خانواده در مانی معنای دیگری پیدا می کند، از نظر خانواده در مانگر فردی که خانواده او را به عنوان بیمار معرفی می کند فقط بیمار شناخته شده یا بیمار معلوم است. ( مینو چین ، ۱۳۸۰ )

## علل و عوامل موثر بر اعتیاد

## مقدمه

اعتیاد یک بیماری زیست شناختی روان شناختی و اجتماعی است عوامل متعددی در اتیولوژی سوءمصرف و اعتیاد موثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می شوند . عوامل موثر بر فرد ، محیط فرد و عوامل اجتماعی ، عوامل در هم بافته ای هستند که بر یکدیگر تاثیر می گذارند درک کلیه علل و عوامل زمینه ای موجب می شود که تا روند پیشگیری ، شناسایی ، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح ریزی شود .

بنا بر این، آشنایی با عوامل زمینه ساز مستعد کننده بروز اعتیاد و نیز عوامل محافظت کننده در مقابل آن از دو جهت ضرورت دارد :

۱- شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد و اقدامهای پیشگیرانه لازم برای آنان

۲- انتخاب نوع درمان و اقدامهای خدماتی ، حمایتی و مشاوره ی لازم برای معتادان .

## ۲،۲ عوامل مخاطره آمیز

عوامل مخاطره آمیز مصرف مواد شامل عوامل فردی ، عوامل بین فردی و محیطی و عوامل اجتماعی است .

### ۲،۲،۱ عوامل مخاطره آمیز فردی

\* دوره نو جوانی

\* استعداد ارثی

\* صفات شخصیتی :

- صفات ضد اجتماعی

- پرخاشگری

- اعتماد به نفس پایین

\* اختلالات روانی :

- افسردگی اساسی

- فوبی

\* نگرش مثبت به مواد

\* موقعیت های مخاطره آمیز :

- ترک تحصیل

- بی سرپرستی

\* تاثیر مثبت مواد بر فرد

در این جا به شرح هر یک از عوامل فوق می پردازیم :

\* **دوره نو جوانی:** مخاطره آمیز ترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد دوره نوجوانی است .

دوره انتقال از مودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است . در این دوره میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج خود می رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزشهای خانواده را زیر سوال می برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزشهای جدید خود دارد .مجموعه این عوامل ، علاوه بر حس کنجکاوی و نیاز به تحرک ، تنوع و هیجان ، فرد را مستعد مصرف مواد می نماید .

\* **ژنتیک:** شواهد مختلفی از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد وجود دارد . تاثیر مستقیم عوامل

ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات فار ما کو کینتیک و فار کو دینامیک مواد در بدن می باشد که تعیین کننده تاثیر مواد بر فرد است . برخی از عوامل مخاطره آمیز دیگر نیز تحت نفوذ ژنتیکی هستند مانند برخی اختلالات شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلالات یادگیری .

\* **صفات شخصیتی:** عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند .در این میان ،برخی از

صفات بیشتر پیش بینی کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کلی فردی را تصویر می کنند که با ارزشها یا ساختار های اجتماعی مانند خانواده ، مدرسه و مذهب پیوندی ندارند و یا از عهده انطباق ، کنترل یا ابراز

**\* اختلالهای روانی:** در حدود ۷۰ درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلالهای دیگر روانپزشکی نیز وجود دارد. شایع ترین تشخیص ها عبارتند از افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، دیس نایمی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال پانیک، مانیا، اسکیزوفرنی

**\* نگرش مثبت به مواد:** افرادی که نگرش ها و باور های مثبت و یا خنثی به مواد مخدر دارند احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش های منفی دارند. این نگرش های مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخص، رفع درد های جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد.

**\* موقعیت های مخاطره آمیز فردی:** بعضی از جوانان و نوجوانان در موقعیتهای یا شرایطی قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می دهد. مهمترین این موقعیتهای عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی، ترک تحصیل، بی سرپرستی یا بی خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماری ها یا درد های مزمن. حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنشهای حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می کند.

**\* تاثیر مواد بر فرد:** این متغیر وقتی وارد عمل می شود که ماده حداقل یک بار مصرف شده باشد. چگونگی تاثیر یک ماده بر فرد مصرف کننده، به میزان قابل توجهی، به مشخصات او بستگی دارد این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تاثیر مواد و مواد دیگری که هم

## ۲،۲،۲ عوامل مخاطره آمیز بین فردی و محیطی

\* عوامل مربوط به خانواده :

- غفلت از فرزندان

- وجود الگوی نامناسب در خانواده

- خانواده آشفته

\* عوامل مربوط به دوستان :

- دوستان مصرف کننده مواد

\* عوامل مربوط به مدرسه :

- فقدان محدودیت

- فقدان حمایت

\* عوامل مربوط به محل سکونت :

- شیوع خشونت و اعمال خلاف

در این جا به هر یک از عوامل فوق می پردازیم :

**\* عوامل مربوط به خانواده :** خانواده اولین مکان رشد شخصیت ، باورها و الگوهای رفتاری فرد

است . خانواده علاوه بر این که ، محل حفظ و رشد افراد و

کمک به حل استرس و پاتولوژی است ، منبعی برای تنش ، مشکل و اختلال نیز می باشد . نا آگاهی

والدین ، ارتباط ضعیف والدین با کودک ، فقدان انضباط در خانواده ، خانواده متشنج یا آشفته و از هم

گسیخته ، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاریها مانند سوء مصرف مواد را افزایش می دهد .

\* شرایط عاطفی و روانی و رفتاری حاصله در فرد که در نتیجه مواجه بودن او به مدت طولانی با مجموعه ای از قوانین سرکوب کننده که هر گز فرصت بیان آزاد و ابراز احساسات و بحثهای مستقیم در باره ی مشکلات شخصی و ارتباطی را به او نداده است ( سابی ، ۱۹۹۰ )

\* اختلالی که ناشی از یک بیماری ارثی در سیستمی است که فرد در آن زندگی می کند و این بیماری فرایند اعتیاد نامیده می شود که در حقیقت همان اعتیاد به دروغ گفتن است ( شفیع ، ۱۹۹۰ )

در کنار اعتیاد پدیده دیگری نیز نمایان است به نام هم وابستگی هم وابستگی شرایطی ویژه ای که از مشخصات آن اشغال ذهنی و وابستگی بسیار شدید ( عاطفی ، اجتماعی و گاه فیزیکی ) نسبت به هر فرد دیگر و یا به هر رفتاری مانند ( قمار، وسواس های جنسی ، تظاهرات رفتاری و----) است. این وابستگی در طول زمان رشد می یابد و به صورت اختلال روانی در می آید که در نهایت به سرکوبی عاطفی منجر می شود که در نتیجه موجب افزایش شرمساری ، کاهش عزت نفس ، مشکلات ارتباطی و پیچیدگی های پزشکی می شود ( شارون ، ۱۹۹۰ )

## هم وابستگی

کسی دقیقاً نمی داند مفهوم هم وابستگی<sup>۱</sup> کی ، چه وقت و توسط چه کسی ساخته شده است (لوینسون ۱۹۹۷ص ۶۷۲ به نقل از معصومیان ۱۳۷۸)

تحقیق در مورد خاستگاه مفهوم هم وابستگی نتیجه چندان دقیقی بدست نمی دهد . عده ای معتقدند ، هم وابستگی برخاسته از مفهوم هم الکلی است که برای اشاره به نوعی واکنش انضباطی بیمارگونه اعضای خانواده فرد الکلی استفاده شده است . در پی بررسی عوامل موثر بر اعضای خانواده ای که با فرد الکلی زندگی می کردند تفکری در مورد سیستمی بودن خانواده شکل گرفت که بر اساس آن مصرف کننده الکل در بافت خانواده و مناسبات آن در نظر گرفته می شد و خانواده به عنوان عاملی تاثیر پذیر و تاثیر گذار در فرایند اعتیاد تلقی می گردید . به این ترتیب علاوه بر اینکه فرد به مصرف الکل وابسته می شود ،

---

1-Co dependency



" هم وابستگی اشاره به نظام خانواده ای دارد که زمانی یکی از اعضای آن به مصرف مواد وابسته شده است و خانواده خود را در کنار این وابستگی سازمان داده و به دلیل اینکه تعادل حیاتی خانواده نیازمند به بقاء وجودیش بوده است ، همه اعضای خانواده ( به نوعی ) به مواد وابسته یا هم وابسته شده اند " . (وان ۱۹۹۳ص ۸۸به نقل از معصومیان )

هم وابستگی ظاهراً مهربانی ، محبت ، عشق بنظر می رسد . یک فرد هم وابسته تلاش می کند که همسر ، پدر یا مادر خوبی برای فرد معتاد باشد . بدقت نیازها و خواسته های وی را شناسایی کرده ، در برآورده کردن آنها تمام تلاش خود را می کند . فرد هم وابسته است که دائماً به فکر حفظ تعادل حیاتی خانواده و مراقبت از معتاد می باشد . او تنها زمانی احساس خوبی دارد که از طرف فرد وابسته به مواد مخدر مورد تایید قرار بگیرد و از جانب او دوست داشته شود(به نقل از نعارف وند ۱۳۸۳) .

هم وابستگی به عنوان یک اعتیاد ، بیماری رفتار آموخته شده ، شرایط روانی اجتماعی و اختلال شخصیتی تعریف شده است . واژه ی هم وابستگی به طور گسترده ای برای توضیح در مورد همسرانی به کار برده می شود که طرف مقابل آنها به مواد شیمیایی وابستگی پیدا کرده یا دچار اختلال عملکرد شده اند . به طور کلی تر هم وابستگی برای افرادی که از تمرکز دائمی روی نیازها و رفتار های دیگران رنج می برند به کار برده می شود . بسیاری از متخصصین چنین اظهار می دارند که معتادان به الکل ، کار ، غذا ، رابطه ی جنسی و خرید کردن ---- همگی زیر مجموعه ی هم وابستگی هستند . افراد هم وابسته بیش از حد مشغول و متمرکز بر نیازهای دیگران می شوند ، دیگران که نیازهای خودشان را نا دیده گرفته اند ( مکلین ، به نقل از گور )

به این ترتیب "هر فرد آشنا و با اهمیت در زندگی فرد وابسته به مواد شیمیایی مثل همسر ، والدین و یا دوست که اشتغال ذهنی زیادی نسبت به یک فرد وابسته به مواد شیمیایی داشته باشد و به او یا هدفی به لحاظ عاطفی ، اجتماعی و بعضی اوقات جنسی وابسته باشد هم وابسته نامیده می شود . سر انجام این وابستگی وضعیت بیمار گونه ای را موجب می شود که بر روابط فرد هم وابسته با دیگران اثر می گذارد .

گیلیند و جیمز ۱۹۹۳ ص ۳۲۲ به نقل از معصومیان (۱۳۷۸)

متخصصین با تاکید بر یک اعتیاد خاص موافق نیستند آنها معتقدند هم وابستگی در مورد همه ی اعتیاد ها مصداق دارد . هر چند بیش از این واژه ی هم وابستگی برای اعضای خانواده و همسران افراد وابسته به مواد مخدر به کار برده می شود. امروزه به صورت عمومی تری مورد استفاده قرار می گیرد هم وابستگی به رفتار بیمار گونه ای که نتیجه ی استرس ناشی از اشتغال نسبت به زندگی فرد دیگری است اطلاق می شود که در صورت عدم درمان هم وابستگی به ارتباط نا کار آمد منتهی می شود ( همان منبع )

بورلی و انجل ( ۱۹۹۰ ) می نویسد " هم وابستگی به این معنا است که فردی در مقابل دیگران مراقبت از آنها احساس مسئولیت بسیار می کند و به شدت معتقد است که مسئولیت دیگران به عهده ی اوست . دیگران را به خاطر مشکلات و ناخوشنودیهایش سرزنش می کند و احساس می کند که این تقصیر دیگران است که او خوشبخت نیست . او خود را به سختی کنترل می نماید و از این که اجازه دهد دیگران آنچه هستند باشند و اتفاقات روند عادی و طبیعی خود را طی کنند ، واهمه دارد.

اسپرینگل می نویسد : آنهایی که احساس مسئولیت نامتعادل و غیر طبیعی برای نجات ، تثبیت و یا کمک به یک فرد وابسته دارند ، هم وابسته اند . نجات دادن ، مراقبت و کنترل ویژگیهای اساسی و محوری هم وابستگی هستند . ولی عوامل دیگری نیز در این امر دخیل هستند . ریشه های هم وابستگی در نیاز های پنهان به عشق و مراقبت نهفته است . هم وابستگی گرایش به پنهان کردن ویژگی های شخصیتی ، پشت نقش ها را دارد . بسیاری از هم وابستگام یک ترکیبی از این نقشها را بروز می دهند .

-نجات بخش

-اعتیاد

-تثبیت کننده

-وسواس

-آزار گر	-خوشحال و راضی کننده سایرین
-شوخ و لوده	-کمال گرا
-متظاهر	-ناکام و نا موفق
-همراه و همدم	-قربانی

بر عهده گرفتن این نقشها کافی است تا فرد هم وابسته خود واقعیش را از دست بدهد . مراقبت از فرد معتاد ، غذا نخوردن ، برون ریزی هیجانی جنسی ، اعتیاد به کار ، قدرت ، نیکوتین ، الکل ، دارو ، همگی می توانند پیامد های هم وابستگی باشند (همان منبع )

هم وابستگی می تواند به عنوان یک بیماری با پیامدهای روانی و جسمی در نظر گرفته شود . اختلالات روانی ویژه ای اغلب با هم وابستگی همراه هستند . برخی از اختلالات شامل اختلال شخصیتی اجتنابی ، اختلال شخصیتی وابسته ، اختلال شخصیتی وسواسی ، اختلال شخصیتی ترکیبی ، اختلال اضطرابی و اختلال اعتیادی می شوند . شناخت اختلالاتی که اغلب با وابستگی پیوند خورده اند در تشخیص هم وابستگی هم است (همان منبع )

بیماری های جسمی احتمالاً خود را در مراحل میانی یا پیشرفته هم وابستگی نشان می دهد . بسیاری از هم وابستگان کم خوابی ، بی نظمی ضربان قلب ، نقص عملکرد جنسی ، بی توجهی نسبت به خود ، خستگی مفرط و سر درد را تجربه می کنند . در مراحل پایانی هم وابستگی ، افراد احتمالاً احساس افسردگی و خمودی می کنند ، یا دچار اختلال تغذیه می شوند . این پیامد ها در پی علامتهای روانی ظهور می نمایند .

علائم هم وابستگی عبارتند از : باورهای نادرست یا انکار وقایع ، وسواس های عملی ، احساس های سرد و منجمد ، خود کم ارزش پنداری .

رهایی از هم وابستگی فرایندی ساده و سریع نیست . طبق تجارب برخی از متخصصان برای این منظور زمانی به مدت ۳ تا ۵ سال به همراه شرکت در یک برنامه بهبودی جامع لازم است . برنامه ای

## انجمن خانواده نارائان

اعتیاد یک نوع وابستگی در نزدیکان ایجاد می نماید و این بیماری به مرور در رفتار نزدیکان افراد معتاد نیز رسوخ می کند . خانواده فرد معتاد معمولاً سعی می کنند مصرف مواد مخدر معتاد را کنترل کنند و به نوعی مساله را جبران یا پنهان کند . در بسیاری موارد وابستگان فرد معتاد ، خودشان را مقصر انحراف او می پندارند و لذا خود را سرزنش می کنند .

پدران ، مادران ، همسران و کلیه ی کسانی که با افراد معتاد زندگی می کنند . یا به آنها نزدیک هستند می توانند در این گروه حضور یابند. آنها با پیش زمینه ی نا سالم روانی که در اثر اعتیاد ، پیچیده تر شده است ، دائماً در فکر تغییر دادن و درمان کردن فرد معتاد هستند و زندگیشان حول این محور می چرخد . آنان مانند معتاد که فقط مواد مخدر برایش اهمیت دارد و از بقیه تصمیمات در زندگی غافل می شود ، در گرداب وسوسه و وابستگی و اجبار کمک به معتاد ، غوطه می خورند و از بقیه ی افراد خانواده و جنبه های زندگی خود غافل می شوند.

اعضاء گروه های نارائان متشکل از خانواده هایی است که وابستگی و سعی در تغییر دادن دیگران مشکل اصلی زندگیشان بوده و برای درمان و بهبودی خود به طور مرتب در این گروه ها شرکت می کنند تا به کمک یکدیگر بهبودیشان را حفظ نمایند . کمک ، همیاری و درک یکدیگر به منظور بهبودی ، پایه و اساس کار انجمن نارائان است .

تاریخچه ی انجمن خانواده نارائان

چند سال پس از تشکیل انجمن الکلی های گمنام لوییس و تعدادی از همسران الکلی ها ی بهبود یافته گروهی به نام ناراران جهت کمک به خانواده معتادان به الکل و مواد مخدر تشکیل دادند . آشنا شدن خانواده معتادان گمنام در ایران با گروههای خود یاری خانواده ها مانند الانان یا ناراران به طور غیر رسمی در سال ۱۳۷۳ آغاز گردید و در آبان سال ۱۳۷۴ در مکان مشخصی که تا کنون در بسیاری از مناطق تهران و شهرستان های دیگر گسترش یافته است این انجمن می تواند بر سر نوشت افراد معتاد و الکلی و خانواده آنان نقش حیاتی داشته باشد .

روش کار انجمن خانواده ی ناراران در گروه خانواده ، اعضا به طور مرتب جهت در میان گذاشتن تجربه بهبودی خود گرد هم می آیند . اعضای با تجربه تر که به آنها راهنما گفته می شود ، شخصا" به اعضای جدید تر کمک می کنند . قدم های دوازده گانه ، اصول برنامه انجمن ناراران می باشد که در قلب برنامه واقع شده است .

این قدم ها دستو رو العمل های مشخص را جهت بهبودی ارایه می دهند . با به کار گیری این دستو رو العمل ها و تماس نزدیک و دایمی با اعضای دیگر ، آنها می آموزند که چگونه از بیماری اعتیاد در امان باشند و با فراز و نشیب در زندگی رو به رو شوند . اصول روحانی صداقت ، روشن بینی و تمایل ، می تواند در زندگی روز مره خانواده های معتادان به کار گرفته شوند. در گروه خانواده های ناراران همانند معتادان گمنام ، اصل گمنامی رعایت می شود . این اصل به خانواده ها اجازه می دهد که بدون ترس و نگرانی در جلسات شرکت کنند . ارمغان دیگر گمنامی ، به وجود آمدن فضای مساوات در جلسات است . این تضمینی است که اجازه نمی دهد هیچ چیزی مهمتر از پیام بهبودی در جلسه انجمن خانواده ناراران جلوه گر شود .

## این قدمها اصولی هستند که بهبودی را ممکن می سازند

- ۱- ما اقرار کردیم که در مقابل اعتیادمان عاجز بودیم و زندگیمان آشفته گردیده بود.
- ۲- ما به این باور رسیدیم که نیرویی برتر از خودمان می تواند سلامت عقل را به ما باز گرداند.
- ۳- تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی خود را به خداوند بدان گونه که او را درک کردیم بسپاریم.
- ۴- ما یک ترازنامه اخلاقی بی باکانه و جسورانه از خود تهیه کردیم.
- ۵- ما چگونگی دقیق خطاهای خود را به خداوند به خودمان و به یک انسان دیگر اقرار کردیم.
- ۶- ما کاملا آماده شدیم که خداوند تمام این نواقص شخصیتی ما را برطرف کند.
- ۷- ما با فروتنی از او خواستیم که کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند.
- ۸- ما فهرستی از تمام کسانی که آزار داده بودیم تهیه کردیم و خواستار جبران خسارت نسبت به تمام آنها شدیم.
- ۹- ما بطور مستقیم در هر کجا که امکان داشت از این افراد جبران خسارت نمودیم مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان و یا دیگران زیان وارد نماید.
- ۱۰- ما به تهیه ترازنامه شخصیتی خود ادامه دادیم و هر گاه در اشتباه بودیم سریعاً بدان اقرار نمودیم.
- ۱۱- ما از راه دعا و تفکر جویای بهتر نمودن رابطه آگاهانه خود با خداوند بدانگونه که او را درک می کردیم شدیم و دعا کردیم فقط برای آگاهی از اراده او برای خودمان و قدرتی که آنرا به انجام رسانیم.
- ۱۲- بایک بیداری روحانی که در نتیجه این قدم ها پیدا کردیم ما سعی نمودیم این پیام را به معتادان برسانیم و این اصول را رد تمام امور خود به اجرا در آوریم.

خانواده با وجود اینکه به عنوان اولین واحد اجتماعی شناخته می‌شود، ولی دارای پیچیدگیهای

### کارکرد مطلوب خانواده

کریشنر و کریشنر<sup>۱</sup> (۱۹۸۶) الگوی فرایند خانواده مطلوب را ارائه کرده اند که بسیار با ارزش است .

کنش دیگری که مد نظر قرار می گیرد ، روابط بین اعضای خانواده و اجتماع وسیع تری را که خانواده بخشی از آن است را شامل می شود . این کنشهای خانوادگی تعاملات مستقل نامیده می شود . تعاملات

---

1-Kerishner

خانواده های با کار کرد نا مطلوب را کار شناسان خانواده در کنگره ی جهانی مشاوران در سال ۱۹۹۰،  
( به نقل از نوایی نژاد ، ۱۳۷۹) در اوهایوا این گونه تعریف می کنند :

\* هر الگویی از سازگاری با زندگی و تامین نیاز ها که ناسالم باشد و در تامین نیاز ها توفیقی نداشته باشد. در حقیقت الگوی ناسالم رفتار های اکتسابی است که اغلب نتیجه ی واکنش های فرد نسبت به والد، همسر و یا هر شخص دیگر معتاد یا نورو تیک است که فرد با او زندگی می کند و یا در ارتباط نزدیک با اوست. ( بی تی<sup>۱</sup> ، ۱۹۹۰)

\* ارضای نیاز ها با روش هایی که نهایتاً<sup>۲</sup> به تامین نیاز ها منجر نمی شود ( اسکات<sup>۲</sup> ۱۹۹۰)

\* شرایط عاطفی و روانی و رفتاری حاصله در فرد که در نتیجه مواجهه بودن او به مدت طولانی با مجموعه ای از قوانین سرکوب کننده که هر گز فرصت بیان آزاد و ابراز احساسات و بحثهای مستقیم در باره ی مشکلات شخصی و ارتباطی را به او نداده است ( سابی ، ۱۹۹۰)

\* اختلالی که ناشی از یک بیماری ارثی در سیستمی است که فرد در آن زندگی می کند و این بیماری فرایند اعتیاد نامیده می شود که در حقیقت همان اعتیاد به دروغ گفتن است ( شفیع ، ۱۹۹۰)

\* شرایطی ویژه ای که از مشخصات آن اشغال ذهنی و وابستگی بسیار شدید ( عاطفی ، اجتماعی و گاه فیزیکی ) نسبت به هر فرد دیگر و یا به هر رفتاری مانند ( قمار، وسواس های جنسی ، تظاهرات رفتاری و---) است. این وابستگی در طول زمان رشد می یابد و به صورت اختلال روانی در می آید که در نهایت به سر کوبی عاطفی منجر می شود که در نتیجه موجب افزایش شرمساری ، کاهش عزت نفس ، مشکلات ارتباطی و پیچیدگی های پزشکی می شود ( شارون ، ۱۹۹۰)

---

1-Beattie  
2-Scott



## مدلهایی برای ارزیابی خانواده ها

برخی مدلها مبتنی بر تحقیق روی ارزیابی خانواده را مد نظر قرار می دهیم . مدل مک مستر در مورد کنش خانواده ( اپستین، پیشاب و لوین، ۱۹۷۸)، مدل فرایند کار کرد خانواده را که ارتباط تنگاتنگی با آن دارد ( استین هاور، سانتا، بار بارا ، و اسکینر، ۱۹۸۴) ، مدل ساختاری مینو چین (۱۹۷۴) ، طرح سه محوری تسنگ و مک در موت ( ۱۹۷۹) ، مدل چند مختصات السون و همکارانش (۱۹۷۹) و مدل بیورز ( بیورز، ۱۹۸۱) ، سپس در صورت مفید بودن مدل برای ارزیابی خانواده و طرح درمان ، فرایند کسب اطلاعات را بررسی می کنیم .

مدل مک مستر و مدل فرایند ، نقاط مشترک زیادی دارند بنا بر این با هم مورد بررسی قرار خواهند گرفت .

## رویکرد ساختاری در ارزیابی خانواده ها

مدل کار کرد ساختاری خانواده توسط مینوچین (۱۹۷۴) در کتاب خانواده ها و خانواده در مانی توصیف شده است. این رویکرد به توصیف شش جنبه از کارکرد خانواده می پردازد که مینوچین پیشنهاد می کند باید ارزیابی شوند و بر اساس ، آن نوع درمان طرح شود. این شش جنبه عبارتند از: ساختار خانواده ، انعطاف پذیری ، منبع ، محیط زندگی ، مرحله ی رشدی و رابطه ی علائم بیمار با الگوهای تعاملی خانواده ، و مرزهای آن را نیز یاد آور می شود .

در مانگر ساختی نظام خانوادگی را بدون در گیر شدن با وسعت تحریف واقعیت به هم پیوند می دهد و ساختار آن را با ورود با تعاملات آن تجربه می کند . مرزها به وسیله ی مشاهده ی تعاملات خانوادگی و اقدامات طرح شده مانند تلاش برای ایجاد مرز های میان سیستم های فرعی ، یا فرو ریختن آنها که نتایج آن به دقت یادداشت می شود ترسیم می گردد .

## مدل چند مختصاتی

اولسون، اسپرنکل<sup>1</sup> و راسل (۱۹۷۹)، آنچه را مدل (چند مختصاتی) ارزیابی خانواده نامیده اند توصیف کردند سپس نظریه ی (تجدید نظر شده ای) از آن به چاپ رسانیدند (اولسون و همکاران (۱۹۸۳)، آنها با باز نگری فشرده ی متون، دو جنبه ی رفتار خانواده، یعنی یک پارچگی و انطباق پذیری را تشخیص دادند و معتقدند که از اهمیت بنیادی بر خوردار هستند.

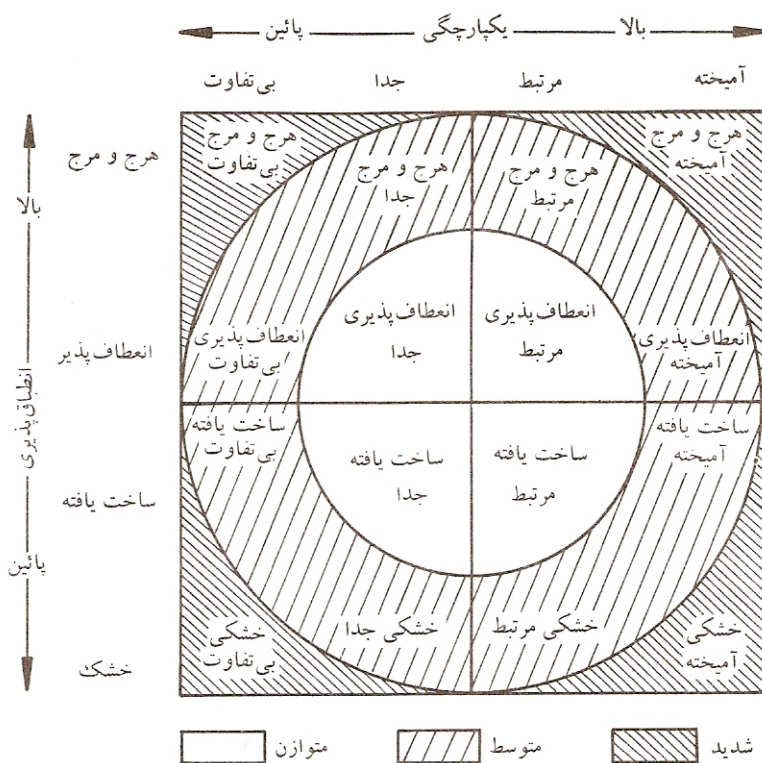
یکپارچگی شاخصی است که برای (نزدیکی افراد خانواده به یکدیگر). یکپارچگی رابطه ی تنگاتنگی با پیوستار شبکه-جدایی توصیف شده از سوی مینوچین (۱۹۷۴) دارد.

انطباق پذیری خانواده شاخصی است که از قابلیت تغییر پذیری خانواده (این مولفان از آن به عنوان تکوین پذیری یاد می کنند) و این که تا چه حد می توان خانواده را ثابت (ساکن) دانست. کار کرد رضایت بخش یک زوج، یا یک گروه خانوادگی بزرگتر به دو عنصر ثبات و تغییر پذیری نیاز دارد. این دو ویژگی به نحو مناسبی با هم توازن بر پا می کنند. یکپارچگی نیز باید تقریباً "وسط قرار بگیرد، نه آن قدر نزدیک و نه آن قدر دور. البته مولفان دقیقاً "متذکر می شوند که چه چیز از نظر فرهنگ اجتماع خانواده، بهترین است. در بعضی فرهنگ ها ممکن است افراط در یک پیوستار یا پیوستار دیگری ارزشمند باشد.

پس از ارزیابی، خانواده ها روی دو محور درجه بندی می شوند، برای هر محور یک مقیاس چهار درجه ای به ترتیب زیر وجود دارد:

یکپارچگی	انطباق پذیری خانواده
بالا	هرج و مرج
درامیخته	انعطاف پذیر
مرتبط	بهنجار
جدا	خشک
بی تفاوت	
پایین	

1-Sparenkle



تصویر شماره یک - مدل چند مختصاتی توسط اولسون و همکاران (۱۹۷۹)

تصویر ۱ نشان می دهد که چگونه می توان با استفاده از این طرح خانواده ها را در شش نوع ممکن گروه بندی کرد ناحیه ی مرکزی تصویر ، ناحیه ای است که انتظار می رود خانواده های دارای کارکرد بسیار خوب در آن قرار بگیرند .

چهار نوع افراطی قرار گرفته در گوشه های تصویر آنها می هستند که بیشتر احتمال دارد با مشکلات خانوادگی با اعضای مشکل دار رو به رو شوند. این مولفان سه وسیله ی ارزیابی نیز برای ارزیابی یکپارچگی و انطباق پذیری خانواده تدوین کردند. یکی از آنها <sup>1</sup>FCAESII نام دارد که مخفف چاپ دوم مقیاسهای ارزشیابی انطباق پذیری و یک پارچگی خانواده ۱ است. این مقیاس سی ماده دارد که گفته می شود پایایی و اعتبار خوبی دارد (اولسون و همکاران، ۱۹۸۳). یک (فرم زوج) هم برای زوج های بدون فرزند موجود است. مولفان می گویند این فرم آن قدر کوتاه است که خانواده ها می توانند دوبار آن را پر کنند، یک بار برای

1-Fmliy Cohesion and Adaptability Evaluation Scales

مدل چند مختصاتی ، نشان دهنده ی بعدی از ارتباط خانوادگی نیز هست (اولسون و همکاران ۱۹۸۳). این بعد ( بعد تسهیل کنندگی ) نامیده می شود وجود آن برای تسهیل حرکت زوجها و خانواده ها در این دو بعد (یک پارچگی و انطباق پذیری ) حیاتی است. مدل چند مختصاتی موضوع ارزشیابی های تجربی متعددی بوده است و به نظر می رسد از یک ارزش واقعی بر خوردار است ( اسپرنکل و اولسون ۱۹۸۷، راسل ۱۹۷۹). باز با این وجود به جنبه های خاصی از آن ها انتقاد هایی وارد است ، خصوصا" از طرف بیورز و وولر (۱۹۸۳) ، که مدل خانوادگی خویش را که مختصرا" آن را شرح خواهیم داد ارائه داد ه اند

### مدل بیورز<sup>۱</sup>

مدل بیورز در سال ( ۱۹۸۱) معرفی شد. بیورز در مقاله دیگری ( بیورز و وولر ( ۱۹۸۳ ) ، آن را با مدل چند مختصاتی مقایسه می کند و ادعا می نماید که مدل وی مزیت هایی بر مدل اخیر دارد . این مدل دارای دو محور است . یکی مربوط به کیفیت سبک تعامل خانواده است که تحت عنوان ( گرایش به مرکز ) ، ( آمیخته ) و یا ( گریز از مرکز)<sup>۲</sup> طبقه بندی می شود و تعریف بعدی به شرح ذیل است :

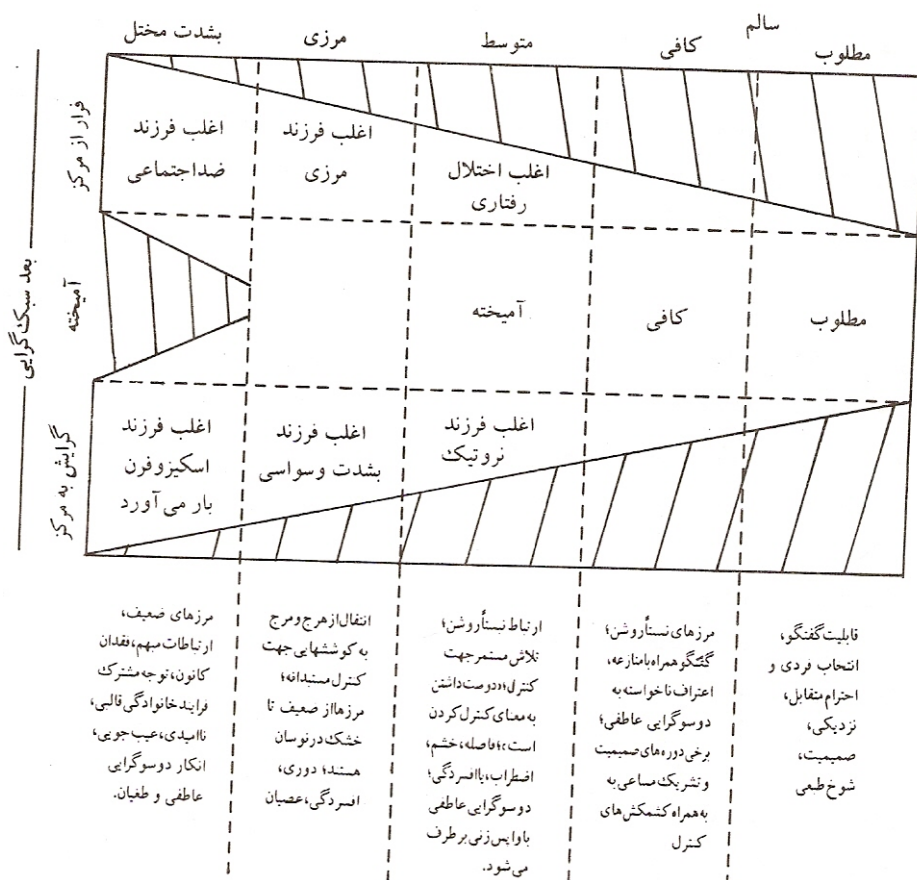
ساختار، اطلاعات موجود و انعطاف پذیری انطباقی نظام ، در اصطلاحات نظامها ممکن است پیوستار گرمسیری نامیده شود ، هر چه گرمسیری { انعطاف و انطباق بیشتر } زیاد تر باشد خانواده بهتر می تواند بحث کرده ، عمل کند و به طور کار آمد تری با موقعیت های فشار آور روانی رو به رو می شود {بیورز و وولر، ۱۹۸۳، ص ۸۹}

---

1-Beavers Model  
2-Centrifugal

تصویر ۲ مدل بیورز را نشان می دهد. این تصویر ویژگی های خانواده را نیز با درجات متفاوت کنش ( از "شدت مختل" تا "مطلوب") شرح می دهد .

بیورز و وولر (۱۹۸۳)، می گویند اگر استقلال به عنوان جنبه ای از یک پارچگی از بین برود اساساً بعد سبک گرایی گرایش به مرکز - گریز از مرکز باقی می ماند. این دو مولف تا آنجا پیش می روند که می گویند :



تصویر شماره ۲ - مدل بیورز (۱۹۸۳)

**استقلال:** بعدی پیوستاری و و پایان ناپذیر، مربوط به قابلیت نظام خانوادگی در راهگشایی و تشویق  
اعضاء به نقش کامل در اتخاذ تصمیم، به عهده گرفتن مسئولیت خود، و گفتگو با سایرین.  
**انطباق پذیری:** بعدی پیوستار و پایان ناپذیر، مربوط به قابلیت خانواده برای ایفای نقش کامل در  
ایجاد تغییر و پذیرش تفاوت اعضای خانواده.

گرایش به مرکز - گریز از مرکز : یک بعد منحنی و سبک گرایانه با سبکهای افراطی همراه با خانواده های به شدت مختل و بیشتر خانواده های شایسته از سبک افراطی اجتناب می کنند .

**انعطاف پذیری :** نا توانی در تغییر . هر چه خانواده ها پر هرج و مرج تر باشند نسبت به فقدان کانون مشترک توجه انعطاف پذیر ترند .

**به شدت مختل:** پایین ترین سطح کار کرد در طول پیوستار انطباق پذیری ، به وسیله ی تعریف نا رسای مرزهای نظام فرعی و سر در گمی نسبت به اعضای غیر مستقل که کمتر از ارتباط واضح و پاسخگویانه را می پذیرند ظاهر می شود .

**مرزی :** سطحی از کار کرد مابین متوسط و به شدت مختل ، که به واسطه ی تلاشهای مستمر و بی اثر جهت رها ساختن نظام خانواده از سر در گمی به وسیله ی تلاشهای ساده گرایانه و اغلب سخت گیرانه در کنترل ، ظاهر می گردد.

**متوسط :** خانواده هایی که نوعاً " سالمند اما به وسیله ی مرزهای نسبتاً واضح ولی انتظارات دایمی در مورد کنترل و کنترل شدن ، فرزند را محدود می کنند .

وقتی انطباق پذیری را به عنوان یک پدیده در نظر بگیریم همواره ظرفیت وسعت پذیری روی پیوستاری از بد کار کردی و کار کرد مطلوب جای می گیرد. پس مدلی داریم واضح و یک پارچه که می تواند نظر به نظامهای خانوادگی را با نظریه ی رشدی پیوند دهند ( بیورزو وولر ۱۹۸۳، ص ۸۹).

این مولفان ادعا می کنند که مدل بیورز نسبت به مدل چند مختصاتی بهتر با واقعیت بالینی مطابقت دارد. چرا که این مدل نظریه ی سیستم ها را به نظریه رشدی ارتباط می دهد حال آن که نظر چند مختصاتی و این که مدل چند مختصاتی برخی نقایص منطقی دارد و ( به گفته آنها ) در بر دارند. (هی لی مقیاس توانایی کار کردی • انطباق پذیری ) که به سوی تعالی حرکت می کند نیست .

## مک مستر در مورد کار کرد خانواده :

این مدل (اپستین و همکاران، ۱۹۷۸) مدل تکامل یافته ای است از یک مدل انتشار نیافته به نام طرح طبقات خانوداگی که برای نخستین بار در سال ۱۹۶۲ مطرح گشت این مدل راه مفیدی برای بررسی خانواده ها ارائه داده است و بر رویکرد نظامدار استوار است. این رویکرد شش جنبه ی کار کرد خانواده را مد نظر قرار می دهد.

۱- حل مسئله

۲-ارتباط

۳- نقشها

۴- پاسخ گوی عاطفی<sup>۱</sup>

۵- دخالت عاطفی<sup>۲</sup>

۶- کنترل رفتاری<sup>۳</sup>

این طرح با کار کرد فعلی<sup>۴</sup> خانواده سر رو کار دارد نه با رشد قبلی یا مرحله ی تحولی کنونی آن.

## مدل فرایند کار کرد خانواده:

این مدل نیز نهایتاً از طرح طبقات خانوداگی مشتق می شود. همانطور که توسط استین هاور و همکارانش، (۱۹۸۴) بیان شد این مدل کار کرد خانواده را در طول شش بعد بررسی می کند که همه جز یکی شبیه به طبقات مدل مک مستر است. آنها عبارتند از:

۱- انجام وظیفه که شبیه به حل مسئله ی مدل مک مستر است

۲- ایفای نقش

---

1- Affective Responsivness  
2-Affective involvement  
3-Behavioral Control  
4-Current Functioning

۳- ارتباط ( از جمله ابراز عاطفی)

۴- دخالت عاطفی

۵- کنترل

۶- ارزشها و هنجارها

۷- انجام وظیفه و حل مسئله

این کنشها در هر یک از دو طرح بالا به طرق مشابهی مورد نظر قرار می گیرند. در هر دو فرایند های زیر باید وجود داشته باشد :

- شناسایی وظایفی که باید انجام گیرند

- کشف رویکرد های بدیل و انتخاب یکی

- اقدام

- ارزشیابی (باسبنجش) نتایج و برقراری سازگاریهای لازم

مدل مک مستر مرحله ای اضافی نیز در فرایند حل مسئله دارد به معنی آگاه کردن هر کس که لازم است از وجود مشکل مطلع شود و راجع به آن نکاتی بداند.

هر دو مدل وظایف خانواده را به وظایف پایه تحولی و بحرانی تقسیم می کنند وظایف پایه شامل امور هیستند مثل تامین خوراک ، پوشاک امنیت و مراقبت بهداشتی یعنی ضروریات به قادر در جامعه. وظایف تحولی وظایفی هستند که باید برای تضمین رشد به موازات باز شدن چرخه ی زندگی انجام پذیرند بنا بر این مراقبت لازم برای تضمین رشد سالم یک نوزاد کاملاً" از آنچه برای یک نوجوان لازم است متفاوت می باشد. خانواده ای با کارکرد خوب نسبت به نیازهای حساس است و سازگاریهای لازم را به موازات عبور در چرخه ی زندگی خانوادگی برقرار می کند .

وظایف بحرانی مهارت ها و بنه ی خانواده ها را در تنگنا و گاهی اوقات فراتر از قرار می دهند ممکن است این وظایف شامل رویارویی با وقایع نامعمول و غیرمنتظر همچون مرگ عضوی از خانواده ، بیماری شدید اعضای خانواده، از دست دادن شغل حادثه ی طبیعی از دست دادن خانه به واسطه ی آتش سوزی یا



مدل مک مستر نیز بین مشکلات ساز و برگ و عاطفی تمیز قائل می شود اولی شامل اموری مانند تامین نا کافی خوراک پوشاک و سر پناه با تامین ناکافی مخارج خانواده می شود، دومی متوجه احساسات است مثلاً " ایجاد خصومت جدی یا عدم اطمینان بین اعضای خانواده

#### نقشها

نقشها در قالب رفتارها ی توصیه شده و تکراری موجود در مجموعه ای از فعالیتهای دو جانبه با سایر اعضای خانواده تعریف شده است ( استین هاور و همکاران ، ۱۹۸۴ ) انجام وظیفه نیاز مند این است که تخصیص نقش مناسبی وجود داشته باشد و اعضای خانواده فعالیتهای خواسته شده را بر اساس تخصیص نقش انجام دهند. نقش ها باید تخصیص یابند توافق صورت گیرد و به عمل در آیند. همچنین باید با یکدیگر یک پارچه گردند برای این که یک وظیفه به نحو رضایت آمیزی انجام گیرد . باید نقشها همه ی آن چه که باید انجام شود در بر گیرند. در بسیاری از خانواده ها نقش های بسیاری است که باید ایفا گردند اما به شیوه ای رسمی تخصیص نمی یابند بلکه بیشتر به صورت الگوهای عاداتی برخی از اعضای خانواده در می آیند. البته گاهی اوقات لازم است افراد خانواده متفق شوند و روی این که چه کسی به خرید برود خانه را تمیز کند چمن بزند گربه را غذا بدهد و هر آنچه باید انجام شود و نمی شود توافق حاصل کنند .

مدل مک مستر کار کرد های ضروری خانواده، یعنی نقشهایی را که باید برای کار کرد سالم تر خانواده انجام بگیرند و سایر کار کرد های خانواده را از هم متمایز می سازد. کار کرد های ضروری شامل

سایر کار کرد های خانواده عبارتند از : کار کردهایی که ویژگی خانواده ی خاصی هستند مثل سپر بلا یا ایده آل کردن یکی از اعضای خانواده آن طور که مدل فرایند تعریف می کند. نقشها عبارتند از سنتی<sup>۱</sup> و اختصاصی<sup>۲</sup>.

اولی زمینه ای مشابه کارکردهای ضروری خانواده را در بر می گیرد که قبلاً ذکر شد. در حالی که نقشهای اختصاصی اغلب جلوه ای از آسیب شناسی فرد و خانواده هستند مولفان این مدل نیز نقش سپر بلا را به عنوان یک نقش اختصاصی متذکر می شوند .

### ارتباط<sup>۳</sup>

ارتباط بعدی از کار کرد خانواده است که هم مد نظر مدلهای مک مستر و فرایند و هم سایر مدلهایی که به آن ها خواهیم پرداخت قرار دارد. مولفان مک مستر بیشتر ارتباط کلامی را مد نظر قرار می دهند. نه به این خاطر اهمیت ارتباط غیر کلامی را نادیده می گیرند بلکه به خاطر مشکلات عملی سنجش و جمع آوری داده ها در زمینه رفتار های غیر کلامی. البته مدل فرایند، ارتباط غیر کلامی با آن چه را زمینه (پنهان) می داند مورد توجه قرار می دهد که شامل (ارتباط مجازی<sup>۴</sup>) ابراز شده از راه لحن صدا ، حالت چهره ، تماس یا عدم تماس بصری ، اطوار و نوع لغاتی که به کار برده می شوند می گردد .

---

1-Traditional  
2-Idiosyncratic  
3-Communication  
۴-Meta communication

جنبه های انتقادی ارتباط چه کلامی و چه غیر کلامی وضوح، صراحت، و کفایت ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر، وجود و پذیرش کسانی که مخاطب قرار می گیرند است. ممکن است ارتباطات عاطفی (ابراز احساسات) وسیله ای باشد (مربوط به فعالیتهای روزمره یا لازم زندگی روزانه)، یا بیان که نه عاطفی نه وسیله ای باشد. برای مثال بحث از موضوعات سیاسی یا نظرات مربوط به کارهای هنری.

ارتباطات روشن بر خلاف ارتباطات پوشیده عموماً "مطلوب هستند حال آن که ارتباطات پوشیده- که مبهم، فریبنده و سر در گم کننده هستند احتمال گنجی و تحریف شدن از سوی گیرنده را افزایش می دهند و به اضطراب می انجامند. معمولاً "بهرتر است ارتباطات به طور مستقیم از فرستنده ی پیام به گیرنده برسد تا این که از طریق شخص ناشی انجام گیرد. وقتی پیام به طور غیر مستقیم فرستاده شود ممکن است تحریف گردد یا نفر سوم در موقعیتی مشکل قرار گیرد و بین فرستنده و گیرنده در تعارض گیر کند.

## دخالته عاطفی

دخالته عاطفی به (درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به هم) مربوط است (استین هاور و همکاران ۱۹۸۴). به طور ایده آل خانواده نیازهای هیجانی تمام اعضایش را بر آورده می کند تا به مرحله ای از رشد برسند. بعضی از این نیازها توسط افراد خارج از خانواده بر آورده می شود. این امر به طور فزاینده ای در دوره ی طبیعی رشد و در مقطع نو جوانی روی می دهد.

هم مدل مک مستر و هم مدل فرایند انواع دخالت عاطفی را متمایز ساخته اند و به درجه آمیختگی اعضای خانواده با هم نظر دارند. انواع دخالت عاطفی زیر در هر دو طرح فهرست شده اند.

الف) عدم دخالت (یا فقدان دخالت در مدل مک مستر) اشاره به این دارد که اعضای خانواده بیشتر مثل غریبه ها در خانه ای بزرگ زندگی می کنند. آنها غالباً "تنها هستند و کامروا نیستند.

ب) علاقه (یا دخالت) از احساسات کاملاً "رخت بر می بندد. در چنین خانواده هایی به نظر می رسد آمیختگی اعضای خانواده با یکدیگر از احساس وظیفه، نیازی در یک عضو برای کنترل عضو دیگر یا حس کنجکاوی نشات می گیرد.

ج) آمیختگی خود خواهانه . در این جا به منظور حفظ احساسات ارزشمند خویش با عضو دیگر همراه می شود نه به خاطر مراقبت یا نگرانی واقعی نسبت به وی.

ه) دخالت دلسوزانه، این امر بر درک واقعی نیاز هایی که فرد با آنها دست به گریبان است مبتنی است و به پاسخهایی می انجامد که این نیاز ها را بر آورده می سازد.

و) شبکه، این اصطلاح در مدل فرایند به کار رفته است. هر چند مدل مک مستر حاوی دو طبقه است که مفهوم و مشابهی را توصیف می کند (در آمیختگی بیش از حد) و ( در آمیختگی هم زیستی ) مفهوم دوم تنها در روابط به شدت مختل دیده می شود.

طبق این گفته ۰ استین هاور و همکاران (۱۹۸۴) انواع دخالت ، آن گونه که قبلاً آمد به درجه دخالت و کیفیت آن بستگی دارد که می تواند پرورش دهنده یا مخرب باشد و هر چند روی هم رفته ما با موقعیت های این یا آن رو به رو نیستیم ، بلکه با تعداد بی شماری از متغیرهای ممکن در جهات متعدد سر و کار داریم .

طرح مک مستر بعد مجزایی به نام ( ابزار عاطفی ) دارد اما مدل فرایند این را در بعد ( دخالت عاطفی) جای می دهد حال آن که اولی طرفاً " جلوه ای از دومی است.

## کنترل

کنترل این بعد از کارکرد خانواده همانطور که در مدل فرایند آمد به (کنترل رفتار) در مدل مک مستر شباهت دارد. این بعد از تاثیرات اعضای خانواده بر یکدیگر تشکیل می شود .مدل فرایند (کار کرد حفاظتی) و ( انطباق های کار کرد) را از هم متمایز می کند .برای نیل به این مقصود به ابزارهای کنترل رفتار اعضای خانواده نیاز است.

زمانی که هر دو مدل را مد نظر قرار می دهیم ،چهار سبک پایه برای کنترل رفتار به دست می آید که عبارتند از خشک ، انعطاف پذیر، بی تفاوت و هرج و مرجی .

کنترل خشک<sup>۱</sup> قابلیت پیش بینی بالایی دارد. اما سازندگی و قابلیت سازگاری آن پایین است. این سبک ممکن است در کار کرد حفاظتی - انجام وظایف و نقشهای روزانه به خوبی به کار آید اما در انطباق تغییرات از جمله وظایف رشدی که خانواده ها باید با آن روبه رو شوند کمتر موافق است. استین هاور و همکاران (۱۹۸۴) متذکر میشوند که جنبه های کیفی این سبک معمولاً "انهدام، رفتار منفعل - پرخاشگر، کشمکش قدرت و جا به جایی خشم را بیرون از خانواده دامن می زند.

-سبکهای انعطاف پذیر، کنترل، قابل پیش بینی و سازنده هستند و می تواند به نحو مقتضی با موقعیت های تغییر یافته انطباق حاصل کند. به نقل از استین هاور و همکارانش (۱۹۸۴ ص ۸۳) این سبک به انجام وظیفه کمک می کند زیرا جوهره ی حمایتی و آموزشی آن اعضای خانواده را به سوی شراکت و یکی شدن با آرمانها و نقشهای خانواده سوق می دهد.

-سبکهای بی تفاوت معمولاً "قابل پیش بینی هستند اما سازندگی پایینی دارند. در خانواده های بی تفاوت همه چیز به حال خود است. تنبلی و بی سر انجامی بیش از سازمان یافتگی و عمل رواج دارد. معمولاً انجام وظیفه ضعیف است و اغلب مشکلاتی در روابط و تخصیص نقش وجود دارد. کودکان بر خاسته از این خانواده ها اغلب رفتار نا امن و توجه طلب دارند، و کنترل تکانه و انضباط ضعیفی نشان می دهند. ورود به مدرسه که همرنگی با هنجارهای خاص رفتاری را طلب می کند می تواند برای آن ها مشکل زا باشد.

-سبکهای هرج و مرجی کنترل هم از لحاظ قابلیت پیش بینی هم سازندگی ضعیف هستند. این سبکها غیر قابل پیش بینی اند. از سبک خشک تا منعطف و بی تفاوت تغییر می کند، به نحوی که هیچ کس نمی داند چه چیز در انتظار است. این تغییرات بیشتر بر طبق هوس و خلق اعضای خانواده صورت می گیرند، نه بر پایه ی تغییر موقعیت با نیازهای خانواده. بی ثباتی و بی پایگی که مشخصه ی این خانواده ها است معمولاً "به عملکرد ضعیف خانواده در سایر مسائلی که ذکر کرده ایم منجر می شود.

---

1-Rigid control

## ارزشها و هنجارها

این بعد از کار کرد خانواده در مدل مک مستر جا نگرفته است. البته مدل فرایند ارزشهای مذهبی و اخلاقی خانواده که از منابع روان شناختی و اجتماعی متنوعی مشتق شده اند، و هنجارهای آن را که آیینهای تمام نمایی بود و نبود خانواده است مد نظر قرار می دهد.

درک سیستمهای ارزشی خانواده ها به خصوص در درمان موفقیت آمیز موارد ارجاع شده مفید و حتی شاید ضروری باشد. نه تنها نظرات راجع به چیزهایی مثل سقط جنین، نقش زن در جامعه، وجود خدا، پذیرش یا عدم پذیرش استعمال ماری جوانا بسیار متفاوت است بلکه خانواده ها روی اموری که ممکن است نسبتاً "جزئی" به نظر برسند اختلاف نظر دارند. این امور شامل موضوعاتی می شود. مثل آیا بچه باید ساعت خواب مشخصی داشته باشد و این وقت کی باید باشد، و مسئولیت محوله به کودکان سنین مختلف در امور خانه. این امور به نظر جزئی می تواند کانون تنش و سختی زیادی باشد، خصوصاً وقتی خانواده ها روی این موضوعات توافق ندارند.

## دلایل انتخاب مدل مک مستر

در خصوص سنجش کارکرد خانواده یکی از پرسشنامه هایی که هنجار یابی شده و پایایی و روایی آن مورد آزمون قرار گرفته است، ابزار ۶۰ سوالی مک مستر (FAD) است این ابزار در سال ۱۳۷۴ توسط ثنائی و در سال ۱۳۷۸ توسط نجاریان هنجار یابی شده است و ابزاری است که در ایران با اعتبار بالای ۹۵ درصد توانسته است کارکرد خانواده را در شش جنبه، ارتباط، نقش، کنترل رفتار، پاسخ گویی عاطفی، همراهی عاطفی، حل مساله مورد سنجش قرار دهد.

## نظریه ارتباطات

فرایندهای ارتباط در خانواده ها از دیر باز مورد علاقه درمانگرها بوده اند . این امر موجب شده که خیلی از درمانگرها به ارائه نظریه هایی راجع به ارتباط آدمی و در صورت نیاز ، کشف چگونگی اصلاح آن بپردازند. سه جنبه ارتباط انسانی یعنی ترکیب ، معنی و اعمال از درک روابط خانواده هاست.

ترکیب به قرار دادهایی اشاره دارد که هنگام کنار هم قرار گرفتن واژه ها در جملات و پاراگراف ها به منظور بیان معنی بکار می روند.

معانی به معانی واژه ها مربوط می شود ، این جنبه با اصولی که بر رابطه بین واژه ها یا جملات و معانی آنها حاکمند و نیز با میزان وضوح زبان و کاربرد آن در موقعیت های خاص سروکار دارد.

اعمال عبارتست از مطالعه اثرات رفتاری ارتباط ، این اعمال تا حد بسیار زیادی به رفتار غیر کلامی افراد زمینه ارتباط و اینکه در چه متن معنایی گفته می شود بستگی دارد . امروزه کاملاً قطعی است که اشارات غیر کلامی و همینطور مضمون ارتباط می تواند انتقال پیدا کند ، مثل همان چیزی که در قالب شوخی یا تهدید یا عذر خواهی و جز اینها بیان می شود .

مهمترین اصول خصوصیات ارتباطی عبارتند از : الف : نداشتن ارتباط امکان پذیر نیست.

ب: ارتباط حاوی جنبه های رابطه ای و همین طور محتوایی است .

ج: استفاده از علائم نگارش یک ویژگی مهم ارتباط است .

د: ارتباط ممکن است به انواع عددی و قیاسی تقسیم شود.

ف: تعامل قرینه ای و تکمیلی

و: ارتباط می تواند متناقض باشد.

مک مستر در مورد کنش خانواده ( اپستین و همکاران ۱۹۷۸ ) نیز ماهیت ارتباط در خانواده ها را یکی از شاخص هایی می داند که باید مورد ارزیابی واقع شود. این گروه بیشتر به ارتباط کلامی علاقمند هستند تا ارتباط غیر کلامی . به عقیده ایشان ، چنین ارتباطی می تواند کافی یا ناکافی ، واضح یا پنهان و مستقیم یا غیر مستقیم باشد . بنابراین برخی از ارتباطات به خاطر ناچیز بودن اطلاعات رد و بدل شده ،

وقتی فردی با کسی ارتباط کلامی برقرار میکند ، فرد مخاطب می تواند به سه طریق به پیام این ارتباط پاسخ گوید. نخست پذیرش ارتباط است . در این حالت فرد به سوالی که پرسیده شده پاسخ می دهد یا در مورد محتوای پیام ، به شیوه های مقتضی اظهار نظر می کند . دوم طرد است. یعنی مخاطب به پیام پاسخ نمی دهد مثلاً خود را سرگرم مطالعه یا گوش دادن به چیزی دیگر نشان می دهد و یا از پنجره به بیرون نگاه می کند . البته اینها خود نوعی ارتباط به شمار می آیند، اما مستقیم و واضح نیستند. سوم و شاید مرضی تر از همه عدم تصدیق همان شیوه نامودبانه پاسخ دادن ، ابراز بی علاقهگی ، غیر منطقی بودن ، و امثالهم است . چنین پاسخ هایی معمولاً به نحوی آزاردهنده ، بی قید و سرسری ، و یا کنایه آمیز اظهار می شوند. بدین ترتیب فرد پاسخ دهنده با نحوه پاسخ گویی خود فرد اول را ناچیز می شمارد و گاهی نیز به تملق گویی که شکل دیگر "عدم تصدیق" است متوسل می شوند.

در برقراری ارتباط می توان از علائم نیز استفاده کرد ، مثل حالتی که مخاطب برای اجتناب از جواب دادن به ترفندهایی نظیر خواب آلودگی ، نشنیدن یا ناخوش بودن متوسل می شود.

### نظریه یادگیری<sup>۱</sup>

آدمی بیشتر و شاید اغلب رفتارهای خود را فراگرفته است و بخش کمی از آن زیستی و دارای اساس ژنتیکی است .

شرطی شدن پاسخی<sup>۲</sup> رفتار را می توان به وسیله اصلاح شرایطی که منجر به آن رفتار می شود ، تغییر داد .

نظریه یادگیری مجموعه ای از فنون و روشها را در اختیار ما قرار می دهد که می تواند در رویارویی با رفتارهای متقابل مرضی میان اعضای خانواده بسیار مفید و کارآمد باشند.

---

1-Learning Theory  
2-Respondent conditioning



شرطی شدن عامل<sup>۱</sup> حالتی که در آن رفتار به وسیله اصلاح موقعیت های پس از وقوع آن تغییر می یابد .

هرگاه بنا باشد نظریه یادگیری به طور بالینی در خانواده ها بکار برده شود باید ابتدا الگوهای رفتاری آنها به دقت بررسی شود و سپس برای اصلاح " پی آیندها" یا شرایطی که تصور می رود رفتار کنترل می کنند ریخته شود. معمولاً این طرح مستلزم مداخله مستقیم در خانواده به منظور تغییر الگوی پاسخ های نگران کننده است.

به نظر بسیاری از درمانگران رفتارگرا ، رفتار نابهنجار نتیجه فرایند های بازخوردی در تعاملات اعضای خانواده است . رفتار نابهنجار ، در واقع ، به عنوان پاسخی قابل درک و حتی غیر قابل اجتناب پی آیندهای سیستم، مورد ملاحظه قرار می گیرد . این پی آیندها ، موقعیت هایی حاکم بر رفتار را پیش می آورند . لذا با مرور منابع و اسناد می توان برای تغییر رفتار از مدخل دیگری وارد عمل شد و شاید یکی از این تغییر رفتار افراد در مطلع شدن و آگاهی یافتن از چگونگی رفتار و پیامدهای رفتارشان است . در این خصوص با بکار گیری آموزش مهارت های زندگی در صدد یادگیری و اکتساب رفتارها و ارتباطات موثر در افراد می توانیم در نظر بگیریم .

### نظریه سیستم ها :

نظریه سیستم های کلی از سوی ون برتالانفی<sup>۲</sup> در مقام نظریه ای کلی در مورد سازمان اجزاء به طور عام ارائه شد . وی (۱۹۶۸، ص ۵۵) سیستم را "دسته ای از عناصر تعامل کننده" تعریف کرد. برتالانفی نظامهای باز و بسته را از هم متمایز ساخت . نظامهای بسته آنهایی هستند که تعاملی با محیط ندارند و کارکرد آنها همانند واکنش شیمیایی یا فیزیکی در یک ظرف در بسته است چنین نظامهایی از قوانینی متفاوت از قوانین پیروی شده در نظامهای باز تبعیت می کنند . در حالی که نظامهای بازی چون خانواده از خود تحلیل نشان نمی دهند و رد و بدل مستمر موضوعات مربوط به آنها همیشه خارج از مرزهای نظام وجود

---

۱-Operant conditioning  
2-Von Bertalanffy

الف) خانواده ها سیستم ها بی محسوب می شوند که خص.صیات آنها چیزی بیش از مجموع خصوصیات اجزایشان است.

ب) عمل چنین سیستم هایی به وسیله قوانین عمومی خاص اداره می شود .

ج) هر سیستم مرزهایی دارد ، که خصوصیات آن در فهم چگونگی کار سیستم مهم است.

د) مرزهای فراگیرنده سیستم نیمه تراوا هستند ، بدین معنی که برخی چیزها می تواند از آنها عبور کنند و برخی نمی تواند . علاوه بر این ، گاهی اوقات موضوعات خاصی پیدا می شود که فقط وارد یا خارج می شود .

ذ) نظامهای خانوادگی به سمت ثبات "نسبی" گرایش دارند نه " کلی " . در حقیقت رشد و تکامل آنها به طور معمول جریان دارد . تغییر می تواند رخ دهد و یا به طرق گوناگونی برانگیخته شود.

و) ارتباط و مکانیزمهای بازخوردی میان اجزای سیستم در کارکرد آن مهم است .

ر) فهم رویداد هایی نظیر رفتار افراد خانواده در قالب مثالهایی چون علیت حلقوی<sup>۱</sup> بهتر از موارد علیت خطی<sup>۲</sup> صورت می گیرد .

ح) به نظر می رسد که نظامهای خانوادگی همانند دیگر نظامهای باز هدفمند باشند .

ط) سیستم ها از نظامهای فرعی تشکیل می شود و خود در واقع اجزایی از نظامهای فراگیر و بزرگتر هستند.

---

1-Circular causality  
2-Linear causality

## تعریف مهارت‌های زندگی :

در زمینه مهارت‌های زندگی تعاریف و طبقه بندی های مختلفی ارائه شده است و صاحب نظران در تحقیقات خود مهارت‌های مختلفی را مد نظر قرار داده اند . که حاکی از تنوع مهارت‌های زندگی مطلوب است . موریس ، ای ، الیاس<sup>۱</sup>

از دانشگاه راجرز در آمریکا مفهوم عامی از ماهیت مهارت‌های زندگی بدست می دهد :

مهارت‌های زندگی یعنی ایجاد روابط بین فردی مناسب و موثر ، انجام مسئولیت های اجتماعی ، انجام تصمیم گیری های صحیح ، حل تعارض و کشمکش ها بدون توسل به اعمالی که به خود یا دیگران صدمه می زند (سازمان جهانی بهداشت ۱۳۷۹، قنبری ۱۳۸۵)

مهارت‌های زندگی عبارتند از مجموعه ای از تواناییها که زمینه سازگاری و رفتار مثبت و مفید را فراهم می آورند . این توانایی ها فرد را قادر می سازد تا مسئولیت‌های نقش اجتماعی خود را بپذیرد و بدون لطمه زدن به خود یا دیگران با خواستهها ، انتظارات و مشکلات روزانه بویژه در روابط بین فردی به شکل موثری روبه رو شود . (طارمیان ، فتحی ۱۳۸۰، قنبری ۱۳۸۵)

هانتر (۱۳۷۸) مهارت‌های زندگی راره رسیدن به شرایط بهتر می داند که با آموختن آن می توان زندگی موفق تری را تجربه نمود .

گازدا و همکاران (۱۹۷۸) مهارت‌های زندگی را چنین تعریف کرده اند همه مهارت‌ها و آگاهی ها که لازمه زندگی موثر هستند و در چهار زمینه خانوادگی ، تحصیلی ، اجتماعی و شغل لازم و ضروری اند . بطوری که در هر یک از این زمینه ها قابل تعریف و اندازه گیری بصورت عینی باشند (طارمیان ۱۳۷۸)

در تعریف جدید یونیسف از مهارت‌های زندگی چنین بیان می گردد که مهارت‌های زندگی شامل گروه بزرگی از مهارت‌های روانشناختی اجتماعی و بین فردی است که توانایی کمک به فرد در ساخت تصمیم گیری شخصی ، مکالمات موثر و تکامل الگو برداری و مهارت‌های خود مدیریتی را دارد که ممکن است به آنها در هدایت به سوی زندگی سالم یاری رساند (یونیسف ۲۰۰۵)

---

<sup>1</sup> Moris e elyas

مهارت‌های زندگی ، مهارت‌های شخصی و اجتماعی هستند که کودکان و نوجوانان باید آنها را یاد بگیرند تا بتوانند در مورد خود انسان‌های دیگر و کل اجتماع به طور موثر و شایسته عمل کنند . (نیک پور ۱۳۸۳)

طبق نظر داردان ، کازداو و کینز مهارت‌های زندگی برای زندگی اثر بخش ضرورت دارند و برای سراسر دوره های زندگی ( کودکی ، نوجوانی ، بزرگسالی ) مورد نظر هستند (داردان ، کازدا ، کینز ۱۹۹۶)

طبق نظر بوتین و کانتور (۲۰۰۰) اجزاء مهارت‌های زندگی شامل مهارت‌های خود مدیریتی و مهارت‌های اجتماعی است . مهارت‌های خود مدیریتی فردی شامل توانایی تصمیم گیری و حل مساله ، آگاهی از تاثیرات اجتماعی و مقاومت در برابر آن ، مقابله با اضطراب و افسردگی ، خشم و ناکامی ، تعیین هدف ، خود رهبری و خود تقویت دهی می باشد . مهارت‌های اجتماعی نیز بخش دیگری از مهارت‌های زندگی است که شامل برقراری ارتباط اجتماعی ، مهارت‌های جرات مندی کلامی و غیر کلامی ، احترام گذاشتن و افزایش شایستگی اجتماعی افراد می باشد .

### مبانی نظری مهارت‌های زندگی :

مبانی نظری مهارت‌های زندگی را می توان در روانشناسی ، مشاوره و علوم تربیتی جستجو کرد . در روانشناسی نظریه های رشد به ویژه نظریه رشد جامع که بر چهار جنبه اساسی رشد (جسمی ، ذهنی ، عاطفی ، اجتماعی ) بصورت متعادل تاکید دارد .

نظریه یادگیری از جمله نظریه یادگیری اجتماعی بندورا (Bandura) و نیز دهه اخیر نظریه های هوش هیجانی پایه های نظریه مهارت های زندگی را تشکیل می دهد (قاسم زاده ۱۳۸۴) در مشاوره نظریه های مشاوره مراجع-محور که برای جاد توانمندی در مراجع تأکید دارد ، نظریه های شناخت ، رفتار درمانی که بر افزایش آگاهی و تغییرات رفتاری مراجع مبتنی است و نیز نظریه های مشاوره گروهی که بر های گروه و نقش آن در درمان تأکید دارد ، تأثیرات فراوانی در برنامه ریزی مهارت های زندگی داشته است . در علوم تربیتی الگو های آموزشی که برای کودکان و نوجوانان پیشنهاد شده است از جمله الگوی آموزشی واکر و الگوی مهارت های رشد عاطفی شناختی اجتماعی کوپر و گارنر در توسعه برنامه مهارت های زندگی نقش

موثری داشته اند .

رهنمود های یونسکو برای آموزش و پرورش در هزاره سوم نیز مبنایی برای مهارت های زندگی به شمار می رود ، یونسکو چهار هدف اصلی برای آزمون در قرن ۲۱ به شرح ذیل ارائه داده است .

۱-آموختن برای یاد گرفتن

۲-آموختن برای بکار بردن

۳-آموختن برای زیستن

۴-آموختن برای با هم زیستن

که دو هدف آخر پایه های مهارت های زندگی را تشکیل می دهند (قاسم زاده ۱۳۸۴)

## پیشینه اجرای برنامه های مهارتهای زندگی

برنامه های آموزش مهارتهای زندگی در کشورهای اروپایی با اجرای الگوهای آموزشی واکر ، کوپر و

گاردنر در دهه ۸۰ آغاز شد (قاسم زاده ۱۳۸۴)

در سال ۱۹۷۹ توسط بوتوین استاد روانپزشکی و علوم رفتاری معرفی شد (یونیسف ۲۰۰۵) بوتوین به عنوان یک دانشمند رفتارگرا در زمینه ترویج بهداشت و پیشگیری مشهور است و تحقیقات وسیعی در برنامه های پیشگیری مبتنی بر مدرسه انجام داده است . فعالیتهای اصلی اش شامل تحقیق ، آموزش شخصی و آموزش عمومی می باشد (بوتوین ۲۰۰۱ ، اصغر زاده ۱۳۸۲). به پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ برای اجرای این برنامه ها در کشورهای در حال توسعه در ایران ، یونیسف در سال ۱۳۷۶ اقدام به تهیه راهنمای آموزش مهارتهای زندگی برای نوجوانان ، زنان و جوانان نمود و با برگزاری کارگاه های آموزشی متعدد برای سازمان های دولتی و غیر دولتی به معرفی این برنامه پرداخت . معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی با همکاری وزارت آموزش و پرورش به تهیه و اجرای آزمایشی این برنامه در چند منطقه تهران اقدام نمود و در حال حاضر به عنوان واحد اختیاری در رشته کارو دانش آموزش داده می شود . (قاسم

زاده ۱۳۸۴)

## اهداف آموزش مهارت‌های زندگی :

مجموعه مهارت‌های زندگی یک رویکرد متمرکز به فرد است که هدفش کمک به افراد جهت رشد مهارت‌های مورد نیاز زندگی می باشد. مجموعه مهارت‌های زندگی نه تنها به توانمند ساختن افراد در زندگی حال می اندیشد، بلکه به توانمندی آنان در آینده تاکید دارد. به فرد کمک می کند تا از ناتوانیها و ضعف های مهارتی به سوی مهارت‌های توانمند و سازنده حرکت نماید. در واقع هدف نهایی مهارت‌های زندگی این است که افراد مسئولیت برتری و شایستگی فرد خویش را بپذیرند. این شایستگی فردی شامل احساس کفایت و شایستگی سطح بالا، سلامت روانی، خود شکوفایی و پذیرش مسئولیت فردی می باشد. لذا مجموعه مهارت‌های زندگی اهداف پیشگیرانه، کنترل و مدیریت مشکلات را دارد و همانند یک رویکرد آموزشی هم برای مداخلات گروهی و هم فردی مناسب است (نلسون، جونز<sup>1</sup>، آقاجانی ۱۳۸۱)

هدف از آموزش مهارت‌های زندگی افزایش توانایی روانی - اجتماعی و در نهایت پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب زنده به بهداشت جسمانی و روانی و ارتقای سطح روان افراد است ( سازمان بهداشت جهانی ۱۳۷۹)

## اهمیت مهارت‌های زندگی

در مطالعه ای که توسط کلینکمن (۱۹۹۸) انجام گرفت مهارت‌های زندگی در زمینه هایی مانند برقراری ارتباط صمیمانه، مسائل تحصیلی و شغلی، رفتارهای خود تخریبی، زندگی اجتماعی و بهداشت اثربخش بود. یکی از مولفه های اساسی آموزش مهارت‌های زندگی بحث‌های گروهی است. بحث‌های گروهی موجب می شود که که شرکت کنندگان استعدادها و تواناییهای فردی خود را کشف کنند. در ضمن از طریق مشکل گشایی گروهی، راه حلهایی را برای مشکلات زندگی روزمره تجربه کنند. در این روش زنان دارای همسر معتاد احساس می کنند که مورد پذیرش گروه هستند. از محاسن دیگر بحث‌های گروهی

---

<sup>1</sup> Nelson.joneg

پژوهش های متعدد نشان داده اند که آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه های ذیل موثر بوده است .

الف : افزایش سلامت روانی و جسمانی

۱- تقویت اعتماد به نفس و احترام به خود

۲-مقابله با فشارهای محیطی و روانی

۳-کمک به تقویت ارتباط بین فردی

۴-افزایش سطح رفتارهای سالم و مفید اجتماعی

ب: پیشگیری از مشکلات روانی \_ رفتاری و اجتماعی

۱-کاهش مصرف سیگار و مواد مخدر

۲-کاهش اضطراب و افسردگی

۳- کاهش آزار جسمانی زنان در محیط خانه

۴-کاهش تمایلات و افکار خودکشی گرایانه

۵-کاهش از هم گیسختگی های خانواده

## روش آموزش مهارت‌های زندگی :

برنامه های آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی بر این تئوری (یادگیری اجتماعی) بر یادگیری تجربی و فرصتهایی برای تمرین ، مهارت‌های جدید و کسب کردن (مهارتها) در طول آموزش استوار است .

آموزش مهارت‌های زندگی به صورت کارگاهی مبتنی بر روشهای مشارکتی انجام می گیرد و از روشهای

زیر استفاده می شود :

---

<sup>1</sup> Miler&nun

۱- روشهای گروهی و مشارکتی

۲- روشهای بارش افکار (ذهنی انگیزی)

۳- روشهای ایفای نقش

۴- روشهای بحث و گفتگو

۵- روشهای عملی شامل تهیه طرحهای اجرایی، نوشتاری تصویری. این روشها با انجام تمرینهای

لازم کافی تجربه ایجاد آگاهی و تغییر نگرش ها و رفتارهای افراد می شود (قاسم زاده ۱۳۸۴)

طبق نظر یکساچ (۱۹۹۶) برنامه آموزشی مهارتهای زندگی شامل بحث های گروهی می باشد که موفقیت مناسبی را جهت کسب مهارتهای ارتباطی و تعامل با دیگران فراهم می نماید و در واقع لزوم همکاری شرکت کنندگان با یکدیگر، موجب افزایش توانایی و اثربخش افراد در رفتارهای بین فردی می شود.

آموزش مهارتهای زندگی، آموزش مبتنی بر مهارتهای مربوط به رشد تواناییهایی است که نسل جوان را برای بر خورد موثر با نیازها و چالش های زندگی روزمره بویژه در زمینه بهداشت جسمانی، عاطفی و اجتماعی توانمند می سازد. بدنبال تعریف و توضیح مهارتهای زندگی، به مهارتهایی که در بسته آموزشی منتشر شده توسط سازمان بهزیستی کشور به چاپ رسیده و منبع آموزشی به شمار می رود، می پردازیم.

### مهارت همدلی:

برای این که بتوانیم سختی های زندگی که بنا به ماهیت اجتماعی مان مجبور به روبه رو شدن با آنها هستیم، را پشت سر بگذاریم نیاز به حمایت های اجتماعی داریم و یکی از مهمترین این حمایت ها همدلی است. زمانی که مشکلی (غم) داریم دوست شما با دقت به سخنان شما گوش می دهد و به شما این احساس را منتقل می نماید که شما را می فهمد ( شما را دوست دارد ) وقتی از او جدا می شویم انرژی حاصل از این همدلی در وجود ماست. این انرژی به ما توان می بخشد که خود را بهتر پذیرفته و با دیگران نیز بتوانیم ارتباط بهتر و خوشایند تری برقرار کنیم. همدلی از نخستین سالهای زندگی در افراد وجود دارد هر چند



افراد مختلف از نظر توانایی و تمایل به همدلی کردن با دیگران متفاوتند. ریشه این تفاوت ها کجاست ؟

### تفاوت های فردی :

هر فرد ساختار ژنتیکی مخصوص به خود دارد و هر خانواده ای سبک و روش مخصوص به خود را داراست . بنا بر این هر یک از ما فردی منحصر به فرد بوده که در بعضی زمینه ها با دیگران متفاوتیم و در برخی مشابه . برخی برای برقراری ارتباط افرادی را بر می گزینند که بیشترین شباهت را با آنان داشته باشند و برخی معتقدند که تفاوتها به ما فرصت می دهند که بفهمیم چه مهارتهایی را بلد نیستیم و باید به دنبال کسب آنها باشیم .

### تعریف همدلی :

نوع خاصی از توجه داشتن به دیدگاه دیگری است .فرد از طریق ادراک ، واکنشهای عاطفی دیگران ، واکنشهای عاطفی از خود نشان می دهد و به آن همدلی گویند .  
به منظور برقراری رابطه همدلانه، فرد باید بتواند خود را جای دیگران بگذارد . امور را از دیدگاه آنان ببیند و از خود بپرسد که اگر جای او بودم چه احساسی داشتم ؟  
شرط لازم برای چنین کاری این است که فرد ویژگیهای خود را شناخته باشد (شکست ها و موفقیت های خود را پذیرفته ) آن گاه می تواند دیگران را نیز با همان وضعیتی که هستند با همان ضعف ها و توانمندی هایشان بپذیرد و به آنها احترام بگذارد.

### راههای رسیدن به همدلی :

#### ۱- درک چار چوب ذهنی دیگران

درک هر یک از ما از یک موفقیت خاص با دیگری کاملاً متفاوت است . زیرا هر یک از ما بر حسب تجربیات خود موضوعی را تفسیر می کنیم .افرادی مایلند درباره ی موضوعی به تفصیل بشنوند ، عده ای می

باید در حد امکان چار چوب ذهنی خود را به دیگری نزدیک کنیم تا زمینه ی سخن گفتن و ارتباط میسر شود هر چند به طور نا خود آگاه خود را با فردی صمیمی حس می کنیم که از نظر فرهنگی ، تجارب زندگی ، و --- با ما شباهت داشته باشد ، اما باید بتوا نیم به سخنان طرف مقابل خواه موافق ، خواه مخالف احترام بگذاریم و بکوشیم قضایا را از دید گاه او ببینیم و درک کنیم.

### کنترل احساسات و هیجانات :

افراد مختلف در برابر محرکهای مشابه احساسات مختلفی را تجربه می کنند. در بر خورد با یک رویداد خاص ، فردی ممکن است عصبانی شود ، دیگری ممکن است غمگین ، و یکی به راحتی از آن بگذرد . واکنشها نیز متفاوت است . یکی عصبانیت خود را بروز می دهد ، دیگری کنترل و فکر می کند که چه کند ؟ میزان مهارت افراد در میان احساسات به برقراری ارتباط هر چه بهتر با دیگران کمک می کند. یکی از عوامل زیر بنایی در دستیابی به همدلی تسلط بر هیجانات و احساسات است . برای برقراری روابط همدلانه باید احساسات خود را شناخته ، کنترل آن را در دست گرفته و اجازه ندهیم که پریشانی خاطر، تفکر ما را خدشه دار سازد . افرادی که به خویشتن داری دست یافته اند ، احساسات دیگران را بهتر می شناسند.

### ۲- هماهنگی :

به معنی انعکاس رفتار های طرف مقابل است ، به نحوی که وی بتواند در اعمال و گفته های شما ، اعمال و گفته های خود را بیابد . هماهنگی این است که وارد جهان شخصی طرف مقابل شویم به ترتیبی که آنان با ما احساس یگانگی کنند ، و چه هایی از خودمان را که شبیه به دیگران است به آن ها نشان دهیم . این درست است که ما با کسانی که احساسی مانند ما دارند و دارای همان باور های ما هستند بهتر از همه

از راههای مختلفی می توان هماهنگی با دیگران را افزایش داد .

### **زبان اندام :**

وضعیت نشستن ، حرکت دست ، راه رفتن ، لباس پوشیدن

### **نحوه ی سخن گفتن :**

واژه های انتخابی ، اطلاعات خاص ، سرعت ، لحن صدا

### **احساسات و خلیات :**

نگرش ، باورها ، اعتقادات ، وسعت نظر. هر قدر ما بیشتر بتوانیم شباهت های خود را با دیگران پیدا کنیم و بیشتر بتوانیم تفاوت هایمان را بپذیریم و به آن ها احترام بگذاریم ، امکان دستیابی به هماهنگی بیشتر شده ، در نتیجه برقراری رابطه ی همدلانه موفق تر خواهد بود .

### **گوش کردن :**

گوش کردن با شنیدن صرف تفاوت دارد ، گوش کردن عملی ارادی است که به صبر و توجه نیاز دارد . دقیق شنیدن یک مهارت اکتسابی است و مستلزم تلاش فراوان است . به غیر از گوش کردن سوالاتی که مطرح می کنیم حالات و حرکات ما همگی در دقیق شنیدن موثر است.

استنباط خود را از بیانات و احساسات گوینده به او منتقل کنیم . خواه موافق خواه مخالف با بیان استنباط خود در واقع به گوینده نشان می دهیم که به عمق مطالب او پی برده ایم . و از نقطه نظرهای او کاملاً آگاهیم . در ذهن خود مطالب را جمع بندی کرده سپس آن را به صورت خلاصه انتقال می دهیم.

برای دقیق گوش کردن چهار فن وجود دارد:

### **تعبیر و تفسیر کردن :**

مطالبی که شنیده ایم برای گوینده تفسیر کنیم تا مطمئن شویم که سخنان او را درست فهمیده ایم.

انعکاس احساسات :

وقتی کسی عصبانی یا نا راحت به نظر می رسد با دقت شنیدن همدلی خود را به او منعکس کنیم.

انعکاس مفاهیم :

به طور خلاصه حقایق و محتوای سخن گوینده را به او منعکس کنیم.

### ترکیب کردن و خلاصه نمودن :

نکات مختلف گوینده را با هم ترکیب کرده و در یک جمله به او منعکس کنیم. مهارت همدلی یعنی این که فرد بتواند زندگی دیگران را حتی زمانی که در آن شرایط قرار دارند درک کند ، تا بتواند انسانهای دیگر را وقتی با او نیز بسیار متفاوتند بپذیرد و به آنها احترام بگذارد ، بسیاری از رفتار های خشن در سطح جامعه ناشی از عدم مهارت همدلی است .

بنابراین امکان کسب این مهارت برای افراد جزء الزامات است و افراد نیازمند کسب آگاهی و تمرین کردن آنمی باشند. همچنین بعضی از افراد نمی توانند سطحی از همدلی را ابراز نمایند . در نتیجه واکنشهایی که نسبت به افراد و اعضاء خانواده خود نشان می دهند متفاوت خواهد بود. اگرچه افراد نمی توانند خود را جای دیگری به لحاظ احساسی بگذارند . مانند سوال از زنان دارای همسر معتاد " اگر تو جای همسرت بودی چه احساسی داشتی ؟ " و همچنین درک مطلوب تر شرایطی که افراد در آن قرار دارند می تواند به ایجاد حمایت و ارتباط مفیدتر منجر شود .

### مهارت خود آگاهی :

توانایی شناخت خصوصیات نقاط ضعف و قدرت ، خواسته ها ، ترس ها و انزجار هاست . برای اکثر ما توصیف ویژگی های اخلاقی و رفتاری خود برای دیگران کار سخت و دشواری است .

ممکن است پاسخ به این سوال که چه کسی هستیم ؟ سخت و دشوار باشد ؟

اکثر ما فقط در مورد ویژگی های کلی و عمومی خود بحث می کنیم واز ویژگی های شخصیتی و

رفتاری خود اطلاعات کافی و مناسبی نداریم .

نمی دانیم که چه کارهایی را خوب انجام دهیم؟ به چه علت مهربانیم؟

چه آرزو هایی داریم اولویت های زندگیمان چیست ؟ رشد خود آگاهی به فرد کمک می کند تا در یابد تحت استرس قرار دارد یا نه و این معمولاً "پیش شرط و شرط ضروری روابط اجتماعی و روابط بین فردی موثر و همدلانه است .

آیا تا به حال این سوال را از خود پرسیده ایم که من کیستم؟ به نظر دیگران من چطور فردی هستم؟ لازمه ی پاسخ دادن به این سوالات داشتن خود آگاهی است . خود آگاهی به این معنی است که چگونه به خود نگاه کرده و بر اساس این نگاه چه احساسی پیدا می کنیم؟ آیا فردی را می شنا سید که از خود آگاهی خوبی بر خوردار باشد؟ چه ویژگی هایی دارد؟ نوع خود آگاهی ها پیش بینی کننده احساس رضایت ما از خودمان در زندگی است .

احساس نا راضی بودن از خود ، نشانه هایی است که به فرد هشدار می دهد که نیاز مند تغییر است و اساسی ترین بخش این تغییر خود آگاهی است . متأسفانه ما کمتر حاضریم وقتی را صرف این کنیم که ببینیم چه خصوصیتی داریم و کمتر می توانیم ارزشها ، علایق و چیزهایی را که دوست نداریم ، باور ها یا سبک زندگیمان را تجزیه و تحلیل کنیم .

ما فقط در تکاپو هستیم کارهای دیروز را به پایان رسانیم و کارهایی برای فردا داشته باشیم و همین عمل را فردا و روزهای بعد هم انجام دهیم .

### تعریف خود آگاهی :

آگاهی یافتن و شناخت اجزای وجود همچون خصوصیات ظاهری ، احساسات ، افکار و باورها ، ارزشها ، اهداف نقاط قوت و ضعف . آگاهی یافتن از ویژگی هایمان یک مهارت است و الزام به نگرستن خود اولین قدم خود آگاهی است . چه اهدافی را دنبال می کنیم؟ از نظر عاطفی در چه شرایطی هستیم؟ از نظر ظاهری چه ویژگی هایی داریم؟

## اجزای خود آگاهی :

### ۱- شناخت ویژگی های جسمانی بدن

از عوامل موثر در شناخت خود است . ویژگیهای فیزیکی ما ، ویژگیهایی که وقتی دیگران به ما نگاه می کنند آن ها را تشخیص می دهند . هر یک از ما برخی از ویژگیهای ظاهری خود را مثبت و برخی دیگر منفی ارزیابی می کنیم.

### ۲- شناخت تواناییها و مهارتهای خود (نقاط قوت)

شناخت خصموصیات و ویژگی های مثبت خود  
به صورتی که برخی از این ویژگیها آشکار است آن را می شناسیم و برخی دیگر را به خوبی نمی شناسیم و باید آن را کشف کنیم و اگر نتوانستیم گاه با مشورت دیگران بتوانیم آنها را بیابیم .

### شناخت توان مندی ها و استعداد های خود :

هر کدام از ما توانایی هایی داریم که باعث می شود در چنین کارهایی موفق باشیم مثل روابط اجتماعی خوب ، نقاشی خوب.....

### شناخت پیشرفتهای و موفقیت های خود:

منظوراز پیشرفت یک سری کارهای بزرگ و عجیب مثل اکتشاف یا اختراع نیست بلکه موفقیت در انجام کارهای معمولی زندگی است . مثل اولین باری که توانستیم بدون کمک دو چرخه سواری کنیم ، سوار اتوبوس بشویم و--- هر چه قدر خود را بهتر بپذیریم خود آگاهی ما واقعی تر خواهد بود.  
نقاط ضعف، آیا فکر می کنید فردی را پیدا می کنید که همه ویژگی های او مثبت باشد ؟

آیا تا به حال شده که دلتان بخواهد جای کس دیگری باشید؟ آیا تا به حال از اینکه نتوانسته اید کاری را خوب انجام دهید از خودتان عصبانی شده اید؟

واقعیت این است که توانایی ما انسانها محدود و همه ی انسانها در برخی موارد موفق و در برخی موارد ضعیف عمل می کنند. اما شناخت نقاط ضعف خود و پذیرش آن ها کاملاً ضروری است. آن گاه با تکیه بر این خود آگاهی می توانید با موفقیت حرکت کنید.

### ۳- شناخت افکار و گفت و گو های درونی خود :

بسیاری از ما انسانها آن گاه که کارهایمان را خوب انجام نمی دهیم از دست خود عصبانی شده و خود را سرزنش می کنیم. اغلب در موقعیات مختلف زندگی ذهنمان فعال شده و گفت و گو ی درونی با خود خواهیم داشت. این گفت و گو ی با خود می تواند منفی باشد و به احساسات ما صدمه وارد کند و ما را در شک و تردیدمان باقی نگه دارد در حالی که این گفت و گو می تواند مثبت باشد، به ما شهامت ببخشد و ما را تشویق به انجام کارهای جدید نماید.

### ۴- شناخت افکار ، باور ها و ارزشهای خود :

ما در باره ی موضوعات مختلف ، ایده ها و باور های خاصی داریم. باور های ما افکاری است که آنها را صحیح دانسته و بر مبنای آن عمل می کنیم. ارزشها، ملاک هایی است که به وسیله ی آن افکار و باور هایمان را مورد ارزیابی قرار می دهیم. باور ها و ارزشها به طور کلی نحوه ی نگرش ما نسبت به زندگی قابل تغییر است و ما می توانیم هر کجا که لازم باشد در افکار و باور هایمان به اصلاح و تعدیل ساخت های ذهنی خود بپردازیم.

### ۵- شناخت اهداف خود :

هدف جایی است که ما می خواهیم به آن برسیم و برای رسیدن به آن برنامه ریزی می کنیم. هر

چقدر شناخت ما از خودمان واقعی تر باشد، همدمی را هم که برای خود بر می‌گزینیم واقع بینانه تر خواهد بود و احتمال دستیابی به آن نیز بیشتر خواهد بود. باری دستیابی به اهداف باید آن را از قالب کلی و مبهم آن خارج ساخته و هدف خود را به اجزاء تقسیم کنیم مرحله به مرحله پیش رویم. در طی این مراحل هم به توانمندی های خود بیشتر آگاه می شویم و هم این آگاهی به ما کمک می کند که اشتباهات خود را رفع کنیم.

### برخی عوامل موثر در رشد خود آگاهی

پذیرش خود: به طوری که خودمان نقاط ضعف و قوتمان را و کلاً آن چه هستیم را بپذیریم و دوست داشته باشیم واقعیت این است که مهارتها و توانایی های ما به میزان آگاهی ما محدود است. یکی از مهمترین عوامل موثر در پذیرش خود، پذیرفتن اشتباهاتی است که از ما سر می زند، چرا که هیچ یک از ما نمی خواهیم مرتکب اشتباه شویم، ولی اشتباه می کنیم. این اشتباهات چیزهای زیادی به ما یاد می دهد. پس آن ها را بپذیریم. علاوه بر پذیرش، بخشش نیز بسیار مهم است. این کار به افزایش اعتماد به نفس ما کمک می کند و به ما آرامش می دهد خود را ببخشیم.

### پذیرش دیگران:

مهمترین عامل نپذیرفتن دیگران، نا توانی ما در پذیرش تفاوت های بین فردیمان است. تفاوت های محیطی و ژنتیکی که وجود دارد و تنها راه آن پذیرش تفاوتهاست. بپذیریم که هر فرد انسانی است منحصر به فرد و هر یک از ما در برخی موارد به دیگران شبیه هستیم و در برخی موارد متفاوت. شناخت و پذیرش آن ها به خود آگاهی ما کمک می کند.

### مسئولیت پذیری:

بدیهی است بهترین کسی که می تواند برای ما تصمیم گیری نماید خود ما هستیم حال اگر به هر



شکلی ترجیح دهیم دیگران به جای ما تصمیم بگیرند در واقع مسئولیت کارمان را نپذیرفته ایم ، ترس از شکست نباید مانعی برای قبول مسئولیت خود باشد. این کار به خود آگاهی ما کمک می کند .

### **موانع رشد خود آگاهی:**

ویژگی هایی که شاید به نظر فرد مثبت باشد ولی در عمل مانع خود شکوفایی وی می شود .

### **توقعات و انتظارات بیش از حد ما :**

اگر خود را به همان صورتی که هستیم نپذیریم و به دنبال ایده آل ها باشیم ، خود خواه باشیم بدون تلاش بخواهیم انتظاراتمان بر آورده شود، به جای خواهش دعوا راه بیندازیم تا به خواسته هایمان برسیم و خواسته های غیر معقول داشته باشیم ، توقعات بیش از حد داریم .

### **کمال گرایی:**

آرزوی کامل بودن هم احساس رضایت از خودتان را از شما می گیرد و هم بیشتر شما را در معرض نا کامی می گذارد . ترس از بازنده بودن ، اشتباه کردن ، نا رضایتی ، همه یا هیچ پنداری ها ، تاکید زیاد بر باید ها و اهداف غیر قابل دسترس هستند .

### **غرورها :**

غرور که بر پایه ی خود ایده آلی باشد یا احساس مبالغه آمیز . غرور محبوب بودن که فرد فکر می کند هر کس را بخواهد می تواند داشته باشد. غرور عقلی که فرد تصور می کند قادر به حل تمام مشکلاتش است. غرور مهم بودن ، غرور شجاعت ، درستی ، عدالت ، آزادی مطلق یعنی حساسیت زیاد به باید ها و نباید ها و مقرراتی بودن در جامعه .

نمی دانیم که چه کارهایی را خوب انجام دهیم؟ به چه علت مهربانیم؟

چه ارزش‌هایی داریم اولویت‌های زندگی‌مان چیست ؟

زنان دارای همسر معتاد بدلیل اینکه شناخت دقیقی از نقاط قوت و ضعف خود ندارند و حتی بدرستی خود را نمی‌شناسند قضاوت دیگران برایشان فوق‌العاده مهم است به همین دلیل در برخورد با همسر بیمار خود علیرغم شکست‌های پی‌در پی در درمان ناموفق شوهرانشان با ز تلاش دیگری را آغاز می‌کنند! رشد خود آگاهی به فرد کمک می‌کند تا در یابد تحت استرس قرار دارد یا نه و این معمولاً "پیش شرط و شرط ضروری روابط اجتماعی و روابط بین فردی موثر و همدلانه است .

### مهارت مقابله با استرس :

هر تغییری در زندگی یک استرس است. این تغییرات سازگاری جدیدی را می‌طلبد . هر تغییری که نظم زندگی معمول را بر هم می‌زند و ما را مجبور به سازگاری با شرایط جدیدی می‌کند ، استرس ایجاد می‌کند خواه استرس کوچکی مثل شلوغی صف اتوبوس باشد خواه استرس بزرگی مثل طلاق . استرس چه شدید ، چه ضعیف ، مسلماً واکنش‌های عاطفی متنوعی را در فرد بر می‌انگیزد و باعث احساساتی همچون اضطراب و خشم و..... می‌شود. با آموزش برخی مهارت‌های مقابله‌ای می‌توان فشارهای روانی موجود را کنترل کرده و از ایجاد برخی فشارها جلوگیری نمائیم . استرس‌ها تنها شامل موضوعات منفی نمی‌شود . بلکه وقایع مثبت هم ممکن است استرس‌زا باشد مثل ازدواج ، بچه دار شدن ، کار جدید . بنابراین باید پاسخ‌هایی برای کنار آمدن با محرک‌های تنش‌زا داشته باشیم نه اینکه توانایی پاسخ دادن به آنها را نداشته باشیم.

استرس می‌تواند یک فرد را در هم بشکند – فرد دیگری را به مبارزه وادارد – به فرد دیگری درس

بدهد.

### سه عامل برای مقابله با استرس :

#### ۱- ویژگی های محرک تنش زا :

میزان آسیب رسانی محرک های تنش زا بستگی به میزان کنترل آن رویداد تنش زا دارد . هر چه قدر کنترل بیشتری در یک رویداد داشته باشیم از شدت آن استرس کم کرده ایم . پیش بینی اینکه چه پیش خواهد آمد نیز استرس حاصل از آن را کاهش می دهد

#### ۲- ویژگی های شخصی

ویژگی های افراد متفاوت است . برخی افراد بسیار آسیب پذیرند و برخی دیگر بسیار مقاوم هستند . ارزیابی شناختی افراد یک رویداد معین را متفاوت درک می کنند . خودانگاره فرد بسیار مهم است اگر خود را توانمند و اعتماد به نفس بالایی داشته باشیم کارایی بیشتری خواهیم داشت .

#### ۳- راهبرد های مقابله ای :

افراد مختلف در مقابله با موقعیات مختلف ، راهکار های مختلفی را به کار می برند و البته حمایت های اجتماعی نیز در تحمل شرایط ناخوشایند بسیار اهمیت دارد.

### عوامل فشار زا :

ناکامی از یک هدف خواستنی برای افراد استرس زا خواهد بود. موانع فردی ، محیطی و اجتماعی از مهمترین موانع برای رسیدن به اهداف ما هستند . اگر هدف های انتخابی فراتر از توانمندی های ما باشد ما دچار ناکامی فردی خواهیم شد . ناکامی محیطی مثل ترافیک . تعارض زمانی است که هدفی در عین حال هم خواستنی باشد و هم نخواستنی . این موضوع فرد را سرگردان می کند . این سرگردانی برای فرد استرس زا است .

## تأثیرات نامطلوب فشار روانی :

فشار روانی طولانی مدت کارایی دستگاه ایمنی را کاهش می دهد . میزان و شدت تغییرات فیزیولوژیک بسته به شدت استرس و ویژگی های شخصیتی در افراد مختلف متفاوت است . وقتی بدن با استرس شدید و طولانی مدت مواجه می شود سه مرحله را طی می کند.

## واکنش هشدار :

وقتی بدن در حالت پایین تر از مقاومت است ، اگر استرس ادامه پیدا ، بدن علائم اضطرابی را نشان می دهد.

## مقاومت :

مقاومت بدن در برابر استرس مورد نظر است ( مواجهه بدن ).  
فرسودگی : پس از مواجهه ی طولانی بدن وارد مرحله فرسودگی می شود که در این حالت مقاومت در برابر بیماری کاهش یافته و حتی به مرگ می انجامد.

## مقابله چیست ؟

اگر در موقعیات زندگی خود با مشکلاتی مواجه شوید که نتوانید آنها را کنترل کنید و یا نتوانید راه حل مناسبی برای آن پیدا کنید دچار استرس می شوید . با کوشش ها و تلاش هایی که برای از میان بردن استرس یا تحمل آن انجام می دهیم ، با استرس مقابله کرده ایم . هدف اصلی حذف عامل مزاحمی است که زندگی را از حالت عادی خارج ساخته است.

## انواع مقابله :

الف) مقابله مساله مدارانه : در این مقابله فرد به صورت مستقیم کار یا فعالیتی را انجام می دهد که عامل استرس را از بین برده و یا آن را به حداقل برساند . با استفاده از حل مساله برنامه ریزی کنار گذاشتن فعالیت های غیر ضروری ، مشورت ، فکر کردن و..... سعی بر حذف استرس می شود.

ب) مقابله هیجان مدارانه : در این مقابله فرد تلاشی برای حذف استرس نمی کند . بلکه سعی می کند خود را آرام سازد تا هیجان ها و ناراحتی هایی را که در اثر استرس ایجاد شده است را برطرف سازد . مانند دعا کردن ، درد دل کردن ، نذر و نیاز و... هیجانها مانع از تفکر و تصمیم گیری صحیح برای حل مساله و رفع استرس می شود.

ج) مقابله ی نا سازگار : برخی از افراد قادر به حل مساله یا تحمل استرس نمی باشند و از مقابله های ناکارآمد و حتی مضر استفاده می کنند که باعث بروز استرس های بیشتری می گردد . مانند دانش آموزی که نیاز به جلب توجه دارد و به همین دلیل سیگار می کشد یا فردی که برای رهایی از مشکلات خانوادگی به مواد مخدر پناه می برد .

## راهبرد های مقابله ای با استرس :

آیا شما هنگام برخورد با محرک های مختلف ( بد یا خوب ) سریعاً برانگیخته می شوید؟

### ۱) راهبرد های شناختی ( خودآگاهی )

#### آگاهی یافتن از احساسات خود :

از آنجایی که افراد از نظر سطح هیجانی با یکدیگر متفاوتند ، گروهی هیجان زده شده ، خوشحال و ناراحت و یا مضطرب می شوند ، گروهی دیرتر برانگیخته شده ، حساسیت کمتری دارند ، حال علت این تفاوت یکی از دلایل تفاوت در ساختار ژنتیکی است و دیگری تفاوت در محیط زندگی و نحوه تربیت افراد

## آگاهی یافتن از افکار خود :

هنگام مواجه شدن با استرس ، برخی افراد نگرش منفی نسبت به خود داشته مهارت هایشان رادست کم می گیرند ، بنابر این دچار اضطراب یا افسردگی شده و این منجر به بروز رفتار های نامناسب می شود ، در حالی که افکار خود را بشناسیم ، می توانیم افکار خود را کنترل کرده ، استرس را از بین برده و پیشگیری کنیم.

## آگاهی از چگونگی پردازش و تفسیر رویدادها :

باید به این مساله که چه طور موقعیات را ارزیابی کنیم ؟ چه طور رویدادهایی را یادآوری کنیم که باورهایمان سازگارترند توجه زیادی داشته باشیم. هر فرد متناسب با باورها و عقاید خود اطلاعات دریافتی را پردازش و ادراک می کند.

## ۲- راهبردهای رفتاری :

نظام های پشتیبانی :

استفاده از نظام های پشتیبانی از فشار روانی می کاهد و اعتماد به نفس و شور زندگی را در ما تقویت می کند .

مشاوران حرفه ای :

در زمینه های افزایش اعتماد به نفس و تفکر منطقی ، اگر نزدیکان یا خودمان نتوانیم کمکی کنیم از مشاوران می توان کمک گرفت .

مشکل گشایی :

نوعی مهارت عملی است که احساس توانمندی و تسلط ما را بر اوضاع افزایش می دهد.

آرامش :

آرامش دادن به خود یکی از سودمندترین روش ها برای مقابله با مشکلات است.

تلقین به خود :

به صورت محبت کردن با خود در مواجهه شدن با مشکلات و هنگام عبرت گرفتن از رویدادها

شوخ طبعی :

مانع از آن می شود که تسلیم نتیجه گیری های منفی شویم در اطرافیان تاثیر مثبتی دارد.

ورزش :

در احساس تسلط روانی بر خود موثر است .

پاداش به خود :

به خاطر انجام کار های خوب به خودمان پاداش بدهیم.

مهارت مقابله با استرس شامل شناخت استرس های مختلف زندگی و تاثیر آنها بر فرد است . به

عنوان مثال ، اولین روز مدرسه ، امتحان ، از دست دادن اتوبوس ، محبت کردن در جمع ، اولین روز کاری ،

از دست دادن عزیزان و --- می باشد.

## مهارت مقابله با هیجانات

هیجانات و عواطف نشانه زنده بودن ما هستند ، چرا که تمام تصمیم گیریها و رفتارهای ما نقش دارند . چهار نوع هیجان اصلی داریم : غم ، شادی و خشم .

احساسات دیگر ترکیبی از این چهار نوع هستند . احساسات ما از زمان تولد شکل می گیرند و نقش مهمی در زندگی ما ایفا می کنند. تجارب و ارتباطات اجتماعی ما برگرفته از احساسات و هیجانات ماست . وقتی دوستی غمگین است بازگو کننده ی این پیغام است که مشکلی وجود دارد .

احساسات خوشایند به فرد انرژی می دهد مثل شادی ، عشق و ..... و دقیقاً به همان صورت احساسات ناخوشایند انرژی منفی را به فرد منتقل میکند . مثل غم و ..... با اینکه احساسات در زندگی انسانها مشترک است ولی هر یک از ما دنیایی هیجانی مخصوص به خود داریم که به هیچ کس دیگر شبیه نیست .

## افکار و نقش آن در شکل گیری هیجانات و احساسات

درست است که معمولاً توسط دیگران و محرکهای بیرونی برانگیخته می شویم و احساسات ناخوشایندی همچون خشم و غمگینی را تجربه می کنیم. اما تنها اینها نیستند ، بلکه نوع نگرش افکار و برخورد ما تعیین کننده است . در واقع افکار ما نقش مهمی در شکل گیری احساسات ما ایفا می کند . با این حال آیا فردی بسیار با هوش را دیده اید که کاری بسیار غیر عقلانی انجام می دهد ؟ به نظر ما دلیل این امر چیست ؟ متأسفانه در مدارس و فرهنگ ما صرفاً بر تواناییهای تحصیلی تاکید می شود و صفاتی که بی اندازه در سر نوشت افراد اهمیت دارند را نادیده می گیرند .

## هوش هیجانی

این صفات در واقع تواناییهایی است که فرد بتواند انگیزه ی خود را حفظ کند و در مقابل ناملازمات پایداری کند ، حالات روحی خود را تنظیم کند و نگذارد پریشانی خاطر ، قدرت فکر او را خدشه دار سازد



## حیطه اصلی هوش هیجانی

- ۱- شناخت عواطف شخصی : توانایی نظارت بر احساسات در هر لحظه برای کسب ادراک نقشی تعیین کننده دارد . ناتوانی در تشخیص احساسات واقعی ما را به سر در گمی دچار می کند . افرادی نسبت به احساسات خود اطمینان بیشتری دارند. بهتر می تواند زندگی خویش را هدایت کنند .
- ۲- به کارگیری درست هیجانها : توانایی فرد برای آرامش خود ، دور کردن اضطراب ها و افسردگیها است . افرادی که مهارت لازم را دارند با سرعت بیشتری می توانند زندگی خویش را هدایت کنند .
- ۳- رهبری هیجانها : خویشتن داری و به تاخیر انداختن بروز هیجانها و تسلط بر نفس برای هر پیشرفتی لازم است .
- ۴- شناخت عواطف دیگران : از اصول مهارت ارتباط با مردم است افرادی که ا همدلی بیشتری بر خوردارند به نیازها و خواسته های دیگران توجه بیشتری نشان می دهند و این توانایی آنان را موفق می سازد .
- ۵- حفظ ارتباط ها : بخش عمده ای از هنر بر قراری ارتباط مهار کنترل عواطف است فقدان این مهارت موجب می شود حتی با هوش ترین افراد در مهارتهای خود احساس عجز می کنند

## راهبرد احساس کنترل نا خوشایند

بدیهی است افراد کاملاً " تحت کنترل هیجانانشان نیستند بلکه حق انتخاب داشته و می توانند الگوهای هیجانی سازنده را انتخاب کنند به همین دلیل راهکارهای مقابله با هیجانها را باید بیاموزیم

الف ) راهبرد شناختی :

اولین گام در مهار کردن احساساتی همچون خشم ، ترس و غم این است که به آن حالت آگاهی پیدا کنیم و برای رسیدن به این آگاهی باید احساسات و عواطف خود را در هنگام مواجهه با موقعیات نا خوشایند بشناسیم افکار ، باورها ، انتظارات و خواسته های خود را بشناسیم

۱- افراد مختلف در برابر محرک های یکسان احساسات متفاوتی را تجربه می کنند فردی در مقابل یک فرایند ناخوشایند احساس غمگینی می کند و دیگری در مقابل همان محرک احساس خشم می کند به نظر شما دلیل این تفاوت های هیجانی چیست ؟

پاسخ به دو دلیل بستگی دارد تفاوت های ژنتیکی بین افراد ، تفاوت در ساختار و سبک زندگی خانوادگی

کودکان از طریق الگو برداری از رفتار والدین خود یاد می گیرند چگونه با موقعیات برخورد کنند آگاهی از این نکته که ( شخصیت من ) بیشتر مستعد چه نوع احساسی است خود گام بلندی در جهت مقابله با هیجانات نا خوشایند است .

۲- آگاهی از افکار خود : شناخت افکارمان در مواجهه با موقعیات نا خوشایند در شناخت هر چه بهتر خود و کنترل هیجانات آن به ما کمک می کند .

آیا این افکار قابل کنترل هستند ؟

اگر فرد بتواند به این آگاهی برسد که در موقعیات نا خوشایند افکار غیر واقعی در ذهنش فعال می شود و این افکار قابل کنترل اند و بتواند عوامل نا کار آمدی افکار خود را بشناسد آن گاه خواهد توانست این افکار را تحت کنترل خود در آورده و احساسات نا خوشایند کمتری را تجربه کند .

۳- آگاهی از چگونگی پردازش رویدادها : هر فرد متناسب با ساختار ذهنی خود اطلاعات در یافتی اش را پردازش می کند به همین دلیل است که دو نفر از یک رویداد یکسان ، برداشتی متفاوت دارند. باید مراقب بود که در پردازش دچار سوگیری نشویم . سو گیری بدین ترتیب که رویدادها را به همان شکلی که دوست داریم ببینیم .

۴- آگاهی یافتن از خواسته ها و انتظارات خود : اگر کاری مطابق خواسته های شما انجام نشود ، چه احساسی را تجربه می کنید ؟ باید بدانیم در مواجهه به موقعیت تنها محیط پیرامون ما تعیین کننده نیست بلکه خود فرد نیز موثر است . با این حال افرادی که خود پنداره ضعیف دارند و انتظارات زیادی از اطرافیان دارند بیشتر احساس ناخوشایند را تجربه خواهند کرد . بر عکس اگر خود پنداره قوی داشته باشیم همه

موقعیت ها را بر اساس انتظار از دیگران نمی بینیم .

ب) راهبردهای رفتاری : دو شیوه برای ازبین بردن تجربیات ناخوشایند وجود دارد .

۱- شیوه های بلند مدت : این شیوه در طی زمان آستانه تحمل فرد در مقابل موقعیت های ناخوشایند را افزایش می دهد و آرامش نسبی را برای فرد بدنبال خواهد داشت . روش هایی مانند ورزش ، پیش بینی کردن واقایع و تمرین آرام سازی خود از همین شیوه هاست .

۲- شیوه های کوتاه مدت : گاهی به روشهایی احتیاج داریم که سریع تر به نتیجه برسد و بتوانیم در همان لحظه هیجان را کنترل نماییم . مانند راهبردهایی که برای مقابل با خشم اعمال می کنیم . راهبردهایی مثل تنفس عمیق ، شمردن اعداد ، ترک موقعیت، خواندن یک جمله ، تلقین برخی جملات .

مهارت مقابله با هیجانها فرد را قادر می سازد تا هیجانها را در خود و دیگران تشخیص داده، نحوه ی تاثیر هیجانها بر رفتار را بداند و بتواند ماکنش مناسبی به هیجانهای مختلف نشان دهد . اکثر اوقات ما حالات و احساسات خود را تحت دو واژه خوب یا بد توصیف می کنیم و بیشتر اوقات از حالات روحی خود به طور دقیق و درست خبر نداریم . کلمات بسیار وجود دارد که احساسات را توصیف می کنند ؛ مثل : غمگینی ، ناراحتی ، بی حوصلگی ، خستگی ، افسردگی ، شادی ، حسرت ، خجالت و غیره ..... که اینها یا خوب هستند یا بد !

اگر با حالات هیجانی مثل غم و خشم یا اضطراب درست برخورد نشود این هیجانها تاثیر منفی بر سلامت جسمی و روانی داشته و برای سلامت ، پیامدهای منفی بدنبال خواهد داشت .

## مهارت تفکر خلاق

آیا تازگی و نو بودن همان خلاقیت است ؟

خلاقیت توانایی حل مساله ای است که فرد قبلاً " حل آنها را نیاموخته است.

در واقع ، نتیجه ی یک کار با ارزش که در یک زمان خاص مفید و رضایت بخش باشد را خلاقیت محسوب می کنند . علاوه بر تازگی ، تناسب و ارزشمندی و اکتشافی بودن نیز ملاک خلاقیت است. با تمرکز

## به چه دلیل باید مهارت های حل خلاقانه مسائل را در خود تقویت کنیم؟

\* فواید: با توجه به اینکه ما در دنیایی زندگی می کنیم که در حال تغییر و تحول است نیازمند کسب مهارت های حل تفکر خلاق، قابل انعطاف و دقیق هستیم که علاوه بر مواجه شدن با مسائل، قادر به یافتن راه حل هایی برای آن باشیم. این مهارت ها باعث غنای زندگی ما می شوند و در حل مسائل و تصمیم گیری های مناسب به ما کمک می کند همه ی ما با درجات مختلفی دارای استعداد خلاقیت هستیم. درجه موثر بودن خلاقیت ما با کوشش و پشتکار ما در به کار گیری مغز مان ارتباط دارد نه با استعدادهای درونی مان.

\* خلاقیت گستره ی وسیعی از مسائل کوچک روزانه تا پیشرفت های مهم تاریخی، علمی را در برمی گیرد و هر فرد با توانایی های شناختی معمولی با مقداری تلاش می تواند آن را نشان دهد.

\* هر چند افراد از توانایی بالقوه متفاوتی برخوردارند اما می توان خلاقیت را در همه افراد افزایش داد

\* فردی که در یک زمینه خلاق است دلیل نمی شود در همه ی زمینه ها خلاق باشد.

## فرایند خلاقیت ۴ مرحله دارد:

۱- آمادگی: قبل از خلق اثر باید از ابعاد مختلف با زمینه ی کاری خود آشنا باشید. مثلا باید با رنگها، ابعاد، چشم اندازها و... آشنا باشید و بر مقدمات آن مسلط باشید. علاوه بر آمادگی، جست و جو، بررسی، و مطالعه عقاید و نظرات دیگران و نیز جمع آوری مدارک درباره ی موضوع مورد نظر است که بتواند مشکلات و موانع کار خود را بهتر کند.

۲- نهفتگی در این مرحله ظاهراً "نوعی توقف در کار دیده می شود و فرد هیچ گونه تلاشی برای رسیدن به نتیجه انجام نمی دهد فعالیت یا خود آگاه ذهن در این مرحله ادامه دارد.

۳- اشراق: در این مرحله تفکر شکل گرفته و حل مسئله روشن می شود. ظهور این مرحله ناگهانی است و فرد می تواند همه ی موانع را از سر راه بردارد. چون فرد در این مرحله احساس لذت می کند، انگیزه ی تلاش و کار نیز بیشتر می شود.

۴- اثبات: فرد خلاق آن چرا به دست آورده مورد ارزیابی قرار می دهد و شواهد آن را دوباره می سنجد و آن را از طریق منطقی آزمایش می کند. همچنین از دیدگاه و قضاوت دیگران بهره مند می شود تا اثر خویش را تکمیل کند. در واقع اهمیت کار جدید به وسیله بازبینی در این مرحله روشن می شود.

### صفات خلاقیت

فردی قادر است در یک زمینه خلاق باشد که مهارتهایی در آن زمینه داشته باشد و البته مهارت بدون خلاقیت موثر نیست. برای خلاقیت باید بتوانیم عادت هایمان را بشکنیم. پیچیدگی موضوعات را درک کنیم. چیزها را به طور متفاوت ببینیم و تفکری وسیع داشته باشیم. از دیگر صفات خلاقیت: استقلال، خود تنظیمی، تحمل ابهام، تمایل برای پذیرش خطر و داشتن پشتکار در مواجهه با شکست است. این ویژگیها را می توان در خود پرورش داد. انگیزه های درونی نقش سازنده ای در ایجاد خلاقیت دارد.

### روشهای پرورش خلاقیت

سیال بودن ذهن:

توانایی تولید پاسخ های سریع و فراوان نسبت به یک موقعیت معین را سیالی ذهن می گویند. برای اینکه بتوانیم ذهن مان را رها سازیم همیشه موانع درونی و بیرونی برای این کار وجود دارد و تنها راه رفع این مشکل، تمرین کردن است. با تمرین باید مهارت خود را در ارائه راههای مختلف بالا ببریم در تمرین کردن قوانینی وجود دارد که باید رعایت شود، مانند: عدم انتقاد یا قضاوت در مورد راه حلها، داشتن ایده های عجیب و غریب ساختن یک ایده ی جدید از ترکیب ایده ها، با سرعت ایده های هر چه بیشتر ایجاد کنیم.

## ۱- ابتکار :

بدین صورت که با ایده های ابتکاری و راه حل های غیر معمول که به فکر دیگران نمی رسد ، مسائلی را که بقیه فکر می کنند راه حلی ندارد ، به طور جالبی حل کنیم به نوعی تیاژ به جهش فکر دارد . برای ابتکار :

- وقت کافی برای ابداع راههای مختلف داشته باشیم .
- برای حل مساله به طور جدی ( و نه به صورت بی اهمیت کردن مساله ) خود را متعهد سازیم .
- برای روشن کردن ابهامات ایده ها را آزمایش کرده و آنها را تخیل ترکیب کنیم .
- برای تایید یا رد ایده های ابتکاری به خود پاداش دهیم .

## انعطاف پذیری ذهنی و اجتناب از تعصب :

انعطاف پذیری ذهن یا باز بودن ذهن به این معنا که به ذهن اجازه ورود اطلاعات را داده و در این زمینه تعصبی یا قضاوتی نشده باشد . اغلب ما قبل از این که زمانی را برای درک مسئله صرف کنیم و عوامل مهم مسئله را بررسی نماییم یا راه حل های مختلف را ایجاد کرده باشیم ، به نتیجه گیری و قضاوت می پردازیم .

(در حالی که عدم قضاوت فوری و به تعویق انداختن داوری ، یک مهارت اساسی در خلاقیت است).

همین موضوع مانع انعطاف پذیری ذهنی می شود .

درک مطلب :

به صورتی که بتوانیم اطلاعات را به موارد غیر مفید و مورد اساسی و مهم تجزیه کنیم ضمناً خلاصه

نمودن مطالب در این زمینه موثر است .

توجه به عواطف :

به نظر شما آیا عواطف مانع گسترش خلاقیت است ؟

تجسم قوی :

یکی از موارد تعیین کننده در خلاقیت توانایی تجسم اشیاء در مفامیم است .

تخیل:

یکی از جنبه ها روش تخیل است که فرد خود را به جای دیگری قرار می دهد و این کار خلاقیت

است

بازنگری:

با نگرشی متفاوت مسائل را باز نگری کنیم .

درون کاوی :

با توجه و تمرکز به مسائل درونی و گفت و گو با خود ، احساسات پنهان خود را در یابیم .

شوخی طبیعی :

فردی که به خود و دیگران فراتر نگاه می کند و بین مسائل بی ارتباط و نا متناسب بتواند ارتباط

برقرار کند .

مهارت تفکر خلاق به حل مسئله و تصمیم گیری های مناسب کمک می کند با استفاده از این نوع

تفکر ، راه حل های مختلف مسئله و پیامدهای آن بررسی می شود فرد را قادر می سازد تا مسائل را از ورای

تجارب مستقیم خود دریابد . و حتی زمانی که مشکلی وجود ندارد با سازگاری و انعطاف بیشتر به زندگی

روزمره بپردازد. زنان دارای همسر معتاد برای اینکه از تفکر خلاقانه خود پاداش بگیرند جوانب مختلف

عاطفی و حل مساله را مورد پردازش قرار می دهند زیرا آنان به کرات از این مهارت استفاده کرده اند اما در

زندگی با فرد مصرف کننده یا در حال بهبودی شرایط و موقعیت ها ابهام آمیز و غیر قابل پیش بینی وجود

داشته است که آنان را با شک و تردید مواجه کرده است .

## مهارت روابط بین فردی :

این مهارت ، نشانه سلامت روانی فرد را نشان می دهد . در واقع به نوعی روابط سالم بین فردی موجب پیوندهای اجتماعی میان افراد است که باعث ایجاد امنیت ، آرامش ، اهمیت و احترام در افراد می شود . برای بهره گیری از این شبکه ارتباطی باید برخی مهارت ها را آموخت . مهارت هایی که به ایجاد روابط بهتر با دیگران کمک می کند . در چنین فضایی افراد بر این باورند که تنها نیستند و متعلق به گروهی از انسانها می باشند که در مواقع ضروری می توان از آنها کمک گرفت.

### مهارت های ارتباط اجتماعی سه دسته هستند :

۱- مهارت های اصلی ارتباط با دیگران ، کلامی و غیر کلامی

الف) مهارت های کلامی : بیان افکار ، احساسات ، خواسته ها و آنچه در ذهن ما می گذرد ، به مخاطب خود و متقابلاً شنیدن افکار و خواسته های آنها را شامل می شود که برای دست یابی به مهارت کلامی باید بر مهارت های زیر بنایی آن تسلط یافت .

### مهارت گوش کردن :

برای کسب کردن اطلاعات خوب و سودمند کیفیت گوش کردن مهم می باشد . تنها شنیدن سخنان دیگران کافی نیست . سوالاتی که مطرح می کنیم حالات و حرکات ما همگی در دقت گوش کردن موثر است . دقت گوش کردن را باید آموخت . نکاتی مانند توجه کردن ، صبور بودن ، خلاصه کردن سخنان گوینده ، تفسیر گفته های او و پاسخ های مناسب دادن را باید رعایت کرد.

### مهارت صحبت کردن :

ما از طریق صحبت کردن می توانیم افکار ، علایق ، احساسات و خواسته های خود را برای دیگران بیان کنیم اما تنها صحبت کردن مهم نیست ، بلکه چگونه صحبت کردن نیز اهمیت دارد . برای خوب صحبت کردن رعایت چند نکته اهمیت دارد.



\* وقتی با دیگران صحبت می کنیم باید حتما به آنها نگاه کنیم . ارتباط چشمی برقرار سازیم .  
خجالت کشیدن نباید مانعی برای این مهم باشد.

\* هنگام صحبت کردن باید نوبت را رعایت کنیم نه اینکه به دیگران اجازه صحبت کردن ندهیم .  
\* دقیقا در مورد یک موضوع صحبت کنیم نه اینکه هر موضوعی که به ذهن مان می رسد بیان کنیم.

## کلمات

کلمات در پیامی که به دیگری منتقل می کند تاثیر فراوانی دارند. کلمات می توانند تاثیر مثبت داشته باشند و یا به صورت دستوری و آمرانه گفتگو را به بحث بکشاند.

می توان جملاتی را برگزید که بدون پیشداوری و به طوری غیر مغرضانه باشد. بیان کلماتی دلپذیر و موزون موجب می شود که فرد با متانت گوش فرا دهد حقایق را جمع بندی کرده و به فکر حل مساله باشد ، درحالی که کلماتی مغرضانه اغلب خشم فرد دیگر را بر می انگیزد و او را به جبهه گیری دعوت می کند . کلمات دقیق و روان را انتخاب کنید ، به طوری که کلمتی کوتاه ، صحیح و پر محتوا ، صریح و مودبانه باشد و مفهوم بیانات خود را به حدس و گمان فرد دیگر واگذار نکنید اگر احساس می کنید منظور شما را متوجه نشدند ، با دقت به توصیف مطالب خود بپردازید.

مهارت های غیر کلامی : بخش اعظم تاثیرات ارتباطی از پیام های غیر کلامی است . لحن بیان ، وضعیت بدن ، میزان ارتباط چشمی که به آن زبان بدن گفته می شود نقش بسیار مهمی در ارتباطات دارند و استفاده صحیح از زبان بدن یک مهارت محسوب می شود این مهارت خود به دو دسته تقسیم می شود :

### الف ) مهارت های صوتی :

\* چگونگی ادای کلمات ، یعنی لحن ، درجه و سرعت ادای کلمات ما بسیار مهم است.  
\* میزان تاکیددی که برای روشن شدن معنای موضوع داریم مفهوم مطالب را بیان خواهد کرد.

\* کیفیت صوتی صدا همان آهنگ صدای افراد است . برخی گرم و دوستانه ، برخی مهربان و صمیمی و برخی یکنواخت و....

شما تا چه اندازه سریع صحبت می کنید ؟

آیا تا آن قدر سریع صحبت می کنید که کلمات ( به قولی ) روی هم بلغزد و شنونده را با مشکل

مواجه کند ؟ یا آن چنان یکنواخت که شنونده را خسته کند؟

سرعت کلام ، به دو عامل بستگی دارد:

موضوع : برای موضوعات پیچیده ، باید زمان بیشتری به شنونده برای درک صحبت هایمان بدهیم .

شنونده : سرعت کلام خود را با سرعت حرف زدن شنونده باید هماهنگ نماییم .

### ب) مهارت های غیر صوتی :

حرکات : انسانها با بدن خود اطلاعات زیادی راجع به خودشان به ما می دهند . وضعیت و حرکات

بدنی معرف خلق و خوی ماست . مثلا زمانی که به سخنان دیگران گوش می دهید با کمی خم شدن به جلو

نشان می دهید که به سخنان شان توجه کامل دارید.

چشم ها : چشمان ما اطلاعات پیچیده ای به دیگران می دهد . برای تشخیص و قضاوت در مورد

هیجانان ، صداقت و اعتماد به نفس دیگران به چشم های آنها نگاه کنیم .

### ۲- مهارت های برقراری روابط صمیمانه با دیگران :

\* مهارت لازم برای شروع ارتباط : باید به وضعیت ظاهری خود توجه کرد . طرز لباس پوشیدن ،

پاکیزگی و آراستگی اهمیت دارد . سلام همراه با لبخند باشد از پرسشهای ساده و تعارفات روزمره شروع

کنیم . از محاسن تعریف و تمجید کنیم و به علاقه مندی مخاطب خود توجه نماییم .

\* ابتدا باید قالب جملات را کوتاه و ساده انتخاب کرد . سپس در مورد خودمان اطلاعاتی کلی به مخاطب خود ارائه نماییم .

\* مهارت لازم برای ادامه ارتباط : باید استقلال درونی داشته باشیم که در ارتباطمان به مخاطب وابسته نشویم . درک همدلانه داشته باشیم . حمایت گری داشته باشیم و اطمینانی را به وجود آوریم . در ارتباط خود مثبت گرایی داشته باشیم.

### ۳- مهارت های سازگاری با دیگران :

باید به تفاوت های فردی توجه کنیم . با وجود همه ی تفاوتها باید نقطه نظرهای خود را بیان کرده و به صحبت های طرف مقابل هم گوش دهیم . مسائل خود را حل کنیم تا به دیگران به تفاهم برسیم و با رعایت صداقت ، ادب و تواضع در ارتباط خود با دیگران سازگاری برقرار کنیم .

مهارت روابط بین فردی به ایجاد روابط بین فردی مثبت و موثر با دیگران کمک می کند . یکی از این موارد ، توانایی ایجاد و بقای روابط دوستانه است که در سلامت روانی و اجتماعی روابط گرم به عنوان یک منبع حمایت اجتماعی و قطع روابط اجتماعی نا سالم نقش بسیار مهمی دارد.

### مهارت برقراری رابطه موثر :

آیا تا به حال فکر کرده اید که چرا با دیگران ارتباط برقرار می کنیم ؟

ما از اطرافیان خود انتظار داریم ما را در هنگام بروز مشکلات کمک کنند . ما دوست داریم دیگران در خوشی ها ، نگرانی هایمان شریک شوند و ما را در مسیر رشد و کمال یاری دهند.

ارتباطات موثر موجب شکوفایی انسان می شوند . ما درگیر ارتباطات می شویم تا هویت خود را پیدا کنیم و پیوند های خود را عمیق تر می سازیم تا مشکلات را رفع کنیم . ارتباط برقرار کردن با دیگران بسیاری از نیازهای ما را برطرف می سازد از همان ابتدا نوزاد برای زنده ماندن باید به دیگران بفهماند که گرسنه است

یا دردی دارد و دیگران نیاز او را برطرف سازند چون در غیر این صورت نوزاد خواهد مرد.

ارتباطات نیازهای اولیه و نیاز به امنیت و آرامش را برطرف می کند . ما نیاز به معاشرت با دیگران و پذیرش و تایید آن داریم و نقطه ی مقابل این نیاز تنهایی است که احساس دردناکی است . هم چنین ارتباط از ابزارهایی است که به کمک آن می توانیم بفهمیم چه کسی هستیم و چه کسی می توانیم باشیم ؟ ما نظرو برداشت های دیگران در مورد خویش را جویایی نشویم و این فرآیند نگرستن به خود از دریچه ی چشم تا آخر ادامه دارد . از طریق ارتباط پیام های خود را به دیگران منتقل می کنیم و پیامد آنان را دریافت می کنیم.

### اصول ارتباطی :

ما نمی توانیم ارتباط برقرار نکنیم ؟ هرگاه دور هم جمع شویم با یکدیگر ارتباط برقرار می کنیم . زیرا آن چه انجام می دهیم و می گوییم و انجام نمی دهیم و نمی گوییم توسط دیگران تفسیر می شود. ما پیوسته با دیگران ارتباط برقرار می کنیم. چه قصد ارتباط داشته باشیم و چه نداشته باشیم. در این زمینه زنان دارای همسر معتاد می گیرند چگونه به شوهرانشان گوش دهند . چگونه افکار و احساسات و خواسته های خود را برای دیگران بیان کنند . در هنگام صحبت کردن با همسر یا فرزندان خود ارتباط چشمی برقرار کنند . کلماتی را در قالب حرفهای مثبت بیان کنند تا تاثیر داشته باشد.

ارسال و دریافت پیام داریم . کلماتی بر زبان می رانیم ، بیشتر از آن چه تصور می کنیم حاوی پیام هستند . حجم و آهنگ صدا ، نوع نگاه کردن ، وضعیت ایستادن و... همگی به شنونده کمک می کنند تا کلمات ما را تفسیر کند و پیام آن را دریابد.

ارتباط در واقع همان پیامی است که دریافت می شود نه آن پیامی که ارسال شده است . بسیار اتفاق افتاده است که یک پیام به آسانی مغایر با منظور ما دریافت می شود به بیان دیگر صرفا حسن نیت ما در ارسال پیام کافی نیست بلکه عملکرد و بیان ما باید بتواند نیت خیرخواهانه مان را منتقل کند.

چگونگی انجام پیام ، حاصل ارتباط را تعیین می کند تنها چند نکته صحبت ما می تواند باعث ایجاد

نوعی بی‌اعتنایی، عدم توجه، عصبانیت، حالت تدافعی و عدم پذیرش توسط مخاطبانمان گردد پس وقتی از موقعیت هر نوع پیام به نحوه‌ی آغاز آن پیام بستگی دارد.

ما باید همان‌گونه که پیام‌ها را دریافت می‌کنیم، آنها را ارسال نماییم. یک ارتباط موفق دارای دو عنصر اساسی است. دادن اطلاعات و گرفتن اطلاعات مفید. ما از یک سو می‌خواهیم نظر خود را به وضوح و خیلی روشن برای دیگران بیان کنیم، ولی اگر همه‌ی کارما فقط این باشد در این صورت هیچ‌گونه ارتباط برقرار نکرده‌ایم.

برای ایجاد یک ارتباط موفق باید بتوانیم نظرات دیگران را نیز به وضوح دریافت کنیم. نقطه نظرات طرف مقابل را بشنویم و درک کنیم.

### موانع برقراری ارتباطی :

هم در درون ما موانعی وجود دارد که باعث محدود کردن ارتباط ما می‌شود و هم در محیط خارج موانعی وجود دارند که می‌توانند ارتباطات صحیح را مختل سازد و علاوه بر این تفاوت‌های فرهنگی، قومی، نژادی، خانوادگی نیز از جمله سدهای ارتباطی هستند.

موانع درونی یا ذهنی زمانی به وجود می‌آید که نتوانیم واقعیت‌های بیرونی را به همان مشکلی که اتفاق می‌افتد درک کنیم. هر چه باورها و عقاید و به طور کلی ساختارهای ذهنی ما منعطف‌تر باشد و بتواند متناسب با شرایط و موقعیتها تغییر کند به همان میزان که احتمال درک واقعی رویدادها بیشتر می‌شود امکان خطاهای شناختی نیز کمتر خواهد شد.

بنابر این هر وقت احساس کردید که با یک شخص حقیقی حرف نمی‌زنید بلکه با تصویری که از او در ذهن تان ساخته‌اید در حال گفت و شنود هستید. چند لحظه درنگ کنید و ببینید که چه عقیده‌ای در ذهن شما حاکم است؟ آن‌گاه به ارزیابی و پالایش پندارهای غلط بپردازید ایده‌های نادرست را حذف کنید و به جای آن اعتلای بر خاسته از منطق و تجربه بنشانید. بنابراین بکوشید که مردم و اور گوناگون را همان‌طور که هستند مشاهده کنید.

سایر موانع ارتباطی عبارتند از :

ارزیابی شتاب زده ، نتیجه گیری عجولانه ، تفکر قالبی و کلیشه ای ، افکار خشک ، بزرگ نمایی .  
این مهارت به فرد کمک می کند تا بتواند نظرها و عقاید ، خواسته ها ، نیازها ، هیجان های خود را  
ابراز و به هنگام نیاز از دیگران درخواست کمک و راهنمایی کند مهارت تقاضای کمک و راهنمایی گرفتن از  
دیگران در مواقع ضروری از عوامل مهم یک رابطه ی سالم است.

### مهارت حل مسئله :

به نظر شما از مشکل ( مساله ) چیست ؟

وقتی با موقعیتی روبه رو می شوید که نمی توانید با اطلاعات و مهارت هایی که در آن لحظه در اختیار دارید به آن موقعیت پاسخ دهید ، در واقع شما با مساله ای روبه رو شده اید . آن چه به شکل مشکل یا سختی زندگی تجربه می شود چهره واقعی و منطقی زندگی است و هنر زندگی در توانایی مقابله با مسائل و حل کردن یا کنار آمدن با مشکلات می باشد. سختی ها فرصتی به وجود می آورند که به رشد روانی – اجتماعی افراد کمک می کند . لحظه ای به خودتان فکر کنید ، یا زمانی که مشکل را حل می کنید ، احساس رضایت دارید و برعکس زمانی که مشکل حل نشود ایجاد استرس می کند و ارتقای سلامت روانی فرد را مسدود می سازد.

آیا نگرش به خود در چگونگی حل مسئله نقشی دارد؟

برای مقابله کردن با مشکلات و یافتن راهحلی برای آنها باید بدانیم در چه موقعیتی هستیم . نسبت به احساسات و افکارمان آگاه باشیم . هر چند افراد در برخورد با مسائل به شیوه های متفاوتی عمل می کنند ، افرادی هستند که در برخورد با مسائل احساس ناتوانی می کنند چنین افرادی بیشتر به نا توانی های خود آگاهی دارند تا به نقاط قوت شان و باورهای آنان تعیین کننده ی رفتارشان خواهد بود افرادی دیگر احساس می کنند قادر به حل مسائل خود هستند . نقاط قوت خود را باور دارند و مشکلات را به عنوان فرصتی برای

## منظور از فرایند حل مسئله چیست؟

قبل از هر چیز باید ساختاری ( برنامه ای ) نظام یافته جهت حل مسئله خود داشته باشیم . مسلماً برخی مسائل ضروری تر هستند و برخی اهمیت کمتری دراند. در تشخیص الویت مسائل خود نباید دچار اشتباه شد وگرنه فرصت های زندگی مان را ازدست خواهیم داد . باید بتوانیم مسائلی در الویت قرار دارند که هم مهم هستند و هم فوری . هرچه شناخت از خودمان دقیق تر باشد مسائل مهم زندگی مان را بهتر و سریع تر می توانیم حل کنیم.

## مراحل فرآیند حل مساله :

۱- تعریف و شناسایی مشکل :

در اولین گام باید در مورد مشکل خود فکر کنید و دریابید که مشکل شما چیست ؟  
پس از اینکه توانستید به تعریفی از مشکل خود برسید ، فکر کنید که چه عواملی باعث ایجاد آن شده است مشکل را به صورت دقیق مشخص کنید . چنان چه مشکلی مبهم باشد نمی توان راه حل های موثری برای آن پیدا کرد . حال باید بدانید :

(۱) چه کسی باید مساله را حل کند ؟

در این موقعیت سه گروه درگیر می شوند :

- کسانی که مساله را حل می کنند .

- کسانی که از آن تاثیر می پذیرند .

کسانی که آن را اجرا می کنند .

(۲) مساله را به صورت دقیق و مکتوب تعریف کنید.

با تعریف مساله از اتلاف وقت خود و دیگران جلوگیری کنید . تعریفی که از مساله می کنید تا حد امکان ساده و دقیق باشد . برای این کار بهتر است تعریف را بنویسید مواد را در جدولی یادداشت کنید و در تصمیم گیری همه ی موارد مثبت و منفی را بپذیرید یا به آنها امتیاز دهید و میزان اختلاف امتیاز های هر ستون از جدول را مورد توجه قرار دهید.

اگر امتیازات هر ستون مساوی بوده می توانید نظر دیگران را جویا شوید . عواملی که اگر امتیازات هر ستون مساوی بوده می توانید نظر دیگران را جویا شوید . عواملی که ارزش موقت دارند را از عواملی که ارزش دائم دارند باید تفکیک کرد . زحمت اسباب کشی یک عامل موقت است که با خانه ی بزرگتر که عامل دائمی است ، قابل قیاس نیست . تردید را از بین ببرید .

(۳) راه حل های مختلف را پیدا کنید.

زمانی که مشکل دقیقا مشخص شده حال باید راه حل های مختلفی را برای مشکل خود پیدا کنید . یکی از موثر ترین راه حل ها بارش فکری است.

در بارش فکری همه ی راه حل هایی که به ذهن تان می رسد را بیان کنید . در این روش کمیت را حل ها مهم است نه کیفیت آنها . باید ذهن خود را آزاد بگذارید و هیچ گونه سانسوری برای ایده های تان نداشته باشید .

هر راه حلی چه خوب و چه بد باید نوشته شود ، دربارش فکری ارزیابی و قضاوتی در مورد کیفیت راه حل ها صورت نمی گیرد ، بلکه دست یافتن به راه حل های متعدد مد نظر است.

(۴) تصمیم گیری ) : اینک از بن راه حل های مختلف باید بهترین راه حل را انتخاب کنید با مقایسه

کردن راه حل های مختلف باید بدانید کدامیک از همه بهتر است . در مقایسه کردن باید پیامدها و نتایج راه حل ها را پیش بینی کنید.



( ۵ ) بازنگری :

قبل از اینکه به اجرای راه حل خود را متعهد کنید. بازنگری نهایی را انجام دهید . بسته به فوری بودن راه حل ، طول مدت بازنگری را باید مد نظر داشته باشید . لازم است راه حل خود را از چند زاویه بازنگری کنید.

عوامل بازدارنده ی حل مساله :

برخی عوامل وجود دارند که مانع صحیح فکر کردن می شوند و نتیجه ی حل مساله را تحت تاثیر قرار

می دهد

### این عوامل عبارتند از :

(۱) شتاب : اگر در فرایند حل مساله تنها دغدغه ذهنی تان این باشد که سریع ترین راه حلی که به ذهن رسیده عملی شود ، مسلماً راه حل مناسبی نخواهد بود و ممکن است در معرض خطرات غیر قابل جبرانی قرار گیرید . متأسفانه این نوع راه حل ها را طی روز به کرات می بینیم .

(۲) احساسات : هنگام رویارویی با مسائل مکن است احساسات ناخوشایندی چون ترس و اضطراب را تجربه کنید . ریشه این احساسات عوامل مختلفی مانند ترس از تغییر ، شکست ، و طرد شدن توسط اطرافیان است .

( ۳ ) تعصب : گاهی اوقات حاضر نیستیم قبول کنیم که نظرممان اشتباه است یا گاهی نظر سایرین را نمی پذیریم . انعطاف پذیری خود را باید تقویت کنیم .

(۴) خستگی فکری ذهنی : این حالت ممکن است در اثر فکر کردن های متوالی درباره یک موضوع یا در اثر کارهای ذهنی به طور همزمان ایجاد شود که مانع راه حل مناسب می شود. برای جلوگیری از خستگی ذهنی باید زمان هایی را برای استراحت در نظر بگیرید هر مساله بهمیزان متفاوتی فکر کردن نیاز دارد . فکر کردن طولانی قدرت فکری را کاهش می دهد.

۵) توجه زیاد به موانع اجرایی :

اینکه ما بخواهیم مساله را حل کنیم با اینکه اجرای آن راه حل چه قدر مشکل است امری جداگانه هستند. فردی به دلیل ترس از مشکلات اصلا به موضوع نزدیک نمی شود. مهارت حل مساله فرد را قادر می سازد تا به طور موثرتری مسائل زندگی را حل نماید. مسائلی مانند مشکل در خانواده های معتاد چیست؟ آیا مشکل اعتیاد شوهران است؟ چه کسی می تواند مشکل این خانواده ها را حل کند. اختلاف با دوست، پدر، مادر، همکار و... و یا مسائلی مانند مشکلات تحصیلی، مواجهه قانون... و مشکلات مهم زندگی چنان چه حل نشده باقی بمانند. استرس روانی ایجاد می کنند که به فشار جسمانی منجر می شود لذا با آموزش این مهارت زنان دارای همسر معتاد با سوالاتی که به بحث و مشارکت گذاشته می شود بارش فکری و تبادل نظر در مورد راه حل های مختلف می تواند راههای تازه ای را در افق دید زنان همسر معتاد قرار دهد.

## مهارت تصمیم گیری

زندگی در درون خود مسائل و مشکلاتی به همراه دارد که مستلزم وجود رقابت و کشمکش است. لحظاتی را به خاطر آورید که با مشکلاتی مواجه شده اید و باید تصمیم خود را بگیرید. زمانی که تصمیم خود را انتخاب کردید چه احساسی را تجربه می کنید؟

اگر همچنان مسائل زندگی تان حل نشده باقی بماند و شما هیچ گونه تصمیمی برای حل کردن آن نگیرید، چه احساسی خواهید داشت؟ هر یک از ما طی روز با مشکلات متعددی رو به رو خواهیم شد. از مساله ی ساده ای مثل اینکه امروز ناهار چه بخوریم تا مسائلی همچون مشکلاتی که با همسر یا رئیس خود دارید و همگی این مسائل نیاز به انتخاب راه حل و تصمیمی دارد که آنها را حل کند.

برای رسیدن به اهداف خود باید بهترین تصمیمات را بگیرید. اگر چه همیشه هوشمندانه نیست. در واقع ما تجاربی از تصمیم گیری غلط که به پیامد های ناخوشایندی منتهی شده است.

برخی از تصمیمات غلط درباره موضوعات، کم اهمیت هستند که پیامد آن چندان نبوده یا زیاد طول

نمی کشد ، ولی تصمیمات مهمی در زندگی وجود دارد که اگر غلط انجام شود پیامد بد آن تا آخر عمر باقی خواهد ماند .

### شیوه های مختلف تصمیم گیری :

تصمیم گیری احساسی : مبنای این انتخاب این است که احساس ما چه چیز را درست می داند ؟ تاکید بر حس درونی ، تجربیات ذهنی و ارزش های ماست . اینکه چه حسی داریم نه اینکه چه فکر می کنیم.

۲- تصمیم گیری اجتنابی : فرد یا لزوم تصمیم گیری را انکار می کند ، یا امیدواراست همه چیز خود به خود درست شود یا به تکنیک هتی به تاخیر انداختن امروز و فردا متوسل می شود در این جا هدف حفظ آسایش روان شناختی کوتاه مدت به هزینه ای گزاف است.

۳- تصمیم گیری تکانه ای : فرد به سرعت بر مبنای اتفاقات ناگهانی تصمیم می گیرد و هیچ گونه ارزیابی منطقی از حقایق ندارد.

۴- تصمیم گیری مطیعانه : فرد براساس انتظارات دیگران تصمیم می گیرد . ویژگی اصلی این شیوه انفعال است . فرد اجازه می دهد دیگران برای او تصمیم بگیرند.

۵- تصمیم گیری گوش به زنگی :

فرد به قدری برای تصمیم گیری دچار اضطراب می شود که کارایی وی برای یک تصمیم خوب کاهش می یابد . در این جا فرد نمی تواند اطلاعات مربوطه را ارزیابی کند و به قدری در جزئیات فرو می رود که اصل را از دست می دهد.

۶- تصمیم گیری اخلاقی : مبنای تصمیم یک منبع اخلاقی است که می تواند به تعلیمات مذهبی مربوط باشد یا اگر فرد مذهبی نباشد براساس اصول اخلاقی تصمیم می گیرد .

۷- تصمیم گیری منطقی : فرد به طور بی طرفانه و منطقی تمامی اطلاعات مهمی که به تصمیم مربوط استرا ارزیابی می کند و سپس با توجه به اهداف خود بهترین انتخاب را بر می گزیند . در تصمیم

هر کاری که انجام می دهیم پیامدی دارد ، باید یاد بگیریم که قبل از انجام کارهایمان نتیجه ی آن را پیش بینی کنیم آن وقت کمتر دچار اشتباه می شویم .

گاه ما در موقعیتی قرار می گیریم که چندین پاسخ وجود دارد فرد باید شهامت انتخاب یک گزینه را از بین گزینه های موجود داشته باشد اما در حل مسئله با موقعیتی روبه رو ست که هیچ جوابی برای آن ندارد و حل آن مستلزم استفاده از دانشها و اصول آموخته شده قلبی در ترکیبی تازه است .

۶- اجرای تصمیم : بهترین زمان برای اجرای تصمیم را تعیین می کنیم . اضطرابات و تعارضات را با اجرای تصمیم از بین می رود .

۷- ارزیابی پیامدهای واقعی اجرای تصمیم:

برای تعدیل کردن پیامدها باید نسبت به بازخوردها انعطاف داشت و با پردازش منطقی اطلاعات با ناامیدی و سایر پیامدها کنار بیاییم .

این مهارت به ما کمک می کند تا به نحو موثرتری در مورد مسائل زندگی مان تصمیم بگیریم . اگر از ابتدا بتوانیم فعالانه در مورد اعمالمان تصمیم گیری کنیم و جوانب مختلف انتخاب ها را بررسی کنیم و پیامدهای هر انتخاب را ارزیابی می نماییم ، مسلما در سطوح بالاتری از بهداشت روان قرار خواهیم گرفت.

### تجهیزات افکار :

توجیه : من فقط برای سرگرمی مصرف می کنم ، لذت بردن از زندگی .

دلیل اوری : همه در آخر هفته ، توی عروسی در مهمانی و---مصرف می کنند .

سرزش کردن : چون با تو ازدواج کردم ، و می خواهم این رابطه را تحمل کنم مصرف می کنم .

کنترل: قادر به کنترل خودم هستم و می دانم چقدر مصرف کنم .

دروغ: من هیچ وقت چنین رفتار و حرفی نزدم و تو اشتباه می کنی .

طفره رفتن : من الان خیلی تحت فشارم و زمان ترک کردن نیست .

روشنفکرانه رفتار کردن : من تحصیل کرده هستم و میدانم چه وقت آن را کنار بگذارم من مراقبم تا

الوده نشوم .

تجزیه و تحلیل :نوشیدن و مصرف مواد مرا آرام می کند و این به من کمک میکند .

با کسب دانش در این مقوله و ارتقاء مهارت سوالاتی که زنان دارای همسر معتاد با آن می توانند

چالشهای پیرامون را مدیریت کنند مانند :

- چگونه می شود با یک راه حل سریع به یک تصمیم درست رسید !

- آیا با توکل به خدا و توسل به دعا و نذر می شود تصمیم گیری صحیحی داشت ؟

- آیا احساس در حل مساله و تصمیم گیری کافی است؟

- هدف ، تغییر وضعیت اعتیاد همسر است . آیا با تغییر زنان دارای همسر معتاد فرد مصرف کننده نیز

تغییر خواهد کرد.

## مروری بر مطالعات پیشین (داخل وخارج از کشور)

یارمحمدی واصل (۱۳۸۸) در پژوهشی از نوع توصیفی و تحلیلی با عنوان آموزش مهارت‌های زندگی بر پیشگیری از اعتیاد با مرور مطالعات انجام شده در زمینه آموزش مهارت‌های زندگی از سال ۱۳۸۷-۱۳۶۷ (حدود ۴۰ پژوهش) عنوان نمود: آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت خود کنترلی، جرات مندی، کنترل استرس، حل مسئله و تصمیم‌گیری، خود آگاهی رادر فرد ارتقاء می‌دهد و در پیشگیری از اعتیاد موثر است.

یالسین و همکارانش (۲۰۰۷) طی پژوهشی در مورد آموزش مهارت‌های ارتباطی بر روی ۶۷ خانواده بدین نتایج دست یافتند که آموزش مهارت‌های ارتباطی تاثیر مثبتی بر ارتقاء رابطه داشته و میتواند در دراز مدت تغییرات رفتاری مطلوبی را در زوجین بوجود آورد.

ابوالقازی (۱۳۸۸) در پژوهشی تحت عنوان اثر بخشی مهارت‌های مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه به این نتیجه رسد که برنامه مهارت‌های مدیریت استرس مبتنی بر شناختی-رفتاری روی سه حیطة زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تاثیر گذار بوده است.

محمد خانی (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان بررسی مسائل و مشکلات روانی و اجتماعی زنان دارای همسر معتاد دریافت زانی که دارای همسر معتاد هستند از اعتماد به نفس پایین برخوردارند، اکثر آنها با ضعف و عملکرد پایین فردی و اجتماعی شناخته شده‌اند و دچار افسردگی و آشفتگی های روانی می‌باشند.

ملایری خواه و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان مشکلات اجتماعی همسران مردان معتاد در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشت شرق تهران در یافتند اکثر زنان دارای همسر معتاد به دافعه اجتماعی و برچسب زدن اجتماعی اشاره داشته‌اند و در اکثر محافل به تنهایی و بدون حضور شوهر شرکت می‌کنند. بیشتر رفت و آمدها با افراد مورد قبول شوهر از جمله افراد معتاد و فروشندگان مواد مخدر محدود شده است.

در پژوهش طولی، اسکیلینگ و همکاران (۲۰۰۳) مهارت های ارتباطی ۳۹ زن و ۳۸ مرد را مطابق با برنامه آموزشی (برنامه پیشگیری و ارتقاء رابطه) مورد بررسی قرار داده‌اند، یافته‌هایی که آنان بدست آوردند حکایت از 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 نتایجی مبنی بر حل مساله در شرایط بروز استرس های ناگهانی در زنان مردان بطور موثر را نشان می‌داد.

پژوهشی در مورد مستند سازی مسائل پیش آمده برای زنانی که یکی از اعضای مرد خانواده اشان سوء مصرف مواد مخدر دارد در کشور هند انجام شد. در این پژوهش سلامتی اجتماعی ، خانوادگی و اقتصادی این زنان و پیامد های روان شناختی این مسئله مورد سنجش قرار گرفت . (shankardass2002)

این مطالعه در اصل مطالعه ای کیفی و اکتشافی بود . اکثریت زنان مورد مطالعه همسران (۵۶درصد) افراد مصرف کننده مواد بودند . یکی از مهمترین رنج هایی که این زنان از بابت اعتیاد یکی از اعضای خانواده متحمل می شدند سرزنش Burden of Blame بود.

سرزنش به خاطر اینکه شاید مسئول معتاد شدن عضو خانواده اشان بودند. سرزنش به خاطر پنهان کردن موضوع از دیگران و سرزنش به خاطر حاضر نشدن به موقع برای درمان . از این رو ، این زنان نه تنها قربانی شخص معتاد در خانواده می شوند ، بلکه از جانب جامعه نیز متحمل زحمات بسیار می شوند . این موضوع اغلب منجر به احساس گناه ، شرم ، افسردگی (۴۷در صد) اضطراب (۵۵درصد) انزوای انکار ، خودکشی (۳۵درصد) می شد. همچنین از مشکلات جسمی (کاهش وزن ۴۰درصد) دردهای جسمانی ۲۳درصد و بیخوابی ۴۷ درصد رنج می بردند.

شیبانی (۱۳۸۳) در پژوهشی با عنوان بررسی مقایسه ای کارکرد خانواده های اصلی افراد معتاد و غیر معتاد بدین نتیجه دست یافت که سطح کارکرد خانواده های اصلی افراد غیر معتاد بالاتر از سطح کارکرد خانواده اصلی افراد معتاد است . همچنین میزان استقلال و صمیمیت در خانواده های اصلی افراد غیر معتاد بالاتر از خانواده های اصلی افراد معتاد است .

فلاح سلو کلایی (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان تاثیر آموزش مهارت حل مساله بر افزایش کفایت اجتماعی نوجوانان دختر در یافت . آموزش مهارت حل مساله در افزایش کفایت اجتماعی گروه آزمایش نتیجه مثبت داشته است . همچنین این آموزش در خرده مقیاس های رفتاری - هیجانی و انگیزشی نیز موثر بوده است . اما در خرده مقیاس شناختی بین نمرات قبل و بعد از مداخله در گروه آزمایش رابطه معنا داری مشاهده نشده است .

منشئی (۱۳۸۳) نیز در پژوهشی خانواده های معتادان را از لحاظ مقیاس (حل مشکل ، ارتباط ، نقش ها و پاسخ دهی عاطفی ، دخالت عاطفی ، کنترل رفتار و کارایی عمومی) مورد بررسی قرار داده است . نتایج نشان دهندهناکارآمدی و وجود مشکل در عملکرد خانواده معتادان بوده است .

نارنجیها و همکاران (۱۳۸۷) در ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران تعداد معتادان کشور را حدود ۱/۲۰۰/۰۰۰ نفر برآورد کرده اند . ۹۴/۸ در صد مرد و ۵/۲ درصد زن. ۴۴/۶درصد زیر سن ۲۹ سال بودند . میانگین سنی معتادان کشور ۳۲/۵۹ سال بود . اولین مکان برای درمان ، منزل فرد معتاد بیان شده است (۵۰/۷درصد) .

نوری (۱۳۸۷) در پژوهشی تحت عنوان شناسایی عوارض اعتیاد در زنان دارای همسر معتاد به نتایجی دست یافت که عوارض سوء مصرف مواد ، خیانت جنسی و عاطفی ، خشونت فیزیکی ، افت وضعیت اقتصادی ، اختلال در عملکرد جنسی و افکار و اقدام به خودکشی در میان زنان همسر معتاد با تفاوت معنا داری نسبت به زنان شوهر سالم مشاهده می شود همچنین سطح درآمد خانواده معتاد پایین تر می باشد. زنان شوهر معتاد از ثبات هیجانی و وظیفه شناسی کمتری نسبت به زنان همسر سالم برخوردارند. در زنان همسر معتاد ، اضطراب و افسردگی بیشتر است ، زنان همسر معتاد از عزت نفس کمتری بهره برده اند . زنانی که مورد خشونت قرار می گیرند در برابر عوارض ناشی از زندگی با همسر معتاد تاب آور نبوده اند.



# فصل سوم

## روش شناسی تحقیق

## یشگفتار

هدف اصلی این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کارکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد در مرکز امید سبز بهزیستی شهرستان کرج می‌باشد. جهت انجام پژوهش حاضر، زنانی که به همراه شوهران معتادشان جهت سم زدایی و دریافت خدمات بازتوانی به مرکز آمده بودند پس از بررسی پرونده‌ها و در نظر گرفتن عوامل مخدوشگر مانند سن، میزان تحصیلات، داشتن فرزند، مدت تاهل انتخاب گردیدند. بیش از ۲۰۰ معتاد که در سال ۱۳۸۸ در مرکز امید سبز بهزیستی شهرستان کرج پذیرش گردیده و تحت خدمات سم زدایی و بازتوانی قرار گرفته بودند به عنوان پرونده‌های دارای شاخص‌های عنوان شده برای گزینش در این پژوهش مد نظر قرار گرفتند. در پی مطالعه پرونده و در نظر گرفتن عواملی چون سن، تحصیلات، مدت زمان تاهل و داشتن فرزند تعدادی از پرونده‌ها رد شده و پس از جمع‌آوری پرونده‌های قابل پی‌گیری در این تحقیق با یک یک زنان دارای همسر معتاد تماس تلفنی برقرار شد و از آنان برای شرکت در این پژوهش دعوت به عمل آمد. طی بررسی آزمون مک‌مستر بر ایشان دو گروه کنترل و آزمایش بصورت تصادفی تشکیل شد. سر فصل‌های مورد بحث در جلسات آموزشی مهارت‌های زندگی، تاریخ و ساعت مشخص برای حضور زنان دارای همسر معتاد تبادل نظر شد. از بین پرونده‌هایی که انتخاب شده و با آنان تماس گرفته شده بود تعداد محدود (۴۰ نفر) شرکت کردند.

زنان با استفاده از پرسشنامه کارکرد خانواده FAD مورد آزمون قرار گرفتند. با همسان‌سازی اعضاء به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. آموزش مهارت‌های زندگی به گروه آزمایش ارائه شد. گروه آزمایش پس از آموزش دوباره مورد آزمون کارکرد خانواده قرار گرفت.

## نوع طرح :

پژوهش حاضر از نوع طرح های نیمه آزمایشی (پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل) می باشد . در این نوع طرح ها هر یک از گروهها دو بار اندازه گیری می شوند ، اولین اندازه گیری با اجرای یک پیش آزمون و دومین اندازه گیری با اجرای یک پس آزمون انجام می گیرد .

## جامعه پژوهش

در پژوهش حاضر جامعه شامل زنان دارای همسر معتاد ساکن در شهرستان کرج می باشد. نمونه مورد پژوهش زنان دارای همسر معتاد ی است که از فروردین سال ۱۳۸۸ به همراه شوهرانشان برای دریافت خدمات سم زدایی و بازتوانی به مرکز امید سبز بهزیستی شهرستان کرج مراجعه کرده اند .

## حجم جامعه نمونه و روش نمونه گیری

حجم جمعیت نمونه مورد بررسی در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر در نظر گرفته شد .

در پژوهش حاضر، جامعه یعنی زنان دارای همسر معتاد در دسترس در مرکز امید سبز بهزیستی می باشد که سنین بین ۲۵ تا ۴۰ سال دارند و دارای تحصیلات بالای سوم راهنمایی ، دارای حداقل یک فرزند و بیش از ۵ سال از ازدواج و زندگی مشترکشان گذشته باشد و در شهرستان کرج اقامت دارند . شامل می شود . نمونه آماری ۳۰ نفر زنان دارای همسر معتاد (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل ) می باشند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده اند .

افراد به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش تفکیک شدند. تعداد ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش مورد مداخله آموزشی قرار گرفتند. در انتخاب نمونه ها حداکثر سعی بر این بود که متغیر مداخله گر از قبیل سن ، تحصیلات و داشتن فرزند و مدت تاهل کنترل گردد. سپس جلسات آموزشی طی هشت جلسه

## ابزار اندازه گیری :

. در این پژوهش ، ابزاری که در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به کار برده می شود ، مقیاس کارکرد خانوادگی ( FAD ) است که توسط مک مستر (۱۹۹۶) به منظور سنجش کارکرد خانواده تنظیم شده است.

### معرفی آزمون کارکرد خانواده مک مستر

مقیاس ( FAD ) ، ابزاری ۶۰ سوالی است که برای ارزیابی کارکرد خانواده از زن یا شوهر گرفته می شود . تحلیل عاملی ، نشان می دهد که این مقیاس هفت بعد کارکرد را می سنجد . این هفت بعد عبارتند از : نقش ها ، ارتباطات ، پاسخگویی عاطفی ، همراهی عاطفی ، کنترل رفتار ، حل مساله و کارکرد کلی خانواده . نمره پایین نشان دهنده کارکرد بیشتر و رابطه بهتر و نمرات بالاتر از میانگین نشان دهنده کارکرد کمتر و ناسالمتر است (میر عنایت (۱۳۷۸)

### نمره گذاری :

به هر سوال ۱ تا ۴ نمره با استفاده از این کلید داده می شود . کاملاً موافق = ۱ ، موافق = ۲ ، مخالف = ۳ ، کاملاً مخالف = ۴ . به سوالها (یا عباراتی) که توصیف عملکرد ناسالم خانواده اند، معکوس نمره داده می شود نمرات کمتر نشانه عملکرد سالم تر است . معدل پاسخ به سوالها که هر یک بین ۱ (سالم) تا ۴ (ناسالم) می شود ، برای به دست آوردن نمرات هفت مقیاس محاسبه می گردد. سوالهایی که در ابزار نمرات معکوس گرفته اند عبارتند از: سوالهای ۱-۷-۸-۹-۱۱-۱۳-۱۴-۱۵-۱۷-۱۹-۲۱-۲۲-۲۳-۲۵-۲۷-۲۸-۳۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۷-۳۹-۴۱-۴۲-۴۴-۴۵-۴۷-۴۸-۵۱-۵۳-۵۴-۵۸

## پایایی:

مقصود از پایایی یک وسیله اندازه گیری آن است که اگر خصیصه مورد سنجش را با همان وسیله تحت شرایط مشابه دوباره اندازه بگیریم ، نتایج حاصله تا چه حد مشابه ، دقیق و قابل اعتماد است . یک وسیله معتبر آنست که دارای ویژگی های تکرار پذیری ۱ و باز پدید آوری ۲ باشد ، یعنی بتوان آنرا در موارد متعدد بکار برد و در همه نتایج یکسان تولید کند . اگر روش های اندازه گیری فاقد اعتبار کافی و معقول باشد ، اجرای پژوهش تجربی بی معنا خواهد بود (هومن ۱۳۷۶)

میر عنایت (۱۳۷۸) در پژوهش خود تحت عنوان " مقایسه سلامت عمومی دانشجویان مجرد و متأهل ۲۰-۳۰ شهرستان خمینی شهر " ضرایب آلفای خرده مقیاس ابزار سنجش خانواده را از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ بدست آورده که از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است . ضرایب اعتبار (هماهنگی درونی) و مشخصه های آماری توزیع نمرات ۵۰ دانشجوی ایرانی شرکت کننده در مطالعه خرده مقیاس های تشکیل دهند پرسشنامه عملکرد خانواده به قرار زیر است .

پایایی این آزمون را ۰/۹۳ گزارش نمود که در سطح  $p < 0/001$  معنی دار است . وی همچنین به منظور بررسی روایی این آزمون از روش تحلیل عاملی استفاده نمود.

ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده مقیاس های حل مشکل ، ارتباط ، نقش ها ، پاسخدهی عافی ، دخالت عاطفی ، کنترل رفتار و عملکرد کلی در پژوهش امینی (۱۳۷۹) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۶۱ و ۰/۳۸ و ۰/۷۲ و ۰/۶۴ و ۰/۶۵ و ۰/۶۱ و ۰/۸۱ گزارش شده است . همین ضرایب آلفا برای کل مقیاس و خرده مقیاس های آن به ترتیب زیر در پژوهش رضایی (۱۳۷۸) ۰/۹۱ ، ۰/۶۶ ، ۰/۶۷ ، ۰/۶۳ ، ۰/۴۲ ، ۰/۶۱ ، ۰/۳۸ و ۰/۷۳ گزارش شده است .

## روایی :

این ابزار در ایران در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۷۴ توسط ثنایی و نجاریان روا سازی شده است. نجاریان (۱۳۷۴) در پژوهش با عنوان "بررسی ویژگیهای روان سنجی مقیاس سنجش خانواده" که روی ۵۱۰ دانشجوی دانشگاه تهران انجام داد.

اگر خرده مقیاس عملکرد کلی را از تجزیه و تحلیل ها خارج کنیم ، شش خرده مقیاس دیگر این ابزار نسبتاً از استقلال برخوردارند . ابزار سنجش خانواده دارای روایی همزمان و پیش بینی است . این ابزار در یک مطالعه مستقل روی ۱۷۸ زوج حدوداً شصت ساله با مقیاس زناشویی " لاک والاس " همبستگی متوسط داشت و قدرت نسبتاً خوبی برای پیش بینی نمرات مقیاس روحیه سالمندی (فیلادلفیا) نشان داده است. به علاوه این ابزار با قدرت متمایز سازی اعضای خانواده بالینی و غیر بالینی در هر هفت خرده مقیاس خود دارای روایی خوبی برای گروه های شناخته شده است.

## مقیاس کارکرد خانواده

پرسشنامه کارکرد خانواده یک ابزار ۶۰ سوالی است که توسط مک مستر ۱۹۹۶ برای سنجیدن و استنباط شخص از میزان کارکرد خانواده اصلی خویش تدوین شده است .

در این تحقیق پرسشنامه کارکرد خانواده از مدل مک مستر پرسشنامه ( FAD ) مورد استفاده قرار گرفته است .

مدل مک مستر از کارکرد خانواده یک مدل سیستمی با جهت گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات ساختاری و سازمانی گروه خانواده و الگوهای تبدلی مهم موجود میان اعضاء خانواده را معین می کند . (کیت نر ۱۹۹۶ ، به نقل از سالاری ۱۳۸۳)

برای کارکرد خانواده شش بعد در نظر گرفته شده است . حل مساله ، ارتباط ، نقشها ، پاسخ دهی عاطفی ، همراهی عاطفی و کنترل رفتار .

## تعاریف عملیاتی متغیر ها

**حل مساله :** نشان دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات و نیز مراحلی که برای این کار طی می کنند می باشد . هرگاه تمامی مراحل به خوبی طی شود حل مساله به کارآترین وجه ممکن انجام گرفته است و ناکارآمدترین شکل حل مساله آن است که خانواده حتی نتواند مساله را تشخیص دهد .

خرده مقیاس حل مساله مربوط به گویه های ۲-۱۲-۲۴-۳۸-۵۰-۶۰ پرسشنامه است که توانایی حل مساله خانواده را که بتواند کارایی موثری داشته باشد را می سنجد .

**ارتباط :** میزان اطلاعات مبادله شده بین اعضای خانواده را مورد سنجش قرار می دهد . اینکه آیا پیامهایی که بین اعضاء مبادله می شود می تواند اطلاعات را به طور روشن و گویا انتقال دهد یا نه ؟

توانایی اعضای خانواده برای تبادل اطلاعات (صرفاً اطلاعات کلامی) را می سنجد . در این پژوهش توانایی اعضای خانواده برای تبادل اطلاعات (صرفاً کلامی) سنجیده می شود . گویه های ۳-۱۴-۱۸-۲۹-۴۳-۵۲-۵۹ پرسشنامه مربوط به این متغیر می باشد .

**نقشها :** تاکید این بعد به این موضوع است که آیا خانواده الگوهای رفتاری جهت چگونگی تحقق کارکردهای خانواده ارائه می دهد یا نه ؟ در این بعد به تقسیم وظایف خانه ، انجام مسئولیت های محول شده به افراد توجه می شود .

این بعد مربوط به الگوهایی که اعضاء توسط آن کارکردهای خانواده را محقق می سازند . گویه های ۴-۱۰-۱۵-۲۳-۳۰-۳۴-۴۰-۴۵-۵۳ پرسشنامه مربوط به این متغیر می باشد .

**پاسخدهی عاطفی :** میزان همدلی و حمایت عاطفی متقابل اعضاء خانواده از یکدیگر است در این بعد به عواملی از قبیل ابراز احساسات به یکدیگر ، در گیر شدن در مشکلات یکدیگر ، ابراز احساسات اشاره می شود .

چگونگی واکنش عاطفی خانواده در روابطش می گردد . گویه های ۵-۹-۱۹-۲۸-۳۹-۴۹ و ۵۷ پرسشنامه مربوط به این متغیر می باشد .

**همراهی عاطفی:** این بعد میزان علاقه و توجه به اعضاء خانواده را به مسائل یکدیگر اندازه می گیرد ، توجه به علاقمندیهای یکدیگر ، تبادل نظر در مورد ترس های اعضاء ، گفتگودر باره احساسهای لطیف و توجه به منافع یکدیگر را مورد سنجش قرار می دهد.

نوع مشارکت و درگیری اعضاء خانواده را با هم می سنجد. گویه های ۱۳-۲۱-۲۲-۲۵-۳۳-۳۷-۴۲-۵۴ پرسشنامه مربوط به این متغیر می باشد .

**کنترل رفتار:** کانون توجه این بعد بررسی شیوه ارائه و اعمال استاندارد های رفتاری است و اینکه خانواده تا چه حد به اجراء و حفظ این استاندارد مقید و متعهد است . به طور کلی این بعد به وجود قوانین و مقررات خانه و پایبندی به این قوانین اشاره می کند .

بعد مربوط به قواعدی است که خانواده بر اساس آن آموزش را می گذراند . گویه های ۷-۱۷-۲۷-۳۲-۴۴-۴۷-۴۸-۵۵-۵۸ پرسشنامه مربوط به این متغیر می باشد .

**تعریف عملیاتی کارکرد کلی:** این بعد ترکیبی از شش بعد است . میزان سلامت و آسیب خانواده را به کلی می سنجد و در این پژوهش نمره ای که در پرسشنامه FAD به دست می آید ملاک سنجش سوالات ۱-۶-۸-۱۱-۱۶-۲۰-۲۶-۳۱-۳۶-۴۱-۴۶-۵۱-۵۶ مربوط به این متغیر می باشد .

### روش اجرای پژوهش

پس از دریافت معرفی نامه از آموزش دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و ارائه آن به سازمان بهزیستی استان تهران و اخذ مجوز انجام پژوهش، با توجه به گروه هدف یعنی زنان دارای همسر معتاد ، به مرکز امید سبز بهزیستی شهرستان کرج مراجعه شد. برای انتخاب اعضاء گروه پرونده مراجعان پذیرفته شده و دردسترس از فروردین سال ۱۳۸۸ مورد مطالعه قرار گرفت و بعد از بررسی پرونده هایی که خصوصیات و ویژگیهای مربوط به پژوهش را داشتند به صورت تلفنی باهمسران افراد معتاد ارتباط برقرار شد .



در مرحله بعد، زمانی که بعد از تماس تلفنی به مرکز امید سبز آمده بودند مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج حاصل از نمره گذاری پرسشنامه ها، در نهایت ۳۰ نفر باقیمانده بصورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. پس از انجام هماهنگی های لازم، گروه آزمایش جهت گذراندن دوره آموزشی مهارتهای زندگی که به شرح مختصر جلسات آموزشی آن اشاره شده است، در مرکز امید سبز به مدت ۸ جلسه (هفته ای یک جلسه) و هر جلسه به مدت ۲ ساعت گردهم آمدند. شرح جلسات در انتهای این بخش آورده شده است. در پژوهش های نیمه آزمایشی محدودیت ها و ریزش هایی در تعداد شرکت کنندگان قابل پیش بینی است که در این پژوهش نیز چهار نفر از اعضاء قادر به شرکت در گروه نبودند که توانستیم با ارائه جزوات آموزشی به آنان و برگزاری جلسات فردی مطالب آموزشی را به این افراد منتقل نماییم. پس از پایان هشت جلسه دوره آموزشی مهارتهای زندگی جهت اجرای دوباره آزمون، پرسشنامه (FAD) مجدداً در اختیار گروه آزمایش قرار گرفت.

### روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات حاصله از روش های آماری در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی آماره هایی چون تعداد، میانگین، انحراف استاندارد، به کار رفت. در سطح استنباطی نیز از تحلیل آزمون t دو گروه مستقل برای مقایسه میانگین ها استفاده شد. جهت سهولت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS استفاده گردید.

### تجزیه و تحلیل توصیفی

در تجزیه و تحلیل توصیفی از یکسو ویژگی های کلی آزمودنی ها و از سوی دیگر شاخصهای گرایش مرکزی و انحرافی مربوط به هر یک از متغیرها با شاخصهایی همچو میانگین، انحراف معیار، واریانس، خطای استاندارد آزمودنی ها، مورد بررسی قرار گرفت.

## جلسات آموزشی

جلسه معارفه :

بعد از تماس تلفنی که با تک تک زنانی که همسرانشان در مرکز امید سبز طی سال ۱۳۸۸ پرونده تشکیل داده و تحت درمان قرار گرفته بودند، صورت گرفت. از آنان دعوت به عمل آمد تا در جلسه اولیه ، برای آشنایی بیشتر و شناخت بهتر جلسات آموزشی که قرار است تشکیل شود شرکت نمایند. بعد از معرفی مدرس مربوطه که یکی از کارشناسان مستقر در مرکز امید سبز بود توضیحاتی در مورد سر فصل های آموزشی مهارتهای زندگی و اهمیت آن در نحوه زندگی کردن و روابط زناشویی ، برخورد مناسب و سازنده با افراد خانواده ارائه شد . سپس روز و ساعت برگزاری جلسات آموزشی با توافق اعضاء معین و تاکید بر آن شد تا بطور فعال و منسجم در کلاسها حضور یابند . زنان دارای همسر معتاد در رابطه با مسائلی که در رابطه با فرد معتاد و اطرافیان او با آن روبرو هستند و مشکلاتی که در حال حاضر با آن دست به گریبانند (رفتارهای معتاد گونه همسر ) فاقد اطلاعات لازم بودند و در طی جلسه سوالات مختلفی در این رابطه مطرح می کردند که قرار شد طی آموزش مهارتهای زندگی به سوالات آنان نیز پاسخ مکفی داده شود.

### جلسه اول : مهارت خود آگاهی و همدلی

در این جلسه شرکت کنندگان از آگاهی نداشتن بطور مبسوط از احساسات ، افکار و باورها ، ارزش ها ، اهداف ، نقاط قوت و ضعف خود که می تواند سرچشمه تعارضات و شکستهای اصلی در زندگی باشد مطلع شدند . مهمترین اجزاء خودآگاهی مانند : شناخت ویژگیهای جسمی و بدنی ، شناخت توانایی ها و مهارتهای خود ، شناخت نقاط قوت و ضعف ، شناخت افکار ، ارزشها ، باورهای و اهداف از موارد مطرح شده بود

### **جلسه دوم : مهارت مقابله با هیجانات**

در این جلسه بر لزوم داشتن مهارت کنترل احساسات و هیجانات در برقراری ارتباط هر چه بهتر با دیگران آموزش داده شد. به یکی از عوامل زیر بنایی در دستیابی به همدلی که تسلط داشتن بر هیجانات و احساسات است اشاره شد. برای رسیدن به این مهم می توان راههای مختلفی جهت هماهنگی با دیگران را در نظر گرفت. از جمله: زبان اندام، نحوه ی سخن گفتن، احساسات و خلیقات. هر چه قدر در تشخیص شباهت های خود با دیگران و تفاوت ها بهتر عمل کنیم در برقراری رابطه همدلانه موفقتر و هماهنگی بیشتری را نشان می دهیم. از دیگر موارد مطرح شده دیگر گوش کردن، تعبیر و تفسیر کردن مطالب شنیده شده و انعکاس احساسات به طرف مقابل است.

### **جلسه سوم : مهارت مقابله با استرس**

در این جلسه قبل از ارائه مطالب سوالاتی در مورد استرس در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. سپس درباره استرس و چگونگی بروز آن مطالبی بیان شد. علائم هشداردهنده جسمانی، ذهنی، عاطفی و روانی و رفتاری از مواردی بود که بدان پرداخته شد. برای رهایی از دام استرس نکات مهمی بصورت عملی آموزش داده شد. مانند: تمرین تنفس صحیح، تصویر سازی ذهنی و آرام سازی جسمی که بعنوان شیوه های بلند مدت در مقابله با استرس کاربرد دارد.

## جلسه چهارم و پنجم : مهارت روابط فردی و بین فردی

در این جلسات ماهیت ارتباط و تعریف آن توضیح داده شد . اصول ارتباط بین فردی و موانع برقراری ارتباط توضیح داده شد . مهارت‌های اجتماعی که بر روابط تاثیر دارند مانند : مهارت‌های مشارکت در گفتگو شامل مهارت گوش دادن ، مهارت صحبت کردن و مهارت غیر کلامی بصورت مفصل با ارائه بازیهای گروهی توصیف شد . از نکات کلیدی درمهارت های ارتباطی مانند توجه به وضعیت ظاهر ، سلام همراه با لبخند در ابتدای ارتباط ، استفاده از پرسشهای ساده و تعارف ، توجه به علاقه مندیهای طرف مقابل ، تمجید از شخص مقابل در حد متعارف ، دادن اطلاعات در مورد خود بحث و گفتگو شد .

## جلسه ششم : تفکر خلاق و انتقادی

در ابتدای جلسه تفکر خلاق تعریف گردید . مجموعه ای از توانایی ها و خصیصه های خاص در فرد که منجر به ایجاد تفکر خلاق می شود . ترکیبی از قدرت ابتکار ، انعطاف پذیری و حساسیت که حاصل آن رضایت شخصی و خشنودی دیگران است . این مهارت باعث غنای زندگی گردیده و با استفاده از این مهارت در زمینه های شغلی ، خانوادگی ، تفریحی چالش و هیجان بیشتری بوجود می آید . همچنین از طریق تلفیق قدرت تصمیم گیری و حل مساله به ویژگی تفکر خلاق می توانیم برسیم . این قدرت به فرد این امکان را می دهد از دایره بسته تجربیات محدود خارج شده و به فراسوی تجارب خود بنگرد . بدین ترتیب زندگی فرد انعطاف پذیر شده و از تمام جوانب به پدیده ها می نگرد . ویژگی های فردی که برای بروز خلاقیت لازم است شامل : ۱- توانایی تمرکز و توجه به مسائل در مدت طولانی ۲- مقاومت در برابر مشکلات ۳- نیروی زیاد و تمایل برای کار سخت ۴- تعهد به انجام صحیح کار . همچنین بعضی از شخصیت هایی که مستعد تفکر خلاق هستند دارای صفات مهمی از قبیل : خود تنظیمی زیاد در کار ، پشتکار در مواجهه با شکست ، استقلال ، تحمل ابهام ، امایل برای پذیرش خطر می باشند . در صورت فقدان بعضی از ویژگی ها در فرد می توان آن را پرورش داد.

## جلسه هفتم : مهارت تصمیم گیری

در این جلسه در رابطه با شیوه های تصمیم گیری انتخاب راه حل های مختلف بحث و گفتگو صورت گرفت. نکات کلیدی مهمی که به آنها پرداخته شد ، مانند : از بین راه حل های مختلف ، بهترین راه حل را انتخاب کنیم. راه حل ها را با هم مقایسه کرده و ببینیم کدامیک از همه بهتر است. در مقایسه کردن پیامدها و نتایج راه حل ها پیش بینی لازم را به عمل آوریم.

□ بعد از انتخاب راه حل آن را از چند زاویه بازنگری کنیم.

شیوه های مختلف تصمیم گیری : در این مقوله زنان با تصمیم گیریهای مختلف بصورت مبسوط آشنا می گردند و می توانند بهترین تصمیم گیری را شناسایی و تشخیص دهند.

۱- تصمیم گیری احساسی ، ۲- تصمیم گیری اجتنابی ، ۳- تصمیم گیری تکانه ای ، ۴- تصمیم

گیری مطیعانه،

۵- تصمیم گیری گوش به زنگی ، ۶- تصمیم گیری اخلاقی ، ۷- تصمیم گیری منطقی .

## جلسه هشتم : مهارت حل مساله

در این جلسه در مورد مواجهه موثر با مشکلات و مسائل و حل کردن یا کنار آمدن با آن بحث و گفتگو شد .

□ برای مقابله کردن با مشکلات و یافتن راه حلی برای آنها باید موقعیتی که در آن هستیم را تشخیص دهیم . نسبت به احساسات و افکار آگاه باشیم . مشکل را تعریف و شناسایی کنیم و عواملی که سبب بروز مشکل گردیده را شناسایی کنیم . برای حل مسائل آنها را اولویت بندی نماییم و از نظرات و پیشنهادات که از بارش فکر نشات می گیرد استفاده کنیم . از شتاب در احساسات ، تعصب ، خستگی فکری و ذهنی ، توجه زیاد به موانع اجرایی نیز پرهیز نماییم .

# فصل چهارم

## تجزیه و تحلیل داده ها

## مقدمه

در این فصل داده های جمع آوری شده از نمونه های مورد مطالعه ارائه می شود. در بخش اول این فصل نتایج توصیفی متغییره تحقیق به همراه همسان سازی دو گروه آزمایش در جداول جداگانه معرفی می شود. به عبارت دیگر شرایط کلی جمعیت آماری و تحلیل یک متغییری از داده ها نظیر سن ، تحصیلات ، مدت تاهل ، تعداد فرزندان ، شغل ارائه می گردد. بخش دوم این فصل تحت عنوان نتایج استنباطی ، ابتدا به یافته های مربوط به کارکرد خانواده و مقایسه آماری دو گروه ارائه می گردد.

### بخش اول : نتایج توصیفی تحقیق

#### ۴-۱- الف سن نمونه های مورد مطالعه

توزیع سنی زنان دارای همسر معتاد در دو گروه کنترل و آزمایش ، به صورت یک سوال باز و در سطح فاصله ای ۲۵ تا ۴۰ سال اندازه گیری شده است . نتایج مبین این است که میانگین سنی کل افراد مورد بررسی 33/43 سال و انحراف معیار سن آنها 4/59 می باشد دیگر آمارهای مربوط به هر گروه در جدول زیر مشخص می باشد .

#### جدول (الف - ۱) سن نمونه

33/43	میانگین
33/50	میانه
32	مد
4/59	انحراف معیار
21/15	واریانس
25	مینیمم MIN
40	ماکزیمم MAX

#### ۴-۲-الف تحصیلات نمونه های مورد مطالعه

تحصیلات دو گروه آزمایش و کنترل به صورت یک سوال باز پرسیده شده است. توزیع فراوانی تحصیلی زنان دارای همسر معتاد در دو گروه کنترل و آزمایش و در سه سطح اندازه گیری شده است. سطح یک- سوم راهنمایی که با مولفه ۹، سطح دو - دیپلم که با مولفه ۱۲ و سطح سه - فوق دیپلم که با مولفه ۱۴ نمایش داده شده است. نتایج مبین این است که میانگین تحصیلی کل افراد بین اول دبیرستان و دوم دبیرستان و انحراف معیار آنها ۱/۵۶ می باشد دیگر آمارهای مربوط به هر گروه در جدول زیر مشخص می باشد.

جدول (الف- ۲) وضعیت تحصیلی نمونه

10/97	میانگین
12	میانه
12	مد
1/56	انحراف معیار
2/4	واریانس
9	مینیمم MIN
14	ماکزیمم MAX



#### ۴-۳- الف مدت تاهل نمونه مورد مطالعه

مدت زمان تاهل زنان مورد مطالعه ، به صورت یک سوال باز پرسیده شده و در سه سطح اندازه گیری شده است . سطح یک - مدت زمان تاهل بین ۵ تا ۹ سال است . سطح ۲ - مدت زمان تاهل بین ۱۰ تا ۱۵ سال است . سطح سه - مدت زمان تاهل از ۱۵ سال به بالا است. نتایج مبین این است که میانگین مدت زمان تاهل کل افراد مورد بررسی ۱۳/۸۰ سال و انحراف معیار آنها ۱۴/۵۰ سال می باشد دیگر آمارهای مربوط به هر گروه در جدول زیر مشخص می باشد .

#### جدول (الف - ۳) مدت زمان تاهل نمونه

۱۳/۸۰	میانگین
۱۴/۵۰	میانه
۲۰	مد
۵/۴۲	انحراف معیار
۰/۲۹	واریانس
۵ تا ۹ سال مدت تاهل	مینیمم MIN
۱۵ سال به بالا مدت تاهل	ماکزیمم MAX

#### ۴-۴- الف - تعداد فرزندان نمونه مورد مطالعه

تعداد فرزندان از کل نمونه به صورت یک سوال باز پرسیده شده است که نتایج توزیع فراوانی تعداد

فرزند نمونه ها بصورت زیر است :

نتایج مبین این است که میانگین تعداد فرزند کل افراد مورد بررسی بیشتر از یک فرزند وانحراف معیار آنها

۰/۵۴ می باشد . دیگر آمارهای مربوط به هر گروه در جدول زیر مشخص می باشد .

#### جدول (الف-۴)تعداد فرزندان نمونه

۱/۶۶	میانگین
۲	میانه
۲	مد
۰/۵۴	انحراف معیار
۰/۵۵	واریانس
دارای یک فرزند	مینیمم MIN
دارای سه فرزند	ماکزیمم MAX

#### ۴-۲-ب - آزمون همسانی نمونه مورد مطالعه در دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ سن

با فرض عدم وجود تفاوت معنادار بین سن زنان دارای همسر معتاد در دو گروه ، دو گروه قابل مقایسه و همگن می شوند . برای سنجش از آزمون t استفاده شد که نمره آزمون t نشان دهنده این مطلب می باشد که دو گروه از نظر سن با احتمال ۰/۹۵ در صد اطمینان تفاوت معنا داری ندارند.

جدول (ب-۱) آزمون همسانی گروه کنترل و آزمایش از لحاظ سن

t	سطح معنی دار sig	درجه آزادی df	انحراف معیار	میانگین	تعداد	نمونه
-0/39	0/96	28	5/02	33/40	15	گروه کنترل
			4/30	33/46	15	گروه آزمایش

همانطور که جدول (ب-۱) مشاهده می شود گروه کنترل با میانگین ۳۳/۴۰ و انحراف معیار ۵/۰۲ در

مقایسه با گروه آزمایش با میانگین ۳۳/۴۶ و انحراف معیار ۴/۳۰ در درجه آزادی ۲۸ و با نمره آزمون t -

0/39 دارای تفاوت معنی دار نمی باشند .

با فرض عدم وجود تفاوت معنادار بین تحصیلات زنان دارای همسر معتاد در دو گروه آزمایش و کنترل ، دو گروه قابل مقایسه و همگن می شوند . برای سنجش از آزمون t استفاده شد که نمره آزمون t نشان دهنده این مطلب می باشد که دو گروه از نظر سن با احتمال ۰/۹۵ در صد اطمینان تفاوت معنا داری ندارند.

جدول (ب-۲) آزمون همسانی دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تحصیلات

t	سطح معنی دار sig	درجه آزادی df	انحراف معیار	میانگین	تعداد	نمونه
-0/11	0/90	28	1/71	10/93	15	گروه کنترل
			1/46	11	15	گروه آزمایش

در جدول (ب-۲) گروه کنترل با نمره میانگین ۱۰/۹۳ و انحراف معیار ۱/۷۱ در مقایسه با گروه آزمایش با میانگین ۱۱ و انحراف معیار ۱/۴۶ و درجه آزادی ۲۸ و با نمره آزمون t ، -0/11 دارای تفاوت معنی دار نمی باشد .

با فرض عدم وجود تفاوت معنادار بین تحصیلات زنان دارای همسر معتاد در دو گروه ، دو گروه قابل مقایسه و همگن می شد . برای سنجش از آزمون t استفاده شد که نمره دامنه t نشان دهنده این مطلب می باشد که دو گروه از نظر مدت زمان تاهل با احتمال ۰/۹۵ در صد اطمینان تفاوت معنا داری ندارند.

### جدول (ب-۳) آزمون همسانی گروه کنترل و آزمایش از لحاظ مدت تاهل

نمونه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی df	سطح معنی دار sig	t
گروه کنترل	15	14/20	6/27	28	0/69	0/39
گروه آزمایش	15	13/40	4/62			

همانطور که جدول (ب-۳) نشان می دهد گروه کنترل با نمره میانگین ۱۴/۲۰ و انحراف معیار ۶/۲۷ در مقایسه با گروه آزمایش با میانگین ۱۳/۴۰ و انحراف معیار ۴/۶۲ درجه آزادی ۲۸ و با نمره آزمون  $T=0/39$  دارای تفاوت معنی دار نمی باشد .

با فرض عدم وجود تفاوت معنادار بین تعداد فرزند زنان دارای همسر معتاد در دو گروه ، دو گروه قابل مقایسه و همگن می شد . برای سنجش از آزمون t استفاده شد که نمره دامنه t نشان دهنده این مطلب می باشد که دو گروه از نظر سن با احتمال ۰/۹۵ در صد اطمینان تفاوت معنا داری ندارند.

**جدول (ب-۴) آزمون همسانی گروه کنترل و آزمایش از لحاظ تعداد فرزند**

ت	سطح معنی دار sig	درجه آزادی df	انحراف معیار	میانگین	تعداد	نمونه
0/66	0/51	28	0/59	1/73	15	گروه کنترل
			0/50	1/60	15	گروه آزمایش

همانطور که جدول (ب-۴) نشان می دهد ، گروه کنترل با میانگین ۱/۷۳ و انحراف معیار ۰/۵۹ در مقایسه با گروه آزمایش با میانگین ۱/۶۰ و انحراف معیار ۰/۵۰ و درجه آزادی ۲۸ و با نمره آزمون t 0/66 دارای تفاوت معنی دار نمی باشد .

ت : مقایسه پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل در خرده مقیاس های کارکرد خانواده

جدول (ت-۱) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از بعد توانمندیهای ارتباطی

گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنا داری sig
پیش آزمون	۱۵/۱۳	۳/۴۴	۱۴	-۰/۶۸	۰/۵۰
پس آزمون	۱۵/۸۶	۲/۹۹			

همانطور که در جدول (ت-۱) مشاهده می شود نمره توانمندیهای ارتباطی در گروه کنترل در پیش آزمون با میانگین ۱۵/۱۳ و انحراف معیار ۳/۴۴ و در پس آزمون میانگین ۱۵/۸۶ و انحراف معیار ۲/۹۹ داشته است که با توجه بهنمره آزمون  $t = -0.68$  نتیجه گیری می شود که گروه کنترل از نظر پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی داری ندارند.

جدول (ت-۲) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از بعد نقش

گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنا داری sig
پیش آزمون	۲۱/۱۳	۳/۵۴	۱۴	۰/۱۰	۰/۹۲
پس آزمون	۲۱	۴/۹۱			

چنانچه در جدول (ت-۲) نشان داده می شود نمره مقیاس نقش در گروه کنترل در پیش آزمون دارای میانگین ۲۱/۱۳ و انحراف معیار ۳/۵۴ و در پس آزمون دارای میانگین ۲۱ و انحراف معیار ۴/۹۱ است. نمره آزمون  $t$  در درجه آزادی ۱۴ برابر با ۰/۱۰ است که نشان دهنده تفاوت معنا دار در پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل نمی باشد.

جدول (ت-۳) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از بعد کنترل رفتار

گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنا داری sig
پیش آزمون	۲۳/۰۶	۵/۰۴	۱۴	-۰/۴۴	۰/۶۶
پس آزمون	۲۴	۴/۸۲			

همانطور که ملاحظه در جدول (ت-۳) می شود نمره مقیاس کنترل رفتار گروه کنترل در پیش آزمون دارای میانگین ۲۳/۰۶ و انحراف معیار ۵/۰۴ بوده است و در پس آزمون دارای میانگین ۲۴ و انحراف معیار ۴/۸۲ می باشد. نمره آزمون t در درجه آزادی ۱۴ برابر با ۰/۴۴ - است که نتیجه گیری می شود که گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون در مقیاس کنترل رفتار تفاوت معنی داری نداشته است.

جدول (ت-۴) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از بعد پاسخ دهی عاطفی

گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنا داری sig
پیش آزمون	۱۷	۳/۳۴	۱۴	۰/۲۹	۰/۷۷
پس آزمون	۱۶/۶۶	۳/۳۴			

همانطور که مشاهده در جدول (ت-۴) می شود نمره مقیاس پاسخ دهی عاطفی گروه کنترل در پیش آزمون دارای میانگین ۱۷ و انحراف معیار ۳/۳۴ و در پس آزمون دارای میانگین ۱۶/۶۶ و انحراف معیار ۳/۳۴ است. نمره آزمون t در درجه آزادی ۱۴ برابر با ۰/۲۹ است که نشان دهنده تفاوت معنی دار پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل در مقیاس نمره پاسخ دهی عاطفی نمی باشد.



جدول (ت-۵) مقایسه گروه کنترل در پس آزمون و پیش آزمون از نظر مقیاس همراهی عاطفی

گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنا داری sig
پیش آزمون	۱۹/۲۶	۵/۱۰	۱۴	-۰/۳۸	۰/۷۰
پس آزمون	۱۹/۸۰	۴/۹۳			

در جدول (ت-۵) نمره مقیاس همراهی عاطفی گروه کنترل در پیش آزمون دارای میانگین ۱۹/۲۶ و انحراف معیار ۵/۱۰ است و در پس آزمون دارای میانگین ۱۹/۸۰ و انحراف معیار ۴/۹۳ می باشد. نمره آزمون t در درجه آزادی ۱۴ برابر با ۰/۳۸ - است که نشان دهنده تفاوت معنا دار نمره پیش آزمون و پس آزمون از نظر مقیاس همراهی عاطفی نمی باشد.

جدول (ت-۶) مقایسه گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون از نظر مقیاس حل مساله

گروه کنترل	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	سطح معنا داری sig
پیش آزمون	۱۳/۱۳	۳/۱۸	۱۴	۰/۲۱	۰/۸۳
پس آزمون	۱۲/۹۳	۳/۳۹			

چنانچه در جدول (ت-۶) مشاهده می شود نمره مقیاس حل مساله گروه کنترل در پیش آزمون دارای میانگین ۱۳/۱۳ و انحراف معیار ۳/۱۸ است و در پس آزمون دارای میانگین ۱۲/۹۳ و انحراف معیار ۳/۳۹ می باشد. نمره آزمون t در درجه آزادی ۱۴ برابر با ۰/۲۱ می باشد که نشان دهنده تفاوت معنا دار گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون از نظر مقیاس حل مساله نمی باشد.

ج) مقایسه پیش آزمون گروه کنترل و آزمایش در خرده مقیاسهای مختلف کارکرد خانواده

جدول (ج-۱) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس توانمندیهای ارتباطی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
کنترل	۱۵	۱۵/۱۳	۳/۴۴	۰/۳۳	-۰/۹۷	۲۸
آزمایش	۱۵	۱۶/۴۰	۳/۶۴			

همانگونه که در جدول (ج-۱) ملاحظه می شود گروه کنترل در پیش آزمون با نمره میانگین ۱۵/۱۳ و انحراف معیار ۳/۴۴ و گروه آزمایش با نمره میانگین ۱۶/۴۰ و انحراف معیار ۳/۶۴ بدست آورده است. با توجه به نمره آزمون  $t$  برابر  $-۰/۹۷$  در درجه آزادی ۲۸ تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول (ج-۲) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس نقش

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
کنترل	۱۵	۲۳/۴۰	۴/۳۰	۰/۱۲	-۱/۵۷	۲۸
آزمایش	۱۵	۳۳/۰۶	۵/۴۴			

مقادیر جدول (ج-۲) در کسب نمرات برای مقیاس نقش در گروه کنترل در پیش آزمون با نمره میانگین ۲۳/۴۰ و انحراف معیار ۴/۳۰ بوده است و همچنین گروه آزمایش با نمره میانگین ۳۳/۰۶ و انحراف معیار ۵/۴۴ با نمره آزمون  $t$  برابر با  $-۱/۵۷$  در درجه آزادی ۲۸ دارای تفاوت معنی داری نمی باشند.

جدول (ج-۳) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس کنترل رفتار

گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
کنترل	۱۵	۳۳/۰۶	۵/۴۴	۰/۷۰	-۰/۳۷	۲۸
آزمایش	۱۵	۲۳/۷۳	۴/۱۱			

همانگونه که از مقادیر میانگین نمرات بر می آید، گروه کنترل در پیش آزمون با میانگین ۳۳/۰۶ و انحراف معیار ۵/۴۴ و همچنین گروه آزمایش با میانگین ۲۳/۷۳ و انحراف معیار ۴/۱۱، نمره آزمون t برابر ۰/۳۷- است که با درجه آزادی ۲۸ در سطح ۹۵ درصد تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول (ج-۴) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس پاسخ دهی عاطفی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
کنترل	۱۵	۱۷	۳/۸۹	۰/۵۳	-۰/۶۳	۲۸
آزمایش	۱۵	۱۷/۸۶	۳/۶۲			

مقادیر جدول موبد این مطلب است که نمره آزمون t با درجه آزادی ۲۸ برابر ۰/۶۳- است که این مقدار در سطح ۹۵ درصد اعتماد نشانگر تفاوت معنا دار بین دو گروه کنترل و آزمایش از لحاظ نمره میانگین مقیاس پاسخ دهی عاطفینمی باشد. نمرات گروه کنترل در پیش آزمون با میانگین ۱۷ و انحراف معیار ۳/۸۹ و همچنین نمرات گروه آزمایش با میانگین ۱۷/۸۶ و انحراف معیار ۳/۶۲ می باشد.

جدول (ج-۵) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس همراهی عاطفی

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
کنترل	۱۵	۱۹/۲۶	۵/۱۰	۰/۵۵	-۰/۵۹	۲۸
آزمایش	۱۵	۲۰/۲۶	۴/۰۴			

با توجه به داده های جدول (ج-۵) نمره مقیاس همراهی عاطفی در گروه کنترل در پیش آزمون با نمره میانگین 19/26 و انحراف معیار 5/10 بوده است و همچنین گروه آزمایش با نمره میانگین 20/26 و انحراف معیار 4/04 با نمره آزمون  $t=-0/59$  در درجه آزادی ۲۸ دارای تفاوت معنی داری نمی باشند.

جدول (ج-۶) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس حل مساله

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
کنترل	۱۵	۱۳/۱۳	۳/۱۸	۰/۲۵	-۱/۱۵	۲۸
آزمایش	۱۵	۱۴/۶۰	۳/۷۵			

با توجه به داده های جدول (ج-۶) نمره مقیاس حل مساله در گروه کنترل در پیش آزمون دارای میانگین 13/13 و انحراف معیار 3/18 بوده است و گروه آزمایش با میانگین ۱۴/۶۰ و انحراف معیار ۳/۷۵ با نمره آزمون  $t=0/25$  در درجه آزادی ۲۸ دارای تفاوت معنی داری نمی باشند.

(د) مقایسه گروه آزمایش و گروه کنترل در خرده مقیاس های کارکرد خانواده

جدول (د-۱) مقایسه پیش آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس کارکرد کلی خانواده

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
کنترل	۱۵	۳۳/۹۳	۵/۲۸	۰/۳۶	-۱/۲۵	۲۸
آزمایش	۱۵	۳۹/۶۶	۶/۵۵			

با توجه به داده های جدول (د-۱) گروه کنترل در پیش آزمون با میانگین 23/93 و انحراف معیار 5/28 و همچنین گروه آزمایش با میانگین ۳۹/۶۶ و انحراف معیار ۶/۵۵ با نمره آزمون  $t=0/36$  در درجه آزادی ۲۸ دارای تفاوت معنی داری نمی باشند.

جدول (د-۲) مقایسه پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقیاس توانمندیهای ارتباطی

نمره آزمون / گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
پیش آزمون	۱۶/۴۰	۳/۶۴	۰/۲۵	۱/۱۸	۱۴
پس آزمون	۱۵	۱/۸۶			

مقادیر مندرج در جدول بالا نمایانگر این است که نمره آزمون  $t$  در درجه آزادی ۱۴ برابر با ۱/۱۸، در سطح اعتماد ۹۵ در صد معنادار نمی باشد. نمرات گروه آزمایش در پیش آزمون با میانگین ۱۶/۴۰ و انحراف معیار ۳/۶۴ و در پس آزمون با میانگین ۱۵ و انحراف معیار ۱/۸۶ بدست آمده است.

جدول (د-۳) مقایسه پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقیاس نقش

نمره آزمون / گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
پیش آزمون	۲۳/۴۰	۴/۳۰	۰/۱۸	۱/۴۱	۱۴
پس آزمون	۲۱/۷۳	۱/۷۰			

مقادیر جدول موید این مطلب است که نمره آزمون t با درجه آزادی ۱۴ برابر ۱/۴۱ است که این مقدار در سطح اعتماد ۹۵ درصد نشانگر تفاوت معنادار گروه آزمایش در پیش آزمون با میانگین ۲۳/۴۰ و انحراف معیار ۴/۳۰ و در پس آزمون با میانگین ۲۱/۷۳ و انحراف معیار ۱/۷۰ نمی باشد.

جدول (د-۴) مقایسه پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقیاس کنترل رفتار

نمره آزمون / گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
پیش آزمون	۲۳/۷۳	۴/۱۱	۰/۰۲	۲/۶۰	۱۴
پس آزمون	۲۰/۲۰	۲/۵۶			

نمره آزمون t در درجه آزادی ۱۴ برابر با ۲/۶۰ می باشد و نشان دهنده تفاوت معنا دار بین میانگین نمرات گروه آزمایش در پیش آزمون با ۲۳/۷۳ و انحراف معیار ۴/۱۱ و در پس آزمون با ۲۰/۲۰ و انحراف معیار ۲/۵۶ می باشند.

جدول (د-۵) مقایسه پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقیاس پاسخ دهی عاطفی

نمره آزمون / گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
پیش آزمون	۱۷/۸۶	۳/۶۲	۰/۰۲	۲/۵۹	۱۴
پس آزمون ۲	۱۵/۳۳	۲/۱۶			

مقادیر جدول (د-۵) نشانگر آنست که گروه آزمایش در پیش آزمون با میانگین ۱۷/۸۶ و انحراف معیار ۳/۶۲ و در پس آزمون با میانگین ۱۵/۳۳ و انحراف معیار ۲/۱۶ با نمره  $t=0/02$  و درجه آزادی ۱۴ دارای تفاوت معنی داری دارند.

جدول (د-۶) مقایسه پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقیاس همراهی عاطفی

نمره آزمون / گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
پیش آزمون	۲۰/۲۶	۴/۰۴	۰/۰۳	۲/۳۳	۱۴
پس آزمون ۲	۱۷/۳۳	۲/۰۹			

چنانچه به داده های جدول توجه شود گروه آزمایش در پیش آزمون با میانگین ۲۰/۲۶ و انحراف معیار ۴/۰۴ و در پس آزمون با میانگین ۱۷/۳۳ و انحراف معیار ۲/۰۹ با نمره  $t=0/03$  و درجه آزادی ۱۴ دارای تفاوت معنی داری می باشند.

جدول (د-۷) مقایسه پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقیاس حل مساله

نمره آزمون گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری sig	t	درجه آزادی df
پیش آزمون	۱۴/۶۰	۳/۷	۰/۰۳	۲/۲۸	۱۴
پس آزمون ۲	۱۲	۱/۵۵			

مقادیر جدول (د-۷) نشانگر آنست که گروه آزمایش در پیش آزمون با میانگین ۱۴/۶۰ و انحراف معیار ۳/۷ و در پس آزمون با میانگین ۱۲ و انحراف معیار ۱/۵۵ با نمره آزمون  $t=0/03$  و درجه آزادی ۱۴ دارای تفاوت معنی داری می باشند.



## مشاهدات کیفی

طی برگزاری جلسات آموزشی مهارت‌های زندگی به زنان دارای همسر معتاد در گروه آزمایش به یکی از زمینه‌های مهم در زمینه اعتیاد یعنی "هم وابستگی" زنان دارای همسر معتاد به شوهرانشان مواجه گشتیم. از آن جا که این نشانگان همانند اعتیاد به عنوان یک بیماری شناخته شده است در حین آموزش به گروه آزمایش به طور محسوسی شاهد تغییر الگوی رفتاری و گفتاری این زنان بودیم. این تغییر الگوی رفتاری و گفتاری از طریق به مشارکت گذاشتن تجارب خود با زندگی با همسر معتاد در آنچه که آموخته بودند نشانگر بازخوردهای مثبتی بود که به واسطه پرسش و پاسخ در گروه عاید اعضاء شرکت کننده شد. زیرا با دریافت آموزش در زمینه شناخت از ویژگیهای فردی خود در افزایش مهارت‌های خود آگاهی و همدلی، زنان دارای همسر معتاد توانستند بر شرایطی که به علت همجواری در کنار فرد معتاد کسب کرده بودند فائق آیند. این زنان به علت زندگی با یک فرد معتاد ویژگیهای رفتاری و ذهنی معتادگونه ای را کسب و به نحو بیمارگونه ای تمامی نقش‌های مسئولیت مند را پذیرفته و بر عهده گرفته بودند. بتدریج آنان یاد گرفتند به میزان موثری از درجه هم وابستگی خود به بیمارشان بکاهند. کما اینکه با تغییرات محسوس حاصله از این دوره آموزشی به مراتب از شده رفتارهای معتادگونه، همچون کنترل کردن همسر دست کشیدند. زنان دارای همسر معتاد به این امر واقف شدند که چه عواملی منجر به بازگشت دوباره همسرانشان به سمت مواد مخدر م نیز بروز رفتارهای معتادگونه در خود آنان می شود. بطوری که به این نتیجه رسیدند در مواردی خود مسبب روی آوری دوباره مصرف مواد مخدر همسرانشان را بوجود می آورند. اگرچه پذیرش این امر در ابتدا برایشان سخت بود، اما با کسب آموزش و ارتقاء مهارت‌های دهگانه توانستند به نوعی شرایط

اگرچه مقابله با چنین شرایطی به تنهایی و همچنین عدم همکاری همسر در روند درمان به نظر نمی رسد گره گشا باشد اما می تواند از خطرات احتمالی که همسر و فرزندان فرد معتاد با آن مواجهند بکاهد.

همچنین در گروه آزمایش ، تعدادی از زنان همسر معتاد به علت مصرف دوباره همسر از شرکت در جلسات آموزشی امتناع کردند.چرا که آنان امیدی به بهبود همسران معتادشان نداشتند و روند درمان رابه علت عدم همکاری شوهر غیر مفید می دانستند. با پی گیری های تلفنی و دعوت از ایشان به جلسات و ارائه اطلاعات بر تلاش مضاعف در جهت ادامه مسیر بهبود خویش و تغییر رفتار شوهرانشان در مراحل اولیه درمان تاکید شد. هرچند با عدم همکاری شوهرانشان مواجه می شوند ، اما این مهم به مرور زمان و رشد آگاهی و ارتقاء توانمندی تغییر می یابد. پس از حضور این زنان در جلسه و ادامه یادگیری های مهارت های زندگی و گذشت زمان مطلع شدیم که فرد مصرف کننده مجدداً برای درمان مراجعه کرده است . هر چند فرد معتاد در مسیر اولیه درمان برای شرکت در جلسات فردی و گروهی جهت درمان مقاومت از خود نشان می دهد ، اما به نظر می رسد پیگیریها و عدم قطع رابطه آموزشی و درمانی یکی از اعضاء خانواده معتاد،

با توجه به اینکه این خانواده ها از لحاظ اقتصادی و اجتماعی در شرایط مساعدی نیستند اما بهره مندی از جلسات آموزشی و سیستم های حمایتی مناسب اجتماعی می تواند پوشش دفاعی مناسبی برای آنان باشد و از آسیب هایی که در اثر همزیستی با فرد معتاد برای آنان بوجود آمده بازداري نماید. رفتارهای (اعتیادی) بیمارگونه شوهر در صورت عدم درمان سبب از هم پاشیدن کانون خانواده می شود اما شاید قرار گرفتن اعضاء خانواده در سیستم اطلاع رسانی و آموزشی و حمایتی می تواند روند ازهم پاشیدگی و گسیختگی خانواده را به تعویق اندازد و یا زمینه ای را برای تغییر رفتارهای فرد معتاد بوجود آورد. لذا اتخاذ تدابیر آموزشی و اطلاع رسانی مورد نیاز این گونه خانواده ها بر روند مقابله ای هدف مند برای کاهش چنین جریاناتی می تواند آسیب پذیری آنان را کاهش دهد .

# فصل پنجم

## بحث و نتیجه گیری

## پیشگفتار

این فصل در چهار بخش مشتمل بر بحث و بررسی ، نتیجه گیری نهایی ، محدودیت های پژوهش و در پایان پیشنهادات برای پژوهش های بعدی تنظیم گردیده است . بطور خلاصه این پژوهش یک طرح تجربی است که به بررسی تاثیر آموزش مهارتهای زندگی بر بهبود کارکرد خانواده زنان دارای همسر معتاد می پردازد .

در این پوهش دو گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند و آزمودنی ها بدلیل در دسترس بودن ، بطور تصادفی در دو گروه تفکیک گردیدند. ابزار اندازه گیری در این پژوهش ، پرسشنامه ۶۰ سوالی کارکرد خانواده (FAD) است از نمونه ابزار های قلم و کاغذی است که در اختیار زنان دارای همسر معتاد قرار گرفت.

آزمودنی ها در دو مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند . مرحله اول قبل از اجرای متغییر مستقل و مرحله دوم پس از اجرای متغییر مستقل صورت گرفت . برای آزمون فرضیه های تحقیق از آزمون تحلیل t استفاده شد که نتایج بدست آمده بر اساس پژوهش های صورت گرفته به شرح ذیل مورد بحث قرار می گیرد. به جزء فرضیه های اول و دوم دیگر فرضیات دارای تفاوت معنا دار بودند و آموزش مهارتهای زندگی در کنترل رفتار، پاسخدهی عاطفی ، همراهی عاطفی و حل مساله تاثیر مثبتی داشته است .

این تحقیق در مورد ۳۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد در سنین ۲۵ تا ۴۰ سال مرکز امید سبز بهزیستی شهرستان کرج که برای درمان شوهران معتادشان مراجعه کرده بودند و همسرانشان تحت درمان دارویی قرار داشتند صورت گرفت .از این تعداد ۱۵ نفر به گروه آزمایش تعلق دارند ،یعنی زنانی که تحت آموزش مهارتهای زندگی قرار گرفتند و ۱۵ نفر از آنان گروه کنترل را تشکیل دادند که آموزشی به آنان داده نشد .

تحصیلات کل افراد مورد بررسی از سوم راهنمایی تا فوق دیپلم بود ه است . میانگین سالهای تحصیلی در بین مجموع افراد مورد بررسی دوم دبیرستان (متوسطه ) است و انحراف معیار آن ۱/۵۶ می باشد که این ویژگی در دو گروه همسان سازی گردید. یعنی در دو گروه آزمایش و کنترل به همین نسبت از تحصیلات در پژوهش شرکت کردند. ازکل زنان دارای همسر معتاد ۱۱ نفر دارای تحصیلات سوم راهنمایی ، ۱۸ نفر دارای دیپلم و یک نفر فوق دیپلم بودند.

مدت زمان تاهل زنان دارای همسر معتاد را از ۵ سال به بالا در نظر گرفته ایم زیرا در این مدت بیشترین کنش بین زوجین پدیدار می گردد و امکان داشتن فرزند در بین آنان بیشتر است . برای سطح بندی مدت زمان تاهل در کل افراد مورد آزمایش سه سطح در نظر گرفته شد که ۵ تا ۹ سال ، ۱۰ تا ۱۵ سال و ۱۵ سال با بالا مورد سنجش قرار گرفت . میانگین این سه سطح ۱۳/۸۰ می باشد و بیشترین توزیع فراوانی در سن ۱۵ سال به بالا قرار دارد که میانگین آن ۴۶/۷ می باشد . این واقعیت کاملاً محرز است که بیشتر زنان مورد مطالعه در سنین زیر بیست سال ازدواج کرده اند و در این مدت تجارب مختلفی را با فرد مصرف کننده مواد مخدر تجربه نموده اند .

بیشترین توزیع فراوانی تعداد فرزند مربوط به گروه دارای دو فرزند با میانگین ۶۰ درصد بود . کمترین توزیع فراوانی نیز مربوط به گروه دارای سه فرزند با میانگین ۳/۳ می باشد . به نظر می رسد افراد مورد مطالعه در داشتن فرزند و کنترل موالید دقت لازم را مبذول داشته اند تا افراد کمتری در معرض آسیب قرار گیرند . همچنین وضعیت نامناسب اقتصادی این خانوادهها شرایط را برای داشتن فرزند بیشتر محدود می نماید و وضعیت رفاهی و معیشتی خانواده را با مشکل روبرو می سازد لذا عدم گستردگی خانواده از پیشرفت مضاعف مشکلات و مسائل همزیستی با فرد مصرف کننده می کا هد .

از کل افراد مورد مطالعه ۲۵ نفر شغلی نداشته و خانه دار بودند و ۵ نفر شاغل و دارای درآمد بودند . البته شغل این افراد خدماتی بوده ( آرایشگری ، فروشنده ) و بعنوان شغل تمام وقت با درآمد ثابت تلقی نمی شد . هرچند از لحاظ اقتصادی منبع درآمد مشخصی برای خانواده محسوب شود .

## نتایج تحلیلی پژوهش

در این قسمت فرضیه های این پژوهش مورد بررسی قرار خواهد گرفت و بررسی های مربوط به هر یک از مقیاس ها بطور جداگانه آورده خواهد شد. به منظور بررسی فرضیه های پژوهش از آزمون تباری دو گروه مستقل استفاده شد و در فرضیه اصلی و چهار فرضیه فرعی پژوهش تفاوت بین میانگینها معنادار نشان داده شدند.

**فرضیه اصلی : آموزش مهارتهای زندگی بر بهبود کارکرد خانوادگی زنان دارای همسر معتاد موثر است .** همانطور که قبلاً آورده شده مولفه کارکرد خانواده از خرده مقیاس های ارتباط ، نقش ، کنترل رفتار ، پاسخ دهی عاطفی ، همراهی عاطفی و حل مساله تشکیل شده است و نتایج مقایسه هر یک از خرده مقیاس ها بطور جداگانه و سپس نمرات کل مقیاس در دو گروه کنترل و آزمایش ، آورده شده است . در مقیاس توانمندی ارتباطی بین دو گروه زنان دارای همسر معتاد از لحاظ نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. در مقیاس نقش بین دو گروه زنان دارای همسر معتاد ( آزمایش و کنترل ) نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری نداشته است . در مقیاس کنترل رفتار گروه آزمایش با ۹۵ درصد اطمینان نمره پایین تری کسب کرده است و تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون ملاحظه می شود. در مقیاس پاسخ دهی عاطفی گروه آزمایش نمره پایین تری کسب کرده است و بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد . در مقیاس همراهی عاطفی گروه آزمایش نمره پایین تر کسب کرده است در نتیجه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد . در مقیاس حل مساله نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش دارای تفاوت معناداری است . لازم به ذکر است در کارکرد خانواده نمرات بالاتر به کارکرد ناسالم خانواده مربوط می شود و نمرات پایین تر به کارکرد سالم خانواده استناد می گردند .

به نظر می رسد ، در این تحقیق زنان دارای همسر معتاد که آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت نکرده اند از نظر مقیاس کارکرد خانواده بطور معنا داری نمره میانگین بالاتری از زنان دارای همسر معتادی که تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفته اند کسب کرده اند.

### فرضیه اول : آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود ارتباط زنان دارای همسر معتاد موثر است .

مقیاس ارتباط در گروه آزمایش زنان دارای همسر معتاد، قبل از آموزش دارای میانگین ۱۶/۴۰ بوده است ، اما بعد از هشت جلسه آموزش در خانواده به نمره ۱۵ کاهش یافته است . اگرچه نمره میانگین پیش آزمون و پس آزمون این مقیاس افت داشته است اما با توجه به نمره آزمون پدر درجه آزادی ۱۴ که برابر با ۱/۱۸ شده است. نشان دهنده عدم تفاوت در این مقیاس است و چنین استنباط می شود که آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود ارتباط زنان دارای همسر معتاد موثر نبوده است . آقا بخشی (۱۳۷۹) در پژوهش اعتیاد و آسیب شناسی خانواده چنین عنوان می دارد که نوع روابط اعضای خانواده بستگی زیادی به کنشهای پدر در خانواده دارد . خانواده های پدر معتاد کنشهای کاملاً متفاوتی با دیگر خانواده های غیر معتاد دارند . بر رفتارهایشان مخفی کاری حاکم است و در گفتارشان نوعی نگرانی و توجیه گزایی نمایان است . احترام متقابل از بین می رود، در نتیجه ناسازگاری و خشونت بین اعضای خانواده افزایش می یابد و خانواده در نهایت به صورت کانونی آسیب زا ظهور می نماید.

در این قبیل خانواده ها ادامه زندگی اعضای اصلی خانواده اجباری و همراه با مشاجره دایمی است زن و شوهر به جای اینکه با یکدیگر زندگی کنند در کنار هم زنده اند و به زحمت یکدیگر را تحمل می کنند و فرزندان آنها به جای دریافت مهر و عطوفت ، کنترل و نظارت و حمایت به جا در شرایطی گیج کننده به سر می برند زیرا نوسانات خلقی پدر را نمی توانند پیشش بینی کنند.

همچنین غیبت‌های طولانی شوهر یا حتی مشغله زیادش در خارج از خانواده اقتدارش نسبت به همسر که ارتباط بیشتری با فرزندان دارد و مسئولیتهای بیشتری در رابطه با اعضاء خانواده را بر عهده می گیرد ، کاسته می شود و رفتارهای ناهنجار و عدم مسئولیت پذیری بر شرایط تنش زا و التهاب آور افزوده می گردد و ارتباطات ناکارآمدی را موجب می شود.(همان منبع)



در پژوهشی که یالسین و همکاران (۲۰۰۷) در مورد اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر ۶۷ خانواده داوطلب در دو گروه آزمایش و کنترل انجام دادند. نتایج موید آن بود که تغییرات رفتاری در زوجین معنی دار بوده و آموزش‌ها تاثیر مثبتی بر ارتقاء روابط داشته است و می‌تواند در دراز مدت تاثیرات عمیقی بر رفتار زوجین داشته باشد.

همچنین اسکیلینگ و همکارانش (۲۰۰۳) در یک پژوهش طولی مهارت‌های ارتباطی ۳۹ زن و ۳۸ مرد که با برنامه آموزشی پیشگیری و ارتقاء رابطه تحت بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها برای مردان، کاهش در ارتباط منفی، افزایش در ارتباطات مثبت و کاهش خطر در آشفتگی‌های ناگهانی در خانواده مردان را نشان داد و در مورد زنان نیز افزایش در ارتباط مثبت را گزارش کرد.

در همین مقوله، مارکمن و هالوگ (۱۹۹۸) طی آموزشی که در جهت ارتقاء رابطه بین همسران داشتند، پیشرفت قابل ملاحظه‌ای را مشاهده کردند، ولی در یک سوم موارد مدتی بعد، از کیفیت ارتباط مطلوب

اثری دیده نشد. (به نقل از هالفورد و ساندرز، ۱۹۹۶) توضیحی در این اثر منفی در مطالعات ون فلت و همکارانش (۱۹۹۷) که تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی را مورد بررسی قرار دادند، مشاهده می‌شود. آنها در یافتند که تحقیقات جهت بررسی نیازهای خانواده‌های خاص در افزایش رضایت آنها ناکافی بوده است.

(همان منبع)

از طرفی دیگر می‌توان اشاره کرد که ارتباط یک تعامل دو طرفه است و مداخله آموزشی فقط به زنان دارای همسر معتاد صورت گرفته است و طرف مقابل یعنی همسران آموزشی دریافت نکرده‌اند و شاید همین سبب نبود تاثیر در این مقیاس گردیده است و مداخلات طولانی مدت همراه با آموزش کلیه اعضاء خانواده بتواند در روند مثبت ارتباط و تعامل اعضاء خانواده موثر باشد. به دلیل مشکلات اقتصادی و اجتماعی و خانوادگی که در خانواده‌های دارای فرد سو مصرف کننده می‌باشد نیازهای اصلی و اساسی اعضاء خانواده بی‌پاسخ می‌ماند و عدم پاسخ‌گویی به نیازهای اعضاء خانواده زمینه ساز ارتباطات ناکارآمد و متعارض می‌شود. همچنین با فرصت اندکی که برای آموزش مهارت‌های ارتباطی فردی و بین فردی به افراد مورد مطالعه اختصاص یافته بود، در صورتی که مدت زمان بیشتر و مناسب‌تر و تمرینات و تکالیف واضح‌تری برای افراد در نظر گرفته می‌شد تغییر در ارتباطات نیز قابل پیش‌بینی بود. در کل مقیاس ارتباط زنان دارای همسر معتاد در گروه آزمایش با ۹۵ درصد اعتماد دارای تفاوت معنادار نمی‌باشد.

فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود نقش زنان دارای همسر معتاد موثر است.

مقیاس نقش در گروه آزمایش زنان دارای همسر معتاد قبل از آموزش در پیش آزمون دارای نمره میانگین ۲۳/۴۰ بوده است، در صورتیکه بعد از آموزش و صرف مدت دو از آموزش در پس آزمون به نمره میانگین ۲۱/۷۳ تقلیل یافته است. این مقیاس در نمره آزمون بادرجه آزادی ۱۴ برابر با ۱/۴۱ در نشان دهنده تفاوت معنادار نمی باشد و چنین استنباط می شود که آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود نقش زنان دارای همسر معتاد تاثیر ی نداشته است. به نظر می رسد، بر اساس مدل‌های مطرح شده اپستین (۱۹۹۶)، نقش های به هم وابسته اعضای خانواده، آنها را در جهت بهبودی مقاوم می سازد (به نقل از داجن و همکاران، ترجمه رنجگر ۱۳۸۳)، این نکته ای است که روتاندا و همکاران (۲۰۰۱) نیز به آن اشاره کرده اند که همسر از شوهرش در برابر اعتیاد حمایت می کند و حتی در کنار وی همراهیش می کند. در واقع به عنوان یک توانمند کننده شوهر، عمل می کند. طی مصاحبه ای که با این همسران شده، از نظر آنها، تغییر کردن، مستلزم سازگاری مجدد با سایر نقش های خانواده است زیرا آنها طی مدت‌ها، نقش های فعلی را پذیرفته و به آن عادت کرده اند، بنابراین در مقابل تغییر مقاومت می کنند. همچنین تاثیر عوامل جانبی، از جمله، اقتصاد خانواده و سیستم های حمایتی خانواده ها در روند درمانی را نمی توان نادیده گرفت. وضعیت مالی ضعیف و همچنین عدم حمایت خانواده هر یک از زوجین بر شرایط روحی مراجعه کنندگان تاثیر داشته باشد. (به نقل از قهساره ۱۳۸۷) شخصیت افراد تحت آموزش است که به صورت عاملی مداخله گر در اثر بخشی آموزش بوده و مقاومت مراجعین را افزایش می دهد. در پی زندگی با یک فرد مصرف کننده مواد مخدر، خانواده به سوی آسیب پذیری سوق داده می شود. چنانچه موس ۱۹۹۰ (به نقل از ریچتاریک ۳ و همکاران، ۱۹۹۷) بیان می کند، افسردگی و آشفتگی های روحی و روانی در بین افرادی که همسر مصرف کننده دارند، میزان استرس را در خانواده ها نشان می دهد و این ازدواج ها به روابطی پر از استرس، فشار و نگرانی را برای همسران به همراه دارد به نظر می رسد برخی از ویژگی های شخصیتی، با تشکیل جلسات مشاوره ای با برنامه ریزی آموزشی دقیق تر اصلاح شود.

**فرضیه سوم: آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود کنترل رفتار زنان دارای همسر معتاد موثر است.**

مقیاس کنترل رفتار در گروه آزمایش زنان دارای همسر معتاد قبل از آموزش در پیش آزمون دارای نمره میانگین ۲۳/۷۳ بوده است، در صورتیکه بعد از آموزش و با در نظر گرفتن مدت دوماه از آموزش در پس آزمون به نمره میانگین ۲۰/۲۰ تقلیل یافته است. این مقیاس در نمره آزمون اُبادرجه آزادی ۱۴ برابر با ۲/۶ بوده است که نشان دهنده تفاوت معنادار می باشد به نظر می رسد زنان دارای همسر معتاد در گروه آزمایش با کسب آموزش های مهارت‌های زندگی و شناخت در زمینه بیماری هم وابستگی که در پاسخ به سوالاتشان دست یافته اند سبب شده تا کمتر در صدد کنترل فرد مصرف کننده و یا دیگر اعضای خانواده برآیند. طی بررسی هایی که در زمینه مداخلات آموزشی مهارت‌های زندگی بعمل آمد پژوهشی مبنی بر تاثیر بر کنترل رفتار یافت نشد و در این زمینه به نتایج تحقیق بسنده می شود

**فرضیه چهارم: آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود پاسخ دهی عاطفی زنان دارای همسر معتاد موثر است.**

مقیاس پاسخ دهی عاطفی در گروه آزمایش زنان دارای همسر معتاد قبل از آموزش در پیش آزمون دارای نمره میانگین ۱۷/۸۶ بوده است، در صورتیکه بعد از آموزش و صرف مدت دوماه از آموزش در پس آزمون به نمره میانگین ۱۵/۳۳ تقلیل یافته است. این مقیاس در نمره آزمون اُبادرجه آزادی ۱۴ برابر با ۲/۵۹ بوده است که نشان دهنده تفاوت معنادار می باشد به نظر می رسد زنان دارای همسر معتاد در گروه آزمایش با کسب آموزش های مهارت‌های زندگی و افزایش مهارت همدلی توانسته اند در بیان پاسخ های همدلانه بطور مطلوب عمل نمایند و ابراز احساسات و در درگیر شدن در مشکلات اعضا خانواده به نحو موثری مداخله نمایند. این در صورتی است که قبل از آموزش ابراز احساسات و حمایت های عاطفی متقابل در اعضا خانواده نمره بالایی داشته است. همسو یی مداخلات آموزشی مهارت‌های زندگی با پژوهش های دفنباخر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۶)، شریفی (۱۳۷۲)، شمسی خانی (۱۳۸۶)، مللی (۱۳۸۶) در کاهش خشم و تظاهرات منفی خشم مشاهده می شود و آرامش و کنترل هیجانات را در افراد بوجود آورده است.

---

<sup>1</sup> deffenbacher

**فرضیه پنجم: آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود همراهی عاطفی زنان دارای همسر معتاد موثر است .**

مقیاس همراهی عاطفی در گروه آزمایش زنان دارای همسر معتاد قبل از آموزش در پیش‌آزمون دارای نمره میانگین ۲۰/۲۶ بوده است ، در صورتیکه بعد از آموزش و صرف مدت دوماه از آموزش در پس‌آزمون به نمره میانگین ۱۷/۳۳ تقلیل یافته است . این مقیاس در نمره آزمون  $t$  با درجه آزادی ۱۴ برابر با ۲/۳۳ بوده است که نشان دهنده تفاوت معنادار می‌باشد. این مقیاس بعد از کسب آموزش تغییر محسوسی داشته است بطوریکه نوع مشارکت و توجه به علاقه مندیهای اعضا خانواده و تبادل نظر در مورد بیم‌ها و نگرانیهای خانواده مورد تاثیر قرار داده است .

**فرضیه ششم: آموزش مهارت‌های زندگی در بهبود حل مساله زنان دارای همسر معتاد موثر است .**

مقیاس حل مساله در گروه آزمایش زنان دارای همسر معتاد قبل از آموزش در پیش‌آزمون دارای نمره میانگین ۱۴/۶۰ بوده است ، در صورتیکه بعد از آموزش و صرف مدت دوماه از آموزش در پس‌آزمون به نمره میانگین ۱۲ تقلیل یافته است . این مقیاس در نمره آزمون  $t$  با درجه آزادی ۱۴ برابر با ۲/۲۸ بوده است که نشان دهنده تفاوت معنادار می‌باشد. با توجه به معنادار بودن این مقیاس خانواده توانسته اند برای حل مشکلات و نیز مراحلی که برای این فرایند می‌بایست طی کنند به خوبی عمل نمایند . شاید کسب مهارت‌های حل مساله و تصمیم‌گیری و آشنایی با جوانب این مهارت‌ها توانسته است نقش موثری در توانایی اعضای خانواده برای فائق آمدن بر مشکلات و مسائل روزمره داشته باشد. هم راستا با نتایج بدست آمده پژوهش‌های مارکمن (۱۹۹۳) ، مللی (۱۳۸۶) ، شمسی خانی (۱۳۸۶) ، شزیفی (۱۳۷۲) و تلادو (۱۹۷۴) بر مثبت بودن مداخلات آموزشی مهارت‌های زندگی در افزایش مهارت حل مساله در روند بهتر مسائل و مشکلات خانواده‌های معتاد را ارائه می‌دهد و بر تاثیر گذاری آن صحه گذاشته است . همچنین مارکمن دریافت در برنامه پیشگیری از پریشانی زناشویی با هدف آموزش مهارت‌های موثر پیام‌رسانی و حل مساله ، پیام‌رسانی کسانی که عملکرد ضعیف تری داشتند منفی تر ، خشونت بین آنها بیشتر و در مقابل ، عملکرد زوج‌هایی که پیام‌رسانی مثبت تری داشتند سطح بالایی از خشنودی در ارتباط را برقرار می‌کردند .

## محدودیت های پژوهش :

در مطالعات تجربی و کاربردی ، محدودیت جزء لاینفک و جدا نشدنی آن به حساب می آید . علی رغم تلاش در جهت به حداقل رساندن محدودیت ها ، برخی از موارد می تواند تبیین نتایج پژوهش را با محدودیت مواجه نماید که عبارتند از :

۱- یکی از محدودیت ها مربوط به زمان تشکیل جلسات آموزشی در مرکز امید سبز بود . زیرا فقط یک روز و ساعت مشخص شده ای معین گردیده بود که بعضی از شرکت کنندگان با روز و زمان تشکیل جلسه نمی توانستند هماهنگ شوند .

۲- جامعه آماری محدود بود زیرا زنان همسر معتاد نیز از بیماری هم وابستگی اطلاعی نداشته و برای شرکت در جلسات آمادگی لازم را نداشته و نسبت به تحت آموزش قرار گرفتن و حضور در مراکز ترک اعتیاد امتناع می کردند.

۳- فشردگی مطالب آموزشی و ارائه آن در مدت زمان محدود از محدودیت های تحقیق محسوب می گردد. محدودیت های اخلاقی

این تحقیق در مراحل مختلف انجام خود با محدودیت های زیر روبرو بود .

۴- تعداد جلسات آموزشی برگزار شده ۸ جلسه بود که برای ارائه مفاهیم و مطالب به تعداد بیشتر جلسات احتیاج بود.

۵- زنانی که دارای فرزند زیر سن هفت سال بودند جهت شرکت در جلسات آموزشی با مشکلات و مسائلی روبرو بودند . همچنین همراهن آوردن فرزند در جلسه مظم کلاس را به هم زده و سبب به هم خوردن تمرکز دیگر اعضا شرکت کننده کی شد. نبود امکانات تفریحی و نگهداری در مرکز امید سبز از مواردی بود که مادران دارای فرزند زیر هفت سال با آن مواجه بودند.

۶- اکثر زنان شرکت کننده در پژوهش خانه دار بودند و از لحاظ اقتصادی و مالی به همسرانشان وابسته می باشند . همین امر سبب شد تا در بعضی از جلسات به علت مشکلات اقتصادی و ضعف مالی حضور نیابند .

- ۷- به نظر می رسد عدم شناخت دقیق زنان دارای همسر معتاد از بیماری اعتیاد و ویژگی های فکری و رفتاری فرد معتاد و عوامل زمینه ساز آن و همچنین هم وابستگی که به فرد معتاد داشتند سبب می شد تا انگیزه ای ناکافی برای شرکت در این پژوهش داشته باشند .
- ۸- مشکلات اقتصادی خانواده و به تبع آن بیکاری همسر طی مراحل سم زدایی زنان مورد مطالعه را با مسائل پیرامون دیگری مواجه می ساخت که حضور ایشان در جلسات آموزشی را تحت الشعاع قرا می داد.
- ۹- به همراه آوردن فرزند زیر هفت سال سبب به هم خوردن نظم جلسات آموزشی می شد که همین امر محدودیت حضور زنان همسر معتاد را به همراه داشت .
- ۱۰- بعد مسافت (از منزل تا مرکز امید سبز) و تنش های خانوادگی منتج از همزیستی با فرد معتاد محدودیت های قابل ذکر دیگری است که زمینه ساز حضور نامنظم زنان دارای همسر معتاد می شد .
- ۱۱- به دلایل عنوان شده در بالا و مشکلات و مسائلی که زنان مورد مطالعه با آن مواجه بودند در صورت عدم شرکت در جلسه با آنان به صورت فردی جلسه برگزار می شد و مطالب مطرح شده به ایشان منتقل می گردید.

## پیشنهادات

بعد از نتایج و یافته ها ، مرور مجدد هدف اصلی و کاربردی این تحقیق ضروری به نظر می رسد. هدف کاربردی این تحقیق بهبود کارکرد خانوادگی زنان دارای همسر معتاد با مداخله آموزشی مهارت های زندگی می باشد و اینک که نکات قابل پیگیری روشن شده است ، یافتن راهی برای کاهش ناکارمندی های کارکرد خانواده های دارای فرد معتاد مسئله اساسی و قابل بررسی است .

همانگونه که گفته شد خانواده از نهاد اصلی و مهم جامعه محسوب می گردد و کارکرد مناسب و سالم آن مبتنی بر برقراری ارتباط سالم و درست بین اعضای آن و مسئولیت پذیری اعضا در جایگاه و نقشی که دارند و روابط متقابلی که در برابر یکدیگر عرضه می دارند از مهمترین عوامل سلامت و ثبات خانواده تلقی می



با توجه به آنچه گفته شد به نظر می رسد که ارائه پیشنهادات کاربردی و تخصصی با توجه به نتایج بدست آمده مفید واقع شود. این پیشنهادات به شرح زیر آمده است.

-مداخلات مددکاری در خانواده و سعی در بهینه سازی محیط آن و روابطی که بین اعضاء خانواده حکم فرماست با توجه به یکی از عوامل اعتیاد(خانواده) می تواند زمینه مناسبی برای تغییر و تثبیت رفتارهای صحیح و مطلوب در اعضاء خانواده بشمار رود.

-آموزش افرادی که در کنار فرد مصرف کننده مواد مخدر زندگی می کنند اعم از آموزش در زمینه شناخت بیماری اعتیاد، عوامل موثر در بروز آن، مسائل و مواردی که در ارتباط با فرد معتاد وجود دارد و ارتقاء مهارتهای ارتباطی و موقعیت های استرس زا از اموری است که باید بطور ویژه بدان پرداخته شود.

- آموزشهای ویژه مهارتهای زندگی با رویکرد پیشگیری از اعتیاد و بر اساس مسائل و مشکلات ویژه ای که خانواده های معتاد دارند.

-آموزش مهارت های زندگی علاوه بر اعضاء خانواده های معتاد برای فرد سوء مصرف کننده مواد مخدر نیز توصیه می گردد.

-تسریع در روند آگاه سازی خانواده ها و خصوصاً زنان از فرایند اعتیاد و تکیه بر اینکه اعتیاد بیماری است که باید درمان شود و نیز تشویق آنان به آشکار سازی این مشکل و کمک گرفتن از متخصصین.

-توجه به ناهنجاریهای روانی و شخصیتی اعضای خانواده ها و شناسایی آنان از طریق مراکز و سازمان ها به عنوان عامل زمینه ساز برای اعتیاد، اقدامی ضروری است.

-حمایت های قانونی و تامین اجتماعی و خدمات پس از درمان برای خانواده های معتادان در این حوزه بسیار ناچیز است و پیگیری های حرفه ای بعد از بهبودی فرد معتاد بندرت صورت می گیرد که به نظر می رسد عمد فعایت هایی که می بایست در حوزه درمان اعتیاد صورت گیرد، پس از درمان فرد مصرف کننده مواد مخدر و توانبخشی و بازتوانی خانواده آنان است.

-توجه به مساله پیشگیری چند بخشی، یعنی ایجاد فرصت های اجتماعی اقتصادی و قانونی و تامین اجتماعی متناسب با نیازها و مشکلات زنان، مساله ای بسیار اساسی است.



- مداخله ها می تواند از طریق مراکز ، سازمانها و ادارات بطور همه جانبه با برگزاری کلاسهای آموزشی و اجرای طرحهای اطلاع رسانی به خانواده ها به منظور مقابله موثر با این پدیده(اعتیاد) صورت گیرد .

-بسط و گسترش انجمن های همیار (نارنان ) و حمایت جدی و سازمان یافته از این گروه ها در خصوص افزایش میزان حمایت و همدلی اعضا ء خانواده های دارای فرد معتاد.

-از آنجا که افزایش آگاهی در یک طیف به تناسب آن نگرش را نیز تغییر می دهد، لزوماً افزایش آگاهی کوتاه مدت به تغییر در رفتار و ایجاد مهارت منجر نمی شود ، آموزش بلند مدت و کارگاهی با هدف ایجاد مهارت به افراد نزدیک به فرد سوء مصرف کننده مواد مخدر توصیه می شود که در طول زمان تکرار و تجدید شود .لذا اختصاص زمان طولانی تر برای ارائه آموزش مهارتهای زندگی و با تاکید بر بعضی از مهارتها با جزئیات و انجام تمرینات بیشتر به نظر کارساز می رسد .

-ایجاد دفتر هماهنگی در ستاد مبارزه با مواد مخدر مربوط به زنانی که در ارتباط با یک فرد معتاد به سر می برند ، با توجه به آمارها در دستگاه های دولتی ، جمعیت متناسبی از زنان را تحت پوشش و هماهنگی قرار دهد ، پیشنهاد می گردد .

-عوامل روحی و روانی از عواملی است که متأسفانه عموم خانواده های درگیر کمتر به آن توجه می کنند . آگاهی به این عوامل نه تنها از ابتلا جلوگیری می کند بلکه پس از ترک فرد مصرف کننده ، عامل کلیدی برای ممانعت از بازگشت است .

-پدیده "هم وابستگی" زنان همسر معتاد را تهدید می کند . به همین دلیل باید موضوع اعتیاد در خانواده آشکار شود و به متخصص مراجعه و از او کمک گرفته شود .

- بکارگیری نیروهای متخصص مددکار اجتماعی و روانشناسی در مراکز ترک اعتیاد می تواند در مداخله موثر در طول درمان فرد معتاد و یا پیشگیری از عود مجدد فرد سوء مصرف کننده موثر باشد .

-همسران دارای شوهر معتاد معمولاً تلاش خود را برای حفظ و بقای نظام خانواده انجام می دهند و در کنار این تلاش همه مساعی خود را نیز برای بهبود شوهر مبذول می دارند . اما همسر و فرزندان در این روند

-با توجه به آسیب پذیری افرادی که در کنار فرد معتاد زندگی می کنند به خصوص کودکان و نوجوانان پیشنهاد می شود واحدی مستقل برای پیگیری وضعیت این گونه خانواده ها در نظر گرفته شود تا در صورت مواجهه با آسیب اقدامات لازم صورت پذیرد.

- جهت استناد و بهره گرفتن از نتایج آماری مربوط به کارکرد خانواده از پایان نامه هایی که در این زمینه نگاشته شده بود استفاده گردید که با عدم توضیح دقیق در بعضی از موارد مواجه شدیم. من الچمله در نظر گرفتن نمرات یکسان برای پاسخ به گزینه های کل سوالات پرسشنامه کارکرد خانواده ، در صورتی که بعضی از سوالات که کارکرد ناسالم خانواده را مطرح می نماید بطور برعکس نمره تخصیص داده می شد. در حالیکه این آیتم در هیچ یک از پایان نامه ها توضیح داده نشده بود. به نظر می رسد که نتایج بررسی و داده های ارائه شده با تردید نگریسته شود .

-با توجه به اینکه مقیاس ( FAD ) به زبان فارسی ترجمه شده است ، لذا رفع ابهام از جمله ها و عبارات پرسشنامه و همچنین سلیسی و روان کردن عبارات توصیه می شود .

## ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش سعی بر آن بود که ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شود . حقوق شرکت کنندگان در مورد رازداری ، آگاهی یافتن از موضوع تحقیق ، احترام به شان و مقام انسانی ، گمنامی اعضاء شرکت کننده از موارد قابل ذکر است .همچنین از گروه کنترل برای شرکت در جاسات آموزشی مهارتهای زندگی دعوت به عمل آمد تا همانند گروه آزمایش مطالب آموزشی را فرا گیرند .

## یافته های بالینی :

همانطور که در پژوهش بدان اشاره شد زنان دارای همسر معتاد دارای مشکلات جسمی ، روانی و اجتماعی هستند. اعضاء شرکت کننده تابحال در جلسات گروهی حضور نداشته و اولین تجربه گروهی آنان بشمار می آمد. بعد از برگزاری چندین جلسه آموزشی ، شرکت کنندگان تجربیات تلخ و دردناکی که نشانگر آسیبهای منتج از زندگی با فرد معتاد بود را بازگو نمودند. در صورتی که در جلسات اولیه آموزش، سکوت و عدم مشارکت اعضاء کاملاً مشهود بود . به فراخور تشریح و توضیح بیشتر اتفاقات و حوادثی که برآنان گذشته بود ، همدلی و حمایت های فکری و معنوی گروه سبب شد تا التیامی بر لطمات وارد آمده برآنان باشد . لذا بعد از چندین جلسه با پویای و مشارکت بیشتر و بهتر شرکت کنندگان، همچنین بیان احساسات و تقاضای حقوقی که از آنان ضایع شده بود مواجه شدیم . به نظر می رسید به مرور اعتماد به نفس شرکت کنندگان افزایش یافته است . این در صورتی است که شرکت کنندگان قبلاً از حضور در جمع و مشارکت در فعالیتهای اجتماعی خوداری می کردند و حضور در جمع برای آنان هراس انگیز و ناراحت کننده بود. به مرور دانش شرکت کنندگان در رابطه با ضعف هایی که در زمینه مهارتهای زندگی داشتند افزایش یافت و دریافتند با کسب اطلاعات و بالا بردن دانش لازم در مورد برخورد صحیح با فرد معتاد در موقعیتهای مختلف می توانند وضعیت ارتباطی و خانوادگی خویش را تغییر دهند. در نتیجه با راهنمایی آنان به شرکت در گروههای خانواده معتادان گمنام ( نارائان ) و استفاده از همیاری و حمایت های فکری و معنوی افراد حاضر در این گروه ها ، توان جسمی ، روحی و روانی خویش را افزایش دهند و قادر به حل مشکلات با قدرت بیشتر باشند. این در صورتی است که زنان شرکت کننده از بیان موضوع اعتیاد همسر در جمع و توضیح مشکلاتی که با آن روبرو بودند اکراه داشته و سعی در مخفی نگه داشتن یا انکار آن داشتند. دستیابی به حقوقی که از آنان ضایع شده بود و برآورده شدن نیازهای اولیه در زندگی زناشویی که کمتر آنرا تجربه کرده بودند از دیگر موارد قابل ذکر است . علیرغم برخوردهای زبانی و فیزیکی ناراحت کننده ای که قبلاً شرکت کنندگان تجربه نموده بودند ، طی حضور در جلسات و کسب اطلاعات و دریافت مهارتهایی که پیش از این



## منابع فارسی

- آقا بخشی ، ح. (۱۳۷۹) **اعتیاد و آسیب شناسی خانواده** : مصون سازی کودکان در برابر اعتیاد . تهران : انتشارات دانش آفرین
- البری، ک.هیمن، ر.جانگسما، آ. (۱۳۸۷) **درمان مشکلات زناشویی: طرح های مدون زوج درمانی**. ترجمه ع. کیمیایی و زباقریان نژاد. تهران : انتشارات رشد.
- بارکر ، ف. (۱۳۸۲) **خانواده درمانی پایه** ، ترجمه م. دهقانی و ز. دهقانی . تهران : انتشارات رشد
- براد شاد.ج. (۱۳۷۹). **خانواده : تحلیل سیستمی خانواده** ، ترجمه م. قرچه داغی . تهران : انتشارات البرز
- برنشتاین ، فیلیپ اچ، برنشتاین ، مارسی تن (۱۳۸۰)، **زناشویی درمانی از دیدگاه رفتاری - ارتباطی** ( ترجمه حسن پور عابدینی نائینی ، غلامرضا منشی ) غلامرضا منشی . تهران : انتشارات رشد.
- پروچاسکا، ج. او و نور کراس، ج. (۱۳۸۱). **نظریه های روان درمان**، ترجمه. سید محمدی. تهران: انتشارات رشد.
- ثنایی ذاکر ، ب وعلاقبند ، س و هومن، ع. **مقیاس های سنجش خانواده و ازدواج** . تهران : انتشارات بعثت (۱۳۸۷)
- چیریلو، سو برینی، روکامبیا، ج و مازا، ر. (۱۳۷۹). **اعتیاد به مواد مخدر در آئینه روابط خانوادگی** ، ترجمه س. پیر مرادی . اصفهان: انتشارات همام.
- جونز، ا. (۱۳۷۸). **درمان سیستم های خانواده: روشهای جدید درمان سیستمی میلان** ، ترجمه ف. رضاعی و م. و. سهامی. تهران : انتشارات میر شیدا.
- راجر ، د. (۱۳۸۵) **سازگاری با تغییرات زندگی: مهارت های عملی برای مقابله با فشار روانی**: ترجمه ب. نجاریان و ا. داودی تهران : انتشارات رشد.
- زینالی (۱۳۸۳) **بررسی سبب شناختی زمینه های پیش اعتیادی معتادان بهبود یافته** ، دانشگاه علوم بهزیستی ، تهران
- سازمان جهانی بهداشت (۱۳۷۷) **برنامه آموزش مهارتهای زندگی** . ترجمه ربابه نوری قاسم آبادی و پروانه محمد خانی .
- ستیر ، و (۱۳۸۰). **آدم سازی در روانشناسی خانواده** : ترجمه ب، بیرشک . تهران : انتشارات رشد.
- شمسی خانی ، سهیلا (۱۳۸۶) **بررسی تاثیر آموزش مهارتهای حل مساله بر مهارتهای مقابله ای افراد اقدام کننده به خودکشی و خانواده آنها در بیمارستان ولیعصر اراک** ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، تهران

- عرفانیان ، مجید رضا ، اسماعیلی ، حبیب الله ، صالح پور ، حمید (۱۳۸۴)، بررسی کمی و کیفی رضایت زناشویی معنادان و همسران آنها در مراجعه کنندگان به کلینیک درمان ترک اعتیاد ، فصلنامه اصول بهداشت روانی ، سال هفتم، ۲۸ و ۲۷ ۱۵۱-۱۲۱
- فقیر پور ، مقصود (۱۳۸۰)، پژوهش نقش مهارتهای اجتماعی در سازگاری زناشویی و طراحی یک مدل آموزشی و ارزشیابی آن . پایان نامه دکترای روانشناسی ، دانشگاه علامه طباطبائی.
- قوانلو ، الهام (۱۳۸۳)، بررسی تاثیر اعتیاد مردان بر روابط زناشویی با همسران در شهرستان مشهد. پایان نامه کارشناسی مددکاری اجتماعی ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- کلینکه ک. (۱۳۸۳) مهارتهای زندگی ، ترجمه ش. محمدخانی . تهران : انتشارات اسپند هنر.
- کارسون، ج اسپری، ل و لويس، ج. (۱۳۷۸). خانواده درمانی: تضمین درمان کارآمد، ترجمه ش.نوابی نژاد، تهران، انجمن اولیاء و مربیان.
- محمد خانی (۱۳۸۷) بررسی آسیب شناسی اجتماعی زنان دارای همسر معناد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، تهرات
- مللی، مریم (۱۳۸۶) ، تاثیر آموزش مهارتهای اجتماعی با استفاده از داستان در کاهش اختلالات رفتاری دانش آموزان دختر عقب مانده ذهنی آموزش پذیر سنین ۱۹-۱۳ سال شهر تهران ، ، پایان نامه کارشناسی ارشد ، داشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی ، تهران
- منشئی، غ. سموعی، ر. ولیانی، م. (۱۳۸۲) نقش آموزش مهارتهای زندگی بر پیشگیری از اعتیاد جوانان شهر اصفهان . مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان و راه های پیشگیری . دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان . واحد خوراسگان.
- مینوچین ، س. (۱۳۸۰). خانواده و خانواده درمانی ، ترجمه ب. ثنائی ذاکر. تهران: انتشارات امیر کبیر
- مینوچین، س و فیشمن، ج. چ. (۱۳۸۱) فنون خانواده درمانی ، ترجمه ف. بهاری و ف. سیا. تهران : انتشارات رشد.
- نجاریان ، ف. (۱۳۷۹) عوامل موثر در کارایی خانواده. بررسی ویژگیهای روان سنجی مقیاس سنجش خانواده. پایان نامه کارشناسی ارشد. رودهن: دانشگاه آزاد اسلامی.
- نوری، ر. (۱۳۸۷)
- هی لی، ج. (۱۳۸۰) روان درمانی خانواده ، ترجمه ب. ثنائی. تهران : انتشارات امیر کبیر.
- واشتون، آ. باندی، د. (۱۳۸۶) اراده کافی نیست، ترجمه ح. معصومیان شرقی تهران : انتشارات بهجت.
- وایتفیلد، چ. (۱۳۸۱) هم وابستگی -رهایی از وضعیت بشری . ترجمه ح. معصومیان شرقی تهران: نشر فارابی حکیم

- Botvin,G.J.&Griffine,K,W.(2004).”Life skills Training :Empirical Findings and Future Direction “.The journal of primary prevention Vd ,25,No,2.
- Botvin,G.j.kantor,L.W.(۲۰۰۰).Preventing alcohol and tobacco use through life skill training.journal of alcohol research&health.24(4).10-21.
- Deffenbacher,j.l&stark,R.S.(1992).Relaxation and cognitive-relaxation treatment of general anger. Journal of counseling psychology,39,158-167.
- Deffenbacher,j.L,Thwaites,G.A,wallace,T.L&Oetting,E.R(1994).social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. Journal of counseling psychology, 41,386-396
- Marlatt,G.A,Barrett,K,& Daley,D.C.(1999). Relapse prevention . The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment (2d ed.),pp.393-407.
- Schilling E.Baucom D.H.Bumet ch. K. sandin A. Rogland L.(2003).Altring The Cours of marriage: The Effect of (PREP)communication Skills Acquisition on Couples Risk of Becoming Maritally Distressed. Journal of FamilyPsychology 17 41-53.
- Shankerdass,M.K.(2002). Women and Drug Abuse:The problem in india. United nations international druge control programme.
- WHO.(1997)”Life skills and adolescence”. [WWW.WHO](http://WWW.WHO.COM) .COM.
- Yalcin BM Karahan TE. (2007). Effects of aCouple Communication program on Marital Adjustment of The American Boord of Family Medicin journal of the American Board of family medicin 20 36-44

## **Abstract**

**Objective:** addiction is one bad social phenomenon that there is harmful effects on family and is original factor defect in family function.

The general objective of the present research is to examine the effect of training in life skills on improvement family function spouses marital .

**Methods:** This study is a Quasi-experimental research which is carried on with 2 group of control and experimental subjects by using an experimental variable (training life skills for 8 sessions). In this study we have also used a pretest and a post test . The samples were selected among addicts wives .The addicts were completing their quitting stages and they had been referring to green hope center in karaj for 8 month .

The study tool was family Assessment Device of Mc Master(FAD)with 6 factor including communicate ,roles ,behavior control,Responsiveness,Involvement,problem es solve.The selection of samples was done through available sampling and for analysis of data repeated measures of variance analysis and T student statistical test were used in this study.

**Findings:** The result showed that training in life skills influences positively behavior control,Responsiveness,Involvement, problem es solve .no Positive effect was noticed in communicate ,roles. Furthermore,

**Results:** results show that social work intervention and designing long-term programs Life Skills Training for spouses of male addict and their families can improve family function .

**Keywords:**Life Skills ,Family Function.Women of Addicted husband.