مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی، شماره ۲۳، بهار ۱۴۰۰جلد۱، ص ۷۴-۶۵
http://www.jisc.ir

تاب آوری و سرسختی روانشناختی به عنوان پیش بینی کننده های سلامت روان در زنان دارای همسر معتاد

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال هفتم)
شماره ۲۳ / بهار ۱۴۰۰ / ص ۷۴-۶۵

نورا خضری[1]
[1] فارغ التحصیل کارشناسی ارشد، گروه علوم تربیتی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

نویسنده مسئول:
نورا خضری

چکیده

امروزه اعتیاد یکی از معضلاتی است که زندگی میلیون ها نفر را به خطر انداخته و خانواده ها و اطرافیان نزدیک را با مشکلات زیادی روبرو ساخته است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی بر سلامت روان در زنان دارای همسر معتاد می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای همسر معتاد که همسر آنان برای ترک اعتیاد به یکی از کلینیک‌ها، یا مراکز دولتی و خصوصی شهر شیراز مراجعه کرده است می‌باشد. نمونه آماری ۱۴۸ نفر از این زنان بودند که با توجه به جدول مورگان، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه تاب‌آوری (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه سخت رویی (کوباسا، ۱۹۸۲) و پرسشنامه سلامت روان (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹)، می‌باشد.. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش رگرسیون خطی چندگانه و آزمون ANOVA برای متغیرهای پیش‌بین استفاده گردید. نتایج پژوهش نشان داد متغیرهای تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی قادر به پیش‌بینی سلامت روان هستند.

واژگان کلیدی: تاب آوری، سرسختی روانشناختی، سلامت روان، اعتیاد.

مقدمه

اعتیاد[1] یکی از معضلاتی است که امروزه نه تنها زندگی میلیون‌ها انسان را به خطر انداخته، بلکه خانواده و نزدیکان آنها را با مشکلات زیادی روبرو ساخته است. اعتیاد به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق وابسته نمودن فرد به مصرف مواد مخدر، تزلزل بنیادهای اخلاقی را در پی دارد که از جمله این پیامدها، افزایش جرم، جنایت و خشونت است. بی‌شک قربانیان این مشکلات در درجه اول، افراد خانواده و نزدیکان مبتلایان است که آنها را خواسته یا ناخواسته با این پیامد مواجه می‌سازد (محمدی، ۱۳۸۴).

طبق تحقیقات صورت گرفته، زنانی که با همسر معتاد زندگی می‌کنند تحت تأثیر مصرف مواد همسر قرار می‌گیرند (وطن پور و همکاران، ۱۳۸۷). همسران افراد معتاد باید عارضه‌های روانی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد همسرشان را تحمل کنند (کوپلتون، تمپلتون و پاول[2]، ۲۰۱۰) .محمد خانی (۱۳۸۸) که گاها این پیامدها سلامت روان[3] آنها را به خطر می‌اندازد. یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع مختلف، بهداشت روان آن جامعه است، بی‌شک سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند (ساکی و کیخانی، ۱۳۸۸). سلامت روان به معنای توانایی آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن است. به عبارت دیگر سلامت روان، آگاهی از درون و احساسات خویش، قدرت تصمیم‌گیری در بحران‌ها و مقابله با فشارهای زندگی است، در مورد سلامت روان کسانی را می‌توان دارای سلامت روان دانست که برای حل مشکلات زندگی، نگرش مثبت دارند و نسبت به خود و دیگران احساس مثبت داشته و در زندگی و روابطشان برخورد مسئولانه دارند (محمدی، ۱۳۷۶). از آنجا که زنان نقش مهمی در کانون خانواده دارند، بنابراین سلامت روان آنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است .

با استناد به مطالعات ستوده (۱۳۷۳) می‌توان اظهار داشت زنانی که با همسر معتاد زندگی می‌کنند به طور وسواس‌آمیزی به تمام رفتارهای فرد معتاد توجه دارند و می‌خواهند آنها را تحت تسلط کامل خود در آورند این گونه افراد آنقدر از نظر روحی تغییر می‌کنند که مانند بیماران روانی به نظر می‌رسند این افراد به مراتب بیمارتر از معتادان هستند و جای تعجب نیست زیرا زندگی با افراد نابهنجار چنین پیامدهایی نیز دارد و باعث می‌شود که اینان از کمک‌هایی که نیازمند هستند، بی‌بهره بمانند.

گولدبرگ[4] (۱۹۹۸) سلامت روان را در قالب مقیاس سلامت عمومی می‌سنجد و چهار زیر مقیاس سلامت روان با عنوان علائم جسمانی[5]، علائم اضطراب[6]، کارکرد اجتماعی[7] و علائم افسردگی[8] معرفی می‌کنند. علائم اضطراب شامل مواردی است که با اضطراب و بی‌خوابی مرتبط‌اند و کارکرد اجتماعی، گسترده توانایی افراد را در مقابله با خواسته‌های حرفه‌ای و مسائل زندگی روزمره می‌سنجد و احساسات آن‌ها را درباره چگونگی کنار آمدن با موقعیت‌های متداول زندگی آشکار می‌کند. علائم افسردگی دربرگیرنده علائمی است که با افسردگی وخیم و گرایش به خودکشی مرتبط‌اند.

شواهد نشان می‌دهد که گاهی موقعیت‌های پرتنش، همواره به بیماری منجر نمی‌شود . بر اساس یافته‌های (کابوسا و مدی[9]، ۱۹۸۲) عوامل تعدیل‌کننده‌ای در رابطه با سلامت روان و بیماری‌های ناشی از آن دخالت می‌کنند. به عنوان مثال بعضی از افراد دارای خصایصی هستند که توان مقاومت درونی آنها را در برابر موقعیت‌های پرتنش افزایش می‌دهد و از بروز پیامدهای آن جلوگیری می‌کند. ازجمله این ویژگی‌های شخصیتی، سرسختی روانشناختی[10] می‌باشد. سرسختی روانشناختی مجموعه‌ای متشکل از ویژگی‌های شخصیتی است که در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی به عنوان منبعی از مقاومت و سپری محافظ عمل می‌کند. و افراد را از بروز واکنش‌ها به شرایط یا رویدادهای بالقوه فشارزا باز می‌دارد. به عبارتی سرسختی روانشناختی نوعی ویژگی شخصیتی است که ممکن است نحوه مقابله با استرس‌زاها را در افراد تعدیل کند و آنها را در تحلیل موفقیت‌آمیز استرس‌زاها یاری کند.

با استناد بر یافته‌های پژوهشگران پیشین مرادی و همکاران (۱۳۹۶)، بشارت (۱۳۸۴)، زارعی (۱۳۹۴)، بروکس[11] (۲۰۰۳)، ووگت[12] و همکاران (۲۰۰۸) سرسختی روانشناختی می‌تواند سلامت روان را پیش‌بینی کند. (جمهری، ۱۳۸۰) در پژوهشی به بررسی سخت رویی و گرایش به افسردگی و اضطراب پرداخت، نتایج داده‌ها نشان داد افزایش سرسختی روانشناختی موجب بهبود و ارتقای سلامت روان می‌شود.

---

[1] addiction
[2] Copello, Tempelton & Powell
[3] Mentalhealth
[4] Goldberg
[5] Physical Symptoms
[6] Symptoms of anxiety
[7] Social function
[8] Symptoms of depression
[9] Kabosa & Maddi
[10] Psychological Hardiness
[11] Brooks
[12] Voget

از دیدگاه کابوسا (۱۹۸۲)، سرسختی روانشناختی دربرگیرنده سه مؤلفه است:

۱-مبارزه‌طلبی (چالش جویی[۱۳]): به این باور فرد اشاره دارد که تحولات زندگی بیش از آنکه تجارب استرس‌آوری باشد، به عنوان یک واقعه هیجان‌انگیز و برانگیزاننده نگریسته می‌شود.

۲- تعهد[۱۴]: تلاش فعالانه فرد را دربر می‌گیرد که با هدف معنی بخشیدن به زندگی انجام می‌گیرد. این مؤلفه به توانایی احساس عمیق درآمیختگی و یا تعهد فرد در رابطه با فعالیت‌ها و چالش‌های زندگی و یافتن معنایی برای آن اشاره دارد.

۳- کنترل[۱۵]: اعتقاد به اینکه تمام حوادث، پیامد رفتارهایی است که فرد انجام می‌دهد و اینکه وی قادر است، عوامل فشارزای زندگی خود را تحت تأثیر قرار داده و آنها را کنترل کرده و یا تغییر دهد.

معمولاً این‌گونه فرض می‌شود که هر فرد درجاتی از سرسختی را از خود نشان می‌دهد ولی میزان سرسختی، بسته به زمان و مکانی که فرد در آن قرار دارد و میزان فراوانی و نوع سبک یادگیری که آموخته شده، در افراد مختلف، متفاوت است.

پژوهش‌های دیگری نیز نشان می‌دهد که بین سرسختی روانشناختی با ابعاد سلامت روان (شکایت جسمی، حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب) رابطه منفی و معناداری وجود دارد (کلانتر، ۱۳۷۷؛ همایی، ۱۳۷۹؛ بانک و هاستون[۱۶]، ۱۹۸۷).

وردی (۱۳۸۷) در پژوهشی به بررسی رابطه کمال‌گرایی[۱۷] و سرسختی روانشناختی با سلامت روان بر عملکرد دانش آموزان پیش‌دانشگاهی اهواز پرداخت. تحلیل داده‌ها نشان داد بین سرسختی روانشناختی با ابعاد سلامت روانی، یعنی شکایات جسمی، حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب دانش آموزان رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد.

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند به کاهش مشکلات و حفظ سلامت روان زنان دارای همسر معتاد کمک کند، تاب‌آوری[۱۸] است. تاب‌آوری گرایش شخصیتی دیگری است که در ارتباط با موضوع سلامت روان حائز اهمیت است و به عنوان یکی از سازه‌های بهنجار مورد توجه روانشناسی مثبت نگر به ویژه در عرصه روانشناسی خانواده و سلامت ، جایگاه ویژه‌ای یافته است (کامپل، چوهن و استین[۱۹]، ۲۰۰۶).

تاب‌آوری از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی افراد جلوگیری می‌کند و آنها را در بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگه می‌دارد ، زیرا افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، ویژگی‌های شخصیتی دارند که سلامت روان آنها را افزایش می‌دهد (پینیوارت[۲۰]، ۲۰۰۹).

به بیان دیگر تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی – روانی در شرایط دشوار است(کونور و دیویدسون[۲۱]، ۲۰۰۳). تاب‌آوری از دیدگاه مارش[۲۲] (۱۹۹۶) به عنوان توانایی عبور از دشواری‌ها و غلبه بر شرایط استرس‌زا در زندگی تعریف شده است.

نتایج تحقیقات پینیوارت (۲۰۰۹)، اسمیت[۲۳] و همکاران (۲۰۰۹) گویای آن است که تاب‌آوری بر سلامت روان تأثیر دارد و فشار روانی را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های روانی پیشگیری می‌کند. در واقع تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است و یک ساختار چندبعدی است که شامل اجزای ساختاری از جمله خلق‌وخو، ویژگی‌های فردی و برخی مهارت‌های خاص (مانند حل مسئله[۲۴]) است که برای سازگاری با موقعیت کمک‌کننده است.

حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی پرداختند. نتایج داده‌ها نشان داد تاب‌آوری به عنوان یک منبع مقاومت درونی بر سلامت روان تأثیر دارد، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های روانی پیشگیری می‌کند.

جمع‌بندی شواهد پژوهش و مطالعات پژوهشگران پیشین نشان می‌دهد: متغیرهای سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری می‌توانند تغییرات سلامت روان را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کنند. (نظری و همکاران، ۱۳۹۶؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۶؛ انزلیکچ[۲۵] و همکاران، ۲۰۰۶؛ رحیمیان بوگر و اصغرنژاد فرید، ۱۳۸۷).

---

13 Defiance
14 obligation
15 Control
16 Funk & Houston
17 Perfecctionism
18 Resilience
19 Campbell , Cohan & Stein
20 Pinyuart
21 Connor & Davidson
22 Marsh
23 Smith
24 Problem Solving
25 Inzlicht

هدف پژوهش حاضر ، پیش‌بینی تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی بر سلامت روان در زنان دارای همسر معتاد می‌باشد.
در بیان اهمیت و ضرورت این پژوهش، می‌توان به نقش مهم برخی ویژگی‌های شخصیتی مانند تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی در سلامت روان اشاره کرد، از این رو ضرورت توجه به مسائل روانشناختی توأم با مسائل سلامت روان زنان دارای همسر معتاد بسیار حائز اهمیت است.

سؤالات پژوهش عبارتند از:

۱-آیا متغیر تاب‌آوری قادر به پیش‌بینی سلامت روان است؟
۲- آیا متغیر سرسختی روانشناختی قادر به پیش‌بینی سلامت روان است؟

روش

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های توصیفی – همبستگی قرار دارد، جامعه آماری پژوهش کلیه زنانی که همسر آنان معتاد بوده و در سال ۱۳۹۸ برای ترک اعتیاد به یکی از کلینیک‌ها یا مراکز دولتی و یا خصوصی شهر شیراز مراجعه کرده است و حداقل یکبار تحت درمان اعتیاد قرار گرفته‌اند می‌باشد.
نمونه آماری ۱۴۸ نفر از این زنان بودند که با توجه به جدول مورگان به شیوه نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند و معیارهای ورود به مطالعه از جمله (زندگی با همسر معتاد و گذشت حداقل ۴ سال از زندگی مشترک) را دارا بودند.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه تاب‌آوری[۲۶]

پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون: برای سنجش تاب‌آوری ، مقیاس تاب‌آوری (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳) به کار برده شد.
بررسی ویژگی‌های روانسجی این مقیاس در شش گروه: جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب آور را از افراد غیر تاب آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود(محمدی، ۱۳۸۴).
مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی صد است.(بشارت و همکاران، ۱۳۸۷).
این مقیاس در ایران توسط (محمدی، ۱۳۸۴) هنجاریابی شده است.
برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر گویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شده است. محاسبه همبستگی هر گویه (به جز گویه ۳) با نمره کل از ضریب‌هایی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد .
ضریب پایایی این مقیاس توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) از طریق آلفای کرونباخ سنجیده شد و ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند و همچنین ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط (محمدی، ۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی را ۰/۸۹ گزارش کرده است.

شیوه نمره‌گذاری مقیاس تاب‌آوری

نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس، بدین شرح است: کاملاً نادرست = ۰، به ندرت = ۱، گاهی درست = ۲، اغلب درست = ۳، همیشه درست =۴.
بنابراین طیف نمرات آزمودنی بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نقطه برش این پرسشنامه ۵۰ است. به عبارتی نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هر چه امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد رفت و بالعکس.
نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل : تصویر شایستگی فردی[۲۷] – اعتماد به غرایز فردی[۲۸]- تحمل عاطفه منفی[۲۹]- پذیرش مثبت تغییر[۳۰] و روابط ایمن[۳۱]- کنترل و تأثیرات معنوی[۳۲] است.

---
[26] Resilience Questionnaire
[27] Perception of individual competence
[28] Trust in individual instincts

سؤالات مربوط به هر زیر مقیاس

زیر مقیاس تصویر از شایستگی فردی ۲۵- ۲۴- ۲۳- ۱۷-۱۶- ۱۲- ۱۱- ۱۰

زیر مقیاس اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفی منفی ۲۰- ۱۹- ۱۸- ۱۵- ۱۴- ۷- ۶

زیر مقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن ۸- ۵- ۴- ۲- ۱

زیر مقیاس کنترل ۲۲- ۲۱- ۱۳

زیر مقیاس تأثیرات معنوی ۹-۳

ب) پرسشنامه سرسختی و روانشناختی[۳۳]

مقیاس سخت رویی (کوباسا، ۱۹۸۲) ابزاری معتبر برای سنجش سرسختی روانشناختی است (بارتون[۳۴] و همکاران، ۱۹۸۹) این مقیاس شامل ۵۰ ماده است که آزمودنی در برابر هر ماده، بر اساس آنکه آن ماده تا چه اندازه درباره او درست است، پاسخ خود را در مقیاس ۴ درجه‌ای (از ۰ صحیح نیست تا ۳ کاملاً صحیح است) مشخص می‌کند.

روایی این آزمون توسط کوباسا (۱۹۸۲) سنجیده شد که ضریب همبستگی ۰/۸۵ برای تعهد، ۰/۶۵ برای کنترل و ۰/۷۰ برای مبارزه‌طلبی (چالش جویی) گزارش می‌دهد. این پرسشنامه در ایران توسط (قربانی، ۱۳۷۳)، ترجمه، روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده و در موارد لازم، اصلاحات به عمل آمده است که در اعتبار یابی آن ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ برای تعهد و از ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ برای زیر مقیاس کنترل و از ۰/۸۹ تا ۰/۹۵ برای مقیاس مبارزه‌جویی و از ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ برای نمره کل سخت رویی محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است . پایایی این آزمون نیز توسط کوباسا و مدی (۱۹۸۲) صورت گرفته و بر اساس آلفای کرونباخ، ثبات درونی این آزمون برای هر یک از مقیاس‌ها عبارت است از:

چالش جویی ۰/۷۱ – کنترل ۰/۸۴ – تعهد ۰/۷۵ و سرسختی به طور کامل ۰/۸۸ می‌باشد. پایایی این پرسشنامه در ایران توسط(جمهری، ۱۳۸۰) سنجیده شد و نشان داده شد که مؤلفه‌های سخت رویی، یعنی تعهد و کنترل و چالش جویی هر یک به ترتیب از ضریب پایایی ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند. و این ضرایب برای کل صفت سخت رویی ۰/۷۵ محاسبه شده است.

شیوه نمره‌گذاری مقیاس سرسختی روانشناختی

این آزمون دارای ۳ خرده مقیاس است:

مبارزه‌طلبی (چالش جویی) تعهد و کنترل است که هر یک به ترتیب ۱۷، ۱۶ و ۱۷ ماده را به خود اختصاص داده است . نمره‌های ۳۹ ماده از آزمون به شکل وارونه در نظر گرفته شده است. در مجموع یک نمره کلی برای سخت رویی و سه نمره برای مؤلفه‌های جداگانه به دست می‌آید (ملزاده، ۱۳۷۹).

ج) پرسشنامه سلامت عمومی[۳۵]:

پرسشنامه سلامت عمومی گولدبرگ و هیلایر [۳۶](۱۹۷۹) از ابزارهای غربالگری شناخته شده روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی غیر سایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴) این پرسشنامه دارای ۴ مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای ۷ پرسش است.

خرده مقیاس:

۱-علائم جسمانی، ۲- علائم اضطرابی ، ۳- کارکرد اجتماعی، ۴- علائم افسردگی.

در تمام گزینه‌ها به جز اختلال در کارکرد اجتماعی، درجات پایین نشان‌دهنده سلامتی و درجات بالا، حاکی از عدم سلامتی و ناراحتی در فرد است (غلامی، بشیده، ۱۳۹۰).

روایی این آزمون توسط گولدبرگ و ویلیامز[۳۷] (۱۹۹۸) از طریق اعتبار تصنیفی بای کل پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش کردند. همچنین (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴) ضریب اعتبار کلی این آزمون ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است.

---

[29] Tolerate negative emotions
[30] Positive acceptance of change
[31] Secure relationship
[32] Spiritual control and influence
[33] Psycholigical Hardiness Questionnaire
[34] Bartone
[35] General Health Questionnaire
[36] Goldberg & Hillier
[37] Goldberg & Villiams

روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی

مواد زیر مقیاس ۱ (علائم جسمانی) در سؤال‌های ۱ تا ۷ مشخص شده است.

مواد زیر مقیاس ۲ (علائم اضطراب) در سؤال‌های ۸ تا ۱۴ مشخص شده است.

مواد زیر مقیاس ۳ (کارکرد اجتماعی) در سؤال‌های ۱۵ تا ۲۱ مشخص شده است.

مواد زیر مقیاس ۴ (علائم افسردگی) در سؤال‌های ۲۲ تا ۲۸ مشخص شده است.

در این پرسشنامه از گزینه الف تا د، نمره صفر، یک ، دو، سه تعلق می‌گیرد. درنتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به طور جداگانه محاسبه شده و پس از آن نمرات۴ زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی را به دست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد.

روش تجزیه‌وتحلیل

در این پژوهش از روش رگرسیون خطی چندگانه و آزمون ANOVA برای متغیرهای پیش‌بین استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش، متناسب با متغیرهای مورد مطالعه و داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ و به روش رگرسیون خطی چندگانه موردبررسی قرار گرفتند. روش مناسب برای وارد کردن متغیرهای پیش‌بین در این تحقیق روش اینتر بود که از همین روش استفاده گردید. در ابتدا مفروضه‌های لازم برای اجرای این آزمون مورد بررسی قرار گرفت، یکی از این مفروضه‌ها، توزیع طبیعی داده‌های تحقیق بود، چون داده‌ها در سطح مقیاس فاصله‌ای بودند، تنها بایستی از طبیعی بودن توزیع داده‌ها اطمینان حاصل می‌شد که این مهم با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون در جدول شماره ۱ نشان داده شده است:

جدول شماره ۱ – آزمون کلموگروف – اسمیرنوف

پارامتر / متغیر	نمره آماری	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت روان	۰/۵۲	۱۴۸	۰/۶۴

نتایج آزمون توزیع طبیعی نشان داد که نمره آماری به دست آمده (۰/۵۲) با توجه به سطح معناداری (P = ۰/۶۴) از نقطه بحرانی عبور نکرده است و مقدار احتمال بالاتر از حد مجاز است. بنابراین می‌توان از توزیع طبیعی داده‌های تحقیق اطمینان حاصل کرد. بنابراین آزمون توزیع طبیعی داده‌ها اجرا شد و نتایج آزمون در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲- آزمون رگرسیون خطی چندگانه

مدل	مجموع مجذورات مدل	درجه آزادی	میانگین مجذورات مدل	F	سطح معناداری
رگرسیون	۴۵۷۵۵/۴۰	۲	۹۱۵۱/۰۸	۲۷/۳۱	۰/۰۱۲
باقی‌مانده	۱۱۶۴۲/۸۴	۱۴۷	۱۲۶/۵۵		
مجموع	۵۷۳۹۸/۲۴	۱۴۹			

نتایج آزمون رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که مقدار F به دست آمده با توجه به درجه‌های آزادی (۲ و ۱۴۷) و سطح معناداری (۱۲٪ =P) از نقطه بحرانی عبور کرده است و مدل رگرسیون به صورت معناداری در پیش‌بینی متغیر پیامد، بهتر از روش تصادفی است. برای پی بردن به سهم هر یک از متغیرهای بین (تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی) در تبیین واریانس متغیر پیامد (سلامت روان) به ادامه نتایج رگرسیون توجه شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ و ۴ نشان داده شده است.

جدول شماره ۳- آزمون ANOVA متغیر پیش‌بین (تاب‌آوری)

متغیر	B	خطای استاندارد بتا	ضریب استاندارد بتا	t	سطح معناداری
تاب‌آوری	۶/۱۰	۶/۴۰	۰/۰۶۴	۲/۴۹	۰/۰۱۲

نتایج جدول۳ نشان داد که متغیر تاب‌آوری (t =۲/۴۹، P =۰/۰۱۲) به طور معناداری در تبیین واریانس متغیر سلامت روان جامعه آماری این تحقیق را تبیین می‌کند.

جدول شماره ۴- آزمون ANOVA متغیرهای پیش‌بین (سرسختی روانشناختی)

متغیر	B	خطای استاندارد بتا	ضریب استاندارد بتا	t	سطح معناداری
سرسختی روانشناختی	۸/۶۰	۳/۴۵	۸۹٪	۲/۵۲	۰

نتایج جدول ۴ نشان داد که متغیر سرسختی روانشناختی (t =۲/۵۲ ، P=۰/۰۰۱) به طور معناداری در تبیین واریانس متغیر سلامت روان آزمودنی‌ها سهم دارد- بنابراین می‌توان ابراز داشت که متغیر سرسختی روانشناختی می‌تواند سهمی از واریانس سلامت روان جامعه آماری این تحقیق را تبیین کند.

نتیجه گیری و پیشنهادات

بحث درباره موضوع تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی و نقش آن بر سلامت روان ، بحث گسترده و دامنه‌داری است که امروزه اکثر محققان به نقش سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری به عنوان عواملی که افراد را در برابر فشار روانی محافظت می‌کند، تأکید می‌کند (کوباسا، ۱۹۸۲). این پژوهش با هدف پیش‌بینی تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی بر سلامت روان در زنان دارای همسر معتاد انجام گردید. نتایج جدول ۳ نشان داد که متغیر تاب‌آوری در تبیین واریانس متغیر سلامت روان آزمودنی‌ها سهم دارند، به عبارتی می‌توان گفت در این پژوهش، تاب‌آوری توان پیش‌بینی معنی‌دار سلامت روان را دارد. نتایج یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مشابه از جمله پژوهش رحیمیان بوگر، اصغر نژاد فرید، ۱۳۸۷؛ صادقی و همکاران، ۱۳۹۶؛ حق رنجبر و همکاران، ۱۳۹۰؛ پینیوارت، ۲۰۰۹؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۹؛ همسو می‌باشد، نتایج پژوهش‌های این پژوهشگران نیز گویای آن هستند که تاب‌آوری، بهترین پیش‌بینی کننده سلامت روان می‌باشد.در تبیین تأثیر تاب‌آوری بر سلامت روان می‌توان گفت تاب‌آوری باعث مقاوم شدن شخصیت، افزایش بینش و مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط مؤثر با محیط اطراف و دیگران می‌گردد. به عبارتی افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، در زمینه حل مسئله، توانمند هستند، میل به خودگردانی و هدفمندی بالایی دارند و دارای سازگاری روانشناختی می‌باشند، در نتیجه سلامت روان خود را حفظ می‌کنند (وولف[۳۸]، ۱۹۹۵).

همچنین نتایج دیگر پژوهش حاضر (جدول۴) نشان داد متغیر سرسختی روانشناختی در تبیین واریانس متغیر سلامت روان آزمودنی‌ها سهم دارند، به عبارتی می‌توان گفت در این پژوهش، سرسختی روانشناختی نیز توان پیش‌بینی معنادار سلامت روان را دارد. نتایج یافته‌های این پژوهش، با نتایج پژوهش‌های مشابه از جمله پژوهش (مرادی و همکاران، ۱۳۹۶)، (زارعی، ۱۳۹۴) (بشارت، ۱۳۸۴) (جمهری، ۱۳۸۰) (شیربیم و همکاران، ۱۳۸۸)؛ (بروکس، ۲۰۰۳)؛ (ووگت و همکاران، ۲۰۰۸) همسو می‌باشد. نتایج پژوهش این پژوهشگران نیز گویای آن هستند که سرسختی روانشناختی بهترین پیش‌بینی کننده سلامت روان می‌باشد. در تبیین تأثیر سرسختی روانشناختی بر سلامت روان، می‌توان گفت همان گونه که کابوسا (۱۹۸۲) مطرح می‌کند افراد سخت رو، موقعیت‌های ناگوار را چالش‌انگیز ارزیابی می‌کنند تا تهدیدکننده. حس تعهد بیشتری در مورد فعالیت‌ها و زندگی خود تجربه می‌کنند و عوامل فشارزا را به عنوان فرصت‌های بالقوه برای تغییر می‌بینند. در نتیجه سلامت روان خود را حفظ می‌کنند، بنابراین می‌توان گفت افرادی که دچار اختلال در زمینه مولفه‌های سلامت روان (علائم جسمانی، علائم اضطراب، کارکرداجتماعی، علائم افسردگی) شده‌اند، از سرسختی روانشناختی پایینی برخوردارند و ممکن است در برخورد با رویدادهای فشارزا از راهبردهای مقابله‌ای واپس رونده استفاده کنند. مثلاً این افراد ممکن است به انفعال و روی گردانی و یا به طور کلی به کناره‌گیری شناختی و رفتاری تمایل پیدا کنند. عیب این نوع راهبرد در آن است که فرد نه تنها قادر به تغییر موقعیت و حل مشکل نیستند، بلکه باعث ناسازگاری و افزایش مشکلات عاطفی نیز می‌شوند.

درمجموع یافته‌های پژوهش حاضر، گویای اصالت و اهمیت سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری، در حفظ و ارتقای سلامت روان زنان دارای همسر معتاد بود و مشخص شد که دو متغیر یاد شده (سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری) می‌توانند میزان بالایی از تغییرپذیری سلامت روان را در شرایط ناگوار تبیین نمایند.

بنابراین به لحاظ پژوهشی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی نقش این دو متغیر در ارتباط باکیفیت زندگی افراد دارای مشاغل سخت و بیماری‌های خاص پرداخته شود.

-همچنین به لحاظ کاربردی و با توجه به اینکه دو متغیر تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی نقش عمده‌ای در سلامت روان ایفا می‌کند پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و کلینیک‌های ترک اعتیاد، دوره‌های آموزشی با هدف آموزش مهارت‌های مناسب و کارآمد، جهت افزایش سطح تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی را فراهم کند و بدین ترتیب موجبات حفظ سلامت روانی افراد را در موقعیت‌های پرتنش فراهم آورد.

برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، شامل گسترده بودن دامنه سنی بود که می‌تواند تفسیر نتایج را دشوار کند. همچنین در این پژوهش مدت مصرف مواد و سابقه اعتیاد، کنترل نشده است و از طرفی تک‌جنسی بودن آزمودنی‌ها بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به بررسی متغیرهای هر دو جنس پرداخته شود.

در پایان محقق، مراتب تشکر و قدردانی خود را از سازمان بهزیستی کل شیراز و کارکنان محترم مراکز مشاوره و کلینیک‌های خصوصی و دولتی شیراز که در اجرای این تحقیق یاری‌رسان بودند را دارد.

[38] Wolff

منابع

بشارت، محمدعلی(۱۳۸۴)، رابطه سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی دانشجویان ورزشکار، مجله المپیک، ۳۰، ۱۳۳- ۱۲۳.

جمهری، فرهاد، (۱۳۸۰)، ارتباط بین سخت رویی و گرایش به افسردگی و اضطراب بین زنان و مردان دانشجو شهر تهران، رساله دکترای روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.

حق رنجبر، فرخ، کاکاوند، علیرضا. برجعلی، احمد. برماس ، حامد، (۱۳۹۰)، تاب‌آوری و کیفیت زندگی مادران دارای فرزندان کم‌توان ذهنی حامد، مجله سلامت و روان‌شناسی، ۱ (۱)، ۱۸۷- ۱۷۷.

غلامی، علی. بشلیده، کیومرث،(۱۳۹۰)، اثربخشی معنویت درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱ (۳)، ۳۴۸- ۳۳۱.

قربانی، نیما، (۱۳۷۳)، ارتباط سخت رویی، الگوی رفتاری تیپ A و رفتار مستعد بیماری‌های کرونری(تیپ۲)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس

محمدی، مسعود،(۱۳۸۴)، بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سو مصرف مواد، رساله دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

بشارت، محمدعلی. صالحی، مریم. شاه‌محمدی، خدیجه. نادعلی، حسین. زبردست، عذرا، (۱۳۸۷) رابطه تاب‌آوری و سخت‌کوشی با موفقیت ورزشی و سلامت روانی در ورزشکاران، مجله روان‌شناسی معاصر، ۳ (۲)، ۴۹-۳۸.

ملک‌زاده نقصانی، پریسا (۱۳۷۹)، مقایسه سخت رویی دانشجویان رشته علوم انسانی، فنی مهندسی و علوم پایه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی و احد علوم تحقیقات.

یعقوبی، نورالله. نصراصفهانی، مهدی. شاه‌محمدی، داوود (۱۳۷۴)، بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرای گیلان، مجله اندیشه و رفتار، ۱ (۴)، ۶۴-۵۵.

محمدی، حسین،(۱۳۷۶)، بررسی مقایسه‌ای میزان و منابع استرس در بین اساتید دانشگاه‌های شیراز و علوم پزشکی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد شیراز.

محمدخانی، پروانه، (۱۳۸۸) ابعاد مشکلات شخصی- ارتباطی زنان دارای همسر معتاد:چشم‌اندازی به برنامه توان‌بخشی همسران مبتلایان به اعتیاد، فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۱۳۸۸؛ ۳ (۹).

وطن‌پرست، ابوالفضل. خزائلی پارسا، فاطمه. قازاریان، ماریت. محرم خانی، فریده. فتحلی لواسانی، فهیمه. جلال، مرجان. یعقوبی، آذین. موسوی شندی، پدرام، (۱۳۸۷)، بسته آموزشی پیشگیری از مصرف مواد ویژه همسران سو مصرف‌کنندگان مواد، به سفارش دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد تهران.

مؤمنی، خدامراد. اکبری،مصطفی. آتش زاده شوریده، فروزان(۱۳۸۸) رابطه تاب‌آوری و فرسودگی شغلی در پرستاران، فصلنامه علمی – پژوهشی مآب و تزکیه، پائیز و زمستان، ۸۸، شماره ۷۴-۷۵، صص ۳۷-۴۷.

وردی، مینا (۱۳۸۷)، رابطه کمال‌گرایی و سرسختی روانشناختی با سلامت روان بر عملکرد دانش آموزان پیش‌دانشگاهی اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی تربیتی ، ص ۴۷.

صادقی، مسعود. رحیمی پور، طاهره. علی‌محمدی، حسین (۱۳۹۶) تأثیر تاب‌آوری و سرسختی روانشناختی بر سلامت روان مادران کودکان مبتلا به اختلال بینش فعالی – کمبود توجه ، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال هجدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۶، (پیاپی ۶۷)، ص ۳۷-۳۰.

شیربیم، زهرا. سودانی، منصور. شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۸) رابطه سلامت روان و سرسختی روانشناختی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران، نشریه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، دوره چهارم، شماره ۱۳، ص ۷-۱۶، پائیز ۱۳۸۸.

نظری، بهار. صالحی، ایرج. مهرافزا، مرضیه. شهبازی، سارا، (۱۳۹۶) رابطه سرسختی روانشناختی و تاب‌آوری با سلامت روان افراد نابارور، سومین همایش بین‌المللی افق‌های نوین در علوم تربیتی، روان‌شناسی و آسیب‌های اجتماعی.

رحیمیان بوگر، اسحق. اصغر نژاد فرید، علی‌اصغر (۱۳۸۷) رابطه سرسختی روانشناختی و خود تاب‌آوری با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان بازمانده زلزله شهرستان بم ، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال چهاردهم، شماره ۱- بهار ۱۳۸۷، ص ۷۰-۶۲.

مرادی، فرشته. مسجدی خوارسگانی، مهدی. عظیم زاده بالانچی، نازنین، کفراشی، محمدحسین، (۱۳۹۶) بررسی رابطه میان سرسختی روانشناختی و سلامت روانی کارکنان، سومین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران.

ستوده، هدایت(۱۳۷۳) مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی اجتماعی، نشر آوای نور

ساکی، کوروش. کیخانی، ستار(۱۳۸۸)، بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان علوم پزشکی ایلام، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۱۰، شماره ۳۴ و ۳۵، بهار و تابستان، ۱۱-۱۵.

زارعی، اقبال (۱۳۹۴)، صبر و سرسختی روانشناختی به عنوان پیش‌بینی کننده‌های سلامت روان در دانشجویان دانشگاه هرمزگان، اولین همایش ملی اسلام و سلامت روان، اردیبهشت ۹۴، ص ۱-۱۴.

وردی، مینا(۱۳۸۷)، رابطه کمال‌گرایی و سرسختی روانشناختی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر مراکز پیش‌دانشگاهی اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد ، چاپ نشده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

کلانتر، جهانگیر، (۱۳۷۷)، بررسی رابطه چندگانه متغیرهای سرسختی،تیپ شخصیتی الف و فشارهای روانی با بیماری‌های روانی دانش آموزان پسر سال سوم نظام جدید شهرستان اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

همایی، رضوان، (۱۳۷۹)، بررسی رابطه فشارزاهای روانی دختران مراکز پیش‌دانشگاهی اهواز با سلامت روانی با توجه به نقش تعدیل‌کننده سرسختی روانشناختی در آنها، پایان‌نامه کارشناسی ارشد ، روانشناسی تربیتی، چاپ نشده، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Bartone, P. Vrsano, R.J. wright, K.M. & Ingrahahm, L.H. (1989). Thie impact of a military Air Disaster on the Health of Assistance workers. Journal of Nervous and Mental Disease. 177. 317-328.

Brooks, M. V. (2003, July). Health-related hardiness and chronic illness: A synthesis of current research. In Nursing forum (Vol. 38, No. 3, pp. 11-20). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.

Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour research and therapy, 44(4), 585-599.

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety, 18(2), 76-82.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine, 9(1), 139-145.

King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience–recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. Journal of personality and social psychology, 74(2), 420.

Kobasa, S. C. (1982). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. Journal of personality and social psychology, 37(1), 1.

Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. Journal of personality and social psychology, 42(1), 168.

Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. Journal of applied Developmental psychology, 30(1), 53-60.

Smith, B. W., Tooley, E. M., Montague, E. Q., Robinson, A. E., Cosper, C. J., & Mullins, P. G. (2009). The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain. The Journal of Pain, 10(5), 493-500.

Vogt, D. S., Rizvi, S. L., Shipherd, J. C., & Resick, P. A. (2008). Longitudinal investigation of reciprocal relationship between stress reactions and hardiness. Personality and Social Psychology Bulletin, 34(1), 61-73.

Wolff, S., & Wolff, S. (1995). The concept of resilience. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29(4), 565-574.

Inzlicht, M., Aronson, J., Good, C., & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. Journal of experimental social psychology, 42(3), 323-336.

Copello, A., Templeton, L., & Powell, J. (2010). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. Drugs: education, prevention and policy, 17(sup1), 63-74.

Velleman, R. (2010). The policy context: Reversing a state of neglect. Drugs: education, prevention and policy, 17(sup1), 8-35.

Shankerdass, M.K.(2002). women and drug abuse: the problem in india:united nations international druge control programme.

Funk, S. C., & Houston, B. K. (1987). A critical analysis of the Hardiness Scale's validity and utility. Journal of Personality and Social Psychology, 53(3), 572.

Marsh,P.T. (1996) Resilience: a historical review of the construct. Journal of the california Alliance for the mentally illness; 7(3): 4-6.

Goldberg, D.P., Williams, P. (1998), the users guide to the general health questionnaire. NFER-Nelson: Windsor.