

## بررسی تفاوت بهزیستی معنوی و هم وابستگی همسران افراد معتاد و همسران افراد عادی

بهنام ابراهیمی عارف<sup>۱</sup>، فرشید مرادی پیام<sup>۲</sup>، فاطمه هدایتی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد، مشاوره توانبخشی، دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه هرمزگان

---

### چکیده

بهزیستی معنوی مؤلفه ایست که برای توضیح درجه ای که فرد از گرایشات معنوی درک می کند به کار می رود. این پژوهش به دنبال یافتن تفاوت بهزیستی معنوی و هم وابستگی همسران افراد معتاد و همسران افراد عادی است. این پژوهش از نوع علی مقایسه ایست. جامعه آماری از دو گروه تشکیل شده است. گروه اول کلیه همسران درمان جویان اعتیاد مرکز اقامتی میان مدت ترک اعتیاد آینده پاک شهرستان رزن بودند که تعداد آنها ۲۱۰ نفر بود. گروه دوم را همسران افراد عادی تشکیل می دادند که به تعداد گروه اول و بصورت همگن از بین افراد ساکن شهرستان رزن انتخاب شدند. در مورد گروه اول، کلیه افراد در نظر گرفته شد و پس از جمع آوری پرسشنامه ها و حذف پرسشنامه های ناقص ۲۰۰ پرسشنامه آماده تحلیل شد. روش نمونه گیری در گروه اول سرشماری و در گروه دوم تصادفی بود. ابزار گردآوری اطلاعات دو پرسشنامه بهزیستی معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) و پرسشنامه هم وابستگی اسپن - فیشر (۱۹۹۱) است. نتایج نشان داد که میانگین نمرات بهزیستی معنوی در همسران معتادین کمتر و هم وابستگی در همسران معتاد به طور معناداری بالاتر است.

---

واژه های کلیدی: بهزیستی معنوی، هم وابستگی، معنویت، اعتیاد، معتاد.

---

## مقدمه

در طی چند سال اخیر توجه جوامع غربی به معنویت بیشتر شده است. در حیطه علمی روانشناسی، معنویت به عنوان نیاز اساسی همه انسان ها مطرح شده که طبق ارزش ها و عقاید اساسی آن ها بوده و به زندگی مفهوم می بخشد (گنزالس و ریوژ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). معنویت کیفیتی ورای شرایط مذهبی است و به عنوان شیوه ای که افراد زندگی خود را ارزش گذاری می کنند تعریف شده (خانا و گریسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴) و به عنوان شاخص عینی کیفیت زندگی در کنار سلامت بدنی، سلامت ذهنی، سطح استقلال و روابط اجتماعی مطرح شده است (گنزالس و ریوژ، ۲۰۱۴).

معنویت ممکن است بر جنبه های مختلف زندگی فرد تاثیر گذار باشد. از جمله امید به زندگی (عمان<sup>۳</sup> و دیگران، ۱۹۹۹) حس معنی در زندگی می تواند منجر به آرامش فردی، روابط اجتماعی و بخشودگی و در کل بهزیستی ذهنی فرد بشود (لونستاد<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). بهزیستی ذهنی به تجربه کلی واکنش مثبت فرد نسبت به زندگی خود اشاره می کند و می تواند رضایت از زندگی و شادی را نیز شامل شود (دینر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴). شویتزر<sup>۶</sup> (۲۰۰۲) مفهوم بهزیستی را توسعه داده و نه تنها علائم روانی را مطرح نمود، بلکه وجود عواطف، هیجانات و موقعیت های مطلوب را نیز عنوان نمود که با سلامت اجتماعی و روانی رابطه دارد (فوکوکی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲).

بهزیستی معنوی<sup>۸</sup> عامل مهمی است که در سال های اخیر به سایر جنبه های بهزیستی مانند بهزیستی ذهنی، بدنی و هیجانی اضافه شده است (رولد<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). بهزیستی معنوی مؤلفه ایست که برای توضیح درجه ای که فرد از گرایشات معنوی درک می کند به کار می رود (خانا و گریسون، ۲۰۱۴). برخی محققان بهزیستی معنوی را یکی از بهترین شاخص های بهزیستی ذهنی می دانند. این تاکید تا بدانجاست که محققانی چون گنزالس و موکونکولو<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۵) بهزیستی ذهنی را شاخصی از بهزیستی معنوی دانسته اند. در این فرایند عوامل ذهنی معنویت و سلامت معنوی در ارتباط با عواملی چون نماز، دعا، مدیتیشن و شرکت در مراسم مذهبی تعریف می شود و به فرد حس هدفمندی و رضایت بخشی، سرسختی (فوکوکی، ۲۰۱۲)، هویت، یکپارچگی، زیبایی، عشق، توجه، روندهای مثبت و هارمونی و جهت در زندگی ارائه می کند (گنزالس و ریوژ، ۲۰۱۴).

یکی از جامع ترین و جدیدترین تعاریف بهزیستی معنوی توسط گمز و فیشر<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۳) مطرح شده است. این محققان ۴ جنبه بهزیستی معنوی، یعنی جنبه فردی<sup>۱۲</sup>، جنبه اجتماعی<sup>۱۳</sup>، جنبه زیست محیطی و جنبه متعالی را تفکیک کرده اند. بعد فردی به نحوه ارتباط فرد با توجه به مفاهیم، معنی و ارزش های موجود در زندگی اشاره می کند. بر عکس بعد اجتماعی به کیفیت روابط درون فردی<sup>۱۴</sup> اشاره می کند. بعد زیست محیطی با مراقبت و توجه به ویژگی های دنیای بیولوژیکی و فیزیکی سروکار دارد و در نهایت بعد متعالی به رابطه فرد با برخی موجودات غیر انسانی و بالاتر از آن مانند خدا یا رابطه با واقعیتی متعالی اشاره دارد (گمز و فیشر، ۲۰۰۳).

<sup>1</sup> Gonzalez & Rioux

<sup>2</sup> Khanna & Greyson

<sup>3</sup> Oman

<sup>4</sup> Lunstad

<sup>5</sup> Diener

<sup>6</sup> Schewitzer

<sup>7</sup> Fukui

<sup>8</sup> Sritual Well-Bing

<sup>9</sup> Rowold

<sup>10</sup> Mokounkolo

<sup>11</sup> Gomez & Fisheer

<sup>12</sup> Individual

<sup>13</sup> Social

<sup>14</sup> Interpersonal relationship

این مفهوم از دو عنصر تشکیل شده است. یکی آن که فرد با آن رابطه خود را با سطح تعالی یا قدرت یا سیستم ارزشی بالاتر را نشان دهد؛ و دومی که به نقش تعالی در زندگی فردی اشاره می کند و اینکه افراد چگونه آن را به خود نسبت می دهند، با آن رابطه برقرار می کنند، از آن در ارتباط با دیگران و محیط بهره می گیرند و بنابراین به زندگی خود معنی می بخشند (چابرا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵).

توجه به تفاوت مذهب و معنویت در درک مفهوم معنویت مهم است. معنویت اغلب به عنوان مفهومی خصوصی و فردی درک شده توسط فرد است در حالیکه مذهب بیشتر به جنبه اجتماعی دین اشاره دارد (روسینوا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). بهرحال در برخی از مطالعات انجام شده تفاوتی بین تاثیر این دو مؤلفه بر افراد دیده نمی شود و هردو آن‌ها علائم روان پریشی را کاهش می دهد (فوکوکی، ۲۰۱۲). شیوه های اندازه گیری معنویت شامل توجه به (۱) فعالیت های مذهبی (۲) جنبه های مفهوم بخشی به زندگی (۳) عقاید و ارزش ها (۴) تعهد به انجام فعالیت های مذهبی و (۵) تجارب روزانه متعالی است (لوچتی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). این اهمیت تا بدانجاست که هیل و پارگامنت<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) بحث می کنند هنگام مطالعه سلامتی لازم است مفاهیم مربوط معنویت نیز بررسی شوند.

نظریه دلبستگی، برای توضیح نحوه تاثیر بهزیستی معنوی که ممکن است به سلامت بدنی و ذهنی منجر شود می تواند مفید باشد (هیل و پارگامنت، ۲۰۰۳). نظریه دلبستگی (برترتون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲) بیان می کند رابطه قوی با فرد قدرتمند که می تواند خدا باشد، به افراد حسی از امنیت مواقع پر استرس می دهد و این راحتی منجر به کاهش واکنش های استرس زا و فیزیولوژیکی مربوط به آن می شود. علاوه بر این رابطه نزدیک با خدا ممکن است منجر به کاهش تنهایی ناشی از وجود همسر معتاد شود.

اعضای خانواده منبع مثبتی از هیجانانگیز موثر بر بهزیستی معنوی هستند. بروز مشکل در خانواده تمام اعضای آن را درگیر می کند. وجود همسر معتاد یک منبع استرس نیرومند است که به می تواند بهزیستی فرد را به شدت کاهش دهد. در این شرایط بررسی وضعیت بهزیستی معنوی همسران افراد معتاد اهمیت پیدا می کند. شمار زیادی از مطالعات به بررسی تفاوت بهزیستی معنوی در گروه های جنیستی (هامرمیستر و همکاران، ۲۰۰۵)، فرهنگی (گالوپ و کاستلی، ۱۹۸۹)، شخصیتی (رامانیه و همکاران، ۲۰۰۱) و در افراد دارای سابقه خودکشی با افراد عادی (آرنت و همکاران، ۲۰۰۷) می پردازد. این پژوهش به دنبال یافتن تفاوت بین بهزیستی معنوی و هموابستگی در همسران معتادین و همسران افراد سالم می پردازد. اصطلاح هموابستگی<sup>۶</sup> در ابتدا برای نشان دادن مشکلات رفتاری، هیجانی، عاطفی که در زوجین وجود دارد به کار رفت (کولن و کار<sup>۷</sup>، ۱۹۹۹). پدیده هموابستگی یک مفهوم کلی است که اولین بار در کارهای ال - آنون<sup>۸</sup> در سال ۱۹۹۵ مطرح شد (وون<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱) و بعدها توسط توسط روبین<sup>۱۰</sup> (۱۹۸۵) در کتاب زنانی که زیاد از حد عشق می ورزند توضیح داده شد. هموابستگی یک رفتار فراگیری شده تعریف می شود که با وابستگی به افراد و اموری خارج از حیطه هویت فردی همراه است (هوگس-هامر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

این مفهوم اساساً توسط شماری از مشاوران اعتیاد مطرح شد که سعی در توضیح رفتار افرادی داشت که در رابطه نزدیک یا فردی هستند که رفتار ناسالم دارد و خود را متعهد به این فرد، نیازهای او، علائقش و سلامت آن می داند و از خود فداکاری

<sup>1</sup> Chhabra

<sup>2</sup> Russinova

<sup>3</sup> Lucchetti

<sup>4</sup> Hill & Pargament

<sup>5</sup> Bretherton

<sup>6</sup> Codependence

<sup>7</sup> Cullen & Carr

<sup>8</sup> Al-Anon

<sup>9</sup> Kwon

<sup>10</sup> Robin

<sup>11</sup> Hughes-Hammer

بروز می دهد (رایت و رایت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۱). این افراد تعهد زیادی در مراقبت و حمایت از شرکای خود در مواجهه با مشکلات هیجانی و اجتماعی دارند (رایت و رایت، ۱۹۹۵) که موجب نادیده گرفتن خود و کاهش حس هویت فردی (هوگس-هامر و همکاران، ۱۹۹۸) در آن ها می شود.

خصوصیات روانی این افراد را می توان با عزت نفس کم، احساسات یخ زده، عدم تفاهم، نیاز به کنترل، نیاز به حمایت و تایید، اشتیاق به رنج کشیدن، رفتار فداکارانه، عدم توانایی در حفظ حدود بین خود و دیگران و ترس از رها شدن بیان نمود (رایت و رایت، ۱۹۹۱).

کورس و کورس<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) سه عامل اصلی توهم<sup>۳</sup>، سرکوب<sup>۴</sup> و اجبار<sup>۵</sup> را مرتبط با هموابستگی شناسایی نمودند. فرض حاضر در در میان روانشناسان این است که حالت هموابستگی که از چندین موقعیت و منبع نشات می گیرد. (۱) اثرات فرهنگی - اجتماعی (۲) عوامل درونی مانند ترس از طرد یا تصویر منفی از خود (۳) عوامل موقعیتی موقت مانند مراحل زندگی درد آور و دروه های استرس شدید (رایت و رایت، ۱۹۹۱). از دیدگاه تربیتی، سوء مصرف مواد و رفتار خشونت بار والدین، وسواس آن ها، سبک زندگی و عملکرد ناقصشان، ایجاد جو نامناسب و سوء استفاده بدنی و زبانی، عدم پذیرش، حمایت و رضایت از زندگی و کنترل شدید همگی بر هموابستگی موثر هستند (کولن و کار، ۱۹۹۹).

مطالعه منابع نشان می دهد مفهوم هموابستگی با «توجه به دیگری/خود اهمالی»<sup>۶</sup> و ۴ زیر مفهوم مشکلات خانوادگی<sup>۷</sup>، خود ارزشی پایین<sup>۸</sup>، مخفی کردن خود<sup>۹</sup> و مشکلات پزشکی<sup>۱۰</sup> قابل توضیح است. توجه به دیگری/خود اهمالی: این مولفه به عنوان اجبار برای کمک یا کنترل وقایع یا دستکاری در شرایط یا ارائه نصیحت به دیگران، مطرح می شود. مسائل خانوادگی: ناراحتی کنونی فرد در نتیجه رشد در خانواده ای است که به مواد وابسته بوده است. در واقع هموابستگی از این نظر بیانگر مجموعه قوانین خانوادگی ناسالم خانواده ها می باشد. (سابی و فریل<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۴). ارزش پایین خود: هموابستگی افکاری مانند انتقاد از خود و بیزاری از خود، احساس شرم و نفرت را در بر می گیرد. پنهان کردن خود: استفاده از مفاهیم مثبت برای پوشش و کنترل عواطف منفی با سرکوبی احساسات. به علاوه احساسات حل نشده درباره عواطف خود که سبب بروز مشکلات عاطفی برای فرد می شود. مسائل پزشکی: هموابستگی حسی از بیماری را در مقایسه با خانواده و دوستان دربر می گیرد که با مشکلات پزشکی مرتبط یکی می شود (هوگس-هامر و همکاران، ۱۹۹۸).

شواهد تجربی از رابطه بین هموابستگی و افسردگی<sup>۱۲</sup> (کارسون و باکر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۴)، اضطراب<sup>۱۴</sup> (روهلینگ<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۲)، حساسیت میان فردی<sup>۱۶</sup> (گاتهام و شر، ۱۹۹۶)، عزت نفس پایین (فیسچر<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۱)، وسواس (پرست و استورم<sup>۱۸</sup>،

<sup>1</sup> Wright & Wright

<sup>2</sup> Cruse & Cruse

<sup>3</sup> Delusion

<sup>4</sup> Repression

<sup>5</sup> Compulsion

<sup>6</sup> Other Focus / Self Neglect

<sup>7</sup> Family of Origin Issues

<sup>8</sup> Low Self Worth

<sup>9</sup> Hiding Self

<sup>10</sup> Medical Problems

<sup>11</sup> Subby & Friel

<sup>12</sup> Depression

<sup>13</sup> Carson & Baker

<sup>14</sup> Anxiety

<sup>15</sup> Roheling

<sup>16</sup> Interpersonal sensitivity

<sup>17</sup> Fischer

<sup>18</sup> Prest & Storm

۱۹۹۸)، جسمانی سازی<sup>۱</sup> (گاتهام و شر، ۱۹۹۶)، مصرف دارو (تیچمن و باشا<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶) و الکلیسم (فیسچر، ۱۹۹۲) ثابت شده است.

مفهوم هموابستگی افرادی را در بر می‌گیرد که به طور معنی داری تحت تاثیر اعتیاد دارو، اعتیاد جنسی و سایر مشکلات پر استرس هستند که از ابتدا در خانواده مطرح و بر شرایط آن‌ها تحمیل شده است (پوتر-افرون و پوتر-افرون<sup>۳</sup>، ۱۹۸۹). پژوهش-پژوهش‌ها نشان دهنده مشکلات روانی و رفتاری است که در بیهو افراد الکلی در واکنش به زندگی پر استرس دیده می‌شود (کوگان<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۶۳). رهلینگ<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۶) نیز همبستگی بین هموابستگی الکلی در خانواده را نشان دادند. مطالعات طولی نشان می‌دهد حتی اگر فرد معتاد بهبود یابد، رفتار هموابستگی اعضای خانواده اغلب ادامه دارد و نشان دهنده وقوع پدیده‌ای جداگانه است (هوگس-هامر و همکاران، ۱۹۹۸). بلک<sup>۶</sup> (۱۹۸۲) مجموعه‌ای از قوانین را توصیف می‌کند که نشان می‌دهد افراد در این شرایط سه قاعده را یاد می‌گیرند: اعتماد نکن، صحبت نکن و احساس نکن.

با این وجود، حمایت‌های تجربی برای رابطه هموابستگی و سوء مصرف مواد در خانواده مبهم می‌باشد. در حقیقت، هیچ محققى به روشنی ثابت نکرده است که هموابستگی در میان اعضای خانواده‌هایی که مواد مصرف می‌کنند وجود دارد. در حالیکه کارسون و باکر<sup>۷</sup> (۱۹۹۴) و لیون و گرینبرگ<sup>۸</sup> (۱۹۹۸) رفتار هموابستگی را در بزرگسالان در رابطه با مصرف الکلی مطرح نمود، اکثر مطالعاتی که تا به امروز انجام شده است چنین فرایندی را نشان نداده‌اند (میر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۷).

زنان هموابستگی بیشتری نسبت به مردان نشان می‌دهند و به احتمال بیشتری در روابط مخرب قرار می‌گیرند. این موضوع با مخالفت شدید فمینیست‌ها و دیگر طرفداران حقوق زنان مواجه شده است (هوگس-هامر و همکاران، ۱۹۹۸). آن‌ها بحث می‌کنند که سبک‌های شناختی و رفتاری ارائه شده به عنوان الگوی هموابستگی، تطبیق زیادی با نقش‌های کلیشه‌ای زنان دارد. در این میان دو یافته کلیدی نیز وجود دارد که در حمایت اولیه از نقد فمینیستی وجود دارد. (۱) زنان سطح بیشتری از هموابستگی را بروز می‌دهند و (۲) هموابستگی ارتباط بالایی با نقش‌هایی دارد که به طور مرسوم برای زنان تعریف می‌شود (دیر و رابرتز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۲). فمینیست‌ها ثابت نمودند زنان از طریق هنجارهای اجتماعی شرطی شده‌اند که فعالیت مراقبت، وقاداری، موثر بودن و حساس بودن به نیازهای دیگران را در نظر گیرند. خیلی از مفاهیم مرتبط با رفتار هموابستگی بنابراین کلیشه‌های نقش‌های جنسی زنان را در بر می‌گیرد (سیگال<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸).

همسران افراد معتاد، زندگی پرتنشی را هم از جنبه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و هم از جنبه روانی و شخصیتی تجربه می‌کنند. همانطور که ذکر شد برخی از این تاثیرات مخرب اعتیاد، حتی در صورت بازگشت فرد معتاد پایدار باقی می‌مانند. کاهش وضعیت بهزیستی همسران معتادین، به خصوص بهزیستی معنوی آنان و بروز هموابستگی در بین این زنان موضوعی است که این پژوهش به آن می‌پردازد. سوال اصلی این پژوهش این است که آیا بین بهزیستی معنوی و هموابستگی همسران افراد معتاد و همسران افراد عادی تفاوت وجود دارد یا خیر؟

<sup>1</sup> Somatization

<sup>2</sup> Teichman & Basha

<sup>3</sup> Potter-Efron & Potter-Efron

<sup>4</sup> Kogan

<sup>5</sup> Roheling

<sup>6</sup> Black

<sup>7</sup> Carson & baker

<sup>8</sup> Lyon & Greengerg

<sup>9</sup> Meyer

<sup>10</sup> Dear & Roberts

<sup>11</sup> Siegal

**مواد و روش:**

**روش:** این پژوهش از نظر هدف تحقیق از نوع تحقیقات کاربردی است و از نظر روش جمع آوری داده‌ها از دسته تحقیقات توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای است.

**جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری:** جامعه آماری در این پژوهش از دو گروه تشکیل شده است. گروه اول کلیه همسران درمانجویان اعتیاد مرکز اقامتی میان مدت ترک اعتیاد آینده پاک شهرستان رزن بودند که تعداد آنها ۲۱۰ نفر بود. گروه دوم را همسران افراد عادی تشکیل می دادند که به تعداد گروه اول و بصورت همگن - از نظر تحصیلات، درآمد ماهیانه و سن - از بین افراد ساکن شهرستان رزن انتخاب شدند. در مورد گروه اول، به دلیل محدود بودن جامعه آماری، کلیه افراد در نظر گرفته شد و پس از جمع آوری پرسشنامه ها و حذف پرسشنامه های ناقص ۲۰۰ پرسشنامه آماده تحلیل شد. روش نمونه گیری در گروه اول سرشماری و در گروه دوم تصادفی بود.

**ابزار گردآوری اطلاعات: بهزیستی معنوی:** در این پژوهش به منظور سنجش بهزیستی معنوی نمونه از پرسشنامه ۲۰ سؤالی بهزیستی معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) استفاده شد. ۱۰ سؤال این پرسشنامه سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره بهزیستی معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ می‌باشد که پاسخ‌های آن برطبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. بهزیستی معنوی افراد به سه دسته پایین (نمرات بین ۲۰ تا ۴۰)، متوسط (نمرات بین ۴۱ تا ۹۹) و بهزیستی معنوی بالا (نمرات ۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم بندی می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط مزگان عباسی در سال ۱۳۸۴ بر روی ۲۸۳ دانشجوی پرستاری دانشگاه‌های ایران، تهران و شهید بهشتی اجرا گردیده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده است.

**هم‌وابستگی:** در این پژوهش به منظور سنجش هم‌وابستگی از پرسشنامه هم‌وابستگی اسپن - فیشر<sup>۱</sup> (۱۹۹۱) استفاده می‌شود. این آزمون یک آزمون ۱۶ سؤالی دانشگاهی رسمی برای سنجش هم‌وابستگی است که به صورت طیف لیکرت ۶ گزینه ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) پاسخ داده می‌شود. اسپن و فیشر در سال ۱۹۹۰ فرم ۱۵ سؤالی این آزمون را پس از رواسازی با تایید روایی و اعتبار با نام اختصاری "اس اف سی اس" به جامعه دانشگاهی عرضه کردند. در سال ۱۹۹۱ اسپن و فیشر به چندین مطالعه مقایسه ای دست زدند که این مطالعات منجر به اضافه گشتن یک سوال به آزمون شد. حد متوسط هم‌وابستگی نمره ۵۶ و بالاترین نمره ۹۶ است. هم‌وابستگی افراد به سه دسته پایین (نمرات بین ۱۶ تا ۳۲)، متوسط (نمرات بین ۳۳ تا ۵۶) و هم‌وابستگی بالا (نمرات ۵۷ تا ۹۶) تقسیم بندی می‌شود. اشرف (۱۳۸۹) برای بررسی اعتبار پرسشنامه از روش های آلفای کرونباخ، روش دو نیمه کردن و روش بازآزمایی استفاده کرده و برای بررسی و تبیین روایی آزمون از روش های روایی ملاکی و روایی سازه استفاده نموده است. بر این اساس ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای آزمون برابر ۰/۷۳ گزارش شده است. برای بررسی روایی ملاکی نیز پرسشنامه بر روی گروهی که براساس مفروضه‌های زیربنایی -زندگی مشترک با فرد معتاد (اشرف، ۱۳۸۹) - برچسب وابسته خورده بودند و نیز گروه عادی اجرا شد.

**یافته ها**

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین بهزیستی معنوی در همسران معتاد (۶۹/۸) کمتر از همسران افراد عادی (۸۳/۱) است. مقدار این تفاوت ۱۳/۳- است. علاوه بر این میزان هم‌وابستگی در همسران افراد معتاد (۶۷/۵) به میزان ۱۱/۷ بیشتر از افراد عادی (۵۵/۸) است. این نتایج در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

<sup>۱</sup> Spann & Fischer

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

متغیر	گروه	تعداد	انحراف معیار و میانگین	حداقل نمره	حداکثر نمره
بهزیستی	همسر	۲۰۰	۶۹/۷۶۵±۰/۵۱۶	۵۳	۸۶
	معتاد				
معنوی	همسر	۲۰۰	۸۳/۰۹۴±۰/۰۹۴	۶۲	۱۱۶
	عادی				
هموابستگی	همسر	۲۰۰	۶۷/۴۹۰±۰/۳۸۸	۵۴	۷۹
	معتاد				
	همسر	۲۰۰	۵۵/۷۵۰±۰/۴۸۶	۴۱	۶۷
	عادی				

اطلاعات مندرج در جدول ۲ چهار آزمون آماری تحلیل واریانس چند متغیره را نشان می دهد. این چهار عامل عبارتند از اثر پیلایی<sup>۱</sup>: که محافظه کارانه ترین مقدار برای آزمون معناداری چند متغیره است. لامبدای ویکلز<sup>۲</sup>: چنانچه این آماره معنادار باشد می توان اطمینان حاصل کرد که از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده کرد. تی هوتلینگ<sup>۳</sup>: این آماره بر اساس حاصل جمع و حاصل ضرب ماتریس مجموع مجذورات به دست می آید و بزرگترین ریشه روی<sup>۴</sup> این آماره یک مشخصه سودار است زیرا بیشترین مقدار ویژه را بجای ترکیب واریانس ها در بر می گیرد را نشان می دهد. بر اساس اطلاعات جدول ۲ اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته معنی دار می باشد ( $F_{(397,3)}=21/69, p < 0/0001$ ). این معنی داری آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره را مجاز می شمارد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در همسران معتاد و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور آتا نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار است و میزان این تفاوت تقریباً ۰/۲۰ است؛ یعنی تقریباً ۲۰٪ از واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون های چند متغیری

منبع	شاخص	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	Sig.	مجذور آتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۹۱	۲۱۵۱۳/۶۹	۲/۰۰	۳۹۷/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۱
	لامبدای ویکلز	۰/۰۰۹	۲۱۵۱۳/۶۹	۲/۰۰	۳۹۷/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۱
	تی هوتلینگ	۱۰۸/۳۸۱	۲۱۵۱۳/۶۹	۲/۰۰	۳۹۷/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۰۸/۳۸۱	۲۱۵۱۳/۶۹	۲/۰۰	۳۹۷/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۹۹۱

<sup>1</sup> Pillai's Trace

<sup>2</sup> Wilks Lambda

<sup>3</sup> Hotelling's Trace

<sup>4</sup> Roy's Largest Root

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات هر دو متغیر بهزیستی معنوی و هم‌وابستگی در بین همسران معتاد و عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمرات متغیرهای وابسته در دو گروه مورد بررسی

منبع	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مقدار F	Sig.	مجدورات اتا
بهزیستی معنوی	۱۷۶۸۹/۰۰	۱	۱۴۶/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۹
هم‌وابستگی	۱۳۷۸۲/۷۶	۱	۳۵۵/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۲

تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته نشان می‌دهد که بین دو گروه از لحاظ بهزیستی معنوی ( $F=146/51$ )، و از لحاظ هم‌وابستگی ( $355/48$ ) تفاوت آماری معناداری بین دو گروه همسران عادی و معتاد وجود دارد ( $p = 0/001$ ). بدین معنی که میانگین نمرات بهزیستی معنوی در همسران عادی کمتر و هم‌وابستگی در همسران معتاد بالاتر است.

### بحث و نتیجه گیری

این امری مسلم است که وجود یک فرد معتاد در خانواده، زندگی هر یک از افراد خانواده به نحوی صدمه می‌بیند؛ به این دلیل که آنها برای ادامه حیات مجبور می‌شوند که تغییراتی در زندگی خود ایجاد کنند تا بتوانند با اثرات ویرانگر بیماری اعتیاد کنار بیایند. اینجاست که شناخت تفاوت‌های موجود در خانواده افراد معتاد و عادی پر اهمیت جلوه می‌کند. هدف این پژوهش، بررسی تفاوت بین بهزیستی معنوی و هم‌وابستگی همسران افراد معتاد و همسران افراد عادی بود. نتایج مطالعه نشان داد که تفاوت معنی داری بین بهزیستی معنوی همسران افراد عادی و همسران افراد معتاد وجود دارد به نحوی که میانگین بهزیستی معنوی در همسران معتاد به میزان  $13/3$  کمتر از همسران افراد عادی است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لودت<sup>۱</sup> ( $2006$ )، پیاسنتین<sup>۲</sup> ( $2007$ ) و لویسک<sup>۳</sup> ( $2013$ ) همخوان است.

زمانی که یکی از اعضای خانواده معتاد می‌شود، سایر اعضا نیز هر یک به نوعی تحت تاثیر عواقب اعتیاد او قرار می‌گیرند. مجموعه‌ای از عواطف و احساسات ویرانگر وجود دارند که سلامت روانی، رفتاری و کیفیت زندگی اعضای خانواده معتاد را به علت زندگی کردن در کنار فرد معتاد به خطر می‌اندازند. اعتیاد گرایش فرد را به اصول اخلاقی - معنوی و ارزش‌های مذهبی کاهش می‌دهد. اثر اعتیاد بر روح و روان و رفتارهای هر یک از اعضای خانواده معتاد و زندگی آنها را نیز از حالت عادی خارج می‌کند. برای مثال همسر فرد معتاد به دلیل عهده دار شدن وظایف همسر خود مثلاً در رابطه با تامین هزینه‌های جاری زندگی، قادر به تامین خواسته‌ها و نیازهای روحی فرزندان خود که از بی‌مه‌ری و بی‌توجهی والدین رنج می‌برند نبوده، و از این بابت همواره احساس گناه می‌کند. خشم، آسیب، و شکست‌های متوالی در زندگی زناشویی این افراد باعث از بین بردن هرگونه امید، ایمان، و وحدت می‌شود. در این شرایط اعضای خانواده بخصوص همسر فرد، تمایل زیادی برای مجازات کردن فرد معتاد پیدا می‌کنند. آن‌ها او را برای اینکه باعث آسیب رسیدن به آن‌ها شده است، مقصر و گناهکار می‌دانند. حتی گاهی افراد آسیب‌دیده، خود شروع به آسیب رساندن به دیگران می‌کنند. این تنش همیشگی، احساس شکست در زندگی و بدتر شدن اوضاع خانوادگی می‌تواند باعث از بین رفتن احساس ایمان و امید به خداوند شود. این مساله باعث کاهش احساس وابستگی و نیاز به خدا و مذهب و در یک کلام کاهش احساسات معنوی در همسران افراد معتاد می‌شود. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که عقاید و اعمال معنوی، با نتایج مثبتی مانند بهزیستی روانشناختی، هیجانی و معنوی، کنش درون فردی مثبت

<sup>1</sup> Laudet

<sup>2</sup> Piacentine

<sup>3</sup> Lewis



و افزایش کیفیت زندگی رابطه دارد. پژوهش‌های دالمیدا<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، کتون<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)، سیلوا<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) نیز این امر را تایید می‌کنند. در نتیجه دور از انتظار نیست که زندگی با یک فرد معتاد باعث کاهش بهزیستی معنوی در زنان شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین هم‌وابستگی زنان همسران معتاد و زنان همسران عادی تفاوت معناداری وجود دارد به نحوی که میزان هم‌وابستگی در همسران افراد معتاد به اندازه ۵۵/۸ بیشتر از افراد عادی است. این یافته با یافته‌های محققانی نظیر هاگس و همکاران (۱۹۹۹)، مارتسالف و همکاران (۲۰۰۰) و بتسی بک و همکاران (۱۹۹۴) همسویی دارد. مفهوم هم-وابستگی درگیری بیش از حد فرد هم‌وابسته با فردی است که کنش و رفتار کژکارانه‌ای دارد و استفاده از منابع بیرونی برای احساس خود ارزشمندی را در بر می‌گیرد.

همسران افراد معتاد با توجه به شرایط خاصی که در اجتماع دارند بیشتر در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. از طرفی اطرافیان نسبت به آنها نوعی حس ترحم دارند و از طرف دیگر ممکن است اطرافیان همسران را مسبب این اوضاع بدانند. همین عوامل سبب می‌شود تا عواملی نظیر خودکارآمدی اجتماعی، حمایت اجتماعی و در کل روابط اجتماعی مثبت در همسران افراد معتاد کاهش یابد و این افراد احساس کنند که در جایگاه اجتماعی تحقیر آمیزی قرار دارند و در نتیجه دچار انزوای اجتماعی شوند. در نتیجه همسران افراد معتاد برای جبران کمبودهای اجتماعی خود و جبران این شرایط وابستگی بیشتری به همسر خود پیدا می‌کنند و به فردی هم‌وابسته تبدیل می‌شوند. یکی از ویژگی‌های افراد هم‌وابسته توجه افراطی به نیازها و خواسته‌های فرد دیگر است؛ ولی بازخوردی از طرف مقابل دریافت نمی‌کنند و در نتیجه یک ارتباط سالم و موثر بین فردی صورت نمی‌گیرد و این امر موجب انزوای هرچه بیشتر آنان می‌شود و به همین ترتیب عوامل فوق‌الذکر را تشدید می‌کند.

#### محدودیت‌ها:

- ۱- دسترسی بسیار محدود به جامعه آماری بعثت موضوع و جامعه خاص پژوهش.
- ۲- محدودیت منابع فارسی بعثت جدید بودن موضوع مورد مطالعه.
- ۳- محدود کردن ابزار گردآوری به پرسشنامه.

#### پیشنهادها

با توجه به نتایج پژوهش میزان هم‌وابستگی در همسران معتادین بیشتر از افراد عادی است. ازینرو پیشنهاد می‌شود در مراحل درمان این زنان یا زوج درمانی این خانواده‌ها، به وجود هم‌وابستگی توجه شود. همچنین با توجه به نتایج پژوهش میزان بهزیستی معنوی در همسران معتادین کمتر از افراد عادی است. ازینرو پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت معنویت و بهزیستی معنوی در زندگی، در مشاوره و درمان این افراد توجه ویژه‌ای به مباحث مذهبی لحاظ شود؛ یا در موارد اتخاذ تصمیم مداخلات درمانی، از روش‌های مختلف معنویت درمانی بهره‌گیری شود.

<sup>1</sup> Dalmida

<sup>2</sup> Cotton

<sup>3</sup> Silva

## منابع

۱. اشرف، محمدحسن (۱۳۸۹) هم وابستگی و رواسازی آزمون هم وابستگی اسپن - فیشر در زنان شهر مشهد. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد، سال چهارم، شماره پانزدهم، ۴۹-۶۲.
2. Arnette, N. C., Mascaró, N., Santana, M. C., Davis, S., & Kaslow, N. J. (2007). Enhancing spiritual wellbeing among suicidal African American female survivors of intimate partner violence. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 909-924.
3. Black, C. (1982). It will never happen to me. Denver: Medical Administration Company. Reports, 89(3), 659-662.
4. Carson, A., & Baker, R. (1994). Psychological correlates of codependency in women. *International Journal of the Addictions*, 29, 395-407.
5. Chhabra, R. P., Kim, J.-D., Lee, E.-S., Lee, C.-Y., & Ross, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32(5), 457-468.
6. Cruse, J.R. & Wegscheider-Cruse, S., (1990). Understanding codependency. Deerfield Beach: Health Communications, Inc.
7. Dear, G. E. Roberts, C. M. (2002), The Relationships Between Codependency and Femininity and Masculinity, *Sex Roles*, Vol. 46, Nos. 5/6.
8. Diener, E. (1994). Assessing Subjective Well-Being. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
9. Fischer, J., Spann, L., & Crawford, D. (1991). Measuring Codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, (14), 87-100.
10. Fukui Sadaaki . Vincent R. Starnino . Holly B. Nelson-Becker (2012). Spiritual Well-Being of People with Psychiatric Disabilities: The Role of Religious Attendance, Social Network Size and Sense of Control. *Community Ment Health J* 48:202-211.
11. Gallup, G., & Castelli, J. (1989). The people's religion. New-York: MacMillan Publishing Co. Hammermeister, J., Flint, M., El-Alayli, A., Ridnour, H., & Peterson, M. (2005). Gender differences in spiritual well-being: are females more spiritually-well than males? *American Journal of Health Studies*, 20(2), 80-84.
12. Gonzalez . Lucy Velasco, Rioux. Liliane (2014). The Spiritual Well-Being of Elderly People: A Study of a French Sample. *J Relig Health* 53:1123-1137.
13. Gotham, H., & Sher, K. (1996). Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 34-39.
14. Hammermeister, J., Flint, M., El-Alayli, A., Ridnour, H., & Peterson, M. (2005). Gender differences in spiritual well-being: are females more spiritually-well than males? *American Journal of Health Studies*, 20(2), 80-84.
15. Hughes-Hammer, C, Martsof, D. S. Zeller R. A. (1998). Development and Testing of the Codependency Assessment Tool, *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XII, No. 5: pp 264-272.
16. J. Cullen, A, Carr (1999), CODEPENDENCY: AN EMPIRICAL STUDY FROM A SYSTEMIC PERSPECTIVE, *Contemporary Family Therapy*, 21(4).
17. Khanna. Surbhi. Greyson. Bruce (2014). Near-Death Experiences and Spiritual Well-Being. *J Relig Health* 53:1605-1615.

18. Kogan, K. L., Fordyce, W. E., & Jackson, J. K. (1963). Personality disturbance in wives of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 24, 227-283.
19. Kwon S.Y (2001). Codependence and Interdependence: Cross-Cultural Reappraisal of Boundaries and Relationality. *Pastoral Psychology*, Vol. 50, No. 1.
20. Lunstad. Julianne Holt. Patrick R. Steffen. Jonathan Sandberg. Bryan Jensen (2011). Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: an examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. *J Behav Med* 34:477-488.
21. Lyon, D., & Greenberg, J. (1991). Evidence of codependence in women with an alcoholic parent: helping out Mr. wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 435-439.
22. Myer, R., Peterson, S., & Stoffel-Rosales, M. (1991). Co-dependency: An examination of underlying assumptions. *Journal of Mental Health Counseling*, 13, 449- 458.
23. Oman, D., Thoresen, C. E., & McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly. *Journal of Health Psychology*, 4, 301-316.
24. Potter-Efron, R., & Potter-Efron, P. (1989). Assessment of individuals from alcoholic and chemically dependent families. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 37-57.
25. Prest, L., & Storm, C. (1988). The codependent relationships of compulsive eaters and drinkers: Drawing Parallels. *American Journal of Family Therapy*, 16, 339-349
26. Ramanaiah, N. V., Rielage, J. K., & Sharpe, J. P. (2001). spiritual well-being and personality. *Psychological*
27. Roehling, P., Fowler, B., Gaumont, E., & Dancz, D. (1992). Codependence: A valid construct? Paper presented at the Annual American Psychological Association Convention, Washington, DC.
28. Roehling, P., Koelbel, N., & Rutgers, C. (1996). Codependence and conduct disorder: Feminine versus masculine coping responses to abusive parenting practices. *Sex Roles*, 35, 603-618.
29. Rowold J. (2011), Effects of Spiritual Well-Being on Subsequent Happiness, Psychological Well-Being, and Stress, *J Relig Health*. 50:950-963
30. Siegal, R. (1988). Women's dependency in a male-centred value system: gender based values regarding dependency and interdependence. *Women in Therapy*, 7, 113-123.
31. Subby, R. & Friel, J. (1984). Co-dependency--A paradoxical dependency. In *Codependency: An emerging issue*. Pompano Beach, FL: Health Communications.
32. Teichman, M., & Basha, U. (1996). Codependency and family cohesion and adaptability: Changes during treatment in a therapeutic community. *Substance Use and Misuse*, 13, 599-615.
33. Wright, P., & Wright, K. (1995). Codependency: Personality syndrome or relational process? In Duck, S., & Wood, J. (Eds.), *Confronting relationship challenges*. London: Sage.

# Investigating the Differences of Spiritual Well-Being and Codependency between Addicts and Normal Person's Spouses

Behnam Ebrahimi Aref<sup>1</sup>, Farshid Moradi Payam<sup>2</sup>, Fatimah Hedayati<sup>3</sup>

1. M. A Student in Rehabilitation Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
2. M. A Student in family Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. M. A Student in family Counseling, Hormozgan University, Tehran, Iran.

---

## Abstract

Spiritual well-being is a component that is used to describe the extent of person understanding of spiritual tendency. This study was aimed to investigating the differences of spiritual well-being and codependency between addicts and normal person's spouses. The research method was Causal-comparative. The statistical population included two groups. The first group were all spouses of midterm treatment-seekers of Rezan addiction treatment center. This group included 210 persons. The second group included the spouses of ordinary people (their number was equal as first group), this group was selected homogeneously among the Rezan city residents. In the first group, all persons were considered, and after collecting the questionnaires, incomplete questionnaires were eliminated and 200 questionnaires were prepared to analysis. The first group was selected based on census sampling. The second group was selected randomly. Two questionnaires were used to collect data: Palutzian and Allison spiritual well-being questionnaire (1982) Aspen - Fisher and codependence questionnaire (1991). The results showed poor mean of spiritual well-being in spouses of addict persons, but their mean of codependency was significantly higher.

**Keywords:** Spiritual Well-Being, Codependency, Spirituality, Addiction, Addicts

---