

اثربخشی روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعیاد

مریم مشاوری^۱، زهره لطیفی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۰۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعیاد بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه-آزمایشی دو گروهی سه مرحله‌ای (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) می‌باشد. به منظور اجرای پژوهش از زنان دارای همسر معتاد به مواد افیونی و صنعتی تحت درمان در کلینیک‌های شهرستان نجف آباد در نیمه اول سال ۱۳۹۶، ۳۰ نفر که تمایل به شرکت در طرح را داشتند به صورت هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. پرسشنامه اضطراب فراگیر، و راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن به عنوان پیش آزمون اجرا شد. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه (به صورت هفت‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) روایت درمانی قرار گرفتند و یک هفته پس از اتمام مداخله هر دو گروه مورد پس آزمون قرار گرفتند. پس از گذشت ۴۵ روز پیگیری انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادین تحت درمان کلینیک‌های ترک اعیاد تأثیر معناداری دارد ($p < 0.01$). این نتایج طی گذر زمان نیز ثابت مانده‌اند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان روش روایت درمانی را جهت افزایش سلامت روان خانواده‌های معتادین در مراکز درمانی به کار برد.

کلیدواژه‌ها: روایت درمانی، اضطراب فراگیر، مهارت مقابله با استرس، همسران معتادان

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دکتری روانشناسی، هیئت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران. پست الکترونیکی: z_yalatif@yahoo.com

مقدمه

خانواده اولین و مهمترین عامل اثرگذار بر اجتماعی کردن افراد است که کمک می‌کند تا فرد بهتر بتواند با دیگران در تعامل بین فردی باشد و از روابط اجتماعی خوبی بهره ببرد. متاسفانه بسیاری از خانواده‌ها چه به صورت مستقیم و چه غیرمستقیم تحت تاثیر پدیده‌ی اعتیاد هستند و اعتیاد پدر خانواده، یکی از آسیب‌های اجتماعی مهم به شمار می‌آید که موجب از هم گسیختگی خانواده فرد مبتلا می‌شود. اعتیاد، به عنوان یکی از جدی‌ترین مسائل اجتماعی در ایران، وجود مختلف جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، حقوقی، اقتصادی و سیاسی دارد (نیکبخت نصرآبادی، پاشایی ثابت و بستامی، ۱۳۹۵). سوءصرف مواد و عواقب ناخوشایند آن یکی از مشکلات مهم سلامت روان در دنیا امروز است. این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، معنوی و اخلاقی رابطه دارد. سوءصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف کننده می‌شود، بلکه آسیب فراوانی بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند.

۱۰۴

104

مردان، اکثریت معتادان به مواد مخدر را تشکیل می‌دهند و در نقش همسر یا پدری معتاد، تهدیدی جدی بر حیات فردی و خانوادگی زنان و آسیبی عمیق بر کیان خانواده محسوب می‌شوند (نیکبخت نصرآبادی، پاشایی ثابت و بستامی، ۱۳۹۵). در این راستا استئور و اسپینک^۱ (۲۰۱۲) بیان می‌کنند، اعتیاد پدر خانواده منجر به بروز خشونت‌های بیشتر در خانواده می‌شود. پژوهش‌های نشان داده‌اند سوءصرف مواد در مرتكبین به خشونت فیزیکی در دادگاه جرائم، مراکز سلامت روان یا مراکز ارائه خدمات اجتماعی تقریباً بالای ۵۰٪ دیده شده است. این موضوع زمینه گرایش سایر اعضاء به مصرف مواد مخدر را فراهم می‌کند. بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند اعتیاد والدین یکی از عوامل پیش‌بینی کننده‌های ابتلاء سایر افراد خانواده به وابستگی دارویی می‌باشد (رانل و لوی کاهانا، ۲۰۱۱؛ اسشاfer، ۲۰۱۱؛ گاپتا، ساین سارپال و آرورا، ۲۰۱۳). اعتیاد پدر خانواده با اختلال در وضعیت اقتصادی و کاهش نقش حمایتی وی در خانواده همراه است

سال ۱۲، شماره ۴۸، ویرانمایم ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

1. Stover, & Spink
2. Ronel, & Levy-Cahana

3. Schafer
4. Gupta, Singh Sarpal, & Arora

(رهگذر، محمدی، یوسفی و پیران، ۲۰۱۲) که این به نوبه‌ی خود منجر به کاهش سلامت روان و بروز مشکلات روان شناختی در سایر اعضاء خانواده می‌شود (چامبرس^۱، و همکاران، ۲۰۱۳).

زنای که دارای شوهران معتاد هستند ممکن است به سوءصرف مواد روی آورند و یا در معرض خطر رفتارهای مرتبط با آمیزش جنسی نایمن و تزریق مواد قرار گیرند. طلاق پیامد دیگری از اعتیاد است. بر این اساس باید گفت آسیب‌های ناشی از زندگی با فرد معتاد بسیار عمیق بوده و بار و آسیب فراوانی بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند. در چنین شرایطی، زن، در نقش همسر، در امن ترین نهاد اجتماعی، یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود و در شرایطی که محیط خانه مأمن امنیت، آرامش و آسایش است در هراس و نالمنی به سر می‌برد. به همین دلیل است که خانواده‌های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده‌های عادی دارند و زنان دارای همسر معتاد به لحاظ مؤلفه‌های روان‌شناختی و هیجانی وضعیت مطلوبی قرار ندارند (رحیمی‌پور، خانکه، فلاحتی، فرهودیان و فرضی، ۲۰۱۲) و نارضایتی هیجانی اولین شکل از نارضایتی است که در این زنان ایجاد می‌شود (پیرسراانی^۲، ۲۰۰۷). عامل مهم و تاثیرگذار بر این نارضایتی هیجانی و بهم ریختگی هیجانی به سبک کنترل و مقابله فرد بر هیجانات و استرس‌های ناشی از موقعیت بر می‌گردد. به عبارتی به کاربردن راهبردهای نامناسب در رویارویی با عوامل فشارزا می‌تواند موجب افزایش مشکلات زنان دارای همسر معتاد شود، در حالی که به کارگیری راهبرد درست مقابله‌ای که نقش محوری در هوش هیجانی افراد دارد، می‌تواند پیامدهای سودمندی در پی داشته باشد (rstmi، موقری، تقی لاریجانی و مهران، ۱۳۹۵).

مهارت‌های مقابله با استرس، عمدتاً از فعالیت‌ها و اقدامات شناختی و رفتاری فرد برای مدیریت استرس تشکیل می‌شوند.

طبق تعریف لازاروس و فولکمن^۳ (۱۹۸۴)، مهارت‌های مقابله با استرس مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و فرایندهای رفتاری و شناختی برای ممانعت، مدیریت، یا کاهش استرس است.

محققان، مقابله را معادل تلاش هشیار برای رویارویی با مطالبات استرس‌زا می‌دانند. در این مقابله، پاسخ‌های رفتاری آموخته شده، از طریق محدودسازی اهمیت موقعیت خطرناک یا ناخوشایند، استرس را کاهش می‌دهد. گرچه راهبردهای مقابله فعالیت‌های بسیاری را شامل می‌شوند، بیشتر آن‌ها مبین تلاش برای بهبود یک موقعیت دشوار، مانند طراحی نقشه و اقدام عملی (مقابله‌ی مسئله‌مدار^۱) یا برای تنظیم درماندگی هیجانی، مانند جست و جوی دیگران برای حمایت عاطفی یا کاهش شدت دشواری موقعیت از نظر شناختی (مقابله‌ی هیجان‌مدار^۲) هستند. در مهارت‌های مقابله اجتنابی^۳، فرد با فاصله گرفتن از مسئله استرس‌زا، از آن فرار می‌کند و در جستجوی حمایت عاطفی و واگذاری مسئولیت مقابله به اطرافیان می‌باشد. برخی از تقسیم‌بندی‌ها، دو مهارت پاسخ‌دهی هیجانی و اجتنابی را در یک طبقه مفهوم‌سازی کرده‌اند و مهارت مقابله‌ای اجتنابی را به صورت مهارت مقابله‌ای هیجانی در نظر می‌گیرند (براکت، مایر و وارنر^۴، ۲۰۰۴).

از طرف دیگر پژوهش‌های نشان داده‌اند، مهارت‌های مقابله‌ای علاوه بر اثر بر سازگاری روان‌شناختی، در ابتلا فرد به اضطراب فراگیر^۵ نقش دارد به طوری که در یک تعامل دو طرفه نبود اضطراب فراگیر از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای موثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می‌شود و با شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش‌زا جهت انتخاب راهکار مقابله‌ای موثر، می‌توان اضطراب فراگیر را کنترل نمود (یزدی، درویزه و شیخی، ۱۳۹۴). اختلال اضطراب فراگیر نوعی اختلال فراگیر است که در آن فرد به طور دائم درباره رویدادهای آینده نگران است و از آن‌ها می‌ترسد. موضوعی که به نگرانی مزمن و بیمارگونه درباره‌ی رویدادها منجر می‌شود (گنجی، ۱۳۹۵). پژوهش‌های نشان داده‌اند، بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بیشتر از شیوه‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار (مورین، رادریجز و ایورز، ۲۰۰۳^۶؛ و اوهارا^۷، ۲۰۰۲) و شیوه‌های مقابله‌ای اجتنابی (لهر و ولفالک^۸، ۱۹۹۳) استفاده می‌کنند که هماهنگ با

۱۰۶

106

Vol. 12, No. 48, Special Issue 1
سال ۱۲ شماره ۴۸، ویرانمایه ۱

- | | |
|--|--|
| 1. Problem-Focused Coping
2. Emotional-Focused Coping
3. Avoidant-Focused Coping Style
4. Brackett, Mayer, & Warner | 5. General Anxiety Disorder (GAD)
6. Morin, Rodriguez, & Ivers
7. Ohara
8. Lahro, & Vulfalk |
|--|--|

دیدگاه‌های شناختی-رفتاری است (نقل از یزدی، درویزه و شیخی، ۱۳۹۴)؛ بدین صورت که فرانگرانی و اضطراب بالا منجر به انعطاف‌پذیری شناختی پایین می‌شود (قدرتی میرکوهی، بالداران، عبدالهی بقرآبادی، ۱۳۹۶). از طرف دیگر زنان دارای همسران معتاد، اضطراب بالایی را تجربه می‌کنند و اضطراب مهمترین مشکل روانی این زنان است (رفیعی، ۱۳۹۳). بررسی این موضوع در زنان دارای همسر معتاد در پیشگیری از پیامدهای منفی دارای اهمیت اساسی است. با توجه به آسیب پذیری زنان دارای همسر معتاد و با در نظر گرفتن نقش اضطراب فراگیر، مهارت‌های مقابله با استرس در پیشگیری از پیامدهای منفی این قشر، لزوم انتخاب مداخله‌ی مناسب در جهت بهبود اضطراب فراگیر و مهارت‌های مقابله با استرس روشن می‌شود. از جمله مداخله‌هایی که ممکن است بر این مولفه‌ها اثر گذار باشد، روایت‌درمانی^۱ است. روایت‌درمانی یکی از روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر گزارش واقعی و روایت داستانی از زندگی فردی است. هر فردی تمايل دارد تا زندگی خود را مثل داستانی که ابتدا و انتهایی دارد، روایت کند. براساس روایت و حکایتی که از خود بیان می‌کند نسبت به احساسات و کلیت زندگی اش آگاه می‌شود و تجربیات جدیدی کسب می‌کند. روایت‌درمانی روشنی است که افراد رویدادهای زندگی خود را در قالب روایت می‌ریزنند و با نگاهی تازه به آن، روایت جدیدی می‌سازند. براساس استعاره روایت، انسان بر حسب وضعیت زیستی، موقعیت تاریخی، نسبت اجتماعی و همانند آن قابل تعریف و شناسایی نیست، بلکه هر کس بر حسب نوع روایت و حکایتی که از خویش می‌نویسد معنا می‌شود. حکایت هر کس کلیتی منحصر به فرد و نسخه‌ای بی‌بدیل است (نیکبخت نصرآبادی و همکاران، ۱۳۹۵؛ روزدار، محمودیان، پیرایه و حقیقی فرد، ۱۳۹۵؛ بگه‌جان، و همکاران، ۱۳۹۴) دنمارک^۲، ۲۰۱۶، کانتریمن و دیلولو^۳، ۲۰۱۶؛ آن^۴، ۲۰۱۶؛ نایدو و شبانقو^۵، ۲۰۱۵ و هان و همکاران^۶ نیز به تاثیرات روایت‌درمانی بر مولفه‌های بهداشت روانی و همچنین سبک‌های مقابله با استرس و اضطراب تأیید داشته‌اند.

1. narrative therapy
2. Denmark
3. Countryman-Roswurm, & DiLollo

4. Ahn
5. Naidua, & Shabangub
6. Han

بنابر اهمیت و جایگاه زنان در جامعه، و بالاخص زنان دارای همسر معتاد در خانواده، نیاز به یک مداخله‌ی اثرگذار برای بهبود قدرت مقابله این گروه، بر استرس و بهبود سطح اضطراب فراگیر آنان ضروری به نظر می‌رسد. از آنجا که در رویکرد روایت‌درمانی، که رویکردی نسبتاً ساده و قابل فهم برای عموم افراد است و به شکل داستان و روایت ساخته شده توسط هر فرد بیان می‌شود و در آن رنج روانی به عنوان مسئله‌ای دیده می‌شود که از طریق ساختاربندی روایتی به وجود می‌آید و قابل تغییر است؛ و با توجه به آنکه بازپروردی مهارت‌ها، باورها، ارزش‌ها و توانایی در طی این درمان به افراد کمک می‌کند تا اثرات مشکلات همسر معتادشان را در زندگی کاهش دهند؛ به نظر می‌رسد کاربرد و آموزش این رویکرد بر راهبردهایی که افراد در مقابل شرایط استرس‌زا استفاده می‌کنند و در نهایت سطح اضطراب فراگیر ایشان موثر باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با دو گروه (آزمایشی و گواه) سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان دارای همسر معتاد به مواد افیونی و صنعتی تحت درمان در کلینیک‌های شهرستان نجف‌آباد در نیمه اول سال ۱۳۹۶ بود. در پژوهش حاضر، ۳۰ نفر از افرادی که تمایل به شرکت در طرح پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه و به صورت هدفمندانه‌انتخاب و مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج و با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و گواه قرار گرفتند. پس از هماهنگی با کلینیک‌های ترک اعتیاد شهرستان نجف‌آباد طی فراغوانی از زنانی که دارای همسر معتاد به مواد افیونی و یا صنعتی هستند و همسران آنان به منظور دریافت خدمات روان‌شناختی به این کلینیک‌ها مراجعه نموده‌اند، دعوت به عمل آمد تا در صورت تمایل به شرکت در طرح پژوهشی به دفتر مشاور کلینیک‌های معرفی شده مراجعه نمایند. معیارهای ورود به طرح عبارت بود از: داشتن علائم اضطراب فراگیر به مدت ۶ ماه که از طریق مصاحبه بالینی توسط متخصص بالینی تشخیص داده شد؛ داشتن همسر معتاد به مواد افیونی و یا صنعتی؛ عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی

همزمان. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم همکاری و انجام تکالیف ارائه شده در جلسات؛ غیبت داشتن بیش از ۲ جلسه؛ داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن؛ (از طریق مصاحبه بالینی و انجام آزمون توسط مشاور مرکز) و تحت درمان دارویی بودن. مصرف داروهای روان‌پزشکی و داشتن بیماری‌های جسمانی از طریق مصاحبه اولیه بود. پس از نمونه‌گیری، گروه آزمایش ۸ جلسه درمانی (به صورت یکبار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه) توسط درمانگر در کلینیک ترک اعتیاد دریافت کردند، در حالی که گروه گواه در لیست انتظار بعد از مداخله قرار گرفت. ملاحظات اخلاقی شامل، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش، تضمین محرمانه بودن اطلاعات افراد (اصل رازدار بودن)، و احترام به حقوق انسانی شرکت کنندگان مدنظر قرار گرفت.

ابزار

۱- مقیاس اضطراب فراگیر: این مقیاس توسط اسپیتزر، کرونکه، ویلیامز و برند^۱ (۲۰۰۶) تهیه شده و دارای هفت سوال اصلی و یک سوال اضافی است که وجود اختلال اضطراب فراگیر و نیز میزان تداخل اختلال در کارکرد فرد را می‌سنجد. سوالات به صورت لیکرتی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند. نمرات به دست آمده در هر یک از هفت سؤال اصلی با یکدیگر جمع شده تا نمره کل اضطراب برای مقیاس به دست آید که دارای گستره‌ای بین ۰ تا ۲۱ می‌باشد. اعتبار همگرای مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با دو پرسشنامه اضطراب بک و خردۀ مقیاس اضطراب سیاهه نشانه بالینی به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۷۲ SCL-۹۰^۲ می‌باشد. گزارش شده که وجود اعتبار همگرای مناسب مقیاس را نشان می‌دهد (اسپیتزر و همکاران، ۲۰۰۶). نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان (۱۳۸۸) این پرسشنامه را در ایران ترجمه نمودند و میزان آلفای کرونباخ مربوط به کل مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کردند.

۲- پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن: این پرسشنامه توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. پرسشنامه دارای ۶۶ سوال است که به شیوه لیکرت ۴ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. دارای ۸ خردۀ مقیاس است که عبارتند از:

۱) مقابله مستقیم؛ ۲) دوری گزینی یا فاصله‌گیری؛ ۳) خویشتنداری؛ ۴) جستجوی حمایت اجتماعی؛ ۵) مسئولیت‌پذیری؛ ۶) گریز-اجتناب؛ ۷) مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده؛ و ۸) ارزیابی مجدد مثبت. این ۸ الگوی مقابله‌ای به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند که عبارتند از: راهبردهای مسئله‌دار که شامل جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت و راهبردهای هیجان‌دار که شامل مقابله مستقیم، دوری گزینی، گریز-اجتناب، و خویشتنداری است. لازروس (۱۹۹۳) ثبات درونی خردۀ مقياس‌ها را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خردۀ مقياس راهبردهای مسئله‌دار ۰/۶۶ و برای راهبردهای هیجان‌دار ۰/۷۹ گزارش داد. علیور و همکاران (۱۳۸۹) نیز اعتبار این آزمون را ۰/۸۵ گزارش داد.

روش اجرا

پیش‌آزمون در ابتدای شروع مداخله، و بعد از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون و ۴۵ روز پس از انجام آخرین جلسه پیگیری اجرا شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

۱۱۰

۱۱۱

سال ۱۲ شماره ۴۸ و پژوهامه ۱
Vol. 12, No. 48, Special Issue 1

جدول ۱: خلاصه جلسات روایت‌درمانی به تفکیک جلسات

جلسات	محظوظ
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر؛ مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات؛ تبیین مدل درمانی مورد نظر؛ تشویق اعضا برای شرح روایت‌های خود.
دوم	برونی‌سازی؛ بررسی روایت‌های غالب؛ مشخص سازی داستان اشیاع از مشکل؛ بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس؛ چگونگی ساخت داستان.
سوم	دستیابی به اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد؛ یافتن تجارت اوج، افت؛ و دیدن داستان از منظری دیگر.
چهارم	نامگذاری مشکل؛ ساخت شکنی (از قدرت اندختن مشکل)؛ فن باز معنایی.
پنجم	به چالش کشاندن اعضا؛ تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها؛ بررسی چالش‌های بزرگ زندگی؛ دستیابی به داستان‌های سایه‌ای افراد.
ششم	بررسی پیامدهای منحصر به فرد؛ به کارگیری عناصر جدید در روایت؛ بررسی اولویت‌ها، آرزوها، اهداف و افراد مهم؛ تغییر چارچوب زندگی فرد.
هفتم	تکیه بر نقاط قوت مراجع؛ تحلیل ارتباط روایت جدید با زندگی فرد؛ جریان بخشیدن به روایت جدید؛ و نقطه بحرانی.
هشتم	بررسی داستان تازه افراد؛ پیش‌بینی مشکلات احتمالی؛ ویرایش نهایی روایت جدید؛ ایفای نقش در داستان جدید زندگی خود.

یافته ها

میانگین سنی گروه آزمایش برابر با $35/33$ سال با انحراف $4/49$ سال و میانگین سنی گروه گواه برابر با $35/80$ سال با انحراف استاندارد $3/90$ سال بود. همچنین 60 درصد از اعضای نمونه دارای تحصیلات دیپلم، $26/7$ درصد تحصیلات کاردانی و $13/3$ درصد تحصیلات دانشگاهی کارشناسی داشتند. میزان $13/3$ درصد از افراد فرزندی نداشتند، 50 درصد از اعضای نمونه تک فرزند بودند، $33/3$ درصد دارای دو فرزند و نهایتاً $3/3$ درصد از همسران دارای سه فرزند بودند. آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروهها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروهها و نوع آزمون

	خود مقیاس ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	گواه	آزمایش
۱۱۱	اضطراب فراگیر	پیش آزمون	$15/86$	$1/30$	$15/83$	$1/75$		
۱۱۱	پیگیری	پس آزمون	$10/13$	$0/99$	$15/13$	$2/38$		
۳	راهبرد مسئله مدار	پیش آزمون	$10/33$	$1/29$	$15/78$	$1/55$		
۱۲	پیگیری	پس آزمون	$38/37$	$4/02$	$39/60$	$4/11$		
۱۳	راهبرد هیجان مدار	پیش آزمون	$58/06$	$2/43$	$39/13$	$3/64$		
۱۴	پیگیری	پیش آزمون	$56/86$	$2/26$	$39/80$	$3/32$		
۱۵	پیش آزمون	پیش آزمون	$53/46$	$2/06$	$53/06$	$2/15$		
۱۶	راهبرد هیجان مدار	پس آزمون	$47/33$	$2/71$	$52/73$	$2/05$		
۱۷	پیگیری	پیگیری	$47/06$	$2/52$	$5/60$	$1/72$		

جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنف به شرح

جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف اسپیرتف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

خرده‌مقیاس‌ها	نوع آزمون	آماره Z	معناداری
	پیش‌آزمون	۰/۱۶	۰/۲۰
اضطراب فراگیر	پس‌آزمون	۰/۱۴	۰/۲۰
	پیگیری	۰/۱۵	۰/۲۰
	پیش‌آزمون	۰/۲۰	۰/۰۷
راهبرد مسئله مدار	پس‌آزمون	۰/۱۶	۰/۲۰
	پیگیری	۰/۱۹	۰/۱۴
	پیش‌آزمون	۰/۱۶	۰/۲۰
راهبرد هیجان مدار	پس‌آزمون	۰/۱۳	۰/۲۰
	پیگیری	۰/۱۷	۰/۲۰

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. همچنین با توجه به نتایج آزمون لون همگنی بین واریانس‌های گروه‌ها تأیید شد. نتایج آزمون باکس نیز حکایت از برابری ماتریس واریانس-کواریانس داشت ($0/05$, $F=2/57P>17/48$, $F=17/48$, $M=17/48$). بنابراین برای بررسی اثربخشی روایت‌درمانی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حکایت از معناداری تفاوت گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها داشت ($0/97$, $F=248/67$, $P<0/001$, $=\text{اندازه اثر}$, $0/03$, $F=248/67$, $P<0/001$, $=\text{لامبادای ویلکز}$). برای بررسی الگوهای تفاوت اثربخشی از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای اثربخشی روایت‌درمانی

اضطراب	راهبرد مسئله مدار	راهبرد هیجان مدار	متغیرها	مجموع	میانگین	سطح معناداری	میزان اثر	توان آزمون	F
			اضطراب	۲۰۰/۸۱	۲۰۰/۸۱	۲۰۰/۸۱	۰/۰۰۱	۱۰۶/۳۴	۰/۰۰۱
			راهبرد مسئله مدار	۲۷۰۳/۳۴	۲۷۰۳/۳۴	۲۷۰۳/۳۴	۰/۰۰۱	۳۱۲/۳۴	۰/۹۲
			راهبرد هیجان مدار	۲۳۴/۵۱	۲۳۴/۵۱	۲۳۴/۵۱	۰/۰۰۱	۷۲/۰۵	۰/۷۴

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود روایت‌درمانی در تمامی متغیرها اثربخش بوده است.

برای بررسی ماندگاری اثربخشی روایت درمانی تحلیل قبل را این بار با نمرات پیگیری تکرار می‌کنیم. برای بررسی مفروضه‌ی برابری ماتریس واریانس-کواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن حکایت از برقراری مفروضه داشت ($F=1/15, P>0/05$) ($M=7/83$, باکس). بنابراین برای بررسی بقای اثربخشی روایت درمانی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حکایت از معناداری تفاوت گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها داشت ($F=203/06, P<0/001$, $=لامبای ویلکز$). به این معنا که مداخله دارای ثبات اثر بوده است. برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای بقای اثربخشی روایت درمانی

متغیرها	مجموع مجذورات	مجذورات میانگین	F	سطح معناداری	میزان اثر	توان آزمون
اضطراب	۱۸۱/۳۱	۱۸۱/۳۱	۱۲۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
راهبرد مسئله‌دار	۲۲۳۵/۲۶	۲۲۳۵/۲۶	۳۷۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
راهبرد هیجان‌دار	۲۴۶/۵۱	۲۴۶/۵۱	۱۰۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود روایت درمانی در تمامی متغیرها دارای بقای

اثربخشی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت‌های مقابله با استرس همسران معتادین تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد تأثیر داشته و منجر به بهبود اضطراب فراگیر همسران معتادین و بالارفتن مهارت راهبرد مسئله‌دار و کمتر شدن میانگین راهبرد هیجان‌دار شده است. این نتایج با یافته‌های به دست آمده توسط روزدار و همکاران (۱۳۹۴)، عmadی و همکاران (۱۳۹۵)، ثاقبی سعیدی و داوران (۱۳۹۶)، رستگاری و مرادی (۱۳۹۳)، مردیها (۱۳۹۳)، قوامی و همکاران (۱۳۹۳)، نظیری و همکاران (۱۳۸۹)، دنمارک (۱۳۹۶)، روان و اسفندیاری (۲۰۱۶)، حیدری (۲۰۱۶)، جعفری و همکاران (۲۰۱۵)، نایدو و شبانقو (۲۰۱۵) و شاپیرو و راس (۲۰۰۲) همسو بوده است.

در تبیین این یافته‌ها مبنی بر چگونگی تأثیر روایت‌درمانی بر اضطراب فراگیر همسران معتادین می‌توان بیان نمود، که احتمالاً محتوای آموزشی جلسات کارگاه شامل سوق دادن توجه افراد به باورهای ناکارآمد خود و تغییر آن‌ها به سمت باورهای سازنده، برونوی کردن علت مشکل و احساس توامندی برای مقابله، بررسی مشکل از زوایای مختلف و درنتیجه، تفسیر مجدد و تألفی دوباره برای روایت داستان زندگی که از اهداف و تکییک‌های روایت درمانی است توانسته کمک کننده باشد، لذا افراد با کمک روایت‌درمانی احتمالاً توانسته‌اند تا حدی دیدگاهی تازه به واقعیات پیدا کنند و این امر، خود موجب کاهش افکار و نگرش‌های ناسالم نسبت به خود و محیط پیرامون شده، و موجبات روابط بین فردی مؤثرتر را فراهم کرده است. افزایش تعاملات بین فردی، اجتماعی و گسترش تجارب درون فردی در گروه، و شرکت در یک گروه با افراد دارای مشکل مشترک و ایجاد زمینه ابراز عواطف منفی نظیر ترس، اضطراب و نگرانی، احتمالاً سطح اضطراب فراگیر افراد شرکت کننده را کاهش داده است. در خصوص تاثیر مداخله بر تغییر شیوه‌های مقابله‌ای به سمت مسئله مدار شدن شاید بتوان گفت با توجه به این که به لحاظ ماهیتی نظریه‌ی روایت‌درمانی، وضعیت روان‌شناختی فرد عمدتاً بر اساس روایت‌ها و داستان‌های خود فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد؛ (چه برگرفته از روایت‌های کاملاً شخصی و چه برگرفته از روایت‌های عموماً فرهنگی-اجتماعی که در بستر زندگی افراد در جریان هستند). مشکلات روان‌شناختی که برای همسران معتادین رخ می‌دهد، در نتیجه‌ی تسلط و غلبه روایت‌آمیخته به مشکل پدید می‌آیند (داستان مشکل آمیخته). غلبه روایت‌های آمیخته به مشکل بر داستان این افراد، به قیمت به حاشیه رانده شدن برخی روایت‌های مطلوب از زندگی شان تمام می‌شود. چون در جلسات گفتمان‌های هیجان‌مدار شخصی، رد صلاحیت می‌شوند و در نتیجه روایت‌های آمیخته به مشکل داستان این گروه مورد تحلیل قرار می‌گیرد. همسران معتادین با یادگیری بر تمرکز بر باورهای کارآمد و تغییر باورهای ناکارآمد، برونوی کردن و کاهش توان مشکل، ایجاد نگاه بیرونی به مشکل از زوایای مختلف و در نتیجه، ایجاد تفسیری موثر و تألفی دوباره برای روایت داستان زندگی از طریق بازگو کردن داستان خود و نامگذاری مشکل، بررسی داستان سرشار از مشکل،

بررسی پیامدهای یگانه، احتمالاً توانسته‌اند دیدگاهی تازه به واقعیات پیدا کنند و این امر، خود موجب کاهش افکار و نگرش‌های ناسالم نسبت به خود و محیط پیرامون شده، موجبات روابط بین فردی مؤثرتر را فراهم آورده است. درنتیجه‌ی افزایش تعامل‌های گروهی و اجتماعی و گسترش تجارب بین فردی در گروه، به کاهش عواطف منفی و در نتیجه اضطراب کمتر در کلیه جوانب زندگی منجر خواهد شد.

علاوه بر این از آنجایی که همسران معتادان به علت اعتیاد شوهر که اغلب موجب برهم خوردن نقش و وظایف خانوادگی می‌شود، تحت فشار روانی بالایی قرار دارند که این فشار با به کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای ناکارآمد دو چندان می‌شود. این افراد در صورتی که در موقع مواجهه با مشکلات متعدد راهکارهای مناسب را اعمال نمایند، نه تنها استرس کمتری را متحمل می‌شوند بلکه از پیامدهای بعدی انجام راهکارهای غیرمناسب و تشدید استرس جلوگیری می‌نمایند. در نتیجه همسران معتادان با آگاهی از اهمیت واکنش مناسب در موقعیت‌های استرس‌زا و نقش ارائه‌ی راهکار مناسب در جهت تسهیل مشکل و همچنین شناسایی وضعیت زندگی، بررسی اولویت‌های زندگی و ترسیم شخصیت مورد علاقه خود، بررسی باورهای تحمیلی و تأثیر محیط و اطرافیان در تقویت مشکل، تعیین پیامدهای ناشی از ایستادگی در مقابل مشکل و کمک به کسب آگاهی، قدرت، احساس

عاملیت شخصی و امید در وی با استفاده از مواردی که توانسته‌اند با مشکل مبارزه کنند، یادآوری مجدد خاطرات فراموش شده که بیانگر پیامدهای یگانه در زمینه مشکل بوده است، یادآوری عقاید و چگونگی مبارزه با آن‌ها و شکل‌گیری داستان جدید در مقابله با مشکل در خلال جلسات سوم تا ششم رویکرد روایت درمانی توانستند مهارت‌های مقابله‌ای خود را بهبود بخشنند. همچنین فرآیند درمان روایتی از طریق فراهم نمودن گفتگوی درمانی، آگاهی افراد نسبت به توانایی‌ها، نقاط قوت و ضعف و مشکلات خویش را تسهیل کرده، با محوریت دادن به مراجع، عاملیت شخصی افراد را بالا می‌برد و به شناخت افراد از عاملیت شخصی‌شان کمک می‌کند. بنابراین با افزایش عاملیت افراد، جایگاه کنترل درونی، خودپنداری مثبت و احساس ارزشمندی آنان افزایش می‌یابد و موجبات یکپارچگی عاطفی، اجتماعی و شناختی و استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای موثر فراهم

می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد که همگی زن بودند. همچنین جامعه هدف مربوط به شهرستان نجف‌آباد بوده که شرایط فرهنگی خاص خود را دارا است. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی هر دو جنس مورد بررسی قرار گیرند تا مبنای برای مقایسه فراهم آید. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی این نوع مداخله برای تربیت درمانگران موردنیاز در مراکز مشاوره و راهنمایی در کلینیک‌ها و یا بیمارستان‌ها اجرا و سپس این نوع درمان برای همسران معتادین تحت درمان که سطوح بالایی از اضطراب فراگیر را تجربه می‌کنند، مورد استفاده قرار گیرد. انجام مطالعات طولانی مدت‌تر و با پیگیری‌های بلند مدت و چند مرحله‌ای، به منظور بررسی تداوم اثریخشی و میزان پایداری تغییرهای ناشی از این مدل بر زنان دارای همسر معتاد پیشنهاد می‌شود.

منابع

ثاقبی سعیدی، کرامه و داوران، مریم (۱۳۹۶). اثریخشی آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر سلامت روانی معتادان مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۲۸۰-۲۶۷.

۱۱۶
۱۱۶

رفیعی، حسن (۱۳۹۳). بررسی عوارض و تبعات اعتیاد همسر از طریق مقایسه زنان عادی و زنان دارای همسر معتاد. *مطالعات اجتماعی روان‌شناسی زنان*، ۱۲(۲)، ۱۷۱-۱۹۴.

روزدار، ابراهیم؛ محمودیان، حمیدرضا؛ پیرایه، لیلا و غلامی حقیقی فرد، آمنه (۱۳۹۵). بررسی اثریخشی روایت درمانی بر کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران افسرده شهر شیراز. *سومین کنفرانس جهانی روان‌شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز*، با همکاری مشترک دانشگاه علمی کاربردی آذین شوشت، دانشگاه زرگان، واحد پژوهش دانش پژوهان همایش آفرین.

۱ Vol. 12, No. 48, Special Issue 1
۱۲ شماره ۴۸ و پژوهامه
۱۳۹۶

عمادی، زهرا؛ یزدخواستی، فریبا و مهرابی، حسین‌علی (۱۳۹۴). بررسی اثریخشی روایت‌درمانی گروهی بر سازگاری با طلاق والدین، تاب‌آوری و مشکلات رفتاری-هیجانی دختران والدین مطلقه دوره ابتدایی شهر اصفهان. *مجله روان‌شناسی و روان‌پژوهشی شناخت*، ۲(۳)، ۹۹-۸۱.

قدرتی میرکوهی، مهدی؛ بالداران، ناهید؛ عبدالهی بقرآبادی، قاسم (۱۳۹۶). پیشینی انتعاف‌پذیری شناختی افراد تحت درمان با متادون بر اساس فرانگرانی، اضطراب، مدت و میزان مصرف متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۲)، ۱۹۶-۱۸۱.

نائینیان، محمد رضا؛ شعیری، محمد رضا؛ شریفی، معصومه؛ هادیان، مهری (۱۳۸۸). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *دوفصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۳(۴)، ۵۰-۴۱.

نیکبخت نصر آبادی، علیرضا؛ پاشایی ثابت، فاطمه و بستامی، عیرضا (۱۳۹۵). تجربه زندگی با همسر معتاد: یک مطالعه پدیدار شناسی. *نشریه پژوهش پرستاری*، ۱۱(۱)، ۷۵-۶۲.

یرزدی، سیده منور؛ درویزه، زهرا و شیخی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود. *مطالعات روان‌شناسی*، ۱۱(۳)، ۲۸-۷.

Ahn, Y. (2016). Effects of Narrative Therapy for Nursing-Home Residents. *Advanced Science and Technology Letters*, DOI: 10.14257 astl.2016.132.04.

Brackett, M., Mayer, J., Warner, R. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Difference*, 36, 12-26.

Chambers, C., Chiu, S., Scott, A. N., Tolomiczenko, G., Redelmeier, D. A., Levinson, W. & Hwang S. W. (2013). Factors Associated with Poor Mental Health Status Among Homeless Women with and Without Dependent Children. *Community Mental Health Journal*. Retrieved at: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10597-013-9605-7>.

Countryman-Roswurm, K., and DiLollo, A. (2016). Survivor: A narrative therapy approach for use with sex trafficked women and girls. *Women and Therapy*, 40(1-2), 55-72.

Dacosta, D.; Nelson, T. M.; Rudes, J. & Guterman, J. T. 2007. A narrative approach to body dysmorphic disorder. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 67-72.

Denmark, A. (2016). Narrative therapy as an ethical practice. *Journal of Systemic Therapies*, 35(1): 1-19.

Gupta S., Singh Sarpal S. & Arora S. (2013). Prevalence, Pattern and Familial Effects of Substance Use among the Male College Students –A North Indian Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 7(8), 1632-1636.

Han, M., Ho Hyun, M., Han, D., Son, I., Kim, M., Bae, S. (2015). The Effects of Narrative Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Korean Neuropsychiatry Association*, 54(1), 119-126.

- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlook. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer: 127-139.
- Morin, C. M., Rodriguez, S., & Ivers, M. (2003). Roles of stress, arousal and coping skills in primary insomnia, *psychosomatic medicine*, 65, 259-267.
- Naidua T & Shabangub S. (2015). Poetry and narrative therapy for anxiety about spinal surgery. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 27(1), 75-84. DOI: 10.2989/17280583.2015.1034722.
- Ohara, T. (2002). Coping measurement and the state effect of depression and anxiety in psychiatric outpatients. *Psychopathology*, 35(1), 48-51.
- Petrovici, A., & Dobrescu, T. (2014). The Role of Emotional Intelligence in Building Interpersonal Communication Skills. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 116(21), 1405-1410.
- Pirsaraee, H. (2007). Drug Dependence and Marital Satisfaction: A Qualitative Study among Users of Opium and Heroin in Iran. *Asian Journal of Counselling*, 14(1), 21-48.
- Rahgozar, H., Mohammadi, A., Yousefi, S. & Piran, P. (2012). The Impact of Father's Addiction on His Supportive and Economic Role in the Family and Social Relations and Socialization of the Family Members: The Case of Shiraz, Iran, Asian social retrieved at: (<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ass/article/view/14605/9969>).
- Rahimpour R., Khankeh, H., Fallahi Khoshknab, M., Farhoodian, A., & Farzi, M. (2012). The Evaluation of Marital Adjustment among the Addicts in Isfahan NA Groups and Their Couples. *Iranian Rehabilitation Journal*, 10(15), 5-15.
- Ronel, N., & Levy-Cahana, M. (2011). Growing-up with a substance-dependent parent: Development of subjective risk and protective factors. *Substance Use & Misuse*, 46, 608-619.
- Schafer, G. (2011). Family functioning in families with alcohol and other drug addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*, 37, 135-151.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Lowe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Stober, T. Tepperwien, S. & Staak, M. (2000). Worrying leads to reduced concreteness of problem elaborations: Evidence for the avoidance of worry. *Anxiety, Stress and Coping*, 13, 217-227.
- Stover C. S., & Spink A. (2012). Affective awareness in parenting of fathers with co-occurring substance abuse and intimate partner violence. *Advances in Dual Diagnosis*, 5(2), 74-85.