

اثربخشی روایت درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام همسران افراد در حال ترک اعتیاد

ندا فاضلی^۱، سعید سلیمانی فارسانی^۲، فردین فرماني^۳، یعقوب و کیلی^۴، حسین ایلاتلو^۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روایت درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام همسران افراد در حال ترک اعتیاد بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل همسران افراد در حال ترک اعتیاد در شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. از این بین ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه پرسشنامه‌های سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کردند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله روایت درمانی شرکت کردند و پس از اتمام جلسات درمانی، افراد هر دو گروه تحت انجام پس‌آزمون قرار گرفتند. پس از دو ماه آزمون پیگیری نیز صورت پذیرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مختلط تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که روایت درمانی بر بهبود سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام در همسران افراد در حال ترک اعتیاد تأثیر معناداری داشته است. **نتیجه‌گیری:** روایت درمانی نقش مهمی در سرمایه روانی و احساس انسجام همسران افراد در حال ترک اعتیاد و برقراری روابط مناسب خانوادگی دارد. همچنین، از این روش می‌توان جهت افزایش سلامت روان همسران افراد در حال ترک اعتیاد بهره جست.

کلیدواژه‌ها: روایت درمانی، حس انسجام، سرمایه روان‌شناختی، زنان

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور مرکز اسلام آباد غرب، کرمانشاه، ایران.
۲. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه علامه، تهران، ایران.
۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
۵. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. پست الکترونیک:

hosseinelanloo@gmail.com

مقدمه

امروزه اعتیاد یک بیماری زیستی - روانی اجتماعی قلمداد می‌شود و عوامل متعددی در گرایش به سوءمصرف مواد مخدر مؤثر است. این عوامل در تعامل با یکدیگر منجر به سوءمصرف و سپس وابستگی به مواد می‌شوند؛ زیرا به صورت درهم‌تنیده‌ای در پیدایش اعتیاد مؤثرند (صادقی، سودانی و غلام‌زاده جفره، ۱۴۰۰). این معضل، علاوه بر ایجاد رنج و ناراحتی در میان مصرف‌کنندگان و ارتباط با بسیاری از مسائل اخلاقی، معنوی، حقوقی، خانوادگی، شغلی و روان‌شناختی، باعث وارد شدن آسیب‌های زیادی به خانواده و جامعه می‌گردد (اندوه-آرتور، هجلملند، اوسافو و نیزک، ۲۰۲۰؛ چوات، ۲۰۱۵). اعتیاد واقعیتی است که در حوزه مشکلات خانوادگی محسوس بوده و از مصادیقی است که به ساختار خانواده خلل وارد نموده و لطمات فراوان جسمی و روانی در اعضای خانواده پدید می‌آورد. در هنگام رویارویی خانواده با پدیده سوءمصرف مواد، اعتیاد پدر خانواده یکی از آسیب‌زاترین موارد بوده است و همسر فرد معتاد، نگرانی و ناامنی را هر لحظه تجربه می‌کنند. به تدریج سلامت اجتماعی، روانی و جسمانی زنان افراد معتاد روبه‌وخامت می‌رود؛ زیرا این افراد استرس زیادی ادراک می‌کنند که ناشی از این واقعیت هست که آن‌ها ناچارند به تنهایی بار مسئولیت‌های مختلف خانواده از قبیل شرایط تربیتی فرزندان و مدیریت مالی خانواده را به دوش بکشند (محمدی فر، طالبی و طباطبایی، ۱۳۸۹). بنابراین، اعتیاد مربوط به سرپرست خانواده از توجه ویژه‌ای برخوردار است، به دلیل اینکه اثرات مضر و مخربی بر کلیه اعضای خانواده و از همه مهم‌تر بر همسر دارد. 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 (گرچی، طبایان و شکراللهی، ۱۳۹۹).

یکی از عواملی که به نظر می‌رسد با سلامت روانی و جسمانی زنان افراد در حال ترک اعتیاد رابطه داشته باشد سرمایه روان‌شناختی است (زارعان، لطیفی و میرمهدی، ۱۳۹۹).

کارا تپ و کاراداس^۱ (۲۰۱۴) سرمایه روان‌شناختی را به‌عنوان موقعیت مثبت در نظر می‌گیرند و به‌صورت مجموعه ویژگی‌هایی از قبیل پایداری در جهت نیل به اهداف، حفظ نگرش مثبت نسبت به زمان اکنون و آینده و برخورداری از خودکارآمدی جهت اجرا کردن امور دشوار و چالش برانگیز تعریف می‌کنند که به افراد در جهت استمرار و پایداری در هنگام مواجهه با مسائل و بازگشت به شرایط اولیه، کمک می‌کند. از طرفی پژوهش پارسا فر و یزدخواستی (۱۳۹۳) نشان داده است، سرمایه روان‌شناختی زنان افراد معتاد در مقابل مشکلات کم است؛ به این دلیل که اعتیاد همسرشان، این افراد را در معرض تنش و فشارهای زیادی قرار داده است.

با نگرستن به ساختار خانواده‌های نابسامان از جمله خانواده‌های معتاد، با فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین، آشفتگی‌ها و کشمکش‌های بین اعضای خانواده روبرو هستیم. همسران مربوط به این‌گونه خانواده‌ها، روابط منفی و ناخوشایندی مثل سرزنش کردن و تحقیر کردن یکدیگر را از خود نشان می‌دهند و در حل مسائل خانواده، سطح پایینی از حس انسجام را ابراز می‌کنند. اعتیاد به مواد مخدر سبب ایجاد آسیب در عملکرد مغز می‌شود و تسلط فرد معتاد بر اداره امور زندگی را کاهش می‌دهد و در پی آن، حس انسجام اعضای خانواده تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد. احساس انسجام حاصل سنجش توانایی مقابله کردن موفقیت‌آمیز با مسائل و چالش‌های زندگی است؛ بدین‌صورت که جهان به‌صورت مجموعه‌ای قابل مدیریت، قابل درک و معنی‌دار نگریسته می‌شود (عباسی، دوکانه‌ای فرد و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۷). این احساس باعث استحکام موقعیت فرد در هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا و چالش‌زا (گرونستین، بلومک، نگی، و پیرمان و کرونینگر-جونگابریل^۲، ۲۰۱۴) و یک عامل محافظتی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی (کونن^۳ و همکاران، ۲۰۱۰) است.

با در نظر گرفتن اینکه زنان با همسران معتاد که عملکرد نامناسبی در خانواده دارند، داستان‌های سرشار از مشکل برای زندگی خود ساخته‌اند، مشاوران در کار گروهی با رویکرد روایت درمانی^۱، تشویق می‌شوند تا از شیوه‌های خلاقانه‌ای به منظور قاب‌گیری مجدد و تغییر داستان‌های ناکارآمد به داستان‌های کارآمد استفاده کنند (مورگان، بروسی و بروسی^۲، ۲۰۱۱؛ روزدار، حمید، بشلیده و ارشادی، ۲۰۲۰) و در حیطه درمان روان‌شناختی اعتیاد از آن بهره برده‌اند. طبق مبانی نظری این درمان، افراد گرایش دارند تا بر اساس بیان روایت زندگی خود، در کنار آگاه شدن نسبت به هیجانات خود، تجربیات جدیدی به دست آورده و روایت‌های نوینی بسازند. بر این اساس، انسان بر مبنای روایت منحصر به خودش، داستانی بی‌مانند از خود می‌نویسد و بر اساس موقعیت تاریخی و اجتماعی، وضعیت جسمی و امثال آن تعریف‌پذیر نمی‌باشد (نیک‌بخت نصرآبادی، پاشایی ثابت و بسطامی، ۱۳۹۵؛ روزدار و همکاران، ۲۰۲۰). طبق پژوهش مورگان و همکاران (۲۰۱۱) روایت درمانی، مکانی امن برای افرادی که از مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد رنج می‌برند، ایجاد می‌کند. فروشانی و فروزنده (۲۰۱۵) نیز دریافتند که روایت درمانی تأثیر معناداری بر سلامت روان همسران معتاد تحت درمان در مراکز ترک اعتیاد داشته است و نیز، دنمارک^۳ (۲۰۱۶)، کانتریمن-روزوارم و دیلولو^۴ (۲۰۱۶) و آهن^۵ (۲۰۱۶) به تأثیرات روانی درمانی بر مؤلفه‌های بهداشت روانی تأیید داشته‌اند.

بنابراین، با در نظر گرفتن اهمیت سلامت روان و آرامش زنان در خانواده و جامعه، به‌ویژه همسران افراد در حال ترک اعتیاد و گزارش نرخ بالای اختلالات اعم از مشکلات رفتاری مانند سوء مصرف مواد، افکار خودکشی، افسردگی و اضطراب، تجربه خشونت فیزیکی از جانب همسر و همچنین روابط فزاینده‌تری در میان زنان دارای همسر معتاد، این مسئله بیانگر لزوم انجام برنامه‌هایی به منظور پیشگیری و مداخله است (شیری، گودرزی، مرادی و احمدیان، ۱۳۹۹)؛ مداخله‌ای مناسب و به‌روز برای بهبود شرایط روان‌تنی و روانی افراد

1. Narrative Therapy

2. Morgan, Brosi & Brosi

3. Denmark

4. Countryman-Roswurm, & DiLollo

5. Ahn

درگیر در مسئله سوء مصرف مواد که منجر به تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر شود (آروالو، پرادو و آمارو، ۲۰۰۸). همچنین، با توجه به ساختار نسبتاً ساده و قابل فهم رویکرد روایت درمانی برای عموم اشخاص و با در نظر گرفتن قابلیت ایجاد تغییر و بیرونی‌سازی در روایت خاص هر یک از افراد، می‌توان با تقویت باورها و مهارت‌های این دسته از زنان، به کاهش مشکلات آن‌ها در زندگی کمک نمود. در نتیجه، با توجه به اهمیت زنان آسیب‌پذیر در جامعه، به‌ویژه زنان دارای همسر معتاد و نقش مهم سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام در بهبود سلامت روان و زندگی آن‌ها، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال بود که آیا روایت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام همسران افراد در حال ترک اعتیاد اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، تمامی زنانی که همسر آن‌ها مشغول به درمان در یکی از کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۷ هستند، بود. برای تعیین حجم نمونه پژوهش، دلاور (۱۳۷۸) قاعده‌ای را پیشنهاد کرده‌اند که طبق آن برای پژوهش‌های آزمایشی و شبه‌آزمایشی، تعداد ۱۵ نفر برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل پیشنهاد شده است. بنابراین، از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) به روش نمونه‌گیری دردسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن تحصیلات بالاتر از سیکل، رضایتمندی برای شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش، سلامت کامل جسمانی و روانی در زمان اجرای پژوهش و ملاک‌های خروج شامل داشتن مشکلات حاد روان‌شناختی با انجام مصاحبه روان‌شناختی، عدم تمایل به ادامه همکاری و غیبت بیش از دو جلسه و مصرف داروهای روان‌پزشکی بود. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش

شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته در نرم‌افزار اسپاس پی‌اس‌اس تحلیل شدند.

ابزار

۱- پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی^۱: این پرسش‌نامه توسط لوتانز، اولیو، آوی و نورمن^۲ (۲۰۰۷) طراحی شده و دارای ۲۴ سؤال است. پاسخگویی به این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) می‌باشد و بر این اساس حداقل نمره ۲۴ و حداکثر نمره ۱۴۴ است. این پرسشنامه از چهار بُعد خودکارآمدی، تاب‌آوری، امید و خوش‌بینی تشکیل شده است که هر وجه ۶ ماده را شامل می‌شود. در پژوهش هزان-لیران و میلر^۳ (۲۰۱۹) ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی ۰/۸۱ گزارش شده است. بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت‌آباد و باباپور خیرالدین بهادری (۱۳۹۱) پایایی این مقیاس را در ایران بررسی کرده و آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳ بدست آمد.

۲- پرسش‌نامه احساس انسجام^۴: این پرسش‌نامه توسط آنتونوفسکی (۱۹۸۷) طراحی شده است و دارای ۲۹ سؤال است. نمره‌گذاری این مقیاس توسط طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از ۱ (به‌ندرت) تا ۷ (اغلب اوقات) صورت می‌گیرد و ۱۳ سؤال به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل این مقیاس بین ۲۹ تا ۲۰۳ بوده و نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتری از انسجام می‌باشد. در پژوهش هوزاد، پولادی، استوار و روانی پور (۲۰۱۸) ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه احساس انسجام ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین، علی‌پور و شریف (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۸ بدست آمد.

1. Psychological Capital Questionnaires
2. Luthans, Avolio, Avey & Norman

3. Hazan Liran & Miller
4. Sense of Coherence Questionnaire

روش اجرا

در این پژوهش جهت مداخله از بسته درمانی روایت‌درمانی استفاده شده است. این بسته توسط وایت و اپستون^۱ در سال ۱۹۹۰ طراحی شد که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی و گروهی برگزار شد. قبل از شروع مداخله، پیش‌آزمون و بعد از پایان یافتن جلسات گروهی، پس‌آزمون انجام گردید و پس از دو ماه آزمون پیگیری نیز صورت پذیرفت. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات روایت‌درمانی به تفکیک جلسات

| جلسات | محتوا |
|-------|--|
| 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، مشخص‌سازی داستان اشباع از مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس، چگونگی ساخت داستان. |
| سوم | دستیابی به اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد، یافتن تجارب اوج و دیدن داستان از منظری دیگر. |
| چهارم | نام‌گذاری مشکل، ساخت شکنی (از قدرت انداختن مشکل)، فن باز معنایی. |
| پنجم | به چالش کشاندن اعضا، تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایر 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. |

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی به تفکیک گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: مقایسه گروه‌های آزمایش و گواه از نظر شاخص‌های جمعیت‌شناختی

| گروه گواه | | گروه آزمایش | | متغیرها | | |
|-----------|-------|--------------|---------|--------------|---------|-----------------|
| معناداری | t | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| ۰/۵۱ | ۰/۶۶ | ۵/۲۵ | ۳۷/۷۳ | ۵/۲۹ | ۳۶/۴۷ | سن |
| ۰/۵۶ | ۰/۵۹ | ۳/۴۱ | ۹/۳۳ | ۳/۹۶ | ۱۰/۱۳ | مدت ازدواج |
| معناداری | خی دو | درصد | فراوانی | درصد | فراوانی | |
| ۰/۷۱ | ۰/۵۵ | | | | | وضعیت شغل |
| | | ۴۶/۷ | ۷ | ۳۳/۳ | ۵ | شاغل |
| | | ۵۳/۳ | ۸ | ۶۶/۷ | ۱۰ | خانه‌دار |
| ۰/۶۱ | ۲/۷۳ | | | | | سطح تحصیلات |
| | | ۶۰ | ۹ | ۴۶/۷ | ۷ | سیکل |
| | | ۲۶/۷ | ۴ | ۳۳/۳ | ۵ | دیپلم |
| | | ۱۳/۳ | ۲ | ۶/۷ | ۱ | فوق‌دیپلم |
| | | ۰ | ۰ | ۱۳/۳ | ۲ | لیسانس و بالاتر |

نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده آن است که بین گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سطح تحصیلات، سن، مدت ازدواج معنی‌داری از نظر آماری وجود نداشت ($p > 0.05$) و دو گروه آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همگن بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه مرحله ارزیابی به تفکیک گروه آزمایش و گواه

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری |
|--------------------|-------------|------------------|---------|------------------|---------|------------------|
| | | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | |
| حس انسجام | گروه گواه | ۹۷/۸ | ۱۱/۵۲ | ۹۷/۴ | ۱۰۲/۲۰ | انحراف استاندارد |
| | گروه آزمایش | ۱۰۰/۴۷ | ۱۱/۴۲ | ۱۲۱/۵۳ | ۱۲۰/۱۳ | میانگین |
| سرمایه روان‌شناختی | گروه گواه | ۷۸/۱۳ | ۸/۴۶ | ۸۰/۶۷ | ۷۹/۶۶ | انحراف استاندارد |
| | گروه آزمایش | ۸۰/۰۷ | ۸/۳۰ | ۹۸/۴ | ۹۶/۹۳ | میانگین |

نتایج جدول ۳ نشان دهنده آن است که میانگین نمرات دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش (سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام) در پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به هم است؛ اما در پس‌آزمون و پیگیری می‌توان افزایش میانگین نمرات در گروه آزمایش را مشاهده کرد. به‌منظور بررسی تأثیر روایت‌درمانی بر حس انسجام و سرمایه روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته استفاده شد. مفروضه نرمال بودن با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک مورد بررسی قرار گرفت که به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته، مفروضه‌های آن با استفاده از آزمون‌های کرویت موچلی ۱ و لوین ۲ مورد بررسی قرار گرفت که از آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها، در مرحله پیش‌آزمون ($F(1,28) = 0/203, p = 0/65$)، پس‌آزمون ($F(1,28) = 0/223, p = 0/59$) و مرحله پیگیری ($F(1,28) = 0/465, p = 0/38$) انجام گرفت که از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0/05$). از این‌رو می‌توان گفت شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی برقرار است. نتایج آزمون موچلی ($W(2) = 0/78, p = 0/053$) حاکی از عدم رد فرض کرویت است. جدول ۴ واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی در متغیر حس انسجام را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی

| منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذورات تفکیکی |
|---------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|----------------|
| مرحله | ۲۵۴۴/۶۸ | ۲ | ۱۲۷۲/۳۴ | ۴۳/۵۷ | ۰/۰۰۱* | ۰/۶۱ |
| مرحله با گروه | ۱۸۳۰/۸۲ | ۲ | ۹۱۵/۴۱ | ۳۱/۳۵ | ۰/۰۰۱* | ۰/۵۳ |
| خطا | ۱۶۳۵/۱۵ | ۵۶ | ۲۹/۱۹ | | | |

* $p < 0/001$.

نتایج تحلیل‌ها در جدول ۴ حاکی از آن است که در متغیر حس انسجام اثر اصلی مرحله معنادار است؛ یعنی دست‌کم بین میانگین دو مرحله تفاوت آماری معنی‌دار وجود دارد ($F(2,56) = 43/57, p < 0/001$). همچنین، در متغیر حس انسجام

اثر تعاملی مرحله با گروه معنادار است؛ یعنی حداقل در یکی از سه اندازه‌گیری بین میانگین گروه‌ها تفاوت معناداری از نظر آماری (۵۳٪ = ضریب تأثیر، $F(2, 56) = 31/35$ ، $P < 0/001$) مشاهده شد. با توجه به معنی‌داری اثر تعاملی به بررسی دو اثر ساده گروه و مرحله پرداخته شد. ابتدا با استفاده از تحلیل واریانس یک‌عاملی با اندازه‌گیری مکرر با سه سطح اندازه‌گیری در سطوح متغیر گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) پرداخته شد؛ بنابراین، ابتدا برای بررسی اثر ساده مرحله (صرف نظر از عامل بین‌گروهی) به مقایسه میانگین‌های سه بار اجرا در متغیر حس انسجام پرداخته شد (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه اثرات ساده عامل درون‌گروهی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

| گروه | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذورات تفکیکی |
|--------|----------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|----------------|
| آزمایش | مرحله | ۴۱۶۲/۷۱ | ۲ | ۲۰۸۱/۳۵ | ۸۹/۴۸ | * ۰/۰۰۱ | ۰/۸۶ |
| | خطا | ۶۵۱/۲۸ | ۲۸ | ۸۹/۴۸ | | | |
| گواه | مرحله | ۲۱۲/۸ | ۲ | ۱۰۶/۴ | ۳/۰۲۸ | ۰/۰۷۶ | ۰/۱۰۴ |
| | خطا | ۹۸۳/۹۵ | ۲۸ | ۳۵/۱۳ | | | |

* $p < 0/001$.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر حس انسجام حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه آزمایش (۸۶٪ = ضریب تأثیر، $F(2, 28) = 89/48$ ، $p < 0/001$) تفاوت وجود داشت. درحالی‌که در گروه گواه تفاوت معناداری وجود نداشت (۱۰۴٪ = ضریب تأثیر، $F(2, 28) = 3/028$ ، $p = 0/076$). به‌منظور بررسی بیشتر نتایج، مقایسه‌های زوجی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از مقایسه‌های زوجی با تصحیح بونفرونی استفاده گردید (جدول ۶).

جدول ۶: مقایسه زوجی حس انسجام در گروه‌های آزمایش و گواه

| گروه | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|--------|-----------|----------------------------|----------------------------|
| آزمایش | پیش‌آزمون | ۲۱/۰۶ ^{**} (۲۷.۹) | ۱۹/۶۶ ^{**} (۱۷.۸) |
| | پس‌آزمون | | ۱/۴ (۱.۲) |
| گواه | پیش‌آزمون | ۰/۴ (۲.۶) | ۴/۴ (۱.۸۶) |
| | پس‌آزمون | | ۴/۸ (۱.۹۵) |

توجه: خطای اندازه‌گیری مقایسه دو میانگین داخل پرانتز آورده شده است. بررسی نتایج آزمون تعقیبی جدول ۶ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش بین نمرات آزمودنی‌ها در حس انسجام در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$)، اما بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در گروه گواه هیچ‌کدام از مقایسه‌های زوجی به لحاظ آماری معنی‌دار نبودند. با توجه به وجود دو سطح در متغیر گروه‌بندی بین گروهی (گروه آزمایش و گواه) برای بررسی اثر ساده عامل بین‌گروهی از آزمون تی برای گروه‌های مستقل در هر یک از مراحل اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده گردید (جدول ۷).

جدول ۷: مقایسه اثرات ساده عامل بین‌گروهی در هر یک از سطوح عامل درون‌گروهی مراحل اندازه‌گیری در متغیر حس انسجام

| میانگین | انحراف استاندارد | درجه آزادی | t | معناداری | پیش‌آزمون | گروه گواه |
|---------|------------------|------------|------|----------|-------------|-----------|
| ۹۷/۸ | ۱۱/۵۲ | ۲۸ | ۰/۶۴ | ۰/۵۳ | گروه آزمایش | گروه گواه |
| ۱۰۰/۴۷ | ۱۱/۴۲ | | | | پس‌آزمون | گروه گواه |
| ۹۷/۴ | ۹/۶۳ | ۲۸ | ۴/۹۸ | ۰/۰۰۱ | گروه آزمایش | گروه گواه |
| ۱۲۱/۵۳ | ۱۴/۰۷ | | | | پیگیری | گروه گواه |
| ۱۰۲/۲۰ | ۹/۰۸ | ۲۸ | ۳/۹۹ | ۰/۰۰۱ | گروه آزمایش | گروه گواه |
| ۱۲۰/۱۳ | ۱۲/۸۳ | | | | | |

$p < 0/01$, $p < 0/01$

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها مشاهده نشد، در حالی که در پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری از نظر آماری بین میانگین گروه‌ها وجود داشت و میانگین نمرات حس انسجام در گروه آزمایش به طور معنی‌داری از گروه گواه بالاتر بود.

به منظور بررسی تأثیر روایت درمانی بر سرمایه روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته استفاده شد. مفروضه نرمال بودن با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک مورد بررسی قرار گرفت که به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). پیش از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمیخته، مفروضه‌های آن با استفاده از آزمون‌های کرویت موجلی و لوین مورد بررسی قرار گرفت

که نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها، در مرحله پیش‌آزمون $F(1,28) = 0/417$ ، پس‌آزمون $F(1,28) = 0/437$ ، $p = 0/37$ و مرحله پیگیری $F(1,28) = 0/490$ ، $p = 0/21$ انجام گرفت که از نظر آماری معنادار نبود ($p > 0/05$). از این رو می‌توان گفت شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی برقرار است. نتایج آزمون موچلی $W(2) = 0/87$ ، $p = 0/086$ حاکی از عدم رد فرض کرویت است. جدول ۸ واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی در متغیر سرمایه روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۸: نتایج آنالیز واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون‌گروهی و بین‌گروهی

| منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذوراتی تفکیکی |
|---------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|-----------------|
| مرحله | ۱۹۵۰/۱۶ | ۲ | ۹۷۵/۰۸ | ۷۷/۴ | ۰/۰۰۱* | ۰/۷۳ |
| مرحله با گروه | ۱۲۱۲/۴۳ | ۲ | ۶۰۶/۲۱ | ۴۸/۱۲ | ۰/۰۰۱* | ۰/۶۳ |
| خطا | ۷۰۵/۴۲ | ۵۶ | ۱۲/۵۹ | | | |

* $p < 0/001$.

نتایج تحلیل‌ها در جدول ۸ حاکی از آن است که در متغیر سرمایه روان‌شناختی اثر اصلی مرحله معنادار است؛ یعنی دست‌کم بین میانگین دو مرحله تفاوت آماری معنی‌دار وجود دارد ($F(2,56) = 77/4$). در متغیر سرمایه روان‌شناختی اثر تعاملی مرحله با گروه معنادار است؛ یعنی حداقل در یکی از سه اندازه‌گیری بین میانگین گروه‌ها تفاوت معناداری از نظر آماری ($F(2,56) = 48/12$)، مشاهده شد. با توجه به معنی‌داری اثر تعاملی به بررسی دو اثر ساده گروه و مرحله پرداخته شد. ابتدا با استفاده از تحلیل واریانس یک‌عاملی با اندازه‌گیری مکرر با سه سطح اندازه‌گیری در سطوح متغیر گروه (گروه آزمایش و گروه گواه) پرداخته شد؛ بنابراین، ابتدا برای بررسی اثر ساده مرحله (صرف‌نظر از عامل بین‌گروهی) به مقایسه میانگین‌های سه بار اجرا در متغیر سرمایه روان‌شناختی پرداخته شد (جدول ۹).

جدول ۹: مقایسه اثرات ساده عامل درون گروهی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

| گروه | منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذورات تفکیکی |
|--------|----------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|----------------|
| آزمایش | مرحله | ۳۱۱۳/۷۵ | ۲ | ۱۵۵۶/۸۷ | ۱۸۳/۴۶ | * ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳ |
| | خطا | ۴۶۷/۸۲ | ۲۸ | ۱۶/۷ | | | |
| گواه | مرحله | ۴۸/۸۴ | ۲ | ۲۴/۴۲ | ۱/۴۶ | ۰/۲۵ | ۰/۰۹ |
| | خطا | ۲۳۷/۶ | ۲۸ | ۸/۴۸ | | | |

* $p < 0.001$

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که از بین سه مرحله اندازه‌گیری متغیر سرمایه روان‌شناختی حداقل بین دو مرحله اندازه‌گیری در گروه آزمایش ($0.93 =$ ضریب تأثیر، $F(2, 28) = 183.46$) تفاوت وجود داشت. درحالی‌که در گروه گواه ($0.09 =$ ضریب تأثیر، $F(2, 28) = 1.46$ ، $p = 0.25$) تفاوت معناداری وجود نداشت. به‌منظور بررسی بیشتر نتایج، مقایسه‌های زوجی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از مقایسه‌های زوجی با تصحیح بونفرونی استفاده گردید (جدول ۱۰).

جدول ۱۰: مقایسه زوجی سرمایه روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه

| گروه | پس‌آزمون | پیگیری |
|--------|-----------|----------------------------|
| آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۶/۸۶ ^{**} (۱/۱۷) |
| | پس‌آزمون | ۱۸/۳۳ ^{**} (۱/۲۶) |
| گواه | پیش‌آزمون | ۱/۴۶ (۰/۶۶) |
| | پس‌آزمون | ۱/۵۳ (۱/۴۲) |
| | پیگیری | ۱/۰ (۱/۰۱) |

توجه: خطای اندازه‌گیری مقایسه دو میانگین داخل پراگمتر آورده شده است.

بررسی نتایج آزمون تعقیبی جدول ۱۰ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش بین نمرات آزمون‌های روان‌شناختی در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.01$) اما بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. درحالی‌که در گروه گواه هیچ‌کدام از مقایسه‌های زوجی به لحاظ آماری معنی‌دار نبودند. با توجه به وجود دو سطح در متغیر گروه‌بندی بین گروهی (گروه آزمایش

و گواه) برای بررسی اثر ساده عامل بین‌گروهی از آزمون تی برای گروه‌های مستقل در هر یک از مراحل اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده گردید (جدول ۱۱).

جدول ۱۱: مقایسه اثرات ساده عامل بین‌گروهی در هر یک از سطوح عامل درون‌گروهی مراحل اندازه‌گیری در متغیر سرمایه روان‌شناختی

| میانگین | انحراف استاندارد | درجه آزادی | t | معناداری | | |
|-------------|------------------|------------|------|----------|------|---------|
| پیش‌آزمون | گروه گواه | ۷۸/۱۳ | ۸/۴۶ | ۲۸ | ۰/۶۳ | ۰/۵۴ |
| گروه آزمایش | ۸۰/۰۷ | ۸/۳۰ | | | | |
| پس‌آزمون | گروه گواه | ۸۰/۶۷ | ۴/۴۲ | ۲۸ | ۹/۵۴ | **۰/۰۰۱ |
| گروه آزمایش | ۹۸/۴ | ۵/۶۷ | | | | |
| پیگیری | گروه گواه | ۷۹/۶۶ | ۵/۱۶ | ۲۸ | ۷/۹۷ | **۰/۰۰۱ |
| گروه آزمایش | ۹۶/۹۳ | ۶/۶۰ | | | | |

$p < 0/01$, $p < 0/001$

نتایج جدول ۱۱ نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها مشاهده نشد، درحالی‌که در پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری از نظر آماری بین میانگین گروه‌ها وجود داشت و میانگین نمرات سرمایه روان‌شناختی در گروه آزمایش به طور معنی‌داری ($p < 0/01$) از گروه گواه بالاتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی و حس انسجام همسران افراد در حال ترک اعتیاد بود. اولین یافته پژوهش نشان داد روایت‌درمانی بر سرمایه روان‌شناختی همسران افراد در حال ترک اعتیاد مؤثر بوده است و دومین یافته پژوهش نشان داد روایت‌درمانی بر حس انسجام همسران افراد در حال ترک اعتیاد مؤثر بوده است و همچنین نتایج حاکی از حفظ پایداری اثربخشی آن در طول زمان بود. تحقیقی که موضوع درمان روایت‌درمانی بر همسران افراد در حال ترک اعتیاد را مورد توجه قرار داشته باشد، در بررسی و اسناد و منابع تحقیقی یافت نشد. اما در پیشینه همسو با نتایج این تحقیق، می‌توان به مواردی اشاره نمود که تأیید نموده‌اند درمان روایت‌درمانی بر روابط عاطفی همسران مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین عناصر روایت‌درمانی که در

بهبود انسجام خانواده مؤثر می‌باشد، ایجاد و رشد روایت‌های جایگزین می‌باشد (بولمجر، کرامر، اسمیت، اونراست و وان مارویک^۱، ۲۰۰۹). روایت‌های جایگزین و بازتعریف رویدادها توسط همسران، موجب بالارفتن حضور ذهن (آگاهی روان‌شناختی) می‌شود و به‌عنوان ابزاری جهت پیشگیری از سرد شدن روابط، پویایی و بالابردن انسجام خانواده (خدابخش، کیانی، نوری تیرتاشی و خستو هسجین، ۱۳۹۳؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۷) و حل مسئله خانواده بر مبنای همدلی، صمیمیت و احترام کمک می‌کند (خدابخش و همکاران، ۱۳۹۳).

آموزش مبتنی بر روایت درمانی می‌تواند از طریق افزایش همدلی و صمیمیت، حس انسجام افراد را افزایش دهد. در این آموزش، مهارت‌های گفت و گو، حل تعارض و سبک ارتباط صریح و جراتمندانه آموزش داده می‌شود. افراد با این آموزش‌ها یاد می‌گیرند احساساتشان را افشا کنند و ضمیر من در جملات استفاده کنند و از جنبه قضاوتی و ارزیابی جملات بکاهند. همچنین حالت دفاعی بودن را در طرف مقابل کاهش دهند و از این طریق با آشکار کردن احساسات مثبت و منفی خود و همچنین توجه به تعریف رویدادها از نگاه یکدیگر، میزان سرمایه روان‌شناختی را بهبود بخشند. با توجه به این که موضوع اصلی در روایات درمانی این است که شخص، مشکل نیست، رویکردی بی‌نهایت سودمند و تأثیرگذار در توجه به باورهای ناکارآمد و تغییر آنها، برونی‌سازی و از توان انداختن مشکل، ایجاد توان نگاه بیرونی به مشکل از زاویه‌های مختلف و در نهایت خلق تفسیری متفاوت و تألیفی دوباره برای داستان زندگی شاخص است (اسکرات^۲، ۲۰۱۰). علت دیگر تأثیرگذاری این روش این است که روایت درمانی به حل یک یا چند مشکل جزئی نمی‌پردازد، بلکه بر روند کلی زندگی فرد تأثیر می‌گذارد که داستان کلی زندگی فرد در تمام ابعاد زندگی تغییر می‌کند. بنابراین رویکردهای روایتی این فرصت را به افراد می‌دهند تا راه و روشی که برای صمیمیت مد نظر قرار داده‌اند و همچنین نقش‌هایی که برای خود و دیگران در مسیر زندگی تعیین کرده بودند را مورد بازبینی و تجدید نظر قرار دهند. حضور در جلسات روایت

درمانی به افراد کمک می‌کند تا با تغییر روایات غالب منفی، مشکلات را قابل حل تعریف کرده و از طریق طرح پرسش، بیرونی‌سازی، نام‌گذاری مجدد، نتایج منحصر به فرد و در نهایت بازنویسی و تغییر داستان زندگی، به توانایی‌های خود در حل مسائل زناشویی امیدوار شده و دیگر لزومی برای تفکر راجع به جدایی نمی‌بینند. روایت درمانی به افراد می‌آموزد با توجه به اینکه مسئول خلق و تعبیر داستان‌های زندگی‌شان هستند، باید مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند (مالکوم و رمزی، ۲۰۱۰).

روایت درمانی با درگیر کردن افراد در گفتگوهای درمانی، کمک می‌کند بر مشکلاتشان غلبه کنند. داستان‌هایی که همسران درباره روابط خود بیان می‌دارند، نشان دهنده تلاش آن‌ها برای معنابخشی روایتی به تجربیاتشان از صمیمیت با زوج دیگر است. بیان داستان زندگی و جایگزین‌سازی داستان‌های مثبت به ایجاد روابط نزدیک که در آن میزان ابراز احساس بیشتر است، کمک می‌کند. زمانی که بیان روایات زندگی به عنوان روشی در جهت درک بهتر احساسات طرفین مورد استفاده قرار می‌گیرد، توان فرد برای رشد روابط صمیمانه افزایش می‌یابد. افرادی که قادر به روایت اتفاقات عاطفی زندگی خود هستند، در بیشتر روش‌های خود انعکاسی، سلامت فیزیکی و روانی بهتری را نشان می‌دهند. این افراد با بیان روایات زندگی خود، راحت‌تر می‌توانند با اتفاقات جاری سازگار شوند (فیووش، بوهانک و زامان، ۲۰۱۱). روایت درمانی به افراد می‌آموزد با توجه به اینکه مسئول خلق و تعبیر داستان‌های زندگی‌شان هستند، باید مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند. نوشتن داستان‌هایشان می‌تواند همسران افراد در حال ترک اعتیاد را برای انتخاب، حفظ یا تغییر معنی داستان‌های زندگی زناشویی‌شان آماده کند. برون‌سازی مشکل به عنوان یک فرآیند اولیه در روایت درمانی، به تسهیل جدایی بین فرد و مشکل می‌پردازد و با تکیه بر توانایی‌ها و باورها و شایستگی‌های افراد می‌تواند نفوذ مشکلات را کم کرده و مسائل را منعطف و قابل حل تعریف کند. بیرونی‌سازی زمینه جدایی فرد از ادراکات غالب گذشته را فراهم می‌کند. ادراکاتی که هویت را همراه با عدم ابرازگری، وفاداری و مسامحه در روابط زناشویی تعریف می‌کند، موجب می‌شود که فرد بتواند بین خود و باورهای مشکل‌ساز

تفاوت قائل شوند. کشف استثنائات در زندگی مراجع امیدواری را به او القا می کند تا رسیدن به آینده بهتری را متصور شود.

همچنین، رویکرد روایتی از طریق پرسش های استثنا و تاثیرگذار جهت به چالش کشیدن تقلید کورکورانه، توان تصمیم گیری و استقلال فرد را تقویت کرده و نویسندگی داستان زندگی را بر عهده گرفته و هویت مستقل را شکل می دهد. در جلسات درمانی به واسطه تکنیک سوال استثنا مراجعان زمان هایی را به یاد آوردند که توانسته اند به طور مستقل مسائل و مشکلات ناشی از رابطه زناشویی را حل کرده و گرایشی به جدایی از همسر نداشتند. استخراج موارد استثنا به همسران افراد در حال ترک اعتیاد اجازه داد تا دریابند در آن شرایط روابط زناشویی شان چگونه بوده و آن ها چه کارهایی انجام می داده اند تا اکنون نیز همانگونه رفتار کنند. داستان هایی که مراجعان درباره خودشان می گویند در واقع همان چیزی است که برایشان اهمیت دارد. هنگام گوش دادن و ارزیابی پاسخ مراجعین درباره موقعیت ها، توجه به خودپنداره شان و اینکه چگونه این خود در موقعیت هایی که گفته شد پیش می رود، تصویر واضحی از نحوه زندگی افراد را نشان داد و اینکه چگونه ممکن بود مسائل زناشویی را حل و فصل کنند؛ این رویکرد به افراد می آموزد که به دنبال راه حل های جدید بوده و آفریننده آینده خود باشند. این توانایی موجب شد که افراد قدرت مقابله با مشکلات زناشویی را پیدا کنند و روایتی جدید طراحی کنند که در آن به جای تمایل به جدایی به تمایل برای جستجوی راه حل های نو پردازند (فراست^۱، ۲۰۱۳). با توجه به مشخصه های برجسته رویکرد روایت درمانی که شامل در نظر گرفتن سطوح ضمنی و تمثیلی تجارب مراجع، برونی سازی مشکل، حس ارتقا یافته عاملیت شخصی، صاحب قدرت و اختیار بودن خود افراد، وضعیت کار اشتراکی و غیر سلسله مراتبی مداخله کنندگان، یک وضعیت مداخله بدون سرزنش، حرکت از یک ساخت فردی و درون فردی مسئله به سمت ساختی که بیشتر بین فردی و رابطه ای است (حسنی، ۱۳۸۸)، بنابراین اثربخش بودن این رویکرد بر متغیرهای مورد بررسی در زنان با همسر معتاد کاملاً مشهود است.

در خانواده‌های مبتلا به اعتیاد، درگیر شدن در انتقادات مکرر، پناه بردن در سکوت، احساس عدم همراهی و سرانجام خستگی و ناامیدی منجر به تضعیف سلامت روحی و جسمی زوجین و همچنین تضعیف سرمایه روان‌شناختی آنان می‌شود. همچنین، باعث شکل‌گیری روایت‌های شخصی در افراد خانواده می‌شود که سلامت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ زیرا طبق این رویکرد، به همان اندازه که فرد در شکل‌گیری محیط نقش دارد، محیط نیز بر شخص تأثیرگذار می‌باشد؛ بنابراین، روایت درمانی با بیرونی کردن مسئله و با در نظر گرفتن این نکته که فرد مشکل نیست بلکه مشکل، مشکل است، فرصتی را برای دیدگاهی تازه در مورد مشکل برای افراد فراهم می‌کند (فروشانی و فروزنده، ۲۰۱۵). در واقع، جلسات روایت‌درمانی با تأکید بر مفاهیمی از قبیل بازگویی و بازنویسی روایت‌های افراد، نام‌گذاری مشکلات، کنکاش پیامدهای منحصر به فرد، یافتن نگرشی جدید به واقعیت‌ها، بیرونی کردن مشکل و همچنین با حضور فرد در گروهی با مشکلات مشابه، باعث ایجاد دیدی تازه در زنان افراد در حال ترک اعتیاد، نسبت به خود و توانایی‌های‌شان می‌شود. این افراد در طی جلسات دریافتند که با جایگزین کردن روایت‌های آکنده از مشکل با روایت‌های جایگزین و پررنگ کردن نقش تاب‌آوری و خودکارآمدی خودشان در شرایط سخت گذشته، می‌توان به آینده خوش‌بین بود. بدین طریق روایت‌درمانی با ویرایش روایت‌های زندگی افراد موجب تقویت سرمایه روان‌شناختی افراد، به خصوص افراد در معرض آسیب‌های روانی می‌شود. در واقع، زنان دارای همسر معتاد، به دلیل تنش‌های موجود و برهم خوردن نقش‌های خانوادگی که در گذشته بر عهده همسرشان بوده و اکنون بار بسیاری از مسئولیت‌ها را بر دوش خود احساس می‌کنند، تحت فشارهای روانی بالایی قرار دارند. در طی جلسات روایت‌درمانی، افراد در نقش متخصصان روایت‌های زندگی خود، به دنبال پررنگ نمودن توانایی‌های خود بوده و ضمن تلاش برای ایجاد روابط مؤثرتر بین فردی، مهارت‌های مقابله‌ای خود را تقویت می‌نمایند تا در هنگام رویارویی با چالش‌های زندگی در روایت‌های آینده، عملکرد بهتری داشته و استرس کمتری را تحمل نمایند (مشاوره و لطیفی، ۱۳۹۷). به‌طور کلی، احساس انسجام، یک دیدگاه کلی مبنی بر معنادار بودن و قابل مدیریت بودن

اتفاقات در فرایند زندگی می‌باشد که با سلامت روان مرتبط بوده و افزایش احساس انسجام، بهبود سلامت روان زنان تحت درمان را در پی دارد (صبری نظر زاده، عبدخدایی و طیبی، ۱۳۹۱).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مساله اشاره نمود که این پژوهش در شهر تهران انجام گردید؛ لذا لازم است ویژگی‌های فرهنگی سایر بخش‌ها را هنگام تعمیم نتایج در نظر گرفت و پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از سایر روش‌های نمونه‌گیری استفاده گردد. برگزاری جلسات مشاوره گروهی با شرکت تمام اعضای خانواده، انجام تحقیقات چندمرحله‌ای، طولی، پیگیری و آموزش به درمانگران جهت استفاده از این رویکرد برای استفاده در کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز مشاوره برای همسران افراد در حال ترک اعتیاد از دیگر پیشنهادات می‌باشد. با عنایت به محدودیت‌های موجود، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در این راستا با گروه‌های مختلف و ابعاد متفاوت صورت پذیرد. انجام این درمان با همسران افراد در حال ترک اعتیاد به الکل و مقایسه آن با نتایج پژوهش حاضر می‌تواند موضوع تحقیقات آینده باشد. همچنین پیشنهاد می‌گردد نهادهای اجتماعی به نیازهای روان‌شناختی همسران افراد در حال ترک اعتیاد توجه داشته باشند و به آموزش این نمونه از افراد بر مبنای نتایج تحقیقاتی مانند پژوهش حاضر مبادرت نمایند.

منابع

- بهداری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آباد، تورج و بابا پورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *مجله پژوهش و سلامت*، (۱)، ۶۱-۷۱.
- پارسافر، سارا و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۳). بررسی روابط علی بین نقش‌های جنسیتی، تاب‌آوری، سرسختی، درماندگی آموخته‌شده و هم‌وابستگی، در همسران افراد معتاد. *مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان*، ۱۲(۴)، ۶۹-۹۲.
- حسینی، محدثه (۱۳۸۸). «بررسی همه‌گیرشناسی نگرانی از بدریختی بدن و اثربخشی روایت درمانی به شیوه گروهی بر کاهش آن در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.

خدابخش، محمدرضا؛ کیانی، فریبا؛ نوری تیرناشی، ابراهیم و خسرو هوشجین، حامد (۱۳۹۳). اثربخشی روایت درمانی بر افزایش صمیمیت زوجین و ابعاد آن: تلویحاتی برای درمان. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۴)، ۶۰۷-۶۳۲.

دلاور، علی (۱۳۷۸). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارت ویرایش زارعان، فهیمه؛ لطیفی، زهره و میرمهدی، سیدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد همسران معتادان. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۵)، ۲۱۲-۱۹۳.

شیری، فاطمه؛ گودرزی، محمود؛ مرادی، امید و احمدیان، حمزه (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی-رفتاری بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر وابسته به مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۶)، ۲۴۷-۲۶۶.

صادقی، رضا؛ سودانی، منصور و غلام زاده جفیره، مریم (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش عواطف منفی و بهبود کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۵(۶۲)، ۶۱-۸۴.

صبری نظرزاده، راشین؛ عبدخدایی، محمد سعید و طیبی، زهرا (۱۳۹۱). رابطه علی احساس انسجام، سخت‌کوشی روانشناختی، راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روان. فصلنامه سلامت روان شناختی، ۶(۱۳)، ۲۶-۳۵.

عباسی، سمیه؛ دوکانه‌ای فرد، فریده و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی روایت درمانی و درمان هیجان‌محور بر انسجام خانوادگی همسران جانباز: مطالعه موردی شهرستان خرم‌آباد. مجله طب جانباز، ۱۰(۴)، ۱۷۳-۱۷۹.

علی‌پور، احمد و شریف، نسیم (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه حس انسجام در دانشجویان. مجله پژوهشی پژوهنده دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۷(۱)، ۵۰-۵۶.

گرچی، یوسف؛ طبیبیان، سیده‌مینا و شکراللهی، مژگان (۱۳۹۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداره، پذیرش خویش و خودانتقادگری در زنان دارای اختلال سوءمصرف مواد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۴(۵۸)، ۷۳-۸۸.

محمدی‌فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل و طباطبائی، سیدموسی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۴(۱۶)، ۲۵-۴۰.

مشاوری، مریم و لطیفی، زهره (۱۳۹۷). اثربخشی روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۸)، ۱۱۸-۱۰۳.

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

References

- Ahn, Y. (2016). Effects of narrative therapy for nursing-home residents. *Advanced science and technology letters*, 1(4), 47-56.
- Andoh-Arthur, J., Hjelmeland, H., Osafo, J., & Knizek, B. L. (2020). Substance use and suicide among men in Ghana: A qualitative study. *Current psychology*, 41, 1-13.
- Arévalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 31(1), 113-123.
- Bohlmeijer, E., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & van Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community mental health journal*, 45(6), 476-484.
- Choate, P. W. (2015). Adolescent alcoholism and drug addiction: The experience of parents. *Behavioral sciences*, 5(4), 461-476.
- Countryman-Roswurm, K., & DiLollo, A. (2016). Survivor: A narrative therapy approach for use with sex trafficked women and girls. *Women and therapy*, 40(1-2), 55-72.
- Denmark, A. (2016). Narrative therapy as an ethical practice. *Journal of systemic therapies*, 35(1), 1-19.
- Fivush, R., Bohanek, J. G., & Zaman, W. (2011). Personal and intergenerational narratives in relation to adolescents' well-being. *New directions for child and adolescent development*, 2011(131), 45-57.
- Foroushani, E. Z., & Foruzandeh, E. (2015). Effectiveness of narrative therapy on mental health of addicts' wives treated in the addiction treatment centers in KhomeiniShahr. *International journal of educational and psychological researches*, 1(4), 266-271.
- Frost, D. M. (2013). The narrative construction of intimacy and affect in relationship stories: Implications for relationship quality, stability, and mental health. *Journal of social and personal relationships*, 30(3), 247-269.
- Grevenstein, D., Bluemke, M., Nagy, E., Wippermann, C. E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2014). Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. *Personality and individual differences*, 64, 52-57.
- Hazan Liran, B., & Miller, P. (2019). The role of psychological capital in academic adjustment among university students. *Journal of Happiness Studies*, 20(1), 51-65.
- Hourzad, A., Pouladi, S., Ostovar, A., & Ravanipour, M. (2018). The effects of an empowering self-management model on self-efficacy and sense of coherence among retired elderly with chronic diseases: a randomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*, 13, 15-22.

- Karatepe, O. M., & Karadas, G. (2014). The effect of psychological capital on conflicts in the work–family interface, turnover and absence intentions. *International journal of hospitality management*, 43, 132-143.
- Kouvonen, A. M., Väänänen, A., Vahtera, J., Heponiemi, T., Koskinen, A., Cox, S. J., & Kivimäki, M. (2010). Sense of coherence and psychiatric morbidity: a 19-year register-based prospective study. *Journal of epidemiology & community health*, 64(3), 255-261.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel psychology*, 60(3), 541-572.
- Malcolm, L. E., & Ramsey, J. L. (2010). On forgiveness and healing: Narrative therapy and the Gospel story. *Word & World*, 30(1), 23-34.
- Morgan, M. L., Brosi, W. A., & Brosi, M. W. (2011). Restorying older adults' narratives about self and substance abuse. *The American journal of family therapy*, 39(5), 444-455.
- Roozdar, E., Hamid, N., Beshlideh, K., & Arshadi, N. (2020). The effectiveness of narrative couple therapy on improving the psychological well-being of incompatible couples. *Biannual journal of applied counseling*, 9(2), 67-86.
- Skerrett, K. (2010). "Good enough stories": Helping couples invest in one another's growth. *Family process*, 49(4), 503-516.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Publisher WW. Norton.