

نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه‌ی بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد

آزاده آرمان پناه^۱، ایلناز سجادیان^۲، محمدعلی نادى^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۲۱

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه‌ی بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد اجرا شد. **روش:** روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. بدین منظور، تعداد ۱۰۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد و کمپ‌های درمانی ترک اعتیاد و سازمان‌های مردم نهاد مربوطه در سطح شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به پرسش‌نامه‌های باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی، تعارضات زناشویی و رضایت زناشویی پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج، حاکی از تأثیر غیر مستقیم باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی و ارتباطات زناشویی بر رضایت زناشویی بود. لذا تعارض زناشویی در رابطه بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، و ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی از نقش میانجی برخوردار بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به دست آمده، متخصصین حوزه‌ی اعتیاد می‌توانند با کاهش اختلالات هیجانی و تأکید بر افزایش توانمندی‌های مرتبط با باورهای ارتباطی و ارتباطات زناشویی میزان تعارضات زناشویی را کاهش و به دنبال آن رضایت زناشویی آن‌ها را افزایش دهند.

کلید واژه‌ها: باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی، تعارضات زناشویی، رضایت زناشویی

۱. دکترای مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران، پست

الکترونیکی: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

۳. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

مقدمه

وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳) که یکی از مهم‌ترین مشکلات بشر به حساب می‌آید (لاندلهم^۲، ۲۰۱۳) و به عنوان دومین اختلال شایع روانی از آن یاد می‌شود (سادوک و سادوک^۳، ۲۰۱۶). اختلالات اعتیادی و وابستگی به مواد، منجر به مشکلات جسمانی و روانی قابل توجهی شده و مسائل زیادی را برای فرد و جامعه ایجاد می‌نماید (کلاین^۴، ۲۰۱۶). فرد معتاد با نوعی از اختلال دست به گریبان است که تا پایان عمر، وی را به حال خود رها نکرده و زندگی او را به خطر خواهد انداخت. این اختلال بدون چون و چرا، آبرو و حیثیت، اموال و دارایی و روابط شخصی فرد معتاد را به باد خواهد داد و سرنوشتی جز جنون، زندانی شدن یا مرگ برای وی رقم نخواهد زد (احمدوند، ۱۳۸۷). اعضای خانواده فرد معتاد نیز از کودک تا همسر، خواهر و برادر، پدر و مادر یا بستگان و دوستان نیز به شدت از اعتیاد یکی از اعضای خانواده رنج خواهند برد و بیماری اعتیاد هم زندگی فرد معتاد و هم اعضای خانواده وی را تهدید کرده و به ویرانی می‌کشانند (گلدشتاین، فالکنر و کرلی^۵، ۲۰۱۳). بیش‌تر مشکلات زنان دارای همسر معتاد مربوط به مسائل مالی، جرم و خشونت‌های ناشی از اعتیاد همسر و آزارهای همسر و فرزندان است. مشکلات روانی، شخصیتی و ارتباطی با دیگران، عدم مدیریت خشم، آشفتگی ارتباطی، آشکارسازی خشم و خشونت از مهم‌ترین مسائل اجتماعی زنان دارای همسر معتاد است. از عمده مشکلات اجتماعی که زنان دارای همسر معتاد با آن مواجهند به خطر افتادن امنیت خانه و رفت و آمد با افراد معتاد یا دلالان مواد مخدر، برخورد سرزنش‌آمیز و تحقیرکننده اجتماع، خانواده و عدم حمایت اجتماعی و عدم اطمینان از حمایت قانونی از آنان است (مهدی زاده، قدوسی و ناجی، ۱۳۹۲). در چنین شرایطی زن در نقش همسر، در امن‌ترین نهاد اجتماعی، یعنی خانواده با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود و در شرایطی که محیط خانه مأمن امنیت، آرامش و آسایش است، وی در هراس

1. American psychiatric Association (APA)
2. Lundholm

3. Sadock, & Sadock
4. Klein
5. Goldstein, Faulkner, & Wekerle

و نا امنی به سر می برد (تقی پور، باغستانی و سعادت، ۱۳۹۸). آسیب های ناشی از زندگی با فرد معتاد گاه آنقدر عمیق می شود که علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد، همسر نیز در معرض استرس و مشکلات روان شناختی قرار می گیرد (ناعمی، ۱۳۹۴). یکی از مهمترین حوزه هایی که در معتادان آسیب می بیند، رضایت زناشویی این افراد است. بر طبق نظر بسیاری از صاحب نظران رضایت زناشویی یعنی احساس شادمانی، احساس رضایت و ارضای نیازهایی که در یک رابطه ی متقابل و تعاملی بر آورده می شوند. از چنین منطری زوج های سازگار، زوج هایی هستند که توافق زیادی با یکدیگر دارند، از روابطشان راضی اند، از نوع کیفیت گذراندن اوقات فراغت با یکدیگر رضایت دارند و در مدیریت وقت و مسائل مالی هماهنگی لازم را دارند (انیشی، سرکوفسکی، سروکوفسکی و پیپتون^۱، ۲۰۱۲). سو هو^۲ (۲۰۰۸) معتقد است تعارضات زناشویی معمولاً از دو منبع ناشی می شود: اول عدم تعادل ساختار خانواده و دیگری، عدم پایداری هر یک از زوجین به هنجارها و ارزش های خانواده و تخلف از آن ها. از سویی اعتیاد می تواند ارزش های خانواده را دستخوش نوسان کند (احمدوند، ۱۳۸۷). این فرآیند تعارض زمانی به وجود می آید که زن احساس کند طرف مقابلش ضمن داشتن اعتیاد، بعضی از مسائل مورد علاقه وی را سرکوب می کند. تعارض زناشویی، ناشی از ناهماهنگی زن و شوهر در نوع نیازها و روش ارضای آن، خودمحوری، اختلاف در خواسته ها، طر حواره های رفتاری و رفتار غیر مسئولانه نسبت به ارتباط زناشویی و ازدواج است (گلاس، ۱۳۸۷). تعارضات زناشویی به دلیل اختلاف نظر، اصل تفاوت های فردی و چالش های درونی و بیرونی در طی فرایند زندگی زناشویی امری طبیعی و اجتناب ناپذیر است و آنچه در این امر حائز اهمیت است سبک های مواجهه با این تعارضات است (کومینگز، فاریث، میشل، کومینگز، چارمرون^۳، ۲۰۰۸). اگر تعارض به طور کارآمد اداره شود و سبک مقابله موثر با آن اتخاذ شود از سکون و رکود ارتباط جلوگیری کرده و در زوجین (حتی در زوجین دارای مشکلاتی همچون اعتیاد همسر)، مهارت های مثبت و کارآمد منطبق با رویدادهای فشارزا ایجاد

1. Onyishi, Sorokowski, Sorokowski,
& Pipitone
2. Soo-Hoo

3. Cummings, Faircth, Mitchell,
Cummings, Charmerhorn

می‌کند و یادگیری این رویکرد انطباقی می‌تواند فرد را در مقابل دیگر رویدادهای فشارزای زندگی هم مقاوم‌تر کند، ولی اگر تعارض به طور ضعیفی اداره شود موجب تخریب زندگی زناشویی شده و اثرات زیان‌آوری بر سلامت جسمانی و هیجانی زوجین به جا می‌گذارد. بنابراین نه خود مشکل، که شیوه مقابله و پاسخ‌گویی به مشکل است که نقش آن مشکل را در ارتباطات زوجین تبیین می‌کند (دان‌هام^۱، ۲۰۰۸). شیوه مقابله با تعارض اکتسابی است و می‌توان آن را تغییر داد (آری‌تا^۲، ۲۰۰۸).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که رضایتمندی روابط زوجین با باورهای ارتباطی همبستگی بالایی دارد (ابهرزنجانی، و همکاران، ۱۳۹۳). خرده‌مقیاس‌های درماندگی نسبت به تغییر و اجتناب از مشکل در باورهای ارتباطی غیر منطقی، بیشترین ارتباط با رضایت زناشویی را داشتند (رزاقی و الوندی، ۱۳۹۰). یکی از مشکلات همسران افراد معتاد، بروز اختلالات هیجانی همچون افسردگی و اضطراب است. محمدخانی (۱۳۸۸) بیان می‌دارد که زنان دارای همسر معتاد نسبت به گروه شاهد از مشکلات شخصی و ارتباطی بیشتری رنج می‌برند. مدل اختلاف خانوادگی و افسردگی، بیانگر آن است که اختلافات زناشویی به عنوان عامل تغییر افسردگی در نظر گرفته می‌شود (هالیست، میلر، فرناندز و فالستو^۳، ۲۰۰۷). در افراد متأهل، رابطه‌ی قابل ملاحظه و معناداری بین آشفتگی زناشویی، شروع علائم افسردگی و طولانی شدن دوره‌ی بیماری وجود دارد. همچنین همزمان بودن آن‌ها، احتمال عود افسردگی را بعد از بهبودی افزایش می‌دهد (کوین، تامپسون و پالمر^۴، ۲۰۰۲). با توجه به در نظر گرفتن ضعف‌ها و کمبودهایی که در کارکرد خانواده‌های زنان دارای همسر معتاد به وجود می‌آید، ارتباطات نادرستی بین زوجین شکل می‌گیرد و کشمکش‌های بین اعضای خانواده افزایش می‌یابد. در چنین خانواده‌هایی بیشتر، ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر دیده می‌شود. از سویی مشکلات ارتباطی در چنین خانواده‌هایی بسیار شایع است و همین امر باعث می‌شود که آن‌ها نتوانند منظور خود را به درستی به دیگران

1. Dunham

2. Arieta

3. Hollist, Miller, Falceto & Fernandes

4. Coyne, Thompson & Palmer

تفهم کنند (محمدی‌فر، طالبی و طباطبایی، ۱۳۸۹). ندلوو و ایدمودیا^۱ (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که ارتباطات، نقش مهمی در پیش‌بینی رضایت زناشویی ایفا می‌کند، به ویژه ارتباطات کلامی که در تمامی مقیاس‌ها قابل اثبات بود. ازدواج به معنای ارتباط است هم کلامی و هم غیر کلامی که چیزی بیش از صحبت کردن است. منشی (۱۳۷۸) نیز در پژوهشی خانواده‌های معتادان را از لحاظ مقیاس (حل مشکل ارتباطی، نقش‌ها و پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی، کنترل رفتار و کارآیی عمومی)، مورد بررسی قرار داده است. نتایج نشان دهنده ناکارآمدی و وجود مشکل در عملکرد خانواده معتادان بوده است (نقل از قهساره باقری و سهرابی، ۱۳۹۶).

براساس پژوهش‌ها، مهارت‌های ارتباطی خانواده و رضایت زناشویی زوجین با یکدیگر رابطه مستقیم دارد (علایی، احمدی و بابایی زادخامنه، ۲۰۱۱). همچنین نتایج پژوهش دیگری نشان داد که خشم همسر پیش‌بینی کننده‌ی منحصر به فرد سازگاری زناشویی است (بارون، اسمیت، بانتر، نیلی-مور، هاو کینز و اوچینو^۲، ۲۰۰۷) و آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش تعارضات زناشویی نقش دارد (مقدم، احدی، جمهری و فخری، ۲۰۱۲). آزادی‌فر و امانی (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که رضایت زناشویی ارتباط منفی با مؤلفه‌های باورهای ارتباطی (به جز تفاوت‌های جنسیتی) دارد و باور به مخرب بودن، مخالفت، عدم تغییرپذیری همسر، کمال‌گرایی جنستی و توقع ذهن‌خوانی به ترتیب بیشترین نقش را در پیش‌بینی رضایت زناشویی داشتند. در پژوهشی حاجی بیدگلی و تمنایی‌فر (۱۳۹۶)، دریافتند که باورهای ارتباطی غیر منطقی، به عنوان عامل مهمی در دلزدگی زناشویی نقش دارد. پژوهش موحد و عزیزی (۱۳۹۰)، که به مطالعه رابطه رضایت جنسی زنان و تعارضات میان همسران پرداخته بودند، نشان داد رابطه معکوسی بین رضایت‌مندی جنسی زنان و تعارضات میان همسران وجود دارد. پژوهش ادیب بگک و مبا^۳ (۲۰۱۵)، حاکی از آن بود که عوامل روان‌شناختی مانند میزان افسردگی، عواطف و فعالیت‌های جنسی با رضایت زناشویی در بین کارمندان رابطه معکوس دارد. پژوهش

1. Ndlovu & Idemudia
2.. Baron, Smith , Butner, Nealey-
Moore, Hawkins & Uchino

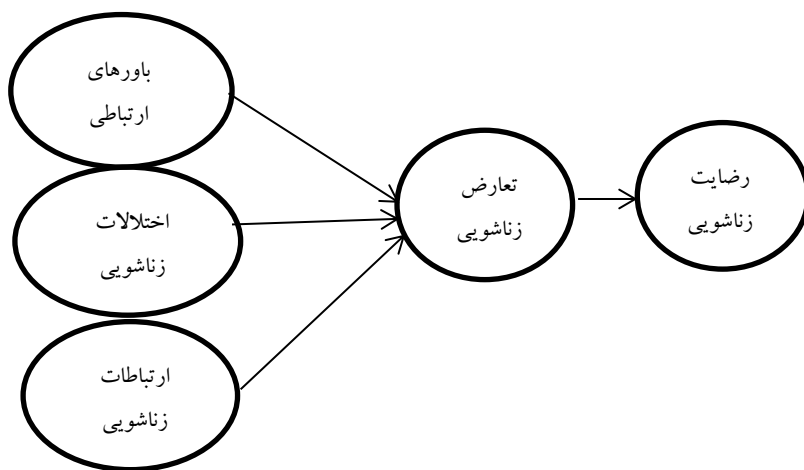
3. Adibeg & Meba

ندلو و لیدمودیا^۱ (۲۰۱۳) با هدف بررسی رابطه بین عوامل روان‌شناختی و رضایت زناشویی در میان افراد متأهل حاکی از آن بود که بهزیستی روان‌شناختی، ارتباط زناشویی و آلکسی تایمیا به طور قابل توجهی رضایت زناشویی را پیش‌بینی می‌کند. در پژوهش عبدی، امیری و محمدی (۲۰۱۵) نیز رضایت زناشویی و حل مسئله خانواده مستقیماً پیش‌بینی کننده حمایت اجتماعی بود و روابط غیرمستقیم بین فرایند خانواده و میانجی‌گری رضایت زناشویی تایید شد. پژوهش افولابی، اولادوتون، چیندو و تولالوپه^۲ (۲۰۱۷) حاکی از آن بود که ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی رابطه دارد. از جمله عواملی که باعث بروز مشکلات، تنش و کشمکش زیاد در خانواده است، وجود روابط آشفته در میان خانواده‌های معتادان به دست آمد.

زنان دارای همسر معتاد علاوه بر امور خانه‌داری و تربیت فرزندان، ناگزیر هستند مسائل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. همچنین در معرض انواع آسیب‌های سوء مصرف مواد نیز می‌باشند و شواهد تلخ از گسستگی‌های عاطفی، طلاق و از هم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می‌آید. از سویی جایگاه زنان دارای همسر معتاد، با توجه به مسائل فردی آنان و نقش‌هایی که در برابر همسر، فرزندان و جامعه دارند، از اهمیت خاصی برخوردار است و توجه به این گروه ضروری می‌باشد. حال با توجه به شیوع اعتیاد، مشکلات روان‌شناختی در همسران افراد معتاد، نبود مدل ساختاری مناسب خاص این گروه و با توجه به کمبود پژوهش در این زمینه، این مطالعه با هدف بررسی نقش میانجی تعارضات زناشویی در رابطه‌ی بین باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی با رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد اجرا شد. مدل مفهومی این پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.

1. Nedloo & Idmodia .

2. Afolabi, Oladotun, Chinedu & Tolulope



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، توصیفی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری محسوب می‌شود. بدین منظور از بین همسران افراد معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و کمپ‌های درمانی ترک اعتیاد و سازمان‌های مردم‌نهاد مرتبط در سال ۱۳۹۷ در شهر اصفهان، ۱۰۰ نفر به صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت فردی بر روی آن‌ها اجرا شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش زنان متأهل دارای همسر معتاد بوده که حداقل ۱ سال از مدت ازدواج‌شان گذشته و همسرشان مواد مصرف می‌کرده است. تمایل آگاهانه برای شرکت در پژوهش نیز از ملاک‌های ورود به مطالعه بود. عدم ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی همزمان با مصاحبه‌ی بالینی با افراد بررسی شد. پژوهش‌گر پس از اخذ کد اخلاق R.IAU.KHUISF.REC.1398.194 از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی و ارائه موافقت‌نامه کتبی از دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی به مسئولین کلینیک‌ها و کمپ‌های درمانی ترک اعتیاد و سازمان‌های مردم‌نهاد مربوطه اصفهان اقدام به نمونه‌گیری نمود. فرم رضایت آگاهانه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. شرکت‌کنندگان

اطمینان حاصل کردند که نامشان فاش نخواهند شد و اطلاعات محرمانه خواهند ماند و به صورت فردی استفاده نخواهد شد.

ابزار

۱- مقیاس رضایت زناشویی هودسن: این ابزار ۲۵ سوالی است که برای اندازه‌گیری میزان شدت یا دامنه مشکلات زن و شوهر در رابطه زناشویی توسط هودسن^۱ (۱۹۹۲)، ساخته شد. این مقیاس ویژگی رابطه را یک کل تلقی نمی‌کند، بلکه دامنه مشکلات را از نظر زن و مرد اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای دو نمره برش است. یکی نمره ۳۵ که نمرات بیشتر از ۳۵ دلالت بر وجود مشکلات بالینی قابل ملاحظه دارد. دومین نمره برش ۷۰ است. نمرات بالاتر از ۷۰ تقریباً نشان دهنده آن است که مراجع دارای مشکلات بیشتری می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹). نمره گذاری شاخص رضایت زناشویی ابتدا با معکوس نمودن و جمع کردن نمرات سوال‌های ۱، ۳، ۵، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۳ محاسبه می‌شود. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه از نظر سازنده اصلی ۰/۹۶ گزارش شده است (ثنایی، ۱۳۷۹). ابراهیم‌نژاد زرنندی (۱۳۸۱)، اعتبار آن را طبق آلفای کرونباخ در زنان ۰/۹۶ و در مردان ۰/۹۴ به دست آورده است. صداقت (۱۳۸۲)، بین این آزمون و آزمون انریچ همبستگی برابر ۰/۸۵۷- گزارش کرده است. آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه باورهای ارتباطی^۲: این پرسش‌نامه به منظور اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی زناشویی توسط آیدلسون و اپستین^۳ (۱۹۸۲) ساخته شده و توسط مظاهری و پور اعتماد (۱۳۸۰) مورد استفاده قرار گرفته است. این سیاهه دارای ۴۰ سوال است که در طیف لیکرت به صورت صفر (کاملاً غلط) تا ۵ (کاملاً درست) پاسخ داده می‌شود. پنج خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه عبارتند از: باور به مخرب بودن مخالفت، باور به عدم تغییرپذیری همسر، توقع ذهن‌خوانی، کمال‌گرایی جنسی و باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی هستند. با توجه به معکوس شدن نمرات در این پژوهش، نمره بالاتر نشان‌دهنده

1. Hudson
2. Relational beliefs inventory (RBI)

3. Eidelson & Epstien

داشتن باورهای ارتباطی منطقی تر است. کامپ، بریلمن و کوپر^۱ (۱۹۸۶) در تحقیق خود آلفای کرونباخ را در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ نشان دادند. آیدلسون و اپستین (۱۹۸۲) در تحقیق خود نشان دادند که آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ هست (بوشمن^۲، ۱۹۹۸). در این مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌های باور به تخریب کنندگی مخالفت، باور به عدم تغییرپذیری همسر، توقع ذهن خوانی، کمال گرایی جنسی، و باور در مورد تفاوت‌های جنسیتی به ترتیب عبارت بودند از ۰/۶۷، ۰/۶۳، ۰/۵۳، ۰/۴۲ و ۰/۴۴ بود. آلفای کل ۰/۸۰ به دست آمد.

۳- مقیاس اختلالات هیجانی (مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی)^۳: این مقیاس توسط زیگموند و اسنیت^۴ (۱۹۸۳)، ساخته شد و یک ابزار خود گزارشی ۱۴ گویه‌ای می‌باشد که برای غربال کردن وجود و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب در طی هفته گذشته در بیماران طراحی شده است. مدت زمان اجرای آن کمتر از ۵ دقیقه است و جمعیت مورد بررسی آن افراد ۱۶ سال به بالا می‌باشد. این ابزار دو خرده مقیاس افسردگی و اضطراب هفت سوالی دارد و یک ابزار غربالگری مفید و مختصر برای نشانه‌های افسردگی و اضطرابی در بیماران با مشکل جسمی را ارائه می‌کند. برای ارزیابی اضطراب و افسردگی در بیماران سرپایی بیمارستان عمومی و برای برآورد شدت اختلال هیجان به کار می‌رود. البته این مقیاس برای گروه‌های دیگر نیز روایی دارد (کاویانی، صیفوریان، شریفی و ابراهیم خانی، ۱۳۸۸). اعتبار از نوع آلفای کرونباخ آن در کشورها و مطالعات مختلف در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی برای اضطراب و افسردگی بین ۰/۷ تا ۰/۹ گزارش شده است (ریسال^۵، ۲۰۱۷). همسانی درونی برای خرده مقیاس اضطراب به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و برای افسردگی ۰/۸۵ به دست آمد. اعتبار سازه با استفاده از مقیاس‌های مرتبط رضایت‌بخش است (کاویانی و همکاران، ۱۳۸۸). در نمونه بالینی ایرانی همسانی درونی برای خرده مقیاس اضطراب (۰/۷۸)، افسردگی (۰/۸۶) و روایی همگرا با استفاده از

1. kamp, Brilman & Kuiper
2. Bushman
3. Hospital Anxiety and Depression's Code(HADS)

4. Zigmond, & Snaith
5. Risal

ضریب همبستگی پیرسون برای خرده‌مقیاس اضطراب (۰/۴۷ تا ۰/۸۳) و برای خرده‌مقیاس افسردگی (۰/۴۸ تا ۰/۸۶) گزارش شده است (منتظری، وحدانیان و ابراهیمی، ۲۰۰۳). آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۸۸ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه ارتباطات زناشویی^۱: این پرسش‌نامه به منظور اندازه‌گیری توانایی ارتباطات کلامی و غیرکلامی بین زوجین در محیط‌های اجتماعی متفاوت می‌باشد. توسط لوکه، صباغت، و تومس^۲ (۱۹۶۷) ساخته شده و دارای ۲۵ گویه است. سوالات در طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. دو خرده‌مقیاس آن عبارتند از: ارتباطات کلامی با ۷ سوال و ارتباطات غیر کلامی با ۱۸ سوال. سوالات ۸، ۹، ۱۱ و ۱۷ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده رضایت بالاتر از ارتباط بین زوجین است. اومولابی^۳ (۱۹۹۹) آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۷۲، و ضریب بازآزمایی را ۰/۸۴، و همبستگی نمرات آن را با استرس زناشویی ۰/۶۹ گزارش کرد (نقل از افولابی و همکاران، ۲۰۱۷). آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۷۸ به دست آمد.

۵- مقیاس تعارض زناشویی کانزاس^۴: این مقیاس توسط اگمان، ماکسلی و اسپچام^۵ در سال ۱۹۸۵ ساخته شده و ۲۷ گویه دارد. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای «هرگز»، «به ندرت»، «برخی اوقات» و «تقریباً همیشه» می‌باشد که به ترتیب امتیازات ۱، ۲، ۳ و ۴ را دریافت می‌کنند. حداقل نمره ۲۷ و حداکثر ۱۰۸ می‌باشد. نمره‌ی بالاتر نشانگر کمتر بودن میزان تعارض زناشویی است. آلفای کرونباخ برای مردان ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و برای زنان ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب بازآزمایی با طول مدت ۶ ماه در دامنه‌ی ۰/۶۴ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. مقیاس می‌تواند به شکل معنادار بین ازدواج‌های برآشفته و غیر برآشفته برحسب رضایت زناشویی تمایز قائل شود. نمرات این مقیاس با نمرات مقیاس‌های همدلی، احترام و هماهنگی، چند خرده‌مقیاس پرسش‌نامه‌ی ارتباطات زناشویی، تفاهم در روابط و جهت‌گیری هدف زناشویی رابطه‌ی معنادار نشان داده‌اند (امراهی،

1. The Primary Communication Inventory (PCI)
2. Locke, Sabaght, & Thomes
3. Omoluabi

4. Kansas Marital Conflict Scale (KMCS)
5. Eggeman, Moxley & Schumm

روشن چسلی، شعیری، نیک آذین، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر، ۰/۷۲ به دست آمد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سن افراد نمونه و (همسران‌شان) ۳۴/۵ (۴۰/۸۸) سال بود. میانگین مدت ابتلا همسر و (میانگین مدت ازدواج) ۸/۹ (۱۱/۸۵) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد
باورهای ارتباطی	۹۵/۱۵	۲۷/۶۹	ارتباطات زناشویی	۸۴/۹۳	۷/۵۴
اختلال هیجانی	۳۱/۲۹	۶/۰۷	تعارض زناشویی	۶۹/۴۴	۷/۴۸
رضایت زناشویی	۴۳/۸۳	۲۶/۸۲			

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱- باورهای ارتباطی	۱			
۲- اختلال هیجانی	۰/۵۵**	۱		
۳- ارتباطات زناشویی	۰/۲۱**	-۰/۰۸	۱	
۴- تعارض زناشویی	۰/۵۷**	-۰/۸۶**	۰/۲۵*	۱
۵- رضایت زناشویی	-۰/۳۹**	۰/۵۶**	-۰/۲۳*	۰/۶۳**

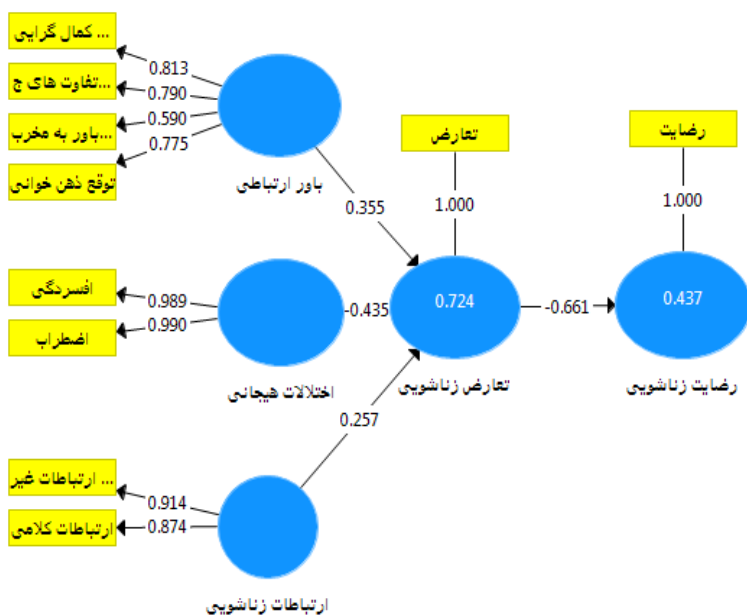
* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

جدول تأثیرات متغیرهای پژوهش بر اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: تأثیرات متغیرهای پژوهش بر حسب مدل‌یابی معادلات ساختاری

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	آماره t	نتیجه
باورهای ارتباطی ← تعارض زناشویی	۰/۱۲۵	-	۰/۱۲۵	۲/۸۷	معنادار
اختلالات هیجانی ← تعارض زناشویی	-۰/۷۷۴	-	-۰/۷۷۴	-۸/۱۳	معنادار
ارتباطات زناشویی ← تعارض زناشویی	۰/۱۱۳	-	۰/۱۱۳	۲/۰۵	معنادار
تعارض زناشویی ← رضایت زناشویی	-۰/۴۸۴	-	-۰/۴۸۴	-۳/۵۹	معنادار
باورهای ارتباطی ← رضایت زناشویی	-	۰/۱۲۸	۰/۱۲۸	-	معنادار
اختلالات هیجانی ← رضایت زناشویی	-	۰/۳۷۵	۰/۳۷۵	-	معنادار
ارتباطات زناشویی ← رضایت زناشویی	-	۰/۱۱۸	۰/۱۱۸	-	معنادار

مدل معادلات ساختاری براساس مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۲: مدل نهایی پژوهش

همان گونه که در جدول ۳ و شکل ۱ مشاهده می‌شود، براساس ضرایب به دست آمده تأثیر غیر مستقیم باورهای ارتباطی بر رضایت زناشویی معنادار است. بنابراین تعارض زناشویی میانجی رابطه‌ی باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی است. نتایج نشان داده تأثیر غیر مستقیم اختلالات هیجانی نیز بر رضایت زناشویی معنادار است. لذا تعارض زناشویی

میانجی رابطه اختلالات هیجانی و رضایت زناشویی است. همچنین تأثیر غیرمستقیم ارتباطات زناشویی بر رضایت زناشویی معنادار است. لذا تعارض زناشویی میانجی رابطه ارتباطات زناشویی و رضایت زناشویی است. لازم به توضیح است که نمره بالاتر در باورهای ارتباطی و ارتباطات زناشویی نشان دهنده ارتباط قوی تر زوجین است. در حالی که نمره بالاتر اختلالات هیجانی نشان گر مشکلات اضطراب و افسردگی بیشتر در فرد می باشد. نمره بالاتر در تعارض زناشویی نشان دهنده کمتر بودن تعارض در بین زوجین است اما نمره بالاتر در رضایت زناشویی نشان گر رضایت زناشویی کمتر و مشکلات بیشتر بین زوجین است. از این رو تأثیر مستقیم باورهای ارتباطی و ارتباطات زناشویی بر تعارض زناشویی مثبت است که نشان می دهد با افزایش نمره در هر دو متغیر باورهای ارتباطی و ارتباطات زناشویی، نمره تعارض زناشویی بالاتر می رود. یعنی تعارض زناشویی کمتر می شود. تأثیر اختلالات هیجانی بر تعارض منفی است که نشان می دهد با افزایش اختلالات هیجانی، نمره تعارض زناشویی کمتر می شود (میزان تعارض بین زوجین بیشتر می شود). تأثیر مستقیم تعارض زناشویی بر رضایت زناشویی منفی است که نشان می دهد با افزایش نمره تعارض (کم شدن تعارض زناشویی)، نمره رضایت زناشویی کمتر می شود (رضایت زناشویی بیشتر می شود). شاخص های برازش مدل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: شاخص های برازش مدل

متغیرها	آلفای کرونباخ	اعتماد ترکیبی	AVE
باورهای ارتباطی	۰/۷۳	۰/۸۳	۰/۵۶
اختلال هیجانی	۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۹۸
ارتباطات زناشویی	۰/۷۵	۰/۸۹	۰/۸۰
تعارض زناشویی	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰
رضایت زناشویی	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، پایایی ترکیبی یا شاخص قابلیت اعتماد ترکیبی در همه متغیرهای پژوهش بالاتر از ۰/۷ و مورد قبول است. همچنین شاخص متوسط واریانس استخراج شده در همه متغیرها بالاتر از ۰/۵ و نزدیک به یک است که این شاخص نیز مورد تأیید است. میزان آلفای کرونباخ نیز بالاتر از ۰/۷ و مورد قبول است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی‌گری تعارضات زناشویی در رابطه‌ی باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی و رضایت زناشویی همسران افراد معتاد انجام گرفت. یافته‌های مربوط به ضرایب همبستگی بیانگر اثر مستقیم باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی، ارتباطات زناشویی بر تعارضات زناشویی بود و براساس ضرایب به دست آمده میزان تأثیر غیرمستقیم باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی و ارتباطات زناشویی بر رضایت زناشویی معنادار بود. می‌توان ادعا داشت که تعارض زناشویی میانجی‌گر رابطه‌ی متغیرهای مذکور با رضایت زناشویی است و در این رابطه نقش میانجی‌گری جزئی ایفا می‌کند. براساس مدل معادلات ساختاری از بین متغیرهای باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی و ارتباطات زناشویی، بالاترین میزان تأثیر مربوط به اختلالات هیجانی است که شامل افسردگی و اضطراب می‌باشد و در جایگاه بعدی، این باورهای ارتباطی هستند که تعارض زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. شبکه‌ای از تأثیرات باورهای ارتباطی، اختلالات هیجانی و ارتباطات زناشویی بر تعارضات زناشویی تأثیر گذارده و سپس تعارضات زناشویی، به شکلی بسیار قدرتمند و منفی رضایت زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از منظر مدل ساختاری تعارضات زناشویی ضریب تأثیر منفی قوی‌تری در مقایسه با سایر پیشایندهای خود داراست. این بدان معناست که ریشه‌ی بسیاری از تعارضات را در زندگی زناشویی همسران معتاد می‌توان در باورهای ارتباطی غیر منطقی، ارتباطات از هم گسیخته‌ی زناشویی و اضطراب و افسردگی ناشی از تأثیرات مصرف مواد توسط فرد معتاد و نابود کردن نظام خانواده دانست.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج برخی مطالعات در یک بافت کلی‌تر همخوانی دارد از جمله، پژوهش حاجی بیدگلی و تمنایی‌فر (۱۳۹۶)، مبنی بر رابطه باورهای ارتباطی غیر منطقی با دلزدگی زناشویی پژوهش آزادی‌فر و امانی (۱۳۹۵)، مبنی بر رابطه‌ی معکوس باورهای ارتباطی و سبک‌های حل تعارض با رضایت زناشویی همسویی دارد. آن‌ها بیان داشتند باور به مخرب بودن، مخالفت، عدم تغییرپذیری همسر، کمال‌گرایی جنستی و توقع ذهن‌خوانی به ترتیب بیشترین نقش را در پیش‌بینی رضایت زناشویی دارد. پژوهش

موحد و عزیزی (۱۳۹۰)، نیز رابطه معکوس بین رضایت‌مندی جنسی زنان و تعارضات بین همسران نشان داد. بدین معنا که هر چه رضایت‌مندی جنسی زنان افزایش می‌یابد، تعارضات زوجین کاهش پیدا می‌کند و بالعکس. همچنین پژوهش ادیب بگک و مباحی (۲۰۱۵)، مبنی بر تأثیر عوامل روان‌شناختی بر رضایت زناشویی نشان داد عوامل روان‌شناختی مانند افسردگی، عواطف و فعالیت‌های جنسی با رضایت زناشویی رابطه معکوس دارد. علاوه بر این پژوهش ندلوو و ایدمودیا (۲۰۱۳) در بین افراد متأهل نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی و ارتباط زناشویی به طور قابل توجهی رضایت زناشویی را پیش‌بینی می‌کند.

در تبیین یافته‌های حاصل می‌توان بیان داشت که سوء‌مصرف مواد با افزایش پرخاشگری همراه است و عامل مهمی در بروز خشونت محسوب می‌شود. این مسئله ارتباطات زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به تعارضات زناشویی می‌شود. همچنین طول مدت مصرف با کاهش میل جنسی در فرد معتاد همراه است که خود به نوعی می‌تواند نقش مهمی را در بروز اختلالات هیجانی مانند افسردگی و اضطراب در همسر فرد معتاد داشته باشد. در طول مدت اعتیاد، بسیاری از ابعاد رضایت‌مندی زندگی از زندگی فرد معتاد رنگ می‌بازد و جای خود را به بی‌تفاوتی، بدبینی و خصوصیات از این دست می‌دهد. بسته به نوع ماده‌ی مصرفی می‌تواند شدت یا ضعف داشته باشد. مثلاً در مدت زمانی که فرد معتاد به کسب لذت از مواد مخدر قوی و توهم‌زا می‌پردازد و هنوز به مرحله‌ی تخریب نرسیده، ادراک او از همه‌ی پدیده‌ها از جمله مسائل مختلف زناشویی احتمالاً راضی‌کننده خواهد بود. بدیهی است استدلال فوق در مورد همه‌ی معتادین صدق نمی‌کند. فرد معتاد در طول مدت اعتیادش از خانواده‌ی خود جدایی عاطفی پیدا کرده و به نیازهای خانواده و خصوصاً همسر خود بی‌توجه است و لذت و رضایت خود را از مواد کسب می‌کند. دیگر درکی از زمان ندارد و زمانی که به اعتیاد دل مشغولی دارد، همه‌ی ارزش‌ها در ذهن او رنگ می‌بازد. فرد معتاد به انتظارات همسر خود بی‌توجه است و تنها به لذت خود می‌اندیشد. در اشکال پیچیده‌تر و عمیق‌تر آن می‌توان طلاق عاطفی را شاهد بود

چراکه در خود فرو رفتگی معتاد آن چنان است که تحلیل‌های منطقی از محیط پیرامون خود در بافت زندگی شخصی ندارد.

با افزایش میزان ارتباطات زناشویی و کاهش باورهای غیرمنطقی و بهبود اختلالات هیجانی، فرد درگیر تعارضات زناشویی نمی‌شود. همچنین زوجین می‌توانند بدون ترس از ابراز هیجانات و تعارضات موجود خود به بیان آن‌ها پردازند و این کار به آن‌ها این اجازه را می‌دهد که الگوهای ناسازگارانه افکار، احساسات و رفتار بین زوجین درک و اصلاح شود. اصلاح الگوهای ناسازگار افکار، باورهای غیرمنطقی و قالب‌های نامناسب ذهنی می‌تواند فرد را از آسیب‌های روانی دور کند. از آنجا که برخی از الگوهای ذهنی نامناسب اساس بیماری‌هایی از جمله افسردگی و استرس هستند و اختلالات هیجانی را ایجاد می‌نمایند، بنابراین هنگامی که این الگوها اصلاح شوند می‌تواند تاثیر زیادی بر روی سلامت روان و رضایت زناشویی زوجین داشته باشد و به حفظ انتظارات رضایت‌بخش و ارتباطات درست آنان در آینده کمک کند. رضایت زناشویی متضمن زندگی مملو از آرامش می‌باشد، بنابراین فردی که سطح بالایی از رضایت زناشویی را دارد، نسبت به احساسات، باورها، نگرش و نیازهای خود و همسرش نگاهی همراه با تأمل و درک دارد، این گونه افراد در هنگام مواجهه با موقعیت‌های دشوار و استرس‌زا می‌توانند با درک درست و متناسب با موقعیت به شیوه‌ای منطقی و با ارائه راه حل‌های مبتنی بر تجربه و تفکر سعی در حل مشکلات نمایند. بنابراین روحیه‌ای مضاعف در برخورد مجدد با مشکلات و حل تعارضات زناشویی را کسب می‌کنند.

انجام این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: این پژوهش صرفاً بر روی زنان دارای همسر معتاد شهر اصفهان مراجعه کننده به کمپ‌های ترک اعتیاد و مراکز ترک مردم نهاد انجام گرفته است. از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود. پژوهش با روش همبستگی انجام گرفت و از نتایج پژوهش حاضر نمی‌توان استنتاج علیّ مشابه تحقیقات آزمایشی به عمل آورد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مطالعات مشابهی بر روی جمعیت‌های آماری متفاوت صورت گیرد تا نتایج قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد. از مداخلات

روان‌شناختی در پژوهش‌های مشابه استفاده شود تا یافته‌های عینی تری حاصل شده و نقش متغیرهای میانجی مانند عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، بر رضایت زناشویی زنان دارای همسر معتاد بررسی شود.

منابع

- ابراهیم‌نژاد زرنندی، نریمان (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین سطح هیجان‌خواهی همسران و سازگاری زناشویی آنان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- ابهر زنجانی، فرناز؛ خواجه میرزا، وحیده؛ سیدی، محبوبه؛ شهابی‌زاده، فاطمه؛ دستجردی، رضا؛ بحرینیان، عبدالمجید (۱۳۹۳). بررسی باورهای ارتباطی و دزدگی زناشویی در زوجین بارور و نابارور. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۲)، ۸۶-۸۱.
- احمدوند، محمدعلی (۱۳۸۷). *اعتیاد، سبب‌شناسی و درمان آن*. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- امراهی، ریحانه؛ روشن چسلی، رسول؛ شعیری، محمدرضا؛ نیک‌آذین، امیر (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. *دو فصلنامه دانشگاه شاهد*، ۲۰(۸)، ۲۲-۱۱.
- آزادی فرد، صدیقه؛ امانی، رزیتا (۱۳۹۵). رابطه باورهای ارتباطی و سبک‌های حل تعارض با رضایت زناشویی. *دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۴(۲)، ۴۷-۳۹.
- باقری، مریم و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد، دارودرمانی و درمان شناختی- رفتاری بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلبان ترک. *فصلنامه‌ی اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۱)، ۲۶۵-۲۸۰.
- تقی پور، شیوا؛ باغستانی، محمد حسین؛ سعادت‌نادره (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۷۱-۸۸.
- ثنایی، باقر (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت، چاپ اول.
- حسینی، سید مجید، زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۱). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر میزان اختلاف خانوادگی در بوشهر. *فصلنامه برنامه‌ریزی رفاه و توسعه اجتماعی*، ۳(۳)، ۲۹-۱۶.
- رزاقی الوندی، ابراهیم (۱۳۹۰). نقش ذهن آگاهی، باورهای غیر منطقی و سبک‌های حل تعارض بین فردی در رضایت زناشویی زوجین. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- رضاحاجی بیدگلی، الهام؛ تمنایی فر، محمدرضا (۱۳۹۶). بررسی رابطه باورهای ارتباطی و دزدگی زناشویی. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، مشاوره و علوم رفتاری*.

- صداقت، حسین (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین سن ازدواج، فامیلی یا غیرفامیلی بودن ازدواج، تعداد فرزندان و تشابه اعتقادی با رضایت زناشویی دبیران زن و مرد شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. گروه مشاوره، دانشگاه تربیت معلم.
- کاویانی، حسین؛ صیفوریان، حسین؛ شریفی، ونداد، ابراهیم‌خانی، نرگس. (۱۳۸۸). پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی: بیماران افسرده و اضطرابی ایرانی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۶۷(۵)، ۳۸۵-۳۷۹.
- گلاس، ویلیام (۲۰۰۰). نظریه انتخاب: روان‌شناسی نوین آزادی فردی، ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۷). چاپ اول، تهران: انتشارات رسا.
- محمدخانی، پروانه (۱۳۸۸). ابعاد مشکلات شخصی- ارتباطی زنان دارای همسر معتاد: چشم‌اندازی به برنامه‌ی توانبخشی همسران مبتلایان به اعتیاد. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۳(۹)، ۳۶-۱۷.
- محمدی‌فر، محمد علی؛ طالبی، ابوالفضل؛ طباطبائی، سید موسی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۴(۱۶)، ۴۰-۲۵.
- مظاهری، محمدعلی؛ پور اعتماد، حمیدرضا (۱۳۸۰). مقیاس باورهای ارتباطی. چاپ نشده، پژوهشگاه خانواده دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- موحد، مجید؛ عزیزی، طاهره (۱۳۹۰). مطالعه رابطه رضایت جنسی زنان و تعارضات میان همسران. مجله زن و توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، ۹(۲۱۷)، ۲۰۵-۱۹۱.
- مهدی‌زاده، سمیه؛ قدوسی، آرش؛ ناجی، سید علی (۱۳۹۲). بررسی تنش‌های درونی همسران مردان معتاد به هروئین. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۲(۳)، ۱۳۸-۱۲۸.
- ناعمی، علی محمد (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش خانواده محور بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان، دارای همسر معتاد (مطالعه موردی سبزوار). زن در توسعه و سیاست، ۱۳(۱)، ۵۳-۴۱.

References

- Abdi, S., Amiri, SH., Mohammadi, SH. (2015). Relationship between Family Processes and Social Support through Mediating Marital Satisfaction: Structural Model of Social Support in Major Depression Women. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 4(5), 48-54.
- Adigeb, A. P., & Mbua, A. P. (2015). The Influence of psychosocial factors on marital satisfaction among public servants in cross river state. *Global journal of human-social science: Linguistics & Education*. Volum(15), 13-19.
- Afolabi, A. B., Oladotun, A. S., Chinedu, E. O., & Tolulope, O. E. (2017). Psychosocial Factors in Marital Satisfaction among Married couples in Benin-City: An Implication for Couple's therapy. *Advances in Social Sciences Research Journal*, 4(10) 177-182.

- Alayi,Z., AhmadiGatab, T., BabaeiZadKhamen, A. (2011). Relation between Communication Skills and Marital-Adaptability Among University Students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 30(19), 59-63.
- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders(5thed)*. Washington, DC: Auth.
- Arieta, M. T.(2008). *Women s'couple relationship satisfaction: The impact of family structure and interparental conflict*. Unpublished Doctoral Dissertation. Sanfrancisco University.
- Baron, K.G., Smith ,T.W., Butner, J., Nealey-Moore, J., Hawkins, M.W.,Uchino , B.N.(2007).Hostility, anger, and marital adjustment: concurrent and prospective associations with psychosocial vulnerability. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 1-10
- Bushman, w. (1998). *The relationship between conflict, love and satisfactional relationship beliefs problem-solving techniques and negotiating strategies in romantic relationship*. Unpublished Doctoral Dissertation. hofstra university.
- Coyne, J.C., Thompson, R., Palmer, SC.(2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology* .16(1):26-37.
- Cummings, E. M., Faircth, W. B., Mitchell, P., Cummings, J. S., & charmerhorn, A. C. (2008). Evaluating a brief prevention program for improving marital conflict in community family. *Journal of Family Psychology*, 22(2), 193 – 202.
- Dunham, S.H. (2008). *Emotional skillfulness in African American marriage. intimate safety as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction*, Unpublished Doctoral Dissertation. University of Akron.
- Eggeman, K., Moxley, V., and Schumm, W. R. (1985). Assessing spouses perceptions of Gottman's Temporal Form in marital conflict, *psychological Reports*, 57, 171-181.
- Eidelson, R., Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 715-720.
- Emmelkamp, P. M. G., Brilman, E., & Kuiper, H. (1986). The treatment of agoraphobia: A comparison of self-instructional training, rational emotive therapy, and exposure in vivo. *Behavioral Modification*, 10, 37-53.
- Goldstein, A.L., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22–32.
- Hollist, C.S., Miller, R.B., Falceto, O.G., Fernandes, C.L.(2007). Marital satisfaction and depression: a replication of the Marital Discord Model in a Latino sample. *Family Process*, 46(4), 485-498.
- Hudson, W. W. (1992). *Index of Marital Satisfaction*. Walmir Publishing Co., P.O. Box 24779, Tempe, AZ 85085 – 4779 .
- Klein, J. W. (2016). Pharmacotherapy for Substance Use Disorders. *Medical Clinics of North America*, 100(4), 891-910.
- Locke, H.J., Sabaght, G. & Thomes, M.M. (1967). The Primary Communication Inventory. *Healthy Marriage Compendium*, Part 2.

- Lundholm, L. (2013). *Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence*. unpublished Dissertations, Sweden: Uppsala University.
- Moghadam, GF., Ahadi, H., Jamhari, F., Fakhri, N.A.(2012). Comparison of the Effectiveness of Communication Skills Training for Marital Conflicts and Quality of Life in Female Students of Islamic Azad University, Science and Research Branch. *World Journal of Sport Sciences*, 36 (1),73-79.
- Montazeri, A., Vahdaninia, M., Ebrahimi, M., & Jarvandi, S. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): translation and validation study of the Iranian version. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 14.
- Ndlovu,J., Idemudia, E. (2013). Psychological predictors of marital satisfaction among married peapole gauteng province south africa. *I Faculty of Human and Social Sciences*, North West University (Mafikeng Campus), South Africa.
- Onyishi, E. L., P., Sorokowski, A., Sorokowski, & R. N. Pipitone, (2012).Children and marital satisfaction in a non-western sample: Having more children increases marital satisfaction among the igbo people of Nigeria”, *Evolution and Human Behavior*, 31(8), 29-41.
- Risal, A., Manandhar, K., Linde, M., Koju, R., Steiner, T. J., & Holen, A. (2017). Reliability and validity of a Nepali-language version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Kathmandu University Medical Journal*, 13 (2), 115-124
- Sadock, B J., Sadock, V. A. (2016). *Kaplan and Sadock 's comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed., vol. 1). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Soo- Hoo, J .(2008). Efficacy of social skills training in family conflict. *Journal family therapy*, 30(4), 125-137.
- Zigmond, A. S & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta sychiatrica Scandinavica*, Mindfulness Based Cognitive Therapy for Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361–370.