

اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد

مریم مشاوری^۱، زهره لطیفی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۰۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه-آزمایشی دو گروهی سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) می‌باشد. به منظور اجرای پژوهش از زنان دارای همسر معتاد به مواد افیونی و صنعتی تحت درمان در کلینیک‌های شهرستان نجف‌آباد 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 پیش‌آزمون اجرا شد. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه (به صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) روایت‌درمانی قرار گرفتند و یک هفته پس از اتمام مداخله هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. پس از گذشت ۴۵ روز پیگیری انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که روایت‌درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادین تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد تأثیر معناداری دارد ($P < 0/01$). این نتایج طی گذر زمان نیز ثابت مانده‌اند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان روش روایت‌درمانی را جهت افزایش سلامت روان خانواده‌های معتادین در مراکز درمانی به کار برد.

کلیدواژه‌ها: روایت‌درمانی، 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. متأسفانه 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، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، حقوقی، اقتصادی و سیاسی دارد (نیکبخت نصرآبادی، پاشایی ثابت و بستامی، ۱۳۹۵). سوء مصرف مواد و عواقب ناخوشایند آن یکی از مشکلات مهم سلامت روان در دنیای امروز است. این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روان‌پزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، معنوی و اخلاقی رابطه دارد. سوء مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه آسیب فراوانی بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند.

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 استوور و اسپینک^۱ (۲۰۱۲) بیان می‌کنند، اعتیاد پدر خانواده منجر به بروز خشونت‌های بیشتر در خانواده می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند سوء مصرف مواد در مرتکبین به خشونت فیزیکی در دادگاه جرائم، مراکز سلامت روان یا مراکز ارائه خدمات اجتماعی تقریباً بالای ۵۰٪ دیده شده است. این موضوع زمینه‌گرایش سایر اعضا به مصرف مواد مخدر را فراهم می‌کند. بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند اعتیاد والدین یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌های ابتلاء سایر افراد خانواده به وابستگی دارویی می‌باشد (رانل و لوی کاهانا^۲، ۲۰۱۱؛ اسشافر^۳، ۲۰۱۱؛ گاپتا، ساین سارپال و آرورا^۴، ۲۰۱۳). اعتیاد پدر خانواده با اختلال در وضعیت اقتصادی و کاهش نقش حمایتی وی در خانواده همراه است

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 روان‌شناختی در سایر اعضای خانواده می‌شود (چامبرس^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

زنانی که دارای شوهران معتاد هستند ممکن است به سوء مصرف مواد روی آورند و یا در معرض خطر رفتارهای مرتبط با آمیزش جنسی ناایمن 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 امن‌ترین نهاد اجتماعی، یعنی خانواده، با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود و در شرایطی که محیط خانه مأمّن امنیت، آرامش و آسایش است در هراس و ناامنی 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، فلاحی، فرهودیان و فرضی، ۲۰۱۲) و نارضایتی هیجانی اولین شکل از نارضایتی است که در این زنان ایجاد می‌شود (پیرسرائی^۲، ۲۰۰۷). عامل مهم و تاثیرگذار بر این نارضایتی هیجانی و بهم‌ریختگی 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 (رستمی، موقری، تقوی 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.

1. Chambers
2. Pirsaraee

3. Lazarus, & Folkman

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 مقابله‌فعالیت‌های 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 جست‌وجوی دیگران برای حمایت عاطفی یا کاهش شدت دشواری موقعیت از نظر شناختی (مقابله‌ی هیجان‌مدار^۲) هستند. در مهارت‌های مقابله‌اجتنابی^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 پژوهش‌ها 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). پژوهش‌ها 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 وولفالک^۸، ۱۹۹۳) استفاده می‌کنند که هماهنگ با

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، عبدالمی 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 آسیب‌پذیری 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 اثرگذار باشد، روایت‌درمانی^۱ است. روایت‌درمانی یکی از روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر گزارش وقایع و روایت داستانی از زندگی فردی است. هر فردی تمایل دارد تا زندگی خود را مثل داستانی که ابتدا و انتهای دارد، روایت کند. براساس روایت و حکایتی که از خود بیان می‌کند نسبت به احساسات و کلیت زندگی‌اش آگاه می‌شود و تجربیات جدیدی کسب می‌کند. روایت‌درمانی روشی است که افراد رویدادهای زندگی خود را در قالب روایت می‌ریزند و با نگاهی تازه به آن، روایت جدیدی می‌سازند. براساس استعاره روایت، انسان برحسب 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 شبانگو^۵، ۲۰۱۵ و هان و همکاران^۶، ۲۰۱۵ 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 ساختاربنندی روایتی به وجود می‌آید و قابل تغییر است؛ و با توجه به آنکه بازپروری 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 هدفمندانتخاب 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 فراخوانی 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 شرکت‌کنندگان مد نظر قرار گرفت.

ابزار

۱- مقیاس اضطراب فراگیر: این مقیاس توسط اسپیتزر، کرونگه، 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 همگرایی مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با دو پرسش‌نامه اضطراب بک و خرده‌مقیاس اضطراب سیاه‌نشانه بالینی SCL-۹۰ به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده که وجود اعتبار همگرایی 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 نمره‌گذاری می‌شود. دارای ۸ خرده‌مقیاس است که عبارتند از:

1. Spitzer, Kroenke, Williams, & Bernd

(۱) مقابله مستقیم؛ (۲) دوری‌گزینی 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 مسئله‌مدار که شامل جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت و راهبردهای هیجان‌مدار که شامل مقابله مستقیم، دوری‌گزینی، گریز-اجتناب، و خویش‌تنداری است. لازاروس (۱۹۹۳) ثبات درونی خرده‌مقیاس‌ها را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس راهبردهای مسئله‌مدار ۰/۶۶ و برای راهبردهای هیجان‌مدار ۰/۷۹ گزارش داد. علیپور 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.

جدول ۱: خلاصه جلسات روایت‌درمانی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر؛ مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات؛ تبیین مدل درمانی موردنظر؛ 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، افت؛ و دیدن داستان از منظری دیگر.
چهارم	نامگذاری مشکل؛ ساخت‌شکنی (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 سایه‌ای افراد.
ششم	بررسی پیامدهای منحصربه‌فرد؛ به‌کارگیری 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

میانگین سنی گروه آزمایش برابر با ۳۵/۳۳ سال با انحراف ۴/۴۹ سال و میانگین سنی گروه گواه برابر با ۳۵/۸۰ سال با انحراف استاندارد ۳/۹۰ سال بود. همچنین ۶۰ درصد از اعضای نمونه دارای تحصیلات دیپلم، ۲۶/۷ درصد تحصیلات کاردانی و ۱۳/۳ درصد تحصیلات دانشگاهی کارشناسی داشتند. میزان ۱۳/۳ درصد از افراد فرزندی نداشتند، ۵۰ درصد از اعضای نمونه تک فرزند بودند، ۳۳/۳ درصد دارای دو فرزند و نهایتاً ۳/۳ درصد از همسران دارای سه فرزند بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

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

خرده‌مقیاس‌ها	نوع آزمون	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	
	پیش آزمون	۱۵/۸۶	۱/۳۰	۱۵/۸۳
اضطراب فراگیر	پس آزمون	۱۰/۱۳	۰/۹۹	۱۵/۱۳
پیگیری	پیش آزمون	۱۰/۳۳	۱/۲۹	۱۵/۷۸
	پس آزمون	۳۸/۳۷	۴/۰۲	۳۹/۶۰
راهبرد مسئله‌مدار	پس آزمون	۵۸/۰۶	۲/۴۳	۳۹/۱۳
پیگیری	پیش آزمون	۵۶/۸۶	۲/۲۶	۳۹/۸۰
	پس آزمون	۴۷/۳۳	۲/۷۱	۵۲/۷۳
راهبرد هیجان‌مدار	پس آزمون	۴۷/۳۳	۲/۷۱	۵۲/۷۳
پیگیری	پس آزمون	۴۷/۰۶	۲/۵۲	۵/۶۰

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

جدول ۳ استفاده شد.

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

معدناداری	آماره Z	نوع آزمون	خرده‌مقیاس‌ها
۰/۲۰	۰/۱۶	پیش آزمون	
۰/۲۰	۰/۱۴	پس آزمون	اضطراب فراگیر
۰/۲۰	۰/۱۵	پیگیری	
۰/۰۷	۰/۲۰	پیش آزمون	
۰/۲۰	۰/۱۶	پس آزمون	راهبرد مسئله مدار
۰/۱۴	۰/۱۹	پیگیری	
۰/۲۰	۰/۱۶	پیش آزمون	
۰/۲۰	۰/۱۳	پس آزمون	راهبرد هیجان مدار
۰/۲۰	۰/۱۷	پیگیری	

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 (۰/۰۵, $M=17/48$, $F=2/57P>$). بنابراین برای بررسی اثربخشی روایت‌درمانی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حکایت از معناداری تفاوت گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها داشت (۰/۹۷=اندازه اثر, $F=248/67$, $P<0/001$, $F=248/67$, $P<0/001$, $F=248/67$, $P<0/001$). 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

متغیرها	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان اثر	توان آزمون
اضطراب	۲۰۰/۸۱	۲۰۰/۸۱	۱۰۶/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
راهبرد مسئله‌مدار	۲۷۰۳/۳۴	۲۷۰۳/۳۴	۳۱۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲	۱/۰۰
راهبرد هیجان‌مدار	۲۳۴/۵۱	۲۳۴/۵۱	۷۲/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰

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 می کنیم. برای بررسی مفروضه‌ی برابری ماتریس واریانس-کواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن حکایت از برقراری مفروضه داشت ($M= 7/83, F= 1/15, P> 0/05$). بنابراین برای بررسی بقای اثربخشی روایت درمانی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حکایت از معناداری تفاوت گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرها داشت ($F=203/06, P< 0/001$)، 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 مجدورات	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	میزان اثر	توان آزمون
اضطراب	۱۸۱/۳۱	۱۸۱/۳۱	۱۲۵/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
راهبرد مسئله مدار	۲۲۳۵/۲۶	۲۲۳۵/۲۶	۳۷۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
راهبرد هیجان مدار	۲۴۶/۵۱	۲۴۶/۵۱	۱۰۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰

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

اثربخشی بوده است.

بحث و نتیجه گیری

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 بالا رفتن مهارت راهبرد مسئله مدار و کمتر شدن میانگین راهبرد هیجان مدار شده است. این نتایج با یافته‌های به دست آمده توسط روزدار و همکاران (۱۳۹۵)، عمادی و همکاران (۱۳۹۴)، ثاقبی سعیدی و داوران (۱۳۹۶)، رستگاری و مرادی (۱۳۹۳)، مردیها (۱۳۹۳)، قوامی و همکاران (۱۳۹۳)، نظیری و همکاران (۱۳۸۹)، دنمارک (۲۰۱۶)، 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، برونی کردن علت مشکل و احساس توانمندی برای مقابله، بررسی مشکل از زوایای مختلف و در نتیجه، تفسیر مجدد و تألیفی دوباره برای روایت داستان زندگی که از اهداف و تکنیک‌های روایت‌درمانی است توانسته کمک‌کننده 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 شرکت‌کننده را کاهش داده است. در خصوص تأثیر مداخله بر تغییر شیوه‌های مقابله‌ای به سمت مسئله‌مدار 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 تأثیر 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 روایت آمیخته 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 زندگی‌شان 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، برونی کردن و کاهش توان مشکل، ایجاد نگاه بیرونی به مشکل از زوایای مختلف و در نتیجه، ایجاد تفسیری موثر و تألیفی 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. در نتیجه‌ی 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 مواقع 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 روایت‌درمانی توانستند مهارت‌های مقابله‌ای خود را بهبود بخشند. 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 مؤثر 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 مبنایی برای مقایسه فراهم آید. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی این نوع مداخله برای تربیت درمانگران مورد نیاز 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 مدت تر و با پیگیری‌های بلند مدت و چند مرحله‌ای، به منظور بررسی تداوم اثربخشی و میزان پایداری تغییرهای ناشی از این مدل بر زنان دارای همسر معتاد پیشنهاد می‌شود.

منابع

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

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

روزدار، ابراهیم؛ محمودیان، حمیدرضا؛ پیرایه، لیلا و غلامی حقیقی فرد، آمنه (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی 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 شوشتر، دانشگاه زرقان، واحد پژوهش دانش پژوهان همایش آفرین.

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

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

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

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

یزدی، سیده منوره؛ درویزه، زهرا و شیخی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه‌ی نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود. *مطالعات روان شناختی*، 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(1), 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: Springe: 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.