

اثر بخشی زوج درمانی رفتاری در بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معنادار

نویسندگان: سیده نجمه مهدی زاده^{۱*}، علی اکبر سلیمانی^۲ و علی فتحی آشتیانی^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی خانواده درمانی دانشگاه علم و فرهنگ.

۲- استادیار دانشگاه علم و فرهنگ.

۳- استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (ع.ج).

*Email: nm.psychology@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تفاوت‌های مربوط به عملکرد ازدواج و تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معنادار بوده است که به دنبال زوج درمانی رفتاری ایجاد شده اند. بدین منظور ۳۰ زوج (۶۰ نفر) از بین مراجعه کنندگان مرکز اجتماع درمان مدار (T.C) شهر مشهد به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای زوج درمانی رفتاری به صورت هفتگی دریافت کردند، گروه کنترل هیچ مداخله مشخصی دریافت نکردند. در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، از پرسشنامه‌های عملکرد ازدواج (MFAI) و تعارضات زناشویی (MCQ) استفاده شد. نتایج آزمون آماری یومن ویتنی (در مورد مقیاس‌ها با توزیع غیر نرمال) حاکی از تفاوت معنادار دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای عملکرد ازدواج و تعارضات زناشویی بود. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که آموزش زوج درمانی رفتاری به طور معناداری بر بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی موثر بوده و زوجین در گروه آزمایش افزایش معناداری ($P < 0/05$) را در عملکرد ازدواج و همچنین کاهش معناداری ($P < 0/05$) را در تعارضات زناشویی نشان دادند. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است، زوجینی که زوج درمانی رفتاری دریافت کرده اند در مقایسه با زوجینی که این درمان را دریافت نکرده اند از عملکرد ازدواج بهتر و تعارضات زناشویی کمتری برخوردار می‌باشند.

کلید واژه‌ها: زوج درمانی رفتاری، عملکرد ازدواج، تعارضات زناشویی، اعتیاد

روانشناسی بالینی و شخصیت

دانشور
و نشر

• دریافت مقاله: ۹۲/۶/۳۰

• پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۹

*Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Twenty-first Year, No.10
Spring & Summer
2014*

Clinical Psy. & Personality

دوفصلنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - دوره
جدید شماره ۱۰
بهار و تابستان ۱۳۹۳

مقدمه

خانواده یکی از نظام‌های اولیه جوامع بشری است که با وجود تحولات اساسی، در اهداف و کارکردهای خود ثابت مانده و هنوز در همه جوامع اهمیت اساسی دارد [۱]. خانواده دیرینه‌ترین واحد اجتماعی و هسته مرکزی سازمان‌های اجتماعی گسترده‌تر می‌باشد که دارای کنش‌وری‌های متعددی است. خانواده در حکم بافت سلولی برای اندام‌های اجتماعی عمل می‌کند و از زمانی کنش‌وری خود را آغاز می‌کند که برقراری پیوند محکم و دائم بین زن و مرد تحقق می‌یابد [۲].

اعتیاد یک بیماری پیچیده است. اعتیاد بر اساس ویژگی‌هایی تعریف می‌شود، از جمله تمایل شدید به مصرف مواد در زمانی معین به صورت غیر قابل کنترل، به همراه جستجوی وسواس‌گونه مواد و اصرار بر مصرف مواد، حتی در صورت مواجهه با پیامدهای مخرب آن. اعتیاد اغلب فراتر از مصرف اجبارگونه مواد می‌باشد، چراکه مصرف آن می‌تواند پیامدهای بسیاری به دنبال داشته باشد. به عنوان مثال مصرف مواد مخدر و اعتیاد، احتمال ابتلای فرد به سایر بیماری‌های جسمی و روانی را افزایش می‌دهد که در ارتباط با سبک مصرف مواد و آثار سمی خود مواد مخدر می‌باشد [۳]. درمان اعتیاد اغلب به افراد در جهت توقف مصرف مواد، ادامه سبک زندگی عاری از مواد و دستیابی به عملکردی پربار در خانواده، محل کار، و جامعه کمک می‌کند [۴]. ترکیب درمان‌های رفتاری و داروها (در صورت امکان) تأثیری بیشتر از هریک از درمان‌ها به تنهایی دارد. البته درمان سوء مصرف مواد و اعتیاد، بسته به شرایط متفاوت، از رویکردهای رفتاری و دارویی متنوعی استفاده می‌کند [۵]. به اعتقاد انجمن روانشناسی آمریکا، علی‌رغم درمان‌های اخیر و تلاش‌های بسیار جهت درمان اختلال وابستگی به مواد، همچنان شاهد بروز و ظهور روزافزون این پدیده شوم در جوامع هستیم [۶].

در مورد علل فردی، در خانواده‌های ضعیف میزان بیشتری از عدم یکپارچگی و عدم سازمان‌دهی وجود دارد که این موضوع خود عاملی تسهیل‌کننده برای سوء مصرف مواد محسوب می‌شود [۷]. بیمارانی که از سوء

مصرف مواد رنج می‌برند اغلب آشفتگی زناشویی بیشتری دارند و این آشفتگی ارتباطی یا تعارض بین فردی غالباً با عود همبستگی دارد [۹]. درگیر بودن خانواده، اغلب برای موفقیت در درمان بسیاری از اختلالات سوء مصرف مواد، به ویژه در مواردی که عناصر خانواده ندانسته مشکل را تقویت یا حمایت می‌کنند بسیار مهم است [۹].

یکی از مزایای خانواده درمانی این است که، این گونه درمانها به فرد سوء مصرف کنند و اعضاء خانواده کمک می‌کند تا دقیقاً بر روی چیزی تمرکز کنند که هریک برای بهبود وضعیت زندگی خود باید انجام دهند، یعنی همان چیزی که به واسطه اعتیاد تغییر یافته است [۱۰].

روابط به هم پیوسته درون یک خانواده یکی از عناصر اصلی اختلالات سوء مصرف مواد و درمان آن می‌باشد. متخصصین و محققین هم‌رای هستند که تعاملات اعضاء خانواده می‌تواند بر سلامت عاطفی اعضاء خانواده و همچنین شکست آنها در پیشگیری از ایجاد اختلالات سوء مصرف مواد تأثیرگذار باشد. ممکن است سوء مصرف مواد، رفتار مقابله‌ای خانواده باشد که انگیزه آن به دست آوردن ثبات و تعادل در خانواده است، هر چند خود رفتار مصرف مواد در ادامه پویایی‌های مختل خانواده نقش دارد. این امکان وجود دارد که سوء مصرف مواد یک عضو خانواده نشانه‌ای از پویاییها و تعاملات مختل خانواده باشد که در خدمت تغییر کانون توجه از تعارض است [۹]. در خانواده‌های غیر اعتیادی مرزها بسیار واضح هستند و هرکس به ایفای نقش خود در خانواده می‌پردازد در صورتی که در خانواده‌های دارای عضو معتاد همه چیز تغییر می‌کنند و نقش‌ها نامتمایز می‌شوند [۱۱].

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که کیفیت ارتباط زوجین با میزان تعارضات و سازگاری زناشویی آنها ارتباط دارد. همچنین جنبه‌های مشخصی از ارتباط متعارض، تغییرات طولانی مدتی را در سازگاری رابطه پیش‌بینی می‌کند [۱۲]. پژوهشی که در جامعه ایرانی انجام شد نشان داد، تعارضات زناشویی می‌تواند بر سلامت جسمانی و سلامت روانی - اجتماعی کودکان تأثیر مخرب بسیار داشته باشد و موجب دل‌بستگی نایمن

به پرهیز از مصرف می‌شود [۱۴]. BCT برای افرادی مناسب است که متاهل اند و در جستجوی کمک برای درمان سوء مصرف مواد و الکل خود می‌باشند. لذا هدف BCT ایجاد حمایت از پرهیز و بهبود عملکرد روابط زوجین است. جنبه‌های کلیدی BCT شامل: ۱- حمایت از پرهیز و بهبود عملکرد روابط ۲- ایجاد قرارداد بازبایی که از پرهیز حمایت می‌کند. ۳- فعالیت‌های مثبت را افزایش داده و تعاملات را بهبود می‌بخشد. ۴- خدمات BCT شامل گروه‌های خود یاری، بهبود وضعیت مصرف مواد و دیگر مشاوره‌ها می‌باشد. یکی از مزایای خانواده درمانی مبتنی بر خانواده از جمله BCT، این است که برنامه‌های مبتنی بر این رویکرد به سوء مصرف کننده مواد و اعضاء خانواده کمک می‌کند تا دقیقاً بر روی چیزی تمرکز کنند که هر یک برای بهبود وضعیت خود باید انجام دهند، به عبارتی همان چیزی که به واسطه اعتیاد تغییر یافته است [۱۰].

در راستای نظریه‌ها و تبیین چگونگی ایجاد و تداوم سوء مصرف مواد پژوهش‌هایی صورت گرفته است که عوامل تاثیر گذار و زمینه ساز اعتیاد پرداخته و رویکردهای درمانی متفاوت را مورد بررسی قرار داده است. در پژوهشی مشخص شد است که بیشترین میزان دلایل اعتیاد فرزندان از دیدگاه مادران به این قرار است: جدال خانوادگی ۸۳٪، اهمیت ندادن به دوستان ۶۴٪ و فقر خانوادگی ۵۱٪ [۱۸]. پژوهش دیگری نشان می‌دهد بین مرزهای خانوادگی بهنجار، با میزان ترک اعتیاد رابطه ای مثبت وجود دارد [۱۹]، از طرفی مشخص شده درمان شناختی - رفتاری در خود کارآمدی، بهبود سلامت روانی و جسمانی و کاهش دوز دارویی بیماران وابسته به مواد مخدر تاثیر معناداری دارد [۲۰]. همچنین مشخص شده است که بین درگیری، خشونت و ناسازگاری اعضاء خانواده و بروز اعتیاد با اطمینان ۹۵٪ رابطه معناداری وجود دارد [۲۱]. لذا کسب مهارت حل مسئله، آرمیدگی، مدیریت وابستگی، مهارت‌های مقابله با استرس و خودکنترلی، در درمان سوء مصرف مواد و اختلالات مرتبط با آن موثر است [۲۲]. در پژوهشی روی ۷۷ معتاد متاهل مشخص شد، مهم ترین علل خانوادگی مرتبط با

کودک به والدین گردد [۱۳]. بسیاری از سوء مصرف کنندگان مواد تمایل به ارتباط با خانواده‌های خود دارند. با این وجود به دلیل رفتارهایی که با سوء مصرف مواد مرتبط است، ممکن است پیوند خانواده به قدری آسیب ببیند که شخص سوء مصرف کننده بدون حمایت اجتماعی رها شود. به علاوه درگیر بودن فعالانه یک خانواده در درمان می‌تواند در شخص سوء مصرف کننده مواد برای وارد شدن به درمان ایجاد انگیزه کند و باعث کاهش احتمال اتمام زودرس درمان یا بازگشت مسئله شود [۹].

یک ویژگی مهم برای خانواده درمانی و زوج درمانی، درمان سوء مصرف فرد در بافت سیستم خانوادگی و اجتماعی است، بافتی که در آن مصرف مواد ممکن است افزایش یافته و یا حفظ شود. همچنین تعامل شبکه‌های اجتماعی فرد در درمان، عامل پیش بینی کننده مهمی در درمان می‌باشد و می‌تواند در کاهش مشکل و مشخص کردن موضوعات چند بعدی اثر گذار باشد [۱۴]. هدف درمان‌های مبتنی بر خانواده و زوجین، بهبود ارتباط، حمایت و کاهش تعارضات بین زوجین و اعضاء خانواده می‌باشد. همچنین از طرفی عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی مانعی برای شروع درمان است، حمایت اعضاء خانواده، فرد معتاد را در ورود به درمان و به اتمام رساندن درمان کمک می‌کند [۱۵].

اوفارل و فالس (۱۹۹۹) سه الگوی درمانی مشخص را بررسی کرده اند که در طول چند دهه اخیر گسترش یافته است و شامل: الگوی بیماری خانواده، الگوی سیستمی خانواده و الگوی رفتاری است (BCT¹). رویکرد سیستمی خانواده روی تعامل بیشتر از مباحث فردی تاکید می‌کند. بنابر این درک و تشخیص موضوعات زیربنایی خانواده در درمان اهمیت دارد [۱۶].

BCT نوعی مدل درمانی اعتیاد است که تاثیر و اثربخشی آن در درمان زوجین مشخص شده است [۱۷]. تمرکز اولیه این رویکرد بر ارزیابی و درمان عوامل تعاملی است که در مصرف مواد نقش دارند و تمرکز بر روی افزایش عوامل تعاملی ای می‌باشد که منجر

1 . Behavioral Couple Therapy

پاسخ‌گویی به پرسشنامه را داشتند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به شیوه در دسترس بود که در آن از بین افراد متاهل مراجعه‌کننده به مرکز T.C که مشکل اعتیاد داشتند، تعداد ۳۰ زوج (۶۰ نفر) انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه، آزمایش (۱۵ زوج) و کنترل (۱۵ زوج) جایگزین شدند. با استفاده از اجرای پیش‌آزمون از هم سطح بودن دو گروه کنترل و آزمایش اطمینان حاصل کرده و سپس مداخله آغاز شد. روش مداخله ای زوج درمانی رفتاری طی ۱۲ جلسه آموزش زوجینی، هر هفته یک جلسه به مدت ۶۰ دقیقه به طول انجامید. جلسات به صورت هفتگی و در مرکز T.C انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن اعتیاد به مورفین (مرد)، عدم ابتلا به اختلال جسمی و روانی بارز، همکاری در طول پژوهش، متاهل بودن (۱۰-۵ سال)، مدت زمان اعتیاد کمتر از ۷ سال، مراجعه برای درمان و دامنه سنی بین ۴۰-۳۵ سال.

ابزارهای پژوهش

ابزارهای اندازه‌گیری در این پژوهش به شرح ذیل می‌باشند:

۱- پرسشنامه تعارضات زناشویی (MCQ): این پرسشنامه با هدایت و رهنمودهای دکتر باقر ثنایی در ایران ساخته شده است. این پرسشنامه یک ابزار ۴۲ سوالی است که برای سنجش تعارضات زن و شوهر مورد استفاده قرار می‌گیرد و هفت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که شامل: کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان و جدا کردن امور مالی از یکدیگر می‌باشد. برای هر سوال براساس مقیاس لیکرت، پنج گزینه در نظر گرفته شده که به تناسب ۱ تا ۵ نمره به آنها اختصاص داده شده است. بنابر این نمره بیشتر در این آزمون به معنای تعارضات زناشویی بیشتر است. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۵۲ و ۰/۸۰ است و

بازگشت مجدد فرد به اعتیاد از موثرترین علت به کم‌اثرترین علت به ترتیب شامل: برخورد بد همسر و فرزندان (۷۶/۱٪)، پایبند نبودن همسر به زندگی (۶۸/۹٪)، عدم تفاهم با همسر (۵۸/۵٪)، اختلاف ناشی از امور زناشویی (۴۱/۶٪)، برخورد نامناسب خانواده همسر (۲۰/۸٪)، اعتیاد بستگان (۱۸/۲٪)، ازدواج تحمیلی (۱۳٪ می‌باشد [۲۳]. فراتحلیلی از زوج درمانی، خانواده درمانی و زناشویی درمانی رفتاری مشخص کرده که کاربرد این روش‌ها نسبت به درمان‌های فردی، برای افراد متاهل اثرات بیشتر و بهتری داشته است [۱۴]. همچنین پژوهشی بر روی ۸۴۲۷ بیمار تحت درمان سوء مصرف مواد نشان داد که افراد متاهل به طور معناداری پس از درمان بیشتر به بهبودی و شرایط پایدار رسیده‌اند. در مقابل افراد مجرد، در طول درمان نشانه‌هایشان بدتر شده است [۲۵]؛ لذا به منظور دستیابی به دیدگاهی روشن‌تر در خصوص درمان اعتیاد و کاهش آسیب‌های ناشی از آن، پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج درمانی رفتاری در بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معتاد را در دستور کار خود قرار داده است. بدین خاطر مسئله اساسی تحقیق حاضر این است که آیا زوج درمانی رفتاری باعث بهبود عملکرد ازدواج و کاهش کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معتاد می‌شود؟

روش

نوع پژوهش

تحقیق حاضر براساس طرحی از نوع شبه آزمایشی بوده که به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد؛ که در آن به مقایسه متغیرهای مورد نظر در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل در بین زوجین دارای عضو معتاد پرداخته است.

آزمودنی

جامعه مورد مطالعه در این پژوهش کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مرکز اجتماع درمان مدار (T.C) شهر مشهد بودند که تمایل به شرکت در جلسات مداخله و

حمایت اجتماعی، و داشتن تعامل مثبت است. این پرسشنامه ۶۶ سوالی است و دربرگیرنده ۱۱ مولفه می‌باشد که شامل: ارتباط، ابراز عاطفی، حل مسئله و تصمیم‌گیری، نقش، انعطاف‌پذیری، شیوه فرزند پروری، اقتصاد و مسائل مالی، خانواده و دوستان، ارزشها، مراقبت جسمانی و راوی و عملکرد کلی است. نمره پایین در این پرسشنامه به معنای عملکرد ضعیف و مشکل دار می‌باشد. ضریب پایایی برای کل پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۷ بدست آمده است. همچنین با استفاده از روش تحلیل عاملی و با روش مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، روایی سازه پرسشنامه در ۱۱ مولفه تبیین‌کننده ۰/۵۶ واریانس کل پرسشنامه است [۲۶].

از طریق بازآزمایی ۰/۹۲ بدست آمده است که بیانگر پایایی مناسب آن در جامعه ایرانی است. این پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار می‌باشد. در مرحله تحلیل مواد آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سوال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن ۱۳ سوال از ۵۵ سوال اولیه حذف شده است [۲۶و۲].

۲- پرسشنامه سنجش عملکرد ازدواج (MFAI) (Marriage Functioning Assessment Inventory): تعیین عملکرد ازدواج در برگیرنده ویژگی‌های: احترام، پذیرش، ترمیم سریع روابط قطع شده، برخورد معقول با سبک‌های متفاوت گفتگو، در نظر داشتن نیاز به صمیمیت و قدرت، فرزند پروری مقتدرانه، ایجاد شبکه خوب

شیوه انجام پژوهش

جلسه	موضوع	فرایند
اول	مقدمه، قراردادبازایی، ترغیب همسر به انجام رفتارهای خوشایند	درمانگر به معرفی زوج درمانی رفتاری (BCT) و موضوع مدنظر این رویکرد می‌پردازد. این جلسه پس از یک یا چند جلسه اولیه به منظور درگیر کردن و بررسی علاقه و آمادگی زوج برای BCT، شروع می‌شود.
دوم	تشویق همسر به انجام رفتارهای خوشایند و گفتن این موضوع به او	حمایت‌های پرهیزی به واسطه قرار داد بازایی افزایش می‌یابد. همچنین فعالیت‌های تقویت‌کننده توسط درک کارهای خوب همسر و گفتن آنها به او، افزایش می‌یابد.
سوم	انجام فعالیت‌های تقویت‌کننده مشترک و روز مراقبت	روش‌های افزایش فعالیت‌های تقویت‌کننده معرفی می‌شود. همچنین احساسات مربوط به فعالیت‌های تقویت‌کننده مشترک و مراقبت روزانه بیان می‌شود.
چهارم	مقدمه‌ای بر آموزش مهارت‌های ارتباطی	برخی از مفاهیم پایه که پیش‌نیاز یک ارتباط مناسب می‌باشند، معرفی می‌شوند. همچنین در این جلسه مهارت‌های برقراری ارتباط آموزش داده می‌شود.
پنجم	آموزش مهارت‌های ارتباطی با تاکید بر بیان مستقیم احساسات	با استفاده از این مفهوم که "اول شخص" احساسات به طور مستقیم بیان می‌شوند.
ششم	آموزش مهارت‌های ارتباطی با تاکید بر گوش دادن و درک کردن	روی بهبود ارتباط با تکیه بر شنونده بودن و درک کردن کار می‌شود.
هفتم	توافق مورد مذاکره	توافق‌های تعاملی جهت کمک به زوج برای بیان خواسته‌های خود از ارتباطشان، معرفی می‌شود.
هشتم	حل تعارض	معرفی حل تعارض برای کمک به زوج جهت کاهش تعاملات منفی
نهم	حل مسئله	معرفی حل مسئله و روش استفاده از آن
دهم	ادامه بازایی	در مورد فعالیت‌ها و روش‌هایی که برای آنها کارآمد است، یک برنامه ادامه بازایی طراحی می‌شود
یازدهم	برنامه عملیاتی	یک برنامه عملی برای موقعیت‌های پرخطر و علائم هشدار دهنده عود طراحی می‌شود.
دوازدهم	جمع‌بندی و خداحافظی	زوج برنامه عملی و ادامه بازایی را به اتمام می‌رساند

روش تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای مقایسه متغیرهای تحقیق در دو گروه کنترل و آزمایش ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف، طبیعی بودن توزیع فراوانی‌ها بررسی شد و سپس با توجه به نتایج از آزمون ناپارامتریک یومن ویتنی استفاده شده است.

نتایج

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که مقیاس‌های ارتباط، انعطاف‌پذیری، شیوه فرزند پروری، اقتصاد و مسایل مالی، ارزش‌ها، عملکرد کلی و مقیاس کل با سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ دارای توزیع نرمال نمی‌باشند ($P < 0/05$) لذا برای مقایسه میانگین دو گروه کنترل و آزمایش از آزمون ناپارامتری یومن ویتنی استفاده می‌شود. سایر مقیاس‌ها با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵

دارای توزیع نرمال می‌باشند ($P > 0/05$).

نتایج جدول ۲ حاکی از تفاوت معنادار در مقیاس کل عملکرد ازدواج در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد ($P < 0/05$)، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد زوجینی که زوج درمانی رفتاری را دریافت کرده‌اند نسبت به گروه کنترل از عملکرد ازدواج بهتری برخوردار شده‌اند.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد مقیاس‌های کاهش همکاری، کاهش روابط جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزند، جدا کردن امور مالی از یکدیگر و مقیاس کل سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ دارای توزیع نرمال نمی‌باشند ($P < 0/05$)، سایر مقیاس‌ها با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ دارای توزیع نرمال می‌باشند ($P > 0/05$).

جدول ۱: آزمون کولموگوف - اسمیرنف برای بررسی طبیعی بودن توزیع فراوانی مقیاس‌های عملکرد ازدواج

مقیاس کل	عملکرد کلی	مراقبت جسمانی و مراقبت	ارزش‌ها	خانواده و دوستان	اقتصاد و مسایل مالی	شیوه فرزند پروری	انعطاف‌پذیری	نقش	حل مساله	ابرازگری عاطفی	ارتباط	آزمون کولموگروف اسمیرنف
تعداد	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰
میانگین	-۳۴/۳۵۰	-۲/۴۰۰	-۱/۹۳۳	-۲/۷۰۰	-۳/۷۳۳	-۳/۰۸۳	-۲/۴۰۰	-۳/۴۳۳	-۴/۲۸۳	-۳/۳۰۰	-۳/۴۸۳	-۳/۶۰۰
انحراف معیار	۳۶/۱۱۷	۳/۳۸۱	۳/۰۴۱	۳/۷۴۳	۴/۱۴۱	۴/۰۸۵	۳/۷۸۸	۳/۵۷۷	۴/۸۷۵	۳/۹۱۱	۴/۶۱۹	۴/۹۴۴
آماره کولموگروف-اسمیرنف	۱/۸۷۶	۱/۳۷۳	۱/۹۶۵	۱/۶۱۵	۱/۱۲۸	۱/۵۱۰	۱/۶۳۳	۱/۵۶۴	۱/۲۸۹	۱/۳۳۰	۱/۱۹۷	۱/۴۲۴
سطح معناداری	۰/۰۰۲	۰/۰۴۶	۰/۳۰۹	۰/۰۱۱	۰/۱۵۷	۰/۰۲۱	۰/۰۱۰	۰/۰۱۵	۰/۰۷۲	۰/۰۵۸	۰/۱۱۴	۰/۰۳۵

جدول ۲: مقایسه میانگین کنترل و آزمایش در مقیاس کل سنجش عملکرد ازدواج (آزمون یومن ویتنی)

مقیاس کل	مقیاس پیش‌آزمون	پس‌آزمون	تعداد	میانگین رتبه‌ای	مجموع رتبه‌ها	آماره یومن ویتنی	آماره ویلکاکسون	آماره z	سطح معناداری
مقیاس کل	آزمایش	۱۹۱/۷۰	۳۰	۱۵/۵۰	۴۶۵/۰۰	۰/۰۰۰	۴۶۵/۰۰۰	-۶/۶۵۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۹۵/۳۳	۳۰	۴۵/۵۰	۱۳۶۵/۰۰				

اثر بخشی زوج درمانی رفتاری در بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین زوجین دارای عضو معناد

جدول ۳: آزمون کولموگروف - اسمیرنف برای بررسی طبیعی بودن توزیع فراوانی تعارضات زناشویی

مقیاس کل	جداکردن امور مالی از یکدیگر	کاهش رابطه با خویشاوندان همسر و دوستان	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	حمایت فرزند	افزایش واکنش‌های هیجانی	کاهش رابطه جنسی	کاهش همکاری	کولموگروف اسمیرنف
تعداد	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	۶۰	
میانگین	۲۲/۶۱۷	۳/۶۰۰	۳/۰۸۳	۳/۱۵۰	۵/۳۳۳	۲/۷۳۳	۲/۶۸۳	
انحراف معیار	۲۴/۵۱۲	۴/۳۷۷	۳/۶۵۶	۳/۴۳۹	۵/۸۶۲	۳/۵۹۳	۳/۱۳۳	
آماره کولموگروف اسمیرنف	۱/۶۳۲	۱/۱۲۰	۰/۹۰۸	۱/۵۵۵	۱/۶۶۷	۱/۷۵۵	۱/۵۸۱	
درجه آزادی	۰/۰۱۰	۰/۰۰۵	۰/۳۸۲	۰/۰۱۶	۰/۰۰۸	۰/۰۰۴	۰/۰۱۳	

جدول ۴: مقایسه میانگین گروه کنترل و آزمایش در مقیاس کل تعارضات زناشویی

مقیاس‌ها	گروه	آزمون میانگین پیش	آزمون میانگین پس	تعداد	رتبه‌های میانگین	رتبه‌ها مجموع	وینتی	آماره یومن	ویلاکسون	آماره z	معناداری سطح
مقیاس کل	آزمایش	۱۳۳/۴۳۳		۳۰	۴۵/۵۰۰	۱۳۶۵/۰۰۰		۰/۰۰۰	۴۶۵/۰۰۰	-۶/۶۵۸	۰/۰۰۰۱
	کنترل	۱۳۴/۲۶۷	۱۳۴/۰۰۰	۳۰	۱۵/۵۰۰	۴۶۵/۰۰۰					

در متغیرهای عملکرد ازدواج و تعارضات زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد بدین معنا که زوجین تحت درمان نسبت به زوجینی که تحت درمان قرار نگرفته اند، عملکرد بهتر و تعارضات زناشویی کمتری داشتند.

زوج درمانی رفتاری به معنی حضور مرد و زن در جلسات درمان و مشارکت فعالانه در تمرینات مربوط به آن می‌باشد. این رویکرد با تکیه بر شیوه‌های جدید به زوج کمک میکند که از مشکلات و موانع زندگی آگاهی یافته و راه حل‌های مناسبی انتخاب کنند. به طور کلی می‌توان گفت این مداخله تغییرات مهمی در تعاملات زوج ایجاد کرده و در نوع نگاه آنها به موقعیت‌های مختلف زندگی تغییر حاصل می‌می‌کند.

یافته‌های این پژوهش همسو با برخی یافته‌های دیگر می‌باشند که بیان می‌کند بین درگیری، خشونت، ناسازگاری بین اعضاء خانواده و بروز اعتیاد با اطمینان

نتایج جدول ۴ حاکی از تفاوت معنادار در مقیاس کل تعارضات زناشویی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش می‌باشد ($P < ۰/۰۵$)، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد تعارضات زناشویی زوجینی که زوج درمانی رفتاری دریافت کرده اند نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی زوج درمانی رفتاری بر بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی در بین ۳۰ زوج دارای عضو معناد از بین افراد متاهل مراجعه کننده به مرکز T.C شهر مشهد صورت گرفت.

نتایج پژوهش نشان داد که بین زوجینی که تحت درمان قرار گرفته اند و گروهی که تحت درمان نبوده اند

گسترش نتایج این پژوهش و بررسی اثربخشی این رویکرد بر بهبودی مشکلات روانشناختی فرزندان زوجین دارای عضو معتاد پیشنهاد می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر ویژگی‌های گروه نمونه جهت همکاری و مشارکت در جلسات درمان می‌باشد. همچنین نبود منابع پژوهشی فارسی و تحقیقات در این زمینه به خصوص در ارتباط با جامعه ایران، یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که مراکز ترک اعتیاد از جمله مراکز اجتماع درمان مدار (TC)، کلینیک‌های ترک اعتیاد و همچنین برنامه ریزان مسائل مربوط به سوء مصرف مواد، به استفاده از این روش مداخله ای در فرایند درمان، توجه بیشتری نشان دهند.

منابع

۱- سالاری فر، محمد رضا (۱۳۹۰). خانواده در نگرش اسلام و روانشناسی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

۲- امرالهی، ریحانه؛ روشن چسلی، رسول؛ شعیری، محمدرضا؛ نیک آذین، امین (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. دوفصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد. شماره ۸، بهار و تابستان ۱۳۹۲.

3- National Institute on Drug Abuse(N.I.D.A). (2009 April). Principles of drug addiction treatment .

4- Volkow, N. D. (2009). principles of drug addiction treatment A research-based guide.

5- Guimaraes, A. B. P., Beatriz, A., Hochgraf, p. b., Brasiliano, S., Ingberman, Y. K. (2009). Family aspects of alcohol and drug-dependent girl. Journal of Revista De Psiquiatria Clinica, 36(2), 63.68.

۹۵٪ رابطه معناداری وجود دارد [۲۱]. همچنین بین متغیرهای شغل، امیدواری فرد معتاد به ترک، امیدواری خانواده او به ترک، سطح مشاجرات خانوادگی، داشتن دوست معتاد و مدت زمان بقا بر ترک اعتیاد ارتباط معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). لذا مشاجرات خانوادگی زیاد و ارتباط با دوست معتاد متغیرهای موثری در عود مجدد اعتیاد می‌باشند [۲۷].

با توجه به مطالب فوق، ارائه زوج درمانی و خانواده درمانی به ویژه با تاکید بر رویکردهای رفتاری و مهارت آموزی نه تنها روند بهبود و درمان معتادان را تسریع می‌بخشد بلکه می‌تواند به عنوان عاملی مهم جهت پیشگیری از اعتیاد نیز باشد [۱۰]. در واقع این روش مداخله می‌تواند آنها را قادر سازد که هر لحظه بر رفتارهای حمایتی همسر، چگونگی ایجاد ارتباط، و حل مناسب مشکلات توجه کنند و محیطی دایما پویا و انعطاف پذیر در زندگی خود ایجاد کنند. ایجاد چنین محیطی مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله روانی و عاطفی طولانی مدت زوج می‌شود. زوج درمانی رفتاری به زوج کمک می‌کند تا مشکلاتی از قبیل بحث و جدل در مورد مصرف در گذشته، مشکلات تعاملی و رفتارهای زمینه ساز را که به طور معمول با آنها مواجه می‌باشند، شناسایی کرده و متوقف کنند و در ادامه راهبردهای مقابله با آنها را بیاموزند. آموزش مهارت‌های ارتباطی، انجام فعالیت‌های مثبت، افزایش رفتارهای حمایتی، توانایی حل مسئله، بیان درخواست‌ها به شکلی ویژه و مثبت و سایر تمرین‌ها می‌تواند به بهبود عملکرد ازدواج و کاهش تعارضات زناشویی منجر شود.

زوجین در جریان مداخله و با استفاده از روش‌های مناسب افزایش رفتارهای حمایتی، انجام یک سری فعالیت‌های تقویت کننده مشترک و روز مراقبت، توانستند احساس خشم و تنفر خود را کاهش داده و احساس شادمانی و رضایت را جایگزین آن کنند. با این وجود، پژوهش‌های کنترل شده دیگری به منظور پیگیری،

- 14- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. (2011). Behavioral therapy across the cpectrum THE JOURNAL OF Alcohol research & health, No 4 313-319.
- 15- Bollinger, L. C., Malloy, R. E. A., Burns, U. M., Morris, D., Bush, C., Mosler, B. E., et al. (2012). Addiction Medicine: Closing the Gap between Science and Practice. The National Center On Addiction and Substance Abuse at Culombia University.
- 16- Thomas, C. L. (2012). The influence of addiction recovery on couple relationship: a qoulitativ examination though abowenian lens.
- ۱۷- هاروی، مایکل (۱۳۸۸). زوج درمانی، ترجمه احمدی، خدابخش. اخوی، زهرا. رحیمی، علی اکبر. تهران: انتشارات دانژه.
- ۱۸- مهدی پور رابری، رقیه؛ نعمت الهی، منیرالسادات؛ روحی، عصمت (۱۳۹۰). بررسی نقش خانواده در اعتیاد فرزندان از دیدگاه مادران دارای فرزند معتاد شهر کرمان. مجله سلامت و بهداشت اردیبهشت. دوره سوم، شماره دو، تابستان ۱۳۹۱.
- ۱۹- کیانی پور، عمر؛ پورزاد، اکرم (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل موثر در ترک اعتیاد. فصل نامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱.
- ۲۰- کمرزرین، حمید؛ زارع، حسین؛ بروکی میلان، حسن (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. SID. سال ششم، شماره ۲۲، تابستان ۱۳۹۱.
- ۲۱- فریدکیان، سیما (۱۳۸۹). بررسی اختلال در کارکرد خانواده و تاثیر آن بر اعتیاد فرزندان. فصلنامه علمی- پژوهشی انتظام اجتماعی. سال دوم، شماره اول، تابستان ۱۳۸۹.
- 22- Khodayarifard, M. (2010). Cognitive-behavioral couple therapy of drug-abuse in Iran. Procedia Social and Behavioral Sciences, 5, 707-710.
- ۶- دهقانی آرانی، فاطمه؛ رستمی، رضا (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش پسخوراند عصبی بر ولع مصرف بیماران وابسته به مواد افیونی. دوفصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت دانشگاه شاهد. شماره ۴، اردیبهشت ۱۳۸۹.
- 7- Carmona, C. G. H., Barros, R. S., Canobra, V. H., Montequin, E. A. (2008). Family functioning of out-of-treatment cocaine base past an cocaine hydrochloride users. Journal of Addictive Bihaviors, 33, 866-879.
- 8- Powers, M. B., Vedel, E., Emmelkamp, P. M. G. (2008). Bihavioral couples therapy(BCT) for alcohol and drug use disorder: A meta-analysis. Clinical psychology review, 28, 952-962.
- ۹- بدایع، اصغر؛ شیبانی، شهناز (۱۳۹۰). خانواده درمانی سوء مصرف مواد، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- 10- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W. (2006). Behavioral couple therapy for alcoholism and drug abuse.
- ۱۱- غفاری، ف (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش خانواده با استفاده از تئوری سیستمی بوئن بر تمایز یافتگی و کارکرد خانواده‌های دارای فرزند معتاد. فصلنامه خانواده پژوهی. سال ششم، شماره ۲۲. تابستان ۱۳۸۹.
- ۱۲- جاویدی کلاته جعفرآبادی، نصیرالدین (۱۳۹۱). اثر بخشی راهبردهای مدیریت هیجان بر بهبود رضایت جنسی زوجین و عملکرد خانواده با میانجی‌گری الگوهای ارتباطی. "پایان نامه کارشناسی ارشد". تهران: دانشگاه علم و فرهنگ.
- ۱۳- روشن، رسول؛ علینقی، علیرضا؛ طاولی، آزاده (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی زوج درمانی مبتنی بر خودنظم بخشی بر کاهش تعارضات زناشویی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی. شماره اول، زمستان ۱۳۸۹.

25- Moos, R. H., Nichol, A. C., Moos, B. S. (2002). Risk factors for symptom exacerbation among treated patients with substance use disorders. *Journal of Addiction*, 97, 75-85.

۲۶- ثنایی، باقر (۱۳۸۷). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.

۲۷- صادقیه اهری، سعید؛ اعظمی، احد؛ براک، منوچهر؛ امانی، فیروز؛ صدیق، انوشیروان (۱۳۷۹). مجله علمی پژوهش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اردبیل. سال سوم، شماره دوازدهم، تابستان ۱۳۸۳.

۲۳- امینی، کوروش؛ امینی، داریوش؛ افشار مقدم، فاطمه؛ آذر، ماهیار (۱۳۷۹). بررسی عوامل اجتماعی و محیطی مرتبط با بازگشت مجدد معتادان به مصرف مواد افیونی در مراجعین به مراکز دولتی ترک اعتیاد شهر همدان، ۱۳۷۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی زنجان. شماره ۴۵، زمستان ۱۳۸۲.

۲۴- خوشکام، سمیرا؛ احمدی، سید احمد (۱۳۹۰). زوج درمانی رفتاری رویکرد نوین در درمان اعتیاد. فصلنامه تازه‌های روان درمانی. سال هفدهم، شماره ۵۹ و ۶۰. بهار و تابستان ۱۳۹۰.