

اثربخشی آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و

طلاق عاطفی زنان دارای همسر معتاد

فاطمه صغری کربلایی هرفته^۱، سارا طاهری*^۲، غلامرضا ثناگوی محرر^۳، خدیجه سیفی^۴، محمود شیرازی^۵

چکیده

مقدمه: خانواده باید یک نهاد نیرومند برای روابط اجتماعی پایدار در میان بستگان، منشاء بیان و تجلی هیجان ها، کانون صمیمی ترین روابط در میان افراد و پرورش فکر، ذهن، خلاق و ارتقاء روح در نظر گرفته شود، لذا این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و طلاق عاطفی زنان دارای همسر معتاد به مرحله اجرا در آمد.

روش پژوهش: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان دارای همسر معتاد مراجعه کننده کلینیک های ترک اعتیاد و کمپ های درمانی ترک اعتیاد و سازمان های مردم نهاد مربوطه در سطح شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ تشکیل داد که براساس ملاک های ورود و خروج به پژوهش، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به پرسشنامه های اضطراب و افسردگی و طلاق عاطفی پاسخ دادند. به این ترتیب ۳۰ نفر از زنان دارای همسر معتاد، به شکل تصادفی در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. داده ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و سطح استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره) تحلیل شد.

یافته ها: نتایج حاکی از کاهش معنادار میانگین افسردگی ($p = ۰/۳۲۰$)، ($F = ۱/۰۲۴$)، اضطراب ($p = ۰/۶۳۸$)، ($F = ۰/۲۲۶$) و طلاق عاطفی ($p = ۰/۵۴۰$)، ($F = ۶/۷۸۹$) زنان دارای همسر معتاد در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود ($p \leq ۰/۰۱$).

^۱ استادیار، گروه روان شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران،

karbalai_996@yahoo.com, ORCID:0000000172485391

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران (نویسنده مسئول)،

sahadr65@gmail.com, ORCID:0000000319957796

^۳ دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

reza.sanagoo@gmail.com, ORCID:0000000169918328

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

Kh.seyfi@yahoo.com, ORCID:0000000242272501

^۵ دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان،

mshirazi@edpsy.usb.ac.ir, ORCID: 0000000343371314

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است

که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

نتیجه گیری: بنابر یافته‌های پژوهش، آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یک روش مبتنی بر عقل سلیم و درگیری هیجانی است که می‌توان از آن در جهت کاهش آسیب‌های ناشی از افسردگی، اضطراب و طلاق عاطفی زنان دارای همسر معتاد استفاده کرد.

کلمات کلیدی: افسردگی " اضطراب " آموزش تلفیقی " روابط زناشویی " شناخت درمانی " غنی سازی " طلاق عاطفی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۸/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۳۰

استناد: کربلایی هرفته ف ص، طاهری س، ثناگوی محرز غ، سیفی خ، شیرازی م. اثربخشی آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و طلاق عاطفی زنان دارای همسر معتاد، خانواده و بهداشت ۱۴۰۰؛ ۱۱(۴): ۹۶-۱۱۲

مقدمه:

خانواده کوچکترین جزء اجتماع است. اجتماعی که از خانواده‌های سالم تشکیل شده باشد، مسلماً اجتماعی است سالم و شرط آنکه خانواده ای سالم باشد این است که افراد آن سالم باشند(۱). از موضوعات مهم و قابل توجه در کلیه جوامع چه از نظر اجتماعی و چه از نظر خانوادگی، طرز رفتار و سلوک زن و شوهر با یکدیگر است و برای داشتن جامعه ای سالم، خانواده‌ها باید سالم و متعادل و شکوفا باشند (۲). خانواده مهم ترین واحد جامعه است و ازدواج به این دلیل که ساختار اولیه را برای ایجاد یک رابطه خانوادگی و پرورش نسل آینده فراهم میکند، به عنوان مهمترین و اساسی ترین رابطه انسانی توصیف شده است و شواهد نشان می‌دهند بیش از ۹۰ درصد از جمعیت جهان حداقل یکبار ازدواج خواهند کرد (۳). از سویی دستیابی به یک جامعه امن نیاز به خانواده ای سالم دارد و خانواده سالم را در صورتی می‌توان به دست آورد که اعضای آن از سلامت روانی برخوردار باشند و ارتباط مطلوبی با یکدیگر برقرار کنند. بنابراین، اگر اعضای خانواده و روابط آنها سالم و استوار باشد، اثرات مثبتی بر جامعه خواهد داشت (۴). سوهو (۵) معتقد است تعارضات زناشویی معمولاً از دو منبع ناشی می‌شود: اول عدم تعادل ساختار خانواده و دیگری، عدم پایبندی هر یک از زوجین به هنجارها و ارزش‌های خانواده و تخلف از آنها، از سویی اعتیاد می‌تواند ارزش‌های خانواده را دست خوش نوسان کند. بیماری اعتیاد، خانواده فرد معتاد را نیز به شکل‌های متفاوتی تحت تاثیر قرار می‌دهد و فرد معتاد با نوعی از بیماری دست به گریبان است که تا پایان عمر، وی را به حال خود رها نکرده و زندگی او را به خطر خواهد انداخت، این بیماری بدون چون و چرا آبرو و حیثیت، اموال و دارایی و روابط شخصی فرد معتاد را به باد خواهد و اعضای خانواده فرد معتاد نیز از کودک تا همسر، خواهر و برادر، پدر و مادر یا بستگان و دوستان نیز به شدت از بیماری اعتیاد یکی از اعضای خانواده رنج خواهند برد (۶). مشکل اعتیاد به مواد مخدر یک مشکل جهانی بوده و یکی از معضلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی جوامع مختلف محسوب می‌شود. در واقع کمتر پدیده ای را می‌توان یافت که مانند اعتیاد جوامع بشری را تهدید کرده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود و مشاهده صحنه‌های هولناک آن نتوانسته هشدار جدی برای اجتناب سایر افراد جامعه تلقی شود، بررسی‌ها نشان می‌دهند حدود ۳۷ درصد جمعیت ۱۲ سال و بالاتر امریکا حداقل یک بار در طول عمر مواد مخدر را تجربه کرده

1. Soo-Hoo

اند. در ایران تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر ۳/۳ تا ۱/۸ میلیون نفر برآورد شده است. در حدود ۷۰ درصد موارد اعتیاد به مواد مخدر همراه با سایر اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی و روان گسیختگی و غیره هستند (۷). زنان دارای همسر معتاد نسبت به زنان دارای همسر سالم دارای مشکلات اجتماعی و روانی بیش تری هستند (۸). بیش تر مشکلات این زنان به مسائل مالی، جرم و خشونت-های ناشی از اعتیاد همسر و آزارهای همسر و فرزندان است. مشکلات روانی، شخصیتی و ارتباطی با دبگران، عدم مدیریت خشم، آشفتگی ارتباطی، آشکار سازی خشم و خشونت از مهم ترین مسایل اجتماعی زنان دارای همسر معتاد است و 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 دلان مواد مخدر، برخورد سرزنش آمیز و تحقیر کننده اجتماع، خانواده و عدم حمایت اجتماعی و عدم اطمینان از حمایت قانونی از آنان است و همسران مردان معتاد به هروئین طیف وسیعی از مشکلات روانی را در ابعاد مختلف تجربه می کنند و درمواجهه با مشکلات روانی نیازمند حمایت روانی و استفاده از مشاوره های روانشناسان می باشند (۹). متأسفانه اضطراب و افسردگی به عنوان دو اختلال مهم که سلامت روانی فرد را به مخاطره می اندازد شناخته شده به گونه ای که تقریباً ۶ درصد افراد در طول عمر خود حداقل یک بار به آن مبتلا می شوند و بنابراین عاملی مهم در بروز برخی مشکلات اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی به حساب می آید (۱۰). طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، میزان شیوع اختلالات روانی در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است و این سازمان اضطراب را در راس اختلالات روانی با آمار ۴۰۰ میلیون نفر مبتلا در جمعیت جهان تخمین می زند (۱۱)، بنابراین، در میان اختلالات روانی، اختلالات اضطرابی احتمالاً شایعترین اختلال می باشند. افسردگی اختلالی همه گیر است، که بسیاری از افراد برهه ای از زندگی خود را به آن دچار می گردند (۱۲) و خلق افسرده به همراه فقدان علاقه و لذت بردن، از علائم کلیدی افسردگی به شمار می روند و بیمار ممکن است احساس غم، یأس، پوچی و بی ارزشی کند (۱۳). اضطراب نیز یک احساس منتشر بسیار ناخوشایند است که اغلب با علائم دستگاه اتونوم (مثل اسهال، احساس سرگیجه و سبکی در سر، تعریق مفرط، تشدید رفلکس ها، بالا رفتن فشار خون، اتساع مردمک، بی قراری، لرزش، آشفتگی معده، کندی دفع ادرار) همراه می شود (۱۴). مطالعات نشان داده است که احتمال ابتلا زنان به اضطراب بیش از مردان است (۱۳). اگر چه اضطراب برای بیشتر افراد یک عکس العمل بهنجار و گذراست و موجب حفاظت آنان در برابر صدمات بالقوه می گردد ولی اضطراب بیمارگونه با نگرانی، ترس، تشویش، فکرهای مزاحم، علائم فیزیکی و احساس تنش همراه است و موجب تضعیف عملکرد فرد می شود (۱۱). زنان دارای همسر معتاد ممکن است از هیجانات منفی و مثبت خویش آگاهی نداشته باشند و در موقعیت های پرسترس زندگی نمی توانند به خوبی از هیجانات خود استفاده کنند و مشکلات آنان باعث می شوند که در موقعیت های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر در موقعیت های اجتماعی درگیر کنند (۱۵)، از سویی اعتیاد شوهر با بسیاری از آسیب های اجتماعی دیگر نیز در زنان همراه است و در واقع این زنان بیش از پیش فشارهای روانی داخل و خارج خانه را تحمل می کنند و این فشارها و فیزیولوژی بدنی خاص آنان، ایشان را بیشتر مستعد اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی می نماید (۷). یکی دیگر از مهمترین آسیب های خانوادگی و اجتماعی، ناشی از اعتیاد طلاق است، کارشناسان بر این باورند که فرایند طلاق در اکثر مواقع مسیر معینی را طی می کند؛ این مسیر شامل، اختلافات جزئی، تکرار اختلافات جزئی و جدی شدن آن، جدایی یا بی میلی یکی از زوجین به طرف مقابل، قهرهای طولانی و تکرار آن، خستگی زوجین از قهرها و درگیری، طلاق عاطفی و طلاق قانونی است (۱۶). آمار رسمی طلاق، به طور کامل میزان ناکامی همسران را در

¹ . Autonomic nervous system

زندگی زناشویی نشان نمی‌دهد زیرا در کنار آن می‌شود به آماری بزرگتر به نام طلاق‌های عاطفی، یعنی به زندگی های خاموش و خانواده‌های توخالی اشاره کرد که زن و مرد در کنار هم به سردی زندگی می‌کنند اما از نظر قانونی تقاضای طلاق نمی‌کنند (۱۷). در طلاق عاطفی با فقدان اعتماد، احترام و محبت به یکدیگر، زوجین در صدد آزار و اذیت، ناکامی و تنزل عزت نفس یکدیگرند و هر یک در جهت یافتن دلیلی برای اثبات عیب و کوتاهی و طرد دیگری هستند (۱۸) و در واقع در طلاق عاطفی زوجین زیر یک سقف زندگی می‌کنند درحالیکه ارتباطات بین آن‌ها کاملاً قطع شده یا بدون میل و رضایت است (۱۷). همچنین پیامدهای طلاق عاطفی می‌تواند کیفیت زندگی زوجین را به خطر اندازد. چنانچه کیفیت زندگی همسران دچار طلاق عاطفی در ابعادی چون احساس فردی، روابط خانوادگی، روابط اجتماعی، سلامت جسمانی، شرایط زندگی و اقتصادی را دچار اختلال می‌کند. در طلاق عاطفی، زن و شوهر ممکن است، با هم بودن را مانند یک گروه اجتماعی ادامه دهند، اما جاذبه و اعتماد آن‌ها نسبت به یکدیگر تغییر یافته است (۱۶).

تاکنون درمان‌های روانشناختی بسیاری بر روی زوجین اجرا گردیده است، اما درمان اجرا شده در این پژوهش، برنامه آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد که در این درمان، دیدگاه‌های روان تحلیلی، رفتاری، ارتباطات و سیستم‌های خانواده در هم ادغام گردیده و بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره علت بروز مشکلات تاکید می‌شود و به مراجعان کمک می‌شود تا مهارت‌هایی را یاد بگیرند که آن‌ها را قادر کند تا مشکلات خود را حل نمایند و کیفیت زندگی زوج‌ها را در طول زندگی‌شان حفظ می‌نماید (۱۹).

مروری بر تحقیقات انجام شده نشان داد که برنامه آموزشی غنی سازی زوجین بر افزایش سازگاری زناشویی (۲۰)، بر بهبود روابط زناشویی (۲۱) و کاهش باورهای غیرمنطقی و طلاق عاطفی زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز مشاوره تهران (۲۲) اجرا گردیده است ولی با توجه به وجود مشکلات فراوان بین زوجین و با در نظر گرفتن کمبود درمان‌های روان شناختی جامع در این زمینه و همچنین به دلیل مشکلات و هزینه های وارد شده در زندگی زناشویی آنان در صورت عدم درمان مشکلات، استفاده از یک درمان جامع و مؤثر، برای این مشکلات ضروری به نظر می‌رسد، لذا این پژوهش به دنبال بررسی فرضیه زیر است:

آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و طلاق عاطفی زنان دارای همسر معنادار، اثربخش می‌باشد.

روش پژوهش:

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل محسوب می‌شود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای همسر معنادار شهر اصفهان بوده که در طول یک سال گذشته به کلینیک‌های ترک اعتیاد و کمپ‌های درمانی ترک اعتیاد و سازمان‌های مردم‌نهاد مربوطه در سطح شهر اصفهان مراجعه نموده‌اند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق براساس نمونه‌گیری در دسترس است. بدین منظور از بین زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد و کمپ‌های درمانی ترک اعتیاد و سازمان‌های مردم‌نهاد مربوطه سال ۱۳۹۸، به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۵ نفر). آزمودنی‌ها قبل و بعد از مداخله به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب و طلاق عاطفی پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت

آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند اما بر گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس^۱: این پرسش نامه شامل سه خرده مقیاس افسردگی اضطراب و استرس می باشد که هر یک از مقیاس های پرسش نامه شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال های مربوط به آن به دست می آید. هر سوال از ۰ (اصلا در مورد من صدق نمی کند) تا ۳ (کاملا در مورد من صدق می کند)، نمره گذاری می شود (۲۳). آنتونی و همکاران (۲۴)، مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آن ها حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل استرس، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۷/۰۹، ۲/۸۹ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۲۵) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه ی آماری تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه های اصلی مورد استفاده قرار گرفت.

ب) مقیاس طلاق عاطفی گاتمن^۲: این مقیاس توسط جان گاتمن (۲۶) در کتاب موفقیت یا شکست در ازدواج تحت عنوان تنهایی آورده شده است. گاتمن (۲۷) در توضیح این مقیاس بیان می کند که زمانی که زوج ها هنوز رسماً زن و شوهر هستند ولی آنچنان احساس انزوا می کنند که تفاوت چندانی میان زن و شوهر بودن آنها و تنها زندگی کردن وجود ندارد، این حالت را تجربه می کنند. این پرسشنامه شامل آیتم هایی است که طلاق عاطفی و همچنین حالت عاطفی تنهایی را هم می سنجد. این پرسشنامه در ۲۰ گویه توسط گاتمن (۲۶)، به شکل دو گزینه ای به صورت بلی (۱) یا خیر (۰)، تنظیم شده است. پس از جمع کردن پاسخ های مثبت، چنانچه تعداد آن برابر هشت (۸) و بالاتر باشد، به معنای این است که زندگی زناشویی فرد در معرض جدایی قرار داشته و علائمی از طلاق عاطفی در وی مشهود است. پایایی کل این آزمون در پژوهش موسوی و رحیمی نژاد (۲۸) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمده است و در پژوهش احمدلو و زینالی درستی این ابزار تایید و قابلیت اعتماد آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

بسته آموزشی تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی زنان دارای همسر معتاد نیز از تلفیق دو درمان موثر مهارت های غنی سازی زوجین که توسط گرنی (۱۹) و بسته درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۹ و ۱۴)، تشکیل شده است.

¹ . Depression, Anxiety, Stress Scale(DASS-21)

² Gottman Emotional Divorce

جدول ۱- خلاصه جلسات آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی زنان دارای همسر معتاد

اهداف جلسات درمانی	جلسات
معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی برنامه، بیان اصل راز داری، آشنایی با اصول و مقررات و اهداف جلسات، آشنایی با مفهوم هدایت خودکار با ذکر مثال های مرتبط با مشکلات زناشویی، انجام تمرین مراقبه واری بدن و اجرای پیش آزمون	جلسه اول
آموزش مهارت های صحبت کردن و مناظره به عنوان مهارت بنیادی اول، مدلسازی مهارت ها برای اعضا، خوردن کشمش با ذهن آگاهی، ارائه مدل ABC شناختی (مرتبط با اعتیاد و مشکلات زوجین)، ارائه تکلیف (مشخص کردن یک موضوع مشترک با همسر و صحبت کردن در مورد آن با همسر)	جلسه دوم
بازنگری تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت خود ابرازی (مهارت دوم) و مهارت همدلی (مهارت سوم)، مدلسازی مهارت ها برای اعضا، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس های بدنی، کشف تجربه های خوشایند با استفاده از فرم ثبت وقایع خوشایند، ارائه تکلیف (تکلیف گفت و شنود: بدین صورت که ابتدا یک همسر هیجانانگیز و احساسات خود را در باره یک مسئله بیان می کند و همسر دیگر فقط به این هیجانانگیز و احساسات گوش می دهد و به گوینده توجه کامل می کند و سپس گوینده و شنونده جای خود را عوض می کنند).	جلسه سوم
بازنگری تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت حل تعارض به عنوان مهارت بنیادی چهارم، مدل سازی مهارت ها برای اعضا، تمرین مراقبه واری بدن، توضیح رابطه ذهن و بدن، کشف تجارب ناخوشایند روزانه با استفاده از فرم ثبت وقایع ناخوشایند (مرتبط با اعتیاد و مشکلات زوجین)، ارائه تکلیف جلسه بعد (مشخص کردن یک مسئله که زوج در آن تعارض دارند و استفاده از روش حل مسئله در مورد حل کردن آن تعارض، بدین صورت که ابتدا تمام راه حل ها توسط زوج بیان شود و سپس یکی به یکی به تحلیل آن بپردازند و یکی از راه حل ها را که به نظر هر دوی آن ها مناسب تر می باشند، انتخاب کنند).	جلسه چهارم
بازنگری تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت آماده سازی و تسهیل مدلسازی مهارت ها برای اعضا، ۵ دقیقه تمرین کوتاه دیدن و شنیدن با ذهن آگاهی، تمرین واری بدن، ارائه تکلیف جلسه بعد (افراد گروه به خود شناسی بپردازند، بدین صورت که به شناسایی و نوشتن رفتارها و عکس العمل های	جلسه پنجم

خود درباره نوع گفت و شنود، مهارت همدلی کردن و حل مسئله می پردازند تا از این موارد آگاهی کامل کسب نمایند).

جلسه ششم بازنگری تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت تغییر خود، آموزش مهارت تغییر همسر، مدلسازی مهارت‌ها، تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، آموزش تفکرات منشا واقعی ندارند، ارائه تکلیف جلسه بعد(با توجه به تکلیف قبلی که در آن اعضا به خود شناسی پرداختند، در آن تکلیف اعضا باید به بررسی رفتارهای خود بپردازند و هرچه را که مناسب نمی باشد، در راستای مهارت هایی که تا کنون به آن ها آموزش داده شده است، تغییردهد).

جلسه هفتم بازنگری تکالیف جلسه قبل، مرور مهارت‌های آموخته شده(۷ مهارت)، آموزش مهارت‌های انتقال و تعمیم، تمرین مراقبه نشسته و آگاهی(به هر چیزی که لحظه به لحظه وارد هشیاری می شود)، بحث درباره بهترین راه مراقبت از خود، گرفتن بازخورد از افراد، ارائه تکلیف جلسه بعد(اعضا باید تغییراتی را که تا کنون در رفتارهای خود انجام داده‌اند، در تمامی جوانب زندگی شخصی به کار برند).

جلسه هشتم تمرین وارسی بدن، بازنگری تکالیف جلسه قبل، آموزش مهارت نگهداری و تداوم، اجرای پس‌آزمون، اعلام پایان درمان.

یافته‌ها:

تجزیه تحلیل یافته‌های پژوهش به وسیله بسته آماری علوم اجتماعی نسخه 221، در دو سطح توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) تحلیل شد. یافته‌ها در سطح توصیفی نشان داد میانگین سن در گروه آزمایش برابر با ۳۲/۴۵ سال و در گروه آزمایش ۳۶/۲۷ سال است در حالی که میانگین سن همسر در گروه آزمایش ۳۵/۸۲ سال و در گروه کنترل ۳۹ سال به دست آمده است. میانگین مدت ابتلا همسر به اعتیاد در گروه آزمایش ۶/۷ سال و در گروه کنترل ۸/۷ سال است. تحصیلات افراد نمونه در گروه آزمایش ۱۱/۱۹ سال و در گروه کنترل ۱۳ سال است. میانگین مدت زمان ازدواج در گروه آزمایش ۱۰/۷۶ سال و در گروه کنترل ۱۱/۸۲ سال است. میانگین تحصیلات همسران در گروه آزمایش ۱۱/۳۶ سال

¹ . Statistical Package for Social Science (SPSS)

و در گروه کنترل ۱۱/۲۹ سال به دست آمده است، که با توجه به یافته های به دست آمده، از بین منغیرهای جمعیت شناختی، هیچ یک رابطه معنی داری با متغیرهای پژوهش نشان نداد و همه سطوح معنی بیشتر از ۰/۰۵ بود. بدین منظور در بررسی فرضیه های پژوهش نیازی به کنترل این متغیرهای جمعیت شناختی نیست. یافته های توصیفی در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی، اضطراب و طلاق عاطفی در مراحل پژوهش

Table 2. Mean and standard deviation of scores of depressions, anxiety and emotional divorce in research stages

پس آزمون	پیش آزمون		تعداد	گروه	متغیر
	انحراف استاندارد	میانگین			
۳/۲۱	۱۳/۶۸	۲/۹۶	۲۰/۰۰	۱۶	افسردگی
۲/۹۸	۱۸/۶۸	۳/۱۲	۱۸/۹۳	۱۶	کنترل
۳/۵۵	۱۳/۱۲	۲/۸۷	۱۹/۵۰	۱۶	اضطراب
۳/۴۴	۱۷/۸۱	۴/۵۲	۱۷/۸۷	۱۶	کنترل
۳/۳۸	۱۲/۴۳	۴/۳۱	۱۵/۸۷	۱۶	طلاق
۵/۹۴	۱۵/۱۳	۶/۱۸	۱۳/۰۱	۱۶	عاطفی

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش با بسته درمانی تدوین شده کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد که با توجه به نمره گذاری این پرسشنامه ها نشان از بهبود در این متغیرها دارد. هم چنین براساس یافته ها در جدول فوق میانگین نمرات اضطراب در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش یا بسته درمانی تدوین شده کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد که با توجه به نمره گذاری این پرسشنامه ها نشان از بهبود در این متغیرها دارد، همچنین میانگین نمرات طلاق عاطفی در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش با بسته درمانی تدوین شده کاهش بیشتری نسبت به گروه کنترل دارد که با توجه به نمره گذاری این پرسشنامه ها نشان از بهبود در این متغیرها دارد. در جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، اضطراب و طلاق عاطفی، در گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون نشان داده شده است. نتایج آزمون شاپیروویلیک حاکی از آن بود که توزیع نمره ها در متغیرهای افسردگی (آزمایش = ۰/۰۵۵، کنترل = ۰/۰۵۸)، اضطراب (آزمایش = ۰/۰۹۵، کنترل = ۰/۲۴) و طلاق عاطفی (آزمایش = ۰/۳۱، کنترل = ۰/۳۴)، همسان با جامعه بوده و کجی و کشیدگی حاصل اتفاقی است ($p < 0.05$). جهت بررسی فرض برابری واریانس ها، از آزمون لوین استفاده شده است و سطح معنی داری برای متغیرهای افسردگی ($p = 0.320$)، ($F = 11.24$)، اضطراب ($p = 0.638$)، ($F = 0.226$) و طلاق

عاطفی ($p = ۰/۵۴۰$)، $(F = ۶/۷۸۹)$ ، به دست آمد که نشان می‌دهد پیش فرض لوین مبنی بر برابری واریانس‌ها در گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون در جامعه رد نشده و باقی مانده است. لذا، این پیش‌فرض تأیید می‌گردد.

جدول شماره ۳. بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون

Table 3. Investigation of homogeneity of regression slopes

متغیر	منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
	گروه	۵۵/۷۲	۱	۵۵/۷۲	۷/۵۴	۰/۰۱
افسردگی	افسردگی پیش‌آزمون	۵۸/۸۹	۱	۵۸/۸۹	۷/۹۷	۰/۰۰
	تعامل گروه و افسردگی پیش‌آزمون	۲۷/۱۷	۱	۲۷/۱۷	۳/۶۷	۰/۶۵
	گروه	۷۳/۸۹	۱	۷۳/۸۹	۶/۵۶	۰/۱۶
اضطراب	اضطراب پیش‌آزمون	۳۶/۰۹	۱	۳۶/۰۹	۳/۲۰	۰/۸۴
	تعامل گروه و اضطراب پیش‌آزمون	۳۹/۳۷	۱	۳۹/۳۷	۳/۴۹	۰/۷۳
	گروه	۴/۴۰	۱	۴/۴۰	۰/۵۹	۰/۴۴
طلاق عاطفی	طلاق عاطفی پیش‌آزمون	۳۱۲/۲۶	۱	۳۱۲/۲۶	۴۲/۳۳	۰/۰۰
	تعامل گروه و طلاق عاطفی	۴۳/۶۱	۱	۴۳/۶۱	۵/۹۱	۰/۵۲

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطح معناداری تعامل پیش‌آزمون هر سه متغیر با گروه بیش‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد که این امر نشان‌دهنده این است که پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل تک متغیری افسردگی، اضطراب و طلاق عاطفی

Table 4. Results of univariate analysis of depression, anxiety and emotional divorce

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش آزمون		۵۴/۸۴	۱	۵۴/۸۴	۶/۷۹	۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۹۹
افسردگی	گروه	۲۳۱/۹۵	۱	۲۳۱/۹۵	۲۸/۷۴	۰/۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
	خطا	۲۳۴/۰۲	۲۹	۸/۰۷				
پیش آزمون		۱۳/۵۹	۱	۱۳/۵۹	۱/۱۱	۰/۳۰	۰/۰۳	۰/۹۹
اضطراب	گروه	۱۸۸/۸۳	۱	۱۸۸/۸۳	۱۵/۴۴	۰/۰۰	۰/۳۴	۰/۹۹
	خطا	۳۵۴/۵۸۸	۲۹	۱۲/۲۲				
پیش آزمون		۴۵۱/۵۲	۱	۴۵۱/۵۲	۵۲/۳۴	۰/۰۰	۰/۶۴	۰/۹۹
طلاق	گروه	۱۶۹/۲۷	۱	۱۶۹/۲۷	۱۹/۶۵	۰/۰۰	۰/۴۰	۰/۹۹
عاطفی	خطا	۲۵۰/۱۶	۲۹	۸/۶۲				

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴، میانگین نمرات افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ($p=۰/۰۰۱$) $F=۶/۷۹$ ، معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات افسردگی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون را کاهش داده است. همچنین میانگین نمرات اضطراب دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ($F=۱/۱۱$ ، $p=۰/۰۰۱$) معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات اضطراب در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون را کاهش داده است. میانگین نمرات طلاق عاطفی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ($F=۵۲/۳۴$ ، $p=۰/۰۰۱$) معنی دار است. به عبارت دیگر می توان گفت آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات طلاق عاطفی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون را کاهش داده است.

بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و طلاق عاطفی زنان دارای همسر معتاد به مرحله اجرا در آمد. نتایج پژوهش نشان داد که بسته آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی زنان دارای همسر معتاد اثر بخش می باشد. نتایج آماری نشان

داده است که میانگین نمرات افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت کلی تفاوت معنی داری دارد ($p < 0.001$). این نتایج با پژوهش نامنی و خدادادی (۳۰) مبنی بر بررسی اثربخشی آموزش غنی سازی روابط خانوادگی میلر بر بهزیستی روانشناختی و خشونت زناشویی از نگاه زنان آزار دیده و معتمدی و بخشی پور (۳۱)، مبنی بر بررسی اثربخشی آموزش غنی سازی روابط زناشویی بر کاهش احساس تنهایی و دلزدگی زناشویی زنان متأهل با گرایش به خیانت، همسویی دارد.

در تبیین احتمالی این یافته می‌توان بیان نمود که برنامه غنی سازی روابط زوجین یک الگوی آموزشی یادگیری مهارت برای افزایش رضایت و ثبات رابطه زوجین است که در این الگو زوج ها یاد می‌گیرند چگونه نسبت به هم بدون پیش‌داوری، پذیرا و هم‌دل باشند. همچنین با توجه به این که برنامه غنی سازی ارتباط توانسته سازگاری و رضایت زناشویی را افزایش دهد، عجیب نیست که این مسئله موجب افزایش همبستگی و انسجام زناشویی گردد و زوج ها را به یکدیگر نزدیکتر و متحدتر سازد (۳۲). همچنین در درمان مهارت‌های غنی‌سازی زوجین، دیدگاه‌های روان تحلیلی، رفتاری، ارتباطات و سیستم‌های خانواده در هم ادغام گردیده و بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره علت بروز مشکلات تاکید می‌شود و به زوجین کمک می‌شود تا مهارت هایی را یاد بگیرند که آن‌ها را قادر کند تا مشکلات خود را حل نمایند و کیفیت زندگی زوج ها را در طول زندگیشان حفظ می‌نماید (۱۹). از سوی ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند که افکار منفی را به صورت واقعیت دیده نشوند. بلکه فقط به صورت افکار در نظر گرفته شوند. وقتی که افراد با این روش می‌آموزند که رابطه خود را با افکار تغییر دهند دیگر مرتب آن‌ها را گزارش نمی‌دهند بلکه نسبت به آن‌ها هشیار می‌شوند که این آموز شامل تمرینات خاص خود از جمله تمرین نوشتن افکار بر روی کاغذ و تمرین دیدن افکار خود مانند قطار در حال عبور و.. در ضمن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی روشی مقرون به صرفه برای درمان افسردگی می‌باشد حتی نسبت به افرادی که داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کنند (۱۴). در خصوص اثر بخشی این روش بر نگرش ناکارآمد، محققین در مطالعه خود نشان داده اند که تمرینات مراقبه حضور ذهن، اساساً در کاهش نشخوار فکری مؤثرند و این کاهش به نوبه خود، باعث کاهش محتوای شناختی ناسازگار و نشانه‌های عاطفی، به ویژه نشانه‌های اضطرابی، افسردگی و نگرش ناکارآمد می‌گردند؛ به علاوه، از آنجایی که سطوح بالای اختلالات اضطرابی با افسردگی همبودی دارند، پردازش‌های شناختی این اختلالات، شباهت بسیاری دارند و این می‌تواند توجه کننده این باشد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اثرات درمانی انحصاری بر افسردگی به تنهایی ندارد، بلکه می‌تواند شامل اختلالات اضطرابی نیز گردد (۳۳). این پژوهش با یافته‌های قمری و همکاران (۳۴)، بیرامی و همکاران (۳۵)، مبنی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دبیرستانی حناساب، زاده و همکاران (۳۶)، مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران افسرده با افکار خودکشی گرا و سگال و همکاران (۳۷)، مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی افراد افسرده همسویی دارد.

از طرفی ذهن آگاهی به معنای توجه کردن به شیوه‌های خاص است، یعنی توجه و تمرکز می‌کند که سه عنصر در آن دخالت دارد: ۱- بودن در حال حاضر، ۲- هدفمند بودن، و ۳- نبود قضاوت. این نوع توجه توسط زوجین می‌تواند موجب افزایش آگاهی، کاهش حواس پرتی، شفافیت و وضوح، و پذیرش واقعیت حال حاضر شود. در حقیقت زوجین با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابند که خوشحالی، کیفیتی نیست که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشد و زمانی اتفاق می‌افتد که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن و برنامه‌های ذهنی از پیش تعیین‌شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری را که برای رسیدن به

موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد، کنار بگذارد و به یک نوع رهایی برسد (۳۸) و هدف عمده در این برنامه آموزش زوجین بوده تا نسبت به افکار و احساساتشان هوشیارتر شوند و آن‌ها را صرفاً به صورت رویدادهای ذهنی در نظر بگیرند و نه جنبه‌هایی از "خود"، در نتیجه در نهایت نحوه ارتباط آن‌ها با افکارشان تغییر می‌کند (۳۹).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بسته آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب زنان دارای همسر معتاد اثر بخش می‌باشد. نتایج آماری نشان داده است که میانگین نمرات اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت کلی تفاوت معنی داری دارد ($p < 0/001$). این نتایج با پژوهش با یافته‌های معصومی، خانی، کاظمی، کلهری، ابراهیمی و روشنایی (۴۰)، درگاهی، اهوانویی، قاسمی و خراسانی (۴۱) و جاج، بارگیم و ویلیمز (۴۲)، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته فوق می‌توان ادعان داشت که فعالیت‌های به کاررفته در برنامه غنی سازی طوجین این هدف را دنبال می‌کند که از طریق تغییر در افکار و رفتار، افراد به بازسازی شناختی و رفتاری دست یابند و بر این باور اعتقاددارند که اکتساب رفتارهای جدید، اصلاح اشتباهات و همچنین تغییر باورهای غیرمنطقی و جایگزین کردن آنها با باورهای منطقی می‌تواند با افزایش سطح صمیمت و کاهش خشونت بین زوجین همراه باشد همچنین به لحاظ نظری می‌توان گفت مهارت‌های غنی سازی روابط زوجین، مهارت‌هایی هستند که برای کمک به ارضای شدیدترین تمایلات خانواده‌ها و تقریباً در همه فرهنگ‌ها کاربرد دارد (۴۳).

این تمایلات شامل عشق، دلسوزی، تعلق، اعتماد، وفاداری، امنیت و لذت هستند که در بین بقیه از اهمیت بیشتری برخوردارند. همچنین در این پژوهش سعی بر آن شد تا هر شرکت کننده این تمایلات را برای همسرش ارضا کند؛ در نتیجه روابط زوجی سالم در جلسات، توانایی حل مسئله به روشی دو سونگر و منصفانه، توانایی حفظ جو مراقبتی در طول بحث و حل مسئله، توانایی اتخاذ دیدگاه فرد دیگر، توانایی تعامل با دیگر شرکت کنندگان، توانایی به وضوح دیدن خود و دیگری بدون سوگیری، توانایی مانع شدن یا کاهش دادن چرخه‌های تعامل منفی - منفی و خشم، توانایی تغییر در الگوهای رفتاری مورد انتظار فرد، کمک به فرد برای رسیدن به تغییرات مطلوب مورد انتظار خودش و کمک به شریک خود تا تغییراتی که می‌خواهد انجام دهد (۳۰).

این‌ها تغییراتی هستند که از طریق تسلط بر مهارت‌های برنامه غنی سازی روابط در جلسات برای زوجین به وجود آمد و توانست سطح سلامت روان آنان را افزایش و اضطراب را کاهش دهد. علاوه بر این می‌توان اضافه نمود، اگرچه عوامل بسیاری در به وجود آمدن اضطراب زنان دارای همسر معتاد دخالت دارند، اما نداشتن مهارت در حل مسائل میان - فردی به عنوان یکی از عوامل مهم می‌تواند در به وجود آمدن اضطراب آنان نقش داشته باشد. در همین راستا، محقق در پژوهش حاضر با آموزش حل مسئله و مهارت مذاکره، به زوجین آموخت تا از مجموعه مهارت‌های شناختی مؤثر خود برای کنار آمدن با موقعیت‌های میان - فردی اضطراب آفرین استفاده کنند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بسته آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طلاق عاطفی زنان دارای همسر معتاد اثر بخش می‌باشد. نتایج آماری نشان داده است که میانگین نمرات طلاق عاطفی در دو گروه آزمایش و کنترل به صورت کلی تفاوت معنی داری دارد ($p < 0/001$).

این نتایج با پژوهش بلانچارد و همکاران (۲۰)، مبنی بر تأثیر برنامه غنی سازی ارتباط بر سازگاری زناشویی زوج ها، پژوهش هارتمن (۲۱)، مبنی بر اثربخشی برنامه غنی سازی زوجین بر بهبود روابط زناشویی و پژوهش اسداللی، آزاد یکتا و میرزمانی بافقی (۴۴)، مبنی بر بررسی اثربخشی غنی سازی روابط زوجین مبتنی بر رویکر هیجان مدار بر کیفیت روابط زناشویی در زنان مراجعه کننده به مرکز مشاوره همسو می باشد. یافته های این پژوهشگران تفاوت معناداری را بین دو گروه در سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی، همبستگی دو نفری و توافق دو نفری نشان داد، اما در متغیر ابراز محبت تفاوت معناداری بین دو گروه مشخص نشد.

در تبیین یافته فوق می توان بیان نمود که درمان غنی سازی رابطه سبب گردید که زوج هایی که توانایی ضعیف در مذاکره و ناتوانی در بحث کردن بر سر مشکلات و توانایی ضعیف در ارتباط کلامی به ویژه در موقعیت های تعارضی دارند، بعد از درمان بتوانند بر سر مشکلات به وجود آمده با همسرانشان به بحث و گفتگو بپردازند و مشکلات موجود را از طریق گفتگو حل نمایند. به طور کلی گفتگو نکردن در مورد مشکل به وجود آمده در خانواده، نه تنها آن را حل نخواهد کرد، بلکه مشکل را به قوت خود باقی خواهد گذاشت و در نتیجه عواطف منفی میان زوجین به وجود خواهد آمد. آموزش دادن به زوج هایی که نمی توانند یا نمی خواهند مشکل را از طریق گفتگو و بحث کردن حل نمایند کمکی مؤثر خواهد بود تا آنها بتوانند به کمک استدلال تعارضشان را برطرف کنند و در نتیجه از عواطف منفی حاصل از تعارض های سرکوب شده یا لاینحل خود بکاهند. به عبارت دیگر، از آنجاکه بخشی از فرایند غنی سازی به آموزش مهارت های گفتگو و حل تعارض اختصاص داده شده است، می توان گفت آموزش این مهارت ها و انتقال آن به محیط خارج از نشست های آموزشی، به زوج ها در رسیدن به هماویی و هم فکری کمک نموده است (۳۰).

مهارت بحث و گفتگو به زوج ها برای حفظ فضای عاطفی (از خودگذشتگی) مثبت آموخته می شود تا زمانی که از موضوعات مشکل بحث شود، از این طریق از افزایش خشونت جلوگیری شود و به جای آن از خودگذشتگی و گذشت جایگزین شود که در همین راستا، می توان اضافه نمود که آموزش مهارت های غنی سازی روابط سبب می شود که زوجین به روابطشان توجه بیشتری کنند و بر روی مشکلات به یک روش سازنده و مؤثر کار کنند، به طوریکه هر دوی همسران با راه حل هایی که به آن می رسند، احساس رضایت و خشنودی می کنند که این امر زمینه را برای بالا بردن بهزیستی روانی در زوجین فراهم می کند؛ به عبارت دیگر، غنی سازی روابط در میان زوجین باعث می شود زمانی که آنها در یک وضع نامعلوم زندگی قرار گرفتند و با مسئله مهمی مواجه شدند، تعادل روانی و عاطفی آنها به هم نخورد و با صبر و حوصله و مشورت با همدیگر به شناخت وضع مبهم بپردازند و با همکاری و همدلی به پیدا کردن مناسبترین راه حل برای رفع مشکل اقدام کنند (۴۵).

از طرفی غنی سازی روابط زناشویی حرکتی در جهت رشد رابطه زناشویی است که از طریق ایجاد اهداف و سمت و سوهایی برای بهبود رابطه زوجین، به تقویت رابطه می انجامد و نکته مهم دیگر آن است که به طور کلی این آموزش ها عمدتاً آموزش مهارت های ارتباطی، ایجاد رضایتمندی از ارتباط، گوش دادن فعال، مهارت های کنترل تعارض و کشمکش، مهارت های حل مسئله، یادگیری رفتار جراً ورزانه، کنترل عواطف و هیجانات، افزایش آگاهی و شناخت زوج ها از خویشتن، دیگری و زندگی مشترک و تحکیم روابط و مناسبات عاطفی میان آنها را شامل می شود که در بسیاری از برنامه های آموزشی غنی سازی روابط بر اهمیت تمرین های ارتباطی، روشن ساختن محیط های بدون توافق، افزایش رضایت مندی در میان زوج ها، مفهوم انتظارات زوج ها از زندگی و تأثیر این انتظارات بر روابط میان آنها تأکید می شود که پیامد موارد مذکور افزایش کیفیت زندگی زناشویی زوجین است (۴۶).

انجام این پژوهش با محدودیت هایی همراه بود که از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود: این پژوهش صرفاً بر روی زنان دارای همسر معتاد اصفهان، انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت گردد، علاوه بر آن دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی انجام نگرفت و اثربخشی بسته آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با هیچ درمان دیگری به صورت همزمان مورد مقایسه قرار نگرفت، همچنین برای سنجش متغیرهای پژوهش صرفاً از پرسشنامه استفاده شده است که به نظر می رسد این موضوع به صورت خود گزارش دهی محدودیت هایی به همراه دارد.

در پایان پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی با توجه به اینکه مزیت بسته آموزش تلفیقی غنی سازی روابط زناشویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با روان درمانی های گذشته، پیشگیری از برگشت نشانه ها می باشد دوره بلند مدت (حداقل دو الی شش ماه) برای پایداری اثر درمان نتایج صورت بگیرد، از دیگر درمان های روانشناختی علاوه بر درمان مذکور بر روی زنان دارای همسر معتاد استفاده گردد و این پژوهش بر روی جوامع دیگر نیز صورت گیرد.

ملاحظات اخلاقی:

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در روند اجرای پژوهش، پژوهشگر با ارائه موافقت نامه کتبی از دانشکده علوم تربیتی به مسئولین کلینیک ها و کمپ های درمانی ترک اعتیاد و سازمان های مردم نهاد مربوطه اصفهان اقدام به نمونه گیری نمود. فرم رضایت آگاهانه در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. شرکت کنندگان اطمینان حاصل می کردند که نامشان فاش نخواهند شد. اطلاعات محرمانه و محفوظ خواهند ماند و به صورت فردی استفاده نخواهد شد و هر زمان می توانند از شرکت کردن امتناع کنند.

تشکر و قدردانی

در پایان از مساعدت های تمامی عوامل به ویژه مسئولین محترم دانشگاه، مسئولین کلینیک ها و کمپ های درمانی ترک اعتیاد و سازمان های مردم نهاد مربوطه اصفهان که در این پژوهش مساعدت نمودند و تمامی زنانی که بی دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می گردد.

References

1. Birashk A.M., Rathus J.H., Linehan M.M.. Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York: Guilford. 2013 ;14(5): 38-95. [In Persian]
2. Armanpanah A., sajjadian I., nadi M.A.. The Mediating Role of Marital Conflicts in the Relationship between Communication Beliefs, Emotional Disorders, Marital Relationships, and Marital Satisfaction of Women with Addicted Spouses. etiadpajohi.2020; 14 (55) :9-28 URL: <http://etiadpajohi.ir/article-1-2140-fa.html>. [In Persian]
3. Fattahian P., Hatami M., Hatami H., Sahebi A.. Therapeutic effectiveness in women with emotional divorce, Journal of Family and Health. 2019;9(2): 69-78. [In Persian]

4. Shaker R., Heshmati R., Poor Rahimi M.. Investigation of Marital adjustment in people with secure, preoccupied, dismissing and fearful attachment styles. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2018; 6(5): 1823-1826.
5. Soho V.C.. The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*. 2017; 34(3): 376-390.
6. Ahmad V., Mohammad A.. Addiction, etiology and treatment. Tehran, Publications: Payame Noor University; 2018[In Persian]
7. Ghasem zadeh B.A. Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and Mindfulness Training in Improving Sleep Quality and Reducing Distress Tolerance in Drug-addicted Treatment Seekers. *J Health Man & Info* .2020; 7(1): 33-4. [In Persian]
8. Mohammad Khani P.. Dimensions of personal-communication problems of women with addicted spouses: A perspective on the rehabilitation program of addicted spouses. *Addiction Research Quarterly 3A 9 Ch* .2010; 5(6):36-17. [In Persian]
9. Claradina S.. Statewide collaborative partnerships among American Indian and Alaska Native (AI/AN) communities in California to target the opioid epidemic: Preliminary results of the Tribal Medication Assisted Treatment (MAT) key informant needs assessment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2020; 86(108): 9-19.
10. Chambers J.V., Johi N.S., Scote A.. Acceptance Versus change intervention in behaviral couples therapy: Impact on couples in – session communication. *Journal of Marriage Family Counseling*.2005; 12(24): 437-455.
11. Goldstein A., Faulkner B., Wekerle C.. The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*.2013; 37(1): 22-32.
12. Larissa J., Mooneya B., Valdeza J., Sarah J., Cousinsa C., Yooa C.. Patient decision aid for medication treatment for opioid use disorder (PtDAMOUD): Rationale, methodology, and preliminary results. *Journal of Substance Abuse Treatment*.2020; 71(108): 115-122.
13. Kaplan H.I., Sadock B.J.. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry 11th edition, page. 2015;2 (340): 504-507.
14. Taheri S.. Sajjadian I.. Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Fatigue Symptoms, Self-Compassion and Mindfulness on Staff with Chronic Fatigue Syndrome. *Quarterly Journal of Career & Organizational Counseling*. 2017; 9(30):145-171. [In Persian]

15. Adigeb A., Mbua A.. The Influence of Psychosocial Factors on Marital Satisfaction Among Public Servants in Cross River State . *Global Journal of Human-social science: G Linguistics & Education*. 2015; 15(8): 68-79.
16. Alayi Z., AhmadiGatab T., BabaeiZadKhamen A.. Relation between Communication Skills and Marital-Adaptability Among University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 7(30): 1959-63. [In Persian]
17. De Ryck I., Van Laeken D., Nöstlinger C., Platteau T.. Sexual satisfaction among men living with HIV in Europe. *AIDS and Behavior*. 2011; 16(9): 225-230
18. Giuliani M., Giuliani V., Pierleoni L., Recine A., Pieroni M., Ticino A., Porpora M G., Simonelli C. Quality of life and sexual satisfaction in women suffering from endometriosis: An Italian preliminary study. *Hournal of Sexologies*. 2015; 8(3): 1-8.
19. Gurni A.S., Messer S.B.. Contemporary issues in the theory and practice of psychotherapy. In: Gurman AS, Messer SB, eds. *Essential psychotherapies*. New York: Guilford Press. 2005: 1-23
20. Blanchard E.. The effects of similarity in sexual excitation, inhibition, and mood on sexual arousal problems and sexual satisfaction in Newlywed couples. *Journal of Sexual Medicine*. 2009; 12;(9): 1360-1366.
21. Hartman R.B., Bernier C.L.. Marital satisfaction and depression: a replication of the Marital Discord Model in a Latino sample. *Am Process*. 2010; 46(4): 485-98.
22. Renshaw K.D., Blais R.K., Smith T.W.. Components of Negative Affectivity and Marital Satisfaction: The Importance of Actor and Partner Anger. *Journal of Research*. 2020; 44(3): 328-334.
23. Sahebi A., Asghari M., Salari R.. Validation of anxiety, depression and stress scale (DASS21) for the Iranian population. *Developmental Psychology*. 2005; 1(4): 299-312. [In Persian]
24. Antoni P.F.A., Marigliano V.. The role of exercise training in aged subjects with anxiety depression syndrome. *Archives of gerontology and geriatrics*. 1998; 26(3): 381-84.
25. Samani V., Jokar R.. Reliability and validity of the short form of depression, anxiety and stress scale. *The Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University* 2007; 26(3): 65-77. [In Persian]
26. Gottman J.M.. *The marriage clinic: A scientifically-based marital therapy*. WW Norton & Company. 1999; 12(7): 38-53.

27. Guttman J., Silver N.. Success and failure in marriage. Translated by Armaghan Jazayeri, Tehran, Generation; 2008.
28. Mosavi S., Rahimi Negad N.. Results of a fatigue management program in multiple sclerosis. British Journal of Nursing. 2016; 7(18):1075-1080.
29. Crane R.. Mindfulness Based Cognitive Therapy. New York. Routlege Press. 2009: 18-19. [In Persian]
30. Namni A., Khodadadi A.A.. Evaluation of the effectiveness of Miller family relationship enrichment training on psychological well-being and marital violence from the perspective of abused women Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Culture. 2020; 10(91):145-159. [In Persian]
31. Motamedi N., Khodabakhshi S.. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control, Personality and Individual Differences. 2021; 46(6):94- 99. [In Persian]
32. Hanson M.J., Lanbelard G.. Fatigue, burnout, and chronic fatigue syndrome among employees on sick leave: do attributions make the Difference? Occup Environ Med .2006; 7 (1): 26-31.
33. Gach A.. Diagnosis medical Problem. Wilkins & Williams; 2012: 3-4.
34. Qamari H., Dastani S., Qadimi S.. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on reduction Depression and rumination rate in women with chronic fatigue syndrome. Research Journal.2015;7(50): 115-101. [In Persian]
35. Birami M., Movahedi Yazdan, Alizadeh Goradel J.. The effectiveness of mindfulness treatment Based on cognition in reducing social anxiety and dysfunctional attitudes of adolescents. Scientific Research Quarterly. 2017; 7(4):41-52. [In Persian]
36. Hanasabzadeh Esfahani M., Yazdan Doost Y., Gharaei R., Farid Nejad B., Asghar A.. Preliminary evaluation of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy guide for depressed patients with suicidal ideation: a case report. Journal of Clinical Psychology. 2010; 1(12): 35-45. [In Persian]
37. Segal Z.V., Williams J.M.G. Teasdale J.D.. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A new approach to preventing relapse: Guilford Publication; 2012.
38. Madani F.. Text Book of Public Health, 3rd Ed. Tehran: Arjmand publishers.2016; p. 1523-1579 [In Persian]

39. Broup R., Langer G.. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, version 0.2. Atlanta: The National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention, 2005.
40. Masoumi S.Z., Khani S., Kazemi F., Kalhori F., Ebrahimi R., Roshanaei G.. Effect of Marital Relationship Enrichment Program on Marital Satisfaction, Marital Intimacy, and Sexual Satisfaction of Infertile Couples. *Int J Fertil Steril*.2017; 10(2):092-314. [In Persian]
41. Dargahi Sh., Ahvanuiee M., Ghasemi R., Khorasani A.H.. The effectiveness of relationship enhancement approach training on job stress and quality of marital relationship among municipality staffs. *JOHE*.2017; 6(4): 298-316. [In Persian]
42. Jaga A., Bagraim J., Williams Z.. Work-family enrichment and psychological health. *SA Journal of Industrial Psychology/SA Tydskrif vir Bedryfsielkunde*.2018; 29(3):0042-0049.
43. Garcia D., Al Nima A., Kjell N.E.. The affective profiles, psychological well-being, and harmony: environmental mastery and self-acceptance predict the sense of a harmonious life. *Published online*.2018;3(3): 349.
44. Azad Yekta L.M., Mirzamani Bafghi S.. The effectiveness of couple relationship enrichment training based on emotion-oriented approach on relationship quality Marriage in women referring to the counseling center Hunter. *Journal of New Developments in Behavioral Sciences*.2020; 4(32): 24. [In Persian]
45. Ahmadi Kh.. Investigating the effect of communication enrichment program training on increase Intimacy of couples of both sexes. L Master Thesis, Teacher Training University; 2017. [In Persian]
46. Amini N., Heidari K.. The effect of therapeutic touch on pain and psychological symptoms of anxiety, depression and stress in hospitalized cancer patients [MSc Thesis]. School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, 2016. [In Persian]