

# Comparing the Effects of Enriching Couples' Relationships and Training Skills Based on Improving Quality of Life on Tolerance of Distress in Women Rehabilitated From Drug Use

Ghajari E<sup>1</sup>, \*Toozandehjani H<sup>2</sup>, Nejat H<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;
3. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran.

\*Corresponding author's email: [hassan.toozandehjani1@gmail.com](mailto:hassan.toozandehjani1@gmail.com)

Received: 2020 July 23; Accepted: 2020 November 2

## Abstract

**Background & Objectives:** According to the Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders–Fifth Edition (DSM–5), individuals with Substance Use Disorders (SUDs) continue to use drugs despite the emerging cognitive and bio-behavioral symptoms. Most individuals consider SUDs to be a male phenomenon. However, there is an increase in the frequency of women with SUDs. Low tolerance of distress can be a contributing factor to various SUDs. Individuals with low distress tolerance engage in destructive behaviors, such as substance abuse to cope with their negative emotions and alleviate their emotional pain. Studies indicated that high levels of distress tolerance are associated with an increased risk of developing SUDs and an elevated risk of relapse. The present study aimed to compare the effects of the training of enriching couples' relationships per choice theory and teaching skills based on improving quality of life on the tolerance of distress in women who were rehabilitated from SUDs.

**Methods:** This was a quasi-experimental study with pretest–posttest, a 3-month follow-up, and a control group design. The statistical population of the study was women who were rehabilitated from SUDs and participated in the groups of Narcotics Anonymous (NA) in Neishabour City, Iran, from October 2019 to November 2019. Sixty individuals were selected by the convenience sampling method. Then, 40 subjects were randomly assigned to the experimental groups of training enriching couples' relations and teaching skills based on improving the quality of life, and 20 subjects were placed in the control group. The inclusion criteria of the study were married women, participating in training sessions with husbands, not having a mental disorder (this criterion was assessed by a mental health interview), and no SUDs in spouses. The exclusion criteria of the study were absence from >3 sessions, relapse during the program implementation, the recurrence of SUDs in spouses in the past. Data collection tools were performed in 3 stages, including the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005). For the first experimental group, the training sessions of enriching the relationship of couples based on choice theory, per the model of Duba et al. (2009) were presented in 3 stages of 6 ninety-minute sessions. For the second experimental group, quality-of-life skills training sessions were presented in 8 ninety-minute sessions based on Frisch's (2006) intervention program. The first experimental group participated in the training sessions based on Duba, Graham, Britzman, and Minatra's models. Moreover, the control group remained on the waiting list. After three months, the follow-up test was performed. In this study, descriptive statistics, including mean and standard deviation were used to analyze the obtained data; at the level of inferential statistics, repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) and Tukey's post hoc test was used in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.05.

**Results:** The present study results suggested that the mean changes of the distress tolerance variable were significant over time ( $p=0.006$ ). The effect of the group was also significant ( $p=0.009$ ); respecting distress tolerance, in the posttest and follow-up stages, a significant difference was observed between the mean scores of the experimental group of enriching couples' relationships and the control group ( $p=0.015$ ,  $p=0.021$ , respectively). In the posttest phase, there was a significant difference between the mean score of the experimental group of quality of life-based skills and the control group in distress tolerance ( $p=0.003$ ). However, in the follow-up stage, there was no significant difference between the scores of these two groups in distress tolerance ( $p=0.102$ ). Furthermore, in the posttest and follow-up stages, there was no significant difference between the group of couples' relationship enrichment and the group of quality of life-based skills in the mean score of stress tolerance ( $p=0.619$ ,  $p=0.381$ , respectively).

**Conclusion:** According to the obtained findings, enriching couples' relationships and improving the quality of life training increased distress tolerance in women rehabilitating from SUDs.

**Keywords:** Enrichment of couples' relationships, Quality of life, Tolerance of distress, Substance use.

## مقایسه اثربخشی غنی‌سازی روابط زوجین و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد

الهام قاجاری<sup>۱</sup>، \*حسن توزنده‌جانی<sup>۲</sup>، حمید نجات<sup>۳</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛  
 ۲. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛  
 ۳. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: [hassan.toozandehjani1@gmail.com](mailto:hassan.toozandehjani1@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۲ مرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ آبان ۱۳۹۹

### چکیده

**زمینه و هدف:** افزایش تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد، شانس داشتن مادر را به خانواده آنان می‌دهد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین بر اساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد انجام شد.

**روش بررسی:** روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری، زنان رهاشده از مصرف مواد بودند که از مهر تا آبان ۱۳۹۸ در گروه‌های معنادان گمنام زنان شهر نیشابور شرکت کردند. از بین آن‌ها، شصت نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند (هر گروه بیست نفر). ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) بود. برای گروه آزمایشی اول، جلسات آموزشی غنی‌سازی روابط زوجین بر اساس نظریه انتخاب، بر مبنای مدل دوبا و همکاران (۲۰۰۹) در شش جلسه نود دقیقه‌ای و برای گروه آزمایشی دوم جلسات آموزشی مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی بر اساس برنامه مداخله‌ای فریش (۲۰۰۶) در هشت جلسه نود دقیقه‌ای ارائه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی توکی با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

**یافته‌ها:** اثر زمان ( $p=0/006$ ) و اثر گروه ( $p=0/009$ ) برای متغیر تحمل پریشانی معنادار بود. در متغیر مذکور، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، بین میانگین نمره گروه‌های آزمایش اول و گروه تفاوت معناداری مشاهده شد (به ترتیب  $p=0/015$ ،  $p=0/021$ ). در مراحل مذکور، بین میانگین نمره گروه‌های آزمایش دوم و گروه در متغیر یادشده تفاوت معناداری وجود داشت ( $p=0/003$ )؛ اما در مرحله پیگیری بین نمره دو گروه یادشده در متغیر تحمل پریشانی تفاوت معنادار نبود ( $p=0/102$ )؛ همچنین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، بین دو گروه آزمایش در میانگین نمره متغیر مذکور تفاوت معنادار مشاهده نشد (به ترتیب  $p=0/619$ ،  $p=0/381$ ).

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش، آموزش غنی‌سازی روابط زوجین بر اساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در بهبود تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد اثربخش هستند.

**کلیدواژه‌ها:** غنی‌سازی روابط زوجین، کیفیت زندگی، تحمل پریشانی، مصرف مواد.

یافتند که نظریه انتخاب می‌تواند تعارضات را کاهش دهد (۱۱). در این راستا فتح‌اله‌زاده و همکاران در پژوهشی مشخص کردند، آموزش غنی‌سازی زندگی زناشویی براساس نظریه انتخاب بر کیفیت زندگی زناشویی و صمیمیت زوجین اثرگذار است (۱۲).

همچنین آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی که توسط مایکل بی فریش<sup>۳</sup> در سال ۲۰۰۶ طراحی شد، سعی در طرفداری از رویکرد رضایت‌مندی از زندگی دارد. فریش در این رویکرد شیوه‌های شناختی رفتاری را با روش‌های روان‌شناسی مثبت ترکیب می‌کند و تأکید دارد به‌جای پرداختن بر اختلالاتی نظیر افسردگی باید افراد سالمی را هدف قرار داد که به دنبال افزایش کیفیت زندگی خود هستند. هدف در این آموزش‌ها تغییر پنج مفهوم اصلی است که به‌اختصار کاسیو<sup>۴</sup> نامیده می‌شود. این پنج مفهوم عبارت است از: شرایط زندگی؛ نگرش‌ها، استانداردها؛ ارزش‌ها؛ رضایت کلی از زندگی (۱۳). کریمی و همکاران در پژوهشی با بررسی تأثیر مشاوره گروهی براساس درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر استرس و رضایت از زندگی در مراقبان خانواده افراد دارای مصرف مواد، دریافتند مشاوره گروهی بیان‌شده، تأثیر معناداری بر کاهش شدت استرس و بهبودبخشیدن به رضایت از زندگی در مراقبان خانوادگی افراد دارای مشکل مصرف مواد دارد (۱۴). همچنین دهقانی در پژوهشی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی را بر سازگاری زناشویی، رضایت زناشویی و تنظیم خلق سوءمصرف‌کنندگان ارزیابی کرد. او به این نتیجه دست یافت که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، متغیرهای بیان‌شده را در افراد با سوءمصرف مواد افزایش می‌دهد (۱۵). عراقیان و همکاران طی پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت روابط بین فردی و تحمل آشفتگی زنان دارای تعارض پرداختند. آن‌ها نشان دادند، هر دو نوع درمان بر شاخص تحمل آشفتگی و کیفیت روابط بین فردی اثربخش است (۱۶).

خلاً پژوهش حاضر در چند بُعد مشاهده می‌شود: در بُعد نخست مطابق با بررسی‌های پژوهشگر تاکنون مطالعه‌ای منسجم یافت نشد که به مقایسه اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد پردازد و در فضای علمی منتشر شود؛ در بُعد دوم بررسی پیشینه پژوهش بیانگر آن بود که محدود مطالعات انجام‌گرفته دارای محدودیت‌ها و مشکلات چندی از جمله نبود مرحله پیگیری به‌منظور اطمینان از تداوم اثربخشی مداخله، نبود توانایی به‌منظور کسب مجوز برای ورود به کمپ‌های ترک اعتیاد زنان، نبود توانایی در به‌دست‌آوردن آمار تعداد گروه‌های انجمن معتادان گمنام زنان و تعداد اعضای آن‌ها در شهرستان و محدودیت زمانی است؛ سعی بر آن شد تا در پژوهش حاضر چنین محدودیت‌ها و مشکلاتی از میان برداشته شود؛ در بُعد سوم مطالعات نشان داده است که راهبردهای مختلفی از جمله بازسازی شناختی و راهبردهای خودکنترلی در زنان رهاشده از مصرف مواد به‌کار برده شده است؛ اما روابط با همسر و آموزش بهبود کیفیت زندگی مؤلفه‌های جدیدی است

براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، افرادی که دچار اختلال مصرف مواد<sup>۱</sup> هستند، باوجود یکی از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک همچنان به مصرف آن ادامه می‌دهند. اکثر افراد جامعه سوءمصرف مواد را پدیده‌ای مردانه می‌پندارند؛ اما آمارها حاکی از افزایش تعداد زنان مبتلا به سوءمصرف مواد است (۱). براساس آخرین گزارش جهانی مواد مخدر، حدود ۳۵ میلیون نفر در جهان، دچار اختلالات مصرف مواد هستند (۲). همچنین گزارش‌های اخیر سازمان ملل نشان می‌دهد، حدود ۱۰ درصد از مصرف‌کنندگان مواد را زنان تشکیل می‌دهند (۲).

تحمل پریشانی<sup>۲</sup> اندک می‌تواند یکی از عوامل زمینه‌ساز انواع سوءمصرف مواد در نظر گرفته شود. تحمل پریشانی اغلب به‌عنوان توانایی ادراک‌شده خودگزارشی فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی (۳) یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود. همچنین از بُعد جسمانی رفتاری، تحمل پریشانی به‌منزله توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیک آزارنده است (۴). سیمنز و گاهر یکی از ابعاد تحمل پریشانی را تحمل ناراحتی می‌دانند. افراد با تحمل پریشانی کم در تلاشی غلط برای مقابله با هیجان‌ات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند؛ به‌نظر می‌رسد تحمل کم این افراد آن‌ها را مجبور به یافتن راهی فوری برای خلاصی از هیجان‌ات می‌کند (۳). نبود تحمل پریشانی باعث می‌شود افراد برای روبه‌رو شدن با هیجان‌ات و احساسات منفی خود دچار بی‌نظمی رفتاری شوند و دست به رفتارهای تخریب‌کننده مثل مصرف مواد بزنند تا از این طریق بتوانند درد هیجانی خود را کاهش دهند (۵). مصرف مواد به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای هیجان‌محور می‌تواند افراد با تحمل پریشانی کم را به‌طور موقت از هیجان‌ات منفی دور نگه دارد (۶). موسچاک و همکاران نشان دادند، تحمل پریشانی کم با سطوح بیشتر جست‌وجوی کوکائین و رفتارهای تکانشی ارتباط دارد (۷). از طرفی یافته‌ها بیانگر آن است که عملکرد پراسترس در زندگی زناشویی با مصرف مواد رابطه دارد؛ هرچه زوجین استرس بیشتری را در زندگی مشترک خود تجربه کنند، مصرف مواد نیز تقویت می‌شود و عود پس از درمان را تسهیل می‌کند (۸).

یکی از مداخلات درمانی مؤثر که می‌توان به‌منظور کیفیت روابط زناشویی و ارتقای صمیمیت بین آن‌ها انجام داد، آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب است. براساس نظریه گلاسر، دوری و بیگانگی زوج‌ها، ممکن است از طریق مشاجره، سرزنش، انتقاد، تحقیر و بسیاری از رفتارهای زیان‌بار دیگر نمایان شود. در خلال فرایند مشاوره، نیاز هریک از زوج‌ها به احساس تعلق ارضا می‌شود و رابطه‌شان بهبود می‌یابد (به نقل از ۹). دوبا و همکاران با ارائه طرح واقعیت‌درمانی و نظریه انتخاب برای حل تعارض‌های خانواده کشف کردند که استفاده از این رویکرد می‌تواند منجر به کاهش تعارض خانواده‌ها شود (۱۰). همچنین ووبولدینگ و ووبولدینگ با بررسی نظریه انتخاب و واقعیت‌درمانی در کره به این نتیجه دست

3. Michael B. Frisch

4. CASIO

1. Substance Use Disorder

2. Distress tolerance

که می‌تواند در پژوهش‌ها وارد شود (۱۷).

خاتمه درمان، برای گروه گواه آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در نظر گرفته شد.

در این پژوهش ابزار و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

– مقیاس تحمل پریشانی<sup>۱</sup>: مقیاس تحمل پریشانی که هدف آن ارزیابی میزان تحمل پریشانی هیجانی از ابعاد مختلف (تحمل، جذب، ارزیابی، تنظیم) است، توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ طراحی شد (۳). این مقیاس شامل پانزده سؤال است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را براساس توان‌مندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده برای تسکین پریشانی می‌سنجد (۴). در پژوهش سیمونز و گاهر ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای مقیاس کل ۰/۸۲ به‌دست آمد. همچنین دارای روایی ملاکی و همگرایی خوبی بود (۳). عزیزی و همکاران میزان آلفای کروناخ این ابزار را ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۷۹ گزارش کردند (۶). نمره ۴۵ نقطه برش پرسشنامه است. نمرات بیشتر از ۴۵ نشان می‌دهد که تحمل پریشانی در فرد زیاد است. نمرات کمتر از ۴۵ بیان می‌کند که تحمل پریشانی در فرد کم است. نمره‌گذاری این مقیاس به‌صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای است که از توافق کامل (نمره یک) تا نبود توافق کامل (نمره پنج) نمره‌دهی می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است (۶).

به‌منظور اجرای پژوهش بعد از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق به شناسه IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1398.002 با مراجعه به کمپ ترک اعتیاد زنان لیستی تهیه شد و پس از کسب رضایت از زنان برای شرکت در پژوهش، تعداد شصت نفر انتخاب شدند. به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. در مرحله بعد برای تمامی آزمودنی‌ها سنجش صورت گرفت و آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی در جلسات شرکت کردند. آزمودنی‌های گروه گواه در فهرست انتظار باقی ماندند. پس از پایان دوره‌های آموزشی، پس از آزمون و بعد از طی مدت سه ماه آزمون پیگیری گرفته شد. – جلسات آموزش غنی‌سازی روابط زوجین: آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و بر مبنای مدل دوبا و همکاران بود که از طریق الگوی WDEP بود: W معادل خواسته‌ها و نیازها، D بیانگر عمل و انجام‌دادن، E بیانگر خودسنجی و P بیانگر برنامه‌ریزی است (۱۰). جلسات آموزش غنی‌سازی روابط زوجین در سه مرحله شش جلسه‌ای نود دقیقه‌ای اجرا شد.

دورنمای مهم‌تر تحقیق حاضر، پیشگیری از ابتلای کودکان این زنان در ورود به چرخه بزه و اعتیاد در جامعه است. با کمک به زنان رهاشده از مصرف مواد، در واقع خانواده‌های آنان نجات می‌یابند و مادر به‌عنوان سرپرست به فرزندان ایشان بازگردانده می‌شود. افزایش تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد، شانس داشتن مادر و خانواده را به این کودکان می‌دهد. این کودکان فرصت رشد سالم را به‌دست می‌آورند. با انجام پژوهش روی متغیر تحمل پریشانی در زنان رهاشده از مصرف مواد، نقش آن در پیشینه پژوهش پررنگ‌تر می‌شود و توجه پژوهشگران و درمانگران این حوزه به متغیر بررسی شده جلب خواهد شد؛ همچنین زمینه کار بر این متغیر فراهم می‌آید؛ بنابراین با توجه به مطالب مطرح‌شده هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد بود.

## ۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، زنان رهاشده از مصرف مواد بودند که در بازه زمانی مهر تا آبان ۱۳۹۸ در گروه‌های معتادان گنم‌م‌زنان شهر نیشابور شرکت کرده بودند. ابتدا از بین زنان مذکور، تعداد شصت نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس با توجه به روش پژوهش که حداقل پانزده نفر برای هر گروه توصیه می‌شود (۱۸)، به‌صورت تصادفی چهل نفر در گروه‌های آزمایشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و بیست نفر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: زنان متأهل؛ زنان دارای امکان شرکت در جلسات آموزشی به‌همراه همسر؛ مبتلانی نبودن هیچ‌یک از زوجین به اختلال روانی یا اختلالات شخصیت (سنجش این ملاک از طریق مصاحبه وضعیت روانی صورت گرفت)؛ مبتلانی نبودن همسران به سوءمصرف مواد مخدر. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش از این قرار بود: تعداد جلسات غیبت بیش از سه جلسه؛ عود مصرف مواد در طی اجرای برنامه؛ دچار عودشدن همسران مبتلا به سوءمصرف مواد در گذشته. به‌لحاظ رعایت ملاحظات اخلاقی نیز از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه دریافت شد که نزد محققان محفوظ است. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند؛ به‌علاوه بعد از

### جدول ۱. محتوای جلسات آموزش غنی‌سازی روابط زوجین

مرحله اول	سنجش
در این مرحله که دو جلسه به آن اختصاص داشت، وضعیت زوج‌ها ارزیابی شد. در این مرحله زوج‌ها تشویق شدند، چهار موضوع زیر را ارزیابی کنند: ۱. خواسته‌های خود؛ ۲. خواسته‌های اعضای خانواده خود؛ ۳. ادراکشان درباره اعضای خانواده و کل خانواده خود؛ به این شکل که به‌عنوان مثال، خانواده چه کارهایی را انجام می‌دهد، چه کارهایی را انجام نمی‌دهد، بافت و زمینه بحث و جدل‌ها در خانواده چگونه است، اتحادها در خانواده چگونه است، چه کارهایی به خانواده آسیب می‌زند، چه کارهایی به خانواده کمک می‌کند؛ ۴. انتظاراتشان از روان‌شناس.	توضیحات

<sup>۱</sup>. Distress Tolerance Scale (DTS)

در این جلسه از زوج‌ها سؤال شد آیا به دلیل حفظ ازدواج و تقویت آن آمده‌اند یا برای اصلاح همسر و حل مشکل خودشان مراجعه کرده‌اند؟ از آن‌ها درخواست شد روشن کنند که کدام یک برایشان مهم‌تر و در اولویت است. پس از آنکه زوج‌ها به‌صراحت بیان کردند به دلیل حفظ ازدواجشان آمده‌اند، خواسته شد هریک از آن‌ها بگویند به نظرشان چه چیز اشتباه و نامناسبی و چه چیز خوب و مناسبی در ازدواجشان وجود دارد. با طرح این سؤال فرصتی فراهم شد تا هریک از زوجین شکوه و شکایت خود را مطرح کنند. هدف این جلسه آن بود که به هریک از زوج‌ها کمک شود تا معنا و مفهوم شکایت خود را دریابند. در ادامه روند ارزیابی به زوج‌ها توصیه شد تا در زمان بین جلسات اول و دوم درباره موضوعات خوب و مناسب زندگی مشترکشان فکر کنند. زوجین جنبه‌های مثبت زندگی خود را در طول جلسه شناسایی کردند و همین تکلیف را در منزل انجام دادند و در جلسه بعد با خود به جلسه آوردند. در پایان جلسه نخست هریک از زوجین گفتند، در طول هفته‌ای که در پیش است چه کاری می‌توانند انجام دهند تا برای زندگی زناشویی‌شان مفید باشد و موجب بهبود آن شود. یک یا دو نمونه از آن را انتخاب کردند و پس از تعهد لازم آن را در فاصله دو جلسه انجام دادند.

جلسه اول

در جلسه دوم مرحله نخست یعنی سنجش، ابعاد دیگر ناهماهنگی بین دنیای کیفی زوج‌ها و نیز میزان نیاز هریک از زوج‌ها به عشق، محبت، دوستی و احترام بررسی شد. ابتدا از آن‌ها سؤال شد برای دریافت محبت، علاقه، مهر و صمیمیت از همسر خود، چگونه رفتار کرده‌اند، میزان کارایی آن چقدر بوده است، آیا این رفتار موجب شده تا آنچه می‌خواستند به دست آورند یا باعث ضربه زدن به زندگی زناشویی شده است. از هر زوج خواسته شد تا جواب صریح و روشن به این سؤال بدهند. پس از آنکه زوج‌ها رفتار کنونی خود را در جهت عشق و محبت و علاقه همسر مطرح کردند و میزان کارآمدی آن را بررسی و ارزیابی نمودند، از هر زوج خواسته شد برای آنکه علاقه، عشق و محبت همسر خود را در هفته آینده جلب کند دریابد چه کار مفیدی برای او انجام دهد. پاسخ‌ها در جلسه بررسی شد و سپس زوج‌ها طرح‌های جدیدی را برای جلب علاقه، محبت و ایجاد صمیمیت ارائه دادند؛ همچنین میزان پایبندی و تعهد خود را برای اجرای آن در بیرون از جلسه اعلام کردند.

جلسه دوم

مداخله خودسنجی

مرحله دوم

توضیحات

این مرحله دو جلسه سوم و چهارم را پوشش داد.

در این جلسه از زوج‌ها خواسته شد رفتار خود را ارزیابی کنند و بگویند آیا رفتار کلی آن‌ها نظیر تفکر، انجام دادن و احساس کردن، سهم مثبتی در خانواده دارد. همچنین از زوج‌ها سؤال شد چه نیازی وجود دارد که با یکدیگر هماهنگ‌تر و نزدیک‌تر شوند. در این جلسه گزارش طرح‌های تهیه شده برای جلب محبت و صمیمیت همسر و میزان موفقیت ارزیابی شد.

جلسه سوم

در این جلسه از مرحله دوم از هریک از زوج‌ها خواسته شد مشخص کنند چگونه می‌توانند برای حفظ زندگی زناشویی به همسر خود محبت بیشتری بکنند. از هریک سؤال شد تاکنون برای ابراز محبت و دوستی به همسر چه رفتاری کرده‌اند، آیا شیوه ابراز محبتشان مناسب بوده است. اگر مناسب نبوده است چگونه می‌توانند آن را تغییر دهند. زوج‌ها تشویق شدند ضمن بررسی شیوه‌های ابراز محبت و صمیمیت خود به همسرشان، شیوه‌ها و طرح‌های جدیدی با کارآمدی بیشتر، ارائه دهند و هریک طرح‌های تنظیم شده را یادداشت کنند و میزان تعهد خود را به اجرای آن‌ها مشخص کنند؛ همچنین اگر درباره نیازهای مربوط به بقا باهم تعارض دارند، میزان خواسته یکدیگر را معین کنند. سپس واقعی بودن هریک از آن‌ها را ارزیابی نمایند. آنگاه زوج‌ها تشویق شدند راجع به آن‌ها باهم مذاکره کنند و برای حفظ زندگی زناشویی خواسته خود را تعدیل نمایند؛ همچنین تمرین کنند که هریک به خواسته‌های دیگری توجه نماید.

جلسه چهارم

عمل

مرحله سوم

این مرحله شامل جلسه‌های پنج و ششم بود.

برای دستیابی به اهداف این مرحله از زوج‌ها خواسته شد به منظور قدرت‌مندتر کردن ارتباط‌های بین اعضای خانواده عمل کنند. در این جلسه به جای به‌کارگیری راهکارها و رهنمودهای مستقیم از روش‌های انعکاسی مانند رویکرد راجرز ۱۹۵۱ و انواع روش‌ها و مداخله‌ها برای رسیدن به هدف‌های زیر در خانواده استفاده شد: الف. برآورده کردن نیازهای پنج‌گانه شامل نیاز به عشق و تعلق، آزادی، تفریح، بقا و قدرت و نیز ارضای بیشتر دنیای کیفی همه اعضای خانواده؛ ب. تغییر سطح ادراک زوج‌ها و افزایش تعامل‌ها با یکدیگر؛ ج. تشویق هریک از زوج‌ها جهت سپری کردن وقت بیشتر با یکدیگر و تمرین تعامل‌ها و ارتباط‌های مثبت.

جلسه پنجم

در این جلسه پس از ارزیابی تکالیف جلسه‌های پیشین، زوج‌ها تشویق شدند برنامه و طرح‌های جایگزینی را مطرح کنند که دارای ویژگی‌هایی با نام اختصاری سامیک، باشد. سامیک از ترکیب حروف اول واژه‌های سادگی، دردسترس، اندازه‌گیری‌شدنی، فوریت زمانی، پایدار یا قابلیت انجام دوباره گرفته شده است. در این جلسه هریک از زوج‌ها تشویق شدند دیدگاه خود را مبنی بر اینکه مسئول شادکردن و راضی کردن دیگری هستند، تغییر دهند. از هریک از زوج‌ها خواسته شد بیان کنند با استفاده از رفتار کلی شامل فکرکردن، انجام دادن و احساس کردن، چگونه می‌توانند هریک از نیازهای اصلی مثل نیاز به تفریح خود را برآورده کنند. همچنین زمان‌های معینی را در طول هفته برای باهم بودن اختصاص دهند.

جلسه ششم

گروه آزمایشی دوم در جلسات آموزشی مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی در هشت جلسه نود دقیقه‌ای شرکت کرد. جلسات آموزشی مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی براساس برنامه مداخله‌ای فریش است که از مدل پنج‌عاملی CASIO برای ارتقای زندگی استفاده می‌شود. در این مدل C (تغییر شرایط)، A (تغییر نگرش)، S (تغییر اهداف و معیارها)، I (تغییر اولویت‌ها) و O (افزایش رضایت درباره سایر حوزه‌ها) است (۱۳). محتوای جلسات در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. محتوای جلسات آموزشی مهارت‌های مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه اول	در جلسه اول معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر صورت گرفت. سپس به تعریف نقش کیفیت زندگی در زندگی شخص و معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و آموزش مدل پنج‌راهه CASIO پرداخته شد. همچنین در این جلسه ساختار کلی جلسات تعیین گردید و نیم‌رخ کیفیت زندگی به صورت فردی تکمیل شد. توافق بر حوزه‌های مهم از بین شانزده حوزه مشخص شده در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی انجام گرفت. در نهایت از اعضای گروه بازخورد گرفته شد.
جلسه دوم	در این جلسه پس از تعیین دستور جلسه به بررسی نقش متغیر مربوط در سلامت روانی افراد و تعریف عزت نفس براساس مدل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی پرداخته شد. سپس درباره موضوعات زیر بحث صورت گرفت: اولین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس، آموزش و ارائه تکلیف «یادداشت موفقیت» برای اجرا در منزل؛ دومین راه موفقیت در دستیابی عزت نفس (مسیر «لطفاً سؤال نکنید!»): سومین راه موفقیت در دستیابی عزت نفس (مسیر خودپذیری)؛ چهارمین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس (روابط اجتماعی سودبخش)؛ پنجمین راه موفقیت در دستیابی به عزت نفس (یاری‌رسانی)؛ آموزش و ارائه تکنیک BAT برای تکمیل در منزل، آموزش استفاده از «لیست توانایی‌ها». در نهایت از اعضا بازخورد دریافت شد.
جلسه سوم	در این جلسه پس از تعیین دستور جلسه مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف آن انجام گرفت. سپس تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بیان شد. همچنین در این جلسه به ارتباط شادکامی با سلامت روانی و جسمانی و بررسی عادات غلط درباره سلامتی پرداخته شد. درباره آموزش تمرین «سبد تخم‌مرغ» برای تکمیل در منزل، آموزش برنامه شش مرحله‌ای کنترل عادات مطابق با دستورعمل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش برنامه‌ریزی روزانه (DAP)، بررسی روند کمک به مسائل مزمن بهداشتی و اصل «پذیرش چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم» نیز در این جلسه گفت‌وگو صورت گرفت. در نهایت از اعضای گروه بازخورد دریافت شد.
جلسه چهارم	در این جلسه پس از تعیین دستور جلسه مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف آن انجام گرفت. سپس به آشنایی با نقش اهداف، ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی پرداخته شد. اعضا به اجرای تمرین هدف‌یابی، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن و آشنایی با اصول تعیین هدف پرداختند. در نهایت از اعضا بازخورد دریافت شد.
جلسه پنجم	در این جلسه پس از تعیین دستور جلسه مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف آن انجام گرفت. سپس به تعریف ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش انگاره‌های اصلی ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت‌خاطر از ارتباط، آموزش فن نامه‌نگاری ۱ و ۲، آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغات احساسات پرداخته شد. در نهایت دریافت بازخورد از اعضا صورت گرفت.
جلسه ششم	در این جلسه پس از تعیین دستور جلسه مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف آن صورت گرفت. تعریف یادگیری در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و آموزش مراحل پنج‌گانه جهت افزایش یادگیری (در حیطه‌های موردعلاقه) بیان شد. سپس آموزش مهارت‌های مطالعه و یادگیری انجام پذیرفت. در نهایت از اعضا بازخورد دریافت شد.
جلسه هفتم	در این جلسه پس از تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف آن انجام گرفت. آموزش تفاوت بین «فعالیت‌های باید و خواستن»، نیاز به بازی و تفریح یعنی چه، مشخص کردن بازی‌های تخریب‌کننده کیفیت زندگی، بررسی رابطه شادی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادت‌کردن به بازی و تفریح، آموزش و ارائه تکلیف لیست بازی‌ها برای تکمیل در منزل نیز از موضوعاتی بود که در این جلسه به آن‌ها پرداخته شد. در نهایت از اعضا بازخورد دریافت شد.
جلسه هشتم	در این جلسه پس از تعیین دستور جلسه، مروری کوتاه بر جلسه قبل و بررسی تکالیف آن انجام گرفت. سپس به آموزش استفاده از فرم استرس‌های شخصی و چک‌لیست اضطراری عود به‌منظور حفظ نتایج درمان و پیشگیری از عود پرداخته شد. بعد از دریافت بازخورد از اعضا درخصوص درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، مروری بر مدل CASIO و تأکید بر استفاده از آن در تمام زندگی صورت گرفت.

مذکور با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### ۳ یافته‌ها

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیر تحمل‌پیشانی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌تفکیک گروه‌های آزمایشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه گواه ارائه شده است.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد؛ همچنین در سطح آمار استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (و پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها (با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک)، همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (با استفاده از آزمون ام‌باکس)، واریانس خطای متغیر وابسته (از طریق آزمون لون) و کوواریانس خطا (از طریق آزمون کرویت موجلی) و همچنین آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه زوجی گروه‌ها استفاده شد. تحلیل‌های

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر تحمل‌پریشانی به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گروه گواه

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		آزمون پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تحمل پریشانی	غنی‌سازی روابط زوجین	۱۵	۳۴/۵۳	۸/۲۱	۴۲/۸۰	۸/۱۶	۴۲/۵۳	۸/۳۴
	مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی	۱۵	۳۰/۸۶	۱۰/۳۲	۳۶/۶۶	۱۱/۴۲	۳۲/۰۶	۹/۵۰
	گواه	۱۵	۳۴/۵۳	۸/۸۱	۳۴/۸	۸/۷۵	۳۵/۰۳	۸/۵۲

قبل از استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا بررسی پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از آن انجام شد: پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ( $p > 0/05$ )، همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس ( $p > 0/05$ )، واریانس خطای متغیر وابسته با استفاده از آزمون لون ( $p > 0/05$ ) و کوواریانس خطا با استفاده از آزمون کرویت موچلی ( $p > 0/05$ ) تأیید شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی در جدول‌های ۴ و ۵ آمده است.

براساس یافته‌های جدول ۳، میانگین تحمل‌پریشانی در گروه آزمایش آموزش غنی‌سازی روابط زوجین از ۳۴/۵۳ در مرحله پیش‌آزمون به ۴۲/۸۰ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری میانگین به ۴۲/۵۳ رسید. میانگین تحمل‌پریشانی در گروه آزمایش آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از ۳۰/۸۶ در مرحله پیش‌آزمون به ۳۶/۶۶ در مرحله پس‌آزمون افزایش پیدا کرد؛ ولی در مرحله پیگیری به ۳۲/۰۶ کاهش یافت؛ اما در گروه گواه برای متغیر تحمل‌پریشانی در سه مرحله اندازه‌گیری تغییرات درخور توجهی دیده نشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه اثر بخشی روش‌های درمانی بر متغیر تحمل‌پریشانی

متغیر	منبع اثر	مقدار F	مقدار p	مجذوراتا
تحمل پریشانی	اثر زمان	۵/۷۳۵	۰/۰۰۶	۰/۱۷۰
	زمان*گروه	۱/۳۳۲	۰/۲۷۲	۰/۰۴۵
	اثر گروه	۷/۷۷۴	۰/۰۰۹	۰/۲۱۷

نشان می‌دهد، روند تغییرات میانگین نمرات در سه گروه متفاوت است ( $p = 0/009$ ). برای مقایسه نمرات در دو گروه آزمایش و گروه گواه از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، اثر زمان معنادار است ( $p = 0/006$ ). معناداری اثر زمان بیان می‌کند، میانگین نمره تحمل‌پریشانی در سه زمان اختلاف معناداری دارد. معنادار بودن اثر گروه

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی مبنی بر مقایسه زوجی میانگین تحمل‌پریشانی در سه بار اجرای متغیر تحمل‌پریشانی در سه گروه مطالعه‌شده

گروه‌ها	پیش‌آزمون مقدار p	پس‌آزمون مقدار p	پیگیری مقدار p
الف و ب	۰/۹۹۸	۰/۰۱۵	۰/۰۲۱
الف و ج	۰/۳۰۴	۰/۶۱۹	۰/۳۸۱
ب و ج	۰/۲۹۱	۰/۰۰۳	۰/۱۰۲

معناداری وجود نداشت. در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین نمره گروه آموزش غنی‌سازی روابط زوجین و گروه گواه در متغیر تحمل‌پریشانی تفاوت معناداری مشاهده شد ( $p = 0/015$ )؛ همچنین بین میانگین نمره گروه آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه گواه در متغیر تحمل‌پریشانی تفاوت معناداری وجود داشت ( $p = 0/003$ )؛ اما در مرحله پس‌آزمون، بین میانگین نمره گروه آموزش غنی‌سازی روابط زوجین و گروه آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، در

گروه (الف): آموزش غنی‌سازی روابط زوجین؛ گروه (ب): گواه؛ گروه (ج): آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود زندگی مطابق یافته‌های جدول ۵، نتایج آزمون تعقیبی توکی مشخص کرد که در متغیر تحمل‌پریشانی، در مرحله پیش‌آزمون، بین میانگین نمره گروه‌های آزمایشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین و گروه گواه ( $p = 0/998$ )، گروه آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه گواه ( $p = 0/291$ ) و بین دو گروه آزمایش ( $p = 0/304$ ) تفاوت

متغیر تحمل پریشانی تفاوت معنادار مشاهده نشد ( $p=0/619$ ).

در مرحله پیگیری تفاوت بین میانگین نمره گروه آموزش غنی سازی روابط زوجین و گروه گواه در متغیر تحمل پریشانی معنادار بود ( $p=0/021$ )؛ ولی در مرحله پیگیری بین میانگین نمره گروه آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی و گروه گواه در متغیر تحمل پریشانی تفاوت معناداری مشاهده نشد ( $p=0/102$ )؛ همچنین بین میانگین نمره گروه‌های آموزش غنی‌سازی روابط زوجین و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در متغیر تحمل پریشانی، در مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p=0/381$ ).

#### ۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود زندگی بر تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد صورت گرفت. نتایج حاکی از آن بود که آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، در بهبود تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد تأثیر معنادار داشتند و اثربخشی هر دو درمان تأیید شد؛ همچنین در مرحله پیگیری تفاوت معناداری بین این دو نوع آموزش مشاهده نشد. این نتایج با یافته‌های مطالعات زیر همخوان است: دوبا و همکاران طرحی را برای حل تعارض‌های خانواده از طریق نظریه انتخاب ارائه دادند (۱۰)؛ ووبولدینگ و ووبولدینگ به بررسی نظریه انتخاب پرداختند و گزارش کردند نظریه انتخاب منجر به کاهش تعارضات می‌شود (۱۱)؛ همچنین با نتایج پژوهش‌های فتح‌اله‌زاده و همکاران (۱۲)، کریمی و همکاران (۱۴)، دهقانی (۱۵) و عراقیان و همکاران (۱۶) همسوست.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، از آنجاکه هسته آموزش‌های غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب بر تمرکز بر رفتار خود، ایجاد و پذیرش مسئولیت، قبول واقعیت‌های زندگی و انکار نکردن آن‌ها است (۹)، می‌تواند بر تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد تأثیرگذار باشد. در همین راستا نتایج پژوهش کاف و همکاران نشان داد، افراد دارای تحمل پریشانی کم، تلاش می‌کنند با به‌کارگیری استراتژی‌هایی که هدف آن‌ها کاهش هیجانات منفی است، از این‌گونه هیجانات اجتناب ورزند (۵). در جلسات آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب، افراد مهارت‌هایی را مبتنی بر پذیرش واقعیت بدون تلاش برای تغییر فرا گرفتند؛ همچنین آموختند که درد و پریشانی را نمی‌توان به‌طور کامل حذف کرد یا از آن اجتناب نمود؛ بلکه توانایی پذیرش واقعیت تغییرناپذیر، خود منجر به کاهش درد و رنج می‌شود. افرادی که نمی‌توانند فشارهای زندگی زناشویی را به‌صورت منطقی مدیریت کنند و به‌جای تمرکز بر مشکلات و پذیرفتن مسائل برای یافتن راه‌حل بهتر، شیوه‌های اجتنابی را به‌کار می‌برند، به‌احتمال زیاد با شدت گرفتن فشارها و استرس‌های زندگی زناشویی احساس درماندگی می‌کنند و قدرت کمتری برای تحمل پریشانی از خود نشان می‌دهند؛ این امر باعث افزایش شیوه‌های اجتنابی در برخورد با مسائل می‌شود؛ علاوه بر آن افراد آموختند که اگر برای تغییر خود تلاش نکنند، اعمال تکانشی جایگزین تلاش برای ایجاد تغییرات مطلوب می‌شود (۹).

آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از ترکیب رویکرد شناختی و روان‌شناسی مثبت‌گرا به‌وجود آمده است. آموزش مذکور سعی در آموزش و تفهیم این واقعیت دارد که وجودناشتن حوادث و احساسات نامطلوب نیست که عامل خوشبختی است؛ بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آن‌ها، تعیین‌کننده بهزیستی فرد است (۱۳). یکی از ارکان آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، اصل کیفیت زمان است. در این اصل تأکید شد که افراد در مکان‌های کاملاً آرام و بدون سروصدا در خود آرامش و تمرکز ایجاد کنند و احساسات و هیجانات خود را لمس کنند. کیفیت زمان فرصتی برای تنه‌اماندن و پردازش هر نوع نگرانی است. این برنامه مخصوصاً زمانی که افراد برانگیخته و ناراحت هستند، یک ضرورت است (۱۳). هنگامی که افراد به آرامش دست یافتند، تمرین‌های بهبود کیفیت زندگی را تکمیل کردند. گزارش روزانه استرس نیز به مراجعان در ایجاد پاسخ مثبت و واقع‌گرایانه به افکار ناسالم، دردناک و تحریف‌شده کمک کرد. همچنین با تمرین‌های آرامش عضلانی پیش‌رونده، شیوه برخورد با اغتشاش‌ها و آشفتگی‌ها و تکنیک زمان‌گریستن تلاش شد اعضای گروه به‌جای گرفتار شدن در افکار و احساسات به آن‌ها اجازه دهند که بیایند و بروند؛ به این ترتیب این‌گونه آموزش‌ها توانست در افزایش تحمل پریشانی افراد تأثیرگذار باشد و آن‌ها را در مدیریت محیط اطراف خود توانمند کند.

محدودیت پژوهش حاضر این بود که نمی‌توان داده‌های مختص به جامعه بررسی شده در این پژوهش را یعنی زنان رهاشده از مصرف مواد در شهر نیشابور، به سایر جوامع تعمیم داد. توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی چنین مطالعه‌ای در سطح مردان نیز صورت گیرد. لازم به اشاره است که تنوع قومیتی و فرهنگی باید لحاظ شود و این پژوهش در مراکز درمانی شهرهای دیگر انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران از این رویکردهای درمانی مطالعه حاضر در گروه‌درمانی زنان رهاشده از مصرف مواد و کلاس‌های مربوط به آن بهره ببرند؛ همچنین مراکز خاص با فضای مناسب برای ایجاد این آموزش‌ها ایجاد شود.

#### ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در بهبود تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد اثربخش هستند و در مرحله پیگیری نیز تفاوت معناداری بین این دو نوع آموزش مشاهده نشد؛ بنابراین می‌توان با آموزش غنی‌سازی روابط زوجین براساس نظریه انتخاب و آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در افزایش تحمل پریشانی زنان رهاشده از مصرف مواد گام‌های مؤثری برداشت.

#### ۶ تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کلینیک‌های ترک اعتیاد و به‌خصوص کمپ ترک اعتیاد پردیس زنان نیشابور، همچنین از تمامی افرادی که بعد از ترک مواد، محققان را در این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور با کد اخلاق IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1398.002 است. به‌منظور انجام پژوهش، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه دریافت شد که نزد محققان محفوظ است. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

اطلاعات مربوط به تجزیه و تحلیل داده‌ها نزد محققان به آدرس ایمیل

[ghajarelham@gmail.com](mailto:ghajarelham@gmail.com) محفوظ است.

تواضع منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول ایده پژوهش را ارائه داد و اجرای پروتکل و جمع‌آوری داده‌ها را بر عهده داشت. نویسنده دوم روش‌شناسی و آنالیز داده‌ها را انجام داد. نویسنده سوم نسخه دست‌نوشته را نگاشت و مقاله را بررسی کرد. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

**References**

1. American Psychiatric Association (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)). Rezaei F, Fakhraei A, Farmand A, Nilofari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. (Persian translator). First Edition. Tehran: Arjmand; 2016. [Persian]
2. World Drug Report. Women and drugs, drug use, drug supply and their consequences. United Nation publications :2018.
3. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*. 2005;29(2):83–102. doi:[10.1007/s11031-005-7955-3](https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3)
4. MacKillop J, De Wit H. *The Wiley-Blackwell handbook of addiction psychopharmacology*. Chichester, Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2013.
5. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*. 2010;41(4):567–74. doi:[10.1016/j.beth.2010.04.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.04.002)
6. [Azizi AR](#), Mirzaei A, Shams J. Barrasiye rabeteye tahamol ashoftegi va tanzime hayajani ba mizane vabastegi daneshjouyan be sigar [Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence]. *Hakim Health System Research Journal*. 2010;13(1):11–8. [Persian]
7. Moschak TM, Terry DR, Daughters SB, Carelli RM. Low distress tolerance predicts heightened drug seeking and taking after extended abstinence from cocaine self-administration: distress tolerance and cocaine. *Addiction Biology*. 2018;23(1):130–41. doi:[10.1111/adb.12488](https://doi.org/10.1111/adb.12488)
8. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003;29(1):121–46. doi:[10.1111/j.1752-0606.2003.tb00387.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb00387.x)
9. Barness R, Parish TS. Drugs vs. reality therapy. *International Journal of Reality Therapy*. 2006;25(2):43-5. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.604.7999&rep=rep1&type=pdf>
10. Duba JD, Jill D, Graham MA, Britzman M, Minatrea N. Introducing the “basic needs genogram” in reality therapy-based marriage and family counseling. *International Journal of Reality Therapy*. 2009;28(2):15–9.
11. Wubbolding RE, Wubbolding ST. Choice theory and reality therapy in Korea, the land of the morning calm. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*. 2017;36(2):144–7.
12. Fathollahzadeh N, Mirsaifard LS, Kazemi M, Saadati N, Navabi Nejad Sh. Effectiveness of marital life enrichment based on choice theory on quality of marital relationships and couples' intimacy. *Journal of Applied Psychology*. 2017;11(3):353–72. [Persian]
13. Frisch MB (Psychotherapy based on improving quality of life: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy). Khamseh A. (Persian translator). Tehran: Arjmand; 2011. [Persian]
14. Karimi Z, Rezaee N, Shakiba M, Navidian A. Effect of the quality of life therapy intervention on the burden of the family caregivers of addicts. *Hayat*. 2019;25(3):237–51. [Persian] <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-3222-en.html>
15. Dehghani Y. The effectiveness of group therapy based on quality of life on marital adjustment, marital satisfaction and mood regulation of Bushehr male abusers. *Iranian South Medical Journal*. 2016;19(3):411–24. [Persian] <http://ismj.bpums.ac.ir/article-1-804-en.html>
16. Araghian S, Nejat H, Touzandehjani H, Baqerzadeh Golmakani Z. Comparing the effectiveness of quality of life therapy and compassion-focused therapy on the quality of interpersonal relationships and distress tolerance in women with marital conflict. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2020;21(3):180–91. [Persian]
17. Ghajari E, Toozandehjani H, Nejat H. The effectiveness of marital relationships enrichment training based on choice theory on distress tolerance of women recovered from addiction. *Quarterly of The Horizon of Medical Sciences*. 2020;26(4):316–31. doi: [10.32598/hms.26.4.3237.1](https://doi.org/10.32598/hms.26.4.3237.1)
18. Delavar A. *Educational and psychological research*. Tehran: Virayesh Publication; 2010. [Persian]