

اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و سردرد همسران معتادان

فهیمة زارعان^۱، زهره لطیفی^۲، سید رضا میرمهدی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۰۲

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی، و سردرد همسران معتادان بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی دو گروهی (آزمایش و گواه) سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) می‌باشد. جامعه آماری عبارت بود از: زنان دارای همسر معتاد به مواد افیونی و صنعتی عضو انجمن خانواده‌های معتادان شهرستان اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۹۸. تعداد ۳۰ نفر داوطلب به صورت دردسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه نمونه به آزمون‌های سرمایه‌های روان‌شناختی لوتانز (۲۰۰۷)، تحمل‌پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) و سنجش علائم سردرد نجاریان (۱۳۷۴) پاسخ دادند. بسته آموزشی خودشفابخشی لطیفی، مروی و لوید (۱۳۹۷) طی ۱۲ جلسه (به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) به گروه آزمایش آموزش داده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و سردرد همسران معتادان اثربخشی داشته است ($p < 0/05$) و این نتایج طی گذر زمان نیز ثابت داشته‌اند. **نتیجه‌گیری:** می‌توان روش خودشفابخشی را به عنوان یکی از رویکردهای جدید جهت افزایش سلامت جسمانی و روان‌شناختی خانواده‌های معتادین در مراکز درمانی به کار برد.

کلیدواژه‌ها: خودشفابخشی، سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی، سردرد، همسران معتادان

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: زهره لطیفی، هیات علمی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، پست الکترونیکی: z_yalatif@yahoo.com

۳. هیات علمی روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جوامع امروزی است. اعتیاد، به عنوان یکی از جدی‌ترین مسائل اجتماعی در ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، حقوقی، اقتصادی و سیاسی دارد (نیکبخت نصرآبادی، پاشایی ثابت و بستامی، ۱۳۹۵). امروزه سوء مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه بار و آسیب فراوانی بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (مشاوری و لطیفی، ۱۳۹۷). کشور ما به دلیل شرایط خاص جغرافیایی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی شرایط مستعدی برای آوردن افراد به اعتیاد را داراست (عسگری، سید آسیابان و سنگانی، ۱۳۹۸). این پدیده مخرب اجتماعی، در بسیاری از خانواده‌های ایرانی رسوخ کرده و در کارکرد خانواده‌ها اختلالاتی عمیق و همه‌جانبه ایجاد نموده است (سعیدی و محمدی‌فر، ۱۳۹۷). متأسفانه بسیاری از خانواده‌ها چه به صورت مستقیم و چه غیرمستقیم تحت تاثیر پدیده‌ی اعتیاد^۱ قرار گرفته‌اند. یکی از آسیب‌زاترین موارد، اعتیاد پدر خانواده است که موجب از هم گسیختگی خانواده می‌شود. در چنین شرایطی، زن، در نقش همسر با آسیب‌های جدی مواجه می‌شود. در شرایطی که انتظار می‌رود محیط خانه امن‌ترین نهاد اجتماعی و مأمّن امنیت، آرامش و آسایش باشد؛ فرزندان و بالاخص همسر فرد معتاد هراس و ناامنی را لحظه به لحظه تجربه می‌کنند. زنانی که دارای همسر معتاد هستند به اجبار باید تمام مسئولیت‌های خانواده اعم از مدیریت مالی و تربیتی خانواده را خود به تنهایی بر عهده گیرند و به مرور زمان در سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی به ویژه در میزان استرس ادراک شده و عملکرد روزانه زندگی دچار مشکلاتی می‌شوند (محمدی‌فر، طالبی و طباطبایی، ۱۳۸۹). براساس مطالعات، خانواده‌های معتادان و به ویژه زنان دارای همسر معتاد به لحاظ مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی وضعیت مطلوبی ندارند (رحیمی‌پور، خانکه، فلاحی، فرهودیان و فرضی، ۲۰۱۲). یکی از عوامل تأثیرگذار در سلامت روان زنان دارای همسر معتاد، توانایی تحمل پریشانی^۲ می‌باشد. تحمل پریشانی به میزانی که یک فرد قادر به تحمل حالات روان‌شناختی و/یا جسمانی منفی است اشاره می‌کند. افراد با تحمل پریشانی کم در یک تلاش غلط برای

مقابله با هیجان‌های منفی خود، درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به برخی رفتارهای مخرب در صدد تسکین درد هیجانی و اجتناب از هیجان‌های منفی خود برمی‌آیند (کیوق، ریکاردی، تیمپانو و میتچل^۱، ۲۰۱۰). افزایش تحمل پریشانی به طور فزاینده‌ای به عنوان یک سازه مهم در ایجاد بینش‌های جدید در مورد شروع و ابقاء آسیب شناسی روانی، هم‌چنین پیش‌گیری و درمان آن‌ها در نظر گرفته می‌شود (ویوجانویک، داتچر و برنز^۲، ۲۰۱۶). علاوه بر این، اعتیاد همسر موجب می‌شود همسران افراد معتاد در معرض تنش بالایی قرار گیرند و سرمایه‌های روان‌شناختی آن‌ها در مقابل مشکلات کاهش یابد (پارسافر و یزدخواستی، ۱۳۹۳). در صورتی که نیازهای روان‌شناختی اساسی برآورده شوند احساس اعتماد به نفس و خود ارزش‌مندی در افراد شکل می‌گیرد. در صورت ممانعت و برآورده نشدن این نیازها، فرد در کی‌شکننده، منفی و بیگانه و انتقام‌پذیر از خود خواهد داشت. همسران افراد معتاد در معرض تنش‌های بسیاری قرار می‌گیرند که به دنبال آن علائمی از اضطراب را تجربه می‌کنند. این افراد از احساسات ناخوشایند خود اجتناب کرده و سرمایه‌های مثبت روان‌شناختی آن‌ها رو به کاهش می‌رود (کیشور، پاندیت و راگرام^۳، ۲۰۱۳). سرمایه‌های مثبت روان‌شناختی شامل خودکارآمدی، خوش‌بینی، امید و تاب‌آوری است که نشان‌دهنده ارزیابی مثبت فرد از شرایط و احتمال موفقیت بر اساس تلاش و پشتکار است (وانو، کیمکت و ونگونیچ^۴، ۲۰۱۵). بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی در همسران افراد معتاد به آن‌ها کمک می‌کند تا توانایی خود را در مقابل شرایط نامطلوب زندگی افزایش دهند. از طرف دیگر بر اساس شواهد بالینی و تحقیقات یکی از جلوه‌های بروز استرس، به صورت سردرد‌های سایکوسوماتیک می‌باشد. سردرد یکی از مشکلات شایع بین همسران افراد معتاد می‌باشد (آفاخانی، و همکاران، ۱۳۹۲). سردرد تنشی بر اساس آمار انجمن بین‌المللی سردرد شایع‌ترین نوع سردرد محسوب می‌شود. حدود ۷۸٪ مردم دنیا حداقل برای یک‌بار سردرد تنشی را تجربه کرده‌اند. سردرد تنشی وقتی مزمن و تبدیل به سردرد روزانه شود می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد اثر بگذارد. سردرد تنشی در

1. Keough, Riccardi, Timpano & Mitchell
2. Vujanovic, Dutcher & Berenz

3. Kishor, Pandit & Raguram
4. Vanno, Kaemkate, & Wongwanich

اثر انقباض عضلات سر و گردن ایجاد می‌شود و عامل محرک آن بیشتر استرس و اضطراب و تنش است؛ به همین دلیل سردرد عصبی نیز نامیده می‌شود (رضاعی، ۱۳۹۶). فشارهای روانی-اجتماعی (استرس) همراه با آشفتگی‌های هیجانی در مقابله با حوادث زندگی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های حملات سردرد محسوب شده که می‌تواند بر سلامت فرد تأثیر بگذارد (رایان^۱، ۱۹۹۶؛ ویلارر^۲، ۱۹۹۵). گزارشات همسران افراد معتاد موید یافته‌های فوق است. با توجه به مطالب مطرح شده و آسیب‌پذیری زنان دارای همسر معتاد، شناسایی راهکارهایی که بتواند به افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و بهبود سلامت روان‌شناختی و جسمانی همسران افراد معتاد کمک نماید، ضروری به‌نظر می‌رسد. از جمله مداخلاتی که ممکن است بر این مؤلفه‌ها اثرگذار باشد، رویکرد خودشفابخشی^۳ است. خودشفابخشی یکی از درمان‌های جدید است که مدیریت و کنترل استرس‌های فیزیولوژیک را مورد هدف قرار می‌دهد. تحقیقات نظریه‌پرداز این درمان جدید لوید^۴ از سال ۲۰۰۱ شروع شده ولی ارائه رسمی نظریه در آمریکا در سال ۲۰۱۶ بوده است. تخصص لوید در روان‌شناسی و طب مکمل است. او نظریه خود را با همراهی جانسون^۵ متخصص سرطان و لیتون^۶ (۲۰۱۴ و ۲۰۱۶) متخصص زیست‌شناسی سلولی - مولکولی دانشگاه استنفورد پس از ۱۶ سال تحقیق و بررسی توسعه داده است. هدف نهایی این درمان افزایش آرامش افراد با آموزش و تمرین مهارت‌های خودیاری در جهت کاهش پاسخ‌های غیرارادی به ترس غیرمنطقی و توقف فعالیت سیستم جنگ و گریز مغز، تقویت سیستم ایمنی بدن، کاهش استرس فیزیولوژیک (نه استرس موقعیتی که تا به حال مورد توجه روان‌شناسان بوده است) و آرامش سلولی و روانی است (لوید و جانسون، ۱۳۹۷). تمرکز این رویکرد درمانی بر تلاش فرد جهت درمان خاطرات و تصاویر مخرب سلولی-حافظه پنهان-حافظه کاذب، شناخت باورهای دروغ و شناخت ترس‌های پنهان و ریشه‌یابی علل استرس فیزیولوژیک (۲۰۱۵)، رفع ویژگی‌های شخصیتی ناسالم (۲۰۱۹) و اصلاح سبک زندگی (۲۰۱۸) و تمرکز فردی بر درخواست از خدا به شکل دعا می‌باشد.

1. Ryan
2. Villarreal
3. Self-Healing

4. Alex Loyd
5. Ben Johnson
6. Bruce Lipton

این درمان نقش پیش‌گیری و تسریع در روند بهبود و توانبخشی دارد (لوید و جانسون، ۲۰۰۵ و ۲۰۱۱).

در ایران مروی و لطیفی (۱۳۹۷) با کسب مجوز از لوید به ترجمه آثار و فلیل‌های صوتی و آموزش این روش پرداخته‌اند. بر اساس مطالعات روان‌شناسی با توجه به مبانی فرهنگی، سنتی و مذهبی ایران با توجه به ۵ توصیه اساسی لوید شامل تعالی معنوی، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح گفتگوهای درونی، اصلاح ترس‌ها و باورهای ناسالم، مراقبه و دعا، پروتکل اجرایی را در ۱۴ مرحله تهیه و به تایید تعدادی روان‌شناسان و مشاوران دانشگاهی و لوید رسانده‌اند. این پروتکل در جلسات متعددی توسط گروه روان‌شناسان و مشاوران به لحاظ علمی و اجرایی مورد بحث و بررسی قرار گرفته و اثربخشی آن توسط تعدادی از روان‌شناسان به طور عملی و بر اساس گزارش مراجعین تایید شده است. بارزترین موارد بومی‌سازی، اصلاح سبک زندگی بر اساس دیدگاه بوعلی سینا و تعالی معنوی، دعا و مراقبه بر اساس دین اسلام است.

با توجه به اهمیت حفظ خانواده و سلامت روانی اعضا، و بالاخص زنان دارای همسر معتاد، به نظر می‌رسد کاربرد رویکرد خودشفابخشی، که رویکردی روزآمد، نسبتاً ساده و قابل فهم برای عموم افراد است بتواند در توانبخشی همسران افراد معتاد مؤثر باشد. لذا این تحقیق در پی پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهشی است که آیا آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و سردرد همسران معتاد تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با دو گروه (آزمایشی و گواه) سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان دارای همسر معتاد به مواد افیونی و صنعتی عضو انجمن خانواده‌های معتادان شهرستان اصفهان در نیمه اول سال ۹۸ بود. در پژوهش حاضر، ۳۰ نفر از افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند، به عنوان نمونه و به صورت در دسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب و با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. پس از

هماهنگی با انجمن خانواده‌های معتادان شهرستان اصفهان طی فراخوانی از زنانی که دارای همسر معتاد به مواد افیونی و یا صنعتی بودند و همسران آنان به منظور دریافت خدمات مالی و حمایتی به این انجمن مراجعه می‌کردند، دعوت به عمل آمد تا در صورت تمایل به شرکت در طرح پژوهشی مراجعه نمایند. معیارهای ورود به طرح عبارت بود از: داشتن همسر معتاد به مواد افیونی و/یا صنعتی به مدت حداقل چهار سال، داشتن علائم سردرد به مدت ۶ ماه که از طریق مصاحبه بالینی توسط متخصص بالینی تشخیص داده شد، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی همزمان و دارا بودن مدرک حداقل سیکل و ملاک‌های خروج عبارت از عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت داشتن بیش از ۲ جلسه، داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن؛ (از طریق مصاحبه بالینی و انجام آزمون توسط مشاور مرکز) مصرف داروهای روان‌پزشکی و داشتن بیماری‌های جسمانی از طریق مصاحبه اولیه بود. پس از نمونه‌گیری، گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه در جلسات آموزش خودشفابخشی (به صورت یکبار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه) که توسط درمان‌گر در کلینیک برگزار می‌شد شرکت کردند، در حالی که گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفتند. جهت اجرای ملاحظات اخلاقی، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش، تضمین محرمانه بودن اطلاعات (اصل رازدار بودن)، و احترام به حقوق انسانی شرکت‌کنندگان مد نظر قرار گرفت. پژوهش حاضر با کد اخلاقی IR.PNU.REC.1398.072 در کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی به تصویب رسید.

ابزار

۱- پرسش‌نامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز^۱: این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز و همکارانش طراحی شد. دارای ۲۴ سؤال و ۴ خرده‌مقیاس امیدواری، تاب‌آوری، خوش‌بینی و خودکارآمدی می‌باشد که هر خرده‌مقیاس شامل ۶ سوال است. نمره‌گذاری در مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) انجام می‌شود. روایی آن در مطالعات

مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. لوتانز (۲۰۰۷) با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری نسبت خبی دو این آزمون را ۲۴/۶ و آماره‌های CFI و RMSEA این مدل را ۰/۹۷ و ۰/۰۸ گزارش کرده که روایی عاملی آزمون مورد تأیید قرار گرفته است. اعتبار از روش آلفای کرونباخ توسط بهادری خسروشاهی، هاشمی نصرت آباد و باباپورخیرالدین، (۱۳۹۱) ۰/۸۵ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه تحمل پریشانی هیجانی سیمونز و گاهر^۱: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده است. این ابزار، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ گویه و ۴ خرده‌مقیاس تحمل، جذب (جذب شدن به وسیله هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) است. عبارات آن، بر روی مقیاس پنج درجه‌ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق و نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالاست. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسش‌نامه دارای روایی ملاکی و هم‌گرایی اولیه خوبی است. علوی، مدرس غروی، امین‌یزدی و صالحی‌فرددی، (۱۳۹۰) این مقیاس را در بین ۴۸ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد اجرا کرده و گزارش کرده‌اند که کل مقیاس دارای همسانی درونی بالا (آلفا = ۰/۷۱) و خرده‌مقیاس‌ها دارای همسانی درونی متوسطی (برای تحمل پریشانی ۰/۵۴، جذب ۰/۴۲، ارزیابی ۰/۵۶، تنظیم ۰/۵۸) هستند. آلفای کرونباخ کل مقیاس در این پژوهش برابر با ۰/۶۸ و برای ابعاد بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۴ بوده است.

۳- پرسش‌نامه علائم سردرد نجاریان: برای ساخت این پرسش‌نامه نخست بر اساس متون روان‌شناسی و پزشکی، ۵۸ سوال درباره علائم جسمی و روانی مختلف سردرد نوشته شد. بعد از تحلیل آماری نجاریان (۱۳۷۶)، ۲۵ سوال انتخاب شد. ضرایب بازآزمایی این

پرسشنامه برای کل در یک نمونه ۳۸۲ نفری از دانشجویان دانشگاه چمران و آزاد اسلامی اهواز، ۰/۸۰ برای دختران ۰/۷۵ و برای پسران ۰/۷۹ بود (نجاریان، ۱۳۷۶).

روش اجرا

پس از اعلام تمایل به شرکت در این تحقیق و توضیح اهداف و چگونگی برگزاری جلسات، قبل از شروع دوره آموزشی پیش‌آزمون، و بعد از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون و ۴۵ روز پس از انجام آخرین جلسه آزمون پیگیری اجرا شد. در تمام جلسات ضمن تاکید بر رازداری از همه افراد گروه خواسته می‌شد که در بحث، مشارکت فعال داشته و تجربیات شخصی خود را با دیگران در میان بگذارند. خودکاوی و یافتن خاطرات سلولی مخرب و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی‌ترین موارد جلسات بود که با استفاده از تکنیک‌های متعدد و متناسب با سلیقه هر فردی باید اجرا می‌شد. شرکت‌کنندگان ملزم بودند در جلسه و در فاصله بین جلسات تمرینات را فردی انجام دهند و حتماً به سوالات تاملی مریی دوره پاسخ دهند. داشتن خلوت و تفکر جزء اساسی تمرینات بود. از مشارکت‌کنندگان خواسته شد برای تفهیم بهتر مطالب همزمان آموزش را به اعضای خانواده یا ۲ نفر از دوستان خود شروع کنند و چالش‌های پیش آمده را در جلسه مطرح نمایند. در هر جلسه مروری بر مباحث جلسات قبل صورت گرفته و بر انجام تکالیف تاکید می‌شد. چون این دوره فرد را با زندگی شخصی خود و دیگران به شدت مرتبط می‌کرد و هر کس قصه زندگی خود را بازبینی می‌نمود جلسات برای شرکت‌کنندگان بسیار جذاب بود. خلاصه جلسات درمانی بر اساس پروتکل لطیفی، مروی، و لوید (۱۳۹۶) که به صورت گروهی اجرا شد به شرح جدول ۱ است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمانی بر اساس پروتکل لطیفی، مروی، و لوید

جلسه‌ها	محتوا
اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه صمیمی مشاوره‌ای، مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات، تشویق اعضا برای بررسی احساسات منفی و معرفی استرس‌های موقعیتی و توضیح سیستم ایمنی بدن و نقش استرس بر عملکرد ایمنی بدن.
دوم	توضیح اثر استرس بر سیستم ایمنی بدن و معرفی استرس فیزیولوژیک یا پنهان، چگونگی تشکیل خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب، تشریح حالت جنگ و گریز سیستم عصبی و تاثیر آن بر بیماری‌های

جلسه‌ها	محتوا
	جسمانی، توصیف انواع خاطرات مخرب سلولی (به ارث رسیده، کودکی و ضربه روحی) به همراه مثال، اجرای عملی ریلکسیشن و تنفس صحیح.
سوم	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا ساختگی و کاذب، آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی، خاطره‌یابی با توجه به شکست‌ها، تعارضات و ناکامی‌های فرد، تمرین عملی مراقبه با گل سرخ.
چهارم	روش‌های کشف باورهای منفی و خاطرات مخرب سلولی، توضیح ریشه‌یابی خاطرات مخرب سلولی در ۱۲ گروه، توضیح گروه کینه‌جویی، اجرای اسکن نورانی بدن، اجرای آزمون آنلاین خاطره‌یابی.
پنجم	اجرای تکنیک آسانسور شیشه‌ای، خاطره‌یابی ضربه روانی در طول زندگی، تفهیم باورهای دروغ و ناسالم، اجرای تکنیک صندلی خالی، اجرای مراقبه معبد.
ششم	توضیح پازل احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش به منظور کاهش حس کینه‌جویی - ایجاد رابطه مثلثی به جای خطی - معرفی دروغ‌های باور شده.
هفتم	توضیح گروه اقدامات زیان‌بخش و عادات غلط و مخرب و آموزش روش‌های تقویت اراده (تصمیم - مراقبت - ارزیابی - تنبیه و پاداش)، یادگیری حل مسئله و تغییر محیط.
هشتم	معرفی کدهای شفا بخش اول تا چهارم شامل: عشق - شادی - آرامش و بردباری و آموزش تمرین خاص هیلینگ کد به طور عملی و در اختیار گذاشتن فایل صوتی تمرینات و تصاویر اجرایی کدها.
نهم	معرفی کدهای شفا بخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی - خوبی - اعتماد - تواضع و خویش‌داری و آموزش فن خاطره‌یابی معکوس.
دهم	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی با تمام وجود و اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود درمانی، معرفی هوش معنوی و منطقه خدا در مغز؛ آموزش تکنیک‌های تعالی معنوی، تعمیق اعتقاد و ایمان به خدا و یک قدرت بی‌نهایت، اعتقاد به ابدیت - اعتماد و واگذاری - به خدا سپاری و رها کردن گرفتاری‌هایی که توان رفع آن‌ها را ندارید (توکل) و در اختیار گذاشتن فایل صوتی اثرات دعا و آموزش استخراج و ساخت جملات تمرکزی حقیقی دعایی.
یازدهم	آموزش سبک زندگی متعادل: اصلاح سبک زندگی با شناخت عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش، اصلاح الگوی خواب و تنظیم خوراک، نحوه خوردن - نوشیدن و تفریح - مسافرت - ورزش - نظافت و بهداشت، بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت - افزایش صمیمیت و ارتباطات (والدین - همسر - فرزندان - بستگان و دیگران) - رشد علمی - رشد مالی - پیشرفت شغلی - بهبود خانه، محله و جامعه - فعالیت مفید اجتماعی.
دوازدهم	اصلاح گفتگوی درونی (شناخت کاشت بذر فاسد) - بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی: بازنگری استرس‌های فردی - تاکید بر خود مراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات، برنامه‌ریزی برای ابدیت، هدفمندی معنوی زندگی و افزایش غنای درونی (مفید و مراقب خود و دیگران بودن) - درون‌نگری و داشتن ساعتی برای خلوت با خود و ارزیابی خود - مرور کل جلسات درمانی.

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سنی گروه نمونه برابر با $37/30$ ($9/86$) سال بود. میانگین (انحراف استاندارد) مدت ازدواج اعضای نمونه برابر با $16/76$ ($11/39$) سال بود. از بین اعضای نمونه 30% درصد افراد دارای تحصیلات ابتدایی، 40% درصد تحصیلاتی در سطح راهنمایی، $13/3\%$ درصد دیپلم و $16/7\%$ درصد دارای تحصیلات در سطح کارشناسی بودند. از بین گروه نمونه 10% درصد فرزندی نداشتند، 20% درصد تک فرزند بودند، $43/3\%$ درصد دارای دو فرزند، 20% درصد دارای سه فرزند و $6/7\%$ درصد اعضای نمونه دارای چهار فرزند بودند. میانگین (انحراف استاندارد) مدت اعتیاد همسران اعضای نمونه برابر با $11/80$ ($6/67$) سال بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

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

متغیرها	نوع آزمون	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	
سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش آزمون	79/42	16/74	2/77
	پس آزمون	97/00	8/79	20/46
تحمل پریشانی	پیش آزمون	58/21	6/21	5/93
	پس آزمون	44/28	4/10	5/25
سرگرد	پیش آزمون	61/14	13/14	16/85
	پس آزمون	47/57	7/75	15/08
	پیگیری	46/57	6/71	15/26

جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون شاپرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیرها	نوع آزمون	آماره	معناداری
سرمايه‌های روان شناختی	پیش آزمون	۰/۲۰۰	۰/۱۱
	پس آزمون	۰/۱۲۴	۰/۲۰
خود کارآمدی	پیش آزمون	۰/۲۰۸	۰/۰۸
	پس آزمون	۰/۱۷۰	۰/۲۰
امیدواری	پیش آزمون	۰/۱۳۹	۰/۲۰
	پس آزمون	۰/۱۰۲	۰/۲۰
تاب آوری	پیش آزمون	۰/۱۹۳	۰/۱۳
	پس آزمون	۰/۱۹۱	۰/۱۴
خوش بینی	پیش آزمون	۰/۱۵۵	۰/۲۰
	پس آزمون	۰/۱۴۸	۰/۲۰
تحمل پریشانی (نمره کل)	پیش آزمون	۰/۱۶۱	۰/۲۰
	پس آزمون	۰/۱۴۹	۰/۲۰
تحمل	پیش آزمون	۰/۱۱۳	۰/۲۰
	پس آزمون	۰/۱۱۲	۰/۲۰
جذب	پیش آزمون	۰/۱۶۶	۰/۲۰
	پس آزمون	۰/۱۶۷	۰/۲۰
ارزیابی	پیش آزمون	۰/۱۸۱	۰/۲۰
	پس آزمون	۰/۱۶۷	۰/۲۰
تنظیم	پیش آزمون	۰/۱۷۸	۰/۲۰
	پس آزمون	۰/۲۱۶	۰/۰۶
سر درد	پیش آزمون	۰/۲۰۷	۰/۰۸
	پس آزمون	۰/۲۰۴	۰/۰۹

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در تمام متغیرها توزیع نرمال برقرار است. همچنین برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرها	آماره F	درجه- آزادی	معناداری	متغیرها	آماره F	درجه آزادی	معناداری
سر درد	۲/۳۵	۲۸	۰/۱۳	نحمل پریشانی	۰/۰۵	۲۸	۰/۸۱
سرمایه‌های روان‌شناختی	۲/۷۲	۲۸	۰/۱۰	تحمل	۳/۰۹	۲۸	۰/۰۹
خودکارآمدی	۰/۳۳	۲۸	۰/۵۶	جذب	۰/۸۴	۲۸	۰/۳۶
امیدواری	۲/۶۴	۲۸	۰/۱۱	ارزیابی	۲/۲۶	۲۸	۰/۱۵
تاب‌آوری	۳/۴۳	۲۸	۰/۰۸	تنظیم	۲/۵۵	۲۸	۰/۱۲
خوش‌بینی	۴/۴۴	۲۸	۰/۰۶	-	-	-	-

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است. برای بررسی اثر بخشی آموزش خودشفابخشی از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یکی از پیش فرض‌های آزمون آماری اندازه‌گیری مکرر آزمون کرویت موچلی است. نتایج این آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون موچلی برای بررسی یکسانی کواریانس مداخله خودشفابخشی بر متغیرهای وابسته

مقیاس	موچلی	مجذور خی	درجه آزادی	معناداری
سرمایه‌های روان‌شناختی	۰/۳۵	۲۷/۶۵	۲	۰/۰۱
تحمل پریشانی	۰/۴۱	۲۳/۷۷	۲	۰/۰۱
سردرد	۰/۴۶	۲۰/۵۹	۲	۰/۰۱

با توجه به معنادار بودن آزمون موچلی برای سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد این فرض تایید نشده است ($P < ۰/۰۱$)؛ بنابراین باید از تصحیح گرین هوس-گیسر استفاده کرد. تصحیح گرین هوس و گیسر با اصلاح در درجه آزادی موجب اصلاح مقادیر F می‌شود که در جدول تحلیل واریانس ارائه شده است. مقادیر آزمون چندمتغیری در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون چندمتغیری برای بررسی تفاوت میانگین‌های متغیرهای وابسته

منبع	لامبدای ویلکز	آماره F	درجه آزادی	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
بین گروهی	۰/۳۵	۱۵/۷۸	۳	۰/۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
درون گروهی	۰/۲۵	۱۱/۴۹	۶	۰/۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
اثر تعاملی	۰/۱۹	۱۶/۲۳	۶	۰/۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰

با توجه به جدول ۶ و مقادیر ۰/۳۵، ۰/۲۵ و ۰/۱۹ به ترتیب برای اثرات بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی نشان داد که آموزش خودشفابخشی حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته اثربخش بوده است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی برای اثربخشی آموزش خودشفابخشی بر متغیرهای وابسته با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی با متغیرهای وابسته

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F معناداری	اتا	توان
درون گروهی سرمایه‌های روان‌شناختی	عامل	۱۵۳۶/۰۲	۱/۲۱	۱۲۶۰/۲۸	۳۲/۱۶	۰/۵۳	۱/۰۰
	اثر تعاملی	۱۸۰۰/۶۸	۱/۲۱	۱۴۷۷/۴۳	۳۷/۷۰	۰/۵۷	۱/۰۰
	خطا	۱۳۳۷/۲۸	۳۴/۱۲	۳۹/۱۸			
بین گروهی	گروه	۳۰۵۰/۸۴	۱	۳۰۵۰/۸۴	۳/۶۶	۰/۱۲	۰/۴۵
	خطا	۲۳۲۸۳/۱۱	۲۸	۸۳۱/۵۴			
درون گروهی تحمل پریشانی	عامل	۱۱۰۴/۹۵	۱/۳۰	۸۴۷/۳۲	۴۴/۳۱	۰/۶۱	۱/۰۰
	اثر تعاملی	۱۰۵۵/۶۲	۱/۳۰	۸۰۹/۴۹	۴۲/۳۴	۰/۶۰	۱/۰۰
	خطا	۶۹۸/۰۸	۳۶/۵۱	۱۹/۱۱			
بین گروهی	گروه	۲۲۳۰/۰۴	۱	۲۲۳۰/۰۴	۴۲/۱۶	۰/۶۰	۱/۰۰
	خطا	۱۴۸۰/۸۴	۲۸	۵۲/۸۸			
درون گروهی سردرد	عامل	۸۹۸/۱۵	۱/۲۶	۷۱۱/۹۶	۳۹/۳۰	۰/۵۸	۱/۰۰
	اثر تعاملی	۱۲۸۰/۶۸	۱/۲۶	۱۰۱۵/۱۹	۵۶/۰۴	۰/۶۶	۱/۰۰
	خطا	۶۳۹/۸۲	۳۵/۳۲	۱۸/۱۱			
بین گروهی	گروه	۱۹۷۳/۵۱	۱	۱۹۷۳/۵۱	۴/۰۶	۰/۲۷	۰/۶۷
	خطا	۱۳۵۸۴/۳۱	۲۸	۴۸۵/۱۵			

با توجه به نتایج جدول ۷ و معنادار بودن عامل‌ها در درون گروه‌ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری برای متغیرهای سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد تأیید می‌شود. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با گواه برای سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد وجود دارد. بنابراین آموزش خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل پریشانی و سردرد اثربخش است. برای بررسی تفاوت میانگین‌های سرملیه‌های

روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و سردرد بین سه اندازه‌گیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی ال اس دی استفاده شد. نتایج در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸: آزمون تعقیبی ال اس دی برای مقایسه‌ی متغیرهای وابسته به صورت زوجی در سری زمانی

متغیرها	مرحله A	مرحله B	تفاوت میانگین‌ها خطای استاندارد	معناداری
سرمایه‌های روان‌شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	-۸/۰۰	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۹/۳۶	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۱/۳۶	۰/۰۶
تحمل‌پریشانی	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۱۳	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۷/۷۰	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۵۶	۰/۲۵
سردرد	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۱۳	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۷/۷۰	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۵۶	۰/۲۵

همانگونه که در جدول ۸ مشاهده می‌شود نمرات پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و سردرد تفاوت دارد. نمرات پس آزمون در مرحله‌ی پیگیری نسبتاً ثابت مانده و اثر مداخله پایدار بوده است. این نتایج بیانگر این است که مداخله خودشفابخشی سبب بهبود سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و سردرد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این تحقیق بررسی اثربخشی درمان خودشفابخشی بر سرمایه‌های روان‌شناختی، تحمل‌پریشانی و سردرد همسران افراد معتاد بود. نتایج نشان داد آموزش خودشفابخشی بر متغیرهای تحمل‌پریشانی، سرمایه‌های روان‌شناختی و سردرد موثر بوده و این اثر پایدار بوده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در همسران معتادان، هم‌چون لیو، زو، هانگ، لیو، لو و لینگ^۱ (۲۰۲۰)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۸)، مشاوری و لطیفی (۱۳۹۷)، فریور و میرهاشمی (۱۳۹۷)، جعفری، جعفری و حسینی (۱۳۹۶)، اصغری، جوبنه، صدیقی

و جامعی (۱۳۹۵)، منوچهری، گلزاری و نیکوزاده (۱۳۹۴)، ابوالقاسمی، صالحی، بابایی و حجت (۱۳۹۱) همسو بوده است. همچنین نتایج این پژوهش با نتایجی پژوهش‌های دیگری همچون سلطانی، لطیفی و موسوی (۱۳۹۸)، مصلحی (۱۳۹۸)، قرقانی (۱۳۹۸)، شهبازی (۱۳۹۸) مبنی بر تاثیر آموزش خودشفابخشی در حوزه‌های روان‌شناختی که با نمونه‌های آماری متفاوت مورد بررسی قرار داده‌اند، همسو بوده است.

در تبیین علت اثر بخشی آموزش خودشفابخشی به طور کلی می‌توان گفت که همسران افراد معتاد نیز مانند بسیاری از افراد عادی دارای خاطرات سلولی مخرب هستند. این خاطرات دانسته یا نادانسته در بدن استرس ایجاد کرده، سلول‌ها را به حالت تدافعی تغییر می‌دهد و دستگاه عصبی خودکار را از حالت تعادل خارج و به حالت جنگ و گریز در می‌آورد؛ و موجب احساس آشفتگی در فرد شده و باعث تضعیف کدهای شفابخش می‌شود. در واقع ترس‌های بی‌مورد، دروغ‌های باور شده و افکار ناسالم همانند تومورهایی درون خاطرات سلولی هستند که باعث می‌شوند تا فرد خود کارآمدی و امیدواری، خوش‌بینی و تاب‌آوری خود را از دست داده، تحمل پریشانی‌اش کاهش یافته و عملکرد ضعیفی داشته باشد. از آنجا که ادراک اعتیاد همسر به عنوان مهم‌ترین پایه امنیت یک زن؛ موجب کاهش شدید احساس امنیت و فعال شدن بیش از حد خاطرات سلولی مخرب می‌شود و توان موجود یک زن را در راستای استفاده از مدیریت برای اداره زندگی و کمک به همسر خود به شدت کاهش می‌دهد. بنابراین رویکرد خودشفابخشی با شناسایی و کم اثر کردن خاطرات سلولی مخرب و پیامدهای این خاطرات، ایجاد و تقویت کدهای شفابخش ۹ گانه با تکنیک‌های متعدد و نیز اصلاح سبک زندگی، پرورش تعالی معنوی، اصلاح گفتگوهای درونی، تمرینات عملی و خاص کدهای شفا بخش، مراقبه و دعا موجب توانبخشی فرد و در نتیجه بهبود عملکرد او می‌شود.

در خصوص اثر بخشی تکنیک‌های موثر در این رویکرد بر افزایش خوش‌بینی و امیدواری شرکت‌کنندگان شاید بتوان گفت؛ تمرین تجسم خلاق و خاطره‌یابی معکوس، رها کردن کینه‌توزی و شناخت پازل درونی احساسات مثبت و منفی، شناخت خود و واقعیت زندگی و تعیین نقش خود در جهت پذیرش وضعیت موجود، یادگیری مدیریت

استرس‌های موقعیتی، اصلاح گفتگوهای درونی در رابطه با ترس‌ها، باورهای ناسالم و خلاف واقعیت در بهبود این دو عامل اثر گذار بوده‌اند. در مورد روند اثر گذاری خودشفا بخشی بر افزایش خودکارآمدی، به نظر می‌رسد؛ زنانی که دارای همسر معتاد هستند پس از مدتی که قادر به ترک دادن همسر خود نمی‌شوند و تلاش آنان برای اداره و بهبود زندگی به نتیجه نمی‌رسد، به تدریج احساس ناکارآمدی، درماندگی و ناتوانی آموخته شده می‌کنند. شرکت در جلسات خودشفا بخشی با تاکید بر شیوه‌های افزایش عزت نفس، اصلاح عادات غلط و اقدامات زیان‌بخش، شناخت ترس‌های بی‌مورد و دروغ‌های باور شده و افکار ناسالم و تاکید بر روش‌های تقویت اراده (تصمیم-مراقبت-ارزیابی-تنبیه و پاداش) و یادگیری حل مسئله و تغییر محیط و نیز آموزش سبک زندگی متعادل، اصلاح سبک زندگی و تأمل برای بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت - افزایش صمیمیت و ارتباطات (والدین-همسر-فرزندان-بستگان و دیگران)- توجه به بهبود کیفیت زندگی و فعالیت مفید اجتماعی با تاکید بر خود مراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات؛ احتمالاً موجب شده تا فرد ضمن برقراری ارتباطات مطلوب‌تر و فعالیت‌های مفیدتر احساس خودکارآمدی خود را افزایش دهد. این که چه راهبردهایی در این تحقیق بر افزایش تاب‌آوری و تحمل پریشانی همسران افراد معتاد اثر مثبت داشته، شاید بتوان به موارد زیر اشاره کرد: یکی از آموزش‌های مهم در این دوره ایجاد و تقویت کدهای شفا بخش شامل: عشق، شادی، آرامش، بردباری، مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویش‌تنداری بود. خاطره‌یابی با توجه به شکست‌ها، تعارضات و ناکامی‌های فرد انجام و اثرات آن بر ضعف ویژگی‌های فوق مورد بررسی قرار گرفته و در راستای ایجاد و تقویت کدها برای فرد برنامه‌ریزی عملی صورت می‌گرفت. به نظر می‌رسد تقویت کدهای شفا بخش از یک طرف و تاکید بر آموزش تکنیک‌های تعالی معنوی، تعمیق اعتقاد و ایمان به خدا (یک قدرت بی‌نهایت)، اعتماد و واگذاری (به خدا سپاری و رها کردن گرفتاری‌هایی که فرد توان رفع آن‌ها را ندارد)، دعا و درخواست مداوم حداقل ۳ بار در روز و نیز تاکید بر هدفمندی معنوی زندگی و افزایش غنای درونی (مفید و مراقب خود و دیگران بودن)، درون‌نگری، تبیین

ایجاد رابطه مثلثی به جای رابطه خطی و داشتن ساعاتی برای خلوت با خود و ارزیابی خود و برنامه‌ریزی برای ابدیت، در افزایش تاب‌آوری در برابر سختی‌ها و مشکلات و تحمل پریشانی موثر بوده است. در تبیین علت اثر بخشی خودشفابخشی بر کاهش سردرد موارد احتمالی به شرح زیر است: کاهش استرس فیزیولوژیک با انجام تمرینات تن آرامی تنفسی-عضلانی، مراقبه معبد و مراقبه با گل سرخ، اسکن نورانی بدن و انجام تمرین خاص هیلینگ کد که به طور عملی و با در اختیار گذاشتن فلیل‌های صوتی آموزش داده و تکلیف داده می‌شد در کنار افزایش توان مقابله‌ای فرد با مشکلات و افزایش تاب‌آوری موثر واقع شده باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد که همگی زن بوده‌اند و همچنین جامعه هدف مربوط به شهرستان اصفهان بوده که شرایط فرهنگی خاص خود را داشته و تعمیم نتایج به سایر شهرها را با احتیاط مواجه می‌سازد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی هر دو جنس مورد بررسی قرار گیرند و مطالعه‌ای در این زمینه در شهرهای دیگر انجام شود، تا مبنایی برای مقایسه فراهم آید. همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار رویکرد درمانی خودشفابخشی برای مقایسه و بررسی قدرت اثربخشی رویکردهای درمانی مختلف استفاده شود. همچنین در مراکز نگهداری و رسیدگی به آسیب‌های اجتماعی از رویکرد جدید خوشفابخشی جهت افزایش سرمایه‌های روان‌شناختی از جمله امیدواری، تاب‌آوری و خودکارآمدی و افزایش تحمل پریشانی در بین خانواده‌های آسیب دیده و در معرض آسیب و زنان سرپرست خانواده استفاده نمایند. انجام مطالعات طولانی مدت با پیگیری‌های بلند مدت و چند مرحله‌ای، به منظور بررسی تداوم اثربخشی و میزان پایداری تغییرهای ناشی از این مدل بر زنان دارای همسر معتاد پیشنهاد می‌شود.

منابع

ابوالقاسمی، شیدا؛ صالحی، سارا؛ بابائی، طیبه و حجت، سمیه (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی آموزش دلگرم سازی و مهارت‌های زندگی بر خودکارآمدی همسران معتادان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۴(۳)، ۲۹۳-۳۰۰.

اصغری، فاطمه؛ جوبنه، راضیه؛ صدیق، مریم و جامعی، مینا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۷(۲۶)، ۵۹-۴۰.

آقاخانی، نادر؛ موسوی، احسان؛ افتخاری، علی؛ اقتدار، سامره؛ زارعی، عباس؛ رهبر، نرگس، و همکاران (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای میزان خشونت خانوادگی تجربه شده در زنان دارای همسر معتاد و غیرمعتاد مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی در شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۱. مجله پرستاری و مامایی، ۱۱(۱۱)، ۹۰۷-۹۱۷.

بنجامین جیمز سادوک، آلکوت سادوک ویرجینیا، روئیز پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی DSM 5، ترجمه: دکتر فرزین رضاعی. انتشارات ارجمند
بهداری خسروشاهی، جعفر؛ هاشمی نصرت آباد، تورج؛ و باباپورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۱). رابطه سرمایه روان‌شناختی با سرمایه اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. مجله تخصصی پژوهش و سلامت، ۲(۱)، ۱۴۵-۱۵۳.

پارسافر، سارا و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۵). بررسی روابط علی بین نقش‌های جنسیتی، تاب‌آوری، سرسختی، درماندگی آموخته شده و هم‌وابستگی در همسران افراد معتاد. مطالعات اجتماعی روان‌شناختی زنان، ۱۲(۴)، ۶۹-۹۲.

جعفری، ارزو؛ جعفری، صبا و حسینی، سمیه (۱۳۹۶). اثربخشی توانمندسازی روان‌شناختی در کاهش اضطراب و بهبود کارکردهای اجرایی زنان دارای همسر معتاد. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۸(۳۲)، ۱۰۹-۸۹.

دلاور، علی (۱۳۹۵). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: انتشارات ویرایش.
سعیدی، فاطمه؛ محمدی‌فر، محمدعلی (۱۳۹۷). مقایسه اختلالات رفتاری در کودکان دارای والدین معتاد عادی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۲(۴۶)، ۲۱۵-۲۳۴.

سلطانی، مژگان؛ لطیفی، زهره؛ موسوی، شکوفه (۱۳۹۸). تأثیر آموزش خودشفابخشی (سلف‌هیپینگ) بر شفقت به خود، نگرانی از تصویر تن و روند بهبود بیماری، در بیماران مبتلا به سرطان پوست. فصلنامه پوست و زیبایی، ۱۰(۴)، ۲۳۴-۲۲۲.

شهبازی، نسرین (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش خودشفابخشی (سلف‌هیپینگ) بر شدت درد، اضطراب مرتبط با درد و افسردگی در افراد مبتلا به سردرد مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

عسگری، پرویز؛ سید آسیابان، سمیرا؛ سنگانی، علیرضا (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی تن‌آرامی و ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و عملکرد خانواده در سوء‌مصرف کنندگان مواد کندکننده پس از سم‌زایی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۳(۵۴)، ۱۴۷-۱۶۸.

علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سیدامیر و صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه‌ی گروهی (با تکیه بر مولفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۵)، ۱۳۵-۱۲۴. فریور، مژگان و میرهاشمی، مالک (۱۳۹۷). پیش‌بینی احتمال روی‌آوری مجدد به مصرف مواد مخدر بر اساس تاب‌آوری و الگوهای ارتباطی همسران افراد معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۶)، ۸۸-۱۰۰. قرقانی، ریحانه (۱۳۹۸). آموزش خودشفابخشی (سلف‌هیپنوتیک) بر بهبود روند بیماری فشارخون، بهداشت روان‌شناختی و ناشکیبایی در بیماران مبتلا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور اصفهان.

لوید، الکساندر و جانسون، بن (۲۰۰۵). *کد شفابخش*. ترجمه مهدی مروی و زهره لطیفی (۱۳۹۶). اصفهان، انتشارات عروج.

لوید، الکساندر و جانسون، بن (۲۰۱۰). *راهنمای کدهای شفابخش*. ترجمه مهدی مروی و زهره لطیفی (۱۳۹۷). اصفهان، انتشارات عروج.

محمدی‌فر، محمدعلی؛ طالبی، ابوالفضل و طباطبائی، سیدموسی (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۴(۱۶)، ۴۰-۲۵.

مشاوری، مریم و لطیفی، زهره (۱۳۹۷). اثربخشی روایت‌درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک‌های ترک اعتیاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۱۸-۱۰۳. مصلحی، ریحانه (۱۳۹۸). آموزش خودشفابخشی (سلف‌هیپنوتیک) بر بهبود روند بیماری دیابت نوع ۲، سرسختی روان‌شناختی و بهزیستی هیجانی در بیماران مبتلا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام‌نور اصفهان.

منوچهری، مرضیه؛ گلزاری، مینو و نیکوزاده، زهرا (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش امید‌درمانی بر به‌کارگیری روش‌های مقابل مثبت با استرس در زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۱)، ۷۸-۹۳.

نجاریان، بهمین (۱۳۷۶). تهیه و اعتبارسنجی پرسشنامه برای سنجش علائم سردرد میگرنی در دانش‌آموزان. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ۴(۳۴)، ۲۴۸-۲۳۱.

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

هاشمی، نظام؛ اندامی، علیرضا و سیافی، سمانه (۱۳۹۸). ارتباط راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان و تحمل پریشانی با رضایت از زندگی دانشجویان مستعد اعتیاد: نقش میانجی تاب‌آوری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۳(۵۳)، ۱۵۷-۱۷۶.

References

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Journal of Behavior Therapy*, 41, 567-600.
- Kishor, M., Pandit, L. V., & Raguram, R. (2013). Psychiatric morbidity and marital satisfaction among spouses of men with alcohol dependence. *Indian journal of psychiatry*, 55(4), 360-370.
- Lipton, B. (2014). *The honeymoon effect of the science of creating heaven on earth*. Publisher: Hay House Inc.; Reprint edition.
- Lipton, B. (2016). *The Biology of Belief*. Mountain of Love/Elite Books, 2005. Publisher: Hay House Inc.; Anniversary edition.
- Liu, S., Zou, X., Huang, X., Liu, Y., Lu, Q., Ling, L. (2020). The Association between Living Status Transitions, Behavior Changes and Family Relationship Improvement among Methadone Maintenance Treatment Participants in Guangdong, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 119-128.
- Loyd, A. & Johnson, B. (2005). *The healing codes, unlocking the cellular sequence of life*. By Light of Man Ministries. New York. Boston.
- Loyd, A. & Johnson, B. (2011). *The healing code. Grand central life & style. Hachette book group*. New York. Boston. First book edition.
- Loyd, A. (2006). *The Success Codes: Unlocking the cellular secrets of success*. Alexander Loyd Services, LLC, PhD, ND, Ben Johnson.
- Loyd, A. (2013, 2019). *Advanced Spiritual Physics*. Published in the United States by Harmony Books, an imprint of the Crown Publishing Group, a division of Random House LLC, a Penguin Random House Company, New York.
- Loyd, A. (2014). *The Relationship Codes*. Alexander Loyd Services, LLC, 2430 Vanderbilt Beach Road, Suite #108-410, Naples, Florida.
- Loyd, A. (2015). *Beyond Willpower (The love codes)*. Publisher: Yellow Kite.
- Loyd, A. (2018). *The Memory Engineering*. Alexander Loyd Services, LLC, 2018, Publisher: Hodder & Stoughton.
- Loyd, A. (2019). *The Healing Codes II: A step-by-step guide to whole-life healing*. Publisher: Yellow Kite.
- Rahimpour, R., Khankeh, H., Fallahi Khoshknab, M., Farhoodian, A., & Farzi, M. (2012). The Evaluation of Marital Adjustment among the Addicts in Isfahan NA Groups and Their Couples. *Iranian Rehabilitation Journal*, 10(15), 5-15.
- Ryan, C. (1996). Evaluation of patient with chronic headache. *Journal of Physician*, 6, 54-105.
- Vanno, V., Kaemkate, W., & Wongwanich, S. (2015). Effect of group-level positive psychological capital on group effectiveness of Thai Students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 1309-1314.
- Villarreal, S. (1995). A comparative study of selected patient or variables as risk factors in hospitalization for chronic headache. *Journal of Headache*, 35, 349-359.
- Vujanovic, A. A., Dutcher, C. D., & Berenz, E. C. (2017). Multimodal examination of distress tolerance and posttraumatic stress disorder symptoms in acute-care psychiatric inpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 48, 45-53.