

## اثر بخشی درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد مرتضی ترخان<sup>۱\*</sup>

(۱) استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور  
\*نویسنده مسئول: mttmaster20@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله ۸۹/۱۲/۲۰ تاریخ آغاز بررسی مقاله ۹۰/۱/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله ۹۰/۳/۱۲

### چکیده

این پژوهش به منظور اثربخشی درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت (IPT) بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد انجام پذیرفته است. روش پژوهش شبه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری شامل ۵۷ نفر از همسران (زن) افراد معتادی بوده که به اداره ی بهزیستی و مرکز مشاوره راهنما، برای درمان همسران خود مراجعه کردند. برای نمونه گیری از روش تصادفی استفاده شد. در واقع از بین این ۵۷ نفر تعداد ۳۰ نفر که بهزیستی روانی و کیفیت زندگی پایینی داشتند به تصادف انتخاب شدند و به طور داوطلبانه در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار مورد استفاده در این تحقیق عبارت است از: پرسشنامه ی کیفیت زندگی، پرسشنامه ی بهزیستی روانی و بسته ی آموزشی IPT. پرسشنامه ی کیفیت زندگی کاری، توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰ در نمونه ایرانی گزارش شده است. پرسشنامه ی بهزیستی روانی را، رایف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۰ گزارش شده است. گروه آزمایشی در مدت ۱۰ جلسه، هفته‌ای یک جلسه، فنون IPT را آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. پس از آموزش مجدداً کیفیت زندگی و بهزیستی روانی اعضای هر دو گروه مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. نتایج مانکوا نشان داد IPT بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در یک تحلیل ترکیبی اثر معنی‌داری داشته است. به سخن دیگر، تحلیل کوواریانس هم در تحلیل ترکیبی و هم در تحلیل انفرادی، نشان داد IPT موجب افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد شده است. مطالعه ی کنونی اهمیت IPT در بهبود روابط بین فردی و افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌ها همگرایی دارد و این تحقیقات مبین این واقعیت هستند که با آموزش مهارت‌های بین فردی، می‌توان موجبات بهزیستی روانی و کیفیت زندگی بالا در همسران افراد معتاد را فراهم ساخت.

کلید واژه ها: درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت، بهزیستی روانی، کیفیت زندگی.

### مقدمه

می‌باشد. آسیب‌زایی وضعیت موجود زمانی

بیشتر می‌شود که همسران افراد معتاد از وضعیت همسرشان آگاهی می‌یابند. در چنین شرایطی، همسران افراد معتاد، امید به زندگی

بی‌تردید امروزه یکی از عواملی که بنیاد زندگی افراد را در هم می‌شکند و موجبات اختلافات خانوادگی را فراهم می‌سازد، اعتیاد<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>. Addiction

نابهنجاری‌های روانی در سال‌های آتی پی‌ریزی می‌شود. به همین جهت سالیوان علت رفتارهای نابهنجار<sup>۹</sup> را در روابط بین فردی می‌داند و بر این باور است با آموزش روابط بین فردی و مهارت‌های اجتماعی، می‌توان به افراد کمک نمود تعامل‌های خود را با دیگران ارزیابی کنند و در نتیجه رفتارهای منطقی و متناسب‌تری داشته باشند (ویسمن<sup>۱۰</sup>، مارکوویتز<sup>۱۱</sup> و کلرمن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۷، ص ۲۲۳).

**IPT** در سه مرحله انجام می‌گیرد: مرحله ی نخست شامل جلسات اول تا چهارم می‌باشد. در این مرحله درمانگر<sup>۱۳</sup> بر روابط بین فردی تأکید دارد و عوامل ایجادکننده ی مشکلات را شناسایی می‌کند. مرحله ی میانی شامل جلسات پنجم تا دوازدهم می‌باشد. در این مرحله درمانگر راهبردها و فنون درمانی را اجرا می‌کند. مرحله پایانی شامل جلسات سیزدهم تا شانزدهم می‌باشد. در این مرحله درمانگر، درمانجو<sup>۱۴</sup> را برای قطع رابطه ی درمانی و سازگاری با دنیای واقعی آماده می‌سازد. اخیراً **IPT** کوتاه مدت شکل گرفته در ۱۰ جلسه برگزار می‌شود که در این شیوه درمانگر به منظور سرعت بخشیدن به تغییرات موجود، رویکرد فعال‌تری نسبت به شرایط درمانجو اتخاذ می‌کند (کلرمن، روزاوایل<sup>۱۵</sup>، شورون<sup>۱۶</sup>، نیو<sup>۱۷</sup> و ویسمن، ۱۹۷۹، ص ۱۶۷).

اگرچه سالیوان و مایر **IPT** را برای درمان افسردگی پایه‌گذاری کرده اند اما در دهه ۱۹۷۰

خود را از دست می‌دهند، بهزیستی روانی<sup>۱</sup> آنها دستخوش اغتشاشات می‌شود، مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی آنها مختل می‌شود و خلاصه اینکه غم، اندوه، احساس تنهایی، شرم و عدم امنیت روانی بر سیطره ی زندگی آنها استیلا می‌یابد (هالفورد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱ به نقل از تبریزی، کاردانی و جعفری، ۱۳۸۴، ص ۲۹). ادبیات تحقیقات نشان می‌دهد، با استفاده از روان‌درمانی بین‌فردی<sup>۳</sup> (**IPT**) می‌توان به این افراد کمک نمود تا به احساس معنا، بهزیستی روانی، امید به زندگی و امنیت روانی دست یابند (کومر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱، ص ۱۶۱).

روان‌درمانی بین فردی، ریشه در تحقیقات هاری استاک سالیوان<sup>۵</sup> و آدولف مایر<sup>۶</sup> دارد و تا حد زیادی متأثر از نظریه ی روانکاو<sup>۷</sup> به‌خصوص نظریه ی دلبستگی جان بالبی<sup>۸</sup> می‌باشد. سالیوان و طرفداران او معتقدند که روابط بین فردی نه تنها در شکل‌گیری شخصیت بلکه در ایجاد اختلالات روانی نقش اساسی دارند. به سخن دیگر طرفداران **IPT** معتقدند، رشد روانی افراد محصول تغییر و تحول مداوم در برقراری ارتباط متقابل با دیگران می‌باشد. رویدادهای مهمی که در جریان رشد پدیدار می‌گردند، از جمله عواملی هستند که در ارتباط‌های متقابل بین فردی شکل می‌گیرند و هدف آنها رشد و تحول روابط بین فردی در میان انسان‌ها است. چنانچه این مناسبات ناکام کننده باشد، اساس

<sup>۹</sup>. Abnormal behaviors

<sup>۱۰</sup>. Weissmen, M.

<sup>۱۱</sup>. Markowitz, J.

<sup>۱۲</sup>. Klermen, G.

<sup>۱۳</sup>. Theraot

<sup>۱۴</sup>. Client

<sup>۱۵</sup>. Rousaville, B.

<sup>۱۶</sup>. Chervon, E.

<sup>۱۷</sup>. Nwu, C.

<sup>۱</sup>. well-being

<sup>۲</sup>. Halford, K.W.

<sup>۳</sup>. Interpersonal psychotherapy

<sup>۴</sup>. Comer, R

<sup>۵</sup>. Sullivan, H.S

<sup>۶</sup>. Meyer, A.

<sup>۷</sup>. Analytic theory

<sup>۸</sup>. Bowlby, J.

زندگی، احساس خوشایندی و احساس ناخوشایندی. وجود این سه مؤلفه موجب می‌شود تا فرد از روابط خود با دیگران لذت ببرد و از غم، اندوه، احساس تنهایی و بدبینی در امان بماند (زهی<sup>۴</sup>، لوکاس<sup>۵</sup>، دینر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳، ص ۴۱۱).

در تحقیقی دیگر بر روی نوجوانان افسرده‌ای که مشکلات پزشکی مزمن داشته‌اند، اثر بخشی آموزش IPT انجام گرفت و آشکار گردید که آموزش IPT نه تنها موجب کاهش نشانه‌های افسردگی شده، بلکه شادکامی، امید به زندگی و بهزیستی روانی نوجوانان را افزایش داده است. در همین راستا، تحقیقی دیگری بر روی بزرگسالان افسرده انجام شد و نشان داد آموزش IPT موجب افزایش بهزیستی روانی، شادکامی، کاهش احساس تنهایی، اضطراب، غم و اندوه افراد در مناسبات اجتماعی شده است (میلر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸، ص ۲۱، چان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵، ص ۹۲).

از متغیرهای دیگر سلامتی، کیفیت زندگی<sup>۹</sup> می‌باشد که سطوح بالای آن در زندگی، آرامش و شادکامی افراد را فراهم می‌سازد. سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۰</sup> کیفیت زندگی را عبارت دانسته است از تصورات افراد از موقعیت خود با توجه به شرایط فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی می‌کنند که هرچه این تصورات مثبت‌تر و بهتر باشد فرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار است و برعکس. محققان برای کیفیت زندگی، دو مشخصه اصلی در نظر

محققانی چون کلرمن، ویسمن، رونزویل و شورون در درمان بسیاری از اختلالات مورد استفاده قرار داده‌اند. امروزه شماری از مطالعات تجربی، اثربخش بودن IPT را در درمان افسردگی، اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد، تعارض‌های زناشویی، کنترل رفتارهای پرخاشگرانه، افزایش خودکارآمدی، بهزیستی روانی، شادکامی و کیفیت زندگی ثابت نموده‌اند (پتری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱، ص ۳۷).

همانطوری که بدان اشاره شد، از جمله متغیرهایی که IPT در افزایش آن تأثیر به‌سزایی داشته است، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی<sup>۲</sup> می‌باشد. امروزه این دو متغیر در رویکرد مثبت‌نگر از شاخص‌های مهم سلامتی هستند و متخصصان برای تعیین سلامت روانی، در کنار شاخص‌های دیگر از این دو شاخص بهره‌ی بسیاری می‌برند (ساندبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱، ص ۱۵۲).

بهزیستی روانی ترجمان احساسات مثبت و رضایت مندی عمومی از زندگی خود و دیگران، در حوزه‌های مختلف خانواده، تحصیل و شغل... است و واجد دو مؤلفه‌ی شناختی و هیجانی است. مؤلفه‌ی شناختی بیانگر رضایت مندی فرد از زندگی و ارزیابی فرد از جنبه‌های مختلف زندگی و مؤلفه‌ی هیجانی ترجمان حضور نسبی عواطف مثبت و عدم حضور هیجان منفی است. امروزه در رویکرد مثبت‌نگر، سه مؤلفه‌ی مجزا، اما در عین حال مرتبط با یکدیگر برای بهزیستی روانی در نظر می‌گیرند که عبارتند از رضایت مندی کلی از

4. Oishi, S.

5. Lucas, R.

6. Dienr, E.

7. Miller, M.

8. Chan, R.T

9. Life quality

10. World health organization

1. Patry, S.

2. Life quality

3. Sundberg, N.

آیا درمان بین فردی گروهی موجب افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد می‌شود؟

### فرضیه ی اصلی پژوهش

درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت موجب افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد می‌شود.

#### فرضیه‌های ویژه پژوهش

۱- درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت

موجب افزایش بهزیستی روانی

همسران افراد معتاد می‌شود.

۲- درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت

موجب افزایش کیفیت زندگی

همسران افراد معتاد می‌شود.

### روش تحقیق

**الف) نوع مطالعه.** با توجه به اینکه آزمونی‌های مورد مطالعه به طور تصادفی انتخاب و به طور داوطلبانه در شرایط مختلف آزمایشی جایگزین شده‌اند، روش این پژوهش شبه آزمایشی و طرح پژوهش، طرح دو گروهی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است که دیاگرام آن به شرح ذیل می‌باشد.

|          |                      |          |                      |
|----------|----------------------|----------|----------------------|
| <b>E</b> | <b>T<sub>1</sub></b> | <b>x</b> | <b>T<sub>2</sub></b> |
| <b>c</b> | <b>T<sub>1</sub></b> | <b>-</b> | <b>T<sub>2</sub></b> |

گرفته اند که عبارت است از شادی و رضایت. به عبارت دیگر درک افراد از سطوح شادی و رضایت در ابعاد زندگی، مشخص کننده ی سطح کیفیت زندگی افراد می‌باشد (کافمن<sup>۱</sup>، استرنبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱، ص ۴۸۱). مطالعات طولی و مقطعی<sup>۳</sup> که در مورد کیفیت زندگی انجام گرفت، نشان داد با افزایش کیفیت زندگی افراد، می‌توان آرامش روانی، مناسبات اجتماعی و خانوادگی بهتری را در آن‌ها فراهم ساخت. مثلاً در تحقیقی که اثربخشی IPT بر روی کیفیت زندگی زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان در ۸ جلسه انجام گرفت، نشان داد، با افزایش کیفیت زندگی، نشانه های افسردگی مانند غم، اندوه بی‌اشتهایی و بی‌خوابی کاهش یافته است. در همین راستا تحقیق دیگری نشان داد، آموزش مهارت‌های فردی تأثیر موثری بر سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد دارد و این مهم به نوبه ی خود موجبات شادمانی و بهزیستی روانی افراد را فراهم می‌سازد (ویدی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸، وینبرن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰، ص ۵۱۸).

با توجه به تحقیقات فوق و با توجه به این که بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در سازگاری اجتماعی همسران افراد معتاد نقش اساسی دارد و افزایش این دو عامل می‌تواند موجبات امید به زندگی بیشتر همسران افراد معتاد را فراهم سازد، لذا این تحقیق در صدد پاسخگویی به سؤال زیر بوده است:

۱. Kaufman, J.  
 ۲. Sternberg, R.  
 ۳. Cross-section and longitudinal studies  
 ۴. Withey, F.  
 ۵. Veenboren, R.

بیانگر کیفیت زندگی مطلوب می‌باشد. نمره ی برش که بیانگر کیفیت زندگی مطلوب می‌باشد، نمره ۴۰ می‌باشد (رفیعی، ۱۳۸۸، ص ۹۸) مطالعاتی که در رابطه با این پرسشنامه انجام شد، نشان داد که بین همه ی سؤال‌های پرسشنامه و خرده مقیاس، ضریب همبستگی معنادار و بالای ۰/۴ وجود دارد. پایایی این پرسشنامه به روش کودر ریچارسون<sup>۱</sup> ۰/۹۶ و به روش بازآزمایی ۰/۸۷ (منتظری و همکاران، ۱۳۸۵، ص ۶) و از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ (غلامی، ۱۳۷۸، ص ۹۸) در نمونه ی ایرانی گزارش شده است.

۲- پرسشنامه بهزیستی روانی. این پرسشنامه توسط رایف<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت: این پرسشنامه ۸۴ سؤال و شش خرده مقیاس دارد که عبارتند از: ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است که مجموع نمرات خرده مقیاس‌ها، بیانگر نمره ی کلی بهزیستی روانی افراد می‌باشد. پاسخ‌دهندگان، هر یک از سؤال‌ها را در یک مقیاس ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱)، تا حدودی مخالف (۲)، مخالفم (۳)، موافقم (۴)، تا حدودی موافقم (۵)، کاملاً موافقم (۶) پاسخ می‌دهند. پایایی این آزمون در نمونه ی ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ در کل آزمون ۰/۸۰ گزارش شده است (مکانیکی منبع، ۱۳۸۶، ص ۸۱).

ب) جامعه و نمونه ی آماری. جامعه ی آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه ی همسران (زنان) افراد معتاد که جهت درمان همسران خود به اداره ی بهزیستی و مرکز مشاوره ی رهنما شهرستان تنکابن در طول سال ۱۳۸۸ مراجعه کردند. نمونه ی این پژوهش ۳۰ نفر و روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی ساده بوده است. چگونگی نمونه‌گیری بدین صورت بود که از بین ۵۷ همسری که شوهر آنها معتاد به مواد مخدر بود و برای درمان به اداره ی بهزیستی و مرکز مشاوره رهنما مراجعه کردند، نخست بهزیستی روانی و کیفیت زندگی آنها مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. در بین آن‌ها ۳۰ نفر از همسرانی که بهزیستی روانی و کیفیت زندگی پایینی داشتند، به‌طور تصادفی ساده انتخاب شدند که ۱۵ نفر از آن‌ها به‌طور داوطلبانه در گروه آزمایشی و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی را براساس بسته ی آموزشی کلرمن در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دریافت نمودند. گروه کنترل هیچگونه آموزشی را دریافت نکرد.

ج) ابزار جمع‌آوری اطلاعات. ابزارهای به کار گرفته در این پژوهش حاضر عبارتند از:

۱- پرسشنامه ی کیفیت زندگی. این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۶ سؤال و ۳ خرده مقیاس دارد که عبارتند از: سلامت جسمانی و روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی اجتماعی. نمره ی بالا در هر یک از خرده مقیاس‌ها و بالا بودن نمره ی کل مقیاس،

<sup>۱</sup> . Koudet Richardsen

<sup>۲</sup> . Ryff. C.D

**۳- بسته ی آموزشی IPT** بسته آموزشی که در این پژوهش برای گروه آزمایشی به کار گرفته شد، بسته ی آموزشی درمان کوتاه مدت روابط بین فردی کلرمن و همکاران (۱۹۷۹) می باشد که در ۱۰ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای و هفته ای یک جلسه انجام شده است. مراحل این بسته ی آموزشی عبارتند از:

**مرحله ی اولیه:** مرحله ی اول IPT شامل جلسات اول و دوم می باشد. هدف این مرحله، تعریف، تشخیص و شناسایی مشکلات و مجادله های بین فردی می باشد. در این مرحله درمانگر ارزیابی اولیه ای از مشکلات بین فردی از بعد میزان، شدت و محتوا بر حسب نوع مشکل خواهد داشت.

**مرحله ی میانی:** این مرحله ی درمانی شامل جلسات ۳ تا ۸ می باشد. هدف اساسی این مرحله آموزش فنون و راهبردهای بهبود روابط بین فردی است. در این مرحله، درمانگر فنون IPT مانند الگوبرداری، ایفای نقش، خود آموزی، خود گویی های مثبت، حل مسأله ی اجتماعی، آرمیدگی، ابراز وجود منطقی، اعتماد به نفس، گوش دادن فعال، مدیریت رفتار و فکر مثبت و سودمند را آموزش می دهد و از درمان جویان می خواهد آن را تمرین نمایند.

**مرحله ی پایانی:** این مرحله درمانی شامل جلسات ۹ و ۱۰ می باشد. هدف اساسی این مرحله به کارگیری فنون آموخته شده در دنیای واقعی زندگی و قطع رابطه ی درمانی می باشد. در این مرحله با نقش فعالی که درمانگر در فرایند درمان دارد، درمان جویان را ترغیب می نماید تا مهارت های فرا گرفته شده در جلسات درمانی را به منظور کنترل موقعیت های

استرس آفرین زندگی، در دنیای واقعی زندگی خود به کار گیرند و روابط بین فردی جدیدی را جایگزین مناسبات اجتماعی آسیب زای گذشته نمایند.

شایان ذکر است این بسته آموزشی در نمونه ی ایرانی به کار گرفته شد (شهریاری، ۱۳۸۸، ص ۱۶۱) و اعتبار محتوای آن توسط سه تن از متخصصان مورد تأیید قرار گرفت.<sup>۱</sup>

**روش تحلیل آماری.** با توجه به این که طرح این پژوهش پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد و از طرفی چون با بیش از دو متغیر وابسته سروکار داریم از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است.

#### یافته های تحقیق

در این پژوهش از شاخص های توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و برای آزمون فرضیه ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا<sup>۲</sup>) استفاده گردید.

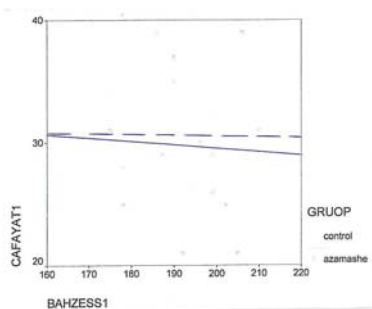
#### فرضیه ی اصلی پژوهش

درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت، موجب افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد می شود.

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، لازم است مفروضه های آن مورد بررسی قرار گیرد.

<sup>۱</sup>. حسین زارع، مجید صفاری نیا، مرتضی ترخان

<sup>۲</sup>. Mancova



نمودار شماره ۱- نمودار خطی متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته

نمودار فوق نشان می‌دهد، شرط ارتباط خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته وجود دارد. از طرف دیگر شیب‌های خطوط رگرسیون موازی می‌باشد. بنابراین مفروضه همگنی رگرسیون مورد تأیید است.

جدول شماره ۱. آزمون باکس برای بررسی فرض همگنی

|                  |       |
|------------------|-------|
| $\text{Box}^1_s$ | ۱۹/۳۴ |
| F                | ۵/۹۴  |
| $dF_1$           | ۳     |
| $dF_2$           | ۱/۴۱۱ |
| sig              | /۰۰۱  |

آزمون باکس نشان می‌دهد، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس برقرار است.

جدول شماره ۲. آزمون لوین برای متغیرهای وابسته

| متغیرها      | $dF_1$ | $dF_2$ | F    | sig   | p             |
|--------------|--------|--------|------|-------|---------------|
| بهبودی روانی | ۱      | ۲۸     | ۸/۹۳ | ۰/۰۰۶ | $p \leq ۰/۰۵$ |
| کیفیت زندگی  | ۱      | ۲۸     | ۷/۳۰ | ۰/۰۱۲ | $p \leq ۰/۰۵$ |

همانطوری که آزمون لوین نشان می‌دهد، F مشاهده شده در بهبودی روانی (۸/۹۳) و در کیفیت زندگی (۷/۳۰) در سطح  $p \leq ۰/۰۵$  معنادار می‌باشد. بنابراین شرط یکسانی واریانس برقرار می‌باشد.

با توجه به اینکه همگنی رگرسیون، همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و همگنی واریانس وجود دارد، می‌توان از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد.

جدول شماره ۳. میانگین و انحراف معیار اولیه بهزیستی روانی و کیفیت زندگی

| متغیرها       | گروه    | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|---------------|---------|-------|---------|--------------|
| بهزیستی روانی | آزمایشی | ۱۵    | ۲۴۰/۲۷  | ۳۰/۵۳        |
|               | کنترل   | ۱۵    | ۱۸۵/۴۰  | ۹/۸۲         |
| کیفیت زندگی   | آزمایشی | ۱۵    | ۴۷/۰۷   | ۷/۳۱         |
|               | کنترل   | ۱۵    | ۳۱/۳۳   | ۳/۹۹         |

جدول شماره ۴. میانگین و خطای معیار تعدیل شده بهزیستی روانی و کیفیت زندگی

| متغیرها       | گروه    | میانگین | خطای معیار | حد پایین | حد بالا |
|---------------|---------|---------|------------|----------|---------|
| بهزیستی روانی | آزمایشی | ۲۳۷/۵۴  | ۵/۲۵       | ۲۲۶/۷۵   | ۲۴۸/۳۳  |
|               | کنترل   | ۱۸۸/۳۷  | ۵/۲۵       | ۱۷۷/۶۶   | ۱۹۹/۲۵  |
| کیفیت زندگی   | آزمایشی | ۴۷/۵۰   | ۱/۴۸       | ۴۴/۴۴    | ۵۰/۵۶   |
|               | کنترل   | ۳۱/۲۳   | ۱/۴۸       | ۲۸/۱۷    | ۳۴/۲۸   |

جدول فوق نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات، تفاضل میانگین بهزیستی روانی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل ۴۹/۰۹ نمره می‌باشد ( $237/54 - 188/37 = 49/09$ ). تفاضل میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل ۱۶/۲۷ نمره می‌باشد ( $47/50 - 31/23 = 16/27$ ). مشاهده می‌شود تفاضل محسوسی بین نمرات بهزیستی روانی و کیفیت زندگی گروه آزمایشی و کنترل وجود دارد. برای بررسی این نکته که این تفاضل ناشی از متغیر مستقل (درمان بین فردی) می‌باشد از تحلیل کوواریانس چند متغیری با تصحیح بن فرونی استفاده شده است.

جدول فوق نشان می‌دهد، پس از تعدیل نمرات، تفاضل میانگین بهزیستی روانی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل ۴۹/۰۹ نمره می‌باشد ( $237/54 - 188/37 = 49/09$ ). تفاضل میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل ۱۶/۲۷ نمره می‌باشد ( $47/50 - 31/23 = 16/27$ ). مشاهده

جدول شماره ۵. تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)

| اثر           | ارزش  | F     | dF <sub>1</sub> | dF <sub>2</sub> | sig   | مجذور اتا سهمی | توان آزمون | P             |
|---------------|-------|-------|-----------------|-----------------|-------|----------------|------------|---------------|
| لامبدای ویلکز | ۰/۱۸۸ | ۵۴/۱۰ | ۲               | ۲۵              | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۱۲          | ۱/۰۰۰      | $p \leq 0/05$ |

جدول فوق نشان می‌دهد، اثر درمان بین فردی گروهی بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در

$$F_{(2, 25)} = 54/10, \text{ Wikl's } \lambda = 0/188, \text{ partial } \eta^2 = 0/812$$

به بیان بهتر، درمان بین فردی گروهی در افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی موثر بوده است و مجذور اتا سهمی شدت این اثر را

جدول شماره ۶. تحلیل کوواریانس یک متغیره برای متغیرهای مورد مطالعه

| متغیرها       | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معناداری | مجذور اتا سهمی |
|---------------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|----------------|
|               | SS            | dF         | MS              |       | sig          |                |
| بهزیستی روانی | ۱۶۹۱۸/۷۷      | ۱          | ۱۶۹۱۸/۷۷        | ۴۲/۲۶ | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۱۹          |
| کیفیت زندگی   | ۱۷۷۷/۷۱       | ۱          | ۱۷۷۷/۷۱         | ۵۳/۷۶ | ۰/۰۰۱        | ۰/۶۷۴          |



واقعیت است، درمان بین فردی در افزایش بهزیستی روانی همسران افراد معتاد معنادار بوده است و مجذور اتا سهمی، شدت این اثر را ۰/۶۱ نشان داده است که اثر بسیار خوبی می‌باشد.

$$F_{(1, 26)} = 42/26, p \leq 0/001, \text{partial } \eta^2 = 0/61$$

(۲۵٪ برای دو گروه) بیانگر این واقعیت است، درمان بین فردی در افزایش کیفیت زندگی همسران معتاد معنی دار بوده است و مجذور اتا سهمی، شدت این اثر را ۰/۶۷ نشان داده است. که اثر بسیار خوبی می‌باشد.

$$F_{(1, 26)} = 53/76, p \leq 0/001, \text{partial } \eta^2 = 0/67$$

طرف دیگر نتایج این پژوهش روشن نمود که IPT در افزایش کیفیت زندگی همسران افراد معتاد اثر معناداری داشته است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های رفیعی (۱۳۸۸)، شهریاری (۱۳۸۸)، هاسن<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، ویسمن و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی دارد. این تحقیق و تحقیقات فوق نشان دادند، مهارت‌های بین فردی نظیر الگوبرداری مثبت، ایفای نقش، خودگویی‌های مثبت، ابراز وجود منطقی، گوش دادن فعال، تحمل طردشدگی، مهارت حل مسأله، داشتن تفکر مثبت، توقف افکار منفی و خلاصه مدیریت رفتار در هنگام مواجهه با رویدادهای استرس‌آفرین، بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی افراد نقش اساسی و مؤثری دارد.

به‌طور کلی درمانگران IPT معتقدند که برای بسیاری از افراد، نزدیک‌ترین و پایدارترین

**فرضیه ۱ ویژه اول:** درمان بین فردی گروهی کوتاه‌مدت موجب افزایش بهزیستی روانی همسران افراد معتاد می‌شود.

جدول ۶ نشان می‌دهد، تحلیل متغیر بهزیستی روانی به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی (۲۵٪ برای دو گروه) بیانگر این

**فرضیه ۱ ویژه دوم:** درمان بین فردی گروهی کوتاه‌مدت موجب افزایش کیفیت زندگی همسران افراد معتاد می‌شود.

جدول ۶ نشان می‌دهد، متغیر کیفیت زندگی به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی

بنابراین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد درمان بین فردی گروهی کوتاه‌مدت موجب افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد شده است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اصلی اثربخشی روان‌درمانی بین فردی گروهی کوتاه‌مدت بر افزایش بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد انجام شد. از یک طرف مشخص گردید، درمان بین فردی موجب افزایش بهزیستی روانی همسران افراد معتاد شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های چان<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، میلر (۲۰۰۸)، آندرسون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۲)، نیو و همکاران (۲۰۰۴)، کیس<sup>۳</sup> و ریف<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) همخوانی دارد. از

1. Chan, R.

2. Anderson, B.

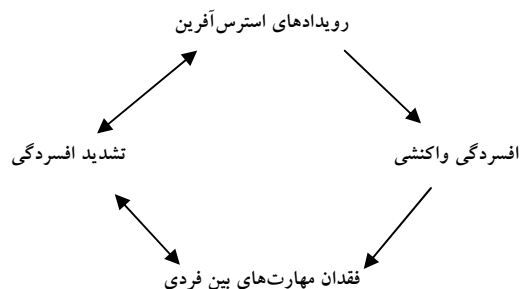
3. Keyes, C.

4. Ryff, C.

5. Hasam, M.

مهارت‌های ارتباطی و بین فردی یا وجود مهارت‌های اجتماعی نامتناسب و ناسازگارانه در ارتباط با دیگران می‌باشد. این مهم به نوبه ی خود موجب دور شدن اعضای خانواده، خویشاوندان و دوستان از فرد می‌گردد. در چنین شرایطی چرخه ی معیوبی به وجود می‌آید و وضعیت موجود را به یک بحران تبدیل می‌کند (چان، ۲۰۰۵، میلر، ۲۰۰۸، پتری، ۲۰۰۱، ص ۳۸).

ارتباط، روابطی است که میان اعضای خانواده وجود دارد. وقتی که اعضای خانواده در معرض رویدادهای استرس‌آفرین همچون طلاق، مرگ یکی از عزیزان، اختلافات خانوادگی، ناخرسندی در روابط صمیمی، بازنشستگی، اعتیاد، از دست دادن شغل و بیمار شدن یکی از اعضای خانواده یا دوستان صمیمی قرار می‌گیرند، نشانه‌های افسردگی واکنشی را تجربه می‌کنند. آنچه که موجب تشدید نشانه های افسردگی می‌گردد، فقدان



شکل شماره ۱. رابطه ی استرس و مهارت‌های بین فردی

گونه افراد شادکامی<sup>۱</sup>، بهزیستی روانی، عزت نفس<sup>۲</sup>، خودکارآمدی<sup>۳</sup>، کنترل فردی<sup>۴</sup>، کیفیت زندگی، کارایی شخصی<sup>۵</sup> خود را از دست می‌دهند. در چنین وضعیتی افراد در روابط بین فردی، افرادی ناسازگار، زورگو، سلطه‌گر و واجد رفتارهای پرخاشگرانه می‌گردند یا این که افرادی ضعیف، ساده‌لوح، ترسو و فاقد اعتماد به نفس می‌شوند، به همین علت درمانگران IPT بر این باورند، یک ارتباط متعامل، تنگاتنگ و دو سویه‌ای بین نشانه های روان‌شناختی و مهارت‌های بین فردی وجود

به سخن دیگر رویدادهای پرفشار، موجبات نشانه های افسردگی واکنشی را فراهم می‌سازند. فقدان یا ضعف مهارت‌های بین فردی به طور مستقیم موجب تشدید نشانه های افسردگی و به طور غیرمستقیم موجب شدیدتر شدن رویدادهای استرس‌آفرین می‌گردد. تشدید نشانه های افسردگی موجب مختل شدن روابط بین فردی می‌گردد. چنانچه این چرخه ی معیوب در رابطه با رویدادهای مختلف و برای مدت زمان نسبتاً طولانی ادامه داشته باشد، موجبات اغتشاشات روان‌شناختی را فراهم می‌سازد (ویسمن و همکاران، ۲۰۰۴، هاسن و همکاران، ۲۰۰۳، ص ۱۷۲). به گونه‌ای که این

1. happiness  
2. self-esteem  
3. self-efficiency  
4. individual control  
5. personal efficiency

(آندرسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲، مارکوویتز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹، ص ۵۶۰).

درمانگران IPT اعتقاد دارند، وقتی فرایند درمان بین فردی برای درمان جویان به درستی انجام گیرد و آنان مسلح به مهارت‌های اجتماعی و بین فردی گردند، در این صورت درمان جویان مشکلات خود را دوباره بازمینی می‌کنند، هیجان‌های خود را نسبت به مشکل مورد بررسی قرار می‌دهند، مهارت‌های اجتماعی جدید که متناسب با شرایط فعلی است را برمی‌گزینند، در احقاق حقوق خود و در برخورد با مشکلات پیش آمده، مسأله‌مدارانه برخورد می‌کنند، ابراز وجود منطقی نسبت به دیگران دارند، به حقوق دیگران احترام می‌گذارند، روابط رضایت‌بخشی با دیگران برقرار می‌کنند، از تعارضات پرخاشگرانه ی غیر ضروری اجتناب می‌کنند. این گونه رفتارها به علت این که مناسبات اجتماعی بهینه و رضایت‌بخشی را فراهم می‌سازد، به نوبه ی خود موجب افزایش اعتماد به نفس افرادی می‌گردد (دیویتو<sup>۵</sup>، ۱۹۸۶، ص ۲۱۸). در چنین وضعیت روان‌شناختی، فرد احساس می‌کند که قادر به تصمیم‌گیری و اقدام مؤثر برای رسیدن به نتیجه ی مطلوب و بهینه می‌باشد. چنانچه این وضعیت مطلوب، برای زمان نسبتاً طولانی بر ساختار روانی فرد سیطره یابد، فرد واجد کنترل فردی و کارایی شخصی می‌گردد. احساس کارایی به نوبه ی خود موجب تقویت تلاش و اعتماد به نفس فرد می‌گردد. هرچه این چرخه ی مثبت تکرار گردد، ضخامت

دارد. به طوری که با بهبود مهارت‌های بین فردی می‌توان موجبات آرامش روان‌شناختی افراد را فراهم ساخت و جان تازه‌ای به سامانه ی روان‌شناختی افراد بخشید و برعکس (کیس<sup>۱</sup> و ریف<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲، ص ۱۱۱۲).

درمانگران IPT برای این که به سامانه ی روابط بین فردی افراد جان تازه‌ای ببخشند، در جلسات درمانی خود، نخست مشکلات و مجادله‌های بین فردی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و عواملی را که در استحکام آن نقش دارند شناسایی می‌کنند، سپس با استفاده از فنون درمانی همچون ابراز وجود منطقی، حل مسأله ی اجتماعی، ایفای نقش، الگوپردازی، خودآموزی، خودگویی‌های مثبت، آرمیدگی، افزایش اعتماد به نفس، گوش دادن فعال و خلاصه با مدیریت رفتار اجتماعی، روابط بین فردی جدیدی را جایگزین روابط بین فردی آسیب‌زای گذشته می‌کنند. جالب این که در این شیوه ی درمانی، درمانگر فعال و هدف‌مدار است. به طوری که نه تنها فنون روابط بین فردی را به درمان جویان آموزش می‌دهد بلکه از تکالیف رفتاری و خانگی سازمان یافته استفاده می‌کند و بازخوردهای لازم را در سراسر جلسات درمانی به منظور مسلح شدن درمان جویان به مهارت‌های بین فردی و اجتماعی و در نتیجه کفایت اجتماعی، فراهم می‌سازد. این فرایند در جلسات درمانی ادامه پیدا می‌کند تا این که درمان جویان بتوانند روابط بین فردی مناسب‌تری با دنیای واقعی برقرار نمایند

<sup>3</sup>. Anderson, B.

<sup>4</sup>. Markowitz, J.C.

<sup>5</sup>. Devito, J.

<sup>1</sup>. Keyes, C.L.

<sup>2</sup>. Ryff, C.D.

### منابع

- رفیعی، مرسلده. (۱۳۸۸). *اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی و تنش‌زدایی تدریجی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور*. پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور تهران.

- شهریاری، سارا. (۱۳۸۸). *مقایسه اثر آموزش گروهی شیوه‌های مقابله با استرس و آموزش گروهی در مان بین فردی برگرایش‌های ضداجتماعی دختران دبیرستانی منطقه (۷) آموزش و پرورش تهران*. پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور تهران.

- غلامی، احمد. (۱۳۷۸). *کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن*. پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.

- مکانیکی منیع، فرزانه. (۱۳۸۶). *بررسی بهزیستی روان‌شناختی در دانشجویان دانشگاه ارومیه*. طرح پژوهشی دانشگاه ارومیه.

- منتظری، علی؛ کاظم، محمد؛ مجدزاده، سیدرضا؛ سحرناز، نجات. (۱۳۸۵). *استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی*. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*. ۴:

۱-۱۲.

روان‌شناختی این چرخه ضخیم‌تر می‌گردد و فرد از شادکامی، بهزیستی روانی، خود کارآمدی، کیفیت زندگی و خود باوری بالاتری برخوردار می‌گردد. در نتیجه این گونه افراد چالش‌های زندگی را می‌پذیرند، به کار و فعالیت علاقه نشان می‌دهند، توانایی اثبات خویشان را دارند، به دیگران اعتماد دارند و از تعاملات اجتماعی لذت می‌برند و در انجام فعالیت‌های خود نه تنها خودشان را مسئول می‌بینند بلکه در رسیدن به آن تلاش می‌کنند (چان، ۲۰۰۵، تیتسو و همکاران، ۲۰۰۴، ص ۱۹۳).

بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش از یک طرف پیشنهاد می‌شود با آموزش روابط بین فردی و مهارت‌های اجتماعی مانند خود گویی‌های مثبت، ابراز وجود منطقی، ایفای نقش، توقف افکار منفی، مهارت حل مسأله، تحمل‌پذیری و مدیریت رفتار در مواقع بحرانی نه تنها می‌توان جان تازه‌ای به سامانه‌ی روابط بین فردی افراد بخشید. بلکه می‌توان موجبات بهزیستی روانی و کیفیت زندگی افراد را فراهم ساخت. به متخصصان بالینی توصیه می‌شود در کمک به افرادی که در معرض رویدادهای استرس‌آفرین قرار می‌گیرند، به منظور جلوگیری از اختلالات روانی، افزایش کیفیت زندگی، شادکامی، بهزیستی روانی، در درجه‌ی نخست مهارت‌های ارتباطی و بین فردی آنها مورد بررسی در صورت لزوم به آموزش آن اقدام نمایند.

- New Haven-Boston Collaborative depression project.
- Markowitz, J, C., (1999). *Developments in interpersonal psychotherapy*. Canadian of psychiatry. 44: 556-561.
  - Miller, M, D., (2008). Using interpersonal therapy (IPT) with older adult today and tomorrow. A review of the literature and new developments. *Current psychology Reports*. 10 (1): 16-22.
  - Native, G., Shaher, G., Levokovitz, Y., Hirsfed, E., Treves, L., et al. (2004). Group interpersonal psychotherapy for patients with major depression disorder-pilot study. *J of Affective disorders*. 60: 191-195.
  - Oishi, S., Lucas, R, E., Dienr, E., (2003). Personality, culture and subjective well-being; emotional and cognitive evolutions of life. *Annual review of psychology*. 54: 403-425.
  - Patry, S., (2001). Interpersonal psychotherapy in the treatment of depression. *The Canadian Journal of CME*. 13:31-45.
  - Sundberg, N., (2001). *Clinical psychology: Evolving theory, practice and Research*. Second Edition. USA, wiley Inc.
  - Veenboren, R., (2000). The four qualities of life. *J of Happiness studies*. 1: 1-39.
  - Weissmen, M, M., Markowitz, J, C., Klerman, G, L., (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychology*. New York, Oxford University press.
  - Withey, F, L., (1998). Psychological indicators of quality of life. *J of personality and social psychology*. 79: 509-520.
  - هالفورد، کیم. (۲۰۰۱). *زوج درمانی کوتاه مدت*. ترجمه ی مصطفی تبریزی. مؤسسه کاردانی. فروغ جعفری. (۱۳۸۴). تهران: فراروان.
  - Anderson, B., Harkness, K, L., Frank, E., Houck, P, R., Luther, J., Kupfer, D, J., (2002). Dose interpersonal psychotherapy protects women from depression in the face of stressful life events? *J consulting and clinical psychology*. 70: 908-915.
  - Chan, R, T., (2005). Interpersonal psychology as a treatment model for depressed with chronic medical problems. *Clinical child psychology and psychiatry*. 10: 88-101.
  - Comer, R., (2001). *Abnormal psychology*. Froth Edition. Worth publishers New York.
  - Devito, J, A., (1986). *The interpersonal communication book*. Forth Edition. Harper and Row, New York.
  - Hasan, M, Y., Rizk, D, E., Asaad, M, A., (2003). *Factors influencing the quality of life infertile women in united Arab Emirate*. Int J Gynecol obstet. 80: 183- 188.
  - Kaufman, J,C., Sternberg, R,J., (2001). Human ability. *Annual review of psychology*. 49: 479-502.
  - Keyes, C, L., Ryff, C, D. (2002). Optimizing well-being; the empirical encounter traditions. *J of personality and social psychology*. 92: 1007 -1022.
  - Klerman, G,L., Rounsaville, B., Chevron, E., Neu, C., Weissman, M,M., (1979). *Manual for short-term interpersonal therapy (IPT) of depression*.

Quarterly Journal of Educational Psychology  
Islamic Azad University Tonekabon Branch  
Vol. 2, No. 1, spring 2011, No 5

## The Effectiveness of Short-Term Group Interpersonal Therapy on the Psychological Well-Being and the Life Quality of Addicted Individuals' Wives

Tarkhan. Morteza\*<sup>1</sup>

1) Assistant professor, Department of psychology, Payam e Nour University

\*Corresponding author: mttmaster20@yahoo.com

---

### Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of short-term group interpersonal therapy (IPT) on the psychological well-being and the life quality of addicted individuals' wives. The method of this study was quasi-experimental and the design was 'pretest-posttest' with a control group. The samples were 57 wives who had referred to Rahnama counseling center and the Rehabilitation Office (Behzisti) for their husbands' treatment. Using a life quality and psychological well-being questionnaire, 30 people of the wives with low psychological well-being and life quality were selected on simple randomization basis and were divided voluntarily into two groups of experimental and control (15 in each group). The experimental group received 10 sessions of IPT techniques weekly, and the control group did not receive any training. After receiving the treatment, the life quality and the psychological well-being of the subjects in each group were measured again. The MANCOVA analysis of the data showed that IPT in the combination analysis on psychological well-being and life quality revealed significant effect and partial eta squared of the combination analysis was shown to be 0.81. In addition, the data analyzed by using ANCOVA with Bonferoni methods partial eta squared revealed the psychological well-being to be 0.61 and the life quality to be 0.67. In other words, the covariance analysis, both in the combination analysis and in the individual analysis indicated that the IPT caused increasing psychological well-being and life quality in the addicted individuals' wives. The results of the present investigations revealed the significance of IPT in increasing interpersonal relationships and, consequently, on the improvement of psychological well-being and life quality. The results of this study were in line with other research studies and these investigations showed that the training of interpersonal skills can cause psychological well-being and life quality.

**Key words:** Short-Term Group Interpersonal Therapy, Well-Being, Life Quality.

---