

اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مرد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون

رسول سلیمانی نجف آبادی^۱، حمید طاهر نشاط دوست^۲، حسینعلی مهرابی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر راهبردهای مقابله‌ای بیماران مرد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون در شهر نجف آباد بود. **روش:** طرح پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی همراه با گروه گواه بود و ارزیابی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت. جامعه آماری شامل تمامی مردان تحت درمان با متادون در مراکز ترک اعتیاد شهر نجف آباد از تابستان سال ۱۳۹۲ بود. از این بین، ۳۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش علاوه بر دریافت متادون، از ۱۰ جلسه درمان گروهی به شیوه مدل فرانظری در طی ۲ ماه بهره‌برد و گروه گواه تنها تحت درمان با متادون باقی ماند. پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای موقعیت‌های فشارزا مورد استفاده قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر مدل فرانظری تأثیر معناداری بر مجموع راهبردهای مقابله‌ای در پس‌آزمون داشت ($p < 0/001$)، اما این نتایج تفاوت معناداری را در نمرات پیگیری نشان نداد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان گفت: درمان مبتنی بر مدل فرانظری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای مردان وابسته به مواد تحت درمان با متادون مؤثر است و می‌تواند به عنوان یک مداخله درمانی مناسب در درمان علائم روانشناختی اعتیاد به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر مدل فرانظری، وابستگی به مواد، راهبردهای مقابله‌ای، درمان نگهدارنده با متادون

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران، پست الکترونیک:

soleimany.r@gmail.com

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

اعتیاد یک اصطلاح عامیانه و غیرعلمی و به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر است که سبب بروز رفتارهای موادجویانه شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر، علائم محرومیت در فرد معتاد بروز می‌کند (بهاری، ۱۳۸۸). جدیدترین طبقه‌بندی در زمینه اختلالات روانی؛ پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، معادل علمی اعتیاد را اختلال مصرف ماده نامگذاری می‌کند. بر این اساس ویژگی اصلی و ضروری در تشخیص اختلال مصرف ماده وجود دسته‌ای از نشانه‌های فیزیولوژیکی، شناختی و الگوهای پاتولوژیک رفتاری است که نشان می‌دهد فرد با وجود مشکلات معنادار وابسته به آن ماده، باز هم به مصرف آن ادامه می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). از مشکلات ناشی از اعتیاد می‌توان به جرمی مثل سرقت، فحشا، خشونت، افزایش مشاغل کاذب و کاهش کارآیی و تعداد بسیار زیادی خانواده‌های آشفته یا از هم گسیخته نام برد. از طرف دیگر، اعتیاد با خالی کردن افراد از ارزش‌های اخلاقی و انسانی، آن‌ها را مستعد پذیرش فرهنگ‌های پوچ و مخرب می‌نماید (کجباف و رحیمی، ۱۳۹۰). در طرح ملی شیوع شناسی مصرف مواد مخدر که در سال ۱۳۹۰ در بین شهروندان ایرانی توسط پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی انجام گرفت، نرخ شیوع برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور و بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، معادل ۲/۶۵ درصد برآورد شد؛ به طوری که برای مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۲/۷۵ و ۲/۴۷ درصد گزارش شده است. همچنین نرخ شیوع مصرف مواد در جمعیت نمونه (که ۱۵۰۰۰ نفر بودند) برای مردان و زنان به ترتیب ۹/۷ درصد و ۹/۳ درصد بوده است (به نقل از صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲).

تعداد زیادی از مصرف کنندگان مواد ممکن است هیجانات طاقت فرسایی را تجربه کنند که پیامد مصرف مواد، ترک مواد و یا قرار گرفتن در معرض استرس‌زاهای شدید می‌باشد (تیمز، لوک فیلد و پلات^۲، ۱۹۹۷). از نظر لازاروس و فولکمن^۳ (۱۹۸۴) وجود بالقوه‌ی

1. American Psychiatric Association
2. Tims, Leukefeld & platt

3. Lazarus & Folkman

استرس یا وقایع تنش‌زا در زندگی افراد منجر به اختلال در عملکرد آن‌ها نمی‌شود؛ بلکه مقابله‌ی نامؤثر با این استرس‌ها، می‌تواند مشکل‌ساز باشد. به نظر آن‌ها مقابله، تلاش‌های شناختی و رفتاری است که به طور مداوم تغییر می‌کند تا فرد از عهده‌ی خواسته‌های خاص بیرونی یا درونی و رای منابع و توان خود برآید. شواهد پیشنهاد می‌کند که شکست در انتخاب پاسخ مقابله‌ای در موقعیت پرخطر با عود همراه است (شیفمن^۱، ۱۹۸۵). علاوه بر این، نتایج تحقیقات روی استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای به عنوان یک عامل کلیدی در جلوگیری از عود، امیدبخش است و این امکان را فراهم می‌سازد تا بین افراد عودکننده و پرهیزکنندگان در تمام رفتارهای اعتیادی تمیز قائل شویم (کوری و مارلات^۲، ۱۹۸۵). محققان در پژوهشی مقطعی بر روی ۲۷۶ بیمار تحت درمان نگهدارنده با متادون^۳ نشان دادند که این افراد از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی مانند انکار یا تسلیم در مواجهه با ظهور استرس استفاده می‌کردند که قویاً با گرایش به مصرف مواد و استفاده مداوم طبقات مختلفی از داروها ارتباط داشت (بیلدینگ، ایگوچی و لامب^۴، ۱۹۹۶). همچنین به نظر می‌رسد که افراد مصرف‌کننده مواد بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای متمرکز بر هیجان استفاده کرده و راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار را کمتر مورد استفاده قرار می‌دهند (کیمبرلی و گاری^۵، ۲۰۰۳). در همین راستا، تحقیقات نیز بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر آموزش راهبردهای مقابله‌ای در درمان سوءمصرف مواد و الکل در مقایسه با استفاده از درمان‌های روانی-اجتماعی دیگر تأکید کرده است (مونت، روزنو، مارتین، میچالک و آبرامز^۶، ۱۹۹۷؛ روزنو، مونت، مارتین، میچالک و آبرامز^۷، ۲۰۰۰).

شواهد به‌دست آمده از مطالعات آزمایشی به مؤثر بودن درمان‌های نگهدارنده با آگونیس^۸، به خصوص درمان نگهدارنده با متادون یا (MMT) به عنوان درمانی رایج در بیشتر کشورها اشاره داشته‌اند (دراموند^۸، ۲۰۰۷). در روش نگهدارنده با متادون، که هدف آن کاهش آسیب به فرد بیمار است، متادون به صورت بلندمدت برای بیمار به مقدار مورد

۲۱۱

211

1. Shiffman
2. Curry & Marlatt
3. Methadone maintenance therapy (MMT)
4. Belding, Iguchi & Lamb

5. Kimberly & Gary
6. Monti, Rohsenow, Michalec, Martin & Abrams
7. Agonist
8. Drummond

نیاز تجویز می‌شود تا این که بتواند جایگزین مواد مخدر مصرفی باشد (رستمی و حدادی، ۱۳۸۴). با این حال مصرف متادون عوارض چندی از جمله کاهش تنفس، اختلال در خواب، کاهش حرکات لوله گوارش، کاهش فشار خون، افزایش تعریق و کاهش میل جنسی را به همراه دارد. علاوه بر این انحراف از درمان با متادون به مصرف غیرمجاز می‌تواند باعث مصرف بیش از حد مواد مخدر و آسیب‌زدن به درمان منطقی و تأثیر درمان نگه دارنده با متادون شود (نوروزی، نادری، بینازاده و صفاتیان، ۱۳۸۴). بنابراین با توجه به پژوهش‌های متعدد به نظر می‌رسد که نتیجه درمان نگهدارنده با متادون در کنار مشاوره، مداخلات روان‌شناختی و حمایت اجتماعی موفقیت‌آمیزتر خواهد بود (والدرون، اسلسنیک، بردی، ترنر و پاترسون^۱، ۲۰۰۱).

یکی از مداخلات روان‌شناختی مؤثر جهت درمان وابستگی به مواد، درمان مبتنی بر مدل فرانظری^۲ است. مدل درمان فرانظری طی دو دهه گذشته به عنوان یکی از مدل‌های مؤثر در زمینه اعتیاد ظاهر شده است (پروچاسکا و دی کلمنته^۳، ۱۹۸۴). موفقیت مدل درمان فرانظری در رفتارهای مرتبط با سلامت از جمله کاهش چاقی و کنترل وزن، بهبود فعالیت جسمانی، ترک سیگار و قطع مصرف مواد تأیید شده است (پروچاسکا، نورکراس^۴ و دی کلمنته، ۱۹۹۴). مدل درمان فرانظری تغییر، یک چارچوب یکپارچه و چند بعدی برای فهم چگونگی تصمیم‌گیری افراد برای تغییر، اقدام کردن برای آن و حفظ تغییر فراهم می‌آورد. سازه‌ها و مفاهیم هسته‌ای این مدل شامل مراحل تغییر^۵ (پیش‌تأملی، تأملی، آمادگی، عمل و نگهداری)، فرایندهای تغییر^۶، توازن تصمیم‌گیری^۷ و خودکارآمدی^۸ و سوسه^۹ می‌باشد. تغییر به عنوان ارتباط بین این سازه‌های هسته‌ای تعریف می‌شود (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۶؛ پروچاسکا، جانسون و لی^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ پروچاسکا و همکاران، ۱۹۹۴). تحقیقات متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فرانظری را در زمینه اعتیاد و مصرف مواد

1. Waldron, Slesnick, Brody, Truner & Paterson
2. Trans-theoretical model (TTM)
3. Prochaska & Diclemente
4. Norcros
5. Stages of change
6. Processes of change

7. Decisional balance
8. Self-efficacy
9. Temptation
10. Johnson & Lee

گونگون مورد تأیید قرار داده‌اند. اورز^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی بر روی ۲۲ دانش‌آموز دبیرستانی مصرف‌کننده الکل، تنباکو و مواد مخدر در ایالات متحده طی یک پیگیری سه‌ماهه نشان دادند که استفاده از مدل درمان‌فرانظری می‌تواند به تنهایی یا در کنار روش‌های درمانی دیگر به کاهش یا قطع مصرف تنباکو، الکل و مواد مخدر در بین دانش‌آموزان دبیرستانی کمک کند. سراوانی، کجباف، امیری، عابدی و کیانپور^۲ (۲۰۱۲) به بررسی پژوهشی بر روی علائم روان‌شناختی (سلامت روانی) در ۴۰ مرد معتاد سم‌زدایی شده پرداختند. در این پژوهش، سه شیوه درمانی مصاحبه‌انگیزی، درمان‌فرانظری و ترکیبی از هر دو شیوه درمانی با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج نشان داد که هر سه شیوه مداخله، اثربخشی یکسانی را بر علائم روان‌شناختی مردان معتاد در مقایسه با گروه کنترل داشتند. نتایج پژوهش نیکخواه (۱۳۹۲) بر روی افراد وابسته به مواد در شهر مشهد نشان داد که نمرات عزت‌نفس و راهبردهای پیشگیری از عود (که به دو بخش وسوسه و میل تقسیم می‌شود) در گروه‌های آزمایش و کنترل بعد از اجرای متغیر مستقل یعنی گروه درمانی‌فرانظری دارای تفاوت معنادار می‌باشد. همچنین پژوهش‌های متعددی تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای را تأیید کرده‌اند (فرنام، ۱۳۹۲؛ عاشوری، ملازاده و محمدی و ۱۳۸۷؛ لیت، کادن، کابلا-کورمیر و پتری^۳ ۲۰۰۸).

بنابراین بر اساس یافته‌های پژوهش‌های قبلی مبنی بر اثربخشی درمان‌فرانظری در افراد وابسته به مواد و با توجه به اینکه عدم استفاده درست و به موقع از راهبردهای مقابله‌ای در مواجهه با مشکلات و استرس‌های روزمره یکی از علت‌های عمده عود و شروع مجدد مصرف در افراد وابسته به مواد می‌باشد، این پژوهش قصد دارد تا میزان اثربخشی درمان مبتنی بر مدل‌فرانظری را در بهبود راهبردهای مقابله‌ای بیماران مرد وابسته به مواد تحت درمان‌نگهدارنده با متادون مورد بررسی قرار دهد.

۲۱۳

213

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی همراه با گروه گواه بود و ارزیابی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران مرد وابسته به مواد افیونی و تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز ترک اعتیاد شهر نجف آباد تشکیل دادند که از تابستان سال ۱۳۹۲ به این مراکز مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا از بین مراکز ترک اعتیاد، دو مرکز امید و طلوع انتخاب شدند. سپس از بین افراد داوطلب تحت درمان در این مراکز که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و پس از آن به دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند ($n_1=n_2=15$). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن جنسیت مذکر، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، وجود سابقه قبلی اختلال مصرف مواد افیونی (تریاک و هروئین) و تحت درمان نگهدارنده با متادون بودن، عدم اختلال روانپزشکی شدید در محور I، داشتن حداقل تحصیلات سبک، وجود سابقه مصرف ۱ سال به بالا و داشتن حداقل یک مرتبه ترک قبلی. در تحلیل نهایی دو نفر از اعضای گروه آزمایش که به طور کامل در جلسات حضور نیافته بودند، از پژوهش حذف شدند، و به تبع آن نیز دو نفر از اعضای گروه کنترل به تصادف حذف گردیدند.

ابزارها

۱. پرسش‌نامه راهبردهای مقابله با موقعیت‌های فشارزا: این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی انواع روش‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های فشارزا توسط اندلر و پارکر در سال ۱۹۹۰ ساخته شد. این آزمون، شامل ۴۸ ماده است که شامل سه خرده‌مقیاس مقابله مسأله‌مدار، مقابله هیجان‌مدار و مقابله اجتنابی می‌باشد و ارزیابی و نمره‌گذاری با این پرسش‌نامه بر مبنای شیوه‌ی لیکرتی (۱=هرگز الی ۵=خیلی زیاد) انجام می‌گیرد. ۱۶ ماده اول این پرسش‌نامه به راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، ۱۶ ماده دوم به راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و ۱۶ ماده سوم به راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی اشاره دارد. شرکت‌کننده با انتخاب فقط یک

گزینه در هر گویه که برای خود مناسب می‌داند نوع عکس‌العمل خود را در شرایط سخت و تنیدگی‌زا مشخص می‌کند. هر فرد که در هر یک از راهبردهای مقابله نمره بالاتری کسب کند، آن شیوه مقابله را بیشتر به کار می‌گیرد. اجرای مقیاس بزرگسالان و نوجوانان مشابه است. نمرات حداقل و حداکثر در هر سه شیوه مقابله به ترتیب برابر ۱۶ و ۸۰ است. در نمونه اصلی مقیاس مقابله با بحران اندلر و پارکر، ضریب همسانی درونی کل ۰/۹۲ گزارش شده است. روایی این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای سبک‌های سه‌گانه به ترتیب در راهبرد مسئله‌مدار برای دختران ۰/۹۰، و برای پسران ۰/۹۲؛ در راهبرد هیجان‌مدار برای دختران ۰/۸۵، و برای پسران ۰/۸۲، و در سبک‌های اجتنابی برای دختران ۰/۸۲، و برای پسران ۰/۸۵، می‌باشد (اندلر و پارکر، ۱۹۹۹). در این پژوهش از فرم کوتاه این پرسش‌نامه (فرم ۳۳ سؤالی) استفاده شد. چپاری (۱۳۹۲) در پژوهشی بر روی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای راهبرد مسأله‌مدار، ۰/۸۲ برای راهبرد هیجان‌مدار و ۰/۶۸ برای راهبرد اجتنابی را برای فرم ۳۳ سؤالی این پرسش‌نامه به‌دست آورد.

۲۱۵

215

۲- فرم ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: این فرم محقق ساخته وضعیت شخصی بیمار را از لحاظ سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سابقه اعتیاد، نوع ماده مصرفی و سابقه ترک مشخص می‌کند.

روش اجرا

در این پژوهش ابتدا با رضایت مسئولین مربوطه، فراخوان‌هایی در داخل مراکز ترک اعتیاد شهر نجف آباد نصب شد. سپس دو مرکز که بیماران آن بیشترین تمایل برای شرکت در پژوهش را داشتند، گزیده شد و از بین افراد داوطلب و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش در این مراکز، به شکل تصادفی تعداد ۳۰ نفر مرد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. اعضای دو گروه قبل از شروع مداخله و در مرحله پیش‌آزمون، پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای را تکمیل نمودند. سپس اعضای گروه آزمایش علاوه بر دریافت متادون، در ۱۰ جلسه هفتگی درمان گروهی مبتنی بر مراحل تغییر (مدل درمان فرانظری) به مدت ۹۰ دقیقه و طی ۲ ماه

شرکت کردند ولی اعضای گروه گواه تنها تحت درمان با متادون باقی ماندند. در پایان مداخله و در مرحله پس‌آزمون و همچنین در پایان پیگیری دو ماهه پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای مجدداً تکمیل شد. قابل ذکر است که در درمان فرانظری تغییر، ۱۰ فرایند تغییر وجود دارد که افراد را قادر می‌کند از یک مرحله تغییر به مرحله بعدی بروند (ولاسکوئز، مارر، کروچ، دی کلمنته، ترجمه ابراهیمی و محمدزاده، ۱۳۹۰). بر این اساس، در این پژوهش هریک از ۱۰ جلسه گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر به یکی از این فرایندهای تغییر اختصاص یافت که شرح آن به همراه محتوای کلی جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات درمانی

جلسات	فرایند تغییر	محتوای جلسات
جلسه اول	افزایش آگاهی	آشنایی اولیه و برقراری ارتباط با شرکت کنندگان، پرداختن به موضوع افزایش آگاهی و شناخت مراحل تغییر
جلسه دوم	ارزیابی مجدد خود	شناخت اهمیت ارزش‌های شخصی در زندگی و تعیین چگونگی تعارض رفتار مصرف مواد با ارزش‌ها
جلسه سوم	موازنه تصمیم‌گیری	شناسایی پشت و روی سکه مصرف مواد و وزن دادن به جنبه‌های مثبت و منفی مصرف مواد
جلسه چهارم	ارزیابی مجدد محیط	شناخت آثار رفتار فرد بر محیط خود، نقش‌های افراد و چگونگی تأثیر مصرف مواد بر ایفای این نقش‌ها
جلسه پنجم	خودکارآمدی	کمک به فهم شرکت کنندگان از موقعیت‌هایی وسوسه برانگیز و اهمیت خودکارآمدی در این موقعیت‌ها
جلسه ششم	آزادسازی خود	ایجاد اهداف شخصی از قطع مصرف مواد، تدوین طرح و برنامه تغییر و تعهد برای تغییر
جلسه هفتم	کنترل محرک	شناخت برانگیزان‌های بالقوه بیرونی یا درونی مصرف مواد و آموزش شیوه‌های اجتناب یا تغییر آن‌ها
جلسه هشتم	شرطی‌سازی متقابل	آموزش شیوه‌های جایگزین کردن رفتارهای ناسالم با رفتارهای سالم و نحوه برقراری ارتباط مؤثر
جلسه نهم	مدیریت تقویت	تأکید بر پاداش دهی به موفقیت‌ها، بیان نمونه‌های واقعی و خلق ایده‌های جدید برای پاداش دهی
جلسه دهم	روابط یاری‌رسان	معرفی شبکه‌های حمایت اجتماعی، کشف ارتباطات یاری‌رسان، جمع‌بندی جلسات، انتقادات و پیشنهادات

یافته‌ها

با توجه به آنکه دو نفر از اعضای گروه آزمایش در جلسات مداخله به طور کامل شرکت نداشتند، لذا از فرایند تحلیل خارج شدند و به تبع آن برای تساوی گروه‌ها دو نفر از اعضای گروه گواه نیز به طور تصادفی کنار گذاشته شدند و تحلیل نهایی به روی ۲۸ نفر ($n_1=n_2=13$) انجام گرفت. آماره‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که ۶۲٪ از شرکت کنندگان هر دو گروه در دامنه سنی ۱۸-۳۴ سال و ۳۹٪ از این افراد در دامنه سنی ۵۰-۳۵ قرار داشتند. همچنین بیشترین فراوانی تحصیلات در هر دو گروه مربوط به سطح دیپلم (۴۶٪) و کمترین فراوانی مربوط به سطح لیسانس (آزمایش = ۲۳٪، گواه = ۱۶٪) بود. نتایج وضعیت تأهل حاکی از متأهل بودن ۷۷٪ و مجرد بودن ۲۳٪ از آن‌ها بود. همچنین ۶۹٪ از افراد گروه گواه و ۷۷٪ از افراد گروه آزمایش شاغل و بقیه افراد بیکار بودند. بیشترین نوع مصرف مواد مربوط به استفاده ترکیبی هر سه ماده تریاک، شیر و هروئین (۴۲٪) و کمترین فراوانی مصرف مربوط به هروئین (۱۶٪) بود. به طور کلی ۲۷٪ افراد، زیر ۵ سال، ۳۱٪ افراد زیر ۱۰ سال و ۴۲٪ افراد، بالای ۱۰ سال مصرف مواد را تجربه کرده بودند. همچنین ۴۲٪ افراد حدود ۳-۱ بار و ۵۸٪ افراد بیش از ۵ بار سابقه ترک داشتند. آماره‌های توصیفی متغیر راهبردهای مقابله‌ای به تفکیک نوع آزمون و گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی مولفه‌های راهبردهای مقابله‌ای به تفکیک نوع آزمون و گروه

مولفه‌ها	نوع آزمون	آزمایش ($n=13$)		گواه ($n=13$)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مقابله مسئله-مدار	پیش آزمون	۲۴/۳۰	۱/۱۸	۲۵/۰۷	۰/۹۰
	پس آزمون	۴۰/۷۶	۳/۵۶	۲۵/۲۳	۲/۹۷
مقابله هیجان-مدار	پیش آزمون	۲۳/۳۸	۲/۸۴	۲۳/۱۵	۴/۳۳
	پس آزمون	۳۳/۲۳	۱/۳۰	۳۳/۰۷	۰/۹۵
مقابله اجتنابی	پیش آزمون	۱۹/۲۳	۴/۵۸	۳۲/۰۷	۶/۶۵
	پس آزمون	۳۲/۴۶	۲/۶۰	۳۳/۱۵	۲/۲۳
پیگیری	پیش آزمون	۳۳/۶۱	۱/۱۲	۳۲/۸۴	۱/۲۱
	پس آزمون	۲۲/۶۱	۳/۸۸	۳۳/۳۰	۵/۴۳
		۲۱/۱۵	۳/۲۳	۲۳/۳۰	۳/۵۲

به منظور بررسی اثربخشی مداخله، از روش تحلیل کواریانس چند متغیره می‌بایستی استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در مولفه‌های راهبردهای مقابله‌ای

مؤلفه‌ها	نوع آزمون	درجه آزادی	آماره F	معناداری
مقابله مسأله‌مدار	پس آزمون	۲۴	۰/۲۳۰	۰/۶۳۶
	پیگیری	۲۴	۳/۹۸۰	۰/۰۵۸
مقابله هیجان‌مدار	پس آزمون	۲۴	۰/۳۶۸	۰/۵۵۰
	پیگیری	۲۴	۰/۲۹۲	۰/۵۹۴
مقابله اجتنابی	پس آزمون	۲۴	۰/۵۹۵	۰/۴۴۸
	پیگیری	۲۴	۰/۱۱۳	۰/۷۴۰

یکی دیگر از پیش فرض‌ها برابری ماتریس کواریانس‌ها است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($P > ۰/۰۵$, $F = ۰/۷۱۴$, $M = ۲۰/۶۸۱$). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از معناداری تفاوت داشت ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۱۴/۹۷۰$, $M = ۰/۱۵۱$) = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در پس آزمون

مؤلفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مقابله مسأله‌مدار	۱۳۲۵/۷۴	۱۱۴/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴۵	۱
مقابله هیجان‌مدار	۹۶۷/۶۸	۲۹/۱۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۱	۱
مقابله اجتنابی	۶۵۵/۴۶	۲۷/۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۴	۱

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، مداخله تفاوت معنادار در تمام مؤلفه‌ها ایجاد نموده است ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارتی دیگر، درمان مبتنی بر مدل فرانظری توانسته باعث افزایش معنادار نمرات مؤلفه‌ی مقابله مسأله‌مدار و کاهش معنادار نمرات مؤلفه‌های مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی شود.

برای بررسی بقای مداخله نیز از نمرات پیگیری استفاده شد. نتایج تحلیل کواریانس تک-متغیری در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک-متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در پیگیری

مولفه‌ها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مقابله مساله‌مدار	۰/۳۴	۰/۰۲	۰/۸۸۲	-	۰/۰۵
مقابله هیجان‌مدار	۲/۰۲	۰/۳۲	۰/۵۷۴	-	۰/۰۸
مقابله اجتنابی	۲۶/۵۷	۲/۱۰	۰/۱۶۲	-	۰/۲۸

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در هیچ مولفه‌ای تفاوت معنادار وجود ندارد. به عبارت دیگر درمان فاقد بقا بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مرد وابسته به مواد تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان دهنده اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر بهبود نمرات راهبردهای مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون بود. به عبارتی درمان مبتنی بر مدل فرانظری باعث افزایش معنادار نمرات مولفه‌ی مقابله مسأله‌مدار و کاهش معنادار نمرات مولفه‌های مقابله هیجان‌مدار و مقابله اجتنابی در مرحله پس‌آزمون شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های اورز و همکاران (۲۰۱۲)، سراوانی و همکاران (۲۰۱۲) و نیکخواه (۱۳۹۲) مبنی بر اثربخشی مدل درمان فرانظری بر قطع مصرف انواع مواد (الکل، سیگار، تنباکو و مواد مخدر) و بهبود علائم روانی اعتیاد همخوان است. همچنین با نتایج اکثر پژوهش‌های مداخله‌ای در زمینه اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر راهبردهای مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد از جمله پژوهش‌های لیت و همکاران (۲۰۰۸)، هایدز^۱ و همکاران (۲۰۱۰)، عاشوری و همکاران (۱۳۸۷)، فرنام (۱۳۹۰) و بیگی، شیرازی و پسندیده (۱۳۹۱) همخوانی دارد. برای مثال، عاشوری و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی بر روی ۳۰ نفر از افراد وابسته به مواد سم‌زدایی

شده در شهر شیراز، نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری در بهبود سبک‌های مقابله‌ای افراد وابسته به مواد در مرحله پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه مؤثر بوده است.

در تبیین این بخش از یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر مدل فرانظری خود نوعی درمان شناختی-رفتاری است. درمان‌های شناختی-رفتاری از جمله درمان‌هایی هستند که از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در جلسات درمانی خود استفاده کرده و به دنبال رشد مهارت‌های مقابله مناسب‌تر در افراد مصرف‌کننده مواد می‌باشند. یادگیری مهارت‌های خودکنترلی لازم برای جلوگیری از عود با مشارکت در برنامه‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی-رفتاری، به فرد معتاد کمک می‌کند تا عادات و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه را با رفتارها و راهبردهای سالم جایگزین کرده و در این راستا از فرایندهای شناختی افزایش آگاهی و برنامه‌ریزی مسئولانه (یا همان راهبرد مسأله‌مدار) استفاده کند (کادن^۱ و همکاران، ۱۹۹۲). درمان مبتنی بر مدل فرانظری نیز همانند درمان‌های شناختی-رفتاری نوعی درمان ساختارمند است که از اصول و تکنیک‌های شناختی و رفتاری بی‌شماری (همچون آموزش روانی، بازسازی شناختی، شرطی‌سازی متقابل، ابراز وجود، تن‌آرامی، تقویت و پاداش‌دهی، مهارت حل مسأله و آموزش مهارت‌های ارتباطی) در جلسات درمان فردی و گروهی خود استفاده می‌کند. در این درمان به موازات فرایندهای تجربی و رفتاری که موتورهای تغییر در طول مراحل هستند، از تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای طی کردن مراحل مختلف تغییر استفاده می‌شود. در درمان فرانظری برای هر فرایند، مجموعه‌ای از تکنیک‌ها وجود دارد. وقتی ما بدانیم که فرد در چه مرحله‌ای است، می‌توانیم به او کمک کنیم تا فرایندهایی را به کار گیرد که برای حرکت به مرحله بعدی تغییر با استفاده از تکنیک‌های مختلف لازم و ضروری است (ولاسکوئز، مارر، کروچ، دی کلمنته، ترجمه ابراهیمی و محمدزاده، ۱۳۹۰). بر این اساس انتظار می‌رود که این مدل درمانی باعث بهبود راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مرد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده متادون شود، که این نتیجه در مرحله پس‌آزمون تأیید شد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان دهنده عدم بقای درمان است. این یافته را چنین می توان تبیین کرد که فرد در چندماه اول سم‌زدایی هنوز به اندازه کافی قادر به تحمل هیجان‌های منفی نیست به طوری که بیش‌ترین میزان عود پس از درمان در ماه‌های ابتدایی پاکی رخ می‌دهد (روزن^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). در حقیقت، افراد معتاد مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات هیجانی خود به کار می‌برند (کارور و شی ی^۲، ۱۹۹۰). فرد در حال پاکی پس از بازگشت به جامعه انتظار دارد که بتواند ظرف مدت کوتاهی گذشته از دست رفته خود را جبران نماید و در نتیجه فشارها، استرس‌ها و اضطراب‌های بی‌شماری به وی تحمیل می‌گردد. از طرف دیگر فرد در دوره نوجوانی راهبردهای مؤثر مقابله با مشکلات زندگی بزرگسالی را فرانگرفته یا ممکن است در دوره‌ای این راهبردها را فراگرفته باشد، ولی به دلیل کاربرد پی در پی مصرف مواد به عنوان راهی برای رویارویی با مشکلات، این مهارت‌ها ضعیف شده باشد. هم‌چنین، ممکن است این بیماران به علت درگیری درازمدت با سبک زندگی متکی به مصرف مواد که در آن بخش مهمی از وقت آنان صرف تهیه، مصرف و سپس بهبودی اثرات مواد می‌گردد، راهبردهای مؤثر را فراموش کرده باشند (کارول، ترجمه بخشی پور و محمدخانی، ۱۳۸۱). بنابراین واضح است که آموزش‌های روان‌شناختی از جمله آموزش‌های موجود در درمان مبتنی بر مدل فرانظری بخشی از منابع بالقوه در بهبود راهبردهای مقابله‌ای را فراهم آورده و بخشی دیگر به تغییر سبک زندگی افراد وابسته به مواد مربوط می‌گردد. بدیهی است که این اتفاق نیز نیاز به تمرین‌های مداوم و درگیری متعهدانه افراد وابسته به مواد در تغییر سبک زندگی قبلی خود دارد و برنامه‌ریزی‌های آموزشی و مداخله‌ای بلندمدت را می‌طلبد که این نیز امری زمان بر می‌باشد.

همانند دیگر پژوهش‌ها با محدودیت‌های روبه‌رو بوده‌ایم. از جمله مشکل در تعمیم نتایج به خاطر محدود بودن جامعه آماری به بیماران مرد وابسته به مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون در شهر نجف‌آباد، عدم امکان برگزاری پیگیری‌های مجدد و انجام پژوهش صرفاً بر روی مردان و عدم دسترسی به بیماران زن مواجه بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های

بعدی اثربخشی درمان مبتنی بر مدل فرانظری بر بیماران وابسته به دیگر مواد از جمله مواد محرک مورد بررسی قرار گیرد. اثربخشی این درمان با دیگر مداخلات روان‌شناختی (همانند درمان شناختی-رفتاری، درمان‌های گروهی ۱۲ قدمی، درمان پیشگیری از بازگشت، درمان ماتریکس و ...) بر روی بهبودی بیماران تحت درمان با متادون مقایسه شود و در پژوهش‌های آتی از هر دو جنس مرد و زن به عنوان نمونه استفاده شود تا نتایج تعمیم‌پذیری به هر دو جنس پیدا کند.

منابع

بهراری، فرشاد (۱۳۸۸). *اعتیاد، مشاوره و درمان: راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معنادان*. تهران: نشر دانه. بیگی، علی؛ شیرازی، محمود؛ پسندیده، مهدی (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای معنادان تحت درمان نگراندانه با متادون، *مجله اعتیادپژوهی*، ۷(۲۶)، ۹۵-۱۰۹.

چاپاری، نسرين (۱۳۹۲). *بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی، عملکرد خانواده و باورهای دینی در پیش‌بینی سبک‌های مقابله با استرس در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان*، پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.

رستمی، رضا؛ حدادی، پروانه (۱۳۸۴). *راهنمای عملی درمان نگهدارنده با متادون*. تهران: تیلور. صرامی، حمید؛ قربانی، مجید؛ مینوئی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهاردهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران، *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۱)، ۵۲-۲۹.

عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد؛ محمدی، نوراله (۱۳۸۷). اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیش‌گیری از عود در افراد معتاد، *روانشناسی بالینی ایران*، ۴(۳)، ۲۸۸-۲۸۱.

فرنام، علی (۱۳۹۲). اثربخشی مدل ماتریسی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی، *اعتیادپژوهی*، ۷(۲۵)، ۳۸-۲۵.

کارول، کاتلین، ام (۱۳۸۱). *راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری سوء مصرف مواد*، ترجمه‌ی عباس بخشی پور رودسری و شهرام محمدخانی، تهران: انتشارات اسپند هنر.

کجیاف، محمد باقر؛ رحیمی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه انگیزه‌های فردی/اجتماعی و سرمایه اجتماعی معنادان در گروه‌های درمانی شهر اصفهان، *رویکردهای نوین آموزشی*، ۶(۱۳)، ۱۴۸-۱۲۵.

نورزی، محمدرضا؛ نادری، شهرام؛ بینازاده، محمد؛ صفاتیان، سعید (۱۳۸۴). *خودآموز راهنمای جامع درمان اعتیاد*، تهران: نشر پیشگامان توسعه.

نیکخواه، حسین (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی بر اساس الگوی فرانظری (ترانس تئوریک) بر عزت نفس معتادان و پیشگیری از عود، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی چاپ نشده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
ولاسکوئز، مری ماردن؛ مارر، گایلین گادی؛ کروچ، کتی؛ دی کلمنته، کارلوس (۱۳۹۰). گروه‌درمانی برای سوء‌مصرف کنندگان مواد (راهنمای درمان مبتنی بر مراحل تغییر)، ترجمه‌ی علی اکبر ابراهیمی و محمود محمدزاده، اصفهان: نشر کنکاش.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Belding, M. A., Iguchi, Y & Lamb, R. J. (1996). Coping strategies and continued drug use among methadone maintenance patients, *Addictive Behaviors*, 21(3), 389-401.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view, *Psychological Review*, 97, 19-35.

Curry S. G., & Marlatt, G. A. (1985). *nn addld qurrrrr' srrgggss oar oopnng whhh the temptations to smoke*. In S. Shiffman and T. A. Wills (eds.) *Coping and Substance Use*. Academic Press: Florida.

Drummond, C. D. (2007). *Psychological interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: A literature review*. New York: University of London.

Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*, Toronto: Multi-Health Systems.

Evers, K. E., Paiva, A. L., Johnson, J. L., Cummins, C. O., Prochaska, J.O., Prochaska, J. M. et al. (2012). Results of a trans-theoretical model-based alcohol, tobacco and other drug intervention in middle schools. *Addict Behavior*, 37(9), 1009-1018.

Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S. M., Baker, A., Scaffidi, A., & Lubman, D. I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behaviour therapy (CBT) treatment program for co-occurring depression and substance misuse in young people, *Journal of Affect Disorder*, 121(1-2), 169-174.

Kadden, R.M., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M. & Hester, R. (Eds.) (1992). *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals with Alcohol Abuse and Dependence, Volume 4*, Project MATCH Monograph Series. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (DHHS Publication No. (ADM) 92-1895).

Kimberly, K., & Gary, C. (2003). The Relationship of Gender, Gender Identity, and Coping Strategies in Late Adolescents, *Journal of Adolescence*, 26, 159-168.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York: Springer.

Litt, M. D., Kadden, R.M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change, *Addiction*, 103(4), 638-648.