

مقایسه اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد، «دارو درمانی» و «درمان شناختی- رفتاری» بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلبان ترک

مریم باقری^۱، فرامرز سهرابی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۱/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۰۹

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد، دارو درمانی و درمان شناختی رفتاری بر میزان سازگاری خانواده‌های داوطلبان ترک انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه پژوهش ۳۰ شرکت کننده بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور گزینشی در سه گروه (۱۰ نفر در هر گروه) قرار گرفتند و هر گروه با روش درمانی مورد نظر که شامل درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی بود تحت درمان قرار گرفتند، ولی گروه گواه در انتظار درمان ماندند. پیش و پس از دوازده هفته درمان، همه شرکت کنندگان با پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر (۱۹۷۶) مورد آزمون قرار گرفتند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها نشان داد که هر دو شیوه درمانی بر میزان سازگاری افراد موثرند و روش "شناختی- رفتاری" موثرتر از روش "دارو درمانی" است. **نتیجه‌گیری:** درمان‌های روان‌شناختی درمان‌های موثری برای اختلالات هستند و می‌توانند جایگزین دارو درمانی قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، دارو درمانی، سازگاری، داوطلبان ترک

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی از دانشگاه علامه طباطبایی، روان‌شناس بالینی درمانگاه ترک اعتیاد

تهران، تهران، ایران، پست الکترونیک: Bgr.maryam@yahoo.com

۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد^۱ به مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر می‌باشد که گستره جهانی پیدا کرده است. مشکلی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف هزینه مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می‌نماید. روزانه تعداد زیادی بر شمار مبتلایان این مصیبت افزوده گشته و بر این اساس عوارض آن که شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌باشد باعث از بین رفتن مرزهای فرهنگی جامعه و به خطر افتادن سلامت روانی و اقتصادی بشر می‌گردد. کشور ما به دلایل متعدد فرهنگی و موقعیت جغرافیایی و همجواری با دو کشور بزرگ تولیدکننده دارای شرایط کاملاً بحرانی و حساس می‌باشد و مبتلایان به اعتیاد همه روزه باعث ایجاد خسارات سنگین اقتصادی و فرهنگی به جامعه می‌گردند (موسوی، دولت‌شاهی و نوری خواجوی، ۱۳۸۸). اعتیاد به مواد با کاهش کیفیت زندگی، افزایش مرگ و میر، تقلیل در ارزش‌های اجتماعی و اخلاقی و افزایش رفتارهای مجرمانه، یکی از مهم‌ترین موضوعات مرتبط با سلامت به شمار می‌رود (هالینگارز^۲ و همکاران، ۲۰۱۰؛ مورتون، اسنودون، گاپولد و گایمر^۳، ۲۰۱۲). اختلالات روان‌پزشکی همراه با اعتیاد، تاثیرات مخربی را بر سلامت جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی، مسائل مربوط به ارتباطات اجتماعی و خانوادگی به همراه داشته است (آستالز^۴ و همکاران، ۲۰۰۹؛ رابرتز، رابرتز و اکسین^۵، ۲۰۰۷).

از سویی دیگر خانواده، نهاد اصلی و مهم جامعه بوده و برقراری ارتباط سالم و درست، بین اعضای آن مهم‌ترین عامل سلامت و ثبات خانواده است. خانواده کوچک‌ترین جزء اجتماع است. اجتماعی که از خانواده‌های سالم تشکیل شده باشد، مسلماً اجتماع سالمی است و شرط سلامت خانواده‌ها، این است که افراد آن سالم باشند و بهبود وضع اجتماع، تلاش برای بهبود خانواده و افراد آن از مهم‌ترین موضوعات است (ستیر، ۱۹۹۰؛ ترجمه بیرشک، ۱۳۹۰). از جمله عواملی که باعث بروز مشکلات، تنش و کشمکش زیاد در

1. addiction
2. Hollinghurst
3. Morton, Snowdon, Gopold, & Guymer

4. Astals
5. Roberts, Roberts, & Oxine

خانواده است، وجود روابط آشفته در میان خانواده‌های معتادان است. اعتیاد یک بیماری است که به روابط خانوادگی آسیب‌های زیادی وارد می‌کند (هندریکس، اسکینا و بلانکنا، ۲۰۱۱). قوانلو (۱۳۸۳)، چنین بیان می‌کند که اعتیاد مردان، موجب دلسردی زنان در زندگی شده و سبب می‌شود که زنان ابراز محبت کمتری داشته باشند، روابط عاطفی خود را با شوهران‌شان به حداقل برسانند، و از طرفی مهارت‌های ارتباطی محدودی در روابط خود استفاده کنند، که به دنبال آن ناسازگاری زوج تشدید می‌شود. بسیاری از خانواده‌ها نیز به صورت سریع به مسئله اعتیاد همسر یا فرزند خود واکنش نشان می‌دهند و خواستار کنار گذاشتن (ترک کردن) فوری هستند که معمولاً در این راه شکست می‌خورند. نقش خانواده‌ها برای ترک فرد مبتلا بسیار حیاتی است. زیرا چنانچه بیمار و خانواده‌اش از موقعیت در درمان ناامید نشوند و درمان را ادامه دهند، احتمال موفقیت در درمان بسیار بالا می‌رود. بهتر است خانواده‌ها بدانند که اعتیاد درمان قطعی ندارد عود (مصرف مجدد بعد از ترک) همیشه اتفاق می‌افتد اما به مرور زمان و با تغییر روش زندگی فرد، احتمال بروز آن کاهش می‌یابد (ابار، کارتر و وینسلر، ۲۰۰۹). منشئی (۱۳۷۸)، در پژوهشی خانواده‌های معتادان را از لحاظ مقیاس (حل مشکل ارتباطی، نقش‌ها و پاسخ‌دهی عاطفی، مشارکت عاطفی، کنترل رفتار و کارآیی عمومی)، مورد بررسی قرار داده است. نتایج نشان‌دهنده نا کارآمدی و وجود مشکل در عملکرد خانواده معتادان بوده است. بنابراین از آنجایی که اعتیاد از پدیده‌های شوم اجتماعی است، نه تنها بر روی زندگی فرد معتاد تأثیر دارد، بلکه اطرافیان و بستگان فرد را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد (نقل از قهساره، درویره و پورشهریاری، ۱۳۸۷).

از این رو وابستگان افراد معتاد به موادمخدر از درمان‌های گوناگونی بهره می‌گیرند، درمان‌هایی نظیر دارودرمانی، روان‌کاوی، رفتار درمانی شناختی^۳، گروه درمانی و درمان‌هایی هستند که خانواده‌ها امیدوارند با کمک گرفتن از آنها بتوانند فرد وابسته به مواد را از بلای جانسوز نجات دهند. در کنفرانس‌های ملی درمان اعتیاد به دارو از پژوهش

تا عمل ۲۰۰۵، ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷، داده‌های حاصل از پژوهش‌های ارائه شده در باب اثربخشی روش‌های مختلف درمان، بازنمای نتایج ناهمخوان و گاه متناقض می‌باشد. شاید تنها وجه اشتراک پژوهش‌ها تأکید بر این دو نکته بود: (۱) روش‌های روان‌درمانی همراه با دارو درمانی مؤثرتر از کاربرد هریک به تنهایی است و (۲) روان‌درمانی اعم از رفتاری، شناختی، گروهی و جز آن در مقایسه با عدم درمان نشان دهنده آثار سودمند آن‌ها در ترک و ماندگاری ترک اعتیاد است (کنفرانس ملی درمان ترک اعتیاد، ۲۰۰۷).

مرور نتایج چند پژوهش فراتحلیل اخیر نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در افراد معتاد موثر است و در مقایسه با دارو درمانی از اثربخشی بیشتری برخوردار است (تم^۱، ۲۰۰۴؛ باتلر، چاپمن، فورمن و بک^۲، ۲۰۰۶؛ تارکینگتون^۳ و همکاران، ۲۰۰۹) اما پژوهش‌های بسیار محدودی در راستای مقایسه اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و دیگر درمان‌های رایج از جمله درمان‌های غیر دارویی بر اختلالات روان‌پزشکی جمعیت افراد سوء مصرف کننده مواد مخدر انجام گرفته است. شواهد به دست آمده از مطالعات آزمایشی بررسی شده به موثر بودن درمان‌های دارویی وابستگی به مواد مخدر افیونی و درمان نگهدارنده با آگونیسست^۴، به خصوص درمان نگهدارنده با متادون به عنوان درمانی رایج در بیشتر کشورها اشاره داشته‌اند (دراموند^۵، ۲۰۰۷). علاوه بر اثربخشی متادون درمانی در ترک مصرف مواد مخدر، برخی نتایج به دست آمده به اثربخشی متادون درمانی بر طول مدت پرهیز، بهبود وضعیت روان‌شناختی، سلامت و بهزیستی روانی (مارمانی^۶ و همکاران، ۲۰۰۷؛ نقل از بیگی، فراهانی، محمدخانی و محمدی، ۱۳۹۰)، کاهش جرم‌های مرتبط با مصرف مواد، کاهش رفتارهای پرخطر، مرگ و میر ناشی از مصرف بیش از حد مواد (براگل^۷ و همکاران، ۲۰۰۵) و بهبود اضطراب و افسردگی (هاروارد^۸، ۲۰۰۶؛ پورنقاش، ۱۳۸۷) اشاره داشته‌اند.

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 1. Team | 5. Drummond |
| 2. Butler, Chapman, Forman, Beck | 6. Marmani |
| 3. Turkington | 7. Brugal |
| 4. agonist | 8. Harvard |

با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام گرفته اثربخشی هر دو شیوه درمانی شناختی رفتاری و دارودرمانی در افراد دارای اعتیاد به موادمخدر انجام شده ولی نتایج در این زمینه متفاوت گزارش شده است. لطفی کاشانی و عسگری (۱۳۸۸) به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به سبک کنگره ۶۰ دریافتند که درمان شناختی رفتاری در متغیرهای روابط بین فردی در بین افراد معتاد و همسران‌شان از اثربخشی مناسبی برخوردار است. تارگینتون و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر وضعیت سلامت روان شناختی افراد معتاد و خانواده آن‌ها به صورت تصادفی به دو گروه درمان شناختی رفتاری بدون داروی ناکتروکسون^۱ و درمان شناختی رفتاری همراه با نالتراکسون اختصاص داده شدند و نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری همراه با دارو درمانی نتایج بهتری داشته است. پلز، اسکریبر، ناوموسکی و آدلسون^۲ (۲۰۰۷) نیز در پژوهش خود به منظور مقایسه درمان دارویی و روش شناختی رفتاری، اثربخشی معنادار درمان شناختی رفتاری را در مقایسه با دارو گزارش کردند. بیگی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در پژوهش خود به منظور بررسی سازگاری و کیفیت زندگی و امیدواری در معتادان نتیجه گرفتند که میانگین نمرات اعضای شرکت کننده در جلسه‌های درمان در مولفه‌های تفکر عاملی، امیدواری، سازگاری، روابط بین فردی و سلامت فیزیکی به طور معناداری بالاتر از کسانی است که در جلسات درمان شرکت نداشتند. همچنین، نتایج بررسی این موضوع در خانواده‌ها از چند جنبه حائز اهمیت است. توجه خانواده‌ها به فرد در حال ترک باعث می‌شود که آن فرد ضمن آگاهی کامل نسبت به وظایف خود از مسئولیت‌پذیری بالاتری برخوردار گردد. از طرفی، بیمار قادر خواهد بود با اتخاذ تصمیمات مناسب در زمینه ترک مواد موفق‌تر عمل کند. از سوی دیگر، تأکید و توجه دلسوزانه خانواده‌ها به ترک مواد مخدر منجر به ایجاد رفتارهای سالم و محیط خانوادگی سالمی گشته، و نهایتاً این امر زمینه را برای ترک موفقیت‌آمیز موادمخدر فراهم می‌آورد.

بنابراین با توجه به وجود درمان‌های گوناگون، اعتیاد علاوه بر این که فرد وابسته را دچار مشکلات زیادی می‌کند تأثیرات بسیار زیان‌آوری نیز بر خانواده‌های این افراد دارد. چنین خانواده‌هایی به صورت مداوم در حال جستجو و تلاش برای ترک دادن فرد وابسته هستند و برای کمک گرفتن از راه‌حل‌های گوناگون دچار شک و دودلی می‌باشند. از این رو ما در این تحقیق برآنیم به این سوال پاسخ دهیم که آیا روش‌های ترک اعتیاد دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلبان ترک موثر است؟ و اگر اثربخش هستند کدام یک موثرترند؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۳۹۳ بود. ملاک‌های ورود به پژوهش، مبتلا بودن به اعتیاد به یکی از مواد مخدر (مستقل از نوع مواد)، و متأهل بودن، تمایل داشتن به شرکت در پژوهش. تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند (در صورت تمایل و داوطلب بودن) انتخاب و به طور گزینشی در سه گروه ۱۰ نفری (دو گروه مداخله و یک گروه گواه) جایگزین شدند. همه افراد انتخاب شده به تازگی به این مراکز مراجعه کرده بودند و هنوز درمان آن‌ها در مراحل اولیه بود یا هنوز درمان را شروع نکرده بودند. لازم به ذکر است که همه افراد انتخاب شده مذکور بوده و سن آن‌ها بین ۳۵ تا ۵۰ سال قرار داشت.

ابزار

مقیاس سازگاری زن و شوهر^۱: این مقیاس توسط اسپانیر^۲ (۱۹۷۶) به منظور سنجش سازگاری بین زن و شوهر یا هر دو نفری که با هم زندگی می‌کنند تنظیم شده است. مقیاسی ۳۲ سوالی است که برای ارزیابی کیفیت زناشویی از نظر زن و شوهر، یا هر دو نفری که با هم زندگی می‌کنند به کار می‌رود. تحلیل عاملی، نشان می‌دهد که این مقیاس

1. Dyadic Adjustment Scale (DAS)

2. Spanair

چهار بعد رابطه را می‌سنجد که عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. نمره کل مجموع نمرات، از صفر تا ۱۵۱ است. نمرات بالاتر از میانگین (۱۰۱) نشان‌دهنده سازگاری بیشتر و رابطه بهتر است و نمرات پایین‌تر از میانگین، نشان‌دهنده سازگاری کمتر می‌باشد (ثنایی، ۱۳۷۹). اسپانیر (۱۹۷۶)، برای محاسبه روایی ملاکی این مقیاس، ۲۱۸ نفر را که با همسر خود زندگی می‌کردند با ۹۴ نفر که طلاق گرفته بودند مقایسه کرد. در این مقایسه، میانگین نمرات دو گروه تفاوت معنادار داشت که حکایت از روایی ملاکی مقیاس دارد ($p < 0/001$). در مقیاس‌های فرعی نیز تفاوت معنادار به دست آمد. اسپانیر (۱۹۷۶)، اعتبار این مقیاس را در کل نمرات ۰/۹۶ گزارش نمود که نشان‌دهنده همسانی درونی قابل توجهی است. همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها عبارت بودند از: رضایت زناشویی ۰/۹۴، همبستگی زناشویی ۰/۸۱، توافق زناشویی ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ (نقل از عباسی، ۱۳۸۳). در پژوهش ملازاده (۱۳۸۱)، برای تعیین روایی همزمان، از اجرای همزمان این مقیاس با پرسش‌نامه سازگاری زناشویی لاک و الاس، با قابلیت اعتماد ۷۵ درصد، برای ۷۶ نفر از زوج‌های مشابه با زوج‌های نمونه، ۰/۹ به دست آمد. حاج ابولزاده (۱۳۸۱)، در پژوهش خود به منظور تعیین ضریب اعتبار مقیاس، روش بازآزمایی را با فاصله زمانی یک هفته، روی نمونه‌ای متشکل از ۱۵ زوج اجرا کرد. ضریب همبستگی بین نمرات طی دو بار اجرا، در نمره کل ۰/۸۱، رضایت زناشویی ۰/۶۸، همبستگی زناشویی ۰/۸۱، توافق زناشویی ۰/۷۷ و ابراز محبت ۰/۷۸ به دست آمد. نمره‌گذاری به شرح ذیل است. رضایت زناشویی: سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲؛ همبستگی زناشویی: سوالات ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸؛ توافق زناشویی: سوالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵؛ و ابراز محبت: سوالات ۴، ۶، ۲۹، ۳۰. نمره‌گذاری سوالات بر اساس مقیاس لیکرت انجام می‌شود.

روند اجرا

شرکت‌کنندگان گروه درمان شناختی‌رفتاری به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی‌رفتاری قرار گرفتند و گروه تحت درمان با متادون با مصرف میانگین ۱۰ تا ۲۰ سی‌سی شربت متادون بر اساس نوع ماده مصرفی، مدت زمان مصرف و مقدار مصرف بر

اساس نظر پزشک مربوطه بدون دخالت محقق تحت درمان دارویی قرار گرفتند. گروه گواه هیچ‌گونه درمان دارویی و روان‌شناختی دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی در ابتدا توضیحاتی برای افراد درباره پژوهش مطرح و رضایت‌نامه‌ای برای اختیاری بودن شرکت در پژوهش به افراد و مراکز درمانی ارائه شد. شرح جلسات شناختی رفتاری به پیوست در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: عنوان جلسات مربوط به درمان شناختی رفتاری

| جلسات آموزش | عنوان جلسات |
|-------------|---|
| جلسه ۱ | اهداف: آشنایی و ایجاد ارتباط، بیان انتظارات در فرایند درمان، تاکید بر محرمانه ماندن جلسات. |
| جلسه ۲ | اهداف: علائم و نشانه‌های افسردگی و ارتباط آن با مصرف مواد و ایجاد انگیزه نسبت به درمان. |
| جلسه ۳ | اهداف: توضیح مدل تحلیل کارکردی رفتار، بیان باورها و ارزش‌های مطلق، توجه به علت مشکل‌سازی باورها، شناسایی افکار و فرض‌ها، ارائه تکلیف. |
| جلسه ۴ | اهداف: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی افکار و چالش با آن‌ها، معرفی ۴ سبک توام با خطا (افکار خودآیند منفی، باورهای مرکزی منفی، مثلث شناختی، خطای منطقی)، ارائه تکلیف خانگی. |
| جلسه ۵ | اهداف: راه کارهای عملی برای پر کردن اوقات مراجع، جدول ثبت فعالیت روزانه و قطع ارتباط با شروع کننده‌های مصرف مواد. |
| جلسه ۶ | اهداف: توضیح در خصوص باورهای غیرمنطقی مرتبط با مواد و ارائه تکلیف در خصوص شروع کننده‌های درونی و بیرونی. |
| جلسه ۷ | اهداف: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی نگرانی‌های و احساسات منفی، ارائه تکلیف خانگی. |
| جلسه ۸ | اهداف: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه فهرست تحریف‌های شناختی و توضیح در خصوص شناسایی تحریف‌های شناختی. |
| جلسه ۹ | اهداف: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش آرام‌سازی، ارائه تکلیف در خصوص مرور روش آرام‌سازی. |
| جلسه ۱۰ | اهداف: آموزش رفتارهای مقابله‌ای با وسوسه و ارائه تکلیف خانگی برای ثبت موقیعت‌های خطر آفرین. |
| جلسه ۱۱ | اهداف: آموزش روش پیکان رو به پایین و ارائه تکلیف خانگی به منظور شناسایی فرض‌های ناکارآمد مرتبط با مواد. |
| جلسه ۱۲ | اهداف: بررسی تکلیف جلسه قبل، مرور فرم‌های ثبت افکار ناکارآمد و توضیح در خصوص پایان جلسه. |

یافته‌ها

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 | گواه | | دارودرمانی | | شناختی-رفتاری | |
|------------|-----------|---------|-------------------|------------|-------------------|---------------|-------------------|
| | | میانگین | انحراف- استاندارد | میانگین | انحراف- استاندارد | میانگین | انحراف- استاندارد |
| رضایت | پیش آزمون | ۱/۳ | ۲۶/۱۱ | ۶/۶ | ۲۵/۰۹ | ۵/۲ | ۲۴/۱۷ |
| زناشویی | پس آزمون | ۱/۷ | ۳۴/۵ | ۴/۸ | ۲۸/۴۲ | ۴/۸ | ۲۳/۸۹ |
| همبستگی دو | پیش آزمون | ۲/۳ | ۱۲/۱ | ۴/۶ | ۱۴/۰۰ | ۲/۲ | ۱۳/۱۰ |
| نفری | پس آزمون | ۵/۵۲ | ۲۲/۵ | ۴/۸ | ۱۶/۹ | ۳/۸ | ۱۴/۶ |
| توافق دو | پیش آزمون | ۵/۴۵ | ۳۰/۵۸ | ۶/۶ | ۳۰/۷۵ | ۴/۲ | ۲۹/۴۱ |
| نفری | پس آزمون | ۴/۴۲ | ۴۰/۵ | ۵/۸ | ۳۳/۹ | ۵/۸ | ۲۸/۵۵ |
| ابراز محبت | پیش آزمون | ۲/۱۷ | ۶/۰۸ | ۲/۶ | ۶/۵ | ۱/۱۶ | ۷/۹۱ |
| | پس آزمون | ۱/۸۵ | ۱۰/۷۵ | ۱/۸ | ۷/۹ | ۱/۱۵ | ۷/۲۵ |
| سازگاری | پیش آزمون | ۹/۵۴ | ۷۵/۲۰ | ۸/۶ | ۷۹/۱۴ | ۶/۲۶ | ۷۸/۱۶ |
| زناشویی کل | پس آزمون | ۸/۱۵ | ۱۰۹/۵۰ | ۷/۸ | ۸۰/۹ | ۱۰/۰۶ | ۷۸/۲۰ |

به منظور بررسی اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد بر مؤلفه‌های سازگاری زناشویی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. برای این منظور نتایج آزمون لون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در گروه‌های سه‌گانه

| متغیرها | آماره F | معناداری |
|-----------------|---------|----------|
| رضایت زناشویی | ۰/۶۰ | ۰/۴۴ |
| همبستگی دو نفری | ۰/۲۰ | ۰/۶۵ |
| توافق دو نفری | ۱/۷۲ | ۰/۱۹ |
| ابراز محبت | ۱/۵۴ | ۰/۱۶ |

همانگونه که مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها شرط برابری واریانس‌ها برقرار است ($P > ۰/۰۵$). مفروضه دیگر تحلیل کواریانس برابری ماتریس واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($M=۲/۲۰, P > ۰/۰۵$ باکس).

بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از متفاوت بودن گروه‌ها در ترکیب خطی مولفه‌ها داشت ($F=65/31, P<0/001, \eta^2=0/94$)=لامبدای ویلکز). برای بررسی تفاوت‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت‌ها

| متغیرها | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری |
|-----------------|-----------------|---------|----------|
| رضایت زناشویی | ۲۰۲/۳۰ | ۱۴/۸۰ | ۰/۰۰۰۵ |
| همبستگی دو نفری | ۱۶۴/۴۰ | ۱۴/۸۰ | ۰/۰۰۰۵ |
| توافق دو نفری | ۹۶/۲۴ | ۵/۲۵ | ۰/۰۱ |
| ابراز محبت | ۱۱۰/۶۶ | ۱۰/۹۰ | ۰/۰۰۱ |

برای بررسی الگوهای تفاوت از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد در تمام مولفه‌ها هر دو روش یعنی دارودرمانی و شناختی-رفتاری تفاوت معنادار با گروه کنترل داشتند ($P<0/001$). همچنین بین و روش دارودرمانی و شناختی-رفتاری نیز تفاوت معنادار وجود داشت ($P<0/05$). با توجه به آماره‌های توصیفی درمان شناختی-رفتاری موثرتر از دارودرمانی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روش‌های ترک اعتیاد دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر میزان سازگاری با همسر خانواده‌های داوطلبان ترک انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که هر دو شیوه درمانی در افزایش سازگاری افراد معتاد و همسران آن‌ها اثربخش بودند. بیگی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود به منظور بررسی سازگاری و کیفیت زندگی و امیدواری در معتادان نتیجه گرفتند که میانگین نمرات اعضای شرکت کننده در جلسه‌های درمان در سه متغیر ذکر شده به طور معناداری بالاتر از کسانی است که در جلسات درمان شرکت نداشتند. بنابراین نتایج پژوهش حاضر با پژوهش ذکر شده مطابقت دارد. همچنین نتایج به دست آمده از پژوهش قهساره و همکاران (۱۳۸۷) نیز نشان داد که رویکرد شناختی-رفتاری بر میزان سازگاری زناشویی همسران معتادان مرد موثر است که این نتایج با نتایج پژوهش حاضر همسو هستند. سوء مصرف مواد با تخریب شدید کارکرد خانوادگی و اجتماعی همراه است و پیامدهای

ناشی از مصرف مواد به روابط اجتماعی فرد لطمه می‌زند. مواردی همچون نگرانی از پی بردن اطرافیان به مصرف مواد در فرد، برچسب خوردن، تهمت‌هایی که بالقوه به فرد معتاد زده می‌شود، تاثیراتی که مصرف مواد بر فرد گذاشته و باعث افزایش تحریک‌پذیری و بروز خلقیات منفی در او می‌شود، همگی از عواملی هستند که در روابط اجتماعی فرد اختلالاتی را به وجود می‌آورد. فرد در یک چرخه معیوب گرفتار می‌شود، یعنی کم شدن رابطه با اطرافیان او را به سمت مصرف مواد سوق می‌دهد تا از این طریق راهی برای پر کردن خلاءهای عاطفی خود داشته باشد. در درمان شناختی-رفتاری بر بهبود روابط فرد با دوستان، آشنایان، همسر و فرزندان تاکید می‌شود تا منابع حمایتی او از غنای کافی برخوردار باشد. بنابراین، انتظار می‌رود که مداخلات شناختی-رفتاری در بهبود روابط اجتماعی اثربخش باشد.

همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی تفاوت معناداری وجود دارد که نتایج حاصل با یافته‌های برخی پژوهش‌های انجام گرفته (پورنقاش، ۱۳۸۷؛ دین، بل، کریستی و ماتیک، ۲۰۰۴؛ مومن پور، ۱۳۸۹) همسو است. همچنین نتایج پژوهش لطفی کاشانی و عسگری (۱۳۸۸) را که دریافتند درمان شناختی-رفتاری در متغیرهای روابط بین فردی در بین افراد معتاد و همسران‌شان از اثربخشی بهتری نسبت به دارو درمانی برخوردار است، تأیید می‌کند. همچنین همسو است با یافته‌های تحقیق بروکی میلان، کمرزین، زارع (۱۳۹۳) که دریافتند درمان شناختی-رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر مؤثر است. در واقع مفهوم کلیدی در اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و اثربخشی مثبت‌تر آن نسبت به دارو درمانی بر بهبود علائم خلقی معتادان در پذیرش واقعیت و مسئولیت نسبت به آن چیزی که اتفاق افتاده و تغییری که باید اتفاق بیافتد می‌باشد. فرد معتاد با مصرف دارو اگر چه به دلیل تغییر در فرآیند شیمیایی مربوط به انتقال دهنده‌های عصبی مغزی در خلق خود احساس بهبود می‌کند ولی خود را مسئول این پدیده نمی‌داند همچنانکه خود را

مسئول اعتیاد به وجود آمده نمی‌دانست. در پژوهشی دیگر مومنی، مشتاق و پورشهباز (۱۳۹۲) به این نتیجه دست یافتند که مداخله دارو درمانی در بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان با متادون در کوتاه مدت اثربخش بوده اما در طولانی مدت تاثیر چندانی در کیفیت زندگی نداشته است. در درمان اعتیاد به مواد افیونی، درمان نگهدارنده با متادون به عنوان داروی نگهدارنده بلند مدت یکی از رویکردهای معتبر و شناخته شده در حفظ حالت پرهیز و جلوگیری از بازگشت پس از قطع مصرف مواد است. با وجود آن که درمان با متادون یکی از رویکردهای رایج و اثربخش محسوب می‌شود، اما به نظر می‌رسد که این درمان به تنهایی کافی نبوده و باید از سایر درمان‌هایی که ابعاد روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی بیماران را مدنظر قرار می‌دهند استفاده شود. از میان مداخلات ذکر شده، درمان شناختی-رفتاری، درمان انتخابی برای برخی از اختلالات روان‌شناختی است که دارای مزایایی همچون صرفه‌جویی در وقت و نیرو، آموزش مهارت‌های اجتماعی، اصلاح و بهبود روابط بین فردی است. این مزایا باعث استفاده گسترده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای بیماران وابسته به مواد شده است (برینک و هاسن، ۲۰۰۶). مگ هاگک، هیروان و اتو^۱ (۲۰۱۰) نشان داده‌اند که تکنیک‌های شناختی-رفتاری به تنهایی و یا همراه با درمان دارویی نقش مهمی در مدیریت اضطراب و افسردگی و رابطه با اطرافیان داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می‌شود. همچنین، در مطالعه‌ای سوگرم، نیچ، کارول^۲ (۲۰۱۰) نشان دادند که مداخلات شناختی و همچنین رفتاری باعث بهبود علائم خلقی و اضطرابی فرد شده و علاوه بر تاثیر بر روی افزایش تحمل، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. در مطالعه دیگری که توسط اوسیلا، هپنر، مانوز و واتکینز^۳ (۲۰۰۹) انجام شد، نشان داده شد مداخلات شناختی و رفتاری در تمامی جوانب زندگی فرد اثرمند بوده و باعث بهبود ارتباط با اطرافیان و کاهش افسردگی می‌شود. به علاوه، در یسن و هولون (۲۰۱۱)، به نقل از مومنی و همکاران، (۱۳۹۲) در مورد

1. McHugh, Hearon, & Otto
2. Sugarman, Nich, & Carroll

3. Osilla, Hepner, Muñoz, Woo, & Watkins

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به این نتیجه رسیده‌اند که این مداخله بر تمامی جوانب زندگی فرد اثر گذاشته و در افزایش رضایت از زندگی تاثیر معنادار دارد.

در همین راستا، تارگینوتون و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر وضعیت سلامت روان شناختی افراد معتاد و خانواده آن‌ها به صورت تصادفی به دو گروه درمان شناختی-رفتاری بدون داروی ناکتروکسون و درمان شناختی-رفتاری همراه با نالترکسون اختصاص داده شدند. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری همراه با دارودرمانی نتایج بهتری داشته است. به بیان دیگر، هرچند روش شناختی-رفتاری اثربخشی بهتری نسبت به دارودرمانی برای درمان افراد معتاد و ارتقای سازگاری خانواده‌های آنان دارد، اما ترکیب درمان شناختی-رفتاری با دارودرمانی می‌تواند بهترین نتیجه را برای بهبود سلامت روان شناختی افراد مبتلا به سوء مصرف موادمخدر داشته باشد. به همین خاطر مراکز ترک اعتیاد باید با توجه به امکانات درمانی که در اختیار دارند بر اساس اولویت‌های ذکر شده روش درمانی مناسب را انتخاب کنند. بدین معنی که ابتدا ترکیبی در دارو درمانی و درمان شناختی-رفتاری را برای بیمار تجویز کنند و اگر به هر دلیلی از جمله عدم همکاری بیمار یا کمبود امکانات مجبور به انتخاب یکی از روش‌های درمانی شدند اولویت را با درمان شناختی-رفتاری قرار داده و در نهایت در صورت لزوم از دارو درمانی به عنوان آخرین اولویت استفاده کنند.

بنابراین در کنار این که اعتیاد یک بیماری است و به روابط خانوادگی آسیب‌های زیادی وارد کرده است، لازم به ذکر است که اعضای خانواده نیز در اثربخشی روش‌های مختلف درمان اعتیاد نقش به‌سزایی دارند. اعضای خانواده باید بدانند که با رفتارهای اشتباه خود به صورت فشار آوردن بر معتاد در حال ترک یا ترک کرده و یا بی توجهی نسبت به او ممکن است باعث عود بیماری یا مصرف مجدد مواد شوند و یا با رفتار صحیح خود از عود بیماری پیشگیری کنند. نقش خانواده‌ها برای ترک فرد مبتلا بسیار حیاتی می‌باشد، در صورتی که بیمار و یا خانواده اش از موقعیت در درمان ناامید نشوند و درمان را ادامه دهند، احتمال موفقیت در درمان بسیار بالا می‌رود. بهتر است خانواده‌ها بدانند که اعتیاد درمان

قطعی ندارد عود (مصرف مجدد بعد از ترک) همیشه اتفاق می‌افتد اما به مرور زمان و با تغییر روش زندگی فرد، احتمال بروز آن کاهش می‌یابد.

از محدودیت‌های این پژوهش این است که تنها دو روش درمانی را برای افزایش سازگاری با همسر در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد بررسی نموده است. در صورتی که روش‌های دیگری نیز برای بهبود سلامت روانی این افراد وجود دارد. همچنین متغیرهای دیگری مانند متغیرهای خانوادگی، فرهنگی و روان‌شناختی نیز وجود دارند که ممکن است اثربخشی یک روش درمانی را تحت تأثیر قرار دهند. این پژوهش از بین این متغیرها فقط دو متغیر جنس، وضعیت تأهل و سن که از متغیرهای جمعیت‌شناختی هستند را کنترل نموده است. به همین خاطر، در پایان پیشنهاد می‌شود برای رسیدن به یک روش درمانی مطمئن و قاطع و مقایسه روش‌های درمانی با یکدیگر در پژوهش‌های آتی اثربخشی روش‌های رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی و گروه‌درمانی در ترک اعتیاد به مواد مخدر با نمونه‌های بزرگ مورد مطالعه قرار گیرد و متغیرهای بیشتری در این پژوهش‌ها کنترل شود تا بتوان با قاطعیت بیشتری درباره اثربخشی این روش‌ها اظهار نظر نمود.

۲۷۸

278

منابع

- بیگی، علی؛ فراهانی، محمد نقی؛ محمدخانی، شهرام و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۰). نقش تشخیصی کیفیت زندگی و امیدواری در معتادین گمنام و معتادین تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله روانشناسی بالینی، ۳(۱۱)، ۳۱-۲۳.
- بروکی میلان، حسن؛ کمز زین، حمید؛ زارع، حسین (۱۳۸۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۸(۳۰)، ۱۵۵-۱۴۳.
- پورنقاش تهرانی، سید سعید (۱۳۸۷). مقایسه اثربخشی درمان نگهدارنده با متادون و درمان سم‌زدایی بر نشانه‌های اضطراب و افسردگی افراد وابسته به مواد مخدر. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۴(۲)، ۸۱-۱۰۰.
- ثنایی، بهرام (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: بعثت.
- حاج ابولزاده، نسرين (۱۳۸۱). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی رفتاری بر میزان رضایت زناشویی زوجین ساکن شهرستان کرج. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه الزهراء.
- ستیر، ویرجینیا (۱۳۹۰). آدم‌سازی در روانشناسی خانواده. ترجمه: بهروز بیرشک. تهران: انتشارات رشد.
- عباسی، فروغ (۱۳۸۳). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با رویکرد شناختی رفتاری بر میزان سازگاری زناشویی در شهر بوشهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

- فقیرپور، مقصود (۱۳۸۱). پژوهش نقش مهارت‌های اجتماعی در سازگاری زناشویی و طراحی یک مدل آموزشی و ارزشیابی آن. پایان‌نامه دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- قوانلو، الهام (۱۳۸۳). بررسی تاثیر اعتیاد مردان بر روابط زناشویی با همسران در شهرستان مشهد. پایان‌نامه کارشناسی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- قهبازره شامحمدی، اعظم؛ دروزه، زهرا و پورشهریاری، مه سیما (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از بازگشت معتادان مرد در شهر اصفهان. *مجله اعتیادپژوهی*، ۷(۲)، ۲۸-۳۰.
- لطفی کاشانی، فرح و عسگری، علی (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری، درمان نگهدارنده با متادون و درمان به شیوه کنگره ۶۰ بر تغییر وضعیت روانی معتادین به کراک. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۲)، ۱۸-۷.
- ملازاده، جواد (۱۳۸۱). رابطه سازگاری زناشویی با عوامل شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در فرزندان شاهد. رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله؛ عباس پور، شهباز (۱۳۹۲). اثربخشی گروه‌درمانی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۷)، ۷۹-۹۲.
- موسوی، اکرم‌السادات؛ دولتشاهی، بهروز و نوری خواجوی، مرتضی (۱۳۸۸). مقایسه سبک‌های دل‌بستگی و مقابله‌ای در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و غیرمبتلا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد بیرجند.
- مومن پور، سمیرا (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی متادون درمانی، درمان شناختی رفتاری و تلفیقی بر سلامت روانی و ترک افراد وابسته به مواد افیونی در شهرستان رفسنجان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- Abar, B., Carter, K. L., & Winsler, A. (2009). The effects of maternal parenting style and religious commitment on self-regulation, academic achievement, and risk behavior among African-American parochial college students. *Journal of Adolescence*, 32, 259-273.
- Astals, M., Díaz, L., Domingo, A., Santos, A., Bulbena, A., & Torrens, M. (2009). Impact of Co-Occurring Psychiatric Disorders on Retention in a Methadone Maintenance Program. *Journal Environmental Research and Public Health*, 6(11), 2822-2832, DOI: 10.3390/ijerph6112822.
- Brink, W. V., Hassen, C. H. (2006). Evidenced-base Treatment of opioid Dependent patients. *Canadian Journal of psychiatry*, 51(10), 635-646, DOI: 10.1177/070674370605101003.
- Brugal, M. T., Domingo Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., Garcia, De Olalla, P., & De La Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programs on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Journal Addiction*, 100(7), 981-989, DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01089.x.
- Butler, E., Chapman, M., Forman, A., & Beck, T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy. *Journal Clinical Psychology*, 26, 17-31.

- Dean, A. J., Bell, J., Christie, M., & Mattick, R. (2004). Depressive symptoms During Buprenorphine vs. Methadone Maintenance: Findings from a Randomized, controlled Trial in opioid dependence. *Journal European Psychiatry*, 19, 510° 513.
- Drummond, C. D. (2007). *Psychosocial interventions in pharmacotherapy of opioid dependence: a literature review*. New York: University of London.
- Harvard, A. (2006). Depression among heroin users: 12- Month outcomes from the Australia treatment outcome study. *Journal substance abuse treatment*, 30(4), 355-362.
- Hendriks, V., Scheea, E., & Blankena, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis use disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1-2), 64-71. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2011.05.021.
- Hollingshurst, S., Peters, T., Kaur, S., Wiles, N., Lewis, G., & Kessler, D. (2010). Cost-effectiveness of therapist delivered online cognitive behavioral therapy for depression. *British. The British Journal of Psychiatry*, 197(4), 297-304, DOI: 10.1192/bjp.bp.109.073080.
- McHugh, R. K., Hearon, B. A., Otto, M. W. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 511-525.
- Morton J., Snowdon S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544.
- Osilla, K. C., Hepner, K. L., Muñoz, R. F., Woo, S., Watkins, K. (2009). Developing an integrated treatment for substance use and depression using cognitive ° behavioral therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(4), 412-420.
- Peles, E., Schreiber, S., Naumovsky, Y., & Adelson, M. (2007). Depression in methadone maintenance treatment patients: Rate and risk factors. *Journal Affective Disorders*, 99(4), 213-220.
- Reed, E., Amaro, H., Matsumoto, A., & Kaysen, D. (2009). The Relation between Interpersonal Violence and Substance Use among a Sample of University Students: Examination of the Role Victim and Perpetrator Substance Use. *Addictive Behaviors*, 34, 316-318.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Oxine, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorder and other psychiatric disorder among adolescents: evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 88(suppl1), S4- 13.
- Sugarman, D. E., Nich, C., Carroll, K. M. (2010). Coping Strategy Use Following Computerized Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 689-695.
- Team, A. (2004). Treatment for Adolescents with Depression Study. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy and their combination for adolescents with depression. *Journal Substance Abuse Treatment*, 29(2), 807 820.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S., Brabban, A., Cromarty, P. (2009). *Back to Life Back to Normality: Cognitive Therapy Recovery and Psychosis*. New York: Cambridge University.