

تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر رضایتمندی زناشویی افراد معتاد

محمد خالدیان^۱، علیرضا جزینی^۲، فاطمه نعمتی سوگلی تپه^۳، سمیه سلمانی کله^۴

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر رضایتمندی زناشویی در افراد معتاد بود. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه افراد معتاد مرکز متادون درمانی ترک اعتیاد شهرستان قروه (نیکو سلامت) در سال ۱۳۹۲ بود. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ نفر افراد معتاد مراجعه کننده به مرکز متادون درمانی ترک اعتیاد نیکو سلامت شهرستان قروه در سال ۱۳۹۲ بود. ۲۸ نفر از افراد معتاد متاهل با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۳ جلسه روان‌درمانی رفتار-شناختی را به صورت گروهی دریافت کردند، اما گروه کنترل تحت هیچ‌گونه آموزشی قرار نگرفت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد و جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کواریانس) استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های رضایتمندی زناشویی (رضایت از شخصیت همسر، سطح ارتباط، حل تعارض، رضایت از اوقات فراغت، رابطه جنسی، احساسات و علائق مربوط به خویشاوندان و دوستان) در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل بالاتر بود. نتیجه‌گیری می‌شود که با توجه به اهمیت سطح رضایتمندی زناشویی در دوره ترک مواد، مراکز ترک اعتیاد می‌توانند با ارائه درمان شناختی-رفتاری به افزایش سطح رضایتمندی زناشویی افراد چه در زمان ترک و چه پس از ترک مواد کمک کنند.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، رضایت زناشویی، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک:

Mohamad_khaledian22@yahoo.com

۲. دانشیار گروه مدیریت، دانشگاه علوم انتظامی امین، تهران، ایران

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۴. مربی گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (بروکی میلان، کمرزین و زارع، ۱۳۹۳). اعتیاد یکی از مشکلات اساسی جامعه است، مشکلی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف هزینه مبارزه، درمان و صدمات ناشی از آن می‌نماید. هر روز شمار زیادتری از افراد به مصرف مواد روی می‌آورند و دچار پیامدهای بدنی، روانی، فرهنگی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی می‌شوند. کشور ما به دلایل فرهنگی، برخی باورهای نادرست و شرایط ویژه جغرافیایی (هم‌جواری با یک کشور بزرگ تولیدکننده مواد افیونی) دارای شرایط مناسبی برای روی آوردن جوانان به اعتیاد است (عاشوری، ملازاده و محمدی، ۱۳۸۷).

امروزه مشکل اعتیاد معضلی است که حتی آمار مستندی حاکی از پژوهش عملی درباره تعداد معتادان و اشکال آن در دسترس نیست. گستره برآوردها در مورد شیوع مصرف موادمخدر حاکی از ناآگاهی از ابعاد واقعی این مشکل است (عیسی زادگان، شیخی، حافظ نیا و کارگری، ۱۳۹۳). اگر میانگین بعد خانوار را در ایران پنج نفر در نظر بگیریم حداقل ۱۰ میلیون نفر در معرض گرایش به اعتیاد قرار دارند. اگر هر فرد حداقل ۱۰۰۰ تومان صرف موادمخدر کند خسارت وارده به کشور در هر روز دو میلیارد تومان خواهد بود. ۹۵ درصد معتادین را مردان و ۵ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. میانگین سنی ۱۸ سالگی برای شروع موادمخدر زنگ خطری برای جامعه است. این پدیده از جنبه‌های بسیار زیادی بر زندگی، سلامتی افراد، توسعه سیاسی و اقتصادی اثر می‌گذارد (به نقل از عیسی زادگان و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش‌های اخیر بر عوامل خطر ساز و سبب‌شناسی چندگانه اعتیاد متمرکز شده‌اند. اگرچه بر عوامل اجتماعی در گرایش به موادمخدر تأکید بسیار می‌شود اما سوء مصرف مواد می‌تواند با فرایندهای زیستی و روان‌شناختی همراه باشد.

رضایتمندی زناشویی انطباق بین وضعیت موجود فرد در روابط زناشویی با وضعیت مورد انتظار است. رضایتمندی از ازدواج یکی از اصلی‌ترین عوامل تعیین‌کننده کیفیت

زندگی و سلامت روان هر فرد است و بر میزان رضایت از زندگی و حتی بر میزان درآمد، موفقیت تحصیلی و رضایت از شغل تأثیر می‌گذارد. ناسازگاری در روابط زوجین موجب اختلال در روابط اجتماعی، گرایش به انحرافات اجتماعی و افول ارزش‌های فرهنگی در بین زوجین می‌شود. کاهش رضایت‌مندی خطر جدایی را به دنبال دارد به ویژه اگر خطر پرخاشگری فیزیکی (تنبیه بدنی) بین زوجین وجود داشته باشد. شماری از عوامل در موفقیت یا شکست روابط زناشویی نقش دارند. یکی از این عوامل نحوه برقراری ارتباط است. ارتباط یک عنصر اصلی و ضروری است که همه تعاملات انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک عامل مهم در رضایت زناشویی و کیفیت روابط زوجین است (خواجه‌الدین، ریاحی و ایزدی مزیدی، ۱۳۹۰). اعتیاد تحت تأثیر باورها و نگرش‌های افراد است. مصرف مواد تحت تأثیر نگرشی است که فرد به مواد دارد. شکل‌گیری نگرش مثبت یا منفی ناشی از ترکیب دانش، اطلاعات، باورها و عواطف نوجوانان درباره مواد است. نگرش به مواد دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است و شامل باورهای هنجاری درباره شیوع مصرف مواد و پذیرش آن، برداشت فرد درباره سازگار بودن مصرف مواد با سبک زندگی، باورهای فرد درباره نتایج منفی مصرف موادمخدر، الزام و مقید بودن به عدم استفاده از موادمخدر، نگرش منفی به اعتیاد و معتاد، برخورد فعال با مسأله اعتیاد و اجتناب از موادمخدر است (تاجری، احدی و جمهوری، ۱۳۹۱). نگرش ناکارآمد می‌تواند به عنوان یک عامل آسیب‌پذیر، احتمال گرایش به سوءمصرف مواد را افزایش دهد و در نتیجه درمان شناختی-رفتاری برای این افراد مؤثر به نظر می‌رسد.

درمان گروهی بسته به اهداف، رویکردهای مختلفی دارد. از جمله رویکردهای رایج در گروه درمانی، رویکرد شناختی-رفتاری است که برای دامنه وسیعی از مشکلات به کار برده شده است. بر اساس نظریه شناختی-رفتاری، وابستگی به موادمخدر مانند سایر رفتارها، متشکل از یک سلسله رفتارهای یاد گرفته شده است که از طریق تقلید از الگوها در اثر پی بردن به نتایج ماده مخدر آموخته می‌شود. بنابراین، مهم‌ترین هدف درمان آن است که پیش‌آیندهای مهم را شناسایی و روش‌های مؤثر تسلط بر آن‌ها را به مراجع

آموزش دهد. در این درمان بر شیوه‌های مدیریت خلق منفی و اضطراب و کنترل خشم تأکید می‌شود. مطالعات نشان داده است که از میان مداخلات روانشناختی صورت گرفته، رویکرد شناختی-رفتاری از جمله اثربخش‌ترین رویکردها است و نقش مهمی در کاهش عود از طریق کاهش اضطراب و افسردگی، بهبود روابط با اطرافیان و افزایش عزت نفس داشته است (مومنی، مشتاق و پور شهباز، ۱۳۹۲).

یکی از روش‌هایی که امروزه در کنار درمان‌های پزشکی به کار می‌رود، درمان شناختی-رفتاری است. این شیوه درمانی از تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری به وجود آمده است. رویکرد شناختی-رفتاری بر مدل روانی-آموزشی منظم استوار است و بر نقش تکلیف، واگذار کردن مسئولیت به درمانجو برای پذیرش نقش فعال در جلسات درمان و بیرون از آن و استفاده از انواع راهبردهای شناختی و رفتاری برای بوجود آوردن تغییر تأکید دارد. این روش درمانی بیشتر بر این فرض استوار است که بازسازی اظهارات شخصی فرد به بازسازی در رفتار و خلق او منجر می‌شود. در این رویکرد درمانی تأکید بر به عمل درآوردن بینش‌هایی است که به تازگی کسب شده‌اند. تکالیفی که به درمانجویان داده می‌شود آن‌ها را قادر می‌سازد که رفتارهای تازه و جدیدی را تمرین کنند (کوری ۲۰۰۸، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷). فعالیت اصلی درمان شناختی رفتاری یادگیری مهارت‌های جدید و به کار بردن این مهارت‌ها در جلسات درمان و در منزل به صورت تکالیف خانگی و در شرایط زندگی واقعی می‌باشد. فنون شناختی، باورهای مربوط به دارو و افکار خودآیندی را که در کشش‌ها و هوس‌ها نقش دارند، مورد توجه قرار می‌دهند در حالی که فنون رفتاری بر اعمالی تمرکز دارند که از نظر علی با فرایندهای شناختی در تعامل هستند.

درمان‌گران شناختی-رفتاری به زوجین کمک می‌کنند تا نسبت به مشاهده شناخت‌هایشان به ارزشیابی فعال‌تری پردازند، روی اصلاح تعامل‌های رفتاری منفی به منظور پرورش شناخت‌ها و هیجان‌های مثبت در مورد یکدیگر کار کنند و به مطرح کردن مسائل زناشویی خود در مورد تجربیات هیجانی بازدارنده پردازند تا بتوانند در

محیطی رضایت بخش تر، روابط زناشویی را تجربه کنند (اپستین و باکوم، ۲۰۰۲). در واقع درمان شناختی-رفتاری برای زوجین به صورت یک درمان کیفی منظم است که در آن اثرات متقابل شناخت‌ها، رفتارها و هیجان‌های زوجین بررسی می‌شود و به منظور بهبود کیفیت ارتباط، موارد مشکل آفرین هدف تغییر قرار می‌گیرند (باکوم، ۲۰۱۰).

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده است. همچنین گزارش‌های مختلف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمان‌های غیراختصاصی و نیز اثربخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان‌شناختی در درمان اختلالات مختلف مرتبط با اعتیاد در جمعیت‌های مختلف ارائه شده است. مک‌هاگ، هیرون و اتو^۳ (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 دارد و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می‌شود. علاوه بر این در یسن و هولون^۴ (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیده‌اند که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تمامی جوانب زندگی فرد اثر گذاشته و در افزایش رضایت از زندگی تاثیر معنادار دارد. نتایج پژوهش قمری گیوی، نادر، سواری و اسمعیلی (۱۳۹۳) با عنوان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی بر سلامت روان مصرف‌کنندگان کراک نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود سلامت روان و کاهش افسردگی و اضطراب مصرف‌کنندگان کراک مؤثر است. نتایج پژوهش عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۳) با موضوع اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی مردان با سوء مصرف مواد نشان داد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند همراه با مداخلات دارویی در میزان خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به سوء مصرف مواد اثرگذار باشد. نتایج پژوهش بروکی میلان و همکاران (۱۳۹۳) با موضوع اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد نشان داد که

درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر مؤثر است. نتایج پژوهش عاشوری و همکاران (۱۳۸۷) با موضوع اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد نشان داد که درمان گروهی شناختی-رفتاری بر بهبود سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود افراد معتاد مؤثر است.

با توجه به بررسی‌های انجام شده، به نظر می‌رسد که ۱ تا ۱۱ درصد از معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (دباغی، اصغرنژادفرید، عاطف وحید و یواله‌ری، ۱۳۸۷). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی موفقیت چندانی ندارند (روزن، ویندت، یانگ و کربوف، ۲۰۰۶). لذا اهمیت مسأله از اینجا شروع می‌شود که مراکز بازپروری و کاهش آسیب، به درمان‌های روان‌شناختی برای تغییر نگرش سوء مصرف کنندگان مواد، نیاز ضروری دارند. بنابراین، ضرورت توجه به درمان‌های شناختی-رفتاری بیش از پیش احساس می‌شود. زیرا یکی از الگوهای مداخله روان‌شناختی برجسته در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود، الگوی درمانی شناختی-رفتاری است (میلر، ویلبورن و هتاما، ۲۰۰۳).

درمان شناختی-رفتاری مجموعه‌ای از روش‌های مداخله رفتاری و شناختی را در بر می‌گیرد که با استفاده از آن‌ها می‌توان شناخت‌های غلط و ناکارآمد فرد معتاد را شناسایی و تصحیح کرد و با تغییر مهارت‌های سازش، آثار سودمندی روی فرد بگذارد. در درمان شناختی-رفتاری می‌توان کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت‌های اجتماعی فرد را به نحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیت‌های خطر آفرین یا بحرانی، به سوء مصرف مواد پناه ببرد (لیت، کادن و کابلاکورمیر، ۲۰۰۹).

آمار اعتیاد رو به افزایش است و پدیده اعتیاد همان گونه که به عنوان بلای قرن از آن یاد شده است علاوه بر هزینه مالی فراوان، اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی فرد می‌گذارد. بنابراین، مداخلات صورت گرفته باید عمیق و چند وجهی باشند. این نکته

مورد تاکید است که توجه به جوانب روانشناختی در درمان اعتیاد نقش مهمی در کاهش عود، کاهش ریزش بیماران از درمان و افزایش سطح تحمل برای ترک می‌شود. با در نظر گرفتن موارد فوق انجام مداخلات روانشناختی به منظور بهبود رضایتمندی زناشویی امری ضروری است. داشتن اطلاعات پیرامون درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در انجام فرآیندهای پزشکی و روانشناسانه جهت بیماران نیازمند مثرتر باشد و رضایتمندی زناشویی را بهبود بخشد. با توجه به آنچه ذکر شد سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا درمان شناختی-رفتاری بر رضایتمندی زناشویی افراد معتاد مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ نفر افراد معتاد متاهل مراجعه کننده به مراکز متادون درمانی ترک اعتیاد نیکو سلامت شهرستان قروه در سال ۱۳۹۲ بود. ۲۸ نفر از افراد معتاد متاهل با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. گروه آزمایش ۱۳ جلسه روان‌درمانی رفتاری-شناختی را به صورت گروهی و بر اساس دستور العمل فری (۱۳۸۴) دریافت کردند، اما گروه کنترل تحت هیچ گونه آموزشی قرار نگرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: رضایت افراد انتخاب شده به شرکت در جلسات درمان، وابستگی به موادمخدر، داشتن پرونده در کلینیک ترک اعتیاد نیکوسلامت، دارا بودن حداقل تحصیلات راهنمایی و حضور بیش از یک ماه در کلینیک. ملاک‌های خروج عبارت بودند از مبتلا بودن به یک اختلال یا بیماری دیگر، تحت درمان بودن به خاطر اختلال یا بیماری و شرکت همزمان در درمان‌های دیگر.

ابزار

پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ^۱: این ابزار، یک پرسشنامه ۱۱۵ سئوالی است و از ۱۱ خرده مقیاس با عناوین تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان و جهت‌گیری مذهبی تشکیل شده است. سئوال‌ات این پرسش‌نامه به وسیله یک مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای با نمره صفر تا ۴ اندازه‌گیری می‌شود. با توجه به نوع نمره‌گذاری پرسش‌نامه، نمرات بالاتر نشان‌دهنده رضایتمندی بیشتر پاسخ‌دهندگان است (اسرار و حق شناس، ۱۳۸۴). در مطالعه حاضر از فرم کوتاه این پرسش‌نامه استفاده شده است (فراست، ۱۳۸۱؛ شمایی، ۱۳۸۳). در فرم کوتاه به سئوال‌ات نمره بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد و حداکثر نمره این پرسش‌نامه ۲۳۵ است، نمره‌های کمتر از ۳۰ نشانگر نارضایتی شدید همسران از روابط زناشویی است و نمره‌های بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق‌العاده همسران از روابط زناشویی است (شعاع کاظمی، ۱۳۹۶). مقیاس ۴۷ سئوالی دارای ۶ خرده مقیاس رضایت از شخصیت همسر، سطح ارتباط، حل تعارض، رضایت از اوقات فراغت، رابطه جنسی، احساسات و علائق مربوط به خویشاوندان و دوستان است. کلیه خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه زوج‌های راضی و ناراضی را از هم متمایز می‌کند و این نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است (پاداش و همکاران، ۱۳۹۱). ضریب آلفای کرونباخ فرم ۴۷ سئوالی این پرسش‌نامه در پژوهش سلیمانیان ۰/۹۵ و در پژوهش احمدزاده ۰/۷۰ به دست آمده است (شعاع کاظمی، ۱۳۹۶). محتوای درمان گروهی شناختی - رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای درمان گروهی شناختی - رفتاری

جلسه	محتوای جلسات
جلسه مقدماتی	آماده‌سازی و تعیین اهداف، آشنایی با افراد گروه، اجرای پیش‌آزمون.
جلسه اول	مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی؛ تمرین: اقدام برای شناخت یکدیگر؛ سخنرانی آموزشی ب: تفکر و احساس؛ قدیس بودن، معیارهایی که ما برای خود و دیگران تعیین می‌کنیم، تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت شده؛ تکلیف برای جلسه آینده.
جلسه دوم	مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: دسته بندی باورها؛ شناخت تعارض‌های شایع؛ شناخت چرخه‌های تعامل منفی؛ سخنرانی آموزشی ب: اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خودآیند؛ تمرین: افکار خودآیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آنها؛ تمرین آرمیدگی؛ تعیین تکلیف برای جلسه آینده.
جلسه سوم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تزریق فکر؛ تمرین تزریق فکر؛ مطرح نمودن معایب مواد مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی؛ آرمیدگی؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه چهارم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: مرور پیکان عمودی، پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی ب: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه پنجم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه فهرست اصلی باورها؛ شناخت نیازها؛ تمرین: شروع فهرست اصلی باورها؛ سخنرانی آموزشی ب: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه ششم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: باورها را می‌توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و درزندگی خود شرکت کنندگان، تغییر کرده اند؛ سخنرانی آموزشی ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه هفتم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل سودمندی؛ تمرین: تحلیل سودمند بودن؛ سخنرانی آموزشی ب: تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه هشتم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی ب: ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه نهم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تهیه سلسه مراتب؛ تمرین: تهیه حداقل یک سلسه مراتب؛ سخنرانی آموزشی ب: باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه دهم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی ب: بازدارنده قشری اختیاری؛ تمرین: بازدارنده قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تکلیف برای هفته آینده.
جلسه یازدهم	مرور تکلیف جلسه قبل؛ سخنرانی آموزشی الف: تنبیه خود، خود پاداش‌دهی؛ تمرین: تنبیه خود، خود پاداش‌دهی؛ سخنرانی آموزشی ب: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه دوازدهم	مرور تکلیف؛ مرور برنامه؛ برنامه‌ای برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

دامنه سنی گروه نمونه ۴۳ - ۲۵ سال بود. شاخص‌های توصیفی نمرات رضایتمندی زناشویی گروه نمونه به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی خرده مقیاس‌های رضایتمندی زناشویی به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	شاخص	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
رضایت از شخصیت همسر	میانگین	۵/۷۱	۶/۸۶	۵/۶۴	۵/۶۵
	انحراف معیار	۱/۲	۰/۹۵	۱/۱۵	۱/۰۱
سطح ارتباط	میانگین	۸/۴۳	۹/۵	۸/۵۷	۸/۷۱
	انحراف معیار	۱/۰۸	۱/۰۲	۱/۳	۱/۲۷
حل تعارض	میانگین	۹/۰۱	۱۰/۰۷	۸/۸۶	۰/۹
	انحراف معیار	۰/۸۸	۰/۹۹	۰/۷۷	۰/۷۸
رضایت از اوقات فراغت	میانگین	۹/۵	۱۰/۵۷	۹/۳۶	۹/۴۳
	انحراف معیار	۱/۲۲	۱/۱۶	۱/۲۱	۱/۲۹
رابطه جنسی	میانگین	۸/۵۷	۹/۶۴	۸/۳۶	۷/۵۸
	انحراف معیار	۰/۹۴	۰/۸۵	۱/۲۲	۱/۰۹
احساسات و علائق مربوط به خویشاوندان و دوستان	میانگین	۸/۴۳	۹/۷۱	۸/۴۲	۸/۴۳
	انحراف معیار	۱/۰۲	۱/۱۴	۱/۲۲	۰/۹۴

ابتدا برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی دار نبود لذا این پیش فرض رعایت شد. برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری پیش فرض داشت ($P > 0/05$, $F = 0/999$, $M = 0/461$ باکس). برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع‌ها داشت. در بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز نتایج حکایت از برقراری پیش فرض داشت ($P > 0/05$, $F = 2/09$). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چند متغیری انجام شد که نتایج حکایت از معناداری داشت ($F = 0/885$ = اندازه اثر، $P < 0/015$, $F = 19/312$, $F = 0/115$ = لامبدای ویلکز). در اصل ۸۸ درصد واریانس متغیر

ترکیبی توسط عضویت گروهی افراد مورد مطالعه تبیین می‌شود. برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کوواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذوراتا
رضایت از شخصیت همسر	۷/۹۷	۳۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
سطح ارتباط	۷/۳۴	۲۹/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶
حل تعارض	۷/۱۴۲	۱۳/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴
رضایت از اوقات فراغت	۸۷۱	۲۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵
رابطه جنسی	۵/۰۵	۲۳/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴
احساسات و علائق مربوط به خویشاوندان و دوستان	۱۰/۶۳	۳۳/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری در هر شش زیرمقیاس مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر رضایتمندی زناشویی افراد معتاد بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر ارتقا و بهبود رضایتمندی زناشویی افراد معتاد مؤثر بود. این نتیجه با یافته‌های عاشوری و همکاران (۱۳۸۷)، قمری گیوی و همکاران (۱۳۹۳)، عیسی زادگان و همکاران (۱۳۹۳)، بروکی میلان و همکاران (۱۳۹۳)، مک‌هاگ و همکاران (۲۰۱۰)، دریسن و هولون (۲۰۱۱) همسو است. بر اساس نتایج به دست آمده از تحلیل یافته‌های پژوهش، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در افراد معتاد می‌شود. از دلایلی که برای این استنباط می‌توان آورد این است که آگاهی افراد از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آن‌ها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می‌شود که برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش عواطف مثبت در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. همچنین همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل آن‌ها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی می‌شود و می‌تواند منجر به افزایش رضایتمندی در افراد شود. بر طبق درمان شناختی-رفتاری، تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیرمنطقی و

تحریفات فکری می‌شود و سعی می‌شود با آموزش شیوه صحیح به چالش کشیدن این افکار ناکارآمد و جایگزینی آن با افکار مثبت، نحوه تفکر و ادراک فرد اصلاح شود که این افکار مثبت هم می‌توانند تبیینی برای نتایج این پژوهش باشد. همچنین درمان شناختی-رفتاری می‌تواند بر باورهای غلط و شناخت غیر واقع بینانه معنادین نسبت به سوء مصرف مواد تاثیر بگذارد و آن‌ها را تغییر دهد. بی‌تردید کسب درمان همراه با آموزش مهارت‌های مقابله سالم، احساس خویشنداری، خودکارآمدی و خودتکایی را تقویت می‌کند. می‌توان نتیجه گرفت که تغییر معناداری در تمایل به مصرف مواد و عواملی از قبیل خودپنداره، مهارت‌های خودکنترلی، مهارت‌های اجتماعی، کانون کنترل و نگرش نسبت به مصرف مواد ایجاد شده است. اجرای مداخله‌های روان‌شناختی با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، چالش با باورهای غیرمنطقی، آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از جمله راهبردهای درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری است که نه تنها پیامدهای عاطفی منفی افراد وابسته به مواد را تخفیف می‌بخشد بلکه به افزایش سطح پایداری به توصیه‌های درمانی هم کمک می‌کند. می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری کمک می‌کند که آزمودنی‌ها شیوه‌های کاهش یا تغییر واکنش‌هایشان را یاد بگیرند، این یادگیری احتمالاً توجه فرد را نسبت به وضعیت و نوسانات روزمره تسهیل می‌کند. درمان شناختی-رفتاری اسنادهای منفی را تغییر می‌دهد و به این وسیله روابط زوجین را بهبود می‌بخشد. در این رویکرد از طریق راهبردهای بازسازی شناختی به تغییر الگوهای فکری نادرست و تحریف‌های شناختی زوجین پرداخته می‌شود و همین امر باعث افزایش رضایتمندی زوجین و حتی درمان و ترک اعتیاد نیز می‌شود (پاداش، فاتحی زاده، عابدی و ایزدی خواه، ۱۳۹۱). درمان شناختی-رفتاری هم به حوزه شناختی (اطلاعات و دانش)، هم به حوزه عاطفی (احساسات، ارزش‌ها و نگرش‌ها) و هم به حوزه رفتاری (مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری) مربوط می‌شود، لذا به نظر می‌رسد که درمان شناختی-رفتاری با افزایش سطح اطلاعات و دانش جنسی و حتی بهبود نگرش زوجین نسبت به مسائل جنسی می‌تواند در افزایش رضایت جنسی افراد مؤثر واقع شود. در راستای مسائل جنسی بصورت عامیانه این ذهنیت وجود دارد که مصرف مواد مخدر می‌تواند در

توانمندی و افزایش توان جنسی مؤثر باشد و همین ذهنیت و شناخت معیوب ممکن است مصرف مواد مخدر در افراد را تشدید کند. درمان شناختی- رفتاری با تغییر نگرش و عواطف و شناخت می تواند این ذهنیت و شناخت معیوب را تغییر داده و شناخت و نگرش مثبت را جایگزین کند و منجر به کاهش مصرف مواد و حتی افزایش رضایت جنسی شود. رضایت انسان از زندگی تحت تاثیر ابعاد گوناگونی است. پژوهش های مختلف نشان داده اند که رضایت زناشویی تحت تاثیر عوامل متعددی قرار دارد. در درمان شناختی- رفتاری به مراجعین تکلیف داده می شود و خود مراجعین تلاش می کنند تا افکار منفی خود را شناسایی نمایند و افکار مثبت را جایگزین نمایند. افراد با تغییر در نگرش و عاطفه، تغییر اولویت ها و تقویت حیطه هایی که در گذشته مورد توجه نبوده اند باعث افزایش رضایتمندی زناشویی و حتی امید بیشتر در کاهش مصرف مواد و ترک اعتیاد می شوند.

پژوهش حاضر محدود به شهرستان قروه بوده است و لذا باید در تعمیم این یافته ها احتیاط نمود. عدم امکان حضور زوجین در جلسات درمان از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می شود برای آشناسازی افراد جامعه با اعتیاد و عوارض آن کارگاه های آموزشی برگزار و مسئولین، متخصصان و دست اندرکاران جامعه برنامه مدون و جامعی را برای کاهش مصرف مواد در جامعه تدوین کنند. نتایج پژوهش حاضر علاوه بر کاربردی بودن برای پیشگیری از اعتیاد افراد، فایده بسیاری برای مشاوران خانواده، درمانگران، روانپزشکان و حتی خانواده ها و زوجین دارد.

تشکر و قدردانی

از مسئولان کلینیک ترک اعتیاد نیکو سلامت قروه و تمام شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

منابع

اسرار، صدیقه و حق شناس، حسن (۱۳۸۴). بررسی اعتبار و روایی پرسش نامه رضایتمندی زوجین انریچ در گروهی از متأهلین دارای مشکل زوجی و بدون مشکل زوجی در شیراز، خلاصه مقالات کنگره پژوهش های روانپزشکی و روانشناسی در ایران

بروکی میلان، حسن؛ کمرزین، حمید و زارع، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۸(۳۰)، ۱۵۵-۱۴۳.

تاجری، بیوک؛ احدی، حسن و جمهری، فرهاد (۱۳۹۱). بررسی تاثیر درمان شناختی رفتاری بر پرهیز، وسوسه، عود، و تغییر نگرش معتادین به شیشه، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۷(۲)، ۲۹-۱.

پاداش، زهرا؛ فاتحی زاده، مریم؛ عابدی، محمدرضا و ایزدی‌خواه، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی، مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰(۵)، ۳۶۳-۳۷۲.

خواجه الدین، نیلوفر؛ ریاحی، فروغ و ایزدی مزیدی، سکینه (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین مهارتهای ارتباطی و رضایتمندی زناشویی در دانشجویان متأهل رشت های روان شناسی و مشاوره، فصلنامه جنتاشاپیر، ۲(۲)، ۶۱-۵۵.

دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم و بوالهیری، جعفر (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی، فصلنامه علمی سوء مصرف مواد، ۲(۷)، ۴۴-۲۹.

شمایی، عزیزا... (۱۳۸۳). مقایسه رضایت زناشویی و سلامت عمومی و بررسی رابطه بین این دو متغیر در زنان شاغل و غیر شاغل شهر اهواز با کنترل برخی ویژگیهای فردی و خانوادگی، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه شهید چمران اهواز. شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۹۶). تاثیر آموزش مؤلفه‌های کیفیت زندگی بر سازگاری و رضایت زناشویی بیماران سرطان پستان، اولین کنفرانس بین المللی فرهنگ آسیب شناسی روانی و تربیت، اردیبهشت ۹۶.

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

عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظ نیا، محمد و کارگری، بهروز (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و مداخلات دارویی بر افزایش خودکارآمدی و بهبود کیفیت زندگی مردان با سوء مصرف مواد، مجله دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۶(۱)، ۷۴-۸۰.

فراست، زهرا (۱۳۸۱). بررسی و مقایسه منبع کنترل و رضایت زناشویی در بین زنان شاغل (معلم) و خانه دار شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم تهران.

فری، مایکل (۱۳۸۴). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی، ترجمه مسعود محمدی و رابرت فورنام، تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).

قمی گیوی، حسین؛ نادر، مقصود؛ سواری، حسن و اسمعیلی، معصومه (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف کنندگان کراک، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۴)، ۶۲-۴۷.

کوری، جerald (۲۰۰۸). نظریه و کاربست مشاوره و روان‌درمانی، ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر ارسباران.

مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله و پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، ۷(۲۷)، ۷۹-۹۲.

Baucom, D. H. (2010). *Cognitive- behavioral couple therapy*. In K.S. Dobson, *Handbook of cognitive behavioral therapies*, 3rd Ed. New York: The Guilford press, p. 411-444.

Driessen, E., & Hollon, S. D. (2011). Motivational Interviewing From a Cognitive Behavioral Perspective. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18 (1), 70-73.

Epstein, N. B., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavior therapy for couples: A contextual approach*, Washington, DC: American Psychological Association.

Litt, M. D., Kadden, R. M., & Kabela-Cormier, E. (2009). Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: Results of an initial study to train coping skills. *Addiction*, 104(11), 1837-1848.

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.

Miller, W. R., Wilbourne, P. L., & Hettrema, J. (2003). *What works? A summary of alcohol treatment outcome research*. In R. K. Hester., & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 13-63). Boston.

Roozen, H. G., Waart, R.D., Windt, D., Brink, W., Yong, C.A., & Kerkbof, A. F. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.

