

مقایسه تاب‌آوری و رضایت زناشویی بین معتادین ترک‌کننده در مراکز اقامتی میان‌مدت، معتادین تحت درمان با متادون و افراد عادی

تینا باباپور^۱

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تاب‌آوری و رضایت زناشویی بین معتادین مقیم در مراکز اقامتی میان‌مدت، معتادین تحت درمان با متادون و افراد عادی بود. روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود. تعداد ۱۲۰ شرکت‌کننده (هر گروه ۴۰ نفر) به صورت در دسترس انتخاب شدند. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون و رضایت زناشویی انریچ استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری و تک متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که در متغیرهای تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی بین افراد مقیم در مراکز اقامتی میان‌مدت، افراد تحت درمان با متادون و افراد عادی تفاوت معنادار وجود دارد. بیشترین تفاوت در خرده‌مقیاس رضایت زناشویی و کمترین تفاوت در خرده‌مقیاس روابط جنسی بوده است. افراد عادی در مورد هر دو متغیر نسبت به دو گروه دیگر در سطح بالاتری قرار داشتند. در مجموع نتایج حاکی از مشکلات زناشویی افراد معتاد تحت درمان است که در روند بهبود باید در نظر گرفته شود. همچنین تاب‌آوری ضعیف در افراد معتاد نیز باید با برنامه‌های آموزشی ارتقا داده شود.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، رضایت زناشویی، اعتیاد، افراد تحت درمان با متادون

مقدمه

از آثار مخرب اعتیاد و مصرف مواد می‌توان به پرخاشگری و حالات عصب‌شناختی فرد، عدم رضایت زناشویی معتادان و همسرانشان اشاره کرد (هومیش، لئونارد، کرنلیوس، ۲۰۰۷). تاب‌آوری یکی از عوامل مرتبط با اعتیاد است. منظور از تاب‌آوری، توانایی مقاومت در برابر استرس و بازگشت به تعادل طبیعی پس از تجربه عوامل استرس‌زا است. افراد تاب‌آور نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنش کمتری را تجربه می‌کنند. بنابراین، بالا بردن سطح این عامل محافظت‌کننده می‌تواند در کاهش مشکلات هیجانی مؤثر باشد. شواهد نشان می‌دهد که افراد تاب‌آور به احتمال کمتری جذب رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد می‌شوند (کومو، سارچیاپون، گیانانونیو، مانسینی و روی، ۲۰۰۸). تاب‌آوری با هیجانات مثبت نیز مرتبط است و نقش حفاظتی را در برابر افسردگی و مصرف مواد ایفا می‌کند (بونانو، گله، بوسیاریلی و والهو، ۲۰۰۷). مسئله اعتیاد در خانواده‌ها یکی از عواملی است که عملکرد و پویایی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب افزایش مشکلات روانی و اجتماعی در اعضای خانواده می‌شود (کاپ‌لو، تمپلتون و پاول، ۲۰۰۹). با افزایش سطح رضایت‌مندی زناشویی بسیاری از مشکلات روانی، عاطفی و اجتماعی خانواده‌ها و در کل جامعه کاهش می‌یابد. با ارتقاء سطح رضامندی زناشویی و رضایت از زندگی، افراد با آرامش خاطر بیشتر به رشد، تعالی و خدمات اجتماعی فرهنگی و اقتصادی می‌پردازند (ثنایی، ۱۳۷۹). نتیجه یک بررسی تحت عنوان چگونگی اعتیاد، آثار و عواقب آن روی ۱۰ نفر معتاد بستری در بیمارستان حاکی از آن بود که اعتیاد از علاقه فرد به تشکیل خانواده می‌کاهد و منجر به کاهش علاقه جنسی می‌شود. وضعیت عاطفی بین دو همسر در نتیجه اعتیاد دچار زوال می‌شود و به از هم گسیختن خانواده می‌انجامد (ممتازی، ۱۳۸۲). افراد معتاد به عنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه با مشکلات روانی، عاطفی، اجتماعی و اقتصادی روبرو هستند. این مشکلات بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر نامطلوبی می‌گذارد و آن‌ها را از انجام فعالیت‌های عادی روزانه باز می‌دارد (هابلی، ۱۳۸۴). اعتیاد با استفاده از

یک سری مکانیزم‌ها، خانواده را به سمت ناکارآمدی و عدم سلامت بیشتر سوق می‌دهد. افراد خانواده برای رهایی از این شرایط نابسامان و حفظ بقای خود، به ایفای یک نقش تحمیلی و مخرب روی می‌آورند. ایفای این نقش‌های مخرب افراد را به عنوان شرکای فرد معتاد در می‌آورد و آن‌ها با حفاظت فرد معتاد در برابر پیامدهای منفی طبیعی ناشی از اعتیاد، موجب تداوم اعتیاد و تشدید ناکارآمدی خانواده می‌شوند (غنجی، ۱۳۸۵). امروزه علاوه بر پرهیز از مواد در معتادان به موادمخدر، به مسائلی مانند رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، امیدواری و تاب‌آوری افراد معتاد در حال بهبودی نیز اهمیت داده می‌شود (فریدمن^۱، ۲۰۰۶). بنابراین، لازم است در جمعیت معتادان که روش‌های مختلف درمانی را جهت پرهیز از مواد تجربه می‌کنند، (به ویژه مراکز اقامتی میان‌مدت و معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون که عمده روش‌های درمان اعتیاد در کشور هستند) این ارزیابی‌ها به عمل آید. درمان با متادون یکی از روش‌های درمان دارویی است که به افراد معتاد، در کنترل وابستگی‌شان به موادمخدر کمک می‌کند (اردلیان و یانگ^۲، ۲۰۰۹). در درمان نگهدارنده با متادون در طول دوره درمان هرگاه شخص معتاد علائم خماری را تجربه کند به وی متادون می‌دهند، پس از چندین هفته و با ثابت شدن وضعیت حال درمان‌جو، میزان متادون به تدریج کاهش می‌یابد که البته بستگی به عکس‌العمل‌های جسمی فرد مورد نظر هم دارد (اکبری، ۱۳۸۵). استفاده از متادون راه ایمنی به شمار می‌رود، ولی در طول سم‌زدایی با درصد بالایی از عود همراه است. با این‌که در بسیاری از کشورها متادون شایع‌ترین دارو برای سم‌زدایی بیماران است بررسی‌های جامعی درباره مؤثر بودن آن انجام نشده است (احمدی ابهری، ۱۳۸۵). در شیوه درمانی اقامتی، مراجع در طول مراحل درمانی (به ویژه مراحل روان‌درمانی، بهبود روابط اجتماعی) در مرکز درمانی اقامت داشته و تنها به حکم ضرورت و یا بر اساس مراحل ترخیصی از پیش تعیین شده مجاز به خروج از مرکز است. در واقع مراجعین باید در طول مدت درمان (بین ۶ ماه تا دو سال) در مراکز مذکور اقامت داشته باشند. کلیه خدمات ارائه شده در این گونه مراکز (نظافت محیط، تهیه غذا و امور فرهنگی، تفریحی، ورزشی و آموزشی) توسط معتادان در حال بهبودی مقیم در مرکز

انجام می‌شود. برنامه روزانه این گونه مراکز از تنوع و جامعیت بسیاری برخوردار است و جنبه‌های مختلفی از فرایند درمان و بهبودی را در زمینه‌ی جسمی روانی و اجتماعی شامل می‌شود (پورجعفر، ۱۳۸۵). اعتیاد تمامی برنامه‌های زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا به نظر می‌رسد که اقدام بیماران جهت ترک و نتایج حاصله از آن در ایجاد رضایتمندی زوجین تأثیرگذار باشد. کیفیت زندگی پس از شروع درمان و در طی درمان‌های نگهدارنده بهبود (مارمانی، پانی، پاسینی و پروگی، ۲۰۰۷؛ پانیزوسکی و گرینشاپون، ۲۰۰۷) و میزان آن پس از درمان سوء‌مصرف مواد (درمان نگهدارنده با متادون و مداخلات روان‌شناختی) در بسیاری از حیطه‌ها افزایش می‌یابد. به عنوان مثال، فرد درد جسمانی کمتری را تجربه می‌کند و یا وقت بیشتری را صرف بودن با اعضای خانواده می‌کند. این امر می‌تواند تأثیر زیادی بر سایر ابعاد زندگی فرد داشته باشد (رنو و آیکن، ۱۹۹۳). اعضای خانواده درگیری شدید و نزدیکی با جنبه‌های اعتیاد دارند. واکنش خانواده در مقابل اعتیاد و همچنین در قبال فرد معتاد نقش زیادی در اعتیاد، درمان، مراقبت بعد از درمان، بهبودی و یا بازگشت ناگهانی دارد. بی‌مسئولیتی افراد معتاد، خانواده را دچار بی‌نظمی و درهم‌ریختگی می‌کند. نخست خانواده تمام تلاش خود را به کار می‌گیرد تا اعتیاد را مهار سازد؛ ولی آشفتگی عاطفی و رفتارهای بی‌ثبات و غیرقابل پیش‌بینی فرد معتاد به اضطراب مزمن، گیجی و ترس خانواده تداوم می‌بخشد (گورسکی، ۲۰۰۱). سوء‌مصرف مواد همانند سایر مشکلات بهداشتی و اجتماعی، به ندرت به یک دلیل خاص محدود می‌شود. توجه به این نکته حائز اهمیت است که سم‌زدایی صرف برای تداوم ترک، کافی نیست و مجموعه‌ای از عوامل روانی و محیطی ممکن است باعث عود اعتیاد شوند. توجه به پیامدهای انواع روش‌های پرهیز از مواد در درازمدت از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است (مارمانی و همکاران، ۲۰۰۷؛ فریدمن، ۲۰۰۶). با توجه به آنچه ذکر شد سؤال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین تاب‌آوری و رضایت زناشویی بین معتادین ترک‌کننده در مراکز اقامتی میان‌مدت، معتادین تحت درمان با

متادون و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری گروه اول شامل کلیه افراد معتاد در حال بهبودی استان تهران بودند که از طریق مراکز اقامتی میان مدت حداقل شش ماه پرهیز از مواد داشته‌اند. جامعه آماری گروه دوم شامل کلیه افراد معتاد در حال بهبودی استان تهران بودند که حداقل به مدت شش ماه از طریق درمان نگهدارنده متادون از مواد مخدر پرهیز داشته‌اند. جامعه آماری گروه سوم شامل افراد عادی استان تهران بودند. در این پژوهش از بین جمعیت آماری مدنظر ۴۰ نفر معتاد در حال بهبودی از طریق مراکز اقامتی میان مدت، ۴۰ نفر معتاد در حال بهبودی از طریق مراکز درمان نگهدارنده متادون و ۴۰ نفر از افراد عادی به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به این صورت بودند که آزمودنی می‌بایست فقط از یکی از روش‌های درمانی (اقامت در کمپ و یا متادون درمانی) برای پرهیز از مواد استفاده می‌کرد که در غیر این صورت با استفاده از نوع دیگری از درمان از شرکت در تحقیق حذف می‌شد. برای همسان کردن تقریبی سه گروه از معتادان در حال بهبودی و افراد عادی دامنه سنی ۲۰-۴۵ به عنوان یکی از ملاک‌های ورود بود. معتادان در حال بهبودی نیز باید حداقل ۶ ماه از خدمات نوع خاص درمان استفاده می‌کردند. سطح سواد افراد شرکت‌کننده از پنجم ابتدایی تا سطح لیسانس بود. همچنین افراد شرکت‌کننده متأهل بودند.

ابزار

۱. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱: این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج‌گزینه‌ای است که در مقیاس لیکرت صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات به دست آمده در این مقیاس بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است و بر اساس گزارش وی از روایی و پایایی مناسب برای پژوهش برخوردار است. محمدی (۱۳۸۴) در تحقیقی با اجرای مقیاس تاب‌آوری

روی ۷۱۸ مرد ۲۵-۱۸ ساله در گروه‌های سالم و مصرف‌کننده، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ به دست آورد. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه رضایت زناشویی انریچ: اولسون، فورنیر و دراکن^۱ (۱۹۸۷) از این پرسش‌نامه برای بررسی رضایت زناشویی استفاده نموده‌اند. این محققان معتقدند که این مقیاس به تغییراتی مربوط می‌شود که در طول دوره حیات آدمی رخ می‌دهد و همچنین به تغییراتی که در خانواده به وجود می‌آید حساس است. این پرسش‌نامه برای تعیین حیطه‌های کاری و نقاط قوت رابطه زناشویی و برای ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا یا شناسایی زمینه‌های قوت رابطه زناشویی به کار می‌رود. از این پرسش‌نامه برای تشخیص زوج‌هایی که نیاز به مشاوره و تقویت رابطه خود دارند نیز استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه به عنوان یک ابزار معتبر در تحقیقات متعددی برای بررسی رضایت زناشویی مورد استفاده قرار گرفته است (ثنایی، ۱۳۷۹). فرم اصلی این پرسش‌نامه از ۱۱۵ سؤال و ۱۲ خرده مقیاس تشکیل شده است که به جز مقیاس اول آن که ۵ سؤال دارد، بقیه مقیاس‌ها شامل ۱۰ سؤال است. پاسخ به سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالف) است. این ابزار می‌تواند زوجین راضی و ناراضی را از یکدیگر با اطمینان ۸۵ تا ۹۵ درصد متمایز کند (براتی، ۱۳۷۵؛ اولسون و همکاران، ۱۹۸۷). اعتبار محتوایی این پرسش‌نامه در ایران مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین ضریب پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است. سلیمانان (۱۳۷۳) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۵ گزارش کرده است. با توجه به زیاد بودن سؤالات پرسش‌نامه (۱۱۵ سؤال) که موجب خستگی بیش از اندازه آزمودنی‌ها می‌شود، نسخه ۴۷ سؤالی این پرسش‌نامه تهیه و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۵ گزارش شده که نشان‌دهنده پایایی بالای این پرسش‌نامه است. این پرسش‌نامه ابعاد نقش‌های زن و مرد، ازدواج و فرزندان و مسائل زوجین، رضایت زناشویی، مسائل شخصی، اوقات فراغت با دوستان و اقوام و روابط جنسی را می‌سنجد (فاورز^۲ و اولسون، ۲۰۰۷).

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های تاب‌آوری و رضایت زناشویی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مؤلفه‌های تاب‌آوری و رضایت زناشویی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آماره	افراد عادی	افراد ترک‌کننده	افراد مصرف‌کننده
		مراکز اقامتی	متادون	
میانگین	۲۶/۱۷	۱۹/۱۱	۲۱/۶۷	
انحراف استاندارد	۳/۳۸	۲/۶۷	۴/۴۵	
میانگین	۲۶/۰۹	۱۹/۰۲	۲۱/۱۷	
انحراف استاندارد	۳/۳۲	۲/۵۴	۴/۳۴	
میانگین	۲۹/۸۷	۲۲/۰۸	۲۳/۶۵	
انحراف استاندارد	۴/۵۷	۳/۹۸	۵/۸۷	
میانگین	۳۱/۱۰	۲۳/۴۲	۲۴/۸۷	
انحراف استاندارد	۵/۴۶	۴/۰۴	۶/۱۷	
میانگین	۳۱/۰۳	۲۳/۱۶	۲۴/۴۶	
انحراف استاندارد	۵/۴۵	۴/۳۲	۶/۰۶	
میانگین	۲۷/۹۶	۲۰/۷۲	۲۳/۶۷	
انحراف استاندارد	۴/۲۳	۳/۱۹	۵/۰۲	
میانگین	۱۷۲/۲۲	۱۲۷/۵۱	۱۳۹/۴۹	
انحراف استاندارد	۲۶/۲۱	۲۲/۷۱	۳۳/۷۰	
میانگین	۹۰/۱۱	۷۲/۸۵	۶۹/۴۱	
انحراف استاندارد	۱۲/۴۷	۱۳/۳۵	۲۱/۷۹	

به منظور بررسی تفاوت سه گروه در تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های رضایت زناشویی می‌بایستی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شود. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و بررسی همگنی واریانس بین متغیرهای پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده گردید. نتایج نشان داد که این مفروضه برقرار است. پیش‌شرط دیگر این آزمون برابری واریانس خطاهاست که نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش‌شرط را داشت که در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در سه گروه

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	معناداری
تاب‌آوری	۰/۴۲	۸۷	۰/۶۲
نقش‌های زن و مرد	۰/۴۴	۸۷	۰/۴۷
ازدواج و فرزندان و مسایل زوجین	۰/۳۶	۸۷	۰/۷۱
رضایت زناشویی	۰/۴۸	۸۷	۰/۴۵
مسائل شخصی	۰/۶۵	۸۷	۰/۳۹
اوقات فراغت با اقوام و دوستان	۰/۶۹	۸۷	۰/۳۷
روابط جنسی	۰/۵۴	۸۷	۰/۴۲

با توجه به برقراری پیش‌شرط‌ها، تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از تفاوت معنادار در بین گروه‌ها داشت ($F= 7/57, P < 0/05$ ، $F= 0/75$ = لامبدای ویلکز). به منظور بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای معناداری تفاوت سه گروه در متغیر تاب‌آوری و رضایت زناشویی

متغیرها	میانگین مجزورات	F	معناداری
تاب‌آوری	۲۷۱/۷۸	۱۷/۰۵	۰/۰۰۰۱
نقش‌های زن و مرد	۴۹۴/۸۷	۱۲/۵۲	۰/۰۰۰۱
ازدواج و فرزندان و مسایل زوجین	۳۸۷/۵۶	۱۱/۰۹	۰/۰۰۰۱
رضایت زناشویی	۴۸۵/۳۶	۱۲/۴۵	۰/۰۰۰۱
مسایل شخصی	۶۵۲/۴۶	۱۸/۶۷	۰/۰۰۰۱
اوقات فراغت با اقوام و دوستان	۱۴۱/۸۳	۷/۶۳	۰/۰۰۰۱
روابط جنسی	۵۴/۷۰	۲/۳۴	۰/۰۰۰۱

آماره‌های مقایسه در جدول فوق نشان می‌دهد که در متغیر تاب‌آوری و زیر مقیاس‌های رضایت زناشویی در تمام مؤلفه‌ها بین سه گروه آزمودنی تفاوت معنادار وجود دارد. بیشترین تفاوت در خرده مقیاس رضایت زناشویی و کمترین تفاوت در خرده مقیاس روابط جنسی است. به منظور تعیین این که تفاوت در بین کدام گروه‌ها سبب معنی‌داری نتایج گردیده است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که در تمام مؤلفه‌ها بین افراد عادی با دو گروه افراد تحت درمان با متادون و افراد مقیم در

مراکز اقامتی میان مدت تفاوت معناداری وجود دارد، در حالی که بین دو گروه دیگر تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، مقایسه تاب آوری و رضایت زناشویی در بین افراد ترک کننده در مراکز اقامتی میان مدت، افراد مصرف کننده متادون و افراد عادی بود. یافته‌ها نشان داد که بین افراد عادی با افراد مقیم در مراکز اقامتی میان مدت و افراد معتاد تحت درمان با متادون در متغیر تاب آوری و خرده مقیاس‌های رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که نمرات افراد عادی در تاب آوری و رضایت زناشویی بالاتر از دو گروه دیگر بود. تاب آوری افراد مقیم در مراکز اقامتی میان مدت از افراد تحت درمان با متادون بیشتر بود. این یافته با یافته‌های باکتر، مزاکاپا و بردزلی^۱ (۲۰۰۳)، کومو و همکاران (۲۰۰۸) و بونانو و همکاران (۲۰۰۷) همخوان است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که تاب آورترند در شرایط سخت به میزان کمتری به اختلالات دچار می‌شوند و یا در صورت مواجهه با موقعیت‌های دشوار و استرس‌زا سریع‌تر به حالت اولیه برمی‌گردند و از انعطاف بیشتری برخوردارند. این افراد کمتر مستعد مصرف و یا سوء مصرف مواد هستند. تاب آوری نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز بسیاری از اختلال‌های روان‌پزشکی دارد. افراد با تاب آوری کم در معرض خطرات بیشتری از نظر مشکلات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی، اختلالات رفتاری، خشونت، مصرف سیگار، مصرف مواد مخدر و انجام فعالیت‌های جنسی مهار نشده قرار دارند (یو^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ صالحی فدردی، آزاد و نعمتی، ۲۰۱۰). در شرایط استرس‌زا افراد مصرف کننده مواد قادر به تحمل این شرایط ناخوشایند نیستند و حساسیت آن‌ها به ناراحتی روانی و عاطفی باعث می‌شود که آن‌ها برای تنظیم تجارب شناختی خود به داروهای روان‌گردان روی آورند. به نظر می‌رسد که افراد معتاد تحت درمان همچنان در مواجهه با رویدادهای زندگی ناامید می‌شوند و برای حل مشکلاتشان تلاش نمی‌کنند. این افراد برای گریز از مشکلات و

حوادث زندگی بیشتر به راهکارهایی مانند مصرف مواد رو می‌آورند که از طریق آن به آرامش برسند و دوباره عود اتفاق می‌افتد. مصرف دوباره مواد باعث می‌شود تا فرد برای مقابله با مشکلات به دنبال حل مسئله و مواجهه مستقیم با محرک‌های فشارزا نباشد. در واقع تاب‌آوری ممکن است بتواند سلامتی افراد را در مواجهه با حوادث فشارزا حفظ کند و افرادی که فاقد این ویژگی هستند بیشتر در شرایط فشارزا به اختلال‌هایی مانند سوءمصرف و وابستگی به مواد گرفتار می‌شوند. به نظر می‌رسد شیوه‌ای که افراد برای ترک مواد استفاده می‌کنند تغییری در تاب‌آوری آنان ایجاد نمی‌کند. در واقع افراد با تاب‌آوری کم به سمت مواد کشیده می‌شوند و پس از ترک هم ممکن است به دلیل تاب‌آوری پایین به هنگام مواجهه با شرایط سخت زندگی به مصرف دوباره مواد روی آورند. مصرف مواد به دلیل اثرات خوشایندی که برای فرد دارد باعث می‌شود که فرد در هنگام مواجهه با فشار روانی، به دنبال برخورد مستقیم با آن و استفاده از مقابله متمرکز بر مسئله نباشد و بیشتر از مقابله متمرکز بر هیجان و سبک‌های غیر مؤثر استفاده کند. تاب‌آوری بالا افراد را از گرفتار شدن به اختلال‌هایی مانند مصرف مواد حفظ می‌کند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که میزان تاب‌آوری افراد عادی از افرادی که اعتیاد داشته و در ترک به سر می‌برند بیشتر است. این نتیجه با پژوهش‌های قبلی (کیان پور، ۱۳۸۱ و بردای، تچان، پاسچ، فلورس و اوزر، ۲۰۰۹) همخوان است. برای توجیه این تفاوت شاید بتوان به آسیب رفتاری و شناختی افراد معتاد اشاره کرد که آن‌ها را به سوی اعتیاد سوق داده است. به عبارتی تاب‌آوری پایین موجب گرایش فرد به اعتیاد شده است. فرد با تاب‌آوری پایین برای مقابله با فشار روانی از مواجهه مستقیم و پایداری، اجتناب و مسئله را انکار می‌کند و به مصرف مواد روی می‌آورد. افزایش میزان مصرف، موجب تضعیف بیشتر تاب‌آوری فرد شده و این دور باطل تکرار می‌شود. افراد ترک‌کننده در مراکز اقامتی میان‌مدت تاب‌آوری بالاتری نسبت به افراد ترک‌کننده با متادون نشان دادند که می‌تواند ناشی از شرایط محیطی ترک این افراد باشد. عدم معناداری آماری این تفاوت

می تواند گویای این نکته باشد که شیوه ترک افراد نمی تواند تغییر چشمگیری در تاب آوری افراد ایفا کند و این که افراد گرایش به اعتیاد پیدا می کنند خود دلیل بر تاب آوری پایین شان است. بهتر است علاوه بر پرهیز از ترک مواد در جلسات روان درمانی و مشاوره این افراد تاب آوری نیز آموزش داده شود تا بر پایداری آن ها در ترک و بهبود کیفیت زندگی شان تأثیر گذار باشد. شاه محمدی، درویزه و پورشهریاری (۱۳۸۷) چنین بیان می کنند که اعتیاد مردان، موجب دلسردی زنان در زندگی شده و سبب می شود که زنان ابراز محبت کمتری داشته باشند، روابط عاطفی خود را با شوهرانشان به حداقل برسانند و از مهارت های ارتباطی محدودی در روابط خود استفاده کنند. گفتگو کردن یکی از عوامل مهم احساس رضایت در روابط اجتماعی است و ضعف در مهارت های ارتباطی با عدم رضایتمندی زناشویی رابطه دارد. بالا بودن ویژگی عصبیت و عدم کنترل خشم در همسران معتاد با افزایش دلزدگی زناشویی آنان همراه است که این یافته در پژوهش نادری، افتخار و آملازاده (۱۳۸۹) نیز به اثبات رسیده است. در تبیین دیگری می توان گفت که پاسخ دهی عاطفی یا به عبارتی ابراز محبت به یکدیگر و در نظر داشتن هیجانات عاطفی طرف مقابل در خانواده بخش مهمی از کارکردهای خانواده است. در خانواده هایی که مرد دارای اعتیاد است پاسخ دهی عاطفی ضعیف است. پاسخ دهی عاطفی ضعیف عمده ترین آسیب اعتیاد به خانواده در روابط عاطفی و روانی زن و شوهر است. اعتیاد شوهر به انزوا و دوری همسر و عدم تعلق عاطفی و نزاع بین زن و شوهر منتهی می شود. این وضعیت تأثیر نامطلوبی بر شخصیت فرزندان می گذارد و باعث می شود که میزان رضایت عاطفی و جنسی معتادان کمتر از افراد غیرمعتاد باشد. در مراکز اقامتی میان مدت (کمپ) افراد رابطه کمتری با همسرشان دارند و فشار روانی بالایی را تجربه می کنند لذا رضایت زناشویی پایین تری دارند. پس از ترک و برگشت به خانه به دلیل هزینه های روانی و مالی که بر خانواده تحمیل شده است جو حاکم بر خانواده سرد و به دور از صمیمیت است. افراد معتاد تحت درمان با متادون به دلیل این که در محیط خانواده حضور دارند ممکن است از حمایت و صمیمیت اعضای خانواده بهره ببرند و در نتیجه نسبت به افرادی که در مراکز اقامتی میان مدت به سر می برند رضایت زناشویی بالاتری را

نشان می‌دهند. اگر چه عملکرد کلی جنسی و میانگین تمایل جنسی پس از ورود به درمان با متادون افزایش می‌یابد (شاه‌محمدی و همکاران، ۱۳۸۷)، ولی به دلیل مختل شدن رابطه عاطفی و صمیمانه با همسر، ابراز محبت کمتر شده و به دنبال آن ناسازگاری افزایش می‌یابد که این نشان‌دهنده اثرات تخریبی بنیادی اعتیاد است. اگر چه متادون بر روی علائم جسمانی مؤثر عمل می‌کند اما نمی‌تواند بر جنبه عاطفی رابطه تأثیرگذار باشد. وضعیت عاطفی بین دو همسر ممکن است در نتیجه اعتیاد دچار زوال شده و به صورت تضادی درآید که به از هم گسیختن خانواده بیانجامد. افراد مصرف‌کننده مواد اغلب به دلیل بی‌حوصلگی و گذران وقت خود با دوستان، فاقد توانایی لازم جهت برآورده کردن حداقل نیازها و انتظارات همسر خود می‌باشند. بدیهی است انتظارات حتی معقولانه همسر و فرزندان بر میزان رضایت فرد از زندگی زناشویی تأثیر منفی می‌گذارد. با توجه به این که اکثر درآمد خانواده چه در زمان مصرف و چه حین درمان صرف هزینه‌های فرد معتاد می‌شود، بدیهی است ارتباطات زوجین به علت هدر رفتن درآمد مشترک، افزایش هزینه‌های بهداشتی، دشواری‌های شغلی و تنیدگی آسیب می‌بیند. در نتیجه بدون توجه به شیوه ترک افراد، جنبه‌های مهمی از زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد که جبران آن مستلزم تلاش و زمان است. درمان اعتیاد در محیط‌های اصلاحی موجب کاهش ارتکاب جرم می‌شود، ولی برای افزایش نتایج مثبت باید بر ارتقای روش‌ها متمرکز بود (مورفی، تفت و اکهارت، ۲۰۰۷). با وجود آن که متادون درمانی و مراکز اقامتی میان‌مدت از رویکردهای رایج و اثربخش محسوب می‌شود، اما به نظر می‌رسد که این درمان‌ها به تنهایی کافی نیست و باید از سایر درمان‌هایی که ابعاد روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیطی بیماران را مدنظر قرار می‌دهند استفاده شود. ضروری است متخصصانی که با معتادین سروکار دارند یک ارزیابی شخصیتی جامع از افراد معتاد به عمل آورند و در برنامه‌های درمانی جامع برای فرد معتاد در کنار درمان دارویی ویژگی‌های شخصیتی را در نظر بگیرند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تاب‌آوری آموزش داده شود و اثرات آن بر رضایت زناشویی و جنبه‌های روانشناختی افراد معتاد مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- اکبری، بهمن (۱۳۸۵). بررسی راهبردهای مقابله با استرس و وضعیت روانی خانواده‌های معتادان سرپایی واحدهای خود معرف و خصوصی استان گیلان. مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، (۱)۱، ۲۲۲-۲۱۸.
- احمدی ابهری، علی (۱۳۸۵). بررسی مقایسه‌ای سم‌زدایی سریع تعدیل شده و سم‌زدایی با متادون در بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده به درمانگاه ترک اعتیاد تهران. مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، (۱)۱، ۲۴۹-۲۴۰.
- براتی، طاهره (۱۳۷۵). تأثیر تعارض‌های زناشویی بر روابط متقابل زن و شوهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- پور جعفر، مزدک (۱۳۸۵). رهایی از اعتیاد. تهران: انتشارات هامون.
- ثنایی، باقر (۱۳۷۹). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری و سلامت روانی و رضایت از زندگی. مجله روان پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۳ (۲)، ۲۹۵-۲۹۰.
- سلیمانیان، علی اکبر (۱۳۷۳). بررسی تأثیر تفکرات غیرمنطقی بر اساس رویکرد شناختی بر ناراضی‌های زناشویی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره چاپ نشده، دانشگاه تربیت معلم تهران
- شاه‌محمدی، اعظم؛ درویشه، زهرا و پورشهریاری، سیما (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افزایش سازگاری زناشویی همسران معتادان و پیشگیری از بازگشت معتادان مرد در شهر اصفهان. فصلنامه علمی سوء مصرف مواد (اعتیاد پژوهی)، ۷ (۲)، ۲۸-۲۳.
- غنچی، علی (۱۳۸۵). ژئوپلیتیک مواد مخدر. تهران: انتشارات معاونت آموزشی ناجا.
- کیان‌پور، محسن (۱۳۸۱). مقایسه شیوه‌های مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی، افراد غیر معتاد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۰ (۳)، ۱۸-۱۳.
- محمدی، مسعود (۱۳۸۴). بررسی عوامل تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۲ (۳)، ۲۱۴-۱۹۳.
- ممتازی، سعید (۱۳۸۲). خانواده و اعتیاد. زنجان: انتشارات مهدیس.

نادری، فرح؛ افتخار، زهرا و آملازاده، صغری (۱۳۸۹). رابطه‌ی ویژگی‌های شخصیت و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی در همسران معتادان مرد اهواز. یافته‌های نو در روانشناسی، ۴(۱۱)، ۶۱-۷۸.

هابلی، جان (۱۳۸۴). راهنمای ایلز. ترجمه مسعود روان‌بخش، انتشارات تیمور زاده.

- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciareli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 671-682.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes, *Development & Psychopathology*, 15(1), 139-162.
- Brady, S. S., Tschann, M. J., Pasch, A. L., Flores, E., & Ozer, J. E. (2009). Cognitive coping moderates the association between violent victimization by peers and substance use among adolescents, *Journal of Pediatric Psychology*, 34(3), 304-310.
- Copello, A., Templeton, L., & Powell, J. (2009). Adult members and cares of dependent drug users: prevalence, social cost, resource saving and treatment responses, *Indian Journal of psychiatry*, 50(12), 45-52.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M.D., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339-345.
- Erdelyan M., Young C. (2009). *Methadone maintenance treatment: A community planning guide*, Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (2007). Enrich marital inventory: a discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15(1), 65-79.
- Friedman, G. L. (2006). *Narcotic Anonymous: Promotion of change and growth in spiritual health, quality of life and attachment dimensions of avoidance and anxiety in relation to program involvement and time clean*. Unpublished Dissertation, Alliant International University, Los Angeles, California
- Gorski, T. T. (2001). The Cenaps model of relapse prevention: basic principles and procedures. *Journal of Psychoactive Drugs*, 22(2), 125-133
- Homish, G., Leonard, K. E., & Cornelius. (2007). Illicit drug use and marital satisfaction, *Addictive Behaviors*, 33(2), 279-91
- Maremmani, I., Pani, P.P., Pacini, M., Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and Methadone maintenance-treated heroin addicted patients, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(1), 91- 98.

- Murphy, C., Taft C., & Eckhart, C. (2007). Anger problem profiles among partner violent men: Differences in clinical presentation and treatment outcome, *Journal of Counseling Psychology*, 54(2), 189-200.
- Olson, D. H., Fournier, D. G. & Druckman, J. M. (1987). *Counselor's manual for prepare/enrich*. (Revised edition). Minneapolis, MN, PREPARE/ENRICH, Inc.
- Ponizovsky, A.M., Grinshpoon, A. (2007). Quality of life among heroin users on buprenorphine versus methadone maintenance, *Drug Alcohol Abuse*, 33(5), 631-642.
- Reno, R.R., & Aiken, L. S. (1993). Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment, *The International Journal of the Addictions*, 28(3), 211-232.
- Salehi Fadardi, J., Azad, H., Nemati A. (2010). The relationship between resilience, motivational structure, and substance use, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1956-1960.
- Yu, X. N., Lau, J. T., Mak, W. W., Zhang, J., Lui, W. W., Zhang, J. (2011). Factor structure and psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale among Chinese adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 218-24.