



اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر احساس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد

پوپک معینی^۱، سعید ملیحی الذاکرنی^۲، جوانشیراسدی^۳، افسانه خواجوند خوشلی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۰۲

چکیده

هدف: هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر احساس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد بود. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماه بود. جامعه آماری شامل همسران مردان معتاد مراجعه کننده به مرکز درمان و بازتوانی اعتیاد دکتر معینی شهر گرگان از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۷ بود. با روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب و به طور تصادفی در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش، آموزش و درمان فراشناختی افسردگی را در ۸ جلسه دریافت نمودند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسش نامه احساس انسجام آنتونوفسکی (۱۹۸۷) و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (۱۹۹۶) استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش و درمان فراشناختی منجر به افزایش معنادار احساس انسجام ($P < 0/01$)، کیفیت زندگی کلی ($P < 0/05$)، سلامت جسمی ($P < 0/01$) و سلامت محیطی ($P < 0/05$) در همسران مردان معتاد شد. **نتیجه گیری:** آموزش و درمان فراشناختی با شناسایی و تعدیل شیوه‌های پردازش فکر، می‌تواند به عنوان مداخله‌ای سودمند در همسران مردان معتاد به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: برنامه آموزشی درمانی فراشناختی، احساس انسجام، کیفیت زندگی، همسران مردان معتاد

۱. پزشک و دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران
۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران، پست الکترونیکی

zuckerini99@yahoo.com:

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرگان، گرگان، ایران

مقدمه

اعتیاد را می‌توان نوعی بیماری مغزی در نظر گرفت که موجب بدعملکردی و تغییرات ریخت‌شناختی در سیستم عصبی و سازوکارهای پاسخ‌دهی به پاداش و لذت می‌شود (سالو، گابای، فاسبندر و هنیک^۱، ۲۰۱۱). پژوهش‌های دو دهه‌ی اخیر نشان داده که اعتیاد نوعی بیماری به حساب می‌آید که به کارکرد مغز مرتبط است (ولکوو، کووب و مک‌للان^۲، ۲۰۱۶). وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، با عنوان اختلال اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان پزشکی امریکا^۳، ۲۰۱۳). شالوده اعتیاد با مشکلات متعدد پزشکی، روان‌پزشکی، روان‌شناختی، معنوی، اقتصادی، اجتماعی، خانوادگی و قانونی درهم‌تنیده است و بار سنگینی را بر دوش افراد خانواده و اجتماع تحمیل می‌سازد. بار سنگین اعتیاد بر خانواده می‌تواند ابعاد گوناگونی داشته باشد. فرسودگی، اضطراب، افسردگی، احساس گناه و پشیمانی، شمه‌ای از بعد هیجانی باراعتیاد بر خانواده علی‌الخصوص همسران معتادان می‌باشد. بعد اقتصادی آن مواردی چون هزینه تامین مواد، بیکاری و از دست دادن شغل را دربر می‌گیرند. بی‌ثباتی خانواده، جدایی و طلاق، آسیب به فرزندان، همسران، والدین و درجات بالای تنش و تعارض در روابط خانوادگی، همگی می‌توانند از عواقب اعتیاد و تاثیرات آن بر خانواده باشند (دالی^۴، ۲۰۱۳). دیده شده زنانی که همسر معتاد داشته‌اند به‌طور معنی‌داری بیشتر از دیگر زنان مورد خشونت همسر قرار گرفته‌اند، خصوصاً اگر مرد به بیش از یک ماده اعتیاد داشته باشد (ادیب حاج باقری، کریمی، کرباسی، حاجی رضایی و امین‌الرعیان، ۲۰۱۵). در اعتیاد، کارکردهای مرد که زمانی خود عهده‌دارش بوده بردوش همسر می‌افتد و این خود باری هیجانی برای زن می‌آفریند (کوار، آجینکیا^۵، ۲۰۱۴). همسران مردان معتاد، آسیب‌پذیری بیشتری نسبت به اختلالات روانی دارند. اعتیاد شوهر و درآمد کمتر خانواده، سطح اضطراب بالاتری را در همسرش پیش‌بینی می‌کند. سن بالاتر، دوره کوتاه‌تر

1. Salo, Gabay, Fassbender & Henik
2. Volkow, Koob & McLellan
3. American Psychiatric Association
(APA)

4. Daley
5. Kaur, Ajinkya

زندگی مشترک، سطح پایین ترسواد و درآمد پایین خانواده در کنار اعتیاد همسر به مواد با سطوح بالاتر افسردگی همبستگی نشان می‌دهد (نوری و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش ماتو، نبهینانی، کومار، یاسو و کولهارا^۱ (۲۰۱۳)، تقریباً تمام (۹۵ تا ۱۰۰ درصد) مراقبین فرد معتاد که معمولاً همسر بیمار بودند از هر سن، تحصیلات و شغلی، از فشار متوسط تا شدیدی که بر زندگی‌شان تحمیل شده شکایت داشتند. در عین حال پژوهش‌ها نشان داده که روابط درون خانواده بر اعتیاد افراد تاثیر گذار است (میرکویچ - حاجدو کوو، اسپاهیچ، سافتیچ، بشیروویچ و شیمیچ^۲، ۲۰۱۷؛ حسنوویچ، کولدیجا، پاژویچ، دلچ، ساتوویچ و گراویچ^۳، ۲۰۱۱ و بولیان^۴، ۲۰۱۰). از سوی دیگر مصرف مواد مردان با افزایش خطر مصرف مواد در همسران‌شان ارتباطی قوی دارد. اعتیاد به مواد همزمان با اختلالات روانپزشکی در همسران مردان معتاد، پنج برابر شایعتر از زنانی است که همسران‌شان اعتیاد ندارند. مصرف مواد همراه با اختلال افسردگی و نیز مصرف مواد همزمان با اختلال اضطراب در زنانی که همسر معتاد دارند هفت برابر شایعتر است (کورنلیوس، کریسی، رینولدز، هامیش و کلارک^۵، ۲۰۰۸).

تمام خانواده‌ها به یک شکل تحت تاثیر استرس‌ها و مشکلات اعتیاد یک عضو خود قرار نمی‌گیرند. یکی از عواملی که در میزان اثرگذاری اعتیاد بر افراد مهم زندگی نقش دارد راهکارهای مقابله‌ای افراد خانواده است. خانواده‌های منعطف‌تر کمتر در رویارویی با عوارض ناگوار اعتیاد آسیب می‌بینند (دالی، ۲۰۱۳). یکی از ویژگی‌هایی که از افراد در برابر اثرات استرس محافظت می‌کند احساس انسجام می‌باشد که توسط آرون آنتونوفسکی^۶ بیان شده است. طبق تعریف آنتونوفسکی، احساس انسجام یک گرایش کلی به داشتن اعتماد به نفسی فراگیر، پایدار و پویاست که سبب می‌شود: (۱) فرد اتفاقات

1. Mattoo, Nebhinani, Kumar, Basu, & Kulhara
2. Mirković- Hajdukov, Spahić, Softić, Bećirović & Šimić
3. Hasanović, Kuldija, Pajević, Delić, Sutović, & Kravic

4. Buljan
5. Cornelius, Kirisci, Reynolds, Homish, & Clark
6. Aron Antonovsky

زندگی را ساختارمند، قابل توضیح و قابل پیش‌بینی ببیند؛ ۲) رویدادها را قابل مدیریت بداند و باور داشته باشد که می‌تواند با آن‌ها مقابله کند؛ ۳) اتفاقات را چالش‌های زندگی بداند که به خاطر معنادار بودن هستی، ارزش رویارویی را دارند (ژئولا یوو، دروری، نوویکو و دانکتر^۱، ۲۰۱۵). احساس انسجام، هسته اصلی نظریه سالتوژنیک آنتونوفسکی است که به نوعی مقاومت در برابر فشارها اشاره دارد و در واقع یک گرایش عمومی به زندگی است که افراد را در برابر ناملایمات زندگی، مانند بحران‌ها و موقعیت‌های استرس آفرین محافظت می‌کند (گرونشتین، بلومکه، ناگی، و پیرمن و کرونینگر جانگابریل^۲، ۲۰۱۴).

آروالو، پرادو و آمورا^۳ (۲۰۰۸) نشان دادند که درمان‌هایی که احساس انسجام و پاسخ‌های مقابله‌ای را افزایش می‌دهند، می‌توانند جهت مدیریت استرس و نشانه‌های استرس پس از سانحه در خانم‌هایی که خود تحت درمان اعتیادند، سودمند باشند. گرونشتین و همکاران (۲۰۱۴) نتیجه گرفته‌اند که احساس انسجام و مصرف مواد هیچ کدام نمی‌توانند دیگری را پیش‌بینی کنند. اما افزایش احساس انسجام، کاهش مصرف مواد، و پایین بودن آن، افزایش مصرف مواد را به دنبال دارد. ازسوی دیگر احساس انسجام قوی می‌تواند یک عامل محافظت‌کننده در برابر رفتار اعتیادی قمار (لانگهام، راسل، هینگ و گینزبری^۴، ۲۰۱۷) و اعتیاد به بازی‌های کامپیوتری (آستیناویچین^۵ و همکاران، ۲۰۱۸) باشد. احساس انسجام که مفهومی اساسی برای درک تفاوت‌های فردی در مقابله با استرس می‌باشد با کیفیت زندگی ارتباط دارد و تقویت احساس انسجام، هم سلامتی و هم کیفیت زندگی را بالاتر می‌برد (خنجری، موسوی پور، اسکویی و حقانی، ۱۳۹۶).

با وجود این که واژه کیفیت زندگی به طور گسترده‌ای به کار می‌رود، اما تعریف واحدی برای آن وجود ندارد. اغلب صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که کیفیت زندگی چند بُعد

1. Geulayov, Drory, Novikov, & Dankner
2. Grevenstein, Bluemke, Nagy, Wippermann, & Kroeninger_Jungaberle

3. Arévalo, Prado, & Amaro
4. Langham, Russell, Hing, & Gainsbury
5. Ustinavičienė

دارد و از طرفی آن را یک مفهوم ذهنی^۱ و پویا^۲ می‌دانند؛ ذهنی یعنی حتماً توسط خود شخص و بر اساس نظر خودش تعیین می‌شود و پویا یعنی در طی زمان متغیر است. پس لازم است در دوره‌ای از زمان اندازه‌گیری صورت گیرد. اما برخی صاحب‌نظران به ذهنی بودن اکتفا نمی‌کنند و بر این باورند که هریک از دامنه‌های کیفیت زندگی باید قابل اندازه‌گیری هم ذهنی و هم عینی باشد (نجات، ۱۳۸۷). بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی، ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی مطابق با فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی کاملاً ذهنی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). کیفیت زندگی وابسته به سلامتی در مصرف‌کنندگان مواد پایین‌تر از جامعه عمومی است (فرناندز ردریگز، فرناندز سوبرینو و لویز کاسترو^۳، ۲۰۱۵). اعتیاد به عنوان یک اختلال مزمن عودکننده، نه تنها در کیفیت زندگی فرد معتاد دخیل است بلکه کیفیت زندگی خانواده را نیز در جنبه‌های گوناگون جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی تحت تاثیر قرار می‌دهد (نبوی، اسدی و نخعی، ۲۰۱۷). یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی، رضایت جنسی زناشویی می‌باشد. مصرف مواد افیونی اثر قابل ملاحظه‌ای بر کارکرد جنسی مردان می‌گذارد. در مقابل، کارکرد جنسی خانم‌ها پدیده‌ای چندبعدی است که به‌طور قوی تحت تاثیر عوامل متعددی در شریک جنسی آن‌ها قرار می‌گیرد. داشتن یک شوهر معتاد می‌تواند الگوی میل جنسی و انگیزه جهت برقراری رابطه جنسی را در خانم‌ها تحت تاثیر قرار دهد و در نتیجه در کارکرد جنسی آن‌ها اختلال ایجاد کند (انورابنای، احمدی، حمیدیان و غفارپور، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد بیشترین عامل تهدیدکننده کیفیت زندگی، مشکلات روانی و عاطفی است (شاکری، پرهون، محمدخانی، حسنی و پرهون، ۱۳۹۴). مردان معتاد و همسران‌شان روی یکدیگر تاثیر متقابل می‌گذارند. داشتن همسر معتاد با کاهش کیفیت زندگی همسران ارتباط معنادار دارد (نجفی، ضرابی، کافی و نظیفی، ۱۳۸۴).

1 . Subjective

2 . Dynamic

3 . Fernandez Rodriguez, Fernandez

Sobrin, & Lopez Castro

تنوع رو به رشد درمان‌های روان‌شناختی کمک می‌کند که با توجه به نیازها و ترجیحات هر بیمار مناسب‌ترین شیوه درمان را برگزید (موریتز، لیساکر، هوفمن و هوترینگر^۱، ۲۰۱۸). درمان فراشناختی، رویکردی است که شالوده اصلی آن از رویکرد شناختی برگرفته شده اما به جای تمرکز بر محتوای تفکر (دیدگاه شناختی) بر فرایند تفکر تمرکز می‌کند (ولز، فیشر، مایرز، ویتلی، پاتل و بروین^۲، ۲۰۱۲). عبارت فراشناخت^۳ توسط فلاول^۴ (۱۹۷۹) معرفی شد و معمولاً به معنای «تفکر درباره تفکر» عنوان می‌شود (اندرو، بالزان، یلینک و موریتز^۵، ۲۰۱۸). بر این اساس برنامه روان‌درمانی گروهی به نام «آموزش و درمان فراشناختی»^۶ پدید آمده که برنامه آموزش روان‌شناختی، اصلاح شناختی و درمان شناختی رفتاری را در دل خود دارد و سوگیری‌های تفکر را هدف قرار می‌دهد (موریتز، ویتزوم، رنجبر، وکنستد و وودوارد^۷، ۲۰۱۰). این یک برنامه آموزشی و درمانی فراشناختی است، اما از آنجا که با شیوه درمان فراشناختی^۸ آدرین ولز متفاوت است جهت عدم تشابه اسمی به جای کلمه «درمان»، واژه «آموزش و درمان»^۹ برای آن برگزیده شده است (اندرو و همکاران، ۲۰۱۸) «آموزش و درمان فراشناختی برای افسردگی»^{۱۰} برنامه‌ی جدید درمانی در جهت کنترل افسردگی می‌باشد که توسط دانشگاه هامبورگ آلمان ارائه شده است. مفهوم سازی این برنامه، گونه‌ای از درمان شناختی رفتاری است که با استفاده از دیدگاه فراشناختی به اصلاح باورهای ناکارآمد و سوگیری‌های شناختی می‌پردازد. هدف دیگر این روش درمانی آن است که افراد با فرضیه‌های ناکارآمد در روند پردازش افکار خود، در کنار راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدشان مانند انزوا، اجتناب از اجتماع، سرکوب فکر و اندیشناکی (به جای حل مسئله) آشنا شده و با آن‌ها به شیوه چالشی و خلاق برخورد

1 . Moritz, Lysaker, Hofmann, & Hautzinger
2 . Wells, Fisher, Myers, Wheatley, Patel & Brewin
3 . Metacognition
4 . Flavell
5 . Andreou, Balzan, Jelinek & Moritz

6 . metacognitive training (MCT)
7 . Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt, & Woodward
8 . metacognitive therapy
9 . training
10 . metacognitive training for depression (D-MCT)

نمایند. نتایج تحقیق یلینک، اُته، آرلت و هاوشیلت^۱ (۲۰۱۳)؛ نقل از مرکز پزشکی دانشگاه هامبورگ-پندورف^۲ که در آن افراد داوطلبانه در مداخله آزمایشی شرکت کردند، اثربخشی نسخه‌ی به روز شده‌ی این آموزش را تایید کرد. نتایج این مطالعه نشان داد که حجم اثر کاربردی آزمایشی بر کاهش علائم افسردگی بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۳ است.

در رابطه با اعتیاد، تونئاتو^۳ (۱۹۹۹) ولع مصرف یا وسوسه را یک «فراشناخت» می‌داند. در این تحلیل فراشناختی، وسوسه یعنی فرد در حال تجربه یک رویدادشناختی است (مثلاً فکر، احساس، حافظه، تصویر، حس) که برایش ناخوشایند و بیزارکننده می‌باشد. فرد برای خودتنظیمی این رویداد شناختی است که رو به مصرف مواد می‌آورد. تعریف «تجربه شناختی» در تشریح وسوسه یا ولع مصرف می‌تواند به درمان‌گر این اطلاعات را بدهد که ایراداتی در خودتنظیمی شناختی و سایر مهارت‌های مقابله‌ای فرد وجود دارد که نیازمند اصلاح است. هامونیر و وارسکون^۴ (۲۰۱۸) ارتباط مثبت را بین رفتارهای اعتیادی و باورهای فراشناختی نشان دادند و پیشنهاد دادند مداخلاتی که باورهای فراشناختی را هدف قرار می‌دهد می‌تواند برای افرادی که رفتارهای اعتیادی بروز می‌دهند سودمند باشد.

در پژوهش والیمآکی، وویلاپنن-جولکانن، پیتیلآ و پیرتیلآ^۵ (۲۰۰۹)، افسردگی مهمترین پیش‌بینی‌کننده‌ی احساس انسجام پایین گزارش شده است و نیز ارتباط بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و افسردگی وجود دارد. از سویی درمان افسردگی بر افزایش کیفیت زندگی موثر است (اسکونگتون، لطفی و اوکانل^۶، ۲۰۰۴). پس می‌توان این فرضیه را آزمود که آموزش و درمان فراشناختی که افسردگی همسران معتادان را هدف قرار دهد بتواند بر احساس انسجام و کیفیت زندگی این گروه تحت آسیب بیفزاید. در ایران، مطالعات اعتیاد بیشتر در زمینه نوع مواد مصرفی، شیوع، نگرش به مواد، عوامل سوق دهنده، عوامل بازدارنده، ضعف مهارت‌های زندگی و گاه آزمودن مداخلات دارویی و مداخلات روان‌شناختی متمرکز بر فرد بیمار بوده‌است و آنچه که در سطح خانواده انجام می‌گرفته از

1 . Jelinek, Otte, Arlt, & Hauschildt
2 . University Medical Center
Hamburg-Eppendorf
3 . Toneatto

4. Hamonniere, & Varescon
5. Välimäki , Vehviläinen-Julkunen ,
Pietilä , & Pirttilä
6. Skevington, Lotfy, & O'Connell

رویکردهای خانواده درمانی بوده و از مداخلاتی با راهکارهای عینی و عملیاتی کمتر استفاده شده است (گلوریا و استینهارت^۱، ۲۰۱۴؛ نقل از تقی پور، باغستانی و سعادت، ۱۳۹۸). از سویی اثربخشی هیچگونه درمان فراشناختی در مورد جامعه همسران مردان مبتلا به اعتیاد، مورد بررسی قرار نگرفته است. این امر بیانگر اهمیت موضوع است و نشان می‌دهد که باید به طور جدی در این حیطه پژوهش و مداخلات کارآمد صورت گیرد. پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر احساس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد است. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی جهت ارتقاء احساس انسجام و کیفیت زندگی همسران معتادان مورد توجه و اهتمام قرار گیرد.

روش

طرح، جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از لحاظ نوع کاربردی و از نظر روش نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه به همراه پیگیری پس از سه ماه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از ۱۲۵۰ نفر همسران مردان معتادی که از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۷ به مرکز درمان و بازتوانی اعتیاد دکتر معینی در شهر گرگان مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری از جامعه‌ی مورد نظر به روش در دسترس انجام شد و تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در پیش‌آزمون، با تخصیص تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره گمارده شدند، گروه آزمایش و گواه. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سابقه اعتیاد همسر، رضایت کتبی فرد برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی، داشتن تسلط کافی به زبان فارسی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های دیگر روان‌درمانی، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده به گفته خود فرد و عدم وجود اختلال سایکوتیک بر اساس مصاحبه بالینی. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: مصرف فعلی داروهای روان‌پزشکی، مصرف الکل یا موادمخدر یا محرک، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله و عدم تمایل به ادامه مشارکت در فرایند اجرای پژوهش.

1. Gloria, & Steinhardt

روند اجرا

پس از اخذ کد اخلاق در پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی گلستان، از میان ۱۲۵۰ نفر جامعه آماری مورد مطالعه، با توجه به معیارهای ورود به پژوهش ۳۰ نفر نمونه به روش در دسترس انتخاب شد. با رعایت اصل رازداری و اخذ رضایت کتبی، پیش‌آزمون (شامل تکمیل پرسش‌نامه احساس انسجام آنتونوفسکی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه) اجرا شد. پس از آن افراد به روش تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. برای یک گروه آموزش و درمان فراشناختی اعمال شد. برای گروه گواه تا پایان پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفت، اما پس از پایان پژوهش، به لحاظ اخلاقی، جلسات برای ایشان نیز برگزار شد. فضای فیزیکی مورد استفاده، سالن آموزشی در پایگاه سلامت اجتماعی پادمیرای گلستان بود. جلسات گروهی، ۲ ساعته و به صورت دو بار در هفته اجرا شد و هر جلسه جزوه آموزشی و تکلیف ارائه شد. در پایان مداخلات، تکمیل پرسش‌نامه‌ها به عنوان پس‌آزمون اجرا شد و سه ماه پس از آن، پیگیری اجرا شد. محتوای جلسات «آموزش و درمان فراشناختی برای افسردگی» که در بخش روان‌پزشکی و روان‌درمانی مرکز پزشکی دانشگاه هامبورگ - اپندورف تدوین گردیده، در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه پروتکل درمانی «آموزش و درمان فراشناختی افسردگی»

جلسه	موضوع	هدف و محتوا
اول	آشنایی با مدل فراشناختی تفکر و استدلال	بحث در مورد این که چگونه الگوهای آشفته و تحریف شده‌ی تفکر در افسردگی بر مبنای واقعیت نیستند و بسیار تک‌بعدی می‌باشند. بررسی فیلتر ذهنی و تعمیم افراطی.
دوم	حافظه	شرح راهبردهای بهبود تمرکز و حافظه و اینکه حافظه دارای خطاست و بسیاری از خاطرات با استدلال منطقی و رنگ آمیزی احساسی تکمیل می‌شوند.
سوم	آشنایی با شیوه‌های تفکر و استدلال	توجه به بایدها و استانداردهای سختگیرانه، کم ارزش دانستن نکات مثبت، شیوه تفکر همه یا هیچ و تمرین تفکر معتدل و منعطف.
چهارم	خود ارزشمندی	بحث درباره عزت نفس و ارزش ذهنی‌ای که فرد فارغ از نظر دیگران برای خود قائل است و راه‌های تقویت آن.

جدول ۱: خلاصه پروتکل درمانی «آموزش و درمان فراشناختی افسردگی»

جلسه	موضوع	هدف و محتوا
پنجم	شیوه تفکر و استدلال	بررسی بزرگ نمایی و کوچک نمایی و سبک اسناد و آشفته‌گی‌های تفکر.
ششم	رفتارها و راهبردهای افسرده‌ساز	بررسی مباحث مربوط به اندیشناکی (نشخوار ذهنی)، اجتناب و کناره‌گیری و چرخه‌های معیوب.
هفتم	شیوه تفکر و استدلال	توجه به نتیجه‌گیری‌های شتابزده، ذهن خوانی، پیشگویی و راه‌های تعدیل آن‌ها.
هشتم	ادراک احساسات	توجه به سرنخ‌های غیر کلامی.

ابزار

۱. پرسش‌نامه احساس انسجام آنتونوفسکی^۱: این پرسش‌نامه یک مقیاس ۲۹ سوالی است که در سال ۱۹۸۷ توسط آرون آنتونوفسکی ساخته شد. به اعتقاد او آزمون حس انسجام، کنترل بر استرس را ارزیابی می‌کند و این کنترل از طریق سه مفهوم اساسی قابل درک بودن^۲، قابل مدیریت بودن^۳ و معنادار بودن^۴ صورت می‌پذیرد (ژئولایو و همکاران، ۲۰۱۵). آنتونوفسکی در یک بررسی در مورد روایی و اعتبار پرسش‌نامه ۲۹ سوالی با داده‌های به دست آمده از بررسی در ۲۰ کشور مختلف نتایج زیر را ارائه داد: در ۲۶ مطالعه با استفاده از آزمون ۲۹ سوالی، اندازه‌ی آلفای کرونباخ به دست آمده برای ثبات درونی، از ۰/۸۲ الی ۰/۹۵ را شامل می‌شد. همبستگی به دست آمده از بازآزمایی، ثبات قابل توجه ۰/۵۴ در فاصله‌ی دو سال را نشان می‌داد (آنتونوفسکی، ۱۹۹۳؛ نقل از علی‌پور و شریف، ۱۳۹۱). همچنین اریکسون و لینداستروم^۵ (۲۰۰۵) در یک بررسی سیستمی روی مجموعه‌ی ۴۵۸ مقاله‌ی علمی و ۱۳ پایان‌نامه‌ی دکتری، نتیجه‌گیری کردند که پرسش‌نامه‌های حس انسجام (۲۹ سوالی و ۱۳ سوالی) روا و معتبر هستند و قابلیت کاربرد بین فرهنگی دارند. آلفای به دست آمده برای پرسش‌نامه‌ی ۲۹ سوالی در ۱۲۴ پژوهش، رقم ۰/۷۰ الی ۰/۹۵ را نشان داد. اجرای دوباره‌ی آزمون، بیانگر ثبات پرسش‌نامه‌ها بود و نشان دهنده‌ی همبستگی

1. Sense of Coherence questionnaire
2. comprehensibility
3. manageability

4. meaningfulness
5. Eriksson & Lindstrom

۰/۶۹ تا ۰/۷۸ در فاصله‌ی یک سال، ۰/۶۴ برای دو سال، ۰/۴۲ تا ۰/۴۵ برای ۴ سال، ۰/۵۹ تا ۰/۶۷ برای ۵ سال و ۰/۵۴ برای ۱۰ سال بود (علی‌پور و شریف، ۱۳۹۱). کیامرثی و ایل بیگی (۱۳۹۱) ضریب همبستگی فرم بلند و کوتاه این مقیاس را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. ابوالقاسمی، زاهد و نریمانی (۱۳۸۸) نیز آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۸ گزارش نمودند. پرسش‌نامه‌ی ۲۹ ماده‌ای حس انسجام آنتونوسکی، شامل ۲۹ سوال است و هر سوال هفت گزینه دارد که از یک تا هفت درجه بندی شده‌اند. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت بوده و تعداد سیزده سوال به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شوند. سوالات مربوط به مولفه قابل درک بودن (۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۶)؛ سوالات مربوط به مولفه قابل مدیریت بودن (۲، ۶، ۹، ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۵، ۲۷، ۲۹)؛ سوالات مربوط به مولفه معنادار بودن (۴، ۷، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۲۲، ۲۸) می‌باشد. میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه احساس انسجام در پژوهش حاضر در زمان پیش‌آزمون ۰/۸۷، پس‌آزمون ۰/۹۱ و پیگیری ۰/۹۱۵ به‌دست آمد.

۱۹۱

191

۲. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه^۱: پرسش‌نامه‌ای ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسش‌نامه ساخته شد. دارای یک نمره کلی و چهار خرده‌مقیاس سلامت جسمی (فیزیکی)، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف می‌باشد. برای هر سوال مقیاس لیکرت ۵-۱ در نظر گرفته شده که پس از محاسبه در هر حیطه امتیازی معادل ۴ تا ۲۰ به دست می‌آید. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). طبق بررسی‌های اسکوینگتون و همکاران (۲۰۰۴)، آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۸۲، برای سلامت روانی ۰/۸۱، برای سلامت محیط ۰/۸۰ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۸ گزارش شده است. برای بررسی روایی و اعتبار آن در ایران، پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه دارای بیماری

سال سیزدهم، شماره ۵۴، زمستان ۱۳۹۸
Vol. 13, No. 54, Winter 2020

مزمّن و غیرمزمّن تقسیم شدند. اعتبار بازآزمایی برای خرده‌مقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که در گروه بیمار ۰/۷۷ و در گروه سالم ۰/۷۳ بود (نجات، منتظری، هلاکویی و کاظم، ۲۰۰۷). میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه کیفیت زندگی در پژوهش حاضر در زمان پیش‌آزمون ۰/۸۹، پس‌آزمون ۰/۹۰ و پیگیری ۰/۹۰۶ به دست آمد.

کیفیت زندگی سازه پیچیده‌ای است و نمی‌تواند به طور مستقیم اندازه‌گیری شود، به همین دلیل برای تایید روایی سازه آن نیاز است که نمرات حیطه‌های پرسشنامه کیفیت زندگی - فرم کوتاه را بتوان با یک آیتم منفرد کلی کیفیت زندگی باروایی آشکار مقایسه نمود. این پیش‌بینی شده که تمام ۴ دامنه یک رابطه معنی‌دار و قوی با کیفیت زندگی کلی^۱ (سوال اول) و سلامت کلی^۲ (سوال دوم) دارند. در نتیجه روایی سازه می‌تواند تا حد زیادی توسط همبستگی نمرات دامنه‌ها با هر آیتم کلی ارزیابی شود. سنجش آیتم اول پرسشنامه (یعنی کیفیت زندگی کلی) ارتباط قوی و محکمی با دامنه‌های روانشناختی و محیطی دارد و سنجش آیتم دوم (یعنی سلامت کلی) با دامنه فیزیکی قویا مرتبط است. بنابراین یک متغیر ترکیبی که از طریق جمع این دو آیتم پدید می‌آید بیانگر کیفیت زندگی کلی و سلامت عمومی است و نشانگر ارتباطی قوی با ۴ دامنه‌ای است که هر کدام در ارزیابی کیفیت زندگی مدنظر قرار می‌گیرند (اسکوینگتون و همکاران، ۲۰۰۴). در نسخه امریکایی نمره‌گذاری کیفیت زندگی فرم کوتاه، آیتم ترکیبی کیفیت زندگی کلی و سلامت عمومی که از مجموع دو آیتم اول پرسشنامه و تبدیل آن به درصد به دست می‌آید، در کنار چهار دامنه قید شده است (دانشگاه واشنگتن، ۱۹۹۷).

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سن شرکت‌کنندگان پژوهش ۳۷/۴۲ (۶/۴۳) سال بود. میانگین (انحراف استاندارد) سال‌های تأهل شرکت‌کنندگان ۱۳/۶۷ (۷/۸۰) سال بود. میزان تحصیلات ۱۵ درصد شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۵۱ درصد دیپلم، ۲۸ درصد کارشناسی

1 . Overall quality of life

2 . Overall Health

و ۴ درصد کارشناسی ارشد بود. ۳۵ درصد شرکت کنندگان شاغل بودند. میزان ۱۱ درصد شرکت کنندگان بدون فرزند، ۲۸ درصد دارای یک فرزند، ۵۳ درصد دو فرزند و ۶ درصد بالای دو فرزند داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		گروه‌ها	متغیرها
انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	انحراف- میانگین استاندارد	میانگین استاندارد		
۱۶/۲۲	۱۲۸/۰۰	۲۰/۷۴	۱۳۶/۰۰	۱۴/۰۴	۱۳۶/۰۰	آزمایش	احساس
۱۶/۴۶	۹۶/۹۰	۱۶/۴۶	۹۵/۵۰	۱۳/۵۷	۹۵/۵۰	گواه	انسجام
۱۹/۸۵	۶۵/۸۳	۱۱/۰۴	۶۴/۱۶	۱۱/۴۴	۶۴/۱۶	آزمایش	کیفیت
۲۲/۹۷	۴۵/۰۷	۲۵/۸۱	۴۰/۷۵	۲۱/۱۱	۴۰/۷۵	گواه	زندگی
۹/۹۶	۵۵/۸۳	۱۲/۲۷	۵۶/۹۳	۱۲/۰۳	۵۶/۹۳	آزمایش	سلامت
۱۳/۰۶	۵۱/۶۰	۱۳/۳۷	۴۴/۶۰	۱۰/۶۰	۴۴/۶۰	گواه	روانی
۱۷/۳۵	۶۰/۷۳	۱۵/۹۸	۶۳/۰۰	۱۶/۸۶	۶۳/۰۰	آزمایش	سلامت
۲۱/۱۱	۵۴/۷۰	۱۵/۶۸	۴۸/۸۰	۱۵/۲۱	۴۸/۸۰	گواه	اجتماعی
۱۴/۰۹	۶۲/۸۵	۱۴/۸۳	۶۶/۸۰	۱۰/۰۷	۶۶/۸۰	آزمایش	سلامت
۱۰/۲۶	۵۴/۲۰	۱۲/۱۳	۵۰/۱۰	۸/۲۲	۵۰/۱۰	گواه	جسمی
۱۵/۲۷	۵۹/۷۳	۱۲/۴۷	۶۶/۶۷	۱۲/۸۳	۶۶/۶۷	آزمایش	سلامت
۱۰/۴۳	۵۲/۶۰	۹/۱۸	۵۰/۲۰	۵/۰۷	۵۰/۲۰	گواه	محیط

با توجه به وجود چند متغیر وابسته به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) با اندازه گیری مکرر استفاده می‌شود. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع‌ها

متغیرها	گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		آماره Z	معناداری	آماره Z	معناداری	
انسجام	آزمایش	۰/۱۲۴	۰/۲	۰/۱۲۸	۰/۲۰۰	۰/۲۰۰
	گواه	۰/۲۳۷	۰/۱۱۷	۰/۱۸۲	۰/۲۰۰	۰/۱۶۶
کیفیت	آزمایش	۰/۱۸۶	۰/۱۷۱	۰/۲۱۹	۰/۰۵	۰/۲۹۵
	گواه	۰/۲۸۶	۰/۰۲	۰/۳۷۷	۰/۰۱	۰/۲۳۹
زندگی کلی	آزمایش	۰/۲۱۵	۰/۰۶۲	۰/۱۷۴	۰/۲	۰/۱۷۲
	گواه	۰/۱۴۹	۰/۲	۰/۱۵۱	۰/۲	۰/۱۸۳
سلامت جسمی	آزمایش	۰/۱۲۲	۰/۲	۰/۱۷۲	۰/۲	۰/۱۸۵
	گواه	۰/۱۸۷	۰/۲	۰/۱۲۲	۰/۲	۰/۱۸۸
سلامت روان	آزمایش	۰/۲۰۷	۰/۰۸۳	۰/۱۱۸	۰/۲	۰/۱۸۴
	گواه	۰/۱۵۶	۰/۲	۰/۱۸۳	۰/۲	۰/۲۲۴
اجتماعی	آزمایش	۰/۱۱۰	۰/۲	۰/۱۹۴	۰/۱۳۵	۰/۱۹۷
	گواه	۰/۲۸۳	۰/۰۲۲	۰/۲۵۴	۰/۰۶	۰/۱۸۱

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در متغیرهای احساس انسجام و خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی داده‌ها نرمال می‌باشند. اما برای متغیر کیفیت زندگی کل، داده‌ها نرمال نیستند. با توجه به اینکه متغیر کیفیت زندگی کلی را فقط ۲ سؤال پرسشنامه اندازه‌گیری می‌کنند، در نتیجه توزیع نمره کل این ۲ سؤال نرمال نبود. لذا برای تحلیل نتایج مربوط به متغیر کیفیت زندگی کلی آزمون‌های ناپارامتری انجام گرفت؛ و برای تحلیل نتایج متغیر احساس انسجام و خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. به منظور اطمینان از رعایت پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته در تمامی سطوح متغیر مستقل از آزمون باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($M=116/95$, $F=1/04$, $P>0/05$).

جدول ۴: آزمون اثرات چند متغیری

منابع تغییر	لامبدا ویلکز	آماره F	درجه آزادی	معناداری	اندازه اثر
ثابت	۰/۰۱۱	۳۳۷/۲۴	۱۹، ۵	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
گروه	۰/۳۷۰	۶/۴۶	۱۹، ۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
اثر زمان	۰/۵۱۷	۳/۲۷	۸۴، ۱۰	۰/۰۱	۰/۲۸۱
تعامل زمان و گروه	۰/۶	۲/۴۴	۸۴، ۱۰	۰/۰۱۳	۰/۲۲۵

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین افراد گروه‌های آزمایش و گواه در ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد ($F=6/46, P<0/001, \lambda=0/37$) (لامبدا ویلکز). میزان اندازه اثر ۰/۶۳۰ به دست آمد که حاکی از این است که مداخله درمان فراشناخت به میزان متوسطی بر روی متغیر وابسته ترکیبی اثربخش بود. به علاوه نتایج نشان داد اثر اصلی درمان فراشناختی طی زمان معنادار شده است ($F=3/27, P<0/01$). این اثر به ما می‌گوید که درمان فراشناختی در زمان‌های پس آزمون و پیگیری منجر به افزایش احساس انسجام و چهار حیطه‌ی کیفیت زندگی، به عنوان متغیر وابسته ترکیبی، در شرکت کنندگان پژوهش شده است. به علاوه اثر تعامل زمان و گروه نیز معنادار شده است ($F=2/44, P<0/05$) که حاکی از این است که تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در طی زمان معنادار شده است. به منظور اطمینان از رعایت پیش فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد. بر اساس نتایج جدول ۵ پیش فرض کرویت برای متغیرهای احساس انسجام، سلامت جسمی و سلامت روانی برقرار است.

جدول ۵: نتایج آزمون کرویت موچلی

اثر درون آزمودنی	منغیرها	اندازه موخلی	درجه آزادی	معنی داری	اپسیلون
احساس انسجام	۰/۹۰۳	۲	۰/۳۲۵	۰/۹۱۲	هیون فلت
سلامت روانی	۰/۹۷۶	۲	۰/۷۶۶	۰/۹۷۷	لوئر بوند
درمان اجتماعی	۰/۷۵۲	۲	۰/۰۴۴	۰/۸۰۱	گرین هوس گیزر
فراشناخت محیطی	۰/۷۴۷	۲	۰/۰۴۱	۰/۷۹۸	هیون فلت
جسمی	۰/۸۷۴	۲	۰/۲۲۹	۰/۸۸۸	لوئر بوند

به منظور بررسی پیش فرض همگنی واریانس های دو گروه از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض همگنی واریانس ها در دو گروه برای متغیر احساس انسجام ($F=0/225, P>0/05$) و ۴ حیطه کیفیت زندگی شامل سلامت روانی ($F=0/381, P>0/05$)، سلامت اجتماعی ($F=0/097, P>0/05$)، سلامت محیطی ($F=1/28, P>0/05$) و سلامت جسمی ($F=1/85, P>0/05$) برقرار است. جهت ارزیابی اثر متغیر مستقل بین آزمودنی ها از آزمون اثرات بین گروهی استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی اثرات بین گروهی بر میزان احساس انسجام و ۴ حیطه کیفیت زندگی در جدول ۶ ارائه شده است. بین گروه درمان فراشناختی و گواه در میزان احساس انسجام، سلامت جسمی و سلامت محیطی تفاوت معناداری وجود دارد با توجه به آمار توصیفی می توان گفت میزان احساس انسجام و کیفیت زندگی در گروه آزمایش بیشتر است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه ها

مقیاس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر
احساس انسجام	۱۵۲۳۰/۹۴	۲۳،۱	۲۵/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۱
سلامت روانی	۸۹۱/۳۵	۲۳،۱	۳/۲۴	۰/۰۸۵	۰/۱۲۴
اجتماعی	۸۹۱	۲۳،۱	۱/۳۵	۰/۲۵۷	۰/۰۵۶
جسمی	۲۵۶۸	۲۳،۱	۸/۳۰۸	۰/۰۰۸	۰/۲۶۵
محیطی	۱۹۶۶	۲۳،۱	۶/۰۳	۰/۰۲۲	۰/۲۰۸

به منظور بررسی تفاوت بین گروه آزمایش و گواه در میزان کیفیت زندگی کل در زمان های پس آزمون و پیگیری از آزمون یو من ویتنی استفاده شد. طبق نتایج جدول ۷ بین گروه آزمایش و گواه در متغیر کیفیت زندگی کل تفاوت وجود دارد.

جدول ۷: نتایج آزمون U مان ویتنی برای مقایسه گروه ها در کیفیت زندگی کل

زمان	آماره U	معناداری
پیش آزمون	۹۷	۰/۰۰۵
پس آزمون	۶۲	۰/۰۳۷
پیگیری	۲۱	۰/۰۰۲

برای بررسی اثر زمان از آزمون ویلکاکسون استفاده شد (جدول ۸). طبق نتایج این جدول بین نمره کیفیت زندگی کل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت وجود دارد؛ و بین نمره کیفیت زندگی کل در پیش آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. لذا مداخله منجر به بهبود کیفیت زندگی کل شده است.

جدول ۸: نتایج آزمون ویلکاکسون

معناداری	آماره Z	مقایسه زمان‌ها
۰/۰۴	-۲/۸۴	پیش آزمون-پس آزمون
۰/۰۲۴	-۲/۲۵	پیش آزمون-پیگیری

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر احساس انسجام و کیفیت زندگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد بود. براساس نتایج این پژوهش، آموزش و درمان فراشناختی بر احساس انسجام و کیفیت زندگی این گروه موثر بوده است. نتایج این پژوهش با نتایج نجفی و همکاران (۱۳۸۴)، آروالو و همکاران (۲۰۰۸)، پرهون، مرادی، حاتمی و پرهون (۱۳۹۱)، صبری نظرزاده، عبدخدایی و طیبی (۱۳۹۱)، دالی (۲۰۱۳)، گریونشتین و همکاران (۲۰۱۴)، نوری و همکاران (۲۰۱۵)، شاکری و همکاران (۱۳۹۴)، نبوی و همکاران (۲۰۱۷)، آقاجانی، صمدی فرد و نریمانی (۱۳۹۶)، خنجری و همکاران (۱۳۹۶) و موریتز و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. طبق شواهد موجود، آسیب‌پذیری همسران مردان معتاد نسبت به اختلالات روانی بالاتر از زنانی است که همسران‌شان اعتیاد ندارند. اعتیاد همسر، پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی در شریک زندگی آن‌هاست (نوری و همکاران، ۲۰۱۵). افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی بر آسیب کیفیت زندگی در بزرگسالان به‌شمار می‌رود و یافته‌های پژوهشی جدید نشان می‌دهد حتی سطوح پایین افسردگی، کیفیت زندگی را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد (شاکری و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین اجرای یک برنامه درمانی که بهبود افسردگی را هدف قرار می‌دهد می‌تواند بر کیفیت زندگی همسران معتادان بیفزاید. تاثیر درمان فراشناختی بر کاهش علایم

افسردگی و افزایش کیفیت زندگی حتی در بیماران افسرده اساسی بیان شده است (پرهون و همکاران، ۱۳۹۱).

مشکلات همسران معتادان به نیازهای عاطفی و اقتصادی آنها و نیز رویکردشان نسبت به درمان همسران شان بستگی دارد. نیازها و انتظارات این زنان وابسته به بافتی است که در آن زندگی می کنند (جولایی، فریدونی، سیدفاطمی، مشککی باف و میراشعاری، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، باورها و ویژگی های شخصیتی هر فرد از جمله عواملی هستند که تعیین می کنند عملکرد وی در شرایط استرس زا چگونه است (آنتونوسکی، ۱۹۹۶). وقتی در فرد باورهای شکل بگیرد مبنی بر این که وی می تواند اتفاقات زندگی را پیش بینی و درک نماید و توان رویارویی با آنچه در پیش روی اوست را دارد، در خود احساس ارزشمندی می کند. این باورها مولفه های احساس انسجام هستند زیرا احساس انسجام یک جهت گیری و باور کلی است به سمت قابل درک و قابل مدیریت و معنادار بودن وقایع مسیر زندگی. به همین ترتیب احساس انسجام با سلامت روان رابطه دارد و افزایش احساس انسجام منجر به بهبود سلامت روان می شود (صبری نظرزاده و همکاران، ۱۳۹۱). طبق الگوی فراشناختی، اندیشناکی و نگرانی مهم ترین دلیل آسیب شناسی و عامل تداوم افسردگی و اضطراب است. زندگی همسران معتادان با انواع مشکلات روحی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی عجین است که می تواند آنها را درگیر چرخه اندیشناکی و نگرانی نماید. آنها هر لحظه در معرض استرسی جدید هستند و اگر قادر به مدیریت مشکلات نباشند و توان مقابله کارآمد نداشته باشند پیامدهای وخیمی گریبانگیر خود، خانواده شان و اجتماع خواهد شد. آموزش و درمان فراشناختی با اصلاح شیوه تفکر می تواند به زندگی ایشان معنا بخشد و بر توانایی مدیریت آنها بیفزاید، در نتیجه آینده و سرانجام زندگی شان را بیشتر قابل پیش بینی و کنترل نماید.

پژوهش مالم^۱ و همکاران (۲۰۱۸) بیان می کند احساس انسجام یک میانجی قوی جهت افزایش کیفیت زندگی وابسته به سلامت است. عزت نفس و احساس انسجام، منابع فردی هستند که باید به عنوان اهداف بالقوه مداخلات در جهت افزایش کیفیت زندگی مردمی

1 . Malm

که تحت درمان‌های روان‌پزشکی هستند در نظر گرفته شوند (سوئی‌تاج و همکاران، ۲۰۱۷). سه مولفه احساس انسجام (درک‌پذیری، توانایی مدیریت، معناداری زندگی) را در همسران معتادان می‌توان با آموزش و درمان فراشناختی و اصلاح شیوه پردازش فکر تقویت نمود. تقویت این سه مولفه باعث بالارفتن سلامت جسمی، روحی و اجتماعی آنان شده و بر کیفیت زندگی ایشان در ابعاد مختلف می‌افزاید.

تمرکز درمان فراشناختی بر کاستن فرآیندهای شناختی ناکارآمد و تسهیل سبک‌های فراشناختی پردازش می‌باشد. هدف درمان فراشناختی، گسترش آگاهی فراشناختی منعطف در فرد است و برافزایش کیفیت زندگی تاثیر مثبت دارد (شاکری و همکاران، ۱۳۹۴). از آنجا که کیفیت زندگی، ادراکی فردی و ذهنی از سلامتی و موقعیت خویش است، لذا افراد با شاخص‌های عینی مشابه از کیفیت زندگی می‌توانند شاخص‌های ذهنی کاملاً متفاوتی داشته باشند (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۶). آموزش و درمان فراشناختی به فرد کمک می‌کند تا دور باطل اندیشناکی‌اش را بشناسد و آن را بگسلد. سبب می‌شود خودنظارتی‌های ناکارآمدش را بکاهد، نگرانی‌هایش سبک شوند و سبک تفکرش منطقی‌تر شود. فرد با احساس انسجام قوی، در رویارویی با استرس‌ها، توانایی درک و مدیریت موقعیت با استفاده از منابع در دسترس را خواهد داشت و همین سبب بهبود سلامتی و بالارفتن کیفیت زندگی وی خواهد گشت (خنجری و همکاران، ۱۳۹۶). نبوی و همکاران (۲۰۱۷) احساس باهم بودن و برآوردن دوجانبه نیازهای عاطفی، جسمی، اقتصادی، روانی و اجتماعی با محیط پیرامون را نمایانگر کیفیت زندگی خانواده بیان می‌کنند. در همسران معتادان، انتخاب راهبرد مقابله‌ای مناسب در رویارویی با استرس‌زها بستگی به نوع نگرش و شیوه پردازش فکری فرد دارد. عوامل شناختی، به‌ویژه اجتناب، مانع پاسخ‌های موثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزین کردن راهبردهای موثر در مدیریت هیجانات می‌شود. انسان‌ها در موقعیت‌های مختلف زندگی، فرضیاتی در مورد خود و پیرامون‌شان می‌سازند. این فرضیه‌ها اغلب معیارهایی کمال‌گرایانه یا توأم با سوگیری است و می‌تواند منجر به مشکلات جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی شود.

باورهای فراشناختی از عوامل تاثیرگذار در کیفیت زندگی افراد می‌باشند (آقاجانی و همکاران، ۱۳۹۶). از آنجا که آموزش و درمان فراشناختی سطوح بالای شناخت را تحت تاثیر قرار می‌دهد، هم افکار منفی را کاهش می‌دهد و هم از رفتارهای ناکارآمد که حاصل اندیشناکی، مرور افراطی خاطرات ناخوشایند، اجتناب، نگرانی و خودسرزنش‌گری است، می‌کاهد. در بعد فیزیکی کیفیت زندگی، وقتی توان مقابله با استرس بالا می‌رود دردهای جسمی و بیماری‌های روان‌تنی که با استرس مرتبطند کاهش می‌یابند. با شیوه تفکر کارآمد، از بعضی مشاجرات و جدال‌های بی نتیجه کاسته می‌شود، ارتباطات درون و بیرون خانواده افزوده شده و با نزدیکان و اجتماع رابطه نزدیک‌تری برقرار می‌شود که خود سبب حمایت اجتماعی خانواده معتادان بوده و از انزوا و طردشدگی و آسیب روانی ناشی از آن‌ها کاسته می‌شود. در بعد اقتصادی، وقتی عزت نفس افزایش می‌یابد توان کار و مدیریت مالی جهت برآوردن نیازهای اقتصادی خانواده تقویت می‌شود. تمام این‌ها عملکرد فردی، اجتماعی، روان‌شناختی و سلامت جسمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، در نتیجه به بهبود کیفیت زندگی کلی و مولفه‌های آن می‌انجامد (نبوی و همکاران، ۲۰۱۷). عزت نفس و خودارزشمندی که در جلسات MCT با آموزش و تمرین‌های متعدد تقویت می‌شود، به نوبه خود هم بر احساس انسجام و هم بر مولفه‌های کیفیت زندگی تاثیر به‌سزایی دارد. در عین حال وقتی شیوه تفکر و استدلال همسران رو به اصلاح رود و الگوی تعبیر و تفسیرها بازسازی شوند انگیزه وی برای زندگی کارآمد بالا رفته، روابط اجتماعی خود را گسترش می‌بخشد و بر کیفیت زندگی اثرگذار است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس، عدم تمایل بسیاری از همسران برای شرکت در پژوهش، کوچک بودن حجم نمونه و محدود بودن جامعه به یک مرکز و یک شهر اشاره کرد و ضروری است که در تعمیم نتایج در بلندمدت و به سایر جوامع احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود با توجه به این که همسران معتادان نیازمند حمایت هستند و نیز جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها، پژوهش‌هایی تحت عنوان آموزش و درمان فراشناختی با تعداد نمونه‌های بالاتر و به تفکیک مواد مورد مصرف همسران، جهت همسران مردان معتاد، مردان دارای همسر معتاد و نیز سایر جوامع در جهت ارتقاء احساس

انسجام و کیفیت زندگی انجام گیرد و نیز پیگیری‌های طولانی‌تر مثلاً ۶ ماهه یا یک ساله صورت پذیرد و نتایج آن‌ها با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود. همچنین پژوهش‌هایی مختص خود معتادین به تفکیک مواد مصرفی از جمله مخدرها، محرک‌ها و توهم‌زها با هدف ارتقاء کیفی درمان‌های غیردارویی اعتیاد صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود باتوجه به اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی، این درمان در مراکز مشاوره و درمان اعتیاد بر روی خانواده‌ها استفاده شود.

منابع

آقاچانی، سیف‌اله؛ صمدی فرد، حمیدرضا؛ و نریمانی، محمد (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۶(۲۱)، ۱۴۲-۱۵۶.

ابوالقاسمی، عباس؛ زاهد، فاطمه؛ و نریمانی، محمد (۱۳۸۸). بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۳)، ۲۲۲-۲۱۳.

پرهون، هادی؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد؛ و پرهون، کمال (۱۳۹۱). مقایسه‌ی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه مدت و درمان فراشناختی بر کاهش شدت نشانه‌ها و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۴)، ۵۲-۳۶.

تقی‌پور، شیوا؛ باغستانی، محمدحسین؛ و سعادت‌تی، نادر (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۳(۵۱)، ۸۸-۷۱.

خنجری، صدیقه؛ موسوی پور، سیده سمیه؛ اسکویی، فاطمه؛ و حقانی، حمید (۱۳۹۶). مقایسه کیفیت زندگی و حس انسجام در مادران دارای نوزاد نارس و ترم. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۰(۱۰۶)، ۶۷-۵۷. دلاور، علی (۱۳۹۳). *روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی* (ویرایش ۴). تهران: نشر ویرایش.

شاکری، محمد؛ پرهون، هادی؛ محمدخانی؛ شهرام؛ حسنی، جعفر؛ و پرهون، کمال (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۷(۲)، ۲۵۶-۲۵۳.

صبری نظرزاده، راشین؛ عبدخدائی، محمدسعید؛ و طیبی، زهرا (۱۳۹۱). رابطه علی احساس انسجام، سخت‌کوشی روان‌شناختی، راهبردهای مقابله با استرس و سلامت روان. *فصلنامه سلامت روان‌شناختی*، ۶(۱۳)، ۳۵-۲۶.

علی پور، احمد و شریف، نسیم (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه حس انسجام دردانشجویان. *پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)*، ۱۷(۱)، ۵۶-۵۰.

کیامرثی، آذر و ایل بیگی قلعه‌نی، رضا (۱۳۹۱). ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های ADHD. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۱(۱)، ۹۲-۷۶.

نجات، سحرناز (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن. *مجله‌ی اپیدمیولوژی ایران*، ۴(۲)، ۶۲-۵۷.

نجفی، کیومرث؛ ضرابی، هما؛ کافی، سید موسی؛ و نظیفی، فاطمه (۱۳۸۴). مقایسه کیفیت زندگی همسران مردان سوء مصرف‌کننده مواد با گروه کنترل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۱۴(۵۵)، ۴۱-۳۵.

References

- Adib-Hajbaghery, M., Karimi, R., Karbasi, H., Haji-Rezaei, M., & Aminolroayae, E. (2015). Comparing Violence against Women with and Without an Addicted Spouse in Kashan, Iran. *Addiction & Health*, 7(1-2), 74-81.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- Andreou, C., Balzan, R.P., Jelinek, L., & Moritz, S. (2018). Letter to the Editor: Metacognitive training and metacognitive therapy. A reply to Lora Capobianco and Adrian Wells. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 59, 162-163.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Anvar Abnavi, M., Ahmadi, J., Hamidian, S., & Ghaffarpour, S. (2016). Female Sexual Dysfunction Among the Wives of Opioid-Dependent Males in Iran. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 29; 5(1):e25435. DOI: 10.5812/ijhrba.25435. eCollection 2016 Mar.
- Arévalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 31(1), 113-23.
- Buljan, D. (2010). Prevention, Recognition and Treatment of Addiction: Effects of Addictive Substances on the Brain and Behavior. Center for the Study and Combat Alcoholism and Other Addictions, University Hospital "Sestre milordnice", Department of Psychiatry, Zagreb.
- Cornelius J.R., Kirisci L., Reynolds M., Homish G.G., & Clark D.B. (2008). Husbands' SUD is associated with higher levels of co-occurring but not non-co-occurring psychiatric disorders among their wives. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1231-4. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.04.013>
- Daley, DC. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of Food and Drug Analysis*, 21(4), 73-76.
- Eriksson, B.L., & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal Epidemiology and Community Health*, 59, 437-437.

- Fernandez Rodriguez, V., Fernandez Sobrino, A.M., & Lopez Castro, J. (2015). Quality of life from the perspective of addiction. *Europe PMC*, 31(1), 3-9. DOI:10.1016/j.cali. 2015.07.004.
- Geulayov, G., Drory, Y., Novicov, I. & Dankner, R. (2015). Sense of coherence and 22- year- all cause mortality in adult men. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 377-383.
- Grevenstein, D., Bluemke, M., Nagy, E., Wippermann, C. E. M., & Kroeninger_jungaberle, H. (2014). Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. *Personality and Individual Differences*, 64, 52-57.
- Hamonniere, T., & Varescon, I. (2018). Metacognitive beliefs in addictive behaviours: A systematic review. *Addictive Behavior*, 85, 51-63. DOI:10.1016/j.addbeh. 2018.05.018
- Hasanović, M., Kuldija, A., Pajević, I., Delić, A. Sutović, A., & Kravic, N. (2011). Silence in the Family about the abuse of heroin and its effect on the Initiation of Treatment. *European Psychiatry. The Journal of the Association of European Psychiatrists: 19th European Congress of Psychiatry*. Abstracts on CDROM: 26, 49.
- Kaur, D., & Ajinkya, S. (2014). Psychological impact of adult alcoholism on spouses and children. *Medical journal of Dr.D.Y. Patil Vidyapeeth*, 7(2), 124-127.
- Langham, E., Russell, A.M.T., Hing, N., & Gainsbury, S.M. (2017). Sense of coherence and gambling: exploring the relationship between sense of coherence, gambling behaviour and gambling-related harm, *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 661-684. DOI: 10.1007/s10899-016-9640-8
- Malm, D., Fridlund, B., Ekblad, H., Karlström, P., Hag, E., & Pakpour, A.H. (2018). Effects of brief mindfulness-based cognitive behavioural therapy on health-related quality of life and sense of coherence in atrial fibrillation patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(7), 589-597. DOI: 10.1177/1474515118762796.
- Mattoo, S.K., Nebhinani, N., Kumar, B.N.A., Basu, D., & Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: a study from India. *Indian Journal of Medical Research*, 137(4), 704-711.
- Mirković-Hajdukov, M., Efendić Spahić, T., Softić, R., Bećirović, R., & Šimić, J. (2017). Family Atmosphere and Relationships as Predictors of Heroin Addiction. *Psychiatria Danubina*, 29(2), 129-133.
- Moritz, S., Lysaker, P. H., Hofmann, S. G., & Hautzinger, M. (2018). Going meta on metacognitive interventions. *Expert review of neurotherapeutics*, 18(10), 739-741.
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 561-569.
- Navabi, N., Asadi, A., & Nakhaee, N. (2017). Impact of Drug Abuse on Family Quality of Life. *Addict Health*, 9(2), 118-119.
- Nejat, S., Montazeri, A., Halakoi, K., & Kazem, M. (2007). Standard of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. *Translation and*

- Psychometric Iranian Spieces. Journal of Public Health and Institute of Public Health Reaserch*, 4(4), 1-12.
- Noori, R., Jafari, F., Moazen, B., Khoddami Vishteh, HR., Farhoudian, A., Narenjiha, H., & Rafiey, H. (2015). Evaluation of Anxiety and Depression among Female Spouses of Iranian Male Drug Dependents, *Internal Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 4(1).
- Salo, R., Gabay, S., Fassbender, C., & Henik, A. (2011). Distributed attentional deficits in chronic methamphetamine abusers: Evidence from the Attentional Network Task (ANT). *Brain and Cognition*, 77(3), 446-452.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organizations WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the field trial. A report from WHOQOL GROUP. *International Journal of Quality of Life*, 13(2), 299-310. pubMed PMID,15085902.
- Świtaj, P., Grygiel, P., Chrostek, A., Nowak, I., Wciórka J., & Anczewska, M. (2017). The relationship between internalized stigma and quality of life among people with mental illness: are self-esteem and sense of coherence sequential mediators? *Quality of Life Research*, 26(9), 2471-2478. DOI: 10.1007/s11136-017-1596-3.
- Toneatto, T. (1999). A metacognitive analysis of craving: implications for treatment. *Journal of clinical psychology*, 55(5), 527-37.
- University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Department of Psychiatry and Psychotherapy. Metacognitive Training for Depression (D-MCT). Retrieved from: <https://clinical-neuropsychology.de/d-mct-manual-english/>.
- University of Washington. (1997). *WHOQOL-BREF. U.S. version*. Seattle, Washington: Author.
- Ustinavičienė, R., Škėmienė, L., Lukšienė, D., Radišauskas, R., Kalinienė, G., & Vasilavičius, P. (2018). Association between computer game type, playing time and sense of coherence in Lithuanian adolescents. *Central European journal of public health*, 26(3), 209-214. DOI: 10.21101/cejph.a4731.
- Välimäki, T.H., Vehviläinen-Julkunen, K.M., Pietilä, A.M., & Pirttilä, TA. (2009). Caregiver depression is associated with a low sense of coherence and health-related quality of life. *Aging & Mental Health*, 13(6), 799-807. DOI: 10.1080/13607860903046487.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, AT. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *The New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, CR. (2012). Metacognitive Therapy in Treatment Resistant Depression: a Platform Trial, *Behavior Research Therapy*, 50(6), 367-73.
- WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration and Scoring and Generic version of the assessment*. Field Trial version. Geneva, World Health Organization.