

تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی افراد معتاد

فاطمه نعمتی سوگلی تپه^۱، محمد علی محمدی فر^۲، محمد خالدیان^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۱۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی افراد معتاد بود. **روش:** جامعه مورد مطالعه افراد معتاد مرکز متادون درمانی ترک اعتیاد شهرستان قروه (نیکو سلامت) در سال ۱۳۹۴ (۱۰۰ نفر) بود. این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون بود. حجم نمونه ۳۰ نفر از افراد معتاد متاهل با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۳ جلسه روان‌درمانی رفتاری شناختی گروهی بر اساس دستور العمل مایکل فری (۲۰۰۵) را دریافت کردند، اما گروه گواه تحت هیچگونه آموزشی قرار نگرفتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه ۳۲ سؤالی سازگاری زناشویی اسپایزر و پرسش‌نامه ۴۲ سؤالی تعارض‌های زناشویی استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات سازگاری زناشویی در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات گروه گواه بالاتر است و همچنین میانگین نمرات تعارض زناشویی در گروه آزمایش از میانگین نمرات در گروه گواه پایین‌تر بود. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی-رفتاری بر بهبود و افزایش سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی افراد معتاد موثر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، تعارض زناشویی، سازگاری زناشویی، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: استاد یار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، پست الکترونیکی: fnemati84@gmail.com

۲. مدرس گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سمنان، سمنان، ایران

۳. مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

مقدمه

امروزه یکی از بزرگترین مشکلات جوامع انسانی معضل اعتیاد است که سلامت جامعه، خانواده و فرد را به خطر می‌اندازد و باعث از دست رفتن کارکردهای فردی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی می‌شود. یکی از مهم‌ترین معضلات اجتماعی جهان امروز، مسئله اعتیاد به مواد مخدر و نفوذ روزافزون آن در میان نسل جوان است (خالدیان، کمرزرین و جلالیان، ۱۳۹۳). در حال حاضر اختلال‌های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند ناشی از آن یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌آید. اختلال‌های مصرف مواد یکی از عواملی است که به طور مستقیم و غیر مستقیم سبب اختلال در نظم و امنیت جامعه شده است (کمرزرین، زارع و بروکی میلان، ۱۳۹۱). گرچه مصرف مواد مخدر در ایران سابقه‌ای طولانی داشته و گیاهانی که مواد مخدر سنتی (همچون تریاک و حشیش) از آنها به دست می‌آید از گیاهان بومی ایران بوده‌اند، براساس آمارها و گزارش‌های نهادها و سازمان‌های جهانی همچون سازمان بهداشت جهانی، به موازات پیشرفت جوامع، نیازها، گرایش‌ها و الگوهای رفتاری جوانان نیز دچار تغییر و دگرگونی شده و الگوی سوء مصرف مواد مخدر در میان جوانان در همه جهان از جمله ایران به سرعت از سنتی به صنعتی در حال تغییر است. به گونه‌ای که نماینده دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در ایران نیز درباره گسترش مواد مخدر صنعتی در ایران هشدار داده است (خالدیان و محمدی‌فر، ۱۳۹۴). کمتر پدیده‌ای را می‌توان یافت که همانند اعتیاد، جوامع بشری را مورد تهدید قرار داده باشد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روزه بر شمار قربانیان این دام مرگبار افزوده می‌شود و مشاهده‌ی صحنه‌های هولناک آن اکنون نتوانسته به عنوان هشدار جدی برای اجتناب سایر افراد به ویژه قشر جوان جامعه تلقی شود (یوسفی و خالدیان، ۱۳۹۱).

بیماری، مرگ و صدمات ناشی از سوء مصرف مواد برای جامعه هزینه‌های هنگفتی دارد. عوارض هیجانی آن بر زندگی سوء مصرف کنندگان و خانواده‌های آنان قابل اندازه‌گیری نیست. گرایش روزافزون به مواد به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم آسیب اجتماعی، با کاهش سن اعتیاد و مصرف آن به خصوص در میان جوانان اهمیت توجه به

آن را بیشتر کرده است (حجازی، آقایی و جارچی، ۱۳۹۵). جدیدترین آمارهای ارائه شده حاکی از آن است که دو میلیون معتاد وابسته و شش میلیون معتاد تفتنی در ایران وجود دارد. ولی با توجه به شواهد موجود برآورد می‌شود تعداد معتادان بیشتر از این باشد و 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 مواد مخدر 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 مواد مخدر زنگ خطری برای جامعه می‌تواند باشد (عیسی‌زادگان، شیخی، حافظ نیا و کارگری، ۱۳۹۳).

در اسلام، پیمان زناشویی، محکم‌ترین قرارداد اجتماعی است که می‌توان آن را ناشی از روابط شدید و رحمت متقابل بین زن و شوهر دانست که در قرآن به آن اشاره شده است (سوره مبارکه روم، آیه ۲۱). اسلام تشکیل زندگی زناشویی را به عنوان کامل کننده دین، از سنت‌های پیامبران و پاک کننده گناهان شمرده و اسلام به خانواده و زندگی زناشویی به صورتی ژرف نگرسته و برای روابط آن، زیباترین آداب و اخلاق را توصیه کرده است (آگاه، جان بزرگی و غفاری، ۱۳۹۳). وظیفه اولیه خانواده برقراری ارتباط است و عملکرد خانواده منجر به رفع نیازهای اجتماعی و فردی خانواده می‌شود. به این دلیل موجب رشد و تکامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن اعضای خانواده می‌شود. ارتباط روشن و مؤثر بین افراد خانواده موجب رشد احساسات و ارزش‌ها می‌شود. ارتباط مؤثر سنگ زیربنایی خانواده سالم و موفق است به عبارتی دیگر وقتی اعضای خانواده‌ای از الگوهای ارتباطی مؤثر استفاده می‌کنند، انتقال و درک واضحی از محتوای هر پیامی دارند، نیازهای روانی اعضا خانواده را ارضا می‌کنند و ارتباط و شرکت در اجتماع را تداوم می‌بخشند. نوع نظام خانواده و الگوهای ارتباطی آن اثر مهمی بر اعضا خانواده دارد، زیرا شخصیت، یادگیری، اعتماد به نفس، قدرت انتخاب و تصمیم‌گیری منطقی افراد خانواده، همه به نوع اطلاعات و نحوه انتقال آن بین اعضای خانواده وابسته است (غلامزاده، عطاری و شفیع آبادی، ۱۳۸۸). در نظام خانوادگی سالم، ایفای نقش‌ها هم سالم

هستند، خانواده به عنوان یک واحد، شامل تأثیرات کل بر روی اجزاء و یا هر کدام از اجزاء بر یکدیگر یا جزء روی کل است. در نتیجه، تعاملات درون خانواده یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده سلامت روانی است. ممکن است عواملی در راه اندازی علائم و تسهیل بروز افسردگی دخیل باشند که از دست دادن سایر اعضای خانواده و دوستان و تجربه فقدان از جمله‌ی این عوامل است. این تجارب استرس‌زای فقدان مجدد به نوبه خود موجب کاهش و از دست دادن شبکه اجتماعی و خانوادگی می‌شود (خالدیان، غریبی، قلی‌زاده و شاکری، ۱۳۹۲). خانواده کوچکترین واحد اجتماع است، این واحد اجتماعی مبدا بروز عواطف انسانی و کانون صمیمانه‌ترین روابط و تعاملات بین فردی است. اهمیت آن به اندازه‌ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه وابسته به سلامت و رشد خانواده در آن است. هر خانواده وضعیت و فضای عاطفی منحصر به فرد دارد و روش اداره و نوع عملکرد آن‌ها با یکدیگر متفاوت است، برای همین دانشمندان و صاحب‌نظران تقسیم‌بندی‌های مختلفی از خانواده ارائه می‌دهند (رشیدی نژاد، تبریزی و شفیع آبادی، ۱۳۹۱).

یکی از عوامل مخرب رضایت‌مندی زناشویی، وجود تعارض^۱ زناشویی است که در رابطه زوجین شایع بوده و می‌تواند بر شرایط اجتماعی و روان‌شناختی خانواده اثراتی منفی داشته باشد. در تعارض‌های زناشویی اشکال‌های ارتباطی وجود دارد، و در صورتی که زوجین بتوانند تعارض‌های‌شان را به گونه‌ای مثبت حل کنند نه تنها برای خودشان، بلکه برای فرزندان‌شان هم مفید و سودمند خواهد بود؛ زیرا آن‌ها یاد می‌گیرند که تعارض‌های‌شان با سایرین را به گونه‌ای سازگارانه مدیریت کنند. از نظر لید^۲ (۱۹۹۶) همسرانی که دچار تعارض می‌شوند، در واقع زوجینی هستند که چیزی که یکی می‌خواهد، دیگری نمی‌خواهد. هرگاه این تعارض به صورت تعارض مخرب در آید رنجش و خصومت موجود، نسبت به شخص مخاطب، باعث کاهش اعتماد، اطمینان دوستی، همکاری و صمیمیت آن‌ها می‌شود، چنین وضعیتی می‌تواند، همسرانی را به نمودار ساختن الگویی بکشاند که به نوعی بازی روان‌شناختی مخرب است که باید آن را

شناخت و رفتارهای مناسبی را جایگزین آن کرد و به اصطلاح آن را تحلیل و بازسازی نمود (سلامت، زمانی و اللهیاری، ۱۳۸۶).

دیدگاه عقلانی-عاطفی-رفتاری مدعی است که دلیل تعاملات زناشویی آشفته توقعات غیر واقع بینانه‌ای است که زن و شوهر نه صرفاً در مورد خود یا دیگران بلکه درباره خود رابطه زناشویی دارند. فریمو^۱ (۱۹۹۰) مشکلات ارتباط فعلی افراد را بازتاب مسائل خانواده اصلی آن‌ها می‌داند. به اعتقاد او نمی‌توانیم همسرمان را واضح و شفاف ببینیم و تصاویری را بر او فرافکنی می‌کنیم. بنابراین، تعامل بین این فرافکنی‌های متقابل موجب مشکلات زوج‌ها می‌شود. زن و شوهر در مورد مسائل واقعی خود بحث نمی‌کنند، بلکه در مورد فرافکنی‌ها و تصاویر ذهنی مرتبط با روابط قبلی به بحث می‌پردازند. بنابراین، این تعارضات می‌تواند علت اعتیاد و مصرف مواد مخدر نیز باشند (نقل از بهاری، فاتحی‌زاده، احمدی، مولوی و بهرامی، ۱۳۹۰).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تعارض‌های زناشویی در ارتباط با هفت عامل رخ می‌دهند که عبارتند از: کاهش همکاری، کاهش رابطه‌ی جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، روی آوردن به فرزند برای کسب حمایت او در مقابل همسر، کاهش رابطه‌ی خانوادگی با خانواده همسر و دوستان، افزایش رابطه‌ی فردی با خویشاوندان خود و جدا کردن امور مالی از یکدیگر (سلامت و همکاران، ۱۳۸۶). در مجموع پدید آمدن اختلاف و تعارض بین زن و شوهر امری غیر طبیعی نیست، به دلیل ماهیت کنش‌وری همسران در فضای زندگی مشترک، گاه پیش می‌آید که اختلاف دیدگاه بین زوجین روی می‌دهد و یا این که نیازهای آن‌ها برآورده نشود، نتیجه چنین تعاملات منفی، ناخشنودی، ناامیدی و احساس خشم همسران نسبت به یکدیگر می‌باشد که این تعارضات و تعاملات منفی می‌تواند باعث روی آوردن به مواد مخدر و حتی افزایش مصرف مواد مخدر باشد (امراهی، روشن چسلی، شعیری و نیک آذین، ۱۳۹۲).

یکی از مهم‌ترین عواملی که بر بقاء، دوام و رشد خانواده اثر می‌گذارد، روابط سالم و مبتنی بر سازگاری و تفاهم بین اعضا به خصوص زن و شوهر است. سازگاری زناشویی به

عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر عملکرد خانواده است. سازگاری زناشویی بر کیفیت عملکرد والدینی، طول عمر، میزان سلامت، رضایت از زندگی، میزان احساس تنهایی، رشد و تربیت فرزندان، روابط اجتماعی و گرایش به انحرافات اجتماعی تأثیر دارد (مهرابی‌زاده هنرمند، حسین‌پور و مهدی‌زاده، ۱۳۸۹). مفهوم سازگاری به طور ثابت برای اشاره به فرایندهایی در نظر گرفته می‌شود که برای دستیابی به یک رابط زناشویی هماهنگ و کارکردن ضروری است. در این خصوص رابطه سازگار شده به عنوان رابطه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن مشارکت کنندگان اغلب با هم در تعامل هستند و به ندرت با هم اختلاف نظر دارند، در رابطه با هم خوش‌بین هستند، به خوبی با هم ارتباط برقرار می‌کنند و اختلاف‌شان را به شیوه رضایت‌بخش و دو جانبه حل و فصل می‌کنند. زوج‌هایی که قادر هستند ارتباط مؤثر برقرار کنند، در هنگام بروز سوء تفاهمات و احساسات منفی توانایی تصدیق یکدیگر، گوش دادن و پاسخ غیرتدافعی به نیازهای همسر خود را دارند و روشی غیر مخرب از خود نشان می‌دهند. این همان انعطاف‌پذیری در درک و تفاهم است. بنا بر توصیه اکثر صاحب‌نظران، ارتباط مؤثر تنها مهارت لازم برای دوام ازدواج شناخته شده است (خادمی و عابدی، ۱۳۹۳). سازگاری زناشویی دارای مؤلفه اصلی رضایت دوتایی، توافق دوتایی، همبستگی دوتایی و بیان محبت‌آمیز است. رضایت دونفری میزان شادمانی در روابط و همچنین فراوانی تعارض‌های تجربه شده در رابطه را پوشش می‌دهد. توافق دونفره میزان موافقتی است که زوجها درباره موضوع‌های مهمی نظیر اداره کردن امور خانواده و اتخاذ تصمیمات مهم دارند. همبستگی دونفره به این موضوع اشاره دارد که چند وقت یک بار زوجی همراه هم درگیر فعالیت‌های مشترک می‌شوند و ابراز محبت نیز مربوط به این است که چند وقت یک بار زوجها به یکدیگر ابراز عشق و علاقه می‌کنند (هاستون و ملز، ۲۰۰۴). عوامل مؤثر در سازگاری زناشویی شامل سه دسته خصوصیات فردی: سن، وضعیت جسمانی و شخصیتی، عوامل موقعیتی: درآمد، طبقه اجتماعی، آموزش و فرهنگ و رویدادهای زندگی: روابط قبل از ازدواج، رویدادهای فشارزا و حوادث پرخطر هستند. در نتیجه اگر یکی از زوجین دارای

مشکل خاصی مانند اعتیاد باشد می تواند در همسر او و حتی زندگی او نیز تاثیر سوء و بدی را به همراه داشته باشد که هم اعتیاد می تواند منجر به ناسازگاری و مشکلات در زوجین و خانواده گردد و هم اینکه این ناسازگاری باعث تشدید مصرف مواد مخدر شود.

در سال‌های اخیر پیشرفت‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات مصرف مواد ایجاد شده و گزارش‌های مختلف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و برتری آن در مقایسه با عدم درمان، درمان دارویی به تنهایی یا درمان‌های غیر اختصاصی و نیز اثربخشی حداقل برابر آن با سایر مداخلات روان‌شناختی در درمان اختلالات مختلف اعتیادی در جمعیت‌های مختلف ارائه شده است. 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 به وجود آوردن تغییر تاکید دارند (کوری، ۱۳۸۷).

همچنین برای حل تعارض زوجین و کمک به بهبود سازگاری و کارکرد سلامت خانواده، مداخله‌های روان‌شناختی مختلف با تمرکز بر خانواده معرفی شده‌اند. در این میان، رویکرد شناختی-رفتاری بر تبادل تعامل میان زوجین یا اعضای خانواده، با تأکید خاص بر ماهیت روابط متعامل انتظارها، باورها و اسناد تمرکز دارد (داتیلیو، ۲۰۱۰). درمانگران شناختی-رفتاری تلاش می‌کنند تا مسئله را با تمرکز بر موانع تغییر یا از طریق اصلاح سیستم‌های باور فرد از اعضای خانواده یا در مورد فردیت‌شان یا اصلاح نقائص مهارت‌های مشارکت جویانه به هنگام تغییر کردن بررسی کنند. رویکرد شناختی-رفتاری به طور منحصر به فرد بر حالتی متمرکز است که در آن ساختار بندی مجدد باورهای هسته‌ای (یا روان‌بنه‌ها) اهمیت دارند. روان‌بنه‌ها در بطن تعارض زوجین قرار دارند (داتیلیو، ۲۰۰۵). روان‌بنه‌ها به طور مشخصی الگوهایی هستند که در واقعیت یا تجربه افراد نفوذ می‌کنند تا به افراد کمک کنند که آن واقعیت یا تجربه را توجیه کنند، یا

میانجی ادراک‌ها شده و پاسخ‌های آن‌ها را هدایت می‌کند (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳). بنای اصلی این رویکرد، تمرکز بر افکار و ادراک‌ها و تأثیر آن‌ها روی هیجان‌ها و رفتارها است (داتیلو، ۲۰۰۵). در اغلب موارد، این باورهای غیرمنطقی هستند که موجب انسداد توانایی زوجین برای تغییرکردن می‌شوند. از درمانگری شناختی-رفتاری برای زوجین از اوایل دهه ۱۹۸۰ استفاده شده است. این الگو بر پاسخ‌های هیجانی و رفتاری نسبت به رویدادهای زندگی تأکید دارد که به واسطه تفسیرهای وابسته به طرز فکر آن‌ها میانجی‌گری می‌شوند، این تفسیرها می‌توانند تحریف شده یا نامتناسب باشند (باکوم، ۲۰۱۰).

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 داشته و باعث افزایش رضایت فرد از سطح زندگی خویش می‌شود. نتایج پژوهش عاشوری، ملازاده و محمدی (۱۳۸۷) نشان داد درمان گروهی شناختی-رفتاری در بهبود سبک‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود افراد معتاد مؤثر است. نتایج پژوهش حمید، عیدی بایگی و دهقانی (۱۳۹۱) نشان داد که روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین مؤثر است. نتایج پژوهش فتوحی بناب، حسینی نسب و هاشمی نصرت‌آباد (۱۳۸۸) نشان داد که آموزش رویکردهای زوج درمانی شناختی-رفتاری، اسلامی و تحلیل رفتار متقابل، سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار را افزایش می‌دهد و در این راستا زوج‌درمانگری شناختی-رفتاری نسبت به زوج‌درمانگری اسلامی و تحلیل رفتار متقابل اثر بخش‌تر بوده است. نتایج پژوهش آگاه و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد گروه درمانگری شناختی-رفتاری موجب کاهش تعارض زناشویی و افزایش رضایت‌مندی زناشویی و مؤلفه‌های آن شده است. نتایج پژوهش بروکی میلان، کمرزین و زارع، (۱۳۹۳) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در بهبود راهبردهای مقابله‌ای و بهبود سلامت روانی و جسمانی بیماران وابسته به مواد مخدر 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، اصغر نژاد فرید، عاطف وحید، و بوالهری، ۱۳۸۷). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثر بخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی موفقیت چندانی ندارد (روزن و همکاران، ۲۰۰۶). مدل‌شناختی-رفتاری مجموعه‌ای از روش‌های مداخله را در بر می‌گیرد که با استفاده از آن‌ها می‌توان شناخت‌های غلط و ناکارآمد فرد معتاد را شناسایی و تصحیح نمود و با تغییر مهارت‌های سازش، آثار سودمندی روی فرد گذاشته و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارت‌های اجتماعی او را به نحوی بازسازی و تقویت کند که مجبور نباشد در مواجهه با موقعیت‌های خطرآفرین یا بحرانی، به سوءمصرف مواد پناه برد (لیت، کادن و کابلا-کورمیر، ۲۰۰۹). توجه به جوانب روان‌شناختی در درمان اعتیاد نقش مهمی در کاهش عود آن، ریزش بیماران از درمان و افزایش سطح تحمل برای ترک شده و باعث بهبود علائم روان‌شناختی برانگیزاننده فرد به سمت مصرف در طول درمان می‌شود. بنابراین جهت برنامه‌ریزی اقدامات مناسب، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، نیاز به آشنایی با درمان‌های مناسب از جمله درمان شناختی-رفتاری در افراد معتاد می‌باشد.

مشکلات ارتباطی از رایج‌ترین مشکلاتی است که زوجین بیان می‌کنند. بیش از ۹۰ درصد زوج‌های آشفته این مشکلات را به عنوان مسئله اصلی در روابط خود بیان می‌کنند. مشکلات ارتباطی مسئله کلیدی در رویکردهای ارتباطی به خانواده است. این رویکردها تعارض زناشویی را به عنوان رابطه‌ای ناکارساز تحلیل می‌کنند. این منازعات اغلب دور باطلی را ایجاد می‌کنند که یافتن نقطه آغاز در آن بی‌معناست (بهراری و همکاران، ۱۳۹۰). با توجه به اینکه ارتباطات سالم در خانواده می‌تواند کمک شایانی به ترک اعتیاد و کاهش مصرف مواد مخدر در افراد معتاد داشته باشد و در نهایت باعث افزایش رضایت‌مندی و سازگاری و حل بحران در خانواده و گرم شدن کانون خانواده و صمیمیت و خرسندی زناشویی گردد در نتیجه هدف از پژوهش پاسخ‌دهی به این سوال

است که آیا درمان شناختی-رفتاری بر کاهش تعارضات و افزایش سازگاری زناشویی افراد معتاد موثر می‌باشد؟

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعه مورد مطالعه شامل ۱۰۰ نفر افراد معتاد مراجعه‌کننده به مراکز متادون درمانی ترک اعتیاد نیکو سلامت شهرستان قروه در سال ۱۳۹۴ بود. تعداد ۳۰ نفر از افراد معتاد متاهل با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به تصادف به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۳ جلسه روان‌درمانی شناختی-رفتاری را به صورت گروهی بر اساس دستورالعمل (مایکل فری، ۲۰۰۵) دریافت کردند، اما گروه گواه تحت هیچگونه آموزشی قرار نگرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: رضایت افراد انتخاب شده به شرکت در جلسات درمان، وابستگی به مواد مخدر، داشتن پرونده در کلینیک ترک اعتیاد نیکو سلامت، دارا بودن حداقل تحصیلات راهنمایی جهت نوشتن تکالیف، حضور حداقل یک ماه در کلینیک مربوطه.

ابزار

۱- پرسش‌نامه تعارض‌های زناشویی: این پرسش‌نامه توسط براتی و ثنائی (۱۳۷۵) ساخته شده که دارای ۴۲ سوال است که هفت حوزه‌ی کاهش همکاری (سوالات ۳، ۹، ۱۴، ۲۱، ۲۷)، کاهش رابطه جنسی (سوالات ۴، ۱۰، ۱۵، ۲۸، ۳۳)، افزایش واکنش هیجانی (سوالات ۵، ۱۱، ۱۶، ۲۲، ۲۹، ۳۴، ۳۹، ۴۱)، افزایش رابطه با اقوام خود (سوالات ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۳، ۳۰، ۳۵)، کاهش رابطه با اقوام همسر (سوالات ۱، ۱۹، ۲۵، ۳۷، ۴۰، ۴۲)، جدا کردن امور مالی از همدیگر (سوالات ۲، ۸، ۱۳، ۲۰، ۲۶، ۳۲، ۳۸)، افزایش جلب حمایت فرزند (سوالات ۷، ۱۸، ۲۴، ۳۱، ۳۶)، را بررسی می‌کند (بهراری و همکاران، ۱۳۹۰). دامنه نمرات سوال‌ها بین ۱ تا ۵ و دامنه نمرات پرسش‌نامه بین ۴۲ تا ۲۱۰ می‌باشد. ضریب اعتبار

این ابزار در مطالعه فرحبخش (۱۳۸۴)، ۰/۶۹ و در مطالعه بهاری و همکاران (۱۳۹۰)، ۰/۸۰ به دست آمد. ضریب اعتبار این ابزار در مطالعه حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه سازگاری زناشویی: این پرسش‌نامه توسط اسپاینر^۱ با ۳۲ گویه و ۴ بعد رابطه اعم از رضایت زناشویی (سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۳۱، ۳۲)، همبستگی زناشویی (سوالات ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸)، توافق زناشویی (سوالات ۱، ۲، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵) و ابراز محبت (سوالات ۴، ۶، ۲۹، ۳۰) ساخته شد. نمرات از صفر تا ۱۵۱ متغیر است که کسب نمرات بیشتر یا برابر ۱۰۰ به معنای سازگاری افراد و نمرات کمتر از ۱۰۰ به معنای وجود مشکل در روابط زناشویی و عدم سازگاری و تفاهم خانوادگی است (عرب بافرانی، کجباف، عابدی و حبیب الهی، ۱۳۹۲). اسپاینر (۱۹۸۶) اعتبار ۰/۹۶ را از طریق آلفای کرونباخ گزارش نمود. ضریب اعتبار این ابزار در مطالعه حمید و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۹۴ به دست آمد. ضریب اعتبار این ابزار در مطالعه حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

روش اجرا

بعد از انتخاب نمونه و گروه‌بندی تصادفی، مداخله‌ی شناختی-رفتاری گروهی به شرح جدول ۱ در گروه آزمایش اجرا شد.

جدول ۱: محتوای درمان گروهی شناختی-رفتاری

جلسات	محتوا
جلسه مقدماتی	آماده‌سازی و تعیین اهداف، آشنایی با افراد گروه.
جلسه اول	مروری بر تکلیف قبل از درمان؛ سخنرانی آموزشی الف: خوش آمدگویی، 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 هدایت‌شده؛ تکلیف برای جلسه آینده.
جلسه دوم	مرور تکلیف جلسه اول؛ سخنرانی آموزشی الف: دسته‌بندی باورها؛ شناخت تعارض‌های شایع؛ شناخت چرخه‌های تعامل منفی؛ سخنرانی آموزشی ب: اضطراب، خشم بیمارگونه، شناسایی افکار خودآینده؛ تمرین:

جدول ۱: محتوای درمان گروهی شناختی-رفتاری

جلسات	محتوا
جلسه سوم	افکار خود آیند مرتبط با گروه درمانی؛ سخنرانی آموزشی. ج: مقاومت در برابر درمان؛ تمرین: شناسایی مقاومت‌های احتمالی و روش‌های پیشگیری از آن‌ها؛ تمرین ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه آینده.
جلسه چهارم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی؛ ریلکسیشن؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه پنجم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. ب: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه ششم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. الف: انواع باورها؛ تمرین: دسته بندی باورها؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه هفتم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. الف: نقشه‌های شناختی؛ سخنرانی آموزشی؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه هشتم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. الف: باورها می توان تغییر داد؛ تمرین: تهیه فهرست از باورهایی که در تاریخ بشر و در زندگی خود شرکت کنندگان تغییر کرده‌اند؛ سخنرانی آموزشی. ب: آزمون باورها، تحلیل واقعیت؛ تمرین: تحلیل عینی؛ سخنرانی آموزشی ج: تحلیل معیار؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه نهم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. الف: تحلیل همسانی؛ تمرین تحلیل همسانی؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
جلسه دهم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. الف: تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ سخنرانی آموزشی. ب: ادامه تحلیل منطقی؛ تمرین: تحلیل منطقی؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه یازدهم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. الف: تهیه سلسله مراتب؛ سخنرانی آموزشی. ب: باور مخالف؛ تمرین: شروع به ایجاد باورهای مخالف؛ تعیین تکلیف برای جلسه بعد.
جلسه دوازدهم	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. الف: تغییر ادراکی؛ تمرین: تکمیل برگه‌های تغییر ادراکی؛ سخنرانی آموزشی. ب: بازدارنده قشری اختیاری؛ تمرین: بازدارنده قشری اختیاری در یک گروه بزرگ؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. الف: تنبیه خود - خود پاداش دهی؛ تمرین: تنبیه خود خود پاداش - دهی؛ سخنرانی آموزشی. ب: روش‌های نگهدارنده؛ تمرین: تدوین یک طرح نگهدارنده؛ تعیین تکلیف برای هفته آینده.
	مخدر؛ سخنرانی آموزشی - آشنایی با روش پیکان عمودی؛ تمرین: پیکان عمودی پیشرفته؛ تمرین ادامه پیکان عمودی؛ سخنرانی آموزشی. ب: مرور برنامه؛ بر نامه‌ای برای پیگیری و ارزیابی پس از درمان؛ برنامه اختتامیه.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

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

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
سازگاری زناشویی	آزمایش	پیش آزمون	۸۵/۰۲	۲/۸۸
		پس آزمون	۹۴/۵۴	۳/۱۲
تعارض زناشویی	گواه	پیش آزمون	۸۵/۸	۲/۴۳
	آزمایش	پس آزمون	۸۵/۸۷	۱/۹۶
	گواه	پیش آزمون	۱۴۵/۸۷	۵/۲۵
		پس آزمون	۱۲۹/۲۷	۴/۷۹
	گواه	پیش آزمون	۱۴۴/۸	۵/۵
		پس آزمون	۱۴۴/۸۵	۵/۶۲

برای بررسی اثربخشی مداخله می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل همگنی شیب رگرسیون است. نتایج تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای همراه (پیش آزمون) و وابسته در سطوح عامل (گروه آزمایش و گواه)

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
تعارض زناشویی	۸۳۸	۲	۴/۱۸	۰/۸۲۵	۰/۴۵
سازگاری زناشویی	۱/۹۴	۲	۰/۹۷	۰/۶۰۳	۰/۵۵

همانگونه که مشاهده می‌شود، تعامل متغیرهای همراه (پیش آزمون‌ها) و وابسته (پس آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) معنادار نیست ($P > 0/05$). بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیون‌ها رعایت شده است. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد در تعارض زناشویی ($F = 0/075, P > 0/05$) و سازگاری زناشویی ($F = 0/89, P > 0/05$). برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F = 1/07, P > 0/05, M = 0/361$). برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع‌ها داشت ($P > 0/05$). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چند متغیری انجام شد که نتایج حکایت از معناداری تفاوت دو گروه داشت

($0/97 =$ اندازه اثر، $P < 0/015$ ، $F = 461/613$ ، $0/026 =$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

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

متغیرها	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	مجدوراتا
تعارض زناشویی	۲۰۲۱/۶۶	۴۰۳/۶۵	۰/۰۰۰۵	۰/۹۳
سازگاری زناشویی	۶۳۹/۶	۴۰۹/۵۴	۰/۰۰۰۵	۰/۹۴

همانگونه که مشاهده می شود درمان شناختی- رفتاری بر تعارض زناشویی و سازگاری زناشویی موثر بوده است. به عبارتی آموزش درمان شناختی- رفتاری توانسته نمره تعارض زناشویی را در شرکت کنندگان گروه آزمایش کاهش و نمره سازگاری زناشویی را افزایش دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سازگاری زناشویی و تعارض زناشویی افراد معتاد بود که با توجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری بر ارتقا و بهبود سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی افراد معتاد مؤثر می باشد. نتایج تحقیق با نتایج پژوهش های مشابه مانند عاشوری و همکاران (۱۳۸۷)، فتوحی بناب و همکاران (۱۳۸۸)، حمید و همکاران (۱۳۹۱)، بروکی میلان و همکاران (۱۳۹۳)، آگاه و همکاران (۱۳۹۳)، و مک هاگ و همکاران (۲۰۱۰) همسو می باشد. نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی در افراد معتاد می شود. آگاهی افراد از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آن ها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می شود 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 افراد برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی شود که می تواند منجر به افزایش سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی در افراد گردد. بر طبق درمان شناختی- رفتاری تفکرات مثبت و منطقی جایگزین تفکرات منفی و غیر منطقی و تحریفات فکری شده و سعی می شود 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 این پژوهش باشد. در واقع در درمان شناختی رفتاری، با استفاده از راهبردهای مداخله شناختی نظیر ساختاربندی مجدد (سنجش مزایا- معایب یک شناخت)، در نظر گرفتن بدترین و بهترین نتیجه یک موقعیت، ارزشیابی تجارب و منطقی‌های حامی شناخت، تحلیل پیکان عمودی رو به پایین، شناسایی الگوهای ارتباطی مبتنی بر موقعیت و استفاده از پرسش‌گری سقراطی و اکتشاف هدایت شده، هدف درمان قرار می‌گیرند. می‌توان با کاربرد فنون درمان شناختی- رفتاری به باز ارزشیابی منطقی تفکرات فرد پرداخت و آن‌ها را اصلاح کرد. از این طریق، به بهبود روابط و افزایش سازگاری زوجین و کاهش تعارضات کمک کرد. از سوی دیگر، با تغییر الگوهای ناکارآمد فکر، می‌توان به ایجاد حس رضایت و سازگاری و افزایش آن و کاهش تعارضات کمک کرد. این امر می‌تواند سوء تفاهمات و ارتباط‌های غیر موثر و در نتیجه ناکامی و خشم و حتی کاهش مصرف مواد مخدر را به دنبال داشته باشد. با توجه به این که الگوهای رفتاری آموختنی هستند از طریق درمان شناختی- رفتاری می‌توان اسنادهای منفی و بازخوردهای منفی و تحریف شده و اهداف غیر واقع‌بینانه و رفتارهای ناکارآمد را با رفتارهای سازگارانه و اهداف واقع‌بینانه تعدیل و جایگزین نمود. این امر می‌تواند به حل تعارضات و سازگاری افراد معتاد کمک نموده و افزایش سازگاری و حل تعارضات در زندگی باعث بهبود شرایط روحی و روانی فرد می‌شود و کمک شایانی به ترک مواد مخدر در فرد می‌نماید. همچنین افرادی که دارای تعارض و ناسازگاری هستند در برقراری ارتباط و بحث در مورد مشکلات ارتباطی دچار مشکل هستند و نمی‌توانند فعالیت‌های اوقات فراغت را با هم تنظیم کنند. با توجه به اینکه برقراری ارتباط موثر زوجین و خانواده یکی از نیازهای اساسی می‌باشد؛ در نتیجه عدم رضای این نیاز اساسی و عدم استفاده درست از اوقات فراغت می‌تواند زمینه مصرف مواد مخدر و حتی تعارض و ناسازگاری در زندگی را ایجاد نماید، درمان شناختی- رفتاری می‌تواند مدیریت زمان و تنظیم نمودن و هماهنگ نمودن فعالیت‌ها در اوقات فراغت و

حل تعارضات و زمینه سازگاری را ایجاد نموده و زمینه‌ی کاهش و ترک مصرف مواد مخدر و اعتیاد را ایجاد نماید و افراد را به زندگی سالم رهنمون سازد.

بک، راش، شاوربراین و امری^۱ (۱۹۷۹) معتقدند تعریف‌های شناختی باعث ناراحتی و تضاد در زندگی افراد می‌شوند. این ادراک متفاوت همسران از موقعیتی واحد سوء تفاهم است که موجب بروز تعارض و هیجان‌ها و رفتارهای منفی می‌شود (بک، ۲۰۰۵). از این رو، به نظر می‌رسد استفاده از رویکردهای شناختی-رفتاری نظیر آموزش راهبردهای تغییر رفتار و بازسازی شناختی بتوانند باعث کاهش تعارض زناشویی و بهبود روابط زوجین شود و زمینه را برای کاهش مصرف مواد مخدر و همچنین ترک مواد مخدر فراهم نماید.

از دیدگاه شناختی-رفتاری، سوء مصرف مواد یک الگوی رفتاری آموخته شده است که از طریق تجربه کسب می‌شود و فرایندهای یادگیری نقش بسیار مهمی در ایجاد و تداوم وابستگی به مواد افیونی ایفا می‌کند (مومنی و همکاران، ۱۳۹۲). اگر مصرف مواد منجر به کسب نتایج مطلوب مانند داشتن احساس خوب و کاهش تنش شود تداوم آن می‌تواند به عنوان یک شیوه ترجیحی برای کسب همان نتایج باشد. هدف این درمان، پاک نگه‌داشتن بیمار با استفاده از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و آموزش‌های چندوجهی در زمینه‌های مختلف است. بنابراین این تکنیک‌ها در بهبود سازگاری زناشویی و کاهش تعارض زناشویی افراد معتاد اثر بخش است.

با توجه به اینکه افکار منفی و غیر منطقی می‌تواند زمینه ناسازگاری و تعارض و عدم استفاده صحیح از امکانات و منابع و عدم تصمیم‌گیری درست و منطقی را به دنبال داشته و در مواقع مشکل افراد راه فرار از مشکلات حتی طبیعی زندگی را روی آوردن به مواد مخدر می‌دانند، تغییر شناختی در رویکرد شناختی-رفتاری به این امر تأکید می‌کند که افراد افکار خودآیند منفی خود را شناسایی و مهارت‌های تفکر منطقی را یاد بگیرند و با افکار خودکار منفی خود مقابله نمایند و حتی بتوانند افکار مثبت را جایگزین افکار منفی کنند و در مواقع مشکل معقول و منطقی و مسئله‌مدار تصمیم‌گیری و عمل نمایند و زمینه

سلامت زندگی، سازگاری و کاهش تعارضات زناشویی و کاهش مصرف و ترک مواد مخدر را ایجاد نماید.

در تبیین دیگر نتایج به دست آمده می توان به دلایل گوناگونی اشاره کرد: یک دلیل کلی، به آثار مفید گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی بر می گردد. گروه درمانی به افراد کمک می کند تا مهارت های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه های شان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (ریچارد، ۱۳۸۶). آنان از مشاهده ی مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می کنند (اتکینسون، ۱۳۸۴)، که گروه درمانی می تواند منجر به افزایش سازگاری و کاهش تعارض گردد و در نتیجه به عنوان یک حمایت اجتماعی می تواند زمینه کاهش مصرف و ترک مواد مخدر را فراهم آورد. از بعد دیگر می توان مطرح نمود که اعتیاد و مصرف مواد مخدر با تخریب شدید کارکرد فردی، خانوادگی و اجتماعی همراه است و پیامدهای ناشی از مصرف مواد به روابط اجتماعی و خانوادگی فرد نیز لطمه می زند. مواردی همچون عدم علاقه اجتماعی، شک و تردید، تظاهر، ناسازگاری، نگرانی از پی بردن اطرافیان به مصرف مواد در فرد، برجسب خوردن، تهمت هایی که بالقوه به فرد معتاد زده می شود، تاثیراتی که مصرف مواد بر فرد گذاشته و باعث افزایش تعارض و بروز خفگیات منفی در او می شود، همگی از عواملی هستند که در روابط اجتماعی فرد اختلالاتی را به وجود می آورد. فرد در یک چرخه معیوب گرفتار می شود، و همین کم شدن رابطه با اطرافیان او را به سمت مصرف مواد سوق می دهد تا از این طریق راهی برای پر کردن خلاءهای عاطفی خود داشته باشد؛ در درمان شناختی- رفتاری بر بهبود روابط فرد با دوستان، آشنایان، همسر و فرزندان تاکید می شود تا منابع حمایتی او از اغنای کافی برخوردار باشد و این بهبود روابط هم زمینه سازگاری زناشویی و حل تعارضات و هم باعث کاهش مصرف و ترک مواد مخدر شده و سلامت فرد، خانواده و جامعه نیز تامین می شود.

خلاصه کاربرد این پژوهش این است که با داشتن آگاهی می توان بر اساس روش های مشاوره ای میزان مشکلات را در افراد در آستانه اعتیاد کاهش داد و به تبع آن خطر وقوع

افزایش اعتیاد که متأسفانه امروز رو به تزاید است، کاهش می‌یابد. این به آن معناست که ما در کارگاه‌های مشاوره‌ای به افراد آموزش دهیم که به اصطلاح چشم بسته در دام تبلیغات منفی و اعتیاد قرار نگیرند و هدف این است که از اعتیاد که مانع رشد و رسیدن به هدف مطلوب در جوامع می‌شود، جلوگیری شود. انجام تکالیف شفاهی به جای تکلیف نوشتاری در درمان شناختی-رفتاری به دلیل کم سوادی برخی از شرکت‌کنندگان نیز از محدودیت‌های پژوهش بود. با توجه به افزایش مصرف مواد پیشنهاد می‌شود در سطح کشور پژوهش‌های جامعی در مورد میزان مصرف مواد صورت بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی در جلسات درمانی، جلسات استحکام موقعیت و یادگیری جهت پیشگیری از عود و بازگشت نشانه‌ها برگزار گردد. از پیشنهادات دیگر ارائه‌ی برنامه‌هایی مانند: مقابله با عرضه مواد مخدر توسط دولت؛ نقش مهم رسانه‌های گروهی در افزایش شناخت افراد از معضلات اعتیاد؛ نقش مهم والدین در تعاملات‌شان با همدیگر و همچنین با فرزندان؛ آموزش افراد برای مهارت نه گفتن؛ آموزش مقاومت در برابر فشار همسالان و ... می‌باشد.

منابع

- اتکینسون، ریتال (۲۰۰۵). زمینه روان‌شناسی هیلگارد، ترجمه حسن رفیعی (۱۳۸۴)، تهران، انتشارات ارجمند.
- امراهی، ریحانه؛ روشن چسلی، رسول؛ شعیری، محمد رضا و نیک آذین، امیر (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج‌های فامیلی و غیر فامیلی. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲۰(۸)، ۲۲-۱۱.
- آگاه، لیلیا؛ جان بزرگی، مسعود؛ و غفاری، عدرا (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری گروهی، بر افزایش رضامندی زناشویی زنان دارای تعارض زناشویی (با مقیاس اسلامی). *مجله روانشناسی و دین*، ۲(۷)، ۸۰-۶۱.
- بروکی میلان، حسن؛ کمزرین، حمید و زارع، حسین (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای و علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸(۳۰)، ۱۵۵-۱۴۳.
- بهراری، فرشاد؛ فاتحی زاده، مریم؛ احمدی، سید احمد؛ مولوی، حسین و بهرامی، فاطمه (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباط همسران بر کاهش تعارض‌های زناشویی زوج‌های متعارض متقاضی طلاق. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱(۱)، ۷۰-۵۹.
- حجازی، مسعود؛ آقایی، سکینه و جارچی، علی (۱۳۹۵). مقایسه نگرش‌های ناکارآمد، تحریف‌های شناختی و دشواری تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۲۴۸-۲۳۱.

- حمید، نجمه؛ عیدی بایگی، مجید؛ و دهقانی، مصطفی (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری مذهب محور بر سازگاری زناشویی و سلامت روان زوجین. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۶(۱۰)، ۱۰۳-۸۵.
- خادمی، ملوک و عابدی، فاطمه (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر خوش‌بینی و سازگاری زناشویی. *مطالعات روانشناسی*، ۱۰(۳)، ۲۸-۷.
- خالدیان، محمد؛ غریبی، حسن؛ قلی‌زاده، زلیخا؛ و شاکری، رضا (۱۳۹۲). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۳(۲)، ۲۷۹-۲۶۱.
- خالدیان، محمد؛ کمرزین، حمید و جلالیان، عسگر (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی در افراد معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۸(۲۹)، ۸۸-۷۷.
- خالدیان، محمد و محمدی فر، محمدعلی (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی- رفتاری و معنا درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در افراد معتاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۹(۳۶)، ۸۰-۶۳.
- دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ و بوالهروی، جعفر (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲(۷)، ۴۴-۲۹.
- رشیدی نژاد، حدیث؛ تبریزی، مصطفی و شفیع آبادی، عبدالله (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش گروهی والدین با رویکرد خانواده درمانی ستیر بر جو عاطفی خانواده. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۳)، ۱۱-۴.
- ریچارد اس، شارف (۲۰۰۷). نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره، ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۶). تهران، انتشارات خدمات فرهنگی رسا.
- سلامت، مایده؛ زمانی، احمدرضا؛ و اللهیاری، طلعت (۱۳۸۶). تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی با استفاده از روش تحلیل رفتار متقابل (TA) بر کاهش تعارض زناشویی. *روان‌شناسی کاربردی*، ۱(۳)، ۴۲-۲۹.
- عاشوری، احمد؛ ملازاده، جواد؛ و محمدی، نوالله (۱۳۸۷). اثربخشی درمان گروهی شناختی- رفتاری در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و پیشگیری از عود در افراد معتاد. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۴(۳)، ۲۸۸-۲۸۱.
- عرب بافرانی، حمیدرضا؛ کجاف، محمد باقر؛ عابدی، احمد و حبیب‌اللهی، سعید (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش معنویت بر سازگاری زناشویی زوجین. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۷(۱۲)، ۱۱۲-۹۵.
- عیسی زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظ‌نیا، 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)، ۸۰-۷۴.
- غلامزاده، مریم؛ عطاری، یوسفعلی و شفیع‌آبادی، عبدالله (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کارایی خانواده در زوجین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهر اهواز. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۴۱، ۱۱۰-۸۷.

- فتوحی بناب، سکینه؛ حسینی نسب، سیدداوود؛ و هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش رویکردهای زوج درمانی شناختی-رفتاری، اسلامی و تحلیل رفتار متقابل بر سازگاری زناشویی زوج‌های ناسازگار. *پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، ۱۲۷-۱۰۹، (۳۲)۸.
- فرح‌بخش، کیومرث (۱۳۸۳). مقایسه میزان اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه شناختی‌الیس، واقعیت‌درمانی گلاسر و اختلاطی از آن دو در کاهش تعارضات زناشویی. پایان‌نامه دکتری مشاوره. تهران دانشگاه علامه دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- فری، مایکل (۲۰۰۵). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام (۱۳۸۴). تهران، انتشارات رشد.
- کمرزین، حمید؛ زارع، حسین؛ و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲۲(۶)، ۸۵-۷۵.
- کوری، جرال (۲۰۰۸). نظریه و کاربردهای مشاوره روان‌درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۷). تهران، نشر ارسباران.
- مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز؛ حسین‌پور، محمد؛ و مهدی‌زاده، لیلا (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی در افزایش سازگاری زناشویی زنان متأهل ۲۰-۴۰ سال. *مطالعات آموزش و یادگیری*، ۱۲(۱)، ۱۲۵-۱۳۹.
- مومنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله؛ و پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه‌درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲۷(۲)، ۹۲-۷۹.
- یوسفی، ناصر و خالدیان، محمد (۱۳۹۱). بررسی عوامل فردی، خانوادگی و محیطی گرایش افراد به مواد مخدر و اعتیاد. *فصلنامه مطالعات پیشگیری از جرم*، ۷(۲۵)، ۹۴-۷۷.
- Baucom, D. H. (2010). *Cognitive-behavioral couple therapy*. In K.S. Dobson, *Handbook of cognitive behavioral therapies, 3rd Ed.* New York: The Guilford press, 411-444.
- Beck, A. T., John Rush, A., Shaw Brain, F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General psychiatry*, 62, 953-959.
- Dattilio, F. M. (2005). The critical component of cognitive restructuring in couple's therapy: A case study. *ANZJFT*, 26(2), 73-78.
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*, United States of America: The Guilford Press.
- Huston, T. L., & Melz, H. (2004). The case for marriage: The devil is in the details. *Journal of marriage and family*, 66(4), 943-958.
- 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.
- Liyd, L. (1996). *Individual Marriage and Family*. Wads Worth. Publication. Co.
- 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.
- Rozen, 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.
- Spanier, G. (1986). Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage*, 29(5), 35-42.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.