

مقایسه اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه

شناختی-رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد*

پوپک معینی^۱، سعید ملیحی الذاکرینی^۲، جوانشیر اسدی^۳، افسانه خواجوند خوشلی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۹

چکیده

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد بود. **روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل همسران مردان وابسته به مواد مراجعه کننده به مرکز درمان و باز توانی اعتیاد دکتر معینی شهر گرگان از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۷ بود. از بین آن‌ها، ۴۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (هر یک ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش اول آموزش و درمان فراشناختی افسردگی و گروه آزمایش دوم مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری را دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع-آوری داده‌ها از پرسش نامه احساس انسجام و مقیاس افسردگی بک استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو مداخله منجر به افزایش معنادار احساس انسجام و کاهش معنادار افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد شدند. همچنین، بین اثربخشی دو مداخله بر احساس انسجام و افسردگی در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت. به علاوه، این نتایج در طول مرحله پیگیری پایدار باقی ماندند. **نتیجه گیری:** هر دو مداخله آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس شناختی-رفتاری می‌توانند به عنوان مداخلاتی سودمند در همسران مردان وابسته به مواد به کار گرفته شوند.

کلیدواژه‌ها: آموزش و درمان فراشناختی، مدیریت استرس شناختی-رفتاری، احساس انسجام،

افسردگی، همسران مردان وابسته به مواد

*. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان است.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. پست الکترونیک:

zuckerini99@yahoo.com

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

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

مقدمه

اختلالات اعتیادی از رایج‌ترین مشکلات روان‌پزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مانند نابهنجاری‌های رشدی و وضعیت نامساعد روانی اجتماعی ناشی می‌شوند (فیرستون و کتلت^۱، ۲۰۰۹؛ به نقل از حسونند، میرزایی سرایی و سوری، ۱۳۹۸). وابستگی به مواد در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی تحت عنوان اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد معرفی شده است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). اعتیاد به مواد از رفتارهای خودتخریبی است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارد و قادر است شخص را دچار افت جدی در عملکرد فردی و اجتماعی کند (ناصری‌پلنگرد، محمدی، دوله و ناصر، ۱۳۹۲). مطالعات زیادی ابتلا به مصرف مواد در خانواده را یک پدیده چرخه‌ای دانسته‌اند و احتمال ابتلا به انواع اعتیاد در اعضای خانواده‌های آشفته و گسیخته را بیشتر گزارش کرده‌اند. مصرف مواد مشکلات جدید و متوالی را پدید می‌آورد. غیر قابل اطمینان بودن افراد وابسته به مواد به نوعی به بی‌نظمی و درهم‌ریختگی خانواده می‌انجامد. نخست، خانواده به ویژه همسر، تمام تلاش خود را جهت مهار اعتیاد به کار می‌گیرد، ولی درهم‌ریختگی عاطفی و رفتارهای بی‌ثبات و غیر قابل پیش‌بینی فرد وابسته به مواد استرس و سردرگمی خانواده را تداوم می‌بخشد (محمدخانی، عسگری، آمنه‌فروزان، مومنی و دلاور، ۱۳۸۹). در خانواده‌های گرفتار اعتیاد زنان اغلب می‌کوشند اعتیاد اعضای خانواده خود را پنهان نمایند یا در رفع آن تلاش کنند. بنابراین، ممکن است پیامدهای منفی روانی، جسمانی، اجتماعی، اقتصادی و خشونت خانوادگی گریبانگیر ایشان شود. خشونت‌های جسمانی و جنسی منجر به اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب در این زنان می‌گردد. اعتیاد مرد اغلب نقش‌ها و وظایف خانوادگی را بر هم می‌زند و سبب اضافه شدن فشار و بار مسئولیت بر همسرانشان می‌گردد. زنانی که همسر وابسته به مواد دارند ممکن است خود نیز به اعتیاد گرایش یابند و یا در معرض خطر رفتارهای مرتبط با آمیزش جنسی ناایمن قرار گیرند.

1. Firestone & catlett

2. American Psychiatric Association
(APA)

تحمل فشارهای روانی داخل و خارج خانه و فیزیولوژی جسمانی خاص زنان آنان را مستعد اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب می‌نماید (قاسم‌نژاد و نوری‌زاده، ۱۳۹۵).

زاروزائیان و هنرپروران (۱۳۹۸) پژوهشی کیفی با اتخاذ رویکرد پدیدارشناسی و با هدف تبیین کیفیت زندگی زنان دارای همسر وابسته به مواد انجام دادند. نتایج پژوهش بر آسیب‌پذیری شدید فردی و اجتماعی این زنان نظیر افسردگی، افکار وسواسی، ترس و اضطراب و حساسیت بین فردی تاکید می‌نماید. در این شرایط، زن در نقش همسر در امن‌ترین نهاد اجتماعی یعنی خانواده به جای امنیت و آرامش دستخوش هراس و آسیب و ناامنی می‌شود و علاوه بر تحمل عوارض اعتیاد همسر، خود نیز گرفتار مشکلات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب می‌گردد (تقی‌پور، باغستانی و سعادت‌تی، ۱۳۹۸). شاخص‌های روان‌پزشکی در همسران مردان وابسته به مواد با مشکلات زندگی، اعتیاد همسر، عدم حمایت روحی، عاطفی و مالی از طرف همسر و خشونت مرد بر همسرش ارتباط دارد (مهدی‌زاده، قدوسی و ناجی، ۱۳۹۲). بنابراین، اعتیاد مرد از نقش حمایتی وی در خانواده می‌کاهد. حمایت‌های روحی، روانی و اجتماعی کم‌تر در خانواده منجر به کاهش سلامت روان و بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی و اضطراب در افراد خانواده می‌شود. افسردگی علاوه بر مشکلاتی که برای این زنان ایجاد می‌کند، سبب تداخل با مسئولیت‌های ایشان در خانواده و اجتماع می‌گردد. از این رو، جامعه‌ای که به سلامت خود و نسل آینده‌اش می‌اندیشد باید به بررسی و رفع عوامل زمینه‌ساز، آشکارساز و تداوم بخش افسردگی که یکی از مهم‌ترین آن‌ها اعتیاد است، بپردازد (قاسم‌نژاد و نوری‌زاده، ۱۳۹۵).

پژوهش‌های زیادی بر اساس مدل آسیب‌پذیری-استرس^۱ در آسیب‌شناسی روانی به بررسی نقش عوامل مربوط به خانواده به عنوان عامل زمینه‌ساز در آسیب‌پذیری فرد پرداخته‌اند. هر چه انعطاف‌پذیری شناختی افراد بیشتر باشد، آن‌ها در مواجهه با شرایط غیرمنتظره و جدید بیشتر توان سازماندهی مجدد اطلاعات را دارند و قادر خواهند بود که پیچیدگی مسائل را درک کنند و موقعیت را بررسی نمایند تا ببینند چگونه با تغییر در

متغیرها و اهداف می‌توانند شرایط را تغییر دهند (اسکندری، پژوهی‌نیا و ابویسانی، ۱۳۹۵). احساس پیوستگی یا انسجام از عوامل مهمی است که به سلامت جسمی و روانی افراد کمک می‌کند. احساس انسجام، مقابله موفقیت‌آمیز در برابر چالش‌های زندگی را ارزیابی می‌کند و این مقابله از طریق دیدگاه قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنی‌دار بودن جهان صورت می‌پذیرد (ریوپل^۱، ۲۰۲۰). احساس پیوستگی یا انسجام هسته‌ی مرکزی نظریه سالوتوژنیک^۲ آنتونوفسکی^۳ است و تعریف آن عبارت است از یک جهت‌گیری کلی و جامع که دامنه‌ای فراگیر، پایدار و پویا از اعتماد به نفس را در بر می‌گیرد که در آن فرد محرک‌های درونی و بیرونی در گستره زندگی را ساختارمند، قابل پیش‌بینی و قابل توضیح ببیند؛^۴ منابع جهت مقابله با تقاضاهای زندگی را دست‌یافتنی بداند، یعنی رویدادها را قابل مدیریت ببیند؛ و^۵ تقاضاها را چالش‌های زندگی بداند که ارزش رویارویی را دارند (آنتونوفسکی، ۱۹۸۷؛ به نقل از هاجوالدر^۴، ۲۰۱۹). مطالعه سوپر، واگمکر، پیکوت، و رکویجن و کائولن^۵ (۲۰۱۶) در مدل سالوتوژنیک حاکی از وجود دو عامل زیربنایی در تقویت احساس انسجام است. یکی راه‌کارهای رفتاری که نقش استفاده از منابع مقابله‌ای جهت قدرت‌مند ساختن انسان‌ها در شرایط استرس‌زا را پررنگ می‌داند و دیگری راه‌کارهای ادراکی که بر تامل جهت درک موقعیت استرس‌زا و منابع موجود و در دسترس تاکید دارد. احساس انسجام به طور مستقیم و نیز غیر مستقیم توسط واسطه‌هایی، که مهم‌ترین آن‌ها راهبردهای مقابله‌ای موثر است، بر کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارد (کریستوفرزن، انگستروم و نیلسون^۶، ۲۰۱۸). آنتونوفسکی در نظریه‌ی سالوتوژنیک به این موضوع اشاره دارد که سلامتی چه از نظر جسمانی و چه روانی حالتی از وجود کامل یا عدم وجود آن نیست، بلکه به شکل یک پیوستار بین سلامتی و بیماری است. احساس پیوستگی قوی، فرد را بیشتر به سمت سلامتی متمایل می‌کند. بر اساس

1. Riopel
2. salutogenic approach
3. Antonovsky
4. Hochwalder

5. Super, Wagemakers, Picavet,
Verkooijen & Koelen
6. Kristofferzon, Engstrom &
Nilsson

نظریه آنتونوفسکی، احساس پیوستگی افراد را در برابر بحران‌ها و موقعیت‌های استرس زا قوی می‌سازد (گرونشتین، بلومکه، ناگی، ویپرمن و کرونینگر-جانگابزل^۱، ۲۰۱۴).

در همسران مردان وابسته به مواد اختلالاتی مانند اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی و مشکلات رفتاری از جمله اعتیاد به مواد، رابطه فرازناشویی و تجربه خشونت فیزیکی از جانب همسر بیشتر گزارش شده که ضرورت اجرای برنامه‌هایی جهت پیشگیری و درمان ویژه همسران مردان وابسته به مواد را مطرح می‌سازد (شیری، گودرزی، مرادی و احمدیان، ۱۳۹۹). در دهه‌های اخیر، رویکردهای درمانی متفاوتی با تمرکز بر فراشناخت به موازات هم گسترش پیدا کرده‌اند. درمان فراشناختی^۲ در انگلیس توسط ولز^۳ معرفی شد و آموزش و درمان فراشناختی^۴ در آلمان توسط موریتز^۵ بنیان نهاده شد و دو رویکرد مهم هستند که هر دو از کلمه فراشناخت استفاده می‌کنند، ولی مداخلات درمانی متفاوتی دارند (اندرو، بالزان، جلینک و موریتز^۶، ۲۰۱۸). آموزش و درمان فراشناختی هم محتوای شناختی و هم باورهای فراشناختی را نشانه می‌گیرد. در حالی که، رویکرد ولز با فراشناخت درگیر می‌شود و به محتوای اختصاصی افکار مزاحم کاری ندارد (جلینک، وان کواکی‌بک و موریتز^۷، ۲۰۱۷). آموزش و درمان فراشناختی یک روان‌درمانی گروهی است که آموزش مهارت‌های فراشناختی، درمان شناختی-رفتاری، تصحیح سوگیری‌های شناختی و شیوه‌های ناکارآمد پردازش فکر را شامل می‌شود (موریتز، ویتزوم، رندجبار، وکنستد و وودوارد^۸، ۲۰۱۰). پژوهش جلینک و همکاران (۲۰۱۷) اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی را بر افسردگی، باورهای ناکارآمد و کیفیت زندگی نشان داده است. این مداخله علاوه بر هدف قرار دادن محتوای افکار ناکارآمد (دیدگاه شناختی)، مکانیسم‌های سوگیری‌های شناختی مختص هر بیماری (دیدگاه فراشناختی) را نیز مد نظر قرار می‌دهد. شنایدر، بوکر، ریکر، کاراماتسکو و جلینک^۹ (۲۰۱۸) در پژوهش خود بر افراد مبتلا به

1. Grevenstein, Bluemke, Nagy, Wippermann & Kroeninger-jungaberle
2. metacognitive therapy
3. Wells
4. metacognitive training
5. Moritz

6. Andreou, Balzan & Jelinek
7. Van Quaquebeke
8. Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt & Woodward
9. Schneider, Bucker, Riker & Karamatskos

افسردگی نشان دادند که آموزش و درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی و سوگیری‌های شناختی اثرگذار است. ولز و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی منجر به کاهش نشخوار فکری می‌گردد. بنابراین، می‌توان ارتباطی دوسویه را بین افسردگی و نشخوار فکری استنباط نمود. به دنبال کاهش نشخوارهای ذهنی و باورهای منفی و مثبت فراشناختی، کاهش نشانه‌های افسردگی نیز صورت می‌پذیرد (شاکری، پرهون، محمدخانی، حسنی و پرهون، ۱۳۹۴). همچنین، پژوهش مانیت، مینگ، کانگ و هرنگ-نینگ^۱ (۲۰۱۷) بدعملکردی و نقایص شناختی را نشانه غالب افسردگی اساسی می‌داند و مطرح می‌کند که برای رسیدن به اهداف درمانی و پیشگیری از عود باید اصلاح نقایص شناختی را مد نظر قرار داد.

شیوه دیگری از مداخله که برای حیطه‌هایی چون اعتیاد و اضطراب و افسردگی چه به صورت فردی و چه گروهی تاثیر مطلوبی داشته، مدیریت استرس شناختی-رفتاری است. این مداخله ترکیبی از تکنیک‌های آرمیدگی و تکنیک‌های شناختی-رفتاری است که تحت عنوان مداخله‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری با یکدیگر ادغام شده‌اند. هدف این برنامه چندجانبه، مقابله موثر با اثرات زیان‌بار استرس شامل ابعاد شناختی، رفتاری، هیجانی، جسمی و اجتماعی استرس است و به طور مستقیم و غیر مستقیم بر بهبود اختلالات روانی، بیماری‌های جسمی و مشکلات اجتماعی اثرگذار است. در مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، شیوه‌های برخورد کارآمد و موثر با عوامل استرس‌زا آموزش داده می‌شود و مهارت‌های ارتباط موثر، قاطعیت و مدیریت خشم تشریح می‌گردد (آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن^۲، ۱۳۸۸). آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، شامل مواردی چون افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، ابراز وجود، مدیریت خشم و برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه است (خیری، صالحی و سلطانی‌شال، ۱۳۹۷). افزودن تکنیک‌های آرام‌سازی، راه کارهای مقابله‌ای و مهارت‌های بین فردی به

1. Manit, Ming, Kuang & Herng-Nieng

2. Antoni, Ironson & Schneiderman

درمان گروهی شناختی-رفتاری می تواند آشفتگی های خلقی و استرس را کاهش داده و کیفیت زندگی را افزایش بخشد (لوپز^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). ترپ، هجارتاگ و بیشولت^۲ (۲۰۱۹) اثربخشی برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر قابلیت مدیریت استرس، خودکارآمدی و عزت نفس را نشان داده اند. از آنجا که استرس جزء جدانشدنی از زندگی خانواده های درگیر اعتیاد است، ضرورت یادگیری مهارت مدیریت استرس در همسران آسیب پذیر به چشم می خورد. مدیریت استرس شناختی-رفتاری با ارتقای عوامل تاب آوری که شامل کنترل، تعهد و به چالش کشیدن مشکلات است، سبب افزایش تاب آوری می شود (اسدی حقیقت، زهراکار و فرزاد، ۱۳۹۸). مهدی و حقایق (۱۳۹۶) تاثیر آموزش گروهی حل مسئله (به عنوان بخشی از مدیریت استرس) در بهبود رضایت زندگی و راهبردهای مقابله ای خانواده سوء مصرف کنندگان مواد را گزارش کرده اند. همچنین، فراهانی و حیدری (۱۳۹۶) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش رفتار آسیب به خود و افزایش خودانسجامی اثربخش است و می تواند به عنوان یک روش کارآمد مورد استفاده قرار گیرد. آموزش مدیریت استرس دستیابی به خودآگاهی و شیوه صحیح کنترل عواطف و روش های کارآمد مقابله با استرس را ممکن می سازد و از این راه موجب کاهش نشخوارهای فکری افسرده ساز می شود (شیخان، حسن آبادی، سپهوندی و میردریکوند، ۱۳۹۵). حبیبی، قنبری، خدایی و قنبری (۱۳۹۲) در پژوهش بر روی زنان سرپرست خانوار با همسران وابسته به مواد نشان دادند که مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی اثرگذار است.

رانه^۳ و همکاران (۲۰۱۷) فراتحلیلی با هدف بررسی مطالعات انجام شده بر مداخلات روان شناختی بر افراد خانواده فرد وابسته به مواد در کشورهای با درآمد کم و متوسط انجام دادند. این فراتحلیل ۴ مقاله منتشر شده بین سال های ۲۰۰۳ و ۲۰۱۴ و دو مطالعه از کنیا و ویتنام و مالزی را بررسی نمود. اکثر خانم ها مادر، همسر یا خواهر فرد وابسته به مواد بودند. وجه مشترک تمام مداخلات عبارت بود از: دادن اطلاعات درباره اعتیاد، آموزش

مهارت‌های مقابله‌ای و ایجاد حمایت. نتیجه این فراتحلیل نشان داد که وقتی درک رفتارهای اعتیادی بیشتر می‌شود، پریشانی روانی و جسمی کمتر می‌گردد. مداخلات با بالا بردن عزت نفس و رفتارهای جراتمندانه، سبب بهتر شدن مکانیسم‌های مقابله‌ای می‌گردند. مداخلات گروهی پذیرش بالاتری داشته‌اند. در مطالعات انجام شده در حیطه اعتیاد، کمتر به مساله خانواده و به ویژه همسران افراد وابسته به مواد توجه شده است. در همین تعداد محدود مطالعات در مورد همسران، پژوهش‌ها بیشتر از نوع آماری و رابطه‌ای جهت مشخص کردن مشکلات این زنان بوده و کمتر مطالعه‌ای برای رفع این مشکلات انجام گردیده است (منوچهری، گلزاری و کردمیرزا، ۱۳۹۴). پژوهشگران خانواده را یک ساختار سیستمیک می‌دانند، از این رو درمان‌های تک‌بعدی به تنهایی نمی‌توانند روابط خانواده را با همه ابعادش در نظر داشته باشند. مشکلات زنان دارای همسر وابسته به مواد نیز پیچیده و چندبعدی است و توجهی چندجانبه را می‌طلبد (شیری و همکاران، ۱۳۹۹). از آنجا که درمان‌های روان‌شناسی متنوع و رو به رشد هستند، این امکان وجود دارد که با توجه به نیازهای شخصی و ترجیحات هر بیمار مناسب‌ترین شیوه درمان را برای وی برگزید (موریتز، لیساکر، هوفمن و هوتزینگر^۱، ۲۰۱۸). این زنان به دلیل اعتیاد همسران خود نیاز به گروهی از مهارت‌ها برای سازگار شدن یا غلبه بر شرایط سخت دارند. از این رو، کشف این که کدام یک از درمان‌های روان‌شناختی در جهت کمک به این زنان در کسب مهارت‌های لازم کارآمدتر است، ضروری است. در جستجوهای انجام شده در مطالعات داخلی و خارجی توسط پژوهشگر این مطالعه دیده شد که اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و نیز مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در مورد جامعه همسران مردان وابسته به مواد مورد بررسی قرار نگرفته است. این امور بیانگر اهمیت موضوع است و نشان می‌دهد که باید به طور جدی در این حیطه پژوهش و مداخلات کارآمد صورت گیرد. بنابراین، پژوهش حاضر جهت کمک به حل مشکلات چندجانبه زنان دارای همسر وابسته به مواد، به بررسی تفاوت اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد

پرداخت و به دنبال پاسخگویی به این سوال اصلی بود که آیا بین اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی همسران مردان وابسته به مواد تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت بود از ۱۲۵۰ نفر از همسران مردان وابسته به مواد 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. با توجه به این که در تحقیقات آزمایشی تعداد ۱۵ نفر در هر گروه در شرایط کنترل شده و به شرط تکرار می‌تواند قابل تایید باشد (دلاور، ۱۳۹۳) و با توجه به ماهیت آموزشی پژوهش حاضر، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌های پژوهش در پیش‌آزمون، تعداد افراد نمونه به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سابقه اعتیاد همسر به مواد مخدر افیونی که حداقل از شش ماه قبل شروع شده یا عود نموده، رضایت کتبی فرد برای شرکت در پژوهش، داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی و داشتن تسلط کافی به زبان فارسی. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات سایکوتیک بر اساس مصاحبه بالینی، ابتلا به اختلال افسردگی اساسی یا دوقطبی بر اساس مصاحبه بالینی، مصرف فعلی داروهای روان‌پزشکی، مصرف الکل یا مواد مخدر یا محرک، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله و عدم تمایل به ادامه مشارکت در فرایند اجرای پژوهش. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار اسپاس تجزیه و تحلیل شدند

ابزار

۱- پرسش نامه احساس انسجام^۱: این پرسش نامه یک مقیاس ۲۹ سوالی است که توسط آنتونوسکی در سال ۱۹۸۷ ساخته شد. به اعتقاد او آزمون احساس انسجام ظرفیت افراد در مقابله با موقعیت های فشارزا را از طریق قابل درک بودن، قابل مدیریت بودن و معنی دار بودن زندگی ارزیابی می کند (آنتونوفسکی، ۱۹۸۷؛ به نقل از سیلوراشتاین و هیپ^۲، ۲۰۱۴). پرسش نامه ی ۲۹ ماده ای احساس انسجام شامل ۲۹ سوال است که قابل درک بودن (۱۱ سوال)، قابل مدیریت بودن (۱۰ سوال) و معنادار بودن (۸ سوال) را مورد سنجش قرار می دهد. هر سوال بر روی یک طیف لیکرت هفت درجه ای از یک تا هفت نمره گذاری می شوند. تعداد سیزده سوال به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره نهایی آزمون از ۲۹ تا ۲۰۳ می باشد که نمره بالاتر نشانگر احساس انسجام بیشتر است (ریوپل، ۲۰۲۰). در ۲۶ مطالعه، ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۲ الی ۰/۹۵ را به دست آمد. همچنین، ضریب بازآزمایی در فاصله ی دو سال برابر با ۰/۵۴ بود (آنتونوفسکی، ۱۹۹۳؛ به نقل از علی پور و شریف، ۱۳۹۱). اریکسون و لندستروم^۳ (۲۰۰۵) در یک بررسی سیستمی روی مجموعه ی ۴۵۸ مقاله ی علمی و ۱۳ پایان نامه ی دکتری نتیجه گرفتند که پرسش نامه های احساس انسجام ۲۹ و ۱۳ سوالی پایا و معتبر هستند و قابلیت کاربرد بین فرهنگی را دارند. آلفای کرونباخ برای پرسش نامه ی ۲۹ سوالی در ۱۲۴ پژوهش بین ۰/۷۰ الی ۰/۹۵ بود و ضریب بازآزمایی در فاصله ی یک سال برابر با ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ بود (علی پور و شریف، ۱۳۹۱). کیامرثی و ایل بیگی قلعنه ی (۱۳۹۱) ضریب همبستگی فرم بلند و کوتاه این مقیاس را ۰/۷۴ گزارش کرده اند. ابوالقاسمی، زاهد و نیرمانی (۱۳۸۸) نیز آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۷۸ گزارش نموده اند. آنتونوفسکی (۱۹۹۳، ۱۹۸۷) به طور شفاف بیان می کند که سه مولفه این پرسش نامه از نظر مفهومی با هم در آمیخته اند و جدا کردن این سه مولفه از نظر روش شناسی غیر ممکن است (هاچوالدر، ۲۰۱۹). بنابراین، به منظور محاسبه نمره احساس انسجام باید تنها نمره کل را مد نظر قرار داد. بنابراین، در پژوهش حاضر تنها نمره کل

1. Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29)

2. Silverstein & Heep

3. Eriksson & Lindstrom

احساس انسجام مورد تحلیل قرار گرفت. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ پرسش نامه احساس انسجام در زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۹۱ و ۰/۹۲ به دست آمد.

۲- پرسش نامه افسردگی بک-ویرایش دوم^۱: این پرسش نامه شکل بازنگری شده پرسش نامه افسردگی بک می باشد که توسط بک، استیر و براون^۲ (۱۹۹۶) طراحی شده است و ۲۱ سوال دارد و به منظور سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان بالای ۱۳ سال بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چهارم طراحی شده است. در پرسش نامه افسردگی بک از آزمودنی خواسته می شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سوالات پاسخ دهد. در این پرسش نامه آزمودنی از بین چهار گزینه، یکی از گزینه های که نشانگر شدت افسردگی اوست را بر می گزیند. هر ماده نمره ای بین ۰ تا ۳ می گیرد و بدین ترتیب نمره کل دامنه ای از ۰ تا ۶۳ دارد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش نامه به این ترتیب می باشند: افسردگی جزئی نمره ۰ تا ۱۳، افسردگی خفیف نمره ۱۴ تا ۱۹، افسردگی متوسط نمره ۲۰ تا ۲۸، افسردگی شدید نمره ۲۹ تا ۶۳. در راهنمای آن نقطه برشی برای عدم وجود افسردگی تعیین نشده است (فتی، بیرشک، عاطف وحید، دابسن^۳، ۲۰۰۵). این مقیاس با مقیاس هامیلتون همبستگی ۰/۷۱ دارد. پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۹۱ می باشد. همسانی درونی این پرسش نامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). مشخصات روان سنجی این پرسش نامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی دو نیمه کردن ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ بوده است. میزان آلفای کرونباخ این پرسش نامه در پژوهش حاضر در زمان پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۹ و ۰/۹۱ بود.

1. Beck depression inventory-II (BDI-II)

2. Beck, Steer & Brown
3. Dabson

روش اجرا

برای شروع مطالعه، ابتدا کد اخلاق پژوهش (IR.GOUMS. REC. 1397.107) از واحد پژوهش دانشگاه علوم پزشکی گلستان اخذ شد. سپس، در مرکز درمان و بازتوانی اعتیاد دکتر معینی در گرگان که شرایط مداخله و آموزش را داشت اطلاع‌رسانی شد و از میان همسران مردانی که در این مرکز پرونده داشتند و جهت شرکت در پژوهش اظهار تمایل کرده بودند، لیستی تهیه شد. در مرحله بعد، جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و تعداد ۴۵ زن که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند. با رعایت اصل رازداری و اخذ رضایت کتبی، پیش‌آزمون اجرا گردید. پس از آن، افراد به روش تصادفی ساده از طریق برداشتن اسامی از گوی در سه گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. برای یک گروه آزمایش پروتکل آموزش و درمان فراشناختی برای افسردگی^۱ که دربخش نوروسایکولوژی بالینی دانشگاه هامبورگ (۲۰۱۴) تدوین گردیده، اجرا گردید. در ایران، این پروتکل برای اولین بار در این پژوهش جهت همسران مردان مبتلا به اعتیاد استفاده گردیده است. برای گروه دیگر آزمایش، پروتکل آنتونی و همکاران (۱۳۸۸) اجرا گردید. اثربخشی پروتکل آنتونی در بسیاری از اختلالات و نیز افراد عادی در خارج و داخل کشور گزارش شده است (اسدی‌حقیقت و همکاران، ۱۳۹۸). برای گروه کنترل تا پایان پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفت، اما پس از پایان پژوهش به لحاظ اخلاقی جلسات برای ایشان نیز برگزار شد. جلسات گروهی ۲ ساعته و به صورت دو بار در هفته اجرا شد و هر جلسه جزوه آموزشی و تکلیف ارائه گردید. در پایان مداخلات، تکمیل پرسش‌نامه‌ها به عنوان پس‌آزمون اجرا شد و سه ماه پس از آن مرحله پیگیری انجام شد. محتوای جلسات آموزش و درمان فراشناختی برای افسردگی (دانشگاه هامبورگ، ۲۰۱۴) در جدول ۱ بیان شده است.

جدول ۱: خلاصه پروتکل درمانی آموزشی و درمان فراشناختی افسردگی (دانشگاه هامبورگ، ۲۰۱۴)

جلسه	موضوع	هدف و محتوا
اول	آشنایی با مدل فراشناختی تفکر و استدلال	بحث در مورد این که چطور 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 این که حافظه دارای خطاست و بسیاری از خاطرات با استدلال منطقی و رنگ‌آمیزی 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	خودارزشمندی	بحث درباره عزت نفس و ارزش ذهنی‌ای که فرد فارغ از نظر دیگران برای خود قائل است و راه‌های تقویت آن.
پنجم	شیوه تفکر و استدلال	بررسی بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی و سبک اسناد و آشفته‌گی‌های تفکر.
ششم	رفتارها و راهبردهای افسرده‌ساز	بررسی مباحث مربوط به اندیشناکی (شش‌خوار 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.

مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری طبق روش آنتونی (آنتونی و

همکاران، ۱۳۸۸) در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه پروتکل آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری (آنتونی و همکاران، ۱۳۸۸)

جلسه	موضوع	هدف و محتوا
اول	استرس زها و پاسخ‌های استرس-آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای	توضیح در مورد ساختار برنامه، معرفی اولین مولفه استرس، استرس-زها و پاسخ‌های استرس شامل تأثیرات جسمی استرس و پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامتی، آموزش و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای.
دوم	استرس و آگاهی-آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای	تأثیرات استرس در حوزه‌های مختلف، استرس و آگاهی، تمرین افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس و تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای.
سوم	ارتباط افکار و هیجان‌ها-تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای	ارتباط افکار و هیجان‌ها، هیجان‌ها، حس‌های بدنی، تمرین قدرت فکر، معرفی فرایند ارزیابی و شناسایی افکار منفی افراطی و غیرواقع-بینانه در مقابل افکار منفی واقع‌بینانه و ادراکات درست از موقعیت پراسترس، چگونگی اصلاح ارزیابی خود در موقعیت پراسترس برای تعدیل افکار منفی و تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای چهار گروه ماهیچه‌ای.
چهارم	تفکر منفی و تحریفات شناختی-تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل جایگزینی افکار منطقی-آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما	شناسایی افکار خودکار منفی، انواع تحریفات شناختی، بحث در مورد تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تنفس دیافراگمی و ترکیب آن با تصویرسازی و تمرین آرمیدگی عضلانی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص.
پنجم	تفاوت خودگویی منطقی و غیر منطقی، تشخیص و تمایز هر یک، آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما	تفاوت خودگویی منطقی و غیر منطقی، تشخیص و تمایز هر یک، آموزش پنج گام جایگزینی افکار منطقی و آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما.
ششم	مقابله کارآمد و آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی	تعریف مقابله، معرفی انواع مقابله‌ی کارآمد و ناکارآمد مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، آشنایی اعضا با سبک مقابله‌ای خود و آشنایی با بهترین نوع مقابله برای انواع گوناگون استرس‌زها و آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی.
هفتم	اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای موثر و آموزش خودزاد	آموزش گام‌های مقابله کارآمد، تمرین مقابله کارآمد، آموزش معرفی تکنیک نرم کردن برای استرس‌زهای طاقت‌فرسا، تمرین نرم

جدول ۲: خلاصه پروتکل آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری (آنتونی و همکاران، ۱۳۸۸)

جلسه	موضوع	هدف و محتوا
	همراه با تصویرسازی و خودالقای	کردن در برابر درد، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای و اجرای مراقبه‌ی نور خورشید همراه با خودزادها
هشتم، نهم و دهم	مدیریت خشم و مراقبه‌ی مانترا آموزش ابرازگری، مراقبه‌ی شمارش تنفس حمایت اجتماعی و تصویرسازی و مراقبه	بحث در مورد مفهوم خشم و پاسخ‌های خشم، آگاهی شرکت-کنندگان نسبت به پاسخ و الگوهای خاص خشم خویش، آموزش مدیریت خشم، معرفی مراقبه، تاثیرات جسمی مراقبه، کاربرد پزشکی مراقبه و انواع آن و تمرین مراقبه مانترا. معرفی سبک‌های ارتباط بین فردی، برقراری ارتباط موثر، آموزش ابراز وجود، استفاده از مهارت حل مسئله در تعارض‌ها و مراقبه‌ی شمارش تنفس
		توضیح شبکه حمایت اجتماعی، لزوم وجود آن، موانع ایجاد و حفظ شبکه حمایت اجتماعی، تصویرسازی و مراقبه، مراقبه‌ی شمارش تنفس، مرور برنامه و کمک به اعضای گروه در ایجاد برنامه‌ی مدیریت استرس برای خویش.

یافته‌ها

میانگین (انحراف استاندارد) سن شرکت کنندگان پژوهش ۳۷/۴۲ (۶/۴۳) سال بود. میانگین (انحراف استاندارد) سال‌های تاهل شرکت کنندگان ۱۳/۶۷ (۷/۸۰) سال بود. میزان تحصیلات ۱۵/۵۶ درصد شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۵۱/۱۱ درصد دیپلم، ۲۸/۸۹ درصد کارشناسی و ۴/۴۴ درصد کارشناسی ارشد بود. ۳۵ درصد شرکت کنندگان پژوهش حاضر شاغل بودند و باقی شاغل نبودند. ۱۱/۱۱ درصد شرکت کنندگان بدون فرزند، ۲۸/۸۹ درصد دارای یک فرزند، ۵۳/۳۳ درصد دو فرزند و ۶/۶۷ درصد بالای دو فرزند داشتند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	مرحله	گروه کنترل		گروه فراشناخت		گروه مدیریت استرس	
		انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد	انحراف میانگین استاندارد
نمره کل	پیش آزمون	۹۹/۸۱	۱۶/۱۳	۱۱۴/۲۷	۱۶/۲۲	۱۱۳/۰۰	۲۸/۱۹
احساس	پس آزمون	۹۷/۵۵	۱۶/۲۳	۱۲۸/۰۰	۲۰/۷	۱۳۸/۵۰	۱۷/۹۶
انسجام	پیگیری	۹۶/۱۸	۱۳/۰۷	۱۳۶/۰۰	۱۴/۰۰	۱۳۱/۹۳	۲۲/۲۰
قابل درک	پیش آزمون	۳۲/۵۵	۶/۸۱	۳۹/۲۰	۶/۱۲	۳۷/۲۰	۱۰/۶۵
بودن	پس آزمون	۳۲/۰۰	۶/۴۸	۴۳/۳۳	۵/۷	۴۴/۰۰	۷/۴۹
	پیگیری	۳۲/۵۵	۶/۲۳	۴۶/۹۳	۵/۹۴	۴۳/۱۳	۸/۳۱
اداره شدنی	پیش آزمون	۳۶/۵۵	۷/۲۱	۴۰/۳۳	۵/۶۴	۳۹/۲۰	۱۰/۱۸
بودن	پس آزمون	۳۵/۲۷	۶/۸۶	۴۵/۸۷	۹/۰۳	۵۰/۱۳	۶/۲۵
	پیگیری	۳۴/۴۵	۶/۳۰	۴۸/۱۳	۵/۷۹	۴۷/۵۳	۷/۸۴
معنادار بودن	پیش آزمون	۳۰/۷۳	۶/۲۱	۳۷/۷	۷/۵۵	۳۶/۶۷	۱۰/۷۳
	پس آزمون	۳۰/۲۷	۵/۶۹	۳۸/۸	۹/۷۱	۴۳/۹۳	۶/۸
	پیگیری	۲۹/۱۸	۵/۱۷	۴۰/۹۳	۶/۲۷	۴۱/۲۶	۸/۰۴
افسردگی	پیش آزمون	۲۲/۵۳	۱۰/۸۷	۱۸/۲۰	۶/۰۹	۲۲/۳۳	۱۲/۴۶
	پس آزمون	۲۰/۵۰	۱۰/۹۱	۱۰/۴۷	۶/۶۱	۶/۴۰	۵/۱۶
	پیگیری	۲۲/۴۰	۹/۳۳	۷/۲۰	۵/۸۵	۸/۴۰	۶/۸۸

با توجه به وجود چند متغیر وابسته، به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول ۴، آماره Z برای متغیر انسجام و افسردگی معنادار نبود که بیانگر نرمال بودن داده‌ها است.

جدول ۴: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		آماره Z	معناداری	آماره Z	معنی-داری	
احساس	گروه فراشناخت	۰/۱۲	۰/۲۰	۰/۱۳	۰/۲۰	معنی-داری
انسجام	گروه مدیریت استرس	۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۱۲	۰/۲۰	معنی-داری
	گروه کنترل	۰/۲۴	۰/۱۲	۰/۱۸	۰/۲۰	معنی-داری
افسردگی	گروه فراشناخت	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۱۲	۰/۲۰	معنی-داری
	گروه مدیریت استرس	۰/۲۲	۰/۰۶	۰/۱۵	۰/۲۰	معنی-داری
	گروه کنترل	۰/۱۹	۰/۲۰	۰/۱۸	۰/۲۰	معنی-داری

یکی دیگر از پیش فرض‌های مهم، رعایت پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس است که برای بررسی آن از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار نیست ($M=93/15$ ، $F=1/65$ ، $p<0/01$). برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لوین استفاده شد. نتایج غیر معنادار آزمون لوین در پیش آزمون ($F=2/14$ ، $p=0/13$)، پس آزمون ($F=0/49$ ، $p=0/62$) و پیگیری ($F=1/40$ ، $p=0/26$) برای متغیر انسجام نشان‌دهنده همگنی واریانس بود ($p>0/05$). همچنین، نتایج آزمون لوین در پیش آزمون ($F=4/12$ ، $p=0/02$)، پس آزمون ($F=4/95$ ، $p=0/01$) و پیگیری ($F=1/95$ ، $p=0/16$) برای متغیر افسردگی نشان داد که همگنی واریانس برای این متغیر در مرحله پیگیری غیر معنادار بود اما در پیش آزمون و پس آزمون معنادار بود و همگنی واریانس برقرار نبود. بنابراین، برقرار نبودن پیش فرض همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و همچنین همگنی واریانس برای متغیر افسردگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مشکل‌ساز نیست، زیرا با توجه به حجم نمونه کافی، آزمون تحلیل واریانس نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. از دیگر پیش فرض‌ها می‌توان به پیش فرض کرویت اشاره کرد. بر اساس نتایج، پیش فرض کرویت برای متغیر احساس انسجام برقرار بود ($M=0/90$ آماره موخلی، $p<0/001$). اما پیش فرض کرویت برای متغیر افسردگی برقرار نبود ($M=0/56$ آماره موخلی، $p=0/14$ ، $p>0/05$). با توجه به این که

اندازه اپسیلون برای متغیر افسردگی در تصحیح هیون فلت (۰/۷۵) بالاتر از تصحیح گرین هاوس (۰/۶۹) و لوور بانند (۰/۵۰) بود، برای گزارش اثر مداخلات بر افسردگی در در آزمون تحلیل واریانس از تصحیح هیون فلت استفاده شد. همچنین، نتایج نشان داد که اثر اصلی درمان فراشناختی و مدیریت استرس معنادار است و بین گروه‌ها حداقل در ارتباط با یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد (اثرات پیلایی، $F_{(۱۴۸,۴)}=۱۳/۵۶$ ، $p<۰/۰۰۱$) و ۲۷ درصد تفاوت‌های مشاهده شده مربوط به عضویت گروهی یا اثرات این مداخلات است. به علاوه، اثر تعامل بین زمان و اثر گروهی نیز معنادار بود (اثرات پیلایی، $F_{(۱۴۸,۸)}=۵/۱۲$ ، $p<۰/۰۰۱$) و ۲۲ درصد تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در طی زمان است. بنابراین، برای تعیین دقیق تفاوت‌ها بین متغیرهای وابسته، نتایج مقایسه با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

منبع	مقیاس	آماره ملاک	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معنی‌داری	اندازه اثر
عامل درون	افسردگی	هیون فلت	۱۱۸۵/۰۷	۱/۵۰	۴۱/۷۰	*۰/۰۰۱	۰/۵۳
آزمودنی	احساس انسجام	فرض کرویت	۱۹۸۴/۸۱	۲	۱۶/۲۵	*۰/۰۰۱	۰/۳۱
تعامل درون	افسردگی	هیون فلت	۳۲۲/۴۵	۳/۰۱	۱۱/۳۴	*۰/۰۰۱	۰/۳۸
آزمودنی و گروه	احساس انسجام	فرض کرویت	۸۳۲/۳۲	۴	۶/۸۲	*۰/۰۰۱	۰/۲۷
خطا	افسردگی	هیون فلت	۲۸/۴۱	۵۵/۵۵			
	احساس انسجام	فرض کرویت	۱۲۲/۰۴	۷۴			

* $p<۰/۰۰۱$.

مطابق جدول ۵، نتایج آزمون تحلیل واریانس بیانگر اثربخشی معنادار مداخله‌های درمان فراشناختی و مدیریت استرس بر متغیر افسردگی و احساس انسجام در طی زمان بود ($p<۰/۰۰۱$). به علاوه، تعامل مداخله‌های درمان فراشناختی و مدیریت استرس در طی زمان و گروه بر متغیر افسردگی و احساس انسجام نیز معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$).

جدول ۶: آزمون اثرات بین گروهی

منبع	مقیاس	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	اندازه اثر
گروه	افسردگی	۹۹۵/۴۷	۲	۵/۷۸	* ۰/۰۰۶	۰/۲۴
	احساس انسجام	۱۰۰۷۸	۲	۱۱/۳۹	** ۰/۰۰۱	۰/۳۸
خطا	افسردگی	۱۷۱/۰۰	۳۷			
	احساس انسجام	۸۸۴/۰۰	۳۷			

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$.

به منظور بررسی تفاوت نمرات هر کدام از متغیرهای وابسته بین دو گروه‌های آزمایش و کنترل، نتایج آزمون اثرات بین گروهی در جدول ۶ گزارش شده است. نتایج برای متغیر افسردگی بیانگر تفاوت معنی دار بین گروه‌های آزمایش و کنترل بود ($p < 0.01$, $F = 5.78$) و اندازه اثر ۲۴ درصد بود. همچنین، در رابطه با نمرات متغیر احساس انسجام نیز بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$, $F = 11.39$) و اندازه اثر ۳۸ درصد بود.

جدول ۷: مقایسه‌های زوجی میانگین نمرات بین گروه‌ها

مقیاس	گروه یک	گروه دو	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
افسردگی	درمان فراشناختی	مدیریت استرس	-۳/۵۶	۲/۷۵	۰/۹۰
	مدیریت استرس	کنترل	-۹/۵۷	۳/۰۹	* ۰/۰۰۴
احساس انسجام	مدیریت استرس	کنترل	-۹/۲۲	۳/۰۹	* ۰/۰۰۵
	درمان فراشناختی	مدیریت استرس	-۱/۶	۶/۲۶	۰/۸
	مدیریت استرس	کنترل	۲۹/۰۸	۷/۰۰	** ۰/۰۰۱
	مدیریت استرس	کنترل	۳۰/۶۸	۷/۰۱	** ۰/۰۰۱

* $p < 0.01$. ** $p < 0.001$.

مقایسه زوجی میانگین‌ها در جدول ۷ نشان داد که در متغیر افسردگی و احساس انسجام بین گروه درمان فراشناختی و کنترل و نیز بین گروه مدیریت استرس و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. اما بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در رابطه با این دو متغیر وجود نداشت ($p > 0.05$). بنابراین، هر دو مداخله باعث کاهش افسردگی و افزایش احساس انسجام شده بودند و بین اثربخشی آن‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد انجام شد. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هردو مداخله آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر افزایش احساس انسجام و کاهش افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد بود و این تاثیر در مرحله پیگیری سه ماهه نیز ماندگار بود. همچنین، نتایج مقایسه نشان داد که بین اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس شناختی رفتاری بر احساس انسجام و افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد تفاوت معنادار وجود نداشت.

بر اساس نتایج این پژوهش، آموزش و درمان فراشناختی باعث افزایش احساس انسجام همسران مردان وابسته به مواد شد. پژوهش مستقیمی که دقیقاً همسو با پژوهش حاضر باشد یافت نشد ولی به طور غیر مستقیم این نتیجه پژوهش با یافته‌های موریتز و همکاران (۲۰۱۸)، کریستوفرزان و همکاران (۲۰۱۸) و گرونشتین و همکاران (۲۰۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت احساس انسجام شامل این گرایش افراد است که دنیای خویش را قابل درک، اداره شدنی و با معنا ببینند (سارافینو، ۱۳۹۲). تحمل شرایط سخت با گذشت زمان باعث کاهش حس کنترل بر شرایط زندگی می‌شود. افرادی که ناتوان در مدیریت این وضعیت باشند و سطح انسجام روانی آن‌ها پایین باشد، آسیب زیادی را متحمل می‌گردند. در مقابل، افرادی که احساس انسجام روانی بالایی دارند کمتر این شرایط را استرس‌زا می‌دانند و با دیدی مثبت به وقایع و شرایط تنش‌زا نگاه می‌کنند و آن‌ها را فاجعه نمی‌پندارند (حسینی، ۱۳۹۳). آموزش و درمان فراشناختی با اصلاح فرایند تفکر در همسران مردان وابسته به مواد و کاهش عواطف و افکار منفی و تعدیل پردازش‌های غلط، مقابله با شرایط دشوار زندگی با همسر وابسته به مواد در حال ترک را آسان‌تر کرده و توانایی چیرگی ایشان بر مشکلات را افزایش می‌دهد. هنگام رویارویی با شرایط دشوار و تنش‌زا، باورها و ادراک این زنان اطلاعاتی را در اختیار مغزشان قرار

می‌دهد و شرایط و موقعیت در ذهنشان تفسیر می‌شود. بنابراین، آن‌ها توانایی‌های خود و ارزش مقابله با آن موقعیت را در ذهن خویش ارزیابی می‌کنند. این ارزیابی‌ها فرایندهای شناختی و نیز هیجانات ایشان را برانگیخته می‌سازند. وقتی پردازش اطلاعات مغز متعادل و متناسب شود، همسران وابسته به مواد راهبردهای مقابله‌ای منطقی‌تری به کار می‌گیرند و رویدادها را بیشتر قابل کنترل و مدیریت می‌بینند. تفکر منعطف سبب می‌شود همسران وابسته به مواد در برابر فشارهای زندگی ناشی از مرد وابسته به مواد بتوانند وضعیت و جایگاه خویش را بیشتر بشناسند و درک کنند. وقتی درک شرایط بالا برود و رویدادها قابل کنترل‌تر به حساب آیند، زندگی برای ایشان معنادارتر شده و ارزش این را خواهد داشت که آنان برای ارتقاء زندگی خود و خانواده بیشتر بکوشند. درک‌پذیری، اداره‌شدنی بودن و معناداری اجزا احساس انسجام به شمار می‌روند که هر سه با مداخله فراشناختی ارتقاء می‌یابند. درمان فراشناختی احساس انسجام این زنان را به عنوان یک عامل مقاوم درونی تقویت می‌کند. وقتی سوگیری‌های شناختی آن‌ها کاسته شود و فرایند پردازش اطلاعات ایشان متعادل‌تر گردد، از فاجعه‌انگاری و تفکر همه یا هیچ فاصله می‌گیرند و رویدادهای استرس‌زا را قابل کنترل‌تر می‌بینند. به عبارت دیگر، نگرش معتدل و منعطف که از آموزه‌های آموزش و درمان فراشناختی به همسران وابسته به مواد است، سبب فهم روشن ایشان از وقایع شده (درک‌پذیری) و در نتیجه توان مدیریت شرایط موجود (اداره‌شدنی بودن) ایشان بالا می‌رود و زندگی‌شان هدفمندتر می‌شود (معناداری). بنابراین، احساس انسجام در آنان ارتقا می‌یابد.

نتیجه دیگر این پژوهش نشان داد که مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری باعث افزایش احساس انسجام همسران مردان وابسته به مواد شد. این نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های اسدی‌حقیقت و همکاران (۱۳۹۸)، ترب و همکاران (۲۰۱۹)، فراهانی و حیدری (۱۳۹۶) و مهدی و حقایق (۱۳۹۶) همسو می‌باشد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت مدیریت استرس شناختی-رفتاری تاب‌آوری فرد را می‌افزاید (اسدی‌حقیقت و همکاران، ۱۳۹۸). تاب‌آوری مفهومی نزدیک به احساس انسجام است. در واقع، تاب‌آوری ظرفیت افراد برای سالم ماندن و مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پرخطر است. منظور از

مقابله، کوشش‌ها و تلاش‌هایی است که فرد انجام می‌دهد تا استرس را از میان بردارد، برطرف کند، یا به حداقل رساند و یا تحمل کند. فرد همیشه نمی‌تواند منبع استرس را از میان بردارد، بلکه در مواردی باید آن را کاهش دهد و در مواردی قادر باشد استرس را تحمل کند. بنابراین، باید بیاموزد چگونه استرس‌ها را کاهش دهد و یا به صورتی تحمل کند تا کمتر آزاردهنده باشند (محمدی، ۱۳۹۸). همسران مردان وابسته به مواد با آموختن مهارت‌های مدیریت استرس شناختی-رفتاری، می‌توانند تحمل خود را بالا ببرند و از طرق واکنش مناسب در موقعیت‌های گوناگون بر مشکلات غلبه کنند، به گونه‌ای که رویدادهای ناخوشایند را تغییر دهند و یا تعدیل نمایند. مدیریت استرس آنان را قادر می‌سازد به همسر خویش در ترک موفقیت‌آمیز مواد و رفتارهای اعتیادی کمک کنند. زنانی که در مدیریت استرس ضعیف عمل می‌کنند، آسیب‌پذیرترند و جسارت، قاطعیت و دانایی لازم جهت رویارویی با دشواری‌ها را ندارند. بالا رفتن ظرفیت تحمل، توانایی بیشتر مدیریت شرایط و درک موقعیت از مولفه‌های احساس انسجام هستند که با مدیریت استرس شناختی-رفتاری افزایش می‌یابند.

نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله بر افزایش احساس انسجام همسران مردان وابسته به مواد موثر بودند و بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که حاکی از اثربخشی برابر هر دو مداخله بر احساس انسجام همسران مردان وابسته به مواد بود. این نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های ریوپل (۲۰۲۰)، هاجوالدر و همکاران (۲۰۱۹)، رانه و همکاران (۲۰۱۷) و سوپر و همکاران (۲۰۱۶) همسو می‌باشد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت احساس انسجام آمیزه‌ای از خوش‌بینی به همراه احساس کنترل است. درک‌پذیری جنبه شناختی احساس انسجام است و اداره‌شدنی بودن جنبه رفتاری احساس انسجام است و معناداری جنبه انگیزشی احساس انسجام می‌باشد. این جنبه‌ها از هم جدا شدنی نیستند (ریوپل، ۲۰۲۰). توانمندسازی روان‌شناختی موجب ارتقا کارکردهای اجرایی مانند سازمان‌دهی، برنامه‌ریزی و حل مسئله در زنان دارای همسر وابسته به مواد می‌شود (جعفری، جعفری و حسینی، ۱۳۹۶؛ به نقل از شیرینی و همکاران، ۱۳۹۹). فرایند شناختی نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم خودانسجامی دارد. بنابراین، می‌توان با تغییر

شناخت به بهبود وضعیت زندگی فردی و اجتماعی افراد کمک کرد (فراهانی و حیدری، ۱۳۹۶). طبق مطالعه سوپر و همکاران (۲۰۱۶)، مکانیسم‌های قدرتمندسازی رفتاری و فرایندهای تامل هر دو در کنار هم می‌توانند در فعالیت‌های ارتقا سلامت به کار گرفته شوند و اجزای سه‌گانه احساس انسجام را افزایش دهند. پس راه کارهای ادراکی و رفتاری دو راهبرد زیربنایی در تقویت احساس انسجام به شمار می‌روند. به عبارت دیگر، بکارگیری کارآمد منابع مقابله با استرس و تامل و درک منابع و مقتضیات نه تنها بر سلامتی اثر مثبت می‌گذارد، بلکه تجارب زندگی را پر معنا و یکپارچه می‌کند که همین احساس پیوستگی یا انسجام را تقویت مثبت می‌نماید. فعالیت‌های ارتقاء سلامت، احساس انسجام را تقویت می‌سازد و تقویت احساس انسجام به نوبه خود در موقعیت‌های استرس‌زای جدید به فرد قدرت مقابله می‌بخشد (سوپر و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین، هر دو مداخله سبب شرکت فعال و سازنده همسران در محیط پیرامون خود و پایداری بیشتر در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده در اثر زندگی مشترک با یک مرد وابسته به مواد می‌گردند. در هر دو مداخله سوگیری‌های شناختی مورد هدف قرار می‌گیرند. در هر دو مداخله، بر هر دو بعد شناختی و رفتاری (مانند دوری از اجتناب و انزوا) توجه می‌شود. علاوه بر آن، آموزش و درمان فراشناختی آموزش شامل مهارت‌های فراشناختی و درمان شناختی-رفتاری است. بنابراین، آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری هر دو می‌توانند در افزایش احساس انسجام همسران وابسته به مواد موثر باشند.

طبق نتایج این پژوهش، اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی همسران مردان وابسته به مواد نشان داده شد. این نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های اشنايدر و همکاران (۲۰۱۸)، جلینک و همکاران (۲۰۱۷)، شاکری و همکاران (۱۳۹۴) و ولز و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت که طبق دیدگاه فراشناختی، نشخوار فکری بر هیجان، تداوم خلق افسرده و سوگیری در تفکر و رفتار نقش مهمی دارد. طبق پژوهش ولز و همکاران (۲۰۱۲)، درمان فراشناختی در کاهش علائم بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم اثربخشی طولانی‌مدت دارد. دیدگاه فرد افسرده نسبت به

خود و دیگران منفی است و فکر می‌کند دیگران نیز چنین دیدگاهی نسبت به او دارند. همین امر سبب می‌شود سطح شایستگی ادراک‌شده وی پایین بیاید و ارتباطش با دیگران کم شود (حسنوند و همکاران، ۱۳۹۸). هدف و محتوای اصلی برنامه آموزش و درمان فراشناختی افسردگی بر این محور است که الگوهای آشفته و تحریف‌شده تفکر در افسردگی بر مبنای واقعیت نیستند و معمولاً تک‌بعدی و اغراق‌آمیزند. همسران مردان وابسته به مواد معمولاً عمده تمرکز و توجهشان به اعتیاد همسر و مشکلات ناشی از آن است و افسردگی به درجات مختلف در آن‌ها شایع است. این درمان نحوه تفکر افسرده‌ساز را مورد هدف قرار می‌دهد و خطاهای شناختی را با تمرین‌های عملی به ایشان می‌شناساند. آموزش و درمان فراشناختی به شرح نشخوار فکری به عنوان یکی مهم‌ترین عوامل تداوم افسردگی می‌پردازد، چرخه‌های معیوب اندیشناکی این زنان را به تصویر می‌کشد و فرایند اندیشیدن افسرده‌ساز و اندیشیدن واقع‌بینانه را مقایسه می‌کند. این شیوه درمانی به باید‌ها و استانداردهای سختگیرانه که موجب افزایش افسردگی این زنان می‌شود اشاره می‌کند، شیوه تفکر همه یا هیچ را شرح می‌دهد و تفکر معتدل و منعطف را می‌آموزد. آموزش و درمان فراشناختی به همسران مردان وابسته به مواد عزت نفس، خودارزشمندی و شیوه‌های تقویت آن را یاد می‌دهد تا در زندگی مصمم و هدفمند باشند و بتوانند با وجود سختی‌ها و کاستی‌های زندگی با مرد وابسته به مواد، توانمندی‌ها و نکات مثبت خویش و زندگی‌شان را ببینند و تقویت نمایند. همین امر افسردگی و درماندگی را در آنان کاهش می‌دهد. آموزش و درمان فراشناختی سبب تغییر در شناخت و تعدیل نگرش و باورهای ناکارآمد همسران شده و کمک می‌کند تا هیجانات مثبت بیشتری را تجربه کنند. با آموزش عزت نفس در جلسه چهارم برنامه و آموزش تمثیلی مفهوم کتابخانه خودکارآمدی، نگرش همسران نسبت به خود و دیگران تعدیل می‌شود و می‌توانند رابطه خود را با دیگران بهبود بخشند و قابلیت‌های بالقوه خود را شکوفا نمایند. گنجاندن فعالیت‌ها و تمرین‌ها در برنامه هفتگی سبب می‌شود که این زنان به تدریج از شرایط نامناسب تفکرات منفی و افسرده‌ساز فاصله گرفته و کم‌کم دید بهتر و خوش‌بینانه‌تری نسبت به خود، دیگران و دنیا پیدا کنند. در آموزش و درمان فراشناختی رفتارهای افسرده‌ساز مانند اجتناب و انزوا شرح داده

می‌شوند و همسران مردان وابسته به مواد یاد می‌گیرند از اجتماع کناره‌گیری نکنند و منزوی نشوند و رفتارهای افسرده‌ساز را کنار بگذارند. پس می‌توان نتیجه گرفت که آموزش و درمان فراشناختی سبب کاهش افسردگی همسران مردان وابسته به مواد می‌گردد.

نتایج این پژوهش همچنین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر افسردگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد را نشان داد. این نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های خیری و همکاران (۱۳۹۵) و حبیبی و همکاران (۱۳۹۲) همسو می‌باشد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت آموختن پاسخ مناسب به استرس و شرایط تنش‌زا در همسران مردان وابسته به مواد تا حدود زیادی می‌تواند از تاثیر عوامل استرس‌زا بر سلامت روان خود و اعضای خانواده بکاهد. رویارویی مسئله‌مدار با مشکلات، سلامت روان را در ابعاد مختلف ارتقا می‌دهد (رحیمی، حسینی‌ثابت و سهرابی، ۱۳۹۵). افرادی بهتر از عهده عوامل فشارزا برمی‌آیند که قادر به سازگاری با تغییرات محیطی بوده و توانایی بکارگیری روش‌های مقابله‌ای مختلف در هنگام رویارویی با استرس‌های متفاوت را داشته باشند (محمدی، ۱۳۹۸). اگر همسران به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد از هر دو نوع مسئله‌مدار و هیجان‌مدار مجهز باشند، افسردگی آنان کاهش می‌یابد. مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری انواع پاسخ‌های موثر را برای مقابله با شرایط مشکل‌ساز آموزش می‌دهد و امکان انتخاب کارآمدترین پاسخ‌ها را می‌افزاید. همین امر سبب کاهش ناامیدی و درماندگی این زنان شده و پیامدهای مثبت شناختی، هیجانی و رفتاری را به دنبال دارد. مدیریت استرس توانمندی همسران در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط بحرانی را می‌افزاید و بر نگرش‌های ناکارآمد آنان تاثیر می‌گذارد. همسران با یادگیری ارتباط موثر و قاطعیت یاد می‌گیرند مسائل و تعارضات بین‌فردی خود با همسرشان و نیز کشمکش‌های خانوادگی را تا حدودی حل و فصل نمایند و به گونه‌ای اثربخش بر مسائل زندگی فائق آیند. یادگیری مدیریت استرس تفکر امیدوارانه و هدفمند را می‌افزاید و همین سبب بالا رفتن رضایت از زندگی و کاهش افسردگی می‌گردد. تکنیک‌های آرام‌سازی در کنار تحرک جسمانی، آثار جسمانی حاصل از عوامل استرس‌زا را کاهش می‌دهد، سبب رفع انقباضات ماهیچه‌ها

و آزادسازی هورمون‌های اندورفین و آنکفالین می‌شود که به نوبه خود می‌تواند در شادکامی فرد موثر باشد. تکنیک‌های شناختی-رفتاری مدیریت استرس باعث می‌شوند که حس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس و حمایت اجتماعی در خانواده‌های افراد وابسته به مواد افزایش یابد. این مهارت، خلق منفی و رفتارهای افسرده‌ساز را کاهش می‌دهد. در نتیجه، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند در کاهش افسردگی همسران مردان وابسته به مواد اثربخش باشد.

در این پژوهش هر دو مداخله بر کاهش افسردگی همسران مردان وابسته به مواد موثر بودند و بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که حاکی از اثربخشی برابر هر دو مداخله بر افسردگی همسران مردان مبتلا به اعتیاد بود. این نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های مانیت و همکاران (۲۰۱۷) و شیخان و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد. در تبیین نتیجه فوق می‌توان گفت که آموزش و درمان فراشناختی از طریق مکانیسم‌های عمومی تفکر (دیدگاه فراشناختی) تأثیرش بر سوگیری شناختی ویژه هر بیماری را اعمال می‌کند و در کنار آن بر روی محتوای افکار ناکارآمد نیز کار می‌کند (دیدگاه شناختی). به عبارت دیگر، آموزش و درمان فراشناختی هم محتوای شناختی و هم باورهای فراشناختی را هدف می‌گیرد و می‌توان گفت با یک درمان فراگیر شناختی-رفتاری برای افکار مزاحم، کاملاً همخوانی دارد. در عین حال، هم منظر شناختی و هم فراشناختی اتخاذ می‌کند که یکی نیستند اما مکمل هم می‌باشند (جلینک و همکاران، ۲۰۱۷). هر دو رویکرد آموزش و درمان فراشناختی با کاستن باورهای دخیل در تداوم نشانه‌های افسردگی می‌توانند به کنترل مکانیسم‌های زیربنایی علائم شناختی، هیجانی و رفتاری کمک کنند. به علاوه، هر دوی این درمان‌ها با هدف قرار دادن عوامل کنترل شناخت، نه تنها افکار ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی را کاهش می‌دهند، بلکه راهبردهای ناکارآمد رفتاری مانند اجتناب و انزوا را نیز می‌کاهند. بنابراین، آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری مکمل هم بوده و هر دو بر سیستم‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افسرده‌ساز موثرند و هر دو می‌توانند با مداخله مستقیم بر مکانیسم‌های تداوم‌بخش افسردگی موجب کاهش یافتن علائم افسردگی گردند. اندیشناکی، باورهای منفی،

سوگیری‌های شناختی، پردازش‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای غیر موثر و ناسازگارانه مهم‌ترین عوامل آسیب‌شناسی و تداوم افسردگی هستند. این دو مداخله با اصلاح شیوه تفکر و اصلاح شناختی-رفتاری می‌توانند موجب شوند که درک و پیش‌بینی شرایط و توان این زنان در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا افزایش یابد و برای زندگی خویش هدف و معنایی بیابند. گسترش آگاهی فراشناختی و نیز تکنیک‌های شناختی-رفتاری در مدیریت استرس باعث بالا رفتن سلامت جسمی، روحی و اجتماعی آنان شده و بر کیفیت زندگی آنان در ابعاد مختلف می‌افزاید. عزت نفس، خودارزشمندی، افزایش حمایت اجتماعی، کاهش اندیشناکی و خودسرزنش‌گری و دوری از اجتناب سبب بهبود افسردگی در همسران مردان وابسته به مواد می‌شود.

این پژوهش محدودیت‌های داشت. جامعه پژوهش حاضر محدود به یک مرکز و یک شهر بود که ضروری است در تعمیم نتایج در بلندمدت و به سایر جوامع احتیاط شود. در این دو مداخله، برنامه کاملاً اختصاصی برای همسران مردان وابسته به مواد تدوین نشده‌است، در نتیجه مداخلات اجرا شده در این پژوهش براساس پروتکل‌های جامع این دو حیطه اجرا شدند، در عین حال پژوهشگر کوشید تا با ارائه مثال‌های مرتبط، مطالب را برای ایشان ملموس و قابل مطابقت نماید. محدودیت دیگر، پیشینه محدود پژوهشی کاملاً مرتبط با جامعه آماری بود، زیرا این متغیرها در همسران مردان وابسته به مواد کمتر مورد پژوهش و مداخله بالینی روان‌شناختی قرار گرفته‌اند. اما، همین امر این پژوهش را به نوبه خود نو و بدیع می‌سازد و بر اهمیت آن می‌افزاید. پیشنهاد می‌شود با توجه به این که همسران مردان وابسته به مواد نیازمند حمایت هستند و نیز جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها، پژوهش‌هایی تحت عنوان آموزش و درمان فراشناختی و مدیریت استرس با در سایر جوامع آماری با نمونه‌های بزرگ‌تر و کنترل شده‌تر و به تفکیک مواد مورد مصرف همسران مردان وابسته به مواد در جهت افزایش احساس انسجام و کاهش افسردگی انجام گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود پیگیری‌های طولانی‌تر مثلاً ۶ ماهه یا یک ساله جهت تعیین اثرات درازمدت مداخله و پایداری نتایج صورت پذیرد و نتایج آن‌ها با یافته‌های این پژوهش مقایسه گردد. پیشنهاد دیگر، بررسی و مقایسه تاثیر آموزش و درمان فراشناختی و

مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر سایر متغیرها در همسران مردان وابسته به مواد و نیز بررسی اثربخشی سایر روش‌های درمانی (مثلا درمان راه‌حل‌محور) بر متغیرهای وابسته در همسران مردان وابسته به مواد می‌باشد. همچنین، پژوهش‌هایی مختص خود افراد وابسته به مواد به تفکیک مواد مصرفی از جمله مخدرها، محرک‌ها و توهم‌زها با هدف ارتقاء کیفی درمان‌های غیردارویی اعتیاد صورت گیرد. پژوهش حاضر در کنار سایر پژوهش‌های مشابه، اثربخشی کلی برنامه‌های اجرا شده را می‌سنجد. پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی نیز جهت تعیین فرایندها یا مکانیسم‌های موثر در اجرای این مداخلات انجام شوند. همچنین، بررسی میزان اثر جداگانه هر یک از تکنیک‌های ارائه شده در هر جلسه به صورت یک طرح روندی توصیه می‌شود تا مشخص گردد کدام قسمت برنامه بیشتر و کدام کمتر اثربخش بوده است. این کار می‌تواند به طراحی برنامه‌های مفیدتر و یا کوتاه‌تر در آینده کمک کند. پیشنهاد می‌شود اثر ترکیبی این دو مداخله مورد پژوهش قرار گیرد تا به برنامه‌های جامع‌تر منتهی گردد. پیشنهادات کاربردی این است که با توجه به اثربخشی آموزش و درمان فراشناختی و نیز آموزش مدیریت استرس شناختی-رفتاری، این مداخلات در مراکز مشاوره و درمان و بازتوانی اعتیاد بر روی خانواده‌ها در ارگانها و سازمان‌های ذیربط مانند بهزیستی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، زندان‌ها، کمپ‌های ترک اعتیاد، بیمارستان‌ها و سازمان‌های برنامه‌ریز جهت پیشگیری از اعتیاد استفاده گردد. علاوه بر آن، درگیر کردن هر چه بیشتر خانواده افراد مبتلا به اعتیاد در مداخلات و آموزش‌های روان‌شناختی؛ تهیه و تنظیم بسته‌های آموزشی با استفاده از مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد جهت ارتقا روابط بین-فردی؛ و آموزش و تمرین مهارت‌های زندگی ویژه خانواده‌های درگیر اعتیاد با توجه به مشکلات ویژه خود پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و از تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

منابع

- آنتونی، مایکل؛ ایرونسن، گیل و اشنایدرومن، نیل (۱۳۸۸). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری*. ترجمه سیدجواد آل محمد، سولماز جوکار و حمیدطاهر نشاطدوست. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- 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 اصول بهداشت روانی*، ۱۱(۳)، ۲۳۱-۲۲۲.
- اسدی حقیقت، مهناز؛ زهراکار، کیانوش و فرزاد، ولی الله (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر افزایش تاب آوری در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS). *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران*، ۷(۲)، ۱۹۱-۱۸۲.
- اسکندری، حسین؛ پژوهی نیا، شیمما و ابویسانی، یلدا (۱۳۹۵). تبیین مشکلات روانی مبتنی بر انعطاف پذیری شناختی و تمایز یافتگی خود. *علوم اعصاب شفای خاتم*، ۴(۳)، ۲۷-۱۸.
- تقی پور، شیوا؛ باغستانی، محمدحسین و سعادت، نادر (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش تاب آوری بر کاهش استرس ادراک شده و مشکلات ارتباطی زنان دارای همسر معتاد در حال ترک. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۸۸-۷۱.
- حبیبی، مجتبی؛ قنبری، نیکزاد؛ خدایی، ابراهیم و قنبری، پرستو (۱۳۹۲). اثربخشی مدیریت استرس به روش شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب، استرس و افسردگی زنان سرپرست خانوار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۳)، ۱۷۵-۱۶۶.
- حسنوند، بنفشه؛ میرزایی سرایی، رضوان و سوری، سارا (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی کیفیت زندگی بر تغییر سطح باورهای فراشناختی منفی و مثبت مردان معتاد به شیشه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۳(۵۱)، ۲۰۲-۱۸۹.
- حسینی، مریم (۱۳۹۳). *نقش طول مدت و عوارض جسمانی دیابت بر احساس انسجام و سلامت روان افراد دیابتی نوع ۲*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه فردوسی مشهد.
- خیری، حکیمه؛ صالحی، ایرج و سلطانی شال، رضا (۱۳۹۷). تاثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان آنان. *خانواده و پژوهش*، ۱۵(۴)، ۲۶-۷.
- دلاور، علی (۱۳۹۳). *روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی (ویرایش ۴)*. تهران: نشر ویرایش.

- رحیمی، کاوه؛ حسینی ثابت، فریده و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب آوری و مدیریت استرس (SMART) بر کاهش استرس ادراک شده و تغییر نگرش به مصرف مواد در بین زندانیان مرد وابسته به مواد. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۲)، ۶۶-۴۷.
- زاروزائیان، آرزو و هنرپروران، نازنین (۱۳۹۸). پدیدارشناسی کیفیت زندگی زنان با همسر معتاد. *فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱۱(۳)، ۳۵-۱۱.
- سارافینو، ادوارد پ (۱۳۹۲). *روان‌شناسی سلامت*. ترجمه گروهی از مترجمان زیر نظر الهه میرزایی. تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۴).
- 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.
- شیری، فاطمه؛ گودرزی، محمود؛ مرادی، امید و احمدیان، حمزه (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی زوج درمانی خودتنظیم‌گری-دلبستگی و زوج درمانی سیستمی- رفتاری بر عملکرد خانواده در زنان دارای همسر وابسته به مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۶)، ۲۶۶-۲۴۷.
- شیخان، ریحانه؛ حسن آبادی، حمیدرضا؛ سپهوندی، محمدعلی و میردیکوند، فضل‌الله (۱۳۹۵). اثر آموزش مهارت‌های زندگی بر فراوانی نشخوارهای فکری افسرده‌ساز در همسران جانبازان. *مجله علمی پزشکی جنبدی شاپور*، ۱۵(۶)، ۶۹۷-۷۰۶.
- علی‌پور، احمد و شریف، نسیم (۱۳۹۱). بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه حس انسجام در دانشجویان. *پژوهنده*، ۱۷(۱)، ۵۶-۵۰.
- فراهانی، مریم و حیدری، حسن (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر آسیب به خود و خودانسجامی افراد معتاد به مواد مخدر. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۳)، ۱۴۶-۱۳۱.
- قاسم‌نژاد، سیده‌مدینه و نوری‌زاده، مجید (۱۳۹۵). تعیین میزان اضطراب و افسردگی در زنان با همسران دارای اعتیاد. *فصلنامه سلامت و سالمندی خزر*، ۱۱(۱)، ۴۱-۳۶.
- کیامرثی، آذر و ایل‌بیگی قلعه‌نی، رضا (۱۳۹۱). ارتباط احساس پیوستگی و نارسایی هیجانی با رضایت از زندگی در دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های ADHD. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۱۱(۱)، ۹۲-۷۶.

محمدخانی، پروانه؛ عسگری، علی؛ آمنه‌فروزان، ستاره؛ مومنی، فرشته ودلاور، بهارک (۱۳۸۹).
بروز‌نشانگان روان‌پزشکی در زنان دارای همسران معتاد. *روانشناسی تحولی*، ۶(۲۳)، ۲۴۵-
۲۳۷.

محمدی، شروین (۱۳۹۸). نقش میانجی‌گری علائم روان‌شناختی در رابطه بین تاب‌آوری و
راهبردهای مقابله‌ای درد با ادراک درد و فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به درد ستون فقرات.
پایان‌نامه دکتری، چاپ نشده، دانشگاه آزاد اسلامی کرج.

منوچهری، محدثه؛ گلزاری، محمود و کردمیرزا، عزت‌الله (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش امید‌درمانی
بر به‌کارگیری روش‌های مقابله با استرس در زنان دارای همسر معتاد. *فصلنامه مطالعات
روانشناسی بالینی*، ۶(۲۱)، ۷۸-۹۰.

مهدی، محمدحسین و حقایق، سیدعباس (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر
تاب‌آوری، رضایت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای خانواده افراد مبتلا به سوء‌مصرف مواد.
رویش روان‌شناسی، ۶(۳)، ۱۶۳-۱۹۰.

مهدی‌زاده، سمیه؛ قدوسی، آرش و ناجی، سیدعلی (۱۳۹۲). بررسی تنش‌های درونی همسران
مردان معتاد به هرویین. *نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۲(۳)، ۱۳۸-۱۲۸.
ناصری‌پلنگرد، سهیلا؛ محمدی، فریبا؛ دوله، معصومه و ناصری، محبوبه (۱۳۹۲). عوامل موثر بر
اعتیاد زنان. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و فرهنگ*، ۵(۱۶)، ۳۸-۹۴.

References

- American psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed)*. Washington, DC: Auth.
- 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.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory-II*. [Database record]. APA PsycTests.
- Eriksson, B. L., & Lindstrom, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal Epidemiology and Community Health*, 59(6), 437-437.
- Fata, L., Birashk, B., Atefvahid, M., & Dabson, K. (2005). Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 11(3), 312-326.
- Grevenstein, D., Bluemke, M., Nagy, E., Wippermann, C. E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2014). Sense of coherence and substance use: Examining mutual influences. *Personality and Individual Differences*, 64, 52-57.
- Hochwalder, J. (2019). Sense of Coherence: Notes on Some Challenges for Future Research. *SAGE Open*, 9(2), 1-8.

- Jelinek, I., Van Quaquebeke, N., & Moritz, S. (2017). Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific Reports*, 7(1), 1-8.
- Kristofferzon, M. L., Engström, M., & Nilsson, A. (2018). Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 27(7), 1855-1863.
- Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, M. C., ... & Fletcher, M. A. (2011). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(4), 328-334.
- Manit, S., Ming, M. Y., Kuang, Y. Y., & Heng-Nieng, C. (2017). Cognitive Dysfunction in Asian Patients with Depression (CogDAD): a cross-sectional study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 13, 185-199.
- 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(6), 561-569.
- Rane, A., Church, S., Bhatia, U., Orford, J., Velleman, R., & Nadkarni, A. (2017). Psychosocial interventions for addiction-affected families in Low and Middle Income Countries: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 74, 1-8.
- Riopel, L. (2020). *What Does it Mean to Have a Sense of Coherence? (+Scale)*. Positive Psychology.com. <https://positivepsychology.com/sense-of-coherence-scale/>
- Schneider, B. C., Bucker, L., Riker, S., Karamatskos, E., & Jelinek, L. (2018). A Pilot Study of Metacognitive Training (D-MCT) for Older Adults with Depression. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 29, 7-19.
- Silverstein, M., & Heap, J. (2015). Sense of coherence changes with aging over the second half of life. *Advances in Life Course Research*, 23, 98-107.
- Super, S., Wagemakers, M. A. E., Picavet, H. S. J., Verkooijen, K. T., & Koelen, M. A. (2016). Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health Promotion International*, 31(4), 869-878.
- Terp, U., Hjärthag, F., & Bisholt, B. (2019). Effects of a Cognitive Behavioral-Based Stress Management Program on Stress Management Competency, Self-efficacy and Self-esteem Experienced by Nursing Students. *Nurse Educator*, 44(1), E1-E5.
- University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Department of Psychiatry and Psychotherapy. (2014). *Metacognitive Training for Depression (D-MCT)*. <https://clinical-neuropsychology.de/d-mct-manual-english/>
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive Therapy in Treatment Resistant Depression: a Platform Trial. *Behavior Research Therapy*, 50(6), 367-373.