





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی روانشناسی بالینی

رساله دکتری تخصصی روانشناسی بالینی

عنوان:

مقایسه اثربخشی «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (کِرَفَت) با گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» (نارانان)، در تغییر مراحل انگیزشی مصرف کنندگان مواد و افسردگی و کیفیت زندگی اعضای خانواده آنان

نگارنده:

حسین اسدیگی

استاد راهنما:

دکتر عباس پورشهباز

اساتید مشاور:

دکتر پروانه محمدخانی

دکتر علی فرهودیان

بهمن ۱۳۹۵

شماره ثبت: ۲۵۷-۲۰۰

چکیده

هدف: خانواده مصرف کنندگان مواد از طرفی می توانند در ترغیب بیماران به درمان، نقش مهمی داشته باشند و از طرف دیگر خودشان دچار مشکلات متعددی از جمله افسردگی می شوند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روش مداخله «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (کرفت) با روش گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» (نارانان) بر مراحل انگیزشی تغییر در بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، و بهبود کیفیت زندگی و افسردگی اعضای خانواده آنها (بویژه مادر و همسر) انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با گروه کنترل بود، که در آن دو گروه آزمایش (گروه تقویت اجتماعی و آموزش خانواده و گروه خانواده معتادان گمنام) با یک گروه کنترل (بدون مداخله) مقایسه شدند. نمونه پژوهش شامل ۷۵ نفر افراد مؤنث از خانواده بیماران مصرف کننده مواد بودند که بیماران آنها حاضر به درمان نبودند. این افراد در فرایند پژوهش به سه گروه ۲۵ نفری در گروه روش شناختی رفتاری یا CRAFT، گروه خودیاری خانواده معتادان گمنام یا Nar-Anon و گروه بدون مداخله تقسیم شدند (درنهایت ۲۶ نفر از ادامه همکاری خودداری کردند و ۴۹ آزمودنی باقی ماندند). پس از آن بیماران مصرف کننده مواد این خانواده ها که جهت درمان، اعلام آمادگی کرده بودند مورد توجه قرار گرفتند و سه ماه پس از شروع درمان بررسی شدند.

یافته ها: نتایج تحقیق نشان داد که رویکرد کرفت به طور معنادار، میزان بالاتری از تغییرات سطوح انگیزشی را در مقایسه با دو گروه نارانان و کنترل باعث شده بود. اما هیچیک از دو روش کرفت و نارانان، نتوانست این بیماران را در درمان نگه دارد و اکثر آنها به درمان خود ادامه ندادند. یافته مهم دیگر این بود هیچیک از دو روش کرفت و نارانان در مقایسه با گروه کنترل در کاهش افسردگی، مؤثرتر از دیگری نبود. با این حال، هر دو روش کرفت و نارانان در مقایسه با گروه کنترل، باعث افزایش معنی دار در کیفیت زندگی افراد شرکت کننده در تحقیق شده بود.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می توان چنین ادعا کرد که روش «کرفت» تاثیر خوبی در تغییر مراحل انگیزشی دارد و می تواند بیماران مصرف کننده مواد را از طریق اعضای خانواده، ترغیب به درمان کند اما ماندگاری و ادامه درمان، به نظر مساله پیچیده‌ای است چرا که هیچیک از دو روش «کرفت» و «نارانان» در آن تاثیری نداشتند. همچنین دو روش کرفت و نارانان در کاهش افسردگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد تاثیری ندارند، اما می توانند منجر به بهبود کیفیت زندگی افراد خانواده شوند.

کلیدواژه: تقویت اجتماعی و آموزش خانواده (Craft)، گروه خودیاری خانواده معتادان گمنام (Nar-Anon)،

بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، همراه دلسوز (CSO)، مراحل انگیزشی تغییر.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: کلیات تحقیق
۱	۱-۱. مقدمه
۳	۲-۱. بیان مسئله
۸	۳-۱. ضرورت تحقیق
۱۱	۴-۱. اهداف تحقیق
۱۲	۵-۱. فرضیه های تحقیق
۱۳	۶-۱. تعریف نظری و عملی متغیرها
۱۷	فصل دوم: پیشینه تحقیق
۱۸	۱-۲. مقدمه
۱۸	۲-۲. مصرف و سوء مصرف مواد و اعتیاد
۲۲	۳-۲. خانواده بیماران مصرف کننده مواد
۲۶	۴-۲. نظریه مراحل تغییر انگیزشی و بیماران مصرف کننده مواد
۳۱	۵-۲. انواع مداخلات برای بیماران بی علاقه به درمان
۴۲	فصل سوم: روش شناسی تحقیق
۴۳	۱-۳. مقدمه
۴۳	۲-۳. چارچوب و طرح کلی پژوهش
۴۳	۳-۳. جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری
۴۷	۴-۳. ابزارهای اندازه گیری
۴۸	۵-۳. متغیرهای تحقیق
۴۹	۶-۳. روش اجراء
۵۱	۷-۳. توصیف اجزای «کِرَفْت»
۵۲	۸-۳. گروه خودیاری خانواده معتادان گمنام

۵۳	..... ۹-۳. روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۴	..... ۱۰-۳. ملاحظات اخلاقی
۵۵	..... فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها
۵۶	..... ۱-۴. مقدمه
۵۷	..... ۲-۴. بررسی فرضیه های پژوهش
۵۷	..... ۱-۲-۴: بررسی فرضیه مربوط به کاهش افسردگی در اعضای خانواده ها
۶۱	..... ۲-۲-۴: بررسی فرضیه مربوط به ارتقای کیفیت زندگی در اعضای خانواده ها
۶۸	..... ۳-۲-۴: بررسی فرضیه مربوط به تغییر مراحل انگیزشی بیماران
۷۱	..... ۴-۲-۴: بررسی فرضیه مربوط به نگه داشتن بیماران در درمان
۷۲	..... فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۷۳	..... ۱-۵. مقدمه
۷۳	..... ۲-۵. بحث و نتیجه گیری
۷۹	..... ۳-۵. محدودیت های پژوهش
۸۰	..... ۴-۵. پیشنهادات پژوهشی
۸۱	..... فهرست منابع
۹۴	..... پیوست ها

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول شماره ۱-۳ ویژگی های کلی جمعیت شناختی خانواده های شرکت کننده	۴۵
جدول شماره ۲-۳ ویژگی های کلی جمعیت شناختی بیماران مصرف کننده مواد	۴۶
جدول شماره ۱-۴ شدت افسردگی اعضای خانواده های شرکت کننده در تحقیق	۵۸
جدول شماره ۲-۴ میانگین و انحراف استاندارد افسردگی پیش از مداخله	۵۹
جدول شماره ۳-۴ میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی و کیفیت زندگی در سه گروه	۵۹
جدول شماره ۴-۴ آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نمرات افسردگی	۶۰
جدول شماره ۴-۵ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرونف و شاپیرو ویلک	۶۰
جدول شماره ۴-۶ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی اثر پیش آزمون و گروه	۶۱
جدول شماره ۴-۷ نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه نمرات پس آزمون کیفیت زندگی	۶۲
جدول شماره ۴-۸ آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نمرات کیفیت زندگی	۶۲
جدول شماره ۴-۹ نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرونف و شاپیرو ویلک کیفیت زندگی	۶۳
جدول شماره ۴-۱۰ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی اثر پیش آزمون و گروه	۶۳
جدول شماره ۴-۱۱ نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه نمرات پس آزمون کیفیت زندگی	۶۴
جدول شماره ۴-۱۲ آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی کورایانسهای ابعاد کیفیت زندگی	۶۵
جدول شماره ۴-۱۳ آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نمرات ابعاد کیفیت زندگی	۶۶
جدول شماره ۴-۱۴ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی اثر مداخلات درمانی	۶۶
جدول شماره ۴-۱۵ نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه دو به دو مداخله ها با گروه گواه	۶۷
جدول شماره ۴-۱۶ سطوح انگیزشی سه گروه در مرحله پیش آزمون و پس آزمون	۶۹
جدول شماره ۴-۱۷ فراوانی وضعیت مراجعه جهت درمان بیماران مصرف کننده مواد بعد از مداخلات	۷۰
جدول شماره ۴-۱۸ توصیف بیماران مصرف کننده مواد بر اساس روش درمانی	۷۰
جدول شماره ۴-۱۹ نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر در پیش آزمون	۷۱
جدول شماره ۴-۲۰ نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر در پس آزمون	۷۱
جدول شماره ۴-۲۱ نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر در مرحله پی گیری	۷۲

فصل اول:

کلیات تحقیق

۱-۱. مقدمه:

در حال حاضر حدود ۲۴۶ میلیون نفر در سراسر دنیا، مواد غیرقانونی مصرف می کنند (اوزیر و ارامی^۱، ۲۰۱۶). وابستگی و سوء مصرف مواد یکی از بزرگترین معضلات و آسیب های روانی و اجتماعی جوامع معاصر و یکی از چالش های بزرگ قرن بیست و یکم است (قدسی، هرمان، ماج و سارتوریوس^۲، ۲۰۱۱). کمتر جامعه ای را می توان یافت که از وابستگی به مواد و الکل رها باشد و آن را در صدر مشکلات خود قرار ندهد. امروزه اعتیاد، مشکل اول سلامت در امریکا است (مارتین، وینبرگ و بیلر^۳، ۲۰۰۷). اعتیاد به دلیل اینکه شالوده بسیاری از بیماریهای مربوط به سبک زندگی را ایجاد می کند، گسترده ترین و پرهزینه ترین بیماریهاست (مارتین، وینبرگ و بیلر^۴، ۲۰۰۷). در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت، ۴٪ مرگ و میرها به الکل نسبت داده می شود (راسی^۵، ۲۰۱۲).

افراد به دلایل مختلفی به مواد روی می آورند از قبیل: فشار همسالان، رها شدن از استرس، افزایش انرژی، کسب آرامش، رهایی از درد، فرار از واقعیت، احساس عزت نفس بیشتر و برای تفریح (سینق^۶، ۲۰۱۰). سوء مصرف الکل و مواد قانونی و غیر قانونی، باعث مشکلات و آسیب های اجتماعی دیگری چون دزدی، طلاق، خشونت های خانگی، قتل، از دست دادن شغل و بی کاری، شیوع ایدز و هپاتیت و نیز می گردد (بک، رایت، نیومن و لایز^۷، ۱۹۹۹).

^۱ Ouzir and Errami

^۲ Ghodse, Herrman, Maj and Sartorius

^۳ Martin, Weinberg and Bealer

^۴ Martin, Weinberg and Bealer

^۵ Rossi

^۶ Singh

^۷ Beck, Wright, Newman, Liese

کشور ایران نیز از این معضل روانی و اجتماعی در امان نیست و روند آسیب ها، مسائل و تهدیدهای اجتماعی در کشور به خصوص اعتیاد، رو به رشد بوده به گونه ای که موجب یکی از دغدغه ها و نگرانی مسئولان کشور شده است (صرامی و هندیانی، ۱۳۹۴). طبق گزارش سالانه ۲۰۰۸ حدود ۲۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان به مواد اعتیاد دارند و بیشترین شیوع سوء مصرف مواد افیونی با ۶ درصد در گروه سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله جمعیت ایران مشاهده گردید و پس از آن کشورهای موریتانی و بلاروس به ترتیب با ۲ درصد و ۱/۶ درصد هستند (محمودی و دیگران، ۱۳۹۱؛ رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۴).

باید توجه داشت که هر فرد وابسته به مواد، اطرفیانی چون همسر، فرزند و والدینی دارد که آنان نیز درگیر مشکل مصرف مواد او می شوند. معمولاً یک فرد بیمار، به طور میانگین ۵ عضو خانواده خود را درگیر مشکلات خود می نماید (میرز، میلر و اسمیت^۱، ۲۰۰۱). به این ترتیب با فرض وجود فقط ۲ میلیون بیمار مصرف کننده مواد در ایران، حداقل ۱۲ میلیون نفر در کشور درگیر مشکلات وابستگی به مواد و پیامدهای آن هستند و بنابر این با توجه به آمار ۷۵ میلیون نفری جمعیت کشور، بیش از ۱۵٪ جامعه ایران به نوعی درگیر این مسئله هستند.

معمولاً فرد وابسته به مواد، در خانواده زندگی می کند. خانواده ها قربانیان پنهان مصرف مواد هستند. آنان استرس و دردی مداوم، شدید و فراوان را با خود دارند و از افسردگی، اضطراب عمیق و خستگی مزمن که از نگرانی و ناکامی سرچشمه می گیرد، رنج می برند (بارنارد^۲، ۲۰۰۷). این خانواده ها در آرزوی درمان بیمار خود هستند، اما در واقع در میان افراد وابسته به مواد در دنیا فقط کمتر از ۱۰٪ هستند که از برنامه های درمانی و بهبودی استفاده می کنند (لاندا و گرت^۳، ۲۰۰۸) و اکثر آنها در مراحل انگیزشی پایین (پیش تأملی و تأملی) قرار دارند و به روش مداخله ای نیاز است که در آنها انگیزه برای درمان را ایجاد کند و پس از اقدام به درمان نیز آنها را در درمان، نگه دارد. تا به حال روشهای زیادی در جهت ایجاد این انگیزه و نگه داشتن بیماران وابسته به مواد ابداع شده اما هر کدام قوت و ضعف خاص خود را دارند.

^۱ Meyers, Miller & Smith

^۲ Barnard

^۳ Landau & Garrett

۲-۱. بیان مسئله:

سوء مصرف مواد، مصرف ناسازگارانه مواد شیمیایی است که در طول زمان رخ می دهد و بر روی حوزه ها و مسئولیتهای عمده زندگی تأثیر می گذارد (قدسی و دیگران، ۲۰۱۱). اما اصطلاحات سوء مصرف و وابستگی به مواد در ویرایش پنجم «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»^۱ DSM ۵ حذف شده است چون داده ها بیانگر آن هستند که از سوء مصرف تا وابستگی، پیوستاری دارد که تحت اصطلاح «اختلالات مصرف مواد» قرار می گیرد و ۱۱ ملاک را در بردارد و به صورت خفیف (۲-۳)، متوسط (۴-۵) و شدید (۶-۱۱) علامت گذاری می شود (مک، برادی، میلر و فرانسیس^۲، ۲۰۱۶). مصرف مواد، از شایعترین و پرهزینه ترین مسایل مربوط به سلامت است که دنیای امروز ما با آن روبروست و مخاطرات جدی و پیامدهای شدیدی را برای افراد در سنین مختلف و با زمینه های گوناگون ایجاد می کند (اسکراجز، میرز و کایو^۳، ۲۰۰۵). تخمین زده شده است که هزینه های سوء مصرف مواد در امریکا شامل جرایم، غیبت از محل کار، درمان و هزینه های مالی، سالانه بالغ بر ۲۷۵ میلیارد دلار است (مک و دیگران، ۲۰۱۶). همچنین بر طبق تخمین های داون^۴ در سال ۲۰۰۶ در امریکا بیش از ۱.۷ میلیون مورد از ۱۱۳ میلیون مورد ویزیت اورژانس های پزشکی مربوط به مصرف یا سوء مصرف مواد بوده است (مک و دیگران، ۲۰۱۶).

در ایران نیز مصرف مواد از جمله مهمترین مسائل سلامت تلقی می شود و گاه منجر به شیوع بیماریهای عفونی می شود. در سال ۲۰۱۰ گزارش شده است که حدود ۶۶٪ از موارد HIV مثبت، حاصل اعتیاد تزریقی بوده است (وزیران، ۲۰۱۳)، به نقل از نویدیان، کرمانسراوی، ابراهیمی طبس و سعیدی نژاد، ۲۰۱۶). در ایران سالهاست که ستاد مبارزه با مواد مخدر، آمار اعتیاد و سوء مصرف مواد را ۲ میلیون نفر اعلام می کند (نارنجی ها و دیگران، ۱۳۸۸، مرتضوی، ۱۳۸۲، هاشمی، ۱۳۸۳). از ابتدای انقلاب اسلامی تاکنون حدود ۱۱ میلیون نفر در ایران به علت جرایم مربوط به مواد، از دو روز تا ابد، مجازات حبس داشته اند. حدود ۳۰ درصد این افراد دو تا چند بار دستگیر شده اند. طبق پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر، در سال ۱۳۸۳ صدمات اقتصادی به کشور از ناحیه مواد مخدر، حدود ۱۰ هزار میلیارد تومان بوده است. از این مبلغ حدود ۴۷۰۰ میلیارد تومان، هزینه مواد

۱ Diagnostic and statistical manual of mental disorders

۲ Mack, Brady, Miller and Frances

۳ Scruggs, Meyers & Kayo

۴ Down

مصرف شده توسط معتادان و در نهایت به سود قاچاقچیان است؛ حدود ۲۶۰۰ میلیارد تومان هزینه ای است که دولت پرداخت می کند و بقیه نیز هزینه ای است که مردم به تبع اعتیاد پرداخت می کنند (هاشمی، ۱۳۸۸).

با وجود شمار زیادی افرادی که اختلال وابستگی به مواد دارند، تعداد کسانی که واقعاً درمانی را دریافت می دارند، اندک است. بر طبق تحقیقات انجام شده، هر ساله در بسیاری از کشورها تنها ۵٪ تا ۸٪ از افرادی که مبتلا به وابستگی به مواد هستند به درمان روی می آورند و هر ساله ۹۰٪ تا ۹۵٪ از کسانی که به طور فعال الکل و یا مواد مصرف می کنند تمایلی به درمان یا رفتن به گروههای خودیاری مانند «معتادان گمنام» را ندارند (لاندا و دیگران^۱، ۲۰۰۴). در امریکا، یک تحقیق پیمایشی با مقیاس بزرگ نشان داد که فقط ۱۰٪ تا ۲۰٪ از سوء مصرف کنندگان الکل و مواد برای این مشکل وارد درمان می شوند (اسکراجز، میرز و کایو، ۲۰۰۵).

بر طبق نظریه مراحل انگیزشی تغییر، در مورد تغییر رفتار و به دنبال درمان رفتن، پنج مرحله وجود دارد که افراد آنها را پشت سر می گذارند. در مرحله «پیش تأملی»^۲ آنها حتی نمی پذیرند که مشکلی دارند (ویا مصرف کردن را مهم تر از مشکلات ناشی از آن می دانند). در مرحله «تأملی»^۳ آنها مشکلاتشان را بررسی می کنند اما هنوز دلشان نمی خواهد که مصرف را متوقف کنند. در مرحله «آمادگی»^۴، فرد قصد دارد که از شر مواد و الکل خلاص شود اما در مورد اینکه قادر به این کار هست یا نه دودل است. در مرحله «عمل»^۵، بیماران، کاهش در رفتارهای مصرف مواد و اصلاح در باورهای مربوط به آن را از خود نشان می دهند. کسانی که در مرحله «نگه داری»^۶ هستند، از قبل گامهای بلندی به سوی زندگی عاری از مواد برداشته اند و فعالانه عمل می کنند تا تداوم در این کوشش را ماهها و سالها حفظ کنند (پروچسکا^۷ و دیگران، ۱۹۹۲، به نقل از بک، رایت، نیومن و لایس^۸، ۱۹۹۹).

^۱Landau, J. et al

^۲precontemplative

^۳contemplative

^۴preparation

^۵action

^۶maintenance

^۷Prochaska

^۸Beck, Wright, Newman and Liese

همچنین حتی پس از آن که افراد وابسته به مواد در مراکز درمانی پذیرش می شوند، یک مشکل مهم، نماندن در درمان و ریزش زود هنگام بیماران است (میلر، مایرز و تونیگان^۱، ۱۹۹۹). عود^۲، یک مشکل بالینی و پژوهشی مهم در حوزه درمان وابستگی به مواد است (مایستو^۳ و همکاران، ۲۰۰۳). اکثر افرادی که مصرف مواد را متوقف می کنند، نمی توانند مرحله چهارم و پنجم (عمل و نگه داری) را بگذرانند و دچار عود می شوند و این عود، بیشتر مواقع در ظرف ۹۰ روز از آغاز پاکی است (بک و دیگران، ۱۹۹۹). در واقع در نیمی از مواقع، بیماران پس از قرار گرفتن در درمان، به سوی مصرف سنگین و مداوم مواد لغزش می کنند و در ۹۰ درصد مواقع پیش از آنکه مسیر بهبودی را ادامه دهند، مصرف های کوتاه مدت دارند (خالقی^۴، ۲۰۰۸). تخمین زده می شود که نرخ بهبودی دراز مدت (بالای یک سال) در میان وابستگان به مواد، حدود ۳۵٪ است (اشتراسنر^۵، ۲۰۰۴).

به روشنی ثابت شده است فردی که دچار مشکل وابستگی به مواد است، می تواند تأثیرات منفی آشکاری بر زندگی اعضای خانواده و دوستان خود بگذارد. رایج ترین و آسیب زننده ترین سوء تفاهم در مورد اعتیاد این است که وابستگی به مواد، تنها به فرد مصرف کننده مواد مربوط است و اگر فقط فرد معتاد را درمان کنید، همه مسایل درست می شود. این دیدگاه نه تنها فشارهای مختلفی روی فرد وابسته به مواد می گذرد، بلکه درد و رنجی که خانواده و عزیزان فرد تجربه می کنند را نادیده می گیرد (برنارد، ۲۰۰۷). تأثیری که مشکل وابستگی به مواد یک عضو خانواده بر بقیه می گذارد، بسیار زیاد است و برای اکثر خانواده ها، فاجعه ناشی از رویداد وابستگی به مواد عضو آن، در طی سالها شدیدتر و عمیق تر می شود (برنارد، ۲۰۰۷). مشکلاتی که این اطرافیان با آنها روبرو می شوند، شامل خشونت دیدن، مال باختگی، اضطراب و دل بستگی اندک میان اعضای خانواده است (مانوئل و دیگران، ۲۰۱۲). مسایل دیگری که این همراهان دلسوز^۶ (CSO) اظهار می دارند، شامل خلق افسرده، شکایت های جسمی و اعتماد به نفس پایین است. اطرافیان بیمار علاوه بر این موارد، آشفتگی زناشویی فراوانی را نیز گزارش می کنند (اسکراجز، میرز و کایو، ۲۰۰۵). در ایران مطالعات اندکی به بررسی وضعیت زنانی که بار

^۱ Miller, Meyers & Tonigan

^۲ Relapse

^۳ Maisto

^۴ Khaleghi, M.

^۵ Straussner

^۶ Concerned Significant Others

مسئولیت زندگی با افراد معتاد را به دوش می کشند انجام شده است (محمدخانی، فروزان، عسگری، مومنی و دلاور، ۱۳۸۹).

تا اوایل دهه ۱۹۸۰، الگوی علمی ای در دسترس نبود تا افراد مهم زندگی بتوانند به فرد وابسته به موادی که نسبت به درمان انگیزه ای ندارد، کمک کنند. یاری رساندن به اعضای خانواده، به طور سنتی به یک رویکرد بر مبنای "Al-Anon" (الانان) (گروه خانواده الکلی های گمنام) و «مداخله مؤسسه جانسون» محدود می شد. در «الانان» که گروه خودیاری خانواده های الکلی های گمنام است، به افراد می آموزند که بیمار خود را با عشق رها کنند و مداخله جانسون، از یک مواجهه گروهی ناگهانی استفاده می کند (میرز و اسمیت، ۱۹۹؛ میرز و میلر و اسمیت، ۲۰۰۱). به این معنی که اطرافیان فرد مصرف کننده با برنامه ریزی قبلی در مکانی مانند خانه، به طور ناگهانی بیمار را غافلگیر کرده و نکات منفی مصرف وی را به وی گوشزد می کنند و او را تهدید می کنند که ادامه مصرف مواد، تبعات ناخوشایندی برای او به دنبال خواهد داشت. یکی از علل کم بودن میزان درمانخواهی، این تفکر است که تا وقتی بیمار به انتهای خط اعتیاد نرسد، آماده درمان نیست و کاری از دست خانواده ها بر نمی آید تا باعث شوند فرد بیمار، نیاز به درمان را حس کند. پژوهشها و تجارب بالینی متخصصان، خلاف این را ثابت می کند و اعضای خانواده در کمک به ترغیب فرد مورد علاقه شان که به درمان بی میل است، می توانند نقش قدرتمندی را ایفاء کنند. همچنین اکثر افراد مهم زندگی می توانند از مشاوره ای بهره مند شوند که به آنان می آموزد مستقل تر شوند و از خودشان بهتر مراقبت کنند. با پیشرفت رویکردها در درمانهای روانشناختی، روشهای جدیدتر و مبتنی بر شواهد برای تاثیر اعضای خانواده بر فرد وابسته به مواد و نیز روشهایی جهت کاهش استرس ها و آلام این قربانیان خاموش معرفی و ابداع شد.

روش «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده»^۱ (CRAFT) در دهه های اخیر ابداع شده است و از روش های نوین کمک به خانواده ها در برانگیختن بیمارشان به آغاز درمان به شمار می رود (اسمیت و مایرز، ۲۰۰۴). این روش که توسط «رابرت میرز»^۲ ابداع شده است، با اطرافیان بیمار کار می کند تا افراد دچار اختلال مصرف مواد که درمان را رد می کنند را ترغیب کند که داوطلب درمان شوند (برایگام^۳ و دیگران، ۲۰۱۴). درمانگران آموزش دیده «کرفت» سه هدف را در نظر دارند که دو تا از آنها بر روی فرد مصرف کننده مواد تمرکز دارد و هدف سوم معطوف به افراد مهم زندگی است. هدف اول و نهایی این است که بر فرد مصرف کننده تأثیر گذاشته شود تا به دنبال درمان برود. هدف دوم کاهش مصرف مواد توسط بیمار مورد نظر است. هدف سوم این است که

^۱ Community Reinforcement And Family Training (CRAFT)

^۲ Robert Meyers

^۳ Brigham

به افراد مهم زندگی کمک شود که تغییرات مثبتی در زندگی خود بدهند تا عملکرد روانی خود را بهبود ببخشند، چه بیمارشان وارد درمان بشود و چه نشود (اسمیت و مایرز، ۲۰۰۴). میرز و میلر (۲۰۰۱) تأکید می کنند که «کرفت» بر آموزش مهارت و راهبردهای دیگر تکیه دارد که منجر به استقلال فردی و بهبود اعتماد به نفس و عزت نفس می شود. یکی از ویژگیهای اصلی «کرفت» این است که متمرکز بر مشکل و مهارت محورا است و با استفاده از ایفای نقش، مستلزم این است که فرد شرکت کننده، فعال باشد و از طریق تکلیف دادن، فعال بودن بین جلسات را حفظ می کند (روزن، بلائو و میرز، ۲۰۰۹).

روش «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (CRAFT)، در مجموعه ای از مطالعاتی که در مورد مصرف کنندگان الکل و مواد اجرا شده، موفقیت قابل ملاحظه ای داشته است و اعضای خانواده (مثلا همسر، والدین، فرزندان، فرزندان بزرگسال) یا دوستان فرد مصرف کننده که آموزشهای «کرفت» را دیده اند، به طور موفقیت آمیزی در ۵۵٪ تا ۸۶٪ از موارد توانسته اند فرد مورد علاقه خود را به آغاز کردن درمان، برانگیزند. این میزان، به طور قابل ملاحظه ای بالاتر از نرخی است که در انتخابهای سنتی یعنی «مداخله موسسه جانشون» و «الانان» دیده می شود. بعلاوه چه این افراد مقاوم، به درمان وارد شوند و چه نشوند، معمولاً اطرفیان، احساس رضایت بیشتری از زندگی میکنند و از نظر روانی، احساس سلامتی بیشتری پیدا می کنند (مانوئل و دیگران، ۲۰۱۲).

از دیگر مسایل و مشکلاتی که خانواده افراد وابسته به مواد با آن دست و پنجه نرم می کنند، تاثیر فرد وابسته به مواد بر زندگی هیجانی و عاطفی اعضا خانواده، ایجاد ناامیدی و خستگی در آنها، و در نتیجه کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی افرادی است که با آنان زندگی می کنند (برنارد، ۲۰۰۷). لذا در این خصوص نیز در جای جای جهان، خدمات ویژه ای به اعضای خانواده افراد وابسته به مواد داده می شود. در ایران اگرچه تلاشهایی برای استفاده از این روشها صورت گرفته اما هنوز اثربخشی این روشها در چهارچوب طرحهای پژوهشی مورد بررسی قرار نگرفته و حتی کارآیی روش خودیاری خانواده معتادان گمنام (نارانان^۲) نیز که سالهاست اولین گزینه برای خانواده های سوء مصرف کنندگان مواد بوده (اعتمادی، زارع بهرام آبادی و میرکازمی، ۲۰۱۵)، کمتر مورد مطالعه جدی قرار گرفته است. حتی در کشور امریکا نیز که اولین بار این گروه ها شکل گرفته است، دانش تجربی در مورد جلسات الانان از قبیل ویژگیهای اعضا و تازه واردین و اهداف و استدلال آنها در باره شرکت در جلسات و مسایل زندگی آنها مانند سلامت جسمی و روانی، عملکرد روزمره و وضعیت مصرف خود آنان،

^۱ Roozen, Blaauw and Meyers

^۲ Nar-anon

اندک است (تیمکو، کرانکیت، کاسکوتاس، لاودت، راس و موس، ۲۰۱۴). لذا نیاز است در خصوص این رویکردهای جدید و اثربخشی آنها در ارتقای سلامت روانی و افزایش انگیزه حضور در درمان مطالعات بیشتری صورت گیرد.

بدین منظور، مطالعه حاضر در درجه اول با هدف بررسی اثربخشی روش «کرفت» بر میزان انگیزه حضور در درمان بیماران وابسته به مواد - که تمایلی به درمان نداشتند، صورت گرفت. هدف دیگر این مطالعه بررسی این امر بود که آیا روش «کرفت» در مقایسه با آموزشها و جلسات گروه خودیاری خانواده معتادان گمنام (نارانان)، بر میزان انگیزه حضور در درمان بیماران وابسته به مواد که تمایلی به درمان ندارند و تغییر در مراحل انگیزشی آنها و ماندن آنها در درمان پس از شروع درمان، موثرتر است؟ و هدف نهایی پژوهش بررسی این امر بود که مشخص کند آموزشها و مداخلات مبتنی بر روش کرفت در مقایسه با روش «نارانان» تا چه حد بر کاهش علایم افسردگی و بهبود میزان کیفیت زندگی اعضای خانواده افراد مصرف کننده مواد تاثیر گذار است.

۱-۳. ضرورت تحقیق

با وجود اینکه سوء مصرف و وابستگی به مواد را بلای خانمان سوز می دانند که از اصلی ترین آسیب های اجتماعی و فردی است و پیامدهای جبران ناپذیری را برای فرد و جامعه ایجاد می کند، بیش از ۹۰ درصد مبتلایان به آن از درمان گریزانند و بیماری خود را انکار می کنند و زمانی دست یاری برای کمک دراز می کنند که تخریب های زیادی برجا گذاشته اند که قابل جبران نیست و یا حتی تا لحظه مرگ نیز از رفتار مصرف مواد، دست برنمی دارند (لاندا و دیگران، ۲۰۰۴). موضوعی که بسیار به مسئله برانگیختن بیمار برای درمان ارتباط دارد، این باور دیرینه است که بسیاری در حوزه اعتیاد عقیده دارند که فرد وابسته به مواد، پیش از آنکه کمک بگیرد، می بایست به «انتهای خط»^۱ برسد. بخش زیادی از مؤسسات درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد، با این فلسفه کار می کنند که «فرد وابسته به مواد، مشکلات خود را انکار می کند یا کمرنگ جلوه می دهد و تا وقتی که بیماریش به مرحله پیشرفته نرسیده و مشکلات غیرقابل تحملی در بسیاری از حوزه های عملکردی پیدا نکرده (به آخر خط نرسیده)، انگیزه ای برای درمان ندارد. چنین رویکردی باعث شده است که بسیاری از مؤسسات درمان، منفعل باشند و منتظر باشند تا افراد وابسته به مواد، خودشان به آنها مراجعه کنند. این دیدگاه

^۱ Hit bottom

برخلاف عقیده علمی مرسوم است که شناخت و درمان هر چه زودتر بیمار، منجر به نتایج درمانی بهتری می شود (لاندا و دیگران، ۲۰۰۴).

اورفورد^۱ (۱۹۹۴) بیان داشته است که بررسی کردن خانواده های تحت تأثیر مشکل اعتیاد، به دو دلیل مهم و مرتبط، اهمیت دارد: اولاً که اعضای خانواده در این شرایط، خودشان نشانه های استرسی را آشکار می سازند که به نوبه خود سزاوار کمک است و ثانياً درگیر کردن اعضای خانواده در درمان فرد دچار اعتیادشان می تواند پیامدهای مثبت را افزایش دهد (به نقل از کوپلو، وله من و تمپله تون^۲، ۲۰۰۵).

در جامعه ایران، تاکنون در قبال افراد وابسته به مواد که برای درمان، به جایی مراجعه نمی کنند و به مصرف مواد ادامه می دهند، از اهرم های قهری و اجباری استفاده می شده و یا نهایتاً از اطرافیان آنها (بویژه بانوان) خواسته می شده است که در جلسات گروه خودیاری «خانواده الکلی های گمنام» (الانان^۳) و «خانواده معتادان گمنام» (نارانان) که از الانان نشأت گرفته است شرکت کنند. در این جلسات تأکید بر این است که تا زمانی که خود بیمار داوطلب درمان یا ورود به گروه های خود یاری نشده است، کاری از دست خانواده ها بر نمی آید و آنها می بایست بیمار خود را با عشق رها کنند تا روزی وی به عجز در برابر مواد برسد (فیشر و روگت^۴، ۲۰۰۹). گهگاه نیز به طور جسته و گریخته مشاوران و متخصصان، به خانواده ها آموزش هایی در خصوص نحوه برخورد با بیماران سوء مصرف کننده مواد می دهند تا بر بیماران خود تأثیر بگذارند. اما تاکنون در ایران، آموزشهای مدوّن و اصولی اندکی برای کارشناسان و خانواده ها وجود داشته است که با پشتوانه علمی و پژوهشی از طریق روشی استاندارد بتوانند بیمار بی علاقه به درمان را ترغیب کنند تا به دنبال درمان بروند. از طرف دیگر تقریباً ۴۰ تا ۶۰ درصد کسانی که جهت سوء مصرف مواد، درمان دریافت می کنند، ظرف یک سال به مصرف مواد باز می گردند (فیشر و روگت، ۲۰۰۹). لذا نیاز به درمانی وجود دارد که در خصوص عود اعتیاد بیماران مصرف کننده مواد نیز کمک کننده باشد. حال با توجه به ماهیت بیماری وابستگی و سوء مصرف مواد که انکار و مقاومت را در بردارد (فیشر و روگت، ۲۰۰۹). انجام تحقیقات علمی می تواند ما را به دستیابی به روشی یاری کند تا در کار بالینی بتوانیم بیماران مقاومی که داوطلب درمان نیستند را به درمان جذب کنیم.

^۱ Orford

^۲ Copello, Velleman and Templeton

^۳ Al-anoun

^۴ Fisher and Roget

شواهد معنی داری نشان می دهد که اکثر افراد مبتلا به وابستگی به مواد، در اثر تأثیر مستقیم افراد مهم زندگی در جستجوی درمان برمی آیند (اسکراجز، میرز و کایو، ۲۰۰۵). پژوهشهای مؤسسه ملی سوء مصرف مواد امریکا^۱ (NIDA) نشان داده است که از ۲ میلیون پذیرش در سال در مراکز درمان وابستگی به مواد، در ۷۵٪ موارد گزارش داده بودند خانواده هایشان، دلیل اصلی آمدن آنها به درمان بوده است (لاندا و گرت، ۲۰۰۸). جالب اینکه لاندا و گرت در تحقیقی در اواخر دهه ۱۹۸۰ نشان دادند که از ۳۵۰ نفر مصرف کننده موادی که برای درمان پذیرش شده بودند، کمترین نرخ ماندگاری در درمان، مربوط به بیماران خود ارجاع بوده است و بیشترین نرخ ماندگاری در درمان، مربوط به افرادی بوده است که از دادگاه ارجاع شده بودند (لاندا و گرت، ۲۰۰۸).

روش «کرفت» در مجموعه ای از مطالعاتی که در کشورهای دیگر در مورد مصرف کنندگان الکل و مواد اجرا شده، موفقیت قابل ملاحظه ای داشته است و اعضای خانواده (مثلا همسر، والدین، فرزندان، فرزندان بزرگسال)، یا دوستان فرد مصرف کننده که آموزشهای «کرفت» را دیده اند، به طور موفقیت آمیزی در ۶۴٪ تا ۸۶٪ از موارد توانسته اند فرد مورد علاقه خود را به آغاز کردن درمان برانگیزند. این میزان، به طور قابل ملاحظه ای بالاتر از نرخ است که در انتخاباتهای سنتی یعنی «مداخله مؤسسه جانسون» و «الانان» و «نارانان» دیده می شود. بعلاوه با اجرای این روش، چه این افراد بی میل، به درمان وارد شوند و چه نشوند، معمولاً اطرافیان، نسبت به قبل از آموزش، احساس رضایت بیشتری از زندگی می کنند و از نظر روانی احساس سلامتی بیشتری پیدا می کنند (مانوئل و دیگران، ۲۰۱۲ و اسمیت و مایرز، ۲۰۰۴). به این ترتیب با وجود اثربخشی روش «کرفت» در کشورهای دیگر، با توجه به ملاحظات فرهنگی، شاید تفاوت هایی از لحاظ اثربخشی این روش در ایران وجود داشته باشد. تحقیق حاضر قصد دارد این موضوع را روشن کند که آیا چنین تفاوت هایی وجود دارد یا خیر. همچنین از نتایج تحقیق حاضر می توان در برنامه ریزی درمانی برای کسانی که اکثریت بیماران وابسته به مواد را تشکیل می دهند و در حال حاضر نمی خواهند در پی درمان بروند، استفاده کرد. علاوه بر آن، در مورد اثربخش بودن روش گروه خودیاری خانواده معتادان گمنام یا «نارانان» که در حال حاضر اولین گزینه برای خانواده های بیماران مصرف کننده مواد است نیز می توان بررسی کرد که آیا منجر به کاهش افسردگی و بالابردن کیفیت زندگی ایشان می

^۱ National Institute on Drug Abuse (NIDA)

شود یا خیر و تا چه حد می تواند به آنها کمک کند تا بیمار خود را به درمان بکشانند و معلوم شود که کدام یک از روشهای گرفت یا ناراران در این زمینه برتری دارند.

۱-۴. اهداف تحقیق

۱-۴-۱: هدف کلی

مقایسه اثربخشی روش مداخله «کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) با گروه خودیاری «نارانان» (خانواده معتادان گمنام) بر مراحل انگیزشی تغییر بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان و بهبود کیفیت زندگی و افسردگی اطرافیان بیماران.

۱-۴-۲: اهداف اختصاصی

۱- بررسی اثربخشی روش «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (CRAFT) بر میزان تغییر در مراحل انگیزشی بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی اطرافیان بیمار.

۲- مقایسه اثربخشی روش «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (CRAFT) با گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» (Nar-Anon) بر میزان تغییر در مراحل انگیزشی بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان.

۳- مقایسه اثربخشی روش «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (CRAFT) با گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» (Nar-Anon) بر بهبود کیفیت زندگی اعضای خانواده بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان.

۴- مقایسه اثربخشی روش تقویت اجتماعی و آموزش خانواده (CRAFT) با گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» (Nar-Anon)، بر کاهش میزان افسردگی اعضای خانواده بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان.

۵- مقایسه اثربخشی روش تقویت اجتماعی و آموزش خانواده (CRAFT) با گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» (Nar-Anon)، بر ماندگاری در درمان بیماران مصرف کننده مواد.

۱-۴-۳: اهداف کاربردی

- ۱- کاربرد یک روش جدید برای انگیزه مند کردن بیماران مصرف کننده مواد که تمایلی به درمان ندارند، از طریق مداخله در خانواده آنها.
- ۲- معرفی اثربخشی روش علمی گرفت به مشاوران و درمانگران حوزه اعتیاد، برای کمک به خانواده هایی که بیمار مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان دارند.

۱-۵. فرضیه های تحقیق

- ۱) روش مداخله «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» یا گرفت، در کاهش افسردگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، مؤثرتر از گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» یا نارائان است.
- ۲) روش مداخله «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» یا گرفت، در ارتقای کیفیت زندگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، مؤثرتر از گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» یا نارائان است.
- ۳) روش مداخله «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» یا گرفت، در تغییر دادن انگیزشی بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، مؤثرتر از گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» یا نارائان است.
- ۴) روش مداخله «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» یا گرفت، در نگه داشتن بیماران مصرف کننده مواد در درمان، مؤثرتر از گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» یا نارائان است.

۱-۶. تعریف نظری و عملی متغیرها

۱-۶-۱: «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» یا «کرفت»

تعریف نظری: طبق تعریف، «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» یا «کرفت» برنامه‌ای بر پایه اصول رفتاری و فنون شناختی رفتاری است که حمایت‌های علمی از آن شده است (اسکراگز، میرز و کایو، ۲۰۰۵). «کرفت» سه هدف دارد. ۱- بر فرد مصرف‌کننده تأثیر گذاشته شود تا به دنبال درمان برود، ۲- کاهش مصرف مواد توسط بیمار. ۳- به افراد مهم زندگی کمک شود که تغییرات مثبتی در زندگی خود بدهند تا عملکرد روانی خود را بهبود ببخشند، چه بیمارشان وارد درمان بشود و چه نشود (اسمیت و مایرز، ۲۰۰۴).

تعریف عملی: منظور از مداخله تقویت اجتماعی و آموزش خانواده یا «کرفت» برنامه مداخله‌ای ۱۲ جلسه‌ای است که برای آموزش دادن به خانواده‌ها جهت ترغیب بیمار مصرف‌کننده موادشان، به پذیرفتن درمان و جهت کاهش افسردگی و بالا بردن کیفیت زندگی خودشان که توسط یک متخصص انجام می‌شود.

۱-۶-۲: نارانان: «خانواده معتادان گمنام»

تعریف نظری: یک گروه خودیاری و یک برنامه بهبودی برای خانواده‌های افراد سوء مصرف‌کننده و وابسته به مواد است. جلسات نارانان، مکانی امن است که افراد در آن می‌توانند نگرانی‌ها، احساسات و تجارب خود را با دیگرانی که تجارب مشابه دارند در میان بگذارند. در این گروه گمنامی اعضا، محفوظ است. عضویت در نارانان نیاز به هیچ هزینه‌ای ندارد و رایگان و داوطلبانه است. نارانان و الانان، که برگرفته از برنامه ۱۲ قدم هستند، رها کردن بیمار با عشق، پذیرش عجز افراد مهم زندگی در برابر تغییر دادن مشکل و حمایت اجتماعی برای آنها را توصیه می‌کنند (هامفریز^۱، ۲۰۰۴ و فیش و روگت، ۲۰۰۹).

تعریف عملی: منظور از نارانان گروهی از خانواده‌های افراد وابسته به مواد است که پیش از آغاز تحقیق در مرکزی به نام «متادون کلینیک»، جلسات خود را بدون حضور فرد متخصص و با اصول مبتنی بر گروه خودیاری خانواده معتادان گمنام اداره می‌کردند. بر اساس شیوه رایج در نارانان با حضور ۱۰ تا ۳۰ نفر شرکت‌کننده، به صورت یک بار در هفته، جلسه تشکیل شده و اعضای گروه تجربه‌های خود را با یکدیگر در میان می‌گذاشتند.

^۱ Humphreys

۱-۶-۳: بیمار مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان^۱

تعریف نظری: فردی که بر طبق «راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویرایش پنجم» DSM۵ ملاکهای اختلال مصرف یک یا چند ماده از قبیل مواد مخدر، مواد محرک، کانابیس (حشیش و گرس)، الکل و داروهای ضد اضطراب و آرامبخش را دارد و گرفتن کمک حرفه ای برای مشکل جدی وابستگی به مواد را نمی پذیرد.

تعریف عملی: فرد مذکری که مشکل جدی مصرف کردن مواد داشت و کمک حرفه ای برای آن را رد می کرد و یکی از اعضای خانواده اش برای کمک گرفتن در مورد حل مشکل او مراجعه کرده بود.

۱-۶-۴: افسردگی

تعریف نظری: ویژگی مشترک اختلالات افسردگی، وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خُلق تحریک پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی میگذارد و اختلالات افسردگی عبارتند از اختلال کژتنظیمی خلقی ایدایی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسردگی مداوم (افسرده خوبی)، اختلال ملال پیش از قاعدگی، اختلال افسردگی ناشی از مواد، اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر، سایر اختلالات افسردگی معین و اختلال افسردگی معین (سادوک و سادوک، ۱۳۹۴، ترجمه رضاعی و دیگران).

تعریف عملی: میزان افسردگی به نمره ۱۰ به بالا که فرد در مقیاس افسردگی «بک» دریافت می کند، اطلاق میشود. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر نمره در آن ۶۳ است و نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، نمره ۱۹ تا ۲۹ متوسط و نمره ۳۰ به بالا شدید محسوب می شود (شریفی و نیکخو، ۱۳۸۴).

۱-۶-۵: کیفیت زندگی^۲

تعریف نظری: دریافت های شخصی فرد از جایگاه زندگی با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی و فرهنگی که در آن زندگی می کند که متأثر از اهداف، انتظارات، معیارهای مورد نظر فرد است. با توجه به این تعریف، بیشتر متخصصان علوم پزشکی بر این باورند که کیفیت زندگی، مفهومی چند بعدی است (کریملو و دیگران، ۱۳۸۹).

^۱ Treatment- Resistant

^۲ Quality Of Life

تعریف عملی: منظور از کیفیت زندگی نمره ای بود که شرکت کننده در تحقیق در «پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی» (WHOQOL-BREF) دریافت می کرد و از حداقل صفر تا حداکثر ۱۰۰ در هر یک از ۴ حوزه بود.

۱-۶-۶: مدل مراحل تغییر^۱

تعریف نظری: نظریه ای در مورد تغییرات رفتاری در انسانهاست که توسط پروچاسکا و دیکلمنته پرداخته شد. بر طبق این نظریه انگیزه فرد برای تغییر کردن از ۵ مرحله می گذرد که شامل: پیش تأملی، تأملی، آمادگی، عمل و نگه داری است (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

تعریف عملی: نظریه ای در مورد تغییرات رفتاری در انسانها که بر طبق این نظریه انگیزه فرد برای تغییر کردن از ۵ مرحله می گذرد که شامل: پیش تأملی، تأملی، آمادگی، عمل و نگه داری است و بیماران مصرف کننده مواد بر اساس آن در مراحل مختلف تغییر در نظر گرفته می شوند (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

تعریف نظری مرحله پیش تأملی^۲: در این مرحله بیمار، بی اطلاع است یا باور ندارد که مشکلی وجود دارد یا ممکن است باور داشته باشد که مشکلی هست اما در صدد تغییر دادن آن نیست (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

تعریف عملی مرحله پیش تأملی: در صورتی که فرد وابسته به مواد، مصرف مواد خود را انکار کند یا پیشنهاد مراجعه به مراکز درمانی را رد کند، در مرحله پیش تأملی قرار دارد (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰). نمونه هایی از عبارات مربوط به آن که از قول بیمار مورد نظر بیان می شود به صورت زیر است: «من مشکلی ندارم که نیاز به تغییر داشته باشد»، «من معتاد نیستم».

تعریف نظری مرحله تأملی^۳: در این مرحله بیمار، در تشخیص مشکل، دو دلی دارد و هنوز نمی خواهد رفتار را تغییر دهد (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

تعریف عملی مرحله تأملی: در صورتی که فرد وابسته به مواد، مصرف مواد خود را بپذیرد اما پیشنهاد مراجعه به مراکز درمانی را رد کند و آن را به زمانی در آینده موکول کند، در مرحله تأملی قرار دارد. نمونه هایی از عبارات مربوط به آن که از قول بیمار مورد نظر بیان می شود به صورت زیر است: «قبول دارم که مواد مصرف می کنم

۱ stages of change

۲ Precontemplation

۳ Contemplation

اما الان نمی توانم آن را کنار بگذارم». «من دوست دارم که مصرف مواد خود را قطع کنم اما این کار غیرممکن است»، «من معتاد هستم اما اگر ترک اعتیاد کنم ممکن است بمیرم»، «کسی نمی تواند به من کمک کند».

تعریف نظری مرحله آمادگی^۱: در این مرحله بیمار، آماده است که برای تغییر دادن مشکل در آینده نزدیک کاری کند و برنامه ای برای تغییر در نظر بگیرد (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

تعریف عملی مرحله آمادگی: در صورتی که بیمار وابسته به مواد، در مرکز اجرای تحقیق و یا در مراکز دیگر، حداقل در یک جلسه درمانی شرکت کند و بپذیرد که در جلسات بعدی شرکت کند (با تأیید از سوی آن مراکز درمانی یا خانواده بیمار)، بنا براین گذاشته می شود که وی درگیر درمان شده است و به مرحله آمادگی رسیده است (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

تعریف نظری مرحله انگیزشی عمل^۲: در این مرحله بیمار گام هایی برای اجراکردن تغییر رفتار خاص بر می - دارد (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

تعریف عملی مرحله انگیزشی عمل: اگر بیمار مصرف کننده مواد که اعلام آمادگی برای درمان نموده، پس از گذشت ۳ ماه از شروع درمان هنوز در برنامه درمانی باشد در مرحله انگیزشی عمل قرار دارد (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

^۱ Preparation

^۲ Action

فصل دوم:

پیشینه تحقیق

۲-۱. مقدمه

این فصل به مرور پیشینه تحقیق می پردازد. در ابتدا در مورد مصرف و سوء مصرف مواد و اعتیاد، مطالبی مطرح می شود، سپس خانواده بیماران مصرف کننده مواد و مشکلاتی که دارند و پس از آن نظریه مراحل انگیزشی تغییر در مورد بیماران مصرف کننده مواد بیان می شود. در انتها نیز روشهای کمک به بیماران مصرف کننده مواد که در مراحل انگیزشی پایین قرار دارند بررسی می شود.

۲-۲. مصرف و سوء مصرف مواد و اعتیاد

سوء مصرف الکل و مواد مشکل اجتماعی فزاینده ای است که در ناپود کردن فرد، خانواده و جامعه نقش دارد (شافر^۱، ۲۰۱۱). وابستگی به مواد، مصرف مکرر و پیشرونده یک ماده است که محرومیت از آن منجر به نشانه های پریشانی و میل مقاومت ناپذیر به استفاده مجدد همان ماده می شود و همچنین باعث زوال جسمی و روانی می شود. امروزه بر این باورند که اعتیاد، یک بیماری مغزی است که بر روی فیزیولوژی نواحی خاصی از مغز تأثیر می گذارد و باعث تغییرات شدیدی در رفتار، حافظه و حیات سلولهای عصبی می شود و حتی می تواند باعث مرگ سلولهای عصبی شود (اوزیر و ارامی، ۲۰۱۶).

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲، DSM۵ مفهوم اعتیاد دیگر به عنوان یک اصطلاح تشخیصی به کار نمی رود هرچند که در بسیاری از کشورها برای توصیف مشکلات شدید مربوط به مصرف مکرر و وسواس آمیز مواد مورد استفاده قرار می گیرد. در DSM۵ اصطلاح خنثی تر «اختلالات مصرف

۱ Schafer

۲ Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-۵

مواد^۱ برای توصیف طیف گسترده این اختلال از مصرف خفیف تا حالت شدید مزمن و عود کننده و وسواس آمیز مواد استفاده می شود. برخی بالینگران، استفاده از اصطلاح اعتیاد را برای تشریح بروز شدیدتر آن انتخاب می کنند اما این اصطلاح به دلیل اینکه تعریف مشخصی ندارد و مضمون آن بالقوه منفی است، از مفهوم شناسی تشخیص رسمی اختلالات مصرف مواد DSM5 حذف شده است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، DSM5، ۲۰۱۳).

ویژگی اصلی اختلال مصرف یک ماده، مجموعه ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژی است که نشان دهنده تداوم مصرف ماده از سوی فرد به رغم مشکلات چشمگیر مرتبط با ماده است.

کنترل مختل در زمینه مصرف مواد، اولین گروه بندی ملاک هاست (ملاک های ۱-۴). فرد ممکن است ماده را در مقادیری بیشتر یا برای مدت طولانی تر از تمایل اولیه خود مصرف نماید (ملاک ۱). فرد ممکن است وجود تمایل مستمر برای قطع یا تعدیل مصرف ماده را عنوان کرده و شاید گزارش کند که تلاش های ناموفقی برای کاهش یا توقف مصرف داشته است (ملاک ۲). فرد ممکن است زمان زیادی را برای تهیه، مصرف، و یا رهایی از اثرات آن ماده صرف نماید (ملاک ۳). در بعضی از موارد اختلالات شدیدتر مصرف مواد، تقریباً تمام فعالیتهای روزانه فرد پیرامون مواد دور می زند. ولع مصرف (ملاک ۴) با احساس فوریت و یا تمایل قوی برای (مصرف) ماده تظاهر پیدا می کند و ممکن است در هر زمانی اتفاق بیافتد اما بیشتر احتمال دارد با قرارگیری فرد در مکانی که قبلاً مواد از آن مکان تهیه می شده یا در آن مصرف شده، بروز نماید. به علاوه، مشخص شده است که ولع شامل شرطی سازی کلاسیک است و با فعال شدن ساختارهای خاص مغزی مربوط به پاداش همراه است. دومین گروه بندی ملاک ها به تخریب اجتماعی مربوط می شود (ملاک های ۵ تا ۷). مصرف مکرر مواد ممکن است فرد را از ایفای وظایف عمده مربوط به نقش های شغلی، تحصیلی، و یا خانوادگی باز دارد (ملاک ۵). بعلاوه فرد ممکن است به رغم وجود مشکلات پایدار یا مکرر اجتماعی یا بین فردی ایجاد یا تشدید شده بر اثر ماده، به مصرف ادامه دهد (ملاک ۶). همچنین، ممکن است فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی به دلیل مصرف مواد رها شده و یا کاهش یابند (ملاک ۷). در این راستا، فرد ممکن است جهت مصرف ماده، از فعالیتهای خانوادگی و تفریحات کناره گیری نماید.

^۱ Substance use disorder

مصرف پرخطر ماده به سومین گروه بندی ملاک ها تعلق دارد (ملاک های ۸ و ۹). در این حالت ممکن است فرد ماده را به صورت مکرر در موقعیت هایی از نظر جسمانی، خطر آفرین مصرف نماید (ملاک ۸). بعلاوه مصرف ماده ممکن است به رغم آگاهی فرد از مشکل جسمانی یا روان شناختی مکرر یا پایداری که احتمالاً با ماده ایجاد و یا تشدید شده، ادامه پیدا کند (ملاک ۹). البته مسئله اصلی در ارزیابی این ملاک، وجود مشکل نیست بلکه ناتوانی فرد از پرهیز از مصرف ماده به رغم مشکل ایجاد شده است.

ملاک های داروشناختی، آخرین گروه ملاک ها هستند (ملاک های شماره ۱۰ و ۱۱). تحمل (ملاک ۱۰) با لزوم افزایش قابل توجه مقدار مصرف ماده جهت نیل به اثر دلخواه و یا کاهش بارز اثر در هنگام مصرف مقدار معمول ماده مشخص می شود. محرومیت (ملاک ۱۱)، سندرومی است که در هنگام اُفت غلظت های خونی یا بافتی یک ماده در بدن فردی با سابقه مصرف سنگین و طولانی مدت آن ماده به وقوع می پیوندد. با بروز علائم محرومیت، احتمال دارد که فرد جهت رفع علائم، مواد مصرف نماید. در مجموع جهت تشخیص گذاری اختلال مصرف یک ماده، هیچیک از ملاک های تحمل و یا محرومیت، ضروری نیستند. با این وجود، برای اکثر گروههای مواد، سابقه قبلی محرومیت با سیر بالینی شدیدتری (یعنی شروع زودرس تر اختلال مصرف ماده، دریافت مقادیر بالاتری از ماده و تعدد مشکلات مرتبط با ماده) همراه است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۴، ترجمه رضاعی و دیگران).

اختلالات مصرف مواد، در طیف وسیعی از نظر شدت، از خفیف تا شدید رخ می دهد و شدت آن بر حسب تعداد ملاک هایی است که در بر می گیرد. در یک ارزیابی کلی از شدت اختلال، اختلال خفیف مصرف مواد، بیانگر وجود دو تا سه نشانه مرضی است، اختلال متوسط، بیانگر چهار تا پنج نشانه مرضی و اختلال مصرف مواد شدید حاکی از وجود شش نشانه یا بیشتر است. همچنین با گذشت زمان، تغییر یافتن شدت اختلال مصرف مواد را بر اساس گزارش خود فرد، گزارش افراد آگاه دیگر، مشاهدات بالینگر و تست های اعتیاد در مورد کم و زیاد شدن فراوانی یا دوز مواد مصرفی، می توان سنجید (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، DSM۵، ۲۰۱۳). مطالعات همه گیرشناسی بیان می دارند که احتمالاً در دراز مدت اصطلاح «الکلسم» یا «اعتیاد» را می توان معادل «شدید» در DSM۵ دانست که مستلزم معیارهای ۷ تا ۱۱ مثبت است (مک و دیگران، ۲۰۱۶).

تعداد کثیری از مردم دنیا تحت تأثیر مواد قرار دارند. سازمان ملل تخمین زده است که در سال ۲۰۰۷ بین ۱۷۲ تا ۲۵۰ میلیون نفر، در ۱۲ ماه گذشته حداقل یک بار مصرف مواد داشته و در جهان بین ۱۸ تا ۳۸ میلیون نفر معتاد مشکل دار در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال وجود دارد. اعتیاد به دلیل اینکه شالوده بسیاری از بیماریهای مربوط به سبک زندگی را ایجاد می کند، یکی از گسترده ترین و پرهزینه ترین بیماریهاست. هزاران کتاب و مقاله در مورد این بیماری نگاشته شده و میلیونها دلار برای تحقیق در مورد آن هزینه شده است. امروزه اعتیاد، جدی ترین مسئله بهداشت عمومی در ایالات متحده امریکا است (کومبز، ۲۰۰۵). در سال ۲۰۱۲ تخمین زده شد که بیش از ۲۲ میلیون نفر از افراد بالای ۱۲ ساله در امریکا (حدود ۹ درصد از کل جمعیت امریکا) به عنوان کسانی که اختلال مربوط به مصرف مواد دارند طبقه بندی می شوند و از این تعداد ۱۵ میلیون نفر وابستگی یا سوء مصرف الکل دارند. (سادوک^۱، ۲۰۱۵).

در استرالیا یک گزارش تأکید دارد که از هر ۵ نفر، یک نفر در حد خطرناکی در عمر خود الکل مصرف می کند و تقریباً از هر سه نفر اینها یک نفر در مدت کوتاه در حد خطرناکی الکل مصرف می کند. گفته می شود که در استرالیا جدی ترین نگرانی جامعه بیش از موادهای دیگر، الکل است (نس، ۲۰۰۶). در کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت، ۴٪ مرگ و میرها به الکل نسبت داده می شود (راسی، ۲۰۱۲).

سوء مصرف مواد منجر به هزینه های متعددی برای مصرف کننده، خانواده وی و جامعه می شود. در نیوزلند هزینه های اجتماعی سوء مصرف الکل، سالانه بین ۱.۵ تا ۲.۴ میلیارد دلار تخمین زده می شود. این تخمین شامل هزینه های مستقیمی از قبیل خرج بیمارستان، هزینه خسارات تصادفات و دادگاه است. هزینه های غیر مستقیم شامل نامولد بودن ناشی از مرگ یا بیماری نابهنگام، از کارافتادگی و بیکاری مفرط است (شافر، ۲۰۱۱).

در کشور چین تعداد معتادان ثبت شده از ۷۰۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۰ به ۱/۱۶ میلیون در پایان سال ۲۰۰۵ رسیده است و سه ویژگی یا روند اصلی دارد: پایین آمدن سن، افزایش اعتیاد تزریقی و افزایش اعتیاد به هرورین (وان^۲ و دیگران، ۲۰۱۱).

در مورد مصرف مواد در نوجوانان نیز پیکره گسترده ای از نوشته ها بیان می دارند که خانواده ها و والدین، احتمال زیادی دارد که با مشکل سوء مصرف مواد نوجوانان روبرو شوند. داده های اخیر تایید می کنند که بین

^۱ Sadock

^۲ Wan

یک چهارم تا بیش از یک پنجم نوجوانان دبیرستانی استرالیایی، مواد (الکل، تنباکو، مواد غیر قانونی) را تجربه کرده اند یا روزانه یا هفتگی مواد مصرف می کنند (یوئن و تام بورور^۱، ۲۰۰۸).

در دهه های اخیر، کشور ایران گرفتار موضوع سوء مصرف مواد و پیامدهای آن بوده است. هرچند که عمل مصرف مواد موضوع تازه ای نیست و قرنهاست که در این کشور وجود دارد، اما در حال حاضر تبدیل به یک پدیده بزرگ اجتماعی شده و خسارت های گسترده اجتماعی، روانی، خانوادگی و اقتصادی به دنبال دارد (مکری، ۲۰۰۲).

در ایران، استفاده از روشهای مختلف، موجب اعلام ارقام متفاوتی در مورد تعداد معتادان کشور شده است. این تعداد به اندازه ای است که هرگونه نتیجه گیری در مورد تغییرات واقعی سوء مصرف مواد در ایران را ناممکن می نماید. همچنین از آنجایی که روشهای کاملا متفاوتی برای تخمین شیوع مصرف مواد و اعتیاد استفاده شده است، امکان مقایسه مستند و علمی بین وضعیت موجود و گذشته، تقریبا وجود ندارد و تحلیل سیر تغییرات سوء مصرف مواد در کشور از طریق مقایسه مطالعات مختلف امکان پذیر نیست (رحیمی موقر، محمد و رزاقی، ۱۳۸۱). سالها قبل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران در برآوردی که با همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام داد، شمار مصرف کنندگان مواد را ۳/۷۶ میلیون نفر اعلام کرد (یاسمی، ۱۳۸۱). به نقل از صارمی، قربانی و مینوئی، (۱۳۹۱)، در حالی که چند سال پس از آن در سال ۱۳۸۷ مسئولین ستاد مبارزه با مواد مخدر تعداد مصرف کنندگان را حتی کمتر از ۲ میلیون نفر برآورد می کنند (مختاریان و هاشمی، ۱۳۸۹). پژوهش تازه ای که در سال ۱۳۹۴ انجام شده است، آمار مصرف کنندگان مواد در ایران را دو و نیم میلیون نفر تخمین زده است (روشن پژوه (۱۳۹۵)، پژوهش منتشر نشده توسط سازمان بهزیستی کشور).

۲-۳. خانواده بیماران مصرف کننده مواد و کیفیت زندگی و افسردگی در میان آنها

خانواده، نهاد مقدسی است که اساس و ارکان هر جامعه ای بر آن قرار دارد. در واقع خانواده کوچکترین نهاد اجتماعی است که وظیفه مهم آن رشد و پرورش فرزندان است و به همین دلیل مفهوم خانواده با آرامش، گرمی، صمیمیت و رشد همراه شده است. بررسی ها نشان داده اند که خانواده نقش مهمی در پیشگیری از آسیبهای روانی و اجتماعی به ویژه اعتیاد دارد. بسیاری از عوامل محافظت کننده از مصرف، سوء مصرف و

^۱ Yuen and Toumbourou

وابستگی به مواد، در ارتباط با خانواده و کارکردهای اساسی آن است. همچنین تعداد زیادی از عوامل خطر ساز نیز با ضعف ها، ناکارآمدی و اختلال در کارکردهای خانوادگی ارتباط دارد. اگر چه از نظر تخصصی، در همه کشورهای جهان، خانواده یکی از مهم ترین و اساسی ترین عوامل در پیشگیری از اعتیاد محسوب می شود ولی به لحاظ ویژگی های اجتماعی و فرهنگی کشور ما، اهمیت خانواده بیشتر از سایر کشورهاست. زیرا اکثر فرزندان در داخل خانواده زندگی می کنند و معمولاً افراد، زمانی خانواده خود را ترک می کنند که خود، خانواده دیگری را تشکیل می دهند. همچنین سال های زندگی افراد درد داخل خانواده، طولانی تر از سایر کشورهای سنتی یا پیشرفته است. گاهی اوقات حتی افراد تا نیمی از دهه سوم عمر خود را در داخل خانواده زندگی می کنند. علاوه بر این آیین ها، سنت ها و فرهنگ نیز به شدت بر خانواده و زندگی خانوادگی تأکید دارند (محمدخانی، نوری و صرامی، ۱۳۹۱). سالهای بسیار، سوء مصرف کنندگان مواد بخصوص مخدر را افرادی می - پنداشتند که از روابط اولیه بریده اند و در انزوای زندگی می کنند. تا این که پژوهشگران شروع به تحقیق در مورد زندگی معتادان و ارتباط آنها با خانواده کردند و این تصویر عوض شد. این دانش به تدریج رخ نمود که اکثر سوء مصرف کنندگان مواد شدیداً به خانواده یا کسانی که آنها را بزرگ کرده اند، پیوند خورده اند. باید دانست که این پدیده فقط منحصر به آمریکای شمالی نیست. گزارش هایی از کشورهای دیگر به دست رسیده که درصد هایی از معتادان را که با والدینشان زندگی می کنند را نشان می دهد: انگلستان ۵۰٪، یونان ۸۴٪، ایتالیا ۸۰٪، پورتوریکو ۶۷٪، تایلند ۸۰٪ (لووینسون و دیگران، ۲۰۰۵). به طور کلی یافته ها نشان می دهند که ۶۰٪ تا ۸۰٪ معتادان بزرگسال یا با والدین (ین) شان زندگی می کنند و یا با آنها در تماس منظم هستند (مثلاً ۴ تا ۷ بار در هفته) (لووینسون و دیگران، ۲۰۰۵).

شواهد آشکار می سازد که مسایل طبی و روانپزشکی در میان اطرافیان سوء مصرف کنندگان مواد وجود دارد. به ویژه تمایل زیادی در خود آنها وجود دارد که اختلالات مصرف مواد، افسردگی و اضطراب و آثاری از تروما پیدا کنند (ساکای یاما، ۲۰۱۵). افسردگی یکی از شایعترین بیماری های روانی است و پیش بینی می شود که در سال ۲۰۲۰ به عنوان دومین بیماری شایع پس از بیماری های قلبی و عروقی قرار گیرد و ۱۵ درصد کل بیماریها را شامل شود (بارون^۲، ۲۰۰۷ به نقل از منوچهری، گلزاری و کردمیرزا نیکوزاده، ۱۳۹۳). خانواده بیماران مصرف کننده مواد، استرس و دردی مداوم، شدید و فراوان را با خود دارند و از افسردگی، اضطراب عمیق و خستگی مزمن که از نگرانی و ناکامی سرچشمه می گیرد، رنج می برند (بارنارد^۳، ۲۰۰۷). اعضای نگران خانواده

^۱ Sakiyama

^۲ Barron

^۳ Barnard

اغلب به سبب زندگی با فردی که مبتلا به اختلال مصرف مواد درمان نشده است، آسیب های عاطفی و ارتباطی عمیق را متحمل می شوند. در تحقیقی (بنی شک، کربی و داگوش^۱، ۲۰۱۱)، معلوم شد که همه همراهان نگران بیماران، در ظرف ۳۰ روز پیش از تحقیق، دچار مشکلات عاطفی و هیجانی بودند. ۹۱ درصد از آنها مشکلات مالی، ۸۷ درصد مشکلات خانوادگی، ۷۰ درصد مشکلات سلامتی و ۶۵ درصد دچار خشونت نسبت به خود، دیگران و اموال بودند. فقط ۱۷ درصد از این اطرافیان دلسوز مشکلات قانونی را گزارش کردند. همسرها و پارتnerها به طور معنی داری (۷۰٪) بیشتر از والدین (۳۹٪) مشکلات مربوط به خشونت را گزارش کردند (میرز، روزن و اسمیت^۲، ۲۰۱۱). در تحقیقی، ۱۸۶ زن دارای همسر معنادار با ۱۷۳ زن از اقوام آنها که همسر معنادار نداشتند مقایسه شدند و نمره های آنان در همه سندرمهای روانپزشکی (از جمله جسمانی سازی، وسواس، افسردگی، اضطراب و ...) از نمره های زنانی که همسر معنادار نداشتند، بالاتر بود (به نقل از محمد خانی و دیگران، ۱۳۸۹). همچنین در ایران تحقیقی نشان داد که بسیاری از خانواده های دارای فرد مصرف کننده دارای اضطراب متوسط (۳۶/۴٪) و افسردگی متوسط (۳۶/۸٪) بودند (منجری، حیدری و قدوسی بروجنی، ۱۳۹۲). بعلاوه اطرافیان دلسوز، میزان بالایی از پریشان زناشویی را نیز گزارش می کنند (توماس و ایجر، ۱۹۹۳، به نقل از میرز و میلر، ۲۰۰۱).

خانواده های بیماران، قربانیان پنهان مصرف مواد هستند. افسردگی در آنان افزایش و کیفیت زندگی کاهش پیدا می کند. کیفیت زندگی مفهوم جدیدی نیست. این مفهوم سابقه در فلسفه یونان دارد و ارسطو در بحث از شادکامی بدان اشاره کرده است. همچنین در دوران جدید، فیلسوفانی چون کی یر کگارد، ژان پل سارتر و دیگران به آن توجه داشتند. اما با این وجود کسی که برای اولین بار به مفهوم کیفیت زندگی به صورت مستقیم اشاره کرد پیگو^۳ بود. پیگو عبارت کیفیت زندگی را اولین بار در سال ۱۹۲۰ در کتاب «اقتصاد و رفاه» مورد استفاده قرار داد. آن زمان نظریه او شکست خورد و تا بعد از جنگ جهانی دوم به فراموشی سپرده شد. بعد از جنگ جهانی دوم دو حادثه مهم رخ داد. اولی مربوط به سازمان بهداشت جهانی بود. در این زمان سازمان بهداشت جهانی تعریف گسترده ای از سلامت ارائه کرد. در این تعریف سلامت شامل سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی می شد. دومین رخداد بعد از جنگ جهانی دوم، که توجهات ویژه به کیفیت زندگی را فراهم آورد، بحث بی عدالتی های وسیع در جوامع غربی بود. از اواخر دهه ۱۹۷۰ علاقه به مفهوم کیفیت زندگی به شکل معنی داری افزایش پیدا کرده است (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱). کیفیت زندگی را سازه ای تحلیلی، سیاسی و

^۱ Benishek, Kirby and Dugosh

^۲ Meyers, Roozen and Smith

^۳ Pigou

عنصری کلیدی در سیاستگذاری و بررسی سیاست های حوزه عمومی به حساب می آورند و از آن به عنوان شاخص توسعه اجتماعی یاد می شود. ویژگی های این سازه مانند پویایی، چند بعدی بودن و پنداشت های مختلف از آن سبب شده است تا این سازه که در ابتدا در حوزه های بهداشت و سلامت مورد استفاده قرار می گرفت، به تدریج به دیگر حوزه های مطالعاتی نیز ورود پیدا کند. در ایران نیز همانند سایر کشورها مطالعات کیفیت زندگی تغییراتی را تجربه کرده است. می توان گفت که روند مطالعات انجام گرفته در زمینه کیفیت زندگی در ایران از دهه ۱۳۷۰ تا پایان سال ۱۳۸۸ سیر صعودی داشته و در سال ۱۳۸۹ دچار افت اندکی شده و در سال ۱۳۹۰ دوباره سیر صعودی به خود گرفته است (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱).

در طی ۳۰ سال گذشته تحقیق بر روی کیفیت زندگی (QOL) علاوه بر کیفیت زندگی مربوط به سلامت (HRQOL) در حوزه پزشکی رشد سریعی داشته و توجهات جهانی را به خود جلب کرده است. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان ادراک فرد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که فرد در آن زندگی می کند در ارتباط با اهداف، انتظارات، معیارها و امور تلقی می کند (غفاری، کریمی و نوذری، ۱۳۹۱ و کاتسچینگ، ۲۰۰۶ به نقل از مؤمنی، مشتاق و پورشهباز، ۱۳۹۲). بیشتر متخصصان علوم پزشکی بر این باورند که کیفیت زندگی، مفهومی چند بعدی است. این ابعاد شامل حیطه جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط می باشد (کریملو و دیگران، ۱۳۸۹). ذلکی (۱۳۸۹) در طی پژوهشی بر روی افراد وابسته به مواد افیونی نشان داد که در این افراد و همسرانشان کیفیت زندگی و رضایت زناشویی پایین تر است (به نقل از جراحی، ۱۳۹۰). در بعد ارتباطی، در مطالعه ای، زنان دارای همسر معتاد، مشکلات بیشتری را در مقایسه با زنان دارای همسر غیرمعتاد گزارش داده بودند (محمدخانی، ۱۳۸۸).

اما در عین حال، خانواده نیز بر روی بیمار مصرف کننده مواد تأثیر می گذارد. در ادبیات پژوهشی اخیر، این عقیده که اعضای خانواده به کسانی که مشکل مواد و الکل دارند می توانند کمک کنند تا برای پذیرش مشکل یا جستجوی کمک برای حل آن تصمیم بگیرند، توجه قابل ملاحظه ای را جلب کرده است. شواهدی وجود دارد که از این دیدگاه حمایت می کند که در برگرفتن خانواده می تواند درگیر شدن مصرف کننده در درمان را یاری کند و تعدادی از مطالعات تحقیقی نیز مداخلاتی که برای این هدف ویژه طراحی شده است را ارزیابی می کنند.

در هندوستان یک مطالعه تا حدی توصیفی و تا حدی اکتشافی در مورد همسران معتادین اجرا شد تا معلوم شود که زنان همسر معتاد برای این معضل، به چه استراتژی هایی دست می زنند. برای این کار تعداد ۱۰۰ همسر

مورد مصاحبه پیش آزمون قرار گرفتند. این مطالعه در یکی از روستاهای سانگرور^۱ از ایالت پنجاب هندوستان انجام شد. ۸۹٪ از این زنان، فعالانه، سعی می کردند همسر خود را ترک بدهند. ۵۷٪ از آنان شوهر خود را به مراکز درمان اعتیاد بردند. ۵۹٪ از آنان، شوهر خود را نزد کدخدای دهکده برده بودند و در حالی که ۱۵٪ اعتیاد شوهرشان را به پلیس گزارش داده بودند. ۳۷٪ از آنان گزارش دادند که از طریق پدر شوهر و برادر شوهرشان، همسر خود را تحت فشار گذاشته بودند. ۱۰٪ از همسران معتادین از فشارهای روانی مانند حرف نزدن و عدم ارتباط با شوهر معتاد استفاده کرده بودند. تنها ۴٪ از آنها به طلاق و جدایی دائمی متوسل شده بودند (سینق، ۲۰۱۰).

مطالعات نشان داده اند که در بر گرفتن همسر یا اعضای دیگر خانواده در درمان، پیامدهای درمانی را تقویت می کند. بسیاری از مطالعات، زوج درمانی رفتاری را ارزیابی کرده و برای در نظر گرفتن همسر بیمار در درمان در برابر عدم آن، پیامدهای خوبی را نشان داده اند (مک کرادی و همکاران، ۱۹۸۶، او فرل، کاتر و فلویید، ۱۹۸۵، او فرل و چاکوتی، ۱۹۹۱).

او فرل، فالس و فالس استوارت (۲۰۰۳) گزارش کردند که اگر فرد الکلی کمک بگیرد، این امر به خانواده کمک می کند تا بهتر سازگار شوند و به فرد الکلی انگیزه می دهد که وارد درمان شود. آنها دریافتند که الانان به خانواده ها کمک می کند، «کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) ورود بیمار به درمان را ترغیب می کند و زوج درمانی رفتاری BCT در افزایش پاکی و اصلاح روابط زناشویی موثرتر از درمان فردی است. زوج درمانی رفتاری هزینه های خشونت خانگی و مشکلات عاطفی را برای فرزندان خانواده کاهش می دهد (به نقل از کومیز، ۲۰۰۵).

۲-۴. نظریه مراحل تغییر انگیزی و بیماران مصرف کننده مواد

بر طبق نظریه مراحل تغییر، بیماران مصرف کننده مواد، در مرحله انگیزی پایینی قرار دارند. پروچسکا و همکارانش تخمین زده اند که بیش از ۸۰٪ از افراد دچار مشکل مصرف مواد در مرحله پیش تأملی و تأملی قرار دارند (میلر، مایرز و تونیگان، ۱۹۹۹) و آماده نیستند که به سمت تغییر گام بردارند. پروچسکا و دی کلمنته (۱۹۸۴) (به نقل از لوونیس و آرنائوت^۲، ۲۰۱۰) مدل مراحل تغییر یا به عبارت دیگر مدل ترانس تئوریتیکال^۱ را

^۱ Sangrur

^۲ Levounis and Arnaout

اینگونه توصیف می کنند. تغییر کردن، یک رویداد پیشرونده، سیال و متناوب است نه یک رویداد منظم. این مراحل برای دامنه وسیعی از تغییرات رفتاری کاربرد دارد از جمله کوششهایی که با کمک حرفه ای و برنامه های درمانی یا بدون آنها به کار می روند. این مراحل تغییر به شرح ذیل می باشند:

پیش تأملی^۱: بیمار، بی اطلاع است یا باور ندارد که مشکلی وجود دارد یا ممکن است باور داشته باشد که مشکلی هست اما در صدد تغییر دادن آن نیست.

تأملی^۲: بیمار، در تشخیص مشکل، دو دلی دارد و از تغییر دادن آن می ترسد.

آمادگی^۳: بیمار، آماده است که برای تغییر دادن مشکل در آینده نزدیک کاری کند و برای تغییر برنامه ریزی کند.

عمل^۴: بیمار گام هایی برای اجراء کردن تغییر رفتار خاص برمی دارد.

نگه داری^۵: بیمار برای نگه داری و حفظ تغییرات ماندگار تلاش می کند.

بنابراین مدل مراحل تغییر براین عقیده است که تغییر، زمانی رخ می دهد که بیمار به طور زنجیره ای، از بی اطلاعی یا مخالفت با پرداختن به مشکل، به مرحله ای می رسد که احتمال تغییر را بررسی می کند، مصمم و قاطع می شود، دست به عمل می زند و سپس این تغییرات را به بخش مداومی از زندگی خود تبدیل می کنند (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

مدل مراحل تغییر این نظر را دارد که هر گام، برای رسیدن به تغییرات رفتاری شامل چند تکلیف و راهبردهای مختلف است. یکی از مشخصه های این مدل، برازنده کردن مداخلات به یک مرحله تغییر بیمار است. برای نمونه یک بیمار در مرحله پیش تأملی که به تغییر دادن مشروب خوری خود بی علاقه است، ممکن است اطلاعاتی دریافت کند (مانند جواب آزمایش خون که نشان دهنده عملکرد ضعیف کبد است) که می تواند بررسی مشروب نوشیدن به عنوان یک مشکل را تسریع کند. کسی که در مرحله تأملی است ممکن است از طریق یک تحلیل مزایا و معایب، به تغییر کردن، هدایت شود. کسی که در مرحله عمل است و کاملاً متعهد به تغییر رفتار

^۱ Transtheoretical

^۲ Precontemplation

^۳ Contemplation

^۴ Preparation

^۵ Action

^۶ Maintenance

مصرف مواد است ممکن است از آموختن مهارت‌های کنارآبی برای عدم مصرف الکل و مواد، بیشترین استفاده را ببرد. نیرومندی این مدل در این است که برای متخصصین، پارادایمی عملی از فرایندهای تغییر را فراهم می‌کند به این شیوه که به آنها کمک می‌کند مداخلات خود را منطبق با مرحله ای کنند که بیمار در آن قرار دارد. این مدل همچنین می‌فهماند که وقتی که انگیزه بیمار در طی مراحل تغییر نوسان دارد، عود امکان پذیر است و بیمار پیش از آنکه به تغییرات مداوم دست پیدا کند، ممکن است چند بار مابین این مراحل، عقب نشینی و بازگشت کند. این دیدگاه سازنده است چون در اینجا عود، فرصتی برای افزایش حمایت، یادگیری از تجربه، و تسریع در کوششهای تغییر در بیمار می‌شود نه علامتی برای شکست بیمار (لوونیس و آرنائوت، ۲۰۱۰).

اکثر برنامه های درمانی اعتیاد برای کسانی طراحی شده اند که آماده اند مواد را کنار بگذارند. به این ترتیب بیشتر این برنامه ها بر اساس این فرضیه عمل می‌کنند که چنین فردی قبلا تصمیم خود را گرفته که پاک و سالم بودن، مقبول تر از نشسته بودن است و اکنون وارد درمان شده تا بفهمد چگونه به این هدف باید برسد. اما در حال حاضر اکثریت مصرف کنندگان، از درمان سرباز می‌زنند و آنانی هم که وارد درمان می‌شوند بیشترشان بعد از فقط چند جلسه ریزش می‌کنند (میرز و وُلفی^۱، ۲۰۰۴). گفته می‌شود بین نصف تا سه چهارم (۵۲٪ تا ۷۲٪) از بیماران سرپایی، قبل از جلسه چهارم از فرایند درمان، کناره گیری می‌کنند (کالاگان، هت اوی، کانین گام، وت تس، وایات و تیلور^۲، ۲۰۰۵). تحقیقی که در ایران انجام شد نشان داد که نرخ عود در بیماران تحت درمان نگهداری با متادون (MMT)، ۴۸.۲٪ بود (افسر و دیگران، ۲۰۱۴ به نقل از نویدیان و دیگران، ۲۰۱۶). پژوهش دیگری نیز در ایران حاکی از آن بود که ۵۳٪ از بیماران ظرف ۳ ماه به مصرف مواد بازگشتند و فقط ۱۲٪ قادر بودند برای یک سال به پرهیز از مواد ادامه دهند (میرزایی، ۲۰۱۰، به نقل از نویدیان و دیگران، ۲۰۱۶).

جالب است که بیش از ۹۴٪ از کسانی که اختلال وابستگی به مواد دارند، فکر می‌کنند نیازی به درمان ندارند (کومبز، ۲۰۰۵). هر ساله تنها درصد اندکی از افرادی که مشکل مصرف مواد دارند به درمان می‌آیند. برای نمونه در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۹ فقط ۱۱.۲٪ از مصرف کنندگان موادی که نیاز به درمان دارند در ظرف ۱۲ ماه قبل، برای سوء مصرف مواد و الکل در یک مرکز، درمان دریافت کرده بودند (اداره خدمات سوء مصرف مواد و بهداشت روان، ۲۰۱۰) و بیش از ۳.۴ میلیون نوجوان در آمریکا معیارهای یک اختلال سوء مصرف مواد را دارند که هر ساله فقط کمتر از ۱۰٪ آنها وارد درمان می‌شوند و حدود ۵۰٪ از این نوجوانان در

^۱ Meyers and Wolfe

^۲ Callaghan, R. C., Hathaway, T. A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, A. S., Taylor, L

ظرف شش ماه پس از ترخیص، عود پیدا می کنند و تنها ۲۰٪ تا ۳۳٪ از والدینی که مطلع و نگران از مصرف مواد فرزند نوجوانشان هستند، قادرند بدون کمک بیرونی، فرزندشان را به سمت درمان هدایت کنند (کربی و دیگران، ۲۰۱۵). در سراسر دنیا درصد افرادی که مشکل مصرف مواد دارند و به درمان می آیند حدود ۱۲٪ تا ۳۰٪ را شامل می شود (دفتر سازمان ملل در امور مواد و جرم UNODC، ۲۰۱۰). در کشور شیلی تنها ۷.۲٪ از کسانی که مصرف کننده مواد غیرقانونی بودند، در هر سال درمان دریافت کرده بودند (سانتیس، هیدالگو، جارامیلو، هایدن، آرماجیو و لاساگنا^۱، ۲۰۱۳).

از مصرف کنندگان الکل نیز حجم کثیری به درمان وارد نمی شوند. در یک پیمایش عمومی جمعیت، پاسخ دهندگانی که تا به حال مشکل الکل داشته بودند، چند دلیل را برای اینکه سراغ درمان نرفته بودند را ذکر کردند. ۸۴٪ گمان نمی کردند که مشکلشان به قدر کافی جدی بوده است. ۹۶٪ فکر می کردند که خودشان می توانند مشکلشان را حل کنند. ۵۶٪ نمی خواستند بپذیرند که نیاز به کمک دارند (کانینگهام، ۱۹۹۳). حتی برای کسانی که به دنبال درمان می روند، این امر ممکن است ۶ تا ۱۰ سال بعد از شروع مصرف مواد و الکل زمان ببرد (میرز، روزن و اسمیت، ۲۰۱۱).

در سائوپولوی برزیل، ۵۰۰ شرکت کننده در تحقیق، هر کدام از یک خانواده، پرسشنامه ای را پر کردند که اطلاعات اجتماعی و جمعیت شناختی، مدت زمان طول کشیدن برای به دنبال کمک رفتن و جایی که کمک گرفتند را جمع آوری می کرد. میانگین سنی آنها ۴۹ سال بود و ۷۷ درصد آنها مونث بودند. ۹۱٪ آنها یک عضو مذکر خانواده را داشتند که مواد مصرف می کرد و میانگین سنی فرد مصرف کننده ۲۸.۴ سال بود. ۶۷.۶٪ شرکت کنندگان، والد فرد مصرف کننده بودند و ۱۱٪ همسر بودند. ۸.۶٪ خواهر یا برادر مصرف کننده بودند. ۴٪ پدر بزرگ یا مادر بزرگ فرد بودند، ۴٪ عمو یا عمه، ۲.۸٪ دوست و ۲٪ فرزند بیمار بودند. بیشترین ماده مصرفی فرد مصرف کننده، حشیش (۶۷.۶٪)، بعد از آن کوکائین (۶۴.۲٪)، الکل (۴۷.۶٪) و کراک کوکائین (۳۸.۸٪). زنان مصرف کننده بیشترین ماده مصرفی شان الکل بود (۷۱.۴٪). به طور میانگین ۳.۷ سال طول می کشید تا افراد خانواده متوجه شوند که نوجوانشان سوء مصرف مواد دارد. ۴۲٪ این افراد بلافاصله پس از آنکه متوجه شده بودند به دنبال کمک رفته بودند. ۵۸٪ بقیه به طور متوسط ۲.۶ سال طول می کشید تا به دنبال کمک بروند. این باور که سوء مصرف مواد این عضو خانواده مشکلی موقت است یا اینکه خودشان می توانند مشکل را حل کنند، از علل اصلی بود که جستجوی کمک را به تأخیر انداخته بود (ساکای، یاما و دیگران، ۲۰۱۵). داغ ننگی که با برچسب خوردن «الکلی» همراه است یا با پذیرفتن الکلی بودن فرد همراه است دلیل دیگری است مصرف

^۱ Santis, Hidalgo, Jaramillo, Hyden, Armajio and Lasagna

کنندگان مشکل دار الکل برای عدم خواست درمان مطرح می کنند (کانینگهام، ۱۹۹۳). سوء مصرف کنندگان هرویین که بدون درمان، مشکلشان را حل کرده بودند نیز دلایل مشابهی با سوء مصرف کنندگان الکل برای دنبال درمان رفتن بیان کردند. ۳۵٪ گزارش کردند که خودشان می توانند مشکلشان را حل کنند. ۱۹٪ قبول نمی کردند که درمان بتواند به آنها کمک کند و ۱۴٪ از داغ ننگ درمان می ترسیدند بریناکی^۱، ۱۹۸۶؛ به نقل از کانینگهام، ۱۹۹۳). رانسویل و کله بر^۲، (۱۹۸۵) دریافتند که ۲۰٪ از بیماران معتاد افیونی شان به این دلیل دنبال درمان نمی روند که دلشان می خواست نشئه باشند و تجربه مسمومیت با مواد را از دست ندهند. نهایتاً در یک مطالعه جدید در مورد سوء مصرف کنندگان هرویین که بدون درمان بهبود یافته بودند، ۳۰٪ بیان داشتند که کمبود اطلاعات در مورد دسترس بودن درمان، به عنوان سدی برای به دنبال درمان رفتن عمل می کند (کلینگرمن^۳، ۱۹۹۱؛ به نقل از کانینگهام، ۱۹۹۳).

شواهد معنی داری نشان می دهد که اکثر افراد مبتلا به وابستگی به مواد، در اثر تأثیر مستقیم افراد مهم زندگی در جستجوی درمان برمی آیند (اسکراجز، میرز و کایو، ۲۰۰۵). پژوهشهای مؤسسه ملی سوء مصرف مواد امریکا (NIDA) نشان داده است که از ۲ میلیون پذیرش در سال در مراکز درمان وابستگی به مواد، در ۷۵٪ موارد گزارش داده بودند خانواده هایشان، دلیل اصلی آمدن آنها به درمان بوده است (لاندا و گرت، ۲۰۰۸). جالب اینکه لاندا و گرت در تحقیقی در اواخر دهه ۱۹۸۰ نشان دادند که از ۳۵۰ نفر مصرف کننده موادی که برای درمان پذیرش شده بودند، کمترین نرخ ماندگاری در درمان، مربوط به بیماران خود ارجاع بوده است و بیشترین نرخ ماندگاری در درمان، مربوط به افرادی بوده است که از دادگاه ارجاع شده بودند (لاندا و گرت، ۲۰۰۸).

هنگامی که نوجوانان مصرف کننده مواد به درمان وارد می شوند نیز معمولاً این کار را در پاسخ به فشارهای بیرونی از سوی خانواده، مدرسه، کارفرما یا نظام قانونی انجام می دهند (بت جس، اونکن و دلانی، ۱۹۹۹). بدون فشار بیرونی، احتمال ورود به درمان در آنان، کم است. به گفته مارلو و همکاران (۱۹۹۶) سوء مصرف کنندگان مواد گزارش دادند که اعضای خانواده تأثیر بیشتری بر تصمیم آنان به ورود به درمان داشته اند تا منابع دیگر از جمله فشارهای قانونی دادگاه (والدرون، کرن-جونز، ترنر، پیترسون و اوزچوفسکی^۴ ۲۰۰۷). همچنین در مطالعه ای جدید در هندوستان، معلوم شد که فشار خانواده، یکی از مهمترین همبسته های توقف مصرف است (مهتا^۵ و دیگران، ۲۰۱۲ به نقل از لی، هین، لیانگ، لین و توآن^۶، ۲۰۱۴).

^۱ Biernacki

^۲ Rounsaville & Keleber

^۳ Klingermann

^۴ Waldron, Kern-Jones, Turner, Peterson and Ozechowski

^۵ Mehta et al

^۶ Li, Hien, Liang, Lin and Tuan

۲-۵. انواع مداخلات برای بیماران بی‌علاقه به درمان

تا چند دهه پیش، راهکاری برای کشاندن بیماران به درمانگاهها و گروههای خودیاری وجود نداشت و به تازگی روشهایی برای این منظور در کنار گروههای خودیاری خانواده‌ها (نارانان و الانان) ابداع شده است. اعضای نگران خانواده که می‌خواهند به خود و عضو بیمارشان کمک کنند، اغلب به الانان و ناراران یا مداخله انستیتوی جانسون ارجاع می‌شوند، دو رویکردی که {در امریکا} در حوزه مداخله خانواده در حوزه اعتیاد مسلطند (فرناندز، بگلی و مارلات^۱، ۲۰۰۶؛ به نقل از مانوئل، ۲۰۱۲). برنامه‌هایی اینچنینی، برای خانواده‌ها پشتیبانی فراهم می‌آوردند اما برای درگیر ساختن افراد مصرف‌کننده الکل و مواد بی‌انگیزه به درمان که هدف مهمی برای اعضای خانواده معتادان است، موفقیت زیادی ندارند (میرز، میلر و اسمیت، ۲۰۰۲؛ میلر، مایرز و تونینگان، ۱۹۹۹). اگر چه در حال حاضر، مداخلات درمانی برای خانواده‌ها وجود دارد که در پژوهشها از آنها حمایت تجربی شده اما خیلی از آنها در حوزه اعتیاد مورد استفاده قرار نمی‌گیرند (مثل زوج درمانی رفتاری، فالس استوارت و بریچلر^۲، ۲۰۰۱)، (مانوئل، ۲۰۱۲). برخلاف بسیاری از درمان‌های خانوادگی برای سوء مصرف مواد، می‌توان به یک فرد خانواده درمان را ارائه کرد و شرکت عضو مصرف‌کننده مواد خانواده که در مورد وی نگرانی وجود دارد، الزامی نیست (کربی و دیگران، ۲۰۱۵). در ذیل در مورد این مداخلات ناراران، مداخله جانسونی، مدل ارایز و مدل «کرفت»، توضیحاتی می‌آید:

۲-۵-۱: «نارانان» (Nar-Anon)

«نارانان» (خانواده معتادان گمنام) یکی از گروههای خودیاری است که از «الانان»^۳ (خانواده الکلی‌های گمنام) سرچشمه گرفته است و این دو گروه از گروههای ۱۲ قدمی هستند که تاکنون پر استفاده‌ترین منبع حمایت خانواده‌هایی بوده‌اند که دچار مشکل مصرف مواد و الکلیسم فرد محبوب خود هستند (گلنتر و کلیبر، ۲۰۰۵). گروه خودیاری ناراران و الانان، افراد مهم زندگی را افرادی می‌دانند که نمی‌توانند رفتار مصرف مواد و

۱ Fernandez, Begley & Marlatt

۲ Fals-Stewart & Birchler

۳ Al-anon

الکل در فرد محبوب خود را تغییر دهند. در این برنامه های ۱۲ قدمی، از ابزارهای معنوی استفاده می شود تا به این اطرافیان کمک شود تا عجز خود را بپذیرند، میدان دهی به بیمار را متوقف کنند، بیمار را رها کنند و برای آرامش فردی تلاش کنند. «الانان»، توسط «لوئیس ویلسون»^۱، همسر بیل ویلسون بنیان گذار گروه خودیاری «الکلی های گمنام»، «آنی اسمیت»^۲ (همسر دکتر باب اسمیت، بنیان گذار دیگر «الکلی های گمنام») و «آن ب»^۳ در دهه ۱۹۴۰ بنیان گذاشته شد و در سال ۱۹۵۱ رسماً نام آن را Al-Anon گذاشتند. در سال ۱۹۹۹ الانان، تقریباً ۳۹۰۰۰۰ عضو داشت که ۸۵٪ آنها مؤنث بودند (هامفریز، ۲۰۰۴). اگرچه رویکردهای درمانی سنتی بر پایه تسهیلات درمانی ۱۲ قدمی مانند الانان، تأکید می کنند که اطرافیان بیمار، عاجز هستند و باید بیمار را «با عشق رها کنند» (بیشاف^۴، ۲۰۱۶) اما الانان نشان داده است که می تواند نشانه های افسردگی اعضای گروه را کاهش می دهد و مهارت های کنار آیی آنها را ارتقاء بخشد (کولوواین و ایزوتالوس^۵، ۲۰۱۴). گرمی، گرام و غریبی (۱۳۸۹) در پژوهشی در کرمانشاه به این نتیجه رسیدند که در خانواده های دارای معتاد شرکت کننده در جلسات نارانان نسبت به خانواده های دارای معتاد غیر شرکت کننده، میزان بهداشت روانی و کارایی خانواده، بالا تر بوده است. در مطالعات مختلف، الانان و نارانان یا تسهیلات الانان نارانان^۶ (ANF) به عنوان یک درمان مقایسه ای استاندارد مورد استفاده قرار گرفته است که شامل حدود ۱۰-۱۲ جلسه فردی است که مقدمه ای برای مفاهیم الانان و نارانان فراهم می آورد و تشویق های فعال برای درگیر شدن در این گروه های حمایتی رایج را ایجاد می کند (کربی و دیگران، ۲۰۱۵). نتایج، مؤکد آن است که هم الانان و نارانان و هم تسهیلات الانان نارانان، منجر به بهبودی در عملکرد عضو خانواده می شود اما در رفتار فرد مصرف کننده، تغییرات اندکی ایجاد می کند (دیتریج و تراپولد، ۱۹۸۴؛ کربی و دیگران، ۱۹۹۹؛ میرز، آپوداکا، فلیکر و اسلس نیک، ۲۰۰۲؛ میلر و دیگران، ۱۹۹۲؛ سیزون و آزرین، ۱۹۹۶؛ به نقل از کربی و دیگران، ۲۰۱۵).

۱ Lois Wilson

۲ Annie Smith

۳ Anne B

۴ Bischof

۵ Kuuluvainen and Isotalus

۶ Alanon- Naranon Facilitation

۲-۵-۲: مداخله جانسونی

«ورنون جانسون»^۱ شاید شناخته شده ترین و اولین متخصص در زمینه مداخله در وابستگی به مواد و الکلیسم باشد. جانسون قبول نداشت که افراد وابسته به مواد و الکلی باید به انتهای خط برسند تا درمان مؤثر را دریافت کنند. او مشاهده کرد که این افراد را می توان از طریق سیستم قانونی و اولتیماتوم های مؤثر ترغیب به درمان کرد. او عقیده داشت که اگر به خانواده آموزش داده شود، می توانند در برخورد با فرد الکلی و وابسته به مواد، علاوه بر پیشنهاد کردن یک درمان مؤثر، تجربه به آخر خط رسیدن را هم در آنها به وجود آورند. وی در سال ۱۹۸۶ نکاتی را که از تجربه نظریه اش کشف کرده بود را در کتاب «مداخله، یک روش گام به گام برای خانواده ها و دوستان افراد وابسته به مواد شیمیایی» به چاپ رساند. جانسون در توسعه مدل مداخله ای خود پی برد که قدرت واقعی در دست اطرافیان فرد الکلی یعنی خانواده، دوستان، همکاران و غیره است. بنابراین آموزش و آماده کردن این «تیم» نقش مهمی دارد. این روش به طور طبیعی نیاز به ۱۰ تا ۱۲ ساعت جلسات محرمانه دارد که مربوط به راهکار دادن، نامه نوشتن و تمرین ارائه مطلب اطرافیان به فرد وابسته به مواد است. با وجود بیش از ۳۰ سال تاریخچه و استفاده گسترده از این روش، مطالعات علمی اندکی را می توان در مورد این شیوه پیدا کرد که معمولاً همه آنها نیز صرفاً با مشکل مصرف الکل مرتبط بوده اند (لاندا و دیگران، ۲۰۰۴). هرچند که مداخله، می تواند در کمک به خانواده برای سوق دادن بیماران به سمت درمان، مؤثر باشد اما اکثر خانواده هایی که آن را امتحان می کنند، آن را تمام نمی کنند (کربی و دیگران، ۲۰۱۵). در واقع حدود ۷۰٪ از خانواده ها در واقع از مداخله پیروی نمی کنند و آن را اجراء نمی کنند. همچنین یک مطالعه (لونک، گرت و بنکز، ۱۹۹۶ الف) گزارش داد، مراجعینی که در نتیجه مواجهه جانسونی وارد درمان شده اند، بیشتر از کسانی که از راههای دیگر ارجاع شده اند احتمال دارد که عود کنند (به نقل از کربی و دیگران، ۲۰۱۵).

۲-۵-۳: مداخله مدل آرایز ARISE

مدل آرایز: از حروف اول (A Relational Intervention Sequence for Engagement)

گرفته شده است که به معنی «یک زنجیره مداخله ارتباطی برای درگیر سازی» است. آرایز یک پیوستار مداخله ای سه مرحله ای است که با حداقل گزینه لازم شروع می شود و کوششها در صورتی افزایش می یابد که فرد

^۱ Vernon Jahnson

وابسته به مواد در سطح اولیه خود را درگیر درمان نکند. این مدل توسط «جودیت لاند» و «جیمز گرت»^۱ پایه گذاری شد و در اصل بر اساس مدل لاند» در کار با افرادی که مبتلا به وابستگی به مواد بودند یعنی «خانواده درمانی انتقالی»^۲ بود. این مدل جدید در اوایل دهه ۱۹۹۰ فرمول بندی شد و با کمک بودجه ای از طرف «سازمان ملی سوء مصرف مواد» امریکا (NIDA) این پروتوکل به صورتی وسیع مورد آزمون قرار گرفت (لاند» و گرت، ۱۹۹۶). سه مرحله مورد نظر اینها هستند: ۱) هدایت تلفنی ۲) به تحرک در آوردن شبکه برای درگیر ساختن فرد وابسته به مواد شیمیایی ۳ (CPS) و ۳) مداخله ارایز (که یک مداخله اصلاح شده سبک جانسونی است) (گرت»^۴ و دیگران، ۱۹۹۷).

از این بنیان که اعضای خانواده در شکستن «انکار» و افزایش فشار به افراد دارای مشکل الکل برای ورود به درمان می توانند مهم باشند، مداخلات دیگری هم پیدا شده است. «مداخله جانسونی» یکی از این نمونه هاست. شبکه اجتماعی افراد مبتلا به مشکل الکل، به صورت بخشی از این مداخلات آموزش می بیند که یک مواجهه را تدارک ببیند که در خلال آن سعی می شود «انکار» الکلسم کاهش یابد و فرد را درگیر درمان کنند. ارزیابی محدود از این نوع مداخله نشان داده است که شمار اندکی از شبکه های اجتماعی آموزش دیده به این مواجهه ادامه می دهند اما در اکثر موارد به رغم آماده سازی ها، این مواجهه هیچ وقت رخ نمی دهد. همچنین شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه وقتی افراد بواسطه این تکنیک ها پا به درمان می گذارند، ماندگاری در درمان کم است و نرخ عود بالاست.

این رویکرد که از «مداخله انستیتوی جانسون» برآمده، هرچند که از مداخله جانسونی سرچشمه گرفته اما تأکید کمی بر رویارویی دارد و تأکیدش بیشتر بر حمایت از مصرف کننده مواد و اعضای خانواده، قبل، در حین و بعد از ورود به درمان است. «گرت» و دیگران مجموعه استراتژی هایی را بر مبنای رویکرد «ارایز» توصیف کرده اند که می تواند برای اطرافیان نگران مصرف کنندگان موادی که با موسسات مربوط به اعتیاد تماس برقرار می کنند و از آنها کمک می خواهند، به کار گرفته شود. هدف آن این است که اعضای خانواده و شبکه

۱ Judith Landau & James Garrett

۲ Transitional Family therapy

۳ Chemically dependent person

۴ Garrett et al.

اجتماعی وی به حرکت واداشته شوند تا بر مصرف کننده مواد تأثیر بگذارند و او را به درگیر درمان شدن، راغب کنند. این مولفین نتیجه مطالعه جاری با استفاده از این روش را بر روی بیش از ۱۰۰ تماس از سوی اطرافیان نگران را که با روش شناسی مذکور انجام شده گزارش کرده اند و در آن در ۶۵٪ از موارد فرد مصرف کننده مواد وارد درمان یا گروههای خودیاری شده است. مواد در بر گرفته شده توسط بیماران در این تحقیق شامل الکل، حشیش، کوکائین، هرویین و ترکیباتی از آنها بوده و افراد شرکت کننده شامل والدین، همسران و فرزندان بوده اند (گرت و دیگران، ۱۹۹۸).

واقعیت این است که اعضای خانواده نمی توانند الکل نوشیدن فرد یا مواد مصرف کردن او را متوقف کنند اما می توانند رفتار خود را به شیوه ای عوض کنند تا به سوء مصرف کننده مواد کمک کنند بفهمد مصرف مواد مشکل ساز است و تغییر کردنش مورد دلخواه است (کوپلو، وله من و تمپله تون، ۲۰۰۵).

۲-۵-۴: مداخله تقویت اجتماعی و آموزش خانواده - کرفت CRAFT

یک نگرانی عمده در حوزه اعتیاد این است که هر ساله ۹۰ تا ۹۵٪ از افراد وابسته به مواد و الکل وارد درمان و یا گروههای خودیاری نمی شوند. رویکرد «کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) با شالوده های تحقیقی محکمی که دارد به وضوح بهترین امکان در این مورد است. «کرفت» یک رویکرد با جهت گیری رفتاری، متمرکز بر مشکل و برپایه مهارت است که از تکنیکهای حل مسئله استفاده می کند و در نسخه آخرش به طور میانگین به ۱۰ تا ۱۲ جلسه نیاز دارد (لووینسون و دیگران، ۲۰۰۵).

«کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده)، برنامه ای است که بر پایه اصول رفتاری و فنون شناختی رفتاری است. این برنامه از دل برنامه «رویکرد تقویت اجتماعی»^۱ (CRA) پیدا شد که یک حمایت علمی از آن شده است و برای مصرف کنندگان موادی طراحی شده که قبلاً قبول کرده اند به دنبال درمان بروند. نسخه اولیه «کرفت» توسط «رابرت مایرز»^۲ ابداع و به دست «سیسون و آزرین»^۳ در دهه ۱۹۸۰ به بوته آزمایش گذاشته شد. این محققین و بالینگران در طی کار با برنامه «کرا» با الکی های مشکل دار، دریافتند که گرچه یک تعداد از می-

۱ Community Reinforcement Approach

۲ Robert Meyers

۳ Sisson and Azrin

خواران دلشان نمی خواهد به دنبال درمان بروند اما اعضای خانواده شان که انگیزه بالایی دارند، تأثیرات نیرومندی بر آنها می گذارند به این شکل که نحوه تعاملشان را در حالت مستی و پاکی وی عوض می کنند. به منظور سرمایه گذاری کردن بر روی این نقش مهم، کرافت طراحی شد تا درمانگران بتوانند به اعضای خانواده، مهارت‌های آشکاری را آموزش دهند مانند اینکه چطور رفتارهای پاک بودن را پاداش دهند و رفتارهای مصرف کردن را تضعیف کنند، چگونه به شیوه ای مثبت ارتباط برقرار کنند، چگونه در صورت لزوم از فنون حل مسئله استفاده کنند، چگونه از خودشان مراقبت کنند و چگونه به فرد مصرف کننده، درمان را پیشنهاد کنند. همچنین در سراسر این فرایند، احتمال وجود مسایل مربوط خشونت خانگی مورد نظر قرار می گیرد. برنامه «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (کرفت)، با این باور تهیه شد که چون اعضای خانواده سهم مهمی در حوزه های دیگر درمان دارند، پس در کمک به ترغیب فرد مورد علاقه که به درمان مقاومت دارد، نیز می توانند نقش قدرتمندی را ایفاء کنند. ضمناً اکثر افراد مهم زندگی، می توانند از مشاوره ای که به آنان می آموزد مستقل تر شوند و از خودشان بهتر مراقبت کنند، استفاده ببرند (اسمیت و مایرز، ۲۰۰۴).

به طور کلی، کرافت از یک رویکرد مثبت استفاده می کند و به وضوح با مواجهه جانسونی تفاوت دارد. این برنامه بر آموزش مهارت های جدید برای مقابله با مشکلات قدیمی تکیه می کند. برخی از مؤلفه های اصلی کرافت شامل موارد زیر می باشد: گفتگو در مورد امنیت فردی و محافظت از خود در برابر خشونت، بررسی زمینه هایی که در آن رفتار سوء مصرف مواد رخ می دهد، آموزش به افراد مهم زندگی که چگونه از تقویت مثبت هم برای خودشان و هم برای فرد وابسته به مواد استفاده کنند و تأکید بر تغییر در سبک زندگی برای افراد مهم زندگی (اسمیت و مایرز، ۲۰۰۴). کرافت برای اطرافیان افراد مصرف کننده مواد پیدا شد تا الف) خشونت بالقوه را تشخیص دهند و به آن پاسخ ایمنی بدهند ب) ارتباط با فرد مصرف کننده را اصلاح کنند ج) استرس خود را کاهش دهند د) خود کارآمدی شان را بهبود بخشند ه) شجاعت بخشیدن به فرد مصرف کننده بی علاقه به درمان را کمک کنند. باور زیربنایی که بر مبنای شرطی شدن کنشگراست، این است که همایندی های محیطی، کلید تشویق یا دلسرد کردن مصرف مواد است. در کرافت، تحلیل عملکرد خشونت به کار می رود تا هم پیش آیند ها و هم پیامد های خشونت را بررسی کند. در این مورد به افراد آموزش داده می شود که مقابله نکنند و با تمرین مهارت های کنارآیی جدید، عادات ناکافی قبلی را اصلاح کنند تا از شرایط استرسزای فزاینده دوری کنند در عین حالی که راههای نامولد (مانند غرزدن و التماس) برای ترغیب فرد به جستجوی درمان را هم بررسی میکنند (روزن، بلانو و میرز، ۲۰۰۹).

مطالعاتی که اثربخشی کرافت را ارزیابی می کنند، موفقیت در موارد زیر را تأیید کرده اند: موفقیت در ترغیب کردن بیمار اصلی به درمان، بهبود یافتن عملکرد همراهان دلسوز و کاهش مصرف مواد توسط بیمار اصلی. در کل در این تحقیقات، همراهان دلسوز با استفاده از رویکرد کرافت توانسته اند ۵۵٪ تا ۸۶٪ مصرف کنندگان مواد بی علاقه به درمان را درگیر درمان کنند (مانونل و دیگران، ۲۰۱۲).

مطالعات تحقیقی، پیوسته تأکید دارند که کرافت برای خانواده های مصرف کننده های مواد و الکل، رویکردی مؤثر است (مانونل و دیگران، ۲۰۱۲). سیزون و آزرین (۱۹۸۶) نخستین مطالعه تصادفی را انجام دادند تا اعتبار استفاده از شیوه های تقویت بر مبنای اجتماع را بر روی افراد مهم زندگی الکی های مشکل دار بررسی کنند. آنها به طور تصادفی ۱۲ نفر CSO (افراد مهم زندگی) را برای اجرای یک نسخه اولیه کرافت (آموزش تقویت اجتماعی) (CRT^۱) و یک رویکرد مدل بیماری- رویکرد الانان (خانواده الکی های گمنام) در دو گروه قرار دادند. در گروه «آموزش تقویت اجتماعی» (CRA) بعد از به طور میانگین ۵۸.۲ روز یعنی بعد از به طور متوسط ۷.۲ جلسه خانواده ها، از هفت الکی مقاوم به درمان، شش نفر به درمان وارد شدند. جالب اینکه این الکی ها قبل از ورود به درمان، میزان مصرف متوسط خود را به طور میانگین تا نصف کاهش داده بودند. از پنج فرد گروه الانان، هیچیک نتوانست بیمار معلوم خود را به درمان، ترغیب کند (اسمیت و مایرز، ۲۰۰۴؛ میرز و میلر، ۲۰۰۱).

در یک آزمایش دیگر (میلر، مایرز و تونینگان، ۱۹۹۹) با بودجه «مؤسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیزم» (NIAAA)، ۱۳۰ تن از افراد مهم زندگی به طور تصادفی در یکی از سه رویکرد درگیرسازی متفاوت، قرار داده شدند: (۱) درمان تسهیلات الانان که برای تشویق الکی های مقاوم، به درمان تخصصی یا درگیر شدن آنها در برنامه ۱۲ قدمی طراحی شده بود (۲) یک مداخله انستیتوی جانسونی که افراد مهم زندگی را آماده جلسه مداخله خانوادگی می کرد که منجر به درمان رسمی شود و (۳) رویکرد کرافت که مهارت های تغییر رفتاری و راهبردهای تازه را برای هدایت فرد الکی به درمان می آموخت. هر سه روش درمان، کتابچه راهنما داشت و مرکب از ۱۲ ساعت تماس برنامه ریزی شده بود. مصاحبه ارزیابی توسط افرادی اجراء می شد که در مورد چگونگی اختصاص افراد به گروهها بی اطلاع بودند. بر مبنای نتایج، رویکرد کرافت به طور معنی داری از لحاظ درگیر کردن الکی های مشکل دار به سمت درمان (۶۴٪) در برابر مداخلات رایجتر مورد استفاده یعنی الانان

۱ Community Reinforcement Training

(۱۳٪) و مداخله مؤسسه جانسون (۳۰٪) مؤثرتر بود. از نظر شرکت کردن در جلسات، افراد مهم زندگی در گروه آلانان در بیش از ۱۲ جلسه برنامه ریزی شده (۹۵٪) حضور داشتند که نسبت به گروه کرافت (۸۹٪) بیشتر حضور یافتند در حالی که افراد مهم زندگی در گروه مداخله انستیتوی جانسونی فقط در ۵۳٪ جلسات شرکت کردند. با این حال باید توجه داشت که میزان حضور زیاد در جلسات برای گروه آلانان، از نظر درگیر کردن فرد مورد علاقه به درمان، یک مزیت نبود. اختصاصاً در مورد طول مدت مورد نیاز برای اینکه افراد مهم زندگی که در کرافت آموزش دیدند، فرد الکلی بی انگیزه خود را به درمان بکشانند، تعداد میانگین روزهای آن ۴۷ روز با میانگین ۴/۷ جلسه بود. از نظر عملکرد افراد مهم زندگی، هرچند که هیچ تفاوت بین گروهی پیدا نشد، اما پیشرفت قابل ملاحظه‌ای در طی زمان برای هر پنج سنجه مستقل در مورد افراد مهم زندگی وجود داشت. اینها در حوزه‌های زیر بود: افسردگی («فهرست افسردگی بک^۱»، بک و دیگران (۱۹۶۱)، خشم («فهرست ابراز خشم مربوط به حالت و صفت^۲»: فورگیس و دیگران^۳، ۱۹۹۸؛ اسپیلبرگر^۴، ۱۹۹۶)، پیوستگی و تعارض خانوادگی («مقیاس محیط خانوادگی^۵»: موس و موس^۶ ۱۹۸۶) و خوشبختی کلی («مقیاس خوشبختی^۷»: آزرین و دیگران، ۱۹۷۳) (به نقل از میرز، میلر، ۲۰۰۱).

در آزمایش دیگری، مایرز و دیگران (۱۹۹۹) کرافت را با مراجعینی به آزمایش گذاردند که بیمار بی علاقه به درمانشان، مواد غیرقانونی مصرف می‌کردند. در این آزمایش غیر کنترل شده ۷۴٪ از بیماران معلوم، به درمان ورود پیدا کردند و باز هم خود افراد مهم زندگی، از نظر افسردگی، اضطراب، خشم و نشانه‌های جسمانی بهبودی معنی‌داری نشان دادند. در این جا هم والدین نسبت به همسرها، نرخ ترغیب بیمارانشان، بالاتر بود. مطالعه دیگر کرافت با سوء مصرف کنندگان مواد به این صورت بود که ۹۰ نفر افراد مهم زندگی را به طور تصادفی به گروه کرافت، کرافت بعلاوه پی‌گیری و تسهیلات آلانان و نارانان اختصاص دادند. با توجه به اینکه گروه‌های

۱ Beck Depression Inventory

۲ State-Trait Anger Expression Inventory

۳ Forgays et al.

۴ Spielberger

۵ Family Environment Scale

۶ Moos & Moos

۷ Happiness Scale

۱۲ قدمی به راحتی در دسترس افراد مهم زندگی هستند، یک گروه پی گیری به شرایط کرافت اضافه شده بود تا تعیین کند که آیا حمایت مداوم، می تواند پیامد های کرافت را افزایش دهد یا خیر. نهایتاً شرایط کرافت، جهت تحلیل با یکدیگر ترکیب شدند و هیچ تفاوت معنی داری بین آنها پیدا نشد. در شرایط ترکیبی کرافت، ۶۷٪ از بیماران بی علاقه به درمان، وارد درمان شدند. در حالی که در گروه ۱۲ قدم، فقط ۲۹٪ وارد درمان شدند (به نقل از مایرز و دیگران، ۲۰۰۲).

میس^۱ و دیگران (۲۰۱۳) کارآزمایی های بالینی تصادفی که از ژانویه سال ۱۹۹۶ تا دسامبر ۲۰۱۱ در آمریکا اجراء شده بود و مداخلات خانوادگی برای اختلالات بهداشت روانی بزرگسالان را بررسی می کرد را مرور کردند آنها ۵۱ مقاله را که ۲۱ مداخله مختلف را ارزیابی می کرد مورد بررسی قرار دادند. در میان سه کارآزمایی (کربی و دیگران، ۱۹۹۹، میرز و دیگران، ۲۰۰۲ و میلر، میرز و تونیگان، ۱۹۹۹) کرافت بر درمانهای جایگزین دیگر برای تسریع در آغاز درمان سوء مصرف مواد ارجحیت داشت. نتایج نشان دادند که شرکت کنندگان در کرافت، بیش از ۳ برابر نسبت به کسانی که اعضای خانواده شان در الانان (خانواده الکلی های گمنام) شرکت کرده بودند فرصت ورود به درمان را پیدا کرده بودند. تفاوت در میان شرایط مصرف مواد و عملکرد زوج و خانواده بعد از درمان، معنی دار نبود. یافته ها تأکید می کنند که در مقایسه با مداخلات خانوادگی دیگر، روش کرافت در بالا بردن نرخ شروع به درمان، موثر و خاص است اما در بین کارآزمایی های مرور شده، شواهد اندکی وجود داشت که نشان دهد این امر به معنای کاهش مصرف مواد یا افزایش عملکرد خانواده یا زوج است (میس و دیگران، ۲۰۱۳).

نسخه متمرکز بر خانواده CRA یعنی CRAFT تقویت اجتماعی و آموزش خانواده (کرافت) احتمالاً بیشتر به اجتماعات بومی مرتبط است زیرا مهارتهای عملی را به اعضای خانواده فردی که مشکل الکل دارد و مقاوم به درمان است آموزش می دهد. این روش هدفش این است که به طور اختصاصی سلامت خود خانواده را ارتقاء دهد و به آنان کمک کند تا عضو دچار مشکل می خواری شان را به درمان، تشویق کنند (کالابریا، کلیفورد، شیک شافت، الان، بلیس و دوران^۲، ۲۰۱۳). در یک تحقیق ۱۱۶ استرالیایی که ۱۱۰ نفر آنان همسر بومی (n=۱۱۰) و ۶ نفر آنان فرزند غیربومی داشتند شرکت کردند. ۹۰٪ شرکت کنندگان، CRA و ۹۵٪ آنان craft را مورد قبول دانستند. زنان، بیشتر از مردان، کرافت را «خوب» می دانستند (کالابریا و دیگران، ۲۰۱۳).

^۱ Meis

^۲ Calabria, B., Clifford, A., Shakeshaft, A., Allan, J., Bliss, D., Doran, C.

در یک آزمایش با بودجه «مؤسسه ملی سوء مصرف الکل و الکلیزم» (NIAAA)، (میلر، مایرز و تونیگان، ۱۹۹۹) ۱۳ تن از اطرافیان دلسوز به طور تصادفی در یکی از سه رویکرد درگیرسازی متفاوت، قرار داده شدند: (۱) درمان تسهیلات الانان که برای تشویق به درگیر شدن در برنامه ۱۲ قدمی و برای آوردن الکی های مقاوم به درمان، به داخل درمان رسمی طراحی شده بود (۲) یک مداخله انستیتوی جانسونی که اطرافیان دلسوز را آماده جلسه مداخله خانوادگی می کرد که منجر به درمان رسمی شود و (۳) رویکرد کرافت که مهارت های تغییر رفتاری و راهبردهای تازه را برای هدایت فرد الکی به درمان می آموخت. هر سه روش درمان، کتابچه راهنما داشت و مرکب از ۱۲ ساعت تماس برنامه ریزی شده بود. مصاحبه ارزیابی توسط افرادی اجراء می شد که در مورد چگونگی اختصاص افراد به گروهها بی اطلاع بودند.

بر مبنای نتایج، رویکرد کرافت به طور معنی داری از لحاظ درگیر کردن الکی های مشکل دار به سمت درمان، مؤثرتر بود (۶۴٪) در برابر مداخلات رایجتر مورد استفاده یعنی الانان (۱۳٪) و مداخله مؤسسه جانسون (۳۰٪) (میلر، مایرز و تونیگان، ۱۹۹۹). از نظر شرکت کردن در جلسات، اطرافیان دلسوز در گروه آلانان در بیش از ۱۲ جلسه برنامه ریزی شده (۹۵٪) نسبت به گروه اطرافیان دلسوز کرافت (۸۹٪) حضور یافتند در حالی که اطرافیان دلسوز در گروه مداخله انستیتوی جانسونی فقط در ۵۳٪ جلسات حضور یافتند. با این حال باید توجه داشت که میزان حضور زیاد در جلسات برای گروه الانان، از نظر درگیر کردن فرد مورد علاقه به درمان، یک مزیت نبود. اگر شخص اختصاصاً طول مدت مورد نیاز برای اینکه اطرافیان دلسوز که در کرافت آموزش دیدند بخواهند فرد الکی مقاوم خود را به درمان بکشانند را بررسی کند، تعداد میانگین روزهای آن ۴۷ روز با میانگین ۴/۷ جلسه بود. از نظر عملکرد اطرافیان دلسوز، هر چند که ما هیچ تفاوت بین گروهی را پیدا نکردیم اما پیشرفت قابل ملاحظه ای در طول زمان برای هر پنج سنجه مستقل در مورد اطرافیان دلسوز وجود داشت. اینها در حوزه های زیر بود: افسردگی (فهرست افسردگی بک^۱: بک و دیگران (۱۹۶۱)، خشم (فهرست ابراز خشم مربوط به حالت و صفت^۲: فورگیس و دیگران^۳، ۱۹۹۸؛ اسپیلبرگر^۴، ۱۹۹۶)، پیوستگی و تعارض خانوادگی (مقیاس محیط خانوادگی^۵: موس و موس^۶ ۱۹۸۶) و خوشبختی کلی (مقیای خوشبختی^۷: آزرین و دیگران، ۱۹۷۳).

^۱ Beck Depression Inventory

^۲ State-Trait Anger Expression Inventory

^۳ Forgays et al.

^۴ Spielberger

^۵ Family Environment Scale

^۶ Moos & Moos

^۷ Happiness Scale

بنابراین به طور خلاصه می توان گفت تعداد کثیری از مردم دنیا تحت تأثیر مواد قرار دارند و سوء مصرف مواد منجر به هزینه های متعددی برای مصرف کننده، خانواده وی و جامعه می شود. در سیستم طبقه بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، DSM5، اختلالات مصرف مواد (از جمله مواد مخدر، محرک و غیره)، در طیف وسیعی از نظر شدت، از خفیف تا شدید رخ می دهد و شدت آن بر حسب تعداد ملاک هایی است که در بر می گیرد. خانواده های بیماران، قربانیان پنهان مصرف مواد هستند. افسردگی در آنان افزایش و کیفیت زندگی کاهش پیدا می کند. آنان استرس و دردی مداوم، شدید و فراوان را با خود دارند و از افسردگی، اضطراب و خستگی مزمن که از نگرانی و ناکامی سرچشمه می گیرد، رنج می برند. اما در عین حال، خانواده نیز بر روی بیمار مصرف کننده مواد تأثیر می گذارد. مطالعات نشان داده اند که در بر گرفتن همسر یا اعضای دیگر خانواده در درمان، پیامدهای درمانی را تقویت می کند.

نظریه مراحل تغییر انگیزشی، توسط پروچاسکا و دی کلمنته (۱۹۸۴) مطرح شده است. بر اساس این مدل، تغییر کردن، یک رویداد پیشرونده، سیال و متناوب است نه یک رویداد منظم. بر طبق نظریه مراحل انگیزشی تغییر، بیش از ۸۰٪ از افراد دچار مشکل مصرف مواد در مرحله انگیزشی پیش تأملی و تأملی قرار دارند. کسانی هم که وارد درمان می شوند بین نصف تا سه چهارم شان ریزش می کنند. تا چند دهه پیش، راهکاری برای کشاندن بیماران به درمانگاهها و گروههای خودیاری وجود نداشت و به تازگی روشهایی برای این منظور ابداع شده است. روشهای فوق این موارد هستند: گروههای خودیاری خانواده معتادان گمنام و خانواده الکلی های گمنام، مداخله انستیتوی جانسون، مداخله مدل «ارایز» (یک زنجیره مداخله ارتباطی برای درگیر سازی) (ARISE) و مداخله تقویت اجتماعی و آموزش خانواده - کرفت CRAFT. شواهد معنی داری نشان می دهد که اکثر افراد مبتلا به وابستگی به مواد، در اثر تأثیر مستقیم افراد مهم زندگی در جستجوی درمان برمی آیند. حال می توان از طریق روش کرفت، خانواده های بیماران مصرف کننده مواد را آموزش داد تا به طور مناسب تری این بیماران را ترغیب به جستجوی درمان کنند.

فصل سوم:

روش‌شناسی تحقیق

۳-۱. مقدمه

این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی روش «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» یا کرفت در تغییر مراحل انگیزشی بیماران وابسته به مواد و کیفیت زندگی و افسردگی خانواده های آنها» و مقایسه آن با روش «نارانان» انجام شد. در این بخش به اطلاعات روش شناختی پژوهش اشاره شده است.

۳-۲. چارچوب و طرح کلی پژوهش

نوع مطالعه: پژوهش حاضر از نوع مطالعات «شبه آزمایشی» با گروه کنترل بود و در آن دو گروه آزمایش یعنی گروه «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» و گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام»، با یک گروه کنترل (بدون مداخله) مقایسه شدند. به منظور مقایسه گروهها در این پژوهش از طرح گروهی پیش آزمون-پس آزمون استفاده شد.

۳-۳. جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه گیری

جامعه پژوهش شامل اعضای خانواده و افراد وابسته به موادی که انگیزه و علاقه‌ای برای درمان نداشته و در شهر تهران زندگی می‌کردند، بود. این افراد به طرق مختلف از جمله تماس با «خط ملی اعتیاد» و مراجعه به مراکز درمانی در تهران در دسترس بودند.

در پژوهشهای مشابه قبلی، تعداد نمونه‌های متفاوتی انتخاب شده بودند. در اولین تحقیق در زمینه کرافت توسط سیزون و آزرین (۱۹۸۶)، تعداد ۱۲ نفر؛ میلر، مایرز و تونیکان، ۱۳ نفر؛ مایرز، میلر، اسمیت و تونیکان (۲۰۰۲)، ۹۰ نفر؛ اسمیت و مایرز (۲۰۰۴)، ۱۳۰ نفر؛ والدرون (۲۰۰۷) ۴۲ نفر و مانوئل (۲۰۰۷) تعداد ۴۰ نفر را برای حجم نمونه انتخاب کرده بودند. در تحقیق حاضر میانگینی از تعداد نمونه‌ها در تحقیقات قبلی و با توجه به احتمال ریزش افراد، جمعاً تعداد ۷۵ نفر (۲۵ نفر برای هر گروه) به عنوان نمونه انتخاب شدند. از جامعه فوق، با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاکهای ورود و خروج زیر، ۷۵ نفر از اعضای خانواده و بیماران انتخاب شده و در سه گروه کرافت، نارانان و گروه کنترل تخصیص یافتند. به این ترتیب که نفر اول در گروه کرفت، نفر دوم در گروه نارانان و نفر سوم در گروه بدون مداخله قرار گرفتند.

۳-۳-۱. ملاکهای ورود

- ۱) بر طبق اظهارات شرکت کننده در مطالعه، یکی از اعضای خانواده وی مصرف کننده مواد باشد.
- ۲) بیمار مصرف کننده مواد (که حضور ندارد)، بر طبق اظهارات شرکت کننده در مطالعه، پیشنهاد ورود به درمان را رد کند و تمایلی به درمان نداشته باشد.
- ۳) شرکت کننده در مطالعه، در زندگی عضو خانواده مصرف کننده مواد، نقش مؤثری داشته باشد.
- ۴) شرکت کننده در مطالعه، موافقت خویش را با شرکت در تحقیق حاضر اعلام نماید.
- ۴) شرکت کننده در مطالعه، در تهران یا اطراف تهران سکونت داشته باشد.
- ۵) شرکت کننده در مطالعه، حداقل ۳ روز در هفته با عضو خانواده مصرف کننده مواد، ارتباط داشته باشد.
- ۶) بیمار مصرف کننده مواد (که حضور ندارد)، و شرکت کننده در مطالعه، هر دو بیشتر از ۱۸ سال سن داشته باشند.
- ۷) بیمار مصرف کننده مواد (که حضور ندارد)، مذکر و عضو خانواده شرکت کننده در تحقیق، مؤنث باشد.

۳-۳-۲. ملاکهای خروج

- ۱) شرکت کننده در مطالعه، خودش مصرف کننده مواد باشد.
 - ۲) در مصاحبه اولیه یا جلسات بعد معلوم شود که شرکت کننده در مطالعه و یا بیمار مصرف کننده مواد (که حضور ندارد)، مبتلا به اسکیزوفرنی یا هر گونه اختلال روانپریشی (سایکوتیک) دیگر باشند.
 - ۲) تحصیلات شرکت کننده در مطالعه، کمتر از پنجم ابتدایی باشد.
 - ۳) بیمار مصرف کننده مواد (که حضور ندارد)، در ظرف ۳ ماه گذشته برای اختلال مصرف مواد، درمان دریافت کرده باشد.
 - ۴) بیمار مصرف کننده مواد (که حضور ندارد)، در زندان باشد و در دسترس نباشد.
- در حین اجرای تحقیق، تعدادی از اعضای هر سه گروه از ادامه همکاری خودداری کردند و ریزش هایی به وجود آمد و نمونه نهایی از ۷۵ نفر به ۴۹ نفر رسید به طوری که در گروه گرفت ۱۸ نفر، در گروه نارائان، ۱۵ نفر و در گروه سوم که گروه بدون مداخله بود ۱۶ نفر حضور داشتند. قاعده برای در نظر گرفتن ریزش در گروه

کرفت، دو جلسه غیبت متوالی و اظهار عدم تمایل به ادامه درمان بود و در گروه نارائان، عدم شرکت در حداقل ۴ جلسه گروهی در ظرف ۲ ماه اجرای تحقیق بود. در گروه بدون مداخله نیز عدم تمایل به حضور مجدد در مرکز جهت پس آزمون پس از گذشت دو ماه از ارزیابی جلسه اول، ریزش محسوب می شد. ویژگی های جمعیت شناختی خانواده های شرکت کننده (همراهان دلسوز^۱) در مطالعه و نیز بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد آنها، در ابتدای تحقیق به تفکیک گروه های سه گانه در جداول ۱-۳ و ۲-۳ ارائه شده است

جدول ۱-۳ گروه های خانوادگی شرکت کننده را بر اساس نسبت با بیمار مصرف کننده، فاصله منزل تا مکان اجرای پژوهش، سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال توصیف می کند.

جدول ۱-۳: ویژگی های توصیفی و جمعیت شناختی خانواده های شرکت کننده							
متغیر	زیر گروهها	گروه کرافت		گروه نارائان		گروه بدون درمان	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نسبت با بیمار	مادر	۱۰	۴۰	۱۵	۶۰	۱۴	۵۶
	همسر	۱۴	۵۶	۸	۳۲	۱۰	۴۰
	خواهر	۱	۴	۲	۸	۱	۴
فاصله منزل تا مکان تحقیق	نزدیک	۵	۲۰	۳	۱۲	۲	۸
	دور	۱۸	۷۲	۱۹	۷۶	۲۰	۸۰
	خیلی دور	۲	۸	۳	۱۲	۳	۱۲
سن شرکت کنندگان	۱۸-۲۴	۱	۴	۱	۴	۲	۸
	۲۵-۳۴	۹	۳۶	۳	۱۲	۳	۱۲
	۳۵-۴۴	۴	۱۶	۱۱	۴۴	۷	۲۸
	۴۵ و بالاتر	۱۱	۴۴	۱۰	۴۰	۱۳	۵۲
تحصیلات شرکت کنندگان	زیردیپلم	۳	۱۲	۹	۳۶	۷	۲۸
	دیپلم	۱۳	۵۲	۱۱	۴۴	۱۴	۵۶
	بالاتر از	۹	۳۶	۵	۲۰	۴	۱۶
اشتغال شرکت کنندگان	خانه دار	۱۶	۶۴	۱۸	۷۲	۱۹	۷۶
	شاغل	۸	۳۲	۵	۲۰	۲	۸
	سایر	۱	۴	۲	۸	۴	۱۶

^۱ Concerned significant others

جدول ۲-۳ بیماران اصلی مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان را بر اساس سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، خشونت، نوع ماده مصرفی و سابقه درمانهای قبلی توصیف می کند.

جدول ۲-۳: ویژگی های جمعیت شناختی و توصیفی بیماران مصرف کننده مواد							
متغیر	گروه بدون مداخله		گروه نارائان		گروه کرافت		زیر گروهها
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن بیمار	۲۰	۵	۲۸	۷	۲۸	۷	۲۴-۱۸
	۴۴	۱۱	۲۸	۷	۳۲	۸	۳۴-۲۵
	۲۰	۵	۳۲	۸	۲۴	۶	۴۴-۳۵
	۱۶	۴	۱۲	۳	۱۶	۳	۴۵ و بالاتر
تحصیلات بیمار	۳۲	۸	۳۲	۸	۳۶	۹	زیر دیپلم
	۶۴	۱۶	۵۲	۱۳	۵۶	۱۴	دیپلم
	۴	۱	۱۶	۴	۸	۲	بالاتر از دیپلم
اشتغال بیمار	۴۸	۱۲	۵۲	۱۳	۵۲	۱۳	بیکار
	۳۶	۹	۴۰	۱۰	۴۴	۱۱	شاغل
	۱۶	۴	۸	۲	۴	۱	سایر
وضعیت تاهل بیمار	۴۰	۱۰	۵۲	۱۳	۳۶	۹	مجرد
	۴۴	۱۱	۴۰	۱۰	۶۰	۱۵	متاهل
	۱۶	۴	۸	۲	۴	۱	مطلقه
وضعیت اقتصادی بیمار	۴	۱	۴	۱	۱۶	۴	نابسامان
	۸۸	۲۲	۸۰	۲۰	۷۲	۱۸	متوسط
	۸	۲	۱۶	۴	۱۲	۳	بالا
وضعیت خشونت بیمار	۴	۱۲	۴۸	۱۲	۴۸	۱۲	بدون خشونت
	۸	۱۲	۴۴	۱۱	۴۸	۱۲	خشونت کم
	۸	۱	۴۴	۲	۴۸	۱	خشونت زیاد
نوع ماده مصرفی بیمار	۸	۲	۱۲	۳	۲۰	۵	حشیش- گراس
	۲۴	۶	۲۸	۷	۲۸	۷	مخدر
	۶۴	۱۶	۵۶	۱۴	۴۴	۱۱	متمافتامین ها
	۴	۱	۴	۱	۸	۲	سایر
سابقه درمانهای قبلی	۴۴	۱۱	۲۸	۷	۲۸	۷	سابقه کمپ
	۱۲	۳	۳۲	۸	۴	۱	سایر
	۴۴	۱۱	۴۰	۱۰	۶۸	۱۷	بدون درمان

۳-۴. ابزارهای اندازه گیری

۳-۴-۱: **مصاحبه نیمه ساختار یافته:** مصاحبه با شرکت کننده در پژوهش در مورد خود وی و بیمار مصرف کننده مواد (که حضور ندارد) با هدف دریافت و تکمیل اطلاعات، توضیح برنامه گرفت برای گروه یک، ایجاد راپورت و تشویق به ادامه جلسات در گروه یک و دو و اجرای تک جلسه برای گروه سوم.

۳-۴-۲: پرسشنامه مصاحبه جمعیت شناختی^۱

این پرسشنامه در مورد اطلاعات اولیه فرد شرکت کننده در پژوهش و همچنین بیمار مصرف کننده مواد (که حضور ندارد)، از قبیل سن، سطح تحصیلات و شغل می باشد.

۳-۴-۳: **فهرست افسردگی بک (BDI-II):** پرسشنامه افسردگی بک برای نخستین بار در ۱۹۶۱ توسط بک و دیگران معرفی شد و بعدها در ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ انتشار یافت. رویهم رفته، ۲۱ نشانه افسردگی در این پرسشنامه گنجانیده شده است. از پاسخدهنده خواسته می شود که شدت این نشانه ها را روی یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کنند. برای فهمیدن کامل معنای ماده ها توانایی خواندن در سطح کلاس پنجم مورد نیاز است. روی هم، ۲۱ نشانه افسردگی در این فهرست گنجانده شده و دامنه تغییر نمره ها به طور نظری از ۰ تا ۶۳ است. تکمیل این پرسشنامه ۵ تا ۱۰ دقیقه طول می کشد. عدم افسردگی یا حداقل افسردگی با نمره کمتر از ۱۰ مشخص می شود و شاخص افسردگی خفیف تا متوسط از ۱۰ تا ۱۸، افسردگی متوسط تا شدید از ۱۹ تا ۲۹ و افسردگی شدید با نمره ۳۰ تا ۶۳ مشخص می شود (شریفی و نیکخو، ۱۳۸۴).

۳-۴-۴: پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHOQOL-BREF)

مقیاس (پرسشنامه) فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) فرم کوتاه شده و مختصر پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL-۱۰۰ می باشد. این پرسشنامه حاوی ۲۶ سؤال است که سوال اول، کیفیت زندگی را به طور کلی و سوال دوم، وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار می دهد. ۲۴ سؤال بعدی به ارزیابی کیفیت زندگی در حیطه جسمانی، روانشناختی، سطح

^۱ Demographic Interview

^۲ WHO Quality of Life-BREF

استقلال، روابط اجتماعی، محیط و معنویت/مذهب/اعقاید شخصی می‌پردازد. تکمیل پرسشنامه توسط مصاحبه‌گر بین ۴۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد. از این پرسشنامه در فعالیتهای پژوهشی متعددی استفاده شده است. مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی از مقبولیت فراوانی برخوردار است و به ۴۰ زبان از جمله فارسی ترجمه و در بسیاری از کشورها نیز هنجاریابی شده است. در سال ۱۳۸۸ این پرسشنامه توسط کریملو و همکاران استاندارد سازی شده است (کریملو، ۱۳۸۹).

۳-۴-۵: چک لیست مراحل انگیزشی تغییر

فهرستی محقق ساخته مشتمل بر ۱۹ عبارت است که واکنش‌های بیمار مصرف‌کننده مواد را در مراحل مختلف انگیزشی تغییر (پیش‌تأملی، تأملی و آمادگی)، در پاسخ به اظهارات اطرافیان در مورد مصرف مواد توسط وی نشان می‌دهد. ۱۱ مورد اول این عبارات، مرحله «پیش‌تأملی»، ۴ مورد بعدی، مرحله «تأملی» و ۴ مورد آخر، مرحله «آمادگی» را در فرد مصرف‌کننده مواد مشخص می‌کند.

۳-۵: متغیرهای تحقیق

۳-۵-۱: متغیرهای مستقل

- آموزش خانواده با روش «کرفت»

- جلسات «نارانان» (خانواده معتادان گمنام)

۳-۵-۲: متغیرهای وابسته

- میزان افسردگی

- کیفیت زندگی

- آمادگی بیمار مصرف‌کننده مواد برای درمان

- ماندن در درمان و پرهیز از مواد در طول سه ماه از شروع به درمان

۳-۵-۳: متغیر کنترل

-جنسیت: در این مطالعه فقط مراجعه‌کنندگان مؤنث انتخاب شده‌اند.

۳-۶. روش اجرا

به علت اینکه در ایران، گروه خودیاری خانواده معتادان گمنام (نارانان)، معمولاً فقط برای بانوان تشکیل می‌شود (در کشور آمریکا نیز ۸۴٪ شرکت کنندگان این گونه گروهها، مؤنث هستند (تیمکو، کرانکیت، کاسکوتاس، لاودت، راس و موس، ۲۰۱۴)) و یکی از سه گروه مورد تحقیق، در قالب گروه خودیاری نارانان و مخصوص بانوان بود و از طرف دیگر اکثر مصرف کنندگان مواد، مذکر هستند و همسر آنها در زندگی آنان تأثیرگذار می‌باشند، همه شرکت کنندگان در مطالعه، فقط از افراد مؤنث خانواده (شامل مادر، همسر و خواهر) انتخاب شدند. در ابتدا به خانواده های افراد مصرف کننده مواد که با خط ملی اعتیاد (با شماره ۰۹۶۲۸) و همچنین به خانواده هایی که به «موسسه ملی اعتیاد» واقع در خیابان کارگر تهران مراجعه می‌کردند و مشکل نداشتن تمایل به درمان توسط بیمارشان را عنوان می‌کردند، از طریق کارشناسان این مراکز، اطلاع داده شد که آنان جهت مشاوره در مورد بیمار خود می‌توانند به صورت رایگان به مرکز «متادون کلینیک» واقع در حوالی میدان انقلاب تهران مراجعه کنند. پس از مراجعه آنها از میان مراجعه کنندگان به این کلینیک با توجه به ملاکهای ورود و خروج، تعداد ۷۵ نفر انتخاب و به سه گروه ۲۵ نفری تقسیم شدند به این صورت که نفر اول در گروه اول، نفر بعدی در گروه دوم و نفر پس از آن در گروه سوم قرار داده شد. گروه اول تحت عنوان گروه «کرفت»، ۱۲ جلسه آموزش از سوی محقق حاضر دریافت کردند، گروه دوم در جلسات گروهی در قالب گروه «نارانان» قرار گرفتند و به مدت حدود دو ماه (تقریباً برابر با مدتی که جلسات گروه گرفت به طول می‌انجامید)، هفته ای یک جلسه در جلسات گروهی شرکت کردند و گروه سوم که گروه «بدون مداخله» بود، فقط در یک جلسه، پس از مصاحبه و ارزیابی اولیه، توصیه های معمول را دریافت نمودند. در مورد هر یک از ۷۵ شرکت کننده، در جلسه اول، با افراد مصاحبه شد و پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه افسردگی «بک»، پرسشنامه کیفیت زندگی و چک لیست مراحل انگیزشی تغییر، تکمیل شد. به دلیل عدم حضور بیمار مصرف کننده مواد در ابتدای پژوهش، پرسشنامه جمعیت شناختی و چک لیست مراحل انگیزشی تغییر در مورد وی، بر طبق اظهارات عضو خانواده شرکت کننده در تحقیق تکمیل شد.

در گروه آزمایش «کرفت»، در صورتی که شرکت کننده ای فقط یک جلسه حضور می یافت و پس از آن دیگر مراجعه نمی کرد، از پژوهش حذف می گردید و مراجعین بعدی جایگزین وی می گشتند اما در صورتی که شرکت کننده ای پس از دو جلسه، دیگر مراجعه نمی کرد، ریزش محسوب می شد و جایگزینی صورت نمی گرفت. در گروه «نارانان»، پژوهشگر، شرکت افراد ارجاع شده از سوی خود را در همه جلسات گروهی چک می کرد. در صورتی که فردی پس از گذشت ۲ ماه، کمتر از ۴ جلسه در نارانان شرکت کرده بود، جزو ریزش محسوب می شد. در گروه خانواده های معتادان گمنام، شیوه اجراء به صورت گروهی بود اما در گروه مداخله کرافت، جلسات به صورت انفرادی اجراء می شد. در گروه کرافت، هر جلسه فردی یک ساعت به طول انجامید و در جلسات نارانان، به دلیل گروهی بودن جلسات، طول هر جلسه، یک ساعت و نیم بود.

در پایان مرحله اول مطالعه، در گروه آزمایشی کرافت در جلسه آخر و پس از اجراء برنامه ۱۲ جلسه ای و در گروه نارانان پس از گذشت حدود ۲ ماه و حداقل ۴ بار شرکت در جلسات گروهی و در مورد گروه سوم نیز پس از حدود ۲ ماه از جلسه اول، پرسشنامه افسردگی «بک»، پرسشنامه کیفیت زندگی و چک لیست مراحل انگیزشی تغییر، که در جلسه اول اجراء شده بود، مجدداً اجراء شد. سپس اعضای گروهها از نظر مراجعه بیمار مصرف کننده موادشان به درمان و از نظر افسردگی و کیفیت زندگی خودشان با یکدیگر مقایسه می شدند.

در مرحله دوم مطالعه، در صورتی که بیمار مصرف کننده مواد، با پیشنهاد فرد شرکت کننده در مطالعه، در مرکز درمانی حضور می یافت، با وی مصاحبه می شد و درمان وی شروع می شد و یا اگر همراه دلسوز اطلاع می داد که بیمارش در مراکز درمانی دیگری پذیرش شده است، بنا براین گذاشته می شد که بیمار به مرحله آمادگی رسیده است و در مراحل انگیزشی، تغییر کرده است.

در پایان، در مورد کلیه بیماران مصرف کننده مواد در سه گروه که درمان را شروع کرده بودند، وضعیت ماندن آنها در درمان پس از سه ماه از شروع درمان، بررسی شد. ملاک ماندگاری بیمار در درمان، مشاهده بیمارانی که به درمان ادامه داده بودند یا گزارش خانواده مبنی بر ادامه درمان و عدم عود مصرف مجدد مواد در بیمارشان بود.

در مطالعه حاضر، برنامه گرفت بر اساس کتاب راهنمای «ترغیب افراد سوء مصرف کننده مواد به شروع درمان- کار با اعضای خانواده»^۱، تألیف اسمیت و مایرز (۲۰۰۴)، اجراء گردید. تمرکز کرافت در ۱۲ جلسه بر موارد زیر بود:

- ۱) ایجاد یک ارتباط درمانی بر مبنای اعتماد
- ۲) آماده کردن افراد مهم زندگی که هر گونه خشونت خانگی را تشخیص دهند و پاسخ امنی به آن بدهند بویژه زمانی که تغییرات رفتاری در خانواده شروع می شود.
- ۳) تکمیل تحلیل عملکرد^۲ در مورد تعیین برانگیزنده های مصرف مواد و الکل و پیامدهای آن و تعیین نیمرخ برانگیزنده های فرد مصرف کننده برای رفتار عدم مصرف و رفتارهای اجتماع پسند و پیامدها.
- ۴) کار کردن بر روی اصلاح ارتباط با فرد مصرف کننده مواد.
- ۵) آموزش به اطرفیان دلسوز که چگونه به طور مؤثرتری از تقویت مثبت و پیامدهای منفی برای منصرف کردن فرد مصرف کننده از مصرف مواد استفاده کند.
- ۶) آموزش شیوه هایی به افراد مهم زندگی برای کاهش استرس به طور کلی و تأکید بر اهمیت «پاداش» های کافی در زندگی خود.
- ۷) آموزش به افراد مهم زندگی در مورد مؤثرترین شیوه هایی که به فرد مصرف کننده مواد، درمان را پیشنهاد کنند و کمک به تعیین مناسبترین زمان برای آن.
- ۸) در دسترس قرار دادن درمان برای مصرف کننده ای که تصمیم به آغاز درمان می کند و لزوم حمایت اطرفیان از مصرف کننده مواد و الکل در هنگام درمان (میرز، میلر و اسمیت، ۲۰۰۱).

۳-۷. توصیف اجزای کرافت (به نقل از کربی و دیگران، ۲۰۱۵).

- ۱) یک جلسه توجیهی مقدماتی شروع می شود که مروری بر این روش مداخلاتی را فراهم می آورد و انگیزه ای ایجاد می کند که فرد دلسوز خانواده با تأکید بر مزایایی که عایدش می شود، این روش مداخله را قبول کند. سپس فرد نگران دلسوز، هشت راهبرد مدیریت رفتاری را می آموزد: ۲) **تحلیلی عاملی رفتار** که در آن به همراه دلسوز یاد داده می شد که چگونه برانگیزنده های مصرف مواد را در کنار پیامدهای آن شناسایی کند؛ ۳) **تقویت مثبت** که به همراه دلسوز آموزش داده می شود رفتار مغایر با مصرف مواد و سایر رفتارهای

^۱ Motivating Substance Abusers to Enter Treatment- working with family members

^۲ Functional Analysis

مثبت و اجتماعی را تقویت کند؛ ۴) **فعالیت‌های تقویت کننده رقیب** که به همراه دلسوز در مورد رفتارهای مختل کننده مصرف مواد آموزش داده می شود؛ ۵) **نادیده گیری برنامه ریزی شده** برای تشویق همراه دلسوز جهت خاموش کردن مصرف مواد؛ ۶) **عواقب طبیعی**، که در آن به همراه دلسوز آموزش داده می شود که جلوی عواقب منفی طبیعی مصرف مواد را نگیرد. ۷) **آموزش مهارت‌های ارتباطی** که به همراه دلسوز آموزش داده می شود که از ارتباطات منفی ناموثر دست بردارد و همزمان ارائه پیامدهای مناسب را تسهیل کند؛ ۸) **آموزش در مورد ورود به درمان** که به همراه دلسوز آموزش داده می شود در مورد اینکه چگونه زمان مناسب برای پیشنهاد دادن درمان را تشخیص دهد، راه‌های بیان پیشنهاد را که احتمال موفق شدن بیشتری دارد را بشناسد و اختیارات درمانی در دسترس را زمانی که تصمیم به ورود به یک برنامه درمانی گرفته می شود، بشناسد؛ و ۹) **غنی کردن زندگی خویش** که تمرکزش بر روی کمک به همراه دلسوز است تا فعالیت‌های تقویت کننده خود را افزایش دهد و تمرکز بر روی فرد مصرف کننده را کاهش دهد.

درمانگران کرافت علاوه بر آموزش همراهان دلسوز برای انجام این راهبردهای رفتاری، در طی جلسات از راهبردهای آموزشی رفتاری زیر نیز استفاده می کنند ۱۰) **ایفای نقش همراه با دادن بازخورد و ۱۱) تکنیک های حل مسئله** برای برخورد با موانعی که همراه دلسوز در اجرای این راهبردها با آنها مواجه می شود. درمانگر همچنین روابط خانوادگی را ارزیابی می کند تا تعیین کند که آیا ۱۲) **اعضای مهم دیگر خانواده** لازم است در برخی جلسات درمانی حضور یابند که اطمینان حاصل شود با راهبردهای اتخاذ شده هماهنگ هستند یا خیر. کرافت این مورد را نیز فراهم می آورد ۱۳) **آموزش امنیت** که به همراه دلسوز آموزش می دهد چگونه شرایطی را که بالقوه ممکن است خشونت فیزیکی به بار بیاورد را تشخیص دهد و چاره ای بیاندیشد. نهایتاً درمانگران کرافت یک ۱۴) **جلسه اختتامیه درمان** را اجراء می کنند که مهارت‌های اصلی آموخته شده را خلاصه می کند و کمک می کند تا همراه دلسوز پس از انجام درمان، رفتارهای آموخته شده را حفظ کند.

۳-۸. گروه خودیاری خانواده معتادان گمنام یا «نارانان» Nar-Anon

نارانان، (خانواده معتادان گمنام) یکی از گروه‌های خودیاری است که از «الانان» (خانواده الکلی های گمنام) سرچشمه گرفته است و این دو گروه از گروه‌های ۱۲ قدمی هستند که تاکنون پر استفاده ترین منبع حمایت خانواده هایی بوده اند که دچار مشکل مصرف مواد و الکلیسم فرد محبوب خود هستند (گلنتر و کلیپر،

۲۰۰۵). گروه‌های نارائان و الانان با الهام از فلسفه مشابهی که از برنامه الکلی‌های گمنام گرفته است به اعضای خانواده آموزش می‌دهد که بپذیرند ناتوان هستند و متعاقباً به آنها می‌آموزد که فرد مصرف‌کننده مواد را با عشق رها کنند و در برابر هر گونه تلاشی برای اثرگذاردن بر رفتار فرد مصرف‌کننده مواد مقاومت کنند. گروه‌های الانان، نوعی حمایت و آموزش گروهی غیرحرفه‌ای برای سلامت روانی اعضای فراهم می‌آورند. مشخص شده است که الانان در ایجاد بینش تازه در موارد زیر موثر است: «با عشق رها کردن» فرد الکلی، بازسازی عزت نفس، استقلال و تکیه کردن بر نیروی برتر. این گروه‌ها در ادامه می‌توانند به بنا کردن میزان بالایی از تاب‌آوری در برابر مصرف الکل و ایجاد یک نگرش مفید تر در مورد الکلیسم، کمک کنند (اعتمادی، زارع بهرام آبادی و میرکاظمی، ۲۰۱۵). در کشور ایران این جلسات خودیاری معمولاً برای بانوان تشکیل می‌شود.

۳-۹. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش به صورت ترکیبی از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در ابتدا داده‌های جمعیت‌شناختی از طریق روش‌های توصیفی بررسی شدند و ویژگی‌های خانواده‌ها و بیماران مصرف‌کننده مواد در سه گروه، در مرحله اول و پس از ریزش‌ها در مرحله دوم، از جنبه‌های مختلف با یکدیگر مقایسه شد. فراوانی موارد مختلف در سه گروه در ابتدا و در گروه افراد ریزش کرده و جدا شده از تحقیق نیز بررسی و علت ریزش‌ها تجزیه تحلیل شد.

برای بررسی و مقایسه پیش‌آزمون-پس‌آزمون میزان افسردگی و کیفیت زندگی در گروه‌های سه‌گانه، از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. پس از آن برای مقایسه وضعیت گروه‌ها با یکدیگر از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. از آزمون بونفرونی (Bonferoni) که به این آزمون همچنین آزمون دان نیز گفته می‌شود، برای مقایسه دو به دو میانگین‌ها استفاده می‌شود (چون در این پژوهش سه گروه وجود داشت و نیاز بود علاوه بر مقایسه کلی، به صورت دو به دو نیز با یکدیگر مقایسه شوند). به منظور تحلیل در مورد مراحل تغییر انگیزشی بیماران مصرف‌کننده مواد و ماندن آنها در درمان، نیز از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. کلیه تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ انجام شدند.

۳-۱۰. ملاحظات اخلاقی

۱- به شرکت کنندگان توضیح داده می شد که در یک مطالعه تحقیقی قرار دارند و هر وقت که بخواهند میتوانند از آن خارج شوند.

۲- به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه است و در اختیار کسی قرار داده نمی شود و به صورت کلی از اطلاعات استفاده خواهد شد.

۳- یکی از علت های استفاده از گروه خانواده ها در قالب نارائان در این پژوهش این بود که مشخص شود آیا صرف مراجعه به کلینیک می تواند باعث تغییراتی در خانواده شرکت کننده در تحقیق یا بیمار مصرف کننده مواد شود یا خیر. لذا هنگامی که مشاهده شد روش کرفت نسبت به دو گروه دیگر از نظر ترغیب بیماران به درمان، اثربخشی بیشتری داشته است، پس از پی گیری سه ماهه، به شرکت کنندگان آن دو گروه پیشنهاد شد که می توانند از روش کرفت در این مورد استفاده کنند.

۴- در مرحله دوم تحقیق، به شرکت کنندگان گروه سوم (بدون مداخله) که جهت اجرای آزمون های افسردگی بک و کیفیت زندگی و بررسی وضعیت بیمارشان به دعوت پژوهشگر حاضر به مکان اجرای پژوهش، مراجعه کردند و در طول تحقیق، درمانی دریافت نکردند، هدیه ای (کتابهای مرتبط با مشکلاتشان) تحویل داده شد و از همکاری آنها تشکر شد.

فصل چہارم: توصیف و تحلیل دادہ

۴-۱. مقدمه

بطور کلی پژوهش حاضر به دنبال تعیین اثربخشی روش «کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) و روش گروه خودیاری خانواده‌های معتادان گمنام (نارانان) بر تغییر مراحل انگیزشی بیماران مصرف کننده مواد، و کیفیت زندگی و افسردگی خانواده‌های آنها بوده و در صورت اثربخش بودن آن، اینکه معلوم شود آیا بین روش «کرفت»، روش «نارانان» (گروه خودیاری خانواده‌های معتادان گمنام) و عدم مداخله (یک جلسه حضوری عضو خانواده و تکمیل پرسشنامه‌ها) در تغییر مراحل انگیزشی بیماران مصرف کننده مواد، و کیفیت زندگی و افسردگی خانواده‌های آنها، تفاوتی بوده است یا نه. در این راستا در نهایت بر روی ۴۹ شرکت کننده و بیماران آنها، فرضیه‌های پژوهش مورد آزمون قرار گرفت. با توجه به ماهیت طرح پژوهشی، در مورد فرضیه‌های یک و دو از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری برای مقایسه میانگین‌های پس آزمون گروه‌ها و در مورد فرضیه‌های سه و چهار نیز از آزمون آماری کروسکال والیس استفاده شد.

در این پژوهش دو شیوه مداخله به کار رفته است که شامل درمان مبتنی بر «کرفت» و روش «نارانان» است. به منظور تعیین میزان اثربخشی هر یک از مداخله‌ها، نتایج حاصل، با نتایج گروه کنترل (گروهی که هیچ سطحی از متغیر مستقل را دریافت نمی‌کند) مقایسه شده‌اند.

۲-۴. بررسی فرضیه های پژوهش

در این بخش، شاخصهای آماری میانگین و انحراف استاندارد دو گروه آزمایش و گروه گواه ارائه گردیده و فرضیه های پژوهش مطرح و تحلیل شده و درباره تأیید یا رد آنها تصمیم گیری شده است.

۱-۲-۴: بررسی فرضیه ۱ مربوط به کاهش افسردگی در خانواده ها

روش مداخله «کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) در کاهش افسردگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، مؤثرتر از روش مداخله «ناراتان» (خانواده معتادان گمنام) است.

۱-۱-۲-۴: توصیف شرکت کنندگان براساس شدت افسردگی

جدول ۱-۴: شدت افسردگی خانواده های شرکت کننده در پیش آزمون				
ریش		شرکت کنندگان نهایی در تحقیق		
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	شدت افسردگی
۷.۷۵	۲	۴	۲	عدم افسردگی
۱۵.۵	۴	۲۸.۵	۱۴	خفیف
۴۶	۱۲	۲۴.۵	۱۲	متوسط
۳۰.۷۵	۸	۴۳	۲۱	شدید
۱۰۰	۲۶	۱۰۰	۴۹	کل

جدول شماره ۱-۴ میزان افسردگی را در شرکت کنندگان نهایی و افرادی که از ادامه همکاری منصرف شده اند، نشان می دهد

به منظور بررسی اثر شدت افسردگی بر مشارکت نمونه در ادامه طرح پژوهشی و مقایسه دو گروه (کسانی که در کل دوره درمان مشارکت داشتند و کسانی که فقط در مرحله پیش آزمون شرکت کردند اما از ادامه همکاری انصراف دادند) از نظر شدت افسردگی از آزمون تی (T) دو گروه مستقل استفاده شد، میانگین و انحراف استاندارد شدت افسردگی دو گروه در جدول (۲-۴) گزارش شده است.

جدول ۴-۲: میانگین و انحراف استاندارد افسردگی پیش از مداخله			
انحراف استاندارد	میانگین	تعداد نمونه	
۱۰/۰۴	۲۵/۸۰	۴۹	شرکت کنندگان نهایی
۱۰/۶۱	۲۵/۸۸	۲۶	ریزش

جدول فوق نشان می دهد که میانگین دو گروه از نظر شدت افسردگی تقریباً برابر است. برای آزمون تفاوت

دو گروه از نظر شدت افسردگی نتایج آزمون تی (T) دو گروه مستقل نشان داد بین دو گروه از نظر شدت

افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد ($t = ۰/۰۳۶$; $df = ۷۳$; $P < ۰/۰۹۷$; تفاوت دو میانگین = $۰/۰۸۹$).

جدول ۴-۳: کلیه نمرات مربوط به پیش آزمون و پس آزمون افسردگی و کیفیت زندگی در سه گروه تحقیق

جدول ۴-۳: میانگین و انحراف استاندارد نمره افسردگی و کیفیت زندگی در سه گروه به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون														
گروه	آماره	افسردگی												
		کیفیت زندگی												
		جسمانی		روانشناختی		روابط اجتماعی		محیط		نمره کل				
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون		
(n=۱۸) کرافت	میانگین	۲۳/۰۶	۱۸/۶۱	۶۱/۲۲	۶۶/۸۹	۴۳/۷۸	۵۰/۴۴	۵۰/۳۳	۵۹/۷۲	۴۸/۳۳	۴۸/۳۳	۲۰۳/۷	۲۳۳/۱	
	انحراف استاندارد	۸/۱۱	۱۰/۴۳	۲۱/۳۲	۱۶/۴۴	۱۴/۹۵	۱۸/۱۴	۱۳/۹۷	۱۵/۵۴	۱۴/۹۲	۱۴/۹۲	۵۰/۰۸	۵۳/۹۶	
	کشیدگی	-۱/۴۷	-۰/۸۴	۰/۹۶	۰/۰۰	۱/۳۹	-۰/۲۷	-۰/۱۱	۰/۱۵	-۰/۱۶	۰/۱۶	-۰/۱۰	۰/۷۱	-۰/۳۹
	کجی	۰/۱۷	-۰/۱۹	-۰/۸۲	-۰/۱۶	-۰/۵۴	-۰/۱۵	-۰/۲۸	-۰/۸۳	۰/۳۹	۰/۳۹	۰/۵۷	-۰/۸۸	۰/۳۸
(n=۱۵) ناربان	میانگین	۲۱/۹۳	۱۵/۷۳	۶۱/۸	۶۸/۰۷	۴۰/۴۷	۴۶/۸	۵۹/۲۰	۵۵/۴۰	۵۲/۶۷	۵۲/۶۷	۲۱۴/۱	۲۲۷/۱	
	انحراف استاندارد	۱۰/۴۵	۱۰/۸۹	۱۵/۶۲	۱۴/۷۱	۲۰/۴۰	۱۷/۹۵	۲۲/۲۳	۱۸/۲۹	۱۵/۲۹	۱۵/۲۹	۵۲/۲۸	۴۷/۳۹	
	کشیدگی	-۱/۱۵	۱/۰۱	-۱/۲۰	۰/۰۷	-۰/۲۴	-۰/۵۰	-۰/۵۷	-۱/۴۷	-۱/۳۸	-۱/۳۸	-۰/۰۷	-۰/۱۸	-۰/۳۹
	کجی	۰/۴۱	۰/۸۱	-۰/۲۱	-۰/۱۷	۰/۲۵	۰/۱۳	۰/۲۲	۰/۰۷	-۰/۰۱	-۰/۰۱	-۰/۵۸	۱۵	۰/۸۲
(n=۱۶) گواه	میانگین	۳۲/۵	۲۹/۸۸	۵۱/۲۵	۵۲/۵	۳۳/۳۱	۲۸/۲۵	۳۷/۰۶	۳۴/۳۸	۴۲/۳۸	۴۲/۳۸	۱۶۴/۰	۱۵۵/۱	
	انحراف استاندارد	۸/۶۱	۱۰/۱۸	۱۴/۲۱	۱۳/۸۳	۱۲/۷۰	۱۲/۰۸	۲۰/۸۰	۲۲/۱۱	۱۲/۲۶	۱۲/۲۶	۴۴/۴۴	۴۶/۲۵	
	کشیدگی	-۰/۷۸	۶۵	-۱/۳۶	-۱/۳۱	۰/۶۰	-۱/۰۰	-۰/۶۹	-۰/۵۵	۰/۱۸۷	۰/۱۸۷	-۰/۰۶	-۰/۰۹	-۰/۴۹
	کجی	-۰/۵۳	-۰/۷۹	-۰/۱۱	۰/۳۰	۰/۵۲	-۰/۲۹	-۰/۱۵	-۰/۲۱	۰/۴۶	۰/۴۶	-۰/۷۱	-۰/۰۷	-۰/۳۶

در جدول (۳-۴) میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی و کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون دو گروه آزمایش (کرافت و نارانان) و گروه گواه ارائه شده است.

جهت آزمون فرضیه پژوهش شماره (۱) و بررسی معناداری تفاوت‌های مشاهده شده در میزان کاهش افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون، از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. با توجه به اینکه تحلیل کواریانس نسبت به عوامل یکسانی شیب خط رگرسیون، همگونی کواریانس‌ها و نرمال بودن متغیر حساس است، جهت تعیین نرمال بودن متغیر از آزمون کلموگروف-اسمیرونف استفاده شد. نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نمرات افسردگی در جدول (۴-۴) ارائه شده است.

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
۴۷/۳۸	۲	۲۳/۶۹	۰/۶۱۷	۰/۵۴۳

جدول فوق نشان می‌دهد تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر همپراش معنادار نیست. به عبارت دیگر، شیب خط رگرسیون برای هر سه شرایط آزمایشی یکسان است.

جهت تعیین نرمال بودن نمرات متغیر افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کلموگروف-اسمیرونف و شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج در جدول (۴-۵) ارائه شده است.

شاپیرو ویلک		کلموگروف-اسمیرونف			
df	آماره	df	سطح معنادار	df	آماره
۱۸	۰/۹۱۹	۱۸	۰/۰۸	۱۸	۰/۱۹۱
۱۸	۰/۹۵۲	۱۸	۰/۲۰	۱۸	۰/۱۰۶
۱۵	۰/۹۳۱	۱۵	۰/۲۰	۱۵	۰/۱۸۰
۱۵	۰/۹۴۸	۱۵	۰/۲۰	۱۵	۰/۱۰۱
۱۶	۰/۹۱۴	۱۶	۰/۱۹۵	۱۶	۰/۱۷۷
۱۶	۰/۹۵۰	۱۶	۰/۲۰	۱۶	۰/۱۴۵

نتایج جدول فوق نشان می دهد آماره های مربوط به هر گروه و مرحله از سطح ۰/۰۵ بیشتر هستند لذا، فرض نرمال بودن نمرات افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون پذیرفته می شود. بررسی مفروضه های اجرای کوواریانس بیانگر این است که برای بررسی اثر درمان بر کاهش میزان افسردگی می توانیم از آزمون کوواریانس استفاده کنیم. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی اثر پیش آزمون و گروه بر نمرات پس آزمون افسردگی در جدول (۴-۶) گزارش شده است.

جدول ۴-۶: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی اثر پیش آزمون و گروه بر نمرات پس آزمون افسردگی						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۳۵۴۳/۶	۱	۳۵۴۳/۶	۹۹/۹۵	۰/۰۰۰	۰/۹۶
اثر اصلی (درمان)	۹۵/۰۱	۲	۴۷/۵	۱/۳۴	۰/۲۷۲	۰/۰۵۶
خطای باقیمانده	۱۵۹۵/۴	۴۵	۳۵/۴۵			

جدول فوق نشان می دهد، با حذف اثر نمره های پیش آزمون افسردگی، اثر اصلی (درمان) بر نمره های پس آزمون افسردگی معنادار نیست ($\eta^2_{\text{partial}} = ۰/۰۵۶$, $P < ۰/۲۷۲$, $F_{(۲, ۴۵)} = ۱/۳۴$). با توجه به این تحلیل، میانگین نمرات پس آزمون گروه کرافت و نارائان پس از برداشتن اثرات پیش آزمون به طور معنی داری بیشتر از گروه گواه نیست. چون مقدار F محاسبه شده ($F = ۱/۳۴$) با درجه آزادی ($df = ۲, ۴۵$) بیشتر از سطح ۰/۰۵ است، بنابراین نتیجه می گیریم بین میانگینهای نمره پس آزمون افسردگی سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد. مجذور سهمی اتا (۰/۰۵۶) شدت این اثر را نشان می دهد که بیانگر شدت اثر بسیار پایین است. با توجه به اینکه اثر اصلی معنادار نیست مقایسه دو به دو میانگینهای پس آزمون انجام نخواهد شد. به عبارت دیگر، بر اساس یافته های جدول (۴-۶) می توان نتیجه گرفت:

هیچیک از دو روش مداخله مبتنی بر تقویت اجتماعی و آموزش خانواده (کرفت) و خانواده معتادان گمنام (نارائان)، بر کاهش افسردگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد که در جلسات درمان شرکت کرده اند، مؤثر نیست. بنابراین فرضیه شماره (۱) "روش مداخله «کرافت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) در کاهش افسردگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد، مؤثرتر از روش نارائان است"، تأیید نشد.

۴-۲-۲: بررسی فرضیه مربوط به ارتقای کیفیت زندگی در خانواده ها

تفاوت میانگینهای تعدیل شده نمرات پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی و انحراف استانداردهای آنها در جدول (۴-۷) گزارش شده است.

جدول ۴-۷: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه نمرات پس آزمون کیفیت زندگی				
گروه ها	تفاوت میانگینهای تعدیل شده	انحراف استاندارد	سطح معناداری	
کرافت	نارانان	۱/۷۹	۲/۰۸	۱/۰۰
	کنترل	-۲/۰۹	۲/۲۴	۱/۰۰
نارانان	کرافت	-۱/۷۹	۲/۰۸	۱/۰۰
	کنترل	-۳/۸۸	۲/۳۷	۰/۳۲۶
کنترل	کرافت	۲/۰۹	۲/۲۴	۱/۰۰
	نارانان	۳/۸۸	۲/۳۷	۰/۳۲۶

جهت آزمون فرضیه پژوهش شماره (۲) و بررسی معناداری تفاوتهای مشاهده شده در میزان ارتقای کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون، از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. با توجه به اینکه تحلیل کواریانس نسبت به عوامل یکسانی شیب خط رگرسیون، همگونی کواریانس ها و نرمال بودن متغیر حساس است، جهت تعیین نرمال بودن متغیر از آزمون کلموگروف-اسمیرونف و از آزمون لوین جهت تعیین همگونی واریانس ها استفاده شد.

نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نمرات کیفیت زندگی در جدول ۴-۸ ارائه شده است.

جدول ۴-۸: آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نمرات کیفیت زندگی					
مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	
۴۰۸/۶۷	۲	۲۰۴/۳۴	۰/۱۳۶	۰/۸۷۴	تعامل شرایط گروه ها و متغیر همپراش

جدول فوق نشان می دهد تعامل بین شرایط آزمایش و متغیر همپراش (پس آزمون) معنادار نیست. به عبارت دیگر، شیب خط رگرسیون برای هر سه شرایط آزمایشی یکسان است.

جهت تعیین نرمال بودن نمرات متغیر کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کلموگروف-اسمیرونف و شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج در جدول (۴-۹) ارائه شده است.

جدول ۴-۹: نتایج آزمون آزمون کلموگروف-اسمیرونف و شاپیرو ویلک کیفیت زندگی						
شاپیرو ویلک			کلموگروف-اسمیرونف			
سطح معنادار	df	آماره	سطح معنادار	df	آماره	
۰/۲۰۴	۱۸	۰/۹۳۱	۰/۲۰	۱۸	۰/۱۵۹	پیش آزمون
۰/۷۱۹	۱۸	۰/۹۶۰	۰/۲۰	۱۸	۰/۱۳۰	پس آزمون
۰/۹۸۵	۱۵	۰/۹۸۳	۰/۲۰	۱۵	۰/۱۱۷	پیش آزمون
۰/۱۰۸	۱۵	۰/۹۰۴	۰/۱۴۲	۱۵	۰/۱۹۲	پس آزمون
۰/۷۱۹	۱۶	۰/۹۶۳	۰/۲۰	۱۶	۰/۱۲۵	پیش آزمون
۰/۶۳۳	۱۶	۰/۹۵۸	۰/۲۰	۱۶	۰/۱۴۴	پس آزمون

نتایج جدول فوق نشان می دهد آماره های مربوط به هر گروه و مرحله از سطح ۰/۰۵ بیشتر هستند لذا، فرض نرمال بودن نمرات کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون پذیرفته می شود. نتایج آزمون لوین بیانگر این است که همگونی خطای واریانس ها در پیش آزمون و پس آزمون تایید شده است. بررسی مفروضه های اجرای کوواریانس بیانگر این است که برای بررسی اثر درمان بر ارتقای میزان کیفیت زندگی می توانیم از آزمون کوواریانس استفاده کنیم. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی اثر پیش آزمون و گروه بر نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در جدول (۴-۱۰) گزارش شده است.

جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی اثر پیش آزمون و گروه بر نمرات پس آزمون کیفیت زندگی						
منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۴۷۸۴۰/۴	۱	۴۷۸۴۰/۴	۳۳/۰۲	۰/۰۰۰	۰/۴۲۳
اثر اصلی (درمان)	۲۰۸۹۵/۵	۲	۱۰۴۴۷/۷	۷/۲۱	۰/۰۰۲	۰/۲۴۳
خطای باقیمانده	۶۵۱۹۰/۴	۴۵	۱۴۴۸/۷			

جدول فوق نشان می دهد، با حذف اثر نمره های پیش آزمون کیفیت زندگی، اثر اصلی (درمان) بر نمره های پس آزمون کیفیت زندگی معنادار است ($\eta^2_{\text{partial}} = 0/243$ ، $P < 0/002$ ، $F_{(2, 45)} = 7/21$). با توجه به این تحلیل، میانگین نمرات پس آزمون گروه کرافت و نارائان پس از برداشتن اثرات پیش آزمون به طور معنی داری بیشتر از گروه گواه است. چون مقدار F محاسبه شده ($F = 7/21$) با درجه آزادی ($df = 2, 45$) کمتر از سطح $0/05$ است، بنابراین نتیجه می گیریم بین میانگینهای نمره پس آزمون کیفیت زندگی سه گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. مجذور سهمی اِتا شدت این اثر را ($0/243$) نشان می دهد که بیانگر شدت اثر بالا است..

به منظور مقایسه تفاوت دو به دو بین گروه ها و استنباط اثر بخشی درمان مبتنی بر کرافت و نارائان از آزمون تعقیبی بُن فرونی استفاده شد. خلاصه نتایج این مقایسه در جدول (۴-۱۱) ارائه شده است.

جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه نمرات پس آزمون کیفیت زندگی				
گروه ها		تفاوت میانگینهای تعدیل شده	انحراف استاندارد	سطح معناداری
کرافت	نارائان	۱۲/۸۷	۱۳/۳۶	۱/۰۰
	کنترل	۵۱/۸۹	۱۳/۸۴	۰/۰۰۲
نارائان	کرافت	-۱۲/۸۷	۱۳/۳۶	۱/۰۰
	کنترل	۳۹/۰۲	۱۴/۸۳	۰/۰۳۵
گواه	کرافت	-۵۱/۸۹	۱۳/۸۴	۰/۰۰۲
	نارائان	-۳۹/۰۲	۱۴/۸۳	۰/۰۳۵

بر اساس اطلاعات جدول فوق، نتایج نشان می دهد بین میانگین نمره پس آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایش «کرافت» و گروه «بدون مداخله» در مرحله پس آزمون، تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین، بین میانگین نمره پس آزمون کیفیت زندگی گروه آزمایش «نارائان» و گروه «بدون مداخله» در مرحله پس آزمون، تفاوت معنی داری وجود دارد. اما، بین میانگین نمره پس آزمون کیفیت زندگی دو گروه آزمایش «کرافت» و «نارائان» با یکدیگر در مرحله پس آزمون، تفاوت معنی داری وجود ندارد. به عبارت دیگر، بر اساس یافته ها جدول (۴-۱۵) میتوان نتیجه گرفت:

۱- مداخله مبتنی بر «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (کرفت) بر ارتقای کیفیت زندگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد که در جلسات درمان شرکت کرده اند، مؤثر است.

۲- مداخله مبتنی بر روش خودیاری خانواده معتادان گمنام (نارانان) بر ارتقای کیفیت زندگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد که در جلسات درمان شرکت کرده اند، مؤثر است.

۳- بین تأثیر مداخله مبتنی بر تقویت اجتماعی و آموزش خانواده (کرافت) و نارانان بر ارتقای کیفیت زندگی افراد شرکت کننده در جلسات درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر یافته ها نشان داد در مورد اینکه کدام مداخله (کرافت و نارانان) بیشترین تأثیر را بر ارتقای کیفیت زندگی شرکت کنندگان دوره درمان دارد، تفاوت معنی داری مشاهده نشد و فرضیه شماره (۲) مبنی بر اینکه روش مداخله «کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) در ارتقای کیفیت زندگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، مؤثرتر از روش مداخله «نارانان» (خانواده معتادان گمنام) است، تأیید نشد.

جهت آزمون اثر بخشی شیوه درمانی کرافت و نارانان بر هر یک از ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیری مفروضه های همگنی کوواریانس ها، یکسانی شیب خط رگرسیون و همسانی واریانسها بررسی سپس نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری و مقایسه های چند گانه گزارش می شود.

نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی کوواریانسهای ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) در جدول (۴-۱۲) گزارش شده است.

جدول ۴-۱۲: آزمون ام باکس جهت بررسی همگنی کوواریانسهای ابعاد کیفیت زندگی	
۳۳/۹۷	ام باکس
۱/۴۸	F
۲۰	Df _۱
۷۲۳۸/۰۲	Df _۲
۰/۰۷۷	سطح معنی دار

نتایج جدول فوق بیانگر این است، آزمون ام باکس معنادار نیست؛ بنابراین ماتریس واریانس - کوواریانس ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) همسان می باشد.

نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نمرات ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) در جدول (۴-۱۳) ارائه شده است.

تعامل شرایط گروه ها و متغیر همپراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی	۲۷۷/۵۹	۳	۹۲/۵۳	۰/۵۶۷	۰/۶۴۰
روانشناختی	۱۱۲/۳۵	۳	۳۷/۴۵	۰/۲۲۰	۰/۸۸۲
روابط اجتماعی	۶۹۴/۵۷	۳	۲۳۱/۵۲	۱/۰۹	۰/۳۶۵
محیط	۱۴۲/۹۸	۳	۴۷/۶۶	۰/۳۸۶	۰/۷۶۵

جدول فوق نشان می دهد تعامل بین شرایط آزمایش و هر یک از متغیرهای همپراش، معنادار نیست. به عبارت دیگر، شیب خط رگرسیون برای هر سه شرایط آزمایشی یکسان است.

بررسی مفروضه های اجرای کوواریانس چند متغیره بیانگر این است که برای بررسی اثر درمان بر ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) می توانیم از آزمون کوواریانس استفاده کنیم. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی اثر پیش آزمون و گروه بر نمرات ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) در جدول (۴-۱۴) گزارش شده است.

اثر پیلایی	Value	F	Df _۱	Df _۲	sig	اثر ایستا
اثر پیلایی	۰/۳۵۳	۲/۱۴	۸	۸۰	۰/۰۴۱	۰/۱۷۶
لامبدای ویلکز	۰/۶۶۶	۲/۱۹	۸	۷۸	۰/۰۳۷	۰/۱۸۴

با توجه به نتایج جدول فوق اثر مداخله کرافت و نارانان در یک متغیر ترکیبی با $\eta^2_{\text{Partial}} = ۰/۱۸۴$ ، $wilk's\ \lambda = ۰/۰۳۷$ ، $F(۷۸، ۸) = ۲/۱۹$ ، اثر معنی داری داشته است ($P \leq ۰/۰۵$). به عبارت دیگر، مداخله کرافت و نارانان بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) مؤثر

بوده است و مجذور سهمی اِتا، شدت این اثر را (۰/۱۸۴) نشان می دهد که بیانگر شدت اثر بالاست؛ اندازه اثر بالاتر از (۰/۱۴) اندازه اثر بالا محسوب می شود.

به منظور مقایسه دو به دو اثر مداخله کرافت و نارانان با گروه کنترل بر ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که نتایج در جدول (۴- ۱۵) گزارش شده است.

جدول ۴- ۱۵: نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه دو به دو مداخله نارانان و کرافت با گروه کنترل					
ابعاد کیفیت زندگی	مقایسه زوجی گروه ها	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد	سطح معناداری	
جسمانی	کرافت	نارانان	۴/۵۶	۱	
		کنترل	۴/۶۲	۰/۰۹۵	
	نارانان	کرافت	۴/۵۶	۱	
		کنترل	۵/۰۹	۰/۰۴۳	
روانشناختی	کرافت	نارانان	۴/۶۰	۱	
		کنترل	۴/۶۶	۰/۰۰۴	
	نارانان	کرافت	۴/۶۰	۱	
		کنترل	۵/۱۳	۰/۰۲۲	
روابط اجتماعی	کرافت	نارانان	۵/۳۰	۰/۳۰۸	
		کنترل	۵/۳۷	۰/۰۱۶	
	نارانان	کرافت	۵/۳۰	۰/۳۰۸	
		کنترل	۵/۹۱	۰/۷۴۶	
محیط	کرافت	نارانان	۳/۹۴	۱	
		کنترل	۳/۹۹	۰/۰۰۹	
	نارانان	کرافت	۳/۹۴	۱	
		کنترل	۴/۳۹	۰/۰۵۰	

با توجه به جدول فوق برای مقایسه اثر مداخله کرافت و نارائان با گروه کنترل بر ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) می توان نتایج زیر را گزارش کرد:

۱- بین مداخله کرافت و نارائان بر کیفیت زندگی جسمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین بین مداخله کرافت و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد. اما بین مداخله نارائان و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به بیان دیگر مداخله کرافت بر بهبود کیفیت زندگی جسمانی اثر معناداری ندارد اما مداخله نارائان موجب بهبود کیفیت زندگی جسمانی نمونه شرکت کننده در پژوهش شده است.

۲- بین مداخله کرافت و نارائان بر کیفیت زندگی روانشناختی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین مداخله کرافت و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین مداخله نارائان و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد. به بیان دیگر مداخله کرافت و نارائان هر یک بطور مستقل بر بهبود کیفیت زندگی روانشناختی مراجعان شرکت کننده در دوره درمان اثر معناداری دارند.

۳- بین مداخله کرافت و نارائان بر کیفیت زندگی روابط اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین مداخله کرافت و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بین مداخله نارائان و گروه کنترل نیز تفاوت معناداری مشاهده نشد. به بیان دیگر مداخله کرافت بر بهبود کیفیت زندگی روابط اجتماعی اثر معناداری دارد اما مداخله نارائان بر بهبود کیفیت زندگی روابط اجتماعی نمونه شرکت کننده در پژوهش اثر معناداری ندارد.

۴- بین مداخله کرافت و نارائان بر کیفیت زندگی محیط تفاوت معناداری وجود ندارد. اما بین مداخله کرافت و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین مداخله نارائان و گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد. به بیان دیگر مداخله کرافت و نارائان هر یک بطور مستقل بر بهبود کیفیت زندگی محیطی مراجعان شرکت کننده در دوره درمان اثر معناداری دارند.

مختصر اینکه بین اثر بخشی مداخله کرافت و نارائان بر هر یک از ابعاد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط) تفاوت معناداری مشاهده نشد. مداخله کرافت بر بهبود کیفیت زندگی روابط اجتماعی، روانشناختی و محیط اثر معناداری دارد اما بر بهبود کیفیت زندگی جسمانی اثر معناداری

مشاهده نشد. مداخله نارائان بر بهبود کیفیت زندگی جسمانی، روانشناختی و محیط اثر معناداری دارد اما بر بهبود کیفیت زندگی روابط اجتماعی اثر معناداری مشاهده نشد.

۴-۲-۳: بررسی فرضیه مربوط به تغییر مراحل انگیزشی بیماران مصرف کننده مواد

از بین کل خانواده ها پس از ارزیابی و مصاحبه اولیه و اخذ رضایت نامه کتبی و شرکت در جلسات درمان، در نهایت ۴۹ نفر در پژوهش باقی ماندند. این خانواده ها شامل ۱۸ نفر در گروه تقویت اجتماعی و آموزش خانواده (کرفت)، ۱۵ نفر در گروه نارائان و ۱۶ نفر در گروه بدون مداخله بودند.

برای بررسی فرضیه ۳، در مرحله دوم تحقیق، بیماران خانواده هایی که به همکاری با پژوهشگر ادامه داده بودند، بررسی شدند و تغییر مراحل انگیزشی آنها مورد بررسی قرار گرفت.

۴-۲-۳-۱: توصیف بیماران اصلی در مرحله سوم برای دریافت درمان

جدول (۴-۱۶) توزیع نمونه را در سه گروه براساس مراحل انگیزشی نشان می دهد.

جدول ۴-۱۶: سطوح انگیزشی سه گروه در مرحله پیش آزمون پس آزمون					
مراحل آزمون	مراحل انگیزشی	گروه ها			مجموع سطرها
		کرافت	نارائان	کنترل	
پیش آزمون	پیش تأملی	۱۳	۸	۱۲	۳۳
	تأملی	۵	۷	۴	۱۶
مجموع ستونها		۱۸	۱۵	۱۶	۴۹
پس آزمون	پیش تأملی	۳	۶	۸	۱۷
	تأملی	۳	۵	۳	۱۱
	آمادگی	۱۲	۴	۵	۲۱
مجموع ستونها		۱۸	۱۵	۱۶	۴۹
در حال درمان	هرگز نیامدند	۵	۹	۸	۲۲
	ادامه ندادند	۹	۲	۳	۱۴
	در حال ادامه درمان	۴	۱	۳	۸
	مراکز غیرقانونی	۰	۳	۲	۵
	مجموع ستونها	۱۸	۱۵	۱۶	۴۹

همانگونه که در جدول شماره (۴-۱۶) مشاهده می‌شود بیشترین تغییر در سطوح مراحل انگیزشی مربوط به گروه کرافت است و تنها گروهی که بیشترین تعداد را در مرحله آمادگی برای تغییر داشت نیز گروه کرافت بود. تغییر در دو گروه نارائان و مشاوره مرسوم تقریباً شبیه به هم بود. جدول فوق نشان می‌دهد که گروهها با یکدیگر از نظر مراحل آمادگی برای تغییر در مرحله پس آزمون تفاوت دارند.

در ادامه توزیع فراوانی وضعیت مراجعه جهت درمان در سوء مصرف کنندگان مواد بعد از مداخلات، به تفکیک گروههای سه گانه آورده شده است (جدول شماره ۴-۱۷).

جدول شماره ۴-۱۷: فراوانی وضعیت مراجعه جهت درمان بیماران مصرف کننده مواد بعد از مداخلات به تفکیک گروهها						
متغیر	زیرگروهها	گروه کرافت		گروه نارائان		گروه بدون مداخله
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد درصد
وضعیت مراجعه جهت درمان	عدم مراجعه	۶	۳۳.۳	۱۱	۸۰	۶۸.۷۵
	مراجعه جهت درمان	۱۲	۶۶.۶	۴	۲۰	۳۱.۲۵
	کل	۱۸	۱۰۰	۱۵	۱۰۰	۱۰۰

با توجه به نتایج جدول فوق می‌توان مشاهده کرد که در سه گروه مورد بررسی، بیشترین تعداد مراجعه در گروه کرافت در مقایسه با سایر گروهها بدست آمده است، و بعد از آن به ترتیب گروه عدم مداخله و در نهایت گروه نارائان قرار داشتند.

جدول ۴-۱۸: توصیف بیماران مصرف کننده مواد از لحاظ روش درمانی		
تغییر انگیزشی و مراجعه به درمان	فراوانی	درصد
عدم تغییر	۲۵	۵۱
مراجعه به درمانگر محقق	۱۴	۳۲.۷۵
متادون کلینیک	۲	۴
مراکز نگه داری میان مدت	۵	۱۰
عدم مراجعه با وجود تغییر	۳	۶.۲۵
کل	۴۹	۱۰۰

برای پاسخ به فرضیه شماره (۳) از آزمون کروسکال والیس استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴-۱۹ و ۴-۲۰) گزارش شده است.

جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر در مرحله پیش آزمون	
۱/۹۲	خی دو
۲	درجه آزادی
۰/۳۸۳	سطح معنادار

نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر بیماران اصلی در مرحله پیش آزمون نشان داد بین سه گروه کرافت، نارانان و کنترل در سطوح انگیزه تغییر برای درمان، تفاوت معناداری وجود ندارد ($X^2 = 1/92$)، $(P = 0/383, df = 2)$

جدول ۴-۲۰: نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر در مرحله پس آزمون	
۶/۴۵	خی دو
۲	درجه آزادی
۰/۰۴۰	سطح معنادار

نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر بیماران اصلی در مرحله پس آزمون نشان داد بین سه گروه کرافت، نارانان و کنترل در سطوح انگیزه تغییر برای درمان، تفاوت معناداری وجود دارد ($X^2 = 6/45, P < 0/05, df = 2$). به عبارت دیگر، فرضیه شماره (۳) مبنی بر اینکه «روش مداخله «کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) در تغییر دادن انگیزشی بیماران مصرف کننده مواد بی میل به درمان، مؤثرتر از روش «نارانان» است». تأیید می شود.

۴-۲-۴: بررسی فرضیه مربوط به نگهداری بیماران مصرف کننده مواد در درمان

پس از آنکه شرکت کنندگان در مطالعه توانستند بیماران خود را ترغیب به درمان کنند، از ۲۴ نفر بیمار مصرف کننده مواد که تغییرات انگیزشی پیدا کرده بودند (۲۱ نفر در مرحله انگیزشی آمادگی بودند و ۳ نفر از

مرحله پیش تأملی به تأملی رسیده بودند)، تنها ۸ نفر در مرحله عمل بودند و به درمان ادامه داده بودند. (۴ نفر از آنها از گروه کرافت، ۱ نفر از ناراران و ۳ نفر از گروه گواه بودند).

جدول ۴-۲۱: نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر در مرحله پیگیری	
۰/۸۱۷	خی دو
۱	درجه آزادی
۰/۳۶۶	سطح معنادار

نتایج آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه انگیزه تغییر بیماران اصلی در مرحله پیگیری نشان داد بین سه گروه کرفت، ناراران و عدم مداخله، در نگهداری انگیزه تغییر و ماندن در درمان، تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < 0/366$, $df = 1$, $X^2 = 0/817$). به عبارت دیگر، فرضیه شماره ۴ مبنی بر اینکه «روش مداخله «کرفت» (تقویت اجتماعی و آموزش خانواده) در نگه داشتن بیماران مصرف کننده مواد در درمان، مؤثرتر از روش مداخله «ناراران» (خانواده معتادان گمنام) است، تأیید نشد.

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۵-۱. مقدمه

این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی روش «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» (کرافت) در تغییر مراحل انگیزشی بیماران وابسته به مواد و کیفیت زندگی و افسردگی خانواده های آنها» انجام شد. نتایج پژوهش مفصل در فصل چهارم توضیح داده شده است. در این فصل تلاش می شود تا به صورت تفصیلی به بحث در مورد این یافته ها پرداخته شود.

۵-۲. بحث و نتیجه گیری

مهمترین یافته های این تحقیق به صورت زیر بود:

- هر دو روش کرفت و نارائان باعث کاهش افسردگی اعضای خانواده بیماران شده بودند اما این کاهش در مقایسه با گروه کنترل، معنی دار نبود.
- هر دو روش کرفت و نارائان، باعث بهبود کیفیت زندگی شده بودند اما با اینکه این بهبودی معنی دارد هیچیک از دو روش کرفت و نارائان، مؤثرتر از دیگری نبود.
- روش کرفت به طور معنی داری بیشتر از روش نارائان، باعث ترغیب بیماران مصرف کننده مواد (از طریق اطرافیان بیمار) به درمان شده بود.
- پس از داوطلب شدن بیماران مصرف کننده مواد، هیچیک از دو روش کرفت و نارائان نتوانسته بودند آنها را در درمان نگاه دارند.

در ابتدا میزان افسردگی شرکت کنندگان ارزیابی شد و از میان ۷۵ عضو خانواده شرکت کننده در سه گروه ۲۵ نفری، فقط ۴ نفر (۵.۳۳٪) به افسردگی مبتلا نبودند و ۷۱ نفر دارای افسردگی در سطوح مختلف بودند. این نتیجه، همسو با نتایج تحقیق منچری، حیدری و قدوسی بروجنی (۱۳۹۲) و منوچهری، گلزاری و کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۹۳) در مورد خانواده های بیماران مصرف کننده مواد بود و نشان داد که افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد به راستی دچار افسردگی هستند و برای درمان افسردگی آنان روشها و راهکارهای موثری مورد نیاز است.

در خصوص ۴۹ نفر آزمودنی نهایی، پس از اجرای تحقیق، میزان افسردگی در هر سه گروه، کاهش یافته بود لیکن نتایج تحقیق نشان داد که بین کاهش افسردگی در سه گروه، تفاوت معنی داری وجود نداشت و فرضیه یک مبنی بر اینکه روش مداخله «تقویت اجتماعی و آموزش خانواده» یا کرفت، در کاهش افسردگی افراد خانواده بیماران مصرف کننده مواد بی علاقه به درمان، مؤثرتر از گروه خودیاری «خانواده معتادان گمنام» یا نارائان است، رد شد. این نتیجه با نتیجه مطالعه مانوئل و دیگران (۲۰۱۲) هماهنگ بود. در این تحقیق ۴۰ همراه دلسوز را در دو گروه فردی خودآموز و گروهی، آموزش کرافت قرار داده بودند و پس از اجرای روش کرفت، افسردگی، شایستگی، نشانه های جسمانی و اضطراب خانواده ها بهبود نیافته بود.

اما در اکثر مطالعات قبلی جداگانه، روش نارائان و روش مداخله کرافت هر دو باعث کاهش افسردگی خانواده ها و همراهان دلسوز شده بودند. از جمله مطالعه کرمی، گرام و غریبی (۱۳۸۹) نشان دهنده موفقیت روش نارائان بود. روزن، بلائو و میرز (۲۰۰۹) نیز اظهار داشتند که با اجرای روش Craft، همراهان دلسوز، کاهش قابل ملاحظه ای را در مشکلات روانی اجتماعی از قبیل افسردگی، خشم و اضطراب تجربه کرده اند. همچنین در تحقیق (والدرون و دیگران، ۲۰۰۷ به نقل از کربی و دیگران، ۲۰۱۵) نیز در ۶ ماه پی گیری روش کرفت، کاهش معنی داری در افسردگی و اضطراب در والدین دیده شد

علت عدم کاهش معنی دار افسردگی پس از اجرای روش کرافت در پژوهش حاضر می تواند این باشد که افسردگی، اختلالی جدی تر از آن است که با دو جلسه اختصاص داده شده در روش کرفت بتوان آن را کاهش داد و احتیاج به جلسات درمانی بیشتری دارد. در جلسات نارائان نیز بازه زمانی دو ماهه برای انتظار کاهش افسردگی کافی نیست و می بایست تعداد جلسات بیشتر و مدت طولانی تری برای سنجیدن تأثیر نارائان در نظر گرفته شود. همچنین یکی از موضوعات اصلی در این گروههای خودیاری، طی کردن مراحل درمانی آنهاست که به قدم های دوازده گانه معروف است و می تواند ماهها و بلکه سالها به طول بیانجامد.

در مورد کیفیت زندگی، با اینکه معلوم شد هم روش کرافت و هم روش نارانان به طور معنی داری بر ارتقای کیفیت زندگی افراد خانواده بیماران وابسته به مواد، مؤثرند اما هیچیک بر دیگری برتری نداشت. اما با توجه به اینکه هر دو روش در ارتقای کیفیت زندگی آزمودنی ها موفق بودند، با بررسی اثر بخشی شیوه درمانی کرافت و نارانان بر هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، معلوم شد که روش نارانان بیشتر از کرافت بر بعد جسمانی تأثیر دارد و روش کرافت بیشتر از نارانان بر بعد روابط اجتماعی کیفیت زندگی تأثیر دارد. در ابعاد محیطی و روانشناختی کیفیت زندگی، تفاوت معنادری بین دو روش کرافت و نارانان دیده نشد.

مطالعات قبلی، هم در مورد روش کرافت و هم در مورد روش خودیاری خانواده های الکلی های گمنام یا الانان (و خانواده معتادان گمنام یا نارانان) حاکی از موفقیت هر دو بوده است. در تحقیق (تیمکو، کرانکیت، کاسکوتاس، لاودت، راس و موس، ۲۰۱۴) در امریکا، معلوم شد رایجترین علت ادامه حضور افراد در جلسات الانان (خانواده الکلی های گمنام)، مشاهده بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی آنها بوده است. در مورد اثربخشی جلسات نارانان در ایران نیز کرمی، گرام و غریبی (۱۳۸۹) در کرمانشاه به این نتیجه رسیدند که میزان بهداشت روانی و کارایی خانواده در خانواده های دارای معتاد شرکت کننده در جلسات نارانان، نسبت به خانواده های دارای معتاد غیرشرکت کننده، بالاتر بوده است. همچنین در تحقیق اعتمادی، زارع بهرام آبادی و میرکاسمی، (۲۰۱۵) در مشهد معلوم شد که شرکت در گروه خودیاری خانواده الکلی های گمنام (الانان)، باعث بهبود کیفیت زندگی اعضاء شده بود. مطالعه میرز و دیگران (۱۹۹۹) نیز همسو با نتیجه تحقیق حاضر نشان داد که ۶ ماه پس از مداخله کرافت، در اضطراب خانواده ها کاهش بوجود آمده بود. همچنین در تحقیق روزن، وارت و کروف^۱ (۲۰۱۰) نیز که ۴ مطالعه دیگر را بررسی می کرد، نشان داد که در یک مدت ۶ ماهه، هر سه گروه کرافت، نارانان و مداخله انستیتوی جانسون، بهبودی روانی اجتماعی و جسمی قابل ملاحظه ای نشان دادند. پژوهش میرز و میلر (۲۰۰۱) نیز تأکید کرد که کرافت منجر به استقلال فردی و بهبود اعتماد به نفس و عزت نفس شده است. لیکن مطالعه میس و دیگران (۲۰۱۳) نتیجه گرفت که اگر چه روش در بالا بردن نرخ شروع به درمان، موثر و خاص است اما در بین کارآزمایی های مرور شده، شواهد اندکی وجود داشت که نشان دهد این امر به معنای افزایش عملکرد خانواده یا زوج است.

از طرف دیگر رویکرد کرافت تأثیر بیشتری بر روی سطوح انگیزشی سوء مصرف کنندگان مواد جهت آمادگی به منظور حضور در برنامه های درمانی داشت به طوری که رویکرد کرافت میزان بالاتری از تغییرات سطوح انگیزشی را نسبت به دو گروه نارانان و گروه بدون مداخله باعث شده بود، به طوری که در گروه کرافت

^۱ Roozen, Wart and Kroft

از ۱۸ نفر که در تحقیق مانده بودند، ۱۲ نفر توانسته بودند بیمار خود را به سمت درمان ترغیب نمایند و به مرحله انگیزشی آمادگی هدایت کنند اما در گروه نارائان از ۱۵ نفر ۴ نفر و در گروه عدم مداخله از ۱۶ نفر فقط ۵ نفر توانسته بودند بیمار خود را به سمت درمان برانگیزند و به مرحله انگیزشی آمادگی برسانند.

در هر حال در هر سه گروه، افزایش انگیزه جستجوی درمان در بیماران مصرف کننده مواد دیده می شود که می توان گفت گذشت زمان هم در درمان جویی بیماران اصلی مصرف کننده مواد موثر بوده است. اما این تأثیر در گروه کرافت از دو گروه دیگر به طور معنی داری بیشتر بود که نشان دهنده مؤثر بودن این روش می باشد. همچنین در هر سه روش، بیماران مصرف کننده مواد به واسطه کمک خواهی عضو خانواده شان در هر سه گروه از مراحل انگیزشی پیش تأملی و تأملی به مراحل تأملی و آمادگی رسیده بودند که در این تغییر مراحل انگیزشی نیز گروه کرافت به طور معنی داری باعث تغییرات بیشتر از دو گروه دیگر شده بود.

این یافته تحقیق با پژوهش های قبلی سازگار است. از ابتدای شروع اجرای روش کرافت، اکثر پژوهشها نشان دادند که این شیوه در ترغیب بیماران مصرف کننده مواد و الکل، نسبت به روشهای نارائان و الانان و جانسون، افراد بی میل به درمان بیشتری را درگیر درمان می کند. در نخستین مطالعه که توسط سیزون و آزرین (۱۹۸۶) انجام شد در گروه «آموزش تقویت اجتماعی» (CRA) (نسخه اولین کرافت) از ۷ الکی مقاوم به درمان، ۶ نفر به درمان وارد شدند و از ۵ فرد گروه الانان، هیچیک نتوانست بیمار معلوم خود را به درمان، ترغیب کند (اسمیت و مایرز، ۲۰۰۴).

در یک آزمایش دیگر (میلر، مایرز و تونینگان، ۱۹۹۹) ۱۳۰ تن از افراد مهم زندگی به طور تصادفی در یکی از سه رویکرد الانان، مداخله انستیتوی جانسونی و رویکرد کرافت قرار داده شدند. بر مبنای نتایج، رویکرد کرافت به طور معنی داری از لحاظ درگیر کردن الکی های مشکل دار به سمت درمان (۶۴٪) در برابر مداخلات رایجتر مورد استفاده یعنی الانان (۱۳٪) و مداخله مؤسسه جانسون (۳۰٪) مؤثرتر بود. در آزمایش دیگری نیز، مایرز و دیگران (۱۹۹۹) کرافت را با مراجعینی به آزمایش گذاردند که بیمار بی میل به درمانشان، مواد غیرقانونی مصرف می کردند. در این آزمایش غیر کنترل شده ۷۴٪ از بیماران معلوم، به درمان ورود پیدا کردند.

کربی و دیگران (۱۹۹۹) نیز در تحقیقی خانواده افراد مصرف کننده مواد غیرقانونی را به طور تصادفی برای دریافت روش کرافت یا الانان نارائان اختصاص دادند. در این پژوهش نتیجه گرفته شد که ۶۴٪ گروه دریافت کننده «کرافت» توانسته بودند بیمار خود را ترغیب به درمان کنند و در برابر در گروه الانان و نارائان فقط ۱۷٪ موفق به این امر شده بودند. در آزمایش مشابهی مایرز و دیگران (۲۰۰۲) خانواده افراد مصرف کننده مواد غیرقانونی را در دو گروه کرافت و الانان قرار دادند و از گروه کرافت ۶۸٪ ولی از گروه الانان ۲۹٪ بیماران، به

درمان وارد شده بودند که نتیجه گرفته می شود روش کرافت نسبت به الانان و نارانان در انگیزه مند کردن بیماران به درمان، موفق تر عمل کرده است.

یک مطالعه با استفاده از مداخله یکجانبه با والدین با هدف افزایش ورود به درمان نوجوانان مصرف کننده مواد (والدرون و دیگران، ۲۰۰۷) نیز وجود دارد. در این تحقیق، والدین ۴۲ نوجوان مصرف کننده مواد مقاوم به درمان در ۱۲ جلسه یک روش مداخله مشابه کرافت قرار گرفتند به منظور اینکه ورود به درمان آنها تسهیل شود، از تغییرات رفتاری بعدی حمایت شود و عملکرد والدین و خانواده بهبود پیدا کند. ۳۰ نفر (۷۱٪) از این نوجوانان به طور موفقیت آمیزی درگیر درمان شدند و در ۶ ماه پی گیری، کاهش معنی داری در مصرف ماری جوانا در نوجوانان و کاهش در افسردگی و اضطراب در والدین دیده شد. بعلاوه این بهبودها بدون توجه به اینکه نوجوانان به درمان وارد شده یا نشده بودند رخ داده بود. متأسفانه این مطالعه فاقد گروه مقایسه والدینی بود که مداخله را دریافت نکرده بودند لذا نمی توان دانست که آیا این بهبود حاصل درمان با سبک کرافت بوده یا خیر (کربی و دیگران، ۲۰۱۵).

در تحقیق مانوئل و دیگران (۲۰۱۲) که ۴۰ همراه دلسوز را در دو گروه فردی خودآموز و گروهی، آموزش کرافت قرار داده بودند، پس از اجرای این روش، خانواده ها به ترتیب ۴۰٪ و ۶۰٪ توانستند بیماران خود را به درمان ترغیب کنند. در پژوهش مایرز و دیگران نیز با روش کرافت، ۶۷٪ از بیماران بی میل به درمان، وارد درمان شدند. در حالی که در گروه ۱۲ قدم، فقط ۲۹٪ وارد درمان شدند (مایرز و دیگران، ۲۰۰۲).

میرز و دیگران (۲۰۱۳) کارآزمایی های بالینی تصادفی که از ژانویه سال ۱۹۹۶ تا دسامبر ۲۰۱۱ در آمریکا اجراء شده بود و مداخلات خانوادگی برای اختلالات بهداشت روانی بزرگسالان را بررسی می کرد را مرور کردند. آنها ۵۱ مقاله را که ۲۱ مداخله مختلف را ارزیابی می کرد مورد بررسی قرار دادند. در میان سه کارآزمایی (کربی و دیگران، ۱۹۹۹، میرز و دیگران، ۲۰۰۲ و میلر و دیگران، ۱۹۹۹) کرافت، بر درمانهای جایگزین دیگر برای تسریع در آغاز درمان سوء مصرف مواد ارجحیت داشت. نتایج نشان دادند که شرکت کنندگان در کرافت، بیش از ۳ برابر نسبت به کسانی که اعضای خانواده شان در AA (خانواده الکلی های گمنام) شرکت کرده بودند فرصت ورود به درمان را پیدا کرده بودند.

روزن، وارت و کروفت (۲۰۱۰) نیز در بررسی ۴ مطالعه نشان داد که کرافت در مقایسه با روشهای سنتی، در ترغیب بیماران مقاوم به درمان، برتری نشان داد و سه بار بیشتر از نارانان و الانان و دوبار بیشتر از روش انستیتوی جانسون توانسته بود بیماران را ترغیب به درمان کند.

در نهایت در پایان تحقیق، و در فاز دوم، در خصوص بیماران در سه گروه که ابتدا اعضای خانواده شان مراجعه کرده بودند و سپس خودشان انگیزه درمان پیدا کرده و شروع به درمان کرده بودند، از ۲۴ بیمار فقط ۸ نفر در مرحله عمل مانده بودند که ۴ نفر آنها از گروه کرافت، یک نفر از گروه نارائان و ۳ نفر از گروه بدون مداخله بودند و آزمونهای آماری نشان داد که در این تحقیق، هیچیک از گروهها، در زمینه ماندن بیماران مصرف کننده مواد در درمان، موفق نبودند. اگرچه مطالعات نشان داده اند که در بر گرفتن همسر یا اعضای دیگر خانواده در درمان، پیامدهای درمانی را تقویت می کند و بسیاری از مطالعات، زوج درمانی رفتاری را ارزیابی کرده و برای در نظر گرفتن همسر بیمار در درمان در برابر عدم آن، پیامدهای خوبی را نشان داده اند (مک کرا دی و همکاران، ۱۹۸۶، او فرل، کاتر و فلویید، ۱۹۸۵، او فرل و چاکوتی، ۱۹۹۱) اما در این تحقیق با آنکه روش کرافت و نارائان توانسته بودند افراد مصرف کننده مواد را به درمان ترغیب کنند اما در نگه داشتن آنها در درمان، شکست خوردند و عملاً در گروه کرافت فقط ۴ نفر از ۲۵ نفر در مرحله عمل از مراحل انگیزشی تغییر مانده بودند.

یکی از علل اصلی ادامه ندادن درمان بیماران، ماهیت اختلال مصرف مواد است و در پژوهشهای دیگر نیز دیده شده که بیماران مصرف کننده مواد مدت کوتاهی پس از ورود به درمان، آن را ادامه نمی دهند (روزن، بلائو و مایرز^۱، ۲۰۰۹). از جمله کالاگان و دیگران (۲۰۰۵) نیز دریافتند که بین نصف تا سه چهارم (۵۲٪ تا ۷۲٪) از بیماران سرپایی، قبل از جلسه چهارم از فرایند درمان، کناره گیری می کنند. در مطالعات متعدد، نرخ برگشت به مواد و الککل، در سال اول درمان ۴۰ تا ۶۰ درصد ذکر شده است (فیش و راگت، ۲۰۰۹). تحقیقی که در ایران انجام شد نشان داد که نرخ عود در بیماران تحت درمان نگهداری با متادون (MMT)، ۴۸.۲٪ بود (افسر و دیگران، ۲۰۱۴ به نقل از نویدیان و دیگران، ۲۰۱۶). پژوهش دیگری نیز در ایران حاکی از آن بود که ۵۳٪ از بیماران ظرف ۳ ماه به مصرف مواد بازگشتند و فقط ۱۲٪ قادر بودند برای یک سال به پرهیز از مواد ادامه دهند (میرزایی، ۲۰۱۰، به نقل از نویدیان و دیگران، ۲۰۱۶).

ممکن است علت نماندن در درمان در گروه کرافت، نداشتن روش درمانی معتبر و منسجم باشد. خانواده های شرکت کننده در روش کرافت، به دلیل حساسیت موضوع و نگرانی از اینکه بیماران شان همکاری نکنند، به محض ابراز تمایل بیمار به درمان، وی را به محقق حاضر معرفی می کردند و فقط از درمان غیردارویی استفاده می شد.

^۱ Roozen, Blaauw and Meyers

۵-۳. محدودیت‌های پژوهش:

- ۱- در این پژوهش فقط افراد مؤنث خانواده بیماران مصرف کننده مواد شرکت کرده بودند (اکثرا مادر و همسر) و تعمیم دادن نتایج آن به اطرافیان مذکر بیماران، از قبیل پدر، برادر و پسر بیماران، می بایست با احتیاط صورت گیرد.
- ۲- به دلیل عدم حضور بیماران اصلی مصرف کننده مواد در مصاحبه اولیه با خانواده هایشان، تشخیص اختلال مصرف مواد، بر اساس اظهارات اعضای خانواده بود که در تحقیق شرکت کرده بودند.
- ۳- در برخی تحقیقات قبلی تا ۶ ماه زمان گذاشته شده است تا بیماران مصرف کننده مواد پس از آنکه همراهان دلسوزشان دوره گرفت یا جلسات گروه خودیاری نارائان و الانان را گذراندند، فرصت ورود به درمان را داشته باشند (مانوئل و دیگران، ۲۰۱۲ و روزن، وارت و کروفیت، ۲۰۱۰). لیکن در تحقیق حاضر، این زمان حداکثر دوماه در نظر گرفته شده بود و ممکن بود این مدت زمان برای انتظار تأثیر هر یک از دو روش نارائان و گرفت برای ترغیب بیمارانشان به درمان، کافی نباشد.
- ۴- پرسشنامه ها و متونی که مربوط به مراحل تغییر انگیزشی است، معمولاً در خصوص شخص بیمار مصرف کننده مواد است و پرسشنامه و مطلبی یافته نشد که بر مبنای آن بتوان مرحله انگیزشی را که بیمار در آن قرار دارد از طریق اطرافیان بیمار تعیین کرد. به این دلیل «چک لیست مراحل انگیزشی تغییر» برای این پژوهش تهیه شد.
- ۵- از شرکت کنندگان در گروه گرفت، هزینه ای دریافت نشد و ۱۲ جلسه مشاوره برای آنها کاملاً رایگان بود. اما در مراکز درمانی، برای این جلسات، هزینه دریافت می شود و این موضوع می تواند باعث ریزش مراجعین شود.
- ۶- تعدادی از مراجعین، با وجود رایگان بودن جلسات، شرکت در ۱۲ جلسه را تکمیل نمی کردند و با این توجه که وقتی فرد دیگری مواد مصرف می کند چرا آنها باید در جلسات بسیاری شرکت کنند، به جلسات گرفت ادامه نمی دادند.

۴-۵. پیشنهادات پژوهشی

- ۱- پیشنهاد می گردد از ابتدا تعداد نمونه بیشتری انتخاب شود تا در صورت افت شرکت کنندگان و بیماران آنها، بر روی نتایج، کمتر تأثیر گذارده شود.
- ۲- پیشنهاد می شود در پژوهشهای بعدی پرسشنامه ای جهت تعیین مرحله انگیزشی که بیمار در آن قرار دارد از طریق پرسش از خانواده تهیه یا استاندارد شود.
- ۳- پیشنهاد می شود مدت زمان بیشتری (نسبت به دو ماه در این تحقیق) برای ارزیابی تغییرات ایجاد شده در اعضای خانواده ها از لحاظ کاهش افسردگی و ارتقای کیفیت زندگی و نیز تغییر انگیزشی بیماران آنها، در نظر گرفته شود تا بتوان در مورد بهبود همراهان دلسوز و آمادگی برای درمان بیمارانشان نظر داد.
- ۴- پیشنهاد می شود در پژوهشهای بعدی پرسشنامه ای جهت تعیین مرحله انگیزشی که بیمار در آن قرار دارد تهیه و استاندارد شود.
- ۵- با توجه به هزینه داشتن جلسات گرفت در محیطهای درمانی، پیشنهاد می گردد تمهیداتی برای کمک به پرداخت این هزینه به خانواده ها از قبیل بیمه های تکمیلی در نظر گرفته شود.
- ۶- از آنجا که تعدادی از مراجعین، در همه ۱۲ جلسه شرکت نمی کردند می توان با تغییر در محتوا، تعداد جلسات در کرافت را کاهش داد.

منابع

منابع فارسی

- جراحی، شیما (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش جرأت ورزی گروهی بر عزت نفس و کیفیت زندگی همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد. نخستین همایش ملی علوم تربیتی و روانشناسی.

- جمیلیان، حمیدرضا؛ مرادنژاد، امین؛ خوانساری، محمدرضا؛ لطفی کاشانی، فرح (۱۳۸۹). مقایسه وضعیت روانی مادران و همسران مردان معتاد با مادران و همسران مردان غیرمعتاد، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار : (پاییز ۱۳۸۹، دوره ۱۶، شماره ۳) پیاپی ۶۲): ۲۸۵-۲۹۰

-دباغی، پرویز؛ اصغرنژاد، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ بوالهروی، جعفر، (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی، فصلنامه اعتیاد پژوهی. سال دوم شماره ۷، ص ۳۰

-رحیمی موقر؛ شریفی؛ محمدی؛ فرهودیان؛ سهیمی ایزدیان؛ رادگودرزی؛ نجاتی صفا؛ منصوری، (۱۳۸۴). بررسی سه دهه مقالات پژوهشی کشور در زمینه اعتیاد، مجله پژوهشی حکیم، ۸ (۴): ۳۷-۴۴.

-رحیمی موقر (۱۳۸۳). شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان، فصلنامه رفاه اجتماعی، دوره سوم، شماره

۱۲

- سادوک، بنیامین (۱۳۹۴). «راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ویرایش پنجم DSM-5». ترجمه رضاعی، فرزین؛ فخرایی، علی؛ فرمند، آتوسا؛ نیلوفری، علی؛ هاشمی آذر، ژانت؛ شاملو، فرهاد. تهران، انتشارات ارجمند.

-صرامی و هندیانی (۱۳۹۴)، «نگرش جامعه شناختی به آسیب های اجتماعی ایران»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد- ۲ (۶)

غفاری، غلامرضا؛ کریمی، علیرضا؛ نودری، حمزه (۱۳۹۱). روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران. فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی ۱ (۳): ۱۳۴-۱۰۷

-کریملو، مسعود؛ صالحی، مسعود؛ زائری، فرید؛ مساح، امید؛ حاتمی، علیرضا و موسوی خطاط، محمد (۱۳۸۹)، «توسعه نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰»، توانبخشی، ۱۱ (۴): ۷۳-۸۲.

- کریمی، جهانگیر؛ گرام، کاظم؛ غریبی، مریم (۱۳۸۹)، «مقایسه بهداشت روانی و کارایی خانواده، بین خانواده های معتادان شرکت کننده و غیر شرکت کننده در جلسات گروه های خودیاری»، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۴ (۱۵): ۲۳-۳۴.
- گرات -مارنات، گری، ترجمه شریفی، حسن پاشا؛ نیکخو، محمد رضا (۱۳۸۴). «راهنمای سنجش روانی»، جلد اول، چاپ اول، تهران، انتشارات سخن.
- محمد خانی، پروانه (۱۳۸۸)، *ابعاد مشکلات شخصی-ارتباطی زنان دارای همسر معتاد: چشم اندازی به برنامه توانبخشی همسران مبتلایان به اعتیاد*، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۳ (۹): ۱۷-۳۶.
- محمدخانی، شهرام؛ نوری، ربابه؛ صرامی، حمید (۱۳۹۱)، پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر خانواده، ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان خدمات دانشجویی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران چاپ اول
- محمدخانی، پروانه؛ فروزان، ستاره آمنه؛ عسگری، علی؛ مومنی، فرشته؛ دلاور، بهارک (۱۳۸۹)، بروز نشانگان روانپزشکی در زنان دارای همسران معتاد. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، ۶ (۲۳): ۲۳۷-۲۴۵
- محمودی، قهرمان؛ جهانی، محمدعلی؛ نقویان، معصومه؛ امیری، محمد؛ سفیدچیان، علیرضا و امینی ایمان (۱۳۹۱)، «الگوی سوء مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر در مراجعین به مراکز MMTC و DIC شهرستان آمل»، فصلنامه سلامت خانواده دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری- دوره ، شماره ۱، تابستان ۱۳۹۱، صفحات ۱ تا ۵.
- مختاریان، حسین و هاشمی، علی (۱۳۸۹)، «اقتصاد مواد مخدر- برآورد هزینه در ایران»، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، ۱ (۴): ۱۶۱-
- مرتضوی قهی، علی، (۱۳۸۲). *فاجاق بین المللی مواد مخدر و حقوق بین الملل*، تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- منتظری، علی؛ موسوی، سید جواد؛ امیدواری، سپیده؛ طاووسی، محمود؛ هاشمی، اکرم و رستمی، طاهره (۱۳۹۲). *افسردگی در ایران: مرور نظام مند متون پژوهشی*. فصلنامه پایش، ۱۲ (۶): ۵۶۷-۵۹۴.
- منوچهری، محدثه؛ گلزاری، محمود و کردمیرزا نیکوزاده، عزت اله (۱۳۹۳). *اثربخشی آموزش امیددرمانی بر کاهش میزان افسردگی در زنان دارای همسر معتاد*. روش ها و مدل های روانشناختی، ۵ (۱۸): ۲۵-۳۸.

- مؤمنی، فرشته؛ مشتاق، نهاله و پورشهباز، عباس (۱۳۹۲). «اثر بخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی - رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون»، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۷ (۲۷): ۷۹-۹۳.

- نارنجی ها، هومان؛ رفیعی، حسن؛ باغستانی، الف. ر؛ نوری، ربابه؛ غفوری، ب؛ سلیمانی نیا، ل؛ شیرین بیان، پ؛ و فرهادی، م.ح. (۱۳۸۸). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران، تهران، نشر دانژه.

- نوروزی، حسن؛ حسینی، سید جواد؛ نجفی، محمود (۱۳۹۴)، «اعتیاد، خانواده و مداخله های خانواده محور»، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۲ (۷): ۹۷-۱۲۲.

- نوری، رویا، رفیعی، حسن؛ اکبریان، مهدی؛ نارنجی ها، هومان (۱۳۸۹)، مقایسه ویژگی های شخصیتی، احساسات عاطفی و ابراز رضایت از همسر در زنان شوهر معتاد و زنان شوهر سالم»، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره چهارم، ۷۲-۵۴.

- هاشمی، علی، (۱۳۸۳). نگاه نو اقدم نو، تهران، ستاد مبارزه با مواد مخدر.

- هاشمی، (۱۳۸۸)، نشریه گزارش - آبان ۱۳۸۸ - سال ۱۸ - شماره ۲۱۳

منابع انگلیسی

- Ainsworth, P. (۲۰۰۰). *Understanding depression*. United States of America. University Press of Mississippi.
- American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-۵*. — ۵th ed. Washington, DC. American Psychiatric publishing.
- Barnard, M. (۲۰۰۷). *Drug Addiction and Families*, Jessica Kingsley Publishers.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F, Liese, B.S., (۱۹۹۹). *Cognitive therapy of substance abuse*, New York, The Guilford Press.
- Beschof, G., Iwen, J., Freyer-Adam, J., Rumpf, H. J. (۲۰۱۶). *Efficacy of the Community Reinforcement and Family Training for concerned significant others*

of treatment-refusing individuals with alcohol dependence: A randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence* 163: 179–185

- Blume, A. W., (2005). *Treating Drug Problems*. John Wiley & Sons.

- Brigham, G. S., Slesnick, N., Winhusena, T. M., Lewisa, D. F., Gue. X., Somoza, E., (2014). A randomized pilot clinical trial to evaluate the efficacy of Community Reinforcement and Family Training for Treatment Retention (CRAFT-T) for improving out comes for patients completing opioid detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*. 138: 240–243.

- Calabria, B., Clifford. A., Shakeshaft, A., Allan, J., Bliss, D., Doran, C. (2013).

The acceptability to Aboriginal Australians of a family-based intervention to reduce alcohol-related harms. *Drug and Alcohol Review*. 32:328–332

Callaghan, R. C., Hathaway, T. A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, A. S., Taylor, L. (2005). Does stage-of-change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*. 30:1834–1847.

- Choate, P.W. (2015). *Adolescent Alcoholism and Drug Addiction: The Experience of Parents*.

- Chung, T., Maisto,S.A. (2006). *Relapse to alcohol and other drug use in treated adolescents: Review and reconsideration of relapse as a change point in clinical course*. *Clinical Psychology Review* 26, 149– 161.

- Coombs, R.H. (2005). *Addiction Counseling Review*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Coombs, R.H. (2004). *Handbook of Addictive disorders*. John Wiley and sons.

- Copello, A. G., Velleman, R. D. B. and Templeton, L. j. (2005). *Family Intervention in the Treatment Alcohol and Drug*, *Drug and Alcohol Review*, 24,

369 – 385

- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., Toneatto, T., (۱۹۹۳). Barriers To treatment: Why Alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*. ۱۸:۳۴۷-۳۵۳.
- Donovan, D.M., Marlatt, G.A., (۲۰۰۵), ۲nd ed, *Assessment of addictive behaviors*, The Guilford Press.
- Etemadi, A., zarebaramabadi, M., Mirkazemi, R. (۲۰۱۵). Effect of Al-Anon attendance on family function and quality of life in women in Mashhad, Iran. *Am J Drug Alcohol Abuse*, ۴۱(۵): ۴۴۲-۴۴۸
- Fish, J. N., Maier, C. A. and Priest, J. B. (۲۰۱۴)., Substance abuse treatment response in a Latino sample: the Influence of a family conflict. *Journal of substance abuse treatment* ۷ (۱۱)
- Fisher, G.L., Roget, N.A., (۲۰۰۹), *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery*, SAGE Publications.
- Galanter, M., Kleber, H.D., (۲۰۰۵). *Textbook of Substance Abuse Treatment*. Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, Inc.
- Garrett, J., Landau-Stanton, J., et al, (۱۹۹۸). *ARISE: A method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, ۱۳(۵), ۱-۱۴.
- Ghodse, H., Herrman, H., Maj, M., Sartorius, N., (۲۰۱۱). *Substance Abuse Disorders-Evidence and Experience*, Wiley-Black-well
- Glidden-Tracy, C. E.(۲۰۰۵). *Counseling and therapy with clients who abuse alcohol or other drugs : an integrative approach*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Greenfield, F.G., et al., (۲۰۰۷). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence* ۸۹, ۱-۲۱.

- Hornberger,S., Smith, S.L., (۲۰۱۱). Family involvement in adolescent substance abuse treatment and recovery: What do we know? What lies ahead?. Children and Youth Services Review.۳۳, (۷۰-۷۶).
- Humphreys,K. (۲۰۰۴). *Circles of Recovery -Self-Help Organizations for Addictions*, Cambridge University Press..
- Khaleghi,M., (۲۰۰۸), *Free from addiction*, Palgrave Macmillan.
- Kirby, K. C., Marlowe, D. B., Festinger, D. S., Garvey, K. A., & LaMonaca, V. (۱۹۹۹). *Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users*. Drug and Alcohol Dependence, ۵۶, ۸۵-۹۶.
- Kirby, K.C., Versek, B., Kerwin, M.E., Meyers, K., Benishek, L.A., Bresani, E., Washio, Y., Arria, A.M., & Meyers, R.J. (۲۰۱۵). *Developing Community Reinforcement and Family Training (CRAFT) for parents of treatment-resistant adolescents*. Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, ۲۴(۳), ۱۵۵-۱۶۵.
- Kaufman, E. and Youshioka, M.R.M., (۲۰۰۵). Substance Abuse Treatment And Family Therapy. DHHS Publication
- Kuuluvainen, V., Isotalus, P. (۲۰۱۴). *Supporting others – Supporting oneself: Members’ evaluations of supportive communication in Al-Anon mutual-aid groups*. Studies in Communication Sciences ۱۴: ۴۵-۵۳
- Landau, J., Stanton, M, D.,Ilke, D., Garret, J., Shea, R. B., Browning,A. and Wamboldt, F. (۲۰۰۴). *Outcomes with the ARISE Approach to Engaging Reluctant Drug- and Alcohol-Dependent Individuals in Treatment*. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse Vol. ۳۰, No. ۴, pp. ۷۱۱-۷۴۸.
- Landau, J. & Garrett, J. (۲۰۰۸). *Invitational Intervention: The ARISE Model For Engaging Reluctant Substance abusers In Treatment*. Alcoholism Treatment Quarterly. ۲۶ (۱۲). P.۱-۲۸

- Levounis, B., Arnaout, B. (۲۰۱۰). Handbook of motivation and change : *a practical guide for clinicians*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Maisto, S.A. and Connors, G.J. (۲۰۰۶). *Relapse in the addictive behaviors: Integration and future directions*. Clinical Psychology Review. ۲۶, pp. ۲۲۹– ۲۳۱
- Maisto, S.A., Pollock, N.K., Cornelius, J.R., Lynch, K.G. and Martin, C.S., (۲۰۰۳). Alcohol relapse as a function of relapse definition in a clinical sample of adolescents. Addictive Behaviors ۲۸, ۴۴۹–۴۵۹.
- Mack, A. H., Brady, K. T., Miller, S. I., Frances, R. J., (۲۰۱۶). *Clinical Textbook of Addictive Disorders*. Fourth ed, Newyork, Guilford press.
- Mack, A. H., Harrington. A. l., Frances. R. j. (۲۰۱۰) Clinical Manual for Treatment of Alcoholism and Addictions. American Psychiatric Publishing.
- Manuel ,J.K, Astin, A.J, Miller, W.R, McCrady, B, Tonigan, S, Meyers, R.J., Smith, J.E, Bogenschutz, M.P, (۲۰۱۲).“Community Reinforcement and Family Training: A pilot comparison of group and self-directed delivery”,Journal of Substance Abuse Treatment.۴۳ (۱۲۹–۱۳۶).
- Martin, P. R., Weinberg, B. A., Bealer, B., (۲۰۰۷). Healing Addiction. New Jersey. John Wiley & Sons, Inc
- Meis, L. A. Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, M., Rutks, I, Wilt, T. J.. (۲۰۱۳). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. Clinical Psychology Review. ۳۳:۲۷۵–۲۸۶.
- Meyers, R. J., Miller, W.R., (۲۰۰۱). A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment. New York. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- Meyers, R. J., Miller, W.R., Hill, D. E., & Tonigan, J. S. (۱۹۹۹). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug *users in treatment*. Journal of Substance Abuse, ۱۰, ۳, ۲۹۱–۳۰۸.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Smith, J.E., & Tonigan, J.S. (۲۰۱۲). *A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through*

concerned significant others. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol .۷۰, No. ۵, ۱۱۸۲-۱۱۸۵.

- Meyers, R.J., Roizen, H. G., Smith J.E. (۲۰۱۱). The Community Reinforcement Approach. An Update of the Evidence.. Alcohol Research & Health. ۳۳, (۴): ۳۸۰-۳۸۸.

- Meyers, R.J., Smith J.E. (۱۹۹۷). *Getting off the fence: procedures to Engage Treatment- Resistant Drinkers*. Journal of Substance Abuse Treatment ۱۴ (۵): ۴۶۷-۴۷۲

- Meyers, R.J., Wolfe, B. L., (۲۰۰۴). Get your loved one sober. Minnesota. Hazelden

- Miller, W.R., Meyers, R.J., & Tonigan J.S. (۱۹۹۹). *Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three intervention strategies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, ۶۷, ۵, ۶۸۸-۶۹۷.

- Miller.W.R., Rollnick.S, (۲۰۰۲), “Motivational interviewing : preparing people for chang” New York, The Guilford Press.

- Mokry. (۲۰۰۲). Brief Overview Of the Status Of Drug Abuse In Iran. Archives of Iranian Medicine,۵, (۳): ۱۸۴-۱۹۰

-Navidian, A., Kermansaravi, F., Ebrahimi Tabas, E., Saeedinezhad, F. (۲۰۱۶). Efficacy of Group Motivational Interviewing in the Degree of Drug Craving in the Addicts Under the Methadone Maintenance Treatment (MMT) in South East of Iran. *Archives of Psychiatric Nursing* ۳۰: ۱۴۴-۱۴۹.

- Niccols, A., Milligan, K., Smith, A., Sword, W., Thabane, L., & Henderson, J (۲۰۱۲). Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: a systematic review of studies reporting on child outcomes.Child abuse & neglect, ۳۶(۴), ۳۰۸-۳۲۲.

- Ouzir,M. Errami,M. (۲۰۱۶). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability Pharmacology, Biochemistry and Behavior ۱۴۸ (۲۰۱۶) ۵۹–۶۸
- Roozen, H. G., Blaauw, E., Meyers, R. J. (۲۰۰۹), Advances in Management of Alcohol Use Disorders and Intimate Partner Violence: Community Reinforcement and Family Training, Psychiatry, Psychology and Law, Vol. ۱۶, Supplement, ۲۰۰۹, S۷۴–S۸۰
- Roozen, H. G., Wart, R. D., Kroft, P. V. D., (۲۰۱۰). Community reinforcement and family training: an effective option to engage treatment-resistant substance-abusing individuals in treatment. Addiction. ۱۰۵: ۱۷۲۹–۱۷۳۸
- Rossi, G. (۲۰۱۲). Alcoholism: The Self-Reinforcing Feedback Loop Jillian Dorrian Psychology - Selected Papers.
- Sadock, B. J. (۲۰۱۵). Kaplan & Sadock`s synopsis of psychiatry. Wolters Kluwer Press.
- Sakiyama, H. M. T., Padin, M.F. R., Canfield, M., Larajeria, R. and Mitsohiro, S. S., (۲۰۱۵). Family members affected by a relative`s substance misuse looking for social support: Who are they?. Drug and Alcohol Dependence ۱۴۷: ۲۷۶–۲۷۹
- Santis, R., Hidalgo, C. G. Jaramillo, A. Hyden, V., Armajio, I. and Lasagna, A. (۲۰۱۳). A family outreach intervention for engaging young out-of-treatment drug users: Pre- versus post-treatment comparison Journal of Substance Abuse Treatment, ۴۴ :۶۱–۷۰
- Scruggs, S.M., Meyers, R.J., & Kayo, R. (۲۰۰۵), "*Community Reinforcement and Family Training, Support and Prevention (CRAFT-SP)*", Veterans Administration Medical Center, Oklahoma City, Oklahoma.
- Schafer, G., Lecturer, S. (۲۰۱۱). Family Functioning in Families with Alcohol and Other Drug Addiction. Social Policy Journal of New Zealand. ۳۷: ۱–۱۷
- Shannon, J. B. (۲۰۱۰). *Drug abuse sourcebook*. the United States. Omnigraphics, Inc.

- Singh, A. (२०१०). *Strategies adopted by wives of addicts: A sociological study of women in rural Punjab, India*. International Journal of Sociology and Anthropology Vol. २(१), pp. १६२-१७०.
- Sisson R. W., Azrin N. H. (१९८६), *Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers*. J Behav Ther Exp Psychiatry; १७: १५-२१.
- Smith, J.E., Campus-Melady, M., Meyers, R.J (२००९). *CRA and CRAFT*. Journal of Behavior Analysis in Health, Sports, Fitness and Medicine, २, १, ॴ-ॳ१.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J., (२००९). Community reinforcement and family training. In G.L. Fisher & N.A. Roget's (Eds.), *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery*. California, Sage Publications.
- Smith, J.E. & Meyers, R.J. (२००ॴ). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. Guilford Press: New York, NY.
- Stanton, M.D. ; Todd, T.C.; and associates. *The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction*. New York: Guilford Press, १९८२.
- Straussner, S.L.A., (२००ॴ), २nd ed, *Clinical work with substance-abusing clients*, The Guilford Press.
- Timko, Ch., Cronkite, R.,Kaskutas, L. A., Laudet, A., Roth, J., Moos, R. H. (२०१ॶ). *Al-Anon family groups: Newcomers And Members*. Journal of studies on alcohol and drugs.
- Timko, Ch., Laudet, A., Moos, R. H. (२०१ॴ). *Newcomers to Al-Anon family*
- Thull, J.A., (२००९), *Client Characteristics and Treatment Retention in an Outpatient Drug-Free Chemical Dependency Program*. Wisconsin, (A Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School, Marquette University,in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy).

- Waldron, H. B., Kern-Jones, S., Turner, C. W., Peterson, T. R. and Ozechowski, T. J. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment., *Journal of Substance Abuse Treatment* 32: 133– 142
- Wan, Ch., Fang, J., Jiang, R., Shen, Jie., Jiang, D., Tu, Xin., Messing, S., Tang, W. (2011). *Development and validation of a quality of life instrument for patients with drug dependence: Comparisons with SF-36 and WHOQOL-100*. *International Journal of Nursing Studies* 48: 1080–1095
- Yuen, E.Y.N and Toumbourou, J. W. (2008), *Does family intervention for adolescent substance use impact parental mental health? A systematic review*. Australian e-Jo

پوستہ

پیوست شماره ۱: درخواست از کارشناسان خط ملی اعتیاد برای ارجاع مراجعین به پژوهشگر کرافت

بسمه تعالی

همکاران محترم خط ملی اعتیاد

ضمن عرض سلام خواهشمند است جهت کمک به اجرای یک طرح پژوهشی، خانواده های بیماران مصرف کننده مواد بی میل به درمان در تهران را به اینجانب معرفی نمایید تا به صورت رایگان مورد مشاوره قرار گیرند (نام «متادون کلینیک» در لیست کامپیوترها موجود است). لطفاً برای ارجاع همراهان مؤثر، عبارتهای زیر به تماس گیرندگان گفته شود:

«اگر بیمارتان در برابر پیشنهاد درمان مقاومت می کند و تمایلی به ترک اعتیاد ندارد، شما می توانید با وقت قبلی به این مرکز مراجعه کنید تا به شما مشاوره رایگان داده شود. آدرس آن: میدان انقلاب، ابتدای خیابان کارگر جنوبی، نبش کوچه مهدی زاده پلاک ۱ طبقه ۴ کلینیک ترک اعتیاد- تلفن ۶۶۹۲۶۰۳۲ و تلفن همراه ۰۹۱۲۲۹۶۴۲۸۵ حسین اسدیگی».

- ۱- به علت اینکه برخی تماس گیرندگان، نسبت به داروی متادون نگرشی منفی دارند لزومی ندارد که عنوان متادون کلینیک ذکر شود اما اگر نام مرکز را پرسیدند، پاسخ درست داده می شود.
- ۲- در پاسخ به سوال در مورد چند و چون جلسات، باید پاسخ داده شود که آن مرکز به همه سوالات شما پاسخ خواهد داد.
- ۳- در صورتی که علت رایگان بودن مشاوره سوال شود پاسخ داده می شود که: «به علت آنکه این یک طرح تحقیقی است، هزینه ای از افراد دریافت نمی شود.»

با تشکر: حسین اسدیگی

پیوست شماره ۲:

فرم مشخصات بیمار و خانواده

تاریخ تکمیل فرم:

مشخصات مراجع (همراه مهم)

نام و نام خانوادگی:	نسبت با بیمار اصلی:
تاریخ تولد:	تحصیلات:
وضعیت تأهل:	شغل:
شماره تماس ثابت:	شماره تلفن همراه:
آدرس محل سکونت:	منبع ارجاع:

مشخصات بیمار اصلی

نام و نام خانوادگی:	تحصیلات:
تاریخ تولد:	شغل فعلی:
وضعیت تأهل:	شماره تلفن همراه:
شماره تماس ثابت:	
آدرس محل سکونت:	
ماده مورد مصرف بیمار اصلی:	
تعداد فرزندان بیمار و سن آنها:	

مشخصات اعضای خانواده بیمار

نسبت	سن	تحصیلات	تأهل	شغل
پدر				
مادر				
همسر				
فرزند				
فرزند				

(ادامه فرم - نام و نام خانوادگی مراجع:

عملکرد، فعالیت روزانه، مسؤولیت پذیری و وضعیت شغلی بیمار:

وجود مصرف کننده دیگر در جوار بیمار اصلی؟

تاریخچه مختصر مصرف مواد بیمار اصلی:

اقدامات انجام شده قبلی برای درمان سوء مصرف مواد:

واکنش بیمار به پیشنهاد درمان وابستگی به مواد و مرحله انگیزشی وی:

(مراجع در گروه قرار گرفت)

پیوست شماره ۳:

باسمه تعالی

فرم رضایت از شرکت در تحقیق

تاریخ:

اینجانب همراه بیمار نسبت با بیمار:

با آگاهی از شرکت در تحقیق در مورد خانواده بیماران وابسته به مواد بی میل به درمان، موافقت خود را با

حضور در جلسات مربوطه اعلام می دارم.

پیوست شماره ۴:

گزارش جلسات طرح

نسبت مراجع با بیمار:

نام و نام خانوادگی بیمار:

نام و نام خانوادگی مراجع:

(گزارش جلسه اول: (تاریخ:

(گزارش جلسه دوم: (تاریخ:

(گزارش جلسه سوم: (تاریخ:

(گزارش جلسه چهارم: (تاریخ:

(گزارش جلسه پنجم: (تاریخ:

(گزارش جلسه ششم: (تاریخ:

ادامه گزارش جلسات- نام و نام خانوادگی:

(گزارش جلسه هفتم: (تاریخ:

(گزارش جلسه هشتم: (تاریخ:

(گزارش جلسه نهم: (تاریخ:

(گزارش جلسه دهم: (تاریخ:

(گزارش جلسه یازدهم: (تاریخ:

(گزارش جلسه دوازدهم: (تاریخ:

پیوست شماره ۵:

فرم پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL:BREF)

تاریخ:

نام و نام خانوادگی:

این پرسشنامه به منظور ارزیابی کیفیت زندگی تدوین شده است، لطفا میزان موافقت خود را با انتخاب یکی از گزینه ها مشخص نمایید

لطفا به تمامی سوالات پاسخ دهید و هیچ سوالی را بدون پاسخ نگذارید

شماره	سوال	بسیار بد	بد	نه بد نه خوب	خوب	بسیار خوب
۱	کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟					
		خیلی راضی	ناراضی	نه راضی و نه ناراضی	راضی	خیلی راضی
۲	چقدر از سلامت خود راضی هستید؟					

سوالات زیر را بر اساس اینکه چقدر موارد خاص و مورد نظر را در ۴ هفته پیش تجربه کرده اید، پاسخ دهید

	اصلا	یک کمی	اندازه متوسط	خیلی زیاد	حداکثر ممکن
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					

سوالات زیر درباره این است که در ۴ هفته اخیر امور را چگونه تجربه کردید و قادر به انجام چه چیزهایی بودید

	اصلا	کمی	متوسط	اکثرا	کاملا
۱۰					
۱۱					
۱۲					
۱۳					
۱۴					

	خیلی بد	بد	نه خوب نه بد	خوب	خیلی خوب
۱۵					

ص ۲ نام و نام خانوادگی:

خیلی راضی	راضی	نه راضی و نه ناراضی	ناراضی	خیلی ناراضی	
					۱۶ چقدر از خواب خود رضایت دارید؟
					۱۷ چقدر از توانایی خود در انجام امور روزمره زندگی رضایت دارید؟
					۱۸ چقدر از توانایی خود برای کار کردن (اشتغال) رضایت دارید؟
					۱۹ چقدر از خودتان رضایت دارید؟
					۲۰ چقدر از روابط خصوصی خود رضایت دارید؟
					۲۱ چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟
					۲۲ چقدر از حمایتی که از دوستان خود دریافت می‌دارید راضی هستید؟
					۲۳ چقدر از شرایط محل سکونت خود رضایت دارید؟
					۲۴ چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟
					۲۵ چقدر از امکانات حمل و نقل خود راضی هستید؟

همیشه	اکثراً	نسبتاً	بندرت	هرگز	
					۲۶ چقدر دچار حالاتی مانند: خلق غمگین، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می‌شوید؟

پیوست شماره ۶:

چک لیست مراحل انگیزشی تغییر

نام و نام خانوادگی مراجع:

نام و نام خانوادگی بیمار:

تاریخ:

مرحله انگیزشی	واکنش بیمار به اظهارات اطرافیان در مورد مصرف مواد توسط وی	نمره
پیش تأملی: انکار	من معتاد نیستم.	۱
	هر وقت بخواهید آزمایش اعتیاد می دهم (البته هنگام آزمایش بهانه می آورد).	۱
	واکنش خشن نشان می دهد.	۱
	سکوت می کند.	۱
	من (اعتیادم را) قبلاً ترک کرده ام.	۱
پیش تأملی: تقلیل	من فقط مقدار کمی مصرف می کنم که مشکلی ایجاد نمی کند.	۱
	مشکل من در حدی نیست که لازم باشد به جایی مراجعه کنم.	۱
	مواظب هستم که طوری مصرف کنم تا معتاد نشوم.	۱
پیش تأملی: کنار آمدن با مواد	از مصرف خود راضی هستم و نمی خواهم برای آن کاری بکنم.	۱
	من معتاد هستم، می خواهید چکار کنید؟	۱
	موضوع را به تمسخر می کشاند.	۱
تأملی	خودم (اعتیادم را) ترک می کنم.	۲
	بعدا به دنبال درمان می روم ولی الان نه.	۲
	درست است که مشکل دارم ولی نمی توانم (اعتیادم را) ترک کنم.	۲
	روانشناس و روانپزشک خودشان مشکل دارند، نزد آنها نمی روم.	۲
آمادگی	از درمانگر وقت بگیرم تا نزد او بروم.	۳
	از اعتیادم خسته شده ام می خواهم ترک کنم.	۳
	شاید آن مرکز (درمانگر) بتواند به من کمک کند.	۳
	وقت می گیرد و در جلسه حاضر می شود تا مشکل مصرف مواد را حل کند.	۳

Abstract:

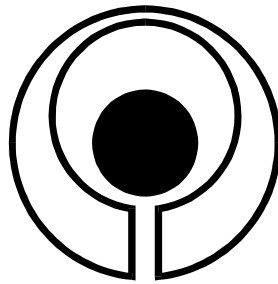
Objective: Drug users families can have effective role in motivating the patients to treatment and on the other hand, they have many problems themselves like depression. This Study aimed to compare the effectiveness of “Community Reinforcement And Family Training” (CRAFT) with Nar-Anon Selfhelp group on stages of change in treatment-resistant substance-abusing patients and also improving their families (especially mothers and wives) quality of life and depression.

Method: This study was a Quasi-experimental study with a control group design in which two experimental group (Community Reinforcement And Family Training” (CRAFT) and Nar-Anon Selfhelp group) compared with a control group (nonintervention). The participants were 100 female who one of their family members was an unmotivated substance user. They placed in three 100 persons group: Craft cognitive behavioural group, Nar-anon Selfhelp group and NonIntervention group (At least 26 participants leaved and 49 persons stayed). After accepting and intering treatment by the patients it nominated that how meny people maintained at treatment in each group.

Results: The results showed that Craft appoche in the study create significantly higher changes in motivational stages in compared with Nar-anon and Nonintervention but none of Craft and Nar-anon could reserve patients in treatment and most of them reverted to drugs. Another important finding was that none of Craft and Nar-anon was more effective than the other. However both Craft and Nar-non compared with the control group, created significant increase in the quality of life of people participating in the study.

Discussion: According to the study, it can be argued that the method "Craft" has a good influence on motivational stages of change and can Motivate patients to treatment through family members, but maintenance in is far too complex because none of "Craft" and "Nar-Anon were not effective in it. Also, both Craft and Nar-non could not reduce level of depression in their family members., but can lead to improved quality of life in them.

Keywords Community Reinforcement And Family Training (Craft), Nar-Anon family self-help groups, treatment-resistant substance abusing patients, Concerned Significant Others (CSO), motivational stages to change.



**University of Social Welfare And Rehabilitation Sciences
Department of Clinical Psychology**

Ph.D Thesis

Title:

The Comparison of Effectiveness of Community Reinforcement And Family Training (Craft) with Narcotics Anonymous Family Self help Group (Nar-Anon) in Changing Motivational stages of Drug User patients and Depression and Quality of Life of their Family Members

By:

Hossein Assadbeigi

Supervisor:

Abbas Pourshahbaz

Consultant:

Parvaneh Mohamadkhani

Ali Farhoudian

February 2017

Register Number: 200-257