

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد

نگار کریمیان^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: عوامل بیشماری از جمله انواع استرس‌های اجتماعی، اقتصادی و روان‌شناختی در زمینه‌سازی و بروز اعتیاد نقش دارند. پژوهش حاضر، به منظور بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در یک طرح آزمایشی، ۳۰ نفر از افراد وابسته به موادی که در مرکز اجتماع درمان‌مدار اصفهان مقیم بودند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) بررسی شدند، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری قرار گرفتند و گروه شاهد درمان خاصی دریافت نکردند. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش در آغاز، پایان و سه ماه پس از پایان درمان، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF۳۶ یا Item short form health survey-۳۶) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوواریانس و تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین دو گروه در مرحله پس‌آزمون در هفت بعد کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمانی ($F = 4/09$ ، $P < 0/012$)، محدودیت نقش جسمی ($F = 3/560$ ، $P < 0/021$)، درد بدنی ($F = 4/779$ ، $P < 0/006$)، سلامت عمومی ($F = 3/987$ ، $P < 0/014$)، سرزندگی ($F = 9/369$ ، $P < 0/0001$)، عملکرد اجتماعی ($F = 4/09$ ، $P < 0/012$) و سلامت روان ($F = 5/420$ ، $P < 0/004$) تفاوت معنی‌داری را نشان داد. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری را در دو بعد درد بدنی ($F = 7/047$ ، $P < 0/013$) و سلامت عمومی ($F = 7/055$ ، $P < 0/013$) نشان داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: مدیریت استرس، کیفیت زندگی، وابستگی به مواد

ارجاع: کریمیان نگین. اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۱؛ ۱۰ (۵): ۳۴۲-۳۴۹

پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۳/۱۱

بودند، ۲۳ درصد به مصرف ماده ادامه می‌دادند و ۱۸ درصد در زندان بودند (۱). در سال‌های اخیر در زمینه سوء مصرف مواد در سطوح مختلف سبب‌شناسی، تشخیص و درمان پیشرفت‌های چشم‌گیری به دست آمده است و در درمان از

مقدمه

درمان اعتیاد در دنیا جزء موارد دشوار شناخته شده است. یک پژوهش دراز مدت نشان داد که معتادین به هروئین پس از ۲۴ سال، ۲۸ درصد جان باخته بودند، ۲۹ درصد ترک کرده

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول) Email: neg_karimian@yahoo.com

یادگیری اجتماعی تأکید می‌شود که افراد معتاد، نیازمند فراگیری مهارت‌های انطباقی و جایگزینی روش‌های ناسازگارانه مقابله با استرس و جستجوی لذت هستند (۶). تکنیک‌های مدیریت استرس و تمرین آرمیدگی می‌توانند از طریق کاهش سطح استرس فرد به کاهش تأثیر استرس‌ها کمک کنند. مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر آن است تا حس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس، مقابله کارآمد و حمایت اجتماعی را در فرد استرسی افزایش دهد. این تغییرات حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی را ارتقاء می‌بخشد (۷). برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، ترکیبی از تکنیک‌های آرمیدگی و تکنیک‌های شناختی رفتاری است. این برنامه شامل ترکیبی از انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر تکنیک‌های کاهش اضطراب است که با رویکردهای شناختی - رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش مقابله‌ای مؤثر، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم ترکیب شده است. این تکنیک‌ها همگی در یک برنامه گروهی که شامل ۱۰ مبحث هفتگی است، گرد آمده‌اند (۷). تعدادی از پژوهش‌ها تأثیر مداخلات مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را در مردان هم‌جنس خواه آلوده به ویروس ایدز بررسی کردند. نتایج پژوهش‌ها نشان داد که گروه تحت آموزش این نوع مداخلات به صورت معنی‌داری علایم افسردگی، اضطراب، عصبانیت و گيجی کمتری گزارش می‌کنند (۸). همچنین این نوع مداخلات درمانی باعث افزایش سیستم ایمنی بدن، بهبود خلق و کاهش غمگینی و پریشانی می‌شود (۹). مداخلات مدیریت استرس به گونه‌ای مؤثر باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایدز می‌شود (۱۰). Zlotnick به بررسی جنبه‌های مدیریت استرس در الکی‌های گمنام پرداخت. نتایج تحقیق نشان داد که اعضای از AA که فعالانه درگیر هستند، بیشتر احتمال دارد که استراتژی‌های کنار آمدن سازگار را نسبت به ناسازگار به کار ببرند (۱۱).

سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این گونه

یک رویکرد چند وجهی و الگویی زیستی، روانی و معنوی بهره گرفته می‌شود (۲). درباره نقش استرس در شروع و تداوم اعتیاد، توافق بر این نکته است که فشار روانی خود به خود سبب ساز نمی‌باشد بلکه عاملی در این میانه نقش واسطه را بازی می‌کند و آن فقدان مهارت‌های مقابله‌ای است. به عبارت دیگر، مقابله به عنوان متغیر تعدیل کننده است که در رابطه بین وقایع تنیدگی‌زا و پیامدهای آن، نقش بازی می‌کند و از طرفی الگوهای مورد استفاده معتادین الگوی ناکارآمد و بی‌اثر است که نیاز به آموزش راه‌بردهای مؤثر را می‌طلبد. سوء مصرف مواد و الکل، ممکن است تا زمانی که خواسته‌های موقعیتی فراتر از توان مقابله فرد باشد، رخ دهد و مصرف الکل و سایر مواد به عنوان تنها روش دستیابی به پیامدهای مطلوب تلقی گردد (۳). بنابراین ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی را در پی خواهد داشت، پایه گسترش و روی آوردن به مصرف مواد است (۴). با توجه به مطالب ذکر شده در بالا و همچنین کمبود منابع پژوهشی در زمینه مداخلات روان درمانی مرتبط با وابستگی به مواد، پژوهش حاضر در صدد بررسی فرضیه‌های زیر می‌باشد:

- ۱- برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد مؤثر می‌باشد.
- ۲- اثربخشی برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد در مرحله پیگیری ثابت دارد.
- فرض اساسی در درمان‌های شناختی - رفتاری در اعتیاد این است که سوء مصرف مواد در واقع ناشی از مشکلات مختلف در زندگی فرد و عدم توانایی او در برخورد صحیح با آن‌ها است. بنابراین مداخلات مؤثر در درمان سوء مصرف مواد به جای تمرکز بر عمل سوء مصرف به تنهایی، می‌بایست به طیف گسترده‌ای از رفتارهای دیگر نیز توجه نماید (۵). از آن جا که مهارت مقابله با استرس قابل آموزش است، در درمان شناختی - رفتاری به این فرض نظریه

معتادان تزریقی مبتلا به ایدز پایین‌تر از افراد سالم و حتی پایین‌تر از افراد غیر معتاد مبتلا به ایدز است. در پژوهشی که توسط نژاد نادری درباره کیفیت زندگی افراد معتاد، معتاد مبتلا به ایدز و سالم در شهر کرمان بر روی نمونه ۳۰۰ نفری با استفاده از پرسش‌نامه SF۳۶ (۳۶-Item short form health survey) صورت گرفت، نتایج نشان داد که کیفیت زندگی افراد معتاد به HIV و ایدز در مقایسه با افراد معتاد و سالم پایین‌تر است، همچنین افراد معتاد، کیفیت زندگی پایین‌تری در مقایسه با افراد سالم دارند (۲۰). مؤمنی و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداختند. یافته‌ها نشان داد که این درمان بر کاهش اشتیاق، بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم و نشانه‌های افسردگی و اضطراب و نگرش مثبت به مصرف مواد در مرحله پس‌آزمون اثربخش بود، اما در دراز مدت اثربخشی چندانی بر اشتیاق و کیفیت زندگی نداشته است (۲۱).

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد به صورت آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه وابستگان مواد مقیم در مرکز اجتماع درمان‌مدار امید اصفهان بود. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع نمونه‌گیری تصادفی ساده است که ابتدا به صورت تصادفی ۳۰ نفر از وابستگان مواد مقیم در مرکز اجتماع درمان‌مدار امید اصفهان انتخاب شدند، سپس آن‌ها در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و شاهد به صورت تصادفی جایگزین شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل: وابستگی به مواد بر اساس ملاک‌های DSM.TV.TR (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) (که توسط روان‌پزشک مرکز تعیین می‌شد)، عدم وجود علائم سایکوز و

تعریف کرده است: قابل درک است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می‌کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی دارند که در آن هستند. این ادراک بر اساس اهداف و انتظارات، استانداردها و علایق آن‌ها می‌باشد (۱۲). محققان معتقدند که بهتر است تا شکل‌گیری و گسترش اختلال‌های روانی را به حساب سبک‌های معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت (۱۳). مطالعه‌های مختلف در مؤلفه روان‌شناسی سلامت نشان داده‌اند که استرس، اضطراب و عوامل مانند آن کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۴). تحقیقات تجربی کمی در زمینه رابطه بین کیفیت زندگی و سوء مصرف مواد یا اعتیاد وجود دارد. Compton هیچ مطالعه‌ای را که به بررسی کیفیت زندگی در رابطه با بهبودی طولانی مدت پردازد، یافت نکرد (۱۵).

طبق پژوهش Watts و Rudolf، مطالعات در مورد کیفیت زندگی و سوء مصرف مواد، به طور کلی روی دو زمینه رضایت از زندگی متمرکز می‌شود: اول، مطالعاتی وجود دارند که بر افراد در درمان جانشینی (مثل متادون یا به ویژه نورفین) و این که چگونه این برنامه‌ها می‌تواند کیفیت زندگی را ارتقاء بخشند، متمرکز می‌شوند (۱۶). حیظه دوم مطالعه به ترکیب سوء مصرف مواد و بیماری‌های شدید مانند HIV (Human immunodeficiency virus) مربوط می‌شود (۱۷). Watts و Rudolf معتقدند که سنجیدن کیفیت زندگی می‌تواند در سنجش تغییرات سبک زندگی مفید باشد و می‌تواند به شناسایی زمینه‌های زندگی فرد که نیازمند مداخلات خاص است، کمک کند (۱۶). Judd و همکاران با توجه به ارزیابی‌هایی که از کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد به عمل آوردند، چنین نتیجه‌گیری کردند که درمان نگهدارنده با متادون باعث ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها شده است (۱۸). Preau و همکاران به منظور بررسی عوامل مؤثر در بهبود کیفیت زندگی معتادان تزریقی مبتلا به ایدز پژوهشی روی ۲۴۳ نفر مبتلا به ایدز با استفاده از پرسش‌نامه SF۱۲ (۱۲-Item short form health survey) انجام داده‌اند (۱۹). نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی در

اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داد و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که نسخه ایرانی این پرسش‌نامه ابزار مناسبی با روایی و اعتبار بالا برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی است. داده‌های مطالعه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc, Chicago IL, version 16) و با استفاده از تحلیل کواریانس و تحلیل کواریانس تکراری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این بخش، یافته‌های توصیفی و یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش ذکر می‌شود.

الف- یافته‌های توصیفی

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی افراد مورد بررسی در دو گروه آزمایش و شاهد در جدول ۱ ارائه گردیده است.

همان گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود، میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون برابر با ۹۳/۳۳ بوده است که این مقدار در مرحله پس‌آزمون به ۱۱۰/۴۷ رسیده است و در مرحله پیگیری به ۱۰۵/۴۰ رسیده است. در گروه شاهد میانگین نمرات کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون ۸۷/۸۶، در مرحله پس‌آزمون ۹۱/۴۶ و در مرحله پیگیری ۸۶/۲۰ بوده است.

ب- یافته‌های مربوط به فرضیه‌های تحقیق

در این بخش فرضیه‌های تحقیق تجزیه و تحلیل شده‌اند.

اختلالات شدید روان‌پزشکی، داشتن حداقل تحصیلات دوره راهنمایی، اتمام دوره سم‌زدایی و آزمایش منفی ادرار برای مواد افیونی بود. اعضای گروه شاهد در لیست انتظار باقی ماندند و پس از اتمام مرحله پیگیری، از جلسات هفتگی گروه درمانی که توسط خود مرکز برگزار می‌گردید، برخوردار شدند. مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری طی ۱۰ جلسه توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بر روی گروه آزمایش انجام شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF۳۶) استفاده شد. این پرسش‌نامه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط کارکنان مرکز اجتماع درمان‌مدار امید اجرا گردید. این پرسش‌نامه توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده است و شامل ۳۶ سؤال در دو حیطه اصلی جسمی و روانی می‌باشد که هشت خرده‌مقیاس مرتبط با سلامت (عملکرد جسمانی، محدودیت نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روان) را مورد سنجش قرار می‌دهد (۲۰). پژوهش‌ها در مورد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است (۲۰). این پرسش‌نامه دارای استاندارد جهانی است و در ایران نیز روایی و پایایی آن تأیید گردیده است. در پژوهش منتظری و همکاران که بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۵ سال به بالا صورت گرفت، تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس سرزندگی ($\alpha = 0/65$) سایر مقیاس‌های پرسش‌نامه از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند (۲۲). همچنین آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
آزمایش	۹۳/۳۳	۲۳/۳۳	۱۱۰/۴۷	۱۴/۱۴	۱۰۵/۴۰
شاهد	۸۷/۸۶	۱۷/۰۲	۹۱/۴۶	۱۷/۹۶	۸۶/۲۰

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس ابعاد مختلف کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون

توان آماری	اندازه اثر	معنی‌داری	F	df	ابعاد کیفیت زندگی
۰/۸۹۹	۰/۷۱۶	۰/۰۱۲	۴/۰۹	۱	عملکرد جسمانی
۰/۸۴۷	۰/۶۸۷	۰/۰۲۱	۳/۵۶۰	۱	محدودیت نقش جسمی
۰/۹۴۳	۰/۷۴۶	۰/۰۰۶	۴/۷۷۹	۱	درد بدنی
۰/۸۹۱	۰/۷۱۰	۰/۰۱۴	۳/۹۸۷	۱	سلامت عمومی
۰/۹۹۹	۰/۸۲۵	۰/۰۰۰۱	۹/۳۶۹	۱	سرزندگی
۱	۰/۹۱۵	۰/۰۰۰۱	۱۷/۵۷۳	۱	عملکرد اجتماعی
۰/۳۶۵	۰/۴۳۹	۰/۳۳۷	۱/۲۷۰	۱	محدودیت نقش عاطفی
۰/۹۶۸	۰/۷۶۹	۰/۰۰۴	۵/۴۲۰	۱	سلامت روان

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری ابعاد مختلف کیفیت زندگی پس از مرحله پیگیری

توان آماری	اندازه اثر	معنی‌داری	F	df	ابعاد کیفیت زندگی
۰/۰۶۸	۰/۰۰۶	۰/۶۸۸	۰/۱۶۵	۱	عملکرد جسمانی
۰/۱۰۴	۰/۰۱۸	۰/۴۸۸	۰/۴۹۴	۱	محدودیت نقش جسمی
۰/۷۲۵	۰/۲۰۷	۰/۰۱۳	۷/۰۴۷	۱	درد بدنی
۰/۷۲۶	۰/۲۰۷	۰/۰۱۳	۷/۰۵۵	۱	سلامت عمومی
۰/۱۴۳	۰/۰۱۳	۰/۵۵۷	۰/۳۵۳	۱	سرزندگی
۰/۲۸۹	۰/۰۷۳	۰/۱۵۷	۲/۱۱۶	۱	عملکرد اجتماعی
۰/۱۱۹	۰/۰۲۳	۰/۴۳۶	۰/۶۲۴	۱	محدودیت نقش عاطفی
۰/۰۵۶	۰/۰۰۲	۰/۸۱۰	۰/۰۵۹	۱	سلامت روان

($P < ۰/۰۱۳$ و سلامت عمومی ($F = ۷/۰۵۵$, $P < ۰/۰۱۳$) نشان می‌دهد، اما در بین بقیه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد در مرکز اجتماع درمان‌مدار شهر اصفهان انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه اول نشان داد که نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در همه ابعاد، به جزء بعد محدودیت، نقش عاطفی در پس‌آزمون به طور معنی‌داری بیشتر از این نمرات در گروه شاهد بود. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به طور معنی‌داری در ارتقای کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد مؤثر بوده است. در گذشته پژوهشی که اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه

چنان چه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و شاهد در هفت بعد کیفیت زندگی شامل عملکرد جسمانی ($F = ۴/۰۹$, $P < ۰/۰۱۲$)، محدودیت نقش جسمی ($F = ۳/۵۶۰$, $P < ۰/۰۲۱$)، درد بدنی ($F = ۴/۷۷۹$)، سلامت عمومی ($F = ۳/۹۸۷$, $P < ۰/۰۱۴$)، سرزندگی ($F = ۹/۳۶۹$, $P < ۰/۰۰۰۱$)، عملکرد اجتماعی ($F = ۱۷/۵۷۳$, $P < ۰/۰۰۰۱$) و سلامت روان ($F = ۵/۴۲۰$) نشان داد. اما در بعد محدودیت نقش عاطفی ($F = ۱/۲۷۰$, $P < ۰/۳۳۷$)، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه دیده نمی‌شود.

نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری حاصل از ارزیابی تأثیر آموزش مدیریت استرس بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی در مرحله پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است. این نتایج تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و شاهد در دو بعد کیفیت زندگی شامل درد بدنی ($F = ۷/۰۴۷$)،

بدنی دارند. در جلسات درمانی بر این نکته تأکید شد که این نشانه‌ها همانند دیگر تجربیات روزانه می‌باشند و این افراد همان گونه که قادرند تا تجربیات روزانه را کنترل کنند، می‌توانند از طریق شناسایی عوامل برانگیزنده، علایم و نشانه‌های ترک را نیز کنترل نمایند. بنابراین به نظر می‌رسد که با افزایش حس کنترل، علایم و نشانه‌ها نیز کاهش یافته باشد. به طور کلی، افراد با استفاده از تکنیک‌های مختلف مدیریت استرس در می‌یابند که مشکلاتشان چه بوده است و راه‌های مقابله با این مشکلات را نیز می‌آموزند، یعنی افراد به کمک این مداخله می‌توانند از توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود بهره بیشتری برده‌اند و در برابر استرس‌های زندگی مقاوم‌تر گردند که این امر در نهایت منجر به افزایش سلامت عمومی آنان می‌گردد.

با توجه به نتایج این پژوهش، مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی، در بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد به کار گرفته شود. امید است تا نتایج این پژوهش، متخصصان مربوط را به اهمیت دادن بیشتر به جنبه‌های روانی وابستگی به مواد تشویق کند که نتیجه مستقیم آن می‌تواند درمان بهتر، سریع‌تر و بدون بازگشت این اختلال باشد. با توجه به این که شرکت کنندگان این پژوهش را فقط بیماران مرد دچار وابستگی به مواد مقیم در مرکز اجتماع درمان‌مدار شهر اصفهان تشکیل داده‌اند. از این رو پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی بیماران زن و گروه‌های جمعیتی مختلف افراد وابسته به مواد نیز انجام شود. در ضمن با توجه به محدودیت‌های زمان و مکان اجرای پژوهش، امکان برگزاری جلسه یادآوری درمان در فاصله زمان پیگیری فراهم نگردید، از این رو پیشنهاد می‌شود که در مداخلات درمانی که در این زمینه اجرا می‌شود، به منظور تداوم اثر درمان، در فاصله زمان بین پس‌آزمون و پیگیری جلسه یادآوری برگزار گردد. همچنین با توجه به نقش استرس در سبب‌شناسی اعتیاد، کاربرد روش‌های مدیریت استرس به عنوان وسیله‌ای جهت پیش‌گیری از ابتلای افراد به این اختلال پیشنهاد می‌شود.

شناختی- رفتاری را بر ارتقای کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد مورد بررسی قرار دهد، انجام نگرفته است، اما نتایج پژوهش‌های Milss حاکی از اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز بوده است (۱۰). همچنین این یافته پژوهش تا حدی با نتیجه پژوهش مؤمنی و همکاران که حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون در مرحله پس‌آزمون است، هماهنگی دارد (۲۱).

اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقای ابعاد کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد را می‌توان این گونه تبیین کرد که افراد وابسته به مواد، آسیب‌پذیری زیادی نسبت به استرس داشته‌اند و آمادگی زیادی برای سوء تعبیر علایم فیزیولوژیکی استرس دارند. همچنین الگوی نادرست رفتاری و برداشت نادرست شناختی، از عوامل خطر برای کاربرد نابه‌جای مواد به عنوان یک روش آرامش‌بخش است، بنابراین امروزه روش درمانی و اصلاح رفتار که برای این افراد توصیه می‌شود، روش‌های آموزش مبتنی بر حل مسأله است تا آن‌ها به جای شیوه پیشین خود که مصرف مواد است، روش‌ها و شیوه‌های کارآمدتر را بیاموزند و جایگزین واکنش‌های کلیشه‌ای (مصرف مواد) نمایند (۲۳). در این پژوهش تلاش شد تا با آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار خودآیند منفی، شیوه‌های مقابله‌ای افراد به عنوان منابع درونی تقویت شود و نیز کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد.

نتایج تحلیل کوواریانس با اندازه‌های تکراری مربوط به فرضیه دوم نشان داد که نمرات کیفیت زندگی در دو بعد درد بدنی و سلامت عمومی در گروه آزمایش در مرحله پیگیری به طور معنی‌داری بیشتر از این نمرات در گروه شاهد است. معنی‌دار بودن تفاوت نمرات گروه آزمایش و شاهد در بعد درد بدنی را می‌توان این گونه تبیین کرد که وابستگان به مواد به دلیل داشتن افکار منفی در مورد وضعیت خود، به طور ذهنی احساس کنترل کمتری بر نشانه‌های ترک و از جمله درد

سیاسگزاری

کردند و آقای ابراهیمی مسؤول مرکز اجتماع درمان مدار امید که جهت برقراری جلسات همکاری نمودند، تشکر می‌کنم.

در این جا از آقای دکتر گلزاری و آقای دکتر برجلی که در اجرای این پژوهش با راهنمایی‌های ارزنده خود، مرا یاری

References

1. Lader MH, Naber D. Difficult clinical problems in psychiatry. 1st ed. London, UK: Informa Healthcare; 1999.
2. Brook DW, Spitz HI. The group therapy of substance abuse. 1st ed. London, UK: Informa Healthcare; 2002.
3. Abrams DG, Niaura RS. Social learning theory. In: Leonard KE, Blane HT, editors. Psychological theories of drinking and alcoholism. 1st ed. New York, NY: Guilford Press; 1987. p. 131-78.
4. McKee SA, Hinson RE, Wall AM, Spriel P. Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. *Addict Behav* 1998; 23(1): 17-22.
5. Ekhtiyari H. Coping skills in psychological intervention packages. *Addiction Journal*; 3(9): 79-80. [In Persian].
6. Rohsenow DJ, Martin RA, Monti PM. Urge-specific and lifestyle coping strategies of cocaine abusers: relationships to treatment outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2005; 78(2): 211-9.
7. Ironson GH, Antoni MH, Scheiderman N. Cognitive-behavioral stress management. Oxford, UK: Oxford University Press; 2007.
8. Antoni MH, Cruess S, Cruess DG, Kumar M, Lutgendorf S, Ironson G, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces distress and 24-hour urinary free cortisol output among symptomatic HIV-infected gay men. *Ann Behav Med* 2000; 22(1): 29-37.
9. Carrico AW, Antoni MH, Pereira DB, Fletcher MA, Klimas N, Lechner SC, et al. Cognitive behavioral stress management effects on mood, social support, and a marker of antiviral immunity are maintained up to 1 year in HIV-infected gay men. *Int J Behav Med* 2005; 12(4): 218-26.
10. Milss E. Stress management may effectively increases quality of life in HIV/AIDS lab law weekly. [Thesis]. Hamilton, CA: McMaster University. 2005. p. 140.
11. Zlotnick R. Twelve steps to serenity: The stress management aspects of alcoholics anonymous. [Thesis]. Philadelphia, PA: Temple University. 2001. p. 76.
12. The WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12): 1569-85.
13. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New Jersey, US: John Wiley & Sons; 2005.
14. Mitchell MM. Parents' stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder. [Thesis]. College Park, Maryland: University of Maryland. 2006.
15. Compton GE. Quality of life factors among recovering alcoholics. Kalamazoo, Michigan: Western Michigan University; 2001.
16. Rudolf H, Watts J. Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry* 2002; 14(3): 190-7.
17. Gearing FR, Schweitzer MD. An epidemiologic evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *Am J Epidemiol* 1974; 100(2): 101-12.
18. Judd PH, Thomas N, Schwartz T, Outcalt A, Hough R. A dual diagnosis demonstration project: treatment outcomes and cost analysis. *J Psychoactive Drugs* 2003; 35(Suppl 1): 181-92.
19. Preau M, Protopopescu C, Spire B, Sobel A, Dellamonica P, Moatti JP, et al. Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug Alcohol Depend* 2007; 86(2-3): 175-82.
20. Nejadnaderi S. Evaluation of psychological symptoms and quality of life among addicts, AIDS patients and healthy people in Kerman. [Thesis]. Qazvin, Iran: University of Imam Khomeini. 2008. [In Persian].
21. Momeni F, Moshtagh Bidokhti N, Porshahbaz A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reduction of craving, depression and anxiety symptoms among the opiate abusers under MMT. *Etiad Pazhoi Journal* 2011; 3(11): 83-98. [In Persian].
22. Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdaninia S. The Short Form Health Survey SF-36. *Payesh Journal* 2006; 5(1): 49-56. [In Persian].
23. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York, NY: The Guilford Press; 1985.

The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on the promotion of different domains of quality of life in substance dependent men

Negar Karimian¹

Original Article

Abstract

Aim and Background: Numerous factors including social, economic and psychological stresses have a role in the grounds and incidence of addiction. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on promotion of different domains of quality of life in men who are substance dependent.

Methods and Materials: In an experimental study, 30 individuals who settled in Isfahan Therapeutic Community Center, Iran, were randomly divided into experimental (15 subjects) and control (15 subjects) groups. The experimental group underwent ten 90-minute sessions of cognitive-behavioral stress management and the control group did not receive any particular treatment. All participants completed the quality of life inventory (SF-36) at the beginning of the study, completion of treatment and three months following the completion of treatment.

Findings: Analysis of covariance results showed a significant difference between the two groups in promotion of different domains of quality of life including physical function ($F = 4.09$, $P = 0.012$), physical role limitations ($F = 3.56$, $P = 0.021$), body pain ($F = 4.77$, $P = 0.006$), general health ($F = 3.98$, $P = 0.014$), vitality ($F = 9.36$, $P < 0.0001$), social function ($F = 17.57$, $P < 0.0001$) and mental health ($F = 5.42$, $P = 0.004$) in the post test stage. In addition, analysis of covariance with repeated measures showed a significant difference in body pain ($F = 7.04$, $P = 0.013$), general health ($F = 7.05$, $P = 0.013$) in the follow-up stages.

Conclusions: Cognitive-behavioral stress management is effective in promotion of different domains of quality of life in men who are substance dependent.

Keywords: Stress management, Quality of life, Substance dependence

Citation: Karimian N. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on the promotion of different domains of quality of life in substance dependent men. *J Res Behav Sci* 2013; 10(5): 342-9

Received: 09.06.2012

Accepted: 02.01.2013

1- Department of Psychology, School of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)
Email: neg_karimian@yahoo.com