

## اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد

نگار کریمیان<sup>1</sup>، محمود گلزاری<sup>2</sup>، احمد برجعلی<sup>3</sup>

تاریخ پذیرش: 91/6/16

تاریخ وصول: 90/12/14

### چکیده

زمینه: افراد وابسته به مواد ممکن است روزانه با فشارهای روانی مختلفی رو به رو شوند، ناتوانی در رویارویی با این عوامل استرس‌زا منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شود که این موضوع به نوبه خود پایه گسترش و روی آوردن به مصرف مواد است. هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد انجام شده است. روش پژوهش: در یک طرح آزمایشی، 30 نفر از افراد وابسته به موادی که در مرکز اجتماع درمان مدار شهر اصفهان مقیم بودند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (15 نفر) و گواه (15 نفر) بررسی شدند، گروه آزمایش به مدت 10 جلسه 90 دقیقه‌ای تحت درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری قرار گرفتند و گروه گواه درمان خاصی دریافت

---

1. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی Email: [Neg\\_karimian@yahoo.com](mailto:Neg_karimian@yahoo.com)

2. عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

3. عضو هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

نکردند. همه شرکت‌کنندگان در پژوهش در آغاز، پایان و سه ماه پس از پایان درمان، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس به کار برده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که در دو گروه از نظر ارتقاء کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و گروه آزمایش هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری نمرات بالاتری در کیفیت زندگی کسب کرده بودند ( $P < 0/005$ ).

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

واژگان کلیدی: درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری؛ کیفیت زندگی؛ وابستگی به مواد

#### مقدمه

ایران از نظر معتادین به افیون در دنیا مقام اول را دارد. 70%-60% مواد مخدر اروپا از مسیر ایران گذر می‌کند چرا که 95%-90% تریاک جهان را همسایه‌ی ما افغانستان تولید می‌کند (نابدل، 1384). دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل<sup>1</sup> (2005)، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت 64-15 ساله‌ی سراسر جهان 200 میلیون نفر برآورد نموده است. در کشور ایران نیز این مساله شکل مخاطره‌آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و روز به روز در حال گسترش یافتن می‌باشد و از این طریق سالانه میلیاردها تومان به کشور خسارت وارد می‌شود. اعتیاد برآیند مجموعه‌ای از اختلالات مراحل رشد، تکوین شخصیت، اختلالات روانی و ساختار نامطلوب محیطی است. این عوامل نه تنها به صورت انفرادی در ایجاد و تداوم مشکل اعتیاد دخیلند، بلکه روی یکدیگر تاثیر و تاثر متقابل دارند. بنابراین، در مبارزه با اعتیاد باید به همه‌ی ابعاد این مجموعه توجه نمود.

1. United Nation Office for Drug Contorol (UNODC)

فرض اساسی در درمان های 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 آنهاست. بنابراین مداخلات موثر در درمان سوء مصرف مواد به جای تمرکز بر عمل سوء مصرف به تنهایی، می بایست به طیف گسترده ای از رفتارهای دیگر نیز توجه نماید (اختیاری، 1388). از آنجا که مهارت مقابله با استرس قابل آموزش است، در درمان شناختی - رفتاری به این فرض نظریه یادگیری اجتماعی تاکید می شود که افراد معتاد، نیازمند فراگیری مهارت های انطباقی و جایگزینی روش های ناسازگارانه مقابله با استرس و جستجوی لذت هستند (رهسنوف، مارتین و مونت، 2005).

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 درصدد پاسخ گویی به این سؤال است که آیا برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری می تواند منجر به ارتقاء کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد شود؟

وابستگی به مواد<sup>۱</sup> نوعی الگوی ناسازگارانه مصرف مواد است که با مجموعه ای از نشانه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی ظرف دوره ای 12 ماهه آشکار می شود که مصرف مواد آن را ایجاد می کند (هالچین و کراس و بیتورن، 2003؛ ترجمه سید محمدی، 1385). بهبودی<sup>۲</sup> از اعتیاد فرایندی درازمدت است که شامل پرهیز + تغییر است. پرهیز از مواد مخدر، داروها و الکل حتماً باید انجام شود چون مصرف هر ماده ای می تواند بهبودی از اعتیاد را به خطر اندازد و ممکن است اعتیاد به ماده دیگری جایگزین شود. بهبودی شامل تغییر خود (درونی) و تغییر سبک زندگی (بیرونی) است. رشد و بسط مهارت های مقابله ای جدید برای تغییر یافتن و پرهیز از مصرف مواد لازم و ضروری است. بهبودی آسان نیست، به عبارت دیگر فرایند بدون دردی نیست. باید روی بهبودی سخت کار کرد، به آن تعهد داد، قوانین آن را

1. Rohsenow, Martin & Monte  
2. Substance dependence  
3. recovery

رعایت کرد و اثرات اعتیاد بر زندگی را مورد بررسی و ارزیابی قرار داد. در ابتدای این فرایند هم، احساس بی‌قراری، ناشکیبایی، خشم، ناکامی و عدم اطمینان به تغییر شایع است (ابراهیمی، 1386).

تکنیک‌های مدیریت استرس و تمرین آرمیدگی می‌توانند از طریق کاهش سطح استرس فرد به کاهش تاثیر 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 (آنتونی<sup>۱</sup> و همکاران، ترجمه آل محمد و همکاران، 1388). برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری ترکیبی از تکنیک های آرمیدگی و تکنیک های شناختی رفتاری است. این برنامه شامل ترکیبی از انواع گوناگون آرمیدگی (برنشتاین و برکووک<sup>۲</sup>، 1973)، تصویر سازی و دیگر تکنیک های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی - رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی (بک و امری<sup>۳</sup>، 1979)، آموزش مقابله ای موثر (فولکمن<sup>۴</sup> و دیگران، 1991)، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم (ایرونسون<sup>۵</sup> و دیگران، 1989) است. این تکنیکها همگی در یک برنامه گروهی که شامل 10 مبحث هفتگی است گرد آمده اند، همچنین در این برنامه برخی از استرس زاهاى موقتی زندگی بیماران به منظور کاربرد این تکنیک های مدیریت استرس مطرح شده است (آنتونی و همکاران، 2007؛ ترجمه آل محمد و همکاران، 1388). مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری چهار نوع مزیت دارد: اولین مزیت این نوع درمان این است که بیمار نگرشی را نسبت به زندگی می‌پذیرد که شامل توانایی بیشتر برای سازگاری با وقایعی است که فرد نمی‌تواند آنها را تغییر دهد. دومین مزیت آن ایجاد تغییر مثبت در خودپنداره است به گونه ای که فرد بیشتر خودش را

- 
1. Antoni
  2. Bernstein & Borkovec
  3. Beck & Emery
  4. Folkman
  5. Ironson

قادر به مدیریت استرس می بیند. تغییر در این ابعاد احتمالاً نتیجه مستقیم بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های مقابله ای است که موجب ایجاد راهبردهای مقابله ای شناختی سازگارانه تری می شود (لوتندورف، آنتونی و آرونسون<sup>۱</sup>، 1998). سومین مزیت این درمان، تغییر در روابط بین فردی است که احساسات قویتر ارتباط با دوستان و اعضای خانواده و همدلی بیشتر با سایر افراد را دربر می گیرد. این تغییرات احتمالاً مرتبط با آموزشها و دریافت حمایت اجتماعی است و به وسیله‌ی ابراز هیجانانگیز و حمایت ایجاد شده بوسیله‌ی تجارب گروهی بهبود می‌یابد (بوور و سگستروم<sup>۲</sup>، 2004). مزیت چهارم پیدا کردن احساس عمیق تری از هدف در زندگی و تمرکز بیشتر روی اهداف و اولویت های مهم می باشد. این بعد پیشرفته ترین ساختاری است که به وسیله‌ی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری ایجاد می شود و ممکن است بیشترین ارتباط را با ابراز هیجانانگیز و فرایندهای شناختی ایجاد شده به وسیله تجارب هیجانی داشته باشد.

به نظر می رسد که بیان احساسات و بیان و پردازش افکار در مورد وقایع استرس زای زندگی، سازگاری هیجانی را تسهیل می کند. همچنین ممکن است منجر به ایجاد ملاحظه مجدد نسبت به زندگی، اهداف و اولویتهای مشخص گردد (بوور، کمنی، تایلر و فاهی<sup>۳</sup>، 2003). برنامه مدیریت استرس به شیوه گروهی به کار برده می شود. در اختلالات سوءمصرف مواد گروه درمانی به دلیل مزایای خاص خود و کثرت سوءمصرف کنندگان مواد از اهمیت به سزایی برخوردار است. به دلیل اینکه این رویکرد دارای توانایی بالقوه برای حمایت از بیمار، ایجاد چالش و درگیر کردن اعضا با مسایل شخصی شان است، گروه می تواند یک محیط امن برای ایجاد تعادل در عوامل خطرزا و جهت دهی به احساسات فراهم کند که منجر به تغییر در

---

1. Lutgendorf, Antoni & Ironson  
2. Bower & Segrestrom  
3. Bower, Kemeny, Taylor & Fahey

رفتار گردد. بر این اساس است که گروه درمانی، به عنوان درمان انتخابی وابستگی به مواد مطرح شده است (مک کاردی و اپستین<sup>۱</sup>، 2000).

پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که افراد سوءمصرف‌کننده‌ای که دچار مشکلات روانشناختی مثل استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند، برای تسکین حالات هیجانی آزارنده از مواد استفاده می‌کنند (سینها<sup>۲</sup>، 2001). به بیان دیگر، این افراد مصرف مواد را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای اجتنابی، منفی و ناکارآمد برای کاهش مشکلات خود به کار می‌برند. همچنین، برخی از سوءمصرف‌کنندگان، مواد را به خاطر تسکین اضطراب و کاهش احساسات پرخاشگرانه مصرف می‌کنند (کارور و شی‌یر<sup>۳</sup>، 1990). زندگی افراد دچار سوءمصرف مواد پر از استرس‌های گوناگون است. این افراد ممکن است روزانه با دهها مورد استرس برخورد داشته باشند، آنچه اهمیت دارد نوع مقابله نمودن با این استرس‌هاست.

درباره نقش استرس در شروع و تداوم اعتیاد توافق بر این نکته است که فشار روانی خود بخود سبب ساز نمی‌باشد بلکه عاملی در این میانه نقش واسطه را بازی می‌کند و آن فقدان مهارت‌های مقابله‌ای است. به عبارت دیگر مقابله بعنوان متغیر تعدیل‌کننده 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 (لیت و همکاران، 2004؛ راینسون، 2005؛ کراین و باوم، 2004؛ و مکی و وال، 2003؛ به نقل از شعاع کاظمی، 1387) همگی بر این نکته تأکید دارند. سوءمصرف مواد و الکل ممکن است زمانی که خواسته‌های موقعیتی فراتر از توان مقابله‌ی فرد باشد رخ دهد و مصرف الکل و سایر مواد به عنوان تنها روش دستیابی به پیامدهای مطلوب تلقی گردد (ابرامز و نایورا<sup>۴</sup>، 1987). بنابراین ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی را در

---

1. Mc Crady & Epestin

2. Sinha

3. Carver & Scheier

4. Abrams & Niaura

پی خواهد داشت، پایه گسترش و روی آوردن به مصرف مواد است (مک کی، هینسون و وال<sup>۱</sup>، 1998).

کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه ابعاد زندگی از جمله سلامت رادر برمی گیرد. این اصطلاح از نظر بیشتر متخصصان، شامل ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، جسمی و معنوی می باشد. سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را این گونه تعریف کرده است: ادراکی است که افراد از وضعیتی که در آن زندگی می کنند و زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن هستند دارند، که این ادراک بر اساس اهداف و انتظارات، استانداردها و علایق آنها می باشد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup>، 1998).

محققان معتقدند که بهتر است شکل گیری و گسترش اختلال های روانی را به حساب سبکهای معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت (فریش<sup>۳</sup>، 2006). احساس سلامت ذهنی در رضایت از زندگی یکی از شاخصهای بارز کیفیت زندگی است. این شاخص به همراه شاخص سلامت روانی و جسمانی نشانگر میزان کامیابی افراد است. به همین دلیل فریش (2006) با تاکید مفرط بر بهبود بخشیدن به مجموع کیفیت زندگی به عنوان هدف اصلی تمام مداخلات اصلاح آن را به چند دلیل برای افراد مهم و ضروری می داند: 1- مردم می خواهند که زندگی شان پاداش دهنده باشد نه فقط به دنبال غلبه کردن بر مشکلات باشند. 2- بعضی از مواقع در حل کردن مشکل نیازی نیست که فقط به خود مشکل توجه کنیم بلکه باید به توانمندیهای هر فرد توجه کرد زیرا بخش عمده ای از حل مشکل از توسعه و رشد توانمندی ها و پتانسیل ها شکل می گیرد. 3- بسیاری از مردم به دنبال جستجوی زندگی کامل هستند و به همین دلیل به دنبال متخصصانی هستند که به آنها در رسیدن به این هدف کمک کنند.

---

1. Mckee, Hinson & Wall  
2. World Health Organization (WHO)  
3. Frisch

مطالعه‌های مختلف در مؤلفه روان‌شناسی سلامت نشان داده اند که استرس، اضطراب و عوامل مانند آن کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (میچل<sup>1</sup>، 2006). زی‌زی، باری و کوکران<sup>2</sup> (1998) اشاره کرده اند که کیفیت زندگی تحت تأثیر برخی از متغیرهای واسطه‌ای و سازه‌هایی مانند اعتماد به نفس، خودکارآمدی، احساس کنترل بر زندگی و همچنین برخی از سازوکارهای شناختی مانند باورها، ارزش‌ها، انتظارات و معیارها قرار می‌گیرد. در واقع یکی از عوامل مهمی که در بهبود کیفیت زندگی افراد اثرگذار است، القاء احساس کنترل به آنها و کمک به آنهاست تا بتوانند بر رویدادهای زندگیشان کنترل داشته باشند. به محض اینکه آنها احساس کنند، در عمل کنترل اوضاع را به دست می‌گیرند، احساس رضایت، فعال بودن و مؤثر بودن بیشتری می‌کنند.

تحقیقات تجربی کمی در زمینه رابطه بین کیفیت زندگی و سوء مصرف مواد یا اعتیاد وجود دارد. کومپتون<sup>3</sup> (2002) هیچ مطالعه‌ای را که به بررسی کیفیت زندگی در رابطه با بهبودی طولانی مدت پردازد، یافت نکرد.

یک مطالعه مهم در مورد کیفیت زندگی بین جمعیت سوء مصرف کنندگان مواد، به بررسی تأثیرات هیجانی، فیزیکی، اجتماعی و رفتاری (که همان کیفیت زندگی است) مواد می‌پردازد. رودولف و واتس<sup>4</sup> (2002)، معتقد بودند که این تأثیرات، بسیاری حیطه‌های کیفیت زندگی را درگیر می‌کند و بنابراین ارزیابی و تشخیص می‌تواند با مقادیر کیفیت زندگی سنجیده شود، در بررسی در مورد کیفیت زندگی در طول 20 سال، رودولف و واتس (2002) نتیجه گرفتند که مطالعات موردی به بررسی کیفیت زندگی و سوء مصرف مواد پرداخته‌اند. در این پژوهش آنها دو شیوه اولیه در پژوهش اعتیاد یافتند:

- 
1. Mitchell
  2. Zizzi, Barry & Cochrane
  3. Compton
  4. Rudof & Wats



1- مقدار کلی رضایت از زندگی

2- مقدار کیفیت زندگی وابسته به سلامت

آنها همچنین گزارش کردند که مطالعات موجود، بخاطر روشهای متفاوتی که به مفهوم بندی اعتیاد، سوء مصرف مواد و الکلیسم پرداخته اند، آشفته اند و جوابگو نمی باشند (رودولف و واتس، 2002). طبق پژوهش رودولف و واتس (2002)، مطالعات در مورد کیفیت زندگی و سوء مصرف مواد، اساساً روی دو زمینه رضایت از زندگی متمرکز می شوند: اول، مطالعاتی وجود دارند که بر افراد در درمان جانشینی (مثل متادون یا بوپره نورفین) و اینکه چگونه این برنامه ها می تواند کیفیت زندگی را ارتقاء بخشد متمرکز می شوند. مفهومی که توسط نیومن (1977) مطرح شد، این است که بهبود حیطه های کیفیت زندگی در برخی زمینه ها، می تواند به بهبود و ارتقاء در سایر زمینه ها منجر شود. برای مثال، درمان جانشینی می تواند جرم و بی شغلی را کاهش دهد و همچنین کیفیت زندگی را افزایش می دهد که متعاقباً کمک به ایجاد حرکت به سوی پاکی را فراهم می آورد. حیطه دوم مطالعه بر ترکیب سوء مصرف مواد و بیماریهای شدید مانند HIV مربوط می شود (گیرینگ و شویتزر، 1974).

رودولف و واتس (2002)، معتقدند که هیچ یک از این مطالعاتی که در زمینه اعتیاد و کیفیت زندگی صورت گرفته، به رابطه بین یکی از درمانهای بهبودی اولیه اعتیاد، NA و کیفیت زندگی نمی پردازند. با این وجود رودولف و واتس (2002) معتقدند که سنجیدن کیفیت زندگی می تواند در سنجش تغییرات سبک زندگی مفید باشد و می تواند به شناسایی زمینه های زندگی فرد که نیازمند مداخلات خاص است، کمک کند. پژوهش های جاد<sup>2</sup> و همکاران (2003) و میلسون و همکاران (2004) نشان دهنده اثر بخشی درمان نگهدارنده با متادون بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد است.

1. Gearing & Schweitzer

2. Jad

پژوهشی در رابطه با اثربخشی درمان مدیریت استرس بر ارتقاء کیفیت زندگی معنادان یافت نشد بنابراین در ادامه به پژوهشهایی که اثربخشی این درمان را بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مختلف بررسی کرده‌اند اشاره خواهیم کرد.

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 معناداری علائم افسردگی، اضطراب، عصبانیت و گیجی کمتری گزارش می کنند (آنتونی و همکارانش، 2002). همچنین این نوع مداخلات درمانی باعث افزایش سیستم ایمنی بدن، بهبود خلق و کاهش غمگینی و پریشانی می شود (آدام<sup>1</sup> و همکارانش، 2005). کاهش علائم افسردگی در این مردان نیز گزارش شده است (آدام و همکارانش، 2006). مداخلات مدیریت استرس به گونه ای مؤثر باعث افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری ایدز می شود (میلز<sup>2</sup>، 2005).

آنتونی و همکاران (2006) در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بعد از درمان، به این نتیجه رسیدند که این مداخله درمانی باعث کاهش انزوای اجتماعی و افزایش سلامت هیجانی، تفکرات و حالات ذهنی مثبت، تغییر مثبت سبک زندگی و عاطفه مثبت می شود. همچنین نتایج پژوهش رضایی (1387) نشان دهنده اثربخشی مداخلات مدیریت استرس بر ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به آسم بود.

مؤمنی (1388) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداخت. یافته ها نشان داد که این درمان بر کاهش اشتیاق، بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم و نشانه های افسردگی و اضطراب و نگرش مثبت به مصرف مواد در مرحله پس

---

1. Adam  
2. Milss

آزمون اثربخش بوده اما در درازمدت اثربخشی چندانی بر اشتیاق و کیفیت زندگی نداشته است.

در این پژوهش دو فرضیه زیر مورد بررسی قرار گرفتند:

- 1- برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد مؤثر می باشد.
- 2- اثربخشی برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد در مرحله پیگیری ثبات دارد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد به صورت آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه وابستگان مواد مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار امید اصفهان بود که مرحله سم زدایی را با موفقیت پشت سر گذاشته بودند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع نمونه‌گیری تصادفی ساده است که ابتدا به صورت تصادفی 30 نفر از وابستگان مواد مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار امید اصفهان انتخاب شدند، سپس آنها در دو گروه 15 نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF36) استفاده شد. این پرسشنامه توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل 36 سوال در دو حیطه‌ی 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. پژوهش‌ها در مورد کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است (مک‌هورنی، 1993 و گاران، 1997؛ به نقل از نژادنادری، 1386). مک‌هورنی

و همکاران (1993) در پژوهش خود اعتبار پرسشنامه مذکور را از 70% به بالا ذکر کرده اند. این پرسشنامه دارای استاندارد جهانی است و در ایران نیز روایی و پایایی آن تایید گردیده است. در پژوهش منتظری و همکاران (1385) که بر روی 4163 نفر در رده ی سنی 15 سال به بالا صورت گرفت، تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس سرزندگی ( $\alpha = 0/65$ ) سایر مقیاس های پرسشنامه از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده 0/77 تا 0/90 برخوردارند. همچنین آزمون روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده 0/4 به دست آمده است. در مجموع یافته ها نشان می دهد که نسخه ی ایرانی این پرسشنامه ابزار مناسبی با روایی و اعتبار بالا برای اندازه گیری کیفیت زندگی در بین جمعیت عمومی است.

#### یافته‌های پژوهش

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس مورد استفاده قرار گرفت. برای استفاده از تحلیل کوواریانس لازم است تا پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، تساوی واریانس‌های دو گروه و تعیین و کنترل متغیرهای همگام و ناخواسته مورد بررسی قرار گیرد. نتایج آزمون شاپیروویلیک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمره ی کیفیت زندگی در جامعه در دو گروه آزمایش و کنترل مورد تایید قرار گرفت ( $P < 0/05$ ) و نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که بین واریانس گروه‌ها در متغیر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد و واریانس گروه‌ها با هم برابر می‌باشد. در جدول 1 همبستگی میان نمره کیفیت زندگی با ویژگی‌های خط پایه دو گروه آزمایش و کنترل به منظور کنترل متغیرهای همگام مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول 1: نتایج همبستگی بین نمره کیفیت زندگی و متغیرهای همگام

متغیر	ضریب همبستگی	تحصیلات	وضعیت اشتغال	وضعیت تاهل	نوع ماده	روش مصرف	سن	مدت مصرف
نمره کیفیت زندگی	پس آزمون	0/23	0/02	-0/07	-0/01	-0/03	-0/04	-0/16
سطح معنی داری	پیگیری	0/28	0/09	-0/07	-0/02	0/04	0/06	-0/27
	پس آزمون	0/22	0/90	0/68	0/93	0/84	0/82	0/38
	پیگیری	0/12	0/63	0/70	0/88	0/79	0/73	0/14
تعداد		30	30	30	30	30	30	30

همانگونه که در جدول 1 مشاهده می شود همبستگی میان نمره کیفیت زندگی با هیچکدام از متغیرهای همگام مورد بررسی معنادار نیست و نیازی به کنترل آنها در تحلیل کوواریانس نیست. در این بخش فرضیه های تحقیق تجزیه و تحلیل شده اند.

جدول 2: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت میانگین های نمره کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون

متغیر پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	1	4382/45	40/26	0/001	0/59	1
عضویت گروهی	1	1800/31	16/53	0/001	0/38	0/975

چنانچه در جدول 2 مشاهده می شود بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون مربوط به نمرات تست کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد و عضویت گروهی 38 درصد از تغییرات مربوط به نمره آزمون کیفیت زندگی را در پس آزمون تبیین می کند ( $P < 0/05$ ). توان

آماري 0/975 نیز نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تحلیل‌ها کافی بوده است. لذا فرضیه اول تایید می‌شود و بین میانگین‌های نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد.

جدول 3: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمره کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

متغیر پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	1	4057/98	20/55	0/001	0/432	0/99
عضویت گروهی	1	1876/30	9/50	0/005	0/26	0/84

نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر آموزش گروهی مدیریت استرس شناختی - رفتاری بر میزان کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری در جدول 3 ارائه شده است. همانطور که ملاحظه می‌کنید بین پیش‌آزمون و پیگیری رابطه معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). با این وجود حتی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت بین نمرات پیگیری کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل معنی دار است ( $P = 0/01$ )، لذا فرضیه ی دوم تایید می‌شود. میزان تاثیر درمان 0/26 بوده است به این معنا که 0/26 تفاوت‌های فردی در دو گروه آزمایش و کنترل توسط عضویت گروهی تعیین شده است و توان آماری 0/84 نشان می‌دهد که حجم نمونه برای بررسی کافی بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مرکز اجتماع درمان مدار شهر اصفهان انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه اول نشان داد که پس از حذف متغیر کنترل، میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در پس‌آزمون به

طور معناداری بیشتر از میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی در گروه گواه بود. با توجه به چشمگیر بودن میزان این تأثیر (38 درصد) می توان نتیجه گرفت که مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری به طور معناداری در ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد مؤثر بوده است. قبلاً پژوهشی که اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری را بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد مورد بررسی قرار دهد، انجام نگرفته است، اما نتایج میلز (2005) و آنتونی و همکاران (2006) حاکی از اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و سرطان بوده است. همچنین این یافته پژوهش تا حدی با نتیجه پژوهش مؤمنی (1388) هماهنگی دارد. در این پژوهش به بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداخته شده است. یافته ها نشان داد که این درمان بر کاهش اشتیاق، بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت علائم و نشانه های افسردگی و اضطراب و نگرش مثبت به مصرف مواد در مرحله پس آزمون اثر بخش بوده اما در درازمدت اثر بخشی چندانی بر اشتیاق و کیفیت زندگی نداشته است.

اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد را می توان این گونه تبیین کرد که افراد وابسته به مواد آسیب پذیری زیادی نسبت به استرس داشته و آمادگی زیادی برای سوء تعبیر علایم فیزیولوژیکی استرس دارند. برای مثال، آنها در تحمل تنش های ناشی از پیش بینی، انتظار یا عدم قطعیت همراه با استرسورهای روزمره زندگی شان مشکل دارند، که همه ی این عوامل منجر به کاهش کیفیت زندگی این افراد می شود بنابراین تلاش شد با آموزش شیوه های مختلف مدیریت استرس از تأثیرات منفی استرس بر زندگی روزمره این افراد کاسته شود. همچنین الگوی نادرست رفتاری و برداشت نادرست شناختی، از عوامل خطر برای کاربرد نابجای مواد به عنوان یک روش آرامش بخش است، بنابراین امروزه روش درمانی و اصلاح رفتار که برای این افراد توصیه می شود روش های آموزش مبتنی بر حل مسئله 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 (مارلات و گوردون، 1985). در این پژوهش تلاش شد تا با آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار خودآیند منفی، شیوه‌های مقابله‌ای افراد به عنوان منابع درونی تقویت شده و متقابلاً کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد.

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به فرضیه دوم نشان داد که میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پیگیری به طور معناداری بیشتر از میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی در گروه گواه بود. با توجه به میزان این تأثیر (26 درصد) می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری به طور معناداری در ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد در مرحله پیگیری ثابت دارد. نتایج این فرضیه به این صورت قابل تبیین است که افراد گروه آزمایش بعد از اتمام جلسات مداخله، به صورت نسبتاً منظم از تکنیک‌ها و شیوه‌های درمانی آموخته شده طی جلسات درمانی استفاده کرده‌اند. به طور کلی، افراد با استفاده از تکنیک‌های مختلف مدیریت استرس درمی‌یابند که مشکلاتشان چه بوده و راه‌های مقابله با این مشکلات را نیز می‌آموزند. این امر باعث افزایش اعتماد به نفس و کفایت روانشناختی در آنان می‌گردد، یعنی افراد به کمک این مداخله می‌توانند از توانایی‌ها و ظرفیت‌های خود بهره بیشتری برده و در برابر استرس‌های زندگی مقاوم‌تر گردند.

با توجه به نتایج این پژوهش، مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی، در بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد به کار گرفته شود. امید است 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 اینکه شرکت کنندگان این پژوهش را فقط بیماران مرد دچار وابستگی به مواد مقیم در مرکز اجتماع درمان‌مدار شهر اصفهان تشکیل داده‌اند، لذا پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی بیماران زن و گروه‌های جمعیتی مختلف افراد وابسته به مواد نیز انجام شود.



همچنین با توجه به نقش استرس در سبب شناسی اعتیاد، کاربرد روش های مدیریت استرس به عنوان وسیله ای جهت پیشگیری از ابتلای افراد به این اختلال پیشنهاد می شود.

## منابع فارسی

- آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل؛ اشنایدرمن، نیل. (2007). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری، مترجمان: سید جواد آل محمد، سولماز جوکار، حمید طاهر نشاط دوست، انتشارات جهاد دانشگاهی، اصفهان.
- ابراهیمی، اکبر. (1386). گروه درمانی معتادان (جلسات روانی آموزشی). انتشارات کنکاش، اصفهان.
- اختیاری، حامد. (1388). مهارت های مقابله ای، مجموعه ای از بسته های مداخلات روانشناختی با هدف ارتقاء خدمات درمان سوء مصرف مواد، فصلنامه اعتیاد، شماره 9، صص 79-80.
- رضایی، فاطمه. (1387). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس به شیوه گروهی بر اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی و میزان نشانه های بیماران مبتلا به آسم شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز (1387). بررسی مقایسه ای راهبردهای مقابله ای و نگرش نسبت به اعتیاد در معتادین. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی. ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ و وحدانی نیا، سادات. (1384). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد sf-36. فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره اول، زمستان 1384، صص 56-49.
- مؤمنی، فرشته. (1388). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- نابدل، یونس. (1384). راهنمای پزشک در درمان وابستگی به مواد افیونی. تهران: انتشارات ارجمند.

نژادنادری، سمیرا. (1386). بررسی علایم روانی و کیفیت زندگی در بین افراد معتاد، معتاد مبتلا به ایدز و افراد سالم در کرمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه امام خمینی (ره) قزوین.  
 هالجنین، ریچاردپی؛ و کراس ویتبورن، سوزان. (2003). آسیب‌شناسی روانی. (ترجمه یحیی سید محمدی، 1388). تهران: انتشارات روان.

### منابع لاتین

- Abrams, D. B., & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. In H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.) *Psychological theories of drinking and alcoholism*, (pp. 131-178). New York: Guilford Press.
- Adam, W. Carrico, Michael, H, Antoni, Ann, M. et al (2005). Cognitive Behavioral stress management effects on mood, social support and a marker of Antiviral Immunity Are maintained international. *Journal of Behavioral Medicine*. Pg. 218.
- Adam, W. carrico, Michael, H. Antoni, Ironson, G, et al. (2006). Reduction in Depressed mood and denial coping during cognitive Behavioral stress management with HIV-Positive Gay men. Pg. 155.
- Albertcht, G. and Devlieger, P. (1998) The disability paradox: high quality of life against all odds, *Social science and Medicine*, 48, 977-88.
- Anderson, K. G., Ramo, D.E. & Brown, S, A. (2006). Life Stress, Coping and Comorbid Youth: An Examination of the stress-vulnerability Model for substance relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*; Sep 2006; 38, 3.
- Antoni, M. H., Gruess, S., Gruess, D. G. Ironsson, G. et al. (2002). Cognitive behavioral stress management reduces distress and 24-hour urinary free cortisol output among symptomatic HIV-Infected gay man, *Annals of behavioral medicine*, 22, 29-31.
- Antoni, MH. Lechner, SC. Kazi, A. Wimberly, SR. et al. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consuling and Clinical psychology*. ; Vol. 74(6): 1143.
- Bower, JE. Kemeny, ME. Taylor, SE. Fahey, JL. (2003). Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement – related disclosure intervention. *Ann behavioral med*. 25, 55-146.
- Bower, JE. Segrestrom, SC. (2004). Stress Management, finding benefit, and immune function: Positive mechanisms for intervention effects on physiology. *Journal of Psychomatic Research*, 56,9-11.

- Carver, C.S. Scheier, M. F. (1990). "Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists". *Journal of personality and social lpsychology*, 51, 1257-1264.
- Compton, G. (2002). Quality of life factors among recovering alcoholics. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering 52, pp. 3374. (UMI. No. 3020226).
- Frisch, MI, B. (2006). Quality of life Therapy, New jersey: John Wiley & Sons Press.
- Gearing, R. F., & Schweitzer, M. D. (1974). An epidemiological evaluation of long-term methadone maintenance treatment for heroin addiction. *American Journal of Epidemiology*. 100, 101-112.
- Judd, P. H., Thomas, N., Schwartz, T., Outcalt, A., Hough, R. (2003). A dual diagnosis demonstration project: treatment outcomes and cost analysis. *J. Psychoactive Drugs* 35(1): 181-92.
- Lutgendorf, SK. Antoni, MH. Ironson, G. Starr, K. Costello, N. (1998). Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress out comes in symptomatic human immunodeficiency virus serpositive gay man. *Psychosomatic Med.* 60, 204-214.
- Mc Crady. H. & Epestein, E. (2000). Addictions: A Comprehensive Guide Book. New York: Oxford University Press.
- Mckee, S. A., Hinson, R. E., & wall, A. M. (1998). Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. *Addictive Behaviors*, 23, 17-22.
- Millson PE, Challacombel, Villeneuve PJ, Fisher B, Strike CJ, Myers T, Shore R, Hopkins S, Raftis S, Pearson M. (2004). Self-perceived Health among Canadian Opiate Users: a Comparison to the General Population and to other chronic Disease Populations: Department of Public Health Sciences, University of Toroto.
- Milss, E (2005). Mc master university , Hamilton: Stress management may effectively increases quality of life in HIV/AIDS lab law weekly. Atlanta. Pb. 140.
- Mitchell, M. M. (2006). Parent's stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland, College Park.
- Rohsenow, D. J., Martin, R.A, & Monte, P. M. (2005). Urge-specific and life style coping strategies of cocaine abusers: Relationship to treatment outcomes. *Drugs and Alcohol Dependence*, 78. 211-219.
- Rudolf, H. & Wats, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14, 190-197.

- Sinha, D. (2001). How does increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, 158, 343-359.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 54, 419-423.
- UNODC web site. Available at [Http:// www. UNODC.ir](http://www.UNODC.ir).
- WHO Quality of life group. (1998). World health organization quality of life survey- Abbreviated version: Author.
- Zizzi, A, Barry, M. M. & Cochrane, R. A. (1998). Mediatonal model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine*, 28, 1221, 1230.

