

Effectiveness of stress management based on cognitive-behavioral method on impulsivity and mental health of addicted people

Z. Sepehrinasab^{1*} & F. Sohrabi²

Received: 3 December 2015; received in revised form 9 June 2016;
accepted 10 June 2016

Abstract

Aim: The aim of research was to ascertain the effectiveness of stress management based on cognitive-behavioral method on impulsivity and mental health of addicted people. **Method:** The method of research was quasi-experimental whit pre-test, post-test with control group and statistical society was 200 addicted people who were under methadone maintenance therapy in Aryana Teb clinic of in 2014. Through of them 20 addicted were selected by available sampling model and were randomly put into 10 individuals in experimental group and 10 individuals in control group. The impulsivity inventory of Barratt, 2004 and depression, anxiety and stress scale of Lovibond & Lovibond (1995) at first, the end and two month after the end of therapy in follow-up stage were completed by participants and stress management training based on cognitive-behavioral method of Antony, Lechner, Kazi & Wimberly (2007) during 10 sessions of 90-minutes in 2 times in a week was held for experimental group. **Results:** The results showed significant difference in two experimental and control group profiles in impulsivity ($F = 4.58$, $P < 0.001$) and also mental health ($F = 6.11$, $P < 0.02$) in both post-test and follow-up stages. **Conclusion:** Whereas stress management training based on cognitive-behavioral method by using of techniques such as; relaxation, cognitive restructuring and anger management can increase mental health and reduce impulsivity of addicted people, so using of it is suggested as a therapeutic effective method.

Key words: *addicted people, cognitive-behavioral, depression, impulsivity, stress*

1*.Corresponding author, M.A in general psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran, Email: Zahra.sepehrinasab@gmail.com

2. Professor, Department of psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر سلامت روان‌شناختی و تکانش‌گری معتادان

زهرا سپهری‌نسب^{۱*}، فرامرز سپهرابی^۲

دریافت مقاله: ۹۴/۹/۱۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۵/۰۳/۲۰؛ پذیرش مقاله: ۹۵/۰۳/۲۱

چکیده

هدف: پژوهش تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر تکانش‌گری و سلامت روان‌شناختی معتادان بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و جامعه آماری ۲۰۰ فرد دچار سوءمصرف مواد تحت درمان نگره‌دارنده با متادون در مرکز ترک اعتیاد آریانا طب استان تهران در سال ۱۳۹۳ بود. از میان آن‌ها تعداد ۲۰ معتاد به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه گواه جایگزین شد. پرسشنامه تکانش‌گری بارت، ۲۰۰۴ و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایویوند و لایویوند (۱۹۹۵) در آغاز، پایان و دو ماه پس از پایان درمان در مرحله پیگیری توسط شرکت‌کنندگان تکمیل و آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری آنتونی، لچنز، کازی و ویمبرلی (۲۰۰۷) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته ۲ بار برای گروه آزمایش برگزار شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها تفاوت معناداری را در نیم‌رخ دو گروه آزمایش و گواه در میزان تکانش‌گری ($F = ۴/۵۸, P < ۰/۰۰۱$) و هم‌چنین سلامت روان ($F = ۶/۱۱, P < ۰/۰۲$) هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری نشان داد. نتیجه‌گیری: از آن‌جا که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری با به‌کارگیری فنونی چون؛ آرمیدگی، بازسازی شناختی و مدیریت خشم می‌تواند موجب افزایش سلامت روان و کاهش تکانش‌گری معتادان شود، لذا استفاده از آن به‌عنوان یک روش موثر درمانی پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: استرس، افسردگی، تکانش‌گری، شناختی-رفتاری، معتادان

*۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
Email: Zahra.sepehrinasab@gmail.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد بیماری مزمن و عودکننده‌ای است که با پیامدهای زیستی، روانی و اجتماعی فراوانی همراه است. اعتیاد موجب مسائل جدی در سلامت و بهزیستی افراد از جمله آسیب و مرگ از طریق خشونت بین فردی، تصادفات جاده‌ای، رفتارهای پرخطر، ابتلا به بیماری‌هایی همچون ایدز می‌شود (گرکین و شر، ۲۰۰۶). بروز چنین پیامدهایی اعتیاد را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر که گستره‌ای جهانی دارد تبدیل کرده است. در ایران اعتیاد شکل مخاطره‌آمیز و پیچیده‌ای به‌خود گرفته و روزبه‌روز در حال افزایش است. بر اساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر میزان شیوع اعتیاد در ایران دو میلیون و پانصد هزار نفر و شمار قربانیان اعتیاد سالانه نزدیک به سه هزار نفر برآورد شده است (مظفر، ذکریایی و ثابتی، ۱۳۸۸). این در حالی است که سالانه میلیاردها تومان صرف هزینه درمان و بهبودی این افراد می‌شود؛ بنابراین معضل اعتیاد موجب شده تلاش‌های گسترده‌ای در سطح جهان برای ایجاد برنامه‌های گوناگون درمانی در این زمینه صورت گیرد (کریمیان، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد اعتیاد را نمی‌توان در یک الگوی ویژه روانی و اجتماعی قرار داد، بلکه این پدیده نتیجه تعامل عوامل مختلف و متعدد است. از میان عوامل روان‌شناختی مهم و مرتبط با مصرف مواد می‌توان به تکانش‌گری^۱ اشاره کرد. رفتار بدون تفکر کافی، عمل غریزی بدون توسل به مهار «من‌آ» و عمل سریع ذهنی بدون دوراندیشی و قضاوت هوشیارانه را تکانش‌گری می‌گویند (ارس و سانتیستبن، ۲۰۰۶). رفتارهای تکانشی می‌تواند با اختلال سوءمصرف مواد همایند باشد (اراج، ترتون، چمبرلین، مولر و بالمر، ۲۰۱۴). بررسی‌ها در زمینه رابطه تکانش‌گری و اختلال سوءمصرف مواد نشان می‌دهد رفتارهای تکانشی، به‌عنوان یکی از عوامل مستعدکننده و هم‌عامل تداوم‌دهنده این اختلال، در نظر گرفته می‌شود (پری، لارسون، جرمن، مادن و کارل، ۲۰۰۵). پژوهش‌های انجام‌شده مؤید این نکته است که سوءمصرف‌کنندگان مواد در مقایسه با افراد عادی میزان تکانش‌گری بیش‌تری دارند و اغلب دست به تصمیم‌های تکانشی می‌زنند. یعنی به انتخاب‌هایی با هدف کسب منافع آنی بدون در نظر گرفتن عواقب آن دست می‌زنند که آن‌ها را در برابر عود آسیب‌پذیرتر می‌کند (زانگ، شی، زوا، سان و ونگ، ۲۰۱۱). بررسی‌های جدید نشان می‌دهد تکانش‌گری عاملی است که می‌تواند بر سلامت روان^۳ افراد تأثیرگذار باشد (کارپنتیر، ونگوگ، کناپن، بوتیلار و دجونگ، ۲۰۱۰). مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به‌خود، ظرفیت رقابت، رضایت از زندگی و خوش‌بینی است (گیبیر، ۲۰۱۲)؛

1. impulsivity
2. ego
3. mental health

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ...

کروز و بوتیگر، ۲۰۱۰)؛ بنابراین با افزایش تکانش‌گری، مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس افزایش و سلامت روان افراد نیز کاهش می‌یابد (فیلومور و راش، ۲۰۱۰؛ خوبانی، زاده‌محمدی و جراره، ۱۳۹۲). از سوی دیگر هر یک از این مؤلفه‌ها به‌تنهایی عاملی است که می‌تواند موجب عود مصرف در سوءمصرف‌کنندگان شود (احمدخانی‌ها، قزایی‌پور و پناغی، ۱۳۹۰؛ جندقی، نشاط‌دوست، کلانتری و جبل‌عاملی، ۱۳۹۱؛ نیمانی، ۱۳۸۹).

پژوهش‌های علت‌شناسانه در مورد سوءمصرف و وابستگی به‌مواد، بر رابطه بین استرس، مقابله و اعتیاد تأکید دارند و مصرف مواد را در شرایط استرس‌آور به‌عنوان یک سبک مقابله‌ای ناکارآمد تلقی می‌کنند که می‌تواند به‌عنوان چرخه معیوب عمل کند و باعث ادامه مصرف شود (طوفانی و جوان‌بخش، ۱۳۸۵)؛ بنابراین، استرس عامل خطر شناخته‌شده در اعتیاد و آسیب‌پذیری به عود اعتیاد است (ساینها، ۲۰۰۸). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اضطراب و افسردگی از جمله اختلال‌هایی هستند که با سوءمصرف مواد بیش‌ترین همبندی را دارند و از سوی دیگر افراد دارای اختلال اضطرابی یا خلقی بیشتر از جمعیت عمومی دچار اعتیاد می‌شوند (کلک و بلندی، ۲۰۰۸). بنابراین شرایط روان‌پزشکی از قبیل اختلال‌های اضطرابی، عامل خطرناک مهمی برای سوءاستفاده دارویی، وابستگی و عود هستند (ساینها، فیوز و ایوبین، ۲۰۰۸).

از میان روش‌های غیردارویی درمان اعتیاد می‌توان به روش‌های خاموش‌سازی، حساس‌سازی، زوج‌درمانی، خانواده‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری اشاره کرد (دروکس، بایل، لاکوییل، بوردل و بورگن، ۲۰۱۲). درمان‌های شناختی-رفتاری بر آموزش روانی و آموزش مهارت‌های مورد نیاز برای اجتناب از دارو و سازگاری با الگوی جدید رفتارهای اجتماعی و انطباقی تأکید دارد (والدرن، اسکسینک، برودی، ترور و پاترسون، ۲۰۰۶؛ احمدی کانی‌گلزار، اصغرنژاد و قلی‌زاده، ۱۳۹۲). درمان‌های غیردارویی با هدف مداخله‌هایی مانند تغییر نگرش‌های نادرست فرد معتاد، آموزش مهارت‌های لازم برای مقابله با عوارض جسمی و روانی ترک و تحمل بهتر آن‌ها و ایجاد شبکه حمایت اجتماعی و سرانجام بازگشت به جامعه به‌عنوان فردی عادی و با بهره‌گیری از زندگی معمول با لذت‌های واقعی آن است (هیدز، کارول، کاتانیا، کاتون و باکر، ۲۰۱۰). برای مثال نتایج تعدادی از پژوهش‌ها نشان دادند درمان شناختی-رفتاری در درمان جوانانی که افسردگی و سوءمصرف مواد دارند با بهبودی معنی‌دار در افسردگی و اضطراب سوءمصرف‌کنندگان همراه است (هیدز و همکاران، ۲۰۱۰؛ جندقی، نشاط‌دوست، کلانتری و جبل‌عاملی، ۱۳۹۰).

مدیریت استرس به‌شیوه شناختی-رفتاری به مجموعه فنون و روش‌هایی گفته می‌شود که برای کاهش استرس تجربه‌شده توسط افراد؛ یا برای افزایش توانایی آن‌ها در مقابله با استرس‌های زندگی به‌کار می‌رود. در پژوهش‌های مختلف تاثیر این شیوه درمانی بر مشکلات روانی و جسمانی و ثبات تاثیر آن در مرحله پیگیری تأیید شده است. لذا با توجه به شیوع بالای سوءمصرف مواد و نقش

عوامل روان‌شناختی در آن و این‌که سوء‌مصرف مواد یکی از پیچیده‌ترین مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی است و عوارض جسمانی، روانی، رفتاری و اجتماعی را به‌دنبال دارد (هریت دی وایت، ۲۰۰۸؛ کریمیان، ۱۳۹۱؛ نارنجی‌ها، رفیعی، باغستانی، نوری و شیرین‌بیان، ۱۳۸۵)، به‌نظر می‌رسد که می‌توان با آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری مشکلات عمده این گروه را هدف قرار داد و در کاهش مشکلات روان‌شناختی به آن‌ها یاری رساند تا سطح بالاتری از سلامت‌روان و کیفیت زندگی را به‌دست بیاورند. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر تکانش‌گری، افسردگی، استرس و اضطراب معتادان بود و در این پژوهش دو فرضیه زیر آزمون شد.

۱. برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، تکانش‌گری معتادان را کاهش می‌دهد و اثربخشی آن در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.
۲. برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، سلامت روان‌شناختی معتادان را ارتقاء می‌دهد و اثربخشی آن در مرحله پیگیری پایدار می‌ماند.

روش

پژوهش حاضر جزو پژوهش‌های شبه آزمایشی و طرح پژوهش نیز از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و جامعه آماری پژوهش شامل ۲۰۰ بیمار تحت درمان نگاه‌دارنده با متادون در مرکز آریانا طب استان تهران در سال ۱۳۹۳ بود و روش نمونه‌گیری پژوهش در دسترس بود. تعداد ۳۰ فرد دچار سوء‌مصرف مواد که به‌صورت داوطلبانه حاضر به شرکت در آموزش شدند انتخاب و پیش‌آزمون در مورد آن‌ها اجرا و سطح تکانش‌گری و سلامت روان آن‌ها ارزیابی شد. از میان آن‌ها تعداد ۲۰ نفر که دارای کم‌ترین نمره در پرسشنامه سلامت روان و بیشترین نمره در تکانش‌گری بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. شرایط ورود به‌نمونه پژوهش، داشتن سابقه سوء‌مصرف مواد حداقل به‌مدت ۵ سال که بر اساس ملاک‌های تشخیصی ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا بود و نیز تأیید توسط حداقل یک روان‌شناس بالینی بود. محدوده سن ۲۴ تا ۶۴ سال؛ مرد بودن؛ داشتن حداقل تحصیلات سیکل؛ عدم ابتلا فرد به بیماری مزمن و یا معلولیت جسمانی جدی و یا اختلال‌های روان‌پریشی؛ تعهد نسبت به حضور در جلسه‌ها و عدم غیبت در دو جلسه متوالی بود.

ابزار پژوهش

۱. مقیاس تکانش‌گری بارت. این مقیاس که در سال ۲۰۰۴ توسط بارت طراحی شده، شامل ۳۰ سؤال است و در مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از به‌ندرت/ هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۴

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ...

نمره‌گذاری می‌شود و سه عامل تکانش‌گری شناختی را با گویه‌های ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۳، ۲۶، ۲۹؛ حرکتی را با گویه‌های ۲، ۴، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۸ و بی‌برنامگی را با گویه‌های ۱، ۳، ۷، ۱۰، ۱۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۳۰ بررسی می‌کند. این ابزار یک نمره تکانش‌گری کلی را نیز به دست می‌دهد. نمره‌ای که هر فرد از پرسشنامه می‌گیرد حداقل ۳۰ و حداکثر ۱۲۰ است. ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است (اعظمی، ۱۳۹۰). نسخه فارسی توسط اختیاری، صفایی، اسماعیلی‌جاوید، عاطف‌وحید، عدالتی و مکرری (۱۳۸۸) در مورد ۳۰ فرد معنادار افیونی اجرا شد و آلفای کرونباخ برای تکانش‌گری کل برابر ۰/۸۴ و برای تکانش‌گری شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۴ و ۰/۴۳ به دست آمد. آلفای کرونباخ در این پژوهش برای تکانش‌گری کل ۰/۸۹ و برای تکانش‌گری شناختی ۰/۸۱، حرکتی ۰/۷۷ و برای تکانش‌گری بی‌برنامگی ۰/۴۱ به دست آمد.

۲. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس. این مقیاس توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) تهیه شد و دارای دو نسخه است. نسخه کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که سازه‌های روانی افسردگی را با گویه‌های ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۱؛ اضطراب را با گویه‌های ۸، ۹، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۹، ۲۰ و استرس را با گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷ و هریک را با ۷ عبارت متفاوت می‌سنجد. از این مقیاس برای افراد بالاتر از ۱۵ سال استفاده می‌شود. نسخه کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۵) برای جمعیت ایرانی روایی‌یابی شده است. لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) در نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، همبستگی پرسشنامه افسردگی بک را با مقیاس حاضر در نمونه بالینی بررسی و $r = 0/40$ را به دست آوردند. کرافورد و هنری (۲۰۰۵) نیز در نمونه ۱۷۷۱ نفری انگلستان این ابزار را با دو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این ابزار را با آلفای کرونباخ برای افسردگی = ۰/۹۵، اضطراب = ۰/۹۰، استرس = ۰/۹۳ و برای نمره‌های کل = ۰/۹۷ گزارش کردند. در ایران نیز توسط مرادی‌پناه (۱۳۷۹)، آلفای کرونباخ در حیطه افسردگی = ۰/۹۴، اضطراب = ۰/۹۲ و استرس = ۰/۸۲ گزارش گردیده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای افسردگی = ۰/۹۴، اضطراب = ۰/۹۳ و برای استرس = ۰/۸۹ به دست آمده است.

۳. بسته آموزشی مدیریت استرس. این بسته آموزشی توسط آنتونی، لچنر، کازی و ویمبرلی، (۲۰۰۷) تدوین شده است. در این پژوهش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله به صورت دو جلسه در هفته به شرکت‌کنندگان ارائه شد. کلیه جلسه‌ها با مرور تمرین‌های جلسه قبل آغاز و با تمرین آرمیدگی خاتمه می‌یافت. رئوس محتوا و برنامه آموزش به شرح زیر بود.

جلسه اول. هدف این جلسه معارفه و آشنایی افراد با یک‌دیگر به منظور کاهش استرس و اضطراب برای شرکت در کلاس بود. برنامه مدیریت استرس و اهداف آن برای افراد توضیح داده شد و

قراردادها تنظیم گردید. افراد با نقش استرس در زندگی و شیوه‌های پاسخ‌دهی به آن آشنا شدند. الگوی شخصیتی و رفتاری نوع A و B به افراد معرفی و ویژگی‌های مثبت و منفی نوع A توضیح و نهایتاً آرمیدگی به‌عنوان یکی از فنون اساسی جهت مقابله با استرس به افراد آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل شناسایی ویژگی‌های برجسته مربوط به نوع A در خود، ثبت سطوح استرس خود بر روی "برگه خودنظارتی" در زمان‌های مشخص و تمرین روزانه آرمیدگی بود.

جلسه دوم، هدف این جلسه آگاهی از تاثیرهای استرس بر هیجان، افکار و رفتار بود. انواع استرس و تاثیرهای جسمانی و روانی آن بر فرد و نیز درک اهمیت آگاهی در مدیریت استرس توضیح داده شد. آرمیدگی در جلسه آموزشی مجدداً تمرین گردید. تکلیف خانگی شامل تمرین روزانه آرمیدگی و پر کردن فهرست نشانه‌های استرس بود.

جلسه سوم، هدف از این جلسه درک ارتباط بین افکار و احساسات بود. ابتدا به نقش تفکر و هیجان در ایجاد استرس پرداخته شد و چرخه فکر، احساس و رفتار برای افراد توضیح داده شد. تنفس دیافراگمی و تصویرسازی ذهنی در پایان جلسه به‌صورت عملی به‌عنوان یکی دیگر از فنون مدیریت استرس آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل تمرین روزانه آرمیدگی، ثبت سطوح استرس روی "برگه خودنظارتی روزانه" قبل و بعد از تمرین تنفس دیافراگمی و تصویرسازی و ثبت افکار، پاسخ‌های هیجانی و جسمی روی "برگه نظارت بر افکار، احساسات و حس‌های بدنی" برای هر واقعه پراسترس در طول هفته بود.

جلسه چهارم، هدف این مرحله آگاهی از افکار منفی، تحریف‌های شناختی و درک تاثیر تفکر منفی بر رفتار بود. نقش افکار منفی و خطاهای شناختی در احساس و رفتار بررسی و به‌افراد فهرست خطاهای شناختی ارائه شد. تکلیف خانگی شامل تمرین روزانه تنفس دیافراگمی همراه با تصویرسازی، ثبت انواع تفکر منفی مرتبط با موقعیت‌های پر استرس روی "برگه نظارت بر پاسخ-های استرس و تفکر منفی" در طول هفته بود.

جلسه پنجم، هدف این مرحله شناسایی خودگویی منطقی و غیرمنطقی و جایگزینی افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی بود. نحوه مقابله کردن با خطاهای شناختی و استفاده از فونونی مانند فن پیوستار، آزمون، جایگزینی یک فکر منطقی و جز آن، به افراد آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل تمرین شناسایی خودگویی منطقی و غیرمنطقی و ثبت سه موقعیت پراسترس در "برگه جایگزینی افکار منطقی" بود.

جلسه ششم، هدف این مرحله ارائه شیوه‌های مقابله کارآمد بود. ابتدا به افراد آموزش داده شد که چگونه می‌توانند تغییرات بدنی از جمله ضربان قلب و تنفس خود را تحت کنترل درآورند و هنگام مواجهه با استرس با استفاده از فنون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، تغییرات بدنی را تعدیل کنند. شیوه‌های مقابله و استفاده از شیوه مقابله مساله‌مدار به‌عنوان یک شیوه مقابله کارآمد توضیح

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ...

داده شد. تکلیف خانگی شامل تمرین فنون آرمیدگی حداقل دو بار در روز و ثبت میزان استرس در "برگه خود نظارتی روزانه" قبل و بعد از تمرین بود.

جلسه هفتم. هدف این مرحله اجرای پاسخ‌های مقابله موثر و ترکیب مقابله مساله‌مدار و هیجان‌مدار بود. در این جلسه تمرین خودزاد همراه با تصویرسازی بصری و خودالقای‌های مثبت به افراد آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل تکمیل برگه کار "سبک مقابله من" و تمرین روزانه فنون آرمیدگی همراه با تصویرسازی و خودالقای‌های مثبت بود.

جلسه هشتم. هدف این مرحله آموزش مدیریت خشم بود. ابتدا موقعیت‌های خشم‌برانگیز و پاسخ افراد به این موقعیت‌ها توضیح داده شد. شیوه‌های کوتاه مدت و بلند مدت کنترل خشم از جمله ورزش، آرمیدگی، خودآگاهی هیجانی، شیوه‌های حواس‌پرتی، تنفس عمیق و مراقبه مانترا به افراد آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل تمرین روزانه مراقبه مانترا، ثبت پاسخ فرد به پرسشنامه خود ارزیابی شامل گسترش آگاهی از خشم و تمرین شناسایی و تغییر الگوی ویژه خشم بود.

جلسه نهم. هدف این مرحله آموزش شیوه‌های ابرازگرانه و یادگیری سبک‌های بین فردی بود. در این جلسه سبک‌های ارتباطی منفعلانه، پرخاشگرانه و جراتمندانه برای افراد توضیح داده شد. فنون ابراز وجود از جمله فن رد قاطعانه، خلع سلاح، صفحه (CD) خط افتاده و تأیید منفی به افراد آموزش داده شد و به ایفای نقش در طول جلسه پرداخته شد. مراقبه شمارش تنفس نیز آموزش داده شد. تکلیف خانگی شامل تمرین روزانه مراقبه شمارش تنفس و ثبت سه موقعیت ابرازگرانه در طول هفته در "برگه خودنظارتی روزانه" بود.

جلسه دهم. هدف این مرحله مرور کل برنامه، برنامه‌ریزی برای تمرین آرمیدگی خانگی و ایجاد برنامه مدیریت استرس شخصی بود. در این جلسه پس از مرور برنامه مدیریت استرس، دریافت حمایت از خانواده، دوستان، مشاور در هنگام مواجهه با مسایل و مشکلات و نیز ایجاد گروه‌های همیاری به افراد توصیه شد. در پایان با اظهار امیدواری از این‌که اعضا، این آموزش‌ها را در زندگی روزمره به کار ببرند و این فنون را تمرین کنند با همه اعضا خدا حافظی و پایان جلسه اعلام شد. شیوه اجرا. آموزش مدیریت استرس به صورت گروهی برای اعضا گروه آزمایشی در محل "آریانا طب وارنا" اجرا شد و در گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. برای رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام تمامی مراحل پژوهش، مداخله در مورد گروه گواه نیز انجام شد. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیرهای مکرر استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۳۴/۷۵ با انحراف معیار ۶/۲۰ و میانگین سنی گروه گواه ۳۲/۲۰ با انحراف معیار ۵/۴۳ بود. از ۱۰ نفر گروه آزمایش ۷ نفر (۳/۵ درصد) متأهل و ۳ نفر (۱/۵ درصد)

مجرد و در گروه گواه ۹ نفر (۴/۵ درصد) متاهل و ۱ نفر (۰/۵ درصد) مجرد بود. در گروه آزمایش ۲ نفر (۱ درصد) بالای دیپلم، ۵ نفر (۲/۵ درصد) دیپلم و ۳ نفر (۱/۵ درصد) سیکل و در گروه گواه ۱ نفر (۰/۵ درصد) بالای دیپلم، ۵ نفر (۲/۵ درصد) دیپلم و ۴ نفر (۲ درصد) سیکل بودند. شغل تمامی افراد گروه آزمایش یعنی هر ۱۰ نفر (۱۰۰ درصد) آزاد و در گروه گواه ۸ نفر (۴ درصد) شغل آزاد و بقیه دارای مشاغل دولتی بودند. در گروه آزمایش ۸ نفر (۴ درصد) دارای سطح اقتصادی متوسط و ۲ نفر (۱ درصد) زیر متوسط و در گروه گواه ۹ نفر (۴/۵ درصد) دارای سطح اقتصادی متوسط و ۱ نفر (۰/۵ درصد) زیر متوسط بودند. تعداد ۷ نفر (۳/۵ درصد) از گروه آزمایش و ۶ نفر (۳ درصد) از گروه گواه تنها مصرف‌کننده مواد افیونی مانند تریاک، شیره، هروئین و کراک به مدت ۵ تا ۱۰ سال بودند و ۳ نفر (۱/۵ درصد) از گروه آزمایش و ۴ نفر (۲ درصد) از گروه گواه علاوه بر سوءمصرف مواد افیونی، مواد روان‌گردان را نیز به مدت کم‌تر از ۵ سال مصرف می‌کردند.

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه نمونه در خرده‌مقیاس تکانش‌گری بارت و مقیاس

افسردگی، اضطراب و استرس

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار
تاییدنامه می	پیش‌آزمون	۲۶	۲/۶۷	افسردگی ب.ا. و ج.ر.	پیش‌آزمون	۱۳/۳۰	۳/۳۰
	پس‌آزمون	۲۷/۷۰	۳/۱۳		پس‌آزمون	۱۰/۷۰	۲/۹۱
	پیگیری	۲۶/۸۰	۲/۳۵		پیگیری	۱۰/۵۰	۲/۵۹
	پیش‌آزمون	۲۶/۱۰	۴/۰۱		پیش‌آزمون	۱۴/۲۰	۴/۲۱
	پس‌آزمون	۲۶	۴/۱۳		پس‌آزمون	۱۴/۳۰	۴/۴۵
تکانش‌گری حرکتی	پیش‌آزمون	۲۶/۳۰	۳/۹۴	افسردگی ب.ا. و ج.ر.	پیگیری	۳/۵۰	۴/۴۵
	پیش‌آزمون	۲۴/۵۰	۳/۹۲		پیش‌آزمون	۱۲/۹۰	۳/۰۷
	پس‌آزمون	۲۰/۹۰	۳/۷۲		پس‌آزمون	۱۰/۲۰	۲/۳۹
	پیگیری	۲۱/۱۰	۲/۸۸		پیگیری	۱۰/۲۰	۲/۸۲
	پیش‌آزمون	۲۴/۹۰	۳/۵۴		پیش‌آزمون	۱۱/۸۰	۳/۰۸
تکانش‌گری شناختی	پس‌آزمون	۲۴	۴/۱۱	افسردگی ب.ا. و ج.ر.	پس‌آزمون	۱۱/۵۰	۳/۳۱
	پیگیری	۲۴/۵۰	۳/۳۱		پیگیری	۱۱/۴۰	۲/۷۶
	پیش‌آزمون	۱۹/۴۰	۴/۲۴		پیش‌آزمون	۱۳/۵۰	۳/۰۶
	پس‌آزمون	۱۷/۴۰	۳/۰۳		پس‌آزمون	۱۱/۱۰	۲/۴۲
	پیگیری	۱۷/۷۰	۳/۵۹		پیگیری	۱۰/۴۰	۳/۴۱
تکانش‌گری شناختی	پیش‌آزمون	۱۷/۱۰	۳/۷۶	افسردگی ب.ا. و ج.ر.	پیش‌آزمون	۱۲/۸۰	۳/۷۹
	پس‌آزمون	۱۸/۴۰	۲/۵۹		پس‌آزمون	۱۲/۶۰	۳/۵۰
	پیگیری	۱۷/۵۰	۱۸/۴۰		پیگیری	۱۲/۷۰	۳/۶۸

اطلاعات جدول ۱ حاکی از کاهش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در افسردگی، اضطراب، استرس و تکانش‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۲. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها تکانش‌گری

معناداری	شاپیرو-ویلک	درجه آزادی	متغیر
۰/۳۶	۰/۹۵	۲۰	بی‌برنامگی
۰/۵۹	۰/۹۶	۲۰	تکانش‌گری حرکتی
۰/۴۴	۰/۹۶	۲۰	تکانش‌گری شناختی
معناداری	F لوین	درجه آزادی	متغیر
۰/۰۶	۱/۳۸	(۴۵ و ۱۰۶۴)	تکانش‌گری بارت

در جدول ۲ نتیجه آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیر تکانش‌گری است.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها سلامت روان‌شناختی

معناداری	شاپیرو-ویلک	درجه آزادی	متغیر
۰/۲۰	۰/۹۸	۲۰	افسردگی
۰/۲۰	۰/۹۳	۲۰	اضطراب
۰/۲۰	۰/۹۶	۲۰	استرس
معناداری	F لوین	درجه آزادی	متغیر
۰/۱۳	۱/۴۶	(۴۵ و ۱۰۶۴)	سلامت روانی

در جدول ۳ نتیجه آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از برقراری شرط توزیع طبیعی نمره‌ها و نتیجه آزمون لوین نیز نشان‌دهنده برقراری شرط همسانی واریانس‌ها در متغیر سلامت روانی است.

جدول ۴. نتایج آزمون کرویت موخلی برای خرده‌مقیاس‌های تکانش‌گری بارت

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار χ^2	W موخلی	خرده‌مقیاس
۰/۱۳	۲	۶/۳۸	۰/۶۹	بی‌برنامگی
۰/۲۳	۲	۵/۹۶	۰/۷۰	تکانش‌گری حرکتی
۰/۱۰	۲	۵/۹۹	۰/۷۰	تکانش‌گری شناختی

در جدول ۴ نتیجه آزمون موخلی نشان می‌دهد مفروضه کرویت برقرار است و می‌توان از نتیجه آزمون‌های درون گروهی بدون تعدیل درجه آزادی استفاده کرد.

جدول ۵. مشخصه‌های چهارگانه F تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد اثر مداخله بر تکانش‌گری بارت

خرده‌مقیاس	منبع تغییر	شاخص تغییر	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F
		کرویت فرض شده	۲	۴/۲۰	۲/۶۸
بی‌برنامگی	اثر تعامل زمان و گروه	گرینهاوس-گیسر	۲	۵/۵۱	۰/۱۰
		هوین-فلت	۲	۴/۸۶	۲/۶۸
		باند بالا	۲	۸/۴۰	۲/۶۸
		کرویت فرض شده	۲	۱۳/۶۵	۸/۷۶*
تکانش‌گری حرکتی	اثر تعامل زمان و گروه	گرینهاوس-گیسر	۲	۱۷/۶۸	۸/۷۶*
		هوین-فلت	۲	۱۵/۵۶	۸/۷۶*
		باند بالا	۲	۲۷/۳۰	۸/۷۶*
		کرویت فرض شده	۲	۱۳/۹۶	۵/۸۵*
تکانش‌گری شناختی	اثر تعامل زمان و گروه	گرینهاوس-گیسر	۲	۱۸/۱۰	۵/۸۵*
		هوین-فلت	۲	۱۵/۹۲	۵/۸۵*
		باند بالا	۲	۲۷/۹۰	۵/۸۵*

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد دو خرده‌مقیاس تکانش‌گری حرکتی و شناختی معنادارند ($P < 0.001$). این یافته بدین معنا است که این دو خرده‌مقیاس در تبیین تفاوت‌های نیم‌رخ دو گروه نقش دارند.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخله در مقیاس تکانش‌گری بارت

خرده‌مقیاس	مرحله پایه (I)	مراحل (J)	اختلاف میانگین	انحراف معیار
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۲۵*	۰/۵۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۹۰*	۰/۴۳
تکانش‌گری حرکتی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲/۲۵*	۰/۵۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۳۵	۰/۴۶
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۹۰*	۰/۴۴
	پیگیری	پس‌آزمون	۰/۳۵	۰/۴۶
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۵*	۰/۷۰
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۶۵*	۰/۴۴
تکانش‌گری شناختی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۳۵*	۰/۷۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۰	۰/۴۷
	پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۶۵*	۰/۴۴
	پیگیری	پس‌آزمون	-۰/۳۰	۰/۴۷

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ...

در جدول ۶ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد تفاوت میانگین کلیه خرده‌مقیاس‌ها بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($P < 0/001$)؛ اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌ها معنادار نیست که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

جدول ۷. نتایج آزمون کرویت موخلی برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی اضطراب استرس

خرده‌مقیاس	W موخلی	مقدار ^۲	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی	۰/۸۱	۳/۵۲	۲	۰/۴۱
اضطراب	۰/۹۴	۱/۰۲	۲	۰/۱۸
استرس	۰/۹۹	۰/۱۲	۲	۰/۲۳

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد مفروضه کروییت نیز برای این داده‌ها برقرار است. از این‌رو از شاخص گرینه‌اوس-گیسر برای بررسی نتایج معناداری استفاده شد.

جدول ۸. مشخصه‌های چهارگانه F تحلیل اندازه‌گیری مکرر در مورد اثر مداخله بر افسردگی

اضطراب استرس

خرده‌مقیاس	منبع تغییر	شاخص تغییر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
افسردگی	اثر تعامل	کروییت فرض شده	۲	۱۳/۱۱	۹/۷۴*
		گرینه‌اوس-گیسر	۲	۱۵/۵۷	۹/۷۴*
	زمان و گروه	هوین-فلت	۲	۱۳/۵۰	۹/۷۴*
		باند بالا	۲	۲۶/۲۳	۹/۷۴*
اضطراب	اثر تعامل	کروییت فرض شده	۲	۹/۲۲	۹/۲۵*
		گرینه‌اوس-گیسر	۲	۹/۷۶	۹/۲۵*
	زمان و گروه	هوین-فلت	۲	۹/۲۱	۹/۲۵*
		باند بالا	۲	۱۸/۴۳	۹/۲۵*
استرس	اثر تعامل	کروییت فرض شده	۲	۱۲/۰۷	۱۱/۳۵*
		گرینه‌اوس-گیسر	۲	۱۲/۱۵	۱۱/۳۵*
	زمان و گروه	هوین-فلت	۲	۱۲/۰۷	۱۱/۳۵*
		باند بالا	۲	۲۴/۱۳	۱۱/۳۵*

* $P < 0/05$ ** $P < 0/01$

نتایج جدول ۸ نشان می‌دهد هر سه خرده‌مقیاس این نیم‌رخ‌ها معنادارند ($P < 0/02$). این یافته بدین معنا است که هر سه این خرده‌مقیاس‌ها در تبیین تفاوت‌های نیم‌رخ دو گروه نقش دارند. از دیگر سو این‌که اندازه اثر استرس در مقایسه با اضطراب و افسردگی بالاتر است ($P < 0/02$). به عبارتی واضح‌تر می‌توان گفت مداخله، اثر بیش‌تری بر استرس گروه آزمایش داشته است.

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای تعیین اثر مداخله در مقیاس افسردگی اضطراب استرس

خرده‌مقیاس	مرحله پایه (I)	مراحل (J)	اختلاف میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۲۵*	۰/۵۰
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۳۵*	۰/۵۱
		پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۲۵*
	پیگیری	پیگیری	۰/۱۰	۰/۲۷
		پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۳۵*
	اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۱۰
پیگیری			۱/۵۰*	۰/۴۰
پس‌آزمون		پیگیری	۱/۵۰*	۰/۴۳
		پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۵۰*
پیگیری		پیگیری	۰/۰۵	۰/۲۸
		پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۵۵*
استرس	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۰۵	۰/۲۸
		پیگیری	۱/۳۰*	۰/۴۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۶۰*	۰/۴۷
		پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۳۰*
	پیگیری	پیگیری	۰/۳۰	۰/۳۲
		پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۶۰*
	پیگیری	پس‌آزمون	-۰/۳۰	۰/۳۲

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۹ نتایج آزمون بنفرونی نشان می‌دهد در کلیه خرده‌مقیاس‌ها تفاوت بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار ($P < 0.02$) است؛ اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌ها معنادار نیست که که بیانگر آن است که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و اثر مداخله پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد مداخله به شیوه مدیریت استرس موجب کاهش تکانش‌گری شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های حدادی، رستمی، رحیمی‌نژاد و اکبری‌زردخانه (۱۳۸۸)؛ هیدز و همکاران (۲۰۱۰) و آنتونی، ایرونسون و اشناپدرمن (۲۰۱۰) هم‌سو می‌باشد. هم‌چنین این که مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر زیر مقیاس‌های تکانش‌گری به یک اندازه موثر نبوده و بر زیرمقیاس حرکتی بیش‌ترین تأثیر را داشته است. در تبیین این یافته می‌توان چنین فرض کرد، در این مداخله افراد نسبت به شیوه‌های صحیح ابراز وجود و مدیریت خشم آگاهی می‌یابند و این آگاهی موجب می‌شود که افراد در مواجهه با استرس و مشکلات، شیوه‌های ابراز وجود را جایگزین پرخاشگری و رفتارهای تکانشی کنند.

از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهند استفاده از شیوه‌های شرطی‌سازی تقابلی^۱ از جمله آرمیدگی می‌تواند تا حد زیادی خشم و احساس بی‌قراری ناشی از استرس در سوءمصرف‌کنندگان را کاهش دهد (هیدز و همکاران، ۲۰۱۰). در آموزش مدیریت استرس، سوءمصرف‌کنندگان می‌آموزند در هنگام مواجهه با استرس از تمرین‌های آرمیدگی همراه با ایجاد تصویر آرام‌بخش استفاده کنند. این نتایج با یافته‌های کریمی، همتی‌ثابت، احمدپناه و محمدبیگی (۱۳۹۲) همسو است. علاوه بر تکانش‌گری حرکتی این مداخله بر تکانش‌گری شناختی نیز تأثیر مطلوبی داشت. این یافته را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که در آموزش مدیریت استرس به افراد آموزش داده می‌شود که هیجان، افکار و رفتار با یکدیگر رابطه دارند و افراد می‌آموزند که در مواجهه با استرس افکار خودآیند منفی می‌تواند موجب هیجان‌ها و رفتارهای تکانش‌گری شود؛ بنابراین با بازسازی شناختی^۲ و جایگزینی افکار می‌توان هیجان‌ها و رفتار را کنترل کرد (نجاتی، ۱۳۹۲؛ صفرزاده، روشن و شمس، ۱۳۹۱).

کم‌ترین تأثیر این مداخله بر بی‌برنامگی بود که به‌نظر می‌رسد دلیل اصلی آن عدم انگیزه سوءمصرف‌کنندگان در طی درمان بود. لغزش‌های متوالی در طول درمان و عدم حمایت خانواده در زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و جز آن می‌تواند منجر به کاهش انگیزه در سوءمصرف‌کنندگان مواد شود. از سوی دیگر کاهش انگیزه موجب بروز احساس یاس و ناامیدی در افراد می‌شود (پرایس و هرتینگ، ۲۰۱۳). بدیهی است عدم انگیزه کافی، احساس یاس و ناامیدی در طی درمان موجب می‌شود سوءمصرف‌کنندگان مواد هنگام مواجهه با مشکلات توانایی خود را جهت برنامه‌ریزی مناسب، برای حل مسائل ناچیز تصور کنند و دچار تکانش‌گری بی‌برنامگی شوند؛ بنابراین اثربخشی اندک برنامه آموزش مدیریت استرس بر کاهش تکانش‌گری بی‌برنامگی را می‌توان ناشی از کارآمدی اندک این برنامه در افزایش انگیزه سوءمصرف‌کنندگان مواد دانست که برای افزایش انگیزه این افراد لازم است برنامه درمانی ویژه تدوین شود. تعدادی از پژوهش‌ها از جمله پژوهش حدادی و همکاران (۱۳۸۸) نیز اثربخشی اندک برنامه‌های شناختی-رفتاری را بر کاهش تکانش‌گری بی‌برنامگی سوءمصرف‌کنندگان مواد تأیید کرده‌اند که با پژوهش حاضر همسو است.

افزون بر این در این پژوهش اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر متغیرهای سلامت روان معنادان نیز به‌یک اندازه نبود؛ و تأثیر این مداخله بر استرس بیش از اضطراب و افسردگی بود. این نتایج با نتایج سایر پژوهش‌ها از جمله پژوهش جندقی و همکاران (۱۳۸۸)؛ آنتونی و همکاران (۲۰۱۰) هم‌خوان است. کارل و انکن (۲۰۰۸) نشان دادند افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری می‌تواند از تحریف‌های شناختی به‌وجود آمده از علائم و نشانه‌های

1. counter conditioning
2. cognitive restructuring

جسمانی جلوگیری و در نتیجه از راه افتادن دور باطل افکار اضطراب‌زا جلوگیری کند؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد در آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری روش‌های آرمیدگی در کاهش اضطراب و استرس نقش به‌سزایی داشتند. از طرف دیگر کمک به این افراد در شناخت نقاط ضعف شبکه اجتماعی و رفع آن‌ها و همین‌طور آگاهی از رابطه بین احساسات، افکار و شناخت افکار خودکار از سایر عوامل مؤثر در کاهش اضطراب و استرس در این پژوهش بوده است.

از یافته‌های دیگر این پژوهش اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی افراد دچار سوء‌مصرف مواد بود. بازسازی شناختی از جمله روش‌های مؤثر در درمان افسردگی است. این روش دارای سه هدف ۱. شناسایی باورها و افکار منفی، ۲. به چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی و ۳. جایگزینی باورهای منفی با باورهایی منطقی‌تر و سازگارانه‌تر است (روزنهان و سلیگمن، ۲۰۰۹). در این آموزش استفاده از روش‌های شناختی از قبیل تمرین شناسایی افکار منفی و تلاش جهت جایگزینی افکار منطقی و همین‌طور روش‌های مناسب مقابله با موقعیت‌ها از جمله مواردی است که می‌تواند تبیینی بر کاهش نمره‌های افسردگی باشد. از سوی دیگر در آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، با آموزش ابرازگری و سبک‌های ارتباطی درست نظیر آموزش سبک‌های جرات‌مندانه به این افراد، میزان روابط اجتماعی مطلوب و در نتیجه حمایت اجتماعی افزایش می‌یابد و این یکی از عواملی است که خلق افسرده را در این بیماران بهبود می‌بخشد (جندقی و همکاران، ۱۳۸۸). در نهایت نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین سلامت روان گروه آزمایش در مرحله پیگیری نسبت به گروه گواه بیشتر بوده است. اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری در مرحله پیگیری را می‌توان به این صورت تبیین کرد که افراد گروه آزمایش بعد از اتمام جلسه‌های مداخله، به‌صورت نسبتاً منظم از فنون و شیوه‌های درمانی آموخته‌شده طی جلسه‌های درمانی استفاده کرده‌اند. به‌طوری‌که آن‌ها با کمک فنون مختلف دریافتند که مشکلات‌شان چه بوده است و راه‌های مقابله با مشکلات را نیز آموختند.

اعتیاد اختلالی مزمن است که بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد هم‌چون روابط میان‌فردی، ویژگی‌های شخصیتی و شیوه تفکر وی تأثیرگذار است؛ لذا ضروری است مداخله‌های درمانی شامل اقدامات متعددی از جمله خانواده درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی و کسب حمایت اجتماعی شود و در صورتی که مراحل درمان به‌خوبی رعایت نشود ترک با شکست روبه‌رو می‌شود و بیماری عود می‌کند (اختیاری و همکاران، ۱۳۸۸)؛ بنابراین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی این‌گونه درمان‌ها نیز گنجانده و در نظر گرفته شود. از آن‌جا که نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش تکانش‌گری و ارتقاء سلامت روان معطادان بود، لذا این شیوه درمانی می‌تواند به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت درمان مشکلات این افراد به‌کار گرفته شود. از محدودیت‌های این پژوهش نمونه تقریباً

اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ...

ناهمگن از نظر سن و تنوع مصرف مواد و نمونه‌گیری در دسترس بود که قدرت تعمیم‌پذیری نتایج را کاهش می‌دهد. بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی را در جوامع آماری گوناگون انجام دهند.

منابع

- احمدخانی‌ها، حمیدرضا، قرایی‌پور، منوچهر، و پناغی، لیلی. (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی-رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۲(۱): ۸-۳.
- احمدی کانی‌گلزار، ارسلان، اصغرنژاد، سحر، و قلی‌زاده، زلیخا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان‌گری شناختی-رفتاری بر سه عامل پویایی تعارض‌های وابستگی، خشم مادری در درمان افسردگی پس از زایمان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲ پایی): ۶۰-۴۱.
- اختیاری، حامد، صفایی، هومن، اسماعیلی‌جاوید، غلام‌رضا، عاطف‌وحید، محمدکاظم، عدالتی، هانیه، و مکرری، آذرخش. (۱۳۸۸). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسشنامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاگرن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانش‌گری. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳): ۳۳۶-۳۲۶.
- اعظمی، یوسف. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند‌گراس بر کاهش خشم و تکانش‌گری در افراد وابسته به مواد مخدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- جندقی، فاطمه، نشاط‌دوست، حمیدطاهر، کلانتری، مهرداد، و جبل‌عاملی، شیدا. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به سوءمصرف مواد تحت درمان نگه‌دارنده با متادون. *فصلنامه روان‌شناسی بالینی*، ۴(۴): ۵۰-۴۱.
- حدادی، روح‌اله، رستمی، رضا، رحیمی‌نژاد، عباس، و اکبری‌زردخانه، سعید. (۱۳۸۸). اثربخشی گروه-درمانی شناختی-رفتاری کنترل تکانه بر کاهش تکانش‌گری، ولع مصرف و شدت اعتیاد در معتادان مصرف‌کننده کراک. *فصلنامه اعتیادپژوهی سوءمصرف مواد*، ۳(۲): ۵۱-۲۹.
- خوبانی، مریم، زاده‌محمدی، علی، و جراره، جمشید. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش روان‌نمایش‌گری بر مهارت‌های ارتباطی و پرخاشگری دختران پرخاشگر. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۴ پایی): ۴۴-۲۷.
- روزنهان، دیوید ال، و سلیگمن، مارتین ای. پی. (۲۰۰۹). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. انتشارات ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به‌زبان اصلی، ۱۹۹۵).
- صاحبی، علی، اصغری، محمدجواد، و سالاری، سیدرضا. (۱۳۸۵). روایی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) برای یک گروه ایرانی. *مجله روان‌شناسان ایرانی*، ۴(۲): ۳۱۲-۲۹۹.

صفرزاده، عطیه، روشن، رسول، و شمس، جلال‌الدین. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس و آرام‌سازی در کاهش عاطفه منفی و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۶(۴): ۲۱-۳۵.

طوفانی، حمیدف و جوان‌بخت، مریم. (۱۳۸۵). شیوه‌های مقابله‌ای و نگرش‌های ناسالم در معتادان به مواد مخدر و سالم. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۷(۱ و ۲ پیاپی ۲۵ و ۲۶): ۶۳-۵۵. کریمی، حمزه، همتی‌ثابت، اکبر، احمدپناه، محمد، و محمدبیگی، حمید. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری معتادان به حشیش زندان همدان. *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۲): ۱۳۸-۱۲۹.

کریمیان، نگار، گلزاری، محمود، و برجلی، محمد. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مرکز اجتماع درمان‌مدار اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

مظفر، حسین، ذکرایی، منیژه، و ثابتی، مریم. (۱۳۸۸). آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳-۲۸ ساله شهر تهران. *پژوهش‌نامه علوم اجتماعی*، ۳(۴): ۳۳-۵۴.

نارنجی‌ها، هومان، رفیعی، حسن، باغستانی، احمدرضا، نوری، رویا، شیرین‌بیان، پیمان، فرهادی، محمدحسن، وجدانی‌روشن، افشین، و اعتمادی، حسین. (۱۳۸۵). *ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران*. طرح پژوهشی. موسسه داریوش، تهران.

نجاتی، وحید. (۱۳۹۲). تصمیم‌گیری پرخطر در موقعیت‌های اجتماعی: طراحی آزمون ضمنی و معرفی ویژگی‌های روان‌سنجی آن. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۱ پیاپی ۲۶): ۱۱۴-۱۰۱.

نریمانی، محمد. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری در ترک اعتیاد و توان‌بخشی افراد معتاد. *فصلنامه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۹(۱۰): ۴۲-۵۹.

Arce, E., & Santisteban, S. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema*, 18(3): 213-220.

Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., & Wimberly, S. R. (2007). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6(4): 11-43.

Antoni, M. H., Ironson, G., Schneiderman, N. (2010). *Cognitive-behavioral stress management*. Alimohammad, J., Jokar, S., Neshat doost, H. T. Isfahan: Jahad daneshgahi.

Barratt, E., Stanford, M. S., Kent, T. A., Feithous, S. A. (2004). Neuropsychological and cognitive psychophysiology substates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 4(1): 1045-1061.

Carol, M. C., Onken, L. S. (2008). Behavioral therapies for substance abuse. *Journal of Addiction*, 4(5): 153-155.

- Carpintier, P. J., Vangogh, M. T., Knapen, L. J. M., Buitellar, J. K., Dejong, C. A. J., & Novadic, K. (2010). Influence of attention deficit hyperactivity disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone ° maintained patients. *Journal of Addiction Research*, 20(9): 10-17.
- Cleck, J. N., & Blendy, J. A. (2008). Making a bad thing worse: adverse effects of stress on drug addiction. *The journal of clinical investigation*, 118(2): 454-461.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2005). The depression anxiety stress scales (DASS): normative data and latent structure in a large non- clinical sample. *Clinical Psychology*, 42(2): 31-111.
- Crews, F. T., & Boettiger, C. A. (2010). Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 93(9): 237-247.
- Dervaux, A., Bayle, F. J., Laquille, X., Bourdel, M. C., Borgne, M. H. L., Olie, J. P., & Krebs, M. O. (2012). Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity: Sensation seeking, or anhedonia? *Journal of Psychiatry*, 15(4): 492-494.
- Eruch, K. D., Turton, A. J., Chamberlain, S. R., Muller, U., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2014). Cognitive dysfunction and anxious ° impulsive personality traits are endophenotypes for drug dependence. *Psychiatry Research*, 169(9): 926-936.
- Fillmor, M. T., & Rush, C. R. (2010). Impaired inhibitory control of behavioral in chronic cocaine users. *Behavioral Science*, 66(3): 39-86.
- Geiber, B. B. (2012). Attention deficits in cocaine ° dependent patients: convergent behavioral and electrophysiological evidence. *Psychiatry Research*, 160(2): 145-154.
- Grekin, E. R., & Sher, K. J. (2006). Alcohol dependence symptoms among college freshmen: Prevalence, Stability, and person- environment interactions experiment and clinical psychopharmacology. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 14(3): 329-338.
- Harriet de Wit (2008). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Journal of Addiction Biology*, 14(1): 352-368.
- Hides, L., Carroll, S., Catania, L., Cotton, S. M., Baker, A., Scaffidi, A., & Lubman, D. I. (2010). Outcomes of an integrated cognitive behavior therapy (CBT) treatment program for co- occurring depression and substance misuse in young people. *Journal of Affective Disorder*, 6(21): 169-174.
- Jacobson, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with Post Traumatic Stress Disorder. A Review of the Literature. *American Journal of Psychiatry*, 15(8): 1184-1190.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation: Sydney.
- Mayers, L. S., Gamst, G., & Guarion. A. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Thousand and Oaks. CA: Sage.

- Pallant, J. (2007). *A step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. 3th edition. Allen & Unwin: Australia.
- Perry, J., L., Larson, E., B., German, J., P., Madden, G., J., & Carroll, M., E. (2005). Impulsivity (delay discounting) as a predictor of acquisition of IV cocaine self-administration in female rats. *Psychopharmacology (Berl)*, 178(2): 193-201.
- Price, C. J., & Herting, J. R. (2013). Changes in post- traumatic stress symptoms among women in substance use disorder treatment: The mediating role of bodily dissociation and emotion regulation. *Substance abuse: Research and Treatment*, 7(4): 147-153.
- Sinha, R. (2009). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Current Psychiatry Reports*, 11(41): 105-130.
- Sinha, R., Fuse, T., Aubin, I. R., & Malley, S., S. (2008). Psychological stress, drug- related cues, and cocaine crack. *Psychopharmacology*, 15(2): 140-148.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statics*. 3th edition. Boston: Pearson.
- Waldern, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Truner, C. W., & Paterson, T. R. (2006). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4-7 month assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psycho*, 6(9): 802-813.
- Zhang, X. L., Shi, J., Zhao, L. Y., Sun, L., Wang, G. B., David, H., & Lu, L. (2011). Effects of stress on decision making deficits in formerly Heroin ° dependent patients after different durations of abstinence. *Journal of psychiatry*, 16(8): 610-616.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس

سوال	اصلا	کم	متوسط	زیاد
۱. برایم مشکل است آرام بگیرم.	۰	۱	۲	۳
۲. متوجه شده‌ام دهانم خشک می‌شود.	۰	۱	۲	۳
۳. فکر نمی‌کنم بتوانم هیچ نوع احساس خوبی را تجربه کنم.	۰	۱	۲	۳
۴. تنفس کردن برایم مشکل است.	۰	۱	۲	۳
۵. برایم سخت است در انجام کار پیشقدم شوم.	۰	۱	۲	۳
۶. به موقعیت‌هایم به‌طور افراطی واکنش نشان می‌دهم.	۰	۱	۲	۳
۷. در بدنم احساس لرزش می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۸. احساس می‌کنم انرژی روانی زیادی مصرف می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۹. نگرانم که مبادا در بعضی موقعیت‌ها دچار ترس شوم یا به‌کار احمقانه‌ای دست بزنم.	۰	۱	۲	۳
۱۰. احساس می‌کنم چیزی ندارم که منتظرش باشم.	۰	۱	۲	۳
۱۱. خودم را پریشان و سردرگم احساس می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۱۲. آرام بودن و در آرامش به سر بردن برایم مشکل است.	۰	۱	۲	۳
۱۳. احساس دلبردگی و دل شکستگی دارم.	۰	۱	۲	۳
۱۴. نسبت به هر چیزی که مرا از کار باز دارد بی‌تحمل و ناپردبارم (صبرو تحمل ندارم).	۰	۱	۲	۳
۱۵. احساس می‌کنم به عنوان یک فرد ارزش زیادی ندارم.	۰	۱	۲	۳
۱۶. احساس می‌کنم که هر لحظه ممکن است دچار ترس و وحشت شوم.	۰	۱	۲	۳
۱۷. قادر نیستم درباره خیلی چیزها شور و شوق از خود نشان دهم.	۰	۱	۲	۳
۱۸. فکر می‌کنم بسیار حساس و زود رنج هستم.	۰	۱	۲	۳
۱۹. بدون این‌که هیچ‌گونه فعالیت بدنی انجام دهم متوجه شده‌ام که قلبم غیر عادی کار می‌کند.	۰	۱	۲	۳
۲۰. بدون هیچ دلیل موجهی احساس ترس می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۱. احساس می‌کنم زندگی بی‌معناست.	۰	۱	۲	۳

مقیاس تکانش‌گری بارت (BIS)

سوال	هرگز	گاه‌گاهی	اغلب	تقریباً همیشه
۱. کارهای خودم را با دقت برنامه‌ریزی می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲. من کارها را بدون فکر کردن انجام می‌دهم.	۰	۱	۲	۳
۳. من سریع تصمیم می‌گیرم.	۰	۱	۲	۳
۴. من آدم بی‌خیالی هستم.	۰	۱	۲	۳
۵. من آدم بی‌توجهی هستم.	۰	۱	۲	۳
۶. افکار چالش برانگیزی دارم.	۰	۱	۲	۳
۷. مسافرت‌های خود را از قبل برنامه‌ریزی می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۸. فردی خوشتن‌دار هستم.	۰	۱	۲	۳
۹. به راحتی می‌توانم روی چیزی تمرکز کنم.	۰	۱	۲	۳
۱۰. به‌طور منظم پول پس‌انداز می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۱۱. در طول تماشای نمایش یا سخنرانی، دایما وول می‌خورم.	۰	۱	۲	۳
۱۲. متفکری دقیق هستم.	۰	۱	۲	۳
۱۳. امنیت شغلی برایم اهمیت دارد.	۰	۱	۲	۳
۱۴. بدون فکر کردن حرف می‌زنم.	۰	۱	۲	۳
۱۵. دوست دارم در مورد مسائل پیچیده فکر کنم.	۰	۱	۲	۳
۱۶. دایما شغل خود را عوض می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۱۷. تکانشی و نسنجیده رفتار می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۱۸. موقع حل مسائل ذهنی، زود خسته می‌شوم.	۰	۱	۲	۳
۱۹. بدون تأمل عمل می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۰. همیشه با تفکر عمل می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۱. محل زندگی‌ام را دایما عوض می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۲. بر اساس هوس آنی، خرید می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۳. در آن واحد، فقط به یک مساله می‌توانم فکر کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۴. تفریحات خود را همواره تغییر می‌دهم.	۰	۱	۲	۳
۲۵. بیش از درآمدی که دارم، خرج می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۶. هنگام فکر کردن، افکار مزاحم دارم.	۰	۱	۲	۳
۲۷. بیش‌تر به زمان حال علاقه دارم، تا به زمان آینده.	۰	۱	۲	۳
۲۸. در تناثر یا سخنرانی‌ها، آرام و قرار ندارم.	۰	۱	۲	۳
۲۹. معماها را دوست دارم.	۰	۱	۲	۳
۳۰. آینده‌نگر هستم.	۰	۱	۲	۳

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی