



دانشگاه علامه طباطبایی  
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

اثر بخشی آموزش 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

نگارش

نگار کریمیان

استاد راهنما

دکتر محمود گلزاری

استاد مشاور

دکتر احمد برجعلی

استاد داور

دکتر صغری ابراهیمی قوام

تابستان 1390

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقدیم

به پدر و مادرم که با صبر و پشتیبانی مرایاری کرده‌اند.

## تشکر و قدردانی

سپاس فراوان خداوند دانایی و دانایان را که موهبت شاگردی و علم آموزی را به من عطا فرمود تا بتوانم در مسیر پر افتخار کسب علم و دانش قدمی هر چند کوچک بردارم. در اینجا لازم می دانم به مصداق آیه شریفه "من لم یشکر المخلوق لم یشکر الخالق" مراتب قدردانی خود را از محضر کلیه اساتید ارجمندی که افتخار شاگردیشان را داشته‌ام اعلام نمایم بالاخص استادان ارجمند جناب آقای دکتر گلزاری و جناب آقای دکتر برجعلی که انجام این تحقیق مرهون ارشادها و راهنماییهای استادانه ایشان بوده است.

## چکیده

**زمینه:** نقش استرس در آغاز، تداوم و عود اعتیاد پس از درمان، در بررسی های گوناگون مورد تایید قرار گرفته است و بر این نکته نیز تاکید شده است که استرس به خودی خود باعث شروع وابستگی به مواد و یا عود پس از درمان نمی شود، بلکه نبود مهارت های مقابله ای مناسب در رویارویی با استرس در این زمینه مؤثر است. **هدف:** پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود 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 آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری قرار گرفتند و گروه گواه درمان خاصی دریافت نکردند. همه شرکت-کنندگان در پژوهش در آغاز، پایان و سه ماه پس از پایان آموزش، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) را تکمیل کردند و بوسیله آزمایش ادراک مورد سنجش قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی، آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون خی دو 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 ( $P < 0/05$ ). نتایج آزمون خی دو نیز گویای معنی‌دار بودن تفاوت دو گروه از لحاظ میزان عود در مرحله پیگیری بود ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مؤثر است.

**کلید واژه‌ها:** آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری؛ کیفیت زندگی؛ پیشگیری از عود؛ وابستگی به مواد

## فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش.....	۱
۱-۱ مقدمه.....	۱
۱-۲ بیان مسئله.....	۲
۱-۳ اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۳
۱-۴ اهداف تحقیق.....	۵
۱-۵ فرضیه های تحقیق.....	۵
۱-۶ تعریف مفاهیم تحقیق.....	۵
فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش.....	۸
۲-۱ مقدمه.....	۸
۲-۲ ادبیات پژوهش.....	۸
۲-۲-۱ تعاریف.....	۸
۲-۲-۲ طبقه بندی مواد اعتیادآور.....	۱۱
۲-۲-۳ انواع مواد مخدر.....	۱۲
۲-۲-۴ نظریه های اعتیاد.....	۱۶
۲-۲-۵ مروری بر روان درمانی اختلالات وابسته به مواد.....	۲۲
۲-۲-۶ کیفیت زندگی.....	۲۸
۲-۲-۷ استرس.....	۳۴
۲-۲-۸ مدیریت استرس.....	۴۱
۲-۳ پیشینه پژوهش.....	۴۴

۴۴	..... پژوهش های داخلی ۲-۳-۱
۴۶	..... پژوهش های خارجی ۲-۳-۱
۴۹	..... فصل سوم: روش پژوهش
۵۰	..... ۳-۱ مقدمه
۵۰	..... ۳-۲ طرح پژوهش
۵۰	..... ۳-۳ جامعه آماری
۵۰	..... ۳-۴ روش نمونه گیری و حجم آن
۵۱	..... ۳-۵ ملاک های ورود افراد به دوره آموزشی
۵۱	..... ۳-۶ ملاک های خروج افراد از دوره آموزشی
۵۱	..... ۳-۷ ابزار پژوهش
۵۱	..... ۳-۷-۱ آزمایش ادرار
۵۱	..... ۳-۷-۲ پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF36)
۵۳	..... ۳-۷-۳ بسته آموزشی مدیریت استرس
۱	..... ۳-۸ محتوای جلسات درمان
۵۴	..... ۳-۹ روش اجرای پژوهش
۵۵	..... ۳-۱۰ روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۵	..... فصل چهارم: تجزیه تحلیل داده ها
۵۶	..... ۴-۱ مقدمه
۵۶	..... ۴-۲ بررسی توصیفی داده ها
۵۶	..... ۴-۲-۱ بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

۶۰	۴-۲-۲ شاخصهای توصیفی متغیرهای وابسته
۶۰	۴-۳ پیش فرضهای آماری
۶۰	۴-۳-۱ پیش فرض نرمال بودن توزیع
۶۱	۴-۳-۲ پیش فرض تساوی واریانسها
۶۱	۴-۳-۳ تعیین و کنترل متغیرهای همگام و ناخواسته
۶۲	۴-۴ آمار استنباطی و بررسی فرضیهها
۶۷	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۶۷	۵-۱ مقدمه
۶۷	۵-۲ بحث در یافته‌های پژوهش
۷۲	۵-۳ جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۷۲	۵-۴ محدودیت‌های پژوهش
۷۲	۵-۵ پیشنهادهای پژوهش
۷۴	منابع فارسی
۷۸	منابع انگلیسی



## فهرست جداول

- جدول 3-1 طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل..... 50
- جدول 3-2 : خرده مقیاس های SF36 همراه با سوالات مورد بررسی..... 52
- جدول 3-3 رئیس برنامه‌های آموزشی مدیریت استرس..... 54
- جدول 4-1 میانگین، انحراف معیار و دامنه سنی دو گروه مورد بررسی..... 56
- جدول 4-2 نتایج آزمون T مستقل برای بررسی تفاوت میانگین سن در دو گروه..... 57
- جدول 4-3 توزیع فراوانی و درصد تاهل در دو گروه مورد بررسی..... 57
- جدول 4-4 فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات در دو گروه آزمایش و کنترل..... 58
- جدول 4-5 فراوانی و درصد وضعیت اشتغال در دو گروه آزمایش و کنترل..... 58
- جدول 4-6 توزیع فراوانی و درصد متغیرهای نوع مواد مصرفی و روش مصرف..... 59
- جدول 4-7 میانگین و انحراف معیار مدت مصرف قبلی مواد بر حسب سال..... 59
- جدول 4-8 نتایج آزمون T مستقل برای بررسی تفاوت میانگین مدت مصرف قبلی مواد در دو گروه..... 59
- جدول 4-9 میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی در دو گروه..... 60
- جدول 4-10 آزمون شاپیروویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمره‌ی کیفیت زندگی در جامعه..... 60
- جدول 4-11 آزمون لوین در مورد پیش فرض برابری واریانس‌ها برای نمره‌ی کیفیت زندگی..... 61
- جدول 4-12 نتایج همبستگی اسپیرمن بین نمره کیفیت زندگی و متغیرهای رتبه‌ای همگام..... 61
- جدول 4-13 نتایج همبستگی پیرسون بین نمره کیفیت زندگی و سن و مدت مصرف..... 62
- جدول 4-14 نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمره کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون..... 62
- جدول 4-15 نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت میانگین‌های نمره کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری..... 63
- جدول 4-16 نتایج آزمون خی دو برای بررسی تفاوت دو گروه در زمینه عود..... 64

## فهرست نمودارها

نمودار 1-4 تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌ی کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون..... 63

نمودار 2-4 تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌ی کیفیت زندگی در مرحله پیگیری..... 64

نمودار 3-4 بررسی میزان عود در دو گروه کنترل و آزمایش..... 65

نمودار 4-4 بررسی میزان عود در دو گروه کنترل و آزمایش..... 66

# فصل اول

## کلیات پژوهش

## 1-1 مقدمه

امروزه وابستگی به مواد در میان فراگیرترین بحران‌های اجتماعی و سلامتی قرار گرفته و موج تخریب‌کننده آن بر کلیه زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، روانی و تربیتی اثر گذاشته است. اعتیاد بعد از بحران هسته‌ای، جمعیت و محیط زیست چهارمین بحران بشریت است که میلیون‌ها نفر را به صورت مستقیم در جهان گرفتار کرده است. در ایران نیز اعتیاد در سالهای اخیر روند رو به رشدی داشته است. اعتیاد در عصر حاضر پس از فقر و بیکاری سومین آسیب اجتماعی ایران است.

عوامل بیشماری از جمله انواع استرس‌های اجتماعی، اقتصادی و روانشناختی در زمینه‌سازی و بروز اعتیاد نقش دارند. استرس یا فشار روانی یکی از جدی‌تری مسائل بشر از دیرباز تا کنون است. استرس می‌تواند اثرات منفی شدیدی بر سلامتی افراد داشته باشد. 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، 2001). 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.

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 آنهاست. بنابراین مداخلات موثر در درمان سوء مصرف مواد به جای تمرکز بر عمل سوء مصرف به تنهایی، می‌بایست به طیف گسترده‌ای از رفتارهای دیگر نیز توجه نماید (اختیاری، 1388). 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، 1987). بنابراین ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف الکل و مواد

<sup>1</sup> -Sinha

<sup>2</sup> -Abrams & Niaura

نتایج مطلوبی را در پی خواهد داشت، پایه گسترش و روی آوردن به مصرف مواد است (مک کی، هینسون و وال ۱، 1998).

در این پژوهش از برنامه ای که شامل تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری همراه با تعداد قابل توجهی از روش های آرمیدگی است در جهت کمک به افراد وابسته به مواد در نشان دادن واکنش مناسب نسبت به استرسها، ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود استفاده خواهد شد.

## ۲-۱ بیان مسئله

ایران از نظر معتادین به افیون در دنیا مقام اول را دارد. 70٪-60٪ مواد مخدر اروپا از مسیر ایران گذر می کند چرا که 95٪-90٪ تریاک جهان را همسایه ی ما افغانستان تولید می کند (نابدل، 1384). در سالهای اخیر در زمینه ی سوء مصرف مواد در سطوح مختلف سبب شناسی، تشخیص و درمان پیشرفت های چشمگیری به دست آمده است و در درمان از یک رویکرد چند وجهی و الگویی زیستی، روانی و معنوی بهره گرفته می شود (بروک و اشپیتز<sup>۲</sup>، 2002).

درمانهای غیر دارویی با هدف مداخله هایی مانند تغییر نگرشهای نادرست فرد معتاد، آموزش مهارتهای لازم برای مقابله با عوارض جسمی و روانی ترک و تحمل بهتر آنها و مداخله در محیط بیمار با درگیر نمودن خانواده در راستای درمان بیمار و ایجاد یک شبکه اجتماعی حمایت از وی و در نهایت کمک در جهت یادگیری مهارتهای شناختی و حرفه ای لازم در پیدا کردن شغل مناسب و قابل قبول وی و یا انجام وظایف شغلی خود می باشد. سرانجام بازگشت به جامعه به عنوان یک فرد عادی و بهره گیری از یک زندگی معمول با لذات واقعی آن است (جندقی، 1390).

اجتماع درمان مدار برای درمان و بازتوانی معتادان از سال 1958 در آمریکا شروع به کار نمود. اقدام در زمینه کاهش تقاضای مواد براساس برنامه پنج ساله 1382-1378 در ایران شروع شد. اهداف اصلی پیش بینی شده در این برنامه شامل پیشگیری از طریق ارتقاء فرهنگی و کاهش مقبولیت اجتماعی مواد و درمان معتادان و مداخله در بحرانها می باشد. در این برنامه همچنین به کنترل عواقب ثانویه اعتیاد نظیر ایدز توجه شده است با توجه به تاریخچه فوق متاسفانه در کشور ما گامهای موثر در راه پیشگیری و درمان وابستگی به مواد مخدر با تاخیر زیاد طی شده است. با این که سالهاست که اصول علمی مربوط به وابستگی و ترک مواد در سطح جهان اجرا می گردد، هنوز برخی پزشکان کشور ما با این پدیده برخورد غیر علمی دارند. گاهی بارگیری و سم زدایی معادل با درمان تلقی می شود و روان درمانی به عنوان رکنی مهم در درمان نادیده گرفته می شود (سرگلزایی، 1380).

<sup>1</sup> -Mckee, Hinson & Wall

<sup>2</sup> - Brook & Spitz

در زمینه علل اعتیاد و عود بیماران دچار سوء مصرف از دیدگاه روان شناختی بررسی های مختلفی انجام شده است. یکی از عواملی که در اکثر بررسی ها بدان اشاره شده استرس است.

نقش استرس در آغاز، تداوم و عود اعتیاد پس از درمان، در بررسی های گوناگون مورد تایید قرار گرفته است و بر این نکته نیز تاکید شده است که استرس به خودی خود باعث شروع اعتیاد و یا عود اعتیاد پس از درمان نمی شود، بلکه نبود مهارت های مقابله ای مناسب در رویارویی با استرس در این زمینه مؤثر است، به بیان دیگر مقابله به عنوان متغیری تعدیل کننده در رابطه میان رویدادهای استرس زا و پیامدهایی همچون اعتیاد و یا عود عمل می کند و از سوی دیگر الگوی مقابله با استرس افراد دچار اعتیاد یک روش ناسالم در کنار آمدن با شرایط استرس زاست (رابینسون و والش<sup>۱</sup>، 1994).

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 روشهای ناسازگارانه مقابله با استرس و جستجوی لذت هستند (رهسنوف، مارتین و مونت<sup>۲</sup>، 2005).

یکی از تکنیکهای که می تواند در درمان وابستگی به مواد مورد استفاده قرار گیرد و در این پژوهش به کار گرفته شده، مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری است که به مجموعه تکنیکها و روشهای اطلاق می شود که برای کاهش استرس تجربه شده توسط افراد یا افزایش توانایی آنها در مقابله با استرسهای زندگی به کار گرفته می - شوند. این تکنیک ها بسیار متنوع هستند و می تواند شامل برخی روشهای رفتاری (مثل آرام سازی، مراقبه و حساسیت زدایی منظم)، یا روشهای شناختی رفتاری (مثل آموزش مهارت های مقابله ای، آموزش جرات ورزی، ثبت افکار و بازسازی شناختی، مدیریت زمان و مباحث آموزشی و استدلالی) باشد.

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 سؤالات است که آیا برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری در پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد مؤثر است؟ و آیا این برنامه گروهی می تواند منجر به ارتقاء کیفیت زندگی این افراد شود؟

### ۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل<sup>۳</sup> (2005)، شمار مصرف کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت 64-15 ساله ی سراسر جهان 200 میلیون نفر برآورد نموده است. در کشور ایران نیز این مساله شکل مخاطره آمیز و کاملا پیچیده ای به خود گرفته و روز به روز در حال گسترش یافتن می باشد و از این طریق سالانه میلیاردها تومان به کشور خسارت وارد می شود. متأسفانه امروزه بالغ بر نیمی از فضای زندان های کشور را

<sup>1</sup> - Robinson & Walsh

<sup>2</sup> - Rohsenow, Martin & Monte

<sup>3</sup> - United Nation Office for Drug Contorol(UNODC)

معتادان و مجرمان مواد مخدر اشغال نموده و منابع زیادی را در بخشهای گوناگون کشور به تحلیل برده اند و همین مساله در بروز نا امنی بی تاثیر نبوده است. از نظر بهداشتی یکی از عوامل شیوع و بروز امراض مسری چون ایدز ، سل، هپاتیت و امثال آن ناشی از سوء مصرف مواد است که نه تنها خود آنان بلکه سلامت کل جامعه را مورد تهدید قرار می دهد.

مارلات و گوردون<sup>1</sup> (1998) احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوشبینانه ترین شکل تا 50٪ پیش بینی کرده اند، به نظر آنها این احتمال تا 90٪ نیز متغیر می باشد(به نقل از اسنو و اندرسون<sup>2</sup> 2000). جرج کوب<sup>3</sup> (2000؛ به نقل از هدایتی، 1384) نیز تخمین می زند 80٪ معتادانی که دوره سم زدایی را با موفقیت پشت سر گذارده اند، ظرف مدت یک سال و یا کمتر به مصرف مجدد روی می آورند، و تنها 20٪ آنها بهبودی خود را پس از سم زدایی هم ادامه می دهند. با توجه به این موارد در حال حاضر، پیشگیری از عود یکی از چالش های اصلی درمانگران و افراد وابسته به مواد است.

اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری مزمن، پیش رونده و عود کننده است و عوامل زیستی و روانی منجر به گرایش مجدد به سوء مصرف مواد می شود، لذا ضروری است اقدامات درمانی در سطوح مختلف پزشکی ، روانپزشکی و به خصوص روان شناختی به صورت مستمر و پیگیرانه برای کسانی که دچار این بیماری هستند انجام شود.

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 می دهد و کیفیت زندگی را ارتقاء می بخشد (آنتونی<sup>4</sup> و همکاران، ترجمه آل محمد و همکاران، 1388). لذا در صورت اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر اختلال وابستگی به مواد و مشکلات این بیماران، می توان از عود مجدد این افراد جلوگیری نمود و آنان را برای ادامه درمان راغب تر ساخت. همچنین طبق نتایج تحقیقات انجام شده درمان این اختلال در بهبود ابعاد گوناگون کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد مؤثر است (برای مثال رودولف و واتس، 2002)، لذا با توجه به مطالب فوق و نیز نظر به این که طبق بررسی های انجام شده، تاکنون در کشور ما پژوهش های زیادی در زمینه روش های درمانی غیر دارویی و روان شناختی برای اختلالات وابسته به مواد به عمل نیامده است، ایجاد روش های درمانی رفتاری و روان شناختی در کنار درمان دارویی برای پیشگیری و کنترل این اختلال و ارتقای سطح کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد ضروری به نظر می رسد.

<sup>1</sup> - Marllat & Gordon

<sup>2</sup> Snow & Anderson

<sup>3</sup> George Coob

<sup>4</sup> Antoni

#### ۴-۱ اهداف تحقیق

هدف اصلی:

تعیین میزان اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی و پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد  
اهداف اختصاصی:

تعیین میزان اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد

تعیین ثبات اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد در مرحله پیگیری

تعیین میزان اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد

تعیین ثبات اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مرحله پیگیری

#### ۵-۱ فرضیه های تحقیق

**فرضیه ی اول:** برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد مؤثر می باشد.

**فرضیه ی دوم:** اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد در مرحله پیگیری ثبات دارد.

**فرضیه ی سوم:** برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد مؤثر می باشد.

**فرضیه ی چهارم:** اثربخشی برنامه آموزشی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مرحله پیگیری ثبات دارد.

#### ۶-۱ تعریف مفاهیم تحقیق

**الف: تعریف نظری**

**مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری:**

مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به خانواده ای از درمان های مدیریت استرس گفته می شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با



موقعیت های استرس آور تلقی می شود. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله، آموزش مهارت های ابراز وجود، مدیریت خشم و مدیریت زمان می باشد (لیندن<sup>1</sup>، 2005).

#### عود:

مصرف مجدد مواد به صورت منظم بعد از ترک آن که به دنبال لغزش ایجاد می شود، و دوباره وابستگی کامل به مصرف مواد را پیش می آورد (نادری و همکاران، 1387).

#### کیفیت زندگی :

کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، برداشت ذهنی فرد از میزان تأثیری است که بیماری بر حیطه های مختلف زندگی مانند سلامت جسمانی، روانی و عملکرد اجتماعی داشته است (سلا، 1995).

#### وابستگی به مواد:

وابستگی به مواد 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).

#### اجتماع درمان مدار:

اجتماع درمان مدار عبارت است از یک برنامه سازمان یافته و دقیق برای ایجاد و تغییرات در سطوح رفتاری، عاطفی، هیجانی و خانوادگی معتادان که تاکید بسیار بر آموزش "خودیابی و مسئولیت پذیری اجتماعی" ، "رشد شخصیتی" و استفاده از فشار و تاثیر هم گروه ها ، در ایجاد این تغییرات دارد. برنامه جامعه درمانی اسکان شبانه روزی معتادان در جامعه ای کوچک با محیط فیزیکی مشخص را دربرمی گیرد (دیلون<sup>2</sup> ، 1995؛ ترجمه عزیزی، 1384).

#### ب: تعریف عملیاتی

##### مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری:

در پژوهش حاضر، منظور 10 جلسه آموزشی هفتگی می باشد که هر جلسه طی 90 دقیقه برگزار می شود و در آن از اصول و تکنیک های مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری استفاده خواهد گردید. این برنامه آموزشی توسط آنتونی و همکاران (2007) تدوین شده است.

<sup>1</sup> Linden

<sup>2</sup> Dilon

## عود:

معمولا به وسیله ی آزمایش ادرار و خون سنجیده می‌شود که در پژوهش حاضر نیز از آزمایش ادرار برای ارزیابی عود استفاده خواهد شد.

## کیفیت زندگی :

در این پژوهش منظور از کیفیت زندگی میزان نمره ای است که هر فرد از گونه فارسی ابزار استاندارد بین‌المللی SF36 به دست می‌آورد. این پرسشنامه توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی (1992) تهیه شده و به-وسیله‌ی منتظری و همکاران (1384) به زبان فارسی ترجمه و استاندارد شده است.

## مردان وابسته به مواد:

در این پژوهش منظور از مردان وابسته به مواد، مردانی است که دچار وابستگی به مواد هستند و به مرکز اجتماع درمان مدار امید وابسته به بهزیستی استان اصفهان جهت ترک مراجعه کرده اند.

## اجتماع درمان مدار:

در این پژوهش منظور اجتماع درمان مدار امید می‌باشد که در شهر اصفهان واقع شده است.

## فصل دوم

# ادبیات و پیشینه پژوهش

## ۲-۱ مقدمه

در این فصل، ابتدا تعاریف مرتبط با وابستگی به مواد، طبقه‌بندی مواد اعتیادآور و انواع آن، نظریه‌های اعتیاد و نهایتاً مروری بر روان‌درمانی اختلالات وابسته به مواد مورد بحث قرار گرفته است. سپس کیفیت زندگی به عنوان یکی از متغیرهای مهم پژوهش حاضر و با تأکید بر کیفیت زندگی در افراد وابسته به مواد، نیز بررسی شده است. در ادامه، دیدگاه‌های مختلف نظری درباره مفهوم استرس، انواع پاسخ در برابر استرس، مکانیزمهای تأثیر استرس بر سلامتی، تعریف مقابله و انواع مقابله‌های کارآمد و ناکارآمد و رابطه استرس با اعتیاد ارائه گردیده است. سپس مطالبی در راستای معرفی درمان مدیریت استرس بیان شده است. در پایان نیز پژوهش‌های داخلی و خارجی مرتبط با متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

## ۲-۲ ادبیات پژوهش

### ۲-۲-۱ تعاریف

قبل از پرداختن به این بخش، ضروری است که به گونه‌ای مختصر با مفاهیم مربوط به وابستگی به مواد و مواد اعتیادآور آشنا شویم:

- **وابستگی به مواد**<sup>۱</sup>: یک الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که منجر به تخریب چشمگیر بالینی یا ناراحتی می‌شود

و با سه مورد از موارد زیر تظاهر می‌کند که زمانی در یک دوره 12 ماهه بروز می‌کند:

1- تحمل<sup>۲</sup> که به یکی از دو صورت زیر تعریف می‌شود:

الف- نیاز به افزایش مقدار ماده برای رسیدن به مسمویت یا تاثیر دلخواه

ب- کاهش قابل ملاحظه اثرات ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن

2- حالت ترک<sup>۳</sup> که به یکی از دو شکل زیر تظاهر می‌کند:

الف- سندرم ترک مشخص برای آن ماده

ب- همان ماده (یا ماده‌ای مشابه آن) برای رفع یا جلوگیری از علائم ترک مصرف می‌شود.

3- ماده غالباً به مقادیری بیشتر و برای دوره‌ای طولانیتر از آنچه موردنظر است مصرف می‌شود.

4- میل دائمی برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد و یا تلاشهای ناموفقی در این زمینه صورت می‌گیرد.

5- زمان زیادی در فعالیتهای لازم برای بدست آوردن ماده (مثلاً مراجعه به اطباء متعدد یا رانندگی‌های طولانی)،

مصرف ماده (مثلاً تدخین پیاپی) یا رهایی از آثار ماده صرف می‌شود.

6- فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی بخاطر مصرف ماده کنار گذاشته می‌شود.

<sup>1</sup> - Substance dependence

<sup>2</sup> - Tolerance

<sup>3</sup> - Withdrawal