

## اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد

نگار کریمیان<sup>۱</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۶/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۱/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد انجام شده است. **روش:** در یک طرح آزمایشی، ۳۰ نفر از افراد وابسته به موادی که در مرکز اجتماع درمان مدار شهر اصفهان مقیم بودند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) بررسی شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان 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 درمان، بوسیله آزمایش ادرار مورد سنجش قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی و آزمون خی دو به کار برده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که در دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان عود در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد اما میزان عود در گروه کنترل در مرحله پیگیری به طور معناداری بیشتر از گروه آزمایش بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته در مرحله پیگیری ثابت دارد.

**کلید واژه‌ها:** درمان شناختی-رفتاری، مدیریت استرس، عود، وابستگی به مواد

## 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. دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ی سراسر جهان ۲۰۰ 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. درمان اعتیاد در دنیا جزء موارد دشوار شناخته شده است. مارلات و گوردون<sup>۲</sup> (۱۹۸۵) احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوشبینانه‌ترین شکل تا ۵۰٪ پیش‌بینی کرده‌اند؛ به نظر آنها این احتمال تا ۹۰٪ نیز متغیر می‌باشد (به نقل از اسنو و اندرسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰). کوپ<sup>۴</sup> (۲۰۰۰؛ به نقل از هدایتی، ۱۳۸۴) نیز تخمین می‌زند ۸۰٪ معتادانی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت پشت سر گذارده‌اند، ظرف مدت یک سال و یا کمتر به مصرف مجدد روی می‌آورند و تنها ۲۰٪ آنها بهبودی خود را پس از سم‌زدایی ادامه می‌دهند. با توجه به این موارد در حال حاضر، پیشگیری از عود یکی از چالش‌های اصلی درمانگران و افراد وابسته به مواد است.

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، ۱۳۸۸). از آنجا که مهارت مقابله با استرس قابل آموزش است، در درمان شناختی-رفتاری به این فرض نظریه‌ی یادگیری اجتماعی تاکید می‌شود که افراد معتاد،

1. United Nation Office for Drug Control  
2. Marlatt & Gordon  
3. Snow & Anderson  
4. Coob

نیازمند فراگیری مهارت های انطباقی و جایگزینی روش های ناسازگارانه مقابله با استرس و جستجوی لذت هستند (رهسنوف، مارتین و مونته<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). پژوهش ها نشان داده اند که درمان شناختی-رفتاری در کاهش مصرف مواد (مارس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ احمد خانیها، قرائی پور و پناغی، ۱۳۸۵)، مقابله با هیجانات منفی (اتو، پاورز و فیشمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵)، کاهش میزان بازگشت به مواد (فیشر و اسکات<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶؛ عاشوری، ۱۳۸۵؛ قربانی، ۱۳۸۹) و بهبود کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد (مؤمنی، ۱۳۸۸) مؤثر می باشد.

تکنیک های مدیریت استرس و تمرین آرمیدگی میتوانند از طریق کاهش سطح استرس فرد به کاهش تاثیر استرس ها 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 افزایش دهد. این امر تغییرات حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی را کاهش می دهد و کیفیت زندگی را ارتقاء می بخشد (آنتونی<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه آل محمد، جوکار و نشاط دوست، ۱۳۸۸). برنامه ی 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، تصویرسازی و دیگر تکنیک های کاهش اضطراب با رویکردهای شناختی-رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش مقابله ای موثر، آموزش ابراز وجود و مدیریت خشم است. این تکنیک ها همگی در یک برنامه گروهی که شامل ۱۰ مبحث هفتگی است گرد آمده اند، همچنین در این برنامه برخی از استرس زاهای موقتی زندگی بیماران به منظور کاربرد این تکنیک های مدیریت استرس مطرح شده است (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۷؛ ترجمه آل محمد و همکاران، ۱۳۸۸). مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری چهار نوع مزیت دارد: اولین مزیت این نوع درمان این است که بیمار نگرشی را نسبت به زندگی می پذیرد که شامل توانایی بیشتر برای

1. Rohsenow, Martin & Monte  
 2. Mars  
 3. Otto, Powers & Fischmann  
 4. Fisher & Scott  
 5. Antoni

سازگاری با وقایعی است که فرد نمی تواند آنها را تغییر دهد. دومین مزیت آن ایجاد تغییر مثبت در خودپنداره است به گونه ای که فرد بیشتر خودش را قادر به مدیریت استرس می بیند. تغییر در این ابعاد احتمالاً نتیجه مستقیم بازسازی شناختی و آموزش مهارت های مقابله ای است که موجب ایجاد راهبردهای مقابله ای شناختی سازگارانه تری می شود (لوتندورف، آنتونی و ایرونسون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸). سومین مزیت این درمان، تغییر در روابط بین فردی است که احساسات قوی تر ارتباط با دوستان و اعضای خانواده و همدلی بیشتر با سایر افراد را دربر می گیرد. این تغییرات احتمالاً مرتبط با آموزش ها و دریافت حمایت اجتماعی است و به وسیله ایبراز هیجانات و حمایت ایجاد شده بوسیله ی تجارب گروهی بهبود می یابد (بوور و سگرستروم<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). 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 وسیله ی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری ایجاد می شود و ممکن است بیشترین ارتباط را با ابراز هیجانات و فرایندهای شناختی ایجاد شده به وسیله تجارب هیجانی داشته باشد (بوور، کمنی، تایلر و فاهی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). برنامه مدیریت استرس به شیوه گروهی به کار برده می شود. در اختلالات سوء مصرف مواد گروه درمانی به دلیل مزایای خاص خود و کثرت سوء مصرف 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 رفتار گردد. بر این اساس است که گروه درمانی، به عنوان درمان انتخابی وابستگی به مواد مطرح شده است (مک کاردی و اپستین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

درباره نقش استرس در شروع، تداوم و عود اعتیاد پس از درمان توافق بر این نکته است که فشار روانی خود بخود سبب ساز نمی باشد بلکه عاملی در این میانه نقش واسطه را بازی

1. Lutgendorf, Antoni & Ironson  
2. Bower & Segrestrom  
3. Bower, Kemeny, Taylor & Fahey  
4. Mc Crady & Epestin

می‌کند و آن فقدان مهارت‌های مقابله‌ای است (به نقل از شعاع کاظمی، ۱۳۸۷). سوء مصرف 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>۱</sup>، ۱۹۸۷). بنابراین ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی را در پی خواهد داشت، پایه گسترش و روی آوردن به مصرف مواد است (مک کی، هینسون و وال<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸).

در پژوهشی که توسط آندرسون، ریمو و بران<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) با هدف بررسی نقش مهارت‌های مقابله‌ای و استرس‌زدگی در بازگشت به مصرف مواد در بین افراد نوجوان صورت گرفت، نتایج نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای به عنوان یک عامل حمایت‌کننده در پیشگیری از عود مواد در مرحله بعد از درمان و به ویژه در افراد با اختلالات همبودی که سطوح بالایی از استرس‌زدگی را دریافت کرده‌اند مؤثر بوده است. نتایج پژوهش جندقی (۱۳۹۰) نیز نشان داد که مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری منجر به کاهش مشکلات روانشناختی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون می‌شود.

با توجه به مطالب ذکر شده در بالا و همچنین کمبود منابع پژوهشی در زمینه مداخلات روان‌درمانی مرتبط با وابستگی به مواد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد می‌باشد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد به صورت آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه وابستگان مواد مقیم در مرکز اجتماع درمان‌مدار امید اصفهان در زمستان ۸۹ و بهار ۹۰

1. Abrams & Niaura  
2. Mckee, Hinson & Wall  
3. Anderson, Ramo & Brown

تشکیل می دادند. روش نمونه گیری پژوهش حاضر از نوع نمونه گیری تصادفی ساده بوده است. بدین ترتیب که ابتدا به صورت تصادفی ۳۰ نفر از وابستگان مواد مقیم در مرکز اجتماع درمان مدار امید اصفهان انتخاب شدند، سپس آنها در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک های ورود افراد به دوره آموزشی عبارت بودند از: وابستگی به مواد بر اساس چاپ چهارم ملاک های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، عدم وجود علائم سایکوز و اختلالات شدید روانپزشکی، داشتن حداقل تحصیلات دوره راهنمایی و آزمایش منفی ادرار برای مواد. ملاک های خروج افراد از دوره آموزشی عبارت بودند از: داشتن غیبت بیش از سه جلسه در طی دوره، شرکت همزمان در برنامه های درمانی دیگر و ابتلا به اختلالات روانپزشکی و بیماری های جسمی شدیدی که مانع شرکت در جلسات درمانی شود. برای بررسی عود در افراد شرکت کننده در پژوهش، آزمایش ادرار (کیت های ویژه) به کار برده شد.

بسته آموزشی شامل خلاصه ای از محتوای ۱۰ جلسه ی درمان می باشد. این برنامه درمانی توسط آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) تدوین شده است. هر جلسه شامل اطلاعات روانی-آموزشی در مورد تکنیک های مدیریت استرس و دستورالعمل های اساسی تمرین های آرمیدگی می باشد. در بسته آموزشی، فرم ها و برگه هایی جهت تکمیل فعالیت های درون جلسه ای به منظور افزایش سطح آگاهی شرکت کنندگان از فرایندهای ظریف پاسخ استرس و همچنین تمرین تکنیک های مدیریت استرس در نمونه هایی از موقعیت های استرس زا طراحی شده است. علاوه بر فعالیت های درون جلسه ای، هر جلسه تکلیف خانگی را نیز در بردارد که به افراد در کاربرد تکنیک های تازه آموخته شده در وقایع و شرایط استرس زای زندگی روزمره کمک می کند. پنج گام تکنیک های مدیریت استرس که در این برنامه مورد استفاده قرار گرفته اند، عبارتند از: بازسازی شناختی، آموزش مهارت های مقابله ای، آموزش ابرازگری، مدیریت خشم و ایجاد حمایت اجتماعی. برای آموزش هر کدام از این تکنیک ها به شرکت کنندگان، یک الی سه جلسه در نظر گرفته شده است. در جدول ۱ فعالیت های جلسات درمانی به طور مختصر ارائه شده است.

1. DSM-IV  
2. Schneiderman

## جدول ۱: جلسات درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری

جلسه اول	معرفی برنامه/استرس زاها و پاسخ‌های استرس/آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای
جلسه دوم	آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای/ استرس و آگاهی
جلسه سوم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای/ ارتباط افکار و هیجانات
جلسه چهارم	آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل/ تفکر منفی و تحریفات شناختی
جلسه پنجم	آموزش خود زاد برای سنگینی و گرما/ جایگزینی افکار منطقی
جلسه ششم	آموزش خود زاد برای ضربان قلب، تنفس، شگم و پیشانی/ مقابله‌ی کارآمد
جلسه هفتم	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای/ اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر
جلسه هشتم	مراقبه‌ی مانترا/ مدیریت خشم
جلسه نهم	مراقبه‌ی شمارش تنفس/ آموزش ابرازگری
جلسه دهم	تصویرسازی و مراقبه/ حمایت اجتماعی و مرور برنامه

قبل از برگزاری جلسات، بعد از اتمام جلسات و سه ماه بعد از آموزش مدیریت استرس، آزمایش ادرار برای هر دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد.

## یافته‌ها

جدول ۲ به بررسی متغیرهای جمعیت شناختی شامل میانگین سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال در دو گروه آزمایش و کنترل می‌پردازد.

## جدول ۲: مقایسه یافته‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرهای جمعیت‌شناختی	گروه آزمایش	گروه کنترل	آزمون	ارزش P
میانگین سن	۳۰/۱۳	۲۸/۷۳	t = ۰/۶۱	P = ۰/۵۱
وضعیت تأهل (متأهل)	۲	۳	X <sup>۲</sup> = ۰/۲۴	P = ۰/۶۲
زیردیپلم	۴	۳		
دیپلم	۸	۱۰	X <sup>۲</sup> = ۰/۱۹	P = ۰/۹۰
بالا‌تر از دیپلم	۳	۲		
شاغل	۱۲	۱۱		
بیکار	۳	۴	X <sup>۲</sup> = ۰/۱۸	P = ۰/۶۶

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود دو گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری با هم ندارند.

توزیع فراوانی و درصد متغیرهای نوع ماده مصرفی و روش مصرف در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی و درصد متغیرهای نوع ماده مصرفی و روش مصرف

نتایج آزمون خی دو		گروه کنترل		گروه آزمایش			
سطح معنی داری	درجه آزادی	خی دو	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	متغیرها
			۵۳/۴	۸	۴۶/۷	۷	شیشه
۰/۶۹	۲	۰/۷۳	۳۳/۳	۵	۴۶/۷	۷	نوع ماده مصرفی کراک
			۱۳/۳	۲	۶/۷	۱	هروئین
			۷۳/۳	۱۱	۷۳/۳	۱۱	روش تدخین
۱	۱	۰	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	مصرف تزریق

جدول ۳ نشان می دهد که فراوانی افرادی که شیشه و کراک مصرف می کنند در هر دو گروه آزمایش و کنترل بیشتر از افرادی است که هروئین مصرف می کنند، همچنین فراوانی روش مصرفی تدخین در هر دو گروه بیشتر از روش تزریق است. نتایج آزمون خی دو نیز نشان می دهد که در فراوانی هیچکدام از این دو متغیر یعنی نوع ماده مصرفی و روش مصرف تفاوت معنی داری در دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد. میانگین و انحراف معیار مدت مصرف قبلی مواد در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: آماره های توصیفی و استنباطی آزمون تی برای مدت مصرف قبلی مواد بر حسب سال

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره t	معناداری
آزمایش	۱۰/۴۶	۳/۷۵		
کنترل	۱۰/۵۳	۵/۴۶	-۰/۳۰	۰/۹۶

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که میانگین مدت وابستگی در دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۱۰/۴۶ سال و ۱۰/۵۳ سال و انحراف استاندارد در این دو گروه نیز به ترتیب ۳/۷۵



و ۵/۴۶ سال است. نتایج آزمون t مستقل نیز نشان می دهد که بین میانگین مدت مصرف قبلی مواد در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد. برای بررسی اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود از آزمون خی دو استفاده شد.

#### جدول ۵: نتایج آزمون خی دو برای بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه عود

مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	خی دو	درجه	معنی داری	تصحیح یتس	
	عود	بدون عود					خی دو	معنی داری
پس آزمون	۲	۱۳	۶	۹	۱	۰/۰۹	۱/۵۳	۰/۲۱۵
پیگیری	۳	۱۲	۱۰	۵	۱	۰/۰۱	۴/۸۸	۰/۰۲۷

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود سطح معنی داری با اعمال تصحیح یتس در مرحله پس آزمون برابر با ۰/۲۱۵ گردیده است که این مقدار بیشتر از ۰/۰۵ می باشد بنابراین بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر فراوانی عود در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد.

از طرفی در مرحله پیگیری با اعمال تصحیح یتس مقدار خی دو برابر با ۴/۸۸ گردیده و سطح معنی داری نیز برابر با ۰/۰۲۷ گردیده است ( $P < 0/05$ )، که نشان می دهد بین گروه آزمایش و کنترل از نظر فراوانی عود در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد و میزان عود در گروه کنترل بیشتر است.

#### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد انجام شد. نتایج آزمون خی دو نشان داد بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر فراوانی عود در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد، یعنی برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مرحله پس آزمون تأثیری نداشته است. قبلاً پژوهشی که اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری را بر پیشگیری از عود مردان وابسته به

مواد مورد بررسی قرار دهد، انجام نگرفته است، اما این یافته تا حدودی همسو با پژوهش سوزان (۲۰۰۸) می باشد. این پژوهش به مقایسه دو موقعیت درمانی شناختی-رفتاری و تسهیل ۱۲ گامی پرداخته است؛ نتایج نشان داد که نصف نمونه در دوره‌ی ۲۴ هفته‌ای مطالعه بازگشت داشتند و تفاوت معناداری بین دو نوع درمان یافت نشد. تفاوت این پژوهش با پژوهش حاضر در این است که یکی از گروه‌ها تحت درمان شناختی-رفتاری و دیگری تحت درمان تسهیل ۱۲ گامی قرار گرفته است. همچنین می توان گفت این یافته پژوهش تقریباً مخالف با یافته‌های پژوهش‌های احمدخانیها و همکاران (۱۳۸۳)، عاشوری (۱۳۸۷) و قربانی (۱۳۸۹) است که همگی نشان دهنده‌ی تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش میزان بازگشت به مواد می باشند. معنادار نبودن اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد را می توان اینگونه تبیین کرد که اگر چه شیوه مدیریت استرس تغییرات مثبتی را در جهت کاهش فراوانی بازگشت به اعتیاد در مرحله پس‌آزمون در افراد نمونه پژوهش باعث شده است، اما این تغییرات به آن اندازه نیست که از نظر آماری معنادار باشد. از دلایل عدم تأثیر می توان به کوچک بودن حجم نمونه مورد مداخله اشاره کرد، اگر حجم نمونه بیشتر می شد احتمالاً تفاوت آماری معنادار می گشت. از دلایل دیگر می توان به پیچیده بودن درمان وابستگی به مواد اشاره کرد؛ درمان کامل وابستگی به مواد امری دشوار و دارای ابعاد چندگانه است و یک درمان کوتاه مدت نمی تواند کاملاً جوابگو باشد و تعداد بیمارانی که بعد از اتمام روش‌های مختلف درمانی، ترک موفق و دوران پاکی طولانی مدت داشته‌اند نسبت به تعداد بیماران ناموفق در این زمینه اندک هستند. مارلات و گوردون (۱۹۸۵) احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوشبینانه‌ترین شکل تا ۵۰٪ پیش بینی کرده‌اند. به نظر آنها این احتمال تا ۹۰٪ نیز متغیر می باشد (به نقل از اسنو و اندرسون، ۲۰۰۰). نکته بعدی به دید و نگرش افراد وابسته به مواد به درمان برمی گردد؛ احتمالاً افرادی که نسبت به درمان دید خوش‌بینانه‌ای نداشته‌اند از

درمان بهره کافی نگرفته و قادر به بکارگیری تکنیک‌های آموخته شده در زندگی روزمره نبوده‌اند.

نتایج آزمون‌های دو نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر فراوانی عود در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد، یعنی اثربخشی برنامه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر پیشگیری از عود مردان وابسته به مواد در مرحله پیگیری ثابت دارد. این یافته تا حدودی با پژوهش احمدخانیها و همکاران (۱۳۸۳) که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش بازگشت به مواد تا ماه‌ها پس از پایان درمان را نشان می‌دهد و پژوهش محرابی، نشاط دوست و مولوی (۱۳۸۴) که اثربخشی گروه درمانی با ساختار آموزش خانواده در کاهش بازگشت به مصرف مواد در مرحله پیگیری را نشان می‌دهد، همخوانی دارد. این یافته نشان می‌دهد که نسبت به مرحله پس آزمون افراد بیشتری از گروه گواه عود داشته‌اند تا به آن اندازه که تفاوت فراوانی عود در دو گروه آزمایش و گواه معنادار گشته است. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که اثرات ناشی از ترک یکی از نگرانی‌های عمده افراد وابسته به مواد است. برای اولین بار، مقیمان ترک کرده، گستره‌ای از عواطف که نه تنها شامل خوشی و محبت، بلکه شامل خشم، آزار، ناامیدی، غمگینی و گناه است را تجربه می‌کنند. این تجربه‌های جدید اغلب برای فرد آشفته کننده است و می‌تواند به طور متناقضی منجر به تسریع اخراج فرد از درمان یا مصرف مجدد مواد شود (دی لئون، ۱۹۹۳؛ ترجمه‌ی ابراهیمی، ۱۳۸۱). بنابراین احتمالاً در مداخله مدیریت استرس با دادن آگاهی‌های صحیح در مورد ماهیت وابستگی به مواد و عوارض جانبی ناشی از ترک، ترس غیرواقع‌بینانه افراد گروه آزمایش کاهش یافته و آنها با بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای آموزش داده شده نسبت به بازگشت به مصرف مواد بیشتر مقاومت کرده‌اند. در واقع، در آموزش مهارت‌ها به فرد کمک می‌شود تا عادت‌های گذشته مربوط به وابستگی به مواد را ترک کرده و مهارت‌ها و عادت‌های سالم‌تری را

فراگیرد؛ همچنین برای پیش‌گیری از عود به مراجع در زمینه شناسایی و برنامه‌ریزی مقابله با موقعیت‌های پرخطری که ممکن است در آینده رخ دهد کمک می‌شود، که همه این آموزش‌ها می‌تواند به بهبود احساس کارآمدی و پرورش راهبردهای مهار خود در موقعیت‌های پرخطر منجر شده و سبب کاهش عود در گروه آزمایش شده باشند.

با توجه به نتایج این پژوهش، مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی، در پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد به کار گرفته شود. امید است نتایج پژوهش حاضر، 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 سبب‌شناسی اعتیاد، کاربرد روش‌های مدیریت استرس به عنوان وسیله‌ای جهت پیشگیری از ابتلای افراد به این اختلال پیشنهاد می‌شود.

#### منابع

آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل؛ اشنايدرمن، نیل (۲۰۰۷) **راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری**. مترجمان: سید جواد آل محمد، سولماز جوکار، حمید طاهر نشاط دوست. انتشارات جهاد دانشگاهی، اصفهان.

احمدخانیها، حمیدرضا؛ قرائی‌پور، منوچهر و پناغی، لیلا (۱۳۸۵) اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان شناختی-رفتاری در وابستگی به مواد افیونی. **مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران**. ۱۲، بهار ۱۳۸۵.

اختیاری، حامد (۱۳۸۸). مهارت‌های مقابله‌ای، مجموعه‌ای از بسته‌های مداخلات روانشناختی با هدف ارتقاء خدمات درمان سوء مصرف مواد. **فصلنامه اعتیاد**، شماره ۹، ص ۸۰-۷۹.

جندقی، فاطمه (۱۳۹۰) بررسی اثربخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش مشکلات روانشناختی معنادان تحت درمان نگهدارنده با متادون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان-شناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند.

دی‌لئون، جرج (۱۳۸۱) اجتماع درمان‌مدار. ترجمه‌ی علی‌اکبر ابراهیمی. اصفهان: انتشارات کنکاش. شعاع کاظمی، مهرانگیز (۱۳۸۷). بررسی مقایسه‌ای راهبردهای مقابله‌ای و نگرش نسبت به اعتیاد در معتادین. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۲، (۷)، ۷۹-۸۹.

عاشوری، احمد (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر بهبود مهارت‌ها، سلامت روانی و پیشگیری از عود در افراد وابسته به مواد افیونی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه شیراز.

قربانی، طاهره (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری مبتنی بر مهارت‌های مقابله‌ای و درمان نگهدارنده با متادون در بهبود عوامل شناختی و رفتاری مرتبط با مصرف مواد و پرهیز از مواد افراطی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه تربیت معلم.

محرابی، حسین‌علی؛ نشاط‌دوست، حمیدطاهر و مولوی، حسین (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی گروه درمانی ساختاریافته و آموزش خانواده در کاهش عود بیماران وابسته به مواد شهر اصفهان. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، شماره ۲۲(۶)، ۴۸-۵۵.

مؤمنی، فرشته (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش میزان اشتیاق و بهبود کیفیت زندگی معنادان به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده با متادون. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

هدایتی، نرگس (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های فردی محافظت‌کننده در برابر عود اعتیاد در معنادان گمنام (NA) شهرستان شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

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.

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*, 38, 3-15.

Antoni, M. H., Gruess, S., Gruess, D. G. & Ironsson, G. (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.

- Bower, J. E., Kemeny, M. E. Taylor, S. E. & Fahey, J. L. (2003). Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement – related disclosure intervention. **Annals behavioral medicine**, 25, 55-146.
- Bower, J., E. & Segrestrom, S.,C. (2004). Stress Management, finding of benefit, and immune function: Positive mechanisms for intervention effects on physiology. **Journal of Psychomatic Research**, 56,9-11.
- Brook, D. M. & Spitz H. I. (2002). **The Group Therapy of substance abuse**. New York: Health Medical Press.
- Fisher, M., Scott, S., R. (1996). Effectiveness study of two group models with substance abusing mentally ill (multi challenged) consumers. **Journal of Alcohol Drug Education**; 52: 25-38.
- Ltgendorf, S. K., Antoni, M. H., 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 seropositive gay man. **Psychosomatic Medicine**. 60, 204-214.
- Marllat. G. A, Gordon. (1985). **Relapse prevention**. Newyork, guilfory press.
- Mars, K. (2001). Psychotherapeutic interventions for cannabis abuse. **Studies/trials**. Published. Friday, 21-Jul, 2006.
- Mc Crady, H. & Epstein, 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.
- Otto, M. W., Powers, M. B., & Fischmann, D. (2005). Clinical Psychology Review, outcome research study at one year changes in substance use health and criminal behaviour after one year. London: Departmrnt of health, preference in rat. **Brain Research**, 965, 212-21.
- Rohsenow, D. J., Martin, R. A, & Monte, P. M. (2005). Urge-specific and life style coping strategies of cocaine abusers: Relationship to treatment outcomes. **Druge and Alcohol Dependence**, 78. 211-219.
- Snow, D., & Anderson, C. (2000). Exploring the factors influencing relapse and recovery among drug and alcohol addicted women. **Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Program**, University of Texas at Arlington, USA.
- Susan, R. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: Role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. **Psychology of Addiction Behaviours**, 22 (1), 47-57.
- UNODC web site. Available at [Http:// www.UNODC.ir](http://www.UNODC.ir)