

## Original article

## The Effectiveness of Group-Based Cognitive-Behavioral Stress Management in Improving Life Quality in Wives of Addicts Undergoing Treatment with Methadone

Mohammad Shahkarami <sup>1</sup>  
Kianoush Zahrakar <sup>2</sup>  
Sirous MoradiZadeh <sup>3</sup>  
Reza Davarniya <sup>4\*</sup>  
Mohammad Shakarami <sup>5</sup>

- 1- MA in Family Counseling, Tasmim Addiction Treatment Center, Lorestan, Iran
- 2- Assistant Professor of Counseling Department, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
- 3- MA in Educational Psychology, Psychological Center of Lorestan Educational, Lorestan, Iran
- 4- PhD Candidate of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
- 5- PhD Candidate of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

\*Corresponding Author: Reza Davarniya,  
Faculty of Psychology and Educational  
Sciences, Kharazmi University, Karaj,  
Alborz, Iran

E-mail: Rezadavarniya@yahoo.com

Received: 20 June 2015

Accepted: 9 September 2015

### ABSTRACT

**Introduction and purpose:** Cognitive-behavioral stress management refers to a group of stress management interventions with a cognitive-behavioral approach. The aim of this study is to determine the effectiveness of group-based cognitive-behavioral stress management in improvement of life quality of women whose husbands take methadone in their treatments.

**Methods:** This semi-experimental intervention was conducted on all the women whose husbands were receiving methadone treatment in Tasmim Addiction Treatment Center in Khoramabad, Iran, 2013. Of all the participants, 24 women were randomly selected, and then were divided into experimental and control groups. World Health Organization Quality of Life Questionnaire was completed by the subjects in two pre-test and post-test phases. Moreover, 10 two-hour sessions of group-based cognitive-behavioral stress management therapy were conducted on the experimental group. To analyze the data univariate ANCOVA was run using SPSS 18.

**Results:** In post-test, the mean quality of life score of the experimental group was significantly greater than that of the control group. In other words, cognitive-behavioral stress management improved life quality in the intervention group.

**Conclusion:** Given the results of the present study, the cognitive-behavioral stress management can be used as a selective therapy for life quality promotion among the wives of addicts.

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy, Quality of life, Stress management, Women

► **Citation:** Shahkarami M, Zahrakar K, MoradiZadeh S, Davarniya R, Shakarami M. The Effectiveness of Group-Based Cognitive-Behavioral Stress Management in Improving Life Quality in Wives of Addicts Undergoing Treatment with Methadone. Journal of Health Research in Community. Summer 2015; 1(2): 12-21.

## مقاله پژوهشی

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، بر بهبود کیفیت زندگی همسران افراد تحت درمان با متادون به شیوه گروهی

## چکیده

محمد شاهرکی<sup>۱</sup>  
کیانوش زهراکار<sup>۱</sup>  
سیروس مرادی زاده<sup>۲</sup>  
رضا داورنیا<sup>۳\*</sup>  
محمد شاکرمی<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مرکز ترک اعتیاد تصمیم، لرستان، ایران
  ۲. استادیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
  ۳. کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، مرکز روانشناختی آموزش و پرورش لرستان، لرستان، ایران
  ۴. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
  ۵. دانشجوی دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
- \* نویسنده مسئول: رضا داورنیا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، کرج، البرز

Email: RezaDavarniya@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۱۸

**مقدمه و هدف:** درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به آن دسته از مداخله های مدیریت استرس اطلاق می شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر بهبود کیفیت زندگی همسران افراد تحت درمان با متادون با بهره مندی از شیوه گروهی می باشد.

**روش کار:** مطالعه حاضر از نوع مداخله ای نیمه تجربی است. جامعه پژوهش، کلیه زنانی بوده اند که همسران آن ها در مرکز ترک اعتیاد «تصمیم» شهر خرم آباد، در سال ۱۳۹۲ تحت درمان با متادون قرار داشته اند. از میان زنان مراجعه کننده به مرکز که در جلسات شرکت می کردند، ۲۴ نفر با روش نمونه گیری انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسش نامه کیفیت زندگی (WHOQOL) بود که در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، با آزمودنی ها تکمیل شد. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، طی ده جلسه (هر جلسه ۲ ساعت) به شیوه گروهی برای شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا گردید. داده های پژوهش نیز با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره در نرم افزار SPSS 18 مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون به طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه کنترل بوده است. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، باعث بهبود کیفیت زندگی زنان گروه مداخله می شود.

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج مطالعه، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، می تواند به عنوان درمانی انتخابی در ارتقاء کیفیت زندگی همسران افراد معتاد به کار گرفته شود.

**کلمات کلیدی:** درمان شناختی رفتاری، مدیریت استرس، کیفیت زندگی، زنان

◀ **استناد:** شاهرکی، محمد؛ زهراکار، کیانوش؛ مرادی زاده، سیروس؛ داورنیا، رضا؛ شاکرمی، محمد. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، بر بهبود کیفیت زندگی همسران افراد تحت درمان با متادون به شیوه گروهی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، تابستان ۱۳۹۴؛ ۱(۲): ۲۱-۱۲.

## مقدمه

چنین شرایطی، همسران افراد معتاد، امید به زندگی خود را از دست می دهند، بهزیستی روانی آنها دستخوش اغتشاشات می شود، مناسبات اجتماعی و کیفیت زندگی آنها مختل می شود و خلاصه این که غم، اندوه، احساس تنهایی، شرم و عدم امنیت روانی بر زندگی ایشان مستولی می گردد [۱].

اعتیاد، بی تردید یکی از عواملی است که بنیاد زندگی افراد را در هم می شکند و موجبات اختلافات خانوادگی را فراهم می سازد. آسیب زایی وضعیت موجود زمانی بیشتر می شود که همسران افراد معتاد از وضعیت همسرشان آگاهی می یابند. در

جایگاه زنان دارای همسر معتاد با توجه به مسایل فردی آنان و نقش هایی که در مقابل همسر، فرزندان و جامعه دارند، از حساسیت خاصی برخوردار است و توجه ویژه به این گروه، ضروری است. زنان دارای همسر معتاد علاوه بر امور خانه داری و تربیت فرزندان ناگزیر هستند، مسایل مالی و سرپرستی خانواده را نیز بر عهده بگیرند. همچنین در معرض انواع آسیب های سوء مصرف مواد مخدر نیز می باشند. شواهد تلخ از گسستگی های عاطفی، طلاق و از هم پاشیدگی کانون خانواده از عوارض سوء این مقوله به شمار می آید. با نگرستن به ساختار خانواده های نابسامان از جمله خانواده های معتاد، با فقدان ارتباطات صحیح بین زوجین، آشفتگی ها و کشمکش های بین اعضاء خانواده روبه رو هستیم. همسران سوء مصرف کننده بیشتر ارتباطات منفی و آسیب پذیر مثل انتقاد، سرزنش، تحقیر و عصبانیت از خودشان نشان می دهند و در حل مسایل خانواده سطح پایینی از همدلی ابراز می کنند. روابط منفی، استفاده از مهارت های حل مساله، مثل بحث باز و تشویق را کاهش می دهد و خانواده از نظر عملکردی تنزل پیدا می کند؛ لذا عملکرد نزولی خانواده منتج به سقوط و اضمحلال کانون خانواده خواهد شد [۲].

طبق پژوهش محمد خانی و همکاران، نتایج تحلیل نیمرخ نشان گر این است که نمره های همسران مردان معتاد در همه نشانگان روانپزشکی به گونه معناداری بالا بوده است [۳]. نتایج یک پژوهش دیگر نیز حاکی از این بوده که احساسات منفی از قبیل بدگمانی، بی اعتمادی، حقارت و ناتوانی، خجالت و شرمندگی، ترس و نگرانی، عدم امنیت، ناامیدی و پرخاشگری این زنان نسبت به زنان دیگر که همسرانی سالم داشته اند، بیشتر است [۴].

کیفیت زندگی جریانی، فعال، پویا و چندوجهی از دریافت ها، نگرش ها و تغییرات رفتاری است و از مجموع تجربیات گوناگونی که در زندگی فرد اتفاق می افتد، حاصل می شود [۵]. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به مفهوم درک و برداشت هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام

ارزشی اجتماعی که در آن زندگی می کند، معنا می کند و این درک در ارتباط با اهداف اصلی، ادراکات و برداشت های فرد از حیات مفهوم می یابد [۶].

مداخلات درمانی اندکی در جهت حل مشکلات روانشناختی و زناشویی همسران افراد معتاد انجام شده است. ابوالقاسمی و همکاران، اثربخشی آموزش دلگرم سازی و مهارت های زندگی بر خودکارآمدی همسران معتادان را بررسی کرده اند [۷]. ترخان اثربخشی درمان بین فردی گروهی کوتاه مدت بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی همسران افراد معتاد را مورد مطالعه قرار داده است [۸]. محمدی فر و همکاران نیز تأثیر آموزش مهارت های زندگی را بر عملکرد خانواده در زنانی که دارای همسر معتاد هستند، مورد بررسی قرار داده اند [۲].

از جمله درمان های روانشناختی مؤثر در بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس است. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس<sup>۱</sup> یک بسته راهبردی است که مرکب از عناصری از قبیل: افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی<sup>۲</sup> و مراقبه<sup>۳</sup>، آموزش خودزاد<sup>۴</sup>، بازسازی شناختی، آموزش مهارت های ابرازگری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم می باشد [۹].

مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری چهار نوع مزیت دارد؛ اولین مزیت این نوع درمان در این است که بیمار، با نگرشی تازه به زندگی مواجه می شود که شامل توانایی بیشتر برای سازگاری با وقایعی است که فرد نمی تواند آنها را تغییر دهد. دومین مزیت آن ایجاد تغییر مثبت در خود پنداره است؛ به گونه ای که فرد بیشتر خودش را قادر به مدیریت استرس می بیند [۱۰]. سومین مزیت این درمان تغییر در روابط بین فردی است؛ از این جهت که تقویت مهارت ارتباط با دوستان، اعضای خانواده و

1. - Cognitive-Behavioral Stress Management Therapy
2. -Relaxation
3. - Meditation
4. - Autogenic Training

زنان افراد معتاد، پژوهش های کنترل شده و بالینی اندکی در کشور صورت گرفته است و در جستجوهای انجام شده در پژوهش های داخلی و خارجی نیز پژوهشی در این باره یافت نشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، بر بهبود کیفیت زندگی همسران افراد تحت درمان با متادون به شیوه گروهی صورت گرفته است.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع مداخله ای نیمه تجربی می باشد. جامعه این پژوهش را تمامی زنانی تشکیل داده اند که همسران ایشان تحت درمان با متادون بوده اند. این زنان با مراجعه به مرکز ترک اعتیاد «تصمیم» در شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۹۲ جهت شرکت در کلاس های هفتگی آموزش خانواده حضور پیدا می کردند؛ از میان آنها، ۲۴ نفر که نمرات کمتری در پرسشنامه کیفیت زندگی به دست آورده بودند، به شیوه در دسترس انتخاب و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. از آنجایی که در گروه های مشاوره و روان درمانی بهتر است تعداد نفرات گروه بیش از ۱۰ تا ۱۲ نفر نباشد [۱۶]، تعداد اعضای گروه ها را می توان مناسب دانست. معیارهای ورود آزمودنی ها در این پژوهش عبارت بودند از مدرک تحصیلی (حداقل سیکل)، متقاضی طلاق نبودن، تعهد به حضور در تمامی جلسات تا پایان درمان و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی در طول شرکت در جلسات درمان. معیارهای خروج افراد از پژوهش نیز اعتیاد به مواد، الکل و مواد روانگردان، مصرف داروهای روانپزشکی و داشتن سابقه بستری در بیمارستان های روانپزشکی لحاظ گردید. پس از تکمیل پرسش- نامه کیفیت زندگی توسط اعضای دو گروه در مرحله پیش آزمون پژوهش، برای آزمودنی های گروه مداخله، جلسات درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شکل ده جلسه (هر جلسه ۲ ساعت) و به شیوه گروهی و هفتگی برگزار شد؛ اما در این مدت، آزمودنی های

همدلی بیشتر با سایر افراد را شامل می شود [۱۱]. مزیت چهارم آن، احساس رضایت از داشتن هدف در زندگی و تمرکز بیشتر روی اهداف و اولویت های مهم می باشد [۱۲].

در بررسی پیشینه پژوهش، مطالعه ای که به بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر حل مشکلات روانشناختی و خانوادگی همسران معتادان پرداخته باشد، مشاهده نشد. اما مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس، به صورت موفقیت آمیزی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به آلپسی آرئاتا [۱۳]، بیماران مبتلا به MS [۱۴] و کاهش افسردگی، اضطراب، استرس هیجانی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به سرطان به کار رفته است [۱۵].

اعتیاد یکی از مشکلات جدی و مهمی است که تأثیرات نامطلوبی بر زندگی زناشویی و خانوادگی بر جای می گذارد و اثرات مخرب آن سبب نامتعادل شدن این سیستم می گردد. اعتیاد علاوه بر اینکه فرد معتاد را درگیر می کند، به دلیل آثار نامطلوب آن، همسر، فرزندان و اطرافیان فرد معتاد را نیز دچار مشکلاتی می نماید. همسران افراد معتاد، به دلیل ارتباطی نزدیکتر با فرد معتاد و مسایل مربوط به او، استرس ها و مشکلات زناشویی بیشتری را تجربه می نمایند. تجربه این مشکلات درگیر بودن با مسایل فرد معتاد سبب می گردد تا به مرور زمان مشکلات جدی روحی و روانی برای این زنان پیش آید؛ همچنین در صورت عدم ارایه خدمات روانشناختی به آنها، چه بسا خود این زنان نیز همانند شوهرانشان -برای گریز از مشکلات زندگی- به مصرف مواد پناه ببرند. با عنایت به اینکه امروزه در کشور ما پدیده اعتیاد و درمان آن از جمله مسایلی است که باید در اولویت برنامه های مراکز مرتبط با بحث اعتیاد قرار گیرد، ضروری است در کنار ارائه خدمات روانشناختی و درمانی به فرد معتاد، برای همسران و فرزندان آنها نیز خدمات مشاوره و روانشناختی ارایه گردد تا به بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت روان آنها کمک شود. با توجه به آن چه گفته شد و با عنایت به این که در زمینه مداخلات روانشناختی با

### 1. - Multiple Sclerosis

**جدول ۱: مختصری از محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس**

جلسه	عناوین	تکنیک های آموزشی
اول	معرفی برنامه، استرس زاها و پاسخ های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی	معرفی رهبر گروه، ارائه اطلاعات کلی برنامه و هدف، توضیح اصل رازداری، بررسی استرس زاها، تأثیرات جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای
دوم	آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی	آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای، تکمیل چک لیست نشانه های استرس، مرور تأثیرات استرس و افزایش آگاهی از نشانه های جسمی استرس
سوم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات	معرفی تنفس دیاگرامی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه ای، تمرین تصویرسازی و آرمیدگی، مرور نشانه ها و تأثیرات استرس، بررسی ارتباط بین افکار و احساسات، تمرین قدرت فکر
چهارم	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریفات شناختی	ترکیب تنفس دیافراگمی با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل (به این معنی که هیچ ماهیچه ای را منقبض نمی کنند) همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی تفکر منفی و تحریفات شناختی، تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی
پنجم	آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، جایگزینی افکار منطقی	معرفی آموزش خودزاد و ارائه دستورالعمل های آن، اجرای آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما، بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی، معرفی گام های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی
ششم	آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، مقابله کارآمد	معرفی تنفس دیافراگمی، اجرای آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، بحث در مورد یکپارچه کردن مدیریت استرس و آرمیدگی، ارائه تعریفی از مقابله، معرفی انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد، بحث در مورد راهبردهای مقابله ای
هفتم	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای، اجرای پاسخ های مقابله ای مؤثر	اجرای تمرین خودزادها همراه با تصویرسازی بصری و خودالقای های مثبت، اجرای مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی گام های مقابله ای مؤثر، انجام تمرین مقابله کارآمد، معرفی تکنیک نرم کردن برای استرس زاها و طاق فرسا و انجام تمرین آن
هشتم	مراقبه ماترا، مدیریت خشم	معرفی مراقبه، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه ماترا، بحث در مورد فواید تمرین منظم، بحث در مورد مفهوم خشم و پاسخ های خشم، کمک به خودارزیابی اعضا از خشم، بحث در مورد خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم
نهم	مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری	اجرای مراقبه شمارش تنفس و مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی سبک های بین فردی، بحث در مورد موانع رفتار ابرازگونه، ارائه مؤلفه های ارتباط ابرازگرانه، بحث در مورد استفاده از حل مسأله برای تعارض ها، بررسی گام های رفتار ابرازگرانه تر
دهم	تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی و مرور برنامه	مرور تمرین های آرمیدگی، اجرای تمرین تصویرسازی صحنه ساحل و مراقبه شمارش تنفس، بحث در مورد حمایت اجتماعی و فواید آن، بحث در مورد موانع حفظ اجتماعی، آموزش تکنیک های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی، مرور کل برنامه، کمک به اعضای گروه در ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی

گروه شاهد درمانی دریافت نکرده و در لیست انتظار قرار گرفتند. بسته آموزشی جلسات درمانی نیز برگرفته از طرح درمانی آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن بوده است [۹]. پس از اتمام جلسات درمان، مجدداً از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. پس از پایان مرحله پس آزمون، به جهت رعایت مسایل اخلاقی و حرفه ای در پژوهش و تشکر و قدردانی از همکاری آزمودنی های گروه کنترل، برای آنها جلسات درمانی، به شکل کارگاهی دو روزه برگزار گردید. ساختار جلسات درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به صورت مختصر در جدول شماره ۱ آمده است.

ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL) شامل ۲۶ سؤال بوده و در چهار حیطه مختلف فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی را می سنجد. بعد از اعمال ضرایب اختصاصی، هر فرد در هر حیطه نمره ای بین صفر تا ۱۰۰ دریافت می کند و در نهایت نمره ۵۶ و بالاتر برای حیطه های فیزیکی و محیطی، ۵۸ و بالاتر برای حیطه روانی و ۵۹ و بالاتر برای حیطه اجتماعی نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. حیطه فیزیکی کیفیت زندگی در برگیرنده توانایی انجام

1. - The World Health Organization Quality of Life

جدول ۲: توزیع آزمودنی ها بر حسب سن، تحصیلات و مدت ازدواج

متغیرها	فراوانی	درصد
سن(سال)		
۲۵-۳۰	۵	۲۰/۸
۳۰-۳۵	۷	۲۹/۲
۳۵-۴۰	۸	۳۳/۳
۴۰-۴۵	۴	۱۶/۷
سطح تحصیلات		
سیکل	۵	۲۰/۸
دیپلم	۱۰	۴۱/۷
فوق دیپلم	۶	۲۵/۰
لیسانس	۳	۱۲/۵
مدت تاهل(به سال)		
۱-۵	۷	۲۹/۲
۵-۱۰	۷	۲۹/۲
۱۰-۱۵	۷	۲۹/۲
۱۵-۲۰	۳	۱۲/۵

جدول ۳: شاخص های توصیفی نمرات کیفیت زندگی به تفکیک گروه های آزمایش و کنترل

	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	۴۹/۸۳	۴/۴۰	۴۷/۰۰	۴/۵۵
گروه آزمایش	۵۰/۴۲	۶/۲۴	۵۱/۰۸	۴/۵۶
گروه کنترل				

## یافته ها

نتایج مطالعه نشان داده که بیشتر افراد شرکت کننده در مطالعه، در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشته اند. بیشتر آزمودنی ها (۴۱/۷ درصد) نیز دارای مدرک تحصیلی دیپلم بوده اند (جدول شماره ۲).

جدول ۳ بیانگر شاخص های توصیفی دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون است. بر این اساس، میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون ۶۷ می باشد که با توجه به نمره پیش آزمون (۴۹/۸۳) افزایش در این نمره مشهود است. برای دانستن این مطلب که این افزایش نمره به لحاظ آماری معنادار است یا خیر، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شده است.

برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس ابتدا پیش فرض های لازم جهت انجام آن شامل: نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس ها و همگنی شیب رگرسیون بررسی گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. نتایج این آزمون نشان داده که مقادیر آماره Z برای متغیر کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون معنادار نبوده است ( $P > 0/05$ )؛ بنابراین توزیع نمرات در این متغیر نرمال است. نویسندگان برای بررسی همگنی واریانس های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون نیز از آزمون لون بهره گرفته اند که با توجه به عدم معناداری آزمون لون برای

فعالیت های روزانه، اعتیاد به داروها، خستگی، تحریک پذیری، درد، خواب و استراحت و قدرت انجام کارها می باشد. حیطه روانی کیفیت زندگی شامل مواردی مانند احساسات منفی و مثبت، اعتماد به نفس، تفکر، یادگیری، حافظه و توجه می باشد. حیطه محیطی شامل امنیت جسمی و سلامتی، خدمات پزشکی، سود اجتماعی، توانایی انجام کارها و توانایی تطبیق با محیط می باشد و حیطه اجتماعی کیفیت زندگی، ارتباط با دیگر انسان ها، حمایت اجتماعی و موفقیت در زندگی زناشویی و آنالیز آنها را شامل می شود [۱۷]. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برابر با ۰/۷۷ بوده است. داده های این پژوهش متناسب با سطح سنجش متغیرها با استفاده از آزمون های توصیفی و تحلیل کوواریانس تک متغیره در نرم افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۴: نتایج آزمون همگنی واریانس ها و نرمال بودن توزیع نمرات کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و کنترل

آزمون کولموگروف- اسمیرنوف	آزمون لون			آماره F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	سطح معناداری
	سطح معناداری	آماره Z	سطح معناداری				
پیش آزمون	۰/۸۶۰	۰/۶۰۳	۰/۰۶۲	۳/۶۸۱	۱	۲۲	کیفیت زندگی
پس آزمون	۰/۷۵۱	۰/۶۷۶	۰/۶۹۹	۰/۱۵۴	۱	۲۲	

پیش آزمون و پس آزمون کیفیت زندگی ( $P > 0/05$ ) پیش فرض برابری واریانس ها نیز برقرار می باشد (جدول شماره ۴).

برای بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون، تعامل بین گروه بندی و نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی بررسی گردید و با توجه به این که تعاملی بین گروه و نمرات پیش آزمون مشاهده نشده است ( $F = 2/21$  و  $P > 0/05$ ) می توان گفت که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار می باشد.

با توجه به جدول شماره ۵، تأثیر الگوی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر متغیر کیفیت زندگی معنادار بوده ( $F = 69/807$  و  $P < 0/001$ ) و میزان این تأثیر نیز ۷۶ درصد است؛ بدین معنا که ۷۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون متغیر کیفیت زندگی مربوط به الگوی درمانی است. از آنجایی که نمرات کیفیت زندگی در پس آزمون افزایش یافته است، می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش گردیده است. این یافته ها بدین معنی است که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شیوه گروهی باعث بهبود کیفیت زندگی همسران مردان معتاد تحت درمان با متادون شده است.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شیوه گروهی بر بهبود کیفیت زندگی زنان افراد تحت درمان با متادون بوده است. نتایج حاصل از تحلیل

داده ها نشان می دهد که بین زنانی که مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس را دریافت نموده اند و زنانی که درمان را دریافت نکرده اند، از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد؛ بدین معنا که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، باعث بهبود کیفیت زندگی زنان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شده است. مطالعه ای در خصوص تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی همسران مردان معتاد تحت درمان با متادون یافت نشد؛ اما نتایج این پژوهش در خصوص اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس با نتایج تحقیقات زیر همخوانی دارد:

دانای سیچ و همکاران که به بررسی تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر افسردگی، اضطراب و کنترل سردرد در بیماران زن مبتلا به میگرن پرداختند و نشان دادند که روش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در کاهش میزان افسردگی، اضطراب و تعداد سردردهای میگرنی موثر است [۱۸].

رضایی و همکاران که طبق تحقیقات ایشان، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس، باعث ارتقاء سلامت عمومی بیماران مبتلا به آسم شده است [۱۹].

زرگر و همکاران که در تحقیقی با عنوان «اثر بخشی مدیریت استرس بر علائم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء هاضمه عملکردی» به این نتیجه رسیدند که تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ علایم سوء هاضمه عملکردی و کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود داشته است [۲۰].

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بر روی میانگین نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش کنترل با کنترل اثر پیش آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیش آزمون	۰/۳۳۱	۱	۰/۳۳۱	۰/۰۱۵	۰/۹۰۳	-
اثر گروه (درمان)	۱۵۱۷/۷۴۹	۱	۱۵۱۷/۷۴۹	۶۹/۸۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خطا	۴۵۶/۵۸۶	۲۱	۲۱/۷۴۲			
مجموع	۸۵۶۳۹/۰۰	۲۴				

به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالفت ورزی با افکار خودکار ناکارآمد و در نتیجه مشکل گشایی برنامه ریزی شده منجر گردد و به دنبال آن، هم به کاهش استرس و هم به افزایش مهارت های کارآمد منتهی شود. همچنین آموزش فنون تن آرامی به افزایش مهارگری و خویشتر داری شرکت کنندگان کمک نمود. در جلسات گروهی، شرکت کنندگان با آموزش مدیریت استرس، دریافتند که مشکلاتشان چه بوده است و راهبردهای مقابله با این مشکلات را آموختند. این امر باعث افزایش عزت نفس و کفایت روانشناختی در آنان گردید؛ یعنی افراد با کمک این شیوه درمانی توانستند از توانمندی های خود بهره بیشتری برده و در برابر استرس های زندگی مقاومتر گردند؛ این امر در نهایت به افزایش کیفیت زندگی آنان منجر گردید. در جلسات آموزشی، عواملی چون: آموزش مهارت های شناختی مانند حل مسأله، مبارزه با افکار منفی، تفکر منطقی و تکنیک های توجه برگردانی باعث افزایش سلامت روانی گردید؛ همچنین آموزش مهارت های رفتاری مانند تن آرامی، برنامه ریزی فعالیت ها و فعالیت های لذت بخش باعث افزایش سلامت جسمانی شد که در مجموع افزایش سلامت روانی، جسمانی و افزایش کیفیت زندگی را برای شرکت کنندگان در پی داشت.

پژوهش حاضر سعی بر آزمون فرضیه مربوط به تأثیر درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر بهبود کیفیت زندگی زنان افراد تحت درمان با متادون در چهارچوب یک روش شناسی معتبر

همچنین نتایج این پژوهش با یافته های تحقیقات کامکار و همکاران [۲۱]، نیستانی حبیب آبادی و همکاران [۲۲]، میرزایی و همکاران [۲۳] و کارآموزیان و همکاران [۲۴] مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس همسو و در تأیید مطالعات آنها می باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت که روش های درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر این مفهوم هستند که ارزیابی شناختی حوادث استرس زا و اقدامات مقابله ای مرتبط با این ارزیابی ها در تعیین پاسخ به استرس نقش مهمی ایفا می کنند. هدف درمان شناختی- رفتاری، ایجاد تغییر در شیوه های ناسازگارانه تفکر، احساسات و رفتار به جهت بهره مندی از تکنیک های شناختی رفتاری است [۲۵]. مدیریت استرس به افراد کمک می کند تا موقعیت هایی را که در آنها استرس ایجاد می کند، شناسایی کنند و پس از آن، از راهبردهای مقابله ای برای روبرو شدن با این موقعیت ها یاری بطلبند. اصلاح ارزیابی های شناختی و بهبود مهارت های مقابله ای و تمرین های ارائه شده برای تلفیق تکنیک های آموخته شده با موقعیت های زندگی واقعی هم می تواند به کاهش استرس ادراکی منجر شود. این برنامه، شرکت کنندگان را به تکنیک های متنوع و یکپارچه مجهز می کند تا بتوانند از آنها به منظور کاهش استرس و ارتقاء کیفیت زندگی بهره مند شوند [۱۰]. در جلسات درمانی، بازسازی شناختی - که یکی از مؤلفه های درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس است - به همراه آموزش مهارت های حل مسأله توانست



پیگیری نیز گنجانده شود. همچنین بهتر است پژوهش های مشابهی در سایر نقاط کشور و همچنین در مورد مردان، انجام گیرد تا بتوان در مورد تعمیم یافته های این پژوهش تصمیم گیری بهتری نمود. با توجه به مشکلات روحی و روانی که همسران افراد معتاد با آن روبرو هستند پیشنهاد می گردد در پژوهش های آتی از سایر روش های روان درمانی به صورت مقایسه های استفاده گردد.

### قدردانی

گروه پژوهشی بر خود لازم می دانند تا از همکاری های مدیریت محترم مرکز ترک اعتیاد تصمیم شهرستان خرم آباد و تمامی زنان شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

### References

1. Halford WK. Brief Couple Therapy for Couples. New York: Guilford Press; 2003.
2. Mohammadifar MA, Talebi A, Tabatabaie SM. The effect of Life Skills Training on family function in addicts wife. J Res Addict 2010; 4(16):25-40 (Persian).
3. Mohammadkhani P, Asgari A, Ameneh Forouzan S, Momeni F, Delavar B. The expression of psychiatric symptoms among women with addicted husbands. Developmental Psychology: Iran Psychol 2010; 6(23):237-245 (Persian).
4. Nouri R, Rafi'ee H, Akbarian M, Narenjiha H. A comparison of personality traits, affective feelings, and expressions of satisfaction of husbands among the women with addict husbands and women with healthy husbands. Iran J Social Problems 2010; 1(4):55-72 (Persian).
5. Farrokh-Eslamlou H, Hajishafiha M, Kazemi ES, Oshnouei S. Impact of primary infertility on Life quality in Urmia, Iran. Urumia Med J 2014; 25(7):598-604.
6. Shahab Jahanlu A, Ghofrani-Pour F, Sobhani A, Kimiagar M, Vafai M. Study of shaped curve hypothesis of association between quality of life and glycemic control in diabetics patients. Arak Univ Med Sci J 2007; 2:27-34 (Persian).
7. Abolghasemi Sh, Fallahi S, Babayi T, Hojjat SK. Comparing the effectiveness of encouraging training and life skills training on self-efficacy of addicts wife. North Khorasan Univ Med Sci 2012; 4(3):293-300 (Persian).
8. Tarkhan M. The effectiveness of group interpersonal therapy on psychological well-being and life quality of addicted individual wives. Iran J Edu Psychol 2011; 2(1):23-36 (Persian).
9. Mirzaei F, Neshatdoost HT, Jabal Ameli SH, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: A short report. JRUMS 2013; 12(1):79-86 (Persian).
10. Lutgendorf SK, Antoni MH, Ironson G, Starr K, Costello N, Zuckerman M. Changes in cognitive

- coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus seropositive gay man. *Psychosom Med* 1998; 60(2):204-214.
11. Bower JE, Segerstrom SC. Stress management, finding of benefit, and immune function: positive mechanisms for intervention effects on physiology. *J Psychosom Res* 2004; 56(1):9-11.
  12. Bower JE, Kemeny ME, Taylor SE, Fahey JL. Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention. *Ann Behav Med* 2003; 25:146-155.
  13. Neshat doost HT, Nilforoush Zadeh MA, Dehghani F, Molavi H. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy in the quality of Life of patients suffering from alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Center of Isfahan. *J Arak Univ Med Sci* 2009; 12(2):125-133 (Persian).
  14. Asgari M, HashemiNasab B, Faraji F. Effects of the cognitive-behavioral stress management therapy on the quality of life and depression among female MS patients in Arak city. *Clin Psychol Studies* 2011; 1(5):139-162 (Persian).
  15. Antoni MH, Lechner SC, Kazi A, Wimberly SR, Sifre T, Urcuyo KR, et al. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(6):1143-1152.
  16. Sanai B. *Group Couceling and Psychotherapy*. Tehran: Chehr Press; 2004.
  17. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:61.
  18. Danaie Sij Z, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzade GH. Effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and pain control in patients with migraine headaches. *Modern Care J* 2013; 10(3):157-164 (Persian).
  19. Rezaei F, Kajbaf MB, Vakili ZN, Dehghani F. Effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy in general health of Asthmatic patients. *Knowledge & Health* 2011; 6(3):9-15 (Persian).
  20. Zargar Y, Dehghanizadeh Z, Mehrabizadeh Honarmand M, Kadkhodaei A. The effectiveness of stress management cognitive behavior on functional dyspepsia symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. *Govareh J* 2012; 17(3):148-155 (Persian).
  21. Kamkar A, Golzary M, Farrokhi NA, Aghaee SH. The effectiveness of cognitive-behavioral stress management on symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Armaghane-Danesh, Yasuj Univ of Med Sci J* 2011; 16(4):300-310 (Persian).
  22. Neissiani Habib Abadi F, Taher Neshat Doost H, Moulavi H, Seied-Bonakdar Z. The efficacy of cognitive- behavioral stress management therapy on perceived stress of female patients with systemic lupus erythematosus. *Iran J Res Behav Sci* 2011; 9(3):222-228 (Persian).
  23. Mirzaei F, Neshatdoost HT, Jabal Ameli SH, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: A short report. *JRUMS* 2013; 12(1):79-86 (Persian).
  24. Karamouzian M, Bagheri M, Darehkordi A, Aminizadeh M. Effectiveness of the cognitive-behavioral stress management group therapy in mental health and strategies for countering the pain among patients suffering from breast cancer. *Iran J Breast Dis* 2014; 7(2):55-66 (Persian).
  25. Walker C, Papadopoulos L. *Psychodermatology: The Psychological Impact of Skin Disorders*. New York: Cambridge University Press; 2005.