

## اثربخشی آموزش برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون

سلیمان زارعی<sup>۱</sup>، زهرا اسدی<sup>۲</sup>، خدیجه زارعی<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۲۰

### چکیده

**هدف:** هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. **روش:** این پژوهش به روش آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. نمونه شامل ۳۰ معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون مرکز MMT شهرستان پاکدشت بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب و به تصادف به ۲ گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته برنامه آموزشی مدیریت استرس را دریافت کردند و گروه کنترل درمان خاصی را دریافت نکردند. پرسشنامه کیفیت زندگی برای جمع آوری داده مورد استفاده قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود. **نتیجه گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که برنامه آموزشی مدیریت استرس در افزایش سطح کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون موثر است.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، مدیریت استرس، اعتیاد

۱- نویسنده مسئول: دانشجوی دکترای مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، پست الکترونیک: salman\_zarei@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی

## مقدمه

اعتیادیک بیماری جسمی، روحی و روانی به شمار می آید که به دلیل ماهیت پیشرونده اش در همه ابعاد زندگی سلامتی فرد، خانواده و جامعه را به خطر می اندازد (لوموال و کوه، ۲۰۰۷). در واقع، این مساله یک مشکل بزرگ فردی و اجتماعی است که علاوه بر عوارض جسمی و روانی آن برای افراد معناد، سلامت جامعه را نیز از نظر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد تهدید و آسیب قرار می دهد و مانند هر اختلال مزمن دیگری نیاز به مدیریت درمان در طی زمان دارد (دالی و مارلات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ ترمورشوین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج برخی پژوهش ها نشان داده است که اختلالات روانی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد در مقایسه با افراد سالم بیشتر است. این اختلالات به طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است (فریدمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). ولز، گلدینگ و بورنام<sup>۵</sup> (۱۹۸۹) در پژوهشی دریافتند که در بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد شیوع اختلالات روانپزشکی (اختلالات اضطرابی، اختلالات عاطفی) در طول عمر بیشتر است. پژوهش لو، گراف، یوفر و کرونگه<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) نیز نشان داد که ۳۵ درصد بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد از اختلالات روانی رنج می برند که در این میان اختلال افسردگی با ۱۵/۹ درصد و اختلال هراس با ۱۰/۴ درصد بیشترین میزان را داشتند و این اختلالات باعث اختلال عملکرد و کاهش سطح کیفیت زندگی در ۱۷ تا ۶۱ درصد آنها شده بود. اختلالات روانی مذکور باعث افزایش شدت سوء مصرف مواد شده و کیفیت زندگی را در این افراد کاهش می دهد. کیفیت زندگی یک مجموعه پیچیده از واکنش های فردی نسبت به عوامل جسمی، روانی و اجتماعی است که روی زندگی طبیعی تأثیر می گذارند (پایس ریبریو<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). فریش<sup>۸</sup> (۲۰۰۶) معتقد است یک زندگی دارای کیفیت، معمولاً به صورت خشنودی، رضایت، شادی، خرسندی و توانایی فائق آمدن بر مشکلات بروز می کند. در واقع کیفیت زندگی به وسیله فرد ارزیابی و توصیف می شود. پژوهش های متعددی نشان داده اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد پایین است (کوسک<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۶).

1. Le moal & Kooh

4. Friedman

7. Pais- Ribeiro

2. Daley & Marlatt

5. Wells Golding & Burnam

8. Frisch

3. Termorshuizen

6. Lowe, Grafe, Ufer & Kroenke

9. Kusek & et al

راینز، الیاس، کروگ و کولتن<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) در بررسی کیفیت زندگی ۳۱۵ بیمار مبتلا به سوء مصرف مواد دریافتند که میزان عملکرد شناختی، سطح فعالیت اجتماعی و حس سلامت عمومی در این افراد کمتر است و وضعیت سلامت جسمانی مانند میزان بروز نشانه‌های جسمانی و اختلال خواب در آن‌ها بیشتر است. پژوهش مولر، مونتویا، اسکاندرای و هارت<sup>۲</sup> (۱۹۹۴) نیز نشان داد که بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد خلق ضعیف‌تر، نشانه‌های جسمانی بیشتر و کیفیت زندگی پایتتری دارند. بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک مفهوم وسیع اخیرا یکی از مهم‌ترین اهداف درمانی به شمار می‌رود. در دهه‌های اخیر بسیاری از پژوهشگران ضرورت در نظر گرفتن مداخلات روانشناختی، به منظور بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد را تأیید کرده‌اند (لاش<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان می‌دهد که بین کیفیت زندگی و متغیرهای روانشناختی مثل استرس، سرمایه اجتماعی و عزت نفس ارتباط وجود دارد و برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا اغلب باعث پریشانی و کاهش امنیت و سلامت فرد و خانواده و افت سطح کیفیت زندگی می‌شود (قاسمی‌زاد، ارنجیان تبریزی، عابدی و برزیده، ۱۳۸۹).

طیف وسیعی از درمان‌های روانشناختی شامل درمان‌های شناختی- رفتاری، مدیریت استرس، پسخوراند زیستی، روان‌درمانی حمایتی، کنترل خشم، بازسازی شناختی (داویسون، نیل و کرینگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴) و آرمیدگی عضلانی، تغییر سبک زندگی، مدیتیشن (ردفورد، اسنایدومن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲) در بهبود کیفیت زندگی و ارتقای سلامت روان و همچنین کنترل سوء مصرف مواد این بیماران اثربخش بوده است. درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از درمان‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور است (لیندن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵). برنامه‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری انواع گوناگون آرمیدگی، تصویرسازی و دیگر تکنیک‌های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی- رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش اثربخشی مقابله‌ای، آموزش ابراز وجود و

مدیریت خشم، ترکیب کرده است (آنتونی، ایرونسون و اسنایدن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). 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 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 مهارت‌های مقابله‌ای است که موجب ایجاد راهبردهای مقابله‌ای شناختی سازگارانه‌تری است (لوتندروف، آنتونی، ایرونسون، استار و کاستلو<sup>۲</sup>، ۱۳۸۸). 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 در بر می گیرد. این تغییرات احتمالاً با آموزش‌ها و دریافت حمایت اجتماعی است و به وسیله ابراز هیجانات و حمایت ایجاد شده به وسیله تجارب گروهی بهبود می یابد (بوور و سگرستروم<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). مزیت چهارم پیدا کردن احساس عمیق تری از هدف در زندگی و تمرکز بیشتر روی اهداف و اولویت‌های مهم است. این بعد پیشرفته‌ترین ساختاری است که به وسیله مداخله مدیریت استرس 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>۴</sup>، ۲۰۰۳). با توجه به رشد روز افزون تعداد بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد در ایران و جهان و همچنین تأثیر نامطلوبی که این بیماری بر کیفیت زندگی دارد، کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. کیفیت زندگی در افراد بیمار به حالتی از خوب بودن اطلاق می شود که منعکس کننده وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی است؛ لذا مبتلایان به اعتیاد نیازهای زیست شناختی، روانشناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت است و می توان با راه کارهای مناسب به ارتقای کیفیت زندگی این افراد کمک کرد. اجرای مداخلات غیر دارویی از جمله آموزش مدیریت استرس که در این پژوهش بدان اشاره شده است، برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد علاوه بر کاهش نیاز و وابستگی به دارو که عوارض

خاص خود را بدنبال دارد، سبب افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود و عملکرد اجتماعی و استقلال آنها را افزایش می‌دهد. از آنجا که اکثر درمان‌های روان‌شناختی کمتر به بهبود کیفیت زندگی به عنوان مهم‌ترین هدف درمانی پرداخته‌اند. هدف از انجام این تحقیق تعیین اثر بخشی آموزش برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش حاضر به صورت آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام معتادان مراجعه کننده به مرکز درمان نگهدارنده متادون صبا شهرستان پاکدشت بودند که در سال ۹۱ دارای پرونده فعال درمانی در این کلینیک بودند.

### جدول ۱: محتوای آموزش مدیریت استرس

جلسه‌ها	محتوای جلسات
جلسه اول	پیش‌آزمون و درک اهمیت آگاهی از تاثیر تجسمی و روانی استرس و اهمیت مدیریت و نظارت بر سطوح استرس و ایجاد فهرستی از استرس‌زها (تمرینات آرمیدگی).
جلسه دوم	ارتباط بین افکار واحساسات و یادگیری فرایند ارزیابی (تمرینات آرمیدگی با تنفس دیافراگمی).
جلسه سوم	تمرین شناسایی انواع مختلف افکارمنفی، درک تأثیر تفکر منفی بر رفتار (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی).
جلسه چهارم	شناسایی خودگویی منطقی و غیرمنطقی، آموختن گام‌های جایگزینی افکار منطقی (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی).
جلسه پنجم	آموختن انواع مقابله، شناسایی سبک‌های مقابله‌ای خود و مقابله موثر و کارآمد (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی).
جلسه ششم	آموختن وتمرین گام‌های مقابله‌ای موثر، تمرین نرم کردن برای استرس‌زهای طاقت فرسا (تمرینات آرمیدگی به صورت تصویرسازی همراه خود القایی مثبت، تمرین مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها).
جلسه هفتم	آموختن مدیریت خشم (انجام تمرینات مراقبه مانترا).
جلسه هشتم	یادگیری سبک‌های بین فردی، تمرین ارتباطات موثر و استفاده از مهارت حل مسئله (انجام تمرینات مراقبه شمارش تنفس، ادامه تمرین مراقبه نورخورشید).
جلسه نهم	درک فواید حمایت اجتماعی، شناسایی موانع حفظ حمایت اجتماعی، آموختن تکنیک‌های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی (تمرینات آرمیدگی بصورت تصویرسازی همراه با تنفس دیافراگمی).
جلسه دهم	انجام تمرینات برنامه مدیریت استرس شخصی شامل: مرور کل برنامه، برنامه ریزی برای تمرین آرمیدگی خانگی، ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی، اجرای پس‌آزمون (انجام تمرینات مراقبه مانترا).

نمونه پژوهش ۳۰ نفر از میان معناداران مراجعه کننده بودند که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه دو ساعته به صورت هفته‌ای یک جلسه تحت برنامه آموزشی مدیریت استرس به شرح زیر قرار گرفتند. این بسته آموزشی شامل خلاصه‌ای از محتوای ۱۰ جلسه درمان است که توسط انتونی و همکاران (۲۰۰۷) تدوین شده است. هر جلسه شامل اطلاعات روانی-آموزشی در مورد تکنیک‌های مدیریت استرس و دستورالعمل‌های اساسی تمرین‌های آرمیدگی است.

### ابزار

۱- پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-۳۶): این پرسشنامه ابزاری مناسب برای ادراک افراد از سلامتی خودشان است که شامل ۳۶ سوال در هشت زیرمقیاس به نام‌های عملکرد جسمانی، نقش جسمانی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نقش هیجانی، سلامت عمومی، سرزندگی و سلامت روان است. به طور کل این پرسشنامه دو رویکرد جسمانی و رویکرد روانی را می‌سنجد (وار، ۱۹۹۲؛ به نقل از نژادنادری، ۱۳۸۶). نمره گذاری سوالات در طیف لیکرت از ۰ تا ۵ امکان پذیر است. تعداد ۲۵ سوال به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند که عبارتند از: ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۴، ۲۵، ۲۸، ۲۹، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵. پژوهش‌ها درباره کیفیت زندگی نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و اعتبار بالایی دارد (مک هورنی، وار و راجک، ۲، ۱۹۹۳؛ گارات، ۳، ۱۹۹۷). روایی و اعتبار این پرسشنامه را برای اولین بار در ایران منتظری (۲۰۰۵) بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده سنی ۱۴ سال به بالا ارزیابی کرد. ضریب اعتبار در هشت بعد از ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ به دست آمد.

### یافته‌ها

آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک وهله و گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی به تفکیک وهله و گروه**

گروه ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۷/۵۷	۴/۵۰	۲۶/۴۲	۴/۱۸
کنترل	۱۸/۶۱	۵/۳۶	۱۵/۹۳	۳/۵۴

برای بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی از تحلیل کواریانس به شرح زیر استفاده شد.

**جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی**

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	درجه	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری	
								توان	خطا
گروه	۵۸۴/۱۸	۱	۱	۵۸۴/۱۸	۹۴/۷۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳۲	۱	۱
خطا	۳۲۶/۷۷	۲۷	۲۷	۱۲/۱۰					

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود آموزش مدیریت استرس توانسته بر ارتقای کیفیت زندگی موثر باشد ( $F=94/730, P<0/001$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش، تعیین اثر بخشی برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این برنامه آموزشی باعث افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده (رایینز و همکاران، ۱۹۹۴؛ مولر و همکاران، ۱۹۹۴؛ لوتندروف و همکاران، ۱۹۹۸؛ ردفورد و اسنایدن، ۲۰۰۲؛ داویسون، نیل و کرینگ، ۲۰۰۴؛ پاپیس-ریبرو، ۲۰۰۴؛ لو و همکاران، ۲۰۰۴؛ لاش و همکاران، ۲۰۰۶ و قاسمی زاده و همکاران، ۱۳۸۹) همسویی دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت، عملکرد خلقی معیوب که شامل علائم استرس و افسردگی به صورت همگام با سوء مصرف مواد است، ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند سلامت جسمانی و سلامت روانی را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می‌دهد (سلگی، ۱۳۸۴). طبق تحقیقات انجام شده وقایع استرس‌زا انسان را از نظر هیجانی، شناختی و فیزیولوژیکی تحت تاثیر قرار می‌دهد، لذا

بشر برای سازگاری و تطابق با محیط، نیازمند آگاهی و مجهز شدن به مهارت‌هایی است که او را در مقابله با استرس یاری کند، زیرا اگر استرس خارج از سطح تحمل شخص باشد، سلامتی او را به مخاطره می‌اندازد (هال<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). تکنیک‌های مدیریت استرس از طریق کاهش سطح استرس فرد به کاهش تاثیر استرس‌ها کمک می‌کنند و باعث می‌شود بیمار نگرشی را نسبت به زندگی بپذیرد که شامل توانایی بیشتر برای سازگاری با وقایعی باشد که فرد نمی‌تواند آن‌ها را تغییر دهد. علاوه بر این، 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 خلق منفی و انزوای اجتماعی را کاهش داده و کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد (انتونی و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که از طریق چالش با افکار و نگرش‌های خودآیند منفی مرتبط با مصرف متادون و اصلاح آن‌ها، آموزش مدیریت زمان و تشویق بیماران به افزایش فعالیت‌های لذت بخش و برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی که منجر به افزایش موفقیت‌های روزمره می‌شود، علائم استرس همبود با مصرف مواد در بیماران به میزان زیادی بهبود می‌یابد. علاوه بر این، آموزش سبک ارتباطی صحیح (سبک‌های جرات‌ورزانه و ابراز وجود) و آموزش مهارت‌های مفید (هنرگوش دادن، درخواست کردن، نه گفتن و...) به این بیماران، همراه با تمرین رفتاری (ایفای نقش ضمن جلسه) باعث افزایش میزان روابط اجتماعی مطلوب و در نتیجه افزایش دریافت حمایت اجتماعی شده و این یکی از عواملی است که خلق افسرده و کیفیت زندگی را در این بیماران بهبود می‌بخشد. همچنین، همسو با نتایج این پژوهش و در راستای یافته‌های پژوهشگران قبلی (بیزایری، روچی و والوتتا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱) آموزش مدیریت خشم به عنوان یکی از تکنیک‌های مربوط به برنامه مدیریت استرس باعث آگاهی از موقعیت‌های ایجادکننده خشم، چگونگی تجربه خشم توسط فرد، روش‌های مطلوب بروز خشم و انجام اعمال اصلاحی از سوی فرد می‌شود که به تبع آن فرد می‌تواند تعاملات اجتماعی سازش یافته‌ای برقرار کند و برداشت خوش بینانه‌ای از روابط بین فردی خود داشته باشد که این عامل می‌تواند کیفیت زندگی او را بهبود ببخشد.

بنابراین، در نتیجه‌گیری پایانی می‌توان گفت، پژوهش‌های انجام گرفته نشان از پایین بودن کیفیت زندگی در معتادین دارد، زیرا در اغلب موارد، اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تاثیر منفی می‌گذارد. کیفیت زندگی در خانواده‌های معتادان از ضعف‌های بسیاری برخوردار است، مشکلات اساسی خانواده را شدت می‌بخشد و علاوه بر اثرات مخرب روی زندگی فرد، اطرافیان و بستگان را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد. پیشنهاد می‌شود مراکز درمان اعتیاد با فراهم سازی امکانات مورد نیاز و استفاده از روان‌شناسان خبره این شیوه درمانی را برای بهبود هر چه بهتر زندگی مراجعان به کار گیرند. در بعد پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی با مشکلات روانشناختی دیگر و نمونه‌های وسیع‌تری انجام شود تا منجر به شناخت بهتر این شیوه درمانی شود. در انجام این پژوهش دو محدودیت وجود داشت: یکی اینکه نمونه این پژوهش فقط به یک مرکز درمانی در شهر پاکدشت محدود بود که تعمیم پذیری نتایج را با مشکل روبه‌رو می‌کند. دیگر اینکه در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی، امکان اجرای دوره پیگیری وجود نداشت.

۱۷

17

## منابع

- بحرینیان، عبدالمجید و قانلی، غلامحسین (۱۳۸۱). بررسی سوء مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی سال تحصیلی ۸۱-۱۳۸۰، چکیده مقالات همایش سراسری اعتیاد؛ چالش‌ها و درمان‌ها، دانشگاه علوم پزشکی زنجان.
- آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل؛ اشنایدرمن، نیل (۱۳۸۸). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری*، مترجمان: سید جواد آل محمد، سولماز جوکار، حمید طاهر نشاط دوست، انتشارات جهاد دانشگاهی، اصفهان.
- سلگی، زهرا (۱۳۸۴). *تاثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مرد (HIV) شهر کرمانشاه*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهراء، تهران.
- قاسمی زاد، علی رضا؛ برنجیان تبریزی، حسین؛ عابدی، محمد رضا؛ برزیده، ام البنین (۱۳۸۹). بررسی مقایسه ای رابطه کیفیت زندگی با عزت نفس، کانون کنترل، استرس و سرمایه اجتماعی فرزندان شاهد و ایثارگر فارس. فصلنامه علمی پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، ۴۱، ۱۰۷-۱۲۴.
- نژادانداری، سمیرا (۱۳۸۶). بررسی علائم روانی و کیفیت زندگی در بین افراد معتاد مبتلا به ایدز و افراد سالم در کرمان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه امام خمینی (ره) قزوین.
- Bizzairi, J., Rucci, P., Vallotta, A. (2009). *Anger management and quality of life in patient in treatment for opoid dependence*. Substance Use & Misuse, 40, 65-76.

- Bower, J.M., & Segrestrom, S.C. (2004). Stress management, finding of benefit and immune function: positive mechanisms for intervention effects on physiology. *Journal of psychometric research*, 59, 9-11.
- Bower, J.M., Kemeny, M.E., Tayler, S.E., & Fahey, J.L. (2003). Finding positive meaning and it's association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement- related disclosure intervention. *Annals behavioral medicine*, 25, 55- 146.
- Daley, A. C. & Marlatt, G. A. (2005). Lewinson, JH., Ruiz, P., Millman, RB., Langrod, JG. (eds.). *Substance Abuse (A Comprehensive Textbook)*. 4th edit. Boston: Williams & Wilkin, 674-81.
- Davison, G.C., Neal, J.M. & Kring, A.M. (2004). *Abnormal Psychology*. Translated to Persian by: Dehestani M. Vol 1. 4th ed. Tehran: Virayesh, 293-304.
- Friedman, R., Schwartz, J.E., Schnall, P.L., Landsbergis, P.A., Pieper, C. & Gerin W. (2001). Psychological variables in hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 1, 19-31.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: A life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Garratt, A. M. (1997). SF36 health survey questionnaire: an outcome measuring suitable for routine use within the NHS. *British Medical Journal*, 4(1), 25-35.
- Hall, U. R. (2009). Stress amongst district nurses: A preliminary investigation. *Journal of clinical nursing*, 30(3), 9-21.
- Kusek, J.W., Lee, J.Y., Smith, D.E., Milligan, S., Faulkner, M. & Cornell, C.E. (1996). Effect of drug abuse r on quality of life. *Controlled Clinical Trials*, 17, 40-6.
- Lash, J. P., Wang, X., Greene, T., Gadegbeku, C. A., Hall, Y. & Jones, K. (2006). Quality of life in the African American study of Kidney diseases and hypertension. *American Journal of Kidney Diseases*, 47, 956-64.
- Le Moal, M & Kooh, G. F. (2007). Drug addiction: pathways to the disease and pathophysiological perspective. *Eur Neuropsychopharmacol*, 17(6-7), 377-93.
- Linden, W. (2005). *Stress management: from basic science to better practice*. 1st ed. Philadelphia: SAGE publication, 83-5.
- Lowe, B., Grafe, K., Ufer, C. & Kroenke K. (2004). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 66, 831.
- Ltgendrof, S. K., Antoni, M .H., Ironson, G., Starr, K. & Costelo, N. (1998). 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. *Psychosomatic Medicine*, 60, 204- 214.
- Mac Horney, C. A., Ware, J. E., Raczek, A. E., (1993). The MOS 36-Item short form health survey: II. Psychometric and clinical tests of validity measuring physical and mental health constructs, *Medical Care*, 31(3), 247-263.
- Montazeri, A., (2005). The short form of health survey: Translation and validation study of Iranian version. *Quality of Life Research*, 14, 875-882.
- Muller, A., Montoya, P., Schandry, R. & Hartl, L. (1994). Changes in physical symptoms, blood pressure and quality of life over 30 days among substance abuser. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 593-603.

- Pais-Ribeiro, J. L. (2004). Quality of life is a primary end-point in clinical settings. *Clinical Nutrition*, 23, 121-30.
- Redford, B. W. & Schneiderman, N. (2002). Resolved: Psychosocial interventions can improve clinical outcomes in organic disease. *Psychosomatic Medicine*, 64, 552-7.
- Robbins, M. A., Elias, M. F., Croog, S. H & Colton T. (1994). Unmedicated blood pressure levels and quality of life in addicted women. *Psychosomatic Medicine*, 56, 251-9.
- Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., Geskus, R., van den Brink, W., & Van Ameijden, E. (2005). Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: an analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Drug and alcohol dependence*, 79(2), 231-240.
- Wells, K. B., Golding, J. M & Burnam M. A. (1989). Affective, substance use and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. *General Hospital Psychiatry*, 11(5), 320-337.