

اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان بر پیشگیری از عود و کیفیت زندگی افراد معتاد

شهرام مامی^{۱*}، کامران امیریان^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: برای پیشگیری از عود و ارتقاء کیفیت زندگی افراد معتاد مداخله همه جانبه لازم است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان بر پیشگیری از عود و کیفیت زندگی افراد معتاد شهر ایلام صورت گرفت. **روش بررسی:** روش پژوهش نیمه‌آزمایشی، طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل می‌باشد جامعه آماری کلیه مراجعین مرد مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام بود. که با روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۹ جلسه درمان گروهی تنظیم شناختی هیجان دریافت کردند. پیش‌آزمون، پس‌آزمون و ۳ ماه بعد پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز (CBQ) و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF36) گردآوری شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش با تحلیل کواریانس تک متغیری نشان داد که بین میانگین نمرات عود در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش معناداری وجود دارد و در متغیر کیفیت زندگی افزایش معناداری داشتند. **نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با آموزش تنظیم شناختی هیجان می‌توان گامی در بالا بردن سلامت روانی افراد معتاد برداشت.

واژگان کلیدی: آموزش تنظیم شناختی هیجان، عود، کیفیت زندگی، معتادان

مقدمه

مصرف طولانی مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تأثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده مواد یا معتاد می‌گذارد، بلکه نقش تعیین‌کننده‌ای نیز روی روان و هیجانات افراد دارد (۱).

تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و ناآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. از سوی دیگر، تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است (۳).

سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست در شروع مصرف مواد نقش دارد

(۴). مدیریت مؤثر هیجانات، عبارت است از: تسکین و آرام ساختن خود به هنگام ناراحتی، اعمال خودکنترلی، مدیریت خشم، کنترل تکانه‌ها، ابراز هیجانات در زمان و مکان مناسب، جلوگیری از سایه افکندن هیجانات منفی بر روی قضاوت و توانایی حل مسأله، تحمل ناکامی، پذیرش و ارزش گذاشتن به خود (۵). به طور کلی معمولاً از شش روش تنظیم هیجان بحث می‌شود: پذیرش، اجتناب، حل مسئله، برآورد مجدد، اشتغال فکر و سرکوب. منظور از پذیرش که اغلب شکلی از ذهن آگاهی در نظر گرفته می‌شود، آگاهی بر هریک از افکار به صورت ساده و بدون جزئیات، بدون قضاوت و حال محور است و در این روش افکار، احساسات و حس‌ها همان‌گونه که هستند، پذیرفته می‌شوند (۶).

اعتیاد در جهان یکی از معضلات بزرگ در راستای فروپاشی نظام خانواده و اجتماع به شمار می‌رود. آمارهای منتشره از سازمان بهداشت جهانی و برنامه‌ی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، حاکی از افزایش فزاینده‌ی تولید و مصرف مواد در سطح جهان است و از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به شمار می‌رود (۷).

۱. استادیار روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران

* (نویسنده مسؤول) Email: Shahram.mami@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران

با توجه به اینکه تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرآیندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند برای اینکه چه هیجانی داشته باشند و چه وقت آنها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند. و مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (۱۴).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی رابطه مستقیم دارد. در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود (۱۵).

پدیده وابستگی به سوءمصرف مواد مخدر و عدم توانایی فرد برای قطع وابستگی و عدم موفقیت بیشتر برنامه‌های درمانی برای افراد معتاد از سوی دیگر و همچنین احتمال عود و شروع مجدد در کنار عامل عرضه مواد مخدر در جوامع باعث شده است که بیشتر برنامه‌های مقابله با مواد مخدر به سمت پیشگیری اولیه گرایش پیدا کند (۱۶). از آنجایی که اقدام به مصرف موادمخدر پدیده‌ی پیچیده‌ای است که عوامل متعدد فردی، فرهنگی و اجتماعی در بروز آن نقش دارند، کاربرد برنامه آموزشی مهارت‌های مقاومت در برابر سوءمصرف مواد باید با تأکید بر مدل‌های تغییر رفتار انجام گیرد (۱۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در افراد مصرف‌کننده مواد منجر می‌شود. افراد معتاد، نیازمندی‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی دارند که در مقایسه با افراد سالم متفاوت هستند به اعتقاد محققان، چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام روبرو شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۱).

بنابراین با توجه به مطالب فوق می‌توان اذعان داشت که تنظیم ناکارآمد تجارب هیجانی از هسته‌های اساسی سوءمصرف مواد و وسوسه مصرف است. دانش هیجانی به تنظیم هیجان کمک می‌کند. با توجه به این مطلب، افراد باید توانایی‌های مربوط به این سطح را به منظور استفاده از دانش‌های آن، در عمل پرورش دهند. افرادی که توانایی تنظیم‌های خودشان را ندارند، به احتمال بیشتری تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرند (۲۲). در مجموع، دشواری در تنظیم هیجان‌ها یکی از مشکلات افراد سوءمصرف‌کننده مواد است و این مسئله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی افراد سوءمصرف‌کننده مواد می‌شود. بنابراین، هدف پژوهش حاضر اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان بر پیشگیری از عود و کیفیت زندگی مردان معتاد در شهر ایلام می‌باشد.

دفتر پیشگیری از جرم و مواد سازمان ملل شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۱۵-۶۴ ساله، ۲۰۰ میلیون نفر یا ۵ درصد کل جمعیت برآورده کرده است. در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان مواد حدود سه میلیون نفر برآورده شده است. مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی در ایران است (۸).

به گزارش روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر، نرخ شیوع اعتیاد و مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها در جمعیت عمومی در سطح کشور ایران حدود ۱۳۲۵۰۰۰ نفر می‌باشد. بخش اعظمی از این افراد جوان تلقی می‌شوند. در واقع حدود ۴۵ درصد مصرف‌کنندگان زیر ۲۹ سال و حدود ۳۰ درصد نیز بین ۳۰ تا ۳۹ سال سن دارند. به علاوه طبق نتایج شیوع‌شناسی که در سال‌های ۱۳۸۰ و ۹۱ صورت گرفته، شیوع اعتیاد بین کودکان زیر ۱۸ سال ۱۰۰ درصد و در جمعیت عمومی معتادان بین ۱۵ تا ۱۹ سال نیز سه درصد رشد داشته است (۹).

با توجه به این که درصد بالایی افراد معتاد، پس از مدت‌ها چندین طولانی از ترک و درمان، دوباره به سوی موادمخدر روی می‌آورند. این افراد بعد از ترک هنوز سردرگم هستند و دائماً با وسوسه استفاده مجدد از موادمخدر رو به رو می‌شوند، که در نهایت در اکثر موارد به استفاده مجدد از مواد منجر می‌شود به همین دلیل و تا به حال تقریباً اکثر درمان‌ها چندین موفق نبوده‌اند و در کاهش میزان عود تأثیر چندانی نداشته‌اند طبیعتاً، بدون توجه به این عوامل مهم احتمال موفقیت کاهش می‌یافته است (۱۰).

متغیرهای تأثیرگذار بر پدیدآیی، تداوم و درمان اعتیاد متعدد و متفاوت هستند. پژوهش‌های بالینی چندین متغیر را به منزله متغیرهای پیش‌بین در زمینه‌ی اعتیاد معرفی کرده‌اند. یکی از این متغیرها کیفیت زندگی است که بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ سیستم ارزشی که کاملاً فردی بوده و برای دیگران قابل مشاهده نیست و برای درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی شان استوار است (۱۱).

مطالعات کیفیت زندگی به بررسی تأثیرات تمام موضوعاتی می‌پردازد که باعث بالا رفتن سطح معنا در زندگی و افزایش شادی و خوشی و تناسب شرایط زندگی افراد می‌گردد. بهزیستی روانی سازه‌ای چند بعدی است که حیطه‌های زیر را در برمی‌گیرد: عاطفه، شناخت، رفتار، روابط بین فردی، افراد دارای بهزیستی به دیگران اعتماد می‌کنند و از تعامل اجتماعی نیز برخوردارند (۱۲). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی و پویا است که با گذشت زمان و بسته به موقعیت تغییر می‌کند. کیفیت زندگی افراد معتاد بواسطه بیماری از طریق تغییر در ارتباطات فردی و کاهش اشتیاق در برقراری ارتباطات اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. اساس حمایت اجتماعی ایجاد تعادل مثبت با سایرین است که به فرد احساس تعلق داشتن و افزایش اعتماد به نفس را هدیه می‌بخشد (۱۳).

روش بررسی

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (*SF*): دارای ۳۶ ماده و ۸ خرده مقیاس عملکرد جسمی، سلامت عمومی، محدودیت ایفای نقش به دلایل جسمانی، محدودیت ایفای نقش به دلایل عاطفی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، نشاط، سلامت روانی می‌باشد که در دو بخش مجموع ابعاد روانی و مجموع ابعاد جسمانی تقسیم می‌شود هر کدام از ۸ بعد امتیاز ۰ تا ۱۰۰ را دارد که امتیاز بالاتر نشان دهنده عملکرد بهتر می‌باشد. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد به جز مقیاس نشاط ($\alpha=0.65$) سایر مقیاس‌های پرسش‌نامه SF-36 از حداقل ضریب استاندارد پایایی در محدوده ۰.۷۷٪ تا ۰.۹۰٪ برخوردارند. پایایی آزمون- بازآزمون این پرسش‌نامه با فاصله زمانی دو هفته ۰.۷۵٪ و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۷۸٪ بدست آمده است.

ارزیابی همبودی اختلال‌های روانی و سرند آن‌ها پیش از درمان: انجام مصاحبه نیمه‌ساخت‌یافته براساس SCID-I و SCID-II تا مشخص شود اگر بیمار مشکلات حاد روانشناختی دارد از طرح حذف شود.

آموزش مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان: آموزش تنظیم هیجانی عبارت است از کاهش و کنترل هیجان‌های منفی و عملکرد و نحوه استفاده مثبت از هیجان‌ها. در این پژوهش آموزش تنظیم شناختی هیجانی گراتز و گاندسون (۲۰۰۶) در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. هر جلسه با مرور آموزش‌ها و پیگیری نحوه انجام تکالیف آغاز می‌شد. پس از آن گام‌های بعدی درمان آموزش داده شد. و نهایتاً داده‌های مورد نیاز استخراج و از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغییری و به واسطه نرم‌افزار SPSS. 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش را کلیه‌ی مراجعه‌کنندگان به مراکز ترک اعتیاد در سال ۱۳۹۵ در شهر ایلام تشکیل می‌دهند. تعداد ۳۰ نفر از افراد معتاد با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفری که از لحاظ سن، اشتغال و تحصیلات هم‌تاسازی شدند. و همچنین دارای ملاک‌های مثل مصرف مواد مخدر (حشیش، تریاک، شیشه و کراک)، جنسیت مذکر، دارا بودن تشخیص اختلال سومصرف مواد براساس ملاک‌های DSM-V، محدوده سنی ۱۸ الی ۴۰ سال، رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان برای حضور در پژوهش، میزان تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، عدم وجود اختلالات همبود روانپزشکی که نیازمند مراقبت جدی و فوری است، عدم وجود اختلالات همبود جسمی که نیازمند مراقبت جدی و فوری است، عدم دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی، حداقل بار سومی باشد که مراجع اقدام به ترک مواد مخدر کرده است. و آموزش تنظیم شناختی هیجان روی گروه آزمایش اجرا شد.

پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز (*CBO*): برای سنجش عود مجدد اعتیاد در افراد معتاد از پرسش‌نامه عقاید وسوسه‌انگیز استفاده شد. که هدف آن سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف را که پس از ترک تجربه می‌شوند. این پرسش‌نامه باورهای مربوط به وسوسه‌ی مواد را می‌سنجد و دارای ۲۰ گویه است که هرکدام در یک مقیاس ۷ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شوند. روایی و اعتبار مناسبی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است.

مرور اجمالی محتوای پروتکل آموزشی مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان

جلسات	محتوای جلسات
۱	مراحل شروع عود، تعهد به تغییر، چه را می‌خواهید تغییر دهید؟ وجوه مثبت و منفی تغییر؟ چه قدر اطمینان دارید که تغییر کنید؟
۲	شناسایی کردن افکار خودآیند بیمار، آموزش خطاهای شناختی با ارائه مثال‌های عینی
۳	توصیف هیجان و آموزش آگاهی از هیجان‌های مثبت و منفی، سلامت هیجانی چیست؟، زنجیر A-B-C هیجان‌ها
۴	آموزش تنظیم هیجان و ارتباط آن با بهزیستی جسمی و روان‌شناختی، آموزش سبک زندگی سالم
۵	آموزش بازسازی افکار به بیمار، تمرین بازسازی افکار و مثال‌هایی در این زمینه
۶	خلاصه‌ای از سوابق بازگشت به مصرف مواد مخدر، علائم هشدار بازگشت به مصرف مواد مخدر
۷	آموزش تشخیص و شناسایی مهارت‌ها و راهبردهای حل مسأله، تمرین شش مرحله حل مسأله در طی جلسه
۸	برنامه‌ریزی جهت پیشگیری از بازگشت به مصرف مواد مخدر، توصیف عوامل اجتماعی در خود تنظیمی هیجان
۹	بررسی پیشرفت و عدم پیشرفت درمان، مرور و تمرین مقابله با هیجان‌های منفی و بازسازی شناختی
۱۰	تمرین مراحل حل مسأله، در اختیار قرار دادن ابزارهای پژوهش، پایان دادن به درمان و تعیین زمان‌های پیگیری

یافته‌ها

سن افراد آزمایش میانگین سنی ۲۷/۵۶ با انحراف استاندارد ۳/۳۴ و گروه کنترل میانگین سنی ۲۸/۲۸ با انحراف استاندارد ۳/۴۶ می‌باشد و در کل میانگین سنی ۲۷/۹۲ با انحراف استاندارد ۳/۴۰ می‌باشد.

در گروه آزمایش دارای ۱۰ (۶۶/۶۷٪) نفر مجرد و ۵ (۳۳/۳۳٪) نفر متأهل هستند و در گروه کنترل ۸ (۵۳/۳۳٪) نفر مجرد و ۷ (۴۶/۶۷٪) نفر متأهل می‌باشند.

تحصیلات در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰٪) زیر دیپلم، ۶ نفر (۴۰٪) نفر دیپلم و ۶۰ نفر (۴۰٪) نفر دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و گروه کنترل ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) زیر دیپلم، ۷ نفر (۴۶/۶۷٪) دارای دیپلم و ۴ نفر (۲۶/۶۷٪) دارای مدرک دانشگاهی بودند

میزان اشتغال در گروه آزمایش ۳۸/۸۹ درصد بیکار، ۲۶/۶۷ درصد دارای شغل نیمه وقت و ۲۶/۶۷ درصد دارای شغل تمام وقت، در گروه کنترل ۵۳/۳۳ درصد بیکارند و ۱۳/۳۳ درصد دارای شغل نیمه وقت و ۳۳/۳۳ درصد دارای شغل تمام وقت هستند.

سن افراد آزمایش نشان داد که اولین بار به طور میانگین در سن ۲۱/۵۹ سالگی شروع به سو مصرف مواد کرده‌اند و گروه کنترل به طور میانگین در سن ۱۹/۴۶ سالگی شروع به اعتیاد کرده‌اند.

تعداد دفعات اقدام به ترک اعتیاد نشان می‌دهد که گروه آزمایش ۲۰ درصد آن‌ها بار سومی، ۳۳/۳۳ درصد بار چهارم و ۴۶/۶۷ درصد بار پنجم یا بیشتر از پنج باری بود که اقدام به ترک اعتیاد کرده بودند. گروه کنترل ۱۳/۳۳ درصد آن‌ها بار سومی، ۴۰ درصد بار چهارم و ۴۶/۶۷ درصد بار پنجم یا بیشتری از پنج باری بود که اقدام به ترک اعتیاد کرده بودند.

توزیع فراوانی نوع اعتیاد گروه آزمایش نشان می‌دهد ۱ نفر دارای اعتیاد به تریاک و حشیش، ۲ نفر هروئین، ۴ نفر شیشه، ۷ نفر کراک و در گروه کنترل ۲ نفر دارای اعتیاد به تریاک و حشیش، ۳ نفر هروئین، ۶ نفر شیشه و ۴ نفر کراک هستند.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیر عود و کیفیت زندگی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
عود	آزمایش	۹۵/۰۷	۱۹/۲۳	۵۶	۱۲۶
	کنترل	۷۸/۹۳	۲۳/۴۸	۳۰	۱۲۶
	پیش‌آزمون	۵۱/۷۳	۱۵/۸۸	۵۲	۸۵
	پس‌آزمون	۹۴/۲۰	۲۱/۰۸	۵۲	۱۲۵
کیفیت زندگی	آزمایش	۹۵/۴۰	۱۹/۹۶	۵۷	۱۲۵
	کنترل	۹۳/۶۷	۱۸/۵۷	۴۴	۱۱۶
	پیش‌آزمون	۵۶/۸۰	۷/۷۷	۶۲	۶۹
	پس‌آزمون	۸۰/۷۳	۱۷/۶۵	۸۴	۱۱۰
کنترل	پیش‌آزمون	۸۸/۶۰	۴/۷۸	۴۳	۹۸
	پس‌آزمون	۵۹/۹۳	۷/۵۵	۴۰	۶۹
	پس‌آزمون	۶۲/۶۷	۱۴/۹۳		۸۰

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری عود در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

p	F	MS	df	SS	
۰/۰۰۴	۹/۹۱	۳۵۷۱/۲۵	۱	۳۵۷۱/۲۵	آزمون
۰/۰۲	۵/۹۸	۲۱۵۴/۱۶	۱	۲۱۵۴/۱۶	گروه
		۳۶۰/۲۰	۲۷	۹۷۲۵/۱۹	خطا
			۳۰	۲۴۳۲۷۱/۰۰	کل

همانطور که در جدول شماره ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات عود ($F=9/91$) در پیش‌آزمون، پس-آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/02$).

همانطور که در جدول شماره ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات عود ($F=9/91$) در پیش‌آزمون، پس‌آزمون ($p<0/004$) و بین میانگین نمرات عود

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری عود در پیش‌آزمون و پیگیری

<i>p</i>	F	MS	df	SS	
.۰/۰۱	۷/۷۷	۱۸۶۷/۳۰	۱	۱۸۶۷/۳۰	آزمون
.۰/۰۰۱	۵۵/۷۵	۱۳۴۰۲/۹۸	۱	۱۳۴۰۲/۹۸	گروه
		۲۴۰/۴۱	۲۷	۶۴۹۰/۹۷	خطا
			۳۰	۱۸۰۱۰۵/۰۰	کل

همانطور که در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات عود ($F=7/77$) در پیش‌آزمون، پیگیری ($p<0/01$) و بین میانگین نمرات عود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$).

همانطور که در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات عود ($F=7/77$) در پیش‌آزمون، پیگیری ($p<0/01$) و بین میانگین نمرات عود تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$).

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

<i>p</i>	F	MS	df	SS	
.۰/۰۰۵	.۰/۱۲	۳۳/۸۵	۱	۳۳/۸۵	آزمون
.۰/۰۲	۸/۹۳	۲۴۶/۱۵	۱	۲۴۶/۱۵	گروه
		۲۷۵/۷۲	۲۷	۷۴۴۴/۴۱	خطا
			۳۰	۱۶۴۱۵۳/۰۰	کل

همانطور که در جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=8/93$) در پیش‌آزمون، پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/02$).

همانطور که در جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=8/93$) در پیش‌آزمون، پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/02$).

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پیگیری

<i>p</i>	F	MS	df	SS	
.۰/۰۵	۲/۹۴	۲۸۴/۰۳	۱	۲۸۴/۰۳	آزمون
.۰/۰۰۱	۵۲/۳۲	۵۰۴۲/۰۱	۱	۵۰۴۲/۰۱	گروه
		۹۶/۳۴	۲۷	۲۶۰۱/۱۷	خطا
			۳۰	۱۸۰۹۲۸/۰۰	کل

همان‌طور که در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=2/94$) در پیش‌آزمون، پس‌آزمون ($p<0/05$) و بین میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=52/32$) در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$).

همان‌طور که در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=2/94$) در پیش‌آزمون، پس‌آزمون ($p<0/05$) و بین میانگین نمرات کیفیت زندگی ($F=52/32$) در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p<0/001$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجان بر پیشگیری از عود و کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشت. که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های میلر (۲۳)، بکر، سالیوان و تترولت (۲۴)، آلدو و همکاران (۶)، اسکندری و کرمی (۲۶)، دباغی (۲۷) و عیسی‌زادگان (۳۰) همسو می‌باشد. شواهد حاکی از این است که مصرف مواد به عنوان یک رفتار ناشی از وابستگی،

ویژگی‌های ذهنی، هیجانی و انگیزشی دارد. سوءمصرف مواد رفتاری ذهنی و هیجانی است زیرا پس از یک دوره ترک با تمایلات شدید به مصرف همراه است، رفتار سوءمصرف مواد انگیزشی زیرا در موارد زیادی میل به مواد، به رفتارهای جستجوی مواد معطوف به هدف نمی‌انجامد (۳۱). اکثر درمان‌ها بر کاهش راهبردهای تنظیم هیجان، افزایش راهبردهای مثبت تنظیم هیجان، افزایش بازشناسی هیجان، کاهش عقاید وسوسه-انگیز و همچنین پیشگیری از عود در افراد سوءمصرف کننده مواد تاکید دارند (۶). نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که این نوع مداخله در پیشگیری از عود مجدد و کیفیت زندگی افراد در حال ترک مفید می‌باشد و می‌توان به عنوان روشی غیر دارویی و در بازتوانی مبتلایان به مصرف مواد مخدر مؤثر واقع شود. فهم پدیده بازگشت و پیشگیری از آن چالشی که متخصصان حوزه درمان اعتیاد با آن مواجه هستند. معمولاً افراد به طور

روان‌شناختی دارد. فردی که دچار خطاهای شناختی باشد، ارزیابی صحیحی از خود و شرایط موجود نداشته و این ارزیابی در همه ابعاد به چشم می‌خورد. بنابراین، می‌توان گفت که مداخلات روان‌شناختی و بویژه تنظیم شناختی هیجان که تمرکز اصلی آن بر این است که چه هیجانی داشته باشد و چه وقت آن را تجربه و ابراز کند است می‌تواند بر بعد جسمانی کیفیت زندگی فرد نیز اثرگذار باشد.

در بعد روان‌شناختی کیفیت زندگی شامل مواردی از قبیل لذت از زندگی، احساس معناداری در زندگی، قدرت تمرکز، رضایت از خود و تجربه‌های مثالی مثل خلق غمگین، ناامیدی، اضطراب و افسردگی است. از دیدگاه تنظیم شناختی هیجان، سوءمصرف مواد یک الگوی رفتاری آموخته شده است که از طریق تجربه کسب می‌شود و فرایندهای یادگیری نقش بسیار مهمی در ایجاد و تداوم وابستگی به مواد افیونی ایفا می‌کند. اگر مصرف مواد منجر به کسب نتایج مطلوب مانند داشتن احساس خوب و کاهش تنش شود تداوم آن می‌تواند به عنوان یک شیوه ترجیحی برای کسب همان نتایج باشد. هدف این درمان، پاک نگهداشتن بیمار با استفاده از آموزش تنظیم شناختی هیجان است. بنابراین، می‌توان گفت که این تکنیک‌ها در بهبود بعد روانی کیفیت زندگی بیماران اثربخش است.

لذا با توجه به اینکه اکثر معتادان به دنبال ناتوانی در ترک، بازگشت‌های متوالی و مجدد به مواد دارند، حفظ و ایجاد روابط بین فردی و حمایت‌های اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی این گروه به عنوان یکی از مهمترین معیارهای ماندگاری افراد در دوران پرهیز و ترک مواد می‌باشد. با تسهیل روند بازتوانی و درمان می‌توان سبب افزایش کیفیت زندگی آن‌ها و کاهش بازگشت مجدد به سوی مصرف مواد شد.

محدودیت زمان ارزشیابی، و حجم نمونه کم، جامعه پژوهش معتادان مرد است یافته‌های آن را با احتیاط می‌توان به زنان تعمیم داد. استفاده از ابزار تکمیلی دیگر نظیر مصاحبه و مشاهده در کنار پرسش‌نامه می‌تواند بر غنای اطلاعات بیافزاید. محدود بودن محدوده جغرافیایی به شهرستان ایلام.

در پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود از مصاحبه در کنار پرسش‌نامه استفاده نمود. تخصیص زمان بیشتر، و حجم نمونه بیشتر، بطور همزمان در زنان و مردان اجراء، در بین مصرف‌کنندگان مواد صنعتی و روان‌گردان و مواد مخدر غیرصنعتی به صورت مجزا انجام داده و نتیجه را با هم مقایسه کرد.

ناگهانی و بی‌دلیل به مصرف مواد مجدد روی نمی‌آورند، بلکه بطور فعال درگیر مصرف مواد می‌شوند و نگرش، عقاید باورهای و انتظاراتشان در این زمینه نقش مهمی دارد (۳۲).

تنظیم شناختی به توانایی نظارت و تغییر شدت و جهت هیجانات در خود و دیگران اشاره دارد. تنظیم هیجان به توانایی متعادل کردن هیجانات منفی و حذف تاثیرات مخرب آن‌ها به سازگاری روانشناختی و نیز توانایی حفظ هیجانات مثبت که ارزش لذت‌گرایانه دارد مربوط می‌شود (۳۳).

پژوهش‌های انجام گرفته در ایران و سایر کشورها مبنی بر پایین بودن کیفیت زندگی در معتادین است، زیرا در اغلب موارد، اعتیاد بر کیفیت زندگی افراد تأثیر منفی می‌گذارد. بنابراین از آنجایی که کیفیت زندگی در خانواده‌های معتادان از ضعف‌های بسیاری برخوردار است، مشکلات اساسی خانواده را شدت می‌بخشد و علاوه بر اثرات مخرب بر زندگی فرد، اطرافیان و بستگان را نیز در معرض آسیب قرار می‌دهد (۳۴).

تنظیم هیجان راهبردی است که اشخاص هنگام مواجهه با یک موقعیت منفی، برای تعدیل هیجان خود به کار می‌برند. مهارت‌های مناسب در تنظیم هیجان با روابط سالمتر، کارایی شغلی و تحصیلی بهینه و با سلامت جسمی روزانه پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نمایند، آشفستگی بیشتری را تجربه می‌کنند و این آشفستگی می‌تواند منجر به سوءمصرف مواد به عنوان راهی برای کاهش هیجانات شود (۳۵).

همان‌گونه که مشاهده شد تنظیم شناختی هیجان توانسته بر روی پیشگیری از عود و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون اثربخش باشد. کیفیت زندگی در بعد جسمانی شامل ارزیابی فرد از دردهای جسمانی خود، داشتن انرژی برای انجام فعالیت‌های روزانه، رضایت فرد از وضعیت ظاهری، خواب، توانایی انجام فعالیت‌ها است. بنابراین، توجه به دو نکته در این مقوله لازم است: اول آنکه کیفیت زندگی به شرایط فرد و ابعاد جسمانی او بستگی داشته و دوم اینکه کیفیت زندگی به ارزیابی فرد از این شرایط بستگی دارد. درمان‌های نگهدارنده همچون متادون توانسته تا حدی بر مشکلات جسمانی بیماران وابسته به مواد افیونی که در جریان درمان با آن مواجه می‌شوند غلبه کنند که از جمله آن می‌توان به بالا بردن توان و انرژی فرد برای انجام فعالیت‌های روزانه، کاهش مشکلات فیزیولوژیکی ناشی از مصرف مواد و کاهش نشانه‌های جسمانی ترک اشاره کرد. اما بعد دوم، ارزیابی فرد از شرایط جسمانی خود است که این ارزیابی بیشتر جنبه

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در تدوین و اجرای این پژوهش نقش داشته‌اند قدردانی می‌شود.

References

1. Abolqasemi A, QuliLu K, Narimani M & Zahid A. Emotion regulation strategies in drug abusers have high reactivity and low. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2012; 20 (77): 22- 15.
2. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2012; 26(1): 41-54.
3. McDermott M J, Tull MT, Gratz KL, Daughters SB, Lejuez C. The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in Posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. Journal of anxiety disorders. 2014; 23(5): 591-599.
4. Trinidad DR, Johnson C A. The association between emotional Intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. Personality and Individual Differences. 2012; 32(1): 95-105.
5. Clark L. SOS Help with excitement: management of anxiety, anger and depression, Second Edition, (translator Reza Rostami and Ali lotus. 2011; Tehran: Tabalvor.
6. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review. 2014; 30(2): 217-237.
7. Donovan D, Witkiewitz K. Relapse prevention: From radical idea to common practice. Addiction research & theory. 2012;20(3):204-17.
8. Robinson TE, Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. Addiction. 2000;95(8s2):91-117.
9. On the fight against drugs. Categories products. Available at: 2014; <http://www.dchq.ir/>
10. Ali Mddy A. Lessons drug addiction and abuse, according to the head of the Cultural Revolution Headquarters. Tehran: community; 2011.
11. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of Clin Epidemiol. 2015; 53(1): 19-23.
12. Azimi L, Bajalan A. published the first studies on quality of life. Arak: Press Writer; 2011.
13. Azarfar Z. Relationship emotional and cognitive damage the quality of life in patients with coronary artery disease. Basic psychology master's thesis. Ardebil Islamic Azad University, Science and Research; 2013.
14. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. Clinical Psychology: Science and Practice. 2013; 2(2): 151-164.
15. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Pers Individ Dif. 2006; 9(40):1659-69.
16. Cavalcanti L. Prevention of drug abuse through education and information: an interdisciplinary responsibility within the context of human development: UNESCO, Prevention of Drug Abuse Unit, Division for the Renovation of Educational Curricula and Structures; 1994.
17. Bandura A. Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. In: Pervin A, ed. Goal

- concepts in personality and social psychology. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1989; 19-85.
18. Shope JT, Compleand LA, Marcus BC, Kamp ME. Effectiveness of a school based substance abuse prevention program. *J Drug Educ.* 2011; 26: 323-37.
 19. Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine.* 1998;46(12):1569-85.
 20. Priebe S, Roeder-Wanner UU, Kaiser W. Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychol Med.* 2000; 30(1): 225- 30.
 21. Shahyvnd A. Assessment of knowledge about HIV medicine and dentistry of Yazd. Dissertation. Yazd: University of Yazd Ghoddousi Martyr. 2011.
 22. Bizzarri J. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. *Subst Use Misuse.* 2012; 40(12):1765-76.
 23. Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: Neuropsychology, personality, and cognitive style. *Journal of Substance Abuse Treatment.* 2010; 8(4), 277-291.
 24. Becker W, Sullivan L, Tetrault J. Nonmedical use, abuse and dependence on prescription opioids among U.S. adults. *Journal Drug & Alcohol Dependence.* 2012; 94: 38-47.
 25. Axelrod SR, Perepletchikova F, Holtzman K & Sinha R. Emotion qregulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2012; 37: 37-42.
 26. Eskandari H, Karami A. Identifies the causes and treatment of drug congress. Zanzan University of Medical Sciences; 2010.
 27. Dabakhi P, Asghar Nejad AA, Atif Vahid MK & Bolhari J. Effectiveness of mindfulness -based relapse prevention in the treatment of opioid dependence and mental health, *addiction research journal.* 2007; (40) 13: 44-29.
 28. Zahed A, QuliLu K, Abolqasemi A, Narimani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior among substance abusers. *Addiction Research.* 2011; 113: 11-99.
 29. Azami Y, Sohrabi F, Borjali A, Gopan H. The effectiveness of teaching emotion regulation based on gross model in reducing impulsivity in drug-dependent people. *Journal of Substance Abuse Addiction Studies.* 2014; 8(30):12-23.
 30. Issazadegan A, Michael Manee F, Ghaderpour S, sheikh S. Charger B. The effectiveness of training cognitive emotion regulation strategies combined with methadone therapy on quality of life in men with substance abuse. *Uremia Medical Journal.* 2015; 25(8):25-45.
 31. Kashdan TB, Vetter CS, Collins L. Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Journal of Addictive behaviors.* 2012; 30: 259-269.
 32. Marlatt GA. Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and behavioral Practice.* 2012; 9:44-49.
 33. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EO, Bam DJ, Nolen HS. Hylgard psychology Translation: Muhammad Naqi Baraheni and colleagues. Tehran; publisher of growth. 2007.
 34. Emamipoor S, Shams Esfandabad H, Sadrossadat SJ. Psychological disorders and quality of life in four groups of male addicts with AIDS, non- AIDS drug, non- drug-

using HIV and healthy. University of Medical Sciences. 2009; 10 (1): 69-77.

35. Parker JD, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL & Wood LM. Problem gambling

in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. Personality and Individual Differences. 2008; 45(2), 174-180.

