

دانشگاه تربیت معلم

دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی بالینی

عنوان

بررسی کارکرد های اجرایی در افراد وابسته به هروئین

استاد راهنما

دکتر علیرضا مرادی

استاد مشاور

دکتر شهرام محمدخانی

پژوهشگر

امیر عسکرپور

شهریور ۸۸

تقدیم به پدر و مادر عزیزم

که در مهربانی و ایثار از هیچ تلاشی مضایقه نکرده اند

تقدیم به خواهران و برادرم

که همیشه دلسوزانه یاریم نموده اند

تقدیر و سپاس

با سپاس از یاری ایزد منان ، لازم می دانم که از کلیه کسانی که بنده را در انجام این پژوهش یاری

کرده اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم از جمله از

جناب آقای دکتر مرادی ، استاد محترم راهنما که بیشترین کمک و یاری را در جهت انجام صحیح

مراحل مختلف تحقیق صرف نمودند ، جناب آقای دکتر محمدخانی ، استاد محترم مشاور ، که در

معرفی منابع و ارائه راهکارهای پژوهشی نقش عمده ای داشتند ، داوران محترم که قضاوت این

پژوهش را بر عهده گرفتند ،

دوستان گرامی پیمان آذرمی ، محسن فرزادی ، امیر مصنوعی و سایر دوستان که همواره از حمایت ها

ی بی دریغ و راهنمایی هایشان برخوردار بوده ام

اداره بهزیستی شهرستان کرج ، مرکز ترک اعتیاد امید سبز ، کمپ های کمال شهر و جعفر آباد ، جناب

آقای دکتر رستگار ، سرکار خانم ها جماعتی ، کاکاوند ، کهندانی و سایر همکاران محترم در این

مراکز

متشکرو سپاس گذارم

چکیده

عنوان : بررسی کارکردهای اجرایی در افراد بهنجار، بیماران وابسته به هروئین و افراد درپرهیز

هدف از پژوهش حاضر ، بررسی کارکردهای اجرایی افراد وابسته به هروئین، درپرهیز و بهنجار است. گروه بهنجار از ۲۵ نفر تشکیل شده است که هیچ سابقه ای در مصرف مواد افیونی ندارند، گروه مصرف کننده شامل ۲۵ نفر بیمار وابسته به هروئین است، و گروه بهنجار شامل ۲۵ نفر است که قبلاً به سوء مصرف هروئین می پرداخته اند و هم اکنون در پرهیز به سر می برند. همه شرکت کنندگان مرد بوده و از سطح شهرستان کرج انتخاب شدند. از آزمون های هوش و کسلر برای بزرگسالان ، دسته بندی کارت های ویسکانسین، استروپ و توالی حروف-ارقام استفاده شد. نتایج نشان داد که در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین گروه درپرهیز درمقایسه با دوگروه دیگر دارای عملکرد ضعیف تری بودند ولی بین گروه های به هنجار و مصرف کننده در این آزمون تفاوتی وجود نداشت. در آزمون استروپ نیز تفاوتی بین گروه ها یافت نشد . همچنین در آزمون توالی حروف-ارقام، گروه درپرهیز به نسبت دو گروه دیگر عملکرد ضعیف تری داشتند و گروه مصرف کننده به صورت معنی داری از گروه به هنجار بدتر عمل کردند. از طرف دیگر مشخص شد که بین شدت وابستگی به هروئین و میزان تخریب کارکردهای اجرایی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. این یافته ها نشان می دهد که مصرف درازمدت هروئین و اعتیاد شدید به این ماده برکارکرد اجرایی تاثیر مخرب دارد که شدت این تخریب در حافظه فعال بیشتر است ولی شواهدی از تاثیر کوتاه مدت این ماده برکارکرد اجرایی یافت نشد. از طرف دیگر محرومیت کوتاه مدت از هروئین نیز موجب تضعیف این کارکردها و عملکردی پائین تر از زمان مصرف می شود.

کلید واژه ها: هروئین ، محرومیت (پرهیز)، کارکردهای اجرایی

فهرست مطالب:

فصل اول: بیان مسئله

۱	مقدمه
۳	بیان مسئله
۶	هدف کلی
۷	هدف اختصاصی
۷	فرضیه ها
۸	اهمیت نظری و عملی پژوهش
۸	تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

فصل دوم: ادبیات پژوهش

۱۱	مقدمه
۱۳	واژگان اعتیاد
۲۰	انواع موادافیونی
۲۰	همبودی با سایر اختلالات
۲۱	سبب شناسی اختلالات وابسته به مواد افیونی
۲۴	کارکردهای اجرایی
۲۷	مدل های کارکردهای اجرایی
۲۷	نظریه لوریا
۳۰	مدل نظام توجهی نظارتی (SAS) و مشتقات آن

- ۳۶..... مدل سه قسمتی بنسون و استاس
- ۳۹..... نظریه غفلت از هدف دانکن
- ۴۱..... مدل حافظه فعال گولدمن - راکیچ
- ۴۳..... فرضیه نشانگر جسمانی داماسیو
- ۴۶..... خلاصه ای از آزمون های موجود کارکردهای اجرایی
- ۵۰..... چالش های اصلی و فرصت ها برای بازتوانی کارکردهای اجرایی
- علم عصب شناختی اجتماعی به عنوان یک پیوند ممکن بین آزمون آزمایشگاهی و عملکرد زندگی روزمره
- ۵۰.....
- ۵۲..... آمار های پیشرفته برای تصفیه، یکسان سازی و تفسیر عملکرد کارکرد اجرایی
- ۵۴..... تکنولوژی پیشرفته..
- ۵۷..... تاثیر مواد غیر افیونی بر کارکرد عصبی و روان شناختی
- ۶۰..... تاثیر مواد افیونی بر کارکرد عصبی و روان شناختی

فصل سوم: طرح پژوهشی

- ۶۷..... طرح پژوهش
- ۶۷..... جامعه آماری
- ۶۸..... ابزارهای اندازه گیری
- ۶۸..... پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی
- ۶۸..... آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین
- ۷۱..... آزمون استروپ

۷۵.....	آزمون توالی حروف - ارقام
۷۷.....	گنجینه لغات
۷۸.....	طراحی مکعب ها
۷۹.....	روش اجرای آزمون ها
۸۰.....	روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم

۸۲.....	یافته های جمعیت شناسی
۸۷.....	یافته های مربوط به کارکردهای اجرایی
۸۷.....	یافته های توصیفی و استنباطی مربوط به آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین.....
۹۲.....	یافته های توصیفی و استنباطی مربوط به آزمون استروپ
۹۴.....	یافته های توصیفی و استنباطی مربوط به آزمون توالی حروف - ارقام
۹۸.....	یافته جانبی

فصل پنجم

۱۰۰.....	مقدمه
۱۰۱.....	بحث
۱۰۷.....	نتیجه گیری
۱۰۷.....	کاربردهای بالینی
۱۰۸.....	محدودیت های پژوهشی
۱۰۸.....	پیشنهادهای پژوهشی

فهرست جداول..... صفحه

جدول ۱-۲- ملاک های تشخیصی DSM_IV_TR برای وابستگی به مواد..... ۱۸

جدول ۲-۲- ملاک های تشخیصی DSM_IV_TR برای سوء مصرف مواد..... ۱۹

جدول ۲-۳- ملاک های تشخیصی DSM_IV_TR برای محرومیت (ترک مواد)..... ۱۹

جدول ۲-۴- انواع مواد افیونی..... ۱۹

جدول ۲-۵- آزمون های کارکردهای اجرایی ۴۷

جدول ۱-۴- میانگین و انحراف معیار سن و تحصیلات گروه های مصرف کننده ، در پرهیز

و بهنجار..... ۸۱

جدول ۲-۴- میانگین و انحراف معیار گنجینه لغات و طراحی مکعب ها در سه گروه..... ۸۲

جدول ۳-۴- میانگین و انحراف معیار مدت زمان سوء مصرف و پرهیز از هروئین در گروه های

مصرف کننده و در پرهیز..... ۸۳

جدول ۴-۴- سابقه استفاده از مواد در سه گروه به درصد..... ۸۳

جدول ۵-۴- وضعیت اشتغال در سه گروه..... ۸۴

جدول ۶-۴- میانگین و انحراف معیار آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین در سه گروه..... ۸۵

جدول ۷-۴- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین..... ۸۶

جدول ۸-۴- آزمون تعقیبی توکی برای آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین..... ۸۷

جدول ۹-۴- میانگین و انحراف معیار آزمون استروپ در سه گروه..... ۹۰

جدول ۱۰-۴- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه در آزمون استروپ..... ۹۱

جدول ۱۱-۴- میانگین و انحراف معیار در آزمون توالی حروف_ ارقام در سه گروه..... ۹۲

جدول ۱۲-۴- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه در آزمون توالی حروف- ارقام.....۹۳

جدول ۱۳-۴- آزمون تعقیبی توکی برای آزمون توالی حروف_ ارقام۹۴

جدول ۱۴-۴- همبستگی بین مدت زمان مصرف و آزمون های مربوط به کارکرد های اجرایی.....۹۶

فهرست نمودار و اشکال صفحه

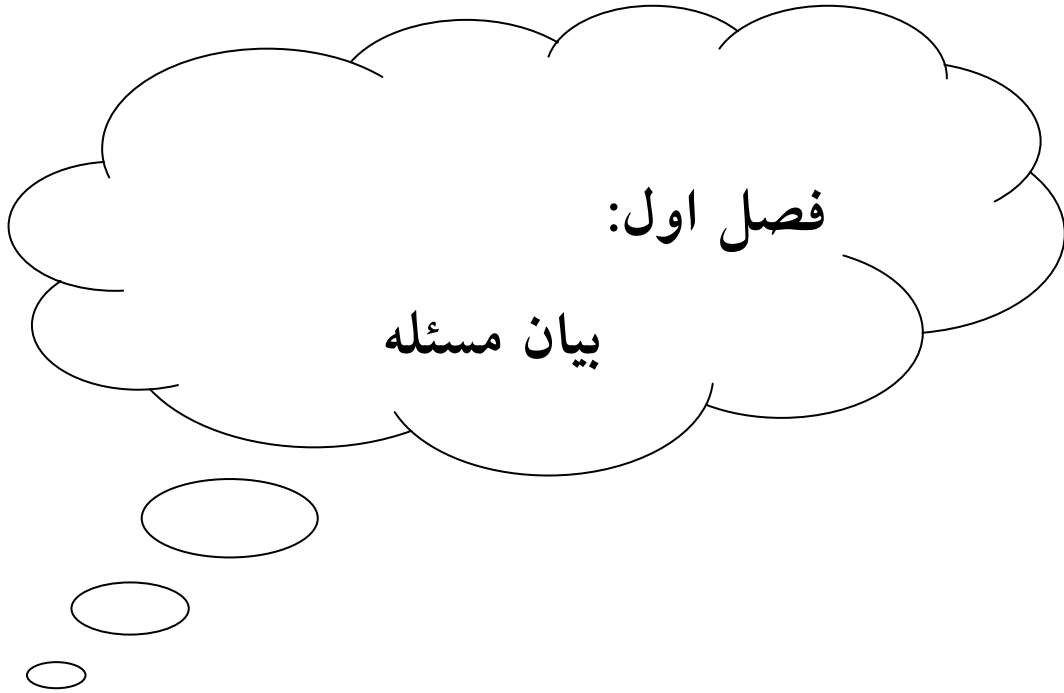
نمودار ۱-۴- میانگین نمرات خطای درجاذدن بین سه گروه در آزمون WCST.....۸۸

نمودار ۲-۴- میانگین نمرات تعداد طبقات بین سه گروه در آزمون WCST.....۸۹

نمودار ۳-۴- میانگین نمرات آزمون توالی حروف- ارقام در گروه ها.....۹۵

فصل اول:

بیان مسئله



یکی از پدیده های قابل تأمل روانی و اجتماعی در عصر حاضر گسترش مصرف مواد افیونی و بروز اختلالات وابسته به آن است . پدیده ای که زندگی میلیون ها نفر را با مشکل مواجه ساخته و سرمایه های کلان ملی را صرف مبارزه ، درمان و پیشگیری از صدمات ناشی از آن می نماید. در سراسر دنیا بیش از ۲۰ داروی افیونی مشخص از نظر شیمیایی در کار بالینی مورد استفاده قرار می گیرد.^۱ DSM-IV-TR اختلالات وابسته به مواد افیونی را به اختلالات مصرف اویوئید (سوء مصرف مواد افیونی و وابستگی به افیون) و نه اختلال ناشی از اویوئید دیگر (مثل مسمومیت ، ترک و....) تقسیم می کند.. همچنین DSM-IV-TR وابستگی به مواد افیونی را مجموعه ای از علائم فیزیولوژیکی ، رفتاری و شناختی می داند که توأمأ حاکمی از مصرف مکرر و مزمن داروهای افیونی علیرغم مسایل قابل ملاحظه و مربوط به چنین استفاده ای باشد . وابستگی دارویی به طور کلی توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۲ سندرمی تعریف شده است که استفاده از یک دارو یا طبقه ای از داروها اولویتی بالاتر از آنچه قبلاً برای فرد ارزش داشته است پیدا می کند. در این تعاریف مختصر تأکید بر رفتار دارو جویی ، ماهیت غیر انطباقی آن ، و نحوه انتخاب درگیر شدن در این رفتار، به گونه ای که با گذشت زمان در نتیجه تعامل با دارو به صورت الزامی در می آید ، ویژگی های اساسی تلقی شده اند.

در ممالک پیشرفته ، واژه ی افیونی که بیش از همه با سوء مصرف و وابستگی مربوط است هرئین^۳ می باشد . طبق DSM-IV-TR میزان شیوع مصرف هرئین در طول عمر حدود ۱ درصد است و ۲۰ درصد مردم در یک سال قبل آن را مصرف کرده اند. نسبت ابتلا مرد به زن در

^۱ - Diagnostic and Statistical manual of mental disorders

^۲ -World Health Organization

^۳ -Heroin

مصرف کننده های هروئین ۳ به ۱ است . مصرف کننده های هروئین معمولاً در دهه سوم مصرف را شروع کرده اند.

طبق DSM-IV-TR میل به بهبود وابستگی معمولاً پس از ۴۰ سالگی روی می دهد و اصطلاح (فارغ شدن) در این مورد بکار می رود . در ایالات متحده ، نخستین تجربه استفاده از مواد افیونی در دوران نوجوانی است . اینگونه آشنایی زود رس با فرهنگ دارو احتمالاً در جوامعی که سوء مصرف موادر آنها شایع است و در خانواده هایی که والدین مصرف کننده مواد هستند روی می دهد . اعتیاد به هروئین ممکن است روزانه برای شخص صدها دلار هزینه داشته باشد بنابراین شخص مبتلا به وابستگی به مواد افیونی ناگزیر است این پول را از طریق غیر قانونی یا انجام اعمال خلاف به دست آورد. استفاده تزریقی افراد مبتلا به وابستگی هروئین مسئول عمده انتشار HIV است .

اکنون تاثیر این مواد بر عملکردهای عصبی و روان شناختی به اثبات رسیده، و تحقیقات بسیاری را در این زمینه برانگیخته است. یکی از این کارکردهای شناختی که تصور می شود تحت تاثیر مواد افیونی قرار دارد «کارکردهای اجرایی» است. کارکردهای اجرایی شامل دامنه گسترده ای از توانایی های روان شناختی از جمله، استدلال کلامی ، حل مسئله ، برنامه ریزی ، توالی کردن ، توانایی نگهداری توجه ، مقاومت در برابر تداخل ، استفاده از پسخوراند ، انجام همزمان چند تکلیف ، انعطاف پذیری شناختی و توانایی روبرو شدن با تغییر و امور جدید است که عمدتاً وابسته به عملکرد بهینه لوب پیشانی به خصوص قشر پیش پیشانی است.

حجم زیادی از مطالعات در ابعاد مختلف مواد افیونی ، متولیان و متخصصان را در این زمینه به خود مشغول کرده است . با توجه به ضرورت انجام مطالعات وسیع و گسترده در خصوص

اثرگذاری مواد بر جنبه های مختلف روان شناختی با هدف کسب شناخت هرچه دقیق تر و جامع ، هدف پژوهش حاضر بررسی و مطالعه ابعاد شناختی افراد معتاد به هروئین است.

بیان مساله

مواد افیونی در طول قرن ها (حداقل ۳۵۰۰ سال) ، عمدتاً به صورت تریاک^۱ ساده یا محلول الکلی تریاک ، مورد استفاده قرار گرفته اند. کدئین^۲ برای نخستین بار در سال ۱۸۰۲ و مورفین^۳ در سال ۱۸۰۶ ، از تریاک استخراج شد. اثرات اولیه تریاک و شبه تریاک از طریق گیرنده های مواد افیونی اعمال می شود. هر سه گیرنده مواد افیونی شامل Δ opiates, k-opiates, 2-opiate خاصیت ضد درد دارند. ترکیبات تریاک و شبه تریاک روی نظام های انتقال دهنده عصبی دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک هم اثرات قابل ملاحظه دارند. داده های گوناگون حاکی از آن است که خواص اعتیاد آور و پاداش دهنده ترکیبات تریاک و شبه تریاک از طریق فعال شدن نورون های دوپامینرژیک ناحیه تگمنتال بطنی^۴ که به قشر مخ و سیستم لیمبیک کشیده می شوند اعمال می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

هروئین رایج ترین ماده افیونی مورد سوء مصرف و قوی تر از مورفین است که قابلیت انحلال آن در چربی نیز از مورفین بیشتر است . به دلیل همین خواص ، هروئین سریع تر از مورفین از سد خون- مغز^۵ عبور می کند و اثری سریع تر از مورفین دارد. هروئین یک ماده غیر قانونی، با درجه اعتیاد آوری بالاست . این ماده از مورفین تهیه می شود . یک ماده طبیعی که از عصاره پوسته گیاه خشخاش^۶ به دست می آید . این ماده نوعاً به صورت جامد بوده و به صورت پودر قهوه ای یا

¹ -Opiates

² -Codeine

³ - Morphine

⁴ -ventrotegmental

⁵ - Blood – Brain Barrier

⁶ - Poppy

سفید و یا به صورت ماده چسبناک سیاه رنگ و با نام خیابانی « هروئین قیری » شناخته می شود . اکثر هروئین های خیابانی با موادی مثل شکر، نشاسته ، پودر شیر و غیره مخلوط است . به علت اینکه استفاده کنندگان از این ماده قدرت واقعی این ماده مخدر یا مواد همراه با آن را نمی دانند این افراد در معرض خطر مصرف دوز بالا و مرگ هستند. هروئین معمولاً به صورت تزریقی ، تدخینی و یا استنشاقی استفاده می شود . معمولاً یک استفاده کننده هروئین چهار بار در روز هروئین را تزریق می کند . تزریق درون وریدی بیشترین و سریع ترین لذت و سرخوشی را فراهم می کند. (۷ تا ۸ ثانیه). این در حالی است که تزریق درون ماهیچه ای لذت نسبتاً کم و کندی را فراهم می کند (۵ تا ۸ دقیقه بعد از تزریق) . هنگامی که هروئین به صورت کشیدنی یا استنشاقی مورد استفاده قرار می گیرد، اوج اثرات معمولاً به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه طول می کشد . محققان انجمن ملی سوء مصرف مواد (NIDA)^۱ تصدیق کرده اند که همه ی اشکال مصرف هروئین اعتیاد آور است . گذشته از هزینه سر سام آور مصرف مواد برای جامعه، عوارض روان شناختی و عصب شناختی مصرف هروئین بر مغز و نظام رفتاری فرد قابل ملاحظه است، نتایج پژوهش های متعددی نشان داده اند که وابستگی طولانی مدت به هروئین اثر مخرب بر عملکرد هوشی دارد (میلر^۲، ۱۹۹۵، ۱۹۹۱؛ به نقل از پر اسر ، کوهن ، استین فلد ، ایزن برگ ، لندن و گالینکر^۳، ۲۰۰۶) . کنترل ضعیف تکانه ، ضعف در برنامه ریزی و تصمیم گیری از دیگر عوارض هروئین است (گرانت و همکاران^۴، ۲۰۰۰؛ تاپرت و برون ، ۱۹۹۹^۵؛ به نقل از پراسر و همکاران ، ۲۰۰۶؛ پو ، چارلز و

^۱ - National Institute for Drug Abuse

^۲ - Miller

^۳ - Prosser, Cohen, Steinfeld, Eisenberg, London, and Galynker

^۴ - Grant et al.

^۵ - Tapert and Brown

لی،^۱ ۲۰۰۲؛ فرانکن، کرون، وایرز و جانسن^۲، ۲۰۰۰). اگرچه شواهد قوی تری برای بد کار کردی قشر پیش پیشانی در مصرف کنندگان الکل و کوکائین دیده می شود، اما وابستگی به مواد افیونی از قبیل هروئین و مرفین نیز منجر به آسیب های شناختی و عصب روان شناختی می شود (کوهار، پرت و سیندر^۳، ۱۹۷۳؛ لویز و دیگران^۴، ۱۹۸۱؛ به نقل از لیورس و یا کیمف^۵، ۲۰۰۳). همچنین مطالعات تصویر برداری از مغز، آسیب هایی در لوب پیشانی افراد وابسته به مواد افیونی هنگام محرومیت (پرهیز) نشان داده اند.

(کریستال و دیگران^۶، ۱۹۹۵؛ وندیگ و دیگران^۷، ۱۹۹۴؛ به نقل از لیورس و یا کیمف، ۲۰۰۳). نتایج پژوهشهای پتری و همکاران^۸ (۱۹۹۸) و استرانگ و گورلینگ^۹ (۱۹۸۹) نیز حاکی از وجود بد کارکردی اجرایی در افراد وابسته به مواد افیونی است (به نقل از لیورس و یا کیمف، ۲۰۰۳). پس از بررسی مواد و تاثیر آنها بر عملکردهای روان شناختی، اکنون لازم است درباره کارکردهای اجرایی، عملکرد عصبی - روانی که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار می گیرد توضیحاتی داده شود.

در ابتدایی ترین سطح «کارکردهای اجرایی»^{۱۰} به قابلیت هایی اطلاق می شود که فرد را به ایجاد الگوی رفتار جدید و طرق فکر کردن و بازیابی افکار توانا می سازد. این قابلیت ها در موقعیت های ناآشنا بسیار مورد نیاز است، جایی که فرد نمی داند چه باید بکند، یا موقعیت هایی که روش های ایجاد شده قبلی رفتار، دیگر مفید و مناسب نیستند (هالیگان و همکاران، ۲۰۰۳). به طور سنتی،

¹ - Pau, Charles, and Lee

² - Franken, Kroon, Wiers, and Jansen

³ - Kuhar, Pert, and Snyder

⁴ - Lewis et al.

⁵ - Livers & Yakimoff

⁶ - Krystal

⁷ - Van dyck

⁸ - Petry et al.

⁹ - Strang & Gurling

¹⁰ _Executive Function

آزمون توانایی آغاز، توقف و تغییر رفتار در پاسخ به تغییر محرک، بخشی از ارزیابی مربوط به ناکارآمدی ناحیه پیشانی بوده است (مارنات، ۲۰۰۳). همه توانایی های مذکور مربوط به کارکردهای اجرایی مغز می باشد که به توانایی های شناختی لازم برای انجام رفتارهای پیچیده معطوف به هدف و سازگاری با طیف وسیعی از تغییرات و مطالبات محیطی از جمله برنامه ریزی، پیش بینی (انعطاف پذیری شناختی)، معطوف کردن منابع توجه به ملزومات رویدادهای غیر معمول و همچنین خودپایی رفتار اطلاق می شود (لورینگ، ۱۹۹۹).

تصور می شود کارکردهای اجرایی به طور عمده به قشر پیش پیشانی (PFC)^۱ مربوط باشند؛ همانطور که تحقیقات مربوط به بیماران دچار تخریب در این ناحیه نشان می دهند، این بیماران در آزمون های عصب روان شناختی مانند آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین (WCST)^۲ عملکرد ضیفی دارند (WCST؛ گرانت و برگ، ۱۹۴۸؛ نقل از هوزینگا و همکاران، ۲۰۰۶).

با وجود اینکه تحقیقات بسیاری در مورد اثرات روان شناختی مواد افیونی صورت گرفته ولی تحقیقات در مورد هروئین بسیار ناچیز بوده است علت این پدیده را می توان به کمیاب بودن نمونه های بالینی که هروئین تنها داروی سوء مصرفی آنها باشد و رواج بیشتر این ماده در شرق نسبت داد در این پژوهش سعی بر آن شده که به بررسی عملکرد های اجرایی در افراد هروئینی پرداخته شود. برای سنجش عملکرد های اجرایی از آزمونهای دسته بندی کارتهای ویسکانسین، تکلیف استروپ و آزمون فراخنای حروف _ ارقام استفاده می شود.

هدف کلی:

بررسی وضعیت کارکردهای اجرایی در افراد وابسته به هروئین

^۱ _PreFrontal Cortex

^۲ _Wisconsin Cart Sorting Test

اهداف اختصاصی

- (۱) مقایسه کارکردهای اجرایی در معتادان هروئینی و گروه بهنجار
- (۲) مقایسه کارکردهای اجرایی در معتادان هروئینی و بیماران در پرهیز
- (۳) مقایسه کارکردهای اجرایی در گروه بهنجار و بیماران در پرهیز

سوال های پژوهشی

- (۱) آیا در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین، عملکرد گروه بهنجار بهتر از گروه در پرهیز و عملکرد گروه در پرهیز بهتر از گروه مصرف کننده است؟
- (۲) آیا در آزمون استروپ عملکرد گروه بهنجار بهتر از گروه در پرهیز و عملکرد گروه در پرهیز بهتر از گروه مصرف کننده است؟
- (۳) آیا در آزمون توالی حروف-ارقام عملکرد گروه بهنجار بهتر از گروه در پرهیز و عملکرد گروه در پرهیز بهتر از گروه مصرف کننده است؟

فرضیه ها :

در این پژوهش فرضیه های زیر مورد بررسی قرار می گیرند.

- (۱) در آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین عملکرد گروه بهنجار بهتر از گروه مصرف کننده و در پرهیز و عملکرد گروه در پرهیز بهتر از گروه مصرف کننده است.
- (۲) در آزمون استروپ عملکرد گروه بهنجار بهتر از گروه مصرف کننده و در پرهیز و عملکرد گروه در پرهیز بهتر از گروه مصرف کننده است.

۳) در آزمون توالی حروف-ارقام عملکرد گروه بهنجار بهتر از گروه مصرف کننده و درپرهیز و عملکرد گروه درپرهیز بهتر از گروه مصرف کننده است.

اهمیت نظری و عملی پژوهش

متأسفانه اعتیاد در کشور ما به یکی از بزرگترین معضلات اجتماعی که سالانه هزینه های سنگینی را به جامعه ما تحمیل می کند تبدیل شده است .

قرار گرفتن ایران در مسیر ترانزیت قاچاق مواد افیونی تاکنون به بهای صرف هزینه های سنگین جهت پیشگیری و درمان اختلالات وابسته به این مواد و وابستگی میلیون ها نفر منجر شده است. هرچند آمارهای دقیقی در مورد تعداد معتادان در ایران وجود ندارد آمارهای رسمی بیانگر وجود یک میلیون و دویست هزار نفر وابسته به مواد افیونی است (سازمان مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۸).

بنابراین چنانچه هر خانوار ایرانی را ۵ نفر تخمین بزنیم بیش از ۶ تا ۱۰ میلیون نفر در ایران با این مواد و مسایل قانونی ، اقتصادی و اجتماعی حاصل از آن دست و پنجه نرم می کنند . با توجه به اینکه اکثر مواد مصرفی اعتیاد آور در ایران به خانواده افیونها (تریاک ، هروئین ، مورفین ، کراک (هروئین فشرده) ، کدئین) تعلق دارد و هروئین و کراک هم اکنون بیشترین مصرف سالانه مواد اعتیاد آور را به خود اختصاص داده اند ، پژوهش و بررسی تأثیر هروئین بر عملکرد شناختی انسان می تواند افق های جدیدی را در جهت درمان هر مؤثر این پدیده بگشاید .

تعریف نظری و عملیاتی متغیرها

اختلال وابستگی به هروئین:

تعریف نظری:

وابستگی به مواد افیونی از جمله هروئین مجموعه ای از علائم فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری می باشد که علی رغم مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مصرف ماده، فرد به صورت پیوسته مصرف ماده را ادامه می دهد (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۵).

تعریف عملیاتی:

در پژوهش حاضر منظور از وجود اختلال وابسته به هروئین داشتن معیارهای DSM-IV -TR بر اساس مصاحبه بالینی می باشد.

کارکردهای اجرایی:

اصطلاح کارکردهای اجرایی به مجموعه وسیعی از فرایندهای فراشناختی آگاهانه از قبیل برنامه ریزی، جستجوی سازمان یافته، کنترل تکانه، رفتار هدفمند، نگهداری مجموعه، بکارگیری راهکارهای انعطاف پذیر، توجه انتخابی، کنترل توجهی، راه اندازی اعمال، سیالی و روانی اعمال و ارزیابی خود اشاره می کند (لتو و دیگران^۲، ۲۰۰۳، سکورا و دیگران^۳؛ به نقل از گیان کولا^۴، ۲۰۰۷).

تعریف عملیاتی:

در پژوهش حاضر منظور از کارکردهای اجرایی نمره بدست آمده در آزمون های دسته بندی کارت های ویسکانسین، آزمون استروپ، و آزمون فراخنای حروف- ارقام است.

¹ -Sadock

² - Lehto et al.

³ - Sikora et al.

⁴ - Giancola

فصل دوم:

ادبیات پژوهشی