

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه ارومیه
دانشکده ادبیات و علوم انسانی
گروه علوم تربیتی

پایان نامه:

جهت دریافت کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

اثر بخشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر کاهش ناگویی خلقی و تکانشگری و افزایش کیفیت زندگی در مردان تحت درمان با متادون شهر ارومیه .

استاد راهنمای اول:

دکتر علی عیسی زادگان

استاد راهنمای دوم:

دکتر فرزانه میکائیلی منبع

استاد مشاور:

دکتر بهروز کارگری

اساتید داور:

دکتر حسن قلاوندی

دکتر محمد حسنی

پژوهشگر:

سیران قادرپور آذر

بهمن 92

آی آدمها که بر ساحل نشسته شاد و خندانید !
یک نفر در آب دارد می سپارد جان .
یک نفر دارد که دست و پای دائم میزند
یک نفر در آب دارد می کند بیهود جان قربان !
آی آدمها که بر ساحل بساط دلگشا دارید !
نان به سفره، جامه تان بر تن؛
یک نفر در آب می خواند شما را .
آی آدمها !
او ز راه دور این کهنه جهان را باز می پاید،
می زند فریاد و امید کمک دارد
آی آدمها که روی ساحل آرام در کار تماشاییید !
"-آی آدمها..."

تقدیم:

- به مادرم سنگ صبوری که الفبای زندگی را به من آموخت.
- به او که آموخت مرا تا بیاموزم اساتید گرامی جناب آقای دکتر علی عیسی زادگان ، خانم دکتر فرزانه میکائیلی منیع و جناب آقای دکتر بهروز کارگری، آموزگارانی که برایم زندگی، بودن و انسان بودن را معنا کردند.
- تقدیم به همسرم که سایه مهربانیش سایه سار زندگیم می باشد، او اسوه صبورتحمل بوده و مشکلات مسیر را برایم تسهیل نمود.
- تقدیم به تمام انسان هایی که از بیماری اعتیاد رنج می برند.

تقدیر و تشکر:

سپاس گزار کسانی هستم که سرآغاز تولد من هستند. از یکی زاده می شوم و از دیگری جاودانه. استادی که سپیدی را بر تخته سیاه زندگی ام نگاشت و پدر و مادری که تار مویی از آنها بپای من سیاه نماند. با تقدیر و تشکر شایسته از اساتید فرهیخته و فرزانه سرکارخانم دکترفرزانه میکائیلی منیع و آقای دکتر علی عیسی زادگان و دکتر بهروز کارگری که با نکته های دلاویز و گفته های بلند ، صحیفه های سخن را علم پرور نمود و همواره راهنما و راه گشای نگارنده در اتمام واکمال پایان نامه بوده است. امیدوارم قادر به درک زیبایی های وجودتان باشم.

چکیده:

مقدمه: پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر کاهش ناگویی خلقی و تکانشگری و افزایش کیفیت زندگی مردان تحت درمان با متادون بود روش: در یک پژوهش نیمه آزمایشی 32 نفر از معتادان مصرف کننده مواد یکی از درمانگاه های اقامتی شهرستان ارومیه که دوره درمان نگهدارنده با داروی متادون را سپری می کردند، با اجرای مصاحبه اولیه و در نظر گرفتن معیارهای ورود انتخاب شدند. سپس این تعداد در دو گروه 16 نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش هم از داروی متادون، و هم از آموزش تنظیم شناختی هیجان به شیوه گروهی به مدت 12 جلسه 60 دقیقه ای بهره بردند. اما گروه کنترل تنها داروی متادون را استفاده کرده و مداخله دیگری را دریافت نکردند. همه شرکت کنندگان در پژوهش در مرحله پیش از مداخله و بلافاصله پس از آن، هر سه مقیاس تکانشگری بارت، ناگویی خلقی و کیفیت زندگی را تکمیل کردند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. یافته ها: نتایج گویای معنا داری تفاوت دو گروه در زیرمقیاس های تکانشگری ($P < 0/001$)، ناگویی خلقی ($P < 0/000$) و کیفیت زندگی ($P < 0/000$) بود. نتیجه گیری: می توان بیان کرد آموزش تنظیم شناختی هیجان بر ناگویی خلقی، تکانشگری و کیفیت زندگی مردان تحت درمان با متادون مؤثر بوده است.

کلیدواژه ها: تنظیم شناختی هیجان، تکانشگری، ناگویی خلقی، کیفیت زندگی، درمان نگهدارنده با متادون.

عنوان	صفحه
چکیده:	ح
1-1-1- مقدمه	2
2-1- بیان مساله	3
3-1- اهمیت و ضرورت پژوهش	6
4-1- اهداف پژوهش	8
4-1-1- هدف کلی:	8
4-1-2- اهداف جزئی:	8
5-1- فرضیه های پژوهش	8
6-1- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها	8
6-1-1- ناگویی خلقی	8
6-1-2- تکانشگری	9
6-1-3- تعریف مفهومی و عملیاتی کیفیت زندگی	9
7-1- متغیرهای پژوهش	9
7-1-1- متغیر مستقل	9
7-1-2- متغیر وابسته	9
7-1-3- متغیر کنترل	10
1-2- مقدمه	12
2-2- تعاریف اعتیاد و وابستگی	12
2-2-1- طبقه بندی مواد اعتیاد آور	16
2-2-1-1- طبقه بندی مواد اعتیاد آور بر اساس DSM-IV -TR	16
2-2-1-2- طبقه بندی براساس مفهوم تونوس روانی	16
2-2-1-3- طبقه بندی براساس منشأ و تأثیر مواد	17
2-2-1-4- طبقه بندی براساس قدرت ایجاد وابستگی	18
2-2-1-5- طبقه بندی ساراسون	19
2-2-1-6- طبقه بندی مواد مخدر براساس روش آماده کردن	19
2-2-1-7- طبقه بندی مواد اعتیاد آور بر اساس ICD-10	19
2-2-1-8- طبقه بندی ساسمن	20
2-2-2- همه گیر شناسی	20
2-2-3- سبب شناسی اعتیاد	21
2-2-4- ویژگی افراد معتاد	28

29	1-4-2-2 متادون
30	2-4-2-2 نحوه عمل متادون
31	3-2 هیجان
31	1-3-2 مقدمه
37	2-3-2 اختلال در تنظیم هیجان
39	3-3-2 تنظیم شناختی هیجان
41	4-3-2 راهبردهای تنظیم شناختی هیجان
43	4-2 پیشینه تجربی:
45	5-2 مداخلات تنظیم هیجانی
45	6-2 ناگویی خلقی
45	1-6-2 تعریف ناگویی خلقی
47	2-6-2 دیدگاه سیف‌نوز در زمینه ی ناگویی خلقی
47	3-6-2 جایگاه ناگویی خلقی در فرایند هیجانات و احساسات
48	4-6-2 ناگویی خلقی از دیدگاه « نظریه پردازش ¹ »
49	5-6-2 انواع ناگویی خلقی
49	8-6-2 شیوع ناگویی خلقی
50	9-6-2 سبب شناسی ناگویی خلقی
50	1-9-6-2 رویکرد روان پوشی
51	2-9-6-2 رویکرد اجتماعی - فرهنگی
53	3-9-6-2 پژوهش‌های انجام شده در زمینه ی ناگویی خلقی
59	10-6-2 بررسی رابطه ی آلکسی تیمیا با نوروپسیکولوژی
60	7-2 تکانشگری
61	1-7-2 تعریف تکانشگری
63	2-7-2 ویژگی‌های اساسی تکانشگری
64	3-7-2 رویکردها درباره تکانشگری
64	1-3-7-2 دیدگاه زیستی
64	2-3-7-2 دیدگاه روان شناختی
64	4-7-2 دیدگاه اجتماعی
65	5-7-2 رویکردهای مختلف در تحلیل رفتارهای تکانشی
65	1-5-7-2 رویکرد شخصیت شناسانه
65	2-5-7-2 تکانشگری کژکنشی از دیدگاه دیکمن
66	3-5-7-2 بررسی‌های بارت، استنفورد، کنت و فلتوس

67	4-5-7-2 نظریه‌ایزنک درباره شخصیت
67	6-7-2 معیار سنجش تکانشگری (IRS)
68	1-6-7-2 رویکرد رفتار گرایانه
68	2-6-7-2 رویکرد زیستی
69	1-2-6-7-2 سروتونین به عنوان میانجی عصبی درگیر تکانشگری:
70	3-6-7-2 رویکرد اجتماعی
70	7-7-2 اختلال‌های مرتبط با تکانشگری
70	8-7-2 روان سنجی تکانشگری و تجارب موجود در ایران
71	9-7-2 درمان تکانشگری
78	1-3-1 مقدمه
78	2-3-2 طرح پژوهش
78	3-3-3 جامعه
78	4-3-4 نمونه آماری
78	5-3-5 روش نمونه گیری
79	6-3-6 توصیف ویژگی‌های دموگرافیک نمونه آماری
79	1-6-3 تعداد شرکت کنندگان
79	2-6-3 سن
80	3-6-3 تحصیلات
81	4-6-3 وضعیت تاهل
81	5-6-3 سابقه مصرف مواد
82	7-3-7 ابزار اندازه گیری پژوهش
82	1-7-3 پرسشنامه جمعیت شناختی
82	2-7-3 پرسشنامه ناگویی خلقی
83	8-3 پایایی
83	9-3 روائی
83	10-3 پرسشنامه تکانشگری
84	11-3 پرسشنامه کیفیت زندگی مراجع
84	12-3 روش تجزیه و تحلیل داده ها
84	13-3 شیوه اجرا:
85	14-3 کاربرندی پژوهش:
85	شیوه ی آموزش مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان:
89	1-4-1 مقدمه

89	2-4 فرضیه اول
90	1-2-4 بررسی نرمال بودن دادهها
90	2-2-4 همگنی شیب رگرسیون
91	3-2-4 ارتباط خطی
91	4-2-4 برابری واریانسها
92	5-2-4 آزمون کوواریانس
92	3-4 فرضیه دوم
93	1-3-4 بررسی نرمال بودن دادهها
94	2-3-4 همگنی شیب رگرسیون
94	3-3-4 ارتباط خطی
95	4-3-4 برابری واریانسها
95	5-3-4 آزمون کوواریانس
96	4-4 فرضیه سوم
96	1-4-4 بررسی نرمال بودن دادهها
97	2-4-4 همگنی شیب رگرسیون
97	3-4-4 ارتباط خطی
98	4-4-4 برابری واریانسها
98	5-4-4 آزمون کوواریانس
99	4-4 جمع بندی و نتیجه گیری
101	1-5 مقدمه
106	2-5 بحث و نتیجه گیری
107	3-5 محدودیتهای پژوهش
107	4-5 پیشنهادهای پژوهشی
107	5-5 پیشنهاد های کاربردی
108	منابع
126	پرسشنامه
126	پرسشنامه الکسیتیمیا
128	پرسشنامه تکانشگری بارت
130	پرسشنامه کیفیت زندگی مراجع
134	چکیده اینگلیسی

فصل اول:
کلیات پژوهش

دیر زمانی است واژه اعتیاد حجم زیادی از تحقیقات علوم انسانی و تجربی را به خود اختصاص داده است. اعتیاد یکی از بیماری‌های بشری است که موربانه وار در حال تنیدن ریشه‌های زندگی بشری است. و یکی از عوامل نابسامانی جوامع انسانی است، که آثار مخربی در زندگی فردی و اجتماعی انسان دارد که اقداماتی جدی، منسجم و همه گیر را طلب می کند (اشرافی، 1383). انسانها برای مداوای بیماریها، تسکین درد، و کاهش رنج روانی هزاران سال است که از داروها استفاده کرده اند. به زبان شکسپیر، مردم برای درد و رنجهای زندگی، همواره در جستجوی "ترياقیهای دلنشین برای عالم بی خبری" بوده اند. گزارش سالانه سازمان بهداشت جهانی¹ در سال 2005 نشان می‌دهد که در دنیا حدود 200 میلیون معتاد به انواع مواد افیونی وجود دارد، و متاسفانه همین گزارش ذکر می نماید که 2/8 درصد در ایران است (اصغری، امینی، نادری و روزبهنی، 2009؛ عباسی، تاجیکی و مرادی، 2005). عوامل متعددی در سوء مصرف مواد نقش دارند برای طراحی برنامه های موثر برای پیشگیری از مصرف مواد، درک سبب شناسی این پدیده و عوامل مرتبط آن لازم است. پژوهشها درخصوص سوءمصرف مواد و وابستگی به مواد، از نگاه صرف به عوامل خطرآفرین به سوی عوامل حفاظتی تغییر مسیر داده است. مواد به فرایندهای شناختی آسیب می رسانند، مشکلات روانی زیر بنای اعتیاد را تشدید می کنند و خطر آسیب غیرعمدی و مرگ را افزایش می دهند. (لورای برک، 1385). یکی از عوامل مرتبط رفتارهای تکانشی و خطر پذیری که مجموعاً با عنوان رفتارهای مخاطره آمیز خوانده می شود، در بر گیرنده طیف گسترده ای از رفتارهای رشد نایافته، لذت جویانه و عموماً همراه با درجات خطر بالا هستند که می توان ادعا نمود تکانشگری² هسته اصلی بسیاری از آسیب های اجتماعی مانند بی بند و باری جنسی، قمار بازی بیمار گونه، سوء مصرف مواد، اختلال های شخصیت و بزهکاری است (ارس و سانتیستین³، 2006؛ داو⁴ و لوکستون⁵، 2004). از میان عوامل متعدد دیگر که در رابطه با گرایش به سوءمصرف مواد وجود دارد، می توان به نقش برجسته مشکلات هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجان ها به طور کلی و ناگویی خلقی به طور خاص اشاره کرد (نریمان، 1391). اصطلاح آلکسی تیمیا⁶ (ناگویی خلقی) در توصیف افرادی به کار برده شد که فقدان ظرفیت عاطفی آنها، منجر به شکست در تشخیص و توصیف هیجانها و به کلام درآوردن آنها می باشد. این سازه در انواع بیماران و با گستره وسیعی از آسیب شناسی روان پزشکی و بالینی و حتی در جمعیت غیربالینی نیز مشاهده شده است (مهرابی زاده هنرمند، افشاری و داودی، 1389). اعتیاد به عنوان یک بیماری جسمی و روانی، کیفیت زندگی⁷ و ارزش های مورد قبول همه جامعه را مورد تهدید قرار می دهد (رفیعی، 1382). اصولاً کیفیت زندگی وابسته به سلامت است که به عنوان یک مقیاس معتبر برای ارزیابی پیامد روش های درمانی و

1 WHO

2 Impulsivity

3 Aras & Santystbn

4 Daw

5 Lokston

6 Alexithymia

7 Quality of Life

خدماتی که به ، افراد آسیب دیده، ارایه شده است (وونگ، چونگ، چن، چان و لاو^۱، 2005). به اعتقاد محققان چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی هنگام مواجهه با حادثه منفی اهمیت بالایی دارد و سلامت روانی حاصل تعامل میان راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۲ و ارزیابی درست از موقعیت تنش زاست (گارفنسکی و همکاران، 2003). به عبارتی تنظیم شناختی هیجان نقش مهمی در سازگاری افراد با وقایع استرس زای زندگی دارد (تامپسون^۳، 1994). در همین راستا روانشناسی سلامت، در سالهای اخیر اهمیت زیادی برای نحوه مواجهه با چالش های زندگی در بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قایل شده و مستقیم ترین روش مداخله را، تقویت پاسخ های مقابله و توانمندی های شناختی آنها می داند (الووی و ریسکیند^۴، 2006). بنابراین، متخصصان علوم پیشگیری از یک سو، درصدد نقاط قوت انسان ها از طریق راهبردهای مقابله ای و رفتارهای سازگارانه به عنوان سپری علیه بیماری روانی هستند (گارفنسکی^۵، 2001) و از سوی دیگر، افزایش سلامت روان، بهزیستی، کیفیت زندگی افراد را هدف قرار داده اند (انجمن سلامت روان استرالیا^۶، 2001).

1-2 بیان مساله

مسئله مصرف مواد مخدر و اعتیاد یکی از معضلات و نگرانی های عمده جهان امروز است، که جنبه های مختلف زیستی، روانی و اجتماعی بسیاری از انسان ها را تحت تاثیر خود قرار داده است. مصرف طولانی مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد، نه تنها تأثیر سوء بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده مواد یا معتاد می گذارد بلکه نقش تعیین کننده ای نیز روی روان و هیجان ها افراد دارد (اسنید^۷، موربیسکی، روزرم، ابین و مالوت، 2002). پژوهشهای انجام شده در زمینه اعتیاد، عوامل خطر ساز متعددی را برای این اختلال مطرح کرده اند که از میان آنها میتوان به میزان بالای تعارض خانوادگی، مصرف مواد ازسوی والدین وهمسالان، بروز همزمان اختلالات روانی و شخصیتی، تکانشگری و افسردگی اشاره کرد (سادوک^۸ و سادوک، 2007). علاوه بر عوامل بیان شده از میان عوامل متعددی که در رابطه با گرایش به سوء مصرف مواد وجود دارد، میتوان به نقش برجسته مشکلات هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجان به طور کلی و ناگویی خلقی به طور خاص اشاره کرد (سیفنئوس، 1973). همچنین از میان اختلالات روانپزشکی مرتبط با ناگویی خلقی نیز اختلال سوء مصرف مواد توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. کریستال (1997) معتقد است که ناگویی خلقی به عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان باعث میشود که برخی از افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند. همچنین کریستال (1996) معتقد است هیجان های افراد معتاد کودکانه و در سطح پیش کلامی است و ظرفیت شناختی آسیب دیده آنها به عدم توانایی تفسیر،

1 Wong, Cheung, Chen, Chan & Lau

2 Cognitive emotion regulation

3 Thompson

4 Alvy & Ryskynd

5 Garmfsky

6 Australia Department of Mental Health

7 Sneed

8 sadook

افسردگی و اضطراب منتهی میشود و در این شرایط ظرفیت تاخیر واکنش (مهاری من) پایین است. در نتیجه تعارض افراد با محیط افزایش می یابد و شخص مکرراً درماندگی و استرس در برابر هیجان ها را تجربه میکند. (قلعه بان، 1387). فرآیند تصمیم گیری یا انتخاب از میان گزینه ها پس از تحلیل آنها، یکی از عالی ترین پردازش های شناختی به شمار می آید گونه ای از این فرآیند که تصمیم گیری مخاطره آمیز نامیده شده است در شرایطی پردازش می شود که شخص با گزینه هایی روبه رو می گردد که انتخاب آنها باری از سود یا زیان در حال یا آینده به دنیا دارد و در عین حال میزان این سود و یا زیان با درجاتی از احتمال و عدم قطعیت همراه است (اختیاری و بهزادی، 1380). تکانشگری را می توان به صورت ترجیح پاداش های فوری، تمایل به ماجراجویی، جستجوی حس های نو، یافتن راه های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود (مک کان^۱، جانسون^۲ و شور^۳ 1994). رفتارهای تکانشی که گاه با عنوان رفتارهای مخاطره آمیز نیز خوانده می شوند، طیف وسیعی از اعمالی را شامل می شوند که روی آنها تفکر کمی صورت گرفته، به صورت نابالغ باوقوع آنی، بدون توانایی در انجام تمرکز بر تکلیف خاص، در غیاب یک برنامه ریزی مناسب، رخ میدهند و از ریسک و خطرپذیری بالایی برخوردار هستند (مولر^۴، بارت^۵، 2001). از جمله متغیرهای دیگری که تحت تاثیر وابستگی به مواد تغییر قابل ملاحظه ای می کند کیفیت زندگی است، در این نگاه کیفیت زندگی مفهومی فراگیر است که از سلامت فیزیکی، رشد شخصی، حالات روانشناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای برجسته محیط تاثیر می پذیرد و نیز بر ادراک ها و شناخت فرد مبتنی است (پوایگدلرز^۶، 2004). کیفیت زندگی ارتباط گسترده با بهداشت روانی دارد و به بیان حالت های درمان افراد و بیان تغییرات و توانایی های افراد و حالت های رضایتمندی افراد عملکردهای چند گانه تأثیرات زندگی می پذیرد (اندیکات^۷ و هاریسون^۸، 1993). یافته های پژوهشی نشان میدهند که تنظیم نامناسب هیجان ها یکی از عوامل آسیب شناختی اساسی در وابستگی موادمی باشد (بورنوالو^۹، گارتز^{۱۰} و همکاران، 2008؛ گرینگ ورنر، 2004؛ گروس، مونوز 1995). به نظر می رسد، که کیفیت زندگی بیماران تحت تاثیر شرایط استرس زای آن ها قرار دارد که می توان با آموزش کنترل و مدیریت و همچنین آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان، آموزش سبک مقابله ای موثر، کیفیت زندگی افراد را ارتقا داد. افراد دارای سوء مصرف مواد، مواد را به منظور مدیریت حالتهای هیجانی نامطلوب مصرف می کنند، حالتهای هیجانی که به خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد موثر با آن هیجان، به طور غیر قابل کنترل تجربه می شود (تیلور^{۱۱}، پارکر^{۱۲}، باکبی، 1990؛

1 McCown

2 Johnson

3 Shure

4 Moeller

5 Barratt

6 Pvagdlrz

7 Andykat

8 Harrison

9 Bornovalova

10 Gartz

11 Taylor

12 Parker

لیندسی^۱، کیروچی^۲، 2009). حالت‌های هیجانی (به خصوص حالت‌های هیجانی منفی) نقش مهمی در شروع مصرف مواد، تداوم مصرف مواد و عود مجدد پس از ترک دارند، به عنوان مثال پژوهش‌ها نشان داده اند که 32 درصد بازگشت پیش از حالت‌های هیجانی منفی و 5 درصد پس از حالت‌های هیجانی مثبت اتفاق می افتد (اتو، سافرن، پولاک، 2004). افراد از شیوه های مختلفی جهت تنظیم هیجان هایشان استفاده می کنند و یکی از متداول ترین روش ها، استفاده از راهبردهای شناختی است. راهبردهای شناختی هیجان، فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان آور و برانگیزاننده به کار می گیرند (گارفنسکی، بون و کرایچ، 2003) که بر جنبه های شناختی مقابله تاکید دارند. مدیریت هیجانات به منزله فرایندهای 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 آسیب پذیر سازد (گارفنسکی، کرایچ، 2003). تنظیم شناختی هیجان، 9 راهبرد متفاوت (ملامت خویش^۳، پذیرش^۴، نشخوارگری^۵، تمرکز مجدد مثبت^۶، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی^۷، ارزیابی مجدد مثبت^۸، دیدگاه پذیری^۹، فاجعه سازی^{۱۰} و ملامت دیگران^{۱۱}) را مورد ارزیابی قرار می دهد (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهوون، 2001). شواهد نشان می دهند که راهبردهای شناختی مانند نشخوارگری، مقصر دانستن خود و فاجعه انگاری به صورت مثبت با افسردگی و سایر جنبه های آسیب شناختی همبسته می باشد، ضمن اینکه، در راهبردهایی نظیر ارزیابی مجدد مثبت، این همبستگی منفی است (اندرسون و همکاران، 1994؛ گارفنسکی، لگرستی^{۱۲}، کرایچ^{۱۳}، وان دن کومر و میتروس، 2002). نارسایی در تنظیم هیجان، مکانیسم زیر بنایی اختلال های خلقی و اضطرابی می باشد (کمپبل-سیلس^{۱۴} و بارلو^{۱۵}، 2007). فرایندهای شناختی میتوانند به ما کمک کنند تا بتوانیم مدیریت یا تنظیم هیجان ها و یا عواطف را بر عهده بگیریم تا از این طریق بر مهار هیجان هابعد از وقایع اضطراب آور و تنیدگی زا توانا باشیم (گارفنسکی، کرایچ و اسپینهوون، 2001). موفقیت در تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی و موفقیت و نارسایی در نظم دهی با اختلالات خلقی و شخصیتی و اختلال های اضطرابی همراه است (آلدوا^{۱۶}، نولن هاکسیما^{۱۷} و 2010؛ گارفنسکی و دیگران 2002؛ کول 2009). با وجود اتخاذ

1 Lindsay

2 Ciarrochi

3 Self-blame

4 acceptance

5 rumination

6 positive refocusing

7 refocus on planning,

8 positive reappraisal

9 Putting into perspective

10 catastrophizing

11 Other- blam

12 Legerstee

13 Kraaij

14 Campbell-Sills

15 Barlow

16 Aldao

17 Nolen-Hoksema

تمهیدات و درمان های گسترده برای پرهیز از مواد، نرخ نسبتا بالایی از عود و تبعات منفی پس از آن که اغلب بعد از ترک و پایان درمان رخ می دهد، باعث نگرانی است. در واقع، زمان درمان به عنوان یک دوره بحرانی توصیف شده است. به نظر می رسد که برنامه ها و مراقبت های حین درمان می تواند به حفظ سودمندی کسب شده در طول درمان و کاهش خطر عود و یا مشکلات رفتاری دیگر کمک کند (ون زل^۱، ویهولد^۲، سیلبرین^۳، 2009). از این رو، به نظرمی رسد مداخلات روان شناختی بتوانند گامی مؤثر در جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش تکانشگری و ناگویی خلقی در افراد سوءمصرف کننده مواد به وجود بیاورد. با توجه به موارد مذکور در حوزه اثر بخشی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر کاهش ناگویی خلقی، تکانشگری و افزایش کیفیت زندگی افراد تحت درمان با متادون در ایران پژوهشی این چنین صورت پذیرفته است لذا پژوهش حاضر در صدد است که آیا آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در کاهش ناگویی خلقی، تکانشگری و افزایش کیفیت زندگی تاثیر دارد؟

1-3 اهمیت و ضرورت پژوهش

مصرف مواد و وابستگی به مواد یکی از معضلات عمده ی زیستی، روانی و اجتماعی است که بدون شک تمام کشور ها، به نوعی با آن دست به گریبان هستند. با توجه به آمارهای جهانی در سال 2009، ایران رتبه اول را در بین کشورهای جهان به لحاظ میزان مصرف مواد افیونی دارا بوده است (UNODC، 2010). با در نظر گرفتن این وسعت اثر وابستگی دارویی در زندگی انسان معاصر، اگر منابع فردی و محیطی شایستگی اجتماعی و سلامت مشخص شوند، بهتر می توان مداخلاتی را ابداع کرد که بر ایجاد و ارتقای ویژگی های فردی و محیطی رشد سالم متمرکز باشند. علیرغم مشکلات متعدد مربوط به اعتیاد، عوامل متعددی در مصرف مواد و تداوم آن نقش دارند. با توجه به درگیر شدن افراد زیادی از جامعه به این اختلال نکات مبهمی هنوز در مورد این بیماری باقی مانده است، در سبب شناسی اعتیاد از منظر روانشناسی می توان به استرسورهای روانشناختی به عنوان یک عامل مهم اشاره کرد. انتخاب راهبردهای مقابله ای کارآمد در ابعاد روانشناختی، هیجانی و رفتاری بر افزایش استفاده از مقابله های سازگارانۀ علاوه بر ارتقای سلامت روان اثر گذار است (گارنفسکی و همکاران، 2002). هیجان یک پدیده اساسی کارکرد انسان است و نقش بسیار مهمی در جنبه های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی زا ایفا می کند، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می کند تا برانگیختگی ها و هیجان های منفی را تنظیم نمایند. در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی منطق و نادرست فرد راهبردهای شناختی خود را برای روبرو شدن با موقعیت تنیدگی زا بر می گزینند. علاوه بر عوامل بیان شده از میان عوامل متعددی که در رابطه با گرایش به سوءمصرف مواد وجود دارد، می توان به نقش برجسته مشکلات هیجانی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانانۀ به طور کلی و ناگویی خلقی به

1 Wenzel

2 Weichold

3 Silbereisen

طور خاص اشاره کرد. ناگویی خلقی به عنوان نارسایی در درک، پردازش و توصیف هیجان باعث میشود که برخی افراد آمادگی وابستگی به مواد را داشته باشند و با پیشرفت درمان کاهش پیدا می کند و هاولند، هندریکس، شاو وهنری، 1988 چنین نتیجه می گیرند که ناگویی خلقی به عنوان یک واکنش موقعیتی در بسیاری از بیماران سوء مصرف کننده مواد قابل تغییر است.

رفتارهای تکانشی نیز در بسیاری از موارد، عواقب نامناسبی را به همراه دارند. این رفتارها که در برخی افراد به یک صفت شخصیتی می مانند، می تواند زمینه ساز بروز و تداوم اعتیاد شوند. لذا تکانشگری می تواند یک شاخص پیش بینی کننده برای میزان مقاومت افراد در پرهیز از مواد یا سرعت عود آنها باشد (مولر، 2001). سومصرف کنندگان مواد حجم زیادی از جمعیت کشور را تشکیل میدهند، و این بیماری نه تنها در زندگی شخصی بیماران اثر گذار بوده است بلکه بر سایر افراد و اقشار نیز تاثیر می گذارد. ارتباط بین شاخص های سلامت و کیفیت زندگی اهمیت بسیار زیادی در تصمیم گیری های بالینی و سیاست گذاری های بهداشتی دارد؛ به طوری که چشم انداز کیفیت زندگی، یک محرک قوی برای تصمیم ها و ترجیحات فرد است. اگر فاصله قابل ملاحظه ای بین وضعیت سلامت فرد و کیفیت زندگی او وجود داشته باشد و این اختلاف مورد توجه سیاست گذاران بهداشتی قرار نگیرد، در تصمیم گیری های بالینی و سیاست گذاری های بهداشتی ممکن است با ترجیحات فرد در یک راستا نبوده، در نتیجه به خطا رفته، نتیجه مطلوب از آن حاصل نشود. متغیر کیفیت زندگی بهترین معیار و ملاک اندازه گیری توان فرد برای سازگاری موفقیت آمیز با چالشهای موجود در دنیای واقعی است. پژوهشگران عوامل زیادی را مشخص کرده اند که می تواند با کیفیت زندگی همراه باشد. از جمله این عوامل می توان به سبک های مقابله با استرس، تنظیم شناختی هیجان، نداشتن مهارت های موثر زندگی، ناتوانی در مقابله موثر با مشکلات زندگی اشاره کرد (اسمیت¹ 2007، بلوول² 2003، تیلور و همکاران 2008).

با توجه به اهمیت ارتباط میان تنظیم شناختی هیجان، ناگویی خلقی، تکانشگری و کیفیت زندگی به عنوان عوامل موثر بر نتایج درمانی و حتی پیش بینی کننده های قوی فرجام درمان (شکست و موفقیت) ضروری است تا مداخلات درمانی موثر برای کنترل و درمان این بیماری صورت گیرد تا در ایجاد رفتار سالم تر، روابط بین فردی مثبت تر و تکانشگری کمتر و کیفیت زندگی بهتر نقش مهمی ایفا کنند. اگرچه داروی متادون جایگزین مناسبی برای کاهش مصرف اپیوئیدها محسوب میشود اما به نظر میرسد تاثیری بر متغیرهای شخصیتی نداشته، لذا اضافه شدن درمانهای مکمل می تواند به ماندگاری بیماران در درمان و کاهش تاثیرات متغیرهای شخصیتی منفی بر نتایج درمانی کمک نمایند، لذا ضرورت آموزش ها و درمانهای مکمل برای کمک به درمان بیماری اعتیاد به شدت احساس میشود، نتایج حاصل از این مطالعه میتواند به متولیان امر در پیشگیری و درمان کمک کند تا به بهره گیری از این برنامه ها گام های موثری در جهت پیشگیری از اعتیاد و همچنین کمک به تسریع روند درمان در کنار درمان های دارویی و روانشناختی باشد.

1 Smith

2 Bluvol

1-4 اهداف پژوهش

1-4-1 هدف کلی :

بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر کاهش ناگویی خلقی، تکانشگری و افزایش کیفیت زندگی درمردان تحت درمان با متادون شهر ارومیه .

1-4-2 اهداف جزئی:

- تعیین اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر کاهش ناگویی خلقی درمردان تحت درمان با متادون.
- تعیین اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر کاهش تکانشگری درمردان تحت درمان با متادون.
- تعیین اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر افزایش کیفیت زندگی درمردان تحت درمان با متادون.

1-5 فرضیه های پژوهش

- آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان موجب افزایش کیفیت زندگی در افراد تحت درمان با متادون می شود.
- آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان موجب کاهش ناگویی خلقی در افراد تحت درمان با متادون می شود.
- آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان موجب کاهش تکانشگری در افراد تحت درمان با متادون می شود.

1-6 تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

1-6-1 ناگویی خلقی

تعریف مفهومی: سیفونوز (1973، ص 255) آلکسی تیمیا را به عنوان فقدان ظرفیت عاطفی که منجر به شکست در تشخیص، توصیف و شناسایی هیجان ها و به کلام در آوردن آنها می شود، تعریف می کند. این افراد در خود تنظیم گری، بازشناسی، آشکارسازی، پردازش هیجانها خود دچار مشکل هستند. آنها همچنین در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی خود مشکلاتی را دارا می باشند. در توصیف آلکسی تیمیا چهار ویژگی «دشواری شناسایی احساسات»، «دشواری در توصیف احساسات»، «دشواری در تمایز گذاری بین هیجانها و تحریکات بدنی ناشی از برانگیختگی هیجانی و سبک تفکر برون مدار» عنوان شده است.

تعریف عملیاتی: منظور از آلکسی تیمیا در این پژوهش نمرات بدست آمده از پرسشنامه آلکسی- تیمیای تورنتو (TAS-20) که توسط بگبی، پارکر و تایلر (1994) ساخته شده است، می باشد. این پرسشنامه یک

مقیاس خود سنجی و 20 سؤالی است که برای ارزیابی آلکسی تیمیا مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه دارای سه بعد دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات (7 سؤال)، دشواری در توصیف احساسات (5 سؤال) و تمرکز بر تجارب بیرونی (8 سؤال) می باشد، سؤال ها بر حسب معیار 5 نقطه ای لیکرت از کاملاً موافقم (1) تا کاملاً مخالفم (5) نمره گذاری می شوند. سؤالات 4، 5، 10، 18، 19 به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمرات برابر یا بزرگتر از 61 به عنوان آلکسی تیمیا و نمرات برابر یا کمتر از 51 به عنوان سالم یا بدون آلکسی تیمیا و نمرات بین 60-56 به عنوان احتمال نارسایی در هیجان در نظر گرفته می شود.

1-6-2 تکانشگری

تعریف مفهومی: «رفتار انسان بدون تفکر کافی»، «عمل غریزه بدون توسل به مهار ایگو» عمل سریع ذهن بدون دوراندیشی و قضاوت هوشیار» می باشد (ایوندن 1999، ص 348).
تعریف عملیاتی: نمره ای است که فرد در پاسخ به سؤالات پرسش نامه تکانشگری بارت (2004) به دست می آورد.

1-6-3 تعریف مفهومی و عملیاتی کیفیت زندگی

تعریف مفهومی: سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را عبارت دانسته است از تصورات افراد از موقعیت خود با توجه به شرایط فرهنگی و ارزشی که در آن زندگی میکنند که هر چه این تصورات مثبت تر و بهتر باشد فرد از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار است و بر عکس (سازمان بهداشت جهانی، 1993، ص 153).
تعریف عملیاتی کیفیت زندگی: نمره ای که فرد در پاسخ به سؤالات پرسشنامه ی کیفیت زندگی مراجع (1989) به دست می آورد.

1-7-7 متغیرهای پژوهش

1-7-1 متغیر مستقل

متغیر مستقل در این پژوهش آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان بوده است. که با هدف بررسی تأثیر آن بر ناگویی خلقی و تکانشگری و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفته است.

1-7-2 متغیر وابسته

در پژوهش حاضر متغیر وابسته عبارت از ناگویی خلقی و تکانشگری و کیفیت زندگی مردان تحت درمان با متادون می باشد. قبل و بعد از آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجان، مورد سنجش قرار گرفتند تا تأثیر آموزش معلوم گردد.

3-7-1 متغیر کنترل

متغیر کنترل در این پژوهش جنسیت بوده است، که با انتخاب آزمودنی مرد تحت کنترل پژوهشگر بوده است. متغیر کنترل دیگر درمان با متادون بود که با آزمایش مددجویان تحت کنترل پژوهشگر بوده است. متغیر کنترل سوم عدم آموزش قبلی آزمودنی ها در زمینه تنظیم هیجان و آموزش شناختی - رفتاری بود که تحت کنترل پژوهشگر بود. و متغیر کنترل چهارم عدم ابتلای آزمودنی ها به بیماری مزمن روانی بود. و متغیر کنترل پنجم سطح سواد بود.