

اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توأم با درمان متادون بر بهبود کیفیت زندگی مردان با سوءمصرف مواد

علی عیسی زادگان^۱، فرزانه میکائیلی منیع^۲، سیران قادرپور^۳، سیامک شیخی^۴، بهروز کارگر^۵

تاریخ دریافت 1393/02/03 تاریخ پذیرش 1393/04/07

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: در درمان سوءمصرف مواد مداخله همه‌جانبه لازم است. یکی از مداخله‌ها به همراه با درمان‌های پزشکی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به همراه با مصرف متادون بر افزایش کیفیت زندگی مردان مبتلا به سوءمصرف مواد در شهر ارومیه بود.

مواد و روش: طرح این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۲ مرد مبتلا به سوءمصرف مواد تحت درمان با متادون بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار داده شدند. هر دو گروه تحت درمان با متادون بودند. اما گروه آزمایش علاوه بر درمان با متادون ۱۲ جلسه یک و نیم ساعته آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را دریافت کرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه کیفیت زندگی فرم کوتاه و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی از جمله روابط بین فردی، سلامت فیزیکی و ملزومات زندگی نمره‌های افراد گروه آزمایشی به‌طور معناداری بالاتر از نمره‌های گروه گواه بود. اجرای برنامه آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان موجب افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش گردیده است.

نتیجه‌گیری: دشواری در تنظیم هیجان‌ها یکی از مشکلات افراد سوءمصرف‌کننده مواد است و آموزش نحوه‌ی ابراز صحیح و تنظیم هیجان‌ها به شیوه‌ی شناختی می‌تواند در کاهش مشکلات آن‌ها و افزایش کیفیت زندگی به‌خصوص در مؤلفه‌های روابط بین فردی، سلامت فیزیکی و ملزومات زندگی مؤثر واقع گردد.

کلیدواژه‌ها: سوءمصرف مواد، کیفیت زندگی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، متادون

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره پنجم، ص ۴۳۴-۴۲۵، مرداد ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۷۰۹۸۸

Email: s.sheikhi@umsu.ac.ir

مقدمه

بهداشت عمومی تبدیل شده است که نیازمند مداخلات و برنامه‌های مقتضی است (۲). پژوهش‌های اخیر بیشتر بر عوامل خطر ساز و سبب‌شناسی چندگانه متمرکز شده‌اند. اگرچه بر عامل‌های اجتماعی در گرایش به مواد تأکید بسیار می‌شود، اما سوءمصرف می‌تواند با فرآیندهای زیستی و روان‌شناختی نیز مرتبط باشد (۳).

مسئله مصرف مواد مخدر و اعتیاد یکی از معضلات عمده جهان امروز است که جنبه‌های مختلف زیستی، روانی و اجتماعی انسان‌ها را تحت تأثیر خود قرار داده است. مصرف طولانی‌مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد، نقش تعیین‌کننده‌ای بر روی روان و هیجان‌های افراد دارد (۱). امروزه اعتیاد به یک مسئله مهم

^۱ دانشیار روانشناسی دانشگاه ارومیه

^۲ دانشیار روان‌شناسی دانشگاه ارومیه

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی

^۴ استادیار روانشناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، (نویسنده مسئول)

^۵ پزشک عمومی

آن زندگی می‌کنند که با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم مرتبط است (۱۵). طی سال‌های اخیر در تحقیقات حوزه بهداشتی به‌طور فزاینده‌ای از کیفیت زندگی به‌عنوان معیار تأثیر برنامه‌های بهداشتی استفاده می‌گردد به‌طوری‌که امروزه یکی از اهداف برنامه‌های مراقبت، بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌باشد (۱۶، ۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در افراد مصرف‌کننده مواد منجر می‌شود (۲۱). 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 (۲۲). سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا است (۲۳). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها 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 (۲۴). در این دیدگاه، به افراد در بازسازی الگوی فکری آنان از طریق بازسازی شناختی کمک می‌شود (۲۵). در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات غیرمنطقی و نادرست، فرد راهبردهای شناختی خود را برای روبرو شدن با موقعیت تنیدگی را برمی‌گزیند.

حقیقت نشان می‌دهد که بیشتر از ۹۰ درصد سوءمصرف کنندگان مواد مرد هستند (۲۶). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که اثربخشی درمان‌های نگرانه‌دهی دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش، ضعیف است. بنابراین با توجه به مطالب فوق می‌توان اذعان داشت که تنظیم ناکارآمد تجارب هیجانی از هسته‌های اساسی سوءمصرف مواد و سوسه مصرف است. دانش هیجانی به تنظیم هیجان کمک می‌کند. با توجه به این مطلب، افراد باید توانایی‌های مربوط به این سطح را به‌منظور استفاده از دانش‌های آن، در عمل پرورش دهند. افرادی که توانایی تنظیم‌های خودشان را ندارند، به‌احتمال بیشتری تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرند (۲۷). در نتیجه مداخلاتی که بر تعدیل و مدیریت راهبردهای نظم‌جویی هیجان تأکید دارند، می‌توانند نقش مهمی در درمان، پیشگیری از بازگشت و بروز و سوسه و همچنین افزایش کیفیت زندگی داشته باشند. در مجموع، دشواری در تنظیم هیجان‌ها یکی از مشکلات افراد سوءمصرف کننده مواد است و این مسئله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی افراد سوءمصرف کننده مواد می‌شود. بنابراین،

هیجان‌ها برای روابط اجتماعی حیاتی هستند (۴). تنظیم هیجان به‌عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی، مورد توجه بسیاری از پژوهشگران قرار گرفته است (۵). مطالعات زیادی نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی با موفقیت یا عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف، زندگی مرتبط است (۶). تنظیم هیجان را می‌توان به‌صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن، افراد می‌توانند بر این که چه هیجانی داشته باشد و چه وقت آن را تجربه و ابراز کند تأثیر بگذارد (۷). تنظیم هیجان به‌گونه‌ای فزاینده در الگوهای آسیب روانی وارد شده و شواهد مختلف نشان داده‌اند افرادی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی در برابر حوادث روزمره نباشند، ممکن است اختلال‌هایی همچون افسردگی و اضطراب را تجربه نمایند (۸). اعتقاد بر این است که تنظیم کارآمد تجربه‌های هیجانی، تعیین‌کننده شادمانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی برتر و بهداشت روانی بالا است و هیجان بر نحوه‌ی تجربه و تجلی تجارب هیجانی تأثیر می‌گذارد (۹).

افراد به شیوه‌های مختلفی هیجان‌هایشان را تنظیم می‌کنند و یکی از متداول‌ترین روش‌ها، استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند (۱۰). در این راستا هیجان‌ها به‌منزله 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 هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (۱۰). ۹ راهبرد متفاوت تنظیم شناختی هیجان شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران مطرح شده است (۱۱). شواهد نشان می‌دهند که راهبردهای شناختی مانند نشخوارگری، مقصر دانستن خود و فاجعه‌انگاری به‌صورت مثبت با افسردگی و سایر جنبه‌های آسیب‌شناختی همبسته می‌باشد، ضمن اینکه، در راهبردهایی نظیر ارزیابی مجدد مثبت، این همبستگی منفی است (۱۲، ۱۳).

با توجه به تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی یک مفهوم نسبی است؛ بنابراین برای ارزیابی آن در جامعه باید مشخص شود ارائه چه نوع مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز است و بدین منظور لازم است ابتدا نیازهای افراد جامعه بررسی و شناخته شود. امروزه برای تأمین نیازها و ارتقاء سطح سلامتی افراد تحت مراقبت، کیفیت زندگی آن‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهند (۱۴). کیفیت زندگی طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در

هدف پژوهش حاضر اثربخشی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر افزایش کیفیت زندگی مردان تحت درمان با متادون می‌باشد.

مواد و روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های آزمایشی پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش اجرای آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد؛ و کلیه مردان دارای سوءمصرف مواد تحت درمان با متادون در شهر ارومیه جامعه آماری این پژوهش بودند. نمونه‌ی پژوهش نیز عبارت بود از ۳۲ نفر مرد دارای سوءمصرف مواد که تحت درمان با متادون بودند. لازم به ذکر است برای کلیه افراد تحت بررسی موضوع و روش اجرا شرح داده شد و افراد شرکت‌کننده فرم مشخصات دموگرافیک (شامل نام و نام خانوادگی، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات) و رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل نمودند. ملاک‌های ورود افراد برای شرکت در پژوهش عبارت بود از: سن بالای ۲۰ سال، دارا بودن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی، حداقل ۲ ماه پرهیز کامل از مواد و استفاده مکرر از درمان نگه‌دارنده متادون بود. صحت پرهیز کامل توسط پرستار از طریق تست ادرار در درمانگاه مشخص می‌شد. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن، اخذ درمان‌های روان‌پزشکی در زمان مطالعه، مصرف مواد روان‌گردان و سابقه دریافت آموزش‌های

شناختی - رفتاری بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع نمونه در دسترس بود و شامل افرادی بود که دارای پرونده درمانی جهت درمان با متادون بودند. از میان آن‌ها به‌طور تصادفی تعداد ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر دیگر نیز در لیست انتظار قرار گرفتند. قبل از شروع آزمایش، دستورالعمل جلسات آموزشی تنظیم شد و پیش‌آزمون (پرسشنامه کیفیت زندگی) روی هردو گروه اجرا گردید و سپس، برنامه آموزشی به مدت ۱۲ هفته روی گروه آزمایش، اجرا شد؛ اما افراد گروه گواه در این مدت هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. سپس روی هردو گروه پس‌آزمون اجرا گردید.

ابزار پژوهش:

ابزار سنجش اصلی این پژوهش؛ مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (QoLWHO) بود. این پرسشنامه از ۲۶ ماده تشکیل شده است که حوزه‌های مرتبط با بهداشت، سلامت روان، روابط اجتماعی و محیط را بررسی می‌کند. چهار مؤلفه مقیاس کیفیت زندگی عبارت‌اند از: ملزومات زندگی، معنی زندگی سلامت فیزیکی، روابط بین فردی. هرکدام از این آیتم‌ها در پرسشنامه مذکور به‌صورت جداگانه ذکر شده است. هم‌چنین این پرسشنامه در ایران بر روی ۵۰۴ معلم جهت بررسی تحلیل عاملی به اجرا درآمده است (۲۸). پایایی به دست آمده در پژوهش حاضر نیز که با روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید برابر با ۰/۷۹ بود. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌صورت زیر آموزش داده شد:

محتوی پروتکل آموزشی مهارت‌های تنظیم شناختی هیجان

جلسات	مهارت‌های رفتاری و راهبردهای شناختی آموزش داده‌شده به جامعه هدف	توضیحات
اول	- اجرای پیش‌آزمون از جامعه هدف - ارائه مفهوم‌سازی و توصیفی کلی از دوره آموزشی - دلایل و منطق انتخاب موضوع دوره آموزشی - بیان قوانین جلسات	در جهت رفع ابهام و ایجاد انگیزه بیشتر، به سؤالات اعضا پاسخ داده شد
دوم	- توصیف هیجان و آموزش آگاهی از هیجان‌های مثبت - انواع هیجان‌های اولیه و ثانویه و شیوه تأثیرگذاری بر فرد - کارگاه عملی تشخیص هیجان‌های اولیه و ثانویه و - تکلیف فردی	ارائه: (home work) بررسی رفتارها و پایش هیجان‌های اولیه و ثانویه و نوشتن آن در برگه مخصوص هیجان و ارائه به گروه
سوم	- توصیف تنظیم هیجان و ارتباط آن با بهزیستی روان‌شناختی، - شناخت مهارت‌های رفتاری و راهبردهای شناختی در نظم‌بخشی هیجان - کارگاه تشخیص و شناسایی مهارت‌ها و راهبردها	ارائه (تکلیف خانگی): تشخیص مهارت‌ها و راهبردهای شناختی و رفتاری خود در هفته و ارائه بازخورد به گروه در جلسه آینده
چهارم	- کارگاه آموزش مهارت غلبه بر موانع هیجان‌های سالم - مقابله با راهبردهای منفی سرزنش خود و سرزنش دیگران	ارائه (تکلیف خانگی): نوشتن مواردی که فرد، خود و یا دیگران را سرزنش کرده است و ارائه به گروه در جلسه آینده
پنجم	- توصیف عوامل شناختی - اجتماعی در خودتنظیمی هیجانی - کارگاه بررسی و مقابله با راهبرد شناختی منفی فاجعه‌آمیز پنداری و تأثیرات آن	ارائه (تکلیف خانگی): بررسی رفتارها و پایش هیجان‌های مبتنی بر فاجعه‌آمیز پنداری موارد تجربه‌شده و ارائه به گروه در جلسه آینده

جلسات	مهارت‌های رفتاری و راهبردهای شناختی آموزش داده‌شده به جامعه هدف	توضیحات
ششم	-آموزش راه‌های کاهش آسیب‌پذیری جسمی و شناختی -بررسی راهبرد شناختی پذیرش و ابعاد مثبت و منفی آن و روش‌های مقابله با ابعاد منفی آن	ارائه (تکلیف خانگی): بررسی رفتارها و موارد بیانگر راهبرد پذیرش و ابعاد منفیان در طول هفته و ارائه بازخورد به گروه در جلسه آینده
هفتم	-آموزش راه‌های افزایش هیجان‌های مثبت -کارگاه بررسی و مقابله با راهبرد منفی نشخوار ذهنی و تأثیرات آن	ارائه (تکلیف خانگی): انجام روزانه حداقل یک رفتار جهت تجربه هیجان مثبت و استفاده از فن‌ها مقابله با نشخوار ذهنی در هفته و ارائه بازخورد به گروه در جلسه آینده
هشتم	-آموزش توجه به هیجان بدون قضاوت -بررسی راهبرد توجه مجدد مثبت و ابعاد مثبت و منفی آن	ارائه (تکلیف خانگی): بررسی رفتارها و پایش هیجان‌ها بدون قضاوت و توجه مجدد به تجربیات و رفتارها و ثبت آن در برگه مخصوص و ارائه بازخورد به گروه در جلسه آینده
نهم	-آموزش مهارت روبرو شدن با هیجان‌ها -عمل کردن برعکس تمایلات هیجانی -بررسی راهبرد شناختی توجه مجدد به برنامه‌ریزی و تأثیرات مثبت آن	ارائه (تکلیف خانگی): تمرین مهارت عمل کردن برعکس تمایلات هیجانی و برنامه‌ریزی مجدد و ارائه بازخورد به گروه در جلسه بعد
دهم	-آموزش مهارت حل مسئله -بررسی راهبرد شناختی باز ارزیابی مثبت و تأثیرات مثبت آن	ارائه (تکلیف خانگی): به کار بستن مهارت یادگرفته شده و ثبت چند مورد و ارائه بازخورد به گروه در جلسه بعد
یازدهم	آموزش روش‌های حل مشکلات هیجانی از راه صحیح -بررسی راهبرد شناختی مثبت اتخاذ دیدگاه و تأثیرات مثبت آن	ارائه (تکلیف خانگی): به کار بستن مهارت یادگرفته شده و ثبت مشکلات هیجانی حل شده و روش حل آن و ارائه بازخورد به گروه در جلسه بعد
دوازدهم	اجرای پس‌آزمون و ارائه توصیه‌های پایانی در جهت ادامه روند تمرینات رفتاری و شناختی جهت تبدیل به سبک تفکر و زندگی	

یافته‌ها

از آن‌ها سواد ابتدایی و راهنمایی، ۱۱ نفر سواد دبیرستانی و دو نفر دیپلم یا بالاتر از دیپلم بودند. در ادامه، در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار متغیر کیفیت زندگی و هر یک از زیر مؤلفه‌های آن در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل بررسی می‌گردد.

برحسب سن، ۹ نفر از شرکت‌کنندگان در رده سنی ۲۰ تا ۳۰ سالگی، ۱۵ نفر در رده سنی میان ۳۱ الی ۴۰ و ۸ نفر در حدود ۴۱ الی ۵۰ سال بودند. همچنین از نظر سطح تحصیلات، تعداد ۱۹ نفر

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی مربوط به کیفیت زندگی و زیر مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل	
آماره	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
متغیر				
پیش‌آزمون	۱۹/۰۶	۰/۸۶۸	۲۱	۰/۸۰۶
پس‌آزمون	۲۵/۹۳	۰/۸۶۸	۱۷/۵۶	۰/۸۰۶
ملزومات	۱۹/۰۶	۰/۸۶۸	۲۱	۰/۸۰۶
پس‌آزمون	۲۵/۹۳	۰/۸۶۸	۱۷/۵۶	۰/۸۰۶
زندگی	۱۶/۱۸	۰/۷۵۹	۱۷/۳۱	۰/۷۵۶
معنی زندگی	۲۳/۲۵	۰/۷۵۹	۱۴/۹۳	۰/۷۵۶
سلامت	۱۷/۳۱	۰/۵۵۳	۱۶/۵۶	۰/۳۵۳
فیزیکی	۱۷/۳۱	۰/۵۵۳	۱۶/۵۶	۰/۳۵۳
روابط بین	۱۲/۳۱	۰/۷۰۵	۱۴/۵	۰/۶۷
فردی	۱۲/۳۱	۰/۷۰۵	۱۴/۵	۰/۶۷
کیفیت	۶۵/۸۷	۹/۰۳	۶۳	۷/۴۸
زندگی	۶۵/۸۷	۹/۰۳	۶۳	۷/۴۸

روابط بین فردی تفاوت چندانی با هم ندارند؛ اما پس از انجام کاربندی نمره‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهند.

قبل از اجرای آزمون کوواریانس لازم است تا مفروضه‌ی برابری واریانس‌های متغیر وابسته و کمکی بررسی شود. بر اساس نتایج آزمون لون ($F=0/631$, $P=0/443$) مبنی بر برابری پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود داشت.

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه پیش از شرکت در کاربندی بسیار به هم نزدیک هستند، ولی پس از پایان آن تفاوت بین نمره‌های دو گروه افزایش چشمگیری یافته است. رجوع به نمره‌های پیش و پس‌آزمون گروه‌ها حاکی از این است که نمره‌های گروه کنترل در دو نوبت بررسی، تفاوت چندانی با هم ندارند، اما این تفاوت در گروه آزمایش زیاد است. همچنین، نمره‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون در زیر مؤلفه‌های ملزومات زندگی، معنای زندگی، سلامت فیزیکی و

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس نمرات کیفیت زندگی در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱	۵۱۴/۱۸۶	۱۸/۴۷۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹
عضویت گروهی	۱	۱۶۱۶/۷۵۹	۵۸/۰۷۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۷

گروه مربوط به آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است همچنین، قبل از انجام آزمون کوواریانس برای زیر مؤلفه‌ها، آزمون لوین برابری واریانس‌ها در هر یک از زیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی بررسی می‌شود. نتایج حاصل از این آزمون حاکی از این بود که مفروضه برابری واریانس‌ها در هر یک از متغیرهای ملزومات زندگی ($F=0/597$, $P=0/446$)، معنای زندگی ($F=1/927$)، سلامت فیزیکی ($F=0/659$, $P=0/423$) و روابط بین فردی ($F=1/022$, $P=0/320$) رعایت شده است. نتایج بررسی تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر هر یک از زیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی از طریق آزمون کوواریانس در جدول ۳ ارائه شده است:

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر کیفیت زندگی در جدول ۲ ارائه شده است. آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=18/470$, $P=0/001$) به طوری که آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان توانست باعث افزایش قابل‌ملاحظه میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش شود. در این تحلیل تأثیر پیش‌آزمون مهار شده است. همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقی مانده نمره‌های کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش‌آزمون معنادار است. میزان این تأثیر گروهی ۶۷ درصد بوده است؛ به عبارت دیگر ۶۶ درصد تفاوت نمره‌های کیفیت زندگی دو

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثر آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر زیر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

متغیرها	منابع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
ملزومات زندگی	پیش‌آزمون	۱	۴۶/۴۳۱	۵/۴۶۹	۰/۲۵	۰/۱۷۸
	عضویت گروهی	۱	۱۵۱/۵۶۳	۱۸/۴۳۹	۰/۰۰۰	۰/۴۱۵
معنای زندگی	پیش‌آزمون	۱	۸/۳۴۰	۱/۴۴۵	۰/۲۴۰	۰/۰۵۳
	عضویت گروهی	۱	۲۴۳/۳۰۳	۴۲/۱۵۳	۰/۰۰۰	۰/۶۱۹
سلامت فیزیکی	پیش‌آزمون	۱	۵/۰۴۹	۲/۷۰۱	۰/۱۱۲	۰/۹۴
	عضویت گروهی	۱	۱۱/۴۴۷	۶/۱۲۴	۰/۰۲	۰/۱۹۱
روابط بین فردی	پیش‌آزمون	۱	۳۳/۰۰۸	۱۰/۲۴۳	۰/۰۰۴	۰/۲۸۲
	عضویت گروهی	۱	۹۰/۰۴۵	۲۷/۹۱۷	۰/۰۰۰	۰/۵۱۸

در هر یک از زیر مؤلفه‌های آن شامل ملزومات زندگی ($F=18/43$)، سلامت ($P=0/001$)، معنای زندگی ($F=42/15$)، سلامت فیزیکی ($F=6/12$) و روابط بین فردی ($P=0/02$)

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول ۳ و با در نظر گرفتن پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی یا هم پراش، مشخص می‌شود که اجرای برنامه تنظیم شناختی هیجان موجب افزایش کیفیت زندگی

$P=0/001$ شده است. در این خصوص، میزان تأثیر برنامه در مرحله پس‌آزمون برای متغیر ملزومات زندگی $0/42$ بوده است که در سطح $0/01$ معنی‌دار است. این تأثیر برای متغیر معنای زندگی برابر با $0/62$ است که در سطح $0/01$ معنی‌دار است. در متغیر سلامت فیزیکی این تأثیر برابر با $0/19$ است که در سطح $0/05$ معنی‌دار است. متغیر روابط بین فردی نیز با تأثیری به مقدار $0/52$ در سطح $0/01$ معنی‌دار بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر افزایش کیفیت زندگی مردان تحت درمان با متادون بود. نتایج نشان داد که آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افزایش کیفیت زندگی اثربخش است. به این معنی که آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افزایش کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش به صورت مستقیم و غیرمستقیم با یافته‌های بوتوین و کانتور (۲۹ و ۳۰) همسو است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پیامدهای جسمی و روانی اعتیاد به کاهش کیفیت زندگی و رضایت از زندگی در افراد مصرف‌کننده مواد منجر می‌شود. آموزش تنظیم شناختی هیجان با کاهش میزان استفاده از تنظیم شناختی منفی و استفاده از راهبردهای شناختی مثبت تنظیم هیجان از قبیل تمرکز مجدد مثبت و ارزیابی مجدد مثبت - برنامه‌ریزی موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود. در حالی که فرد احساس کنترل بر محیط درون و بیرون دارد، نوعی احساس مثبت در او به وجود می‌آید که مانع ابتلای فرد به مشکلات هیجانی می‌گردد (۳۱).

همچنین، در تحلیل نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایشی و کنترل پژوهش حاضر مشخص شد که افراد با شرکت در جلسات و کارگاه‌های آموزشی تنظیم هیجان شناختی بهبود قابل‌ملاحظه‌ای را در کیفیت زندگی نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد که افراد تحت درمان نگرندارنده متادون، با افشای هیجانی در قالب کارگاه‌های آموزشی و با تکیه بر منابع حمایتی در داخل گروه‌ها از جمله حمایت اطلاعاتی و هیجانی و یادگیری فن‌های مقابله‌ای مؤثر در مقابله با استرس، می‌توانند هیجان‌های مبتنی بر مشکل اصلی خود را که همان پرهیز از مصرف مواد مخدر است، به نحو مطلوبی اداره و مدیریت کنند. این یافته، با دیگر پژوهش‌ها در این چارچوب همسو است (۳۲، ۳۳).

نتایج پژوهش، نشان داد که نمره‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی که شامل روابط بین فردی، ملزومات زندگی و سلامت فیزیکی است به‌طور معناداری بالاتر از نمره‌های افراد در گروه کنترل است. از جمله فن‌هایی که در

آموزش مهارت‌های زندگی موردتوجه قرار می‌گیرد، مهارت توانایی ارتباط مؤثر بین فردی است. روابط بین فردی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی به داشتن روابط بین فردی مناسب، توانایی انجام مطلوب امور زندگی، رضایت از خود و دیگران و میزان حمایت اجتماعی اشاره دارد. به نظر می‌رسد که آموزش مهارت توانایی ارتباط بین فردی مؤثر باعث می‌شود که افراد، برای حل مشکلات خود، به یک حامی مجرب و متخصص متصل شوند که حمایت‌های لازم را در زمینه مقابله با مشکلات به‌ویژه مصرف مواد مخدر به فرد ارائه می‌دهد. همچنین، این آموزش‌ها باعث می‌شود که فرد در برخورد با دیگران مقتدرانه عمل کند و با اعتمادبه‌نفس بیشتر، توانایی مقابله مؤثر و منطقی با خواسته‌های غیرمنطقی دیگران را داشته باشد. از دیگر سو، آموزش روابط بین فردی مؤثر، افراد را در جهت برقراری روابط سالم و سازنده یاری می‌رساند و برای افرادی که حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و ابزاری آن‌ها می‌تواند به فرد در مقابله مؤثر با مشکلات یاری رساند اهمیت ویژه‌ای دارد (۳۴، ۳۳).

در توجیه این یافته‌ها می‌توان به این نکته اشاره کرد که تنظیم هیجان و مخصوصاً راهبرد مثبت بازاریابی شناختی هیجان‌ها، باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگارانۀ افراد می‌شود (۳۵) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانۀ و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود و حتی بهبود توانایی فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی، اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد (۳۶). افراد سوءمصرف‌کننده مواد به دلیل عدم آشنایی با مهارت‌های تنظیم هیجان، ناتوانی در به کار بردن فن‌های ارتباطی مؤثر، عدم استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مؤثر وابسته به موقعیت، دچار مشکلات عاطفی و ارتباطی می‌شوند و ضعف در روابط خود را با روی آوردن به مواد جبران می‌کنند؛ و این نیز به نوبه خود موجب کاهش کیفیت زندگی و عدم رضایت از زندگی می‌شود. آن‌ها چون راهکارهای مقابله‌ای مناسب با استرس را نمی‌دانند و هنر و توانایی تصمیم‌گیری صحیح و به‌موقع و حل مسئله را ندارند، به‌آسانی تسلیم مشکلات می‌شوند و به‌صورت رفتاری و روانی احساس درماندگی کرده و به مواد گرایش پیدا می‌کنند. بنابراین، به نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌ها و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان به شیوه شناختی به افراد می‌تواند راهکار مناسبی برای توان‌بخشی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی این افراد به‌ویژه معتادانی که آسیب‌های مختلفی را در زندگی تجربه کرده‌اند باشد. پژوهش حاضر باهدف توان‌بخشی و ارتقاء سطح کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگرندارنده متادون با آموزش راهبردهای تنظیم هیجان شناختی در شهرستان ارومیه انجام شد. ضروری است که پژوهش‌هایی در چندین مرکز ترک اعتیاد

حوزه بهداشت روان، مشاوران، روان‌درمانگران، طراحان برنامه‌های پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی، روانشناسان بالینی و روان‌پزشکان در تمهید برنامه‌های ارتقای بهداشت روانی کمک کند تا برنامه‌هایی هدفمند، عملی، کاربردی و کم‌هزینه تدوین نموده و از آن‌ها برای کاهش آسیب‌های اجتماعی و افزایش سطح سلامت روانی جامعه بهره بگیرند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مرکز کاهش آسیب‌های اجتماعی موسسه خیریه فرصت سبز ارومیه استان آذربایجان غربی که در اجرای این مطالعه نهایت همکاری را داشتند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References:

1. Sneed CD, Morisky DE, Rotheram-Borus MJ, Ebin VJ, Malotte CK. Patterns of adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use over a 6-month period. *Addict Behav* 2001;26(3):415-23.
2. Hall WD, Mattick RP. Oral substitution treatments for opioid dependence. *Lancet* 2008;371(9631):2150-1.
3. Glantz MD. Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview. Washington, DC: American Psychological Association; 1992.
4. Mesquita B. Emoting: A contextualized process, in *The Mind in context*. New York; Guilford Press: 2010.P.83-104.
5. Schutte NS, Malou JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden, CL, et al. Development and validation of the measure of emotional intelligence. *Pers Individ Dif* 1998; 25(2):167-77.
6. Jacobs M, Snow J, Geraci M, Vythilingam M, Blair RJR, Charney DS, et al. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *J Anxiety Disord* 2008;22(8):1487-95.
7. Gross JJ. Emotion regulation: Past, present, future. *J Cognitive Emotion* 1999; 13 (5): 551-73.
8. Aldao A, Nolen-Hoksema S. Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behav Res Ther* 2010; 48: 974-83.
9. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press; 2007.
10. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Pers Individ Dif* 2003; 25:603-11.
11. Garnefski N, Kraaij Vm, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Individ Differ* 2001; (30): 1311-27.
12. Andrews FM. Social indicators of perceived life quality. *Soc Indic Res* 1994; 1(3): 279-99.
13. Garnefski N, Van-Der-Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein EO. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *Eur J Pers* 2002; (16): 403-20.
14. Hesamzade A. Comparison of quality of life between the older adults resident family and older adults resident old people's home. (Dissertation). Tehran: University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences; 2004.P.18-53. (Persian)
15. Afkari ME, GhasemiA, ShojaeizadehD, Azar T, ForoshaniAR, Mohammad TaghdisiH.

- Comparison between family function dimensions and quality of Life among amphetamine addicts and non- AddictsIran. Red Crescent Med J. 2013;15(4):356-62.
16. 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.
 17. Barbotte E, Guillemin F, Chau N. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in general population: Review of recent literature. Bull World Health Organ 2001; 79(11):1042-56.
 18. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. Subst Use Misuse 2005;40(12):1765-76.
 19. Croog SH, Levine S, Testa MA, Brown B, Bulpitt CJ, Jenkins CD, et al. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. N Engl J Med 1986; 314: 1657-64.
 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. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. Subst Use Misuse 2005;40(12):1765-76.
 22. Shahyvnd, A. Assessment of knowledge about HIV medicine and dentistry of Yazd. (Dissertation). Yazd: University of Yazd Ghoddousi Martyr; 1998.
 23. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. J Youth Adolesc 2003; 32(6): 401-8.
 24. Garnefski N, Van-Der-Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Tein EO. The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. Eur J Pers 2002; (16): 403-20.
 25. 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.
 26. Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Arch Iran Med 2000; 5:184-90. (Persian)
 27. Jnaabady H. Review about emotional self-awareness and impulse control Mv'lfh emotional intelligence of abuse talented high school students. Educ Psychol Resh Stud 2009; 9:12-1. (Persian)
 28. Farahani MN, Mohamadkhani Sh, Joukar F. The relationship between life satisfaction and quality Tehran Teachers life and subjective well-being. Res Mental health 2009; 8:5-14. (Persian)
 29. Botvin GJ, Kantor LW. Preventing alcohol and tobacco use through life skill training. J Alcohol Res Health 2007; 24(4): 8-25.
 30. Wenzel V, Weichold K, Silbereisen RK. The life skills program ISPY: Positive influences on scholl bonding and prevention of substance misuse. J Adolescence 2009; 32: 1391-401.
 31. Samani S, Sadghi L. Examine the psychometric adequacy of cognitive emotion regulation questionnaire. J Psychol Models Methods 2010; 1(1):51-62. (Persian)
 32. HoweG W, Reiss D, Yuh J. Can prevention trials test theories of etiology? Develop Psychopathol 2002; 14: 673-94.
 33. Taylor JL, Smith P, Babyak M, Barbour K, Hoffman B, Sebring D. Coping and quality of life

- in patients awaiting lung transplantation. *J Psychosom Res* 2008; 65(1): 71-79.
34. Beigi, A. Examine the relationship between quality of life, hope and the styles of addicts in Narcotics Anonymous and methadone treatment. (Dissertation). Tehran: University of Tarbiat Moallem; 2010. (Persian)
35. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(2): 348-62.
36. Chambers R, Gullone E, Allen BA. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev* 2009; 29(6): 560-72.

THE EFFECTIVENESS OF TRAINING COGNITIVE EMOTION REGULATION STRATEGIES AND METHADONE TREATMENT ON IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF MEN WITH SUBSTANCE USE

Ali Issazadegan¹, Farazana Mikayili Manee², Seyran Ghaderpur Azr³,
Siamak Sheikhi^{4*}, Behrooz Kargar⁵

Received: 23 Apr , 2014; Accepted: 28 Jun , 2014

Abstract

Background & Aims: In substance use treatment, total intervention is necessary. One of the interventions associated with medical treatment is the training cognitive emotion regulation strategies that have received less attention. The main objective of this study is to check the effectiveness of cognitive emotion regulation strategies on increasing the quality of men's life treated with methadone in Urmia.

Materials & Methods: In an experimental design with pre-test/post-test with control group paradigm, a sample of 32 patient with hypertension were selected by available sampling method and randomly were assigned to two experimental (n=16) and one control groups (n=16). The measurement tool was World Health Organization-Quality of life (SF-36) Short term Questionnaire. Each group was in drug therapy but the experimental group participated in 12 sessions of training cognitive emotion regulation strategies while the control group did not receive any treatment. The mean scores of the two groups were compared through analysis of covariance (ANCOVA).

Results: Based on the findings of this research, it was clear that in subscales of life's quality, including interpersonal relationships, physical health and essentials of life, the scores of experimental group were significantly higher than the control groups.

Conclusions The findings of this study suggest that the difficulties in emotional regulations is one of the problems in addict people, and learning how to express emotions regulation correctly and cognitively can be effective in reducing problems and improving the quality of life.

Keywords: Substance abuse, Quality of life, Cognitive emotion regulation strategies, Methadone

Address: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran, **Tel:** 044-32770988

Email: s.sheikhi@umsu.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2014; 25(5): 434 ISSN: 1027-3727

¹ Associate Professor, Psychology Department, Urmia University, Urmia, Iran

² Associate Professor, Psychology Department, Urmia University, Urmia, Iran

³ Master Student in General Psychology

⁴ Assistant Professor, Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
(Corresponding Author)

⁵ General Practitioner