

تأثیر فعالیت بدنی بر مهارت‌های خودکنترلی و پرخاشگری زنان معتاد

بهروز قربان‌زاده^۱، و مریم لطفی^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۲/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۲۸

چکیده

اعتیاد، ابتلای اسارت‌آمیز فرد به ماده یا دارویی مخدر است که او را از نظر جسمانی و روانی به خود وابسته ساخته، کلیه رفتارهای فردی و اجتماعی وی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و به‌عنوان مهم‌ترین آسیب اجتماعی، جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار می‌دهد؛ لذا، هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر فعالیت بدنی بر خودکنترلی و پرخاشگری زنان معتاد بود. بدین منظور، ۳۰ زن معتاد به‌صورت هدفمند انتخاب شدند و براساس سن در دو گروه فعالیت بدنی و کنترل قرار گرفتند. برنامه ورزش هوازی به‌مدت ۲۴ جلسه و هر هفته سه جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. پیش از شروع جلسات و در پایان آخرین جلسه، پرسش‌نامه پرخاشگری و خودکنترلی تکمیل گردید. نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره و چندمتغیره و نیز تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد در گروه فعالیت بدنی، خودکنترلی و پرخاشگری بهبود یافته است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، فعالیت بدنی می‌تواند مهارت‌های روانی زنان معتاد را بهبود بخشد و به‌عنوان یک درمان غیردارویی در دوره ترک یاری‌رسان باشد.

کلیدواژه‌ها: فعالیت بدنی، خودکنترلی، پرخاشگری، زنان معتاد

۱. استادیار رفتار حرکتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان (نویسنده مسئول)

Email: b.ghorbanzadeh@azaruniv.edu

۲. دکترای رفتار حرکتی، دانشگاه ارومیه

مقدمه

یکی از مهم‌ترین مسائل اجتماعی در جهان معاصر، اعتیاد به مواد مخدر است که در سال‌های اخیر به یکی از جدی‌ترین معضلات بشری و پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی تبدیل شده است که پایه و بنیان جوامع انسانی را تحلیل می‌برد و علاوه بر رشد روزافزون این پدیده، همهٔ اقشار و گروه‌های جامعه را نیز درگیر کرده است. در این میان، یکی از گروه‌هایی که اعتیاد آن‌ها کمتر مورد توجه قرار گرفته است، زنان هستند که روزبه‌روز بر تعداد آن‌ها افزوده می‌شود. تصور افراد جامعه بر این است که اعتیاد، پدیده‌ای مردانه می‌باشد؛ اما طبق آمار، شاهد افزایش مصرف مواد مخدر در بین زنان هستیم. بر پایهٔ گزارش ادارهٔ مواد و جرایم سازمان ملل، نسبت زنان در جمعیت مصرف‌کنندهٔ مواد از ۱۰ درصد در کشورهای آسیایی تا ۴۰ درصد در کشورهای اروپایی تخمین زده شده است. اگرچه در مورد برخی از انواع مواد این تفاوت جنسیتی، به‌ویژه در مردان و زنان جوان کاهش داشته است؛ اما با در نظر گرفتن ۱۶ تا ۳۸ میلیون مصرف‌کنندهٔ مواد در جهان، تعداد زنان مصرف‌کنندهٔ مواد قابل توجه می‌باشد (رحیمی موقر، ملایرخواه، دلبریور و امینی اسماعیلی، ۱۳۹۰. ص. ۱۱۶). بیشترین اطلاعات در مورد آمار زنان معتاد در ایران مربوط به گزارش‌های آماری سازمان بهزیستی در سال‌های اخیر است که اطلاعات تمامی مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی سراسر کشور را شامل می‌شود. در این گزارش‌ها زنان بین دو تا شش درصد از مراجعه‌کنندگان را تشکیل می‌دهند (رحیمی موقر و همکاران، ۲۰۱۱. ص. ۱۱۹). مشاور دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر در امور زنان و خانواده بیان کرده است که ۱۰ درصد از مجموع یک میلیون و ۳۲۵ هزار معتاد در کشور را زنان تشکیل می‌دهند.

همچنین، وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی عنوان نموده است که ۱۱۴۲ مرکز ترک اعتیاد در کشور وجود دارد که در این میان، ۹۳ مرکز و گروه درمانی آن مخصوص زنان است و ۴۱ هزار و ۶۸۵ زن تحت پوشش این مراکز قرار دارند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۴)؛ اما علل زیادی وجود دارد که موجب افزایش تعداد زنان معتاد در جامعه می‌گردد. برخی از این عوامل مانند استرس، خلق منفی در روابط، محیط خانوادگی آشفته و پرمشاجره و خشونت علیه زن‌ها، همسران معتاد، بیماری‌های روان‌پزشکی و خشونت جنسی در زنان نسبت به مردان شایع‌تر می‌باشد (برادی، بک و گرینفیلد، ۲۰۰۹. ص. ۶۸). برای سالیان سال آن‌چه راجع به اعتیاد و درمان آن می‌دانستیم، بر مبنای مطالعاتی بود که در ارتباط با مردان صورت گرفته بود؛ اما اکنون پژوهش‌ها در امر درمان اعتیاد بر اساس قرنطینه‌کردن استراتژی درمانی با رویکرد تفاوت جنسیتی بنا نهاده شده است (بیلی، هاسبندرز، ۲۰۱۴. ص. ۱۳۳۶).

بر اساس مطالعات انجام‌شده، مصرف مواد در زنان (به‌خصوص مصرف تزریقی) با آسیب‌های دیگر اجتماعی مانند فرار از منزل و روسپی‌گری همراه است (باور، دنیس، انگلیر، استینر، تاین و سمن، ۲۰۱۴. ص. ۴۵). علاوه بر این، مشخص شده است که زنان معتاد در مقایسه با سایر زنان، مسائل و مشکلات روانی بیشتری دارند (حجتی، ۲۰۱۱. ص. ۱۱)؛ بنابراین، توجه به مشکلات روانی زنان معتاد به‌دلایلی مانند آسیب‌پذیر بودن آن‌ها در مقابل انحرافات اجتماعی و ویژگی‌های جنسیتی ضرورت دارد. از سوی دیگر، خودکنترلی به‌عنوان یک متغیر مهم در اعتیاد عبارت است از تعارض درون‌فردی بین منطق و

1. Brady, Back & Greenfield
2. Bailey & Husbands
3. Bawor, Dennis, Anglin, Steiner, Thabane & Samaan

مداخلات درمانی متعددی مانند مداخلات دارویی و انواع مداخلات روان‌شناختی برای درمان اختلالات روانی وجود دارد؛ درحالی‌که این روش‌های درمان به بسیاری از افراد معتاد کمک کرده است. برخی تصور می‌کنند به روشی نیاز می‌باشد که به شرایط فیزیکی آن‌ها نیز کمک کند. برخی دیگر نیز اعتقاد دارند که در کنار مشاوره‌درمانی، ورزش به مدیریت تمایلات کمک می‌نماید. سال‌ها است که ورزش به‌عنوان یک ابزار کمک‌کننده شخصی برای افرادی که می‌خواهند از اعتیاد ریکاوری پیدا کنند، استفاده می‌شود؛ اما جدیداً ورزش به‌عنوان یک درمان در اعتیاد شناخته شده است (لینچ، پیترسون، سانچز، ابل و اسمیت، ۲۰۱۳، ص. ۱۶۲۷)؛ بنابراین، استفاده از روش‌های پیشگیرانه کم‌هزینه و قابل‌دسترس شاید بتواند باعث ارتقای شرایط روانی زنان معتاد شده و از ابتلای آن‌ها به اختلالات روانی جلوگیری کند. در این میان، آسیب‌زدایی از زنان معتادی که در کمپ‌ها به سر می‌برند، می‌تواند از اهمیت بسیار زیادی برخوردار باشد و برنامه‌ریزی برای این موضوع شایسته توجه است. فعالیت ورزشی می‌تواند یکی از این روش‌ها باشد. ورزش مشابه با مواد مخدر، حالات مؤثر مثبتی را ایجاد می‌کند؛ اما ایجاد این حالات به شدت فعالیت و زمینه آن بستگی دارد (لیند، ایککاکیس و وازو، ۲۰۰۸، ص. ۴۶۶). در مطالعات اپیدمیولوژیک به‌طور مداوم گزارش شده است که ورزش‌های هوازی، رابطه معکوسی با مصرف و سوءمصرف مواد دارند. این رابطه معکوس ممکن است به سه عامل نسبت داده شود. نخست این‌که ورزش می‌تواند به کاهش علی مصرف مواد منجر شود و یا به‌عنوان یک جایگزین، با تقویت منفی و یا از طریق تولید سازگارکننده‌های عصبی، حساسیت مصرف مواد را در فرد تحت‌تأثیر قرار دهد.

هوس، بین‌شناخت و انگیزه و بین برنامه‌ریزی درونی و عمل‌کننده درونی؛ به‌طوری‌که قسمت اول هر کدام از این زوج‌ها بر قسمت دوم غلبه دارد (وینبرگ^۱، ۲۰۰۵، ص. ۱۹). همچنین، مفهوم خودکنترلی در نظریه یادگیری اجتماعی بندورا بیانگر این حقیقت است که این مفهوم قابل‌یادگیری و آموزش است (زند، چاو، پیرس، پنینگتون، دیکنز، میچائیل و وایت^۲، ۲۰۱۷، ص. ۳۵). برخی از مطالعات، خودکنترلی پایین را به‌عنوان عاملی اساسی برای سوءمصرف مواد دانسته‌اند (ساسمن^۳، دنت و لیو، ۲۰۰۱، ص. ۳۷۷؛ فورد و بلامنستین^۴، ۲۰۱۳، ص. ۵۹). به‌نظر می‌رسد افرادی که خودکنترلی پایین‌تری دارند، به پیامدهای رفتاری خود کمتر توجه داشته و سعی در ارضای فوری امیال خود دارند (هافالیر و لیناردی^۵، ۲۰۱۷، ص. ۴۳). اعتیاد با وابستگی جسمی و روانی آغاز می‌شود. در ادامه، اختلالات روانی و رفتاری مشاهده می‌گردد و بالاخره به تباهی جسمی و روانی می‌رسد. باید توجه داشت که مسمومیت اعتیاد پس از طی دوره تحمل به‌وجود می‌آید و مزمن می‌شود. اعتیاد یک بیماری با ویژگی‌های مزمن‌بودن، اولیه‌بودن، پیش‌رونده‌بودن، کشندگی، معلولیت‌زایی و عودکنندگی است؛ به‌همین‌علت، موجب بروز آسیب‌های رفتاری متعددی نظیر طلاق، بیکاری، جرم، فحشاء، خشونت و بدسرپرستی می‌گردد. پرخاشگری یکی از حوزه‌هایی است که به‌عنوان پاسخ رفتاری در برابر تهدید درک‌شده در نظر گرفته می‌شود (نیازی و آدیل^۶، ۲۰۰۸، ص. ۲۹۰).

1. Weinberg
2. Zand, Chou, Pierce, Pennington, Dickens, Michael & White
3. Sussman
4. Ford & Blumenstein
5. Hafalir & Linardi
6. Niazi & Adil

7. Lynch, Peterson, Sanchez, Abel & Smith
8. Lind, Ekkekakis & Vazou

محرومیت از تسهیل‌کنندگان پرخاشگری و خشونت هستند (مونز دوران^۵، ۲۰۱۱، ص. ۱۴۹). در این راستا، لیزار و نقیورس^۶ (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی اثر فعالیت بدنی بر میزان مصرف و تکانشگری معتادان پرداختند و عنوان نمودند که فعالیت بدنی، تکانشگری و مصرف مواد را کاهش می‌دهد. معرفت، پیمان زاده و علیخواجه (۲۰۱۱) نیز به بررسی تأثیر تمرین یوگا بر اضطراب و افسردگی معتادان پرداختند و گزارش کردند که فعالیت بدنی باعث کاهش اضطراب و افسردگی افراد شده است. علاوه بر این، پروچسکا، هال، هامفلت، مونز، ریوز، گورچی و هو^۷ (۲۰۰۸) در یک کارآزمایی از فعالیت بدنی به‌عنوان یک استراتژی برای حفظ پرهیز از مصرف توتون و تنباکو استفاده کردند و به این نتیجه رسیدند که فعالیت بدنی در درمان مصرف مواد و بهبود پرخاشگری و خلق‌وخوی افراد مؤثر است. شیرسوار، امیرتاش، جلالی، کاشانی، کیوانلو و سید احمدی (۲۰۱۳) نیز بدون توجه به جنسیت، اثر تمرین بدنی بر کیفیت زندگی و عزت‌نفس معتادان را مثبت ارزیابی کردند. به‌عبارت‌دیگر، نتایج نشان داد بیمارانی که علاوه بر دارودرمانی از روش‌های ترکیبی مانند فعالیت منظم ورزشی با شدت متوسط استفاده کرده‌اند، بهبود بیشتری در کیفیت زندگی و عزت‌نفس از خود نشان داده‌اند. همچنین، مقرنسی، کاشانی، گلستانه، سید احمدی و کیوانلو (۲۰۱۲) تأثیر تمرین ایروبیک بر سلامت روان زنان معتاد را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها حاکی از آن بود که تمرینات ایروبیک نقش مؤثری در بهبود سلامت روانی زنان معتاد دارد. ورزشکاربودن و انجام فعالیت ورزشی، ویژگی‌ای است که به کمک آن می‌توان افراد را حتی از نظر

مورد دوم این است که سوءمصرف مواد مخدر از طریق کاهش زمان اختیاری می‌تواند منجر به کاهش علی ورزش شود؛ درغیراین صورت می‌تواند در فعالیت‌های تفریحی صرف شود و یا منجر به کاهش ظرفیت هوازی و درادامه، محدودکردن توانایی فرد برای شرکت در ورزش گردد. در ارتباط با مورد سوم نیز باید گفت که یک عامل خارجی می‌تواند تأثیر علی بر هر دو فعالیت داشته باشد؛ مانند ویژگی شخصیتی و یا اثر محیط خانه فرد. این سه احتمال متقابلاً منحصربه‌فرد از یکدیگر نیست؛ اما اولین امکان برای ایجاد یک چهارچوب نظری می‌باشند که می‌توان از آن‌ها برای طراحی مداخلات مبتنی بر ورزش برای کاهش مصرف و سوءمصرف مواد استفاده کرد (اسمیت و لینچ^۱، ۲۰۱۲، ص. ۳).
مطالعات سواد^۲ (۱۹۹۹) و جکسون، شر و وود^۳ (۲۰۰۰) خودکنترلی کم را به‌عنوان یک عامل محوری برای سوءمصرف مواد مخدر میان جوانان معرفی کرده‌اند. همچنین، خودکنترلی کم درمیان نوجوانان به‌عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده بسیار قوی برای مصرف مشروبات الکلی، استعمال سیگار و سوءمصرف مواد مخدر معرفی شده است (سواد^۲، ۱۹۹۹، ص. ۲۱۲؛ جکسون و همکاران، ۲۰۰۰، ص. ۶۷۹).
لانگشور، رند و استین^۴ (۱۹۹۶) نیز به ارتباط بین سوءمصرف الکل و خودکنترلی کم دانش‌آموزان اشاره نموده و هم‌بستگی منفی را بین افراد با خودکنترلی بالا و مصرف الکل گزارش کرده‌اند. ازسوی‌دیگر، خشونت و پرخاشگری نمادی از اختلالات روانی و شخصیتی است که به عملکرد ضداجتماعی منتهی می‌شود. فقر، مصرف مواد، ضعف سلامت، احساس بی‌عدالتی و نقصان در امنیت اجتماعی، تبعیض و

5. Munoz - Duran
6. Leasur & Neighbors
7. Prochaska, Humfleet, Muñoz, Reus, Gorecki & Hu

1. Smith & Lynch
2. Sawadi
3. Jackson, Sher & Wood
4. Longshore, Rand & Stein

مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده‌ی دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی با عود مصرف مواد زیادی همراه است (روزن، دیوارت، واندرویت، واندربریک، دی جانگ و کرخوف^۳، ۲۰۰۶. ص. ۳۱۳). در حال حاضر، انجمن روان‌پزشکی - درمان آمریکا درمان‌های روانی - اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه‌ی درمانی مصرف سوءمواد در نظر می‌گیرد. در پژوهش‌های اخیر در زمینه‌ی سوءمصرف مواد در سطوح مختلف سبب‌شناسی، تشخیص و درمان، پیشرفت‌های چشمگیری به‌دست آمده است و در فرایند درمان از یک رویکرد چندرشته‌ای و الگوی روانی، اجتماعی و معنوی بهره گرفته می‌شود (بروک و اشپیتز^۴، ۲۰۰۲. ص. ۱۵؛ والاس و روتگرز^۵، ۲۰۰۳. ص. ۱۷).

در بررسی سبب‌شناسی سوءمصرف مواد و عود رفتارهای اجباری، پژوهشگران و نظریه‌پردازان مختلف عواملی همچون نقص در تنظیم هیجان، تحمل پایین ناراحتی اجتناب هیجانی، رفتار بدون تفکر و عادت، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت‌های مقابله‌ای و خلا معنوی را عنوان نموده‌اند (بلام^۶، ۲۰۰۵. ص. ۲۰۰)؛ بنابراین، در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد مخدر، استفاده از روش‌هایی که بتواند بر این مشکلات تأثیرگذار باشد، ضروری بوده و می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. با توجه به این یافته‌ها و توانایی ورزش در تخلیه‌ی هیجان و حس ارضای هیجانی‌طلبی و اثربخشی بلندمدت مداخلات درمانی (روان‌درمانی و دارودرمانی)، هدف از این پژوهش بررسی تأثیر فعالیت بدنی بر خودکنترلی و پرخاشگری

شخصیتی متمایز ساخت. باید به این موضوع نیز توجه داشت که امروزه در جوامع مختلف از ورزش به‌عنوان یکی از روش‌های درمانی در جهت بهبود مبتلایان به اختلال‌های روانی استفاده می‌شود. بهره‌گیری از ورزش در این زمینه، نتایج مفید و ثمربخشی را به‌همراه داشته است. شرکت در فعالیت‌های ورزشی، افراد را از نظر فضایی و مکانی به هم نزدیک می‌کند و راه‌ها و فرصت‌های بسیاری را برای توانمندشدن در اجتماع فراهم می‌آورد و در چشم‌اندازی کلی، یک جریان و نگرش آموزشی در ابعاد فرهنگی و اجتماعی برای فرد ایجاد می‌کند. علاوه‌براین، ورزش در سلامت و آمادگی جسمانی، تعادل و ثبات هیجانی، داشتن تصویر بدنی مثبت از خویش، رشد اجتماعی و تحول شخصیت نقش به‌سزایی دارد (ایم، یانگ، هاروی، چاریتی و پاین^۱، ۲۰۱۳. ص. ۹۸).

در سبب‌شناسی اختلال وابستگی به مواد، نظریه‌های گوناگون بر عوامل مختلفی از جمله عوامل بین‌فردی، عوامل رفتاری، روانی و زیستی و عوامل ژنتیکی تأکید کرده‌اند (زکریایی، ۲۰۰۳. ص. ۸۱). بررسی‌های جدید در ارتباط با این اختلال حاکی از بروز ناهنجاری‌های مختلف در عملکرد مغزی بیماران در اثر سوءمصرف انواع مواد می‌باشد (سوخادز، استیوارت و هالیفیلد^۲، ۲۰۰۷. ص. ۳۶). براساس مطالعات انجام‌گرفته در ارتباط با درمانگری اختلال وابستگی به مواد، تا به امروز روش هیچ درمانگری (انواع دارودرمانگری و روان‌درمانگری) به‌تنهایی نتوانسته است نتایج کامل و پایداری را به‌همراه داشته باشد؛ بنابراین، در فرایند درمانگری و بهبود این اختلال، گرایش به کاربرد هم‌زمان چند روش درمانگری است (اسمیت و لینچ، ۲۰۱۲. ص. ۸).

3. Roosen, de Waart, van der Windt, van den Brink, de Jong & Kerkhof
4. Brook & Spitz
5. Wallace & Rotgers
6. Blume

1. Eime, Young, Harvey, Charity & Payne
2. Sokhadze, Stewart & Hollifield

قبیل ورزش‌هایی مانند بازی بدمینتون، پیاده‌روی و دوی نرم با شدت معادل ۶۵-۸۰ درصد حداکثر ضربان قلب را شامل می‌شد. در پایان نیز به مدت ۱۵ دقیقه فعالیت‌های سردکردن با استفاده از حرکات کششی و انعطاف‌پذیری و نیز ریلکسیشن در سالن ورزشی کمپ انجام گرفت. باید توجه داشت که شدت تمرین به صورت تدریجی هر دو هفته افزایش می‌یافت؛ به طوری که از شدت ۶۵ درصد ضربان قلب حداکثر در دو هفته اول آغاز می‌شد و هر دو هفته، پنج درصد بر شدت فعالیت افزوده می‌گشت؛ به نحوی که در دو هفته پایانی شدت تمرین به ۸۰ درصد ضربان قلب حداکثر رسید. لازم به ذکر است که از فرمول (۲۲۰-سن) برای محاسبه ضربان قلب حداکثر استفاده شد.

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری پژوهش را زنان معنادار کمپ‌های تبریز در سال (۱۳۹۴) تشکیل دادند. ابتدا براساس پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی که شامل ملاک‌هایی چون سن، سلامت جسمانی، نداشتن سابقه بیماری‌های خاص (قلبی - عروقی، ریوی و کلیوی) و ناهنجاری‌های اسکلتی و نوع ماده مخدر مصرفی بود، تعداد ۳۰ نفر از جامعه پژوهشی انتخاب گشته و به صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و برگه رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را در جلسه توجیهی که برای افراد برگزار شد، امضا نمودند. لازم به ذکر است که کلیه آزمودنی‌ها مرحله سم‌زدایی را به پایان رسانده بودند، از هیچ‌گونه دارویی استفاده نمی‌کردند و جلسه مشاوره‌ای برای آن‌ها برگزار نمی‌شد.

افراد معنادار بود. از آنجایی که انجام فعالیت‌های ورزشی به افزایش سلامت عمومی (جسمی و روانی) می‌انجامد (ایم و همکاران، ۲۰۱۳، ص. ۹۸) و نیز به دلیل این که عواملی چون خودکنترلی و پرخاشگری در رفتارهای هدفمند که مستلزم تلاش‌هایی سخت هستند، اهمیت زیادی داشته و از جمله مؤلفه‌های سلامت روانی محسوب می‌شوند، این امکان وجود دارد که انجام فعالیت‌های ورزشی به خودکنترلی و (شاید) پرخاشگری کمک کند. باید عنوان نمود که تقریباً تمام مطالعات انجام‌شده تاکنون در ارتباط با موش‌های آزمایشگاهی صورت گرفته است؛ بنابراین، هدف قراردادن جمعیت‌های انسانی برای هدایت توسعه مداخلات موردنیاز می‌باشد. با توجه به مطالب بیان‌شده، این پرسش مطرح می‌شود که آیا یک دوره فعالیت بدنی، تأثیر معناداری بر خودکنترلی و پرخاشگری افراد معنادار دارد؟

روشی پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن داده‌های موردنیاز برای بررسی متغیرهای روانی از کمپ زنان شهر تبریز جمع‌آوری شد. گروه تجربی در یک برنامه ورزشی هشت هفته‌ای شامل سه جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هفته شرکت داشت؛ اما گروه کنترل در هیچ برنامه تمرینی و ورزشی شرکت نکرد و تنها پیگیری گردید. پروتکل تمرین هوازی از سه قسمت گرم کردن، برنامه اصلی و سردکردن تشکیل شد. گرم کردن شامل: دویدن‌های نرم، انجام حرکات کششی و انعطاف‌پذیری در اندام‌های بالاتنه و پایین‌تنه به مدت ۱۵ دقیقه بود. تمرین اصلی نیز تمرینات هوازی از

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها

گروه‌ها تعداد	گروه تجربی ۱۵	تمرین کنترل ۱۵
سن	۲۹/۵۰±(۴/۱۲)	۳۰±(۵/۹۵)
قد	۱/۵۷±(۰/۴۰)	۱/۶۱±(۰/۳۴)
وزن	۵۸/۱۰±(۶/۴۵)	۶۸/۵۲±(۵/۹۸)
شاخص توده بدن	۲۳/۳۹±(۲/۴۲)	۲۴/۴۰±(۲/۷۳)
سابقه مصرف مواد (سال)	۷/۸۵±(۵/۱۴)	۱۰/۵۵±(۴/۲۴)
تحصیلات	دیپلم زیر دیپلم	۲۲/۲ ۷۷/۸
تاهل	مجرد متاهل	۳۳/۳ ۶۶/۷

ابزار

استفاده از آلفای کرونباخ معادل (۰/۸۴) به دست آمد و تأیید گردید. پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری^۱: این پرسش‌نامه توسط باس و پری ساخته شده است و دارای ۵۲ سؤال می‌باشد که با حذف تعدادی از سؤالات به دلیل ضعف و نارسایی، در نهایت این مقیاس تبدیل به یک پرسش‌نامه ۲۹ سؤالی شد. این پرسش‌نامه در طیف لیکرت هفت گزینه‌ای ارزش‌گذاری می‌شود (از "کاملاً متفاوت از من" تا "کاملاً شبیه به من"). علاوه بر این، این پرسش‌نامه چهار بعد پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را مورد سنجش قرار می‌دهد. ضرایب آلفای کرونباخ این چهار بعد به ترتیب عبارت هستند از: (۰/۸۵)، (۰/۷۲)، (۰/۸۳) و (۰/۷۲). ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس نیز معادل (۰/۷۹) گزارش شده است (نقدی، ادیب‌راد و نورانی‌پور، ۲۰۱۰، ص. ۱۷).

پرسش‌نامه فرم کوتاه خودکنترلی تانجی، بامیستر و بون^۱: این آزمون در سال (۲۰۰۴) توسط تانجی و همکاران به منظور سنجش گرایش خودکنترلی ساخته شده و دارای دامنه پاسخی از اصلاً (۱) تا بسیار زیاد (۵) می‌باشد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودکنترلی بیشتر است. تانجی و همکاران (۲۰۰۴) با انجام پژوهشی، آلفای مقیاس خودکنترلی فرم کوتاه ۱۳ گویه‌ای را معادل (۰/۸۳) و (۰/۸۵) گزارش نمودند. پاسخ به سؤالات این مقیاس در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (از یک تا پنج) قرار می‌گیرد و شامل دو خرده‌مقیاس خودکنترلی منع‌کننده و یا بازدارنده و خودکنترلی اولیه می‌باشد. ریدر، دی بور، لاگیگ، باکر و وان‌هافت^۲ (۲۰۱۱) همسانی درونی مشابه و مناسب (۰/۸۶) را برای دو خرده‌مقیاس این ابزار گزارش نمودند. روایی و پایایی این پرسش‌نامه نیز در پژوهش موسوی‌مقدم، حوری، امیدی و ظهیرخواه (۲۰۱۵) با

3. Buss & Perry

1. Tangney, Baumeister & Boone

2. Ridder, de Boer, Lugtig, Bakker, & van Hooft

شیوه گردآوری داده‌ها

جهت اجرای طرح پس از چند مرحله نامه‌نگاری از سوی دانشگاه، سازمان بهزیستی و کمپ ترک اعتیاد، پژوهشگر به کمپ‌های موردنظر معرفی شد. آنگاه با توجه به امکانات کمپ‌ها، جلسات تمرینی توسط پژوهشگر در سالن ورزشی یا حیاط مجموعه اجرا گردید.

در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسش‌نامه خودکنترلی و پرخاشگری برای سنجش متغیرهای روانی استفاده شد. همچنین پیش از انجام مداخله، اندازه‌گیری‌های بدنی (شامل: اندازه‌گیری قد و وزن) در سالن ورزشی کمپ در هر دو گروه انجام گرفت. باید عنوان نمود که قبل و بعد از اجرای مداخله، پرسش‌نامه‌های خودکنترلی و پرخاشگری توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید.

روش پردازش داده‌ها

به‌منظور توصیف اطلاعات از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده شد و در بخش آمار استنباطی، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره برای بررسی تفاوت بین گروهی به کار رفت. همچنین، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین تفاوت درون گروهی مورد استفاده قرار گرفت.

شایان‌ذکر است که تحلیل داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار اس.پی.اس.اس نسخه ۲۱ با سطح اطمینان ۹۵ درصد انجام شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها در جدول یک ارائه شده است. به‌منظور ارائه آمار استنباطی و تأیید پیش‌فرض‌ها با توجه به سطح معناداری به‌دست‌آمده از آزمون شاپیرو - ویلک، نرمال بودن داده‌ها در دامنه (۰/۱۹۱) تا (۰/۹۵۲) تأیید شد. همچنین، همگونی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین در دامنه (۰/۰۹۸) تا (۰/۱۱۹) به‌دست آمد.

همان‌طور که در جدول دو مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر آن است که پس از کنترل اثر سطوح پیش‌آزمون ($F(1,14) = 4/89, P < 0/044, \eta^2 = 0/259$)، اثر گروه بر نمرات خودکنترلی به‌لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($F(1,27) = 11/94, P < 0/002, \eta^2 = 0/307$). به‌عبارت‌دیگر، عملکرد روانی مرتبط با خودکنترلی آزمودنی‌ها پس از اتمام دوره تمرینی بهبود یافته است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره

منابع خطا	خودکنترلی	
	فعالیت بدنی	کنترل
میانگین	۴۲ ± (۸/۳۷)	۴۱/۶۶ ± (۷/۹۰)
(انحراف استاندارد)	۴۷/۶۰ ± (۴/۵۲)	۴۲/۱۴ ± (۳/۹۸)
مجموع مربعات	۲۳۵/۲۰	۱/۷۳
درجه آزادی	۱۰۴	۱۰۴
میانگین مربعات	۲۳۵/۲۰	۱/۷۳
F محاسبه‌شده	۴/۸۹	۰/۶۵
سطح معناداری	۰/۰۴۴	۰/۸۰۳
اندازه اثر	۰/۲۵۹	۰/۰۰۵

$(F(1,23)=39/26, P<0/001, \eta^2=0/621)$
 به عبارت دیگر، عملکرد روانی مرتبط با پرخاشگری
 آزمودنی‌ها پس از اتمام دوره تمرینی بهبود یافته
 است.

همان‌طور که در جدول سه مشاهده می‌شود، نتایج
 تحلیل کوواریانس بیانگر آن است که پس از کنترل
 اثر سطوح پیش‌آزمون $(\eta^2=0/872)$
 $(F(1,14)=95/15, P<0/001)$ ، اثر گروه بر نمرات
 پرخاشگری به لحاظ آماری معنادار می‌باشد

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متابع خطا	میانگین (انحراف استاندارد)		درجه آزادی	مجموع مربعات	F	P value	انرژی اثر
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون					
پرخاشگری بدنی	۳۹/۳۷±(۵/۵۲)	۳۷/۸۲±(۸/۴۸)	۱۰/۱۴	۱۰۰/۷۰۸	۲۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳۹
	کنترل	۳۳/۰۴±(۵/۲۶)	۲/۲۹	۱۰/۱۴	۱۲/۲۵	۰/۰۰۹	۰/۳۳۹
بین‌گروهی	-----	-----	۱۰/۲۳	۵۴۵/۵۰	۱۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳۲
پرخاشگری کالسی	۳۳/۸۷±(۳/۰۳)	۱۲/۸۹±(۵/۱۲)	۱۰/۱۴	۹۰/۹۰۴	۸۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۹
	کنترل	۲۰/۶۱±(۵/۳۶)	۱۷/۰۲	۱۰/۱۴	۱۷/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳۱
بین‌گروهی	-----	-----	۱۰/۲۳	۷۹۷/۷۹	۵۷/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶
خشم	۳۷/۲۶±(۶/۶۸)	۱۹/۴۸±(۵/۹۶)	۱۰/۱۴	۱۰۳۷/۶۸	۹۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵
	کنترل	۲/۷۳±(۵/۹۱)	۲۰/۱۷	۱۰/۱۴	۲۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۰۸۸
بین‌گروهی	-----	-----	۱۰/۲۳	۶۸۵/۰۳	۴۵/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۷۴
خصومت	۳۳/۲۶±(۷/۴۶)	۲۲/۸۶±(۵/۹۸)	۱۰/۱۴	۸۱۲/۰۳	۲۶/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۰
	کنترل	۳۹/۹۷±(۷/۶۶)	۴۵/۱۴	۲۰/۱۷	۴۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۱۱۹
بین‌گروهی	-----	-----	۱۰/۲۳	۸۵۱/۳۵	۴۲/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۲
پرخاشگری کل	۱۳۷/۷۸±(۱۳/۲۰)	۸۲/۰۷±(۲۲/۱۴)	۱۰/۱۴	۱۳۹۹/۶۳	۹۵/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷۳
	کنترل	۱۰۹/۵۰±(۲۰/۲۶)	۶۱/۹۲	۲۰/۱۷	۶۱/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۰۴۴
بین‌گروهی	-----	-----	۱۰/۲۳	۱۰۵۶۸/۴۱	۳۷/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱

بحث و نتیجه گیری

افزایش می‌دهد (ویل‌مور، کاستیل و کینی، ۲۰۱۷).
 ص. ۱۶۲). برخی از پژوهشگران به این نتیجه
 رسیده‌اند که ورزش می‌تواند در تقویت اراده و
 به تبع آن، افزایش خودکنترلی اثرگذار باشد.
 در این زمینه، اوتن و چنگ^۲ (۲۰۰۶) از تعدادی
 داوطلب خواستند که به مدت دو هفته به انجام
 ورزش‌های جسمانی بپردازند (تمرینی که نیاز به
 اراده داشت).

نتایج پژوهش حاضر در مورد خودکنترلی نشان داد
 که فعالیت بدنی، اثر معناداری بر خودکنترلی زنان
 معنادار دارد و ورزش باعث تعادل بیوشیمیایی مغز و
 بدن می‌شود. گابا آمینوبوتیریک اسید^۱ نیز به عنوان
 یک انتقال‌دهنده عصبی که نقش مهمی در کنترل
 تکانه‌های عصبی و روانی دارد، بر اثر فعالیت‌های
 ورزشی به صورت بهتری تنظیم می‌شود که باعث
 آرام‌شدن مغز شده و خودکنترلی فرد را تا حدودی

2. Wilmore, Costill & Kenney
 3. Oaten & Cheng

1. (Amino butyric acid) GABA

از سوی دیگر، باعث می‌شود که هنگام مواجه شدن با ناملایمات زندگی، افراد کمتر به سوی مصرف مواد کشاننده شوند و از راه‌های مؤثری برای کاهش مشکلات خود استفاده نمایند (جکسون و همکاران، ۲۰۰۰. ص. ۶۷۹).

مقرنسی و همکاران (۲۰۱۲) و شیرسوار و همکاران (۲۰۱۳) نیز بر تأثیر فعالیت بدنی بر ویژگی‌های روانی تأکید کرده‌اند؛ با این تفاوت که در پژوهش حاضر زنان مورد بررسی قرار گرفتند؛ اما در پژوهش شیرسوار و همکاران مشخص نشده است که چه گروهی از جامعه بررسی شده‌اند. علاوه بر این، پژوهش حاضر شاخص‌های روانی مختلفی را نسبت به دو پژوهش مذکور مورد آزمایش قرار داده است. از سوی دیگر در پژوهش شیرسوار، آزمودنی‌ها مداخله رفتاردرمانی شناختی دریافت می‌کردند؛ اما در پژوهش مقرنسی و همکاران اشاره نشده است که آیا افراد مداخله دارودرمانی یا رفتاردرمانی دریافت کرده‌اند و یا نه؟ در نتیجه اثر مستقیم مداخله‌های مرتبط با فعالیت بدنی مورد ابهام است.

نتایج مربوط به پرخاشگری نشان داد که فعالیت بدنی، اثر معناداری بر متغیر روان‌شناختی پرخاشگری در زنان معنادار دارد. در اثر خشم، استرس و عکس‌العمل طبیعی بدن، انرژی دردسترس عضلات زیاد شده و انرژی مازاد به صورت افزایش فعالیت‌های جسمانی به‌طور طبیعی در بدن بروز کرده و قابل مشاهده است. افرادی که از نظر بدنی آماده‌اند و تمرینات منظم بدنی را انجام می‌دهند، بهتر و آسان‌تر از افراد عادی این عکس‌العمل را در خود به‌وجود می‌آورند. تمرین و ورزش نوعی آرامش را در مقابل پرخاشگری به‌وجود می‌آورد. افرادی که ورزش می‌کنند نه تنها بهتر می‌نگرند؛ بلکه احساس بهتری نیز پیدا می‌کنند؛ لذا، می‌توان گفت که از طریق ورزش می‌توان با خشم مقابله کرد. امروزه، کاربرد ورزش در اختلالات روحی و روانی مورد توجه طب ورزش و روان‌درمانی قرار گرفته

پس از دو ماه، نتایج آزمون خودکنترلی نشان داد نمرات افرادی که در این برنامه ورزشی شرکت کرده بودند، نسبت به افرادی که مشارکت نداشتند بیشتر بود و آن‌ها عملکرد بهتری در زمینه خودکنترلی داشتند. همچنین، آن‌ها اعلام کردند که میزان مصرف سیگار و نوشیدنی‌های الکلی در این افراد کاهش پیدا کرده و آن‌ها رژیم غذایی سالم‌تری داشته‌اند، نسبت به گذر زمان و مدیریت آن حساس‌تر بوده‌اند و شیوه مطالعه آن‌ها بهتر از قبل شده است؛ بنابراین، به نظر می‌رسد که تقویت اراده از طریق انجام فعالیت‌های جسمانی و ورزش می‌تواند عملکرد افراد را تقریباً در تمامی حوزه‌های زندگی بهبود بخشد.

پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که عزت‌نفس بالا با خودکنترلی بالاتری همراه است. هنگامی که فرد دیدگاه منفی‌تری نسبت به خود داشته باشد و تصورات از خود و خودکنترلی وی منفی باشد، به جای تلاش برای رها شدن از چرخه معیوب، بیشتر در برابر موقعیت‌ها تسلیم خواهد شد که این عامل خود باعث ایجاد انزجار از خویش شده و به تقویت سازه‌های منفی‌تری از کنترل در ذهن منجر خواهد شد (خدایاری‌فرد، شهبایی و اکبری، ۲۰۰۹. ص. ۱۲۱)؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که فعالیت بدنی با ارتقای خودکنترلی باعث افزایش خودنظارتی، برنامه‌ریزی و نظم‌بخشی هیجانی شده و به افراد کمک می‌کند تا بتوانند نگاه روشن‌تری نسبت به آینده داشته باشند (سوندهی، ۲۰۱۲. ص. ۱۱۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که از خودکنترلی بالاتری برخوردار می‌باشند، به‌هنگام مواجهه با شرایط تهدیدکننده، امیدوار هستند و از سبک‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده می‌کنند. همچنین، خودکنترلی که نوعی منبع مقاوم در مقابل تمایل به انجام کار است، سبب می‌شود که فرد با موقعیت‌های نامناسب به‌تدریج سازگار شود و به تبع آن منجر به افزایش سلامت روان می‌گردد.

روان‌گردان در زنان باشد که نه تنها ضرری برای آن‌ها ندارد؛ بلکه به لحاظ فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی بسیار سودمند است. به هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون می‌باشد (ریانی، نیک آذین، کاویانی و خضری مقدم، ۲۰۱۲، ص. ۱۱۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که فعالیت بدنی با افزایش توان سازگاری دستگاه‌های روانی، عصبی، ایمنی و شناختی، تعدیل سیستم عصبی خودکار، افزایش پایداری جسمی و مقاومت بدن و تعدیل سیستم ایمنی می‌تواند بر احساس سلامت و افزایش عزت‌نفس و در نتیجه، پرخاشگری اثرگذار باشد (ریانی و همکاران، ۲۰۱۲، ص. ۱۱۳). همچنین، انجام فعالیت بدنی باعث افزایش توانایی جسمانی می‌شود. این خودپنداری مثبت که فرد قدرتمندتر نسبت به گذشته و درمورد برخی از مشکلاتی که ممکن است در زندگی پیش آید مقاوم‌تر شده است، به لحاظ روانی نیز فرد را در موقعیت خوبی برای مواجهه و مقابله با استرس و افسردگی‌های مقطعی قرار می‌دهد که خود واکنش‌های فیزیولوژیک مثبتی را در پی خواهد داشت (حسن‌زاده، ۲۰۱۱، ص. ۱۲۰).

علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر نقش فعالیت ورزشی را در خودکنترلی و پرخاشگری آشکار ساخت که این یافته با نتایج مطالعاتی که تأثیر مثبت ورزش را در جنبه‌های مختلف عملکرد انسانی آشکار ساخته‌اند، هم‌راستا است؛ برای مثال، با پژوهش آتلانتیس^۲، چاو، کربی و سینگ^۳ (۲۰۰۴)، استورچ، استرچ، کیلیانی و رابرتی^۳ (۲۰۰۵) پیرامون نقش ورزش در سلامت روانی همسویی دارد. همچنین، با یافته‌های حمایت‌طلب، بزازان و لحمی (۲۰۰۳) که بیانگر افزایش عزت‌نفس به دنبال فعالیت‌های ورزشی

است (زلبنیک، سیاکو و کارول^۱، ۲۰۱۴، ص. ۳۷۹۱). افزایش قابل‌توجه بتاندروفین را پس از گذشت هشت هفته تمرین گزارش کردند که پاسخ بتاندروفین بسیار سریع بوده است؛ به طوری که این مهم در ورزشکاران به هنگام فعالیت بسیار سنگین، تقریباً ۵۰ درصد بیشتر از غیرورزشکاران می‌باشد. باید توجه داشت که پاسخ بتاندروفین به هنگام ورزش، حتی تا هشت برابر قابل‌افزایش است؛ لذا، ورزش می‌تواند به عنوان اعتیاد مثبت مطرح شود و متغیرهای روانی مانند پرخاشگری، افسردگی، تنش و خستگی روانی را کاهش دهد (خدایاری فرد و همکاران، ۲۰۰۹، ص. ۱۱۱).

فعالیت‌های ورزشی و بدنی نقش اساسی در پرورش و به‌سازی جسمی و روانی افراد، ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری از ابتلای جامعه به انواع آسیب‌های اجتماعی از جمله بزهکاری و گرایش به سوءمصرف مواد مخدر دارد. همچنین، با ایجاد تأثیرهای مثبت روانی و جسمی در فرد سبب بروز رفتارهای مطلوب اجتماعی می‌شود (اسعدی، ۲۰۰۹، ص. ۱۳). در فعالیت‌های ورزشی عواطف منفی، تضادها و تعارض‌های درونی فرد بیرون ریخته می‌شود و فرد از تنش‌های روانی، افسردگی، احساس پوچی و سایر بیماری‌های روانی مانند اضطراب رهایی می‌یابد. هدایت واکنش‌های افراد در مسیر صحیح، برخورد منطقی با شکست‌ها، رقابت سالم و تلاش هرچه بیشتر در جهت دستیابی به پیشرفت و موفقیت، از جمله اصول اخلاقی است که در ورزش آموخته می‌شود؛ لذا، فرد در برخورد با مشکلات و ناکامی‌های زندگی به جای توسل به پرخاشگری و خشونت، با استفاده از نیروی اراده این موانع را برطرف می‌سازد (اسعدی، ۲۰۰۹، ص. ۱۵)؛ بنابراین، ورزش می‌تواند جایگزینی برای پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر و

2. Atlantis, Chow, Kirby & Singh
3. Storch, Storch, Killiany & Roberti

1. Zlebnik, Saykao & Carroll

است، همخوان می‌باشد. ازسوی‌دیگر، با نتایج پژوهش‌های سیدعامری (۲۰۰۳) و هانتون، توماس و ماینرد^۱ (۲۰۰۴) مبنی بر نقش ورزش در افسردگی و کاهش اضطراب همراستا است. در مجموع، با توجه به این یافته می‌توان نتیجه گرفت که فعالیت ورزشی می‌تواند خودکنترلی را در افراد افزایش دهد.

به‌نظر می‌رسد که در فعالیت‌های ورزشی، بسترهایی وجود دارد که می‌تواند زمینه‌ساز و تقویت‌کننده خودکنترلی باشد. فعالیت بدنی قادر است دایره زندگی اجتماعی افراد را گسترده‌تر سازد و در پی آن فرد می‌تواند دوستان نزدیکی اعم از هم‌تیمی، مربی، رقیب و طرفدارانی داشته باشد که او را همواره تشویق نموده و در موقعیت‌های سخت از او حمایت می‌کنند تا بهتر بتواند بر مشکلات غلبه کند. جنب‌وجوش و فعالیت بدنی نیز توان جسمی و فکری افراد را در حل مسائل افزایش می‌دهد و به‌نوعی، زمینه‌های ایجاد خودکنترلی را فراهم می‌آورد. به همه این موارد می‌توان نظم لازم در زندگی را نیز اضافه کرد. به‌نظر می‌رسد که فعالیت بدنی نوعی خودتنظیمی، خودمدیریتی خودکنترلی و کاهش پرخاشگری را در فرد به‌وجود می‌آورد (جلیلی و حسنچاری، ۲۰۱۰، ص. ۱۴۵).

علاوه‌براین، ورزش از طریق عوامل مختلف بر ترک سوءمصرف مواد مخدر اثرگذار است که در این ارتباط می‌توان به این موارد اشاره کرد: الف. ورزش تسکین‌دهنده و کاهنده استرس است و تنش‌های جسمی و روانی را کاهش می‌دهد. حرکت بدن تنش‌های ایجادشده در بدن هنگامی که فرد در تعاملات روزمره است و حتی زمانی که درحال تماشای تلویزیون می‌باشد را کاهش می‌دهد و اجازه می‌دهد که از هر احساس منفی رهایی یابد. لازم‌به‌ذکر است که ورزش متمرکز از هر دو انرژی جسمی و روحی

استفاده می‌کند (اسمیت و لینچ، ۲۰۱۲، ص. ۶)؛ ب. حس طبیعی ورزش و تغییر مثبت مواد شیمیایی مغز طی ورزش بدن اندورفین ترشح می‌کند که باعث ایجاد حالت شادابی می‌شود. این اندورفین همان ماده ترشح‌شده در زمان سوءمصرف مواد است. یک تفاوت مهم بین دو رفتار این است که تمایل به مصرف مواد به‌طور منظم برای سلامتی مضر می‌باشد؛ درحالی‌که تمایل به ورزش به‌طور منظم، مفید است. سوءاستفاده از مواد مخدر و الکل باعث عدم تعادل در توانایی فرد برای احساس لذت، شادی و رضایت می‌شود. ازسوی‌دیگر، فعالیت بدنی هوازی درطول درمان و بهبود به ایجاد حس طبیعی سطح اندورفین کمک می‌نماید که این امر نه‌تنها موجب می‌گردد که احساس فرد بهتر شود؛ بلکه بدن را قادر به تنظیم مواد شیمیایی مغز و خلق‌وخو از طریق راه‌های طبیعی می‌کند. علاوه‌بر چندین انتقال‌دهنده‌های عصبی، دوپامین، تقویت مثبت، نوراپی‌نفرین و عود مصرف، چند مولکول سیگنالینگ درون‌سلولی هستند که در فعالیت بدنی و ورزش تحت‌تأثیر قرار می‌گیرند؛ برای‌مثال، واسطه آدنوزین منوفسفات حلقوی^۲، پیام پروتئین‌کیناز^۳ و اثرات تقویت‌کننده دوپامین. آنزیم کیناز تنظیم‌شونده با پیام خارج‌سلولی^۴ یکی دیگر از مولکول‌های سیگنال داخل‌سلولی در تقویت مصرف مواد مخدر است که از طریق ورزش تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد (سانچز، کوین، تورگروسا، تیلور و لینچ^۵، ۲۰۱۰، ص. ۴۴۰۳)؛ ج. ورزش مراقبه درحال حرکت. در تعریفی از ورزش به‌عنوان مراقبه درحال حرکت به‌معنای تمرکز بر فیزیک بدن زمانی که فرد مزایای روانی و عاطفی مراقبه را تجربه می‌کند، یاد شده است. از طریق حرکت، فرد می‌تواند افکار خویش را

2. Cyclic Adenosine Monophosphate (CAMP)

3. Protein kinase A (PKA) signaling

4. Extracellular signal regulated kinase (ERK)

5. Sanchez, Quinn, Torregrossa & Taylor

1. Hanton, Thomas & Maynard

از آنجایی که ورزش باعث تقویت یکی از بخش‌های اصلی سرمایه اجتماعی به نام مشارکت و اعتماد اجتماعی می‌گردد، منجر به بهبود عوامل روان‌شناختی نیز می‌شود (باربرا، پاجلیا و والساویا، ۲۰۰۹، ص. ۳۴).

به نظر می‌رسد که فعالیت ورزشی، تأثیر مثبتی بر سلامت افراد معتاد دارد؛ بنابراین، مسئولان امر باید به‌عنوان یک سرمایه زودبازده در زمینه خلق روحیه بانشاط و شادابی و نیز به‌عنوان سرمایه دیربازده در زمینه شرکت در عرصه‌های گوناگون اجتماعی و انسجام اجتماعی، یک نگاه تلفیقی و دوبعدی به موضوع داشته باشند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که کنترل تمام متغیرهای تأثیرگذار (مانند انگیزه شرکت در جلسات تمرینی) بر آزمودنی‌ها برای پژوهشگر ممکن نبود. همچنین، محدودیت زمانی جهت همکاری پژوهشگر با کمپ وجود داشت، جلسات تمرین در ساعات مختلف برگزار گردید و در برخی موارد پاسخ‌های مصنوعی و غیرواقعی به پرسش‌ها (توسط آزمودنی‌ها) داده شد؛ لذا، پیشنهاد می‌شود اثربخشی مداخله مذکور در ساعات خاص، شدت متفاوت و نوع مختلف تمرین (مقاومتی و قدرتی) سنجیده شود. همچنین، توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های آینده، پیگیری‌های طولانی‌مدت‌تر انجام پذیرد.

درون خود به‌سازی کند و حداقل (به‌طور خلاصه)، تمامی آنچه را که در زندگی وی رخ داده است، فراموش نماید (اسمیت و لینچ، ۲۰۱۲، ص. ۲)؛ د. ورزش بهبوددهنده چشم‌انداز فرد. افرادی که به‌طور منظم ورزش می‌کنند، اعتمادبه‌نفس و خوش‌بینی بالاتر و احساس افسردگی و اضطراب پایین‌تری دارند. این مهم از طریق تنظیم و واسنجی بدن طی ورزش رخ می‌دهد و با احساس تحقق، غرور و خودارزشی همراه می‌باشد؛ زیرا، بدن خود را تغییر داده و به اهداف خود رسیده است. رسیدن به معیارهای خاص، حس صلاحیت ایجاد می‌کند و گام‌برداری در راه تحقق هدف را تقویت می‌کند. علاوه‌براین، ورزش منظم باعث تقویت مثبت، بهبود خواب، انرژی بیشتر و افزایش احساس خوب‌بودن می‌شود. همچنین باعث حس کنترل‌پذیری و لذت‌بخش‌تر بودن زندگی به‌صورت پایدارتر می‌شود (اسمیت و لینچ، ۲۰۱۲، ص. ۵).

با جمع‌بندی یافته‌های ذکرشده می‌توان گفت که پرداختن به فعالیت‌های ورزشی به کاهش جدی روی‌آوری به مواد مخدر از طریق حذف وسوسه، تنوع‌پذیری و کنجکاوی منجر خواهد شد. همچنین، با توجه به وفور و دسترسی آسان به مواد مخدر، یکی از روش‌های مهم جلوگیری از افراد به مصرف مواد می‌تواند پرداختن به ورزش باشد. علاوه‌براین،

منابع

1. Asadi, Sh. (2009). *Narcotics and psychotropic substances in national and international criminal law* (1st ed). Tehran: Mizan Publication. 11-16. (In Persian)
2. Atlantis, E., Chow, C. M., Kirby, A., & Singh, M. F. (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 39(2), 424-34.
3. Bailey, C. P., & Husbands, S. M. (2014). Novel approaches for the treatment of psychostimulant and opioid abuse—focus on opioid receptor-based therapies. *Expert Opinion on Drug Discovery*, 9(11), 1333-44.
4. Barbera, L., Paglia, L., & Valsavoia, R. (2009). Social network and addiction. *Stud Health Technol Inform*, 144, 33-6.
5. Bawor, M., Dennis, B. B., Anglin, R., Steiner, M., Thabane, L., & Samaan, Z. (2014). Sex differences in outcomes of methadone maintenance treatment for opioid addiction: A systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 3(1), 45.
6. Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems* (1st ed). New Jersey: John Wiley & Sons Publication. 188-202.
7. Brady, K. T., Back, S. E., & Greenfield, S. F. (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook* (1st ed). New York: Guilford Press Publication. 65-84.
8. Brook, D. W., & Spitz, H. I. (2002). *The group therapy of substance abuse* (1st ed). New York: Haworth Medical Press Publication. 3-16.
9. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452.
10. Eime, R. M., Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J., & Payne, W. R. (2013). A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: Informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10(1), 98.
11. Ford, J. A., & Blumenstein, L. (2013). Self-control and substance use among college students. *Journal of Drug Issues*, 43(1), 56-68.
12. Hafalir, I. E., & Linardi, S. (2017). Awareness of low self-control: Theory and evidence from a homeless shelter. *Journal of Economic Psychology*, 61, 39-54.
13. Hanton, S., Thomas, O., & Maynard, I. (2004). Competitive anxiety responses in the week leading up to competition: The role of intensity, direction and frequency dimensions. *Psychology of Sport and Exercise*, 5(2), 169-81.
14. Hassanzadeh, M. (2001). *The relationship between sports, social adjustment and confident female high school students*. (Unpublished master dissertation). Tehran: University of Al-Zahra. (In Persian).
15. Hemayat Talab, R., Bazazan, S., & Lahmi, R. (2003). Comparison of happiness and mental health of female athletes and non-athletes students of Payam Noor and Tehran Universities. *Harkate Zemestani (Winter Activities)*, 18, 131-40. (In Persian).
16. Hojati, S. (2011). *Research projects check the status of women drug addiction*. Drug Committee of the Expediency Council. (In Persian).
17. Iran Drug Control Headquarters. (2015). Provinces New in DCH. Retrieved June 5, 2015, from: <http://www.dchq.ir/>.
18. Jackson, K. M., Sher, K. J., & Wood, P. K. (2000). Prospective analysis of comorbidity: Tobacco and alcohol use disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 679.

19. Jalili, A., & Hossainjary, M. (2010). Explaining psychological resilience in terms of efficacy in the athlete and nonathlete students. *Journal of Development and Motor Learning*, 6, 131-53. (In Persian).
20. Khodayarifard, M., Shahabi, R. A., & Akbari, S. (2009). Piety, self-control and substance abuse from students. *Social Welfare*, 9(34), 115-30. (In Persian).
21. Leasure, J. L., & Neighbors, C. (2014). Impulsivity moderates the association between physical activity and alcohol consumption. *Alcohol*, 48(4), 361-6.
22. Lind, E., Ekkekakis, P., & Vazou, S. (2008). The affective impact of exercise intensity that slightly exceeds the preferred level: Pain for no additional gain. *Journal of Health Psychology*, 13(4), 464-8.
23. Longshore, D., Rand, S. T., & Stein, J. A. (1996). Self-control in a criminal sample: An examination of construct validity. *Criminology*, 34(2), 209-28.
24. Lynch, W. J., Peterson, A. B., Sanchez, V., Abel, J., & Smith, M. A. (2013). Exercise as a novel treatment for drug addiction: A neurobiological and stage-dependent hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1622-44.
25. Marefat, M., Peymanzad, H., & Alikhajeh, Y. (2011). The study of the effects of yoga exercises on addicts' depression and anxiety in rehabilitation period. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1494-8. (In Persian).
26. Mogharnasi, M., Kushani, M., Golestane, F., Seeyed Ahmadi, M., & Keavanloo, F. (2012). Effect of aerobic exercise on mental health addicted women. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 8(2), 91-97. (In Persian).
27. Mousavimoghadam, S. R., Houri, S., Omidi, A., & Zahirikhah, N. (2015). Evaluation of relationship between intellectual intelligence and self-control, and defense mechanisms in the third year of secondary school girls. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*, 25(1), 59-64. (In Persian).
28. Munoz-Duran, S. (2011). *Treating addicted women: The significance of gender-responsive services*. (Unpublished doctoral dissertation). California State University, Long Beach.
29. Naghdi, H., Adibrad, N., & Nouranipour, R. (2010). The effectiveness of the emotional intelligence training on the aggressiveness among adolescent boys. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*, 14(3).
30. Niazi, S., & Adil, A. (2008). Relationship between panic attacks and aggression with respect to age and gender. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(20), 283-93. (In Persian).
31. Oaten, M., & Cheng, K. (2006). Longitudinal gains in self-regulation from regular physical exercise. *British Journal of Health Psychology*, 11(4), 717-33.
32. Prochaska, J. J., Hall, S. M., Humfleet, G., Muñoz, R. F., Reus, V., Gorecki, J., & Hu, D. (2008). Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: A randomized trial. *Preventive Medicine*, 47(2), 215-20.
33. Rabbani Bavejdan, M., Nike Azin, A., Kaviani, N., & Khezri Moghaddam, A. (2012). Beliefs about aggression and metacognitive strategies in men abuse provision to remove the material. *Journal of Applied Psychology*, 23(15), 112-15. (In Persian).
34. Rahimi Movaghar, A., Malayerikhah Langroodi, Z., Delbarpour Ahmadi, S., & Amini Esmaeili, M. (2011). A qualitative study of specific needs of women for treatment of addiction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(2), 116-25. (In Persian).

35. Ridder, D. T., de Boer, B. J., Lugtig, P., Bakker, A. B., & van Hooft, E. A. (2011). Not doing bad things is not equivalent to doing the right thing: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1006-11.
36. Roozen, H. G., de Waart, R., van der Windt, D. A., van den Brink, W., de Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16(5), 311-23.
37. Sanchez, H., Quinn, J. J., Torregrossa, M. M., & Taylor, J. R. (2010). Reconsolidation of a cocaine-associated stimulus requires amygdalar protein kinase A. *Journal of Neuroscience*, 30(12), 4401-7.
38. Sawadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescence substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 55(3), 209-24. (In Persian).
39. Seyyed Amer, M. (2003). Explaining the features of depression among athletes and non-athletes female and male high school students in Urmia. *Harkat*, 18, 81-96. (In Persian).
40. Shirsavar, M., Amyrtash, A. M., Jalali, Sh., Kushani, M., Keavanloo, F., & Seyed Ahmadi, M. (2013). Compare the effectiveness of two methods of rehabilitation with and without exercise on quality of life and self-esteem. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 20(3), 292-301. (In Persian).
41. Smith, M. A., & Lynch, W. J. (2011). Exercise as a potential treatment for drug abuse: Evidence from preclinical studies. *Frontiers in Psychiatry*, 2(82), 1-10.
42. Sokhadze, T. M., Stewart, C. M., & Hollifield, M. (2007). Integrating cognitive neuroscience research and cognitive behavioral treatment with neurofeedback therapy in drug addiction comorbid with posttraumatic stress disorder: A conceptual review. *Journal of Neurotherapy*, 11(2), 13-44. (In Persian).
43. Storch, E. A., Storch, J. B., Killiany, E. M., & Roberti, J. W. (2005). Self-reported psychopathology in athletes: A comparison of intercollegiate student-athletes and non-athletes. *Journal of Sport Behavior*, 28(1), 1-11.
44. Sundhy, S. (2012). *Yoga during pregnancy and childbirth* (1st ed). Tehran: Soratgar Publication. 91-115.
45. Sussman, S., Dent, C. W., & Leu, L. (2001). The one-year prospective prediction of substance abuse and dependence among high-risk adolescents. *Journal of Substance Abuse*, 12(4), 373-86.
46. Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324.
47. Wallace, J., & Rotgers, F. (1996). Theory of 12-step oriented treatment. *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*, 2, 9-30.
48. Weinberg, D. (2005). *Of others inside: Insanity, addiction, and belonging in America* (1st ed). Temple University Press. e book. 15-21.
49. Wilmore, J. H., Costill, D. L., & Kenney, L. (2017). *Physiologie du sport et de l'exercice* (5st ed). Paris: De Boeck Superieur Publication. 131-171.
50. Zakariaei, M. (2003). Sociology of drug use, drug abuse. *Journal of Research on Addiction*, 5, 55-84. (In Persian).
51. Zand, D. H., Chou, J. L., Pierce, K. J., Pennington, L. B., Dickens, R. R., Michael, J., & White, T. (2017). Parenting self-efficacy and empowerment among expectant mothers with substance use disorders. *Midwifery*, 48, 32-38.
52. Zlebnik, N. E., Saykao, A. T., & Carroll, M. E. (2014). Effects of combined exercise and progesterone treatments on cocaine seeking in male and female rats. *Psychopharmacology*, 231(18), 3787-98.

استناد به مقاله

قربان زاده، ب. و لطفی، م. (۱۳۹۶). تأثیر فعالیت بدنی بر مهارت‌های خودکنترلی و پرخاشگری زنان معتاد. مجله مطالعات روان‌شناسی ورزشی، شماره ۲۱، ص. ۴۳-۶۰. شناسه دیجیتال: 10.22089/spsyj.2017.3830.1388

Ghorbanzadeh, B., and Lotfi, M. (2017). The Effect of Physical Exercise on Self-Control Skills and Aggression among Addicted Women. *Journal of Sport Psychology Studies*, 21; Pp: 43-60. In Persian. Doi: 10.22089/spsyj.2017.3830.1388

Archive of SID

The Effect of Physical Exercise on Self-Control Skills and Aggression among Addicted Women

Behrouz Ghorbanzadeh¹, and Maryam Lotfi²

Received: 2017/05/10

Accepted: 2017/07/19

Abstract

Addiction is captivity like abuse of substance or drugs that makes a person be physically and psychologically dependent to it and influences all his personal and social behaviors and as the most important social harm it attacks human societies. The aim of this study was to investigate the effect of physical exercise on self-control skills and also aggression among addicted women. 30 addicted women were purposively selected and divided into two groups of physical exercise and control based on age. Aerobic exercise program was included on 24 sessions, three sessions per week (60 minutes for each session). Self-control and aggression questionnaires were filled at both occasions including baseline and at the end of the last training session. Results of MANOVA showed that the significant improvements in both self-control and aggression variables. According to the results, physical activity can improve mental and psychological skills in addicted women and can be used as an alternative for non-drug treatments during withdrawal period.

Keywords: Physical Exercise, Self-control, Aggression, Addicted Women

1. Assistant Professor of Motor Behavior, Azarbaijan Shahid Madani University
(Corresponding Author) Email:b.ghorbanzadeh@azaruniv.edu

2. Ph. D of Motor Behavior, Urmia University