



## بررسی رابطه خود تنظیمی رفتاری در طول دوره پاک‌ی معتادان به مواد مخدر

( رقیه عباسی - کارشناس ارشد روانشناسی عمومی ؛<sup>۱</sup>

دکتر طاهره رنجبری پور - دکتری روانشناسی<sup>۲</sup>

سوسن محمدزاده اصل - کارشناس ارشد مشاوره راهنمایی<sup>۳</sup>)

### چکیده:

مقدمه: خود تنظیمی رفتاری توانایی موافقت کردن با یک خواسته، توانایی شروع کردن و دست کشیدن از فعالیت‌ها بر طبق مقتضیات موقعیتی، توانایی تعدیل فعالیت، تکرار، تداوم فعالیت‌های کلامی- حرکتی در موقعیت‌های اجتماعی و آموزشی، توانایی به تعویق انداختن کار کردن روی موضوع یا هدف دلخواه تعریف شده است. (محمدی، ۱۳۹۱) در عموم به لحاظ مفهومی، بیماری اعتیاد یک بیماری اصلی، مزمن و عصبی است، که در اثر عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک و اجتماعی رشد و بروز پیدا می‌کند، به طوری که وجه مشخصه این بیماری اختلال در کنترل انجام عملی، و یا احساس اجبار در انجام یک عمل مشخص، با وجود آگاهی نسبت به عواقب خطرناک آن باشد.

هدف: این پژوهش به دنبال بررسی رابطه خود تنظیمی رفتاری در طول دوره پاک‌ی معتادان به مواد مخدر می‌باشد.

روش: این پژوهش با توجه به گردآوری داده‌ها از نوع تحقیقات توصیفی و همبستگی است هدف تحقیقات توصیفی و همبستگی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است و از پرسشنامه میلر ولاندوسگی در سال (۱۹۸۸) ساخته شده استفاده گردیده یافته‌ها: بین خود تنظیمی رفتاری و هر یک از ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه‌اندازی، بررسی، برنامه‌ریزی، اجرا، سنجش)؛ خود تنظیمی رفتاری (۰/۴۱)، پذیرش (۰/۲۹)، ارزیابی (۰/۳۴)، راه‌اندازی (۰/۳۷)، بررسی (۰/۲۲)، برنامه‌ریزی (۰/۳۶)، اجرا (۰/۳۷) و سنجش (۰/۳۵) با طول دوره پاک‌ی معتادان به مواد مخدر رابطه‌ی معناداری وجود دارد که این رابطه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار است، در واقع می‌توان گفت که افرادی که در خود تنظیمی و هر یک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته‌اند، طول دوره پاک‌ی بیشتری داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: در واقع می‌توان گفت که افرادی که در خود تنظیمی و هر یک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته‌اند، طول دوره پاک‌ی بیشتری داشته‌اند.

**کلید واژه‌ها:** رابطه خود تنظیمی رفتاری، دوره پاک‌ی معتادان به مواد مخدر

<sup>۱</sup> - مسئول نویسنده: رقیه عباسی، کارشناس ارشد روانشناسی عمومی

<sup>۲</sup> - دکتر طاهره رنجبری پور - دکتری روانشناسی

<sup>۳</sup> - سوسن محمدزاده اصل - کارشناس ارشد مشاوره راهنمایی



## مقدمه :

سلامتی براساس ابعاد خاص (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تحلیل شده بود. پیشنهاد گنجاندن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت، از سوی راسل و اوسمان، یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب نظران درگیر در امر سلامت، قرار داد. حدود یک ربع قرن پیش، سازمان بهداشت جهانی با این بحث مواجه شد که آیا بعد (معنوی) باید در تعریف سلامت، علاوه بر سلامت جسمی، روانی و اجتماعی گنجانده شود؟ چند سال بعد، بعد معنوی در یک مجله مهم که به ارتقای سلامت، اختصاص داشت، گنجانده شد. یک دهه پیش، کلیه دولت های اروپایی، بیانیه کپنهاگ را در مورد رشد اجتماعی امضا کردند که آنها را متعهد میکرد که به نیازهای معنوی مردمشان (افراد، خانواده ها و جوامع) بپردازند و سیاست هایشان را به سمت (بینش سیاسی، اقتصادی، اخلاقی و معنوی برای رشد اجتماعی) سوق دهند. اخیرا نیز، بعد معنوی و رفتاری سلامت در منشور بانگوک در مورد ارتقای سلامت، مورد تاکید قرار گرفت. تحقیقات نشان دادند، که ارتباط با خدا موجب دگرگونی عمیقی در انسان می شود. دکتر الکسیس کارل می گوید: نیایش و نماز انسان را چنان رشد می دهد و به سلامت معنوی می رساند که گویی جامه ای که وراثت و محیط بر قامت او دوخته کوتاه می شود. انس با پروردگار انسان را از صلح و آرامش درونی لبریز می کند به گونه ای که امواج این آرامش در چهره اش نمودار است. خود-تنظیمی یکی از مفاهیم بنیادین در علوم روانشناسی نوین بر مبنای مطالعات مغز و سیستم های عصبی است که دارای کاربردهای فراوانی در علوم تربیتی و رفتاری است. خود-تنظیمی پایه گزار مهارتها و توانایی های مهم و اساسی از قبیل توجه و تمرکز، مهار پاسخ، تنظیم هیجان و بروز رفتارهای هنجار اجتماعی و تعاملات با همتایان است و ارتباط تنگاتنگی با موفقیت های شناختی دارد که همگی جمله مهارت های مهم برای انسانها می باشد (پیشیار، فرهد، ۱۳۹۰)

اعتیاد یک مساله اخلاقی نیست کسانی که معتاد می شوند افرادی سست عنصر و بی اراده یا از لحاظ اخلاقی فاسد نیستند. چنین برداشت نادرستی سبب می شود تا بسیاری از ما معتادان نتوانیم درخواست کمک کنیم و از این که معتادیم احساس شرمساری کنیم، کاری که هیچ نتیجه مثبتی به همراه ندارد. معتادان به علت احساس شرمندگی، ترس، خشم و و عذابی که می کشند به حمایت نیاز دارند نه چیز دیگری که حال آنها را نسبت به خودشان بدتر کند. واقعیت این است که اعتیاد یک عارضه و ناراحتی جسمی در مغز است که منجر به اختلال در فعالیت آن می شود معتادان و کسانی که آنها را دوست دارند به سختی حاضرند به این واقعیت تن در دهند که اعتیاد نوعی بیماری است و همین امر سبب می شود تا فرد معتاد احساس شرمساری کرده و با انکار اعتیاد خود، بخواهد ثابت کند که اوضاع را تحت کنترل دارد. اعتیاد یک بیماری اصلی، پیش رونده و کشنده است. این عارضه، نوعی ارتباط تسکین دهنده با یک ماده روان گردان یا تأثیر گزار بر ذهن و یا رفتاری که ما را در برابر میل بیش از حد، ناتوان می کند می باشد. اعتیاد به عنوان حالتی که در آن بدن انسان برای انجام فعالیت های عادی خود به یک ماده یا یک رفتار خاص وابسته می شود تعریف شده است. زمانی که ماده مورد نیاز در اختیار بدن قرار نمی گیرد یا انجام رفتاری که شخص معتاد بدان وابسته شده است امکان پذیر نمی باشد، نتیجه کار بروز علائم خماری یا محرومیت است. اعتیاد را می توان اجبار به انجام کاری تعریف کرد که فرد از پی آمدهای زیانبار آن آگاه است. حتی والدین، همسر و دیگر نزدیکان فرد معتاد به راحتی این واقعیت را که اعتیاد نوعی بیماری است نمی پذیرند. علت این امر آن است که این افراد نیز از لحاظ احساسی در فرایند بیماری فرد معتاد درگیر هستند. با آنکه از واژه "اعتیاد" اغلب در اشاره به وابستگی به مواد مخدر یا مشروبات الکلی استفاده شده و تحت عنوان اعتیاد به مواد نیز از آن یاد می شود، این احتمال نیز وجود دارد که انسان به فعالیت های دیگری چون قمار، پر خوری، روابط جنسی، تماشای تصاویر مستهجن یا حتی خریدهای بی مورد و بیش از اندازه معتاد شود. این گونه اعتیاد ها تحت عنوان اعتیاد های رفتار یا فرایندی نام برده می شوند. بنا به تعریفی که انجمن آمریکایی درمان اعتیاد از واژه اعتیاد ارائه داده است: "اعتیاد یک بیماری اصلی و مزمن می باشد که در مدارهای پاداش، انگیزه و حافظه و دیگر اجزاء مربوطه مغز اختلال ایجاد می نماید. این اختلال ها به ایجاد ویژگی های جسمی، روانی، اجتماعی و روحی در انسان منجر می شود."



بروز چنین حالت هائی در انسان سبب می شود که وی برای دستیابی به پاداش (لذت) یا تسکین به مصرف یک ماده مخدر یا انجام رفتاری مخرب و ویرانگر روی آورد. علائم بارز اعتیاد، مختل شدن کنترل رفتار، میل شدید به مصرف و ناتوانی در پاک ماندن مداوم و کاهش قدرت شناخت مشکلات جدی رفتاری و مناسبات و ارتباط با دیگران است. اعتیاد نیز همانند دیگر بیماری های مزمن ممکن است چرخه های لغزش و قطع مصرف را شامل شود. اگر اعتیاد درمان یا با فعالیت های بهبودی همراه نشود حالت پیش رونده آن ممکن است باعث معلولیت مغزی و یا حتی مرگ شود. (محمد خانی؛ ۱۳۸۸)

ستاد مبارزه با مواد مخدر از سال ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۹ در نوبت های متوالی بارها اعلام و تاکید کرده است که در سطح کشور ۱ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر معتاد رسمی و ۸۰۰ هزار معتاد بالقوه یا به عبارتی (تفنی) یا (هفتگی) وجود دارد. اما آمار های وزارت بهداشت و شواهد موجود در جامعه مانند تسری اعتیاد به دانش آموزان گسترش مراکز ترک اعتیاد دولتی و غیر دولتی، تاسیس و راه اندازی اردوگاه های کار اجباری محکومان مواد مخدر و نیز اردوگاه های ویژه معتادان پرخطر، همگی دلالت بر افزایش میزان شیوع مصرف مواد مخدر در سطح کشور در سال های اخیر دارد. البته کارشناسان علت اعلام نشدن تعداد واقعی معتادان در جامعه را (که رقمی معادل دو برابر آمار اعلام شده تخمین می زنند) از بین نرفتن قبح پدیده اعتیاد در جامع از یک سو و کاستن از بار روانی آن و نیز کاهش تشویق و اضطراب در بطن جامعه از سوی دیگر می دانند. گفتنی است در همایش درمان سوء مصرف مواد مخدر (آبان ماه ۱۳۸۶) دبیر همایش با اشاره به گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد در ایران UNODC با استناد به پژوهش بهداشت در مرداد ماه ۱۳۸۶ یادآور شد در مصرف کنندگان مواد افیونی در کشور ۲/۸ درصد است و این رقم در دنیا ۰/۵ درصد برآورد شده است. دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر در اسفند ۱۳۸۶ در یک کنفرانس خبری در مورد آخرین آمار (طرح نجات) یا (جمع آوری معتادان پرخطر) اعلام کرد تا کنون ۲۰ هزار معتاد تزریقی پرخطر جمع آوری شده و تحت پوشش مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی قرار گرفته اند وی اضافه کرد که قبل از اجرای طرح تخمین زده می شد ۵۰ تا ۷۰ هزار معتاد پرخطر وجود داشته باشد. همچنین به کاهش نرخ مرگ و میر معتادان از ۱۲ به ۹ نفر در روز اشاره کرد بنا به اظهار نظر دبیر علمی کنگره علمی پیش گیری اولیه از اعتیاد در سال ۱۳۸۹ حدود ۱۴۰ هزار نفر در ایران برای مصرف مواد مخدر از روش تزریق استفاده می کنند که ۶۵ درصد آنها به ایدز مبتلا هستند. (کریمی درمی، ۱۳۹۰)

تاخیر تحولی صرف نظر از علت آن، باعث تقویت و تداوم اختلالات رفتاری و مشکلات روانی میگردد، زیرا معتادین به علت تأخیر و عقب ماندگی در سطح تحول «خود» به جذبیت خود از دید دیگران اهمیتی نمی دهند؛ چیزی که در سطح سوم تحول ادراک خود می بایست به آن برسند. بنابراین، معتادان، خودشان را برای انجام رفتارهای سازش نیافته و نامطلوب دچار مانع نمی بینند و الگوی ناسازگاری اجتماعی در قالب رفتار ضد اجتماعی (دزدی-تجاوز-تخریب و) به تصویر کشیده می شود. پیامد این گونه رفتارهای ناسازگارانه و نامطلوب، تاخیر در رشد است، زیرا طرد «خود» از طرف دیگران باعث می شود تا تصور «خود» در ارتباط با آنها رنج آور باشد و این موقعیت، تحکیم و تثبیت سطح دوم ادراک خود (ارزیابی های مقایسه ای) را موجب می گردد و در معنی کردن امید به زندگی نقش میانجی را بازی می کند. (سراج؛ فیضی ۱۳۸۶).

در تحقیقی که رضوی نعمت الهی و حسنی فرد (۱۳۹۱) بر مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی، مواد محرک و افراد عادی در میزان خود کار آمدی و خود تنظیمی رفتاری صورت گرفت این پژوهش بر روی ۲۱۴ نفر (۱۰۶ نفر عادی وابسته به مواد افیونی و ۳۸ نفر وابسته به مواد محرک) انجام شد افراد وابسته به مواد از مراکز ترک اعتیاد تهران انتخاب شدند. روش نمونه گیری هدفمند بود که د یک برر سی علی مقایسه ای انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه خودکار آمدی شر و همکاران (۱۹۹۸) و پرسشنامه خود تنظیمی براون، میلر و لانداسکی (۱۹۹۹) استفاده گردید یافته های پژوهش نشان داد که بین افراد وابسته به مواد افیونی، افراد وابسته به مواد محرک و افراد عادی در میزان خودکار آمدی و خود تنظیمی رفتاری



تفاوت معنی داری وجود دارد وجود دارد. افراد وابسته به مواد افیونی در مقایسه با افراد هادی وابسته به مواد محرک از خودکارآمدی و خودتنظیمی رفتاری پایین تری برخوردارند.

خودتنظیمی به عنوان کوششهای روانی در کنترل وضعیت درونی، فرایندها و کارکردها جهت دستیابی به اهداف بالاتر تعریف شده است خودتنظیمی رفتاری، فرایندی است که به موجب آن فرد می تواند افکار، هیجانات و رفتارش رامطابق با اهداف و نیت دینی - مذهبی خود، کنترل کند. (عظیمی و همکاران؛ ۱۳۹۲).

همچنین خودتنظیمی فرایندهای شناختی از قبیل شکل گیری توجه، نقشه کشیدن، طرح و وضع اجرایی را در بر می گیرد. اغلب، کوشش های خودتنظیمی به تدریج، بدون اینکه با موانع بیرونی یا نقی شخصی مواجه شوند، ادامه می یابند. با وجود این، گاهی اوقات افراد در آنچه که می خواهند انجام دهند با مشکلاتی روبرو می شوند. به عنوان مثال؛ خودتنظیمی پایین میتواند در اعتیاد به مصرف داروها والکل دخیل باشد و در واقع یکی از مهم ترین علل آن در نظر گرفته می شود، زیرا خودداری از مصرف مواد به خصوص بعد از اینکه فرد جریان تنظیم مصرف را تثبیت کرد، بسیار مشکل است. پژوهشها نشان داده اند که افراد وابسته به مواد، نسبت به دیگر افراد از خودتنظیمی پایینتری برخوردار هستند (احدی، ابوالقاسمی، نریمانی، ۱۳۹۴).

هرچه دوام اشکالات افراد در ادراک و تصور خود در بافت اجتماعی، بیشتر باشد، به همان نسبت اشکالات او در زمینه های تحصیلی، اجتماعی و قانونی بیشتر خواهد بود. از این رو، تلاش در تقویت خودتنظیمی معنوی و تقویت سطح استدلال افراد در گذار به سطوح عالیتر شیوههای است که می بایست آن را در برنامه های درمانی اعتیاد وارد ساخت. همچنین بر اساس دیدگاه شناختی می توان چنین تبیین کرد که افراد وابسته به مواد مخدر جهت حفظ تعادل جسمانی و روانی به جای اینکه به اعمال برنامه ریزی شده درونی پردازند به ساختارهای بیرونی (از جمله به وابستگی مواد) بیش از حد اعتماد می کنند و این خود در افزایش ناسازگاری اجتماعی آنان موثر است (دفتر عقیدتی سیاسی فرماندهی کل قوا؛ ۱۳۷۶).

لذا پژوهش حاضر با هدف تبیین دیدگاههای طول دوره ترک اعتیاد به مواد مخدر و نوع ارتباط آن با خودتنظیمی رفتاری فرد معتاد و جامعه و ایجاد انگیزه و هیجان و امید به زندگی و آینده بعد از ترک و پیشگیری از بازگشت به بیماری اعتیاد و افسردگی و اضطراب و هیجان منفی در فرد و کنترل با درک بهتری به طراحی برنامه های آموزشی و مهارتهای خودتنظیمی رفتاری در زندگی و هدفمند نمودن خانواده های معتادان و خودمعتادان و پیشگیری از رفتارهای پر خطر همت گمارند با توجه به آنچه ذکر شد پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به سوال زیر می باشد.

آیا بین خودتنظیمی رفتاری با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر رابطه وجود دارد؟  
روش

این پژوهش با توجه به گردآوری داده ها از نوع تحقیقات توصیفی و همبستگی است هدف تحقیقات توصیفی و همبستگی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است. از جامعه آماری پژوهش نمونه ای به حجم ۳۵۷ نفر (۲۰۰ نفر مرد و ۱۵۷ نفر زن) با بکارگیری فرمول نمونه گیری کوکران انتخاب شده به منظور نمونه گیری نیز پس از برآورد حجم نمونه از روش نمونه گیری طبقه ای متناسب با حجم جامعه استفاده گردید.

یافته ها

آمارتوصیفی

در این قسمت توصیف آماری (میانگین، فراوانی، درصد و ...) نمونه مورد پژوهش از نظر جمعیت شناختی و پرسشنامه های تفکر استراتژیک و چابکی سازمانی در قالب نمودار و جدول مورد بررسی قرار گرفته است. در این قسمت، توزیع آماری نمونه بر حسب جنسیت، تحصیلات و سن در قالب نمودارهایی مورد بررسی قرار می گیرد.



توزیع آماری نمونه بر حسب جنسیت

نتایج بدست آمده از آمار جمعیت شناختی پاسخ دهندگان در خصوص جنسیت نشان می دهد که ۴۰ نفر (۳۷/۷٪) از پاسخ دهندگان مرد و ۶۶ نفر (۶۲/۳٪) از پاسخ دهندگان زن می باشند

جدول (۱): توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب جنسیت

متغیر جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۲۰۰	۵۶/۰
زن	۱۵۷	۴۴/۰
نمره کل:	۳۵۷	٪ ۱۰۰

توزیع آماری نمونه بر حسب تحصیلات

در خصوص توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب تحصیلات یافته های پژوهش حاکی از آن است که ۱۶/۸ درصد دارای مدرک زیر دیپلم، ۱۵/۱ درصد دارای مدرک دیپلم، ۶۰/۵ دارای مدرک فوق دیپلم، ۷/۶ درصد دارای مدرک لیسانس بودند که حجم نمونه آماری ما را تشکیل می دهند (جدول شماره ۲).

جدول (۲): توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب تحصیلات

متغیر تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
زیر دیپلم	۶۰	۱۶/۸
دیپلم	۵۴	۱۵/۱
فوق دیپلم	۲۱۶	۶۰/۵
لیسانس	۲۷	۷/۶
تعداد کل:	۳۵۷	٪ ۱۰۰

توزیع آماری نمونه بر حسب سن

در خصوص توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب متغیر سن یافته های پژوهش حاکی از آن است که افراد دارای ۲۰ تا ۳۰ سال، ۳۱ تا ۴۰ سال، ۴۱ تا ۵۰ سال، ۵۱ سال و بالاتر هر کدام به ترتیب ۲۴/۴، ۵۳/۵، ۱۹/۰ و ۳/۱ درصد از حجم نمونه آماری را به خود اختصاص داده اند. (جدول شماره ۳).

جدول (۳): توزیع فراوانی پاسخ دهندگان بر حسب سن

متغیر جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
۲۰ تا ۳۰ سال	۸۷	۲۴/۴
۳۱ تا ۴۰ سال	۱۹۱	۵۳/۵
۴۱ تا ۵۰ سال	۶۸	۱۹/۰
۵۱ سال و بالاتر	۱۱	۳/۱
نمره کل:	۳۵۷	٪ ۱۰۰

بررسی توصیفی سؤالات و مؤلفه های پرسشنامه های خود تنظیمی رفتاری، و طول دوره پاکتی:

در این قسمت توصیف آماری (میانگین، فراوانی، درصد و ...) پرسشنامه های خود تنظیمی رفتاری، و طول دوره پاکتی در قالب جداول، مورد بررسی قرار گرفته است.





## خود تنظیمی رفتاری

جدول شماره (۴): میانگین و انحراف معیار نمرات خود تنظیمی رفتاری و مؤلفه های آن

انحراف معیار	میانگین	شاخص های آماری مقیاس
۰/۸۲۰	۳/۰۹	پذیرش
۰/۹۳۱	۳/۰۳	ارزیابی
۰/۶۵۱	۲/۹۹	راه اندازی
۰/۴۴۱	۳/۱۷	بررسی
۰/۴۶۷	۲/۹۳	برنامه ریزی
۰/۵۷۷	۲/۸۶	اجرا
۰/۶۲۶	۳/۰۸	سنجش
۰/۵۱۸	۳/۰۲	خود تنظیمی رفتاری (نمره کل):

نتایج جدول (۴) نشان می دهد میانگین خود تنظیمی رفتاری و هر یک از ابعاد آن - پذیرش ، ارزیابی ، راه اندازی ، بررسی ، برنامه ریزی ، اجرا و سنجش - به ترتیب برابر با ۳/۰۲ ، ۳/۰۹ ، ۳/۰۳ ، ۲/۹۹ ، ۳/۱۷ ، ۲/۹۳ ، ۲/۸۶ ، ۳/۰۸ است. که بالاترین میانگین مربوط به مولفه ی بررسی (۳/۱۷) و پایین ترین میانگین مربوط به مولفه ی اجرا (۲/۸۶) می باشد.

## طول دوره پاکی

جدول شماره (۵): میانگین و انحراف معیار نمرات طول دوره پاکی

انحراف معیار	میانگین	شاخص های آماری مقیاس
۱/۶۸	۳/۴۲	طول دوره پاکی (نمره کل):

نتایج جدول (۵) نشان می دهد میانگین طول دوره پاکی برابر با ۳/۴۲ است

## آمار استنباطی: تجزیه و تحلیل سؤالات پژوهش

قبل از پرداختن به سؤالات پژوهش، نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای پژوهش از آزمون نیکویی برازش کالموگراف-اسمیرنوف استفاده شد، تا نرمال بودن توزیع آن مشخص گردد. بر این اساس، اگر فرض صفر رد نشود، می توان گفت توزیع مربوط به متغیرها وضعیت نرمالی داشته است و در صورت رد فرض صفر متغیرها از توزیع نرمالی برخوردار نیستند. آزمون کالموگراف اسمیرنوف با مقدار (۱/۲۹) و سطح معناداری (۰/۰۶۳) نشان داد متغیر خودتنظیمی از توزیع نرمالی برخوردار است و با فرض قرار داشتن متغیر در مقیاس فاصله ای می توان آمار پارامتریک را جهت تحلیل به کاربرد.



جدول شماره (۶) آزمون کالموگراف- اسمیرنوف مبنی بر نرمال بودن داده ها (خودتنظیمی رفتاری)

سطح معناداری	آزمون کالموگراف اسمیرنوف	تعداد	خرده مقیاس
۰/۰۶۳	۱/۲۹	۳۵۷	خودتنظیمی رفتاری

آزمون کالموگراف اسمیرنوف با مقدار (۱/۱۲) و سطح معناداری (۰/۰۸۹) نشان داد متغیر سازگاری اجتماعی از توزیع نرمالی برخوردار است و با فرض قرار داشتن متغیر در مقیاس فاصله‌ای می‌توان آمار پارامتریک را جهت تحلیل به کار برد. فرضیه: بین خود تنظیمی رفتاری و ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش) با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر رابطه وجود دارد

برای بررسی رابطه بین خود تنظیمی رفتاری و ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش) با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۷) ارائه شده است.

جدول شماره (۷): همبستگی بین خود تنظیمی رفتاری و ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا،

سنجش) با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر

سطح معنی داری	جهت همبستگی	مجذور R (R) <sup>2</sup>	میزان همبستگی		
۰/۰۰۰	منفی	۰/۰۸	۰/۲۹۰	طول دوره پاکی	پذیرش
۰/۰۰۰	مثبت	۰/۱۱	۰/۳۴۸		ارزیابی
۰/۰۰۰	مثبت	۰/۱۳	۰/۳۷۷		راه اندازی
۰/۰۰۰	مثبت	۰/۰۴	۰/۲۲۸		بررسی
۰/۰۰۰	مثبت	۰/۱۲	۰/۳۶۲		برنامه ریزی،
۰/۰۰۰	مثبت	۰/۱۳	۰/۳۷۸		اجرا
۰/۰۰۰	مثبت	۰/۱۲	۰/۳۵۹		سنجش
۰/۰۰۰	مثبت	۰/۱۶	۰/۴۱۸		خود تنظیمی رفتاری

همانطور در جدول فوق ملاحظه می‌شود، بین خود تنظیمی رفتاری و هر یک از ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش)؛ خود تنظیمی رفتاری (۰/۴۱)، پذیرش (۰/۲۹)، ارزیابی (۰/۳۴)، راه اندازی (۰/۳۷)، بررسی (۰/۲۲)، برنامه ریزی (۰/۳۶)، اجرا (۰/۳۷) و سنجش (۰/۳۵) با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد که این رابطه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است، در واقع می‌توان گفت که افرادی که در خود تنظیمی و هر یک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته‌اند، طول دوره پاکی بیشتری داشته‌اند.

بحث و تفسیر یافته‌های پژوهش:

فرضیه: بین خود تنظیمی رفتاری و ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش) با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر رابطه وجود دارد

بین خود تنظیمی رفتاری و ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش) با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر رابطه وجود دارد.



یافته‌های پژوهش نشان داد که بین خود تنظیمی رفتاری و هر یک از ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش)؛ با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر رابطه‌ی معناداری وجود دارد که این رابطه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است، در واقع می توان گفت که افرادی که در خود تنظیمی و هر یک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته اند، طول دوره پاکی بیشتری داشته اند.

در همین زمینه نتایج پژوهش با یافته‌های پیشین همخوانی و مطابقت دارد.

در همین زمینه کاری و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد بهنجار میانگین نمرات ادراک خود پایین تر و خودتنظیمی کمتری دارند و نیز سبک دلبستگی آن‌ها در مقایسه با افراد بهنجار بیشتر ناایمن است. این نتایج حاکی از آن است که احتمالاً ادراک خود و خودتنظیمی پایین و سبک‌های دلبستگی ناایمن از عوامل خطرزا برای گرایش افراد به سوی مواد محسوب می‌شوند.

می توان این گونه استنباط نمود که افراد با قدرت خودتنظیمی می توانند اتفاقات استرس زا را در رابطه با تهدیدآمیز بودن و یا نبودن ارزیابی نمایند و راه های برخورد با این استرس‌زها را خلق نمایند و از این طریق در شرایط و موقعیت های گوناگون به درستی رفتارهای خود را تنظیم کنند و با تجارب استرس‌زا مقاومت کنند و شادی را تجربه کنند و این خود باعث بهزیستی و سلامت روانی افراد می‌شود. در زمینه خودتنظیمی دلالت‌های بالینی مهمی وجود دارد. روشی که افراد رفتارهایشان را مدیریت می کنند، عملکرد روانشناختی شان را متأثر می سازد، همچنین خودتنظیمی دارای تلویحات رشدی و اجتماعی مهمی مانند رشد همدلی و روابط با همسالان است ( بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲). می‌توان گفت که ادراک و ابراز هیجانات، خودتنظیمی، بهره‌جویی از هیجان و اداره کردن رفتارها در موقعیت‌های پرخطر و ناگوار به‌عنوان عامل محافظ عمل می‌کنند و تاب‌آوری افراد را ارتقاء می‌دهند. از طریق ارتباط درونی بین مؤلفه های خودتنظیمی، می توان رابطه آن را با طول دوره پاکی توجیه کرد. خودتنظیمی به استفاده مثبت از رفتار در تسهیل تفکر و فرایند حل مسئله کمک می‌کند و به واکنش مؤثر در موقعیت‌های پرخطر می‌انجامد. بنابراین خودتنظیمی به کاربرد بهینه و بهره جویی از هیجانات کمک می‌کند. تنظیم هیجانات می‌تواند به مدیریت خوب هیجانات کمک کند. مدیریت خوب هیجانات به خودکنترلی منجر می‌شود و خودکنترلی از عوامل مؤثر بر طول دوره پاکی است (همایون نیا و همکاران، ۱۳۹۳).

تانگنی، باومیستر و بوون (۲۰۰۴) معتقدند که خودتنظیمی پایین، فرد را در جهت مقابله با مصرف مواد آسیب پذیر می سازد. زیرا افرادی که از خود تنظیمی ضعیفی برخوردارند، فاقد مهارت های لازم برای تنظیم هیجانات خود هستند و برای تنظیم رفتارهای هیجانی خود عمدتاً بر ساختارهای بیرونی تکیه می کنند. افرادی که می توانند رفتار خود را تنظیم می کنند، وابستگی کمتری به مواد پیدا می کنند. وردجو-گارسیا و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند، افرادی که به انواع مواد وابستگی دارند اغلب علائم پردازش هیجان معیوب، خودتنظیمی و تصمیم گیری پایینی از خود به نمایش می گذارند. ماگار و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که مهارت های خودتنظیمی هیجانی پایین با رفتارهای خطرناک مانند مصرف سیگار رابطه معناداری دارد و خودتنظیمی شناختی پایین منجر به افزایش ارزیابی نادرست شناختی رفتارهای خطرناک می شود.

#### • نتیجه :

بین خود تنظیمی رفتاری و هر یک از ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش)؛ با طول دوره پاکی معتادان به مواد مخدر رابطه‌ی معناداری وجود دارد  
پیشنهادات کاربردی:

○ در جلسات آموزش خانواده باید این شیوه خودتنظیمی صحیح را آموزش داد. چرا که تحقیقات نشان داده است که خودتنظیمی رفتار بر طول دوره پاکی افراد تأثیر می گذارد.

۱. برگزاری کارگاههای آموزش خانواده در مدارس ، برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی از طریق رسانه های محلی و ملی، از جمله راههایی است که برای آگاه سازی خانواده ها از این نوع طرحواره ها و درمان آنها پیشنهاد می شود.





تأثیر مواد مخدر فرد را به کشف این مسأله هدایت می‌کند که وی قادر است درد و اندوه خویش را که نتیجه شکست و ناکامی در ارتباط ایمنی بخش است، به کمک مواد مخدر کاهش دهد و بدین وسیله شرایط روحی خود را دگرگون کند. با وجود اینکه عوامل شروع مصرف مواد ممکن است یک کنجکاوی ساده باشد، عوامل تداوم مصارف مواد می‌تواند با خودتنظیمی ارتباط داشته باشد. به نظر میرسد که افراد وابسته به مواد از مهارت مقابله‌ای ضعیف و ناپخته‌ای جهت مواجهه با مشکلات زندگی برخوردار هستند. شیوه درست در جهت حل مسائل به صورت اجتناب و گوشه‌گیری نیست. چنین رویه‌ای منجر به تقویت راهبردهای اجتنابی، جلوگیری از مواجهه مستقیم با موقعیتهای دشوار در زندگی و تراکم استرس خواهد شد. این رویه در نهایت زمینه را جهت سوءمصرف مواد به عنوان راهی جهت تعادل هیجانی و رهایی از استرسها به طور موقت فراهم خواهد کرد. به نظر می‌رسد برنامه‌های درمانی که برای بهبود این عوامل انجام شوند، می‌توانند کمک زیادی در موفقیت برنامه‌های درمانی افراد وابسته به مخدر داشته باشد.

پیشنهادات پژوهشی:

- ۱- پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به بررسی تأثیر سازگاری اجتماعی، خودتنظیمی و امید به زندگی با طول دوره پاکی در میان سایر معتادان شهرستان‌ها پرداخته شود.
- ۲- به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی را بر اساس نمونه‌های بزرگ‌تر و در سایر افراد انجام دهند.
- ۳- با توجه به اینکه در این پژوهش ما این متغیرها را از طریق روش‌های کمی مورد بررسی قرار دادیم توصیه می‌شود که در تحقیقات آتی، متغیرهای پژوهش را با استفاده از روش‌های کیفی و بویژه آمیخته مورد بررسی قرار دهند.
- ۴- اقدام دیگر استفاده از پژوهش طولی برای بررسی نقش متغیرهای پژوهش در زمینه سازی و تداوم اعتیاد است. از لحاظ کاربردی نیاز پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی خودکارآمدی و ادراک خود در مراکز ترک اعتیاد برای افراد وابسته به مواد مخدر برگزار شود. همچنین با تکیه بر یافته‌ها، می‌توان محتوای برنامه‌های آموزش مهارت‌های خودتنظیمی را در قالب طرح‌های درمانی معتادین به مواد مخدر بکار برد.



## منابع فارسی:

احدی ؛ حسن ؛ ابوالقاسمی ؛ زاهدی؛ عادل ؛ کلثوم و نریمانی محمد ( ۱۳۹۴ ) ارتباط بین راهبرهای تنظیم هیجان و رفتارهای بین فردی در سوء مصرف کنندگان مواد مجله اعتیاد پژوهی ۱۱ ؛ ۹۹-۱۱۳

دفتر عقیدتی سیاسی فرماندهی کل قوا ( ۱۳۷۶ ) ستیز با تهاجم فرهنگی غرب ، تهران نشر رامین چاپ سوم  
سراج زاده حسین ؛ و فیضی ایرج ( ۱۳۸۶ ) بررسی وضعیت مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان پژوهش پیمایشی از دانشگاه های دولتی تحت پوشش وزارت علوم در سال  
پیشیار ، ابراهیم ، فرهد ، مزگان ( ۱۳۹۰ ) سلامت معنوی و خود -تنظیمی از دیدگاه علوم اعصاب شناختی تهران: انتشارات سمت

رضوی نعمت الهی و حسنی فرد ( ۱۳۹۱ ) بر مقایسه افراد وابسته به مواد افیونی ، مواد محرک و افراد عادی در میزان خود کار آمدی و خود تنظیمی رفتاری مقاله علمی پژوهشی

عظیمی، محمد؛ پیری، موسی؛ زوار، تقی (۱۳۹۲). رابطه فرسودگی تحصیلی و یادگیری خود تنظیمی با عملکرد تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه. مجله دانش و پژوهش در علوم تربیتی، ۱۰ (۱۱)، ۱۱۶-۱۲۸.  
کریمی در منی ، حمید رضا ( ۱۳۹۰ ) توانبخشی گروه های خاص با تاکید بر خدمات مددکاری اجتماعی . تهران: انتشارات رشد چاپ اول

محمد خانی ؛ ش ( ۱۳۸۸ ) مجموعه مقالات نخستین کنگره کشوری پیشگیری از سوء مصرف مواد تهران دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

محمدی ، سید یحیی ( ۱۳۹۱ ) نظریه های و کاربرست مشاوره و روان درمانی تهران : انتشارات ارسباران