

## کارآمدی آموزش تنظیم هیجانی بر تاب آوری و بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی افراد در حال ترک مواد مخدر سنتی

محمد همتی<sup>۱</sup>، علی مهداد<sup>۲</sup>، اصغر آقایی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر تاب آوری و بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی افراد در حال ترک مواد مخدر سنتی است. **روش:** روش تحقیق از نوع نیمه-آزمایشی و جامعه آماری شامل افراد در حال ترک مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران بودند. از میان آنان، ۴۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفتند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش نامه کنور و دیویدسون (۲۰۰۳) و بهزیستی ذهنی کی یز و ماگیارمو (۲۰۰۳) می باشد. **یافته ها:** نتایج نشان داد آموزش تنظیم هیجانی، موجب افزایش تاب آوری و بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی افراد در حال ترک مواد مخدر می شود. **نتیجه گیری:** آموزش راهبردهای ارزیابی مثبت به عنوان یکی از راهبردهای انطباقی می تواند موجب تعدیل واکنش هیجانی افراد به موقعیت های پرفشار شوند.

**کلیدواژه ها:** آموزش تنظیم هیجانی، تاب آوری، بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان شناختی، بهزیستی اجتماعی

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران،

پست الکترونیکی: alimahdad.am@gmail.com

۳. استادیار گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

## مقدمه

ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین، همچنین خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها بوده است. ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست بلکه مشکل اصلی، بازگشت مجدد و شروع دوباره آن است (منون و کانداسامی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). تحقیقات مختلف نشان می‌دهد احتمال بازگشت به مواد مخدر بعد از ترک مواد مخدر، از ۵۰ تا ۹۰ درصد می‌باشد (صفری حاجت‌آقایی، کمالی، دهقانی فیروزآبادی، و اصفهانی، ۱۳۹۳). بررسی عوامل موثر بر شکست در رهایی از مواد مخدر نشان می‌دهد تاب‌آوری پایین و تجربه هیجانات منفی از جمله اضطراب و تکانشگری، نقش موثری در این جریان دارند (هدر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). تاب‌آوری توانایی افراد در سازگاری موثر با محیط، علی‌رغم قرارداشتن در معرض عوامل خطرآفرین<sup>۳</sup> تعریف شده است (مدی، وادها و هایر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). مصرف کنندگان مواد مخدر به لحاظ بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان در وضعیت مطلوبی قرار ندارند (حسین‌زاده، ۱۳۹۷). این افراد، اضطراب، افسردگی و استرس بیشتری راتجربه کرده (وردجو و گارسیا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴) و دچار نارسایی‌های شناختی هستند و این نارسایی‌ها حتی پس از ترک مواد مخدر نیز ادامه دارد (لورکویز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸ و گلد اسمیت، ۲۰۱۴). پایین بودن سطح بهزیستی ذهنی و هیجانی در افراد مصرف کننده مواد مخدر، موجب می‌شود که آن‌ها به دنبال راه‌هایی برای تجربه شرایط بهتر به لحاظ روان‌شناختی و ذهنی باشند. از همین رو به مصرف بیشتر مواد مخدر روی می‌آوردند و همین حالت‌ها در هنگام ترک مواد، موجب ناتوانی آن‌ها در مقابله با وسوسه مصرف می‌شود (حسین‌زاده، ۱۳۹۷).

مقایسه تاب‌آوری در افراد مصرف کننده مواد مخدر، افراد بهبود یافته و عادی نشان می‌دهد سطح تاب‌آوری افراد عادی بالاتر از مصرف کنندگان و بهبودیافتگان می‌باشد (حسینی‌المدنی، احدی، کریمی و بهرامی، ۱۳۹۱). تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا اراده و انگیزه بالایی داشته باشند. برخی افراد با ویژگی‌هایی نظیر تاب‌آوری بالا و

1. Menon, & Kandasamy  
2. Heather  
3. risk factors

4. Maddi, Wadha & Haier  
5. Vordjo & Garsia  
6. Lorkiewicz

حالات‌های هیجانی مثبت، می‌توانند با اضطراب در مصرف مواد مقابله کنند (هدر، ۲۰۱۷). از طرفی، تعامل تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی در جریان ترک مواد مخدر، حائز اهمیت است. تاب‌آوری می‌تواند سازگاری موثر با محیط، به ویژه در محیط‌های پرفشار یا خطرآفرین را افزایش دهد (زیمرمن و برنر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). افراد تاب‌آور، به دلیل تجربه افکار مثبت و خوش‌بینانه، بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد خوش‌بینی، نقش واسطه‌ای بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی دارد (سوری، حجازی و سوری‌نژاد، ۱۳۹۳). بنابراین، افزایش تاب‌آوری می‌تواند افراد در حال ترک را از بازگشت به مواد محافظت کند (حسین‌زاده، ۱۳۹۷). این امر در حالی است که شواهد پژوهشی زیادی، حاکی از پایین بودن تاب‌آوری (هدر، ۲۰۱۷) و بالا بودن افکار منفی، تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد در معتادان است (لوی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴ و حسن‌آبادی، حبیبی عسگر آباد و خوش‌کنش، ۱۳۹۶).

تاب‌آوری پایین، یکی از پیامدهای منفی استفاده از راهبردهای منفی در تنظیم هیجان بوده و استفاده از این راهبردهای منفی در شرایط تنش‌زا، در میان مصرف‌کنندگان مواد مخدر شایع است (کوبر و بولینگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر در تنظیم، درک، مدیریت هیجانات و کنترل تکانشگری به ویژه در مراحل اولیه وابستگی دشواری‌های زیادی دارند (فوکس، هانگ و سینه‌ها<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). افرادی که نمی‌توانند در برانگیختگی‌ها، خود را کنترل و هیجانات خود را مدیریت کنند، به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند و به احتمال زیاد مصرف‌کنندگان دائمی مواد می‌شوند (اسلانیدو، پترایدز و استوگیانیدو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸؛ دوران، چارگ و کوهن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴؛ پارکر، تیولر، استبروک، شل و وود<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴؛ سلیمانی، نوری پورلیاوی، خسرویان، حسنی، حسینیان، ۱۳۹۷). شکست در تنظیم هیجان می‌تواند موجب نشانه‌های اضطراب، ناراحتی شدید، رفتارهای مهار نشده و انزوا شود و این اضطراب، افراد وابسته را وادار می‌دارد تا در جهت فایق آمدن بر آن، مواد

1. Zimmerman & Brenner  
2. Levy  
3. Kober, & Bolling  
4. Fox, Hong, & Sinha

5. Aslanidou, Petrides, & Stogiannidou  
6. Doran, charque, & Cohen  
7. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell, & Wood

مصرف نمایند (مک لم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). این افراد گرایش دارند تا از الکل و مواد مخدر به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای و تنظیم هیجان استفاده کنند (گلد اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴).

در مجموع، نتایج پژوهش‌ها نشان داده، عدم وجود مهارت‌های تنظیم هیجان، به همراه باورهای شناختی ناکارآمد موجب افزایش وسوسه مصرف مواد مخدر می‌شود (فوکس، آکسلورد، پالیوال، اسلیپر و سینها<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). نشخوار فکری و خودتفکری منفی از جمله راهبردهای منفی تنظیم هیجان است که ریشه در تحریف‌های شناختی افراد دارد (عبدالحسینی و عباسی، ۱۳۹۵). گراس<sup>۴</sup> در مدل ارتقا تنظیم هیجانی خود، به ایجاد تغییرات شناختی جهت اجتناب از تحریف‌های شناختی و بازاریابی مثبت تاکید دارد (گراس، ۲۰۰۲). بنابراین، بازسازی شناختی همراه با آموزش تنظیم هیجانی به افراد در حال ترک حائز اهمیت است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که آموزش پردازش شناختی، منجر به کاهش مصرف دخانیات می‌شود (ددرت<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). منون و کانداسامی (۲۰۱۸) نیز، یکی از روش‌های مهم در کمک به افراد در حال ترک برای جلوگیری از بازگشت به مواد مخدر را کمک به بازسازی شناختی می‌دانند، زیرا این روش می‌تواند از خطاهای شناختی این گروه بکاهد. افراد در حال ترک با استفاده از فنون بازسازی شناختی، می‌توانند برخی از تجربه‌های شکست را نادیده بگیرند یا تعامل موثر در بازگشت به مواد را درک کنند. این پژوهش، نقش مرکزی هیجانات در رفتارهای اعتیادآور را هدف‌گیری کرده، و تعامل تنگاتنگ هیجانات و باورهای ناکارآمد را از نظر دور نداشته است. با ارائه آموزش‌های تنظیم هیجانی، با تکیه بر بازسازی شناختی به افراد در حال ترک، به دنبال افزایش تاب‌آوری و بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی این افراد است.

بنابراین با توجه به مرور مبانی پژوهشی، می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش تنظیم هیجانی می‌تواند بر تاب‌آوری و بهزیستی هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد در حال ترک مواد مخدر تاثیر داشته باشد. در نتیجه از عود مصرف مواد پیشگیری کند. بر این

1. Mak lam  
2. Gold Smit  
3. Esliپر, & Sinha

4. Gross  
5. Dedert

اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر آموزش تنظیم هیجانی ویژه معتادان در حال ترک در ارتقای تاب‌آوری و بهزیستی هیجانی، روانشناختی و اجتماعی این افراد اثربخش است.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

به منظور بررسی اثربخشی آموزش از روش آمیخته (کیفی - کمی) استفاده شده است. در مرحله اول که با روش کیفی از نوع نظریه داده بنیاد انجام شد، مولفه‌های بسته آموزشی تنظیم هیجان شناسایی و بسته آموزشی طراحی و اعتباریابی شد. برای شناسایی مولفه‌های مندرج در بسته آموزشی، جلسات مصاحبه با افراد در حال ترک مواد مخدر سنتی و متخصصان و روان‌شناسانی که به طور مستقیم با این گروه در تعامل هستند، صورت گرفت؛ تا ضمن شناسایی شرایط و الزامات آموزشی گروه هدف، روش‌ها و محتوای آموزشی مناسب برای این گروه تدوین شود. از میان افراد در حال ترک مواد مخدر ۱۵ نفر به روش هدفمند و از میان متخصصان و روان‌شناسانی که به طور مستقیم با این گروه در تعامل هستند، ۱۰ نفر به روش زنجیره‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله شامل مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود. محور مصاحبه‌های مرتبط با افراد در حال ترک، شناخت حالت‌های شناختی - هیجانی و رفتاری آن‌ها بود و از نظرات روان‌شناسان نیز، به منظور شناسایی راه حل‌های مورد استفاده و اثربخش برای حل مشکلات هیجانی افراد در حال ترک بهره گرفته شد. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با روش کدگذاری تحلیل شد. قابل ذکر است که اساس بسته آموزشی، مدل آموزش تنظیم هیجانی گراس (۲۰۰۲) می‌باشد اما بر اساس داده‌های حاصل از مصاحبه و مطالعات کتابخانه‌ای، لزوم تاکید بر ارزیابی شناختی برای این گروه روشن شد و این امر منجر به تدبیر جلساتی برای آموزش ارزیابی شناختی و بازسازی شناختی است. خلاصه‌ای از مراحل کدگذاری نظری در جدول ۱ گزارش شده است.

**جدول ۱: کدگذاری نظری مصاحبه‌ها**

کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	کدگذاری باز
توانمندسازی	ضعف در توانمندی‌های شناختی	استدلال ضعیف در مصرف کنندگان؛ تمرکز پایین؛ آشفتگی و پربشانی؛ پایین بودن توانایی پردازش اطلاعات محیطی.
	افکار منفی	نگرش معتاد به خودش یک نگرش تحریف شده؛ افکار مرگ و خودکشی در فرد معتاد زیاد است؛ فرد معتاد زندگی را پوچ می‌داند؛ معتاد سرشار از افکار منفی است.
	عدم تعادل هیجانی	مواد مخدر به خاطر خاصیت کندکنندگی، اضطراب را کاهش می‌دهد ولی افسردگی را افزایش می‌دهد؛ حساس شدگی آن‌ها موجب تحریک‌پذیری زیاد می‌شود؛ نادیده گرفتن و بی‌توجهی نسبت به خود و دیگران؛ هر چیز کوچکی می‌تواند فرد معتاد را ناامید، خسته، عصبی، پرخاشگر و افسرده کند؛ چیزی غیر از مواد من را خوشحال نمی‌کرد.
اختلال در هیجان	عدم توانایی تسکین هیجانی	وجود همه مواردی مثل افسردگی، بی‌حوصلگی، کند بودن، کاهش تمرکز، بیقراری همراه با تحریک‌پذیری بالا که در افراد معتاد؛ در دوره ترک اعتیاد، نشانه‌های جسمانی اضطراب را حس می‌کنی، بیقراری و لرزش عضلاتی؛ واکنش‌های فیزیولوژیک بدن، عامل اصلی در تجربه حالت‌های هیجانی فرد معتاد و فرد در حال ترک؛ فرد معتاد مضطرب نیست بلکه بی‌قرار است؛ تحریک‌پذیری از کمترین محرک‌ها؛ عمیق بودن هیجانات منفی.
	تحریف شناختی ارزیابی هیجانات	فرد در حال ترک مشکل در تعدیل هیجانات دارد؛ اصلاً یک معتاد حال روانی و هیجانی خود را نمی‌شناسد؛ بدبینی به همه چیز؛ به آینده، به اطرافیان و نسبت به دنیا.
اختلال در رفتار	تحریک‌پذیری	مهمترین ویژگی فرد معتاد، تحریک‌پذیری است؛ در دوره اعتیاد تنها چیزی که فرد را آرام می‌کند، استعمال مواد مخدر است؛ در دوره ترک اعتیاد (به ویژه در دوره سم‌زدایی) بی-حوصلگی، پرخاشگری و تحریک‌پذیری به اوج می‌رسد؛ خصیصه‌ها و رفتارهای عصبی و خشن در فرد معتاد زیاد است.
	انفعال	در دوره ترک اعتیاد (به ویژه در دوره سم‌زدایی) بی‌حوصلگی به اوج می‌رسد؛ بی‌توجهی به دیگران؛ ناتوانی در انجام کارهای عادی روزمره از ویژگی‌های فرد معتاد است؛ فرد معتاد خیلی منفعل است.
	فقدان خودتنظیمی	فرد توانایی حل مسئله را در دوره اعتیاد ندارد و این حالت در دوره ترک اعتیاد می‌تواند تشدید شود؛ آموزش مهارت‌های بین فردی به افراد در حال ترک بسیار مهم است؛ باید آموزش‌هایی به افراد در حال ترک داده شود که حالت پویایی ایجاد کند؛ باید مهارت‌های مقابله‌ای به این گروه (افراد در حال ترک) آموزش داده شود؛ باید آموزش‌ها متناسب با شرایط زندگی واقعی افراد باشد.

براساس مولفه‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها، محوریت آموزش‌ها نیز در سه حوزه کلی شناختی، هیجانی و رفتاری تنظیم شد. مولفه‌های زیرمجموعه هریک از این حوزه‌ها بر اساس سرفصل‌های عمده در آموزش تنظیم هیجانی و همچنین، سایر موارد منطبق بر نیاز افراد در حال ترک تدوین شده‌اند. به این ترتیب، سرفصل‌های مربوط به آموزش تنظیم هیجانی در قالب جدول ۲ تدوین شد.

**جدول ۲: جلسات آموزشی مورد نیاز برای افراد در حال ترک**

ردیف	حوزه مورد مطالعه	جلسات آموزشی
۱	حوزه شناختی	ارائه آموزش هیجانی (شناخت انواع هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی)؛ آموزش مهارت‌های ارزیابی شناختی؛ آموزش مهارت بازسازی شناختی.
۲	حوزه هیجانی	آموزش خودارزیابی هیجانی؛ آموزش مهارت تسکین هیجان؛ آموزش مهارت تغییر توجه.
۳	حوزه رفتاری	آموزش راهبردهای تنظیمی خود؛ آموزش مهارت حل مسئله؛ آموزش مهارت ارتباطات بین فردی؛ آموزش تعدیل رفتاری؛ آموزش خودمراقبتی.

علاوه بر موارد فوق‌الذکر، مطالعات کتابخانه‌ای جهت گنجاندن سرفصل‌های مورد نیاز در بسته آموزشی با هدف طراحی و تدوین بسته تلفیقی آموزش تنظیم هیجانی انجام شد. بسته آموزشی تهیه شده، برای اعتباریابی در اختیار ۸ تن از اساتید گروه روان‌شناسی قرار گرفت. ضریب CVR محاسبه شده برای سرفصل‌های مندرج در بسته آموزشی بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۴ به دست آمد. در پایان این مرحله، بسته نهایی آموزش تنظیم هیجانی بر اساس نیازهای خاص افراد در حال ترک مواد مخدر تهیه شد. محوریت اساسی در بسته آموزشی، ارتقاء و بهبود مهارت‌های مرتبط با تجارب هیجانی و تاکید بیشتر بر ارزیابی شناختی است، زیرا داده‌های مصاحبه با افراد در حال ترک، حاکی از سطح بالای تحریف‌های شناختی و عدم کنترل هیجانات در این افراد است.

مرحله دوم پژوهش با روش کمی از نوع طرح نیمه‌آزمایشی گروه‌های ناهمسان انجام شد. جامعه آماری در این مرحله شامل افرادی بود که به صورت مرتب و روزانه مواد مصرف می‌کردند و در حال حاضر اقدام به ترک مواد نموده بودند. برای این منظور به سازمان بهزیستی یا مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. از میان این افراد به صورت در

دسترس تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه هر کدام ۲۰ نفر به طور تصادفی جای گرفتند. به منظور رعایت معیارهای اخلاقی در نمونه‌گیری، انجام نمونه‌گیری با کسب مجوز رسمی از ارگان‌های مربوطه صورت گرفت و اطلاعات کامل و دقیق برنامه آموزشی و هدف پژوهش در اختیار مسئولین مراکز درمانی و همچنین شرکت‌کننده‌ها قرار گرفت تا به صورت آگاهانه، اقدام به انتخاب نمایند. با توجه به این‌که همه ۴۰ نفر برای شرکت در دوره آموزشی تمایل داشتند، لذا با استفاده از روش قرعه‌کشی، ۲۰ نفر برای گروه آزمایش انتخاب شدند و ۲۰ نفر در گروه قرار گرفتند. طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری با فاصله دو ماه بود.

خلاصه جلسات آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است:

**جدول ۳: آموزش تنظیم هیجان به تفکیک جلسه‌ها**

جلسه	موضوع	هدف
۱	آشنایی و برقراری ارتباط با اعضای گروه	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطۀ متقابل مشاور و اعضای گروه؛ بیان اهداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا درباره هدف؛ بیان منطق و مراحل مداخله؛ و بیان قواعد شرکت در گروه.
۲	انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی (شناخت انواع هیجان‌ها و حالت‌های هیجانی).
۳	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری هیجانی و مهارت‌های هیجانی اعضا شامل سه بخش: ۱. خودآرزیابی با هدف شناسایی تجربه‌های هیجانی خود؛ ۲. خودآرزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجان خود و ۳. خودآرزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی خود.
۴	مهارت هیجانی	آموزش مهارت تسکین و تعدیل هیجان.
۵	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب آموزش مهارت‌ها از جمله: ۱. مهارت حل مسئله ۲. مهارت بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض).
۶	گسترش توجه	آموزش مهارت تغییر توجه.
۷	ارزیابی شناختی	افکار حقایق نیستند.
۸	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی‌های شناختی و آموزش راهبرد باز-ارزیابی.
۹	بازسازی شناختی	بررسی شواهد تأیید کننده و تضعیف کننده هیجان‌های تجربه شده.
۱۰	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان.
۱۱	مراقبت از خود	کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌ها.
۱۲	ارزیابی و کاربرد	ارزیابی مجدد و برنامه‌ریزی برای کاربرد آموزش‌ها.



## ابزار

۱- پرسش‌نامه تاب‌آوری<sup>۱</sup>: این پرسش‌نامه را کونور و دیویدسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند. شامل ۲۵ عبارت است که در یک مقیاس ۵ درجه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط ظریفی، هنری و بحر العلوم (۱۳۹۴) هنجاریابی شده و ضریب آلفا را ۰/۷۷ گزارش نموده‌اند. همچنین، برای تعیین روایی این پرسش‌نامه، نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی استفاده نموده‌اند. هفت عامل سخت‌رویی، هدفمندی، خوش‌بینی، احساس کنترل، استفاده از منابع، استفاده از منابع معنوی و پویایی در این پرسش‌نامه شناسایی شد. در پژوهش ظریفی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفا ۰/۷۵ گزارش شد. در پژوهش حاضر، روایی این پرسش‌نامه با استفاده از نظر متخصصین تأیید شد و ضریب آلفای کل ۰/۷۵ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی<sup>۳</sup>: این پرسش‌نامه توسط کی‌یز<sup>۴</sup> و ماگیارمو<sup>۵</sup> در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل سه بعد بهزیستی هیجانی<sup>۶</sup> (۱۲ سوال)، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۷</sup> (۱۸ سوال) و بهزیستی اجتماعی<sup>۸</sup> (۱۵ سوال) می‌باشد. توسط صفاری‌نیا، تدریس تبریزی و علی اکبری دهکردی (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است. ضریب آلفای کل ۰/۷۵ و در مقیاس‌های فرعی شامل بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش شد. ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی با استفاده از نظر متخصصین تأیید شد. ضریب آلفا نیز برای مولفه‌های بهزیستی هیجانی ۰/۷۱، بهزیستی روان‌شناختی ۰/۷۸، و بهزیستی اجتماعی ۰/۸۱ به دست آمد.

1. resilience  
2. Connor & Davidson  
3. mental well-being  
4. Keys

5. Magyar-Mae  
6. emotional well-being  
7. Psychological well-being  
8. social well-being

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	نوع آزمون	آزمایش	گواه
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶۹/۳۸	۱۱/۱۳
	پس‌آزمون	۹۰/۹۲	۸/۴۹
	پیگیری	۸۷/۴۶	۸/۱۲
بهبودی هیجانی	پیش‌آزمون	۳۳/۲۰	۷/۶۰
	پس‌آزمون	۵۰/۵۹	۵/۲۶
	پیگیری	۴۸/۳۳	۶/۰۳
بهبودی روان-شناختی	پیش‌آزمون	۵۴/۷۴	۷/۵۴
	پس‌آزمون	۷۵/۵۴	۵/۳۳
	پیگیری	۷۲/۵۳	۵/۹۸
بهبودی اجتماعی	پیش‌آزمون	۳۷/۶۳	۳/۲۹
	پس‌آزمون	۵۷/۲۹	۳/۴۳
	پیگیری	۵۴/۶۰	۳/۱۲

برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرها از آزمون شاپیرو به شرح جدول ۵ استفاده شد.

جدول ۵: نتایج آزمون شاپیرو برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	آماره Z	معناداری	آماره Z	معناداری	آماره Z	معناداری
تاب‌آوری	۰/۹۶	۰/۳۷	۰/۷۵	۰/۴۴	۰/۸۱	۰/۳۸
بهبودی هیجانی	۰/۸۱	۰/۴۶	۰/۶۷	۰/۴۵	۰/۷۷	۰/۴۳
بهبودی روان‌شناختی	۰/۸۳	۰/۴۴	۰/۶۴	۰/۴۹	۰/۵۶	۰/۴۹
بهبودی اجتماعی	۰/۹۴	۰/۳۹	۰/۵۷	۰/۵۲	۰/۹۳	۰/۱۹

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود توزیع تمام متغیرها در مراحل مختلف آزمون نرمال است. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد در متغیر تاب‌آوری همگنی واریانس‌ها برقرار است ( $P > 0/05$ ). همچنین نتایج حکایت از همگنی شیب‌های رگرسیون در پس‌آزمون ( $F = 0/81, P > 0/05$ ) و پیگیری ( $F = 1/28, P > 0/05$ ) داشت. بنابراین تحلیل کواریانس تک‌متغیری انجام شد و نتایج حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در پس‌آزمون (اثربخشی آموزش) ( $0/81 = \text{اندازه اثر}, F = 14/55, P < 0/001$ ) و پیگیری (بقای اثربخشی) ( $0/63 = \text{اندازه اثر}, F = 8/48, P < 0/001$ ) داشت.

نتایج آزمون لون نشان داد در مولفه‌های بهزیستی همگنی واریانس‌ها برقرار است ( $P > 0/05$ ). بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد. نتایج نشان داد در پس‌آزمون (اثربخشی آموزش) ( $0/88 = \text{اندازه اثر}, F = 4/85, P < 0/001$ ) و (بقای اثربخشی) ( $0/83 = \text{اندازه اثر}, F = 3/79, P < 0/001$ ) و (بقای اثربخشی) تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد. برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌ها از تحلیل کواریانس تک‌متغیری در پس‌آزمون و پیگیری به شرح جدول ۶ استفاده شد.

**جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در پس‌آزمون و پیگیری**

نوع آزمون	متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
پس‌آزمون	بهزیستی هیجانی	۲۵۵/۲۴	۱۴/۶۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۶
	بهزیستی روان‌شناختی	۱۱۹/۸۹	۱۳/۶۲۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳
	بهزیستی اجتماعی	۱۱۱/۵۶	۹/۷۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹
پیگیری	بهزیستی هیجانی	۱۸۵/۱۴	۱۲/۳۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶
	بهزیستی روان‌شناختی	۱۲۳/۷۳	۱۰/۲۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴
	بهزیستی اجتماعی	۱۰۹/۸۴	۸/۴۱۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۱

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که آموزش تنظیم هیجانی، موجب افزایش تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی افراد در حال ترک مواد مخدر شده است. باتوجه به نارسایی‌های شناختی در مصرف‌کنندگان مواد مخدر (گلد اسمیت، ۲۰۱۴)،

یکی از ضرورت‌های آموزشی این گروه، آموزش ارزیابی شناختی در موقعیت‌های هیجانی است. لذا، یکی از تاکیدات پژوهش‌گر در جلسات آموزشی، تاکید بر راهبردهای ارزیابی مجدد مثبت بوده است. استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد مثبت، علاوه بر کاهش هیجانات منفی اعم از خشم (قائدنیای جهرم، ۱۳۹۵) و اضطراب (تروی، ۲۰۱۲)، منجر به افزایش احساسات مثبت نیز می‌شود (آندری، سگلینگ، آلو، بالداری و پتریدس، ۲۰۱۶). کارلسون، دیکلیجیل، گرینبرگ و موجیکا - پارودی<sup>۲</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند افرادی که عادت به استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد برای تنظیم هیجانات‌شان در زندگی روزمره خود دارند، تاب‌آوری بیشتری در برابر استرس، از خود نشان می‌دهند. ضمن اینکه ارزیابی مجدد شناختی به عنوان یک راهبرد انطباقی در نظر گرفته می‌شود و افراد می‌توانند با بهره‌گیری از آن، واکنش هیجانی خود را به رویدادهای استرس‌زا جهت بهبود عملکرد تغییر دهند. استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد موجب می‌شود که فردی در واکنش به موقعیت استرس‌زا، ابراز بیرونی هیجان را متوقف کند و احتمال واکنش رفتاری را کاهش دهد.

چارچوب‌بندی دوباره موقعیت‌های منفی به عنوان فرصت‌هایی برای رشد، تجربه‌های یادگیری یا به عنوان شانس برای ساخت شخصیت، اغلب می‌تواند به نتایج سالم‌تر منجر شود (ناپولیتانو و لی‌هی، ۱۳۹۵). ارزیابی مجدد شناختی، هیجانات ناخوشایند را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت و بهزیستی روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. ارائه آموزش‌ها در خصوص بازارزیابی و ارزیابی شناختی مثبت موجب می‌شود فرد در یک موقعیت ناراحت‌کننده از طریق ذره‌بین‌های امیدوارکننده‌تر، گذرگاه‌هایی به احساسات خوشایند و کاهش استرس بیابد.

استفاده از راهبردهای بازارزیابی مثبت، تمرکز مجدد و برنامه‌ریزی موجب کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود (بشارت، زمانی فروشانی، معافی و احسانی، ۱۳۹۵). استفاده

1. Andrei, Siegling, Aloe, Baldaro, & Petrides

2. Carlson, Dikecligil, Greenberg, & Mujica-Parodi

از این راهبردها در تنظیم هیجان موجب می‌شود که فرد از فعالیت‌هایی که انجام می‌دهد، احساس رضایت بیشتری داشته باشد. همچنین، دریافت آموزش مهارت تنظیم هیجانی موجب کاهش افکار ناکارآمد و توجه هیجانی می‌شود (آندری و همکاران، ۲۰۱۶). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که یادگیری راهبردهای تنظیم هیجان موجب افزایش سبک تصمیم‌گیری عقلانی می‌شود و به واسطه آن، رفتارهای تکانشی کاهش می‌یابد (یاریان، اصغرنژاد فرید و کاراندیش، ۱۳۹۷). ارزیابی موقعیت و شناسایی هیجان‌های تجربه شده، اولین گام برای مدیریت هیجان است. در گام بعد می‌بایست تشخیص پیامدهای رفتار مورد توجه قرار گیرد و تحریف‌های شناختی می‌تواند ارزیابی موقعیت و ارزیابی پیامدها را تحت تاثیر قرار دهد. ولی بازسازی شناختی در جریان آموزش‌ها، می‌تواند به اتخاذ تصمیم صحیح کمک کند. در طی تمرین‌های عملی در خلال جلسات آموزشی، تحریف‌های شناختی بسیاری در افراد شرکت‌کننده در گروه شناسایی شد. تحریف‌های شناختی نظیر فاجعه‌انگاری، سرزنش خود و نشخوار فکری، در سطح بالایی در افراد نمونه دیده می‌شد. تحریف‌های شناختی، با سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی همراه است (اندامی خشک، گلزاری و اسماعیلی نسب، ۱۳۹۲). هر نوع مداخله‌ای که بتواند نگرش و تفسیر فرد را نسبت به موقعیت تغییر دهد و بهبود بخشد، می‌تواند انعطاف‌ذهنی فرد را ارتقا داده و تاب‌آوری را افزایش دهد (صادقی و کریمی، ۱۳۹۷). به طور کلی، افرادی که آموزش‌های مربوط به تنظیم هیجانی را دریافت می‌کنند، می‌توانند در موقعیت‌های پریشان‌کننده و چالش‌انگیز هیجانی، خود را حمایت کنند (برکینگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). به همین دلیل، ارائه این آموزش‌ها می‌تواند در نهایت منجر به ایجاد شبکه محافظتی در افراد شود.

این پژوهش بر روی افراد در حال ترک مواد مخدر اجرا شده و نتایج آن قابل تعمیم به مصرف‌کنندگان مواد مخدر یا افراد عادی نیست. در پژوهش حاضر، هدف محقق صرفاً اجرای بسته آموزشی به صورت گروهی بود و فرایندهای درمانی مورد نظر نبوده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، بسته آموزشی تنظیم هیجانی به بسته آموزشی - درمانی تبدیل شده تا همراه با ارائه جلسات مشاوره و درمان انفرادی بتوان تحریف‌های

شناختی، مشکلات ارتباطی، میل به مصرف مجدد مواد مخدر و مشکلات شخصی تر افراد در حال ترک را شناسایی و مرتفع نماید تا فرایند ترک مواد مخدر با موفقیت بیشتری همراه شود.

## منابع

- اندامی خشک، علیرضا، گلزاری، محمود و اسماعیلی نسب، محمود (۱۳۹۲). نقش راهبردهای نه گانه‌ی تنظیم شناختی هیجان در پیش‌بینی تاب‌آوری. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۶۷-۵۷.
- حسن‌آبادی، فاطمه؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی؛ خوش‌کش، ابوالقاسم (۱۳۹۶). مقایسه نگرش‌های ناکارآمد، اهمال‌کاری و سبک‌های تصمیم‌گیری در معتادان، با و بدون سابقه عود. *نشریه سلامت اجتماعی (مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت)*، ۴(۲)، ۱۴۷-۱۵۵.
- حسین‌زاده، علی اکبر (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افزایش بهزیستی ذهنی معتادان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۴(۱)، ۳۹-۳۲.
- حسینی‌المدنی، سیدعلی؛ احدی، حسن؛ کریمی، یوسف؛ بهرامی، هادی (۱۳۹۱). مقایسه تاب‌آوری، سبک‌های هویتی، معنویت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد معتاد، غیرمعتاد و بهبود یافته. *اعتیادپژوهی*، ۶(۲۱)، ۶۴-۴۷.
- سلیمانی، اسماعیل؛ نوری پورلیاوی، رقیه؛ خسرویان، بهروز؛ حسنی، امیرحسین و حسینیان، سیمین (۱۳۹۷). اثربخشی نوروفیدبک بر ولع مصرف و سوگیری توجه به محرک‌های مرتبط با مواد در افراد سوءمصرف کننده مواد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۰۱-۸۳.
- سوری، حسین، حجازی، الهه و سوری‌نژاد، محسن (۱۳۹۳). رابطه تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی: نقش واسطه‌ای خوش‌بینی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۵(۱)، ۱۵-۵.
- صادقی، مسعود و کریمی، فاطمه (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله سرمایه روان‌شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی و تاب‌آوری افراد معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۱۰۱-۸۳.
- صفاری‌نیا، مجید، تدریس تبریزی، معصومه، علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۳). رواسازی و اعتباریابی پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۵(۱۸)، ۱۳۲-۱۱۵.
- صفری حاجت‌آقایی، سعیده، کمالی، ایوب، دهقانی فیروزآبادی، سمیره و اصفهانی، مهدی (۱۳۹۳). فراتحلیل مقایسه عوامل فردی و محیطی مؤثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۸(۳۰)، ۵۳-۳۵.

ظریفی، مجتبی، هنری، حبیب، بحرالعلوم، حسن (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی و هنجاریابی نسخه فارسی پرسش‌نامه تاب‌آوری در دانش‌آموزان و دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار. *مجله مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، ۱۵(۱)، ۱۵۰-۱۳۱.

عبدالحسینی، امیر و عباسی، آزاده (۱۳۹۳). تنظیم هیجان (مبانی نظری، آموزش و پژوهش). نشر زاگرو. قانندنیای جهرم، علی؛ حسنی، جعفر؛ فرمانی شهرضا، شیوا؛ و زارعی، فرشاد (۱۳۹۵). بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد، ترک کرده و افراد بهنجار. *مجله مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت*، ۳(۴)، ۳۱۸-۳۰۷.

ناپولیتانو، لیزا و لی‌هی، رابرت (۱۳۹۵). *تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان درمانی (راهنمای کاربردی)*. ترجمه: عبدالرزاق منصوری‌راد، انتشارات ارجمند.

یاریان، سجاد؛ اصغر نژاد فرید، علی‌اصغر؛ کاراندیش، مراد (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر تکانشگری و سبک‌های تصمیم‌گیری زندانیان زن دارای تجربه مواد مخدر. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۸)، ۸۳-۱۰۱.

## References

- Andrei, F., Siegling, A. B., Aloe, A. M., Baldaro, B., & Petrides, K. V. (2016). The incremental validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Assessment*, 98, 261-276.
- Aslanidou, G. S., Petrides, K. V. & Stogiannidou, A. (2018). Trait Emotional Intelligence Profiles of Parents With Drug Addiction and of Their Offspring. *Frontiers in Psychology*, 9, DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01633.
- Berking, M., Margaret, M., Ebert, D., Wuperman, P., Hofmann, S. T., & Junghanns, K., (2011). Deficits in emotion – regulation skills predict alcohol use during and after cognitive – behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 79(3), 307-318.
- Breking, M., Merier, C. & Wuperman, P. (2010). Enhancing emotion – regulation skills in police officers: results of pilot controlled study. *Behavior Therapy*, 41(3), 239-339.
- Carlson, J. M., Dikecligil, G. N., Greenberg, T., & Mujica-Parodi, L. R. (2012). Trait reappraisal is associated with resilience to acute psychological stress. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 609-613.
- Connor, K, M; Davidson, J. R. T (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, 76- 82.
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M. D., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339-345.

- Dedert, E. A., Resick, P. A., McFall, M. E., Dennis, P. A., Olsen, M., & Beckham, J. C. (2016). Pilot cases of combined cognitive processing therapy and smoking cessation for smokers with posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 47(1), 54–65.
- Doran, N., Mc charque, D., Cohen, L. (2014). Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 90-98.
- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2014). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behavior*, 33(2), 388-394. DOI: 10.1016/j.addbeh.2007.10.002.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Heather, N. (2017). Is the concept of compulsion useful in the explanation or description of addictive behavior and experience? *Addictive Behaviors Reports*, 6, 15-38.
- Kober, H., & Bolling, D. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. In J. Gross (Ed), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 428-46). New York: Guilford Publications.
- Levy, N. (2014). Addiction as a disorder of belief. *Biology and Philosophy*, 29(3), 337–355.
- Lorkiewicz, S. A., Ventura, A. S., Heeren, T. C., Winter, M. R., Walley, A. Y., Sullivan, M., ... & Saitz, R. (2018). Lifetime marijuana and alcohol use, and cognitive dysfunction in people with human immunodeficiency virus infection. *Substance Abuse*, 39(1), 116-123.
- Maddi, R. S., Wadha, P., & Haier, J. R. (2002). Relationship of hardiness to alcohol and drug use in adolescents. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 247–257.
- Menon, J. & Kandasamy, R. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, 60 (Suppl 4), S473–S478.
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2014). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 45, 174-180.
- Pourfarajo Omran, M. (2011) Relationships between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. *Open Journal of Psychiatry*, 1, 106-109.
- Shiota M.N. (2006). Silver linings and candles in the dark: differences among positive coping strategies in predicting subjective well-being. *Emotion*, 6(2), 335-339.
- Zimmerman, M. A., & Brenner, A. B. (2010). *Resilience in adolescence: overcoming neighborhood disadvantage*. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds), *Handbook of adult resilience*. The Guilford Press, New York, London.