

بررسی رابطه خود تنظیمی رفتاری و سازگاری اجتماعی در زنان متاهل افسرده به مواد مخدر در دوره درمان

زینب شهبازی^۱، فهیمه محمدیان^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات ساوه دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

چکیده

مقدمه: افسردگی حالتی خلقی شامل بی حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی علاقه‌گی و بی میلی است و می‌تواند بر افکار، رفتار و احساسات در زنان متاهل تأثیر بگذارد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه خود تنظیمی رفتاری و سازگاری اجتماعی در زنان متاهل افسرده به مواد مخدر در دوره درمان انجام شد. **روش:** این مطالعه یک پژوهشی توصیفی و همبستگی است هدف تحقیقات توصیفی و همبستگی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص بود. نخست، نمونه‌گیری آزمودنی‌ها با استفاده از ملاک‌های ورود و خروج صورت گرفت، جامعه آماری شامل زنان متاهل افسرده مراجعه کننده به دو مرکز ترک اعتیاد استان البرز شهرستان کرج در سال ۱۴۰۰ بود. با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای نمونه آماری شامل ۳۵۷ نفر از زنان متاهل افسرده که افسردگی آنان با اجرای آزمون افسردگی بک تایید گردیده بود انتخاب نمود. آزمودنی‌ها به ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خود تنظیمی رفتاری براون، میلر ولاندوسکی (۱۹۹۹) و مقیاس سازگاری اجتماعی پی کل و ویسمن (۱۹۹۹) پاسخ دادند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که دوره درمان زنان متاهل افسرده معتاد به مواد مخدر رابطه‌ی معناداری وجود دارد که این رابطه در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است، افرادی که در خود تنظیمی رفتاری و سازگاری اجتماعی و هریک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته اند، دوره درمان بهتری داشته اند. **نتیجه گیری:** بر اساس یافته‌ها، افرادی که داری خود تنظیمی رفتاری و سازگاری اجتماعی بالایی داشتند در دوره درمان بهتری داشته و همچنین باعث کاهش افسردگی در زنان متاهل شد.

واژه‌های کلیدی: خود تنظیمی رفتاری، سازگاری اجتماعی، دروه درمان، زنان افسرده معتاد به مواد مخدر

مقدمه

زن، پرده نشین سالهای نه چندان دور، امروز چنان جایگاه خود را یافته که چون ستونی از اجتماع، نه قابل انکار است نه می توان توانایی ها، افکار، ایده ها و حتی غصه ها و دغدغه هایش را نادیده گرفت. زن، انسانی که برای انواع خصوصیاتش، قابی ساخته شده در خور و نقش به نقش هایی که فقط از او ساخته است؛ مادر، خواهر، همسر و در یک کلام، مکمل مرد. زن امروز، خواه خانه دار، خواه شاغل باشد، از آنچه بر عهده دارد، نکاسته و با صرف انرژی بیشتری و چشم پوشی از بسیاری از حقوق طبیعی و ذاتی اش، وظایفش را به شایسته ترین وجه، انجام می دهد. اما، همین ستون بی بدیل خانه و جامعه، پیوسته در معرض عواملی قرار می گیرد که روز به روز بر دلهره ها و افسردگی هایش می افزاید و سهم او از این همه نگرانی و دلشوره های دایمی، آثار و نتایج بعضاً جبران ناپذیر استرس هایی است که بر روح لطیف و دل بی آایش او، پنجه می کشد(زند، حقیقتیان، هاشمیان فر، ۱۴۰۰).

تردیدی نیست که آسیب شناسی در اعتیاد و شناخت عوامل افسردگی و تلاش در رفع آنها، اقدامی در خور و همتی ستودنی است که ثمره آن، حفظ بخش عظیمی از جامعه است؛ بخش مؤثر و کارآمد که چه به عنوان همسر و مادر، سهم تردید ناپذیری در رشد و اعتلای جامعه دارد. گذشته از این موارد نکته مهم در این موضوع دیدگاه زن نسبت به اعتیاد به مواد مخدر است که خود زمینه ساز ایجاد ناراحتی های روحی مانند: افسردگی، اضطراب، آشفتگی و... می شود. در این زمینه می توان با ایجاد آگاهی ها و شناخت های مؤثر و دقیق در زمینه مهارت های سازگاری اجتماعی و بهبود روابط خانوادگی و شناختی رفتاری این مشکلات را به حداقل رساند همچنان بتوانند محیطی سالم و شاد همراه با آرامش ایجاد نمایند(عبدالهی، شکرگزار، شیراوژن، گلشاهی، زارع ۱۴۰۰)

اعتیاد پدیده ای است اجتماعی با زمینه ها و ابعاد گوناگون که دامنه آسیب رسانی و تخریب آن در میان افراد جامعه به ویژه نسل جوان از آسیب های اجتماعی بسیار گسترده تر است و پیامد های نا مطلوبی به دنبال دارد، بطوری که اعتیاد به مواد مخدر از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان امروز به حساب می آید (کریمی در منی، ۱۳۹۰).

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

^۱-Addiction

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 درمنی ، ۱۳۹۰)

افرادی که به مواد مخدر اعتیاد دارند معمولاً از یک یا چند عارضه ناشی از اعتیاد همچون ناراحتی ها ریوی، قلبی، سکت، سرطان و ناراحتی ها روانی رنج می برند . تصاویر اسکن، رادیولوژی و آزمایش خون افراد معتاد نشان می دهد که مصرف مواد مخدر همه اندام های آنها را تحت تاثیر قرار داده است. برای مثال ، مصرف دخانیات عاملی برای بروز سرطان دهان، حنجره، نای، خون، ریه، معده، پانکراس (لوزالمعده)، کلیه ها، مثانه و دهانه رحم محسوب می شود. علاوه بر این، برخی از مواد مخدر از جمله موادی که از راه بینی مصرف می شوند به سلول های عصبی نیز آسیب های فراوانی رسانده و ممکن است باعث نابودی آنها شود (کاپلان و سادوک ؛ ۲۰۰۷ ؛ ترجمه رضاعی ؛ ارجمند ؛ ۱۳۹۲) .

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) .

خود تنظیمی به عنوان کوششهای روانی در کنترل وضعیت درونی، فرایندها و کارکردها جهت دستیابی به اهداف بالاتر تعریف شده است خود تنظیمی 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 خود تنظیمی فرایندهای شناختی از قبیل شکل گیری توجه، نقشه کشیدن، طرح و وضع اجرایی را در بر می گیرد .اغلب، کوشش های خود تنظیمی به تدریج، بدون اینکه با موانع بیرونی 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؛ خود تنظیمی 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 خود تنظیمی معنوی و تقویت سطح استدلال افراد در گذار به سطوح عالیتر شیوهای 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 بپردازند 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 خود تنظیمی رفتاری فرد معتاد و سازگاری اجتماعی وی با محیط اطراف و خانواده و جامعه و ایجاد انگیزه و هیجان به زندگی و آینده در دوره درمان و پیشگیری از بازگشت به بیماری اعتیاد و افسردگی و اضطراب و هیجانا منفی در فرد و کنترل با درک بهتری به

طراحی برنامه های آموزشی و مهارت های امید به زندگی و هدفمند نمودن خانواده های معتادان و خود معتادان 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 خود تنظیمی رفتاری و سازگاری اجتماعی در زنان متاهل افسرده به مواد مخدر در دوره درمان رابطه معنا داری وجود دارد ؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، از نوع تحقیقات توصیفی و همبستگی است هدف تحقیقات توصیفی و همبستگی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص می باشد.

آزمودنی ها: جامعه آماری در این پژوهش کلیه زنان متاهل افسرده که تحت درمان در دو مرکز ترک اعتیاد استان البرز بودند. بر اساس آخرین آمار در سال ۱۴۰۰ تعداد زنان افسرده معتاد به مواد مخدر ۵۰۰۰ نفر بوده که از جامعه آماری پژوهش ؛ نمونه ای به حجم ۳۵۷ نفر از زنان متاهل افسرده به مواد مخدر انتخاب شدند و این حجم نمونه به روش نمونه گیری نمونه گیری خوشه ای صورت گرفت در این پژوهش از دو نوع آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد ملاک های ورود به پژوهش عبارت بودند از: زنان متاهل افسرده که افسردگی این زنان با مصاحبه بالینی و اجرای تست افسردگی بک در مراکز ترک اعتیاد کلینیک تایید شده بود و گروه سنی آنان از ۳۰ تا ۴۰ سال بود، سطح تحصیلات حداقل کارشناسی ، با رضایت ورود به مطالعه و ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: زنانی که تحت درمان داروهای روانپزشکی بودند و تجربه مصرف چند نوع مواد مخدر (گل، شیشه ، تریاک و.....) داشتند و همچنین سابقه دریافت مداخله مشابه و عدم پاسخ کامل به پرسشنامه ها را داشتند. پرسشنامه خود تنظیمی رفتاری براون، میلر ولاندوسکی (۱۹۹۹) و پرسشنامه پی کل و ویسمن (۱۹۹۹) گرفته مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار

۱. پرسشنامه خود تنظیمی رفتاری این پرسشنامه توسط براون، میلر ولاندوسکی در سال ۱۹۹۹ -جهت ارزیابی فرایندهای خود تنظیمی ساخته شده است. این پرسشنامه، از ۶۳ سوال و ۷ خرده مقیاس تشکیل شده که برای سنجش توانایی کلی در تنظیم رفتار طراحی شده است. هر سوال بر اساس یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (به شدت مخالفم، مخالفم، مطمئن نیستم، موافقم، به شدت موافقم) پاسخ داده میشود. نمره بزرگتر یا مساوی ۲۳۹ نشانگر توانایی خود تنظیمی بالا؛ نمره ۲۱۴-۲۳۸ نشانگر توانایی خود تنظیمی متوسط؛ و نمره کمتر از ۲۱۳ نشانگر توانایی پایین در خود تنظیمی می باشد. ضرایب اعتبار از طریق همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۴ به دست آمده است. پرسشنامه خود تنظیمی، رابطه معنادار با مقیاسهای همبند نشان داده است. در مطالعه اوبری و همکاران (۲۰۱۱)؛ به نقل از کاری، نیل و کولینز (۲۰۱۲) این مقیاس با شدت مصرف الکل ارتباط منفی داشت. در بررسی دیگری که توسط براون و همکاران (۲۰۱۰) در نمونه ای از ۳۱۱ دانشجوی انجام گرفت، نمرات پایین در این مقیاس با مصرف الکل، پیامدهای وابسته به الکل و با مصرف زیاد ماری جوانا مرتبط بود.
۲. پرسشنامه سازگاری اجتماعی به وسیله پی کل و ویسمن در سال ۱۹۹۹ گرفته شده است. این مقیاس روابط بین فردی را در نقش های مختلف شامل احساسات، رضایت، اختلاف و عملکرد ارزیابی می کند. ساختار آزمون دو بعد مجزا را نشان می دهد: ۶ حوزه نقشی (مانند: کاری، خانوادگی) و ۵ بعد از سازگاری که برای هر کدام از حوزه نقش ها (متناسب با نقش) انتخاب شدند. مقیاس سازگاری اجتماعی، نسخه ی خود سنجی شامل ۴۲ سوال است که چگونگی ایفای نقش در ۶ حوزه کاری (۱ تا ۱۸)؛ فعالیت های اجتماعی اوقات فراغت (۱۹ تا ۲۹)، روابط با خانواده گسترده (۳۰ تا ۳۷)؛ و نقش های همسری (۳۸ تا ۴۶)، نقش والدی (۴۷ تا ۵۰) و عضو واحد خانواده (۵۱ تا سوال ۵۴)

مورد ارزیابی قرار می دهد. در این پرسشنامه برای روابط کاری دانشجویان خانم های خانه دار و افراد استخدام شده سوالات جداگانه ای وجود دارد بنابراین مقیاس شامل ۵۴ سوال نهایی است که پاسخ دهندگان بنابر شرایط خود به ۴۲ سوال آن پاسخ می دهند

روند اجرای پژوهش

بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص اجرای پرسشنامه ها توضیحاتی به زنان معتاد تحت درمان داده شد و از آنها خواسته شد تا به سوالات پرسشنامه ها صادقانه پاسخ دهند و این اطمینان داده شد که این یک پژوهش می باشد و می توانند از نام مستعار نیز استفاده نمایند

یافته ها

در مطالعه حاضر که 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 مدرک لیسانس بودند که حجم نمونه آماری ما را تشکیل می دهند همچنین 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 ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش (سازگاری اجتماعی و خود تنظیمی رفتاری) در زنان متأهل افسرده به مواد مخدر

متغیر	ابعاد متغیر ها	میانگین	انحراف معیار
خود تنظیمی رفتاری	پذیرش	۳/۰۹	۰/۸۲۰
	ارزیابی	۳/۰۳	۰/۹۳۱
	راه اندازی	۲/۹۹	۰/۶۵۱
	بررسی	۳/۱۷	۰/۴۴۱
	برنامه ریزی	۲/۹۳	۰/۴۶۷
	اجرا	۲/۸۶	۰/۵۷۷
	سنجش	۳/۰۸	۰/۶۲۶
	خود تنظیمی رفتاری (نمره کل):	۳/۰۲	۰/۵۱۸
	حوزه کاری	۲/۸۷	۰/۹۹۲
	فعالیت های اجتماعی اوقات فراغت	۲/۹۹	۱/۰۵
سازگار اجتماعی	روابط گسترده با خانواده	۳/۰۹	۱/۰۹
	نقش های همسری	۳/۰۷	۰/۶۹۱
	نقش های والدی	۲/۹۳	۰/۷۴۸
	عضو واحد خانواده	۳/۲۲	۰/۷۹۲

۰/۷۵۰	۲/۹۹	سازگاری اجتماعی (نمره کل):
۱/۶۸	۳/۴۲	دوره درمان (نمره کل):

همانطور که جدول (۳) نشان می دهد، میانگین خود تنظیمی رفتاری و هر یک از ابعاد آن- پذیرش (۳/۰۹) ، ارزیابی (۳/۰۳) ، راه اندازی (۲/۹۹) ، بررسی (۳/۱۷) ، برنامه ریزی (۲/۹۳) ، اجرا (۲/۸۶) و سنجش (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. میانگین سازگاری اجتماعی و هر یک از ابعاد آن- حوزه کاری (۲/۸۷) ، فعالیتهای اجتماعی اوقات فراغت (۲/۹۹) ، روابط گسترده با خانواده (۳/۰۹) ، نقش های همسری (۳/۰۷) ، نقش های والدی (۲/۹۳) و عضو واحد خانواده (۳/۲۲) است. که بالاترین میانگین مربوط به بعد عضو واحد خانواده (۳/۲۲) و پایین ترین میانگین مربوط به بعد حوزه کاری (۲/۸۷) می باشد. و میانگین دوره درمان برابر با (۳/۴۲) است

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.

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 فاصله ای می توان آمار پارامتریک را جهت تحلیل به کاربرد.

در این قسمت بر اساس اطلاعات فراهم آمده، به بررسی و تحلیل سؤالات پژوهشی مطرح شده پرداخته می شود. در این بخش از آزمون های آماری همبستگی پیرسون استفاده شده است.

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 (۲) ارائه شده است.

جدول شماره ۲): همبستگی بین خود تنظیمی رفتاری و ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش) با در دوره درمان زنان متاهل افسرده اعتیاد به مواد مخدر

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

همانطور در جدول فوق ملاحظه می شود، 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 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 هریک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته اند، دوره درمان بهتری داشته اند.

برای بررسی رابطه بین سازگاری اجتماعی و ابعاد آن (حوزه کاری، فعالیتهای اجتماعی اوقات فراغت، روابط گسترده با خانواده، نقش های همسری، نقش های والدی، عضو واحد خانواده) با دوره درمان معتادان به مواد مخدر از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول شماره ۳): همبستگی بین سازگاری اجتماعی و ابعاد آن (حوزه کاری، فعالیتهای اجتماعی اوقات فراغت، روابط گسترده با خانواده، نقش های همسری، نقش های والدی، عضو واحد خانواده) با دوره درمان در زنان متاهل

افسرده اعتیاد به به مواد مخدر

ساز گاری اجتماعی	میزان همبستگی	مجذور R $(R)^2$	جهت همبستگی	سطح معنی داری
حوزه کاری	۰/۱۹۰	۰/۰۳	منفی	۰/۰۰۰
فعالیت های اجتماعی اوقات فراغت	۰/۳۳۳	۰/۱۰	مثبت	۰/۰۰۰
روابط گسترده با خانواده	۰/۲۰۷	۰/۰۴	مثبت	۰/۰۰۰
نقش های همسری	۰/۲۴۷	۰/۰۵	مثبت	۰/۰۰۰
نقش های والدی	۰/۲۸۵	۰/۰۷	مثبت	۰/۰۰۰
عضو واحد خانواده	۰/۳۲۳	۰/۱۰	مثبت	۰/۰۰۰
سازگاری اجتماعی	۰/۳۰۵	۰/۰۹	مثبت	۰/۰۰۰

همانطور در جدول فوق ملاحظه می شود، بین سازگاری اجتماعی و ابعاد آن (حوزه کاری، فعالیتهای اجتماعی اوقات فراغت، روابط گسترده با خانواده، نقش های همسری، نقش های والدی، عضو واحد خانواده) ؛ سازگاری اجتماعی (۰/۳۰)، حوزه کاری (۰/۱۹)، فعالیتهای اجتماعی اوقات فراغت (۰/۳۳)، روابط گسترده با خانواده (۰/۲۰)، نقش های همسری (۰/۲۴)، نقش های والدی (۰/۲۸) و عضو واحد خانواده (۰/۳۲) با دوره درمان 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 سازگاری اجتماعی و هریک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته اند، دوره درمان بهتری داشته اند.

بحث و نتیجه گیری

سلامت زنان از مهم ترین اولویتهای سلامت جامعه و از شاخص های توسعه یافتگی کشورها است. چراکه زنان به دلیل شرایط ویژه فیزیولوژیک در دوره های مختلف زندگی در معرض آسیب پذیری بیشتری در مقایسه با مردان هستند. در این میان، سرمایه اجتماعی به عنوان یک سپر و عامل محافظت کننده در برابر پیامدهای منفی بد رفتاری، می تواند در پیشگیری از بروز اختلالات روانی از جمله افسردگی و گرایش به مواد مخدر مؤثر باشد. (صفر علی نژاد، اویسی، ساریچلو، جوراب چی ۱۳۹۷)

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین خود تنظیمی رفتاری و هر یک از ابعاد آن (پذیرش، ارزیابی، راه اندازی، بررسی، برنامه ریزی، اجرا، سنجش)؛ در دوره درمان زنان متاهل افسرده معتاد 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 هریک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته اند، طول دوره پاک‌ی بیشتری داشته اند... یافته‌های حاصل شده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های کاری و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند که افراد وابسته به مواد در مقایسه با افراد بهنجار میانگین نمرات ادراک خود پایین‌تر 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 استرس‌ها 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 (صدری دمیرچی، هنرمند قوجه بگلو، امیر، قلی زاده ۱۳۹۸). 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 مؤلفه‌های خودتنظیمی، می‌توان 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 بهره‌جویی 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 (علی مهدی، کاظمی، دلیر، محمد یاری، ۱۳۹۶).

براون، جی...، میلر، دبلیو، و لاوندوفسکی، (۲۰۱۲). 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 خود تنظیمی رفتاری دارند وابستگی کمتری به مواد پیدا می کنند. ، افرادی که به انواع مواد وابستگی دارند اغلب علائم پردازش هیجان معیوب، خودتنظیمی و تصمیم گیری پایینی از خود به نمایش می گذارند. 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.

همچنین نتایج نشان داد که بین سازگاری اجتماعی و ابعاد آن (حوزه کاری، فعالیتهای اجتماعی اوقات فراغت، روابط گسترده با خانواده، نقش های همسری، نقش های والدی، عضو واحد خانواده)؛ با دوره درمان زنان متاهل افسرده معتاد 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 سازگاری اجتماعی و هریک از ابعاد آن نمرات بالایی گرفته اند، طول دوره پاک‌ی بیشتری داشته اند.

و با نتایج پژوهش‌های میری و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که بین الگوی ارتباطی خانواده و سازگاری اجتماعی و شادکامی و سلامت روان رابطه مثبت معنادار وجود دارد و همچنین بین دانشجویان ترک اعتیاد کرده از نظر ویژگی الگوی ارتباطی خانواده و سازگاری اجتماعی و شادکامی و سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد. به صورتی که نمرات مردان در الگوی ارتباطی خانواده و سازگاری اجتماعی ؛ نمرات زنان در شادکامی و سلامت روان بالاتر می باشد. شاید بتوان گفت که اعتیاد به عنوان یک بلای خانمان سوز زمانی که پایان می یابد جوانه های امید باعث شکل گیری بهتر الگوهای ارتباطی در درون یک خانواده و به دنبال آن سازگاری اجتماعی بهتر و شادکامی و نهایتاً بهبود سلامت روان افراد می گردد.

تبعات و پیامدهای برخورداری از سازگاری اجتماعی منجر به فقدان سلامت رفتاری و اجتماعی مناسب در دوران بزرگسالی خواهد بود. نتایج مطالعات در این زمینه بیانگر آن است که گروه هایی نظیر مبتلایان به سوء مصرف مواد از مهارت های اجتماعی کافی در حوزه هایی نظیر سرپرستی تنش و فشارهای عصبی، انجام فعالیت های معمول، شغل یابی و مدیریت مسایل مالی برخوردار نبوده و بر این اساس نیازهای سلامت روانی و اجتماعی در این افراد باید مد نظر قرار گیرند. مطالعاتی در خصوص بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی نیز نشان می دهد این بیماران در مهارت های مربوط به حل مسأله دچار اختلال بوده و بین عملکرد های اجرایی روان شناختی و سلامت. تحقیقات در زمینه اجتماعی آنان ارتباط نزدیکی وجود دارد. بهبود سازگاری اجتماعی در این بیماران نشان می دهد که در صورت به کارگیری روش های رفتاری ساختاری و یادگیری مرحله بندی شده به منظور غلبه بر اختلالات روان شناختی، این بیماران ظرفیت و توانایی یادگیری مهارت های جدید را دارا هستند. از این رو این بیماران با فراگیری مهارت های حل مسأله استقلال یافته و می توانند مجدداً در جامعه مورد پذیرش قرار گیرند (احمدی؛ حاتمی، اسدزاده، ۱۳۹۱).

سازگاری اجتماعی که به عنوان مهمترین نشانه های سلامت روان مطرح شده ازجمله مباحثی است که توجه بسیاری از روانشناسان به خصوص مربیان را به خود جلب کرده است. رشد اجتماعی، مهمترین جنبه ی رشد هر شخص محسوب می شود. معیار اندازه گیری رشد اجتماعی فرد، میزان سازگاری او با دیگران است. رشد اجتماعی، نه تنها در سازگاری با اطرافیانی که فرد با آنها در ارتباط است موثر است، بلکه در میزان موفقیت شخص در ترک اعتیاد نیز تاثیر دارد (بهادری خسروشاهی، حبیبی کلیر، ۱۳۹۶).

در این مطالعه نیز این نکته آشکارا دانش محققین را در زمینه نقش تغییر رفتار در افراد معتاد مبتلا به افسردگی افزایش می دهد و بار دیگر درمانگران را به این واقعیت می رساند که مداخله های روان شناختی نقش بسیار مهمی در پیشگیری و درمان بیماری های روانی از جمله اعتیاد و اختلالات افسردگی ایفا می نماید. از محدودیت های این مطالعه جامعه آماری محدود به دو مرکز ترک اعتیاد استان البرز بود و مردان را در بر نگرفته، از این رو امکان تعمیم نتایج را با محدودیت رو به رو می کند، همچنین در این پژوهش از داده های پرسشنامه استفاده شده که ممکن است فرد تمایلی برای بهتر نشان دادن خود داشته باشد. با توجه به نتایج پیشنهاد می شود اثر بخشی مداخله ای دوره درمان در مردان افسرده نیز بررسی شود. همچنین به روانشناسان بخش اعتیاد توصیه می شود از روش روانشناختی و ذهن آگاهی به منظور افزایش شناخت توانمندی های بیماران و تمایل به ترک و عدم بازگشت مجدد استفاده شود. در نهایت به پژوهشگران پیشنهاد می شود که از پژوهش های کیفی و آمیخته برای بررسی این موضوع استفاده نمایند.

در پایان از تمامی زنان متاهل افسرده معتاد به مواد مخدر که در مطالعه حاضر مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

- 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
- احمدی، محمدسعید؛ حاتمی، حمیدرضا؛ اسدزاده، حسن (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان مقطع متوسطه شهر زنجان». پژوهش های روان شناسی اجتماعی، دوره ۲، شماره ۵.
- بهادری خسروشاهی، جعفر؛ حبیبی کلیر، رامین (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مهارت های ارتباطی بر انگیزش تحصیلی و سازگاری تحصیلی دانش آموزان دوره متوسطه، آموزش و ارزش یابی، دوره ۱۰، شماره ۳۹، صفحه ۱۵۱-۱۷۳.
- دفتر عقیدتی سیاسی فرماندهی کل قوا (۱۳۷۶) ستیز با تهاجم فرهنگی غرب، تهران نشر رامین چاپ سوم

زند، شکوفه، حقیقتیان، منصور، هاشمیان فر، سید علی (۱۴۰۰) بررسی میزان افسردگی، از خود بیگانگی، خود شکوفایی و سرمایه فرهنگی فرزند متأثر از خشونت نمادین واقع بر زنان متأهل در خانواده مقاله علمی پژوهشی فصلنامه علمی پژوهش های انتظامی اجتماعی زنان و خانواده، دوره ۹ شماره ۱ شماره پیاپی (۱۶) صفحه ۳۱۳-۲۷۱

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
صدری دمیرچی اسماعیل، هنرمند قوجه بگلو پژمان، امیر سید محمد بصیر، قلی زاده بهزاد. (۱۳۹۸) پیش بینی رفتارهای پرخطر بر اساس نقش مؤلفه های حمایت اجتماعی ادراک شده، ابرازگری هیجانی، سیستم های مغزی رفتاری در معتادان. افق دانش. ۱۳۹۸؛ ۲۵ (۴) ۲۹۷-۲۸۲:

صفر علی نژاد، عاطفه، اویسی، سونیا، ساریچلو، محمد ابراهیم، جورابچی، زیتب (۱۳۹۷) بررسی تأثیر مشاوره شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی حین بارداری: یک کارآزمایی بالینی شاهددار مقاله علمی پژوهشی مجله زنان مامایی نازایی دوره ۲۱ شماره ۲ صفحه ۴۸ تا ۵۸

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.
عبداللهی الهه، شکرگزار سمیه، شیراوژن محبوبه، گلشاهی محبوبه، زارع رقیه. (۱۴۰۰) بررسی ارتباط رضایتمندی جنسی و سلامت روان در زنان سالمند متأهل گیلان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۱۴۰۰؛ ۳۰ (۱) ۲۷-۱۴
علی مهدی، منصور و کاظمی، آمنه سادات و دلیر، ذهتاب و محمد یاری، الناز (۱۳۹۶) مقایسه تاب آوری و خود تنظیمی شناختی هیجانی در افراد معتاد و غیرمعتاد، هشتمین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران

کریمی در منی، حمید رضا (۱۳۹۰) توانبخشی گروه های خاص با تاکید بر خدمات مددکاری اجتماعی. تهران: انتشارات رشد چاپ اول

کاپلان و سادوک؛ ۲۰۰۷ خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری روانپزشکی جلد ۱ ترجمه رضای؛ فرزین؛ ارجمند؛ محسن ۱۳۹۲ تهران : انتشارات ارجمند .

میری، ایمان، فرخی، ایمان، برین، ایمان، شرفی، ام کلثوم (۱۳۹۳) رابطه الگوی ارتباطی خانواده، سازگاری اجتماعی، شادکامی و سلامت روان در بین دانشجویان ترک اعتیاد کرده اولین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روانشناسی آسیب های اجتماعی و فرهنگی ایران - ۱۳۹۳

Carey, K. B., Neal, D. J., & Collins, S. E. (2011). A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addictive Behaviors*, 29(2), 253-26

Glassman, T; Werch, C; Jobli, E. (2011). Alcohol self- control Behaviors of Adolescents. *Addictive Behaviors*, 32, 590-594.

Investigating the relationship between behavioral self-regulation and social adjustment in married women depressed to drugs during treatment

Abstract

Introduction: Depression is a mood disorder involving boredom and inactivity or apathy and reluctance and can affect thoughts, behavior and feelings in married women. The aim of this study was to investigate the relationship between behavioral self-regulation and social adjustment in married women depressed with drugs during treatment. **Method:** This is a descriptive and correlational research. The purpose of descriptive and correlational research was to develop applied knowledge in a specific field. First, the subjects were sampled using entry and exit criteria. The statistical population included depressed married women who referred to two addiction treatment centers in Alborz province, Karaj city in 1400. Using cluster sampling method, a statistical sample consisted of 357 depressed married women whose depression was confirmed by Beck Depression Inventory. Subjects responded to the research tools including the Brown, Miller-Wlavandowski (1999) Behavioral Self-Regulation Scale, and the Pick and Wiseman (1999) Social Adjustment Scale. **Results:** Data analysis using Pearson correlation coefficient showed that there is a significant relationship between the treatment period of depressed married women addicted to drugs, which is significant at the alpha level of 0.01, people with behavioral self-regulation and adjustment. Social and each of its dimensions received high scores, had a better course of treatment.

Conclusion: Based on the findings, people with behavioral self-regulation and social adjustment had a better treatment period and also reduced depression in married women.