

ترجیحات و موانع مشارکت فعالیت بدنی در معتادان

سیدحجت زمانی‌ثانی^۱، مهدی بشیری^۲، زهرا فتحی‌رضائی^۱، و رسول فرجی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۹/۱۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۰۲

چکیده

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی ترجیحات و موانع فعالیت بدنی معتادان از دیدگاه خودشان انجام شد. ۱۷۵ شرکت‌کننده مرد از مراکز ترک اعتیاد پرسش‌نامه‌های ترجیحات و موانع فعالیت بدنی و وابستگی به نیکوتین را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد کمبود انرژی (میانگین = ۵/۳۳)، کمبود زمان (میانگین = ۵/۱۰) و کمبود توان بدنی (میانگین = ۵/۰۷) سه مانع اصلی معتادان در انجام فعالیت‌های بدنی بود. همچنین، پاسخ‌دهندگان انجام فعالیت بدنی در زمان صبح (۶۴٪)، در خانه (۴۶٪/۳) یا مراکز ورزشی عمومی (۴۵٪/۷)، با شدت متوسط (۴۷٪/۴) و زیاد (۴۰٪) و در اختیار خود (۶۸٪/۵) را ترجیح دادند. پیاده‌روی (۶۰٪)، شنا (۴۵٪) و ورزش از طریق تلویزیون (۳۷٪) بیشترین طرفدار را داشت. علاوه بر این نتایج آزمون کروسکال والیس تفاوت معناداری بین موانع انجام فعالیت بدنی نشان داد به‌طوری که کمبود انرژی با اثرات اجتماعی، کمبود مهارت، کمبود منابع و ترس از آسیب تفاوت معناداری داشت و از همه آن‌ها بیشتر بود. کمبود زمان به‌صورت معناداری بیشتر از کمبود منابع و ترس از آسیب بود. کمبود توان، اثرات اجتماعی، کمبود منابع و کمبود مهارت نیز بیشتر از ترس از آسیب ادراک شدند. احتمالاً استفاده از برخی داروها برای درمان منجر به کاهش انرژی افراد برای انجام فعالیت بدنی شده بود.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، فعالیت بدنی، موانع، ترجیحات

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. استادیار رفتار حرکتی، گروه رفتار حرکتی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تبریز

Email:hojjatzamani8@gmail.com

(نویسنده مسئول)

۲. استادیار مدیریت ورزشی، گروه علوم ورزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

مقدمه

اعتیاد یک بیماری، معضل و مشکل اجتماعی است که نه تنها توان تولید اندیشه را از افراد می‌گیرد، بلکه آن‌ها را به نیروهای بی‌ارزشی تبدیل می‌کند که هیچ جایگاهی در جامعه ندارند. اعتیاد به عنوان یک آسیب و معضل اجتماعی، بهداشتی، اقتصادی و فرهنگی با پیچیدگی‌های خاص خود حاکمیت ملی، امنیت و استقلال کشور را تحت تأثیر قرار داده است. با توجه به مسائل جنبی آن می‌توان ادعا نمود که ارزش‌های انسانی و اسلامی و نیز هویت ملی ما در معرض خطر و آسیب این آفت بزرگ قرار گرفته است (وردی‌نیا، ۲۰۰۵). با بررسی اجمالی برخی مطالعات می‌توان به عوامل بهبوددهنده در ترک اعتیاد اشاره کرد که روش‌های درمانی داروئی و غیر داروئی و ترکیبی اشاره شده است که ورزش و فعالیت‌های بدنی نیز بخشی از این تحقیقات را به خود اختصاص داده است (مرکز ملی پیشگیری جرایم و کنترل دارو، ۲۰۰۲). در این زمینه هابلر (۲۰۰۱) بیان می‌کند "هنگامی که شخص معتاد از مواد مخدر استفاده نمی‌کند چه چیزی باید جایگزین آن شود؟" به نظر می‌رسد مصرف‌کنندگانی که استفاده از مواد مخدر را کنار گذاشته‌اند، به احتمال زیاد به افسردگی، هیجان، خستگی، بی‌خوابی، پرخاشگری و تمایل شدید به دارو دچار شده و متحمل ناراحتی می‌شوند (هین و همکاران، ۲۰۱۰). برای بسیاری از افراد جواب این سؤال می‌تواند فعالیت بدنی باشد. فعالیت‌بدنی با مزایای فیزیولوژیکی، اجتماعی و روان‌شناختی خود، ارزش این را دارد که در استراتژی‌های درمان اعتیاد حضور داشته باشد (براون و همکاران، ۲۰۱۰). در این راستا وینستوک

و همکاران (۲۰۱۷) عنوان کردند که ورزش و فعالیت‌بدنی با اثرات حاد و مزمن خود می‌تواند تأثیرات بسزایی در سلامت جسمانی و روانی به عنوان یک روش کمکی درمان اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد. از لحاظ مکانیسمی فعالیت‌بدنی همان مسیرهای پاداشی را مانند سوء مصرف مواد مخدر فعال‌سازی می‌کند؛ مانند افزایش غلظت دوپامین، کاهش نمک اسید گلوتامیک و افزایش ارتباط در سلول‌های مغزی (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳). فعالیت‌بدنی به عنوان یک روش درمانی غیردارویی بسیار قوی و مؤثر در تغییر عادات و رفتارهای مربوط به سوء مصرف مواد مطرح است که به وسیله تغییر شرایط عادی و رژیم‌هایی که مواد مخدر قبلاً در آن‌ها اثر داشته، تأثیر می‌گذارد. برای مثال راه رفتن در ساحل، دویدن، دوچرخه‌سواری، و یا هر شکلی از فعالیت‌بدنی در ایجاد عادت‌ها و موقعیت‌های جدید برای مشارکت در مداوای مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر مهم و مؤثر است (لینچ و همکاران، ۲۰۱۳؛ تامپسون، ۲۰۰۹). بسته به وضعیت قبلی بیمار از نظر مدت و شدت اعتیاد و نوع مواد مصرفی، توصیه شده است که فرد معتاد در یک برنامه تدریجی ۱۲ ماهه به تصحیح شیوه زندگی، کاهش مصرف سیگار و مواد دخانی و استفاده از پیاده‌روی‌های کوتاه در انجام امور روزانه، استفاده از استخر و دوش آب سرد، انتخاب رشته ورزشی مورد علاقه و تعلیم مهارت‌های آن تحت نظر مربی، تلاش برای کسب آمادگی جسمانی و روانی از طریق انجام تمرینات هوازی در بازپروری دستگاه قلبی-تنفسی، استفاده از وزنه و تمرینات قدرتی، پرداختن به تمرینات ورزشی عادی پس از قطع کامل مواد

به اجرای تمرینات در حد قهرمانی پرداخته و در مسابقات شرکت نماید (مک گوورن و همکاران، ۲۰۰۶). بیشتر تحقیقات در مورد فعالیت بدنی به عنوان روش درمان روی چگونگی فعالیت بدنی و اصلاح و بهبود افسردگی، عصبانیت، حالت‌های هیجانی و مشکلات روان‌شناختی فراگیر دیگر سوء‌مصرف‌کنندگان انجام شده است (تیلور و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین مکانیسم‌های عمل‌کننده در اثرات درمانی فعالیت بدنی در افزایش اندورفین، سروتونین و دوپامین مورد توجه بوده‌اند که در نتیجه فعالیت‌های هوازی متوسط تا شدید ترشح می‌شوند. مطالعات نشان داده‌اند که اندورفین می‌تواند افسردگی، هیجان، تنش، عصبانیت و پریشانی را کاهش دهد. همچنین فعالیت بدنی می‌تواند به عنوان تغییردهنده افکار منفی و کسب مهارت‌های جدید به کار برده شود و می‌تواند اثرات روان‌شناختی مهمی مانند تغییر اندورفین، سروتونین و منوآمین داشته باشد (لاولور و هوپکر، ۲۰۰۱).

از آنجایی که اکثر مطالعات مربوط به اثر فعالیت بدنی بر ترک اعتیاد معمولاً به صورت اجباری است، لذا ترشح هورمون‌های شادی‌آور در یک کار اجباری همراه با برخی تناقضات علمی قرار دارد و بیشتر مطالعات در نمونه‌های غیرانسانی انجام شده است (سعادت پور و همکاران، ۲۰۰۷)، لذا بررسی ترجیحات فعالیت بدنی و موانع احتمالی عدم انجام آن توسط معنادان باید مورد توجه قرار گیرد تا در برنامه‌ریزی‌های آتی به منظور ترکیب فعالیت بدنی در برنامه‌های ترک اعتیاد مدنظر باشد (آبرانتز و همکاران، ۲۰۱۱).

براساس نظریه خود مختاری، خودمختار بودن شامل انتخاب و فرصت برای جهت‌دهی رفتار توسط خود، یکی از نیازهای اساسی انسان در ایجاد انگیزه درونی است (وولف و همکاران، ۲۰۱۴). از طرف دیگر هرچه قدر میزان انگیزه درونی فرد بیشتر باشد، تمایل برای وفاداری و انجام فعالیت بیشتر خواهد شد (تکزیرا و همکاران، ۲۰۱۲). در این ارتباط نشان داده شده است که لذت ورزشی با مشارکت مستمر در ورزش رابطه دارد (پارسامر، ۲۰۱۱). همچنین نشان داده شده است که معنادان در حال ترک اعتیاد پیاده‌روی را به‌طور معناداری بیشتر از سایر ورزش‌ها در اولویت قرار داده‌اند (آبرانتز و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد مداخلات پیاده‌روی منجر به افزایش معنادار در بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی می‌شود (مورفی و همکاران، ۲۰۰۷).

از طرف دیگر وجود ضعف‌های جسمانی در سنین بالا و کمبود وقت در سنین پایین، برخی ویژگی‌های شخصی مانند مشکلات جسمانی و روانی، مشکلات اقتصادی و غیره (وفایی مقدم و همکاران، ۲۰۱۳)، عوامل ساختاری (هزینه، وقت، امکانات و تجهیزات، فقدان مهارت و توانایی)، درون فردی (نگرش‌ها، تصورات، حالات روانی فرد) و بین فردی شامل نبود همراه، روابط اجتماعی (خادم و همکاران، ۲۰۱۴)، عوامل اجتماعی، سلامتی، امکانات و تسهیلات، عوامل اقتصادی، عوامل شخصی و زمان، (روزبهانی و همکاران، ۲۰۱۴)، موانع اجتماعی (عدم توجه مسئولان به ورزش زنان، عدم حمایت مراکز آموزشی مثل دانشگاه از ورزش زنان)، موانع فرهنگی (وجود فرهنگ مرد محوری در جامعه ورزش، مشکلات مربوط به حجاب)، موانع شخصی (کمبود وقت و زمان، نداشتن انگیزه لازم)، عوامل

مرد با دامنه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه بود. ابتدا افراد پرسش‌نامه اطلاعات فردی را که شامل سؤالاتی از قبیل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و میزان درآمد را تکمیل کردند. به‌منظور بررسی موانع فعالیت بدنی از دیدگاه معتادان آزمون موانع فعال بودن^۱ مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ گویه با هفت خرده مقیاس است که موانع مختلف شامل کمبود زمان، اثرات اجتماعی، کمبود انرژی، کمبود توان، ترس از آسیب، کمبود مهارت و کمبود منابع را در یک مقیاس چهار درجه‌ای (بسیار محتمل است = ۳ تا خیلی بعید است = ۰) اندازه‌گیری می‌کند. ابزار توسط وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده ساخته و روایی و پایایی آن نیز به زبان‌های مختلف بررسی و تأیید شده است (مرکز پیشگیری و کنترل بیماری، ۲۰۰۸؛ روبوهناو، ۲۰۱۵). در این پژوهش نیز همسانی درونی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد. آزمون وابستگی به نیکوتین فاگرتروم^۲ به‌منظور بررسی میزان مصرف نیکوتین و سیگار ایجاد شده است که از طرف سازمان بهداشت جهانی و اتحادیه جهانی مبارزه با سل و بیماری‌های ریوی و نیز بسیاری از کتب مرجع پزشکی قابل قبول و مورد استفاده است (یوسال و همکاران، ۲۰۰۴). این پرسشنامه دارای شش سؤال در مورد زمان مصرف، تعداد، بهترین

خانوادگی (وضعیت اقتصادی، ترس از افت تحصیلی) و موانع امکاناتی شامل عدم سرمایه‌گذاری لازم در توسعه اماکن ورزشی، عدم دسترسی به فضاها و سالن‌های ورزشی مناسب (مؤتمنی و همکاران، ۲۰۱۴) را از موانع فعالیت‌های بدنی برشمرده شده‌اند.

همچنین در زمینه مربوط به اعتیاد، یکی از عوامل احتمالی که ترکیب فعالیت بدنی با برنامه‌های ترک اعتیاد را محدود و یا کم اثر می‌کند، می‌تواند موانع ادراک شده فعالیت بدنی از طرف معتادان باشد. موانعی که بیشتر ذهنی بوده و با اندکی آموزش، اصلاح ساختارها و فراهم‌سازی امکانات می‌تواند مرتفع شود. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا با بررسی موانع فعالیت بدنی از دیدگاه معتادان، ترجیحات انواع فعالیت بدنی را نیز از دیدگاه آن‌ها مورد بررسی قرار دهد، تا در آینده برنامه‌ریزی فعالیت بدنی برای این قشر آسیب‌دیده به سهولت انجام پذیرد.

روشنی پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی-پیمایشی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود که با جمع‌آوری داده‌ها از معتادان به‌صورت خودگزارشی انجام شد.

شرکت کنندگان

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل معتادین مراکز ترک اعتیاد در سطح شهر تبریز و ارومیه بود که از دو مرکز ترک اعتیاد به‌صورت در دسترس ۱۷۵

2. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

1. Barriers to Being Active Quiz

تفاوت احتمالی بین موانع فعالیت بدنی از دیدگاه معتادان در نرم‌افزار اس.پی.اس.اس نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی و همچنین بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها در جدول ۱ نشان داده شده است. داده‌های مندرج در جدول ۱ نشان می‌دهد که کمبود انرژی ($2/19 \pm 5/33$)، کمبود زمان ($2/12 \pm 5/10$) و کمبود توان ($2/03 \pm 5/07$) به ترتیب سه مانع اصلی معتادان در مسیر انجام فعالیت‌های بدنی و ورزش می‌باشند. ترس از آسیب نیز با داشتن کمترین میانگین ($2/37 \pm 3/47$) در اولویت آخر موانع فعالیت بدنی معتادان قرار گرفت.

زمان مصرف، مصرف در اوایل روز، مصرف در بیماری و در اماکن ممنوع است که دو سؤال اول آن چهار جواب و چهار سؤال بعدی دو جواب دارند. نمره چهار جوابی‌ها به ترتیب ۳، ۲، ۱ و ۰ بوده و نمره دو جوابی‌ها ۱ و ۰ خواهد بود. نمره صفر تا چهار به صورت وابستگی ضعیف، بین ۵ و ۷ وابستگی متوسط و از ۸ تا ۱۰ وابستگی شدید تلقی می‌شود. روایی و پایایی آن در داخل و خارج از کشور مکرراً انجام و تأیید شده است. همچنین پرسشنامه ترجیحات فعالیت بدنی شامل انواع ورزش‌ها و همچنین شدت و مدت انجام ورزش همراه با روش مدیریت و مشارکت در آن و همچنین علاقه به ورزش از طریق تماشای تلویزیون مورد بررسی قرار گرفت (آربانتز و همکاران، ۲۰۱۱).

روش پردازش داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل کراسکال‌والیس برای بررسی

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی

متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف استاندارد
کمبود زمان	۱۷۵	۰	۹	۵/۱۰	۲/۱۲
اثرات اجتماعی	۱۷۵	۰	۹	۴/۵۶	۲/۹۸
کمبود انرژی	۱۷۵	۰	۹	۵/۳۳	۲/۱۹
کمبود توان	۱۷۵	۰	۹	۵/۰۷	۲/۰۳
ترس از آسیب	۱۷۵	۰	۹	۳/۴۷	۲/۳۷
کمبود مهارت	۱۷۵	۰	۹	۴/۴۹	۲/۳۶
کمبود منابع	۱۷۵	۰	۹	۴/۳۸	۲/۲۹
موانع ادراک شده (کل)	۱۷۵	۰/۸۶	۷/۸۲	۴/۶۳	۱/۳۹
وابستگی به نیکوتین	۱۷۵	۶/۰۰	۱۵/۰۰	۱۰/۷۶۵۹	۱/۶۳۰۷

بدنی از دیدگاه معتادان مشاهده می‌شود.

در جدول ۲. سه اولویت اصلی انواع فعالیت‌های

جدول ۲. اولویت‌بندی فعالیت‌های بدنی مورد علاقه از دیدگاه معنادان

ورزش	اولویت اول		اولویت دوم		اولویت سوم		مجموع
	تعداد (نفر)	درصد	تعداد (نفر)	درصد	تعداد (نفر)	درصد	
پیاده‌روی	۸۵	۴۹	۱۵	۹	۴	۲	۱۰۴
دویدن	۱۲	۷	۱۳	۷	۴	۲	۲۹
شنا	۲۶	۱۵	۴۰	۲۳	۱۲	۷	۷۸
والیبال	۱۹	۱۱	۱۳	۷	۱۴	۸	۴۶
کار با وزنه	۹	۵	۸	۵	۱۴	۸	۳۱
دوچرخه‌سواری	۵	۳	۲۰	۱۱	۱۲	۷	۳۷
یوگا و حرکات کششی	۲	۱	۵	۳	۶	۳	۱۳
فوتبال	۵	۳	۱۱	۶	۱۲	۷	۲۸
کشتی	۲	۱	۹	۵	۱۰	۶	۲۱
انجام ورزش از تلویزیون	۷	۴	۱۸	۱۰	۴۱	۲۳	۶۶
دیگر ورزش‌ها	۰	۰	۱	۱	۲	۱	۳

بر اساس داده‌های جدول ۲ می‌توان گفت پیاده روی فعالیتی است که در اولویت اول بیشتر پاسخ دهنده‌ها (۴۹ درصد) قرار دارد و پس از آن نیز رشته‌های شنا (۱۵ درصد) و والیبال (۱۱ درصد) در اولویت اول پاسخ دهنده‌ها قرار گرفت. در ادامه، ویژگی‌های مختلف ترجیحات فعالیت‌بدنی شامل زمان، محل، شدت و نحوه سازمان‌دهی انجام آن بررسی شد (جدول ۳).

جدول ۳. زمان، محل، شدت و سازمان‌دهی انجام فعالیت بدنی از دیدگاه معنادان

متغیر	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
زمان	صبح	۱۱۲	۶۴
	قبل از ظهر	۱۳	۷۱/۴
	ظهر	۳	۷۳/۱
	بعدازظهر	۲۹	۸۹/۷
	شب	۱۸	۱۰۰
	کل	۱۷۵	-
محل	خانه	۸۱	۴۶/۳
	مراکز ورزشی عمومی	۸۰	۴۵/۷
	کمپ ترک اعتیاد	۱۴	۱۰۰
کل	۱۷۵	-	

ادامه جدول ۳. زمان، محل، شدت و سازمان‌دهی انجام فعالیت بدنی از دیدگاه معتادان

متغیر	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
شدت	کم	۲۲	۱۲/۶
	متوسط	۸۳	۴۷/۴
	زیاد	۷۰	۴۰
	کل	۱۷۵	۱۰۰
سازمان‌دهی	تحت نظر متخصص	۵۵	۳۱/۵
	به اختیار خودم	۱۲۰	۶۸/۵
	کل	۱۷۵	۱۰۰

بر اساس یافته‌های جدول ۳، بیشتر پاسخ دهنده‌ها (۶۴ درصد) ترجیح می‌دهند فعالیت‌های بدنی خود را در زمان صبح انجام دهند. بیش از ۹۰ درصد افراد ترجیح می‌دهند که فعالیت‌های بدنی خود را در محیط خانه و یا مراکز ورزشی عمومی انجام دهند. نکته قابل توجه این است که تنها ۸ درصد پاسخ دهنده‌ها ترجیح دادند فعالیت‌های بدنی و ورزش خود را در کمپ‌های ترک اعتیاد انجام دهند. سایر یافته‌ها نشان داد بیش از ۸۷ درصد افراد فعالیت‌های بدنی با شدت متوسط و بالا را ترجیح داده و مناسب برای خود دانستند. بیشتر افراد (۶۸/۵ درصد) نیز ترجیح می‌دهند فعالیت‌های بدنی و ورزشی خود را به انتخاب و اختیار خود سازماندهی کنند و در این مسیر نظارت متخصصین را صلاح نمی‌دانند. در نهایت با استفاده از روش آماری کروسکال والیس به بررسی تفاوت‌های احتمالی در موانع فعالیت‌بدنی از دیدگاه معتادان پرداخته شد (جدول ۴).

جدول ۴. تفاوت بین موانع فعالیت بدنی از دیدگاه معتادان

متغیر	متغیر	آماره آزمون	انحراف استاندارد	استاندارد آماره آزمون	سطح معناداری
(۱) کمبود زمان	(۲) اثرات اجتماعی	۹۱/۸۸	۳۷/۵۵	۲/۳۶	۰/۳۷۶
	(۳) کمبود انرژی	-۲۸/۷۷	۳۷/۵۰	-۰/۷۶	۰/۹۹۹
	(۴) کمبود توان	۹/۲۸	۳۷/۵۰	-۰/۳۴۸	۰/۹۹۹
	(۵) ترس از آسیب	۲۴۱/۴۰	۳۷/۵۰	۶/۴۳	۰/۰۰۰۱*
	(۶) کمبود مهارت	۹۳/۰۹	۳۷/۵۰	۲/۴۸	۰/۲۷۴
	(۷) کمبود منابع	۱۱۴/۱۶۹	۳۷/۵۰	۳/۰۴	۰/۰۴۹*
	(۲) اثرات اجتماعی	(۳) کمبود انرژی	-۱۱۷/۶۸	۳۷/۵۵	-۳/۱۳
(۴) کمبود توان		-۷۹/۶۲	۳۷/۵۵	-۲/۱۲	۰/۷۱۴
(۵) ترس از آسیب		۱۵۲/۴۸	۳۷/۵۵	۴/۰۶	۰/۰۰۱*
(۶) کمبود مهارت		۴/۱۸	۳۷/۵۵	۰/۱۱۱	۰/۹۹۹
(۷) کمبود منابع		۲۵/۲۵	۳۷/۵۵	۰/۶۷۳	۰/۹۹۹

ادامه جدول ۴. تفاوت بین موانع فعالیت بدنی از دیدگاه معتادان

متغیر	متغیر	آماره آزمون	انحراف استاندارد	استاندارد	سطح معناداری
(۳) کمبود انرژی	(۴) کمبود توان	۳۸/۰۶	۳۷/۵۰	۱/۰۱	۰/۹۹۹
	(۵) ترس از آسیب	۲۷۰/۱۷	۳۷/۵۰	۷/۲۰	۰/۰۰۰۱*
	(۶) کمبود مهارت	۱۲۱/۸۷	۳۷/۵۰	۳/۲۴	۰/۰۲۴*
	(۷) کمبود منابع	۱۴۲/۹۴	۳۷/۵۰	۳/۸۱	۰/۰۰۳*
	(۵) ترس از آسیب	۲۳۲/۱۴	۳۷/۵۰	۶/۱۸	۰/۰۰۰۱*
(۴) کمبود توان	(۶) کمبود مهارت	۸۳/۸۱	۳۷/۵۰	۲/۲۳	۰/۵۳۴
	(۷) کمبود منابع	۱۰۴/۸۳	۳۷/۵۰	۲/۷۹	۰/۱۰۸
(۵) ترس از آسیب	(۶) کمبود مهارت	-۱۴۸/۳۰	۳۷/۵۰	-۳/۹۵	۰/۰۰۲*
	(۷) کمبود منابع	-۱۲۷/۲۳	۳۷/۵۰	-۳/۳۹	۰/۰۱۵*
(۶) کمبود مهارت	(۷) کمبود منابع	۲۱/۰۷	۳۷/۵۰	۰/۵۶۲	۰/۹۹۹

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی ترجیحات فعالیت بدنی و موانع ادراک شده آن از دیدگاه معتادان بود. نتایج نشان داد که کمبود انرژی، کمبود زمان و کمبود توان بدنی، به ترتیب اولویت، سه مانع اصلی در انجام فعالیت‌های بدنی بودند. این موضوع نشان‌دهنده اهمیت انرژی انجام فعالیت بدنی و توان انجام آن در زمان تعیین شده است، که باید در روش‌های ترک اعتیاد و برنامه‌های غذایی و دارویی مورد استفاده قرار گیرد. به دنبال آن‌ها اثرات اجتماعی، کمبود مهارت، کمبود منابع و در نهایت ترس از آسیب به عنوان سایر موانع از طرف معتادان مطرح شدند. پراهمیت‌ترین عامل یعنی کمبود انرژی نسبت به عوامل اثرات اجتماعی، کمبود مهارت، کمبود منابع و ترس از آسیب تفاوت معناداری داشت و از همه آن‌ها بیشتر بود. به دنبال آن کمبود زمان با کمبود

منابع و ترس از آسیب تفاوت معناداری داشت و از آن‌ها بیشتر بود. علاوه، کمبود توان، اثرات اجتماعی، کمبود منابع و کمبود مهارت فقط با ترس از آسیب تفاوت معناداری داشتند و از آن بیشتر بودند.

نتایج پژوهش حاضر در بررسی توصیفی موانع فعالیت بدنی با نتایج کاوینس^۱ و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی داشت (کاوینس و همکاران، ۲۰۱۳). آن‌ها در بررسی افراد مصرف‌کننده متادون نشان دادند که خیلی تنبل بودن، عدم انگیزه در شروع ورزش و عدم انرژی کافی برای انجام فعالیت بدنی از عوامل اصلی در موانع ادراک‌شده فعالیت بدنی بود. آبرانتز و همکاران (۲۰۱۱) نیز عدم توانایی در انجام ورزش، خیلی تنبل بودن، عدم انگیزه کافی، عدم توانایی در شروع ورزش و نداشتن انرژی را در معتادان در حال ترک اعتیاد به‌عنوان موانع

فعالیت بدنی ذکر کردند (آبرانتز و همکاران، ۲۰۱۱).

دامنه‌ای از انواع فعالیت‌های بدنی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت تا ترجیح و اولویت‌بندی معنادان از آن‌ها در تمایل برای انجام آن ورزش مشخص شود. نتایج نشان داد که پیاده‌روی، شنا و ورزش از تلویزیون بیشترین طرفدار را داشت. والیبال، دوچرخه‌سواری و کار با وزنه در اولویت‌های چهار تا شش بودند. این یافته‌ها با نتایج آبرانتز و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی داشت. نتایج آن‌ها نشان داد که معنادان در حال ترک اعتیاد پیاده‌روی را به‌طور معناداری بیشتر از سایر ورزش‌ها در اولویت قرار دادند (آبرانتز و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات نشان می‌دهد مداخلات پیاده‌روی منجر به افزایش معنادار در بهزیستی روان‌شناختی و جسمانی می‌شود (مورفی و همکاران، ۲۰۰۷). در این ارتباط نشان داده شده است که مدیریت اقتضائی^۱ می‌تواند در انتخاب و کاربرد فعالیت‌های بدنی مربوط به درمان اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد. در این نوع درمان از کنترل محرک و تقویت‌های مثبت برای رسیدن به هدف اصلی استفاده می‌شود که انتخاب خود فرد برای نوع فعالیت‌بندی یکی از گزینه‌های اساسی برنامه می‌باشد (اسلات و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین از دیدگاه روانشناسی مثبت‌نگر، فعالیت جسمانی می‌تواند شش عنصر اصلی مدل رایف و سینگر (افزایش پذیرش خود، ارائه استقلال، به دست آوردن تسلط بر محیط، تقویت روابط مثبت، بدست آوردن اهداف جدید در زندگی و رشد کلی شخصی)

را شامل شود که هم برای جمعیت‌های طبیعی و هم بالینی می‌تواند استفاده شود (فالکنر، هفرون و موتریه، ۲۰۱۵).

از آنجایی که در پژوهش حاضر نوع ورزش پیاده‌روی و به دنبال آن شنا و نحوه اجرای ورزش به‌صورت در اختیار خود شخص با انجام در خانه یا مراکز ورزشی عمومی (و نه در کمپ ترک اعتیاد) جزو اولویت‌های بالای انجام ورزش بود، لذا می‌توان این نوع از فعالیت‌ها را برای معنادان موردتوجه قرارداد. در این راستا مطالعات نشان داده‌اند که پیاده‌روی همراه با دوره‌های کوتاه فعالیت بدنی مرتبط با کاهش تمایل به مصرف سیگار است (تیلور و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین بیان شده است که پیاده‌روی با سرعت ۱۰۰ گام در دقیقه برای بزرگسالان یک شدت ورزشی متوسط ایجاد می‌کند (وینستوک و همکاران، ۲۰۰۸).

همچنین نتایج آزمون وابستگی به نیکوتین نشان داد که ۹۷/۷ درصد افراد نمره بالای ۸ دارند که نشان‌دهنده وابستگی شدید به سیگار و نیکوتین است. با توجه به اینکه درصد بسیار بالایی از افراد مورد مطالعه در این پژوهش در این طبقه قرار داشتند و فقط ۴ نفر در وابستگی متوسط بوده و وابستگی کم تا متوسط و یا کم، در این پژوهش مشاهده نشد، لذا با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها در طبقه‌بندی گروهی، تحلیل‌های استنباطی نیز به‌منظور مقایسه گروه‌های وابسته به نیکوتین در موانع مشارکت و یا اولویت‌های ورزشی غیرقابل انجام و توجیه بود.

1. Contingency Management

2. Faulkner, Hefferon, Mutrie

فیزیولوژیکی پاسخ بدن به ورزش است (وینستوک و همکاران، ۲۰۱۷).
با توجه به اهمیت کمبود انرژی، کمبود زمان و کمبود توان از دیدگاه معتادان در انجام فعالیت بدنی باید برنامه‌های ترک اعتیاد با در نظر گرفتن این سه عامل و در ترکیب با برنامه‌های غذایی و دارویی به‌درستی انجام شود. همچنین با توجه به علاقه‌مندی بیشتر معتادان برای انجام ورزش به‌صورت خود‌مدیریتی، در زمان صبح، با شدت متوسط و زیاد و در مراکز ورزشی عمومی یا خانه، لذا نیاز است تا آموزش‌های لازم برای آن‌ها در جهت اجرای منظم فعالیت بدنی در شرایط مذکور انجام شود.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر مستخرج از طرح پژوهشی مصوب پژوهشکده سلامت روانی- اجتماعی دانشگاه شهید مدنی آذربایجان و اداره سلامت و امور اجتماعی شهرداری کلان‌شهر تبریز است که با حمایت‌های مالی آن سازمان انجام شده است. بدین وسیله از سازمان‌های مذکور و از مراکز ترک اعتیاد و کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر که به صورت داوطلبانه در این پژوهش مشارکت کردند، کمال سپاسگزاری را داریم.

علاوه بر نتایج بیان شده در پژوهش حاضر پژوهشگران بایستی موارد زیر را باید مدنظر قرار دهند. این پژوهش در یک نمونه مورد بررسی از مراکز درمان و ترک اعتیاد صورت گرفت که تعمیم نتایج آن باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های انتخاب نمونه با احتیاط انجام گیرد. همچنین با توجه به عدم بررسی عوامل دیگر مانند تعداد ماه‌ها و سال‌های حضور در مراکز ترک اعتیاد، قابلیت‌های موجود در مراکز ترک اعتیاد، روش‌های مختلف ترک اعتیاد و تعداد ماه‌ها و سال‌های اعتیاد توسط افراد و همچنین برخی عوامل جمعیتی شناختی دیگر که به‌طور کامل بررسی نشده بود مانند وضعیت درآمد و تأهل، که می‌تواند در برخی عوامل موانع فعالیت بدنی تأثیرگذار باشد، باید مدنظر قرار بگیرد. همچنین نشان داده شده است که اگرچه تمایل فرد برای انجام دادن نوع خاصی از ورزش در پیشگیری و درمان برخی بیماری‌ها می‌تواند همراه با دادن اختیار و انتخاب باشد، با اینحال نتایج مطالعات نشان می‌دهند که ماهیت هوازی ورزش‌ها و شدت و مدت مناسب آنها باید حتماً در برنامه آن‌ها مدنظر قرار بگیرد، که این موارد علاوه بر نیازهای روان- شناختی افراد در انتخاب نوع ورزش و موارد مطرح شده در پژوهش حاضر، نیازمند بررسی‌های

منابع

1. Abrantes, A. M., Battle, C. L., Strong, D. R., Ing, E., Dubreuil, M. E., Gordon, A., & et al. (2011). Exercise preferences of patients in substance abuse treatment. *Mental health and physical activity*, 4(2), 79-87.
2. Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., & et al. (2010). A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental health and physical activity*, 3(1), 27-34.

3. Caviness, C. M., Bird, J. L., Anderson, B. J., Abrantes, A. M., & Stein, M. D. (2013). Minimum recommended physical activity, and perceived barriers and benefits of exercise in methadone maintained persons. *Journal of substance abuse treatment*, 44(4), 457-462.
4. Centers for Disease Control and Prevention (2008). Barriers to Being Active Quiz. Retrieved 05-28, 2008, from <http://www.cdc.gov>.
5. Faulkner, G., Heffernon, K., & Mutrie, N. (2015). Putting positive psychology into motion through physical activity. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 207-222.
6. Hien, D., Cohen, L. R., Caldeira, N. A., Flom, P., & Wasserman, G. (2010). Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 34(2), 105-113.
7. Khadem, A., Fathirezaie, Z & Zamani Sani, S.H (2014). Validation of participation barriers scale in leisure time in aging. *New Trends in sport management*. 5(2): 101- 110. [Persian]
8. Lowlor, D.A & Hopker, S.W (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression. *Systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials*. *British Medical Journal*, 32(2), 1-8.
9. 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 & Bio behavioral Reviews*, 37(8), 1622-1644.
10. McGovern, J.A; Rodriguez, D; Wileyto, E.P; Schmitz Kathryn H; Shields Peter G (2006). Effect of team sport participation on genetic predisposition to adolescent smoking progression. *Arch Gen Psychiatry*, 63,433-441.
11. Motameni, A., Hemati, A., & Moradi, H (2014). Identification and prioritize of ahead of women in doing sports activities. *Sport management researches*, 24: 111-130. [Persian]
12. Murphy MH, Nevill AM, Murtagh EM, Holder RL. (2007). The effect of walking on fitness, fatness and resting blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Preventive Medicine*, 44, 377-385.
13. Parsamehr, M (2011). Investigation of motivations of related to participation in physical activities among physical education students (case study: Yazd university physical education students). *Journal of sport management and action behavior*, 7(13): 93- 106. [Persian]
14. Rouzbehani, M., Kamkari, Katayoun, Mirzapour, A. A (2014). Investigation of effective factors on participation barriers of aging women in leisure time physical activity of Alborz province. *Journal of Organizational Behavioral Management in Sport Studies*, 1(2): 33-42. [Persian]
15. Rubio-Henao, R. F., Correa, J. E., & Ramírez-Vélez, R. (2015). Propiedades psicométricas de la versión al español del cuestionario "Barriers to Being Active Quiz", entre estudiantes universitarios de Colombia. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1708-1716.
16. Saadipour, K.H., Sarkaki, A., Badavi, M., & Alaei, H. (2007). Effect of Short-term Forced Exercise on Naloxone Induced Withdrawal Symptoms in Morphine Addicted Male Rats. *Armaghan Danesh*, 12(4), 73-80. [Persian]
17. Slaght, J., Sénéchal, M., Hrubeniuk, T. J., Mayo, A., & Bouchard, D. R. (2017). Walking Cadence to Exercise at Moderate Intensity for Adults: A Systematic Review. *Journal of Sports Medicine*, 2017, 1-12.

18. Taylor, A. H., Ussher, M. H., & Faulkner, G. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behavior: a systematic review. *Addiction*, 102(4), 534-543.
19. Teixeira, P.J., Carraça, E.V., Markland, D., Silva, M.N., & Ryan, R.M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*, 9, 78-107.
20. Thompson W.R. (2009). ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. Eighth edition. American college of sports medicine, Lippincott Williams & Wilkins.
21. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2002). *SPORT, using sport for drug abuse prevention*. New York.
22. Uysal, M. A., Kadakal, F., Karşıdağ, C., Bayram, N. G., Uysal, O., & Yilmaz, V. (2004). Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks*, 52(2), 115-21.
23. Vafaei moghadam, A., Farzan, F., & Afshari, M. (2013). Investigation and preferences of causes of reluctant Mazandaran province teachers. *Journal of sport management and action behavior*, 9(18): 77- 96. [Persian]
24. Verdinia, A.A. (2006). Sociological Study of Drug Addiction in Iran. *Social Welfare*, 5(20); 193-212. [Persian]
25. Weinstock, J., Barry, D., & Petry, N. M. (2008). Exercise-related activities are associated with positive outcome in contingency management treatment for substance use disorders. *Addictive behaviors*, 33(8), 1072-1075.
26. Weinstock, J., Farney, M.R., Elrod, N.M., Henderson, C.E., & Weiss, E.P. (2017). Exercise as an Adjunctive Treatment for Substance Use Disorders: Rationale and Intervention Description. *Journal of substance abuse treatment*, 31; 72:40-47.
27. Wulf, G., Freitas, H.E., & Tandy, RD (2014). Choosing to exercise more: Small choices increase exercise engagement. *Psychology of Sport & Exercise*, 15, 268-271.

استناد به مقاله

زمانی‌ثانی، ح.، بشیری، م.، فتحی‌رضایی، ز.، و فرجی، ر. (۱۳۹۸). ترجیحات و موانع مشارکت فعالیت بدنی در معتادان. *مجله مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، شماره ۲۸، ص. ۸۳-۹۴. شناسه دیجیتال: 10.22089/SPSYJ.2018.6315.1665

Zamani Sani, S. H., Bashiri, B., Fathirezaie, Z., & Faraji, R. (2019). Preferences and Barriers of Physical Activity Participation in Addicts. *Journal of Sport Psychology Studies*, 28; Pp: 83-94. In Persian. Doi: 10.22089/SPSYJ.2018.6315.1665

Preferences and Barriers of Physical Activity Participation in Addicts

**Seyed Hojjat Zamani Sani¹, Mahdi Bashiri², Zahra
Fathirezaie¹, and Rasoul Faraji²**

Received: 2018/08/24

Accepted: 2018/12/04

Abstract

The present study aimed at investigating preferences and barriers of physical addicts from their own perspectives. 175 male activity among drug participants, selected from addiction treatment centers, completed the preferences and barriers of physical activity and nicotine dependence (M= 5.33), lack of time questionnaires. Results depicted that lack of energy (M= 5.10) and lack of physical strength (M= 5.07) were the three top preferences of addicts' perception of physical activity barriers. In addition, addicts preferred doing physical activities at morning (64%), in home (46.3%) or in public gym venues (45.7%), with moderate (47.4%) or high (40%) intensity and at own their own discretion (68.5%). Walking (60%), swimming (45%) and doing exercises through watching TV programs (37%) received the foremost interest on the part of participants. Moreover, results of Kruskal-Wallis test indicated significant differences among physical activity barriers, so that lack of energy had significant differences with social effects, lack of skills, lack of resources and fear of injury, and its score was higher than all other variables. The score of lack of time was significantly higher than that of lack of resources and fear of injury. Also, lack of physical strength, social effects, lack of resources, and lack of skills obtained scores significantly higher than that of fear of injury. Using some medications for treatment may have resulted in decreasing participants' energy for doing physical activities.

Keywords: Addiction, Physical activity, Barriers, Preferences.

1. Assistant Professor of Motor Behavior, Motor Behavior Department, Faculty of physical education and Sport Science, University of Tabriz

(Corresponding author)

Email: hojjatzamani8@gmail.com

2. Assistant Professor of Sport Management, Sport Science Department, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University