

## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی

پریا شکیبایی<sup>۱</sup>، پریناز قیومی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۱

### چکیده

**هدف:** این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان وابسته به مواد استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۲۰۰ نفر (گزارش اداره بهزیستی) بود. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مددجویان مراجعه کننده به کمپ ترک اعتیاد زنان و مرکز درمان و بازتوانی باغ فرشته شهر تبریز بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس انجام شد. **یافته ها:** تحلیل داده ها نشان داد که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی داری بر کاهش سطح اضطراب و افزایش ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زنان دارای اختلال مصرف مواد داشت. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج می توان از مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمانی موثر برای کاهش اضطراب و ارتقاء کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد افیونی استفاده نمود.

**کلیدواژه ها:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اضطراب، کیفیت زندگی، اختلال مصرف مواد افیونی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، تبریز، ایران

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، تبریز، ایران. پست

الکترونیک: ghayuumi.parinaz@gmail.com

## مقدمه

اوپیوئیدها<sup>۱</sup> دسته‌ای از داروهای شبه مورفین هستند که به طور قانونی برای مدیریت درد متوسط تا شدید تجویز می‌شوند. گرچه در تسکین درد بسیار موثر است، اما ماهیت اعتیادآور مواد افیونی منجر به شیوع سوء مصرف آن در سراسر جهان شده است (مور، باکش، پارکر و ریواس<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). اختلال استفاده از مواد افیونی<sup>۳</sup> الگویی از مصرف اوپیوئید را توصیف می‌کند که از نظر بالینی منجر به نقص، نابسامانی یا آشفتگی شدید می‌شود و در طیفی از شدت خفیف، متوسط تا شدید قابل تشخیص است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳). میزان بروز اختلال مصرف مواد افیونی در سراسر جهان ۱۶ میلیون، در ایالات متحده ۳ میلیون و در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر تخمین زده شده است (دیدیک، جاین و گوپتا<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰؛ شاطریان، منتی، کسانی و منتی، ۱۳۹۳). از کل نسخه‌های افیونی در ایالات متحده، ۶۵٪ برای زنان است (مور و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع اختلالات مصرف مواد ۱۲ ماهه در زنان و مردان ایرانی به ترتیب ۲/۰۹ و ۲/۴۴ درصد است (علم مهرجردی و همکاران، ۲۰۱۷) و زنان به دلیل عوامل متعدد از جمله احتمال بروز درد مزمن و استفاده طولانی مدت از مواد مخدر تجویز شده به احتمال بیشتری نسبت به مردان در معرض اختلال مصرف مواد افیونی قرار دارند (سرداروویچ، استرلی و کاتلر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷).

بسیاری از محققان نقش مهم آسیب‌پذیری‌های عاطفی را در شروع، نگهداری و عود مجدد مواد مخدر برجسته کرده‌اند (چتام، آلن، یوسل و لوبمان<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). افرادی که از مواد افیونی استفاده می‌کنند، سطح افزایش یافته‌ای از اضطراب و افسردگی را گزارش می‌کنند (مانچیکانتی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). تعدادی از نظریه‌های موجود، آسیب‌پذیری بیولوژیکی مرتبط با مناطق مغزی را دلیل همبودی بالای مشکلات اضطرابی با اختلال مصرف مواد می‌دانند (گارلند، فرولیگر، زیدان، پارتین و هوارد<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). به طور خاص،

1. opioid  
2. Moore, Baksh, Parker, & Rivas  
3. opioid use disorder (OUD)  
4. Dydyk, Jain & Gupta  
5. Serdarevic, Striley & Cottler

6. Cheetham, Allen, Yücel & Lubman  
7. Manchikanti  
8. Garland, Froeliger, Zeidan, Partin & Howard

مناطق مغزی که درگیر پردازش پاداش هستند، بر تنظیم و مهار رفتاری تأثیر می‌گذارند، از جمله قشر پیشانی<sup>۱</sup> و سیستم دوپامین مزولیمبیک<sup>۲</sup>، به عنوان مکانیسم‌های کاندید برای شروع و نگهداری مصرف مواد و همچنین اضطراب شناخته شده‌اند (گودمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). همچنین ممکن است همبودی بین مصرف مواد افیونی و مشکلات اضطرابی تحت تأثیر فرآیندهای تقویت منفی قرار گیرد (میسلی، گیلاندرز، سیمپسون و تیلور<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). مدل یادگیری تقویت منفی<sup>۵</sup> فرض می‌کند که درگیری در رفتار مصرف مواد به دنبال افزایش هیجانات منفی در صورتی که با این باور همراه باشد که این رفتار هیجانات منفی را کاهش می‌دهد یا به نوعی آن را بهبود می‌بخشد، باعث تقویت رفتار خواهد شد (بچ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش لانگدون، داوه و رمزی<sup>۷</sup> (۲۰۱۹) نشان می‌دهد که همبودی بالایی بین اختلال مصرف مواد و اختلالات اضطرابی وجود دارد و مصرف مواد افیونی در میان افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی با نرخ بالایی اتفاق می‌افتد که می‌تواند کیفیت زندگی<sup>۸</sup> این بیماران را مختل سازد.

پرهیز از مواد افیونی، تنها نتیجه مرتبط با درمان اختلال مصرف مواد افیونی نیست. بسیاری از سیاست‌گذاران کیفیت زندگی را به عنوان نتایج مهم درمان و به عنوان ورودی‌های مهم برای تصمیم‌گیری بالینی تلقی می‌کنند (نیومن و کوهن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۰</sup> کیفیت زندگی را به عنوان درک افراد از موقعیت خود در زندگی در متن فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در رابطه با اهداف، انتظارات و استانداردها تعریف می‌کند (سینگ، کومار، سارکار و بالهارا<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۸). براساس مطالعات پیشین، اعتیاد به مواد مخدر با موضوعات مختلفی همراه است و تأثیر عمیقی بر زندگی جسمی، روحی و اجتماعی دارد. نشان داده شده است که کیفیت پایین زندگی، خطر عود در بیماران تحت درمان را افزایش می‌دهد. همچنین، مطالعات مختلف

1. prefrontal cortex  
2. mesolimbic dopamine system  
3. Goodman  
4. Masley, Gillanders, Simpson & Taylor  
5. negative reinforcement learning model

6. Bach  
7. Langdon, Dove & Ramsey  
8. quality of life  
9. Neumann & Cohen  
10. world health organization  
11. Singh, Kumar, Sarkar & Balhara

نشان داده است که شدت و نوع اعتیاد و وجود اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد، به طور واضح بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (سعادت و همکاران، ۲۰۲۱). سینگ و همکاران (۲۰۱۸) اشاره نمودند که بیماران با اختلال مصرف مواد نسبت به جمعیت نرمال از سطح پایین کیفیت زندگی برخوردار بوده و بیشترین آسیب نیز در حوزه اجتماعی بود. علاوه بر این، نشان داده شده است که کیفیت زندگی بالاتر با پیش‌بینی نتایج بهتر درمانی برای بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد همراه بوده و به طور فزاینده‌ای به عنوان یک ساختار مهم در تحقیقات مرتبط با مصرف مواد و اقدامات بالینی شناخته می‌شود (لاودت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱؛ دربا، محمودپور، ایجادی و یوسفی، ۱۴۰۰).

درمان اختلال مصرف مواد، که منجر به اختلالات مهمی در بسیاری از حوزه‌های زندگی زنان می‌شود، بسیار دشوار است. درمان اولیه با روش‌های دارویی انجام می‌شود. در مواردی که روش‌های دارویی کافی نیستند، درمان با روش‌های روانی-اجتماعی پشتیبانی می‌شود (کیولو، اوزسوی و بایکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). یکی از جدیدترین رویکردهای روانی-اجتماعی موج سومی که برای مداخله در اختلالات مرتبط با مواد<sup>۳</sup> موثر شناخته شده، رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۴</sup> است. ذهن آگاهی در چارچوب شناختی-رفتاری یک تمرین ذهنی و جسمی برای درک واقعیت تجارب درونی<sup>۵</sup> است که بر فرایندهای توجه و لحظه حال متمرکز می‌باشد (سنکر، فریس، دیتریچ و گراند<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱). با افزایش ذهن آگاهی، افراد نسبت به خود انتقادی‌های خود، آگاه شده و نسبت به درک اینکه موقعیت‌ها و تجارب منفی گذشته که با آن‌ها مواجه بودند ممکن است در آینده نیز تکرار شوند، هدایت می‌شوند. هدف از ذهن آگاهی کاهش بی‌اعتمادی و افکار قضاوتی افراد و جلوگیری از تأثیرات گذشته و آینده در لحظه حال است (بایر و آیلز<sup>۷</sup>، ۲۰۲۱).

یافته‌های اولیه، تأثیرات شناخت درمانی ذهن آگاهی را بر تنظیم عواطف، خودتنظیمی، حافظه، شناخت، کاهش سرگردانی ذهن، حواس‌پرتی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی را

1. Laudet  
2. Kulu, Özsoy & Baykara  
3. substance-related disorder  
4. mindfulness-based cognitive therapy

5. internal experiences  
6. Senker, Fries, Dietrich, & Grund  
7. Bayır & Aylaz

در افراد مصرف کننده مواد تایید نمودند (تانگ، پوسنر و روتبارت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴؛ فاهمی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ موسوی، دشت بزرگی، حیدرئی، پاشا و برنا، ۱۳۹۹). آموزش ذهن آگاهی با تسهیل اصلاح عادت، بازیابی پاسخ طبیعی پاداش، تنظیم احساسات و بهبود ارزیابی شناختی و واکنش پذیری استرس، خواص ضد اعتیادی را نشان می دهد (گارلند<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). مطالعات تصویربرداری عصبی نیز با بررسی تغییرات ساختاری مرتبط با اعمال ذهن آگاهی، افزایش غلظت قشری را در قشر پیش پیشانی<sup>۴</sup>، اینسولا<sup>۵</sup> و قشر حسی-بدنی<sup>۶</sup> به عنوان مناطق مرتبط با مسیرهای پاداش<sup>۷</sup>، نشان داده است (لازار<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). اینسولا نقشی اساسی در اصرارهای آگاهانه به مصرف مواد دارد (نگوی و بچارا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹). در این رابطه، پژوهش های برادی، کیلین و باکر<sup>۱۰</sup> (۲۰۲۱) و بروکز، لیوت، زگال، والکر و وجانویچ<sup>۱۱</sup> (۲۰۲۱) نشان می دهد که مداخلات ذهن آگاهی تاثیر معنی داری بر کاهش اضطراب، حساسیت اضطرابی، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و نتایج عملکرد شغلی افراد دارای اختلال مصرف مواد دارد. همچنین، پژوهش های مختلفی اشاره کردند که شناخت درمانی ذهن آگاهی مداخله اثربخشی بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش افسردگی، علائم اضطراب و پرخاشگری افراد وابسته به مواد است (زمستانی، بابامیری و سپانی، ۱۳۹۵؛ هات، گلس، دگنان و مینکلر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۱؛ ماچادو، فیدالگو، براسیلانو، هوچگراف و نوتو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۰). پژوهش اسمیت<sup>۱۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نیز خاطر نشان ساختند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی داری بر بهبود احساس بهزیستی مراقبان نوجوانان دچار مصرف مواد از طریق کاهش استرس ادراک شده و بهبود خودشفقتی، دارد.

1. Tang, Posner & Rothbart
2. Fahmy
3. Garland
4. prefrontal cortex
5. insula
6. somatosensory cortex
7. reward pathway
8. Lazar

9. Naqvi & Bechara
10. Brady, Killeen & Baker
11. Brooks, Lebeaut, Zegel, Walker & Vujanovic
12. Hut, Glass, Degnan, & Minkler
13. Machado, Fidalgo, Brasiliano, Hochgraf & Noto
14. Smith

در مجموع، اختلالات مصرف مواد شرایط عودکننده مزمن است که بر سلامت جسمی و روانی بیمار، عملکرد اجتماعی و خانوادگی، اشتغال و وضعیت مسکونی و دسترسی به خدمات، تأثیر منفی می‌گذارد (دیگنهارت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها<sup>۲</sup> بار مالی مراقبت‌های بهداشتی، از دست دادن بهره‌وری اشتغال و هزینه‌های سیستم عدالت کیفری مربوط به مصرف مواد افیونی را ۷۸/۵ میلیارد دلار در سال تخمین می‌زند (استرانگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). خسارات عاطفی افراد مبتلا و عزیزان‌شان نیز غیرقابل محاسبه است. علیرغم واقعیت‌های موجود، تاکنون تعداد اندکی از مطالعات اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی را بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد ارزیابی نموده‌اند، و اکثر آن‌ها نیز در محیط‌های غربی و به ویژه بر نمونه‌های مردان متمرکز بوده‌اند. از این رو، این مطالعه به منظور رفع خلاء پژوهشی موجود در صدد پاسخ به این سوال است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی موثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان وابسته به مواد استان آذربایجان شرقی در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۲۰۰ نفر (گزارش اداره بهزیستی) بود. تعیین حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی از اهمیت بسیاری برخوردار است و با توجه به پیشنهاد صاحب‌نظران حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر توصیه می‌شود (دلور، ۱۳۹۹). بنابراین، نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مددجویان مراجعه‌کننده به کمپ ترک اعتیاد زنان و مرکز درمان و بازتوانی باغ فرشته شهر تبریز بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تحت درمان بودن (سم زدایی) در کمپ ترک اعتیاد به علت سوء مصرف مواد، داشتن حداقل

۳۶۴

364

سال شانزدهم، شماره ۳، پهل ۱۴۰۱  
Vol. 16, No. 63, Spring 2022

1. Degenhardt  
2. the centers for disease control and prevention

3. Strang

تحصیلات ابتدایی، امضای رضایت نامه آگاهانه کتبی برای ورود به مطالعه و ملاک های خروج پژوهش نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری در هر زمان از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، در جلسات درمانی، وجود بیماری طبی حاد یا مزمن همچون مشکلات صرع، نارسایی های قلبی و تنفسی، شرکت همزمان در سایر برنامه های درمانی، ابتلا به اختلالات روان پزشکی شدید روانی مانند اختلالات سایکوتیک بودند. در این مطالعه اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد.

## ابزار

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: ابزار مورد استفاده برای سنجش اطلاعات جمعیت شناختی با پرسشنامه ای که دارای ۱۰ سوال بود و متغیرهایی مانند (سن، شغل، وضعیت تاهل، تحصیلات، سن شروع مصرف، قومیت، وجود بیماری های طبی حاد یا مزمن همچون مشکلات صرع، نارسایی های قلبی و تنفسی یا وجود اختلالات روان پزشکی شدید روانی همچون اختلالات سایکوتیک و یا دوقطبی و ...) را ارزیابی می کرد، انجام گرفت.

۲. پرسشنامه اضطراب بک<sup>۱</sup>: این پرسشنامه، ابزار خود گزارشی ۲۱ گویه ای است که شدت علائم شناختی و جسمانی و همچنین شدت کلی اضطراب را در یک هفته اخیر می سنجد. شرکت کنندگان شدت هر یک از علائم را با استفاده از مقیاس چهار درجه ای لیکرت از اصلاً (نمره صفر) تا شدید (نمره ۳) درجه بندی می کنند. نمره گذاری با جمع کردن نمره های ۲۱ گویه انجام می شود. نمره کل آزمون در دامنه ای صفر تا ۶۳ می باشد. همچنین، نمرات بین صفر تا ۷ نشان دهنده کمترین اضطراب، ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۵ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ حاکی از اضطراب شدید است (رفیعی و سیفی، ۱۳۹۲). پایایی این پرسشنامه به روش باز آزمایی بر روی ۸۳ بیمار سرپایی به فاصله یک هفته، ۰/۷۵ و ضریب آلفای ۰/۹۲ نیز بر روی ۱۶۰ بیمار سرپایی گزارش شده است. ضریب پایایی این مقیاس از طریق روش باز آزمایی یک هفته ای ۰/۷۵ به دست آمده است.

همبستگی بین نمرات این پرسشنامه با مقیاس همیلتون برای درجه‌بندی اضطراب برابر با ۰/۴۸ بدست آمده است (رفیعی و سیفی، ۱۳۹۲).

۳. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه ۲۶ گویه دارد که چهار حیطه کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی (سوالات ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸)، سلامت روانی (۵، ۶، ۷، ۱۱، ۱۹ و ۲۶)، روابط اجتماعی (۲۰، ۲۱ و ۲۲) و سلامت محیط (۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵) را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات ۳، ۴ و ۲۶ نمره‌گذاری معکوس دارد. نمره‌گذاری مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از یک تا پنج بوده و حداقل و حداکثر نمره برای ابعاد سلامت جسمانی ۷ و ۳۵، سلامت روانی ۶ و ۳۰، روابط اجتماعی ۳ و ۱۵ و سلامت محیط ۸ و ۴۰ می‌باشد. نمرات بیشتر حاکی از کیفیت زندگی بالاتر است (خوشه مهری، کاویانی، اثری، رجبیان و ناصرخاکی، ۱۳۹۰). نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، کاظم و مجدزاده (۱۳۸۵) در پژوهشی روایی تمایزی مقیاس را در تفکیک افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف نشان دادند. همچنین، در پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران پایایی آزمون برای زیر مقیاس‌های سلامت فیزیکی ۰/۷۷، حیطه روانی ۰/۷۷، حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بدست آمده است (خوشه مهری و همکاران، ۱۳۹۰).

## روش اجرا

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوزها و احراز ملاک‌های لازم و تخصیص افراد در دو گروه، کلیه شرکت‌کنندگان مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. به این صورت که از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس اضطراب بک و کیفیت زندگی را تکمیل کنند. آزمودنی‌هایی که در پرسشنامه اضطراب بک و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک انحراف معیار از میانگین کمتر دریافت کرده بودند به عنوان نمونه آماری در نظر گرفته شده و از نظر تحصیلات و وضعیت تاهل هم‌تاسازی شدند. در نهایت آزمودنی‌های انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵)

1. World Health Organization  
Quality-of-Life Scale



نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ۱۵ نفر آزمودنی گروه آزمایش تحت مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به تعداد ۸ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای)، هر هفته یک جلسه قرار گرفتند و گروه شاهد هیچ مداخله‌ی درمانی دریافت نکرد. پس از انجام مصاحبه توسط محقق و تکمیل پرسشنامه جمعیت‌شناسی توسط آزمودنی‌ها، توضیحات لازم درباره هدف و روند درمان و اطمینان دادن به آنان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت شفاهی و کتبی از آزمودنی‌ها اخذ شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در نرم افزار اس پی اس تجزیه و تحلیل شدند.

برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر اساس بسته مدون شده توسط کابات زین<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) طی ۸ هفته به صورت گروهی و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای آزمودنی‌ها اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از محتوای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	هدف	تکلیف
۱	تنظیم خط مشی کلی جلسات درمانی	تنظیم خط‌مشی اصلی برنامه مداخله با توجه به محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، معرفی، تمرین واریسی بدن، تکلیف خانگی (کمپ)، بحث و تعیین جلسات هفتگی
۲	آموزش تن آرامی	شامل آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی است.
۳	آموزش تن آرامی	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، پیشانی و لب‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی است.
۴	آشنایی با تنفس ذهن آگاهانه	آشنایی با ذهن آگاهی تنفسی، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفسی و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب

**جدول ۱: محتوی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی**

جلسه	هدف	تکلیف
۵	توجه به حرکات بدن	آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آنها، جستجوی حس های فیزیکی و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن
۶	آموزش توجه به ذهن و افکار	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت ذهنی و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آنها
۷	آموزش مراقبه نشسته	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
۸	جمع بندی	بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی

**یافته ها**

در این مطالعه، میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمایش، ۲۹/۵۳ و در گروه کنترل، ۳۳/۱۳ بود. آماره های توصیفی متغیرها در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

**جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرها**

متغیر	موقعیت	میانگین گروه آزمایش (n=۱۵)	انحراف معیار گروه آزمایش (n=۱۵)	میانگین گروه کنترل (n=۱۵)	انحراف معیار گروه کنترل (n=۱۵)
اضطراب	پیش آزمون	۲۵/۵۳	۱۳/۹۱۷	۱۵/۲۰	۸/۹۹۴
	پس آزمون	۱۵/۲۷	۹/۵۹۵	۱۸/۰۱	۸/۸۸۰
سلامت جسمانی	پیش آزمون	۲۱/۵۳	۴/۱۹۰	۲۴/۴۷	۴/۱۷۲
	پس آزمون	۲۵/۲۰	۳/۴۸۹	۲۱/۳۳	۳/۹۷۶
سلامت روانی	پیش آزمون	۱۵/۳۳	۴/۳۲۰	۱۸/۲۷	۲/۷۶۴
	پس آزمون	۱۹/۸۷	۲/۱۶۷	۱۶/۸۷	۴/۳۰۷
روابط اجتماعی	پیش آزمون	۸/۸۷	۳/۲۴۸	۱۰/۵۳	۲/۲۰۰
	پس آزمون	۱۱/۶۷	۲/۸۷۰	۸/۱۳	۱/۹۵۹
سلامت محیط	پیش آزمون	۲۲/۴۷	۵/۷۹۲	۲۵/۷۳	۵/۷۲۵
	پس آزمون	۲۹/۵۳	۶/۱۹۸	۲۱/۱۳	۴/۱۳۸

پیش از تحلیل داده‌ها ابتدا پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس برای متغیر اضطراب مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف نشان داد که سطح معناداری آماره‌های بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت توزیع داده‌های پیش آزمون و پس آزمون نمرات اضطراب نرمال است. تجانس واریانس‌های دو گروه در سطح اطمینان ۹۵ درصد برقرار است ( $F=0/817$ ,  $P=0/374$ ). سطح معناداری سطر اثر متقابل بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین فرض همگنی رگرسیونی پذیرفته می‌شود ( $F=1/67$ ,  $P=0/207$ ). همچنین، با توجه به جدول ۳ سطح معنی داری اثر پیش آزمون حاکی از برقرار بودن پیش فرض رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته بود ( $F=35/94$ ,  $P=0/001$ ).

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش آزمون	۱۳۶۶/۴۰۸	۱	۱۳۶۶/۴۰۸	۳۵/۹۴۰	۰/۰۰۱	
گروه	۴۹۰/۹۹۴	۱	۴۹۰/۹۹۴	۱۲/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
خطا	۱۰۲۶/۵۲۶	۲۷	۳۸/۰۱۹			
کل	۱۰۷۴۹	۲۹				

با توجه به جدول ۳ نتایج مربوط به منبع گروه ( $F=12/91$ ,  $P=0/001$ ) نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش آزمون از نتایج پس آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب زنان دارای اختلال مصرف مواد موثر است. همچنین مجذور اتا حاکی از این است که ۳۲ درصد از تغییرات گروه آزمایش در متغیر اضطراب (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) ناشی از اجرای مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

در ادامه، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس برای متغیر کیفیت زندگی گزارش شده است. براساس نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف، سطح معناداری آماره‌های بدست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت توزیع داده‌های پیش آزمون

و پس آزمون نمرات کیفیت زندگی نرمال است. از آزمون لون جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس ها استفاده شد که نتایج نشان داد شرط همگنی واریانس نمرات در متغیرهای تحقیق برقرار است ( $p > 0/05$ ). نتایج آزمون ام-باکس حاکی از برقراری ماتریس واریانس-کوواریانس ها برای ابعاد کیفیت زندگی بود ( $F=1/48$ ,  $P=0/138$ ). سطح معناداری سطر اثر متقابل برای ابعاد کیفیت زندگی بزرگ تر از  $0/05$  می باشد، بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیونی پذیرفته می شود ( $p > 0/05$ ). همچنین، سطح معنی داری اثر پیش آزمون حاکی از برقرار بودن پیش فرض رابطه خطی بین متغیر همپراش و متغیر وابسته برای ابعاد کیفیت زندگی بود ( $p < 0/05$ ).

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای کیفیت زندگی

نام آزمون	مقدار	ضریب F	سطح معنی داری	مجدور اتا
اثر پیلایی	۰/۶۸۷	۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
لامبدای ویلکز	۰/۳۱۳	۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
اثر هتلینگ	۲/۱۹۷	۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷
بزرگ ترین ریشه روی	۲/۱۹۷	۶/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷

نتایج آزمون چند متغیری لامبدای ویلکز در جدول ۴ نشان می دهد که حداقل از نظر یکی از مولفه های کیفیت زندگی در بین آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. لذا، مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی دار ۶۸ درصدی بر بهبود کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد دارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی جهت مقایسه گروه های آزمایش و کنترل

متغیرها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا
سلامت جسمانی	۱۲۳/۰۳۷	۱	۸/۳۷۶	۰/۰۰۸	۰/۲۷۶
سلامت روانی	۷۶/۹۴۰	۱	۵/۶۶۶	۰/۰۲۶	۰/۲۰۵
روابط اجتماعی	۹۱/۱۵۸	۱	۱۷/۸۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸
سلامت محیط	۵۰۵/۱۶۴	۱	۱۶/۴۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸

با توجه به جدول ۵ درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر مولفه های کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد شهر تبریز موثر است. در بین این ها بیشترین ضریب اتا یا

بیشترین تاثیر مربوط به خرده مقیاس روابط اجتماعی (۵۱/۰) بود، بدین معنی که ۴۴/۸ درصد از تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در خرده مقیاس روابط اجتماعی مربوط به تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، بر ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط موثر می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب و کیفیت زندگی زنان با اختلال مصرف مواد افیونی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سطح اضطراب زنان دارای اختلال مصرف مواد موثر است. به عبارتی، به کارگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بطور قابل توجهی منجر به کاهش اضطراب زنان می‌گردد. این یافته با یافته‌های برادی و همکاران (۲۰۲۱)، ماچادو و همکاران (۲۰۲۰)، تانگ و همکاران (۲۰۱۴)، زمستانی و همکاران (۱۳۹۵)، ژو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) و گارلند (۲۰۱۳) همسویی دارد. این پژوهشگران نشان دادند که مداخلات ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، حساسیت اضطرابی، افسردگی و عملکرد شغلی افراد دارای اختلال مصرف مواد موثر هستند. در این رابطه، فراتحلیل ژو و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به طور قابل توجهی علائم اضطراب را در مقایسه با گروه کنترل در مراحل مختلف درمان (پس آزمون و پیگیری) کاهش می‌دهد. زمستانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز اشاره نمودند که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نمرات ولع مصرف، علائم افسردگی و اضطراب افراد وابسته به مواد اثربخش است. هات و همکاران (۲۰۲۱) مطرح ساختند که مداخله ذهن آگاهی، اثربخشی معنی‌داری بر کاهش اضطراب و بهبود تنظیم هیجان زنان دارد. ماچادو و همکاران (۲۰۲۰) نیز اشاره کردند که ذهن آگاهی، مداخله موثری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و پرخاشگری افراد وابسته به مواد است.

مجموعه‌ای از تحقیقات کاملاً منطقی از نظر روش‌شناختی وجود دارد که تأثیر مثبت مداخلات ذهن‌آگاهی را در طیف وسیعی از بیماران با مشکلات جسمی و روان‌پزشکی نشان می‌دهد (بلچارز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، برخی از شواهد تجربی نشان می‌دهند که مکانیسم‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ممکن است منجر به نتایج مثبت سلامتی، از جمله خودتنظیمی، شفاف‌سازی ارزش، انعطاف‌پذیری شناختی، عاطفی و رفتاری و مواجهه شود (جاسبی و همکاران، ۲۰۱۸). این متغیرها را می‌توان به عنوان مکانیسم‌های بالقوه برای سایر نتایج مطلوب مانند کاهش علائم اضطراب نیز تلقی کرد (شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که ذهن‌آگاهی به زنان وابسته به مواد می‌آموزد که افکار خود را صرف‌نظر از هرگونه محتوایی که دارند، صرفاً به عنوان یک فکر در نظر گرفته و آگاه باشند که افکار، همه واقعیت نبوده و تنها رویدادهای روان‌شناختی گذرای هستند که باید به طور عینی و انفعالی پذیرفته شوند (ماچادو و همکاران، ۲۰۲۰). لذا، وقتی فردی در وضعیت مشاهده قرار می‌گیرد، کمتر تحت تأثیر افکار بوده و واکنش‌پذیری پایینی نسبت به این افکار خواهد داشت و اثرات مثبت این فرآیند را می‌توان در کنترل ولع مصرف مشاهده کرد. این امر به آن‌ها کمک می‌کند تا توانایی خود را برای جلوگیری از نشخوار فکری و قضاوت‌های منفی افزایش دهند. این فرایند، یعنی دیدن اندیشه به عنوان فکر و تلاش برای رسیدن به وضعیت مشاهده و اجتناب از قضاوت، به زنان وابسته به مواد کمک می‌کند تا با مدیریت موثر و هشیارانه افکار، واکنش‌های اضطرابی خود را کاهش دهند (شوری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی، استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی، از جمله اسکن بدن، به زنان کمک می‌کند تا استراتژی‌های موثری برای تنظیم هیجانات اتخاذ کنند. هنگامی که هیجان‌ها در قالب افکار یا همزمان با احساسات جسمانی آشکار می‌شوند، اگر شخص یاد بگیرد که در بدن خود با احساسات بدنی خود بماند و آن‌ها را آگاهانه تجربه کند و به راهبردهای اجتنابی متوسل نشود، پاسخ‌های هیجانی (مانند اضطراب) فرد کاهش می‌یابد.

1. Blecharz  
2. Shapiro, Carlson, Astin & Freedman

3. Shorey

(یعقوبی و زرگر، ۲۰۱۸). بنابراین، می‌توان ادعا کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند از طریق مکانیسم‌های مختلفی همچون کاهش اجتناب، استفاده از راهبردهای انفصالی، کاهش نشخوارگری و به‌ویژه به حداقل رساندن قضاوت‌گری در خصوص تجربیات درونی مرتبط با مصرف مواد در کاهش اضطراب زنان دخیل باشد.

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان دارای اختلال مصرف مواد موثر است. به عبارتی، به کارگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور قابل توجهی منجر به افزایش کیفیت زندگی زنان می‌گردد. این یافته با یافته‌های بروکز و همکاران (۲۰۲۱)، اصغری، قاسمی جوبنه، حسینی صدیق و جامعی (۱۳۹۵)، فاهمی و همکاران (۲۰۱۹)، اسمیت و همکاران (۲۰۲۰)، و یعقوبی و زرگر (۲۰۱۸) همسو است. تحقیقات نشان داده است که مداخله ذهن‌آگاهی به ارتقا رفتارهای خودتنظیمی کمک می‌کند (بلچارز و همکاران، ۲۰۱۴) و توانایی بالقوه بهبود مهارت‌های روان‌شناختی و عملکردی و کیفیت زندگی را دارد (گاردنر و مور، ۲۰۰۶؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۲۰). در این رابطه، یعقوبی و زرگر (۲۰۱۸) مطرح نمودند که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی قابل توجهی بر ارتقای کیفیت زندگی (سلامت کلی، عملکرد فیزیکی، عملکرد روانی و عملکرد اجتماعی) و کاهش ولع مصرف افراد وابسته به مواد دارد. اصغری و همکاران (۱۳۹۵) نیز چنین گزارش کردند که آموزش ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری موجب افزایش تنظیم هیجان و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر وابسته به مواد شده است.

در تبیین این یافته می‌توان مطرح ساخت که کوتل، بویله و اشمید<sup>۲</sup> (۲۰۱۷) سه شاخص را به عنوان رمز موفقیت ارتقاء کیفیت زندگی از طریق مداخله ذهن‌آگاهی شناسایی کردند که عبارتند از: (الف) ادراک پایین مشکلات سازگاری، (ب) مدت زمان کوتاه فرآیند سازگاری و (ج) رضایت از زندگی. ادراک پایین مشکلات سازگاری در فرایند مداخله ذهن‌آگاهی ممکن است از طریق فرایند حضور عمدی لحظه به لحظه و بدون قضاوت تسهیل شود (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶). سازوکار اساسی برای توضیح اینکه چرا

مداخله ذهن‌آگاهی ممکن است کیفیت زندگی را بهبود بخشد می‌تواند به این واقعیت نسبت داده شود که علی‌رغم تلاش فعال برای تغییر احساسات، هیچ کوششی برای پاسخ شناختی یا رفتاری (ارزیابی تأییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) وجود ندارد. بر این اساس، می‌توان تصور کرد که تکنیک‌های مداخله ذهن‌آگاهی فرایند بهبود پذیرش خود، بخشش خود و انفصال از شکست را در زنان دارای اختلال مصرف مواد تسهیل می‌کنند، که به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی شود (نوروزی و همکاران، ۲۰۲۰). یک مکانیسم احتمالی دیگر که ممکن است اثربخشی شناخت درمانی ذهن‌آگاهی را توضیح دهد مربوط به نقش کلیدی ذهن‌آگاه بودن در بهبود آگاهی است. تمرین‌های ذهن‌آگاهی نه برای تغییر علائم بلکه برای رهایی از پریشانی که فرد در ارتباط با این علائم تجربه می‌کند، در نظر گرفته شده است (لوئیز، فیتزپاتریک، استراوس، راسل و توماس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). لذا با ایجاد آگاهی، ممکن است فرد بتواند به طور دقیق‌تری بر افکار خود و درک این افکار توجه کند و با 'آگاهی غیرمتمرکز'<sup>۲</sup> به این تجربیات نزدیک شود، در نتیجه خود را از پریشانی مرتبط با این تجربیات جدا کند. بنابراین، مداخله ذهن‌آگاهی ممکن است به افراد اجازه دهد ولع مصرف مواد و پریشانی مربوط به آن را کاهش دهند، که می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی گردد (فتاحی و همکاران، ۲۰۲۱). از سویی، می‌توان اشاره نمود که مداخله ذهن‌آگاهی با ارتقا کنترل شناختی بر رفتار خودکار از طریق توجه و آگاهی متمرکز، بازسازی یا تقویت پاداش‌های طبیعی برای جایگزینی پاداش‌های مصرف مواد و همچنین کاهش واکنش‌گری به استرس می‌تواند زمینه را برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران فراهم سازد.

این پژوهش نیز همچون سایر تحقیقات دارای محدودیت‌هایی بود. انجام پژوهش بر روی نمونه‌های زنان، خود گزارشی بودن ابزار جمع‌آوری اطلاعات و احتمال سوگیری در نتایج، و همچنین نبود مرحله پیگیری به دلیل محدودیت‌های زمانی و ترخیص بیماران از مراکز درمانی برای تعیین پایداری اثرات درمانی از محدودیت‌های تحقیق بود. لذا پیشنهاد



می‌شود در تحقیقات آتی اثربخشی شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در قالب طرح‌های پیگیری طولانی‌مدت بررسی و نیز در نمونه‌های زن و مرد دارای اختلال مصرف مواد مورد مقایسه قرار گیرد. با توجه به جدید بودن و درعین حال اثربخش بودن درمان ذهن آگاهی توصیه می‌گردد، اداره کل بهزیستی استان آذربایجان شرقی، این مداخله درمانی را در برنامه خدمات درمانی خانواده‌های تحت پوشش قرار دهد. همچنین، پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری از بازگشت و عود اعتیاد، برنامه درمانی ذهن آگاهی در کلیه مراکز ترک اعتیاد و کمپ‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت و مسئولان موسسه خیریه صفابخش زندگی و مرکز اقامتی بانوان باغ فرشته که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش همکاری نمودند و همچنین از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

### منابع

اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوبنه، رضا؛ حسینی صدیق، مریم السادات و جامعی، مینو (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر وابسته به مواد. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۷(۲۶)، ۱۱۵-۱۳۲.

انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم). ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۱۳).

خوشه مهری، گیتی؛ کاویانی، معصومه؛ اثمري، مریم؛ رجبیان، هاجر و ناصر خاکی، وحیده (۱۳۹۰). مقایسه کیفیت زندگی زنان و مردان سالمند مقیم آسایشگاه‌های سالمندان استان البرز با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۹۰. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۱(۲)، ۱۹-۲۴.

دربا، محمد؛ محمودپور، عبدالباسط؛ ایجادی، سحر و یوسفی، ناصر (۱۴۰۰). رابطه طحواره های ناسازگار اولیه با رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، ۱۵(۶۰)، ۳۹۳-۳۷۳.

دلاور، علی (۱۳۹۹). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.

رفیعی، محمد و سیفی، اکرم (۱۳۹۲). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس اضطراب بک در دانشجویان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۳۷-۴۶.

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد و سپانی، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم‌آیند در افراد وابسته به مواد مرکز اجتماع درمان مدار. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۹)، ۱۹۴-۱۷۹.

شاطریان، محسن؛ منتی، رستم؛ کسانی، عزیز و منتی، والیه (۱۳۹۳). عوامل مرتبط با عود اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شهر ایلام. *مجله علوم پزشکی ایلام*، ۲۲(۶)، ۱۷۳-۱۶۵.

موسوی، سیده مریم؛ دشت بزرگی، زهرا؛ حیدرئی، علیرضا؛ پاشا، رضا و برنا، محمدرضا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تکانشگری و سبک‌های حل مسئله در مردان وابسته به مواد. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۳۴۸-۳۲۹.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش؛ کاظم، محمد و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردسازی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روانسنجی گونه ایرانی. *فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱۲-۱.

## References

- Alammehrjerdi, Z., Massah, O., Farhoudian, A., Shishehgar, S., Moradi, A., & Dolan, K. (2017). Opioid use among women on a stable methadone dose. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 11(3), 1-5.
- Bach, P., Frischknecht, U., Klinkowski, S., Bungert, M., Karl, D., Vollmert, C., ... & Hermann, D. (2019). Higher social rejection sensitivity in opioid-dependent patients is related to smaller insula gray matter volume: a voxel-based morphometric study. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 14(11), 1187-1195.
- Bayır, B., & Aylaz, R. (2021). The effect of mindfulness-based education given to individuals with substance-use disorder according to self-efficacy theory on self-efficacy perception. *Applied nursing research*, 57, 1-9.
- Blecharz, J., Luszczynska, A., Scholz, U., Schwarzer, R., Siekanska, M., & Cieslak, R. (2014). Predicting performance and performance satisfaction: Mindfulness and beliefs about the ability to deal with social barriers in sport. *Anxiety, stress, & coping*, 27(3), 270-287.
- Brady, K. T., Killeen, T., & Baker, N. L. (2021). Efficacy of mindfulness-based relapse prevention in veterans with substance use disorders: Design and methodology of a randomized clinical trial. *Contemporary clinical trials*, 105, 1-7.

- Brooks, J. R., Lebeaut, A., Zegel, M., Walker, R. L., & Vujanovic, A. A. (2021). Anxiety sensitivity and suicide risk: Mindfulness as a psychological buffer for Black adults. *Journal of affective disorders*, 289, 74-80.
- Cheetham, A., Allen, N. B., Yücel, M., & Lubman, D. I. (2010). The role of affective dysregulation in drug addiction. *Clinical psychology review*, 30(6), 621-634.
- Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1564-1574.
- Dydyk, A. M., Jain, N. K., Gupta, M. (2020). *Opioid use disorder*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Fahmy, R., Wasfi, M., Mamdouh, R., Moussa, K., Wahba, A., Schmitgen, M. M., Wolf, R. C. (2019). Mindfulness-based therapy modulates default-mode network connectivity in patients with opioid dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 29(5), 662-671.
- Fattahi, C., Hamada, K., Chiang, M., Kosuru, S., Polavarapu, M., Sitthichai, R., & Fan, X. (2021). A narrative review of mindfulness-based therapy for schizophrenia, co-occurring substance use and comorbid cardiometabolic problems. *Psychiatry research*, 296, 1-7.
- Gardner, F., Moore, Z. (2006). *Clinical sport psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Garland, E. L. (2013). *Mindfulness-oriented recovery enhancement for addiction*, stress, and pain. (1st ed.), Washington, DC: NASW Press.
- Garland, E. L., Froeliger, B., Zeidan, F., Partin, K., & Howard, M. O. (2013). The downward spiral of chronic pain, prescription opioid misuse, and addiction: cognitive, affective, and neuropsychopharmacologic pathways. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 37(10), 2597-2607.
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: an integrative review. *Biochemical pharmacology*, 75(1), 266-322.
- Hut, M., Glass, C. R., Degnan, K. A., & Minkler, T. O. (2021). The effects of mindfulness training on mindfulness, anxiety, emotion dysregulation, and performance satisfaction among female student-athletes: The moderating role of age. *Asian journal of sport and exercise psychology*, 1(2), 75-82.
- Jasbi, M., Sadeghi Bahmani, D., Karami, G., Omidbeygi, M., Peyravi, M., Panahi, A., & Brand, S. (2018). Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans—results from a randomized control study. *Cognitive behaviour therapy*, 47(5), 431-446.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical psychology: science and practice*, 10, 144–156.
- Kuettel, A., Boyle, E., & Schmid, J. (2017). Factors contributing to the quality of the transition out of elite sports in Swiss, Danish, and Polish athletes. *Psychology of sport and exercise*, 29, 27-39.
- Kulu, M., Özsoy, F., & Baykara, S. (2017). The effect of regular exercise on self-esteem in addiction. *Anatolian journal of psychiatry*, 19(3), 244-249.
- Langdon, K. J., Dove, K., & Ramsey, S. (2019). Comorbidity of opioid-related and anxiety-related symptoms and disorders. *Current opinion in psychology*, 30, 17-23.
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction science & clinical practice*, 6(1), 44–55.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 192, 57-63.
- Machado, M. P., Fidalgo, T. M., Brasiliano, S., Hochgraf, P. B., & Noto, A. R. (2020). The contribution of mindfulness to outpatient substance use disorder treatment in Brazil: a preliminary study. *Brazilian journal of psychiatry*, 42(5), 527–531.
- Manchikanti, L., Giordano, J., Boswell, M. V., Fellows, B., Rajeev Manchukonda, B. D. S., & Pampati, V. (2007). Psychological factors as predictors of opioid abuse and illicit drug use in chronic pain patients. *Journal of opioid management*, 3(2), 89-100.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185-202.
- Moore, G., Baksh, L., Parker, S., & Rivas, S. (2021). Opioid use disorder screening for women across the lifespan. *Advances in family practice nursing*, 3, 159-168.
- Naqvi, N. H., & Bechara, A. (2009). The hidden island of addiction: the insula. *Trends in neurosciences*, 32(1), 56–67.
- Neumann, P. J., Cohen, J. T. (2015). Measuring the value of prescription drugs. *The new england journal of medicine*, 373(27), 2595–2597.
- Norouzi, E., Gerber, M., Masrour, F. F., Vaezmosavi, M., Pühse, U., & Brand, S. (2020). Implementation of a mindfulness-based stress reduction (MBSR) program to reduce stress, anxiety, and depression and to improve

- psychological well-being among retired Iranian football players. *Psychology of sport and exercise*, 47, 1-10.
- Saadati, H., Tavakoli Ghouhani, H., Asghari, D., Gholizadeh, N., Rahimi, J., & Valizadeh, R. (2021). Comparison of the quality of life and general health in opium and non-opium users referred to the addiction treatment centers. *Journal of substance use*, 26(4), 356-362.
- Senker, K., Fries, S., Dietrich, J., & Grund, A. (2021). Mindfulness and academic emotions: A field study during a lecture. *Learning and individual differences*, 92, 10-20.
- Serdarevic, M., Striley, C. W., & Cottler, L. B. (2017). Sex differences in prescription opioid use. *Current opinion in psychiatry*, 30(4), 238-246.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical psychology*, 62(3), 373-386.
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Wolford-Clevenger, C., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., Stuart, G. L. (2016). The relationship between dispositional mindfulness, borderline personality features, and suicidal ideation in a sample of women in residential substance use treatment. *Psychiatry research*, 238, 122-128.
- Singh, S., Kumar, S., Sarkar, S., & Balhara, Y. (2018). Quality of life and its relationship with perceived stigma among opioid use disorder patients: an exploratory study. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 556-561.
- Smith, J. M., Bright, K. S., Mader, J., Smith, J., Afzal, A. R., Patterson, C., Crowder, R. (2020). A pilot of a mindfulness based stress reduction intervention for female caregivers of youth who are experiencing substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 103, 1-7.
- Strang, J., Volkow, N. D., Degenhardt, L., Hickman, M., Johnson, K., Koob, G. F., & Walsh, S. L. (2020). Opioid use disorder. *Nature reviews disease primers*, 6(1), 1-28.
- Tang, Y. Y., Posner, M. I., & Rothbart, M. K. (2014). Meditation improves self-regulation over the life span. *Annals of the New York academy of sciences*, 1307, 104-111.
- Yaghubi, M., & Zargar, F. (2018). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on quality of life and craving in methadone-treated patients: a randomized clinical trial. *Addiction & health*, 10(4), 250-259.
- Zhou, X., Guo, J., Lu, G., Chen, C., Xie, Z., Liu, J., & Zhang, C. (2020). Effects of mindfulness-based stress reduction on anxiety symptoms in young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 289, 1-11.