

اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی در افراد وابسته به مواد در مرحله بازتوانی غیر دارویی

نصرت نوجوان^۱، اسماعیل سلیمانی^۲، علی عیسی-زادگان^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۰۹

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی افراد وابسته به مواد در مرحله بازتوانی غیر دارویی بود. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه مردان وابسته به مواد در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر ارومیه، در سال ۱۳۹۹ بود. از این بین، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد و پرسشنامه پردازش هیجانی را در پیش آزمون، پس آزمون، و پیگیری تکمیل کردند. گروه آزمایش، در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه کنترل در طول مدت درمان هیچ آموزشی دریافت نکردند. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش ولع مصرف و پردازش هیجانی تاثیر معنی‌دار داشت و این اثربخشی در دوره پیگیری دو ماهه نیز پایدار ماند. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش اطلاعات مفیدی را در ارتباط با مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی فراهم می‌کند و مشاوران و روان‌شناسان می‌توانند برای بهبود ولع مصرف و پردازش هیجانی افراد وابسته به مواد در مرحله بازتوانی غیر دارویی از این مداخله استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، ولع مصرف، پردازش هیجانی، افراد وابسته به مواد، بازتوانی غیر دارویی

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران. پست الکترونیک:

E.soleimani@urmia.ac.ir

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

مقدمه

امروزه اختلالات سوء مصرف مواد که از تعامل محیطی و ژنتیکی مانند وضعیت نامطلوب روانی- اجتماعی و ناهنجاری‌های تحولی ناشی می‌شود (ایسمن^۱، ۲۰۱۷)، به دلیل افزایش میزان مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی افراد، افزایش رفتارهای بزهکارانه و انحطاط ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی به یکی از مهم‌ترین مسائل و مشکلات مرتبط با سلامت روان تبدیل شده است (کوتوال، کومار، مالهورا، تاکور و ساروار^۲، ۲۰۱۹؛ کیان ارثی، عباس‌پور و اصلانی، ۱۴۰۱). اعتیاد یک عادت آموخته شده با مؤلفه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی است که فرد را به سمت وابستگی سوق می‌دهد (اوجیلوی و کارسون^۳، ۲۰۲۲). در عصر حاضر اختلالات سوء مصرف مواد یکی از چالش‌های بزرگ جوامع بوده و شرایط ناگوار و مزمنی را ایجاد می‌کند که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن، ولع مصرف غیرقابل کنترل، رفتارهای اجبارگونه و با عواقب زیانبار روانی، جسمی، خانوادگی، اقتصادی و اجتماعی مشخص می‌گردد (علیوندی وفا، فتحی، کلندزن و رستمی، ۱۴۰۰). ایران یکی از کشورهایی است که در سال‌های اخیر شیوع مصرف مواد مخدر در آن افزایش یافته است، این امر دلایل مختلفی دارد، از جمله مرز مشترک با افغانستان در شرق ایران که بزرگ‌ترین کشور تولیدکننده تریاک در جهان است و یکی از مسیرهای اصلی انتقال مواد به اروپا است (امیرآبادی‌زاده، ناظمی، و گهن، نخعی و مهرپور، ۲۰۱۸). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۴، ایران بالاترین میزان مصرف‌کننده تریاک در جهان را دارد و مصرف تریاک در ایران سه برابر میانگین جهانی است (سروش، نعمت‌شاهی، زرمهری، نخعی و مهرپور، ۲۰۱۹). نتایج مطالعه مردایان‌آذر و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که شیوع مصرف مواد در جمعیت ایرانی ۱۱/۹ درصد است.

از طرفی یکی از چالش‌های عمده در درمان افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد که متخصصان علوم رفتاری با آن مواجه هستند، عود مصرف مواد پس از ترک می‌باشد

1. Eiseman
2. Kotwal, Kumar, Malhotra, Thakur
& Sarwar

3. Ogilvie & Carson
4. World Health Organization
(WHO)

(رضائی، قربانپور لقمجانی، فیضی لپوندانی و جهانگیرپور، ۱۴۰۱؛ توصیفیان، قادری بگه‌جان، خالدیان و فرخی، ۱۳۹۶). عود مصرف به شکست در تلاش فرد برای تغییر رفتارهای مصرف مواد یا بازگشت به سطوح قبل از درمان یا ادامه مصرف مواد پس از یک دوره هوشیاری یا شکست در تلاش فرد برای تغییر یا اصلاح رفتار هدف اشاره دارد (کابیس، بیراسیازا، هاباگوسنگا و اوموبی^۱، ۲۰۲۱). مطالعات نشان داده‌اند که میزان عود پس از درمان بالا است و معمولاً در دوره ۳ هفته تا ۶ ماه پس از درمان به ۷۵-۴۰ درصد می‌رسد (سپاکوتا^۲، ۲۰۱۹؛ ماهیرا^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). تحقیقات در زمینه فرآیند عود فاکتورهای خطر زیادی را نشان می‌دهد که یکی از این عوامل، ولع مصرف^۴ می‌باشد (اکانداهل و کارلسون^۵، ۲۰۲۲؛ ایل بیگی قلعه‌نی و رستمی، ۱۳۹۵). ولع به عنوان یک میل شدید، فوری و غیرقابل سرکوب برای دادن جای خود به یک رفتار اعتیادآور، با انگیزه‌های درونی و بیرونی که منجر به از دست دادن کنترل در بیشتر موارد می‌شود، تعریف می‌شود (گای^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین شامل انتظار اثرات تجربه‌شده قبلی از یک داروی روانگردان است، خواه این اثرات مثبت یا تسکین اثرات منفی آن، یا هر دو باشد (یونگ و ووهل^۷، ۲۰۰۹). برای مهار رفتار اعتیادآور، کاهش ولع مصرف به عنوان یک هدف مفید در بیماران به اختلالات سوءمصرف مواد مانند الکل (چنگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۲)، کوکائین (نیکولاس، روسل، شاهام و ایکموتو^۹، ۲۰۲۱)، هروئین (کوپولا، ساجیتو و موندلا^{۱۰}، ۲۰۱۹) یا قمار (کورنیل، روتین، دی تیماری و بیلوکس^{۱۱}، ۲۰۲۱) در نظر گرفته شده است. به همین دلیل ولع مصرف را وضعیتی می‌دانند که می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل بازگشت مجدد معتادان تحت درمان به مصرف مواد مخدر در نظر

1. Kabisa, Biracyaza, Habagusenga & Umubyeyi
2. Sapkota
3. Maehira
4. drug craving
5. Ekendahl & Karlsson
6. Gay

7. Young & Wohl
8. Cheng
9. Nicolas, Russell, Shaham & Ikemoto
10. Coppola, Sacchetto & Mondola
11. Cornil, Rothen, De Timary, Billieux

گرفته شود و موجبات عدم موفقیت درمانجو در مراحل درمان را فراهم نماید که نیاز به توجه جدی دارد (شاکری نسب، عظیم زاده طهرانی، رستمی و پارسا نژاد، ۱۴۰۱).

از سوی دیگر افراد دارای سوء مصرف مواد به دلیل اینکه شناخت درستی از عواطف و هیجانات خود ندارند، فاقد توانایی اتخاذ تصمیمات و رفتارهای درست، منطقی و مبتنی بر واقعیت هستند (اژه‌ای، غلامعلی لواسانی و ارمی، ۱۳۹۴). افراد معتاد در روابط بین فردی نیز با دشواری‌هایی در توجه به هیجانات، پردازش و ادراک صحیح عواطف و مدیریت مطلوب هیجان‌ها روبه‌رو هستند. این مشکلات در مدیریت هیجانات سبب می‌شود که افراد در مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی، قدرت تصمیم‌گیری، تجزیه و تحلیل و اتخاذ رفتار درست را از دست بدهند و به سمت رفتارهای نابهنجار کشیده شوند (خدایی، عبداللهی، فراهانی و رضائی، ۱۳۹۰). در مجموع، یکی از مشکلات اصلی افراد سوء مصرف کننده مواد، نقص در پردازش هیجانی^۱ است و این مسئله به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی این افراد منجر می‌شود (مارسیو، کلی و سولویج^۲، ۲۰۱۸). پردازش هیجان، فرایندی است که به وسیله آن آشفتگی‌های هیجانی رو به زوال می‌روند تا رفتار و تجربه‌های دیگر در افراد بدون مانع پیش رود و افزایش یابد (همیچی، هاشیرو و میاکه^۳، ۲۰۱۸). به نظر راجمن^۴ (۱۹۸۰) به نقل از اسکربتز و کوستویس^۵، (۲۰۱۵) چهار عاملی که ممکن است مشکلاتی در پردازش هیجانی ایجاد کنند عبارتند از اجتناب شناختی که طی آن ذهن از پذیرش وقایع و رویدادها خودداری می‌کند، شکل‌گیری عقاید بیش‌بها داده شده، افسردگی و عدم تطابق با وقایع کوتاه‌مدت از جمله این عوامل هستند. کاظمی، دیوس‌یلا و گوتیرزروسادو^۶ (۲۰۱۹) بیان کرده‌اند که ضعف در تنظیم، درک و مدیریت هیجانات از طریق افزایش تکانشگری و رفتارهای پرخطر ممکن است منجر به سوء مصرف مواد شود. پارکر، تیلور، ایستابروک، اسکیل و وود^۷ (۲۰۰۸) نیز نشان دادند نقص در بازشناسی عواطف و مشکل در برقراری رابطه هیجانی با افراد دیگر به سوء

1. Emotional Processing
2. Marceau, Kelly & Solowij
3. Himachi, Hashiro & Miyake
4. Rachman
5. Skerbetz & Kostewicz

6. Kazemi, Deus Yela & Gutiérrez Rosado
7. Parker, Taylor, Eastabrook, Schell & Wood

مصرف مواد در افراد منجر می‌شوند. علاوه بر این، سوء مصرف مواد با بسیاری از اختلالات عاطفی مانند افسردگی همراه است که با نقص در تنظیم هیجانات مشخص می‌شود و ترکیبی از سوء مصرف مواد و اختلالات عاطفی، عود بزرگتری را پیش‌بینی می‌کند (بایلس^۱، ۲۰۱۴).

آثار و نتایج منفی و مخرب مصرف مواد سبب شده تا افراد سوء مصرف کننده مواد، خانواده‌های آن‌ها و مسئولان جامعه اقدامات لازم را جهت پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت انجام دهند و در این رابطه از افراد متخصص مثل روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مددکاران اجتماعی و مشاوران کمک بخواهند. در همین راستا در جوامع پیشرفته عصر حاضر، متخصصان سلامت روان و موسسات درمانی و آموزشی، روش‌ها، نظریه‌ها، راهکارها، مدل‌ها و تکنیک‌های مختلفی را در جهت پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود، ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند (قربانی، صفاری‌نیا، زارع و علیپور، ۱۳۹۷). ویتیکویتز، مارلات و واکر^۲ (۲۰۰۵) با ترکیب تحقیقات بیش از دو دهه بر پیشگیری از بازگشت به عنوان درمان وابستگی به مواد با فنون موجود بر پایه‌ی ذهن‌آگاهی، مداخله‌ی جدید شناختی- رفتاری را برای اختلالات مصرف مواد با نام پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۳ پیشنهاد کردند. روش پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی اصولاً بر اساس ساختار و محتوای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (سگال، ویلیامز و تیزدیل^۴، ۲۰۰۲) شکل گرفته و بنیادهایش بر تمرین‌های مراقبه‌ای ذهن‌آگاهی قرار دارد. این رویکرد درمانی تکنیک‌های شناختی و رفتاری را با هدف ارائه برنامه‌ای غیرقضاوتی و مراجع‌محور به منظور آماج قراردادن عوامل خطر اصلی و پیشگیری از عود، در خود ادغام کرده است (بوتن، چاولا و ویتیکویتز^۵، ۲۰۱۴). روش ذهن‌آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند حضور در لحظه، حساسیت‌زدایی، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی، رهاسازی، پذیرش و افزایش

1. Bayles
2. Witkiewitz, Marlatt & Walker
3. Mindfulness Based on Relapse Prevention

4. Segal, Williams & Teasdale
5. Bowen, Chawla & Witkiewitz

آگاهی، در تلفیق با تکنیک‌های رفتار درمانی شناختی سنتی، به دلیل اثرگذاری بر این فرایندها می‌تواند، ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک مصرف مواد، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از بازگشت مصرف مواد کمک نماید (اسکلز، استافین، پالفای و جانگ، ۲۰۱۶؛ گرو، کالینز، هاروپ و مارلات، ۲۰۱۵). در همین راستا سلیمی و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نمرات ولع مصرف هروئین در گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری به شکل معناداری کاهش داده است. قربانی و همکاران (۱۳۹۷) نیز در مطالعه خود نشان دادند که پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان شیشه موثر است. در مطالعه‌ای دیگر زمستانی، بابامیری و سپیانی (۱۳۹۵) دریافتند که نمرات ولع مصرف و شدت علائم افسردگی و اضطراب معنادان پس از مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش پیدا کرده است. همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه اسدی، ابوالقاسمی، و بشرپور (۱۳۹۵) آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عامل موثر در بهبود نارسایی شناختی، پردازش هیجانی و کاهش اضطراب است.

با توجه به نقص در پردازش و مدیریت هیجانات در افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد و اثرات نامطلوب آن که می‌تواند مانع ترک و یا باعث عود مجدد و ولع مصرف مواد شود، ضروری است که تیم درمانی، از مداخله‌های روان‌شناختی مؤثر در کاهش ولع مصرف و بهبود پردازش هیجانی معنادین تحت درمان در مرحله بازتوانی غیردارویی استفاده کنند. همچنین از آنجایی که روش‌های درمانی موج سوم رفتاردرمانی روش‌های جدیدی تلقی می‌شوند و نیاز اساسی جامعه ما در امر درمان اعتیاد واضح است؛ بنابراین با توجه به مکانیسم اثر پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی و اثربخشی بالای آن بر مولفه‌های خطر عود از جمله ولع مصرف و نقص در پردازش هیجانی و کمبود پژوهش‌های کاربردی داخلی مبنی بر اثربخشی این درمان در حوزه سوءمصرف مواد مخدر این نیاز احساس می‌شد که مطالعه‌ای کاربردی اثربخشی این درمان را بررسی و به

متخصصان این حوزه عرضه نمایند. از این رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی اثربخش است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد وابسته به مواد بود که در سال ۱۳۹۹ در کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر ارومیه تشخیص وابستگی به مواد افیونی را مطابق با راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی دریافت و جهت درمان اعتیاد مراجعه کردند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین این افراد، ۳۰ نفر به استناد مطالعات پیشین و کتب آماری (دلاور، ۱۴۰۱) با در نظر گرفتن شرایط ورود و خروج مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۵ سال، حداقل سطح تحصیلات سیکل، نوع ماده مصرفی هرئین، رضایت جهت شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان‌های دارویی در خلال جلسات آموزشی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی، عدم همکاری و غیبت در دو جلسه آموزشی بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ انجام شد.

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه ارومیه با شناسه IR.URMIA.REC.1401.010 مصوب گردیده است.

ابزار

۱- مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد^۱: این مقیاس ۸ سؤالی که توسط سوموزا، دیرنفوت، گولد اسمیت، میزینسکیس و کوهن^۲ (۱۹۹۵) ساخته شده، شدت، مدت و فراوانی ولع مصرف مواد را اندازه می‌گیرد. گویه‌های مقیاس براساس مقیاس لیکرت ۵

1. crave of usage scale

2. Somoza, Dyrenforth, Goldsmith, Mezinskis & Cohen

درجه‌ای از اصلا (۰) تا خیلی زیاد (۴) پاسخ داده می‌شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۲ بدست می‌آید که هر چه نمرات بالاتر باشد، نشان‌دهنده ولع مصرف بیشتر است. این مقیاس همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان داده که نشان‌دهنده روایی همگرا است و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ گزارش شده است (سوموزا و همکاران، ۱۹۹۵). طاهری فرد، بشرپور، حاجلو، نریمانی و عزیزاده گورادل (۱۴۰۰) همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس شدت اعتیاد را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند که معنی‌دار بود و نشان‌دهنده روایی همگرا است. همچنین ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

۲- مقیاس پردازش هیجانی^۱: این مقیاس ۲۵ گویه دارد که برای سنجش سبک‌های پردازش هیجانی توسط باکر، توماس، توماس و آونز^۲ (۲۰۰۷) ساخته شده است. هر ماده براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= به هیچ وجه تا ۵= بی‌نهایت) پاسخ داده می‌شود که نمره هر فرد در دامنه ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد. این مقیاس، دارای ۵ مؤلفه‌ی فرونشانی (سؤالات ۷، ۹، ۱۶، ۱۹، ۲۵)، عدم تجربه‌ی هیجانی (سؤالات ۳، ۸، ۱۱، ۱۲، ۲۲)، نشانه‌های عدم پردازش هیجانی (سؤالات ۱، ۲، ۵، ۲۰، ۲۴)، عدم تنظیم هیجان (سؤالات ۶، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۸) و اجتناب (سؤالات ۴، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳) می‌باشد. باکر و همکاران (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش داده‌اند. همچنین ضریب همبستگی این مقیاس با تنظیم هیجان ۰/۵۴- بدست آمده است (باکر و همکاران، ۲۰۰۷). در نمونه ایرانی، روایی سازه و محتوا تایید شده است و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۵ گزارش شده است (لطفی، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرا

پس از انتخاب افراد براساس اصول اخلاقی، در مورد اهداف پژوهش و موضوع، اطلاعاتی به آن‌ها ارائه شد، به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که آن‌ها اختیار دارند در هر

1. emotional processing scale

2. Baker, Thomas, Thomas & Owens

مرحله‌ای از آموزش انصراف دهند، نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. پرسشنامه‌ها ابتدا توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایشی، مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی (باون و همکاران، ۲۰۱۰) به استناد به پژوهش ماردپور، نجفی و امیری (۱۳۹۳) به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۲ ماه، برگزار و گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. در پایان جلسات آموزشی، مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد و مقیاس پردازش هیجانی به‌عنوان پس‌آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۲ ماه انجام گرفت. شرح مختصر جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف
		خوش آمدگویی به بیماران، معرفی اعضا، گرفتن تعهد از بیماران، معرفی این اختلال و معرفی درمان.	
اول	معارفه و هدایت خودکار و عود	تمرین اصول ذهن آگاهی با استفاده از احساس تجربی هدایت خودکار ناشی از تجربه ساده روزانه، احساس در لحظه حال بودن و همچنین ارتباط بین واکنش‌پذیری، هدایت خودکار و عود مورد توجه قرار گرفت.	وارسی بدن به منظور پرداختن توجه و آگاهی از لحظه حال
دوم	آگاهی از محرک‌های برانگیزان و ولع مصرف	راه‌اندازها و وسوسه مورد توجه قرار گرفت و به رسمیت شناختن موانع موجود، قدرت یادگیری، طبیعت ذهن و طبیعت تمایلات همیشگی ما، و اینکه چگونه می‌توانیم از این وسوسه‌ها رهایی یابیم.	استفاده از مراقبه و تنفس صحیح به منظور آشنا شدن با وسوسه و چگونگی کنترل آنها
سوم	ذهن آگاهی در زندگی روزمره	به این مساله پرداخته شد که هر چیزی در زندگی ما می‌تواند فرصتی برای تمرین تمرکز حواس باشد، و می‌توان آن را مفید برای بازگشت به زمان حال دانست.	تمرین تمرکز حواس در مواقعی همچون توقف پشت چراغ راهنمایی، شنیدن صدای زنگ تلفن و

جدول ۱: خلاصه جلسات مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف
			نشستن و خوردن یک فنجان چای یا قهوه و ...
چهارم	ذهن آگاهی در موقعیت‌های پرخطر	تمرکز بر مشکلات روزمره، رابطه ما با مشکلات در زندگی، تعریف شرایط پرخطر، شناسایی حالات خطر فردی، پذیرش و رها کردن مبارزه با واقعیت‌ها بحث شد. فعالیت‌هایی از قبیل مراقبه در حالت نشسته، نقد و بررسی تمرینات، تنفس‌های فضایی کوتاه و مختصر، بحث در مورد اینکه چگونه این تکنیک‌ها در شرایط دشوار مفید هستند، هدایت فضای تنفس و بررسی و مرور آن، و بحث از پذیرش و تغییر انجام گرفت. بحث درخصوص اینکه افکار فقط افکار هستند و نه واقعیت، بحث در خصوص استعارات، ارتباط افکار با عود مجدد، اینکه لنگیدن در ترک مواد به معنای بازگشت و عود نیست و بحث در مورد افکار به عنوان انگیزاننده‌های عود.	
پنجم	پذیرش و عمل کردن ماهرانه	تمرینات مراقبه در حالت نشسته، نقد و بررسی تمرینات، تنفس‌های فضایی کوتاه و مختصر، بحث در مورد اینکه چگونه این تکنیک‌ها در شرایط دشوار مفید هستند، هدایت فضای تنفس و بررسی و مرور آن، و بحث از پذیرش و تغییر انجام گرفت. بحث درخصوص اینکه افکار فقط افکار هستند و نه واقعیت، بحث در خصوص استعارات، ارتباط افکار با عود مجدد، اینکه لنگیدن در ترک مواد به معنای بازگشت و عود نیست و بحث در مورد افکار به عنوان انگیزاننده‌های عود.	تمرین مراقبه نشسته، تنفس - های فضایی کوتاه
ششم	دیدن افکار به عنوان افکار	تمرینات مراقبه در حالت نشسته، نقد و بررسی تمرینات، تنفس‌های فضایی کوتاه و مختصر، بحث در مورد اینکه چگونه این تکنیک‌ها در شرایط دشوار مفید هستند، هدایت فضای تنفس و بررسی و مرور آن، و بحث از پذیرش و تغییر انجام گرفت. بحث درخصوص اینکه افکار فقط افکار هستند و نه واقعیت، بحث در خصوص استعارات، ارتباط افکار با عود مجدد، اینکه لنگیدن در ترک مواد به معنای بازگشت و عود نیست و بحث در مورد افکار به عنوان انگیزاننده‌های عود.	تنفس فضایی با تمرکز بر افکار
هفتم	خود مراقبتی و توازن و تعادل در سبک زندگی	تمرینات مراقبه در حالت نشسته، نقد و بررسی تمرینات، تنفس‌های فضایی کوتاه و مختصر، بحث در مورد اینکه چگونه این تکنیک‌ها در شرایط دشوار مفید هستند، هدایت فضای تنفس و بررسی و مرور آن، و بحث از پذیرش و تغییر انجام گرفت. بحث درخصوص اینکه افکار فقط افکار هستند و نه واقعیت، بحث در خصوص استعارات، ارتباط افکار با عود مجدد، اینکه لنگیدن در ترک مواد به معنای بازگشت و عود نیست و بحث در مورد افکار به عنوان انگیزاننده‌های عود.	تمرین مجدد مراقبه نشسته
هشتم	حمایت‌های اجتماعی و تمرین‌های مستمر	تمرینات مراقبه در حالت نشسته، نقد و بررسی تمرینات، تنفس‌های فضایی کوتاه و مختصر، بحث در مورد اینکه چگونه این تکنیک‌ها در شرایط دشوار مفید هستند، هدایت فضای تنفس و بررسی و مرور آن، و بحث از پذیرش و تغییر انجام گرفت. بحث درخصوص اینکه افکار فقط افکار هستند و نه واقعیت، بحث در خصوص استعارات، ارتباط افکار با عود مجدد، اینکه لنگیدن در ترک مواد به معنای بازگشت و عود نیست و بحث در مورد افکار به عنوان انگیزاننده‌های عود.	تمرین واریس بدن، مرور تمرین، روش‌های گسترش شبکه حمایتی و موانع درخواست کمک، برگشت به ورزش کردن.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی در گروه آزمایش ($35/26 \pm 3/69$) و گروه کنترل ($36/31 \pm 2/89$) بود. آزمون خی دو نشان داد از نظر سنی بین دو گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). داده‌های مربوط به متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فرونشانی	آزمایش	۱۱/۰۰	۱/۲۵	۹/۰۶	۱/۵۳	۸/۸۶
	کنترل	۱۱/۲۶	۰/۸۸	۱۱/۷۳	۱/۰۳	۱۱/۴۶
عدم تنظیم هیجان	آزمایش	۱۲/۴۰	۱/۱۸	۸/۷۳	۱/۵۷	۹/۲۶
	کنترل	۱۱/۹۳	۱/۲۲	۱۱/۵۳	۱/۰۶	۱۱/۶۰
عدم تجربه‌ی هیجانی	آزمایش	۸/۶۶	۱/۴۹	۶/۷۳	۱/۵۳	۷/۰۶
	کنترل	۹/۱۳	۱/۳۵	۸/۸۰	۱/۴۷	۹/۱۲
عدم پردازش هیجانی	آزمایش	۱۲/۵۲	۱/۲۴	۹/۶۰	۱/۴۰	۹/۸۰
	کنترل	۱۲/۲۰	۱/۸۲۰	۱۱/۸۶	۱/۴۵	۱۱/۷۳
اجتناب	آزمایش	۱۲/۶۰	۲/۳۵	۷/۴۰	۲/۵۸	۸/۲۰
	کنترل	۱۲/۵۳	۲/۵۰	۱۱/۹۳	۲/۲۸	۱۱/۹۳
پردازش هیجانی (کل)	آزمایش	۵۷/۲۰	۴/۷۰	۴۲/۴۶	۶/۵۵	۴۳/۸۶
	کنترل	۵۷/۰۶	۵/۰۰	۵۵/۸۶	۴/۵۶	۵۵/۸۷
ولع مصرف	آزمایش	۱۹/۶۶	۳/۸۶	۱۳/۶۰	۲/۲۹	۱۳/۴۶
	کنترل	۲۰/۰۶	۳/۸۰	۱۹/۰۶	۳/۶۹	۱۸/۶۰

به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد که همه متغیرها از توزیع نرمال برخوردار بودند ($P > 0/05$). جهت رعایت پیش فرض برابری واریانس‌های

خطا از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن نشان داد برابری واریانس مولفه‌های فرونشانی ($F=0/79, P > 0/05$)، عدم تنظیم هیجان ($F=0/05, P > 0/05$)، عدم تجربه‌ی هیجانی ($F=0/51, P > 0/05$)، عدم پردازش هیجانی ($F=0/82, P > 0/05$)، اجتناب ($F=0/74, P > 0/05$) و ولع مصرف ($F=0/65, P > 0/05$) برقرار بود. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی‌داری کوچکتر از 0/05 شده، لذا فرض کرویت رد نشد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیر-

های پژوهش

مؤلفه	مجموع	درجه	میانگین	مقدار F	مقدار P	اندازه	توان
	مجذورات آزادی	مجذورات	مجذورات			اثر	آزمون
مراحل	۱۵/۲۶	۲	۷/۶۳	۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۶
فرونشانی	تعامل مراحل و گروه	۲	۱۴/۰۱	۱۶/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹
عدم تنظیم	مراحل	۲	۳۳/۹۱	۲۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
هیجان	تعامل مراحل و گروه	۲	۲۱/۶۴	۱۷/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
عدم تجربه‌ی	مراحل	۲	۱۰/۱۷	۲۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱/۰۰
هیجانی	تعامل مراحل و گروه	۲	۶/۴۰	۱۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
عدم پردازش	مراحل	۲	۲۶/۱۴	۶۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
هیجانی	تعامل مراحل و گروه	۲	۳۰/۰۲	۳۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
اجتناب	مراحل	۲	۶۴/۲۱	۲۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
تعامل مراحل و گروه	۷۴/۸۲	۲	۳۷/۴۱	۱۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۹
مراحل	۲۷۲/۶۸	۲	۱۳۶/۳۴	۷۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
ولع مصرف	تعامل مراحل و گروه	۲	۶۰/۲۳	۳۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیرهای فرونشانی (۱۶/۳۳)، عدم تنظیم هیجان (۱۷/۹۴)، عدم تجربه‌ی هیجانی (۱۳/۳۵)، عدم پردازش هیجانی (۳۹/۹۸)، اجتناب (۱۶/۲۷) و ولع مصرف (۳۳/۴۴) معنی‌دار است ($P < 0/001$).

جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی جهت تعیین اثر مداخله بر متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
فرونشانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۰/۷۳	۰/۲۵	۰/۰۲۰
	پیش‌آزمون- پیگیری	۰/۹۶	۰/۲۵	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۲۳	۰/۲۱	۰/۸۳۳
عدم تنظیم هیجان	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲/۰۳	۰/۲۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱/۷۳	۰/۳۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۳۰	۰/۲۵	۰/۸۸۸
عدم تجربه‌ی هیجانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۸۳	۰/۲۴	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱/۶۰	۰/۱۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۲۳	۰/۱۹	۰/۷۵۴
عدم پردازش هیجانی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۱۳	۰/۲۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۰/۸۰	۰/۱۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۳۳	۰/۱۵	۰/۱۲۸
اجتناب	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲/۹۰	۰/۳۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۲/۵۰	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۴۰	۰/۳۷	۰/۸۹۹
ولع مصرف	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۳/۵۳	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۳/۸۳	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۳۰	۰/۱۳	۰/۰۷۵

با توجه به نتایج جدول ۴، تفاوت بین نمرات تمامی متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است ($P < 0/01$)، در حالی که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($P > 0/01$). این یافته بدان معنی است که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی نه تنها منجر به بهبود مؤلفه‌های پردازش هیجانی و ولع مصرف افراد وابسته به مواد در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در طول گذر زمان نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف و پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر ولع مصرف معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج ماردپور و همکاران (۱۳۹۳)، سلیمی و همکاران (۱۳۹۵)، حمیدی و خیران (۱۳۹۷)، قربانی و همکاران (۱۳۹۷) و زمستانی و همکاران (۱۳۹۵)، باون و همکاران (۲۰۱۰)، ویتیکویتز و همکاران (۲۰۰۵) و گرو و همکاران (۲۰۱۵) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی با کمک راهبرد پذیرش سبب می شود که فرد معتاد به جای چالش و اجتناب از افکار و هیجانات آزاردهنده ناشی از ترک مواد و یا مصرف مواد مخدر برای تسکین آن عواطف و هیجانات منفی، با ایجاد یک شیوهی ارتباطی متفاوت بدون نشان دادن واکنش و نوعی سبک جدید پردازش افکار، اطلاعات و هیجانات آزاردهندهی خود را بدون قضاوت و ارزیابی قبول کند؛ از این طریق با کمک حساسیت زدایی با عواطف و هیجانات منفی و همچنین با ولع مصرف مواد و نشانه های منفی ترک مواد کنار بیاید. قسمتی از این تغییرات می تواند ناشی از ساز و کارهای عملی پیشنهاد شده در روش پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی مانند رویارویی، پذیرش، آرام سازی، حساسیت زدایی و تغییر رابطه با افکار باشد (حمیدی و خیران، ۱۳۹۷). از سوی دیگر مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند الگوها و نگرش های فکری افراد را تغییر دهد (ماردپور و همکاران، ۱۳۹۳). در همین راستا کابات زین^۱ (۲۰۰۳) معتقد است که مشاهده بدون داوری افکار و هیجانات منفی مرتبط با سوء مصرف مواد احتمال دارد منجر به درک این مسئله شود که این ها فقط افکار هستند، بیانگر واقعیت نیستند و اصولاً نباید به اجتناب یا فرار منجر شوند. تکنیک های ذهن آگاهی، توجه افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد را به افکار خود جلب می کند و دوباره افکار آنها را متوجه دیگر بعدهای زمان حال، مانند نفس کشیدن عمیق، راه رفتن ذهن آگاهانه یا صداهای

محیطی می‌سازد و به این شکل باعث کاهش وسوسه و به تبع آن کاهش ولع مصرف می‌شود. همچنین مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی با تغییر واکنش مراجعین به هیجانات منفی باعث می‌شود که افراد معتاد فوراً به ولع مصرف مواد جهت تسکین هیجانات منفی پاسخ ندهند. افزون بر این، کاهش در نمرات شدت ولع مصرف در این پژوهش ممکن است توسط افزایش توجه و آگاهی به حس‌های بدنی، افکار و هیجاناتی که همراه با ولع می‌باشند، ایجاد شده باشد که از طریق مواجهه‌سازی‌های مکرر، مراجعین را برای پذیرش این حالات و عدم واکنش نسبت به ولع تشویق می‌کند. همچنین مواجهه‌های مکرر نسبت به محرک‌های راه‌انداز که در طی آن افراد عدم واکنش نسبت به حالات هیجانی را یاد می‌گیرند، به مرور زمان منجر به خوگیری شده و بنابراین شدت واکنش ولع را کاهش می‌دهد (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۵).

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج سیدآسیابان، منشئی و عسگری (۱۳۹۶)، زمستانی و همکاران (۱۳۹۵)، حمیدی و خیران (۱۳۹۷)، رضائی‌منش، مهریار، احمدپناه و دینداریان (۲۰۲۰)، والدیوالا و ستیاسلین^۱ (۲۰۱۹)، اشمیت^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، گارنفسکی، حسین و کرایج^۳ (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که مدیریت، تنظیم و پردازش هیجانات به کمک درمان‌های روان‌شناختی مانند پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند بر کنترل عملکردهای مخرب افراد نقش موثری داشته باشد؛ چرا که هیجان‌ها می‌توانند به شکل راه‌حل‌هایی برای مقابله با استرس‌ها، چالش‌ها و مشکلات زندگی روزمره عمل کنند (ریو، ۱۳۹۱). به عبارت دیگر با توجه به نقش مهم هیجانات در زندگی، آموزش تمرینات ذهن آگاهی به افرادی که مواد مخدر مصرف می‌کنند به منظور تنظیم و تعدیل هیجان به عنوان یک روش درمانی در مدیریت هیجانات، با پذیرش و تعاملات اجتماعی خوشایند در ارتباط است که سبب ایجاد یک مراقبه‌ی اثربخش با شرایط اغواکننده و استرس‌زا

گردیده و بهبود عملکرد در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. از این رو آموزش مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی با آگاه نمودن فرد معتاد از هیجانات منفی و مثبت، ابراز و پذیرش به موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای مطلوب برای جلوگیری از گرایش به سمت مصرف مواد مخدر را ایفا می‌کند (سیدآسیابان و همکاران، ۱۳۹۶). در واقع مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی به مراجعین کمک می‌کند تا توجه آگاهانه‌ای به چگونگی تغییر افکار، عواطف و تجارب‌شان در هر لحظه از زندگی پیدا کنند و برای اینکه هشیاری کاملی نسبت به افکار و تجربیات خود در لحظه حاضر به دست آورند، نیاز است که این عمل را بدون داوری و قضاوت نسبت به خود، موقعیت و یا دیگر افراد انجام دهند. این اقدام در رویکردهای درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش نامیده می‌شود و به معنی تحمل پدیده بدون داوری در مورد آن و یا کوشش نسبت به تغییر دادن آن است. به کمک این فرایند، افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد می‌آموزند که چگونه هیجان‌های آزاردهنده خود را نخست تحمل کرده و نهایتاً آن‌ها را کنترل نمایند. این افراد معمولاً هنگامی که در معرض هیجانات منفی قرار می‌گیرند دچار وسوسه شده و مجدد به مصرف مواد متمایل می‌شوند. این گونه به نظر می‌آید که تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی همان نقش تنظیم هیجان را بازی کرده و به نوعی به افراد دارای اختلال سوءمصرف مواد کمک می‌کنند تا چگونه عواطف و هیجانات منفی و ناراحت‌کننده خود را مدیریت و تنظیم کنند (زمستانی و همکاران، ۱۳۹۵). با توجه به نتایج حاصل از یافته‌های پژوهش حاضر، آموزش پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ولع مصرف و بهبود پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی موثر و کمک‌کننده است.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارتند از: استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس، اجرای پژوهش بر روی نمونه‌های مقیم و خودمعرف در مراکز ترک اعتیاد شهر ارومیه، استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی به عنوان ابزار جمع‌آوری داده‌ها و کوتاه‌مدت بودن زمان پیگیری. بنابراین انتخاب نمونه تصادفی می‌تواند متغیرهای مداخله‌گر تأثیرگذار در پژوهش را به میزان بیشتری کنترل نماید.

همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی، پیگیری‌های طولانی مدت طولانی‌تر، استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی و مشاهده به عنوان یک روش مکمل پرسشنامه‌های خود گزارش دهی برای گردآوری داده‌ها و انجام مطالعه بر روی معتادین سایر شهرها را مدنظر قرار دهند. در نهایت براساس نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی ولع مصرف و پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازتوانی غیر دارویی، پیشنهاد می‌گردد امکان استفاده بیشتر از این درمان در کلینیک‌های مشاوره و سلامت روان و مراکز ترک اعتیاد فراهم شود.

منابع

- ازه ای، جواد؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و ارمی، حسن (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان، میان افراد دارای سوء مصرف مواد و عادی. *مجله روانشناسی*، ۱۹(۲)، ۱۴۶-۱۳۷.
- اسدی، سمانه؛ ابوالقاسمی، عباس و بشرپور، سجاد (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی شناختی و پردازش هیجانی پرستاران مضطرب. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۹(۱۰۲)، ۶۵-۵۵.
- ایل بیگی قلعه‌نی، رضا و رستمی، مریم (۱۳۹۵). نقش سبک‌های فرزندپروری، کمال‌گرایی و کیفیت دوستی در پیش‌بینی ولع مصرف افراد وابسته به مواد مخدر. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۰(۳۷)، ۱۳۶-۱۱۵.
- توصیفیان، نگین؛ قادری بگه جان، کاوه؛ خالدیان، محمد و فرخی، نورعلی (۱۳۹۶). مدل یابی ساختاری کارکرد خانواده و ولع مصرف مواد در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون با تأکید بر نقش واسطه‌ای خود شفقت‌ورزی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۱(۴۴)، ۲۲۶-۲۰۹.
- حمیدی، فریده و خیران، سلیمه (۱۳۹۷). اثربخشی مداخلات آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری افراد وابسته به مت‌آفتمین. *اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۳۸-۲۳.
- خدایی، علی؛ عبداللهی، محمدحسین؛ فراهانی، محمدنقی و رضانی، ولی‌اله (۱۳۹۰). پنج عامل شخصیت و هوش هیجانی در مردان معتاد و غیر معتاد. *مجله روان‌شناسی*، ۱۵(۵۷)، ۵۶-۴۱.
- دلاور، علی (۱۴۰۱). *روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی*. چاپ پنجم. تهران: ویرایش/روان.

رضائی، سجاده؛ قربانپور لقمجانی، امیر؛ فیضی لپوندانی، عامر و جهانگیرپور، مهسا (۱۴۰۱). روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم‌بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگره‌دارنده با متادون: نقش میانجی تحمل آشفتنگی و انعطاف‌پذیری شناختی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۳)، ۱۹۸-۱۶۷.

ریو، جان مارشال (۱۳۹۱). انگیزش و هیجان. چاپ چهارم. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران. انتشارات ویرایش. (تاریخ انتشار اصلی، ۲۰۰۴).

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد و سپیانی، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان مدار. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۰ (۳۹)، ۱۹۴-۱۷۹.

سلیمی، سید حسین؛ حق نظری، علی؛ احمدی طهور سلطانی، محسن و زهره وند، منا (۱۳۹۵). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر ولع مصرف معتادین به هروین تحت درمان با متادون. روان شناسی بالینی، ۸ (۲)، ۳۱-۲۳.

سیدآسیابان، سمیرا؛ منشی، غلامرضا و عسگری، پرویز (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و ذهن آگاهی بر راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان مواد محرک. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۱۸ (۲)، ۱۰-۱.

شاگری نسب، محسن؛ عظیم زاده پهرانی، نگار؛ رستمی، طاهره و پارساژاد، مصطفی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل مارلات بر ولع مصرف و خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۴)، ۲۵۸-۲۴۱.

طاهری فرد، مینا؛ بشرپور، سجاده؛ حاجلو، نادر؛ نریمانی، محمد و گلرزه گورادل، جابر (۱۴۰۰). مدل‌یابی عود مصرف مواد بر اساس تصمیم‌گیری پرخطر، سوء‌گیری توجه و حساسیت به پاداش: با نقش میانجی ولع مصرف: یک مطالعه توصیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۰ (۷)، ۷۶۶-۷۴۷.

علیوندی‌وفا، مرضیه؛ فتحی، آیت‌اله؛ کلندزن، سمیرا و رستمی، حسین (۱۴۰۰). پیش‌بینی میزان تاب‌آوری مردان معتاد تحت درمان با متادون بر اساس متغیرهای هوش معنوی و هوش عاطفی. نشریه طب انتظامی، ۱۰ (۲)، ۱۲۰-۱۱۵.

قربانی، طاهره؛ صفاری نیا، مجید؛ زارع، حسین و علیپور، احمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان شیشه. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۵)، ۱۶۸-۱۵۱.

کیان ارثی، سارا؛ عباس پور، ذبیح اله و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده‌درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک‌کننده سوء مصرف مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۸۰-۶۱.

لطفی، صدیقه؛ ابوالقاسمی، عباس و نیرمانی، محمد (۱۳۹۶). مقایسه پردازش هیجانی و ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی در زنان دارای فوبی اجتماعی و زنان عادی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۵۳)، ۱۱-۱۰۱.

ماردپور، علیرضا؛ نجفی، محمود و امیری، فرنگیس (۱۳۹۳). اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۸(۳۲)، ۸۷-۱۰۴.

References

- Amirabadizadeh, A., Nezami, H., Vaughn, M. G., Nakhaee, S., & Mehrpour, O. (2018). Identifying risk factors for drug use in an Iranian treatment sample: a prediction approach using decision trees. *Substance use & misuse*, 53(6), 1030-1040.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of psychosomatic research*, 62(2), 167-178.
- Bayles, C. (2014). Using mindfulness in a harm reduction approach to substance abuse treatment: A literature review. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 9(2), 22-25.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. New York: Guilford Publications.
- Cheng, B., Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G., Kavanagh, D. J., Young, R. M., & Connor, J. P. (2022). Relationship between alcohol craving dimensions and features of comorbid mental health in an alcohol dependent sample. *Addictive behaviors*, 124, 1-10.
- Coppola, M., Sacchetto, G., & Mondola, R. (2019). Craving for heroin: difference between methadone maintenance therapy patients with and without ADHD. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(1), 83-86.
- Cornil, A., Rothen, S., De Timary, P., & Billieux, J. (2021). Interference-based methods to mitigate gambling craving: a proof-of-principle pilot study. *International gambling studies*, 21(3), 426-449.

- Eiseman, S. (2017). *Drug abuse: Foundation for a psychosocial approach*. UK: Routledge Press
- Ekendahl, M., & Karlsson, P. (2022). A matter of craving-An archeology of relapse prevention in Swedish addiction treatment. *The international journal on drug policy*, 101, 10-21.
- Garnefski, N., Hossain, S., & Kraaij, V. (2017). Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Archives of depression and anxiety*, 3(2), 23-29.
- Gay, A., Cabe, J., De Chazeron, I., Lambert, C., Defour, M., Bhoowabul, V., & Brousse, G. (2022). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) as a Promising Treatment for Craving in Stimulant Drugs and Behavioral Addiction: A Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 11(3), 624-650.
- Grow, J. C., Collins, S. E., Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. (2015). Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive behaviors*, 40, 16-20.
- Himachi, M., Hashiro, M., & Miyake, R. (2018). Differences in processing of emotional faces by avoidance behavior: In the case of university students with acne. *Journal of psychosomatic Research*, 109, 108-120.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *linical psychology. Scientific and practice*, 10(2), 144-156.
- Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J. D. A., & Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 16(1), 1-12.
- Kazemi, A., Deus Yela, J., & Gutiérrez Rosado, T. (2019). Presenting a conceptual model for predicting attitude towards substance abuse based on assertiveness, psychological hardiness, and emotional regulation in addicts. *Journal of psychology new ideas*, 3(7), 1-17.
- Kotwal, N., Kumar, S., Malhotra, M., Thakur, A., & Sarwar, M. (2020). Profile and Pattern of Substance Abusers: Substance Abuse, a global Problem. *Current trends in biomedical engineering & biosciences*, 18(2), 38-40.
- Maehira, Y., Chowdhury, E. I., Reza, M., Drahozal, R., Gayen, T. K., Masud, I., & Azim, T. (2013). Factors associated with relapse into drug use among male and female attendees of a three-month drug detoxification-rehabilitation programme in Dhaka, Bangladesh: a prospective cohort study. *Harm reduction journal*, 10(1), 1-13.
- Marceau, E. M., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2018). The relationship between executive functions and emotion regulation in females attending

- therapeutic community treatment for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 182, 58–66.
- Moradinazar, M., Najafi, F., Jalilian, F., Pasdar, Y., Hamzeh, B., Shakiba, E., & Mirzaei-Alavijeh, M. (2020). Prevalence of drug use, alcohol consumption, cigarette smoking and measure of socioeconomic-related inequalities of drug use among Iranian people: findings from a national survey. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 1-11.
- Nicolas, C., Russell, T. I., Shaham, Y., & Ikemoto, S. (2021). Dissociation Between Incubation of Cocaine Craving and Anxiety-Related Behaviors After Continuous and Intermittent Access Self-Administration. *Frontiers in neuroscience*, 15, 1-11.
- Ogilvie, L., & Carson, J. (2022) Trauma, stages of change and post traumatic growth in addiction: A new synthesis. *Journal of substance use*, 27(2), 122-127.
- Parker, J. D., Taylor, R. N., Eastabrook, J. M., Schell, S. L., & Wood, L. M. (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse gaming abuse and emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 45, 174-180.
- Rezaeimanesh, M., Mehryar, H. R., Ahmad Panah, V., & Dindarian, S. (2020). Effects of mindfulness on temptation and emotional schema with mediator role of substance craving in drug addicts. *Journal of research in applied and basic medical sciences*, 6(2), 90-95.
- Sapkota, S. (2019). Contributing factors to relapse of drug addiction among clients attending rehabilitation centres of Dharan, Nepal. *Journal of chitwan medical college*. 6(17), 20–25.
- Schellas, L., Ostafin, B. D., Palfai, T. P., & Jong, P. J. D. (2016). How to think about your drink: Action- identification and the relation between mindfulness and dyscontrolled drinking. *Addictive behaviors*, 56, 51-56.
- Schmidt, L., Tusche, A., Manoharan, N., Hutcherson, C., Hare, T., & Plassmann, H. (2018). Neuroanatomy of the vmPFC and dlPFC predicts individual differences in cognitive regulation during dietary self-control across regulation strategies. *Journal of neuroscience*, 38(25), 5799-5806.
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Skerbetz, M. D., & Kostewicz, D. E. (2015). Consequence choice and students with emotional and behavioral disabilities: Effects on academic engagement. *Exceptionality*, 23(1), 14-33.
- Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskis, J., & Cohen, M. (1995). *In search of a universal drug craving scale*. In Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Miami Florida.
- Soroosh, D., Neamatshahi, M., Zarmehri, B., Nakhaee, S., & Mehrpour, O. (2019). Drug-induced prolonged corrected QT interval in patients with

- methadone and opium overdose. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 14(1), 1-5.
- Vadivale, A. M., & Sathiyaseelan, A. (2019) Mindfulness-based relapse prevention – A meta-analysis. *Cogent psychology*, 6(1), 1-13.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mindfulness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: the meditation lortoise wins the race. *Journal of cognitive psychology*, 19, 221-229.
- Young, M. M., & Wohl, M. J. A. (2009). The gambling craving scale: psychometric validation and behavioral outcomes. *journal of the society of psychologists in addictive behaviors*, 23, 512–522.