

تدوین مدل ساختاری عود مصرف مواد بر اساس ذهن آگاهی و سلامت معنوی با میانجی گری ولع مصرف و خودکارآمدی در افراد وابسته به مواد تحت درمان پرهیزمدار*

مرضیه صفرزاده^۱، احمد برجلی^۲، مهدی خانجانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۸

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری بازگشت به مصرف مواد بر مبنای عوامل مهم خطر ساز و محافظت کننده مصرف مواد (نظیر سلامت معنوی، ذهن آگاهی، ولع مصرف و خودکارآمدی) انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل سازی معادلات ساختاری بود. حدود ۷۰۰ نفر از افراد وابسته به مواد افیونی که در مراکز بهبود گستران همگام و خانه دوست یاران استان تهران تحت درمان پرهیزمدار بودند، جامعه آماری پژوهش را تشکیل دادند. از میان آن‌ها، تعداد ۲۰۰ نفر (۱۰۰ نفر مرد و ۱۰۰ نفر زن) با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس در سال ۱۳۹۸ انتخاب شدند و به پرسش نامه پنج عاملی ذهن آگاهی، پرسش نامه سلامت معنوی، پرسش نامه وسوسه مصرف پس از سم زدایی، مقیاس خودکارآمدی عمومی و پرسش نامه پیش بینی بازگشت پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که مدل تدوین شده از برازش مناسبی برخوردار بود. همچنین، از میان متغیرهای سلامت معنوی و ذهن آگاهی، سلامت معنوی تاثیر مستقیم معناداری بر عود مصرف مواد داشت. به علاوه، سلامت معنوی و ذهن آگاهی از طریق ولع مصرف اثر غیر مستقیم معناداری بر عود مصرف داشتند. **نتیجه گیری:** نتایج این پژوهش اهمیت اثرات سلامت معنوی و ذهن آگاهی بر عود مصرف مواد را نشان داد. بر این اساس، پیشنهاد می شود که این متغیرهای مهم خطر ساز و محافظت کننده در برنامه های آموزشی برای پیشگیری از عود مصرف مواد مورد توجه قرار گیرند.

کلیدواژه‌ها: عود مصرف مواد، ذهن آگاهی، سلامت معنوی، ولع مصرف، خودکارآمدی، وابستگی به مواد، درمان پرهیزمدار

* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در دانشگاه علامه طباطبائی است.

۱. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استاد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. پست

الکترونیک: borjali@atu.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد^۱ بیماری مزمن و پیشرونده‌ای با تأثیرات عمیق اجتماعی، روان‌شناختی، جسمی و اقتصادی است که بر سلامت جوانان تأثیر می‌گذارد و میزان مرگ و میر بیماری و عوارض جانبی دیگر را نیز افزایش می‌دهد (هسر، ایوانز، گرلا، لینگ و انگلین^۲، ۲۰۱۵). تعداد مصرف‌کنندگان افیون حدود ۱۸ درصد از ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۳ در ایران افزایش یافته است (ضیاءالدین، ضیاءالدین و نخعی، ۲۰۱۳). با توجه به وابستگی شدید جسمی و روانی ناشی از مصرف مواد افیونی، عود مصرف^۳ در اکثریت قریب به اتفاق مصرف‌کنندگان این نوع مواد پس از درمان رخ می‌دهد. آمارهای منتشر شده از مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده است که در ۵۰ تا ۸۰ درصد بیماران مسئله عود مصرف رخ می‌دهد (موتاسا^۴، ۲۰۰۱؛ شرق، شکیبی، نیساری و علیلو، ۲۰۱۱). علی‌رغم پیشرفت‌هایی که در درمان اعتیاد انجام گرفته، بازگشت دوره‌های سنگین و غیرقابل کنترل مصرف مواد یک مشکل رایج است (ویتکویتز و مارلات^۵، ۲۰۰۴). با توجه به این که بین ۲۵ تا ۵۰ درصد از شرکت‌کنندگان تحت درمان، عود مصرف را تجربه می‌کنند (دنيس، اسکات و فانک^۶، ۲۰۰۳)، فهم پدیده «عود» و پیشگیری از آن بزرگ‌ترین چالشی است که متخصصان حوزه درمان اعتیاد با آن مواجه هستند (گران^۷ و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسکینر و آوبین^۸، ۲۰۱۰). عود به معنای عدم موفقیت و پس‌روی به رفتارهای اعتیادآور قبلی بیمار بعد از سم‌زدایی به علت عوامل روانی-اجتماعی و دیگر عوامل مربوط به آن است و اغلب به عنوان یک مسئله پیچیده، پویا و غیرقابل پیش‌بینی توصیف می‌شود (رحمان، همدانی، مصطفی و شریف‌الاسلام، ۲۰۱۶). تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که عود نتیجه‌ی تعامل بین عوامل بسیاری است که نه تنها شامل عوامل محیط بیرونی (عوامل محیط طبیعی و عوامل محیط اجتماعی)، بلکه شامل عوامل فردی (زمینه ژنتیکی و ویژگی‌های شخصیتی، عاطفی، رفتاری، شناختی و معنوی) نیز می‌شود (هائو^۹ و همکاران، ۲۰۱۳؛ زمانی، احمدی، مقالو و میرشکر، ۲۰۱۴). بنابراین،

1. addiction
2. Hser, Evans, Grella, Ling & Anglin
3. relapse
4. Mutasa

5. Witkiewitz & Marlatt
6. Dennis, Scott & Funk
7. Grant
8. Skinner & Aubin
9. Hao

شناسایی عوامل محافظ و خطر عود مصرف مواد و درمان آن از اهمیت بالایی برخوردار است.

در بررسی سبب‌شناسی سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اجباری، مکیم^۱ (۲۰۰۸) نشان داد که خلأ معنوی یکی از عوامل اصلی عود مصرف است. باورهای معنوی فرد مصرف‌کننده یکی از مهم‌ترین عوامل محافظ‌کننده در برابر بازگشت به مصرف مواد می‌باشد، زیرا معنویت به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای نقش محافظ در سلامت جسم و روان ایفا می‌کند (آوانتس و مارگولین^۲، ۲۰۰۴ و گریفیتس^۳، ۲۰۰۷) و منجر به کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روان و سلامت معنوی در افراد می‌شود. در تحقیقات بسیاری سلامت معنوی به عنوان یک سازه کلیدی در درمان و بهبود افراد وابسته به مواد شناخته شده است (کشاورز، قمرانی، باقریان و رضایی‌امیر، ۱۳۹۳، یاور، قاسم‌آبادی و حسن‌آبادی، ۱۳۹۴؛ واعظی و فلاحی خشک‌ناب، ۱۳۹۶؛ کاسکوتس، ترک، بوند و ویزنر^۴، ۲۰۰۸؛ نورمحمدی، نیک‌فرجام، دریس و پروین، ۲۰۱۶)، اما به علت ماهیت منحصر به فرد این سازه و همپوشانی آن با مذهب، چگونگی تاثیر آن در درمان و بهبود افراد همواره نامشخص مانده است (گارسیا، بابارو و رومرو^۵، ۲۰۱۷). علاوه بر این، نقش معنویت در بازگشت به مصرف مواد از طریق خودکارآمدی و ولع مصرف به ندرت بررسی شده است. ماسون، دین، کلی و کرو^۶ (۲۰۰۹) پژوهشی در خصوص روابط معنویت و مذهب با خودکارآمدی و ولع اجرا کردند و نتایج نشان داد که بالا بودن معنویت با کاهش ولع و افزایش خودکارآمدی مرتبط بود. شواهد تجربی در رابطه با اثربخشی سلامت معنوی بر خودکارآمدی نتایج متناقضی را نشان می‌دهند. به طور مثال، برخی مطالعات بیانگر ارتباط معنادار سلامت معنوی و خودکارآمدی عمومی است (به طور مثال، چابک، کاشانی‌نیا و حقانی، ۲۰۱۶؛ حسن‌شاهی، مظاهری و باغبانیان، ۲۰۱۵). در حالی که، در برخی مطالعات

1. Mckim
2. Avants & Margolin
3. Griffiths

4. Kaskutas, Turk, Bond & Weisner
5. Garcia, Babarro & Romero
6. Mason, Deane, Kelly & Crowe

دیگر هیچ تفاوتی میان نمره‌های بالا و پایین باورهای معنوی شرکت‌کنندگان و نگرش آن‌ها درباره پرهیز از الکل مشاهده نشده است (نظیر بلوما^۱، ۲۰۱۸).

از دیگر مولفه‌های مهم و موثر در پیشگیری از عود، ذهن‌آگاهی^۲ است. ذهن‌آگاهی را می‌توان به عنوان یک حالت ذهنی تعریف نمود که با آگاهی بدون قضاوت در لحظه‌ی کنونی مشخص می‌شود (میشالاک، برگ و هایدنریک^۳، ۲۰۱۲) و روشی است برای مشاهده افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آن‌ها بدون این که فرد با محتوای افکار درگیر شود (بوون، مارلات و چاوالا^۴، ۲۰۱۲). در رابطه با مصرف مواد و ذهن‌آگاهی، چنین نظریه‌پردازی شده است که افراد با سطوح بالای ذهن‌آگاهی توانایی بهتری برای نظاره تجربه‌های آزاردهنده به عنوان تجربه‌ی گذرا دارند و به احتمال کمتری درگیر رفتارهای اعتیادی می‌شوند (زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید و گولکاسیان^۵، ۲۰۱۲؛ بروئر، بوون، اسمیت، مارلات و پوتنزا^۶، ۲۰۱۰؛ دی‌دیوس^۷ و همکاران، ۲۰۱۲). به طور کلی، مطالعات پژوهشی نشان‌دهنده ارتباط منفی بین ذهن‌آگاهی و رفتارهای مصرف مواد است (بلاک، ساسمن، جانسون و میلان^۸، ۲۰۱۲؛ برام، کوهن و هاگمن^۹، ۲۰۱۳). همچنین، مطالعات متعددی مکانیسم اثر ذهن‌آگاهی بر بازگشت به مصرف مواد را نشان داده‌اند. به طور مثال، مطالعات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی از طریق کاهش عاطفه منفی، افزایش ارزیابی شناختی مجدد (پریدی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۸؛ بکر و گارلند^{۱۱}، ۲۰۱۸؛ گارلند، هانلی، توماس، کنول و فرارو^{۱۲}، ۲۰۱۴؛ ویتکویتز، بوون، دوگلاس و هسو^{۱۳}، ۲۰۱۳؛ کیانی، قاسمی و پورعباس، ۱۳۹۱؛ گارلند و همکاران، ۲۰۱۴)، کاهش ولع مصرف و افزایش توجه به اطلاعات مثبت (پریدی و همکاران، ۲۰۱۸) و افزایش تاب‌آوری و خودکارآمدی (قربان‌زاده و لطفی، ۱۳۹۷) بر کاهش وسوسه مصرف مواد افراد تحت درمان اعتیاد

1. Bluma
2. mindfulness
3. Mishalak, Berg & Hidenrick
4. Bowen & Chawala
5. Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkasian
6. Brewer, Smith & Potenza
7. De Dios

8. Black, Sussman & Milam
9. Bramm, Cohn & Hagman
10. Priddy
11. Baker & Garland
12. Hanley, Thomas, Knoll & Ferraro
13. Douglas & Hsu

تاثیر دارد. عامل مهم در این زمینه، توجه کامل به تجربیات حال حاضر برای افراد تحت درمان است که امکان دسترسی به باورهای کارکردی خود مانند ظرفیت ادراک شده برای انجام تکالیف یا غلبه بر دشواری‌ها را فراهم می‌کند (گالاکگاک و کاریداد، ۲۰۱۹). در کنار مولفه ذهن آگاهی، رفتار مصرف مواد با چگونگی ادراک فرد از خود نیز رابطه دارد. خودکارآمدی نیز یک رویکرد کمک‌کننده در هر مرحله از تغییرات شخصی برای دستیابی به تغییرات مطلوب محسوب می‌شود (بندورا، ۱۹۹۹). خودکارآمدی بالا با سطوح پایین تر مصرف مواد در نوجوانان همراه است. این ارتباط ممکن است به این دلیل باشد که نوجوانان از مصرف مواد به عنوان وسیله کنار آمدن با خودکارآمدی پایین استفاده می‌کنند (بندورا و لاک، ۲۰۰۳؛ کوبر، ۲۰۱۴). مطالعات متعددی مانند گالاکگاک و کاریداد (۲۰۱۹) و لیو و کوسلووسکی^۵ (۲۰۰۹) تاثیر احساس شایستگی و باور فرد به توانایی خود در یک موقعیت ویژه (خودکارآمدی پرهیز از مصرف مواد و خودکارآمدی اجتنابی مواد) بر رفتارهای اعتیادی و تجربه وسوسه کمتر در موقعیت‌های پرخطر از طریق سازگاری هیجانی را نشان داده‌اند. علاوه بر این، خودکارآمدی موجب ارتقاء کیفیت زندگی افراد نیز می‌شود (کیامرثی و ابوالقاسمی، ۲۰۱۴).

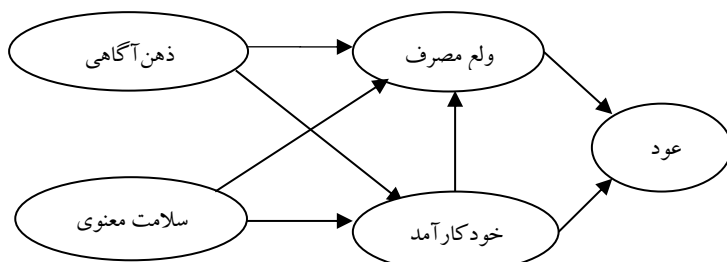
در کنار عوامل ذکر شده، ولع مصرف نیز در مصرف‌کنندگان مواد به عنوان مانع و چالش بزرگی برای ترک، حفظ پاکی و پیشگیری از عود محسوب می‌شود (سازمان سلامت و خدمات انسانی آمریکا، ۲۰۱۴). بر اساس پژوهش‌های پیش‌بالینی و بالینی، ولع مصرف و علاقه ذهنی به اثرات یک ماده به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده بازگشت به مواد می‌باشد (بریس، سینها و هیلینگ، ۲۰۱۱ و ویتکویتز و همکاران، ۲۰۱۳) و به عنوان یکی از عوامل زیربنایی در عود و شکست در برنامه‌های درمانی شناخته شده است (کافمن، ۲۰۰۱). بر خلاف دیگر عوامل عود مصرف، ولع مصرف چندبعدی و شامل ابعاد هیجانی، شناختی، رفتاری و روان‌فیزیولوژیکی است (اختیاری و

1. Galacgac & Caridad
2. Bandura
3. Locke
4. Kober
5. Lev & Koslowsky

6. American Health and Human
Services Agency
7. Breese, Sinha & Heilig
8. Kaufman

همکاران، ۲۰۱۰). این احساس بسیار نیرومند و خواستن فوری مواد، هرگونه تمرکز فکر بر چیزی غیر از آن را غیرممکن می‌سازد (هورمز و روزین، ۲۰۱۰).

پژوهش‌های مختلفی به طور مجزا نقش مولفه‌های شناختی و انگیزشی، به ویژه سلامت معنوی و ذهن‌آگاهی، را در عود مصرف مواد مورد بررسی قرار داده‌اند. با این حال، رابطه مستقیم و غیر مستقیم این عوامل و همچنین مکانیسم تاثیرگذاری سلامت معنوی بر مصرف مواد و بازگشت به آن کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. با توجه به این موارد، در پژوهش حاضر روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای شناختی مانند سلامت معنوی، ذهن‌آگاهی، خودکارآمدی و ولع مصرف با عود مصرف مواد در قالب یک مدل ساختاری (نمودار ۱) بررسی شد. بنابراین، در این پژوهش به بررسی این سوال پرداخته شد که آیا مدل پیشنهادی عود مصرف مواد از برازش کافی برخوردار است؟ و آیا ذهن‌آگاهی و بهزیستی معنوی روابط مستقیم و غیر مستقیم (از طریق ولع مصرف و خودکارآمدی) بر عود مصرف مواد دارند؟



نمودار ۱: مدل نظری پژوهش

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود که به منظور بررسی روابط مستقیم و غیر مستقیم مجموعه‌ای از متغیرها اجرا شد. در این پژوهش، جامعه آماری حدود ۷۰۰ نفر از زنان و مردان وابسته به مواد افیونی تحت درمان پرهیزمدار

در مراکز بهبودی اقامتی میان مدت بهبود گستران همگام و خانه دوست یاران بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. بر اساس مبانی و مطالعات موجود در زمینه مدل‌یابی معادلات ساختاری، تعداد متغیرها به عنوان یک ملاک برای انتخاب حجم نمونه مورد توجه است. در مدل مفروض پژوهش حاضر، ۱۱ پارامتر اندازه گیری شد. بنابراین، برای دستیابی به نتایجی قابل قبول بر مبنای دیدگاه کلاین^۱ (۲۰۱۵)، نمونه‌ای برابر ۲۰۰ نفر از افراد وابسته به مواد تحت درمان پرهیزمدار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. بعد از مطالعه مقدماتی و آماده‌سازی و بررسی روایی و پایایی ابزارهای پژوهش، با گرفتن مجوز و نامه از طرف سازمان بهزیستی شهر تهران و هماهنگی با مسئولان مراکز کمپ خانه دوست یاران و بهبود گستران همگام، پرسش‌نامه‌ها بین آزمودنی‌ها توزیع شد. به منظور رعایت ضوابط اخلاقی، شرکت در تحقیق به صورت داوطلبانه بود و قبل از توزیع پرسش‌نامه اطلاعات مختصری در رابطه با هدف اجرای پژوهش به آزمودنی‌ها ارائه شد. همچنین، اطلاعات بدست آمده از آزمودنی‌ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. داده‌ها با استفاده از روش همبستگی پیرسون در نرم‌افزار اسپاس-اس ۲۱ و مدل‌سازی معادلات ساختاری^۲ در نرم‌افزار آموس تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار

۱- مقیاس پیش‌بینی بازگشت یا عود^۳: این مقیاس یک پرسش‌نامه خودسنجی ۴۵ سوالی است که توسط رایت، بک، نیومن و لیزا^۴ (۱۹۹۳) برای اندازه‌گیری میزان وسوسه و احتمال اختلالات اعتیادی و مرتبط با مواد در افراد وابسته به مواد مخدر تهیه شده است. هر سؤال شامل یک موقعیت می‌شود که آزمودنی باید خود را در آن تصور کند و به دو قسمت این پرسش‌نامه پاسخ دهد: الف) شدت نیرومندی میل در موقعیت خاص و ب) احتمال مصرف در آن موقعیت (فای مورفی و همکاران، ۲۰۱۴). همه سوالات در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت شامل هیچ = ۰، ۱ = ضعیف، ۲ = متوسط، ۳ = قوی، ۴ = خیلی قوی نمره‌گذاری می‌شوند. در این مقیاس امتیازات ۴۵ عبارت فوق با یکدیگر جمع

1. Kline
2. structural equation modeling (SEM)

3. Relapse Prediction Scale (RPS)
4. Wright, Beck, Newman & Liese

می‌شود. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۱۸۰ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۶۰: نشان‌دهنده احتمال ضعیف عود است. نمره بین ۶۰ تا ۹۰ نشان‌دهنده احتمال متوسط و نمره بالاتر از ۹۰ نشان‌دهنده احتمال قوی برای عود است. این پرسش‌نامه توسط گودرزی ترجمه شده است و به منظور سنجش میزان پایایی آن، فیروزآبادی این پرسش‌نامه را بر روی یک نمونه ۴۵ نفری دارای ملاک‌های وابستگی به مواد اجرا نمودند و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، همسانی درونی برای میزان وسوسه را ۰/۵۸ و برای احتمال مصرف را ۰/۶۳ گزارش کردند (به نقل از نیکخواه، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر، همسانی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه سلامت معنوی^۱: این مقیاس توسط پالوتزیان و الیسون^۲ (۱۹۸۲) طراحی شده است و شامل ۲۰ عبارت می‌باشد که دو خرده‌مقیاس سلامت مذهبی (سؤالات ۱۸، ۱۶، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴ (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۰) را می‌سنجد. با جمع نمرات خرده‌مقیاس‌های سلامت مذهبی و وجودی، نمره سلامت معنوی به دست می‌آید که نمره بیشتر نشان‌دهنده سلامت معنوی ادراک شده بیشتر است. پاسخ به هر یک سؤالات در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) قرار دارد. حداقل امتیاز ممکن ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ خواهد بود. نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده سلامت معنوی ضعیف، نمره بین ۴۰ تا ۷۰ نشان‌دهنده سلامت معنوی متوسط و نمره بالاتر از ۷۰ نشان‌دهنده سلامت معنوی قوی است. همچنین، فراهانی‌نیا، عباسی، گیوری و حقانی (۱۳۸۴) روایی پرسش‌نامه را از طریق روایی محتوا تایید کردند و پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید. در پژوهشی دیگر در ایران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۷۹ به دست آمده است (قاسمی‌جوبنه، زهراکار، همدی و کریمی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر، همسانی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد.

۳-مقیاس پنج‌عاملی ذهن‌آگاهی^۱: این ابزار یک مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتی است که توسط بائر، اسمیت، هاپکینز، کرایتمیر و تونی^۲ (۲۰۰۶) طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۲ گویه و پنج مولفه شامل واکنش‌ناپذیری، مشاهده، عمل آگاهانه، توصیف و عدم قضاوت می‌باشد. بائر و همکاران (۲۰۰۶) این مولفه‌ها را مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن نام‌گذاری کردند و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس بین ۰/۷۵ (غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (توصیف) گزارش شده است. همچنین، مطالعه‌ای جهت اعتباریابی این پرسش‌نامه در ایران توسط احمدوند، حیدری‌نسب و شعیری (۱۳۹۱) انجام گرفت و در این مطالعه ضرایب همبستگی بازآزمایی پرسش‌نامه بین ۰/۵۷ (عدم قضاوت) و ۰/۸۴ (مشاهده) به دست آمد. همچنین، ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۵ (غیر واکنشی بودن) و ۰/۸۳ (توصیف) به دست آمده است. در پژوهش حاضر، همسانی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد.

۴- پرسش‌نامه وسوسه مصرف مواد پس از سم‌زدایی^۳: این مقیاس توسط فدری، ضیایی و برعرفان (۲۰۰۸) ساخته شده است که از ۲۰ سوال تشکیل شده است و به منظور سنجش میزان افکار و خیالات مربوط به مواد و وسوسه مصرف مورد استفاده قرار می‌گیرد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً درست=۵ تا اصلاً درست نیست=۰) می‌باشد. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود. نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهند وسوسه مصرف پایین، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر وسوسه متوسط و نمره بالاتر از ۶۰ نشانگر بالا بودن وسوسه افراد پس از ترک می‌باشد. میزان اعتبار پرسش‌نامه بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است. صالحی‌فدری برعرفان و امین‌یزدی (۱۳۸۹) روایی این پرسش‌نامه در ایران را مورد تایید قرار داده‌اند. در پژوهش حاضر، همسانی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد.

۲۴۵
245

سال چهاردهم، شماره ۵۸، زمستان ۱۳۹۹
Vol. 14, No. 58, Winter 2021

1. Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
2. Baer, Hopkins, Krietemeyer & Toney

3. Post-Detoxification Craving Scale (PDCS)

۵-مقیاس خودکارآمدی عمومی^۱: این مقیاس توسط شرر^۲ و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است که شامل ۱۷ ماده می‌باشد. این مقیاس برای اندازه‌گیری خودکارآمدی که اختصاص به موفقیت خاصی از رفتار نداشته باشد طراحی شده است. این مقیاس انتظارات خودکارآمدی آزمودنی‌ها را در سه سطح میل به آغازگری رفتار، میل به تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت آن‌ها در رویارویی با موانع می‌سنجد. شرر و همکاران (۱۹۸۲) ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه را ۰/۸۲ گزارش نمودند. روش نمره‌گذاری پرسش‌نامه به این صورت است که هر سوال بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) تنظیم می‌شود، اما سوالات ۱، ۱۳، ۸، ۹، ۳ و ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس دارای حداکثر نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ می‌باشد. این مقیاس توسط اصغرنژاد، قطب‌الدینی، ولی‌الله و خدائپناهی (۱۳۸۵) در ایران اعتباریابی شده است و پایایی این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، همسانی درونی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر اغلب آزمودنی‌ها دارای سن ۳۵ تا ۴۵ سال بودند، به طوری که میانگین و انحراف استاندارد سنی آن‌ها به ترتیب برابر با ۳۷/۰۵ و ۲۰/۴۳ سال بود. از نظر سطح تحصیلات اغلب آزمودنی‌ها (۱۶۰ نفر: ۸۰ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۱۴ درصد (۲۸ نفر) فوق دیپلم و لیسانس، ۳ درصد (۶ نفر) در مقطع فوق لیسانس و دکتری و ۳ درصد (۶ نفر) فاقد تحصیلات خواندن و نوشتن بودند. از نظر جنسیت، فراوانی هر دو جنس برابر بود. از نظر وضعیت تاهل، ۴۰ درصد (۸۰ نفر) مجرد، ۲۹/۵ درصد (۵۹ نفر) متأهل، ۱۸/۶ درصد (۳۷ نفر) مطلقه، و ۶/۵ درصد (۱۳ نفر) ازدواج مجدد و ۵/۴ درصد (۱۱ نفر) بیوه بودند. از نظر درآمد ماهیانه، ۵۱ درصد (۱۰۲ نفر) کمتر از یک میلیون، ۱۶/۵ درصد (۳۳ نفر) دو تا سه میلیون، ۱۶/۵ درصد (۳۳ نفر) بیش از سه میلیون و ۱۶ درصد (۳۲ نفر) یک تا دو میلیون درآمد داشتند. از نظر تعداد فرزند، ۵۲ درصد (۱۰۴ نفر) بدون

1. General Self-Efficacy Scale (GSES)

2. Sherer

فرزند، ۲۳/۵ درصد (۴۷ نفر) دارای یک فرزند، ۱۷/۵ درصد (۳۵ نفر) دارای دو فرزند و ۷ درصد (۱۴ نفر) دارای سه و بیش از سه فرزند بودند.

از نظر مدت مصرف مواد، ۵۷ درصد (۱۱۴ نفر) دارای سابقه‌ی بیش از هشت سال مصرف، ۱۵ درصد (۳۰ نفر) دارای سابقه‌ی صفر تا دو سال، ۱۱/۵ درصد (۲۳ نفر) دارای سابقه‌ی شش تا هشت سال، ۹/۵ درصد (۱۹ نفر) دارای سابقه‌ی چهار تا شش سال و ۷ درصد (۱۴ نفر) دارای سابقه‌ی دو تا چهار سال مصرف بودند. از نظر مدت آخرین پاک‌ی، ۶۶ درصد (۱۳۲ نفر) دارای صفر تا دو ماه پاک‌ی، ۳۰/۵ درصد (۶۱ نفر) دارای دو تا چهار ماه پاک‌ی و ۳/۵ درصد (۷ نفر) دارای بیش از چهار ماه پاک‌ی بودند. از نظر تعداد دوره‌های عود، ۲۱/۵ درصد (۴۳ نفر) بدون عود، ۳۷/۵ درصد (۷۵ نفر) دارای یک تا دو بار عود، ۲۱/۵ درصد (۴۳ نفر) بیش از شش بار عود، ۱۱ درصد (۲۲ نفر) سه تا چهار بار عود و ۸/۵ درصد (۱۷ نفر) دارای پنج تا شش بار عود بودند. میانگین و انحراف استاندارد مدت عود در آزمودنی‌ها به ترتیب برابر با ۱۶/۸۳ و ۴۳/۳۳ بود. در ادامه، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل مقادیر کجی و کشیدگی، میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
عود مصرف	۶۳/۲۹	۳۷/۰۵	۰/۴۰	۰/۴۷-
ولع مصرف	۴۴/۰۶	۲۹/۷۲	۰/۲۰	۱/۲۴-
خودکارآمدی	۲۲/۶۱	۷/۴۱	۰/۲۶-	۰/۳۷-
ذهن آگاهی	۱۱۵/۳۳	۸/۰۱	۰/۱۷-	۰/۴۲
سلامت معنوی	۷۴/۷۱	۷/۰۸	۰/۴۹	۰/۸۲

با توجه به این که در پژوهش حاضر از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری برای تعیین روابط بین متغیرهای پژوهش استفاده شد، ماتریس همبستگی برای تایید همبستگی بین متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. عود مصرف	۱				
۲. ولع مصرف	**۰/۷۸	۱			
۳. خودکارآمدی	**۰/۵۲-	**۰/۶۹-	۱		
۴. ذهن‌آگاهی	**۰/۶۲-	**۰/۷۸-	**۰/۶۷	۱	
۵. سلامت معنوی	**۰/۲۴-	*۰/۱۴-	۰/۰۶-	*۰/۱۴	۱

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

با توجه به جدول ۲، عود مصرف با ولع مصرف ($r = 0.78$)، خودکارآمدی ($r = -0.52$)، ذهن‌آگاهی ($r = -0.62$) و سلامت معنوی ($r = -0.24$) رابطه‌ی معنی‌داری داشت ($p < 0.01$). ولع مصرف با خودکارآمدی ($r = -0.69$)، ذهن‌آگاهی ($r = -0.78$) و سلامت معنوی ($r = -0.14$) دارای رابطه‌ی معنی‌داری بود. در نهایت، خودکارآمدی با ذهن‌آگاهی رابطه‌ی معناداری داشت ($r = 0.67$) ($p < 0.01$).

مدل‌یابی معادلات ساختاری مستلزم تحقق پیش‌فرض‌هایی است که بر مناسب بودن استفاده از این روش آماری برای پژوهش صحت می‌گذارد. نخست، داده‌های پرت تک‌متغیری و چندمتغیری بررسی شدند و هیچ داده پرتی وجود نداشت. دوم، مفروضه بسندگی اندازه نمونه از طریق انتخاب حجم نمونه کافی (حداقل ۲۰۰ نفر) تایید شد. سوم، مهم‌ترین مفروضه یعنی هم‌خطی بودن، از طریق شاخص‌های مربوط به عامل واریانس (حداقل ۱/۸۳ و حداکثر ۴/۶۹) و شاخص پارامتر تحمل (حداقل ۰/۲۱ و حداکثر ۰/۵۵) محاسبه شد که نتایج نشان داد که آماره‌ها در دامنه بهنجار قرار داشتند. بنابراین، متغیرهای پیش‌بین از یکدیگر مستقل بودند و هم‌خطی بودن چندگانه اتفاق نیفتاده است. شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول ۳ نشان داده شده است. شاخص‌های نرم شده برازندگی^۱، برازش تطبیقی^۲، برازندگی فزاینده^۳ و نیکویی برازش^۴ هر قدر به یک نزدیک‌تر باشند یا بزرگتر از ۰/۹۰ باشند، مدل دارای برازش مطلوبی خواهد بود و ریشه میانگین مربعات باقی

1. normed fit index (NFI)
2. comparative fit index (CFI)

3. incremental fit index (IFI)
4. goodness-of-fit index (GFI)

خودکارآمدی با ولع مصرف مرتبط بود ($\beta = -0/27$). ولع مصرف به نوبه خود با عود مصرف ارتباط معناداری داشت ($\beta = 0/68$). بقیه مسیرها معنی‌دار نبودند که به صورت خطوط غیر ممتد نشان داده شده‌اند. در جدول ۴ ضرایب استاندارد شده مسیرهای مستقیم ارائه شده است.

جدول ۴: ضرایب مسیر اثرات مستقیم متغیرهای مدل و معنی‌داری پارامترهای برآورد شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	t	سطح معناداری
سلامت معنوی	عود مصرف	-0/19	-2/81	*0/005
ذهن‌آگاهی	عود مصرف	-0/09	-0/98	0/33
ولع مصرف	عود مصرف	0/68	7/46	**0/001
خودکارآمدی	عود مصرف	-0/04	-0/05	0/96
سلامت معنوی	ولع مصرف	-0/15	-2/58	*0/01
ذهن‌آگاهی	ولع مصرف	-0/62	-9/16	**0/001
خودکارآمدی	ولع مصرف	-0/27	-4/26	**0/001
سلامت معنوی	خودکارآمدی	-0/13	-1/91	0/06
ذهن‌آگاهی	خودکارآمدی	0/72	12/51	**0/001

* $p < 0/01$ ** $p < 0/001$

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، تمام متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آن‌ها به متغیر وابسته دارای مقدار t بزرگتر از $\pm 1/96$ است تاثیر معنی‌داری بر متغیر وابسته داشتند. با توجه به جدول ۴، می‌توان مشاهده کرد که مسیرهای مستقیم سلامت معنوی به عود مصرف ($\beta = -0/19$, $t = -2/81$)، ولع مصرف به عود ($\beta = 0/68$, $t = 7/46$)، سلامت معنوی به ولع مصرف ($\beta = -0/15$, $t = -2/58$)، ذهن‌آگاهی به ولع مصرف ($\beta = -0/62$, $t = -9/16$) و خودکارآمدی ($\beta = -0/27$, $t = -4/26$)، و خودکارآمدی به ولع مصرف ($\beta = 0/72$, $t = 12/51$) معنی‌دار بودند و سایر مسیرها غیر معنادار بودند.

جدول ۵ نتایج بررسی نقش میانجی‌گر ولع مصرف و خودکارآمدی در ارتباط متغیرهای سلامت معنوی و ذهن‌آگاهی با عود مصرف از طریق آزمون سوبل را نشان می‌دهد.

جدول ۵: اثر میانجی متغیرهای ولع مصرف و خودکارآمدی

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	t	سطح معناداری
سلامت معنوی	ولع مصرف	عود مصرف	-۰/۱۰	-۲/۴۴	* ۰/۰۰۷
ذهن آگاهی	ولع مصرف	عود مصرف	-۰/۴۲	-۵/۸۸	** ۰/۰۰۱
سلامت معنوی	خودکارآمدی	عود مصرف	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۰/۹۶
ذهن آگاهی	خودکارآمدی	عود مصرف	-۰/۰۰۲	-۰/۰۵	۰/۹۶
سلامت معنوی	خودکارآمدی	ولع مصرف	۰/۰۳	۱/۷۴	۰/۰۸
ذهن آگاهی	خودکارآمدی	ولع مصرف	-۰/۲۰	-۴/۰۳	** ۰/۰۰۱

* $p < 0.01$ ** $p < 0.001$

با توجه به جدول ۵، ذهن آگاهی و سلامت معنوی از طریق متغیر خودکارآمدی تاثیر غیر مستقیم معناداری بر عود مصرف نداشتند. همچنین، سلامت معنوی از طریق خودکارآمدی تاثیر غیر مستقیم معناداری بر ولع مصرف نداشت. از سوی دیگر، تاثیر غیر مستقیم سلامت معنوی بر عود مصرف از طریق ولع مصرف ($\beta = -0.10$, $p < 0.01$) و تاثیر غیر مستقیم ذهن آگاهی بر عود مصرف با میانجی گری ولع مصرف ($\beta = -0.42$, $p < 0.001$) معنی دار بود. علاوه بر این، اثر غیر مستقیم ذهن آگاهی بر ولع مصرف از طریق خودکارآمدی نیز معنی دار بود ($\beta = -0.20$, $p < 0.001$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مدل یابی روابط ساختاری عود مصرف مواد براساس سلامت معنوی و ذهن آگاهی با نقش میانجی ولع مصرف و خودکارآمدی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی اثر مستقیم و با میانجی گری ولع مصرف اثر غیر مستقیم بر عود مصرف داشت. این نتایج با یافته های نورمحمدی و همکاران (۲۰۱۶)؛ کاسکوتس و همکاران (۲۰۰۸)؛ آوانتس، مارگولین و واربارتون^۱ (۲۰۰۱)؛ واعظی و فلاحی خشکتاب (۱۳۹۶)؛ یآوری و همکاران (۱۳۹۴) و کشاورز و همکاران (۱۳۹۳) همسو است.

در تبیین این یافته ها می توان اظهار داشت که سلامت معنوی به عنوان یک عامل محافظ با ایجاد معنا و هدف در زندگی فرد، مانع هیجانات ناامیدکننده ای از جمله

افسردگی و ناکامی می‌شود که در مدل پیشگیری از عود مارلات به عنوان یک موقعیت پرخطر عود مصرف تلقی می‌شود. بسیاری از نظریه پردازان باورهای معنوی را به عنوان انگیزه مهم درمان در افراد وابسته به مواد می‌دانند. برخی مدل‌های بیماری روانی، اختلالات و به ویژه اعتیاد را یک اختلال معنوی در نظر می‌گیرند که باورهای وجودی و تعبیرات معنوی در آن نقش مهمی دارند و به وسیله فقدان معنا در زندگی فرد ایجاد می‌شود. خلاصاً وجودی در زندگی منجر به هیجانانامیدکننده و منفی مانند افسردگی، اضطراب و غیره در زندگی فرد می‌شود که ممکن است با رفتارهای اعتیادی برآورده شود. در همین راستا، ولف، کاتز و ناچسون^۱ (۱۹۹۵) در پژوهش خود معنای وجودی بالاتر و خلاصاً کمتر در افراد بهبودیافته نسبت به افراد وابسته به مواد را مشاهده کردند. نداشتن معنا و هدف در زندگی و احساس تهی بودن از طریق هیجانانامی که ایجاد می‌کند منجر به گرایش به اعمالی می‌شود که فراموشی و لذت آنی ایجاد کند. به این ترتیب، داشتن امید و هدف در زندگی را می‌توان پایه‌ای محکم در پیشگیری از عود اعتیاد دانست.

نتایج تحلیل معادله ساختاری نیز نشان داد که سلامت معنوی با میانجی‌گری ولع مصرف اثر غیر مستقیم بر عود مصرف داشت. به عبارت دیگر، افراد وابسته به موادی که از نظر سلامت معنوی نمره پایین‌تری دریافت کردند، وسوسه بیشتری تجربه می‌کنند و در معرض بازگشت به مصرف مجدد مواد هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که سلامت معنوی با ایجاد احساس هدفمندی و معنا، احساس آرامش، توازن و حس انسجام در فرد وابسته به مواد مانع ایجاد احساس پوچی، بیهودگی و خلاصاً می‌شود. افراد وابسته به مواد، به ویژه افرادی که بعد از ترک خود چندین بار لغزش داشته‌اند، در معرض ناامیدی، افسردگی و ناکامی هستند که این هیجانانامی به نوبه خود منجر به افزایش وسوسه و آسیب‌پذیری بالاتر در برابر عود مصرف مواد می‌گردند. بنابراین، باورهای معنوی و مذهبی با اتکا به قدرت برتر، به عنوان یک عامل محافظ در برابر هیجانانامی و ناامیدکننده مانع عود مصرف مواد می‌گردند. به عبارت دیگر، افراد با باورهای معنوی و

مذهبی بالاتر، و سوسه کمتری را تجربه می‌کنند و کمتر در معرض عود مصرف قرار می‌گیرند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که سلامت معنوی از طریق خودکارآمدی تاثیر غیر مستقیمی بر عود مصرف مواد نداشت. این نتیجه با پژوهش‌های بلوما (۲۰۱۸) و ماسون و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. در تبیین احتمالی این یافته می‌توان گفت، اگرچه بسیاری از مطالعات ناهمخوان با این یافته از جمله چابک و همکاران (۲۰۱۶)؛ حسن‌شاهی و همکاران (۲۰۱۵) و واعظی و خشک‌ناب (۱۳۹۶) نشان داده‌اند که اعتقادات معنوی به افراد کمک کرده است تا بر دشواری‌های زندگی غلبه کنند و بر این اساس، احساس بهزیستی معنوی می‌تواند منجر به کنار آمدن با مشکلات و افزایش احساس کنترل و تسلط بر آن‌ها گردد، این پژوهش‌ها اغلب روش مداخله معنوی را در بررسی اثربخشی آن بر خودکارآمدی بکار بردند. علاوه بر این، در اغلب این پژوهش‌ها خودکارآمدی اختصاصی پرهیز از مصرف به جای خودکارآمدی عمومی مورد سنجش قرار گرفته است. بنابراین، سلامت معنوی ممکن است بر عود مصرف مواد به صورت غیر مستقیم با افزایش احساس کنترل و توانایی غلبه بر برانگیزاننده‌های موقعیتی مصرف مواد موثر باشد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بین ذهن‌آگاهی و عود مصرف مواد رابطه مستقیم معنادار وجود ندارد. این نتیجه با پژوهش فیلیپ^۱ (۲۰۱۰) همسو است. نتایج این پژوهش نشان داده است که بین ذهن‌آگاهی با رفتار مصرف مواد و پرهیز از مصرف مواد رابطه معنادار وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت به نظر می‌رسد که ذهن‌آگاهی برای تاثیرگذاری بر پرهیز از مصرف مجدد مواد نیازمند مکمل‌هایی است و از طریق متغیرهای میانجی مانند کاهش ولع مصرف و عاطفه منفی اثرگذار می‌باشد. در همین راستا، در اغلب مطالعات (نظیر بوون و انکما^۲، ۲۰۱۴؛ بوون، ویتکوویتز، چاوالا و گرو^۳، ۲۰۱۱؛ قربان‌زاده و لطفی، ۱۳۹۷)، تاثیر ذهن‌آگاهی بر عود مصرف مواد از طریق متغیرهای میانجی مانند کاهش ولع مصرف، عاطفه منفی و استرس ادراک‌شده و افزایش تاب‌آوری

و خودکارآمدی موثر بوده است. بنابراین، به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی برای تاثیر بر عود مصرف نیازمند مداخلات درمانی و جلسات آموزشی مانند پروتکل درمانی پیشگیری از عود مصرف مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تاکید بر آموزش شناسایی برانگیزاننده‌های عود مصرف و عدم واکنش به آن‌ها می‌باشد.

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد که ذهن‌آگاهی تنها از طریق متغیر میانجی ولع مصرف بر عود مصرف مواد موثر بود و تاثیر غیر مستقیم آن با میانجی‌گری خودکارآمدی عمومی معنادار نبود. این نتایج با یافته‌های مطالعات پریدی و همکاران (۲۰۱۸)؛ بکر و گارلند (۲۰۱۸)؛ گارلند و همکاران (۲۰۱۴)؛ ویتکوویتز و همکاران (۲۰۱۳)؛ کیانی و همکاران (۱۳۹۱) و دبაცი، اصغرنژادفرید، عاطف وحید و بوالهروی (۱۳۸۶) همسو است. در تبیین احتمالی تاثیر ذهن‌آگاهی بر عود مصرف از طریق کاهش وسوسه می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی به عنوان یک عامل محافظت‌کننده در برابر عود مصرف گرایش ذاتی به نشان دادن ویژگی‌های ذهن‌آگاه در زندگی روزمره دارد. ذهن‌آگاهی شامل جنبه‌های مختلف خودتنظیمی از جمله پذیرش، عدم واکنش به افکار و احساسات تنش‌زا و آگاهی از احساسات و برداشت‌های درونی و بیرونی است (بائر و همکاران، ۲۰۰۶؛ براون، رایان و کرزول^۱، ۲۰۰۷). این ویژگی را که به طور معمول در افراد سالم وجود دارد می‌توان با تمرین و از طریق مداخلات افزایش داد. ذهن‌آگاهی از طریق کاهش هیجان‌های منفی مانند افسردگی و افزایش پاسخ به پاداش‌های طبیعی، عامل محافظ در برابر ولع و اشتیاق مصرف می‌باشد (گارلند و همکاران، ۲۰۱۲). سطح ذهن‌آگاهی پایین با خلق افسرده و ولع مصرف مرتبط است (پیرسون، برون، براو و ویتکوویتز^۲، ۲۰۱۵؛ پاول، استانتون، گریسون، اسماسکی و ونگ^۳، ۲۰۱۳). همچنین، در پژوهش گارلند و همکاران (۲۰۱۴) در حیطه سوء مصرف مواد افیونی، افراد با سطوح ذهن‌آگاهی پایین برای خوددرمانی افسردگی و هیجان‌های منفی به مصرف بیشتر مواد گرایش دارند.

علی‌رغم تاثیر مستقیم ذهن آگاهی بر خودکارآمدی، در پژوهش حاضر اثر غیر مستقیم ذهن آگاهی بر عود مصرف از طریق خودکارآمدی معنادار نبود. اگرچه ذهن آگاهی با افزایش ظرفیت توجه فرد به تجربیات مثبت و کاهش هیجانات منفی با پذیرش و عدم واکنش نسبت به هیجانات احساس خودکارآمدی کلی فرد را در باور به توانایی‌های خود تقویت می‌کند، اما خودکارآمدی عمومی در پژوهش حاضر تاثیر معناداری بر عود مصرف نداشت. از دلایل احتمالی این امر همان‌طور که قبلاً ذکر شد، سنجش خودکارآمدی عمومی به جای خودکارآمدی اختصاصی پرهیز از مصرف مواد در پژوهش حاضر بود. در برخی مطالعات فرض بر این است که خودکارآمدی اختصاصی بالا در موقعیت‌های پرخطر بهتر از خودکارآمدی کلی پیش‌بینی‌کننده پرهیز از مصرف مواد خواهد بود (دولان، مارتین و روسنوو، ۲۰۰۸). در این رابطه، دولان و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که خودکارآمدی بالای بیماران در موقعیت‌های پرخطر مصرف کوکائین بیشتر از خودکارآمدی کلی با نتایج درمانی همبسته بود. بنابراین، خودکارآمدی برای موقعیت‌های اختصاصی و سوسه مصرف (همچون هیجانات منفی، و سوسه‌های درونی و موقعیت‌های بین‌فردی) برای برنامه‌ریزی درمان بهتر خواهد بود و از طریق هدف قرار دادن موقعیت‌های اختصاصی می‌توان نتایج مطلوب‌تری به دست آورد (دولان و همکاران، ۲۰۰۸). بنابراین، پژوهش‌های بیشتری برای سنجش تاثیر ذهن آگاهی بر عود مصرف از طریق خودکارآمدی عمومی و اختصاصی پرهیز از مصرف ضروری است.

در مجموع، عود مصرف مواد پس از ترک پدیده پیچیده‌ای است که عوامل مختلف شناختی، عاطفی و رفتاری در آن دخیلند. همچنین، مطابق با الگوی پیشگیری از عود مارلات که مبنای نظری پژوهش حاضر بود، زمانی که فرد یک موقعیت پرخطر (مانند مواجهه با نشانه‌های برانگیزاننده مصرف، فشار اجتماعی برای مصرف، حالت هیجانی منفی) را تجربه می‌کند، در صورت وجود و سوسه و اشتیاق بالا و احساس خودکارآمدی پایین در مواجهه با موقعیت‌های پرخطر، احتمال عود مصرف مواد بیشتر خواهد شد. بر اساس مدل شناختی، زمانی که افراد با برانگیزاننده‌های خاص مانند حالت‌های هیجانی

درونی (خستگی و خشم)، حالت‌های جسمانی (علائم ترک و درد) و یا موقعیت‌های بیرونی (مکان‌ها یا موقعیت‌های مرتبط با عود مصرف) مواجه می‌شوند، بیشتر احتمال دارد که به مصرف مواد پردازند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی و ذهن‌آگاهی به عنوان عوامل محافظ در برابر عود مصرف مواد محسوب می‌شوند و فرد وابسته به مواد را از موقعیت‌های پرخطر و سوسه مانند عواطف منفی (افسردگی، ناکامی، اضطراب) و برانگیزاننده‌های موقعیتی و سوسه حفظ می‌کند. سلامت معنوی با ایجاد معنا و هدفمندی در زندگی و رهایی از احساس پوچی و بیهودگی در فرد وابسته به مواد موجب احساس آرامش، توازن، شادکامی، امیدواری و احساس بهزیستی روانی می‌شود. این عواطف مثبت به عنوان محافظی در برابر هیجانات منفی عمل می‌کند و در نتیجه فرد وابسته به مواد تحت درمان و سوسه کمتری را تجربه می‌کند و با قرار گرفتن در موقعیت‌های پرخطر، به نشانه‌های برانگیزاننده موقعیتی کمتر واکنش نشان می‌دهند. علاوه بر این، افراد دارای ذهن‌آگاهی بالا، با مشاهده و پذیرش هیجانات به تجربیات منفی موقعیتی (مانند برانگیزاننده‌های موقعیتی و سوسه) یا عواطف منفی (برانگیزاننده‌های درونی و سوسه مانند افسردگی) کمتر واکنش نشان داده و از ظرفیت بیشتری برای توجه به تجربیات و هیجانات مثبت برخوردارند. ذهن‌آگاهی از طریق عملکرد آگاهانه به جای واکنش خودکار در برابر تجارب و موقعیت‌های برانگیزاننده مصرف، فرد را در برابر موقعیت‌های پرخطر ایمن می‌کند و به نوبه خود احساس خودکارآمدی (احساس کنترل و تسلط) را در این افراد تقویت می‌کند.

این تحقیق محدودیت‌هایی داشت. از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از پرسش‌نامه به عنوان تنها ابزار مورد استفاده در این تحقیق بود که ممکن است باعث سوگیری پاسخ در شرکت‌کنندگان شود. بر این اساس، کاربرد ابزارهای مستقیم نظیر مصاحبه و مشاهده بالینی پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این، اگرچه پژوهش حاضر بر روی هر دو جنس مردان و زنان اجرا شد، اما به دلیل محدودیت دسترسی به نمونه کافی، امکان ترسیم و مقایسه دو مدل بر مبنای جنسیت فراهم نشد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه بر روی هر دو جنس با حجم نمونه بیشتر صورت گیرد و نتایج آن

مقایسه شود. با توجه به نقش مهم ولع مصرف به عنوان عامل پیش‌بین عود مصرف در پژوهش حاضر، توصیه می‌شود متخصصان حوزه اعتیاد در کمپ‌ها، کاهش و سوسه در افراد وابسته به مواد تحت درمان را به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه‌های آموزشی و پیشگیری از بازگشت تنظیم کنند. شناسایی افراد وابسته به مواد مستعد عود مصرف و انجام تمرینات ذهن آگاهی و مداخلات معنویت‌محور برای کاهش ولع مصرف و افزایش سلامت معنوی می‌تواند در پیشگیری از عود مصرف مفید باشد.

تشکر و قدردانی

محققان این طرح بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در مطالعه، کارکنان و ریاست محترم مراکز اقامتی خانه دوست یاران و بهبودگستران همگام صمیمانه قدردانی نمایند.

نابیده اخلاقی

این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علامه طباطبائی با شناسه (IR.ATU.REC.1399.004) تایید شده است. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین، همه شرکت‌کنندگان در جریان روند پژوهش بودند و اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

منابع

- احمدوند، زهرا؛ حیدری‌نسب، لیلا و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی روان‌شناختی براساس مولفه‌های ذهن آگاهی. *مجله روان‌شناسی سلامت*، ۲(۱)، ۶۹-۶۰.
- اصغرنژاد، طاهره؛ احمدی ده‌قطب‌الدینی، محمد؛ ولی‌الله، فرزاد و خدائپناهی، محمدکریم (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر. *مجله روان‌شناسی*، ۳(۱۰)، ۲۶۲-۲۷۴.
- دباغی، پرویز؛ اصغرنژادفرید، علی‌اصغر؛ عاطف‌وحید، محمدکاظم و بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال‌سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۴(۱۳)، ۳۶۶-۳۷۵.

صالحی فدری، جواد؛ بر عرفان، زرین و امین یزدی، سیدامیر (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه به مواد و بهبود شاخص‌های درمانی معتادان تحت درمان سم‌زدایی. *مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱(۲)، ۵۶-۲۹.

فراهانی‌نیا، مرحمت؛ عباسی، مژگان؛ گیوری، اعظم و حقانی، حمید (۱۳۸۴). سلامت معنوی دانشجویان پرستاری و دیدگاه‌های آن‌ها در مورد معنویت و مراقبت معنوی از بیماران. *فصلنامه پرستاری ایران*، ۱۸(۴۴)، ۱۷-۴.

قاسمی‌جوبنه، رضا؛ زهراکار، کیانوش؛ همدی، میثم و کریمی، کامبیز (۱۳۹۵). نقش سلامت معنوی و ذهن‌آگاهی بر سرمایه روان‌شناختی دانشجویان. *مجله پژوهش در آموزش علوم پزشکی*، ۸(۲)، ۲۷-۳۵.

قربان‌زاده، بهروز و لطفی، مریم (۱۳۹۷). تاثیر ذهن‌آگاهی و فعالیت بدنی بر ویژگی‌های رفتاری و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد *مجله مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، ۲۴(۷)، ۱۹۲-۱۷۱.

کشاورز، محبوبه؛ قمرانی، امیر؛ باقریان، مرضیه و رضایی‌امیر، موسی (۱۳۹۳). نقش پیش‌بین جهت‌گیری معنوی معتادان و بار روانی خانواده‌های آن‌ها در ماندگاری درمان اعتیاد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱)، ۱۵۳-۱۴۴.

کیانی، احمدرضا؛ قاسمی، نظام‌الدین و پورعباس، علی (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن‌آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف‌کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۶(۲۴)، ۴۷-۳۷.

نیکخواه، حسین (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی تکنیک‌های هوشیاری فراگیر انفصالی و توجه برگردانی در کاهش وسوسه مصرف مواد در بیماران وابسته به مواد مخدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه فردوسی مشهد.

واعظی، کبری و فلاحی خشک‌ناب، مسعود (۱۳۹۶). مقابله معنوی معتادان بهبودیافته در برابر میل به مصرف مجدد مواد مخدر. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۶(۴)، ۴۶۰-۴۴۹.

یاوری، سمیرا؛ قاسم‌آبادی، ربابه و حسن‌آبادی، حمیدرضا (۱۳۹۴). مدل‌یابی ساختاری مصرف مواد در دانشجویان: نقش فعالیت مذهبی، الگوگیری اجتماعی، بهزیستی معنوی و نگرش به مواد. *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۹(۲)، ۱۲-۱.

References

American Health and Human Services Agency. (2014). *The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

- Avants, S. K., & Margolin, A. (2004). Development of Spiritual Self-Schema (3-S) therapy for the treatment of addictive and HIV risk behavior: a convergence of cognitive and Buddhist psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(3), 253-289.
- Avants, S. K., Warburton, L. A., & Margolin, A. H. (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 39-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Journal of Assessment*, 13(1), 27-45.
- Baker, A. K., & Garland, E. L. (2018). Autonomic and affective mediators of the relationship between mindfulness and opioid craving among chronic pain patients. *Journal of Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 27(1), 55-63.
- Bandura, A., & Locke, E. A. (2003). Negative self-efficacy and goal revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-97.
- Bandura, A. A. (1999). Sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Journal of Social Psychology*, 2(1), 21-41.
- Black, D. S., Sussman, S., Johnson, C. A., & Milam, J. (2012). Trait Mindfulness Helps Shield Decision-Making From Translating Into Health-Risk Behavior. *Journal of Adolescent Health*, 51(6), 588-592.
- Bluma, L. (2018). The role of spirituality in alcohol abstinence self-efficacy amongst alcoholics anonymous members. *Journal of Drugs and Alcohol Today*, 18(2), 1745-9265.
- Bowen, S., & Enkema, M. C. (2014). Relationship between dispositional mindfulness and substance use; Findings from a clinical sample. *Journal of Addictive Behaviors*, 39(3), 532-537.
- Bowen, S., Chawala, N., & Marlatt, G. (2012). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*. London, Guilford Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Chawla, N., & Grow, J. (2011). Integrating mindfulness meditation and Cognitive behavioral traditions for the long-term treatment of addictive behaviors. *Journal of Science Communication*, 18(10), 473-479.
- Bramm, S. M., Cohn, A. M., & Hagman, B. T. (2013). Can Preoccupation with alcohol over-ride the protective properties of mindful awareness on problematic drinking? *Journal of Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 19-27.
- Breese, G. R., Sinha, R., & Heilig, M. (2011). Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Journal of Pharmacology & Therapeutics*, 129(2), 149-171.
- Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J. T., Marlatt, G. A., & Potenza, M. N. (2010). Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and

- substance use disorders: what can we learn from the brain? *Journal of Addiction*, 105(10), 1698-1706.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Journal of Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Chabok, M., Kashaninia, Z., & Haghani, H. (2016). The Relationship Between Spiritual Health and General Self-Efficacy in the Iranian Elderly. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 3(2), 125-132.
- De Dios, M. A., Herman, D. S., Britton, W. B., Hagerty, C. E., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2012). Motivational and mindfulness intervention for young adult female marijuana users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 56-64.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Funk, R. (2003). An Experimental Evaluation of Recovery Management Checkups (RMC) for People with Chronic Substance Abuse Disorder, *Evaluation and Program Planning*, 26(3), 339-359.
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self efficacy For cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5), 75-88.
- Ekhtiari, H., Alam-Mehrjerdi, Z., Hassani-Abharian, P., Nouri, M., Farnam, R., & Mokri, A. (2010). Examination and Evaluation of Craving-Inductive Verbal Cues among Persian-Speaking Methamphetamine Abusers. *Advances in Cognitive Sciences*, 12(2), 69-82.
- Fadardi, J. S., Ziaee, S. S., & Barerfan, Z. (2008). *The Persian Post-Detoxification Craving and Temptation Scale*. Unpublished Manual, Mashhad.
- Galacgac, N. B., & Caridad, H. M. (2019). Dispositional Mindfulness and Relapse Vulnerability as Mediated by Self-Efficacy Among Persons in Recovery From Substance Use Disorders (SUDs). *Psychological Association of the Philippines*, 52(1), 158-208.
- Garcia, S. D., Babarro, J. M., & Romero, M. (2017). Spiritus contra Spiritum: Including Spirituality in Addiction Treatments for Recovery, a Systematic Review. *Universal Journal of Psychology*, 5(2), 66-68
- Garland, E. L., Boettiger, C. A., Gaylord, S., Chanon, V. W., & Howard, M. O. (2012). Mindfulness is inversely associated with alcohol attentional bias among recovering alcohol-dependent adults. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 441- 450.
- Garland, E. L., Hanley, A. W., Thomas, E. A., Knoll, P., & Ferraro, J. (2014). Low dispositional mindfulness predicts self-medication of negative emotion with prescription opioids. *Journal of Addiction Medicine*, 9(1), 61-67.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Compton, W. (2006). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use

- Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807-816.
- Griffiths, M. (2007). *Teaching yoga in addiction recovery: A social work perspective*. Graduate Degree of Master of Science in psychology. University of Melbourne, Australia
- Hao, S. Q., Zhao, M., Zhang, R. W., Zhang, J. C., Zhang, J., & Feng, X. S. (2013). The effectiveness comparison of Jitai tablets versus methadone in community-based drug treatment: A 1-Year Follow-up Study, *Addiction Behaviors*, 38(10), 2596-2600.
- Hasanshahi, M., Mazaheri, M., & Baghbanian, A. (2018). Relationship Between Spiritual Health, Hopelessness, and Self-efficacy in Medical Sciences Students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(2), 1-5.
- Hormes, J., & Rozin, P. (2010). Does “Craving” carve nature at the Joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addiction Behavior*, 35(5), 45-63.
- Hser, Y. I., Evans, E., Grella, C., Ling, W., & Anglin, D. (2015). Long-term course of opioid addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 76-89.
- Kaskutas, L. A., Turk, N., Bond, J., & Weisner, C. (2003). The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 1-16.
- Kaufman, M. (2001). Brain imaging in substance abuse, research. *Clinical and Forensic Applications*, 22 (6), 12-30.
- Kiamarsi, A., & Abolghasemi, A. (2014). The Relationship of Procrastination and Self-efficacy with Psychological Vulnerability in Students. *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 114(1), 858-862.
- Kline, R.B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. NY.
- Kober, K. (2014). *Emotion regulation in Substance Use Disorders*. In: J.J. Gross (Editor), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.) (pp. 428-446). New York, NY: Guilford.
- Lev, S., & Koslowsky, M. (2009). Moderating the collective and self-efficacy relationship. *Journal of Educational Administration*, 47(4), 452-462.
- Mason, S. J., Deane, F. P., Kelly, P., & Crowe, T. P. (2009). Do spirituality and religiosity help in the management of cravings in substance abuse treatment? *Journal of Substance Use and Misuse*, 44(13), 1926-1940.
- Mckim, R. D. (2008). Rumination as a Mediator of the Effects of Mindfulness: Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) with a Heterogeneous Community Sample Experiencing Anxiety, Depression, and/or Chronic Pain. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(11), 73-76.

- Mishalak, J., Berg, J., & Hidenrick, T. (2012). Don't Forget your body: Mindfulness, Embodiment and treatment of depression. *Journal of Mindfulness*, 3(3), 190-199.
- Mutasa, H. C. (2001). Risk factors associated with noncompliance with methadone substitution therapy (MST) and relapse among chronic opiate users in an outer London community. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 97-107.
- Noormohammadi, M. H., Nikfarjam, M., Deris, F., & Parvin, N. (2016). Spiritual Well-Being and Associated Factors with Relapse in Opioid Addicts. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(3), 7-10.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-Being and the Quality of Life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* (pp. 224-236). New York: John Wiley & Sons.
- Paul, N. A., Stanton, S. J., Greeson, J. M., Smoski, M. J., & Wang, L. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 56-64.
- Pearson, M. R., Brown, D. B., Bravo, A. J., & Witkiewitz, K. (2015). Staying in the moment and finding purpose: Associations of trait mindfulness, decentering, and purpose in life with depressive symptoms, anxiety symptoms, and alcohol-related problems. *Journal of Mindfulness*, 6(5), 645-653.
- Philip, A. C. (2010). *More than meditation: the role of dis-positional mindfulness in alcohol and marijuana-related problems*. Unpublished Doctoral Dissertation, Auburn University, Auburn.
- Priddy, S., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Platt, K. A., Garland, E. L., & Baker, A. K. (2018). Dispositional mindfulness and prescription opioid misuse among chronic pain patients: Craving and attention to positive information as mediating mechanisms. *Drug and Alcohol Dependence*, 188(1), 86-93.
- Rahaman, M., Hamadani, J., Mustafa, K., & Shariful Islam, M. (2016). Psycho-social factors associated with relapse to drug addiction in Bangladesh. *Journal of Substance Use*, 21(6), 1-4.
- Sharg, A., Shakibi, A., Neisari, R., & Aliloo, L. (2011). Survey of factors related to the relapse of addiction from view of addict patients attending to drug abuse treatment clinics in west Azerbaijan. *Journal of Urmia University of Medical Sciences*, 22(2), 129-136.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-671.

- Skinner, M., & Aubin, H. J. (2010). Craving's Place in addiction theory: Contributions of the major models, *Journal of Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(4), 606-623.
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362-374.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, A.G. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems. *Journal of American Psychologist*, 59(4), 879-890.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(10), 1563-1571.
- Wolf, Y., Katz, S., & Nachson, I. (1995). Meaning of life as perceived by drug-abusing people. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 39(1), 121-137.
- Wright, F. D., Beck, A. T., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Research Monograph*, 137, 123-146
- Zamani, N., Ahmadi, V., Moghanloo, V., & Mirshekar, S. (2014). Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods: Dialectical Behavioral Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder who are Showing a Tendency to Suicide. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 22(5), 45-54.
- Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z., & Goolkasian, P. (2012). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Journal of Consciousness and Cognition*, 19(2), 597-605.
- Ziaaddini, H., Ziaaddini, T., & Nakhaee, N. (2013). Pattern and trend of substance abuse in eastern rural iran: a household survey in a rural community, *Journal of Addiction*, 24(1), 297-378.

