

اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنى 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^۳، زادگان^۳

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

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنى 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، ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. شرکت کنندگان 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 جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت مداخله پیشگیری از عود مبتنى 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 مبتنى بر ذهن آگاهی بر کاهش ولع مصرف و پردازش هیجانی تاثیر معنی دار 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 مبتنى 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 مبتنى 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 سوءصرف مواد که از تعامل محیطی و ژنتیکی مانند وضعیت نامطلوب روانی-اجتماعی و ناهنجاری‌های تحولی ناشی می‌شود (ایسمان^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، مالهوترا، تاکور و ساروار^۲؛ کیان ارشی، عباس‌پور و اصلانی^۳، ۱۴۰۱). اعتیاد یک عادت آموخته‌شده با مؤلفه‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی است که فرد را به سمت وابستگی سوق می‌دهد (اوژیلوی و کارسون^۴، ۲۰۲۲). در عصر حاضر اختلالات سوءصرف 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، کلندرن و رستمی^۵، 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^۶، ۲۰۱۸). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۷، ایران بالاترین میزان مصرف کننده تریاک در جهان را دارد و مصرف تریاک در ایران سه برابر میانگین جهانی است (سروش، نعمت‌شاهی، زرمهه‌ی، نخعی و مهرپور^۸، ۲۰۱۹). نتایج مطالعه مردایان آذر و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که شیوع مصرف مواد در جمعیت ایرانی ۱۱/۹ درصد است.

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

1. Eiseman

3. Ogilvie& Carson

2. Kotwal, Kumar, Malhotra, Thakur
& Sarwar4 .World Health Organization
(WHO)

(رضائی، قربانپور لفمجانی، 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 (کابیسا، بیراسیاز، 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 (sapkota^۲، ۲۰۱۹؛ Maehira^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). تحقیقات در زمینه فرآیند عود فاکتورهای خطر زیادی را نشان می‌دهد که یکی از این عوامل، ولع مصرف^۴ می‌باشد (اکاندahl 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 تجربه شده قبلی از یک داروی روانگردن ا 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 سوء مصرف مواد مانند الکل (چنگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۲)، کوکائین (نیکولاوس، روسل، شاهام و ایکوموتو^۹، ۲۰۲۱)، هروئین (کوپولا، ساچیتو و موندلا^{۱۰}، ۲۰۱۹) یا قمار (کورنیل، روتن، دی‌تیماری و بیلیوکس^{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 | 7. Young & Wohl |
| 2. Sapkota | 8. Cheng |
| 3. Maehira | 9. Nicolas, Russell, Shaham & Ikemoto |
| 4. drug craving | 10. Coppola, Sacchetto & Mondola |
| 5. Ekendahl & Karlsson | 11. Cornil, Rothen, De Timary, Billieux |
| 6. Gay | |

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 پارسانژاد، ۱۴۰۱). از سوی دیگر افراد دارای سوءصرف مواد به دلیل اینکه شناخت درستی از عواطف و هیجانات خود ندارند، قادر توانایی اتخاذ تصمیمات و رفتارهای درست، منطقی و مبتنی بر واقعیت هستند (اژه‌ای، غلامعلی لوسانی 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 مواجه 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 رمضانی، ۱۳۹۰). در مجموع، یکی از مشکلات اصلی افراد سوءصرف‌کننده 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 سولویچ^۲، ۲۰۱۸). پردازش هیجان، فرایندی است که به وسیله آن آشفتگی‌های هیجانی رو به زوال می‌رond تا رفتار و تجربه‌های دیگر در افراد بدون مانع پیش رود و افزایش یابد (هیمچی، هاشیرو و میاکه^۳، ۲۰۱۸). به نظر راچمن^۴ (۱۹۸۰) به نقل از اسکریتز 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 سوءصرف مواد شود. پارکر، تیلور، ایستابر و ک، 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

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

آثار و نتایج منفی و مخرب صرف مواد سبب شده تا افراد سوءصرف‌کننده مواد، خانواده‌های آن‌ها و مسئولان جامعه اقدامات لازم را جهت پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت انجام دهنند 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 سوءصرف مواد و پیشگیری از عود، ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند (قربانی، صفاری‌نیا، زارع و علیپور، ۱۳۹۷). ویتکویتز، 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 صرف 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 شناخت درمانی 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 غیرقضاؤی و مراجع محور به منظور آماج قراردادن عوامل خطر اصلی و پیشگیری از عود، در خود ادغام کرده است (بوئن، چاولا و ویتکویوتز^۵، ۲۰۱۴). روش ذهن‌آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند حضور در لحظه، حساسیت‌زدایی، مشاهده‌گری بدون قضاؤت، 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 (اسکلهز، استافین، پالفای و جانگ^۱، ۲۰۱۶؛ گرو، کالینز، هاروپ و مارلات^۲، 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 پیشگیری 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 مصرف کنندگان شیشه موثر است. در مطالعه‌ای دیگر زمستانی، بابامیری و سپیانی (۱۳۹۵) دریافتند که نمرات ولع مصرف و شدت علائم افسردگی و اضطراب معتادان 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 نارسانی شناختی، پردازش هیجانی و کاهش اضطراب است.

با توجه به نقص در پردازش و مدیریت هیجانات در افراد دارای اختلال سوء‌صرف 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 معتادین 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 سوء‌صرف مواد مخدر این نیاز احساس می‌شد که مطالعه‌ای کاربردی اثربخشی این درمان را بررسی و به

متخصصان این حوزه عرضه نماید. از این رو پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر لع 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 درنظر 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 حداقل ۴۵ سال، حداقل سطح تحصیلات سیکل، نوع ماده مصرفی هروئین، 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، دیرنفوث، 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 علیزاده 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 شبکه‌های 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= بین نهایت) 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

مرحله‌ای از آموزش انصراف دهنده، نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی منتشر می‌شوند و رضایت‌نامه کتبی از شرکت کنندگان گرفته شد. پرسشنامه‌ها ابتدا توسط هر دو گروه تکمیل شد و سپس برای گروه آزمایشی، مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی (باون و همکاران، ۲۰۱۰) به استناد به پژوهش ماردبور، 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 به عنوان پس‌آزمون بلافاراصله و پیشگیری 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 ذهن‌آگاهی

جلسات	هدف	محتو雅	تکلیف
۸۲	اول	معارفه و هدایت خودکار و عود	خوش آمد گویی به بیماران، معرفی اعضاء، گرفتن تعهد از بیماران، معرفی این اختلال و معرفی درمان.
۸۳	دوم	آگاهی از حرکاتی برانگیزان و ولع مصرف	تمرین اصول ذهن‌آگاهی 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.
شل شناخت‌دهنگاری پژوهش شماره ۱۴، Vol. 16, No. 65, Autumn 2022	سوم	ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره	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.
[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2025-07-12]	[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.75]		تمرین تمرکز حواس در مواقعي همچون توقف پشت چراغ راهنمایی، شنیدن صدای زنگ تلفن و

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

جلسات	هدف	محظوظ	تکلیف
پنجم	پذیرش و عمل کردن ماهرانه	فعالیت‌هایی از قبیل مراقبه در حالت نشسته، نقد و بررسی تمرینات، تنفس‌های فضایی کوتاه و مخصوص، 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.	نشستن و خوردن یک فنجان چای یا قهوه و ...
ششم	دیدن افکار به عنوان افکار	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 انگیزاندهای عود.	نفس فضایی با تمرکز بر افکار
هفتم	توافقی و سبک زندگی	نکات و پیشنهاداتی برای برخورد با عوامل مضر در زندگی، تکنیک‌های مقابله‌ای، بررسی تمرین مجدد مراقبه نشسته تمرینات گذشته و جلسه قبل.	تمرين مجدد مراقبه نشسته تمرين وارسی بدن، مرور تمرین، روش‌های گسترش شبکه حمایتی و موانع درخواست تمرين‌های مستمر 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 پیش آزمون، پس آزمون 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	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار
							آزمایش
							فرونشانی
۸۵	کنترل	۱۱/۲۶	۱/۰۳	۱۱/۷۳	۰/۸۸	۱۱/۲۶	۱/۲۵
۸۵	آزمایش	۹/۲۶	۱/۵۷	۸/۷۳	۱/۱۸	۱۲/۴۰	۱/۱۸
							عدم تنظیم هیجان
۱۴۱	کنترل	۱۱/۶۰	۱/۰۶	۱۱/۵۳	۱/۲۲	۱۱/۹۳	۱/۰۵
۱۴۱	آزمایش	۷/۰۶	۱/۵۳	۶/۷۳	۱/۴۹	۸/۶۶	۱/۶۲
							عدم تجربه‌ی
۱۴۱	کنترل	۹/۱۲	۱/۴۷	۸/۸۰	۱/۳۵	۹/۱۳	۱/۶۴
۱۴۱	آزمایش	۹/۸۰	۱/۴۰	۹/۶۰	۱/۲۴	۱۲/۵۲	۱/۵۲
							عدم پردازش
۱۴۱	کنترل	۱۱/۷۳	۱/۴۵	۱۱/۸۶	۱/۸۲۰	۱۲/۲۰	۱/۴۸
۱۴۱	آزمایش	۸/۲۰	۲/۵۸	۷/۴۰	۲/۳۵	۱۲/۶۰	۳/۵۰
							اجتناب
۱۴۱	کنترل	۱۱/۹۳	۲/۲۸	۱۱/۹۳	۲/۵۰	۱۲/۵۳	۲/۷۱
۱۴۱	آزمایش	۴۳/۸۶	۶/۵۵	۴۲/۴۶	۴/۷۰	۵۷/۲۰	۷/۹۳
							پردازش هیجانی
۱۴۱	کنترل	۵۵/۸۷	۴/۵۶	۵۵/۸۶	۵/۰۰	۵۷/۰۶	۵/۴۲
۱۴۱	آزمایش	۱۳/۴۶	۲/۲۹	۱۳/۶۰	۳/۸۶	۱۹/۶۶	۲/۲۹
							(کل)
۱۴۱	کنترل	۱۸/۶۰	۳/۶۹	۱۹/۰۶	۳/۸۰	۲۰/۰۶	۳/۲۶
							ولع مصرف

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 و لعل 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 پرقرار است.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت تأثیرات درون و بین‌گروهی برای متغیر - های پژوهش

مؤلفه	مجموع درجه	میانگین مجدورات آزادی	مقدار F مقدار P	اندازه اندازه	توان آزمون
فرونشانی	۱۵/۲۶	۷/۹۳	۸/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۴ ۰/۹۶
تعامل مراحل و گروه	۲۸/۰۲	۱۴/۰۱	۱۶/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶ ۰/۹۹
عدم تنظیم	۶۷/۸۲	۳۳/۹۱	۲۸/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۵۰ ۱/۰۰
هیجان	۴۳/۲۸	۲۱/۶۴	۱۷/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹ ۱/۰۰
عدم تجربه‌ی	۲۰/۳۵	۱۰/۱۷	۲۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳ ۱/۰۰
هیجانی	۱۲/۸۰	۶/۴۰	۱۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲ ۰/۹۹
عدم پردازش	۵۲/۲۸	۲۶/۱۴	۶۹/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱ ۱/۰۰
هیجانی	۳۰/۰۲	۱۵/۰۱	۳۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸ ۱/۰۰
اجتناب	۱۲۸/۴۲	۶۴/۲۱	۲۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹ ۱/۰۰
تعامل مراحل و گروه	۷۴/۸۲	۳۷/۴۱	۱۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶ ۰/۹۹
ولع مصرف	۲۷۲/۶۸	۱۳۶/۳۴	۷۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳ ۱/۰۰
تعامل مراحل و گروه	۱۲۰/۴۶	۶۰/۲۳	۳۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴ ۱/۰۰

نتایج جدول ۳ نشان می دهد 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	نتایج میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۰۲۰	۰/۲۵	۰/۷۳	
پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۰/۹۶	فرونشانی
پس‌آزمون-پیگیری	۰/۸۲۳	۰/۲۱	۰/۲۳	
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۲۶	۲/۰۳	
پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱/۷۳	عدم تنظیم هیجان
پس‌آزمون-پیگیری	۰/۸۸۸	۰/۲۵	-۰/۳۰	
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۱/۸۳	عدم تجربه
پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۱۷	۱/۶۰	هیجانی
پس‌آزمون-پیگیری	۰/۷۵۴	۰/۱۹	-۰/۲۳	
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۱/۱۳	عدم پردازش
پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۰/۸۰	هیجانی
پس‌آزمون-پیگیری	۰/۱۲۸	۰/۱۵	-۰/۳۳	
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۲/۹۰	
پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۲/۵۰	اجتناب
پس‌آزمون-پیگیری	۰/۸۹۹	۰/۳۷	-۰/۴۰	
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۳/۵۳	
پیش‌آزمون-پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۳/۸۳	ولع مصرف
پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۷۵	۰/۱۳	۰/۳۰	

با توجه به نتایج جدول ۴، تفاوت بین نمرات تمامی متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری معنی دار است ($P < 0.01$). در حالی که تفاوت بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری معنی دار نیست ($P > 0.01$). این یافته بدان معنی است که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی نه تنها منجر به بهبود مؤلفه‌های پردازش هیجانی و لع مصرف افراد وابسته به مواد در گروه آزمایش شده است، بلکه این تأثیر در طول گذر زمان نیز پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر لعل 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 لعل مصرف معتادان در مرحله بازتوانی غیردارویی اثربخش بوده است. این یافته با نتایج ماردپور و همکاران (۱۳۹۷)، سلیمی و همکاران (۱۳۹۵)، حمیدی و خیران (۱۳۹۷)، قربانی و همکاران (۱۳۹۳) و زمستانی و همکاران (۱۳۹۵)، باون و همکاران (۲۰۱۰)، ویتیکویتز و همکاران (۲۰۰۵) و گرو و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی با کمک راهبرد پذیرش سبب می‌شود 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 آزاردهنده خود را بدون قضاوت و ارزیابی قبول کند؛ از این طریق با کمک حساسیت‌زدایی با عواطف و هیجانات منفی و همچنین با لعل مصرف مواد و نشانه‌های منفی ترک مواد کنار بیاید. قسمتی از این تغییرات می‌تواند ناشی از ساز و کارهای عملی پیشنهاد شده در روش پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی و تغییر رابطه با افکار باشد (حمیدی و خیران، ۱۳۹۷). از سوی دیگر مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند الگوها و نگرش‌های فکری افراد را تغییر دهد (ماردپور و همکاران، ۱۳۹۳). در همین راستا کابات‌زین^۱ (۲۰۰۳) معتقد است که مشاهده بدون داوری افکار و هیجانات منفی مرتبط با سوء‌صرف مواد احتمال دارد منجر به درک این مسئله شود که این‌ها فقط افکار هستند، بیانگر واقعیت نیستند و اصولاً نباید به اجتناب یا فرار منجر شوند. تکنیک‌های ذهن آگاهی، توجه افراد دارای اختلال سوء‌صرف مواد را به افکار خود جلب می‌کند و دوباره افکار آن‌ها را متوجه دیگر بعدهای زمان حال، مانند نفس کشیدن عمیق، راه رفتن ذهن آگاهانه یا صدای‌های

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 می‌باشد، 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 حرکت‌های 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، منشی و عسگری (۱۳۹۶)، زمستانی و همکاران (۱۳۹۵)، حمیدی و خیران (۱۳۹۷)، رضائی‌منش، مهریار، احمدپناه و دینداریان (۲۰۲۰)، والدیوالا و سیاسلین (۲۰۱۹)، اشمیت^۱ و همکاران (۲۰۱۸)، گارنفسکی، حسین و کرايج^۲ (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 راه حل‌هایی 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 مراقبه‌ای اثربخش با شرایط اغواکننده و استرس‌زا

1. Vadivale & Sathiyaseelan
2. Schmidt

3. Garnefski, Hossain & Kraaij

گردیده و بهبود عملکرد در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد. از این رو آموزش مداخله مبتنى 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 مبتنى بر ذهن آگاهی به مراجعین کمک می‌کند تا توجه آگاهانه‌ای به چگونگی تغییر افکار، عواطف و تجربه‌شان 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 مبتنى 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 سوء‌صرف 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 مبتنى بر ذهن آگاهی همان نقش تنظیم هیجان را بازی کرده و به نوعی به افراد دارای اختلال سوء‌صرف مواد کمک می‌کند 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 مبتنى بر ذهن آگاهی در کاهش ولع مصرف و بهبود پردازش هیجانی معتادان در مرحله بازویی 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 طولانی‌مدت طولانی‌تر، استفاده از مصاحبه‌های تشخیصی و مشاهده به عنوان یک روش مکمل پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی 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 مبتئی 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 سلامت‌روان و مراکز ترک اعتیاد فراهم شود.

منابع

ازه‌ای، 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 مبتئی بر ذهن آگاهی بر نارسایی شناختی و پردازش هیجانی پرستاران مضطرب. *نشریه پرستاری ایران*، ۱۰۲(۱۰)، ۶۵-۵۵.

ایل بیگی قلعه‌نی، رضا و رستمی، مریم (۱۳۹۵). نقش سبک‌های فرزندپروری، کمال گرایی 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 شفقت ورزی. *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 مت‌آفتابیان. *اعتیادپژوهی*، ۱۲(۴۹)، ۳۸-۲۳.

خدایی، علی؛ عبدالله‌ی، محمدحسین؛ فراهانی، محمد نقی و رمضانی، ولی الله (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، سجاد؛ قربانپور لفمجانی، امیر؛ فیضی لپوندانی، عامر و جهانگیرپور، مهسا (۱۴۰۱). روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان نگه دارنده با متادون: نقش میانجی تحمل آشتگی و انعطاف پذیری شناختی. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۳)، ۱۹۸-۱۶۷.

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

زمستانی، مهدی؛ بابامیری، محمد و سپیانی، علیرضا (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنى بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم آیند در معتمدان 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 مبتلى بر ذهن آگاهی (MBCT) بر لع مصرف معتادین به هروئین تحت درمان با متادون. *روان‌شناسی بالینی*، ۸(۲)، ۳۱-۲۳.

سیدآسیابان، سمیرا؛ مشنی، 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 روان‌شناسی کاربردی*، ۱۸(۲)، ۱۰-۱.

شاکری نسب، محسن؛ عظیم زاده طهرانی، نگار؛ رستمی، طاهره و پارسانزاد، مصطفی (۱۴۰۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتلى بر مدل مارلات بر لع مصرف و خودکارآمدی ترک اعتیاد در بیماران تحت درمان با متادون. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۲۵۸-۲۴۱.

طاهری فرد، مینا؛ بشرپور، سجاد؛ حاجلو، نادر؛ نریمانی، محمد و علیزاده گورادل، جابر (۱۴۰۰). مدل‌یابی عود مصرف مواد بر اساس تصمیم‌گیری پرخطر، سوء گیری 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، آیت‌الله؛ کلندرزن، 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.

قریانی، طاهره؛ صفاری نیا، مجید؛ زارع، حسین و علیپور، احمد (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی 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 الله و اصلاحی، خالد (۱۴۰۱). اثر بخشی خانواده درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک کننده سوء مصرف مواد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۶(۶۴)، ۸۰-۶۱.

لطفی، صدیقه؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، 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). اثر بخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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. *Clinical 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.