MEJDS. 2020; 10:65.

Published online 2020 May. **Research Article**

Mindfulness-Based Therapy on Cognitive Distortions and Self-Control in Teens Receiving Substance Dependence Treatment

*Saeid Manesh M[1], Parsaee M[2]

Author Address
1. PhD of Neurocognitive Sciences, Assistant professor at Science and Arts University, Yazd, Iran;
2. MA in Child and Adolescent Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran.
***Corresponding Author Email:** m.saeidmanesh@yahoo.com

Received: 2018 August 13; **Accepted:** 2018 December 7

Abstract

Background & Objectives: Drug use disorders and their adverse effects are among the most important public health problems worldwide. Cognitive distortions and problems in self-control are the problems people are leaving. The current study assessed the effectiveness of mindfulness–based therapy on cognitive distortions and self–control in teens under substance dependence treatment.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. Our study sample included all teens undergoing substance dependence treatment in Isfahan City, Iran, in 2017. We used convenience sampling method to select the study participants from substance dependence treatment centers in Isfahan (Yaghot center). Next, we randomly selected 30 individuals who met the inclusion criteria of the study. Accordingly, they were randomly assigned in the test and control groups. After conducting the pretest in both groups, the test group received eight 90–minute weekly sessions of mindfulness–based therapy. However, the control group remained in the waiting list to receive the intervention. Then, the study groups were examined at posttest and follow–up stages. The Cognitive Distortion Questionnaire by Ellisand, and the 36–item Self–Control Questionnaire by Tanji (2004) were used for data collection. The collected data were analyzed by Analysis of Covariance (ANCOVA).

Results: The present study results suggested that mindfulness–based therapy could reduce cognitive distortion and increase self–control in the studied subjects (p<0.001).

Conclusion: According to the obtained data, professionals of this field could be encouraged to implement mindfulness–based therapy to improve patients' conditions.

Keywords: Mindfulness, Cognitive distortion, Self–control.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.23.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۶۵.

انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تحریف‌های شناختی و خودکنترلی نوجوانان معتاد در حال ترک شهر اصفهان

*محسن سعیدمنش[۱]، مرضیه پارسایی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای علوم اعصاب شناختی، استادیار دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛

۲. دانشجوی کارشناسی‌ارشد، روان‌شناسی بالینی کودک‌ونوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: m.saeidmanesh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۲ مرداد ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ آذر ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: امروزه اختلال‌های مصرف مواد و پیامدهای ناخوشایند آن از معضل‌های بسیار مهم سلامت عمومی در سراسر جهان به‌شمار می‌رود. تحریف‌های شناختی و اشکال در خودکنترلی از مشکلات افراد در حال ترک است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تحریف‌های شناختی و خودکنترلی نوجوانان معتاد در حال ترک شهر اصفهان انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی نوجوانان معتاد مراجعه‌کننده به کلینیک ترک یاقوت شهر اصفهان تشکیل دادند که از بین آنان تعداد ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای گروه آزمایش طی هشت جلسه درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی انجام پذیرفت. جمع‌آوری داده‌ها توسط پرسشنامه‌های تحریف‌های شناختی الیس (نسخهٔ عبداله‌زاده و سالار، ۱۳۸۹) و پرسشنامهٔ خودکنترلی (تانجی، ۲۰۰۴) صورت گرفت. سپس داده‌ها در سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ تجزیه‌وتحلیل آماری شدند.

یافته‌ها: یافته‌های این پژوهش حاکی‌از آن بود که درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش تحریف‌های شناختی (پس‌آزمون گروه آزمایش ۶/۴۱±۴۹/۳۶ و گروه گواه ۸/۴۸±۵۷/۳۲، $p<۰/۰۰۱$) و افزایش خودکنترلی در نوجوانان دارای سوءمصرف مواد می‌شود (پس‌آزمون گروه آزمایش ۷/۳۴±۶۰/۴۴ و گروه گواه ۶/۵۴±۴۵/۵۶، $p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج این پژوهش و اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تحریف‌های شناختی و خودکنترلی نوجوانان در حال ترک، استفاده از این روش درمانی به متخصصان در این حیطه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، تحریف‌های شناختی، خودکنترلی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.23.2]

۱ مقدمه

امروزه مشکل سوءمصرف مواد مخدر چنان شدت یافته است که به‌عنوان یکی از چهار بحران عمدهٔ حاضر درکنار تهدید اتمی و آلودگی محیط زیست و فقر از آن یاد می‌شود (۱). این نابهنجاری در خوش‌بینانه‌ترین حالت ۱۲/۱ درصد از کل جمعیت ایران را وابسته یا سوءمصرف‌کنندهٔ مواد ساخته است؛ ضمن اینکه هرساله سیر صعودی تعداد مبتلایان به این مشکل مشاهده می‌شود (۲). در تمام جوامع نوجوانان قشر آسیب‌پذیرتری دربرابر اعتیاد هستند (۳). طبق آمارهای منتشرشده از سوی سازمان‌های بین‌المللی میزان مصرف مواد در گروه سنی ۱۵تا۱۹ سال ۱۳/۶۵درصد و در گروه سنی ۲۰تا۲۴ سال ۱۶/۸۳ درصد و در گروه سنی ۲۵تا۲۹ سال ۱۴/۳۲ درصد بوده است و بقیهٔ آمارها به گروه سنی ۳۰تا۶۰ سال اختصاص دارد؛ بنابراین گرایش به مصرف مواد در سنین نوجوانی و جوانی بیش از سنین دیگر است (۴).

اعتیاد بیماری زیستی و روان‌شناختی و اجتماعی است که در شکل‌گیری آن عوامل مختلفی نقش دارد. به‌عبارت‌دیگر انسان‌ها به‌دلایل مختلفی همچون ناکامی، باورهای ناکارآمد، شناخت‌های نامعقولانه، لذت‌جویی، هیجان‌طلبی و مشکلات اجتماعی گرایش به مصرف مواد را از خود نشان می‌دهند (۵). از موضوعاتی که به‌نظر می‌رسد نقش اساسی در این زمینه دارد، تحریفات شناختی است. براساس تحقیقات و بررسی‌های انجام‌شده، فرایندهای اعتیاد تحت‌تأثیر باورها و نگرش‌های بیماران قرار می‌گیرد. تحریفات شناختی زمانی ظاهر می‌شود که پردازش اطلاعات در افراد غلط یا غیرمؤثر است و اگر این تحریف‌ها به‌طور متناوب رخ دهد موجب ناراحتی و اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای نابهنجار مانند سوءمصرف مواد می‌شود (۶). آهارنویچ وهمکارانش در پژوهشی نشان دادند که وجود تحریف‌های شناختی در افراد وابسته به آمفتامین وکوکایین مانع پاسخ‌گویی آن‌ها به درمان شده و وجود این تحریفات احتمال عود را بیشتر می‌کند (۷). همچنین نتایج مطالعهٔ مشمول و ابوالقاسمی مشخص کرد که خطرپذیری و تحریفات شناختی گرایش به مواد را در دانش‌آموزان افزایش می‌دهد (۶).

وجود تحریفات شناختی پیامدهای متعدد روان‌شناختی را نظیر استرس و افسردگی ایجاد کرده که باعث می‌شود شخص برای رهایی از این فشارها به مصرف مواد روی آورد. همچنین تحریفات شناختی، رفتار خودتنظیمی را در فرد مختل می‌کند و وی این احساس را دارد که بدون مصرف مواد نمی‌تواند هیجانات خود را کنترل کند؛ یعنی شخص احساس ضعف در خودکنترلی دارد (۶). مایر و همکاران خودکنترلی را به‌عنوان مدیریت صحیح هیجان‌ها تعریف کردند و به‌اعتقاد آن‌ها قدرت تنظیم احساسات موجب افزایش ظرفیت شخصی برای تسکین‌دادن خود و درک‌کردن اضطراب‌ها و افسردگی‌ها یا بی‌حوصلگی‌های متداول می‌شود (۸). نتایج پژوهش شیرازی و جانفزا نشان داد که خودکنترلی و اشکال در تنظیم هیجان با مصرف مواد ارتباط دارد (۹). ساسمن و همکاران نیز در پژوهشی مشخص کردند که بین استعمال سیگار و مصرف الکل و ماری‌جوانا با خودکنترلی ضعیف رابطه وجود دارد (۱۰).

ازآنجاکه اختلالات مصرف مواد عواقب وخیم و ناخوشایندی در زمینه‌های مختلف شغلی، خانوادگی، اجتماعی و تحصیلی برای نوجوانان دارد و علاوه‌بر آسیب جدی برای مصرف‌کننده، بار و آسیب روانی زیادی را برای خانواده به‌وجود می‌آورد، یافتن درمان مناسب برای این افراد دارای اهمیت زیادی است. یکی از درمان‌های جدید که در طی دو دههٔ گذشته نتایج امیدوارکننده‌ای را در درمان اختلالات روان‌پزشکی داشته، مداخلات مربوط به ذهن‌آگاهی است. ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان تمرین معطوف‌کردن هدفمند توجه به تجربیات ذهنی و حسی ـ بدنی حال حاضر (مانند تنفس و صداها و حس‌های بدنی) همراه با اتخاذ نگرش پذیرشی از تجارب لحظه‌به‌لحظه (مانند نبود قضاوت و بسط‌ندادن محتوای ذهنی) تعریف کرد (۱۱). تاکنون پژوهش‌هایی به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر برخی حیطه‌های مربوط به اعتیاد صورت گرفته است؛ برای مثال نتایج پژوهش صدری وهمکاران حاکی‌از اثربخشی این درمان بر ولع مصرف و شدت وابستگی و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای سوءمصرف مواد بود (۱۲). همچنین مطالعهٔ زمستانی وهمکاران نشان داد که درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب و افسردگی همایند در معتادان مرکز اجتماع درمان‌مدار می‌شود (۱۱). باون و همکاران نیز در پژوهشی دریافتند که درمان مذکور احتمال بازگشت دوبارهٔ افراد درحال ترک را کاهش می‌دهد (۱۳). باوجود انجام این تحقیقات متأسفانه مطالعه‌ای توسط پژوهشگران یافت نشد که به بررسی اثربخشی این روش درمانی بر تحریف‌های شناختی و خودکنترلی به‌ویژه روی نوجوانان بپردازد؛ بنابراین باتوجه به جوان‌بودن جمعیت ایران و این موضوع که نتایج مطالعات نشان می‌دهد ۱۶درصد از معتادان ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند، همچنین اهمیت نقش خودکنترلی و تحریفات شناختی در مصرف مواد و بازگشت دوباره پس از ترک و نیز خلأ پژوهشی در این زمینه، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تحریف‌های شناختی و خودکنترلی نوجوانان درحال ترک انجام شد.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی نوجوانان مراجعه‌کننده به کلینیک یاقوت شهر اصفهان تشکیل دادند. ازآنجاکه حداقل حجم نمونه در هر گروه آزمایش و گواه در تحقیقات آزمایشی پانزده نفر بیان شده است (۱۴)، از بین نوجوانان مراجعه‌کننده تعداد ۳۰ نفر به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند و پس از کسب رضایت آگاهانه از آن‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش طی هشت جلسه درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: قرارداشتن در ردهٔ سنی ۱۲تا۱۸ سال؛ مردبودن؛ مبتلانبودن به بیماری‌های روان‌پزشکی دیگر؛ وجودنداشتن سایکوز ناشی‌از مصرف مواد (ملاک تشخیص نکات مندرج در پروندهٔ آن‌ها بود). ملاک‌های خروج شامل شرکت‌نکردن منظم در کلاس‌ها و تکمیل‌نکردن پرسشنامه‌ها بود. به‌لحاظ رعایت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.23.2]

ملاحظات اخلاقی پژوهشگران نظارت دقیقی بر تکمیل پرسشنامه‌ها داشتند و توضیحاتی درخصوص حق شرکت در مطالعه و اصل رازداری و اهمیت شرکت در این پژوهش برای آنان ارائه شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های تحریف‌های شناختی و خودکنترلی (تانجی، ۲۰۰۶) استفاده شد. که در ادامه به ویژگی‌های این پرسشنامه‌ها اشاره می‌شود. پس از جمع‌آوری داده‌ها، آن‌ها در سطح توصیفی (میانگین وانحراف معیار) و استنباطی (کولموگروف‌اسمیرنف، لوین، تحلیل کوواریانس) توسط نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۱ در سطح ۹۵درصد اطمینان تجزیه‌وتحلیل شدند.

ـ پرسشنامهٔ تحریف‌های شناختی: این پرسشنامه توسط البرت الیس[1] در سال ۱۹۸۸ تهیه شد. شامل بیست سؤال پنج‌گزینه‌ای است که برطبق مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. به هریک از سؤالات بسته به پاسخ داده‌شده از ۱تا۵ نمره تعلق می‌گیرد که در آن گزینهٔ کاملاً موافقم نمرهٔ یک، موافقم نمرهٔ دو، نظری ندارم نمرهٔ سه و مخالفم نمرهٔ چهار و کاملاً مخالفم، نمرهٔ پنج دارد. تنها، برای سؤال شمارهٔ یک نمره‌گذاری به‌شکل معکوس از ۵تا۱ صورت می‌گیرد. براساس نمره‌گذاری، فردی که نمرهٔ بیشتری را کسب کند از تفکر مناسب‌تری برخوردار است و هر شخصی که نمرهٔ کمتری را به خود اختصاص دهد از تحریف‌های شناختی بیشتری استفاده کرده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در خارج از کشور ۰/۷۶ به‌دست آمد. همچنین پایایی بازآزمون آن در خارج از کشور ۰/۷۴ بود (۱۵). این پرسشنامه در ایران توسط سالار و همکاران به فارسی ترجمه شد که آنان ضریب پایایی پرسشنامه را ۰/۸۶ ذکر کرده و روایی آن را نیز تأیید کردند. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش الوندی ۰/۸۴ به‌دست آمد (۱۶).

ـ پرسشنامهٔ خودکنترلی[2]: این پرسشنامه توسط تانجی و همکاران در سال ۲۰۰۶ ساخته شد و شامل سیزده آیتم است. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌هیچ‌وجه در مورد من صدق نمی‌کند نمرهٔ یک، تا حدودی در مورد من صدق می‌کند نمرهٔ دو، برخی اوقات در مورد من صدق می‌کند نمرهٔ سه، بیشتر اوقات در مورد من صدق می‌کند نمرهٔ چهار و همیشه در مورد من صدق می‌کند نمرهٔ پنج می‌گیرد. در سؤالات ۲، ۳، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲ و ۱۳ نمره‌گذاری معکوس می‌شود. این پرسشنامه خرده‌مقیاس ندارد و نمرهٔ کلی آن محاسبه می‌شود. در پژوهشی تانجی و همکاران پایایی پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش کردند؛ همچنین در پژوهش آنان روایی این مقیاس با ارزیابی همبستگی آن با مقیاس‌های پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت و مهارت‌های بین‌فردی تأیید شده است (۱۷). در ایران در تحقیقی که توسط سرافراز و همکاران انجام شد پایایی پرسشنامه به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به‌دست آمد (۱۸).

خلاصهٔ جلسات درمانی در جدول ۱ آورده شده است. همان‌طورکه قبلاً ذکر شد مداخلهٔ استفاده‌شده در این پژوهش مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بود که پروتکل به‌کاررفته در این مطالعه توسط ویتکوییز[3] و همکاران معرفی شده است (۱۹).

جدول ۱. خلاصه‌ای از محتویات جلسه

جلسه	عنوان	روش	تکلیف
۱	معرفی جلسات ذهن‌آگاهی و اجرای پیش‌آزمون	آشنایی اعضای گروه و قواعد حاکم بر گروه، تمرین هدایت خودکار، خوردن یک‌کشمش با آگاهی.	یادداشت‌کردن اهداف اعضای گروه توسط خودشان برای شرکت در جلسه. خوردن یک‌وعده غذا با آگاهی.
۲	رفع موانع	درمان مراقبهٔ وارسی بدن، ده دقیقه تنفس ذهن‌آگاهانه.	۴۵ دقیقه مراقبهٔ وارسی بدن، ده دقیقه تنفس با ذهن‌آگاهی.
۳	تنفس با ذهن‌آگاهی	حرکت هوشیارانه، مشخص‌کردن تقویم تجارب خوشایند.	تداوم و تمرین تنفس در هفته، ثبت روزانه از تجارب خوشایند.
۴	باقی‌ماندن در زمان حاضر	پنج دقیقه دیدن یا شنیدن با شیوهٔ ذهن‌آگاهانه، پیاده‌روی با ذهن‌آگاهی.	ایجاد تن‌آرامی و مراقبه، سه دقیقه تنفس عادی، سه دقیقه تنفس الگوبرداری.
۵	پذیرفتن و اجازه‌دادن	نشست‌های مدیتیشن که آگاهی از تنفس و اعضای بدن است و تأکید بر چگونگی واکنش نشان‌دادن به هر آنچه از احساسات بدن ناشی می‌شود .	جلسهٔ تن‌آرامی و مراقبه، سه دقیقه تنفس عادی، سه دقیقه تنفس مرورشده، الگوبرداری.
۶	واقعیت‌نبودن افکار	مراقبهٔ نشستن، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها.	تمرین به‌مدت چهل دقیقه هر روزه، بررسی کاربرد دورهٔ تمرین‌های کاربردی.
۷	چگونگی توانستن بهترین مراقبت از خود	جلسات مدیتیشن، آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات.	تنفس عادی و تمرین‌شده بعد از تمرین‌های اکتشافی. اقدام‌کردن به انتخاب یک‌تمرین (بازگشایی مهارت‌های عملی).
۸	چگونگی استفاده از این امور درتصمیم‌گیری‌های آینده	مراقبهٔ وارسی بدن، پایان کار.	نشستی با برنامهٔ تمرین منزل جهت قادربودن شما به ادامهٔ برنامه به‌تنهایی در ماه‌های آینده.

1. Albert Ellis
2. self–control Questionaire
3. Witkiewitz

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.23.2]

۳ یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۰ نفر پسر بود که در فاصلهٔ سنی ۱۲ تا ۱۸ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳/۴۸±۱۶/۷ و میانگین سنی گروه گواه ۴/۱۴±۱۷ سال بود. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آمده است. لازم به‌ذکر است قبل از انجام تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون مانند همگنی واریانس‌ها و طبیعی‌بودن توزیع نمرات ارزیابی شده و ملاحظه شد که همهٔ پیش‌فرض‌ها برقرار است. برای بررسی همگنی واریانس‌ها آزمون لوین به‌کار رفت و مشخص شد مقدار احتمال برای متغیر تحریف شناختی (p=۰/۱۵۵) و برای متغیر خودکنترلی (p=۰/۲۶۲) بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها به تأیید رسید. نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنف جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات نیز نشان داد که مقدار p برای متغیر تحریف شناختی (p=۰/۲۰۸) و برای متغیر خودکنترلی (p=۰/۱۸۵) بیشتر از ۰/۰۵ است و فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات تأیید شد.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به نمرهٔ کل تحریفات شناختی و خودکنترلی در گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون	
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
تحریفات شناختی	آزمایش	۵۷/۲ .	۵/۸۰	۴۹/۳۶	۶/۴۱	۱۸/۶۴	<۰/۰۰۱
	گواه	۵۴/۶۱	۸/۰۶	۵۷/۳۲	۸/۴۸		
خودکنترلی	آزمایش	۴۱/۳۴	۴/۶۸	۶۰/۴۴	۷/۳۴	۱۴/۴۵	<۰/۰۰۱
	گواه	۴۳/۵۶	۶/۷۸	۴۵/۵۶	۶/۵۴		

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش که درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را دریافت کرده و گروه گواه بدون دریافت مداخله، در میانگین تحریفات شناختی تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ یعنی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش تحریفات شناختی در نوجوانان در حال ترک شده است. همچنین نتایج مشخص کرد که درمان مذکور باعث افزایش خودکنترلی در این افراد می‌شود (p<۰/۰۰۱).

۴ بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تحریفات شناختی و خودکنترلی نوجوانان در حال ترک بود. یافته‌های این پژوهش مشخص کرد که درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تحریفات شناختی نوجوانان معتاد درحال ترک تأثیر دارد. نتایج مطالعهٔ حاضر با پژوهش بختیارپور و همکاران که نشان دادند این درمان بر تحریفات شناختی مادران دارای کودک معلول جسمی اثر داشته، همخوان است (۲۰). در تبیین این نتایج می‌توان گفت تحریفات شناختی زمانی ظاهر می‌شود که پردازش اطلاعات، غلط یا غیرمؤثر است. به‌عبارتی‌دیگر، گاهی تجزیه‌وتحلیل اطلاعات در ذهن افراد تحریف می‌شود. این نوع تحریف‌ها که خطاها و تحریف‌های شناختی نام دارد، به اشکال گوناگونی ظاهر می‌گردد. این تحریفات اگر به‌طور متناوب و به‌دفعات رخ دهد، می‌تواند ناراحتی‌ها یا اختلالات روان‌شناختی را ایجاد کند. درواقع این اصطلاح به‌معنای اشتباهات و سوگیری‌های شناختی است؛ یعنی نحوه‌ای که فرد موقعیت‌ها و فشارهای روانی را ارزیابی می‌کند و دیدگاهش دربارهٔ خود دنیا و اعتقادات و نگرش‌هایی که سبب افزایش آسیب‌پذیری او دربرابر اختلالات هیجانی می‌شود (۱۶). هدف اصلی ذهن‌آگاهی این است که بیمار از اثرات بازفعال‌شدگی ذهنیت انجامی ازطریق هدایت خودکار آگاهی یابد و از راه به‌کارگیری و ایجاد حالت ذهن‌آگاهی در ذهنیت بماند و به مشاهدهٔ افکار و احساسات خود ازطریق انجام تمرین‌های مکرر روی جهت‌دهی قصدمندانهٔ توجه به یک‌شیء (برای مثال جریان تنفس، حس‌های بدنی) بنشیند. ذهن‌آگاهی بخش اصلی از سیستم یکپارچه‌ای است که ما را در تشخیص رنج‌های درونی انسان حمایت می‌کند و استفادهٔ آگاهانه از این درمان را برای ما به‌وجود می‌آورد (۱۹). تمرین‌های ذهن‌آگاهی به برخی از روش‌ها که راه قدرت‌مندتری جهت پایه‌گذاری دوباره و تقویت ارتباطات ما با دیدگاه‌های درونی‌مان بوده، توجه خاص دارد. ازطرف‌دیگر اثربخشی مراقبهٔ ذهن‌آگاهی به‌عنوان روشی بالینی ازطریق مطالعات مرتبط با اعتیاد مشخص شده است. کسانی که ذهن‌آگاهی را تمرین می‌کنند، یاد می‌گیرند به‌صورت عمدی حالت‌های عاطفی خود را مشاهده کرده و بپذیرند. این امر آن‌ها را قادر می‌سازد که تمایلات و گرایشات همیشگی (عادتی) را کاهش دهند که به‌صورت نشخوار فکری دیده می‌شود (۲۱).

یافتهٔ دیگر پژوهش حاضر این بود که درمان مبتنی‌بر ذهن‌گاهی بر خودکنترلی نوجوانان معتاد درحال ترک تأثیر دارد. مطالعهٔ حاضر با یافته‌های پژوهش صدری دمیرچی و همکاران که نشان دادند درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ولع مصرف و شدت و وابستگی و نیز تنظیم هیجان در معتادان در حال ترک اثر داشته (۱۲)، همخوان است. همچنین نتایج پژوهش باون و همکاران مشخص کرد این درمان باعث کاهش احتمال بازگشت افراد در حال ترک به‌سمت سوءمصرف مواد می‌شود (۱۳) که به‌نوعی یافتهٔ وی با پژوهش حاضر همسوست. در تبیین نتایج می‌توان گفت درمان مذکور مداخله‌ای است که کنترل توجه و آرمیدگی و خودکنترلی را شامل می‌شود. زمانی‌که فرد ازطریق

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.23.2]

تمرین‌های ذهن‌آگاهی، دانش فراوان‌تری از پیرامون خود به‌دست می‌آورد احساس کنترل بیشتری کرده و به‌طبع آن بهتر می‌تواند هیجانات و احساسات و افکار خویش را کنترل کند. یکی از تأثیرات تدریجی ذهن‌آگاهی، نفوذ یا رخنهٔ آن است که به‌عنوان افزایش ذهن‌آگاهی در دامنهٔ فعالیت‌های روزانهٔ زندگی تلقی می‌شود. این مفهوم به تأثیرات طولانی‌مدت ذهن‌آگاهی روی توجه افراد به محیط پیرامون و اتفاقات روزمره اشاره دارد که فرد با پذیرش و آگاهی هرچه تمام از این رویدادها، سعی در رفع مشکلات روزمره کرده و افکار و رفتار خویش را کنترل می‌کند (۱۹). در روش ذهن‌آگاهی برای کنترل و اداره‌کردن هیجان‌ها و رفتارها، ابعاد جسمی و ذهنی هم‌زمان مدنظر قرار می‌گیرد؛ همچنین به فرد یاد داده می‌شود که دربارهٔ افکار، احساسات، هیجانات و رفتار خود، آگاهی و حضور ذهن کامل داشته باشد و آن‌ها را بدون قضاوت بپذیرد و با دید گسترده‌تری به آن‌ها نگاه کند. زمانی‌که شخص علاوه‌بر آگاهی کامل از افکار، رفتار، هیجانات و احساساتش و پذیرش آن‌ها بدون قضاوت در وضعیت آرامش و تمرکز قرارمی‌گیرد، توانایی کنترل افکار، اضطراب، رفتار و هیجانات خود را به‌دست می‌آورد. کسب این توانایی باعث می‌شود که فرد احساس کنترل بیشتری در همهٔ امور زندگی خویش داشته باشد (۱۳). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری دردسترس و نبود دوره‌های پیگیری اشاره کرد؛ لذا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی با لحاظ‌کردن دوره‌های پیگیری دوام اثرات درمان را تحت بررسی قرار دهند. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده به مقایسهٔ اثربخشی روش درمانی مذکور با درمان‌های رایج دیگر در ترک اعتیاد و نیز اثربخشی تلفیقی این روش درمانی با سایر درمان‌ها مانند دارودرمانی بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج پژوهش حاضر و اثربخشی درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش تحریفات شناختی و افزایش خودکنترلی در نوجوانان معتاد در حال ترک، استفاده از این روش درمانی به متخصصان در این حیطه توصیه می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.23.2]

References

1. Sarrami H, Ghorbani M, Minooei M. Survey of four decades of addiction prevalence researches in Iran. Research on addiction. 2013;7(26):29–52. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-286-en.pdf
2. Torshizi M, Saadatjoo S, Farabi M. Prevalence of narcotic substance abuse and the maternal and fetal outcomes in pregnant women. J Jahrom Uni Med Sciences. 2011;9(3):14–9. [Persian] doi: 10.29252/jmj.9.3.3
3. Fooladvand K, Borjali A, Hosein Sabet F, Delavar A. Decision-making styles and attitude towards substances: Predictors of potential addiction in adolescents. Practice in Clinical Psychology. 2017;5(2):91–8. doi: 10.18869/acadpub.jpcp.5.2.91
4. Young SE, Corley RP, Stallings MC, Rhee SH, Crowley TJ, Hewitt JK. Substance use, abuse and dependence in adolescence: prevalence, symptom profiles and correlates. Drug Alcohol Depend. 2002;68(3):309–22. doi: 10.1016/s0376-8716(02)00225-9
5. Ranjbar N, Alilo M, Asadi M, Ghodraty Y, Najar M SM. Comparison of coping strategies, perfectionism and self-efficacy in individuals with substance use disorder and normal individuals. Research on Addiction. 2013;7(25):39–56. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-302-en.pdf
6. Mashmool Haji Agha S, Abolghasemi A. The comparison of risk taking and cognitive distortion of students with and without addiction tendency. Research on Addiction. 2017;10(40):103–12. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-1288-en.pdf
7. Aharonovich E, Hasin DS, Brooks AC, Liu X, Bisaga A, Nunes EV. Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. Drug and Alcohol Dependence. 2006;81(3):313–22. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.08.003
8. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR, Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. Emotion. 2003;3(1):97–105. doi: 10.1037/1528-3542.3.1.97
9. Shirazi M, Janfaza M. The predictive role of difficulties in emotion regulation and self-control with susceptibility to addiction in drug-dependent individuals. Research on Addiction. 2015;9(33):57–69. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-734-en.pdf
10. Sussman S, Dent CW, Leu L. The one-year prospective prediction of substance abuse and dependence among high-risk adolescents. Journal of Substance Abuse. 2000;12(4):373–86. doi: 10.1016/S0899-3289(01)00053-0
11. Zemestani M, Ottaviani C. Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for co–occurring substance use and depression disorders. Mindfulness. 2016;7(6):1347–55. doi: 10.1007/s12671-016-0576-y
12. Sadri Damirchi E, Asadi Shishegaran S, Esmaili Ghazivalooi F. Effectiveness of mindfulness–based cognitive therapy in craving, dependency, and cognitive emotion regulation in drug–dependent women. Research on Addiction. 2017;11(43):51–69. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-1076-en.pdf

13. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness–Based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. Subst Abus. 2009;30(4):295–305. doi: 10.1080/08897070903250084
14. Sandelowski M. Sample size in qualitative research. Research in Nursing & Health. 1995;18(2):179–83. doi: 10.1002/nur.4770180211
15. Hamamci Z, Büyüköztürk S. The Interpersonal Cognitive Distortions Scale: development and psychometric characteristics. Psychol Rep. 2004;95(1):291–303. doi: 10.2466/pr0.95.1.291-303
16. Alvandisarabi M, Zare H, Alipor A. Prediction of cognitive distortions by irrational beliefs and cognitive fusion. Social Cognition. 2016;5(2):168–80. [Persian] http://sc.journals.pnu.ac.ir/article_3277_364d493f7e36c131fdc3b05724c9eee0.pdf
17. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self–control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. J Pers. 2004;72(2):271–324. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x
18. Sarafraz MR, Ghorbani N, Javaheri A. Self–Control: Unidimensional or multidimensional capacity? Distinction between the inhibitory and initiatory facets among students of Tehran University. J Research in Psychological Health 2013;6(4):69–75. [Persian]
19. Witkiewitz K, Bowen S, Harrop EN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. Subst Use Misuse. 2014;49(5):513–24. doi: 10.3109/10826084.2014.891845
20 Bakhtyarpoor S, Naiebi E, Karimi A, Erfani Ensaf M. Asar bakhshi shenakht darmani mobtani bar zehn agahi bar kahesh tahrifat shenakhti madaran daray koodak maloul jesmi–harekati [Effectiveness of mindfulness based on cognitive therapy on cognitive distortion in mothers with pgisical disable children]. In: The 1th International Conference on Modern Researches in the field of Education Sciences and Psychology and Social Studies of Iran [Internet]. Qom, Iran; 2013 [cited 2019 July 5]. https://www.civilica.com/Paper-ESCONF01-ESCONF01_154.html
20. Sheikholeslami A, Ghamari H, Ashrafi S. Tasir ravesh amoozeshi mobtani bar zahen agahi bar khod kontoroli danesh amoozan dokhtar [Effectiveness of treatment–based mindfulness on self-control in female students]. J Research in Educationaln Systems. 2015;9(28):87–104. [Persian] http://www.jiera.ir/article_50138_86bab46644b8245b703bc13b61036da4.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.23.2]