MEJDS. 2021; 11:90.

Published online 2021 Sep. **Original Article**

The Effects of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Emotion Regulation and Anxiety Thoughts in Substance-Dependent Males

*Naghizadeh E[1], Mohammadi R[2], Hasani J[3], Batuie A[4], Toulabi E[1], Mostafapour V[5]

Author Address
1. MA Student in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Kharazmi, Tehran, Iran;
2. MA Student in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
3. Associate Professor in Clinical Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran;
4. MA Student in Counseling of Rehabilitation, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran;
5. PhD Student in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** Naghizadeh2020@yahoo.com

Received: 2020 June 9; **Accepted:** 2020 July 16

Abstract

Background & Objectives: Males with Substance Use Disorders (SUDs) lack a favorable situation concerning cognitions, emotions, and anxiety, and overall emotions management. Because of the important role that anxiety plays in SUDs, it negatively affects the personal and biopsychosocial health and performance, and quality of life of patients. Individuals with SUDs are relieved by consuming illegal drugs to cope with unbearable emotions. Mindfulness–Cased Cognitive–Behavioral Therapy (MBCBT) is among the most effective and useful approaches to assist individuals with SUDs. Mindfulness focuses on acquiring the necessary coping skills to manage high–risk situations and treating psychological disorders. Thus, this study aimed to investigate the effects of MBCBT on Emotion Regulation (ER) and anxiety thoughts in males with SUDs.

Methods: This was a quasi–experimental study with pretest–posttest–follow–up (1 month) and a control group design. The statistical population of this study was 98 males with SUDs hospitalized in Ghasedak Omid Nareng SUD treatment center in Karaj City, Iran, in 2019. Of them, 54 eligible volunteers were selected and randomly assigned into two groups of experimental and control (n=27/group). The inclusion criteria of the study were literacy; obtaining a score ≥33 on the Anxiety Thoughts Inventory (Wells, 1994); the age range of 25–45 years; no specific biopsychological illnesses; receiving a diagnosis of SUDs, and substance use for at least one year. The exclusion criteria of the study included generating biopsychological illnesses during the study, absence from >2 sessions, and participation in other interventions. The research instruments consisted of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), Anxious Thoughts Inventory (Wells, 1994), and Structured Clinical Interview for DSM–5, Clinical Version (SCID–5–CV) (First et al., 2016). MBCBT (Kabat–Zayn, 1992) was used to perform the intervention in the experimental group for eight 90–minute weekly sessions. The obtained data were analyzed using descriptive statistics (frequency, mean, & standard deviation) and inferential statistics, including repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post hoc test in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The present study results indicated that the mean changes of ER and anxiety thoughts were significant over time (p<0.001). Group effect and group * time interaction effect were also significant for the mentioned variables (p<0.001). Furthermore, the mean pretest scores of ER in the experimental group were significantly different from those of the posttest stages (p=0.022) as well as pretest and follow–up steps (p<0.001). The mean scores of anxiety thoughts in the experimental group were significantly different in pretest and posttest stages (p<0.001) as well as pretest and follow–up steps (p<0.001). The results also suggested the stability of the effect of the intervention on ER and anxiety thoughts in the follow–up stage (p=0.038 and p=0.026, respectively). Considering the Eta–squared value, 87.3% of the changes in ER were due to the effect of MBCBT. Considering the Eta–squared value, 91.2% of the changes in anxiety thoughts were due to the effect of MBCBT.

Conclusion: Based on the collected results, MBCBT can improve ER and reduce anxiety thoughts in men with SUDs.

Keywords: Cognitive–Behavioral Therapy (CBT), Mindfulness, Emotion regulation, Anxiety thoughts, Substance dependence.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

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 ۱۴۰۰؛ (۱۱):۹۰.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان شناختی_رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد

*عیسی نقی‌زاده[۱]، رحیم محمدی[۲]، جعفر حسنی[۳]، علی بتوئی[۴]، احسان طولابی[۱]، وحید مصطفی‌پور[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۲. دانشجوی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۴. دانشجوی ارشد مشاورهٔ توان‌بخشی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۵. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Naghizadeh2020@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۰ خرداد۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ تیر۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: افراد معتاد به‌لحاظ مؤلفه‌های شناختی و اضطرابی و به‌طورکلی در نحوهٔ مدیریت هیجان‌ها در شرایط مطلوبی قرار ندارند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی_رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد انجام گرفت.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را ۹۸ نفر از معتادان مرد بستری در مرکز ترک اعتیاد قاصدک امید نارنج شهر کرج در پاییز ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این جامعه تعداد ۵۴ نفر افراد واجد شرایط داوطلب انتخاب شدند و به‌شکل تصادفی در دو گروه ۲۷ نفرهٔ آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱) و پرسشنامهٔ افکار اضطرابی (ولز، ۱۹۹۴) بود. برنامهٔ ذهن‌آگاهی در طول هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای، یک‌بار در هفته صرفاً برای گروه آزمایش براساس پروتکل درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (کابات_زین، ۱۹۹۲) اجراشد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: تغییرات میانگین متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی در طول زمان معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ اثر گروه و اثر متقابل گروه و زمان نیز در متغیرهای مذکور معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین میانگین نمره‌های نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p=۰/۰۲۲$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار داشت. میانگین نمره‌های افکار اضطرابی در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<۰/۰۰۱$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار داشت؛ همچنین نتایج حاکی‌از پایداری اثر مداخله بر متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی در مرحلهٔ پیگیری بود (به‌ترتیب $p=۰/۰۳۸$، $p=۰/۰۲۶$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این تحقیق، روش ذهن‌آگاهی می‌تواند سبب بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش افکار اضطرابی در مردان معتاد شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی_رفتاری، ذهن‌آگاهی، نظم‌جویی شناختی هیجان، اضطراب، اعتیاد.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_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 2026-11-18]

۱ مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر[1] از مهم‌ترین تهدیدهای اجتماعی و معضلی جهانی است که هزینه‌های زیادی را برای فرد و جامعه تحمیل می‌کند. اعتیاد، بیماری پیچیدهٔ جسمی و روانی است که پیامدهای اقتصادی و اجتماعی بسیاری را مانند تکانشگری، خشونت خانگی، افت تحصیلی و افزایش آمار طلاق در پی دارد؛ همچنین باعث ناتوانی کلی در فرد معتاد می‌شود (۱). اعتیاد دومین اختلال شایع روانی به‌شمار می‌رود (۲). از دیدگاه آسیب‌شناسی، اعتیاد به مواد مخدر، تهدیدی راهبردی و چندبُعدی است. این تهدید علاوه‌بر امنیت فردی، امنیت وجودی جامعه را نیز تهدید می‌کند (۳). مارتین و همکاران معتقد هستند، بسیاری از درمانجویان دچار سوءمصرف مواد، الگوهای تفکر خاصی مانند دوری از هیجان‌های ناخوشایند و لذت‌طلبی دارند که موجب تداوم اختلال آن‌ها می‌شود؛ ازاین‌رو مصرف مواد، سازوکاری مقابله‌ای کلی است و در موقعیت‌هایی که افراد روش مقابله‌ای مناسبی ندارند یا از روش مقابله‌ای مناسبی استفاده نمی‌کنند، به‌کار گرفته می‌شود (۴).

بررسی متون و پژوهش‌های روان‌شناختی نشان می‌دهد، از اختلالات روان‌شناختی[2] بسیار مهم که در افراد معتاد شایع است، اختلالات اضطرابی[3] است. اختلالات اضطرابی با کاهش سلامت روان آن‌ها ارتباط دارد و فرایند درمان آنان را با مشکل مواجه می‌کند (۳،۵). به‌دلیل نقش مهمی که اضطراب در اختلالات اعتیادی دارد، بر عملکرد روانی و جسمانی و کیفیت زندگی بیماران اثر منفی می‌گذارد؛ به‌گونه‌ای که بسیاری از افراد معتاد برای دوری از این هیجان‌های ناخوشایند به مصرف مواد و الکل پناه می‌برند (۶). مطالعات نشان می‌دهد، هیجانات منفی مانند اضطراب از پیشایندهای بسیار رایج عود به‌شمار می‌آید و مهم است که هدف درمان قرار گیرد (۷). یافته‌های پژوهش میرزایی و همکاران مشخص کرد، وجود اضطراب، هیجان‌های ناخوشایند و عواطف منفی از مهم‌ترین عوامل سوءمصرف در افراد معتاد است (۷)؛ ازاین‌رو می‌توان گفت، معتادان برای فرار از اضطراب و هیجان‌های ناخوشایند به مصرف مواد روی می‌آورند؛ بنابراین مصرف موادمخدر به‌عنوان راهبردی ناسازگار برای کاهش حالات هیجانی آزارنده عمل می‌کند و باعث تداوم مصرف و ناتوانی در کنارگذاشتن مواد می‌شود.

از دیگر مفاهیم مرتبط با مواد می‌توان به نقش برجستهٔ تنظیم شناختی هیجان[4] اشاره کرد. هرگونه نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را درقبال مشکلات روان‌شناختی ازجمله اضطراب و اعتیاد آسیب‌پذیر کند (۸)؛ ازاین‌رو معتادان به‌دلیل نقص در شناسایی هیجان‌های خود و دیگران دچار مشکلاتی هستند که در نحوهٔ تعامل و برقراری ارتباط سازنده و مثبت با دیگر افراد موجب ایجاد ناسازگاری‌هایی می‌شود؛ این امر عامل گرایش آن‌ها به مواد مخدر به‌شمار می‌رود (۹). همچنین افرادی که دارای سطوح کمتر تنظیم هیجانی هستند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود با احتمال بیشتری به‌سمت مواد کشیده می‌شوند (۱۰)؛ بنابراین هنگامی که فرد از سوی دوستان خود برای مصرف مواد تحت فشار و اجبار قرار می‌گیرد، مدیریت و کنترل مؤثر هیجان‌ها می‌تواند خطر سوءمصرف مواد را کاهش دهد (۱۱). پژوهش اسماعیلی‌نسب و همکاران در زمینهٔ ارتباط بین دشواری در تنظیم هیجان و گرایش به مصرف مواد نشان داد، افراد معتاد برای مقابله با هیجان‌ها و بیقراری تحمل‌ناپذیر با مصرف مادهٔ مدنظر آرام می‌شوند و حالت‌های عاطفی‌شان برای آن‌ها تحمل‌پذیرتر می‌شود (۱۲). درمجموع بدتنظیمی هیجان از دیگر مشکلات افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد است (۱۳). همچنین نجفی و همکاران دریافتند، در حوزهٔ پیشگیری از وابستگی به مواد، آموزش به افراد در زمینهٔ بهبود تنظیم شناختی هیجان‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد (۱۰).

ازجمله درمان‌هایی که از نظر عمق تئوری و کاربرد وسیع و متنوع آن بسیار برجسته است، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر آموزش ذهن‌آگاهی[5] است. این درمان بر کمک به بیمار، برای کسب مهارت‌های مقابله‌ای لازم به‌منظور مدیریت موقعیت‌های پرخطر و درمان اختلال‌های روان‌شناختی تمرکز دارد (۱۴). روش ذهن‌آگاهی به فرد می‌آموزد الگوهای عادتی و نشخوارهای فکری را شناسایی کند و آن‌ها را به الگویی آگاهانه مبدل نماید تا احساسات و اندیشه‌های منفی به‌عنوان رویدادهای ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند (۱۵). درواقع به‌نظر می‌رسد مکانیزم اصلی این درمان، خودکنترلی توجه باشد؛ چراکه ذهن‌آگاهی با ویژگی خاص خود دربارهٔ زمان حال و آگاه‌بودن از افکار، هیجان‌ها و احساس‌ها، افراد را از انجام رفتارها و واکنش‌های اتوماتیک و توجه بیش‌ازحد به تجربه‌های درونی به‌سمت انجام رفتارهای عاقلانه سوق می‌دهد (۱۶)؛ همچنین باعث کاهش علائم روانی مانند اضطراب و ترس در افراد سوءمصرف‌کنندهٔ مواد می‌شود (۱۷). پژوهش‌های مختلفی به بررسی اثربخشی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی پرداخته‌اند؛ به‌عنوان مثال روش ذهن‌آگاهی راهبردهای ناسازگارانهٔ نظم‌جویی شناختی را کاهش داد (۱۸). همچنین روش ذهن‌آگاهی در زمینهٔ تأثیر بر افکار منفی و تنظیم هیجان‌ها مؤثر بود (۱۹،۲۰). در همین راستا گاندلمان و همکاران در پژوهشی گزارش کردند، آموزش ذهن‌آگاهی بر تنظیم هیجانی مؤثر است (۲۱). به‌علاوه پژوهش‌های مختلفی اثربخشی روش ذهن‌آگاهی را بر تنظیم شناختی هیجان و اضطراب نشان دادند (۱۴،۲۲،۲۳). پژوهش‌ها و ارزشیابی‌های صورت‌گرفته دربارهٔ اثربخشی روش‌های درمان شناختی‌ـ‌رفتاری بر درمان اختلال‌های مصرف مواد، نشان‌دهندهٔ کارابودن این رویکرد درمانی است. مگوایر و همکاران در بررسی چهار نفر مرد معتاد به‌صورت بالینی، رویکرد شناختی‌ـ‌رفتاری را اثربخش گزارش کردند (۲۴). نتایج مطالعات به‌وضوح بیانگر آن است که درمان شناختی‌ـ‌رفتاری برای کمک به حل مشکلات اعتیاد مفید است و در زمینهٔ درمان هیجان‌ها، شناخت و افکار معتادان می‌توان از آن استفاده کرد.

باتوجه به مطالب مذکور ارتباطی دوسویه بین نقص در تنظیم هیجان و اضطراب و سوءمصرف مواد دیده می‌شود؛ این امر به‌دلیل همراه‌بودن با رفتارهای ناسازگارانه و پرخطر مانند مصرف مواد، مستلزم این است

[1]. Drugs
[2]. Psychological disorders
[3]. Anxiety disorders
[4]. Cognitive emotion regulation
[5]. Mindfulness Based on Cognitive Therapy (MBCT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

که توجه جدی به تشخیص، درمان و کنترل آن صورت گیرد. همچنین روش ذهن‌آگاهی با حمایت‌های تجربی اثربخش، دارای معیارهای درمانی مناسب است؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد و پایدارماندن این تأثیر در طول دورهٔ پیگیری بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را ۹۸ نفر از معتادان مرد بستری در مرکز ترک اعتیاد قاصدک امید نارنج شهر کرج در پاییز ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از این جامعهٔ آماری تعداد ۵۴ نفر افراد داوطلب دارای ملاک‌های ورود به تحقیق انتخاب شدند و به‌شکل تصادفی در دو گروه ۲۷ نفرهٔ آزمایش و گواه گمارده شدند. حجم نمونه براساس اندازهٔ اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ تعیین شد (۲۵). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به تحقیق عبارت بود از: داشتن سواد نوشتن و خواندن؛ کسب نمرهٔ ۳۳ و بیشتر در پرسشنامهٔ افکار اضطرابی[1] (۲۶)؛ داشتن سن بین ۲۵تا۴۵ سال؛ نداشتن بیماری‌های جسمانی و روانی خاص؛ تشخیص وابستگی به مواد و طول مصرف مواد برای حداقل یک سال. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از تحقیق، ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی در طول تحقیق، غیبت بیش از دو جلسه و شرکت در شیوه‌های درمانی دیگر در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب اجازه از مسئولان مربوط در کلینیک ترک اعتیاد قاصدک امید نارنج شهرستان کرج، تشریح ماهیت و اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها، کسب رضایت شفاهی از آزمودنی‌ها و تکمیل رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش بود؛ همچنین به افراد شرکت‌کننده اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و برنامهٔ آموزشی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان[2] : این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شد (۲۷). این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده و نُه خرده‌مقیاس سرزنش خود، پذیرش، نشخوار ذهنی، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه، فاجعه‌آمیزپنداری و سرزنش دیگران است. هر مقیاس شامل چهار گویه است که آزمودنی‌ها در قالب مقیاسی پنج‌درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، گاهی=۲، معمولاً=۳، اغلب اوقات=۴، همیشه=۵) به سؤالات پاسخ می‌دهند. نمرهٔ کسب‌شده در هر خرده‌مقیاس بین ۴تا۲۰ است. نمرات بیشتر در هر خرده‌مقیاس، استفادهٔ زیاد فرد را از آن راهبرد نشان می‌دهد (۲۷). گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کردند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه در دامنهٔ ۰/۷۱تا۰/۸۱ به‌دست آمد (۲۷). حسنی پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ را در دامنهٔ ۰/۶۸تا۰/۸۲ گزارش کرد (۲۸).

ـ پرسشنامهٔ افکار اضطرابی: این پرسشنامه توسط ولز در سال ۱۹۹۴ ساخته شد (۲۶). این پرسشنامه افکار اضطرابی را در سه حوزهٔ اضطراب اجتماعی (هشت گویه)، اضطراب جسمانی (هشت گویه) و اضطراب نگرانی (فرانگرانی[3] یعنی داشتن نگرانی دربارهٔ نگرانی‌ها) (شش گویه) می‌سنجد. پرسشنامهٔ افکار اضطرابی ۲۲ ماده دارد که به هر سؤال با طیف لیکرت چهاردرجه‌ای تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و تقریباً همیشه=۴ پاسخ داده می‌شود. نمرهٔ بیشتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهندهٔ زیادبودن نگرانی است (۲۶). ولز ضرایب آلفای کرونباخ اضطراب اجتماعی را ۰/۸۴، اضطراب جسمانی را ۰/۸۱ و فرانگرانی را ۰/۷۵ گزارش داد (۲۶). بهرامی و رضوان همسانی درونی پرسشنامه را با اجرا روی شصت دانش‌آموز به‌روش آلفای کرونباخ محاسبه کردند و میزان آن برای اضطراب اجتماعی ۰/۶۷، اضطراب جسمانی ۰/۶۷ و اضطراب نگرانی ۰/۶۸ به‌دست آمد (۲۹).

ـ مصاحبهٔ ساختاریافتهٔ بالینی برای ارزیابی اختلال‌های DSM-5[4]: این ابزار توسط فرست و همکاران در سال ۲۰۱۶ تهیه شد (۳۰). این ابزار یک بخش مروری دارد که مسیر اختلال را در بیمار نشان می‌دهد. این بخش به‌گونه‌ای تدوین شده است که پژوهشگر می‌تواند قسمت‌هایی را که به پژوهش خود مربوط نیست، حذف کند (۳۰). بررسی مشخصات هنجاری این ابزار در جمعیت ایرانی توسط شریفی و همکاران با ضریب پایایی بازآزمایی به فاصلهٔ سه روز تا یک هفته برای اختلالات مختلف از ۰/۷۴تا۰/۹۸ به‌دست آمد؛ همچنین مشخص شد که از ضریب حساسیت (۵۴تا۸۶درصد) و ضریب اختصاصی (۶۳تا۹۶درصد) رضایت‌بخشی برخوردار است (۳۱).

ـ آموزش ذهن‌آگاهی: برنامهٔ آموزش ذهن‌آگاهی[5]: در این پژوهش برای انجام مداخله، پروتکل درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ارائه‌شده توسط کابات‌ـ‌زین به‌کار رفت (۳۲). این پروتکل به‌صورت دستورالعمل هشت‌جلسه‌ای است و به‌شکل گروهی برگزار می‌شود. برای اعتباریابی محتوایی برنامهٔ درمانی ذهن‌آگاهی، این ابزار در اختیار ده نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی قرار گرفت تا براساس تجارب و مشاهدات خود، به‌ترتیب اهمیت، مؤلفه و ابعاد مهم‌تر را شناسایی کنند و سپس محتوای برنامهٔ درمانی را اصلاح کنند. میزان شاخص روایی محتوایی[6] با روش والتز و باسل[7] برای برنامهٔ درمانی CVI=۰/۹۰ به‌دست آمد؛ همچنین با مقایسه با مقدار پذیرفتنی (حداقل ۰/۷۹)، شاخص روایی محتوایی برنامه به تأیید رسید. برنامهٔ آموزش ذهن‌آگاهی به‌مدت هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای، به آزمودنی‌های گروه آزمایش به‌شکل گروهی یک بار در هفته آموزش داده شد. گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد. در پایان مداخله هر دو گروه طی مرحلهٔ پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری یک‌ماهه ارزیابی مجدد شدند. شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

---

1. Anxious Thoughts Inventory (ANTI)
2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
3. Metaworry
4. Structured Clinical Interview for DSM-5, Clinical Version (SCID-5-CV)
5. Mindfulness Training Program
6. Content Validity Index (CVI)
7. Waltz & Bausell

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

جدول ۱. برنامهٔ جلسات آموزش ذهن‌آگاهی

جلسه	شرح جلسات
اول	معرفی اعضا در گروه، قوانین حضور در جلسات، معرفی مفهوم ذهن‌آگاهی، خارج‌شدن از هدایت خودکار، تمرین مراقبهٔ خوردن کشمش/ تکلیف به‌صورت انجام‌دادن یکی از فعالیت‌های روزانه مثل مسواک‌زدن با آگاهی لحظه‌به‌لحظه.
دوم	تمرین مراقبهٔ وارسی بدن، بررسی آگاهانهٔ هشیاری در زمان‌های مختلف، بازخورد تکالیف، دانستن قدر اینجا و اکنون با ثبت وقایع خوشایند، پایان جلسه با دو یا سه دقیقه تمرین تمرکز بر تنفس/ تکلیف: تمرین وارسی بدن و انجام پنج تنفس همراه با تمرکز قبل از خواب.
سوم	تن‌آرامی و انجام مراقبهٔ متمرکز بر حرکات بدنی (یوگا)، بازنگری تمرین، توضیح منطق تمرین‌های یوگا و رابطهٔ نزدیک ذهن و بدن، آموزش فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، بازخورد تکالیف/ تکلیف: تمرین وارسی بدن و انجام پنج تنفس همراه با تمرکز قبل از خواب، توجه به اتفاق‌های خوب در هر روز.
چهارم	تمرین پنج دقیقه دیدن یا شنیدن، مراقبهٔ آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار برای کاهش ناسازگاری، بازخورد تکلیف، تعریف استرس، رابطهٔ استرس با سلامتی و رفتار، فن وقفه/تکلیف: تمرین وارسی بدن و انجام پنج تنفس همراه با تمرکز قبل از خواب، توجه به صداها و اشیای موجود در محل خواب.
پنجم	مراقبهٔ نشسته متمرکز بر نفس، بدن، صداها و افکار، نحوهٔ برخورد با هیجان‌های منفی، بازخورد تکالیف، پذیرش قاطعانه، انجام مراقبهٔ رویارویی با مشکلات/ تکلیف: مراقبهٔ نشسته و انجام تنفس همراه با تمرکز هنگام رویارویی با احساس‌ها و افکار ناخوشایند.
ششم	مراقبهٔ آگاهی از نفس و بدن، بازنگری تکالیف، تعمیم آگاهی، جدول وقایع ناخوشایند، ذهن‌آگاهی ارتباطی، مهارت گوش‌دادن فعال و مراحل اظهارنظر جرئت‌مندانه/ تکلیف: پنج تنفس با تمرکز قبل از خواب، انجام تمرین توجه به ذهن.
هفتم	مراقبهٔ نشسته متمرکز بر بدن، صداها و افکار، پرسشگری آگاهانه از خود، فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای یا قدم‌زدن همراه با حضور ذهن. تکلیف: پنج تنفس متمرکز قبل از خواب، انجام تنفس همراه با تمرکز هنگام رویارویی با احساس‌ها و افکار ناخوشایند.
هشتم	بازنگری تمرین و تفاوت آن با تمرین جلسهٔ اول، بازخورد انجام تکالیف، بازنگری و جمع‌بندی جلسات گذشته، برنامه‌ریزی برای استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده در آینده و آغاز سبک جدید زندگی.

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی استفاده شد. در آمار استنباطی، داده‌ها بعد از تأیید پیش‌فرض‌های مربوط (بررسی توزیع طبیعی داده‌ها با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، همسانی واریانس‌ها با آزمون لوین و مفروضهٔ کرویت با آزمون موخلی)، ازطریق روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل داده‌ها با نسخهٔ ۲۲ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی و تعداد آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه ارائه شده است.

جدول ۲. مقایسهٔ توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه مردان معتاد مطالعه‌شده

متغیر		گروه		مقدار احتمال
		آزمایش (۲۷ نفر)	گواه (۲۷ نفر)	
سن (سال)		۳۵/۲۳±۸/۵۴	۳۳/۵۴±۹/۱۴	۰/۱۸۲
متأهل (تعداد)		۱۵	۱۴	۰/۶۲۱
مجرد (تعداد)		۱۲	۱۳	
تحصیلات (تعداد)	کمتر از دیپلم	۱۲	۱۰	۰/۴۲۱
	دیپلم	۹	۱۱	
	کارشناسی	۴	۵	
	کارشناسی ارشد و بیشتر	۲	۱	
مدت زمان اعتیاد	یک سال	۴	۳	۰/۳۶۵
	دو سال	۸	۹	
	سه سال	۹	۸	
	چهار سال و بیشتر	۶	۷	
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۱	۱۰	۰/۱۷۶
	متوسط	۹	۱۰	
	خوب	۵	۶	
	عالی	۲	۱	

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

باتوجه به مقادیر احتمال ارائه‌شده در جدول ۲ برای متغیرهای سن (p=۰/۱۸۲)، وضعیت تأهل (p=۰/۶۲۱)، تحصیلات (p=۰/۴۲۱)، مدت زمان اعتیاد (p=۰/۳۶۵) و وضعیت اقتصادی (p=۰/۱۷۶) می‌توان بیان کرد که بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ متغیرهای مذکور تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی را در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص آماری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نظم‌جویی شناختی هیجان	آزمایش	۹۱/۰۴	۸/۶۳	۱۲۷/۱۸	۱۴/۰۸	۱۳۰/۲۹	۱۳/۳۷
	گواه	۹۴/۷۷	۹/۷۵	۹۴/۳۷	۱۰/۰۰	۹۴/۰۷	۹/۷۹
افکار اضطرابی	آزمایش	۵۳/۰۷	۷/۷۵	۴۰/۹۲	۶/۵۹	۳۸/۵۲	۶/۷۶
	گواه	۵۰/۱۸	۵/۷۱	۵۰/۵۵	۵/۷۶	۵۰/۶۹	۵/۷۳

باتوجه به نتایج جدول ۳، در گروه آزمایش میانگین نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطراب در مراحل پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون به‌ترتیب افزایش و کاهش داشته است. براساس این نتایج و مقایسهٔ آن با نتایج گروه گواه می‌توان بیان کرد، آموزش ذهن‌آگاهی باعث افزایش نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش افکار اضطراب در بیماران گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است.

برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ابتدا مفروضهٔ توزیع طبیعی داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف بررسی شد. براساس مقدار احتمال (p=۰/۳۸۸) در نظم‌جویی شناختی هیجان و مقدار احتمال (p=۰/۶۷۰) در افکار اضطرابی فرض طبیعی‌بودن داده‌ها رد نشد. نتایج آزمون لون به‌منظور بررسی مفروضهٔ همگنی واریانس خطای متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که خطای واریانس مؤلفهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان در مراحل پیش‌آزمون (p=۰/۲۶۵)، پس‌آزمون (p=۰/۱۹۹) و پیگیری (p=۰/۱۰۵) و مؤلفهٔ افکار اضطرابی در مراحل پیش‌آزمون (p=۰/۴۱۵)، پس‌آزمون (p=۰/۳۳۹) و پیگیری (p=۰/۱۳۲) معنادار نیست؛ درنتیجه مفروضهٔ همگنی واریانس در بین گروه‌های آزمایش و گواه رد نشد. ارزیابی همسانی ماتریس واریانس‌ـ‌کوواریانس با آزمون کرویت موخلی صورت گرفت. براساس مقدار احتمال (p=۰/۰۶۸) برای نظم‌جویی شناختی هیجان و مقدار احتمال (p=۰/۰۵۹) برای افکار اضطرابی، مفروضهٔ کرویت موخلی و همگنی ماتریس واریانس‌ـ‌کوواریانس رد نشد. باتوجه به اینکه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بررسی شدند و رد نشدند، در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر گزارش شده است.

باتوجه به میانگین‌های گزارش‌شده در جدول ۳، میانگین نمرهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش از ۹۱/۰۴ در پیش‌آزمون به ۱۲۷/۱۸ در پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحلهٔ پیگیری به ۱۳۰/۲۹ افزایش پیدا کرد؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییر محسوسی مشاهده نشد. در متغیر افکار اضطرابی نیز میانگین نمرهٔ افکار اضطرابی در گروه آزمایش از ۵۳/۰۷ در پیش‌آزمون به ۴۰/۹۲ در پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحلهٔ پیگیری به ۳۸/۵۲ کاهش پیدا کرد؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییر محسوسی ملاحظه نشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در بررسی تفاوت بین گروه آزمایش و گروه گواه در متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی

منبع	نظم‌جویی شناختی هیجان			افکار اضطرابی		
	F	مقدار احتمال	Eta	F	مقدار احتمال	Eta
اثر زمان	۳۵۶/۷۱	<۰/۰۰۱	۸۷/۳	۵۳۸/۷۸	<۰/۰۰۱	۹۱/۲
اثر گروه	۵۸/۶۰	<۰/۰۰۱	۵۳/۴	۱۳/۷۵	<۰/۰۰۱	۲۰/۹
اثر زمان و گروه	۳۸۲/۹۷	<۰/۰۰۱	۸۸/۱	۶۶۷/۳۱	<۰/۰۰۱	۸۲/۸

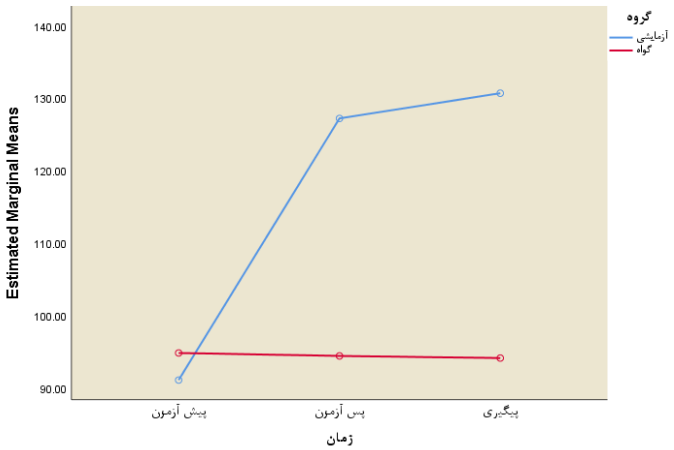
باتوجه به جدول ۴، تغییرات متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش در طول زمان معنادار بود (p<۰/۰۰۱) و با گروه گواه نیز در هر مرحله‌ای از زمان اندازه‌گیری، تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان مؤثر بود. با درنظرگرفتن مجذور اتا می‌توان بیان کرد، ۸۷/۳درصد از تغییرات نظم‌جویی شناختی هیجان ناشی‌از تأثیر درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است. همچنین تغییرات متغیر افکار اضطرابی در گروه آزمایش در طول زمان معنادار بود (p<۰/۰۰۱) و با گروه گواه نیز در هر مرحله‌ای از زمان اندازه‌گیری، تفاوت معناداری داشت (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین، درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افکار اضطرابی مؤثر بود. با درنظرگرفتن مجذور اتا می‌توان گفت، ۹۱/۲درصد از تغییرات افکار اضطرابی ناشی‌از تأثیر درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

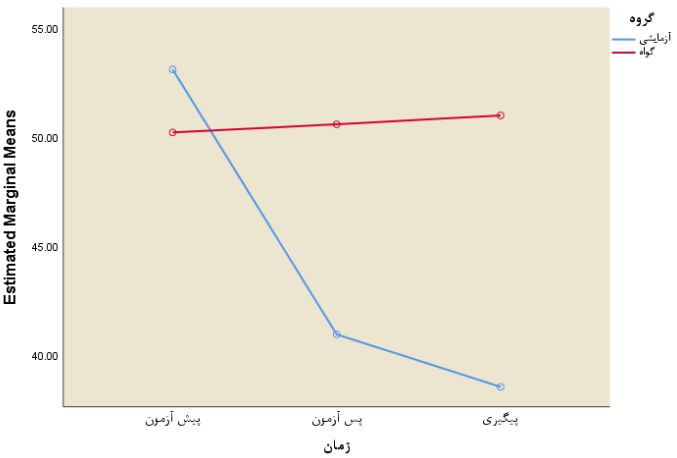
جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی میانگین متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تفاوت میانگین	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
نظم‌جویی شناختی هیجان	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۳۶/۱۵–	۰/۰۲۲	۰/۴۰۷	۰/۱۶۱
	پیش‌آزمون– پیگیری	۳۹/۶۳–	<۰/۰۰۱	۰/۷۰۴	۰/۰۶۸
	پس‌آزمون– پیگیری	۳/۴۸–	۰/۰۳۸	۰/۲۹۶	۰/۲۶۴
افکار اضطرابی	پیش‌آزمون– پس‌آزمون	۱۲/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۰–	۰/۱۴۳
	پیش‌آزمون– پیگیری	۱۴/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۸–	۰/۰۸۱
	پس‌آزمون– پیگیری	۲/۴۱	۰/۰۲۶	۰/۴۰۷–	۰/۲۵۷

برای بررسی بیشتر و مقایسهٔ زوجی میانگین نمرات متغیرها بین زمان‌های مطالعه در هر گروه، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود. براساس نتایج جدول ۵، میانگین نمره‌های نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p=۰/۰۲۲)، پیش‌آزمون و پیگیری (p<۰/۰۰۱) و پس‌آزمون و پیگیری (p=۰/۰۳۸) تفاوت معنادار داشت؛ این یافته‌ها حاکی‌از اثربخشی مداخله بر نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون و همچنین پایداری اثر مداخله بر متغیر مذکور در مرحلهٔ پیگیری بود؛ به‌طوری‌که متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان در مرحلهٔ پیگیری افزایش معناداری داشت. به‌علاوه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان‌دهندهٔ تفاوت معنادار میانگین نمره‌های افکار اضطرابی در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۰۱)، پیش‌آزمون و پیگیری (p<۰/۰۰۱) و پس‌آزمون و پیگیری (p=۰/۰۲۶) بود؛ این مطلب حاکی‌از اثربخشی مداخله بر مهار افکار اضطرابی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون و همچنین پایداری اثر مداخله بر متغیر مذکور در مرحلهٔ پیگیری بود؛ به‌طوری‌که متغیر مهار افکار اضطرابی در مرحلهٔ پیگیری کاهش معناداری داشت. در گروه گواه تفاوت بین مراحل در متغیرهای پژوهش معنادار نبود. نمودارهای ۱ و ۲ نتایج مذکور را نشان می‌دهد.



نمودار ۱. مقایسهٔ میانگین نمرهٔ نظم‌جویی شناختی هیجان در گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۲. مقایسهٔ میانگین نمرهٔ افکار اضطرابی در گروه‌های آزمایش و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

۴ بحث

هدف از اجرای این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی مردان معتاد بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، آموزش ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و افکار اضطرابی گروه آزمایش مؤثر بود و به‌ترتیب افزایش و کاهش معناداری داشته است؛ این تأثیر در طول دورهٔ پیگیری پایدار بود. این یافته‌ها با نتایج مطالعات تاجری (۳۳) و آقایوسفی و همکاران (۳۴) که به‌طور کلی بیانگر اثربخشی روش درمان ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب افراد معتاد است، همسوست. همچنین نتایج پژوهش با یافته‌های مطالعهٔ برکینگ و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان معتادان (۳۵) و پژوهش تانگ و همکاران مبنی‌بر اثربخشی ذهن‌آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان و کاهش سوءمصرف مواد همخوانی دارد. به‌علاوه، یافته‌های پژوهش با مطالعات عالم‌دیانتی و محب (۱۹) و راپیهاتانا و همکاران (۲۳) همسوست.

باتوجه به اینکه منظور از نظم‌جویی شناختی هیجان نحوهٔ پردازش شناختی فرد در هنگام مواجهه با وقایع ناگوار و اضطراب‌آور است (۳۶)، به‌عقیدهٔ گارنفسکی و کرایج افراد در مواجهه با اضطراب و استرس استراتژی‌های متفاوتی را به‌کار می‌برند. در این میان معتادان مسائل و بحران‌های به‌وجودآمده را فاجعه‌بار و کنترل‌نشدنی ارزیابی می‌کنند؛ آن‌ها بیشتر از بقیهٔ افراد به بیماری‌های روانی ازجمله اضطراب که از مهم‌ترین مؤلفه‌های سوءمصرف مواد است، دچار می‌شوند (۳۶). نقص در تنظیم هیجان‌ها و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی می‌تواند معتادان را در مواجهه با مشکلات روان‌شناختی آسیب‌پذیر کند (۳۷)؛ همچنین در برقراری ارتباط عاطفی مثبت، سازنده و هدایتگر با دیگران دچار مشکل شوند که خود عامل گرایش به موادمخدر است (۹)؛ بنابراین پژوهشگران بر این باور هستند که روش‌های درمانی مانند درمان ذهن‌آگاهی به‌دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون درمان شناختی‌ـ رفتاری، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد و در بهبود شرایط روان‌شناختی اعم‌از هیجان‌ها، اضطراب‌ها و شرایط جسمانی افراد معتاد مؤثر باشد (۳۸).

در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش افکار اضطرابی معتادان می‌توان گفت، آموزش‌های ذهن‌آگاهی به این‌گونه افراد در پذیرش بدون پیش‌داوری و عمل‌کردن در زمان حال تأکید می‌کند؛ چراکه معتقد است، افرادی که واقعیت را در لحظهٔ اکنون و اینجا تجربه می‌کنند، از غوطه‌ورشدن در ورطهٔ نگرانی‌ها و اضطراب‌ها دور می‌شوند و قادر خواهند بود مسائل پیرامون را به‌طور واقعی و نه خیالی تجربه کنند (۱۶)؛ درنتیجه با انجام تمرینات مربوط به ذهن‌آگاهی که به‌طور مستقیم بر حس‌های بدنی و فرایندهای ذهنی و شناختی کار می‌شود، افراد می‌توانند تصویر واضح‌تری از مسائل مشکل‌زا در ذهن خود ترسیم کنند (۱۴)؛ بنابراین با تسلط‌یافتن بر مشکل به‌وجودآمده باعث کاهش افکار اضطرابی و بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان افراد وابسته به مواد می‌شود. درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، سبب تغییر شناختی در نحوهٔ تفکر و رفتار بیمار می‌شود و از اصول شرطی‌سازی سود می‌برد؛ ازاین‌رو فرد مبتلا برای رفتن به مرحلهٔ بعدی سعی می‌کند خود را در مراحل بالاتر تجسم کند. این تمایل، بهبود وضعیت روان‌شناختی را به‌صورت تدریجی و مرحله‌به‌مرحله در بیمار به‌دنبال دارد تا در عین آرامش و آگاهی، مراحل درمانی خود را طی کند و اشکالات و سؤالات خود را در جلسات حضوری برطرف کند (۳۹)؛ ازاین‌رو روش ذهن‌آگاهی با کمک به معتادان در شناسایی هیجان‌های خود و عمل در زمان حال، اثرات هیجانی و فیزیولوژیک مصرف مواد را تعدیل می‌کند؛ بنابراین آموزش ذهن‌آگاهی به مصرف‌کنندگان مواد به‌دلیل پذیرش تجربه‌ها موجب می‌شود افراد وابسته به مواد از راهبردهای شناختی و مقابله‌ای مؤثری برای مقابله با شرایط اضطرابی و برانگیزاننده استفاده کنند (۳۵).

در تبیین چگونگی تأثیر آموزش شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار اضطرابی می‌توان گفت، این شیوهٔ درمانی با آموزش به مصرف‌کنندگان مواد به‌وسیلهٔ اصلاح و تغییر مؤلفه‌های شناختی ناکارآمد و با تمرکز بر زمان حال می‌تواند باعث کاهش افکار اضطرابی شود (۴۰) که همسو با یافته‌های دیگر مبنی‌بر تأثیر مثبت برنامه‌های ذهن‌آگاهی بر اضطراب است (۴۰،۴۱).

ازاین‌رو درمجموع باتوجه به مطالب مذکور و یافته‌های پژوهش مبنی‌بر اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی معتادان می‌توان گفت، افراد معتادی که سطح خودآگاهی بیشتری دربارهٔ خود، افکار خود، حالت‌های درونی و بیرونی بدن و محیط اطراف خود دارند، منجربه تنظیم هیجان مطلوب و کاهش افکار اضطرابی می‌شود. به‌عقیدهٔ مک‌کارنی و همکاران افراد با سطح بیشتر خودآگاهی، مهارت‌های لازم را برای مدیریت هیجان‌ها، رفتار و ذهن دارند و به‌وسیلهٔ تفکر قادر هستند احساساتشان را کنترل کنند. این عوامل به‌صورت مستقیم باعث بهبود مدیریت هیجان‌ها و کاهش افکار اضطرابی می‌شود (۱۶). در جلسه‌های مداخلهٔ پژوهش، آزمودنی‌ها آموختند درقبال اتفاقات جاری و زمان حال آگاه‌تر باشند و با شناخت افکار و احساس‌های خود به گفت‌وگوی درونی بپردازند. آن‌ها آموختند این گفت‌وگوی درونی می‌تواند در مواجهه با تحریک‌ها، چالش‌های زندگی و موقعیت‌های مختلف زندگی سبب داشتن ذهنی فعال و مثبت شود که به کاهش مشکلات روان‌شناختی و هیجانی مرتبط با مواد منجر می‌گردد (۱۷).

پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار یافته‌های پژوهش و تعمیم‌دهی نتایج آن، مطالعات آینده نوع مادهٔ مصرفی و جنسیت را مدنظر قرار دهند و همتاسازی براساس آن‌ها صورت گیرد. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی برنامهٔ آموزشی خاصی دربارهٔ چگونگی برخورد با دیگر مشکلات روان‌شناختی معتادان مانند اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس ضعیف، مدنظر پژوهشگران قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش آموزش درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجان و کاهش افکار اضطرابی معتادان اثربخش است؛ ازاین‌رو براساس نتایج، روش درمانی ذهن‌آگاهی با آموزش عملکرد آگاهانه به معتادان باعث کاهش

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

اختلال‌های هیجانی و شناختی افراد معتاد می‌شود و می‌تواند رشد و پیشرفت آنان را به‌همراه داشته باشد.

۶ تشکروقدردانی

بر خود لازم می‌دانیم از زحمات مدیر و کارکنان مرکز درمان اعتیاد قاصدک امید نارنج و تمام افرادی که به‌عنوان آزمودنی در این پژوهش شرکت کردند، قدردانی کنیم و سهم آن‌ها را در انجام این پژوهش محترم بشماریم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب اجازه از مسئولان مربوط در کلینیک ترک اعتیاد قاصدک امید نارنج شهرستان کرج، تشریح ماهیت و اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها، کسب رضایت شفاهی از آزمودنی‌ها و تکمیل رضایت‌نامهٔ شرکت در پژوهش بود؛ همچنین به افراد شرکت‌کننده اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آن‌ها به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش حاصل طرح پژوهشی مستقلی است و بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

References

1. Galanter M. Innovations: alcohol & drug abuse: spirituality in Alcoholics Anonymous: a valuable adjunct to psychiatric services. Psychiatr Serv. 2006;57(3):307–9. https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.307
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
3. Moslemi A, Khaje Rashidan F. Khanevade, masraf mavad mokhader, amniat [Family, drug abuse, security]. In: The 1st National Conference on Drug Use, The Bedrock of Insecurity. Kermanshah, Iran: Applied Research Office of Kermanshah Police Command; 2010. [Persian]
4. Martin PR, Weinberg BA, Bealer BK. Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2007.
5. Joolaee S, Fereidooni Z, Seyed Fatemi N, Meshkibaf MH, Mirlashari J. Exploring needs and expectations of spouses of addicted men in Iran: a qualitative study. Glob J Health Sci. 2014;6(5):132–41. https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p132
6. Vernig PM, Orsillo SM. Psychophysiological and self-reported emotional responding in alcohol-dependent college students: the impact of brief acceptance/mindfulness instruction. Cogn Behav Ther. 2009;38(3):174–83. https://doi.org/10.1080/16506070902767563
7. Mirzaei T, Ravary A, Hanifi N, Miri S, Oskouie F, Mirzaei Khalil Abadi S. Addicts' perspectives about factors associated with substance abuse relapse. Iran Journal of Nursing. 2011;23(67):49–58. [Persian] http://ijn.iums.ac.ir/article-1-895-fa.pdf
8. van Deursen AJAM, Bolle CL, Hegner SM, Kommers PAM. Modeling habitual and addictive smartphone behavior: The role of smartphone usage types, emotional intelligence, social stress, self-regulation, age, and gender. Computers in Human Behavior. 2015;45:411–20. https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.039
9. Thorberg FA, Lyvers M. Negative Mood Regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. Addict Behav. 2006;31(5):811–20. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.06.008
10. Najafi M, Mohammadifar M, Abdollahi M. Emotional dysfunction and tendency to substance abuse: the role of emotion regulation, distress tolerance and sensation seeking. Social Health and Addiction. 2015;2(5):53–68. [Persian]
11. Aazam Y, Sohrabi F, Borjal A, Chopan H. The effectiveness of teaching emotion regulation based on gross model in reducing impulsivity in drug-dependent people. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2014;8(30):127–41. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-648-en.pdf
12. Esmaeilinasab M, Andami Khoshk A, Azarmi H, Samar Rakhi A. The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2014;8(29):49–63. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-607-en.pdf
13. Zahed A, Ghalilo K, Abolghasemi A, Narimani M. The relationship between emotion regulation strategies and interpersonal behavior among substance abusers. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2009;3(11):99–114. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-422-en.pdf
14. Tang Y-Y, Tang R, Posner MI. Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. Drug Alcohol Depend. 2016;163(Suppl 1):S13–8. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041
15. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York, NY, US: Guilford Press; 2002.
16. McCarney RW, Schulz J, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. European Journal of Psychotherapy & Counselling. 2012;14(3):279–99. https://doi.org/10.1080/13642537.2012.713186
17. Hạnh TN. The miracle of mindfulness: an introduction to the practice of meditation. Beacon Press; 2016.
18. Naderi Y, Parhon H, Hasani J, Sanaei H. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy (MBSR) on cognitive emotion regulation strategies and anxiety and depression rate in patients with major depressive disorder. Journal of Thought Behavior in Clinical Psychology. 2015;10(35):17-26. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_112.html?lang=en
19. Alem Dianati F, Moheb N. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing negative strategies of cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Instruction and Evaluation. 2018;10(40):177-88. [Persian] http://jinev.iaut.ac.ir/article_538065.html?lang=en

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

20. Asghari F, Ghasemi Jobaneh R, Hosseini Sedigh MS, Jamei M. Effectiveness of mindfulness training on emotion regulation and quality of life of addict's wife. Culture Counseling. 2016;7(26):115-32. [Persian] doi: 10.22054/QCCPC.2016.6727
21. Guendelman S, Medeiros S, Rampes H. Mindfulness and emotion regulation: Insights form neurobiological, and clinical studies. Front Psychol. 2017;8:220. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00220
22. Bellinger DB, DeCaro MS, Ralston PAS. Mindfulness, anxiety, and high-stakes mathematics performance in the laboratory and classroom. Conscious Cogn. 2015;37:123–32. https://doi.org/10.1016/j.concog.2015.09.001
23. Raphiphatthana B, Jose PE, Kielpikowski M. How do the facets of mindfulness predict the constructs of depression and anxiety as seen through the lens of the tripartite theory? Personality and Individual Differences. 2016;93:104–11. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.005
24. Maguire N. Cognitive behavioural therapy and homelessness: a case series pilot study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2006;34(1):107–11. https://doi.org/10.1017/S1352465805002493
25. Schäfer T, Schwarz MA. The meaningfulness of effect sizes in psychological research: differences between sub-disciplines and the impact of potential biases. Front Psychol. 2019;10:813.
26. Wells A. A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. Anxiety, Stress, & Coping. 1994;6(4):289–99. https://doi.org/10.1080/10615809408248803
27. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001;30(8):1311–27. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6
28. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2011;9(4):229–40. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-en.pdf
29. Bahrami F, Rezvan S. Relationship between anxious thoughts and metacognitive beliefs in high school students with generalized anxiety disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2007;13(3):249–55. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-270-en.pdf
30. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. SCID-5-CV: structured clinical interview for DSM-5 Disorders: clinician version. Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing; 2016.
31. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: psychometric properties. Comprehensive Psychiatry. 2009;50(1):86–91. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2008.04.004
32. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York, NY, US: Delta Trade Paperback/Bantam Dell; 1992.
33. Tajeri B. The effectiveness of CBT on depression and anxiety among Methamphetamine addicts. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2016;11(39):27–36. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_331_9fa550e97315cbd5badb238330b11cf6.pdf
34. Aghayosefi A, Oraki M, Zare M, Imani S. Effectiveness of mindfulness in decreasing stress, anxiety and depression among the substance abusers. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(27):17–26. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_11_e1495b0bafde8b8408e29c179bc3e908.pdf
35. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. J Consult Clin Psychol. 2011;79(3):307–18. https://doi.org/10.1037/a0023421
36. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Personality and Individual Differences. 2006;40(8):1659–69. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009
37. Schoenmakers T, Wiers RW, Jones BT, Bruce G, Jansen ATM. Attentional re-training decreases attentional bias in heavy drinkers without generalization. Addiction. 2007;102(3):399–405. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01718.x
38. Kiani A, Ghasemi N, Pourabbas A. The comparsion of the efficacy of group psychotherapy based on acceptance and commitment therapy, and mindfulness on craving and cognitive emotion regulation in methamphetamine addicts. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2013;6(24):27–36. [Persian] http://etiadpajohi.ir/article-1-308-en.pdf
39. Roth B, Robbins D. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. Psychosom Med. 2004;66(1):113–23. https://doi.org/10.1097/01.psy.0000097337.00754.09
40. Schreiner I, Malcolm JP. The benefits of mindfulness meditation: changes in emotional states of depression, anxiety, and stress. Behaviour Change. 2008;25(3):156–68. https://doi.org/10.1375/bech.25.3.156
41. Masuda A, Tully EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. J Evid Based Complementary Altern Med. 2012;17(1):66–71. https://doi.org/10.1177/2156587211423400

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]