

# اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی بر جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در زنان معتاد تحت توان‌بخشی

مریم قادری نجف‌آبادی<sup>۱</sup>، رسول سلیمانی نجف‌آبادی<sup>۲</sup>، محمد مرادی سروش<sup>۳</sup>، سعید حبیب الهی<sup>۴</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**زمینه و هدف:** هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی بر جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در زنان معتاد تحت توان‌بخشی بود.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش به روش شبه تجربی و بر اساس طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری شامل تمام زنان معتاد سم‌زدایی شده بود که دوره سم‌زدایی را پشت سر گذاشته بودند و در زمان اجرای پژوهش، در مرکز توان‌بخشی پرستو در شهر نجف‌آباد، تحت توان‌بخشی قرار داشتند. حجم نمونه را ۲۴ نفر از زنان معتاد تحت توان‌بخشی تشکیل داد که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شکل تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش از ۸ جلسه آموزش گروهی تکنیک‌های ذهن آگاهی طی دو ماه بهره بردند؛ در حالی که گروه شاهد تنها تحت آموزش‌های معمول برای بازتوانی قرار گرفتند. افراد هر دو گروه آزمایش و شاهد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسش‌نامه‌های جهت‌گیری زندگی (Life orientation test یا LOT)، مقیاس رضایت از زندگی (Satisfaction with life scale یا SWLS) و پذیرش و عمل - نسخه دوم (Acceptance and action questionnaire-II یا AAQ-II) پاسخ دادند که قبل و بعد از مداخله تکمیل گردید. داده‌ها نیز با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس‌آزمون وجود داشت ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی در بهبود متغیرهای روان‌شناختی جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل مؤثر می‌باشد و می‌تواند به عنوان روش درمانی مناسبی در درمان زنان معتاد تحت توان‌بخشی مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** تکنیک‌های ذهن آگاهی، جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی، پذیرش و عمل، زنان معتاد

**ارجاع:** قادری نجف‌آبادی مریم، سلیمانی نجف‌آبادی رسول، مرادی سروش محمد، حبیب الهی سعید. اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی بر جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در زنان معتاد تحت توان‌بخشی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۱): ۴۹-۴۱.

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۰/۲

نامیده می‌شود و کسی که چنین موادی را مصرف کند، معتاد شناخته می‌شود (۲). تصور بیشتر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که مواد مخدر و سوء مصرف مواد به طور عمده پدیده مردانه‌ای می‌باشد؛ در حالی که زنان هم، همپای مردان در معتاد شدن پیش می‌روند (۳). گزارش مؤسسه مطالعات ملی مصرف مواد و سلامت نشان داد که ۶/۲ درصد از زنان ۱۲ سال به بالا در سال ۲۰۰۴ دچار وابستگی یا سوء مصرف مواد شده، اما فقط ۰/۹ درصد از آن‌ها در آن سال تحت درمان قرار گرفته‌اند. همچنین، بر اساس این اطلاعات، ۵/۱ درصد از زنان بزرگسال در سال ۲۰۰۸ نیازمند درمان بوده‌اند (۴).

## مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات عصر حاضر به شمار می‌رود که گستره جهانی پیدا کرده است. مصیبتی که میلیون‌ها زندگی را ویران و سرمایه‌های کلان ملی را صرف مبارزه و یا جبران صدمات ناشی از آن می‌کند. هر روز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می‌شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است که سلامت بشر را تهدید می‌کند (۱). از نظر آسیب‌شناسی، هر دارویی که بعد از مصرف چنان تغییراتی را در انسان به وجود آورد که از نظر اجتماعی قابل قبول و پذیرش نباشد و اجتماع نسبت به آن حساسیت یا واکنش نشان دهد، مخدر

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان (اصفهان)، اصفهان، ایران

۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴- دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

Email: s.habibollahi@yahoo.com

نویسنده مسؤول: سعید حبیب الهی

شواهد پژوهشی نشان دهنده آن است که متغیرهای روان‌شناختی زیادی در وابستگی به مواد، عود و بازگشت مجدد به مصرف و درمان اعتیاد نقش دارند. یکی از این متغیرهای روان‌شناختی مؤثر در وابستگی به مواد و عود و درمان اعتیاد، جهت‌گیری زندگی است که به نحوه نگرستن افراد به زندگی‌شان اشاره می‌کند و دارای دو بعد خوش‌بینی و بدبینی می‌باشد. در سال‌های اخیر، مفهوم جهت‌گیری زندگی به عنوان یک مفهوم تجربی در نظر گرفته شده است و توسط نظریه‌های فراوانی قابل تبیین است. این مفهوم به عنوان تمایل به داشتن انتظارات مثبت یا منفی در مورد آینده تعریف شده است (۵). خوش‌بینی، انتظارات مرتبط با رخ دادن حوادث خوب را توصیف می‌کند و به ادراک فرد از شانس ارتباط دارد (۶). در این میان، منبع کنترل به عنوان عامل مهمی در خوش‌بینی افراد در نظر گرفته می‌شود. منبع کنترل توصیف‌کننده باورهای کلی فرد در مورد میزان تأثیر عوامل مختلف بر وقوع یک پیامد است. مهم‌ترین موضوع در ارتباط با منبع کنترل، تمایز بین عوامل درونی و بیرونی می‌باشد (۷). یک فرد با منبع کنترل درونی اعتقاد دارد که پیامدها به عملکرد و کارایی خود فرد و نه عوامل خارج از کنترل وی مرتبط است. کسانی که منبع کنترل درونی دارند، در بیشتر زمینه‌ها از خود خوش‌بینی نشان می‌دهند. مطالعات تجربی نیز از این فرضیه که خوش‌بینی با منبع کنترل درونی مرتبط است، حمایت می‌کنند (۸). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که خوش‌بینی با پرهیز از مصرف مواد ارتباط دارد و منبع شناختی مؤثری در بهبود سوء مصرف کنندگان مواد به شمار می‌رود (۹، ۱۰).

یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی مهم، وجود رضایت از زندگی در زنان معنادار است. رضایت از زندگی به یک فرایند قضاوتی و شناختی اشاره دارد که در آن افراد، کیفیت زندگی خود را بر اساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها ارزشیابی می‌کنند (۱۱). شواهد تجربی گزارش کرده‌اند که رضایت از زندگی دارای سه بعد رضایت از زندگی گذشته، حال و آینده است. دیدگاه مثبت و خوش‌بینانه نسبت به آینده به مقابله بهتر با موقعیت‌های فشارزای حال می‌انجامد. نتایج پژوهش Lazarus و همکاران نشان داد که دیدگاه امیدوارانه و خوش‌بینانه در سنجش سازه رضایت از زندگی، مفید و مناسب می‌باشد. تجارب پیشین زندگی، رضایت‌ها و نارضایتی‌هایی که افراد در مراحل اولیه زندگی تجربه کرده‌اند، می‌تواند با تجارب بعدی متفاوت باشد و پیامدهایی برای سلامت یا بیماری در بر داشته باشد. اگرچه اشخاص مختلف در زمینه مؤلفه‌های مهم یک زندگی خوب از قبیل سلامت و روابط موفق با یکدیگر توافق دارند، اما به این مؤلفه‌ها وزن‌های متفاوتی می‌دهند (۱۰). رضایت از زندگی بازتاب توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت فعلی او می‌باشد. به عبارت دیگر، هرچه شکاف میان سطح آرزوهای فرد و وضعیت عینی وی بیشتر شود، رضایتمندی او نیز کاهش می‌یابد (۱۱). Koivumaa-Honkanen و همکاران نیز در پژوهش خود با هدف بررسی رابطه رضایت از زندگی و مصرف الکل گزارش کردند که سوء مصرف بالاتر الکل، به طور معنی‌داری رضایت از زندگی پایین‌تری را پیش‌بینی می‌کند (۱۲). پذیرش و عمل نیز متغیر روان‌شناختی دیگری است که می‌تواند در کمک به درمان و ارزیابی بهبودی زنان معنادار مؤثر باشد. در موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری، به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این درمان‌ها، ابتدا سعی بر این است که پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (مانند افکار، احساسات، خاطرات، تصاویر ذهنی و امیال) افزایش و در مقابل، اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد.

اجتناب تجربی (که در برابر پذیرش و عمل قرار دارد) به عنوان یکی از سازه‌های اصلی درمان‌های موج سوم، به عدم تمایل جهت تماس با پدیده‌های شخصی و درونی ناخواسته و منفی ارزیابی شده و تلاش‌های عمدی جهت کنترل فراوانی و شدت این پدیده‌های شخصی یا زمینه‌های به وجودآورنده آن اشاره می‌کند (۱۳). در مقابل، پذیرش شامل پاسخدهی انعطاف‌پذیر و کارآمد می‌باشد؛ چرا که در این حالت افراد در تماس با افکار و هیجان‌اتشان باقی می‌مانند (۱۴).

اجتناب تجربی و پذیرش در اغلب موارد به عنوان نقاط پایانی روی یک پیوستار دو قطبی در نظر گرفته می‌شوند؛ در حالی که افراد با اجتناب تجربی کم (در مقابل پذیرش زیاد) ذهن آگاه‌تر هستند و از دیدگاه‌های غیر قضاوتی نسبت به پدیده‌های شخصی و درونی برخوردار می‌باشند. افراد با اجتناب تجربی زیاد، در ارزیابی‌های خودارجاعی منفی و انعطاف‌ناپذیرشان محبوس هستند و به سرکوب هیجانی و تجربی دردناک و آسیب‌زا متکی می‌باشند. در حقیقت، استفاده غیر منطقی و سفت و سخت از اجتناب تجربی می‌تواند نتیجه عکس داشته باشد؛ به طوری که منجر به افزایش فراوانی و شدت افکار و هیجان‌اتی که از آن‌ها اجتناب شده است، می‌گردد (۱۳). در همین راستا، موجی از تحقیقات پیشنهاد می‌کنند که اجتناب تجربی می‌تواند به عنوان یک فرایند پاتولوژیک مفهوم‌سازی شود که در بروز و حفظ بسیاری از اشکال آسیب‌ها و پریشانی‌های روانی (از جمله اعتیاد) دخالت دارد (۱۵-۱۳).

درمان اعتیاد بسیار پیچیده و زمان‌بر می‌باشد و نیازمند به کارگیری شیوه‌های درمانی دارویی و غیر دارویی و روان‌شناختی است. همان‌گونه که انسان‌ها مختلف و گوناگون هستند، افراد وابسته به مواد نیز تنوع‌های بسیاری دارند. این افراد دارای نیازهای متفاوتی هستند و به همین دلیل تنها یک روش منحصر به فرد برای درمان همه این افراد نمی‌توان یافت. یکی از جدیدترین شیوه‌های درمان روان‌شناختی در درمان اعتیاد، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based therapy) می‌باشد. ذهن‌آگاهی (Mindfulness) به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (۱۶). اساس ذهن‌آگاهی از تمرین‌های مراقبه بوداییسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی پیگیر و هوشمندانه را افزایش می‌دهد. ذهن‌آگاهی یک روش یا تکنیک نیست، اگرچه در انجام آن روش‌ها و تکنیک‌های مختلف زیادی به کار رفته می‌شود. این تکنیک را می‌توان به عنوان یک شیوه بودن یا یک روش فهمیدن توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی می‌باشد. در مداخلات مبتنی بر راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی، بر خلاف راهبردهای مبتنی بر تغییر، به جای تغییر محتوای افکار و نگرش‌های ناکارآمد، بر پذیرش، تمرکززدایی و تغییر رابطه و نگرش فرد نسبت به افکار به عنوان نوعی واقعیت‌ذهنی اشاره می‌کند. همچنین، در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان‌های منفی، بر پذیرش بدون قضاوت و مواجهه و افزایش تحمل حالت‌های هیجانی منفی تأکید می‌گردد (۱۷).

شیوه‌های مختلفی از مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy) یا (MBCT)، درمان شناختی-رفتاری تسهیل‌گر مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MECBT یا Mindfulness-enhanced cognitive behavior therapy)، پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBRP) یا (Mindfulness-based relapse prevention)، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based stress reduction یا MBSR) و

اجرای پژوهش و ایجاد اختلال یا بیماری حاد روانی (مانند اختلال دوقطبی، افسردگی ماژور یا اختلالات سایکوتیک) یا بیماری جسمانی شدید که مانع از شرکت منظم در جلسات آموزشی شود» بود.

داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جلسات آموزشی ذهن‌آگاهی شامل ۸ جلسه دو ساعته بود و آموزش‌ها و مداخلات شامل موارد زیر بود:

جلسه اول: آشنایی اولیه، برقراری ارتباط، دادن توضیحاتی درباره اصول و اهداف کلی درمان ذهن‌آگاهی، ایجاد تعهد در درمان و اجرای پیش‌آزمون

جلسه دوم: تمرین تن‌آگاهی و تن‌آرامی سطحی و عمیق (پیشرفته) و تمرین مراقبه با استفاده از تصویرسازی ذهنی

جلسه سوم: تمرین ذهن‌آگاهی تنفس و حضور ذهن نسبت به تنفس در طول روز و تمرین مراقبه کاوش یا وارسی بدن

جلسه چهارم: تمرین خوردن و جویدن لقمه‌های غذا با حضور ذهن و ادامه تمرین ذهن‌آگاهی تنفس و مراقبه وارسی بدن

جلسه پنجم: تمرین یوگای آگاهانه به صورت ایستاده، ادامه مراقبه وارسی بدن و افزایش سطح آگاهی در طی فعالیت‌های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، مسواک زدن، ظرف شستن و خواندن

جلسه ششم: تمرین مراقبه نشسته، آموزش تکمیل «تقویم وقایع خوشایند»، تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی و تداوم مراقبه وارسی بدن

جلسه هفتم: تمرین مکت سه دقیقه‌ای، تکمیل «تقویم وقایع ناخوشایند»، تداوم انجام فعالیت‌های آگاهانه و انجام تاملات با دیگران همراه با آگاهی عمدی

جلسه هشتم: خواندن دعای مهربانی و گشودگی، ارزیابی میزان پیشرفت، خلاصه و جمع‌بندی جلسات، گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان و اجرای پس‌آزمون

نحوه اجرای پژوهش نیز بدین ترتیب بود که پس از مراجعه به مرکز توان‌بخشی پرستو و انجام هماهنگی‌های لازم با مسؤولان این مرکز جهت انجام پژوهش، از بین لیست افراد تحت توان‌بخشی که پس از تماس تلفنی و ملاقات حضوری تمایل و موافقت کتبی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کرده بودند و همچنین، واجد معیارهای ورود به پژوهش بودند، ۲۴ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. تمامی این آزمودنی‌ها پیش‌تر مراحل سم‌زدایی را با موفقیت به اتمام رسانده بودند. در ابتدا سه پرسش‌نامه شامل آزمون جهت‌گیری زندگی (Life orientation test) یا (LOT)، مقیاس رضایت از زندگی (Satisfaction with life scale) یا (SWLS) و پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II) یا (Acceptance and action questionnaire-II) توسط تمامی آزمودنی‌ها قبل از شروع مداخله و در مرحله پیش‌آزمون تکمیل گردید و پس از آن برای گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله گروهی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به صورت هفتگی و به مدت ۲ ساعت آموزش داده شد، اما افراد گروه شاهد درمان خاصی دریافت نکردند و در این فاصله تنها تحت درمان معمول باقی ماندند. در پایان مداخله آموزشی نیز دوباره پرسش‌نامه‌های مذکور در قالب پس‌آزمون توسط افراد دو گروه تکمیل شد.

آموزش مراقبه مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MAT یا Meditation awareness training) وجود دارد که در مطالعات درمانی اعتیاد مورد استفاده قرار گرفته است (۱۸).

اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر علائم روان‌شناختی اعتیاد در پژوهش‌های مختلفی تأیید شده است. نتایج پژوهش Bowen و همکاران نشان داد که افراد تحت درمان گروهی پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در مقایسه با افراد تحت درمان معمول، میزان وسوسه کمتر و همچنین، مصرف مواد کمتری داشتند (۱۹). فرنام و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که استفاده از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به شکل چشم‌گیری در بهبود سلامت روانی معنادار مؤثر است (۲۰). در پژوهش‌های دیگر نیز اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش حضور ذهن، پیشگیری از بازگشت، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد و تحت درمان تأیید شده است (۲۱-۲۲). همچنین، در ارتباط با متغیرهای پژوهش، تحقیقات بسیاری رابطه مثبت و مستقیمی بین آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی با جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل را گزارش کرده‌اند (۲۳-۲۷).

براساس آنچه بیان شد و با توجه به اندک تحقیقات موجود در زمینه درمان و بهبود زنان معتاد با تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، پژوهش حاضر برای رفع شکاف‌های پژوهشی موجود در این زمینه و با هدف بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در زنان معتاد تحت توان‌بخشی انجام گرفت.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش به شیوه شبه‌تجربی و بر اساس طرح تحقیقی پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری را تمامی زنان معتادی تشکیل داد که دوره سم‌زدایی را پشت سر گذاشته بودند و در زمان اجرای پژوهش در مرکز توان‌بخشی پرستو در شهر نجف‌آباد، تحت توان‌بخشی قرار داشتند. به دلیل محدودیت در انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. نمونه‌گیری از طریق فرمول محاسبه حجم نمونه Cochran انجام گرفت. با توجه به این که تعداد افراد جامعه ۲۸ نفر بود و در این شرایط بر طبق فرمول Cochran، حجم مطلوب نمونه ۲۶ نفر می‌باشد، با این حال به علت محدودیت در انتخاب نمونه و عدم برآورده شدن معیارهای ورود از سوی برخی از افراد جامعه، در نهایت حجم نمونه به صورت در دسترس، ۲۴ نفر در نظر گرفته شد که این تعداد به طور تصادفی به دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش از ۸ جلسه آموزش گروهی تکنیک‌های ذهن‌آگاهی طی دو ماه بهره بردند؛ در حالی که گروه شاهد در لیست انتظار قرار گرفتند و تنها تحت آموزش‌های معمول برای بازتوانی قرار داشتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل «عدم وجود هر یک از اختلالات بالینی بر مبنای ملاک‌های DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5<sup>th</sup> Edition)، عدم وجود سابقه اختلال شخصیت، گذراندن دوره سم‌زدایی، داشتن جنسیت مؤنث، داشتن حداقل سن ۱۸ سال، داشتن تحصیلات سیکل به بالا و نداشتن رویداد آسیب‌زای تهدید کننده زندگی در شش ماه گذشته» و معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت از «عدم شرکت در جلسات درمان به طور کامل، مصرف هرگونه مواد مخدر یا محرک در زمان

مثال چقدر از زندگی خود راضی هستند و یا چقدر زندگی به زندگی آرمانی آن‌ها نزدیک است (۳۰). آنان در نمونه‌ای متشکل از ۱۷۶ دانشجوی دوره کارشناسی، مقیاس رضایت از زندگی را ارزشیابی کردند. ضریب همبستگی بازآزمایی نمره‌ها پس از دو ماه اجرا، ۰/۸۲/ محاسبه گردید (۳۰). در ایران نیز بیانی و همکاران با انجام تحقیقی به بررسی اعتبار و روایی مقیاس رضایت از زندگی پرداختند و اعتبار مقیاس رضایت از زندگی را با استفاده از روش Cronbach's alpha، ۰/۸۳/ و با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۶۹/ به دست آوردند (۳۱). آن‌ها در پژوهش خود روایی و پایایی مناسبی را برای مقیاس رضایت از زندگی گزارش نمودند.

### یافته‌ها

با توجه به ریزش دو نفر از اعضای گروه آزمایش و عدم شرکت کامل آن‌ها در تمامی جلسات، این تعداد از آزمودنی‌ها از فرایند تحلیل خارج شدند و برای تساوی دو گروه، تحلیل نهایی بر روی ۲۰ نفر انجام گرفت؛ چرا که در نمونه‌های نامساوی و کمتر از ۴۰ نفر، تأیید پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات ضروری است (۳۲).

با توجه به یافته‌های توصیفی حاصل از تحلیل ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها، به طور کلی ۴۵ درصد از آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۳۰-۱۸ سال، ۳۰ درصد در دامنه سنی ۴۲-۳۰ سال و ۲۵ درصد در دامنه سنی ۵۴-۴۲ سال قرار داشتند. بیشترین فراوانی تحصیلات در هر دو گروه مربوط به سطح سیکل (۵۵ درصد افراد) و کمترین فراوانی مربوط به سطح کارشناسی (۱۰ درصد افراد) بود. ۵۵ درصد از آزمودنی‌ها متأهل و ۴۵ درصد از آن‌ها مجرد بودند. همچنین، ۴۰ درصد از مشارکت کنندگان هر دو گروه شاغل بودند و ۶۰ درصد باقی‌مانده شغل خاصی نداشتند.

میانگین و انحراف معیار متغیرهای جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است. به منظور بررسی اثربخشی مداخله آموزشی، از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده گردید. بنابراین، لازم بود در ابتدا پیش‌فرض‌های مورد نیاز این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. نتایج آزمون Shapiro-wilk برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار می‌باشد. همچنین، نتایج آزمون M باکس و آزمون Levine معنی‌دار نبود که این یافته‌ها نیز به ترتیب حاکی از برقراری پیش‌فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بود. نتایج آزمون Shapiro-wilk جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است.

لازم به ذکر است که جهت رعایت اصول اخلاقی، علاوه بر گرفتن رضایت و توافق آگاهانه آزمودنی‌ها و دادن اطمینان به آن‌ها جهت محرمانه باقی ماندن مشخصات و اطلاعات وارد شده در پرسش‌نامه، پس از اتمام پژوهش نیز یک دوره فشرده مداخله سه جلسه‌ای برای آزمودنی‌های گروه شاهد ارائه گردید. آزمون LOT: این آزمون توسط Scheier جهت اندازه‌گیری خوش‌بینی طراحی گردید (۲۸). آزمون LOT تفاوت‌های فردی در خوش‌بینی را مورد سنجش قرار می‌دهد و شامل ۶ ماده است (سه عبارت مثبت و سه عبارت منفی) و هر ماده از طریق ۵ گزینه به ترتیب از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. برای بررسی روایی این پرسش‌نامه، همبستگی مثبت و معنی‌دار آن را با مقیاس‌های خودتسلطی و عزت نفس و همبستگی منفی و معنی‌دار آن را با اضطراب خصیصه‌ای و روان‌رنجورخویی گزارش کرد. همچنین، همسانی درونی ۶ ماده پرسش‌نامه را ۰/۷۸/ و پایایی آن را با روش بازآزمایی در فاصله ۲۸ ماه، ۰/۷۹/ محاسبه نمود که نشان دهنده ثبات نسبی این آزمون می‌باشد. در مطالعه نظری چگنی و همکاران نیز ضریب Cronbach's alpha برای این پرسش‌نامه ۰/۶۷/ به دست آمد که بیانگر همسانی قابل قبول این پرسش‌نامه است (۲۸).

پرسش‌نامه AAQ-II: این پرسش‌نامه توسط Bond ساخته شده است و یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسش‌نامه اصلی (AAQ-I) می‌باشد (۲۹) که به وسیله Hayes و همکاران (۱۴) ساخته شده بود. این پرسش‌نامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب Cronbach's alpha این پرسش‌نامه ۰/۸۴/ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱/ و ۰/۷۹/ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت هم‌زمان، طولی و افزایشی، دامنه‌ای از نتایج سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی‌اش است. همچنین، این ابزار اعتبار مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه‌گیری می‌کند، اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (۲۹).

مقیاس SWLS: این مقیاس توسط Diener و همکاران تهیه و از ۵ گزاره به صورت لیکرت هفت درجه‌ای (۱ = به شدت مخالفم تا ۷ = کاملاً موافقم) تشکیل شده است. در این مقیاس آزمودنی‌ها اظهار می‌دارند که برای

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و نوع آزمون

متغیر	مرحله	گروه آزمایش میانگین ± انحراف معیار	گروه شاهد میانگین ± انحراف معیار
جهت‌گیری زندگی	پیش‌آزمون	۱۶/۹۰ ± ۲/۶۸	۱۶/۹۰ ± ۳/۲۵
	پس‌آزمون	۱۸/۸۰ ± ۲/۸۶	۱۴/۵۰ ± ۱/۸۴
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۱۱/۵۰ ± ۸/۷۵	۱۰/۸۰ ± ۵/۵۷
	پس‌آزمون	۲۱/۹۰ ± ۳/۴۸	۸/۷۰ ± ۵/۱۲
پذیرش و عمل	پیش‌آزمون	۴۷/۳۰ ± ۱۰/۲۲	۴۳/۸۰ ± ۷/۸۶
	پس‌آزمون	۵۲/۷۰ ± ۹/۳۱	۳۵/۵۰ ± ۵/۱۷

وابسته پژوهش در دو گروه آزمایش و شاهد در جدول ۵ ارائه شده است. بر اساس این نتایج، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود داشت. به عبارت دیگر، آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی مؤثر بود و موجب افزایش معنی‌دار میانگین نمرات جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در اعضای گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شد.

### بحث و نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش تکنیک‌های ذهن‌آگاهی بر بهبود جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در زنان معنادار تحت توان‌بخشی مؤثر است. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها مبنی بر اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های روان‌شناختی در افراد معنادار (۲۲-۱۹) همسو می‌باشد. برای مثال، نتایج به دست آمده در پژوهش Bowen و Kurz بیانگر آن بود که صرف مدت زمان بیشتر برای اجرای تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، می‌تواند افزایش تغییرات در سطوح ذهن‌آگاهی پس از درمان را در معنادار تحت درمان پیش‌بینی کند (۲۱).

در مجموعه‌های درمانی اعتیاد، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness-based interventions یا MBIs) اغلب در قالب یک دوره هشت هفته‌ای اجرا می‌گردد که شامل مواردی همچون جلسات هفتگی به مدت ۹۰-۱۸۰ دقیقه، آموزش مؤلفه‌های روانی-آموزشی، تمرینات ذهن‌آگاهی هدایت شده، یک CD برای ذهن‌آگاهی هدایت شده یا تمرینات مراقبه جهت تسریع و تسهیل تکالیف شخصی روزانه و درجات مختلفی از یک درمان مبتنی بر بحث یک به یک با کمک مربی برنامه می‌باشد (۱۸). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی از مکانیزم‌های کلیدی مختلفی در درمان بهره می‌گیرند که از آن جمله می‌توان به تغییر ادراکی در شیوه پاسخ‌دهی و نحوه ارتباط با محرک‌های حسی و شناختی-عاطفی، کاهش در میزان عود و علائم ترک از طریق جایگزین کردن رفتارهای اعتیادی ناسازگارانه با یک «اعتیاد مثبت» به ذهن‌آگاهی / مراقبه، انتقال منبع کنترل استرس از موقعیت‌های بیرونی به منابع توجهی و فراشناختی داخلی، تنظیم و تعدیل حالات خلقی ملال‌آور و طرح‌واره‌های ذهنی خودتحقیرگر و شرم‌آور مرتبط با اعتیاد از طریق رشد شفقت و محبت به خود، رشد آگاهی روحانی و معنوی که منظر و دیدگاه را وسعت می‌بخشد و منجر به ارزیابی مجدد اولویت‌های زندگی می‌گردد، «موج‌سواری امیال» (فرایند مراقبه ای اتخاذ یک دیدگاه غیر قضاوتی و تنظیم توجه فعال به سمت امیال و انگیزش‌های روانی) که به تنظیم پاسخ‌های اجباری عادت‌های می‌کند، کاهش برانگیختگی عصبی و روانی از طریق افزایش عملکرد قشر پیش‌فرونتال مغز و افزایش برون‌ده اعصاب واگ به واسطه تنفس هوشیار و افزایش ظرفیت سپاسگزاری اشاره نمود که همگی این‌ها می‌تواند به بهبود علائم (به خصوص علائم روان‌شناختی) اعتیاد کمک کند (۱۸).

جدول ۲. نتایج آزمون Shapiro-wilk جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	آزمون Shapiro-wilk		
	آماره	درجه آزادی	P
جهت‌گیری زندگی	۰/۹۲۰	۲۰	۰/۰۹۹
رضایت از زندگی	۰/۹۱۳	۲۰	۰/۰۷۲
پذیرش و عمل	۰/۹۱۲	۲۰	۰/۰۷۱

همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، آزمون Shapiro-wilk برای هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه معنی‌دار نبود و پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در تمامی متغیرهای پژوهش تأیید گردید ( $P < ۰/۰۵۰$ ). نتایج آزمون Levine برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون Levine برای متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه

متغیر	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	آماره F	P
جهت‌گیری زندگی	۱	۱۸	۱/۵۲۳	۰/۲۳۳
رضایت از زندگی	۱	۱۸	۰/۹۳۱	۰/۳۴۷
پذیرش و عمل	۱	۱۸	۰/۱۱۰	۰/۷۴۴

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، نتایج آزمون Levine نشان داد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برای متغیرهای جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در دو گروه آزمایش و شاهد رعایت شده است. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های لازم، بررسی تساوی ماتریس‌های واریانس-کواریانس بود که برای ارزیابی آن از آزمون M باکس استفاده شد و نتایج آن ( $F = ۱/۱۱۴, M = ۸/۳۹, df_1 = ۶, df_2 = ۲۳۴۷/۴۷۲$ ) نشان داد که میزان معنی‌داری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر بود ( $P = ۰/۳۳۵$ ). بنابراین، نتیجه گرفته شد که تساوی ماتریس‌های واریانس-کواریانس برقرار می‌باشد. به لحاظ تأیید پیش‌فرض‌های لازم، استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیره مانعی نداشت.

نتایج آزمون Wilk's lambda (MANCOVA) برای بررسی میانگین نمرات متغیرهای وابسته جهت‌گیری زندگی، رضایت از زندگی و پذیرش و عمل در مرحله پس‌آزمون در جدول ۴ آمده است. مطابق با نتایج جدول ۵، نتایج آزمون Wilk's lambda نشان می‌دهد که متغیر مستقل حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته پژوهش مؤثر بوده است. با توجه به مقدار مجذور اتای آزمون Wilk's lambda (۰/۹۲۶)، می‌توان تعیین کرد که عضویت گروهی، ۹۲/۶ درصد از واریانس کل را تبیین نمود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نمرات پس‌آزمون متغیرهای

جدول ۴. نتایج آزمون Wilk's lambda برای میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در مرحله پس‌آزمون

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۴	۵۴/۳۹۲	۳	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۶	۱

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای مقایسه میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	اندازه اثر	توان آماری
جهت‌گیری زندگی	پیش‌آزمون	۵۵/۴۴۴	۱	۵۵/۴۴۴	۱۷/۵۹۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰	۰/۹۷۵
	عضویت گروهی	۸۷/۷۳۸	۱	۸۷/۷۳۸	۲۷/۸۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۵۰	۰/۹۸۸
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۸۶/۷۹۸	۱	۸۶/۷۹۸	۶/۴۴۴	۰/۰۲۳	۰/۳۰۱	۰/۶۶۱
	عضویت گروهی	۷۵۱/۹۶۹	۱	۷۵۱/۹۶۹	۵۵/۸۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸۸	۱
پذیرش و عمل	پیش‌آزمون	۳۴۸/۰۳۳	۱	۳۴۸/۰۳۳	۸/۴۴۹	۰/۰۱۱	۰/۳۶۰	۰/۷۷۵
	عضویت گروهی	۱۱۳۰/۷۶۶	۱	۱۱۳۰/۷۶۶	۲۷/۴۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۷	۰/۹۸۸

بخشی از یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که به کارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی توانسته است موجب بهبود متغیر جهت‌گیری زندگی در زنان معنادار تحت توان بخشی گردد. این یافته با نتایج برخی تحقیقات (۲۷-۲۴) همسو می‌باشد. صنایع در پژوهشی به بررسی تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر جهت‌گیری زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخت. نتایج پژوهش او نشان داد که ذهن آگاهی منجر به ایجاد تغییر مثبت و معنی‌دار در جهت‌گیری زندگی می‌شود (۲۳). در تبیین این بخش از یافته‌ها می‌توان گفت که ذهن آگاهی به طور کلی بر روی توانایی‌های شناختی، توجه، هوشیاری، ادراک و توانایی افراد برای توجه به زمان حال استوار است. در واقع، ذهن آگاهی ممکن است به تغییراتی در فرایند و الگوهای فکری و نگرش یک فرد منجر گردد. Kabat-Zinn پیشنهاد کرد که این فرایند به واسطه کاربرد تفکر غیر قضاوتی رخ می‌دهد؛ همان‌طور که که فهم افکار ضرورتاً برابر با واقعیت یا حقیقت نیستند (۱۶). به طور مثال، احساس ترس بدین معنی نیست که خطر قریب‌الوقوعی در حال نزدیک شدن است و این فکر که «من یک شکست خورده هستم»، واقعیت را به همان شکل منعکس نمی‌سازد (۳۳). علاوه بر این، تمرینات ذهن آگاهی به عنوان روشی برای درمان اختلال سوء مصرف مواد، می‌تواند محیطی را به وجود آورد که در مقابل نگرش‌های غیر منطقی و عقاید و باورهای مذهبی یا شخصی سخت و سخت (مرتبط با ترک اعتیاد)، مقاوم است و اجازه رسیدن به اهداف درمانی انعطاف‌پذیر را می‌دهد و نسبت به برنامه‌های درمانی سنتی، برچسب کمتری به فرد زده می‌شود. در حقیقت، هدف از آموزش ذهن آگاهی، تغییر محتوای افکار نیست، بلکه گسترش نگرش‌های غیر تعصبی و ارتباط بین افکار و احساسات به هنگام بروز آن‌ها می‌باشد (۳۴). بنابراین، زندگی در زمان حال و عدم توجه به افکار قضاوتی و ناکارآمد مرتبط با اعتیاد و ترک آن، می‌تواند منجر به ایجاد یک نگرش خوش‌بینانه در افراد معنادار با به کارگیری تکنیک‌های ذهن آگاهی شود.

بخش پایانی یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن بود که استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی، موجب بهبود معنی‌دار پذیرش و عمل در زنان معنادار تحت توان بخشی می‌شود. این یافته نیز با نتایج برخی از مطالعات در این زمینه (۲۶، ۲۴، ۱۹) همسو می‌باشد. Neff و Germer (۲۴) در یک پژوهش کنترل شده بر روی ۵۱ نفر از اهالی بوستون نشان دادند که برنامه گروهی ذهن آگاهی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای (یا افزایش پذیرش و عمل) در پس‌آزمون و پیگیری‌های ۶ ماهه و یک‌ساله مؤثر بود.

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که یکی از مهم‌ترین جنبه‌های ذهن آگاهی، پذیرش و عدم قضاوت درباره تجارب زمان حال است. برخی تحقیقات پذیرش را به عنوان مؤلفه اساسی ذهن آگاهی در نظر گرفته‌اند (۳۷). یک بخش از آموزش‌های ذهن آگاهی، پذیرش جایی است که فرد هست و احساساتی که برای او به همراه خواهد داشت. در هر موقعیتی پذیرش شامل قبول تجارب افراد در مقابل حوادث درونی و بیرونی بدون تلاش برای تغییر دادن موقعیت است (۳۸). در کار با جمعیت‌های بالینی، آموزش ذهن آگاهی شامل پذیرش درد، نگرانی، افکار و احساسات بدون تلاش برای فرار، اجتناب یا تغییر آن‌ها می‌باشد. محققان پیشنهاد می‌کنند که با اشتیاق نشان دادن برای باقی ماندن در وضعیت درد و هیجان‌های منفی، افراد امکان دارد از یک احساس والاتری از پذیرش خود بهره‌مند گردند (۲۲). در حقیقت، ذهن آگاهی با تغییر تمرکز از اقدامات آینده به لحظه حاضر و به واسطه پذیرش هرآنچه در لحظه حال احساس می‌شود و یا از طریق تفکر بدون قضاوت و انتقاد، می‌تواند برای جلوگیری از عود مفید واقع شود (۲۲).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به کنترل جنسیت و فقط استفاده از نمونه زن، حجم نمونه کم و ریزش نمونه و به دنبال آن تعمیم‌پذیری محدود، عدم پیگیری نتایج پژوهش در بازه‌های زمانی بلندمدت و عدم کنترل متغیرهای مزاحم همچون سابقه استفاده قبلی از ذهن آگاهی در امور روزمره و تفاوت‌های فردی آزمودنی‌ها اشاره نمود. با توجه به نتایج به دست آمده از این

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی در افزایش رضایت از زندگی زنان معنادار تحت توان بخشی مؤثر است. این یافته با نتایج برخی پژوهش‌ها (۲۵، ۲۴) مشابهت داشت. Fallon در پژوهش خود بر روی ۲۶۳ نفر، به مقایسه تأثیر استفاده از تکنیک‌های رسمی و غیر رسمی ذهن آگاهی بر رضایت از زندگی پرداخت. نتایج مطالعه او حاکی از آن بود که استفاده از تکنیک‌های رسمی ذهن آگاهی و استفاده غیر رسمی از ذهن آگاهی، موجب افزایش رضایت از زندگی می‌شود (۲۵). با این وجود، نتایج فرضیات فرعی پژوهش حاضر، استفاده از تکنیک‌های رسمی ذهن آگاهی در مقابل استفاده غیر رسمی از ذهن آگاهی را مورد حمایت قرار داده‌اند. در تبیین این بخش از یافته‌ها می‌توان گفت که یکی از نتایج استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی، افزایش شفقت، محبت و مهربانی نسبت به خود است. از آن‌جا که افراد مهربان با خود،

(مانند درمان های پذیرش و تعهد و فراشناخت)، مصاحبه انگیزشی و مدل درمان فرانتزری، گروه های دوازده قدمی و روش درمانی ماتریکس پرداخته شود.

### سیاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان پژوهش از همکاری همه مسؤولان و کارکنان محترم مرکز توان بخشی پرستو و همچنین، از تمامی مددجویان عزیز که حاضر به مشارکت در این پژوهش شدند، تشکر و قدردانی به عمل می آید.

پژوهش، پیشنهاد می گردد تا تکنیک های ذهن آگاهی برای بهبود علایم روان شناختی زنان معتاد و افزایش بهزیستی روانی و رضایت از زندگی افراد وابسته به مواد و تحت درمان در کلینیک ها و مراکز درمانی و توان بخشی اعتیاد آموزش داده شود. همچنین، پیشنهاد می گردد تا برای ارزیابی دقیق تر میزان کارایی و اثربخشی استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی در بهبود علایم روان شناختی اعتیاد، به مقایسه تأثیر این شیوه درمانی با رویکردهای درمانی دیگر همچون درمان شناختی- رفتاری کلاسیک، دیگر درمان های موج سوم

### References

1. Keshwari A. From the bar to mourning house. Tehran, Iran: Sami Publications; 2009. [In Persian].
2. Ebrahimi MA, Fatahi M. Women addiction pathology. Journal of Correcting & Training 2011; 10(113): 3-8. [In Persian].
3. Messina N, Grella CE, Cartier J, Torres S. A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. J Subst Abuse Treat 2010; 38(2): 97-107.
4. Williams NA, Davis G, Hancock M, Phipps S. Optimism and pessimism in children with cancer and healthy children: confirmatory factor analysis of the youth life orientation test and relations with health-related quality of life. J Pediatr Psychol 2010; 35(6): 672-82.
5. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol Monogr 1966; 80(1): 1-28.
6. Seligman MEP. Learned optimism. North Sydney, Australian: Random House Australia; 1992.
7. Majer JM, Jason LA, Olson BD. Optimism, abstinence self-efficacy, and self-mastery: a comparative analysis of cognitive resources. Assessment 2004; 11(1): 57-63.
8. Majer JM, Jason LA, Ferrari JR, Olson BD, North CS. Is self-mastery always a helpful resource? Coping with paradoxical findings in relation to optimism and abstinence self-efficacy. Am J Drug Alcohol Abuse 2003; 29(2): 385-99.
9. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. Annu Rev Psychol 2003; 54: 403-25.
10. Lazarus R, Kanner A, Folkman I. Emotions: a cognitive-phenomenological analysis. In: Plutchik R, Kellerman H, Editors. Emotion: theory, research, and experience. Cambridge, MA: Academic Press; 1980. p. 182-217.
11. Zaki MA. Validation of Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (MSLSS). Iran J Psychiatry Clin Psychol 2007; 13(1): 49-57. [In Persian].
12. Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Korhonen T, Honkanen RJ, Heikkila K, Koskenvuo M. Self-reported life satisfaction and alcohol use: a 15-year follow-up of healthy adult twins. Alcohol Alcohol 2012; 47(2): 160-8.
13. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. J Anxiety Disord 2009; 23(2): 185-96.
14. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy 2006; 44(1): 1-25.
15. Boulanger JL, Hayes SC, Pistorello J. Experiential avoidance as a functional contextual concept. In: Kring AM, Sloan DM, Editors. Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY: Guilford Press; 2009. p. 107-36.
16. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York, NY: Delta Trade Paperbacks; 1990.
17. Lau MA, McMains SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: the challenge of combining acceptance- and change-based strategies. Can J Psychiatry 2005; 50(13): 863-9.
18. Shonin E, van Gordon W, Griffiths MD. Buddhist philosophy for the treatment of problem gambling. J Behav Addict 2013; 2(2): 63-71.
19. 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 Abuse 2009; 30(4): 295-305.
20. Farnam A, Borjali A, Sohrabi F, Falsafinejad MR. The effectiveness of the mindfulness based relapse prevention (MBRP) model on relapse prevention and coping skills enhancement in people with substance dependency. Journal of Clinical Psychology Studies 2014; 4(16): 79-100. [In Persian].
21. Bowen S, Kurz AS. Between-session practice and therapeutic alliance as predictors of mindfulness after mindfulness-based relapse prevention. J Clin Psychol 2012; 68(3): 236-45.
22. Imani S, Habibi M, Pashaei S, Zahiri M, Mirzaei J, Zare M. Effectiveness of mindfulness treatment on quality of life in opium abusers: promotion of the mental and physical health. Health Psychology 2013; 2(5): 63-81. [In Persian].
23. Sanaei H. The impact of mindfulness training on self-efficacy, perceived stress and orientation to life in women with breast

- cancer [Thesis]. Qazvin, Iran: Imam Khomeini International University; 2012. [In Persian].
24. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol* 2013; 69(1): 28-44.
  25. Fallon M. The differential effects of three mindfulness techniques on indicators of emotional well-being and life satisfaction [Thesis]. Tasmania, Australia: University of Tasmania; 2014.
  26. Larijani Z, Mohamadkhani P, Hasani F, Sepah Mansour M, Mahmoudi GHR. A comparison of the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy and metacognitive therapy on depressive symptoms, positive and negative beliefs about rumination and experiential avoidance in students. *Journal of Psychological Studies* 2014; 10(2): 27-50. [In Persian].
  27. Validipak A, Khaledi S, Moeinimanesh K. Efficacy of mindfulness training on enhancing optimism in women with pregnancy diabetes. *Journal of Health Psychology* 2015; 4(14): 40-55. [In Persian].
  28. Nazari Chegani A, Behrozi N, Mehrabizade Honarmand M, Hashmi Shikh Shabani S. The relationship of secure attachment style, optimism and social support with life satisfaction in female students of Shahid Chamran University. *Woman and Culture* 2013; 4(15): 45-57. [In Persian].
  29. Abasi I, Fata L, Molodi R, Zarrabi H. Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire- II. *Journal of Psychological Models and Methods* 2012; 2(10): 65-80. [In Persian].
  30. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Larsen S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 49(1): 71-5.
  31. Bayani AA, Kouchaki AM, Goudarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *Developmental Psychology* 2007; 3(11): 259-65. [In Persian].
  32. Mehrabi HA, Neshatdost HT, Molavi H. Evaluating the effectiveness of structured group therapy and family education in reducing relapse in drug-dependent patients in Isfahan. *Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University* 2005; 22(4): 48-55. [In Persian].
  33. Hooker KE, Fodor IE. Teaching mindfulness to children. *Gestalt Review* 2008; 12(1): 75-91.
  34. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995; 33(1): 25-39.
  35. Neff KD, Hsieh YP, Dejjitterat K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity* 2005; 4: 263-87.
  36. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(7): 865-78.
  37. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10(2): 125-43.
  38. Hayes SC, Plumb JC. Mindfulness from the bottom up: providing an inductive framework for understanding mindfulness processes and their application to human suffering. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory* 2007; 18(4): 242-8.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



## The Effectiveness of Mindfulness Techniques Training on Life Orientation, Life Satisfaction, and Acceptance and Action in Addicted Women Undergoing Rehabilitation

Maryam Ghaderi-Najafabadi<sup>1</sup>, Rasool Soleimani-Najafabadi<sup>2</sup>, Mohammad Moradi-Soroush<sup>3</sup>,  
Saeed Habibollahi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Aim and Background:** This study was performed to examine the effectiveness of mindfulness techniques training on life orientation, life satisfaction, and acceptance and action in addicted women undergoing rehabilitation.

**Methods and Materials:** The present study was a semi-experimental research with pretest-posttest design and control group. The statistical population of this study included all addicted women who had undergone detoxification and at the time of the study were undergoing rehabilitation in the Parastoo Center in Najafabad, Iran. A total of 24 subjects were selected through convenience sampling and were randomly assigned to experimental or control groups (n = 12). The experimental group received 8 sessions of mindfulness techniques training over 2 months and each session lasted 2 hours, whereas the control group only received routine rehabilitation training. Both experimental and control groups completed the Life Orientation Test (LOT), Satisfaction with Life Scale, (SWLS) and Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) before and after the intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of variance.

**Findings:** The controlling of pretest scores showed a significant difference between the groups in terms of the average scores of life orientation, life satisfaction, and acceptance and action in the posttest stage ( $P < 0.0001$ ).

**Conclusions:** It can be concluded that mindfulness techniques training had had a meaningful effect on the improvement of life orientation, life satisfaction, and acceptance and action. Thus, it can be used as an appropriate intervention in the treatment of addicted women undergoing rehabilitation.

**Keywords:** Mindfulness techniques, Life orientation, Life satisfaction, Acceptance and action, Addicted women

**Citation:** Ghaderi-Najafabadi M, Soleimani-Najafabadi R, Moradi-Soroush M, Habibollahi S. **The Effectiveness of Mindfulness Techniques Training on Life Orientation, Life Satisfaction, and Acceptance and Action in Addicted Women Undergoing Rehabilitation.** J Res Behav Sci 2016; 14(1): 41-9.

Received: 23.12.2015

Accepted: 17.03.2016

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

1- MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

2- MSc, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3- MSc, Department of Psychology, School of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

4- PhD, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch of Khozestan, Ahvaz, Iran

**Corresponding Author:** Saeed Habibollahi, Email: s.habibollahi@yahoo.com