

## تأثیر ذهن آگاهی و فعالیت بدنی بر ویژگی‌های رفتاری و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد

بهرروز قربان‌زاده<sup>۱</sup> و مریم لطفی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۰۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۰۹

### چکیده

اعتیاد به مواد یکی از مهم‌ترین مشکلات و بیماری‌های قرن حاضر است که نگرانی وسیعی را در سطح جهان ایجاد کرده است و حل مسئله اعتیاد در جامعه از اهمیت زیادی برخوردار است. هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر ذهن آگاهی و فعالیت بدنی بر ویژگی‌های رفتاری و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد بود. تعداد ۶۰ نفر از معتادان، از بین کمپ‌های ترک اعتیاد شهر تبریز به صورت تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. آن‌ها در چهار گروه ذهن آگاهی، فعالیت بدنی، ذهن آگاهی و فعالیت بدنی و گروه کنترل، براساس سن و قد قرار گرفتند. برنامه ورزش هوازی به صورت ۲۴ جلسه، هر هفته سه جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه و مداخلات ذهن آگاهی هشت هفته یک جلسه‌ای و هر جلسه ۶۰ دقیقه انجام شدند. قبل و بعد از اجرای مداخله، آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی را تکمیل کردند و آزمایش اعتیاد در ابتدا، انتها و دو ماه بعد از مداخلات گرفته شد. در این پژوهش، از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که در گروه ترکیبی ذهن آگاهی و فعالیت بدنی نسبت به گروه‌های دیگر، تاب‌آوری و خودکارآمدی بهتری وجود دارد و افراد این گروه بازگشت کمتری دارند. با توجه به نتایج به دست آمده، فعالیت بدنی همراه با مداخلات ذهن آگاهی می‌تواند عوامل روان‌شناختی معتادان زن را بهبود بخشد و به عنوان یک درمان غیردارویی در دوره ترک کمک‌کننده باشد.

**کلیدواژه‌ها:** ذهن آگاهی، فعالیت بدنی، تاب‌آوری، خودکارآمدی، پیشگیری از بازگشت، زنان معتاد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

۱. استادیار رفتار حرکتی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان (نویسنده مسئول)

Email: b.ghorbanzadeh@azaruniv.edu

۲. دکتری یادگیری حرکتی، دانشگاه ارومیه

## مقدمه

وابستگی و سوءمصرف مواد در زنان روند روبه‌رشدی دارد و به‌نظر می‌رسد که در نزد زنان از ویژگی‌های خاصی برخوردار است. توجه به این ویژگی‌ها به پیش-بینی سیر اختلال و برنامه‌ریزی‌های درمانی کمک می‌کند. عوامل مختلفی بر دلایل شیوع مصرف مواد در افراد اثر می‌گذارند. برخی از این عوامل مانند استرس، خلق منفی در روابط، محیط خانوادگی آشفته و پرمشاجره و خشونت علیه آنان، همسران معتاد، بیماری‌های روان‌پزشکی و خشونت جنسی، در زنان نسبت به مردان شایع‌تر هستند. به خشونت روانی، فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی که متوجه زنان معتاد است، کمتر توجه شده است. همچنین، موضوع اعتیاد زنان، یک مشکل اجتماعی پنهان است؛ زیرا، فضای سنتی حاکم بر خانواده‌ها و جامعه به زنان معتاد اجازه نمی‌دهد که اعتیادشان را اعلام کنند؛ باین‌وجود، هنوز شیوه درمان قطعی برای آن یافت نشده است. حتی پس از آنکه فرد وابسته، مصرف موادمخدر را برای مدتی طولانی قطع کند نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر بگیرد. از این‌جهت، عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوءمصرف مواد است. برای مقابله با عود مصرف مواد مطالعات مختلفی انجام شده‌اند و جمع‌بندی‌های به‌دست‌آمده از این مطالعات نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگره‌دارنده دارویی، بدون مداخله-های روانی-اجتماعی با عود مصرف مواد زیادی همراه است (قربان‌زاده و همکاران، ۲۰۱۶).

گسترده‌گی مسئله اعتیاد باعث شده است که شیوه‌های درمانی متعددی اعم از دارودرمانی و روان‌درمانی برای آن ارائه و بررسی شوند. از یک‌سو، دارودرمانی عوارض جانبی متعددی را به‌دنبال دارد و از سوی دیگر، با اینکه

روان‌درمانی‌های بسیاری برای درمان اعتیاد اثربخش بوده‌اند، باز هم با میزان بالای عود نشانه‌های آن مواجه هستیم. این نتایج به نابسند بودن درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های مؤثرتر برای این اختلال اشاره دارند.

یکی از رویکردهای مداخلات روانی، کاربرد ذهن‌آگاهی برای جلوگیری از عود مصرف مواد است؛ بنابراین، پیشگیری از عود برپایه ذهن‌آگاهی، درمان رفتاری جدیدی است که فنون پیشگیری از بازگشت شناختی رفتاری سنتی را (پیشگیری از بازگشت) با مراقبه ذهن‌آگاهی برای درمان اختلالات مصرف مواد ترکیب می‌کند. از این تلفیق به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند. آگاهی حالتی تغییر یافته از هوشیاری نیست؛ بلکه حالتی از خودمشاهده‌گری بدون ارزیابی و توجه به واقعیت حال حاضر است. ذهن آگاهی به‌علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، روایتی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی، به‌علت تأثیر بر این فرایندها می‌تواند علاوه‌بر کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش دهد و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک کند (ویتکیویتز، مرلت، ولکر؛ ۲۰۰۵).

گزارش قبلی نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی در پیشگیری از عود اختلالات سوءمصرف مواد تأثیر مثبتی دارد (سوتی؛ ۲۰۰۶). مطالعات نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی به‌واسطه ارتقای پذیرش و آگاهی فرد به تجربیاتش موجب جلوگیری از عود مجدد سوءمصرف مواد می‌شود و در طیف وسیعی از مشکلات مانند اختلال شخصیت مرزی، سوءمصرف مواد، ضربه

1. Witkiewitz, Marlatt & Walker

2. Suti

روانی و افسردگی توان‌بخشی زندانیان الکلی و اختلال اضطراب فراگیر تأثیرگذار است (ویتکیویتز، باون، داگلس و هسو، ۲۰۱۳). علاوه‌براین، مشخص شده است که زنان معتاد در مقایسه با سایر زنان، مسائل و مشکلات روانی بیشتری دارند (قربان‌زاده و همکاران، ۲۰۱۶)؛ بنابراین، توجه به مشکلات روانی زنان معتاد به دلایلی مانند آسیب‌پذیر بودن آن‌ها در مقابل انحرافات اجتماعی و ویژگی‌های جنسیتی ضرورت دارد. افزون‌براین، خودکارآمدی و خودتنظیمی به‌عنوان دو سازه دیدگاه نظریه شناختی- اجتماعی بندورا<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) نقش مهمی در بروز، پرهیز، درمان و بهبودی سوءمصرف مواد دارند (ایگلن، مک‌کلر، تیت، ۲۰۰۵). علاوه‌براین، مشخص شده است که زنان معتاد در مقایسه با سایر زنان، مسائل و مشکلات روانی بیشتری دارند (سوتی، ۲۰۰۶)؛ اما در دهه‌های اخیر، مطالعات زیادی در مورد اهمیت خودکارآمدی به‌عنوان پیش‌بین یا میانجی‌گر تأثیرات درمانی در حوزه‌های مختلفی از جمله آموزش، ورزش وضعیت‌های مزمن پزشکی، آسیب‌شناسی روانی و اعتیاد انجام شده‌اند. در سوءمصرف کنندگان مواد، نقش خودکارآمدی مربوط به این حوزه‌ها است: الف- تصمیم‌گیری برای تغییر روابطشان با داروها؛ ب- کاهش مصرف مواد در زمان درمان؛ ج- نگهداری و مراقبت از نتیجه درمان. خودکارآمدی و خودتنظیمی به‌عنوان دو سازه دیدگاه نظریه شناختی- اجتماعی بندورا (۱۹۷۷)، نقش مهمی در بروز، پرهیز، درمان و بهبودی سوءمصرف مواد دارند. بندورا (۱۹۷۷) در نظریه شناختی- اجتماعی، خودکارآمدی را احساس شایستگی، کفایت و قابلیت کنارآمدن با زندگی و ادراک افراد از میزان مهارتی که بر زندگی خود دارند، تعریف می‌کند. مصرف‌کنندگانی که خودکارآمدی

پایینی دارند، از فرایند درمان اجتناب می‌کنند یا در صورت درمان، زمانی که زود نتیجه نگرفتند، درمان را رها می‌کنند (ایگلن و همکاران ۲۰۰۵)؛ در نتیجه، می‌توان گفت که خودکارآمدی می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری، مقابله، ترک و بهبودی سوءمصرف مواد داشته باشد. در حال حاضر، دو دیدگاه نسبت به پیشگیری از مصرف مواد وجود دارد: دیدگاه عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده و دیدگاه اصلاح هنجارها و آموزش مهارت‌های زندگی. یکی از عوامل محافظت‌کننده ویژگی‌ای به نام تاب‌آوری است که به فرایند بازگشت فرد به کارکرد طبیعی، پس از تجربه یک رویداد استرس‌زا یا ناراحت‌کننده اشاره دارد. افراد تاب‌آور چهار ویژگی اصلی دارند: کفایت اجتماعی (مانند تفاهم، انعطاف، همدلی و مهربانی، مهارت ارتباطی و شوخ‌طبعی)، مهارت‌های حل مسئله (مانند برنامه‌ریزی، یاری‌جویی، تفکر انتقادی و خلاق)، خودگردانی (هویت، خودکارآمدی، خودآگاهی و تسلط بر وظایف) و هدفمندی و خوش‌بینی به آینده (هدف‌گیری، خوش‌بینی و معنویت) (شیخی، ۲۰۱۴). گارمزی و ماستن<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) تاب‌آوری را یک فرایند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط استرس‌زا و چالش‌انگیز می‌دانند. به بیان دیگر، تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی- روانی در شرایط دشوار است. تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی جلوگیری می‌کند و افراد را در برابر تأثیرات روان‌شناختی رویدادهای مشکل‌زا مصون می‌دارد. فرایند توقف سوءمصرف مواد و پایان‌دادن به روابط با همسالان معتاد به‌شدت استرس‌آور است (براون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). افزون‌براین، تمامی موادمخدر از طریق افزایش میزان دوپامین، بر مغز اثر می‌گذارند؛ بنابراین، تمامی موادمخدر مستقیم یا غیرمستقیم

4. Garmezy & Masten  
5. Brown

1. Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu  
2. Bandura  
3. Ilgen, McKellar & Tiet

از طریق افزایش میزان سرتونین و دوپامین بر دستگاه پاداش‌دهنده مغز اثر می‌گذارند. دوپامین در نواحی مربوط به تنظیم حرکت، احساس، شناخت انگیزه و احساس لذت وجود دارد. موادمخدر با تحریک بیش‌ازاندازه این سیستم اثر نشئه‌زا و سرخوشی را ایجاد می‌کنند (فونتز، ریبیریو، مارکوس، پیرا و مکدو، ۲۰۱۱). فونتز و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهش خود به این نکته اشاره داشتند که ورزش منظم با سوءمصرف دارو هم پوشانی دارد و این به دلیل تأثیر ورزش بر سیستم دوپامینرژیک و افزایش دوپامین است. افزون‌براین، ورزش نیز باعث کاهش آسیب پایانه‌های مونوآمینرژیک (دوپامین، گلوتامات، استیل کولین و سروتونین) و افزایش سطح آن‌ها در خون می‌شود. این همبستگی گویای این مطلب است که ورزش می‌تواند فواید رفتاری و فیزیولوژیک بسیاری در بهبود افراد معتاد داشته باشد. با توجه به عوارض جانبی داروها در درمان معتادان، ورزش یک روش غیردارویی است که می‌تواند یک روش درمانی و محافظتی در برابر اعتیاد و جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد باشد. فعالیت بدنی با توجه به ویژگی‌های خاص آن که عبارت‌اند از اجرای تمرینات ورزشی، شادابی و نشاط خاصی که به همراه دارد، به احتمال زیاد در بهبود سلامت روان مفید است. هدف فعالیت بدنی، رسیدن به یک تعادل جسمانی، بالابردن درصد سلامتی و داشتن روحیه خوب است. شرکت در فعالیت‌های ورزشی، افراد را از نظر فضایی و مکانی به هم نزدیک می‌کند و راه‌ها و فرصت‌های بسیاری را برای توانمندشدن در اجتماع فراهم می‌آورد. در چشم‌اندازی کلی، یک جریان و نگرش آموزشی در ابعاد فرهنگی و اجتماعی برای فرد ایجاد می‌کند. ورزش در سلامت و آمادگی جسمانی، تعادل و ثبات هیجانی، داشتن تصویر بدنی مثبت از

خویش، رشد اجتماعی و تحول شخصیت نقش بسزایی دارد. ورزش می‌تواند نقش تسهیل‌کننده یا هدایت‌کننده داشته باشد؛ تسهیل‌کننده در جهت رفع کمبودها و محرومیت گروه بزهکار و هدایت‌کننده در جهت تخلیه انرژی و هیجانات به صورت ساختارمند؛ بنابراین، خواست مطلوب و موردنظر که می‌تواند تا حدودی به عنوان تعدیل رفتاری و عادات روزمره معتادان به خوبی ایفای نقش کند، ورزش کردن و توجه به این مقوله است. ورزش یکی از عامل‌های مهم درمان و پیشگیری از اعتیاد است. این نقش در پیشگیری بسیاری از مشکلات و بیماری‌ها، از درمان افسردگی گرفته تا پرکردن اوقات فراغت جریان دارد که در نهایت می‌تواند راهی برای کاهش پرخاشگری در درون جامعه باشد. با انجام ورزش، اضطراب و ناکامی‌ها معقولانه مداوا می‌شوند و از طریق یک رقابت سالم ورزشی همکاری و مشارکت اجتماعی و حس تعلق در قالب سرمایه اجتماعی تقویت می‌شود و از کناره‌گیری اجتماعی که یکی از اشکال آن گرایش به موادمخدر است، جلوگیری می‌کند؛ بنابراین، با باورپذیری همگانی مبنی بر دشمن اعتیادبودن، ورزش می‌تواند با کمک برنامه‌های پیشگیرانه از اعتیاد، از روز تولد تا پایان عمر در بطن خانواده نهادینه شود. مزایای اجتماعی ورزش و تفریح کردن می‌تواند به صورت تقویت اجتماعی، کاهش جرم و خیانت، افزایش انسجام اجتماعی و فرهنگی و همچنین، پیشگیری از رفتارهای منفی همچون استفاده از دارو، الکل، سیگار، نزاع، خودکشی و تخریب اموال عمومی دیده شود. از مزایای اجتماعی ورزش کردن، علاوه بر توجه به سلامت و بهبود نسل (به خصوص در بین مادران معتادی که اعتیاد آنان بر رشد و خلقیات جنین تأثیر سوء می‌گذارد)، می‌توان به کسب تعاملات اجتماعی و گسترش پهنای باند اجتماعی، پیاده‌سازی

ارزش‌ها و مقررات از میدین ورزشی به سطوح بالاتر؛ یعنی جامعه و افزایش حس تعلق و همکاری به‌خصوص مسئولیت‌پذیری والدین درخصوص تجدید و بهبود نسل اشاره کرد. همچنین، از مزایای فردی آن، رفع خستگی جسمی و فکری، تقویت قوای ذهنی و مبارزه با بی‌حوصلگی، دلنگی و نگرانی است. در رابطه با نوع ورزش، به‌نظر می‌رسد که بین لاکتات و میزان سروتونین رابطه‌ای وجود داشته باشد. افزایش اسیدیتة خون در مکانیسم سنتز سروتونین اختلال ایجاد می‌کند. در تمرینات هوازی طولانی‌مدت، تریپتوفان آزاد در پلاسما افزایش می‌یابد و وارد سلول‌های مغزی می‌شود و موجب سنتز سروتونین و توزیع آن در گردش خون می‌شود؛ درحالی‌که تمرینات بی‌هوازی این مکانیسم را ایجاد نمی‌کنند (فونتر و همکاران، ۲۰۱۱).

درهمین‌راستا، براون و همکاران (۲۰۱۰) از برنامه تمرین هوازی به‌عنوان مکمل سوء‌مصرف مواد مخدر در پژوهش خود استفاده کردند و دریافتند بعد از اتمام دوره، ظرفیت قلبی- عروقی افراد افزایش یافته بود و همچنین، نسبت به گروه کنترل پرهیز بیشتری در برابر مصرف الکل و مواد داشتند. حسینی و بشارت (۲۰۱۰) به رابطه مثبت تاب‌آوری با عملکرد ورزشی، سلامت روان و سرسختی در دانشجویان ورزشکار اشاره کرده‌اند. علاوه‌براین، اصل و برهمند (۲۰۱۴) به بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی افراد معتاد پرداختند و دریافتند که تمرین ذهن‌آگاهی باعث کاهش قابل توجه علائم افسردگی شده است. شیرسوار، امیرتاش، جلالی، کوشان، کیوانلو و سیداحمدی (۲۰۱۲) نیز اثر تمرین بدنی را بر کیفیت زندگی و عزت‌نفس معتادان مثبت ارزیابی کردند.

به‌عبارت‌دیگر، نتایج نشان داد بیماران که علاوه‌بر دارودرمانی از روش‌های ترکیبی مانند فعالیت منظم ورزشی با شدت متوسط استفاده کرده‌اند، بهبود بیشتری در کیفیت زندگی و عزت‌نفس از خود نشان دادند. همچنین، ماردرپور، نجفی و امیری (۲۰۱۴) اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی بررسی کردند و دریافتند این شیوه درمانی خودکنترلی افراد را افزایش داده و میزان عود و ولع مصرف را کاهش داده است. دراین‌زمینه، دیویس، مانلی، گلدبرگ، اسمیت و جورنی<sup>۱</sup> (۲۰۱۴) دریافتند سیگاری‌هایی که از مداخله ذهن‌آگاهی استفاده کرده بودند، دارای انگیزش بیشتر، استرس ادراک‌شده و اجتناب تجربی کمتری بودند و مداخله ذهن‌آگاهی منجر به نتایج مثبت شده بود. لیزار و نقبورس<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) به بررسی اثر فعالیت بدنی بر میزان مصرف و تکانشگری معتادان پرداختند. نتایج نشان داد که فعالیت بدنی، تکانشگری و مصرف مواد را کاهش می‌دهد. الوافی، ویتکیویتز، ملیک، دورنهییل و بریور<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) به بررسی اثر تمرین ذهن‌آگاهی بر ترک سیگار پرداختند و به این نتیجه رسیدند که تمرین ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر استفاده شود. در پژوهش‌های ذکرشده، از روش‌های غیردارویی جهت درمان افراد معتاد استفاده شده است و با توجه به اثر مثبت این روش‌های درمانی، خلأ پژوهشی درزمینه ترکیب روش‌های درمانی غیردارویی احساس می‌شود. امید است با ترکیب روش‌های مختلف درمانی غیردارویی گام‌های مؤثری در راستای روند ترک اعتیاد و پیشگیری از بازگشت برداشته شوند. مداخلات درمانی متعددی مانند مداخلات دارویی و انواع مداخلات روان‌شناختی، برای درمان اختلالات

3. Elwafi, Witkiewitz, Mallik, Thornhill & Brewer

1. Davis, Manley, Goldberg, Smith & Jorenby  
2. Leisure & Neighbors

روانی وجود دارند؛ اما به دلایلی که ذکر شد، در بیشتر مواقع، اختلالات روانی در این گروه مورد توجه قرار نمی‌گیرند. افزون‌براین، این مسئله موجب افزایش مصرف مواد و گاهی نیز تبدیل مواد افیونی به سایر مواد روان‌گردان که عوارض وخیم‌تری دارند، می‌شود؛ بنابراین، استفاده از روش‌های پیشگیرانه کم هزینه و با دسترسی آسان باعث ارتقای شرایط روانی زنان معتاد می‌شود و از ابتلای آن‌ها به اختلالات روانی جلوگیری می‌کند. در این میان، آسیب‌زدایی از زنان معتادی که در کمپ‌ها به سر می‌برند، می‌تواند از اهمیت بسیار زیادی برخوردار باشد و برنامه‌ریزی برای این موضوع شایسته توجه است. در این پژوهش، به بررسی این فرضیه‌ها پرداخته شد: ۱- هشت هفته تمرین ذهن‌آگاهی بر ویژگی‌های رفتاری و پیشگیری از بازگشت در زنان معتاد به موادمخدر تأثیر دارد؛ ۲- هشت هفته تمرین هوازی بر ویژگی‌های رفتاری و پیشگیری از بازگشت در زنان معتاد به موادمخدر تأثیر دارد؛ ۳- هشت هفته تمرین ذهن‌آگاهی و تمرین هوازی بر ویژگی‌های رفتاری و پیشگیری از بازگشت در زنان معتاد به موادمخدر تأثیر دارد.

### روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش، نیمه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که ابتدا براساس پرسش‌نامه جمعیت شناختی که شامل سن، قد، سلامت جسمانی، نداشتن سابقه بیماری‌های خاص (قلبی-عروقی، ربوی و کلیوی) و نداشتن ناهنجاری‌های اسکلتی و نوع ماده مخدر مصرفی است، تکمیل شد. نمونه‌گیری به صورت دردسترس انجام شد؛ به طوری که تعداد ۴۵ نفر از افرادی که قصد پیشگیری از مصرف مواد را داشتند و حاضر به همکاری در جهت

اجرای پژوهش بودند، به صورت تصادفی در یکی از سه گروه (ذهن‌آگاهی، فعالیت بدنی، ذهن‌آگاهی و فعالیت بدنی) قرار گرفتند. همچنین، ۱۵ نفر باقی‌مانده از شرکت‌کنندگان به‌عنوان گروه گواه وارد مطالعه شدند. همه ۶۰ نفر انتخابی از نظر وجود سم‌زدایی، با استفاده از آزمایش مرفین قبل از اجرای پژوهش کنترل شدند. گروه آزمایش مداخله‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، طی هشت جلسه توسط یک روان‌شناس آموزش داده شد. گروه فعالیت بدنی نیز مطابق با برنامه در هشت هفته مداخله قرار گرفت. همچنین، گروه مداخله ذهن‌آگاهی و فعالیت بدنی طی هشت هفته هر دو مداخله را دریافت کرد. سپس، دو هفته بعد از اجرای مداخله، آزمایش مورفین اجرا شد. همچنین، وضعیت سوء‌مصرف مواد شرکت‌کنندگان دو ماه بعد از پس‌آزمون از طریق آزمایش مورفین، دوباره ارزیابی شد. سپس، فراوانی عود مصرف مواد در گروه‌های مورد مطالعه با استفاده از روش‌های آماری مناسب مقایسه شد. قبل و بعد از اجرای مداخله، آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی را تکمیل کردند.

### محتوای مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به وسیله سگال، ویلیامز و تیسدل (۲۰۱۸)، برای هشت جلسه گروهی هفته‌ای یک جلسه و براساس برنامه کاهش تنش طراحی شده است. هدف شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه‌به‌لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است. در جدول شماره یک، خلاصه جلسات آموزشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی ارائه شده است.

## جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی استفاده از آموزش ذهن آگاهی و آشنایی با نحوه تن آرامی
جلسه دوم	آموزش تن آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها، آرواره‌ها، پیشانی قسمت پایین و پیشانی قسمت بالا
جلسه سوم	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، گردن و شانه‌ها، آرواره‌ها و پیشانی و لب‌ها و چشم‌ها و تکلیف خانگی (کمپ) تن آرامی
جلسه چهارم	آموزش ذهن آگاهی تنفس: مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه
جلسه پنجم	آموزش تکنیک پویش بدن: آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جست‌وجوی حس‌های فیزیکی (شنوایی، چشایی و غیره) و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا)
جلسه ششم	آموزش ذهن آگاهی افکار: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه‌دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی بدون قضاوت در مورد آن‌ها
جلسه هفتم	تکرار آموزش جلسات ۴، ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه
جلسه هشتم	جمع‌بندی جلسات و سپس، اجرای پس‌آزمون

**آزمایش مرفین:** این آزمایش از رایج‌ترین روش‌ها برای تشخیص آکالوئیدها است و از جمله روش‌های اختصاصی برای تشخیص مرفین و سایر آکالوئیدهای تریاک در ادرار است و همچنین، از حساسیت خیلی زیادی برخوردار است. نتیجه مثبت حاکی از وجود موادمخدر در ادرار است که مصرف مواد در یک هفته گذشته را نشان می‌دهد. منفی بودن بر نبود موادمخدر در ادرار دلالت دارد که نشان‌دهنده مصرف نکردن مواد است. در این پژوهش، افرادی که سابقه مصرف مواد افیونی داشته‌اند و طی دوره ترک موفق به سم‌زدایی شده‌اند، اگر بعد از سم‌زدایی در سه آزمایش مرفین (که به صورت یک روز در میان انجام می‌گیرد) مثبت باشند، به عنوان عود مورفین، سوء مصرف مواد در نظر گرفته شده‌اند (چنگ، هانگ، شیا؛ ۲۰۱۱).

پروتکل تمرین هوازی از سه قسمت گرم کردن، برنامه اصلی و سرد کردن تشکیل شد. گرم کردن شامل دویدن‌های نرم، انجام حرکات کششی و انعطاف‌پذیری در اندام‌های بالاتنه و پایین‌تنه به مدت ۱۵ دقیقه بود. تمرین اصلی شامل تمرینات هوازی از قبیل ورزش‌هایی مانند بازی بدمینتون، پیاده‌روی و دوی نرم بود. در پایان نیز به مدت ۱۵ دقیقه فعالیت‌های سرد کردن با استفاده از حرکات کششی و انعطاف‌پذیری و همچنین، ریلکسیشن در سالن ورزشی کمپ انجام شد (فونتز و همکاران، ۲۰۱۱). برگه رضایت‌نامه شرکت در پژوهش در جلسه توجیهی‌ای که برای افراد برگزار شد، به امضای آن‌ها رسید. قبل و بعد از اجرای مداخلات، آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری و خودکارآمدی را برای بررسی ویژگی‌های رفتاری تکمیل کردند.

و مقاومت در رویارویی با موانع اندازه‌گیری می‌کند. اعتبار این مقیاس در پژوهش براتی (۱۹۹۸) با استفاده از روش همبستگی بین مقیاس‌های خودکارآمدی و مقیاس کنترل بیرونی - درونی ۰/۷۹ به‌دست آمده است و پایایی آن نیز برابر با ۰/۸۱ گزارش شده است. شیوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه خودکارآمدی به این صورت است که به هر ماده از یک تا پنج امتیاز تعلق می‌گیرد و گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ و بقیه از چپ به راست امتیازاتشان افزایش می‌یابد (به نقل از احدی، نریمانی، ابوالقاسمی و آسیایی، ۲۰۱۰).

#### روش جمع‌آوری اطلاعات

برای اجرای پژوهش، پس از چند مرحله نامه‌نگاری، پژوهشگر از طرف دانشگاه، سازمان بهداشتی و کمپ ترک اعتیاد به کمپ‌های موردنظر معرفی شد. همه افراد رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند و ذکر شد اطلاعات شخصی هر فرد محرمانه باقی خواهد ماند. آنگاه با توجه به امکانات کمپ‌ها، جلسات تمرینی توسط پژوهشگر در سالن ورزشی یا حیاط مجموعه اجرا شد. در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمایش مرفین، پرسش‌نامه خودکارآمدی و تاب‌آوری برای سنجش متغیرهای روان - شناختی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس<sup>۴</sup> چندمتغیره در نرم‌افزار اس.پی.اس.اس<sup>۵</sup> نسخه ۲۱ استفاده شد.

#### یافته‌ها

با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، سطح معناداری در دامنه ۰/۱۹۱ تا ۰/۹۵۲ به‌دست آمد که طبیعی بودن داده‌ها تأیید شد. همچنین، همگونی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین<sup>۶</sup> در دامنه ۰/۰۹۸ تا ۰/۱۱۹ تأیید شد. جدول شماره ۲ نمرات گروه‌ها را در متغیرهای

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محوری: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محوری، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که فرست، اسپیتزر، گیسون و ویلیامز (۲۰۰۲) آن را تدوین کرده است (به نقل از بختیاری، ۱۹۹۹). بختیاری (۱۹۹۹) اعتبار بازآزمایی نسخه فارسی مصاحبه را ۰/۹۵ و اعتبار بین ارزیاب را ۰/۶۰ گزارش کرده است. در این پژوهش، از مصاحبه حاضر برای تشخیص اختلالات سوء‌مصرف مواد استفاده شد.

#### مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون: دارای ۲۵

گویه پنج‌گزینه‌ای است که در مقیاس لیکرت صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، حداکثر نمره در این پرسش‌نامه ۱۰۰ و نمره هر آزمودنی برابر با مجموع نمرات هر سؤال است. کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله چهارهفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (کانر و دیویدسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). در ایران، محمدی (۲۰۰۴) این مقیاس را هنجاریابی کرده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون، از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته است و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است.

#### خودکارآمدی: برای اندازه‌گیری خودکارآمدی از پرسش

نامه خودکارآمدی شرر<sup>۳</sup> و مادوکس (۱۹۸۲) استفاده شده است. این پرسش‌نامه ۱۷ گویه دارد که در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای از یک، کاملاً مخالفم تا پنج، کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسش‌نامه ۱۷ تا ۸۵ است. شرر و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که این مقیاس سه جنبه از رفتار را شامل میل به آغازگری رفتار، میل به گسترش تلاش برای کامل کردن تکلیف

5. SPSS
6. Shapiro-Wilk
7. Levene's Test

1. First, Spitzer, Gibbon & Williams
2. Conner & Davidson
3. Sherer & Maddux
4. Covariance



آمادگی جسمانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. دهد. برای بررسی تاب‌آوری و خودکارآمدی از تحلیل

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منابع خطا	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	اف محاسبه شده	سطح معناداری
تصور شایستگی فردی	۳۹۸/۹۴	۱۴ و ۱	۳۹۸/۹۴	۷۸/۵۱۸	۰/۰۰۱
	۲۶۰/۴۸	۱۴ و ۱	۲۶۰/۴۸	۳۶/۵۳	۰/۰۰۱
	۶۸۶/۰۲	۱۴ و ۱	۶۸۶/۰۲	۱۱۰/۸۴	۰/۰۰۱
درون گروهی	۵۰۰/۲۰	۱۴ و ۱	۵۰۰/۲۰	۱۴۶/۴۵	۰/۰۶۳
	۱۵۲۱/۲۸	۵۱ و ۳	۵۰۷/۰۹	۵۹/۰۸	۰/۰۰۱
اعتماد به غریب و فردی و تحمل عاطفه منفی	۲۷۰/۸۸	۱۴ و ۱	۲۷۰/۸۸	۱۲۰/۵۹	۰/۰۰۱
	۱۹۴/۵۶	۱۴ و ۱	۱۹۴/۵۶	۳۷/۴۵	۰/۰۰۱
	۵۹۱/۴۰	۱۴ و ۱	۵۹۱/۴۰	۳۴/۲۷	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۲۷/۸۰	۱۴ و ۱	۱۲۷/۸۰	۶/۴۳	۰/۰۵۴
	۱۱۱۲/۳۹	۵۱ و ۳	۳۷۰/۷۹	۵۸/۶۳	۰/۰۰۱
	۱۳۳/۶۴	۱۴ و ۱	۱۳۳/۶۴	۹۹/۶۴	۰/۰۰۱
درون گروهی	۴۱۵/۷۴	۱۴ و ۱	۴۱۵/۷۴	۶۳/۶۴	۰/۰۰۱
	۲۰۴/۴۶	۱۴ و ۱	۲۰۴/۴۶	۱۵۲/۴۴	۰/۰۶۱
	۹/۶۳	۱۴ و ۱	۹/۶۳	۲/۲۹	۰/۱۵۲
بین گروهی	۵۱۰/۳۹	۵۱ و ۳	۱۷۰/۱۳	۹۶/۳۸	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱/۷۶	۱۴ و ۱	۱/۷۶	۲/۴۲	۰/۰۱۴۲۵
	۰/۰۱۰	۱۴ و ۱	۰/۰۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳۷
	۱۵۴/۲۲	۱۴ و ۱	۱۵۴/۲۲	۱۴/۶۶	۰/۰۰۲
درون گروهی	۳۲/۲۴	۱۴ و ۱	۳۲/۲۴	۹/۵۷	۰/۰۰۸
	۳۱۰/۱۰	۵۱ و ۳	۱۰۳/۳۶	۲۰/۴۷	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۳/۹۵	۱۴ و ۱	۱۳/۹۵	۰/۲۶	۰/۰۰۹
	۳۱/۳۳	۱۴ و ۱	۳۳/۳۱	۲۴/۳۷	۰/۰۰۱
	۹۵/۴۰	۱۴ و ۱	۹۵/۴۰	۲۵/۱۴	۰/۰۰۱
درون گروهی	۴/۸۰	۱۴ و ۱	۴/۸۰	۴/۷۳	۰/۰۵۷

## ادامه جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منابع خطا	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	اف محاسبه شده	سطح معناداری
تأثیرات معنوی	۸۷/۸۲	۳ و ۵۱	۲۹/۲۷	۱۷/۰۶	۰/۰۰۱
بین گروهی	-----				
گروه تمرین ذهن آگاهی	۳۶۹۵/۴۱	۱۴ و ۱	۳۶۹۵/۴۱	۱۶۳/۹۸	۰/۰۰۱
گروه فعالیت بدنی	۳۱۵۵/۵۶	۱۴ و ۱	۳۱۵۵/۵۶	۹۵/۱۹	۰/۰۰۱
درون گروهی	۷۵۶۸/۴۰	۱۴ و ۱	۷۵۶۸/۴۰	۱۲۴/۱۷	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۱۹۹۳	۱۴ و ۱	۱۹۹۳	۹۶/۵۴	۰/۱۲۳
گروه کنترل	۱۴۵۶۸/۶۲	۳ و ۵۱	۴۸۵۶/۲۰	۲۴۶/۳۱	۰/۰۰۱
بین گروهی	-----				

## جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

گروهها	گروه تمرین ذهن آگاهی		گروه فعالیت بدنی		گروه تمرین ذهن آگاهی و گروه فعالیت بدنی
	گروه فعالیت بدنی	گروه تمرین ذهن آگاهی و فعالیت بدنی	گروه تمرین ذهن آگاهی و فعالیت بدنی	گروه کنترل	
تصور شایستگی فردی	۰/۰۳۶	۰/۰۲۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تحمل و فردی غرایز به اعتماد منفی عاطفه	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۰/۰۲۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
کنترل	۰/۰۲۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تأثیرات	۰/۰۰۵	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

مرتبط با تاب‌آوری آزمودنی‌ها بعد از اتمام دوره تمرینی بهبود یافته است. با توجه به مقایسه میانگین‌ها مشاهده می‌شود که برتری با گروه تمرین ترکیبی است.

همان‌طور که در جدول شماره دو و شماره سه مشاهده می‌شود، فعالیت بدنی، تمرین ذهن آگاهی و تمرین ترکیبی، بر تاب‌آوری و خرده‌مقیاس‌های آن در معنادان زن تأثیر معنادار دارند. به عبارت دیگر، عملکرد روانی

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منابع خطا	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	اف محاسبه شده	سطح معنادار داری
میل به آغازگری رفتار	۱۳۷/۷۵	۱ و ۱۴	۱۳۷/۷۵	۱۸/۰۷	۰/۰۰۱
	۴/۵۳	۱ و ۱۴	۴/۵۳	۰/۲۱۹	۰/۶۴۷
درون گروهی	۱۶۶۲/۵۹	۱ و ۱۴	۱۶۶۲/۵۹	۸۲/۴۱	۰/۰۰۱
	۳۶۲/۸۰	۱ و ۱۴	۳۶۲/۸۰	۱/۴۰	۰/۲۵۶
بین گروهی	۲۴۶۶/۲۳	۵۲ و ۳	۸۲۲/۰۷	۳۱/۱۹	۰/۰۰۱
میل به گسترش تلاش برای تکلیف کامل کردن	۲۵۷/۲۹	۱ و ۱۴	۲۵۷/۲۹	۱۸/۶۲	۰/۰۰۱
	۵۳/۳۳	۱ و ۱۴	۵۳/۳۳	۶/۴۹	۰/۰۲۳
درون گروهی	۱۰۱۸/۴۰	۱ و ۱۴	۱۰۱۸/۴۰	۶۹/۶۰	۰/۰۰۱
	۲۷/۰۷	۱ و ۱۴	۲۷/۰۷	۱/۳۰	۰/۲۷۳
بین گروهی	۱۴۱۲/۸۲	۵۲ و ۳	۴۷۰/۹۴	۴۹/۴۹	۰/۰۰۱
درون گروهی	۷۴/۰۸	۱ و ۱۴	۷۴/۰۸	۳۱/۹۸	۰/۰۰۱
	۰/۰۹۳	۱ و ۱۴	۰/۰۹۳	۰/۰۲۱	۰/۸۸۷
درون گروهی	۲۰۴/۵۳	۱ و ۱۴	۲۰۴/۵۳	۴۷/۹۰	۰/۰۰۱
	۳۳/۰۷	۱ و ۱۴	۳۳/۰۷	۱۵/۲۰	۰/۰۵۲
بین گروهی	۴۶۸/۴۰	۵۲ و ۳	۱۵۶/۱۳	۴۰/۶۷	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۳۲۳/۸۲	۱ و ۱۴	۱۳۲۳/۸۲	۴۵/۳۴	۰/۰۰۱
	۸۳/۳۳	۱ و ۱۴	۸۳/۳۳	۱/۵۶	۰/۰۴۲
درون گروهی	۷۵۶۷/۰۸	۱ و ۱۴	۷۵۶۷/۰۸	۹۴/۵۲	۰/۰۰۱
	۵۰۴/۳۰	۱ و ۱۴	۵۰۴/۳۰	۳/۸۲	۰/۰۷۱
بین گروهی	۱۱۸۳۳/۶۵	۵۲ و ۳	۳۹۴۴/۵۵	۶۸/۹۵	۰/۰۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

گروه‌ها	میل به آغازگری رفتار	میل به گسترش تلاش برای تکلیف کامل کردن	مقاومت در رویارویی با موانع	خودکارآمدی
گروه فعالیت بدنی	۰/۰۳۵	۰/۰۰۲	۰/۰۱۳	۰/۰۰۱
گروه تمرین ذهن آگاهی و فعالیت بدنی	۰/۰۲۹	۰/۰۲۹	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱
گروه کنترل	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
گروه تمرین ذهن آگاهی و فعالیت بدنی	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
گروه کنترل	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲۳	۰/۰۰۱
گروه کنترل	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

تأثیر معنادار دارند. به عبارت دیگر، عملکرد روانی مرتبط با خودکارآمدی آزمودنی‌ها بعد از اتمام دوره تمرینی بهبود یافته است. با توجه به مقایسه میانگین‌ها مشاهده

همان‌طور که در جداول چهار و پنج مشاهده می‌شود، فعالیت بدنی، تمرین ذهن آگاهی و تمرین ترکیبی، بر خودکارآمدی و خرده‌مقیاس‌های آن در معتادان زن

می‌شود که برتری با گروه تمرین ترکیبی است.

جدول ۶. آماره‌های توصیفی پاک/عود مصرف در گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
گروه تمرین ذهن‌آگاهی	۱۵	۱۵	۸۶/۷	۱۳	۱۲	۸۰
	۰	۰	۱۳/۳	۲	۳	۲۰
گروه فعالیت بدنی	۱۵	۱۵	۸۰	۱۲	۱۱	۷۳/۳
	۰	۰	۲۰	۳	۴	۲۶/۷
گروه تمرین ذهن‌آگاهی و	۱۵	۱۵	۹۳/۳	۱۴	۱۳	۸۶/۷
	۰	۰	۶/۷	۱	۲	۱۳/۳
گروه کنترل	۱۵	۱۵	۶۶/۷	۱۰	۷	۴۶/۷
	۰	۰	۳۳/۳	۵	۸	۵۳/۳

جدول ۷. نتایج آزمون‌های دو در گروه‌های مورد مطالعه

گروه	مراحل	گروه تمرین ذهن‌آگاهی	گروه فعالیت بدنی	گروه تمرین ذهن‌آگاهی و گروه فعالیت بدنی	گروه کنترل
گروه تمرین ذهن‌آگاهی	پس‌آزمون	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۹/۲۰	۸/۵۳
	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۳
	پس‌آزمون	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۲/۱۳
	پیگیری	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵
گروه فعالیت بدنی	پس‌آزمون	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۵۳	۸/۵۳	۱۰/۸۰	۱/۲۰
	پس‌آزمون	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۶/۱۳	۶/۵۳
	پیگیری	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۵
گروه تمرین ذهن‌آگاهی و گروه فعالیت بدنی	پس‌آزمون	۱۰/۸۰	۱۰/۸۰	۱۰/۸۰	۱۰/۸۰
	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۰/۸۰	۱۰/۸۰	۱۰/۸۰	۳/۳۳
	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۴

در جداول شماره شش و شماره هفت، فراوانی افراد پاک/عود مصرف مواد با استفاده از آزمون مجدورخی در پس‌آزمون و آزمون پیگیری نشان داده شده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

### تاب‌آوری

هدف از انجام این پژوهش، بررسی تأثیر ذهن‌آگاهی و فعالیت بدنی بر ویژگی‌های رفتاری و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد بود. نتیجه پژوهش حاضر در مورد

تاب‌آوری نشان داد که فعالیت بدنی بر تاب‌آوری اثر معناداری دارد. یافته‌های پژوهش حاضر نقش فعالیت ورزشی را در تاب‌آوری آشکار می‌سازد. یافته مورد بحث با نتایج پژوهش‌هایی که تأثیر مثبت ورزش را در جنبه‌های مختلف، عملکرد انسانی آشکار ساخته‌اند، هم‌راستا است؛ برای مثال، با پژوهش‌های حسینی و بشارت (۲۰۱۰)، لیزار و نقبورس (۲۰۱۴) و شیرسوار و همکاران (۲۰۱۲) درباره نقش ورزش در سلامت روانی و تاب‌آوری همسویی دارد. در مجموع،

تقویت می‌شود و مقدمات رشد شخصیت سالم برای فرد مهیا می‌شود. در فعالیت‌های ورزشی و گروهی، مسئولیت‌پذیری فرد افزایش می‌یابد و به تدریج این مسئولیت‌پذیری در جنبه‌های دیگر زندگی نیز تعمیم داده می‌شود که عامل مهم و پیشگیرانه‌ای در گرایش فرد به آسیب‌های اجتماعی از جمله سوء مصرف مواد مخدر است. هدایت واکنش‌های افراد در مسیر صحیح، برخورد منطقی با شکست‌ها، رقابت سالم و تلاش هرچه بیشتر در جهت دستیابی به پیشرفت و موفقیت، از جمله اصول اخلاقی هستند که در ورزش آموخته می‌شوند؛ بنابراین، فرد در برخورد با مشکلات و ناکامی‌های زندگی نیز به‌جای توسل به پرخاشگری و خشونت، با استفاده از نیروی اراده این موانع را برطرف می‌کند. افزون‌براین، حالت‌هایی که پس از انجام فعالیت‌های ورزشی در فرد بروز می‌کنند، بسیار شبیه علائم و احساساتی هستند که فرد پس از مصرف مواد مخدر یا روان‌گردان تجربه می‌کند (براون و همکاران، ۲۰۱۰).

در تبیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب‌آوری افراد می‌توان بیان کرد که فردی با تاب‌آوری بالا خواهد توانست در مقابله با مسائل زندگی خود دقیق‌تر عمل کند. آموزش ذهن آگاهی می‌تواند با تقویت فرایندهای مقابله شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تاب‌آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده‌گرفتن، در زمان شروع حملات استرس از فرد درمقابل بدعملکردی خلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند (آزادی و آزاد، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش آزادی و آزاد (۲۰۱۰) نشان داد که افراد دارای تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند. انجام تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند بعد از مدتی تغییرات قابل‌مشاهده‌ای را در زندگی فرد و کارکردهای روان‌شناختی آن‌ها ایجاد کند و با توسعه راهبردهای

با توجه به این یافته می‌توان نتیجه گرفت که فعالیت ورزشی می‌تواند تاب‌آوری را در افراد افزایش دهد. به نظر می‌رسد که در فعالیت‌های ورزشی، بسترهایی وجود دارند که می‌توانند زمینه‌ساز و تقویت‌کننده تاب‌آوری باشند. یکی از منابع تاب‌آوردن، وجود شبکه‌های ارتباطی و حمایت‌های بیرونی است. فعالیت بدنی می‌تواند دایره زندگی اجتماعی افراد را گسترده‌تر سازد و در پی آن، فرد می‌تواند دوستان نزدیکی اعم از هم‌تیمی، مربی، رقیب و طرفدارانی داشته باشد که او را همواره تشویق و در موقعیت‌های سخت از او حمایت کنند تا بهتر بتواند بر مشکلات غلبه کند. جنبه‌جوش و فعالیت بدنی نیز توان جسمی و فکری آنان را در حل مسائل افزایش می‌دهد و به‌نوعی، زمینه‌های ایجاد تاب‌آوری را فراهم می‌کند. به‌همه این موارد می‌توان نظم لازم در زندگی را اضافه کرد. به‌نظر می‌رسد که فعالیت بدنی نوعی خودتنظیمی و خودمدیریتی را که ویژگی افراد تاب‌آور است، در فرد به‌وجود آورد (شیخی، ۲۰۱۴).

افزون‌براین، تشویق به انجام امور ورزشی فرد را از بی-برنامه‌بودن و بیکاری رهایی می‌بخشد و اوقات فراغت او را پر از هیجان، سازندگی و خلاقیت می‌کند. شرکت در ورزش‌های گروهی سبب تقویت حس همکاری در انسان می‌شود و با توجه به نظم و ترتیب و قوانین حاکم بر امور ورزشی، فرد علاوه بر پذیرش قوانین خواهد آموخت که اجتماع نیز مانند میادین ورزشی دارای قوانین، اصول و ارزش‌های خاصی است که تخطی از آن‌ها سبب بروز مشکلات متعدد خواهد شد. همچنین، پذیرش فرد در گروه ورزشی مستلزم همکاری، مشارکت و تعاون افراد با یکدیگر است. در فعالیت‌های ورزشی، عواطف منفی، تضادها و تعارض‌های درون فرد بیرون ریخته می‌شوند و فرد از تنش‌های روانی، افسردگی، احساس پوچی و سایر بیماری‌های روانی مانند اضطراب رهایی می‌یابد. با ورزش، مهارت‌های شناختی مانند دقت، هوشیاری، سرعت عمل و غیره

پاسخ، توجه و حافظه می‌تواند پیشگویی مناسبی برای شاخص‌های روان‌شناختی باشد. به علاوه، با اجرای تمرین‌های فشرده مراقبه ذهن‌آگاهی و ارتقای آن، میزان خطا، زمان پاسخ و زمان عکس‌العمل کاهش می‌یابد و در نتیجه، مراقبه ذهن‌آگاهی به‌عنوان راهبرد نظارت مستمر و پایدار بر وقایع جاری می‌تواند بر تصمیم‌گیری اثر بگذارد.

نتیجه دارای اهمیت در پژوهش حاضر، اثربخشی تمرینات فعالیت بدنی و ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری است و با توجه به اینکه در مطالعات متعددی اثربخشی درمان‌های رفتاری تأیید شده است، می‌توان گفت که ورزش نقش مکمل را داشته است. به عبارت دیگر، افراد با بهره‌مندی از مزیت‌های تمرین ذهن‌آگاهی و تمرینات فعالیت بدنی دارای پیشرفت بهتری در متغیر تاب‌آوری نسبت به سه گروه دیگر بودند.

فعالیت بدنی و تمرین ذهن‌آگاهی عقایدی بنیادی در زمینه آگاهی از ذهن، تجربیات و احساسات، زمانی که آن‌ها به‌وجود می‌آیند، بدون نیاز به تغییر آن‌ها به‌اشتراک می‌گذارند. اعتیاد به‌عنوان یک نتیجه از - حالت نبود حضور ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> که شامل نگرش‌های فراروی، تفکر خودکار، واکنش احساسی و انزوای اجتماعی است، متولد می‌شود. احساس ازدست‌دادن و خلأ که با اعتیاد رخ می‌دهد، اغلب توسط نیکوتین، الکل یا سایر مواد پر می‌شوند و چرخه اعتیاد -

از دست‌دادن به‌وجود می‌آید. شکل نظریه فعلی و دانش علمی را به‌تصویر می‌کشد تا نشان دهد که چگونه تمرین فعالیت بدنی و ذهن‌آگاهی در هر مرحله از چرخه مصرف مواد می‌تواند به توجه دائمی کمک کند، تمرکز و تنظیمات عاطفی را تقویت کند و خود یا همان نهاد و رشد شخصی و معنوی را از طریق مشاهده خود تسهیل کند؛ درحالی‌که فعالیت بدنی به‌تنهایی می‌تواند به تنظیم استرس کمک کند و افراد را از انگیزه مصرف

کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد، به به‌زیستی روانی آن‌ها کمک کند. افراد یاد می‌گیرند که ارزیابی مجدد مثبتی از وقایع ناخوشایند داشته باشند. درمان شناختی ذهن‌آگاهی می‌تواند به این دسته از بیماران کمک کند تا بدون ارزیابی هیجان‌ها به‌صورت خوب یا بد آن‌ها را به همان صورت که رخ می‌دهند، تجربه کنند؛ در نتیجه، فرد به تفکرات و احساسات اجازه ورود و خروج می‌دهد؛ بدون آنکه با آن‌ها درگیر شود (باباپور، ۲۰۱۴). می‌توان با آموزش برنامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی در کاهش میزان سطح استرس، اضطراب و افسردگی از شدت و وخامت علائم روانی معتادان کاست. برنامه مداخله ذهن‌آگاهی با داشتن محتوای گسترده در تمام زمین‌های زندگی مانند تمرینات ورزشی، کنترل توجه و تمرکز، کسب مهارت‌های مقابله‌ای صحیح و مؤثر در برخورد با حوادث استرس‌زای زندگی، آشنایی با بیماری و تغییر نگرش بیمار نسبت به آن، تغییر در الگوهای فکری و نگرشی، آموزش آرام‌سازی پیشرفته، آموزش مدیریت زمان و مدیریت استرس و ایجاد روحیه‌ای شاد و با نشاط، باعث کاهش میزان سطح استرس، اضطراب و افسردگی در معتادان می‌شود و از میزان شدت و وخامت بیماری می‌کاهد و احتمالاً پیامدهای نامطلوب ناشی از سوءمصرف مواد را کاهش می‌دهد (خنا و گریسون، ۲۰۱۳).

در پژوهش حاضر، گروه ذهن‌آگاهی نسبت به فعالیت بدنی دارای برتری است و شاید بتوان این نتیجه را این‌گونه تبیین کرد که درمان روان‌شناختی و رفتاردرمانی با تأثیر بر جنبه‌های مختلف زندگی، نسبت به فعالیت بدنی این موفقیت را به‌دست آورده است.

در تبیین این امر، نجاتی، نبی‌زاده و نیک‌فرجام (۲۰۰۹) نشان دادند که ذهن‌آگاهی به‌دلیل زیربنای مشترک ساختاری و عملکردی، با توانایی اجتناب از

مواد در حال حاضر (لحظه) رها کند (خنا و گریسون، ۲۰۱۳)؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود که درمان بهینه و پیشگیرانه ممکن است از سیستم نگرش‌های سازگار، دیدگاه‌ها و مهارت‌های خودمراقبتی که توسط تمرین فعالیت بدنی و ذهن‌خوانی آگاهی به وجود آید، منشأ بگیرد.

### خودکارآمدی

نتایج حاصل نشان داد که فعالیت بدنی اثر معناداری بر متغیر روان‌شناختی خودکارآمدی دارد. باورهای فرد درباره خودکارآمدی نقشی اساسی در کنترل موقعیت‌های استرس‌زا دارند؛ به‌ویژه هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عامل مهمی در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون هستند (ربانی باوجدان، ربانی باوجدان، نیک‌آذین، کاپانی و خضری، ۲۰۱۲). از نظر بندورا (۱۹۹۷)، داشتن یا افزایش احساس خودکارآمدی بالا می‌تواند موقعیت تهدیدآمیز را تبدیل به یک موقعیت مطمئن کند؛ به‌طوری‌که هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، می‌توانند بر اندیشه خود کنترل داشته باشند، پایداری بیشتری از خود نشان دهند و تفکرات منفی درباره خود و توانایی خود را نمی‌پذیرند (ایگلن و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که از یک‌سو، خودکارآمدی بالا در موقعیت‌های استرس‌زا بیشتر با راهبردهای مقابله‌ای سازگاران، مانند مقابله مسئله‌مدار ارتباط دارد. از سوی دیگر، افرادی با احساس خودکارآمدی پایین، بیشتر به راهبردهای مقابله ناکارآمد هیجان‌مدار مانند اجتناب، خویشن‌داری، ایجاد دوستی‌های مخرب و مصرف مواد و الکل روی می‌آورند (ایگلن و همکاران، ۲۰۰۵).

در مطالعات بیشماری مشخص شده است که افراد دارای انتظارات خودکارآمدی بیشتر نسبت به افراد با

کارآمدی کمتر، احتمالاً بیشتر در جست‌وجوی راه‌حل‌های مناسب مشکلات و مسائل هستند؛ برای مثال، ونگ و لانگ‌شور (۲۰۰۸) در پژوهش خود دریافتند که برخلاف افراد با خودکارآمدی کم، افراد با انتظارات خودکارآمدی زیاد بیشتر احتمال دارد که رفتارهای زیان‌آوری را (مانند چاقی) کنترل کنند و رفتارهای خودتخریبی را (مانند استعمال دخانیات و مشروبات الکلی) متوقف کنند.

فعالیت‌های ورزشی و بدنی نقشی اساسی در پرورش و به‌سازی جسمی و روانی افراد، ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری از ابتلای افراد به انواع آسیب‌های اجتماعی از جمله گرایش به سوءمصرف موادمخدر و بزهکاری دارند. همچنین، با ایجاد تأثیرهای مثبت روانی و جسمی در فرد، سبب بروز رفتارهای مطلوب اجتماعی می‌شوند (ایگلن و همکاران، ۲۰۰۵). پرداختن به فعالیت‌های ورزشی به کاهش جدی روی‌آوری به موادمخدر از طریق حذف وسوسه، تنوع‌پذیری و کنجکاوای منجر خواهد شد. افزون‌براین، با توجه به فراوانی و دسترس‌ی آسان به موادمخدر، یکی از روش‌های مهم جلوگیری از افراد به موادمخدر می‌تواند پرداختن به ورزش باشد. علاوه‌براین، چون ورزش کردن باعث تقویت یکی از شقوق اصلی سرمایه اجتماعی به نام مشارکت و اعتماد اجتماعی می‌شود، یکی دیگر از فواید ورزش به‌خصوص در بین کسانی که اضطراب دارند، کاهش هراس اجتماعی است؛ زیرا، هراس اجتماعی یک نوع جمع‌گریزی و ترس از مشارکت در فعالیت‌های گروهی و صحبت با سخنرانان در میان جمع است. این افراد خود را از پیش بازنده و شخصیت خود را تحقیرآمیز می‌دانند؛ زیرا، دارای نگرش منفی به توانایی خود هستند و اعتمادبه‌نفس خود را بسیار شکننده می‌دانند؛ بنابراین، از طریق ورزش کردن، نخست می‌توانند خودباوری را جایگزین خودمحوری نسبت به خود کنند

و دوم، با فعالیت‌های ورزشی می‌توان افکار مثبت را جایگزین افکار منفی کرد که برون‌داد آن سلامت روانی و خودکارآمدی است و از این برون‌داده‌ها می‌شود همانند سلاح مطمئنی در راه مبارزه با موادمخدر استفاده کرد تا بتوان زمینه کاهش تدریجی گرایش به اعتیاد در جامعه را فراهم کرد (فونتز و همکاران، ۲۰۱۱).

در پژوهش حاضر، گروه ذهن‌آگاهی نسبت به فعالیت بدنی دارای برتری است و شاید بتوان این نتیجه را این‌گونه تبیین کرد که درمان روان‌شناختی و رفتاردرمانی با تأثیر بر جنبه‌های مختلف زندگی نسبت به فعالیت بدنی این موفقیت را به همراه آورده است.

مداخلات ذهن‌آگاهی به جای فرار از احساسات دردناک، معنادار را تشویق می‌کنند که با خودشان آرام باشند و توجه خود را به افکار و احساساتشان بدون توجه به اقداماتشان برای قضاوت یا اصلاح آن‌ها معطوف کنند.

بیماران در ماه‌های اولیه بهبودی اغلب نوعی فاز ذهنی را تجربه می‌کنند. آن‌ها ممکن است تلاش کنند به‌وضوح فکر کنند که ذهن آن‌ها به حیات بدون سوءمصرف مواد بستگی دارد. این درست همان زمانی است که احساساتشان متغیر است. آن‌ها با احساسات گناه نسبت به رفتار گذشته خود یا نگرانی دائمی و استرس درمورد آینده‌شان مبارزه می‌کنند. ذهن‌آگاهی مزایای بسیاری هنگام اعمال بهبودی اعتیاد دارد. با تمرین ذهن‌آگاهی، فرد احساس کنترل بیشتری می‌کند، قادر به تشخیص علائم هشداردهنده خواهد بود و توانایی لذت‌بردن از ساده‌ترین چیزها را دارد. آموزش ذهن‌آگاهی شناخت فرد را تغییر می‌دهد، پذیرش را در او افزایش می‌دهد و فرد را به خودباوری و خودکارآمدی بیشتر سوق می‌دهد (جن‌آبادی و زمانی، ۲۰۱۵). ذهن‌آگاهی شامل مکانیسم‌های روان‌شناختی متنوعی است که پریشانی را کاهش می‌دهند. این مکانیسم‌ها عبارت‌اند از: درک مجدد یا قالب‌بندی

مجدد تجارب از یک منظر و دیدگاه فراشناختی بهتر، بهبود خودتنظیمی هیجان، افزایش انعطاف‌پذیری ذهنی و حساسیت‌زدایی تجارب آزارنده از طریق مواجهه با فقدان تهدید درک‌شده. این احتمال وجود دارد که این جنبه‌های هیجانی و شناختی از یک چهارچوب عصب‌روان‌شناسی باشند که از آن طریق، ذهن‌آگاهی با سوءمصرف مواد مرتبط باشد؛ به‌طوری‌که بدکارکردی سیستم پری فرونتال مغز با خودتنظیمی در سوءمصرف مواد مرتبط دانسته شده است. تمرین مراقبه موجب تغییر در فعالیت پری فرونتال می‌شود که مرتبط با هیجانات مثبت و پاسخ ایمنی است. (خنا و گریسون، ۲۰۱۳).

نتیجه شایان ذکر در پژوهش حاضر اثربخشی تمرینات فعالیت بدنی و ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی است و با توجه به اینکه مطالعات متعددی اثربخشی درمان‌های رفتاری را تأیید کرده‌اند، می‌توان گفت که ورزش نقش مکمل داشته است. به‌عبارت‌دیگر، افراد با بهره‌مندی از مزیت‌های تمرین ذهن‌آگاهی و تمرینات فعالیت بدنی، پیشرفت بهتری در متغیر خودکارآمدی نسبت به سه گروه دیگر داشتند.

ذهن‌آگاهی یک روش مراقبه‌ی پرطرفدار است که اغلب در ترکیب با فعالیت بدنی برای ارتقای خودآگاهی استفاده می‌شود. مفهوم ذهنیت، شناختن افکار، احساسات و احساسات خود توسط تنفس و تمرکز است. ذهن‌آگاهی حساسیت به حرکات و حالت‌های بدن را افزایش می‌دهد که ممکن است توضیح دهد که چرا ایمنی بهبود یافته است. فعالیت بدنی و ذهن‌آگاهی یک ترکیب واحد برای افزایش احساسات و چشم‌اندازهای مثبت هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ترکیبی از فعالیت بدنی و ذهن‌آگاهی می‌تواند انرژی، رضایت و ثبات را در مسیر اعتیاد به بهبودی فراهم کند. فعالیت بدنی تغییرات درازمدت را ایجاد

## 1. Neuropsychology



بنابراین، همان‌طور که نتایج نشان داد، شاید بتوان گفت که تلفیق تمرین ذهن آگاهی و فعالیت بدنی با توجه به اثرهای مختلف روانی و جسمانی دو روش یاد شده که قبلاً ذکر شد، بهترین روش برای جلوگیری از بازگشت است.

در نهایت، ورزش از طریق عوامل مختلفی بر ترک سوء مصرف موادمخدر اثرگذار است که می‌توان به این موارد اشاره کرد: الف- تسکین‌دهنده و کاهنده استرس؛ ب- حس طبیعی ورزش و تغییر مثبت مواد شیمیایی مغز؛ ج- مراقبه در حال حرکت؛ د- بهبود دهنده چشم‌انداز فرد. علاوه بر این، ورزش منظم باعث تقویت مثبت، بهبود خواب، افزایش انرژی و افزایش احساس خوب بودن می‌شود که به جریان زندگی حس کنترل‌پذیرتر و لذت‌بخش‌تر بودن را می‌دهد (اسمیت و لینچ، ۲۰۱۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد تأثیر دارد. همسو با یافته‌های این پژوهش، گزارش‌های قبلی نیز بر تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش عود مصرف مواد تأکید کرده‌اند (سوتی، ۲۰۰۵). مطالعه دیگری نیز نشان می‌دهد که آموزش مدل پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، در پیشگیری از عود به اعتیاد و انگیزش مؤثر است (ماردپور و همکاران، ۲۰۱۴).

در تبیین علل احتمالی تأثیر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف موادمخدر عواملی مختلفی می‌توانند دخالت داشته باشند. به صورتی که در مبانی نظری ذهن آگاهی وجود دارد، ذهن آگاهی مبتنی بر سه فرض پایه آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، بنا نهاده شده است. از آنجایی که بخشی از مشکل مصرف مواد در همین

می‌کند که به حفظ یک شیوه زندگی سالم کمک می‌کند. این یک راه مثبت برای مقابله با احساسات منفی، افسردگی و اضطراب است. فعالیت بدنی حس آرامش و تسلی را ایجاد می‌کند که اکثر مردم فرصت تجربه آن را در زندگی روزمره خود ندارند (خنا و گریسون، ۲۰۱۳).

### پیشگیری از بازگشت

نتایج حاصل نشان داد که فعالیت بدنی اثر معناداری بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد دارد. ورزش هر دو سیگنالینگ دوپامینرژیک و گلوتامات را - مسیر سیگنال انتقال‌دهنده عصبی دخیل در میزان سوء مصرف مواد و توسعه اعتیاد - تحت تأثیر قرار می‌دهد. به‌طور خاص، تماس مزمن با موادمخدر منجر به کاهش فعالیت مزولیمبیک<sup>۱</sup> مسیر پاداش در مغز، یک مسیر دوپامینرژیک می‌شود که به دلیل اثر کاهنده بر ترشح دوپامین ممکن است استفاده از موادمخدر را افزایش دهد. نتایج نشان می‌دهد که افزایش استفاده از کوکائین سرکوب سیگنالینگ دوپامینرژیک را بیشتر می‌کند. توانایی ورزش برای افزایش سیگنالینگ دوپامینرژیک، به‌ویژه در مسیر پاداش، ممکن است در برابر استفاده بیش‌ازحد موادمخدر محافظت کند. مصرف موادمخدر با اختلال در نظم سیگنالینگ گلوتامات در مسیر پاداش ارتباط دارد (بن‌شهر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). با توجه به اینکه ورزش و فعالیت‌های بدنی دارای آثار مشابه مصرف موادمخدر و روان‌گردن همچون سرخوشی، نشاط، شادابی، تسکین درد، اعتماد به نفس، کاهش استرس و افسردگی است و در ورزش، فرد با دوستان سالم معاشرت دارد و از تنهایی و انزوا خارج می‌شود، ورزش می‌تواند بهترین جایگزین و مناسب‌ترین راه پیشگیری از اعتیاد در زنان باشد.

3. Smith & Lynch

1. Mesolimbic  
2. Ben-Shahar

مربوط به استفاده از مواد را کاهش دهند (ویتکیویتز و همکاران، ۲۰۰۵).

### پیام مقاله

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش، استفاده برنامه‌ ترکیبی ذهن‌آگاهی و فعالیت بدنی به‌عنوان یک شیوه درمانی، رویکرد ارزشمند و امکان‌پذیری است. در پایان، پیشنهاد می‌شود که تأثیر فعالیت بدنی بر متغیرهای دیگر روان‌شناختی بررسی شود. در مدت زمان طولانی-تری این بررسی انجام گیرد و امکاناتی فراهم شود که بتوان حداقل تا شش ماه پس از پایان دوره آموزشی ماندگاری آثار بررسی شود. با توجه به اینکه آزمودنی‌های این پژوهش را زنان تشکیل دادند، پیشنهاد می‌شود که چنین مطالعه‌ای روی مردان و گروه‌های سنی مختلف اجرا شود. با توجه به اینکه ملاک‌های ورود محدودیت‌هایی را ایجاد می‌کرد، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. در پژوهش‌های آینده، به طرح‌های پژوهشی و پروتکل‌های مشابه آموزشی نیاز است. همچنین، تعداد جلسات تمرین آزمودنی‌ها و تعداد نمونه‌ها می‌توانند از متغیرهایی باشند که در پژوهش‌های آتی به آن‌ها توجه شود.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از همکاری بی‌دریغ مسئولان کمپ‌ها و نیز تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

عوامل نهفته است، ارتقای ذهن‌آگاهی گام مهمی در جلوگیری از عود مصرف مواد خواهد بود؛ به‌طوری‌که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن‌آگاهی هستند (براون و همکاران، ۲۰۱۰) و باعث هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی درجهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شوند (ویتکیویتز و همکاران، ۲۰۰۵).

می‌توان همسو با مطالعه قبلی به این یافته تأکید کرد که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی هم در کاهش سوءمصرف مواد و هم در جلوگیری از عود مصرف مواد نقش مهمی دارد (چورسکی، ژو و اسکوتنفلد، ۲۰۱۱). در حمایت از این تبیین، لی، بائن و بی<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی در کاهش علائم افسردگی افراد دچار سوءمصرف مواد مؤثر است (به نقل از هسو، کولینز و مرلت، ۲۰۱۳). این درمان از طریق استفاده از سازوکارهایی همچون پذیرش، غیرقضاوتی‌بودن، توصیف‌گری، آگاهی، مشاهده و با استفاده از فنونی همچون مراقبه، بوگا، آرامش‌دهی و آگاهی از تنفس، به افراد مصرف‌کننده کمک می‌کند تا از احساس‌ها، هیجان‌ها، شناخت‌ها و واکنش‌های بدنی که آن‌ها را به‌سمت مصرف مواد سوق می‌دهند، آگاه شوند و از این طریق باعث پیشگیری از مصرف مواد و عود آن شوند و آسیب‌های

### منابع

- Ahadi, B., Narimani, M., Abul Ghasemi, A., & Asiaie, M. (2010). Relationship between emotional intelligence, document style and self-efficacy with life satisfaction in employed women. *Educational and Psychological Studies of Ferdowsi University*, 10(3): 127-117. (In Persian).

2. Asl, N. H., & Barahmand, U. (2014). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for co-morbid depression in drug-dependent males. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(5), 314-318.
3. Azad, H. (2011). The correlation of social support, tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in Universities of Ilam. *Iranian Journal of War and Public Health*, 3(4), 48-58.
4. Babapour, K. A. J., Poursharifi, H., Hashemi, T., & Ahmadi, E. (2013). The relationship of meta-cognition and mindfulness components with obsessive beliefs in students, 23-38.
5. Bakhtiari, M. (2001). Study of mental disorders in patients with abdominal disorder. (Unpublished master s thesis). Tehran Psychiatric Institut Tehran. (In Persian).
6. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
7. Ben-Shahar, O., Sacramento, A. D., Miller, B. W., Webb, S. M., Wroten, M. G., Silva, H. E., ..., & Ditzhazy, J. (2013). Deficits in ventromedial prefrontal cortex group 1 metabotropic glutamate receptor function mediate resistance to extinction during protracted withdrawal from an extensive history of cocaine self-administration. *Journal of Neuroscience*, 33(2), 495-506a.
8. Brown, R. A., Abrantes, A. M., Read, J. P., Marcus, B. H., Jakicic, J., Strong, D. R., ... , & Stuart, G. L. (2010). A pilot study of aerobic exercise as an adjunctive treatment for drug dependence. *Mental health and physical activity*, 3(1), 27-34.
9. Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Journal of Depression and Anxiety*, 18, pp 76-82.
10. Chawarski, M. C., Zhou, W., & Schottenfeld, R. S. (2011). Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) in MMT programs in Wuhan, China: a pilot randomized clinical trial. *Drug & Alcohol Dependence*, 115(3), 237-239.
11. Cheng, S.-C., Huang, M.-Z., & Shiea, J. (2011). Thin layer chromatography/mass spectrometry. *Journal of Chromatography*, 1218(19), 2700-2711.
12. Conor, L., & Davidson, M. (2003). An inventory for resilience construct. *Personality and Individual Differences*, 35, 41-53.
13. Davis, J. M., Manley, A. R., Goldberg, S. B., Smith, S. S., & Jorenby, D. E. (2014). Randomized trial comparing mindfulness training for smokers to a matched control. *Journal of substance abuse treatment*, 47(3), 213-221.
14. Elwafi, H. M., Witkiewitz, K., Mallik, S., Thornhill IV, T. A., & Brewer, J. A. (2013). Mindfulness training for smoking cessation: Moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug & Alcohol Dependence*, 130(1), 222-229.
15. Fontes, C. A., Riberio, E., Marques, F. C., Pereira, A. P., Macedo, T. (2011). May exercise prevent Addiction? *Current Neuropharmacology*, 9(1), 458.
16. Garmezzy N, Masten, A. The protective role of competence indicators in children at risk. In: Cummings EM, Green AL, Karraki KH, editors. *Life span developmental psychology: Perspectives on stress and coping*. Hillsdale, NJ: Lawrence; 1991. P.147-151
17. Ghorbanian B., Yavari Y., Lotfi M., Shamiry M., Razmandi F., Shalchi B. (2017). Effect of physical activity on body mass index and some physical fitness factors in addicted women. *Journal of Health Promotion Management*, 6(4): 43-49. (In Persian).

18. Hosseini, S. A., & Besharat, M. A. (2010). Relation of resilience whit sport achievement and mental health in a sample of athletes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 633-638.
19. Hsu, S. H., Collins, S. E., & Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1852-1858.
20. Ilgen, M., McKellar, J., & Tiet, Q. (2005). Abstinence self-efficacy and abstinence 1 year after substance use disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1175-1184.
21. Jenabadi, H., & Zamani, N. (2015). Defense mechanisms and styles in the families of individuals addicted to cigarette, alcohol, sedative-hypnotic drugs and addictive drugs use and disuse. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 9(35), 56-67.
22. Khanna, S., & Greeson, J. M. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(3), 244-252.
23. Leasure, J. L., & Neighbors, C. (2014). Impulsivity moderates the association between physical activity and alcohol consumption. *Alcohol*, 48(4), 361-366.
24. Maredpour A., Najafy M., Amiri F. (2015). The effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on the prevention of relapse, craving and self-control in opiate-dependent individuals. *Journal of Research on Addiction*, 8(32): 87-104. (In Persian).
25. Mohammadi, M. (2006). Investigating the factors affecting resilience in subjects at risk of substance abuse. (Doctoral dissertation). University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran. (In Persian).
26. Nejati V., Zabihzadeh A., Nikfarjam M. R. (2012). The relationship of mindfulness with sustained and selective attentional performance. *Journal of Research in Cognitive and Behavioral Sciences*, 2(2), 31-42. (In Persian).
27. Rabani Bavejdan, M., Rabani Bavejdan, M., Nik Azin, A., Kaveiani N., & Khezri Moghadam, A. (2013). The relationship between self-efficacy and metacognitive strategies in men abuse provision to remove the material. *Journal of Applied Psychology*, 23(15), 115-112. (In Persian).
28. Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.:
29. Sheikhi, S. (2015). Role of moral intelligence, self-efficacy and resilience in students' addiction. (Unpublished master s thesis). *Azerbaijan University. Faculty of Psychology and Educational Sciences*.98-114. (In Persian).
30. Sherer, M., Maddux, J(1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671
31. Shirsavar, M. H., Amirtash, A. M., Jalali, S., Koshan, M., Keyvanlo, S. A. (2013). Comparing the effectiveness of rehabilitation methods with and without exercise on quality of life and self-steam addicts. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 20(3), 292-301. (In Persian).
32. Smith, M. A., & Lynch, W. J. (2012). Exercise as a potential treatment for drug abuse: evidence from preclinical studies. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 82-90.
33. Suti, E. (2006). *Mindfulness in addiction treatment*. Paper presented at the UCLA Substance Abuse Service, Western Conference on Addictions, Newport Beach, California
34. Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive behaviors*, 38(2), 1563-1571.

35. Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228
36. Wong, E. C., & Longshore, D. (2008). Ethnic identity, spirituality, and self-efficacy influences on treatment outcomes among Hispanic American methadone maintenance clients. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 7(3), 328-340.

### استناد به مقاله

قربان‌زاده، ب.، و لطفی، م. (۱۳۹۷). تأثیر ذهن آگاهی و فعالیت بدنی بر ویژگی‌های رفتاری و پیشگیری از بازگشت زنان معتاد. *مجله مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، شماره ۲۴، ص. ۹۲-۱۷۱. شناسه دیجیتال: 10.22089/spsyj.2018.5453.1566

Ghorbanzadeh, B., & Lotfi, M. (2018). The Effect of Mindfulness and Physical Exercise on Addicted Women's Behavioral Characteristics and Preventing Them from Further Addiction. *Journal of Sport Psychology Studies*, 24; Pp: 171-92. In Persian. Doi: 10.22089/spsyj.2018.5453.1566

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## The Effect of Mindfulness and Physical Exercise on Addicted Women's Behavioral Characteristics and Preventing Them from Further Addiction

Behrouz Ghorbanzadeh<sup>1</sup>, and Maryam Lotfi<sup>2</sup>

Received: 2018/01/29

Accepted: 2018/04/21

---

### Abstract

Addiction has been considered as one of the main problems and diseases of the present century and has attracted wide range of global concerns. This fact has made the addiction as a highlighted subject matter to be solved. The aim of present study is to investigate the effect of mindfulness and physical exercise on addicted women's behavior characteristics and preventing them from further addiction. In this study, 60 addicted women were randomly selected in a multistage process from the addiction retreat camps of city of Tabriz; Iran. They were divided into four groups including mindfulness, physical exercise, mindfulness and physical exercise, and control groups according to age and height. Programs were held in 24 sessions, in the form of three sessions per week with each session lasted for 60 minutes. Before training initiation and at the end of the last session, the resiliency and self-efficacy questionnaires were filled by the participants. To analyze data MANOVA test was used. The results showed that in mindfulness and physical activity group the resiliency and self-efficacy was significantly improved when compared to the other groups and the individuals were less desired to be addicted again. According to the results, physical activity along with mindfulness intervention can improve addicted women's psychological factors and can be utilized as a non-drug treatment while quitting addiction.

**Keywords:** Mindfulness, Physical Exercise, Resiliency, Self-Efficacy, Preventing, Addicted Women

---

---

1. Assistant Professor of Motor Behavior. Azarbaijan Shahid Madani University (corresponding author) Email: b.ghorbanzadeh@azaruniv.edu

2. Ph.D of Motor Behavior, Urmia University