

# بررسی اثربخشی برنامه پیشگیری از عود سوء مصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی و کاهش عود سوء مصرف مواد

لیلی مداح

محمدابراهیم مداحی

حسن احدی

جواد خلعتبری \*\*\*\*

محمد رضا بلیاد \*\*\*\*\*

## چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی برنامه پیشگیری از عود سوء مصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان شناختی و کاهش عود سوء مصرف مواد مخدر در افراد ترک کرده است. روش پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش پیش رو، عبارت است از تمام مردان مبتلابه سوء مصرف مواد مخدر صنعتی (در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال) که سوء مصرف مواد مخدر را ترک کرده اند که از میان آنان، نمونه ۳۰ نفری با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند به دست آمد که در دو گروه آزمایش ( $n=18$  و  $M=41.2$  و  $S=3.1$ ) و کنترل ( $n=12$ )

\* دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

\*\* استادیار گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

memadahi@yahoo.com

\*\*\* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

ahadi.dr@gmail.com

\*\*\*\* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن

javadkhalatbaripsy2@gmail.com

\*\*\*\*\* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج

mohamadreza.beliad@kiau.ac.ir

تاریخ تصویب: ۹۷/۱۱/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۷/۳۰

فصلنامه راهبرد فرهنگی - اجتماعی، سال هفتم، شماره بیست و نه، زمستان ۱۳۹۷، صص ۹۲-۷۳

M=39.9 و S=2.8) جاگماری شدند. داده‌های آماری با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، (۲۰۰۲) گردآوری و با روش اندازه‌گیری‌های مکرر و خی دو مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که برنامه پیشگیری از عود سوءمصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به افزایش معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی و کاهش معنی‌دار عود سوءمصرف مواد مخدر در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** پیشگیری، عود سوءمصرف مواد مخدر، ذهن‌آگاهی، بهزیستی روان‌شناختی، مواد مخدر



## مقدمه

مسئله‌ای که مهم‌ترین ارزش‌های یک جامعه را تهدید می‌کند و گسترش زیادی دارد را می‌توان «مشکل اجتماعی»<sup>۱</sup> نامید. مشکلات اجتماعی در مقابل رفاه اجتماعی قرار دارند و دارای ویژگی‌هایی چون عوارض زیاد، شیوع و گستردگی بالا هستند (ابراهیمی، ۱۳۸۹). در این بین سوء مصرف مواد مخدر<sup>۲</sup> یکی از بزرگ‌ترین معضلات امروزی جهان است، چراکه در بیشتر کشورها آمارهای تکان‌دهنده و نگران‌کننده‌ای از شمار معتادان به مواد مخدر ارائه شده است. در حالی که همه‌ساله میلیون‌ها نفر به دلیل مصرف مواد مخدر جان خود را از دست می‌دهند، شیوع بیماری‌های عفونی<sup>۳</sup>، ایدز و هیپاتیت به جدی‌ترین موضوع اجتماعی و بهداشتی ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در برخی از کشورها تبدیل شده است. اعتیاد نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می‌دهد، بلکه نواقص و ناراحتی‌های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را به آن‌ها تحمیل می‌کند.

ترک مصرف مواد مخدر از جمله مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولان و همچنین خود مبتلایان به سوء مصرف مواد و خانواده‌های آن‌ها بوده است. ترک جسمانی مواد مخدر چندان مشکل نیست، بلکه مشکل اصلی، بازگشت مجدد و شروع دوباره آن است. احتمال بازگشت به مواد مخدر را در خوش‌بینانه‌ترین شکل تا ۵۰ درصد پیش‌بینی شده است، با این وجود این احتمال تا ۹۰ درصد نیز معتبر

---

1. Social problem

2. Substance Abuse

3. infectious diseases

است (اسنو و اندرسون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

به همین دلیل با وجود پیشرفت‌های به دست آمده در درمان این اختلال، بازگشت مجدد به دوره‌های سنگین و غیرقابل کنترل مصرف، همچنان به عنوان یک مشکل شایع مطرح است. بیشتر سوء مصرف کنندگان مواد پس از سم‌زدایی و ورود به درمان‌های توان بخشی، طی ۹۰ روز پس از شروع درمان، مجدداً به مصرف مواد می‌پردازند (مک‌کی، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶). بر اساس آمارها حضور معتادان در مراکز بازپروری بهزیستی، بسیاری از آن‌ها پس از ترک اعتیاد بیش از ۲ الی ۳ بار چه به صورت خود معرف و چه از طریق دادگاه از خدمات بازپروری استفاده کرده‌اند. به عنوان نمونه در مطالعه‌ای که در زنجان بین ۹۶ معتاد مراجعه کننده به مرکز بازپروری انجام شده است، تمام آن‌ها سابقه حداقل یک‌بار ترک اعتیاد را داشته‌اند (دین محمدی، امینی و یزدان خواه، ۱۳۸۶).

دوستان معتاد، فشارهای روانی، مراجعه به محل‌های سابق، موقعیت‌های ناگوار، طرد شدن از طرف خانواده، جامعه و دیدن اشیاء و ابزار مصرف مواد از عوامل مؤثر در عود اعتیاد بر شمرده شده است (فلاح زاده و حسینی، ۱۳۸۵). در این راستا، نریمانی (۱۳۷۹)، عدم برنامه ریزی برای اشتغال معتادان، عدم آگاهی از روش‌های مقابله با مشکلات زندگی، محیط اجتماعی آلوده، دوستان معتاد، پرنشندن اوقات فراغت، عدم شرکت در گروه درمانی، اضطراب، افسردگی و پایین بودن سطح امیدواری فرد را از مهم ترین علل عود اعتیاد می‌داند. همچنین در پژوهش صادقی اهری، اعظمی، براق، امانی و صدیق (۱۳۸۳)، مشخص شد که دوستان معتاد، مشاجرات خانوادگی، کوتاه بودن دوره ترک و مشکلات اجتماعی از عوامل مؤثر در عود اعتیاد هستند.

آثار و نتایج زیان بار و مخرب فردی، اجتماعی و فرهنگی سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا بیماران سوء مصرف مواد و درمانگران برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از عود مصرف مواد اقدام کنند. بر این اساس،

1. Snow & Anderson

2. McKay, Franklin, Patapis & Lynch

متخصصان بهداشتی و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود، ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند.

رایج‌ترین درمان‌های در دسترس، در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته درمان‌های دوازده مرحله‌ای در قالب درمان‌های گروهی حمایت متقابل<sup>۱</sup> بودند. اگرچه شرکت در این برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای، توأم با پرهیز<sup>۲</sup> بیشتر از مواد مخدر بوده است، این درحالی است که رویکردهایی اعتیاد را با مدل بیماری<sup>۳</sup> تبیین می‌کنند یا افرادی که باورهای معنوی<sup>۴</sup> دارند با فلسفه درمان‌های ۱۲ مرحله‌ای مرسوم در تعارض بودند.

درمان شناختی رفتاری<sup>۵</sup> به‌عنوان جایگزین برنامه‌های ۱۲ مرحله‌ای برای پیشگیری از عود اعتیاد بر پاسخ‌ها به موقعیت‌های پرخطر<sup>۶</sup>، ترکیب آموزش مهارت‌ها با مداخلات شناختی بر پیشگیری یا محدود کردن عود تمرکز می‌کنند. با این حال در سال‌های اخیر در زمینه سوء مصرف مواد در سطوح مختلف سبب‌شناسی تشخیص و درمان، پیشرفت‌های چشمگیری به‌دست آمده و در درمان از یک رویکرد چندرشته‌ای<sup>۷</sup> و الگوی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی<sup>۸</sup> بهره گرفته می‌شود. یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی، به‌ویژه درمان اعتیاد، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه ذهن آگاهی<sup>۹</sup> با رفتاردرمانی شناختی سنتی است که از این تلفیق به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند (هایز، لوما و بوند، ۲۰۰۶).

1. mutual support groups
2. abstinence
3. disease model
4. spiritual beliefs
5. cognitive-behavioral treatment
6. high-risk situations
7. multidisciplinary
8. biopsychosocial-spiritual
9. mindfulness meditaion
10. Hayes, Luoma & Bond

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)؛ پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی<sup>۱</sup> (MBRP)؛ ذهن آگاهی برای درمان اعتیاد (ویتکویتز، مارلات و واکر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵) نمونه هایی از رویکردهای جدید در این حوزه هستند. در مداخله های مبتنی بر راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی، برخلاف راهبردهای مبتنی بر تغییر، به جای تغییر محتوای افکار و نگرش های ناکارآمد بر پذیرش، تمرکززدایی و تغییر رابطه و نگرش فرد نسبت به افکار، به عنوان نوعی واقعیت ذهنی، همچنین در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان های منفی بر پذیرش بدون قضاوت، مواجهه و افزایش تحمل، حالت های هیجانی منفی، افکار و تصورات تأکید می شود.

ذهن آگاهی به عنوان آگاهی لحظه به لحظه، از تجربی به دست آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه های موجود تعریف می شود (کابات زین،<sup>۳</sup> ۲۰۰۳). بررسی ها نشان می دهند که درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی، در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود، افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال پس از استرس ضربه ای<sup>۴</sup> دیگر اختلال ها مؤثرتر می باشند (ویتکویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵).

از آنجایی که در بررسی سبب شناسی سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اجباری، محققان و نظریه پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان<sup>۵</sup>، تحمل پایین ناراحتی<sup>۶</sup>، اجتناب هیجانی، رفتار بدون تفکر و عادت، نشخوار فکری<sup>۷</sup>، سوگیری نسبت به نشانه های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت های مقابله ای و خلأ معنوی را عنوان نموده اند (بلوم<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵). بنابراین در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد، استفاده از روش هایی که بتواند بر این مشکلات تأثیر گذار باشد،

1. Mindfulness Based on Relapse Prevention
2. Witkiewitz, Marlatt & Walker
3. Kabat-Zin
4. Post Traumatic Disorder (PTSD)
5. emotion dysregulation
6. distress tolerance
7. ruminative thought
8. Blume

ضروری است و به نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری روش ذهن آگاهی، به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی<sup>۱</sup>، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی<sup>۲</sup> در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سستی به علت تأثیر بر این فرایندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک نماید (ویتکویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵). به‌این ترتیب هدف این پژوهش، طراحی برنامه کاهش عود مبتنی بر ذهن آگاهی در بستر بوم‌شناختی و بهره‌گیری از روش‌شناسی علمی طراحی مداخلات روان‌شناختی و بررسی اثربخشی آن بر کاهش عود مصرف و همچنین بهزیستی روان‌شناختی افراد ترک‌کرده است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نظر نحوه گردآوری اطلاعات، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. داده‌های آماری حاصل از سه بار اجرای ابزار پژوهشی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای دو گروه آزمایش و گواه تحلیل شدند. با توجه به تعداد و سطح اندازه‌گیری متغیرهای وابسته (فاصله‌ای پیوسته) و همچنین تعداد گروه‌های پژوهش، به‌منظور تحلیل داده‌های آماری از آزمون اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری<sup>۳</sup> (MANCOVA) البته با رعایت پیش‌فرض‌ها استفاده شده است.

### معرفی جامعه آماری پژوهش، ویژگی‌های گروه نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش پیش‌رو، عبارت است از تمام مردان مبتلابه سوءمصرف مواد مخدر صنعتی (در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال) که سوءمصرف مواد مخدر را ترک نموده‌اند. از میان آنان، نمونه‌ای ۳۰ نفری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند به

1. desensitization

2. lets go

3. multivariate repeated measures

دست آمد که در دو گروه آزمایش ( $n=18$  و  $M=41.2$  و  $S=3.1$ ) و کنترل ( $n=12$ ،  $M=39.9$  و  $S=2.8$ ) جاگماری شدند. از آنجایی که در پژوهش حاضر نیز، شرکت‌کنندگان واجد ملاک‌ها و ویژگی‌های مشخصی هستند، این روش نمونه‌گیری مناسب به نظر می‌رسد. افراد گروه نمونه پژوهش واجد ملاک‌های زیر هستند که در حقیقت می‌توان آن‌ها را **ملاک‌های ورودی** این پژوهش نیز دانست:

۱. مردان مبتلابه سوء مصرف مواد مخدر صنعتی که در مراکز ترک اعتیاد دوره‌های ترک و بازپروری را سپری نموده‌اند.

۲. مردان شرکت‌کننده در این پژوهش در دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال تشکیل می‌دهد.

۳. شرکت‌کنندگان در پژوهش دارای بیماری‌هایی که مستلزم مصرف مداوم داروهای مسکن و کندکننده‌ها هستند، نمی‌باشند.

## ابزار گردآوری اطلاعات

### مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، (۲۰۰۲)

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است (هوسر، اسپرینگر و پادروسکا، ۲۰۰۵). این مقیاس برگرفته از رویکرد نظری ریف است که بر اساس آن بهزیستی روان‌شناختی فرایند رشد همه‌جانبه‌ای است که در طول عمر گسترده است و شش مؤلفه استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در زندگی را شامل می‌شود.

ریف، بر پایه تعریف مفهومی ابعاد مختلف این مدل، مقیاسی را به‌منظور اندازه‌گیری و عملیاتی کردند که هر یک از این ابعاد به‌صورت فرم خودگزارش‌دهی طراحی شد. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۱۲۰ آیتم بود، اما در بررسی‌های بعدی که در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس انجام گرفت؛ فرم کوتاه‌تر این

- 
1. Ryff's psychological well-being scale
  2. Hauser, Springer & Pudrovska



مقیاس در قالب نسخه‌های ۸۴، ۵۴، ۴۲ و ۱۸ سؤالی نیز تدوین شد. با این حال، ریف خود معتقد است نسخه ۸۴ سؤالی آزمون در مقایسه با دیگر فرم‌ها قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دارد. در نوشتار ۸۴ سؤالی برای سنجش هر عامل ۱۴ سؤال اختصاص یافته است (ریف و سینگر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

نسخه ۸۴ سؤالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف مانند دیگر فرم‌های این مقیاس دارای شش مؤلفه استقلال، تسلط محیطی، رشد شخصی، رابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود در زندگی را شامل است که برای سنجش هر عامل ۱۴ سؤال اختصاص یافته است.

آبوت و پلوبدیت، هوپرت، کو، واداسورث و گراواسه<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) با مرور پیشینه پژوهشی و انتخاب نمونه‌ای ۱۱۷۹ نفری که در نهایت ۸۵ درصد آنان یعنی ۹۵۷ نفر موفق به تکمیل پرسشنامه شدند و با استفاده از روش معادلات ساختاری، مدل و آزمون ریف را به محک کشیدند. نتایج به دست آمده مدل و آزمون را تأیید کردند. علاوه بر این، لیندفورس، برنتسون و لاندبرگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۶)، در تحقیق خود ساختار پرسشنامه ریف در زبان سوئدی را بررسی کردند. آن‌ها نمونه‌ای ۱۲۶۰ نفری از بین زنان و مردان کارگر انتخاب کردند که در گستره سنی ۳۲ تا ۵۸ سال قرار داشتند. ضرایب ثبات درونی برای پرسشنامه بالا در این گروه بالاتر از نسخه اصلی انگلیسی بود. همچنین فن‌دیرندورک، دیاز، رودریگز-کارواجال، بالانکو، مورنو-جیمenez<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) در پژوهشی باهدف هنجاریابی و تحلیل عاملی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف به زبان اسپانیایی که با شرکت ۵۹۲ نفر از اسپانیا و ۳۲۷ نفر از کلمبیا در دامنه سنی بین ۱۶ تا ۷۴ سال (با میانگین سنی ۳۰ سال و انحراف استاندارد ۱۴) صورت گرفت، ساختار شش عاملی آن را در زبان اسپانیایی نیز تأیید کردند.

بیانی، محمد کوچکی و گودرزی (۱۳۸۷)، روایی و پایایی نسخه ۸۴ سؤالی را

1. Ryff & Singer
2. Abbot, Ploubidis, Huppert, Kuh, Wadsworth & Croudace
3. Lindfors, Berntsson, & Lundberg
4. Van Dierendonck, Diaz, Rodriguez-Carvajal, Blanco & Moreno-Jimenez

روی نمونه‌ای ۱۴۵ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد بررسی کردند. نتایج بررسی پایایی از طریق بازآزمایی نشان دادند ضریب به‌دست‌آمده برای نمره کلی برابر ۰/۸۲، پذیرش خود ۰/۷۱، روابط مثبت با دیگران، ۰/۷۷، خودمختاری ۰/۷۸، تسلط بر محیط ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۰ و رشد شخصی ۰/۷۸ بود. جهت بررسی روایی این ابزار از مقیاس‌های رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد و عزت‌نفس روزنبرگ استفاده شد که همبستگی به‌دست‌آمده نمرات این آزمون‌ها با مقیاس بهزیستی‌روان‌شناختی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ بود. میکائیلی منبع (۱۳۸۹)، در پژوهشی به‌منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه ۸۴ سؤالی بهزیستی‌روان‌شناختی ریف، ۳۷۶ نفر را از بین دانشجویان رشته‌های مقطع کارشناسی و ورودی‌های مختلف با بهره‌گیری از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب کردند، استفاده شد. نتایج تحلیل داده‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ و تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند ضریب پایایی درونی این آزمون برای تمام مؤلفه‌ها بیش از ۰/۷۰ است. علاوه بر این، بررسی روایی سازه ابزار بالا از طریق تحلیل عاملی تأییدی نشان داد، مدل شش عاملی پیشنهادی سازندگان نیز مورد تأیید است. پایایی مقیاس بهزیستی‌روان‌شناختی ریف در این پژوهش با محاسبه آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس مقدار آلفای کرونباخ برای نمره کل بهزیستی‌روان‌شناختی برابر با ۰/۸۲، پذیرش خود ۰/۷۹، روابط مثبت با دیگران، ۰/۷۶، خودمختاری ۰/۷۹، تسلط بر محیط ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۷ و رشد شخصی ۰/۸۱ محاسبه شده است.

### برنامه کاهش عود سوءمصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن آگاهی

برنامه کاهش عود سوءمصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن آگاهی، برنامه‌ای است که با تکیه بر مبانی نظری، محورهای اساسی و راهبردهای ترسیم‌شده در مداخلات استاندارد ذهن آگاهی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، MBCT، سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲ و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، MBSR: کبات‌زین، ۲۰۰۳) و الگوهای نظری عود سوءمصرف مواد مخدر و همچنین با توجه به

یافته‌های حاصل از مصاحبه بالینی با مردان ترک‌کرده در قالب پژوهش پدیدارشناختی طراحی شده است. رویکرد این برنامه آموزشی کاربست راهبردهای تجربی کاهش عود مصرف مواد مخدر در قالب هشت جلسه گروهی و با بهره‌گیری از روش‌ها و راهبردهایی چون بحث و تبادل نظر، انتقال تجربیات شخصی، ایفای نقش و تمرین‌های ذهن آگاهی به مردان ترک‌کرده باهدف بهبود مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی و کاهش سوء مصرف مواد مخدر است (مداحی و مداحی، ۱۳۹۷).

جدول ۱. خلاصه برنامه پیشگیری از عود سوء مصرف مواد مخدر

موضوع	هدف
اول	مبانی ذهن آگاهی؛ آموزش این موضوع به شرکت‌کنندگان که به‌طور معمول چقدر اعمال خودکار انجام می‌دهند و تا چه حد ذهن آن‌ها بیشتر از این‌که در زمان حال باشد، در گذشته و آینده است. یادگیری چگونگی توجه‌کردن هدفمند، در هر لحظه و بدون داوری.
دوم	پاسخگویی توأم با توجه به عوامل تداعی‌کننده در برابر واکنش‌پذیری فوری
سوم	بررسی محتوا و درگیری‌های ذهنی شرکت‌کنندگان در فرایند پیشگیری از عود اعتیاد. توانمندسازی شرکت‌کنندگان به پاسخگویی توأم با توجه به نیازهای روان‌شناختی به‌جای واکنش‌های خودکار.
چهارم	پذیرش غیرقضوتی خود
پنجم	درک مفهوم و ابعاد پذیرش غیرقضوتی توسط شرکت‌کنندگان. پذیرش خود به‌عنوان یک فرد پاک با نیازهای روان‌شناختی و اجتماعی منحصر به فرد. بررسی ماهیت و عوامل ایجاد فشار روانی و راهبردهای ذهن آگاهی در مواجهه با آن.
ششم	آگاهی، کنترل و تنظیم هیجانی
هفتم	تنظیم تعامل با خانواده
هشتم	تنظیم تعامل با اعضای خانواده و دوستان. بهبود تعامل با همسر در فضای خانواده.
نهم	مواجهه با تعارض‌های روان‌شناختی
دهم	مواجهه ذهن آگاهانه با تعارض‌های روان‌شناختی.
یازدهم	توجه و مهربانی نسبت به خود در موقعیت‌های دشوار. درک و پذیرش خود در موقعیت‌های ناکامی به‌جای انتقاد از خود. درک تجارب شخصی به‌عنوان بخشی از تجارب انسانی بزرگ به‌جای درک مجزای آن‌ها. مرور راهبردها و تمرین‌های اساسی ذهن آگاهی در فرایند پیشگیری از عود اعتیاد.
دوازدهم	چگونه تغییرات ایجادشده را حفظ کنیم؟ جمع‌بندی و اعلام پایان جلسات پس از آزمون

## یافته‌ها

پیش از انجام آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض کرویت داده‌ها با استفاده از آزمون کرویت موخلی برای مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی

مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس آماره موخلی با ارزش  $0/873$  و مجذور کای  $1/75$ ، با  $2$  درجه آزادی و سطح معناداری  $p=0/346$  مفروضه کرویت بارتلت را تأیید کرد (جدول ۲).

جدول ۲. آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی

اثر درون‌گروهی	آماره موخلی	مجذور خی‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	اپسیلون	برآورد دامنه پایین‌تر
زمان	$0/873$	$1/755$	۲	$0/346$	$0/902$	$1/00$
بهزیستی روان‌شناختی						$0/500$

علاوه بر این پیش‌فرض، همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از نتایج آزمون همگنی واریانس لوین مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های حاصل بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری، تفاوت معناداری وجود ندارد. به این ترتیب می‌توان گفت مفروضه آماری همگنی واریانس‌ها در داده‌های مربوط به متغیر بهزیستی روان‌شناختی برقرار است (جدول ۳).

جدول ۳. آزمون همگنی واریانس در مراحل اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی

زمان	F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
پیش‌آزمون	$0/255$	۱	۲۸	$0/625$
پس‌آزمون	$2/172$	۱	۲۸	$0/161$
پیگیری	$1/352$	۱	۲۸	$0/301$

پس از بررسی مفروضه‌های آماری و به منظور پاسخ به این پرسش پژوهشی، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بین شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات جدول ۴، نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌روی برای بهزیستی روان‌شناختی را نشان می‌دهد. یافته‌های حاصل از این جدول حاکی از آن است که در متغیر بهزیستی روان‌شناختی، اثر درون‌آزمودنی یا به عبارت دیگر اثر زمان در این پژوهش ( $F=7/29$ ,  $p=0/003$ ,  $\eta^2=0/49$ ) معنادار است. همچنین، اثر تعاملی زمان  $\times$  گروه ( $F=5/7$ ,  $p=0/003$ ,  $\eta^2=0/4$ ) نیز معنادار است. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان گفت که در طول زمان (در مراحل اندازه‌گیری) میانگین بهزیستی روان‌شناختی تغییر داشته است. همچنین با توجه به

معناداری اثر تعاملی گروه × زمان افزایش بهزیستی روان‌شناختی در یکی از گروه‌ها بیشتر رخ داده است (جدول ۴).

جدول ۴: نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری	مجذور ای تا
درون گروهی (زمان)	اثر پیلایی	۰/۴۹۷	۲	۲۷	۷/۲۹	۰/۰۰۳	۰/۴۹۷
	لامبدای ویلکز	۰/۵۰۳	۲	۲۷	۸/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۴۹۷
بهزیستی روان‌شناختی	اثر هتلینگ	۰/۹۸۷	۲	۲۷	۸/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۴۹۷
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۰/۹۸۷	۲	۲۷	۸/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۴۹۷
اثر تعاملی زمان و گروه	اثر پیلایی	۰/۴۷۸	۲	۲۷	۷/۷۷	۰/۰۰۴	۰/۴۷۸
	لامبدای ویلکز	۰/۵۲۲	۲	۲۷	۷/۷۷	۰/۰۰۴	۰/۴۷۸
	اثر هتلینگ	۰/۹۱۵	۲	۲۷	۷/۷۷	۰/۰۰۴	۰/۴۷۸
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی	۰/۹۱۵	۲	۲۷	۷/۷۷	۰/۰۰۴	۰/۴۷۸

پس از معناداری آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تک‌متغیری بررسی شد. اطلاعات برگرفته از جدول ۷ بیانگر آن است که اثر اصلی بین گروهی بر متغیر بهزیستی روان‌شناختی معنادار است ( $F=۵/۶$ ,  $p=۰/۰۱۸$ ,  $\eta^2=۰/۲۷$ ). درعین حال اثر درون آزمودنی و به دیگر سخن اثر زمان بر بهزیستی روان‌شناختی ( $F=۶/۰۸$ ,  $p=۰/۰۰۵$ ,  $\eta^2=۰/۲۵$ ) معنادار است. علاوه بر این، این اثر تعاملی گروه × زمان بر متغیر بهزیستی روان‌شناختی ( $\eta^2=۰/۲۴$ ) نیز معنادار است ( $F=۵/۸۳$ ,  $p=۰/۰۰۶$ ).

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تک‌متغیری بهزیستی روان‌شناختی

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور ای تا
اثر بین گروهی	۴۶۱۶/۹	۱	۴۶۱۶/۹	۵/۶	۰/۰۱۸	۰/۲۷۲
خطای بین گروهی	۱۲۳۳۶/۹	۲۸	۶۸۵/۳			
اثر درون آزمودنی	۸۳۴۶/۶	۲	۴۱۷۳/۳	۶/۰۸	۰/۰۰۵	۰/۲۵
اثر تعامل گروه × زمان	۸۰۱۲/۴	۲	۴۰۰۶/۲	۵/۸۳	۰/۰۰۶	۰/۲۴
خطای درون آزمودنی	۲۴۶۸۹/۶	۵۶	۶۸۶/۰۷			

با توجه به معناداری اثر زمان در متغیر بهزیستی روان‌شناختی نتایج مقایسه‌های دوگانه بین مراحل اندازه‌گیری مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های حاصل حاکی از آن است که بین میانگین بهزیستی روان‌شناختی در مرحله اندازه‌گیری

نخست یعنی مرحله پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۱۷/۰۲, p=۰/۰۰۱,  $\eta^2=۰/۴۸$ ) بر این اساس می‌توان گفت که میانگین بهزیستی روان‌شناختی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش چشمگیری داشته است. هرچند میانگین بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش داشته است، اما این کاهش به اندازه‌ای نیست که بتوان گفت بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (F=۷۵۸, p=۰/۳۹۵,  $\eta^2=۰/۰۴$ ).

علاوه بر این اثر تعاملی گروه × زمان در متغیر بهزیستی روان‌شناختی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون معنادار است (F=۱۵/۰۰۳, p=۰/۰۰۱,  $\eta^2=۰/۴۵$ )، بر این اساس می‌توان گفت، برنامه کاهش عود سوء‌مصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به افزایش معنی‌دار بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش شده است. با این حال تفاوت معنی‌داری بین میانگین پس‌آزمون و آزمون پیگیری در اثر تعاملی گروه × زمان مشاهده نمی‌شود (p=۰/۶۵۸,  $\eta^2=۰/۱$ ) (F=۰/۲۰۲).

جدول ۶. مقایسه‌های دوگانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی

منبع تغییرات	مقایسه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور ایبا
زمان	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۵۶۸۶/۵	۱	۱۵۶۸۶/۵	۱۷/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	پس‌آزمون - پیگیری	۱۳۳۵/۲	۱	۱۳۳۵/۲	۰/۷۵۸	۰/۳۹۵	۰/۰۴
	پیش‌آزمون - پیگیری	۸۱۱۸/۰۷۵	۱	۸۱۱۸/۰۷۵	۵/۱۸۷	۰/۰۲۵	۰/۲۲
زمان	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۳۸۲۴/۵	۱	۱۳۸۲۴/۵	۱۵/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	پس‌آزمون - پیگیری	۳۳۰/۰۰۸	۱	۳۳۰/۰۰۸	۰/۲۰۲	۰/۶۵۸	۰/۱۱
گروه	پیش‌آزمون - پیگیری	۹۸۸۲/۶۷۵	۱	۹۸۸۲/۶۷۵	۶/۳۱۴	۰/۰۲۲	۰/۲۶
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۱۶۵۸۶/۴	۱۸	۹۲۱/۴۶			
	پس‌آزمون - پیگیری	۲۹۳۳۶/۵۴	۱۸	۱۶۴۹/۸			
خطا	پیش‌آزمون - پیگیری	۲۸۱۷۳/۱۲	۱۸	۱۵۶۵/۱۷			

علاوه بر بررسی میزان اثربخشی برنامه کاهش عود سوء‌مصرف مواد مخدر بر بهزیستی روان‌شناختی، در این پژوهش کاهش تمایل شرکت‌کنندگان به سوء‌مصرف مواد نیز مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس مقایسه فراوانی افراد پاک/عود مصرف مواد با استفاده از آزمون مجذور خی در پس‌آزمون گروه گواه و گروه آزمایش نشان داد که عود مصرف مواد در گروه آزمایش (فراوانی درصدی = ۰ درصد) نسبت به گروه گواه (فراوانی درصدی = ۲۵ درصد) به‌طور معنی‌داری

کتر بود ( $x^2 = 4.6, p < 0.01$ ). همچنین در آزمون پیگیری فراوانی عود مصرف مواد در گروه آ، آزمایش (فراوانی درصدی = ۵,۸) به طور معنی داری پایین تر از گروه گواه (فراوانی درصدی = ۴۱,۶) بود ( $x^2 = 8.9, p < 0.01$ ).

جدول ۷. آماره توصیفی پاک / عود مصرف مواد مخدر در گروه های آزمایش و کنترل

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
آزمایش پاک	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰	۹۴,۲
عود	۰	۰	۰	۰	۵,۸
کنترل پاک	۱۲	۱۰۰	۹	۷۵	۵۸,۳
عود	۰	۰	۳	۲۵	۴۱,۶

### نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی برنامه کاهش عود سوء مصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و کاهش عود سوء مصرف مواد مخدر است. داده های حاصل از مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف و بررسی فراوانی میزان عدم سوء مصرف مواد مخدر که در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای هر کدام از شرکت کنندگان در گروه های آزمایش و کنترل گردآوری شده بودند، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی اندازه گیری مکرر (طرح یک بین، یک درون) و خی دو تحلیل شدند.

بر اساس یافته های پژوهشی، در گروه آزمایش برنامه کاهش عود سوء مصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به افزایش معنی دار بهزیستی روانشناختی افراد گروه آزمایش از پیش آزمون به پس آزمون شده است. با این حال، با وجود کاهش میانگین بهزیستی روانشناختی در مرحله پیگیری، تفاوت معنی داری بین میانگین پس آزمون و آزمون پیگیری در این گروه مشاهده نمی شود.

این نتایج با یافته های پژوهشگرانی همچون ویتکیوتز، باوئن، داکلاس و هسو (۲۰۱۳)؛ دباغی، اصغر نژاد فرید، عاطف وحید و بوالهری (۱۳۸۷)؛ حامدی، شهیدی و شهر یاری (۱۳۹۲) و فرنام، برجعلی، سهرابی و فلسفی نژاد (۱۳۹۳)، هم راستا است.

در این رابطه اسکات و مالوف (۲۰۱۱)، پس از بررسی چند پژوهش که

ذهن‌آگاهی را توسط پرسشنامه مورد بررسی قرار داده‌اند، مطرح می‌کنند که ذهن‌آگاهی با سطوح بالاتری از رضایت در زندگی، بهبود تعاملات، مطلوبیت، وجدان، سرزندگی، اعتماد به نفس، همدلی، احساس خودمختاری، خوش‌بینی و شایستگی همراه است. همچنین پژوهش‌ها نشان داده که ارتباط منفی قابل‌توجهی بین ذهن‌آگاهی و افسردگی، روان‌نژندی، نشخوار فکری، اضطراب اجتماعی، مشکلات در تنظیم هیجان، آلکسی تایمیا و شدت تجربه هیجانی در زمینه روان‌پریشی وجود دارد (بائر، ۲۰۰۶).

به‌طور کلی، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هرچه ذهن‌آگاهی افزایش پیدا کند (از طریق مداخلاتی مثل مراقبه) به‌موازات آن، آرامش فرد، عملکرد انطباقی فرد، توانایی‌های عاطفی، مهارت‌هایی مثل درک، فهم، مدیریت و کنترل احساسات خود و دیگران و رضایتمندی نیز افزایش پیدا می‌کند. سطوح بالاتری از ذهن‌آگاهی با بهداشت روانی بهتر و رابطه رضایت‌بخش ارتباط دارد. بنابراین در پژوهش‌های قبلی به‌خوبی رابطه ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی تبیین شده است. البته باید دقت کرد که بررسی‌های همبستگی در مورد رابطه علی این ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی و کمک به تبیین این رابطه، بینش‌چندان زیادی به دست نمی‌دهند.

به دیگر سخن، بررسی‌های آزمایشی که شامل مداخله‌های بالینی می‌شوند، تنها پژوهش‌هایی هستند که به رابطه علی ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی می‌پردازند. در این رابطه دو پژوهش کاملاً کنترل‌شده، نشان داده است که تغییر در نمره ذهن‌آگاهی بر اساس پرسشنامه، در تأثیرات مهم کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی روی ادراک استرس و کیفیت زندگی نقش اساسی دارد (برانستروم، کویلمو، براندبرگ و مستکوویتز، ۲۰۱۰). اما به‌راستی مکانیسم اثربخشی مداخلات ذهن‌آگاهی، به‌ویژه برنامه کاهش عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی چیست؟ به‌عبارت‌دیگر چگونه می‌توان یافته این پژوهش در زمینه بهبود بهزیستی روان‌شناختی افراد ترک‌کرده پس از دریافت برنامه کاهش عود سوء‌مصرف مواد مخدر مبتنی بر ذهن‌آگاهی را تبیین نمود.



در این رابطه بیشاپ، لائو، شاپیرو، کارلسون، اندرسون، کارمودی (۲۰۰۴)، با نگاهی دقیق‌تر و جزئی‌تر به این موضوع، ذهن آگاهی را دربر گیرنده دو مؤلفه اصلی می‌دانند: الف) تنظیم آگاهانه توجه و ب) تلاش برای تجربه کردن در زمان حال که با کنجکاوی بدون قضاوت، آمادگی و پذیرش برای آنچه رخ می‌دهد، مشخص می‌شود.

علاوه بر این در این رابطه، به باور بازانو، ولف، زیلوفسکا، وانگ، اسکاستر، بارت و لهر (۲۰۱۳)، از آنجایی که ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد با فراگیری مهارت‌های تنظیم هیجان در برابر منابع ایجادکننده فشار روانی به گونه‌ای متفاوت عمل نمایند، می‌تواند منجر به کاهش فشار روانی و پیامدهای آن، بهبود مؤلفه شفقت نسبت به خود<sup>۱</sup> و بهزیستی روان‌شناختی شود. در واقع، روش‌های ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرایندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از بازگشت مصرف مواد کمک کند (وتیکوتیز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵، بریسیلین، زاک و مک ماین، ۲۰۰۲). در واقع، سازوکار اصلی ذهن آگاهی را باید خودکنترلی دانست (وتیکوتیز و همکاران، ۲۰۰۵). روش‌های آرامش‌زایی (از جمله ذهن آگاهی) به دلیل ایجاد آرامش، احساس لذت‌بخش، احساس خوب‌بودن و فعال کردن دستگاه عصبی پاراسمپاتیک توانایی کمک به درمان اعتیاد را دارند و بررسی‌ها نشان‌دهنده اثربخشی آرامش عضلانی در کنترل برخی عوارض ترک از جمله بی‌خوابی بوده‌اند.

## منابع

- ابراهیمی، علی اکبر (۱۳۸۹). *برنامه اجتماع محور و سنجش در آن*، تهران: کنکاش.
- بیانی، علی اصغر، عاشور محمد کوچکی و علی بیانی (۱۳۸۷). «روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف»، *روان پزشکی و روانشناسی بالینی*، سال چهاردهم، شماره ۲، ۱۴۶-۱۵۱.
- حامدی، علی، شهریار شهیدی و علی خادمی (۱۳۹۲). «اثربخشی ذهن آگاهی و مشاوره کاهش آسیب بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر»، *اعتیاد پژوهشی*، سال هفتم، شماره ۲۸، ۱۱۸-۱۰۱.
- دباغی، پرویز، علی اصغر اصغر نژاد فرید، محمد کاظم عاطف وحید و جعفر بوالهیری (۱۳۸۶). «اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرح‌واره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی»، *روان پزشکی و روانشناسی بالینی*، سال سیزدهم، شماره ۴، ۳۶۶-۳۷۵.
- دین محمدی، محمدرضا، کوروش امینی و محمدرضا یزدانخواه (۱۳۸۶). «بررسی عوامل محیطی و اجتماعی مؤثر بر گرایش مجدد به مصرف مواد افیونی از دیدگاه معتادان خود معرف مرکز پذیرش، درمان و پیشگیری سازمان بهزیستی زنجان». *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، سال پانزدهم، شماره ۵۹، ۸۵-۹۴.
- صادقی اهری، سعید، احد اعظمی، منوچهر براک، فیرو امانی و انوشیروان صدیق (۱۳۸۳). «علل مؤثر بر بازگشت به اعتیاد در بیماران مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد خود معرف وابسته به بهزیستی تهران»، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، سال سوم، شماره ۴، ۳۶-۴۰.
- فرنام، علی، احمد برجعلی، فرامرز سهرابی و محمدرضا فلسفی نژاد (۱۳۹۳). «اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی، *مطالعات روان شناسی بالینی* سال چهارم، شماره ۱۶، ۷۹-۹۹.
- فلاح زاده، حسین و نرجس حسینی (۱۳۸۵). «بررسی علل عود اعتیاد از دیدگاه معتادین مراجعه کننده به مرکز بهزیستی شهرستان یزد»، *طلوع بهداشت*، سال پنجم، شماره (۲-۱)، ۶۱-۷۳.

میکائیلی منیع، فرزانه (۱۳۸۹). «بررسی ساختار عاملی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف در بین دانشجویان دانشگاه ارومیه»، پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال پنجم، شماره ۱۸، ۲۵-۳.

نریمانی، محمد (۱۳۷۹). *اعتیاد و روش‌های مقابله با آن*، اردبیل: شیخ صفی.

Abbott, R. A, Ploubidis, G. B. Huppert, F. A, Kuh, D. Wadsworth, M. E. & Croudace, T. J. (2006). "Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women", *Health and quality of life outcomes*, Vol.4, No.1, 76

Bazzano, A. Wolfe, C. Zylowska, L. Wang, S. Schuster, E. Barrett, C. & Lehrer, D. (2015). "Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: A community-based approach", *Journal of Child and Family Studies*, Vol.24, No.2, 298-308.

Bishop, S. R. Lau, M. Shapiro, S. Carlson, L. Anderson, N. D., Carmody, J. ... & Devins, G. (2004). "Mindfulness: A proposed operational definition", *Clinical psychology: Science and practice*, Vol.11, No.3, 230-241.

Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems* (Vol.1), John Wiley & Sons.

Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y. & Moskowitz, J. T. (2010). "Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients—A randomized study", *Annals of behavioral medicine*, Vol.39, No.2, 151-161.

Breslin, F. Zack, M. McMMain, S. (2002). "An information processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse", *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.9, No.3, 275-299.

Hauser, R. M. Springer, K. W. & Pudrovska, T. (2005, November). "Temporal structures of psychological well-being: continuity or change, In *Meetings of the Gerontological Society of America*, Orlando, Florida.

Hayes S, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. (2006). "Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes", *Behaviour research and therapy*, Vol.44, No.1, 1-25.

Kabat-Zin, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future", *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol.10, No.2, 144-156.

Lindfors, P. Berntsson, L. & Lundberg, U. (2006). "Factor Structure of Ryff's

- Psychological Well-being Scales in Swedish Female and Male Whitecollar Workers”, *Personality and Individual Differences*, Vol.40, No.6, 1213-1222.
- McKay, J. Franklin, T. Patapis, N. & Lynch, K. (2006). “Conceptual, methodological, and analytical issues in the study of relapse”, *Clinical Psychology Review*, Vol.26, No.2, 109-127.
- Ryff, C. D. & Singer, B. H. (2006). “Best News Yet on the Six-factor Model of Well-being”, *Social Science Research*, Vol.35, No.4, 1103-1119.
- Segal, Z.V. Williams, M. G. & Teasdale, J.D. (2002), *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Snow, D. & Anderson, C. (2000). “Exploring the factors influencing relapse and recovery among drug and alcohol addicted women, Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner Program”, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Vol.38, No.7, 8-19
- Witkiewitz, K. Marlatt, G. Walker, D. (2005). “Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders”, *Journal of cognitive psychotherapy*, Vol.19, No.3, 211-228.