



## مقدمه

اعتیاد<sup>۱</sup> یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن عوامل اجتماعی، روان‌شناختی، زیست‌شناختی و داروشناختی نقش دارند (زو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). طبق تعریف راهنمای تشخیصی و آماری برای اختلال‌های روانی<sup>۳</sup>، ویژگی اصلی هر یک از اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از مجموعه‌ای از علائم شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی که نشان می‌دهند فرد به رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می‌آید همچنان به مصرف مواد ادامه می‌دهد (گنجی، ۱۳۹۲). از نظر شیوع، اختلال‌های مرتبط با مواد در مقایسه با سایر مشکلات بالینی فراوانی بیشتری دارند و بر اساس گزارش موسسه ملی سلامت روان<sup>۴</sup>، میزان شیوع مادام‌العمر اختلال‌های مصرف مواد در جمعیت عمومی ۳۵/۳ درصد گزارش شده است (کوبر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). همچنین، در پژوهش انجام شده در داخل کشور، آمار اعتیاد در سال ۱۳۹۰ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال برابر با یک میلیون و سیصد و بیست و پنج نفر اعلام شده است (صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲). مصرف طولانی‌مدت مواد مخدر با ایجاد اعتیاد نه تنها تاثیر منفی بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف‌کننده دارد، بلکه نقش تعیین‌کننده‌ای نیز بر سلامت روان و هیجان‌های افراد دارد (اکبری، ۱۳۹۸). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که افراد وابسته به مواد نسبت به افراد عادی هیجان‌های منفی، خستگی، تنهایی، شرم، اضطراب، نگرانی، جر و بحث، فشار روانی، فشار شدید مشکلات خانوادگی، عزت نفس پایین و خودپنداره منفی بیشتری را گزارش می‌کنند (کلونینجر<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴).

یکی از ابعاد روانی شخصیت که به تازگی در ارتباط با سوءمصرف مواد مورد توجه قرار گرفته است، خودپنداره<sup>۷</sup> است (لیندگرن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). خودپنداره به نگرش، ادراک و برداشتی که شخص از خود دارد، اشاره دارد. خودپنداره آموختنی است و در اثر رابطه شخص با محیط دچار تغییر می‌شود. ناکامی‌های محیطی موجب خودپنداره منفی و

1. addiction  
2. Zou  
3. diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)  
4. National Institute of Mental Health

5. Kober  
6. Cloninger  
7. self-concept  
8. Lindgren

امکانات مثبت محیطی موجب خودپنداره مثبت در فرد می‌شوند (محمدی و صابر، ۱۳۹۷). خودپنداره منفی و عزت نفس پایین از جمله مواردی هستند که به عنوان علت یا معلول اعتیاد به مواد مخدر شناخته می‌شوند و نقش مهمی در بازگشت مجدد فرد وابسته به مواد ایفا می‌کنند (باقری و تقوایی، ۱۳۹۶). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که بین خودپنداره‌ی جوانان وابسته به مواد و غیر وابسته تفاوت معناداری وجود دارد و خودپنداره‌ی منفی در گرایش جوانان به اعتیاد موثر است (هرتل و مرملستین<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). همچنین، لیندگرن و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی علل مربوط به مصرف مجدد را در تعدادی از افراد وابسته به مواد بررسی کردند و نتایج نشان داد که اکثر این افراد به دلیل مشکلات روانی اعم از افسردگی و اضطراب بالا، اعتماد به نفس و عزت نفس پایین و اراده‌ی ضعیف به مصرف مجدد مواد مخدر روی آورده بودند.

از دیگر مولفه‌هایی که می‌تواند مرتبط با خودپنداره باشد و ممکن است تحت تاثیر اعتیاد دچار سوگیری شود، پذیرش خویشتن<sup>۲</sup> است. خویشتن‌پذیری بدین معنی است که فرد کاملاً و به صورت غیرمشروط خود را بپذیرد، چه درست رفتار کند یا نکند، چه سایر افراد او را تایید کنند یا نکنند و چه دیگران او را دوست داشته باشند یا نداشته باشند (مکینز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). پژوهش ژو، اویف لیو، وانگ و دینگ<sup>۴</sup> (۲۰۱۶) نشان داده است که خویشتن‌پذیری غیرمشروط با بسیاری از آسیب‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی ارتباط منفی دارد و با شادکامی، رضایت از زندگی و سلامت روان رابطه مثبت دارد.

در همین راستا، تصور می‌شود که افرادی که در خویشتن‌پذیری غیرمشروط مشکل دارند، از سطوح بالای شرم و خودانتقادی<sup>۵</sup> برخوردار باشند. در ادبیات روان‌شناسی بالینی، نقش شرم<sup>۶</sup> در همه طبقه‌های اصلی آسیب مرتبط با اختلال شناسایی شده است. شرم احساس دردناکی است که با بسیاری از مشکلات روانی شامل پرخاشگری، افسردگی، اختلال جسمی، اضطراب، اختلال وسواس، حساسیت بین‌فردی، اختلال‌های

1. Hertel & Mermelstein,  
2. self-acceptance  
3. MacInnes

4. Xu, Oei, Liu, Wang & Ding  
5. self-criticism  
6. shame

شخصیتی، مصرف مواد مخدر، اختلال استرس پس از سانحه و عزت نفس پایین ارتباط دارد (بادن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). گیلبرت و پروکتر<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) معتقدند که بی‌ارزشی خود و خودانتقادی از مؤلفه‌های مهم شرم درونی می‌باشند. خودانتقادی به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و به چالش کشیدن عملکرد خویش تعریف شده است. خودانتقادی موجب می‌شود که فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند (جیمز، وریلانکن و ریمز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). افراد خودانتقادگر به دلیل آرمان‌های درونی و بیرونی بالایی که دارند تلاش‌های خود را ناچیز و ناقص می‌شمارند و چرخه معیوب انتظار شکست برای آنها اتفاق می‌افتد و در نتیجه، ناامیدی و افسردگی پدیدار می‌گردد. بنابراین، خودانتقادی ارتباط گسترده‌ای با انواع مختلف مشکلات روان‌شناختی دارد (کوپالا-سیلی، زاروف، راسل و موسکوویتز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که خودانتقادی و شرم نقش مهمی در خشم، اختلال خلقی، بزهکاری، الکلیسم، اختلال شخصیت و مشکلات بین‌شخصی دارند (ورنر، تیوبوس، روهرمان و ریس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹).

در زمینه مداخله‌های دارودرمانی و روان‌درمانی در سوء مصرف الکل و مواد تلاش‌های فراوانی انجام شده و به ثبت رسیده است که یکی از آن‌ها درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۶</sup> می‌باشد (اسپرز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). این درمان در ابتدا به منظور پیشگیری از عود افسردگی توسط سگال، تیزدل و ویلیامز<sup>۸</sup> (۲۰۰۲) معرفی شد. این درمان جنبه‌هایی از شناخت‌درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع مجدد بیماری جلوگیری کنند (سپ و ایسندراس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مستلزم

1. Budden
2. Gilbert & Procter
3. James, Verplanken & Rimes
4. Kopala-Sibley, Zuroff, Russell & Moskowitz
5. Werner, Tibubos, Rohrmann & Reiss
6. mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)
7. Spears
8. Segal, Teasdale & Williams
9. Sipe & Eisendrath

راهبردهای رفتاری-شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجادکننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در حال حاضر در درمان اختلال سوء‌مصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند و در این زمینه به کار برده شده‌اند و نتایج و آثار مثبت درمانی داشته‌اند (تیموری، رضوانی و محبوب، ۱۳۹۴؛ حجت، حمیدی، نظری کمال و غنی‌فر، ۱۳۹۷). برخی از پژوهشگران بر این باورند که استفاده از روش‌های ذهن‌آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند علاوه بر کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، موجب افزایش اثربخشی درمان و پیشگیری از بازگشت مصرف مواد شوند (ویتکیویتز، مارلات و والکر، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد در صورتی که آموزش روش پیشگیری با ذهن‌آگاهی ترکیب شود، می‌تواند آثار نسبتاً موفقیت‌آمیزی بر قضاوت و بیزاری افراد تزریق‌کننده مواد داشته باشد (تریلوار، لیبوت و کاراترز، ۲۰۱۰) و آثار منفی و سوسه و احتمال عود را کاهش دهد (رجب‌پور، نریمانی، میکاییلی و حاجلو، ۱۳۹۹). همچنین، در آموزش ذهن‌آگاهی با تأکید بر پذیرش به جای سرکوب افکار و شکستن زنجیره‌ی استرس، می‌توان نرخ بهبود را افزایش داد (گارلند، گایلرد، باتیگر، متیو و هوارد، ۲۰۱۰). مروری بر پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که تاکنون پژوهشی که رویکرد ذهن‌آگاهی را در حوزه‌ی ارتقای ابعاد روان‌شناختی مبتلایان به سوء‌مصرف مواد و بخصوص در حوزه‌های خودپنداره، پذیرش خویشتن، و خودانتقادی به کار گرفته باشد، انجام نشده است. در همین راستا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال بود که

آیا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خود‌پنداره، پذیرش خویش‌تن و خودانتقادی زنان وابسته به مواد شهر نجف‌آباد تاثیر گذار است؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر در قالب نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان وابسته به مواد در سال ۱۳۹۸ در شهرستان نجف‌آباد بود. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از زنان وابسته به مواد بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ملاک‌های ورود به تحقیق شامل داشتن سن ۱۸ تا ۵۰ سال، جنسیت زن، اتمام دوره سم‌زدایی، نداشتن بیماری جسمانی و اختلال روانی شدید بر اساس ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و عدم دریافت هرگونه مداخله دارویی و روان‌شناختی دیگر حین انجام پژوهش بودند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: نقض هر کدام از ملاک‌های ورود به پژوهش و شرکت نکردن در دو یا بیشتر از دو جلسه از جلسات درمان. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان، آزمودنی‌های هر دو گروه از طریق پرسش‌نامه‌های خود‌پنداره، خویش‌تن‌پذیری غیرمشروط و خودانتقادی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس، گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اساس جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان، آزمودنی‌های هر دو گروه مجدداً با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت پیگیری نتایج مداخله، آزمون پیگیری پس از یک ماه اجرا شد و آزمودنی‌های دو گروه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش موافقت اعضا برای حضور در جلسه‌های درمان گرفته شد و پس از اجرای پس‌آزمون و پیگیری جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه کنترل نیز اجرا گردید. داده‌های حاصل از پژوهش با روش آماری

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار اسپاس-اس ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## ابزار

جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

۱- آزمون تصور از خود بک<sup>۱</sup>: این آزمون توسط بک استیر، اپستین و براون<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) و بر اساس نظریه‌شناختی بک تهیه گردیده است و دارای ۲۵ ماده است. بر اساس تحقیقات بک و همکاران (۱۹۹۲)، این مقیاس ۵ جنبه از ویژگی‌ها شامل توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، جذابیت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی و عیب‌ها و حسن‌ها را مورد بررسی و اندازه‌گیری قرار می‌دهد. هر یک از سوال‌های این آزمون بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. بدین ترتیب، حداقل نمره‌ای که آزمودنی در این مقیاس بدست می‌آورد ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ خواهد بود. بک و همکاران (۱۹۹۲)، ضریب پایایی بازآزمایی پس از یک هفته و سه ماه را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۶۵ گزارش نمودند. همچنین، ضریب همسانی درونی برای این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی این پرسش‌نامه در مقایسه با پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۵۵ گزارش شده است. علاوه بر این، پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مردان افسرده ۰/۸۰، برای زنان افسرده ۰/۷۶، برای مردان مضطرب ۰/۷۸ و برای زنان مضطرب ۰/۷۸ گزارش شده است. محمدی (۱۳۷۲)، اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۵ و ۰/۶۸ گزارش کرده است. همچنین، دیباج نیا (۱۳۸۳)، آلفای کرونباخ ۰/۷۹ را برای پرسش‌نامه به دست آورده است.

۲- پرسش‌نامه خویشتن‌پذیری غیرمشروط<sup>۳</sup>: پرسش‌نامه خویشتن‌پذیری غیرمشروط توسط چمبرلین و هاگا<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) تهیه شده است و ۲۰ سوال دارد. پاسخ به پرسش‌ها در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (از ۱ تا ۷) تنظیم شده است. هر یک از سؤالات پرسش‌نامه باوری را می‌سنجد که یک فرد به صورت کامل و بدون قید و شرط خودش را صرف

1. Beck Self-Concept Test (BSCT)  
2. Beck, Steer, Epstein & Brown

3. Unconditional Self-Acceptance  
Questionnaire (USAQ)  
4. Chamberlain & Haaga

نظر از دستاوردها، رفتار، تاییدات و احترامات و دریافت عشق و محبت از دیگران می‌پذیرد. همسانی درونی این پرسش‌نامه را چمبرلین و هاگا (۲۰۰۱) به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. شفیع‌آبادی و نیکنام (۱۳۹۴)، همسانی درونی پرسش‌نامه خویش‌پزیری غیرمشروط را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آوردند. همچنین، روایی همگرایی پرسش‌نامه از طریق همبستگی با پرسش‌نامه عزت نفس روزنبرگ ۰/۳۷ و قابل قبول گزارش شد.

۳- مقیاس خودانتقادی<sup>۱</sup>: مقیاس خودانتقادی را تامسون و زوروف<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۲ سوال دارد و دو مؤلفه خودانتقادی مقایسه‌ای (۱۲ گویه) و خودانتقادی درونی (۱۰ گویه) را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس در طیف لیکرت و به صورت ۰ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شود. همچنین، نمره‌گذاری سوال‌های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۱ به صورت معکوس انجام می‌شود. تامسون و زوروف (۲۰۰۴)، ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۱ گزارش کردند. در ایران، در پژوهش انجام شده توسط نوربالا (۱۳۹۱)، ضریب همسانی درونی مقیاس خودانتقادی ۰/۹۰ گزارش شده است.

### یافته‌ها

حجم پژوهش حاضر را ۳۰ نفر تشکیل دادند که در نهایت به دلیل عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان در جلسات و پاسخگویی ناقص به پرسش‌نامه‌ها، ۲ نفر ریزش داشت و نهایتاً ۲۸ نفر در گروه‌های آزمایش (۱۴ نفر) و کنترل (۱۴ نفر) گمارده شدند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش به ترتیب ۳۵/۴۲ و ۷/۱۱ و برای گروه کنترل به ترتیب ۳۶/۷۸ و ۸/۶۷ بود. از نظر وضعیت تاهل، ۱۱ نفر (۳۹/۳ درصد) از شرکت‌کنندگان مجرد، ۱۴ نفر (۵۰ درصد) متأهل و ۳ نفر (۱۰/۷ درصد) مطلقه بودند. همچنین، ۱۶ نفر (۵۷/۱ درصد) از این شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات راهنمایی، ۹ نفر (۳۲/۲ درصد) دیپلم، و ۳ نفر (۱۰/۷ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند.



آماره‌های توصیفی متغیرهای وابسته پژوهش به تفکیک گروه و مرحله‌ی ارزیابی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در متغیرهای وابسته بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

گروه آزمایش		گروه کنترل		مرحله	متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۲/۷۹	۷۸/۱۴	۴/۰۲	۸۰/۰۰	پیش‌آزمون	خودپنداره
۳/۹۵	۸۵/۰۷	۳/۹۰	۷۸/۷۸	پس‌آزمون	
۳/۸۷	۸۵/۳۵	۴/۰۳	۸۰/۰۷	پیگیری	
۳/۶۷	۸۴/۵۷	۳/۵۸	۸۲/۵۰	پیش‌آزمون	پذیرش خویشتن
۴/۰۱	۹۰/۸۵	۲/۵۷	۸۴/۲۱	پس‌آزمون	
۵/۰۵	۸۸/۱۴	۳/۴۲	۸۳/۰۷	پیگیری	
۳/۸۲	۹۳/۱۴	۴/۱۶	۹۱/۸۵	پیش‌آزمون	خود انتقادی
۳/۴۴	۸۳/۷۸	۴/۱۷	۹۲/۷۸	پس‌آزمون	
۴/۵۸	۸۵/۸۶	۴/۲۰	۹۳/۴۲	پیگیری	

به منظور اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، ابتدا پیش‌فرض‌های آماری لازم برای استفاده از این آزمون پارامتریک مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج بررسی مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف<sup>۱</sup> بررسی شد و نتایج غیرمعنادار در این آزمون برای متغیرهای وابسته نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ( $p > 0/05$ ). همچنین، نتایج غیرمعنادار برای این متغیرها در آزمون لوین<sup>۲</sup> نشان داد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شده است ( $p > 0/05$ ). در نهایت، نتایج آزمون امباکس<sup>۳</sup> و موجلی<sup>۴</sup> حاکی از برقراری فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کواریانس و عدم تخطی از پیش‌فرض کرویت بود. جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را در رابطه با اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد.

1. Kolmogorov-Smirnov  
2. Levene's test

3. Box's test  
4. Mauchly's test

**جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی زمان و گروه (درمان) در متغیرهای پژوهش**

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
خودپنداره	گروه	۲۲۰/۱۹	۱	۲۲۰/۱۹	۱۷/۲۵	* ۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۹۷
	زمان	۲۰۵/۸۱	۲	۱۰۲/۹۰	۶/۷۹	* ۰/۰۱	۰/۲۰	۰/۸۹
	زمان*گروه	۲۷۶/۰۹	۲	۱۳۸/۰۴	۹/۱۱	* ۰/۰۱	۰/۲۶	۰/۹۶
پذیرش خویشتن	گروه	۴۴۳/۴۴	۱	۴۴۳/۴۴	۱۷/۰۲	* ۰/۰۱	۰/۳۹	۰/۹۷
	زمان	۲۲۴/۰۹	۲	۱۱۲/۰۴	۱۳/۰۵	* ۰/۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	زمان*گروه	۷۵/۵۲	۲	۳۷/۷۶	۴/۳۹	* ۰/۰۲	۰/۱۴	۰/۷۳
خودانتقادی	گروه	۵۴۵/۱۹	۱	۵۴۵/۱۹	۲۰/۱۲	* ۰/۰۱	۰/۴۳	۰/۹۹
	زمان	۲۵۹/۱۴	۲	۱۲۹/۵۷	۱۱/۳۲	* ۰/۰۱	۰/۳۰	۰/۹۹
	زمان*گروه	۴۳۴/۶۶	۲	۲۱۷/۳۳	۱۸/۹۹	* ۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹

\*  $p < ۰/۰۱$

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، اثر اصلی گروه برای تمامی متغیرهای پژوهش در سطح معنی‌داری بود و افزایش نمرات خودپنداره و پذیرش خویشتن و کاهش نمرات خودانتقادی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در سطح معنی‌داری بود ( $p < ۰/۰۱$ ). نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثر اصلی زمان نیز حاکی از آن بود که افزایش نمرات شرکت‌کنندگان در متغیرهای خودپنداره و پذیرش خویشتن و کاهش نمرات متغیر خودانتقادی، از زمان پیش‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار بود ( $p < ۰/۰۱$ ). با این حال، به منظور آگاهی از این موضوع که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداره، پذیرش خویشتن و خودانتقادگری در کدام مرحله از متغیر زمان معنی‌دار بوده است، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد و نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی میانگین نمرات شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف ارزیابی

متغیر	مرحله	اختلاف میانگین	انحراف استاندارد	معنی داری
خودپنداره	پیش آزمون-پس آزمون	-۲/۸۵	۱/۰۷	*۰/۰۴
	پیش آزمون-پیگیری	-۳/۶۴	۰/۹۳	**۰/۰۱
	پس آزمون-پیگیری	-۰/۸۷	۱/۰۷	۱/۰۰
پذیرش خویشتن	پیش آزمون-پس آزمون	-۴/۰	۰/۶۶	**۰/۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	-۲/۰۷	۰/۸۹	۰/۰۸
	پس آزمون-پیگیری	۱/۹۲۹	۰/۷۸	۰/۰۶
خودانتقادی	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۲۱	۰/۷۸	**۰/۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۲/۸۵	۱/۱۰	*۰/۰۴
	پس آزمون-پیگیری	-۱/۳۵	۰/۰۸	۰/۲۹

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در تمام متغیرهای پژوهش تفاوت معنی داری وجود داشت ( $p < 0.05$ ). همچنین، تفاوت بین میانگین نمرات مرحله‌ی پیش آزمون و مرحله پیگیری (به جز متغیر پذیرش خویشتن)، در سطح معنی داری بود ( $p < 0.05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودپنداره، پذیرش خویشتن و خودانتقادگری در زنان وابسته به مواد انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله ذهن آگاهی باعث افزایش معنی دار سطوح خودپنداره و پذیرش خویشتن و کاهش معنی دار سطوح خودانتقادی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. هر چند در زمینه تاثیر مداخله ذهن آگاهی بر افزایش خودپنداره و پذیرش خویشتن و کاهش سطوح خودانتقادی پژوهش دقیقاً مشابهی توسط پژوهشگر بدست نیامد، ولی از نتایج نسبتاً مشابه می‌توان به پژوهش‌هایی اشاره کرد که از نقش ذهن آگاهی بر ارتقای سلامت روان در گروه‌های مختلف حمایت کرده‌اند (دباغی، اصغرنژاد فرید،

عاطف‌وحید و بواله‌ری، ۲۰۰۸؛ گرنزمن، ۲۰۱۸؛ پورمحسنی کلوری و اسلامی، ۱۳۹۵؛ رجب‌پور و همکاران، ۱۳۹۹؛ حجت و همکاران، ۱۳۹۷؛ اسپرز و همکاران، ۲۰۱۷).

در تبیین این نتایج می‌توان این‌گونه گفت که ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از راهبردهای اصلی مبتنی بر پذیرش باعث می‌شود که سوء‌مصرف‌کنندگان به جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده ناشی از ترک و یا کاربرد مواد برای تسکین آن‌ها، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرند و از این راه با آن‌ها کنار بیایند. روش‌های آرام‌سازی (از جمله ذهن‌آگاهی) به دلیل ایجاد آرامش و فعال کردن دستگاه عصبی پاراسمپاتیک توانایی کمک به درمان اعتیاد را دارند و بررسی‌ها نشان‌دهنده‌ی اثربخشی آرامش عضلانی در کنترل برخی عوارض ترک از جمله بی‌خوابی بوده‌اند (رجب‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). یکی از علل مصرف و برگشت دوباره به مواد مخدر، تصویر و برداشتی است که فرد وابسته به مواد نسبت به توانمندی‌ها و شایستگی‌های خود دارد. در صورت داشتن برداشت منفی از خود، احتمال برگشت مجدد به مصرف مواد مخدر افزایش می‌یابد. در تبیین تاثیرگذاری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودپنداره زنان وابسته به مواد می‌توان گفت که در تمرینات ذهن‌آگاهی افراد یاد می‌گیرند که در هر لحظه بدون قضاوت به تجربه‌های بیرونی و درونی خود توجه کنند و همچنین یاد می‌گیرند که جای پیش‌داوری درباره آینده به لحظه کنونی توجه کنند و به جای واکنش، به آن پاسخ دهند. به این ترتیب، برداشت منفی نسبت به خود کاهش یافته و خودپنداره افزایش می‌یابد. علاوه بر این، در این دوره و به منظور افزایش خودپنداره شرکت‌کنندگان سعی بر آن شد که با استفاده از یک سری راه‌کارها -از جمله دادن مسئولیت‌ها و ارائه تشویق و در صورت انجام آن‌ها- برداشتی مثبت‌تر از خود در فرد ایجاد شود و می‌توان گفت که این بهبودی که در سطح خودپنداره و پذیرش خویشستن شرکت‌کنندگان حاصل شده است می‌تواند ناشی از همین تاثیر ذهن‌آگاهی بوده باشد.

در تبیین اثربخشی ذهن آگاهی بر خوشتن‌پذیری زنان وابسته به مواد می‌توان اشاره کرد که یکی از جنبه‌های مهم خویشتن‌پذیری توانایی و تمایل به نشان دادن خود واقعی به دیگران است. آموزش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند که کاملاً در لحظه زندگی کنند و به این ترتیب نگران نحوه قضاوت دیگران نخواهند بود. افراد ذهن آگاه به جای آن که توجه خود را صرف جلب تایید دیگران یا تقویت حرمت خودشکننده کنند، با محیط در تعامل هستند و به جنبه‌های جدید موقعیت توجه می‌کنند.

همان‌طور که در مبانی نظری وجود دارد، ذهن آگاهی بر اساس فرض پایه آگاهی‌پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، بنا نهاده شده است. از آنجائی که بخشی از مشکل خودانتقادی مبتلایان به سوءمصرف مواد در همین عوامل نهفته است، ارتقاء ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از خودانتقادی در این افراد می‌باشد. به طوری که، افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است (زو و همکاران، ۲۰۱۶) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت، بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها (اسپیرز و همکاران، ۲۰۱۷) و در نتیجه باعث کاهش خودانتقادی می‌شود. همچنین، برخی از پژوهشگران بر این باورند که استفاده از روش ذهن آگاهی به علت ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی باعث کاهش علایم و پیامدهای سوءمصرف و افزایش اثربخشی درمان و در نتیجه افزایش شفقت به خود و کاهش خودانتقادی می‌شود (ویتکیویتز و همکاران، ۲۰۰۵).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش عبارت است از این که نمونه پژوهش حاضر صرفاً زنان دارای سوءمصرف مواد شهرستان نجف‌آباد بودند و در تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های سنی و مردان و سایر نقاط باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. طول مدت کم دوره پیگیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود که به واسطه محدودیت‌های زمانی امکان پیگیری بلندمدت وجود نداشت. بنابراین، به درمانگران

و متخصصان حوزه اعتیاد پیشنهاد می‌شود، پژوهش حاضر را با تعداد نمونه بیشتر و بر روی جامعه مردان دارای سوء‌مصرف مواد و در سایر نقاط کشور نیز اجرا کنند. همچنین، به متخصصان این حوزه پیشنهاد می‌شود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به عنوان الگویی جهت افزایش خودپنداره و پذیرش خویش و کاهش میزان سطوح خودانتقادی در کار با افراد وابسته به مواد در نظر داشته باشند. در کل، انجام مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش معنی‌دار سطوح خودپنداره و پذیرش خویش‌تن و کاهش معنی‌دار سطوح خودانتقادی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با کنترل گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد.

## منابع

- اکبری، زینب (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر خویش‌تن‌داری سومصرف‌کنندگان مواد مخدر مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی ترک اعتیاد (کمپ) شهر تهران. *مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۶(۲)، ۷۴-۸۵.
- باقری، مجید و تقوایی، داوود (۱۳۹۶). بررسی رابطه سومصرف مواد اعتیاد‌آور با سرسختی روان‌شناسی، کیفیت زندگی و خودپنداره در معتادان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۱(۶)، ۵۶-۵۰.
- پورمحسنی کلوری، فرشته و اسلامی، مینا (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۵(۲۰)، ۶۷-۴۸.
- تیموری، سعید؛ رضانی، فرزانه و محجوب، نجمه (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۹(۳۴)، ۱۴۵-۱۵۹.
- حجت، سید کاوه؛ حمیدی، مهین؛ نظری کمال، مینا و غنیفر، محمدحسن (۱۳۹۷). بررسی تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تنظیم هیجانی زنان زندانی مبتلا به اعتیاد در استان خراسان شمالی. *مجله علوم پزشکی خراسان*، ۱۰(۳)، ۴۷-۴۱.
- رجب‌پور، مجتبی؛ نریمانی، محمد؛ میکاییلی، نیلوفر و حاجلو، نادر (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشگیری از عود اعتیاد: مرور سیستماتیک و فراتحلیل. *کومش*، ۲۲(۲)، ۲۰۸-۲۰۳.
- شفیع‌آبادی، عبدالله و نیکنام، ماندانا (۱۳۹۴). رابطه کمال‌گرایی با فرسودگی شغلی در پرستاران: نقش واسطه‌ای خویش‌تن‌پذیری غیرمشروط. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۱)، ۱۴۱-۱۱۵.
- صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و منوئی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران. *فصلنامه اعتیاد‌پژوهی*، ۷(۲۲)، ۵۱-۲۹.

گنجی، مهدی (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM 5. تهران: انتشارات ساوالان.

محمدی، بهروز (۱۳۷۲). بررسی خودپنداشت و افسردگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس.

محمدی، طیبه و صابر، سوسن (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای خودپنداره در رابطه بین دلبستگی به والدین و همسالان با رفتارهای جامعه‌پسند. روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۳)، ۴۱۷-۳۹۶.

نوربالا، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر میزان اضطراب و خودانتقادی بیماران افسرده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبائی.

## References

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Epstein, N. (1992). Self Concept dimensions OF clinically depressed and anxious outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 48(4), 423-432.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Epstein, N., & Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(2), 191-197.
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social Science & Medicine*, 69, 1032-1039.
- Chamberlain, J. M., & Haaga, D. A. F. (2001). Unconditional self-acceptance and responses to negative feedback. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 19(3), 177-189.
- Cloninger, C. (2004). *Feeling Good: The Science of Well-Being*. New York: Oxford University Press.
- Dabbaghi, P., Asgharnejad, F. A., Atef-Vahid, M., & Bolhari, J. (2008). Effectiveness of Group Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Spiritual Schema Activation in the Prevention of Opioid Abuse Relapse. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(4), 366-375.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard, M. O. (2010). Mindfulness Training Modifies Cognitive, Affective, and Physiological Mechanisms Implicated in Alcohol. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 177-192.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Grensman, A., Acharya, B. D., Wandell, P., Nilsson, G. H., Falkenberg, T., Sundin, O., & Werner, S. (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy on health related quality of life: a randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *Complementary and Alternative Medicine*, 18(1), 80-89.
- Hertel, A. W., & Mermelstein, R. J. (2012). Smoker identity and smoking escalation among adolescents. *Health Psychology*, 31(4), 467-475.
- James, K., Verplanken, B., & Rimes, K.A. (2015). Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79, 123-128.

- Kober, K. (2014). *Emotion regulation in Substance Use Disorders*. In J. J. Gross (Ed), Handbook of emotion regulation (2nd ed.) (pp. 428-446). New York, NY: Guilford.
- Kopala-Sibley, D. C., Zuroff, D. C., Russell, J. J., & Moskowitz, D. S. (2014). Understanding heterogeneity in social anxiety disorder: dependency and self criticism moderate fear responses to interpersonal cues. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 141-156.
- Lindgren, K.P., Neighbors, C., Teachman, B.A., Wiers, R.W., Westgate, E., & Greenwald, A.G. (2013). I drink therefore I am: validating alcohol-related implicit association tests. *Journal of the Society of Psychology in Addictive Behaviors*, 27(1), 1-13.
- MacInnes, D. L. (2006). Self- esteem and Self-acceptance: an examination in to their relationship and their effect on psychological health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 213-124.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2002). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness- based cognitive therapy: theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63-69.
- Spears, C. A., Hedeker, D., Li, L., Wu, C., Anderson, N. K., Houchins, S. C., ... & Waters, A. J. (2017). Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1029-1040.
- Thompson, R., & Zuroff, D. C. (2004). The level of self-criticism scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430.
- Treloar, C., Laybutt, B., & Carruthers, S. (2010). Using mindfulness to develop health education strategies for blood borne virus prevention in injecting drug use. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17(4), 431-442.
- Werner, A. M., Tibubos, A. N., Roharman, N., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self- criticism and its relation to Psychopathology: A systematic review-update. *Journal of Affective Disorders*, 246(1), 530-547.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Ming – fullness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: the meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 221-222.
- Xu, W., Oei, T. P., Liu, X., Wang, X., & Ding, C. (2016). The moderating and mediating roles of self acceptance and tolerance to others in the relationship between mindfulness and subjective well- being. *Journal Health Psychology*, 21(7), 1446-1456.
- Zou, Z., Wang, H., Uquillas, F. D. O., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). *Definition of substance and non-substance addiction*. In Substance and Non-substance Addiction (pp. 21-41). Springer, Singapore.