

# اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد

## مخدر (تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روانشناختی

سعید ایمانی\*، مجتبی حبیبی\*\*، سودابه پاشایی\*\*\*، معصومه ظهیری سروری\*\*\*\*،

جعفر میرزایی\*\*\*\*\*، مریم زارع\*\*\*\*\*

دریافت مقاله

۱۳۹۱/۱۱/۱۱

پذیرش:

۱۳۹۲/۲/۲۵

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر در ابعاد سلامت جسمانی و روانشناختی اجرا شده است.

**روش:** تعداد ۶۰ نفر از سوء مصرف کنندگان مواد مخدر به صورت تصادفی ساده از کلینیک اندیشه رهایی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. با استفاده از یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه کنترل مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مقیاس کیفیت زندگی (sf-36) در خرده مقیاس‌های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و بهزیستی عاطفی مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که بین دو گروه در پیش‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود نداشت، اما آموزش ذهن آگاهی در گروه آزمایش، نمرات مقیاس‌های سلامت جسمانی و روانشناختی را به طور معنی‌داری افزایش داده است.

**نتیجه‌گیری:** برنامه آموزش گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در جمعیت سوء مصرف کنندگان مواد مخدر قرار گیرد و کیفیت زندگی آنها ارتقاء دهد.

**کلید واژه‌ها:** کیفیت زندگی، اعتیاد، ذهن آگاهی

\* دکتر تخصصی روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. (نویسنده مسئول)

Email: psychology2008@gmail.com

\*\* استادیار پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی تهران.

\*\*\* کارشناس بهداشت مرکز خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام.

\*\*\*\* کارشناس روانشناسی بالینی بیمارستان روانپزشکی ایران تهران.

\*\*\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بیمارستان روانپزشکی صدر تهران.

\*\*\*\*\* دانشجوی دکتری دانشگاه پیام نور تهران.

## مقدمه

کیفیت زندگی مجموعه‌ای از واکنش‌های عاطفی و شناختی افراد در مقابل وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی خود است (اسکوارتز، اندرسون، نوسک و کارهان، ۲۰۰۷) که همواره به عنوان یک پیامد نهایی در کارآزمایی‌های بالینی، مداخلات و مراقبت‌های بهداشتی مد نظر می‌باشد (فایرز و ماچین، ۲۰۰۷). کیفیت زندگی حوزه‌های مختلف از جمله حوزه سلامتی و اشتغال، اقتصادی، اجتماعی، روحی، روانی و خانوادگی را شامل می‌شود (سامارکو، ۲۰۰۱). البته لازم است علاوه بر مؤلفه‌های سستی در ارزیابی درمان، تأثیر بیماری‌های مزمن بر کیفیت زندگی نیز اندازه‌گیری شود (پرینس و پرینس، ۲۰۰۱). در بررسی‌ها (لانگاباوق، ماتسون، کانرز و کنای، ۱۹۹۴)، کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم کاهش دهنده علائم در بیماری‌های مزمن روانی و جسمانی شناخته شده است و شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند کیفیت زندگی پیش‌آگهی مهمی در موقعیت‌های درمانی است (واناگر، پاتیگا و سوباتا، ۲۰۰۴؛ اسکار و اجهاگین، ۲۰۰۳). طی چند دهه‌ی اخیر کیفیت زندگی به عنوان جزء مهم سلامت شناخته شده است، به نحوی که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید موجب ارتقاء کیفیت زندگی گردد (کاپلان، ۲۰۰۳ و کاستچین، ۱۹۹۷). در بیماری‌های روانی مزمن، کیفیت زندگی شاخصی است که نشان می‌دهد اقدامات درمانی تا چه حد برای بیمار مؤثر بوده است چرا که در بسیاری از این بیماری‌ها، هدف، درمان کامل افراد نیست، بلکه ایجاد شرایطی از زندگی است که فرد، احساس

آرامش و امنیت نماید (سینقی، گویال، تیزدل، سینقی و والیا، ۲۰۰۱).

اعتیاد، یک پدیده پیچیده و چند عاملی است که از دیدگاه‌های مختلف زیستی، روان شناختی، فرهنگی/ اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار گرفته است و به عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به ویژه در بین جوانان از شیوع بالایی برخوردار بوده که این موضوع می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند آسیب به زمینه اقتصادی فرد، افزایش خشونت، خطر افزایش ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی را در پی داشته باشد (رید، آمارو، ماتسوموتو، و کایسن، ۲۰۰۳). بیشتر معتادان تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند، اما وجود مشکلات زیاد در مرحله درمان، سبب عود و ترک دوره درمانی می‌شود (راوندال، ادل و واگلووم، ۱۹۹۸). بدین سبب، اعتیاد به عنوان یک مشکل حاد برگشت‌پذیر معرفی شده است (وان دن برینک و هاسین، ۲۰۰۶). اختلالات سوء مصرف مواد و پیامدهای وخیم و ناخوشایند ناشی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین خطرات سلامت روانی و جسمانی در سراسر دنیا به شمار می‌آید. این اختلالات با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی، معنوی و اخلاقی رابطه دارند. اختلالات سوء مصرف مواد نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه بار و آسیب فراوانی را نیز بر خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (دیلی، مارلات و اسپوتز، ۲۰۰۳).

وجود بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضای خانواده بطور معمول نه تنها تأثیر عمیقی بر سیستم

خانواده، نقش‌ها، عملکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده‌دار، بلکه می‌تواند آثاری بر اجتماع نیز برجای بگذارد. اعتیاد در زمره بیماری‌های مزمنی قرار می‌گیرد که زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه را از اعضای خانواده سلب و در نتیجه بر کیفیت زندگی تأثیر سوء می‌گذارد (گارلند، گایلورد، بوتیگر و هاوارد، ۲۰۱۰).

بنابراین سوء مصرف مواد علاوه بر تأثیرات مهمی که بر سلامت جسمانی مصرف‌کنندگان آن باقی می‌گذارد در بسیاری از مسائل مهم جامعه مانند تصادفات، خشونت، رفتارهای بزهکارانه، مشکلات خانوادگی و غیره نقش دارد (لویز، دانا و بلوینز، ۲۰۱۰) به همین دلیل تعدادی از محققان، سوء مصرف را در ابتدا یک معضل اجتماعی می‌دانند و در مرحله بعد یک مشکل سلامت تلقی می‌کنند (مک للان، لويس، اوبرین، و کلبیر، ۲۰۰۰). اعتیاد ارتباط تنگاتنگی با آسیب‌های جسمی و روانی دارد و سلامت و امنیت فرد را تهدید می‌کند (وار، بایلیز، مانوچیا و داویس، ۲۰۰۳؛ جالکونن و اهلستروم، ۲۰۰۶؛ مومرستیچ، دنولت، اسپرستوس و پدرسن، ۲۰۰۹). تحقیقات نشان داده‌اند که سوء مصرف مواد افیونی، آرام‌بخش‌ها و الکل با کیفیت زندگی پایین مرتبط است (رکتور، کوبو و کوهن، ۱۹۹۳). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که سلامت روانی و جسمی در مصرف‌کنندگان مواد افیونی در مقایسه با جمعیت عمومی و بیماران جسمی پایین تر است اما با بیماری‌های روان‌پزشکی هم تراز است (کراوسز، دگکویتز، کوهن و ورتاین، ۱۹۹۸). مطالعات نشان داده‌اند که همپوشی علائم روان‌پزشکی خصوصاً افسردگی و اضطراب با اعتیاد

به مواد افیونی به صورت منفی با کیفیت زندگی ارتباط دارند (هیلی، کناپ، مارسدن، گوسوپ و استوارت، ۲۰۰۳؛ مارچ، اویدو، و رومرو، ۲۰۰۶؛ روگن جرولدسن و همکاران، ۲۰۰۴). سوء مصرف‌کنندگان هروئین که مبتلا به اختلال شخصیت هم بوده‌اند کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به معنادانی که اختلال شخصیت نداشتند، نشان داده‌اند (کروپیتسکی و همکاران، ۲۰۰۶). شروع و سابقه مشکلات خانوادگی و اجتماعی از عوامل مرتبط دیگر با کیفیت زندگی در اعتیاد طولانی مدت به مواد مخدر هستند (ویتوگودت و مریک، ۲۰۰۳). لذا، کلیه مطالعات انجام شده حاکی از آن هستند که سوء استفاده از مواد مخدر با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه است. در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی درباره روش‌های مختلف برای درمان وابستگی به مواد، مانند درمان نگهدارنده با متادون، سم‌زدایی، طول مدت درمان و اثرات متفاوت درمان‌ها انجام گرفته است. متأسفانه مشکل عمده در درمان معنادان، حتی با دوره پاکی طولانی مدت، میزان بالای عود آنها می‌باشد (یان و نابشتین، ۲۰۰۹). همچنین قطع دوره درمانی و مصرف مجدد مواد، با پیامدهای منفی تری مانند احتمال مصرف زیادتر مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد مختلف، افزایش رفتارهای مجرمانه و تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی - درمانی ارتباط دارد (ویلوکس، کول وین، آندرسون، یورک و هینز، ۲۰۱۰).

از درمان‌های جدید اعتیاد بخصوص در زمینه درمان‌های روانشناختی می‌توان به یکپارچه کردن فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای<sup>۱</sup> (ذهن آگاهی) با رفتار

#### 1. mindfulness meditation

درمانی شناختی سنتی اشاره کرد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند (ماسودا و لی‌لی‌سا، ۲۰۰۶). فنون مبتنی بر تعامل پویای جسم ذهن به‌ویژه روش مراقبه و ذهن‌آگاهی جزء روش‌هایی هستند که در سال‌های اخیر با نشأت‌گرفتن از ریشه‌های شرقی آن به صورت برنامه‌های مداخله روان‌شناختی رونق یافته‌اند (کابات زین، ۱۹۹۵، ۲۰۰۳). رویکردهای مداخلاتی متفاوتی در حوزه درمان‌های فردی و گروهی اعتیاد مانند گروه درمانی حمایتی، روان‌درمانی‌های شناختی و بین فردی به‌کار رفته است. با توجه به اثربخشی روش ذهن‌آگاهی در اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی (کینگستون، چادویک، ۲۰۰۷؛ هافمن، ساویر و ویت، ۲۰۱۰؛ والش، بالینت، اسمولیرا، فریدریکسین و مادسن، ۲۰۰۹ و چیزا و سرتی، ۲۰۰۱) به نظر می‌رسد که در درمان کاهش برخی از نشانگان عود مصرف مواد افیونی موثر باشد. نمونه‌هایی از این رویکردهای جدید عبارتند از درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پیشگیری از عود اعتیاد<sup>۱</sup> (MBRP) (بوئن، چاوالا و مارلات، ۲۰۱۱)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> (MBCT) برای پیشگیری از عود افسردگی و درمان اعتیاد است (ویتکیویتز، مارلات و والکر، ۲۰۰۵). مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سال‌های اخیر در درمان اختلال سوء مصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (لی، باون و مارلات، ۲۰۰۵). نتایج حاکی از آن است که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته،

اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلال‌ها مؤثر می‌باشد (لی، باون و مارلات، ۲۰۰۵).

ذهن‌آگاهی هشیاری غیرقضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ایست که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یادشده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود. در تعریفی دیگر ذهن‌آگاهی فنی است که با ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به‌نحوی غیرقضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند (پوتک، ۲۰۱۲). ذهن‌آگاهی از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روان‌شناختی به‌شمار می‌رود (مک‌کارنی، شولز و گری، ۲۰۱۲). تمام تمرین‌های موجود در ذهن‌آگاهی به‌نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین‌رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن-بدن هم به اثبات رسیده. در پژوهش‌هایی که از ذهن‌آگاهی استفاده می‌کنند تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (میچالیک، برگ و هایدنریچ، ۲۰۱۲).

ذهن‌آگاهی در حیطه اعتیاد هم به‌کار برده شده و نتایج و آثار مثبت درمانی داشته است. در صورتی که آموزش روش پیشگیری با ذهن‌آگاهی ترکیب شود، می‌تواند آثار نسبتاً موفقیت‌آمیزی بر قضاوت و بی‌زاری معتادان تزریقی داشته باشد (ترلور، لی بوث و کاراترز، ۲۰۱۰). وسوسه قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده عود در میان سایر پیش‌بینی‌کننده‌ها (حتی همبودی با

1. Mindfulness Based Relapse Prevention

2. Mindfulness Based Cognitive Therapy

اختلالاتی مثل اضطراب و افسردگی) است و ذهن آگاهی می تواند به خوبی آثار منفی وسوسه را کاهش دهد. هرچه شدت ذهن آگاهی مرتبط با معنویت بیشتر باشد، استفاده از الکل، تنباکو و مواد مخدر کمتر است (لی، باون و مارلات، ۲۰۰۵). تحقیقات نشان می دهد ذهن آگاهی راهبرد افزایشی مفیدی در کاهش احتمال عود است (برسلین، زاک و مک مین، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی می تواند آثار مثبت خود را در بهبود وضعیت خواب (خواب ناکافی و بی کیفیت از مهمترین عوامل افزایش احتمال عود است) نیز اعمال کند (بریتون، بوتزین، کازینز و همکاران، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی میزان مصرف مواد، اضطراب و کژکاری اجتماعی را در سوء مصرف کنندگان مواد کاهش و سلامت روان آنها را افزایش می دهد (دباغی، اصغرنژاد فرید، عاطف وحید و بوالهروی، ۲۰۰۸). افزودن برنامه درمانی ذهن آگاهی به برنامه درمانی ماتریکس، هم در پیشگیری و هم در درمان نقش مؤثری ایفا می کند (اهلیگ، ۲۰۰۹). ذهن آگاهی با تأکید بر پذیرش به جای سرکوب افکار (باون، ویتکوویتز، دیلورث و مارلات، ۲۰۰۷) و شکستن زنجیره استرس - عود در مصرف مواد (گارلند، گایلرد، باتیگر و همکاران، ۲۰۱۰) نرخ بهبود را افزایش می دهد. آموزش ذهن آگاهی می تواند کنترل شناختی بر وسوسه را افزایش و استرس مرتبط با سوء مصرف الکل را کاهش دهد، بنابراین در درمان سوء مصرف الکل هم نقش دارد (گارلند، ۲۰۱۱؛ فرناندز، وود، اشتین و روسی، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی با کنترل توجه و تنظیم هیجانی مرتبط است و از این رو می تواند با افزایش کنترل بر سرخ های دیداری مصرف الکل و مواد، در درمان این اختلالات، مؤثر

واقع شود (گارلند، باتیگر، گایلرد، ویست، چانون و هاوارد، ۲۰۱۲). نوشیدن الکل و دیگر مواد معمولاً به دلیل تمایل برای کنار آمدن با هیجانات دردناک صورت می گیرد که این تلاش برای کاهش ارتباط با وضعیت درونی ناخوشایند از طریق مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، کاهش می یابد (ورنیگ و اورسیلو، ۲۰۰۹). استرس یکی از مهمترین مؤلفه های سوء مصرف مواد است که مؤلفه روانی کیفیت زندگی را بشدت تحت تاثیر می گذارد و باعث افت چشمگیر آن در حوزه های مختلف زندگی بیماران می شود مطالعات مختلف اثر بخشی درمان ذهن آگاهی در کاهش استرس را به اثبات رسانده اند (برویر و همکاران، ۲۰۰۹ و لانگ، ۲۰۱۱). اختلالات دیگری از جمله اضطراب و افسردگی نیز تا حدودی در اعتیاد دخیلند؛ و بر افت عملکرد روانی و جسمانی کیفیت زندگی بیماران اثرگذار بوده، از ان جهت که در تلاش برای کاهش ارتباط با این وضعیت های درونی ناخوشایند برخی از مبتلایان به سوء مصرف الکل (ورنیگ و اورسیلو، ۲۰۰۹). و مواد روی می آورند. هدف اصلی از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی آموزش روش های ذهن آگاهی بر ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف کنندگان مواد مخدر در ابعاد سلامت جسمانی و روانشناختی بود.

### روش پژوهش

طرح مورد استفاده از نوع طرح های با گروه آزمایش و کنترل، همراه با پیش آزمون و پس آزمون بود. افراد سوء مصرف کنندگان مواد مخدر گروه نمونه از طریق مراجعه به کلینیک و به صورت گروه های همتا شده به دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. منظور از

اعتیاد، اعتیاد به مواد مخدر و نه محرک بود و از جمله ملاک‌های ورود می‌توان به مصرف تریاک، مونودراگ بودن (مصرف تنها یک نوع دارو)، سن بالای ۱۸ سال، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی شدید همچون اختلال شخصیت مرزی و تحت درمان بودن به مدت دست کم ۳ ماه و حداکثر ۹ ماه اشاره کرد. از هر دو گروه پیش‌آزمونی برای تعیین سطح کیفیت زندگی گرفته و سپس گروه آزمایشی طی ۸ جلسه آموزش داده شدند. پس از پایان آموزش پس از آزمونی برای بررسی میزان کیفیت زندگی گرفته شد. جامعه آماری این تحقیق شامل افراد معتادی بود که برای درمان اعتیاد در سال ۱۳۹۱ به کلینیک ترک اعتیاد اندیشه رهایی واقع در شهر جدید اندیشه، شهرستان شهریار مراجعه نموده بودند. لذا جامعه پژوهش کلیه مبتلایان به سوءمصرف مواد در شهرستان شهریار بودند که به نوعی نام آنها در اسناد نظام پزشکی به ثبت رسیده بود و نمونه عبارت بود از ۳۰ نفر گروه آزمایشی (۳۰ مرد با میانگین سنی ۳۱/۵۰ سال با تحصیلات، دوم، سوم دبیرستان و دیپلم) و ۳۰ نفر گروه کنترل با میانگین ۳۰/۳۳ هم‌تا شده با آنها که پس از ارائه فراخوان موافقت خود را برای شرکت در ۸ جلسه درمان ذهن آگاهی اعلام کرده بودند (گروه کنترل نیز از میان سوءمصرف‌کنندگان همان کلینیک و با همان ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند). با توجه به ماهیت و نوع تحقیق حداقل تعداد مورد نیاز برای این پژوهش ۶۰ نفر (۳۰ نفر در گروه آزمایش و ۳۰ نفر به گروه کنترل) بود. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی بود و انتصاب به دو گروه آزمایشی و کنترل به صورت گروه‌های هم‌تا شده (براساس تحصیلات،

وضعیت تاهل، شغل) انجام پذیرفت تا دو گروه آزمایش و گواه، حداکثر شباهت را داشته باشند. در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس عاملی با یک متغیر مستقل عضویت گروهی (گروه آزمایش و کنترل) و متغیر کمکی پیش‌آزمون و متغیر وابسته پس‌آزمون استفاده شده است.

### فرم کوتاه مقیاس زمینه‌یابی سلامت<sup>۱</sup> (SF-36)

(SF): این ابزار یک فرم کوتاه شده ۳۶ سؤالی برای سنجش سلامت است که اعتبار و روایی آن در جمعیت آمریکا و چند کشور دیگر تأیید شده است (برازیر، ۱۹۹۳، جینکینسون، رایت و کالتر، ۱۹۹۳). برازیر، فاکوهارا، روبرتز، خارویی، یاماموتی و ایکدا و همکاران (۲۰۰۹) ضرایب همسانی درونی<sup>۲</sup> هشت خرده مقیاس آن را بین ۷۲ تا ۹۳ درصد گزارش کردند. برازیر، فاکوهارا، روبرتز، خارویی، یاماموتی و ایکدا و همکاران (۲۰۰۹) ضرایب بازآزمایی<sup>۳</sup> هشت خرده مقیاس SF-۳۶ را در فاصله زمانی ۲ هفته بین ۶۳ تا ۸۱ درصد گزارش دادند و خرده مقیاس عملکرد جسمی و خرده مقیاس ایفای نقش هیجانی به ترتیب دارای بیشترین و کم‌ترین ضرایب بازآزمایی بوده‌اند. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه مقیاس زمینه‌یابی سلامت (SF-۳۶) استفاده شد (عسگری و فقیهی، ۲۰۰۳). این ابزار دارای هشت خرده مقیاس به صورت زیر است: عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و بهزیستی عاطفی. نمره آزمودنی در هر یک از هشت خرده مقیاس SF-۳۶ می‌تواند بین صفر تا ۱۰۰ تغییر

1. Short- form health survey questionnaire
2. Internal consistency
3. Test-retest

کند. نمره بالاتر در هر یک از خرده مقیاس‌ها بیانگر وضعیت مطلوب‌تر فرد در مقیاس مورد نظر است. این پرسش‌نامه دارای پایایی و روایی بین‌المللی است و روایی و اعتبار پرسش‌نامه SF-36 برای اولین بار در ایران توسط منتظری و همکاران بر روی ۴۱۶۳ نفر در رده‌ی سنی ۱۵ سال به بالا که بیشتر متأهل بودند ارزیابی گردید، ضریب پایایی در ۸ بُعد از این پرسش‌نامه ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ بود. (منتظری، گشتاسبی، واحدانیا و گاندک، ۲۰۰۵).

### مصاحبه بالینی ساخت‌دار برای DSM

مصاحبه بالینی ساخت‌دار برای DSM، SCID، یک مصاحبه بالینی ساخت‌دار است که در دهه ۹۰ توسط اسپیتزر و همکاران برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور I و II طراحی شده است. تمامی حوزه‌های این مصاحبه بالینی مطابق با ملاک‌های اختصاصی DSM برای اختلالات مختلف است. این ابزار به دلیل جامعیت و انطباق با ملاک‌های DSM، معتبرتر از مقیاس‌های بالینی بوده و یک ارزیابی تشخیصی استاندارد و جامع در زمینه‌های پژوهشی، قانونی و بالینی است (اسپیتزر، ویلیامز، گیون و فیرست، ۱۹۹۲). اعتبار این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده (کرانزler، کادنم و بابور، ۱۹۹۷) و در ایران، شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) را برای آن گزارش دادند.

### شیوه اجرا

پس از تدوین برنامه مداخله‌گرانه، گام اول در اجرای

این پژوهش، دعوت از کلیه افراد شرکت‌کننده بود که از تاریخ مهر ماه ۱۳۹۰ تا تاریخ تیرماه ۱۳۹۱ برای درمان اعتیاد، به مرکز مراجعه می‌نمودند. در گام دوم توسط پژوهشگران با افراد ثبت نام نموده مصاحبه تشخیصی سوءمصرف انجام شد، تاریخ و ساعت شروع کارگاه به اطلاع آنها رسید. در گام سوم آموزش گروه آزمایش در روزهای زوج آغاز شد و در ساعات متفاوت از کار کلینیک صورت گرفت. بنابراین برنامه‌های آموزشی و درمانی افراد در هر گروه به نحوی بود که هیچ یک از اعضای گروه کنترل و آزمایش با یکدیگر تماس نداشتند. پس از پایان دوره نیز پس از تعیین میزان کیفیت برای هر دو گروه اجرا گردید. روند ارائه مطالب در هر جلسه به این صورت بود که ابتدا مطالب جلسه قبل مرور می‌شد، سپس مطالب آموزشی همان جلسه ارائه می‌شد و در پایان مروری از مطالب جدید انجام می‌شد و تکالیف آموزشی ارائه می‌گردید در ضمن گروه کنترل در زمان اجرای پژوهش، درمان گروهی درمانی ذهن آگاهی دریافت نمی‌کردند اما به لحاظ اخلاقی بعد از اتمام درمان آنها هم تحت گروه درمانی قرار گرفتند.

**جلسات گروهی** به شرح زیر بود (بوئن، چاوالا و مارلات، ۲۰۱۱):

جلسه اول: در مرحله اول از شرکت‌کنندگان خواسته شد خود را معرفی کنند. در مرحله دوم مختصری از ۸ جلسه برای آنها شرح داده و در مورد ارتباط بین اعتیاد، مدیریت، عوارض و ناراحتی‌های هیجانی مربوط به آن، توضیحاتی ارائه شد. پس از آن از شرکت‌کنندگان خواسته شد خوردن یک عدد کشمش را با تمام وجود احساس و در ادامه درباره

این احساسشان بحث کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه اسکن بدن انجام شد (همزمان با نفس کشیدن توجه خود را به قسمتی از بدنشان جلب می‌کردند). برای تکلیف خانگی از شرکت‌کنندگان خواسته شد آنچه را در خوردن یک دانه کشمش آموخته‌اند در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف هم پیاده کنند.

جلسه دوم: در ابتدای جلسه دوم، شرکت‌کنندگان تشویق به انجام مدیتیشن اسکن بدن شدند و پس از آن در مورد این تجربه و تجربه انجام تکلیف خانگیشان بحث کردند. بعد از آن در مورد موانع انجام تمرین (مثل بی‌قراری و پرسه‌زدن ذهن) و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم) بحث شد. سپس در مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث شد با این مضمون که رویدادها به‌طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی‌کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجان‌آتمان را ایجاد می‌کند. پس از آن، از شرکت‌کنندگان خواسته شد مدیتیشن در حالت نشسته را انجام دهند. برای هفته آینده نیز این تکالیف داده شد: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.

جلسه سوم: سومین جلسه با تمرین دیدن و شنیدن آغاز شد. در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال می‌شود. بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی انجام شد؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه

انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. پس از این تمرین، یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه بدن انجام شد. تکالیف منزل عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاه، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند.

جلسه چهارم: جلسه چهارم با مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداها و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی<sup>۱</sup> نیز نامیده می‌شود) آغاز شد. در ادامه در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین بحث و در انتهای جلسه، قدم‌زدن ذهن آگاه تمرین شد. تکالیف منزل عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند).

جلسه پنجم: در ابتدای جلسه پنجم، از شرکت‌کنندگان خواسته شد مدیتیشن نشسته را انجام دهند. در ادامه سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن ارائه و اجرا شد. تکالیف جلسات بعد عبارت بودند از: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

جلسه ششم: در این جلسه، در مورد آگاهی از افکار و ارتباط آگاهی با افکار با تمرکز بر تجربه کردن افکار به صورت صرفاً افکار (حتی در مواقعی که صحیح به نظر می‌رسند) مطالبی می‌آموزیم. به نقش افکار در چرخه عود، افکاری که به نحوی

1. Sitting meditation with four focuses



خاص مشکل ساز به نظر می‌رسند و کار کردن ماهرانه با آنها، نگاهی خواهیم انداخت.

جلسه هفتم: جلسه هفتم با مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود، آغاز می‌گردد. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست. در ادامه تمرینی ارائه می‌شود که در آن شرکت‌کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی سه دقیقه‌ای انجام شد. تمرین خانگی عبارت بود از: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، انجام تمرین فضای تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.

جلسه هشتم: این جلسه با مدیتیشن اسکن بدن آغاز شد. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته‌اید. پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای انجام شد. پس از آن در مورد

روش‌های کنارآمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث شد. پس از آن در مورد کل جلسه سؤالاتی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان را ادامه دهند. قبل از اجراء بسته آموزشی به صورت پایلوت بر یک گروه ۵ نفره انجام و نواقص آن برطرف شد. لازم به ذکر است اعتبار محتوای آن قبلاً مورد تأیید ۳ متخصص روانشناسی با مدرک دکتری قرار گرفته بود (بوئن، چاوالا و مارلات، ۱۳۹۲)

#### یافته‌ها

گروه‌های آزمایشی و کنترل از نظر متغیرهای تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل هم‌تا شدند. به منظور قطعیت نتایج این هم‌تاسازی آزمون کای اسکوئر، بین دو گروه اجرا شد که نتایج آن در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. مقایسه گروه‌های آزمایشی و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی

گروه	وضعیت تاهل			شغل			تحصیلات
	متاهل	مجرد	مطلقه	بیکار	آزاد	دیپلم	
آزمایش	۲۳	۵	۲	۸	۲۲	۲۵	دوم دبیرستان
کنترل	۲۴	۴	۲	۷	۲۳	۲۶	سوم دبیرستان
کای اسکوئر	$(\chi^2(2)=0.113, p>0.05)$			$(\chi^2(1)=0.09, p>0.05)$			$(\chi^2(2)=0.35, p>0.05)$

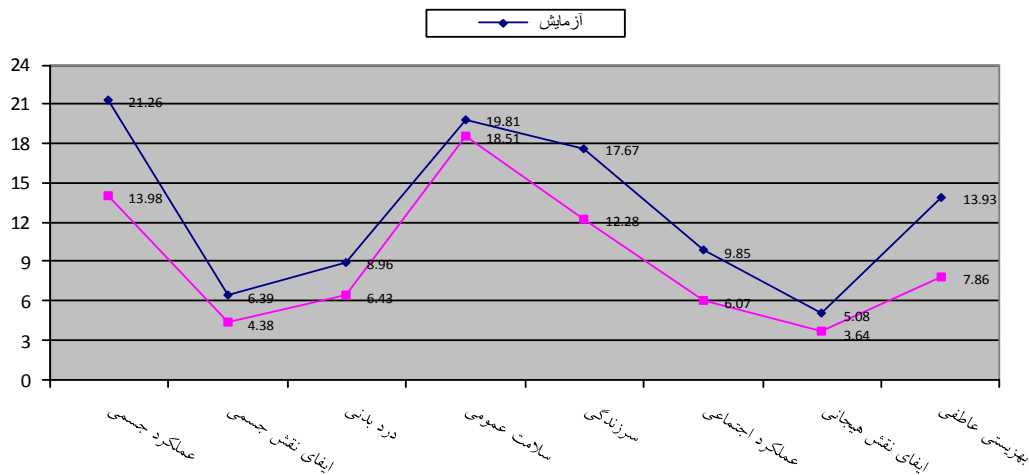
برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت بررسی تفاوت بین گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان کیفیت زندگی در مقیاس‌های سلامت جسمانی و روانشناختی استفاده شد. نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون روی

پس‌آزمون خرده مقیاس‌های سلامت عمومی  $(F(42,8)=22/62, p<0/01)$ ، سرزندگی  $(F(42,8)=2/16, p<0/05)$  و متغیر گروه (آزمایشی و کنترل) روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی  $(F(2,19)=7/48, p<0/01)$  با استفاده

از آزمون هاتلینگ حاکی از وجود اثر معنادار این متغیرها بود. برای بررسی میزان تاثیر برنامه آموزش ذهن آگاهی در هر یک از خرده مقیاس های کیفیت

زندگی با استفاده از پیش آزمون و پس آزمون از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

نمودار ۱. نیم رخ میانگین های تعدیل شده گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس های SF-۳۶



جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای مقایسه گروه آزمایشی و کنترل در خرده آزمون های کیفیت زندگی

منبع تغییرات	خرده مقیاس	F	سطح معناداری	اندازه اثر
برنامه آموزش مهارت های ذهن آگاهی	عملکرد جسمی	۶۳/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	ایفای نقش جسمی	۲۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	درد بدنی	۱۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۴
	سلامت عمومی	۱۳/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۱
	سرزندگی	۲۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	عملکرد اجتماعی	۴۵/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	ایفای نقش هیجانی	۲۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	بهبودستی عاطفی	۵۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۴

سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و بهبودستی عاطفی نشان داد (جدول ۲ و نمودار ۱).

### بحث و نتیجه گیری

اعتیاد ارتباط تنگاتنگی با آسیب های جسمی و روانی

نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از آن بود که میزان کیفیت زندگی گروه آزمایشی بعد از شرکت در دوره آموزشی مهارت های ذهن آگاهی گروه کنترل افزایش معناداری به لحاظ آماری در خرده مقیاس های عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی،

دارد و متعاقب آن سلامت و امنیت فرد را تهدید می‌کند. تحقیقات متعددی نشان داده‌اند که سوء مصرف مواد افیونی، آرام‌بخش‌ها و الکل با کیفیت زندگی پایین مرتبط است (رودولف، ۲۰۰۲). همچنین مطالعات نشان داده‌اند که سلامت روانی و جسمی در مصرف‌کنندگان مواد افیونی در مقایسه با جمعیت عمومی و بیماران جسمی در وضعیت بدتر و پایین‌تری قرار دارد اما با بیماری‌های روان‌پزشکی هم‌ارز است (کراسز، دگکویتز، کوهن و ورتاین، ۱۹۹۸). نتایج یافته‌های دیگری حاکی از همپوشی علائم روان‌پزشکی بخصوص افسردگی و اضطراب با اعتیاد به مواد افیونی می‌باشد و با کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری دارند (کراسز، ورتین و دگ کویتز، ۱۹۹۹) اختلالات اضطراب و افسردگی نیز تا حدودی در اعتیاد دخیلند؛ و بر افت عملکرد روانی و جسمانی کیفیت زندگی بیماران اثرگذار بوده، از آن جهت که در تلاش برای کاهش ارتباط با این وضعیت‌های درونی ناخوشایند برخی از مبتلایان به سوء مصرف الکل (ورنیگ و اورسیلو، ۲۰۰۹) و مواد روی می‌آورند. همبودی سوء مصرف‌کنندگان مواد با سایر اختلالات بالا بوده بطوری‌که سوء مصرف‌کنندگان هروئین که مبتلا به اختلال شخصیت هم بوده‌اند از کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به معتادانی که اختلال شخصیت نداشتند، برخوردار بوده‌اند (هیلی، کناپ، مارسدن، گوسوپ و استوارت، ۲۰۰۳). شروع و سابقه مشکلات خانوادگی و اجتماعی از عوامل مرتبط دیگر با کیفیت زندگی در اعتیاد طولانی مدت به مواد مخدر هستند (ونتوگیت و مریک، ۲۰۰۳). لذا، کلیه مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که سوء استفاده از مواد مخدر با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه

است. تحت این شرایط در مطالعه حاضر سعی شد به واسطه آموزش ذهن آگاهی کیفیت زندگی معتادان در ابعاد سلامت جسمانی و روانشناختی ارتقاء یابد (ونتوگیت و مریک، ۲۰۰۳).  
بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که آموزش ذهن آگاهی سبب ارتقاء کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و بهزیستی عاطفی شده است.  
در خصوص توجیه این تغییرات می‌توان گفت که ذهن آگاهی<sup>۱</sup> به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (کابات زین، ۲۰۰۳)، به این معنا یعنی بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه که اتفاق می‌افتد، فرد، بودن در لحظه و هر آنچه اکنون هست، واقعیت محض را بدون توضیح، تجربه کند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). اساس ذهن آگاهی از تمرین‌های مراقبه بودایسم گرفته شده است که ظرفیت توجه و آگاهی مستمر و هوشمندانه را (که فراتر از فکر است) افزایش می‌دهد. تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود. ذهن آگاهی یک روش یا فن نیست، هر چند در انجام آن روش‌ها و فنون مختلف زیادی بکار رفته است. ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان یک شیوه «بودن» یا یک شیوه «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (باثر، ۲۰۰۳). برخی از پژوهشگران بر این باورند که بکارگیری روش تفکر نظاره‌ای به علت ساز و کارهای نهفته در آن مانند

## 1. mindfulness

پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی<sup>۱</sup>، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی<sup>۲</sup> در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثر بخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک نماید (ویتکویز، مارلات و والکر، ۲۰۰۵؛ برسلین، زاک و مک ماین، ۲۰۰۲). استرس یکی از مهمترین مؤلفه‌های سوءمصرف مواد است و نقش ذهن‌آگاهی در کاهش استرس به اثبات رسیده است (بروئر، سینها، چن، مایچالسن، بابوسیو، نیچ و همکاران، ۲۰۰۹). اضطراب و افسردگی نیز تا حدودی در اعتیاد دخیلند؛ از آن جهت که فرد برای کاهش ارتباط با این وضعیت‌های درونی ناخوشایند تلاش می‌کند که با گرایش به سوءمصرف الکل و مواد آن را تعدیل نماید (ورنیگ و اورسیلو، ۲۰۰۹).

شواهد نتایج و مطالعات گوناگون حاکی از مفید بودن و اثربخشی ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های بالینی به‌ویژه روانپزشکی می‌باشد (اوکنلو، ۲۰۰۹) و تحقیقات روزافزون حکایت از مفید بودن و کارایی ذهن‌آگاهی در مواردی همچون موارد زیر دارند: درد مزمن (لی، بوئن و مارلات، ۲۰۰۵)؛ اختلال استرس پس از ضربه، علائم جسمانی‌سازی، مدل‌های درمانی استرس، مقابله و تاب‌آوری (اسمیتز، اورتیز، استیفن، تولی، ویگینز، یاتر و همکاران، ۲۰۱۱). رفتارهای اعتیادی (گارلند، بوتیگر، گایلورد، ویست، چانون، هاوارد و همکاران، ۲۰۱۲)؛ ناهنجاری‌های رفتاری مثل پرخاشگری و سوءمصرف مواد (واپرمن، مارلات، کانین قام، بوئن، برگینگ، مولویهل، ریورا و

همکاران، ۲۰۱۲)؛ تکانشگری (مورفی و مکی لوپ، ۲۰۱۲)؛ اضطراب اجتماعی (اسچمرتز، ماسودا، آندرسون، ۲۰۱۲) و نشخوار فکری و افسردگی (داویز و هایز، ۲۰۱۱) که بر مبنای مطالعات انجام شده ذهن‌آگاهی دست‌کم از دو طریق بر افسردگی اثر می‌گذارد: (۱) از طریق مقابله با نشخوارهای فکری و (۲) از طریق کاهش پاسخدهی خودکار هیجانی با تأثیر بر مسیر اینسولا (پاول، استانتون، گریسون، اسموسکی و وانگ، ۲۰۱۳). تأثیر مثبت برنامه‌های ذهن‌آگاهی بر استرس، اضطراب و افسردگی هم به اثبات رسیده است (لی، بوئن و مارلات، ۲۰۰۵، اسپیرینر و مالکولوم، ۲۰۰۸ و ماسودا و تولی، ۲۰۱۲) همچنین ذهن‌آگاهی با کنترل توجه و تنظیم هیجانی مرتبط است و از این‌رو می‌تواند با افزایش کنترل بر سرخ‌های دیداری مصرف الکل و مواد، در درمان این اختلالات، مؤثر واقع شود (گارلند، بوتیگر، گایلورد، ویست، چانون، هاوارد و همکاران، ۲۰۱۲).

نوشیدن الکل و دیگر مواد معمولاً به‌دلیل تمایل برای کنار آمدن با هیجانات دردناک صورت می‌گیرد که این تلاش برای کاهش ارتباط با وضعیت درونی ناخوشایند از طریق مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی، کاهش می‌یابد (ورنیگ و اورسیلو، ۲۰۰۹).

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان داده است که رفتارهای اعتیادی و پاسخدهی واکنشی به استرس را کاهش می‌دهند (گارلند، بوتیگر، گایلورد، ویست، چانون، هاوارد و همکاران، ۲۰۱۲) استرس یکی از مهمترین مؤلفه‌های سوءمصرف مواد است که مؤلفه روانی کیفیت زندگی را بشدت تحت تأثیر می‌گذارد و باعث افت چشمگیر آن در حوزه‌های

1. desensitization  
2. lets go

مختلف زندگی بیماران می شود مطالعات مختلف اثر بخشی درمان ذهن آگاهی در کاهش استرس را به اثبات رسانده اند (بروئر، سینها، چن، مایچالسن، بابوسیو، نیچ و همکاران، ۲۰۰۹ و لانگ، ۲۰۱۱). مطالعات اخیر نشان داده است که ذهن آگاهی و انعطاف پذیری روانشناختی می توانند جداگانه و با همدیگر در کاهش پریشانی روانشناختی (جسمانی سازی، اضطراب، افسردگی و پریشانی روانشناختی کلی) نقش داشته باشند. این یافته ها پیشنهاد می کنند ذهن آگاهی و انعطاف پذیری روانشناختی می تواند در ظهور و نگهداری جسمانی سازی، افسردگی، اضطراب و پریشانی کلی نقش داشته باشد (ماسودا و تولی، ۲۰۱۲). مراجعان به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی دیدگاهی مفید در کاهش استرس به شمار می رود (مورون، لینخ، لوساسو، لیب و گریکو، ۲۰۱۲).

در پژوهش حاضر به دلیل کوتاه بودن زمان نمونه گیری تعداد مصرف کنندگان مواد در گروه های مختلف مواد از تنوع و فراوانی یکسانی برخوردار نبود؛ بنابراین سعی شد با ادغام مصرف کنندگان مواد مختلف، گروه های مداخله و شاهد در نظر گرفته شد. با وجود این محدودیت ها، بر اساس یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی در بین معتادان به خصوص بعد از عودهای مکرر شناسایی ریسک فاکتورها و پیش بایست های شاخص در بین معتادین می تواند زمینه را برای انجام مداخلات مربوطه به ارتقاء کیفیت زندگی آماده سازد. ویژگی های فردی و اجتماعی فرد معتاد می تواند به مثابه یک متغیر تعدیل کننده یا واسطه ای در سوء مصرف و وابستگی به اعتیاد و پیامدهای بعدی مثل کاهش کیفیت زندگی، میل به زندگی و حتی رفتار خودکشی گرا عمل کنند.

مشاوران و متخصصان حوزه پیشگیری و درمان اعتیاد می توانند با شناسایی این ویژگی های افراد و اولویت دهی به افراد دارای ویژگی در معرض خطر مثل شخصیت ضداجتماعی، برونگرایی هیجان خواه، با دست در داشتن پیش آگهی وضعیت خانوادگی، اجتماعی و نوع مصرف مراجع، یک گام جلوتر از عوامل خطر حرکت کنند و از مشکلات بعدی پیشگیری کنند و مسیر درمان را تسهیل کنند. می توان از طریق آموزش های لازم به بیماران، از شدت عوامل افزاینده کاست و بر شدت عوامل پیشگیری کننده افزود و از پیامدهای وخیم بعد از آن جلوگیری کرد.

### منابع

اصغری مقدم، محمدعلی، فقیهی، سمانه. (۱۳۸۲). اعتبار و پایائی پرسشنامه زمینه یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سوالی) در دو نمونه ایرانی. اندیشه و رفتار، ۱۰(۱): ۱۱-۶.

بوئن، س؛ چاولا، ن و مارلات، ج (۲۰۱۱). ذهن آگاهی در پیشگیری از عود اعتیاد (ترجمه ایمانی، سعید؛ زارع، مریم و غرابی، بنفشه؛ انتشارات ارجمند. زیر چاپ.

دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف، وحید محمد کاظم؛ و بوالهری، جعفر (۱۳۸۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرحواره های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار) ۱۳(۴): ۳۶۶-۳۷۵.

شریفی، وناد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین و همکاران (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۱ و ۲: ۲۲-۱۰.

- Baer, RA. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2):125-43.
- Bowen, S., Chawala, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*: Guilford Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, TM., & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive behaviors*, 32(10):2324-8.
- Brazier, JE. (1993). The SF-36 health survey questionnaire—a tool for economists. *Health economics*, 2 (3): 213-5.
- Brazier, JE., Fukuhara, S., Roberts, J., Kharroubi, S., Yamamoto, Y., Ikeda, S., et al. (2009). Estimating a preference-based index from the Japanese SF-36. *Journal of clinical epidemiology*, 62(12):1323-31.
- Brazier, JE., Harper, R., Jones, NMB., O'Cathain, A., Thomas, KJ., Usherwood, T., et al. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305(6846):160-4.
- Breslin, FC., Zack, M., & McMain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical psychology: Science and practice*, 9(3):275-99.
- Brewer, JA., Sinha, R., Chen, JA., Michalsen, RN., Babuscio, TA., Nich, C., et al. (2009). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse*, 30(4):306-17.
- Britton, WB., Bootzin, RR., Cousins, JC., Hasler, BP., Peck, T., & Shapiro, SL. (2010). The contribution of mindfulness practice to a multicomponent behavioral sleep intervention following substance abuse treatment in adolescents: a treatment-development study. *Substance Abuse*, 31(2):86-97.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 187(3):441-53.
- Daley, DC., Marlatt, GA., Spotts, C. (2003). Relapse prevention: clinical models and intervention strategies. In: A.W. Graham, T.K. Schultz, M.F. Mayo-Smith, R.K. Ries, Wilford BK, editors. *Principles of Addiction Medicine*. 3 ed. Chevy Chase, MD: American Society of *Addiction Medicine*, 467-86.
- Davis, DM., & Hayes, JA. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2):198-208.
- Fayers, P., & Machin, D. (2007). *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes*: Wiley.
- Fernandez, A., Wood, M., Stein, L., & Rossi, J. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with

- alcohol use and negative consequences. *Psychology Addiction Behavior*, 24 (4): 608-16.
- Garland, E.L., Boettiger, C.A., Gaylord, S., West, Chanon, V., & Howard, M.O. (2012). Mindfulness is Inversely Associated with Alcohol Attentional Bias Among Recovering Alcohol-Dependent Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5): 441-450.
- Garland, EL., Gaylord, SA., Boettiger, CA., & Howard, MO. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of psychoactive drugs*, 42(2):177-92.
- Garland, EL., Schwarz, NR., Kelly, A., Whitt, A., & Howard, MO. (2012). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 12(3):242-63.
- Garland, EL. (2011). Trait mindfulness predicts attentional and autonomic regulation of alcohol cue-reactivity. *Journal of Psychophysiology*, 25(4):180-9.
- Hasin, DS. (2012). Combining Abuse and Dependence in DSM-5 [OPEN ACCESS]. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4):702.
- Healey, A., Knapp, M., Marsden, J., Gossop, M., & Stewart, D. (2003). Criminal outcomes and costs of treatment services for injecting and non-injecting heroin users: evidence from a national prospective cohort survey. *Journal of health services research & policy*, 8(3):134-41.
- Hofmann, SG., Sawyer, AT., Witt, AA., & Oh., D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2):169-83.
- Jenkinson, C., Wright, L., & Coulter, A. (1993). The SF 36 health survey questionnaire: ... if used within its limits [22]. *British Medical Journal*, 307(6901):449.
- Julkunen, J., & Ahlström, R. (2006). Hostility, anger and sense of coherence as predictors of health-related quality of life: Results of an ASCOT substudy. *Journal of psychosomatic research*, 61(1):33-9.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2):144-56.
- Kabat-Zinn, J. (1995). Wherever you go, there you are: *Mindfulness meditation in everyday life*: Hyperion.
- Kaplan, RM. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 12:3-16.
- Katschnig, H. (1997). How useful is the concept of quality of life in psychiatry? *Current opinion in psychiatry*, 10(5):337-45.
- Kingston, J., Chadwick, P., Meron, D., & Skinner, TC. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of psychosomatic research*, 62(3):297-300.

- Kranzler, H., Kadden, R., & Babor, T. (1997). Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug & Alcohol Dependence*, 45, 859-68.
- Krausz, M., Degkwitz, P., Kühne, A., & Verthein, U. (1998). Comorbidity of opiate dependence and mental disorders. *Addictive behaviors*, 23(6): 767-83.
- Krausz, M., Verthein, U., & Degkwitz, P. (1999). Psychiatric comorbidity in opiate addicts. *European Addiction Research*, 5(2):55-62.
- Krupitsky, E., Zvartau, E., Lioznov, D., Tsoy, M., Egorova, V., Belyaeva, T., et al. (2006). Co-morbidity of infectious and addictive diseases in St. Petersburg and the Leningrad Region, Russia. *European Addiction Research*, 12(1):12-9.
- Lange, B. (2011). Cocreating a Communicative Space to Develop a Mindfulness Meditation Manual for Women in Recovery From Substance Abuse Disorders. *Advances in Nursing Science*, 34 (3): E1-E13.
- Leigh, J., Bowen, S., & Marlatt, GA. (2005). Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*, 30(7):1335-41.
- Lewis, JA., Dana, RQ., & Blevins, GA. (2010). *Substance abuse counseling: Brooks/Cole*.
- Longabaugh, R., Mattson, M., Connors, G., & Cooney, N. (1994). Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research. *Journal of studies on alcohol Supplement*, 12:119-29.
- March, J-C., Oviedo-Joekes, E., & Romero, M. (2006). Drugs and social exclusion in ten European cities. *European Addiction Research*, 12(1): 33-41.
- Masuda, A., & Tully, EC. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17 (1):66-71.
- Masudaa, A., & Lillisa, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44:1-25.
- McCarney, RW., Schulz, J., & Grey, AR. (2012). Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3):279-99.
- McLellan, AT., Lewis, DC., O'Brien, CP., & Kleber, HD. (2000). Drug Dependence, a Chronic Medical Illness Implications for Treatment, Insurance, and Outcomes Evaluation. *the journal of the American Medical Association*, 284(13):1689-95.
- Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. *Mindfulness*, 3(3):190-9.
- Mommersteeg, P., Denollet, J., Spertus, JA., & Pedersen, SS. (2009). Health status as a risk factor in cardiovascular disease: a systematic review of current evidence. *American heart journal*, 157(2):208-18.
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia,



- M., & Gandek, B. (2005). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*; 14: 875-882.
- Morone, NE., Lynch, CP., Losasso, VJ., Liebe, K., & Greco, CM. (2012). Mindfulness to Reduce Psychosocial Stress. *Mindfulness*, 3(1):22-9.
- Murphy, C., & MacKillop, J. (2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology*, 219(2):527-36.
- O'Connell, O. (2009). Introducing Mindfulness as an Adjunct Treatment in an Established Residential Drug and Alcohol Facility. *The Humanistic Psychologist*, 37(2):178-91.
- Paul, NA., Stanton, SJ., Greeson, JM., Smoski, MJ., & Wang, L. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social cognitive and affective neuroscience*, 8(1):56-64.
- Potek, R. (2012). *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation*: NewYork University.
- Prince, PN., & Prince, CR. (2001). Subjective quality of life in the evaluation of programs for people with serious and persistent mental illness. *Clinical Psychology Review*, 21(7):1005-36.
- Ravndal, P., Edle, E., & Vaglum, M. (1998). Psychopathology, Treatment Completion and 5 Years Outcome A Prospective Study of Drug Abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2):135-42.
- Rector, TS., Kubo, SH., & Cohn, JN. (1993). Validity of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire as a measure of therapeutic response to enalapril or placebo. *The American journal of cardiology*, 71(12):1106-7.
- Reed, E., Amaro, H., Matsumoto, A., & Kaysen, D. (2009). The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: Examination of the role of victimism and perpetrator substance use. *Addictive behaviors*, 34(3):316-8.
- Rogne, G., S, Myrvang, B., & Opjordsmoen, S. (2004). Criminality in drug addicts: a follow-up study over 25 years. *European Addiction Research*, 10(2):49-55.
- Rudolf, H., & Watts, J. (2002). Quality of life in substance abuse and dependency. *International Review of Psychiatry*, 14(3):190-7.
- Sammarco, A. (2001). Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 24(3):212-9.
- Schaar, I., & Öjehagen, A. (2003). Predictors of improvement in quality of life of severely mentally ill substance abusers during 18 months of co-operation between psychiatric and social services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(2):83-7.
- Schmertz, SK., Masuda, A., & Anderson, PL. (2012). Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *Journal of clinical psychology*, 68(3):362-71.
- Schreiner, I., & Malcolm, JP. (2008). The benefits of mindfulness meditation:

- Changes in emotional states of depression, anxiety, and stress. *Behaviour Change*, 25(03):156-68.
- Schwartz, CE., Andresen, EM., Nosek, MA., & Krahn, GL. (2007). Response shift theory: important implications for measuring quality of life in people with disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(4):529-36.
- Segal, ZV., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy*. New York.
- Singhi, PD., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S., & Walia, B. (2011). Psychosocial problems in families of disabled children. *British Journal of Medical Psychology*, 63(2):173-82.
- Smith, BW., Ortiz, JA., Steffen, LE., Tooley, EM., Wiggins, KT., Yeater, EA., et al. (2011). Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters: *National Emergency Training Center*.
- Spitzer, R., Williams, j., Gibbon, M., & First, M. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archive of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- 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):431-42.
- Uhlig, DJ. (2009). *Mindfulness Based Relapse Prevention and the matrix model in substance abuse relapse prevention*. Walden University.
- Van den Brink, W., & Haasen, C. (2006). Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10):635-46.
- Vanagas, G., Padaiga, Z., & Subata, E. (2004). Drug addiction maintenance treatment and quality of life measurements. *Medicina (Kaunas)*, 40(9):833-41.
- Veilleux, JC., Colvin, PJ., Anderson, J., York, C., Heinz, AJ. (2010). A review of opioid dependence treatment: pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. *Clinical Psychology Review*, 30(2):155-66.
- Ventegodt, S., & Merrick, J. (2003). Psychoactive Drugs and Quality of Life. *The Scientific World Journal*, 3:694-706.
- Ventegodt, S., & Merrick, J. (2003). Psychoactive drugs and quality of life. *The Scientific World Journal*, 3:694-706.
- Vernig, PM., & Orsillo, SM. (2009). Psychophysiological and self-reported emotional responding in alcohol-dependent college students: The impact of brief acceptance / mindfulness instruction. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(3):174-83.
- Walsh, JJ., Balint, MG., Smolira, SJ.DR., Fredericksen, LK., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2):94-9.
- Ware, JE., Bayliss, MS., Mannocchia, M., & Davis, GL. (2003). Health related quality of life in chronic hepatitis C: Impact of disease and treatment

- response. *Hepatology*, 30(2):550-5.
- Witkiewitz, K., Marlatt, GA., & Walker D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3):211-28.
- Wupperman, P., Marlatt, GA., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill, E., Rivera, N., & et al. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: Results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of clinical psychology*, 68(1):50-66.
- Yan, Y., & Nabeshima, T. (2009). Mouse model of relapse to the abuse of drugs: procedural considerations and characterizations. *Behavioural brain research*, 196(1): 1-10.