



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

شماره مجوز مجله : 80400

زمان پذیرش نهایی : 1399/06/15

## بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR) بر بهزیستی هیجانی (افسردگی، اضطراب، تحمل پریشانی و احساس ناامنی) زنان در حال ترک در شهر اصفهان

سوسن حیدری<sup>1</sup>، اعظم صالحی<sup>2</sup>

۱-دانشگاه آزاد نجف آباد- کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی

۲-استادیار گروه مشاوره دانشگاه پیام نور

### چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر بهزیستی هیجانی (افسردگی، اضطراب، احساس ناامنی، تحمل پریشانی) روی زنان در حال ترک در شهر اصفهان بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان در حال ترک که در سال ۱۳۹۵ به مراکز درمانی اعتیاد در شهر اصفهان مراجعه کردند تشکیل داده اند. از بین این افراد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵) و کنترل (۱۵) جای گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک، اضطراب بک، تاب آوری کونور و دیویدسون و احساس امنیت صحابی می باشد. یافته های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS و برای تجزیه تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس با اندازه های تکراری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بعد از اجرای مداخله، افسردگی و اضطراب افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری داشته و میزان تحمل پریشانی در افراد گروه آزمایش افزایش یافته است، ولی احساس امنیت گروه آزمایش افزایش معناداری نداشت. در نتیجه با کاربرد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) می توان پیامد های منفی هیجانی

اضطراب، افسردگی و پریشانی ناشی از ترک را بهبود بخشید ولی به دلیل اینکه احساس امنیت یک مفروضه بنیادی تر می باشد به زمان بیشتری برای اثر گذاری نیازمند می باشد .

**کلید واژه: اعتیاد، ترک، بهزیستی هیجانی، ذهن آگاهی**

**مقدمه:** اعتیاد به مواد مخدر یکی از مسایل مهم یک سده ی اخیر در ایران است هر چند که نمی توان از اعتیاد به دلیل گستردگی و قدیمی بودن آن، دیگر به عنوان یک مساله ی اجتماعی یاد کرد، ولی شیوع این پدیده در بین جامعه ی زنان ایرانی موجب بروز معضلات جدیدی برای جامعه و خانواده ها شده است که نیاز به یک واکاوی از نظر روانشناختی و جامعه شناسی دارد. اعتیاد قربانیان بی شماری می گیرد و هر روزه به تعداد آمار قربانیان آن در جهان افزوده می شود. افزایش این آمار به گونه ایی است که یکی از سم شناسان معروف دنیا به نام لودوینگ می گوید: اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت ها شده باشد(محققی،1385).

براون و رایان(۲۰۰۳) استدلال کرده اند که توجه و آگاهی از تجربه حال، کلیدی برای تسهیل سلامت روان و کاهش پریشانی است. به خاطر اینکه این گرایش، وضوح و شفافیتی را به تجربه حال اضافه می کند. این درمان، مراجع را قادر می سازد که بدون قضاوت در مورد تجاربش، آنها را درک کند. همچنین با چالش کشیدن و پذیرش باورها و احساساتش روابط خود را با دیگران تغییر دهد. از درمان های جدید اعتیاد، به خصوص در زمینه درمان های روان شناختی می توان به یکپارچه کردن فنون مراقبه تفکر نظاره ای ( ذهن آگاهی) با رفتار درمان شناختی اشاره کرد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می کنند(Masusa,2012). درمانهای موج سوم تمرکز خود را از ساختار و محتوای رفتار به عملکرد رفتار تغییر داده اند. انواع درمان های موج سوم عبارتند از : رفتار درمانی دیالکتیک که رویکردی است برای درمان مشکلات افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی؛ روان درمانی تحلیلی کاربردی که بر اصول رفتار گرایی رادیکالی و تحلیل رفتار مبتنی است و بر نقش تقویت مشروط تاکید دارد؛ شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یک روش هیجان مدار و ارزش گرا است(Janson,2011).

به منظور درمان عوارض ترک و پیشگیری از عود سوء مصرف مواد، روش های درمانی متعددی وجود دارد که از جمله آنها روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که در آن بیمار با تظاهرات درونی و ذهنی خود آگاه می شود. ذهن آگاهی از درمان های موج سوم می باشد. در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود، آگاه می شود و مهارت های شناسایی شیوه های مفیدتر را فرا می گیرد . برای ذهن، دو شیوه اصلی در نظر گرفته می شود. یکی "انجام دادن" و دیگری "بودن". در ذهن آگاهی فرا می گیریم که ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهیم(Segal,2002).

حال با توجه به اینکه تاکید ذهن آگاهی بر اکنون و تجربه فرد در حال حاضر است و سبب می شود که انسان از لحظه اکنون و باور های خود به یک فرا شناخت برسد، می توان با استفاده از این روش کمک های شایانی به افراد درمانده در باور های اشتباه خود کرد؛ که یکی از این گروه ها زنان مبتلا به اعتیاد می باشند. لذا پژوهشگر در پی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بهزیستی هیجانی (افسردگی، اضطراب، تحمل پریشانی، احساس ناامنی) در زنان در حال ترک اعتیاد در شهر اصفهان می باشد. افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روانشناختی، توافق، گشودگی، وجدان مندی و کاهش نشانه های درد همراه است. در حقیقت، افراد ذهن آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر هستند (Walker, 2011). کریستلر (۲۰۰۶) تمرین های ذهن آگاهی را برای طیف قابل توجهی از افراد با مشکلات متنوع مفید می داند که این مشکلات عبارتند از: کاهش غم و اندوه، افسردگی، بی خوابی، مشکلات جنسی، درد مزمن و اعتیاد به هر چیزی.

مطالعات بسیاری بر شیوع اختلالات روان پزشکی همچون اضطراب و افسردگی در بیماران وابسته به مواد تاکید کرده اند (گرنتهارفورد ۱۹۹۵؛ سچاکیت ۱۹۹۶؛ کسلر و همکاران ۱۹۹۷؛ بیجل و همکاران ۱۹۹۸) (Janina, 2010). این یافته ها بیانگر این نکته اند که افسردگی و اضطراب و یا برخی علائم جسمانی می تواند هنگام مصرف مواد یا ترک آن رخ دهد چرا که داده ها نشان می دهند بیش از ۹۷ درصد سوء مصرف کنندگان الکل و ۱۹ درصد سوء مصرف کنندگان داروها، حداقل دارای یک نوع بیماری روانی و یا جسمانی جدی هستند. از سوی دیگر، افسردگی و سایر بیماری های روانی یا علائم جسمانی نیز خطر ابتلا به اعتیاد را افزایش می دهند (Janson, 2011). باید در نظر داشت که اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که در شکل گیری آن زمینه های پیش از اعتیاد نقش زیادی دارند (Galanter, 2010). با توجه به اینکه مشکلات هیجانی مانند افسردگی، اضطراب و تحمل پریشانی و احساس ناامنی در روند ترک معتادان تاثیر گذاشته و مشابه نتایج بسیاری از پژوهش ها با مشکلات این افراد مرتبط است، پژوهش حاضر به منظور کاربرد روش درمانی ذهن آگاهی برای کاهش این مشکلات و افزایش بهزیستی هیجانی زنان در حال ترک انجام شده است و بهزیستی هیجانی از نظر پژوهشگر شامل افسردگی، اضطراب، تحمل پریشانی و احساس ناامنی می باشد.

**روش بررسی:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل است و از نوع کاربردی می باشد. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز خدمات روانشناختی و روان پزشکی سطح استان اصفهان می باشند که طی مصاحبه بالینی روانپزشکی و روانشناختی پاسخ ها از آن ها اخذ شده است. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از زنان در حال ترک به صورت نمونه گیری در دسترس از بین جامعه آماری انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو

گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند و با استفاده از پرسشنامه تاب آوری، پرسشنامه افسردگی، پرسشنامه اضطراب، پرسشنامه احساس امنیت و برنامه ۸ جلسه ای ذهن آگاهی، میدان اثر بخشی این درمان مورد بررسی قرار گرفت. گروه آزمایشی طی ۸ جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه مورد مداخله قرار گرفتند و به صورت فردی و گروهی تحت درمان به روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. سپس بلافاصله پس از اتمام جلسات، پس از آزمون از هر دو گروه گرفته شد. بعلاوه پس از گذشت ۲ ماه، در مرحله پیگیری آزمونها مجدد اجرا شد. معیارهای ورود نمونه عبارت بودند از: موافقت مراجع برای ورود به جلسات، زنان بدون محدودیت سنی، زنان در حال ترک اعتیاد به هر نوع مواد مخدر و بدون محدودیت سطح سواد. و همچنین معیارهای خروج عبارت بودند از: افراد دارای بیماری جسمی و روانی حاد و قابل توجهی (به غیر از اختلال افسردگی و اضطراب) که نیاز به دارو و یا رژیم خاصی نداشته باشند و کسانی که غیبت بیش از دو جلسه داشته باشند. هر گروه شامل ۱۵ نفر می باشد و در مرحله پیش آزمون پرسشنامه ها توسط هر ۳۰ نفر تکمیل شد. سپس روش آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای روی گروه آزمایش اجرا شد و از هر دو گروه پس از آزمون به عمل آمد و از آزمودنی ها خواسته شد که دو ماه بعد مجدداً مراجعه کنند. برای اجرای آزمون ها در مرحله پیگیری در نهایت برای رعایت اصول اخلاقی آزمایش برای گروه کنترل دو جلسه آموزش (MBSR) اجرا شد. در این پژوهش، روش درمانی به عنوان متغیر مستقل و مشکلات هیجانی (افسردگی، اضطراب، تحمل پریشانی، احساس ناامنی) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. برای تحلیل داده های حاصل از روش تحلیل واریانس با اندازه های تکراری استفاده شد و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات عبارتند از: پرسشنامه افسردگی بک؛ پرسشنامه اضطراب بک؛ پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون و پرسشنامه احساس امنیت (صحابی، ۱۳۸۹).

**یافته ها:** با توجه به نتایج جدول شماره ۱ و سطوح معناداری بدست آمده هریک از متغیرهای پژوهش که بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، داده های تمام متغیرها نرمال است و برای آزمون هریک از متغیرها می توان از آزمون های پارامتریک استفاده کرد. بنابراین فرضیه طبیعی بودن توزیع نمرات برای استفاده از تحلیل کواریانس برقرار است. پیش فرض تحقیق عبارت است از: بین ابعاد بهزیستی هیجانی (اضطراب، احساس ناامنی، تاب آوری و افسردگی) گروه آزمایش و گواه و پیگیری در پیش آزمون، تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول شماره (۱). میانگین و انحراف استاندارد ابعاد بهزیستی هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون

گروه ها		گروه آزمایش		گروه گواه	
میانگین		انحراف استاندارد		انحراف استاندارد	
اضطراب	پیش آزمون	37/46	10/16	32/26	13/5
	پس آزمون	24/4	11/4	34/06	13/11
	پیگیری	26/5	10/4	31/12	13/4
احساس ناامنی پیش آزمون	پس آزمون	74/33	12/65	77/66	11/46
	پیگیری	77/66	11/46	78/2	10/76
		75/7	11/45	77/75	11/2
تاب آوری	پیش آزمون	49/8	9/27	48/13	14/29
	پس آزمون	63/6	12/79	44/86	12/8
	پیگیری	52/48	9/55	46/65	13/9
افسردگی	پیش آزمون	32/6	9/27	31/06	10/34
	پس آزمون	14/93	9/54	32/93	9/63
	پیگیری	21/55	9/67	33/85	10/14

در جدول شماره ۲ پیش فرض تساوی واریانس ها و آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای بررسی پیش فرض تحقیق در مورد ابعاد بهزیستی هیجانی ارایه شده است.

جدول شماره (2). آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه ای

مولفه	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار k-S	میانگین	انحراف معیار k-S
اضطراب	37/46	10/16	32/26	13/5
احساس ناامنی	74/33	12/65	77/66	11/46
تاب آوری	49/8	9/27	48/13	14/29
	32/6	9/27	31/06	10/34

براساس نتایج جدول شماره ۳، نتایج آزمون لوین به عنوان پیش فرض تساوی واریانس ها نشان داده است که در مورد ابعاد بهزیستی هیجانی، پیش فرض تساوی واریانس ها تأیید شده است ( $p > 0$ ). نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه نشان داد که بین گروه آزمایش و گروه گواه و پیگیری در هیچ یک از ابعاد بهزیستی هیجانی شامل اضطراب، احساس ناامنی، تحمل پریشانی و افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد ( $p > 0.05$ ). بدین ترتیب، این پیش فرض تحقیق که در پیش آزمون بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشته است، تأیید می شود. فرضیه اول: مداخله درمانی مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی بر میزان اضطراب زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد.

جدول (۳). آزمون لوین برای بررسی پیش فرض تساوی واریانس ها

آزمون لوین	معناداری	F	معناداری	اتا
اضطراب	1.306	.263	1.418	.220
احساس ناامنی	.199	.659	.572	.141
تاب آوری	1.058	.313	.079	.053
افسردگی	.305	.585	.183	.081

در جدول شماره ۴ آزمون لوین برای تأیید پیش فرض تساوی واریانس ها ارائه شده است. همانطور که در جدول ۴ شماره نشان داده شد، پیش فرض های تساوی واریانس های گروه ها تأیید شده است.

جدول شماره (۴) آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس گروه ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
اضطراب	۰/۲۸۵	۵	۲۸	۰/۵۹

در جدول شماره ۵ به منظور بررسی تفاوت بین گروه ها با توجه به اضطراب، از تحلیل آنکوا استفاده شده است. نتایج تحلیل در جدول شماره ۵ نشان می دهد که بین دو گروه در بعد اضطراب از بهزیستی هیجانی ( $F=169/84, p > 0/01$ ) در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس نتیجه می گیریم که آموزش ذهن آگاهی بر اضطراب زنان در حال ترک اعتیاد موثر واقع شده است. بر اساس توان آماری در اضطراب، ۵۵ درصد از تغییرات در واریانس نمرات اضطراب ناشی از آموزش ذهن آگاهی بوده است. فرضیه دوم: مداخله درمانی مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی بر میزان احساس ناامنی زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد.

جدول شماره (5). تحلیل مانوا برای مقایسه گروه ها با توجه به ابعاد اضطراب

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
گروه ها	پس آزمون	700/83	1	700/83	169/84	0/001	0/14	0/55
	پیگیری	625/35	1	625/35	145/65	0/001	0/11	0/49

در جدول شماره ۶ آزمون لوین برای تایید پیش فرض تساوی واریانس ها ارائه شده است. همانطور که در جدول شماره ۶ نشان داده شده است، پیش فرض های تساوی واریانس های دو گروه تأیید شده است.

جدول شماره (۶). آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	F	درجه آزادی ۵	درجه آزادی ۲	معناداری
احساس ناامنی	۰/۵۲	۵	۲۸	۰/۷۲

در جدول شماره ۷ به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه با توجه به احساس ناامنی از تحلیل آنکوا استفاده شده است. نتایج تحلیل در جدول شماره ۷ نشان می دهد که بین دو گروه در بعد احساس ناامنی از بهزیستی هیجانی ( $F=0/17, p>0/05$ ) در پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری حاصل نشده است. بر این اساس نتیجه می گیریم که آموزش ذهن آگاهی بر احساس ناامنی زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر نداشته است. فرضیه سوم: مداخله درمانی مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد.

جدول شماره (۷). تحلیل مانوا برای مقایسه دو گروه با توجه به احساس ناامنی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
گروهها	پس آزمون	۲/۱۳	۱	۲/۱۳	۰/۱۷	۰/۸۹	۰/۰۱	۰/۰۵
	پیگیری	۲/۱	۱	۲/۱	۰/۱۵	۰/۶۸	۰/۰۱	۰/۰۵

در جدول شماره ۸ آزمون لوین برای تایید پیش فرض تساوی واریانس ها ارائه شده است. همانطور که در جدول ۸ نشان داده شده است، پیش فرض های تساوی واریانس های دو گروه تأیید شده است.

جدول شماره (۸). آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس دوگروه آزمایش و گواه

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
تاب آوری	۰/۳۵	1	۲۸	۰/۵۵

در جدول شماره ۹ به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه با توجه به تاب آوری از تحلیل آنکوا استفاده شده است. نتایج تحلیل در جدول شماره ۹ نشان می دهد که بین دو گروه در بعد تاب آوری از بهزیستی هیجانی ( $F=16/05, p<0/01$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. براین اساس نتیجه می گیریم که آموزش ذهن آگاهی بر تاب آوری زنان در حال ترک اعتیاد در پس آزمون و پیگیری موثر واقع شده است. بر اساس توان آماری در تاب آوری ۹۷ درصد از تغییرات در واریانس نمرات تاب آوری ناشی از آموزش ذهن آگاهی بوده است. فرضیه چهارم: مداخله درمانی مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی بر میزان افسردگی زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد.

جدول شماره (۹). تحلیل مانوا برای مقایسه دوگروه با توجه به ابعاد تاب آوری

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
گروهها	پس آزمون	۲۶۳۲/۰۳	۱	۲۶۳۲/۰۳	۱۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۷
	پیگیری	۱۸۸۶/۵	۱	۱۸۸۶/۵	۱۴/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۰/۹۵

در جدول شماره ۱۰ آزمون لوین برای تایید پیش فرض تساوی واریانس ها ارائه شده است. همانطور که در جدول ۱۰ نشان داده شده است، پیش فرض های تساوی واریانس های دو گروه تأیید شده است.

جدول شماره (۱۰). آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس دوگروه آزمایش و گواه

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
تاب آوری	۰/۰۳	1	۲۸	۰/۹۵



در جدول ۱۱ به منظور بررسی تفاوت بین دو گروه با توجه به افسردگی از تحلیل آنکوا استفاده شده است. نتایج تحلیل در جدول 11 نشان می دهد که بین دو گروه در بعد افسردگی از بهزیستی هیجانی ( $F=26/43, p<0/01$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. براین اساس نتیجه می گیریم که آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی زنان در حال ترک اعتیاد در پس آزمون و پیگیری موثر واقع شده است. بر اساس توان آماری در افسردگی ۹۹ درصد از تغییرات در واریانس نمرات افسردگی ناشی از آموزش ذهن آگاهی بوده است.

جدول شماره (۱۱). تحلیل مانوا برای مقایسه دو گروه با توجه به ابعاد افسردگی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
گروهها	پس آزمون	۲۴۳۰	۱	۲۴۳۰	۲۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۹
	پیگیری	۱۹۸۷	۱	۱۹۸۷	۲۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۹

**جمع بندی و نتیجه گیری:** فرضیه های پژوهش: فرضیه ی اول: مداخله درمانی مبتنی بر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان اضطراب زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد. یافته های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده های جدول شماره ۴ نشان داد که مداخله درمانی مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی بر میزان اضطراب زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد. بدین معنی که آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب گروه آزمایش نسبت به گروه های گواه شده است. نتایج این تحقیق با پژوهش های، مورنه و همکاران (2008)، والش و شاپیرو (2008)، گل پور و همکاران (۱۳۹۱)، کاویانی و همکاران (۱۳۸۶) همسو می باشد. در تبیین این اثر بخشی باید گفت از آنجایی که در طول دوره ی آموزش، توجه به مفاهیمی مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی ورها سازی می شود، می تواند منجر به کاهش اضطراب فرد شود و نسبت به قبل از ارائه ی جلسات آموزشی- درمانی آرامش بهتری را تجربه کند. فرضیه ی دوم: مداخله درمانی مبتنی بر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان احساس ناامنی زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد. نتایج بدست آمده از تجزیه و تحلیل داده های جدول شماره ۶ نشان می دهد که مداخله درمانی مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی بر میزان احساس ناامنی زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری ندارد. یافته های این پژوهش با پژوهش های فلوگلو همکاران (۲۰۱۰)، هولو همکارانش (۲۰۱۰) غیر همسو است. در راستای اثربخش نبودن مداخله درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می توان گفت: از آنجایی که احساس امنیت در بین زنان در حال ترک یک مفروضه اساسی است و شاید نبودن همین احساس امنیت روانی و اجتماعی یکی از دلایل گرایش به مصرف مواد بوده است و الگوها و فرآیندهایی که در طول زمان وجود داشته، بر این

احساس عدم امنیت تأثیرگذار است. زنان در یک احساس روانی و اضطراب دائمی ترس به سر می‌برند. یک مجموعه عوامل در سطح کلان، میانی و خرد، احساس امنیت را در افراد جامعه شکل می‌دهد. به عنوان مثال ساختار کلی جامعه، مسائل اقتصادی، مشخصه های فردی و روانشناسانه، تجربه های شخصی و اجتماعی گذشته، ارتباطات اجتماعی، محیط و فضا، زمان، قومیت، فرهنگ و... از عواملی است که می‌توان گفت بر احساس امنیت این زنان تأثیرگذار است. بنابراین با اجرای آموزش و تمرینات ذهن آگاهی در این فاصله تغییراتی حاصل نگردیده است و در صورت انجام این تمرینات و بررسی داده های گروه پیگیری در مرحله بعدی بررسی مجددی صورت می‌گیرد. فرضیه سوم: مداخله درمانی مبتنی بر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد. یافته های بدست آمده از تجزیه و تحلیل داده های جدول شماره ۸ نشان می‌دهد که مداخله درمانی مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهشهای راکلد (۲۰۱۱)، ویلیامز (۲۰۱۲) و حیدریان و همکاران (۱۳۹۵)، زرنقاش و همکاران (۱۳۹۵)، آزادی و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. در تبیین این اثر بخشی می‌توان گفت که: تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند ارزیابی افراد و بخصوص زنان در حال ترک را مثبت تر کند و در نتیجه موقعیت های استرس زا را برای خود ایمن تر تلقی کنند. از آنجایی که زنان در حال ترک دارای افکار خودآیندی نیز می‌باشند و تمرینات ذهن آگاهی توانسته تا حد زیادی از این افکار خودآیند منفی جلوگیری کرده و میزان استرس زنان را به خصوص در موقعیت های سخت کاهش داده و آنها را نسبت به موقعیت آگاه تر و به اصطلاح در زمان حال قرار دهد، میزان تاب آوری آنان با انجام تمرینات افزایش یافته است. در کل می‌توان گفت ذهن آگاهی موجب کاهش استرس و کسب مهارت های خودگردانی و انعطاف پذیری در برخورد با رویدادهای استرس زا شده است و مهارت های لازم جهت تغییر دیدگاه و افکار، نسبت به چالش ها و افزایش تاب آوری شده است. فرضیه چهارم: مداخله درمانی مبتنی بر آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان افسردگی زنان در حال ترک اعتیاد تاثیر معناداری دارد. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش های دیمی دجیان و همکاران (۲۰۱۴)، خانا و گریسون (۲۰۱۳)، دسروسرزو همکاران (۲۰۱۳)، پاول و همکاران (۲۰۱۲)، مورنه و همکاران (۲۰۰۸)، تیزدل، سگال و همکاران (۲۰۰۲)، تیموری و همکاران (۱۳۹۴)، ملیانی و همکاران (۱۳۹۳)، کاویانی و همکاران (۱۳۸۶) همسو می‌باشد. در تبیین این اثر بخشی می‌توان گفت از آنجایی که یکی از مهم ترین علائم افسردگی، افکار خودآیند ناخوشایند است، تمرینات و ذهن آگاهی کمک می‌کند که زنان در کنترل پذیری افکار و هیجانات توانمند تر شوند و آنها را بهتر تجربه کنند. مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از کسانی که برای درمان سوء مصرف مواد، درمان شده اند ظرف یک سال پس از ترخیص دوباره دچار بازگشت شده اند (۲۰۰۵). از طرفی، اثربخشی پایین درمان های نگهدارنده دارویی بدون مداخله های روانی- اجتماعی به علت ضعف در مدیریت، ولع ناشی از استر (۲۰۰۸)، اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش، ضرورت به کارگیری مداخله های غیردارویی رانشان می‌دهد. مداخلات غیر دارویی مختلفی

روی کار آمده اند که با توجه به نتایج تحقیقات یکی از درمان های موثر در این حوزه آموزش های ذهن آگاهی است (۲۰۱۳).

ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می افتد تعریف شده است (۲۰۰۹). این توجه، توجهی است هدفمند به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه های در حال وقوع در لحظه کنونی ذهن (۱۹۹۳). آگاهی به ما یاری می دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجان های منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیر ارادی و بی تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (۲۰۱۰). در ذهن آگاهی تلاشی برای رسیدن به هدف یا پیامد خاصی صورت نمی پذیرد و حرکت مداومی به سوی هدف خاصی وجود ندارد. بلکه، تمرین های ذهن آگاهی امکان حضور در لحظه را فراهم می سازند (۲۰۰۷). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی افراد دریافت کننده از این مداخله را از قالب بندی و قضاوت های همیشگی از تجربه های شان مانند «این بداست» یا «این خسته کننده است» جدا کرده و به سمت و سوی آگاهی از این تجربه ها به شیوه ای ذهنی تر و متمرکزتر سوق می دهد.

هدف از این کار این است که در قبال تجربه ها، موضعی بی طرفانه گرفته و قضاوت ها و سوگیری های بعدی و پیشگویی ها به حداقل رسانده شود (۲۰۰۷). در طول جلسات درمان و با استفاده از پروتکل تایید شده توسط اساتید، برای افزایش ذهن آگاهی زنان در حال ترک مواد مخدر، مشخصات ذکر شده از مداخلات ذهن آگاهی مورد اجرا و تأکید قرار گرفت. می توان گفت مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی از مکانیزم های کلیدی مختلفی استفاده می کند: از جمله تغییر ادراکی در شیوه های پاسخ دهی و نحوه ارتباط با محرک های حسی، تغییر شناختی و عاطفی برای زنان در حال ترک. با توجه به هجوم افکار مخرب جهت شروع به مصرف در این زنان، رفتارهای اعتیادی ناسازگارانه با یک اعتیاد مثبت به ذهن آگاهی جایگزین شده و منبع بیرونی استرس برای این زنان به منابع توجهی و درونی تبدیل می شود و حالات خلقی پایین و طرح واره های ناسازگار خود تخریب و شرم آور مرتبط با اعتیاد به رشد شفقت و مهربانی به خود تغییر می یابند. بیشترین تأثیری که برای اجرای پروتکل ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس به گروه آزمایش می توان نام برد ارتباط موثر و همدلانه که همراه با بستر و فضای گروه پیش برود است که میتواند زمینه اجرای درست آموزش را فراهم کند و این در لحظه و به مقتضای حال پیش رفتن در جلسات خود نوعی آموزش در یک گروه کوچک برای پیش گرفتن آن رفتار در گروه بزرگ جامعه است. و در آخر می توان گفت ذهن آگاهی با تغییر تمرکز از اقدامات آینده به لحظه حاضر و به واسطه پذیرش هر آنچه در لحظه حال احساس می شود و یا از طریق تفکر بدون قضاوت و انتقاد می تواند شیوه ای مناسب جهت کاهش افسردگی و اضطراب و برای بالا بردن تحمل پریشانی بعد از ترک اعتیاد باشد.

- ۱- اختر محققى، مهدى، جامعه شناسى اعتياد، تهران، نشر مولف، ص ۵۹، ۱۳۸۵
- ۲- تیموری، س، رضانی، ف، محجوب، ن. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک بامتادون. فصلنامه اعتیاد پژوهی مصرف مواد (۳۴)، ۱۵۹-۱۳۹۴، ۱۴۵.
- ۳- حیدریان، آ، زهراکار، ک، محسن زاده، ف. اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. فصلنامه بیماری های پستان ایران (۲) ۵۹-۱۳۹۵، ۵۳.
- ۴- زرنقاش، م، محرابی زاده، م، بشلیده، ک، داوودی، ا، مرعشی، ع. تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و تاب آوری همسران جانباز قطع عضو. مجله روش ها و مدل های روانشناختی. ۷ (۲۳) ۹۸-۱۳۹۵، ۸۳.
- ۵- صحابی، جلیل، شناسایی عوامل موثر بر امنیت اجتماعی در شهر سنندج، طرح پژوهشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، ۱۳۸۹.
- ۶- کاویانی، جواهری، بحیرایی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۳ روزه. ۱۳۸۶
- ۷- گلپور، رضا و محمد امینی، زرار. اثربخشی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود ذهن آگاهی و افزایش ابراز وجود در دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان، مجله ی روانشناسی مدرسه، دوره ی ۱، شماره ی ۳/۱۰۰-۱۰۲، ۱۳۹۱.
- ۸- ملیانی، م، الهیاری، ع، آزاد فلاح، پ، فتحی آشتیانی، ع، طاوولی، آ. مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری بر پیش بین های عود در مبتلایان افسردگی اساسی عودکننده. دو فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت دانشور رفتار، (۱۰) ۸۶-۱۳۹۳، ۷۵.
- 9- Azadi S, Hosini A. The correlation of Social support tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of Ilam province. Journal of war and public health, 3(12):48-58, 2011
- 10- Brown, K.W. & Ryan, R.M. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being, Journal of personality and Social psychology, 84, 822-848, 2003
- 11- Desrosiers A, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. Behav Ther, 44: 373-84, 2013
- 12- Dimidjian, S. Beck, A. Felder, J.N. Boggs, J.M. Gallop, R & Segal, Z. Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. Behavior Research and Therapy, 63, 83-89, 2014
- 13- Emanuel, A. S.; Updegraff, J.A.; Kalmbach, A.D.; Ciesal, J.A. The role of mindfulness facets in affective forecasting, Personality and Individual Differences, 49, 815-818, 2010
- 14- FlugelColle, K.F. Cha, S. S. Loehrer, L. Baure, B. A. Wahner - Roedler, DL. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness based stress reduction program. Complementary Therapies in Clinical Practice 136-40, 2010.
- 15- Galanter, M. Innovations: alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous, Psychiatric Services, 57, 307-309, 2010
- 16- Howell, A.J.; Digdon, N.; Buro, K. Mindfulness predicts sleep-related self-regulation and well-being, Personality and Individual Differences, 48, 419-424, 2010
- 17- Ilgen M, Jain A, Kim HM, Trafton JA. The effect of stress on craving for methadone depends on the timing of last methadone dose. Behav Res Ther, 46(10): 1170, 2008

- Janina, G. Gallus, B. & Susa, R. Intention to change drinking behavior in general practices patients with problematic drink and comorbid depression or anxiety. *Alcohol & Alcoholism*,40(5), 394-400,2010 -18
- Jonson , L.A.& Jackson ,H.J. Early maladaptive schemas in personality disorder individuals. *Journal of Personality Disorders*,18,467-478,2011 -19
- Masuda, A, & Tully, EC. The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementation & Alternative Medicine*(2012). 17(1): 66-71. -20
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, New York: Guildford Press,(2002). -22
- Walker , L.; Colosimo , K. Mindfulness , self –compassion and happiness in non- meditators : A theoretical and empirical examination , *Personality and Individual Differences*(2011). 50,222-227 -23
- Khanna, S. Greeson, JM. A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary Therapies in Medicine*,21(3), 244-252,2013 -24
- Kristeller, J. L; Baer, R. A; Wolver, R. Q. Mindfulness-based approaches to eating disorders In Baer,R. *Mindfulness and acceptance-based intervention: Conceptualization, application, and empirical support*, San Diego,CA:Elsevier,(2006). -25
- Lagor AF, Williams DJ, Lerner JB, McClure KS. Lessons learned from a mindfulness based intervention with chronically ill youth. *Clin Pract Pediatr Psychol*,(2): 146-.85,2013 -26
- Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York (NY): Guilford Press, 1993 -27
- McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4): 447-58,2005 -28
- Morone,N.E.; Lynch , Ch.S.; Greco , C. M., Tindle ,H.A.; Weiner , D.K. I Felt Like a New Person The effects of mindfulness Meditation on older adults with chronic pain : Qualitative Narrative Analysis of diary entrie , *The Journal of pain*, vol .9,p841-848,2008 -29
- Paul, N. A., Stanton S.J., Greeson J.M., Smoski M.J & Wang L. Psychological and Neural Mechanisms of Trait Mindfulness in Reducing Depression Vulnerability. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*,8, 56–46,2012 -30
- Rakel D , Luke F, Victor SS, Mary JK. Mindfulness in medicine. *EXPLORE* 7(2):124-6,2011 -31
- Saltzman, A. *A Still Quiet Place: A Mindfulness Program for Teaching Children and Adolescents to Ease Stress and Difficult Emotions*. Oakland, CA: New Harbinger,2007 -32
- Segal, Z, V., Williams, J. M. G., Teasdale ,J. D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press 2002 -33
- Walach , H.; Buchheld , N.; Buttenmuller ,V.; Kleinknecht , N,&Schmidth , S. “Measuring mindfulness – the Freiburg Mindfulness Inventory(FMI),2006 -34
- Walsh, J.; Balian, M. G.; Smolira S. J. D .R.; Fredericksen, L. K & .Madsen, S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control ,*Personality and Individual differences*,46,94- 99,2009 -35
- Williams M & Penman, D. *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatic Co. uk,2002 -36