

بررسی مقایسه‌ای ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در افراد مصرف کننده مواد مقاوم به درمان

امیر محمد جعفری^۱، محسن امیدي شمامی^۲، صمد فهیمی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شاهرود، دانشکده روانشناسی

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

چکیده

سابقه و هدف: پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در سه گروه افراد معتاد مقاوم به درمان، افراد معتاد در حال درمان که در یک سال اخیر عود نداشتند و افراد سالم بود.

روش بررسی: در این مطالعه، تعداد ۵۰ نفر از افراد مصرف کننده مواد مقاوم به درمان، ۵۰ نفر افراد مصرف کننده مواد در حال ترک و ۵۰ نفر افراد سالم به روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ی پنج وجهی ذهن آگاهی و مقیاس تنظیم هیجان را تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از SPSS-17 و شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تحلیل شدند.

یافته‌ها: افراد مصرف کننده مواد با عود مکرر، در مقایسه با افراد مصرف کننده مواد که در یک سال اخیر ترک نداشتند و افراد سالم، فرونشانی بالاتر و ارزیابی مجدد و ذهن آگاهی پائین‌تری داشتند؛ و افراد مصرف کننده مواد که در یک سال اخیر عود نداشتند، در مقایسه با افراد سالم، ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد پائین‌تر و در نهایت فرونشانی بالاتری را نشان دادند.

نتیجه‌گیری: ارتباط بین هیجان و سومصرف مواد شناخته شده است. هیجان و سطوح پایین ذهن آگاهی، احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهد و عود بعد از درمان را می‌تواند پیش بینی کند.

واژگان کلیدی: افراد وابسته به مواد، ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، فرونشانی، ارزیابی مجدد.

مقدمه

رفتارهای مصرف مواد شیوع فراوانی دارد و اختلال وابستگی به مواد، در جایگاه دومین اختلال روان پزشکی بعد از اختلال افسردگی اساسی قرار گرفته است (۱،۲). طبق نظریه خود پزشکی (Self Medication Theory (SMH)، مصرف و وابستگی به مواد مخدر دست‌مایه‌ای در جهت تعدیل و کاهش هیجان‌های نامطلوب است. مصرف‌کنندگان مواد هیجان‌نا منفی و نامطلوب را غیر قابل تحمل و تخریب‌زا توصیف

می‌نمایند و نمی‌توانند این حالات نامطلوب هیجانی را بدون اتکا به مواد مدیریت کنند (۳). می‌توان از ذهن آگاهی و تنظیم هیجان به عنوان دو توانایی مهم در درک، ارزیابی، و پذیرش هیجان نام برد که احتمالاً در رفتارهای تسکین‌بخش اعتیادی نقش دارد.

یکی از ویژگی‌های بالقوه مهم در افراد صفت ذهن‌آگاهی (trait mindfulness) است (۴،۵). اگرچه تعاریف متعددی از ذهن آگاهی وجود دارد (۶)، ذهن آگاهی عموماً به عنوان راهی از پرداختن توجه در زمان حال تعریف شده است که بر احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه آزاد واحد شاهرود، امیر محمد جعفری

(email: Amir.jafari244@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۳/۱۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۹/۱۵

حوزه توجه به بدتنظیمی هیجان است. بدتنظیمی هیجان (Emotional distress regulation) تعریف شده به عنوان: (الف) فقدان آگاهی، درک، و پذیرش هیجان‌ها؛ (ب) ناتوانی در کنترل رفتارها به هنگام تجربه‌ی پریشانی‌های هیجانی؛ (ج) فقدان دسترسی به راهبردهای سازگاران برای تنظیم و تعدیل مدت و/یا شدت تجربه‌های هیجانی؛ و (د) بی‌زاری از تجربه پریشانی‌های هیجانی به عنوان بخشی از ادامه فعالیت‌های معنی‌دار زندگی (۲۵).

بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود می‌شوند (۲۶). از همین رو یکی از چالش‌های مهم در زمینه‌ی سبب شناسی و درمان افراد مصرف‌کننده مواد مقاوم به درمان شناسایی سازه‌هایی است که احتمالاً در عودهای مکرر درگیر هستند. از حوزه‌های نوظهور در این زمینه ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی است که نقش آن‌ها در اکثر اختلال‌های روانپزشکی نشان داده شده است. از همین رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه افراد معتاد با بیش از ۲ بار عود در ۱ سال اخیر، افرادی که در ۱ سال اخیر عود نداشته‌اند و افراد سالم اجرا شد.

مواد و روشها

جامعه، نمونه، روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی بود که در چارچوب یک طرح علی مقایسه‌ای اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر معتادان در حال ترک مواد در مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهرستان بهارستان در زمستان ۹۳ بود که از شروع درمان-شان حداقل ۱۲ ماه می‌گذشت. روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود به این ترتیب که از بین مراکز فعال شهرستان بهارستان به صورت تصادفی چهار مرکز نسیم درمان، نسیم آراین، امیرالمومنین و نسیم رهایی انتخاب گردید و از بین بیمارانی که حداقل از شروع درمان‌شان ۱۲ ماه می‌گذشت. از بین این افراد فهرستی از افرادی که طی ۱۲ ماه بدون عود بودند و حداقل ۲ بار عود مصرف مواد داشتند تهیه شد. از بین این افراد به صورت تصادفی ۵۰ آزمودنی برای هر گروه (با و بدون عود مصرف مواد) انتخاب شدند. همچنین تعداد ۵۰ آزمونی سالم برای مقایسه با افراد معتاد از بین همراهان افراد در حال ترک به صورت تصادفی انتخاب شدند. افراد انتخاب شده به مرکز نسیم درمان ارجاع داده شدند و پرسش‌نامه‌های پژوهش توسط روانشناس بالینی اجرا و داده‌های پژوهش

اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (۶، ۷). این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (۸). در بررسی نقش ذهن آگاهی در عاطفه و خلق، نتایج نشان می‌دهد که ذهن آگاهی پیش‌بینی-کننده‌ی رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (۷).

در رابطه با مصرف مواد و ذهن آگاهی چنین نظریه‌پردازی شده است که افراد با سطوح بالای صفت ذهن آگاهی توانایی بهتری برای نظاره تجربه‌های آزادنده به عنوان تجربه‌ی گذرا دارند و با احتمال کمتری در رفتارهای اعتیادی درگیر می‌شوند (۱۰-۸). هرچند که به‌طور کلی ارتباط منفی بین صفت ذهن آگاهی و رفتارهای مصرف مواد مشاهده شده است (۴، ۵)، تعدادی از مطالعه‌ها در یافتن ارتباط ذهن آگاهی و مصرف مواد شکست خورده‌اند (۱۲، ۱۱) و تعدادی، ارتباط مثبتی بین صفت ذهن آگاهی و رفتارهای اعتیادی گزارش کرده‌اند (۱۴، ۱۳). پنج مولفه ذهن آگاهی ارتباط متفاوتی با رفتارهای مصرف مواد نشان داده‌اند. عمل آگاهانه (acting with awareness)، عدم قضاوت (non-judgment)، و عدم واکنش (non-reactivity) مولفه‌هایی با بیشترین فراوانی با کاهش رفتارهای مصرف مواد مرتبط بوده‌اند (۱۶-۱۴). علاوه بر این، صفت ذهن آگاهی احتمالاً به‌طور متفاوتی با رفتارهای مصرف مواد مختلف مرتبط شده است (۱۹-۱۷). به عنوان مثال، صفت ذهن آگاهی با رفتارهای مصرف الکل بدون تناقض در یافته‌های پژوهشی مختلف مشاهده شده است (۱۹-۱۷)، اما همین ارتباط در رفتارهای مصرف تنباکو (۴، ۲۰، ۲۱) و ماری جوانا (۱۱، ۲۲) با همخوانی کمتری همراه بود.

در کاهش واکنش‌پذیری و بهبود تنظیم هیجان در برابر موقعیت‌های تنش‌زا بر نقش ذهن آگاهی تأیید شده است (۲۳). راهبردهای تنظیم هیجان اشاره به به‌کاربردن راهبردهایی در جهت نفوذ (influence)، تجربه (experience)، و تعدیل (modulate)، هیجان‌ها (همچون، سرکوبی (suppression) یا ارزیابی شناختی (cognitive reappraisal) دارد. تنظیم هیجان فرآیندهایی همچون مدیریت ابراز هیجان-ها و افزایش هیجان‌های مثبت را شامل می‌شود (۲۴). تنظیم هیجان انطباقی از طریق توانایی فرد برای به‌کاربردن راهبردهای موثر کنار آمدن در هنگام و جریان موقعیت‌های استرس‌زا تعریف می‌شود. کنار آمدن موثر- به درستی- می‌تواند ضربه‌گیر (buffer) رفتارهای مصرف مواد و پریشانی‌های هیجانی باشد (۲۵). نقش یکی از سازوکارهای مهم در این

توصیف) به دست آمد (۴۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کربناخ ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس تنظیم هیجان

مقیاس تنظیم هیجان توسط گراس و جان (۳۴) تهیه و از ۱۰ گویه و دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه؛ ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و فرونشانی (۴ گویه؛ ۲، ۴، ۶، ۹) تشکیل شده است. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای است. ضریب آلفای کربناخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است (۳۴). ضریب همسانی درونی این مقیاس در دانشگاه میلان برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ بدست آمده است. ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت به ترتیب ۰/۲۴ و ۰/۱۵- و با عواطف منفی ۰/۱۴- و ۰/۰۴- گزارش شده است (۳۵). در پژوهش علیلو، قاسم‌پور، عظیمی، اکبری، فهیمی (۳۶) پایایی این مقیاس (آلفای کربناخ) برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای ارزیابی مجدد و فرونشانی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۵۲ به دست آمد. در پژوهش وانگ و همکارانش (۳۴) آلفای کربناخ برای کل مقیاس، ۰/۹۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کربناخ به ترتیب برای ارزیابی مجدد و فرونشانی ۰/۸۳ و ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

به منظور ارائه‌ی تصویر روشن‌تر از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت شناختی هر یک از گروه‌های پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین سن افراد معتاد بدون عود ۳۵/۱۳ سال، افراد معتاد با عود مصرف ۳۳/۱۳ سال، و افراد سالم ۳۸/۱۳ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان تحصیلات زیر دیپلم داشتند. به ترتیب، ۲ و ۱ نفر از افراد مبتلا با عود بیش از ۲ بار در یک سال و افراد مبتلا بدون عود در یک سال سابقه بستری روان‌پزشکی و سابقه خودکشی داشتند.

در جدول ۲ یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در سه گروه پژوهش آمده است. میانگین نمره ذهن آگاهی به ترتیب ۱۳/۹۸، ۱۱۷/۱۴ و ۱۰۵/۴۴ در افراد سالم، افراد معتاد بدون عود، و افراد معتاد با عود بود. میانگین نمره فرونشانی به ترتیب ۲۰/۳۲، ۱۸/۵۴، ۱۵/۱ در افراد معتاد با عود، افراد معتاد بدون عود و افراد سالم

جمع‌آوری شد. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن معیارهای تشخیص DSM - IV برای اختلال مصرف مواد، بدون همبودی یا آلودگی با اختلال‌های سایکوتیک DSM - IV به تشخیص روانشناس بالینی، داشتن حداقل ۱۸ سال سن و حداکثر ۵۰ سال سن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن حداقل یک سال سابقه مصرف مواد و موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از نمونه پژوهش شامل داشتن همبودی با اختلال‌های سایکوتیک بود. همه شرکت کنندگان مرد بودند و نوع مصرف موادشان تریاک بود.

پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی

از این پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش استفاده شد و حاوی سؤال‌هایی از قبیل سن (۱۸ تا ۵۰ سال سن)، تحصیلات (زیر دیپلم، دیپلم، فوق دیپلم، لیسانس و فوق لیسانس و بالاتر)، چندمین تجربه ترک، چندمین سال مصرف، سابقه بستری روان‌پزشکی، و سابقه خودکشی بود.

پرسش‌نامه پنج وجهی ذهن آگاهی (Five fact mindfulness questionnaire)

این ابزار یک مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر (Baer) و همکارانش (۳۹) از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسش‌نامه ذهن آگاهی فریبرگ (۴۰)، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه (۷)، مقیاس ذهن آگاهی کنجواکی (۴۱)، مقیاس تجدیدنظرشده ذهن آگاهی شناختی و عاطفی (۴۲) و پرسش‌نامه ذهن آگاهی سوتامپتون (۴۳) با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. بائر و همکارانش (۳۹) تحلیل عاملی اکتشافی را بر نمونه‌های از دانشجویان دانشگاه انجام دادند. مولفه‌های به دست آمده این چنین نام‌گذاری شد: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن. براساس نتایج همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌های بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت (۴۴). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسش‌نامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-بازآزمون پرسش‌نامه FFMQ در نمونه ایرانی بین ۰/۵۷ (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و ۰/۸۴ (عامل مشاهده) مشاهده شد. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین ۰/۵۵ α) مربوط به عامل غیر واکنشی مربوط به عامل غیر واکنشی بودن و ۰/۸۳ عامل

جدول ۱. شاخص‌های جمعیت شناختی مربوط به افراد مبتلا با عود بیش از ۲ بار در یکسال، افراد مبتلا بدون عود در یکسال و افراد سالم (n=۵۰)

متغیر	افراد مبتلا با عود بیش از ۲ بار در یک سال	افراد مبتلا بدون عود در یکسال	سالم
سن میانگین (انحراف معیار)	۳۳/۱۳ (۳/۵۰)	۳۵/۱۳ (۴/۲۵)	۳۸/۱۳ (۲/۶۷)
زیر دیپلم	۳۸	۴۱	۳۴
تحصیلات دیپلم	۷	۵	۱۰
فوق دیپلم	۵	۴	۶
سابقه بستری روانپزشکی	۲	۱	-
سابقه خودکشی	۲	۱	-

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی در افراد مصرف کننده مواد و افراد سالم (N=۵۰)

متغیرها	با عود بیش از ۲ بار در یک سال		بدون عود در یکسال		افراد سالم	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ذهن آگاهی	۱۰۵/۴۴	۲۰/۸۹	۱۱۷/۱۴	۲۳/۶۹	۱۳۷/۹۸	۲۷/۳۲
مشاهده	۲۲/۴۸	۹/۳۸	۲۱/۷	۸/۲۸	۲۴/۶۸	۶/۲۹
مولفه های توصیف	۱۹/۶۴	۷/۹۷	۲۲/۸۴	۷/۵۴	۲۵/۱۸	۵/۹۹
ذهن آگاهی عمل آگاهانه	۲۱/۱۸	۶/۱۱	۲۴/۵۲	۸/۳	۳۲/۶۴	۸/۳
عدم قضاوت	۲۴/۱	۴/۵۵	۲۶/۹۲	۵/۷	۲۹/۱۴	۵/۳۳
عدم واکنش	۱۸/۰۴	۶/۸۲	۲۱/۱۶	۶/۹۱	۲۶/۳۴	۵/۹۹
تنظیم فرونشانی	۲۰/۳۲	۳/۵۹	۱۸/۵۴	۳/۶۹	۱۵/۱	۵/۲۴
هیجانی ارزیابی مجدد	۲۴/۲۶	۳/۵۹	۲۸/۰۲	۶/۶۷	۳۳/۲۸	۶/۶۸

چند متغیره (MANOVA) استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض برابری کواریانس متغیرها، با توجه به دو گروه پژوهش از آزمون باکس (BOX) استفاده شد. نتایج این آزمون نیز نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش در دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند ($P > 0.05$). علاوه بر این، نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس همه متغیرهای پژوهش در سه گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنی داری ندارند ($P > 0.05$). به منظور بررسی تفاوت سه گروه و تعیین معنی داری تفاوت میانگین، ذهن آگاهی، مولفه‌های آن و تنظیم هیجانی توجه بین سه گروه افراد مصرف کننده مواد مقاوم به درمان، در حال ترک و افراد سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. نتایج شاخص‌های تحلیل واریانس چند متغیره (اثر پیلای، لامبدا ویکر، اثر هوتلینگ، و بزرگترین ریشه ری) بر روی ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی نشان داد که بین گروه‌های مورد پژوهش از لحاظ متغیرهای مذکور تفاوت معنی داری وجود دارد ($p \leq 0.0001$).

به دست آمد و در نهایت افراد سالم در مقایسه با افراد معتاد بدون عود و با عود با میانگین ۳۳/۲۸ از ارزیابی مجدد بالاتری برخوردار بودند.

برای نرمال بودن داده‌ها ابتدا مقدار چولگی و کشیدگی را محاسبه کردیم؛ مقدار چولگی متغیرهای ذهن آگاهی و تنظیم هیجان (۲، ۲-) قرار داشت، یعنی از لحاظ کجی متغیرها نرمال بوده و توزیع آن متقارن بود. مقدار کشیدگی آنها نیز در بازه (۲، ۲-) قرار داشت؛ این نشان می‌دهد توزیع متغیر از کشیدگی نرمال برخوردار بود. پس از بررسی عادی یا نرمال بودن کشیدگی و یا چولگی توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن نشان داد که سطح معنی داری آزمون کلموگروف اسمیرنوف از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ H_0 پژوهش مبنی بر اینکه توزیع نمره‌های ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی نرمال است، رد نشد و مورد تایید قرار گرفت. بنابراین با اطمینان می‌توان گفت که داده‌ها نرمال بودند و برای استفاده از آزمون‌های آماری پارمتریک مجاز بودیم.

به منظور بررسی و تعیین معنی داری تفاوت میانگین ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی بین دو گروه از آزمون تحلیل واریانس

جدول ۳. شاخص های تحلیل واریانس چند متغیری

آزمون	ارزش	F	سطح معنی داری
اثر پیلایی	۰/۶۱	۸/۸۴	۰/۰۰۰۱
لامبدا ویکر	۰/۴۴	۱۰/۱۵	۰/۰۰۰۱
اثر هوتلینگ	۱/۱۵	۱۱/۵۱	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۱/۰۴	۲۱/۱۷	۰/۰۰۰۱

سالم از ذهن آگاهی کمتری برخوردار هستند. در مورد مولفه-های ذهن آگاهی مشاهده در سه گروه، تفاوت معنی داری مشاهده نشد و مولفه توصیف بین افراد در حال ترک و افراد سالم تفاوت معنی داری یافت نشد و افراد معتاد مقاوم به درمان در مولفه های ذهن آگاهی از افراد در حال ترک بدون عود در یک سال اخیر میانگین کمتری داشت و از لحاظ آماری معنی دار بود. دیگر یافته پژوهش حاضر، تفاوت معنی دار بین افراد معتاد و سالم در فرونشانی و ارزیابی مجدد بود و افراد معتاد مقاوم به درمان در مقایسه با افراد معتاد در حال ترک بدون عود در یک سال اخیر از به طور معنی داری از نمرات فرونشانی بالاتر و ارزیابی مجدد پائین تری برخوردار بودند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف، مقایسه ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در افراد مصرف کننده مواد با عود بیش از دو بار در ۱۲ ماه اخیر و مصرف کننده مواد با بدون عود در ۱۲ ماه اخیر و افراد سالم انجام شد. تحلیل مانوا نشان داد افراد مصرف کننده مواد با عود بیش از دو بار در ۱۲ ماه و مصرف کننده مواد با بدون عود در ۱۲ ماه و افراد سالم در ذهن آگاهی و تنظیم هیجان تفاوت معنی داری داشتند؛ یعنی افراد با عود مکرر در مقایسه با دو گروه دیگر، در صفت ذهن آگاهی از میانگین پائین تر، در فرونشانی از میانگین بالاتر و در نهایت در ارزیابی مجدد از میانگین کمتری برخوردار بودند.

همان طور که جدول ۳ نشان می دهد، نسبت های F بدست آمده شاخص های تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار هستند. بنابراین بین سه گروه پژوهش در متغیرهای ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی تفاوت معنی داری وجود داشت. به منظور تشخیص این که در کدامیک از متغیرها در مقایسه بین سه گروه تفاوت وجود دارد از تحلیل واریانس یک راهه در متن مانوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۴ مشاهده می شود که بین سه گروه مورد مطالعه در ذهن آگاهی و فرونشانی و ارزیابی مجدد با توجه به F و سطح معنی داری تفاوت معنی داری وجود دارد. از این رو، با توجه به معنی داری تفاوت ها در متغیرهای مورد پژوهش، برای مشخص کردن دقیق تفاوت ها در بین سه گروه، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی LSD در جدول ۵ نشان می دهد که میانگین ذهن آگاهی در گروه افراد مقاوم به درمان با دو گروه دیگر تفاوت دارد و افراد معتاد در حال ترک نیز در مقایسه با افراد

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با هدف مقایسه ی متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

متغیر وابسته	مجموع مجذورها	Df	میانگین مجذورها	F	سطح معنی داری
ذهن آگاهی	۲۷۱۶۷/۴۵	۲	۱۳۵۸۳/۷۳	۲۳/۳۶	۰/۰۰۰۱
مشاهده	۲۳۸/۸۱	۲	۱۱۹/۴۱	۱/۸۳	۰/۱۶
توصیف	۷۷۳/۴۵	۲	۳۸۶/۷۳	۷/۴۲	۰/۰۰۱
عمل آگاهانه	۳۴۷۳/۶۹	۲	۱۷۳۶/۸۵	۲۹/۷۵	۰/۰۰۰۱
عدم قضاوت	۶۳۸/۰۴	۲	۳۱۹/۰۲	۱۱/۷۳	۰/۰۰۰۱
عدم واکنش	۱۷۵۷/۶۱	۲	۸۷۸/۸۱	۲۰/۲۵	۰/۰۰۰۱
فرونشانی	۷۰۴/۱۷	۲	۳۵۲/۰۹	۱۹/۵۷۷	۰/۰۰۰۱
ارزیابی مجدد	۲۰۵۲/۷۶	۲	۱۰۲۶/۳۸	۲۱/۶۹	۰/۰۰۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD درباره متغیرهای پژوهش

متغیر مقایسه ای	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
	گروه ۱**	گروه ۲	۱۱/۷	۴/۸۲	۰/۰۱۶
ذهن آگاهی	گروه ۱	گروه ۳	۳۲/۵۴	۴/۸۲	۰/۰۰۰۱
	گروه ۲	گروه ۳	۲۰/۸۴	۴/۸۲	۰/۰۰۰۱
	گروه ۱	گروه ۲	۳/۲	۱/۴۴	۰/۰۲۸
توصیف	گروه ۱	گروه ۳	۵/۵۴	۱/۴۴	۰/۰۰۰۱
	گروه ۲	گروه ۳	۲/۳۴	۱/۴۴	۰/۱۱
	گروه ۱	گروه ۲	۳/۳۴	۱/۵۳	۰/۰۳
عمل آگاهانه	گروه ۱	گروه ۳	۱۱/۴۶	۱/۵۳	۰/۰۰۰۱
	گروه ۲	گروه ۳	۸/۱۲	۱/۵۳	۰/۰۰۰۱
	گروه ۱	گروه ۲	۲/۸۲	۱/۰۴	۰/۰۰۰۸
عدم قضاوت	گروه ۱	گروه ۳	۵/۰۴	۱/۰۴	۰/۰۰۰۱
	گروه ۲	گروه ۳	۲/۲۲	۱/۰۴	۰/۰۳
	گروه ۱	گروه ۲	۳/۱۲	۱/۳۲	۰/۰۲
عدم واکنش	گروه ۱	گروه ۳	۸/۳	۱/۳۲	۰/۰۰۰۱
	گروه ۲	گروه ۳	۵/۱۸	۱/۳۲	۰/۰۰۰۱
	گروه ۱	گروه ۲	۱/۷۸	۰/۸۵	۰/۰۴
فرونشانی	گروه ۱	گروه ۳	۵/۲۲	۰/۸۵	۰/۰۰۰۱
	گروه ۲	گروه ۳	۳/۴۴	۰/۸۵	۰/۰۰۰۱
	گروه ۱	گروه ۲	۳/۷۶	۱/۳۷	۰/۰۰۰۷
ارزیابی مجدد	گروه ۱	گروه ۳	۹/۰۲	۱/۳۷	۰/۰۰۰۱
	گروه ۲	گروه ۳	۵/۲۶	۱/۳۷	۰/۰۰۰۱

سرکوبی تفکر همبستگی معکوس دارد. در واقع فرد با ذهن آگاهی بالا مجهز می‌شود به اینکه بدون قضاوت و ارزیابی هیجان‌ها به صورت مطلوب و نامطلوب آن‌ها را به همان صورتی که رخ می‌دهند تجربه کنند. در تأیید این مطلب گلدین و گراس (۳۷) اذهان داشتند که کاهش فشار روانی مبتنی بر ذهن آگاهی، گرایش عمومی فرد به نشان دادن واکنش هیجانی و افکار بازانجامی درباره تفکرات گذرا و آنی و احساس‌های جسمانی را ناپدید می‌کند و سرمشق‌های تحریفی مربوط به پایش خود را اصلاح می‌کند و گرایش ارادی توجه را بهبود می‌بخشد. نتایج پژوهش کریسول و همکارانش (۳۸) نشان دادند که افراد با ذهن آگاهی بالا در مقایسه با افراد دارای ذهن آگاهی پائین کنش کمتری به برانگیزاننده‌های تصویری تهدیدآمیز از خود بروز می‌دهند و ذهن آگاهی می‌تواند مانعی در برابر واکنش‌پذیری به سوی تهدید و آشفتگی را در موقعیت‌های اجتماعی باشد (۳۹). همچنین ذهن آگاهی

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که افراد بدون عود در مقایسه با افراد سالم از میانگین ذهن آگاهی و ارزیابی مجدد کمتری داشتند و در مقابل از میانگین فرونشانی بالاتری برخوردار بودند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات بسیاری همخوانی دارد (۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۲۴، ۲۵). در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین گفت که صفت ذهن آگاهی بالا، افراد را به ایجاد رابطه اساساً متفاوت با تجربه احساس‌های درونی و حوادث بیرونی، از طریق ایجاد آگاهی لحظه به لحظه و جهت گیری رفتاری مبتنی بر مسئولیت عاقلانه به جای واکنش پذیری خودکار قادر می‌سازد. با به کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، ذهن آگاهی می‌تواند به طور مؤثر بر واکنش‌های هیجانی از طریق بازسازی قشری لیمبیک کنترلی اعمال نماید (۸). در همین ارتباط بائر و همکارانش (۲۷) نشان دادند افراد با ذهن آگاهی بالا از طریق تجربه غیر قضاوتی با

تنظیم هیجان متفاوتی بر خوردارند. در واقع افراد با ذهن آگاهی بالا کمتر به پایش و قضاوت هیجان‌ات پرداخته و از همین رو کمتر هیجان‌ات منفی را تجربه کرده و برای مدیریت هیجان‌های منفی در عوض راهبردهای اجتنابی همچون فرونشانی از ارزیابی‌های مجدد استفاده می‌کنند. طبق نتایج ادبیات پژوهشی فرونشانی موجب می‌شود که افراد هیجان‌ات منفی بیشتری تجربه کنند. فرد با صفت ذهن آگاهی پایین به پایش هیجان‌ات تجربه شده پرداخته و دچار حالات نامطلوب می‌گردد در این فرآیند اگر فرد به امید کاهش هیجان‌ات منفی دست به راهبردهای تنظیم هیجان منفی فرونشانی (در مقابل تنظیم هیجان ارزیابی مجدد) بزند، هیجان‌ات منفی شدت می‌یابد یکی از راه‌های گریز از این چرخه آزار دهنده معیوب احتمالاً مصرف و عود مصرف مواد خواهد بود.

محدودیت جامعه آماری پژوهش (مراکز ترک اعتیاد شهرستان بهارستان) گستره تعمیم نتایج و تفسیرها با محدودیت همراه می‌کند. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که از پرسش‌نامه‌های خود گزارش‌دهی استفاده شد و در نهایت اینکه متغیرهای تاثیرگذاری همچون ویژگی‌های شخصیتی کنترل نشد که این‌ها اعتبار درونی نتایج پژوهش را تهدید می‌کند. بنابراین با توجه نتایج به دست آمده پیشنهاد پژوهشی برای پژوهش‌های آتی این است که کارایی آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان در بیماران وابسته به مواد با عود مکرر مورد سنجش قرار گیرد تا در درمان آن‌ها از روش‌های ذهن آگاهی و آموزش تنظیم هیجان جهت جلوگیری از عود مصرف مواد به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی کارکنان مراکز ترک اعتیاد نسیم درمان، نسیم رهایی، امیرالمومنین (ع) و نسیم آرین و شرکت-کنندگانی که با صبوری خود انجام پژوهش حاضر را ممکن ساختند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

بالا از طریق کاهش اضطراب و عدم به کارگیری افکار بازانجامی همچون نشخوار و اندیشناکی با تنظیم هیجان در اتباط است (۴۰) و با کاهش نشخوار راه را برای استفاده از سبک‌های شناختی منعطف در مسأله گشایی هموار می‌کند (۴۱).

سوءمصرف و اعتیاد به مواد مخدر نتیجه سطوح پائین راهبردهای تنظیم هیجان مثبت همچون ارزیابی مجدد و نقص در کنارآمدن مفید و درست با هیجان‌ها و اداره‌ی آن‌هاست و این به ویژه در شروع مصرف مواد به چشم می‌آید. کان و دمتروکوویس (۴۲) نشان دادند که افراد در معرض خطر مصرف مواد هنگامی که شرایط هیجانی را تجربه می‌کند، دچار وسوسه مصرف مواد می‌شود؛ در این زمان تنظیم مؤثر هیجان-ها ضربه‌گیر مصرف مواد است. همان طور که در نتایج پژوهش آمده افراد با عود مکرر از تنظیم هیجان ارزیابی مجدد و فرونشانی متفاوتی در مقایسه با دو گروه دیگر دارند. توانایی تنظیم هیجان‌ها منجر به دست‌یابی به راهبردهای مقابله‌ای می‌شود که فرد سلامت از این وهله می‌گذرد. در واقع خود آگاهی هیجانی فرد را در مقابل سوءتعبیر هیجان‌ها ایمن می‌کند، در حالی که می‌داند این هیجان‌ها زود گذرند و آسیبی به فرد نخواهند رساند. همچنین افراد با تنظیم هیجان مثبت می‌توانند با آمادگی ذهنی بالاتری به پردازش اطلاعات و حل مسئله بزنند و در نتیجه با احتمال بیشتری در برابر فشارهای ناخواسته دیگران در مورد مصرف مواد مقاومت بیشتری نشان می‌دهند. در مقابل، افراد با تنظیم هیجان منفی بالا برای کنار آمدن با هیجان‌های منفی دست به رفتارهای تقویت شده منفی که هیجان‌ها را به صورت مؤثر اما کوتاه و نامطلوب از بین برده، یعنی رفتارهای مصرف مواد، می‌زند (۴۲-۴۳).

بنابراین افراد با به کارگیری تنظیم هیجان فرونشانی (مثلاً مصرف مواد) از تجربه‌ی هیجان‌های منفی اجتناب می‌کنند. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر افراد مبتلا با بیش از ۲ بار عود در یکسال و افراد تحت درمان بدون عود در یک دوره ۱۲ ماهه و افراد سالم از صفت ذهن آگاهی و راهبردهای

REFERENCES

1. Lopez-Quintero C, Hasin DS, de los Cobos JP, Pines A, Wang S, Grant BF, Blanco C. Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction* 2011;106: 657-669.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Clinical Psychological Psychotherapy* 2005; 62: 593 - 602.
3. Fahimi S, The role of sensitivity anxiety and meta-cognition beliefs in attentional bias soldiers use drugs: with emphasis on role mediator emotion regulation strategies in attentional bias. Approved projects Research Council of Tehran University of Medical Sciences, 2015. [In Persian]
4. Black DS, Sussman S, Johnson CA, Milam J. Trait mindfulness helps shield decision-making from translating into health-risk behavior. *J Adolesc Health* 2012; 51: 588-592.

5. Bramm SM, Cohn AM, Hagman BT. Can Preoccupation with alcohol over-ride the protective properties of mindful awareness on problematic drinking? *Addict Disord Their Treat* 2013; 12: 19–27.
6. Baer RA. Measuring mindfulness. *J Contemp Buddhism Interdiscip* 2011; 12: 241–261.
7. Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Emotion Regulation Training on Mental Health in Chemical Weapon Victims 3. 2011; 2 :61-71
- 8-. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn* 2012; 19: 597-605.
9. Brewer JA, Bowen S, Smith JT, Marlatt GA, Potenza MN. Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: what can we learn from the brain? *Addiction* 2010; 105: 1698–706.
10. De Dios MA, Herman DS, Britton WB, Hagerty CE, Anderson BJ, Stein MD. Motivational and mindfulness intervention for young adult female mari-juana users. *J Subst Abuse Treat* 2012; 42: 56–64.
11. Philip AC. More than meditation: the role of dis-positional mindfulness in alcohol and marijuana-related problems [Doctoral Dissertation]. Alabama, USA: Auburn University; 2010.
12. Rendon KP. Understanding alcohol use in college students: a study of mindfulness, self-compassion, and psychological symptoms [Doctoral Dissertation]. Texas, USA: University of Texas Libraries; 2006.
13. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addict Behav* 2005; 30: 1335–1341.
14. Leigh J, Neighbors C. Enhancement motives mediate the positive association between mind/body awareness and college student drinking. *J Soc Clin Psychol* 2009; 28: 650–669.
15. Bodenlos JS, Noonan M, Wells SY. Mindfulness and alcohol problems in college students: the mediating effects of stress. *J Am Coll Health* 2013; 61: 371–78.
16. Murphy C, MacKillop J. Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology* 2012; 219: 527–536.
- 17-Fernandez AC, Wood MD, Stein LAR, Rossi JS. Measuring mindfulness sand examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychol Addict Behav* 2010; 24: 608–16.
18. Black DS, Semple RJ, Pokhrel P, Grenard JL. Component processes of executive function—mindfulness, self-control, and working memory—and their relationships with mental and behavioral health. *Mindfulness* 2011; 2: 179-85.
19. Robinson JM. When You See It, Let it be: Urgency, Mindfulness and Adolescent Substance Use [Doctoral Dissertation]. Reed College 2010.
20. Adams CE, McVay MA, Kinsaul J, Benitez L, Vinci C, Stewart DW, et al. Unique relationships between facets of mindfulness and eating pathology among female smokers. *Eat Behav* 2012; 13: 390–93.
21. Luberto CM, McLeish AC, Zvolensky MJ, Baer RA. Mindfulness skills and anxiety-related cognitive processes among young adult daily smokers: a pilot test. *Mindfulness* 2011; 2: 129–136.
22. Bonn-Miller MO, Vujanovic AA, Twohig MP, Medina JL, Huggins JL. Posttraumatic stress symptom severity and marijuana use coping motives: a testof the mediating role of non-judgmental acceptance within a trauma-exposed community sample. *Mindfulness* 2010; 1: 98–106.
23. Anicha CL, Ode S, Moeller SK, Robinson MD. Toward a cognitive view of trait mindfulness: distinct cognitive skills predict its observing and non reactivity facets. *Journal of Personality* 2012; 80: 255-85.
24. Wong CF, Silva K, Kecojevic A, Schragger ShM, Bloom JJ, Iverson E, Lankenau SE. Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug Alcohol Depend* 2013; 132: 165-71.
25. Gratz KL, Tull MT. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatient substance users. *Cognit Ther Res* 2010; 34: 544–53.
- 26.Dabbaghi P, Asgharnejad Farida A, Atef-Vahidb M K, Bolharic J. Effectiveness of Group Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Spiritual Schema Activation in the Prevention of Opioid Abuse Relapse. *IJPCP*. 2008; 13:366-75.
27. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report Assessment methods to Explore Facets of mindfulness. *Assessment* 2006;13:27-45.
28. Walsh J, Balian MG, Smolira SJDR, Fredericksen LK, Madsen S. "Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control", *Personality and Individual differences* 2009; 46: 94- 99.

29. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment* 2004; 11: 191-206.
30. Kumar SM, Feldman GC, Hayes AM. Change in mindfulness and emotional regulation in an integrative therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 2008;11:32-34.
31. Chadwick P, Hember M, Mead S, Lilley B, Dagnan D, Eds. Responding mindfull to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). Southampton, UK: Southampton Royal South Hants Hospital; 2007.
32. Neuser NJ. Examining The Factors of mindfulness: A confirmatory Factot Analysis of the Five Facet mindfulness Questionnaire. School of professional psychology paper 2010; 128.
33. Heydarinasab L, Ahmadvand Z, Shairi M R. An investigation of the validity and reliability of psychometric characteristics of five facet mindfulness questionnaire in Iranian non-clinical samples. *Journal of Behavioral Sciences*. 2013; 7 :11-12.
34. Gross JJ, John OP. Individual difference in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85: 348-62.
35. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 2010; 26: 61-67.
36. Mahmoud alilou M, Ghasempour A, Azimi Z, Akbari E, Fahimi S. Role of emotion regulation strategies in the prediction of borderline personality disorder symptoms. *andisheh va raftar (applied psychology)* 2012; 6(24); 9 - 18.
37. Goldin PR, Gross JJ. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion* 2010; 10: 1, 83-91.
38. Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, Lieberman MD. Neural Correlates of Mindfulness during affect labeling. *Psychosom Med* 2007; 69: 560-65.
39. Allen NB, Knight W. Mindfulness, Compassion for Self, and Compassion for Others, Compassion: Conceptualizations, Research, and Use in Psychotherapy (pp. 239-262). New York: Routledge 2005.
40. Shapiro SL, Brown KW, Biegel G. Teaching Self-care to Caregivers: the effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology* 2007; 1: 105-115.
41. Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states, of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med* 2007; 33: 11-21.
42. Kun B, Demetrovics Z. Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Subst Use Misuse* 2010; 45: 1131-60.
43. Kober H, Kross E, Mischel W, Hart L, Ochsner KN. Regulation of craving by cognitive strategies in cigarette smokers. *Drug Alcohol Depend* 2009; 10: 36091-94.