Military Caring Sciences

Original Article

10.22034/11.4.6

OPEN ACCESS

Evaluating the Effectiveness of Cognitive Therapy Training Program Based on Mindfulness on Self-Efficacy and Self-Control of People with Drug Addiction with Frequent Relapse

Mansobi.M[1]

*Ahmadian. H[1]

YarAhmadi. Y[1]

*1- Psychology Department, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran (*Corresponding Author), Email: Ahmadian@jausdj.ac.ir*

ABSTRACT

Introduction: Drug addiction is characterized by motivational dysregulation, including compulsive substance use and episodes of intense craving for drugs.

Objective: This study aimed to investigate the impact of a mindfulness-based cognitive therapy training program on self-efficacy and self-control in individuals with substance dependence and recurrent relapse.

Materials and Methods: The methodology employed in this study utilized a quasi-experimental design with a pre-test–post-test configuration and a control group. The statistical population comprised individuals with substance use disorders in a non-residential community treatment center in 2023. From this population, 30 participants were selected through voluntary sampling and subsequently randomized into experimental and control groups (15 participants per group). The data collection instrument employed was the Self-Efficacy and Self-Control Scale. The implementation of mindfulness-based cognitive therapy training was conducted over eight sessions, each lasting 90 minutes. Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS version 25 software, employing a significance level of 0.05.

Results: The mean self-efficacy score following the intervention in the experimental group was 103.33±14.49, while in the control group it was 58.40±8.01. The mean self-control score post-intervention in the experimental group was 28.33±6.56, and in the control group it was 20.11±3.74. Analysis of the results was conducted using a multivariate covariance test. The findings indicated that, after controlling for the effects of the pre-test, there was a statistically significant difference between the mean scores of the experimental and control groups in the total score of the self-efficacy variable ($P<0.001$; $F=93.373$) and the self-control variable ($P<0.001$; $F=8.944$).

Conclusion: Considering the results of the present study and the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in increasing self-efficacy and self-control in individuals with drug dependence and frequent relapse, the use of this treatment method is recommended by specialists in this field.

Keywords: Cognitive Therapy, Drug Addiction, Mindfulness, Self-Efficacy, Self-Control

Cite this article: Mansobi M, Ahmadian H, YarAhmadi Y. Evaluating the Effectiveness of Cognitive Therapy Training Program Based on Mindfulness on Self-Efficacy and Self-Control of People with Drug Addiction with Frequent Relapse. Military Caring Sciences. 2024; 11 (4): 295-306.

Received: 2024/06/12 Received in revised form: 2024/10/21 Accepted: 2024/10/29 Published: 2024/12/30

©The Author(s)

Publisher: Aja University of Medical Sciences.

علوم مراقبتی نظامی

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی برنامه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و خودکنترلی افراد دارای وابستگی دارویی با عود مکرر

مریم منصوبی[1]
*حمزه احمدیان[1]
یحیی یاراحمدی[1]

۱ - گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (*نویسنده مسئول)، آدرس الکترونیک:

Ahmadian@jausdj.ac.i

چکیده

مقدمه: اعتیاد به مواد مخدر با اختلالات انگیزشی مانند مصرف اجباری مواد مخدر و دوره‌های ولع شدید به مواد مشخص می‌شود.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تعیین تأثیر برنامه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکار آمدی و خودکنترلی افراد دارای وابستگی دارویی با عود مکرر بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر افراد مبتلا به اعتیاد مرکز اجتماع درمان‌مدار غیر اقامتی در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. در این میان تعداد ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و پس از جایگزینی تصادفی در گروه آزمون و کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند (در هر گروه ۱۵ نفر) انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مقیاس خودکارآمدی و خودکنترلی بود. فرآیند اجرا آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به مدت ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کواریانس چند متغیری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین خودکارآمدی بعد از مداخله در گروه آزمون ۱۴/۴۹± ۱۰۳/۳۳ و در گروه کنترل ۸/۰۱±۵۸/۴۰ بود و میانگین خودکنترلی بعد از مداخله در گروه آزمون ۶/۵۶±۲۸/۳۳ و در گروه کنترل ۳/۷۴±۲۰/۱۱ بود. نتایج با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت آماری معنی‌داری بین میانگین نمرات گروه آزمون و کنترل، در نمره کل متغیر خودکارآمدی (P<۰/۰۰۱؛ F=۹۳/۳۷۳) و متغیر خودکنترلی (P<۰/۰۰۱؛ F=۸/۹۴۴) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر و اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش خودکارآمدی و خودکنترلی در افراد دارای وابستگی به دارو با عود مکرر، استفاده از این روش درمانی به متخصصان در این حیطه توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: بر ذهن آگاهی، شناخت درمانی، خودکارآمدی، خودکنترلی

استناد: منصوبی مریم، احمدیان حمزه، یاراحمدی یحیی. بررسی اثربخشی برنامه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و خودکنترلی افراد دارای وابستگی دارویی با عود مکرر. علوم مراقبتی نظامی. ۱۴۰۳؛ ۱۱(۴): ؟- ؟.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۲۳ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۷/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۸/۸ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی آجا.

© نویسندگان.

CC BY NC

مقدمه

اعتیاد به مواد یک اختلال عصبی روان‌پزشـــکی است که با تمایل مکرر به ادامه مصرف یک ماده با وجود پیامدهای مضر مشـــخص می‌شود، این رفتار جستجوی مواد مخدر با ولع مصرف و از دست دادن کنترل همراه اســـت و اعمال ســـوءمصرف مواد مخدر باعث اعتیاد می‌شود و به طور کلی مستلزم مواجهه مکرر با مواد مخدر اســـت که هم ســـاختار ژنتیکی فرد و هم زمینه روان‌شناختی و اجتماعی که مصرف مواد مخدر در آن صورت می‌گیرد، به‌شدت بر این فرآیند تأثیر می‌گذارد (۱). معیارهای تشخیصی مشخص برای اعتیاد به مواد در راهنمای تشـــخیصی و آماری (DSM-5-TR) اختلالات روانی تنظیم شـــده و به طور گســـترده برای تشخیص اعتیاد و ارزیابی درمان آن استفاده شده است (۲).

بازگشـــت به مصرف مواد مخدر پس از دوره‌های طولانی پرهیز یکی از بحرانی‌ترین مشـــکلات در درمـــان طولانی‌مدت معتادان به مواد مخدر اســـت (۱). عود، به شکســـت فـــرد در تلاش برای تغییر رفتار استفاده از مواد یا بازگشت به سطوح قبل از درمان یا استفاده از مواد پس از یک دوره "پرهیز"، یا شکست در تلاش فرد برای تغییر یا اصلاح رفتار هدف اشاره دارد (۳). میزان عود دوباره بعد از درمان حدود ۵۰ تا ۹۰ درصد اســـت (۴) و معمولاً در دوره ۳ هفته تا ۶ ماه پس از درمان به ۴۰ تا ۷۵ درصد می‌رســـد (۳). عـــود دوباره مصرف مواد پس از درمان موفقیت‌آمیز یک مشـــکل در ســـطح جهانی است و در کشورهای کم‌درآمد و متوسط بیشتر از کشـــورهای توسعه یافته مشاهده می‌شـــود (۵). پیش‌گیری از عود یک عامل مهم در بهبود از مشـــکلات سوء مصرف مواد است. بررســـی‌ها اذعان می‌دارند که درمان بر مسیر بهبود مثبت تأثیر می‌گذارد، با این حـــال عود یک عارضه قابل توجه هم در طول و هم پس از درمان اســـت (۶). شناسایی عوامل خاصی که می‌تواند عـــود را کاهش دهد و ســـلامتی افراد در حال درمـــان را بهبود بخشـــد یک نیاز مهم است؛ بنابراین به نظر می‌رسد که اقدامات و روش‌های درمانی انجام شده مؤثر و جامع نبوده‌اند.

عوامـــل زیادی برای عود مکـــرر وجود دارد کـــه مهم‌ترین آن‌ها آمادگی‌های روانی و ویژگی‌های شـــخصیتی این افراد است (۷)، فراینـــد مرتبط با خـــود می‌تواند یک عامل مهـــم در درک رفتار سوءمصرف مواد باشد، زیرا بر جهت‌گیری هدف و عادات رفتاری و تمایل به مصرف دوباره تأثیر می‌گذارد (۸). بر اساس نظریه عمومی جرم‌شناسی گاتفردســـون (Gottfredson) و همکاران در تبیین گرایش فرد به رفتارهای خطرساز و سوءمصرف مواد، خودکنترلی یک متغیر غالب و مســـتقل است که نقش تعیین‌کنندگی زیادی در بروز رفتارهای ریسک‌پذیر دارد (۹). خودکنترلی یعنی شخص با وجود برانگیختگی برای عمل، کنترل رفتارها، احساسات و غرایز خود را داشته باشد (۱۰). چنین فردی بر راهبردها و اعمال خود نظارت دارد و آن‌ها را به منظور کســـب موفقیت، اصلاح و تعدیل می‌کند (۱۱). خودکنترلی یک انگیزه اساسی و مهم برای گرایش به مصرف یا عدم مصرف مواد می‌باشد (۱۲).

یکـــی دیگر از متغیرهایی که در افراد مبتلا به وابســـتگی دارویی می‌تواند نقش مهمی داشته باشد خودکار آمدی است. خودکارآمدی را میزان اعتقاد فـــرد برای اصلاح رفتار و تفکر و آمادگی بی‌چون و چرا برای انجام تلاش‌های خودجوش برای دستیابی به موفقیت تعریف می‌کنند. معمولاً گفته می‌شـــود که خودکارآمدی عاملی مهمی در کاهـــش رفتارهای مخاطره‌آمیز افراد اســـت به طوری که بررســـی‌ها نشان داده اســـت افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند، موقعیت‌های اســـترس‌زا را غیرقابل‌کنترل می‌دانند بیشتر گرایش به اســـتفاده از راهبردهـــای مقابلـــه‌ی ناکارآمد هیجان مدار مانند مصـــرف مواد مخدر دارند (۱۳). این در حالی اســـت که افراد با خودکارآمدی بالا، بر امور تســـلط بیشـــتری دارند و با بهبـــود مهارت‌ها بر مشـــکلات فائق می‌آیند. از ایـــن رو می‌توان گفت خودکارآمدی به وســـیله سرســـختی روان‌شناختی، افراد را از گرایش به ســـوءمصرف مواد مصون می‌دارد (۱۴). طاهری فرد و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که خودکارآمدی در ولع مصرف و عود افراد مصرف کننـــده متامفتامین نقش مهمی دارد (۱۵). ژانـــگ (Zhang) و همکاران، در یک مطالعه کیفی، به این نتیجه رســـیدند که افراد دارای خودکارآمـــدی بالا، میزان اعتیاد و وابســـتگی خود را ناچیز می‌دانند و خودکنترلی خود را بیشـــتر برآورد می‌کنند. برعکس، افراد دارای خودکارآمدی پایین، میزان وابستگی خود به مواد را بیشتر برآورد می‌کنند و خودکنترلی خود را ضعیف ارزیابی می‌کنند. این افراد ســـابقه عود بیشتری نسبت به گروه دیگر داشـــته‌اند و بیشتر عود را به عنوان شکست تفسیر می‌کنند و آن را به خود اسناد می‌دهند (۱۶).

در زمینـــه مداخله‌های دارودرمانی و روان‌درمانی در ســـوءمصرف مواد و عود دوباره مصرف، تلاش‌های فراوانی انجام شـــده و به ثبت

رسیده است که یکی از آن‌ها درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) می‌باشد (١٧) که یک نوآوری شناختی به‌ویژه در درمان اعتیاد و عود دوباره است (١٨). این درمان در آغاز به منظور پیشگیری از عود افسردگی توسط سگال (Segal) و همکاران معرفی شد (١٩). این درمان جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و هدف آن آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی کنند و از شروع مجدد بیماری جلوگیری کنند (٢٠). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نیازمند راهبردهای رفتاری ـ شناختی و فراشناختی خاصی برای تمرکز فرایند توجه، کمک به پیشگیری از عوامل ایجادکننده خلق منفی، تفکر منفی و پاسخ‌های اضطرابی و ایجاد دیدگاه نو و شکل‌گیری افکار و احساسات مثبت و خوشایند می‌شود (١٩).

در حال حاضر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال مصرف مواد و عود مورد توجه قرار گرفته است (١٨) در این زمینه نتایج و تأثیرات مثبت درمانی داشته‌اند (٢١). کایااوغلو (Kayaoglu) و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند، سطوح پایین استرس و خودکارآمدی بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد را بهبود بخشد (٢٢). بایر (Bayır) و همکاران، در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در خودکارآمدی افراد وابسته به دارو و ارتقای سلامت روانی اثربخش می‌باشد. نتایج پژوهش هریس (Harris) نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر بهبود مصرف الکل و پایداری از عود در نوجوانان نقش بسزایی دارد (٢٣).

سعید منش و پارسایی، در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحریف‌های شناختی و خودکنترلی نوجوانان معتاد در حال ترک شهر اصفهان، اذعان داشتند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش تحریف‌های شناختی و افزایش خودکنترلی در نوجوانان دارای سوءمصرف مواد می‌شود (٢٤). همچنین ماردپور (Maredpour) و همکاران مطالعه‌ای با عنوان اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی انجام دادند، آن‌ها اذعان داشتند پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی از قابلیت‌های عملی خوبی برای مداخلات بالینی در کاهش ولع مصرف و میزان عود و همچنین افزایش خودکنترلی در افراد دارای وابستگی دارویی برخوردار است (٢٥). مطالعات مختلفی نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در خودکنترلی قمار (٢٦)؛ کاهش ولع مصرف و سیگار کشیدن (٢٧) و عود مجدد وابستگی دارویی تأثیرگذار بوده است (٢٨).

خطر بازگشت به مصرف مواد پس از ترک وابستگی دارویی همیشه وجود دارد و این مشکل مقابله با معضل سوءمصرف مواد را پیچیده‌تر می‌کند. موضوع ترک وابستگی دارویی موضوعی است که همواره مورد توجه مسئولان و همچنین خود مصرف‌کنندگان مواد مخدر و خانواده‌هایشان بوده است. ترک فیزیکی مواد مخدر کار سختی نیست. چندین مطالعه شیوع بالای عود و استفاده مجدد از دارو توسط افراد وابسته به مواد را پس از ترک دارو نشان می‌دهد. در مطالعات انجام شده، محققان به این نتیجه رسیدند که تنها ٢٠ درصد از بیماران می‌توانند به طور مؤثر پس از یک سال مصرف را متوقف کنند. در ایران بر اساس اطلاعات موجود، ۴٠ درصد از افراد دارای وابستگی دارویی که جهت ترک اعتیاد به مراکز بازپروری مراجعه می‌کنند سابقه حداقل یک‌بار اقدام جهت قطع مصرف را داشته‌اند که نشان می‌دهد میزان بازگشت به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر بسیار بالاست. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اعتیاد و نیز عود آن در کشور از یکسو و تفاوت‌های منطقه‌ای در افکار، باورها، عوامل محافظتی شناختی و عوامل مؤثر در عود اعتیاد از سوی دیگر، ضرورت شناسایی عوامل بنیادی و تأثیرگذار به ویژه در حوزه رفتارهای فردی، اجتماعی و شخصیتی در گرایش مجدد به وابستگی دارویی امری منطقی به نظر می‌رسد. از این رو با توجه به اینکه کاهش وابستگی دارویی و عود دوباره هر دو، می‌تواند بر حیطه روابط و سلامت روان تأثیر داشته و از طرفی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در آگاهی افراد از خویش و اینکه بیاموزند چگونه از احساس‌های بدنی، افکار و هیجانات خودآگاهی یابند و چگونه پاسخ سازگارانه به علائم هشدار دهنده بدهند تأکید دارد؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکنترلی و خودکار آمدی افراد دارای وابستگی دارویی با عود مکرر مؤثر انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر افراد

مبتلا به اعتیاد مرکز اجتماع درمان‌مدار غیر اقامتی در سال ۱۴۰۲ تشکیل داد. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر یک از زیر گروه‌ها ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۲۹)؛ بنابراین از این جامعه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اعتیاد را انتخاب و به شیوه تصادفی ساده به گروه آزمون و گروه کنترل تخصیص داده شدند (۱۵ نفر در گروه آزمون و ۱۵ نفر در گروه کنترل). معیارهای ورود شامل داشتن سن ۳۰ تا ۵۰ سال، حداقل سطح تحصیلات دیپلم، ۴- ۳ بار سابقه عود، رضایت بیمار جهت شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به اختلالات روانی مزمن و عدم دریافت مداخله روان‌شناختی هم‌زمان بود.

معیارهای خروج شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده و انصراف از ادامه حضور در پژوهش بود. به منظور گردآوری داده‌ها از ۲ پرسشنامه خودکارآمدی عمومی و خودکنترلی به شرح زیر استفاده شد: اولین ابزار مقیاس خودکارآمدی بود که توسط شرر (Sherer) و همکاران ساخته شده است و عقاید فرد مربوط به توانایی غلبه بر موقعیت‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند (۳۰). این مقیاس دارای ۱۷ سؤال است که هرکدام از آن‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده است. نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که به هر سؤال از ۵ تا ۱ امتیاز تعلق می‌گیرد. سؤال‌های (۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵) از راست به چپ و مابقی سؤالات به‌صورت معکوس یعنی از چپ به راست نمره‌گذاری می‌شود. در نهایت حداقل و حداکثر نمرات مقیاس بین ۸۵ تا ۱۷ می‌باشد که هر چه نمره فرد بالاتر باشد خودکارآمدی فرد بالاتر و برعکس هر چه نمرات فرد پایین‌تر باشد نشان از خودکارآمدی پایین می‌باشد (۳۰). در ایران، اصغرنژاد و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس را مورد بررسی قرار دادند و برابر با ۰/۸۳ به دست آمد (۳۱). پایایی به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ محاسبه شد.

دومین ابزار پرسشنامه فرم کوتاه خودکنترلی بود که توسط تانجی و همکاران به منظور ارزیابی میزان خودکنترلی افراد بر خویشتن ساخته شد. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده که تانجی و همکاران فرم کوتاه آن را نیز ارائه کردند. فرم کوتاه پرسشنامه دارای ۱۳ سؤال و ۲ خرده مقیاس خودکنترلی اولیه و خودکنترلی منع کننده است که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً (۱) تا خیلی زیاد (۵) است. حداقل نمره افراد در آزمون ۱۳ و حداکثر نمره ۶۵ است و کسب نمره بیشتر نشان دهنده خودکنترلی رفتاری بیشتر در افراد است (۳۲). پایایی پرسشنامه توسط تانجی و همکاران با آزمایش بر روی دو نمونه آماری مجزا با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد که نشان دهنده اعتبار بالای این پرسشنامه است و همچنین روایی صوری آن نیز تأیید شده است. سبقتی و امامی پور در سال ۱۳۹۴ نیز با پژوهش بر روی یک نمونه ۳۵۴ نفری از دانش آموزان پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۰ گزارش نمودند (۳۳). پایایی به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۴ محاسبه شد.

بعد از هماهنگی و کسب مجوز از دانشگاه، برای تعیین حجم نمونه از روش در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمون و گروه کنترل گمارده شدند. ضمن توجیه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش، از آن‌ها درخواست شد تا در دوره درمان شرکت نمایند لازم به ذکر است از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش دریافت شد. قبل از شروع روش‌های درمانی، هر دو گروه مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست گردید تا پرسشنامه‌های مورد نظر را پاسخ دهند. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ی یک‌بار توسط خود پژوهشگر که آموزش لازم را کسب کرده بود در کلینیک ترک اعتیاد انجام شد. لازم به توضیح می‌باشد که جهت تشویق این افراد به شرکت در جلسات، از گروه‌های پشتیبان، دوستان و خانواده و بسته‌های تغذیه رایگان استفاده شد و جهت اطمینان برای انجام تکالیف از افراد خواسته شد گزارش فعالیت‌هایشان هر جلسه را بیاورند. روایی محتوای این بسته آموزشی نیز تأیید شده است (۱۹). خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. پس از تمام شدن دوره درمان گروه آزمون و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و سپس داده‌های به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت لازم به توضیح می‌باشد که جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش برای گروه کنترل جلسات آموزشی برگزار شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی

استفاده شـــد. در ســـطح آمار توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف اســـتاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ استفاده گردید. این مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC. ۱۴۰۲,۰۴۷ در کمیته اخلاق دانشـــگاه آزاد اسلامی واحد سنندج تصویب شده اســـت. در این مطالعه، ملاحظات اخلاقی بیانیه هلسینکی از جمله توضیح اهداف به واحدهای پژوهش، دادن حق انتخاب به واحدهای پژوهش برای ورود به پژوهش و خروج از آن در هر زمان، محرمانه ماندن اطلاعات، رعایت صداقت در انتخاب واحدهای مورد پژوهش و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، ارائه نتایج پژوهش به واحدهای مورد پژوهش و مســـئولین محیط پژوهش در صورت درخواست و قدردانی از کلیه واحدهای مورد پژوهش و کلیه مسئولین ذی‌ربط که همکاری داشته‌اند، رعایت شد.

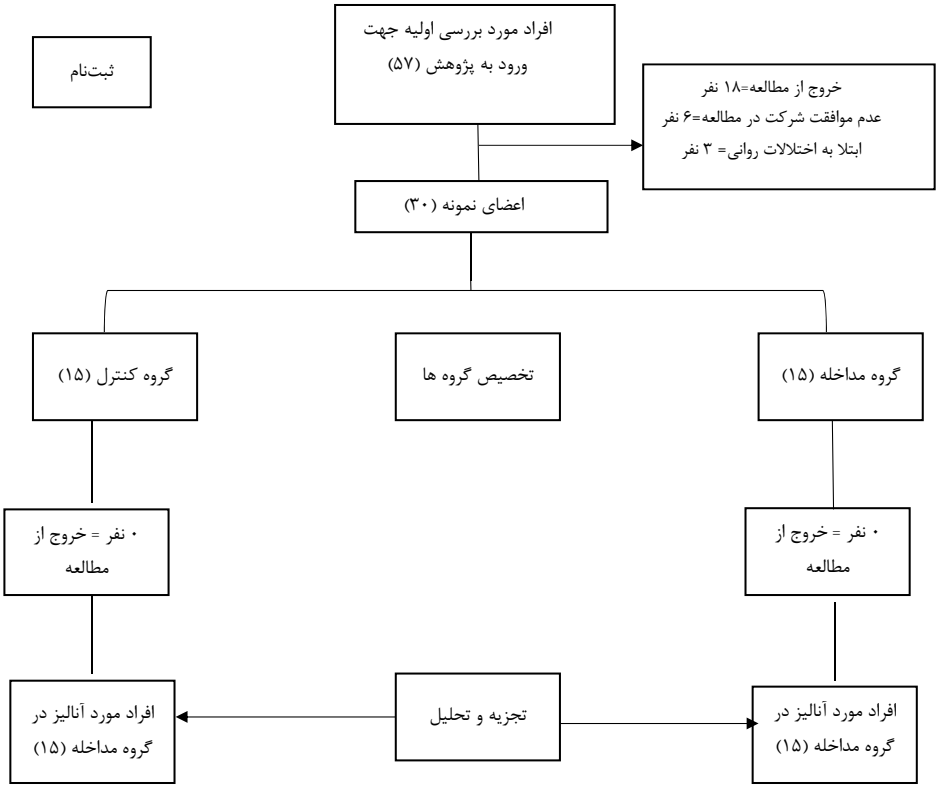
جدول ۱- خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	هدف	خلاصه جلسه
اول	حضور ذهن هنگام خوردن خوراکی	در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شـــخصی افراد، دعوت افراد به معرفی، بیان کردن مشـــکل، توضیح مفروضه درمان، حالت انجام جلسه اول دادن ذهن، تمرین خوردن کشمش با شیوه حضور ذهن
دوم	تمرکـــز و آگاهی بر روی احساســـات، تجربیـــات و وضعیت فیزیکی بدن	مرور تکلیف هفته گذشته، ثابت نگه داشتن ذهن با تمرین توجه آگاهانه به تنفس، تمرین پیاده‌روی آگاهانه، تعیین تکلیف خانگی
سوم	مراقبه تنفس و کشش	تمرین توجه و آگاهی از احساســـات جسمی است که نتیجه تجربه مستقیم بودند، بدون دخالت تفکر، بیدار شدن آگاهانه به هنگام صبح، تعیین تکلیف خانگی
چهارم	حضـــور ذهن دیـــداری و شنیداری	آگاهی و ارتباط دوباره با احساســـات و احساســـات درونی خود، احساساتی را که دوست داریم، احساساتی را که دوست نداریم و احساساتی که از وجود آن آگاه نیستیم، یوگای آگاهانه به‌صورت ایستاده، مراقبه نشسته، تعیین تکلیف خانگی (تمرکز بر تعیین و اولویت‌بندی وظایف و کارهای خانگی فرد)
پنجم	پذیرش و اجازه	خلق و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کند. درک این مطلب که افکار، فقط فکر هســـتند حتی برای کسی که این اعتقاد را ندارد، معقولانه است، تعیین تکلیف خانگی
ششم	آگاهی از تنفس و حالات بدن	در نظر گرفتن افکار به‌عنوان مخلوقات ذهن، افکار در اصل تنها نشـــانه‌ای از ذهن و تفکر فرد هستند و نه چیزی بیشتر، تعیین تکلیف خانگی
هفتم	آگاهی از افکار و هیجانات	حضور ذهنی کامل و تمرکز بر لحظه حاضر و تجربه فعلی، انجام تمرین مکث سه دقیقه‌ای
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با مشـــکلات خلقی	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی

در ادامه فلوچارت کانسورت در نمودار شماره ۱ ارائه می‌گردد.

یافته‌ها

تعداد ۳۰ آزمودنـــی مبتلا به اعتیاد مرکز اجتماع درمان‌مدار غیر اقامتـــی در دو گروه آزمون و کنترل هر کدام به تعداد ۱۵ نفر در این مطالعه شـــرکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمون ۵/۸۵±۳۳/۰۰ و گروه کنترل و ۵/۷۱±۳۳/۶۰ می‌باشـــد. بر اســـاس یافته آزمون دقیق فیشر اختلاف معنی‌داری بین سطح تحصیلات و سابقه عود دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد (P>۰/۰۵). جـــدول شـــماره ۲ وضعیت جمعیت شـــناختی ۳۰ شـــرکت کننده پژوهش (۱۵ گروه آزمایش و ۱۵ گروه کنترل) را نشان می‌دهد.



نمودار ۱- فرایند انجام مطالعه

جدول ۲- وضعیت جمعیت شناختی افراد نمونه در گروه آزمودنی و کنترل

متغیرها	گروه شناخت درمانی		گروه کنترل		آزمون فیشر	معناداری
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
دیپلم	۵	۳۳/۳۳	۴	۲۶/۶۷	۴/۱۲۰	۰/۲۹
کاردانی	۲	۱۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳		
کارشناسی	۴	۲۶/۶۷	۴	۲۶/۶۷		
کارشناسی ارشد و بالاتر	۴	۲۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳		
۱-۵ بار	۷	۴۶/۶۶	۵	۳۳/۳۳	۵/۱۸۴	۰/۱۰۹
۶-۱۰ بار	۳	۲۰	۵	۳۳/۳۳		
۱۱-۱۵ بار	۴	۲۶/۶۷	۳	۲۰		
۱۶-۲۰ بار	۱	۶/۶۷	۲	۱۳/۳۳		

همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمرات آزمودنی‌های گروه آزمون در مرحله پس‌آزمون در خودکارآمدی و خودکنترلی افزایش نشان می‌دهد و با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد ($P<۰/۰۵$). جدول شماره ۳ شماره میانگین و انحراف معیار آزمودنی‌های گروه آزمون و کنترل را در متغیرهای خودکارآمدی و خودکنترلی را نشان می‌دهد.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمودنی در متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	گروه شناخت درمانی		گروه کنترل	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۵۸/۱۳	۷/۳۹	۵۸/۲۶	۸/۰۵
	پس‌آزمون	۶۴/۸۶	۸/۳۱	۵۸/۴۰	۸/۰۱
خودکنترلی	پیش‌آزمون	۱۸/۳۳	/۵۱	۱۸/۱۰	۳/۸۱
	پس‌آزمون	۲۳/۳۳	۴/۵۶	۱۸/۸۶	۳/۱۹

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. جهت نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون-پس‌آزمون نرمال می‌باشد و داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار هستند (P< ۰/۰۵). برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است و نیز برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست (P=۰/۶۸، F=۰/۸۰۸، BOX=۰/۳۵). همچنین با توجه به ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها، مفروضه‌ی خطی بودن روابط بین متغیرهای همپراش یا کمکی (نمرات پیش‌آزمون) محقق شد و نیز از آنجا که متغیرهای همپراش با یکدیگر همبستگی بالای ۰/۷ نداشتند، بنابراین مفروضه هم خطی چندگانه اجتناب شد. نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که مقدار F مربوط به آزمون لوین در هیچ کدام از متغیرهای خودکارآمدی و خودکنترلی معنی‌دار نیست. در نتیجه فرض تساوی واریانس‌های دو گروه تأیید می‌شود.

جدول ۴- نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس دو گروه در نمرات خودکارآمدی و خودکنترلی در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	سطح آماره	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	۰/۱۰۵	۱	۲۸	۰/۷۴
خودکنترلی	۱/۲۱۱	۱	۲۸	۰/۲۸

نتایج نشان می‌دهد که دو گروه مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری دارند. مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است (P<۰/۰۵). همان‌طور که در جدول شماره ۵ ملاحظه می‌شود سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد.

جدول ۵- نتایج آزمون معناداری کوواریانس چند متغیری بر روی خودکارآمدی و خودکنترلی در گروه آزمون و کنترل

	نام آزمون	مقدار	سطح آماره	فرضیه df	خطای df	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۰۲	۵۰/۵۵۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۲
	لامبدا ویلکز	۰/۱۹۸	۵۰/۵۵۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۲
	اثر هتلینگ	۴/۰۴۵	۵۰/۵۵۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۲
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۴/۰۴۵	۵۰/۵۵۹	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۲

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت آماری معنی‌داری

بیـــن میانگین نمرات گروه آزمون و کنتـــرل، در نمره کل متغیر خودکارآمـــدی (F=۹۳/۳۷۳) و متغیـــر خودکنترلی (F=۸/۹۴۴) وجود داشت؛ به عبارت دیگر در پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه آزمون در متغیرهای خودکارآمدی و خودکنترلی نســـبت به گروه کنترل بالاتر بود.

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس (مانکوا) برای بررسی تفاوت معنادار بین گروه آزمون و کنترل در متغیرهای خودکارآمدی و خودکنترلی

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار آماره	سطح معنی‌داری	اتا
پیش‌آزمون	خودکارآمدی	۳۲۱/۱۸۷	۱	۳۲۱/۱۸۷	۱/۴۲۳	۰/۱۳	۰/۰۸
	خودکنترلی	۲۰/۹۶۰	۱	۲۰/۹۶۰	۰/۷۰۶	۰/۴۰	۰/۰۲
گروه	خودکارآمدی	۱۲۳۷۶/۷۶۱	۱	۱۲۳۷۶/۷۶۱	۹۳/۳۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	خودکنترلی	۲۶۵/۷۰۸	۱	۲۶۵/۷۰۸	۸/۹۴۴	۰/۰۰۱	۰/۲۶

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر اثربخشـــی آموزش شـــناخت درمانی مبتنـــی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمـــدی و خودکنترلی افراد دارای وابســـتگی دارویی با عود مکرر شـــهر کرمانشاه انجام شـــد. اولین یافته پژوهش نشـــان داد، آموزش شـــناخت درمانی مبتنـــی بر ذهن آگاهـــی بر خودکارآمدی افراد دارای وابســـتگی دارویـــی با عود مکرر دارای اثربخشـــی و کارایی بود. این یافته با نتایـــج کایااوغلو و همکاران (۲۲)؛ بایر و همکاران، (۳۴)، هریس (۲۳) همســـو بوده و مؤید اثربخشی شـــناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهـــی بر افزایش خودکارآمدی در افراد دارای وابســـتگی دارویی است. در تبیین نتایج این پژوهش بر اساس دیدگاه بندورا (Bandura) (۳۵)، می‌توان گفت وجود معیارهای ســـخت‌گیرانه برای ارزشـــیابی از خود و اشـــکال افراطی در افراد مصرف کننده مواد، به واکنش‌های نابهنجار و احســـاس بی‌ارزشـــی و بی‌هدفی می‌انجامد که این می‌تواند زمینه بازگشـــت مجدد به مواد مخدر را در فرد فراهم ســـازد. همان‌طور که مـــدل مارلات (Marlatt) (۳۶)، نشـــان داده است، انگیزه و احســـاس کارآمدی ناکافی به عنوان یکی از عوامل فردی بازگشـــت مجدد به مصرف مواد است. همچنین بر اساس این مدل، زمانی که مددجو در شرایط پرخطر قرار می‌گیرد، به شرط وجود پاسخ‌های مقابله‌ای مناسب و شبکه حمایتی، احســـاس کارآمدی او افزایش می‌یابد و این وضعیت به نوبـــه خود احتمال عود را کاهش می‌دهد؛ بنابراین تمرینات ذهن آگاهی مبتنی بر شـــناخت درمانی توانایی افراد دارای وابســـتگی دارویی را برای تحمل حالت‌های هیجانی و برداشـــت این افراد در خصوص خود را افزایش می‌دهد. در نتیجه تشـــریح حالات خلقی و افزایش شناخت مددجویان از حالات درونی خویش، آن‌ها قادر خواهند بود تا پاســـخ‌های عادتی و خود به خـــودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند (۲۲). در ذهن آگاهی افراد تجربیات را به عنـــوان عناصری مجزا از خود و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و لذا، به‌جای کاوش موضوع و یا اجتناب شـــناختی یا رفتاری از تجربه آنکه هر دو دردآور است این تجارب را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کننـــد (۲۳) ؛ به عبارت دیگر ، به جای اینکه بی تفاوت نســـبت به هر رویدادی بگذرند و یا بر اســـاس تجارب قبلی، واکنش شدیدی از خود نشان بدهند، سعی می‌کنند که هر بار به شـــیوه‌ای جدید بنگرند؛ به خودشان و احساساتشان اعتماد دارند، خود را همان‌گونه که هستند می‌پذیرند و واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک می‌کنند، توانایی زیادی در مواجهه با انبوهی از تفکرات و هیجانات دارند، به رویدادها با تفکر و تأمل پاســـخ می‌دهند و در شـــناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره تواناتر هستند

نتایج دیگر این پژوهش نشـــان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکنترلی افراد دارای وابســـتگی دارویی با عود مکرر تأثیرگذار اســـت. مطالعه حاضر با یافته‌های پژوهش سعید منش و همکاران (۲۴)؛ ماردپور و همکاران (۲۵)؛ فون هامرشتاین (Von Hammerstein) و همـــکاران (۲۶)؛ بریور (Brewer) و

همکاران (۲۷)، باون (Bowen) و همکاران (۲۸) همســو است. در تبیین نتایج می‌توان گفت درمان مذکور مداخله‌ای اســت که کنترل توجه و آرامیدگی و خود کنترلی را شامل می‌شود. زمانی کــه فرد از طریق تمرین‌های ذهن آگاهــی، دانش فراوان‌تری از پیرامون خود به دســت می‌آورد به طبع آن می‌تواند هیجانات و احساســات و افکار خویش را کنترل کنــد (۲۴). یکی از تأثیرات تدریجــی ذهن آگاهــی، نفوذ یا رخنه‌ی آن اســت که به عنوان افزایش ذهن آگاهی در دامنه فعالیت‌های روزانه تلقی می‌شــود؛ این مفهوم به تأثیرات طولانی مدت ذهن آگاهی روی توجه افراد به محیط و پیرامون اتفاقات روزمره اشاره دارد که فرد با پذیرش و آگاهی هر چه تمام از این رویدادها، سعی در رفع مشکلات روزمره کــرده و افکار و رفتار خویــش را کنترل می‌کند (۲۶)؛ بنابراین به نظر می‌رســد این مداخله می‌تواند در آرامیدگی و خودکنترلی به عنوان دو مؤلفه در افراد دارای وابســتگی دارویی مؤثر باشــد. در واقع خودکنترلــی مانع از ایجاد تداخل افکار و اندیشــه‌های دیگر با فکر و اندیشــه جاری می‌شود. در تمرینات ذهن آگاهی، فرد یــاد می‌گیرد که به افکار و ایده‌های خــود فکر کند و آن‌ها را بدون قضاوت و ســرزنش بپذیرد. در واقع تمرین ذهن آگاهی به عنوان یکی از روش‌های اصلــی راهبردهای مبتنی بر پذیرش باعث می‌شــود که افراد دارای وابســتگی مواد، به جای پرهیز از افکار و احساســات ناراحت کننده ناشــی از ترک یا کاربرد مواد برای تســکین، با برقراری یک ســبک ارتباطی بدون قضاوت که با گشــودگی به تجربه و پذیرش آن مشخص می‌شود، سازگاری را افزایــش دهند. بدین ترتیب، تمرینــات تمرکز حواس به افراد کمک می‌کند بایســتند، نفس بکشــند، قبل از انجام یک اقدام تکانشی آرام شــوند، در لحظه حال باشند و لحظه حال را بیشتر بررســی کنند. به طور کلی می‌توان گفت که رفتارها و احساسات پس از آموزش ذهن آگاهی بیشتر تحت کنترل هستند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افراد دارای وابستگی دارویی، بینش خود آگاهی نســبت به الگوهای افکار، عواطف، هیجانات و رفتارهــای خودکار ایجاد می‌کند و به آن‌هــا اجازه می‌دهد تا به طرز ماهرانه‌ای پاسخ‌های هدفمند و مفید را انتخاب کرده (۲۲) و خودکارآمدی و خودکنترلی بیشتری را کسب کنند.

مهم‌تریــن محدودیــت پژوهش، محدودیت دسترســی به نمونه وســیع‌تر بود. همچنین توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده به مقایسه اثربخشــی روش درمانی مذکور با درمان‌های رایج دیگر در ترک اعتیاد و نیز اثربخشــی تلفیقی این روش درمانی با سایر درمان‌ها ماننــد دارودرمانی بپردازند. با توجــه به نتایج پژوهش حاضر و اثربخشــی شــناخت درمانی مبتنی بــر ذهن آگاهی در افزایش خودکارآمدی و خودکنترلی در افراد دارای وابســتگی به دارو با عود مکرر، اســتفاده از این روش درمانی به متخصصان در این حیطه توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روانشناسی بالینی نویسنده اول در دانشــگاه آزاد اسلامی واحد سنندج می‌باشد؛ که در تاریخ ۱۴۰۲/۰۳/۲۰ به شماره ۱۶۲۷۱۴ به تصویب رسیده است. بدین وســیله از کلیه شــرکت کنندگان مرکز اجتماع درمان‌مدار غیر اقامتی بهشــت سوختگان شهر کرمانشــاه که در به ثمر رسیدن این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

بدین وســیله کلیه نویســندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص مطالعه حاضر وجود ندارد.

References

1. Stronska-Pluta A, Suchanecka A, Chmielowiec K, Chmielowiec J, Boron A, Masiak J, et al. The relationship between the brain-derived neurotrophic factor gene polymorphism (Val66Met) and substance use disorder and relapse. Int J Mol Sci. 2024; 25(2): 788. DOI:10.3390%2Fijms25020788
2. First MB, Yousif LH, Clarke DE, Wang PS, Gogtay N, Appelbaum PS. DSM-5-TR: Overview of what's new and what's changed. World Psychiatry. 2022; 21(2): 218-9. DOI: 10.1002/wps.20989
3. Kabisa E, Biracyaza E, Habagusenga JdA, Umubyeyi A. Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: Case of icyizere psychotherapeutic centre. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2021; 16(1): 13. DOI:10.1186/s13011-021-00347-0
4. Lindesmith AR. Addiction and opiates: Routledge; 2017.
5. Chetty M. Cause of relapse post treatment for substance dependency within the south african police services: University of Pretoria (South Africa); 2011.
6. Clarke PB. The relationship between wellness, emotion regulation, and relapse in adult outpatient substance abuse clients: The University of North Carolina at Greensboro; 2012.
7. Ghadampour E, Amirian L, Dehnavi H. Predicting Drug

DOI:10.29252/etiadpajohi.14.58.73

19. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Guilford publications; 2018.
20. Sipe WE, Eisendrath SJ. Mindfulness-based cognitive therapy: Theory and practice. Can J Psychiatry. 2012; 57(2): 63-9. DOI:10.1177/070674371205700202
21. Ilanloo H, Ahmadi S, Zahrakar K, Gomez-Benito J. The effectiveness of metacognitive group counseling on internet addiction and academic procrastination of students. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9(2): 131-45. (Persian) DOI: 10.32598/shenakht.9.2.131
22. Kayaoğlu K, Tanrıkulu AB. Evaluation of the effect of mindfulness on stress and self-efficacy in patients with substance use disorder: A cross-sectional survey. Journal of Substance Use. 2023; 28(3): 473-8. DOI: 10.1080/14659891.2023.2202742
23. Harris J.Mindfulness training: Impact of coping and self-efficacy in adolescent substance use: Seattle Pacific University; 2012.
24. Saeid Manesh M, Parsaee M. Mindfulness-based therapy on cognitive distortions and self-control in teens receiving substance dependence treatment. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020; 10: 65-65 (Persian) URL: http://jdisabilstud.org/article-1-1143-en.html
25. Maredpour A, Najafy M, Amiri F. The effectiveness of mindfulness-based relapse prevention on the prevention of relapse, craving and self-control in opiate-dependent individuals. Etiadpajohi. 2015; 8(32): 87-104. (Persian) URL: http://etiadpajohi.ir/article-1-668-en.html
26. Von Hammerstein C, Miranda R, Aubin H-J, Romo L, Khazaal Y, Benyamina A, et al. Mindfulness and cognitive training in a CBT-resistant patient with gambling disorder: A combined therapy to enhance self-control. J Addict Med. 2018; 12(6): 484-9. DOI:10.1097/adm.0000000000000433
27. Brewer JA, Elwafi HM, Davis JH. Craving to quit: Psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. Psychol Addict Behav. 2013; 27(2): 366 -79.. DOI: 10.1037/a0028490
28. Bowen S, Chawla N, Collins SE, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. Subst Abus. 2009; 30(4): 295-305. DOI: 10.1080/08897070903250084
29. Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Arsbaran Publications; 2019.
30. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological reports. 1982;51(2):663-71. DOI:10.2466/pr0.1982.51.2.663
31. Asgharnejad T, Ahmadi DM, Farzad V, Khoda Panahi K. Psychometric properties of sherer's general self-efficacy scale. Journal of Psychology, 2006; 10(339): 262–74. URL:https://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=57508.
32. Tangney JP, Baumeister RF, Boone AL. High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and

Addiction Based on self-control, tolerance of confusion and feelings of loneliness in addicted women visiting addiction treatment centers. Women and Family Studies. 2021; 14(51): 49-62. (Persian) URL: https://sanad.iau.ir/Journal/jwsf/Article/954198
8. Andrade FC, Burnell K, Godwin J, Hoyle RH. Alcohol use and abstinence throughout adolescence: The changing contributions of perceived risk of drinking, opportunities to drink, and self-control. Subst Use Misuse. 2024: 59(6):910-919. DOI: 10.1080/10826084.2024.2310489
9. Gottfredson MR, Hirschi T. A general theory of crime: Stanford University Press; 1990.
10. Kim J, Hong H, Lee J, Hyun M-H. Effects of time perspective and self-control on procrastination and Internet addiction. Journal of Behavioral Addictions. 2017; 6(2): 229-36. DOI: 10.1556/20006.6.2017.017
11. Shekarchi R, Akbari M, Ahmadian H, Yarahmadi Y. The effectiveness of self-control training program on reducing addiction readiness in students. Journal of Pediatric Nursing. 2021; 8(2): 71-80. (Persian) URL: http://jpen.ir/article-1-564-en.html
12. Xue J, Li Z, Zhang W, Li W, Liu L, Zhang Z. The longitudinal impact of reinforcement sensitivity on internet addiction among college students: The mediating role of self-control. Front Psychiatry. 2024; 14: 1298380. DOI:10.3389/fpsyt.2023.1298380
13. Eyni S, Torabi N, Ebadi M, Kermani A. Predicting tendency to drug abuse based on academic alienation, negative academic emotions, and general self-efficacy in students. Etiadpajohi. 2020;14(56):79-100. (Persian) DOI:10.29252/etiadpajohi.14.56.79
14. Jalilean Kaseb F, Rashidi A, Hojat Khah M. The role of religious orientation, self-concept and self-efficacy in predicting tendency to addiction with mediation by psychological hardiness in male students. Scientific Quarterly Research on Addiction. 2017; 10(40): 145-60. (Persian) URL: http://etiadpajohi.ir/article-1-1112-en.html
15. Taherifard M, Basharpoor S, Hajloo N, Narimani M. The role of withdrawal self-efficacy, craving and attention bias in predicting of relapse in individuals with methamphetamine abuse. Journal of Police Medicine. 2021; 10(4): 271-8. (Persian) DOI:10.30505/10.4.271
16. Zhang Y, Feng B, Geng W, Owens L, Xi J. “Overconfidence” versus “helplessness”: A qualitative study on abstinence self-efficacy of drug users in a male compulsory drug detention center in China. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 2016; 11: 1-13. DOI: 10.1186/s13011-016-0073-2
17. Spears CA, Hedeker D, Li L, Wu C, Anderson NK, Houchins SC, et al. Mechanisms underlying mindfulness-based addiction treatment versus cognitive behavioral therapy and usual care for smoking cessation. J Consult Clin Psychol. 2017; 85(11): 1029-40. DOI:10.1037/ccp0000229
18. Gorji Y, Tabaeian SM, Shokrolahi M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on self-concept, self-acceptance and self-criticism in women with substance use disorders. Etiadpajohi. 2021. 14(58): 73-88. (Persian)

interpersonal success. J Pers. 2004; 72(2): 271-324. DOI: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x

33. Sebghati AR, EmamiPour PD, S. Self-control as a mediator between parental attachment styles and adolescents' coping strategies. Quarterly Journal of Family and Research. 2015;12(1):51-66. URL: http://qjfr.ir/article-1-67-en.html

34. Bayır B, Aylaz R. The effect of mindfulness-based education given to individuals with substance-use disorder according to self-efficacy theory on self-efficacy perception. Appl Nurs Res. 2021; 57: 151354. DOI:10.1016/j.apnr.2020.151354

35. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American psychologist. 1982; 37(2): 122 –147..DOI: 10.1037/0003-066X.37.2.122

36. Marlatt G, Witkiewitz K. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. Am Psychol. 2004; 59(4): 224-35.DOI:10.1037/0003-066x.59.4.224