



اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مردان مصرف‌کننده مت‌آمفتامین

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران
استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

زینب‌السادات حسینی^{id}

وحید احمدی^{id*}

شهرام مامی^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۱۲ | پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۸ | ایمیل نویسنده مسئول: vahid_Ahmadi20@yahoo.com

چکیده

هدف: پژوهش با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین انجام شد. **روش:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود؛ جامعه آماری پژوهش شامل همه مردان متأهل مصرف‌کننده مت‌آمفتامین مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دولتی و خصوصی (شامل مراکز سرپایی و مراکز اقامتی) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بود که از بین آن‌ها ۳۰ مرد به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. هر دو گروه با پرسشنامه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) و شادکامی آرگایل و لو (۱۹۹۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند؛ سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کابات - زین (۲۰۰۴) قرار گرفتند. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی خود سرزنشگری ($F=25/76, p < 0/001$)، دیگر سرزنشگری ($F=22/76, p < 0/001$)، نشخوار ذهنی ($F=21/76, p < 0/001$)، تمرکز مجدد مثبت ($F=29/71, p < 0/001$)، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی ($F=27/59, p < 0/001$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F=26/51, p < 0/001$)، کم اهمیت شماری ($F=21/91, p < 0/001$)، پذیرش ($F=20/63, p < 0/001$)، فاجعه‌نمایی ($F=29/23, p < 0/001$)، و متغیر شادکامی ($F=86/29, p < 0/001$) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. **نتیجه‌گیری:** پیشنهاد می‌شود تا روان‌شناسان و روان‌درمانگران ضمن استفاده از نتایج این پژوهش در جهت افزایش راهبردهای شناختی هیجانی سازگارانه و شادکامی و همچنین کاهش راهبردهای شناختی هیجانی ناسازگارانه سوءمصرف‌کنندگان مواد مخدر؛ با استفاده از رویکردهای مؤثر و فراهم آوردن زمینه‌های سلامت در سیستم خانواده از پیامدهای منفی اعتیاد بر خانواده جلوگیری نمایند.

کلیدواژه‌ها شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، شادکامی، مت‌آمفتامین

فصلنامه علمی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۲ | شماره ۱ پیاپی ۵ | ۱۷۷-۱۹۹

بهار ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(حسینی، احمدی و مامی، ۱۴۰۰)

در فهرست منابع:

حسینی، زینب‌السادات، احمدی، وحید، و مامی، شهرام. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۱۲ (پیاپی ۵): ۱۷۷-۱۹۹.

مقدمه

رویکرد سیستم‌های خانواده^۱ (کوکس و پالی، ۲۰۰۳) بیان می‌دارد هنگامی که یکی از اعضای خانواده مشکلی دارد، هر فرد و کل خانواده به عنوان یک واحد تحت تأثیر قرار می‌گیرد، یکی از عواملی که عملکرد و پویایی خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد مسئله اعتیاد است، وجود فرد وابسته به مواد در خانواده جنبه‌های مختلف خانواده را تحت تأثیر قرار داده، اعضای خانواده فرد معتاد را به طور جدی دچار احساس شکست کرده و تجربه هیجان‌های منفی را در پی دارد همچنین اعتیاد می‌تواند آسیب زنده بوده و بر عملکرد مالی، اجتماعی، شناختی، سلامتی و هیجانی کل سیستم خانواده تأثیر بگذارد (متقی قمصری و رستمی، ۱۳۹۸) و عناصر اصلی خانواده را دچار تنش و اضطراب کند (منچری، شریفی نیستانک، سید فاطمی، حیدری، قدوسی، ۱۳۹۲). اعتیاد به مواد مخدر^۲، به گونه‌ای است که فرد مصرف‌کننده تحمل مصرف نکردن آن را ندارد و در هر زمانی و برای آن که بتواند شرایط عادی و روزانه خود را داشته باشد، مجبور است که از آن استفاده کند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۶). طبق گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد^۳ در سال ۲۰۱۷، حدود ۲۹/۵ میلیون نفر در جهان از اختلالات مصرف مواد رنج می‌برند و مواد افیونی (شامل تریاک و مشتقات آن) مضرترین نوع مواد بوده و عامل ۷۰ درصد اثرات منفی بر سلامت مرتبط با اختلالات مصرف مواد در سراسر دنیا هستند. اختلالات مربوط به مصرف مواد محرک شامل محرک‌های طبیعی از گیاهان نیکوتین، کافئین و کوکائین و محرک‌های شیمیایی (شامل مت‌امفتامین، اکستازی و دسته دارویی مانند متیل فنیدیت، دگزامفتامین و مدافینیل) نیز از سهم قابل ملاحظه‌ای در گسترش بیماری برخوردارند (جنگی، رامک و سنگانی، ۱۳۹۷). استعمال مواد مخدر، سبب بروز برخی مشکلات روان‌شناختی از جمله کاهش شادکامی^۴ (زند، شمس، شاکری و چترزرین، ۱۳۹۶) و توانایی تنظیم هیجان^۵ (کیوم و جانگ، ۲۰۱۶) در فرد معتاد می‌شود.

تنظیم شناختی هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، درک و اصلاح واکنش‌های هیجانی اشاره دارد، به نحوی که برای عملکرد سازگارانه مفید است (اتکین، باشل و گراس، ۲۰۱۵). توانایی تنظیم شناختی هیجانی یک مهارت کلیدی اجتماعی-هیجانی است که انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های تحریک‌کننده هیجان را امکان‌پذیر می‌کند (یانگ، ساندمن و کراسک، ۲۰۱۹). راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در توانایی مدیریت یا تنظیم احساسات و حفظ کنترل بر هیجان‌ها در حین یا بعد از مواجهه با حوادث تهدیدآمیز یا استرس‌زا اهمیت دارند (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۱۹). افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند. از جمله این راهبردها می‌توان به راهبردهای ناسازگارانه

-
1. Family systems
 2. drug addiction
 3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)
 4. happiness
 5. emotion regulation

شامل؛ نشخوار فکری^۱، سرزنش خود^۲، سرزنش دیگران، تلقی فاجعه آمیز^۳ و راهبردهای سازگاران شامل؛ تمرکز مجدد مثبت^۴، ارزیابی مثبت مجدد^۵، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، توسعه دیدگاه^۶، اشاره کرد (کمالی ایگلی و ابوالمعالی الحسینی، ۱۳۹۵). این راهبردها می توانند تغییر کنند و آموخته شوند و افرادی که قادر به استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی هستند، می توانند به شدت احساسات منفی خود را با تغییر ارزیابی، مدیریت کنند (هما-راز، پت-هورنچک، پری، زیو و همکاران، ۲۰۱۶). در مقابل، بدتنظیمی هیجان می تواند موجب اختلال در کارکرد روزانه شود و با انواع اختلالات روانی و پیامدهای منفی شامل نشانه های افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد، پر خاشگری و افکار خودکشی همراه است (گراتز، دیکسون-گوردون و هالن، ۲۰۱۶). فرنام و محمودزهی (۱۳۹۸) و منجم و آقاییوسفی (۱۳۹۴) در مطالعات خود نشان دادند که افراد در معرض خطر بالای اختلالات مصرف مواد رفتارهای با ثبات و تنظیم شده هیجانی اندکی نسبت به افراد در معرض خطر کمتر اعتیاد نشان می دهند؛ بشرپور و احمدی (۱۳۹۸) ضمن مطالعه ای نشان دادند که دشواری در تنظیم شناختی هیجانی توانایی پیش بینی مقاومت در برابر تغییر در افراد سوء مصرف کننده مواد را دارد. شعبانی، میرزاییان و سنگانی (۱۳۹۶) و حبیبی کلپیر، فرید و عبدالملکی (۱۳۹۳) در مطالعات خود نشان دادند که کنترل نکردن هیجانات پیش بینی کننده های خوبی برای گرایش به اعتیاد هستند. همچنین، قبادی زاده، یوسفی و قادری (۱۳۹۷) در مطالعه ای نشان دادند که از میان راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، مؤلفه های ملامت خویشتن، پذیرش، فاجعه سازی و ملامت دیگران با گرایش به اعتیاد رابطه معناداری دارند و تا حد زیادی آن را پیش بینی می کنند. موری، بیپ، نیچ، هانکلی و همکاران (۲۰۱۶) و استاینر و فن ویس (۲۰۱۳)، در مطالعات خود نشان دادند که بین عدم تحمل هیجانات و اختلال سوء مصرف مواد رابطه معنی دار وجود دارد. از سویی دیگر، وئو (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان داده شده است که ظرفیت افراد در تنظیم مؤثر هیجانها بر شادمانی روان شناختی، جسمانی و بین فردی تأثیر می گذارد. در واقع، هرگاه تنظیم شناختی هیجان فرایند سه مرحله ای تشخیص نیاز به هیجان، تصمیم گیری در مورد نحوه تنظیم و تصویب یک استراتژی برای تنظیم را طی کند، منجر به غلبه بر طیف وسیعی از مشکلات بالینی شایع از جمله افسردگی و اضطراب شده و افزایش چشمگیری سطح شادکامی و نیز بهبود روابط را در پی دارد (وو، ۲۰۱۵).

توجه به شادکامی افراد معتاد از دیرباز به عنوان یک متغیر اثربخش مدنظر درمانگران بوده است (حیدری و دهقانی زاده، ۱۳۹۶). شادکامی یکی از مفاهیم اساسی در روان شناسی مثبت نگر است که خود یکی از شاخه های نوین روان شناسی است؛ روان شناسی مثبت نگر افق تازه ای را بر روی روان شناسان و پژوهشگران گشوده و در این شاخه از روان شناسی به جای تأکید بر شناسایی و مطالعه کمبودهای روانی و کاستی های رفتاری و ترمیم یا درمان آنها، به شناخت و ارتقاء وجوه مثبت و نقاط قوت انسان تأکید می شود (یوسفی

-
1. rumination
 2. self-blame
 3. catastrophizing
 4. positive refocusing
 5. positive reappraisal
 6. putting into perspective

لویه، صالحی، نفیسی و رئیس، ۱۳۸۹). شادکامی درجه و میزانی احساسی است که فرد با آن کیفیت کلی زندگی خود را به‌عنوان یک زندگی کاملاً مطلوب مورد قضاوت قرار می‌دهد (چو و وانگ، ۲۰۱۶). شادکامی مولد انرژی، شور و نشاط است و همچون سپری انسان را در برابر فشارهای روانی محافظت می‌کند (ورعی، پورداد، افشاری و میرشمسی، ۱۳۹۸). شادکامی، نتیجه قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است؛ بنابراین، شادکامی به نگرش و ادراک شخصی مبتنی است و به حالتی مطبوع و دلپذیر دلالت دارد که از تجربه‌های مثبت ناشی می‌شود (لان، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه رجبی، دهقانی، ریاحی و الهیاری (۱۳۹۴)، نشان داده است که با افزایش شادکامی و رضایت از زندگی در معتادان می‌توان احتمال ترک را در این گروه از بیماران افزایش داد. همچنین، کاظم‌زاده، زردی گیگلو و نجفی‌پور تابستانق (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که افراد معتاد نسبت به افراد عادی از میزان شادکامی پایین‌تری برخوردارند و نیاز به دریافت حمایت‌های بیشتری هستند.

طی سال‌های گذشته، برنامه‌های درمانی مختلفی برای درمان اعتیاد معرفی شده است؛ اما همچنان شاهد عدم موفقیت برخی بیماران در این برنامه‌های درمانی هستیم؛ شاید دلیل آن این است که توجه بیش از حد به عواطف منفی و بهبود علائم در معتادین، روان‌درمانگران را از توانایی‌ها و نقاط مثبت بیماران روانی از جمله بیماران وابسته به مواد بازداشته است. در این رابطه، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، یکی از انواع روان‌درمانی است که شواهد پژوهشی نشان داده که نه تنها از کارایی بالایی برای درمان اکثر اختلالات روان‌شناختی برخوردار است، بلکه نسبت به دیگر انواع روان‌درمانی کوتاه‌مدت‌تر است (ریج، ساچدیوا، جا، شاراد و همکاران، ۲۰۱۹). در روش ذهن آگاهی آنچه اهمیت دارد چگونگی احساس آزادی برای درک این موضوع است که بیشتر افکار، فقط افکار هستند و شیء یا واقعیت نیستند. عمل ساده بازشناسی افکار همان‌گونه که می‌تواند بیمار را از واقعیت تحریف‌شده آزاد سازد، اغلب باعث بینش بیشتر می‌شود و احساس کنترل بیشتر بر زندگی را برای بیمار به ارمغان می‌آورد (کرین، ۲۰۱۷). تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد تا الگوهای غیرارادی و نشخوار ذهن را شناسایی و آن‌ها را به الگوهای آگاهانه و ارادی مبدل کنند تا احساسات و اندیشه‌های منفی، به‌عنوان رویدادهای ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند. معتادان با انجام تمرینات ذهن آگاهی، یاد می‌گیرند به صورت عمدی بر حالت‌ها و ناراحتی‌های عاطفی، شناختی و جسمانی خود متمرکز شوند و آن را بپذیرند (صداقت زاده، ایمانی و شکری، ۱۳۹۷). نتایج مطالعات نشان داده است که آموزش ذهن آگاهی در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس سوء‌مصرف کنندگان مواد مؤثر است (اسکلاس، استافین، پلفای و دی جونگ، ۲۰۱۶؛ هپنر و همکاران، ۲۰۱۶؛ ایرانشهری، ۱۳۹۵؛ آقاییوسفی، اورکی، زارع و ایمانی، ۱۳۹۲). داویسو همکاران (۲۰۱۸) و لی و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعات خود نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند مصرف مواد، وسوسه به مواد و شدت اعتیاد به مواد را کاهش دهد. صداقت زاده و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش ولع مصرف معتادان مواد افیونی، مؤثر بود. پیرو، بنزی و مادیدو (۲۰۱۹) و سلیمی‌کیا و خان‌پور (۱۳۹۷) در مطالعات خود نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری و درمان وابستگی به مواد ایفا نماید. فضیلت پور، رئوف انجم شعاع و صفاری

(۱۳۹۶) ضمن مطالعه‌ای پیشنهاد کردند که در مداخلات درمانی اعتیاد به مواد مخدر، نقش ذهن آگاهی به‌عنوان عاملی مهم در نظر گرفته شود. اسماعیلی، طباطبایی و افروز (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد تأثیرگذار بود. زمستانی، بابامیری و سهیانی (۱۳۹۵) ضمن مطالعه‌ای نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش شدت علائم افسردگی و اضطراب معتادان مؤثر بود؛ کاظمیان (۱۳۹۳) ضمن مطالعه‌ای نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر افزایش میزان سلامت عمومی معتادان خود درمانجو، تأثیر دارد. همچنین، نقش ذهن آگاهی به‌عنوان یک رویکرد در درمان رفتارهای اعتیادی در مطالعات مروری نیز تأیید شده است (ون، ۲۰۱۶؛ شونین، گوردون و گریفیتس، ۲۰۱۴).

علاوه بر این موارد، نتایج مطالعات بیانگر آن است که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر چشمگیری در کاهش افسردگی و اضطراب (فرهادی و پسندیده، ۱۳۹۶)؛ انزوای اجتماعی و احساس تنهایی (عباسی و خادم‌لو، ۱۳۹۷)؛ نشخوار فکری (میرزایی و شعیری، ۱۳۹۷؛ مقتدر، ۱۳۹۵)؛ نگرش‌های ناکارآمد (گاتینگ، چو، باسچباچ، بنسون و همکاران، ۲۰۱۵)؛ ارتقاء توانایی سازش و عملکرد هیجانی (گائو، فان، ویا یان، زانگ و همکاران، ۲۰۱۶؛ ابراهیمی، جعفری و رنجبر سودجانی، ۱۳۹۷) و افزایش تحمل پریشانی (کاظمی، شجاعی و سلطانی زاده، ۱۳۹۷)، در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی، دارد؛ به طور کلی می‌توان گفت پدیده اعتیاد علاوه بر پیامدهای منفی که برای خود فرد مصرف‌کننده به دنبال دارد، پیامدهای ثانوی بسیاری نیز دارد که هر کدام به تنهایی ضرورت بررسی این موضوع را توجیه می‌کند، مسائلی مانند از هم پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی‌سرپرست و آینده‌ان‌ها، به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پر شدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات، لزوم بررسی این موضوع را اجتناب‌ناپذیر می‌کند؛ لذا با توجه به اعتیاد در بیشتر موارد با مرد به خانواده وارد می‌شود و سلامت روان آن‌ها را تهدید می‌کند، و نتایج مطالعات پیشین و با در نظر داشتن اینکه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان افراد با اختلال سوءمصرف مواد مخدر دارند و شیوع زیاد اعتیاد در ایران و تأثیرات نامطلوب آن بر روی کارکرد فردی، اجتماعی و خانوادگی افراد مبتلا به اعتیاد و شواهد متعددی که در رابطه با کارایی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی) وجود دارد، و از آنجا که تاکنون در ایران پژوهشی در زمینه اثربخشی این درمان بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین انجام نشده است، ضرورت بررسی اثربخشی این شیوه درمانی در این جامعه را توجیه می‌کند بنابراین پژوهش حاضر با هدف پاسخگویی به این سؤال‌ها است:

۱. آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین مؤثر است؟
۲. آیا اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین در طول زمان پایدار است؟

روش

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل همه معنادان مرد مصرف‌کننده مت‌آفتامین مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دولتی و خصوصی (شامل مراکز سرپایی و مراکز اقامتی) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند؛ از بین آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مت‌آفتامین؛ حداقل مصرف به مدت ۶ ماه؛ عدم مصرف مت‌آفتامین و در حال سپری کردن دوران ترک (تحت درمان نگهدارنده با متادون)؛ عدم ابتلاء به اختلالات روان‌پزشکی نظیر اختلالات هذیانی، کنترل تکانه (به تشخیص روان‌پزشک پژوهش) و بیماری‌های مزمن؛ دارا بودن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال؛ داشتن سطح تحصیلات ابتدایی و حداکثر کارشناسی و عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی در زمان ورود به درمان و زندگی در خانواده. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل برای شرکت در جلسات و غیبت بیش از سه جلسه. در ادامه پس از کسب رضایت‌نامه کتبی، از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش برای شرکت در جلسات دعوت شد. به تمامی شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و تحلیل گروهی داده‌ها داده شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۱. این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) ساخته شد و ۳۶ عبارت دارد که در طیف لیکرت از هرگز=۱ تا همیشه=۵ ارزیابی می‌کند. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱ به دست آوردند. در ایران نیز روایی نسخه فارسی توسط حسنی (۲۰۱۶)؛ نقل از جلوداری، سوداگر و بهرامی هیدجی، (۱۳۹۸) اعتبار یابی شد که در دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ قرار داشت؛ همچنین روایی محتوایی و روایی همگرا و تشخیصی از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و مقیاس سلامت روانی مورد تأیید قرار گرفت و نتایج نشان داد این پرسشنامه از روایی کافی برخوردار است. در پژوهش عارف‌پور، شجاعی، خاتمی و مهدوی (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۱ گزارش شده است؛ در این پژوهش نیز ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۲. این مقیاس توسط آرگایل و لو^۳ (۱۹۹۰) تهیه شده است و دارای ۲۹ گویه است. هر یک از گویه‌های این آزمون دارای ۴ گزینه است که اصلاً=۰ و کاملاً=۳ نمره‌گذاری می‌شوند؛ حداکثر نمره کل آزمون ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره این مقیاس (۰) است که مؤید ناراضی بودن آزمودنی از زندگی و افسردگی فرد است و نمره بهنجار این آزمودنی ۴۰ تا ۴۲ است.

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
 2. Oxford Happiness Inventory (OHI)
 3. Argyle & Lu

فرم اصلی این آزمون تک مقیاس است و هیچ زیر مقیاسی ندارد. آرگایل و لو (۱۹۹۰) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ در مورد ۳۴۷ آزمودنی مورد بررسی قرار داده‌اند و ضریب آلفای ۰/۹۰ را به دست آورده‌اند. همچنین، علی پور و نوربالا (۱۳۷۸) نیز ضریب پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی ۱۳۲ نفر ایرانی ۰/۹۳ به دست آوردند. روایی این پرسشنامه در مطالعات مناسب گزارش شده است (هیلز و آرگایل، ۲۰۰۱؛ فارنهام و چن، ۱۹۹۹). فرانسیس و همکاران (۱۹۹۸) همبستگی معنادار ۰/۵۲- و بیانی (۱۳۸۵) همبستگی معنادار ۰/۶۵- را بین این پرسشنامه و پرسشنامه افسردگی بک گزارش کرده‌اند به نقل از علی پور و نوربالا، (۱۳۷۸). در تحقیق میرشاه جعفری، عبادی و لیاقت دار (۱۳۸۳) اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش روایی صوری مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش برای سنجش همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۸۱ به دست آمد.

۳. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی. پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده توسط کابات - زین (۲۰۰۴) تنظیم شده است که روایی آن توسط ۳ تن از اساتید این حوزه مورد تأیید قرار گرفت که خلاصه جلسات مداخله به شرح زیر است:

جلسه اول. در این جلسه معارفه انجام شد و برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی شکل گرفت، در ادامه توضیحاتی در مورد عوامل و مضرات سوء مصرف مواد و لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه شد و هدایت خودکار توضیح داده شد در انتهای جلسه تکلیف واریسی بدن جهت انجام در منزل به شرکت‌کنندگان ارائه شد. **جلسه دوم.** مفهوم رویارویی با موانع توضیح داده شد به صورت پس دادن پس‌خوراند و بحث درباره آن، سپس مراقبه‌ی ذهن آگاهی تنفس انجام شد و در نهایت شرکت‌کنندگان تمرین ۱۵-۱۰ دقیقه‌ای مراقبت نشسته را انجام دادند.

جلسه سوم. این جلسه با هدف حضور ذهن از تنفس انجام شد به این صورت که تنفس با حضور ذهن ۱۰-۱۵ دقیقه آموزش داده شد، سپس تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و تکنیک تماشای تنفس آموزش داده شد در انتهای جلسه تکلیف ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، تمرین هفت دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن» برای شرکت‌کنندگان در نظر گرفته شد.

جلسه چهارم. این جلسه با هدف اجرای تکنیک‌های مراقبه^۱ انجام شد، مراقبه‌ی نشسته (آگاهی از تنفس، صدا، بدن و افکار) بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدن انجام شد در نهایت از شرکت‌کنندگان خواسته شد به عنوان تکلیف ثبت افکار روزانه ۷ ستونی و تمرین تنفس و اجرای تمرین خانگی تن آرامی را انجام دهند.

جلسه پنجم. در این جلسه یوگای هشیارانه و بحث متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه‌ی نشسته (صدا و افکار) انجام شد و در نهایت ادامه تمرین هفت دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن» انجام شد.

جلسه ششم. با شرکت‌کنندگان به مبحث افکار حقایق نیستند با بیان بهداشت خواب پرداخته شد و تنفس با حضور ذهن ۱۵-۱۰ دقیقه انجام شد در پایان جلسه از شرکت‌کنندگان خواسته شد به عنوان تکلیف فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش تهیه کنند.

^۱. Meditation

جلسه هفتم. به هدف آموزش ذهن آگاهی افکار انجام شد به این صورت آموزش توجه به ذهن، افکار منفی و مثبت، خوشایند و ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها و در نهایت از شرکت‌کنندگان خواسته شد به عنوان تکلیف تجربیات منفی و مثبت روزانه را بدون قضاوت در مورد آن‌ها بنویسند.

جلسه هشتم. با هدف پذیرش تغییر انجام شد به این صورت که ابتدا تکلیف هفته گذشته بررسی شد سپس تمرین واریسی بدن انجام شد و در نهایت به جمع‌بندی تمام جلسات و پرداخته شد و پس‌آزمون گرفته شد.

شیوه اجرا. روش اجرا به این صورت بود که بعد اجرای پیش‌آزمون، افراد گروه آزمایش، پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک جلسه و به شیوه گروهی دریافت کردند؛ گروه گواه به مدت دو ماه در لیست انتظار قرار گرفت؛ به‌منظور سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه شفاهی از مطالب مداخله درمانی اجرا شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات درمانی، مشخص شود؛ آزمون پیگیری بعد از گذشت یک ماه از پایان جلسات اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که شرکت‌کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند که بیشترین فراوانی واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال شامل ۲۴ نفر (۸۵/۷ درصد) و کمترین فراوانی در گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ شامل ۴ نفر (۱۲/۳ درصد) بود؛ بیشترین فراوانی از لحاظ وضعیت تحصیلی در کل گروه نمونه مربوط به مقطع دیپلم و بالاتر شامل ۲۰ نفر (۷۳/۴ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به واحد سیکل و ابتدایی شامل ۸ نفر (۲۶/۶ درصد) بود. همچنین ۳ نفر دارای سابقه ۶ ماه مصرف، ۶ نفر دارای ۱۲ ماه مصرف، ۹ نفر دارای ۱۵ ماه مصرف و ۱۲ نفر دارای مصرف ۲۴ ماه به بالا بودند. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی به

تفکیک به دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله

مؤلفه	گروه	آزمایش		گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد		میانگین
خود سرزنشگری	پیش‌آزمون	۱۲/۴۳	۳/۳۴	۱۲/۵۵	۳/۶۵
	پس‌آزمون	۹/۶۷	۱/۶۳	۱۲/۷۸	۳/۳۳
	پیگیری	۹/۲۳	۱/۶۷	۱۳/۱۲	۳/۱۶
دیگر سرزنشگری	پیش‌آزمون	۱۲/۳۳	۳/۸۷	۱۲/۱۱	۳/۳۲
	پس‌آزمون	۱۰/۴۱	۲/۰۳	۱۲/۴۶	۳/۰۵

۳/۶۶	۱۲/۵۹	۲/۶۴	۱۰/۳۳	پیگیری	
۴/۱۴	۱۳/۶۶	۳/۶۸	۱۳/۷۸	پیش‌آزمون	نشخوار ذهنی
۳/۸۸	۱۳/۵۸	۲/۵۵	۱۰/۳۷	پس‌آزمون	
۳/۶۳	۱۴/۰۹	۲/۴۰	۱۰/۱۶	پیگیری	
۲/۲۵	۱۳/۶۷	۳/۶۱	۱۳/۵۶	پیش‌آزمون	تمرکز مجدد مثبت
۳/۰۸	۱۲/۵۶	۴/۰۸	۱۷	پس‌آزمون	
۳/۲۹	۱۲/۴۴	۴/۲۳	۱۸/۱۳	پیگیری	
۴/۰۹	۱۲/۴۴	۲/۵۹۳	۱۲/۵۶	پیش‌آزمون	تمرکز مجدد برنامه‌ریزی
۳/۸۷	۱۱/۷۵	۳/۸۸	۱۶/۱۴	پس‌آزمون	
۳/۴۷	۱۱/۶۵	۴/۰۳	۱۶/۷۹	پیگیری	
۳/۵۶	۱۱/۲۸	۳/۲۲	۱۱/۳۳	پیش‌آزمون	ارزیابی مجدد مثبت
۲/۶۷	۱۰/۱۷	۳/۷۸	۱۵/۸۷	پس‌آزمون	
۲/۴۶	۱۰/۱۱	۳/۸۳	۱۶/۱۱	پیگیری	
۲/۷۸	۱۱/۱۳	۳/۱۴	۱۱/۴۵	پیش‌آزمون	کم اهمیت شماری
۲/۶۵	۱۲/۲۵	۳/۲۱	۹/۴۵	پس‌آزمون	
۲/۹۳	۱۲/۵۶	۳/۱۱	۹/۲۳	پیگیری	
۲/۲۳	۱۰/۳۴	۲/۴۴	۱۰/۱۱	پیش‌آزمون	پذیرش
۱/۸۹	۹/۸۷	۲/۸۷	۱۳/۶۷	پس‌آزمون	
۱/۶۷	۹/۶۶	۲/۷۰	۱۳/۷۹	پیگیری	
۳/۱۷	۱۱/۶۵	۲/۵۸	۱۰/۶۵	پیش‌آزمون	فاجعه‌نمایی
۳/۵۷	۱۲/۲۳	۲/۱۷	۷/۶۴	پس‌آزمون	
۳/۷۳	۱۲/۴۴	۲/۲۶	۷/۳۹	پیگیری	
۴/۸۹	۴۳/۱۳	۴/۷۵	۴۶/۲۶	پیش‌آزمون	شادکامی
۶/۱۵	۴۱/۸۶	۵/۲۲	۵۳/۴۰	پس‌آزمون	
۶/۱۸	۴۱/۴۰	۵/۷۲	۵۳/۲۰	پیگیری	

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون ام‌باکس نشان دهنده برقراری پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد که سطح معناداری به‌دست آمده بزرگ‌تر از $0/05$ است، بنابراین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و شادکامی در مرحله پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. همچنین، نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش رعایت شده است ($P > 0/05$). برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آفتامین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. در این تحقیق یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیر

پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین‌آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی بود.

جدول ۲. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

معنی‌داری	اندازه اثر	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	مؤلفه‌ها
۰/۰۰۱	۰/۲۸	۲۳/۵۵	۱۴۷/۶۸	۲	۱۷۸/۵۰	مراحل خود
۰/۰۰۲	۰/۱۸	۱۷/۴۴	۱۹۳/۱۸	۱	۱۹۳/۱۸	گروه‌بندی سرزنشگری
۰/۰۰۱	۰/۳۱	۲۵/۷۶	۱۵۷/۷۶	۲	۴۱۸/۰۹	تعامل مراحل و گروه‌بندی
-	-	-	۷/۱۸	۲۸	۲۰۱/۱۹	خطا
۰/۰۰۱	۰/۲۵	۲۰/۵۱	۱۳۲/۹۴	۲	۱۶۶/۴۳	مراحل دیگر
۰/۰۰۳	۰/۱۶	۱۵/۱۲	۱۸۳/۵۴	۱	۱۸۳/۵۴	گروه‌بندی سرزنشگری
۰/۰۰۱	۰/۲۹	۲۲/۷۶	۱۴۵/۶۱	۲	۳۸۹/۲۳	تعامل مراحل و گروه‌بندی
-	-	-	۶/۵۹	۲۸	۱۸۴/۶۶	خطا
۰/۰۰۱	۰/۲۳	۱۹/۲۱	۱۴۰/۱۹	۲	۱۷۳/۸۷	مراحل نشخوار ذهنی
۰/۰۰۲	۰/۱۵	۱۴/۰۹	۱۸۹/۸۸	۱	۱۸۹/۷۶	گروه‌بندی
۰/۰۰۱	۰/۲۷	۲۱/۷۶	۱۴۷/۳۳	۲	۴۰۸/۸۴	تعامل مراحل و گروه‌بندی
-	-	-	۶/۹۴	۲۸	۱۹۴/۴۷	خطا
۰/۰۰۱	۰/۳۴	۲۷/۷۸	۱۸۷/۴۱	۲	۲۲۳/۶۷	مراحل تمرکز مجدد
۰/۰۰۲	۰/۱۹	۲۳/۸۱	۲۸۷/۹۳	۱	۲۸۷/۹۳	گروه‌بندی مثبت
۰/۰۰۱	۰/۳۸	۲۹/۷۱	۲۲۴/۳۱	۲	۵۰۱/۴۸	تعامل مراحل و گروه‌بندی
-	-	-	۱۰/۳۰	۲۸	۲۸۸/۵۳	خطا
۰/۰۰۱	۰/۳۲	۲۵/۸۱	۱۶۹/۵۵	۲	۲۱۷/۸۹	مراحل تمرکز مجدد
۰/۰۰۳	۰/۱۸	۲۲/۱۰	۲۶۷/۴۴	۱	۲۶۷/۴۴	گروه‌بندی برنامه‌ریزی
۰/۰۰۱	۰/۳۷	۲۷/۵۹	۲۰۸/۱۲	۲	۴۹۸/۱۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی
-	-	-	۹/۶۷	۲۸	۲۷۰/۹۲	خطا
۰/۰۰۱	۰/۳۳	۲۶/۵۳	۱۷۵/۱۳	۲	۲۱۳/۴۴	مراحل ارزیابی مجدد
۰/۰۰۲	۰/۱۷	۲۱/۹۷	۲۶۰/۱۸	۱	۲۶۰/۱۸	گروه‌بندی مثبت
۰/۰۰۱	۰/۳۶	۲۶/۵۱	۱۹۵/۲۳	۲	۴۸۳/۲۳	تعامل مراحل و گروه‌بندی
-	-	-	۸/۷۹	۲۸	۲۴۶/۱۲	خطا
۰/۰۰۱	۰/۲۳	۲۱/۴۵	۱۳۸/۹۸	۲	۱۴۸/۳۷	مراحل کم اهمیت
۰/۰۰۲	۰/۱۷	۱۶/۱۳	۱۸۳/۶۵	۱	۱۸۳/۶۵	گروه‌بندی شماری
۰/۰۰۱	۰/۲۴	۲۱/۹۱	۱۴۹/۱۲	۲	۳۶۷/۱۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی

-	-	-	۶/۹۵	۲۸	۱۹۴/۷۷	خطا	
۰/۰۰۱	۰/۲۰	۱۸/۷۸	۱۱۰/۷۶۵	۲	۱۲۷/۱۳	مراحل پذیرش	
۰/۰۰۲	۰/۱۶	۱۴/۶۹	۱۶۷/۵۶	۱	۱۶۷/۵۶	گروه‌بندی	
۰/۰۰۱	۰/۲۲	۲۰/۶۳	۱۴۱/۸۹	۲	۲۸۸/۸۹	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
-	-	-	۶/۳۷	۲۸	۱۷۸/۴۵	خطا	
۰/۰۰۱	۰/۳۰	۲۵/۶۹	۱۵۶/۲۱	۲	۱۸۷/۹۴	مراحل فاجعه‌نمایی	
۰/۰۰۲	۰/۲۳	۱۹/۶۷	۲۳۴/۲۸	۱	۲۳۴/۲۸	گروه‌بندی	
۰/۰۰۱	۰/۳۵	۲۹/۲۳	۲۲۱/۹۷	۲	۴۵۹/۹۷	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
-	-	-	۸/۳۵	۲۸	۲۳۴/۷۶	خطا	
۰/۰۰۱	۰/۶۲	۷۹/۸۵	۶۷۵/۳۴	۲	۸۴۸/۷۸	مراحل شادکامی	
۰/۰۳	۰/۵۲	۲۰/۶۵۷	۹۲۲/۵۶	۱	۹۲۲/۵۶	گروه‌بندی	
۰/۰۰۱	۰/۷۳	۸۳/۲۹	۱۴۶۵/۷۳	۲	۲۱۳۸/۵۰	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
-	-	-	۲۰۰/۷۵	۲۸	۵۶۲۱/۱۹	خطا	

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه‌بندی برای مؤلفه‌های خود سرزنشگری ($F=۲۵/۷۶$ و $\eta^2=۰/۳۱$)، دیگر سرزنشگری ($F=۲۲/۷۶$ و $\eta^2=۰/۲۹$)، نشخوار ذهنی ($F=۲۱/۷۶$ و $\eta^2=۰/۲۷$)، تمرکز مجدد مثبت ($F=۲۹/۷۱$ و $\eta^2=۰/۳۸$)، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی ($F=۲۷/۵۹$ و $\eta^2=۰/۳۷$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F=۲۶/۵۱$ و $\eta^2=۰/۳۶$)، کم‌اهمیت‌شماری ($F=۲۱/۹۱$) و $F=۲۴$ و $\eta^2=۰/۲۴$)، پذیرش ($F=۲۰/۶۳$ و $\eta^2=۰/۲۲$)، فاجعه‌نمایی ($F=۲۹/۲۳$ و $\eta^2=۰/۳۵$)، و متغیر شادکامی ($F=۸۶/۲۹$ و $\eta^2=۰/۷۳$)، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند ($P<۰/۰۰۱$). از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون‌گروهی زمان اندازه‌گیری و عامل بین‌گروهی گروه معنادار بود اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون‌گروهی با استفاده از تصحیح بونفرنی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج در جدول ۴، ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	دوره	تفاوت میانگین مراحل	
			پس‌آزمون	پیگیری
خود سرزنشگری	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۳/۱۱*	۲/۶۱*
		پس‌آزمون	-	-۰/۱۵
دیگر سرزنشگری	گروه کنترل	پیش‌آزمون	۰/۲	-۰/۴۱
		پس‌آزمون	-	-۰/۳۳
دیگر سرزنشگری	گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۲/۷۵*	۲/۰۱*
		پس‌آزمون	-	-۰/۱۰

-۰/۱۰	-۰/۰۱	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
-۰/۱۲	-	پس‌آزمون		
۱/۸۲*	۱/۸۴*	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	نشخوار ذهنی
-۰/۰۹	-	پس‌آزمون		
-۰/۱۵	-۰/۰۱	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
-۰/۱۴	-	پس‌آزمون		
۳/۹۳*	۴/۱۳*	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	تمرکز مجدد مثبت
۰/۲۳	-	پس‌آزمون		
۰/۶۵	۰/۱۹	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
۰/۵۲	-	پس‌آزمون		
۲/۳۴*	۲/۴۳*	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	تمرکز مجدد برنامه‌ریزی
۰/۱۶	-	پس‌آزمون		
۰/۸۰	۰/۲۰	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
۰/۳۸	-	پس‌آزمون		
۳/۰۴*	۳/۱۲*	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	ارزیابی مجدد مثبت
۰/۱۳	-	پس‌آزمون		
۰/۳۳	۰/۱۸	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
۰/۳۲	-	پس‌آزمون		
۲/۸۸*	۳/۰۹*	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	کم‌اهمیت‌شماری
-۰/۲۷	-	پس‌آزمون		
-۰/۱۰	-۰/۱۷	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
-۰/۰۹	-	پس‌آزمون		
۱/۵۹*	۱/۶۸*	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	پذیرش
۰/۱۳	-	پس‌آزمون		
۰/۳۶	۰/۰۱	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
۰/۳۴	-	پس‌آزمون		
۲/۱۰*	۲/۱۶*	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	فاجعه‌نمایی
-۰/۱۶	-	پس‌آزمون		
-۰/۴۲	-۰/۰۱	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
-۰/۴۱	-	پس‌آزمون		
۱۰/۸۶*	۱۰/۹۳*	پیش‌آزمون	گروه آزمایش	شادکامی
۰/۲۳	-	پس‌آزمون		
۰/۷۸	۰/۰۸	پیش‌آزمون	گروه کنترل	
۰/۷۷	-	پس‌آزمون		

با توجه به نتایج جدول ۴، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی گروه‌های آزمایش و کنترل وجود ندارد؛ اما در مرحله پس-آزمون و پیگیری، بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$)؛ بنابراین، می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود راهبردهای شناختی هیجانی سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش) و کاهش راهبردهای شناختی هیجانی ناسازگارانه (خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، نشخوار ذهنی، کم اهمیت شماری و فاجعه‌نمایی) و افزایش شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین انجام شد. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود راهبردهای شناختی هیجانی سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و پذیرش) و کاهش راهبردهای شناختی هیجانی ناسازگارانه (خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، نشخوار ذهنی، کم اهمیت شماری و فاجعه‌نمایی) مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین دارای اثربخشی و کارایی بود. این یافته با نتایج مطالعات داوینس و همکاران (۲۰۱۸)؛ لی و همکاران (۲۰۱۷)؛ گائو و همکاران (۲۰۱۶)؛ گاتینگ و همکاران (۲۰۱۵)؛ منصور و همکاران (۱۳۹۶)؛ برمال، صالحی فدردی و طبینی (۱۳۹۷)؛ کاظمی و همکاران (۱۳۹۷) و اسماعیلی و همکاران (۱۳۹۵)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهن آگاهی توجه کردن به حالات درونی فرد در یک حالت غیر قضاوتی و پذیرا است. رشد ذهن آگاهی در طی آموزش افراد را قادر می‌سازد تا پاسخ‌های عادت‌ی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند (داوینس و همکاران، ۲۰۱۸). در این پژوهش درمانگر ضمن تشریح حالات خلقی و افزایش شناخت شرکت‌کنندگان از حالات درونی خویش، آن‌ها را قادر ساخت تا پاسخ‌های عادت‌ی و خودبه‌خودی به تجربیات تنیدگی‌زا را کاهش دهند. در نهایت نگرش و بصیرت شخص گسترش پیدا می‌کند و مراجع وقایع غیرقابل تغییر زندگی را می‌پذیرد و در نتیجه فعال شدن پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه کاهش می‌یابد؛ بنابراین می‌توان گفت، تمرینات ذهن آگاهی، خودآگاهی و هشیاری فیزیکی و شناختی را افزایش می‌دهد و این فراشناخت، سبب ارزیابی صحیح خود می‌شود و الگوهای معیوب قبلی افکار، خود سرزنشگری و احساسات می‌شکند و فرد بیشتر در زمان حال زندگی می‌کند و فرآیندهای شناختی جدید مانند قدرت تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی تسهیل می‌شود و فرد حالات مثبت ذهنی را تجربه خواهد کرد. از این‌رو، آرامش جسمی و روانی در وی به وجود می‌آید و فرد کمتر در برابر شرایط تنش‌زا به صورت شتاب‌زده عمل کرده و از فاجعه-نمایی پرهیز می‌کند و به جای آن سعی در پذیرش و برنامه‌ریزی برای حل مسئله به وجود آمده با انتخاب بهترین راه‌حل می‌نماید. علاوه بر این، بر اساس متون ذهن آگاهی، افراد ذهن آگاه مسائل و رویدادها را قضاوت نمی‌کنند، صبور هستند، به رویدادها و مسائل پیش‌رو را طوری نگاه می‌کنند که گویی برای نخستین بار با آن‌ها رو به رو شده‌اند؛ به عبارت دیگر، به جای این که بی‌تفاوت نسبت به هر رویدادی بگذرند و یا بر

اساس تجارب قبلی، واکنش زیادی از خود نشان بدهند، سعی می‌کنند که هر بار به رویدادها به شیوه‌ی 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 پاسخ می‌دهند و در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره، توانا تر هستند (گائو و همکاران، ۲۰۱۶).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با ارائه متغیرهایی از قبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به واسطه فنون ذهن آگاهی، کاهش نشخوار ذهنی و هیجانات منفی مربوط به تجربه افکار و هیجانات ناخوشایند، افزایش تحمل پریشانی و آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی و افزایش آگاهی افراد به اینجا و اکنون، به مراجع کمک می‌کند تا فراتر از الگوهای نشخوار ذهنی خود گام بردارد. علاوه بر این، به مراجع کمک می‌کند تا شناخت بیشتری بر نیروهای مرتبط با عود بیماری در فرایندهای ذهنی و جسمی خود کسب کند، نظام شناختی و پردازشی خود را تغییر دهد، مشکل بودن کنترل افکار و هیجاناتش او را آشفته نسازد، به علائم و نشانه‌های پیش‌آیند افکار ناخوشایندش آگاهی یابد، توانایی تحملش را افزایش داده و بتواند خود را برای مقابله با آن‌ها آماده سازد. این موضوع باعث می‌شود تا افراد مبتلا به سوءمصرف مواد مخدر بتوانند از تأثیر افکار و هیجانات منفی و ناسازگارانه بر خلقشان بکاهند. در این پژوهش، درمانگر در طول جلسات از تکنیک‌هایی استفاده کرد که میزان استفاده افراد را از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت را افزایش می‌داد. از جمله این تکنیک‌ها افزایش آگاهی و مدیریت استرس، آموزش افکار حقایق نیستند و آموزش افکار حقایق نیستند، بود. این تکنیک‌ها منجر به افزایش آگاهی مراجعان از هیجانات خود شد و آن‌ها را نسبت به هیجانات خود آشنا ساخت. از طرف دیگر آموزش داده شد تا چگونه منابع استرس خود را مدیریت کنند و با آن‌ها مقابله نمایند- استرس‌های محیطی منجر به حالات هیجانی منفی شده و در نتیجه احتمال کشش معتادان به سوءمصرف مواد را افزایش می‌دهد- از این رو، مصرف‌کنندگان مت-آمفتامین با یادگیری اصول کنترل استرس توانستند با شیوه‌های مقابله‌ای کارآمدتر به مدیریت استرس خود و در نتیجه مدیریت هیجانات خود بپردازند. ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۷) معتقدند که ذهن آگاهی فرآیندهایی را راه اندازی می‌کند که به طور هم‌زمان هم عملکرد روان‌شناختی را بهینه‌سازی می‌کند و هم پریشانی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد و از این‌رو توانایی مدیریت هیجانات منفی را از طریق افزایش آشنایی با زندگی درونی و کاهش واکنش‌پذیری به آن بهبود می‌بخشد و این شناخت زندگی درونی می‌تواند به مقابله مؤثر با هیجانات منفی بیانجامد.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود شادکامی مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین دارای اثربخشی و کارایی بود. این یافته با نتایج مطالعات اسکلاس و همکاران (۲۰۱۶)؛ هینر و همکاران (۲۰۱۶)؛ صداقت زاده و همکاران (۱۳۹۷)؛ عباسی و خادم‌لو (۱۳۹۷)؛ کاظمی و همکاران (۱۳۹۷)؛ فضیلت پور و همکاران (۱۳۹۶)؛ ایرانشهری (۱۳۹۵)؛ زمستانی و همکاران (۱۳۹۵) و آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۲)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که الگوی اساسی شناخت درمانی ذهن آگاهی، می‌تواند در مراحل و جلسات درمانی باعث افزایش آگاهی، ارزیابی مجدد خود، تسکین عاطفی و

کنترل محرک ناخوشایند شود که این الگوهای روان‌شناختی در نتیجه سبب افزایش شادکامی در بیماران مصرف‌کننده مت‌آمفتامین شد. هر چه بیماران تحت درمان بتوانند بینشی روشن از چگونگی تغییر پیدا کنند، آمادگی این را کسب می‌کنند که بتوانند با تکیه بر آموخته‌های درمانی در طی جلسات، طرح‌واره‌های معیوب خود را بهبود بخشیده و به شادکامی واقعی نزدیک‌تر شوند. کابات-زین (۲۰۰۴)، معتقد است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید؛ بنابراین، تمرین مهارت ذهن آگاهی توانایی مراجعان برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد. به نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند شادکامی افراد را افزایش دهد. در واقع انجام مستمر تمرین‌های ذهن آگاهی، شناخت و آگاهی افراد از بدن، احساسات و افکارشان را افزایش می‌دهد. در ذهن آگاهی با انجام تمریناتی مانند تمرکز بر تنفس، واریسی بدن و مراقبه نشسته، افراد می‌آموزند که نسبت به هر نوع فکر، احساس، هیجان که در آن‌ها وجود دارد و نمایان می‌شود آگاه باشند. در نتیجه تمام این افکار، احساسات و هیجانات که اغلب از نوع فرسایشی هستند و تهدیدی برای سلامت روان فرد محسوب می‌شود، گذرا می‌باشند و فرد به حالتی از راحتی و آرامش می‌رسد. این تمرینات به زندگی روزمره نیز تعمیم پیدا می‌کند و فرد به این بینش می‌رسد که در صورت وجود رویدادهای ناخوشایند، به جای برخورد واکنشی و ناگهانی که اغلب منجر به فرسودگی می‌شود، حالتی از پذیرش و آگاهی لحظه به لحظه بدون قضاوت را در خود پرورش دهد. این آگاهی پیامدهای مثبتی به همراه دارد که یکی از آن‌ها، آرامش روان و شادکامی خواهد بود (هپنر و همکاران، ۲۰۱۶).

درمان ذهن آگاهی و مهارت‌های ذهن آگاهی در بیماران دچار اعتیاد، بینشی را ایجاد می‌کند تا نسبت به الگوهای افکار، عواطف، هیجانات و رفتارهای خودکار خودآگاهی پیدا کند بتواند به صورت ماهرانه پاسخ‌های هدفمند و مفید را انتخاب کند؛ به جای آنکه به‌طور خودکار با روش‌های خو گرفته و ناهشیار نسبت به وقایع محیطی واکنش نشان دهند. بر این اساس آن‌ها توانایی روان‌شناختی جهت پاسخ‌گویی نوآورانه را در خود احساس نکرده و نمی‌توانند طرحی نو در فرایند شناختی و روان‌شناختی خود ایجاد کنند که بر اساس آن‌ها شادمانی و نشاط بیشتری را تجربه نمایند. این در حالی است که در طول جلسات شناخت درمانی مبتنی بر درمان ذهن آگاهی، درمانگر با ایجاد تغییر در ساختار عواطف، احساسات، هیجانات و افکار مصرف‌کنندگان مت‌آمفتامین آنان را قادر ساخت که با آگاهی از فرایندهای شناختی و فراشناختی خود بتوانند، پاسخ‌های جدیدی را در فرایند شناختی و هیجانی خود ایجاد و شادمانی بیشتری را تجربه نمایند. این پژوهش همچون سایر مطالعات با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ از این بین می‌توان به استفاده صرف از پرسشنامه جهت جمع‌آوری اطلاعات اشاره کرد که ممکن است افراد در پاسخ به سؤالات آن صداقت کامل را به خرج نداده باشند. محدودیت دسترسی به نمونه وسیع‌تر باعث شد که پژوهشگران نتوانند اثربخشی این مداخله را با مداخله‌ای دیگر مورد مقایسه قرار دهند. همچنین، می‌توان به جامعه مورد مطالعه پژوهش که مصرف‌کننده مت-آمفتامین بوده، اشاره کرد که در تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر جوامع باید احتیاط نمود. در مجموع، با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش می‌توان گفت که تشکیل گروه‌های تخصصی در مراکز ترک اعتیاد

سطح شهر کرمانشاه جهت آموزش راهبرهای شناخت درمانی ذهن آگاهی به منظور تلاش در جهت ارتقاء سلامت روان افراد وابسته به مواد مخدر ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، پیشنهاد می‌شود تا استفاده از روش آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن، به‌عنوان یک استراتژی مدنظر سیاست‌گذاران حوزه پیشگیری و درمان مواد مخدر قرار گیرد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد؛ همچنین با توجه به شرایط و محل اجرای مداخله به گروه آزمایش اطمینان داده شد که هر زمان که تمایلی به ادامه جلسات آموزشی نداشتند می‌توانند پژوهش را خاتمه داده و جلسات را ترک کنند.

سیاسگزاری

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش تمامی افرادی که نویسندگان را در اجرای این پژوهش یاری و همراهی نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام به تصویب رسیده است و همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش نقش یکسانی داشتند.
تضاد منافع: هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

منابع

- ابراهیمی، شیوا، جعفری، فرشاد، و رنجبر سودجانی، یوسف. (۱۳۹۷). رابطه بین ذهن آگاهی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی دانشجویان. ماهنامه رویش روان‌شناسی، ۷ (۵): ۱۳-۳۰
- اسماعیلی، سمیرا، طباطبایی، موسی، و افروز، غلام، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان و کنترل توجه در افراد معتاد. مجله پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۶ (۳): ۱۴۳-۱۳۳
- ایران‌شهری، بهرام. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان ذهن آگاهی در کنترل وسوسه، افسردگی و اضطراب معتادان تحت درمان، دومین کنفرانس بین‌المللی یافته‌های نوین علوم و فناوری، قم، ایران
- آقا یوسفی، علی. رضا، اورکی، محمد، زارع، مریم؛ و ایمانی، سعید. (۱۳۹۲). ذهن آگاهی و اعتیاد: اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سوءمصرف کنندگان مواد. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۷ (۲۷): ۱۷-۲۷
- بشرپور، سجاد؛ و احمدی، شیرین. (۱۳۹۸). نقش خود‌نهان‌سازی و آلکسیتایمیا در پیش‌بینی مقاومت در برابر تغییر در افراد مصرف‌کننده مواد مخدر. مجله علوم مراقبتی نظامی، ۵ (۴): ۳۲۰-۳۱۲

جلوداری، سمیرا، سوداگر، شیدا، و بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳ (۴ پیاپی ۵۲): ۵۴۸-۵۲۷

جنگی، پریا، رامک، ناهید، و سنگانی، علی. رضا. (۱۳۹۷). مقایسه میزان رفتارهای خود تخریب‌گرانه، باورهای غیرمنطقی و تحمل پریشانی هیجانی در دو گروه مردان در حال بهبودی مواد افیونی و محرک. *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲۵(۱): ۱۷-۲۲

حبیبی کلیبر، رامین، فرید، ابوالفضل؛ و عبدالملکی، سالار. (۱۳۹۳). بررسی رابطه تنظیم هیجانی با گرایش به اعتیاد در شهروندان، اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران، ایران

حیدری، ماندانا، و دهقانی زاده، جلال. (۱۳۹۶). تأثیر یک دوره تمرین هوای منتخب بر خودکارآمدی، شادکامی و ذهن آگاهی معتادان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۴): ۴۱-۲۳

رجبی، سوران، دهقانی، یحیی، ریاحی، فروغ، و الهیاری، فرزاد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر شادکامی، رضایت از زندگی و تنظیم خلق معتادان مرد شهر اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۴(۵): ۵۰۳-۴۹۴

زمستانی، مهدی، بابامیری، محمد، و سپیانی، علی. رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوءمصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم‌آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان مدار. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۰(۳۹): ۱۹۴-۱۷۹.

زند، امین، ش، جمال، شمس، شاکری، نزهت، و چترزین، فریبا. (۱۳۹۶). رابطه بین احساس شادکامی و عود سوءمصرف مواد. *مجله پژوهش در پزشکی*، ۴۱(۱): ۳۶-۳۱

سلیمی کیا، شمسیه، و خان‌پور، فرزانه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اعتیاد تحت درمان با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۸): ۱۶۸-۱۵۷

شعبانی، حسن، میرزاییان، بهرام، و سنگانی، علی. رضا. (۱۳۹۶). مدل یابی روابط ساختاری طرح‌واره، سبک‌های دلبستگی با آمادگی به اعتیاد با واسطه‌گری راهبردهای مقابله‌ای استرس، تنظیم شناختی هیجان و احساس تنهایی در معتادان در حال ترک اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳): ۱۹۴-۱۷۷

صداقت زاده آرش، ایمانی، سعید، و شکری، امید. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش ولع مصرف در معتادان افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱۲(۴۹): ۲۶۸-۲۴۳

عباسی، رضوانه، و خادملو، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرح‌واره نقص/ شرم، نشخوار ذهنی و انزوای اجتماعی زنان کمال‌گرا. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۱): ۱۴۶-۱۲۷

عارف‌پور، امیرمحمد، شجاعی، فرشته سادات، حاتمی، محمد، و مهدوی، هدی. (۱۳۹۸). پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس تنظیم شناختی هیجان و احساس گناه در زنان دچار سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳ (۴ پیاپی ۲): ۵۰۹-۵۲۶

- علی پور، احمد، و نوربالا، احمد. علی. (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد. مجله اندیشه و رفتار، ۱۵(۱ و ۲): ۵۵-۶۵
- فرنام، علی، و محمودزهی، شهنواز. (۱۳۹۸). رابطه هیجان‌های منفی با وسوسه و احتمال مصرف افراد وابسته به مواد دارای بازگشت: نقش واسطه‌ای حمایت اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۹(۳۳)، ۱-۱۸
- فرهادی، مریم؛ و پسندیده، محمد. مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۵(۲): ۷-۱۵
- فضیلت پور، مسعود، انجم شعاع، محمد. رئوف، و صفاری، محمد. رضا. (۱۳۹۶). بیش‌فعالی/کمبود توجه و اعتیاد به مواد مخدر: نقش میانجی ذهن آگاهی. مجله مطالعات روان‌شناختی، ۱۳(۱): ۱۰۱-۱۱۸
- قبادی زاده، شبروز، یوسفی، ناصر، و قادری، فرزاد. (۱۳۹۷). بررسی نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در پیش‌بینی گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان. مجله روان‌شناسی مدرسه، ۷(۴): ۱۴۲-۱۲۱
- قربانی مقدم، پرینسا، تیموری، سعید، و یزدان پناه، فرشته. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار غیرمنطقی، کیفیت خواب و وسوسه مصرف در افراد با اختلال مصرف مواد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۵(۲۰): ۱۳۲-۱۱۹
- کاظم‌زاده، رضا، زردی گیگلو، بهزاد، و نجفی پور تابستانی، علی. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین هوش هیجانی، شادکامی و اهمال‌کاری در بین افراد عادی و معتاد، چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی، تهران، ایران
- کاظمی، حمید، شجاعی، فرزانه؛ و سلطانی زاده، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تحمل‌پذیری و تجربه مجدد ضربه در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. مجله علوم مراقبتی نظامی، ۴(۴): ۲۴۸-۲۳۶
- کاظمیان، سمیه. (۱۳۹۳). اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خود درمانجو. مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۴(۱): ۱۹۲-۱۸۱
- کمالی ایگلی، سمیه، و ابوالمعالی الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۵). پیش‌بینی راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان بر اساس فرایندهای ارتباطی خانواده و ابعاد کمال‌گرایی. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۰(۳): ۳۱۰-۲۹۱
- متقی قمصری، عطیه، و رستمی، رضا. (۱۳۹۸). اعتیاد والدین، مشکلات فرزندپروری و آسیب‌شناسی روانی در فرزندان، رویش روان‌شناسی، ۸(۶): ۱۰-۱۸
- مقتدر، لیلا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷(۹)، ۸۲۵-۸۳۵.
- منجم، عارفه، و آقاییوسفی، علی. رضا. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی گروهی تحلیل رفتار متقابل بر عقاید وسوسه‌انگیز و سبک‌های دلبستگی و نظم‌جویی شناختی در معتادین در حال ترک. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۹(۳۴): ۱۲۳-۱۴۴

- منچری، حمیده، شریفی نیستانک، ناهید دخت، سید فاطمی، نعیمه، حیدری، محمد، قدوسی، منصوره. (۱۳۹۲). مشکلات روانی-اجتماعی در خانواده‌های معتادین، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران)، ۸۳(۲۶): ۴۸-۵۶
- میرشاه جعفری، ابراهیم، عابدی، محمد. رضا، و لیاقت دار، محمد. جواد. (۱۳۸۳). بررسی میزان شادکامی و عوامل وابسته به آن در دانشجویان دانشگاه‌های شهر اصفهان. (گزارش طرح پژوهشی)، دانشگاه اصفهان، اصفهان
- ورعی، پیام، پورداد، سبا، افشاری، سارا، و میرشمسی، زهرا. (۱۳۹۸). پیش‌بینی افکار خودکشی در سالمندان بر اساس سپاسگزاری و خود شفقت‌ورزی. *مجله سالمندشناسی*، ۳(۴): ۱۱-۱۹
- یوسفی لویه، محمد، صالحی، محمد، نفیسی، غلام. رضا، و رئیسی، زهرا. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش شادکامی به شیوه‌ی شناختی-رفتاری فوردایس بر سلامت عمومی و هوش هیجانی دانشجویان. *مجله تحقیقات روان شناختی*، ۲(۸): ۶۲-۷۴
- متقی، قمصری عطیه، رستمی، رضا. (۱۳۹۸). اعتیاد والدین، مشکلات فرزندپروری و آسیب‌شناسی روانی در فرزندان، *رویش روان‌شناسی*، ۸(۶): ۱۰-۱۸.

References

- Chou, H., & Wang, S. S. (2016). The effects of happiness types and happiness congruity on game app advertising and environments. *Electronic Commerce Research and Applications*, 20, 1-14.
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, Ch., & Robertsg, B. W. (2018). Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 91, 37- 48.
- Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693.
- Furnham, A., & Cheng, H. (1999). Personality as predictor of mental health and happiness in the east & west. *Journal of Personality and Individual Differences*, 27(3), 395 - 403.
- Gao, J., Fan, J., Wai Yan Wu, B., Zhang, Z., Chang, C., Hung, Y-S., Fung, P. C.W., & Sik, H. (2016). Entrainment of chaotic activities in brain and heart during MBSR. *Mindfulness Training. Neuroscience Letters*, 61(6), 218-223.
- Garnefski N, Kraaij V & Spinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311–1327
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T., Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety. A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25(6), 603° 611. DOI: 10.1006/jado.2002.0507
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2019), The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and

- the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56-61.
- Gotink, R.A., Chu, P., Busschbach, J.J., Benson, H., Fricchione, G.L., & Hunink, M.G. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *Journal Published by the Public Library of Science*, 10(4), e0124344.
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., & Whalen, D. (2016). Dark side of the mood or sweet emotion? Toward a more nuanced understanding of emotional lability. *Journal of Research in Personality*, 21(2), 154-166.
- Hepner, W. L., Spears, C. A., Correa-Fernández, V., Castro, Y., Li, Y., Guo, B. & Wetter, D. W. (2016). Dispositional mindfulness predicts enhanced smoking cessation and smoking lapse recovery. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(3), 337-347.
- Hills, p. & Argyle, M. (2001). Happiness, introversionextroversion and happy factors. *Journal of Personality and individual differences*, 30, 595- 608.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction clinic at the university of Massachuset medical center*. New York: Dell publishing.
- Kim, J., & Jang, S. (2016), "Determinants of authentic experiences: An extended Gilmore and Pine model for ethnic restaurants", *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 28(10), 2247-2266.
- Lane, T. (2017). How does happiness relate to economic behaviour? A review of the literature. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 68, 62-78.
- Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96.
- Morie, K.P., Yip, S.W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K, M., & Potenza, M.N. (2016). Alexithymia and Addiction: A Review and Preliminary Data Suggesting Neurobiological Links to Reward/Loss Processing. *Curr Addict Rep*, 3(2), 239-48.
- Pierro, R. D., Benzi, I. M. A. & Madeddu, F. (2019). Difficulties in emotion regulation among inpatients with substance use disorders: The mediating effect of mature defenses mechanisms. *Clinical neuropsychiatry*, 12(4), 83- 89.
- Pierro, R., Costantini, G., Benzi, I. M. A., Madeddu, F., & Preti, E. (2019). Grandiose and entitled, but still fragile: A network analysis of pathological narcissistic traits. *Personality and Individual Differences*, 140, 15-20.
- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian journal of psychiatry*, 39, 58-62.
- Sadock, B. & Sadock. V. A. (2016). *Synapses of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott the William and Willkins.
- Schellhas, L., Ostafin, B. D., Palfai, T. P. & de Jong, P. J. (2016). How to think about your drink: Action identification and the relation between mindfulness and dyscontrolled drinking. *Addictive Behaviors*, 56, 51-56, doi: 10.1016/j.addbeh.2016.01.007.
- Shonin, E., Gordon, W. V., & Griffiths, M. D. (2014). Mindfulness as a Treatment for Behavioural Addiction. *J Addict Research & Therapy*, 5(1), e122.
- Steiner, H., & Van Waes, V. (2013). Addiction-related gene regulation: Risks of exposure to cognitive enhancers vs. other psychostimulants. *Journal ofProgress in Neurobiology*, 100, 60-80.

- Wen, L. (2016). *Mindfulness-oriented recovery enhancement for video game addiction in us emerging adults (Doctoral dissertation)*, The University of Chapel Hil, Chapel Hill, USA.
- Wu, L. (2015). Emotion regulation in heavy smokers: experiential, expressive and physiological consequences of cognitive reappraisal. *Frontiers of psychology*, Published online 2015 Oct 13. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.01555.
- Yang, K. S., Sandman, C.F., & Craske, M. G. (2019). Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain Sciences*, 9(4), 76-87

پرسشنامه شادکامی

ردیف	گویه‌ها	اصلاً	کم	متوسط	زیاد
۱	من فوق العاده خوشحال هستم.	۰	۱	۲	۳
۲	احساس می‌کنم آینده سرشار از امید و خوشحالی است.	۰	۱	۲	۳
۳	در مجموع از همه چیز زندگی‌ام راضی‌ام.	۰	۱	۲	۳
۴	احساس می‌کنم کاملاً بر تمام جنبه‌های زندگی‌ام کنترل دارم.	۰	۱	۲	۳
۵	احساس می‌کنم زندگی سرشار از دلگرمی و تشویق است.	۰	۱	۲	۳
۶	از وضعی که در آن هستم کاملاً لذت می‌برم.	۰	۱	۲	۳
۷	همیشه تأثیر خوبی روی وقایع زندگی‌ام دارم.	۰	۱	۲	۳
۸	من به زندگی عشق می‌ورزم.	۰	۱	۲	۳
۹	من به دیگران علاقه بسیاری دارم.	۰	۱	۲	۳
۱۰	هر نوع تصمیم‌گیری برایم آسان است.	۰	۱	۲	۳
۱۱	احساس می‌کنم توانایی انجام هر کاری را دارم.	۰	۱	۲	۳
۱۲	همواره با احساس راحتی از خواب بیدار می‌شوم.	۰	۱	۲	۳
۱۳	احساس می‌کنم انرژی بی‌پایانی دارم.	۰	۱	۲	۳
۱۴	همه جهان به نظرم زیباست.	۰	۱	۲	۳
۱۵	احساس می‌کنم کاملاً هوشیار هستم.	۰	۱	۲	۳
۱۶	آن قدر سلامت‌م که گویی در نقطه اوج جهان قرار دارم.	۰	۱	۲	۳
۱۷	من هر کسی را دوست دارم.	۰	۱	۲	۳
۱۸	همه وقایع گذشته برایم خوشایند است.	۰	۱	۲	۳
۱۹	همیشه حالت لذت و شادی دارم.	۰	۱	۲	۳
۲۰	من هر چیزی را که خواسته‌ام انجام داده‌ام.	۰	۱	۲	۳
۲۱	همیشه وقتم را بسیار خوب تنظیم می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۲	همیشه با دیگران شوخی می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۲۳	همیشه روی دیگران تأثیر خوبی دارم.	۰	۱	۲	۳
۲۴	زندگی‌ام کاملاً معنی‌دار و هدفمند است.	۰	۱	۲	۳
۲۵	همیشه متعهد و پایبند هستم.	۰	۱	۲	۳
۲۶	فکر می‌کنم دنیا جای عالی است.	۰	۱	۲	۳
۲۷	همیشه خندان هستم.	۰	۱	۲	۳
۲۸	فکر می‌کنم بسیار جذاب هستم.	۰	۱	۲	۳
۲۹	من با هر چیزی سرگرم می‌شوم.	۰	۱	۲	۳

۳۰	به طور کلی از تمام جنبه‌های زندگی‌ام احساس رضایت می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۳۱	به طور کلی بر تمام جنبه‌های زندگی‌ام احساس کنترل می‌کنم.	۰	۱	۲	۳
۳۲	به طور کلی در زندگی‌ام احساس سلامتی می‌کنم	۰	۱	۲	۳
۳۳	به طور کلی روی دیگران تأثیر خوبی دارم.	۰	۱	۲	۳
۳۴	به طور کلی در تعامل با دیگران خود را فردی خوش رو می‌دانم.	۰	۱	۲	۳

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

ردیف	عبارت	همیشه	اغلب وقت‌ها	بعضی وقت‌ها	بندرت	هرگز
۱	احساس می‌کنم در مورد آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی زا خودم مقصرم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲	فکر می‌کنم مجبورم آنچه اتفاق افتاده است را بپذیرم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳	به احساساتم درباره تجربه ناگوار می‌کنم که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۴	به چیزهای بهتر از آنچه تجربه کرده‌ام فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۵	به کارهای خوبی که می‌توانم انجام دهم فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۶	به این فکر می‌کنم که می‌توانم از این شرایط چیزهایی یاد بگیرم.	۵	۴	۳	۲	۱
۷	به این فکر می‌کنم که از این بدتر هم می‌توانست اتفاق بیفتد.	۵	۴	۳	۲	۱
۸	به این فکر می‌کنم اتفاقی که برایم افتاده بدتر از چیزی است که بر سر دیگران آمده است.	۵	۴	۳	۲	۱
۹	احساس می‌کنم دیگران مقصر این اتفاق هستند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۰	حس می‌کنم مسئول آن اتفاق ناگوار و یا شرایط تنیدگی زا خودم هستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۱	فکر می‌کنم مجبورم شرایط پیش آمده را بپذیرم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۲	افکاری که در جریان اتفاق ناگوارم تجربه داشته‌ام ذهن مرا به خود مشغول می‌کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۳	به چیزهای خوبی فکر می‌کنم که پیش از آن به آن‌ها نپرداخته‌ام.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۴	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم با شرایط پیش آمده به بهترین نحو کنار بیایم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۵	به این فکر می‌کنم که می‌توانم بعد از این اتفاق فرد قوی‌تری باشم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۶	به این فکر می‌کنم که دیگران شرایط بدتر از این را هم تجربه کرده‌اند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۷	مرتب به میزان فاجعه‌آمیز بودن تجربه‌ای که داشته‌ام فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۸	احساس می‌کنم دیگران مسئول این اتفاق هستند.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۹	به اشتباه‌هایی که در آن شرایط مرتکب شده‌ام فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۰	فکر می‌کنم نمی‌توانم در مورد اتفاق رخ داده چیزی را عوض کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۱	تمایل دارم دلیل احساساتی را که در جریان اتفاق ناگوار داشته‌ام بفهمم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۲	در عوض فکر کردن به آن اتفاق ناگوار به چیزهای خوشایند فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۳	به این فکر می‌کنم که چگونه می‌توانم شرایط را عوض کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۴	به این فکر می‌کنم که این شرایط ناگوار می‌تواند ابعاد مثبتی هم داشته باشد.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۵	به این فکر می‌کنم که این اتفاق در مقایسه با اتفاق‌های دیگر خیلی هم بد نبوده است.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۶	فکر می‌کنم اتفاقی رخ داده بدتر از آن چیزی است که می‌توانست برای کسی اتفاق بیفتد.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۷	به اشتباه‌های دیگران که باعث این اتفاق شد فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۸	فکر می‌کنم که علت اصلی این اتفاق‌های ناگوار و شرایط تنیدگی زا خودم هستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲۹	فکر می‌کنم باید یاد بگیرم با آن زندگی کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۰	گرفتار احساساتی هستم که شرایط ناگوار برایم ایجاد می‌کنند.	۵	۴	۳	۲	۱
۳۱	به تجارب خوب فکر می‌کنم.	۵	۴	۳	۲	۱

۵	۴	۳	۲	۱	۳۲	به نقش‌های برای عملکرد بهتر فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳	به ابعاد مثبت مسئله فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴	به خودم می‌گویم در زندگی اتفاق‌های ناگواری وجود دارد که باید با آن روبه‌رو شد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵	مدام به میزان وحشتناکی شرایط پیش‌آمده فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶	حس می‌کنم علت اصلی این اتفاق دیگران هستند.

The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Improving Happiness and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Male Methamphetamine Users

Zeinabsadat. Hosaini¹, Vahid. Ahmadi^{*r} & Shahram Mami^r

Abstract

Aim: The present study aimed to evaluate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in improving happiness and cognitive emotion regulation strategies in methamphetamine users. **Methods:** The research design was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up. The statistical population consisted of all married male methamphetamine users who visited public and private medical centers (including outpatient centers and residential centers) in Kermanshah in 2018. Among whom, we selected 30 men as research samples by a convenience sampling method and randomly assigned them to experimental (n=15) and control (n=15) groups. We evaluated both groups by the emotional cognitive regulation strategy questionnaire by Garnefski et al. (2001) and the happiness inventory by Argyle and Lu (1990). The experimental group then underwent eight 120-minute sessions of mindfulness-based cognitive therapy intervention by Kabat-Zinn (2004). We analyzed data using the repeated measures analysis of variance (ANOVA). **Results:** The results indicated the effect of mindfulness-based cognitive therapy on components of cognitive-emotional regulation strategies, namely self-blame ($p<0.001$, $F=25.76$), blaming others ($p<0.001$, $F=22.76$), rumination ($p<0.001$, $F=21.76$), positive refocusing ($p<0.001$, $F=29.71$), planning refocusing ($p<0.001$, $F=27.59$), positive reappraisal ($p<0.001$, $F=26.51$), underestimation ($p<0.001$, $F=21.91$), acceptance ($p<0.001$, $F=20.63$), Catastrophizing ($p<0.001$, $F=29.23$), and happiness ($p<0.001$, $F=86.29$), and the stability of the effect was in the follow-up phase. **Conclusion:** According to the results, we suggest psychologists and psychotherapists use the results of the present study to increase adaptive-cognitive emotional strategies and happiness and reduce maladaptive emotional cognitive strategies in drug abusers and prevent negative consequences of addiction on the family by using effective approaches and providing health conditions in the family system. **Keywords:** *Fathering Self-Efficacy, Exploratory Factor Analysis, Confirmatory Factor Analysis, Standardization*

1. PhD Student in General Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
vahid_Ahmadi20@yahoo.com
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran