



The Effectiveness of Awareness Education on Social Self - Efficacy and Resilience in the Glass Dependent Patients

Asieh Poshtyaft^{1,*}, Fazlollah Mirderkvand²

¹ MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University- Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran

* **Corresponding author:** Asieh Poshtyaft, MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University- Ahvaz Branch, Ahvaz, Iran. E-mail: www.asie.poshtyaft@gmail.com

Received: 11 Dec 2017

Accepted: 21 May 2018

Abstract

Introduction: Mindfulness is a method for knowing the present, in a non-judgmental way, and a way to minimize involvement in thoughts and feelings. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of awareness education on social self - efficacy and resilience in the glass-dependent patients.

Methods: The present study is a quasi-experimental study with pretest-posttest design with control group. Research population include all men dependent on glass in Dezful city. The sample consisted of 34 subjects who were randomly selected from those who were referred to Dezful Hospital in summer of 2017 and were randomly assigned to experimental and control groups (each group was 17). The experimental group received 10 sessions of 90 minutes of mindfulness training and the control group did not receive an intervention. The groups completed the social self-efficacy questionnaire of Guardiola and Herbert and the Conner and Davidson Resilience Scale as pre-test and post-test. Data were analyzed using SPSS-21 software and multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The findings showed that there was a significant difference between the mean of social self-efficacy and the resilience of the experimental and control groups in the post-test. In other words, mindfulness training increased social self-efficacy and resiliency of glass-dependent men patients in Dezful city ($P < 0.001$).

Conclusions: Considering the effect of mindfulness education on increasing social self-efficacy and resilience in glass-dependent patients, advisers, therapists and clinical psychologists recommend using this method to increase social and resilient self-efficacy in these individuals.

Keywords: Addiction, Resilience, Social Self-efficacy, Mindfulness



اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران وابسته به شیشه

آسیه پشت‌یافته^{۱*}، فضل‌اله میردريکوند^۲

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

* نویسنده مسئول: آسیه پشت‌یافته، کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: www.asie.poshtyafte@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۲۰

چکیده

مقدمه: آثار و نتایج زیانبار و مخرب فردی، اجتماعی و فرهنگی وابستگی و اعتیاد به شیشه سبب شده است تا کادر درمانی جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از عود مصرف این ماده مخدر اقدام کنند، لذا هدف این پژوهش اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران وابسته به شیشه شهر دزفول می‌باشد.

روش کار: مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه مردان وابسته به شیشه شهر دزفول بود. نمونه پژوهش شامل ۳۴ آزمودنی بود که به صورت تصادفی ساده از بین افرادی که در تابستان ۹۶ به کمپ ترک اعتیاد تحت نظر بهزیستی شهرستان دزفول مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و به گونه تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش ذهن‌آگاهی دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. گروه‌ها پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی گادیانو و هربرت و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون را به‌عنوان پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS-21 و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد در مرحله پس‌آزمون بین میانگین خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت آماری معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر آموزش ذهن‌آگاهی باعث افزایش خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران وابسته به شیشه شهر دزفول شد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: ارائه آموزش ذهن‌آگاهی بیماران را به نقاط ضعف و قوت خود و کاستن از ضعف‌های خود آگاه می‌کند. لذا با توجه به تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران وابسته به شیشه توصیه می‌شود مشاوران، درمانگران و روانشناسان بالینی از روش مذکور برای افزایش خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در این افراد استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، تاب‌آوری، خودکارآمدی اجتماعی، ذهن‌آگاهی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

کم‌خوابی و اضطراب است، اما احساس شعف بسیار شدیدی که هنگام مصرف در دفعات اول به فرد دست می‌دهد، باعث ادامه مصرف می‌شود و همان مصرف بار اول نیز می‌تواند، خطرناک باشد و باعث افزایش فشارخون، گرگرفتگی شدید، تشنج، نارسایی کلیه و حتی سکت‌های

یکی از انواع مواد مخدر که امروزه از مواد نسبتاً پر مصرف می‌باشد، آیس، شیشه یا کریستال است. نام اصلی شیشه «کریستال دی متامفتامین هیدروکلراید» است و نزدیک به دو دهه است که وارد کشور ما شده است [۱]. علایم مصرف شیشه در ابتدا به صورت کم‌اشتهایی،

قلبی و مغزی شود [۲]. همچنین متامفتمین که جزو محرک‌ها محسوب می‌شود، باعث بی‌خوابی شدید و کم‌اشتهایی فرد شده و در درازمدت عوارض پوستی مانند آبسه‌های جلدی ایجاد می‌کند و ظاهر پوست را سالم‌تر نشان می‌دهد. ادامه مصرف این ماده همچنین باعث گیجی، منگی، اختلال حافظه، کندی حرکتی و اختلال یادگیری می‌شود و نیز به پوسیدگی دندان‌ها می‌انجامد [۳]. گزارش شده است، اکثر افرادی که برای سوء مصرف مواد مراجعه کرده‌اند پس از ترخیص از درمان دچار عود مصرف مواد شده‌اند [۴]. با وجود این، هنوز شیوه درمان قطعی برای آن یافت نشده است. حتی پس از آن که فرد وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع کند، نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. از این جهت عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است. به‌منظور مقابله با عود مصرف مواد مطالعات مختلفی انجام شده است و جمع‌بندی‌های به‌دست آمده از این مطالعات نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی با عود مصرف مواد زیادی همراه است [۵]. طبق مطالعات صورت گرفته، داشتن خودکارآمدی و تاب‌آوری با کاهش استرس‌های روانشناختی و پیشگیری از رفتارهای پرخطری همچون سیگار کشیدن، مصرف الکل و مواد همراه است. همچنین داشتن احساس خودکارآمدی بر گرایش به مصرف مواد می‌کاهد و در طول زمان نیز میزان افزایش مصرف مواد را مهار می‌کند [۶، ۷].

خودکارآمدی اجتماعی یعنی باور افراد در مورد توانایی مقابله آن‌ها در موقعیت‌های خاص اجتماعی که الگوهای شناختی، رفتاری و عاطفی آن‌ها را در سطوح مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. به دیگر سخن خودکارآمدی اجتماعی بالا باعث مناسبات اجتماعی مثبت و سالم و خودکارآمدی اجتماعی پایین منجر به رفتارهای اجتنابی و انزوا می‌گردد [۸]. بندورا بر این باور است که خودکارآمدی اجتماعی یکی از مهمترین عوامل تنظیم رفتار انسان در موقعیت‌های بین فردی است [۹]. هیچکدام از مکانیزم‌های روانی انسان بانفوذتر از باورهای خودکارآمدی اجتماعی آن‌ها درباره ظرفیت‌هایشان برای اعمال کنترل بر سطوح عملکرد و رویدادهای زندگی مؤثر نیست و افراد الکلی و معتاد به علت استعمال مواد افیونی معمولاً از خودکارآمدی اجتماعی پایینی برخوردار هستند [۱۰]. منظور از تاب‌آوری یعنی استعداد و ظرفیت افراد جهت مقابله بر شرایط سخت و دشوار زندگی [۱۱]. به عبارت دیگر تاب‌آوری به عنوان یک مؤلفه روانشناختی موجب می‌گردد وقتی افراد در شرایط استرس‌آفرین زندگی قرار می‌گیرند، رفتارهای سازگارانه‌تری از خود نشان دهند [۶]. افزایش تاب‌آوری باعث می‌گردد وقتی افراد در شرایط سخت و تهدیدکننده زندگی قرار می‌گیرند، نه تنها مقاومت و تحمل آن‌ها در این شرایط بیشتر شود بلکه رفتارهای شایسته و موفقیت‌آمیزتری از خود نشان دهند [۱۲]. بسیاری از مطالعات بیانگر این حقیقت هستند که تاب‌آوری و خودکارآمدی افراد وابسته به مواد نسبتاً کم است [۱۰، ۱۳، ۱۴]. اهمیت لزوم افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد این است که تاب‌آوری مرتبط با هیجانات مثبت است که نقش حفاظتی در برابر افسردگی، اضطراب و مصرف مواد ایفا می‌کند [۱۵]. ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن ویژه و هدفمند، در زمان کنونی و به دور از پیشداوری و قضاوت است. در ذهن‌آگاهی فرد در هر لحظه از حالت ذهنی آگاه می‌شود و مهارت‌های

شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد [۱۶]. بنای ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی می‌باشد. تکنیک‌های ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کنند تا بی‌طرفانه و بدون داوری به مشاهده محتوای آگاهی بپردازد [۱۷]. تمام تمرین‌های موجود در ذهن‌آگاهی به نحوی طراحی شده است که توجه به بدن را افزایش می‌دهد. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین‌رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن - بدن هم به اثبات رسیده است. در پژوهش‌هایی که از ذهن‌آگاهی استفاده می‌شود، تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است [۱۸]. ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از پیچیدگی فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه‌های جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود [۱۹]. نتایج پژوهش‌های مورد بررسی نشان می‌دهد ذهن‌آگاهی با بهزیستی و سلامت روان‌شناختی ارتباط دارد [۲۰، ۲۱]. استفاده از ذهن‌آگاهی و انجام پژوهش در این زمینه در سال‌های اخیر افزایش یافته است و شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن ذهن‌آگاهی در موقعیت‌های بالینی، به‌ویژه روانپزشکی است [۲۲]. تحقیقات حکایت از مفید بودن ذهن‌آگاهی در مواردی همچون درد مزمن [۲۳]، اختلال استرس پس از ضربه [۲۴]، کاهش رفتارهای اعتیادی [۲۵]، بهبود ناهنجاری‌های رفتاری مثل پرخاشگری و سوءمصرف مواد [۲۶] و تعدیل اضطراب اجتماعی [۲۶]، می‌باشد. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد، در صورتی که آموزش روش پیشگیری با ذهن‌آگاهی ترکیب شود، می‌تواند آثار نسبتاً موفقیت‌آمیزی بر قضاوت و بیزاری معتادان تزریقی داشته باشد، احتمال برگشت را کاهش دهد و در بهبود وضعیت خواب مؤثر باشد [۲۷].

در مورد ضرورت انجام این پژوهش می‌توان گفت فرآیند توقف سو مصرف مواد و پایان دادن به روابط با همسالان معتاد به شدت استرس‌آور است و نیازمند منابع و روابط حمایتی جدید و افزایش اعتماد به نفس در آن‌ها می‌باشد. همچنین جایگاه، اهمیت و تاثیرگذاری ذهن‌آگاهی در عرصه‌های گوناگون زندگی و لزوم اهمیت به افزایش مؤلفه‌های سلامت روان در افراد وابسته به شیشه برای جلوگیری از عود دوباره به مواد مخدر و همچنین کمبود شواهد پژوهش داخلی در حیطه مداخلات ذهن‌آگاهی در بیماران به طور عام و در افراد وابسته به شیشه به طور خاص، نباید از نظر دور بماند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران وابسته به شیشه طراحی و اجرا شده است.

روش کار

مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه مردان وابسته به شیشه شهر دزفول بود. نمونه پژوهش شامل ۳۴ آزمودنی بود که به صورت تصادفی ساده از بین افرادی که به کمپ ترک اعتیاد تحت نظر بهزیستی شهرستان دزفول مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند و به گونه تصادفی ساده در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) گمارده شدند (به دلیل آنکه تحقیق حاضر دارای یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد با فرض یک اندازه اثر متوسط $f = 0.5$)، حداقل حجم نمونه برای دستیابی به توان ۰/۸ را محاسبه نمودیم و

به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی‌کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجان‌انگیز را ایجاد می‌کند. جلسه سوم: آگاهی از اینکه ذهن چگونه می‌تواند اغلب مشغول و پراکنده باشد و یادگیری تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس جهت تسهیل امکان متمرکز و یکپارچه بودن بیشتر.

جلسه چهارم: فرد بتواند از زاویه دیگری به وقایع نگاه کند تا دید گسترده و متفاوتی نسبت به آن‌ها داشته باشد. تشویق افراد تا احساسات ناامیدی و تأسف در مورد گذشته را رها کنند. بحث در مورد اهمیت ماندن در زمان حال و چگونگی رها شدن ذهن از افسوس‌ها و نگرانی‌های گذشته و آینده.

جلسه پنجم: پذیرش تجرب و احساسات ناخوشایند و ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه کسب شده.

جلسه ششم: مراجع اتحاد خود را با افکار کاهش دهد و به آن‌ها به‌عنوان فکر بنگرد و بتواند با آن‌ها رابطه بیشتری برقرار کند و از آن‌ها آگاه شود.

جلسه هفتم: جلسه هفتم با بحث در این مورد که ذهن آگاهی از چه طریقی اضطراب را کاهش می‌دهد شروع شد. در ادامه مبارزه با افکار اتوماتیک، عدم تمرکز روی افکار مشکل آفرین، مقابله با اضطراب با استفاده از ذهن آگاهی، مقابله با درد و استفاده از ذهن آگاهی برای کنترل درد آموزش داده شد.

جلسه هشتم: فرد به این نتیجه برسد که آگاهی به‌تنهایی برای حل مشکلات فرد کافی نیست و فرد باید تدریج نحوه مراقبت از خود و ارزش‌گذاری تجربه لحظه‌به‌لحظه را یاد بگیرد.

جلسه نهم: بحث و گفتگو در مورد تجربیاتی که شرکت‌کنندگان تاکنون از جلسات ذهن آگاهی داشته‌اند و فواید ذهن آگاهی مورد بحث قرار گرفت.

جلسه دهم: مضمون جلسه این بود: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اند. پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای انجام شد. سپس در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث شد. پس از آن در مورد کل جلسه سؤالاتی مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان را ادامه دهند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد در گروه آزمایش میانگین سنی ۲۹/۲ سال بود. ۴۹ درصد دیپلم و ۵۱ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۳۵ درصد بدون شغل، ۵۰ درصد شغل آزاد و ۱۵ درصد کارمند بودند. در گروه کنترل میانگین سنی ۲۸/۹ سال بود. ۵۰ درصد دیپلم و ۵۰ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند، ۳۸ درصد بدون شغل، ۴۵ درصد شغل آزاد و ۱۷ درصد کارمند بودند. برای بررسی تاثیرگذاری مداخله آزمایشی بر متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و مقایسه آن با گروه کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد. پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش فرض‌های این روش تحلیل بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری معنادار نبود که این یافته حاکی از برقراری فرض نرمال بودن داده‌ها

مقدار حداقل حجم نمونه را به وسیله جدول کوهن محاسبه کردیم که عدد ۱۷ به دست آمد، به همین دلیل حجم نمونه ۱۷ نفر برای هرگروه در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: عدم ابتلا به بیماری روانپزشکی شدید همزمان با سو مصرف مواد، تحصیلات حداقل دیپلم، سن بالاتر از ۱۸ سال، عدم دریافت هرگونه برنامه آموزشی دیگر قبل و در حین انجام مداخله ذهن آگاهی. همچنین ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، انجام ندادن تکالیف، عدم همکاری و ابتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی.

قبل از شروع درمان، رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش به صورت کتبی اخذ شد. هر دو گروه پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی گادیانو و هربرت و پرسشنامه تاب‌آوری کاتر و دیویدسون را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل کردند.

ابزارهای پژوهش

۱- پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی گادیانو و هربرت: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۳ توسط گادیانو و هربرت تدوین گردید. این پرسشنامه دارای ۹ گویه است. هر گویه بر پایه یک مقیاس ۱۰ گزینه‌ای درجه‌بندی شده است. حداکثر نمره‌ای که آزمودنی در این پرسشنامه بدست می‌آورد ۹۰ می‌باشد. به طوری‌که هرچه نمره آزمودنی به ۹۰ نزدیک‌تر باشد، از خود کارآمدی اجتماعی بالاتری برخوردار می‌باشد. پایایی این پرسشنامه توسط فرهنگی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت ایرانی ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۸]. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه گردید.

۲- پرسشنامه تاب‌آوری کاتر و دیویدسون: این پرسشنامه توسط کاتر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی تهیه شد. میانگین این پرسشنامه نمره ۵۲ می‌باشد. به طوری‌که هرچه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب‌آوری بالاتر و هرچه نمره او به صفر نزدیک‌تر باشد از تاب‌آوری پایین‌تری برخوردار خواهد بود. به منظور تعیین پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید که پایایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است [۱۰]. در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه گردید.

در نهایت داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) و به کمک نرم افزار SPSS-21 تحلیل شدند.

بسته ذهن آگاهی در این پژوهش، بر اساس بسته مدون شده توسط باون، چاولا و مارلات، تنظیم شد. در ابتدا برنامه آموزشی برای جلسات ۲ ساعته در هفته تنظیم و بسته آموزشی ذهن آگاهی نیز با توجه به ویژگی‌های افراد مورد پژوهش سازگار شد. هر جلسه با یک تمرین آغاز و با بحث در مورد تمرین، ادامه و با تکلیف خانگی پایان می‌یافت.

جلسه اول: به افراد بیم‌وزیم تا بدانند چه مواقعی ذهن آن‌ها به‌سوی هدایت خودکار می‌رود تا بتوانند آن را کنترل کنند.

جلسه دوم: در ابتدای جلسه دوم، شرکت‌کنندگان تشویق به انجام مدیتیشن اسکن بدن شدند و بعد از آن در مورد موانع انجام تمرین (مثل بیقراری و پرسه زدن ذهن) و راه‌حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای این مسئله (غیرقضاوتی بودن و رهاکردن افکار مزاحم) بحث شد. سپس در مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث شد، با این مضمون که رویدادها

تاب‌آوری) میانگین گروه آزمایشی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون افزایش داده است ($F = 6/36, P = 0/001$). **جدول ۳**. نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیری را نشان می‌دهد. با توجه به یافته‌ها، نمره F در مرحله پس‌آزمون برای متغیرهای خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری ($P < 0/001$) پس از کنترل نمره پیش‌آزمون، معنادار بوده است. در مرحله پس‌آزمون میزان تأثیر عضویت گروهی برای متغیرهای خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری به ترتیب $47/5$ و $62/2$ درصد بوده است، که آموزش ذهن‌آگاهی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش موجب افزایش خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری شده است.

بود. همچنین نتایج آزمون M باکس معنادار نبود که حاکی از برقراری فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس بود. علاوه بر آن نتایج آزمون لوین معنادار نبود که حاکی از برقراری فرض برابری واریانس‌ها بود. در **جدول ۱**، میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. طبق نتایج **جدول ۱**، میانگین و انحراف استاندارد مربوط به خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. همان‌طور که در **جدول ۲**، مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها بیانگر آن است که مداخله آزمایشی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خودکارآمدی اجتماعی و

جدول ۱: یافته‌های توصیفی مربوط به تاب‌آوری و خودکارآمدی اجتماعی برای دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

	تاب‌آوری				خودکارآمدی اجتماعی			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	64/80	14/20	104/2	16/28	61/50	21/48	30/102	17/78
کنترل	60/20	16/97	56/20	16/20	62/35	21/83	67/60	22/27

جدول ۲: نتایج تحلیل مانکوا بر روی میانگین مؤلفه‌های پژوهش

نام آزمون	مقدار	F	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلای	0/435	6/36	0/612	1/000
آزمون لامبدای ویلکز	0/588	6/36	0/612	1/000
آزمون اثر هتلینگ	0/663	6/36	0/612	1/000
آزمون بزرگترین ریشه روی	0/597	6/36	0/612	1/000

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی برای تاب‌آوری و خودکارآمدی اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
تاب‌آوری							
پس‌آزمون	251/117	1	251/117	2/03	0/124	0/065	0/992
پیش‌آزمون	631/93	1	631/93	18/31	0/001	0/475	0/995
عضویت گروهی							
خودکارآمدی اجتماعی							
پس‌آزمون	4521/52	1	4521/52	4/13	0/094	0/112	0/99
پیش‌آزمون	10726/86	1	10726/86	13/78	0/001	0/622	0/99
عضویت گروهی							

بحث

ذهن‌آگاهی سبب کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در این افراد می‌شود [۳۲]. همچنین آموزش ذهن‌آگاهی در افراد دیابتی سبب افزایش میزان شادکامی در آنان شد [۳۳]. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص متغیر خودکارآمدی اجتماعی می‌توان گفت افراد وابسته به مواد به علت بازخوردهای منفی ناشی از استعمال مواد افیونی از خویشاوندان و اطرافیان، مناسبت اجتماعی محدودی دارند و با انزوایی که در پیش می‌گیرند، سازگاری و خودکارآمدی اجتماعی آن‌ها دچار اختلال می‌باشد. وقتی افراد به خصوص افراد آسیب‌دیده اجتماعی تحت آموزش ذهن‌آگاهی قرار می‌گیرند، این امکان برای آن‌ها فراهم می‌شود در شرایط سخت و دشوار زندگی، تصورات و راه‌حل‌های قالبی، خودمحور، مبتنی بر تجربیات شخصی، محدود و واقعیت‌های محسوس را کنار گذاشته و با طرح سؤالات منطقی و بازبینی مداوم راه‌حل‌های ممکن به تصمیم‌های هوشمندانه و منطقی دست یابند. از

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران وابسته به شیشه شهر دزفول انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد آموزش ذهن‌آگاهی سبب افزایش خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری در بیماران وابسته به شیشه می‌گردد. اگر چه تاکنون تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته است اما پژوهش‌هایی که به‌طور غیرمستقیم این مسئله را مورد بررسی قرار داده‌اند به نقش ذهن‌آگاهی بر ارتقای سلامت روان افراد وابسته به مواد سخن گفته‌اند. از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به اثربخشی ذهن‌آگاهی بر بهبود وضعیت خواب [۲۹]، کاهش آثار منفی و سوسه [۲۵]، کاهش میزان مصرف مواد، اضطراب و کژکاری اجتماعی [۳۰] و کاهش استرس [۳۱] در افراد وابسته به مواد اشاره کرد. یوسفی و همکاران در تحقیقی با عنوان اثربخشی ذهن‌آگاهی بر کاهش استرس، اضطراب و افسردگی در سو مصرف‌کنندگان مواد دریافتند، آموزش

می‌شود. لذا می‌توان اذعان نمود که به‌کارگیری آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند نتایج مثبتی بر بهبود علائم روانی و سلامت روان بیماران وابسته به مواد داشته باشد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر کم بودن نسیب حجم نمونه و متکی بودن یافته‌های پژوهش بر اطلاعات پرسشنامه‌ای و در دسترس نبودن داده‌های حاصل از مشاهده مستقیم رفتاری و موقعیتی بود. همچنین این پژوهش دارای مرحله پیگیری برای اثربخشی در طول زمان نبود. همچنین، نمونه‌های پژوهش، افراد مردان وابسته به شیشه بودند که تعمیم نتایج به سایر افراد وابسته به مواد دیگر نظیر تریاک، هرویین و... را با مشکل مواجه می‌سازد. به‌منظور افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، پیشنهاد می‌شود آموزش ذهن‌آگاهی به عنوان یک روش در جهت افزایش مؤلفه‌های شخصیتی مانند عزت نفس، خودباوری، خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و تاب‌آوری در اقشار مختلف جامعه به‌خصوص افراد آسیب‌دیده اجتماعی به‌کار گرفته شود. همچنین پژوهش‌های مشابه در مناطق دیگر و با ویژگی‌های جمعیت شناختی متفاوت انجام گیرد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.LUMS.RES.1397.032 از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی لرستان می‌باشد. پژوهشگران بدین‌وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را شرکت‌کنندگان در این پژوهش، ریاست و کارکنان اداره بهزیستی شهرستان دزفول در عملیاتی نمودن بستر آموزش ذهن‌آگاهی صمیمانه ابراز می‌نمایند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

دیگر دلایل تبیین یافته می‌توان گفت عقاید و نگرش‌های منفی در مورد خود بخش اصلی تغییرات به‌شمار می‌روند و از طریق درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی، افراد یاد می‌گیرند تا تجربه‌های جدیدی را به‌کار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن عقایدی از قبیل باورهای جایگزین و سازگاران‌تر می‌شود. همچنین در تبیین تأثیر ذهن‌آگاهی بر افزایش تاب‌آوری افراد وابسته به شیشه می‌توان گفت آموزش ذهن‌آگاهی موجب می‌شود، افراد پیش از آن‌که به‌صورت هیجانی، سریع و بدون بهره‌گیری از توانش‌های شناختی خود با مشکلات زندگی برخورد نمایند، با یک ارزیابی مثبت و درست از شرایط موجود، راه‌حل و تصمیم‌های منطقی را برگزینند. از دلایل دیگر تبیین یافته‌های این مطالعه این است که چون در روش آموزش ذهن‌آگاهی به بررسی ابعاد مختلف زندگی فرد، خواسته‌ها، مشکلات پیش‌رو، نحوه غلبه بر مشکلات پرداخته می‌شود، افراد وابسته به مواد می‌توانند از این راه‌آگاهی خود را بالا برده و شناخت بهتری از مشکلات خود داشته باشند و لذا همین عامل باعث می‌شود که این افراد تاب‌آوری بالاتری را به دلیل شناخت بیشتر نسبت به مشکلات و راه‌حل‌های غلبه بر این مشکلات داشته باشند. همانطور که می‌دانیم، افراد وابسته به مواد تاب‌آوری روانشناختی پایینی دارند. هدف از آموزش ذهن‌آگاهی این است که مهارت‌ها و آگاهی‌ها افزایش یابد و مراجعان اراده خود را در مورد جنبه‌هایی از تاب‌آوری که قابل تغییر است، تقویت کنند؛ به طوری که به درک جایگاه من، هم‌آمیختگی با دیگران، واکنش‌پذیری عاطفی و موفقیت بیشتر دست یابند.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش ذهن‌آگاهی به افراد وابسته به مواد کاملاً امکان‌پذیر است و با انجام این روش درمانی تفاوت معنی‌داری در میزان خودکارآمدی اجتماعی و تاب‌آوری این افراد ایجاد

References

1. Tanibuchi Y, Shimagami M, Fukami G, Sekine Y, Iyo M, Hashimoto K. A case of methamphetamine use disorder treated with the antibiotic drug minocycline. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(5):559 e1-3. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.12.005 pmid: 20851278
2. Nakatani Y, Hara T. Disturbance of consciousness due to methamphetamine abuse. A study of 2 patients. *Psychopathology*. 1998;31(3):131-7. doi: 10.1159/000066236 pmid: 9636942
3. Ojeda VD, Robertson AM, Hiller SP, Lozada R, Cornelius W, Palinkas LA, et al. A qualitative view of drug use behaviors of Mexican male injection drug users deported from the United States. *J Urban Health*. 2011;88(1):104-17. doi: 10.1007/s11524-010-9508-7 pmid: 21246301
4. Onrust SA, Otten R, Lammers J, Smit F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;44:45-59. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.002 pmid: 26722708
5. Shih JH, Ma KH, Chen CF, Cheng CY, Pao LH, Weng SJ, et al. Evaluation of brain SERT occupancy by resveratrol against MDMA-induced neurobiological and behavioral changes in rats: A 4-[(1)(8)F]-ADAM/small-animal PET study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(1):92-104. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.11.001 pmid: 26612383
6. Kuvaas NJ, Dvorak RD, Pearson MR, Lamis DA, Sargent EM. Self-regulation and alcohol use involvement: a latent class analysis. *Addict Behav*. 2014;39(1):146-52. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.020 pmid: 24126205
7. Kegler MC, Oman RF, Vesely SK, McLeroy KR, Aspy CB, Rodine S, et al. Relationships among youth assets and neighborhood and community resources. *Health Educ Behav*. 2005;32(3):380-97. doi: 10.1177/1090198104272334 pmid: 15851545
8. Morin P, Demers K, Turcotte S, Mongeau L. Association between perceived self-efficacy related to meal management and food coping strategies among working parents with preschool children. *Appetite*. 2013;65:43-50. doi: 10.1016/j.appet.2013.01.012 pmid: 23402715
9. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. doi: 10.1037/0033-295x.84.2.191 pmid: 847061
10. Zlomuzica A, Preusser F, Schneider S, Margraf J. Increased perceived self-efficacy facilitates the

- extinction of fear in healthy participants. *Front Behav Neurosci.* 2015;9:270. doi: [10.3389/fnbeh.2015.00270](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2015.00270) pmid: 26528152
11. Mortazavi NS, Yarolahi NA. Meta-analysis of the relationship between resilience and mental health. *J Fundam Ment Health.* 2015;17(3):103-8.
12. Whang LS, Lee S, Chang G. Internet over-users' psychological profiles: a behavior sampling analysis on internet addiction. *Cyberpsychol Behav.* 2003;6(2):143-50. doi: [10.1089/109493103321640338](https://doi.org/10.1089/109493103321640338) pmid: 12804026
13. Comer J. *Abnorma Psychology*. 5th ed. USA:2007.
14. Wupperman P, Marlatt GA, Cunningham A, Bowen S, Berking M, Mulvihill-Rivera N, et al. Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *J Clin Psychol.* 2012;68(1):50-66. doi: [10.1002/jclp.20830](https://doi.org/10.1002/jclp.20830) pmid: 21932371
15. Maddi S, Khoshaba D. *Resilience at work*. American Management association Brodway: NewYork; 2005.
16. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clin Psychol Sci Pract* 2006;11(3):255-62. doi: [10.1093/clipsy.bph080](https://doi.org/10.1093/clipsy.bph080)
17. Potek R. *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation*. New York: New York University; 2012.
18. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med.* 2009;15(5):593-600. doi: [10.1089/acm.2008.0495](https://doi.org/10.1089/acm.2008.0495) pmid: 19432513
19. Segal V, Williams M, Teasdale D. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford; 2017.
20. Neamati M. [Making and adjusting the accountability scale]. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 2009.
21. Greco LA, Morris TL. Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behav Ther* 2005;36(2):197-205. doi: [10.1016/s0005-7894\(05\)80068-1](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(05)80068-1)
22. O'Connell O. Introducing mindfulness as an adjunct treatment in an established residential drug and alcohol facility. *Human Psychol* 2009;37(2):178-91. doi: [10.1080/08873260902892162](https://doi.org/10.1080/08873260902892162)
23. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addict Behav.* 2005;30(7):1335-41. doi: [10.1016/j.addbeh.2005.01.010](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.01.010) pmid: 16022930
24. Schmertz SK, Masuda A, Anderson PL. Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *J Clin Psychol.* 2012;68(3):362-71. doi: [10.1002/jclp.20861](https://doi.org/10.1002/jclp.20861) pmid: 22422563
25. Garland EL. Trait Mindfulness Predicts Attentional and Autonomic Regulation of Alcohol Cue-Reactivity. *J Psychophysiol.* 2011;25(4):180-9. doi: [10.1027/0269-8803/a000060](https://doi.org/10.1027/0269-8803/a000060) pmid: 23976814
26. Masuda A, Tully EC. The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *J Evid Based Complement Alter Med* 2011;17(1):66-71. doi: [10.1177/2156587211423400](https://doi.org/10.1177/2156587211423400)
27. Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Ther.* 2007;38(1):72-85. doi: [10.1016/j.beth.2006.04.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004) pmid: 17292696
28. Farhangie A. [Relationship between family function, religiosity and self-efficacy with high-risk behaviors of secondary school students]. First International Conference on Culture, Psychological Pathology; Tehran: Al-Zahra University; 2017.
29. Britton WB, Bootzin RR, Cousins JC, Hasler BP, Peck T, Shapiro SL. The contribution of mindfulness practice to a multicomponent behavioral sleep intervention following substance abuse treatment in adolescents: a treatment-development study. *Subst Abus.* 2010;31(2):86-97. doi: [10.1080/08897071003641297](https://doi.org/10.1080/08897071003641297) pmid: 20408060
30. Dabbaghi P, Asgharnejad Farida A-a, Atef-Vahidb MK, Bolharic J. Effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness and spiritual schema activation in the prevention of opioid abuse relapse. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008;13(4):366-75.
31. Lange B. Cocreating a communicative space to develop a mindfulness meditation manual for women in recovery from substance abuse disorders. *ANS Adv Nurs Sci.* 2011;34(3):E1-E13. doi: [10.1097/ANS.0b013e3182272405](https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3182272405) pmid: 21822066
32. Ahga Usefi A, Oraki M, Zare M, Imani S. Effectiveness of Mindfulness in Decreasing Stress, Anxiety and Depression among the Substance Abusers. *J Thought Behav Clin Psychol.* 2013;7(26):17-26.
33. Fakhri M, Bahar A, Amini F. Effectiveness of Mindfulness on Happiness and Blood Sugar Level in Diabetic Patients. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2017;27(151):94-104.