دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال نوزدهم، شماره ۳، صفحه ۴۵۶ – ۴۴۶ (مرداد و شهریور ۱۳۹۵)

Iran South Med J 2016;19(3): 446-456

بررسی مقایسهٔ مؤلفه‌های ذهن آگاهی در معتادان به مواد محرک و افیونی شهر تهران

سیدیونس محمدی [۱]، سعید ایمانی [۲*]، فاطمه صادقی پویا [۱]

[۱] گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور بوشهر
[۲] گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی- تهران

(دریافت مقاله: ۹۳/۱۱/۳۰- پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۲۴)

چکیده

زمینه: پدیده اعتیاد به عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به ویژه در بین جوانان از شیوع بالایی برخوردار است. مطالعه و شناخت علمی مؤلفه‌های ذهنی و روانی افراد معتاد برای کمک به سازگاری و کاهش آسیب‌های روانشناختی در آنان اهمیت فراوانی دارد. بر همین اساس در پژوهش حاضر به مقایسه مؤلفه‌های ذهن آگاهی در معتادان به مواد محرک و افیونی پرداخته شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، ۶۰ نفر (۳۰ نفر سوء مصرف کننده مواد افیونی و ۳۰ نفر سوء مصرف کننده مواد محرک) با استفاده از پرسشنامه‌ی ۵ عاملی ذهن آگاهی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (**MANOVA**)، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که معتادان به مواد محرک و افیونی در مؤلفه‌های ذهن آگاهی با یکدیگر تفاوت معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از این بود که نمرات مصرف کنندگان به مواد افیونی نسبت به مصرف کنندگان مواد محرک از نظر عامل‌های ذهن آگاهی بالاتر بود. نتایج همچنین مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی به عنوان متغیری تعیین کننده در آسیب‌شناسی معتادان به مواد محرک و افیونی مور تأکید قرار می‌دهد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، مواد محرک، مواد افیونی، افسردگی، اضطراب و استرس

تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دپارتمان روانشناسی بالینی

Email: s_imani@sbu.ac.ir

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

مقدمه

طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) سوء مصرف مواد (substance abuse) به‌صورت مصرف مکرر مواد مشخص می‌گردد که منجر به ناتوانی در عمل به تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می‌شود و باعث ناراحتی، رنجش و آزردگی فرد می‌شود (۱).

پدیده اعتیاد (addiction) به عنوان یکی از معضلات اجتماعی، در جامعه، به ویژه در بین جوانان از شیوع بالایی برخوردار بوده که این موضوع می‌تواند مضرات مختلف اجتماعی و بهداشتی مانند آسیب به زمینه اقتصادی فرد، افزایش خشونت، خطر افزایش ایدز، بزهکاری، بیکاری، افزایش اختلالات روانی و افکار خودکشی را در پی داشته باشد (۲). مواد افیونی (opiates) داروهایی هستند که از راه کند کردن فعالیت‌های دستگاه عصبی مرکزی، احساس‌های بدنی و توان پاسخ دادن به محرک‌ها را کاهش می‌دهند و شامل تریاک و مشتقات آن و متادون (methadone) می‌شود. برخلاف مواد افیونی، داروهای محرک (stimulant) موادی هستند که هشیاری و برانگیختگی کلی را افزایش می‌دهند و شامل آمفتامین‌ها (amphetamines) بنزدرین (Benzedrine)، دکسدرین (Dexedrine) و متدرین (methedrine)، کوکائین (cocaine)، نیکوتین (nicotine) و کافئین (caffeine) می‌شود (۳). دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل UNODCP، تعداد مصرف کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۶۴-۱۵ سالهٔ سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر، یا ۵ درصد کل جمعیت جهان برآورد کرده است که از این تعداد ۱۶ میلیون نفر، یا ۰/۴ درصد جمعیت، مصرف کننده مواد افیونی برآورد شده است (۴). در ایران تعداد مصرف کنندگان مواد افیونی در حدود ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر است و بر اساس برخی آمارها ۲۰ درصد افراد ۱۵ تا ۶۰ ساله در کشور با این مشکل مواجه‌اند. بر این اساس، ایران بالاترین نسبت معتادان به مواد افیونی را در جهان دارد (۵). حمدیه و همکاران در تحقیقی بر روی نوجوانان و جوانان ۳۵-۱۵ ساله‌ی شهر تهران شیوع مواد محرک را ۷/۲ درصد برآورد کردند (۶).

سوء مصرف مواد علاوه بر تأثیرات مهمی که بر سلامت جسمانی مصرف کنندگان آن باقی می‌گذارد در بسیاری از مسائل مهم جامعه مانند تصادفات، خشونت، رفتارهای بزهکارانه، مشکلات خانوادگی و غیره نقش دارد (۷).

سوء مصرف مواد و اعتیاد، نه تنها افراد را از فعالیت و تولید بهینه، کارآیی و اقدامات مثبت و سازنده باز می‌دارد بلکه باعث از بین رفتن نیرو، انرژی، وقت و منابع و امکانات جامعه در جهت برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات و فعالیت‌های مثبت و ثمربخش می‌شود.

علاوه بر این هزینه‌های سنگین و سرسام‌آوری را بر فرد، خانواده، مؤسسات درمانی و بهداشتی (برای پیشگیری و درمان) و سازمان‌ها و دستگاه‌های انتظامی و قضایی (برای کشف، دستگیری، بازپرسی، زندانی کردن و اعمال سایر مجازات‌ها در مورد تولید کنندگان و مصرف کنندگان) تحمیل می‌کند (۸). یافته‌های بالینی نشان دهندهٔ هستند که در شکل‌گیری وابستگی به مواد ویژگی‌های شخصیتی، شیوه زندگی، روابط اجتماعی، نگرش‌ها، باورها، احساسات، دلبستگی‌ها، عواطف و رفتارهایی که در طی رشد فرد شکل گرفته‌اند، نقش اساسی دارند (۹ و ۱۰). بنابراین ضرورت مطالعه و شناخت علمی مؤلفه‌های ذهنی و روانی افراد معتاد برای

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

کمک به سازگاری آنها از یک طرف و کاهش آسیب‌های روانشناختی آنها از طرف دیگر، برای متخصصین روانشناسی و روانپزشکی حائز اهمیت می‌باشد. ذهن آگاهی را می‌توان به‌عنوان یک حالت ذهنی تعریف نمود که با آگاهی بدون قضاوت در لحظه‌ی کنونی مشخص می‌شود (۱۱) و روشی است برای مشاهدهٔ افکار، تصاویر، احساسات و پذیرش آنها بدون اینکه فرد با محتوای افکار درگیر شود یا با فنون درمان شناختی- رفتاری کلاسیک با افکار منفی چالش کند و به آزمون واقعیّت بپردازد (۱۲).

ذهن‌آگاهی (mindfulness) به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (۱۳)، به این معنا یعنی بدون قضاوت و بدون اظهار نظر دربارهٔ آنچه که اتفاق می‌افتد، فرد، بودن در لحظه و هر آنچه اکنون هست، واقعیت محض را بدون توضیح، تجربه کند (۱۴). ذهن‌آگاهی جزء روش‌هایی است که در سال‌های اخیر با نشأت گرفتن از ریشه‌های شرقی آن به صورت برنامهٔ مداخله روان‌شناختی رونق یافته است (۱۳ و ۱۵).

آموزش ذهن‌آگاهی به بیماران دچار سوء مصرف مواد، سبب بهبودی و قطع زنجیرهٔ پیشایندهای منجر به ادامه مصرف می‌شود و به‌طور معناداری در کاهش استرس و فرونشانی تفکر و افزایش بهبودی فیزیولوژیکی ناشی از مصرف مواد و تغییر سوگیری توجه به مصرف مواد می‌گردد (۱۶). به نظر می‌رسد که مؤلفه‌های ذهن آگاهی نقشی مهم و کلیدی در اختلالات وابستگی به مواد دارند لذا تحقیق حاضر کوشیده است تا به بررسی این متغیرها در افراد معتاد به مواد محرک و افیونی بپردازد و سؤال پژوهش حاضر این است که آیا بین معتادان به مواد محرک و مواد افیونی از نظر مؤلفه‌های ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

جامعهٔ پژوهش حاضر را معتادان مرد مراجعه کننده به مرکز مطالعات ملی اعتیاد و کمپ‌های ترک اعتیاد اطراف شهر تهران در زمستان سال ۱۳۹۲ تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر (۳۰ نفر معتادان به مواد محرک و ۳۰ نفر معتادان به مواد افیونی) بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع نمونه‌گیری در دسترس بود. نمونه‌های مورد نظر بر اساس سن و تحصیلات همتاسازی شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل افراد معتاد به مواد افیونی و محرک بودند که در یک سال گذشته فقط یک نوع ماده افیونی یا محرک استفاده کرده بودند و معیارهای خروج از مطالعه عدم تمایل آزمودنی به همکاری و مصرف بیش از یک نوع ماده افیونی و محرک در یکسال گذشته بود.

پرسشنامهٔ ذهن‌آگاهی (FFMQ)[1]

مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر (Baer) و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مؤلفه است (۱۷).

مؤلفه‌های آن، همان‌طور که توسط آنالیز عامل شناسایی شده‌اند، شامل این موارد می‌شوند: واکنش‌ناپذیری نسبت به تجربه‌ی درونی (واکنش‌ناپذیری)، مشاهده‌ی احساسات/ افکار/ عواطف (مشاهده)، رفتار کردن با آگاهی و تمرکز (عمل آگاهانه)، توصیف تجربیات توسط کلمات

[1] Five Factor Mindfulness Questionnaire

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

(توصیف)، و عدم قضاوت تجربه‌ی درونی (عدم قضاوت) (۱۸). بائر و همکاران، همسانی درونی پرسشنامه را مناسب ارزیابی نمودند و ضریب آلفای پرسشنامه در گستره‌ای بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۱ قرار داشته است. همچنین در مطالعه‌ای همبستگی بین عامل‌های پرسشنامه متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (۱۹).

همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایائی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون- باز آزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه ایرانی بین r=۰/۵۷ (مربوط به عامل غیرقضاوتی بودن) و r=۰/۸۴ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین α=۰/۵۵ مربوط به عامل غیرواکنشی بودن و α=۰/۸۳ مربوط به عامل توصیف) به‌دست آمد (۱۹).

به منظور جمع‌آوری اطلاعات به مرکز ترک اعتیاد شهید فامیلی تهران پارس مراجعه شد و با مسئولین این مرکز هماهنگی‌های لازم انجام شد و به مدت حدود یک ماه به جمع‌آوری نمونه در مرکز شهید فامیلی پرداخته شد. سپس برای بررسی نوع ماده‌ی مصرفی و همتاسازی آزمودنی‌ها از نظر متغیرهای مورد نظر، پرونده‌های افراد مورد بررسی قرار گرفت. پس از انتخاب نمونه‌های مورد نظر، هدف پژوهش برای آنها مورد نظر توضیح و در صورت موافقت آن‌ها برای شرکت در پژوهش، رضایت شفاهی اخذ شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه ذهن آگاهی استفاده شد. برای این منظور این پرسشنامه‌ها در اختیار بیماران قرار می‌گرفت و از آنها خواسته می‌شد که در همان زمان و در یک نوبت به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. به منظور تحلیل داده‌های به‌دست آمده، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و در بخش آمار استنباطی، با توجه به فرضیه‌های پژوهشی از آزمون MANOVA استفاده شد. همچنین برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc، Chicago، Il، USA) ویرایش ۱۹ مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن معتادان به مواد افیونی ۳۰/۴۶ سال و انحراف استاندارد آن ۵/۶۸ سال می‌باشد. که دامنه سنی آنها بین ۲۰ تا ۴۲ سال می‌باشد و بیشترین درصد مربوط به طبقه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال با ۳۰ درصد می‌باشد. همچنین میانگین سن معتادان به مواد محرک ۲۹/۳۰ سال و انحراف استاندارد آن ۵/۱۸ سال می‌باشد. که دامنه سنی آنها بین ۲۱ تا ۴۰ سال می‌باشد و بیشترین درصد مربوط به طبقه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال با ۳۶/۶۶ درصد می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱) فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد سن معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	سن					کل
		۲۰-۲۵	۲۵-۳۰	۳۰-۳۵	۳۵-۴۰	۴۰-۴۵	
مواد افیونی	فراوانی	۶	۸	۹	۶	۱	۳۰
	درصد	۲۰	۲۶/۶۶	۳۰	۲۰	۳/۳۳	۱۰۰
	میانگین (انحراف استاندارد)	۳۰/۴۶ (۵/۶۸)					
مواد محرک	فراوانی	۷	۹	۱۱	۳	-	۳۰
	درصد	۲۳/۳۳	۳۰	۳۶/۶۶	۱۰	-	۱۰۰
	میانگین(انحراف استاندارد)	۲۹/۳۰ (۵/۱۸)					

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

میزان تحصیلات معتادان به مواد افیونی مربوط به تحصیلات دیپلم ۴۶/۷ درصد، لیسانس ۲۶/۷ درصد، فوق دیپلم ۱۳/۳ درصد، راهنمایی ۱۰ درصد و ابتدایی ۳/۳ درصد و میزان تحصیلات معتادان به مواد محرک مربوط به تحصیلات دیپلم ۴۳/۳ درصد، لیسانس ۲۶/۷ درصد، فوق دیپلم ۱۳/۳ درصد، راهنمایی ۱۶/۷ درصد می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲) فراوانی و درصد میزان تحصیلات معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	میزان تحصیلات					کل
		ابتدائی	راهنمائی	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	
مواد افیونی	فراوانی	۱	۳	۱۴	۴	۸	۳۰
	درصد	۳/۳	۱۰	۴۶/۷	۱۳/۳	۲۶/۷	۱۰۰
مواد محرک	فراوانی	–	۵	۱۳	۴	۸	۳۰
	درصد	–	۱۶/۷	۴۳/۳	۱۳/۳	۲۶/۷	۱۰۰

میزان وضعیت مجرد معتادان به مواد افیونی ۵۳/۳، متأهل ۵۳/۳، مطلقه ۳/۳ و متارکه ۳/۳ درصد و میزان وضعیت مجرد معتادان به مواد محرک ۶۰ و متأهل ۴۰ درصد می‌باشد (جدول ۳).

جدول ۳) فراوانی و درصد وضعیت تأهل معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	وضعیت تأهل				کل
		مجرد	متأهل	مطلقه	متارکه	
مواد افیونی	فراوانی	۱۶	۱۲	۱	۱	۳۰
	درصد	۵۳/۳	۴۰	۳/۳	۳/۳	۱۰۰
مواد محرک	فراوانی	۱۸	۱۲	–	–	۳۰
	درصد	۶۰	۴۰	–	–	۱۰۰

میزان وضعیت اشتغال معتادان به مواد افیونی تمام وقت ۲۳/۳، پاره وقت ۴۰، بیکار ۱۰ و مشخص نشده ۳/۳ درصد و میزان وضعیت اشغال معتادان به مواد محرک تمام وقت ۲۰، پاره وقت ۴۶/۷، بیکار ۳۳/۳ درصد می‌باشد (جدول ۴).

جدول ۴) فراوانی و درصد وضعیت اشتغال معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	وضعیت اشتغال				کل
		تمام وقت	پاره وقت	بیکار	مشخص نشده	
مواد افیونی	فراوانی	۷	۱۲	۱۰	۱	۳۰
	درصد	۲۳/۳	۴۰	۳۳/۳	۳/۳	۱۰۰
مواد محرک	فراوانی	۶	۱۴	۱۰	–	۳۰
	درصد	۲۰	۴۶/۷	۳۳/۳	–	۱۰۰

بیشترین درصد نوع ماده مصرفی در معتادان به مواد افیونی تریاک با ۴۶/۷ درصد می‌باشد. همچنین همه معتادان به مواد محرک شیشه مصرف می‌کردند (جدول ۵).

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

جدول ۵) فراوانی و درصد نوع ماده مصرفی در یک سال گذشته معتادان به مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	نوع ماده				کل
		تریاک	کراک	دوا	شیشه	
مواد افیونی	فراوانی	۱۴	۱۰	۶	–	۳۰
	درصد	۴۶/۷	۳۳/۳	۲۰	–	۱۰۰
مواد محرک	فراوانی	–	–	–	۳۰	۳۰
	درصد	–	–	–	۱۰۰	۱۰۰

میانگین مدت مصرف معتادان به مواد افیونی ۵/۷۶ سال و انحراف استاندارد آن ۳/۵۱ سال می‌باشد که دامنه مدت مصرف معتادان به مواد افیونی ۱۲ سال می‌باشد، و حداقل مدت مصرف آنها ۱ و حداکثر آن ۱۳ سال می‌باشد. و بیشترین درصد، مربوط به مدت مصرف ۳ سال با ۲۳/۳ درصد می‌باشد. همچنین میانگین مدت مصرف معتادان به مواد محرک ۲/۸۳ سال و انحراف استاندارد آن ۱/۵۳ سال می‌باشد. که دامنه مدت مصرف معتادان به مواد محرک ۷ سال می‌باشد، و حداقل مدت مصرف آنها ۱ و حداکثر آن ۸ سال می‌باشد. و بیشترین درصد، مربوط به مدت مصرف ۲ و ۳ سال با ۳۰ درصد می‌باشد (جدول ۶).

بین دو گروه معتادان مواد افیونی و محرک، در خرده مقیاس‌های مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش تفاوت معناداری وجود دارد و معتادان به مواد افیونی نسبت به معتادان به مواد محرک از نظر مؤلفه‌های ذهن آگاهی در سطح بالاتری قرار داشتند.

جدول ۶) فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد مدت مصرف ماده اصلی معتادان یه مواد افیونی و محرک

گروه	آماره	سال												کل
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	
مواد افیونی	فراوانی	۲	۲	۷	۳	۲	۴	۱	۳	۱	۲	۲	۱	۳۰
	درصد	۶/۷	۶/۷	۲۳/۳	۱۰	۶/۷	۱۳/۳	۳/۳	۱۰	۳/۳	۶/۷	۶/۷	۳/۳	۱۰۰
	میانگین(انحراف استاندارد)	۵/۷۶ (۳/۵۱)												
مواد محرک	فراوانی	۵	۹	۹	۳	۳	–	–	۱	–	–	–	–	۳۰
	درصد	۱۶/۷	۳۰	۳۰	۱۰	۱۰	–	–	۳/۳	–	–	–	–	۱۰۰
	میانگین(انحراف استاندارد)	۲/۸۳ (۱/۵۳)												

نتایج بررسی حاکی از تفاوت ذهن آگاهی در مؤلفه مشاهده گروه معتادان افیونی با میانگین ۲۸/۰۹ و انحراف استاندارد ۴/۶۷ و گروه معتادان محرک با میانگین ۲۳/۹۰ و انحراف استاندارد ۳/۲۸ به‌دست آمد، ($P<۰/۰۰۱$، $F(۱،۵۸)=۱۲/۷۶۵$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش گروه درمانی ذهن آگاهی باعث تغییر در معتادان گروه آزمایش شده است. در مؤلفه توصیف گروه معتادان افیونی با میانگین ۲۵/۳۲ و انحراف استاندارد ۴/۱۶ و گروه معتادان محرک با میانگین ۲۲/۴۵ و انحراف استاندارد ۴/۰۱ به‌دست آمد، ($P<۰/۰۰۱$، $F(۱،۵۸)=۹/۶۴۷$). در مؤلفه عمل همراه با اگاهی گروه معتادان افیونی با میانگین ۱۸/۳۵ و انحراف استاندارد ۴/۶۹ و گروه معتادان محرک با میانگین ۱۶/۶۴ و انحراف استاندارد ۳/۹۱ به‌دست آمد، ($P<۰/۰۳۹$، $F(۱،۵۸)=۴/۴۵۴$). در مؤلفه عدم

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

قضاوت گروه معتادان افیونی با میانگین ۲۰/۰۹ و انحراف استاندارد ۵/۹۰ و گروه معتادان محرک با میانگین ۱۶/۹۰ و انحراف استاندارد ۴/۱۸ به‌دست آمد، (P<۰/۰۰۱، F(۱،۵۸)=۱۶/۸۵۶). در مؤلفه عدم واکنش گروه معتادان افیونی با میانگین ۲۱/۱۴ و انحراف استاندارد ۵/۱۵ و گروه معتادان محرک با میانگین ۱۸/۸۵ و انحراف استاندارد ۴/۹۲ به‌دست آمد، (P<۰/۰۰۱، F(۱،۵۸)=۲۳/۰۷۶). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش گروه درمانی ذهن‌آگاهی باعث تغییر در معتادان گروه آزمایش شده است (جدول ۷).

جدول ۷) آزمون تفاوت میانگین دو گروه معتادان به مواد افیونی و محرک در خرده مقیاس‌های ذهن آگاهی با آزمون تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA

متغیر	آماره گروه	حجم نمونه	میانگین	انحراف استاندارد	F	Df	P
مشاهده	افیونی	۳۰	۲۸/۰۹	۴/۶۷	۱۲/۷۶۵	۵۸	۰/۰۰۱*
	محرک	۳۰	۲۳/۹۰	۳/۲۸			
توصیف	افیونی	۳۰	۲۵/۳۲	۴/۱۶	۹/۶۴۷	۵۸	۰/۰۰۱*
	محرک	۳۰	۲۲/۴۵	۴/۰۱			
عمل همراه با آگاهی	افیونی	۳۰	۱۸/۳۵	۴/۶۹	۴/۴۵۴	۵۸	۰/۰۳۹**
	محرک	۳۰	۱۶/۶۴	۳/۹۱			
عدم قضاوت	افیونی	۳۰	۲۰/۰۹	۵/۹۰	۱۶/۸۵۶	۵۸	۰/۰۰۱*
	محرک	۳۰	۱۶/۹۰	۴/۱۸			
عدم واکنش	افیونی	۳۰	۲۱/۱۴	۵/۱۵	۲۳/۰۷۶	۵۸	۰/۰۰۱*
	محرک	۳۰	۱۸/۸۵	۴/۹۲			

*در سطح P<۰/۰۱ معنادار است. ** در سطح P<۰/۰۵ معنادار است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین معتادان به مواد افیونی و محرک از نظر خرده مقیاس‌های مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین‌معنی که میزان مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش معتادان به مواد افیونی نسبت به معتادان به مواد محرک بیشتر می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت بالا بودن نمره ذهن‌آگاهی مصرف کنندگان مواد افیونی نسبت به مواد محرک مربوط به افزایش هشیاری و آگاهی نسبت به عملکرد بیماران مواد افیونی نسبت به محرک‌ها می‌باشد.

نتایج پژوهش فرناندز (Fernandez)، وود (Wood)، استین (Stein) و روسی (Rossi) حاکی از اثربخشی درمان ذهن آگاهی در کاهش مصرف مواد و الکل نسبت به مواد محرک بوده و سبب بهبود مهارت‌های ذهن آگاهی در افراد دارای وابستگی به مواد مخدر می‌باشد (۲۰).

لوین، دال ریم‌پل و زیمرمان (Levin, Dalrymple & Zimmerman)، در پژوهشی با عنوان فاکتورهای ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده وابستگی به مواد افیونی و محرک در بیماران سرپایی روانپزشکی نتایج حاکی از نقص در مؤلفه ذهن‌آگاهی بویژه عمل همراه با آگاهی، عدم قضاوت و عدم واکنش در مصرف کنندگان مواد محرک مقایسه با مصرف کنندگان مواد افیونی بود و افراد دارای اختلالات وابسته به محرک مشکلاتی در خصوص مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی داشتند (۲۱). در بررسی دیگر در وابستگی به الکل با درمان ذهن‌آگاهی پیشگیری از عود

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

که توسط ویتوکیز (Witkiewitz)، بوئن (Bowen)، دوگلاس (Douglas) و هسو (Hsu)، انجام شد، نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی در افزایش پذیرش تجارب درونی و افزایش نگرش غیرقضاوتی نسبت به تجربیات خود و پیشگیری از وسوسه مصرف مواد بود (۲۲).

زگیرسکا (Zgierska)، رابگو (Rabago)، زولس دروف (Zuelsdorff)، کوئی (Coe)، میلر (Miller) و فلمینگ (Fleming) در پژوهشی با عنوان مراقبه ذهن آگاهی برای پیشگیری از عود مواد، نتایج حاکی از اثربخشی آن در کاهش ولع مصرف، بهبود مهارت‌های ذهن‌آگاهی، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بود (۲۳). برور (Brewer) و همکاران اخیراً اثرات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را در میان مبتلایان به وابستگی به مصرف مواد افیونی و کوکایین مقایسه کردند. نتایج نشان داد که نمره مؤلفه‌های ذهن آگاهی در مواد افیونی اندکی بالاتر از مواد محرک بود که نشان‌دهنده وضعیت مناسب‌تر مؤلفه‌های ذهن آگاهی در مصرف کنندگان مواد افیونی نسبت به کوکایین بود (۲۴). نتایج پژوهش بوئن و همکاران نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی مبتنی بر پیشگیری از عود به عنوان یک رویکرد توجه و مواظبت در مرحله نقاهت برای افرادی در درمان فشرده اختلالات وابستگی به مواد قرار دارند مؤثر می‌باشد (۲۵).

نتایج مطالعهٔ اورکی، بیات و خدادوست نیز حاکی از پایین بودن نمره مؤلفه‌های ذهن آگاهی در مصرف کنندگان وابسته به کراک نسبت به مواد افیونی بود (۲۶). کیانی، قاسمی و پورعباس در تحقیقی با عنوان مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه و مواد افیونی در یک پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در یک نمونه ۳۴ نفری مصرف کننده ماده شیشه و مواد افیونی به روش نمونه‌گیری گلوله برفی و به روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. نتایج پیش آزمون حاکی از عملکرد پایین ذهن آگاهی در هر دو گروه مواد افیونی و شیشه بود که گروه مواد افیونی نمره‌ی بالاتری نسبت به گروه محرک داشتند. نتایج حاکی از اثر بخشی هر دو درمان در کاهش آسیب‌های روانی ناشی از مصرف آمفتامین‌ها بود (۲۷). همچنین کلدوی، برجعلی، فلسفی‌نژاد و سهرابی در تحقیقی اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد وابسته به مواد افیونی در یک طرح نیمه آزمایشی ۲۴ نفر بیمار با تشخیص اختلال وابستگی به مواد افیونی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ هفته و هر هفته یک جلسه تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. نتایج ارزیابی در طی درمان، پس از درمان و پس از اتمام مرحله پیگیری سه ماهه، حاکی از اثربخشی درمان در پیشگیری از عود اعتیاد و انگیزه نسبت به مصرف بود (۲۸).

یافته‌های پژوهش در زمینه بالا بودن نمره ذهن آگاهی معتادان به مواد افیونی نسبت به معتادان مواد محرک با نتایج تحقیقات گوناگون همسو می‌باشد (۱۶، ۲۸-۲۶).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم شرکت زنان بود. در این پژوهش از معتادان زن استفاده نشد لذا پیشنهاد می‌شود با شرکت زنان در تحقیقات بعدی می‌توان به ویژگی‌ها و مؤلفه‌های ذهنی آنها پی برد و به مقایسه آنان با معتادان مرد پرداخت. به لحاظ روش

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

شناختی محدودیت اصلی این پژوهش محدودیت در تعمیم نتایج است. هر چند یافته‌های معنادار حاصل از نمونه‌های کوچک‌تر دقیق‌تر می‌باشند، اما به دلیل تعداد محدود نمونه در گروه‌های درمانی از اعتبار بیرونی پژوهش کاسته می‌شود. لذا پیشنهاد می‌گردد در آینده مطالعات مداخله‌ای با نمونه‌های بزرگ‌تر صورت گیرد تا این کاستی جبران شود. همچنین توصیه می‌گردد که برای گردآوری داده فقط به آزمون‌های مداد- کاغذی (پرسشنامه) اکتفا نشود بلکه از شیوه‌های کیفی هم استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که نمره ذهن‌آگاهی مصرف کنندگان مواد افیونی نسبت به مصرف کنندگان مواد محرک، بالاتر است لذا می‌توان از درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مصرف کنندگان مواد افیونی به نحو مطلوب‌تری سود جست.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1.Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007; 1: 477.
2.Reed E, Amaro H, Matsumoto A, et al. The relation between interpersonal violence and substance use among a sample of university students: examination of the role victim and perpetrator substance use. Addict Behav 2009; 34: 316-8.
3.Atkinson RL, Atkinson RC, Smith E A, et al. Area of psychology Hylgard. Tehran: Roshd, 2006, 84-96. (Persian)
4.United Nation Office for Drug Control and Crime Prevention. Global illicit drug trends. New York: United Nations; 2005, 452.
5.Mokri A. Brief overview of the status of drug abuse in Iran. Arch Iranian Med 2002; 5: 184-90.
6.Hamdiye M, Matlabi N, Asheri H, et al. Prevalence of drugs, alcohol and psychoactive drugs in adolescents and young adults aged 15 to 35 in Tehran. J Med Uni 2008; 32: 315-9. (Persian).
7.Tavolacci MP, Ladner J, Grigioni S, Richard L, Villet H, Dechelotte P. Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a cross-sectional study among university students in France, 2009-2011. BMC Public Health. 2013; 13: 24.
8.Mostashari G, Mohsenifar S, Vaziriyan S. The Protocols of opioid dependence treatment with agonist drugs. Nation Center Addic Studies. In press 2008. (Persian)
9.Besharat MA, Mirzamani Bafghi M, Porhosein R. The role of family variable in create the use of inappropriate materials disorder. J Thoughts Behavior 2002; 7: 46-53.
10.Sigle LJ, Senna JJ. Juvenile delinquency: Theory, practice and law. 6th Ed. Paol Alto: West Publishing Company, 1997, 20: 85-101.
11.Mishalak J, Berg J, Hidenrick T. Don’ t Forget your body: Mindfulness, Embodiment and treatment of depression. Mindfulness 2012; 3: 190-9.
12.Bowen S, Chawala N, Marlatt G. Mindfulness-based relapse pervention for addictive behaviors. London: Guilford Press, 2012, 190-9.
13.Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, Present, and Future. Clin psychol: Sci practice 2003; 10: 144-56.
14.Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford Press, 2002, 351-353.
15.Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion, 1994, 278-9.
16.Garland EL, Gaylord SA, Boettiger CA, et al.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

Mindfulness training modifies cognitive, affective and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial. J Psychoactive Drugs 2010; 42: 177-92.
17.Baer RA, Smith GT, Hopkins J, et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. J Assessment 2006, 3: 27-45.
18.Paul NA, Stanton SJ, Greeson JM, et al. Psychological and neural mechanisms of Triat mindfulness in reducing depression vulnerability. Soc Cogn Affect Neurosci 2013; 8: 56-64.
19.Ahmadvand Z, Heydarinasab L, Shairi MR. Psychometric characteristics of mindfulness questionnaire (FFMQ) in University' s student. Sixth National Conference on Mental Health. Gilan University 2011, 6: 34-46. (Persian).
20.Fernandez AC, Wood MD, Stein LA, et al. Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. Psychol Addict Behav 2010; 24: 608-616.
21.Levin ME, Dalrymple K, Zimmerman M. Which facets of mindfulness predict the presence of substance use disorders in an outpatient psychiatric sample. Psychol Addict Behav 2014; 28: 498-506.
22.Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. J Addict Behav 2013; 38: 1563-71.
23.Zgierska A, Rabago D, Zuelsdorff M, et al. Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. J Addict Med 2008; 2: 165-73.
24.Brewer JA, Sinha R, Chen JA, et al. Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. Subst Abus 2009; 30: 306-17.
25.Bowen S, Chawla N, Collins SE, et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance use Ddisorders: A pilot efficacy trial. Subst Abus 2009; 30: 295-305.
26.Oraki M, Bayat Sh, Khodadost S. Comparative Effectiveness of cognitive-behavioral intervention based on model' s Marley with effectiveness of Cognitive Therapy intervention based on mindfulness on mental health Client depends on the crack. Health Psychol 2012; 1: 22-31. (Persian)
27.Kiyani AR, Ghasemi N, Porabas A. Compare the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment and Mindfulness on the Craving and Cognitive emotion regulation on Amphetamine Users. Quarter J Res Addict 2012; 6: 27-36. (Persian)
28.Kaldavi A, Borjali A, Falsafinejad MR, et al. The effectiveness of relapse prevention model based on mindfulness on Replase prevention and motivation of people dependent on opiates. J Clin Psychol 2012; 4: 69-79.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

Iran South Med J 2016; 19(3):446-456

Original Article

Comparison of the components of mindfulness on Stimulant and opiate addicts

SY. Mohammadi [1], S. Imani [2*], F. Sadeghi Pouya [1]

[1] Department of Psychology, Faculty of Psychology, Payam Noor University of Bushehr, Iran

[2] Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

(Received 19 Feb, 2015 Accepted 14 Jun, 2015)

Abstract

Background: Phenomenon of addiction as one of the social problem have the high prevalence, especially among youth. Study and scientific cognition of mental and psychological components of addicts is very important in order to help them to compatibility and reduce their psychological problem. Therefore, the aim of present study was to comparison of mindfulness components on stimulant and opiate addicts.

Materials & Methods: In this study 60 addicts (30 opiate addicts and 30 stimulants addicts) were studied by using Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Data were analyzed by using multivariate analysis of variance (MANOVA).

Results: findings showed that there was a significant difference between opiate and stimulant addicts in mindfulness components.

Conclusion: results illustrated that the opiate addicts gained higher scores than stimulant addicts in mindfulness components. The results also emphasized that mindfulness components are as determinant variable in opiate and stimulant addicts pathology.

Key words: mindfulness, stimulant substances, opiate substances, depression, anxiety and stress

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.18869/acadpub.ismj.19.3.446]

©Iran South Med J. All rights reserved.

Cite this article as: Mohammadi Sy, Imani S, Sadeghi Pouya F. Comparison of the components of mindfulness on Stimulant and opiate addicts. Iran South Med J 2016; 19(3): 446-456

Copyright © 2016 Mohammadi, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[*] *Address for correspondence*: Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, IR Iran. Email: s_imani@sbu.ac.ir

Website: http://bpums.ac.ir
Journal Address: http://ismj.bpums.ac.ir