



Research Article

The Effect of Cognitive Therapy Based on Mindfulness in Emotional Regulation of Addicted Women Prisoners in North Khorasan Province

Seyed Kaveh Hojjat ¹, , Mahin Hamidi ², Mina Nazari Kamal ², Mohammad Hassan Ghanifar ^{3,*}

¹ Associate Professor of Psychiatry, North Khorasan University of Medical Sciences, Addiction and Behavioral Sciences Research Center, Bojnurd, Iran

² PhD Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran

³ Assistant Professor, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Hassan Ghanifar, Assistant Professor, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran. E-mail: Ghanifar@iaubir.ac.ir

DOI: [10.21859/nkjmd-10037](https://doi.org/10.21859/nkjmd-10037)

How to Cite this Article:

Hojjat SK, Hamidi M, Nazari Kamel M, Ghanifar MH. The Effect of Cognitive Therapy Based on Mindfulness in Emotional Regulation of Addicted Women Prisoners in North Khorasan Province. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2018;**10**(3):41-47. DOI: 10.21859/nkjms-10037

Received: 26 Nov 2017

Accepted: 25 Jul 2018

Keywords:

Cognitive Therapy
Mindfulness
Emotional Regulation
Addiction

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness in emotional regulation in addicted women prisoners.

Methods: The present research is an experimental method that has been used the pretest posttest control group. The research community consisted of all women addicted prisoners who were detained in the women's prison in northern Khorasan province in 2016-2017. In this study, 63 prisoner women who had a history of drug abuse were considered as a sample, so that 29 subjects in the intervention group and 34 in the control group were examined.

Results: The Difficulties Level (DERS) is a self-report indicator that is used to assess the emotional adjustment difficulty with 36 phrases and 6 subscales.

Conclusions: The results showed that MBCT therapy significantly reduced all aspects of emotional adjustment difficulty.



بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در تنظیم هیجانی زنان زندانی مبتلا به اعتیاد استان خراسان شمالی

سید کاوه حجت^۱، مهین حمیدی^۲، مینا نظری کمال^۲، محمد حسن غنی فر^{۳*}

^۱ دانشیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

^۲ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، خراسان جنوبی، بیرجند، ایران

^۳ استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، خراسان جنوبی، بیرجند، ایران

* نویسنده مسئول: محمد حسن غنی فر، استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، خراسان جنوبی، بیرجند، ایران. ایمیل:

Ghanifar@iaubir.ac.ir

DOI: 10.21859/nkjsms-10037

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۰۵	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۳	مقدمه: هدف این پژوهش بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در تنظیم هیجانی زنان زندانی که سابقه اعتیاد داشتند بوده است.
واژگان کلیدی:	روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع روش‌های آزمایشی است که از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه زنان زندانی که سابقه اعتیاد داشته در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ و در زندان زنان استان خراسان شمالی نگهداری می‌شدند. در این مطالعه ۶۳ نفر از زنان زندانی که سابقه مصرف مواد مخدر (مواد مخدر سنتی) را داشتند به عنوان نمونه در نظر گرفته شدند طوری که ۲۹ نفر در گروه مداخله (۳۴ نفر بودند که ریزش داشته) و ۳۴ نفر در گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفتند.
شناخت درمانی	یافته‌ها: مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS: Difficulties In Emotion Regulation Scale) یک شاخص خود گزارشی که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است.
ذهن آگاهی	نتیجه گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به صورت معناداری تمامی ابعاد دشواری تنظیم هیجانی را کاهش داده است.
تنظیم هیجانی	
سابقه اعتیاد	

مقدمه

که مصرف مسئله ساز الکل با تلاش‌های ناسازگارانه جهت تنظیم هیجانات منفی و کاهش علائم افسردگی مرتبط است [۴]. گلداسمیت (۲۰۰۸) در یک مطالعه آزمایشی با دست کاری هیجانات نشان داد که افراد گرایش پیدا می‌کنند تا از الکل به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای و تنظیم هیجان استفاده کنند. تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته، چه وقت آن‌ها را داشته باشند و چگونه آنها را تجربه و ابراز کنند تأثیر بگذارند [۵].

تنظیم هیجانی، توانایی مضاعفی برای خودداری از مصرف دوباره مواد، در افراد پدید می‌آورد و به کنترل وسوسه مصرف دوباره که نوعی کشمکش گرایش - پرهیز است، کمک می‌کند [۶]. همچنین تنظیم هیجانی از جمله متغیرهایی است که می‌تواند با سلامت روان مرتبط باشد. تنظیم هیجانی به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد [۷]. برطبق مدل تنظیم هیجان گروس تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود [۸]. آموزش تنظیم هیجانی شامل

مطالعه هیجان با تأکید بر اینکه تنظیم حالتهای هیجانی با تفاوت‌های فردی توصیف می‌شود تاریخچه طولانی در روانشناسی دارد، Corcoran و همکارانش اعتقاد داشتند که هیجان به عنوان مجموعه پیچیده‌ای از پاسخ‌های شناخت، رفتار و فیزیولوژیکی نسبت به محرک بیرونی و یا محرک درونی است [۱]. عضی از اختلالات روانپزشکی به تنظیم کمتر و یا بیشتر هیجانات مربوط می‌باشند، به عنوان مثال افرادی که هیجان‌اتشان را کمتر تنظیم کرده‌اند امکان درگیری با اختلالاتی چون اختلال شخصیت مرزی، PTSD و اختلال اضطرابی دارند که دران افراد هیجان شدیدی را تجربه می‌کنند و تنظیم هیجانی متفاوتی دارند، از طرف دیگر طیفی از اختلالات که تنظیم بیشتر هیجانی را دارند مشکلاتی همچون اختلال شخصیت وسواس - اجباری را به وجود می‌آورند و اختلال دوقطبی و مشکلات وجودی با بی نظمی در هیجانات مربوط است. بعلاوه مشکلاتی با تنظیم هیجان وجود دارد که به عنوان یک فاکتور کلیدی در اختلالات اضطرابی و خلقی نقش دارد [۲]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را مهار کنند به احتمال زیاد به مصرف کنندگی دایمی مواد مخدر تبدیل می‌شوند [۳]. همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند

میزان خطاهای توجه کاهش می‌یابد [۱۷]. دکیسر و همکارانش (۲۰۰۸) با مطالعه مهارت‌های ذهن آگاهی و رفتاری درون فردی نشان دادند که چهار مؤلفه از مؤلفه‌های ذهن آگاهی (مشاهده گری، توصیف، عمل همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت) با مهارت‌های ذهن آگاهی همبستگی مثبت و بالایی دارند، همچنین این مؤلفه‌ها با توصیف و تشخیص بهتر احساسات بدنی و اضطراب و آشفتگی کمتر همراه هستند [۱۶].

کاظمی (۲۰۰۷) با مقایسه پرخاشگری بین افراد معتاد و غیر معتاد به این نتیجه رسید که ارتباط معنی داری بین خرده مقیاس‌های اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی و اعتیاد وجود دارد. همچنین مقیاس نمرات افراد معتاد و غیر معتاد و غیر معتاد در خرده مقیاس‌ها حاکی از آن است که افراد معتاد نسبت به افراد غیر معتاد دارای پرخاشگری بیشتری می‌باشند [۱۸]. دوران (۲۰۰۷) نشان داد افرادی که نمی‌توانند برانگیختگی‌های خود را مهار کنند، به احتمال زیاد به مصرف کننده دایمی مواد تبدیل می‌شوند [۱۹]. همچنین بررسی‌ها نشان می‌دهند که مصرف مسئله ساز الکل با تلاش‌های ناسازگارانه جهت کاهش علایم افسردگی و تنظیم هیجانات منفی مرتبط است [۲۰].

اسمیت (۲۰۰۸) در یک مطالعه آزمایشی با دست کاری هیجانات نشان داد که افراد گرایش پیدا می‌کنند تا از الکل به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای و تنظیم هیجان استفاده کنند. تنظیم هیجان را می‌توان به صورت فرایندهایی تعریف کرد که از طریق آن افراد می‌توانند بر اینکه چه هیجانی داشته باشند، چه وقت آن‌ها را داشته باشند و چگونه آن‌ها را داشته باشند و چگونه آن‌ها را تجربه و ابراز کنند، تأثیر بگذارند [۲۱]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هوش هیجانی که ارتباط تنگاتنگی با توانایی تنظیم هیجانی دارد، با مصرف مواد رابطه منفی دارد [۲۲]. پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان فراشناختی را بر روی اختلالات مختلف روانی تأیید کرده است [۱۲، ۱۵، ۱۸]. بنابراین با توجه به نقش کلیدی هیجانات برایجاد و تداوم برخی اختلالات روانپزشکی، تمایل به مصرف مواد مخدر و الکل در نهایت اعتیاد، آسیب رساندن به خود و دیگران، جرم و... به نظر می‌رسد می‌توان با آموزش تکنیک‌های فراشناختی به تنظیم هیجان افراد نیز کمک کرد. لذا هدف این پژوهش بررسی نقش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانات زنان است و در صدد یافتن پاسخ علمی به این مساله است که آیا آموزش تکنیک فراشناختی بر تنظیم هیجانی زنان زندانی با سابقه اعتیاد می‌تواند مؤثر باشد؟

روش کار

در این پژوهش، از روش نیمه آزمایشی آزمون-بازآزمون برای دو گروه آزمایشی و شاهد استفاده شد جامعه مورد پژوهش تمام زنان زندانی برای جرائم مواد مخدر در زندان استان خراسان شمالی می‌باشد که تعداد ۲۰۰ نفر بودند و تعداد ۶۸ نفر با سابقه مصرف مواد مخدر سنجیه صورت تصادفی طبقه‌ای (Random Stratified) انتخاب شدند لذا در دو گروه مداخله و شاهد به تفکیک ۳۴ نفر قرار گرفتند ولی در طول مداخله تعداد ۵ نفر از گروه مداخله ریزش نمودند به طوری که ۲۹ نفر در گروه مداخله و ۳۴ نفر در گروه کنترل در نهایت باقی ماندند. دو گروه هم‌تا سازی شده‌اند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سابقه مصرف مواد مخدر در هر دو گروه، حداقل تحصیلات هر دو گروه مقطع

کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت از هیجانات است. مداخله گروهی تنظیم هیجانی تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب رساندن به خود، عدم تنظیم هیجان و نشانه‌های ویژه اختلال شخصیت دارد تنظیم هیجان سازگارانه با عزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است [۹]. آموزش‌های ذهن آگاهی - نسبت به روشهای آموزشی که بر تغییر تجربه هیجانات تأکید دارند، بر توسعه آگاهی بیشتر و پذیرش هیجانات تأکید دارد [۱]. ذهن آگاهی به ما یاری می‌دهد تا این نکته را درک کنیم که هیجانات منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیر ارادی و بی تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد [۱۰، ۱۱] ذهن آگاهی روشی برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنا بخشی و معنادار سازی زندگی است [۱۱].

تحقیق وینکیویتز و بوئن نشان داد که مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی پاسخ‌های شناختی و رفتاری علائم افسرده ساز را تحت تأثیر قرار می‌دهد و کاهش در مصرف مواد پس از مداخله میان گروه ذهن آگاهی را شرح می‌دهد [۱۲]. گراتز تنظیم هیجانی را به عنوان مقوله‌ای مشتمل بر ۱- آگاهی و درک هیجانات ۲- پذیرش هیجانات ۳- توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی تعریف می‌کند [۱۳]. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود. به عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی ریزی کند [۱۲]. هدف اساسی آموزش فراشناختی، خودکنترلی و خودآموزی است تا فراگیران یادگیرندگان مستقلی شوند که بتوانند فرآیندهای شناختی یادگیری‌شان را در جهت اهداف تعیین شده خودهدایت، نظارت و اصلاح کنند [۱۵].

مراقبه حضور ذهن باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که منجر به ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می‌شود [۸]. تحقیقات دیگر نشان داد هاند که حضور ذهن خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن اضطراب را کاهش می‌دهد [۱۳]. چندین محقق بیان کرده‌اند که تمرینات اساسی ذهن آگاهی توانایی معنادار را در خود آگاهی از طریق پذیرش احساسات افزایش می‌دهند و نه از طریق تغییر کامل احساساتی که ممکن است منجر به میل و مصرف مواد شود [۱۲، ۱۴، ۱۵]. تحقیق دیگری نشان دادند که با افزایش ذهن آگاهی در پردازش اجتماعی از جنبه‌های گوناگون تعارضات متقابل درون فردی، تغییراتی حاصل می‌شود. آن‌ها دریافتند که میزان آگاهی، خود تنظیمی و بازیابی تعادل نیز با افزایش ذهن آگاهی، بهبود می‌یابد [۱۶].

یافته‌های چین و کریواسمیلک (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که آگاهی متوجه و هوشیارانه و توجه آگاهانه در هنگام تکلیف، به طور معکوس با خطاهای توجه مرتبط هستند و هر چقدر این میزان بیشتر باشد،

راهنمایی، حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر ۵۵ سال، تطابق نوع جرم در هر دو گروه آزمایش و شاهد، سابقه حداقل ۲ ماه اقامت در زندانبود. ملاحظات اخلاقی: کسب مجوز از شورای اخلاق دانشگاه، کسب مجوز از زندان، رضایت از افراد جهت شرکت در مطالعه، حذف نام و نام خانوادگی افراد به منظور رازداری انجام خواهد گرفت (در ابتدای مطالعه برای شرکت کنندگان در خصوص پروسه تحقیق و اطمینان دهی به ایشان در ارتباط با محرمانه بودن اطلاعات توضیحات لازم ارائه می‌گردد).

روش اجرای طرح شامل طرح پیش آزمون - پس آزمون چند گروهی با گروه کنترل می‌باشد که شامل:

جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌ها

اجرای پیش آزمون (پرسشنامه تنظیم هیجانی) و جمع آوری داده‌ها برای دو گروه

اجرای متغیرهای مستقل (آموزش MBCT) بر روی گروه‌های آزمایش و عدم اجرای هیچ مداخله‌ای برای گروه گواه

اجرای پس آزمون و جمع آوری داده‌ها برای هر دو گروه

گروه آزمایشی طی ده جلسه هفتگی ۱/۵ تا ۲ ساعته تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار خواهد گرفت. گروه شاهد هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نمی‌کند. آزمودنی‌های دو گروه پرسشنامه‌های دشواری تنظیم هیجانی، را در دو نوبت (پیش از مداخله و پس از مداخله) تکمیل کردند.

ابزار اندازه گیری: مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجانی (DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale): یک شاخص خود گزارشی که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی) است. این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (کل مقیاس $\alpha = 0.93$) و در رابطه با روایی بررسی‌ها نشانگر روایی سازه و پیش بین کافی برای این مقیاس است. پایایی همسانی، همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس ($\alpha = 0.86$) برای عدم پذیرش، 0.74 اهداف، 0.76 برای تکانه، 0.63 برای آگاهی، 0.74 برای راهبردها، 0.85 برای شفافیت در یک جمعیت ایرانی نشان داد [۹].

مراحل اجرای مداخله:

درمان براساس پروتکل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر حضور ذهنیه صورت گروهی انجام شد

محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی:

جلسه اول: جلسه معارفه اعضا، تشریح قوانین گروه، اجرای ۲ پرسشنامه برای دو گروه شاهد و آزمایش (پیش آزمون)

جلسه دوم: معرفی اجمالی روش MBCT/مروری بر هیجانات (موضوع: وقتی هدایت خودکار می‌شویم حضور ذهن پیدا می‌کنیم. حضور ذهن بهترین راه خروج از هدایت خودکار است که آگاهی از هر لحظه را به مامی آموزد. معطوف کردن توجه به قسمت‌های مختلف بدن هم آسان و هم مشکل به نظر می‌رسد).

جلسه سوم: آموزش توجه و آگاهی با محوریت افکار مربوط به هیجانات، آگاهی کامل از افکار و احساسات به شیوه فراشناختی، با تاکید بر آموزش همیشگی نبودن احساسات منفی، آموزش ارتباط میان افکار و احساسات با تاکید بر افکار مربوط به هیجانات منفی

جلسه چهارم: پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش تکنیک وارسی بدن، کنترل ذهن سرگردان با تمرین وارسی بدن، مرور بر افکار خود آیند.

جلسه پنجم: ذهن آگاهی از تنفس و تمرین مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه نشسته، ذهن آگاهی از تنفس و بدن، تمرین ذهن آگاهی همراه با مراقبه.

جلسه ششم: تنفس ۳ دقیقه‌ای (آگاهی، یکپارچه سازی، گسترش دادن) ماندن در زمان حال (تماس راحت، کشف تجربه، محدود کردن و گسترش دادن توجه) با روش مراقبه شنیدن می‌کنیم.

جلسه هفتم: ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش

(موضوع: هیجانات منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کند. درک این مطلب که افکار، فقط فکر هستند حتی برای کسی که این اعتقاد را ندارد معقولانه است).

جلسه هشتم: مروری بر مبحث "افکار حقایق نیستند" و روشهایی که با استفاده از آن‌ها می‌توان افکار را به نحو متفاوتی دید. ۴۰ دقیقه تأمل نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، صداها

- اجرای پس آزمون و جمع آوری داده‌ها برای هر دو گروه

یافته ها

برای مقایسه میانگین‌های دو گروه در پیش آزمون از آزمون آماری تی مستقل استفاده خواهد شد، و جهت ارزیابی اثر مداخله و مقایسه دو گروه آزمون تحلیل داده‌های تکراری مورد استفاده قرار خواهد گرفت، با استفاده از این آزمون می‌توان اثر متغیرهای مداخله گر را نیز کنترل نمود. تحلیل‌های این تحقیق با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 21 انجام شد. سطح معنی داری 0.05 در نظر گرفته شد. میانگین سنی افراد گروه مداخله 37.44 ± 9.3 سال و میانگین سنی گروه کنترل 38.15 ± 8.5 سال بود میانگین سن بین دو گروه اختلاف معنی داری نداشت ($P = 0.757$). دو گروه مورد بررسی از نظر وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند (جدول ۱). دو گروه مورد بررسی از نظرووضعیت تحصیلی، تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱: XXX

گروه	تحصیلات	بیسواد	ابتدایی	راهنمایی	دبیرستان
آزمایش	تعداد (درصد)	۲۴ (۱۷)	۳۷ (۹۱)	۳۱ (۹)	۶ (۹)
کنترل	تعداد (درصد)	۱۰ (۲۹)	۳۲ (۱۱)	۳۲ (۴)	۵ (۹)

P = 0.961

دو گروه مورد بررسی از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند (جدول ۲).

جدول ۲: XXX

وضعیت تأهل		گروه	
متأهل	مجرد	مطلقه	غیره
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱۳ (۶۸/۴)	۱ (۵/۳)	۴ (۲۱/۱)	۱ (۵/۳)
۱۲ (۶۸/۲)	۱ (۵/۳)	۳ (۱۵/۸)	۳ (۱۵/۸)

P = ۰/۸۷۶

نتایج مربوط به مداخله

میانگین‌های ابعاد دشواری تنظیم هیجانی (DERS) دو گروه در دو مرحله پیش و پس از آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. در مرحله پیش آزمون میانگین ابعاد مورد بررسی دشواری هیجانی بین دو گروه تفاوت معنی داری نداشت. در تمامی ابعاد مورد بررسی دشواری هیجانی (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی) شاهد هستیم که

مداخله ذهن آگاهی به صورت معنی داری میانگین این آیتم‌ها را کاهش داده است. میانگین دشواری هیجانی در گروه مداخله به اندازه ۳۶/۶۹ واحد کاهش یافت در حالی که در گروه کنترل شاهد افزایش ۲/۲۶ می‌باشیم، تحلیل واریانس داده‌های تکراری نشان داد که اثر ثابت گروه و همچنین مراحل از نظر آماری معنی دار بود و همچنین اثر متقابل گروه و مراحل که نشان دهنده اثربخشی مداخله صورت گرفته می‌باشد از نظر آماری معنی دار بود.

جدول ۳: XXX

ANOVA نتایج اندازه گیری مکرر									
گروه	پیش تست	پست تست	تغییرات	گروه، P value	تایم، P value	گروه و تایم، P value	اندازه اثر گروه	اندازه اثر تایم	اندازه اثر گروه و تایم
۱	آزمایش	۲۰/۵۲	۶/۸۸	۱۳/۳۸	۴۰/۵۰	۷/۱۴	۷/۴۹	۰/۲۲۷	۰/۲۲۷
کنترل	۲۱/۱۸	۶/۳۵	۲۱/۶۲	۵/۶۹	۰/۴۴	۴/۸۳	۰/۲۸۷	۰/۱۵۰	۰/۱۵۰
۲	آزمایش	۱۶/۹۷	۴/۵۲	۱۲/۰۷	۳/۷۵	۴/۹۰	۵/۴۰	۰/۱۶۶	۰/۱۶۶
کنترل	۱۶/۹۴	۳/۹۴	۱۶/۶۴	۴/۳۱	۱	۴/۰۲	۰/۳۳۱	۰/۱۴۸	۰/۱۴۸
۳	آزمایش	۱۶/۰۸	۶/۰۷	۱۳/۰۷	۴/۰۲	۵/۹۷	۵/۸۲	۰/۰۵۷	۰/۰۵۷
کنترل	۱۷/۷۱	۳/۵۳	۲۴/۱۹	۵/۵۹	۱/۵۳	۵/۰۲	۰/۱۷۴	۰/۲۵۷	۰/۲۵۷
۴	آزمایش	۱۷/۲۱	۴/۳۱	۱۲/۶۶	۴/۰۸	۴/۵۵	۴/۹۵	۰/۰۵۲	۰/۰۵۲
کنترل	۱۶/۸۵	۴/۰۳	۱۶/۲۹	۴/۲۷	۰/۵۵	۳/۸۸	۰/۳۷۶	۰/۳۸۴	۰/۳۸۴
۵	آزمایش	۲۷/۳۴	۶/۹۰	۱۷/۵۵	۵/۳۲	۹/۷۹	۶/۸۶	۰/۱۳۱	۰/۱۳۱
کنترل	۲۷/۰۳	۶/۷۳	۲۴/۹۶	۷/۵۸	۰/۰۹	۵/۸۶	۰/۲۲۱	۰/۲۲۱	۰/۲۲۱
۶	آزمایش	۱۳/۳۱	۴/۲۸	۸/۹۷	۳/۶۲	۴/۳۴	۳/۷۰	۰/۰۴۷	۰/۰۴۷
کنترل	۱۲/۶۲	۳/۷۹	۱۲/۵۶	۳/۸۶	۰/۰۶	۴/۳۶	۰/۴۳۱	۰/۲۵۱	۰/۲۵۱
کل	آزمایش	۱۱۴/۳۸	۲۵/۸۲	۷۷/۶۹	۲۰/۸۹	۳۶/۶۹	۲۷/۶۲	۰/۱۴۴	۰/۱۴۴
کنترل	۱۱۲/۳۲	۲۵/۵۹	۱۱۴/۹۶	۲۵/۱۹	۲/۲۶	۱۹/۴۲	۰/۴۳۱	۰/۲۵۱	۰/۲۵۱

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به صورت معناداری تمامی ابعاد مورد بررسی دشواری تنظیم هیجانی را که شامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری دست زدن به رفتار هدفمند، دشواری‌های کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی

محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی را کاهش داده است. در ایران و سایر کشورها، تحقیقات متفاوتی در خصوص اثر بخشی تکنیک‌های فراشناختی بر متغیرهای مختلف از جمله کاهش افسردگی، اضطراب، تنظیم

می‌شود [۳۱]. هم ذهن آگاهی و هم هوش هیجانی با نتایج مثبت زندگی و بهزیستی ذهنی همراه است. سطح بالاتر ذهن آگاهی با هوش هیجانی بالاتر تداعی می‌شود و شرکت کنندگانی که ذهن آگاهی را دریافت کرده‌اند هوش هیجانی‌شان بالاتر رفته و از رضایت زندگی بیشتر و بهزیستی بالاتری برخوردار بودند [۳۲]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هوش هیجانی که ارتباط تنگاتنگی با توانایی تنظیم هیجانی دارد، با مصرف مواد رابطه منفی دارد به عبارتی هر چه تنظیم هیجانی بیشتر باشد مصرف مواد مخدر کمتر می‌باشد [۳۳]. Brown در بررسی نقش ذهن آگاهی در عاطفه و خلق برون ریزی نشان داد که ذهن آگاهی پیش بینی کننده رفتار خود تنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید [۲۶].

نتیجه‌گیری

در مجموع بر اساس نتایج این مطالعه، آموزش تکنیک‌های فراسناختی توجه و ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی زنان زنانی معتاد مؤثر است. با توجه به شرایط سخت زندان و دوری از خانواده و فرزندان که باعث عدم مدیریت هیجانی در زنان می‌شود، لازم است درمانگران به آموزشهای مناسب فراسناختی، جهت مدیریت هیجان زنان زندانی توجه ویژه مبذول دارند. به توجه به مطالعات متعدد در خصوص تأثیر ذهن آگاهی بر بهبود هیجانات نتایج قابل تعمیم به جمعیت آسیب پذیر و عادی می‌باشد. ولی پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتری انجام شود. باتوجه به اینکه جامعه نمونه ما زنان زندانی بوده که دسترسی به آنان بسیار سخت و طاقت فرسا بود از محدودیتهای آن می‌توان به مشکلات کسب مجوز از زندان زنان جهت ورود و عدم همکاری زندانیان و ریزشان می‌توان مطرح نمود.

سپاسگزاری

این طرح با حمایت مادی و معنوی از سوی معاونت محترم تحقیقات و فناوری با کد ۷۲۲/پ/۹۲ در یازدهمین جلسه شورای پژوهشی و هشتمین جلسه شورای اخلاق تصویب شد. از همکاران محترم مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری و سازمان زندان استان خراسان شمالی کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Kring AM, Sloan DM. Mindfulness and emotion regulation. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment: Guilford Press; 2009.
2. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. Behav Res Ther. 2006;44(9):1251-63. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.001 pmid: 16300723
3. Doran N, McChargue D, Cohen L. Impulsivity and the reinforcing value of cigarette smoking. Addict Behav. 2007;32(1):90-8. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.03.023 pmid: 16675149
4. Kassel JD, Unrod M. Smoking, anxiety, and attention: support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiety. J Abnorm Psychol. 2000;109(1):161-6. pmid: 10740949

هیجانات، استرس پس از سانحه، افزایش اعتماد به نفس، کنترل پرخاشگری، افزایش سلامت روان و غیره انجام داده‌اند و در این مورد پژوهش‌های زیادی انجام شده است [۱۲، ۱۵، ۱۹-۲۲]. مداخلات گروهی تنظیم هیجان تأثیر مثبتی بر کاهش آسیب رساندن به خود و عدم تنظیم هیجان همانند کاهش نشانه‌های افسردگی دارد [۹]. ولز (۲۰۰۵) نشان داده است که فنون مبتنی بر الگوی فراسناختی ذهن آگاهی تأثیر بسزایی بر اختلالهای هیجانی مخصوصاً اضطراب و افسردگی داشته است و باعث کاهش علائم و تنظیم هیجانی می‌گردد [۲۳]. هارتون و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که با افزایش ذهن آگاهی در پردازش اجتماعی از جنبه‌های گوناگون تعارضات متقابل درون فردی، تغییراتی حاصل می‌شود. آن‌ها دریافتند که میزان آگاهی، خود تنظیمی و بازایی تعادل نیز با افزایش ذهن آگاهی، بهبود می‌یابد [۲۴]. داشتن عملکرد نا موفق در تعاملات اجتماعی، پرخاشگری و خشونت تکانشی و احساس شرمندگی و گناه نیز در نتیجه تنظیم ناکافی پاسخ‌های هیجانی ایجاد می‌گردد [۲۵]. بازشناسی خشم و تنظیم هیجان، سازگاری مثبت و بازشناسی تحقیر، ترس و غمگینی سازگاری منفی را پیش بینی می‌نماید [۲۶]. تنظیم هیجانی به معنای تلاش افراد برای تأثیر گذاشتن روی نوع، زمان و چگونگی تجربه و بیان، تغییر طول دوره یا شدت فرایندهای رفتاری، تجربی و یا جسمانی هیجان‌ها است و به طور خودکار یا کنترل شده، هشیار یا ناهشیار از طریق به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان انجام می‌گیرد، راهبردهایی مانند باز ارزیابی، نشخوار فکری، خود اظهاری، اجتناب و باز داری [۲۷، ۲۸].

از طریق بررسی تصاویر مغزی، نشان داده شده که انجام تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند با افزایش فعالیت بخش پیشانی مغز (که با عواطف مثبت همراه است) و کاستن از فعالیت پایه مغز (که با رفتار غیر ارادی ناشی از هیجانات همراه است) آسیب پذیری زیستی نسبت به محرک‌های هیجانی منفی را کاهش دهد [۲۹] (این تمرینات به وسیله افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آن چه مفید یا مؤثر نیست (مانند تمرکز روی افکار منفی در فرد افسرده) و توجه به آنچه مفید و مؤثر است، می‌تواند به تعدیل تجربه هیجانی یا به عبارتی انعطاف پذیری توجه در او کمک کند [۳۰]. کبات زینبیا می‌کند: در ذهن آگاهی با استفاده از کنجکاوی نسبت به تجربیات حسی درونی (بدن، هیجانات و شناخت‌ها) در فرد نوعی حس سلامتی درونی و ذاتی بیدار

5. Goldsmith AA. Effects of mood induction on the relationships between generalized anxiety and alcohol-related beliefs in young adult drinkers: University of Cincinnati; 2009.
6. Salovey P, Sluyter D. Emotional development and emotional intelligence: Educational implications: Basic Books; 1997.
7. Barrett LF, Gross J, Christensen TC, Benvenuto M. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. Cogn Emot. 2001;15(6):713-24. doi: 10.1080/02699930143000239
8. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. Curr Direct Psychol Sci. 2001;10(6):214-9.
9. Gratz KL, Lacroce DM, Gunderson JG. Measuring changes in symptoms relevant to borderline personality disorder following short-term treatment across partial hospital and

- intensive outpatient levels of care. *J Psychiatr Pract.* 2006;12(3):153-9. [pmid: 16732134](#)
10. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach DA, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Pers Individ Differ.* 2010;49(7):815-8. [doi: 10.1016/j.paid.2010.06.012](#)
 11. Siegel RD. *The mindfulness solution: Everyday practices for everyday problems*: Guilford Press; 2009.
 12. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(3):362-74. [doi: 10.1037/a0019172](#) [pmid: 20515211](#)
 13. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.* 2010;19(2):597-605. [doi: 10.1016/j.concog.2010.03.014](#) [pmid: 20363650](#)
 14. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26(1):41-54. [doi: 10.1023/b:joba.0000007455.08539.94](#)
 15. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822-48. [pmid: 12703651](#)
 16. Arcila D, Velazquez D, Gamino R, Sierra M, Salin-Pascual R, Gonzalez-Barranco J, et al. Quality of life in bariatric surgery. *Obes Surg.* 2002;12(5):661-5. [doi: 10.1381/096089202321019648](#) [pmid: 12448388](#)
 17. Lali M, Abedi A, Kajbaf M. [Construction and Validation of the Lifestyle Questionnaire (LSQ)]. *Psychol Res.* 2012;15(1):64-80.
 18. Papageorgiou C, Wells A. Effects of attention training on hypochondria: A brief case series. *Psychol Med.* 2015(28):193-200.
 19. Beck JS. *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York: Guilford Press; 2015.
 20. Huang IC, Frangakis C, Wu AW. The relationship of excess body weight and health-related quality of life: evidence from a population study in Taiwan. *Int J Obes (Lond).* 2006;30(8):1250-9. [doi: 10.1038/sj.ijo.0803250](#) [pmid: 16520814](#)
 21. Andrews DR, Wan TT. The importance of mental health to the experience of job strain: an evidence-guided approach to improve retention. *J Nurs Manag.* 2009;17(3):340-51. [doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00852.x](#) [pmid: 19426370](#)
 22. Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *J Clin Nurs.* 2010;19(3-4):479-88. [doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02952.x](#) [pmid: 20500287](#)
 23. Wells A. Detached Mindfulness In Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2006;23(4):337-55. [doi: 10.1007/s10942-005-0018-6](#)
 24. Horton-Deutsch SL, Horton JM. Mindfulness: overcoming intractable conflict. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003;17(4):186-93. [doi: 10.1016/s0883-9417\(03\)00089-x](#)
 25. Stegall SD. Adolescent emotional development: Relations among shame-and guilt-proneness, emotion regulation, and psychopathology: ProQuest Information & Learning; 2005.
 26. Yoo SH, Matsumoto D, LeRoux JA. The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. *Int J Intercult Relat.* 2006;30(3):345-63. [doi: 10.1016/j.ijintrel.2005.08.006](#)
 27. Sloan DM, Kring AM. Measuring Changes in Emotion During Psychotherapy: Conceptual and Methodological Issues. *Clin Psychol Sci Pract.* 2007;14(4):307-22. [doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00092.x](#)
 28. Mauss IB, Evers C, Wilhelm FH, Gross JJ. How to bite your tongue without blowing your top: implicit evaluation of emotion regulation predicts affective responding to anger provocation. *Pers Soc Psychol Bull.* 2006;32(5):589-602. [doi: 10.1177/0146167205283841](#) [pmid: 16702153](#)
 29. Aftanas L, Golosheykin S. Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions. *Int J Neurosci.* 2005;115(6):893-909. [doi: 10.1080/00207450590897969](#) [pmid: 16019582](#)
 30. Lynch TR, Bronner LL. Mindfulness and Dialectical Behavior Therapy (DBT): Application with Depressed Older Adults with Personality Disorders. 2006.
 31. Didonna F. *Mindfulness-Based Interventions in an Inpatient Setting*: Springer; 2009. 447-62 p.
 32. Schutte NS, Malouff JM. Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Pers Individ Differ.* 2011;50(7):1116-9. [doi: 10.1016/j.paid.2011.01.037](#)
 33. Riley H, Schutte NS. Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *J Drug Educ.* 2003;33(4):391-8. [doi: 10.2190/6DH9-YT0M-FT99-2X05](#) [pmid: 15237864](#)