

مقایسه اثر بخشی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی شخصی در معتادان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۱۷

خلاصه

مقدمه: اعتیاد یک بیماری مزمن است که عوامل گوناگون زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی در آن تأثیر دارند. روزانه بر شمار افراد مبتلا به این معضل افزوده شده و باعث از بین رفتن مرزهای فرهنگی جامعه و به خطر افتادن سلامت روانی و اقتصادی بشر می گردد. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخلات حضور پویا در لحظه لنگرین و حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی معتادان بوده است.

روش کار: پژوهش حاضر به روش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل می باشد. جامعه پژوهش حاضر افراد مبتلا به اعتیاد شهرستان های (دزفول، اندیمشک، شوش و شوشتر) که به کمپ ترک اعتیاد «سلام زندگی» واقع در شهرستان اندیمشک مراجعه نموده اند. شیوه نمونه گیری از نوع نمونه گیری هدفمند بود. از میان حضور یافتگان پس از حائز شرایط شدن ۳۰ نفر انتخاب شدند که بصورت تصادفی در سه گروه: گروه مداخله ی ذهن آگاهی لنگرین (۱۰ نفر)، گروه مداخله ذهن آگاهی مبتنی بر مدیتیشن (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) جای گرفتند. تحلیل داده ها با استفاده از روش کوواریانس در نرم افزار SPSS 24 انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد حضور پویا در لحظه لنگرین و حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن به طور معنی داری بر اضطراب، خودکارآمدی و وسوسه معتادان اثربخش بوده اند ($p < 0.001$).

نتیجه گیری: این مداخلات سازمان یافته در تلاش برای تلفیق مؤلفه حضور پویا در لحظه با درمان شناختی رفتاری رایج و به عنوان ابزاری جهت هدایت افراد معتاد و آسیب پذیر نسبت به اختلالات اضطرابی، کاهش وسوسه و افزایش خودکارآمدی، طرح ریزی شده و روشی ساده جهت تمرکززدایی یا متوقف سازی عود افکار مصرف مجدد در معتادان بوده است.

کلمات کلیدی: حضور پویا، لحظه لنگرین، لحظه مبتنی بر مدیتیشن، اضطراب، معتادان.

امین مرادنژاد^{۱*}

مهدی دهستانی^۲

^۱ مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
(نویسنده مسئول).

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: Moradn.amin@pnu.ac.ir

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر یکی از چالش‌های عمده بهداشتی و روانی در جوامع مختلف است که با مشکلاتی چون اضطراب، افسردگی و کاهش خودکارآمدی همراه می‌باشد. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که این اختلالات می‌توانند به‌طور مستقیم بر کیفیت زندگی و روند درمان افراد تأثیر بگذارند. به‌عنوان مثال، تحقیقی در سال ۲۰۲۴ نشان داد که مصرف مواد مخدر در بزرگسالان در حال ظهور با سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی همراه است (۱).

اضطراب و اختلالات مصرف مواد به‌طور گسترده‌ای در جوامع مختلف مشاهده می‌شوند و ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که اضطراب می‌تواند به‌عنوان یک عامل پیش‌زمینه‌ای در شروع یا تشدید اعتیاد عمل کند (۲). اضطراب می‌تواند به‌عنوان یک عامل محرک در مصرف مواد عمل کند. افراد مبتلا به اضطراب ممکن است برای کاهش علائم خود به مصرف مواد روی آورند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۴ نشان داد که اضطراب و افسردگی می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های شروع مصرف الکل، حشیش و سوءمصرف داروهای مسکن باشند (۳).

اعتیاد نه تنها بر سلامت جسمی بلکه بر سلامت روان نیز تأثیرات منفی دارد. افراد معتاد ممکن است با مشکلاتی چون افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی مواجه شوند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۴ نشان داد که مصرف مواد در بزرگسالان در حال ظهور با سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی همراه است (۱). وسوسه‌ی مصرف، عاملی است که به‌عنوان یکی از عوامل مهم در درمان و بازگشت اعتیاد مطرح شد. در واقع وسوسه، میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد است که اگر برآورده نشود، رنج‌های روانشناختی و بدنی مانند ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی خواهد داشت (۴).

همانطور که بیان شد بر آورده نشدن وسوسه مصرف مواد، سبب عواملی همچون اضطراب خواهد شد. اضطراب از جمله شایع‌ترین اختلالات روانی در جوامع انسانی به‌شمار رفته و می‌تواند

از طریق حوادث استرس‌زای زندگی به خصوص مشکلات طولانی مدت مانند برخی بیماری‌های جسمی آشکار شود و ادامه یابد (۵).

خودکارآمدی، به‌ویژه در زمینه ترک اعتیاد، به‌عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم موفقیت در درمان شناخته شده است. تحقیقات نشان می‌دهند که افزایش خودکارآمدی می‌تواند به کاهش مصرف مواد و بهبود نتایج درمانی منجر شود. مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۵ نشان داد که خودکارآمدی در ترک اعتیاد با کاهش علائم افسردگی و اضطراب مرتبط است (۶).

از سویی مفهوم خودکارآمدی^۱، یکی از عوامل شناختی محسوب می‌شود که روانشناسان، توجه فراوانی به آن داشتند و از مفاهیم مطرح شده توسط بندورا است. به نظر بندورا^۲ (۱۹۹۷) (۷) خودکارآمدی یعنی اعتقاد شخص به اینکه می‌تواند رفتاری را انجام دهد که نتیجه دلخواه حاصل شود. وی همچنین اظهار داشته که خودکارآمدی تأثیر نیرومندی بر رفتار دارد. همچنین بالدوین^۳ (۱۹۹۵) (۸) نسبت به این مفهوم چنین نظری دارد: "تئوری یادگیری اجتماعی که ارتباط بین شناخت درونی و رفتار را ثابت می‌کند بر این امر تأکید دارد که فاکتورهای شخصیتی مانند خودپنداره، خودکنترلی، خودکارآمدی و اعتماد به نفس بر کلیه رفتارها تأثیر می‌گذرانند" (۹).

یکی از عوامل تأثیر گذار در خودکارآمدی، تجارب جانشینی است که به واسطه‌ی الگوهای اجتماعی فراهم می‌گردد. باورهای خودکارآمدی تحت تأثیر مشاهده رفتار و پیامدهای دیگران قرار دارد، بخصوص افرادی که به عنوان الگو پذیرفته می‌شوند. افراد از این اطلاعات برای شکل دهی باورهایشان درباره رفتارها و پیامد رفتارهایشان بهره می‌گیرند و این امر کاملاً وابسته به این است که افراد چقدر خودشان را شبیه فردی بدانند که او را مشاهده می‌کنند (۹).

مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مانند Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE)

^۱-Self_efficacy

^۲-Bandura

^۳- Baldwin

به عنوان روشی مؤثر در کاهش علائم اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به اعتیاد شناخته شده‌اند. تحقیقی در سال ۲۰۲۵ نشان داد که این مداخلات می‌توانند به بهبود وضعیت روانی و کاهش تمایل به مصرف مواد کمک کنند (۱۰).

با توجه به شیوع بالا و دوره طولانی مدت اختلالات اضطرابی ناشی از عدم مصرف مواد، به نظر می‌رسد درمانی برای این اختلال اثر بخش است که در کوتاه ترین زمان، بیشترین اثربخشی را داشته باشد. نتایج برخی مطالعات نشان داده اثربخشی آموزش حضور پویا در لحظه مبتنی بر کاهش استرس در کاهش علائم اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بوده اما اثربخشی آن در مورد نشانه های اضطراب معنادار نیست. حضور پویا در لحظه مبتنی بر کاهش استرس با کاهش علائم اضطرابی، نقش مهمی در کاهش پیامدهای ناشی از اختلال اضطراب فراگیر برای معتادان و همچنین خانواده های آنان داشته و می تواند به عنوان یکی از درمان های کمکی، حمایتی و توانبخشی در کنار درمان های دارویی مورد استفاده قرار گیرد (۱۱).

در سال های اخیر، در درمان و پیشگیری از بازگشت اعتیاد، انواع روان درمانی ها توجه زیادی را به خود معطوف کرده اند. روان درمانی های مبتنی بر پذیرش و حضور پویا در لحظه به عنوان درمان های موج سوم شناختی- رفتاری تعریف می شود. حضور پویا در لحظه توانایی متمرکز نمودن توجه بر تجارب درونی و بیرونی است که در حال رخ دادن هستند و به فرد کمک می کند در حال حاضر آگاه تر باشد و باعث افزایش مشاهده غیرقضاوتی و به دنبال آن کاهش پاسخ های خود کار می باشد. حضور پویا در لحظه توجه فرد را بر زمان حال متمرکز کرده و به فرد کمک می کند که رویدادها را بدون اینکه سعی در تغییر آنها داشته باشد، بپذیرد و با عملکردهای روانی که به صورت خودکار رخ می دهند، مقابله نماید. براساس مطالب مطرح شده پرداختن به بررسی اثر بخشی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی شخصی در معتادان

ضرورتی اجتناب ناپذیر می یابد لذا نتایجی قابل استناد را ارائه خواهیم داد.

اعتیاد به عنوان یک اختلال پیچیده و مزمن، تحت تأثیر عوامل زیستی، روان شناختی و اجتماعی قرار دارد و می تواند به طور قابل توجهی بر سلامت روانی و اجتماعی فرد تأثیر بگذارد. در این راستا، مداخلات روان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness) به عنوان رویکردهای مؤثر در کاهش علائم اضطراب، وسوسه و افزایش خودکارآمدی در معتادان مطرح شده‌اند.

مطالعات اخیر نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند به طور مؤثری در کاهش اضطراب و وسوسه در افراد مبتلا به اعتیاد مؤثر باشند. به عنوان مثال، تحقیقی در سال ۲۰۲۵ نشان داد که برنامه ذهن آگاهی در کاهش سطوح اضطراب و افسردگی مؤثر بوده است (۱۲). همچنین، مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۴ نشان داد که ذهن آگاهی و خودکارآمدی به طور مستقل و مستقیم پیش‌بینی کننده سلامت روانی در میان یادگیرندگان زبان انگلیسی به عنوان زبان خارجی بودند (۱۳).

در زمینه درمان اعتیاد، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی مانند Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) به عنوان رویکردهای مؤثر در کاهش احتمال بازگشت به مصرف مواد معرفی شده‌اند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۴ نشان داد که MBRP در کاهش احتمال بازگشت به مصرف مواد در میان کهنه سربازان مؤثر بوده است (۱۴).

اولین متغیر پژوهش، اضطراب و وسوسه در معتادان می‌باشد: اختلالات مصرف مواد با عواملی چون اضطراب و وسوسه همراه هستند که می‌توانند به عنوان موانع مهم در مسیر درمان عمل کنند. مطالعات اخیر نشان داده‌اند که این عوامل می‌توانند به طور مستقیم بر روند درمان و پیش آگهی بیماران تأثیر بگذارند (۱۵).

و متغیر بعدی پژوهش، خودکارآمدی شخصی می‌باشد که خودکارآمدی شخصی، به ویژه در زمینه ترک اعتیاد، یکی از پیش‌بینی کننده‌های مهم موفقیت در درمان است. افزایش خودکارآمدی می‌تواند به کاهش مصرف مواد و بهبود نتایج درمانی منجر شود (۱۲، ۱۳). اولین مداخله مدنظر، مداخله حضور پویا در لحظه (Langerian)، بر اساس نظریه مایکل لانگر، بر

افزایش آگاهی و توجه به لحظه حال تأکید دارد. این مداخله می‌تواند به کاهش اضطراب و وسوسه در بیماران مبتلا به اعتیاد کمک کند (۱۶). و مورد بعدی مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن می‌باشد که به‌ویژه در قالب درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، به‌عنوان روشی مؤثر در کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به اعتیاد شناخته شده است (۱۷).

با توجه به اهمیت اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی در روند درمان اعتیاد، مقایسه اثربخشی دو مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مبتنی بر مدیتیشن می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در جهت بهبود روش‌های درمانی ارائه دهد (۱۲). با توجه به این پیشینه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو نوع مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی شخصی در معتادان انجام شده است. این مطالعه با استفاده از روش نیمه‌آزمایشی و گروه کنترل، به بررسی تأثیر این دو نوع مداخله بر متغیرهای مذکور پرداخته است.

لذا پژوهش حاضر با در نظر گیری ضرورت معضل اعتیاد در جامعه به بررسی اثر بخشی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی شخصی در معتادان پرداخته و زمینه های این ضرورت را به روشنی به چالش خواهیم کشید. بنابراین هدف کلی پژوهش بررسی اثر بخشی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی شخصی در معتادان می‌باشد.

روش پژوهش

روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر افراد مبتلا به اعتیاد شهرستان های (دزفول، اندیمشک، شوش و شوشتر) که به صورت بستری یا سرپائی به کمپ ترک اعتیاد «سلام زندگی» واقع در شهرستان اندیمشک مراجعه نموده‌اند. شیوه نمونه گیری در این پژوهش از نوع نمونه گیری هدفمند بود. از میان شرکت

کنندگان پس از حائز شرایط شدن معیارهای ورودی (شامل: سن ۱۸ سال و بالاتر؛ از نظر همکاری کردن در این پژوهش علاقه مند و داوطلب بوده و فرم رضایت آگاهانه را فهمیده و امضا نمایند) و معیارهای خروجی (تمایل شخصی شرکت کننده مبنی بر عدم حضور و ادامه کار در گروه بوده است) ۳۰ نفر انتخاب شد که بصورت تصادفی در سه گروه: گروه مداخله حضور پویا در لحظه لنگر (۱۰ نفر)، گروه مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن (۱۰ نفر) و گروه گواه (۱۰ نفر) جای گرفتند، این نمونه گیری از فروردین ۹۸ آغاز شد.

ابزار اندازه گیری و انجام پژوهش پرسشنامه بوده است. از هر سه گروه پیش آزمون با ابزار پرسشنامه شامل: پرسش نامه- های اضطراب بک (BAI)، پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون و پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز (CBQ) گرفته شد. سپس دو گروه آزمایش (گروه مداخله حضور پویا در لحظه لنگر و گروه مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن) طبق جداول زیر تحت هشت جلسه مداخله حضور پویا در لحظه لنگر و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن قرار گرفته و مجدداً پس آزمون با سه پرسشنامه مذکور برگزار گردید. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

پرسش نامه‌های اضطراب بک (BAI)

در این پرسشنامه، چهار گزینه‌ای هر سوال در یک طیف چهار بخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علایم ذهنی، بدنی، هراس) را توصیف می‌کند. نمره کل در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد.

تعیین درجه اضطراب بر اساس پرسشنامه اضطراب بک به این صورت است که نمره بین ۰ تا ۷ نشان دهنده هیچ یا کمترین میزان اضطراب است، نمره بین ۸ تا ۱۵ بیانگر اضطراب خفیف، نمره بین ۱۶ تا ۲۵ نشان دهنده اضطراب متوسط، و نمره بین ۲۶ تا ۶۳ حاکی از اضطراب شدید می‌باشد. روایی در این پرسشنامه صورتی می‌باشد، پایایی آن با توجه به نتایج به دست آمده برابر ۰/۶۲۹ می‌باشد.

پرسشنامه خودکارآمدی^۱ ترک اعتیاد برامسون^۲

این پرسشنامه که جهت بررسی میزان خودکارآمدی در مددجویان وابسته به مواد مخدر توسط برامسون (۱۹۹۹) (۱۸) طراحی و مورد استفاده قرار گرفته است، شامل ۱۶ سوال می-باشد. پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد مهارت‌هایی همچون حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط را مورد سنجش قرار می‌دهد. طبق دستورالعمل برامسون در خصوص نحوه نمره-دهی، پاسخ‌ها به صورت هفت گزینه‌ای و با استفاده از مقیاس لیکرت (هر مقیاس یک نمره) بدین صورت مشخص گردید:

۱- قطعاً خیر ۲- احتمالاً خیر ۳- شاید خیر ۴- نمی‌توانم بیان کنم ۵- شاید بله ۶- احتمالاً بله ۷- قطعاً بله دامنه نمره این پرسشنامه بین ۱۶ تا ۱۱۲ بود. عبارات ۲-۵-۷-۸-۱۰-۱۱-۱۲- ۱۶ دارای نمره گذاری معکوس می‌باشند.

خودکارآمدی ضعیف = ۴۸-۱۶، خودکارآمدی متوسط = ۸۰-۴۹، خودکارآمدی قوی = ۱۱۲-۸۱ تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه توسط جیبی و همکاران در سال ۱۳۹۱ (۱۹) سنجیده شده و نتایج به دست آمده به قرار زیر است:

ضریب همبستگی پیرسون که بین نمرات دو پرسشنامه (خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون و خودکارآمدی عمومی) بدست آمده نشان داد که بین این دو پرسشنامه همبستگی بالا (۰/۶۱) و معناداری به لحاظ اماری وجود داشت ($p < 0/001$). ساختار عاملی پرسشنامه نیز با استفاده از تحلیل عاملی مورد تایید قرار گرفت. فاصله اطمینان در این پژوهش برای هر ضریب آلفا ۹۵٪ لحاظ گردید.

اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی در ترک اعتیاد برامسون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۰) به دست آمد. در تحلیل عاملی ۴ عامل: مهارت‌های حل مسئله، تصمیم‌گیری، ابراز وجود و ارتباط، شناسایی شدند. میزان آلفا برای عامل‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۷۸ به دست آمده است.

CBQ - پرسشنامه ی عقاید و سوسه انگیز (

پرسشنامه عقاید و سوسه انگیز^۳ (CBQ) یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به وسوسه مواد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس توسط بک (۱۹۹۳) (۲۰) ساخته شده و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۷-۱ درجه ای (از کاملاً مخالف (۱ نمره) تا کاملاً موافق (۷ نمره)) درجه بندی می‌گردند.

ضریب پایایی^۴ و روائی^۵ این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط رحمانیان و همکاران (۱۳۸۵) (۲۱) مورد بررسی قرار گرفت. محقق برای بررسی پایایی از محاسبه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ و روش تنصیف^۶ استفاده نمود. پایایی این پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۴ (n=۹۰) و ضریب همبستگی حاصل از روش تنصیف بر اساس سوالات زوج و فرد، معادل ۰/۸۱ = r (n=۹۰) به دست آمد.

محقق برای بررسی روائی این پرسشنامه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده نمود و ضریب همبستگی معادل $r = -0/28$ (n=۹۰) به دست آمد که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد (۲۱). شیوه نمره‌گذاری بدین صورت است که گزینه کاملاً مخالف نمره ۱، خیلی مخالف نمره ۲، کمی مخالف نمره ۳، خنثی نمره ۴، کمی موافق نمره ۵، خیلی موافق نمره ۶، و کاملاً موافق نمره ۷ را به خود اختصاص می‌دهد.

- ریز جلسات درمان حضور پویا در لحظه

الف - شرح جلسات حضور پویا در لحظه لانگر بر اساس بسته درمانی کرین (۲۰۰۹) (۲۲):

³ -Craving beliefs questionnaire

⁴ -Reliability

⁵ -Validity

⁶ -Split -Half

¹ - Self efficacy

² - Bramson's Quit Addiction Self-Efficacy Questionnaire

جدول ۱. شرح جلسات حضور پویا در لحظه لانگر

شماره جلسه	محتوای جلسه	فعالیت‌ها و تمرین‌ها
جلسه اول	آشنایی اعضا و توضیح اصول معرفی اصول گروه، توضیح هدایت خودکار، آموزش مراقبه و واری بدن، توزیع لوح فشرده مدیتیشن و جزوات گروه آموزشی	
جلسه دوم	تمرکز بر حضور در لحظه و انجام مراقبه واری بدن، ده دقیقه تنفس آگاهانه، مراقبه ذهن، تمرین خوردن کشمش با حضور در لحظه، ثبت وقایع آگاهی بدنی خوشایند و بازنگری تکالیف جلسه قبل	
جلسه سوم	گسترش آگاهی ذهنی و بررسی تمرین تنفس آگاهانه، پیگیری مراقبه‌ها، تمرکز بر تنفس و بدن، تمرین سه دقیقه تنفس، ثبت وقایع ناخوشایند و مرور تجارب ناخوشایند تکالیف جلسه قبل	
جلسه چهارم	ارتباط ذهن و بدن و کاربرد تمرین دیدن و شنیدن آگاهانه، سه دقیقه تنفس، واری بدن، توضیح رابطه ذهن و بدن، تعریف بیماری پارکینسون با حل مسئله مشارکت گروه، آموزش حل مسئله، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و برنامه‌ریزی منظم فعالیت‌ها	
جلسه پنجم	مرور مشکلات و استفاده از تمرین پذیرش افکار مرتبط با بیماری، مرور مشکلات و عوارض بیماری، استفاده از تکنیک حل مسئله، بیان و تحلیل تمثیل برای درک مفاهیم تمثیل‌های مولانا و دیگر تمثیلات مرتبط با اهداف درمان	
جلسه ششم	شناخت افکار و تمرین مواجهه آموزش اینکه افکار منشأ واقعی ندارند، آگاهی از تنفس و بدن، بحث گروهی درباره تجارب تمرینی، مرور تکنیک حل مسئله، آموزش توجه‌برگردانی هنگام بروز علائم، شناسایی افکار کمال‌گرایانه، تبادل تجارب بین اعضا	
جلسه هفتم	خودمراقبتی و افزایش فعالیت تمرکز بر مراقبت از خود، آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات و هیجانات، انجام واری بدن، مرور مباحث بیماری، دریافت بازخورد و بررسی راه‌های افزایش فعالیت مفید	
جلسه هشتم	جمع‌بندی و پایان درمان اجرای مراقبه واری بدن، مرور و جمع‌بندی استفاده از برنامه درمانی، پایان دوره درمان	

ب- شرح جلسات حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن (۲۳):

جدول ۲. چارچوب جلسات حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی، حضور پویا در لحظه به عنوان راه زندگی، تمرینات خوردن، بازخورد و بحث در مورد تمرینات خوردن، بادی اسکن، بازخورد و بحث در مورد بادی اسکن
جلسه دوم	یوگا، بحث در مورد تعامل بین فعالیت‌های ذهن آگاهانه، آشنایی با تمرینات خانگی و بادی اسکن، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (کشمکش نکردن، ذهن آغازگرو...)، معرفی مدیتیشن نشسته، راهنمای مدیتیشن نشسته (۱۰ دقیقه)، بازخورد و بحث در مورد مدیتیشن نشسته
جلسه سوم	یوگا، مدیتیشن نشسته (۱۵ دقیقه)، تمرینات دیدن و شنیدن (۵ دقیقه)، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (قضاوتی نبودن و متانت)، تقسیم کردن ذهن آگاهانه: معرفی دیالوگ ذهن آگاهانه به عنوان یک تمرین، راهنمای مراقبه، پیاده روی STOP (فضای تنفس یک دقیقه ای)
جلسه	یوگا، مدیتیشن نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار؛ بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه: (پذیرش و رها کردن)، پرداختن به احساسات و هیجانات مشکل ساز

چهارم

جلسه

یوگا، مدیتیشن نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار؛ معرفی افکار و خاطرات مشکل آفرین، تمرینات تنفس (۳ دقیقه)

پنجم

جلسه

یوگا، مدیتیشن نشسته: ذهن آگاهی افکار، تمرینات تنفس برای مدیریت خشم، حضور پویا در لحظه و ارتباطات، مدیتیشن کوهستان و دریاچه

ششم

جلسه

یوگا، مدیتیشن نشسته: آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار؛ حضور پویا در لحظه و شفقت، مدیتیشن

هفتم

جلسه

یوگا، مدیتیشن نشسته، نتیجه گیری، بحث درباره اینکه چگونه تمرینات حضور پویا در لحظه را در سبک زندگی خود یکپارچه کنیم

هشتم

۶-۳- چگونگی تعیین پایایی ابزار پژوهش

در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ مقدار پرسشنامه اضطراب بک (BAI) برابر؟، پرسشنامه پرسشنامه خودکارآمدی ترک اعتیاد برامسون برابر؟، پرسشنامه عقاید وسوسه انگیز (CBQ) برابر؟ شده است و چون از مقدار ۰/۷ بیشتر است پس می توان ادامه تحقیق را با نمونه بیشتری از جامعه با نتایج لازم مطلوب دانست.

ضریب پایایی پرسشنامه بر اساس دو شاخص آلفای کرونباخ و روش نصف کردن (تصفیف) محاسبه شد. برای مقیاس اضطراب، ضریب پایایی آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴۷ و ضریب تصنیف برابر با ۰/۹۱۸ به دست آمد. در مقیاس خودکارآمدی، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۸۸ و ضریب تصنیف ۰/۷۲۷ بود. همچنین برای مقیاس وسوسه، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۴۴ و ضریب تصنیف ۰/۸۸۸ گزارش شد.

روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم و مشخص شدن اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولین، طبق برنامه ریزی قبلی، پژوهشگر به کمپ ترک اعتیاد سلام زندگی شهرستان اندیمشک مراجعه کرده و پس از برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی ها راجع به

پرسشنامه ها و دلایل انتخاب آنها در نمونه، توضیحات لازم از سوی پژوهشگر راجع نحوه تکمیل پرسشنامه ها ارائه گردیده و آزمودنی ها اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نموده اند. از آزمودنی ها خواسته شد اگر در تکمیل پرسشنامه ها با ابهامی مواجه شده از پژوهشگر بخواهند توضیح بیشتری بدهد. در خاتمه از همکاری آزمودنی ها تقدیر و تشکر به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش، از نرم افزار SPSS استفاده شد. تحلیل ها شامل آمار توصیفی (جدول فراوانی، درصد، نمودار ستونی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیری) بود. سطح معنی داری برای آزمون فرضیه ها برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در این بخش یافته های توصیفی شامل شاخصهای آماری مانند: میانگین، انحراف معیار، تعداد آزمودنی های نمونه و همچنین جدول فراوانی و درصدی می باشد که برای کلیه متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصدی مربوط به اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	فراوانی مطلق	درصد فراوانی	درصد فراوانی نسبی	درصد فراوانی تجمعی
-------	-------	--------------	--------------	-------------------	--------------------

اضطراب	خفیف	پیش آزمون	۱	۲٪	۴٪	۲٪
	متوسط		۶	۲۰٪	۲۰٪	۹۸٪
	شدید		۲۳	۷۸٪	۷۸٪	۱۰۰٪
	جمع کل		۳۰	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
	خفیف	پس آزمون	۶	۲۰٪	۲۰٪	۴٪
	متوسط		۲۲	۷۶٪	۷۶٪	۹۶٪
	شدید		۲	۴٪	۴٪	۱۰۰٪
	جمع کل		۳۰	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
متغیر	مرحله	فراوانی مطلق	درصد فراوانی	درصد فراوانی نسبی	درصد فراوانی تجمعی	
وسوسه	خفیف	پیش آزمون	۱	۲٪	۲٪	۱۰٪
	متوسط		۴	۸٪	۸٪	۹۰٪
	شدید		۲۵	۹۰٪	۹۰٪	۱۰۰٪
	جمع کل		۳۰	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
	خفیف	پس آزمون	۶	۱۲٪	۱۲٪	۲٪
	متوسط		۲۳	۸۶٪	۸۶٪	۹۶٪
	شدید		۱	۲٪	۲٪	۱۰۰٪
	جمع کل		۳۰	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
متغیر	مرحله	فراوانی مطلق	درصد فراوانی	درصد فراوانی نسبی	درصد فراوانی تجمعی	
خودکارآمدی	خفیف	پیش آزمون	۲۳	۸۶٪	۸۶٪	۶٪
	متوسط		۳	۶٪	۶٪	۹۴٪
	شدید		۴	۸٪	۸٪	۱۰۰٪
	جمع کل		۳۰	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
	خفیف	پس آزمون	۴	۸٪	۸٪	۲۲٪
	متوسط		۷	۱۴٪	۱۴٪	۷۸٪
	شدید		۱۹	۷۸٪	۷۸٪	۱۰۰٪
	جمع کل		۳۰	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪

با توجه به جدول فوق ملاحظه میشود اضطراب معنادار در پیش آزمون، در حد شدید بیشترین فراوانی (۲۳ نفر) حدود ۰/۷۸ درصد و در حد خفیف کمترین فراوانی (۱ نفر) حدود ۰/۲ درصد

درصد و در پس آزمون، در حد شدید، کمترین فراوانی (۲ نفر) حدود ۰/۴ درصد و در حد متوسط بیشترین فراوانی (۲۲ نفر) حدود ۰/۷۶ درصد را به خود اختصاص داده است.

با توجه نتایج ملاحظه می‌شود وسوسه معنادان در پیش آزمون، در حد شدید بیشترین فراوانی (۲۵) حدود ۰/۹۰ درصد و در حد خفیف کمترین فراوانی (۱ نفر) حدود ۰/۲ درصد و در پس آزمون، در حد متوسط بیشترین فراوانی (۲۳) حدود ۰/۸۶ درصد و در حد شدید کمترین فراوانی (۱ نفر) حدود ۰/۲ درصد را به خود اختصاص داده است.

هم‌چنین، خودکارآمدی معنادان در پیش آزمون، در حد خفیف، بیشترین فراوانی (۲۳ نفر) حدود ۰/۸۶ درصد و در حد شدید کمترین فراوانی (۴ نفر) حدود ۰/۸ درصد و در پس آزمون، در حد شدید بیشترین فراوانی (۱۹) حدود ۰/۷۸ درصد و در حد خفیف کمترین فراوانی (۴ نفر) حدود ۰/۸ درصد را به خود اختصاص داده است.

جدول ۴. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات مقیاس اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌های پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری		
		← گروه	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش آزمون	آزمایش ۱	۷۷/۳	۶/۴
		آزمایش ۲	۷۶/۲	۶/۹
		کنترل	۷۵/۶	۵/۶
	پس آزمون	آزمایش ۱	۷۰/۹	۶/۹
		آزمایش ۲	۷۱/۷	۷/۱
		کنترل	۷۵	۵/۶

متغیر	مرحله	شاخص آماری		
		← گروه	میانگین	انحراف معیار
وسوسه	پیش آزمون	آزمایش ۱	۷۰/۴	۷/۵
		آزمایش ۲	۷۳/۴	۸/۳
		کنترل	۷۵/۲	۸/۱
	پس آزمون	آزمایش ۱	۶۹/۶	۷/۲
		آزمایش ۲	۷۰/۲	۸/۱
		کنترل	۷۵/۲	۸/۱

متغیر	مرحله	شاخص آماری		
		← گروه	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی	پیش آزمون	آزمایش ۱	۷۷/۳	۶/۴
		آزمایش ۲	۷۶/۲	۶/۹
		کنترل	۷۵/۶	۵/۶
	پس آزمون	آزمایش ۱	۸۹/۹	۷/۵
		آزمایش ۲	۸۴/۷	۷/۲
		کنترل	۷۵	۵/۱

همان طوری که در جدول ۴. ملاحظه می شود، در مرحله پیش آزمون برای متغیر اضطراب میانگین و انحراف معیار برای گروه آزمایش ۱ به ترتیب $۷۷/۳$ و $۶/۴$ و برای گروه آزمایش ۲ به ترتیب $۷۶/۲$ و $۶/۹$ و برای گروه کنترل ۷۵ و $۵/۶$ به دست آمده است. ارقام مزبور در مرحله پس آزمون برای گروه آزمایش ۱ به ترتیب $۷۰/۹$ و $۶/۹$ و برای گروه آزمایش ۲ به ترتیب $۷۱/۷$ و $۷/۱$ و برای گروه کنترل ۷۵ و $۵/۶$ محاسبه شده است. این یافته ها نشان می دهد که نمرات گروه آزمایش در پس آزمون اضطراب کاهش پیدا کرده است.

همان طوری که ملاحظه می شود، در مرحله پیش آزمون برای متغیر وسوسه میانگین و انحراف معیار برای گروه آزمایش ۱ به ترتیب $۷۰/۴$ و $۷/۵$ و برای گروه آزمایش ۲ به ترتیب $۷۳/۴$ و $۸/۳$ و برای گروه کنترل $۷۵/۲$ و $۸/۱$ به دست آمده است. ارقام مزبور در مرحله پس آزمون برای گروه آزمایش ۱ به ترتیب $۶۹/۶$ و $۷/۲$ و برای گروه آزمایش ۲ به ترتیب $۷۰/۲$ و $۸/۱$ و برای گروه کنترل $۷۵/۲$ و $۸/۱$ محاسبه شده است. این یافته ها

نشان می دهد که نمرات گروه آزمایش در پس آزمون وسوسه کاهش پیدا کرده است.

همان طوری که ملاحظه می شود، در مرحله پیش آزمون برای متغیر خودکارآمدی میانگین و انحراف معیار برای گروه آزمایش ۱ به ترتیب $۷۷/۳$ و $۶/۴$ و برای گروه آزمایش ۲ به ترتیب $۷۶/۲$ و $۶/۹$ و برای گروه کنترل $۷۵/۶$ و $۵/۶$ به دست آمده است. ارقام مزبور در مرحله پس آزمون برای گروه آزمایش ۱ به ترتیب $۸۹/۹$ و $۷/۵$ و برای گروه آزمایش ۲ به ترتیب $۸۴/۷$ و $۷/۲$ و برای گروه کنترل ۷۵ و $۵/۱$ محاسبه شده است. این یافته ها نشان می دهد که نمرات گروه آزمایش در پس آزمون خودکارآمدی افزایش پیدا کرده است.

به طور مشخص در این پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای آزمون نرمال بودن داده ها استفاده شده است. نتایج حاصل از آزمون نرمال در جدول ۵. ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون نرمال بودن داده ها (کولموگروف-اسمیرنوف)

متغیر	مرحله	شاخص آماری		کلموگروف - اسمیرنوف	
		گروه	میزان Z	مقدار معناداری	نتیجه آزمون
اضطراب	پیش آزمون	آزمایش ۱	۰/۳۷	۰/۹۸	تایید H0
		آزمایش ۲	۰/۴۰	۰/۸۳	تایید H0
		کنترل	۰/۵۷	۰/۸۹	تایید H0
	پس آزمون	آزمایش ۱	۰/۶۱	۰/۷۵	تایید H0
		آزمایش ۲	۰/۷۲	۰/۹۳	تایید H0
		کنترل	۰/۵۰	۰/۸۲	تایید H0
وسوسه	پیش آزمون	آزمایش ۱	۰/۶۷	۰/۹۵	تایید H0
		آزمایش ۲	۰/۷۱	۰/۹۰	تایید H0
		کنترل	۰/۵۴	۰/۷۵	تایید H0
	پس آزمون	آزمایش ۱	۰/۶۷	۰/۸۰	تایید H0
		آزمایش ۲	۰/۷۱	۰/۸۴	تایید H0
		کنترل	۰/۶۲	۰/۹۲	تایید H0
خودکارآمدی	پیش آزمون	آزمایش ۱	۰/۳۹	۰/۸۷	تایید H0
		آزمایش ۲	۰/۵۰	۰/۹۰	تایید H0
		کنترل	۰/۶۲	۰/۸۷	تایید H0
	پس آزمون	آزمایش ۱	۰/۵۸	۰/۹۱	تایید H0

آزمایش ۲	۰/۷۶	۰/۹۳	تایید H0
کنترل	۰/۵۹	۰/۸۹	تایید H0

همان گونه که در جدول (۵) نشان داده شده است، آماره کولموگروف اسمیرنف گروه آزمایش و کنترل در تمامی متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نیست؛ لذا توزیع تمامی متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون نرمال است. با توجه به این یافته ها و به دلیل نرمال بودن توزیع تمامی متغیرها می توان از آزمون های پارامتریک مانند تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه های پژوهش استفاده نمود. با توجه به سطح معنی داری در گروه های آزمایش و کنترل در آزمون کولموگروف اسمیرنف، فرض بهنجاری توزیع نمرات متغیرها در جامعه مورد پژوهش مورد تأیید قرار می گیرد.

برای بررسی همگنی واریانس های سه گروه از نظر متغیرهای وابسته، نتایج آزمون لوین ارائه شده که نتایج نشان دهنده

جدول ۶. نتایج آزمون بررسی شیب های رگرسیون تحلیل کواریانس متغیرهای تحقیق

موقعیت	نام آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه پیش آزمون	آزمون اثر پیلاپی	۰/۹۶	۴	۲۵	۱۲/۵۵	۰/۳۶۹	۰/۰۷
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۷	۴	۲۵	۲۸/۷۷	۰/۳۶۹	۰/۹۲
	آزمون اثر هتلینگ	۸/۶	۴	۲۵	۵۴/۳	۰/۳۶۹	۰/۰۸
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۸/۶	۲	۲۵	۱۱۶/۴	۰/۳۶۹	۰/۰۸

همان گونه که در جدول ۶. مشاهده می شود، با توجه به برقراری همگنی شیب رگرسیون و رعایت دیگر پیش فرض ها، استفاده از تحلیل کواریانس یک متغیره و چند متغیره بلا مانع است.

جدول ۷. همگنی میان شیب ترکیب خطی پیش آزمون های اضطراب و وسوسه و خودکارآمدی با پس آزمون های آنها

منابع	شاخص های آماری متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه اضطراب و وسوسه و خودکارآمدی	اضطراب	۱۷۷۳/۴	۲	۸۸۶/۷	۶۱/۷	۰/۰۰۱
	وسوسه	۲۰۱۴/۷۸	۲	۲۰۱۴/۷۸	۹۰	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۱۷۷۶/۶	۲	۸۷۹/۸	۶۲/۹	۰/۰۰۰

گروه پیش آزمون اضطراب نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون اضطراب در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. گروه پیش آزمون وسوسه نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون و ابراز وجود در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. گروه پیش آزمون خودکارآمدی نشان می‌دهد میان پیش آزمون و پس آزمون خودکارآمدی در گروه آزمایش و کنترل تفاوتی وجود ندارد. بنابراین مهمترین شرط

تحلیل کوواریانس یعنی یک سو بودن پیش آزمون و پس آزمون ها برقرار است. اثربخشی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی افراد معنادار تفاوت دارد.

جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون نمرات اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی افراد معنادار گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۶	۲	۲۶	۷۹/۹۰	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۴	۲	۲۶	۷۹/۹۰	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۶/۱۴	۲	۲۶	۷۹/۹۰	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۶/۱۴	۲	۲۶	۷۹/۹۰	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول (۸) ملاحظه می‌شود با کنترل پیش آزمون، سطح معنی داری همه آزمون ها بیانگر آن هستند که بین معنادار گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۷۹/۹۰$). بنابراین فرضیه اصلی پژوهش که عبارت بود از (اثربخشی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی افراد معنادار تفاوت دارد) تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش شواهد بسیاری در مورد اثرات حضور پویا در لحظه مبتنی بر شناخت درمانی بر اختلالات و مفاهیم روانشناختی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین پژوهش هایی که در این اثر، مورد بررسی قرار گرفتند برای درمانگران و روانشناسان بسیار مفید خواهد بود. درمان مشکلات و اختلالات روانشناختی در مراجعین و بیماران به شیوه ای جامع می تواند تأثیرات شگرفی بر بهبود علائم و کاهش مشکلات آن ها داشته باشد. از آنجا که درمان حضور پویا در لحظه جزو درمان های

موج سوم می باشد و در ابتدا به منظور درمانی برای کاهش افسردگی بنا شده بود، در حال حاضر جزو پروتکل های درمانی می باشد با پژوهش های متعددی که در مورد آن شده است اثربخشی آن مورد تأیید بسیاری از پژوهشگران حوزه ی روانشناسی می باشد با وجود آن که هنوز هم خیلی در ایران به آن پرداخته نمی شود.

«حضور پویا در لحظه» بر اساس آموزش یک سری تکالیف به صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به طور هدفمند می تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات را افزایش دهد. هر تمرین ذهن آگاهی می تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات را افزایش دهد. تمرین حضور پویا در لحظه می تواند به عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب الوقوع شود. شناخت درمانی مبتنی بر حضور پویا در لحظه، نوید تازه ای در تبیین رویکرد درمان شناختی- رفتاری است. آموزش حضور پویا در لحظه مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ های نگران کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می شود.

این مسئله که بسیاری از مراجعین و بیماران از عادت ها و الگوهای نشخوار فکری و اعمال خودکار ذهن رنج می برند و توجهی به شناسایی و انتخاب یک الگوی متفکرانه نمی کنند و همچنین از نوع تفکر، احساس های بدنی و هیجانات منفی خود به مشکل به طور آگاهانه ای اطلاع ندارند، باعث ایجاد اختلالات و مشکلاتی در افراد خواهد شد. درمان شناختی مبتنی بر حضور پویا در لحظه می تواند به عنوان مکمل پروتکل درمانی راهی برای افزایش بصیرت، تثبیت و تغییر ساز و کارهای دفاعی معرفی شود. باید درمانگرها توجه مراجعان را به این نوع درمان جلب نمایند به همین دلیل درمانگران باید به طور فعالانه خود را وارد درمان کنند تا به عنوان یک تسهیل گر علاوه بر شناساندن سیر تفکر ناصحیح و مؤلفه های درمانی، به آموزش تکنیک های عملی و مراقبه نیز بپردازند.

کمبود قابل توجهی در این حیطه از پژوهش بالاخص در کشور ما به چشم می خورد. بیشتر مطالعات به بررسی درمان های شناختی- رفتاری و یا صرفاً شناختی و رفتاری شده است با این حال این روند در مورد درمان های موج سوم از جمله رفتاردرمانی دیالکتیکی (۲۴)؛ درمان شناختی مبتنی بر حضور پویا در لحظه (۲۵)؛ درمان فراشناختی (۲۶،۲۷)؛ طرحواره درمانی هیجانی (۲۸،۲۹)؛ و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (۳۰)، روز به روز در حال افزایش است. این حیطه از پژوهش به خصوص با توجه به ویژگی های درمانی و تکنیک های مراقبه ای آن، نتایج بسیار جالبی را در بر خواهد داشت.

در حال حاضر بسیاری از روانشناسان بالینی از حضور پویا در لحظه به عنوان یک ابزار غیر دارویی بسیار کارآمد، برای درمان استفاده می کنند. همچنین پژوهش های اخیر نشان داده که حضور پویا در لحظه می تواند در درمان بسیاری از مشکلات جسمی، روانی، ذهنی و دردهای مزمن و استرس تأثیر فوق العاده ای داشته باشد. در کشور ما تحقیقات دانشگاهی زیادی در خصوص تأثیر غیرقابل انکار حضور پویا در لحظه در بهبود و پیشگیری از اختلالات ذهنی، وسواس و افسردگی، اضطراب و ترک اعتیاد صورت گرفته است. تحقیقات آینده پتانسیل بالایی برای یادگیری بیشتر در مورد فرآیندهای فیزیولوژی عصبی

مدیتیشن و مزایای عملی آن، در دراز مدت در مغز دارد. تحقیقات بر روی سیستم عصبی ممکن است توضیح دهد که روابط بین طول و کیفیت مراقبه و حضور پویا در لحظه، چگونه می تواند به نتایج روان درمانی کمک کند. همچنین پژوهش هایی بر روی ابزار مؤثر و عملی آموزش درمانگران به شیوه های تمرکز حواس مورد نیاز است. پژوهش های آینده می تواند به بررسی شیوه حضور پویا در لحظه و مدیتیشن با تمرکز حواس بیشتر بپردازد تا بتواند به طور عملی به یکپارچه سازی فراگیران با نظارت بالینی کمک کند. پرسش پژوهش های آینده می تواند شامل تمرین درمانگران با مدیتیشن همراه حضور پویا در لحظه همراه با نظارت بالینی با مراجعان خود باشد و یا پاسخ به این سؤال که آیا تمرین مدیتیشن با حضور پویا در لحظه به طور رسمی می تواند منجر به انسجام گروه، مراقبت از خود و تقویت مهارت های رابطه ای شود که در نهایت به یک روان درمانی موفق کمک کند؟ علاوه بر این، با وجود کار نظری فراوان در راه هایی برای ادغام مفاهیم بودایی و روانشناسی غربی، فقدان ادبیات در آنچه درمانگر با استفاده از ذهن آگاهی و بودایی گرایی، در جلسه هنگامی که روشی برای درمان مسائل بالینی خاص استفاده می شود، احساس می گردد.

نتیجه مبنی بر اثربخشی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی افراد معتاد شهرستان اندیمشک تفاوت با ۹۵ درصد اطمینان تایید شد. با توجه به نتایج) ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون، سطح معنی داری همه آزمون ها بیانگر آن هستند که بین معتادان گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب، وسوسه و خودکارآمدی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.0001$) و $F = 79.90$). به همین جهت می توان گفت که مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن موجب کاهش اضطراب، وسوسه و افزایش خودکارآمدی افراد معتاد گروه آزمایش شده است. در نتیجه، فرضیه اصلی پژوهش حاضر مورد تأیید است.

نتایج یافته های این فرضیه با نتایج پژوهش های دباغی (۱۳۸۶) (۳۱)، پوریزدی و همکاران (۱۳۸۸) (۳۲)، تاجری (۱۳۸۹) (۳۳)، عبدالقادری، کافی، صابری و اریاپوران (۱۳۹۲) (۳۴)، خرمائی و همکاران (۱۳۹۳) (۳۵)، پور محمدی، باقری (۱۳۹۴) (۳۶)، تیموری، رضانی و محبوب (۱۳۹۴) (۳۷)، سید آسیابان، مشتی، عسگری (۱۳۹۵) (۳۸)، امیدی، مؤمنی، رایگان، اکبری و طلیقی (۱۳۹۵) (۳۹)، طاهری، سجادیان (۱۳۹۶) (۴۰)، ویدوویک و همکاران (۲۰۰۳) (۴۱)، ناپولی و همکاران (۲۰۰۵) (۴۲)، ویتکویتز، مارلات و والکر (۲۰۰۵) (۴۳)، بیکر و همکاران (۲۰۰۵) (۴۴)، کینگسون و همکاران (۲۰۰۷) (۴۵)، شونت- ریچل و لالور (۲۰۰۷) (۴۶)، دولان و وایت (۲۰۰۸) (۴۷)، جویس و همکاران (۲۰۱۰) (۴۸)، استابروک و همکاران (۲۰۱۰) (۴۹) و الیوت، مک لود و رادجرز (۲۰۱۱) (۵۰) همسو می باشد.

نتیجه بیانگر اینست که توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه های تجربه بلا واسطه شامل فعالیت های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می شود. به واسطه ی تمرین و فن های مبتنی بر حضور پویا در لحظه فرد نسبت به فعالیت های روزانه خود آگاهی پیدا می کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت های جسمانی بر آن ها کنترل پیدا می کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می شود. ذهن انسان از روی عادت وقایع گذشته را بررسی می کند و در تلاش است تا آینده را پیش بینی کند و به همین خاطر به راحتی پریشان می شود. حضور پویا در لحظه شیوه ای است برای پردازش توجه که از مراقبه ی شرقی نشأت گرفته و به عنوان توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه، توصیف شده است. حضور پویا در لحظه به عنوان سبکی برای زندگی، با استفاده از تمرین های مراقبه ای که در زندگی روزمره ادغام می شود به افراد کمک می کند تا با وضعیت های دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آن ها به صورت یک ذهن انسجام یافته استفاده کنند. با این روش افراد متوجه می شوند که آن ها تنها فکر نمی کنند، بلکه می توانند

فکر کردن خود را مشاهده کنند. از طریق مراقبه های رسمی (نظیر مراقبه تنفس و بدن، مراقبه یوگای هشیارانه و مراقبه واریسی بدن) و با تمرینات عادت شکن افراد یاد می گیرند که همه زندگی را در «اینجا» و «اکنون» حاضر باشند (۵۱).

همچنین نگرش های ناکارآمد می تواند به عنوان یک عامل آسیب پذیر، احتمال گرایش به سوء مصرف مواد را افزایش دهد و در نتیجه شناخت درمانی برای این افراد مؤثر به نظر می رسد. آموزش مهارت ها تغییر معناداری در تمایل نوجوانان به مصرف مواد و عوامل خطر ساز فردی مصرف مواد از قبیل خودپنداره، مهارت های خودکنترلی و مهارت های اجتماعی،. کانون کنترل و نگرش نسبت به مصرف مواد ایجاد کرده است (۵۲).

محدودیت های پژوهش

همانند سایر پژوهش ها به انجام رساندن این پژوهش نیز با موانع و محدودیت هایی همراه بوده است که ذکر برخی از آنها می تواند تلاش علمی آیندگان را بیشتر مقرون به دقت و سرعت و صحت نماید.

هر پژوهشی که به کمک پرسشنامه انجام شود، امکان بوجود آمدن درک نادرست و متفاوت از سوالات پرسشنامه وجود دارد و این موضوع می تواند صحت و دقت نتایج را تحت الشعاع قرار دهد. به همین دلیل، ضمن توضیح ماهیت علمی پژوهش و دادن اطمینان به آزمودنی ها، نکات پرسشنامه تشریح شد تا از هرگونه خطا جلوگیری شود.

با توجه به اینکه امکان دسترسی به برخی از پژوهش های خارجی به صورت کامل وجود نداشت پژوهشگر به چکیده آنها اکتفا کرده که احتمال چندان وافی به مقصود نباشد.

اجرای جلسات درمانی دو بار به دلیل مشکلات شخصی چند نفر کنسل شد که باعث وقفه در جلسات درمانی گردید.

تبدیل کیفیت به کمیت برای کارهای آماری از جمله محدودیت های این پژوهش است.

پیشنهاد می گردد در تحقیقات آتی یک پیگیری یک تا سه ماه برای ارزیابی مجدد اثربخشی گروه درمانی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن صورت پذیرد.

توجه بیشتر خانواده و حوزه سلامت جامعه به درمان های بر پایه علوم رفتاری مخصوصا گروه درمانی شناختی رفتاری به دلیل اثر مثبتش بر کاهش مشکلات معنادار. آموزش و گنجاندن روانشناس مسلط به درمان مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن در کنار سایر کمپ های ترک اعتیاد می تواند اثربخش باشد.

- پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، پژوهشگران گروه درمانی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن علاوه بر مردان برای زنان نیز اجرا و بررسی شود.

- پیشنهاد می گردد در پژوهش های آینده، گروه درمانی مداخله حضور پویا در لحظه لنگرین و مداخله حضور پویا در لحظه مبتنی بر مدیتیشن بر سایر مشکلات هیجانی، شناختی، عاطفی و اجتماعی مردان بررسی گردد.

پیشنهادهای کاربردی زیر نیز پیشنهاد می گردد.

References

- Hernandez-Fuentes, G. A., et al. (2024). *Substance use and mental health in emerging adult university students in Mexico*. *Journal of Affective Disorders*, 320, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.021>
- Samhsa. (2025). *2024 National Survey on Drug Use and Health*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from
- Barry, C. M., et al. (2024). Anxiety and depressive symptoms as predictors of initiation of alcohol use, cannabis use, and prescription opioid misuse. *Psychiatry Research*, 316, 114773. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.114773>
- Addolorato, G., Leggio, L., Abenavoli, L., Gasbarrini, G., & Alcoholism Treatment Study Group. (2005). Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addictive Behaviors*, 30(6), 1209 - 1224.
- Nazimian, F., Ghaffari, F., and Pour Ghazneen, T. (۲۰۰۸). Study of depression and anxiety in hemodialysis patients. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, Year ۵۱, Issue ۳, pp. ۱۷۱-۱۷۶.
- Wu, H. C., et al. (2025). *Mediating effect of depression on the association between self-efficacy and substance use disorder severity*. *Journal of Affective Disorders*, 325, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.021>
- Bandura, A. (1991). Exploration of fortuitous determinants of life paths. *Psychological Inquiry*, 9, 95-99.
- Bandura, A. (1995). Toward the psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 164-180.
- Mazloumi Mahmoudabad, S.S., and Ehrampoush, M.H., and Zare Aliabad, S., and Ardian, N., and Soltani, T., and Youshni, N., (2024). Tendency to addiction from the perspective of adolescents - youth and parents based on the marketing model (combi) in 2020, <https://civilica.com/doc/1996681>
- Schuman-Olivier, Z., et al. (2025). *Mindfulness training vs recovery support for opioid use disorder: A randomized clinical trial*. *JAMA Network Open*, 8(4), e2829421. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.02942>
- Rahmani, M., Salehi, M. (2018). The effect of mindfulness training on reducing anxiety in patients with anxiety disorders. In the collection of papers of the sixth scientific research conference on educational sciences and psychology, social and cultural harms of Iran, Tehran, Association for the Development and Promotion of Basic Sciences and Technologies.
- Alvarado-García, P. A., & García, M. (2025). *Effect of a mindfulness program on stress, anxiety, depression, sleep quality, social support, and life satisfaction in college students*. *Frontiers in Psychology*, 16, 1508934. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2025.1508934/full>
- Fan, L., & Wang, X. (2024). *Mindfulness, self-efficacy, and self-regulation as predictors of psychological well-being among Chinese EFL learners*. *Frontiers in Psychology*, 15, 1332002. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2024.1332002/full>
- Killeen OJ, Zhou Y, Ehrlich JR. Objectively Measured Visual Impairment and Dementia Prevalence in Older Adults in the US. *JAMA Ophthalmol*. 2023 Aug 1;141(8):786-790. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2023.2854. PMID: 37440238; PMCID: PMC10346499.

15. Li, S. C., & Zhang, Y. (2024). *Mindfulness mitigates the adverse effects of problematic smartphone use on academic self-efficacy: A structural equation modelling analysis*. Journal of Educational Psychology, 116(3), 456–469. <https://www.jstor.org/stable/48787020>
16. Ni, H., & Zhang, L. (2024). *Efficacy and neural mechanisms of mindfulness meditation in reducing craving and substance use*. JAMA Network Open, 7(4), e2820099. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2820099>
17. Carneiro, B. D., & Silva, R. M. (2025). *Mindfulness in mental health and psychiatric disorders: A review of recent developments*. Psychiatry Research, 310, 114456. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12101429/>
18. Bramson, J. (1999). Quit Addiction Self-Efficacy Questionnaire. Unpublished manuscript, University of California, Los Angeles.
19. Habibi, R., et al. (۲۰۱۲). Validation and determination of reliability of Bramson Addiction Self-Efficacy Questionnaire. Hakim Research Journal. Volume ۱۵, No. ۱.
20. Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. and Liese, B.S. (1993) Cognitive Therapy of Substance Abuse. The Guilford Press. New York.
21. Rahmadian, M.; Mirjafari, A.; Hassani, J. (۲۰۰۶). The relationship between drug craving and attentional bias: A comparison of opioid-dependent, relapsed, and abstinent individuals. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. ۱۲(۳), ۲۱۶-۲۲۲
22. Crane, R. (2009). Mindfulness Based Cognitive Therapy. New York. Routledge press. Ivanovski B, Malhi G. (2007). The Psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness form meditation. Actaneuro psychiatric. 76 -91.
23. Kabat- Zinn, J. (2013). Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness. New York: Hyperion.
24. Linehan, M.M. (1993). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
25. Segal, Z.V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford press.
26. Wells, A. (2002). Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Chichester: John Wiley & Sons.
27. Wells, A. (2008). Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. New York: Guilford Press.
28. Leahy, R. L. (2002). A Model of Emotional Schemas. Cognitive and Behavioral Practice, 9(3), 177–190.
29. Leahy, R. L. (2009). Emotional Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press.
30. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. New York: Guilford Press.
31. Dabbaghi, S. (2007). The effect of mindfulness training on reducing anxiety and depression in drug-dependent patients. Master's thesis, University of Tehran.
32. Pourizdi, N., et al. (2009). Investigating the effect of meditation on reducing the temptation to use drugs in addicts under treatment. Journal of Psychology, 13(2), 45–60.
33. Tajeri, M. (2009). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and self-efficacy in addicts in the process of quitting. Master's thesis, Allameh Tabatabaei University.
34. Abdolqadri, A., Kafi, M., Saberi, N., and Ariapouran, M. (2013). The effectiveness of mindfulness on self-efficacy and temptation in drug-dependent patients. Journal of Addiction Studies, 7(3), 89–104.
35. Khormaei, S. et al. (2014). The effect of mindfulness meditation on reducing anxiety in patients recovering from addiction. Journal of Behavioral Sciences, 8(4), 233–246.
36. Pourmohammadi, R., & Bagheri, M. (2015). Investigating the effect of mindfulness-based intervention on anxiety and temptation in drug addicts. Journal of Mental Health, 9(1), 55–70.
37. Teymouri, A., Ramezani, R., & Mahjoub, S. (2015). Comparing the effectiveness of mindfulness-based and cognitive-behavioral treatments on the self-efficacy of recovering addicts. Journal of Health Psychology, 4(2), 67–82.
38. Seyed Asiaban, M., Monshei, N., & Askari, S. (2016). The effectiveness of mindfulness-based intervention on anxiety and temptation to use drugs. Journal of Research in Mental Health, 10(3), 150–163.
39. Omid, N., Momeni, H., Riyagan, M., Akbari, S., & Talighi, M. (2016). The effect of mindfulness training on self-efficacy in quit addicts. Journal of Clinical Psychology, 7(2), 120–137.

40. Taheri, Z., & Sajjadian, M. (2017). The effectiveness of meditation on anxiety and temptation in quit addicts. *Journal of Psychological Research*, 11(1), 45–59.
41. Vidović, T., et al. (2003). Mindfulness-based interventions in addiction treatment. *Addictive Behaviors*, 28(3), 501–514.
42. Napoli, M., et al. (2005). Mindfulness training for substance use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), 19–26.
43. Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapses prevent alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211–228.
44. Baker, T. B., et al. (2005). Addiction, motivation, and mindfulness: New perspectives on recovery. *Addiction Research & Theory*, 13(5), 547–559.
45. Kingson, S., et al. (2007). The role of mindfulness in addiction recovery. *Substance Use & Misuse*, 42(8), 1225–1238.
46. Schonert-Reichl, K. A., & Lawlor, M. S. (2007). The effects of a mindfulness-based education program on pre- and early adolescents' well-being. *Mindfulness*, 1(3), 137–151.
47. Dolan, S. L., & White, H. R. (2008). Mindfulness and substance abuse recovery: A pilot study. *Substance Abuse*, 29(3), 41–48.
48. Joyce, A., et al. (2010). Mindfulness-based stress reduction and substance use outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(2), 130–138.
49. Stabrook, L., et al. (2010). Mindfulness-based interventions in relapse prevention. *Addictive Behaviors*, 35(5), 457–464.
50. Elliott, R., McLeod, J., & Rodgers, B. (2011). Mindfulness and therapeutic change in addiction recovery. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2), 142–152.
51. Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. Co. uk.
52. Mohamadkhani P, Rezaei dogane E, Mohamadi M, Azadmehr H. (2006). Family Violence Pattern Prevalence, Enacting or Experiencing Violence in Men or Women. *refahj*. 5(21), 205-224.

*Original Article***Comparing the effectiveness of Langerin's dynamic presence in the moment intervention and meditation-based dynamic presence in the moment intervention on anxiety, temptation, and personal self-efficacy in addicts**

Received: 12/03/2025 - Accepted: 07/06/2025

Amin Moradnejad^{1*}Mehdi Dehestani²¹ Instructor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.² Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: Moradn.amin@pnu.ac.ir

Abstract

Background: Addiction is a chronic disease that is influenced by various biological, psychological, and social factors. The number of people suffering from this problem is increasing daily, causing the destruction of cultural boundaries in society and endangering human mental and economic health.

Objective: The aim of the present study was to compare the effectiveness of Langerin's dynamic presence in the moment interventions and meditation-based dynamic presence in the moment interventions on anxiety, temptation, and self-efficacy of addicts.

Method: The present study is a semi-experimental study with a pre-test-post-test and follow-up with a control group. The population of the present study is people with addiction in the cities of (Dezful, Andimeshk, Shush, and Shushtar) who have referred to the "Salam Zendige" addiction treatment camp located in Andimeshk.

The sampling method was purposive sampling. After meeting the conditions, 30 people were selected from among those who attended and randomly assigned to three groups: Langerin mindfulness intervention group (10 people), The mindfulness-based meditation intervention group (10 people) and the control group (10 people) were included. Data analysis was performed using the covariance method in SPSS 24 software.

Findings: The results showed that Langerin's dynamic presence in the moment and meditation-based dynamic presence in the moment were significantly effective on anxiety, self-efficacy, and temptation in addicts ($p < 0.001$).

Conclusion: These organized interventions were designed to integrate the dynamic presence component in the moment with conventional cognitive behavioral therapy and as a tool to guide addicted and vulnerable individuals towards anxiety disorders, reduce temptation and increase self-efficacy, and were a simple method to de-focus or stop relapses of thoughts of using again in addicts. **Keywords:** Langerin dynamic presence in the moment, meditation-based dynamic presence in the moment, anxiety, temptation, self-efficacy, addicts.

Keywords: Dynamic presence, anchoring moment, meditation-based moment, anxiety, addicts.