

صفحه اختصاصی دانلود پایان نامه های روانشناسی
شناختی و موضوعات مشابه با این پایان نامه

دانلود فایل کامل این پایان نامه همراه با منابع فارسی و لاتین

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

منشور اخلاق پژوهش

بایاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و بمواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظریه ابیسمت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، مادیان و اعضا، هیئت علمی و احدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تحفی نکنیم:

۱- اصل برانست: التزام به برانست جوی از هر گونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیر علمی می آلائند.

۲- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هر گونه جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.

۳- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به بکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.

۴- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب تقد و خودداری از هر گونه حرمت شکنی.

۵- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.

۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها و کشور و کلیه افراد و نهاد های مرتبط با تحقیق.

۷- اصل حقیقت جوی: تلاش در راستای پی جوی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هر گونه پنهان سازی حقیقت.

۸- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه بکاران پژوهش.

۹- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم و تحقیقات فارس



دانشکده علوم پایه

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد «M.A»

رشته: روان شناسی گرایش: بالینی

عنوان:

**«اثر بخشی درمان تلفیقی مدل ماتریکس و «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» بر
نشخوار فکری، تنظیم هیجانی، و کاهش عود مصرف در وابستگان به شیشه»**

استاد راهنما:

دکتر رابرت فرنام

استاد مشاور:

دکتر مسعود محمدی

نگارش:

زیبا صفرزاده



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم و تحقیقات فارس

تحقیقات
علوم و فنون

دانشکده علوم پایه

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد «M.A»

رشته: روان شناسی بالینی

عنوان:

«اثر بخشی درمان تلفیقی مدل ماتریکس و «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» بر نشخوار فکری،
تنظیم هیجانی، و کاهش عود مصرف در وابستگان به شیشه»

نگارش:

زیبا صفرزاده

۱- دکتر رابرت فرنام

۲- دکتر مسعود محمدی

۳- دکتر مجید برزگر

هیأت داوران:

سپاسگزاری

اولین سپاس به پیشگاه حضرت دوست که هر چه هست از لطف اوست.

با تشکر و سپاس فراوان از زحمات بی دریغ مدیر گروه و استاد راهنمای محترم جناب آقای دکتر رابرت فرنام و استاد مشاور محترم جناب آقای دکتر مسعود محمدی که با کمک ها و راهنمایی های ارزنده خویش مرا در تدوین و تصحیح این پایان نامه هدایت نمودند. سعادت و سلامت این بزرگواران را از درگاه منان خواستارم.

از جناب آقای دکتر مجید برزگر، استاد گرانقدری که زحمت داوری تحقیق را بر عهده داشتند کمال تشکر و قدردانی را دارم. سعادت و سلامت این بزرگوار را از درگاه منان خواستارم.

از همکاری و مساعدت های مدیریت محترم و کارکنان مرکز بازتوانی اعتیاد پرتو، سبحان، و مرکز ترک اعتیاد شهرک گلستان کمال تشکر و قدردانی را دارم.

از زحمات کارکنان مرکز پژوهش دانشگاه علوم و تحقیقات فارس کمال تشکر را دارم.

از زحمات ناظر محترم جلسه دفاع از پایان نامه و دیگر دست اندرکاران گرامی، کمال تشکر را دارم.

تقدیم به روح سبز پدر بزرگوارم
بزرگ مردی که بهترین معلم زندگیم بود

تقدیم به روح سبز برادر عزیزم
که به من درس صبر و مقاومت آموخت
و

تقدیم به فرزندان دلبندم
الناز، شهریار، و پوریا

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده	۱
فصل اول: مقدمه و کلیات پژوهش	۲
۱-۱ مقدمه	۳
۲-۱ بیان مسئله	۶
۳-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش	۸
۴-۱ اهداف پژوهش	۱۰
۵-۱ پرسش ها و فرضیه های پژوهش	۱۰
۱-۵-۱ پرسش های پژوهش	۱۰
۲-۵-۱ فرضیه های پژوهش	۱۱
۶-۱ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها	۱۱
۱-۶-۱ تعاریف نظری	۱۱
۱-۱-۶-۱ شیشه (مت آمفتامین)	۱۱
۲-۱-۶-۱ وابستگی به مواد	۱۲
۳-۱-۶-۱ ذهن آگاهی	۱۲
۴-۱-۶-۱ نشخوار فکری	۱۲
۵-۱-۶-۱ تنظیم هیجانی	۱۳
۶-۱-۶-۱ عود مصرف مواد	۱۳
۲-۶-۱ تعاریف عملیاتی	۱۳
۱-۲-۶-۱ وابستگی به مت آمفتامین	۱۳
۲-۲-۶-۱ ذهن آگاهی	۱۳
۳-۲-۶-۱ نشخوار فکری	۱۳
۴-۲-۶-۱ تنظیم هیجانی	۱۴

۱۴	۱-۲-۶-۵ عود مصرف مت آمفتامین
۱۶	فصل دوم: گستره نظری و بازنگری تحقیقات پیشین
۱۸	۱-۲ مقدمه
۱۸	۲-۲ مبانی نظری پژوهش
۱۸	۱-۲-۲ مت آمفتامین
۲۲	۲-۲-۲ عود مصرف مواد
۲۳	۳-۲-۲ ذهن آگاهی
۲۵	۴-۲-۲ اعتیاد
۲۵	۱-۴-۲-۲ اعتیاد و ذهن آگاهی
۲۶	۲-۴-۲-۲ اعتیاد و استرس
۲۷	۵-۲-۲ درمان «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» یا MBSR
۲۸	۶-۲-۲ نشخوار فکری
۳۰	۱-۶-۲-۲ نشخوار فکری و استرس
۳۱	۷-۲-۲ تنظیم هیجانی
۳۳	۱-۷-۲-۲ تنظیم هیجانی و استرس
۳۴	۲-۷-۲-۲ تنظیم هیجانی و نشخوار فکری
۳۵	۸-۲-۲ اعتیاد و موج سوم رفتار درمانی
۳۷	۱-۸-۲-۲ شناخت درمانی بر پایه ذهن آگاهی (MBCT)
۳۷	۲-۸-۲-۲ رفتاردرمانی جدلی (DBT)
۳۸	۳-۸-۲-۲ درمان قبول و تعهد (ACT)
۳۸	۹-۲-۲ درمان های دیگر بر پایه ذهن آگاهی (در درمان اعتیاد)
۳۸	۱-۹-۲-۲ مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP)
۳۹	۲-۹-۲-۲ خود- طرحواره درمانی معنوی (3-S)
۴۰	۹-۲-۲ تاریخچه مواد مخدر منجمله شیشه
۴۲	۱۰-۲-۲ تاریخچه ذهن آگاهی
۴۳	۱۱-۲-۲ تاریخچه درمان «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» (MBSR)

۱۲-۲-۲	تاریخچه درمان های مختلف در درمان اعتیاد	۴۳
۱-۱۲-۲-۲	درمان های شناختی رفتاری منجمله ماتریکس	۴۳
۲-۱۲-۲-۲	تلفیق درمان های شناختی رفتاری و ذهن آگاهی	۴۴
۱۳-۲-۲	تاریخچه مطالعه درباره نشخوار فکری	۴۶
۱۴-۲-۲	تاریخچه مطالعه در باره تنظیم هیجانی	۴۶
۱۵-۲-۲	تئوری ها در خصوص اعتیاد و عود مصرف	۴۶
۱-۱۵-۲-۲	تئوری انگیزه	۴۶
۲-۱۵-۲-۲	تئوری جلوگیری از عود مصرف مواد مارلات و گوردون	۴۷
۳-۱۵-۲-۲	تئوری مواجهه با سرخ	۴۷
۴-۱۵-۲-۲	تئوری های زیر بنایی درمان های جلوگیری از عود مصرف مواد	۴۸
۱۶-۲-۲	تئوری ها در خصوص نشخوار فکری	۵۰
۱۷-۲-۲	تئوری ها در خصوص تنظیم هیجانی	۵۱
۳-۲	بررسی پژوهش های انجام شده در خصوص موضوع	۵۲
۱-۳-۲	پیشینه پژوهش در خارج از کشور	۵۲
۲-۳-۲	پیشینه پژوهش در ایران	۶۱
۳-۳-۲	جمع بندی پیشینه پژوهش ها در خارج و ایران	۶۷
۶۸	فصل سوم: روش پژوهش	
۱-۳	مقدمه	۷۰
۲-۳	طرح کلی پژوهش	۷۰
۳-۳	جامعه، نمونه، و روش اندازه گیری	۷۰
۱-۳-۳	جامعه	۷۰
۲-۳-۳	نمونه	۷۰
۳-۳-۳	روش اندازه گیری (ابزارهای گردآوری داده ها)	۷۱
۱-۳-۳-۳	ذهن آگاهی	۷۱
۲-۳-۳-۳	تنظیم هیجانی	۷۲
۳-۳-۳-۳	نشخوار فکری	۷۳

۷۳	۳-۳-۴ عود مصرف مواد
۷۴	۳-۴ روش اجرای پژوهش
۷۶	۳-۵ روش تجزیه و تحلیل آماری داده ها
۷۶	۳-۶ ملاحظات اخلاقی
۷۸	فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها
۷۹	۴-۱ مقدمه
۷۹	۴-۲ بخش اول: آمار توصیفی
۸۰	۴-۳ بخش دوم: یافته های استنباطی
۸۰	۴-۳-۱ تحلیل کوواریانس
۸۲	۴-۳-۲ تحلیل کوواریانس
۸۳	۴-۳-۳ تحلیل کوواریانس
۸۵	۴-۳-۴ تحلیل کوواریانس
۸۶	۴-۳-۵ تحلیل کوواریانس
۸۹	۴-۳-۶ آزمون ویلکاکسون
۹۱	۴-۳-۷ آزمون ویلکاکسون
۹۱	۴-۴ ضرایب آلفای کرونباخ ابزارهای پژوهشی مورد استفاده در مطالعه
۹۲	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۹۳	۵-۱ مقدمه
۹۳	۵-۲ بحث و نتیجه گیری
۹۹	۵-۳ محدودیت های پژوهش
۱۰۰	۵-۴ پیشنهادات
۱۰۰	۵-۴-۱ پیشنهادات پژوهشی
۱۰۰	۵-۴-۲ پیشنهادات کاربردی
۱۰۱	پیوست ها
۱۰۲	(۱) مقیاس پاسخ توأم با نشخوار فکری RRS از پرسشنامه سبک های پاسخ RSQ
۱۰۵	(۲) مقیاس ذهن آگاهی (MAAS)

۱۰۷.....	۳) مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی (DERS)
۱۱۱.....	آموزش روش درمانی «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی»
۱۱۵.....	منابع و مأخذ

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱: خلاصه داده های توصیفی برای متغیرهای مورد مطالعه	۷۹
جدول ۴-۲: تحلیل کوواریانس برای متغیر وابسته نشخوار فکری در پس آزمون (گروه ۱ و ۳)	۸۰
جدول ۴-۳: میانگینهای تعدیل شده متغیر نشخوار فکری در گروههای مختلف در پس آزمون	۸۱
جدول ۴-۴: تحلیل کوواریانس برای متغیر وابسته نشخوار فکری در پس آزمون (گروه ۲ و ۳)	۸۲
جدول ۴-۵: میانگینهای تعدیل شده متغیر نشخوار فکری در گروههای مختلف در پس آزمون	۸۲
جدول ۴-۶: تحلیل کوواریانس برای متغیر وابسته دشواری های تنظیم هیجانی در پس آزمون (گروه ۱ و ۳)	۸۳
جدول ۴-۷: میانگینهای تعدیل شده متغیر دشواری های تنظیم هیجانی در گروههای مختلف در پس آزمون	۸۴
جدول ۴-۸: تحلیل کوواریانس برای متغیر وابسته دشواری های تنظیم هیجانی در پس آزمون (گروه ۲ و ۳)	۸۵
جدول ۴-۹: میانگینهای تعدیل شده متغیر دشواری های تنظیم هیجانی در گروههای مختلف در پس آزمون	۸۵
جدول ۴-۱۰: تحلیل کوواریانس برای متغیر وابسته ذهن آگاهی در پس آزمون	۸۶
جدول ۴-۱۱: میانگینهای تعدیل شده متغیر ذهن آگاهی در گروههای مختلف در پس آزمون	۸۷
جدول ۴-۱۲: توزیع فراوانی میزان عود مصرف در دو گروه تلفیقی و کنترل	۸۸
جدول ۴-۱۳: آزمون ویلکاکسون برای مقایسه عود مصرف در دو گروه تلفیقی و کنترل	۸۹
جدول ۴-۱۴: توزیع فراوانی میزان عود مصرف در دو گروه ذهن آگاهی و کنترل	۹۰
جدول ۴-۱۵: آزمون ویلکاکسون برای مقایسه عود مصرف در دو گروه ذهن آگاهی و کنترل	۹۱
جدول ۴-۱۶: پایایی پرسشنامه	۹۱

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۸۸	نمودار ۴-۱: توزیع فراوانی عود مصرف در دو گروه تلفیقی و کنترل
۹۰	نمودار ۴-۲: توزیع فراوانی عود مصرف در دو گروه ذهن آگاهی و کنترل

چکیده

مشکل رایج در اختلالات سوء مصرف مواد، عود مصرف مواد حتی در بین افراد مداوا شده می باشد که این موضوع در مورد ماده مخدر شیشه بیشتر صدق می کند. از سویی، ذهن آگاهی یک سازه شناختی قابل پایش و مداخله در روان شناسی است. هدف اصلی این پژوهش، ارزیابی اثربخشی کاربرد درمان تلفیقی مدل رایج ماتریکس و «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» (MBSR) بر نشخوار فکری، تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی، و میزان عود مصرف بود. با روش نمونه گیری هدفمند و پس از همتاسازی گروهی، ۵۴ آزمودنی به صورت تصادفی انتخاب و دوباره تصادفی در سه گروه مساوی تلفیقی، ذهن آگاهی، و ماتریکس (کنترل) جاسازی شدند. سه پرسشنامه، قبل و پس از اتمام برنامه ۸ هفته ای آموزش MBSR، توسط هر سه گروه تکمیل گردید. نشخوار فکری با ابزار پرسشنامه نشخوار فکری، تنظیم هیجانی با ابزار مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی با ابزار مقیاس ذهن آگاهی، و میزان عود مصرف با ابزار تست تشخیصی مت آمفامین سنجیده شدند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری و ویلکاکسون استفاده شد. نتایج نشان دهنده کاهش معنادار نشخوار فکری ($p<0/01$)، دشواری های تنظیم هیجانی ($p<0/001$)، میزان عود مصرف ($P<0/04$)، و افزایش معنادار ذهن آگاهی ($P<0/035$)، در گروه تلفیقی در مقایسه با گروه کنترل بود، در حالیکه در گروه ذهن آگاهی صرف، میزان کاهش عود مصرف در مقایسه با گروه کنترل معنادار نشد ($P<0/6$) بدین معنی که فرضیه ۷ رد شد، اگرچه دیگر متغیرها تغییرات مشابه داشتند. با وجود رد شدن فرضیه مزبور، یک مدل جایگزین پیشنهاد شد، بدین معنی که مکانیزمی جدید که ناشی از ترکیب مدل ماتریکس و درمان MBSR می باشد منجر به کاهش بیشتر عود مصرف در گروه تلفیقی در مقایسه با گروه کنترل می شود. این یافته بیانگر این است که درمان MBSR فاکتوری مفید اما نه یک فاکتور کافی برای هدف قرار دادن عود مصرف است. به بیانی، پژوهش حاضر مدارکی را دال بر ارزش ادغام کردن درمان MBSR در درمان های سوء مصرف مواد ارائه می دهد یعنی یک مکانیزم بالقوه تغییر را از طریق درمان تلفیقی بر ملا می سازد.

کلید واژه ها: تلفیقی، ذهن آگاهی، مدل ماتریکس، نشخوار فکری، تنظیم هیجان

فصل اول

مقدمه و کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

اختلال وابستگی یا سوء مصرف مواد که در سالهای اخیر به آسیب اجتماعی تبدیل شده، یک اختلال مزمن و بازگشت کننده است که هزینه های سنگینی برای فرد، خانواده و جامعه دارد. با افزایش فزاینده کاربرد انواع مواد مخدر، نیاز مبرمی برای تحقیقات بیشتر در زمینه جلوگیری از مصرف و یا عود مصرف احساس می شود. «سازمان وحدت ملی برای کنترل دارو و جلوگیری از جنایت»^۱ اخیراً گزارش کرده است که بیش از دویست میلیون نفر در سراسر جهان هم اکنون مواد مخدر مصرف می کنند و این سازمان اعلام می دارد که مشکلات جهانی مربوط به مواد مخدر کماکان ادامه دارد زیرا اکثر کشورها، افزایش فزاینده در مصرف این مواد را گزارش می دهند تا کاهش آن را (آپل و کیم-آپل^۲، ۲۰۰۹؛ زگیسکا^۳ و همکاران، ۲۰۰۹).

«مت آمفتامین»^۴ که به نام «مت»^۵، «کریستال»^۶، و یا «سرعت»^۷ شناخته می شود یک محرک سیستم عصبی و مشتقی از آمفتامین^۸ است که به طور گسترده ای در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ به عنوان دارو برای افسردگی و چاقی تجویز می شد (آنجلینا^۹ و همکاران، ۲۰۰۰، ص ۱). آمارهای کنونی، افزایش فزاینده سوء مصرف مت آمفتامین را بیش از دیگر مواد برآورد کرده اند، به عنوان مثال آمار نشان می دهد که بیشتر از ۴۲ میلیون مصرف کننده دائمی مت آمفتامین در سطح جهان وجود دارند، در حالی که به ترتیب حدود ۱۵ میلیون و ۱۰ میلیون نفر مصرف کننده دائمی هروئین^{۱۰} و کوکائین^{۱۱} وجود دارد (سالدانا و بارکر^{۱۲}، ۲۰۰۴). در ایران هم در سال های اخیر الگوی مصرف مواد به میزان زیادی تغییر یافته است و سوء مصرف کنندگان مواد در پی تجربه مواد

1- The United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP)

2- Apple and Kim-Apple

3- Zgierska

4- Methamphetamine (MA)

5- METH

6- Crystal

7- Speed

8- Amphetamine

9- Anglina

¹⁰-Heroin

¹¹-Cocaine

¹²-Saldana and Barker

جدیدی مانند مت آمفتامین، کراک، و ... هستند. در ایران فرم کریستالیزه مت آمفتامین (یخ) که به نام «شیشه» شناخته شود، یکی از موادی است که اخیراً به شدت مورد سوء مصرف قرار گرفته است. بنا به گفته نارنجی ها^۱ و همکاران (۲۰۰۵)، فراوانی مصرف «شیشه» در کشور ایران ۵/۲ درصد کل مصرف کنندگان است.

اگرچه بعضی از درمان های اولیه برای اعتیاد به مواد مخدر در کوتاه مدت موثر بوده اند، آنها پس از درمان نرخ بالای عود مصرف را نشان داده اند. از این رو، «اختلالات سوء مصرف مواد»^۲ به عنوان «اختلالاتی با عود مزمن»^۳ با میزان عود مصرفی بالغ بر ۶۰ درصد عنوان شده اند (میلر^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). از طرفی، بنا به گفته روزن^۵ و همکاران، (۲۰۰۶) مرور مطالعات گذشته نشان می دهد که اثربخشی درمان های نگهدارنده دارویی بدون مداخله های روانی- اجتماعی به علت اطاعت دارویی^۶ پایین و میزان بالای ریزش^۷ ضعیف می باشند و ۲۰ تا ۹۰ درصد از معتادانی که تحت درمان قرار می گیرند دچار بازگشت می شوند. اصطلاح «اختلالاتی با عود مزمن» در مورد مواد مخدری از قبیل مت آمفتامین بیش از سایر مواد صدق می کند، یکی از دلایل این است که برای درمان اعتیاد به آمفتامین ها منجمله مت آمفتامین که زیر گروه این ترکیبات می باشد، درمان دارویی اختصاصی نظیر متادون^۸ یا بوپره نورفین^۹ (در اپیوئیدها) وجود ندارد.

در پاسخ به نرخ بالای عود مصرف مواد و منجمله مت آمفتامین، درمان های جدید دیگری ابداع شده اند. وارد شدن درمان های بر پایه ذهن آگاهی به دنیای درمان، زمینه را برای وارد شدن این درمان به حوزه سوء مصرف مواد مخدر مهیا کرده است. در موج سوم روان درمانی ها^{۱۰} که به روان درمانی های پست مدرن معروف هستند، فنون شناختی- رفتاری سستی را با ذهن آگاهی ترکیب می کنند (هیز^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۶). امروزه درمان های موج سوم در روان درمانی به جای چالش با شناخت ها، بر آگاهی و پذیرش افراد از احساسات، هیجانات، شناخت ها، و رفتارها (عناصر اساسی در ذهن آگاهی) تأکید دارند.

ذهن آگاهی در غرب از دهه ۱۹۷۰ مورد توجه قرار گرفت، از آن زمان به بعد بیش از ۲۴۰ برنامه بر پایه ذهن آگاهی در آمریکای شمالی و اروپا انجام شده است (کایون^{۱۲}، ۲۰۱۱). رایج ترین روش آموزش ذهن آگاهی،

-
- 1- Narenjiha
 - 2- Substance Use Disorders (SUDs)
 - 3- Chronic Relapsing Conditions
 - 4-Miller
 - 5-Roozen
 - 6- Compliance
 - 7- Dropout
 - 8- Methadone
 - 9- Buprenorphine
 - 10-Third Wave Cognitive Therapies
 - 11-Hayes
 - 12-Cayoun

آموزش «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی»^۱ است که به شکل برنامه کاهش استرس و برنامه آرامش آموزی شناخته می شود (کابات-زین^۲، ۱۹۹۰) و در این تحقیق مورد استفاده قرار می گیرد.

نشخوار فکری (متغیری در تحقیق)، واژه ای عمومی است و به افکاری اشاره دارد که تکراری، چرخان، خود متمرکز و افسرده کننده اند، به طوری که نقش اساسی در افسردگی دارند (ری پری^۳، ۱۹۹۷، به نقل از آذرگون و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین نتایج تحقیقی که بر روی نمونه ای از افراد مذکر جوان انجام شد، تأثیر نشخوار فکری به عنوان پیش بینی کننده شروع اختلالات سوء مصرف مواد و شدت گرفتن علائم این اختلال در ۴ سال آتی به اثبات رسید (نالن هاکسما^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). در روش درمانی ذهن آگاهی، بیماران آموزش می بینند تا چرخه نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله گیرند، در واقع انعطاف پذیری توجه، غنی سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط، و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات، باعث کاهش افسردگی و نشخوار فکری می شود (تیزدیل^۵ و همکاران، ۲۰۰۰).

از سویی، تنظیم هیجان (متغیر دیگر در تحقیق) شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه می شود که برای افزایش، حفظ، و کاهش مؤلفه های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می شود (گارفنسکی^۶ و همکاران، ۲۰۰۱). گرینبرگ و پای ویو^۷ (۱۹۹۷، به نقل از برزلین^۸ و همکاران، ۲۰۰۲)، اختلال در تنظیم هیجانی را به عنوان علت آسیب شناسی زیربنایی سوء مصرف مواد و بیماریهای روحی بیان می کنند. هیز و فلدمن^۹ (۲۰۰۴) بیان می دارند که آموزش های ذهن آگاهی، مداخله بالینی رو به گسترشی برای تقویت تنظیم هیجانی می باشند.

امروزه محققان به نقش نشخوار فکری و تنظیم هیجانی در ایجاد و ابقاء انواع مختلف اختلالات روانی پی برده اند. هدف قرار دادن آسیب پذیری هایی از قبیل نشخوار فکری و تنظیم هیجانی که روی آوری به مواد و عود مصرف را تسهیل می کنند باید اولویت درمانی رویکردهای جدید درمانی در این گروه از بیماران باشد.

1-Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

2-Kabat-Zinn

3-Reppere

4-Nolen-Hoeksema

5-Teasdale

6-Garnefski

7-Greenberg and Paivio

8-Berslin

9-Hayes and Feldman

۲-۱ بیان مسئله

اختلالات سوء مصرف مواد از رایج ترین مشکلات روانپزشکی است که از تعامل عوامل ژنتیکی و محیطی مثل نابهنجاری های رشدی و وضعیت نامساعد روانی- اجتماعی ناشی می شود. این اختلالات می تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی، حشیش، مت آمفتامین، کوکائین، و غیره به وجود آمده و به شکل وابستگی و سوء مصرف خود را نشان دهد. مصرف مواد مخدر و روان گردان، امروزه به عنوان یک معضل جدی، کلیه جوامع بشری را تهدید میکند. آثار نامطلوب و ویرانگر مصرف مواد و اعتیاد بر روی جسم و روح انسان این نگرانی را افزایش داده و موجبات افزایش ناامنی خانوادگی و اجتماعی گردیده است.

در بین مواد اعتیاد آور، آمفتامین ها به خصوص مت آمفتامین قوی ترین مواد هستند و خطر وابستگی^۱ و مشکلات سلامت روان بیشتری را در بر دارند (تاپ^۲ و همکاران، ۲۰۰۲) و با نرخ بالای روان پریشی^۳ (مک کتین^۴ و همکاران، ۲۰۰۶)، افسردگی (سمپل^۵ و همکاران، ۲۰۰۵)، و مشکلات شناختی (نوردال^۶ و همکاران، ۲۰۰۳) ارتباط دارند.

تحقیقات نشان داده اند که یکی از رویکردهای مهم در شناسایی و درمان سوء مصرف مواد مخدر، رویکرد شناختی است. فرض اساسی نظریه های شناختی این است که افکار ناکارآمد در نحوه تفسیر و ارزیابی فرد از واقعیت دخیل هستند و همچنین پاسخ های رفتاری که از تفسیرهای خاص ناشی می شوند در تداوم اختلال سوء مصرف مواد نقش دارند (گودرز ی، ۱۳۸۰). در پاسخ به میزان بالای مصرف مت آمفتامین و عود مصرف، درمان های متفاوت شناختی رفتاری منجمله مدل درمانی ماتریکس ابداع شده اند. این مدل درمانی عناصری را بر اساس یافته های تجربی حمایت شده از حوزه تحقیقاتی مربوط به سوء مصرف مواد، مورد استفاده قرار داده است (راسون^۷ و همکاران، ۱۹۹۵). با این وجود، وابستگی و عود مصرف مت آمفتامین همچنان ادامه دارد.

در سال های اخیر، تعدادی از پژوهشگران تلفیق رویکردهای بر پایه ذهن آگاهی را با مداخلات شناختی رفتاری^۸ موجود (موج سوم رفتار درمانی) پیشنهاد کرده اند (کایون و همکاران، ۲۰۰۳؛ کاتز^۹ و همکاران، ۱۹۸۵، به نقل از ویتفیلد^{۱۰}، ۲۰۰۶). پژوهشگران بر این باورند که به کار گیری روش های درمانی مانند درمان بر پایه ذهن آگاهی به دلیل ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری

1- Substance Dependency

2-Topp

3- Sychosis

4-McKetin

5-Semple

6-Nordahl

7-Rawson

8- Cognitive-Behavioral Interventions

9-Katz

10-Whitfield

بدون دآوری، و خودداری از اجتناب هیجانی می تواند در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی، اثربخشی درمان-ها را برای جلوگیری از اعتیاد و عود مصرف افزایش دهد. بنابر این افزایش انعطاف پذیری شناختی در درمان-های بر پایه ذهن آگاهی می تواند توانایی مقابله بیمار را در کنار آمدن با وسوسه و نشانه های ترک (به عنوان شاخص اصلی تداوم مصرف) در این بیماران افزایش دهد.

درمان «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» (MBSR) اولین مداخله بر پایه ذهن آگاهی بوده است که از نظر بالینی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در سال ۱۹۷۹، دکتر جان کابات-زین درمان را ابداع کرد و این نقطه شروعی برای وارد شدن این تکنیک به دنیای پزشکی شد (کابات-زین، ۱۹۹۰). درمان «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» رایج ترین متد به کار رونده از فنون ذهن آگاهی در دنیای پزشکی است (کابات-زین، ۱۹۹۰). استرس، عاملی است که احتمالاً به وسیله درمان به کار رونده در این تحقیق یعنی «ذهن آگاهی» مورد هدف قرار می گیرد، گرچه انتخاب درمان MBSR برای پژوهش حاضر، به علت بررسی آتی نقش استرس در نتایج پژوهش نیست بلکه به این عنوان است که MBSR درمان رایج برای آموزش ذهن آگاهی است.

نشخوار فکری متغیری در تحقیق است که ارتباطش با اعتیاد و تأثیرپذیری اش از درمان های بر پایه ذهن آگاهی به اثبات رسیده است. نشخوار فکری بیانگر افکاری است که تمایل به تکرار داشته، آگاهانه بوده و پیرامون یک موضوع متمرکز هستند و حتی در صورت غیبت محرک های محیطی فوری و ضروری این افکار باز هم پدیدار می شوند (مارتین و تسر^۱، ۱۹۸۹، به نقل از آذرگون و همکاران، ۱۳۸۸). در مورد ارتباط بین نشخوار فکری و اعتیاد، اسکیتچ و آبل^۲ (۲۰۰۸) بیان می دارند که افرادی که در مواجهه با مشکلات زندگی و از جمله استرس از سبک پاسخ نشخواری^۳ استفاده می کنند مستعد ابتلاء به مشکلات روانی و روی آوری به اعتیاد می باشند.

در مورد ارتباط بین نشخوار فکری و ذهن آگاهی، کومار^۴ و همکاران (۲۰۰۸) در تحقیق خود به این موضوع دست یافتند که افزایش در ذهن آگاهی به مقدار زیادی با کاهش در نشخوار فکری و اجتناب^۵ (دو استراتژی در تنظیم هیجانی) همراه است، این محققان به این نتیجه رسیدند که مراقبه ذهن آگاهی^۶ منجر به کاهش در نشخوار فکری می شود.

تنظیم هیجانی هم متغیری دیگر در این تحقیق است که ارتباطش با اعتیاد و تأثیرپذیری اش از درمان های بر پایه ذهن آگاهی به اثبات رسیده است. تنظیم هیجانی همان گونه که از نامش پیداست به معنی متعادل ساختن هیجانات منفی و مثبت است و از آنجایی که در هر جامعه ای هنجارهای اجتماعی عکس العمل های نامناسب

1-Martin and Tesser

2-Skitch and Abela

3- Ruminative Response Style

4-Kumar

5- Avoidance

6- Mindfulness Meditation (MM)

و کنترل نشده هیجانی را منع می کند افراد مجبورند در تمام مدت در تنظیم هیجانات خود درگیر باشند. این مسأله به عنوان مثال در مورد افرادی که در حال ترک مواد مخدر هستند باعث ایجاد مشکلات زیادی می شود. گراس^۱ (۱۹۹۸) بیان می دارد که تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجانات، تنظیم تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد. در مورد ارتباط بین تنظیم هیجانی و اعتیاد، سمپل و همکاران (۲۰۱۰) و واتاناب-گالووی^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، از تحقیق خود به این نتیجه رسیده اند که ضعف در تنظیم هیجانی، معمولاً بصورت کاهش بازداری^۳ یا ناتوانی در کنترل عمل یا فکر، تأثیر اساسی بر رفتارهای ولع مصرف مواد^۴، فعالیت های جنسی خطرناک (که می تواند منجر به ایدز^۵ و هپاتیت C^۶ شود) و دیگر رفتارهای تکانشگری^۷ و مرگ و میر بالا را دارد. در مورد ارتباط بین تنظیم هیجانی و ذهن آگاهی، هیز و فلدمن^۸ (۲۰۰۴) بیان می دارند که به نظر می رسد ذهن آگاهی باعث کسب توانایی تنظیم هیجانات و خلق می شود بدین صورت که با قبول تجربیات داخلی، وضوح عاطفی^۹، انعطاف پذیری شناختی^{۱۰}، و یک رویکرد سالم به مشکلات، این توانایی ایجاد می شود. بین نشخوار فکری و تعدیل هیجانی هم ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. لی مولت^{۱۱} (۲۰۱۲) بیان می دارد که در واقع نشخوار فکری یک استراتژی تنظیم هیجانی غیرانطباقی^{۱۲} یا ناسازگارانه است که عاطفه منفی^{۱۳} را در پاسخ به آشفتگی طولانی می کند.

با توجه به مطالب گفته شده و لزوم اهمیت دادن به معطل مواد مخدر به خصوص انواع جدید و توجه به این موضوع که یکی از علل اصلی مصرف و عود مصرف در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر منجمله مت آمفتامین، مشکلات در نشخوار فکری و تنظیم هیجانی است، این سوال پژوهشی به ذهن می رسد که آیا با به کارگیری روش درمانی «کاهش استرس بر پایه ی ذهن آگاهی» (MBSR) به عنوان درمان تکمیلی مدل درمانی ماتریکس، می توان باعث کاهش نشخوار فکری، دشواری های تنظیم هیجانی، و کاهش عود مصرف در وابستگان به مت آمفتامین شد.

۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش

-
- 1-Gross
 - 2-Watanabe-Galloway
 - 3- Inhibitory Deficit
 - 4- Drug Craving
 - 5- Aids
 - 6- Hepatitis C
 - 7- Compulsive Behaviors
 - 8-Hayes and Feldman
 - 9- Affective Clarity
 - 10- Cognitive Flexibility
 - 11-LeMoult
 - 12- Maladaptive
 - 13- Negative Affect

هزینه سوء مصرف مواد در سطح جهانی، در ارتباط با جنایت، فقدان کار و هزینه مراقبت های سلامتی در حدود ۱۸۰/۹ بیلیون (USD)^۱ در سال ۲۰۰۲ تخمین زده شد (سازمان خدمات بهداشت روان و سوء مصرف مواد مخدر^۲، ۲۰۰۷)، رنج انسانی مرتبط با سوء مصرف مواد غیر قابل اندازه گیری است (موسسه ملی راهکارهای کنترل مواد مخدر^۳، ۲۰۰۴). علیرغم در دسترس بودن درمانهای مختلف برای سوء مصرف مواد و الکل، سوء مصرف این مواد و عواقب منفی مرتبط با آن همچنان شایع باقی مانده اند (بوئن^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). به عنوان مثال، طبق گفته زگیرسکا و همکاران (۲۰۰۹)، در آمریکا در حدود ۲۲/۶ میلیون نفر مبتلا به اختلالات وابستگی به انواع مواد مخدر و یا سوء مصرف آنها تشخیص داده شده اند.

از گذشته تاکنون مجموعه ای از درمانها گسترش یافتند تا عود مصرف مواد را نشانه بگیرند. در بین مداخلات رفتاری، «درمان شناختی رفتاری»^۵ حمایت قابل ملاحظه ای را کسب کرد، با این وجود، علیرغم بهترین درمان استاندارد، میزان عود بالا ادامه دارد که این امر نیاز برای توسعه روشهای درمانی جدید را بیان می کند (زگیرسکا و همکاران، ۲۰۰۹). پیکنز^۶ و همکاران (۱۹۸۵)، به نقل از بوئن و همکاران، (۲۰۰۹) بیان می دارند که اگرچه درمان های جلوگیری از عود مصرف، رشد نوید بخشی را در درمان ارائه می دهد، عود مصرف همچنان یک مشکل اساسی برای ۴۴٪ تا ۷۰٪ مراجعان باقی می ماند.

در ایران تغییر الگوی مصرف از مواد مخدر سنتی (تریاک، شیره و...) به مواد روانگردان و به ویژه متامفتامین یا «شیشه» که سهولت ساخت، فرآورده های تقلبی و دست ساز، هزینه پایین و درآمد فراوان، در دسترس بودن آسان، تجهیزات محدود و ساده مورد نیاز، امکان تولید در حجم بالا، و سخت بودن شناسایی لابراتوارها، تجارت این ماده را به حرفه ای پرسود تبدیل نموده و باعث گردیده افراد و سازما نهایی فرصت طلب برای تأمین بازار فروش این ماده مرگبار از هیچ اقدامی فروگذار نکنند. در کشورهای دیگر هم وضع به همین منوال است، به عنوان مثال، «برآورد شده در ژاپن که تاریخی طولانی از مصرف مت آمفتامین دارد در اواخر دهه ۱۹۴۰ و اوایل دهه ۱۹۵۰ حدود ۵۵۰۰۰۰ مصرف کننده این ماده وجود داشته که ۵۵۰۰۰ نفر آنها به روان پریشی ناشی از مصرف مت آمفتامین مبتلا بوده اند» (فارل^۷ و همکاران، ۲۰۰۲، ص ۱۰).

اگرچه در ایران تحقیقاتی در مورد استفاده از روش درمانی بر پایه ذهن آگاهی در اختلالاتی از قبیل اضطراب و افسردگی، اختلال وسواسی جبری، چاقی، مشکلات جانبازان شیمیایی و نابینایان و ... صورت گرفته است، اما مطالعات اندکی بر روی کاربرد این درمان در مورد سوء مصرف کنندگان مواد مخدر وجود دارد و هیچ تحقیقی

1- United States Dollar

2-Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)

3-Office of National Drug Control Policy (ONDCP)

4-Bowen

5- Cognitive-Behavior Therapies

6-Pickens

7-Farrel

در مورد کاربرد این درمان در وابستگان به مت آمفتامین و بررسی تأثیر آن بر نشخوار فکری و تنظیم هیجانی انجام نشده است .

با توجه به شیوع بالای ابتلا به سوء مصرف مت آمفتامین، ابداع روش های درمانی متنوع از ضروریات است. از آنجایی که اثربخشی این روش درمانی به سطح سواد و فرهنگ افراد وابسته نیست، قابلیت گسترش کاربرد آن به سطوح پایین جامعه عامل بسیار مهم و منطقی برای روی آوری به این درمان و انجام این پژوهش محسوب می شود .

۱-۴ اهداف پژوهش

هدف اصلی: تبیین تأثیر درمان تلفیقی مدل ماتریکس و «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» بر کاهش نشخوار فکری، بهبود دشواری های تنظیم هیجانی، افزایش ذهن آگاهی، و کاهش عود مصرف در وابستگان به مت آمفتامین

اهداف جزئی:

- (۱) تبیین تأثیر درمان تلفیقی ذکر شده بر نشخوار فکری در افراد وابسته به مت آمفتامین
- (۲) تبیین تأثیر درمان تلفیقی بر دشواری های تنظیم هیجانی در افراد وابسته به مت آمفتامین
- (۳) تبیین تأثیر درمان تلفیقی بر ذهن آگاهی در افراد وابسته به مت آمفتامین
- (۴) تبیین تأثیر درمان تلفیقی بر میزان کاهش عود مصرف در افراد وابسته به مت آمفتامین
- (۵) تبیین تأثیر کاربرد درمان صرف «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» بر نشخوار فکری در افراد وابسته به مت آمفتامین
- (۶) تبیین تأثیر کاربرد درمان صرف «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» بر دشواری های تنظیم هیجانی در افراد وابسته به مت آمفتامین
- (۷) تبیین تأثیر کاربرد درمان صرف «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» بر میزان کاهش عود مصرف مواد در وابستگان به مت آمفتامین

۱-۵ پرسش ها و فرضیه های پژوهش

۱-۵-۱ پرسش های پژوهش

- ۱- آیا درمان تلفیقی، منجر به کاهش نشخوار فکری در وابستگان به مت آمفتامین می شود؟
- ۲- آیا درمان تلفیقی، منجر به کاهش (بهبود) دشواری های تنظیم هیجانی در وابستگان به مت آمفتامین می شود؟

۳- آیا درمان تلفیقی، بیش از کاربرد صرف مدل درمانی رایج ماتریکس، منجر به کاهش عود مصرف مواد در وابستگان به مت آمفتامین می شود؟

۴- آیا کاربرد صرف درمان «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی» بیش از کاربرد صرف ماتریکس منجر به کاهش عود مصرف مواد در وابستگان به مت آمفتامین می شود؟

۱-۵-۲ فرضیه های پژوهش

- ۱- درمان تلفیقی، منجر به کاهش نشخوار فکری در وابستگان به مت آمفتامین می شود.
- ۲- درمان تلفیقی، منجر به کاهش (بهبود) دشواری های تنظیم هیجانی در وابستگان به مت آمفتامین می شود.
- ۳- درمان تلفیقی، منجر به افزایش (بهبود) ذهن آگاهی در وابستگان به مت آمفتامین می شود.
- ۴- درمان تلفیقی، بیش از کاربرد صرف مدل درمانی رایج ماتریکس، منجر به کاهش عود مصرف مواد در وابستگان به مت آمفتامین می شود.
- ۵- کاربرد صرف درمان «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی»، می تواند منجر به کاهش نشخوار فکری در وابستگان به مت آمفتامین شود.
- ۶- کاربرد صرف درمان «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی»، می تواند منجر به کاهش (بهبود) دشواری های تنظیم هیجانی در وابستگان به مت آمفتامین شود.
- ۷- کاربرد صرف درمان «کاهش استرس بر پایه ذهن آگاهی»، می تواند بیش از کاربرد صرف ماتریکس، منجر به کاهش عود مصرف مواد در وابستگان به مت آمفتامین شود.

۱-۶ تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

۱-۶-۱ تعاریف نظری

۱-۶-۱-۱ شیشه (مت آمفتامین)

زیر گروهی از ترکیبات آمفتامین است و در ایران به نام «شیشه» شناخته می شود. «آمفتامین، یک ترکیب هم خانواده از بی - فنی لیزوپروپیلآمین^۱ و مقلد غیرمستقیم سمپاتیک^۲ است که مصرف مزمن آن منجر به تحمل^۳ و از نظر کلینیکی باعث افسردگی و خستگی می شود» (فیش و همکاران، ۲۰۰۰، ص ۶). «این ماده مخدر روان گردان می تواند به صورت های تزریق، تدخین^۴، از راه بینی^۱، و یا خوراکی استفاده شود و کاربرد طولانی مدت با دوز بالای آن منجر به وابستگی می شود» (آنجلینا و همکاران، ۲۰۰۰، ص ۱).

1- b- Phenylisopropylamine

2- Sympathomimetic

3- Tolerance

4- Smoke

۱-۶-۱ وابستگی به مواد

انجمن روانپزشکی آمریکا^۲ (۲۰۰۰)، علایم وابستگی به مواد را شامل مجموعه ای از علایم فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی می داند که براساس آن فرد علی رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می دهد، در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل، محرومیت و رفتار اجباری برای مصرف می شود. مطابق با این تعریف سوء مصرف مواد منجر به تخریب کارکردهای روانی یا جسمانی می شود، در حالی که وابستگی وقتی ایجاد می شود که فرد به صورت اجباری و غیرقابل کنترل به مصرف پرداخته و در صورت عدم مصرف علائم ترک^۳ را نشان می دهد (ابوصالح^۴، ۲۰۰۶).

۱-۶-۳ ذهن آگاهی

به تعدادی از فرایندهای مرتبط به هم (گرمر^۵، ۲۰۰۵) مانند خودتنظیمی^۶ (براون و ریان^۷، ۲۰۰۳)، فراشناخت^۸ (بیشاپ^۹ و همکاران، ۲۰۰۴)، و قبول^{۱۰} (لینهان^{۱۱}، ۱۹۹۴، به نقل از چمبرز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۹) اشاره دارد. ذهن آگاهی به عنوان یک احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی تعریف شده است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می کند (نِف^{۱۳}، ۲۰۰۳).

۱-۶-۴ نشخوار فکری

فرمی غیر انطباقی از افکار تکراری است که باعث ایجاد آشفتگی هیجانی^{۱۴} و شدید شدن آن می شود و با اختلال در تعدیل رفتار ارتباط دارد (آپتون^{۱۵}، ۲۰۱۱). سبک پاسخ نشخواری یا نشخوار فکری نوعی روش تفکر است که فرد روی هیجاناتش تمرکز می کند و قادر نیست روی فعالیتهای تمرکززا که حواس را از آن افکار

-
- 1- Snort
 - 2- APA
 - 3- Withdrawal Symptoms
 - 4-Abou-Saleh
 - 5-Germer
 - 6- Self-Regulation
 - 7-Brown and Ryan
 - 8- Metacognition
 - 9-Bishop
 - 10- Acceptance
 - 11-Linehan
 - 12-Chambers
 - 13-Neff
 - 14- Emotional Disturbance
 - 15-Upton

دور نگه می دارند تمرکز کند و این امر خود باعث شدید شدن علائم می شود (نولن - هوکسما، ۱۹۹۱، به نقل از موریسون و اُکانر^۱، ۲۰۰۸).

۵-۱-۶-۱ تنظیم هیجانی

به عنوان مقوله ای مشتمل بر (الف) آگاهی و درک هیجانات (ب) پذیرش هیجانات (ج) توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی تعریف می شود (گراتز و رومر^۲، ۲۰۰۴). تنظیم هیجانی مسئول نظارت، ارزیابی و تنظیم واکنش های هیجانی فرد است و وی را در دستیابی به اهدافش یاری می کنند (برکینگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۸).

۶-۱-۶-۱ عود مصرف مواد

به معنی مصرف دوباره مواد مخدر پس از ترک و بعد از گذشت دوره ای از زمان که می تواند کوتاه یا طولانی مدت باشد، تعریف می شود. عود مصرف مواد با شکست درمان^۴ تفاوت دارد. کاهش عود مصرف مواد ناشی از کسب تکنیک های شناختی رفتاری و دیگر تکنیک هایی است که به ما کمک می کنند از مواد دور بمانیم و رفتارهای جدید را جایگزین رفتارهای قبلی کنیم.

۲-۶-۱ تعاریف عملیاتی

۱-۲-۶-۱ وابستگی به مت آمفتامین

متغیری است که بر طبق معیارهای تشخیصی چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ و نیز آزمایشات تشخیصی مربوط به مت آمفتامین در بدن تعیین می شود.

۲-۲-۶-۱ ذهن آگاهی

متغیری است که به وسیله مقیاس ذهن آگاهی^۶ (MAAS) اندازه گیری می شود. این مقیاس توسط براون و ریان^۷ در سال ۲۰۰۳ ابداع شده است.

۳-۲-۶-۱ نشخوار فکری

1-Morrison and O'Connor

2-Gratz and Roemer

3-Berking

4-Treatment Failure

5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)

6- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

7 - Brown and Ryan

متغیری است که با مقیاس پاسخ توام با نشخوار فکری^۱ (RRS) از پرسشنامه سبک های پاسخ^۲ (RSQ) اندازه گیری می شود. مقیاس RSQ توسط نالن هاگسما و مارو^۳ در سال ۱۹۹۱ ابداع شده است.

۴-۲-۶-۱ تنظیم هیجانی

متغیری است که با مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی^۴ (DERS) اندازه گیری می شود. این مقیاس توسط گراتز و رومر^۵ در سال ۲۰۰۴ ابداع شده است.

۵-۲-۶-۱ عود مصرف مت آمفتامین

متغیری است که در این پژوهش، هر دو هفته یکبار با آزمایشات تشخیصی مربوط به مت آمفتامین در بدن تعیین می شود، تعداد جواب های مثبت آزمایشات در هر گروه به مدت ۶ ماه، میزان عود را در آن گروه نشان می دهد.

1 - Rumination Response Scale (RRS)
2 - Response Style Questionnaire (RSQ)
3- Nolen-Hoeksema and Morrow
4- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
5- Gratz and Roemer

فصل دوم

گستره نظری و بازنگری تحقیقات پیشین

-
- 1-Kring
 - 2- Substance Abuse
 - 3- Dependency

-
- 1- Addiction
 - 2-Tolerance
 - 3- Withdrawal
 - 4-Granado
 - 5- Central Nervous System (CNS) Stimulant
 - 6-Dopaminergic System
 - 7-Flash
 - 8-Rush
 - 9- Sky rocketed
 - 10-Anglin
 - 11- Dexedrine
 - 12- Desoxyn
 - 13- Adderall
 - 14- Ritalin
 - 15- Sadock and Sadock
 - 16-Harada

-
- 1- Stimulants
 - 2-Voccia and Montoyab
 - 3-Obert
 - 4-UNODC “World Drug Report”
 - 5-McCann
 - 6- Temporomandibular Joint Syndrome (TMJS)
 - 7- Dental Erosion
 - 8- Myofascial Pain

-
- 1-Krasnova and Cadet
 - 2- Dopamin Terminal Damage
 - 3- Dopamine Neuronal Body Loss
 - 4-Markers
 - 5- Tyrosine Hydroxylase (TH)
 - 6- Striatum (Caudate-Putamen)
 - 7-Caudate Basal Ganglia (Caudate nucleus)
 - 8- Hippocampus
 - 9- Schmued and Bowyer
 - 10- Substantia Nigra Pars Compacta (SNpc)
 - 11-Thompson
 - 12-Lawyer
 - 13-Neurotransmitters
 - 14-Davis
 - 15-Shoptaw

-
- 1- Negative Affect
 - 2- Motivation
 - 3- Urge
 - 4- Craving
 - 5- Self-Efficacy
 - 6- Dysfunctional Coping Skills
 - 7- High Risk Situations
 - 8-Witkiewits
 - 9- Positive Affect
 - 10- Urges and Testing Control
 - 11-Breslin
 - 12- Drug-Seeking
 - 13-Baker
 - 14-Newton
 - 15- Negative Reinforcement (Pain avoidance)
 - 16- Positive Reinforcement (Pleasure seeking)
 - 17- Incentive Salience (Craving)
 - 18- Stimulus Response Learning (Habits)
 - 19- Inhibitory Control Dysfunction (Impulsivity)

-
- 1- Heymen
 - 2- Urges
 - 3- Tiffany
 - 4- Budhha
 - 5- Cardaciotto
 - 6- Harris
 - 7- Non-Judgmental
 - 8- Awareness

-
- 1- Relaxation
 - 2- Body Sensations
 - 3-Borkovec
 - 4- Metacognition Insight
 - 5-Teasdale
 - 6- Awareness

-
- 1- Triggers
 - 2-Larmier
 - 3- Awareness and Acceptance
 - 4- Information Proccesing Analysis
 - 5- Sensitization
 - 6- De-Sensitization
 - 7- Preconscious
 - 8- Memory Net
 - 9- Conscious
 - 10- Outcome Expectancies

-
- 1-Blake
 - 2- Body Image
 - 3- Vipassana Meditation (VM)
 - 4-Sinha
 - 5- Neuroendocrine
 - 6- Autonomic Nervous System
 - 7- Hypothalamus-Pituitary-Adrenal Axis (HPA Axis)
 - 8-Patchev and Patchev
 - 9-Brewer

-
- 1- Substance Use Disorders (SUDs)
 - 2-Wallace
 - 3-Cheng
 - 4- Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)
 - 5- Joan Kabat-Zinn
 - 6-Dimidjian and Linehan
 - 7-Roemer and Orsillo
 - 8-Shapiro

-
- 1-Himelstein
 - 2- Cortisol
 - 3-Carlson
 - 4-Watkins and Moulds
 - 5- Negative Autonomic Thoughts
 - 6-Papageorgiou and Wells

-
- 1-Holguin
 - 2- Cognitive Capacity
 - 3- Negative Mood
 - 4- Instrumental Behavior
 - 5-Episode
 - 6- Negative Cognitions
 - 7- Distraction
 - 8-Lyubomirsky
 - 9- coping Styles
 - 10-Spiker
 - 11- Emotion-Focused Coping
 - 12- Problem-Focused Coping
 - 13- Avoidant-Focused Strategy
 - 14-Trinor
 - 15-Rood
 - 16- Reflective Pondering
 - 17- Brooding Rumination

-
- ¹- Gastla
 - ²- Wenzlaff and Luxton
 - 3- Angry Rumination
 - 4- Depressive Rumination
 - 5- Stress-Reactive Rumination
 - 6- Anxious Rumination
 - 7- Rumination on Interpersonal Offenses
 - 8- Post-Event Rumination
 - 9- Negative Cognitive Style
 - 10-Robinson and Alloy
 - 11-Glynn
 - 12- Respiratory Sinus Arrhythmia (RSA)
 - 13-Key

-
- 1- Morrison and O'connor
 - 2- Cognitive Coping Strategy
 - 3-Garnefski
 - 4-Amstadter
 - 5- Coping
 - 6- Contemporary Functionalist
 - 7-Gross and Thompson
 - 8-Diamond and Aspinwall
 - 9- Cognitive Process
 - 10- Seeking Behaviors
 - 11-Gross and Munos

-
- 1- Antecedent-Focused
 - 2- Response-Focused
 - 3-Yoo
 - 4-Davidson
 - 5-Repetti
 - 6-Koenigsberg
 - 7-Garnefski and Kraaij
 - 8-Linehan and Dimeff
 - 9-Anton
 - 10- Dopaminergic Terminals
 - 11- Mesolimbic

-
- 1- Orbitofrontal Cortex
 - 2- Ventromedial PFC (Prefrontal Cortex)
 - 3-Herwig
 - 4-Stein
 - 5- Prefrontal Cortex
 - 6- Limbic System
 - 7- Seizures
 - 8- Heightened Affective States
 - 9- Cortico-Limbic Circuitry
 - 10- Amygdala Signal
 - 11-Axelrod

-
- 1- Obsessions
 - 2- Compulsions
 - 3- Highs
 - 4-Marlatt
 - 5- Lows
 - 6-Jacobson
 - 7-Drwal
 - 8- Emotion-Focused Coping

-
- 1- Avoid Triggers
 - 2- Active Behavioral Strategies
 - 3- Cognitive Restructuring
 - 4- Acceptance and Commitment
 - 5-Irvin

-
- 1- Cognitive-Behavior Therapy
 - 2- Covert Decensitization

-
- 1- Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)
 - 2- Interacting Cognitive Subsystems (ICS)
 - 3- Barnard and Teasdale
 - 4-Manicavasgar
 - 5- Dialectical Behavior Therapy (DBT)
 - 6-Dimeff
 - 7- Borderline Personality Disorders (BPD)
 - 8-Schore
 - 9- window of Tolerance
 - 10- Hypo/Hyper Arousal
 - 11- Biosocial

-
- 1- Acceptance and commitment Therapy (ACT)
2- Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)

-
- ¹- 12 Step-Based Program
 - 2- Spiritual Self-Schema Therapy (3-S)
 - 3-Avants and Margolin
 - 4-Marcotte
 - 5- Self-Schema Cognitive Theory
 - 6- Cognitive Spiritual Self-Schema

-
- 1-Bryson and frost
 - 2-Opium
 - 3- Sumerian
 - 4- Poppy (Opium Plant with Red Flowers)
 - 5- Homer's Iliad and Odyssey (An ancient Greek epic poem and the oldest works of western literature that is dated to the eighth century BC)
 - 6-Schneider
 - 7- Ku Kuei Chen
 - 8- Mahuang

-
- 1- Benzedrine
 - 2-Ice
 - 3- ONDCP
 - 4- Methedrine
 - 5- Ya-ma (Horse Pill)
 - 6- Pseudo Ephedrine

-
- 1-Hart
 - 2- Benares
 - 3-Thera
 - 4- Heart
 - 5- Sanskrit
 - 6- Dharma or Dhamma
 - 7-Williams and Kabat-Zinn
 - 8- Pali
 - 9- Thich Nhat Hanh

-
- 1- MBSR
 - 2- University of Massachusetts Medical Center
 - 3- Universal Dharma
 - 4-Silpakit and Prasertchai

-
- 1- Detached and De-Centered
 - 2- Complementary and Alternative Medicine (CAM)
 - 3- Mind-Body Treatments
 - 4- Comorbidity
 - 5- Third Wave Cognitive Therapies
 - 6- Morita Therapy
 - 7- Experimental Therapy
 - 8- Introspective Exposure
 - 9- Metacognition Awareness
 - 10- Emotional-Based Therapy

-
- 1- Buddhist Zen
 - 2- Ego
 - 3-Watanabe and Machleidt
 - 4- Inner Acceptance
 - 5-Hofman
 - 6- Exposure-Based Cognitive Therapy (EBCT)
 - 7-Frederich Perls
 - 8-Gestalt Therapy

-
- 1- Aaron Temkin Beck (A. T. Beck)
 - 2- Stress-Reactive Rumination(SRR)
 - 3- Nolen-Hoeksema
 - 4- Ruminative Response Style (RRS)
 - 5- Emotion
 - 6-West and Hardy
 - 7- Motivation Theory
 - 8- Motivational System

-
- 1- Unstable Mind
 - 2- Marlatt and Gordon's Cognitive Behavior Relapse Prevention (CBRP)
 - 3-Marlatt and Gordon
 - 4- Cognitive Social Learning Theory
 - 5- Assertiveness
 - 6- Dysfunctional Thoughts
 - 7- Immediate Determinants
 - 8- Covert Antecedents
 - 9- Cue Exposure Theory (CET)
 - 10- Classical Conditioning
 - 11- Ivan Petrovich Pavlov

-
- 1- Conditioned Reflexes
 - 2-Conklin and Tiffany
 - 3- Unconditioned Stimulus (US)
 - 4- Unconditioned Response (UR)
 - 5- Conditioned Stimulus (CS)
 - 6- Conditioned Response (CR)
 - 7-Drummond
 - 8- Drug-Seeking
 - 9-Hovermans and Jansen
 - 10- Cue Exposure Treatment
 - 11-Todd and Bohart
 - 12- B. F. Skinner

-
- 1-Corey
 - 2- Operant Conditioning
 - 3- Joseph Wolpe
 - 4- Social Learning Theory
 - 5- Albert Bandura
 - 6- Richard Walters
 - 7- Cognitive Behavioral Treatments
 - 8- Albert Ellis
 - 9- Donald Meichenbaum
 - 10- Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)
 - 11- Activating Events
 - 12- Beliefs
 - 13- Consequences Behavioral
 - 14-Prochaska and Norcross

-
- 1- Cognitive Vulnerability-Stress Model of Depression
 - 2- Negative Cognitive Style
 - 3- Stress-Reactive Rumination (SRR)
 - 4-Gould
 - 5- Response Styles Theory in Depression
 - 6- Rumination Response Style (RRS)
 - 7- Just and Alloy
 - 8- Emotion-Focused Rumination (EFR)

-
- 1- Gender Difference
 - 2- Diathesis-Stress Model
 - 3- Morrow
 - 4- Plato
 - 5- Descartes
 - 6- Inferior
 - 7- Aristotle
 - 8- Hume
 - 9- Freud
 - 10- Ego
 - 11- Id
 - 12- Super Ego
 - 13- Defensive Mechanism

-
- 1- Lazarus
 - 2- Thompson
 - 3- Gross
 - 4- Spence
 - 5- Profile of Mood States (POMS)
 - 6- Symptoms of Stress Inventory (SOSI)

-
- 1- Dehydroepiandrosterone Sulfate (DHEAS)
 - 2- Demographics and Medical History Form
 - 3- Health Behaviors Form
 - 4- Weekly Meditation Form
 - 5- European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTCQLQ-C30)
 - 6- Profile of Mood States (POMS)
 - 7-McNair
 - 8- Symptoms of Stress Inventory (SOSI)
 - 9-Leckie and Thompson
 - 10- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
 - 11- Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale (NMR)
 - 12-Catanzaro and Mearns
 - 13- Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)

-
- 1- Emotional Expressivity Scale (EES)
 - 2- Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI)
 - 3- Abuse-Perpetration Inventory (API)
 - 4-Lisak
 - 5-Grossman
 - 6-Arch and Craske
 - 7- Induction of Focused Breathing Group

-
- 1- Induction of Unfocused Attention and Worry
 - 2- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
 - 3- Zigmond and Snaith
 - 4- The 10-item Brief Marlow-Crowne Social Desirability Scale (M-C 1{10})
 - 5- Strahan and Gerbasi
 - 6- (a single-question) Affect Scale
 - 7- Wolpe
 - 8- The 10-item Short PANAS
 - 9- Mackinnon
 - 10- Perceived Stress Scale (PSS)
 - 11- Cohen
 - 12- Symptoms Check List (SCL-90-R)
 - 13- Shapiro
 - 14- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
 - 15- Brown and Ryan
 - 16- The 20-item Version of the Positive and Negative Affectivity Schedule (PANAS)
 - 17- Watson
 - 18- The 10-item Version of the Perceived Stress Scale (PSS)
 - 19- Reflection Rumination Questionnaire (RRQ)

-
- 1- Trapnell and Campbell
 - 2-Self-Compassion
 - 3- Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS)
 - 4- Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
 - 5- Modified Hamilton Rating Scale for Depression (MHRSD)
 - 6-Miller
 - 7- Response Style Questionnaire (RSQ)
 - 8- Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)
 - 9-Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
 - 10-Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
 - 11-Self-Compassion Scale (SCS)
 - 12-Neff
 - 13-Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)
 - 14-Meyer
 - 15-Depression, Anxiety, and Stress Scales (21-item Version) (DASS-21)
 - 16-Lovibond and Lovibond

-
- 1-Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV)
 - 2-Newman
 - 3- PSWQ
 - 4- DASS-21
 - 5- Self-Report Measures of Emotion Regulation and Mindfulness
 - 6-TimeLine Followback (TLFB)
 - 7-Sobell and Sobell
 - 8-Penn Alcohol Craving Scale (PACS)
 - 9-Flannery
 - 10-The 15-item Short Inventory of Problems (SIP-AD)
 - 11- Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
 - 12-Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)

-
- 1-FFMQ
 - 2-Treatment Credibility Score (TCS) Questionnaire
 - 3-Differential Emotion Scale (DES)
 - 4- Substance Use Calendar
 - 5-Structural Clinical Interview for DSM-IV-TR Diagnoses (SCID)
 - 6-TimeLine Followback (TLFB)
 - 7- Beck Depression Inventory-II (BDI-II)
 - 8- Penn Alcohol Craving Scale (PACS)
 - 9- Five Factor Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
 - 10-Monitoring the Future Questionnaire (MTF)
 - 11-Johnston
 - 12-Teen Conflict Survey Impulsiveness Scale (TCS)
 - 13-Bosworth and Espelage

-
- 1-Healthy Self-Regulation (HSR) Scale
 - 2-West
 - 3-Goldin and Gross
 - 4-The Clinical Diagnostic Interview (ADIS-IV)
 - 5- Liebowits Social Anxiety Scale
 - 6-Rumination Style Questionnaire (RSQ)
 - 7-Spielberger State-Trait Anxiety Inventory
 - 8-Spielberger
 - 9-Rosenberg Self-Steem Scale
 - 10-Cognitive and Affective Mindfulness Scale- Revised (CAMS-R)
 - 11-Daily Spiritual Experiences Scale (DSES)

-
- 1- The 12-item Short-Form Health Survey (SF-12)
 - 2-Cramer
 - 3-Randomized Controlled Trials (RCTs)
 - 4-Visual Analog Scales (VAS)
 - 5-McGill Pain Questionnaire (MPQ)
 - 6-Ronald Morris Disability Questionnaire (RMDQ)
 - 7-Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ)
 - 8-Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)
 - 9-Chronic Pain Self-Efficacy Scale (CPSS)
 - 10-MAAS
 - 11-FFMQ
 - 12-Malboeuf-Hurtubise
 - 13-Beck Youth Inventories (Depression and Anxiety Scales)
 - 14-Pearson
 - 15-Positive and Negative Affect Schedule-Child (PANAS-C)
 - 16-Watson
 - 17-Pediatric Cancer Quality of Life Inventory
 - 18-Varni

1- PSQI
2-Buysse
3-OTI
4-GHQ-28

1-BSSI
2-BPI

1-Wiseman
2-Andler and Parker
3- ENRICH
4-FTQ

1-Schwartz and Jerusalem
2-Maudsley Addiction Profile
3-Marsden and Stewart

-
- 1- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)
 - 2- Awareness
 - 3- Attention
 - 4- Mindfulness
 - 5- Internal Consistency

1- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
2- Gratz and Roemer

-
- 1- Rumination Response Scale (RRS)
 - 2- Response Style Questionnaire (RSQ)
 - 3- Nolen-Hoeksema and Marrow

-
- 1- Mindfulness Day
 - 2 - A mindfulness-Based Stress Reduction Workbook
 - 3- Stahl
 - 4 - Goldstein
 - ⁵-Work Book
 - 6 - Yoga as Medicine
 - 7 - McCall

کنترل		ذهن آگاهی		تلفیقی		گروه	متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	آزمون	
۹.۳۳۴	۵۸.۶۵	۱۰.۴۲۷	۶۴.۵۰	۱۶.۲۳۳	۶۴.۸۱	پس آزمون	
							نشخوار فکری
۵.۹۹۰	۵۸.۰۰	۳.۶۶۷	۵۴.۷۱	۲.۴۸۹	۵۳.۹۴	پس آزمون	
۱۹.۵۵۱	۱۱۶.۸۸	۱۸.۵۲۸	۱۰۷.۷۱	۱۲.۹۸۱	۹۵.۳۸	پس آزمون	

منبع	نوع III مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	η^2
گروه (گروه تلفیقی و کنترل)	۱۳۰.۲۴۵	۱	۱۳۰.۲۴۵	۷.۲۸۶	۰.۰۱	۰.۱۹۵
کل	۱۰۴۴۰۳.۰۰	۳۳				

فاصله اطمینان ۹۵		خطای معیار	میانگین	گروه
حد بالا	حد پایین			
۶۰.۰۵۳	۵۵.۸۶۴	۱.۰۲۶	۵۷.۹۵۸	کنترل

منبع	نوع III مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	η^2
گروه (گروه ذهن آگاهی و کنترل)	۶۷.۸۹۴	۱	۶۷.۸۹۴	۴.۶۳۹	۰.۰۴۰	۰.۱۴۲
کل	۹۹۸۴۸.۰۰	۳۱				

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵	
			حد پایین	حد بالا
کنترل	۵۷.۸۶۱	.۹۲۸	۵۵.۹۵۹	۵۹.۷۶۲

منبع	نوع III مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	η^2
گروه (گروه تلفیقی و کنترل)	۱۷۹۹.۴۷۱	۱	۱۷۹۹.۴۷۱	۱۶.۴۳۴	۰.۰۰۱	۰.۳۵۴
کل	۳۸۶۴۳۱.۰۰	۳۳				

فاصله اطمینان ۹۵		خطای معیار	میانگین	گروه
حد بالا	حد پایین			
۱۱۹.۰۹۲	۱۰۸.۵۷۴	۲.۵۷۵	۱۱۳.۸۳۳	کنترل

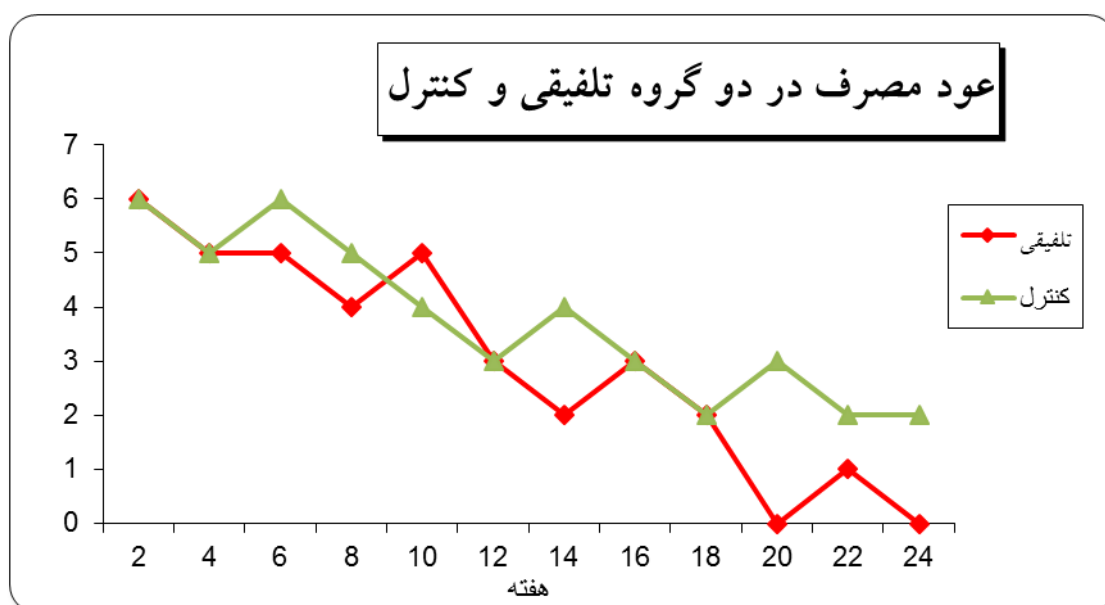
منبع	نوع III مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	η^2
گروه (گروه ذهن آگاهی و کنترل)	۷۶۲.۴۲۹	۱	۷۶۲.۴۲۹	۴.۹۳۹	۰.۰۳۵	۰.۱۵۰
کل	۴۰۵۲۵۷.۰۰	۳۱				

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصله اطمینان ۹۵	
			حد پایین	حد بالا
کنترل	۱۱۷.۲۴۴	۳.۰۱۴	۱۱۱.۰۷۰	۱۲۳.۴۱۸

منبع	نوع III مجموع مجدورات	Df	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	η^2
گروه (گروه تلفیقی و کنترل)	۱۹۰.۲۳۵	۱	۱۹۰.۲۳۵	۴.۸۷۷	۰.۰۳۵	۰.۱۴۰
کل	۱۳۱۰۲۸.۰۰	۳۳				

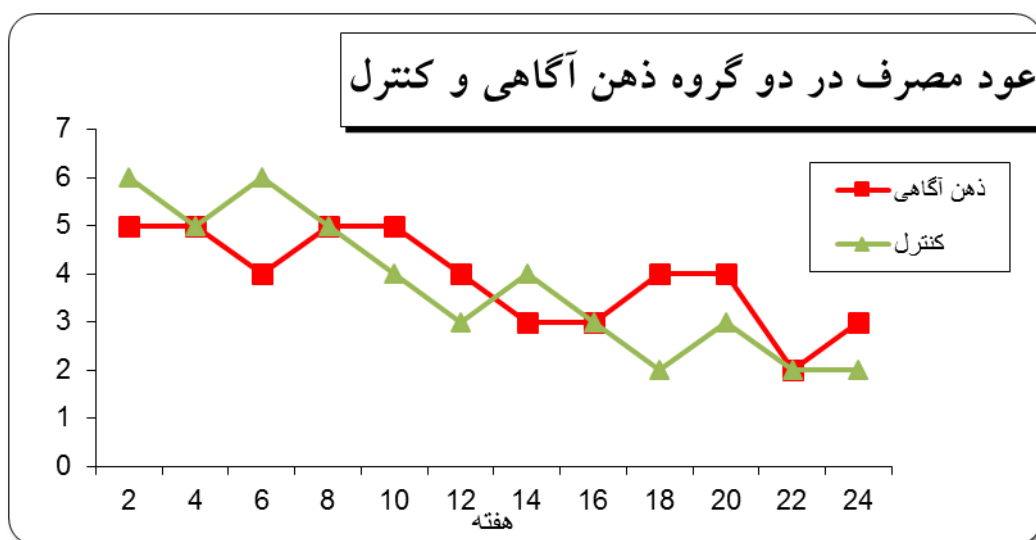
فاصله اطمینان ۹۵		خطای معیار	میانگین	گروه
حد بالا	حد پایین			
۶۲.۳۹۹	۵۶.۲۰۷	۱.۵۱۶	۵۹.۳۰۳	کنترل

گروه \ هفته	تلفیقی	کنترل
۱	۵	۵
۲	۴	۵
۳	۳	۳
۴	۳	۳
۵	۰	۳
۶	۰	۲
۷	۲۴	۲



سطح معنی داری	آماره	جمع رتبه ها	رتبه میانگین	تعداد	شاخص رتبه

گروه	هفته	ذهن آگاهی	کنترل
	۴	۵	۵
	۸	۵	۵
	۱۲	۴	۳
	۱۶	۳	۳
	۲۰	۴	۳
	۲۴	۳	۲



سطح معنی داری	آماره	جمع رتبه ها	رتبه میانگین	تعداد	شاخص رتبه

تعداد آزمودنی ها	تعداد گویه ها	ضرایب آلفای کرونباخ	مقیاس ها
۴۷	۲۲	۰/۷۱۵	نشخوار ذهنی

-
- 1- Segal
 - 2- Avoidance/Over Engagement
 - 3- Under Engagement
 - 4- Experiential Avoidance
 - 5- Thought Suppression
 - 6- Over Engagement
 - 7- Worry
 - 8- Bridges

-
- ¹- Upton
 - ²- Carighead
 - ³- Wallace and Shapiro

¹- De Centration
²- Lutz

-
- ¹- Harton-Deutsch and Horton
 - ²- Dekeyser
 - ³- Cheyne
 - ⁴- Moron

-
- ¹- Sensitization
 - ²- De-Sensitization
 - ³- Preconscious
 - ⁴- Conscious

¹-Response Style Questionnaire

²-Rumination Response Scale

³-Treynor et al

⁴-Roberts, Gilboa, and Gotlib

¹-Symptom-focused rumination

²-Introspection / self-isolation

³-Self-blame

¹-Mindful Attention Awareness Scale

²-Brown and Ryan

³-Awareness

⁴-Attention

⁵-Mindfulness

--	--	--	--	--	--	--

¹-Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

²-Gratz and Roemer



تعمیقاً
علوم و فنون



علوم و تحقیقات