

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و خودکارآمدی افراد تحت درمان با متادون

The effectiveness of mindfulness training on reducing suicidal thoughts and self-efficacy of people under methadone treatment

Maryam Yousof poor Shirsavar

MA Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty Of Medicine, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Dr. Kolsoum Akbarnataj Bisheh *

Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty Of Medicine, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. k.akbarnataj@iausari.ac.ir

Homeyra Tahmasebi

Instructor, Department of Nursing, Faculty Of Medicine, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

مریم یوسف پور شیرسوار

دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدساری، ساری، ایران.

دکتر کلثوم اکبرناتاج بیسه (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدساری، ساری، ایران.

حمیرا طهماسبی

مری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحدساری، ساری، ایران.

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of mindfulness training on reducing suicidal thoughts and self-efficacy of people under methadone treatment. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included all the People under methadone treatment in Babol city in 2023-2024, and 30 people were selected by the available sampling method and randomly assigned to two experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group underwent eight 90-minute session-based mindfulness training. Data collection tools included the Beck Suicidal Thought (BSSI, Beck,1961) and Scherer and Maddox Self-Efficacy (GES-17, Scherer and Maddox,1982) Questionnaires. Data analysis was done by multivariate analysis of variance. The findings showed that by controlling the pre-test effect, there was a significant difference at the 0.01 level between the post-test mean of suicidal thoughts and self-efficacy in the two experimental and control groups. These results state that Mindfulness training is a suitable psychological training method to reduce Suicidal thoughts and increase self-efficacy in people under methadone treatment.

Keywords: Self-Efficacy, Mindfulness, Suicidal Thought, Methadone Treatment.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و خودکارآمدی افراد تحت درمان با متادون بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد تحت درمان با متادون شهر بابل در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های افکار خودکشی بک (BSSI، بک، ۱۹۶۱) و خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس (GES-17، شرر و همکاران، ۱۹۸۲) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش آزمون بین میانگین پس آزمون افکار خودکشی و خودکارآمدی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت. براساس این نتایج آموزش ذهن آگاهی مداخله روانی آموزشی مناسب برای کاهش افکار خودکشی و افزایش خودکارآمدی در افراد تحت درمان با متادون است.

واژه‌های کلیدی: خودکارآمدی، ذهن آگاهی، افکار خودکشی، درمان با متادون.

مقدمه

مصرف مواد مخدر یکی از معضلات جامعه جهانی است که با توجه به ویژگی‌های خاص فردی، اجتماعی و شخصیتی در افراد، باعث بروز مشکلاتی جبران‌ناپذیر شده است. طبق گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، در سال ۲۰۲۰، حدود ۲۸۴ میلیون نفر مواد مخدر مصرف کردند و بیش از ۳۶ میلیون نفر از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج بردند. تغییرات جمعیتی نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۳۰، به تعداد افرادی که در جهان مواد مصرف می‌کنند، ۱۱ درصد افزوده می‌شود (وولکو^۱، ۲۰۲۴). بر پایه تحقیق باقری و همکاران، تا سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۲ میلیون مصرف‌کننده مواد مخدر در ایران وجود داشت که ۴ میلیون و ۵۰۰ هزار تن از آن‌ها مصرف‌کننده دائمی مواد بودند (باقری و همکاران، ۱۴۰۲). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۲) اعتیاد را وابستگی روانی و جسمی به مواد می‌داند که علایم مرتبط با آن بسیاری از رفتارهای طبیعی و معمول زندگی فرد معتاد و به تبع آن خانواده‌اش را مختل می‌کند؛ چنان‌چه تمایل چندانی برای پرداختن به تفریحات سالم و فعالیت‌های طبیعی در وی باقی نمی‌گذارد (ایکسی^۲ و همکاران، ۲۰۲۳).

اگر چه تعداد اندکی از افراد مبتلا به اعتیاد قادرند از عهده موقعیت‌ها و چالش‌های سخت زندگی برآیند و بدون عارضه خاصی، مشکل را برطرف کرده یا آن را پشت سر بگذارند؛ اما تعداد کثیری از آن‌ها، توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت‌های چالش‌برانگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و حتی برخی، ممکن است در صورت وجود رویدادهای منفی زندگی، راهکارهای مخربی را به کار گیرند. از جمله این راهکارهای ناموثر، روی آوردن به افکار خودکشی^۳ است و در اصطلاح به افکاری که در رابطه با اشتغال ذهنی شدید فرد در حول و حوش از بین بردن خود باشد اطلاق می‌گردد. ریچاردسون و همکاران دو شکل از این افکار و تصورات را مطرح کردند. برخی در حد خیال و تصور باقی می‌ماند مانند طرح و نقشه توام با جزئیات برای خودکشی، نقش بازی کردن و تفکر در مورد خودکشی(های) ناموفق گذشته و نیمه خودکشی به گونه‌ای که افراد دیگر از رنج روحی آن فرد آگاه شوند و برخی دیگر اقدام به خودکشی موفق می‌کنند (ریچاردسون^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). از میان علل متعدد جامعه‌شناختی، روانشناختی و زیست‌شناختی برانگیزاننده افکار خودکشی، وابستگی و سوء مصرف مواد یکی از عوامل پرخطر به شمار می‌آید (کوشان و واقعی، ۱۴۰۳)؛ چنان‌چه حدود نیمی از خودکشی‌ها توسط افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد صورت می‌گیرد (کیوندو^۵ و همکاران، ۲۰۲۲).

در افراد مبتلا به اعتیاد، طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل و نیز نشانه‌هایی حاکی از تغییرات عاطفی و رفتاری مانند ناامیدی، احساس بی‌ارزشی، کناره‌جویی، اضطراب، خستگی، تحریک‌پذیری، بی‌بزاری از خود، آسیب زدن به خود یا دیگران دیده می‌شود (رضاوندی و همکاران، ۱۴۰۲). بر این اساس توجه و درمان افراد معتاد از اهمیت بالایی برخوردار است. در میان راهکارهای درمانی متعدد مقابله با اعتیاد، متادون درمانی روشی است که به همراه توصیه‌های روانشناختی، تاثیر متناهی بر کنترل مصرف مواد دارد. متادون که یک افیون مصنوعی است به عنوان مناسب‌ترین دارو در فرونشینی علایم ترک از مواد مخدر به ویژه هروئین استفاده می‌شود (کوشان و واقعی، ۱۴۰۳).

در میزان تاثیرگذاری متادون، پژوهشگران، به برخی عوامل درونی و بیرونی اشاره داشته‌اند که از جمله عوامل درونی، خودکارآمدی^۶ است (ثلاثی و همکاران، ۱۴۰۲). در تعریف، خودکارآمدی به عنوان برداشت‌هایی است که فرد از توانایی‌های خویش در انجام یک تکلیف خاص دارد، به گونه‌ای که تکلیف مورد نظر مفید و مؤثر انجام شود و نیز سطح اعتمادی است که یک فرد به توانایی خویش در انجام موفقیت‌آمیز برخی فعالیت‌ها دارد (فیرن و همکاران^۷، ۲۰۲۲). ارتقای احساس کارآمدی در افراد مبتلا به اختلالات رفتاری کمک می‌کند تا احساسات ناخوشایند خود را بهتر مدیریت کنند و از پیامدهای زیان‌آور احتمالی جلوگیری نمایند (استول و همکاران^۸، ۲۰۲۳). ضمن

1. Volkow
2. Xie
3. Suicidal thoughts
4. Richardson
5. Kundu
6. Self-efficacy
7. Feam
8. Stul

آن که انگیزه انجام کار سودمند و اعتماد به نفس را در فرد تحریک می‌کند (کوشان و واقعی، ۱۴۰۳). خودکارآمدی به عنوان یک مولفه محافظتی، سبب می‌شود فرد برای درمان اعتیاد انگیزه مند شود (محامد^۱ و همکاران، ۲۰۲۲).

استفاده از انواع روان‌درمانی‌ها، شامل روان‌درمانی فردی، گروهی و خانواده در جریان ترک فرد معتاد از دو منظر بسیار مفید است. از یک سو ایجاد انگیزه و ارتقای خودکارآمدی در فرد برای ترک، با آموزش و ارائه اطلاعات درباره مشکلات جسمی، روانی و خانوادگی در صورت ادامه اعتیاد حائز اهمیت است (کوشان و واقعی، ۱۴۰۳)، از سوی دیگر عوارض ناشی از مصرف طولانی مدت و مشکلات هم‌زمان با بیماری‌های زمینه‌ای در مصرف‌کنندگان، نیاز به استفاده از درمان‌های روانشناختی اثربخش را که سبب کاهش دوز مصرفی و در نهایت ترک کامل متادون شود را بسیار توجیه می‌کند. در چندین دهه اخیر مداخلات آموزشی و روش‌های درمانی مختلفی در حیطه روان‌درمانی ایجاد شده است که آموزش ذهن‌آگاهی^۲ از جمله‌ی آنها است که کارایی و اثر بخشی آن در مطالعات مختلف تایید شده است (بائیر و آیلز^۳، ۲۰۲۱). مفهوم ذهن‌آگاهی ابتدا توسط تیزدیل و ویلیامز^۴ در سال ۱۹۹۲ به‌منظور درمان، پیشگیری و جلوگیری از بازگشت افسردگی به عنوان یکی از درمان‌های موج سوم مطرح گردید که مشخصه اصلی درمان‌های این موج تمرکز بر پذیرش برای ایجاد تغییر است. با این تبیین که در بسیاری از موارد، روش‌های متمرکز بر تغییر مانند روش‌های بازسازی کلامی قادر نبودند تا بر روی برخی ویژگی‌های آسیب‌شناسانه چاره‌ساز باشند، لذا نظریه‌پردازان این رویکرد به دنبال شیوه‌هایی رفتند که با کمک به فرد در جهت فاصله‌گیری از فرایندهای درون روانی، اعتباربخشی به هیجان‌های دردناک، جهت‌دهی مجدد توجه و انعطاف‌پذیری آن، زمینه‌های تغییر را از راه پذیرش به وجود آورند (حسینی، ۱۴۰۲). شاپیرو^۵ و همکارانش به ۱۲ کیفیت در ذهن‌آگاهی اشاره دارند که عبارت‌اند از: عدم قضاوت، پذیرش، صبر، اعتماد، باز بودن، رهاسازی، آرامش، سخاوت، همدلی، سپاسگزاری، مهربانی عاشقانه و ملایمت (به نقل از نخعی و همکاران، ۱۴۰۱).

رویکرد ذهن‌آگاهی بر این اعتقاد است که هرکس دوره‌هایی از رنج و درد دارد؛ این درد و رنج با آگاهی ذهن، تبدیل به رنجی همدلانه می‌شود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران منتهی می‌گردد، درحالی‌که بدون ذهن‌آگاهی، به‌صورت هیجان فرسوده‌کننده‌ای تجربه می‌شود که با تلخی و خشم آمیخته‌شده و با احساس درماندگی شدید همراه می‌شود (حسینی، ۱۴۰۲). اصول پایه در آموزش ذهن‌آگاهی عبارت است توانمند شدن در شناسایی جنبه‌های مشکل‌آفرین یک فکر یا افکار و برقراری رابطه‌ای سودمند با آن افکار است (اوگونتواسی و سون^۶، ۲۰۲۲). در ذهن‌آگاهی به افراد آموزش داده می‌شود تا دیدگاه وسیع تری نسبت به افکار خود داشته باشند. در واقع آن‌ها یاد می‌گیرند که افکار فقط افکار هستند، واقعیت نیستند و لذا می‌توانند افکار خود را بازشناسی کنند و آن‌ها را به صورت تحریف شده نپذیرند. این آگاهی خود می‌تواند باعث کاهش افکار خودکشی در افراد مبتلا به اعتیاد شود (دالوم و همکاران^۷، ۲۰۲۲). از طریق تمرینات ذهن‌آگاهی همانند واریسی بدن، تمرینات ساده یوگا و دوره‌های تنفس و مراقبه‌ای و هم‌چنین آموزش مهارت‌های شناختی، افراد می‌توانند فعالیت خودکارِ پردازش‌های نا کارآمد خود را شناسایی کنند و با جهت دادن مجدد توجه و تجربیات پی‌درپی مثبت در لحظه‌ی حاضر، از محتوای منفی افکار و پردازش‌های مرتبط با آن‌ها شوند (غفاری، ۱۴۰۱).

نتایج مطالعه عاصی و برادران (۱۴۰۱) نشان داد ذهن‌آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف کمک کند. هم‌چنین رضواندی و همکاران (۱۴۰۲) در مطالعه خود به اثربخشی ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و افکار خودکشی مراقبین خانگی سالمندان اشاره کردند. بعلاوه نتایج مطالعه حسینی (۱۴۰۲) حاکی از اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی بود. شریفی و آقاجانی (۱۴۰۲) در تحقیقی نشان دادند که مداخله مبتنی بر آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش خودکارآمدی زنان دارای همسر وابسته به مواد تاثیر معنی‌داری داشت.

با توجه به موارد ذکر شده در بالا و مروری بر شواهد تحقیقاتی مختلف مبنی بر اهمیت مداخلات روانشناختی به ویژه آموزش ذهن‌آگاهی در افزایش اثربخشی درمان‌های دارویی و پیشگیری از عود مصرف و ارتقای سلامت روان در نمونه‌های متفاوت در جامعه (کریساندا^۸

1. Mohamed
2. Mindfulness
3. Bayir & Aylaz
4. Tisdell & Williams
5. Shapiprow
6. Oguntase & Sun
7. Dalum
8. Krisnanda

و همکاران، ۲۰۲۳؛ ایسترایوس^۱ و همکاران، ۲۰۲۳؛ تیلور^۲ و همکاران، ۲۰۲۲؛ اوگونتوآسی و سون، ۲۰۲۲؛ شریفی و آقاجانی، ۱۴۰۲؛ استادیان و آقابابا، ۱۴۰۱)، و نظر به اینکه ادبیات موجود نشان از کمبود و پراکندگی پژوهش‌های تجربی در مورد درمان و پیشگیری از مشکلات افراد تحت درمان با متادون دارد. بدون شک در صورت تأیید اثربخشی مداخله مذکور و به کارگیری این نتایج در قالب کارگاه‌های آموزشی برای این افراد و خانواده‌شان، از بروز پیامدهای فردی، خانوادگی و اجتماعی متعاقب این مشکل پیشگیری شده و در بسیاری از هزینه‌های مادی و انسانی تحمیل شده بر سیستم بهداشتی کشور و خانواده‌ها پیشگیری خواهد شد. بر این اساس مطالعه حاضر به تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و خودکارآمدی افراد تحت درمان با متادون پرداخت.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه شامل کلیه معتادین تحت درمان با متادون شهر بابل در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. تعداد نمونه مورد پژوهش ۳۰ نفر از معتادین تحت درمان با متادون بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش، تحت درمان با متادون بودن (مصرف متادون یک ماه به بالا)، ۶۰-۲۰ ساله بودن، داشتن نمره بالاتر از نمره ۱۹ از پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) و نمره ۱۷ تا ۳۴ از پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲)، دریافت رضایت نامه آگاهانه مکتوب برای شرکت در پژوهش، ساکن شهر بابل بودن، مذکر بودن و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت دو جلسه متوالی از برنامه‌های آموزشی، عدم رضایت به ادامه شرکت در جلسات درمانی، دریافت برنامه آموزشی/درمانی دیگری در خصوص متغیرهای مرتبط با پژوهش بود. به منظور گردآوری داده‌ها ابتدا پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از واحد پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با حضور در دو مرکز اعتیاد امید به زندگی دوباره و افتادگان به پا خواسته بابل و کسب رضایت از معتادان تحت درمان با متادون واجد شرایط و اطمینان دادن در مورد محرمانه بودن اطلاعات از آنها درخواست کرد تا پرسشنامه‌های افکار خودکشی بک (۱۹۶۱) پرسشنامه خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲) را تکمیل کنند. سپس غربالگری انجام شد و تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس نمونه‌های انتخاب شده پرسشنامه‌های پژوهشی را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. برای شرکت‌کننده در گروه آزمایش پروتکل آموزش ذهن آگاهی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو بار اجرا شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات آموزشی شرکت‌کنندگان بار دیگر پرسشنامه‌های پژوهشی را به عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. از جمله ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش دریافت مجوز اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری برای انجام مداخله پژوهشی به شناسه (IR.IAU.SARI.REC.1402.360)، محرمانه ماندن اطلاعات تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، رعایت نمودن شئون اخلاقی و اسلامی افراد شرکت‌کننده و اجرای مداخله آموزشی (هفته‌ای دوبار) پس از پایان پژوهش برای گروه کنترل بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI): این ابزار خودسنجی ۱۹ سؤال دارد که در سال ۱۹۶۱ توسط آرون بک با هدف آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته‌ی گذشته طراحی شد. مقیاس افکار خودکشی بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ و نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه شده از صفر تا ۳۸ می‌باشد که نمره ۵-۰ نشانه داشتن افکار خودکشی، ۱۹-۶ بیانگر آمادگی جهت خودکشی و ۳۸-۲۰ نشان دهنده قصد اقدام به خودکشی است. این مقیاس با آزمون‌های استاندارد شده‌ی بالینی افسردگی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی داشته است؛ به طوری که دامنه ضرایب همبستگی از ۰/۹۰ برای بیماران بستری و ۰/۹۴ برای بیماران درمانگاهی بود. هم چنین این مقیاس با سؤال خودکشی افسردگی بک از ۰/۵۸ تا ۰/۶۹ همبستگی داشت. به علاوه با مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی داشت. مقیاس افکار خودکشی بک با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۵۴ بدست آمده است که نشانگر پایایی

1. Strauss

2. Taylor

3. Beck Suicide Scale Ideation

بالای این مقیاس است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). حسینی و همکاران، در پژوهش بر روی ۱۰۰ آزمودنی مذکر با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، پایایی و روایی مقیاس افکار خودکشی بک را مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج بدست آمده نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی آزمون گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت، همچنین پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دونیمه ۰/۷۵ بدست آمد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۸). میزان ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ پرسشنامه فوق در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی^۱ (GSE-17): این پرسشنامه ۱۷ سوال دارد که توسط شرر^۲ و همکاران در سال ۱۹۸۲ و بر مبنای نظریه یادگیری اجتماعی بندورا ساخته شده است. این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار، مقاومت در رویارویی با موانع را اندازه گیری می کند. در این آزمون، آزمودنی می‌بایست به هر یک از سوالات در یک طیف لیکرتی کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم (۱ تا ۵) نمره‌ای به خود دهد. نمره سوالات ۲-۴-۵-۶-۷-۱۰-۱۷-۱۶-۱۴-۱۲-۱۱ به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حد پایین نمرات ۱۷ و حد بالای نمرات ۸۵ است. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۳۴ باشد، میزان خودکارآمدی در این جامعه ضعیف و در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۳۴ تا ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی در سطح متوسط و اگر نمرات بالای ۵۱ باشد، میزان خودکارآمدی بسیار بالا می باشد. در نسخه اصلی پرسشنامه، میزان آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ گزارش شد و برای سنجش اعتبارسازه مقیاس از همبستگی آن با مقیاس کنترل درونی- بیرونی راتر^۳ و مقیاس شایستگی بین‌فردی بایرد و هولند^۴ استفاده شد. بر اساس بررسی‌های انجام شده بین نمرات خودکارآمدی و مقیاس کنترل درونی- بیرونی، همبستگی منفی متوسط (۰/۴۸۷- $r=$)، بین مقیاس شایستگی اجتماعی با خودکارآمدی همبستگی مثبت متوسط ($r=0/43$) به دست آمد (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲). در پژوهشی ایرانی، پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و روایی سازه آن از طریق همبستگی با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ^۵ ۰/۶۱ و روایی محتوایی و صوری آن نیز مطلوب گزارش شده است (بدیع و همکاران، ۱۴۰۱). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه فوق برابر ۰/۸۲ به دست آمد.

روتکل آموزش ذهن آگاهی: در این مطالعه در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته ای دو جلسه بر اساس پروتکل استادیان و آقابا (۱۴۰۱) برای شرکت کنندگان گروه آزمایش به شرح ذیل اجرا شد.

جدول ۱. پروتکل آموزش ذهن آگاهی (استادیان و آقابا، ۱۴۰۱)

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطه اولیه، آشنایی مراجعین و درمانگر با یکدیگر، شرح قوانین جلسات، بیان اهداف و توضیح مختصر پروتکل آموزش ذهن آگاهی، ارزیابی شدت مشکلات مراجعین و بررسی وضعیت فعلی مشکلات افراد برای شناخت بیشتر، آموزش تمرین ذهن آگاه بودن با خوردن چند عدد کشمش و دادن پسخوراند همراه با معرفی سیستم هدایت خودکار، آموزش انجام مراقبه، اسکن بدن و صحبت در رابطه با آن، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، توزیع سی دی مراقبه و جزوه ها. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاه بودن با خوردن کشمش و تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای
دوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تعریف افکار خودکشی، علل و پیامدهای آن، بحث در مورد تجربه تمرینات خانگی و راه های رفع موانع، مراقبه، اسکن بدن و صحبت در مورد تجربه مراقبه، توزیع جزوه ها و انجام تمرینات کششی یوگا. تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، انجام تمرین های جلسه (مراقبه، اسکن بدن تمرینات کششی یوگا)
سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: پاسخ به سوال افکار خودکشی چه هستند؟ پیامدهای آن بر فرد و خانواده چیست؟ انجام یوگای به هشیار، انجام نشست هشیارانه، بحث در مورد تجربه نشست هشیارانه، تمرین دیدن یا شنیدن هشیارانه، توزیع جزوه مربوط به محتوای جلسه و انجام پیاده روی ذهن آگاهانه هدایت شده. تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، انجام تمرین های جلسه (پیاده روی ذهن آگاهانه هدایت شده ، پاسخ به سوالات مطرح شده در جلسه)

1 . General Self-Efficacy Questionnaire
2 . Sherer
3 . Rotter
4 . Bayerd & Holland
5 . Rozenberg

چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: خودکارآمدی چیست؟ افراد با خودکارآمدی بالا چه ویژگی هایی دارند؟ تاثیر این مهارت در کنترل رفتارهای تکانه ای مصرف مواد چیست؟ تمرین یوگای به هشیار، نشست هشیارانه با آگاهی از هیجانات و افکار، بحث در رابطه با نگرش ذهن آگاهانه توزیع جزوه مربوط به محتوای جلسه. تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، انجام تمرین های جلسه (پاسخ به سوال چقدر شما خودکارآمد هستید؟ انجام تمرین یوگای به هشیار)
پنجم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: برشمردن ویژگیهای خودکارآمدی در خود توسط مراجعان، انجام مدیتیشن، اسکن بدن، بررسی آگاهی از وقایع ناخوشایند و هیجانات، افکار و حس های بدنی همراه با آن. تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، انجام تمرین های جلسه (مدیتیشن، اسکن بدن و نوشتن وقایع ناخوشایند همراه با هیجان و احساس بدنی مربوط به آن)
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: انجام نشست هشیارانه، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و هیجانات، افکار و حس های بدنی همراه با آن. تکلیف خانگی: تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، انجام تمرین های جلسه (تمرین نشست هشیارانه و نوشتن وقایع خوشایند همراه با هیجان و احساس بدنی مربوط به آن)
هفتم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل: تمرین یوگای به هشیار، انجام مراقبه کوهستان. تکلیف خانگی: تکرار تمرینات جلسات قبل (تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای، مراقبه، اسکن بدن، تمرینات کششی یوگا، پیاده روی ذهن آگاهانه هدایت شده)
هشتم	بررسی تکالیف، جمع بندی مطالب، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره، ارائه بازخورد به اعضای گروه، قردادانی و سپاسگزاری. تمرین خانگی: کامل کردن تمرین ذهن آگاهی، به کار بستن و تداوم برنامه آموزشی آموخته شده در زندگی واقعی.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی مربوط در هر دو گروه آزمایش و کنترل هر کدام ۱۵ نفر و در کل ۳۰ نفر از افراد تحت درمان متادون در دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ۴۸/۰۴ و گروه کنترل ۴۷/۵۱ بود و به لحاظ میزان تحصیلات در هر دو گروه، به ترتیب بیشترین فراوانی دیپلم (گروه آزمایش ۷ نفر معادل ۴۶/۶۶ درصد و گروه کنترل ۸ نفر معادل ۵۳/۳۳ درصد) و کمترین فراوانی فوق لیسانس و بالاتر (گروه آزمایش ۳ نفر معادل ۲۲ درصد و گروه کنترل ۲ نفر معادل ۱۳/۳۳ درصد) بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیروویلیک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره Z	معنی داری
افکار خودکشی	کنترل	پیش آزمون	۱۵/۷۶	۲/۳۷	۰/۹۴۵	۰/۵۸۷
		پس آزمون	۱۵/۷۱	۴/۹۵	۰/۹۰۶	۰/۲۰۱
آموزش ذهن آگاهی	آموزش ذهن آگاهی	پیش آزمون	۱۳/۹	۵/۸۰	۰/۹۰۴	۰/۲۵۷
		پس آزمون	۷/۴۱	۵/۲۳	۰/۹۳۲	۰/۲۵۸
خودکارآمدی	کنترل	پیش آزمون	۴۹/۴۰	۸/۷۴	۰/۹۵۴	۰/۷۵۴
		پس آزمون	۴۹/۴۱	۸/۳۴	۰/۸۳۷	۰/۲۰۶
آموزش ذهن آگاهی	آموزش ذهن آگاهی	پیش آزمون	۴۹/۵۲	۸/۵۳	۰/۹۳۷	۰/۴۸۷
		پس آزمون	۶۷/۷۲	۵/۳۵	۰/۸۲۱	۰/۲۰۶

در جدول ۲ میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. نتایج نشان می دهد که بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت دیده می شود که در ادامه به منظور بررسی معناداری این تفاوت ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده می شود. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلیک استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون بود. بعلاوه نتایج بررسی

مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F معنادار نمی باشد ($P < 0/05$). برای بررسی همگنی واریانس های گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون های متغیرهای پژوهشی، از آزمون لوین برای مقایسه واریانس های دو گروه استفاده شد و نتایج نشان داد که واریانس های متغیر وابسته در گروه های آزمایش و گواه برابر بود (افکار خودکشی، $P = 0/862$ ، $F = 0/173$ ؛ خودکارآمدی $P = 0/447$ ، $F = 0/862$ ؛ همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس متغیرها است ($P = 0/19$ ، $F = 3/45$ ، $M\text{-Box} = 42/30$). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج مربوط به شاخص های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

شاخص های اعتباری	ارزش	مقدار F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
اثر پیلایی	0/961	191/70	2	35	0/001	0/65	1
لامبدای ویلکز	0/084	191/70	2	35	0/001	0/65	1
گروه اثر هلتنینگ	10/95	191/70	2	35	0/001	0/65	1
بزرگترین ریشه روی	10/95	191/70	2	35	0/001	0/65	1

نتایج شاخصهای اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرها ($P = 0/01$ ، $F = 191/70$ ، $\lambda = 0/65$) معنی دار بود. مجذور اتا نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیر وابسته معنی دار بود. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیرهای پژوهش

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آماری
پیش آزمون	افکار خودکشی	1/089	1	1/089	0/38	0/447	0/007	0/065
	خودکارآمدی	0/433	1	0/433	0/15	0/829	0/002	0/049
گروه	افکار خودکشی	497/60	1	497/60	19/97	0/001	0/45	1
	خودکارآمدی	72/15	1	72/15	18/11	0/001	0/36	0/99
خطا	افکار خودکشی	77/32	37/97	1/95				
	خودکارآمدی	349	50	8/84				

مطابق نتایج بدست آمده از جدول ۴، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افکار خودکشی و خودکارآمدی افراد تحت درمان با متادون تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد که تفاوت بین دو گروه به ترتیب برای متغیر افکار خودکشی ($F = 19/97$ ، $P < 0/01$) و خودکارآمدی ($F = 18/11$ ، $P < 0/01$) است. بدین معنا که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و افزایش خودکارآمدی در افراد تحت درمان با متادون تاثیرگذار است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و خودکارآمدی افراد تحت درمان با متادون بود. نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افکار خودکشی افراد تحت درمان متادون تاثیر داشت. این یافته پژوهشی با نتایج یافته های رضواندی و همکاران (۱۴۰۲)، حسینی (۱۴۰۲)، کریساندا و همکاران (۲۰۲۳) و ایسترایوس و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت فقدان اساسی یا ناکامل نیازهای انسان، ناکامی در نیل به اهداف شخصی و یا مشکلات شخصی

درازمدت از جمله تجارب نامطلوب فرد معتاد است که به همراه تجربه هیجانات منفی و تجارب آسیب زای دیگر باعث کاهش احساس ارزشمندی در او می شود. زمانی که فرد معتاد به مراکز درمانی مراجعه می کند؛ به دلیل هم‌زمانی تجربه آسیب زای اخیر و نظام مقابله ای ناموثر، بحرانی در او به وجود می آید که این بحران می تواند منجر به بروز رفتار خودکشانه شود. علاوه بر این، مواد مخدر یا روانگردان سبب تشدید علائم افسردگی می شود، لذا هردوی این عوامل، باعث تشدید احتمال بروز رفتار خودکشانه در فرد معتاد می شود (رضواندی و همکاران، ۱۴۰۲). شاید مصرف مواد مخدر، راهی در جهت کاهش هیجان های نامطلوب در فرد معتاد باشد اما، ذهن آگاهی با دارا بودن توانایی درک، ارزیابی و پذیرش هیجان قادر است در رفتارهای تسکین بخش اعتیادی نقش موثری داشته باشد (ایستریوس و همکاران، ۲۰۲۳). ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی و روشی مؤثر برای خاموش کردن و توقف فشارهای ذهنی در فرد است. زمانی که فرد، در حال حاضر، حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه های درونی و بیرونی اش می بیند و درمی یابد که ذهن، به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیرهایی که انجام می دهد، دائماً در حال نشخوار و گفتگوی درونی است. همه این اتفاقات موجبات پرورش افکار خودکشی را در ذهن افراد به ویژه معتادان که به نوعی دیدگاه جامعه در رابطه با آن ها منفی و به نوعی از اکثر جمع ها طرد شده هستند را فراهم می نماید (ابرین و همکاران^۱، ۲۰۲۳). همچنین در تبیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در خصوص اعتیاد می توان گفت، ذهن آگاهی ممکن است به معنای آگاه شدن از برانگیزاننده های اشتیاق به مواد و انتخاب انجام چیز دیگری باشد که به نوبه خود ممکن است ولع مصرف مواد را بهبود بخشد و به تبع آن پاسخ عادت را ضعیف نماید. در واقع اشتیاق پاسخ شناختی به ویژگی های محرک برانگیزاننده ی مصرف مواد می باشد. بر این اساس تصور پاسخ های اشتیاقی که در اعتیاد رایج هستند (متشکل از سرنخ های محیطی و تجربه های ذهنی اشتیاق، انتظارات، اثرات خوشایند مواد و یا انگیزه برای وارد شدن در کاهش رفتار اعتیادی و بروز نشانه های محرومیتی جسمانی و روانی) ممکن است عاملی برای آغاز یا ادامه مصرف مواد باشد (کریساندا و همکاران، ۲۰۲۳). آموزش ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی شده و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات، همان طور که اتفاق می افتند، کمک می نماید. ذهن آگاهی باعث می شود که فرد به جای دور کردن افکار مصرف مواد و یا استفاده از مواد برای تسکین خود، با بکارگیری پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت کننده را بدون داوری بپذیرد و از این راه با حساسیت زدایی با آن ها کنار بیاید (حسینی، ۱۴۰۲).

بخش دیگر نتایج به دست آمده نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر خودکارآمدی افراد تحت درمان با متادون تاثیر مثبت و معنی دار داشت. این یافته پژوهشی با نتایج یافته های شریفی و آقاجانی (۱۴۰۲)، استادیان و آقابابا (۱۴۰۱)، تیلور و همکاران (۲۰۲۲)، اوگونتوآسی و سون (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که خودکارآمدی در زمینه ترک اعتیاد در فرد معتاد به معنای توانمند شدن او برای دور ماندن از مصرف مواد مخدر و بهبود کیفیت زندگی خود همراه با تحت درمان قرار دادن خود و یا تحت درمان قرار گرفتن به وسیله داورهای نگهدارنده مانند متادون است (بدیع و همکاران، ۱۴۰۱). افرادی که تحت درمان با داروهای نگهدارنده هستند، بالطبع توانایی و خودکارآمدی بالایی دارند در این که می توانند اعتیاد را کنار بگذارند و خودکنترلی خود را در برابر مصرف مواد افزایش دهند (تیلور و همکاران، ۲۰۲۲). پر واضح است که هر چه میزان خودکارآمدی در افراد بالاتر باشد به همان میزان احتمال بازگشت و عود مصرف در آنان کاهش خواهد یافت. این مولفه از لحاظ شناختی، نقش مهمی در جلوگیری از بازگشت به مصرف مواد و افزایش تحمل درد ناشی از ترک، در افراد معتاد ایفا می کند. افراد وابسته به مواد که دارای خودکارآمدی پایینی هستند، وارد فرایند درمان نمی شوند و در صورت اقدام به درمان دچار عود مکرر می شوند (بدیع و همکاران، ۱۴۰۱). از آنجا که خودکارآمدی یکی از راهبردهایی است که در تعیین رفتارهای مرتبط با سلامت افراد انجام می شود و منعکس کننده احساس کنترل بر زندگی، ذهن، باورها و نگرش هاست (شریفی و آقاجانی، ۱۴۰۲)، آموزش ذهن آگاهی موجب می گردد که فرد تحت درمان با متادون، به خودباوری مثبت در کنترل موقعیت های استرس زا و تسلط بر فرآیندهای ذهنی خویش برسد. فرد به این آگاهی دست می یابد که می تواند بر دروندادهای ذهنی و بروندادهای رفتاری خویش تسلط یابد و شکل گیری این آگاهی و شناخت، فرد معتاد را به این نتیجه می رساند که می تواند بر اوضاع مسلط شود و از افکار منفی که منجر به افکار خودکشی می گردد جلوگیری کند (استادیان و آقابابا، ۱۴۰۱). ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی، به علت تاثیر بر این فرایندها، می تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف کمک کند (اوگونتوآسی و سون، ۲۰۲۲).

در نهایت براساس نتایج قابل بیان است که آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش افکار خودکشی و خودکارآمدی افراد تحت درمان با متادون تاثیر معناداری داشته است و لذا ضرورت فرهنگ‌سازی در خانواده‌ها جهت مراجعه به مراکز مشاوره و در میان گذاشتن مشکلات افراد تحت درمان متادون با مشاوران به منظور پیشگیری از مشکلات روانشناختی آنها می‌تواند مفید باشد. ضمن آن که استفاده روانشناسان و مشاوران مراکز روان‌درمانی در کلینیک‌های ترک اعتیاد از این مداخله آموزشی می‌تواند در کاهش متغیرهای مذکور موثر باشد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله آن انجام پژوهش بر روی تنها افراد تحت درمان با متادون ساکن شهر بابل و تحت تاثیر قرار دادن تعمیم نتایج به دست آمده، عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه، عدم انجام دوره پیگیری و نیز بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر شهرها اجرا شود. همچنین در مطالعات آتی ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی افراد مورد مطالعه از طریق پرسشنامه مورد بررسی و کنترل قرار گیرد. به منظور اطمینان از اثربخشی مداخله در طولانی مدت دوره پیگیری نیز انجام گردد. ضمن آن که پیشنهاد می‌گردد تا با بهره‌گیری از روش‌های تصادفی برای انتخاب نمونه‌های آماری قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد.

منابع

- استادیان، س و آقابابا، ع. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و ترس از ارزیابی منفی دانش آموزان والیبالیست دختر. نشریه روانشناسی ورزش، ۱۴ (۱)، ۳۰-۱۷. <http://doi: 10.48308/mbsp.2021.208041.0>
- باقری، م؛ مباشری، ع و نعمت‌اللهی، م. (۱۴۰۲). شناسایی فرصت‌ها و چالش‌های جذب رهجویان از اعتیاد در صنعت گردشگری. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۷ (۷۰)، ۷۹-۱۰۶. <http://etiadjohi.ir/article-1-2945-fa.html>
- بدیع، ع؛ مکنونی، ب، بختیارپور، س و پاشا، ر. (۱۴۰۱). نقش الگوهای ارتباطی خانواده، حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و استرس در پیش‌بینی خودکارآمدی ترک اعتیاد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۳)، ۶۶-۱۴۵. <http://etiadjohi.ir/article-1-2625-fa.html>
- نلائی، ب؛ رضانی، م و جهان، فائزه. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و طرحواره‌درمانی بر خودکارآمدی و مولفه‌های آن در معتادین با درمان نگهدارنده متادون، یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۱۰ (۱)، ۵۴-۱۳۹. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1853-fa.html>
- حسینی، ا؛ جمشیدی، ط؛ صدقی، س؛ جلالی، م و شمسی، ف. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزشی پیشگیری از خودکشی مبتنی بر SOS بر کاهش افکار خودکشی و افسردگی دختران. مجله پرستاری و مامایی، ۱۷ (۳)، ۲۰۳-۱۹۲. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3736-fa.html>
- حسینی، ع. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افکار خودکشی نوجوانان. سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی. <https://civilica.com/doc/1771070>
- رضاوندی، م؛ آریاپوران، س و کریمی، جهانگیر. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و افکار خودکشی مراقبین خانگی سالمندان. نشریه سالمندشناسی، ۸ (۱)، ۹-۱. <http://joge.ir/article-1-625-fa.html>
- شرفی، ف و آقاجانی، ط. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی در زنان دارای همسر وابسته به مواد. فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی، ۱۷ (۲۱)، ۷-۱. <http://jnip.ir/article-1-962-fa.html>
- عاصی کوچصفهانی، ع و برادران، م. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان، اجتناب تجربی و کاهش دوز متادون در بیماران تحت درمان با متادون. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۶)، ۳۱۰-۲۹۱. <http://etiadjohi.ir/article-1-2804-fa.html>
- غفاری، م. (۱۴۰۱). تاثیر روش‌های ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی معلمان. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۴ (۳۶)، ۵۵-۱۳۷. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1887358>
- کوشان، م و واقعی، س. (۱۴۰۳). بهداشت روانی. تهران، اندیشه رفیع.
- نخعی، ع؛ عرب، ع و رستمی، م. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش بخشایش و آموزش ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی در مردان دارای اختلال سوء مصرف مواد. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۶ (۴)، ۵۶۳-۵۵۳. <https://sid.ir/paper/1117526fa>
- Bayır, B., & Aylaz, R. (2021). The effect of mindfulness-based education given to individuals with substance-use disorder according to self-efficacy theory on self-efficacy perception. *Applied nursing research*, 57, 151354. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151354
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Suicide Scale Ideation: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Dalum, H. S., Tyssen, R., & Hem, E. (2022). Prevalence and individual and work-related factors associated with suicidal thoughts and behaviours among veterinarians in Norway: a cross-sectional, nationwide survey-based study (the NORVET study). *BMJ open*, 12(1), e055827. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055827>

- Fearn, M., Marino, C., Spada, M. M., & Kolubinski, D. C. (2022). Self-critical rumination and associated metacognitions as mediators of the relationship between perfectionism and self-esteem. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 40(1), 155-174. DOI: [10.1007/s10942-021-00404-4](https://doi.org/10.1007/s10942-021-00404-4)
- Krisnanda, V. D., Setyosari, P., Ramli, M., & Setiyowati, A. J. (2023). Cultivating self-love applying mindfulness-based cognitive therapy to overcome self-harm and suicidal intentions in LGBTQ adolescents. *Journal of Public Health*, fdad140. DOI: [10.1093/pubmed/fdad140](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad140)
- Kundu, A., Fu, R., Grace, D., Logie, C., Abramovich, A., Baskerville, B., ... & Chaiton, M. (2022). Correlates of past year suicidal thoughts among sexual and gender minority young adults: A machine learning analysis. *Journal of psychiatric research*, 152, 269-277. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2022.06.013](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.013)
- Mohamed, S. M., Abdelmonem, R. M., & Hassan, S. S. (2022). Relationship between Self-Efficacy, Social Support and Treatment Motivation among Addict Patients. *Minia Scientific Nursing Journal*, 12(1), 106-113. DOI: [10.21608/MSNJ.2022.169551.1039](https://doi.org/10.21608/MSNJ.2022.169551.1039)
- O'Brien, E., Whitman, K., Buerke, M., Galfalvy, H., & Szanto, K. (2023). Life-satisfaction, engagement, mindfulness, flourishing, and social support: do they predict depression, suicide ideation, and history of suicide attempt in late life?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(6), 415-424. DOI: [10.1016/j.jagp.2022.12.192](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2022.12.192)
- Oguntase, S. B., & Sun, Y. (2022). Effects of mindfulness training and locus of control on self-efficacy of professional football players in Nigeria. *Journal of Physical Education & Sport*, 22(5), 107-118. DOI: [10.7752/jpes.2022.05140](https://doi.org/10.7752/jpes.2022.05140)
- Richardson, C., Robb, K. A., McManus, S., & O'Connor, R.C. (2023). Psychosocial factors that distinguish between men and women who have suicidal thoughts and attempt suicide: findings from a national probability sample of adults. *Psychological medicine*, 53(7), 3133-3141. DOI: [10.1017/S0033291721005195](https://doi.org/10.1017/S0033291721005195)
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
- Strauss, C., Bibby-Jones, A. M., Jones, F., Byford, S., Heslin, M., Parry, G., & Cavanagh, K. (2023). Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Supported Mindfulness-Based Cognitive Therapy Self-help Compared With Supported Cognitive Behavioral Therapy Self-help for Adults Experiencing Depression: The Low-Intensity Guided Help Through Mindfulness (LIGHTMind) Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 80(5), 415-424. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2023.0222](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0222)
- Stull, S. W., Linden-Carmichael, A. N., Scott, C. K., Dennis, M. L., & Lanza, S. T. (2023). Time-varying effect modeling with intensive longitudinal data: Examining dynamic links among craving, affect, self-efficacy and substance use during addiction recovery. *Addiction*, 4 (11), 24-39. DOI: [10.1111/add.16284](https://doi.org/10.1111/add.16284)
- Taylor, S. B., Kennedy, L. A., Lee, C. E., & Waller, E. K. (2022). Common humanity in the classroom: Increasing self-compassion and coping self-efficacy through a mindfulness-based intervention. *Journal of American college health*, 70(1), 142-149. DOI: [10.1080/07448481.2020.1728278](https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1728278)
- Volkow, N.D. (2024). Drugs and addiction science: NIDA celebrates 50 years of research and looks to the future. *American Journal of Psychiatry*, 181(5), 349-352. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230880>
- Xie, Y., Yang, Q., & Lei, F. (2023). The relationship of internet gaming addiction and suicidal ideation among adolescents: the mediating role of negative emotion and the moderating role of hope. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), 3375. DOI: [10.3390/ijerph20043375](https://doi.org/10.3390/ijerph20043375)