SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.4/2026;13(4):418-431
DOI: 10.22034/13.4.418
https://shenakht.muk.ac.ir

Original Article

Comparing the Effectiveness of Integrative Relapse Prevention and Mindfulness-Based Relapse Prevention on Executive Function Deficits in Substance-Dependent Individuals

Ali Beheshti Motlagh[1], Mohammad Narimani[2*], Sajjad Basharpour[3]

1. Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
2. Distinguished Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Article History:

Received: February 14, 2026
Revised: August 10, 2026
Accepted: August 18, 2026

***Corresponding Author:** Mohammad Narimani, Distinguished Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

E-mail: narimani@uma.ac.ir

Abstract

Background and Aims: Impairment in executive functions is one of the most important factors in the continuation of use and relapse in people with substance use disorders. Although numerous psychological interventions have been designed to prevent relapse, evidence on the effectiveness of integrative interventions on improving executive functions is limited.
The present study aimed to compare the effectiveness of an integrative relapse prevention intervention package with mindfulness-based relapse prevention on the executive functions of people with substance use disorders.
Materials and Methods: This study was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and three-month follow-up design with a control group. The statistical population included people with substance use disorders referred to addiction treatment centers in Mashhad in 1403. 60 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups: integrative intervention, mindfulness-based relapse prevention, and control group (20 people in each group). Data were collected using the Barclay Executive Function Questionnaire (2012) and analyzed by repeated measures analysis of variance in SPSS version 24.
Result: The results showed that the effect of time, group effect, and the interaction effect of time × group on executive function scores were significant ($P<0.05$). Both interventions improved executive functions; however, the integrative intervention package produced greater improvement compared to mindfulness-based relapse prevention and the control group, and this effect remained stable at the follow-up stage.
Conclusion: The integrative intervention package, focusing on cognitive restructuring, emotion regulation, strengthening self-efficacy, and executive skills training, can be an effective method for improving executive functions and reducing vulnerability to relapse in people with substance use disorders and can be used as a complementary intervention in addiction treatment centers.

Keywords: substance use disorder, executive functions, relapse prevention, mindfulness, integrative intervention.

Please cite this article as follows: Beheshti Motlagh A, Narimani M, Basharpour S. Comparing the Effectiveness of Integrative Relapse Prevention and Mindfulness-Based Relapse Prevention on Executive Function Deficits in Substance-Dependent Individuals. SJPP. 2026;13(4):418-431.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۵، صفحات: ۴۱۸-۴۳۱
DOI: 10.22034/13.4.418
https://shenakht.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر و پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر نقایص کارکردهای اجرایی در افراد وابسته به مواد

علی بهشتی مطلق[۱]، محمد نریمانی[۲*]، سجاد بشرپور[۳]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. استاد ممتاز، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلال در کارکردهای اجرایی از مهم‌ترین عوامل تداوم مصرف و عود در افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد است. اگرچه مداخلات روان‌شناختی متعددی برای پیشگیری از عود طراحی شده‌اند، شواهد دربارهٔ اثربخشی مداخلات یکپارچه‌نگر بر بهبود کارکردهای اجرایی محدود است. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی بستهٔ مداخلهٔ یکپارچه‌نگر پیشگیری از عود با پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کارکردهای اجرایی افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ بود. تعداد شصت نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی به سه گروه مداخلهٔ یکپارچه‌نگر، پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل (هر گروه بیست نفر) تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامهٔ کارکردهای اجرایی بارکلی (۲۰۱۲) گردآوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان×گروه بر نمرات کارکردهای اجرایی معنی‌دار بود ($P<۰/۰۵$). هر دو مداخله موجب بهبود کارکردهای اجرایی شدند؛ بااین‌حال، بستهٔ مداخلهٔ یکپارچه‌نگر در مقایسه با پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل، بهبود بیشتری ایجاد کرد و این اثر در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار باقی ماند.

نتیجه‌گیری: بستهٔ مداخلهٔ یکپارچه‌نگر با تمرکز بر بازسازی شناختی، تنظیم هیجان، تقویت خودکارآمدی و آموزش مهارت‌های اجرایی، می‌تواند روش مؤثری برای بهبود کارکردهای اجرایی و کاهش آسیب‌پذیری در برابر عود در افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد باشد و به‌عنوان مداخلهٔ مکمل در مراکز درمان اعتیاد استفاده شود.

واژگان کلیدی: اختلال مصرف مواد، کارکردهای اجرایی، پیشگیری از عود، ذهن‌آگاهی، مداخلهٔ یکپارچه‌نگر

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۵
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۹
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۷

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

نویسنده مسئول: محمد نریمانی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

ایمیل: narimani@uma.ac.ir

استناد: بهشتی مطلق، علی؛ نریمانی، محمد؛ بشرپور، سجاد. مقایسهٔ اثربخشی پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر و پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر نقایص کارکردهای اجرایی در افراد وابسته به مواد. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، مهر و آبان ۱۴۰۵؛۱۳(۴):۴۱۸-۴۳۱.

مقدمه

اختلال مصرف مواد[۱] همچنان از مهم‌ترین چالش‌های سلامت روان است و باوجود اثربخشی نسبی درمان‌های موجود، نرخ عود پس از ترک در ماه‌ها و سال‌های نخست، همچنان بالا گزارش می‌شود. تبیین‌های نوین در علوم اعصاب شناختی نشان می‌دهد که

[1] Substance Use Disorder (SUD)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

فراتر از علائم رفتاری و هیجانی، اختلال در کارکردهای اجرایی به‌عنوان یکی از سازوکارهای مرکزی تداوم مصرف و عود مطرح است (جاکابیک، شیروکوف، عبدالله، سانزآرژیتا، داپوی وسویندسن[1]، ۲۰۲۲). کارکردهای اجرایی مجموعه‌ای از فرایندهای عالی پیش‌پیشانی، شامل مهار پاسخ، حافظهٔ کاری، انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی و کنترل توجه‌اند که امکان تنظیم رفتار هدفمند، تصمیم‌گیری مبتنی‌بر پیامدهای بلندمدت و مقاومت در برابر تکانه‌های آنی را فراهم می‌کنند (دامینگویز، دیاز، لوزانوو ویردیجو[2]، ۲۰۱۶).

شواهد نوروسایکولوژیک و تصویربرداری عصبی نشان می‌دهد که مصرف مزمن مواد با ناکارآمدی در فعالیت بخش‌های پیش‌پیشانی و شبکه‌های کنترلی بالابه‌پایین همراه است؛ این شبکه‌ها در مهار پاسخ‌های پاداش‌محور، برنامه‌ریزی و انعطاف‌پذیری شناختی نقش حیاتی ایفا می‌کنند. به‌طور خاص، نقص در عملکرد اجرایی و کنترل از بالابه‌پایین با کاهش توانایی تنظیم تکانه‌ها، افزایش واکنش‌پذیری به محرک‌های پاداش‌محور و ضعف در تغییر راهبردهای شناختی رابطه دارد (جاکابیک و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین، شواهد جدید نشان می‌دهد که کاهش عملکرد اجرایی، به‌ویژه در زمینهٔ تصمیم‌گیری، حافظهٔ کاری و انعطاف‌پذیری شناختی، می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ بروز عود مصرف باشد و نقص‌های مزمن در این حوزه‌ها با شدت بیشتری در دوره‌های پیگیری مشاهده می‌شود (کریستینسن، بریدیوال، آلبرتیلا، سامراوکراما، بوسیل و لی[3]، ۲۰۲۳).

افزون‌بر این، شواهد حاصل از مطالعات طولی و متاآنالیزهای اخیر حاکی از آن است که حتی پس از تثبیت پرهیز از مصرف، اختلالات کارکردهای اجرایی می‌توانند به‌طور پایدار فرد را در مواجهه با نشانه‌های محیطی، استرس‌های بین‌فردی و موقعیت‌های پرخطر، آسیب‌پذیر نگه دارند. به بیان دیگر، کاهش ولع مصرف یا بهبود وضعیت خلق به‌تنهایی برای تضمین تداوم ترک کافی نیست، بلکه تا زمانی که ظرفیت‌های اجرایی برای تنظیم رفتار هدفمند، مهار تکانه و انتخاب راهبردهای سازگار به‌طور مؤثر بازسازی نشده باشند، پایداری ترک آسیب‌پذیر باقی می‌ماند. نتایج متاآنالیز گسترده‌ای نشان داد که ضعف در حوزه‌هایی مانند مهار پاسخ، حافظهٔ کاری و انعطاف‌پذیری شناختی پیش‌بینی‌کنندهٔ افزایش خطر بازگشت به مصرف در دوره‌های پیگیری است و این ارتباط حتی پس از کنترل عوامل جمعیت‌شناختی و شدت مصرف اولیه باقی می‌ماند (کریستینسن و همکاران، ۲۰۲۳).

علاوه‌بر این، مطالعات طولی مستقل گزارش کرده‌اند که عملکرد ضعیف در کارکردهای اجرایی با نرخ بالاتر عود، طولانی‌ترشدن دوره‌های پرهیز و کاهش اثربخشی درمان‌های رفتاری همراه است، به‌گونه‌ای که بهبود مهارت‌های اجرایی پیش‌بینی‌کنندهٔ افزایش ماندگاری ترک تا دوازده ماه پس از درمان بوده است (هوگبرگ، فیلیپس، نیلسن، سایمیک و بیرگلاند[4]، ۲۰۲۵). این شواهد هم‌گرایانه نشان می‌دهد که بازتوانی شناختی و تقویت کارکردهای اجرایی باید به‌عنوان اهداف درمانی مستقیم و مستقل در برنامه‌های پیشگیری از عود گنجانده شود، تا پایداری درمان بهبود یابد.

در این چهارچوب، مداخلات پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با هدف افزایش آگاهی غیرواکنشی به تکانه‌ها و کاهش پاسخ‌دهی خودکار به محرک‌های وابسته طراحی شده‌اند. یافته‌های برخی کارآزمایی‌های بالینی اخیر نشان داده‌اند که اجرای این نوع مداخله می‌تواند به کاهش واکنش‌پذیری به نشانه‌های مصرف و بهبود مهار شناختی در برخی شاخص‌ها منجر شود، اگرچه آثار آن بر مؤلفه‌های اجرایی مختلف با ناهمگونی همراه بوده است (دونیت، ماسیدو، بدیدو، فلیکس، گالو، اوپالی و نوتو[5]، ۲۰۲۳). برای مثال، بهبود در تصمیم‌گیری و تنظیم تکانه در برخی مؤلفه‌ها مشاهده شد، اما دامنهٔ اثربخشی در دیگر ابعاد اجرایی، مانند حافظهٔ کاری و انعطاف‌پذیری شناختی، محدود بود. علاوه‌بر این، شواهد نشان داده‌اند که مداخلات ذهن‌آگاهی می‌توانند به‌طور معنی‌داری خودکارآمدی و آمادگی برای تغییر را افزایش دهند که از طریق تقویت توانایی تنظیم رفتار در موقعیت‌های پرخطر عمل می‌کند، اگرچه ممکن است این آثار در متغیرهای اجرایی خاص پایدار نباشد (عبدلال و العشری[6]، ۲۰۲۴). این یافته‌ها نشان می‌دهند که هرچند پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در بهبود برخی جنبه‌های رفتار تنظیم‌شده سودمند باشد، میزان تأثیر مستقیم آن در مؤلفه‌های مرکزی کارکردهای اجرایی همچنان نیازمند بررسی‌های مقایسه‌ای دقیق‌تر است.

در مقابل، مداخلات یکپارچه‌نگر، که تمرین‌های شناختی هدفمند مانند تمرین مهار پاسخ، انعطاف‌پذیری شناختی، بازسازی باورهای ناکارآمد و مواجههٔ ساختاریافته با موقعیت‌های پرخطر را ترکیب می‌کنند، به‌طور مستقیم‌تر بر تقویت شبکه‌های پیش‌پیشانی و بازسازی کنترل شناختی تمرکز دارند. یافته‌های اخیر از یک مطالعهٔ هم‌نظر مبتنی‌بر روش دلفی نشان می‌دهد که مداخلات شناختی‌رفتاری و بازتوانی شناختی می‌توانند به‌طور هدفمند به بهبود مهارت‌های شناختی و اجرایی در افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد کمک کنند و بر این مؤلفه‌ها به‌عنوان اهداف کلیدی در طراحی مداخلات درمانی تأکید شده است (وردیجو، رضاپور، گیدنس، خجسته زنوزی، رفیع، بری و اختیاری[7]، ۲۰۲۳).

[1] Jakubiec, Chirokoff, Abdallah, Sanz-Arigita, Dupuy & Swendsen
[2] Domínguez-Salas, Díaz-Batanero, Lozano-Rojas & Verdejo-García
[3] Christensen, Brydevall, Albertella, Samarawickrama, Yücel & Lee
[4] Högberg, Philips, Nielsen, Simsek & Berglund
[5] Donate, Macedo, Bedendo, Félix Júnior, Gallo, Opaleye & Noto
[6] Abdelaal & El-Ashry
[7] Verdejo-Garcia, Rezapour, Giddens, Khojasteh Zonoozi, Rafei, Berry & Ekhtiari

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

علاوه‌بر این، مرورهای نظام‌مند و شواهد اولیهٔ پژوهشی حاکی از آن است که کامپونت‌های آموزش شناختی و بازتوانی اجرایی می‌توانند عملکرد مهار تکانه و ابعاد دیگر کارکردهای اجرایی را در افراد با اختلال مصرف مواد بهبود دهند، هرچند ممکن است آثار آن، بسته به ساختار تمرین و میزان مشارکت، متفاوت باشد (پازوکی، خیرخواه و غریب‌زاده[1]، ۲۰۲۴). همچنین، این شواهد نوروسایکولوژیک نشان می‌دهند که مداخلات هدفمند می‌توانند کارآمدی کنترل از بالا به پایین را افزایش دهند و پاسخ‌های پاداش‌محور مرتبط با مصرف را تعدیل کنند؛ این فرایندها از سازوکارهای مرکزی در پیشگیری از عود محسوب می‌شوند (وردیجو و همکاران، ۲۰۲۳؛ پازوکی و همکاران، ۲۰۲۴).

باوجود رشد ادبیات بین‌المللی، در بستر فرهنگی ایران پژوهش‌های تجربی اندکی به‌طور مستقیم اثربخشی مداخلات پیشگیری از عود را بر کارکردهای اجرایی مقایسه کرده‌اند. بیشتر مطالعات داخلی بر پیامدهایی مانند ولع مصرف یا تنظیم هیجان تمرکز داشته‌اند و کارکردهای اجرایی کمتر به‌عنوان پیامد اصلی سنجیده شده‌اند. این خلأ پژوهشی ضرورت طراحی و آزمون مداخلاتی را که به‌طور اختصاصی تقویت کارکردهای اجرایی را هدف قرار می‌دهند، برجسته می‌کند؛ به‌ویژه در چهارچوب طرح‌های نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری که امکان ارزیابی پایداری آثار را فراهم می‌کنند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی بستهٔ مداخلهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر با پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کارکردهای اجرایی در افراد وابسته به مواد انجام شد. با توجه به تمرکز مستقیم‌تر بستهٔ یکپارچه‌نگر بر تمرین‌های شناختی و بازسازی کنترل از بالا به پایین، فرض می‌شود این مداخله در بهبود کارکردهای اجرایی (مهار پاسخ، انعطاف‌پذیری شناختی، حافظهٔ کاری و کنترل توجه) در مقایسه با MBRP اثربخشی بیشتری نشان دهد و این آثار در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بماند.

روش کار

مطالعهٔ حاضر در قالب طرح نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. سه گروه، شامل گروه آزمایش دریافت‌کنندهٔ بستهٔ مداخلهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر، گروه مقایسهٔ دریافت‌کنندهٔ مداخلهٔ پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل (بدون دریافت مداخله؛ فهرست انتظار)، در نظر گرفته شدند.

جامعهٔ آماری شامل تمامی افراد وابسته به مواد درحال‌بهبودی بود که در مراکز اقامتی و انجمن‌های خودیاری (NA) شهر بجنورد در سال ۱۴۰۲ حضور داشتند و حداقل یک دورهٔ پاکی را تجربه کرده بودند. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعهٔ بوئن و همکاران (۲۰۱۴) با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر متوسط، سطح معناداری ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد و با درنظرگرفتن احتمال ریزش نمونه، شصت نفر برآورد شد که براساس معیارهای ورود، در مطالعهٔ حاضر شرکت کردند و به‌صورت تصادفی به سه گروه بیست نفره تخصیص یافتند (بوئن و همکاران[2]، ۲۰۱۴). نمونه‌گیری در این پژوهش در دو مرحله انجام شد. در مرحلهٔ نخست، نمونه‌ها به روش در دسترس از میان افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد مراجعه‌کننده به مراکز درمان سرپایی اعتیاد و گروه‌های انجمن معتادان گمنام (NA) شهر بجنورد، که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. پس از بررسی معیارهای ورود و خروج، شصت نفر واجد شرایط وارد مطالعه شدند.

در مرحلهٔ دوم، دستیار پژوهشی مستقلی که در اجرای مداخله و ارزیابی پیامدها نقشی نداشت، با استفاده از جدول اعداد تصادفی تولیدشده توسط رایانه، شرکت‌کنندگان را به‌صورت تصادفی به سه گروه بیست‌نفره، شامل گروه پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر، گروه پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل تقسیم کرد. با توجه به اینکه انتخاب نمونه‌ها در مرحلهٔ نخست به‌صورت غیراحتمالی (در دسترس) انجام شد، پژوهش حاضر از نظر روش‌شناختی در زمرهٔ مطالعات نیمه‌آزمایشی قرار می‌گیرد، هرچند تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌های پژوهش به‌صورت تصادفی انجام شد. همچنین، ارزیابان پژوهش از تخصیص گروهی شرکت‌کنندگان آگاهی نداشتند (کورسازی ارزیاب).

معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تشخیص اختلال مصرف مواد براساس معیارهای DSM-5، هجده‌ساله‌بودن و بیشتر، توانایی خواندن و نوشتن و امکان حضور منظم در جلسات درمانی بود. شرکت‌کنندگان از میان افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد، که در وضعیت پرهیز فعال قرار داشتند، انتخاب شدند. مدت پرهیز در تمامی افراد حداقل یک ماه بود. وجود اختلالات روان‌پزشکی شدید از طریق مصاحبهٔ بالینی و بررسی پروندهٔ درمانی غربال شد و شرکت‌کنندگانی که اختلالات روان‌پزشکی شدید داشتند از طرح مطالعه خارج شدند. تشخیص اختلال مصرف مواد براساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش پنجم (DSM-5) و توسط روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک مراکز درمانی تأیید شد. همچنین، افراد دارای اختلالات شدید روان‌پزشکی (مانند اختلالات روان‌پریشی)، نقص شناختی شدید یا بیماری‌های جسمانی ناتوان‌کننده که مانع مشارکت در جلسات می‌شدند، وارد مطالعه نشدند.

[1] Pazoki, Kheirkhah & Gharibzadeh

[2] Bowen, Chawla & Witkiewitz

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در بیش از دو جلسهٔ متوالی، انصراف داوطلبانه از ادامهٔ پژوهش و بروز مشکلات حاد جسمی یا روان‌پزشکی در طول اجرای مداخله بود که ادامهٔ مشارکت فرد در مطالعه را غیرممکن می‌کرد.

ابزارها

مقیاس نارسایی‌های کارکردهای اجرایی بارکلی (BDEFS)[1]

مقیاس نارسایی‌های کارکردهای اجرایی بارکلی (بارکلی، ۲۰۱۲) به‌منظور ارزیابی نارسایی‌های کارکردهای اجرایی در فعالیت‌های روزمرهٔ بزرگ‌سالان طراحی شده است. این ابزار یکی از جامع‌ترین مقیاس‌های خودگزارشی برای سنجش کارکردهای اجرایی بوده و براساس مدل نظری خودتنظیمی و کارکردهای اجرایی بارکلی تدوین شده است. نسخهٔ کامل این مقیاس شامل ۸۹ گویه است که در پنج خرده‌مقیاس خودمدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی و حل مسئله، خودمهارگری، خودانگیزشی و خودتنظیمی هیجان سازمان‌دهی شده است. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت چهاردرجه‌ای از ۱ (هرگز یا به‌ندرت) تا ۴ (بسیار اوقات یا تقریباً همیشه) و برخی گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرهٔ کل از مجموع نمرات گویه‌ها و نمرهٔ هر خرده‌مقیاس از مجموع گویه‌های مربوط به همان خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر بیانگر نارسایی بیشتر در کارکردهای اجرایی هستند.

از نظر روایی، بارکلی (۲۰۱۲) ساختار پنج‌عاملی مقیاس را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی تأیید و شواهد مناسبی از روایی سازهٔ ابزار گزارش کرد. از نظر پایایی در مطالعهٔ اصلی، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۸ گزارش شد که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی بسیار مطلوب ابزار است.

در ایران، شاهسون (۱۳۸۸) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی این مقیاس را بررسی کرد. نتایج تحلیل عاملی، ساختار پنج‌عاملی ابزار را تأیید کرد و روایی هم‌گرای مناسب با مقیاس خودگزارشی ADHD بزرگ‌سالان (r=۰/۷۳۲) و پرسش‌نامهٔ فراشناختی (r=۰/۵۳۱) و نیز روایی واگرای مناسب با انعطاف‌پذیری شناختی (r=-۰/۶۷۶) گزارش شد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۸ به دست آمد که بیانگر پایایی بسیار مطلوب نسخهٔ فارسی است.

روش اجرا

در این مطالعه، ارزیابی‌ها شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه بود تا اثر کوتاه‌مدت و پایداری مهارت‌های تنظیم هیجان بررسی شود. برای دو گروه مداخله بعد از پیش‌آزمون (تکمیل پرسش‌نامه) به‌ترتیب مداخلات پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر انجام شد که جزئیات آن به شرح ذیل است:

مداخلهٔ پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی براساس پروتکل استاندارد بوئن و همکاران (۲۰۱۴) و با حفظ ساختار اصلی برنامه اجرا شد. این رویکرد بر اصول ذهن‌آگاهی، آگاهی غیرقضاوتی از تجارب درونی، پذیرش هیجان‌ها و ولع مصرف و کاهش پاسخ‌های خودکار به محرک‌های مرتبط با مصرف استوار است (بوئن و همکاران،۲۰۱۲). جلسات به‌صورت هفتگی و در قالب هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای برگزار شد و شرکت‌کنندگان علاوه‌بر حضور در جلسات، تمرین‌های روزانهٔ ذهن‌آگاهی را در منزل انجام می‌دادند (جدول ۱).

جدول ۱. مداخلهٔ پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه	تکنیک‌ها و فعالیت‌های اصلی	تکلیف خانگی
۱	آشنایی با ذهن‌آگاهی و الگوهای خودکار مصرف	معرفی برنامه، افزایش آگاهی از رفتارهای خودکار مرتبط با مصرف	آموزش مفهوم ذهن‌آگاهی، تنفس آگاهانه، بحث گروهی دربارهٔ چرخهٔ عود	تمرین روزانهٔ تنفس آگاهانه و ثبت تجربیات
۲	آگاهی از محرک‌ها و موقعیت‌های پرخطر	شناسایی عوامل درونی و بیرونی مرتبط با مصرف	تمرین مشاهدهٔ افکار و هیجان‌ها، شناسایی محرک‌های شخصی	ثبت موقعیت‌های پرخطر و واکنش‌های فرد
۳	آگاهی بدنی و ارتباط ذهن و بدن	افزایش توجه به احساسات بدنی و نشانه‌های ولع	تمرین اسکن بدن (Body Scan)، مراقبهٔ هدایت‌شده	انجام روزانهٔ اسکن بدن و ثبت مشاهدات
۴	مواجههٔ آگاهانه با ولع مصرف	کاهش واکنش‌های تکانشی به ولع	آموزش و تمرین موج‌سواری بر ولع	تمرین موج‌سواری بر ولع در موقعیت‌های واقعی
۵	ذهن‌آگاهی هیجان‌ها	افزایش‌پذیرش هیجان‌های ناخوشایند بدون اجتناب	مشاهده و نام‌گذاری هیجان‌ها، تمرین پذیرش	ثبت هیجان‌های روزانه و نحوهٔ مواجهه با آن‌ها

[1] Barkley Deficits in Executive Functioning Scale

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

۶	ذهن‌آگاهی در روابط و تعاملات اجتماعی	مدیریت فشارهای اجتماعی و بین‌فردی مرتبط با مصرف	تمرین گوش‌دادن آگاهانه و ارتباط آگاهانه	به‌کارگیری مهارت‌های آموخته‌شده در تعاملات روزمره
۷	پذیرش و خودمراقبتی	افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادی	تمرین پذیرش تجارب درونی، مراقبه شفقت‌به‌خود	انجام تمرین‌های پذیرش و ثبت نتایج
۸	حفظ دستاوردها و پیشگیری از عود	مرور آموخته‌ها و تدوین برنامهٔ حفظ بهبودی	جمع‌بندی جلسات، طراحی برنامهٔ فردی پیشگیری از عود	اجرای برنامهٔ شخصی پیشگیری از عود

مداخلهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر شامل هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای هفتگی بود. در این جلسات، تمرکز بر راهبردهای فعال شناختی‌رفتاری، مانند توقف فکر، برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت‌های مقابله با ولع مصرف بود، بدون استفاده از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی. تمرین عملی، بحث گروهی و تکلیف خانگی، امکان تمرین مهارت‌ها در موقعیت‌های واقعی را فراهم کرد. بستهٔ مداخلهٔ حاضر با رویکرد فرایندمحور طراحی شد و با هدف‌گیری هم‌زمان مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و اجرایی مرتبط با عود مصرف مواد تدوین شد. در این بسته، مؤلفه‌های روان‌آموزی عصب‌روان‌شناختی، بازسازی شناختی، پردازش هیجانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در قالب ساختاری یکپارچه ترکیب شدند (جدول ۲).

جدول ۲. مداخلهٔ یکپارچه‌نگر برای پیشگیری از رفتارهای اعتیادی

جلسه	عنوان جلسه	اهداف اصلی	تکنیک‌ها و روش‌های اجرا	تکلیف خانگی
۱	آموزش فرایندهای عصب‌شناختی مرتبط با مصرف مواد	درک نقش سیستم پاداش، دوپامین، ساختارهای مغزی در ولع و عود	آموزش با پاورپوینت + مدل مغزی + پرسش‌وپاسخ + مثال‌های بالینی	تهیه نقشه مفهومی از فرایندهای عصب‌شناختی
۲	معرفی مدل شناختی‌رفتاری ولع مصرف	آشنایی با افکار، هیجان‌ها، رفتارها در ایجاد ولع	ارائه مدل ABC + کار با مثال مراجع + گفت‌وگوی تحلیلی	شناسایی ۳ موقعیت ولع‌زا و ثبت در برگه ABC
۳	شناسایی افکار ولع‌زا و بازسازی شناختی	توانایی تغییر افکار خودکار منفی مرتبط با مصرف	تکنیک ثبت افکار + چالش باورهای ناکارآمد + تکنیک سؤال سقراطی	تکمیل برگه ثبت افکار برای ۳ موقعیت
۴	گشتالت‌درمانی: تکنیک صندلی خالی متناسب با ویژگی‌های درمان‌جو	ابراز هیجانات سرکوب‌شدهٔ مرتبط با ولع	اجرای صندلی خالی با انطباق بر ویژگی‌های درمان‌جو (آمادگی هیجانی، سبک ارتباط، میزان خودآگاهی) + گفت‌وگوی درمانگر و مراجع	نوشتن احساسات بعد از تکنیک صندلی خالی
۵	تحلیل ساختاریافتهٔ ریشه‌های اولیه تمایل به مصرف	کشف تجارب اولیهٔ پیونددهنده با مصرف (بدون تداعی آزاد)	تکنیک خط زمانی (Timeline) + تحلیل رویدادهای معنادار اولیه با پرسشگری هدایت‌شده	نوشتن یک روایت کوتاه از تجربه مهم زندگی
۶	پردازش ساختاریافتهٔ تجربه‌های هیجانی مرتبط با مصرف	پردازش هیجانی و شناختی تجارب آسیب‌زای مرتبط با مصرف	مواجههٔ خیالی هدایت‌شده همراه با پایش هیجانی	نوشتن احساسات و افکار بعد از بازآفرینی
۷	آموزش راهکارهای مقابله‌ای و مهارت‌های تنظیم هیجان	ارتقای توانایی مقابله با ولع و مدیریت استرس	آموزش مهارت‌های مقابله (تکنیک توقف فکر، حل مسئله، برنامه‌ریزی لذت‌بخش) + تمرین‌های عملی	اجرای یکی از راهکارهای مقابله‌ای و ثبت نتیجه
۸	مرور کلی و تثبیت مهارت‌ها	مرور آموخته‌ها، تهیهٔ برنامهٔ فردی پیشگیری از عود	مرور تکنیک‌ها، تهیهٔ برنامهٔ شخصی (Personal Relapse Prevention Plan)، مشارکت در گفت‌وگوی گروهی	تدوین برنامهٔ پیشگیری از عود شخصی

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

بستهٔ مداخلهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر با اتکا به مدل‌های شناختی‌رفتاری عود، الگوهای نوروسایکولوژیک اختلال در کارکردهای اجرایی در وابستگی به مواد و شواهد تجربی حوزهٔ بازتوانی شناختی تدوین شد. تمرکز اصلی بسته بر تقویت مؤلفه‌های بنیادین کارکردهای اجرایی شامل مهار پاسخ (بازداری)، برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، خودنظارتی، مدیریت زمان، تنظیم هیجان و حل مسئله بود. به‌منظور حفظ تمایز نظری با مداخلهٔ مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، از به‌کارگیری مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی در طراحی بسته اجتناب شد.

مداخله شامل هشت جلسهٔ گروهی نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی بود. هر جلسه دارای ساختار منظم، شامل مرور تکالیف جلسهٔ قبل، آموزش روانی، ارائهٔ تمرین‌های شناختی‌رفتاری ساختاریافته، تمرین عملی یا ایفای نقش و تعیین تکلیف خانگی بود. به‌منظور تضمین انسجام و قابلیت تکرارپذیری، راهنمای مکتوب کامل جلسات تهیه شد.

شرکت‌کنندگان گروه کنترل در طول دورهٔ اجرای پژوهش، از آذرماه سال ۱۴۰۳ تا فروردین ۱۴۰۴، در فهرست انتظار قرار داشتند و خدمات معمول مراکز درمانی را در مراکز درمان سرپایی اعتیاد شهر بجنورد دریافت کردند. این خدمات شامل درمان دارویی نگهدارنده (نظیر بوپرنورفین) تحت نظارت پزشک و جلسات مشاورهٔ حمایتی معمول بود که مشاوران و کارشناسان درمان اعتیاد مراکز مربوطه ارائه می‌دادند. در طول دورهٔ هشت‌هفته‌ای مداخله، هیچ‌گونه مداخلهٔ روان‌شناختی ساختاریافته با هدف بهبود کارکردهای اجرایی یا پیشگیری از عود برای این گروه اجرا نشد. شرکت‌کنندگان گروه کنترل پس از تکمیل ارزیابی پیگیری سه‌ماهه، مداخلهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر را دریافت کردند.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نسخهٔ ۲۶ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی، استفاده شد. از آزمون شاپیروویلک برای ارزیابی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، از آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها و از آزمون موچلی برای بررسی کرویت استفاده شد. برای مقایسهٔ تغییرات متغیرهای پژوهش در سه گروه و سه مرحلهٔ اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین، برای مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. در تمامی تحلیل‌ها، سطح معناداری آماری کمتر از ۰/۰۵ ملاک تصمیم‌گیری قرار گرفت.

بررسی روایی محتوا

به‌منظور ارزیابی روایی محتوایی بسته، از نظر دوازده نفر از متخصصان حوزهٔ روان‌شناسی بالینی، اعتیاد و مداخلات شناختی‌رفتاری استفاده شد. تمام داوران مدرک دکتری تخصصی و حداقل پنج سال سابقهٔ حرفه‌ای مرتبط داشتند. برای ارزیابی کمی روایی محتوا، از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) براساس روش لاوشه و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. با توجه به تعداد دوازده داور، حداقل مقدار قابل‌قبول CVR برابر ۰/۵۶ در نظر گرفته شد. نتایج نشان داد تمامی مؤلفه‌ها و جلسات بسته از حداقل مقدار تعیین‌شده فراتر بودند. همچنین، مقدار CVI در سطح مطلوب قرار داشت و بیانگر کفایت، وضوح و تناسب محتوای جلسات بود (جدول ۳). براساس بازخورد متخصصان، اصلاحات جزئی در ترتیب برخی تمرین‌ها و شفاف‌سازی دستورالعمل‌ها انجام شد و نسخهٔ نهایی بسته برای اجرای آزمایشی تأیید شد.

جدول ۳. محاسبهٔ ابعاد سه‌گانهٔ CVI

آیتم	بعد تناسب	بعد سادگی	بعد وضوح	وضعیت کلی آیتم
آموزش سازوکار مغزی ولع	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۸۳	قابل‌قبول
معرفی مدل شناختی‌رفتاری	۰/۹۲	۰/۷۵	۰/۸۳	قابل‌قبول
شناسایی افکار ولع‌زا	۱	۰/۸۳	۱	بسیار مطلوب
اجرای تکنیک صندلی خالی	۰/۸۳	۰/۷۵	۰/۷۵	قابل‌قبول
تمرین تصمیم‌گیری جایگزین	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۲	قابل‌قبول
بازآفرینی خاطرات	۰/۷۵	۰/۷۵	۰/۷۵	قابل‌قبول
آموزش تکنیک‌های مقابله	۰/۹۲	۱	۰/۹۲	بسیار مطلوب
تحلیل الگوهای شخصی ولع	۰/۹۲	۰/۸۳	۰/۸۳	قابل‌قبول

نتایج

در پژوهش حاضر، شصت فرد وابسته به مواد در سه گروه بیست‌نفره شامل آزمون اول (پیشگیری از عود مبتنی‌بر

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

ذهن‌آگاهی)، آزمون دوم (بستهٔ مداخلهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر) و گروه کنترل شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی کل افراد ۸/۲±۳۴/۵ در بازهٔ ۲۰ تا ۳۵ سال بود (جدول ۴).

جدول ۴. توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک افراد وابسته به مواد برحسب گروه‌های مورد مطالعه

جمعیت شناختی		گروه کنترل		پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی		بسته مداخله پیشگیری از عود یکپارچه نگر		χ^2	سطح معنی‌داری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
تأهل	مجرد	۸	۴۰	۱۰	۵۰	۷	۳۵	۱/۶۷	۰/۷۹۶
	متأهل	۹	۴۵	۶	۳۰	۸	۴۰		
	طلاق‌گرفته	۳	۱۵	۴	۲۰	۵	۲۵		
تحصیلات	زیردیپلم	۷	۳۵	۷	۳۵	۷	۳۵	۳/۵۱	۰/۷۴۲
	دیپلم	۹	۴۵	۷	۳۵	۶	۳۰		
	لیسانس	۴	۲۰	۵	۲۵	۷	۳۵		
	فوق لیسانس و بالاتر	۰	۰	۱	۵	۰	۰		
شغلی	شاغل	۴	۲۰	۵	۲۵	۴	۲۰	۱/۳۹	۰/۸۴۶
	پاره‌وقت	۸	۴۰	۶	۳۰	۵	۲۵		
	بیکار	۸	۴۰	۹	۴۵	۱۱	۵۵		
سابقهٔ ترک	دارد	۱۳	۶۵	۹	۴۵	۱۲	۶۰		
	ندارد	۷	۳۵	۱۱	۵۵	۸	۴۰		
مادهٔ مصرفی	تریاک	۴	۲۰	۵	۲۵	۶	۳۰	۴/۷۸	۰/۹۶۵
	شیشه	۳	۱۵	۴	۲۰	۳	۱۵		
	هروئین	۱	۵	۲	۱۰	۳	۱۵		
	کراک	۴	۲۰	۴	۲۰	۳	۱۵		
	حشیش	۳	۱۵	۲	۱۰	۱	۵		
	متادون	۳	۱۵	۲	۱۰	۱	۵		
	کوکائین	۲	۱۰	۱	۵	۳	۱۵		
مدت مصرف	۱ تا ۳ سال	۲	۱۰	۴	۲۰	۵	۲۵	۳/۸۹	۰/۸۶۷
	۳ تا ۵ سال	۲	۱۰	۲	۱۰	۱	۵		
	۵ تا ۷ سال	۶	۳۰	۵	۲۵	۵	۲۵		
	۷ تا ۱۰ سال	۶	۳۰	۴	۲۰	۷	۳۵		
	بیشتر از ۱۰ سال	۴	۲۰	۵	۲۵	۲	۱۰		

آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به افراد شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۴ گزارش شده است. برای بررسی همگن‌بودن گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، از آزمون مجذور کای دو استفاده شد. با توجه به معنی‌دارنبودن آمارهٔ به‌دست‌آمده، نتیجه گرفته شد که بین متغیرهای جمعیت‌شناختی گروه‌ها تفاوتی وجود ندارد (P>۰/۰۵).

در جدول ۵، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات نقایص کارکرد اجرایی به‌تفکیک برای افراد گروه کنترل و گروه‌های آزمایش و در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد متغیر ولع مصرف برحسب گروه‌های مورد بررسی در افراد وابسته به مواد

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

متغیر		گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره شاپیرو – ویلک	سطح معناداری
نقایص کارکرد اجرایی	خودمدیریتی زمان	کنترل	پیش‌آزمون	۴۰/۳۰	۴/۶۹	۰/۹۰	۰/۰۷۲
			پس‌آزمون	۳۸/۵۵	۴/۸۵	۰/۹۷	۰/۷۴۲
			پیگیری	۳۸/۴۵	۴/۷۴	۰/۸۹	۰/۰۵۷
		پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۳۸/۶۰	۴/۲۷	۰/۹۶	۰/۴۹۲
			پس‌آزمون	۳۵/۰۱	۴/۷۲	۰/۹۶	۰/۴۵۹
			پیگیری	۳۶/۶۵	۴/۲۵	۰/۹۵	۰/۳۶۸
		بستهٔ مداخله پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر	پیش‌آزمون	۳۹/۳۵	۵/۶۴	۰/۹۵	۰/۴۳۱
			پس‌آزمون	۳۴/۰۵	۵/۳۶	۰/۹۲	۰/۱۲۰
			پیگیری	۳۵/۶۰	۵/۵۳	۰/۹۶	۰/۵۸۴
	سازماندهی حل مسئله	کنترل	پیش‌آزمون	۴۱/۱۵	۷/۰۳	۰/۸۸	۰/۰۵۷
			پس‌آزمون	۴۱/۰۵	۷/۰۵	۰/۸۸	۰/۰۶۰
			پیگیری	۴۱/۶۰	۶/۹۵	۰/۸۹	۰/۰۷۳
		پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۴۰/۲۰	۴/۴۳	۰/۹۸	۰/۹۳۸
			پس‌آزمون	۳۵/۶۵	۴/۸۵	۰/۹۷	۰/۶۵۵
			پیگیری	۳۷/۶۵	۴/۳۶	۰/۹۴	۰/۲۱۶
		بستهٔ مداخله پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر	پیش‌آزمون	۴۲/۶۰	۵/۷۴	۰/۹۶	۰/۵۵۴
			پس‌آزمون	۳۶/۳۰	۵/۲۳	۰/۹۵	۰/۳۵۵
			پیگیری	۳۸/۰۰	۵/۱۱	۰/۹۴	۰/۲۴۹
	خودکنترلی بازداری	کنترل	پیش‌آزمون	۳۷/۲۰	۷/۴۹	۰/۸۹	۰/۰۷۷
			پس‌آزمون	۳۶/۶۰	۷/۰۷	۰/۹۰	۰/۱۰۵
			پیگیری	۳۶/۴۰	۷/۵۶	۰/۹۰	۰/۱۱۱
		پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۳۴/۲۵	۶/۶۸	۰/۹۱	۰/۱۲۹
			پس‌آزمون	۳۰/۹۰	۶/۲۶	۰/۹۴	۰/۲۲۲
			پیگیری	۳۲/۲۰	۵/۸۴	۰/۹۵	۰/۴۴۴
		بستهٔ مداخله پیشگیری از عود یکپارچه نگر	پیش‌آزمون	۳۷/۳۰	۶/۳۱	۰/۹۵	۰/۴۱۹
			پس‌آزمون	۳۱/۹۵	۶/۱۳	۰/۹۸	۰/۸۷۶
			پیگیری	۳۳/۷۵	۵/۶۲	۰/۹۶	۰/۸۷۶
	خودانگیزشی	کنترل	پیش‌آزمون	۳۷/۰۰	۸/۵۰	۰/۹۲	۰/۱۳۱
			پس‌آزمون	۳۶/۸۵	۷/۳۳	۰/۹۵	۰/۳۲۰
			پیگیری	۳۷/۱۰	۷/۶۱	۰/۹۴	۰/۲۱۰
		پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۳۹/۵۰	۶/۹۲	۰/۸۸	۰/۰۵۵
			پس‌آزمون	۳۵/۸۵	۵/۹۲	۰/۹۳	۰/۱۶۸
			پیگیری	۳۷/۲۰	۶/۴۵	۰/۹۰	۰/۱۱۴
		بستهٔ مداخله پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر	پیش‌آزمون	۳۵/۴۰	۸/۶۸	۰/۹۸	۰/۹۷۷
			پس‌آزمون	۳۰/۸۰	۸/۱۴	۰/۹۸	۰/۸۸۳
			پیگیری	۳۱/۵۰	۸/۰۸	۰/۹۷	۰/۸۲۰
	خودنظم‌جویی هیجان	کنترل	پیش‌آزمون	۴۳/۵۰	۵/۶۰	۰/۹۷	۰/۷۶۷
			پس‌آزمون	۴۳/۷۵	۵/۴۸	۰/۹۵	۰/۴۱۸
			پیگیری	۴۴/۰۰	۵/۳۹	۰/۹۸	۰/۹۷۳
		پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۴۳/۹۰	۶/۴۳	۰/۹۶	۰/۶۱۵
			پس‌آزمون	۳۹/۴۵	۵/۶۹	۰/۹۸	۰/۹۰۸
			پیگیری	۴۰/۶۰	۶/۹۶	۰/۹۵	۰/۴۰۱
		بستهٔ مداخله پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر	پیش‌آزمون	۴۲/۲۵	۵/۶۲	۰/۹۵	۰/۳۰۶
			پس‌آزمون	۳۶/۳۵	۵/۶۵	۰/۹۶	۰/۶۰۲

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

	بستهٔ مداخله پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر	پیگیری	۳۶/۷۵	۵/۳۶	۰/۹۵	۰/۳۴۱
نمرهٔ کل نقایص کارکرد اجرایی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۹۹/۱۵	۲۳/۶۰	۰/۹۲	۰/۱۵۶
		پس‌آزمون	۱۹۶/۹۰	۲۲/۸۲	۰/۸۸	۰/۰۵۷
		پیگیری	۱۹۷/۵۵	۲۲/۸۵	۰/۹۱	۰/۱۰۸
	پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	پیش‌آزمون	۱۹۶/۴۵	۱۳/۶۵	۰/۹۸	۰/۹۷۲
		پس‌آزمون	۱۷۶/۸۵	۱۲/۵۷	۰/۹۵	۰/۴۲۸
		پیگیری	۱۸۴/۳۰	۱۳/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۸۵
	بستهٔ مداخله پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر	پیش‌آزمون	۱۹۶/۹۰	۱۶/۱۸	۰/۹۶	۰/۶۱۴
		پس‌آزمون	۱۶۹/۴۵	۱۵/۷۸	۰/۹۶	۰/۴۹۱
		پیگیری	۱۷۵/۶۰	۱۶/۱۳	۰/۹۵	۰/۴۲۵

$P<0/05$ فاقد توزیع نرمال

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، برطبق جدول ۵، در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون در مقایسه با مرحلهٔ پس‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد، ولی در گروه‌های آزمایش، شاهد کاهش نمرات نقایص کارکرد اجرایی در مرحلهٔ پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون هستیم. البته معنی‌داری این تفاوت‌ها به تحلیل آماری استنباطی نیاز دارد که در ادامه، بررسی می‌شود. همچنین، آمارهٔ شاپیرو – ویلک گروه‌های آزمایش کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نقایص کارکرد اجرایی معنادار نیست. بنابراین، توزیع متغیر نقایص کارکرد اجرایی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است ($P>0/05$).

به‌منظور مقایسهٔ اثربخشی بستهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر طراحی‌شده و درمان پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی از لحاظ متغیر نقایص کارکرد اجرایی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون‌ها به‌همراه پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است. با توجه به نتایج آزمون شاپیرو–ویلک، متغیرهای پژوهش نرمال‌اند ($P>0/05$).

براساس نتایج، نتایج آزمون لوین معنادار نیست. ازاین‌رو، فرض صفر مبنی‌بر همگنی واریانس متغیرها تأیید می‌شود. بدین ترتیب، نتیجه گرفته می‌شود که مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها برقرار است.

برای بررسی فرض همگنی واریانس کوواریانس از آزمون کرویت استفاده شد. نتایج آزمون موخلی فرض کرویت برای متغیر نقایص کارکردهای اجرایی را رد کرد ($P<0/05$). چون آزمون موخلی برای متغیر نقایص کارکردهای اجرایی معنی‌دار شده است، باید از سطح معناداری آزمون گرین هاوس گیزر برای آزمون فرضیه استفاده کرد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی آثار درون‌گروهی در متغیر نقایص کارکرد اجرایی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازهٔ اثر
نقایص کارکردهای اجرایی	زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)	۶۷۸۲/۳۴	۱/۶۷	۴۰۶۱/۲۸	۳۱۹/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲
	اثر تعامل زمان و گروه	۳۱۸۶/۶۲	۳/۳۳	۹۵۶/۹۴	۷۵/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲
	خطا	۱۲۰۸/۳۷	۹۵/۰۱	۱۲/۷۱۹			

در جدول۶، نتایج آزمون اثرهای درون‌گروهی ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج جدول نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات متغیر نقایص کارکردهای اجرایی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، نتایج مربوط به اثر تعاملی زمان و گروه نشان داد که این اثر نیز معنادار است ($P<0/001$).

نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که میزان تغییرات این متغیرها در طول زمان در گروه‌های پژوهش یکسان نبوده است. نتایج مربوط به مجذور سهمی اتا نشان داد که در متغیر نقایص کارکردهای اجرایی، اندازهٔ اثر عامل زمان برابر با ۰/۶۹۲و اندازهٔ اثر تعامل زمان و گروه برابر با ۰/۶۵۲ است. این یافته‌ها حاکی از آن است که به‌ترتیب ۶۹/۲ درصد و ۶۵/۲ درصد از واریانس تغییرات نقایص

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

کارکردهای اجرایی به عامل زمان و تعامل زمان و گروه نسبت داده می‌شود که بیانگر اندازهٔ اثر قوی متغیر مستقل است.

در جدول ۷، به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های بین گروه‌ها و تعیین اثربخشی هریک از روش‌های درمانی، پس از معنادارشدن اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرونی برای تعیین اختلاف بین میزان اثربخشی بستهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر طراحی‌شده و درمان پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در متغیر نقایص کارکرد اجرایی

گروه ها		اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
کنترل	پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	۱۲/۰۱*	۵/۶۲	۰/۰۰۷
	بستهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر طراحی‌شده	۱۷/۲۲*	۵/۶۲	۰/۰۰۱
پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی	بستهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر طراحی‌شده	۵/۲۲	۵/۶۲	۰/۰۳۹

در جدول ۷ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌های جفتی در متغیر نقایص کارکردهای اجرایی بین گروه‌های پژوهش ارائه شده است. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در متغیر خودکارآمدی ترک، بین گروه کنترل و گروه پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد (P=۰/۰۰۷). همچنین، تفاوت بین گروه کنترل و گروه بستهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر طراحی‌شده معنادار گزارش شد (P<۰/۰۰۱). علاوه‌بر این، تفاوت میان گروه پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه بستهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر طراحی‌شده نیز معنادار بود (P=۰/۰۳۹). با توجه به مقادیر اختلاف میانگین‌ها، بیشترین کاهش در نقایص کارکردهای اجرایی مربوط به گروه بستهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر طراحی‌شده بوده است که نشان می‌دهد این روش در مقایسه با درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و گروه کنترل، در کاهش نقایص کارکردهای اجرایی اثربخشی بیشتری داشته است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که در متغیر نقایص کارکردهای اجرایی، اثر زمان معنادار بود و همچنین تعامل زمان × گروه نیز معنادار گزارش شد. اندازهٔ اثرهای به‌دست‌آمده در هر دو شاخص در دامنهٔ بسیار بزرگ قرار می‌گیرند و نشان می‌دهند که تغییرات مشاهده‌شده نه‌صرفاً ناشی از گذر زمان، بلکه وابسته به نوع مداخله بوده است. کاهش میانگین نمرات نقایص کارکرد اجرایی در گروه یکپارچه‌نگر از ۱۹۶/۹۰ در پیش‌آزمون به ۱۶۹/۴۵ در پس‌آزمون و حفظ نسبی آن در پیگیری، در مقایسه با کاهش کمتر در گروه ذهن‌آگاهی، مؤید برتری نسبی مداخلهٔ یکپارچه‌نگر است.

این یافته با مدل‌های عصب‌روان‌شناختی اعتیاد همسو است که اختلال در مدارهای پیش‌پیشانی–استریاتال و ضعف کنترل از بالا به پایین را هستهٔ آسیب‌پذیری برای عود می‌دانند (زیلوراستند، پرواز، مولر، کلاچی، کاندو، ملاکر، آلیاکین، گوموش و گلدشتاین[1]، ۲۰۲۳؛ وردیجو و همکاران، ۲۰۲۳). براساس این چهارچوب، هر مداخله‌ای که به‌طور مستقیم مهار پاسخ و انعطاف‌پذیری شناختی را تقویت کند، باید در شاخص‌های اجرایی اثر بزرگ‌تری نشان دهد.

نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که تفاوت بین گروه یکپارچه‌نگر و ذهن‌آگاهی نیز معنادار است و بیانگر برتری آماری مداخلهٔ چندمؤلفه‌ای در کاهش نقایص اجرایی است. این یافته با شواهد جدید در حوزهٔ بازتوانی شناختی همسو است که نشان می‌دهند مداخلات شناختی‌رفتاری ساختاریافته، زمانی که شامل تمرین‌های مهار پاسخ، به‌روزرسانی شناختی و بازسازی باورهای ناکارآمد باشند، به بهبود معنادار عملکردهای اجرایی منجر می‌شوند (وردیجو و همکاران، ۲۰۲۳؛ پازوکی و همکاران، ۲۰۲۴).

افزون‌بر این، مطالعات نورویژوال اخیر نشان داده‌اند که تقویت مهار شناختی با افزایش فعالیت قشر پیش‌پیشانی پشتی‌جانبی و کاهش پاسخ‌دهی استریاتوم به نشانه‌های پاداش همراه است؛ تغییری که با کاهش رفتارهای تکانه‌ای مرتبط است (زیلوراستند و همکاران، ۲۰۲۳؛ زیریکیدز، جواهری‌پور، هوف، والتر و وانگر[2]، ۲۰۲۳). بنابراین، اندازهٔ اثر بزرگ مشاهده‌شده در پژوهش حاضر می‌تواند منعکس‌کنندهٔ فعال‌سازی مجدد این شبکه‌های کنترلی باشد.

در مقابل، هرچند گروه پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی نیز در مقایسه با کنترل، در نقایص اجرایی کاهش معناداری نشان داد، دامنهٔ تغییرات آن کمتر از گروه یکپارچه‌نگر بود. این الگو با

[1] Zilverstand, Parvaz, Moeller, Kalayci, Kundu, Malaker, Alia-Klein, Gümüş & Goldstein

[2] Zerekidze, Javaheripour, Huff, Weiss, Walter & Wagner

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

پژوهش‌های اخیر هم‌خوان است که نشان می‌دهند ذهن‌آگاهی عمدتاً از طریق کاهش واکنش‌پذیری به نشانه‌های مصرف و افزایش آگاهی غیرواکنشی عمل می‌کند و اثر آن در کارکردهای اجرایی پیچیده ممکن است غیرمستقیم باشد (دونیت و همکاران، ۲۰۲۳؛ لورنزیتی، گایلارد، بیر،کوالزک، کانبوج، کانینگ و گلیسون[1]، ۲۰۲۳). همچنین، تحلیل‌های مکانیزمی نشان داده‌اند که در MBRPمسیرهای اثر بیشتر از طریق تنظیم هیجانی و کاهش ولع میانجی‌گری می‌شود تا بازسازی مستقیم کنترل مهاری (عبدلال و العشری، ۲۰۲۴؛ لیو، ژانگ، چینگ، دونگ، یو، وو، یانگ و جینگ[2]، ۲۰۲۴). این مسئله می‌تواند توضیح دهد که چرا در داده‌های حاضر، اگرچه بهبود مشاهده شد، اندازهٔ اثر آن در مقایسه با مداخلهٔ یکپارچه‌نگر کمتر بود.

نکتهٔ مهم دیگر، پایداری نسبی تغییرات در مرحلهٔ پیگیری است. اگرچه در هر دو گروه آزمایش افزایش خفیف نمرات در پیگیری مشاهده شد، میانگین‌ها همچنان پایین‌تر از پیش‌آزمون باقی ماندند؛ این موضوع نشان می‌دهد که مداخله توانسته است بخشی از ظرفیت‌های اجرایی را تثبیت کند. مطالعات طولی اخیر نشان داده‌اند که ضعف پایدار در مهار پاسخ و تصمیم‌گیری اجرایی پیش‌بینی‌کنندهٔ بازگشت به مصرف در دوره‌های بعدی است (وانگ، یین، یوآن، لی ، وانگ، هو، چن، گونگ، یوآن و یو[3]، ۲۰۲۳؛ لاوسینس، گراوو و لانگاس[4]، ۲۰۲۲). بنابراین، کاهش معنادار و با اندازهٔ اثر بزرگ در کارکردهای اجرایی می‌تواند به‌عنوان شاخصی از کاهش آسیب‌پذیری شناختی به عود تفسیر شود.

یافته‌های این پژوهش علاوه‌بر اهمیت آماری، از نظر بالینی نیز قابل‌توجه است. بهبود کارکردهای اجرایی می‌تواند ظرفیت افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد را برای خودنظارتی، مهار تکانه، تصمیم‌گیری هدفمند و مدیریت موقعیت‌های پرخطر افزایش دهد؛ مؤلفه‌هایی که در حفظ پرهیز و پیشگیری از عود نقش اساسی دارند. بنابراین، بستهٔ مداخلهٔ یکپارچه‌نگر می‌تواند برای درمان‌های رایج در مراکز درمان اعتیاد به‌عنوان مکمل به کار گرفته شود. بهره‌گیری از این مداخله در کنار درمان‌های دارویی و خدمات روان‌شناختی متداول، ممکن است موجب افزایش تبعیت درمانی، کاهش احتمال عود و ارتقای عملکرد روزمرهٔ بیماران شود. علاوه‌بر این، نتایج این پژوهش می‌تواند در تدوین راهنماهای بالینی، آموزش درمانگران و طراحی برنامه‌های بازتوانی مبتنی‌بر شواهد برای افراد مبتلابه اختلال مصرف مواد استفاده شود.

درمجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مداخلهٔ یکپارچه‌نگر، به‌دلیل هدف‌گیری مستقیم سازوکارهای اجرایی و ترکیب تمرین‌های شناختی با بازسازی باورها و مواجههٔ ساختاریافته، در مقایسه با رویکرد مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، در کاهش نقایص کارکردهای اجرایی اثربخشی بیشتری دارد. این نتایج با رویکردهای نوین درمان اعتیاد، که بر بازتوانی شناختی‌عصبی به‌عنوان هدف درمانی مستقل تأکید دارند، همسو است (هوگبرگ و همکاران، ۲۰۲۵؛ ژائو، دوآن، لی، ژیا، رین، لی، سونگ، میو، وانگ و زائو[5]، ۲۰۲۵) و پیشنهاد می‌کند که ارزیابی و تقویت کارکردهای اجرایی به‌عنوان مؤلفهٔ مرکزی در برنامه‌های پیشگیری از عود لحاظ شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی بستهٔ مداخلهٔ پیشگیری از عود یکپارچه‌نگر و پیشگیری از عود مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در نقایص کارکردهای اجرایی در افراد وابسته به مواد انجام شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که هر دو مداخله موجب کاهش معنادار نقایص کارکردهای اجرایی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شدند، اما میزان تغییرات در گروه دریافت‌کننده بستهٔ مداخلهٔ یکپارچه‌نگر به‌طور معناداری بیشتر بود. اندازهٔ اثر بزرگ عامل زمان و تعامل زمان و گروه بیانگر آن است که نوع مداخله در بهبود عملکرد اجرایی نقش تعیین‌کننده‌ای داشته است.

براساس یافته‌های این پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات چندمؤلفه‌ای، که به‌صورت مستقیم مهار پاسخ، انعطاف‌پذیری شناختی، خودنظم‌جویی هیجانی و سازمان‌دهی حل مسئله را هدف قرار می‌دهند، در مقایسه با رویکردهای مبتنی‌بر تنظیم آگاهی و کاهش واکنش‌پذیری خودکار، در بازسازی کارکردهای اجرایی تأثیر عمیق‌تر و گسترده‌تری دارند. از منظر بالینی، تقویت کارکردهای اجرایی می‌تواند به‌عنوان هدف درمانی مستقل در برنامه‌های پیشگیری از عود مورد توجه قرار گیرد؛ زیرا این ظرفیت‌ها در تنظیم رفتار هدفمند و مقاومت در برابر تکانه‌های مصرف نقش محوری ایفا می‌کنند. بنابراین، ادغام تمرین‌های بازتوانی شناختی ساختاریافته در پروتکل‌های درمان اعتیاد می‌تواند به کاهش آسیب‌پذیری شناختی زمینه‌ساز عود کمک کند.

باوجود نتایج معنادار و اندازهٔ اثرهای قوی، این پژوهش محدودیت‌هایی دارد که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مدنظر قرار گیرد. نخست، حجم محدود نمونه (۶۰ نفر) و استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، قابلیت تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های بالینی دیگر را کاهش می‌دهد. دوم، ابزار اندازه‌گیری کارکردهای اجرایی مبتنی‌بر خودگزارش‌دهی بوده است، درحالی‌که ترکیب آن با آزمون‌های

[1] Lorenzetti, Gaillard, Beyer, Kowalczyk, Kamboj, Manning & Gleeson
[2] Liu, Zhang, Cheng, Dong, You, Wu, Yang & Jing
[3] Wang, Yin, Yuan, Li, Wang, Hu, Chen, Gong,Yuan & Yu
[4] Lauvsnes, Gråwe & Langaas
[5] Zhao, Duan, Li, Li, Xia, Ren, Li, Song, Song, Mu, Wang, Zhang, Song, Wang, Chen, Zhang & Jiao

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

عصب‌روان‌شناختی عملکردی، مانند Go/No-Go یا Wisconsin Card Sorting Test می‌توانست دقت ارزیابی را افزایش دهد. سوم، دورهٔ پیگیری نسبتاً کوتاه بوده و امکان بررسی پایداری بلندمدت تغییرات اجرایی و ارتباط آن با عود واقعی مصرف فراهم نشده است. چهارم، متغیرهای میانجی احتمالی نظیر شدت ولع، تنظیم هیجانی و سطح پایبندی به تمرین‌های درمانی به‌طور مستقیم کنترل یا مدل‌سازی نشده‌اند. این عوامل ممکن است در تبیین مکانیزم اثر مداخلات نقش داشته باشند. در پژوهش حاضر، تحلیل‌های آماری براساس نمرهٔ کل مقیاس نارسایی‌های کارکردهای اجرایی بارکلی انجام شد و زیرمقیاس‌های این ابزار به‌صورت جداگانه بررسی نشدند. اگرچه این رویکرد با هدف اصلی پژوهش مبنی‌بر ارزیابی اثر مداخله در کارکردهای اجرایی به‌عنوان سازهٔ کلی همسو بود، بررسی جداگانهٔ زیرمقیاس‌ها می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری دربارهٔ اثر مداخله در ابعاد مختلف کارکردهای اجرایی فراهم کند. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده تحلیل هریک از زیرمقیاس‌های این ابزار به‌صورت مستقل انجام شود.

براساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از طرح‌های با حجم نمونهٔ بزرگ‌تر و روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود، تا قدرت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، بهره‌گیری از شاخص‌های عینی عصب‌روان‌شناختی و حتی روش‌های تصویربرداری عصبی می‌تواند به تبیین دقیق‌تر سازوکارهای شناختی‌عصبی تغییر کمک کند. انجام پیگیری‌های طولانی‌مدت (شش‌ماهه و یک‌ساله) نیز برای بررسی ارتباط بهبود کارکردهای اجرایی با نرخ واقعی عود توصیه می‌شود.

از نظر بالینی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های پیشگیری از عود در مراکز درمان اعتیاد به‌صورت نظام‌مند شامل مؤلفه‌های بازتوانی شناختی ساختاریافته شوند. طراحی مداخلات مرحله‌ای، که در آن ابتدا مهار پاسخ و کنترل توجه تقویت می‌شود و سپس مهارت‌های سطح بالاتر، مانند برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری، آموزش داده شود، می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. همچنین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده نقش متغیرهای میانجی، مانند خودکارآمدی ترک، تنظیم هیجان و تکانشگری را در مدل‌های تحلیل مسیر بررسی کنند تا سازوکارهای دقیق اثرگذاری مداخلات یکپارچه‌نگر روشن‌تر شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی بستهٔ مداخلهٔ یکپارچه‌نگر در گروه‌های بالینی مختلف، با انواع مواد مصرفی و در مراکز درمانی متعدد بررسی شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

از تمام استادانی که در اعتباریابی این بسته همکاری کرده‌اند کمال تشکر را داریم. همچنین، راهنمایانی که در انجمن گمنام مشهد و بجنورد در طراحی بسته یاری‌بخش بودند، تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش تأییدیهٔ کمیتهٔ اخلاق دانشگاه محقق اردبیلی را با کد IR.UMA.REC.1404.053 دارد. پیش از ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه، اهداف، مراحل اجرا، مزایا و مخاطرات احتمالی پژوهش به‌طور کامل برای ایشان توضیح داده شد و رضایت‌نامهٔ آگاهانهٔ کتبی از تمامی افراد دریافت شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و داده‌ها به‌صورت کدگذاری‌شده و بدون ذکر مشخصات هویتی تحلیل و گزارش می‌شوند. همچنین، شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش حق داشتند بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از ادامهٔ همکاری انصراف دهند. تمامی مراحل پژوهش مطابق با اصول اخلاقی مندرج در بیانیه هلسینکی انجام شد.

REFERENCE

1. Abdelaal HM, El-Ashry AM. Effect of applying mindfulness-based relapse prevention nursing program on readiness for change and self-efficacy among clients with substance use disorders: a randomized controlled trial. Arch Psychiatr Nurs. 2024;53:102-112. DOI: 10.1016/j.apnu.2024.10.008
2. Barkley RA. Executive functions: what they are, how they work, and why they evolved. New York: Guilford Press; 2012. Link
3. Bowen S, Chawla N, Witkiewitz K. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. In: Baer RA, editor. Mindfulness-based treatment approaches: clinician's guide to evidence base and applications. 2nd ed. Academic Press; 2014. p. 141-157. DOI: 10.1016/B978-0-12-416031-6.00007-4
4. Christensen E, Brydevall M, Albertella L, Samarawickrama SK, Yücel M, Lee RSC. Neurocognitive predictors of addiction-related outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Neurosci Biobehav Rev. 2023;152:105295. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2023.105295
5. Domínguez-Salas S, Díaz-Batanero C, Lozano-Rojas OM, Verdejo-García A. Impact of general cognition and executive function deficits on addiction treatment outcomes: systematic review and discussion of neurocognitive pathways. Neurosci Biobehav Rev. 2016;71:772-801. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.09.030
6. Donate APG, de Macedo EC, Bedendo A, Félix Júnior I, Gallo GG, Opaleye ES, et al. The effect of mindfulness on decision-making, inhibitory control, and impulsivity of substance use disorder in-treatment patients: a randomized clinical trial. PLoS One. 2023;18(11):e0293502. DOI: 10.1371/journal.pone.0293502
7. Högberg JH, Philips B, Nielsen J, Simsek SR, Berglund K. Executive function at baseline and follow-up in opioid maintenance patients and its relation to psychiatric comorbidity and substance use patterns. BMC Psychiatry. 2025;25(1):396. DOI: 10.1186/s12888-025-06524-w
8. Jakubiec L, Chirokoff V, Abdallah M, Sanz-Arigita E, Dupuy M, Swendsen J, et al. The executive functioning paradox in substance use disorders. Biomedicines. 2022;10(11):2728. DOI: 10.3390/biomedicines10112728
9. Lauvsnes ADF, Gråwe RW, Langaas M. Predicting relapse in substance use: prospective modeling based on intensive longitudinal data on mental health, cognition, and craving. Brain Sci. 2022;12(7):957. DOI: 10.3390/brainsci12070957
10. Liu X, Zhang Y, Cheng H, Dong H, You Y, Wu Y, et al. Mindfulness-based relapse prevention targeting psychological

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

craving and trait mindfulness in young Chinese women with methamphetamine dependence: a randomized controlled trial. Front Psychiatry. 2024;15:1339517. DOI: 10.3389/fpsyt.2024.1339517
11. Lorenzetti V, Gaillard A, Beyer E, Kowalczyk M, Kamboj SK, Manning V, et al. Do mindfulness-based interventions change brain function in people with substance dependence? A systematic review of the fMRI evidence. BMC Psychiatry. 2023;23(1):407. DOI: 10.1186/s12888-023-04789-7
12. Pazoki Z, Kheirkhah MT, Gharibzadeh S. Cognitive training interventions for substance use disorders: what they really offer? Front Public Health. 2024;12:1388935. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1388935
13. Shahson R. The effect of cognitive and metacognitive strategies training on problem-solving performance and executive functions [master's thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009. Link
14. Verdejo-Garcia A, Rezapour T, Giddens E, Khojasteh Zonoozi A, Rafei P, Berry J, et al. Cognitive training and remediation interventions for substance use disorders: a Delphi consensus study. Addiction. 2023;118(5):935-951. DOI: 10.1111/add.16109
15. Wang D, Yin Y, Yuan W, Li B, Wang H, Hu J, et al. Post-error slowing predicts relapse in individuals with alcohol use disorder. J Psychiatr Res. 2023;161:441-448. [DOI: 10.1016/j.jpsychires.2023.03.039
16. Zerekidze A, Li M, Javaheripour N, Huff L, Weiss T, Walter M, et al. Neural correlates of impaired cognitive control in individuals with methamphetamine dependence: an fMRI study. Brain Sci. 2023;13(2):197. DOI: 10.3390/brainsci13020197
17. Zhao W, Duan F, Li X, Li J, Xia L, Ren Z, et al. Cognitive control in individuals with heroin use disorder after prolonged methadone maintenance treatment. BMC Psychiatry. 2025;25(1):78. DOI: 10.1186/s12888-025-06523-x
18. Zilverstand A, Parvaz MA, Moeller SJ, Kalayci S, Kundu P, Malaker P, et al. Whole-brain resting-state connectivity underlying impaired inhibitory control during early versus longer-term abstinence in cocaine addiction. Mol Psychiatry. 2023;28(8):3355-3364. DOI: 10.1038/s41380-023-02199-5

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]