

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان نگهدارنده بر کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و خشم‌های انفجاری در سوءمصرف کنندگان مواد افیونی

خلاصه

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان نگهدارنده بر کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و خشم‌های انفجاری در سوءمصرف کنندگان مواد افیونی انجام گرفت.

روش کار: در این کارآزمایی بالینی ۵۷ بیمار با تشخیص سوءمصرف مواد به طور تصادفی در گروه‌های آزمون (درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمان-های رایج مانند متادون‌درمانی) و گروه شاهد (گروه کمپ) قرار گرفتند. گروه آزمون به مدت ۸ هفته مورد درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها با استفاده از مصاحبه ساختاریافته و پرسش‌نامه‌ی تکانشگری بارت بررسی شدند و نتایج با استفاده از روش‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (مختلط) و با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: اگر چه هر دو مداخله‌ی گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان-های رایج منجر به کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و رفتارهای تکانشگری در سوءمصرف کنندگان مواد افیونی می‌شود اما گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در این زمینه اثربخش‌تر بوده و به طور معنی‌داری منجر به افزایش سلامت روان بعد از ترک مواد گردیده است. به علاوه نتایج یافته‌ها نشان داد که تاثیر درمان در دوره پی‌گیری نیز قابل مشاهده بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد گروه‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به درمان نگهدارنده متادون و گروه شاهد در کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز در سوء-مصرف کنندگان مواد افیونی موثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: تکانشگری، درمان نگهدارنده، سوءمصرف، ذهن آگاهی،

متادون، مواد افیونی

امیرحسین جهانگیر

گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی بیمارستان طالقانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*عباس مسجدی آرائی

استادیار گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان طالقانی، اوین، تهران، ایران

سید حسین مجتهدی

دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، مرکز خدمات روان‌شناسی سیاوشان، تهران، ایران

نوشین نیکدل تیموری

گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی بیمارستان طالقانی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

سعید ایمانی

دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادیار دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی شهید بهشتی، تهران، ایران

مجتبی حبیبی

دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار دپارتمان روان‌شناسی، دانشکده‌ی خانواده شهید بهشتی، تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان طالقانی، اوین، تهران، ایران
doctormasjedi@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

آسیب‌های اجتماعی پدیده‌هایی متنوع، نسبی و متغیرند. پرخاشگری، جنایت، خودکشی، طلاق، اعتیاد و تن‌فروشی نمونه‌هایی از آسیب‌های اجتماعی هستند که کم و کیف آنها بر حسب زمان و مکان تغییر می‌کند، یکی از موضوعات اساسی در ارتباط با سلامت جسمانی و روانی، اعتیاد است (۱) که با سه علت عمده مرگ و میر (تصادفات، آدم‌کشی و خودکشی) در میان نوجوانان ارتباط دارد (۲).

اعتیاد، اختلالی چندبعدی است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاومت ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. مصرف مواد و تداوم آن مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معتادان در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود (۳).

اعتیاد و پیامدهای ناشی از آن، به عنوان یکی از مهم‌ترین خطرات سلامت روانی و جسمانی در سراسر دنیا به شمار می‌آید که نه تنها باعث درد و رنج فرد مصرف‌کننده می‌شود، بلکه بار و آسیب فراوانی را بر خانواده و جامعه نیز تحمیل می‌کند (۴) و در بسیاری از مسائل مهم جامعه مانند تصادفات، خشونت، رفتارهای بزهکارانه، مشکلات خانوادگی و غیره نقش دارد (۵)، به همین دلیل می‌توان گفت، اعتیاد، یک مشکل اجتماعی است که با مقاومت‌هایی در درمان روبروست و مشکل عمده در درمان، دوره پاک‌ی طولانی مدت و میزان بالای عود می‌باشد، چرا که قطع دوره درمانی و مصرف مجدد مواد، با پیامدهای منفی‌تری مانند احتمال مصرف زیادتر مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد مختلف، افزایش رفتارهای مجرمانه و تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی و درمانی ارتباط دارد (۶).

از عمده‌ترین مشکلات افراد معتاد در رویارویی با هیجانات، عدم توانایی کنترل تکانه است که در رفتار آنان بصورت بیقراری و تکانشگری بی حد و مرز آشکار می‌شود و تحقیقات متعدد حاکی از ارتباط بین تکانشگری و مصرف مواد مخدر است (۷).

در سالهای اخیر پژوهش‌های زیادی درباره روش‌های مختلف برای درمان وابستگی به مواد، مانند درمان نگهدارنده با متادون، سم‌زدایی، طول مدت درمان و اثرات متفاوت درمان‌ها انجام گرفته است. متأسفانه مشکل عمده در درمان معتادان، دوره پاک‌ی طولانی مدت، میزان بالای عود آنها می‌باشد (۸). همچنین ترک مراحل درمانی و مصرف مجدد مواد، با پیامدهای منفی‌تری مانند احتمال مصرف زیاد مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد مختلف، افزایش رفتارهای مجرمانه و تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی و درمانی ارتباط دارد (۶).

رویکردهای مداخلاتی متفاوتی در حوزه درمان‌های فردی و گروهی اعتیاد مانند گروه درمانی حمایتی، روان‌درمانی‌های شناختی و بین فردی به کار رفته است. با توجه به اثربخشی روش ذهن‌آگاهی در اختلال‌های جسمانی و روان‌شناختی به نظر می‌رسد که در درمان کاهش برخی از نشانگان عود مصرف مواد افیونی موثر باشد (۹-۱۱). درمان‌های نوینی بخصوص در زمینه درمان‌های روان‌شناختی، به ویژه درمان اعتیاد تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای (ذهن‌آگاهی) با رفتار درمانی شناختی سنتی می‌باشد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند (۱۲). نمونه‌هایی از این رویکردهای جدید عبارتند از: درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در پیشگیری از عود اعتیاد و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای پیشگیری از عود افسردگی و درمان اعتیاد است (۱۳).

درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب‌تعمیم یافته، اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلال‌ها مؤثر می‌باشد (۳). مداخله-های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سال‌های اخیر در درمان اختلال سوء مصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۴). بکارگیری روش تفکر نظاره‌ای به علت ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی^۱ در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثر بخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک نماید (۱۵).

با توجه به اینکه تکانشگری و رفتارهای مخاطره آمیز باعث مصرف و عود مصرف مواد میشود لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درمان نگهدارنده بر کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و خشم‌های انفجاری در سوم مصرف‌کنندگان مواد افیونی انجام گرفت.

روش کار

روش پژوهش مطالعه‌ی حاضر از نوع بالینی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری) همراه با گروه شاهد می‌باشد. گروه دریافت‌کننده‌ی گروه درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گروه درمانهای رایج (متادون درمانی)، از نوع گروه آزمون می‌باشد و گروهی به عنوان گروه شاهد (گروه کمپ) در نظر گرفته شده است. جامعه‌ی مورد مطالعه تمامی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی اعتیاد در تهران می‌باشد که از این تعداد ۵۷ نفر از افرادی که داوطلب دریافت خدمات درمانی و واجد معیارهای ورود بودند، انتخاب می‌شوند و پس از

^۱Lets go

درمان و فرم تعهد و مقررات گروه بیان شد. جلسه دوم، هدایت خودکار و عود و تمرین‌های لازم و آگاهی از برانگیزاننده‌ها و اشتیاق مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه سوم، ذهن آگاهی در زندگی روزمره و کاربرد آن بررسی و تمرین‌هایی انجام شد، در جلسه چهارم، ذهن آگاهی در موقعیت‌های پرخطر مورد بررسی قرار گرفت. در جلسه پنجم، پذیرش و عملکرد ماهرانه، پرش افکار، احساسات و حسیات ناخواسته کار بررسی شد. در جلسه ششم، افکار، افکار دیدن، آگاهی یافتن از تفکر و ارتباط داشتن با افکار با تمرکز به تجربه کردن افکار آموزش داده شد، در جلسه هفتم، تعادل خود مراقبتی و سبک زندگی، نشانه‌های هشداردهنده‌ی شخصی عود و پاسخ‌ها در هنگام بروز نشانه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و در جلسه آخر، حمایت اجتماعی و سایر آموزش‌های لازم در شرایط مخاطره آمیز بررسی قرار گرفت و تکالیفی به افراد داده شد. با توجه به اینکه طرح پژوهشی حاضر آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری است، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (مختلط) استفاده می‌شود.

نتایج

نتایج بیانگر آن است که توزیع فراوانی شرکت کنندگان در سه گروه ذهن آگاهی با ۳۵/۱۵ (±۵/۱۴)، شاهد کمپ ۳۰/۱۴ (±۶/۹۹) و متادون درمانی ۳۱/۱۷ (±۶/۶۵) بود. بیشترین تحصیلات در گروه ذهن آگاهی دیپلم با ۳۸/۵ درصد، در گروه شاهد کمپ و متادون درمانی مدرک سیکل به ترتیب با ۴۲/۹ و ۵۸/۳ درصد بود. بیشتر مراجعه کنندگان در هر ۳ گروه متاهل بودند. توزیع فراوانی شغلی شرکت کنندگان در گروه ذهن آگاهی، بدون شغل با ۴۲/۳ درصد، گروه شاهد کمپ با شغل کارمندی با ۵۰٪ و متادون درمانی در وضعیت شغلی آزاد قرار داشتند. میانگین و انحراف استاندارد در متغیر سن شروع ذهن آگاهی با ۲۱/۶۹ (±۳/۷۲)، کنترل کمپ ۲۲/۰ (±۳/۶۱) و متادون درمانی ۲۱/۷۵ (±۵/۴۴) بود. تعداد ترک ناموفق به ترتیب در ذهن آگاهی، شاهد کمپ و متادون درمانی از بالاترین تعداد به کمترین تعداد بود.

با توجه به حجم کم نمونه‌ها و در نتیجه عدم برقراری فرضیات توزیع نرمال و یکسانی واریانس‌ها جهت مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها از آزمون ناپارامتریک کراسکال والیس استفاده شد که نتایج نشان داد بین گروه‌ها در متغیرهای سن ($\chi^2=4/49$, $df=2$, $P<0/105$)، سن شروع ($\chi^2=0/785$, $df=2$, $P<0/675$) و تعداد عود اخیر ($\chi^2=1/44$, $df=2$, $P<0/000$) تفاوت وجود ندارد و در متغیرهای طول درمان اخیر ($\chi^2=29/16$, $df=2$, $P<0/000$) و تعداد ترک ناموفق ($\chi^2=14/37$, $df=2$, $P<0/000$) بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشته است.

آن افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه شاهد تقسیم می‌شوند. با توجه به حجم نمونه در گروه درمانی مداخلات مبتنی بر ذهن-آگاهی و گروه شاهد و احتمال ریزش اعضای گروه، اندازه‌ی نمونه ۱۹ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد و با در نظر گرفتن ریزش در مراحل پژوهش به گروه ذهن آگاهی، شاهد و متادون درمانی به ترتیب به ۱۳، ۱۴ و ۱۲ نفر تقلیل یافتند.

ابزار پژوهش

الف- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I-II یک ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV می‌باشد که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است (۱۶، ۱۷).

ب- مقیاس تکانشگری بارت: این پرسشنامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی می‌باشد. نسخه یازدهم این پرسشنامه توسط بارت ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ پرسش چهار گزینه‌ای می‌باشد که سه عامل تکانشگری شناختی (شامل گرفتن تصمیم‌های شناختی) تکانشگری حرکتی (شامل عمل کردن بدون فکر می‌باشد) و بی‌برنامگی (به صورت جهت‌یابی آنی یا فقدان آینده‌نگری مشخص می‌شود) را ارزیابی می‌کند (۱۹). ساختار پرسش‌های گردآوری شده، نشان دهنده ابعادی از تصمیم‌گیری شتاب زده و فقدان دور اندیشی است. بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. این پرسشنامه همبستگی مثبت و معنی‌داری با پرسشنامه تکانشگری آیزنک دارد و این امر نشان‌دهنده روایی ملاکی است. ترجمه فارسی مقیاس بارت که توسط اختیاری و همکاران در سال ۱۳۸۷ صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است. میزان پایایی به دست آمده در این بررسی ۰/۸۳ است که از یافته‌های گزارش شده توسط بارت و همکاران در نسخه انگلیسی (۰/۸۱) و نسخه‌های دیگر مانند نسخه ایتالیایی (۰/۷۹) بهتر بوده است و ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۴ تا ۰/۸۳ برآورد شده است (۲۰).

ابتدا تمامی افراد حاضر به شرکت در این مطالعه به وسیله مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I, II به وسیله مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I و II ارزیابی و به وسیله آزمون تکانشگری بارت اندازه‌گیری شدند. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها، برنامه‌ی مداخله‌ی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل درمانی بوئن، چاولا و مارلات (۲۰۱۱)، طی ۸ جلسه گروهی ۲ ساعته، در گروه آزمایش انجام شد. جلسات هر هفته یکبار به مدت ۲ ماه برگزار شد. یک ماه و نیم بعد از آخرین جلسه درمان، از آزمودنی‌ها آزمون پیگیری گرفته شد (۲۱).

جلسه اول، شامل معارفه و آشنایی اعضا بایکدیگر، هدف درمان، طول

با اندازه‌گیری مکرر مختلط دو عاملی با یک متغیر درون گروهی مرحله (سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و یک متغیر بین گروهی (درمان ذهن آگاهی، گروه کنترل کمپ و گروه متادون درمانی) استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تکانشگری (بی-برنامگی، تکانشگری حرکتی و شناختی) در سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ قابل مشاهده است.

با توجه به این مطلب که پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای بوده و دارای یک عامل بین گروهی (گروه‌های آزمایش و کنترل) و چند عامل درون گروهی (متغیرهای مختلف وابسته) است و چون افراد موجود در هر یک از گروه‌ها در متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری شده‌اند، لذا طرح حاضر از نوع طرح چندمتغیره دوگانه است. برای بررسی نتایج و پاسخ‌گویی به سوالات و فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیر تکانشگری سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متادون درمانی	شاهد کمپ		ذهن آگاهی		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین				انحراف استاندارد
۲/۷۹	۳۴/۸۳	۳/۷۹	۳۳/۸۵	۳/۵۹	۳۵/۰۷	۱۹/۲۳	۱۷	تکانشگری بی‌برنامگی
۳/۳۴	۳۵/۴۱	۳/۰۷	۳۵/۷۱	۱/۸۳	۱۹/۲۳	۱۷	۳۴/۶۹	تکانشگری حرکتی
۳/۴۲	۳۵/۴۱	۲/۷۴	۳۵/۱۴	۱/۵۲	۱۷	۱۶/۵۳	۱۵/۱۵	تکانشگری شناختی
۳/۵۵	۳۴/۳۳	۴/۲۶	۳۳/۷۸	۳/۷۹	۳۴/۶۹	۱۶/۵۳	۱۵/۱۵	تکانشگری حرکتی
۳/۹۸	۳۵/۲۵	۳/۴۰	۳۵/۲۸	۲/۰۲	۱۶/۵۳	۱۶/۵۳	۱۵/۱۵	تکانشگری حرکتی
۳/۷۳	۳۴/۸۳	۳/۴۵	۳۵/۳۵	۱/۷۲	۱۵/۱۵	۲۶/۷۶	۲۶/۷۶	تکانشگری شناختی
۱/۲۶	۲۶/۸۳	۲/۴۱	۲۶/۱۴	۲/۴۲	۲۶/۷۶	۱۶/۳۸	۱۶/۳۸	تکانشگری حرکتی
۱/۹۷	۲۶/۰۸	۲/۱۶۳	۲۶/۷۱	۲/۶۶	۱۶/۳۸	۱۵/۲۳	۱۵/۲۳	تکانشگری حرکتی
۱/۸۹	۲۵/۸۳	۲/۳۶	۲۶/۷۱	۲/۱۶۶	۱۵/۲۳			تکانشگری حرکتی

میانگین دوبار از اجراها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F(1, 36) = 100.08, P < 0.000$)، همچنین نتایج نشان می‌دهد اثر تعاملی مرحله با گروه نیز در متغیر مشاهده معنی‌دار است ($F(2, 36) = 140.25, P < 0.000$)، در متغیر تکانشگری حرکتی اثر اصلی مرحله معنی‌دار است. یعنی حداقل بین میانگین دوبار از اجراها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F(1, 36) = 83.44, P < 0.000$)، همچنین نتایج نشان می‌دهد اثر تعاملی مرحله با گروه نیز در متغیر تکانشگری حرکتی معنی‌دار است ($F(2, 36) = 76.90, P < 0.000$)، یعنی حداقل در یکی از سه بار اندازه‌گیری مکرر بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

نتایج آزمون مویلی در جدول ۱ حاکی از رد شدن فرض کروییت است ($P < 0.05$) بنابراین جهت تفسیر آزمون از آزمون محافظه کارانه مثل آزمون گرین هوس کایزر برای متغیرهای تکانشگری استفاده شد و نتایج حاکی از آن است که در متغیر بی‌برنامگی، اثر اصلی مرحله معنی‌دار است. یعنی حداقل بین میانگین دوبار از اجراها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F(1, 36) = 64.11, P < 0.000$)، همچنین نتایج نشان می‌دهد اثر تعاملی مرحله با گروه نیز در متغیر بی‌برنامگی معنی‌دار است ($F(2, 36) = 88.89, P < 0.000$)، اتای تفکیکی، یعنی حداقل در یکی از سه بار اندازه‌گیری مکرر بین میانگین گروه‌های آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در متغیر مشاهده اثر اصلی مرحله معنی‌دار است. یعنی حداقل بین

جدول ۲- تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای درون گروهی و بین گروهی مرحله با گروه نمرات بی‌برنامگی، تکانشگری حرکتی و

شناختی

مقدار	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
بی‌برنامگی	مرحله	۵۶۶/۹۲	۱	۵۶۶/۹۲	۶۴/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۶۴
	مرحله*گروه	۱۵۷۲/۲۶	۲	۷۸۶/۱۳	۸۸/۸۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳
	خطا	۳۱۸/۳۴	۳۶	۸/۸۴			
تکانشگری حرکتی	مرحله	۶۵۸/۴۳	۱	۶۵۸/۴۳	۱۰۰/۰۸	۰/۰۰۰	۰/۷۳
	مرحله*گروه	۱۸۴۵/۳۵	۲	۹۲۲/۶۷	۱۴۰/۲۵	۰/۰۰۰	۸۶
	خطا	۲۳۶/۸۳	۳۶	۶/۵۷			
شناختی	مرحله	۳۰۹/۰۶	۱	۳۰۹/۰۶	۸۳/۴۴	۰/۰۰۰	۰/۶۹

مرحله* گروه	خطا	۵۹۶/۶۱	۲	۲۸۴/۸۱	۷۶/۹۰	۰/۰۰۰	۰/۸۱
		۱۳۳/۳۳	۳۶	۳/۷۰۴			
<p>با توجه به معنی داری اثر تعاملی به بررسی دو اثر ساده گروه و مرحله پرداختیم. ابتدا با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر یک عاملی با سه سطح اندازه گیری در سطوح متغیر گروه (گروه آزمایش ذهن آگاهی، گروه شاهد کمپ و گروه متادون درمانی) پرداختیم. بنابراین ابتدا به بررسی اثر ساده مرحله (صرف نظر از عامل بین گروهی) به مقایسه میانگین های سه بار اجرا در متغیر وابسته تکانشگری پرداختیم.</p> <p>نتایج نشان داد که از بین سه مرحله از اندازه گیری متغیر بی برنامهگی حداقل در بین دو مرحله اندازه گیری در گروه آزمایش ذهن آگاهی ($F(1, 12) = 2.03/15$)، $P < 0.000$، $F(1, 12) = 0.94$، $P < 0.000$ تفاوت وجود دارد ولی در گروه های کنترل کمپ ($F(1, 13) = 2/81$)، $P < 0.07$، $F(1, 11) = 0.146$، $P < 0.709$ و گروه متادون درمانی ($F(1, 11) = 0.146$)، $P < 0.709$ همچنین، از بین سه مرحله از اندازه گیری متغیر تکانشگری حرکتی حداقل در بین دو مرحله</p>							
<p>اندازه گیری در گروه آزمایش ذهن آگاهی ($F(1, 12) = 4.10/0.59$)، $P < 0.000$ و گروه کنترل کمپ ($F(1, 13) = 5/14$)، $P < 0.04$، $F(1, 11) = 0.137$)، $P < 0.718$، $F(1, 11) = 0.12$، $P < 0.000$ و از بین سه مرحله از اندازه گیری متغیر تکانشگری شناختی حداقل در بین دو مرحله اندازه گیری در گروه آزمایش ذهن آگاهی ($F(1, 12) = 155/88$)، $P < 0.000$، $F(1, 12) = 0.92$، $P < 0.385$، $F(1, 13) = 0.809$)، $P < 0.385$ و گروه کنترل کمپ ($F(1, 13) = 0.809$)، $P < 0.385$، $F(1, 11) = 2/20$)، $P < 0.166$، $F(1, 11) = 0.167$، $P < 0.167$ و گروه متادون درمانی ($F(1, 11) = 2/20$)، $P < 0.166$، $F(1, 11) = 0.167$، $P < 0.167$ تفاوت معنی داری وجود ندارد. برای بررسی بیشتر نتایج و مقایسه های زوجی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از مقایسه های زوجی با تصحیح بونفرونی استفاده گردید (جدول ۳).</p>							

جدول ۳- مقایسه زوجی در سه بار اجرای متغیرهای وابسته در سه گروه در متغیرهای تکانشگری

گروه	مراحل	متغیر بی برنامهگی	متغیر حرکتی	متغیر شناختی
درمان ذهن آگاهی	پیش آزمون	**۱۵/۸۴	**۱۸/۱۵	**۱۱/۵۳
	پس آزمون	*۲/۲۳	۱/۳۸	۱/۱۵
کنترل کمپ	پیش آزمون	*-۱/۸۵	-۱/۵۰	-۱/۵۷۱
	پس آزمون	*۰/۵۷۱	-۰/۰۷۱	۰/۰۰۱
متادون درمانی	پیش آزمون	-۰/۵۸۳	-۰/۹۱۷	۱/۰۰
	پس آزمون	۰/۰۰	۰/۴۱۷	۰/۲۵۰

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

گردید.

نتایج نشان داد که در مرحله پیش آزمون اندازه گیری متغیر بی برنامهگی بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F = 0.474$)، $P < 0.626$)، به عبارتی این مسئله حاکی از همگنی سه گروه در پیش آزمون قبل از شروع مداخله می باشد. در مرحله اندازه گیری پس آزمون متغیر بی برنامهگی حداقل بین دو سطح از سطوح متغیر گروه بندی بین گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 145/73$)، $P < 0.000$). در مرحله اندازه گیری پیگیری بی برنامهگی حداقل بین دو سطح از سطوح گروه بندی بین گروهی تفاوت معناداری وجود ندارد. ($F = 204/51$)، $P < 0.000$

در مرحله پیش آزمون اندازه گیری متغیر تکانشگری حرکتی بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($F = 0.185$)، $P < 0.832$)، به عبارتی این مسئله حاکی از همگنی سه گروه در پیش آزمون قبل از شروع

در گروه درمان ذهن آگاهی بین بی برنامهگی، تکانشگری حرکتی و شناختی آزمودنی ها در پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.01$)، همچنین بین پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار است ($P < 0.05$). در گروه شاهد کمپ بین پیش آزمون با پس آزمون تفاوت معنی دار است ($P < 0.05$) اما بین پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار نیست، ولی پس آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار است ($P < 0.05$). در گروه متادون درمانی بین پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون با پیگیری تفاوت وجود ندارد.

با توجه به سه سطح در متغیر گروه بندی بین گروهی (گروه درمان ذهن آگاهی، گروه شاهد کمپ و گروه متادون درمانی) برای بررسی اثر ساده عامل بین گروهی از آزمون تحلیل واریانس یک راهه در هر یک از مراحل اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و جلسه پیگیری استفاده

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش مولفه‌های تکانشگری در ارزیابی پیش آزمون و پس آزمون به لحاظ آماری معنادار می‌باشد که این تاثیر در دوره پیگیری نیز حفظ شده است.

طبق نتایج بدست آمده می‌توان گفت، استفاده از ذهن آگاهی و انجام پژوهش در این زمینه در سال‌های اخیر افزایش یافته است (۲۱). شواهد روزافزون حاکی از مفید بودن ذهن آگاهی در موقعیت‌های بالینی به ویژه روان‌پزشکی به وجود آمده است (۲۲) و تحقیقات روزافزون حکایت از مفید بودن ذهن آگاهی در مواردی همچون موارد زیر دارند: درد مزمن (۲۳)، اختلال استرس پس از ضربه، علائم جسمانی‌سازی، مدل‌های درمانی استرس، مقابله و تاب‌آوری (۲۴). رفتارهای اعتیادی (۲۴)، ناهنجاری‌های رفتاری مثل پرخاشگری و سوء مصرف مواد (۲۵)، تکانشگری (۲۶)، اضطراب اجتماعی (۲۷) و نشخوار فکری و افسردگی (۳).

تکانشگری یکی از مهمترین مؤلفه‌های سوء مصرف مواد است و آموزش ذهن آگاهی حاکی از کاهش پرخاشگری می‌باشد (۲۸). در توضیح این نتیجه و به اعتقاد سگال، تیزدل و ویلیامز (۲۹) در رابطه با تکانشگری و پرخاشگری یک راهبرد این می‌باشد که فرد معتاد با مصرف مواد در پی فرار از موقعیت تنش‌زا فرار میکند، در حالی که راهبرد دیگر آن است که به این موقعیت برای تمرکز آگاهی بر آن چه در حال وقوع در لحظه‌ی حاضر است نگاه شود.

آموزش برنامه مهارت‌های ذهن آگاهی در کاهش میزان سطح استرس، اضطراب و افسردگی و هیجانهای منفی مانند پرخاشگری و تکانشگری از شدت و وخامت علائم روانی معتادان کاست. برنامه‌ی مداخله‌ی ذهن-آگاهی با داشتن محتوای گسترده در تمام زمینه‌های زندگی مانند تمرینات (یوگا، مراقبه، حضور ذهن تنفس)، کنترل توجه و تمرکز، کسب مهارت‌های مقابله‌ای صحیح و موثر در برخورد با حوادث استرس‌زا زندگی، آشنایی با بیماری و تغییر نگرش بیمار نسبت به آن، تغییر در الگوهای فکری و نگرشی، آموزش آرام‌سازی پیشرفته، آموزش مدیریت زمان و مدیریت استرس و ایجاد روحیه‌ی شاد و با نشاط باعث کاهش میزان سطح هیجان‌های منفی و مثبت در معتادان شده و میزان شدت و وخامت بیماری را کاسته و احتمالاً پیامدهای نامطلوب ناشی از سوء مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

این پژوهش همانند هر پژوهشی، دارای محدودیت‌هایی بود که توجه به آنها راه را برای پژوهش‌های دقیق‌تر آتی هموار خواهد نمود. ۱- به لحاظ نمونه جمعیت مورد مطالعه فقط محدود به مراکز کمپ و متادون درمانی

مداخله می‌باشد. در مرحله اندازه‌گیری پس آزمون متغیر تکانشگری حرکتی حداقل بین دو سطح از سطوح متغیر گروه بندی بین گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=146/20$, $P<0/000$). در مرحله اندازه‌گیری پیگیری بی برنامه‌گی حداقل بین دو سطح از سطوح گروه بندی بین گروهی تفاوت معناداری وجود ندارد ($F=180/49$, $P<0/000$).

همچنین نتایج نشان داد که در مرحله پیش آزمون اندازه‌گیری متغیر تکانشگری شناختی بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P<0/65$, $F=0/429$)، به عبارتی این مسئله حاکی از همگنی سه گروه در پیش آزمون قبل از شروع مداخله می‌باشد. در مرحله اندازه‌گیری پس آزمون متغیر تکانشگری شناختی حداقل بین دو سطح از سطوح متغیر گروه بندی بین گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=83/47$, $P<0/000$). در مرحله اندازه‌گیری پیگیری تکانشگری شناختی حداقل بین دو سطح از سطوح گروه بندی بین گروهی تفاوت معناداری وجود ندارد. ($P<0/000$, $F=113/90$).

برای بررسی بیشتر نتایج و مقایسه‌های زوجی بین سه گروه آزمایش ذهن آگاهی، کنترل کمپ و متادون درمانی در هر یک از مراحل اندازه‌گیری پیش آزمون، پس آزمون و جلسه پیگیری از مقایسه‌های زوجی با تصحیح بونفرونی استفاده گردید (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه‌های زوجی متغیر بین گروهی بر اساس متغیر وابسته بی برنامه‌گی در سه بار اندازه‌گیری

مرحله	گروه	شاهد کمپ	متادون درمانی
پیش آزمون	درمان ذهن آگاهی (بی برنامه‌گی)	۱/۲۱	۱/۳۸
	درمان ذهن آگاهی (حرکتی)	۰/۶۵۹۰	۰/۸۹۳۵
	درمان ذهن آگاهی (شناختی)	۰/۶۲۳۷	-۰/۰۶۴
	شاهد کمپ (بی برنامه‌گی)	۰/۹۷۶	۰/۹۷۶
	شاهد کمپ (حرکتی)	-۰/۵۴۷۶	-۰/۵۴۷۶
	شاهد کمپ (شناختی)	-۰/۶۹۰۴	-۰/۶۹۰۴
پس آزمون	درمان ذهن آگاهی (بی برنامه‌گی)	**۱۶/۴۸	**۱۶/۱۸
	درمان ذهن آگاهی (حرکتی)	**۱۸/۷۴	**۱۸/۷۱
	درمان ذهن آگاهی (شناختی)	**۱۰/۳۲	**۹/۶۹
	شاهد کمپ (بی برنامه‌گی)	۰/۲۹۷	۰/۲۹۷
	شاهد کمپ (حرکتی)	۰/۰۳۵	۰/۰۳۵
	شاهد کمپ (شناختی)	۰/۶۳۰۹	۰/۶۳۰۹
پیگیری	درمان ذهن آگاهی (بی برنامه‌گی)	**۱۸/۱۴	**۱۸/۴۱
	درمان ذهن آگاهی (حرکتی)	**۲۰/۲۰	**۱۹/۶۷
	درمان ذهن آگاهی (شناختی)	**۱۱/۴۸	**۱۰/۶۰
	شاهد کمپ (بی برنامه‌گی)	-۰/۲۷۳	-۰/۲۷۳
	شاهد کمپ (حرکتی)	۰/۳۸۵۲	۰/۳۸۵۲
	شاهد کمپ (شناختی)	۰/۸۸۰۹	۰/۸۸۰۹

انتظارات مثبت از درمان، رابطه درمانی تسهیل کننده و غیره می باشد اما در گروه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بواسطه رفتار متقابل و پیچیده‌ی تجارب انسانی که عناصر درمانی نامیده می شود و به عنوان یکی از نقاط قوت آن نسبت به درمان های رایج توانست اثربخشی قابل ملاحظه‌ای داشته باشد و می توان گفت ذهن آگاهی تأثیر اثربخش تری نسبت به درمان های معمول و نگهدارنده (متادون درمانی، معنویت درمانی) در رفتارهای مخاطره آمیز داشته است. نتایج یافته ها حاکی از اثربخشی درمان ذهن آگاهی در کاهش رفتارهای مخاطره آمیز خشم و رفتارهای تکانشگری می باشد. یافته های حاصل از این پژوهش از یافته های پژوهش های انجام شده در این زمینه حمایت می کند.

تقدیر و تشکر

با نهایت تشکر از همه کارمندان مراکز کمپ دلشدگان و کلینیک درمانی اسکات و تمامی بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند. این مقاله مستخرج از پایان نامه دانشجویی (نویسنده اول) امیرحسین جهانگیر به شماره پایان نامه ۱۷۵ می باشد.

تهران می باشد. ۲- به لحاظ روش شناختی محدودیت اصلی این پژوهش محدودیت در تعمیم نتایج است. هر چند یافته های معنادار حاصل از نمونه های کوچکتر دقیق تر می باشند، اما به دلیل تعداد محدود نمونه در گروه های درمانی از اعتبار بیرونی پژوهش کاسته می شود. در آینده مطالعات مداخله ای با نمونه های بزرگ تر می تواند این کاستی را جبران کند. ۳- انتخاب آزمودنی های گروه های درمانی فقط از بین مردان مبتلا به سوء مصرف مواد صورت گرفت. همین مسئله تعمیم نتایج به جمعیت زنان را با مشکل مواجه می کند. با این وجود به خاطر ماهیت اختلال سوء مصرف مواد که در مردان شیوع بیشتری دارد، و با توجه به در دسترس بودن و احتمال همکاری بالاتر جمعیت مردان، ترجیح داده شد نمونه مورد مطالعه از بین جمعیت مردان انتخاب گردد و در جهت پیشنهاد میتوان در رفع همین محدودیت ها برای پژوهش ها بهره برد.

نتیجه گیری

هر چند اهداف مشترک گروه درمانی ذهن آگاهی و درمان های معمول عواملی مثل بهبود علائم روانشناختی معتادان، کاهش مصرف مواد،

References

1. Adrian W. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Akbari M, Mohammadee A, Andooz Z. (translator). 2012.
2. Zeinali A. Validation of Addiction Susceptibility Questionnaire in Iran Adolescents (ASQ-AV). J Clin Psychol 2014; 23(6): 1-8.
3. Imani S, Atefvahid MK, Gharaee B, Norouzi AR, Habibi M. [Compare the effectiveness of mindfulness based group therapy with treatment as usual in the individual reduction of risk factors for relapse in opiod addicted]. Ph.D. Dissertation. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, 2012. (Persian)
4. Dalley DC, Marlatt GA, Spotts C. Relapse prevention: Clinical models and specific intervention strategies. In: Graham AW; Schultz TK, Wilford BB. (editors). Friendship of addictive medicine. 3rd ed. Cherychase MD: American Society of Addiction Medicine; 2005.
5. Lewis JA, Danna RQ, Blevins GA. Substance abuse counseling. California: Brooks/Cole; 2002.
6. Veilleux CJ, Peter J, Colvin JP, Anderson J, York C, Heinz JA. A review of opioid dependence treatment: Pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. Clin Psychol Rev 2009; 30(2): 155-66.
7. Baumeister RF. Self- control comes in limited quantities , must be replenished. Clinical and Experimental Research: Florida State University; 2003.
8. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KC, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. Behav Ther 2011; 42: 676-88.
9. Challaly T, Trauer T, Munro L, Whelan G. Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. Aust N Z J Psychiatry 2001; 35(5): 601-5.
10. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. J Cons Clin Psychol 2010; 78(2): 169-83.
11. Walsh JJ, Balint MG, Smolira DR, Fredericksen LK, Madsen, S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attention control. Pers Individ Diff 2009; 46(2): 94-9.
12. Hayes SA, Orsillo SM, Roemer L. Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Res Ther 2010; 48: 238-45.
13. Witkiewitz K, Bowen S, Douglas H, Hsu SH. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. Addict Behav 2013; 38(2): 1563-71.
14. Hsu SH, Collins SE, Marlatt GA. Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. Addict Behav 2013; 38(3): 1852-8.
15. Witkiewitz K, Marlatt A, Walker D. Mind-fullness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. J Cogn Psychother 2005; 19: 221-9.

16. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders, (SCID-II). Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1997.
17. Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Dolan R, Sanislow C, Schaefer E, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Reliability of axis I and II diagnoses. *J Pers Disord* 2000; 14(4): 91-9.
18. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C: American Psychiatric Association; 1997.
19. Barratt ES, Stanford MS, Kent TA, Alan F. Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biol Psychiatry* 1997; 41(10): 1045-61.
20. Ekhtiari H, Safaei H, Esmaelijavid G, Atefvahid M, Edalati H, Mokri A. [Reliability and Validity of Persian Versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman Questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2008; 14(3): 326-36. (Persian)
21. Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Cons Clin Psychol* 2012; 80(6): 1007-20.
22. Garland EL, Gaylord SA, Boettiger CA, Howard MO. Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *J Psychoactive Drug* 2010; 42(2): 177-92.
23. Wupperman P, Marlatt GA, Cunningham A, Bowen S, Berking M, Mulvihill-Rivera N, et al. Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *J Clin Psychol* 2012; 68(1): 50-66.
24. Smith BW, Ortiz JA, Steffen LE, Tooley EM, Wiggins KT, Yeater EA, et al. Mindfulness is associated with fewer PTSD symptoms, depressive symptoms, physical symptoms, and alcohol problems in urban firefighters. *J Cons Clin Psychol* 2011; 79(5): 613-7.
25. Schmertz SK, Masuda AL. Cognitive processes mediate the relation between mindfulness and social anxiety within a clinical sample. *J Clin Psychol* 2012; 68(3): 362-71.
26. Song Y. Depression, stress, anxiety and mindfulness in nursing students. *Korean J Adult Nurs* 2011; 23(4): 397-402.
27. Murphy C, McKillop J. Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology* 2012; 219(2): 527-36.
28. McKim RD. Rumination as a mediator of the effects of mindfulness: Mindfulness-based stress reduction (MBSR) with a heterogeneous community sample experiencing anxiety, depression, and/or chronic pain. *Sci Engin* 2008; 68(11): 73-6.
29. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. Mindfulness based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford; 2002.