

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال چهارم، شماره اول، پیاپی (۶)، بهار و تابستان ۱۳۹۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۵

صص: ۱۹۲-۱۸۱

اثربخشی روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خود درمانجو

سمیه کاظمیان

استادیار مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

Somaye.kazemian@yahoo.com

چکیده

سلامت روانی همواره از موضوع‌های مهم روان‌شناسی بوده است. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خوددرمانجو بود. جامعه آماری پژوهش، بیمارانی بودند که برای ترک اعتیاد به یکی از مراکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی مشهد مراجعه کرده بودند. تعداد اعضای نمونه ۴۰ نفر هستند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و براساس نمره‌های آن‌ها در پرسشنامه GHQ (نمره ۲۳ و بالاتر) انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفره آزمایشی و گواه جایگزین شدند. اعضای هر دو گروه بعد از اتمام برنامه آموزشی به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (پیش‌آزمون) و دو ماه بعد از آن (پیگیری) بار دیگر پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل کردند. نتایج تحلیل واریانس تکراری نشان داد که روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی، سلامت جسمی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی معتادان خوددرمانجو تاثیر مثبت داشت ($P < 0/01$). براساس نتایج آزمون تعقیبی LSD، اثر عمل آزمایشی پایدار بود ($P < 0/01$). به نظر می‌رسد به کارگیری روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به شکل چشم‌گیری در میزان سلامت روانی معتادان در حال ترک مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، سلامت عمومی، معتادان خود درمانجو.

مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار می‌رود. اعتیاد می‌تواند هر گوشه از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. ارتباطات، کار، عقاید مذهبی و چگونگی روابط اجتماعی با دیگران، همگی ممکن است تحت تأثیر قرار گیرند (ملک‌پور، ۱۳۸۷).

اعتیاد را به عادت کردن، خوگرفتن و خود را وقف عادت‌های نکوهیده کردن معنا کرده‌اند. سازمان ملل متحد در سال ۱۹۵۰ تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد: «اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور است (تامس^۱، ۱۹۹۹). امروزه از دیدگاه علم روان‌شناسی، اعتیاد یا وابستگی به مواد، یک اختلال روانی محسوب می‌شود. این واژه که در تقسیم‌بندی‌های روانپزشکی، باعنوان اختلالات سوءمصرف مواد تعریف شده است، دومین اختلال شایع روانی بوده است. بر اساس ادبیات و مطالعات پیشین، حدود ۹۰ درصد معتادان به مواد مخدر، یک یا چند اختلال روان‌پزشکی دیگر نیز دارند که مهمترین این اختلالات شامل اختلالات خلقی (افسردگی یا مانیا)، اختلالات اضطرابی و اختلال در کنش اجتماعی است (کاپلان، ۱۹۹۸؛ به نقل از نقیعی، ۱۳۸۱). مطالعات بسیاری بر شیوع اختلالات روان‌پزشکی همچون اضطراب و افسردگی در بیماران وابسته به مواد تأکید کرده‌اند (گرنٹ و هارفورد، ۱۹۹۵؛ اسچاکیت، ۱۹۹۶؛ کسلر و همکاران، ۱۹۹۷؛ بیجل و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل

از جانینا^۲، ۲۰۱۰). این یافته‌ها بیانگر این نکته‌اند که افسردگی و اضطراب و یا برخی علائم جسمانی می‌تواند هنگام مصرف مواد و یا ترک آن رخ دهد؛ چرا که داده‌ها نشان می‌دهند بیش از ۳۷٪ سوء مصرف‌کنندگان الکل و ۵۳٪ سوء مصرف‌کنندگان داروها، حداقل دارای یک نوع بیماری روانی و یا جسمانی جدی هستند. از سوی دیگر، افسردگی و سایر بیماری‌های روانی و یا علائم جسمانی نیز خطر ابتلا به اعتیاد را افزایش می‌دهند؛ با استناد به این‌که آمارها نشان می‌دهند ۲۹٪ افرادی که دارای یک نوع بیماری روانی بوده‌اند، از سوء مصرف الکل یا داروهای غیرقانونی دیگر نیز رنج می‌برده‌اند (جانسون و همکاران^۳، ۲۰۱۱).

در بررسی سبب‌شناسی سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اجباری، محققان و نظریه‌پردازان مختلف، رفتار بدون تفکر و عادت‌های (تیفانی، ۱۹۹۹؛ به نقل از کرمیرزا نیکوزاده، ۱۳۸۸)، نشخوار فکری (تیزدل، ۱۹۹۹؛ به نقل از کرمیرزا نیکوزاده، ۱۳۸۸)، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، خودکارآمدی پایین و نقص مهارت‌های مقابله‌ای (مارلات، ۱۹۹۶؛ به نقل از کرمیرزا نیکوزاده، ۱۳۸۸) را پیشنهاد نموده‌اند.

باید در نظر داشت که اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش از اعتیاد نقش زیادی دارند (گالاتر^۴، ۲۰۱۰)، اما برای مقابله با پدیده وابستگی به مواد افیونی^۵، درمان دارویی به تنهایی کارساز نبوده، داشتن شناخت کافی از جنبه‌های

² Janina

³ Janson & etal

⁴ Galanter

⁵ substance dependency

¹ Thombs

ذهن آگاهی به عنوان یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است، می‌باشد (رایان و براون^۲، ۲۰۰۳). پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی^۳ ردیابی کرد. ذهن آگاهی به عنوان هدفی از مذاهب تعمقی^۴ به ویژه بودا شناخته می‌شود (رابینسون و جانسون^۵، ۱۹۹۷؛ به نقل از فالکنستروم^۶، ۲۰۱۰).

هدف اصلی درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، آن است که بیمار از طریق پایش خودآیند، از اثرهای فعالیت مجدد ذهنیت انجامی آگاه یابد و از طریق ایجاد و به کارگیری حالت حضور ذهن در ذهنیت بودن بماند و از طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت‌دهی قصدمندانه توجه به یک شیء خنثی (مثلاً جریان تنفس) به مشاهده افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود بنشیند. افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (رایان و براون^۷، ۲۰۰۳؛ براون و همکاران^۸، ۲۰۰۷).

ذهن آگاهی، یک توجه بدون سوگیری و قضاوت پیرامون جنبه‌های خود است. ذهن آگاهی با بهزیستی ذهنی^۹ و روان‌شناختی^{۱۰} و سلامت روانی^۹ رابطه‌ای مثبت دارد (براون، و کاسر^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ براون و همکاران^۸، ۲۰۰۷؛ فالکنستروم^۶، ۲۰۱۰). طبق بررسی محققان (کاوایانی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۰).

مختلف این پدیده لازم است. تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی از درمان‌های روانکاوی، رفتار درمانی، گروه درمانی، دارو درمانی و غیره بر روی بیماران مبتلا به اختلال اعتیاد صورت گرفته است، اما هر یک از این شیوه‌ها تا حدودی اثرگذار بوده و عود و بازگشت مجدد سوء مصرف مواد را به همراه داشته‌اند. به نظر می‌رسد که مشکل عمیق‌تر باشد و چیزی در جایی از روان فرد، وی را در حالت مصرف مجدد قرار می‌دهد. جانسون و همکاران (۲۰۱۱) طی پژوهشی دریافتند که شواهدی مرتبط با باورهای افراد مبتلا به اختلال در حوزه سوء مصرف الکل و داروها وجود دارد. در این میان، از بین رویکردهای روانی اجتماعی که در زمینه درمان سوء مصرف مواد ارزشیابی شده‌اند، درمان‌های شناختی- رفتاری، حمایت تجربی بسیار بالایی به دست آورده‌اند.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، اصطلاحی است برای روش‌های درمانی مبتنی بر فنون شکل‌دهی رفتار و همچنین، رویه‌هایی برای تغییر باورهای غیرانطباقی. این رویکرد با استفاده از نظریه‌های شناختی و رفتاری به درمان ناهنجاری اعتیاد می‌پردازد. پژوهش‌های متعددی، اثربخشی درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اعتیاد را تأیید کرده‌اند (کارول و همکاران^۱، ۲۰۰۹ و دباغی^{۱۳۸۵}). اثربخشی این رویکرد از آن روست که درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا افکاری را که برانگیزنده نگرش مثبت به مواد مخدر است، بازشناسد و افکار غیرمنطقی و باورهای غلط را تغییر دهد.

² Ryan & Brown

³ buddhist

⁴ contemplative traditions

⁵ Robinson & Johnson

⁶ Falkenstrom

⁷ subjective wellbeing

⁸ psychological wellbeing

⁹ mental health

¹⁰ Kasser

¹ Carroll & etal

روش پژوهش

روش تحقیق نیمه تجربی است. طرح تحقیق، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش، بیمارانی بودند که برای ترک اعتیاد به یکی از مراکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی مشهد مراجعه کرده بودند. به منظور انتخاب اعضا، ابتدا از طریق چندین فراخوان، از افراد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد برای شرکت در گروه مشاوره دعوت به عمل آمد. سپس پرسشنامه GHQ بر روی افرادی که داوطلب بودند، اجرا شد و کسانی که نمره بالاتر از نقطه برش؛ یعنی ۲۳ و بالاتر گرفته بودند، انتخاب شدند.

در مرحله بعد، تعداد ۴۰ نفر از این مجموعه به صورت تصادفی ساده انتخاب و سپس به صورت تصادفی ساده در دو گروه ۲۰ نفره آزمایشی و گواه جایگزین شدند. بعد از اجرای مداخله روی گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامه سلامت عمومی دو گروه با استفاده از آزمون سلامت عمومی بار دیگر اندازه‌گیری شد. در هیچ مرحله‌ای از پژوهش و در هیچ کدام از گروه‌ها، افت آزمودنی مشاهده نشد.

در این پژوهش، پرسشنامه سلامت عمومی^۱ GHQ استفاده شد. برای سنجش سلامت عمومی از این پرسشنامه ۲۸ سؤالی استفاده شد که شامل چهار خرده آزمون است. خرده آزمون‌ها شامل علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کنش اجتماعی و علائم افسردگی اساسی است. هومن (۱۳۷۶) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ و برای خرده آزمون علائم جسمانی ۰/۸۵، علائم اضطراب و اختلال خواب ۰/۸۷،

زمان چندانی از آغاز به کارگیری این روش در ایران نمی‌گذرد و در سال ۱۳۸۴ اولین پژوهش در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در ایران انجام شده است.

با توجه به اثربخشی و جدید بودن این شیوه درمان و از آنجایی که بخشی از مراجعه‌کنندگان به مراکز خدمات مشاوره‌ای را معتادانی تشکیل می‌دهند که در حال ترک هستند و اغلب از انواع مشکلات روانی و جسمی، از قبیل افسردگی و اضطراب شکایت می‌کنند؛ براین اساس، ما توجه خود را به تبیین‌های روان‌شناختی معطوف کرده، درصدد ارتقای سلامت معتادان خود درمانجو برآمدیم. با توجه به اطلاعات فوق، این مسأله برای پژوهشگر مطرح شد که آیا روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از روش‌های روان‌درمانی می‌تواند در میزان سلامت عمومی معتادان خود درمانجو نیز مؤثر باشد؟

فرضیه‌های تحقیق

- ۱- روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، سلامت عمومی معتادان خود درمانجو را افزایش می‌دهد.
- ۲- روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی معتادان خود درمانجو را کاهش می‌دهد.
- ۳- روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کارکرد اجتماعی معتادان خود درمانجو را افزایش می‌دهد.
- ۴- روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم اضطرابی معتادان خود درمانجو را کاهش می‌دهد.
- ۵- روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، علائم جسمانی معتادان خود درمانجو را کاهش می‌دهد.

^۱ general health questionnaire

مدت و گذرا، شناسایی نشانه‌ها و برانگیزان‌های میل به مصرف.

جلسه پنجم: شناسایی برانگیزان‌های میل، آموزش و تمرین فنون کنترل میل به مصرف.

جلسه ششم: ارزیابی دسترس‌پذیری مواد و گام‌های لازم برای کاهش آن، بررسی راهبردهای قطع ارتباط با عرضه‌کنندگان مواد، یادگیری و تمرین مهارت‌های امتناع از مواد، مرور تفاوت بین پاسخ‌دهی انفعالی، پرخاشگرانه و جرأت‌ورزانه.

جلسه هفتم: بررسی تکالیف، بحث در مورد شیوه‌های ارتباطی اعضا، آموزش مهارت‌های امتناع از مواد، تمرین عملی در گروه.

جلسه هشتم: درک تصمیم‌های به ظاهر نامربوط و ارتباط آن‌ها با موقعیت‌های خطرآفرین، شناسایی نمونه‌هایی از تصمیم‌های به ظاهر نامربوط، تمرین روی تصمیم‌گیری سالم.

جلسه نهم: پیش‌بینی موقعیت‌های خطرآفرین آینده، تدوین یک برنامه مقابله‌ای عمومی.

جلسه دهم: مرور دوباره برنامه و اهداف درمان، ارائه بازخورد در مورد پیشرفت، دریافت بازخورد از بیمار در مورد جنبه‌های موفق و ناموفق درمان.

یافته‌های پژوهش

شاخص‌های توصیفی مربوط به سلامت عمومی و چهار خرده‌مقیاس آن در جدول ۱ آورده شده است.

اختلال در کنش اجتماعی ۰/۷۹ و علائم افسردگی اساسی ۰/۹۸ به دست آورده است. در این پرسشنامه نمره پایین به معنای سلامت و نمره بالا به معنای عدم سلامت است.

در این پژوهش سعی بر آن شد که اطلاعات آزمودنی‌ها کاملاً محرمانه باقی بماند و جمع‌آوری اطلاعات همراه با توافق آگاهانه شرکت‌کنندگان صورت گیرد. این پژوهش هیچ‌گونه ضرر و زیان برای افراد شرکت‌کننده در آزمون نداشته و حتی سودمندی احتمالی نیز داشته است. همچنین، برای رعایت مسائل اخلاقی در پایان مطالعه برای گروه کنترل نیز جلسات گروه درمانی برگزار گردید.

محتوای جلسات گروه درمانی شناختی - رفتاری

جلسه اول: اجرای پیش‌آزمون، بحث و بررسی اهمیت درمان‌های غیردارویی اعتیاد به ویژه گروه درمانی، مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسات، معرفی و آشناسازی اعضا با یکدیگر و رهبر گروه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی.

جلسه دوم: معرفی مدل درمانگری شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، معرفی تحلیل کارکردی، فراهم کردن منطقی برای تکالیف خانگی.

جلسه سوم: روشن‌سازی و اولویت‌بندی اهداف، توجه به دوسوگرایی بیمار در مورد ترک، شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با مواد.

جلسه چهارم: درک تجربه بیمار از میل به مصرف، انتقال ماهیت میل به عنوان یک تجربه طبیعی کوتاه

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سلامت عمومی و سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی در گروه آزمایش، کنترل

متغیر	آزمایش (n=20)		کنترل (n=20)	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
	(sd)M	(sd)M	(sd)M	(sd)M
سلامت عمومی	(۹/۶۷)۳۵/۴۴	(۵/۷۰)۲۳/۰۰	(۹/۸۷)۳۶/۲۷	(۱۱/۷۳)۳۱/۹۲
سلامت جسمانی	(۲/۳۷)۸/۲۲	(۱/۲۳)۵/۱۱	(۲/۶۶)۸/۲۲	(۳/۲۴)۸/۰۰
اضطراب	(۲/۶۸)۱/۰۰	(۱/۱۲)۶/۶۴	(۲/۲۰)۱۰/۰۰	(۲/۱۷)۱۰/۹۵
کارکرد اجتماعی	(۲/۴۸)۷/۶۷	(۱/۲۲)۵/۹۹	(۲/۴۸)۸/۰۰	(۲/۵۷)۷/۴
افسردگی	(۲/۹۷)۹/۲۳	(۱/۷۸)۵/۰۰	(۳/۷۸)۹/۳۵	(۳/۱۸)۹/۱۲

وابسته (سلامت عمومی، سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) معنادار است ($P < 0/01$). به عبارتی، می‌توان گفت که فرضیه‌های پژوهشی مبنی بر این‌که روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی، سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی مؤثر است، تایید می‌شود.

برای پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش، در بررسی تاثیر روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت عمومی معنادار خود درمانجو و چهار خرده مقیاس آن، از روش تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۲ گزارش شده است. بر مبنای نتایج مندرج در جدول ۲، اثر تعاملی عامل زمان آزمون و گروه به‌طور جداگانه بر هر کدام از پنج متغیر

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری مکرر در سلامت عمومی، سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	عامل گروه		عامل زمان آزمون		عامل گروه و زمان آزمون	
	F(۱و۳۸)	Eta	F(۲و۷۶)	Eta	F(۲و۷۶)	Eta
سلامت عمومی	*۴/۷۸	۰/۱۳	*۳۴/۹۳	۰/۳۵	*۲۳/۴۵	۰/۳۷
سلامت جسمانی	*۴/۵۴	۰/۱۱	*۱۸/۷۷	۰/۳۳	*۹/۹	۰/۳۲
اضطراب	*۱۲/۴۳	۰/۲۷	*۵۵/۲	۰/۵۷	*۴۳/۶۷	۰/۶۷
کارکرد اجتماعی	*۶/۶۳	۰/۲۲	*۱۸/۱۹	۰/۲۹	*۱۶/۳۳	۰/۵۴
افسردگی	*۶/۳۲	۰/۱۱	*۳۲/۷۸	۰/۴۶	*۲۶/۴۹	۰/۳۵

* ($P < 0/01$)

جدول ۳. آزمون تعقیبی LSD برای متغیرهای سلامت عمومی، سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی در گروه آزمایش

متغیر	پیش آزمون به پس آزمون		پیش آزمون به پیگیری		پس آزمون به پیگیری	
	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری
سلامت عمومی	*۵/۷	۰/۰۱	*۴/۲	۰/۰۰	-۰/۰۹	۰/۱۴
سلامت جسمانی	*۱/۵۶	۰/۰۱	*۲/۴	۰/۰۱	-/۱۴	۰/۰۸
اضطراب	*۲/۴	۰/۰۰	*۳/۲۶	۰/۰۱	/۰۰۷	۰/۱۲
کارکرد اجتماعی	*۱	۰/۰۱	*۱	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶
افسردگی	*۱/۵	۰/۰۰	*۱/۵۶	۰/۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۹

بحث و نتیجه گیری

نتیجه این پژوهش نشان داد که ذهن آگاهی با سلامت عمومی و بهزیستی روان‌شناختی معنادان خود درمانجو رابطه دارد. همان‌طور که پیش از این گفته شد، محققان در بررسی علل شروع اعتیاد و عود آن پس از درمان، به عوامل مختلفی همچون وضعیت سلامت روانی نامناسب اشاره کرده‌اند. در مجموع، می‌توان گفت که وضعیت سلامت روانی نقش مهمی در سبب‌شناسی و فرایند درمان فرد معتاد بازی می‌کند. وجود اختلال‌های روانی همراه، باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره بیماری می‌شود (گاستفردن^۱، ۲۰۰۹؛ پانی و همکاران^۲، ۱۹۹۷ و بوث و همکاران^۳، ۲۰۰۴)، از این رو، یکی از مسائلی که باید در تبیین این یافته مد نظر قرار گیرد، بهبود سلامت روانی این افراد است، زیرا براساس نظریه خود درمانی کانتزیان، سوء مصرف مواد از سوی افراد معتاد، نوعی خوددرمانی دانسته می‌شود که افراد معتاد برای رفع مشکلاتی، همچون: افسردگی، کمروبی، اضطراب، نداشتن اعتماد

به‌منظور مقایسه میانگین‌های سلامت عمومی معنادان خود درمانجو و چهار خرده مقیاس آن در آزمایش از آزمون تعقیبی LSD در زمان‌های سه‌گانه (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۳ بیان شده است.

بر طبق مندرجات جدول ۳، تفاوت میانگین پیش آزمون و پس آزمون در اندازه‌های هر پنج متغیر وابسته (سلامت عمومی، سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی) معنادار است ($P < ۰/۰۱$) و این معناداری به نفع پس آزمون است. از طرفی، تفاوت میانگین پس آزمون و آزمون پیگیری در هیچ کدام از متغیرهای وابسته معنادار نیست ($P < ۰/۰۵$)، ولی تفاوت میانگین پیش آزمون و آزمون پیگیری در هر پنج متغیر وابسته معنادار است ($P < ۰/۰۱$). این نتایج نشان‌دهنده پایداری اثر مداخله آموزشی در اندازه متغیرهای وابسته سلامت عمومی، سلامت جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی است.

¹ Gastfriend

² Pani & etal

³ Booth & etal

به‌طور مشابه، محققان حیطه ذهن آگاهی مشخص کرده‌اند که یکی از اثرهای سودمند ذهن آگاهی، بالا بردن توان افراد برای خود نظم دهی است (برای مثال، شاپیرو و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۶) و خود نظم‌دهی نیز خود از عوامل مؤثر در حفظ سلامتی معنادان خود درمانجوست. همچنین، شواهد حاکی از آن است که افراد ذهن آگاه در پاسخ به عوامل محیطی تأمل‌گرایانه و حساب شده عمل می‌کنند (کابات‌زین و همکاران^{۱۴}، ۱۹۹۰).

می‌توان گفت آموزش ذهن، آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و آموزش آن باعث نظم بخشی به احساسات روانی و جسمانی می‌شود، به واضح دیدن و پذیرش هیجان‌ها و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (براون و ریان، ۲۰۰۳).

بنابراین، این درمان می‌تواند در افزایش سلامت عمومی معنادان که فاقد چنین نظم بخشی در امور خود هستند، نقش مهمی داشته باشد. این امر از این نظر که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که ذهن آگاهی به مردم در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک می‌نماید و به تنظیم رفتارهای مثبت منجر می‌شود (جانکین^{۱۵}، ۲۰۰۷) قابل توجه است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت که از جمله درمان‌های مؤثر جهت درمان اختلالات مصرف مواد، درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است که با هدف آموزش فرایندهای مؤثر یادگیری، بهبود موانع انگیزشی و طیف وسیع دیگری از مداخلات به افراد وابسته به مصرف مواد، کمک می‌نماید و به

به‌نفس کافی در برخورد با مسائل و مشکلات روزمره، مشکلات جسمی و جنسی به مصرف این مواد رو می‌آورند.

علاوه بر این، بهبود مهارت‌های مقابله و پیشگیری از عود افراد معتاد نیز یکی از مسائلی است که باید در تبیین این یافته مدنظر قرار داد. درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی مهارت‌های مقابله‌ای فرد را بهبود می‌بخشد و این مسأله به فرد کمک می‌کند در مواجهه با چالش‌های زندگی به جای مصرف مواد از این راهبردها استفاده کند (احمد خانیها و همکاران، ۱۳۸۵). تصور می‌شود افراد ذهن آگاه از طریق فرایند مواجهه داوطلبانه^۱ توانایی بالاتری در تحمل گستره‌ای از افکار، هیجان‌ها و تجارب داشته باشند (بیر، ۲۰۰۳؛ براون و همکاران، ۲۰۰۷؛ شاپیرو و همکاران^۲، ۲۰۰۶). این یافته با نتایج پژوهش پرفکت و شوارتز^۳ (۲۰۰۴)، کوریل و همکاران^۴ (۲۰۰۶)، آرتینو^۵ (۲۰۰۸)، هانگیان و همکاران^۶ (۲۰۰۹)، پانائورا و همکاران^۷ (۲۰۰۹)، متکف^۸ (۲۰۰۹)، جکوبسون و ویکو^۹ (۲۰۱۰)، جانس^{۱۱} (۲۰۱۰)، مگنو^{۱۱} (۲۰۱۰)، داکورث و همکاران^{۱۲} (۲۰۱۱)، مبنی بر رابطه مثبت ذهن آگاهی با سلامت روانی، همسو و همخوان است.

¹ voluntary exposure

² Shapiro & etal

³ Perfect & Schwartz

⁴ Korial & etal

⁵ Artino

⁶ Hongyan & etal

⁷ Panaoura & etal

⁸ Metcalfe

⁹ Jacobson & Viko

¹⁰ Jantz

¹¹ Magno

¹² Duckworth & etal

¹³ Shapiro & etal

¹⁴ Kabat-Zinn & etal

¹⁵ Junkin

منابع

احمدخانیها، ح. ر؛ قرائی‌پور، م و پناغی، ل. (۱۳۸۵). «اثربخشی مدیریت وابستگی و درمان‌شناختی - رفتاری در وابستگی به مواد افیونی»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۲ (۱)، ۳-۸.

بروشور کالج سلطنتی روان‌پزشکی. (۲۰۰۷). *بیماری جسمی، سلامت روانی، ترجمه م. ملک‌پور*. (۱۳۸۷). تهران: انتشارات شهرآب.

دباغی، پ. (۱۳۸۵). *اثربخشی شناخت درمانی بر اساس تفکر نظاره‌ای و فعال‌سازی طرحواره‌های معنوی در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی*، پایان نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران.

کاویانی، ح؛ جواهری، ف و بحیرانی، ه. (۱۳۸۴). «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه»، *تازه‌های علوم شناختی*. ۷ (۱)، ۴۹-۵۹.

کردمیرزا نیکوزاده، ع. ا. (۱۳۸۸). *الگویابی زیستی-روانی - معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب‌آوری مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی و روان‌شناسی مثبت‌نگر*، رساله دکتری تخصصی، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. چاپ نشده.

کریمی، غ. ر؛ امیری، م؛ عاملی، ج؛ کچویی، ح؛ قدوسی، ک؛ سعادت، ع. ر؛ تولایی، س. ع و زارعی، ع. ا. (۱۳۸۵). «بررسی وضعیت سلامت روانی جانبازان شیمیایی ناشی از گاز خردل»، *طب نظامی*، ۸ (۱)، ۱-۷.

این ترتیب می‌تواند باعث شود که فرد خود درمانجو توانایی‌های خود را بشناسد، با استرس‌های زندگی مقابله کند، از نظر شغلی و تحصیلی مفید و سازنده باشد و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت کند (کریمی و همکاران، ۱۳۸۵).

از جنبه‌های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه معتادان خود درمانجو، این است که این گروه از افراد یاد می‌گیرند با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله نموده، حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (بولمایجر و همکاران^۱، ۲۰۱۰) و نکته مهم دیگر این که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیای موجود در زندگی این افراد می‌شود که از کنترل بلافاصله آن‌ها خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (کابات زین و همکاران، ۱۹۹۰). بنابراین، آموزش ذهن آگاهی می‌تواند با وجود چنین تکنیک‌های مثبتی، نقش مهمی در بهبود سلامت عمومی معتادان خود درمانجو داشته باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان از عدم همسانی کامل گروه آزمایش و کنترل نام برد. لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی موارد زیر از قبیل: همسان‌تر کردن گروه آزمایش و کنترل از نظر ویژگی‌های مختلف (سن، میزان تحصیلات، مقدار مصرف، دفعات ترک، نوع ترک‌های ناموفق قبلی، تعداد سال‌های مصرف، شیوه مصرف، وضعیت خانوادگی، مقدار دریافت متادون و ...) در نظر گرفته شود. همچنین، نمونه‌های بزرگ‌تر می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به دنبال داشته باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد که پژوهش‌های آینده با شمار بیشتری از آزمودنی‌ها صورت پذیرد.

¹ Bohlmeijer & etal

- intentions. *Educational psychology*, 31 (1), 17-26.
- Falkenstrom, F. (2010). Studying Mindfulness in experienced meditators: A Quasi-Experimental Approach. *Personality and Individual Differences*, 48, 305-310.
- Galanter, M. (2010). Innovations: alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous, *Psychiatric Services*, 57, 307-309.
- Gastfriend, D. R. (2009). *When a substance use disorder is the cause of treatment resistance*. In B.K. Pollak, H. Mark (Eds). *Challenges in clinical practice: pharmacologic and psychosocial strategies*. New York, Guildford press.
- Hongyan, Z., Guixia, N., & Huiqing, T. (2009). The research of metacognitive theory training on english self – efficacy. *International conference on computer technology and development*.
- Jacobson, B. N., & Viko, B. (2010). Effect of instruction in metacognitive self-assessment strategy on chemistry student's self- efficacy and achievement, *Academia Arena*, 2(11): 1-10.
- Janina, G. Gallus, B. & Susa, R. (2010). Intention to change drinking behavior in general practice pathients whit problematic drink and comorbid depression or anxiety. *Alcohol & Alcoholism*. 40 (5), 394-400
- Janson, L. A. & Jackson, H. J (2011). Early maladaptive schemas in personality disorder individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18, 467-478.
- Jantz, C. (2010). Self- regulation and online developmental student success. *MERLOT Journal of Online Learning and Teaching*, 6(4): 852-857.
- Junkin, S.E. (2007). *Yoga and self-esteem: exploring change in middle- age women*. MA Dissertation. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan, pp. 42-46.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O, Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., نقیعی، خ و عطاری، ع. (۱۳۸۱). *تشخیص و درمان / اعتیاد، اصفهان: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان*.
- Artino, Jr. A. R. (2008). *Learning Online: understanding academic success from a self- Regulated learning perspective*, (Unpublished Doctoral Dissertation, Connecticut University).
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 10, 125–143.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68 (6): 539–544.
- Booth, R.E., Corsi, K. F. & Mikulich-Gillbertson S. K. (2004). Factors associated with methadone maintenance treatment retention among street-recruited injection drug users. *Drug Alcohol Dependence*. 74 (2), 85-177.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237.
- Brown, K.W. & Kasser, T. (2010). Are psychological and ecological well-being compatible? the role of values, mindfulness, and lifestyle. *Social Indicators Research*, 74, 349-368.
- Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2009). Behavioral therapies for drug abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1461.
- Duckworth, A. L., Grant, H., Loew, B., Oettingen, G., & Gollwitzer, P.M. (2011). Self-regulation strategies improve self-discipline in adolescents: benefits of mental contrasting and implementation

- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.
- Thombs, D. L. (1999). *Introduction to addictive behaviors*. (2 nd ed). New York: Guilford.
- Lenderking, W.R., Santorelli, S.F. (1990). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7): 936- 943.
- Knouse, L.E. (2008). *AD/HD, metamemory, and self-regulation in context*. (unpublished Doctoral Dissertation, faculty of The Graduate school, Greensboro University).
- Korial, A., Maayan, H., &Nussinson, R. (2006). The intricate relationships between monitoring and control in metacognition: lessons for the cause – and effect relation between, *Journal of Experimental Psychology*, 135, 36-69.
- Magno, C. (2010). Assessing academic self-regulated learning among Filipino college students: The factor structure and item fit. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*, 5: 61-76.
- Metcalf, J. (2009). Metacognitive judgments and control of study. *Current Directions in psychological science*. Vol. 18, Iss.3, pg. 159- 160.
- Panaoura, A., Gagatsis, A., & Demetriou. (2009). *An intervention to the metacognitive performance: self-regulation in mathematics and mathematical modeling*. Acta Didactia universitatis comenianae. Mathematics, Issue 9.63-79.
- Pani ,P. P.,Trosqu,E.,&Contu, P. (1997). Psychiatric severity and treatment response in a methadone maintenance treatment programme. *Drug comprehensive and Alcohol Dependence*, 48, 119-126.
- Perfect, J.T. & Schwartz. B.L. (2004). *Applied metacognition*, Cambridge (17 (4), 15-16). University press.
- Ryan, Richard M. & Brown, Kirk W. (2003). Why we don't need self-esteem: on fundamental need, contingent love, and mindfulness. *Psychological Inquiry*, 14, 27-82.

The Effect of Mindfulness Based Cognitive Therapy on General Health of Volunteer Addicts

S. Kazemian

Assistant Professor of Consultation, University of Allameh Tabataba'I, Tehran, Iran

Abstract:

Mental health has always been an important topic in psychology. The aim of this research was to improve general health of volunteer addicts . The population of this study was self healing addicts. The subjects were volunteers who were referred to one of the centers of Mashhad Welfare Organization for outpatient addiction treatment. Based on their scores on GHQ (score 23 and above) 40 subjects were selected and then were randomly placed into two experimental and control groups (each group: 20 subjects). All the subjects completed the questionnaire again at the end of training for 10 sessions of 90 minutes each (pre-test) and again two months later (follow-up). The results of repeated analysis of variance showed that mindfulness-based cognitive therapy had a significant positive effect on general health, somatization, anxiety, social dysfunction and depression in volunteer self healing addicts ($p < 0.01$) The results of the post hoc test (LSD) showed that the effect of intervention was stable at the follow-up($p < 0.01$). It seems that the use of mindfulness-based cognitive therapy was effective for self healing addicts because it significantly increased general health of addicts.

Keywords: volunteer self-healing addicts, general health, mindfulness cognitive therapy