

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون

سعید تیموری^۱، فرزانه رضانی^۲، نجمه محبوب^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۲/۲۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون انجام شد. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی؛ با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. تعداد ۲۴ نفر از زنان سوء مصرف کننده تحت درمان متادون با توجه به ملاک‌های ورود به روش نمونه‌گیری هدفمند از دو کلینیک ترک اعتیاد شهر مشهد انتخاب شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. پرسشنامه‌های نشخوار فکری و افسردگی بک قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه اجرا شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی، نمرات افسردگی و نشخوار فکری را کاهش داده است. **نتیجه‌گیری:** شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در سوء مصرف کنندگان مواد قرار بگیرد.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی، نشخوار فکری، افسردگی، زنان در حال ترک با متادون

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران، پست الکترونیک: sdteimory28@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۳. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

مقدمه

برخلاف دهه‌های پیشین که مصرف مواد تقریباً فقط به مردان اختصاص داشته است، در حال حاضر اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی زنان نیز است. اعتیاد زنان نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در زن معتاد می‌گردد، بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری، فحشا و بیکاری را نیز در بردارد (اسعدی، ۱۳۷۹). یکی از زمینه‌هایی که مستقیماً تحت تأثیر اعتیاد قرار دارد سلامت روانی فرد معتاد است. در معتادان به مواد مخدر، وجود دست کم یک بیماری روان‌پزشکی شایع است به گونه‌ای که ۸۵ درصد این افراد دچار انواع اختلال‌های شخصیتی و ۶۵ درصد دچار بیماری‌های محور یک هستند (نریمانی و رجبی، ۱۳۹۱). از نشانگان آسیب‌شناسی روانی که در میان معتادان به‌وفور مشاهده می‌شود، افسردگی است. اختلال افسردگی و اضطراب تا حدودی در اعتیاد دخیل‌اند و بر افت عملکرد روانی و جسمانی و کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارند، به گونه‌ای که بسیاری از مبتلایان برای کاهش ارتباط با این وضعیت‌های ناخوشایند به مصرف مواد و الکل گرایش پیدا می‌کنند (ورنینگ و اورسیلو، ۲۰۰۹). از سوی دیگر در سبب‌شناسی اختلالات سوءمصرف مواد محققان نقص در تنظیم هیجان، تحمل ناراحتی پایین، رفتار بدون تفکر و نشخوار فکری را ذکر نموده‌اند (بلوم، ۲، ۲۰۰۵). یکی از متغیرهای مهم در افسردگی نشخوار فکری^۳ است (واتکینز و باراکا، ۴، ۲۰۰۱). نشخوار فکری به‌عنوان افکاری مقاوم و عودکننده پیرامون یک موضوع تعریف می‌شود. این افکار به طریق غیرارادی، وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند (جوermann، ۵، ۲۰۰۶). در حالت‌های افسردگی ضعیف یا شدید فرد به نشخوار فکری درباره موضوعات منفی می‌پردازد. واتکینز و مولدس^۶ (۲۰۰۵) نشخوار فکری را افکار مربوط به احساس غم می‌دانند و از آن تحت عنوان نشخوار فکری غم یاد می‌کنند. معمولاً نشخوار فکری سازوکارهایی را ایجاد می‌کند که به عوامل خطرناک متفاوت برای افسردگی تبدیل می‌شود و در واقع به بیشتر

1. Vernig & Orsillo
5. Joermann

2. Blume
6. Moulds

3. Rumination

4. Wathkinz & Baracaia

شدن فشارها و کم شدن حمایت اجتماعی و خوش بینی و روان رنجوری بیشتر منجر می گردد (نولن - هوکسما و دیویس^۱، ۱۹۹۹). نشخوار فکری زیربنای شناختی بیماران افسرده را دچار ناهنجاری می کند و با ناسازگاری روان شناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد (ونزلف و ونر^۲، ۲۰۰۰). مطالعات صورت گرفته بر اساس مدل های شناختی افسردگی، نقش نشخوار فکری را به عنوان عوامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده اند (لو، هو و هولون^۳، ۲۰۰۸؛ رولف، هبر، پیتز و آرنتز^۴، ۲۰۰۸). هاید، مزولیس و آبرامسون^۵ (۲۰۰۸) از نشخوار فکری به عنوان یکی از مؤلفه های شناختی مهم افسردگی یاد می کنند. دونالدسون، لام و ماتیوس^۶ (۲۰۰۷) نیز اشاره می کنند که افسردگی با یک سوگیری توجهی به سمت اطلاعات منفی در راستای ارزیابی از خود همراه است که این سوگیری منفی در آن دسته از بیمارانی که نشخوار فکری دارند، قوی تر می شود. پاسخ نشخوار فکری به تجربه ملال آور، دوره های خلق افسرده را طولانی تر و شدیدتر می کند. همچنین نشخوار، تفکر افراد را به طور منفی جهت دار کرده و باعث می شود توانایی حل مسئله فرد، پایین بیاید (نولن - هوکسما، ویسکو و لوبومیرسکی^۷، ۲۰۰۸).

تاکنون روش های درمانی متعددی برای درمان افسردگی و نشخوار فکری مبتلایان به اعتیاد مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله می توان به درمان چند سیستمی (استنلی^۸، ۲۰۱۱)، درمان شناختی - رفتاری برای پیشگیری از خودکشی (استنلی، ۲۰۱۱)، درمان فن محور (دونالدسون و همکاران، ۲۰۰۷)، ارتباط حمایتی (هاید و همکاران، ۲۰۰۸)، رفتار درمانی دیالکتیک (هاشمی، علی لو و هاشمی، ۱۳۸۹) و درمان فراشناختی (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹) اشاره نمود. در سال های اخیر الگوهای جدیدی همانند رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۹ شکل گرفته اند و تحول بزرگی در درمان این مشکلات ایجاد شده است (فینوکان و مرسر^{۱۰}، ۲۰۰۶). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

1. Nolen-Hoeksema & Davis
2. Wenzolf and Wehner
3. Lo, Ho & Hollon
4. Roelof, Huiber, Peerters & Arntz
5. Hyde, Mezulis & Abramson
6. Donaldson, Lam & Mathews
7. Wisco, & Lyubomirsky
8. Stanlye
9. Mindfulness Based Cognitive Therapy
10. Finucane & Mercer

برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش‌بینی کننده عود افسردگی است (کرین^۱، ۲۰۰۹ ترجمه خوش لهجه، ۱۳۹۱). این روش درمانی، نوید تازه‌ای در پیشرفت رویکرد شناختی رفتاری در درمان افسردگی است، چراکه آموزش ذهن آگاهی به همراه یادگیری‌های فراشناختی و راهبردهای رفتاری به گسترش افکار جدید، کاهش هیجانات ناخوشایند و کاهش نشخوارهای فکری و پاسخ‌های اضطراب‌آمیز می‌انجامد (کریهد^۲، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی به حالت پردازش کنترل‌شده هشیارانه و تلاش گرایانه اطلاق می‌شود، حالتی که نقطه مقابل بی‌توجهی است (بیشاب، لائو، شاپیرو، کارلسون و کارمودی^۳، ۲۰۰۴). ذهن آگاهی شامل دو مؤلفه اصلی است. اولین مؤلفه کنترل توجه به گونه‌ای که توجه بر تجربه فوری و بی‌درنگ متمرکز شود و در نتیجه امکان بازشناسی رویدادهای ذهنی جاری افزایش یابد و دومین مؤلفه، اتخاذ جهت‌گیری کنجکاوی، گشودگی و پذیرش نسبت به تجربه‌های جاری خود است (بارنوفر، کرین، هارگس، امرسینگ و ویلامز^۴، ۲۰۰۹). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مفهوم ذهن آگاهی را با اصول نظریه شناختی - رفتاری درهم می‌آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را در برمی‌گیرد که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می‌گردند، مثلاً اظهاراتی چون "افکار واقعیت نیستند"، "من افکارم نیستم". شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش عود افسردگی طراحی شده است، بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به‌سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوار فکری خود نیفتند (تیزدل^۵ و همکاران، ۲۰۰۲؛ نقل از امیدی و محمدخانی، ۱۳۸۷). شماری از پژوهش‌ها اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر بهزیستی روانی، اضطراب و افسردگی

1. Crane
2. Carighead
- 3 . Bishop, Lau, Shapiro, Carlson & Carmody
4. Barnhofer, Crain, Hargus, Amarasingh & Williams
- 5 . Teasdale

(گروسمان، تیفتنالر، گیلمر، رایز و کسپر^۱، ۲۰۰۶)، پیشگیری از خودکشی (ویلیامز، دوگان، کرین و فنل^۲، ۲۰۰۶)، تحمل درد، سلامت روان (کینگستون، چادویک، مرون و اسکینر^۳، ۲۰۰۷) کاهش علائم جسمانی و روانی بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئيد (پرادهان، بوم گارتن و لانگربرگ^۴، ۲۰۰۷) و کاهش نشانگان وسواس فکری-عملی (فایر فکس^۵، ۲۰۰۸) کاهش نشخوار فکری و افسردگی (دیمیدجیان^۶ و همکاران، ۲۰۱۴؛ مک کیم^۷، ۲۰۰۸؛ پاول، استنتون، گریسون، اسموسکی و وانگ^۸، ۲۰۱۲)، کاهش وسوسه مصرف مواد (ادوارد^۹، ۲۰۱۰؛ خانا و گریسون^{۱۰}، ۲۰۱۳) نشان داده‌اند.

با در نظر گرفتن مطالب فوق به نظر می‌رسد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی در زنان مبتلا به اعتیاد تاثیرگذار باشد. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش که از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد به روش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه طراحی و اجرا شد. جامعه آماری تحقیق عبارت بود از: زنانی که از تاریخ مهرماه ۹۱ تا مهرماه ۹۲ برای درمان اعتیاد به کلینیک‌های ترک اعتیاد امید فردا و جوانه سبز در مشهد مراجعه نموده بودند. نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با توجه به معیارهای ورود (دریافت تشخیص افسردگی اساسی و عدم دریافت تشخیص اختلال شخصیت بر اساس مصاحبه بالینی تشخیصی ساختاریافته، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم سابقه روان‌پریشی، عدم استفاده از داروی ضد روان‌پریشی، گذشتن یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز آن‌ها) با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. سپس

- Grossman, Tiefertalher-Gilmer, Raysz, & Kesper
- Williams, Duggan, Crane & Fennell
- Kingston, chadwick, Meron and Skinner
- Pradhan, Baumgarten, & Langerberg
- Fairfax
- Dimidjian
- Mckim
- Paul, Stanton., Greeson, Smoski & Wang
- Edward
- Khanna & Greeson

از افراد به صورت شفاهی و کتبی فرم رضایت شرکت در پژوهش گرفته شد و نمونه انتخابی به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب که در ابتدای کار در هر گروه تعداد ۱۵ نفر حضور داشتند. در مدت زمان اجرای مداخله از گروه آزمایش ۳ نفر از پژوهش خارج شدند و در پس آزمون مورد سنجش قرار نگرفتند. همچنین از اعضای گروه گواه ۳ نفر در مرحله پس آزمون در دسترس محقق نبودند و مورد سنجش قرار نگرفتند؛ بنابراین در نهایت اعضای هریک از گروه‌ها به ۱۲ نفر تقلیل یافت و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی این افراد انجام گرفت.

ابزار

۱- پرسش‌نامه افسردگی بک^۱: این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و از آزمودنی خواسته می‌شود شدت نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. آزمون از نوع خودسنجی بوده و برای تکمیل آن بین ۵ تا ۱۰ دقیقه زمان لازم است. برای درک ماده داشتن توانایی خواندن در ۵ تا ۶ کلاس کافی است. دامنه نمره‌ها بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار می‌گیرد. ضریب همسانی درونی این آزمون بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است. ضریب اعتبار حاصل از باز آزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. نتیجه ارزیابی روایی محتوایی، همزمان و تمیزی تحلیل عاملی به‌طور کلی مطلوب گزارش شده است. محتوای ماده‌های پرسش‌نامه بر اساس نظر متخصصان بالینی درباره نشانه‌های افسردگی با ملاحظات مربوط به راهنمای اختلالات روانی نسخه چهارم تهیه شده است. بعلاوه این آزمون با مقیاس‌های مشابهی که افسردگی را می‌سنجند، همبستگی متوسطی را نشان می‌دهد. این مقیاس‌ها عبارت‌اند از: هامیلتون (۰/۷۱)، ناامیدی بک (۰/۶۸) و استرس-اضطراب-افسردگی (۰/۸۸) (مارنات، ۱۳۸۶). اعتبار آزمون از طریق همسانی درونی ۰/۷۸ و از طریق باز آزمایی ۰/۷۳

گزارش شده است (حناسب زاده اصفهانی، یکه یزدان دوست، غرایمی و اصغر نژاد، ۱۳۸۸).

۲- پرسش نامه نشخوار فکری^۱: توسط نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) ساخته شده و چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می دهد. پرسش نامه سبک های پاسخ^۲ از دو مقیاس پاسخ نشخواری^۳ و مقیاس پاسخ های پرت کننده حواس تشکیل شده است. پرسش نامه پاسخ نشخواری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه بندی کنند. بر پایه شواهد تجربی این پرسش نامه دارای اعتبار درونی بالایی است. ضریب آلفای کرانباخ در دامنه از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. اعتبار بازآزمایی نیز ۰/۶۷ گزارش شده است. این پرسش نامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه و روایی یابی شده است. رابطه بین نمرات این پرسش نامه و نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه ای از دانشجویان ایرانی ۰/۶۳ به دست آمد. ضریب آلفا ۰/۸۸ گزارش شد.

۳- مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID): این مصاحبه یک مصاحبه بالینی ساختار یافته است که در دهه ۹۰ توسط اسپیتز و همکاران برای ارزیابی انواع مختلف اختلال ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور یک و دو طراحی شده است. تمام حوزه های این مصاحبه بالینی مطابق با ملاک های اختصاصی DSM برای اختلالات مختلف است. این ابزار به دلیل جامعیت و انطباق با ملاک های DSM، معتبرتر از مقیاس های بالینی بوده و یک ابزار ارزیابی تشخیصی جامع و استاندارد در زمینه های پژوهشی، قانونی و بالینی است. اعتبار این ابزار در دامنه ی ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش شده است و در ایران شریفی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی متوسط تا خوب را برای آن گزارش کردند (به نقل از ایمانی، و همکاران، ۱۳۹۲).

روند اجرا

پس از تدوین برنامه مداخله از کلیه افرادی که به‌عنوان نمونه انتخاب شده بودند دعوت شد. سپس تاریخ و ساعت شروع گروه به اطلاع آن‌ها رسید. قبل از اجرا بسته آموزشی که بر اساس کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تألیف ربکا کرین (۲۰۰۹) نوشته شده بود به تأیید ۲ نفر از اساتید روان‌شناسی رسید و به‌صورت آزمایشی روی یک گروه ۳ نفره اجرا و نواقص آن برطرف شد. روند ارائه مطالب در هر جلسه به این صورت بود که ابتدا مطالب جلسه قبل مرور، سپس مطالب جدید ارائه و تکالیف آموزشی ارائه می‌گردید. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	قبل از شروع گروه آشنایی اولیه درمانگر و همکاران وی با اعضا صورت گرفت و افراد از پژوهشی بودن کار مطلع شدند. در این جلسه به‌صورت مختصر، ۸ جلسه برای اعضا شرح داده شد. در مورد ارتباط بین اعتیاد با عوارض و ناراحتی‌های هیجانی مربوط به آن به‌ویژه افسردگی و نشخوار فکری توضیحاتی داده شد. سپس تمرین خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی صورت گرفت. در این جلسه اهداف و انتظارات اعضا از درمان مشخص شد. آموزش و تمرین مراقبه و آرسی بدن صورت گرفت. تمرین منزل مراقبه، و آرسی بدن و خوردن غذا با ذهن آگاهی ارائه شد.
جلسه دوم	این جلسه با بررسی تکالیف جلسه قبل و موانع اجرای آن و توضیحاتی جهت غلبه بر موانع شروع شد. سپس تمرین مراقبه و آرسی بدن و تنفس همراه با ذهن آگاهی و تفکر در مورد تمرینات انجام گرفت. به‌عنوان تکلیف، مراقبه و آرسی بدن و تنفس سه‌دقیقه‌ای همراه با ذهن آگاهی و معطوف کردن توجه به فعالیت‌های مداوم مختلف روزانه مثل مسواک زدن با توجه و تمرکز ارائه شد.
جلسه سوم	محتوای جلسه سوم حرکات جسمی همراه با ذهن آگاهی بود؛ بنابراین جلسه با تنفس سه‌دقیقه‌ای آغاز سپس مراقبه نشسته صورت گرفت و اعضا از طریق مرور بدن و تنفس به ذهن سرگردان پی بردند. سپس در مورد تجارب خوشایند روزانه بحث شد. جزوات آموزشی ارائه و به‌عنوان تمرین تنفس سه‌دقیقه‌ای همراه با ذهن آگاهی در روزهای اول، سوم و پنجم هفته، مطالعه جزوات و ثبت وقایع خوشایند روزانه ارائه شد.
جلسه چهارم	محتوای این جلسه ماندن در زمان حال بود. جلسه با تمرین ۴۵ دقیقه و آرسی بدن آغاز شد. سپس ۵ دقیقه دیدن یا شنیدن با ذهن آگاهی انجام شد و کشف تجارب ناخوشایند، تعریف افسردگی و خستگی مزمن و شدید ناشی از افسردگی انجام گرفت. سپس تمرین تنفس سه‌دقیقه‌ای برای زمانی که دچار احساسات دشوار می‌شویم صورت گرفت. به‌عنوان تمرین منزل مراقبه نشسته تنفس همراه با ذهن آگاهی و قدم زدن ذهن آگاه ارائه شد.

جلسات	محتوای جلسات
جلسه پنجم	هفته پنجم با پذیرش و اجازه دادن با مراقبه نشسته آغاز شد. سپس تنفس سه دقیقه‌ای انجام شد و پذیرش و کشف افکار و احساسات و ایجاد رابطه متفاوت با تجربه صورت گرفت. تکلیف منزل مراقبه نشسته و تنفس عادی به مدت سه دقیقه بود.
جلسه ششم	هفته ششم با تفکرانی که منشأ واقعی ندارند و با مرور مشکلات مراجعین در طی تمرینات منزل و احساسات و هیجاناتی که در حین انجام تمرینات داشتند انجام شد. تمرین ۴۵ دقیقه‌ای واریسی بدن و مروری بر مبحث افکار غیرواقعی، انجام شد. تنفس آگاهانه و شناسایی فعالیت‌هایی که باعث عود می‌شوند انجام شد. تکلیف منزل تنفس سه دقیقه‌ای، مراقبه نشسته، به آگاهی آوردن تجارب روزانه و کار بر روی جلوگیری از عود شخصی بود.
جلسه هفتم	جلسه هفت با محتوای چگونگی به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم با مراقبه نشسته یا مدیتیشن ۴ بعدی انجام شد. سپس کشف رابطه خلق و فعالیت و تهیه لیستی از فعالیت‌های مطلوب روزانه و فعالیت‌هایی که احساس نامطلوبی به فرد می‌دهد، صورت گرفت. بحث در مورد اینکه چگونه فعالیت‌های مفید افزایش از فعالیت‌هایی که عود مجدد را سبب می‌شوند دوری کنیم، صورت گرفت. جلسه با تمرین تنفس سه دقیقه‌ای به علاوه طرح یک مشکل طی تمرین و کشف تأثیر آن روی ذهن و بدن انجام شد. تکلیف منزل فضای تنفس سه دقیقه‌ای برای رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید بود.
جلسه هشتم	هفته هشتم با ۴۵ دقیقه واریسی بدن و تنفس سه دقیقه‌ای شروع شد. سپس آنچه در کلاس‌ها فرا گرفته شده بود مرور شد. سپس سؤالاتی در مورد کل جلسات مطرح شد از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند.

یافته‌ها

در گروه آزمایش و گواه، ۶۶/۷ درصد متأهل، ۱۶/۷ درصد مجرد، ۸/۳ درصد بیوه و ۸/۳ درصد مطلقه بودند. در گروه آزمایش ۸۳/۳ درصد اعضا دیپلم و ۸/۳ درصد مدرک فوق دیپلم و ۸/۳ درصد مدرک لیسانس داشتند. در گروه گواه همه اعضا دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان گروه آزمایش ۳۰/۹۲ سال و گروه گواه ۳۳/۲ سال بود. همچنین میانگین مدت زمان اعتیاد شرکت کنندگان گروه آزمایش ۸/۲۸ سال و گروه گواه ۸/۶۶ سال بود.

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه با توجه به نوع آزمون و گروه‌ها

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۱۲	۲۱/۴۳	۳/۱۴	۱۶/۵۴	۳/۲۲
	گواه		۱۹/۸۷	۳/۴۶	۱۹/۰۳	۳/۶۶
نشخوار فکری	آزمایش	۱۲	۷۹/۱۳	۶/۵۴	۷۴/۱۲	۷/۱۵
	گواه		۷۸/۱۱	۵/۹۸	۷۷/۸۷	۷/۱۱

برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی آزمودنی‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره، مفروضه همگنی واریانس‌های متغیرها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این پیش فرض هم در متغیر افسردگی ($F=1/396, P> 0/05$) و هم نشخوار فکری ($F=3/313, P> 0/05$) داشت. به منظور بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج به دست آمده حاکی از برقرار بودن این شرط داشت ($P> 0/05$). نتایج آزمون چند متغیری نشان داد تفاوت دو گروه در ترکیب خطی متغیرها، معنادار است ($F=0/78P, P< 0/01, F=2/93, P< 0/05, F=0/452$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کوواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	درجه آزادی	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان
افسردگی	۱	۷/۹۶۷	۰/۰۰۹	۰/۲۳۵	۰/۷۷۶
نشخوار فکری	۱	۸/۰۷۴	۰/۰۰۹	۰/۲۳۷	۰/۷۸۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته باعث کاهش نمرات در افسردگی و نشخوار فکری شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون انجام شد.

نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی باعث کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون می‌گردد. این یافته با نتایج تحقیقات، کینگستون و همکاران (۲۰۰۷)، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۶)، فایرفکس (۲۰۰۸)، گروسمان و همکاران (۲۰۰۶)، پرادهان و همکاران (۲۰۰۷)، مک کیم (۲۰۰۸)، پاول و همکاران (۲۰۱۲)، دیمیدجیان و همکاران (۲۰۱۴)، ادوارد (۲۰۱۰)، خانا و گریسون (۲۰۱۳) همخوانی دارد. پژوهش‌های ذکر شده به تأثیرات مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، افکار خودآیند زمینه‌ساز افسردگی، کاهش علائم افسردگی و وسوسه مصرف مواد اشاره کرده‌اند. کاهش نشانه‌های افسردگی همراه با افزایش سطح ذهن آگاهی، فرض وجود رابطه بین ذهن آگاهی و افسردگی را مطرح می‌کند و مؤید آن دسته از مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی است که معتقدند بین ذهن آگاهی و افسردگی یک رابطه معکوس وجود دارد. در این زمینه نتایج مطالعه بارنوفر و همکاران (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که ذهن آگاهی با افسردگی و اضطراب کمتر و بهزیستی بیشتر ارتباط دارد. آگاهی هشیارانه (به‌عنوان یکی از جنبه‌های ذهن آگاهی) در شدت افسردگی نقش دارد. آگاهی هشیارانه‌ی خود گزارش‌شده‌ی بیشتر با شدت کمتر نشانه‌های خود گزارش‌شده افسردگی ارتباط دارد (کرین، ۱۳۹۱). در پژوهش جیمز^۱ (۲۰۰۵)، نیز ذهن آگاهی رابطه مستقیم و معکوس با نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی، نشان می‌دهد (نقل از فایرفکس، ۲۰۰۸). یافته‌های پژوهشی که نشان می‌دهند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی می‌گردد، نیز از فرض وجود چنین رابطه‌ای حمایت می‌کنند. در تبیین این نتایج می‌توان چنین استدلال کرد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی-رفتاری را که مبتنی بر اصل «تغییر» می‌باشند، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل «پذیرش» می‌باشند درآمیخته است و بر این اساس روش‌های مداخله‌ای اثربخشی را مطرح می‌کند که در شیوه درمان گروهی نیز قابل استفاده است. اولین و یکی از مهم‌ترین عوامل تغییر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ذهن آگاهی بنیادین است.

ذهن آگاهی بنیادین که زیربنای آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجان‌اتش را به طور چشم گیری بالا می برد و به فرد اجازه می دهد طیف وسیعی از افکار و هیجان‌ات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند. همچنین ذهن آگاهی بنیادین با قابلیت بالایی که در کاهش اضطراب و استرس و افزایش تمرکز دارد، باعث می گردد فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی به نشخوار فکری تبدیل می شوند، ثبات هیجانی اش را حفظ کند و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی باعث می شود که افکار خود آیند، اشتغال فکری بیش از حدی که قبلاً برای فرد به وجود می آوردند را ایجاد نکنند و تبدیل به نشخوار فکری نشوند (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰)

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با ارائه متغیرهایی از قبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به واسطه فنون ذهن آگاهی، کاهش هیجان‌ات منفی مربوط به تجربه افکار و هیجان‌ات ناخوشایند، افزایش تحمل پریشانی و آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی و افزایش آگاهی افراد به اینجا و اکنون، به مراجع کمک می کند فراتر از الگوهای نشخوار فکری خود گام بردارد. همچنین به مراجع کمک می کند که شناخت بیشتری بر نیروهای مرتبط با عود بیماری در فرایندهای ذهنی و جسمی خود کسب کند، نظام شناختی و پردازشی خود را تغییر دهد، مشکل بودن کنترل افکار و هیجان‌اتش او را آشفته نسازد، به علائم و نشانه‌های پیش آیند افکار ناخوشایندش آگاهی یابد، توانایی تحملش را افزایش داده و بتواند خود را برای مقابله با آن‌ها آماده سازد. این موضوع باعث می گردد فرد بتواند از تأثیر افکار منفی بر خلقتش بکاهد و با وجود حضور افکار خود آیند منفی، احساس افسردگی را تجربه نکند. از سوی دیگر در کنار ذهن آگاهی، فرد چارچوب نگرشی همراه با رفتار مهربانی، کنجکاوی و رضایت از بودن در زمان حال را در خود ایجاد می کند. در نهایت با درک درست از بشر درمی یابد که اگرچه رنج قسمتی از تجربه ماست اما راه‌هایی وجود دارد که ما می توانیم الگوهای عادت شده جدیدی را جهت ایجاد افزایش و تعمق در آن یاد بگیریم (کرین، ۱۳۹۱).

در مجموع نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون می‌گردد. نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جهت بهبود سلامت روانی زنان در حال ترک با متادون حمایت می‌کند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان تعمیم نتایج به مردان مبتلا به اعتیاد است. محدودیت دسترسی به نمونه وسیع‌تر باعث شد که پژوهشگر نتواند اثربخشی این روش آموزشی را با مداخله‌ای دیگر مورد مقایسه قرار دهد. از محدودیت‌های دیگر طرح حاضر، عدم سنجش بلندمدت به عنوان پیگیری می‌باشد که نتیجه‌گیری در مورد پایداری نتایج درمانی را محدود می‌سازد. به محققان پیشنهاد می‌شود این روش درمانی را با سایر روش‌های شناختی رفتاری مقایسه نمایند و همچنین اثربخشی این روش را بر وسوسه مواد و کاهش عود مصرف مواد نیز مورد مطالعه قرار دهند.

منابع

- اسعدی، سیدحسین (۱۳۷۹). *جامعه سبز (به سوی جامعه عاری از مواد مخدر)*. تهران: پایا.
- امیدی، عبدالله؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۸۷). آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی: مرور مفهومی و تجربی. *سلامت روان*، ۱(۱)، ۳۸-۲۹.
- ایمانی، سعید؛ حبیبی، مجتبی؛ پاشایی، سودابه؛ ظهیری سروری، معصومه؛ میرزایی، جعفر و زارع، مریم (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر ارتقا کیفیت زندگی سو مصرف کنندگان مواد مخدر (تریاک): بهبود جسمانی و روان شناختی. *روان شناسی بالینی*، ۲(۶۳)، ۸۱-۶۳.
- باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، محمود (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روان شناسی*، ۱(۱۱)، ۳۸-۲۱.
- حناسب زاده اصفهانی، مریم؛ یکه یزدان دوست، رخساره؛ غرابی، بنفشه و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی کارایی راهنمای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) برای بیماران افسرده با افکار خودکشی: گزارش موردی. *روان شناسی بالینی*، ۱(۱)، ۴۵-۳۵.
- دلاور، علی (۱۳۹۱). *مبانی عملی و نظری پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، تهران: رشد.
- کرین، ربکا (۱۳۹۱). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (روش‌ها). ترجمه انیسه خوش لهجه. تهران: بعثت. (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹)
- مارنات، گری - گراث (۱۳۸۶). *راهنمای سنجش روانی*. جلد اول. ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: سخن. (سال انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳)

نریمانی، محمد و رجیبی، سوران (۱۳۹۱). تأثیر بیوفیدبک بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و عقاید و سوسه‌انگیز افراد با اختلال سوء مصرف مواد. *اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۱)، ۷-۱۸

هاشمی، زهره؛ علی لو، مجید و هاشمی، تورج (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی. *روان‌شناسی بالینی*، ۲(۳)، ۱۴۰-۱۳۳.

- Barnhofer, T. Crain, C. Hargus, E. Amarasingh, M. Williams, M. (2009). Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, 82, 11-28.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S. L., Carlson L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems*. New York: John Wiley
- Carighead, W. E. (2003) *Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy*. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of psychology* vol. 8, Clinical Psychology. NJ: Jone Wiley, & Sons.
- Crane R. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy*. 1st Ed. New York: Rout ledge press; 35.
- Dimidjian, S. Beck, A. Felder, J.N. Boggs, J.M. Gallop, R & Segal, Z. (2014). Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. *Behavior Research and Therapy*, 63, 83-89
- Donaldson, C. Lam, D. & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2664-2678.
- Edward, B. (2010). *The effect of mindfulness training on drug craving is moderated by level of negative affect*. Unpublished Doctoral dissertation. Maywood University, 3452813.
- Fair fax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. *The Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15 (1), (53).
- Finucane, A. & Mercer, S. (2006). An exploratory mixed method study of the acceptability and effectiveness of MBCT for patient with active depression and anxiety. *BMC psychiatry*, 6, 50- 61.
- Grossman, P. Tiefenthaler-Gilmer, U. Raysz, A. & Kesper, U. (2007). Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Post intervention and 3-Year Follow-Up Benefits in Well-Being. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 76, 226-233.
- Hyde, J. S. Mezulis, A. H. & Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Journal of Psychology Review*, 115, 291-313.
- Joormann, J. (2006). Differential effect of rumination and dysphonia on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive and Research Therapy*, 30, 149- 160.
- Khanna, S. Greeson, JM. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(3), 244-252
- Kingston, J. Chadwick, P. Meron, D. & Skinner, T. C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research* 62, 297- 300.

- Lo, C. S. L. Ho, S. M. Y. & Hollon, S.D. (2008). The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis *Behavior Research and Therapy*, 46, 487-495.
- Mckim, R. D. (2008). *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*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 68(11-B), 7673.
- Nolen-Hoeksema, S. & Davis, C. G. (1999). Ruminators and their social support networks. *Journal of Psychology*, 77, 801-814.
- Nolen-Hoeksema, S. Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Paul, N. A., Stanton S.J., Greeson J.M., Smoski M.J & Wang L. (2012). Psychological and Neural Mechanisms of Trait Mindfulness in Reducing Depression Vulnerability. Social Cognitive and Affective. *Neuroscience*, 8, 56-64.
- Pradhan, E. Baumgarten, M. & Langenberg, P. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 15; 57(7), 24-42.
- Roelofs, J. Huibers, M. Peeters, F. & Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Journal of Personality Individual differences*; 44: 574-584.
- Stanley, B. (2011). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 47 250-255.
- Teasdale, J. D. Segal, Z. Williams, J. M. G. Ridgeway, V. A. Soulsby, J. M. Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Vernig, P. M. & Orsillo, S.M. (2009). Psychophysiological and self-reported emotional responding in alcohol-dependent college students: The impact of brief acceptance / mindfulness instruction. *Cognitive Behavior Therapy*, 38 (3), 174-83.
- Watkins, E. D. & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Difference*, 30, 723-734.
- Watkins, E. Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self – focus: impact of Abstract Versus content ruminative problem solving in depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 615-623.
- Wenzolf, R. M. & Wehner, D.M. (2000). Thought suppression. *Journal of Annual review of psychology*; 55, 882-892.
- Williams, J. M. G. Duggan, D. S. Crane, C. & Fennell, M. J. V. (2006). Mindfulness-based Cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 6 (2), 201-210.