

اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن - آگاهی بر بهبود انگیزش درمان افراد وابسته به مواد

سجاد بشرپور^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۱۷

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش حاضر آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. افراد دارای وابستگی به مواد که در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به مراکز ترک اعتیاد شهر اردبیل مراجعه کردند، جامعه آماری را تشکیل دادند. تعداد ۶۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شده و در این پژوهش شرکت کردند. در مرحله بعد اعضای نمونه در سه گروه مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری (n=۲۰)، گروه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی (n=۲۰) و گروه کنترل (n=۲۰) به تصادف جایگزین شدند. سپس مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق درمان به عنوان پیش‌آزمون در هر سه گروه اجرا شد. در مرحله بعد، مداخلات درمانی روی گروه‌های آزمایشی اجرا و در نهایت هر سه گروه به مقیاس فوق به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون سه گروه در متغیرهای بازشناسی و گام‌بردی تفاوت وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که در افزایش بازشناسی دو روش درمان به یک اندازه مؤثر بوده‌اند ولی در گام‌برداری درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثرتر بوده است. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه لزوم بکارگیری روش‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان روش‌های مکمل درمان دارویی در افراد تحت درمان وابستگی به مواد پیشنهاد می‌کند.

کلید واژه‌ها: مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری، پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، انگیزش درمان

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران،

پست الکترونیک: basharpoor_sajjad@uma.ac.ir

مقدمه

ویژگی اصلی اختلالات مصرف مواد، مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان می‌دهند فرد با وجود مشکلات قابل ملاحظه مرتبط با مواد، مصرف مواد را ادامه می‌دهند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). علی‌رغم پیامدهای منفی آشکار، مصرف مواد و اعتیاد به آن هنوز هم یک مشکل مهم سلامت عمومی است؛ به طوریکه فقط در ایالت متحده آمریکا بطور تخمینی ۲۲/۶ میلیون مصرف کننده مواد محرک وجود دارد (سامهسا^۱، ۲۰۱۱). طبق گزارش جهانی دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (۲۰۱۵)، شیوع مصرف مواد همچنان در سرتاسر جهان ثابت است. تخمین زده می‌شود که تعداد ۲۴۶ میلیون نفر - کمی بیش از ۵ درصد از افراد ۱۵ تا ۶۴ سال در سرتاسر جهان در سال ۲۰۱۳ یک ماده مخدر مصرف کرده باشند.

ویژگی مهم اختلالات مصرف مواد، تغییر اساسی در مدارهای مغزی است که امکان دارد بعد از مسمومیت‌زدایی ادامه یابد، مخصوصاً در افرادی که به اختلالات شدید مبتلا هستند. تأثیرات رفتاری این تغییرات مغزی ممکن است در برگشت‌های مکرر و اشتیاق شدید به دارو در مواقعی که افراد با محرک‌های مرتبط با دارو مواجه می‌شوند، آشکار شوند. این تأثیرات مداوم دارو ممکن است در اثر روش‌های درمانی بلندمدت بهبود یابند. برای اعتیاد به نیکوتین، الکل و مواد افیونی درمان‌های پزشکی وجود دارد (پوتنزا، سوفوگلو، کارول و رونساویلی^۲، ۲۰۱۱). ولی برای برخی مواد دیگر از جمله کوکائین (سوفوگلو و کوستین^۳، ۲۰۰۶)، متآفتامین (هیل^۴ و سوفوگلو، ۲۰۰۷) و کانابیس (سوفوگلو، ۲۰۱۰) درمان ثابت شده پزشکی نیز وجود ندارد. از آنجا که پیامدهای درمان پزشکی برای اعتیاد چندان رضایت بخش نیست درمان‌های رفتاری مؤثری نیز به وجود آمده‌اند (کارول و آنکین^۵، ۲۰۰۵؛ دوترا، استاسوپاولو، باسدن، لی‌رو، پاورز و اتو^۶، ۲۰۰۸) که در میان آن‌ها درمان‌های دارای قویترین سطح حمایت تجربی نظیر مدیریت وابستگی^۷ (که در آن پرهیز^۸

1. SAMHSA
2. Potenza, Sofuoglu, Carroll, & Rounsaville
3. Kosten
4. Hill
5. Carroll & Onken

6. Dutra, Stathopoulou, Basden, Leyro, Powers, & Otto
7. contingency management
8. abstinence

یا سایر پیامدهای انتخاب شده با مشوق‌هایی تقویت می‌شوند) (پتری^۱، ۲۰۰۶)، مصاحبه انگیزشی^۲ (که در آن برای ارتقای انگیزش و تحت کنترل در آوردن ظرفیت فرد برای تغییر از یک سبک مصاحبه خاص و غیر داورانه^۳ استفاده می‌شود) (میلر^۴، ۱۹۸۵) و درمان شناختی رفتاری (که در آن برای کاهش مصرف مواد راهبردها و مهارت‌های خاصی آموزش داده می‌شود) (کارول و همکاران، ۱۹۹۴؛ مارلات و جورج^۵، ۱۹۸۴)، می‌باشند. بر خلاف اختصاصی بودن اثرات اکثر درمان‌های پزشکی سوء مصرف مواد (برای مثال متادون یا بوپرونورفین برای وابستگی به مواد افیونی مؤثر بوده ولی اثر کمی بر درمان مصرف کوکائین دارد)، درمان‌های رفتاری دارای اعتبار تجربی بر طیف وسیعی از اختلالات مصرف مواد اثربخش می‌باشند. برای مثال درمان شناختی، مدیریت وابستگی و مصاحبه انگیزشی بر اختلالات مصرف الکل، کانابیس و کوکائین مؤثر تشخیص داده شده‌اند (لوسیئر، هیل، مونگیون، بادجر و هیگینز^۶، ۲۰۰۶؛ دوترا و همکاران، ۲۰۰۸).

از مهمترین مؤلفه‌های درمان شناختی رفتاری آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری است. مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری، مهارت‌هایی هستند که برای افزایش توانایی‌های روانی اجتماعی افراد آموزش داده می‌شوند و فرد را قادر می‌سازند تا به طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی رو به رو شود. هدف از آموزش این مهارت‌ها افزایش توانمندی‌های روانی اجتماعی و در نهایت پیش‌گیری از رفتارهای آسیب‌زننده به بهداشت و ارتقای سطح سلامت روانی افراد است. این توانایی‌ها فرد را قادر می‌سازد تا در رابطه با سایر انسان‌ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و موجب ارتقای رشد شخصی و اجتماعی و پیش‌گیری از مشکلات روانی اجتماعی گردد (نیک‌پرور، ۱۳۸۲).

کوبر، کروس، میخائیل، هارت و اوشنر^۷ (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای با هدف تنظیم و لغ مصرف با استفاده از راهبردهای شناختی در افراد سیگاری به این نتیجه رسیدند که تمرکز بر

1. Petry
2. motivational interviewing
3. nonjudgmental
4. Miller
5. Marlatt & George

6. Lussier, Heil, Mongeon, Badger, Higgins
7. Kober, Kross, Mischel, Hart & Ochsner

پیامدهای بلندمدت سیگار کشیدن، ولع مصرف را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد. چیناوه^۱ (۲۰۱۲) با بررسی اثربخشی آموزش مهارت مقابله‌ای حل مسئله دریافت که آموزش حل مسئله منجر به بهبود سازگاری اجتماعی در نوجوانان می‌گردد. روس کالافل^۲ (۲۰۱۳) با آموزش مهارت‌های اجتماعی شناختی رفتاری بر گروهی از بیماران سرپایی اسکیزوفرنی نشان دادند که گروه آزمایش بهبودی‌های معنی‌داری در علائم آسیب‌شناسی روانی، آشفستگی اجتماعی، شناخت اجتماعی، کناره‌گیری اجتماعی، ارتباط میان فردی و کیفیت زندگی در مقایسه با گروه کنترل داشتند. هانت و میگنوگنا، آندرهیل و کولی^۳ (۲۰۱۳) نیز به این نتیجه رسیدند که فراوانی و کیفیت استفاده از مهارت‌های شناختی رفتاری بر پیامدهای درمانی افسردگی نقش واسطه‌ای دارد و باعث اثربخشی بیشتر درمان افسردگی می‌گردد. کراتنماچر^۴ و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با سلامت روانی در نوجوانان دارای والدین مبتلا به سرطان به این نتیجه رسیدند که بین میزان استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و سلامت روانی این کودکان ارتباط مثبت وجود دارد. مک‌گیلو کودی، ریچتاریک، پاپاندوناتوس^۵ (۲۰۱۵) با مقایسه تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، برنامه تسهیل ۱۲ گامی و کنترل درمان تأخیری^۶ برای والدین دارای نوجوانان مبتلا به سوء مصرف مواد نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت بیشتری در مقایسه با دو روش دیگر ایجاد می‌کند. در پژوهش مظاهری، باغبان و فاتحی‌زاده (۱۳۸۵) نیز آموزش گروهی درمان رفتاری شناختی بر عزت نفس دانشجویان تأثیر معنی‌داری گذاشته بود.

یافته‌های عصب زیست‌شناختی از این فرض حمایت می‌کنند که مراقبه ذهن آگاهی می‌تواند اجبار برای مصرف و تکانشوری را کاهش دهد (مارلات، ۲۰۰۲). همانطوری که گراوس و فارمر^۷ (۱۹۹۴) مطرح کردند در زمینه اعتیادها، ذهن آگاهی به معنی آگاه شدن از عوامل برانگیزاننده و محرک ولع مصرف... و انتخاب انجام کار دیگری است که

1. Chinaveh
2. Rus-Calafell
3. Hundt & Mignogna, Underhill & Cully
4. Krattenmacher

5. McGillicuddy, Rychtarik & Papandonatos
6. delayed treatment control
7. Groves and Farmer

می‌تواند ولع مصرف را بهبود بخشد یا از آن پیشگیری نماید. بر اساس این مفهوم‌سازی، پاسخ‌های ولع مصرف که در اعتیاد خیلی متداول هستند، مراقبه ذهن آگاه ممکن است با فراهم ساختن آگاهی فراگیر و پذیرش پاسخ مقدماتی ولع بدون قضاوت، تحلیل یا واکنش دهی، این سیستم را مختل کند. بر اساس این مفهوم‌سازی، پژوهش‌های دو دهه اخیر مربوط به پیشگیری از عود به عنوان درمانی برای وابستگی به مواد با تکنیک‌های مبتنی بر ذهن آگاهی تلفیق شده‌اند و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ را به وجود آورده‌اند. هدف این برنامه پیشگیری ایجاد آگاهی و پذیرش افکار، احساسات درونی و بیرونی از طریق تمرین‌های ذهن آگاهی و به کار گرفتن مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر در رویارویی با موقعیت‌های پرخطر است. آموزش درباره ولع مصرف و دستورالعمل کاربست مهارت‌های ذهن آگاهی برای تجربه ولع مصرف یک ابزار اساسی در ارتقای آگاهی و پذیرش واکنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی ترک مواد است. باون و همکاران (۲۰۰۹) دریافتند افرادی که برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت می‌کنند به دنبال درمان، سطح ولع مصرف کمتری گزارش می‌کنند. نتایج مطالعه ویتکیویتز، باون، دوگلاس و هیو (۲۰۱۳) نشان داد که کاهش ولع مصرف به دنبال درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی تغییر است که در پذیرش، آگاهی و نگرش غیرداورانه ایجاد می‌شود. نتایج هیو، کولینز و مارلات^۲ (۲۰۱۳) نیز نشان داد که شرکت‌کنندگان معتاد دارای تحمل آشفتگی پایین که برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند، نسبت به شرکت‌کنندگان دارای تحمل آشفتگی پایین که درمان معمولی مصرف مواد را دریافت کردند، کاهش معنی‌داری در پیامدهای منفی مربوط به مصرف مواد طی دوره پیگیری ۴ ماهه نشان دادند. گراو، کولینز، هاروپ و مارلات^۳ (۲۰۱۵) با بررسی تأثیر پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی نشان دادند در شرکت‌کنندگانی که این درمان را دریافت کرده بودند، مدت زمانی که برای تمرین‌های

1. Mindfulness based relapse prevention
2. Hsu, Collins & Marlatt

3. Grow, Collins, Harrop & Marlatt

ذهن آگاهی صرف می‌کردند بعد از دوره درمانی افزایش یافته و این افزایش با مصرف پایین الکل و هر داروی دیگر و کاهش ولع مصرف در پیگیری‌های ۲ و ۴ ماهه همراه بود. شواهد موجود نشان می‌دهند که عود اعتیاد در افراد وابسته به مواد بالا است و این افراد انگیزش پایینی برای شروع و حفظ درمان دارند. و درصد بالایی از افراد معتادی که دوره درمانی را کامل می‌کنند، به مصرف مواد باز می‌گردند. این امر لزوم بکارگیری درمان‌های پس از مراقبتی را آشکار می‌سازد. با توجه به اهمیت اعتباریابی مداخلات درمانی اثربخش بر انگیزش درمان اعتیاد پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد اثربخش باشند؟

روش

جامعه، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

تمامی افراد دارای وابستگی به مواد که در نیمه اول سال ۱۳۹۴ به مراکز سرپایی ترک اعتیاد شهر اردبیل مراجعه کردند، جامعه آماری پژوهش حاضر را تشکیل دادند. تعداد ۶۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی از بین جامعه آماری فوق انتخاب شده و در پژوهش شرکت کردند. روش پژوهش حاضر نیز آزمایشی و طرح آن پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. برای جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا لیست تمامی مراکز ترک اعتیاد سرپایی شهر اردبیل که ۱۵ مرکز را شامل می‌شد، تهیه و سپس یک مرکز از بین آن‌ها به طور تصادفی انتخاب و پس از مراجعه به مرکز (مرکز ترک اعتیاد بامداد) تمامی پرونده‌های مراجعین آن مراکز در دسترس قرار گرفت. سپس از بین آن‌ها تعداد ۶۰ پرونده به روش تصادفی ساده انتخاب و طی تماس تلفنی از آن‌ها برای مشارکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در مرحله بعد اعضای نمونه در سه گروه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری ($n=20$)، گروه پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی ($n=20$) و گروه کنترل ($n=20$) به تصادف جایگزین شدند. سپس مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق درمان روی هر سه گروه به عنوان پیش‌آزمون اجرا و

در مرحله بعد مداخلات درمانی روی گروه‌های آزمایشی اجرا شد و در نهایت هر سه گروه به آزمون‌های ذکر شده به عنوان پس آزمون پاسخ دادند.

ابزار

مقیاس مراحل آمادگی برای تغییر و اشتیاق درمان^۱: این مقیاس یک ابزار تجربی است که توسط میلر و تونیکان^۲ در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی آمادگی برای تغییر در سوء مصرف کنندگان مواد طراحی شد. این ابزار ۱۹ گویه دارد و انگیزش درمان را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) در سه خرده‌مقیاس بازشناسی^۳، دوسوگرایی^۴ و گام برداری^۵ اندازه می‌گیرد. این مقیاس بر اساس مطالعات تحلیل عاملی نسخه‌های بلند آن تدوین شد و نمرات شرکت کنندگان در سه مؤلفه بازشناسی ($r=0/96$)، گام برداری ($r=0/94$) و دوسوگرایی ($r=0/88$) در این آزمون همبستگی بالایی با نمرات نسخه ۳۹ سؤالی این مقیاس نشان داده است. ضرایب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس بازشناسی در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۵، دوسوگرایی در دامنه ۰/۶۰ تا ۰/۸۸ و گام برداری در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ گزارش شده است (میلر و تونیکان، ۱۹۹۶). سه مرحله تغییر این مقیاس با نارسایی در خودکنترلی ارتباط منفی (در دامنه ۰/۴۱ الی ۰/۴۵) و ولی با دلسوزی به خود ارتباط مثبت داشته است (در دامنه ۰/۲۹ الی ۰/۴۱) (بشرپور، عطادخت، خسروی نیا و نریمانی، ۱۳۹۳). ضرایب آلفای کرونباخ این سه مرحله تغییر بر روی نمونه مطالعه حاضر نیز به ترتیب ۰/۷۶ برای بازشناسی، ۰/۷۱ برای دوسوگرایی و ۰/۸۵ برای گام برداری بدست آمد.

روند اجرا

بعد از انتخاب دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به تصادف، یکی از گروه‌های آزمایش تحت برنامه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری قرار گرفتند. اصل آموزش توسط ارگونر، تکینالپ، آکوک^۶ (۲۰۰۴) با هدف ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای

1. The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale
2. Miller & Tonigan
3. recognition

4. ambivalence
5. footstep
6. Erguner-Tekinalp & Akkok

شناختی رفتاری طراحی شده که بعد از متناسب سازی با گروه نمونه طی ۸ جلسه آموزش ارائه شد. اجرای این برنامه آموزشی در طی ۴ هفته و در هر هفته ۲ جلسه یک ساعته به شرح زیر انجام گرفت.

جلسه اول: آشنایی و برقراری ارتباط، اجرای پیش‌آزمون، بیان توضیحاتی درباره هدف آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری؛ جلسه دوم: آموزش مهارت خودآگاهی؛ جلسه سوم: آموزش مهارت همدلی و چگونگی کاربرد آن در زندگی روزمره؛ جلسه چهارم: آموزش مهارت برقراری ارتباط مؤثر؛ جلسه پنجم: آموزش مهارت برقراری ارتباط بین‌فردی، جلسه ششم: آموزش مهارت‌های افزایش عزت نفس؛ جلسه هفتم: آموزش مهارت مدیریت بر هیجانات؛ و جلسه هشتم: آموزش مهارت مدیریت استرس، کمک به افراد برای شناسایی استرس، اثر استرس روی زندگی و فهمیدن اهمیت و کارایی مقابله با استرس، و در نهایت اجرای پس‌آزمون.

همچنین گروه دوم آزمایش تحت برنامه پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفت. برنامه پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک برنامه مداخله‌ای سرپایی، گروهی و دارای دستورالعمل می‌باشد که توسط باون و همکاران (۲۰۱۱) برای مصرف مشکل‌زای مواد ساخته و ارزیابی شده است. این روش تکنیک‌های سنتی پیشگیری از عود شناختی رفتاری را با مراقبه ذهن‌آگاهی تلفیق می‌کند. هدف آن افزایش آگاهی و پذیرش افکار، احساسات درونی و بیرونی از طریق تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی و استفاده از این مهارت‌ها به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در رویارویی با موقعیت‌های پرخطر برای عود می‌باشد.

بر اساس ساختار برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲، برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز ۸ جلسه ۲ ساعته در هر هفته ارائه شد. افراد این گروه درباره پیشگیری از عود با هم بحث کرده و تکنیک‌های

1. Mindfulness Based Stress Reduction (MBRS)
2. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

ذهن آگاهی را تمرین می کردند. بحث های گروهی شامل موضوعاتی نظیر یادآوری تمایل به هدایت خود کار بودن، شناسایی محرک های برانگیزان عود، یادگیری آگاه بودن از لحظه حال، حضو ذهن داشتن در طول افکار و تجربیات خوشایند و ناخوشایند، ترویج یک نگرش پذیرش و کار روی موانع تمرین بود. خلاصه برنامه جلسات درمان عبارت است از جلسه اول: هدایت خود کار و عود؛ جلسه دوم: آگاهی از محرک های برانگیزان و ولع مصرف؛ جلسه سوم: ذهن آگاهی در زندگی روزمره؛ جلسه چهارم: ذهن آگاهی در موقعیت های پرخطر؛ جلسه پنجم: پذیرش و عمل ماهرانه؛ جلسه ششم: مشاهده افکار به عنوان افکار نه واقعیات؛ جلسه هفتم: خود مراقبتی و تعادل در سبک زندگی؛ و جلسه هشتم: حمایت های اجتماعی و تمرین های مستمر (باون، چاولا و کولینز، ۲۰۱۱).

یافته ها

تعداد ۶۰ شرکت کننده در سه گروه ۲۰ نفری در این مطالعه شرکت داشتند که میانگین (انحراف استاندارد) سنی آن ها در گروه آموزش مهارت های مقابله شناختی رفتاری $(\pm 9/25)$ ، $34/65$ ، گروه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی $(\pm 9/32)$ ، $35/90$ ، و گروه کنترل $(\pm 8/84)$ ، $35/30$ سال بود. از لحاظ وضعیت اقتصادی-اجتماعی در گروه آموزش مهارت های مقابله ای شناختی رفتاری ۷ نفر (۳۵ درصد) وضعیت خود را ضعیف، ۶ نفر (۳۰ درصد) متوسط، ۴ نفر (۲۰ درصد) خوب و ۳ نفر نیز عالی گزارش کردند. در گروه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی ۶ نفر (۳۰ درصد)، وضعیت خود را ضعیف، ۴ نفر (۲۰ درصد) متوسط، ۴ نفر (۲۰ درصد) خوب و ۵ نفر (۲۰ درصد) عالی گزارش کردند. در گروه کنترل نیز ۴ نفر (۲۰ درصد) وضعیت خود را ضعیف، ۸ نفر (۴۰ درصد) متوسط، ۳ نفر (۱۵ درصد) خوب و ۳ نفر (۱۵ درصد) نیز عالی گزارش کردند. آماره های توصیفی مولفه های انگیزش درمان به تفکیک گروه ها و نوع آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مولفه‌های انگیزش درمان به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

| عضویت گروهی نوع آزمون | مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری | | پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی | | کنترل |
|--------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|-------|
| | میانگین | انحراف- استاندارد | میانگین | انحراف- استاندارد | |
| بازشناسی | ۲۳/۹۳ | ۶/۵۷ | ۲۷/۱۰ | ۶/۵۵ | ۵/۴۷ |
| پیش- آزمون | ۱۴/۵۵ | ۴/۲۷ | ۱۵/۷۰ | ۳/۹۷ | ۳/۵۴ |
| گام برداری | ۲۷/۷۰ | ۷/۷۴ | ۳۰/۵۲ | ۸/۶۷ | ۴/۸۳ |
| بازشناسی | ۲۹/۲۱ | ۵/۳۱ | ۲۹/۸۶ | ۶/۴۷ | ۷/۷۴ |
| پس- آزمون | ۱۷/۱۴ | ۳/۶۳ | ۱۶/۰۶ | ۴/۹۷ | ۳/۹۱ |
| گام برداری | ۳۳/۶۴ | ۸/۴۰ | ۴۰/۰۶ | ۴/۱۹ | ۹/۷۸ |

برای بررسی تفاوت اثربخشی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از پیش فرض‌های این تحلیل برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($P > 0/05$, $M=39/23$ باکس). نتایج آزمون لون نیز نشان داد که واریانس‌های خطا در سه گروه در متغیرهای بازشناسی، دوسوگرایی و گام برداری تفاوت ندارند ($P > 0/05$). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج حکایت از معناداری تفاوت‌ها داشت ($F=6/220$, $P < 0/001$, $\eta^2=0/37$) اندازه اثر، برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج آنکوآ برای مقایسه تأثیر روش‌های درمانی بر سه مؤلفه انگیزش درمان

| منبع تغییرات | متغیرها | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|----------------|---------|---------------|------------|-----------------|---------|----------|------------|------------|
| بازشناسی | | ۳۹/۲۲ | ۱ | ۳۹/۲۲ | ۰/۸۶ | ۰/۳۵ | - | ۰/۳۲ |
| پیش آزمون | | ۲۴/۹۲ | ۱ | ۲۴/۹۲ | ۱/۳۶ | ۰/۲۵ | - | ۰/۲۲ |
| گام برداری | | ۷۸/۳۸ | ۱ | ۷۸/۳۸ | ۱/۵۰ | ۰/۲۲ | - | ۰/۳۵ |
| بازشناسی | | ۲۸۵/۵۰ | ۲ | ۱۴۲/۷۵ | ۳/۱۴ | ۰/۰۵ | ۰/۱۵ | ۰/۵۷ |
| عضویت گروهی | | ۵۹/۳۸ | ۲ | ۲۹/۶۹ | ۱/۶۳ | ۰/۲۱ | - | ۰/۳۲ |
| گام برداری | | ۲۲۵۶/۳۷ | ۲ | ۱۱۲۸/۱۸ | ۲۱/۶۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۴ | ۱/۰۰ |

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری در مولفه‌های بازشناسی ($P < 0/05$) و گام‌برداری ($P < 0/001$) وجود دارد. برای بررسی تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج حکایت از آن داشت که در هر دو مولفه تفاوت معناداری بین هر دو گروه آزمایش با گروه کنترل وجود دارد. در مولفه‌ی بازشناسی در سطح ۰/۰۵ و در مولفه‌ی گام‌برداری در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین مقایسه گروه‌های آزمایش نشان داد در مولفه‌ی بازشناسی تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش وجود ندارد، لیکن در مولفه‌ی گام‌برداری گروه پیش‌گیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثرتر بوده است ($P < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

عود اعتیاد یکی از موانع اساسی در درمان رفتارهای اعتیادی است تا جایی که به عنوان پیامد هنجاری تلاش‌های فرد برای تغییر رفتار به حساب می‌آید. مطالعات نشان می‌دهند که میزان شیوع دوازده ماهه عود اعتیاد به دنبال قطع مصرف الکل یا تنباکو در دامنه ۸۰ الی ۹۵ درصد می‌باشد (برادون، ویدرین، لیتوین، ۲۰۰۷). شواهد موجود، میزان عود مشابهی را برای سایر اختلالات مصرف مواد پیشنهاد می‌کنند. بنابراین، پیشگیری از عود یا به حداقل رساندن آن، یک پیش‌نیاز برای هر نوع تلاش برای تسهیل تغییرات موفقیت‌آمیز و بلندمدت در رفتارهای اعتیادی است. در این راستا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود انگیزش درمان افراد وابسته به مواد انجام گرفت.

فرضیه اول مطالعه حاضر این بود که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر انگیزش درمان افراد وابسته به مواد تأثیر دارد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون سه گروه در متغیرهای بازشناسی و گام‌برداری وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز نشان داد که در افزایش بازشناسی دو روش درمان به یک اندازه مؤثر بوده‌اند. این نتایج همسو با نتایج کوبر و همکاران (۲۰۱۰) و چیناوه (۲۰۱۲)، هانت و میگنوگنا (۲۰۱۳)، روسکالافل (۲۰۱۳)، کراتماچر و همکاران

(۲۰۱۴)، مک‌گیلوکودی و همکاران (۲۰۱۵) و مظاهری و همکاران (۱۳۸۵) مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و نتایج باون و همکاران (۲۰۰۹)، هیو و همکاران (۲۰۱۳)، ویتکیویتز و همکاران (۲۰۱۳) و گراو و همکاران (۲۰۱۵) مبنی بر اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیامدهای منفی بالینی در درمان وابستگی به مواد می‌باشد. تعاریف انگیزش درمان شامل برخی جنبه‌های آمادگی افراد برای تغییر رفتار است که همه این جنبه‌ها برای فهم انگیزش در شروع و ادامه درمان رفتار سوء مصرف مواد ضروری هستند. یک مبنای وسیع برای ارزیابی آمادگی برای تغییر به وسیله مدل فرانظری ارائه شده است (پروچاسکا و ویسر، ۱۹۹۷). در این مدل، تغییر رفتار به عنوان یک فرایند پویایی در طول زمان توصیف می‌شود و مستلزم این است که افراد ۵ مرحله تغییر را پشت سر بگذارند: پیش از تفکر، تفکر، قصد، اقدام و ابقاء. دو سازه اصلی این مدل، خودکارآمدی و تعادل تصمیمی است. خودکارآمدی به اعتماد فرد در مصرف نکردن ماده در یک موقعیت معین گفته می‌شود و تعادل تصمیمی نیز وزن دادن نسبی جنبه‌های مثبت و منفی رفتار را نشان می‌دهند (جانیس و مان، ۱۹۷۷). در هر دو روش آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، به جای اجتناب از علائم مرضی و دشواری‌های رفتاری بر پذیرش و آموزش راهبره‌هایی مناسب کنار آمدن تأکید می‌شود، این مهارت‌ها می‌توانند به فرد اجازه دهند تا به تفکر درباره مشکلات خود پرداخته و وجود آنها را در خود بازشناسی نمایند. در حالی که واکنش اجتنابی می‌تواند مانع عمده در رسیدن به بازشناسی مشکل باشد. همچنین علت اثربخشی آموزش این دو روش درمانی بر فرایند بازشناسی می‌تواند اثر بخشی آنها بر افزایش خودکارآمدی و تعادل تصمیمی باشد که این دو عامل می‌توانند باعث فرد را به درگیری در مشکل و شناسایی آن ترغیب کنند.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی همچنین نشان داد که در گام برداری هر دو روش آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری اثربخش بودند ولی روش پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثرتر از روش آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری بود. گام برداری

متناظر با مرحله اقدام در مدل فرانظری است. در این مرحله افراد معمولاً مشکل خود را قبول می‌کنند ولی برای حل آن به اقدام عملی می‌پردازند. پروچاسکا و ولسیتر، روسی و گولداشتاین^۱ (۱۹۹۴) بیان می‌کنند که افراد از مراحل پنج‌گانه تغییر رفتار با استفاده از فرایندهای شناختی، عاطفی و رفتاری تغییر عبور می‌کنند. در آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری تأکید عمده روی فرایندهای شناختی و عاطفی چون حل مسئله، تنظیم هیجان است که آموزش آنها می‌تواند در پیش‌روی افراد در مراحل تغییر سودمند باشد؛ در حالیکه در درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی علاوه بر آموزش مهارت‌های شناختی و عاطفی از فرایندهای رفتاری چون تمرین‌های عملی ذهن آگاهی نیز بهره گرفته می‌شود. با کمک این فرایندها فرد می‌تواند اقدام به توقف الگوهای قدیمی رفتار کرده و رفتار جدیدی را شروع کند که مؤلفه اساسی در مرحله اقدام می‌باشد. مطابق مدل‌های مطرح در درمان‌های موج سوم رفتاری شناختی، برای هر نوع تغییر در رفتار، تغییر در دو بعد خود یعنی خود شناختی^۲ و خود تجربه‌ای^۳ لازم است. خود شناختی بیشتر به صورت تغییر در افکار و کسب مهارت‌های رفتاری جدید در قالب دانش، زمینه را برای تغییرات رفتاری آماده می‌کند؛ در حالی که خود تجربه‌ای با تمرین تغییر پیدا می‌کند. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری چون بیشتر به صورت آموزش مهارت است، لذا در خود شناختی می‌تواند تغییر ایجاد کند؛ ولی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی علاوه بر محتوای بازسازی شناختی که منجر به تغییر در دانش روان شناختی فرد می‌شود می‌تواند با تمرین‌های عملی ذهن آگاهی، خود تجربه‌ای فرد را هم تغییر داده و اثربخشی بیشتری در گام بردای فرد به سمت درمان و پیگیری آن بوجود آورد.

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بازسناسی و گام برداری تأثیر مثبتی دارند. استفاده از افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز سرپایی ترک اعتیاد، ناتوانی در کنترل نوع ماده مصرفی و اجرای هر دو روش مداخله‌ای توسط یک نفر محدودیت‌های اصلی مطالعه

1. Prochaska, Velicier, Ross & Goldstein
2. cognitive self

3. experiential self

حاضر بودند. نتایج این مطالعه لزوم بکارگیری روش‌های آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی را به عنوان روش‌های مکمل درمان دارویی در افراد تحت درمان وابستگی به مواد پیشنهاد می‌کنند.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی* - ویراست پنجم. ترجمه فرزین رضائی، ۱۳۹۳، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند.
- بشرپور، سجاد؛ عطادخت، اکبر؛ خسروی نیا، دیبا؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۳). تبیین انگیزش درمان بر اساس خودکنترلی و دلسوزی به خود در افراد وابسته به مواد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۳(۹۲)، ۴۲-۵۲.
- مظاهری، اکرم؛ باغبان، ایران؛ فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۸۵). تأثیر آموزش گروهی به شیوه‌های رفتاری و رفتاری شناختی بر عزت نفس دانشجویان دختر خوابگاه دانشگاه اصفهان. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۵(۲۹)، ۲۸-۱۱۷.
- نیک پرور، ریحانه (۱۳۸۲). *آشنایی با برنامه آموزش مهارت‌های زندگی*. تهران: سازمان بهزیستی.
- Bowen, S.; Chawla, N.; & Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. The Guilford Press, New York and London.
- Bowen, S.; Chawla, N.; Collins, S.E.; Witkiewitz, K.; Hsu, S.; Grow, J.; & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Carroll, K.M.; Onken, L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; Gordon, L.T.; Nich, C.; Jatlow, P.; Bisighini, R.M.; Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Dutra, L.; Stathopoulou, G.; Basden, S.L.; Leyro, T.M.; Powers, M.B.; Otto, M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 179-187.
- Erguner-Tekinalp, B.; & Akkok, F. (2004). The Effects of a Coping Skills Training Program on the Coping Skills, Hopelessness, and Stress Levels of Mothers of Children with Autism. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 26(3), 261-262.
- Groves, P.; & Farmer, R. (1994). Buddhism and Addictions. *Addiction Research*, 2(2), 183-194.
- Grow, J. C.; Collins, S.E.; Harrop, E.N.; Marlatt, G.A. (2015). Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive Behaviors*, 40, 16-20.
- Hill, K.P.; Sofuoglu, M. (2007). Biological treatments for amphetamine dependence: recent progress. *CNS Drugs*, 21, 851-869.
- Howell, A.N.; Leyro, T.M.; Hogan, J.; Buckner, J.D.; & Zvolensky, M.J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to

- coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addiction and Behavior*, 35, 1144-7.
- Hsu, S.H.; Collins, S.E.; Marlatt, G.A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1852–1858.
- Hundt, NE.; Mignogna, J.; Underhill C.; & Cully, J.A. (2013). the relationship between use of CBT skills and depression treatment outcome: a theoretical and methodological review of the literature. *Behavior Therapy*, 44(1), 12-26.
- Janis, I.L.; Mann, L. (1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York, NY: Free.
- Jiloha, R.C. (2012). Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment. *Indian Journal of Psychiatry*, 5(2), 301- 307.
- Kober, H.; Kross, E.F.; Mischel, W.; Hart, C.L.; & Ochsner, K.N. (2010). Regulation of craving by cognitive strategies in cigarette smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 106, 52–55.
- Krattenmacher, T.; Kühne, F.; Führer, D.; Beierlein, V.; Brähler, E.; Resch, F.; Klitzing, K.; Flechtner, H.H.; Bergelt, C.; Romer, G.; & Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(3), 252–259.
- Lussier, J.P.; Heil, S.H.; Mongeon, J.A.; Badger, G.J.; & Higgins, S.T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101, 192-203.
- Marlatt, G.A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44–50.
- Marlatt, G.A. (1984). George WH. Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261–273.
- McGillicuddy, N.B.; Rychtarik, R.G.; & Papandonatos, G.D. (2015). Skill training versus 12-step facilitation for parents of substance-abusing teens. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 50, 11–17.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychology Bulletin*, 98, 84–107.
- Miller, W.R.; & Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89.
- Petry, N.M. (2006). Contingency management treatments. *British Journal of Psychiatry*, 189, 97-98.
- Potenza, M.N.; Sofuoglu, M.; Carroll, K.M.; & Rounsaville, B.J. (2011). Neuroscience of behavioral and pharmacological treatments for addictions. *Neuron*, 69, 695-712.
- Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. (1997). The trans theoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.
- Rus-Calafell, M.; Gutiérrez-Maldonado, J.; Ortega-Bravo, M.; Ribas-Sabaté, J.; & Caqueo-Urizar, A. (2013). A brief cognitive-behavioral social skills training for stabilized outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, 143(2–3), 327–336.
- SAMHSA. (2011). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: national findings, Summary of National Findings, NSDUH Series H-41, HHS Publication No.

- (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration,
- Sofuoglu, M. (2010). Cognitive enhancement as a pharmacotherapy target for stimulant addiction. *Addiction, 105*, 38–48.
- Sofuoglu, M.; Kosten, T. R. (2006). Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction. *Expert Opinion Emerge Drugs, 11*, 91-98.
- United Nations office on drug and crime (UNODC). (2015). *World Drug Report: 2015*, United Nations: New York.