

اثر بخشی مداخلات آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری افراد وابسته به مت‌آفتمامین

فریده حمیدی^۱، سلیمه خیران^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

هدف: سوء مصرف مواد و وابستگی و اعتیاد به آن اختلالی پیچیده است که با علل و آثار زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی همراه است. عود مصرف مواد یکی از معضلات اصلی درمان افراد دچار سوء مصرف مواد است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخلات آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری افراد وابسته به مت‌آفتمامین شهرستان کاشان بود. **روش:** طرح پژوهش، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل بیماران مرد و زن مصرف‌کننده مت‌آفتمامین مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد اقامتی کوتاه مدت، مراکز ترک اعتیاد متادون درمانی شهرستان کاشان بود. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. پرسش‌نامه‌های دشواری‌های تنظیم هیجان، عقاید و وسوسه‌انگیز، پرخاشگری آیزنک و ویلسون مورد اجرا قرار گرفتند. گروه آزمایش با استفاده از روش مداخلات آموزشی پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه مورد آموزش قرار گرفتند. پس از اتمام مداخلات آموزشی، هر دو گروه مجدداً در مرحله پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین گروه در متغیرهای وسوسه، تنظیم هیجان و پرخاشگری تفاوت وجود دارد. ضرایب اتا برای متغیر وسوسه ۰/۲۷، تنظیم هیجان ۰/۲۱، و برای پرخاشگری ۰/۵۳ می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی می‌تواند در کلینیک‌های ترک اعتیاد مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: پیشگیری از بازگشت، ذهن آگاهی، وسوسه، تنظیم هیجان، پرخاشگری، مت‌آفتمامین

۱. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران، پست الکترونیک:

hamidi.f@gmail.com

۲. کارشناس ارشد، دانشگاه آزاد ورامین، تهران، ایران

مقدمه

اختلالات سوء مصرف مواد از رایج ترین مشکلات روان پزشکی است که از تعامل ژنتیکی و محیطی مثل ناهنجاری های رشدی و وضعیت نامساعد روانی-اجتماعی ناشی می شود. این اختلالات می تواند در اثر مصرف الکل، مواد افیونی^۱، حشیش، مت آمفتامین^۲، کوکائین^۳ و ... به وجود آید و به شکل مستی، وابستگی و سوء مصرف خود را نشان می دهد (پاتس و ریلی^۴، ۲۰۱۰). علائم وابستگی به مواد شامل مجموعه ای از علائم فیزیولوژیکی، رفتاری-شناختی است که بر اساس آن فرد علی رغم داشتن اختلالات وابسته به مواد، مصرف آن را ادامه می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۵، ۲۰۱۳). در چنین مواردی الگویی از مصرف وجود دارد که معمولاً منجر به تحمل^۶، محرومیت^۷ و رفتار اجباری برای مصرف می شود. مطابق این تعریف سوء مصرف مواد منجر به تخریب کارکردهای روانی یا جسمانی می شود در حالی که وابستگی وقتی ایجاد می شود که فرد به صورت اجباری و غیر قابل کنترل به مصرف پرداخته و در صورت عدم مصرف علائم ترک را نشان می دهد (هایس، لاما، باند، ماسودا، و لیلیس^۸، ۲۰۰۶).

در سال های اخیر الگوی مصرف ایرانیان به میزان زیادی تغییر یافته و سوء مصرف کنندگان مواد به خصوص نسل جوان در پی تجربه مواد جدیدی مانند مت آمفتامین، کراک^۹، و هروئین هستند. مت آمفتامین که کریستالیزه آن در کشور ما به نام شیشه رواج یافته از مواردی است که به شدت مورد سوء مصرف قرار گرفته است (سررانی، قربانی، و مینویی، ۲۰۱۳).

بیشتر معتادین تمایل دارند سبک زندگی وابسته به مواد مخدر را تغییر دهند. اما وجود مشکلات زیادی در مرحله درمان سبب عود و ترک دوره درمان می شود. اعتیاد به عنوان یک مشکل حاد برگشت پذیر معرفی شده است (وان دن برنیک و هاسن^{۱۰}، ۲۰۰۶).

1. opiates
2. Methamphetamine
3. Cocaine
4. Pates & Riley
5. American psychology Association
6. tolerance

7. deprivation
8. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis
9. Crack
10. Van den Brink, & Hassen

تحقیقات نشان داده‌اند سه چهارم افرادی که ترک کرده بودند در فاصله یک سال پس از تکمیل درمان عود مجدد داشته‌اند (دالی و مارلات^۱، ۲۰۱۵). در بین مواد اعتیادآور آمفتامین‌ها خصوصاً مت‌آمفتامین قوی‌ترین مواد هستند. خطر وابستگی و مشکلات سلامت روان بیشتری را در بردارند (تاپ و وگنر هارت و کی و دارک^۲، ۲۰۰۲) و نرخ بالای روان‌پریشی (مک کتین^۳ و همکاران، ۲۰۰۶)، افسردگی (سمپل، پترسون و گران^۴، ۲۰۰۶) و مشکلات شناختی، توجه، و حواس‌پرتی دارند (نوردال^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). عوامل تداوم بخش رفتارهای اعتیاد شامل ولع مصرف (وسوسه) (هیمن^۶، ۲۰۱۱) و کژکاری در تنظیم هیجانی است.

بک، رایت، نیومن و لایس^۷ (۱۹۹۳) عنوان کردند که ولع مصرف ریشه شناختی در باورهای نادرست در زمینه نیاز به مواد دارد. به نظر می‌رسد ولع مصرف مواد به وسیله فرآیندهای شناختی، هیجانی، خودکار یا غیر خودکار کنترل می‌شوند به گونه‌ای که نظریه‌های ولع مصرف عموماً تأکید می‌کنند اشتیاق‌ها^۸ در افراد با فعال شدن هیجان‌ها و انگیزه‌های جستجوی مواد در ارتباطند (تیفانی^۹، ۱۹۹۰).

بزرگ‌ترین تهدید یک بیمار در حال بهبودی و عامل اصلی عود وسوسه است و اگر به طور دقیق کنترل و شناخته نشود برای فرد بسیار گیج‌کننده و آشفته‌ساز بوده و ممکن است مصرف مجدد مواد را در پی آورد. دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^{۱۰} (۲۰۱۶) نیز وسوسه را به عنوان اولین ملاک برای تشخیص وابستگی به مواد لحاظ کرده است. وسوسه با ایجاد سوگیری در توجه و انتخابی نمودن پردازش اطلاعات، از طریق ارتباط با نشانه‌ها و پردازش نسبتاً جذابانه‌تر اطلاعات مرتبط با آن‌ها به وسیله افزایش حواس‌پرتی از عوامل برانگیزاننده و کاهش توانایی تمرکز کردن بر آن‌ها و تقویت آگاهی از حالات درونی فرد با کند کردن ادراک با گذشت زمان می‌تواند عود را تحت تأثیر قرار دهد. وسوسه تحت تأثیر دو عامل برانگیزاننده‌ها و موقعیت پرخطر قرار دارند. برانگیزاننده‌ها

1. Daley, & Marlatt
2. Topp, Degenhardt, Keye, & Darke
3. Mocketin
4. Semple, Patterson, & Grant
5. Nordahl

6. Heyman
7. Beck, Wright, Newman, & Lies
8. Urges
9. Tiffany
10. International classified deases

منجر به فکر مواد شده و به نوبه خود وسوسه را به دنبال آورده و در نهایت مصرف را در پی دارد. در درمان پیشگیری از بازگشت اعتیاد، تجارب هیجانی منفی^۱ و مثبت، میل و وسوسه از مهم ترین عوامل خطر بازگشت می باشند (مارلات^۲ و همکاران، ۲۰۰۲)

افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، مواد را به منظور مدیریت حالت های هیجانی نامطلوب مصرف می کنند. حالت های هیجانی که به خاطر مشکلاتی در فهم و برخورد موثر با آن هیجان ها، به طور غیر قابل کنترل تجربه می شوند (لیندسای،^۳ ۲۰۰۹). از متغیرهای دیگر در رابطه با عود، تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم هیجان وجه ذاتی گرایش های پاسخ هیجانی است (آمتسادر^۴، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می رود. مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه های شناختی دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد (اوکسنر و گراس^۵، ۲۰۰۵). راهبردهای تنظیم هیجان شامل نه راهبرد مقابله ای شناختی^۶، یعنی خودملامت گری، پذیرش و عینیت بخشی، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد روی برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، تسهیل حادثه از طریق کلی نگری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران می شود (گرینفیسکی^۷ و همکاران ۲۰۰۲).

واضح است که پاسخ های هیجانی به رویدادهای استرس زا را می توان با استفاده از راهبردهای مقابله ای شناختی تنظیم نمود (فالکمن و موسکو و تیز^۸، ۲۰۰۴). اگرچه مفهوم سازی های تنظیم هیجان ممکن است متفاوت باشد (گراس^۹، ۲۰۱۵). اما بسیاری از مولفان در ملاحظه ی آن به صورت ترکیبی از فرآیندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و شناختی توافق دارند که فرد را قادر می سازد تا تجربه و ابراز هیجان های منفی و مثبت را تعدیل نماید (بریدجز، دنهام و گانیان^{۱۰}، ۲۰۰۴). نظریه یادگیری اجتماعی بر این ایده است که سیستم باورهای سوء دار باعث حفظ رفتار اعتیادی می شود. بنابراین برای مداخله باید از بازسازی

1. Negative emotional state
2. Marley
3. Lyndsay
4. Amstadter
5. Ochsner, & Gross

6. Cognitive coping strategy
7. Garnefski
8. Folkman, & Moskowitz
9. Gross
10. Bridges, Denham, & Ganiban

شناختی استفاده کرد (کریستوفر^۱، ۲۰۰۱). در حال حاضر کاهش میزان عود یکی از چالش‌های اصلی درمان‌گران و بیماران در زمینه سوء مصرف مواد می‌باشد. در سطوح مختلف سبب‌شناسی، تشخیص و درمان پیشرفت‌های چشم‌گیری به دست آمده و در درمان از یک رویکرد چند رشته‌ای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی^۲ بهره گرفته می‌شود (والاسی^۳، ۲۰۰۳). یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی، به ویژه درمان اعتیاد تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه تفکر نظاره‌ای^۴ (ذهن آگاهی) با رفتار درمانی شناختی سنتی می‌باشد. از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌شود (هایز، لوما و بوند^۵، ۲۰۰۶). این رویکردها با تاکید بر موضوع‌هایی مانند پذیرش، ذهن آگاهی، ارزش‌ها، معنویت، روابط و دیالکتیک وارد حوزه‌هایی شده‌اند که به دلیل زوایای کمتر تجربی در رویکردهای رفتار درمانی شناختی سنتی از پرداختن به آن‌ها در کار بالینی خودداری می‌شود (هایز و همکاران، ۲۰۰۶).

برخی از پژوهش‌گران بر این باورند که به کارگیری روش ذهن آگاهی به علت ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی^۶، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی، در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی، به علت تاثیر بر این فرآیندها می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک نماید (بریسلین، زاک و مک‌ماین^۷، ۲۰۰۲). با توجه به ادبیات پژوهش و مطالعات انجام شده در این زمینه می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که تا کنون مداخله آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر سازمان‌های روان‌شناختی مرتبط با وابستگی مواد چون وسوسه، تنظیم هیجانی و پرخاشگری صورت نگرفته است. لذا پژوهش حاضر به بررسی این سوال می‌پردازد که آیا مداخله آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجانی و پرخاشگری در افراد وابسته به مت‌آفتامین تاثیر دارد؟

1. Christopher
2. Bio psycho social- spiritual model
3. Wallac
4. mindfulness meditation

5. Hayes, Luoma, & Bond
6. desensitization
7. Breslin, Zack, & McMMain

روش

جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر جزء طرح‌های آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل محسوب می‌شود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مرد و زن مصرف‌کننده مت‌آمفتامین مراجعه‌کننده به ۵ مرکز ترک اعتیاد اقامتی کوتاه مدت تحت نظر سازمان بهزیستی استان اصفهان و ۸۴ مرکز ترک اعتیاد متادون‌درمانی تحت نظر دانشگاه علوم پزشکی شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۵ می‌باشند. از میان مراجع‌کنندگان بیماران مرد و زن مراکز ترک اعتیاد اقامتی کوتاه مدت مهرآقایان، طلوع دوباره بانوان و مراکز ترک اعتیاد متادون‌درمانی کشمیری و رهایی انتخاب و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج تعداد ۳۰ نفر از مردان و زنان دارای تشخیص وابستگی به مت‌آمفتامین بر پایه معیارهای تشخیصی و آماری (نسخه پنجم) انتخاب شدند. پس از دریافت رضایت، به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. متغیر پژوهش در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت. گروه آزمایش تعداد ۸ جلسه ۱/۵ ساعته، تحت آموزش پیشگیرانه قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نمود. پس از اتمام جلسات مداخله، متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفت.

۲۸

28

ابزار

۱- پرسش‌نامه عقاید و سوسه‌انگیز^۱: این پرسش‌نامه، ابزاری خودسنجی است که توسط رایت در سال ۲۰۰۳ طراحی شد و هدف آن سنجش میزان و سوسه برای مصرف مواد مخدر است. دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۱-۷ (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذار ی می‌شود (بک، ۱۹۹۳). این آزمون از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است و اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است. همچنین روایی صوری و محتوایی آن نیز به تائید اساتید و کارشناسان مربوطه رسیده است (چانگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). اعتبار از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و از روش تنصیف ۰/۸۱ گزارش شده است.

۲-مقیاس دشواری‌های تنظیم هیجان^۱: توسط گراتز^۲ در سال ۲۰۰۴ ساخته شده و دارای ۳۶ سوال است که الگوهای تنظیم هیجان را در قالب شش خرده‌مقیاس (عدم پذیرش، پاسخ‌های هیجانی، اشکال در مشارکت رفتارهای منتهی به هدف، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهکارهای تنظیم هیجانی، و کمبود صراحت هیجانی) می‌سنجد. بیش از هر چیز بر مشکلات در تنظیم هیجان، تاکید دارد. آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳، عدم پذیرش ۰/۸۵، راهبردها ۰/۸۸، شفافیت ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین روایی سازه و پیش‌بین مناسب برای این مقیاس گزارش شده است (گراتز و رومر^۳، ۲۰۰۴). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۸۲ بوده است.

۳-مقیاس پرخاشگری آیزنک و ویلسون^۴: توسط آیزنک و ویلسون در سال ۱۹۷۵ ساخته شد دارای ۳۰ سوال سه گزینه‌ای است که ۲۰ مقوله آن پاسخ مثبت و ۱۰ مقوله آن پاسخ منفی دارد (جکسون و فرانسیس، ۲۰۰۴). افراد با جواب‌های بلی، خیر و بدون جواب به پرسش‌ها پاسخ می‌دهند. روایی این آزمون را خود آیزنک تعیین کرده است. بدین ترتیب که آن را برای انجام دادن کارهای کلینیکی تهیه و روی بیش از ۱۲۰/۰۰۰ زن، مرد، کودک، افراد بالغ، بهنجار، عصبی، بیمار روانی، تبهکار و ضمنا ۲۰۰۰ زوج دوقلو و علاوه بر آن تعداد زیادی افراد بالغ و کودک نیز که در تهیه الگوهای اولیه هنجارها از آن‌ها استفاده شده بود، اجرا کرده است. زمانی (۱۳۸۵) اعتبار آزمون را از طریق ضریب آلفای کرونباخ در یک گروه ۵۰ نفری پسران ۱۲ تا ۱۶ ساله پرورش گاه‌های شیراز ۰/۷۴ به دست آورد. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۶۸ به دست آمد.

روند جلسات

شرکت کنندگان در آزمون به صورت تصادفی از بیماران مرد و زن مرکز ترک اعتیاد اقامتی کوتاه مدت مهر آقایان، طلوع دوباره بانوان تحت نظارت سازمان بهزیستی استان اصفهان و مراکز ترک اعتیاد متادون‌درمانی دکتر کشمیری و رهایی تحت نظارت دانشگاه

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale
2. Gratz

3. Gratz, & Roemer
4. Aggression scale Eysenck and Wilson

علوم پزشکی شهرستان کاشان انتخاب شدند. شرکت کنندگان دارای ملاک‌های تشخیصی به عنوان نمونه تحقیق حاضر انتخاب شدند. تعداد ۳۰ نفر انتخابی قبل از اجرای تحقیق از نظر وجود سم‌زدایی با استفاده از تست TLC^۱ کنترل شدند، سپس به صورت تصادفی در گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند و هر دو گروه تحت درمان داروی متادون قرار داشتند. متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون در دو گروه مورد سنجش قرار گرفتند. مداخله آموزشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی به مدت ۲ ماه به صورت ۸ جلسه گروهی ۱/۵ ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ولی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات دو گروه پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری، تحمل‌پریشانی و وسوسه را تکمیل نمودند. پرسش‌نامه‌ها به صورت کاملاً بی‌نام در اختیار اعضای نمونه قرار گرفت تا هویت افراد فاش نشود. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که داده‌های حاصل از پرسش‌نامه در راستای اهداف و فرضیه‌های پژوهش حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرد. پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌های پژوهش به صورت کاملاً اختیاری و آزادانه بود تا افراد در صورت عدم تمایل به مشارکت در تحقیق از آن کناره‌گیری کنند. برای رعایت اصول اخلاق، بعد از اتمام جلسات درمانی افرادی که در گروه کنترل بودند چند جلسه گروهی دریافت نمودند.

وینکیویتز، مارلات و واکر (۲۰۰۵) با ترکیب تحقیقات بیش از دو دهه بر پیشگیری از بازگشت به عنوان درمان وابستگی به مواد با فنون موجود بر پایه ذهن‌آگاهی (کابات-زین، ۱۹۹۰؛ سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۳)، مداخله جدید شناختی-رفتاری را برای اختلال‌های مصرف مواد با نام پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی پیشنهاد کردند. این مداخله، درمان رفتاری جدیدی است که فنون پیشگیری از بازگشت شناختی-رفتاری سنتی را (مارلات و گوردون، ۱۹۸۵) با مراقبه ذهن‌آگاهی برای درمان اختلالات مصرف مواد ترکیب می‌کند. از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند (هایز، لوما و بوند، ۲۰۰۶). طرح درمان مارلات برای پیشگیری از عود مجدد بر پایه ذهن‌آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است.

1. Thin Layer Chromatography

2. Hayes, Luoma, & Bond

جدول ۱: طرح مداخله پیشگیری از عود مجدد بر پایه ذهن آگاهی برای اختلال وابسته به مت آمفتامین (برگرفته از جلسات درمانی مارلات (۲۰۰۲))

| جلسات | محتوا |
|-------|--|
| اول | خوش آمدگویی به بیماران، معرفی اعضاء، گرفتن تعهد از بیماران، معرفی این اختلال و معرفی درمان، افزایش سطح آگاهی خوردن و گرفتن بازخورد از جلسه |
| دوم | مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مقاله متانت |
| سوم | مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مقاله آگاهی افکار، مراقبه نشسته ۱۵ دقیقه |
| چهارم | تمرین دیدن و شنیدن |
| پنجم | مدیتیشن نشسته، تکنیک STOP |
| ششم | مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مقاله مهربانی، مراقبه بین فردی |
| هفتم | مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مقاله نقش افکار در عود، روش های هوایی، تنفس عمیق، تمرکز |
| هشتم | مدیتیشن اسکن بدن ۴۵ دقیقه، مرور جلسات درمانی |

یافته ها

برای بررسی اثربخشی مداخله می بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود. یکی از مفروضه های این تحلیل نرمال بودن توزیع نمرات است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی این مفروضه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرها

| متغیرها | گروه ها | آماره Z | درجه آزادی | معناداری |
|--------------|---------|---------|------------|----------|
| وسوسه | کنترل | ۰/۱۵ | ۱۵ | ۰/۲۰ |
| | آزمایش | ۰/۱۴ | ۱۵ | ۰/۲۰ |
| تنظیم هیجانی | کنترل | ۰/۱۸ | ۱۵ | ۰/۱۵ |
| | آزمایش | ۰/۲۰ | ۱۵ | ۰/۰۷ |
| پرخاشگری | کنترل | ۰/۱۴ | ۱۵ | ۰/۲۰ |
| | آزمایش | ۰/۲۱ | ۱۵ | ۰/۰۶ |

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود شرط نرمال بودن توزیع در تمام متغیرها برقرار است.

آزمون همگنی واریانسها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش در پس آزمون

| متغیرها | آماره F | درجه آزادی بین گروهی | درجه آزادی درون گروهی | معناداری |
|--------------|---------|----------------------|-----------------------|----------|
| وسوسه | ۱۵/۱۷ | ۱ | ۲۸ | ۰/۰۰۱ |
| تنظیم هیجانی | ۱/۲۶ | ۱ | ۲۸ | ۰/۲۷ |
| پرخاشگری | ۰/۸۶ | ۱ | ۲۸ | ۰/۳۵ |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در متغیر وسوسه شرط همگنی واریانس برقرار نیست.

مفروضه‌ی دیگر این تحلیل برابری ماتریس واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از عدم برقراری این مفروضه داشت ($F = ۲/۹۱, P < ۰/۰۱$). بنابراین اثر پیلای را به عنوان شاخص چندمتغیری در نظر می‌گیریم. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری حکایت از معناداری ترکیب خطی متغیرها داشت ($F = ۸/۶۲, P < ۰/۰۰۱, \text{اثر پیلای} = ۰/۴۹$). برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرها از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۴ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرها

| متغیرها | مجموع مجدورات | درجه - آزادی | میانگین مجدورات | آماره F | معناداری | ضریب اتا |
|-------------|---------------|--------------|-----------------|---------|----------|----------|
| وسوسه | ۴۲۱۴/۷۱ | ۱ | ۴۲۱۴/۷۱ | ۱۰/۱۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۷ |
| تنظیم هیجان | ۲۹۱۴/۱۳ | ۱ | ۲۹۱۴/۱۳ | ۷/۲۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۱ |
| پرخاشگری | ۴۳۱۸/۶۶ | ۱ | ۴۳۱۸/۶۶ | ۳۰/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۳ |

همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مداخله آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر وسوسه، تنظیم هیجان، و پرخاشگری موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

مداخله آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر کاهش وسوسه تاثیر معناداری داشت. این یافته با یافته‌های پیشین همسو است (مانند: آلفونسو، کاراکول، دلگادو، پاستر و وردجو، گارسیا، ۲۰۱۱؛ مارلات، بوئن، چاولا، ویتکو ویتز، ۲۰۰۸). روش گروهی

1. Alfonso, Karakol, Delgado, Pastr Vvrdjv, & Garcia

2. Marlatt, Bowen, Chawla, & Witkiewitz

پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، توانسته به شکل موثری اثر بخشی درمان وابستگی به مواد را افزایش داده و در بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران موثر باشد. مداخله آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند توانایی مقابله ای بیمار را برای کنار آمدن وسوسه و نشانه های ترک افزایش دهد. همچنین این درمان به عنوان یکی از روش های اصلی راهبردهای مبتنی بر پذیرش باعث می شود که بیمار به جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت کننده ناشی از ترک و یا کاربرد مواد برای تسکین آن ها، برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرد و از این راه با حساسیت زدایی با آن ها کنار بیاید. بخشی از این تغییرات می تواند ناشی از ساز و کارهای عملی پیشنهاد شده در روش ذهن آگاهی، مانند رویاروی، پذیرش، آرام سازی، حساسیت زدایی، تغییر رابطه با افکار باشد (بائر^۱، ۲۰۰۳). وسوسه قوی ترین پیش بینی کننده عود در میان سایر پیش بینی کننده ها (حتی همبودی با اختلالاتی مثل اضطراب و افسردگی) است و ذهن آگاهی می تواند به خوبی آثار منفی وسوسه را کاهش دهد. آموزش ذهن آگاهی می تواند کنترل شناختی بر وسوسه را افزایش و استرس مرتبط با سوء مصرف را کاهش دهد (گارلند^۲ و همکاران، ۲۰۱۱).

۳۳

33

مولفین متعددی مطرح ساخته اند که تمرینات حضور ذهن می تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری یا نگرش های فرد در مورد افکارش شود. برای مثال کبات - زین^۳ (۱۹۹۰ - ۱۹۸۲) توصیه می کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با سوء مصرف مواد ممکن است منجر به فهم و درک این نکته شود که این ها فقط افکارند و نمایانگر واقعیت یا حقیقت نیستند، و لزوماً نباید باعث فرار یا اجتناب شوند. مهارت های حضور ذهن، بیماران را متوجه افکار خود می سازند، و مجدداً افکار آن ها را به سایر جنبه های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه با حضور ذهن یا صداهای محیطی معطوف می سازد و از این طریق باعث کاهش وسوسه می شود. تیزدل این پدیده را بینش

1. Baer
2. Garland

3. Kabat-Zinn

فراشناختی می‌نامند. تمرینات، مراقبه بین فردی جلسه سوم، افزایش سطح آگاهی در طی فعالیت‌های روزانه در تمامی جلسات و تمرین تنفس عمیق جلسه سوم در جلوگیری از وسوسه موثر واقع می‌شود.

مداخله آموزشی مبتنی بر پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر افزایش تنظیم هیجان تاثیر معناداری داشت. مولفین متعددی اظهار داشتند که مشاهده خود بهبود یافته ناشی از آموزش حضور ذهن می‌تواند استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقاء بخشد. برای مثال کبات - زین (۱۹۹۴) مطرح می‌سازد که گاهی آگاهی فزون یافته از حس‌های درد و پاسخ‌های استرس، افراد را قادر می‌سازد که در انواع پاسخ‌های مقابله‌ای درگیر شوند. مارلات (۲۰۰۲) این آگاهی افزایش یافته را به عنوان حالت فراشناختی جدیدی می‌دید که در آن مراجعان برای واکنش نشان ندادن به محرک‌های سوء مصرف مواد و اجرای به موقع راهبردهای مقابله‌ای در فرایند بازگشت آموزش می‌بینند. بنابراین مراقبه سبکی جدید برای پاسخ موثرتری به این نشانه‌ها را ارائه می‌دهد (مارلات و چاولا، ۲۰۰۷).

مداخله آموزشی پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر کاهش پرخاشگری تاثیر معناداری داشته است. تحقیقات روز افزون حکایت از مفید بودن و کارایی ذهن آگاهی بر ناهنجاری‌های رفتاری مثل پرخاشگری دارد (واپرمن^۱، و همکاران، ۲۰۱۲). به نظر کبات - زین (۲۰۰۳) آموزش کنترل توجه در جهت روشن بودن و روشن دیدن است که به صورت غیر عادت یافته و متعالی عمل می‌کند. توجه فراگیر به این معنی است که ما در همه لحظات به صورت گسترده متوجه باشیم که چه کسی هستیم، چه کاری انجام می‌دهیم و چرا آن کار را انجام می‌دهیم. در ذهن آگاهی، توجه به بدن و تنفس تمرین می‌شود و ما از حس‌های مختلفی که در بدن و حتی تنفس خود تجربه می‌کنیم، آگاه می‌شویم. همچنین در می‌یابیم زمانی که در حالت خشم و عصبانیت بدنمان گرم می‌شود و یا در حالت ترس، ضربان قلبمان افزایش می‌یابد و تنفسمان تغییر می‌کند، و کوتاه و تند می‌شود. با انجام تمرین‌های یوگا، توجه به بدن را هر چه بیشتر تجربه می‌کنیم و این آگاهی کنترل بعدی را زمینه‌سازی می‌کند.

در روش آموزش کنترل توجه، فرد می‌آموزد تا ذهن خود را از هرگونه قضاوت‌هایی که منجر به عصبانیت و پرخاشگری در وی می‌شود پاک کند؛ عمیقاً بر زمان حال تمرکز کند و آن را در رفتارها و فعالیت‌های روزمره خود به کار گیرد. برای افزایش کنترل توجه، فرد یاد می‌گیرد تا این تمرین را در زندگی خود به صورت متناوب در کارهایی که درگیر آن‌هاست انجام دهد تا این که به نقطه‌ای برسد که کاملاً نسبت به زمان و مکان هشیار باشد. تاثیر مهمی که توجه فراگیر در عصبانیت و پرخاشگری به جا می‌گذارد این است که به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای، عصبانیت را از حالت دردآور بودن آن جدا ساخته و به صورتی انعطاف‌پذیر و واقع‌بینانه در برخورد با مسائل عمل می‌کند.

از محدودیت‌های پژوهش‌های حاضر می‌توان به فقدان دوره پیگیری اشاره نمود. همچنین به دلیل طولانی بودن دوره ۸ جلسه‌ای مداخله آموزشی پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی و غیبت اعضای گروه، اثربخشی مداخلات را تحت تاثیر قرار می‌دهد. پیشنهاد می‌شود روش درمانی استفاده شده در این پژوهش بر روی دیگر متغیرهای مت‌آفتماین از جمله: کاهش افسردگی، کاهش اضطراب، افزایش تحمل پریشانی و انجام گیرد. با توجه به اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی در جلوگیری از عود مصرف مت‌آفتماین پیشنهاد می‌شود استفاده از این روش در درمان و توسعه نظری و عملی آن به استفاده در مراکز ترک اعتیاد، کارگاه‌های آموزشی ویژه روان‌شناسان برگزار شود. همچنین با توجه به باورهای غلط فرهنگی بین افراد جامعه در خصوص مصرف مت‌آفتماین در جهت کاهش وزن و تناسب اندام خصوصاً در بین بانوان می‌توان در این زمینه کلاس‌های آموزشی برگزار شود.

منابع

- Alfonso, J. P., Caracuel, A., Delgado-Pastor, L. C., Verdejo-Garcia, A. (2011). Combined Goal Management Training and Mindfulness meditation improve executive functions and decision-making performance in abstinent poly substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 117(1), 78-81.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 211-222.

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 125-143.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., and lies, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford press.
- Bridges, L. J., Denham, S., & Ganiban, J. M. (2004). Definitional issues in emotion regulation research. *Child Development*, 75(2), 340– 345.
- Chang, C. W., Huang, C. W., Wu, W. H., Wang, B. E., Liu, Y. L., Shen, H. Ch., & Lee, T. S. H. (2011). Psychometric properties of the Chinese craving beliefs questionnaire for heroin abusers in methadone treatment. *BMC Psychiatry*, 11. DOI: 10.1186/1471-244X-11-39.
- Christopher, G. M. (2001). Cognitive biases and addiction: an evolution in theory and method. *Addiction*, 96, 47-56.
- Ddley, D. C., Marlatt, A. (2006). *Overcoming Your Alcohol or Drug Problem: Workbook: Effective recovery strategies (2end)*. Oxford University Press.
- Delacorte Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144–156.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745– 774.
- Garland, E. L., Schwarz, N. R., Kelly, A., Whitt, A., & Howard, M. O. (2012). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for Alcohol Dependence: Therapeutic Mechanisms and Intervention Acceptability. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 12(3), 242-263.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, j., legerstee, j., & onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problem: comparison between clinical and anon clinical sample. *European Journal of Personality*, DOI: 10.1002/per.458.
- Gratz, K. L., Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26. DOI: 10.1080/1047840X.2014.940781.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model processes and outcomes. *Behavior Research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.

- Heyman, G. M. (2011). Received Wisdom Regarding the Roles of Craving and Dopamine in Addiction: A Response to Lewis's Critique of Addiction: A Disorder of Choice. *Perspectives on Psychological Science*, 6(2), 156-160. DOI: 10.1177/1745691611400243.
- Jackson, C. J., Francis, L. J. (2004). Primary scale structure of the Eysenck personality profiler. *Current Psychology*, 22(4), 295-305.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York:
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology. Scientific and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-49.
- Marlatt, G. A., Bowen, S., Chawla, N., Witkiewitz, K. (2008). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relationships. In S. Hick and T. Bien(Eds.). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G., & Chawla, N. (2007). Meditation and alcohol use. *Southern Medical Journal*, 100(4), 451-453.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- McKetin, R., McLaren, J., Lubman, D. I., & Hides, L. (2006). The prevalence of psychotic symptoms among Methamphetamine users. *Addiction*, 101(10), 1473-1478.
- Nordahl, T. E., Salo, R., Possin, K., Gibson, D. R., Flynn, N., Leamon, M., ... & Sullivan, E. V. (2002). Low N-acetyl-aspartate and high choline in the anterior cingulum of recently abstinent methamphetamine-dependent subjects: A preliminary proton MRS study, Magnetic resonance spectroscopy. *Psychiatry Research*, 116(1-2), 43-52.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242-249.
- Pates, R., Riley, D. (2010). *Interventions for Amphetamine misuse*. United states: Black well publishing LTD.
- Semple, S. L., Grant, I., Patterson, T. L. (2006). Perceived behavior of others and AIDS risk behavior among Heterosexually identified Methamphetamine users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(3), 405-413.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147-168.

- Topp, L., Degenhardt, L., Kaye, S., and Darke, S. (2002). The emergence of potent forms of methamphetamine in Sydney, Australia: A case study of the IDRS as a strategic early warning system. *Drug and Alcohol Review*, 21, 341-348.
- Van den Brink ,W., & Haasen, C. (2006). Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 635-646.
- Wallace, j. (2003). Theory of 12-step oriented treatment. In F. j. Rotgers, & S. W. Morgenstern (Eds) *Treating substance abuse: Theory and technique*, 9-31.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 193, 211-228.
- Wupperman, P., Marlatt, G. A., Cunningham, A., Bowen, S., Berking, M., Mulvihill-Rivera, N., Easton, C. (2012). Mindfulness and modification therapy for behavioral dysregulation: Results from a pilot study targeting alcohol use and aggression in women. *Journal of Clinical Psychology*, 68(1), 50-66.