



اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در افراد مبتلا به اعتیاد تحت درمان با متادون

شمسیه سلیمی کیا^۱، فرزانه خان پور^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۱۹

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در معتادان تحت درمان با متادون مراکز درمان سوء مصرف مواد شهرستان سندج انجام گرفت. **روش:** روش پژوهش مورد نظر از نوع شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. بدین منظور از جامعه آماری مذکور تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی در کاهش عقاید وسوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد تاثیر معناداری دارد. **نتیجه‌گیری:** آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری و درمان وابستگی به مواد ایفا نماید.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، عقاید وسوسه‌انگیز، باورهای مرتبط با مواد، اعتیاد، درمان با متادون

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، روان‌شناس مرکز ترک اعتیاد، تهران، ایران، پست الکترونیکی:

shamsi0871@gmail.com

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سندج، ایران

مقدمه

اعتیاد ابتدای اسارت آمیز فرد به یک ماده یا داروی مخدر است، به گونه‌ای که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته ساخته و تمام رفتار فردی و اجتماعی او را تحت الشعاع قرار می‌دهد (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۷). وابستگی به مواد در اکثر جوامع یک مشکل سلامت عمومی محسوب می‌شود. این مشکل، یک اختلال چند عاملی سلامت است که اغلب سیری مزمن، عود کننده و فروکش کننده دارد (نوروزی، صابری زفرقندی، و گیلانی‌پور، ۱۳۹۰). این اختلال، از معضلات جهان امروز می‌باشد (باقیانی مقدم، فاضل‌پور و رهایی، ۱۳۸۷). علاوه بر هزینه‌های مراقبت بهداشتی و سایر هزینه‌های ناشی از پیامدهای سوء مصرف مواد، وابستگی به مواد هزینه‌های اجتماعی متعددی دارد که شامل کاهش توانایی تولید درآمد خانواده، خشونت، مشکلات امنیتی، حوادث ترافیکی و کار بوده و با فساد مالی ارتباط دارد (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۰).

عقاید و سوسه‌انگیز، در فرایند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان‌گردان دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود (آبرامز^۲، ۲۰۰۰). در درمان و پیشگیری عود اعتیاد، حالت‌های هیجانی منفی و مثبت، میل و سوسه از مهم‌ترین خطر اصلی عود می‌باشند (مارلات و گوردون، ۱۹۸۱؛ به نقل از مارلات و ویتکویتز^۳، ۲۰۰۵). سوسه قویترین پیش‌بینی کننده عود در میان سایر پیش‌بینی کننده‌ها (حتی همبودی با اختلالاتی مثل اضطراب و افسردگی) است.

در حال حاضر درمان اعتیاد خط اول دفاع بر علیه بیماری‌های رفتاری مانند ایدز و هپاتیت است (مارکولین^۴، ۲۰۰۶). در درمان افراد معتاد، متادون یک درمان پرکاربرد است. متادون یک ماده‌ی افیونی مصنوعی و یک آگونیست است که پس از مصرف باعث ایجاد سرخوشی، بی‌دردی و سایر اثرات شبه‌افیونی می‌شود (مستشاری، ۱۳۸۰). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که اثربخشی درمان نگهدارنده دارویی بدون مداخلات

روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش، ضعیف هستند (روزن و همکاران، ۲۰۰۶).

یکی از نوآوری‌های درمان‌های شناختی، به ویژه درمان اعتیاد، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه ذهن آگاهی با رفتار درمانی شناختی سنتی می‌باشد که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند (هایز، لوما و بوند^۲، ۲۰۰۶). نمونه‌ای از این رویکرد جدید عبارت است از: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ برای درمان اعتیاد (وتیکویتز، مارلات و واکر^۴، ۲۰۰۵). از نظر مفهومی ذهن آگاهی را می‌توان یکی از تعالیم آیین‌ها (به طور خاص بودایی) و شاید مذاهب ظهور یافته در شرق دانست که تأکید بر تقویت توان ذهنی و روانی انسان برای درک لحظه‌ها، پاک کردن ذهن و ایجاد آرامش درونی برای فهم دقیق جریان زندگی دارد. ذهن آگاهی، آگاهی لحظه به لحظه، از تجربه به دست آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه‌ها تعریف می‌شود (کابات زین^۵، ۲۰۰۳). مراقبه ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز شده که ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن را پدید می‌آورد. این فرایند به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم (کابات زین^۶، ۲۰۰۲).

ذهن آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر 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 می‌کند (مارلات، باون، چاولا^۷ و وتیکویتز، ۲۰۰۸). در پژوهش دباغی و اصغر نژاد (۱۳۸۷) که به بررسی اثربخشی روان‌درمانی پیشگیری از عود، بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روان پرداختند؛ نتایج نشان داد که

1. Roozen
2. Hayes, Luoma, & Bond
3. Mindfulness Based on Cognitive Therapy (MBCT)

4. Waker
5. Kabatzinn
6. Kabat zinn
7. Marlatt, Bowcn, & Chawla

هر دو روش پیشگیری از عود گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و رفتار درمانی شناختی، در کاهش میزان عود، افزایش اطاعت درمانی و مدت باقی ماندن در درمان، کاهش علائم جسمانی، اضطراب، و بهبود کارکرد اجتماعی مؤثر است. محمدخانی (۱۳۸۹) به منظور بررسی روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای شناختی باورهای بنیادی، باورهای مرتبط با مواد، عقاید و سوسه‌انگیز، هیجان منفی و توانایی هیجان یا برگشت به مصرف مواد در قالب یک مدل علی تحقیقی انجام داد که نتایج این تحقیق واریانس معناداری از بازگشت به مصرف مواد را تبیین می‌کند. کاظمیان (۱۳۹۳) به اثر بخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خوددرمانجو پرداخت. نتایج نشان داد به کارگیری روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شکل چشم‌گیری در میزان سلامت روانی معتادان در حال ترک مؤثر باشد. طبق تحقیقات انجام شده (مارلات، و همکاران، ۲۰۰۸) ذهن‌آگاهی، به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک کند.

با توجه به آنچه مطرح شد این پژوهش در پی پاسخ‌گویی به این مسئله است که آیا آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید و سوسه‌انگیز و باورهای مرتبط با مواد در بیماران تحت درمان با متادون مؤثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از معتادان مراجعه‌کننده به مراکز درمان سوءمصرف مواد شهر سمنان در سال ۱۳۹۵. حجم نمونه این پژوهش مشتمل بر ۳۰ نفر از جامعه مذکور بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و سپس از میان نمونه پژوهش به طور جایگزینی تصادفی ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: رضایت کتبی، مرد بودن، سن

بین ۲۰ تا ۴۰ سال. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: شرکت در مداخلات روان‌شناختی دیگر به طور همزمان.

ابزار

۱- پرسش‌نامه عقاید و سوسه‌انگیز: این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به مواد را می‌سنجد (بک، ۱۹۹۳) و دارای ۲۰ گویه است که هر کدام در مقیاس هفت درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شود. ۲۰ گویه این پرسش‌نامه شامل عبارت‌هایی درباره پیامدهای مثبت و منفی مصرف مواد است که فرد نظرات خود را در طیف مذکور بیان می‌کند. این عبارت‌ها هم شامل مواردی است که در آن‌ها اثرات مواد بر روی بالا بردن خلق و نتایج مثبت مواد می‌باشد و هم شامل مواردی است که اثرات منفی مواد و این که این اثرات قابل اغماض هست یا خیر می‌باشد. فرد درجه مخالفت یا موافقت خود را با این عبارات نشان می‌دهد (بک، ۱۹۹۳). با توجه به این که این پرسش‌نامه در ایران هنجاریابی نشده ابتدا بر روی گروهی ۳۰ نفری اجرا شد. به این ترتیب که ۳۰ نفر اول از گروه نمونه‌ای که مراجعه کردند برای یک هنجاریابی مقدماتی انتخاب شدند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه باورهای مرتبط با مواد: این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی است که عقاید مربوط به مواد را می‌سنجد (بک، ۱۹۹۳) و دارای ۲۰ ماده است که هر کدام در یک مقیاس ۷-۱ درجه‌ای (از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شود. ۲۰ ماده این پرسش‌نامه شامل عبارت‌هایی درباره پیامدهای مثبت و منفی مصرف مواد است که فرد نظرات خود را در طیف مذکور بیان می‌کنند. این عبارت‌ها هم شامل عبارت‌هایی است که در آن‌ها اثرات مواد بر روی بالا بردن خلق و نتایج مثبت مواد می‌باشد و هم شامل عبارت‌های اثرات منفی مواد می‌باشد. فرد درجه مخالفت یا موافقت خود را با این عبارات نشان می‌دهد (بک، ۱۹۹۳). با توجه به این که این پرسش‌نامه در ایران روایی‌یابی نشده بود ابتدا بر روی یک گروه ۳۰ نفری اجرا شد. به این ترتیب که ۳۰ نفر اول از گروه نمونه‌ای که مراجعه کردند برای یک هنجاریابی مقدماتی انتخاب شدند و داده‌های به دست آمده

از این افراد با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده ۰/۸۲ به دست آمد. اعتبار این آزمون در پژوهش مورد نظر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

روند اجرا

بعد از انتخاب نمونه و گروه بندی تصادفی مداخله آموزشی در طی ۸ جلسه و هر هفته یک جلسه حداکثر به مدت ۹۰ دقیقه در گروه آزمایش انجام شد.

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش ذهن آگاهی (باون، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱؛ به نقل از اکبری و همکاران، ۱۳۹۲)

| جلسه | محتوای جلسات |
|-------|--|
| اول | ۱- معرفی شرکت کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه؛ ۲- تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن؛ ۳- تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت ها. |
| دوم | ۱- انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ ۲- بحث در مورد تکلیف خانگی، موانع تمرین و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ ۳- بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ ۴- انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ ۵- تکلیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره. |
| سوم | ۱- تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شود به نحوی غیر قضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ ۲- مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۳- بحث در مورد تکلیف خانگی تمرین سه دقیقه ای فضای تنفس؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ ۴- انجام یکی از تمرین های حرکات ذهن آگاهی؛ ۵- تکلیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند. |
| چهارم | ۱- مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صدا های بدن و افکار (مدیتیشن نشسته چهار بعدی نیز نامیده می شود)؛ ۲- بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار نگرش ها و رفتارهای جایگزین؛ ۳- تمرین قدم زدن ذهن آگاه؛ ۴- تکلیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای (در یک رویداد ناخوشایند). |

جدول ۱: محتوای جلسات آموزش ذهن آگاهی (باون، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱؛ به نقل از اکبری و همکاران، ۱۳۹۲)

| جلسه | محتوای جلسات |
|------|--|
| پنجم | ۱-انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲- ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ ۳- تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره. |
| ششم | ۱-تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ ۲-بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ۳- ارائه تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکراواقی نیستند؛ ۴- پذیرش احساسات به عنوان احساس؛ ۵- تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره. |
| هفتم | ۱-مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ ۲-تمرین: بهترین راه مراقبت از خود چیست؛ ۳- ارائه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است. علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ ۴- آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ ۵- تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره‌ی جدید. |
| هشتم | ۱-اسکن؛ ۲-مضمون: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته‌اید؛ ۳- تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ ۴- بحث در مورد روش‌های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ ۵- مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیت‌شان رشد کرده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن‌شان را ادامه دهند؟ |

یافته‌ها

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

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

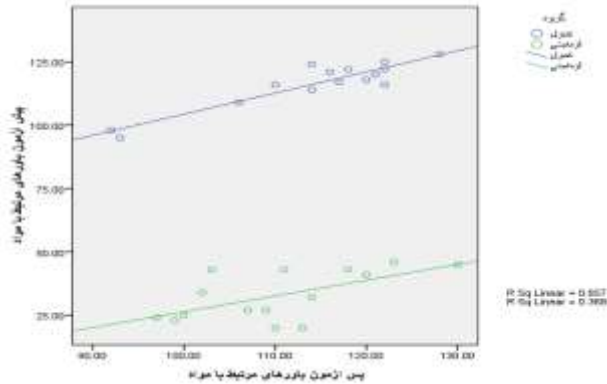
| متغیرها | گروه‌ها | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|-----------------------|-------------|-----------|------------------|----------|------------------|
| | | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| عقاید وسوسه - انگیز | آزمایش گواه | ۹۸/۶۶ | ۵/۷۴ | ۷۸/۳۳ | ۲/۵۸ |
| باورهای مرتبط با مواد | آزمایش گواه | ۱۱۰/۴۰ | ۹/۵۲ | ۳۲/۸۶ | ۹/۷۶ |
| | | ۱۱۴/۳۳ | ۱۰/۳۶ | ۱۱۶/۳۳ | ۹/۳۴ |

برای بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید وسوسه‌انگیز در بیماران تحت درمان با متادون می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شود. یکی از پیش‌فرض‌های این تحلیل همگنی شیب رگرسیون است. نتایج تحلیل حکایت از معنادار بودن گروه و پیش‌آزمون داشت ($F= ۵۱/۳۱, P<۰/۰۰۱$). بنابراین به جای تحلیل کواریانس تک‌متغیری از آزمون t مستقل برای نمرات تفاضل به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج آزمون t مستقل برای بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر عقاید وسوسه‌انگیز

| گروه | میانگین تفاضل | انحراف استاندارد | | آماره t درجه‌آزادی | معناداری | تفاوت میانگین‌ها |
|--------|---------------|------------------|-------|----------------------|----------|------------------|
| | | تفاضل | تفاضل | | | |
| گواه | -۱/۹۳ | ۳/۲۶ | ۹/۸۶۷ | ۲۸ | ۰/۰۰۰۵ | ۱۸/۴۰ |
| آزمایش | -۲۰/۳۳ | ۶/۴۴ | | | | |

برای بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر باورهای مرتبط با مواد می‌بایستی از تحلیل کواریانس تک‌متغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل همگنی شیب رگرسیون است. نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($F= ۰/۷۹۵, P>۰/۰۵$). همچنین در نمودار زیر رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته با استفاده از نمودار پراکنندگی نشان داده شده است.



نمودار ۱: بررسی رابطه خطی بین متغیر کمکی تصادفی و متغیر وابسته در باورهای مرتبط با مواد

همچنین نتایج آزمون لون حکایت از همگنی واریانس‌ها داشت ($F= 3/946, P>0/05$). بنابراین تحلیل کواریانس به شرح جدول ۴ انجام شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری برای بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر باورهای مرتبط با

مواد

| منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | آماره F | معناداری مجذورات | مجموع مجذورات |
|-----------------------|---------------|------------|-----------------|---------|------------------|---------------|
| باورهای مرتبط با مواد | ۱۵۰۸/۷۴ | ۱ | ۱۵۰۸/۷۴ | ۳۸/۸۵۸ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۵۹ |
| گروه | ۴۶۷۲۸/۱۲ | ۱ | ۴۶۷۲۸/۱۲ | ۱۲۰۳/۵۲ | ۰/۰۰۰۵ | ۰/۹۷۸ |
| خطا | ۱۰۴۸/۳۲ | ۲۷ | ۳۸/۸۳ | - | - | - |
| کل | ۲۲۱۷۶۲/۰۰ | ۳۰ | - | - | - | - |

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش آزمون باورهای مرتبط با مواد بین دو گروه تفاوت وجود دارد ($F= 1203/52, P<0/001$). بنابراین می‌توان گفت: آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر کاهش نمرات باورهای مرتبط با مواد در بیماران تحت درمان مؤثر است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر عقاید و سوسه‌انگیز در بیماران تحت درمان با متادون باعث ایجاد تفاوت در دو گروه شده و در

نتیجه آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی باعث کاهش عقاید و سوسه‌انگیز در بیماران تحت درمان با متادون افراد گروه آزمایش شده است. این نتیجه با پژوهش کاظمیان (۱۳۹۳) همسو است. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر باورهای مرتبط با مواد در بیماران تحت درمان مؤثر است، به طوری که در گروه آزمایش بعد از آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، نمره باورهای مرتبط با مواد کاهش یافت. این نتایج با تحقیقات تر لور و لی پوئث اترز (۲۰۱۰) همسو است.

ذهن‌آگاهی به عنوان سبکی برای زندگی، با استفاده از تمرین‌های مراقبه‌ای که در زندگی روزمره ادغام می‌شود به افراد کمک می‌کند تا با وضعیت‌های دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آن‌ها به صورت یک ذهن انسجام یافته استفاده کنند. با این روش افراد متوجه می‌شوند که آن‌ها تنها فکر نمی‌کنند، بلکه می‌توانند فکر کردن خود را مشاهده کنند. از طریق مراقبه‌های رسمی (نظیر مراقبه تنفس و بدن، مراقبه یوگای هوشیارانه و مراقبه واریسی بدن)، همین‌طور مراقبه‌های غیررسمی (نظیر خوردن، قدم زدن، دوش گرفتن و... آگاهانه) و تمرینات عادت شکن افراد یاد می‌گیرند که همه زندگی را در «اینجا» و «اکنون» حاضر باشند (ویلیامز، و پنمن^۱، ۲۰۱۲). ناتوانی در عدم حضور در لحظه اکنون باعث می‌شود بین فرد و واقعیت فاصله افتد و امکان درک صحیح موقعیت و ارائه پاسخ‌های معقول و هشیارانه از او سلب شود (کوثری، ۱۳۸۹).

ذهن‌آگاهی به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده هستند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست در حالی که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز روی گذشته است (کابات زین، ۲۰۰۳).

حضور ذهن با مؤلفه‌هایی نظیر پذیرش (واقعیت)، حضور (در زمان حال)، اجتناب (از نشخوار فکری) شامل اهدافی همچون ارتقای بهزیستی و آگاهی از خود و محیط همراه با تعدیل ذهن است. برخلاف بسیاری از مکاتب روان‌درمانی و البته همخوان با اهداف

مفروضه‌های روان‌شناسی مثبت، هدف از کاربرد حضور ذهن، ایجاد تغییرات ایدئولوژیکی نیست بلکه کمک به آگاه شدن از فرایندهایی است که زمینه‌ساز قرار گرفتن فرد در ذهنیت آسیب‌زا و یا درجاماندگی در آن حالت‌های ذهنی است (محمدخانی، ۱۳۸۹).

به دلیل کم بودن تعداد زنان معتاد نسبت به مردان پیشنهاد میشود این پژوهش بر روی مردان انجام گرفت. پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی مردان و زنان معتاد تحت درمان سایر مراکز درمانی انجام گیرد. بنابر تاثیرگذاری و آثار مخربی که مصرف مواد مخدر بر فرد و سیستم عصبی-روانی و نیز بر سیستم جسمانی او می‌گذارد، لازم است پژوهش‌های مرتبط با این موضوع بر روی سایر مولفه‌های روانی و جسمانی فرد انجام گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده افراد تحت درمان می‌توان گفت که اجرای برنامه‌هایی جهت ارتقای سطح کیفی بیماران تحت درمان متادون می‌تواند تأثیر مؤثری بر درمان هرچه بهتر این بیماران بگذارد. پیشنهاد می‌شود گروه‌های تخصصی در مراکز ترک اعتیاد شهر سمنندج جهت آموزش راهبردهای موثر به معتادان تشکیل شود.

منابع

اکبری، محمد اسماعیل؛ نفیسی، ناهید و جمشیدی‌فر، زهرا (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷(۲۷)، ۷-۱۶.

باقیانی مقدم، محمدحسین؛ فاضل‌پور، شکوه و رهایی، زهره (۱۳۸۷). مقایسه دیدگاه معتادین و غیرمعتادین در مورد علل گرایش به اعتیاد. *فصلنامه طلوع بهداشت*، ۷(۲۵)، ۴۸-۴۰. دباغی، پرویز؛ فرید اصغرنژاد، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ و بوالهروی، جعفر (۱۳۸۷). اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۲(۷)، ۴۴-۲۹.

کاظمیان، سمیه (۱۳۹۳). اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سلامت عمومی معتادان خود در مانجو. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۴(۶)، ۱۹۲-۱۸۱. کوثری، مسعود (۱۳۸۲). آنومی اجتماعی و اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۲(۵)، ۳۰-۱۳.

محمدخانی، شهرام (۱۳۸۹). *پیشگیری اولیه از اعتیاد در محیط‌های دانش‌آموزان*، مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی پیشگیری اولیه از اعتیاد، تهران: ستاد مبارزه با مواد مخدر.

مستشاران، گلاره (۱۳۸۰). *ارزیابی مقدماتی درمان نگهدارنده با متادون*. تهران، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.
نوروزی، علیرضا؛ صابری زفرقندی، محمداقرا؛ و گیلانی پور، مهسا (۱۳۹۰). *راهنمای درمان بستری سوء مصرف مواد*. تهران: سپید برگ.

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1993). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavioral Research therapy*, 35, 49-58.
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, Processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Kabatzzinn, J. (2003). Mindfulness based interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-150.
- Marlatt, G. A. & Grdon J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of Addictive behaviors*. Psychological association, Guilford, New York.
- Marlatt, G. A., Bowcn, S., Chawla, N., Witkiewitz, K. (2008). Mindfulness-based Relapse prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relation Ships. In S. Hick & T. Bien (Eds.). *Mindfulness and the repute Relationship*. New York: Guilforal Press.
- Roozen, H. G., De Waart, R., Van Der Windt, D. A., Van Den Brink, W., De Joung, C. A., Kerkbof, A. J. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16(5), 311-323. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.11.001.
- Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. Co. Uk.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G., Walker, D. (2005). Mindfulness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter*, 19 (3), 211-228.