

## اثر بخشی درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان شیشه

طاهره قربانی<sup>۱</sup>، مجید صفاری‌نیا<sup>۲</sup>، حسین زارع<sup>۳</sup>، احمد علیپور<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۷/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۲۳

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان شیشه انجام شد. **روش:** در طرح نیمه‌آزمایشی ۴۰ نفر مراجع با تشخیص اختلال سوءمصرف شیشه که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش به مدت ده هفته و هر هفته یک جلسه گروهی تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند و گروه گواه در طول این مدت درمانی دریافت نکردند. پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و نیز آزمایش مورفین پیش از شروع درمان، و پس از آن انجام شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد بین دو گروه در بهزیستی اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. همچنین نتایج آزمون مجذور خی نشان داد بین فراوانی بازگشت در دو گروه تفاوت وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف‌کنندگان شیشه موثر است.

**کلید واژه‌ها:** درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی، بهزیستی اجتماعی، پیشگیری از عود، مصرف‌کنندگان شیشه

۱. دانشجوی دکتری، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، پست الکترونیک: msaffarinia@yahoo.com

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۴. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

## مقدمه

سوء مصرف مواد<sup>۱</sup> یکی از مشکلات اجتماعی و سلامت بین المللی است. سوء مصرف مواد باعث افزایش انتقال بیماری‌هایی مثل ایدز و هپاتیت می‌شود و از سوی دیگر مشکلات مرتبط با آن مثل رفتارهای غیرقانونی و خشونت‌آمیز، مشکلات خانوادگی و هزینه‌های گزاف مراقبت و سلامتی را افزایش می‌دهد. بنابراین افراد مبتلا به این اختلال مشکلات عدیده‌ای در حیطه سلامت روان و روابط اجتماعی دارند (زاهونگ، وانگ و چو،<sup>۲</sup> ۲۰۱۲؛ کیان، شوماخر و چن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

بهبودی اجتماعی<sup>۴</sup> در سال ۱۹۹۸ توسط کیز مطرح شد. کیز<sup>۵</sup> بهبودی اجتماعی را با ارزیابی شرایط و عملکرد فرد در جامعه مورد بررسی قرار می‌داد (رادزیک<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵). بر طبق نظر کیز بهبودی اجتماعی (۲۰۰۷) عبارتست از ارزیابی و شناخت فرد از نحوه عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر و گروه‌های اجتماعی؛ همچنین شامل عناصری است که نشان می‌دهد آیا فرد عملکرد مناسبی در اجتماع پیرامون خود (مثل خانواده و اطرافیان خود) دارد؟ وی بر این باور است که سلامت روان را نمی‌توان بدون توجه به معیارهای اجتماعی ارزیابی کرد و عملکرد مناسب در زندگی چیزی بیش از بهبودی روانی و هیجانی بوده و شامل تکالیف و مشغله‌های اجتماعی نیز می‌باشد. در مدل چندوجهی کیز (۱۹۹۸) بهبودی اجتماعی شامل چند جنبه می‌شود که میزان کارکرد بهینه‌ی افراد را در عملکرد آن‌ها معلوم می‌کند. پنج بعد یا جنبه‌ی بهبودی اجتماعی از نظر کیز (۱۹۹۸) یعنی انسجام، پیوستگی، پذیرش، مشارکت، و شکوفایی اجتماعی<sup>۷</sup> با سلامت روان مرتبط هستند (هاشمی، حکمتی، واحدی و باباپور، ۲۰۱۴). به نظر کیز (۱۹۹۸) شناخت و پذیرش دیگران عنصر پذیرش و ارزش فرد به عنوان یک شریک اجتماعی، عنصر مشارکت و سرانجام باور به تحول مثبت اجتماعی، عنصر شکوفایی بهبودی اجتماعی است. این عناصر می‌توانند وحدت اجتماعی، همیاری، پیوند

1. substance abuse  
2. Zhuang, Wang, & Chow  
3. Qian, Schumacher, & Chen  
4. Social well-being  
5. Keyes

6. Radzyk  
7. social integration, coherence, acceptance, contribution, & actualization

اجتماعی و حس ظرفیت برای رشد مداوم جامعه و میزان راحتی افراد را در پذیرش دیگران ارزیابی کنند (کیز، ۲۰۰۷). از ابتدا بهزیستی اجتماعی به عنوان ادراک افراد از یکپارچگی آن‌ها با جامعه، پذیرش دیگران، پیوستگی با اجتماع و احساس فرد از مشارکت با جامعه تعریف می‌شود. پذیرش اجتماعی شامل دیدگاه مثبت فرد به اجتماع می‌باشد. پذیرش اجتماعی مرتبط است با این که فرد چقدر احساس خوبی نسبت به دیگران دارد و چقدر افراد دیگر را با صداقت و پشتکار می‌داند (رادزیک، ۲۰۱۵). این مولفه بیانگر درک فرد از خصوصیات و صفات افراد جامعه به عنوان یک کلیت است. افرادی که دارای سطوح بالایی پذیرش اجتماعی هستند دید مثبتی به ذات بشر دارند، به دیگران اعتماد می‌کنند و معتقدند مردم قادرند خوب باشند. به بیان دیگر پذیرش اجتماعی، به معنی داشتن دید مثبت نسبت به ماهیت انسان و احساس راحتی در رابطه با دیگران است. پیوستگی اجتماعی نیز شامل توانایی فرد برای فهم جهان پیچیده، درک و پیش‌بینی چیزی است که در جهان پیرامون به وقوع می‌پیوندد (کیز، ۲۰۰۷). پیوستگی اجتماعی به ادراک ویژگی‌ها، سازمان‌بندی و عملکرد جامعه و میزان علاقه افراد به شناخت جهان مربوط می‌شود. افراد با پیوستگی اجتماعی بالا احساس می‌کنند، درک روشن‌تری از جهان پیرامون خود دارند. اگرچه آن‌ها به کامل نبودن جهان خود واقف هستند، اما برای رسیدن به اهداف و خواسته‌های خود دست از تلاش بر نمی‌دارند (رازیک، ۲۰۱۵). پیوستگی اجتماعی بیانگر فهم کیفیت، ساخت و طرز کار اجتماع و علاقه‌مندی و اهمیت دادن به شناخت دنیا است. افرادی که سطوح مطلوبی از این بعد را دارا هستند، نه تنها به دنیایی که در آن زندگی می‌کنند اهمیت می‌دهند، بلکه احساس می‌کنند قادر به فهم معنی عمیق حوادث پیرامون خود هستند و در نتیجه تلاش می‌کنند معنی زندگی را بفهمند (کانگ، هو، زو، سانگ و لیو، ۲۰۱۵).

آثار و نتایج منفی و مخرب مصرف مواد سبب شده تا افراد سوءمصرف‌کننده‌ی مواد و خانواده‌های آن‌ها و مسئولان جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت اقدام کنند و از افراد متخصص مثل روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران

اجتماعی یاری بخواهند. در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روان و موسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و پیشگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند. ویتیکوز، مارلات و واکر<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، با ترکیب تحقیقات بیش از دو دهه بر پیشگیری از بازگشت به عنوان درمان وابستگی به مواد با فنون موجود بر پایه‌ی ذهن آگاهی، مداخله‌ی جدید شناختی رفتاری را برای اختلالات مصرف مواد با نام پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی، پیشنهاد کردند (کابات-زین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ ویلیامز و تیزدل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). بنابراین، پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی، درمان جدیدی است که فنون پیشگیری از بازگشت شناختی رفتاری سنتی را با مراقبه‌ی ذهن آگاهی برای درمان اختلالات مصرف مواد ترکیب می‌کند (مارلات و گوردون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). پژوهش‌های اخیر در مراقبه‌ی ذهن آگاهی، رویکرد اصلی کابات-زین را برای درمان سوء مصرف مواد و نیز افسردگی، اضطراب و درد به کار برده‌اند. عناصر مراقبه‌ی ذهن آگاهی شامل واریسی بدنی یا فن آگاهی از بدن، شامل یک‌سری از تغییرات عمدی می‌باشد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه‌ی بدون داوری متمرکز می‌شود. فراگیران برای مشاهده‌ی هیجانات، شناخت و اتفاق‌های بیرونی در ضمن برگشت آگاهی از تنفس آموزش می‌بینند. از نظر کابات-زین ذهن آگاهی حالتی تغییر یافته از هشیاری نیست بلکه حالتی از خود مشاهده‌گری بدون ارزیابی یا در لحظه بودن است. روش ذهن آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرایندها می‌تواند، ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از بازگشت مصرف مواد کمک نماید (اسکلز، استافین، پالفای و یانگ<sup>۵</sup>،

1. Witkiewitz, Marlatt, & Walker  
2. Kabat-Zinn  
3. Segal, Williams, & Teasdale

4. Gordon, & Marlatt  
5. Schellas, Ostafin, Palfai, & Jong

۲۰۱۶؛ گرو، کالینز، هاروپ و مارلات<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵؛ مارلات، بوین، کاوالا و ویتیکوز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸؛ برسلاین، زاگ و مک‌مین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). بررسی تأثیر ذهن‌آگاهی در عاطفه و خلق، نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار خود تنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد کند (براون، ریان و کروسول<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). ذهن‌آگاهی باعث کیفیت زندگی بهتر، لذت بردن از زندگی و کاهش خشم و افسردگی می‌شود (کایویت-استیجنز، ویسر، گارسون، هوگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ اکبری، علی‌پور، زارع و شیخی، ۱۳۹۳) و نقش مهمی در کاهش نشانه‌های کوتاه مدت و دراز مدت خلق دارد (ولوتی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۶؛ گادفرین<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). نتایج نشان داده که این مداخله برای درمان هر دو دسته علائم روان‌شناختی و فیزیکی مؤثر بوده است (شاپیرو، کارلسون، آستین و فریدمن<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). تنها چند مورد از اثربخشی درمان‌ها بر بهزیستی اجتماعی گزارش شده است. برای مثال سان<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۵) اثربخشی درمان نگه‌دارنده با متادون را بر بهزیستی اجتماعی نشان دادند. از آنجا که برنامه‌ی ذهن‌آگاهی به نحو معناداری موجب افزایش ذهن‌آگاهی و بهزیستی و نیز کاهش استرس و علائم فیزیکی و روان‌شناختی آن می‌شود، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن‌آگاهی بر افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در سوء مصرف کنندگان شیشه موثر است؟

## روش

### جامعه، نمونه، و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از حیث هدف در حیطه پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد و به روش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه اجرا شد. جامعه

1. Grow, Collins, Harrop, & Marlatt
2. Bowen, Chawala, & Witkiewitz
3. Breslin, Zack, & McMair
4. Brown, Ryan, & Creswell
5. Kieviet-Stijnen, Visser, Garssen, & Hudig

6. Velloti
7. Godfrin
8. Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman
9. Sun

آماري پژوهش، شامل مردان وابسته به شیشه بود که به مراکز ترک اعتیاد شهر اصفهان در نیمه اول سال ۱۳۹۶ مراجعه کرده بودند. نمونه شامل دو گروه ۲۰ نفری بود که از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مثل تعداد عودهای گذشته، سن، جنس، تحصیلات و طبقه‌ی اقتصادی-اجتماعی، با هم هم‌تا بودند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دامنه‌ی سنی ۳۵-۱۸ سال، حداقل تحصیلات راهنمایی، سابقه‌ی بازگشت ۲ تا ۵ بار، عدم وجود اختلال بالینی هم‌زمان در محور I، عدم وجود اختلال پزشکی در محور III، عدم وجود مشکل روانی-اجتماعی حاد در محور IV بر اساس سابقه‌ی پزشکی و پرونده‌ی روان‌پزشکی فرد. نحوه‌ی نمونه‌گیری به این صورت انجام گرفت که: از بین افراد در دسترس پس از مصاحبه ساختار یافته توسط پژوهش‌گر انجام شد، تعداد ۴۰ نفر از افراد مصرف‌کننده شیشه که به مراکز ترک اعتیاد اعتماد و پرواز مراجعه کرده بودند به صورت در دسترس و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

## ابزار

۱- مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محوری: مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) تدوین شده است. بختیاری (۱۳۷۹) اعتبار بازآزمایی نسخه‌ی فارسی مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محوری را ۰/۹۵ و اعتبار بین ارزیاب را ۰/۶۰ گزارش کرده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلالات سوء مصرف مواد استفاده شد.

۲- پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی: این پرسش‌نامه توسط کیز (۱۹۹۸) با ۳۳ گویه بر اساس مدل نظری ساخته شد. گویه‌های ۱، ۱۱، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۹ و ۳۳. خرده‌مقیاس "همبستگی اجتماعی"، گویه‌های ۲، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۶ و ۲۱ خرده‌مقیاس "انسجام اجتماعی"، گویه‌های ۳، ۴، ۲۴، ۲۶، ۲۸ و ۳۲ خرده‌مقیاس "مشارکت اجتماعی"، گویه‌های ۵، ۷، ۱۵،

۱۷، ۱۸، ۲۵ و ۳۰ خرده‌مقیاس "شکوفایی اجتماعی" و گویه‌های ۶، ۸، ۱۴، ۱۹، ۲۳ و ۳۱ خرده‌مقیاس "پذیرش اجتماعی" را می‌سنجند. نمره‌گذاری براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به صورت (کاملاً موافق=۵ تا کاملاً مخالف=۱) انجام می‌شود. کمترین و بیشترین نمره کسب شده به ترتیب برابر با ۳۳ و ۱۶۵ خواهد بود. کیز (۱۹۹۸) در دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ نفری در امریکا با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسش‌نامه را تأیید نمود. کیز ضریب آلفای کرونباخ کل را ۰/۸۵ گزارش نمود (صفاری‌نیا، تدریس تبریزی، محتشمی و حسن‌زاده، ۱۳۹۳). در ایران نیز در پژوهش تدریس تبریزی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. روایی صوری نیز توسط متخصصان روان‌شناسی اجتماعی تأیید شد.

## روند اجرا

پس از آن که افراد پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کیز (۱۹۹۸) را تکمیل کردند، گروه آزمایش در طی ۸ جلسه گروه‌درمانی پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن‌آگاهی دریافت کردند. گروه گواه نیز طی ده جلسه در گروه حمایتی که شامل افراد معتاد دارای سابقه ترک بود شرکت کردند. بعد از طی ده هفته افراد شرکت‌کننده در دو گروه پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کیز را تکمیل نمودند. همچنین، در مرحله پیگیری ۴۵ روز پس از پایان درمان دو گروه مجدداً پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی کیز را تکمیل نمودند. برای رعایت موازین اخلاقی و به دلیل تاثیر مثبت درمان پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن‌آگاهی افراد گروه گواه پس از نتایج گروه پیگیری در گروه درمانی مذکور شرکت داده شدند. محتوای جلسات درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی مبتنی بر کار عبدالقادری، کافی، صابری و آریاپوران (۱۳۹۲) در ۸ جلسه استخراج شد که در جدول ۱ ارائه شده است.

**جدول ۱: محتوی جلسات درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی**

جلسه	سر فصل آموزشی	محتوای جلسه
۱	معرفی برنامه و اجرای پیش-آزمون	اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط و مفهوم سازی، الزامات استفاده از آموزش ذهن-آگاهی و آشنایی با تن آرامی.
۲	آموزش تن آرامی کامل	آموزش تن آرامی ۱۴ گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران ها، شکم، سینه، شانه ها، گردن، لب، چشم ها، آرواره ها، پیشانی قسمت پایین و پیشانی قسمت بالا می شوند.
۳	آموزش تن آرامی مختصر	آموزش تن آرامی برای ۶ گروه از عضلات شامل دست ها و بازوها، پاهای ترجمان، شکم و سینه، گردن و شانه ها، آرواره ها پیشانی و لب ها و چشم ها و تکلیف خانگی تن آرامی.
۴	آموزش ذهن آگاهی تنفس	مرور کوتاه جلسه قبل، آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش فن دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش فن تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب به مدت ۲۰ دقیقه.
۵	آموزش فن پایش بدن	آموزش فن توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن ها و جستجوی حس های فیزیکی (شنوایی، چشایی و غیره) و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن (خوردن با آرامش و توجه به مزه و منظره غذا).
۶	آموزش ذهن آگاهی افکار	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن ها و تکلیف خانگی نوشتن تجربیات مثبت و منفی بدون قضاوت در مورد آن ها.
۷	ذهن آگاهی کامل	تکرار آموزش جلسات ۴ و ۵ و ۶ هر کدام به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه.
۸	جمع بندی	مروری بر مطالب گفته شده و جمع بندی آموزش های ارائه شده.

**یافته ها**

میانگین (انحراف استاندارد) سن مردان شرکت کننده در این پژوهش ۲۳/۸۸ (۳/۹۷) سال بود. در جدول ۱ فراوانی و درصد فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی تحصیلات و مدت زمان اعتیاد مردان مبتلا به سوء مصرف مواد محرک شیشه ارائه شده است.



**جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها**

متغیرها	گروه گواه		گروه آزمایشی درمان		کل
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
دیپلم	۵۵	۱۱	۵۰	۱۰	۵۲/۵
تحصیلات	۲۵	۵	۳۵	۷	۳۰
کارشناسی و بالاتر	۲۰	۴	۱۵	۳	۱۷/۵
مدت زمان	۴۵	۹	۶۰	۱۲	۵۲/۵
اعتیاد	۲۵	۵	۱۵	۳	۲۰
بیش از ۴ سال	۳۰	۶	۲۵	۵	۱۷/۵

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 تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون**

متغیرها	نوع آزمون	گواه		ذهن آگاهی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون		۱۵/۹۵	۵/۰۵	۱۴/۹۰	۳/۹۴
همبستگی	پس آزمون	۱۶/۳۵	۴/۴۳	۲۱/۱۰	۴/۶۸
اجتماعی	پیگیری	۱۵/۸۵	۴/۱۷	۱۸/۱۰	۴/۲۲
	پیش آزمون	۱۳/۰۵	۴/۶۸	۱۴/۱۰	۴/۷۳
انسجام اجتماعی	پس آزمون	۱۳/۱۰	۵/۲۴	۱۸/۷۰	۳/۷۲
	پیگیری	۱۳/۰۰	۴/۶۳	۱۷/۱۵	۴/۰۱
	پیش آزمون	۱۳/۴۵	۴/۵۰	۱۲/۳۰	۴/۲۳
مشارکت	پس آزمون	۱۳/۳۵	۳/۹۳	۱۸/۱۵	۴/۰۰
اجتماعی	پیگیری	۱۴/۲۰	۴/۵۷	۱۷/۹۰	۴/۵۹
	پیش آزمون	۱۴/۷۵	۴/۵۵	۱۴/۳۵	۴/۶۱
شکوفایی	پس آزمون	۱۲/۷۵	۳/۷۵	۱۴/۷۵	۳/۷۶
اجتماعی	پیگیری	۱۳/۰۵	۴/۳۵	۱۴/۲۰	۳/۹۸
	پیش آزمون	۱۲/۸۰	۳/۰۱	۱۱/۵۰	۴/۴۸
	پس آزمون	۱۲/۲۵	۳/۸۲	۱۴/۸۵	۴/۱۲
پذیرش اجتماعی	پیگیری	۱۳/۰۵	۳/۱۱	۱۳/۰۰	۴/۶۲

همچنین، نتایج آمار توصیفی در عود یا بازگشت به مصرف نشان داد که میانگین نمرات مردان گروه آزمایشی پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی در میزان دفعات بازگشت در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری (نسبت به میانگین پیش‌آزمون) کاهش یافته است. آماره‌های توصیفی تست مرفین به تفکیک گروه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی تست مرفین به تفکیک گروه‌ها

نوع آزمون	نتیجه	گواه فراوانی	آزمایش فراوانی
پیش‌آزمون	منفی	۱۴	۱۵
	مثبت	۶	۵
پس‌آزمون	منفی	۱۲	۲۰
	مثبت	۸	۰
پیگیری	منفی	۱۳	۱۷
	مثبت	۷	۳

نتایج آزمون مجذور خی دو متغیری نشان داد دو گروه در پیش‌آزمون با هم هم‌تا بودند ( $P > ۰/۰۵$ ,  $۰/۷۲۳ =$  مجذور خی)، لیکن تفاوت معناداری در پس‌آزمون ( $P < ۰/۰۱$ ,  $۱۰/۰۱ =$  مجذور خی) و پیگیری ( $P < ۰/۰۱$ ,  $۸/۴۸۵ =$  مجذور خی) به وجود آمد. این امر حکایت از اثربخشی مداخله دارد.

برای بررسی فرضیه اصلی تحقیق مبنی بر اثربخشی مداخله بر ارتقای نمرات بهزیستی اجتماعی می‌بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شود؛ یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌ها**

متغیرها	آماره F	درجه آزادی	معناداری
پس آزمون همبستگی اجتماعی	۱/۸۰	۳۸	۰/۱۹
پیگیری همبستگی اجتماعی	۰/۱۰	۳۸	۰/۷۶
پس آزمون انسجام اجتماعی	۰/۵۰	۳۸	۰/۴۹
پیگیری انسجام اجتماعی	۰/۹۷	۳۸	۰/۳۳
پس آزمون مشارکت اجتماعی	۰/۸۰	۳۸	۰/۷۹
پیگیری مشارکت اجتماعی	۰/۱۸	۳۸	۰/۶۸
پس آزمون شکوفایی اجتماعی	۰/۳۳	۳۸	۰/۵۷
پیگیری شکوفایی اجتماعی	۰/۱۸	۳۸	۰/۶۷
پس آزمون پذیرش اجتماعی	۰/۳۳	۳۸	۰/۵۷
پیگیری پذیرش اجتماعی	۲/۱۰	۳۸	۰/۱۷
پس آزمون بهزیستی اجتماعی	۰/۲۱	۳۸	۰/۶۵
پیگیری بهزیستی اجتماعی	۰/۲۴	۳۸	۰/۶۳

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در تمام مولفه‌ها و کل مقیاس در مرحله پس آزمون و پیگیری مفروضه همگنی واریانس برقرار است ( $P > 0/05$ ). مفروضه دیگر مانکوآ برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $P > 0/05$ ,  $F = 0/25$ ,  $M = 0/80$  باکس). بنابراین مانکوآ انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت بین گروه‌ها در ترکیب خطی مولفه‌های بهزیستی اجتماعی وجود دارد ( $P < 0/001$ ,  $F = 51/15$ ,  $\lambda = 0/26$  لامبدا و یلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری به شرح جدول ۵ استفاده شد.

**جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در مولفه‌ها (پس آزمون)**

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
همبستگی اجتماعی	۲۸۲/۹۳	۱۵/۶۵	۰/۰۰۰۵	۰/۳۳	۰/۹۷
انسجام اجتماعی	۲۷۴/۶۰	۱۷/۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۳۵	۰/۹۸
مشارکت اجتماعی	۲۰۴/۳۶	۱۴/۳۲	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱	۰/۹۶
شکوفایی اجتماعی	۶۲/۴۲	۵/۱۳	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۵۹
پذیرش اجتماعی	۸۴/۸۶	۶/۵۱	۰/۰۱۶	۰/۱۷	۰/۷۰

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود در تمام مولفه‌ها تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی می توان گفت: گروه آزمایش بهبودی بیشتری در مولفه‌های بهزیستی اجتماعی نموده است. برای بررسی بقای اثربخشی نیز می بایستی از تحلیل کواریانس چندمتغیری با نمرات پیگیری استفاده شود. مفروضه مانکوآ برابری ماتریس کواریانس هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ( $M=0.64, F=1/05, P>0.05$ ) باکس). بنابراین مانکوآ انجام شد و نتایج آن نشان داد تفاوت بین گروه‌ها در ترکیب خطی مولفه‌های بهزیستی اجتماعی وجود دارد ( $0.21=$  اندازه اثر,  $F=8/36, P<0.05$ ,  $\lambda=0.26$ ) = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیری به شرح جدول ۶ استفاده شد.

**جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت گروه‌ها در مولفه‌ها (پیگیری)**

متغیرها	میانگین	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
همبستگی اجتماعی	۴۵/۶۹	۲/۸۳	۰/۱۱	-	۰/۳۶
انجام اجتماعی	۱۸۷/۵۹	۱۰/۴۲	۰/۰۰۳	۰/۲۵	۰/۸۸
مشارکت اجتماعی	۱۴۳/۶۸	۶/۷۵	۰/۰۱۴	۰/۱۷	۰/۷۱
شکوفایی اجتماعی	۸/۱۱	۰/۴۳	۰/۵۲	-	۰/۱۰
پذیرش اجتماعی	۲/۵۴	۰/۱۶	۰/۶۹	-	۰/۰۷

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می شود، صرفاً در دو مولفه‌ی انجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی تفاوت معنادار در دو گروه وجود دارد. به بیان دیگر تنها در این دو مولفه بقای بهبودی وجود دارد و در سایر مولفه‌ها بقای بهبودی بعد از قطع مداخله وجود ندارد.

## بحث و نتیجه گیری

همانطور که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی بر مولفه بهزیستی اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد موثر بوده است. درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی به درمان‌جویان کمک می کند که یاد بگیرند چگونه از احساس‌های بدنی، افکار و هیجانات خود آگاهی یابند و

به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس پاسخ سازگارانۀ ای به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند (خوری و همکاران، ۲۰۱۳). این درمان، شرکت کنندگان را متوجه این موضوع می‌کند که آنچه را که فکر می‌کنند، احساس خواهند کرد. در نتیجه، به علل رفتار خود و ناراحتی‌هایی که در مقابل رفتار سوءمصرف‌شان ابراز می‌کنند پی می‌برند و از این طریق می‌توانند قسمت‌هایی که در مورد خود و زندگی اجتماعی‌شان مسئله‌ساز است را تغییر دهند (مارلات و گوردون، ۲۰۰۷). در طی فرایند درمان، درمان‌جویان از طریق یادگیری این فنون توانستند بر افکار و احساسات خود کنترل بیشتری داشته باشند و محدودیت‌های خود را در رابطه با رفتار اجتماعی‌شان بپذیرند و خود را بدون انتقاد، همان‌گونه که هستند دوست بدارند. همچنین، درمان‌جویان این بینش را کسب کردند که آنچه اهمیت دارد، نحوه‌ی نگرش آن‌ها به محیط اجتماعی‌شان است که موجب ایجاد احساس ناخوشایند می‌شود و آموختند که بهتر زیستن آن‌ها علاوه بر نبود بیماری و اعتیاد، درگرو رسیدن به سطحی از عملکرد اجتماعی است که با دیگران و سبک زندگی‌شان آسوده و بدون مشکل باشند. این الگوی درمانی که به صورت جلسات گروهی انجام شد، از طریق فراهم نمودن محیطی سرشار از حمایت اجتماعی، عاطفی و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی در خصوص اعتیاد و افزایش قدرت سازگاری با درمان در فرد که از عوامل تغییر در بهزیستی اجتماعی شناخته شده‌اند و همچنین با هدف قرار دادن روابط اجتماعی و کار بر روی جنبه‌های درمان اعتیاد افراد و انجام تکالیف مربوط به درمان در جلسه و خارج از آن، موجب رشد توانایی اجتماعی، سطوح بالای عملکرد و پذیرش اجتماعی شدند که متعاقباً موجب افزایش بهزیستی اجتماعی در آنان شد.

بالا بودن مشکلات روانی (افسردگی، اضطراب، استرس، خستگی و سایر موارد) در سوءمصرف کنندگان مواد نحوه کنار آمدن آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و کانون توجه آن‌ها را متمرکز بر روی مشکلات روانی اجتماعی آتی می‌سازد. بنابراین ذهن آگاهی این توانایی را به درمان‌جویان می‌دهد تا آسیب‌پذیری‌های فراگیر در انسان را ببینند و با آن روبرو شوند و آن‌ها را که بخشی از وجود ذاتی و درونی و یا اجتماعی انسان‌ها هستند به چالش بکشند. ذهن آگاهی، نوعی آگاهی است که توجه فرد به تجربیاتش نسبت به

موضوع خاصی را به گونه خاصی شکل می‌دهد. توجهی که متمرکز بر هدف است (توجه به‌طور آشکار روی جنبه‌های خاصی از تجربه معطوف می‌شود) و در زمان حال (وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می‌شود آن را به زمان حال باز می‌گرداند) و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است) صورت می‌گیرد (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶). آگاهی از آنچه در آینده اتفاق می‌افتد و آنچه در حال رخ دادن است؛ توجه عمیق و مستقیم به آن و مرتبط کردن آن با پذیرش موضوع آسان است (قدرت عمل مشاهده مشارکتی). گرچه ماهیت موضوع و توجه به آن آسان است، تمرین ذهن آگاهی اغلب کاری سخت به نظر می‌رسد. تمرینی که در آن فرد به‌طور منظم به خود آموزش می‌دهد تا به آن چه در اطرافش رخ می‌دهد و ناشی از تجارب او است اطمینان کند. این تمرین، همچنین به معرفی گزینه برای اجتناب از مشکل و جنبه‌های چالش‌برانگیز اجتماعی می‌پردازد. از سوی دیگر ذهن آگاهی به فرد دیدگاهی بدون قضاوت نسبت به خود و اطرافیانش می‌دهد و به این روش باعث افزایش شفقت نسبت به خود و دیگران می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر، نشان داد که اثربخشی درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی با تاکید بر فرایندهای شناختی، منعکس‌کننده این حقیقت است که شیوه پردازش اطلاعات می‌تواند به اندازه محتوای معنی و تفسیرهای مربوط به بهزیستی اجتماعی مهم باشد. لیکن هنگامی که این نوع مداخله برای افراد مبتلا به سوء مصرف مواد به کار برده می‌شود افراد به شناخت معنادهی‌های اجتماعی مربوط به تشخیص و کنترل اعتیاد نائل می‌آیند. آن‌ها یاد می‌گیرند پذیرشی بدون قضاوت نسبت به مسائل داشته باشند. نقش اساسی معنادهی‌ها و تفسیرهای بدون سوگیری فرد از رویدادها و موقعیت‌ها در مداخله‌ی حاضر، یکی از دلایلی است که میزان اثربخشی این درمان را بر بهزیستی اجتماعی افراد در حال درمان اعتیاد نشان می‌دهد. از این رو، درمان حاضر با برطرف کردن موارد فوق میزان بهزیستی اجتماعی درمان‌جویان را در تمام حیطه‌های آن افزایش می‌دهد. در تبیین این قسمت از یافته‌های پژوهش حاضر باید بیان نمود که ذهن آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون

رفتاردرمانی شناختی سنتی، می تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری بهتر از عود مصرف مواد کمک کند (مارالات و همکاران، ۲۰۰۸؛ ویتیکوز و همکاران، ۲۰۰۵). گزارش های قبلی نیز نشان می دهد که ذهن آگاهی در پیشگیری از عود اختلالات سوء مصرف مواد تأثیر مثبتی دارد (سوتی، ۲۰۰۵؛ گارلند، رابرت-لوییز، ترونیر، گراوز و کلی، ۲۰۱۴).

همچنین، گزارش شده افرادی که سم زدایی کرده و مداخله ذهن آگاهی دریافت کرده بودند از فراوانی کمتر عود مصرف مواد طی ۴ ماه برخوردار بودند (باون و همکاران، ۲۰۰۹). در واقع، ذهن آگاهی به واسطه ارتقاء پذیرش و آگاهی فرد به تجربیاتش موجب جلوگیری از عود مجدد سوء مصرف مواد می شود (ویتیکوز، باون، داگلاس و هسو، ۲۰۱۳). در تبیین علل احتمالی تأثیر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد مخدر عواملی مختلفی می تواند دخالت داشته باشد. چنانکه در مبانی نظری ذهن آگاهی وجود دارد، ذهن آگاهی مبتنی بر سه فرض پایه ای آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است، بنا نهاده شده است. از آنجائی که بخشی از مشکل مصرف مواد در همین عوامل نهفته است، ارتقاء ذهن آگاهی گامی مهم در جلوگیری از عود مصرف مواد خواهد بود. به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه های مثبت ذهن آگاهی است (براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷) و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت های روان شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت ها می شود (چامبرز، گولون و آلن، ۲۰۰۹). آموزش ذهن آگاهی در افراد سوء مصرف کننده مواد که از مشکلات جسمی و روانی اعتیاد در رنج هستند با بهبود این توانایی ها و ترویج علاقه به فعالیت های فردی و اجتماعی، می تواند در جهت کاهش عود مصرف مواد آنان باشد.

محدودیت پژوهش حاضر شامل انتخاب شرکت کنندگان از بین افرادی بود که با روش سم زدایی با متادون اقدام به ترک نموده‌اند؛ لذا در تعمیم نتایج به گروه‌های درمانی دیگر باید جوانب احتیاط رعایت گردد. همچنین، محدودیت دیگر این پژوهش انتخاب افراد از بین مردان مبتلا به سوء مصرف مواد شهر اصفهان بود؛ لذا در تعمیم یافته‌ها به سوء مصرف کنندگان زن و مبتلایان ساکن در شهرهای دیگر با فرهنگ و سبک زندگی دیگر جوانب احتیاط باید رعایت گردد.

### منابع

اکبری، مهرداد؛ علی پور، احمد؛ زارع، حسین؛ و شیخی، عبدالکریم (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران دچار سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۸(۱)، ۲۸-۷.

تدریس تبریزی، معصومه (۱۳۹۲). *اعتباریابی و هنجارسازی پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی در مردان و زنان شهر تهران*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور.

صفاری‌نیا، مجید؛ تدریس تبریزی، معصومه؛ محتشمی، طیه؛ و حسن‌زاده، پرستو (۱۳۹۳). تاثیر مولفه‌های شخصیت جامعه‌پسند و خودشیفتگی بر بهزیستی اجتماعی در ساکنان شهر تهران.

دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۳(۵۷)، ۴۴-۳۵.

Breslin, F., Zack, M., & McMMain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology Science practical*, 9, 275-299.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychology Inquiry*, 18, 272-281.

Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindfulness emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560-572. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.06.005.

Garland, E. L., Roberts-Lewis, A., Tronnier, C. D., Graves, R., & Kelley, K. (2016). Mindfulness-oriented recovery enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. *Behavior research and therapy*, 77, 7-16.

Godfrin, K. A., & Van Heeringen, C. (2010). The effect of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental



- health and quality of life: a randomized controlled study, *Behavior Response Therapy*, 48, 738-746.
- 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.
- Hashemi T., Hekmati I, Vahedi SH., & Babapour J. (2014). Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. *Journal of Behavior Sciences*, 8(1), 11-19.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*, New York: Delacort.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *The American psychologist*, 62(2), 95-108. DOI: 10.1037/0003-066X.62.2.95.
- Kieviet-Stijnen, P., visser, A., Garssen, B., & Hudig, W. (2008). Mindfulness based stress reduction training for oncology patients: patients appraisal and changes in well-being. *Patient Education counseling*, 72, 436-442.
- Kong, F., Hu, S., Xue, S., Song, Y., & Liu, J. (2015). Extraversion mediate the relationship between structural variations in the dorsolateral prefrontal cortex and social well-being. *Neuroimage*, 105, 269-275.
- Marlatt, G. A., Bowen, S., Chawala, N., & Witkiewitz, K. (2008). *Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: therapist training and therapeutic relationship*. New York: Guilford press.
- Marlatt, G., & Gordon, J. (2007). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Qian, H. Z., Schumacher, J. E., & Chen, H. T. (2006). Injection drug use and HIV/AIDS in China: review of current situation, prevention and policy implication. *Harm Reduction Journal*, 3(4). DOI: 10.1186/1477-7517-3-4.
- Radzyk, J. (2015). *Evaluation of a new Social Well-Being questionnaire*. Bachelor thesis of Psychology. Department of Psychology, Health & Technology. University of Twente, Netherlands.
- Schellas, L., Ostafin, B. D., Palfai, T. P., & Jong, P. J. D. (2016). How to think about your drink: Action- identification and the relation between mindfulness and dyscontrolled drinking. *Addictive Behaviors*, 56, 51-56.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373- 386.
- Velloti, P., Garofalo, C., D'Aguzzo, M., Petrocchi, C., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2016). Mindfulness moderates the relationship between aggression and antisocial personality disorder trait:

- primary investigation with an offernder sample, *Comprehensive psychiatry*, 64, 38-45. DOI: 10.1016/j.comppsy.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, SH. (2013). Mindfulness-based relaps prevention for substance craving. *Addictive Behavior*, 38(2), 1563-1571. DOI: 10.1016/j.addbeh.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mindfulness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: the meditation lortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychology*, 19, 221-229.
- Zhuang, X., Wang, Y., & Chow, E. P. (2012). Risk factors associated with HIV/HCV infection among entracts in methadone maintenance treatment cilincs in China: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Dependent*, 126, 286-295.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using thewisdomofyourbody and mind to face stress, painand illness*, New York: Delacort.