

## اثربخشی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی

دکتر پرویز دباغی<sup>۱</sup>، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید<sup>۲</sup>،  
دکتر محمد کاظم عاطف وحید<sup>۳</sup>، دکتر جعفر بوالهروی<sup>۴</sup>

### چکیده

**هدف:** بررسی اثربخشی روان‌درمانی پیشگیری از عود، بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی هدف اصلی این پژوهش بود.

**روش:** در یک طرح آزمایشی، ۹۰ بیمار مرد با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای DSM-IV پس از دوره سم‌زدایی انتخاب و بر حسب تصادف در دو گروه آزمایشی (رفتار درمانی شناختی و پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی) و یک گروه گواه جای داده شدند. گروه‌های آزمایشی طی ۱۲ جلسه دو ساعته، به صورت گروهی تحت درمان قرار گرفتند. آزمودنی‌ها به کمک مصاحبه ساختار یافته و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28)، پیش از آغاز درمان، جلسه دوازدهم و پایان مرحله پی‌گیری ۴ ماهه، پس از درمان گروهی ارزیابی شدند. گروه گواه بدون هیچ درمان گروهی، تنها داروی نالتراکسون دریافت کردند. داده‌ها به کمک روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های تکراری و آزمون‌های دو تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هر دو روش پیشگیری از عود گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی شناختی، در کاهش میزان عود ( $p < 0/01$ )، افزایش اطاعت‌درمانی و مدت باقی‌ماندن در درمان ( $p < 0/0001$ )، کاهش علائم جسمانی، اضطراب، بهبود کارکرد اجتماعی، از نالتراکسون مؤثرتر است. روش پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی از نظر کاهش میزان عود، افزایش میزان اطاعت درمانی، کارکرد اجتماعی از رفتار درمانی شناختی و نالتراکسون به تنهایی مؤثرتر بود ( $p < 0/01$ ).

- 
- ۱- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش. نویسنده مسؤول - [dabaghi\\_44@yahoo.com](mailto:dabaghi_44@yahoo.com)
  - ۲- دکترای تخصصی روانشناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
  - ۳- دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.
  - ۴- روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

**نتایج:** به نظر می‌رسد به‌کارگیری روش درمانی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، به شکل چشم‌گیری اثربخشی درمان دارویی و رفتاردرمانی شناختی را در درمان وابستگی به مواد افیونی و افزایش سلامت روانی بیماران افزایش می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** روان‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتار درمانی شناختی، پیشگیری از عود، وابستگی به مواد افیونی، سلامت روانی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۷

### مقدمه

در حال حاضر درمان اعتیاد، خط اول دفاع در جنگ بر علیه بیماری‌های رفتاری، مانند ایدز و هپاتیت و یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به‌شمار می‌رود. (دالی<sup>۱</sup> و مارلات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ مارگولین<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶)

دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل<sup>۴</sup> (UNODCP) (۲۰۰۵)، شمار مصرف‌کنندگان موجود مواد را در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر، یا ۵٪ کل جمعیت جهان برآورد کرده که از این تعداد ۱۶ میلیون نفر، یا ۴٪ جمعیت، مصرف‌کننده مواد افیونی و ۱۱ میلیون نفر مصرف‌کننده هروئین برآورد شده است.

در ایران نیز شمار مصرف‌کنندگان مواد، نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده که مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می‌باشد (مکری، ۲۰۰۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند ۲۰٪ تا ۹۰٪ معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار عود<sup>۵</sup> می‌شوند. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی<sup>۶</sup> پایین و میزان بالای ریزش<sup>۷</sup> ضعیف می‌باشد (روزن<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). در حال حاضر انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۹</sup>

- 
- 1- Dally
  - 2- Marlatt
  - 3- Margoline
  - 4- United Nation Office for Drug Control (UNODCP)
  - 5- relapse
  - 6- compliance
  - 7- dropout
  - 8- Rozen
  - 9- American Psychiatry Association (APA)

(APA, ۱۹۹۹)، درمان‌های روانی اجتماعی را از مؤلفه‌های اساسی هر نوع برنامه درمانی سوءمصرف مواد در نظر می‌گیرد.

در سال‌های اخیر در زمینه سوءمصرف مواد در سطوح مختلف سبب‌شناسی تشخیص و درمان، پیشرفت‌های چشم‌گیری به‌دست آمده و در درمان از یک رویکرد چندرشته‌ای<sup>۱</sup> و الگوی زیستی- روانی- اجتماعی- معنوی<sup>۲</sup> بهره گرفته می‌شود (بروک<sup>۳</sup> و اسپیتز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲؛ والاسی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روانشناختی، به ویژه درمان اعتیاد، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه ذهن آگاهی<sup>۶</sup> با رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌باشد که از این تلفیق به‌عنوان موج سوم رفتاردرمانی یاد می‌کنند (هایز<sup>۷</sup>، لوما<sup>۸</sup> و بوند<sup>۹</sup>، ۲۰۰۶). نمونه‌هایی از این رویکردهای جدید عبارتند از: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱۰</sup> (MBCT)، برای پیشگیری از عود افسردگی و پیشگیری از عود، بر پایه ذهن آگاهی<sup>۱۱</sup> (MBRP)، برای درمان اعتیاد (ویتکوویتز<sup>۱۲</sup>، مارلات و واکر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۵). این رویکردها با تأکید بر موضوع‌هایی مانند پذیرش، ذهن آگاهی، ارزش‌ها، معنویت، روابط و دیالکتیک، وارد حوزه‌هایی شده‌اند که به‌دلیل زوایای کمتر تجربی در رویکردهای رفتاردرمانی شناختی سنتی، از پرداختن به آنها در کار بالینی خودداری می‌شود (هایز و همکاران، ۲۰۰۶؛ هایز، ماسودا<sup>۱۴</sup> و دمی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۳؛ بایر<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۳). در مداخله‌های مبتنی بر راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی، بر خلاف راهبردهای

- 
- 1- multidisciplinary
  - 2-biopsychosocial-spiritual
  - 3- Brook
  - 4- Spitz
  - 5-Wallace
  - 6- mindfulness meditaion
  - 7- Hayes
  - 8-Luoma
  - 9- Bond
  - 10-Mindfulness Based on C cognitive Therapy(MBCT)
  - 11- Mindfulness Based on Relapse Prevention(MBRP)
  - 12- Witkiewitz
  - 13- Walker
  - 14-Masuda
  - 15- DeMey
  - 16- Baer

مبتنی بر تغییر، به جای تغییر محتوای افکار و نگرش های ناکارآمد، بر پذیرش، تمرکززدایی و تغییر رابطه و نگرش فرد نسبت به افکار، به عنوان نوعی واقعیت ذهنی، همچنین در مقابل تغییر و اجتناب از هیجان های منفی، بر پذیرش بدون قضاوت، مواجهه و افزایش تحمل، حالت های هیجانی منفی، افکار و تصورات تأکید می شود (لایو<sup>۱</sup> و مک ماین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵).

در ده سال اخیر، ذهن آگاهی، در جامعه علمی، توجه زیادی را به خود معطوف کرده است و به عنوان آگاهی لحظه به لحظه، از تجربه به دست آمده از توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری تجربه های موجود تعریف می شود (کابات<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). بررسی ها نشان می دهند که درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی، در کاهش فشارروانی، درد مزمن، اضطراب، پیشگیری از عود، افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال پس از استرس ضربه ای<sup>۴</sup> و سایر اختلال ها مؤثرتر می باشند (ویتکویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵).

مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی، در حال حاضر در درمان اختلال سوء مصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته اند (لیچ<sup>۵</sup>، باون<sup>۶</sup> و مارلات، ۲۰۰۵). پژوهش ها نشان می دهد در درمان و پیشگیری از عود اعتیاد، حالت های هیجانی منفی<sup>۷</sup> و مثبت، میل و وسوسه، از مهمترین عوامل خطر اصلی عود می باشند (مارلات و گوردن، ۱۹۸۰؛ به نقل از مارلات و ویتکویتز، ۲۰۰۵). در بررسی سبب شناسی سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اجباری، محققان و نظریه پردازان مختلف، نقص در تنظیم هیجان<sup>۸</sup>، تحمل پایین ناراحتی<sup>۹</sup>، اجتناب هیجانی، رفتار بدون تفکر و عادت، نشخوار فکری<sup>۱۰</sup>، سوگیری نسبت به نشانه های مواد، خودکارآمدی پایین، نقص مهارت های مقابله ای و خلاء معنوی را عنوان نموده اند (تیزدل، ۱۹۹۹؛ مارلات، ۱۹۹۶؛ بلوم<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵). بنابراین در درمان و

- 
- 1- Lau
  - 2- Mc Main
  - 3- Kabatt
  - 4- Post Traumatic Disorder (PTSD)
  - 5- Leigh
  - 6- Bawen
  - 7- negative emotional state
  - 8- emotion disregulation
  - 9- distress tolerance
  - 10-ruminative thought
  - 11-Blume

پیشگیری از عود مصرف مواد، استفاده از روش‌هایی که بتواند بر این مشکلات تأثیرگذار باشد، ضروری است و به نظر می‌رسد می‌تواند اثربخشی درمان را افزایش دهد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری روش ذهن‌آگاهی، به علت ساز و کارهای نهفته در آن، مانند: پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی<sup>۱</sup>، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی<sup>۲</sup> در تلفیق با فنون رفتاردرمانی 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 نماید (ویتکویتز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵؛ بریسلین<sup>۳</sup>، زاک<sup>۴</sup> و مک‌ماین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲).

با توجه به این یافته‌ها، هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی روش پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و افزایش سلامت روانی بیماران در مقایسه با رفتاردرمانی شناختی و داروی نگهدارنده نالترکسون بود. فرضیه‌های اصلی این پژوهش عبارت بودند از: پیشگیری از عود بر پایه ذهن‌آگاهی در مقایسه با سه روش دیگر، ۱- در کاهش میزان عود مؤثرتر است، ۲- اطاعت درمانی را بیشتر افزایش می‌دهد، ۳- باعث افزایش سلامت روانی می‌شود.

## روش

این پژوهش از نوع آزمایشی همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، بیمارانی بودند که برای ترک مواد افیونی به دو مرکز ترک اعتیاد بیماران سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی تهران مراجعه کرده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، وجود معیارهای تشخیص وابستگی به مواد افیونی بر پایه معیارهای DSM-IV<sup>۶</sup>، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و عدم مصرف منظم داروهای ضد روان‌پریشی در زمان ورود به برنامه درمان. ملاک‌های حذف

1- desensitization

2-lets go

3- Breslin

4- Zack

5- McMain

6- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)

عبارت بودند از: ابتلا به اختلال‌های روان‌پریشی دو قطبی و یا تجزیه‌ای، بیماری شدید بدنی که فرد را از شرکت در درمان باز دارد و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر. آزمودنی‌های پژوهش، ۹۰ نفر بیمار مرد با تشخیص وابستگی به مواد افیونی بودند که پس از مصاحبه به تصادف در سه گروه ۳۰ نفری، نالترکسون، رفتاردرمانی شناختی پیشگیری از عود همراه با نالترکسون و پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی همراه با نالترکسون قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار برده شد:

- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I): این مصاحبه، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر و گیبون (۱۹۹۷)، به نقل از بختیاری، (۱۳۷۹)، برای تشخیص‌های DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، تدوین شده است.

برای مصاحبه بالینی ضریب ۰/۶۰، به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها گزارش شده است (به نقل از همان‌جا). بختیاری (۱۳۷۹)، پایایی بازآزمایی این ابزار را ۰/۹۵ گزارش کرده است. این مصاحبه برای تشخیص اختلال وابستگی به مواد افیونی، اختلال‌های روان‌پریشی و دو قطبی به کار برده شد.

همچنین برای بررسی درست بودن گزارش بیمار و میزان توافق نتایج، ۴۰ نمونه ادرار و گزارش بیمار بررسی شد که میزان توافق ۰/۸۵٪ برای مصرف مواد افیونی به دست آمد.

- پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه از ابزارهای مهم غربالگری اختلال‌های روانی است. فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی، توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹)، ساخته شده و پرسش‌های آن بر پایه روش تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی اولیه استخراج شده‌اند که دربرگیرنده چهار مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. بررسی انجام شده در زمینه اعتباریابی پرسشنامه GHQ-28، در کشورهای مختلف نشان می‌دهند که این پرسشنامه از اعتبار و پایایی بالایی برای سرنده اختلال‌های روانی در جامعه برخوردار است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴).

یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴)، حساسیت این ابزار را در بهترین نقطه برش آن (۲۳) برابر با ۰/۸۶/۵، ویژگی آن را برابر ۰/۸۴، ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ را برابر ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کردند. در این پژوهش، این پرسشنامه برای بررسی وضعیت سلامت روانی بیماران به کار برده شد.

شهرت در ده مرحله پیش از اتمام جلسات اصلی انجام شد. در مرحله بررسی راهنما، هدف کسب مهارت در روش‌های درمانی به‌کار برده شده بود.

- بررسی اصلی: پس از ارجاع بیماران از سوی روانپزشک به درمانگر و انجام مصاحبه دوباره با آنها، بر پایه ملاک‌های شمول و عدم شمول، ۹۰ بیمار دارای تشخیص وابستگی به مواد افیونی انتخاب شدند. کلیه آزمودنی‌ها، ابزارهای پژوهش را در سه نوبت؛ پیش از آغاز جلسات گروهی، پس از ۱۲ جلسه درمان گروهی بیماران که امکان دسترسی به آنها وجود داشت و پس از چهار ماه، مرحله پی‌گیری را تکمیل کردند. ارزیابی نتایج به صورت دوسوکور، توسط فرد دیگری غیر از درمانگر انجام شد. جلسات به صورت گروهی، هفته‌ای یک جلسه و مدت هر جلسه دو ساعت در دو مرکز ترک اعتیاد سرپایی وابسته به سازمان بهزیستی شهر تهران برگزار شد. جلسات، بر پایه صورت جلسه و راهنمای درمانی جلسات، برگزار می‌شد. افراد گروه گواه، هیچ‌گونه مداخله روانشناختی را دریافت نکردند و تنها به صورت هفتگی در مرکز حضور یافته و پس از ویزیت پزشک و انجام آزمایش ادرار، داروی نالترکسون، دریافت می‌کردند. دو گروه دیگر افزون بر دریافت نالترکسون به صورت هفتگی در جلسات گروهی شرکت کرده و هر هفته از نظر آزمایش ادرار بررسی می‌شدند. در هر جلسه، آخرین وضعیت و مشکلات بیمار و تکلیف جلسه پیش، بررسی می‌شد و با سخنرانی آموزشی، تمرین و بحث گروهی و تکلیف برای هفته آینده، جلسه ادامه می‌یافت. بر پایه دستوره‌های دفترچه راهنمای درمان، طی جلسات، در مورد شناسایی موقعیت‌های پرخطر، علامت‌های هشداردهنده عود، برانگیزان‌ها و رویارویی با آنها در زمینه مدیریت هیجان‌های منفی و مثبت، مقابله با وسوسه، مدیریت لغزش، چالش با پیامد و افکار منفی و تحلیل رفتار مصرف مواد بحث

می‌شد. تفاوت مهم دو روش درمانی آن بود که در رفتاردرمانی شناختی پیشگیری از عود توجهی به آموزش منظم ذهن آگاهی نمی‌شد. حال آن‌که در روش پیشگیری از عود، بر پایه ذهن آگاهی، به جای تأکید بر راهبردهای مبتنی بر تغییر، مانند چالش با افکار ناکارآمد و یا تغییر احساسات منفی، بر پایه راهبردهای مبتنی بر پذیرش، بر آموزش پذیرش بدون دآوری، واکنش نشان‌ندادن نسبت به افکار، احساسات و تصورات با روش‌های اختصاصی ذهن آگاهی و مقابله بر پایه انجام رفتارهای معنوی، مانند مراقبه ذهن آگاهی در طول جلسات تأکید می‌شد.

تحلیل داده‌های گردآوری‌شده به کمک روش‌های آمار توصیفی، آزمون آماری  $\chi^2$  و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

### یافته‌ها

سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی (جدول‌های ۱ و ۲) تفاوت معناداری نداشتند. میانگین سن آزمودنی‌های گروه پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، ۳۳/۳ سال، گروه رفتاردرمانی شناختی پیشگیری از عود، ۳۲/۲ سال و گروه نالترکسون، ۲۹/۱ سال بود. بیشتر آزمودنی‌ها متأهل و مستأجر بودند. از نظر سطح تحصیلات بیشترین درصد آزمودنی‌ها در سطح راهنمایی تا زیر دیپلم بودند. میانگین مدت وابستگی در گروه A (گروه پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی)، ۸/۹۳ سال (انحراف معیار ۲/۶۴)، گروه B (رفتاردرمانی شناختی پیشگیری از عود)، ۸/۷۷ سال (انحراف معیار ۳/۱۲) و گروه C (نالترکسون)، ۹/۵۳ سال (انحراف معیار ۲/۷۸) بود. در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری از آزمودنی‌های گروه پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، یک نفر به علت مسافرت و از گروه درمان نالترکسون پنج نفر به علت دور از دسترس بودن، در مرحله پی‌گیری از پژوهش کنار گذاشته شدند. بین ویژگی‌های بالینی و جمعیت‌شناختی این افراد با افرادی که در پژوهش حضور داشتند، تفاوت معناداری دیده نشد.



**جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش، نمره‌خی‌دو و سطح معناداری بر حسب گروه،**

**وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات، شغل و وضعیت سکونت**

متغیر	درجه آزادی	$\chi^2$	گروه			
			گروه C ****	گروه B ***	گروه A **	
			فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
وضعیت تأهل	۲	۱/۱۹*	متاهل	۱۷ (۵۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)	۲۰ (۶۶/۷)
			مجرد	۱۳ (۴۳/۳)	۱۴ (۴۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)
تحصیلات	۴	۳/۶۱*	ابتدایی	۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۳)	۶ (۲۰)
			راهنمایی تا زیر دیپلم	۲۶ (۸۶/۷)	۲۳ (۷۶/۷)	۲۰ (۶۶/۷)
			دیپلم و بالاتر	۱ (۳/۳)	۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۳)
شغل	۲	۰/۶۳۸*	شاغل	۱۷ (۵۶/۷)	۱۹ (۶۳/۳)	۱۶ (۵۴/۳)
			بی‌کار	۱۳ (۴۳/۳)	۱۱ (۳۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)
وضعیت سکونت	۴	۱۴/۶۷*	منزل شخصی	۷ (۲۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	۶ (۲۰)
			منزل استیجاری	۲۰ (۶۶/۷)	۱۶ (۵۳/۴)	۸ (۲۶/۷)
			منزل والدین	۳ (۱۰)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۶ (۵۳/۳)

• N.S.؛ \*\* گروه A: پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی؛ \*\*\* گروه B: رفتاردرمانی شناختی پیشگیری از عود؛ \*\*\*\* گروه C: درمان نگهدارنده با نالتراکسون.

**جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش در سه گروه مورد بررسی بر حسب نوع ماده**

**مصرفی، روش مصرف و سابقه مصرف در خانواده**

متغیر	درجه آزادی	$\chi^2$	گروه			
			گروه C ****	گروه B ***	گروه A **	
			فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	
نوع ماده مصرفی	۴	۲/۸*	تریاک	۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۶/۷)	۱۱ (۳۶/۷)
			کراک و هروئین	۱۴ (۴۶/۷)	۱۶ (۵۳/۳)	۱۷ (۵۶/۷)
			سایر مواد افیونی	۲ (۶/۶)	۰ (۰)	۲ (۶/۶)
روش مصرف	۴	۰/۹۶*	تدخین	۲۴ (۸۰)	۲۶ (۸۶/۸)	۲۲ (۷۳/۳)
			خوراکی	۳ (۱۰)	۲ (۶/۶)	۴ (۱۳/۳)
			تزریقی	۳ (۱۰)	۲ (۶/۶)	۴ (۱۳/۴)
سابقه مصرف در خانواده	۲	۱/۲۸*	دارد	۱۳ (۴۳/۳)	۹ (۳۰)	۱۱ (۳۶/۷)
			ندارد	۱۷ (۵۶/۷)	۲۱ (۷۰)	۱۹ (۶۳/۳)

• N.S.؛ \*\* گروه A: پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی؛ \*\*\* گروه B: رفتاردرمانی شناختی پیشگیری از عود؛ \*\*\*\* گروه C: درمان نگهدارنده با نالتراکسون.

**جدول ۳- فراوانی و درصد میزان عود سه گروه در مرحله پایان درمان گروهی**

مجموع		گروه C (n=۲۷)		گروه B (n=۳۰)		گروه A (n=۳۰)		گروه ها
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	متغیر
۵۹/۸	۵۲	۳۳/۳	۹	۶۳/۳	۱۹	۸۰	۲۴	پرهیز
۴۰/۲	۳۵	۶۶/۷	۱۸	۳۷/۷	۱۱	۲۰	۶	عود
۱۰۰	۸۷	۳۱/۱	۲۷	۳۴/۴	۳۰	۳۴/۴	۳۰	مجموع

$$(\chi^2=10.02, p<0.01) \bullet$$

**جدول ۴- فراوانی و درصد میزان عود سه گروه در مرحله پی گیری**

مجموع		گروه C (n=۲۵)		گروه B (n=۳۰)		گروه A (n=۲۹)		گروه ها
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴۷/۶	۴۰	۲۰	۶	۴۶/۷	۱۴	۶۹	۲۰	پرهیز
۵۲/۴	۴۴	۷۶	۱۹	۵۳/۳	۱۶	۳۱	۹	عود
۱۰۰	۸۴	۲۹/۸	۲۵	۳۵/۷	۳۰	۳۴/۵	۲۹	مجموع

$$(\chi^2=10.95, p<0.01)$$

یافته‌های پژوهش در پاسخ به فرضیه نخست پژوهش، تفاوت معناداری را در میزان عود در مرحله پس‌آزمون یا پایان درمان گروهی ( $\chi^2=10.02, p<0.01$ ) و در مرحله پی‌گیری ( $\chi^2=10.95, p<0.01$ ) بین سه گروه نشان داد (جدول ۳ و ۴). در مرحله پایان درمان گروهی، میزان عود در گروه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی شش نفر یا ۲۰٪، در گروه رفتاردرمانی شناختی ۱۱ نفر یا ۳۷/۷٪ و در گروه نالترکسون ۱۸ نفر یا ۶۷/۷٪ بود. در مرحله پی‌گیری نیز به همین ترتیب میزان عود در سه گروه یادشده، ۳۱٪، ۵۳/۳٪ و ۷۶٪ بود. با توجه به این یافته، فرضیه نخست پژوهش تأیید شد.

**جدول ۵- میزان مصرف نالترکسون در سه گروه مورد بررسی**

متغیر	گروه A (n=۳۰)	گروه B (n=۳۰)	گروه C (n=۲۷)
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
کمتر از یک ماه	۲ (۶/۷)	۱۰ (۳۳/۳)	۱۸ (۶۰)
یک ماه تا کمتر از سه ماه	۸ (۲۶/۷)	۱۲ (۴۰)	۱۰ (۳۳/۳)
سه ماه و بیشتر	۱۹ (۳۶/۳)	۸ (۲۶/۷)	۳ (۱۰)

\* گروه A: پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی؛ \*\* گروه B: رفتاردرمانی شناختی پیشگیری از عود؛ \*\*\*

گروه C: درمان نگهدارنده با نالترکسون.

بررسی فرضیه دوم پژوهش و میزان اطاعت درمانی، دو متغیر باقی ماندن در درمان و مدت مصرف نالترکسون، نشان داد که مقدار  $\chi^2$  محاسبه شده معنادار است ( $p < 0.001$ )،  $df=4$ ،  $\chi^2=27/08$  (جدول ۵). از این رو می توان گفت که در مدت مصرف داروی نگهدارنده نالترکسون در بین سه گروه، تفاوت معناداری وجود دارد و میزان اطاعت دارویی در دو گروه مداخله روانشناختی، بیشتر است.

تحلیل واریانس نشان داد که از نظر مدت باقی ماندن در درمان، بین گروه ها تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=47/72$ ،  $p < 0.001$ ). برای مشخص کردن تفاوت گروه ها، آزمون تعقیبی شفه به کار برده شد. نتایج نشان داد که بین گروه های پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی، با گروه نالترکسون و بین گروه پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، با گروه رفتار درمانی شناختی، از نظر مدت باقی ماندن بیماران در درمان، تفاوت معناداری ( $p < 0.05$ ) وجود دارد و مدت باقی ماندن در درمان، در گروه پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی از دو گروه دیگر بیشتر است. میانگین مدت باقی ماندن در درمان، آزمودنی های گروه A،  $89/2$  روز (انحراف معیار  $85/1$ )، گروه B،  $55/95$  روز (انحراف معیار  $33/2$ ) و گروه C،  $38/6$  روز (انحراف معیار  $47/1$ ) بود.

#### جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری های مکرر مقیاس های سلامت روانی

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
علائم جسمانی	اثر گروه	*۳/۷۰	۰/۰۵
	اثر زمان	*۱۱/۹۰	۰/۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	**۴۰/۶۰	۰/۰۰۱
اضطراب	اثر گروه	*۶/۷۰	۰/۰۱
	اثر زمان	*۱۸/۸۰	۰/۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	**۱/۵۰	N.S.
اختلال در کارکرد اجتماعی	اثر گروه	*۴/۰۸	۰/۰۵
	اثر زمان	*۶۵/۶۰	۰/۰۰۱
	تعامل زمان و گروه	**۴/۲۰	۰/۰۱
افسردگی	اثر گروه	*۱/۰۲	N.S.
	اثر زمان	*۴/۶۰	۰/۰۵
	تعامل زمان و گروه	**۲/۵۰	۰/۰۵

\*  $df=2$  ; \*\*  $df=4$

برای آزمون فرضیه‌های سوم و چهارم پژوهش، مبنی بر این که پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، باعث بهبود شاخص‌های سلامت روانی می‌شود، روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای هر یک از مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) اجرا شد (جدول ۶).

جدول ۶ نشان می‌دهد که در همه شاخص‌های علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، اثر مداخله‌های درمانی در گروه‌ها معنادار است. نتایج آزمون‌های تعقیبی شفه نشان داد، در مقیاس‌های کارکرد اجتماعی، علایم جسمانی و اضطراب، روش پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی مؤثرتر از روش رفتاردرمانی شناختی است و در بقیه مقیاس‌ها به غیر از مقیاس افسردگی، دو روش مداخله روانشناختی از نالترکسون مؤثرتر بوده است. با توجه به معنادار بودن اثر زمان در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مقیاس‌های مختلف، به منظور تحلیل بیشتر داده‌های پژوهش و مشخص کردن نسبت بهبودی، آزمون  $t$  وابسته بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیش‌آزمون پی‌گیری انجام شد (جدول ۷).

با توجه به جدول ۷، نسبت بهبودی در دو گروه آزمایشی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری بیشتر از گروه کنترل (نالترکسون) است و نسبت بهبودی در گروه پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی نسبت به گروه رفتاردرمانی شناختی بیشتر می‌باشد.

### جدول ۷- نسبت بهبودی (تفاوت میانگین‌ها) شاخص‌های درمان در

#### سه گروه مورد بررسی (درون گروه‌ها)

مقیاس	مرحله پیش‌آزمون - پایان درمان گروهی			مرحله پیش‌آزمون - پی‌گیری		
	گروه A	گروه B	گروه C	گروه A	گروه B	گروه C
علایم جسمانی	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۴/۵* (۴/۳)	۱/۲ (۶/۰۴)	۸ (۴/۹)	۳/۶* (۴/۳)	۲/۵* (۶/۹)	۳/۶ - (۵/۲)
اضطراب	۳/۶* (۴/۹)	۴/۹* (۵/۲)	۱/۷ (۴/۰۶)	۲/۴* (۵/۷)	۲/۴* (۵/۷)	۰/۹۶ (۵/۵۶)
اختلال در کارکرد اجتماعی	۵/۸* (۴/۰۶)	۵/۱* (۵/۸)	۲* (۳/۴)	۵* (۵/۷)	۵* (۵/۷)	۱/۷ (۴/۳)
افسردگی	۲/۹* (۵/۳)	۰/۵ (۶/۲)	۲ (۴/۱)	۱/۵ (۶/۲)	۱/۵ (۶/۲)	۴ - (۴/۶)

\*  $p < 0.05$

## بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی روش جدید پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان مصرف مواد افیونی و سلامت روانی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخله‌های روانشناختی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی و رفتاردرمانی شناختی همراه با تجویز نالترکسون، نسبت به نالترکسون تنها، اثربخشی درمان را افزایش می‌دهند و در پیشگیری از عود مصرف مواد افیونی مؤثرترند. همچنین سایر نتایج پژوهش نشان داد، روش پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی نسبت به روش رفتاردرمانی شناختی، در کاهش میزان عود، مدت باقی ماندن در درمان، اطاعت دارویی و بهبود علائم جسمانی، افسردگی، کارکرد اجتماعی مؤثرتر است. نتایج این پژوهش نشان داد که روش گروهی پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی، توانسته است به شکل مؤثری اثربخشی درمان وابستگی به مواد افیونی را افزایش داده و در بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران مؤثر باشد. در تبیین اثربخشی بیشتر این درمان نسبت به رفتاردرمانی شناختی سنتی، یافته‌های این پژوهش همخوان با پیش‌بینی‌های یافته‌های آوانتس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵)، ویتکوویتز، مارلات و واکر (۲۰۰۵)، پاردینی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۰) است که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند توانایی مقابله‌ای بیمار را برای کنار آمدن با وسوسه و نشانه‌های ترک افزایش دهد. در زمینه افزایش اثربخشی، هر دو مداخله روانشناختی در کاهش عود<sup>۳</sup> و افزایش اطاعت درمانی، همخوان با سایر بررسی‌ها (فینی<sup>۴</sup>، کانر<sup>۵</sup>، یونگ<sup>۶</sup> و توکر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴؛ غفاری‌نژاد، ضیاءالدینی و شهسواری‌پور، ۱۳۸۳)، این پژوهش نشان داد که مداخله‌های روانشناختی، بخش اجتناب‌ناپذیر درمان اعتیاد هستند. این روش‌ها باعث ایجاد انگیزه، افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت‌های مقابله‌ای در برخورد با مشکلات ناشی از مصرف مواد می‌شود. از آن‌جا که داروی نالترکسون یک آنتاگونیست خالص است، بنابراین باعث مهار گیرنده‌های اپیویدی می‌شود و هیچ نوع خاصیت تقویت‌کنندگی ندارد، لذا از سوی بیماران بدون مداخله‌های روانشناختی کمتر پذیرفته می‌شود (فیودالا<sup>۸</sup>، گرین‌اشتین<sup>۹</sup> و ابراین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

- 
- 1- Avants
  - 2- Pardini
  - 3- relapse
  - 4 Feeney
  - 5-Conner
  - 6- Yong
  - 7- Toker
  - 8- Fudala
  - 9- Greenstein

همچنین ذهن آگاهی به عنوان یکی از روش‌های اصلی راهبردهای مبتنی بر پذیرش، باعث می‌شود که بیمار به جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده ناشی از ترک و یا کاربرد مواد برای تسکین آنها، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرد و از این راه با حساسیت‌زدایی با آنها کنار بیاید. بخشی از این تغییرات می‌تواند ناشی از سازوکارهای عمل پیشنهاد شده در روش ذهن آگاهی، مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر رابطه با افکار و تنظیم هیجان باشد (بریسلین و همکاران، ۲۰۰۲؛ بائر، ۲۰۰۳).

شمار کم آزمودنی‌های پژوهش، کوتاه‌بودن مدت پی‌گیری، به کار نبردن گروه دارونما و استفاده از یک درمانگر، از جمله محدودیت‌های پژوهش به‌شمار می‌روند که در بررسی‌های آینده باید مورد توجه قرار گیرند. نمونه‌های بزرگ‌تر و اختلال‌های وابسته به سایر مواد، در گروه‌های گوناگون می‌تواند تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها را در پی داشته باشد.

### سپاسگزاری

پژوهشگران از همه بیماران شرکت‌کننده در این طرح و همچنین از معاونت محترم پیشگیری منطقه جنوب بهزیستی تهران، ریاست محترم مرکز احیای تندرستی شهید خوئینی‌های تهران و ستاد مبارزه با مواد مخدر که با همکاری خود امکان انجام پژوهش حاضر را فراهم کردند قدردانی می‌کنند.

### منابع

- بختیاری، مریم (۱۳۷۹)، بررسی اختلال‌های روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- فاری نژاد، علیرضا؛ ضیاء الدینی، حسن و شهسواری پور، آرش (۱۳۸۴)، درمان نگهدارنده با نالتراکسون در بیماران وابسته به مواد افیونی و ارتباط آن با عوامل جمعیت شناختی و روان شناختی. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال دهم، شماره سوم، ۲۲۶-۲۲۰.
- یعقوبی، نورا...؛ نصرافهانی، مهدی؛ شاه‌محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه‌سرا - گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴، ۶۶-۵۵.

### References

- American Psychological Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: A. P. A.
- Avants, S. K., Beitel, M., & Margoline, A. (2005). Making the shift from addict self to spiritual self: Result from a stage I study of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture*, 8, 167-177.
- Avants, S. K., & Margoline, A. (2004). Development of spiritual self-schema (3-5) therapy for the treatment of addictive and HIV risk behavior: A convergence of cognitive and buddhist psychology. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14, 253-289.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 125-143.
- Blume, A. W. (2005). *Treating drug problems*. New York: John Wiley.
- Breslin, F. C., Zack, M., & McMinn, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 9, 275-299.
- Brook, D. M., & Spitz, H. I. (2002). *The group therapy of substance abuse*. New York: The Howarth Medical Press.
- Burlinson, J. A., & Kamminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behavior*, 30, 1751-1764.
- Dalley, D. C., & Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In J. H. Lowinson., P. Ruiz., R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (4th ed.). New York: Williams & Wilkins.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N., & Wodak, A. (1991). *The Opioid Treatment Index (OTI) manual*. Sidney: National Drug and Alcohol Research Center.
- Feeney, G. F. X., Connor, J. P., Yong, R., & Tucker, J. (2004). Alcohol dependence: The impact of cognitive behavior therapy with or without naltrexone on subjective health status. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 342-348.
- Fudala, R. J., Greenstein, R. A., & O'Brien, C. P. (2005). Alternative pharmacotherapy for opioid addiction. In J. H. Lowinson., P. Ruiz., R. B. Milliam, & J. G. Langrod (Eds.), *Substance abuse: A Comprehensive textbook* (4th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.

- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*, 36, 69-96.
- Hayes, S., Luoma, J. B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Margolin, A., Beitel, M., Oliver, Z. S., & Avants, K. (2006, in press). A controlled study of a spirituality focused intervention for increasing motivation for HIV prevention among drug users. *Aids Education of Prevention*.
- Mokri, A. (2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 5, 184-190.
- Pardini, D. A., Plante, T. G., Scherman, A., & Stump, J. E. (2000). Religious faith and spirituality in substance abuse recovery: Determining the mental health benefits. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 347-354.
- Roozen, H. G., Waart, R. D., Windt, D., Brink, W., Yong, C. A., & Kerckhof, A. F. M. (2006). A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 311-323.
- United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (2005). *Global illicit drug trends*, New York: United Nations.
- Wallace, J. (2003). Theory of 12-step oriented treatment. In F. J. Rotgers, & S. W. Morgenstern (Eds.), *Treating substance abuse: Theory and technique* (pp. 9-31). New York: The Guilford Press.
- WHO (1999). *Global status report of Alcohol*. Geneva WHO, Substance Abuse Department, WHO/MSD/MSB/00.3.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Mind-fulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: The meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 19, 221-229.