

بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت

روان درمان جویان وابسته به کراک

محمد اورکی*، شهره بیات**، ساناز خدادوست***

* استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

*** کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

تاریخچه مقاله
دریافت مقاله: ۹۱/۴/۲۶
تجدیدنظر: ۹۱/۱۱/۶
پذیرش: ۹۱/۱۱/۶
Article History
Receipt: 2012.7.16
Revise: 2013.1.6
Acceptance: 2013.1.6

Study of Effectiveness Mindfulness Cognitive Therapy and Marlaat Relapse Preventive Intervention for Mental Health in Male Crack Addictions

* M. Oraki, **Sh. Bayat, *** S. Khodadust

*. Associate professor, Department of Psychology University of payame Noor, Tehran, Iran

** Mac in Psychology, University of payame Noor, Tehran, Iran

***. Mac in Psychology, University of payame Noor, Tehran, Iran

روان‌شناسی سلامت
فصلنامه علمی پژوهشی / شماره ۱ - تابستان ۱۳۹۲
Health Psychology/ Vol.1. No2/ Summer 2012

۲۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به منظور بررسی مقایسه اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات با اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت روان درمان‌جویان وابسته به کراک بود.

روش: در یک پژوهش آزمایشی ۴۵ نفر از درمان‌جویان تحت پوشش مرکز ترک اعتیاد جمعیت آفتاب که دوران پس از سم‌زدایی را می‌گذراندند با اجرای مصاحبه و با در نظر گرفتن ملاک‌های شمول انتخاب شدند. سپس این تعداد به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری انتخاب شدند. هر گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد آزمایش قرار گرفتند. گروه اول با استفاده از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه دوم با استفاده از روش شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات درمان‌گروهی دریافت کردند و گروه کنترل در انتظار دریافت مداخله روانشناختی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده این پژوهش فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ28) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل نتایج نشان داد شرکت‌کنندگان هر گروه از نظر شاخص‌های سلامت روان در سطح ۹۵٪ اطمینان دارای تفاوت معناداری هستند.

نتیجه‌گیری: مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به مداخله شناختی رفتاری مارلات تاثیر بیشتری در میزان سلامت روان درمان‌جویان وابسته به کراک داشته است.

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، مارلات، بهبود، سلامت روان، کراک

Abstract

Objective: The present study examined the effectiveness of cognitive - behavioral intervention based on the model of Marla at and mindfulness- based on cognitive therapy for mental health, in male clients were dependent on crack undergoing MMT.

Method: dependence of the crack according to DSM-IV-TR criteria, have been chosen after successfully detoxified. They were divided two experimental groups (30 subjects) and a control group (15 subjects) that have been selected using sampling method. The first experimental groups were undergone mindfulness- based on cognitive therapy and the second experimental groups which were undergone marl at relapse prevention intervention. The control group were just received MMT without any psychotherapy. All subjects in the study were assessed by Demography, GHQ-28 Questionnaires before treatment, after treatment and after a 3 - month follow up stage. Data were analyzed using descriptive methods, Analysis of variance with repeated measurements, ANOVA and chafe.

Results: Results showed that mindfulness- based on cognitive therapy and cognitive - behavioral intervention based on the model of Marla at , increased rate of mental health return to 0.05 significance level in male crack addictions are more effective than just MMT .

Conclusion:

Keywords: Mindfulness- based on cognitive therapy, cognitive - behavioral intervention based on the model of Marlaat, mental health, dependency on crack, MMT

۱. نشانی نویسنده مسئول: shohre.bayat@yahoo.com

- این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی می‌باشد.

مقدمه

گرایش روزافزون به مصرف مواد مخدر یکی از مشکلات بزرگ اجتماعی است، در هر جامعه‌ای پس از شیوع مواد اعتیادآور و مشاهده عوارض سوء آن، میل به مصرف آن در افراد کم می‌شود و در شرایط کنونی نیز هروئین به عنوان ماده مخدر خطرناک و خانمان‌سوز در جامعه جا افتاده است. از چند سال قبل، نام ماده جدیدی در بازار مواد مخدر ایران شنیده شد. خیلی از معتادان، وقتی به خرده‌فروش (ساقی) همیشگی خود مراجعه می‌کردند تا تریاک، هروئین یا مواد مشابه را تهیه کنند، با این جنس تازه مواجه می‌شدند که قوی، سریع و راحت بود و مهم‌تر از همه ارزان قیمت بود. این ماده جدید به سرعت بازار مصرف را از آن خود کرد و هنوز هم با سرعت در حال پیشروی است. جمعیت مخاطب آن نیز بیشتر در سنین ۲۰ تا ۳۰ سال هستند، هر چند که قسمتی از معتادان قدیمی را هم به خود جذب کرده است. بنابراین قاچاقچیان با تغییر رنگ، ظاهر و نام این ماده مخدر سعی در ایجاد بازار فروش کرده‌اند. تا جایی که با آزمایش بر روی حدود ۳۰ نمونه از کراک‌های مصرفی با قیمت هر گرم ۲۰ تا ۵۰ هزار تومان مشخص شد این مواد کراک واقعی نبوده، بلکه هروئین است. در حالی که کراک واقعی نوعی از کوکائین است و قیمتی چندین برابر این رقم را دارد و نام صحیح آن کراک می‌باشد، قیمت هر گرم آن حدود ۱۲۰ تا ۱۵۰ هزار تومان و قیمت هر کیلو از آن حدود ۱۵۰ میلیون تومان است که فعلاً به صورت محدود در کشورهای آمریکایی و توسط افراد مشهور و سرمایه‌داران بزرگ قابل مصرف می‌باشد و در آسیا و کشورهای دیگر به صورت محدود وجود دارد. در این بین نه تنها قاچاقچیان سنتی سعی در نابود کردن نوجوانان و جوانان دارند بلکه تبلیغ موادمخدر صنعتی به سایت‌های اینترنتی نیز رسیده است و هم اکنون حدود ۱۶ هزار سایت اینترنتی وابسته به عناصر نامشروع، قاچاقچیان مدرن این مواد هستند. عوامل بی شماری از جمله انواع استرس‌های اجتماعی، اقتصادی و روانشناختی و علائم افسردگی و اضطراب در زمینه - سازی و بروز سوء مصرف این مواد نقش دارند که

همین مسائل نیز می‌توان پیامد مصرف نیز باشند. بنابراین ناتوانی در رویارویی با عوامل استرس‌زا و این باور که مصرف الکل و مواد نتایج مطلوبی را در پی خواهد داشت پایه گسترش و روی آوردن به مصرف مواد است (مک کی^۱، هنیسون^۲، وال^۳، ۱۹۹۸). گرچه استعمال مواد مخدر قدمت تاریخی دارد، اما مسئله اعتیاد در حال حاضر صورتی متفاوت از سابقه تاریخی آن دارد گزارش‌ها نشان می‌دهند که تا سال ۱۳۵۰ معتادان ایرانی عمدتاً تریاکی بوده‌اند اما با پیشرفت‌های موجود در علم داروسازی الگوی مصرف‌کنندگان به تدریج به سمت مصرف مواد صنعتی جدید تغییر کرده است، به طوری که براساس بررسی که در سال ۲۰۰۹ در استان سمنان بر روی الگوی مصرف صورت گرفت، نشان داده است تریاک و کراک شایع‌ترین نوع مواد مخدر در میان افراد مورد مطالعه بوده است (عیسی جعفری، دکتر علی دلاور و همکاران، ۲۰۱۰). این مصرف مواد مخدر مصنوعی می‌تواند با توجه به مواردی چون تأمین نیازها و علائق مختلف، آسان بودن تهیه مواد اولیه آنها، کم بودن قیمت و هزینه تهیه، مقرون به صرفه بودن تولید آنها در هر منطقه، تنوع و گوناگونی تولیدات یادشده و عدم آشنایی نیروهای مبارزه‌کننده با این تولیدات باشد (ساناز خدادوست، ۱۳۹۱). از آنجا که تخریب ناشی از مصرف مواد صنعتی به ویژه کراک بسیار بالا است و نیز کراک محصول سال‌های اخیر است. بنابراین پژوهش در زمینه آسیب‌های ناشی از آن و درمان ضروری می‌باشد. وابستگی به کراک مانند مواد مخدر دیگر یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی^۴ است (گالانتر^۵، ۲۰۰۶). بنابراین در زمینه وابستگی به آن عوامل گوناگون روانشناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست-شناختی درگیر هستند، نتایج مطالعه عوامل شناختی و نگرشی حاکی از آن است افرادی که از عواقب زیان‌آور مواد ناآگاهند و کسانی که جهت‌گیری مثبت به استفاده

1. Mckee
2. Hinson
3. Wall
4. bio - psycho- socio - spiritual
5. Galanter

ناسازگارانه‌ای که زیربنای واکنش‌های هیجانی را تشکیل می‌دهند، واکنش‌های هیجانی خود آسیب‌زننده را کاهش دهند (کارول، ۱۳۸۱). همچنین با ایجاد تغییر در الگوی رفتارهای یادگرفته شده مصرف مواد در بافت اجتماعی و دوران کودکی و تأثیر تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی به عنوان عوامل تداوم‌بخش مصرف مواد، سعی در کاهش شدت پاسخ‌های سازش نیافته درمان‌جویان و آموزش مهارت‌های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش یافته‌تر می‌شود (عابدی، خدایاری فر و محمدی، ۱۳۸۲، به نقل از زارب، ۱۳۸۴).

مؤلفه‌های اصلی این مدل درمانی عبارتند از:

- ۱- شناسایی، خود بازنگری، تحلیل عملکردی عوامل پر خطر موقعیتی مرتبط با وسوسه و مصرف مواد
- ۲- آموزش مهارت‌های مقابله‌ای اختصاصی
- ۳- اصلاح کلی سبک زندگی و آموزش کنترل و مقابله با لغزش

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز، یک دوره درمان ۸ جلسه‌ای است که شامل تلفیقی از تمرین‌های مراقبه ذهن آگاهی و فنونی از فرضیه‌های شناختی می‌شود (فیناکن، مرکز، ۲۰۰۶). در سال‌های اخیر از مراقبه‌های ذهن آگاهی، به عنوان مؤلفه مهمی در ترکیب مداخلات مختلف برای ناتوانی‌ها و پریشانی‌ها استفاده گردیده است (حناسب‌زاده، ۱۳۸۷)، که از آن جمله استفاده از آن در درمان اعتیاد و پیشگیری از عود بوده است که در این زمینه می‌توان به کارهای انجام شده توسط دکتر دباغی اشاره نمود. با توجه به این مطلب که در دو روش روان‌درمانی ذکر شده سعی شده است که به مسائل بیماران از جنبه‌های مختلف آسیب‌شناسی توجه شود، فهمیدن این موضوع که ترکیب روش روان‌درمانی با دیگر درمان‌ها (برای مثال متادون، نالترکسون) برای درمان اعتیاد و پیشگیری از آن به نتایج بهتری در مقایسه با پیشگیری از عود درمان دارویی به تنهایی منجر می‌شود (آیروین و همکاران، ۱۹۹۹) چندان سخت نیست. براساس همین موضوع، هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی روش درمان شناختی- رفتاری مارلات و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در سلامت

از مواد دارند نسبت به افرادی که اطلاعات بیشتر یا نظر منفی دارند با احتمال بیشتری به مصرف ادامه خواهند داد، متون تحقیقی نشان می‌دهند که بیشتر مصرف‌کنندگان مواد افرادی هستند که در آنها عزت نفس، اعتماد به نفس، رضایت از خود، اطمینان اجتماعی، جرأت‌ورزی، کنترل شخصی و احساس کفایت پایین‌تر از افراد عادی است. یکی از عواملی که در اعتیاد و سوء مصرف مواد مهم تلقی می‌شود استرس‌های روانی - اجتماعی می‌باشد (دباغی، ۱۳۸۷). با توجه به مطالب ذکر شده در بالا می‌توان گفت به دلیل چندجانبه بودن مسئله وابستگی به مواد و نیز از آنجا که وابستگی یک بیماری مزمن پیش‌رونده و عودکننده است شیوه‌های درمانی قبلی که تنها بر یک جنبه تأکید دارند، مانند دارو درمانی چندان عملکرد موفقی را در پیشگیری از عود نداشته‌اند در سال‌های اخیر پژوهش‌های زیادی روی روش‌های مختلف برای درمان وابستگی به مواد مانند درمان نگهدارنده با متادون، سم‌زدایی، طول مدت درمان و اثرات متفاوت درمان‌ها انجام گرفته است و از طرفی ترک مراحل درمانی و مصرف مجدد مواد، با پیامدهای منفی‌تری مانند احتمال مصرف زیاد مواد، وابستگی شدیدتر به مواد، استفاده از مواد مختلف، افزایش رفتارهای مجرمانه و تحمیل هزینه‌های اضافی بر شبکه‌های بهداشتی و درمانی ارتباط دارد (ویلوکس و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از لیلا مطبوعی، ۱۳۸۹). پیچیدگی عوامل مؤثر بر درمان و کنترل اعتیاد سبب شده است که هر گروه از محققان، آن را از دیدگاهی خاص بررسی کنند؛ چون مشکلات روانی معتادان از جمله ترمیم عزت نفس، مسئولیت‌پذیری و... و نیز مشکلات اجتماعی و خانوادگی آنها ارتباط مستقیمی با ترک اعتیاد دارد (علی مددی، ۱۳۸۵)؛ پس بهتر است درمانی اتخاذ شود که جنبه‌های روانی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. در مداخله‌شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلات (مروری بر مدل رفتاری - شناختی مارلات، مجید قربانی، ۱۳۸۷). تأکید بر نقش فرایندهای شناختی در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روانشناختی است و در آخر می‌کوشد با دستکاری سیستم شناختی فرد، از طریق ایجاد تغییر در تفکر معیوب و باورهای

روان درمان‌جویان وابسته به کراک می‌باشد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

از میان ۶۵ نفر از معتادان جامعه آماری موجود با تشخیص وابستگی به ماده کراک که توسط روان‌پزشک با در نظر گرفتن ملاک‌های شمول برای مطالعه مناسب تشخیص داده شدند به روش تصادفی ساده ۵۴ بیمار انتخاب شدند. اعضای نمونه مراجعه‌کننده به مرکز پس از سم‌زدایی و آزمایش منفی ادرار و ارزیابی تشخیص اولیه توسط روانپزشک براساس ملاک‌های ذکر شده به درمانگر ارجاع شدند و پس از ارزیابی مجدد توسط درمانگر در صورت تأیید مجدد شرایط بیمار فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در درمان و همکاری جهت مرحله پیگیری را امضاء نموده و با عنوان نمونه وارد درمان شدند. کلیه شرکت‌کنندگان ابزارهای پژوهش (پرسشنامه جمعیت‌شناختی، سلامت روانی) را در سه نوبت پیش از جلسات گروهی، پس از ۱۲ جلسه درمان گروهی و بیمارانی که امکان دسترسی به آنها وجود داشت پس از ۳ ماه مرحله پیگیری تکمیل نموده‌اند. همان‌طور که در بخش نمونه‌گیری نیز ذکر گردید برای از بین بردن اثر ریزش، در هر گروه چند عضو اضافه در نظر گرفته شد تا بعد از ریزش تعداد ۱۵ نفر در هر گروه باقی بماند. نحوه تخصیص اعضاء به گروه‌ها به روش تصادفی ابزارهای پژوهش (پرسشنامه جمعیت‌شناختی، سلامت روانی) را در سه نوبت پیش از جلسات گروهی، پس از ۱۲ جلسه درمان گروهی و بیمارانی که امکان دسترسی به آنها وجود داشت پس از ۳ ماه مرحله پیگیری تکمیل نموده‌اند. بدین ترتیب ۱۵ نفر در گروه آزمایشی اول (مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی مارلت) و به همین ترتیب ۱۵ نفر در گروه آزمایشی دوم (مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و ۱۵ نفر باقی مانده در گروه گواه (گروهی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و فقط از داروی متادون استفاده می‌کردند) جایگزین شدند. جلسات در هر هفته دو مرتبه به مدت ۹۰ دقیقه در کلینیک ترک اعتیاد جمعیت آفتاب و براساس صورتجلسه و راهنمای درمانی برگزار گردید. گروه سوم نیز در انتظار دریافت مداخله قرار گرفتند.

ابزارهای پژوهشی: در این پژوهش، برای بررسی فرضیه‌های اصلی پژوهش از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I در DSM-IVTR (SCDI-I) به انضمام فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-۲۸ و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی استفاده شده است. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: پرسشنامه محقق ساخته‌ای که جهت گرفتن اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن، شغل، وضعیت تأهل، تحصیلات، سابقه اعتیاد، سابقه ترک‌های قبلی، سابقه اعتیاد در خانواده، نوع ماده مصرفی، روش مصرف، هزینه مصرف و وضعیت سکونت تهیه شده بود.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ - 28): یک «پرسشنامه سرندی» مبتنی بر روش خود گزارش‌دهی است که در مجموعه بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه چهار خرده مقیاس شکایت بدنی، اضطراب افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند. تا سال ۱۹۸۸ بیش از ۷۰ مطالعه درباره اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی در نقاط مختلف دنیا انجام شده است. همچنین برآورد روایی پرسشنامه سلامت عمومی این پرسش‌ها فراتحلیلی شده است و نتایج نشان می‌دهد که متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ - ۲۸ برابر ۸۴٪ (بین ۷۷٪ تا ۸۹٪) و متوسط ویژگی آن برابر ۸۲٪ (۷۸٪ تا ۸۵٪) است (ویلیامز^۷ و گلدبرگ، ۱۹۸۷) یعقوبی (۱۳۷۴) نیز حساسیت این آزمون را ۸۶٪ و ویژگی آن را ۸۲٪ گزارش کرده است. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفری به میزان ۰/۹۱ برآورد شده که در سطح خطای یک هزارم معنادار است (پالاهنگ، ۱۳۷۴) یعقوبی (۱۳۷۴) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۸۸٪ / ۰ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۸۱٪ / ۰ - ۵۰٪ / ۰ گزارش کرده است.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ چگونگی توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در گروه‌های آزمایشی و گواه را نشان

6. Screening questionnaire

7. Williams, A.

می‌دهد. در این پژوهش نشان می‌دهد بیشتر شرکت-کنندگان در رده سنی (۱۸-۳۰)، شاغل (۵۳/۳٪)، متأهل (۲۳ نفر)، دیپلم (۲۲ نفر) بوده و همچنین بیشترین نفرات دارای منزل اجاره‌ای (۲۶ نفر) و همین‌طور بیشتر نفرات (۲۳ نفر) بدون سابقه خانوادگی بوده و ۲۳ نفر نیز در رده‌بندی (۳-۵) بار سابقه ترک قبلی قرار داشته‌اند.

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی

گروه دارو درمانی		گروه مارلت		گروه ذهن آگاهی				
جمع	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۲۷	۶۶/۷	۱۰	۶۰	۹	۵۳/۳	۸	شاغل	وضعیت شغل
۱۸	۳۳/۳	۵	۴۰	۶	۴۶/۷	۷	بیکار	
۲۳	۴۰	۶	۵۳/۳	۸	۶۰	۹	متأهل	وضعیت تأهل
۲۲	۶۰	۹	۴۶/۷	۷	۴۰	۶	مجرد	
۸	۱۳/۳	۲	۲۰٪	۳	۲۰٪	۳	ابتدایی و راهنمایی	وضعیت تحصیل
۲۲	۵۳/۳	۸	۴۰	۶	۵۳/۳	۸	دیپلم	
۱۵	۳۳/۳	۵	۴۰	۶	۲۶/۷	۴	بالای دیپلم	
۲۱	۵۳/۳	۸	۴۰	۶	۴۶/۷	۷	دارد	سابقه خانوایی
۲۴	۴۶/۷	۷	۶۰	۹	۵۳/۳	۸	ندارد	
۲۶	۶۰	۹	۶۰	۹	۵۳/۳	۸	اجاره‌ای	وضعیت سکونت
۷	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۲	۲۰	۳	منزل والدین	
۱۲	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	شخصی	
۲۰	۴۶/۷	۷	۴۰	۶	۴۶/۷	۷	(۰-۲)	تعداد دفعات ترک قبلی
۲۳	۳۳/۳	۸	۶۰	۹	۴۰	۶	(۳-۵)	
۱	۰	۰	۰	۰	۶/۶۵	۱	(۶-۸)	
۲	۰	۰	۶/۷	۱	۶/۶۵	۱	(۹-۱۱)	
۲۲	۴۰	۶	۴۶/۷	۷	۶۰	۹	(۱۸-۳۰)	وضعیت سنی
۱۳	۳۳/۳	۵	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	(۳۱-۴۰)	
۶	۱۳/۳	۲	۲۰	۳	۶/۷	۱	(۴۱-۵۰)	
۴	۱۳/۳	۲	۶/۷	۱	۶۵/۷	۱	(۵۱-۶۰)	

جدول ۲. مقایسه میانگین‌های سلامت روان در مرحله پیش‌آزمون

معناداری	F	میانگین مجذورات	d.f	مجموع مجذورات	
۰/۲۶۵	۱/۳۷۳	۵۱/۲۸۹	۲	۱۰۲/۵۷۸	بین گروهی
		۳۷/۳۵۹	۴۲	۱۵۶۹/۰۶۷	درون گروهی
			۴۴	۱۶۷۱/۶۴۴	جمع

* p<0/05

همانگونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای مقایسه نمرات پیش-آزمون شاخص سلامت روان سه گروه نمونه پژوهشی F به دست آمده (F=1/373) با درجه آزادی (d.f=2,42) می‌باشد و با توجه به اینکه مقدار F جدول بحرانی (F=5/18) بوده و به دست آمده کوچکتر از مقدار F جدول بحرانی (0/265 < 5/18) می‌باشد نتیجه بیانگر این است که از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین سه گروه نمونه پژوهش در پیش آزمون شاخص سلامت روان وجود ندارد.

جدول ۳. نتایج آزمون اندازه گیری مکرر پرسشنامه سلامت روان

معناداری	F	میانگین مجذورات Ms	درجات آزادی d.f	Ss مجموع مجذورات	
۰/۰۰۰۱	۱۳/۲۶۱	۲۲۸/۹۵۶	۲	۴۵۷/۹۱۷	گروه
		۲۶۶/۱۷	۴۲	۷۲۵/۱۵۶	خطای گروه
۰/۰۰۰۱	۲۱۴/۹۰۷	۸۸۱/۴۸۹	۲	۱۷۶۲/۹۷۸	زمان
۰/۰۰۰۱	۱۱/۳۶۰	۴۷/۸۱۱	۴	۱۹۱/۲۴۴	اثر تعامل زمان و گروه
		۴/۱۰۱	۸۴	۳۴۴/۴۴۴	خطای زمان

*p<0/05

با توجه به جدول شماره ۳ مقدار محاسبه شده برای تعیین میزان اثر گروه (F=13/261) مشخص می‌شود F به دست آمده در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است. به این معنی که کاربردی‌های درمانی در مقیاس ۰/۰۵٪ در بین گروه‌های مختلف تفاوت معنی‌داری ایجاد نموده است و تعامل اثر

گروه با زمان در سطح (۰/۰۰۰۱) نیز معنی‌دار می‌باشد. برای بررسی اینکه تفاوت بین کدام گروه‌ها معنی‌دار است از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی شفه

گروه	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
گروه ذهن آگاهی و گروه مارلت	-۲/۲۸۸	۰/۰۴۲
گروه ذهن آگاهی و گروه دارو درمانی	-۴/۵۱۱	۰/۰۰۰۱
گروه مارلت و گروه دارو درمانی	-۲/۲۲	۰/۰۵۰

*p<0/05

همان‌گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود در مقایسه گروه ذهن آگاهی با گروه مارلت تفاوت میانگین‌ها (۲/۲۸۸-) و سطح معنی‌داری (۰/۰۴۲) می‌باشد. پس تفاوت در سطح معنی‌داری ۹۵٪ اطمینان معنی‌دار می‌باشد. همچنین در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود برای مقایسه گروه ذهن آگاهی با گروه دارو درمانی تفاوت میانگین‌ها (۴/۵۱۱-) و سطح معنی‌داری (۰/۰۰۰۱) می‌باشد. پس تفاوت در سطح معنی‌داری ۹۵٪ اطمینان معنی‌دار می‌باشد. همچنین در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود برای مقایسه گروه مارلت با گروه دارو درمانی تفاوت میانگین‌ها (۲/۲۲-) و سطح معنی‌داری (۰/۰۵۰) می‌باشد. پس تفاوت در سطح معنی‌داری ۹۵٪ اطمینان معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هنگامی که بیشترین تبلیغات قاچاقچیان و فروشندگان مخدرهای صنعتی با عنوان‌هایی همچون بی‌خطر بودن، اعتیادآور نبودن و... در کنار ارزانی و آسانی تهیه آنها قرار می‌گیرد، طبیعی است که درصد زیادی از جوانان جامعه به مصرف آن مبادرت ورزند. هم‌اکنون از ۱۰ میلیون دانش‌آموز سراسر کشور ۱۳/۷ درصد آنها در معرض مستقیم اعتیاد قرار دارند. در سال‌های گذشته بیشتر مراجعان کلینیک‌های ترک اعتیاد را میانسالانی تشکیل می‌داد که به تریاک و هروئین و نمونه‌های مشابه اعتیاد داشتند، بیشتر مراجعان جوانان کم‌سن و سالی هستند که همراه خانواده‌هایشان برای سم‌زدایی می‌آیند و نزدیک به ۶۷ درصد این افراد معتادان به مواد صنعتی هستند که نیاز به سم‌زدایی‌های فوق‌سریع دارند و در حقیقت چهره معتادان و نوع اعتیادشان کاملاً عوض شده و این باعث شده تا پژوهشگران ضرورتی را در زمینه آغاز تحقیقات جدید احساس کنند شیوه‌هایی که نه فقط برای ترک اعتیاد فرد در زمان خاص بلکه تغییر نگرش افراد و بالا بردن سطح آگاهی آنان باشد. همان‌طور که از یافته‌های این پژوهش برمی‌آید به‌رغم اثربخشی بیشتر دو روش مداخله‌ای مورد بررسی، ذهن آگاهی تأثیر اثربخش‌تری نسبت به الگوی پیشگیری از عود مارلات داشته است که این می‌تواند مربوط به نقش تقویت انگیزه‌های بیماران و افزایش هوشیاری و آگاهی آنها نسبت به عملکردشان باشد به

هرحال این یافته‌ها حاکی از آن است که تلفیق مداخله‌های روان‌درمانی ذهن آگاهی و مارلات با متادون درمانی نسبت به درمان نگهدارنده تنها اثربخشی بیشتری در بهبود سلامت عمومی معتادان (جسمی و روانی) می‌تواند داشته باشد که این بهبودی نقش مؤثری در پیشگیری از عود که در واقع هدف اصلی درمان اعتیاد است، دارد. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نیز از یافته‌های حاصل از این پژوهش حمایت می‌کنند (استفانی و همکاران، ۲۰۰۶؛ دنیس و همکاران، ۲۰۰۵؛ لاتیمر و همکاران، ۲۰۰۵؛ مارلت و همکاران، ۲۰۰۴؛ دباغی، ۱۳۸۷؛ ژاکوب کابات زین، ۲۰۰۳؛ هایز، ۲۰۰۵؛ مارلات و همکاران، ۲۰۰۴؛ شریل، م. گرین، ۲۰۱۲؛ ژاکوب پیت و اسبن هاگارد، ۲۰۱۱؛ آلبرتو چیسو و الساندرو سرتی، ۲۰۱۱؛ لینهان و همکاران ۱۹۹۹). این نتایج در راستای یافته‌های سایر پژوهشگران نشان داد که دارو درمانی به تنهایی قادر به درمان کامل وابستگی افراد نبوده و مداخلات روانشناختی بخش مهمی از درمان وابستگی به مواد و درمان آنان می‌باشند (گلستانی، ۱۳۸۷؛ پیوندی‌یزدی، ۱۳۸۸؛ دباغی، ۱۳۸۷). مداخله‌های روانشناختی در مقایسه با درمان دارویی، اثربخشی درمان را از طریق افزایش انگیزه، ایجاد حمایت و افزایش اطلاعات درمانی، ارتقای مهارت‌های مقابله‌ای را افزایش می‌دهند که در این پروژه نیز تغییرات مذکور مشهود است و با یافته‌های مشابه همخوانی دارد. (کارول، ۱۹۹۸؛ ایروین، میسینا و همکاران، ۲۰۰۳؛ روزن و همکاران، ۲۰۰۶) مداخله‌های روانشناختی باعث افزایش اثربخشی درمان می‌شود (توکر و همکاران، ۲۰۰۴).

مطالعات بسیاری حاکی از آن است که خلق مضطرب می‌تواند به عنوان برانگیزاننده عمل کند و فرد را به سوی مصرف مواد سوق دهد (زولنسکی و همکاران، ۲۰۰۶؛ چاپرول و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین درمان اضطراب می‌تواند به طور غیرمستقیم در کاهش مصرف مواد و افزایش پرهیز از مصرف مواد مؤثر باشد. موازی با این یافته‌ها بررسی‌های پژوهشگران دیگر نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای که در روش شناخت درمانی مبتنی ذهن آگاهی ارائه می‌گردد می‌تواند فرد را در مواجهه با موقعیت‌های خطرناک تقویت نموده و با آگاهی از اتفاقات پیرامون سطح ابتلا به شرایط اضطرابی را در او به طور

اشتیاق (وسوسه)^۵ برای مصرف و متوقف نمودن گیرنده-های اویپوئیدی در درمان اعتیاد به مواد افیونی مؤثر می‌شود. از طرفی، اعتیاد به مواد مخدر افیونی بیماری مزمنی است که در اغلب موارد با یک بیماری روانپزشکی دیگر همراه است. اختلالات خلقی و در رأس آن افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالات محور اول همراه با اعتیاد براساس نسخه چهارم تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی - آماری اختلالات روانی می‌باشد. شیوع اختلال افسردگی اساسی در این افراد حدود ۵۰-۶۰ درصد و اختلال افسردگی جزئی نزدیک به ۱۰ درصد می‌باشد (ایلگن، جین و ترافتون، ۲۰۰۸).

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مسئولین و کارکنان محترم ستاد مبارزه با مواد مخدر و کلینیک ترک اعتیاد جمعیت آفتاب که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

ابوالقاسمی اطاری، مریم؛ اطاری، اعظم (۱۳۸۳)، اعتیاد: پیشگیری و ترک، تهران، کتاب‌درمانی.
پیوندی‌یزدی، لیلا (۱۳۸۸)، «بررسی مقایسه‌ای میزان رضایت مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های ترک اعتیاد و انجمن‌های تولد دوباره در شهر یزد»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور، مرکز تهران.
حناسب‌زاده اصفهانی، مریم؛ یکه یزدان‌دوست رخساره؛ غرای، بنفشه؛ اصغرزادفرید، علی‌اصغر، (۱۳۸۸)، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
حناسب‌زاده اصفهانی، مریم؛ یکه یزدان‌دوست، رخساره (۱۳۸۷)، «کارآمدی درمان شناختی - رفتاری در کاهش شدت علائم سه‌گانه افسردگی: احساسی - عاطفی، انگیزشی - شناختی و نباتی - جسمانی در نوجوانان»

چشمگیری کاهش دهد و قدرت نه گفتن به اصرار افراد پیرامون و وسوسه‌های ایجاد شده را افزایش دهد (پالینکاس و همکاران، ۱۹۹۶). همچنین اثربخشی فعال‌سازی ذهن آگاه نیز به تنهایی در چند مطالعه تأیید شده است (آواتس و همکاران، ۲۰۰۵). در پایان می‌توان گفت ضمن بیان وجود محدودیت‌های خاص برای اجرای این پروژه تحقیقی، به دست آوردن نتایج قابل توجه به خصوص عدم بازگشت قابل تأمل در گروه نسبت به روش‌های معمول و پایداری تأثیر روش درمانی ذهن آگاهی در مدت ۳ ماهه برای پیگیری در الگوی مطرح شده نشان از موفقیت نسبی در رسیدن به اهداف پیش‌بینی شده در این تحقیق دارد. امید است نتایج این پروژه فتح بایی برای محققان این حوزه مطالعاتی جهت استفاده و بهره‌مندی از این شیوه جدید باشد. وابستگی به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، روانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است براساس گزارش سالانه سازمان ملل متحد (۲۰۰۵)، تعداد مصرف‌کنندگان مواد موجود بین جمعیت ۴۴-۱۵ ساله سراسر دنیا، ۲۰۰ میلیون نفر یا به عبارتی ۵ درصد کل جمعیت می‌باشد که از این تعداد در حدود ۱۶ میلیون نفر یا به عبارتی ۴/۰ درصد جمعیت مصرف‌کننده مواد افیونی هستند (دفتر مقابله با مواد و جرم سازمان ملل متحد، ۲۰۰۵). در ایران مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی می‌باشد (مکری، ۲۰۰۲). اهداف درمانی بر سه مورد تأکید می‌کنند که در ابتدا قطع وابستگی جسمی به مواد، دوم قطع وابستگی روانی و کاهش پیامدهای غیر جسمی ناشی از مصرف مواد همچون اضطراب، افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و در نهایت پیش‌گیری از عود مجدد بیماری را شامل می‌شود (جالی^۱ و توکر^۲، ۱۹۹۹). در درمان اعتیاد به مواد افیونی درمان نگهدارنده با متادون^۳ به عنوان داروی نگهدارنده درازمدت یکی از رویکردهای معتبر و شناخته شده در حفظ حالت پرهیز و جلوگیری از بازگشت پس از قطع مصرف مواد می‌باشد (گراسر^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). متادون با جلوگیری از بروز علائم محرومیت و کاهش

1. Jualie
2. Toker
3. Methdone Maintenance Treatment
4. Grusser

- Alberto Chiesa & Alessandro Serrate (2010), "Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review Andmeta-analysis", *Psychiatry Research* 187, Science Direct.
- Austin, E. J.; Saklofeski, D. H. & Egan, V. (2005), "Personality:well being and health correlatesof train emotional intelligence", *Personality and individual differences*, 38,547-558.
- Baschnagel, J. S.; Coffey, S. F.; Schumacher, J. A.; Drabs, D. J. & Saladin, M. E. (2008), "Relationship between PTSD symptomatology and nicotine sепdence severity in crime victims", *AddictiveBehaviors*, 11, 1441-1447.
- Brown, G. K. (2006), "Review of Psychosocial Interventions for suicide prevention", *In effective treatments for suicidal individuals*.
- Carroll, K. M.; Rounsaville, B. J. & Gawin, F. H. (1991), "A comparativetrial of psychotherapiesfor ambulatory 30 ntelliabusers; Relapse prevention and interpersonal psychotherapy".
- Jacob Piet, & Essen Haggard, (2011), "The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in Jafari, Esa.; Eskandari, Hosein.; Sohrabi, Faramaez.; Delavar, Ali,; Heshmati, Rasoul (2010), "Effectiveness of coping skills training in relapse prevention and resiliency enhancement in people with substance dependency", *Procedia Social and Behavioural Sciences*, 5: 1376–1380.
- Kabat-Zin, J. (1994), "Wherever You go ,there you are:Mindfulnes meditation in everyday life", New York: Hyperion.
- فصلنامه علمی- پژوهشی علوم بهزیستی و توانبخشی، شماره ۲، صفحات ۱۵-۱۰.
- خدادوست، ساناز (۱۳۹۱)، «بررسی اثربخشی مداخله شناختی - رفتاری مارلات با اثربخشی مداخله گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر بر میزان بهبود، اطاعت درمانی و پیشگیری از بازگشت روی بیماران مرد وابسته به کراک»، (۱۳۹۱)، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور، مرکز تهران.
- دباغی، پرویز؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمدکاظم؛ بوالهری، جعفر (۱۳۸۶)، «اثربخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره‌ای (ذهن آگاهی) و فعال‌سازی طرح واره‌های معنوی در پیش‌گیری از عود مصرف مواد افیونی»، فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۴، صص ۳۷۵-۳۶۶.
- کارول، کاتلین، ام. (۱۳۸۱)، راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری سوء مصرف مواد، ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری و شهرام محمدخانی، تهران، انتشارات اسپند هنر.
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرایی، هادی (۱۳۸۴)، «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش نا کارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه»، مجله تازه‌های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۱.
- کلارک، دیوید، م.؛ فربورن، کریستوفر، ج. (۱۳۸۰)، دانش و روش‌های کاربردی رفتاردرمانی شناختی، ترجمه حسین کاویانی، تهران، انتشارات سنا.
- گلستانی، فاطمه (۱۳۸۷)، «اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر مرد شهر کرمان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- مارلات، جی، آلن... و دیگران، پیشگیری از عود، ترجمه مجید قربانی، فصلنامه اعتیادپژوهی، ستاد مبارزه با مواد مخدر- ریاست جمهوری، سال دوم، شماره ۷، صص ۱۱۴-۹۲.

- Mokri, A. (2002), "Brief overview of the status of drug in Iran: Archives of Iranian Medicine", 5, 184-19.
- Recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis", *Clinical Psychology Review* 31, ScienceDirect.
- 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.
- Wells, A. (2000), Emotional disorders and met cognition cognitive therapy.
- Williams, J. M. G. (2006), "Mindfulness-based cognitive therapy: what is it, and how might help?", *In 4 Aeschi conference*, 1-4 March.