

اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌های اعتیاد و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه)

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۶/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۴/۲۳

خلاصه

مقدمه

هدف این پژوهش تعیین میزان اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های اعتیاد و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه) بود.

روش کار

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش و پس‌آزمون و پیگیری، با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل کلیه مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) مراجعه کننده به مرکز تی سی استان کرج در پاییز ۱۳۹۷ بودند. روش نمونه‌گیری بصورت در دسترس (۴۰ مرد) انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=20) و گواه (n=20) قرار گرفتند. در مرحله پیش‌آزمون، مقیاس پرسشنامه نیمرخ اعتیاد مادزلی و فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) اجرا شد. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در پایان هر دو گروه تحت پس‌آزمون و دوره پیگیری (۳ ماه) قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

نتایج

یافته‌ها نشان دادند بین دو گروه آزمایش و گواه، پس از اجرای درمان تفاوت معناداری وجود دارد. بطوریکه، میانگین نمره نشانه‌های اعتیاد و هیجان‌های منفی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافت ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری

با توجه به این نتایج درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی رویکرد درمانی موثری برای معنادان وابسته به داروهای محرک به نظر می‌رسد و می‌توان از این پروتکل در مداخلات درمانی بهره گرفت.

کلمات کلیدی

استرس، اضطراب، افسردگی، پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی، داروهای محرک (شیشه)، نشانه‌های اعتیاد.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

پژمان جنود^۱

شهرام محمدخانی^{۲*}

فاطمه محمدی شیرمحله^۳

مرجان حسین زاده تقوایی^۴

پریسا پیوندی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران.

^۲ دانشیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

^۳ عضو هیات علمی دانشکده روانشناسی/دانشگاه آزاد کرج

^۴ استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

Email: mohammadkhani@khu.ac.ir

مقدمه

اعتیاد، مشکلی جهانی و فراگیر است، چنانکه هر روز بر شمار قربانیان آن افزوده می‌شود (کمیونگا^۱، ۲۰۱۹). طبق گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (UNODC)^۲ در سال ۲۰۱۸ مرگ و میر ناشی از اعتیاد در زنان و مردان حتی کودکان در چند سال اخیر رو به افزایش گذاشته و عامل مهمی در ابتلا به اچ آی وی^۳ (HIV) محسوب گردیده است (وایت^۴، ۲۰۱۹). وابستگی و سوء مصرف مواد افیونی در مراحل پیشرفته‌تر و به خصوص مواد محرک از جمله مصرف شیشه، همراه با مخاطرات بسیاری برای فرد، خانواده فرد مصرف کننده و جامعه در پی دارد (سایکیا، داس، برمن^۵، ۲۰۱۹). بسیاری از معتادان به داروهای محرک از جمله شیشه قادر نیستند علی‌رغم درمان‌های مختلف به وضعیت پرهیز مداوم دست یابند و در صورت نبود درمانی محافظت کننده ناگزیر به ادامه حیاتی خواهند بود که تا آخر عمر تنها حول محور تهیه و مصرف مواد دور می‌زند (جاواید، ظفر، یقبل^۶، ۲۰۱۹).

طبق برآوردها تخمین زده می‌شود که سی و پنج میلیون نفر در سراسر جهان مت‌آفتمین مصرف می‌کنند (سایکیا، داس، برمن، ۲۰۱۹). طبق آمارهای غیررسمی مصرف مت‌آفتمین در ایران در جایگاه دوم یا سوم پرمصرف‌ترین مواد مورد سوء مصرف قرار گرفته است (پیرنیا، منصور، حاج صادقی، رحمانی، ۱۳۹۵). اعتیاد با وابستگی به مواد که در تقسیم‌بندی‌های روان پزشکی تحت عنوان اختلالات مرتبط با مواد تعریف شده است، به عنوان دومین اختلال شایع روانی محسوب می‌شود (روس، فوچتمان، بوکستین^۷، ۲۰۱۹).

بر پایه ادبیات پژوهشی، نزدیک ۹۰ درصد مبتلایان به اختلالات مرتبط با مواد، یک یا چند اختلال روان پزشکی دیگر نیز دارند که مهمترین آنها شامل اختلالات خلقی می‌باشد. اختلالات خلقی در سوء مصرف کنندگان مواد، بیش از ۷/۴ برابر بیشتر از جمعیت عادی رخ می‌دهد (کانر، بریدگه، داویدسون^۸، ۲۰۱۹). این میزان بالای هم‌آیندی اختلالات خلقی با سوء مصرف مواد درخور توجه می‌باشد، زیرا شواهد متعدد نشان می‌دهد که سوء مصرف کنندگان افسرده و مضطرب به طور معنی‌داری بیش از سوء مصرف کنندگان غیر افسرده و مضطرب درمان خود را قطع کرده و به مصرف مجدد مواد برمی‌گردند (توللیور، آنتون^۹، ۲۰۱۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد در درمان و پیشگیری از مصرف، حالت‌های هیجانی منفی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس را در پی دارد، فرد مصرف کننده در پی کاهش این نشانه‌ها مجدد به سمت مصرف مواد رو می‌آورد از این روی اختلالات روانی همراه از مهمترین عوامل خطر اصلی عود می‌باشند (مارلات، بون، چاولا، ویتکیویتز^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ پیرنیا، منصور، نجفی، ریحانی^{۱۱}؛ ۱۳۹۵). در بررسی سبب شناسی سوء مصرف مواد و عود رفتارهای اجباری محققان و نظریه پردازان مختلف، نشخوار فکری، سوگیری نسبت به نشانه‌های مواد، نقص مهارت‌های مقابله‌ای و خلاء معنوی را عنوان نموده‌اند (بلوم^{۱۱}، ۲۰۱۵).

برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری روش 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 رفتاردرمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرآیندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک،

1. Kamminga, J.

2. United Nations Office on Drugs and Crime

3. human immunodeficiency virus

4. White, R.

5. Saikia, A. M., Das, J., Barman, P.

6. Javaeed, A., Zafar, M. B., Iqbal, M.

7. Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Bukstein, O.

8. Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J.

9. Tolliver, B. K., & Anton, R. F.

10. Marlatt, G. A., Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K.

11. Bloom

بنابراین سؤال اصلی این پژوهش را می‌توان این گونه بیان کرد: آیا آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) بر افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و جلوگیری از بازگشت اعتیاد به مواد افیونی و نشانه‌های اعتیاد مؤثر است؟ آیا بکارگیری این مدل در کاهش هیجان‌های منفی و پیامدهای پس از ترک، تسریع در تشخیص علائم هشداردهنده میل و اشتیاق، افزایش و توسعه آگاهی، پذیرش افکار، احساسات، شناخت و آگاهی افراد وابسته به مواد از عوامل بازگشت، برانگیزاننده‌ها، علائم هشداردهنده بازگشت و موقعیت‌های پرخطر بازگشت اثر گذار می‌باشد؟ به عبارتی آیا استفاده از این مدل در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در پس‌آزمون و پیگیری خواهد شد یا خیر؟

تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی کارآمدی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود نشانه‌های اعتیاد و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) پرداخته است. با توجه به موارد فوق، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود نشانه‌های اعتیاد و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) انجام پذیرفت. بدین ترتیب با توجه به مطالعات گذشته، ادبیات نظری و پیشینه پژوهش، فرضیه مطرح شده در این مطالعه عبارت بود از اینکه درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود نشانه‌های اعتیاد و هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) مؤثر و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) می‌باشد.

اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از عود مصرف مواد کمک نماید (مک ماین^۱، ۲۰۱۵). طبق یافته‌های قربانی، صفاری نیا، زارع، علیپور در سال (۱۳۹۷) درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان شیشه مؤثر است. همچنین روان درمانی گروهی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی تأثیر دارد (ماردپور، نجفی، امیری، ۱۳۹۵). فرنام، برجعلی، سهرابی، فلسفی نژاد (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی پرداختند نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. کارول، لوستیک^۲ (۲۰۱۸) در پژوهشی تحت عنوان درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران قلبی بر وسوسه مصرف و نشانه‌های اعتیاد نشان داد درمان مذکور در کنترل وسوسه مصرف مواد و نشانه‌های اعتیاد در این افراد می‌تواند مفید باشد. گرنفیلد، هاگلر، ستین، ویتکیویتز^۳ در سال (۲۰۱۷) در پژوهشی اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی را با نقش تعدیل کنندگی نژاد را برای اختلال مصرف مواد سنجید، نتایج نشان دادند که درمان مذکور در کاهش علائم اعتیاد مؤثر بوده است و بازگشت مصرف در گروه آزمایش کمتر گزارش شده است. همچنین یعقوبی، زرگر، اکبری (۲۰۱۷) در پژوهشی گزارش کردند که درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی به طور مؤثری میزان تکانشگری و فراوانی عود مصرف را در وابستگان به متامفتامین کاهش دادند.

¹ McMan

² Carroll, H., & Lustyk, M.K. B.

³ Grenfield b L., Russian, K., Hagler, K. J. Stein, A., Bone, S., & Whittichowitz, K. U

روش کار

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش، پژوهشی نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تشکیل داده اند که به مرکز تی سی استان کرج در طی ماه‌های آذر تا بهمن ماه در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند و پس از بررسی‌های اولیه و انجام آزمایشات حداقل ۱۰ روز و حداکثر شش ماه از سم زدایی موفقیت آمیز و آزمایش منفی ادرار برای مصرف مت آمفتامین (گرفتن تست ادرار با آستانه مفروض سی صد نانوگرم در میلی لیتر دو بار در هفته به منظور احراز اطمینان از پابندی به پرهیز از مصرف) دریافت کردند، تشکیل دادند، که از بین آنها ۴۰ نفر از مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) (با اخذ رضایت کتبی) از طریق جایگزینی تصادفی به شیوه زیر صورت پذیرفت. از طریق جایگزینی تصادفی به گروه مداخله (۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه به عنوان گروه مداخله و گروه کنترل انتخاب شده‌اند. با توجه به مطالعات پیشین، تعداد حجم نمونه با استفاده از رابطه زیر برای هر گروه ۲۰ بیمار محاسبه شد. ملاک‌های حضور در نمونه عبارت بودند از: رضایت داوطلب برای حضور در پژوهش، از نظر جنسیتی مذکر بودن، داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۵ سال، سکونت در شهر تهران، از مداخله آموزشی و درمانی دیگری استفاده نکنند. دارا بودن حداقل تحصیلات سیکل، توانایی برقراری ارتباط کلامی، ارجاع روان پزشک یا پزشک با تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مت آمفتامین بر طبق معیارهای تشخیصی چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V).

همچنین، ملاک‌های عدم حضور در نمونه عبارت بودند از: داشتن بیماری روان پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش، شروع مجدد مصرف مواد، عدم تمایل ملاک‌های خروج را تشکیل داده‌اند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناسی

هدف از این پرسشنامه، جمع آوری داده‌های جمعیت شناختی لازم به عنوان اطلاعات پایه مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، زمینه آموزشی و سابقه شغلی و همانطور سؤالاتی در مورد نوع مواد مصرفی، مصرف الکل و سیگار توسط بیمار بود.

نشانه‌های اعتیاد (نیمرخ اعتیاد مادزلی)^۱

این مقیاس که توسط موسسه مادزلی، در سال ۱۹۹۸ در برای ارزیابی پیامدهای درمان سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر، سلامت جسمانی، سلامت روانی بیمار و عملکرد فردی و اجتماعی بیماران معتادان در انگلستان ساخته شد. روایی و اعتبار آن در نمونه‌های جمعیت اروپایی مورد تأیید قرار گرفته است (مارسدن و همکاران، ۲۰۰۱). نتایج باز آرمایی حکایت از اعتبار پرسشنامه داشته است. ضریب آن ۰/۹۶. برای نوع ماده مصرفی و ۰/۷۷ / برای رفتارهای پرخطر، علائم جسمانی و روانی و عملکرد فردی و اجتماعی گزارش شد. این نیمرخ به طور اختصاصی جهت پژوهش طراحی شده است و همچنین از آن می‌توان جهت بررسی وضعیت بیماران و روند بهبودی آنها در طول دوره درمان استفاده کرد. ضرایب پایایی کل پرسشنامه مذکور در این پژوهش ۰/۸۹ برآورد شده است که در حد قابل قبولی می‌باشد.

^۱ Maudsley's Addiction Profile (MAP)

های مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه نشانه های اعتیاد (نیمرخ اعتیاد مادزلی) و فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (۲۱-DASS) را تکمیل کردند. پیش از شروع مداخلات و سپس بلافاصله پس از اتمام هر دوره تکمیل کردند. مداخله یاد شده براساس پروتکل مداخله درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی برگزار شد. شرکت کنندگان در سه نوبت، پیش از مداخله (پیش آزمون)، بعد از انجام مداخله (پس آزمون) و ۳ ماه بعد از انجام مداخله (مرحله پیگیری) پرسشنامه را تکمیل کردند. درمان به صورت گروهی طی ۸ جلسه یکبار در هفته به مدت دو ساعت برای شرکت کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل، هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند. خلاصه ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در جدول ۱ ارائه شده است. پژوهش حاضر کد اخلاق با شماره IR.IAU.H.REC.1397.75 دریافت کرده است.

فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (۲۱-DASS): فرم کوتاه DASS یک ابزار خودسنجی است که شامل ۲۱ سوال و سه بخش برابر درباره هریک از شاخص های مورد بررسی می باشد، که برای اندازه گیری حالت های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. مقیاس افسردگی، احساس بی قراری و ملامت، ناامیدی، بی ارزش سازی زندگی، ناخشنودی از خود، فقدان علاقه / گرفتاری، بی لذتی و بی حرکتی را ارزیابی می کند. مقیاس اضطراب، برانگیختگی خودکار، اضطراب موقعیتی و تجربه ذهنی اضطراب را ارزیابی می کند. مقیاس استرس به سطوح برانگیختگی نامعین مزمن حساس هستند که دشواری در به آرامش رسیدن، برانگیختگی عصبی و به راحتی آشفته شدن، تحریک پذیری بی حوصلگی را ارزیابی می کند. پاسخگوها از مقیاس فراوانی ۴ درجه ای لیکرت بین صفر تا سه (۰= هرگز، ۱= کم، ۲= متوسط، ۳= خیلی زیاد) برای ارزیابی تجربه هر حالت در هفته گذشته استفاده می کنند. در مطالعه فیضه، دباغی، گودرزی (۱۳۹۴) با یک نمونه غیر بالینی، ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴، ۰/۷۸ گزارش شده است. ضرایب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) در پژوهش حاضر کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ و برای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ برآورد شده است که در حد قابل قبولی می باشد.

روش اجرا و تحلیل داده ها

در این پژوهش، پس از تایید پروپوزال، دریافت مجوز از طرف دانشگاه و موافقت از سوی مرکز تی سی استان کرج، از مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) مراجعه کننده به این مرکز، افراد نمونه براساس ملاک های ورود انتخاب شدند و سپس توضیحاتی در مورد پژوهش به آنها داده شد. پس از اخذ موافقت کتبی از آنها مبنی بر شرکت در پژوهش، افراد بصورت تصادفی در گروه

¹. Depression, anxiety, stress Scale

جدول ۱. ساختار مداخله درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی (بون، چاولا، مارلات، ۲۰۱۱)

جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون، بحث در مورد نزدیک رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره ای، رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان‌پذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر پایه این رویکرد، معرفی بیماری عوارض ناشی از مصرف مواد از ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی، شناسایی ماشه چکان‌های مربوط به میل مصرف / عوارض و اختلالات شایع روانشناختی / آشنایی با علائم جسمانی اضطراب و استرس و افسردگی / معرفی سیستم هدایت خودکار / نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، تفکرات و هیجان‌ها در کاهش استرس / تمرین خوردن کشمش و دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین / فضای تنفس سه دقیقه‌ای / تعیین تکلیف هفته‌ی آینده و توزیع جزوات جلسه اول و سی دی مراقبه‌ها.
جلسه دوم	تمرین واریسی بدن / غلبه بر موانع (خشم، ترس، رنجش، بی‌قراری و سراسیمگی، خواب‌آلودگی و خستگی / آگاهی از ماشه چکان‌ها، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین واریسی بدن / بررسی ماشه چکان‌های در طول هفته گذشته و به رسمیت شناختن این موانع برای ترک / بررسی نقش خانواده / تقلا نکردن / آگاهی از ماشه چکان‌ها و وسوسه‌ها / مراقبه ذهن آگاهی تنفس / تمرین کششی یوگا / توزیع جزوات جلسه دوم و سی دی مراقبه‌ها.
جلسه سوم	انجام نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس (مراقبه نشسته) / توجه آگاهی در زندگی روزمره / آگاهی از حرکات / انجام تمرینات یوگا / تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای / توزیع جزوات جلسه سوم و نوار مربوط به حرکات یوگا.
جلسه چهارم	ماندن با مشکلات، کار کردن روی مشکلات / پذیرش مطلق / راهنمایی برای برخورد هشیارانه با مشکلات / تمرین موج‌سواری بر امیال / سواری بر موج امیال / نقش ترس و امید، واکنشی بودن و سکون / انجام مجدد تمرین واریسی بدن / انجام تمرینات مربوط به یوگای ذهن آگانه / تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن" / تمرین مجدد نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن / توزیع جزوات شرکت کنندگان در جلسه چهارم و سی دی مراقبه‌ها
جلسه پنجم	تمرین تنفس / تمرین مجدد نشست هشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار) / توضیحاتی پیرامون استرس و شناسایی واکنش‌های شرکت کنندگان نسبت به استرس / بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی / انجام تمرینات یوگای هشیارانه / تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای / توزیع جزوات
جلسه ششم	انجام یوگای هشیارانه / انجام مراقبه نشسته (ذهن آگاهی از صداها و افکار) / توزیع جزوات جلسه‌ی ۶ و نوار شماره ۴ بین شرکت کنندگان / تاملاتی بر سکوت و سخن / فواید سکوت / مهرورزی.
جلسه هفتم	انجام مراقبه کوهستان / بهداشت خواب / تکرار تمرینات جلسات پیش / تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش / توزیع جزوات جلسه هفتم / مراقبت از خود / تذکرات و پیشنهادات برای داشتن یک زندگی سالم / پرورشو تامل درباره معنویات / چه چیز مرا سرشار می‌کند و چه چیز مرا تهی می‌سازد / آگاهی بی‌انتخاب
جلسه هشتم	پایان دادن / رها کردن و باقی زندگی / نکاتی برای تمرین توجه آگاهی / نکاتی برای تمرین های رسمی / نکاتی برای تداوم روزانه توجه آگاهی / تمرین واریسی بدن / بازنگری کل درمان / واریسی و بحث در مورد درمان / انجام مراقبه سنگ، مهره و تپله

نتایج

مصرف مواد مخدر شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $۴/۳۳ \pm ۸/۱۵$ و $۹/۷۵ \pm ۳/۵۵$ بودند. از نظر وضعیت تاهل بیشترین فراوانی ۳۰ نفر مربوط به افراد متاهل بود. از نظر میزان تحصیلات بیشترین فراوانی ۲۱ نفر مربوط به افراد با میزان تحصیلات دیپلم بود. از نظر وضعیت اقتصادی بیشترین فراوانی ۳۴ نفر مربوط به افراد با وضعیت اقتصادی ضعیف بود.

در این مطالعه تعداد ۴۰ مرد وابسته به مواد محرک (شیشه) (۲۰ نفر گروه کنترل و ۲۰ نفر گروه آزمایش) در دامنه سنی ۲۵-۴۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب $۳۳/۹۰ \pm ۵/۰۹$ ، کنترل $۳۵/۰۱ \pm ۴/۷۷$ و انحراف معیار مدت زمان

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس در گروه‌های آزمایش و کنترل

مرحله	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
آزمایش (درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی)	اضطراب	۱۲/۵۰	۲/۷۰	۴/۱۵	۱/۱۴	۱/۱۶
	افسردگی	۱۴/۸۰	۱/۷۶	۶/۷۰	۱/۸۰	۱/۶۶
	استرس	۱۳/۴۰	۲/۳۲	۷/۰۵	۱/۷۳	۱/۶۰
کنترل	اضطراب	۱۲/۶۰	۲/۷۰	۱۳/۰۱	۲/۶۱	۲/۴۸
	افسردگی	۱۳/۸۵	۲/۰۷	۱۳/۹۵	۱/۷۶	۱/۹۰
	استرس	۱۳/۳۰	۲/۳۴	۱۳/۵۰	۲/۲۱	۲/۰۲

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب، افسردگی و استرس شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی) در مرحله پیش‌آزمون $۱۲/۵۰ \pm ۲/۷۰$ ، در مرحله پس‌آزمون $۴/۱۵ \pm ۱/۱۴$ و در مرحله پیگیری نیز $۹/۷۵ \pm ۳/۵۵$ کاهش یافته است. در حالی که گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $۱۳/۸۵ \pm ۲/۰۷$ ، در مرحله پس‌آزمون $۱۳/۹۵ \pm ۱/۷۶$ و در مرحله پیگیری نیز $۱۳/۷۵ \pm ۲/۴۸$ نسبتاً ثابت مانده است.

جدول ۳- آماره‌های توصیفی مربوط به میانگین متغیر نشانه‌های اعتیاد برای شرکت کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه‌ها

گروه	مرحله	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
آزمایش (درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی)	رفتارهای پرخطر	۹/۵۰	۱/۵۳	۴/۲۰	۰/۷۶	۴/۵۰
	سلامتی	۲۸/۸۰	۴/۵۲	۱۳/۶۰	۴/۷۸	۱۵/۰۱
	سلامت روانی	۳۱/۲۵	۳/۹۵	۱۷/۲۰	۳/۶۲	۱۸/۵۰
کنترل	عملکرد فردی و اجتماعی	۱۲/۰۵	۱/۷۶	۵/۴۰	۱/۴۲	۶/۰۵
	رفتارهای پرخطر	۹/۵۵	۱/۳۹	۸/۷۵	۱/۱۶	۹/۰۵
	سلامت	۲۸/۳۰	۳/۸۸	۲۸/۵۵	۴/۱۸	۲۸/۷۰
	سلامت روانی	۲۸/۹۵	۴/۳۹	۲۹/۲۵	۴/۴۹	۲۹/۳۵
	عملکرد فردی و اجتماعی	۱۱/۹۵	۱/۸۲	۱۰/۷۰	۲/۸۶	۱۰/۹۰

به منظور حذف اثر پیش‌آزمون از روی نمره‌های پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) برای متغیرهای وابسته نشانه‌های اعتیاد و هیجان‌های منفی در مردان وابسته به داروهای محرک (شیشه) استفاده گردید. در پژوهش حاضر با کووریت کردن پیش‌آزمون‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد. پیش از تجزیه و تحلیل نهایی از آزمون‌های پیش‌فرض لون (جهت بررسی پیش فرض همسانی واریانس‌ها در مراحل پس‌آزمون) و آزمون کولموگروف اسمیرنوف (برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌ها) استفاده شد که نشان دادند، همسانی واریانس‌ها و مفروضه نرمال بودن داده‌ها در پژوهش حاضر برقرار است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های متغیر نشانه‌های اعتیاد ارائه شده است. همیظور که مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار مؤلفه رفتارهای پرخطر شرکت کنندگان در گروه آزمایش (درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی) در مرحله پیش‌آزمون $9/50 \pm 1/53$ ، در مرحله پس‌آزمون $4/20 \pm 0/76$ و در مرحله پیگیری نیز $4/50 \pm 0/82$ کاهش یافته است. در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $28/80 \pm 4/52$ ، در مرحله پس‌آزمون $9/55 \pm 1/39$ ، در مرحله پیگیری نیز $4/50 \pm 0/82$ کاهش یافته است. در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون $31/25 \pm 3/95$ ، در مرحله پس‌آزمون $12/05 \pm 1/76$ و در مرحله پیگیری نیز $11/95 \pm 1/82$ کاهش یافته است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار برای مؤلفه‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی و عملکرد فردی و اجتماعی نیز به تفکیک گروه‌ها و مراحل مختلف مشاهده می‌شود.

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برنمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های هیجان‌های منفی (اضطراب، افسردگی و استرس)

نام آزمون	ارزش F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا سهمی	توان آماری
اثربخشی	۲۰/۰۳۱	۶	۱۱۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۱۸	۰/۹۵
لامدای ویلکز	۴۶/۹۷۸	۶	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	۰/۹۵

اثر هتلینگ	۱۰/۲۴۴	۹۲/۱۹۳	۶	۱۰۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۷	۰/۹۵
بزرگترین ریشه ری	۱۰/۱۰۰	۱۸۸/۵۴۰	۳	۵۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱۰	۰/۹۵

$p \leq 0.005$

درصد تفاوت‌های مشاهده شده در بین افراد، مربوط به تأثیر متغیر مستقل یعنی روش مداخله (درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی) می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه توان آماری ۰/۹۵ می‌باشد و بالاتر از ۰/۸۰ است. حجم نمونه برای انجام پژوهش قابل قبول می‌باشد. نتایج مربوط به تفاوت معنادار هر یک از متغیرهای وابسته در زیر آمده است.

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها ($p < 0.001$) نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تفاوت معنادار بین گروه آموزش درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل وجود دارد و براساس مجذوراتا بین، ۰/۵۲ تا ۰/۹۱

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به متغیر هیجان‌های منفی در مرحله پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذوراتا
اضطراب	۸۳۰/۱۰۰	۲	۴۱۵/۰۵۰	۹۳/۶۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۷
افسردگی	۵۸۸/۷۰۰	۲	۲۹۴/۳۵۰	۱۱۰/۶۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
استرس	۵۵۹/۰۳۳	۲	۲۷۹/۵۱۷	۷۷/۳۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱

$p \leq 0.001$

گفت درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در تغییر این مولفه‌ها از هیجان‌های منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تأثیر معناداری دارد.

براساس جدول بالا از آنجا که سطح معناداری در مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی و استرس کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد، تفاوت بین دو گروه در این مولفه‌ها تایید می‌شود. بنابراین می‌توان

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برنمره‌های پس آزمون نشانه‌های اعتیاد در مرحله پس آزمون

نام آزمون	ارزش F	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذوراتا سهمی	توان آماری
اثر بیلابی	۱۲/۶۲۸	۸	۱۱۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷	۰/۹۵
لامدای ویلکز	۳۲/۹۱۱	۸	۱۰۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰۹	۰/۹۵
اثر هتلینگ	۶۸/۳۸۰	۸	۱۰۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸	۰/۹۵
بزرگترین ریشه ری	۱۴۱/۲۵۵	۴	۵۵/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱	۰/۹۵

$p \leq 0.005$

افراد، مربوط به تأثیر متغیر مستقل یعنی روش مداخله (درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی) می‌باشد. از سوی دیگر با توجه به اینکه توان آماری ۰/۹۵ می‌باشد و بالاتر از ۰/۸۰ است. حجم نمونه برای انجام پژوهش قابل قبول می‌باشد. نتایج مربوط به تفاوت معنادار هر یک از متغیرهای وابسته در زیر آمده است.

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، سطح معناداری همه آزمون‌ها ($p < 0.001$) نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های نشانه‌های اعتیاد مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تفاوت معنادار بین دو گروه آموزش درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل وجود دارد و براساس مجذوراتا بین، ۰/۹۴ تا ۰/۷۹ درصد تفاوت‌های مشاهده شده در بین

جدول ۷- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانکوا) مربوط به متغیر نشانه‌های اعتیاد در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذوراتا
رفتارهای پرخطر	۲۵۵/۴۳۳	۲	۱۱۲/۷۱۷	۱۲۰/۸۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹
سلامت جسمانی	۲۲۸۹/۷۰۰	۲	۱۱۴۴/۸۵۰	۶۳/۸۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۹۱
سلامت روانی	۱۶۳۲/۱۰۰	۲	۸۱۶/۰۵۰	۴۴/۸۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۱
عملکرد فردی و اجتماعی	۳۱۵/۰۳۳	۲	۱۵۷/۵۱۷	۴۰/۴۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷

$p \leq 0.001$

هیجان‌های منفی در مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل مردان وابسته به مواد محرک می‌باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد.

فرضیه اول درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود نشانه‌های اعتیاد مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) مؤثر است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود مؤلفه‌های نشانه‌های اعتیاد از جمله رفتارهای پرخطر، علائم جسمانی و روانی و عملکرد

براساس جدول بالا از آنجا که سطح معناداری در مؤلفه‌های رفتارهای پرخطر، سلامت جسمانی، سلامت روانی و عملکرد فردی و اجتماعی کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد، تفاوت بین دو گروه در این مؤلفه‌ها تایید می‌شود. بنابراین می‌توان گفت درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در تغییر این مؤلفه‌ها از نشانه‌های اعتیاد مردان وابسته به مواد محرک (شیشه) تأثیر معناداری دارد. از سوی دیگر با توجه به اینکه توان آماری ۰/۹۵ می‌باشد و بالاتر از ۰/۸۰ است حجم نمونه برای انجام پژوهش قابل قبول می‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده شواهدی دال بر رد فرضیه‌های مطرح شده وجود ندارد و فرضیه اول و دوم تایید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود نشانه‌های اعتیاد و

فردی و اجتماعی تاثیر معنی داری دارد ($P < 0.001$). از جمله پژوهش‌های همسو در داخل کشور پژوهش بشرپور، مقصود، حیدری (۱۳۹۸) با عنوان "مقایسه‌ی تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم روانشناختی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون" نشان داد که برنامه‌ی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر شکایات جسمانی، افسردگی، پرخاشگری افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون اثر بخشی بیشتری دارد و این درمان را مداخله روان‌شناختی مفیدی برای کاهش علائم روان‌شناختی افراد وابسته به مواد معرفی کرده‌اند. زمستانی، بابامیری، سپیانی (۱۳۹۵) با عنوان "اثر بخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان مدار" نشان دادند که پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش نمرات ولع و شدت علائم افسردگی و اضطراب در معتادان شده است.

درباره تحقیقات انجام گرفته در خارج از کشور که همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد می‌توان به تحقیقات بون، ویتکیویتز، کلیفسکی، گروو، چاولا (۲۰۱۴) اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیشگیری از عود مصرف مواد به صورت یک کارآزمایی بالینی تصادفی نتایج نشان داد که درمان مذکور در یک دوره ۸ ماه اثربخش بوده است بر جلوگیری از مصرف مواد و کاهش علائم جسمانی و روانی ناشی از ترک شده است. در پژوهش گروو، کلنس، هارپ، مارلات (۲۰۱۵) نیز مبنی بر اثربخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیامدهای منفی بالینی در درمان وابستگی به مواد همسو با پژوهش حاضر می‌باشد. همچنین یعقوبی و زرگر (۲۰۱۸) در پژوهشی اثربخشی تحت عنوان

پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و اشتیاق در بیماران تحت درمان با متادون: یک کارآزمایی بالینی تصادفی اشاره کرد که پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی برای بهبود کیفیت زندگی و اشتیاق به مصرف مواد مؤثر بوده است. گرانت و همکاران (۲۰۱۷) در یک مقاله مروری به بررسی اثر بخشی درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلالات در مصرف مواد پرداختند درمان مذکور منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و همچنین خطر خودکشی در وابستگان به مواد شده بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت هدف پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی ایجاد آگاهی و پذیرش افکار، عواطف و احساسات از طریق تمرین ذهن آگاهی و استفاده از مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در روبرو شدن با موقعیت‌های پرخطر می‌باشد. آموزش درباره میل و وسوسه و کاربرد مهارت‌های ذهن آگاهی برای تجربه میل و هوس یکی از ابزارهای اصلی ارتقاء آگاهی و پذیرش واکنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در ترک مواد مخدر می‌باشد. راهبردهای مخصوص پیشگیری از عود آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، افزایش خودکارآمدی، چالش با انتظارات مثبت، آموزش درباره تأثیر تخطی از پرهیز همراه با تمرین منظم ذهن آگاهی امکانی را برای مراجع فراهم می‌کنند تا رابطه بین حضور ذهن داشتن با کاربرد مهارت‌های پیشگیری از عود برقرار نماید.

ذهن آگاهی این امکان را برای افراد فراهم می‌سازد که به جای اجتناب، با استفاده از خود مشاهده گری و پذیرش بدون قضاوت و روبرو شدن با هیجانات، تعادل هیجانی را برقرار و الگوهای عادت‌ی را که قضاوت و ادراک را مختل می‌کنند کاهش دهد. ذهن آگاهی با ایجاد یک رابطه با فاصله با تمرکززدایی شده با تجربه‌های درونی و بیرونی، واکنش پذیری هیجانی را کاهش می‌دهد و بازگشت به خط پایه را بعد واکنش تسهیل می‌کنند این مکانیسم‌ها از نظر مفهومی

برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی را بر روی بیماران مشابه در سایر بیمارستانها اجرا کنند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و همچنین تمامی کارکنان مرکز تی سی استان کرج، بیماران و خانواده آنها جهت یاری رساندن در انجام طرح، صمیمانه قدردانی نمایند.

متضاد با مشکلات اجتناب و درگیری زیاد با هیجان‌ها می‌باشد که از ویژگی‌های اصلی آسیب‌شناسی‌های مختلف از جمله رفتارهای اجبار و اعتیاد می‌باشد. سطوح بالای ذهن آگاهی با میزان کمتری از اجتناب، نشخوار فکری، نگرانی، واکنش به افکار منفی رابطه دارد. شناخت موقعیت‌های پرخطر یکی از مؤلفه‌های اصلی این درمان می‌باشد. به بیماران آموزش داده می‌شود تا سیستمی را برای شناخت نشانه‌های هشداردهنده اولیه عود و افزایش آگاهی از نشانه‌های مرتبط با مواد، مانند افراد و مکان‌هایی که قبلاً با مصرف مواد ارتباط داشته داشته‌اند، ایجاد نمایند. افزودن ذهن آگاهی به مهارت‌های پیشین یک روش جدید پردازش نشانه‌های مونیته و کنترل واکنش فرد به وابسته‌های محیطی برای بیمار فراهم می‌کند. در این روش به بیماران آموزش داده می‌شود احساسات خوشایند و ناخوشایند، افکار و احساسات خود را مشاهده نموده و بدون قضاوت آنها را بپذیرند. چرا که اکثر پژوهش‌ها بر این نکته تاکید دارند که یکی از دلایل برگشت به مواد رهایی از هیجان‌ها منفی می‌باشد که با آموزش راهکارهای کارآمد و مشخص کردن ماشه چکان‌های مربوط به بروز آنها هیجان‌ها خود را کنترل کند. پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی با اثرگذاری بر علائم روان پریشی می‌تواند روش مداخله ترجیحی به حساب آید. در پایان باید گفت اگر چه نتایج به دست آمده در این پژوهش در راستای نتایج مطالعات گذشته بود ولی با این حال بیان چنین نتایجی مستلزم پژوهش‌های آتی بیشتری در این زمینه می‌باشد. چرا که پژوهش حاضر نیز مانند اغلب مطالعات آزمایشی با برخی محدودیت‌ها عبارتند از محدودیت اول مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی مصرف‌کنندگان به شیشه انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار،

منابع

- قربانی، ط؛ صفاری نیا، م؛ زارع، ح؛ علیپور، ا. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه‌ی ذهن آگاهی در افزایش بهزیستی اجتماعی و پیشگیری از عود در مصرف کنندگان شیشه. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی. ۱۲ (۴۵): ۱۵۱-۱۶۸.
- زمستانی، م؛ بابامیری، م؛ سپیانی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی بر سوء مصرف مواد و شدت علائم افسردگی و اضطراب هم آیند در معتادان مرکز اجتماع درمان مدار. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی. ۱۰ (۳۹): ۱۷۹-۱۹۴.
- عبدالملک، ف؛ پرویز، د؛ گودرزی، ن. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، در میزان استرس، اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان شناختی در کارکنان نظامی، روانشناسی نظامی ۶ (۲۱): ۶۵-۵۴.
- ماردپور، ع؛ نجفی، م؛ امیری، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در پیشگیری از عود، ولع مصرف و خودکنترلی در افراد وابسته به مواد افیونی. فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی. ۸ (۳۲): ۸۷-۱۰۴.
- Blume, A. W. (2015). *Treating drug problems*. New York: John Wiley.
- Bowns. C.N., & Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. New York: Guilford press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., ... & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(5), 547-556.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ... & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance abuse*, 30(4), 295-305.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2019). Metaanalysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 278-292.
- Carroll, H., & Lustyk, M. K. B. (2018). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: effects on cardiac vagal control and craving under stress. *Mindfulness*, 9(2), 488-499.
- Greenfield, B. L., Roos, C., Hagler, K. J., Stein, E., Bowen, S., & Witkiewitz, K. A. (2018). Race/ethnicity and racial group composition moderate the effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for substance use disorder. *Addictive behaviors*, 81, 96-103.
- Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of addiction medicine*, 11(5), 386.
- 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.
- Javaeed, A., Zafar, M. B., Iqbal, M., & Ghauri, S. K. (2019). Correlation between Internet addiction, depression, anxiety and stress among undergraduate medical students in Azad Kashmir. *Pakistan journal of medical sciences*, 35(2), 506.
- Kamminga, J. (2019). States simply do not care: The failure of international securitisation of drug control in Afghanistan. *International Journal of Drug Policy*, 68, 3-8.
- Marsden J, Nizzoli U, Corbelli C, Margaron H, Torres MA, Prada De Castro L, et al. (2001). Reliability of the Maudsley Addiction Profile (MAP-ERIT Version) In Italy, Spain and Portugal for the evaluation of treatments. *Addicciones*, 13(2), 217-27.
- Marlatt, G. A., Bowen, S., Chawla, N., & Witkiewitz, K. (2008). Mindfulness-based relapse prevention for substance abusers: Therapist training and therapeutic relationships. *Mindfulness and the therapeutic relationship*, 107-121.
- بشریپور؛ س، مقصود، ف؛ حیدری، ف. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله شناختی رفتاری و برنامه پیشگیری از عود مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم روانشناختی افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت. ۶ (۲): ۱۰۲-۱۱۵.
- پیرنیا، ب؛ منصور، س؛ حاج صادقی، ز؛ رحمانی، س، پیرخانی، ع؛ سلیمانی، ع. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی الگوهای درمان فراشناختی و مثبت‌گرا بر شاخص ولع مصرف در مردان وابسته به مواد محرک (شیشه). سلامت جامعه، ۱۰ (۲): ۴۲-۵۱.
- پیرنیا، ب؛ منصور، س؛ نجفی، ا؛ ریحانی، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان اضطراب، استرس و افسردگی در مردان تحت درمان اجتماع مدار. سلامت جامعه، ۱۰ (۴): ۴۷-۵۶.
- فرنام، ع؛ برجعلی، ا؛ سهرابی، ف؛ فلسفی نژاد، م. (۱۳۹۳). اثر بخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی (MBRP) در پیشگیری از بازگشت و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای در افراد وابسته به مواد افیونی. مطالعات روان شناسی بالینی، ۴ (۱۶): ۷۹-۹۹.

- Marlatt, G., & Chawla, N. (2013). Meditation and alcohol use. *Southern Medical Journal*, 100(4), 451-453.
- Reus, V. I., Fochtmann, L. J., Bukstein, O., Eyler, A. E., Hilty, D. M., Horvitz-Lennon, M., & McIntyre, J. (2019). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients with Alcohol Use Disorder. *FOCUS, A Journal of the American Psychiatric Association*, 17(2), 158-162.
- Saikia, A. M., Das, J., Barman, P., (2019). Internet addiction and its relationships with depression, anxiety, and stress in urban adolescents of Kamrup District, Assam. *Journal of family & community medicine*, 26(2), 108.
- Tolliver, B. K., & Anton, R. F. (2015). Assessment and treatment of mood disorders in the context of substance abuse. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(2), 181.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G., & Walker, D. (2015). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228
- White, R. (2019). 17 Transnational Environmental Crime. *International and Transnational Crime and Justice*, 103.
- Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L., & Luoma, J. B. (2014). Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 536-546.
- Yaghubi, M., Zargar, F., & Akbari, H. (2017). Comparing effectiveness of mindfulness-based relapse prevention with treatment as usual on impulsivity and relapse for methadone-treated patients: a randomized clinical trial. *Addiction & health*, 9(3), 156.
- Yaghubi, M., & Zargar, F. (2018). Effectiveness of Mindfulness-based Relapse Prevention on Quality of Life and Craving in Methadone-treated Patients: A Randomized Clinical Trial. *Addiction and Health*, 10(4), 250-259.

Original Article

The Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention Therapy in Improving Symptoms of Addiction and Negative Emotions in men with methamphetamine dependence

Received: 19/09/2019 - Accepted: 13/07/2020

Pejman Jnod¹
shahram Mohammadkhani^{2*}
Fatemeh Mohammadi
shirmahaleh³
Marjan Hossein-Zadeh Tagvaei⁴
Parisa Peyvandi⁴

¹ PhD Student in General Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran.

² Associate Professor of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

³ Faculty member Department Psychology/Azad University Krajaberanch Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: mohammadkhani@khu.ac.ir

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based relapse prevention treatment on the symptoms of addiction and negative emotions in men dependent on stimulant drugs (glass).

Methods: The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test and follow-up with the control group. The statistical population included all men addicted to stimulants (glass) who referred to the TC center of Karaj province in the fall of 1397. The available sampling method (40 men) were selected and randomly divided into experimental (n = 20) and control (n = 20) groups. In the pre-test stage, the Madzley Addiction Profile Scale and the short form of Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS-21) were administered. Then the experimental group was treated for 8 sessions and the control group did not receive any intervention and at the end both groups underwent post-test and follow-up period (3 months). Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to analyze the data.

Results: The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups after the treatment. Thus, the mean score of addiction symptoms and negative emotions in the experimental group decreased compared to the control group (P < 0.001).

Conclusion: According to these results, mindfulness-based relapse prevention treatment seems to be an effective treatment approach for addicts dependent on stimulant drugs and this protocol can be used in therapeutic interventions.

Keywords: Stress, Anxiety, Depression, Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), Methamphetamine, Symptoms of Addiction.

Acknowledgement: There is no conflict of interest.