

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان عودمصرف در سوءمصرف کنندگان متآمفتامین

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۵

خلاصه

مقدمه: با همه تلاش‌هایی که در زمینه ترک اعتیاد صورت می‌گیرد آمار فراوان عود مصرف مواد در نتیجه تجربه ولع پس از ترک مواد نگران کننده است؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان عودمصرف در سوءمصرف کنندگان متآمفتامین انجام شد.

روش کار: پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با مرحله پیگیری ۶ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مردان سوءمصرف کننده متآمفتامین مراجعه کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه (درمان ذهن آگاهی، ۱۵ نفر و درمان ماریکس، ۱۵ نفر) گمارش شدند. ابزارهای پژوهش شامل چک لیست ویژگی‌های جمعیت شناختی-محقق ساخته و پرسشنامه هشدار دهنده عود اعتیاد- گورسکی (۱۹۸۷) بود. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی، واریانس باندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی و درمان ماتریکس در مراحل پس آزمون و پیگیری بر کاهش عود مصرف و ابعاد آن (احساس، افکار، نگرش و رفتار) تأثیر معناداری داشته‌اند. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نیز نشان داد که درمان ذهن آگاهی بر کاهش عود مصرف و ابعاد آن در مراحل مختلف سنجش نسبت به درمان ماتریکس مؤثرتر بوده است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با استفاده از درمان ذهن آگاهی می‌توان بر کاهش عودمصرف در سوءمصرف کنندگان متآمفتامین تأثیر مثبت گذاشت.

کلمات کلیدی: آموزش ذهن آگاهی، درمان ماتریکس، عودمصرف، متآمفتامین

سعید رحمانی^۱

حسن امیری^{۲*}

کریم افشاری نیا^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد

کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد واحد کرمانشاه،

دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه

آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

Email: ahasan.amiri@yahoo.com

مقدمه

مصرف مواد یک اختلال مزمن، عودکننده و پیچیده است که طی آن، مصرف مواد با وجود پیامدهای منفی فاجعه آمیز ادامه می‌یابد (۱). اختلالات اعتیادی به‌طور کلی به عنوان اختلالات مصرف به حساب می‌آیند که مصرف، تاریخچه مصرف و پیامدهای مصرف را دربر می‌گیرند (۲). آمار اخیر دفتر مقابله با موادمخدر و جرم سازمان ملل متحد^۱ نشان می‌دهد که یک چهارم از یک میلیارد نفر در سال ۲۰۱۵ مصرف موادمخدر را امتحان کرده‌اند و در حال حاضر ۲۹/۵ میلیون نفر مبتلا به اختلال مصرف مواد هستند. گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) نشان می‌دهد بیشترین نرخ شیوع مصرف مواد با ۲/۸ درصد در ایران می‌باشد (۳). همچنین، اخیراً فراتحلیلی در رابطه با شیوع مصرف تنباکو، الکل و مصرف دارو در میان نوجوانان ۱۹-۱۴ ساله ایرانی نشان داد رایج‌ترین داروها در میان نوجوانان ایرانی، توهم‌زاها (۲۵/۳ درصد)، قرص‌های خواب‌آور و آرام‌بخش‌ها (۲۵ درصد)، قلیان (۲۳/۱ درصد)، موادمخدر سنتی (۲۲ درصد) و محرک‌های سیستم عصبی-مرکزی (۲۰/۱ درصد) بوده است (۴). مت‌آمفتامین^۲ که کریستالیزه‌ی آن در کشور ایران به نام خیابانی شیشه معروف است، یکی از موادی است که مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد (۵). مصرف این ماده به عنوان داروی محرک در کشورهای مختلف و به‌خصوص در بین جوانان رواج دارد (۶). طبق آمار رسمی اعتیاد که به صورت ارزیابی سریع وضعیت^۳ در سطح ایران انجام شده است، فراوانی سوء مصرف کنندگان مت‌آمفتامین ۵/۲ درصد کل مصرف کنندگان موادمخدر بوده است (۵). از میان عوامل مؤثر در سوء مصرف مواد، ولع مصرف نقش بسیار پررنگی در پدیده‌ی بازگشت و حفظ موقعیت

سوء مصرف و وابستگی به مواد دارد. هرمس^۶ و روزین^۷ (۷) ولع را این‌گونه تعریف می‌کنند "احساس بسیار قوی و خواستن فوری یک چیز، به‌طوری‌که امکان هر گونه تمرکز بر موضوعی غیر از موضوع خواسته شده ناممکن باشد". اهمیت ولع مصرف تا جایی است که تقریباً هر نظریه‌ای از اعتیاد، ولع مصرف و تأثیر تغییرات ناشی از آن را به خصیصه مرکزی وابستگی به مواد در نظر می‌گیرد (۸)، همچنین، ولع مصرف را می‌توان به یک میل شدید و مقاوم برای مصرف مواد تعریف کرد؛ میلی که اگر برآورده نشود، رنج‌های روان‌شناختی و بدنی مانند ضعف، بی‌اشتهایی، اضطراب، بی‌خوابی، پرخاشگری و افسردگی را در پی دارد (۹). ماهیت برگشت‌پذیر سوء مصرف مواد و به موازات آن، آمارهای منتشر شده از مطالعات همه‌گیرشناسی مبین آن است که واکنش افراد به درمان در حوزه‌ی سوء مصرف مواد بسیار متنوع است. به همین دلیل، دوره‌های متعدد عود در سوء مصرف کنندگان مت‌آمفتامین به عنوان فرایند طبیعی توانبخشی این بیماران در نظر گرفته می‌شود (۱۰)، مورد هدف قراردادن فاکتورهای خطر ولع مصرف موادمخدر به صورت دارویی یا رفتاری برای بالین‌گران و محققین حوزه اعتیاد در اولویت قرار دارد و اثربخشی درمان دارویی اعتیاد به علت اطاعت دارویی^۸ پایین از سوی بیماران و عوارض جانبی همراه با آن با موفقیت نسبی همراه بوده است (۱۱). درمان‌هایی که اخیراً برای طیف گسترده‌ای از اختلالات اثربخشی آن‌ها اثبات شده است و به‌طور گسترده توسط روان‌درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرند درمان‌های موج سوم^۹ می‌باشند. یکی از این درمان‌ها، ذهن آگاهی^{۱۰} است. ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه و مشاهده‌گری بدون داوری می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک اثربخشی درمان را

6. Hormes

7. Rozin

8. Compliance

9. Third-wave therapies

10. Mindfulness

1. United nations office of drugs crime

2. Substance use disorder

3. Methamphetamine

4. Rapid assessment situation

5. Craving

افزایش داده و به پیشگیری از ولع مصرف و عود مصرف کمک کند (۱۲). در دهه اخیر، مطالعات در زمینه اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش مشکلات همراه با اعتیاد به سرعت در حال رشد است (۱۴). جریان اصلی ذهن آگاهی در اوایل دهه ۱۹۷۰ توسط کابات-زین (به شهرت رسید؛ ذهن آگاهی به صورت آگاهی از پدیده‌های ذهنی، بدنی و عاطفی در لحظه‌ی حال همراه با آگاهی و نگرشی به دور از قضاوت و پذیرش رشد یافته تعریف می‌شود (۱۵). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در دهه‌ی اخیر رشد و محبوبیت زیادی داشته است. به طوری که در زمینه‌های مختلف رشد یافته و مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶ و ۱۷). از جمله مشکلاتی که در عصر حاضر، دامن گیر کشور ایران شده است، افزایش روزافزون مصرف موادمخدر می‌باشد که به صورت پدیده اجتماعی معضل آفرین جلوه گر شده است. شمار مصرف کنندگان موادمخدر و معتادان سیر صعودی دارد. با وجود کوشش‌های فراوان در مبارزه با اعتیاد به موادمخدر، این پدیده مهار نشده و شاهد گسترش روزافزون شیوع اعتیاد در همه اقشار جامعه هستیم (۱۸). در فرایند درمان بیماران وابسته به مت‌آمفتامین، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات مواد دیده می‌شود. این احساس ممکن است از چند ساعت پس از شروع درمان تا روزها و ماه‌ها پس از پایان آن دیده شود. فراوانی و شدت ولع مصرف کم‌کم رو به کاهش می‌رود و به ندرت ناپدید می‌شود. بنابراین تشخیص و درمان این پدیده‌ی بالینی به عنوان یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است (۱۹).

میزان بالای بازگشت پس از درمان به ظاهر موفق، مشکل شایعی است که در بیشتر رویکردهای درمانی وابستگی دارویی رخ می‌نماید. این واقعیت به پدیدآیی انواع راهبردهای روان درمانی پیشگیری از بازگشت منجر شده است (۲۰). به طور کلی می‌توان گفت پدیده‌ی اعتیاد علاوه بر پیامدهای منفی که برای خود فرد مصرف کننده به دنبال دارد، پیامدهای ثانوی بسیاری نیز دارد که

هر کدام به تنهایی ضرورت بررسی این موضوع را توجیه می‌کنند، مسائلی مانند ازهم پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی سرپرست و آینده‌آنها، به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پرشدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات، لزوم بررسی این موضوع را اجتناب ناپذیر می‌کنند. لذا با توجه به اعتیاد در بیشتر موارد با مرد به خانواده وارد می‌شود و سلامت روان آنها را تهدید می‌کند، و نتایج مطالعات پیشین با در نظر داشتن اینکه میزان عود در مصرف کنندگان زیاد است و شیوع زیاد اعتیاد در ایران و تأثیرات نامطلوب آن بر روی کارکرد فردی، اجتماعی و خانوادگی افراد مبتلا به اعتیاد و شواهد متعددی که در رابطه با کارایی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (به علت سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی) وجود دارد، لذا این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان عود مصرف در سوء مصرف کنندگان مت‌آمفتامین انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و کاربردی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری ۶ ماهه انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مردان سوء مصرف کننده مت‌آمفتامین بود که در بازه زمانی ۹۸-۱۳۹۷ به مراکز ترک اعتیاد شهر کرمانشاه مراجعه نمودند.

در این تحقیق از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر از بین ۳ مرکز ترک اعتیاد در سطح شهر کرمانشاه که در آن‌ها علاوه بر متخصص روان‌شناسی، متخصص روان پزشکی نیز حاضر بود و درمان ماتریکس اجرا می‌شد و مایل به همکاری بودند، نمونه مورد پژوهش را انتخاب نمود.

پس از هماهنگی لازم با مسئولین مراکز از بین مردان سوء مصرف کننده مت‌آمفتامین تعداد ۳۰ نفر انتخاب و با روش تصادفی ساده (با کمک قرعه‌کشی) در دو گروه (گروه درمان ذهن آگاهی و گروه کنترل) فقط درمان

^۱. Kabat-Zinn

کرونیباخ ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۸۵ گزارش کرده است. ضریب پایایی آزمون توسط اسعدی (۱۳۸۲) با استفاده از روش آلفای کرونیباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. برای محاسبه ضریب روایی مقیاس علاوه بر اینکه از نظر محتوایی توسط متخصصان بالینی مورد قضاوت بالینی قرار گرفته است. از طریق ضریب همبستگی پیرسون بین داده‌های این مقیاس با داده‌های مربوط به پاک‌ی معتادان مورد مطالعه قرار گرفت و ضریب روایی ($r=0/72$) محاسبه گردید که مؤید اعتبار بالای این مقیاس و اندازه‌گیری صفت مورد مطالعه یعنی عود اعتیاد است (اسعدی، ۱۳۸۲). در پژوهش حاضر نتایج حاصل از بررسی پایایی پرسشنامه نشان داد که ضریب آلفای کرونیباخ برای مقیاس هشدار دهنده عود برابر ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس‌های آن به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۶، ۰/۸۰ و ۰/۷۸ می‌باشد.

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده در این پژوهش، آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بود.

ماتریکس دریافت نمودند) گمارش شدند. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه‌ی اثر ۰/۸ و نیز، با توجه به اینکه تعداد اعضای گروه در گروه درمانی استاندارد و با رویکردهای درمانی مختلف ۱۲ الی ۱۵ نفر است، تعداد استاندارد انتخاب شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: جنسیت (مرد بودن)، دامنه سنی ۲۵ الی ۴۰ سال، توانایی پاسخگویی (خواندن و نوشتن) و تکمیل کامل پرسشنامه‌ها، اعتیاد به مت‌آمفتامین حداقل به مدت ۱ سال (تشخیص اصلی ماده سوءمصرفی توسط روانپزشک)، رضایت آگاهانه و تمایل فرد جهت مشارکت در پژوهش و تمایل شخصی افراد برای شرکت در آزمون مجدد (دوره پیگیری) بود. ملاک‌های کنار رفتن از مطالعه نیز شامل: همبودی سوءمصرف مواد با HIV یا بیماری مزمن دیگر، ابتلای به سوءمصرف الکل، ابتلای به اختلال سایکوتیک و غیبت بیش از ۲ جلسه از شرکت در جلسات مداخله بود.

ابزارهای پژوهش

الف- چک لیست ویژگی‌های جمعیت شناختی: همراه با توزیع پرسشنامه‌های خودگزارشی پژوهش، مشخصات فردی پاسخ دهندگان شامل سن (به سال)، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلی، تعداد دفعات اقدام به ترک، تاریخچه بیماری روانپزشکی در خانواده گرفته شد.

ب- پرسشنامه هشدار دهنده عود اعتیاد: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ توسط گورسکی^۱ تدوین شده است و دارای ۳۷ سؤال با ۴ زیرمقیاس شامل رفتار، نگرش، احساس و افکار می‌باشد. از این پرسشنامه به منظور ثبت و اندازه‌گیری وضعیت روانی فرد معتاد و پیشگیری از عود مجدد مصرف مواد استفاده می‌شود. نمره گذاری سؤالات پرسشنامه در طیف لیکرت پنج درجه ای از (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. هر چه معتاد طی ترک بیشتر تحت تأثیر عوامل مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و مجدداً به سوی مواد کشانده شود، علایم بیشتری را از خود بروز خواهد داد. گورسکی (۱۹۸۹) اعتبار کلی این پرسشنامه را با روش آلفای

^۱. Gorski

جدول شماره ۱- محتوای جلسات درمان ذهن آگاهی

جلسه/محتوای جلسه

جلسه اول: در مرحله اول از شرکت کنندگان خواسته می شود خود را معرفی کنند. در مرحله دوم مختصری از ۸ جلسه برای آن ها شرح داده و در مورد ارتباط بین اعتیاد، مدیریت، عوارض و ناراحتی های هیجانی مربوط به اعتیاد توضیحاتی ارائه خواهد شد. پس از آن از شرکت کنندگان خواسته می شود خوردن یک عدد کشمش را با تمام وجود احساس و در ادامه درباره این احساس شان بحث کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه اسکن بدن انجام می شود (همزمان با نفس کشیدن توجه خود را به قسمتی از بدن شان جلب می کنند). برای تکلیف خانگی از شرکت کنندگان خواسته می شود آنچه را در خوردن یک دانه کشمش می آموزند در مورد مسواک زدن یا شستن ظروف هم پیاده کنند.

جلسه دوم: در ابتدای جلسه دوم، شرکت کنندگان تشویق به انجام مدیتیشن اسکن بدن می شوند و پس از آن در مورد این تجربه و تجربه انجام تکلیف خانگی شان بحث خواهند کرد. بعد از آن در مورد موانع انجام تمرین (مثل بیقراری و پرسه زدن ذهن) و راه حل های برنامه ذهن آگاهی برای این مسأله (غیرقضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم) بحث می شود. سپس در مورد تفاوت بین افکار و احساسات بحث خواهد شد با این مضمون که رویدادها به طور مستقیم حالت هیجانی خاصی در ما ایجاد نمی کنند، این افکار و ادراک ما در مورد آن رویداد است که هیجانانگیز را ایجاد می کند. پس از آن از شرکت کنندگان خواسته می شود مدیتیشن در حالت نشسته را انجام دهند. برای هفته آینده نیز این تکلیف داده خواهد شد: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.

جلسه سوم: سومین جلسه با تمرین دیدن و شنیدن آغاز می شود. در این تمرین از شرکت کنندگان خواسته می شود به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند. این تمرین با مراقبه نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی دنبال می شود. بعد از بحث در مورد تکالیف خانگی تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی انجام خواهد شد؛ این مدیتیشن ۳ مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. پس از این تمرین، یکی از تمرینات حرکات ذهن آگاهی بدن انجام خواهد شد. تکالیف منزل عبارتند از: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یک حرکت بدنی ذهن آگاهانه، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن آگاهی یک رویداد ناخوشایند.

جلسه چهارم: این جلسه با مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مدیتیشن نشسته چهار بعدی نیز نامیده می شود) آغاز می شود. در ادامه در مورد پاسخ های استری و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین بحث و در انتهای جلسه، قدم زدن ذهن آگاه تمرین خواهد شد. تکالیف منزل عبارتند از مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند.

جلسه پنجم: در ابتدای این جلسه از شرکت کنندگان خواسته می شود، مدیتیشن نشسته را انجام دهند. در ادامه سری دوم حرکات ذهن آگاه بدن ارائه و اجرا خواهد شد. تکالیف جلسات بعد عبارتند از: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

جلسه ششم: در این جلسه، در مورد آگاهی از افکار و ارتباط آگاهی با افکار با تمرکز بر تجربه کردن افکار به صورت صرفاً افکار (حتی در مواقعی که صحیح به نظر می رسد) مطالبی می آموزند. به نقش افکار در چرخه عود، افکاری که به نحوی خاص مشکل ساز به نظر می رسند و کار کردن ماهرانه با آن ها نگاهی خواهیم انداخت.

جلسه هفتم: این جلسه با مدیتیشن چهار بعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می شود، آغاز می گردد. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ در ادامه تمرینی ارائه می شود که در آن شرکت کنندگان مشخص می کنند کدامیک از رویدادهای زندگی شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می توان برنامه ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد. پس از آن فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام خواهد شد. تمرین خانگی عبارتند از: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجع است، انجام تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره جدید.

جلسه هشتم: این جلسه با مدیتیشن اسکن بدن آغاز می گردد. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته اید. پس از آن تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای انجام خواهد شد. پس از آن در مورد روش های کنار آمدن با موانع انجام مدیتیشن بحث خواهد شد. پس از آن در مورد کل جلسه سئوالاتی مطرح خواهد شد از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند شخصیت شان رشد کرده است؟ آیا احساس می کنند مهارت های مقابله ای شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرینات مدیتیشن شان را ادامه دهند.

نتایج

ترک، ۳۴ درصد (۵ نفر) ۲ الی ۳ مرتبه و ۱۲ درصد (۲ نفر) نیز تنها ۱ بار اقدام برای ترک را گزارش کرده اند.

در جدول شماره ۲ اطلاعات مربوط به عود مصرف ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمره عود مصرف در افراد دریافت کننده درمان ماتریکس (گروه کنترل) از ۶۲/۸۷ در مرحله پیش آزمون به ۴۸/۷۴ و ۴۹/۳۳ در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش داشته است. میانگین نمره عود مصرف در افراد دریافت کننده درمان ذهن آگاهی از ۶۳/۱۷ در مرحله پیش آزمون به ۵۰/۸۷ و ۵۱/۱۳ در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش داشته است. اطلاعات مربوط به هر یک از ابعاد عود مصرف در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

نتایج داده های جمعیت شناختی نشان داد که در دو گروه درمان ذهن آگاهی و گروه کنترل (دریافت کننده درمان ماتریکس) سطح تحصیلی زیردپلم به ترتیب با ۴۸ درصد (۷ نفر) و ۵۴ درصد (۸ نفر) بالاترین سطح تحصیلی را شامل شده است. در دو گروه وجود سابقه بیماری روان پزشکی در بین اعضای خانواده آزمودنی ها به ترتیب ۵۴ درصد (۸ نفر) و ۶۰ درصد (۹ نفر) گزارش شده است. همچنین، در آزمودنی های گروه درمان ذهن آگاهی ۵۴ درصد (۸ نفر) ۲ الی ۳ مرتبه اقدام به ترک را گزارش کرده اند، ۲۶ درصد (۴ نفر) ۱ مرتبه و ۲۰ درصد (۳ نفر) ۴ مرتبه و یا بیشتر را گزارش کرده اند. در آزمودنی های گروه کنترل ۵۴ درصد (۸ نفر) سابقه اقدام های مکرر برای

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نشانگان عودمصرف به تفکیک گروه و مراحل سنجش

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین
افکار	گروه کنترل	۱۵	۱۶/۸۷ \pm ۱/۲۵	۱۳/۲۰ \pm ۱/۲۱	۱۳/۲۷ \pm ۱/۱۶
	گروه مداخله	۱۵	۱۶/۴۳ \pm ۱/۱۲	۱۱/۴۰ \pm ۱/۰۳	۱۱/۴۱ \pm ۱/۰۰
	گروه کنترل	۱۵	۱۵/۴۰ \pm ۰/۸۳	۱۲/۵۳ \pm ۰/۹۹	۱۲/۶۰ \pm ۰/۹۹
احساس	گروه مداخله	۱۵	۱۶/۲۷ \pm ۱/۵۸	۱۲/۴۰ \pm ۱/۵۵	۱۲/۳۹ \pm ۱/۴۴
	گروه کنترل	۱۵	۱۵/۳۳ \pm ۰/۹۰	۱۱/۸۷ \pm ۱/۱۲	۱۱/۹۳ \pm ۱/۲۲
	گروه مداخله	۱۵	۱۵/۴۷ \pm ۱/۳۰	۱۴/۲۷ \pm ۱/۳۹	۱۴/۴۰ \pm ۱/۴۰
نگرش	گروه کنترل	۱۵	۱۵/۲۷ \pm ۰/۸۸	۱۱/۱۴ \pm ۱/۱۹	۱۱/۵۳ \pm ۱/۲۵
	گروه مداخله	۱۵	۱۵/۰۰ \pm ۰/۶۵	۱۲/۸۰ \pm ۰/۹۴	۱۲/۹۳ \pm ۰/۹۶
	گروه کنترل	۱۵	۶۲/۸۷ \pm ۳/۸۶	۴۸/۷۴ \pm ۴/۵۱	۴۹/۳۳ \pm ۴/۶۲
رفتار	گروه مداخله	۱۵	۶۳/۱۷ \pm ۴/۶۵	۵۰/۸۷ \pm ۴/۹۱	۵۱/۱۳ \pm ۴/۸۰
	گروه کنترل	۱۵	۶۲/۸۷ \pm ۳/۸۶	۴۸/۷۴ \pm ۴/۵۱	۴۹/۳۳ \pm ۴/۶۲
عود مصرف	گروه مداخله	۱۵	۶۳/۱۷ \pm ۴/۶۵	۵۰/۸۷ \pm ۴/۹۱	۵۱/۱۳ \pm ۴/۸۰

مشاهده شده در پژوهش حاضر از دو شاخص رایج برای بررسی نرمال بودن، شامل کجی و کشیدگی استفاده شد که قدرمطلق ضریب کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش باید به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ باشد. در این پژوهش کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۱۰ بودند. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است.

پیش از انجام تحلیل آماری ابتدا پیش فرض‌های آن ارزیابی و تأیید شد. نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است، لذا توزیع نمرات در متغیرهای تحقیق طبیعی است. از آنجایی که در هر گروه تعداد نفرات کمتر از ۵۰ نفر بودند، از آزمون شاپیرو استفاده شده است. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای

جدول ۳- نتیجه آزمون طبیعی بودن با آزمون شاپیرو- ویلکز برای بررسی توزیع نمرات

شاخص‌های نرمال بودن				سنجش	متغیرها وابسته
کشیدگی	کجی	P	آماره نرمال بودن		
-۰/۴۵۸	۰/۳۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۶۹	پیش آزمون	رفتار
-۰/۷۴۴	-۰/۳۶۳	۰/۰۰۱	۰/۰۸۸	پس آزمون	
-۰/۶۱	-۰/۰۵۱	۰/۰۰۱	۰/۰۶۱	پیگیری	
-۰/۶۹۸	۰/۰۵۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶۶	پیش آزمون	نگرش
-۰/۱۴۶	-۰/۲۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۸۷	پس آزمون	
-۰/۳۳۳	-۰/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۱۲۳	پیگیری	
-۰/۴۵۹	۰/۱۲۶	۰/۰۱۰	۰/۰۵۱	پیش آزمون	احساس
-۱/۴۱۲	۰/۵۳۴	۰/۰۰۱	۰/۰۷۰	پس آزمون	
-۰/۷۷۴	۰/۲۸۱	۰/۰۰۱	۰/۱۱۶	پیگیری	
-۰/۷۶۳	۰/۳۴۰	۰/۰۰۱	۰/۱۳۰	پیش آزمون	افکار
-۰/۸۲۳	۰/۳۱۶	۰/۰۰۱	۰/۱۲۰	پس آزمون	
-۰/۶۴۲	۰/۴۷۳	۰/۰۰۱	۰/۱۲۳	پیگیری	

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر ابعاد عود مصرف در سه مرحله اجرا

متغیرهای پژوهش	منابع تغییر	آماره F	P	ضریب تأثیر	توان آماری
رفتار	گروه	۴۰/۸۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶۰	۰/۹۹۹
	زمان	۱۷۵/۵۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۷	۰/۹۹۹
	تعامل زمان و گروه	۵۳/۹۹۵	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰	۰/۹۹۹
نگرش	گروه	۳۴/۸۵۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲۴	۰/۹۹۹
	زمان	۵۰/۷۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷	۰/۹۹۹
	تعامل زمان و گروه	۲۴/۵۹۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۹	۰/۹۹۹
احساس	گروه	۲۰/۳۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲	۰/۹۹۹
	زمان	۱۰۲/۷۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰	۰/۹۹۹
	تعامل زمان و گروه	۴۵/۲۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳	۰/۹۹۹
افکار	گروه	۱۳/۳۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹	۰/۹۹۶
	زمان	۶۸/۵۷۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰	۰/۹۹۹
	تعامل زمان و گروه	۲۶/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۷	۰/۹۹۹
عود مصرف	گروه	۳۱/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶	۰/۹۹۹
	زمان	۹۱/۶۳۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۶	۰/۹۹۹
	تعامل زمان و گروه	۴۳/۴۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۸	۰/۹۹۹

درمان ذهن آگاهی و درمان ماتریکس بر عود مصرف در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر معنی داری داشته است. همان گونه که نتایج این جدول نشان می دهد «تفاوت میانگین پیش آزمون با پس آزمون» و «تفاوت میانگین پیش آزمون با پیگیری» بیشتر از «تفاوت میانگین پس آزمون و پیگیری» است که این نشان دهنده آن است که درمان ذهن آگاهی و درمان ماتریکس بر ابعاد عود مصرف در مرحله پس آزمون تأثیر داشته اند و تداوم این تأثیر در مرحله پیگیری را در برداشته است. لذا فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی درمان ذهن آگاهی و درمان ماتریکس بر عود مصرف و ابعاد آن تفاوت وجود دارد، تأیید شد.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد که درمان ذهن آگاهی و درمان ماتریکس تفاوت معناداری را در سه مرحله اندازه گیری در نمرات رفتار ($F=40/844$; $sig=0/001$) و نگرش ($F=34/850$; $sig=0/001$) و احساس ($F=20/318$; $sig=0/001$) و افکار ($F=13/359$; $sig=0/001$) و گروه ایجاد کرده است. در ادامه برای مقایسه دو به دو میانگین تعدیل شده مراحل مختلف آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در ابعاد عود مصرف در جدول شماره ۵ آمده است. به منظور مشخص نمودن اینکه عود مصرف در کدام مرحله با هم تفاوت معناداری دارند از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد که به مقایسه دو به دو میانگین ها پرداخته شده است. جدول شماره ۵ نشان می دهد که

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در مراحل مختلف سنجش ابعاد عود مصرف

متغیرهای پژوهش	میانگین تعدیل شده	آزمون ها	تفاوت میانگین	P
رفتار	پیش آزمون	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۰۰۰°	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۱/۹۳۳۳°	پیش آزمون-پیگیری	۱۳/۲۲	پس آزمون	
۰/۵۶۱	-۰/۰۶۷	پس آزمون-پیگیری	۱۳/۲۹	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۲۴۴°	پیش آزمون-پس آزمون	۱۶/۲۰	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	-۱/۱۷۸°	پیش آزمون-پیگیری	۱۴/۹۶	پس آزمون	نگرش
۰/۲۵۰	-۰/۰۶۷	پس آزمون-پیگیری	۱۵/۰۲	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۵۵۶°	پیش آزمون-پس آزمون	۱۵/۴۹	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۴۸۹°	پیش آزمون-پیگیری	۱۳/۹۳	پس آزمون	احساس
۰/۲۵۰	-۰/۰۶۷	پس آزمون-پیگیری	۱۴/۰۰	پیگیری	
۰/۰۰۱	۱/۷۱۱°	پیش آزمون-پس آزمون	۱۶/۸۷	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۶۸۹°	پیش آزمون-پیگیری	۱۵/۱۶	پس آزمون	افکار
۰/۹۶۹	-۰/۰۲۲	پس آزمون-پیگیری	۱۵/۱۸	پیگیری	
۰/۰۰۱	۳/۵۳۳°	پیش آزمون-پس آزمون	۶۳/۲۳	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۳/۳۳۳°	پیش آزمون-پیگیری	۵۹/۷۰	پس آزمون	عود مصرف
۰/۳۴۴	۰/۱۹۹	پس آزمون-پیگیری	۵۹/۹۰	پیگیری	

* در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش برنامه ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان عود مصرف در سوء مصرف کنندگان مت آمفتامین انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که هر دو روش درمان ذهن آگاهی و ماتریکس (برنامه ارائه شده به گروه کنترل) در مراحل پس آزمون و پیگیری بر کاهش نمره ابعاد عود مصرف (افکار، احساس، رفتار و نگرش) اثربخش بوده‌اند. همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی نشان داد که بین اثربخشی درمان ذهن آگاهی و درمان ماتریکس در مراحل مختلف سنجش (پس آزمون و پیگیری) بر کاهش نمره ابعاد عود مصرف تفاوت معنادار بوده است. به این صورت که درمان ذهن آگاهی بر کاهش نمره ابعاد عود در مراحل مختلف سنجش نسبت به درمان ماتریکس مؤثرتر بوده است. این یافته از پژوهش با نتایج اغلب مطالعات پیشین مانند نتایج مطالعه فلاکن، برنارد و ربکا (۲۱)، احتشامی و همکاران (۲۲)، واقف و برزگر (۲۳)، محمدی و کارگر (۲۴) و جعفری، بساک نژاد، مهرابی زاده هنرمند و زرگر (۲۵) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت که درمان ذهن آگاهی منجر به باقی ماندن توجه در زمان حال و بالا رفتن آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و احساساتی

می‌شود که فرد را مستعد روی آورد مجدد به سمت مصرف می‌کند. این ذهن آگاهی فرد را از خطرات بالقوه روی آوردن به هر نوع رفتار خطرناک دور نگه می‌دارد. بوئن و همکاران (۲۰۰۹) بیان می‌دارند که ذهن آگاهی از طریق افزایش آگاهی، تنظیم و تحمل عوامل بالقوه ای که منجر به عود مصرف می‌شوند، توانایی مقابله با محرک‌های برانگیزاننده مصرف مواد منتهی به عود را افزایش می‌دهد و چرخه اتوماتیک قبلی رفتارهای سوء مصرف مواد را قطع می‌سازد. اما در درمان‌های رایج اعتیاد مانند ماتریکس برای جلوگیری از عود مصرف مواد تلاش برای اجتناب از محرک‌های برانگیزاننده مصرف مواد منجر به ابقای ارتباط بین محرک‌های برانگیزاننده و کاربرد مواد می‌شود و در واقع فرایند شرطی زدایی که هدف این درمان‌ها است، صورت نمی‌پذیرد (۲۳).

زمانی که درمان ذهن آگاهی با درمان تحریک مغزی همراه شود علاوه بر مسائل روانی و رفتاری می‌تواند ساختارهای مغزی و شناختی را نیز به کمک گرفته و بر عود مصرف تأثیر بیشتری داشته باشد. به عنوان مثال، بسیاری از تحقیقات انجام گرفته بر روی حیوانات نشان داده‌اند که تحریک اندی، شلیک نورونی را افزایش داده و تحریک کاتدی منجر به نتایج عکس می‌شود. بنابراین، فرض بر این است که افزایش در ناحیه پیش پیشانی راست

بحث و گفتگو، بیماران با رویکردی غیرقضاوت گرانه حالت‌های عاطفی و هیجانی و علایم بدنی شان را مورد مشاهده قرار داده و به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا به جای اینکه بلافاصله تلاش به گریز از مولفه‌های شناختی، هیجانی و جسمانی از تجربیات کنند، این مولفه‌ها را مورد کندوکاو و پرسش قرار دهند. فرض بر این است که بازسازی شناختی، در روش ذهن آگاهی یا ترکیبی به مراجعین و توجه به حالت‌های عاطفی-شناختی و زیستی مساله ساز، یک وقفه ای را ایجاد می‌کنند. در طول زمان مواجهه مداوم با تجربیات اجتنابی در غیاب پاسخ‌های عادت وار (به عنوان مثال، وسوسه و مصرف مواد) پاسخ‌های ولع مصرف را در حضور ناراحتی‌های هیجانی مورد تضعیف قرار خواهد داد و به این ترتیب با مدیریت نیاز به مصرف میزان عود را کاهش می‌دهد.

این مطالعه نیز با محدودیت‌هایی همراه بوده است. در این پژوهش از ابزارهای خودگزارشی (پرسشنامه) استفاده شده است، و این امر می‌تواند موجب خستگی آزمودنی‌ها و کاهش دقت آن‌ها و تااندازه ای تحریف در پاسخگویی به سئوالات شده باشد و به دلیل اینکه این مطالعه در جمعیت سوءمصرف کنندگان مت‌آفتمین انجام گرفته است، لذا باید در تعمیم یافته‌ها به دیگر گروه‌های جمعیتی از سوءمصرف کنندگان مواد جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به عدم امکان مرحله پیگیری طولانی‌تر (۹ ماهه) و روش نمونه‌گیری آن به صورت در دسترس اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مرحله پیگیری طولانی‌تر (یک ساله) انجام گیرد و اثربخشی روش درمانی ذهن آگاهی بر روی اختلالات روان شناختی در دیگر جمعیت‌ها مانند سوءمصرف کنندگان سایر مواد مخدر سنتی و صنعتی و بیماران مزمن با علایم روان شناختی نیز ارزیابی و با نتایج سایر روان‌درمانی‌ها خصوصاً درمان‌های روان‌پزشکی، درمان پذیرش و تعهد و برنامه‌های انجمن معتادین گمنام مقایسه شود.

یا افزایش در ناحیه پیش پیشانی چپ منجر به کاهش رفتار تکانشی و گرایش به جستجوی مواد و مصرف می‌شود. در واقع، ناحیه پیش پیشانی پشتی جانبی یکی از مناطق مهم قشر پیش پیشانی بوده و ناحیه مسئول تشخیص و تعیین اعمال، ارزیابی کننده پیامدهای آتی رفتار کنونی و پیش بینی کننده پیامدها و کنترل اجتماعی و رفتاری است. بنابراین یک مکانیسم احتمالی مبنی بر تأثیر بیشتر درمان ترکیبی نسبت به درمان ماتریکس به تنهایی این است که درمان ترکیبی باعث می‌شود تحریک این ناحیه منجر به افزایش کنترل و بازداری شناختی-عاطفی و اجتماعی شود یا اینکه با افزایش توانایی فرد در سرکوب تمایلات مصرف و افزایش خودکنترلی هیجانی بهتر بتواند با رفتار جستجوی مواد مقابله کند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت تمرینات ذهن آگاهی به جهت کمک به مراجعین به منظور افزایش آگاهی و تغییر دادن موقعیت‌های چالش‌انگیز از جمله حالت‌ها و موقعیت‌های هیجانی منفی بدون واکنش به طور خودکار و عادت وار، طراحی شده است. تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی امکان پاسخ‌های جایگزین به ناراحتی‌های هیجانی و نتیجه پاسخ‌های شرطی شده ولع مصرف و متعاقباً کنترل و کاهش آن را فراهم می‌سازد. در ذهن آگاهی افراد تجربیات را به عنوان عناصری مجزا از خود و به عنوان بک حالت گذرا و به عنوان موضوعی برای تغییر می‌پذیرند و لذا به جای کاوش موضوع و یا اجتناب شناختی یا رفتاری از تجربه آن، که هر دو درد آور خواهد بود این تجارب را مانند سایر تجربیات که خنثی بوده و یا دارای بار هیجانی نمی‌باشند پذیرفته و نهایتاً درونی می‌کنند.

به عبارت دیگر، تمرینات ذهن آگاهی همراه با تحریک مغزی به دنبال افزایش پذیرش و آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمانی (زیستی) و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی وسوسه مصرف را بدون قضاوت و واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند. از طریق تمرینات آرمیدگی و تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی و

References

1. Pahng A.R, McGinn A, Paulsen R, Edwards S. The prefrontal cortex as a critical gate of negative affect and motivation in alcohol use disorder. *Current Opinion in Behavioral Sciences*(2017); 139-143.
2. Kwako L. E, Bickel W K, Goldman D. Addiction Biomarkers: Dimensional Approaches to Understanding Addiction. *Trends in Molecular Medicine*, (2018); 24(2), 121-128.
3. Oraki M, Mokri A, Kiaei Ziabari S M. Relationship between Craving for Methamphetamine and Personality Characteristics among Patients in Methadone Maintenance Treatment Program. *IJPCP*. (2014); 19 (3) :177-186
4. Ansari-Moghaddam A, Rakhshani F, Shahraki-Sanavi F, Mohammadi M, Miri-Bonjar M, Bakhshani N. M. Prevalence and patterns of tobacco, alcohol, and drug use among Iranian adolescents: A metaanalysis of 58 studies. *Children and Youth Services Review*; (2016). 60, 68-79.
5. Jafari A, Nezhadmohammad S. The Effectiveness of Matrix-Based Interventions in Changing Locus of Control, Reducing Craving, and Reducing Tendency to Crystal Use in Inpatient men. *etiadpajohi*. 2018; 12 (45) :169-188
6. Silva A. F, Zortea M , Carvalho S, Leite J , da Silva Torres I. L, Fregni F, Caumo W. Anodal transcranial direct current stimulation over the left dorsolateral prefrontal cortex modulates attention and pain in fibromyalgia: randomized clinical trial. *Scientific Reports*(2017);7(5):234-47.
7. Hormes G. M , Rozin P. Does craving crave nature at the joints? Absence of a synonym for craving in many languages. *Addictive Behaviors*(2010); 35, 459-463.
8. Ohana D, Maayan R, Delayahu Y, Roska P, Alexander M , Ponizovsky A, et al. Effect of dehydroepiandrosterone add-on therapy on mood decision making and subsequent relapse of poly drug users, *Journal Addiction Biology*(2015); 21(4), 885-894.
9. Ma Y, Ratnasabapathy R, Gardiner J. Carbohydrate craving: not everything is sweet. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*(2017). 20(4):261-265.
10. Panebianco D, Gallupe O, Carrington P. J, Colozzi I. Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy* (2016); 27, 146-153.
11. Salimi S.H, Haghazari, A, Ahmadi-Tahour -Soltani M, Zohreh-Vand ,M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Drug Craving in Heroin Addicts Treated by Methadone Maintenance. *Journal of Clinical Psychology*(2015) ;8(2),23-31
12. Garland EL, Howard MO. Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addict Sci Clin Pract*(2018). 13(1):14.
13. Bowen S, Chawala N, Marlatt G.A. Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide: Guilford Press(2011).
14. Zimmaro L. A, Salmon P, Naidu H, Rowe J, Phillips K, Rebholz W. N, Jablonski M. E. Association of dispositional mindfulness with stress, cortisol, and well-being among university undergraduate students. *Mindfulness*. (2016), 7(4), 874-885.
15. Kabat-Zinn J. Mindfulness based intervention in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*(2003), 10, 144-156.
16. Beattie M, Hankonen N, Salo G, Knittle K, Volanen S. M, Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (rev. ed.)(2019). New York, NY: Bantam Books.
17. Devaney E. The emergence of the affected adult family member in drug policy discourse: A Foucauldian perspective. *Drugs: Education, Prevention and Policy*(2017), 24(4), 359-367.
18. Niazi M, Noruzi M, Sharifi E, Khoramian R. Inefficiency Analysis of Prevention Programs: Qualitative Research . *etiadpajohi*. 2018; 12 (47) :73-92
19. Galanter M, Kleber HD. The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment(2018): American Psychiatric Pub.
20. Niknam M, Madahi M.A, SHafiabadi A. Investigating the effectiveness of logo therapy on craving and relapse prevention in women with substance dependency, *Journal of Health Psychology*(2017),7(1),56-73.
21. Falcone M, Bernardo L, Asharea R L, Hamilton R, Faseyitan O, Sherry A. Transcranial Direct Current Brain Stimulation Increases Ability to Resist Smoking. *Brain Stimulation*(2016), 9(2), 191-196.
22. Ehteshami Pouya S, Momtazi S, Makri A, Eskandari Z, Dadashi M. The Efficacy of Matrix Model Treatment in the Reduction of Addiction Severity and Relapse Prevention among Amphetamine Abusers. *J Adv Med Biomed Res*. 2018; 26 (117) :21-31
23. Vaghef L, Barzegar, R. The effect of direct transcranial electrical stimulation of the brain on high-risk decision making in people with heroin and methamphetamine use disorders. *National Conference on New World Achievements in Education and Psychology*(2017). Tehran.

24. Mohammadi A, Kargar A. The effectiveness of matrix therapy on cravings, stubbornness and mental well-being in methamphetamine addicts, *Journal of Disciplinary Medicine*(2016),7(2),75-80.
25. Jafari M, BassakNejsd S, MehrabiZadeh M, Zargar Y. The effectiveness of the matrix model compared to the pattern of stages of change on self-regulation and continuity of change in amphetamine-dependent men, *Journal of Applied Psychology*(2015),9(3), 7-25.

Original Article

The effectiveness of mindfulness training on reducing relapse syndrome in methamphetamine abusers

Received: 07/06/2021 - Accepted: 27/07/2021

Saeed Rahmani¹
Hasan Amiri^{2*}
Karim Afsharinia³

¹ PhD Candidate, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

Email:
ahasan.amiri@yahoo.com

Abstract

Introduction: Despite all the efforts made to quit addiction, the high rate of recurrence of substance use as a result of the experience of craving after quitting is worrying. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of mindfulness training on reducing relapse syndrome in methamphetamine abusers.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a 6-month follow-up phase. The statistical population of the study included all men abusing methamphetamine who referred to the Addiction Treatment Center in Kermanshah in 1397-98. By available sampling method, 30 people were selected and randomly assigned to two groups (mindfulness treatment, 15 people and Matrix treatment, 15 people). Research instruments included a researcher-made demographic characteristics checklist and the Gorsky (1987) Addiction Relapse Warning Questionnaire. The collected data were analyzed using descriptive statistics, repeated measures variance and Ben Foroni post hoc test.

Results: The results showed that mindfulness therapy and matrix therapy in the post-test and follow-up stages had a significant effect on reducing relapse and its dimensions (feeling, thoughts, attitude and behavior). The results of Ben Foroni post hoc test also showed that mindfulness treatment was more effective than matrix treatment in reducing recurrence of consumption and its dimensions in different stages of assessment ($P < 0.05$).

Conclusion: By using mindfulness therapy, we can have a positive effect on reducing relapse in methamphetamine abusers.

Key words: mindfulness training, matrix therapy, relapse, methamphetamine