

اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی

تاریخ دریافت: ۹۰/۴/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۲۸

علی کلدوی*، احمد برجلی**، محمدرضا فلسفی نژاد***، فرامرز سهرابی****

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شده است.

روش: در یک طرح نیمه آزمایشی ۲۴ نفر مراجع با تشخیص اختلال سوء مصرف مواد افیونی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند، با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای در دو گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۲ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایشی به مدت هشت هفته و هر هفته یک جلسه گروهی تحت آموزش قرار گرفتند و گروه گواه در طول این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌های پژوهش توسط مقیاس مراحل تغییر و نیز آزمایش مورفین پیش از شروع درمان، تصادفی در طی درمان، پس از درمان و پس از اتمام مرحله پیگیری سه ماهه، مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری، تجزیه و تحلیل کواریانس تک متغیری و خی دو استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون‌های تجزیه و تحلیل کواریانس چند متغیری و تجزیه و تحلیل کواریانس تک متغیری نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در انگیزش در مرحله پس از آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون خی دو نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین فراوانی بازگشت در دو گروه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد و انگیزش مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی، انگیزش، پیشگیری از بازگشت، وابستگی به مواد

kaldavi@uoz.ac.ir

Borjali@atu.ac.ir

falsafinejad@yahoo.co.uk

Asmar567@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استادیار روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی زابل، زابل، ایران

** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

*** استادیار، گروه روان‌سنجی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

**** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد به عنوان یکی از بحران‌های چهارگانه قرن بیست و یکم و یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی است که همه جوامع را درگیر کرده است. اعتیاد به داروهای مجاز و غیر مجاز در چند دهه گذشته بسیار فراگیر شده و حاکی از بروز یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. در ایجاد اعتیاد، عوامل اجتماعی و روان‌شناختی از یک طرف و عوامل زیست‌شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی و روان‌شناختی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست‌شناختی در ادامه وابستگی مطرح هستند. طبق یک مطالعه همه‌گیرشناسی که با همکاری دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل در سال‌های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ انجام شد، بیشتر معتادین (۶۸ درصد) ۲۰ تا ۴۰ ساله بودند و میانگین شروع ۲۲/۲ سال بود. در حال حاضر با توجه به نرخ رشد سالانه اعتیاد (۸ درصد) و رشد جمعیت (۳ درصد)، تعداد مصرف‌کنندگان مواد افیونی بویژه تریاک، هرویین، شیره و مرفین ۶ میلیون نفر برآورد می‌شود [۱، ۲]. آثار و نتایج منفی، زیانبار و مخرب فردی، خانوادگی، اجتماعی، اخلاقی، معنوی و فرهنگی سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد به مواد سبب شده است تا افراد معتاد و خانواده‌های آنان و مسئولان جامعه برای پیشگیری، ترک و جلوگیری از بازگشت اقدام کنند و از افراد متخصص مثل روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مشاوران و مددکاران اجتماعی یاری بخواهند. در سال‌های اخیر در کشورهای پیشرفته متخصصان بهداشت روان و مؤسسات آموزشی و درمانی نظریه‌ها، مدل‌ها، روش‌ها، راهکارها و فنون مختلفی را در پیشگیری و درمان اعتیاد و پیشگیری از بازگشت پس از ترک اعتیاد ابداع، آزمایش و تجربه کرده‌اند. با وجود این، هنوز شیوه درمان قطعی برای آن یافت نشده است. حتی پس از آن که فرد وابسته، مصرف مواد مخدر را برای مدتی طولانی قطع نماید، نیز نمی‌توان امیدوار بود که مصرف مواد را از سر نگیرد. ویتکیویتز، مارلات و واکر^۱ [۳] با ترکیب تحقیقات بیش از دو دهه بر پیشگیری از بازگشت به عنوان درمان وابستگی به مواد با فنون موجود بر پایه ذهن‌آگاهی [۴، ۵]، مداخله جدید شناختی رفتاری را برای اختلال‌های مصرف

مواد با نام پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی^۲ پیشنهاد کردند. بنابراین، پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی، درمان رفتاری جدیدی است که فنون پیشگیری از بازگشت شناختی رفتاری سنتی (پیشگیری از بازگشت^۳)، [۶] را با مراقبه ذهن‌آگاهی برای درمان اختلالات مصرف مواد ترکیب می‌کند. از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می‌کنند [۷]. تاریخچه پیشگیری از بازگشت اعتیاد به اواسط دهه ۱۹۷۰ بر می‌گردد. در طی این سال‌ها عده‌ای به رواج راهبردهای پیشگیری علاقمند شدند [به نقل از ۸]. بررسی‌ها نشان می‌دهند که ۲۰ تا ۹۰ درصد از معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت^۴ می‌شوند. مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد، اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی اجتماعی، به علت اطاعت دارویی^۵ پایین و میزان بالای ریزش^۶ ضعیف می‌باشد [۹]. تحقیق بر مراقبه متعالی^۷، مراقبه ذهن‌آگاهی، مراقبه وپاسانا^۸، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای بهبودهای معناداری را در توانبخشی نوجوانان و زندانیان الکلی گزارش کرده‌اند [۳]. کاهش فشار روانی بوسیله مراقبه ممکن است عامل عمده‌ای در پیشگیری از بازگشت باشد [۱۰]. در اوایل ۱۹۷۵، مراقبه در کاهش فشار روانی در سیستم عصبی پاراسمپاتیک مفید تشخیص داده شد [۱۱]. مطالعات جدیدتر بر مراقبه ذهن‌آگاهی، رویکرد اصلی کابات-زین^۹ [۴] را برای درمان سوء مصرف مواد و نیز افسردگی، اضطراب و درد به کار برده‌اند. عناصر مراقبه ذهن‌آگاهی شامل واری بدن^{۱۰}، یا فن‌آگاهی از بدن، شامل یکسری از تغییرات عمدی می‌باشد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می‌شود. فراگیران برای مشاهده هیجانات، شناخت و اتفاق‌های بیرونی در ضمن برگشت آگاهی از تنفس آموزش می‌بینند. تمرین‌های رسمی ذهن‌آگاهی نیز شامل مراقبه

2- mindfulness based relapse prevention

3- relapse prevention

4- relapse

5- compliance

6- dropout

7- transcendental meditation

8- Vipassana meditation

9- Kabat-Zinn

10- body scan

1- Witkiewitz, Marlatt & Walker

مواد مخدر به جهت ویژگی‌های خاص منطقه‌ای از کشور ما یک مسیر مناسب جهت قاچاق مواد مخدر فراهم ساخته و بازار مصرف داخلی آن نیز با توجه به در دسترس پذیری آسان، رشد روز افزونی داشته است. بازگشت اغلب جزئی از فرایند بهبودی تشخیص داده می‌شود. بازگشت دوباره اعتیاد با توجه به روش‌های دارویی و غیر دارویی بکار رفته تا به حال تقریباً بالا می‌باشد. برخی از متخصصان [به نقل از ۸] گزارش داده‌اند که قریب به ۹۰ درصد از تمام مراجعانی که برای سوء مصرف مواد مداوم شده‌اند ظرف یک سال پس از ترخیص از درمان دچار بازگشت شده‌اند. این رقم حیرت انگیز بدان معناست که باید به پیشگیری از بازگشت پس از درمان، اولویت زیادی داده شود یعنی دفعات بازگشت را کاهش داده و اشتیاق افراد وابسته به مواد را به ورود به برنامه درمانی، افزایش دهیم. بنابراین، سؤال اصلی این تحقیق را می‌توان این گونه بیان کرد که آیا بکارگیری مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در درمان و جلوگیری از بازگشت اعتیاد به مواد افیونی مؤثر است؟ آیا استفاده از این مدل در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه موجب انگیزش برای ادامه پاکی و بهبودی در پس آزمون و پیگیری خواهد شد یا خیر؟ لذا هدف ما در انجام پژوهش حاضر استفاده از مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی برای رسیدن به روش درمانی بوده است که بازدهی بالا و در عین حال حداقل بازگشت را در پی داشته باشد.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. **آزمودنیها:** جامعه آماری این پژوهش عبارت بودند از افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد «هاتف» و «لقمان» شهر زاهدان که از شهریور ماه ۱۳۸۹ مرحله سم‌زدایی را تمام کرده بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، ارجاع روان‌پزشک یا پزشک با توجه به تشخیص اصلی و اولیه وابستگی به مواد بر طبق معیارهای تشخیصی چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت‌آمیز و آزمایش منفی ادرار برای مواد

قدم زنی می‌باشد. از نظر کابات- زین هدف ذهن آگاهی حالتی تغییر یافته از هوشیاری نیست بلکه حالتی از خود مشاهده‌گری بدون ارزیابی یا در لحظه بودن است [۴]. 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^۱ در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سستی، به علت تأثیر بر این فرآیندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از بازگشت مصرف مواد کمک نماید [۳، ۱۲، ۱۳]. به عقیده ویتکیویتز و مارلات [۱۴]، تعدادی عوامل تعیین کننده بازگشت وجود دارد که عبارتند از: خود-کارآمدی؛ یعنی درجه‌ای که در آن فرد احساس اطمینان و توانایی انجام رفتار معینی را دارد، انتظارات پیامد؛ یعنی این که چگونه فرد اعتیاد را به طور ذهنی تجربه می‌کند، اشتیاق به عنوان پیش‌بین بی‌اثر بازگشت، انگیزش به عنوان عاملی قوی در پیشگیری از بازگشت، مهارت‌های مقابله‌ای، حالت‌های هیجانی نظیر اضطراب و افسردگی، و حمایت میان فردی یا اجتماعی. انگیزش عبارت است از مجموعه‌ای از نیروها که موجب می‌شود فرد به روش‌های خاصی رفتار کند. انگیزه عاملی است که موجود زنده را به فعالیت‌های مختلف و صرف انرژی در سطوح متفاوت وادار می‌کند. انگیزه از لحاظ تأثیرش در رفتار به هدفی متوجه است، به عبارت دیگر انگیزه، انگیزاننده‌های «چرایی» رفتار و رفتارها نیز هدف‌گرا هستند. علاوه بر آن هدف‌ها خارج از افراد قرار دارند [۱۵]. انگیزش برای تغییر، سازه مرکزی در درمان اختلالات مصرف مواد و الکل می‌باشد [۱۶]. انگیزه نیروی محرک فرد در حرکت به سوی هدف می‌باشد. هر کاری بدون انگیزه به سرانجام نخواهد رسید. اولین قدم در درمان اعتیاد ایجاد انگیزه کافی در فرد می‌باشد. بنابراین، منظور از انگیزش، میزان احساس نیاز فرد وابسته به مواد به تغییر است. برخی افراد در اثر نیازهای درونی و برخی دیگر بر اثر فشارهای خارجی و یا ترکیبی از این دو به درمان روی می‌آورند. موقعیت استراتژیک ایران و قرار گرفتن آن در کنار کشور افغانستان که از تولید کنندگان عمده مواد مخدر بوده و از طرفی مسأله ترانزیت و عبور

شفاهی و کتبی گرفته شد. سپس گروه آزمایش به مدت هشت هفته، در هشت جلسه ۲ ساعته که در دو بخش ۴۵ دقیقه‌ای همراه با نیم ساعت استراحت و پذیرایی تشکیل شده بود، تحت آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی قرار گرفتند. شرکت کنندگان تشویق به انجام مراقبه ذهن آگاهی حداقل هفته‌ای سه ساعت در منزل می‌شدند. به هر یک از شرکت کنندگان در گروه ذهن آگاهی یک لوح فشرده آموزش مراقبه واریسی بدنی، مراقبه نشسته، و تمرین‌های هدایت شده تصویر سازی ذهنی، و نیز یک رو نوشت مرتبط با مصرف مواد داده شد (به عنوان مثال رفتار خودکار یا برانگیزاننده‌هایی نظیر اشتیاق و ولع). برگه‌های راهنمای مطالب هر جلسه به شرکت کنندگان داده می‌شد و فرم‌های بازخورد جمع آوری می‌گردید. در ابتدا کلاس‌ها بر مراقبه به صورت تمرین واقعی بیش از یک ساعت در هر ۸ هفته برنامه متمرکز شد. گروه گواه نیز در هشت جلسه شرکت کردند با این تفاوت که در این جلسات آموزش خاصی ارائه نمی‌شد و افراد گروه درباره موضوعات مربوط به اعتیاد و نحوه وابستگی به مواد و اقدامات لازم جهت ترک و نظایر آن به بحث و گفتگو می‌پرداختند. لازم به ذکر است که به لحاظ رعایت جوانب اخلاقی پژوهش، گروه گواه پس از پایان پژوهش در جلسات درمانی شرکت کردند و همانند گروه آزمایش بسته آموزشی و آموزش‌های لازم را دریافت کردند.

یافته‌ها

جدول ۱ نسبت بازگشت در دو گروه را نشان می‌دهد.

جدول ۱) نتایج آزمون خی‌دو بین دو گروه آزمایش و گواه

گروه		آزمایش	گواه	کل
عدم بازگشت	فراوانی	۱۰	۴	۱۴
	درصد	۸۳	۳۳	۵۸
بازگشت	فراوانی	۲	۸	۱۰
	درصد	۱۷	۶۷	۴۲
کل	فراوانی	۱۲	۱۲	۲۴
	درصد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌شود نسبت بازگشت در گروه آزمایش ۱۷ درصد و در گروه گواه ۶۷ درصد می‌باشد. به منظور مقایسه نسبت بازگشت در بین دو گروه از آزمون

افیونی، عدم مصرف داروهای ضد روان‌پریشی، نداشتن مشکلات جسمی و روان‌شناختی، عدم شرکت همزمان در برنامه‌های دیگر درمانی در زمان پژوهش، نداشتن وابستگی بلند مدت به چند ماده به طور همزمان به غیر از مواد افیونی و داشتن سابقه حداقل یک بار بازگشت. کل نمونه مورد بررسی ۲۴ مرد وابسته به مصرف مواد افیونی بودند. از این تعداد ۱۲ نفر با توجه به معیارهای ورود ذکر شده در بالا در گروه آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی قرار گرفتند. ۱۲ نفر هم به عنوان گروه گواه با توجه به معیارهای مطرح شده و نیز دفعات ترک گذشته و نوع ماده افیونی مصرفی هم‌تا با گروه آزمایش در نظر گرفته شدند.

ابزار:

۱- مقیاس مراحل تغییر^۱: این مقیاس، پرسشنامه‌ای ۳۲ سؤالی است که هر سؤال آن دارای ۴ گزینه (به شدت مخالف=۱ تا به شدت موافق=۴) می‌باشد و بر اساس کار دیکلمنته و پروچاسکا^۲، تغییر رفتاری مراجعان از آن استنباط می‌گردد. این مقیاس مراحل تغییر و انگیزش مراجعان را به خوبی متمایز نموده و دارای اعتبار درونی خوبی (آلفای کرونباخ ۰/۸۹) می‌باشد [۱۷]. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: پیش تفکر، تفکر، عمل و نگهداری. هر کدام از آنها از ۸ سؤال تشکیل شده است. اعتبار این پرسشنامه برای جمعیت مورد مطالعه در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

۲- آزمایش مرفین: پاک بودن بیمار از مواد مخدر نشانه عدم بازگشت است. برای بررسی بازگشت در افراد شرکت کننده در پژوهش، از آزمایش مرفین (کیت‌های ویژه) که مرفین موجود در ادرار را اندازه‌گیری می‌کند، استفاده شد. روند اجرای پژوهش: جهت اجرای پژوهش، از بین افرادی که دوره سم‌زدایی را با موفقیت به پایان رسانده بودند و جواب آزمایش مرفین آنها منفی بود با توجه به معیارهای ورود، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. به منظور توافق درباره اهداف، موضوع، نحوه اجرا و زمان برگزاری جلسات با افراد شرکت کننده بحث و گفتگو شد و در نهایت از آنها برای شرکت در پژوهش رضایت

1- stages of change scale

2- DiClemente & Prochaska

عبارتی می‌توان گفت که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن‌آگاهی در کاهش بازگشت گروه آزمایش مؤثر بوده است. در جدول ۲ شاخص‌های آماری نمرات دو گروه در زیر مقیاس‌های انگیزش ارائه شده است.

خی‌دو استفاده شد که نتایج آن معنی‌دار می‌باشد ($p < 0.05$)، $(X^2 = 6/17)$. با توجه به خی‌دو به دست آمده می‌توان گفت که نسبت بین دو گروه معنی‌دار بوده و نسبت بازگشت در گروه آزمایش به طور معنی‌دار کمتر از گروه گواه است. به

جدول ۲) آماره‌های توصیفی نمرات در گروه‌ها در زیر مقیاس‌های انگیزش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

زیر مقیاس‌ها	مراحل	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش تفکر	پیش آزمون	۲/۱۴	۰/۵	۲/۱۱	۰/۴۱
	پس آزمون	۳/۱۸	۰/۷	۲/۱۱	۰/۳
	پیگیری	۳/۴۳	۰/۳	۲/۱۴	۰/۲۵
تفکر	پیش آزمون	۲/۸۸	۰/۴۲	۲/۸۹	۰/۲۵
	پس آزمون	۳/۷۷	۰/۱۸	۲/۸	۰/۴۳
	پیگیری	۳/۶۸	۰/۲	۲/۷۶	۰/۲۷
عمل	پیش آزمون	۲/۷۴	۰/۱۸	۲/۸۲	۰/۲۲
	پس آزمون	۳/۶۴	۰/۲۵	۲/۸۶	۰/۳۳
	پیگیری	۳/۵۵	۰/۲۷	۲/۷۶	۰/۳
نگهداری	پیش آزمون	۲/۶۳	۰/۲۹	۲/۷۶	۰/۳
	پس آزمون	۳/۶	۰/۳۶	۲/۸	۰/۳۳
	پیگیری	۳/۷	۰/۲۳	۲/۸	۰/۳۳

بررسی همگنی واریانس دو گروه در مرحله پس آزمون و پیگیری، از آزمون همگنی واریانس‌های لون^۳ استفاده شد. آزمون لون محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود [پس آزمون‌ها؛ پیش تفکر، $P > 0.05$ ، $F(1,22) = 5/97$ ، تفکر $P > 0.05$ ، $F(1,22) = 3/62$ ، عمل $P > 0.05$ ، $F(1,22) = 3/45$ و نگهداری، $P > 0.05$ ، $F(1,22) = 0/27$ ، و پیگیری‌ها؛ پیش تفکر، $P > 0.05$ ، $F(1,22) = 0/14$ ، تفکر $P > 0.05$ ، $F(1,22) = 1/8$ ، عمل $P > 0.05$ ، $F(1,22) = 2/39$ و نگهداری، $P > 0.05$ ، $F(1,22) = 0/93$]. بنابراین، مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. مفروضه مهم دیگر تحلیل کواریانس چند متغیری، همگنی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگنی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل پیش آزمون زیر مقیاس‌های پیش تفکر، تفکر، عمل و نگهداری و متغیر مستقل (روش درمان) در مرحله پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این

همان‌طور که از محتوای جدول ۲ مشاهده می‌شود در مرحله پیش آزمون، میانگین‌ها و انحراف معیارهای چهار زیر مقیاس انگیزش در دو گروه یکسان می‌باشد ولی در مراحل پس آزمون (بعد از اجرای متغیر مستقل) و پیگیری، تفاوت زیادی مشاهده می‌شود. با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون و پس آزمون از روش تحلیل کواریانس چند متغیری^۱ استفاده شد. این نوع تحلیل دارای مفروضه‌هایی می‌باشد. یکی از مفروضه‌ها، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کواریانس می‌باشد که بدین منظور از آزمون باکس^۲ استفاده شده است (برای پیش آزمون $F = 1/87$ ، $P > 0.05$)، و برای پس آزمون $F = 23/35$ ، $P > 0.05$) و برای پس آزمون $F = 9/63$ ، $P = 0/77$ (Box's M) محاسبه شد. میزان معناداری آزمون باکس از 0.05 بیشتر است لذا نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس - کواریانس‌ها همگن می‌باشد. برای

3- Levene's test for equality of variances

1- multivariate analysis of covariance
2- Box's test of equality of covariance matrices

تفکر، عمل و نگهداری) از متغیر مستقل (روش درمان) تأثیر پذیرفته است (مرحله پس آزمون). در مرحله پیگیری نیز فرض صفر آماری رد $[F(۴و۱۵)=۲۶/۸۴]$ و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی چهار متغیر وابسته نمرات پیگیری آزمون زیر مقیاس‌های انگیزش پس از تعدیل تفاوت‌های چهار متغیر هم‌پراش (پیش آزمون زیر مقیاس‌های انگیزش) از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته‌اند. بنابراین نتیجه می‌گیریم که تحلیل کواریانس چند متغیری به طور کلی معنادار است؛ به عبارت دیگر نتایج تحلیل نشان می‌دهد که روش درمان پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی بر ترکیب خطی چهار متغیر وابسته (پس آزمون و پیگیری زیر مقیاس‌های انگیزش) مؤثر بوده است و تفاوت میانگین‌های این دو گروه روی ترکیب خطی چهار متغیر وابسته مذکور قابل اعتماد می‌باشد. لذا بعد از آن به بررسی این موضوع می‌پردازیم که آیا هر کدام از متغیرهای وابسته، به طور جداگانه از متغیر مستقل اثر پذیرفته است یا خیر (جدول ۳).

پیش آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگنی ضرایب رگرسیون می‌باشد. این مفروضه در ارتباط با مرحله پیگیری و با رعایت پیش فرض‌ها صادق بود [پس آزمون $(Wilks' \lambda=۰/۵۱, F=۱/۲۹, P>۰/۰۵)$ و پیگیری $(Wilks' \lambda=۰/۴۲, F=۱/۷۹, P>۰/۰۵)$]. همان طور که مشاهده می‌شود آماره‌های چند متغیری یعنی لامبدای ویلکز در سطح اطمینان ۹۵ درصد $(\alpha=۰/۰۵)$ معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین مفروضه همگنی ضرایب رگرسیون نیز برقرار می‌باشد. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس چند متغیری، بنابراین، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. آماره چند متغیری مربوطه یعنی لامبدای ویلکز در سطح اطمینان ۹۹ درصد $(\alpha=۰/۰۱)$ معنی‌دار می‌باشد $[F(۴و۱۵)=۲۳/۸]$. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که ترکیب خطی چهار متغیر وابسته میزان پس آزمون‌های زیر مقیاس‌های پیش تفکر، تفکر، عمل و نگهداری پس از تعدیل تفاوت‌های چهار متغیر هم‌پراش (پیش آزمون‌های زیر مقیاس‌های پیش تفکر،

جدول ۳) نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون انگیزش در دو گروه

زیر مقیاس‌ها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش تفکر	پیش آزمون	۰/۰۳۷	۱	۰/۰۳۷	۰/۱۳	۰/۷۲	۰/۰۰۶
	گروه	۶/۷۹	۱	۶/۷۹	۲۳/۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳
	خطا	۶/۰۲	۲۱	۰/۲۸۷	-	-	-
	کل	۱۸۰/۸۴	۲۴	-	-	-	-
تفکر	پیش آزمون	۰/۱۱	۱	۰/۱۱	۰/۹۶	۰/۳۴	۰/۰۴
	گروه	۵/۶۵	۱	۵/۶۵	۵۰/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۲/۳۴	۲۱	۰/۱۱۱	-	-	-
	کل	۲۶۷/۳	۲۴	-	-	-	-
عمل	پیش آزمون	۰/۳۴	۱	۰/۳۴	۴/۶۹	۰/۰۴	۰/۱۸
	گروه	۳/۸۸	۱	۳/۸۸	۵۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	خطا	۱/۵۱	۲۱	۰/۰۷	-	-	-
	کل	۲۵۸/۹۱	۲۴	-	-	-	-
نگهداری	پیش آزمون	۰/۱۲	۱	۰/۱۲	۰/۹۹	۰/۳۳	۰/۰۵
	گروه	۳/۶۷	۱	۳/۶۷	۳۳/۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	خطا	۲/۴۸	۲۱	۰/۱۱۸	-	-	-
	کل	۲۵۴/۸۱	۲۴	-	-	-	-

بیش از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی به طور معنی‌داری موجب انگیزش (زیر مقیاس‌های پیش تفکر، تفکر، عمل و نگهداری) در مرحله پس از آزمون شده است. در جدول ۴ تجزیه و تحلیل کواریانس به منظور مقایسه نمرات پیگیری انگیزش بعد از کنترل اثر پیش آزمون ارائه شده است.

چنانچه از جدول ۳ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پس از آزمون زیر مقیاس‌های انگیزش بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. پیش تفکر؛ $F(1,21)=23/69, P<0/001, \eta^2=0/53$ ، تفکر؛ $F(1,21)=50/75, P<0/001, \eta^2=0/71$ ، عمل؛ $F(1,21)=54/07, P<0/001, \eta^2=0/72$ ، و نگهداری؛ $F(1,21)=31/1, P<0/001, \eta^2=0/20$. بنابراین، میانگین نمرات پس از آزمون گروه آزمایش به طور معنی‌داری در انگیزش

جدول ۴) نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس جهت مقایسه نمرات پیگیری انگیزش در دو گروه

زیر مقیاس‌ها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پیش تفکر	پیش آزمون	0/002	1	0/002	0/03	0/88	0/001
	گروه	9/85	1	9/85	122/1	0/001	0/85
	خطا	1/69	21	0/081	-	-	-
	کل	197/89	24	-	-	-	-
تفکر	پیش آزمون	0/013	1	0/013	0/23	0/64	0/01
	گروه	5/05	1	5/05	85/9	0/001	0/80
	خطا	1/23	21	0/06	-	-	-
	کل	254/94	24	-	-	-	-
عمل	پیش آزمون	0/013	1	0/013	0/15	0/7	0/007
	گروه	3/68	1	3/68	43	0/001	0/67
	خطا	1/8	21	0/086	-	-	-
	کل	244/66	24	-	-	-	-
نگهداری	پیش آزمون	0/034	1	0/034	0/41	0/53	0/02
	گروه	4/22	1	4/22	50	0/001	0/70
	خطا	1/77	21	0/084	-	-	-
	کل	258/77	24	-	-	-	-

تفکر، عمل و نگهداری) در مرحله پیگیری شده است. یعنی این مداخله توانسته است اثرات پایدار داشته باشد.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان دادند که آموزش این مدل در پیشگیری از بازگشت افراد وابسته به مواد افیونی مؤثر بوده است. به عبارتی میزان بازگشت در نزد افرادی که این آموزش را دریافت کرده بودند نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشته است. این یافته نشانگر اثربخش بودن این نوع مداخله در

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین میانگین نمرات پیگیری زیر مقیاس‌های انگیزش بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. پیش تفکر؛ $F(1,21)=122/1, P<0/001, \eta^2=0/85$ ، تفکر؛ $F(1,21)=85/92, P<0/001, \eta^2=0/80$ ، عمل؛ $F(1,21)=43, P<0/001, \eta^2=0/67$ ، و نگهداری؛ $F(1,21)=39/96, P<0/001, \eta^2=0/70$. بنابراین، میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به طور معنی‌داری در انگیزش بیش از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی به طور معنی‌داری موجب انگیزش (زیر مقیاس‌های پیش تفکر،

۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵]. انگیزش به عنوان عامل اولیه در پیشگیری از بازگشت است. انگیزش توانایی آمادگی برای تغییر در فرد می‌باشد و برای سنجش انگیزش در مطالعات سوء مصرف مواد ضروری است. به عقیده پروچاسکا و دیکلمنته [۳۶]، مدل فرا نظریه‌ای انگیزش شامل پنج مرحله‌ی مجزای آمادگی تغییر می‌باشد و مراحل که از طریق آنها یک مراجع با انگیزه تغییر خواهد کرد. این مراحل عبارتند از پیش از تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری. به تازگی بازگشت به عنوان ششمین مرحله در این مدل مد نظر قرار گرفته است. فنون معین مداخله درمانی با مراحل مشخصی در این مراحل مدل تغییر مرتبط بوده‌اند. برای مثال مصاحبه انگیزشی [۳۷]، مؤثرترین عامل در مراحل تفکر یا آمادگی تغییر شناخته شده است، اما ممکن است در مراحل اولیه نظیر پیش از تفکر مؤثر نباشد. در مرحله نگهداری انگیزش عامل مهمی باقی می‌ماند و در این مرحله میل به هوشیار ماندن ممکن است تعیین کند که آیا یادگیری اجتماعی و شناختی- رفتاری می‌تواند به ارزش پیشگیری از بازگشت بیفزاید یا خیر؟ مراحل تغییر پروچاسکا و دیکلمنته به طور موفقیت آمیزی در فهم انگیزش بیماران دریافت کننده درمان برای اختلالات مصرف مواد به کار برده شده‌اند [۱۴]. همچنین یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که انگیزش برای تغییر، بالاترین همبستگی را با نتایج درمان و بازگشت دارد. راهبردهای پیشگیری از بازگشت و مدیریت بازگشت در عمل، نگهداری و مراحل بازگشت به منظور تغییر موفقیت آمیز عادت در همه زمان‌ها ضروری می‌باشند [۲۳]. بنابراین، انگیزش پیش‌بین قوی بازگشت به سوء مصرف و یا پرهیز از مواد می‌باشد [۳۵]. انگیزش نقش‌های چندگانه‌ای را در فرایند بازگشت ایفا می‌کند. فرد ممکن است برای ایجاد تغییرات رفتاری مثبت و نیز برای درگیر شدن با رفتار استفاده از مواد انگیزه یابد. خود- کارآمدی و انتظارات پیامد تقریباً نقش گسترده‌ای را در این فرایند انگیزش ایفا می‌نمایند. برای مثال، مصرف کننده مواد ممکن است متمایل به توقف می‌بارگی باشد، اما باور دارد که قادر به انجام آن نیست، یا مصرف کنندگان مواد ممکن است باور داشته باشند که آنها باید به می‌بارگی‌شان به منظور رسیدن به برخی از پیامدهای مطلوب (مانند توانایی اجتماعی شدن) ادامه دهند [۱۴].

کاهش بازگشت و کاهش مصرف در افراد وابسته به مواد افیونی می‌باشد. یافته فوق با یافته‌های سایر پژوهشگران مبنی بر اثربخش بودن آموزش مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت همسو می‌باشد [۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، هدف از پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی گسترش آگاهی و پذیرش افکار، احساسات و حواس از طریق تمرین ذهن آگاهی، برای مشاهده تجربه خوشایند و ناخوشایند، و پذیرش بدون داوری آنچه که وجود دارد می‌باشد. این تمرین‌ها با فنون سنتی پیشگیری از بازگشت برای توسعه‌ی مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، افزایش خود- کارآمدی و یادگیری تشخیص سوابق معمول مصرف مواد و بازگشت ترکیب می‌شوند (به عنوان مثال، انتظارات پیامد، اثر تخطی از پرهیز، انگیزه‌های می‌بارگی، معیارهای اجتماعی و ادراک خطر). تمرین ذهن آگاهی برای مراجعان روش جدیدی از پردازش نشانه‌های موقعیتی و نظارت واکنش‌ها به امکانات محیطی را فراهم می‌کند. مراقبه و تمرین‌های تنفس عمیق پیش‌بین کاهش مصرف الکل و مواد بوده و مشکلات میان فردی و روانی را کاهش می‌داد [۲۷]. نتایج تحقیق ویتکیویتز و بوئن^۱ [۲۵] نشان داد که مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی پاسخ‌های شناختی و رفتاری به علائم افسرده ساز را تحت تأثیر قرار می‌دهد و کاهش در مصرف مواد پس از مداخله میان گروه ذهن آگاهی را شرح می‌دهد. اگر چه به گفته محققان نتایج مقدماتی است، ولی مطالعه اخیر شواهدی را ارائه می‌کند که ارزش پیوستن تمرین ذهن آگاهی را به درمان سوء مصرف مواد نشان داده و سازوکار بالقوه تغییر پس از ذهن آگاهی را مشخص می‌کند. همچنین نتایج نشان داد که به کارگیری مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی موجب انگیزش در گروه آزمایش شده است. به عبارت دیگر انگیزش گروه آزمایش در پایان جلسات درمانی و مرحله پیگیری در پیشگیری از بازگشت افزایش معنی‌داری داشته است. این یافته‌ها با یافته‌های دیگر مبنی بر مؤثر بودن مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در انگیزش و نیز پژوهش‌های دیگر در ارتباط با تأثیر انگیزش در درمان و پیشگیری از بازگشت مواد همسو می‌باشد [۱۴، ۱۶، ۲۳،

1- Bowen

و برای رویدادهای آینده (مثلاً انتظار شنگولی بعد از مصرف مواد) زندگی نکرده و تصمیم نمی‌گیرند. به علاوه، تحسین مراجعان برای تلاش و انگیزه دادن به آنها، اعتبار بخشی تمرین ذهن آگاهی و شناسایی گام‌های کوچک به سوی تغییر مثبت به ایجاد خود-کارآمدی در آنان کمک خواهد نمود. یافته‌های عصب زیست شناختی نیز از فرضیه‌ای حمایت می‌کنند که مراقبه ذهن آگاهی، آگاهی و ایجاد جایگزین‌هایی برای بی‌توجهی و رفتار تکانشی را تقویت می‌نماید [۲۶]. با این وصف، ذهن آگاهی ممکن است به عنوان جایگزینی برای اعتیاد و رفتارهای اعتیادی لذت بخش عمل نماید. ذهن آگاهی افزایش یافته ممکن است که قابلیت فرد را برای واکنش در پاسخ به نشانه مواد و دارو یا محرک نشانه و تمایل او برای رفتار تکانشی را کاهش دهد. مراقبه ذهن آگاهی به عنوان بخشی از درمان شناختی- رفتاری در حال حاضر از شهرت مثبتی برخوردار است، به ویژه بعد از آن که توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا به عنوان درمان تجربی معتبر برای افسردگی پذیرفته شد [۳۹]. سابقه تحقیق در درمان وابستگی به مواد شامل مطالعات زیادی می‌شود که ثمربخشی بالینی درمان شناختی- رفتاری را در افزایش میزان پرهیز، کاهش مصرف الکل و دارو [۴۰]، و پیشگیری از بازگشت [۲۶] توصیف کرده‌اند. بر اساس فرض منطقی که استفاده ناسازگارانه مواد را نتیجه یادگیری می‌داند، مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی درباره وابستگی به مواد می‌کوشد تا تسریع کننده‌های وابسته به شواهد اجتماعی، عاطفی و شناختی مصرف مواد را مشخص کند. به علاوه هدف درمان بهبود مهارت‌های بین فردی و جایگزینی فعالیت‌های مثبت زندگی برای مصرف مواد است. با توجه به بررسی پیشینه و تجربیات بالینی تحقیقات بیشتری لازم است تا از این نتیجه حمایت نماید. کوتاه بودن مدت پیگیری، حذف متغیر جنس و عدم استفاده از مراجعین زن از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر است. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی از هر دو جنس مرد و زن، دوره پیگیری بلند مدت، اختلالات وابسته به سایر مواد از قبیل محرک‌ها و نیز جمعیت‌هایی که بیش از ۳۰، ۶۰، ۹۰ و ۱۲۰ روز از پاک‌ی آنها گذشته باشد استفاده شود تا از طریق به کارگیری گروه‌های مختلف قابلیت

شرطی شدن عامل نقش مهمی را در این قبیل انتظارات پیامد از طریق تقویت مثبت و منفی ایفا می‌کند. به عنوان مثال اگر رفتار مصرف مواد قبلاً به طور مثبت تقویت شده باشد احتمال بیشتری می‌رود که فرد انتظار پیامد مثبتی را برای آن رفتار داشته باشد [۳۸]. ویتکیویتز و مارلات [۱۴] تأیید کردند که سطوح انگیزش ممکن است به آمادگی فرد برای تغییری وابسته باشد که در مراحل مختلف همانند مراحل پیشنهاد شده در مدل فرا نظریه‌ای انگیزش رخ دهد. در پژوهشی مک‌کای، فرانکلین، پاتاپیس و لینچ^۱ [۳۱] به این نتیجه رسیدند که انگیزش کاهش یافته، خود-کارآمدی پایین، وسوسه، مشکلات بین فردی، فقدان تلاش‌های مقابله‌ای، حالت‌های هیجانی منفی از عوامل مشترک شایع بازگشت به مصرف مواد می‌باشند. تجربه بالینی پژوهشگر و همکاران وی در کار با این گونه افراد نشان می‌دهد که فقدان انگیزش یا انگیزش پایین باعث می‌گردد تا فرد وابسته به مواد در موقعیت‌های پر خطر از مهارت‌های مقابله‌ای لازم به موقع استفاده نکرده و زمینه برای لغزش فراهم گردد و در اثر تکرار لغزش‌ها دچار بازگشت موقت شده و در ادامه این مسیر سر انجام گرفتار بازگشت دائم گردد. عنصر اساسی آموزش ذهن آگاهی شامل آموزش مراجعان برای هدایت توجه‌شان به سمت تنفس به منظور آرام نمودن و تمرکز بر ذهن است. در نهایت آگاهی افزایش یافته و پذیرش افکار و حواس در موقعیت‌های پر خطر منجر به روش‌های سازگاران‌تر پاسخ به نشانه‌های موقعیتی و احتمال کاهش بازگشت خواهد شد. مواجهه دوباره با آگاهی از موقعیت‌های پر خطر بدون وسوسه شدن برای استفاده از مواد یا عمل تکانشگرانه با حضور نشانه‌های مرتبط با مواد منجر به افزایش خود-کارآمدی و شرطی سازی تقابلی تقویت مثبت و منفی خواهد شد که قبلاً با اثرات مواد اعتیاد آور مرتبط بوده است. مادامی که فرد به هدف درمانی‌اش نزدیک می‌شود انتظارات پیامد مثبت چالش انگیز و آموزش درباره اثر تخطی از پرهیز کانون اصلی درمان، باقی می‌ماند. مطابق مفهوم ذهن آگاهی، مراجعان برای حفظ تمرکز و آگاهی‌شان بر لحظه حال تشویق می‌شوند و بدین ترتیب از رویدادهای گذشته (مثلاً اثر تخطی از پرهیز) رها می‌گردند

1- McKay, Franklin, Patapis & Lynch

- 13- Breslin FC, Zack M, McMMain S. An information processing analysis of mindfulness: Implication for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clin Psychol Sci Pract.* 2002; (9): 275-299.
- 14- Witkiewitz K, Marlatt G. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *Am Psychol.* 2004; 59(4): 224-235.
- ۱۵- مقیمی سیدمحمد. سازمان و مدیریت رویکردی پژوهشی. تهران: انتشارات ترمه؛ ۱۳۷۷.
- 16- Witkiewitz K, Hartzler B, Donovan D. Matching motivation enhancement treatment to client motivation: re-examining the Project MATCH motivation matching hypothesis. *Addiction research report.* University of Washington, Seattle, WA, USA; 2010.
- 17- McConaughy E, DiClemente C, Prochaska J. Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1989; 26(4): 494-503.
- 18- Alterman A, Koppenhaver J, Mulholland E, Ladden L, Baime M. Pilot trial of effectiveness of mindfulness meditation for substance abuse patients. *J Subst Use.* 2004; 9(6): 259-268.
- 19- Marlatt G, Witkiewitz K, Dillworth T. Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. In Hayes S, Follette V, Linehan M. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* New York: Guilford Press; 2004.
- 20- Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth T. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychol Addict Behav.* 2006; 20(1): 343-347.
- 21- Kinchla MS. *Mindfulness and Sustained Recovery from Alcoholism [Dissertation].* Massachusetts, America: University of Massachusetts; 2009.
- 22- Dziedzic J. *Mindfulness and Harm Reduction: A New Approach to Substance Abuse Treatment [Dissertation].* Massachusetts, America: University of Massachusetts; 2007.
- 23- Bowen S, Marlatt GA. Surfing the Urge: Brief Mindfulness-Based Intervention for College Student Smokers. *Psychol Addict Behav.* 2009; (2): 666-671.
- 24- Bowen S, Chawla N, Collins S, Witkiewitz K, Hsu S, Grow J, Clifasefi S, Garner M, Douglass A, Larimer M, Marlatt A. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Subst Abuse.* 2009; (30): 205-305.
- 25- Witkiewitz K, Bowen S. Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(3): 362-374.
- 26- Marlatt GA. Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. *Cogn Behav Pract.* 2002; (9): 44-49.

تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. با امید به روزی که نتایج پژوهش حاضر بتواند در مراکز درمان و توانبخشی اعتیاد مورد استفاده واقع شده و مؤثر افتد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مسئولین و کارکنان مراکز ترک اعتیاد هاتف و لقمان شهر زاهدان که در اجرا و مراحل این پژوهش بی‌دریغ امکانات موجود را در اختیار ما گذاشته‌اند کمال تشکر را داریم.

منابع

- ۱- رحیمی موقر آفرین و همکاران. روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. *مجله پژوهشی حکیم.* ۱۳۸۱؛ ۳(۵): ۱۸۱-۱۷۱.
- ۲- پورجعفر مزدک. رهایی از اعتیاد. تهران: انتشارات طرح و نشر هامون؛ ۱۳۸۶. ص. ۹.
- 3- Witkiewitz K, Marlatt G, Walker D. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *J Cogn Psychother.* 2005; 19(3): 211-228.
- 4- Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness.* New York: Delacorte; 1990.
- 5- Segal Z, Williams J, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse.* New York: Guilford Press; 2002.
- 6- Marlatt G, Gordon J. (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: Guilford; 1985.
- 7- Hayes S, Luoma JB, Bond F. *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes.* *Behav Res Ther.* 2006; (44): 1-25.
- ۸- بهاری فرشاد. اعتیاد، مشاوره و درمان. تهران: انتشارات دانژه؛ ۱۳۸۸.
- 9- Roozen HG, Waart RD, Windt D, Brink W, Yong CA, Kerkbof AFM. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2006; (16): 311-323.
- 10- Hawkins M. Effectiveness of the Transcendental Meditation program in criminal rehabilitation and substance abuse recovery: A review of the research. *J Offender Rehabil.* 2003; 36(1-4): 47-65.
- 11- Benson H. *The Relaxation Response.* New York: Avon Books; 1975.
- 12- Marlatt GA, Bowen S, Chawla N, Witkiewitz K. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Abusers: Therapist Training and Therapeutic Relationships. In S. Hick and T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the Therapeutic Relationship.* New York: Guilford Press; 2008.

- 27- Chung T, Langenbucher J, Labouvie E, Pandina RJ, Moos RH. Changes in alcoholic patients' coping responses predict 12-month treatment outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 2001; (69): 92-100.
- 28- Goodman A. Neurobiology of addiction An integrative review. *Biochem pharmacol.* 2008; (75): 266-322.
- 29- Dawkins L, Powell JH, Pickering A, Powell J, West R. Patterns of change in withdrawal symptoms, desire to smoke, reward motivation and response inhibition across 3 months of smoking abstinence. *J Addict.* 2009; 104(5): 850-858.
- 30- Volkow ND, Li T-K. Drugs and alcohol: Treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacol Ther.* 2005; (108): 3-17.
- 31- McKay JR, Franklin TR, Patapis N, Lynch. Conceptual, methodological, and analytical issues in the studies of relapse. *Clin Psychol Rev.* 2006; (26): 109-127.
- 32- Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Malabar, FL: Krieger; 1984.
- 33- DiClemente CC, Hughes SO. Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. *J Subst Abuse.* 1990; 2(2): 217-235.
- 34- Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry.* 2005; 162(8): 1403-1413.
- 35- Truan F. Addiction as a social construction: A postempirical view. *J Psychol.* 1993; 127(5): 489-500.
- 36- Prochaska J, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory, Res and Pract.* 1982; 19(3): 276-288.
- 37- Miller W, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2002.
- 38- Georgoulis L. Precipitant variables associated with relapse among female substance abusers with long-term sobriety [Dissertation]. Pepperdine, America: Pepperdine University; 2009.
- 39- Ma S, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72(1): 31-40.
- 40- Kadden R, Cooney N, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol.* 2003; 71(1): 118-128.