

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی بر سلامت روان مصرف کنندگان کراک

حسین قمری کیوی^۱، مقصود نادر^۲، حسن سواری^۳، معصومه اسمعیلی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۲/۱۰

چکیده

سلامت روانی مبحث مهمی در آسیب شناسی روان شناختی می باشد که اهمیت آن در بین گروه های آسیب پذیر دو چندان است. هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی در سلامت روانی مصرف کنندگان کراک است. روش پژوهش فعلی آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون - پس آزمون گسترش یافته بود. برای این هدف ۵۱ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و سپس در سه گروه ۱۷ نفری (گروه درمان ذهن آگاهی، گروه درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابزار به کار رفته در این پژوهش، آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی بود. داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه های مکرر و آزمون تعقیبی توکی تحلیل شد. نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که بین مصرف کنندگان کراک در گروه های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ سلامت روانی، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که دو روش درمانی شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی از نظر تأثیر بر سلامت روانی، اضطراب و افسردگی تفاوت معنی داری ندارند. نتایج تحقیق حاکی از آن است که درمان شناختی - رفتاری و روش ذهن آگاهی در کاهش سلامت روان، افسردگی و اضطراب مصرف کنندگان کراک مؤثر است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، درمان ذهن آگاهی، سلامت روان، مصرف کنندگان کراک

۱. دانشیار دانشگاه محقق اردبیلی. پست الکترونیک: H_ghamarigivi@Yahoo.com

۲. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

۳. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی.

۴. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی.

مقدمه

در حال حاضر درمان اعتیاد، خط اول دفاع در جنگ بر علیه بیماری‌های رفتاری، مانند ایدز و هپاتیت و یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در سراسر جهان به‌شمار می‌رود (دالی و مارلات^۱، ۲۰۰۵؛ مارگولین^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل، تعداد مصرف‌کنندگان مواد را در بین جمعیت ۱۶-۱۵ ساله سراسر جهان، ۲۰۰ میلیون نفر (۵ درصد کل جمعیت) برآورد کرده است که ۱۶ میلیون نفر (۴ درصد) آن، مصرف‌کننده مواد افیونی و ۱۱ میلیون نفر مصرف‌کننده هروئین هستند. در ایران نیز تعداد مصرف‌کنندگان مواد نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر برآورد شده است. مواد افیونی بیشترین مواد مصرفی در ایران می‌باشند (مکری^۳، ۲۰۰۲).

یکی از عوارض اعتیاد تأثیر سوء آن بر سلامت روان است. سلامت هیجانی نسبتاً رها شده از نشانه‌های اضطراب و ناتوانی در برقراری روابط سازنده مقابله با خواسته‌ها و محرک‌های تنش‌زای زندگی است (کرسینی^۴، ۱۹۹۹). مطالعات تجربی متعدد مدارک فزاینده‌ای ارائه می‌کنند، مبنی بر اینکه افراد، آگاهانه یا ناآگاه برای مقابله با حالت درونی منفی به مصرف مواد می‌پردازند (هایز، ماسورا و دمی^۵، ۲۰۰۶). مصرف مواد یک سازوکار مقابله‌ای کلی است که در موقعیت‌هایی که روش مقابله‌ای مناسبی ندارد یا مورد استفاده قرار نمی‌گیرد، بکار گرفته می‌شود (هان^۶، ۱۹۹۱). براساس تحقیقات موجود می‌توان نتیجه گرفت که افراد معتاد نسبت به افراد عادی، هیجان‌های منفی، بی‌حوصلگی، خستگی، تنهایی، شرم، اضطراب، نگرانی، جر و بحث، فشار روانی، فشار شدید مشکلات خانوادگی و عزت نفس پایین بیشتری را گزارش می‌کنند (کلونینجر^۷، ۲۰۰۴). پژوهش دو دهه گذشته در زمینه سوء مصرف مواد نشان داده است که اعتیاد درمان‌پذیر است. با وجود تلاش‌های فراوان و ابداع روش‌های مختلف جهت درمان اعتیاد و موفقیت‌آمیز بودن بسیاری از آنها در مرحله بازگیری از مواد، مطالعات زیادی شیوع بالای بازگشت اعتیاد را

نشان می‌دهند. فریدمن و همکاران (۱۹۹۸) این بازگشت را ۵۰ تا ۸۰ درصد در سال اول ترک عنوان کردند. بررسی‌های دیگر نشان می‌دهند ۲۰ تا ۹۰ درصد معتادانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، دچار بازگشت می‌شوند (دباغی، ۱۳۸۷). در زمینه مداخله‌های درمانی در سوءمصرف الکل و مواد در حیطه دارودرمانی و روان‌درمانی، تلاش‌های فراوانی انجام شده و به ثبت رسیده است که می‌توان به درمان‌های شناختی - رفتاری (CBT)^۱ (کارول^۲ و همکاران، ۱۹۹۵) و پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ (MBRP) (ویتکوئیز، مارلات و واکر^۴، ۲۰۰۵) اشاره کرد.

درمان شناختی - رفتاری رویکردی کوتاه‌مدت و متمرکز برای کمک به افراد مبتلا به سوءمصرف مواد است (آذر، ۱۳۸۷). این رویکرد بر پایه مفاهیم و اصول شرطی‌سازی کلاسیک و عامل و نظریه یادگیری اجتماعی قرار دارد (هیجنز و کاتز^۵، ۱۹۹۸). از این دیدگاه مصرف دارو، رفتاری آموخته شده در نظر گرفته می‌شود که حداقل تا حدودی بوسیله اثرات تقویت‌کننده ناشی از سوءمصرف مواد دوام می‌یابد (هیجنز و کاتز، ۱۹۹۸). عوامل شناختی و موقعیت‌های بیرونی از جمله عوامل بسیار مؤثر در بازگشت به مصرف مواد هستند (برادلی و همکاران، ۱۹۸۹). از جمله ویژگی‌های درمان شناختی - رفتاری در درمان معتادان عبارت از رویکردی کوتاه‌مدت در کنترل مصرف مواد است. معمولاً رویکردی سازمان‌یافته، هدفمند و متمرکز بر مسائل خاص آنهاست و این نوع درمان به جهت انعطاف زیاد در اکثر بیماران چه بستری و چه سرپایی قابل اجراست (آذر، ۱۳۸۷). درمان شناختی - رفتاری یک درمان روان‌شناختی مطرح برای انواع اختلال‌های روانی و افزایش سلامت روان است و کارایی این روش در زمینه انواع اختلالات به اثبات رسیده است. اندرسون و همکاران^۶ (۲۰۰۶) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر روی ۶۴ بیمار مبتلا به هراس اجتماعی پرداختند. نتایج کاهش معناداری در نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب عمومی و سطوح افسردگی را نشان دادند. گراف (۲۰۰۷) دو روش درمانی شناختی

1. cognitive behavior therapy (CBT)
3. Mindfulness Based on Relapse Prevention (MBRP)
5. Higgins & Katz

2. Carroll
4. Witkiewitz, Marlatt & Walker
6. Anderson & et al

- رفتاری و بینش - حمایتی را با رویکرد گروهی در درمان اعتیاد مقایسه نموده است و نتایج بیانگر آن است که گروه درمانی شناختی - رفتاری در حذف یا کاهش اعتیاد مؤثرتر از گروه درمانی بینشی - حمایتی است. در یک پژوهش که به منظور بررسی اثر گروه درمانی شناختی - رفتاری در درمان مردان وابسته به مواد افیونی با همبودی اختلال افسردگی اساس انجام شده، یافته‌ها حاکی از آن بود که در گروه آزمون، ۵ آزمودنی بازگشت داشتند که نسبت به گروه شاهد که بازگشت در هر ۱۵ آزمودنی مشاهده شد، به طور معنی داری پایین تر بود. میزان افسردگی گروه آزمون نیز در پس آزمون با میانگین رتبه ۸ نسبت به گروه شاهد با میانگین رتبه ۲۳ کاهش معنی داری نشان داده است. دباغی (۱۳۸۷) در پژوهشی نشان داد که هر دو روش پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی شناختی، در کاهش میزان بازگشت، افزایش اطاعت درمانی و مدت باقی ماندن در درمان، کاهش علایم جسمانی، اضطراب، بهبود کارکرد اجتماعی از نالترکسون مؤثرتر است. در یک تحقیق که به بررسی اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان مرد زندان رجایی شهر کرج انجام شد، نتایج حاکی از تأثیر درمان شناختی - رفتاری در بهبود علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی می باشد (خدایاری فرد، ۱۳۸۷).

یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان شناختی به ویژه درمان اعتیاد، تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه ذهن آگاهی با رفتار درمانی شناختی سنتی است که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می کنند (هایز، ۲۰۰۶). مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در حال حاضر در درمان اختلال سوء مصرف مواد نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (لیچ، باون^۲ و مارلات، ۲۰۰۵). ذهن آگاهی به عنوان یکی از روش‌های اصلی راهبردهای مبتنی بر پذیرش باعث می شود که سوء مصرف کنندگان به جای چالش و پرهیز از افکار و احساسات ناراحت کننده ناشی از ترک و یا کاربرد مواد برای تسکین آنها، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت بدون واکنش و نوعی شیوه جدید پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت کننده خود را بدون داوری و ارزیابی بپذیرد و از این راه با حساسیت زدائی با آنها کنار بیاید. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به کارگیری

روش‌های ذهن آگاهی به علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند: پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرایندها، می‌تواند ضمن کاهش علائم و پیامدهای پس از ترک، اثربخشی درمان را افزایش داده و به پیشگیری از بازگشت مصرف مواد کمک کند (وتیکوتیز، مارلات و واکر، ۲۰۰۵، بریسلین، زاک و مک ماین^۱، ۲۰۰۲). در واقع سازوکار اصلی ذهن آگاهی را باید خودکنترلی دانست (وتیکوتیز و همکاران، ۲۰۰۵). روش‌های آرامش‌زائی (از جمله ذهن آگاهی) به دلیل ایجاد آرامش، احساس لذت‌بخش، احساس خوب بودن و فعال کردن دستگاه عصبی پاراسمپاتیک توانایی کمک به درمان اعتیاد دارند و بررسی‌ها نشان‌دهنده اثربخشی آرامش عضلانی در کنترل برخی عوارض ترک از جمله بی‌خوابی بوده‌اند.

گرفت و کونرادی^۲ (۱۹۹۸)، در یک مطالعه نشان دادند که روش پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی شناختی در کاهش میزان بازگشت، افزایش اطاعت درمانی و مدت باقی ماندن در درمان، کاهش علائم جسمانی، اضطراب، بهبود کارکرد اجتماعی از نالترکسون مؤثر است. در بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر بیماران اضطرابی سه پژوهش عمده صورت گرفته است. یکی از این پژوهش‌ها مربوط به ایوانز و همکاران^۳ (۲۰۰۸) است که با هدف درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اختلال اضطراب فراگیر، در ۱۱ آزمودنی دارای دامنه سنی ۳۶ تا ۷۲ سال انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که بعد از ۸ هفته، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر، باعث کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی و افزایش آگاهی از تجربیات روزانه شده است. در پژوهش دیگر، گلدین و گروس^۴ (۲۰۱۰) پژوهشی را با هدف تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند. نتایج نشان داد که برنامه درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می‌شود. بررسی دیگر مربوط به

1. Breslin., Zack & McMMain
4. Goldin., Gross

2. Greeft. & conradie

3. Evans & et al

اثربخشی ذهن آگاهی در دانشجویان، مربوط به فلوگل کول و همکاران^۱ (۲۰۱۰) است که با عنوان ارزیابی کیفیت زندگی و تجربه شرکت‌کنندگان از طریق برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی ۱۶ دانشجوی دانشگاه مینه‌سوتا انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث تغییرات مثبت در کیفیت زندگی، بهزیستی روانی، بهزیستی فیزیکی، بهزیستی هیجانی، سطوح فعالیت اجتماعی و بهزیستی معنوی شده است. برخی از پژوهش‌ها نیز به بررسی آموزش ذهن آگاهی در بیماران افسرده اختصاص دارند. از جمله این پژوهش‌ها بررسی دیو و همکاران^۲ (۲۰۰۹) است که با هدف تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار ذهنی مرتبط با افسردگی انجام شد. نتایج نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به افزایش ذهن آگاهی و بهزیستی کلی و کاهش نشخوار ذهنی و نشانه‌های افسردگی منجر می‌شود. همچنین، بارنوفر و همکاران^۳ (۲۰۰۹) در پژوهش خود با عنوان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی که بر روی ۱۴ بیمار دارای بازگشت افسردگی حاد و دارای عقاید خودکشی انجام شد، نشان دادند که نشانه‌های افسردگی بعد از درمان یادشده از شدید به متوسط کاهش پیدا کرده است. همچنین در این پژوهش نشان داده شد که بعد از آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تعداد بیمارانی که دارای معیارهای افسردگی بودند کاهش یافته است. به عبارت دیگر، نشانه‌های افسردگی در آنان کاهش پیدا کرده بود. کاویانی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش دیگر با هدف اثر کاهنده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد، با نمونه‌ای مشابه پژوهش قبلی خود نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد دانشجویان را کاهش می‌دهد. بنابراین در پژوهش فعلی سؤال پژوهشی این است که آیا درمان شناختی - رفتاری و روش ذهن آگاهی در سلامت روانی و افسردگی و اضطراب مصرف‌کنندگان کراک پس از ترک تأثیر دارد؟

1. Flugel Colle & et al
4. Deragotis

2. Deyo & et al

3. Barnhofer & et al

روش

روش این تحقیق آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون گسترش یافته است. در این روش سلامت روانی و سطوح آن، متغیر وابسته و درمان شناختی - رفتاری و روش پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده‌اند. جامعه آماری کلیه مردان مصرف کننده کراک شهرستان اهواز بوده‌اند که دوره ۲۱ روزه ترک بدون دارو را در خانه‌های اقامتی خودیاری (کمپ) سپری کرده بودند. تعداد جامعه آماری تقریباً ۱۰۰۰ (هزار) نفر می‌باشد. بعد از مراجعه به کمپ‌های موجود در سطح شهرستان اهواز تعداد ۵۱ نفر به صورت تصادفی انتخاب و سپس در سه گروه ۱۷ نفری (گروه درمان ذهن آگاهی، گروه درمان شناختی - رفتاری و گروه کنترل) جایگزین شدند. در این پژوهش به دلیل احتمال افت آزمودنی‌ها برای هر گروه ۱۷ نفر در نظر گرفته شد ($N = 51$). در نهایت به دلیل اینکه ۳ نفر به علت مشکلات شخصی در ابتدای شروع درمان در جلسات شرکت نکردند، حذف شدند و نمونه پژوهش به ۴۸ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به گروه‌ها عبارت بودند از: داشتن سن ۱۸ تا ۵۰ سال، مرد بودن، گذشتن بیش از یک هفته از سم‌زدایی موفقیت آمیز (بدون دارو). ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلال روان پریشی جدی، ضد اجتماعی بودن، ناکامی در سم‌زدایی. برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی (SCL90-R): این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۷۳ توسط دروگاتیس^۴ بر اساس تجارب بالینی و تحلیل‌های روان‌سنجی قبلی به صورت فعلی ارائه و معرفی شد. این ابزار یک فهرست علائم روانی خود گزارش دهی ۹۰ سؤالی است که به وسیله تحقیقات روان‌سنجی بالینی به وجود آمده است و شامل ۹۰ گزینه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و به شدت است که ارزش عددی آن به ترتیب از صفر تا چهار است. این آزمون ۹ حیطه روان‌پزشکی شامل شکایات جسمی (۱۲ سؤال با دامنه نمره ۰-۴۸)، وسواس فکری و عملی (۱۰ سؤال با دامنه نمره ۰-۴۰)، حساسیت میان فردی (۹ سؤال با دامنه نمره ۰-۳۶)، افسردگی (۱۳ سؤال با دامنه نمره ۰-۵۲)، اضطراب (۱۰ سؤال با دامنه نمره ۰-۴۰)، خصومت (۶ سؤال با دامنه

نمره ۲۴-۰)، ترس مرضی (۷ سؤال با دامنه نمره ۲۶-۰)، افکار پارانوئیدی (۶ سؤال با دامنه نمره ۲۴-۰)، روان‌پریشی (۱۰ سؤال با دامنه نمره ۴۰-۰)، را مورد بررسی قرار می‌دهد و دارای ۷ سؤال اضافی است که به لحاظ روان‌شناختی هیچ حیطه‌ای را بررسی نمی‌کند. نمره کلی که هر فرد از ابزار می‌تواند اخذ کند، در محدوده ۰-۳۳۲ قرار دارد. ابزار یادشده حالات فرد را در یک هفته پیش مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در تحقیق (نانالی ۱۹۷۰، به نقل از ابوالقاسمی، ۱۳۸۴) ضرایب پایایی همه ابعاد این آزمون با استفاده از روش بازآزمایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه سلامت روانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۳ است که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه یادشده می‌باشد.

برای اجرای تحقیق به خانه‌های اقامتی (کمپ‌ها) معتادان شهرستان اهواز مراجعه شد. سپس از میان مددجویان حاضر در این مراکز تعداد ۵۱ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به همان شیوه در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (سه گروه ۱۷ نفری) جایگزین شدند. از افراد انتخاب شده درخواست شد یک هفته پس از اتمام مدت ۲۱ روزه اقامت در کمپ به محقق مراجعه کنند تا فرایند تحقیق آغاز شود. در جلسه اول پیش آزمون که شامل آزمون تجدیدنظر شده علائم روانی (SCL90-R) بود برای سایر گروه‌ها اجرا شد. سپس برای گروه اول درمان پیشگیری از بازگشت مبتنی بر ذهن آگاهی (وایتکویت و همکاران، ۲۰۰۵) در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم اجرا شد. برای گروه دوم درمان شناختی- رفتاری در ۸ ساعت و هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم به اجرا درآمد. برای گروه سوم هیچ درمانی اعمال نشد. بعد از اتمام جلسات درمانی، برای هر سه گروه در جلسه آخر، پس آزمون شامل پرسشنامه یادشده اجرا و دو ماه بعد از اتمام آموزش‌ها و انجام پس آزمون پیگیری از سه گروه به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های خام با نرم‌افزار اس.پی.اس.اس (نسخه هجده) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت روانی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
سلامت روانی	پیش آزمون	ذهن آگاهی	۱۷۸.۵۶	۹.۱۵	۱۶
		شناختی- رفتاری	۱۷۶.۷۳	۱۰.۳۰	۱۶
		کنترل	۱۷۰.۳۲	۹.۷۰	۱۶
	پس آزمون	ذهن آگاهی	۹۹.۴۴	۷.۰۷	۱۶
		شناختی- رفتاری	۱۰۷.۶۸	۵.۷۸	۱۶
		کنترل	۱۷۰.۳۱	۱۱.۵۸	۱۶
پیگیری	ذهن آگاهی	۹۹.۵۴	۷.۴۶	۱۶	
	شناختی- رفتاری	۱۱۰.۱۵	۶.۵۸	۱۶	
	کنترل	۱۷۰.۰۳	۱۲.۳۲	۱۶	
اضطراب	پیش آزمون	ذهن آگاهی	۲۵.۳۳	۴.۲۹	۱۶
		شناختی- رفتاری	۲۵.۰۵	۴.۶۰	۱۶
		کنترل	۲۵.۴۸	۴.۹۵	۱۶
	پس آزمون	ذهن آگاهی	۱۰.۸۵	۲.۷۰	۱۶
		شناختی- رفتاری	۱۲.۸۱	۳.۰۱	۱۶
		کنترل	۲۵.۳۶	۴.۵۵	۱۶
پیگیری	ذهن آگاهی	۱۱.۰۵	۳.۱۱	۱۶	
	شناختی- رفتاری	۱۲.۹۵	۳.۱۳	۱۶	
	کنترل	۲۵.۸۵	۴.۸۷	۱۶	
افسردگی	پیش آزمون	ذهن آگاهی	۳۲.۱۰	۵.۰۹	۱۶
		شناختی- رفتاری	۳۱.۳۲	۶.۹۲	۱۶
		کنترل	۲۵.۹۶	۶.۳۴	۱۶
	پس آزمون	ذهن آگاهی	۱۳.۴۵	۳.۳۳	۱۶
		شناختی- رفتاری	۱۶.۵۸	۲.۷۴	۱۶
		کنترل	۲۵.۹۷	۶.۷۹	۱۶
پیگیری	ذهن آگاهی	۱۳.۴۲	۳.۶۸	۱۶	
	شناختی- رفتاری	۱۶.۵۷	۲.۹۷	۱۶	
	کنترل	۲۵.۹۶	۶.۳۴	۱۶	

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر گروه و تکرار آزمون در متغیر سلامت روانی مصرف‌کنندگان کراک پس از ترک در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری P
اثر آموزش	۵۵۹۷۹.۴۶	۲	۲۷۹۸۹.۷۳	۱۴۸.۵۶	۰.۰۰۰۱
خطا	۸۴۷۷.۹۶	۴۵	۱۸۸.۳۹		
اثر تکرار آزمون	۷۶۸۷۴.۱۷	۲	۳۸۴۳۷.۰۸	۱۲۳۰.۱۵	۰.۰۰۰۱
تعامل آموزش با تکرار آزمون	۳۸۹۰۵.۴۷	۴	۹۷۲۶.۳۶	۳۱۱.۲۸	۰.۰۰۰۱
خطا	۲۸۱۲.۱۱	۹۰	۳۱.۲۴		

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، مقدار F اثر آموزش برابر با ۱۴۸.۵۶ است که بیانگر تفاوت معنی‌دار میان گروه‌های آزمایش و کنترل در یادگیری است ($p < 0.0001$). اثر تکرار آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) با مقدار F برابر با (۱۲۳۰.۱۵) است که در سطح $p < 0.0001$ معنی‌دار است. اثر تعاملی (آموزش \times آزمون) با مقدار F برابر با (۳۱۱.۲۸) است که در سطح $p < 0.0001$ معنی‌دار است. بین مصرف‌کنندگان کراک گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ مشکلات سلامت روانی تفاوت معنی‌داری در نمرات بعد از آموزش مشاهده شد که با توجه به بررسی اثر تکرار آزمون و اثر تعامل مشخص شد که این تغییرات در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشته است.

جدول شماره ۳: نتایج آزمون تعقیبی توکی بین نمرات میانگین سلامت روانی گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	۱	۲	۳
شناختی - رفتاری		—	*
ذهن آگاهی			*
کنترل			

($p = 0.0001$)

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ارائه شده است، مقدار F اثر آموزش برابر با ۸.۳۹ است که گویای تفاوت معنی‌دار میان گروه‌های آزمایش و کنترل در یادگیری است ($p < 0.001$). اثر تکرار آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) با مقدار F برابر با (۱۶۴.۲۷) است که در سطح $p < 0.0001$ معنی‌دار است. اثر تعاملی (آموزش \times آزمون) با مقدار F برابر با (۴۱.۷۵) است که در سطح $p < 0.0001$ معنی‌دار است. بین مصرف‌کنندگان کراک گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ افسردگی تفاوت معنی‌داری در

نمرات بعد از آموزش مشاهده شد که با توجه به بررسی اثر تکرار آزمون و اثر تعامل مشخص شد که این تغییرات در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری داشته است.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثر گروه و تکرار آزمون در متغیر افسردگی مصرف‌کنندگان کراک پس از ترک در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p
اثر آموزش	۹۷۹.۲۹	۲	۴۸۹.۶۴	۸.۳۹	۰.۰۰۱
خطا	۲۶۲۵.۹۹	۴۵	۵۸.۳۵		
اثر تکرار آزمون	۴۰۰۳.۱۶	۲	۲۰۰۱.۵۸	۱۶۴.۲۷	۰.۰۰۰۱
تعامل آموزش با تکرار آزمون	۲۰۳۴.۹۵	۴	۵۰۸.۷۳	۴۱.۷۵	۰.۰۰۰۱
خطا	۱۰۹۶.۵۹	۹۰	۱۲.۱۸		

جدول شماره ۵: نتایج آزمون تعقیبی توکی بین نمرات میانگین افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه‌ها	۱	۲	۳
۱ شناختی-رفتاری	—		
۲ ذهن آگاهی		*	
۳ کنترل			*

(p=۰.۰۰۱) *
(p=۰.۰۲۰) *

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثر گروه و تکرار آزمون در متغیر اضطراب مصرف‌کنندگان کراک پس از ترک در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p
اثر آموزش	۲۷۵۴.۵۹	۲	۱۳۷۷.۲۹	۴۱.۶۵	۰.۰۰۰۱
خطا	۱۴۸۸.۰۳	۴۵	۳۳.۰۶		
اثر تکرار آزمون	۲۴۸۴.۲۵	۲	۱۲۴۲.۱۲	۱۶۴.۱۰	۰.۰۰۰۱
تعامل آموزش با تکرار آزمون	۱۳۰۳.۵۸	۴	۳۲۵.۸۹	۴۳.۰۵	۰.۰۰۰۱
خطا	۶۸۱.۲۲	۹۰	۷.۵۶		

همان‌طور که در جدول شماره ۶ نشان داده شده است، مقدار F اثر آموزش برابر با ۴۱.۶۵ است که گویای تفاوت معنی‌دار میان گروه‌های آزمایش و کنترل در یادگیری است ($p < ۰.۰۰۰۱$). اثر تکرار آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری) با مقدار F برابر با (۱۶۴.۱۰) است که در سطح $p < ۰.۰۰۰۱$

معنی دار است. اثر تعاملی (آموزش × آزمون) با مقدار F برابر با (۴۳.۰۵) است که در سطح ($p < ۰.۰۰۰۱$) معنی دار است. بین مصرف‌کنندگان کراک گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از لحاظ اضطراب تفاوت معنی داری در نمرات بعد از آموزش مشاهده شد که با توجه به بررسی اثر تکرار آزمون و اثر تعامل مشخص شد که این تغییرات در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری داشته است

جدول شماره ۷: نتایج آزمون تعقیبی توکی بین نمرات میانگین اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه ها	۱	۲	۳
شناختی- رفتاری	—	*	($p=۰.۰۰۰۱$)
ذهن آگاهی		*	($p=۰.۰۰۰۱$)
کنترل			

نتیجه گیری

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی موجب کاهش مشکلات سلامت روانی مصرف‌کنندگان کراک گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد هر دو درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی تأثیر یکسانی بر سلامت روانی مصرف‌کنندگان کراک دارد. این نتیجه با یافته، دباغی (۱۳۸۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آسیب شدید در قدرت منطق، قضاوت، ارزیابی واقعیت‌ها و بی‌کفایتی و عدم جرأت‌ورزی و در نتیجه ناتوانی در انتخاب شیوه‌های عقلی و عملی به‌منظور رفع مشکلات، از جمله ویژگی‌ها و عوامل ابتلا به اعتیاد هستند (آقابخش، ۱۳۸۷). بنابراین درمان شناختی - رفتاری با ایجاد تغییرات نگرش و تقویت منطق و قدرت ارزیابی واقعیت‌ها و افزایش جرأت‌ورزی در بهبود سلامت روان تأثیر گذار است. از آنجا که در گروه ذهن آگاهی نمرات پس آزمون و پیگیری سلامت روان نسبت به پیش آزمون کاهش پیدا کرده است بنابراین این نتیجه با یافته‌های، فلوگل و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آگاهی لحظه به لحظه از تجارب، احساس

زنده تر و مؤثرتری از زندگی فراهم می کند و همچنان که تجارب فعال تر و روشن تر می شوند، آگاهی ناهشیار می شود و ادراک هایی صحیح تر و عمل مؤثر در جهان فراهم می شود که منجر به حس کنترل بیشتر در فرد می شود (گروسمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۴).

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی موجب کاهش افسردگی مصرف کنندگان کراک گروه های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد هر دو درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی تأثیر یکسانی بر افسردگی مصرف کنندگان کراک دارد. این نتیجه با یافته های اندرسون و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت درمان شناختی - رفتاری از طریق ایجاد تغییر در نگرش، باورها، افزایش اعتماد به نفس و ایجاد تفکر منطقی (استفانس، ۱۹۹۶) منجر به کاهش افسردگی می شود. از آنجایی که در گروه ذهن آگاهی نمرات پس آزمون و پیگیری افسردگی نسبت به پیش آزمون کاهش پیدا کرده است بنابراین این نتیجه با یافته های ایوانز و همکاران (۲۰۰۸) و کاویانی (۱۳۸۷) همخوانی دارد.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی موجب کاهش اضطراب مصرف کنندگان کراک گروه های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد هر دو درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی تأثیر یکسانی بر اضطراب مصرف کنندگان کراک دارد. این نتیجه با یافته های خدایاری فرد (۱۳۸۷) و دباغی (۱۳۸۷) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری از طریق بهبود سبک های مقابله ای، توانایی فرد را در سازگاری با موقعیت های استرس زا افزایش داده و در نتیجه یادگیری راهبردهای مقابله ای مؤثر و کارآمد اضطراب افراد را کاهش می دهد. از آنجا که در گروه ذهن آگاهی نمرات پس آزمون و پیگیری اضطراب نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. بنابراین، این یافته با یافته های ایوانز و همکاران (۲۰۰۸)، کاویانی (۱۳۸۴) که نشان

دادند آموزش ذهن آگاهی منجر به پیشگیری از بازگشت افسردگی و اضطراب می‌شود، همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت ذهن آگاهی از طریق سازوکارهایی مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر روابط با افکار و تنظیم هیجان (بائر^۱، ۲۰۰۳) باعث کاهش اضطراب می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش تعداد جلسات کوتاه به مدت ۸ جلسه برای هر دو روش درمانی شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی بوده است. محدودیت دیگر این پژوهش مدت انجام پیگیری بوده است که در این پژوهش بعد از دو ماه پیگیری به عمل آمده است. با توجه به اثربخش بودن درمان شناختی - رفتاری و ذهن آگاهی در سلامت روان مصرف‌کنندگان کراک پیشنهاد می‌شود که دو روش درمانی یادشده به طور جدی به مشاوران و درمانگران مرتبط با افراد در حال ترک آموزش داده شوند. با توجه به جدید بودن و در عین حال اثربخش تر بودن درمان ذهن آگاهی در زمینه سوء مصرف مواد، آموزش دقیق این روش از طریق برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های کیفی به درمانگران مراکز ترک اعتیاد پیشنهاد می‌شود.

فهرست منابع

- آذر، ماهیار؛ نوحی، سیما. (۱۳۸۷). *دایره‌المعارف اعتیاد و مواد مخدر*، چاپ اول، تهران: انتشارات ارجمند، ۶۶.
- آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۸). *اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده (رویکرد مددکاری)*، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی.
- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۸۴). *آزمون‌های روان‌شناختی*، چاپ اول، تهران: باغ رضوان، ۸۵-۸۸.
- خدایاری فرد، محمد؛ سهرابی، فرامرز؛ شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۸۶). *روان‌درمانگری و توانبخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی شهر کرج*.
- دباغی، پرویز؛ اصغر نژاد؛ فرید، علی اصغر؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ بوالهری، جعفر. (۱۳۸۷). اثربخش پیشگیری از عود بر پایه ذهن آگاهی در درمان وابستگی به مواد افیونی و سلامت روانی. اعتیاد پژوهی، فصلنامه علمی سوء مصرف مواد، سال دوم، شماره ۷، ۳۳، ۳۱، ۳۰.
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان، بحیرانی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب، پیگیری ۶۰ روزه، *مجله تازه‌های علوم شناختی*، سال ۷، شماره ۱، ۴۹-۵۹.

- کاتلین ام. ک. (۱۳۸۱). *راهنمای عملی درمان شناختی - رفتاری سوء مصرف مواد*. ترجمه عباس بخش پور رودسری، شهرام محمدخانی، چاپ اول. تهران انتشارات رسانه تخصص، ۱۹۷.

- Anderson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., Sparthan, E., furmark, T., Nilsson ° Ihrfelt, E Buhrman, M., & Ekselius, L. (2006). Internet-based self help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74(4), 677-686.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirica review. *Clinical psychology, Science and practice*. 10: 125-143.
- Breslin, F. C., Zack, M., McMain, S. (2002). An information Processing analysis of mindfulness: implicatin for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical psychology, Science and practice*. 9: 275-299.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). the benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well- being. *Journal of personality and social psychology*. 84: 822-88.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., Williams, JM. G., (2009). Mindfulness- based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*. 47: 366-373
- Cloninger, C., (2004). *Feeling Good: The Science of Well- Being*. New York : Oxford University Press.
- Carroll, K. M.; Rounsaville, B. J.; Gordon, L. T.; Nich, C.; Jatlow, P. M.; Bisighini, R. M.; and Gawin, F. H. (1995). Psychotherapy and P harmaco therapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 51(3): 177-187.
- Corsini. R. J. (1999). *The dictionary of psychology*. Publishing office: brunner/ mazel.
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., Koopman, C., (2009). *Mindfulness and rumination: dose mindfulness training led to reductions in the rumination thinking associated with depression?* Original research. 5: 265-271.
- Deragotis L. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL -90 . *Journal of clinical psychology*;33(12):981-9.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., Haglin, D., (2008). Mindfulness- based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 22: 716-72.
- Flugel Colle, K. F., Vincent, ACha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., Wahner- Roedler, D. L., (2010). *Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness- based stress reduction program*. Complementary Therapies in clinical Practice. 16: 36-40.
- Gifford. E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio. D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen- Hall. M. L., et al. (2004). Acceptance- based treatment for smoking cessation. *Bihavior Therapy*, 35: 689-706.
- Goldin, P. R., Gross, J. J., (2010). *Effects of Mindfulness- Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder*. *Emotion*. 10: 83-91.
- Greeft. Ap. & conradie w. s. (1998). *us of progressive relaxation training for chronic alcoholics with insomnia spschological reports*. 82. 407-0412.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Wallach, H. (2004). *Mindfulness- based stress reduction and health benefits: A meta-analysis*. *J psychosom Res*. 57: 34-43.
- Hanh, T. N., (1991). *The Miracle of Mindfulness*. London: Rider.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J., (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 44: 1-25.
- Hayes, S. C. masuda, A., & demey, H. (2003) Acceptance commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedrags therapia (Dutch journal of Behavior therapy)* 36. 69-96
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E., Rector, N. A., (2009). Mindfulness and Acceptance- Based GroupTherapy for Social Anxiety Disorder: An Open Trial. *Cognitive and Behavioral Practice*. 16: 276-289.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., comtois, K. A. (1993). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Jurnal on Addictions*, 8(4): 279-292.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R (1998). *Substance abuse: Implication of a biopsychosocial model for prevention. Treatment. And relapse prevention*. In J. Grabowski & G. R.
- Mokri,A.(2002). Brief overview of the status of drug abuse in Iran. *Archives of Iranian Medicine*, 5, 184-190.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E. (2003). *The art and science of mindfulness: integration mindfulness into psychology and the helping professions*. Washington, DC: American Psychological Association Publications
- Smith, J., (2004). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: *Three caveats. Psychosomatic Medicine*. 66: 148-152.
- Witkiewitz, K., Marlatt, A., & Walker, D. (2005). Ming ° fullness- based relapse prevention for alcohol and substance use disorders: the meditation tortoise wins the race. *Journal of Cognitive psychotherapy* 19, 221-22.
- Wallace. J. (2003). Theory of 12 step oriented treatment. In F. J. Rotgers, & S. W. Morgenstern (Eds). *Treating substance abuse: Theory and technique* (pp. 9-31). New York: the Guilford press.