

تأثیر آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان

معصومه کرامتی^۱، خدیجه معرفتی^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی با رویکرد ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان انجام شد. پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه معتادان تحت درمان در مراکز درمان و بازتوانی اقامتی تحت نظارت بهزیستی شهرستان بجنورد بود. برای انتخاب نمونه از بین معتادان تحت درمان مراکز ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس پاسخ دادند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که پایین ترین نمره را بر اساس مقیاس خودکارآمدی کسب کرده بودند و به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. نتایج با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها حاکی از آن بود که بین میانگین نمرات پس آزمون خودکارآمدی بعد از حذف اثر پیش آزمون، در گروه آزمایشی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارتی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری موجب افزایش خودکارآمدی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل شده بود. نتایج این مطالعه نشان داد شناخت درمانی با رویکرد ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان موثر است.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، شناخت درمانی با رویکرد ذهن آگاهی، اعتیاد

۱. نویسنده مسئول: استادیار مجتمع آموزش عالی فنی مهندسی اسفراین، اسفراین، ایران، پست الکترونیک:

masoomeh.keramati@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد نیشابور، نیشابور، ایران

مقدمه

امروزه یکی از بزرگ‌ترین مشکلات جوامع انسانی معضل اعتیاد است که سلامت جامعه، خانواده و فرد را به خطر می‌اندازد و باعث از دست رفتن کارکردهای فردی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی می‌شود (ممتاز، ۱۳۸۱). اعتیاد به موادمخدر از مسائل و معضلات اجتماعی عصر حاضر خصوصاً در کشورهایمانند ایران با شرایط اجتماعی جوان و شرایط جغرافیایی خاص خود است. فرد معتاد به علت اینکه پا را فراتر از هنجارها و ارزش‌های اجتماعی گذاشته، منحرف تلقی می‌شود. اعتیاد بحرانی است که اگر به آن رسیدگی نشود، انواع و اقسام انحرافات، بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی دیگر را به دنبال خواهد داشت (مظفر، ذکرایی و ثابتی، ۱۳۸۸). ویژگی‌های شخصیت در شروع، گسترش و تداوم وابستگی به مواد نقش دارند. به عنوان مثال، بررسی‌های انجام شده بر پایه الگوی پنج عاملی شخصیت کاستا^۱ و مک کری^۲ (۱۹۹۸) نشان‌دهنده رابطه میان وابستگی به مواد و ویژگیهای شخصیت است (والتون^۳ و رابرتز^۴، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد با وجود مطالعات زیادی که طی چند سال اخیر در مورد شناخت، پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر صورت گرفته است، هنوز تا رسیدن به هدف نهایی به ویژه در طیف درمان راهی بسیار طولانی در پیش است، چراکه مقوله اعتیاد، پدیده‌ای چندبعدی و چندعاملی است (حسن شاهی، ۱۳۸۳). خودکارآمدی^۵ یکی از متغیرهایی است که با سوء مصرف مواد ارتباط دارد و شامل قضاوت‌های فرد در مورد توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و قابلیت‌هایش برای انجام تکالیف خاص است (شولتز^۶ و شولتز، ۱۳۸۶). رابینسون و والش^۷ (۱۹۹۴) نشان دادند نوجوانانی که پیوسته از مواد اعتیادآور پرهیز نموده‌اند، کارآمدی بیشتری نسبت به دیگران داشته‌اند. اپستین، گریفین و بوتوین^۸ (۲۰۰۰) بدین نتیجه دست یافته‌اند که خودکارآمدی و مهارت‌های حل مسأله، سطح بالای امتناع قاطعانه را پیش‌بینی می‌کند که به نوبه خود مصرف کمتر مواد و سیگار را در پیگیری دوساله به دنبال دارد.

1 . Costa
2 . Mac
3 . Walton
4 . Roberts

5. self- efficacy
6 . Schultz
7 . Rabinson & Walsh
8 . Epstein, Griffin & Botvin

نوجوانان دارای خودکارآمدی بالا و مهارت‌های تصمیم‌گیری بهتر می‌توانند راهبردهای امتناع را اجرا نمایند. بال و سسرو^۱ (۲۰۰۱) از طریق مصاحبه بالینی سازمان‌یافته روی ۴۰ فرد معتاد که از طریق مصرف متادون در صدد ترک اعتیاد بودند، به این نتیجه دست یافتند که ویژگی‌های شخصیتی به عنوان مهم‌ترین عامل نه تنها در ترک اعتیاد، بلکه در فراگیری مهارت‌های مقابله و جلوگیری از عود، نقش مهمی را ایفا می‌کنند. تات^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نیز در پژوهش خود نشان دادند که خودکارآمدی ضعیف، زمینه سوء مصرف مواد را فراهم می‌سازد. مک لار، ایلگن، موس و موس^۳ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان دادند که مسائل مرتبط به مصرف الکل، افسردگی، تکانشوری، مقابله اجتنابی و حمایت اجتماعی از سوی دوستان، از پیش‌بینی‌کننده‌های خودکارآمدی مصرف الکل در افراد مصرف‌کننده است. در همین راستا؛ دیکلمنته، فرهورست و پیوتروسکی^۴ (۱۹۹۵) به این نتیجه رسیدند که خودکارآمدی، متغیری میانجی است که باعث موفقیت در تعدیل رفتارهای اعتیادآمیز می‌شود و نقش مهمی در پیش‌بینی توانایی پرهیز از سوء مصرف مواد دارد. در پژوهش ابوالقاسمی (۱۳۸۸) نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که خودکارآمدی عمومی، یکی از بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های گرایش به مصرف مواد است. نتایج پژوهش کمزرین، زارع و بروکی‌میلان (۱۳۹۱) با موضوع اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد موثر است. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روانشناختی محسوب می‌شود که از تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه‌های بدنی با تکنیک‌های شناختی-رفتاری سنتی حاصل شده است. کابات زین^۵ (۱۹۹۰) ذهن آگاهی را به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت تعریف می‌کند. آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با ادغام تکنیک‌های مراقبه و وارسای بدنی در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی خودکار و غیرارادی

1. Ball & Cecero

2. Tate

3. McKellar, Ilgen, Moos & Moos

4. Diclemente & Fairhurst,

Piotrowski

5. Kabat Zinn

برنامه‌ریزی شده است. به طوری که بتوان با به‌کارگیری تکنیک‌های آن، پاسخ‌های وابسته به افکار، احساسات و حس‌های بدنی را از حالت خودکار خارج نمود و در بروز آن‌ها تغییر ایجاد کرد. تکنیک‌ها به افراد می‌آموزد که الگوهای عادت‌ی غیرارادی و نشخواری‌ذهن را شناسایی و آن‌ها را به الگوهای آگاهانه و ارادی مبدل کند تا احساسات و اندیشه‌های منفی، به‌عنوان رویدادهایی ساده و گذرا در ذهن تلقی شوند (سگال، ویلیامز و تیزدل^۱، ۲۰۰۲). از نظر کابات‌زین (۱۹۹۴) در سال‌های اخیر، تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در جوامع مختلف توجه زیادی را به خود معطوف کرده است. زیرا بیماران، ترغیب می‌شوند که تغییرات عمیقی در رفتارها، باورها و ادراکات شخصی خود ایجاد کرده و در میزان استرس، اضطراب، افسردگی و دیگر علائم روان‌شناختی و جسمانی خود کاهش قابل ملاحظه‌ای را تجربه کنند. ذهن‌آگاهی باعث بهبود خلق شده و آموزش کوتاه‌مدت آن باعث کاهش خستگی و اضطراب (زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید و گولکاسیان^۲، ۲۰۱۰)، افزایش عزت‌نفس (گلدین و گروس^۳، ۲۰۱۰)، کاهش اختلال اضطراب فراگیر (ایوانز^۴ و همکاران، ۱۹۷۸)، خودکارآمدی (جمشیدی‌فر، ۲۰۱۳)، بهبود عملکرد جنسی و کاهش پریشانی می‌شود. در گستره کنونی، سوء‌مصرف مواد و اعتیاد مشکلات متعدد اجتماعی و روان‌شناختی را در سراسر دنیا ایجاد نموده است. شیوع و بروز این پدیده در جامعه ایران هم منجر به طیف وسیعی از آسیب‌های روانی / اجتماعی و خانوادگی گردیده است. بر همین اساس، در فرایند درمان سوء‌مصرف مواد و ترک اعتیاد، نباید تنها به سم‌زدایی و کناره‌گیری از مواد توجه نمود، بلکه باید از انواع روان‌درمانی به منظور تحلیل وابستگی روانی بهره گرفت. علاوه بر این، شواهد حاکی از آن است که اثربخشی درمان‌های نگهدارنده دارویی، بدون مداخله‌های روانی / اجتماعی، به‌علت اطاعت دارویی پایین و میزان بالای ریزش ضعیف است. به نظر می‌رسد که به‌کارگیری روش درمان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شکل چشم‌گیری در میزان سلامت روان معتادان در حال ترک مؤثر باشد. لذا با توجه به آنچه که ذکر شد و با عنایت

1 . Segal, Williams & Teasdale
2 . Zeidan, Johnson, Diamond, David
& Goolkasian

3 . Goldin & Gross
4 . Evans

به آنکه پژوهش‌های اندکی در این زمینه انجام شده است سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا آموزش راهبردهای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل و خودکارآمدی به عنوان متغیر وابسته محسوب می‌شدند. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه معتادان تحت‌درمان در مراکز درمان و بازتوانی اقامتی بهزیستی شهرستان بجنورد در سال ۹۵-۹۶ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به صورت نمونه تصادفی انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه از بین معتادان تحت درمان مراکز ۱۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردید و به پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس پاسخ دادند. از میان آنها ۳۰ نفر که پایین‌ترین نمره خودکارآمدی را بر اساس مقیاس خودکارآمدی کسب کرده بودند، به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. سپس مرحله مداخله شامل یک پیش‌جلسه و هشت جلسه آموزشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام شد و در پایان مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. لازم به ذکر است که مراحل مداخله بر مبنای دستورالعمل اجرای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کابات - زین انجام شد.

دستورالعمل اجرای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کابات - زین

مراحل مداخله بر اساس توصیف عملی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه کابات زین به نقل از کرین (۱۳۹۰) و کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای پیشگیری از عود افسردگی نوشته محمدخانی و خانی پور (۱۳۹۱)، اجرا گردید. برنامه درمان در ۱۰ جلسه به مدت ۴۵ دقیقه تا ۱ ساعت انجام شد. سرفصل‌ها، موضوعات، تکالیف و تمرین‌ها بر اساس راهنمای عملی درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

استفاده شد و در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: تعداد و محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	موضوع
اول	عنوان: آشنایی و انجام پیش آزمون دستور جلسه: برقراری ارتباط با اعضا ^۱ معرفی مشاور و اعضای اجرای پیش آزمون ^۲ جو یا شدن از انتظارات اعضا از کلاس ها ^۳ تعریف خودکارآمدی
دوم	عنوان: اجرای خودکار دستور جلسه: خوردن یک کشمش با آگاهی، تمرین واریسی بدن، ارائه تکلیف منزل (واریسی بدن)، خوردن یک وعده غذا از طریق ذهن آگاهی در طول هفته.
سوم	عنوان: رفع موانع دستور جلسه: تمرین واریسی بدن، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن، ارائه تکلیف (تنفس هشیارانه)
چهارم	عنوان: تنفس با ذهن آگاهی دستور جلسه: تمرکز بر تنفس آگاهانه، تمرکز بر اعضای بدن، حرکت هوشیارانه، ارائه تکلیف (ثبت وقایع خوشایند)
پنجم	عنوان: ماندن در لحظه دستور جلسه: پیاده روی با ذهن آگاهی، تنفس آگاهانه، تمرکز بر تنفس، ارائه تکلیف (واریسی بدن، فهرستی از وقایع ناخوشایند).
ششم	عنوان: پذیرفتن و اجازه دادن دستور جلسه: نشست‌های مدیتیشن با هدف آگاهی از تنفس و اعضای بدن، ارائه تکلیف (۴۰ دقیقه آگاهی از تنفس بدن صدا و افکار)
هفتم	عنوان: تفکرات منشأ واقعی ندارند دستور: اجازه حضور به تجربه، توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنشهایی که نسبت به افکار، احساسات، یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاریمان ارتباط برقرار می‌کنیم، ارائه تکلیف (تأمل در وضعیت نشسته ۴۰ دقیقه، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار)
هشتم	عنوان: چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم دستور: تأمل در وضعیت نشسته ۴۰ دقیقه، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار، مروری بر مراقبت از خود، انتخاب گزینه‌های مراقبت از خود، ارتباط فعالیت و خلق، ارائه تکلیف (تأمل در وضعیت نشسته ۴۰ دقیقه، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار)
نهم	عنوان: چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم‌گیری‌های آینده دستور جلسه: تمرین واریسی بدنی، مروری بر فعالیتهای انجام شده، ارائه تکلیف (مرور کلیه فعالیتها به طوری که همه روزه انجام شود).
دهم	عنوان: اجرای پس آزمون تشکر و قدردانی

ابزار

۱- پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس: این پرسشنامه توسط شرر و مادوکس ساخته شده و دارای ۱۷ عبارت است. نمره گذاری آن بر اساس طیف لیکرت است. به این ترتیب که به گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، نه موافق و نه مخالف، مخالف و کاملاً مخالفم به ترتیب نمره‌های ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ تعلق می‌گیرد. به طور کلی این پرسشنامه شامل ۱۷ است که شماره‌های ۱۳، ۹، ۸، ۳ و ۱۵ از چپ به راست و بقیه از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد و نمره بیشتر بیانگر خودکارآمدی بالاتر است. بنابراین، حداکثر نمره‌هایی که فرد می‌تواند از این پرسشنامه به دست آورد نمره ۸۵ و حداقل نمره ۱۷ است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲)، میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر با ۰/۷۶ و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است.

یافته‌ها

از میان اعضای نمونه ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش بودند. میانگین سنی گروه گواه ۲۹/۵۳ با انحراف استاندارد ۶/۴۳ و میانگین سنی گروه آزمایش ۳۰/۴ با انحراف استاندارد ۵/۶۲ بود. همچنین میانگین سنی افراد مجموع هر دو گروه ۲۹/۹۶ با انحراف استاندارد ۵/۹۵ بود. از میان افراد مورد مطالعه ۱۳ نفر (۴۳/۳٪) زیر دیپلم، ۱۰ نفر (۳۳/۳٪) دیپلم و ۷ نفر (۲۳/۳٪) لیسانس یا بالاتر بودند. شاخص‌های توصیفی خودکارآمدی به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی خودکارآمدی به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	شاخص	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۲۱/۵۳	۱/۶۴	۲۲/۲۶
	پس‌آزمون	۲۴/۰۶	۱/۴۳	۲۲/۰۸

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین خودکارآمدی افراد گروه آزمایش در موقعیت پیش‌آزمون ۲۱/۵۳ با انحراف استاندارد ۱/۶۴ و در موقعیت پس‌آزمون ۲۴/۰۶ با انحراف استاندارد ۱/۴۳ می‌باشد. اما همین میانگین در افراد گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون ۲۲/۲۶ با انحراف استاندارد ۲/۱۵ و در مرحله پس‌آزمون ۲۲/۰۷ با انحراف استاندارد ۲/۰۸ می‌باشد. برای رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس از آزمون لون و جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. همچنین مقادیر احتمال آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای خودکارآمدی (۰/۴۲۶) می‌باشد. به این معنا که فرض نرمال بودن متغیر مورد پژوهش رد می‌شود که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع این متغیر در نمونه مورد مطالعه می‌باشد. لذا جهت تحلیل نتایج پژوهش می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود. نتایج آزمون لون در مورد پیش‌فرض‌های تساوی واریانس‌های متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه نشان داد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه برقرار است. به‌منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی در دو گروه آزمایش و گواه از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی در دو گروه آزمایش و گواه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات	مجذورات
پیش‌آزمون	۵۰/۴۶	۱	۵۰/۴۶	۳۴/۵۷	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶۱	۰/۵۶۱
گروه	۴۰/۸۸	۱	۴۰/۸۸	۲۸/۰۱۶	۰/۰۰۰۵	۰/۵۰۹	۰/۵۰۹
خطا	۳۹/۴۰۷	۲۷	۱/۴۶				
کل	۱۶۰۸۲	۳۰					

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه آزمایشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

به طور معنی داری موجب افزایش خودکارآمدی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، در مقایسه با گروه کنترل شده است. بنابراین شناخت درمانی با رویکرد ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان مؤثر است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی با رویکرد ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان بود. نتایج نشان داد که شناخت درمانی با رویکرد ذهن آگاهی بر خودکارآمدی بیماران معتاد تحت درمان مؤثر است. به عبارتی می توان گفت که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری موجب افزایش خودکارآمدی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته ها با نتایج پژوهش کمرزین و همکاران (۱۳۹۱) با موضوع اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد و همچنین با تحقیقات معصومیان و همکاران (۱۳۹۲) همسو است. این محققان در پژوهش های خود به میزان بالای تاثیر گذاری ذهن آگاهی بر میزان خودکارآمدی دست یافتند. نتایج این پژوهش همچنین با تحقیقات گارلند^۱ (۲۰۱۱)، فرناندز، وود، اشتین و روسی^۲ (۲۰۱۰) و گارلند، گایلرد، باتیگرو متیو^۳ (۲۰۱۰) مبنی بر تاثیر ذهن آگاهی بر مصرف مواد و جلوگیری از عود همسویی دارد. در تبیین یافته ها می توان گفت که آگاهی (تنها بهره مندی از قدرت کلام) امری طبیعی است که ما را از بقیه افراد متمایز می سازد. قدرت بیان منجر به ایجاد پتانسیل عظیمی برای تغییر و یادگیری می شود (کابات زین، ۲۰۰۵). افزایش تمرین های عملی توجه آگاهانه، راهی است که فرد را قادر می سازد به طور آگاهانه به آنچه برایش مبهم است دسترسی داشته و آن ها را دریابد. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد را جهت خلق رفتارهای جدید و ایجاد شرایطی در زندگی آماده می سازد که قادر به درک روشن حالت های ذهنی ناخوشایند بر گرفته از تجارب عادت شده باشد (کرین، ۱۳۹۰). یکی از ویژگی های متمایز این درمان آموزش مهارت هایی در خصوص

1. Garland

2. Fernandez, Wood Stein & Rossi

3. Gaylord, Boettiger & Matthew

مدیریت موثرتر بر آسیب‌پذیری عمومی افراد (صفت بارز و موجود در همه انسان‌ها) از طریق تمرین‌های عملی ذهن‌آگاهی است. این درمان همچنین به مدیریت موثرتر آسیب‌پذیری‌های خاص افراد نیز می‌پردازد. ذهن‌آگاهی یک دریافت انعطاف‌ناپذیر در مورد توجه فرد نسبت به حال است نه نگرانی به آینده و تفکر در مورد گذشته. بنابراین تربیت ذهن‌آگاه، فرد را از عادات رفتاری-شناختی ناسازگار رها خواهد کرد (براون و ریان، ۲۰۰۳) و با ایجاد خودنظم‌جویی که موجب ادراک غیرقضاوتی در فرآیند شناختی فرد می‌شود، رفتارهای سازگارانه و کارآمد او را در زمان حال افزایش می‌دهد و او را به پذیرش آنچه که الان هست ترغیب می‌کند. آموزش ذهن‌آگاهی شناخت فرد را تغییر می‌دهد، پذیرش را در او افزایش و فرد را به خودباوری و خودکارآمدی بالاتر سوق می‌دهد. آموزش ذهن باعث می‌شود که افراد افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و به‌جای اینکه آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند، آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که در رفت و آمدند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌شود (جمشیدی فر، ۲۰۱۳). در شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن چهار هدف اساسی دنبال می‌شود: الف) توجه و تمرکز بر لحظه حال ب) توسعه آگاهی فراشناختی همراه با تنفس ج) توسعه پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی و د) عدم قضاوت در مورد احساسات و وقایع. افراد ذهن‌آگاه، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند (براون، ریان و کرسول، ۲۰۰۷). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، عناصری از شناخت‌درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می‌کند. ویژگی روش ذهن‌آگاهی این است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌کند، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد که تکرار اعمال یا

افکار و نشخوار آن‌ها را برای کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه زیستی اختلال بیاندیشد. اگرچه فناوری، رشد و پیشرفت بشری به انسان‌ها امکان داده است تا جهت درمان بسیاری از بیماری‌ها نیازی به جابه‌جایی فیزیکی نداشته باشند و در زمان و وقت آن‌ها صرفه جویی شود، اما باید اذعان داشت که هنوز هم بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روانی در سایه‌ی هدایت و آموزش کوتاه‌مدت درمانگر قابل حل است. علاوه بر آن، تحقیقات نشان داده است که ذهن‌آگاهی باعث بهبود خلق شده و آموزش کوتاه‌مدت آن باعث کاهش خستگی و اضطراب (زیدان و همکاران، ۲۰۱۰؛ بوالمیجر، پیرینگر، تال و کوچ پرز، ۲۰۱۰)، افزایش عزت نفس (گلدین و گروس، ۲۰۱۰)، و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان (جمشیدی فر، ۲۰۱۳) می‌شود. لذا می‌توان از آن به عنوان یک روش موثر و کارآ در جهت رفع این معضل بزرگ اجتماعی، خانوادگی، روانشناختی بهره‌برداری نمود.

از جمله محدودیت‌های عمده این پژوهش تعداد کم نمونه پژوهشی بود که توان تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش را کاهش می‌دهد. محافظه‌کاری برخی از بهبودیافتگان در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش نیز محدودیت دیگری است که ممکن است نتایج را با دشواری‌هایی مواجه کرده باشد. جامعه مورد پژوهش حاضر معنادان بهبودیافته در شهرستان بجنورد (خراسان شمالی) بودند لذا در تعمیم نتایج به شهرهای دیگر بافت‌های فرهنگی متفاوت از این استان باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌گردد که در تحقیق آینده از روش مصاحبه‌ساختارمند یا نیمه‌ساختارمند برای کسب اطلاعات استفاده گردد. هم‌چنین پیشنهاد می‌گردد که این موضوع تحقیقاتی با توجه به وسعت فرهنگی کشور ایران در شهرهای دیگر که دارای بافت فرهنگی متفاوت هستند اجرا گردد. با توجه به اهمیت مسائل مرتبط با خودکارآمدی و ابعاد آن، پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی تأثیر سایر رویکردهای درمانی بر این متغیر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مددکاران و روانشناسان

مراکز اقامتی اجرا گردد. پیشنهاد می‌شود افراد در معرض آسیب اعتیاد و با خودکارآمدی پایین شناسایی و مداخلات فردی یا گروهی لازم در خصوص آن‌ها صورت گیرد. جهت افزایش اثربخشی دوره‌های آموزشی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، کلاس‌ها و کارگاه‌های آموزشی در این خصوص در محیطی جالب و برانگیزاننده و مبتنی بر روش‌های فعال و مشارکتی برگزار گردد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۸). ارتباط مهارت‌های اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۶(۴)، ۱۸۱-۱۸۸.
- حسن شاهی، محمد مهدی (۱۳۸۳). بررسی سلامت روان بیماران وابسته به مواد روان گردان. اصول بهداشت روانی، ۶(۲۳ و ۲۴)، ۱۳۹-۱۳۱.
- شولتز، دوان و شولتز، سیدنی آلن (۱۳۸۶). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: مؤسسه نشر و پیرایش (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- کمرزین، حمید؛ زارع، حسین و بروکی میلان، حسن (۱۳۹۱). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکارآمدی و بهبود علائم اعتیاد در بیماران وابسته به مواد. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۶(۲۲)، ۸۵-۷۵.
- کرین، ربکا (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی. ترجمه انیسی خوش لهجه صدق، تهران: نشر بعثت.
- گلدنر، مایکل گراهام (۱۹۹۹). درس‌نامه فشرده روان‌پزشکی آکسفورد. ترجمه مهدی نادری‌فر. تهران: نشر طبیب
- محمدخانی، پروانه و خانی پور، حمید (۱۳۹۱). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی درمان افسردگی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- مظفر، حسین؛ ذکریایی، منیژه و ثابتی، مریم (۱۳۸۸). آنومی فرهنگ و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۱۳-۲۸ ساله شهر، پژوهشنامه علوم اجتماعی گرمسار، ۳(۴)، ۳۳-۵۴.

معصومیان، سمیرا، گلزاری، محمود؛ شعیری، محمدرضا؛ مومن زاده، سیروس و اخوان اکبری، قدرت (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی مبتلا به کمر درد مزمن. فصلنامه بیهوشی و درد، ۳(۲)، ۸۸-۸۲

ممتاز، فریده (۱۳۸۱). *انحرافات اجتماعی، نظری ها و دیدگاه ها*. چاپ سوم، تهران: شرکت سهامی انتشار.

- Ball, S.A, Cecero, J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas and personality problems. *Journal of Personality Disorder, 15(1)*, 150-161.
- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E& Cuijpers P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adulte with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 68(6)*, 539-5440.
- Brown, K. W., Ryan R. M., Creswell, J. D. (2007). Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry, 18(4)*, 272-281
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of bwing present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology, 84(4)*, 822-848
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1998). Personality assessment. In: HS Friedman (Eds). *Encycopedia of mental health*. San Diego: *Academic Press*
- Diclemente, C. C., Fairhurst, S. K., Piotrowski, N. A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In: J Maddux (Eds). *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum, 109-141.
- Epstein, J. A, Griffin, K. W& Botvin, G. J. (2000). A model of smoking among inner-city adolescents: The role of personal competence and perceived benefits of smoking. *Preventive Medicine, 31 (2)*, 107-114
- Evans, R. I., Rozelle, R. M., Mittelmark, M. B., Hansen, W.B., Bane, A. L., & Havis, J. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modeling. *Journal of Applied Social Psychology, 8*, 126-135
- Fernandez, A. C, Wood M. D, Stein L. A. R, & Rossi J.S. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychology of Addictive Behaviors, 24(4)*, 608-616.
- Garland, E. L. (2011). Trait Mindfulness Predicts Attentional and Autonomic Regulation of Alcohol Cue- Reactivity. *Journal of Psychophysiology, 25(4)*, 180-189.
- Garland, E. L., Gaylord S. A., Boettiger C. A., & Matthew, O., Howard M. O. (2010). Mindfulness Training Modifies Cognitive, Affective, and

- Physiological Mechanisms Implicated in Alcohol. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 177-192
- Goldin, P. R., Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91.
- Jamshidifar, Zahra. (2013). Effectiveness of Mindfulness Training in Decreasing the Perceived Stress among the Patients Suffering from Breast Cancer. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 7 (27), 7-16
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Dell Publishing; New York
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of NEO Five-Factor Inventory, *Personality and Individual Differences*, 36(3), 587-596.
- McKellar, J., Ilgen, M., Moos, B.S., Moos, R. (2008) Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 148-55.
- Rabinson, S. M., Walsh, J. (1994). Cognitive factors affecting abstinence among adolescent poly substance abusers. *Psychology Report*, 75 (2), 579-589.106-
- Segal, Z., Williams, S. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.
- Tate, S. R., Wu J., McQuaid, J. R., Cummins, K., Shriver, C. H., Krenek, M., Brown, S.A. (2008). Co-morbidity of substance dependence and depression role of life stress and self -efficacy in sustaining abstinence. *Addictive Behaviors*, 22(1), 47-57
- Walton, K. E., Roberts, B. W. M. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*, 38 (21), 514-.515.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cognitive*, 19(2), 597-605.